ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN 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.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

32. SZÁM

*

1983. AUGUSZTUS 7.

TARTALOMJEGYZÉK

Gráf Ferenc dr.:

Pálos Á. László (1912—1983) 1915

Csernay László dr., Gaál Tibor dr., Mester János dr., Pávics László dr., Ádám Edit dr. és Kovács Gábor dr.:

Nukleáris kardiológiai ellenőrző vizsgálatok szelektív intrakoronáriás trombolízis után ... 1917

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Berkő Péter dr., Kassay László dr., Hagymássy László dr., Győrfi Gyula dr. és Kiss Béla dr.:

Hyperprolactinaemia és funkcionális meddőség 1923

Rostás László dr., Tarján Jenő dr. és Kellényi Lóránd dr.:

Testfelületi elvezetéssel regisztrált His-köteg elektrogram 1927

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Kondás József dr.:

A húgyhólyag elsődleges laphámrákja 1931

DIAGNOSZTIKAI PROBLÉMÁK

Laczay András dr. és Varga Pál Ibolya dr.:

A radiológiai vizsgálatok elfogadható negativitása 1937

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Faluhelyi Anikó dr. és Tari Gábor dr.:

Therápiás axilláris érzéstelenítés Sudeck-syndromában 1943

KAZUISZTIKA

Ertl Tibor dr., Szekeres György dr. és Sulyok Endre dr.:

Nem izoimmunizáció okozta hydrops foetalis 1947

RÖVID METODIKAI KÖZLEMÉNYEK

Pintér András dr., Pump Károly dr. és Zámbó Katalin dr.:

Veselokalizáció scintigraphiával percutan vesebiopszia végzésére gyermekekben 1953

Folyóiratreferátumok 1955

Hírek 1969

PHENYLBUTAZON *tabletta*

ÖSSZETÉTEL 1 tabletta 200 mg phenylbutazonumot tartalmaz.

JAVALLATOK **Felnőtteknek:** Reumatológia: Reumatikus eredetű gyulladás: polyarthritis chronica progressiva, synovitis, spondylarthritis, ankylopoetica **(Bechterew-kór).**

Degeneratív reumatizmus: arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis. Extraarticuláris reumatizmus: fibrositis szindróma, myalgia, polymyalgia rheumatica, lumbago, bursitis, tendovaginitis.

Traumatológia és sebészet: gyulladással járó állapotok, distorsio, contusio, luxatio, fractura.

Oto-rhino-laryngológia: prae- és postoperatív fájdalom, gyulladás.

Gynecológia: adnexitis,, salpingitis, parametritis.

Urológia: urogenitális szervek műtéti előkezelése, gyulladása (kemoterápia mellett).

Adjuvánsként: epididymitis, prostatitis, urethritis, cystitis.

Angiológia: thrombophlebitis, lymphangitis.

Ophtalmológia: posttraumatikus és postoperatív gyulladás, keratitis, iridocyclitis.
Radiológia: malignus tumorok sugárkezelése okozta gyulladás.

ELLENJAVALLATOK Ritmuszavarok, vitium cordis, myopathia cordis chronica, pirazolon érzékenység, vese- és májbetegségek, gyomor- és nyombélfekély, vagy azokban az esetekben, amikor a beteg anamnézisében gastrointestinális gyulladás, súlyos vagy perzisztáló dyspepsia szerepel. Ödémakészség, ödéma fellépte, vérképző szervek megbetegedései (leukopenia, thrombocytopenia, anaemia). Hipertónia, pajzsmirigy-diszfunkció, a gyógyszer iránti érzékenység. A fenilbutazon átjut a placentán és kiválasztódik az anyatejben, ezért laktáció és terhesség idején általában ellenjavallt, különösen az első trimesterben mérlegelni kell a kezelés kockázatát és az elérhető hatást.

ADAGOLÁS Szokásos kezdeti adagja kortól és általános állapottól függően napi $3\times{}^1/_2$–1 tabletta (300–600 mg) étkezés közben. Tartós kezelés során a napi adag általában 200 mg, de a 400 mg-ot ne haladja meg.

MELLÉKHATÁSOK Ulceratio, gastrointestinalis vérzés, abdominalis disfunkció, gastritis, epigastrikus fájdalom, vérképző szervek működésének zavara (agranulocytosis, aplastikus anaemia, thrombocytopenia, leukopenia), folyadék- és só-retentió, allergiás reakciók.

KÖLCSÖNHATÁSOK **Kerülendő az együttadás:**

– barbiturátokkal (hatását a fenilbutazon növelheti),

Óvatosan adandó:

– orális antidiabetikumokkal (hypoglikémia veszélye),

– antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedés),

– szalicilátokkal (mellékhatások összegződhetnek; urátretenciót okozhat, ezért a köszvény manifesztálódhat).

– fenitoinnal (szérumszintje emelkedik),

– penicilinnel, szulfonamiddal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS A kezelés kezdeti időszakában a vérkép, thrombocytaszám, vizelet és májfunkció hetente, majd tartós kezelés esetén havonkénti ellenőrzése javasolt.

Gyermekgyógyászati alkalmazása csak 7 éves kor felett, kivételes esetekben kórházban állandó orvosi felügyelet mellett lehetséges.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

Pálos Á. László
(1912-1983)



Azon a kora tavaszi estén, 1983. március 28-án, midőn Pálos professzor szíve utolsót dobbant, egy rendkívül színes, küzdelmekben és sikerekben egyaránt gazdag élet végére tett pontot váratlanul a könyörtelen halál. Családja, barátai, környezete, s talán sokan mások is régóta tudták, hogy beteg, s hogy betegsége gyógyíthatatlan. Tisztában volt ezzel ő maga is, de nem vett tudomást róla, változatlanul folytatta mindig is hyperaktív életét. Vitalitása, lendülete, lelkesedése, sőt optimizmusa is szinte olyan volt, mint amikor 50 évvel ezelőtt először találkoztam vele a Dékáni Hivatal hirdetőtáblája előtt. Talán ezért is volt annyira megdöbbentő, váratlan és bénító az a hír, hogy örökre eltávozott.

Pálos Á. László annak a generációnak a tagja volt, mely két világháborút élt át. Orvosi pályájának első, legfogékonyabb évei egy borzalmas világégés közepette a létért, a fennmaradásért vívott küzdelemben teltek el és nem szakmai karrierjének megalapozásával. Hogy mégis azzá lett, aki volt: kitűnő klinikus, invenciózus kutató, tudós és elérte mindazt, ami pályáján csak elérhető: egyetemi tanár, akadémikus, azt kizárólag saját magának, tehetségének, szorgalmának, kitartásának, s nem utolsósorban igaz emberi tulajdonságainak köszönhette. Szerény, egyszerű családból származott, segítséget mástól nem is igen várhatott.

Orvosi tanulmányait Budapesten, a Pázmány Péter Tudományegyetemen végezte, ahol 1938-ban avatták orvosdoktorrá. Már hallgató korában az Egyetem Szövet- és Fejlődéstani Intézetében dolgozott, s ebből az időszakból származnak első közleményei is. Diplomájának elnyerése után a II. sz. Belgyógyászati Klinikára került, ahol végigjárva az egyetemi ranglista minden fokozatát — kezdve a díjtalan gyakornokságon — 1966-ig dolgozott megszakítás nélkül, amikor is kinevezték az Orvostovábbképző Intézet I. sz. Belgyógyászati Klinikájának tanszékvezető egyetemi tanárává. A II. sz. Belklinikán eltöltött közel 3 évtized alatt 4 nemzetközi hírű, kiváló professzor vezetése alatt dolgozott, akiktől kitűnő megérzéssel azt igyekezett elsajátítani, amiben igazi nagyságuk rejlett. Személyes adottságain kívül ebben látom Pálos professzor sikereinek forrását, azt, hogy élete beteljesedett élet lehetett.

Akik nem ismerték közelebbről kissé túlfűtött, nyugtalan embernek gondolhatták, aki néha hajlamos elszakadni a realitások talajáról. Valójában nem így volt. Kitartó szorgalommal és szívóssággal dolgozott sokszor maximalistának tűnő célkitűzéseinek megvalósításán, s ez legtöbbször sikerült is neki. Tudományos pályája töretlenül ívelt felfelé. 1956-ban „A véralvadás biológiai szabályozása" című kandidátusi, 1964-ben pedig „Dynamikus egyensúly-állapotok és oxydo-redukciós folyamatok a véralvadás mechanizmusában" című doktori értekezését védte meg. A Magyar Tudományos Akadémia 1973-ban levelező, 1979-ben pedig rendes tagjává választotta.

Tudományos kutatómunkájának területét döntően a haematológia képezte, ezen belül is legmélyrehatóbban a véralvadás és thrombosis mechanizmusának egyes részkérdéseit vizsgálta. Eredményei-

nek ismertetése és értékelése — ezekről több mint 100, hazai és külföldi szaklapban megjelent közleményben, valamint több könyvben és könyvrészletben számolt be — messze meghaladná megemlékezésem kereteit. Hangsúlyozni szeretném azonban, hogy vérbeli klinikus-kutató volt, kinek az impulzust, a témát, az ötletet mindenkor a beteg emberek aktuális problémái sugallták. Ma is magam előtt látom azt a súlyos hypothyreosisban és befolyásolhatatlan — végül is halálát okozó — phlebothrombosisban szenvedő nőbeteget, még a 40-es évek legelején, akinek betegsége szinte végzetszerűen egy életre meghatározta az akkor még kezdő fiatal klinikus tudományos kutatómunkásságának irányát. Akkor írta első klinikai és experimentális közleményeit a pajzsmirigyműködés és thrombosiskészség összefüggéséről, az oxygenháztartás és thrombininactiválás kapcsolatáról, a heparinnak e folyamatban játszott szerepéről, a légzés, a keringés és véralvadás functionális egységéről. Azóta több mint 40 év telt el, Pálos professzor kiterebélyesedett munkássága számos új hajtást és gazdag termést hozott, de ez a probléma mindig kísértette, ehhez időnként mindig visszatért. Az utóbbi években az oxygen partiális nyomásának, a plazmában fizikálisan oldott oxygénnek a haemostasisra és a szervezetben lezajló enzymfolyamatok aktivitására vonatkozó megállapításait a szovjet űrkutatás orvosbiológiai csoportja is kellően értékelte és felhasználta. Ilyen irányú kutatásait az Interkozmosz támogatásával mindvégig folytatta.

Kutatási lendülete, ötletgazdagsága, de egész egyénisége szinte predesztinálta arra, hogy fiatal, ambíciózus és tehetséges munkatársakat vonzzon maga köré, akik vezetésével hamarosan egyik bázisát képezték a hazai coagulopathológiai kutatásnak. Számos elméleti és gyakorlati szempontból egyaránt fontos megállapítás köszönhető Pálos professzor és tanítványai munkásságának. Így többek között Pálos professzor az elsők között ismerte fel az anticoagulans therapia kapcsán fellépő túlcompensáló mechanizmust, az úgynevezett „rebound effectus"-t, munkacsoportjának a véralvadás egyes faktorainak reakciókinetikájára vonatkozó vizsgálatai nemzetközileg is elismertek. Leírtak egy congenitális, öröklődő abnormális antithrombint (antithrombin III. Budapest) és új methodikák kidolgozásával is nagymértékben hozzájárultak a haemostasis és véralvadás mechanizmusának kutatásához. Pálos professzor klinikai vizsgálatainak és ezzel kapcsolatos irodalmi tevékenységének nagy szerepe van abban, hogy hazánkban az anticoagulans therapia nagyon hamar kellő kritikával értékelt helyet foglalta el a thrombo-embóliák profilaxisában és therapiájában.

Tudományos és közéleti tevékenységének elismerését és súlyát bizonyítja többek között az, hogy 8 évig az Orvostovábbképző Intézet tudományos rektorhelyettese volt. Betöltötte a Korányi Sándor Társaság elnöki tisztjét és tagja, elnökségi tagja volt számos hazai és külföldi orvostudományi társaságnak és akadémiai bizottságnak. Tudományos tevékenységét a Magyar Tudományos Akadémia Nívó-díjjal és Tudományos-díjjal jutalmazta. Az Oktatásügy Kiváló Dolgozója volt és megkapta a Munkaérdemrend arany fokozatát.

Pálos professzor életét betöltötte a családja és az orvosi hivatása, s ez valóban a boldogságot, a beteljesülést jelentette számára. Nem volna azonban teljes a kép, melyet róla festek, ha nem emlékeznék meg egy harmadik dologról, talán szenvedélyről, mely szintén lényeges szerepet játszott életében, s ez a vadászat. Mint általában mindent életében, ezt is a legmagasabb szinten űzte. Vadászként is nemzetközi híre volt. Több mint 25 éve már, hogy egy nagy nemzetközi kongresszuson Meulengracht professzor — legnagyobb csodálkozásomra — Pálos doktort, a vadászt (és nem a kutatót) kereste. Akkor még természetesen nem volt professzor és akadémikus.

Pálos professzor távozása súlyos vesztesége a magyar orvostudománynak. Szegényebbek lettünk ismét egy kiváló orvossal, egy színes egyéniséggel, egy egyenes emberrel. Tudom, hogy a hivatalosan gyászoló magyar orvostársadalmon kívül nagyon sokan személy szerint is gyászolják és siratják: betegei, munkatársai és számtalan jó barátja.

Gráf Ferenc dr.

CSERNAY LÁSZLÓ DR.,
GAÁL TIBOR DR.,
MESTER JÁNOS DR.,
PÁVICS LÁSZLÓ DR.,
ÁDÁM EDIT DR.
ÉS KOVÁCS GÁBOR DR.

Nukleáris kardiológiai ellenőrző vizsgálatok szelektív intrakoronáriás trombolízis után

Szegedi Orvostudományi Egyetem.
Központi Izotópdiagnosztikai Laboratórium (vezető: Csernay László dr.)
Önálló Szívsebészeti Osztály (vezető: Kovács Gábor dr.)

A szerzők heveny koronáriaelzáródást követő intrakoronáriás trombolízis után, a rehabilitáció időszakában 16 beteg komplex nukleáris kardiológiai vizsgálatát végezték el. A miokardium perfúziójának megítélésére nyugalmi ^{201}Tl-szívizom-szcintigráfiát, a bal kamra ejekciós frakció értékének meghatározására és a kamrafal mozgásképességének megítélésére EKG R-hullámával kapuzott, ekvilibriumban végzett vizsgálati technikát alkalmaztak. A 12 sikeresen trombolizált eset közül 8 betegben normális vagy csak kismértékben csökkent ejekciós frakció értéket találtak, a 8 betegből 5-ben normális ^{201}Tl-eloszlást mutattak ki. 4 sikeresen és 4 sikertelenül trombolizált betegben kifejezetten csökkent ejekciós frakció értéket mértek, a koronáriaelzáródás helyének megfelelően perfúziós defektust találtak. A kamrafal mozgását a 16 esetből azonban csak egy alkalommal találták normokinetikusnak, 5 betegben paradox pulzáció is fennállt. A panaszok fellépte és az invazív beavatkozás kezdete között eltelt idő és a vizsgálatok eredménye között nem találtak összefüggést.

Nuclear cardiological control examinations following selective intracoronary thrombolysis. Following intracoronary thrombolysis applied after acute coronary occlusion complex nuclear cardiological examination was carried out in 16 patients during the rehabilitation period. In order to establish myocardial perfusion ^{201}Tl-myocardial scintigraphy was made during rast as well to determine the value of ejection fraction of the left ventricle and the motility of the ventricle wall the R-vawe of ECG gated technics was applied in equilibrium. Out of the 12 patients with successful thrombolysis in 8 the value of ejection fraction was normal or only slightly decreased. Out of these 8 patients ^{201}Tl-distribution was normal in 5. In 4 patients with successful thrombolysis and in the other 4 with failed thrombolysis the value of ejection fraction was markedly decreased and on site of coronary occlusion perfusion defect was detected. On the other hand, motility of the ventricle wall was found to be normokinetic only in one out of the 16 cases and in 5 patients even paradoxical pulsation developed. There was found no connection between the time elapsed from onset of the complaints to the beginning of invasive therapy and the clinical findings.

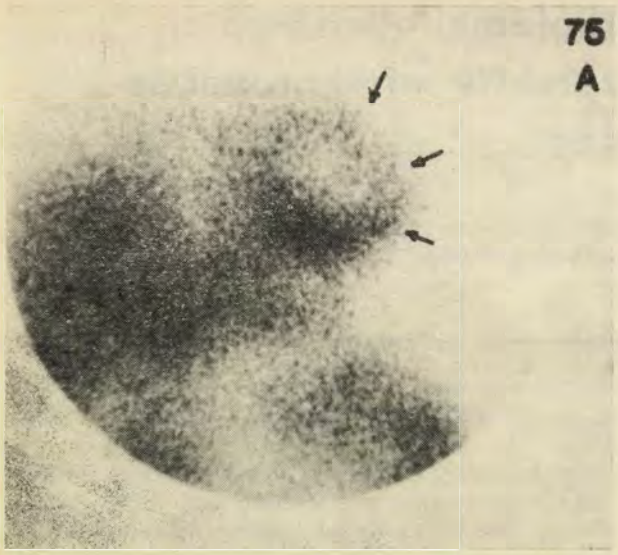
A nagy koronáriaágak teljes elzáródását iszkémiás szívbetegekben általában már fennálló organikus szűkületek helyén kialakuló trombus okozza. A teljesen elzáródott koronáriaág által ellátott, elégtelen kollaterális keringésű izomterület perfúziójának drasztikus csökkenése, illetve teljes megszűnte következtében a szívizom egy-két órán belül elhalhat, a betegnek miokardiális infarktusa alakul ki.

A szívizom-infarktus hagyományos konzervatív terápiája mellett az utóbbi években világszerte kísérletek folynak a trombus akut eltávolítására vagy feloldására. A cél érdekében hatékony trombolitikus anyagok i. v. vagy intrakoronáriás infúzióját, illetve a trombus mechanikus átfúrását használják.

A sztreptokináz szelektív intrakoronáriás infúziójával elért sikeres eredményekről először beszámoló *Csazov, Rentrop és mtsai* (4, 5) ajánlásait követve — megfelelően felszerelt kardiológiai centrumokban — az új terápiás módszert egyre szélesebb körben vezették be világszerte. A koronáriatrombózis fibrinolitikus kezelésében lényeges fordulatot hozó eljárás eredményessége esetén az elzáródott koszorúér koronarográfiával igazoltan megnyílik, disztális szakasza telődik, az infarktus klinikai tünetei rövid idő alatt mérséklődnek, illetve visszafejlődnek.

Hazánkban először a Szegedi OTE I. Sebészeti Klinikáján *Gaál és mtsai* végeztek akut miokardiális infarktusban szelektív intrakoronáriás trombolízist. Első tapasztalataikat az Orv. Hetil. hasábjain 1982-ben ismertették (1). Ezt követően az Országos Kardiológiai Intézet, az Orvostovábbképző Intézet, valamint a Szegedi OTE Önálló Szívsebészeti Osztályának munkacsoportjai közös közleményben szándékoznak beszámolni az immár három hazai centrumban folyó munka eredményeiről (2).

A kedvező klinikai tapasztalatok összefoglalása mellett egyre több munkacsoport kísérelte meg a beavatkozás által megmentett, elhalástól megkímélt szívizom mennyiségének lehető objektív becslését. E célra a noninvazív nukleáris kardiológiai módszerek különösen alkalmasnak bizonyultak. A Szegedi OTE Önálló Szívsebészeti Osztályán végzett szelektív intrakoronáriás trombolízisek száma



1. ábra: 48 éves beteg (ld. **táblázat 8. sz.**) anterior irányból készült ^{201}Tl-szívizomszcintigramja. Apikálisan és az anterolaterális fal vetületében csökkent perfúziójú terület

az Orv. Hetil.-ban megjelent közlemény óta 22-re emelkedett. Tekintve az új terápiás eljárást joggal kísérő eltérő megítéléseket, a nagy szakmai érdeklődést egyrészről, a nem teljesen fenntartás nélküli lelkesedést másrészről, fontosnak tartottuk, hogy rehabilitáció alatt, illetve után, nukleáris kardiológiai eljárásokkal megvizsgáljuk a kezelt betegek miokardiális perfúzióját, a bal kamrafal mozgásképességét és teljesítményét. A szelektív intrakoronáriás trombolízis késői funkcionális eredményeiről ezen közleményünkben számolunk be.

Betegek és módszer

A Szegedi OTE Belgyógyászati Intenzív Osztályára heveny koronáriaelzáródás klinikai tüneteivel beszállított betegek közül 1981. aug. 1. és 1982. nov. 24. között sürgősségi retrograd balszívfél-katéterezést és szelektív koronarográfiát 21 esetben végeztünk. A betegek (17 férfi, 4 nő) átlagos életkora 54 ± 10 S. D. év, a legfiatalabb 39, a legidősebb 70 éves volt.

Intrakoronáriás trombolízis

A szelektív koronarográfiát Judkins-technikával végeztük, előbb az EKG alapján feltehetően ép, majd a feltehetően elzáródott koszorúeret szondáztuk, a koszorúereket kontrasztanyaggal feltöltve (Uromiro 75%, Bracco, Milano) Siemens Cardoscop —U berendezéssel kétirányú koronarogramot készítettünk (1).

A morfológiai diagnózis felállítása után spazmus elkülönítésére a katéteren keresztül Nitroglicerint (Nitrolingual, Pohl—Boskam) adtunk, majd újabb koronarogramot készítettünk. Hatástalanság esetén ezt követően kezdtük meg a szelektív sztreptokináz-infúziót. A kóros koronária-szájadékba helyezett Judkins-katéteren keresztül infúziós pumpával 2 ml/min sebességgel 2000 E/min mennyiségben sztreptokinázt (Kabikinase AB KABI, Stockholm) infundáltunk fiziológiás sóban oldva 20 percen keresztül. Az infúziós periódus után újabb szelektív koronarogramot készítettünk. A kezelést addig ismételtük, míg az utolsó infúziós periódusok a koronarogramon már változást nem hoztak létre.

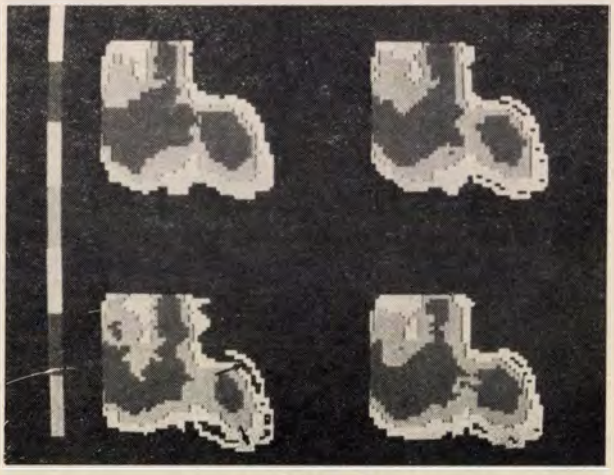
A nukleáris kardiológiai vizsgálatokat a rehabilitácó időszakában vagy azt követően, az intrakoronáriás trombolízis elvégzése után 2 hét és 7 hónap között végeztük. 21 betegben végeztünk szelektív koronarográfiát, ezek közül 16 vizsgálatára került sor, 2 beteg a trombolízist követő napokban az infarktus egyéb szövődményei következtében meghalt, 2 beteg nem egyezett bele az ellenőrző vizsgálatok elvégzésébe, 1 betegben a szelektív koronarográfia nem mutatott elzáródást, ezért ebben az esetben sztreptokináz-infúziót nem alkalmaztunk. A vizsgált betegek (14 férfi, 2 nő) átlagos életkora 53 ± 10 S. D. év, a legfiatalabb 39, a legidősebb 70 éves volt.

^{201}Thallium nyugalmi szívizom-szcintigráfia

A ^{201}Thallium nyugalmi szívizom-szcintigráfia módszertanáról, a szívizom-infarktusok vizsgálatával szerzett tapasztalatainkról korábban az Orv. Hetil. hasábjain részletesen beszámoltunk (3). Ebben a vizsgálatsorozatunkban is minden alkalommal 74 MBq (2 mCi) ^{201}Tl—Cl (Byk-Mallinckrodt) i. v. befecskendezése után 10 perccel anterior, 45° bal elülső ferde, ill. 70° bal elülső ferde irányokból, gammakamerával (MB—9100, Gamma Művek Budapest), paralel furatú ún. technécium-kollimátorral, polaroid- vagy röntgenfilmre készítettünk szcintigramokat. A felvételeket az általánosan használt séma szerint értékeltük (17). Az értékelés során a szívizom vetületében csökkent radioaktivitású (perfúziójú) területeket igyekeztünk felismerni és azonosítani. A képeket minden esetben két független megfigyelő véleményezte.

EKG-val kapuzott nukleáris kardiológiai vizsgálat

A bal kamrafal mozgásképességének megítélésére és a bal kamrai ejekciós frakció meghatározásá-



2. ábra: Ugyanazon beteg (ld. táblázat 8. sz.) bal kamrafal mozgásának négy jellemző fázisa anterior irányból. A végdiasztolés kamrakontúrhoz viszonyítva apikálisan akinézis és anterolaterálisan hipokinézis

Sorszám	Nem	Életkor (év)	A koronária elzáródásának helye	Trombolizis eredménye	Az invaziv beavatkozás kezdetéig eltelt idő (óra)	Nyugalmi ^{201}Tl szívizomszcintigráfia Trombolizistől eltelt idő	Eredmény	EKG-val kapuzott nukleáris kardiológiai vizsgálat Trombolizistől eltelt idő	Bal kamrafal mozgásképessége	Bal kamrai ejekciós frakció %
1.	♂	45	RDA 1. diagonális ág alatt	sikeres reperfúzió	3,5	3 hónap	normális	7 hónap	apikális hipokinézis	65
2.	♂ f	50	RDA 1. diagonális ág alatt	sikeres reperfúzió	2,5	6 hónap	AS perf. def.	8 hónap	apikális paradox pulz. A — akinézis	20
3.	♂	39	RDA 1. diagonális ág alatt	sikeres reperfúzió	4,5	2 hónap	normális	7 hónap	normális	57
4.	♂	46	RDA 1. diagonális ág felett	sikeres reperfúzió	2,5	2 hónap	normális	7 hónap	A — hipokinézis	48
5.	♂	48	RDA 1. diagonális ág felett	sikeres reperfúzió	1,5	1 hónap	AS és I perf. def.	5 hónap	AS — hipokinézis apikális paradox pulzáció	49
6.	♂	70	CX eredéstől 1 mm-re	sikeres reperfúzió	2	1 hónap	P perf. def.	4 hónap	I — hipokinézis	45
7.	♂	60	RDA 1. diagonális ág alatt RDP-komplett	sikeres reperfúzió	1,5	2 hét	normális	2 hét	AS — hipokinézis	48
8.	♂	48	RDA 1. diagonális ág alatt	sikeres reperfúzió	1,5	2 hét	AL és AS perf. def.	2 hét	A és apikális — akinézis	23
9.	♂	42	CX eredéstől 1 cm-re	sikeres reperfúzió	4	7 hónap	P perf. def.	1 hónap	P, I — akinézis	37
10.	♂	61	RDA 1. diagonális ág alatt	sikeres reperfúzió	3	3 hónap	A perf. def.	2 hónap	A — akinézis apikális paradox pulzáció	27
11.	♂	52	RDA 2. diagonális ág alatt	sikeres reperfúzió	3	3 hónap	normális	2 hónap	A — hipokinézis	62
12.	♀	63	CX eredéstől 1 cm-re	sikeres reperfúzió	2	1 hónap	PL perf. def.	2 hónap	PL — hipokinézis	57
13.	♀	58	RDA 1. diagonális ág alatt CX eredéstől 4 mm-re	részleges reperfúzió	4	1 hónap	AL perf. def.	7 hónap	laterális hipokinézis	42
14.	♂	54	RDA 2. diagonális ág alatt CX 1. marginális ág alatt JK 2. kónuszág alatt	részleges reperfúzió	5	1 hónap	AL perf. def.	1 hónap	A — paradox pulzáció A — akinézis	32
15.	♂	40	RDA 2. diagonális ág alatt	részleges reperfúzió	3	1	A perf. def.	1 hónap	AL — akinézis apikális paradox pulzáció	31
16.	♂	68	JK 1. kónuszág alatt	sikertelen reperfúzió	3	3 hét	P perf. def.	4 hét	poszterobazális akinézis	36

Jelmagyarázat:

RDA = ramusz deszcendens anterior
RDP = ramusz deszcendens poszterior
CX = ramusz cirkumflexusz
JK = jobb koronária
perf. def. = perfúziós defektus
A = anterior fal
AS = anteroszeptális fal
AL = anterolaterális fal
I = inferior terület
P = poszterior fal
PI = poszteroinferior
PL = poszterolaterális fal

ra EKG-val kapuzott nukleáris kardiológiai vizsgálatot végeztünk. A betegek vörös vértestjeit pirofoszfáttal történő szenzibilizálás után in vivo jelöltük ^{99m}Tc-val. A nukleáris kardiológiai vizsgálatot a jelölt vörös vértestek teljes elkeveredése után, ún. ekvilibrium állapotban végeztük. Az adatgyűjtést gammakamerához kapcsolt MB—9101 típusú (Gamma Művek, Budapest) kisszámítógép-rendszerrel hajtottuk végre. SUPER-SEGAMS szoftver felhasználásával 30° bal elülső ferde, anterior és 30° jobb elülső ferde irányokból készítettünk felvételeket. A bal kamra vértartalmának időbeli változását a reprezentatív hosszúságú szívciklusok alatt észlelt impulzusok helykoordinátái alapján rekonstruáltuk. A feldolgozás során több száz, reprezentatív hosszúságúnak tekinthető szívciklus impulzusadatait összegeztük. A bal kamrafal mozgásának vizsgálatához a vértartalom-változásról 16 képből álló képsorozatot készítettünk. Ez a képsorozat az adott felvételi irányból a balkamravetület nagyságának időbeli változását a röntgen-ventrikulográfiához hasonló módon ábrázolja azzal a különbséggel, hogy esetünkben a „kontrasztanyag" a teljesen elkeveredett jelzett vörös vértest. A képsorozat első és utolsó képe a végdiasztolés kamravetületnek felel meg, a többi kép a reprezentatív hosszúságú szívcikluson belüli vértartalom-változást jeleníti meg. Ha a képeket a számítógép-rendszerünkhöz kapcsolt színes tévé képernyőjén folyamatosan vetítjük, az adott felvételi irányból a kamravetület kontúrját képező falrészletek mozgását tanulmányozhatjuk. A három felvételi irányból a kardiológiai nukleáris diagnosztikában általánosan elfogadott séma szerint 12 kamrafalszegmens mozgásképességét véleményeztük (18).

A bal kamra szisztolés, a végdiasztolés kamrakontúrhoz viszonyított összehúzódásának mértékét két független megfigyelő analizálta. Az értékelés során normokinetikus, hipokinetikus, akinetikus, illetve paradoxan mozgó kamrafal-szegmenseket különböztettünk meg.

A bal kamrai ejekciós frakciót a bal kamra végdiasztolés és végszisztolés radioaktivitásából a megfelelő kamrai területek (ROI-k) kijelölése után határoztuk meg. Háttérterületnek a végdiasztolés bal kamra poszterolaterális fala mellett kijelölt, a szívcsúcsig érő tüdővetületet (háttér-ROI) tekintettük.

Eredmények

Koronarográfiával 9 betegben a ramusz deszcendens anterior, 3 betegben a ramusz cirkumflexusz, 1 betegben a jobb koronária elzáródását igazoltuk. 2 esetben kettő, 1 esetben mindhárom koronária mellékágain mutattunk ki elzáródást. A trombolitikus terápiás beavatkozás következményeként betegeinkben sem korai, sem késői szövődményt nem észleltünk. Az intrakoronáriás trombolízist akkor tekintettük *sikeresnek*, ha az elzáródott koronáriaág(ak)ban anterograd vagy retrográd áramlást sikerült létrehozni. Három betegben csak részleges perfúziót értünk el, egy esetben a sztreptokináz ismételt infúziói sem eredményeztek javulást. Az utóbbi négy esetet összefoglalva *sikertelen* trombolízisnek tartjuk.

Vizsgált betegeink ^{201}Thalliummal végzett nyugalmi szívszcintigráfiájának eredményeit a *táblázat* tartalmazza. A szcintigramokon 5 esetben találtunk normális aktivitáseloszlást. Körülírt, csökkent perfúziójú területeket 11 beteg vizsgálatakor észleltünk. A kimutatott aktivitáshiány elhelyezkedése 9 esetben felelt meg a trombolizált koronáriaág ellátási területének. A ramusz cirkumflexus sikeres trombolízise után 2 esetben hátsó fali infarktusra utaló elváltozást láttunk. Sikertelen trombolízis után a betegek ^{201}Tl-szcintigramjai minden esetben kórosak voltak. A perfúziós defektusokat valamennyi, ebbe a csoportba tartozó betegben az elzáródott koronáriaág ellátási területében észleltük.

A bal kamrai ejekciós frakció 4 betegben volt teljesen normális értékű, további 4 esetben csak kismértékben csökkent (45%-nál nagyobb). Igen jelentősen beszűkült bal kamrai teljesítményre utaló, 35% alatti ejekciós frakciót 5 betegben mértünk. Utóbbi esetekben a bal kamrafal mozgásképességének vizsgálata során elülső fali akinézist és/vagy paradox pulzációt is észleltünk. A sikertelenül trombolizált, részben reperfundált miokardiumú betegek bal kamrai ejekciós frakciója minden esetben csökkent volt, átlagértékük is elmaradt a sikeres trombolízis után mért átlagértékektől.

Külön figyelmet fordítottunk a fájdalom felléptétől a beavatkozás kezdetéig eltelt időtartamra, amely feldolgozott anyagunkban 1,5—5 óra között mozgott. Nukleáris kardiológiai vizsgálataink eredményei és a beavatkozás kezdetéig eltelt időtartam között azonban összefüggést nem találtunk.

Eredményeinket 8., 48 éves betegünk képeivel demonstráljuk. A ^{201}Tl-szcintigramon apikálisan és laterálisan anterior irányból, a miokardium perfúziójának hiányát igazoltuk. Az EKG-val kapuzott vizsgálat anterior irányból készült felvételének végszisztolés képén a végdiasztolés kamrakontúrhoz viszonyított apikális akinézis jól megfigyelhető *(1. és 2. ábra)*.

Vizsgálatainkkal megállapítottuk, hogy sikeres intrakoronáriás trombolízis után a betegek közel egyharmadában a bal kamrai ejekciós frakció értéke normális vagy megközelíti a normál értéket, a szívizom-szcintigramon jelentős kiterjedésű csökkent perfúziójú területek nem láthatók és az észlelt mozgászavar is általában enyhe. A betegek másik harmadában azonban a sikeres reperfúzió ellenére a bal kamrai ejekcóis frakció értéke jelentősen csökkent, a kamrafal több szegmensére terjedő perfúziós defektus, valamint súlyos aszinergia igazolható.

Megbeszélés

Az intrakoronáriás trombolízis hatékonyságának mérésére, az elhalástól megmentett szívizom mennyiségének becslésére a nukleáris kardiológiai eljárások alkalmazása világszerte elterjedt (6, 7, 10, 11, 13, 14, 15). A nyugalmi ^{201}Tl-szívizom-szcintigráfia a sikeres reperfúzió ellenére esetleg később kialakuló hegszövet nagyságának meghatározására általánosan elfogadott eljárás (6, 8, 15). A vizsgálat

időpontja és az alkalmazandó technika célszerű megválasztásával kapcsolatban a vélemények megoszlanak. A trombolízis után legalább 10 nappal készített felvételeken felismerhető csökkent perfúziójú falrészletek, amennyiben régi, lezajlott infarktus kizárható, egyértelműen kialakuló hegszövet bizonyítékai. A beavatkozást követő 24 órán belül észlelt perfúziós defektus azonban esetleg csak súlyos, tartós, de végeredményben mégis tranzitórikus iszkémia következménye lehet (13). Többen hangsúlyozzák, hogy az akut koronáriaelzáródás következtében súlyosan hipoperfundált szívizomterületek regenerálódása több napot is igénybe vehet (9, 10, 13). Ezt bizonyítják *Pachinger és mtsai* ^{123}I-heptadekansavval végzett vizsgálatainak eredményei is. A rekanalizáció után 24 órával, jelzett zsírsavval kimutatott csökkent akitivtású terület kiterjedését általában nagyobbnak találták, mint a ^{201}Tl-mal észlelt perfúziós defektust. A jelenséget a miokardium sikeres reperfúziója ellenére átmenetileg csökkent anyagcseréjével magyarázták.

Az elzáródott koronáriaág sikeres reperfúziójával megmentett szívizomterület nagyságával a beavatkozás hatásosságának mértékét becsülhetnénk. Az akut koronáriaelzáródást követő órákban a potenciálisan elhalásra ítélt szívizom mennyiségét azonban nehéz biztonsággal meghatározni. A korai időszakban készített ^{201}Tl-szcintigramokon megfigyelt csökkent radioaktivitású területek kiterjedése általában meghaladja a később kialakult hegszövet nagyságát (16). Mobil gammakamera birtokában többen hasznosnak tartják a trombolízis előtt és után ^{201}Tl-szcintigramok készítését és azok összehasonlítását (6, 8, 9, 11, 12, 13, 15).

Vizsgálatainkban mi az intrakoronáriás trombolízis után hosszabb idővel készített ^{201}Tl-szcintigramokat értékeltük. Betegeinkben a beavatkozást követően újabb infarktus kialakulását a klinikai adatok alapján nagy valószínűséggel kizárhattuk, így a vizsgálat során észlelt csökkent perfúziójú területeket a trombolízist megelőzően vagy annak ellenére kialakult hegszövetként tekintettük. A trombolizist megelőző időszakban két beteg anamnézisében szerepelt korábban lezajlott miokardiális infarktus, egy esetben annak csak alapos gyanúja volt felvethető. A három beteg közül egyben a ^{201}Tl-szcintigram teljesen normális aktivitáseloszlást mutatott, a két beteg egyikében a trombolízis részben volt csak sikeres, a másikban sikertelenül végződött. A szcintigramokon az elzáródott és zárva is maradt koronáriaágak ellátási területében nagy kiterjedésű, perfúzió nélküli falrészleteket tudtunk azonosítani. A ^{201}Tl-vizsgálatok során 16 betegből 11-ben mutattunk ki perfúziós defektust. Normális aktivitáseloszlást csak *sikeres* trombolízis után észleltünk, ezzel szemben nem minden sikeres trombolízis eredményezett normális szívizom-szcintigramot. Magyarázatra szorul annak a két betegnek az esete (*táblázat*. 9. és 12. eset), akikben a ramusz cirkumflexusz trombolízise után a ^{201}Tl szcintigramon hátsó fali elváltozást láttunk. Ismeretes, hogy a ramusz circumflexusz részben hátsó fali kamraterületeket is ellát. Elképzelhető, hogy az elzáródás után a trombolízis ellenére ezeken a helyeken hegszövet alakul ki. Nem kizárható az sem, hogy a betegekben a trombolízist megelőzően már hátsó fali miokardiális infarktus zajlott le. Ez utóbbi lehetőség a betegek anamnézise alapján nagy valószínűséggel kizárható.

Eredeményeink annak a csaknem általános elképzelésnek felelnek meg, amely szerint az intrakoronáriás trombolízis az elhalás előtt álló szívizom csupán egy részének megmentésére alkalmas. Valamennyi szerző egyetért azonban abban, hogy beavatkozás hiányában vagy sikertelen beavatkozás után a maradandóan károsodott szívizomtömeg szignifikánsan nagyobb a sikeres reperfúzió mellett elhaló szívizom mennyiségénél (6, 8, 10, 11).

A bal kamrai teljesítmény változását jól tükrözi a bal kamrai ejekciós frakció értékének különböző időpontokban történő meghatározása. A módszert több munkacsoport alkalmazta a trombolízis hatékonyságának demonstrálására (8, 11, 13, 14). A közvetlenül a trombolízis elvégzése után mért ejekciós frakciós értékek nem különböztek szignifikánsan a sikertelen trombolízis után vagy a kontroll csoportban észlelt eredményektől (11, 13). A beavatkozás után több nappal azonban már jelentős különbséget mutattak ki mind a hagyományos módon kezelt, mind a sikertelenül trombotizált betegekkel szemben (8, 9, 11,13, 14). Ez az észlelés a miokardium viszonylag lassú regenerációját feltételező felfogást támogatja.

Saját vizsgálatainkban a bal kamrai ejekciós frakció értékét sikertelen trombolízis után átlagosan kisebbnek találtuk, mint sikeres rekanalizációt követően. Közel normális ejekciós frakció érték esetén a szívizomban általában normális ^{201}-Tl-eloszlást is találtunk.

A bal kamrafal mozgásképességének vizsgálatát többen ajánlották ugyan (7, 8, 9), de az irodalomban ez ideig konkrét vizsgálati eredmények analíziséről nem olvashattunk. Mi a vizsgált 16 betegből 15-ben mutattunk ki enyhébb vagy súlyosabb iszkémiára, hegszövetre utaló mozgászavart. Az észlelt aszinergiás területek elhelyezkedése minden esetben a szívizom-szcintigramon megfigyelt perfúziós defektusok helyének felelt meg. Néhány, normálisnak véleményezett ^{201}Tl-eloszlás mellett a mozgászavart a trombotizált koronáriaág ellátási területén láttuk. Figyelemre méltó, hogy 5 betegben, az esetek közel egyharmadában, szisztolében növekvő vértartalmú, ún. paradox pulzációjú kamrafalszegmenseket mutattunk ki. Ezek közül csak egy beteg anamnézisében szerepelt előzőleg lezajlott miokardiális infarktus. A többiekben ez a legsúlyosabb mozgászavar sikeres trombolízis, az eredményes rekanalizáció ellenére alakult ki.

Betegeinkben a panaszok fellépte és az invazív beavatkozás kezdete között eltelt idő maximálisan 5 óra volt, de a 3,5 órát csak 4 esetben haladta meg. A kis vizsgálati szám nem teszi lehetővé, hogy a trombolizis hatékonyságának egyik döntő tényezőjét, az időfaktort, illetve annak eredményességét befolyásoló hatását elemezzük. Fontosnak tartjuk azonban megemlíteni, hogy egy esetben a klinikai tünetek fellépte után 4,5 óra elteltével végzett sikeres trombolízis után hetekkel, normális bal kam-

rai ejekciós frakció értéket, normokinetikusan mozgó bal kamrafalat és fiziológiás ^{201}Tl-eloszlást találtunk. Ugyanakkor paradox pulzációjú falrészleteket mutattunk ki 1,5 2,5 és 3 órával a fájdalom fellépte után végzett *sikeres* trombolízist követően.

IRODALOM: 1. *Gaál T. és mtsai:* Szelektív intracoronáriás trombolízis heveny miokardiális infarktusban. Orv. Hetil. 1982, *123*, 653. — 2. *Keltai M., Berentey E., Gaál T.:* Új lehetőség az akut miokardiális infarktus kezelésében: Szelektív intrakoronáriás trombolízis, 1981. évi tapasztalatok. Orv. Hetil. megjelenés alatt. — 3. *Csernay L. és mtsai:* Szívizom-szcintigráfiával szerzett tapasztalatok miokardiális infarktusban (^{201}Thallium-klorid vizsgálatok). Orv. Hetil. 1982, *123*, 75. — 4. *Rentrop, P. és mtsai:* Acute myocardial infarction: Intracoronary application of nitroglycerin and streptokinase in combination with transluminal recanalization. Clin. Cardiol., 1979, *2*, 354. — 5. *Csazov, E. L. és mtsai:* Intracoronary admission of fibrinolysis in acute myocardial infarction. Ter. Arkh. 1976, *48 (4)*, 8. — 6. *Markis, J. E. és mtsai:* Myocardial salvage after intracoronary thrombolysis with streptokinase in acute myocardial infarction. Assessment by intracoronary Thallium—201. N. Engl. J. Med. 1981, *305*, 777. — 7. *Itti, R.:* Myocardial perfusion and ventricular wall motion: Interest of a combined approach and recent techniques. Proc. Third World Congress Nucl. Med. Biol. 1982. Paris Pergamon Press 1982. — 8. *Simoons, M. L. és mtsai:* The effect of intracoronary thrombolysis with streptokinase on myocardial thallium redistribution and global and regional left ventricular function. Eur. Heart J. 1982, *3*, 433. — 9. *Ganz, W. és mtsai:* Intracoronary thrombolysis in acute myocardial infarction: Experimental background and clinical experience Am. Heart. J. 1981, *102*, 1145. — 10. *Pachinger, O. és mtsai:* Assessment of myocardial salvage after intracoronary streptokinase therapy with metabolic and perfusion imaging. Proc. Third World Congress Nucl. Med. Biol. 1982, Paris Pergamon Press 1982. — 11. *Reduto, L. A. és mtsai:* Coronary artery reperfusion in acute myocardial infarction: Benefical effects of intracoronary streptokinase on left ventricular salvage and performance. Am. Heart J., 1981, *102*, 1168. — 12. *Schwarz, F. és mtsai:* Intrakoronare Thrombolysebehandlung des frischen transmuralen Herzinfarkts Med. Klin. 1982, *77*, 593. — 13. *Yasuda, T. és mtsai:* Slow recovery of myocardial cell function in acute myocardial infarction reperfusion. J. Nucl. Med. 1982, *23*, P4. — 14. *Shah, P. K. és mtsai:* Effect of intracoronary thrombolysis and time from onset of infarction to reperfusion on ventricular function in acute myocardial infarction. J. Nucl. Med., 1982, *23*, P4. — 15. *Maddahi, J. és mtsai:* Assessment of efficacy of intracoronary thrombolysis in evolving myocardial infarction by thallium—201 scintigraphy. J. Nucl. Med. 1982, *23*, P5. — 16. *Pohost, G. M. és mtsai:* Differentiation of transiently ischaemia from infarcted myocardium by serial imaging after a single dose of thallium—201. Circulation, 1977, *55*, 294. — 17. *Berman, D. S., Mason, D. T.:* Clinical nuclear cardiology. Grune and Stratton, 1981. — 18. *Mester J. és mtsai:* EKG-val kapuzott, ekvilibriumban végzett nukleáris kardiológiai vizsgálatok a balkamrafunkció mérésére (normálértékek). Card. Hung. (megjelenés alatt).

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

OSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerödéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeút-elzáródás, csökkent capillaris resistentiával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1—2 alkalommal napi 1—3 kapszula vagy hetenként 2—3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2—3 kapszula, 2—3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5—6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150—130 mg im.
Gyerekek: Általában 3—12 hónapos korig napi 0,3—1,0 ml im. 1—14 évesig hetente 2—3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5—1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutiós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5—10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerödémában 0,3—0,5 ml im., 2—5 napon át.
Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2—12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitutióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula térítési díj: 6,30 Ft.
5 × 1ml ampulla térítési díj: 3,30 Ft.

1922

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

BERKŐ PÉTER DR.,
KASSAY LÁSZLÓ DR.,
HAGYMÁSSY LÁSZLÓ DR.,
GYÖRFI GYULA DR.
ÉS KISS BÉLA DR.

Hyperprolactinaemia és funkcionális meddőség

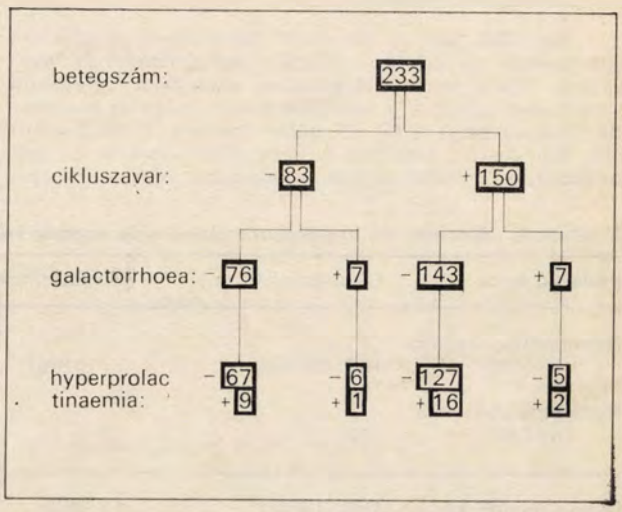
Megyei Kórház-Rendelőintézet, Miskolc
Szülészet-Nőgyógyászati Osztály (főorvos: Argay István dr.)
Laboratórium (főorvos: Kassay László dr.)

A szerzők 233 funkconális meddőségben szenvedő nőbeteg szérum-prolactin vizsgálatával, a prolactin koncentráció és az uterinális ciklus zavarai, valamint az extrapuerperális galactorrhoea összefüggéseinek vizsgálatával szerzett tapasztalataikat ismertetik. Adataik szerint funkcionális meddőségben a hyperprolactinaemia gyakorisága 12%. A 28 hyperprolactinaemiás meddő nő közül mindössze 18-nak volt uterinális cikluszavara, 3-nak galactorrhoeája, 2-nek egyidejűleg cikluszavara és galactorrhoeája, 9 meddő nőnek nem volt betegségérzetet keltő nőgyógyászati panasza. A cikluszavarban szenvedő 150 meddő nő közül 18, a 14 galactorrhoeás közül 3, a cikluszavarra és galactorrhoeára egyaránt panaszkodó 7 beteg közül 2 volt hyperprolactinemiás. A 76 asymptomás meddő nő között 9 beteg bizonyult hyperprolactinemiásnak. Azért tartják funkcionális meddőségben elsődleges fontosságúnak a szérum-prolactin vizsgálatát, mert a hyperprolactinaemiás meddő nők hyperprolactinaemiája — megbízható indirekt jelek, társtünetek hiányában — csakis laboratóriumi vizsgálattal deríthető ki.

Functional infertility, and hyperprolactinaemia. The authors report on interconnections between extrapuerperal galactorrhea, disturbances of the uterine cycle, and serum-levels of prolactin on the basis of the determination of prolactin concentration in the sera taken from 233 women suffering from functional infertility. The frequency of hyperprolactinemia was found to be 0,12 among functional infertility patients. Disturbances of the uterine cycle occured in 18 cases of 28 women of hyperprolactinemia. Three of them had galactorrhea, 2 of them had both galactorrhea, and cycle disturbances, and 9 of them were found to be free of gynecological complains. Hyperprolactinemia has been found in 18 of 150 patients suffering from cycle disturbances, in 3 of 14 patients suffering from galactorrhea, and in 2 of 7 patients suffering from both galactorrhea, and disturbance of the uterine cycle. Hyperprolactinemia has been registered in 7 of 76 women suffering from asymptomatic infertility. The importance of the determination of the serum-concentration of prolactin is emphasized, since it is the single diagnostic possibility of this kind of functional infertility when associated symptoms, and indirect signals are absent.

Bár a hyperprolactinaemiával járó reprodukciós zavarok hátterében történő hormonális változások összefüggéseit pontosan még nem ismerjük (4, 15, 21), az antihyperprolactinaemiás kezelés kedvező eredményeit tapasztalva egyre többen tulajdonítanak jelentőséget a szérum-prolactin vizsgálatának funkcionális meddőségekben (4, 10, 15). Az érdeklődést tovább fokozta az a megfigyelés, hogy az adekvát gyógyszerként megismert bromocryptin (Parlodel®, Sandoz) a normálisnak tartott prolactin-szintet is csökkenti és ennek eredményeként a normoprolactinaemiás meddő nők kezelésében is értek már el számottevő sikereket (4, 5, 6, 8, 12, 14, 15, 16, 18).

Jóllehet, a fukncionális meddőség diagnosztikájában a WHO 1976-os javaslata alapján a szérum-prolactin koncentráció vizsgálata elvileg elsődleges fontosságúvá vált, a hazai diagnosztikus lehetősé-



Meddő betegeink csoportosítása a fő panaszok és a szérum-prolactin szint alapján

1. táblázat. **A fő panaszokhoz társuló prolactin szintek megoszlása**

Ciklus zavar	Galactorrhoea	<25 ng/ml n	25 ng/ml < n	(%)	Eset szám
—	—	67	9	(11,8)	76
—	+	6	1		7
+	—	127	16	(11,2)	143
+	+	5	2		7
összes	+	11	3		14
összes	——	194	25	(11,4)	219
+ összes		132	18	(12)	150
— összes		73	10	(12)	83
Összes meddő nő:		205	28	(12%)	233

gek még meglehetősen korlátozottak. A korszerű laboratóriumi radioimmunoassay-technika költséges, devizaigényes, napjainkban még a legtöbb megyei kórházból is hiányzik. A várakozásmentes, gyors, a szükséges, de sokszoros ráfordítást igénylő sorozatvizsgálatok feltételeinek megteremtése különösen nehéz. Igaz, vannak jól felszerelt regionális központok, de különböző okok miatt a betegirányítás, a meddő nők progresszív ellátása ma még gyakorta akadozik.

További nehézséget okoz, hogy egyes endokrinológiai betegségek tünetei és a kontrollálható hormonális háttér pontos összefüggéseinek feltárása még várat magára. Örömmel konstatáljuk a Parlodel-kezelés eredményeit (2, 4, 9, 11, 14, 15, 16), de bizonytalanságérzést kölcsönöz néhány tisztázatlan, az egyes betegségek kórtani lényegével, a hormonleletek és tünetek értékelésével, a bromocryptin kezelés indikációs körével, a gyógyszer hatásmechanizmusával stb. kapcsolatos kérdés.

Kedvező, mondhatni, kiváltságos helyzetben lévén, hormonvizsgálati lehetőségek birtokában, 233 meddő nő szérum-prolactin vizsgálati eredményeinek ismeretében újabb adatokkal szeretnénk kiegészíteni a funkcionális meddőségben szenvedők főbb klinikai tüneteinek és szérum-prolactin leletének összefüggéseivel kapcsolatos eddigi ismereteinket.

Anyag és módszer

Az 1980. jan. 1. óta eltelt hároméves időszakban 233 meddő nő szérum-prolactin koncentrációját vizsgáltuk. Ilyen hormonvizsgálatra azokon a betegeken került sor, akiknek a panaszai között jelentős uterinális cikluszavar (150 fő), ill. galactorrhoea (14 fő) fordult elő. Elvégeztük továbbá a vizsgálatot azokon a „panaszmentes" meddő nőkön is, akiknek az anamnézisében üregrendszeri lezáródás lehetőségét felvető betegség nem szerepelt, sőt, férje is normozoospermiás volt (76 fő). Utóbbiak esetében a meddőség oka az első vizsgálatok után még teljesen nyitott kérdés maradt. A vizsgálati vérmintát amenorrhoeás betegek esetében az első találkozáskor, minden más betegünktől a ciklus 8—14. napján vettük le. A cikluszavaros meddő nők túlnyomórészt oligo- és amenorrhoeás betegek voltak. Az irodalomban általánosan alkalmazott kritérium alapján akkor tekintettünk egy beteget hyperprolactinaemiásnak, ha a szérum prolactin-szintje elérte vagy meghaladta a 25 ng/ml-es határértéket. A laborvizsgálatot RIA-technikával, Serono, Biodata kitekkel végeztük.

Eredmények

Meddő betegeinket három fő szempont alapján csoportosítottuk: volt-e vagy sem uterinális cikluszavar, galactorrhoea és hyperprolactinaemia. A vezető tünetek és azok hátterében meghúzódó prolactin-szint összefüggéseinek vizsgálatához adatainkat *táblázat*ba foglaltuk *(ábra* és *1. táblázat).*

A jobb összehasonlítás kedvéért külön táblázatban mutatjuk be a galactorrhoeás, a cikluszavaros, a galactorrhoeára és cikluszavarra egyaránt panaszkodó és a gyermektelenségen kívül panaszmentes betegek megoszlását a normo- és a hyperprolactinaemiás meddő nők csoportjában *(2. táblázat).*

Megbeszélés

A szérum-prolactin vizsgálatnak és az antihyperprolcatinaemiás kezelésnek a szakirodalomból megismert eredményeit tanulmányozva, valamint a saját diagnosztikus és terápiás tapasztalatainkat felhasználva legfőbb törekvésünk az, hogy újólag felhívjuk a figyelmet a funkcionális meddőségben szenvedők és általában a nőgyógyászati endokrinológiai betegek prolactin- vizsgálatának jelentőségére. Van egy új diagnosztikus és egy erre alapozott új terápiás lehetőség a kezünkben, amelynek segítségével a cikluszavarban, galactorrhoeában szenvedők jelentős hányada gyógyítható, a meddő nők egy része fertilissé tehető. Ez a tény a szakmától és a társadalomtól is a sikeres gyógyító munka feltételeinek mielőbbi megteremtését sürgeti. A meddőségre koncentrálva: mindenekelőtt azt tartjuk fontosnak, hogy a WHO immár 6 éve keltezett ajánlásának megfelelően, funkcionális meddőség esetén idővel minden beteg eljusson a progresszív betegellátás azon szintjére, abba az intézetbe, ahol prolactin-vizsgálatot is tudnak végezni. A funkcionális meddőséget hyperprolactinaemia is okozhatja, ez csak prolactin-vizsgálattal deríthető ki, a terápiás

2. táblázat. **Normo- és hyperprolactinaemiás meddő nők panaszai**

Prolactin szint	Cikluszavar (C. z.)	Galactorrhoea (G)	C. z. + G	Asymptomás
Normoprolactinaemia (n=205)	132 (64,4%)	11 (5,4%)	5 (2,4%)	67 (32,7%
Hyperprolactinaemia (n=28)	18	3	2	9
Összes meddő nő: (n=233)	150 (64%)	14 (6%)	7 (3%)	76 (33%)

sikert biztosító bromocryptin (Parlodel) csak indokolt, prolactin-vizsgálati eredménnyel is alátámasztott igényléssel szerezhető be.

Az oki tényező hyperproclatinaemia lehetőségére gondolva azért kell törekedni a szérum-prolactin vizsgálatára, mert nincs olyan indirekt jel, megbízható más tünet, ami a meddőség hátterében meghúzódó esetleges hyperprolactinaemiát valószínűsíthetné, bizonyíthatná. Vizsgálatainknak ez egyik legfontosabb tapasztalata.

Apró és *Sas* a hyperprolactinaemia gyakoriságát igazolt luteális elégtelenségben 20,3%-nak, egyéb fokú infertilitásban 13%-nak találta (1). Mi 233 meddő nőt vizsgáltunk, közölük 28, az esetek 12%-a volt hyperprolactinaemiás. A 28 beteg között 10-nek nem volt olyan uterinális cikluszavara, 25-nek nem volt galactorrhoeája, ami időben nőgyógyászhoz vitte volna a még „türelmes" meddő nőt.

A prolactin-vizsgálat jelentőségét igazolják a következő adatok: a cikluszavarban szenvedő meddő nők 12%-a, a galactorrhoeára panaszkodó 14 meddő nő közül 3, a cikluszavarra és galactorrhoeára egyidejűleg panaszkodó 7 beteg közül 2, az esetek egynegyede volt hyperprolactinaemiás.

A normoprolactinaemiások körében végzett sikeres bromocryptin-kezelések tapasztalatai alapján nyilvánvaló, hogy az eredményes kezelés reményében Parlodel-terápiára szorulók aránya az általunk talált 12%-ot, a hyperprolactinaemiások arányát jelentősen meghaladja.

A normoprolactinaemiás meddők 5,4%-a galactorrhoeás, hyperprolactinaemiások körében ez az arány 28 közül 3 nő. Ehhez hasonlóan, az is meglepő, hogy a galactorrhoeás meddőknek mindössze egyötöde hyperprolactinaemiás. Ezek az adatok más szerzők következtetéseit erősítve (3, 9) azt sugallják, hogy az extrapuerperális galactorrhoeák etiológiájában a hyperprolactinaemia csak egy, az oki tényezők között.

Schaison (17) a hyperprolactinaemiás betegek 30—38%-át találta galactorrhoeásnak, a galactorrhoeás endokrinológiai betegek között *Seppälä és mtsai* 12—28%-ban (19), *Parkes* viszont az esetek 80%-ban tudott hyperprolactinaemiát igazolni (12).

Az uterinális ciklus és a hyperprolactinaemia összefüggéseit vizsgálva a következő adatokat nyertük: a normo- és hyperprolactinaemiás meddő nők közel azonos arányban (66,4%, ill. 64,3%) szenvednek cikluszavarban, az emlőpanasz nélküli normális és kóros ciklusú meddő nők körében viszont a hyperprolactinaemia gyakorisága hasonló (11,8%, ill. 11,2%). Ezek a közel azonos számarányok nehezen magyarázhatók. Ha a kórosat a normálistól elválasztó 25 ng/ml-es határértéket reálisnak ismerjük el, akkor a normális és kóros ciklusú meddő nők gyakorlatilag azonos hyperprolactinaemia-incidenciájáról azt kell gondolnunk, hogy az ismeretlen okú hyerprolactinaemia döntően nem a cikluszavarért, hanem a meddőségért felelős a cikluszavaros meddő nők esetében. Másképpen: uterinális következménytől függetlenül, a hyperprolactinaemia közvetlenül vagy közvetve a petefészek reprodukciós ciklusát befolyásolja előnytelenül.

Rjosk a hyperprolactinaemiás nők 70%-át találta amenorrhoeásnak (13), *Shearman* és *Fraser* amenorrhoeások között az esetek 39%-ában mutatott ki hyperprolactinaemiát (20).

A normoprolactinaemiás meddők között 32,7%, a hyperprolactinaemiások között 28,9% az asymptomások aránya. Ezzel szemben, amíg a 205 normoprolactinaemiás közül csak 5 betegnek (2,4%), a 28 hyperprolactinaemiás között 2 főnek volt egyidejűleg cikluszavara és galactorrhoeája is. Mivel a cikluszavar előfordulása normo- és hyperprolactinaemiások körében közel azonos, logikusnak tűnik, hogy a 7,1% a galactorrhoeás esetek relatíve nagyobb számával magyarázható.

Az irodalomban található, a prolactin-koncentráció és az endokrinológiai tünetek összefüggéseire utaló számarányok meglehetősen nagy szórást mutatnak, ennek fő oka minden bizonnyal az, hogy a vizsgálati esetszámok viszonylag alacsonyak. Adatainkat összehasonlítva *Kredentser* és *Hoskins*, a miénkhez leginkább hasonlítható felmérések adataival, a hasonlóságok mellett szembetűnő különbségek is mutatkoznak (7). Az ő adataik mellett zárójelben tüntetjük fel a saját megfelelő arányszámainkat. Ők 113 (223) infertilis nő között 195%-ban (12%) találtak hyperprolactinaemiát. 8 hyperplolactinaemiás betegük mindegyike (anyagunkban 28 közül csak 18 fő) cikluszavarban szenvedett, a hyperprolactinaemiás meddők 87,5%-ának (anyagunkban 28-ból 3-nak) volt galactorrhoeája. A vizsgált meddő nők 4,4%-át (3,9%) találták asymptomás hyperprolactinaemiásnak, a hyperprolactinaemiások között pedig a betegek 25%-a (anyagunkban 28-ból 9) volt asymptomás.

Amint azt az idézett, más szerzők adataihoz hasonló, nem egy esetben azonban azoktól eltérő vizsgálati eredményeink is megerősítik, a funkcionális meddőség, a súlyos cikluszavarokat, galactorrhoeát eredményező endokrinológiai betegségek és a betegek szérum-prolactin koncentrációjának összefüggései még nem egyértelműek, a hyperprolactinaemia jelentőségének, feltételezett oki szerepének tisztázása további kutatásokat tesz szükségessé. A gyakorlatilag veszélytelen antihyperprolactinaemiás kezelés eddigi kiváló eredményei azonban már ma is sürgetik a Parlodel-kezelés javallatának kimondásához alapul szolgáló szérum-prolactin vizsgálatok elvégzését minden, funkcionális meddőség miatt gondozásba vett nőbetegen. Fontosnak tartjuk ezt azért is hangsúlyozni, mert tapasztalataink szerint sincs olyan „megbízható" panasz, tünet, amely a meddőségben gyakori hyperprolactinaemiát valószínűsíthetné.

Köszönetnyilvánítás

Nélkülözhetetlen és lelkes közreműködésükért köszönetet mondunk a laboratóriumban és az endokrinológiai ambulancián dolgozó *Papp Lajosné, Baranyi Judit*, valamint *Bozsikné Nagy Mária, Chrabák Edéné, Pocsai Jánosné* és *Subai Ferencné* munkatársainknak.

IRODALOM: 1. *Apró Gy., Sas M.:* Orv. Hetil. 1982, *123*, 1909. — 2. *Archer, D. F. és mtsai:* Fertil. Steril. 1976, *27*, 1158. — 3. *Del Pozo, E. és mtsai:* J. clin. Endocr. 1974, *39*, 18. — 4. *Godó Gy., Sas M.:* Orv. Hetil. 1980, *121*, 1059. — 6. *Jacobs, H. S. és mtsai:* Clin. Endocr. 1976, *5*, 439. — 7. *Kredentser, J. V., Hoskins, C. F., Scott, J. Z.:* Amer. J. Obstet. Gynecol. 1981, *139*, 264. — 8. *Lenton, E. A., Sobowale, O. S., Cooke, I. D.:*

Brit. Med. J. 1977, *2*, 1179. — 9. *Makkai F. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1980, *43*, 554. — 10. *Nagy P.:* Magy. Nőorv. L. 1979, *42*, 78. — 11. *Oó M., Lukács E.:* Magy. Nőorv. L. 1980, *43*, 419. — 12. *Parkes, D.:* N. Engl. J. Med. 1979, *301*, 873. — 13. *Rjosk, H. K.:* Geburtsh. v. Frauenheilk. 1976, *36*, 62. — 14. *Sas M., Godó Gy., Morvay J.:* Orvosképzés 1978, *53*, 90. — 15. *Sas M., Farkas M.:* Medicina Könyvkiadó. Bp. Az orvostudomány aktuális problémái. 1979, *35*, 37. — 16. *Sas M., Godó Gy., Falkay Gy.:* Magy. Nőorv. L. 1980, *43*, 291. — 17. *Schaison, G. és mtsai:* Nouv. Press Med. 1977, *6*, 425. — 18. *Seppälä, M., Hirvonen, E., Ranta, T.:* Lancet. 1976, *1*, 1154. — 19. *Seppälä, M. és mtsai:* Acta Endokr. 1977, *86*, 457. — 20. *Shearman, R. P., Fraser, I. S.:* Lancet. 1977, *2*, 1195. — 21. *Tyson, J. E. és mtsai:* Amer. J. Obstet. Gynecol. 1975, *121*, 375.

„Silcoplat"

A „REANAL" Finomvegyszergyár új terméke, műanyag fóliára rögzített szilikagél vékonyréteg.

A hordozóanyag nagy tisztaságú szilikagél, a kötőanyag nagy molekulasúlyú, szerves oldószerekben oldhatatlan, lineáris polimer, mely a szilikagél alapvető tulajdonságait nem befolyásolja. A rögzített réteg csupán OH-csoportokat tartalmaz, így a kromatográfia során zavaró komplexképződésekkel számolni nem kell.

A műanyag fólia alapanyaga polietiléntereftalát, – indifferens valamennyi számításba vehető oldószerrel szemben.

Felhasználható bármilyen, hagyományos vékonyréteg-kromatográfiás feladat megoldására.

Rétegvastagság 0,12 mm (száraz állapotban).

A 20×20 cm-es fólia ollóval tetszés szerinti méretre szabható.

Alkalmazható felszálló egy- és kétdimenziós, radiál és antiradiál kromatográfiára.

Kvantitatív kiértékeléshez reflexiós vagy átvilágított üzemmódban egyaránt alkalmazható.

Egységcsomagolás: 25 fólia/doboz, Ára: 478 Ft/dob.

MEGRENDELHETŐ: REANAL Közületi Vegyszerbolt

1147 BUDAPEST, Telepes u. 58–60.

Tel.: 632-047.

ROSTÁS LÁSZLÓ DR.,
TARJÁN JENŐ DR.
ÉS KELLÉNYI LÓRÁND DR.

Testfelületi elvezetéssel regisztrált His-köteg elektrogram

Megyei Kórház-Rendelőintézet, Szekszárd, I. Belgyógyászat (Kardiológia)
(osztályvezető főorvos: Tarján Jenő dr.)
Pécsi Orvostudományi Egyetem, Élettani Intézet (igazgató: Grastyán Endre dr.)
MTA Idegélettani Kutatócsoport

A szerzők saját tervezésű és előállítású noninvazív (testfelületi) His-köteg elektrogram (továbbiakban NHKE) regisztráló rendszerükkel 10 férfi, 5 nő beteget vizsgáltak. Rendszerükben átlagoló technikát alkalmaztak. Betegeik anamnézisében neurológiai vagy egyéb okkal nem magyarázható szédülés vagy eszméletvesztés szerepelt, EKG-n atrioventricularis és/vagy intraventricularis vezetési zavart állapítottak meg. A NHKE-val azonos időben invazív (intracardialis) módszerrel is regisztráltak His-köteg elektrogramot. A noninvazív és az invazív módszerrel megállapított HV-intervallumok jól korreláltak. A NHKE regisztrálás eredményességét a komfortzóna biztosítása, az optimalis mintavétel szám, a több síkban felvett elvezetési pontok kedvezően, a rövid PQ szakasz, a low voltage-t eredményező extracardialis tényezők kedvezőtlenül befolyásolták. 4 esetben NHKE-val nem tudtak értékelhető H-hullámot regisztrálni. A NHKE-t alkalmasnak tartják az 1° av-blockban és/vagy szárblockban szenvedő betegek szűrővizsgálatára, folyamatos nyomon követésére és a His-Purkinje rendszerre ható gyógyszerek tanulmányozására. NHKE-val bizonyos esetekben invazív vizsgálat nélkül is eldönthető a pacemaker implantáció szükségessége.

His-bundle electrogram recorded by body-surface lead. Ten male and five female patients were examined with a non-invasive (body-surface) His-bundle electrogram recording system (NHBE) constructed and elaborated by the authors. Averager technique was applied in the system. In the history of the patients vertigo and loss of consciousness that could not be explained by neurological or other causes were recorded. The ECG showed atrioventricular and/or intraventricular conduction disturbance. Simultaneosly with the NHBE the His-bundle electrogram was recorded also with invasive (intracardial) method. The HV-intervals determined by non-invasive and invasive methods were well correlated. The efficiency of NHBE recording was favourably influenced by the ensuring of the comfort zone, the optimum number of sampling and the leading points taken is several planes whereas the short P—Q interval, the extracardial factors resulting in low voltage influenced it unfavourably. No evaluable H wave could be recorded in 4 cases with NHBE. The NHBE is considered suitable for the control- and continuous follow up-examination of patients suffering from 1° av-block and/or bundle-branch block and for the study of the effect of drugs on the His-Purkinje system. With NHBE in certain cases the necessity of pacemaker implantation can be decided without invasive examinations.

Az orvosi diagnosztikában és terápiában egyre inkább a noninvazív, a beteg számára kevésbé kellemetlen és kevésbé veszélyes beavatkozások felé fordul a figyelem. Ez az irányzat a kardiológiában is érvényesül. 1969-ben *Scherlag és mtsai* (19) kidolgozták a His-köteg elektrogram intracardialis (invazív) regisztrálásának (továbbiakban IHKE módszerét, azonban néhány év múlva már a testfelületi (noninvazív) regisztrálás (továbbiakban NHKE) első próbálkozásairól olvashattunk (2, 5, 20). A NHKE hazai kezdeményezése *Horváth és mtsai* (9) nevéhez fűződik. A NHKE-ról szóló előadások és közlemények főként a módszertani kérdésekkel foglalkoznak (1, 3, 6, 8, 11, 12, 15, 16, 21, 22). Feladatunk, hogy nagy számú klinikai adat alapján a gyakorlati alkalmazás területeit megállapítsuk. Osztályunkon ezen célnak megfelelően végezzük vizsgálatainkat (18). Eddigi tapasztalatainkról számolunk be.

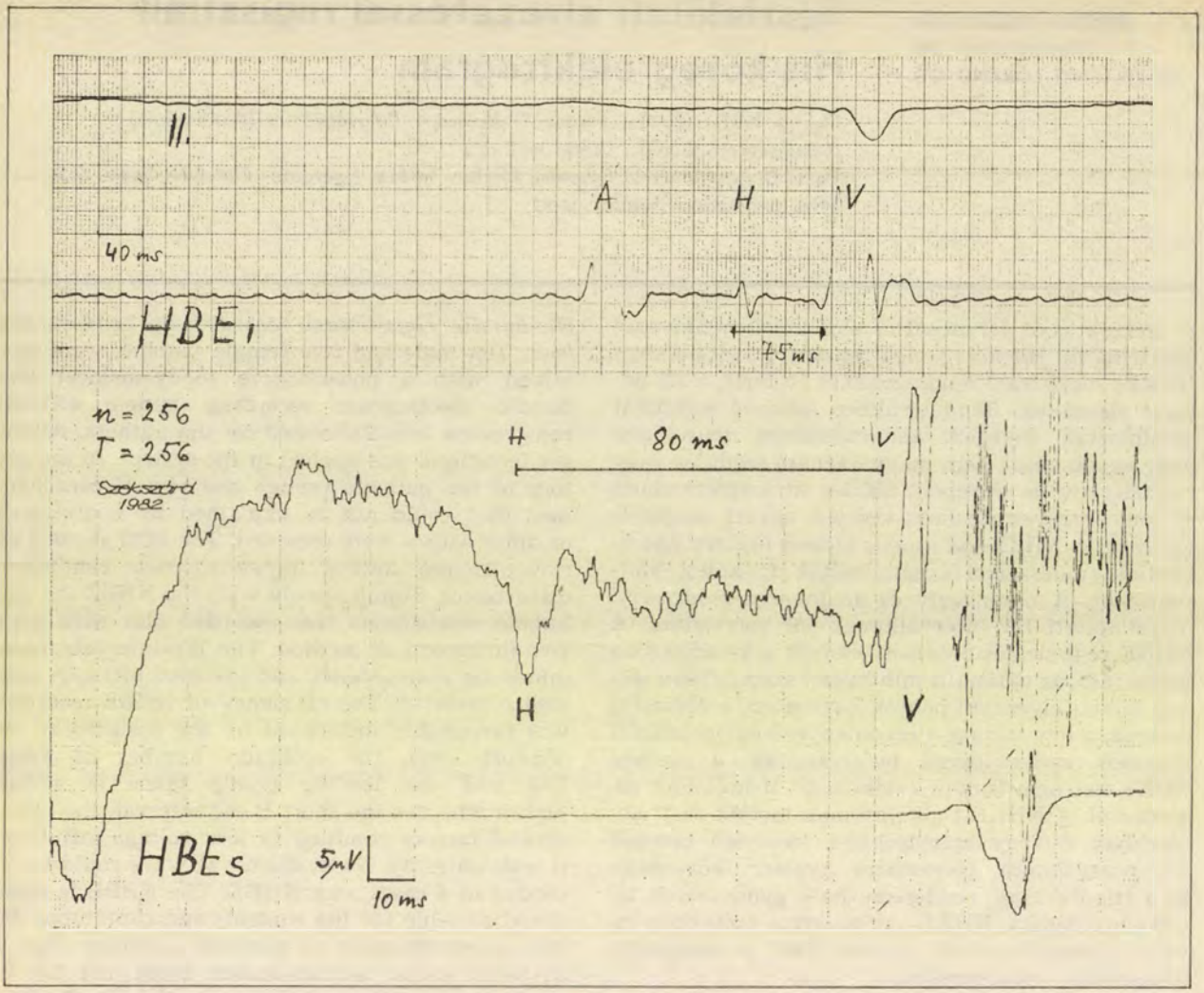
Betegek és módszer

15 betegen (10 férfi, 5 nő) kíséreltük meg a NHKE regisztrálását. Átlagéletkoruk 52,2 (19—75) év volt. Elsősorban azokat a betegeket választottuk ki, akiken az IHKE-t is elvégeztük. Az IHKE javallatát a nemzetközi irodalomban elfogadott kritériumok alapján állítottuk fel (7). A betegek anmanézisében neurológiai vagy egyéb extrakardialis okkal nem magyarázható szédülés vagy eszméletvesztés szerepelt; EKG-n atrioventricularis és/vagy intraventricularis vezetési zavart állapítottunk meg:

A vizsgálat éhgyomorra, háton fekvő helyzetben történt. Az izomremegés kiküszöbölésére indifferens hőmérsékletet biztosítottunk. Megelőzően 48 órán át kardioaktív gyógyszert nem adtunk.

Minden esetben bipolaris elvezetést alkalmaztunk. A főbb elvezetési pontok a következők voltak: 1. jobb parasternalis 2. bordaköz — processus xyphoideus, 2. jobb elülső hónaljvonal a 4. bordaközben — bal középső hónaljvonal a 4. bordaközben, 3. 4. háti csigolya magassága paravertebralisan bal oldalon — sternum közepe, 4. jobb parasternalis 2. bordaköz — bal elülső hónaljvonal az 5. bordaközben.

Regisztráló rendszerünk az egyikünk *(Kellényi)* által tervezett és kivitelezett Pécs I. rendszer (13). Elve: Ismert, hogy a testfelszínen mérhető His-köteg aktivi-



A közvetlen egymás után regisztrált invazív és noninvazív HKE. Sz. F. 70 é. ffi. Dg.: Ischaemiás szívbetegség. Felül: az invazív HKE (HBE_1), papírsebesség 250 mm/s, alul: a noninvazív HKE (HBE_S), papírsebesség 1000 mm/s.

tás amplitúdója még a 10 μV-ot sem éri el, ugyanakkor elektromos jeléhez jelentős zaj társul. Egyszerű lineáris erősítésnöveléssel így a testfelszínről értékelhető His-potenciál nem vezethető el. Az átlagolási technika, melyet rendszerünkben alkalmazunk, megoldja a zajszintből való kiemelést. A His-potenciál relatíve rövid időtartama (10—15 ms) megkívánja az átlagolandó szakaszok 1 ms-nál pontosabb kijelölését. Ezen kriterium alapján az átlagolás vezérlésére, azaz startjelként az R-hullámot használjuk. Azonos szívcikluson belül viszont a H-hullám megelőzi a „vezérlő" R-hullámot, ezért — az átlagolás elvégzésére — a vizsgálandó PQ szakaszt időben eltoljuk, azaz késleltetjük. Az analízisre kijelölt, késleltetett PQ szakaszokból az átlagolás során a stabil komponensek összegződnek, a zajok pedig kioltják egymást. Felépítése: az EKG felvételt a paciens egység, a huzal nélküli, infravörös távadó rendszer *(infra-optocsatolt telemeter, infravevő)* végzi. Ezt követően az elektromos jel a 0,3—560 Hz sávszélességű *EKG aritmia monitor*ba (tip. Kell. 80. 03.) jut, melybe beépített az R-hullám detektor és a fix frkevenciákon állítható szűrőrendszer (derivator). Az *analizátor* (tip. Kell. PBS 512 D) analóg/digital átalakítója folyamatosan végzi a mintavételezést, és előtár-rendszerében tárolja, ugyanakkor megtörténik a késleltetés is. (Késleltetési idő: 200 ms.) Az analizátor a beprogramozott szívciklusszámnak (256—512) megfelelően az előtárból az R-hullám érzékelésének idejében megkezdi az információ digitalis beolvasását, s elvégzi az átlagolást. A H-potenciál a *vizualizátoron* (VM 62 Medicor) és a direktíró X—Y *recorderen* (EMG 240) jeleníthető meg.

A NHKE regisztráláskor a papírsebesség 1000 mm/s-nak felelt meg. Az IHKE-t 11 betegen — a korábban ismertetett módszerünkkel végeztük (14, 17). A papírsebesség 100 és 250 mm/s volt. A két vizsgálat vagy szinkron vagy közvetlen egymás után, de mindenképpen 24 órán belül történt.

A statisztikai számítások közül a korrelációs koefficienst határoztuk meg.

Eredmények

Az IHKE-val és a NHKE-val mért HV intervallumokat *táblázatban* hasonlítottuk össze. Az első 9 betegre vonatkozóan kiszámítottuk a korrelációs koefficient, mely 0,998 ($p < 0,01$). 4 betegen nem tudtuk biztonsággal megítélni a His-potenciált. 2 esetben (10. és 11. beteg) a rövid PQ szakasz, 2 esetben (14. és 15. beteg) pedig obesitas, ill. emphysema tette lehetetlenné a regisztrálást. 1. betegünk IHKE-ját és NHKE-ját *ábránkon* mutatjuk be.

Megbeszélés

A NHKE regisztrálás eredményessége. A nemzetközi irodalomban 30—90%-os eredményességről számolnak be (15, 16). Módszerünkkel 15-ből 11 betegen biztonsággal megítélhető volt a H-hullám. Az invazív és noninvazív vizsgálati eredmények jól

Az invaziv és noninvaziv HKE-val megállapított HV-intervallumok

Sorszám	PQ (ms)	HV (ms) invaziv	HV (ms) noninvaziv
1.	260	75	80
2.	140	40	35
3.	180	50	48
4.	240	55	53
5.	160	45	40
6.	160	45	41
7.	180	50	46
8.	200	50	48
9.	160	40	35
10.	160	55	?
11.	160	50	?
12.	240	—	52
13.	160	—	60
14.	240	—	?
15.	320	—	?

Magyarázat:
—: vizsgálat nem történt
? : az eredmény nem értékelhető

korrelálnak. Hasonló tapasztalatokról számoltak be *Mehra és mtsai* (16).

A regisztrálás eredményességét befolyásoló tényezőket a következőkben látjuk: azonos technikai feltételek mellett részben a vizsgálótól, részben a vizsgált személytől függenek. A His-potenciál mikrovoltos nagyságrendű térvektor, melynek síkbeli vetületét ábrázoljuk. Több síkot reprezentáló elvezetésekkel a testfelszíni regisztrálását eredményesebbé tehetjük (16, 18). A zavaró jelek között döntő szerepük van az izompotenciáloknak. A komfortzóna (indifferens hőmérséklet) biztosítása ezeket jelentősen csökkenti (18). A zavaró jelek kiszűrésében az optimalis mintavétel szám szintén jelentős (13). A PQ szakasz viszont már a „betegtől függ". Rövid PQ szakasz esetén a pitvari utópotenciálok egybeeshetnek a H-hullámmal, melyet azoktól nem tudunk elkülöníteni (4, 16). Megnyúlt PQ idő esetén is előfordulhat ez, ha rövid a PH távolság. Mindazok a tényezők, melyek a hagyományos testfelületi EKG-n low voltage-t eredményeznek, pl. emphysema, obesitas, a His-potenciál amúgy sem nagy amplitúdóját érzékelhetetlenre csökkenthetik (4, 18).

A *NHKE előnyei.* A vizsgálat intracardialis beavatkozás és röntgen nélkül történik. Regisztráló rendszerünk telemetrikusan izolált, így a beteg a hálózati árammal nincs összeköttetésben. Mindezek alapján teljesen veszélytelen és szövődménymentes a NHKE. Érthető, hogy ellenjavallata nincs, s nem szükséges a beteg beleegyezése sem. Azokban az esetekben is bátran elvégezhető, amelyekben az invazív módszer alapos mérlegelést igényel, pl. lázas állapot, friss myocardialis infarctus, digitalis intoxicatio. Az ismételhetősége a hagyományos felületi EKG-éval azonos, ugyanakkor az anyagi szempontok sem elhanyagolhatók (nem szükséges drága elektródkatéter, sterilizálás, asszisztencia).

A NHKE korlátai. A jelenlegi regisztrálási technikából adódik, hogy bizonyos ritmuszavarokban (II—III° HV blokk) és dinamikus aritmia analízisre nem használható még (13, 16, 18, 22). A pitvarfibrilláció, az av-csomóban lokalizált II—III° blokk, a junctionalis ritmus viszont önmagában nem akadálya NHKE eredményes regisztrálásának (8, 18).

A NHKE alkalmazása. Az eddigi vizsgálatok alapján szűrővizsgálatokra (pl. I° av-blokk, I° av-blokk + szárblokk, bifasciculáris blokk), a betegek folyamatos nyomon követésére tartjuk alkalmazhatónak. A NHKE-val megoldhatónak látszik a gyógyszerek His-Purkinje rendszerre gyakorolt hatásának természetes körülmények közötti, folyamatos tanulmányozása. Adott esetben invazív vizsgálat nélkül is, csupán NHKE-val eldönthető a pacemaker implantáció szükségessége, ugyanis *Josephson* és *Seides* (10) szerint 1. szárblokk 60—99 ms közötti HV intervallummal és klinikai tünetekkel társulva, 2. míg szárblokk legalább 100 ms HV intervallummal társulva önmagában is javallat a pacemaker beültetésre.

Módszerünk további fejlesztésével, a több csatornás regisztrálás bevezetésével a jelenlegi alkalmazási lehetőségek kiszélesedése várható ettől az új, veszélytelen, s anyagi szempontból takarékos módszertől.

A statisztikai számítások elvégzését *Leposa Dezső dr.*-nak, kórházunk Dokumentációs és Információs Központja (főorvos: Jávor András dr.) matematikusának köszönjük.

IRODALOM: 1. *van der Akker, T. J. és mtsai:* Real time method for non-invasive recording of His-bundle activity of the electrocardiogram. Comp. Biomed. Res. 1976, *9*, 559. — 2. *Berbari, E. J. és mtsai:* Noninvasive technique for detection of electrical activity during the P—R segment. Circulation, 1973, *48*, 1005. — 3. *Berbari, E. J. és mtsai:* The His-Purkinje electrocardiogram in man. Circulation, 1976, *54*, 219. — 4. *Di Maio, F. és mtsai:* Surface recording of His bundle potentials. XVI. Intern. Congr. Intern. Med., 1982. Praha, Abstr. 325. — 5. *Flowers, N. C. és mtsai:* Surface recording of electrical activity from the region of the bundle of His. Am. J. Cardiol., 1974, *33*, 384. — 6. *Furness, A., Sharratt, G. P., Carson, P:* The feasibility of detecting His bundle activity from the body surface. Cardivoasc. Res., 1975, *9*, 390. — 7. *Gallagher, J. J., Wallace, A. G.:* His bundle recording: methods, clinical value and indication. In: *Hurst, J. W.:* The Heart. McGraw-Hill, Co., New York, 1978. pp. 354. — 8. *Hishimoto, Y., Sawayama, T.:* Noninvasive recording of His bundle potentional in man. Br. Heart J. 1975, *37*, 635. — 9. *Horváth M. és mtsai:* Aritmia analízis — hazai készülékkel. Mérés és Automatika, 1977, *25*, 372. — 10. *Josephson, M. E., Seides, S. F.:* Clinical cardiac elektrophysiology, Lea and Febiger, 1979. Philadelphia. pp. 116. — 11. *Kellényi L.:* Noninvazív His-EKG készítésének műszaki lehetőségei. Nonivazív kardiológiai vizsgáló módszerek. Tud. kollokvium. Esztergom, 1981. — 12. *Kellényi L., Tarján J.:* Mellkasi EKG elvezetésből meghatározható His-potenciál pozíció összehasonlító vizsgálata a katéteres módszerrel. Pécsi OTE Tudományos Szakcsoportjának előadása, Pécs, 1981. — 13. *Kellényi L. és mtsai:* Noninvazív His-EKG testfelszíni mérésére készített újabb analizátor rendszerünkkel szerzett klinikai tapasztalatok. Magyar Kard. Társ. Experimentális Sectiója, Budapest, 1982. — 14. *Kolta P., Tarján J.:* A His-köteg aktivitás regisztrálása em-

berben. Magyar Kard. Társ. tud. ülése, Balatonfüred, 1977. — Előadáskivonatok 149. o. — 15. *McKenna, W. J. és mtsai:* Noninvasive recording of the His-bundle eiectrogram. Proc. VI th World Symposium on Cardiac Pacing. PACE, 1979, *2*, 1978 (abstr.). — 16. *Mehra, R. és mtsai:* Noninvasive His bundle electrogram: Value of three vector lead recordings. Am. J. Cardiol. 1982, *49*, 344. — 17. *Rostás L. és mtsai:* His-köteg EKG telemetriás regisztrálása. Orv. Hetil. 1979, *120*, 2242. — 18. *Rostás L., Kellényi L., Tarján J.:* Noninvavíz His-köteg EKG. Magyar Belgy. Társ. Dunántúli Sectiójának XXIX. Vándorgyűlése, Szekszárd—Tengelic, 1982. Előadáskivonatok 9. o. — 19. *Sherlag, B. J. és mtsai:* Catheter technique for recording His bundle activity in man. Circulation, 1969, *39*, 13. — 20. *Stopczyk, M. J. és mtsai:* Surface recording of electrical heart activity during the P—R segment in man by computer averaging technique. Int. Res. Com. Syst., 1973, *11*, 73. — 21. *Vincent, R. és mtsai:* Noninvasive recording on electrical activity in the PR segment in man. Br. Heart. J., 1978, *40*, 124. — 22. *Wajszczuk, W. J. és mtsai:* Noninvasive recording of His-Purkinje activity in man by QRS-triggered signal averaging. Circulation, 1978, *58*, 95.

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 gyógyszervegyészeti 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 erjedéses és bomlásos folyamatait, csökkenti a káros bomlástermékek felszívódását.



Világhírűek a HUNYADI JÁNOS az IGMÁNDI és a FERENCZ JÓZSEF keserűvizek

KONDÁS JÓZSEF DR.

A húgyhólyag elsődleges laphámrákja

Főv. Péterfy Sándor utcai Kórház-Rendelőintézet, Szövetség utcai Részlege Urológiai-sebészeti Osztály (főorvos: Gyarmathy Ferenc dr.)

A szerző 13 év húgyhólyagdaganatos betegei közül 18 primer laphámrákos esetet ismertet, amelyeknek fele a kórismézéskor inoperábilis volt. A rendkívül rossz prognózis miatt sebészi megoldásként a legkiterjesztettebb tumoreltávolító műtétet, a radikális cystectomiát javasolja.

Primary planocellular cancer of the bladder. The author report on 18 cases of primary planocellular cancer observed during 13 years among patients suffering from bladder tumours. Half of them proved to be inoperable at the time of the establishment of diagnosis. Radical cystectomy is proposed as the possible most extended operation for tumour removal because of the extremely bad prognosis.

A malignus hólyagdaganatok 1,6—7%-a laphámrák (5). Bilharziás vidékeken gyakorisága a hólyagrákok között 55%-os (8). A laphámrákok viszonylagos ritkasága miatt a kezelésben szerzett tapasztalatokat többnyire kevés számú eset alapján ismertetik.

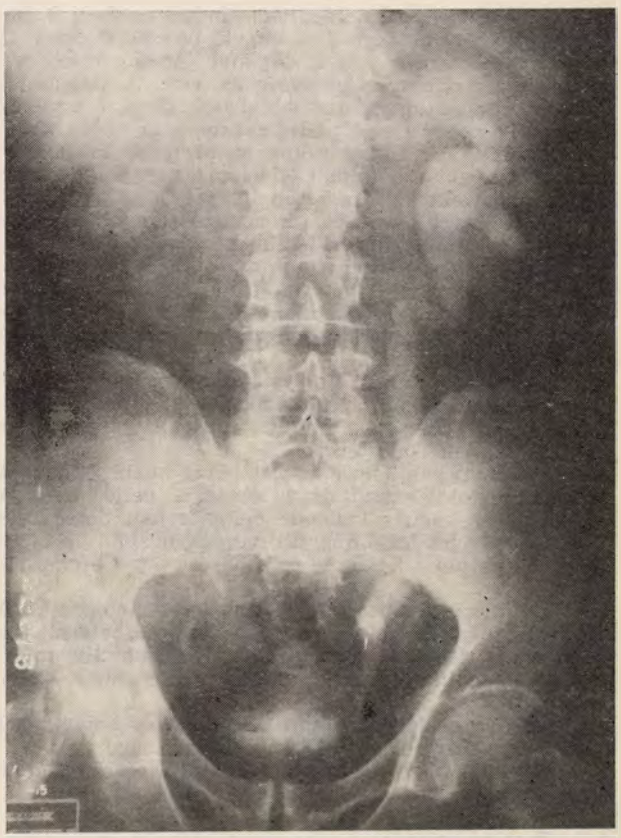
A primer laphámrákot el kell különíteni a tranzicionális sejtes hólyagdaganatok egyes részein bekövetkező laphám-metapláziától. A laphámrák etiológiájában szerepet tulajdonítanak a dohányzásnak, bilharziázisnak, húgycsőszűkületnek, hólyagkőnek, idült húgyúti gyulladásnak, ipari kémiai anyagoknak, neurogén hólyagnak, leukoplákiáknak és atípusos laphám-metapláziának (6, 16). Leukoplákiából mint rákmegelőző állapotból többen (2, 4, 7, 10) figyelték meg laphámrák kialakulását. A nemek aránya a tranzicionális sejtes húgyhólyagdaganatoknál általában 3:1, a laphámrákoknál ez az arány a nők felé tolódik el (5, 6). Ennek okát a női hólyagban gyakrabban előforduló laphám-metapláziával magyarázzák. A laphámrákok többnyire nagyon rossz prognózisúak és a túlélési arányok lényegesen rosszabbak, mint a tranzicionális sejtes tumoroknál (1). A betegek kezelésében a legjobb eredményeket a preoperatív irradiációval végzett cystectomiák után tapasztalták (3, 11, 12).

Betegeink

1970—1982 között — 13 év alatt — az osztályunkon kezelt hólyagdaganatos betegek közül 421-nél történt szövettani vizsgálat. Sejttípusok szerint a daganatok megoszlása a következő volt: 398 tranzicionális sejtes karcinóma (94,5%), 18 laphámsejtes karcinóma, 2 nem urachus eredetű adenokarcinóma, 1 retikuloszarkóma, 1 neurofibróma és 1 cystadenoma. A primer laphámrákos betegek közül 13 férfi és 5 nő volt. Átlagos életkoruk 66 év (52—88 év között) volt.

A jellegzetes tünetek közül valamennyi esetben fokozódó, súlyos diszúria, 10 betegen (56%) pedig hematúria jelentkezett.

A klinikai vizsgálómódszerekkel minden betegnél meghatároztuk — a TNM rendszer alapján (14) a daganat infiltrációjának mélységét és ennek alapján döntöttünk a műtéti indikációról. A Nemzetközi Rákellenes Unió által javasolt minimális követelményt jelentő vizsgálatokat — amelyek a TNM rendszer kategóriáinak meghatározásához szükségesek — elvégeztük. Kivételt képez az N kategória meghatározásához szükséges limfográfia, amelyet csak 3 esetben alkalmaz-



1. ábra: Kiválasztásos urográfia: B. o. elhúzódó kiválasztás, tágult üregrendszer a juxtavezikális ureterszakaszig, szabályos hólyagkép



2. ábra: Radikális cystectomiával eltávolított hólyag: a trigonum bal feléről kiinduló daganat a perivezikális zsírba terjed

tunk. Cisztoszkóppal vizsgálva minden esetben 3 cm-nél nagyobb (3 betegen 3—4 cm, 15 betegen 5 cm vagy nagyobb) átmérőjű volt a daganat. Az 5 cm-nél nagyobb tumorokban kifekélyesedés volt. A daganatok közül 6 a trigonumon, 6 az oldalsó falakon, 1 a mellső falon helyezkedett el, 5 pedig csaknem az egész hólyagot elfoglalta. A laphámrákok az ureterek infiltrációjával 6 betegben kétoldali, 4 betegben egyoldali hydronephrosist okoztak (összesen 10 eset, 56%).

A 18 közül 9 beteget a kórismézés idején inoperábilisnak minősítettünk. Közülük kettőnél palliatív műtétet végeztünk: 1 ureterostomia cutaneát és 1 transzuretrális rezekciót. 9 betegen tumoreltávolító műtétet hajtottunk végre: 6 cystectomiát (2 radikális cystectomiát) és ureterosigmoidostomiát, 2 hólyagfal-rezekciót, 1 transzuretrális rezekciót. Az utóbbi műtét után 3 hónappal recidiva miatt hemicystectomiát és azonos oldali lymphadenectomiát végeztünk. Az *1. táblázat* a daganatok kiterjedését, a műtéti típusokat és az inoperábilis eseteket ismerteti.

A 9 inoperábilisnak tartott beteg közül 8 meghalt a kórismézéstől számított 2 hónapon belül. A halál oka a betegekben a kismedencei kiterjedt daganat és következményes felső húgyúti pangás, urémia volt. Egy beteg él, akinél a betegség felismerése óta 2 hónap telt el.

A tumoreltávolító műtéteken átesett betegek közül egy sorsáról nem tudunk. Az ismert sorsú betegek túlélési adatait a *2. táblázat* mutatja. A radikális műtétek után meghalt betegek átlagos túlélési ideje 32 hónap volt.

Az összes daganat miatt elhalálozott beteg közül távoli szerváttétje (a tüdőben) egynek volt.

Betegeink közül egy típusos esetet részletesebben ismertetünk.

Esetismertetés

C. M. 59 éves férfi. Felvétele előtt két hónappal kezdődtek b. o. vesetáji fájdalmai és gyakoribb vizelési ingerei. Véres vizelete nem volt. A vizeletében fehérje és genny volt kimutatható. Vizeletüledék: 20—25 fvs és 4—5 vvt látóterenként. Laboratóriumi leletei közül a vérsejtsüllyedés 54 mm/óra volt, egyéb leletei negatívak. Mellkas röntgenfelvételen eltérés nem volt. A *kiválasztásos urográfián* b. o. késlekedő kiválasztás és tágult üregrendszer látható, a hólyagkép normális *(1. ábra). Cisztoszkópia:* 200 ml kapacitás. A hólyag csaknem teljes belső felszínét — kivétel a j. oldalsó fal — nekrotikus felszínű, egyenetlen, lapos tumor foglalja el, amely a trigonum b. felén bedomborodóbb és az ureterszájadékot is infiltrálja. A j. ureterszájadék ép. Narkózisban végzett *bimanuális tapintás:* a hólyag kb. női ökölnyi nagyságú, főleg b. o.-n helyezkedik el. A hólyagalap b. o.-on tömött, egyenetlen. Az egész hólyag mobilis, környezetében kóros rezisztencia nem tapintható. *TUR-s biopszia* a j. o.-i trigonumfélből: carcinoma planocellulare keratoides, infiltráció: T3.

Kórisménk: carcinoma (planocellulare keratoides) vesicae urinariae T3 NX MO — alapján cystectomia radicalist és ureterosigmoidostomiát terveztünk.

Epidurális érzéstelenítésben abdominális, deszcendáló módszerrel cystectomiát (a perivezikális zsírszövet eltávolításával), prostatovesiculectomiát és kéto. regionális lymphadenectomiát végeztünk. Az eltávolított szervet a *2. ábra* mutatja, amelyen látható, hogy a rákos folyamat a perivezikális zsírszövetbe terjedt. J. o. módosított *Coffey I.* és b. o. — a tágult ureter miatt — *Coffey II.* eljárás szerint ureterosigmoidostomiát készítettünk. Az átmeneti mesterséges gyógyszeres bélhűdés után zavartalan hashajtás következett. A 13. posztoperatív napon az uretert sínező szilasztik csövet eltávolítottuk. A műtét utáni időszak szövődménymentes volt. A műtét óta 5 hónap telt el, a beteg tünet- és panaszmentes.

A hólyagdaganat szövettani vizsgálata carcinoma planocellulare keratoidest mutatott *(3. ábra)*, helyenként nekrózissal. Kiindulás helye a trigonumnak felelt meg. A szövettani feldolgozás alapján a daganatkimetszés ép szövetkörnyezetben történt, a regionális nyirokcsomókban áttét nem volt.

Megbeszélés

A laphámrákok korai felismerését nehezíti, hogy — szemben a vérzékeny papilláris tranzicionális sejtes tumorokkal — hólyagvérzés többnyire csak igen előhaladott esetekben jelentkezik. A gyakori vizelési ingerek, fájdalmas vizelés miatt orvoshoz forduló betegek panaszainak valódi okát sokáig nem fedezik fel, és alsó húgyúti gyulladásként kezelik a betegséget.

A hólyagdaganatok kórismézésében általában jelentős szerepet játszik a cisztográfia. A többnyire laposan elterülő laphámrákok azonban csak későn okoznak deformitást a hólyagképen. A kiválasztá-



3. ábra: Invazív laphámrák szövettani képe: a daganatos infiltráció az izomrétegbe terjed. HE. nagyítás: 16×6, 3×0,5.

1. táblázat. **Műtéti megoldásaink és inoperábilis eseteink a daganatok infiltrációja szerint**

Transzuretrális rezekció	Hólyagfal rezekció	Cystectomia	Inoperábilis	Össz.
T1	—	—	1	—	1
T2	1	1	—	—	2
T3a	—	1	3	—	4
T3b	—	—	1	1	2
T4a	—	—	1	8	9
Összesen:	1	2	6	9	18

A TNM rendszer alapján T1: a submucosát, T2: a felületes izomréteget, T3: a mély izomréteget, T3b: a perivezikális zsírszövetet, T4a: a környező szerveket infiltrálja a hólyagdaganat.

volt, szemben az operált tranzicionális sejtes hólyagdanatos betegek 62,3%-os 5 éves túlélési arányával. Ha az ureterosigmoidostomiás vizeletelvezetés szövődményeinek mortalitása nem lett volna olyan magas, nagyobb lehetőség lett volna 5 éves túlélésre, hiszen 3 cystectomiás betegünk tumormentesen halt meg.

Bár betegeink többsége hólyagdaganat miatt halt meg, távoli áttétet a boncolások során mindössze 1 betegnél (10%) találtunk. Hasonlóan alacsony arányú távoli áttétképződést tapasztaltak *Rundle és mtsai* (8,8%) (13), valamint *Jones és mtsai* (8%) (6).

A nagyon rossz prognózis javulását segítené elő a laphámrák etiológiájában szerepet játszó kórálla-

2. táblázat. **Operált betegeink túlélési adatai**

Név	Kor (év)	Nem	A daganat infiltrációja	Műtét típusa	Túlélés (hónap)	Halál oka	Élő
N. J.	75	ffi	T2 NX	hólyagfal rezekció	33	tumorrecidíva	—
D. L.-né	56	nő	T2 NO	TUR (majd hólyagfal-rezekció)	9	—	él
N. S.-né	52	nő	T3a NO	hólyagfal rezekció	55	pyelonephritis	—
P. P.	63	ffi	T1 NO	cystectomia	48	pyelonephritis	—
H. L.	61	ffi	T3a NO	cystectomia	18	pyelonephritis	—
V. B.-né	67	nő	T3a NO	cystectomia	8	tumorrecidíva	—
C. M.	59	ffi	T3b NO	cystectomia	5	—	él
K. J.	60	ffi	T4a N2	cystectomia	3	—	él

(A TNM rendszer alapján NX: nyirokcsomóáttét keresésére nem történt kivizsgálás; NO: nincs regionális nyirokcsomóáttét; N2: ellenoldali vagy kétoldali regionális nyirokcsomóáttétek mutathatók ki.)

sos urográfia cisztogramján az 5 cm-t meghaladó daganatok közül 4 nem okozott tumorra utaló kontrasztanyaghiányt. A cisztoszkópia minél korábbi elvégzése elősegítheti a folyamat valódi jellegének felismerését. A laphámsejtes rákok hólyagtükri képe általában eltér a tranzicionális sejtes daganatokétól. Az előbbiek többnyire szolid jellegűek, centrális részükön kifekélyesednek. Az optika hólyagfalhoz való közvetlen közelvezetésével, nagyobb nagyítású vizsgálatnál a tumor környékén gyakran figyelhetők meg a nyálkahártyában apró, sárgásfehér göbök, amelyek szarugyöngyöknek felelnek meg.

A daganatos infiltráció mértékének megállapítása döntően a narkózisban végzett bimanuális tapintáson és a transzuretrális rezekciós biopszián alapul. A laphámrákok nagyfokban invazívak — eseteink 83%-ában T3—T4 daganatok voltak —, és a trigonumon fejlődők hamar okoznak ureterelzáródást és felső húgyúti pangást. *Besette és mtsai* 75 hólyag-laphámrákos esetéből 64%-ban volt felső húgyúti tágulat (1). Saját eseteinkben 56%-ban észleltünk ilyen szövődményt.

A viszonylag késői felismerés és a nagyfokban invázív jelleg miatt a laphámrák prognózisa rendkívül rossz. Egy éven belül betegeink 69%-a halt meg daganat miatt. A Bristol Bladder Tumour Registry 24 laphámrákos esete közül 5 éven belül mind meghalt tumor miatt (9). *Rundle és mtsai* 1,9%-os (13), *Besette és mtsai* 7,4%-os (1), *Johnson és mtsai* 13,3%-os (5) 5 éves túlélési arányról számoltak be. Laphámrákos betegeink közül 5 éves túlélő nem

potok gyógyítása, valamint a daganat korábbi felismerése. Az utóbbi feltétele a hólyagrák szempontjából leginkább veszélyeztetett korosztály idült vizelési panaszokkal jelentkező betegeinek minél előbbi cisztoszkópos vizsgálata és daganat gyanúja esetén a biopszia elvégzése.

Az irodalmi adatok és saját tapasztalataink alapján az operábilisnak ítélt hólyag-laphámrákok műtéti megoldására a korai, elsődleges műtétként végzett radikális cystectomiát tartjuk a leghatásosabbnak. Szervmegtartó műtéti kezelés csak akkor indokolt, ha a beteg általános állapota, kora és egyéb betegségei nem teszik lehetővé a cystectomia elvégzését. Tekintettel a laphámrák sugárrezisztenciájára, az irradiációs kezelésnek elsősorban a nagyobb szövettani malignitású (éretlen sejtes, sok nukleáris abnormitás) daganatoknál van jelentősége.

Palliatív megoldásként elsősorban transzuretrális rezekció és szupravezikális vizeletelvezetés (többnyire ureterostomia cutanea) műtéti megoldásai, valamint sugárkezelés és kemoterápia jöhetnek számításba.

IRODALOM: 1. *Besette, P. L., Abell, M. R., Herwig, K. R.:* J. Urol. 1974, *112*, 66. — 2. *De Kock, M. L. S., Anderson, C. K., Clark, P. B.:* Brit. J. Urol. 1981, *53*, 316. — 3. *Faysal, M. H.:* J. Urol. 1981, *126*, 598. — 4. *Holley, P. S., Mellinger, G. T.:* J. Urol. 1961, *86*, 235. — 5. *Johnson, D. E. és mtsai:* J. Urol. 1976, *115*, 542. — 6. *Jones, M. A. és mtsai:* Brit. J. Urol. 1980, *52*, 511. — 7. *Kelalis, P. P., Emmett, J. J., DeWeerd, J. H.:*

Proceedings of the Mayo Clinic. 1963, *38*, 514. — 8. *Koss, L. G.:* Tumors of the urinary bladder. Atlas of tumor pathology. fasc. 11. AFIP. Washington, 1975, — 9. *Miller, A., Mitchell, J. P., Brown, N. N.:* Brit. J. Urol. 1969, *41* (Suppl.), 1. — 10. *O'Flynn, J. D., Mullaney, J.:* Brit. J. Urol. 1974, *46*, 31. — 11. *Richie, J. P. és mtsai:* J. Urol. 1976, *115*, 670. — 12. *Rous, S. N.:* J. Urol. 1978, *120*, 561. — 13. *Rundle, J. S. H. és mtsai:* Brit. J. Urol. 1982, *54*, 522. — 14. *Union Internationale contre le Cancer:* TNM classification of malignant tumors. 3. edition. Geneva, 1978. — 15. *Wallace, D. M.:* In: *Blandy, J. P.* (ed.): Urology, volt. 2. Blackwell. London, 1976, 971—973. — 16. *Wiener, D. P. és mtsai:* J. Urol. 1979, *122*, 317.

HALOPERIDOL

tabletta, injekció, cseppek

ÖSSZETÉTEL:

1 amp. (1 ml) 5 mg haloperidolum-ot,
1 tabl. 1,5 mg haloperidolumot,
1 üveg (10 ml) 20 mg (10 csepp = 1 mg) haloperidolumot tartalmaz.

HATÁS: A haloperidolum a butyrophenon csoportba tartozó neuroleptikum. Hatásmechanizmusa még nem pontosan tisztázott. A psychés és más eredetű túlmozgásokkal járó kórképekben és állapotokban kiemelt jelentőségű. Specifikus hányáscsillapító hatása alacsony dózisban is érvényesül.

JAVALLATOK: Minden olyan kórkép, amely motoros és psychés agitatióval jár, mania, oligophrenia, paranoid, hallucinatoros állapotok és epileptiformis psychosisok, delirium tremens, Huntington chorea, csillapíthatatlan hányás.

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódásával járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnezisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressiv hangulattal járó elmegyógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális adagja 4.5—18.0 mg (3—12) tabl., az egyéni tűrőképesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva.
Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig átlagosan 0.5—1 mg ($^1/_3$—$^2/_3$ tabletta vagy 5—10 csepp); 6—15 éves korig 1—2 mg (10—20 csepp).
Krónikus hányásban általában 2 × 10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

MELLÉKHATÁSOK: Huzamosabb ideig tartó kezelés után a betegek nagy részénél akinesia, tremor, izomhypertonia vagy egyéb parkinsonszerű tünetek léphetnek fel. Ezek a tünetek az adag csökkentésére vagy a kezelés átmeneti abbahagyása után spontán megszűnnek, illetve antiparkinsonos szerekkel kupírozhatók.

KÖLCSÖNHATÁSOK:
A Haloperidolt ne alkalmazzuk együtt:
— anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás),
— központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás),
— MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás),
— antihipertenzivumokkal (hatásfokozódás),
— tricyclikus, depressió elleni szerekkel,
— orális anticoagulansokkal együtt adva újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját.

FIGYELMEZTETÉS: A gyógyszer bevétele, ill. alkalmazása után 8—10 órán belül, vagy folyamatos szedése, ill. kezelés esetén a kúra időtartama alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos. Alkalmazásának, ill. hatásának tartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS: ✠ A tablettát és a cseppeket az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.
Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerint betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes.
Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.



CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)	térítési díj: 2,20 Ft
50 tabletta	térítési díj: 2,10 Ft
1 üveg (10 ml)	térítési díj: 2,60 Ft

OH 1936 **Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.**

LACZAY ANDRÁS DR.
ÉS VARGA PÁL IBOLYA DR.

A radiológiai vizsgálatok elfogadható negativitása

Kórház-Rendelőintézeti Egység, Komló, Röntgen Osztály

A különböző radiológiai vizsgálatok negatív és pozitív eredményének aránya bizonyos mértékig tükrözi a vizsgálatok kérésének megalapozottságát vagy felületességét. A vizsgálati kérések megalapozottságának elemzésére javasolják a szerzők az elfogadható negativitás fogalmának alkalmazását. A negativitási aránynak van gyanúsan alacsony, optimális, elfogadható és elfogadhatatlan tartománya. Ezek meghatározása általános érvényűen csak számos intézmény azonos jellegű osztályainak összehasonlító elemzésével történhet. Ehhez vezető első lépésként elemzik a pozitivitás és negativitás arányát belgyógyászati és sebészi osztály által kért hagyományos radiológiai vizsgálatok anyagában, és az eredményeket összehasonlítják heterogén rendelőintézeti anyag hasonló jellegű adataival.

Acceptable negativity of radiological examinations. The ratio of positive and negative results of different radiological investigations reflects, to a certain extent, whether the performance of the examination was really necessary. In order to avoid superfluous examinations the authors suggest to elaborate the application of the concept of acceptable negativity since the values of the negativity ratio may be strinkingly low, optimal, acceptable or unnecceptable. The comparative analysis of the data of the departments of similar character in numerous institutes should be carried out in order to make them applicable to all. The ratio of positivity and negativity should be studied, first of all, in medical and surgical wards, comparing the results with the data of the heterogeneous material obtained in out-patients departments.

A tökéletesedő hagyományos és egyre szaporodó új radiológiai vizsgálómódszerek teljesítőképességének, megbízhatóságának tárgyilagos elemzése a célszerű diagnosztikai stratégia alapja. Az elmúlt évek irodalmában ezért egyre gyakrabban találkozhattunk olyan közleményekkel, melyek az egyes radiodiagnosztikai eljárások értékét tanulmányozták különböző kórfolyamatok tisztázásában (8, 15, 16, 17, 23, 25, 29). Ezekben az alkalmazott vizsgálattal nyert kórismét hasonlítják össze a műtéti vagy pathológiai lelettel, esetleg az egyéb módon bizonyított végleges diagnózissal. További lépés a különféle vizsgálóeljárások, a hagyományos röntgenvizsgálatok, a computer tomographia, az ultrahangvizsgálat, az izotóp-scintigraphia, a Doppler-technika, angiographia, kitöltéses és kettős kontraszt eljárások stb. teljesítőképességének összehasonlító elemzése (6, 12, 18, 20, 21). Ezt az elemzést segítik az erre a célra alkalmazott statisztikai mutatók, mint a specificitás, a sensitivitás, a validitás, valamint főként újabban a ROC (Receiver Operating Characteristics) görbék módszere (10, 24, 27, 28). A ROC analysis a vizsgálati technika és az értékelő radiológus teljesítőképességének értékelésére egyaránt alkalmazható.

A vizsgálómódszerek szaporodásával egyre élesebben vetődik fel az a régi kérdés is, hogy mikor van értelme valamely radiológiai vizsgálatnak. Erre elvben könnyű felelni. Akkor, ha attól a beteg számára valami haszon várható (22). A gyakorlatban azonban nem ilyen egyértelmű a dolog, ezért nagyon is jogos napirenden tartani a feleslegesen végzett radiológiai vizsgálatok kérdését (1). Egyre gyakrabban találkozunk ezzel foglalkozó közleményekkel elsősorban — de nem kizárólagosan — gazdasági szempontok alapján. Így pl. megkérdőjelezték a koponyasérülések miatt a régi gyakorlatnak megfelelően szinte rutinszerűen készített koponyaröntgenfelvételek jogosultságát (2, 3, 7, 26). A traumatológiában nem sok értelmét találták a szövődménymentes bordatörések miatt készített röntgenfelvételeknek (13), a térd keresztszalag-szakadás kimutatására végzett arthrographiának (5). Heveny mellkasi panaszok esetén még az egyszerű mellkasfelvétel elkészítését is csak korlátozott mértékben tartják szükségesnek (4).

Ugyanakkor rendkívül nehéz és felelősségteljes feladat olyan általános érvényű kritériumokat felállítani, melyek alapján valamely vizsgálat elvégzése biztonsággal feleslegesnek ítélhető (9, 14). Az American College of Radiology felmérése szerint (14) a sürgősségi röntgenfelvételek az esetek 92%-ában jelentettek segítséget a vizsgálatot kérő orvosnak úgy, hogy a tennivalókkal kapcsolatos döntését befolyásolták.

Rendkívül nehéz olyan általánosságban érvényes módszert találni, mely a radiológiai vizsgálatok szükségességének, indokoltságának elbírálásá-

	Belgyógyászati osztály		Sebészeti osztály		Rendelőintézet		Összesen
Gerincfelvétel							
poz.	65	7,4%	72	40,8%	304	10,3%	
neg.	157	18,2%	74	41,8%	1424	47,9%	
spondylosis	643	74,4%	31	17 4%	1244	41,8%	
	865		177		2972		4010
Koponyafelvétel							
poz.	10	6,3%	38	16,6%	14	6,6%	
neg.	151	93,7%	190	83,4%	198	93,4%	
	161		228		212		601
Nyelőcső-gyomorbél rtg.							
poz.	237	26,1%	63	31,6%	200	16,7%	
neg.	671	73,9%	136	68,4%	996	83,3%	
	908		199		1195		2303
Irrigoscopia							
poz.	17	4,2%	28	32,9%			
neg.	308	86,0%	52	61,2%			
elégtelen előkészítés	33	9,8%	5	5,9%			
	358		85				443
Per os cholecystographia							
poz.	155	21,3%	20	15,5%	112	15,0%	
neg.	464	63,9%	60	46,6%	546	73,2%	
nem telődő	107	14,8%	49	37,9%	88	11,8%	
	726		129		746		1601
Kiválasztosos urographia							
poz.	75	30,6%	39	43,3%	104	33,8%	
neg.	160	69,4%	51	56,7%	204	66,2%	
	235		90		308		
							633
összes vizsgálat							9565

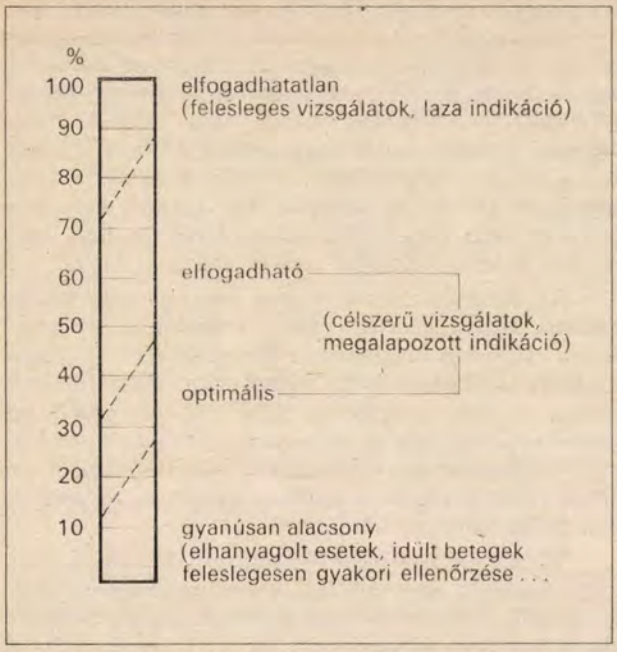
ban támpontot adhat. Nincsenek olyan statisztikai mutatóink, melyek segítenének annak elbírálásában, milyen mértékben indokoltak, mennyire megalapozottak a radiológiai vizsgálatok elvégzésére irányuló kérések. Néha találkozunk az irodalomban a beküldő kórisme, a radiológiai lelet és a végleges diagnózis összehasonlításával, ez azonban a negatív tartományra vonatkozóan nem tartalmaz teljes értékű adatokat, kérdésünkre választ nem ad és nagy, átfogó anyagban nehezen megvalósítható. Valamely vizsgálóeljárás értékelésére korábban is használták a vele kimutatott pozitív és negatív esetek számarányát (23). Általánosabb érvényű fogalomként javasoljuk az *elfogadható negativitás* bevezetését.

Ha elemezzük, hogy egyes radiológiai vizsgálatok eredménye milyen arányban pozitív vagy negatív, akkor a kapott adatok bizonyos mértékig a vizsgálatot kérő orvos munkájának értékelését is adják. A radiológus munkájának tükre a lelet, de ugyanúgy tükrözi a vizsgálatra küldő orvos kérőlapja is az ő munkáját, felelősségtudatát vagy annak hiányát, alaposságát vagy felületességét. Ha egy osztály pl. kér évente 500 irrigoscopiát, és abból 400 pozitív eredménnyel jár, akkor a vizsgálatok kérése nyilván megalapozottabb, mint ott, ahol 500 irrigoscopiából 450 negatív. Az adatokat természetesen befolyásolhatják helyi adottságok, az osztályok jellege, a vizsgálatot kérő orvos képzettsége, tapasztalata, a vizsgálatot végző radiológus személye, a diagnosztikai tévedések gyakorisága, a radiológiára küldést megelőző vizsgálati lehetőségek és azok kihasználása, a pozitivitás és negativitás kritériumai.

Ha nagy anyagban vizsgáljuk valamely radiológiai vizsgálat eredményeinek negativitását és pozitivitását, akkor elvileg négy lehetőséggel találkozhatunk. Ha nagyon sok a negatív eredmény, akkor a vizsgálatok kérésének indokoltsága kérdéses. Ekkor beszélhetünk *elfogadhatatlan negativitásról*. Ha feltűnően kevés a negatív lelet, akkor célszerű *gyanúsan alacsony negativitásról* beszélni. Emögött ugyanis különböző hibák húzódhatnak meg. Alacsony lehet a negativitás, ha csak a súlyos, előrehaladott kóresetek kerülnek a radiológiára. Ugyanígy alacsony negativitáshoz vezethet, ha az idült nyombélfekélyes betegeket gyakran küldik gyomorröntgenvizsgálatra stb. Van ezenkívül a vizsgálatok negativitásának elvben egy *optimális* és egy *elfogadható* tartománya. Ezeknek megközelítő meghatározása is csak számos intézmény azonos jellegű osztályainak ilyen irányú összehasonlító elemzése alapján lenne lehetséges. Ebben az irányban megtettük az első kis lépést akkor, mikor kórházunk és rendelőintézetünk anyagában vizsgáltuk egyes hagyományos radiológiai eljárások negativitását *(1. ábra)*.

Módszer és eredmények

Az 1980—81. év folyamán kórházunk belgyógyászati és sebészeti osztályának kérésére végzett gerincfelvételek, koponyafelvételek, nyelőcső-gyomor-bél röntgenvizsgálatok, irrigoscopiák, per os



1. ábra: A negativitás elvi tartományai és jelentőségük

chelocystographiák és kiválasztásos urographiák leletmásolatainak áttanulmányozásával megállapítottuk a negatív és pozitív eredmények arányát. A vizsgálatokat csaknem kizárólag idős, tapasztalt szakorvos többnyire az osztályvezető főorvos vagy helyettese kérésére végeztük. Kezdő, fiatal orvos röntgenvizsgálatot kórházunkban az elemzett időszakban általában nem kérhetett. Összehasonlításképpen meghatároztuk ezeket az adatokat rendelőintézetünk ugyanazon kétévi anyagában is. Ez utóbbi heterogén csoport, mert a beküldők között körzeti orvos, üzemorvos és rendelőintézeti szakorvos egyaránt szerepelt. Az összehasonlítás az irrigoscopiára nem terjed ki, mert ezt a rendelőintézetben nem végezzük. A kapott eredményeket abszolút számokban és százalékokban vizsgálatonként és osztályonként csoportosítva *táblázatunk* mutatja be.

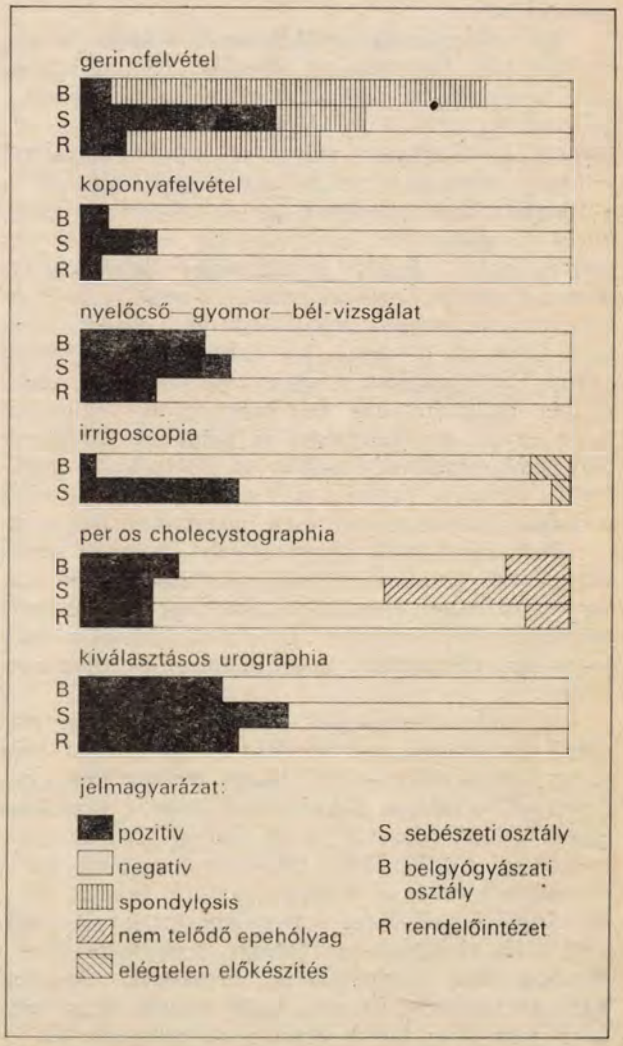
Az eredmények százalékos megoszlását vizsgálatonként és osztályonként felbontva oszlopdiagrammokkal *2. ábránk* szemlélteti.

A gerincfelvételek értékelésénél külön csoportba soroltuk a spondylosisokat. Ezek ugyanis nem tekinthetők negatív leleteknek, ugyanakkor kóros jelentőségük önmagukban az esetek legnagyobb részében legalábbis vitatható. Főként idős emberek korral járó degeneratív gerincelváltozásairól van szó, melyeket feltehetően megtalálnánk hasonló arányban a megfelelő korosztály panaszmentes képviselőiben is. Pozitívnak ezért csak azokat az eseteket vettük, melyekben egyéb kóros elváltozást is láttunk spondylosis mellett, pl. a csigolyaközti rések szűkületét, csigolyacsuszamlást, porosist, csigolyatest-összenyomatást stb.

A per os cholecystographiánál harmadik csoportként elkülönítettük a „nem telődő epehólyag" eseteket. Ennek azonban a spondylosis csoporttól eltérő hangsúlya van, mert az epehólyag nem telődése az esetek nagyobb részében pozitív lelet. Az irrigoscopiáknál elkülönítettük az „elégtelen előkészítés" csoportot azzal a megjegyzéssel, hogy az előkészítés a beküldő osztályokon történik, a vizsgálat pedig az esetek többségében a hagyományos feltöltéses eljárás volt.

Megbeszélés

Anyagunkban első pillantásra szembetűnik a belgyógyászati osztály részére végzett irrigoscopiák rendkívül magas negativitása. Ha figyelembe vesszük, hogy veszélyeztetett népcsoportok mellkasröntgenvizsgálatával 1,5% tüdőrákot találtak (11), akkor ez az eredmény a szűrővizsgálatok nagyságrendjébe sorolható és kétségkívül elfogadhatatlan negativitást jelent. Hasonló a helyzet a koponyafelvételek terén is. Ha a sérülések miatt készült felvételekkel kapcsolatban figyelembe vesszük a bevezetőben ismertetett irodalmi állásfoglalásokat (2, 3, 7, 26), akkor a sebészeti osztály kérésére készített koponyafelvételek negativitása is az elfogadhatatlan tartományba sorolható és a szokásos medicolegalis védekezésre vezethető vissza. A nyelőcső-gyomor-bél vizsgálatok negativitása magas a heterogén rendelőintézeti csoportban, feltehetően ez is az elfogadhatatlan tartományba sorolható.



2. ábra.

Ugyanez vonatkozik a rendelőintézetben végzett per os cholecystographiákra is. A gerincfelvételeknél a sebészeti osztály viszonylag alacsony negativitása elsősorban a traumatológiai esetekkel lehet összefüggésben. Ha spondylosissal kapcsolatban mondottakat figyelembe vesszük, akkor nagyon magasnak kell értékelnünk a belosztályi és rendelőintézeti gerincfelvételek negativitását is. Utóbbiban közrejátszik az a sugárvédelmi szempontból eléggé el nem ítélhető hazai gyakorlat is, hogy bizonyos üzemek dolgozóinál munkaügyi rendelkezések értelmében *szűrőjelleggel kell gerincfelvételeket* készíteni. Érdekes, hogy noha a rendelőintézeti urographiák nagy része urológiai javallat alapján történt, negativitásuk aránya mégis csaknem azonos a belgyógyászatéval, és rosszabb a sebészeti osztály anyagánál.

Összehasonlítási alap hiányában természetesen anyagunk kritikus elemzésére nem vállalkozhatunk. Ez nem is célunk. Csak az elfogadható negativitás mint elemző módszer fogalmát akartuk bemutatni. Az eredmények tárgyilagos értékelése csak a bevezetőben említett szélesebb körű vizsgálódások alapján válik majd lehetővé. Előzetesen úgy tűnik, hogy az optimális és elfogadható negativitás általában a 30—70% közötti tartományban várható, a 20% alatti értékek pedig elfogadhatatlanoknak minősíthetők.

Az eredmények értékelésénél számos körülményre kell figyelemmel lennünk. Nyilvánvalóan nem beszélhetünk például a szűrővizsgálatok elfogadható negativitásáról. Utaltunk az osztályok jellegéből, a vizsgálatot kérő orvos szakmai tapasztalatából, a vizsgálatot végző radiológus személyétől, a diagnosztikai tévedések gyakoriságától, a megelőző vizsgálatoktól, a pozitivitás és negativitás kritériumaitól függő különbségek lehetőségére. Nem tagadható, hogy sok esetben a negatív radiológiai leletnek komoly jelentősége van. Éppen ezért nem lehet túl alacsony az optimális negativitási arány. Ezt érzékelteti a „gyanúsan alacsony" negativitás tartományának felvétele, amely végletesen rossz orvosi tevékenységet is takarhat. Mindezek figyelembevételével azonban az elfogadható negativitás elemzése hasznos statisztikai mutatója lehet a radiológiai vizsgálatkérések megalapozottságának.

Nem lehet közleményünk célja, hogy az egyes vizsgálatok javallataival foglalkozzunk. Csak utalunk arra, hogy az ésszerű javallatok alapján kért rdiológiai vizsgálatoktól várható az optimális, vagy legalábbis elfogadható negativitási arány megközelítése.

A röntgenvizsgálatok indokoltságának és célszerű alkalmazásának kérdése természetesen nem napjainkban vetődött fel. Hazai szerzők (30) évtizedekkel korábban foglalkoztak már a probléma egyes vonatkozásaival és az Orvosi Hetilap szerkesztőségi cikkben már 1963-ban leszögezte azt a maradandó érvényű álláspontot, mely szerint kritika tárgyává kell tenni a megalapozott javallat nélküli rutin vizsgálatokat. *Udvari* és *Szabolcsi* (30) a lumbosacralis gerincfelvétel értékének elemzése kapcsán mutatott rá arra, hogy milyen nagy mértékű visszaélés folyik ezzel a vizsgálóeljárással a mindennapi gyakorlatban. Ma is érvényes módon állapították meg azt, hogy mikor szükséges és mikor felesleges a lumbosacralis gerinc röntgenvizsgálata. Keserű dolog tapasztalni, hogy az azóta eltelt csaknem két évtized alatt irányt mutató javaslataikból gyakorlatilag semmi sem valósult meg. Nagyon érdekes, hogy anyagukban 7,1%-nak találták a beteg szempontjából valóban hasznosnak minősíthető felvételek arányát. Ez ugyanis csaknem egyezik saját ismertetett adatainkkal, ha nem számítjuk a traumatológiai vonatkozású anyagot.

Az elfogadható negativitás fogalma nem korlátozódik szükségszerűen csak a radiológiai vizsgálatokra. Hasonló értelemben kiterjeszthető a diagnosztika legkülönbözőbb eljárásaira. Beszélhetünk így pl. a laparoscopia, az ERCP, a tűbiopsiák, az endoscopia különböző változatai, sőt akár az exploratív laparotomia elfogadható negativitásáról is. Ilyen értelemben ez a fogalom az orvosi tevékenység széles körében alkalmazható.

Végezetül elvi összefoglalásként idézzük *Udvari* és *Szabolcs* (30) említett közleményének néhány mondatát, melynél jobban megfogalmazni mondandónk lényegét aligha lehet:

„Tudatában vagyunk, hogy milyen nehéz ezen a területen szükséges és felesleges közt éles határt vonni. Mindkét irányú túlzás csak károkat okozhat. Mint minden más gyógyító tevékenységnél, itt is áll az, hogy az orvos szakszerű és lelkiismeretes mérlegelésének kell esetenként eldöntenie a szóba jövő beavatkozások szükségességét."

IRODALOM: 1. *Abrams, H. L.:* New Engl. J. Med. 1979, *300*, 1213. — 2. *Bell, R. S., J. W. Loop:* New Engl. J. Med. 1971, *294*, 236. — 3. *Bull, J. W. P., K. J. Zilkha:* Brit. Med. J. 1968, *4*, 569. — 4. *Benecerraf, B. R. és mtsai:* Radiology 1981, *138*, 293. — 5. *Braunstein, E. M.:* Amer. J. Roentgenol. 1982, *138*, 423. — 6. *Cole-Beuglet, C. és mtsai:* Radiology 1981, *139*, 693. — 7. *Cummins, R. O. és mtsai:* JAMA 1980, *244*, 673. — 8. *Flodmark, O. és mtsai:* Radiology 1980, *137*, 93. — 9. *Gerson, D. E. és mtsai:* Radiology 1979, *130*, 297. — 10. *Goodenough, D. J. és mtsai:* Radiology 1974, *110*, 89. — 11. *Heelan, R. T. és mtsai:* Radiology 1980, *136*, 593. — 12. *Knopf, D. R. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1982, *138*, 623. — 13. *de Lacey, G.:* Proc. Roy. Soc. 1976, *69*, 758. — 14. *Loop, J. W., L. B. Lusted:* Amer. J. Roentgenol. 1978, *131*, 173. — 15. *MacEvan, D. W. és mtsai:* Radiology 1978, *126*, 39. — 16. *Marglin, S., R. Castellino:* Radiology 1981, *140*, 351. — 17. *McIntosh, D. M. F., H. F. Penney:* Radiology 1980, *136*, 725. — 18. *McNeil, B. J. és mtsai:* Radiology 1981, *139*, 647. — 19. *Mellins, H. Z. és mtsai:* Radiology 1979, *130*, 293. — 20. *O'Leary, D. H. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1981, *137*, 1189. — 21. *Ott, D. J. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1982, *138*, 265. — 22. *Potchen, E. J., A. E. Sierra:* Radiology 1981, *138*, 501. — 23. *Rabe, F. E. és mtsai:* Radiology 1981, *140*, 47. — 24. *Ransohoff, D. F., Feinstein, A. R.:* New Engl. J. Med. 1978, *299*, 926. — 25. *Raghavendra, B. N. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1981, *137*, 327. — 26. *Roberts, F. F., C. E. Shopfner:* Amer. J. Roentgenol. 1972, *114*, 230. — 27. *Rosmann, K.:* Radiology 1974, *113*, 541. — 28. *Swets, J. A.:* Invest. Radiol. 1979, *14*, 109. — 29. *Wittenberg, J. és mtsai:* Amer. J. Roentgenol. 1978, *131*, 5. — 30. *Udvari P., Szabolcsi L.:* Orv. Hetil. 1966, *107*, 348.

A szerkesztőség megjegyzése:

Az Orvosi Hetilap évtizedek óta hangsúlyozza, hogy milyen helytelen és káros a diagnosztikai vizsgálatok megfontolás és kellő indikáció nélküli alkal-

mázása, a diagnosztikai polipragmázia. Mind problematikusabb ez a kérdés a szaporodó invazív diagnosztikai eljárások miatt. Nem közömbös a feleslegesen elvégzett vizsgálatok révén kárbaveszett munka és anyagi érték sem. Az utóbbi években a gazdasági nehézségek még a leggazdagabb országokban is aktuálissá tették az ésszerű takarékosság kérdését. Mindez indokolttá teszi, hogy medicina vizsgálat tárgyává tegye saját diagnosztikai gyakorlatát, és empirikus úton igyekezzék tisztázni, hogyan lehetne ésszerűbbé tenni a diagnosztikus munkát. Sajnos, az ilyenfajta vizsgálatok száma kicsi, pedig a lehetőség ilyenek elvégzésére szinte mindenütt megvan. Éppen ezért örömmel vettük, hogy *Laczay András dr.* és *Varga Pál Ibolya dr.* a szerkesztőség ösztönzésére vállalta, hogy a röntgenvizsgálatok terén kutatást végez. Szívesen tesszük közzé a tanulmányt erről a vizsgálatról, noha tisztában vagyunk vele, hogy a szerzők egyes kategóriái vitathatók, vagy finomabb elemzésre szorulnak. Egyes vizsgálati fajtánként külön, a klinikai adatokat is figyelembe véve kellene meghatározni a célszerű arányokat az eredményes és eredménytelen vizsgálatok között. Nyilvánvaló, hogy az egyes osztályok viszonyai eltérők, pl. a sebészeteken kisebb arányú negativitás várható, hiszen oda rendszerint előzetes kivizsgálás alapján kerülnek a betegek, egészen mások tehát az indikációs és a „találati" valószínűségi viszonyok. A szerzők dolgozatát értékes problémafelvetésnek tartjuk és szívesen vennénk, ha hasonló kutatások indulnának el, készséggel közölnénk azok leírását is. Olvasóink hozzászólását is kérjük, készséggel nyitnánk vitát a témával kapcsolatosan. Ha kicsit is előbbre tudnánk vinni a célzott és kellő judicium alapján kért vizsgálatok ügyét, nemcsak a gazdasági érdek érvényesülését segítenénk, megítélésünk szerint ennek legfőbb haszonélvezője a beteg lenne.

POSTINOR

TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg d-norgestrelum-ot tartalmaz tablettánként.

HATÁS: A d-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közösülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.
A készítmény csak ritkán, alkalomszerűen nemi életet élő nőknek tanácsolható. Általában a heti 1, havi 4 közösülési gyakoriság az alkalmazás felső határa. Ennél gyakoribb esetben már a kombinált fogamzásgátló tabletták rendszeres szedése a célszerűbb.

ELLENJAVALLAT: Májbetegség, az epeutak betegsége, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság. Pubertásban alkalmazása meggondolandó.

ADAGOLÁS: A coitust közvetlen követően, de feltétlenül egy órán belül kell bevenni 1 Postinor tablettát. Emlékeztetünk, hogy általában heti 1, havonta összesen 4 tabletta szedhető. 3 órán túl megismételt közösülés esetén: újabb 1 tabletta szedendő postcoitálisan. Halmozott coitus esetében az első aktust követően 1 tabletta, 3 óra elteltével és másnap újabb 1—1 tabletta alkalmazandó.

MELLÉKHATÁS: Hányinger és vérzés.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 db Postinor tabletta szedhető!

MEGJEGYZÉS: ✠ Rendelhetősége tekintetében a fogamzásgátló szerek vonatkozásában kiadott 23/1973. (Eü. K. 17.) EüM számú utasításban módosított szövegben foglaltak, valamint az Egészségügyi Minisztérium 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1.) számú Közleményében előírtakat kell figyelembe venni.
Csak vényre adható ki.
Egyszeri alkalommal 2—3 hónapra elegendő gyógyszermennyiség (10 db tabletta) rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 10 db tabletta térítési díj: 2,— Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

QH
1941

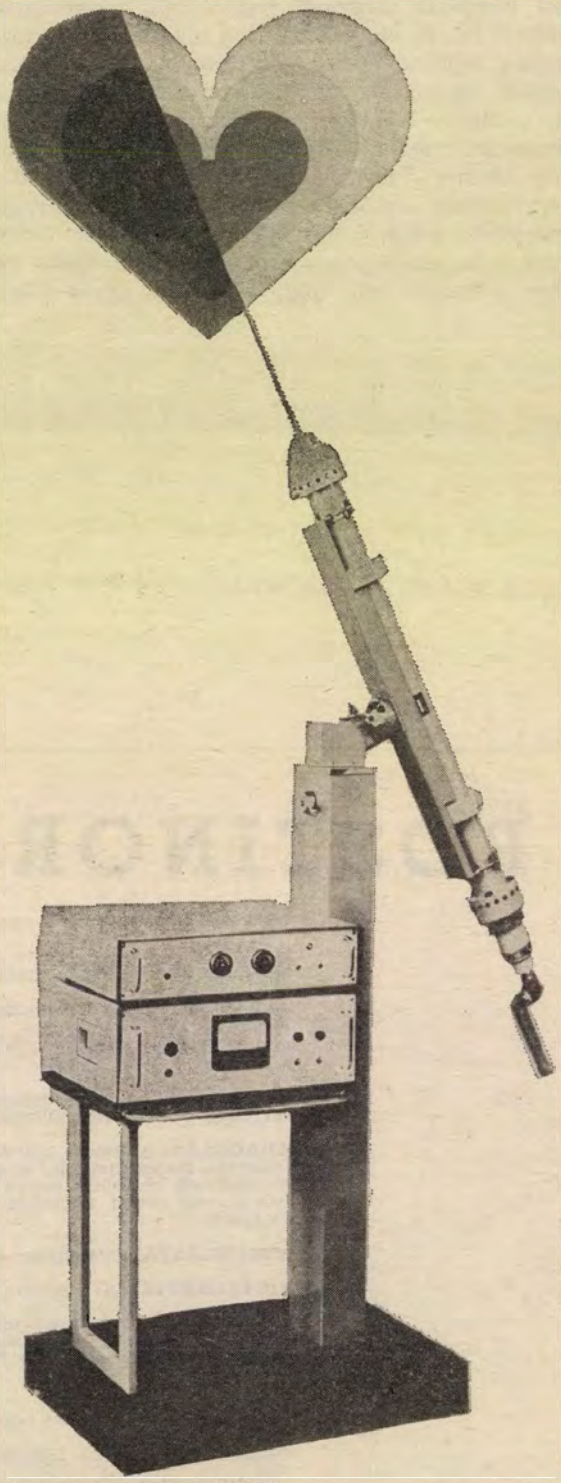
JAGODA

lézeres fizioterápiás berendezés — trofikus sebek, fekélyek, viszkető dermatózisok, reumás artritisok a betegség korai stádiumában való gyógyítására, valamint egyes szív-érrendszeri betegségek gyógyítására, — mikrobiológiai kutatások végzésére.

A berendezés működési elve a 0,63 mkm hullámhosszú lézersugár energiájának a biológiai objektumok regenerálásakor észlelt stimuláló hatásának felhasználásán alapul.

Fő műszaki adatok:

Hullámhosszúság, mkm	0,63
Sugárzási teljesítmény, mW	min. 12
Sugárfolt átmérő szabályozás határai,	mm 5-től 300-ig
Sugárzás automatikus időkésleltetési sávja, perc	1–6
Méretek, m	2,4x1,55x1,9
Műszaki élettartam (az aktív elem 1500 üzemóránkénti cseréjével), óra	10.000



Exportőr: V/O „Medexport"
Szovjetunió, 113461, Moszkva
ul. Kahovka, 31
Telefon: 121-01-54
Telex: 411247,411951 Medex Su

MEDEXPORT
MOSCOW USSR TELEX 411247 411951

FALUHELYI ANIKÓ DR.*
ÉS TARI GÁBOR DR.

Therápiás axilláris érzéstelenítés Sudeck-syndromában

Városi Kórház-Rendelőintézet, Szentes
Anaesthesiológiai Osztály (főorvos: Faluhelyi Anikó dr.)
Baleseti Sebészeti Osztály (főorvos: Badó Zoltán dr.)

A szerzők a Sudeck-syndroma kezelésben az axillaris érzéstelenítéssel mint kémiai sympathicolysissel, jó eredményeket értek el. Tárgyalják a Sudeck-syndroma stádiumait és a pathomechanizmust létrehozó reflextevékenységet. Az axillaris érzéstelenítés mint oki therápia megszakítja ezt a kóros reflexutat. Némi gyakorlattal a technika elsajátítható és a rehabilitációval foglalkozó orvosi gyakorlatban is jól alkalmazható.

Therapeutic axillary anesthesia in Sudeck syndrome. Axillary anesthesia as chemical sympathicolysis gave favourable results in the treatment of Sudeck-syndrome. The phases of Sudeck syndrome and the reflex activity inducing the pathomechanism are discussed. Axillary anesthesia as causal therapy interrupts the pathologic reflex pathway. The use of the technique requires some practice and can be applied favourably in the medical practice of rehabilitation.

1900-ban *Sudeck* elsőként írta le a később róla elnevezett kórképet (17). Századunk elején a traumatológiával foglalkozó szakkönyvek már részletesen tárgyalják a fájdalmas posttraumás végtag dystrophiákat.

A *Sudeck-syndroma lényege:* sympathicus reflex hatására létrejövő keringési zavar, mely végtagatrophiához, osteoporosishoz vezet (3, 7, 10, 21).

Sudeck-syndromát kiválthatja:

Periferiás ok:

1. trauma (contusio, distorsio, fractura, luxatio)
2. specifikus és nem specifikus gyulladás
3. idegsérülés, ideggyulladás
4. égés, fagyás, áramütés, villámcsapás
5. vénás thrombosis
6. bőrbetegség (scleroderma)

Endogen ok: ide sorolják az általános dispozíciókat, életkort, endokrin állapotot (climacterium, hyperthyreosis) agytumorokat, tabest, poliomyelitist (2, 4, 9, 12).

Psychés faktorok: mint kondicionáló tényezők jönnek szóba. Megnövekedett félelemérzésű, emocionális labilitású, depresszióra hajló, psychosomaticus zavarokkal küzdő betegeknél, statisztikailag signifikánsan gyakoribb az elváltozás (8, 12).

Etiológiáját tekintve a Sudeck-syndroma sokrétű, de kialakulásában mindig ugyanaz a reflextevékenység érvényesül (1).

Ezt a reflexutat szakítja meg az axillaris érzéstelenítés: egyrészt az idegrendszer és a periferia közötti összeköttetés megszüntetésével, másrészt az arteriola spasmusának oldásával. A felső végtag

Stadium	Klinikai kép	Röntgen
I. Acut gyulladás, produktiv gyógyulási folyamat. Sérülés 10. napjától 4—8 hétig.	Spontán fájdalom (tompa, égő, terhelési és mozgási fájdalom). A bőr livid, meleg, gyors köröm- és szőrnövekedés. Hyperhydrosis, oedema, csökkent izomtónus.	Subchondralis spongiosa fellazulása. A spongiosa mérsékelt diffuz eltörése.
II. Dystrophia, chronicus degenerativ gyulladás 8 héttől 1 évig	Spontán fájdalom visszafejlődése, a mozgási és terhelési fájdalom marad. A bőr vöröses szürke, sápadt, hűvös, a szőrzet kihullott,a köröm törékeny, nem nő. Izom atonia, atrophia, oedema, sclerosis.	Spongiosa megritkulása, epiphyseolysis, metaphyseolysis, a csont foltos, diffúz kivilágosodása, „ceruzával zajzolt" határvonal vajzolat.
III. Végatrophia, chronicus dystrophia és lezajlott gyulladás *1 éven túl.*	Alig van spontán fájdalom, időjárás érzékenység. A bőr cyanoticus, vékony, feszes, izületi merevség. „Megfagyott kéz". „Végtag romok."	„teljes" atrophia.

* *Jelenlegi munkahelye:* Semmelweis OTE Ortopéd Klinika.



1. ábra.

vasodilatációja következtében a kéz keringése jó, nincs trophicus zavar. Végül a fájdalmatlanság miatt psychés nyugalom állapotában van a beteg.

Módszer

Axillaris érzéstelenítés: a plexus brachialis axillaris úton történő blokádja. A plexus brachialis, az arteria és véna axillaris egy közös neurovascularis fasciába burkolva fut a hónaljárok elülső harmadában. Ez a neurovascularis pólya local anaestheticummal feltölthető és a felső végtag érzéstelenithető. Az érzéstelenítéssel egyidőben sympathicus és motoros blokád jön létre. A helyi érzéstelenítő szer mennyiségétől és minőségétől függően ez a blokád jól befolyásolható (22).

Az érzéstelenítés kivitelezése

A beteg hanyatt fekszik, karját a váll magasságában kinyújtva, könyökét 90 fokban behajlítva kezét a mellette levő asztalra helyezi úgy, hogy a kéz háta az asztallapon nyugodjék. Ebben a pozícióban az arteria axillaris jól tapintható (6). Az érzéstelenítést végezhetjük tű vagy katéter segítségével, ha tűt használunk, az kicsi R 16-os legyen. Mi a kanülös technikát választottuk (Braunüle 20 „0" jelzésűt). A bőr sebészi fertőtlenítése után bal kezünk mutató- és középső ujjával megkeressük az arteria axillaris pulzációját. A tűvel vagy kanülös tűvel az arteria fölé szúrunk (finom kis pukkanást érzünk, ha a tű a perivasculáris fascián áthalad). A tűt elengedve az átveszi az arteria pulzációját. Kanül technikánál a tűt kihúzzuk, és a kanült óvatosan előre vezetjük a neurovasculáris pólyában. 20 ml 0,25% Marcainet adunk. Pár perc múlva a kéz kipirul, kimelegszik, fájdalmatlanná válik. Intézetben fekvő betegnél 12 óránként, ambulanter kezelteknél 24 óránként adjuk a local anaestheticumot. A beteget felszólítjuk az állandó aktív kéztornára, eszközök fogására és használatára.

A kanült egy hétig hagytuk bent, utána kanülcserét végeztünk. Betegeinket 2—4 hétig kezeltük.

Infectiónk nem volt. Minden kanült eltávolítás után bacteriológiai vizsgálatra küldtünk.

Betegeink

1982 januárja óta 10 beteget kezeltünk, mindegyik a Sudeck-syndroma I. és II. stádiumába tartozott. Három beteget más intézetből irányítottak hozzánk. Hét saját betegünk volt, két beteget operáltunk, négy betegnél törés után, egy betegnél égés miatt alakult ki Sudeck-syndroma.

Egy betegünket részletesen bemutatunk. B. J. 41 éves férfi, akinek 1981. máj. 27-én körfűrész szaladt a bal alkarjába. Súlyos lágyrészsérülés mellett elfűrészelte ulnáját a nervus ulnárisszal együtt. A primer ellátás: az ulna lemezes osteosynthesise és a nervus ulnáris varrata volt. Két hét múlva a beteg pp. gyógyult sebbel ment haza. Nyolc hónap múlva Sudeck-syndroma II. stádiumában levő végtaggal tért vissza. Kezét kinyújtani nem tudta *(1. ábra)*. A betegnél hat héten keresztül axillaris érzéstelenítést végeztünk, pár napos megszakításokkal. A rtg.-kontroll 1982. május 11-én készült, a lemez eltávolításakor *(2. ábra)*.

Megbeszélés

A végtagsérülések száma ma sokkal több, mint korábban, ugyanakkor Sudeck-syndromával ritkán



2. ábra.

találkozunk. Ennek oka a gyors helyreállító műtét és az aktív postoperatív therápia. A modern töréskezelés ellenére azonban még mindig kialakulhat Sudeck-syndroma, melynek kezelése nagy türelmet igényel mind a betegtől, mind kezelőorvosától.

A Sudeck-syndroma tünettana és stádiumbeosztása

Annak ellenére, hogy Sudeck a pathológiás folyamatot elsősorban a csontok elváltozásaként értékelte, a Sudeck-syndroma az egész végtag és minden szöveti elem megbetegedése.

Sudeck (18, 19) *de Takáts* és *Miller* (20), *Oehlecker* (11), *Steinbracker* és *Argyros* (14) által leírt stadiumbeosztás *(táblázat)* még ma is érvényes, mindenekelőtt a therápiás konzekvenciák miatt.

Therápiás lehetőségek:

Eredményes therápiához a diagnózist korán, a klinikai kép segítségével, kritikusan kell felállítani.

I. stádium: a sérült rész ideiglenes nyugalomba helyezése mellett a szomszédos ízületek aktív mozgatása.

Gyógyszerek: gyulladáscsökkentőkre és enyhe analgetikumokra korlátozódnak.

II. stádium: fokozatos melegítés szükséges, hogy az úgynevezett paradox vasoconstrictiót elkerüljük. Balneo- és fizikotherápia javasolt, valamint gyógytornász vezetésével aktív mozgástherápia (passzív mozgatás ellenjavallt).

Gyógyszerek: antiphlogisticumok mellett keringést javító szerek adása.

Dextran infúziós therápiával *Sárközi és munkatársai* (13) értek el jó eredményeket. A glycocorticoid therápia javíthat az állapoton (8, 16), de systemás és csont-specifikus mellékhatása miatt mi tartózkodunk adásától.

Eisenger és munkatársai 1974-ben a Calcitonin therápiát vezették be. A Calcitonin az osteoclastos csontleépülést kedvező irányba befolyásolja (5). *Stilz és munkatársai* 1977-ben a transcután idegstimulációval értek el meglepően jó eredményeket. Az idegstimuláció jó fájdalomcsillapítást hozott létre (valószínű, a felszabaduló endorfinok segítségével (15). Az általunk ajánlott módszert elméleti megfontolások alapján vezettük be. Ha a Sudeck-syndroma a sympathicus idegrendszer túlműködése miatt jött létre, akkor a sympathicus hatás blokkolásával, javulást, illetve gyógyulást érhetünk el. Az axilláris érzéstelenítés nem más, mint a felső végtag kémiai sympathicolysise.

A felső végtagon symphaticus blokkot létre lehet hozni még ganglion stellátum blokáddal is. Azonban ezt mi veszélyesnek tartjuk. A manipulációk során bénulhat a nervus phrenicus a nervus recurrens, az érzéstelenítő szer intravasalisan, vagy intradurálisan kerülhet. A ganglion stellátumból ered a szív sympathicus beidegzésének $^2/_3$ része, így szívrhythmus zavar, syncope léphet fel. Az axillaris érzéstelenítésnél ezekkel a szövődményekkel nem kell számolni.

A sympathicolysis létrehozására a legmegfelelőbb gyógyszer a 0,25% Marcaine. A Marcaine segítségével hosszan tartó sympathicolysis érhető el úgy, hogy a felső végtag fájdalmatlan, de mozgásában nem korlátozott. (A 0,25% Marcaine affinitása nagy a velőhüvely nélküli érző- és kicsi a velőhüvelyes mozgatóidegekhez (22).

Az axillaris érzéstelenítés könnyen elsajátítható, olcsó és veszélytelen eljárás, amely véleményünk szerint jó therápiás hatással is rendelkezik akár önmagában, akár más therápiával kiegészítve, hasznos tartozéka lehet a Sudeck-syndroma gyógykezelésének.

IRODALOM: 1. *Ascherl, R. Blümel, G.:* Zum Krankheitsbild der Sudeckshen Dystrophie. Fortschr. Med. 1981, *99*, 712. — 2. *Blumensaat, C.:* Der heutige Stand der Lehre von Sudeck-Syndrom. Hefte Unfallh. Springer, Berlin, 1956, *51*. — 3. *Egyed B., Kazár Gy.:* A Sudeck-syndroma jelentősége a traumatológiában. Magy. Traum. Orthop. 1966, *9*, 81. — 4. *Egyed B., Kazár Gy.:* Posttraumás Sudeck-dystrophia kezelése Nerobolil injectióval. Orv. Hetil. 1967, *2*, 67. — 5. *Eisenger, J. és mtsai:* Traitement des algodystophies par calcitonin. Premiers résultats. Mediterrannée Med. 1974, *10*, 30. — 6. *Faluhelyi A.:* Axillaris érzéstelenítés Orvosi Hetilap 1982, *43*, 2659. — 7. *Farkas T., Nemes Gy.:* Beitrag zur Morphologie des Sudeck-Syndroms. Z. Orthop. 1975, *3*, 421. — 8. *Fernbach, J., Bársony, I., Bolner, G.:* A Sudeck-syndroma kórismézéről és kezeléséről. Magy. Traum. Orthop. 1966, *2*, 89. — 9. *Maurer, G.:* Umbau, Dystrophie und Atrophie an den Dliedmassen. Eng. Chir. 1941, *33*, 476. — 10. *Móricz P.:* A környéki idegek traumás eredetű megbetegedései. Traumatológiai jegyzet. 1. kötet. Bpest, 1976, 250. — 11. *Oehlecker, F.:* Zu der Bezeichnung „Sudeckssches-Syndrom" oder kurz „Sudeck" Chirurg 1948, *19*, 398. — 12. *Perlaky Gy.:* Ritka megjelenésű, psychogén eredetű Sudeck-slndroma. Magy. Traum. Orthop. 1970, *1*, 42. — 13. *Sárközi A., Bartosiewicz G.:* A Sudeck-syndroma patogenetikája és új kezelései. Magy. Traum. Orthop. 1979, *2*, 95. — 14. *Steinbrocker, O., Argyros, T. G.:* The shoulder-hand-syndrome, present status as a diagnostic and therapeutic entily. Med. Clin. N. Amer. 1958, *42*, 1533. — 15. *Stilz, R. J., Carron, H., Sanders, D. B.:* Care hystory number 96 reflex sympathetic dystrophy in a 6 year old: soccessfurl treatment by transcutaneous nerve stimulation. Anesthesia and analgesia 1977, *3*, 438. — 16. *Stuart, D.:* Management of Sudeck's atrophy. J. Bone It. Surg. 1977, *59 B*, 513. — 17. *Sudek, P.:* Über die akute, entzündliche Knochenatrophie. Arch. Klin. Chir. 1900, *62*, 148. — 18. *Sudeck, P.:* Die kollaterale Entzündungsreaktion an den Gliedmassen. Langenbeck's Arch. Klin. Chir. 1938, *191*, 710. — 19. *Sudeck, P.:* Die sog. akute Knochenatrophie als Entzündungsvorgang. Chirurg. 1942, *14*, 449. — 20. *de Takats, G., Miller, D. S.:* Posttraumatic dystrophy of the exrtemities. Arch. Surg. 1943, *46*, 469. — 21. *Tóth K.:* Klinikánk baleseti sérültjeinek kezeléséről 10 év tapasztalatai alapján. Pécs-Baranyai Orvosnapok, Pécs, 1969. p. 171. — 22. *Winnie, A. P., Vallee, D. A., Sosa, B., Masud, K. Z.:* Clinical pharmacokinetics of local anaesthetics. Canad. Anaesthes. Soc. J. 1977, *24*, 252.

Bayolin

KENŐCS



ÖSSZETÉTEL:

Heparinoid Bayer	2500 HDB-E
Aethylenglykolum monosalicylicum	5,00 g
Benzylium nicotinicum	1,25 g

50 g lemosható kenőcsben.

HATÁS:

Hatóanyagai közül a Heparinoid Bayer gyulladásgátló anyag, amely a vérrögképződést is gátolja. A nikotinsav—benzilészter helyi vérbőséget okoz, ezzel a megbetegedett szövet vérkeringését támogatja. Etilénglikol monoszalicilát külsőleges alkalmazásával gátolható a kondroitinszulfát bioszintézise. Mivel a reumás sarjszövettel jól összehasonlítható, kísérleti úton előállított hegszövetben megnövekedett mucopolisaccharid és kondroitinszulfát szintézis igazolható, a kondroitinszulfát szintézisének gátlásával a reumás kórképek feltehetően előnyösen befolyásolhatók.

A szalicilátok a bradykinin gátló hatáson keresztül fájdalomcsillapító hatást is kifejtenek.

JAVALLATOK:

Ízületi gyulladások, arthrosis, spondylosis, spondylarthrosis esetén fellépő izom- és végtagfájdalmak, izomláz és zúzódások, zárt baleseti sérülések, contusiok, haemetomák, distorsiok, továbbá tendovaginitis, epicondylitis, bursitis, radiculitis, neuritis, fibrositis, myositis.

ALKALMAZÁS:

A fájdalmas testrészt bedörzsöljük vékony rétegben általában naponta 2—3-szor. Ha a bedörzsölés a túl nagy fájdalom miatt nem lehetséges, elegendő a kenőcsöt csak könnyedén a bőrfelületre vinni. Az alkalmazás módja mindig a betegség lokalizációjától, illetve a beteg állapotától függ. Keringést javító hatása fürdőkkel fokozható.

FIGYELMEZTETÉS:

A kenőcs szembe vagy nyálkahártyára ne kerüljön, mert erős vérbőséget okoz; alkalmazása után kézmosás javasolt.

MEGJEGYZÉS:

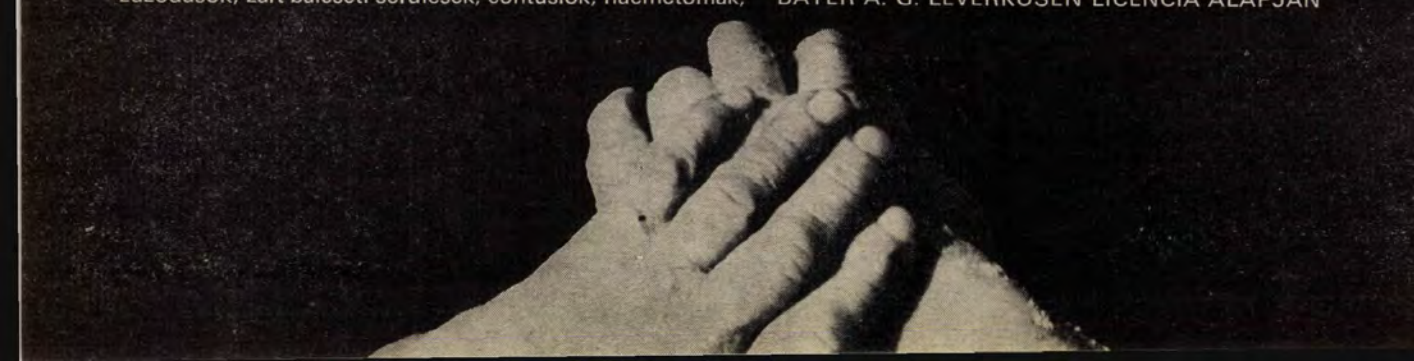
✠Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

ELTARTÁS:

Hűvös helyen.

Csomagolás:
1 tubus (50 g) 6,80 Ft.

FORGALOMBA HOZZA:
ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI,
BAYER A. G. LEVERKUSEN LICENCIA ALAPJÁN



ERTL TIBOR DR.,
SZEKERES GYÖRGY DR.
ÉS SULYOK ENDRE DR.

Nem izoimmunizáció okozta hydrops foetalis

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Csaba Imre dr.)
Kórbonctani Intézet (igazgató: Kelényi Gábor dr.)

A szerzők intrauterin elszenvedett toxoplasma fertőzés következtében kialakult hydrops foetalis esetét ismertetik. Áttekintik a nem izoimmunizáció következtében kialakuló hydrops foetalis diagnosztizálási és kezelési lehetőségeit.

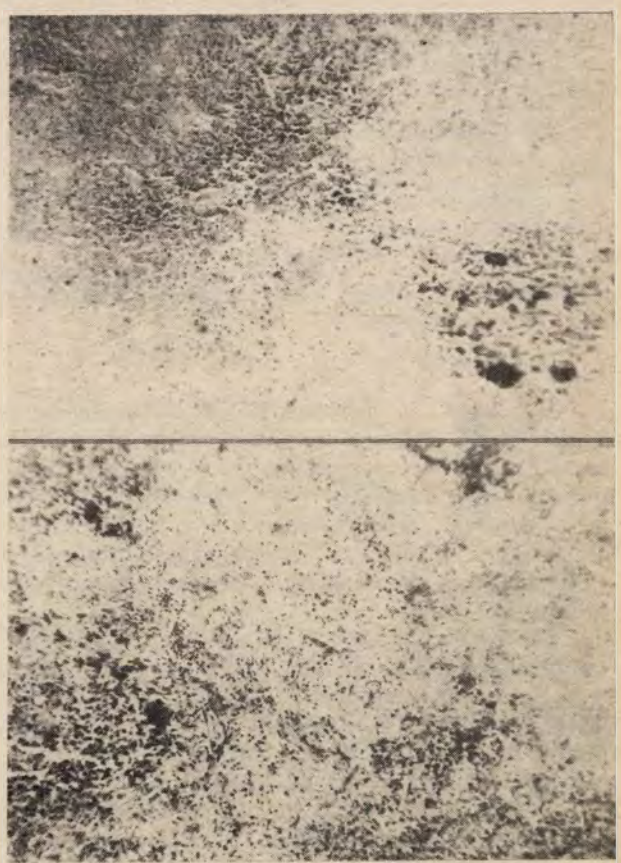
Hydrops foetalis not due to isoimmunization: A hydrops foetalis case due to intrauterine toxoplasma infection is described. Diagnostic and therapeutic possibilities of hydrops foetalis induced not by isoimmunization are reviewed.

Az anti-D profilaxis bevezetésével és általánossá válásával az izoimmunizációs eredetű hydrops foetalis (HF) gyakorisága jelentősen csökkent (10, 11). Ezért a nem izoimmunizáció következtében kialakuló hydrops foetalis (NIHF) jelentősége relatíve megnőtt és irodalmi adatok alapján jelenleg már az összes HF eset 20%-ában nem lehet izoimmunizációs kóreredetet kimutatni (14).

Az első eset ismertetése *Potter* nevéhez fűződik, aki 1943-ban hangsúlyozta a NIHF utáni terhességek jó prognózisát (20). Az elmúlt két évtizedben a kérdéssel foglalkozó közlemények száma szaporodott (1, 5, 7, 8, 9, 12, 14, 15), a hazai irodalomban azonban e témakörrel kapcsolatos közlést nem találtunk. Esetünk bemutatásával a kérdésre vonatkozó és a gyakorlat számára fontos ismereteket röviden összefoglaljuk. Betegünk kórtörténetének bemutatását azért is indokoltnak tartjuk, mert arra is felhívja a figyelmet, hogy a krónikus intrauterin fertőzés nemcsak a magzat intrauterin növekedésének lelassulásához vezethet — amint ez általánosan ismeretes —, hanem NIHF kialakulását és nagy súlyú magzat születését is eredményezheti.

Esetismertetés

T. Z-né 20 éves primigravida terhességének 32. hetében került klinikánkra felvételre 48 órán túli idő előtti burokrepedés, megindult koraszülés miatt. Magzati érdekből elektív császármetszés történt, ennek ellenére a 2840 g-os fiú újszülött moribund állapotban, 4/1-es Apgar pontértékkel született. Külleme hydropsos, testszerte ödémás, szubikteruszos bőrön bevérzések. Koponyája deformált, nagykutacs 5×5 cm, kiskutacs 4×5 cm, varratok nyitottak voltak. Az elődomborodó, feszes hason keresztül köldökig érő májat, 3×3 cm nagyságú lépet tapintottunk, 200 ml ascitest bocsátottunk le. Tracheaszívás, intubálás, IPPV O_2 lélegeztetés, Furosemid, Digoxin adás ellenére az 1 órás újszülött meghalt. Mivel az anya és az újszülött vércsoportja is 0 Rh pozitív volt, NIHF-ra gondoltunk és vérmintákat



Agykimetszés, melyben nagy, nekrotikus, lobos területek és kisebb meszes gócok találhatók. (Haematoxylin-eosin festés, 100×-os nagyítás)

Rövidítések:
HF — hydrops foetalis;
NIHF — nem izoimmunizáció okozta hydrops foetalis;
AFP — alfa-foetoprotein.

1. táblázat. **Laboratóriumi vizsgálatok eredményei**

— anémia [Hgb 5,6 mmol/l (9 g%); Htc 0,28 1/l (28%)]
— hipalbuminémia [összfehérje 32,1 g/l (3,21 g%); albumin 20,0 g/l 2,0 g%)]
— trombocitopénia [80 000 mm^3 (80 G/l)]
— indirekt és direkt bilirubinémia [Sebi 48 μmol/l (2,9 mg%); direkt 20 μmol/l (1,2 mg%)[
— IgM és AFP szaporulat, [IgG 4,6 g/l (460 mg%), IgM 0,72 g/l (72 mg%), AFP 110 μg/ml, IgA: nem mutatható ki]
— toxoplasma ellenanyag titer: 1:640

küldtünk az egyéb vércsoport inkompatibilitás következtében kialakuló izoimmunizáció kizárására. Az anyai vér direkt és indirekt Coombs-reakciója negatív, keresztreakciót sem az újszülött vvt-jeivel, sem egyéb 0 Rh pos. és 0 Rh neg. vvt-vel nem adott. Az újszülöttnél elvégzett direkt, indirekt Coombs-reakiók ugyancsak negatív eredményt adtak. Az újszülöttnél végzett laboratóriumi vizsgálatok eredményeit táblázatban foglaltuk össze *(1. táblázat)*. A szérum elektrolitokban kóros eltérést nem észleltünk, a savbázis státusz a súlyos asphyxiának megfelelően nagyfokú kombinált acidózist mutatott. A fizikális és laboratóriumi vizsgálatok eredményei alapján elsősorban krónikus intrauterin infekció kóroki szerepét tételeztük fel és a kórbonctani-kórszövettani vizsgálatokat a következő klinikai diagnózisokkal kértük:

Neonatus prematurus. Status post sectionem caesaream. Hydrops foetalis. Hydrocephalus internus. Infectio intrauterina chronica? Isoimmunisatio?

A 2840 g súlyú, 39 cm hosszúságú fiúmagzat holttestének boncolása során testszerte bőr alatti vizenyőt, ikteruszt és pontszerű bőrvérzéseket találtunk. Az agy (súlya 70 g) állománya szinte papírvékonyságú, a kamrarendszer „hólyagszerűen" tágult volt, benne sárgás, kissé zavaros liquorral. Kompakt állományt csak az agytörzsnek megfelelően találtunk. E területekből vett szövetminták hisztológiailag toxoplasma encephalitisnek megfelelő képet mutattak *(ábra)*. Mindkét oldalon a mellüregben, valamint a hasüregben kb. 50—50 ml-nyi szalmasárga savós folyadék volt. Az 50 g súlyú tüdő metszeteiben a kifejezett vérbőség mellett nagy, légtelen területek mutatkoztak, az alveolusok összeesettek voltak. A tüdősúly—testsúly aránya 0,018, ami alatta marad a normál 0,022 ± 0,002 értéknek (21), a hipopláziás tüdő az alapbetegség egyik szövődményének felelhet meg. A máj (180 g), lép (50 g) és vese szövetani mintáiban extramedulláris vérképzés mutatkozott. A kórbonctani és kórszövettani vizsgálati eredmények igazolják az intrauterin elszenvedett toxoplazma infekció kóroki szerepét.

Megbeszélés

Hutchison és mtsai a NIHF előfordulásának gyakoriságát 61 eset tanulmányozása alapján az össz-szülésszámra vonatkoztatva: 1:3748-nak találták (12), ami a hypothyreosis gyakoriságának felel meg. Az esetek 30—40%-ában súlyos fejlődési rendellenességek jelenlétével is kell számolnunk (5, 9, 12), melyek részben felelősek a kórkép magas mortalitásáért.

Etches és *Lemons* 22 NIHF-ben szenvedő újszülött kezelésével 50%-os túlélést ért el, mely a legjobb eddigi eredmény (9). Más szerzőknél a NIHF mortalitása 95—98% (5, 12). A kezelés eredményessége nagymértékben függ a diagnózis felállításának idejétől. A terhességi ultrahangvizsgálat gyakorlott kézben 100%-os pontossággal megállapíthatja HF jelenlétét (10).

A NIHF gyakran társul olyan anyai szövődményekkel is, melyek a terhesgondozás és a szülés alatt felismerésre kerülhetnek és felhívhatják a figyelmet NIHF jelenlétére *(2. táblázat)*. A fájásgyengeség felfüggesztésére adott prosztaglandin antagonisták (szalicilátok, indomethacin), a ductus arteriosus méhen belüli záródását okozhatják (2, 13), mely a keringés dekompenzálásával NIHF kialakulásához vezethet (15). Kongenitális szívblokkhoz (1) és rhabdomyomához (22) társuló NIHF-ről is beszámoltak.

Barnes és mtsai azt igazolták, hogy a fötális és neonatális ödémaképződésben a csökkent kolloid ozmotikus nyomás, a keringési elégtelenség és az anémia játszik szerepet (3, 4).

Esetünkben az infekció következtében a magzat májműködése súlyosan károsodott, amit az emelkedett AFP érték, a nagyfokú hipalbuminémia és a direkt bilirubinémia bizonyít, következésképpen az onkotikus nyomás alacsony volt. Emellett súlyos anémia is társult a kórképhez, ami az ödémaképződést fokozta.

Etches és mtsai, valamint *Hutchison és mtsai* összefoglaló munkáiból kitűnik, hogy a NIHF kialakulásában etiológiai tényezőként szerepet játszó vagy azzal társuló magzati elváltozások a legkülönbözőbb kóros állapotok széles spektrumát foglalják magukba. Ezek közül kiemelendők a magzat kardiovaszkuláris, hematológiai, gasztroenterális, urogenitális és pulmonális megbetegedései, ill. fejlődési rendellenességei, valamint a kromoszóma aberrációk és az intrauterin infekciók (9, 12).

A kórkép gyógykezelése csak akkor lehet sikeres, ha a mellkasi, illetve a hasi folyadékgyülem eltávolítása korán — lehetőleg a szülőszobán — megtörténik és pozitív nyomású lélegeztetéssel biztosítani tudjuk az oxigenizációt. Digitálisz, diuretikumok adása, vércsere, trombocita szuszpenzió, az ajánlott további terápia (9, 16, 17, 18). Sikeres beavatkozások után gyakori szövődményként „kontrakciós alkalózis" (6), disszeminált intravaskuláris koaguláció (DIK) az esetek felében kialakulhat.

Érdekességként megjegyezzük, hogy az intrauterin DIK viszont NIHF kialakulásához vezethet (7).

Esetünkben olyan súlyos NIHF-szal álltunk szemben, ahol terápiás kísérleteink eredménytelenek voltak, illetve a rendkívül gyors kórlefolyás miatt, azok egy részének bevezetésére nem kerülhetett sor.

Betegünk kórtörténetének bemutatását azért tartottuk indokoltnak, mert felhívja a figyelmet arra, hogy a NIHF a perinatális morbiditást és mortalitást súlyosan terhelő megbetegedés, mely számos ok következtében alakulhat ki és számos anyai és magzati patológiával társulhat. Eredmé-

2. táblázat. **NIHF-al társuló anyai szövődmények és gyakoriságuk**

1. Hidramnion	75%
2. Anémia	39%
3. Toxémia	34%
4. Hipalbuminémia	7%
5. Húgyúti fertőzés	10%
6. Idő előtti burokrepedés	8%
7. Terhességi diabetes mellitus	5%
8. Ante- és posztpartális vérzés	44%
9. Lepényleválási zavarok	42%

nyes kezelése csak a perinatális diagnosztika javításától és az azonnali, intenzív újszülöttellátás bevezetésétől várható.

A szerzők köszönetet mondanak *Kerekes Endre dr.* igazgató főorvosnak (Baranya Megyei Tanács Vértranszfúziós Állomása) és *Pácsa Sándor dr.* tudományos főmunkatársnak (Pécsi OTE Mikrobiológiai Intézet) a szerológiai és immunológiai vizsgálatok elvégzéséért.

IRODALOM: 1. *Altenburger, K. M. és mtsai:* J. Pediatr. 1977, *91*, 618. — 2. *Arcilla, R. A., Thilenius, O. G., Ranniger, K.:* J. Pediatr. 1969, *75*, 74. — 3. *Barnes, S. E. és mtsai:* Mol. Aspects Med. 1977, *1*, 187. — 4. *Barnes, S. E. és mtsai:* Mol. Aspects Med. 1977, *1*, 244. — 5. *Beisher, N. A., Fortune, D. W., Macafee, J.:* Obstet. Gynecol. 1971, *38*, 86. — 6. *Cannon, P. J. és mtsai:* Ann. Inter Med. 1965, *62*, 979. — 7. *Clark, D. A.:* Clin. Pediatr. 1980, *20*, 61. — 8. *Driscoll, S. G.:* N. Engl. J. Med. 1966, *275*, 1432. — 9. *Etches, P. C., Lemons, J. A.:* Pediatrics, 1979, *64*, 326. — 10. *Fleischer, A. C. és mtsai:* Radiology, 1981, *141*, 163. — 11. *Freda, V. J. és mtsai:* N. Engl. J. Med. 1975, *292*, 1014. — 12. *Hutchison, A. A. és mtsai:* Obstet. Gynecol. 1982, *59*, 347. — 13. *Kohler, H. G.:* Arch. Dis. Child. 1967, *42*, 335. — 14. *Macafee, C. A. J., Fortune, D. W., Beischer, N. A.:* J. Obstet. Gynecol. Br. Commonw. 1970, *77*, 226. — 15. *Mogilner, B. M. és mtsai:* Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1982, *61*, 183. — 16. *Phibbs, R. H. és mtsai:* Pediatrics, 1972, *49*, 5. — 17. *Phibbs, R. H. és mtsai:* Pediatrics, 1974, *53*, 13. — 18. *Phibbs, R. H. és mtsai:* Pediatrics, 1976, *58*, 484. — 19. *Pollack, W., Freda, V. J., Gorman, J. G.:* Perinatal Care, 1978, *2*, 8. — 20. *Potter, E. L.:* Am. J. Obstet. Gynecol. 1943, *46*, 130. — 21. *Reale, F. R., Esterly, J. R.:* Pediatrics, 1973, *51*, 91. — 22. *Soltan, M. H., Keohane, C.:* Br. Obstet. Gynecol. 1981, *88*, 771.

AUROBIN *KENŐCS*

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

HATÁS: Az AUROBIN megfelelő arányban tartalmazza a perianalis tájék gyulladással járó folyamatainak kezelésében hatékony anyagokat. A prednizolon kapronat helyi hatású, nem halogénezett glukokortikoid, Csökkenti az erek permeabilitását, növeli az erek falának tónusát, csökkenti a gyulladás tüneteit.
A lidokain rövid idő alatt megszünteti a fájdalmat és égő érzést. A pantenol elősegíti a sérült hám regenerálódását. A triclosan széles hatásspektrumú antiszeptikum.

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

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

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

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

FIGYELMEZTETÉS: Kiterjedt gyulladás esetén számolni kell a hatóanyagok esetleges felszívódásával, ezért a terhesség első harmadában nem alkalmazható, későbbiekben pedig fokozott óvatosság szükséges.
Szteroid tartalma miatt hosszan tartó és folyamatos alkalmazása kerülendő.
Amennyiben a gyulladás fenntartásában gomba szerepe bizonyított, gondoskodni kell az egyidejű specifikus antimikotikus kezelésről.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 20 g-os tubusban.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

QH 1949

FENISTIL RETARD®

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleinicum tablettánként.

Allergiás és nem allergiás viszketések minden fajtája, csalánbetegség, Quinke-ödéma, szérumbetegség, felső légúti allergiás megbetegedések (szénanátha, rhinitis allergica), rovarcsípés, kontakt bőrgyulladások, ekcémák.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek reggel és este 1 tabl., esetleg este 2 tabl. A tablettát egészben, szétrágás nélkül, kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmosság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adagolható:

- altatókkal, nyugtatókkal, trankvillánsokkal, anticholinergikumokkal (hatásuk fokozódhat),
- triciklikus antidepresszívumokkal (anticholinerg hatás fokozódhat, együttes adások glaucomás betegeken rohamot válthat ki).

FIGYELMEZTETÉS

Főleg gépjárművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által ismert egyéni érzékenységnek megfelelően, az előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.

Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

PINTÉR ANDRÁS DR.,
PUMP KÁROLY DR.
ÉS ZÁMBÓ KATALIN DR.

Veselokalizáció scintigraphiával percutan vesebiopszia végzésére gyermekekben

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika (igazgató: Mestyán Gyula dr.)
Megyei Gyermekkórház (igazgató főorvos: Horváth Mihály dr.)
I. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Pump Károly dr.)
és Pécsi Orvostudományi Egyetem, Központi Radioizotóp Laboratórium
(mb. vezető: Nemessányi Zoltán dr.)

A szerzők a percutan vesebiopsziát megelőző, scintigraphiás lokalizációval szerzett tapasztalataikról számolnak be. A módszer előnye, hogy biztonságos anyagnyerés mellett kiküszöbölik az intravénásan adott kontrasztanyag esetleges káros következményeit, melyekkel krónikus vesebetegségben szenvedő gyermekekben fokozottabban kell számolni.

Scintigraphic localization of the kidney for percutaneous renal biopsy in children. The authors describe their experience with scintigraphic localization for percutaneous renal biopsy. Besides obtaing kidney tissue reliably the advantage of the procedure consists of eliminating the possibility of the harmful consequences of intravenous contrast media, to which increased attention should be paid in children with chronic renal disease.

Vernier és mtsai 1958-ban számoltak be elsőként gyermekkorban végzett percutan vesebiopsziáról (8). Az azóta eltelt 25 évben a módszer a gyermekgyógyászat, a gyermeknephrológia kiterjedten alkalmazott eljárásává vált (4, 6). A percutan vesebiopszia végzésekor azonban még ma is bizonyos szövődménygyakorisággal kell számolni, melyek közül az egyik a biopszia helyének jelölésére használt i. v. kontrasztanyag esetleges károsító hatása (1, 2, 3, 5). Ugyanakkor a radiológiai úton történő vesejelölés sugárterhelést jelent a gyermek számára. Ezért 1981 januárjától a Pécsi Gyermekklinikán a kontrasztanyagos vizsgálat esetleges szövődményeinek eliminálására a veselokalizáció scintigraphiával történik.

Módszer

A gyermekek testsúlyuktól függően steril, fiziológiás NaCl-oldatban 1—3 mCi (37—111 MBq), 99mTc-vel jelzett Citont (MTA Izotóp Intézet) kapnak intravénásan. A vizsgálatot 3 óra várakozás után MB 8100 rectilinearis scannerrel végezzük. Ebben az időpontban a veseparenchyma jól ábrázolódik.

A gyermek — szükség esetén szedálás után — punkcióra alkalmas, hason fekvő helyzetben fekszik a vizsgálóasztalon. A vesemozgások, illetve kitérések csökkentésére haránt irányban henger alakú párnát helyezünk a bordaív és a csípőlapátok közötti területre.

A jelöléshez a nyomtatókalapácsot kézi vezérlővel a papíron a vesekontúr legalsó pontjára helyezzük, majd az ezzel egy tengelyen levő detektor fénypontját a beteg bőrére fókuszáljuk. Az így kapott pontot fukszinnal jelöljük, ezután a papíron berajzoljuk a vese hossztengelyét, s ezen a kontúr legalsó pontjától 2 cm-re mért pontot tekintjük a biopszia helyének, amelyet szintén megjelölünk a beteg bőrén *(a) és b) ábra)*. Hasonló módon körbe jelöljük a vese alsó harmadának kerületét.

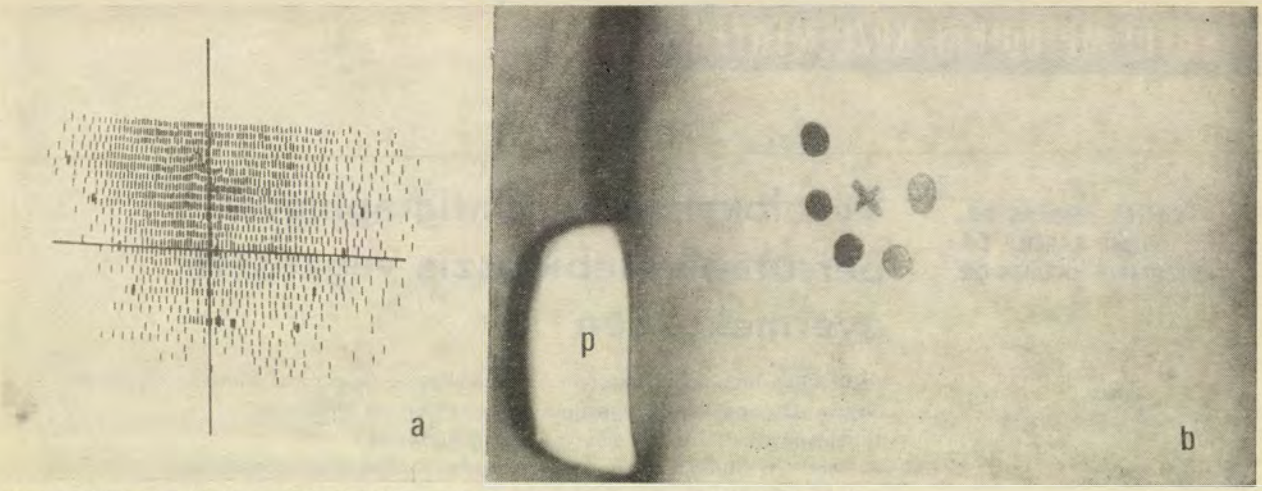
A percutan vesebiopsziára az izotóp vizsgálatot követő napon vagy napokban kerül sor műtőben, intratrachealis narkózisban (Travenol Tru-cut biopsziás tű). A biopszia során nyert anyag fénymikroszkópos, immunfluoreszcens és elektronmikroszkópos feldolgozását a Pécsi OTE Kórbonctani Intézet és a II. Belklinika végzi.

A betegek a punkciót követően 24—48 óráig ágyban maradnak. Folyamatos pulzus- és vérnyomás-ellenőrzés szükséges. Fokozott diurézist esetenként infúzióval biztosítjuk.

Megbeszélés

A scintigraphiával történő veselokalizációt az elmúlt 2 évben 24 esetben végeztük, s eddig egy beteg kivételével — akinél csak tubulusok voltak az anyagban — minden esetben értékelhető, legalább 5 glomerulust tartalmazó biopsziás anyagot nyertünk. Négy betegben észleltünk rövid ideig tartó, transzfúziót nem igénylő, makroszkópos haematuriát.

Az intravénás urographia során alkalmazott kontrasztanyag szövődményeiről (anaphylaxiás shock, cardialis dysfunctio stb.) elsősorban radiológusok tollából jelennek meg közlések. A kontrasztanyag vesefunkciókat befolyásoló, esetleg a veseparenchymát károsító effektusáról csak az elmúlt években jelentek meg prospektív vizsgálatokon nyugvó, szaporodó számú közlések. *Mudge* 1980-ban megjelent referátumában igen részletes irodalmi áttekintést nyújt az i. v. pyelographia során alkalmazott kontrasztanyagok nephrotoxicitásáról (5). Közleményéből kiderült, hogy i. v. kontrasztanyag adását követően több munkacsoport nem észlelte a krónikus renális betegségben szenvedő egyének vesefunkciójának csökkenését (serum kreatinin, endogen kreatinin-clearance), azonban jelentősebb azok száma, akik a vizsgálatot követő 2—4. napon jelentős veseműködés-romlásról számoltak be. Figyelemre méltó *Gilbert* azon közlése, hogy három csecsemőben a szokásos mennyiségű kontrasztanyag adását követően haemorrhagiás medullaris nekrózis alakult ki, melyhez hasonló súlyos szövődményről felnőttben nem található irodalmi utalás (2). *Forrest és mtsai* állatkísérletben igazolták, hogy a kontrasztanyag adását követő reflexes vesevasoconstrictióért, a csökkent veseáramlásért és a következményes tubularis károsodásért a magas ozmotikus koncentrációjú kontrasztanyag a felelős (1). Ter-



Scintigraphiával történő veselokalizáció percutan vesebiopszia végzésére (bal vese)
a) Alsó pólus scintigraphia. A biopszia a függőleges vonal (vese hossztengelye) és a vízszintes vonal metszésének megfelelően fog történni
b) Scintigraphiának megfelelő jelölés a gyermek hátán X = a punkció helye, ● = a vese alsó pólusának kerülete, p = henger alakú párna a bordaívek és a csípőlapátok között)

mészetesen nem szabad figyelmen kívül hagyni a rtg.-vizsgálat okozta sugárkárosodás lehetőségét sem, mely hasi-alhasi felvételek esetén a gonadokat is érinti. E veszély lehetőségével fokozottan kell számolni gyermekek esetében.

Ezen adatok ismeretében olyan eljárást kerestünk, mely egyértelműen helyettesítheti a sokszor súlyosan érintett vesefunkciójú gyermekekben a kontrasztanyaggal történő veselokalizációt.

Váry és *Köves* radiorenographiás úton határozták meg a punkció helyét (7). Napjainkban közlések jelennek meg a sonographiával történő lokalizációról. Mivel a Pécsi Gyermekklinika és a Baranya megyei Tanács Gyermekkórháza nephrológiai és urológiai beteganyagának scintigraphiás vizsgálatát rutinszerűen a Pécsi Orvostudományi Egyetem Központi Radioizotóp Laboratóriuma végzi, felmerült a scintigraphia alkalmazása a percutan vesebiopszia előtti lokalizációban. E módszert kétéves tapasztalatunk alapján jónak és alkalmazhatónak tartjuk ott, ahol sonographiára nincs lehetőség, ugyanakkor adottak a vesescintigraphia feltételei.

IRODALOM: 1. *Forrest, J. B., Howards, S. S., Gillenwater, J. Y.:* Osmotic effects of intravenous contrast agents on renal function. J. Urol. 1981, *125*, 147. — 2. *Gilbert, E. F. és mtsai:* Hemorrhagic renal necrosis in infancy: relationship to radiopaque compounds. J. Pediatr. 1970, *76*, 49. — 3. *Marshall, S.:* Flank pain, hematuria, and allergy to intravenous pyelogram dye. J. A. M. A. 1981, *245*, 1557. — 4. *Miltényi M.:* Glomerolus eredetű vesebetegségek diagnózisa. Gyermekgyógyászat 1982, *18*, 540. — 5. *Mudge, G. H.:* Nephrotoxicity of urographic radiocontrast drugs. Kidney Internat. 1980, *18*, 540. — 6. *Olbing, H.:* Nierenbiopsie bei Kindern. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1979. — 7. *Váry, L., Köves, S.:* Percutan vese-tű-biopsia isotoplocalisatiós módszerrel. Orv. Hetil. 1977, *118*, 508. — 8. *Vernier, R. L. és mtsai:* Chronic renal disease in children. 1958, *96*, 306.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850



Onkológia

Tumor vírusok. Szerkesztőségi közlemény: Lancet, 1982, *1*, 317.

Oncogen vírusok létezését már régóta ismerjük, azonban human vonatkozásban a közvetett bizonyítékokon kívül más nem áll rendelkezésünkre. A hepatitis B-víruson kívül, melynek szerepe a májcarcinomában ismeretes, négy nagyobb csoportba oszthatók az oncogen vírusok. Ezek, csökkenő nagyságrendben a herpes, adeno és papova vírusok (mind DNA vírus) és a kis RNA „retro" vagy „onco" vírusok.

Állatok vonatkozásában a herpescsoport tumorkeltő hatása már jól ismert. Az Epstein—Barr vírus (EBV) jelenléte igazolható a Burkitt-tumorok egyes eseteiben és nasopharyngealis carcinomában. In vitro a B lymphocyták proliferatióját indukálhatja. Ellene szól, hogy a vírus a világon mindenütt megtalálható, viszont a fertőzötteknek csak igen kis százaléka kap Burkitt-lymphomát vagy nasopharyngealis carcinomát. Ezen kívül lényeges különbség még, hogy az EBV által indukált B lymphocyták nem tartalmazzák azt a lymphocytákra jellemző 8/14 chromosoma translocatiót, mely minden fajta lymphomában is megtalálható. Ebből is látszik, hogy az EBV tumorkeltő szerepének megítélése nem egyszerű.

Jelentős seroepidemiológiai megfigyelések hívják fel a figyelmet a herpes simplex 2 typus szerepére a cervix carcinomában és a cytomegalovírus szerepére Kaposi sarcomában. Ez utóbbiról egyre nagyobb gyakorisággal számolnak be bizonyos férfi homoszexuális közösségekben. A vírus DNS mindkét tumorféleségben kimutatható a sejtekben.

Az emberben gyakran kimutatható 12, 18 és 31 typusú adenovírus gyakran okoz tumort az állatokba oltva, ill. a rágcsálók szövetkultúráját képes transformálni, de human vonatkozásban megfelelő bizonyítékokkal nem rendelkezünk.

A kis vírusok közé tartozik a polyoma SV/40 csoport és a papilloma vírusok . Az SV/40-et véletlenül fedezték fel olyan majomvese kultúrákban, melyeket poliovírus-vaccina termelésre használtak. A már beoltott egyéneket utánvizsgálva tumorkifejlődést nem észleltek.

RNA vírusokat tesznek felelőssé lymphomák, sarcomák és leukaemiák kialakulásáért sok állat vonatkozásában. Közös tulajdonságuk, hogy a reverse transcriptase segítségével olyan DNA-t tudnak szintetizálni, ún. provírust, amely a saját RNA mása és ez be tud épülni a gazdaszervezetbe. Viszonylag kevés elektronmikroszkópos jellegzetességgel bírnak és a vírus nucleotidba a gazdasejt bizonyos sequentiái beépülnek.

Érdeklődésre tarthatnak számot azok a megfigyelések, hogy emberi T-sejtből eredő tumorokból, valamint mycosis fungoidesben a Sézary-syndromában szenvedő betegekből hasonló RNA vírusokat izoláltak, melyek in vitro képesek az emberi T lymphocytákat transformálni. A vírust HTLV-nek nevezték el. T-sejt leukaemiás betegek vérében antitesteket tudtak kimutatni a HTLV ellen. Bizonyos geográfiai halmozódását figyelték meg a HTLV-vel összefüggésbe hozható betegségeknek. Ilyen pl. a Karib-térség és Japán egyes területei. A betegség horizontális terjedésére utal, hogy antitesteket találtak az egyik beteg feleségének a vérében is. Amennyiben a további kutatásokat siker koronázza, levonható lesz az a következtetés, hogy a humán tumorok egy részét immunológiai módszerekkel meg lehet előzni, ill. gyógykezelni lehet.

Ternák Gábor dr.

Humán vírus és májcarcinoma. Szerekesztőségi közlemény: Lancet, 1981, *2*, 1394.

A hepatitis B-vírus fertőzést (HBV) követheti a chronikus aktív hepatitis és cirrhosis, ezen kívül egyre több bizonyíték van arra, hogy a HBV felelős a leggyakoribb tumorféleség, a májcarcinoma kialakulásáért. A HBV infekció jobb megismerése és a virológiai módszerek fejlődése lehetővé tette, hogy ezt az összefüggést még jobban megismerjük és nyomon kövessük. A HBV tömeges vizsgálata kimutatta, hogy a HBV hordozó egyének 223-szor nagyobb arányban vannak kitéve a primer hepatocellularis carcinomának (PHC), mint a seronegatívok.

A tumorvírusok által okozott sejttranszformáció egyik lényeges eleme, hogy a vírus-DNA a cellularis DNA-ba integrálódik. Több szerző kimutatta a HBV-DNA integrálódását májsejtekbe.

Brecho és mtsai biopsziás anyagban demonstrálták, hogy néhány HBsAg hordozó májszövetében szabad HBV-DNA mutatható ki, és a vérükben szintén, HBeAg-nel együtt, míg más hordozókban a HBV-DNA integrálódását észlelték, ugyanakkor szabad HBV-DNA-t nem lehetett sem a májban, sem a vérben kimutatni, HBeAg jelenlétét sem észlelték.

Shafritz és mtsai postmortem vizsgálatból nyert tumorszövetben kimutatták az integrált HBV-DNA-t 12 olyan esetben, amikor a vérben HBsAg is jelen volt. 3 további esetben az integrált HBV-DNA mellett HBsAg ellenanyag volt csak kimutatható. Rövidebb ideig fennálló HBsAg hordozásnál a HBV-DNA integrálódását nem észlelték, míg 8 éve fennálló hordozók májszövetébe a HBV-DNA már integrálódott. Ez a jelenség felhívja a figyelmet az események menetére. Ehhez hasonló folyamatot virológusok már megfigyeltek mormoták esetében is. HBV-szerű vírusokat találtak az állatok vérében, és a vizsgált állatkolóniákban az egyedek 25%-a májtumorban pusztult el.

Jóllehet a HBV etiológiai szerepének vonatkozásában a Koch-féle postulatumok nem merülnek ki, de sok adat szól a HBV carcinogen hatása mellett. A rendelkezésre álló adatok alapján azonban sokkal nagyobb gondot kell fordítani a HBV transmissiójának megakadályozására, mert nemcsak az acut vagy chronikus hepatitis kivédéséről, hanem a leggyakoribb carcinoma megelőzéséről van szó.

Ternák Gábor dr.

Tumor promotor vegyületek által okozott egér epidermisz szuperoxid-diszmutáz- és katalázaktivitás-csökkenés. Solanki, V., Rana, R. S., Slaga, T. J.: Carcinogenesis, 1981, *2*, 1141.

A szabad gyökök szerepét a sugárhatásra kialakuló rákkeltésben rég felismerték. Újabban számos adat jelent meg, hogy számos szabad gyököt generáló vegyület együttal hatékony bőrtumor promotor, így a szabad gyökök jelentősége a rákkeltés e formájában sem kétséges. A kémiai karcinogenezist elfogadottan iniciációból és promócióból álló két fázisú folyamatnak tartják. Számos adat szerint az iniciáció fő biokémiai története a rákkeltő vegyületek elektrofil formájának kritikus kölcsönhatása a sejt bizonyos nukleofiljeivel. A promóció fázisában valószínűleg fontos a promotorok szuperoxid aniont (O^{-}_{2}) és hidroxilgyököt ($OH^{\cdot}$) generáló képessége.

A O_2 és a diszmutációja során keletkező $OH^{\cdot}$ minden aerob eukariota sejtben kimutatható és igen toxikus a sejtre, így normális működésének alapfeltétele a O^{-}_{2} és H_2O_2 metabolizálását katalizáló szuperoxid-diszmutáz (SOD) és kataláz jelenléte, ill. normális aktivitása.

A szerzők részletesen vizsgálták a forbol-észterek közé tartozó 12-0-tetradekanoil-forbol-13-acetát (TPA) hatását az egér epidermisz sejtjeinek SOD- és katalázaktivitására, és ezt a hatást más tumor

promotorok, ill. antipromotorok hatásával vetik össze.

(A metodikát részletesen leírják.)

TPA hatása az epidermisz SOD- és katalázaktivitására. A két vizsgált enzim aktivitása a kezeletlen állatoknál jelentős ingadozást mutatott, mely elsősorban az állatok korától függ. Ezért az egyes kísérletek során a kezelt állatok mellé azonos korcsoportból választottak ki kontrollt. Megállapították, hogy TPA egyszeri alkalmazása mindkét enzim aktivitását csökkenti. A gátlás szignifikáns, dózis- és időfüggő. A maximális gátlást eredményező legalacsonyabb adag megegyezik a tumor promócióra használt dózissal (2 μg/egér). Tizenöt héten át heti két alkalommal 2 μg TPA hatására kialakult papilloma SOD-aktivitása mintegy 50%-a az acetonnal kezelt kontrollénak.

TPA-hatás specificitása. A TPA-val kezelt epidermiszben magasabb a Leu-inkorporáció a kontrollhoz képest. Az epidermisz cellularitása nem csökken TPA hatására. A TPA nem befolyásolja standard bovin SOD és kataláz preparátum aktivitását.

Különféle tumor promotorok hatása a SOD- és katalázaktivitásra. A TPA-hoz hasonló celluláris és biokémiai elváltozásokat okozó mezerein, a kevéssé potens tumor promotor 12, 13-dibutirát forbol-derivátum, valamint a forbol észterektől különböző antralin egyaránt csökkentette mindkét enzim aktivitását. A tisztán hiperplasztikus etilfenil-propiolát (EPP) nem hat a SOD- és kataláz-aktivitásra. Ugyancsak hatástalanok önmagukban az ismert antipromotor vegyületek is, és nem védik ki a fenti ágensek enzimaktivitás csökkentő hatását sem.

Eredményeik értelmezésekor a szerzők leszögezik, hogy számos információ van mindkét SOD enzim csökkent vagy éppen hiányzó aktivitására metapláziás sejtekben. Munkájukban megállapították a TPA valamint két másik tumor promotor SOD-aktivitást csökkentő hatását. A principálisan protektív SOD aktivitásának csökkenése esetén a sejtben akkumulálódik az erősen toxikus O^{-}_{2}, mely számos szulfhidril enzim konformáció-változását okozhatja, és a fémionokkal kölcsönhatásba kerülve alapvetően befolyásolhatja a sejt oxido-redukciós állapotát és az elektron-transzfer rendszert. A diszmutációja során keletkező OH· a biológiai rendszerek leghatékonyabb oxidáló ágense. Alapvető kémiai változást okozhat a sejt genetikai anyagában. Ezenkívül aktiválja a guanilát-ciklázt és a következményes cGMP-szint emelkedése révén befolyásolja a sejt proliferációt. A szerzők leírták a szűrővegyület, a H_2O_2 metabolizálását végző kataláz aktivitás-csökkenését is.

A TPA és a mezerein azonos hatása alapján feltételezik, hogy a két enzim aktivitás-csökkenésének a karcinogenezis második fázisában van szerepe. Az EPP hatástalansága arra utal, hogy a szabad gyökök nem befolyásolják a szöveti hiperpláziát. Nem a szabad gyökszint változtatásával fejtik ki hatásukat az antipromotor vegyületek.

Jelen munka és más irodalmi eredmények alapján a szerzők megállapítják, hogy a forbol-észterek és más vizsgált tumor promotorok nem fejtenek ki közvetlen hatást az antioxidáns enzimekre. A metapláziás sejtekben megfigyelhető magasabb szabad gyök koncentrációt a promotorok valószínűleg az antioxidáns enzimek közös sejtszintű kontrolljának befolyásolásával okozzák.

Kiss Csongor dr.

Emlőrák: felismerés, gyakoriság, „rizikócsoportok". Szerkesztőségi közlemény: Österreichische Ärztezeitung, 1980, *(18)*, 1030.

Az emlőrák igen kevés esetben kerül kezdeti stádiumban észlelésre. Az összesített osztrák statisztikák azt mutatják, hogy a nők, miután emlőjükben keményedést, vagy más elváltozást észlelnek, általában 8—10 hónapot várnak, míg orvoshoz fordulnak. Ez az időveszteség végzetes lehet.

Az emlőrák 99%-ban nőknél fordul elő. Nemzetközi összehasonlítások alapján Közép-Európában minden huszadik nőnél számolni kell azzal, hogy előbb-utóbb emlőrákot kap. Mind több fiatalabb, 25—45 év közötti nő betegszik meg az utóbb időben.

Az emlőrák okai tisztázatlanok, az viszont ismert, hogy van egy „rizikócsoport". Ide sorolhatók: akiknek anyja emlőrákban szenvedett (négyszer gyakoribb a megbetegedés), a gyermektelen nők, valamint akik relatíve későn, a 40. év körül szültek először, továbbá, akiknél az első menstruáció korán jelentkezett.

A korai felismerés döntő. A gyógyulási esély műtét után, ha még nem voltak metastasisok, 30%. A maradék 70%-nál, ahol már metastasisok voltak, kellő időben való felismerésnél az élet meghosszabbítható, és a ma ismert gyógyszerekkel az életkörülmények is jelentősen javíthatók.

Az emlőrák korai felismerésében a nők „öndiagnózisa" döntő: havonta egyszer-kétszer az emlő áttapogatása esetleges keményedést, csomót keresve, a bőr szokatlan behúzódása is figyelmeztető jel lehet.

Sarok Judit dr.

Az áttétes emlőrák kezelése aminoglutethimiddel. Asbury, R. F. és mtsai (Division Med. Oncology, Dept. Med., Genesea Hosp. 224 Alexander Str. Rochester, NY. 14607): Cancer, 1981, *47*, 1954.

Áttételes emlőrákban az adrenalectomia megalapozott eljárás, a válaszok aránya 30—60%-os. Hatásossága ellenére nem végezhető el nagyon súlyos betegeken, és szamolni kell irreversibilis anyagcserezavarokkal, emiatt állandó substitutiós terápiára szorulnak.

Az aminoglutethimidet [p-(alfa-aminophenyl) alfa-ethyl glutaramidot] 1960-ban mint görcsoldót hozták forgalomba, de 1966-ban kivonták, amikor azt találták, hogy gátolja a mellékvesekéreg elválasztását. Nyilvánvaló lett, hogy ezt a mellékhatást fel lehetne használni az áttétes emlőrák kezelésében. Több szerző kipróbálta és 33%-os válaszról számolt be.

Ezt a tanulmányt 72 előrehaladott emlőrákos betegen végezték. Az aminoglutethimid átlagos napi adagja 1,26 g volt. A kompenzáló ACTH elválasztás elnyomása céljából ezt napi 2 mg dexamethason adásával egészítették ki. 10 betegnek fluorucortisonacetátot adtak. 63 beteg ezt a kezelést legalább 1 hónapig kapta. A kilenc beteg közül, akik a kezelést 1 hónapnál rövidebb ideig kapták, 5 a kezelés kezdetétől számított 2 héten belül meghalt, a többi 4-nél a kezelést mellékhatások miatt szakították meg. A betegek átlag életkora 57 év volt, csak egy volt praemenopausában, és 30 volt oophorectomizált. 58 beteg kapott előzőleg hormonterápiát és 46 kemoterápiát. Az oestrogennel kezelt betegek 25%-a válaszolt pozitív módon, az androgénnel kezelt betegek 24%-a, és a castráltak 23%-a. Oestrogen receptor meghatározást nem végeztek rendszeresen, de akiknél elvégezték, azoknak 65%-a tartalmazott oestrogen-kötő receptorokat.

Az áttétek leggyakoribb helyei: csont (76%), bőr (36%), máj (24%), mellhártya (18%), tüdő (15%), agy (10%). A betegek 62%-ában több szervben volt áttét.

63 beteget gondoltak kiértékelhetőnek, akik a kezelést 4 hétnél tovább kapták. Komplett válasz: az összes előzetesen felfedezett daganatok eltűnése, egy sem fordult elő. Részleges választ — 50%-os csökkenést — 10 betegen tapasztaltak, a válaszok átlagos tartama 1 év volt. A lokalizációt tekintve leginkább az emlő és az agy (50%), a nyirokcsomók (33%) és a bőr laesiók (23%) válaszoltak; kevésbé jól reagáltak a csont (16%), a máj (7%), és a tüdő (11%) áttétek. Az 50 évesnél fiatalabb betegek válasza kedvezőbbnek látszott ($P > 0,05$). A pozitív választ adó betegek 50%-a az előzetesen adott hormonkezelésre is reagált. A csont áttétek többségében — azoknál is, akiknél nem észleltek pozitív választ — a fájdalmak drámaian csökkentek. A kedvező választ adó betegek közül egy sem volt oestrogen receptor negatív. A negatívan reagáló betegek többsége oestrogen receptor negatívnak bizonyult.

Mellékhatások is előfordultak a kezeltek 75%-ában: aluszékonyság (26%), émelygés (14%), viszkető bőrkiütések (11%). De kevésnél kellett a kezelést megszakítani.

A szerzők szerint az aminoglutethimid úgy hat, hogy megakadályozza az adrenalis steroid perifériás átalakulását oestrogenné.

Az aminoglutethimid és dexamethason kombináció hatásos módozata az áttétes emlőrákkezelésnek. Hatása hasonlít az adrenalectomiáéhoz. Mellékhatásai, bár gyakoriak, de tűrhetőek és kevésbé kellemetlenek, mint adrenalectomia után. Tovább folytatják a drog kutatását prospektív klinikai kísérlet keretében.

Póka László dr.

A sebész szerepe az emlőrák kezelésében. J. Hayward (Breast Cancer Unit, Guy's Hospital, London): Breast Cancer Research and Treatment 1981, *1*, 27.

A szerző visszatekint az emlőrák sebészetének történetére a Halsted által bevezetett radikális mastectomia óta eltelt időre. A radiotherapia fejlődése, a chemo- és endocrin therapia kialakulása, valamint a korábbi esetek észlelése lehetővé tették a kisebb radikalitású műtétek végzését.

A szerző véleménye szerint négy szempont határozza meg a sebész teendőit:

1. A tumort teljes egészében el kell távolítani és hormon receptor meghatározást kell végezni (hazánkban csak most kezd elterjedni az eljárás. — *Ref.)*

2. Bebizonyosodott, hogy az áttétes hónalji nyirokcsomók besugárzása gyengébb eredményt hoz, mint azok eltávolítása (túlélés, recidiva mentesség, távoli áttétek).

3. A kielégítő chemo-endokrin therapiához is szükséges az összes daganatos szövet eltávolítása.

4. Az áttétes nyirokcsomók száma fontos tényező a postoperatív kezelés indikálása szempontjából, de önmagában is prognosztikai jelentőségű.

Mindezeken túlmenően számos emlő-megkímélő eljárást propagáltak szerte a világon, amelyet érthető módon a betegek vágya inspirált, hogy emlőjük megmaradjon.

A szerző véleménye szerint e két fontos követelménynek talán a jövőben meg fog felelni a következő beavatkozás: tumorexstirpatio és teljes axilláris blokkdissectio; a daganat ágyába iridium implantáció és after-loading technikával besugárzás, majd később az egész emlő besugárzása vagy chemotherápia a szükségnek megfelelően. Az eljárás még nincs beteganyagon kipróbálva, de mindenesetre egy lehetséges út a beteg szempontjából és az onkológiai elvek összeegyeztetésére.

Mindaddig azonban a már bevált műtét és adjuváns kezelés a tanácsos.

Svastits Egon dr.

Az emlőrák szövettana és oestrogen receptor tartalma közötti összefüggés. E. R. Fischer és mtsai (Shadyside Hosp., Univ. Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, és Univ. Texas Health Science Center, San Antonio, Texas): Breast Cancer Research and Treatment, 1981 *1*, 37.

Az emlőrákból történő oestrogen receptor (ER) meghatározás a további kezelés megválasztása céljából fontos. Fontos továbbá prognosztikai szempontból is, ui. ER (—) esetben nagyobb arányú recidiva hajlammal és gyengébb túléléssel kell számolni. 147 beteg adatait elemezték.

Kevésbé differenciált tumorok (histologic grade 3) volt, az ER (—) esetek 89,2%-a, míg a (+) eseteknek csupán 41,9%-a volt idesorolható.

Mivel a szövettani atypia a mag atypiával szoros kapcsolatban áll, nem meglepő, hogy az ER (—) tumorok 78,4%-a kevéssé differenciált maggal rendelkezik, míg az ER (+) tumoroknak csak 18,6%-a.

A tumor necrosist vizsgálva azt találták, hogy a jelentős necrosissal bírók 90%-a ER (—) volt, míg a fokozott elastosis főleg az ER (+) tumorok sajátja. Lymphocytás infiltrációt túlnyomóan ER (—) tumornál észleltek.

Ezek a vizsgálatok is hozzájárulnak az emlőrák jobb megismeréséhez, a megfelelő műtét utáni kezelés kiválasztásához és a prognózis megítéléséhez.

Svastits Egon dr.

A familiáris emlőrák sajátosságai Svédországban. H. O. Adami és mtsai (University Hospital, Uppsala): Cancer, 1981, *48*, 1688.

Az elmúlt években az emlőrák családi halmozódására hívta fel elsősorban néhány amerikai szerző a figyelmet. Kimutatták ugyanis, hogy legközelebbi rokon emlőrákja esetén a valószínűség emlőrák kialakulására 2—4-szeres és öröklés tényezők szerepét vetették fel.

A szerzők három svéd megye egyéves emlőrákos anyagát tették vizsgálat tárgyává (1423 beteg). Hasonló korú és számú nem emlőrákos egészséges nőt választottak ki (matched pair). A teljes szám elhalálozás, nem kielégítő adatok miatt 1330-ra olvadt le. A korátlag 64 év volt. A válaszok kérdőíveken érkeztek be.

A legközelebbi rokon (anya, nővér, leány) között 149 emlőrákos volt, a kontroll csoportban 90. A különbség szignifikáns. Az anyák, leánytestvérek vagy leányok vonatkozásában külön-külön a kiértékelés már szignifikáns eltérést nem mutatott ki. Megnézték, hogy a bilateralis emlőrákos betegek milyen arányban emelik az emlőrákos rizikót. Anyagukban ez 2,2-szeres.

Véleményük szerint inkább környezeti ártalmak, mint genetikai faktorok játszhatnak szerepet a familiáris rákoknál.

Svastits Egon dr.

A női emlő pecsétgyűrűsejtes rákja: 24 eset klinikopatológiai elemzése. Merino, M. J. és mtsai (Dept. Path., Yale Univ. School of Med., New Haven, CT 06510): Cancer, 1981, *48*, 1830.

Az emlő pecsétgyűrűsejtes rákját *Saphir* 1941-ben megjelent eredeti tanulmánya óta úgy kezelik, mint a kolloid (mucinosus) rákok egyik változatát. Egyes szerzők szerint a lobuláris rák egyik változata, mások agressziv klinikai jelleget tulajdonítanak neki. A szerzők saját anyaguk tanulmányozásával kívánnak hozzájárulni az emlőrák ezen típusának tisztázásához.

Azt az emlőrákot tartják pecsétgyűrűsejtes ráknak, ahol a stromát diffúze infiltrálják basophil vagy világos sejtplasmájú, nyáktartalmú sejtek, amelyeknek magja a sejtmembrán közelében foglal helyet. Ezek a sejtek a daganat tömegének mintegy 20%-át teszik ki.

A Yale-New Haven Med. Center patológiai osztályán 1960—1979-ig 1138 primer emlőrákot viszgáltak. Ezek közül 140 volt lobularis rák (10%), 48 mucinosus rák (4%) és csak 24-ben (2%) találták meg a pecsétgyűrűsejtes rák kritériumait. A metszeteket minden esetben haematoxylinnal és eosinnal festették, azonkívül mucinfestést is végeztek. A klinikai felvilágosításokat a kórlapokból nyerték. A betegkövetési adatokat és a halálozást (14 eset) a klinikai feljegyzésekből kapták meg. 11 beteg boncolási jegyzőkönyvét és a boncoláskor vett anyagból készített metszeteket is tanulmányozták.

A betegek átlagos életkora 59 év volt (38—87 év). A klinikai tünetek klasszikusak voltak, 2 hét—2 év óta állottak fenn. 5 esetben mutattak ki családi előfordulást. Pseudomenopausában volt 10 beteg, permenopausában 7, és postmenopausában 7 beteg. Két betegnek volt előzőleg a másik emlőjében rákja. 11 beteg daganata a jobb, és 10 betegé a bal emlőben helyezkedett el, 3 volt bilateralis. A daganatokat feltűnően keményeknek és egyenetlen felületűeknek tapintották. Átmérőjük gyakran bizonyult 5 cm-nél nagyobbnak. Klinikailag pozitív nyirokcsomót 3 betegben találtak. A patológiai leírás szerint mindegyik daganat tömött volt. 15 betegének átmérője 1—5 cm-ig terjedt. 9 betegé ennél nagyobb volt. A szövettani képre jellemzőnek tartották a pecsétgyűrű sejteket és a sejtplasma erős PAS pozitivitását. Mind-

egyik eset infiltráló lobularis rákkal társult. Két beteg esetében évekkel előbb a másik emlőben infiltráló ductus-rákot kórisméztek. Egy eset elektronmikroszkópos vizsgálata a cytoplasmában vacuolákat és a sejtmag eltolódását mutatta ki. Az áttétek szokatlan képet mutattak, infiltrálták a serosa felületet, kifejezett desmoplasiát idézve elő. 4 esetben a gyomor-bél huzamban is találtak áttéteket. 5 betegben az ureter daganatos beszűrődését fedezték fel, 6 esetben a mellékvesében is észleltek áttétet. A nyirokcsomó áttétre a sinus catarrhus volt jellemző, 12 esetben PAS pozitivitást találtak. A tüdőkben parenchymás szóródást 4 betegben láttak. A 12 csontáttétben fibrosist és desmoplasiát mutattak ki.

A 24 beteg közül egy beteget ante finem állapota miatt nem kezeltek. Egy beteg csak besugárzást és három csak kemoterápiát kapott, mivel a kórismézés idején már áttéteik voltak. 19 esetben műtét volt az elsődleges kezelés. Nyolcnál csak műtétet végeztek, 10-nél műtéten kívül sugárkezelés is történt. Egy esetben a műtétet kemoterápia követte.

Nyolc beteg 1—4 éves betegkövetés után daganatmentes. Kettő kiújult daganattal él. Egy betegnél 2 évvel a felismerés után gyomorbél tünetek léptek fel, a feltárás kiterjedt hasi áttéteket mutatott ki, a beteg adjuváns kemoterápiával a negyedik évben életben van. Egy másik betegben a betegkövetés kilencedik évében csontáttétek léptek fel, kemoterápiát kap. 14 beteg túlélése rövid volt (néhány hónaptól egy évig terjedt).

A pecsétgyűrűsejtes emlőrák klinikai lefolyása agressziv. El kell különíteni a kolloid (mucinosus) rákoktól, amelyeknek prognózisa jobbnak tűnik a többi típusénál. Pecsétgyűrűsejtes emlőrákban gyakoribb a gyomor-bél áttét (24-ből 4), mint más emlőrák esetekben (2—15%). A májáttét viszont kevesebb (12%). A pecsétgyűrűsejtes emlőrák mindig lobularis rákkal van kapcsolatban. *Póka László dr.*

Extrathoracalis malignomák endobronchialis metastasisai. Hermann, A. és mtsai (Abt. f. Thoraxchirurgie, Stadtspital Triemli, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1982, *112*, 215.

Az utóbbi években számos közlemény foglalkozott egyes daganatféleségek (hypernephroma, ca. mammae) endobronchialis áttételeivel. A szerzők 1975—1980 között észlelt 11 extrathoracalis daganatos betegük hörgőáttételeiről számolnak be, és az irodalomban eddig közölt 87 esettel vetik egybe. Valamennyi betegük a hörgőrák jellegzetes képét mutatta. Az elsődleges daganatok a következően oszlottak meg: 5 emlőrák, 2 végbél, valamint egy-egy analis, hólyag-, portio-carcinoma, továbbá egy melanoma. 9 beteg (a mellrákot is beleértve) nő volt és csupán kettő férfi. Az áttételek hét esetben az elsődleges tumor kezelése után az 5—7. évben és egy ízben három évvel később léptek fel. A bronchoscopia kapcsán vagy stenotizáló intrabronchialis tumor, továbbá az ép nyálkahártya kiboltosulásával a hörgőfalzat megvastagodása, vagy a lymphangiosis carcinomatosa képe mutatkozott. Az áttételek kórismeréséhez, természetesen kórszövettani vizsgálat szükséges. Spinalioma vagy adenocarcinoma esetén egy elsődleges második rák lehetősége sem zárható ki biztonsággal. Az endobronchialis metastasis feltételezését a következő szempontok gyaníthatják: 1. előző malignoma (főleg mamma-, colon-, rectum-carcinoma, hypernephroma); 2. a beteg nem dohányzott; 3. női nem; 4. esetleg járulékos kerek gócok vagy szervi áttételek. A 11 betegük közül ez idő szerint hét életben van, ezekből kettő 24, ill. 12 hónappal a tüdőresectio után; kettőnél az elsődleges daganat végbélrák volt. A kezelés az eredeti elsődleges daganat és az áttételek kiterjedése szerint igazodik. Egyes esetekben a resectiós kezelés nem kilátástalan, mint azt a szerzők három esete is bizonyítja. *ifj. Pastinszky István dr.*

Schwannoma malignum. Nagel, K., F. Ghussen (Chir. Universitätsklinik, Köln): Med. Klin. 1982, *77*, 39.

A schwannoma malignum (syn.: neurinoma malignum, neurilemma malignum, neurofibrosarcoma) az ideghüvely lokálisan infiltrálóan növekvő, haematogen, esetleg lymphogen úton metastatizáló daganata, amely a rosszindulatú lágyrész tumorokhoz tartozik. Ritka daganat, nemi függősége nincs, bármelyik korban (átlag 41 év körül) felléphet; minden idegből kiindulhat, de a leggyakrabban a végtagokon jelentkezik. A klinikai symptomatikája nem jellegzetes: a beteg rendszerint a hosszabb ideig fennálló daganata miatt keresi fel az orvost; a tumor általában sensibilis és motoros compressiós tüneteket (pl. ileus) okoz. A klinikai tünetektől a végleges diagnózis felállításáig a szerzők 11 betegen nyert tapasztalatai alapján a középértékben 66 hónap telt el. A kórisme felállításában döntő a tumor histomorphológiája és topographiája. Gyakran kombinálódik plexiform neurofibromatosissal. Kórszövettanilag orsó alakú, részben cytoplasmaszegény, sok mitosist, sejt- és magpolymorphiát mutató sejtek, amelyek párhuzamosan vagy fonatszerűen rendeződnek el; a szövettani kép néha egyéb orsósejtes daganatoktól nehezen különíthető el, mert a Schwann-sejtek nyilván embryonalis meso-ectodermalis differenciáló potenciállal rendelkeznek. A választandó therapia mélyen az épben történő excisio, amely bizonyos lokalizáció esetén legbiztosabban csak amputatióval sikerül. Az általános cytostatikus kezelés a diagnózist nem javítja, viszont a regionalis hypotherm cytostaticum-perfusio az amputatio alternatíváját jelentheti. *ifj. Pastinszky István dr.*

Lymphangiosarcoma. P. P. Sordillo és mtsai (Departments of Medicine and Pathology Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Cornell Univ. School of Medicine, New York): Cancer, 1981, *48*, 1674.

A lymphangiosarcoma (a továbbiakban: LAS) oedemás végtagok ereinek endotheliumából indul ki. Leggyakrabban mastectomiák után írták le, de egyéb eredetű is előfordul. A szerzők 25 év anyagában 44 LAS-s beteget találtak. 37 beteg 7—23 évvel korábban radikális emlőműtéten esett át. Az átlagos életkor 60 év volt. 22 beteg részesült a műtét után radiotherapiában.

6 betegnél nem mastectomiás lymphoedema volt jelen. 4 betegnél a fejtetőn, oedema nélkül alakult ki LAS. A 34 mastectomizált beteg közül 8-nál még egy harmadik rosszindulatú daganat is kialakult az évek során.

Az alkalmazott kezelések: széles excisio, amputatio, radiotherapia és chemotherapia voltak.

A legjobb túlélést az amputatio hozza. A széles kimetszés a végtag LAS-ban nem elegendő, mert hamarosan recidivál. Hasonló tapasztalatra jutottak a radiotherapiával, kivéve egy beteget, akiknél 15 éves tünetmentességet lehetett elérni. Öt másik 10 évet túlélő betegnél amputatio történt.

Stewart és *Treves* 1948-as közleménye óta 200 betegről számoltak be az irodalomban.

A hosszan tartó lymphoedema a legfontosabb kiváltó ok, a korábban felelőssé tett radiotherapia csak másodlagos szerepet játszhat.

A 44 beteg átlagos túlélése 31 hónap volt a diagnózist követően. A halálhoz vezető komplikációk leggyakrabban tüdőáttétek voltak, de megfigyeltek csont és májáttéteket is. Véleményük szerint a korai amputáció nyújtja a legjobb lehetőséget a gyógyuláshoz. *Svastits Egon dr.*

Új lehetőségek a rák ellen? A test saját védekező mechanizmusának aktiválása. Szerkesztőségi közlemény: Österreichische Ärztezeitung 1980, *(15—16)*, 856.

A vizsgálatok azt mutatják, hogy a test bizonyos sejtjei a tumorokat megtámadják és szétroncsolják. A

rák elleni küzdelem új eszköze lehetne, ha sikerülne e sejtek aktivitását felerősíteni és célzottá tenni.

O. Förster (Institut für allg und exp. Pathologie der Univ. Wien): „Hosszú ideje ismert, hogy ezen sejtek — mononuclearis phagocyták — egy bizonyos szakaszában a baktériumokat bekebelezik. Új viszont, hogy tumorok ellen is agresszívak.

A csontvelőben képződő és a vérbe kerülő phagocyták fejlődésének több fázisa van, és a különböző fázisokban más a sejtek hatása. Feltételezhető, hogy fejlődésük egy bizonyos szakszában a baktériumokkal, egy másik fejlődési fokozatban pedig a tumorokkal szemben hatásosak.

Széles körű kutatások folynak az egész világon e mechanizmus tisztázására. Mi, nagy specifitású, antitestek segítségével kíséreljük meg jellemezni e sejtek bizonyos fejlődési fázisait."

Sarok Judit dr.

Subacut nekrotizáló myelopathia. G. M. Sieben és mtsai: Arch. Neurol. 1981, *38*, 775.

A subakut nekrotizáló myelopathia (a továbbiakban SNM), mint paraneoplásziás szindróma már régóta ismert. A szerzők egy 56 éves nő esetét ismertetik, akit emlőcarcinoma miatt operáltak, és az operáció után Co besugárzást kapott. A műtét után 8 éven keresztül panasz- és tünetmentes volt, ezt követően paraparesis és az alsó végtagok paraesthesiája jelentkezett. Állapota fokozatosan romlott, incontinentia, később tetraplegia alakult ki, majd comatosus állapotba került, és rövid idő múlva meghalt. Az első tünetek megjelenésétől haláláig 4 hónap telt el. A SNM-t a sectio és a szövettani vizsgálat teljes mértékben igazolta. A sectio során sem metastasist, sem recidivát nem találtak. A vascularis, az infectiosus és az irradiatiós eredetet egyértelműen kizárták. Az SNM-t egyedül a 8 évvel korábbi emlőcarcinomával tudták összefüggésbe hozni. A szerzők egyéb okok kizárása után az SNM és az emlőcarcinoma közötti kapcsolatot tartották a legvalószínűbbnek. Véleményük szerint az SNM, mint paraneoplásziás szindróma még ilyen hosszú idő után is felléphet, és esetismertetésükkel erre akarták felhívni a figyelmet.

Németh Attila dr.

Az osteosarcoma prognózisa: norvég országos adatok. Harvei, S. és mtsai (The Cancer Registry of Norway, Montebello, Oslo 3.): Cancer, 1981, *48*, 1719.

Az utóbbi években az osteosarcoma kezeléséről ellentmondó közlések jelentek meg. 1970 után több közlemény az adjuváns kemoterápia sikereiről számolt be, mások kételkedtek ebben.

A Norwegian Cancer Registry arról számol be, hogy 1953 és 1975 között a csontdaganatos betegek túlélése javult. A szerzők elemzik a Norvégiában 1953—1977 között előfordult osteosarcomás betegek túlélését. Norvégiában 1952 óta kötelező a rákos betegek bejelentése a Cancer Registry központ részére. A 4 millió lakosú Norvégiában a csontdaganatok gyakorisága hasonló Nagy-Britanniához, Svédországhoz, Dániához és más országokhoz. Norvégiában a rosszindulatú csontdaganatok 55%-a szövettanilag igazolt osteosarcoma. Az osteosarcomák kezelését centralizálták. A betegek 75%-át a Norvegian Radium Hospital látja el, a többi beteget az egyetemi klinikák.

1975-ig az osteosarcomás betegeket nagy dózisú besugárzással kezelték és csak akkor amputálták, ha 2—4 hónap alatt nem jelentkeztek áttétek. 1975 óta a femur és a humerus distalis harmadában levő tumor lokalizáció esetén magas amputációt végeznek, a proximalis kétharmadban ülő daganatok esetében a kiízesítés a választandó eljárás. Emellett adjuváns kezelésként polikemoterápiát adnak: Actinomycin-D, doxorubicin, vincristin, cyclophosphamid. 1975 óta nőtt a tüdőáttétek műtéti kezelésének száma is. Ha inoperábilis volt, besugározták és utána kemoterápiát adtak (nagyadagú methotrexat + cytovorum factor) 12 hónapig.

Tanulmányukba csak a szövettanilag bizonyított eseteket vették be. 100 nőt és 140 férfit elemeztek. 1 millió lakosra évente 2,2—2,6 osteosarcoma esett. Átlag életkoruk 19 év volt. A nem lokalizált betegségek aránya évenként 22—33% között ingadozott. A túlélés tanulmányozásában az 1953—63 években felfedezett 96 beteget az 1964—74 években felismert 112 esettel hasonlították össze. Az adjuváns kemoterápia értékelése érdekében, amit 1975-ben vezettek be, a rövid lejáratú (48 hónapos) túléléseket hasonlították össze: 1960—64 (55 beteg) 1965—69 (50 beteg), 1970—74 (45 beteg) és 1975—77 (32 beteg). A túlélést a halálozás követésére alapozták 1979 júliusig, és a hagyományos élettáblázatot alkalmazták. Az adjuváns kemoterápia bevezetése előtt a túlélés alig változott: 1953—63-ig 16%, 1964—74-ig 18% volt. A három rövidlejáratú túlélési periódus alatt sem mutatkozott különbség 1975-ig. A túlélést más közlemények is hasonló arányban adják meg. Az 1975-ben bevezetett polikemoterápia idején a 48 hónapos túlélés 25%-os lett. Az 1962—74-ig terjedő korábbi periódusban a 33. hónapban 24 beteg közül csak 4 volt áttétmentes. Az 1975—77-ig terjedő periódusban a 33 hónapos betegkövetési idő alatt minden beteg áttétmentes volt. Az eredmények egyeznek más közlésekkel, amelyek a megtervezett adjuváns kemoterápiás eredményekről számolnak be.

A jobb túlélési eredmények érdekében a következőket javasolják: 1. adjuváns kemoterápia; 2. korai amputáció; 3. intenzívebb betegkövetés a kezelés idején; 4. az áttétek másodlagos műtéti eltávolítása.

Póka László dr.

Primer klinikai laesio nélkül a nyaki nyirokcsomókban levő laphámrák kezelése műtét és besugárzás kombinációjával. Schwartz, D. és mtsai (Univ. Texas Cancer Center, Anderson Hospital, 6723 Bertner Ave., Houston, TX. 77050): Cancer, 1981, *48*, 1746.

A klinikailag vagy szövettanilag pozitív nyaki nyirokcsomók kombinált besugárzása és dissectiója javította a késői eredményeket. A szerzők elemzik a kombinált kezelés eredményeit olyan betegek esetében, akiknél előzőleg kezelték a fej-nyak rákot és a primer daganatot követően nyirokcsomó áttétek fejlődtek ki, valamint az olyan nyirokcsomóáttétes eseteket is, ahol a primer daganat ismeretlen maradt, de feltételezték, hogy a fej-nyak területen van. Az Anderson Hospitalban 1969—1974-ig 63 ilyen beteget kezeltek a fent leírt kombinált eljárással. Szövettanilag mindegyik eset laphámrák volt. A tanulmányból kizárták azokat, akiknél előzetesen elektív nyaki kezelés történt, vagy primer daganat kiújulása után jelentek meg a nyaki nyirokcsomó-áttétek, vagy más kórházban részleges kezelésben részesültek. Minden beteget besoroltak az American Joint Committee for Cancer Staging and End Results Reporting kritériumai szerint. Minden beteget követtek a kiújulásig vagy a halálig, de a kezelés megkezdésétől számítva legalább 2 évig. A betegek többsége kapott besugárzást a műtét után. Akiknek multiplex, klinikailag pozitív csomóik, vagy 3 cm-nél nagyobb átmérőjű nagy csomójuk volt, praeoperatív besugárzást kaptak. Minden klinikailag N_1 stádiumú beteg kapott postoperatív besugárzást, mert multiplex szövettanilag pozitív csomóik voltak és/vagy extranodalis betegséget találtak.

A leggyakoribb műtéti eljárás a radikális nyaki dissectio volt, emellett a primer daganatot is kivették. Hemimandibulectomiát + nyaki dissectiót egy ízben végeztek.

Ismeretlen primer daganat esetében többnyire Co60 besugárzást alkalmaztak párhuzamos ellentétes oldali mezőkben, amely a nasopharynxot, oropharynxot, a nyak felső részét, és egy elülső mezőben, amely az alsó nyakat fedte. Az adag 5000 rad volt, és annak zömét a tumorral jobban infiltrált területre adták le. Azoknak a betegeknek, akiknek a primer daganatát ismerték, az egész nyakát besugározták, beleértve az eltávolított primer daganat helyét (például a

szájfeneket). A szerzők ismertetik a besugárzás elveinek és kivitelének részleteit.

Minden beteget, akinek recidívája két éven belül a clavicula felett jelent meg vagy intercurrens betegségben, vagy távoli áttétben halt meg, kihagytak az értékelésből. 37 beteget lehetett értékelni. 5 beteg kapott praeoperatív és 32 postoperatív besugárzást. 37 betegnél 5 nyaki recidiva fordult elő, mindegyik postoperatív besugárzás után. Nem fordult elő a kezelés elégtelensége N_1 klinikai stádiumú betegeknél. Az összes recidivák olyan esetekben léptek fel, ahol perinodalis beszűrődést találtak, a távoli áttétek is ezzel voltak összefüggésben.

A kezelés elégtelensége ebben a betegsorozatban kisebb, mint másokban, ahol csak besugárzást alkalmaztak N_2 stádiumú betegeken (21,5%), vagy csak radikális nyaki dissectiót végeztek (36—70%). Az összes betegeknek, akik postoperatív besugárzást kaptak, multiplex pozitív csomói vagy extranodalis beszűrődései voltak. A praeoperatív besugárzásban részesültek stádiuma N2A vagy kedvezőbb volt. Az extranodalis beszűrődés rossz prognózisát már korábban említettük. Ez azzal is összefüggésben lehet, hogy a dissectio alkalmával — mivel nem lehet megállapítani a beszűrődés határát — a műtéttel szórást idézhettek elő.

Helyes volna randomizált klinikai kísérleteket tervezni azokban az esetekben, ahol 3 cm átmérőnél nagyobb áttételes nyirokcsomó van, annak megállapítása céljából, hogy az ilyen esetekben a praeoperatív vagy a postoperatív besugárzás akadályozza-e meg inkább a metastasisok kialakulását.

Póka László dr.

A veserák áttétek spontán regressziója: két eset ismertetése, beleértve egy először közölt regressziót, egy domináns áttét besugárzását követően, és a világirodalom áttekintése. Fairlamb, D. J. (Dept. Radiotherapy and Oncology Churchill Hosp. Haedington, Oxford and Royal Free Hosp. Pond Str. London NWJ.): Cancer, 1981, 47, 2102.

A daganatok spontán regressziója ritka esemény. Egy gyűjtőstatisztika 1900—1966-ig 176 esetet talált az irodalomban. Ezek közül 31 hypernephroma, 29 neuroblastoma, 19 malignus melanoma, 19 chorioncarcinoma volt. A daganat eltűnése nem minden esetben volt teljes, a remisszió egytől öt évig tartott. A szerzők 2 esetet ismertetnek.

1. A 73 éves nőbetegben 1973-ban a bal ágyéktájon 7 × 4 cm méretű daganatot tapintottak. A myelographia a vese alsó pólusában daganatot mutatott ki. A mellkas rtg-felvételen kiszélesedett hilust és kis tüdőáttétet láttak. A szemöremcsontban is találtak destrukciót. Sima nephrectomia után a szövettani dg.: világossejtes veserák. Egy hónappal később helyi recidiva keletkezett (9×6 cm méretű). A tüdő áttétek nagyobbak lettek. A recidivára 4000 rad telecobalt besugárzást adtak, 15 frakcióban 20 nap alatt. Az ágyéki daganat és az áttétek eltűntek. 3 évi tünetmentesség után 1979-ben az agyban soliter áttétet találtak, amelyet eltávolítottak. Azóta a beteg tünetmentes.

2. Az 53 éves férfibeteg 1973 augusztusban vesedaganattal jelentkezett, és a bal tüdőcsúcsban áttétet találtak. A környezettel összekapaszkodott daganatos vesét eltávolították. Szöv. dg.: veserák, a paraaortikus nyirokcsomókban áttét. 1974 januárban a tüdőáttét eltűnt. 1975 februárban a beteg balesetet követtében combnyaktörést szenvedett. Akkor a 10. dorsalis csigolyán pathológiás törést észleltek. Ugyanakkor a musc. pect. maj-ban is találtak áttétet. Mivel a combnyaktörés nem konszolidált, 2100 rad cobalt besugárzást adtak rá. 1978 szeptemberében a jobb tüdőben és a jobb oldali frontális lebenyben agyi áttéteket találtak agyi zavarokkal. Az agyi tünetek spontán visszafejlődtek. 1979 januárjában a beteg rossz általános állapotba került, fizikális és mentális tünetekkel. 1979-ben meghalt.

Az első esetben észlelt áttét-regresszió a primer veserák besugárzása után az első ilyen eset az irodalomban. Mindkét ismertetett eset azt igazolja, hogy lehetséges a veserák áttétek spontán regressziója és meghosszabbítja a beteg életét. A szerzők egy táblázatban az irodalomból összegyűjtött 67 esetet sorolnak fel, amelyekben hormon vagy más kezelés nélkül a veserák-áttétek regressziója következett be. Ezek között volt 60 csont, 3 bőr, 1 máj, 1 comb és 1 bél metastasis. A felsorolt esetekben az áttétek regressziója a primer veserák eltávolítása, vagy besugárzása után következett be.

Ha az áttét soliter, a primer daganattal együtt azt is el kell távolítani. Ezeknek a betegeknek közel olyan esélyük van a túlélésre, mint az áttétmenteseknek.

Nem tisztázott dolog, hogy mi az oka a veserák-áttétek spontán regressziójának. Lehet, hogy a primer daganat eltávolítása csökkenti a primer daganat által termelt hormonális carcinogen vagy antitest blokkoló anyagokat. Másrészt a nagy mennyiségű antigen csökkentésével lehetővé teszi az immunvédelemnek, hogy legyőzze az áttéteket. A bizonyítékok amellett szólnak, hogy a regresszió immunológiai alapon jön létre. Kimutatták, azt, hogy a veserákos betegek keringő vérében komplementkötő antitestek vannak a veserákkal szemben. Újabb közlések azt sugallják, hogy az immunterápiának szerepe lehet az áttétes veserák kezelésében. A lehetőségeket a közlemény részletesen megtárgyalja.

A cytostatikus agensek és a progesteron kezelés eredményei nagyon szerények. Az immunterápiás tapasztalatok elégtelenek ahhoz, hogy következtetéseket vonhassunk le. További prospektív immunterápiás klinikai kísérletek szükségesek, addig a beteg sorsa a daganatterhelés nagyságától függ, és amit a sebész vagy a radiológus tehet ennek a daganatterhelésnek csökkentésében, attól várható kedvező hatás.

Póka László dr.

Klinikai farmakológia

Csökkenti-e a placebo a vérnyomást? B. A. Gould: Lancet, 1981, 2, 1377.

A placebóval ellenőrzött klinikai vizsgálatok igen elterjedtek. Néhány szerző megfigyelte, hogy a vérnyomás csökken csak placebo alkalmazása esetén is, mások hasonló vérnyomáscsökkenést nem találtak placebóval végzett vizsgálataik során. Az intraarterialisan mért vérnyomásértékek sokkal pontosabbak és reprodukálhatóak, ezért újabban gyakran használják ezt a technikát a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek kipróbálására, bár az eljárás széles körű alkalmazását etikai megfontolások gátolják.

A szerzők megvizsgálták, hogy placebo alkalmazása során valóban csökken-e az intraarterialisan mért vérnyomás. Eredményeiket összehasonlították, a hagyományosan mért értékekkel, ill. a vizsgálatot megismételték alfa-adrenerg receptor blokkoló indoramin szedésekor is. Az intraarterialisan mért adatokat folyamatosan rögzítették mágnesszalagra és számítógépen analizálták. Hagyományos módszerrel a vérnyomásokat naponta egyszer, délután mérték, 5 perces fektetés, ill. 1 perces felállás után. 20 beteg vett részt a vizsgálatsorozatban, akiknek a systolés vérnyomásértéke 160 Hgmm felett a diastolés pedig 95 Hgmm, vagy ezen érték felett volt. Hagyományosan mérve a vérnyomást azt találták, hogy a placebónak is van vérnyomáscsökkentő hatása, míg intraarterialis vérnyomásméréskor ugyanezt a csökkenést nem tapasztalták. Ezzel ellentétben az indoramin kezelés alkalmazásakor a hagyományosan mért vérnyomásérték sokkal kisebb csökkenést mutatott, mint az intraarterialisan mért. A kapott eredmények világosan mutatják, hogy a kétféleképpen mért érték között jelentős különbség van, és így az értékek interpretációja is jelentősen különbözhet. A klinikai módszerrel mért vérnyomáscsökkenést placebo hatására arteficiálisnak tartják, esetleg az ún. „orientációs reflex" játszhat még szerepet. Felhívják a figyelmet, hogy más gyógyszerek hatásának értékelésekor is figyelembe kell

venni ezt szempontot is. Az intraarterialisan végzett vérnyomásmérés az alkalmazott technikával, sokkal megbízhatóbb és nincs szükség placebo alkalmazására sem. A kapott értékek könnyen reprodukálhatók is.

Ternák Gábor dr.

Placebo-analgesia. Rolf, L. H. Brune, G. G. (Psych. u. Nervenklinik d. Univ. Münster): Dtsch. med. Wschr. 1982, *107*, 283.

Az emberi *fájdalom* olyan *komplex történés*, melynek számos physiologiai és psychologiai összetevője van, tulajdonképpen tudati jelenségként is felfogható. Az utóbbi évek kutatásai e témán belül azzal is foglalkoztak, létezik-e egyáltalán placebo-analgesia (továbbiakban p. a.).

Régi orvosi tapasztalat, hogy különböző terápiás eljárások akut vagy krónikus fájdalmat enyhítenek anélkül, hogy ezt tudományosan megmagyarázhatnánk. Ezekben az esetekben általában placebohatást feltételezünk.

A kevés számú ilyen irányú vizsgálat közül megemlítendő *Houde* és mtsai, akik úgy találták, hogy a többszöri placeboadás esetén carcinomás betegek 90%-ban legalább egyszer jelentős fájdalomcsökkenésről számoltak be. Így feltételezhető, hogy a legtöbb beteg valóban fájdalmai csökkenését éli meg placeboadás esetén. A feltételezést, hogy a placebo-analgesia „sikeréhez" bizonyos személyiség, alkat kell, ma egyre inkább elvetik. Mindenesetre *suggestiv hatások* fedezhetők fel az orvos—beteg kapcsolatban, vagy pl. abban is, hogy különböző színű placebók „fájdalomcsillapító hatását" eltérőnek észlelték. Különbséget találtak abban is, hogy *betegség okozta, vagy mesterségesen* előidézett fájdalomcsillapításra alkalmaztak placebót, éspedig a csillapító hatás kifejezettebb volt az előbbi csoportban, feltehetőleg a stresszhatás miatt. *Levine* és mtsai szerint enyhe postoperatív fájdalmakban a placebo kevésbé volt hatásos, mint nagyobb postop. fájdalmakban. Ezen észlelések alapján a p. a. fokában, hatásában több tényező interakcióját feltételezhetjük. Ez egyébként a valódi fájdalomcsillapítók hatására is érvényes! Állatkísérletben sikerült bizonyítani pl., hogy mesterségesen indukált hyperemotiós állapot és félelem analgesiával járt.

A fájdalomkutatás nehézségét az is adja, hogy a fájdalom egzakt természettudományos értelemben nem mérhető, bár ma statisztikai módszerekkel a nagyfokú variábilitás kiegyensúlyozható, pl. a placebo esetében is. Az ingervezetési és transmitter rendszer bonyolult, bizonyosnak látszik azonban, hogy a *monoaminok és különösen a serotoninerg rendszer és az enkephalin rendszerek a legfontosabbak a fájdalomérzésben.* Az 5-hydroxytryptaminnal kapcsolatban egységes vélemény alakult ki, hogy e monoamin a fájdalomküszöb meghatározásában és/vagy a fájdalomra bekövetkező *viselkedési válasz* alakulásában részt vesz. Az endorphinok analgetikus hatása kifejezett, s e hatást a naloxon felfüggeszti.

A számos kétség mellett *alapvető lehetőség, hogy a p. a. fájdalomcsillapító mechanizmusok, pl. a serotonin- és/vagy endorphin-rendszerek aktiválásával hat.* Az experimentális analgesia-vizsgálat szerint a placebo emeli a fájdalomküszöböt. Levine és mtsai közlése szerint a placebóról pozitívan nyilatkozó vizsgáltak naloxon-adás után a fájdalom fokozódásáról számoltak be. Így feltételezhető, hogy a p. a. endogén opioid peptidek bevetése révén alakul ki.

A vizsgálati eredmények alapján ma egyértelmű definíciót adni a p. a.-ról nem lehet, de számos vizsgálat szól amellett, hogy a p. a. biokémiai fájdalomrendszerek aktivitásával függ össze.

Habis György dr.

Az E-vitamin mint therapia kihatásai. Roberts, H. J. (Mannow Research Laboratory, Palm Beach Institute for Medical Research, West Palm Beach, Florida): JAMA, 1981, *246*, 129.

A szerző arra hívja fel a figyelmet, hogy nagy, ún. „megadosis" E-vitamin klinikai zavarokhoz vezet, és 19 ilyen esetet sorol fel közleményében (thrombophlebitis, tüdő-embolia, magas vérnyomás, fáradtság, gynaecomastia és melldaganatok, vaginális vérzés, fejfájás, szédülés, émelygés, hasmenés és bélgörcsök, izomgyengeség, látási zavarok, hypoglycaemia, stomatitis, ajak repedezettség, urticaria, diabetes súlyosbodása, angina pectoris súlyosbodása, reprodukciós zavarok, elhúzódó sebgyógyulás állatban), 2. sz. táblázatában 14 E-vitamin által okozott laboratóriumi rendellenességet sorol fel.

A közlemény alapján nehéz eligazodni azon, mit is értünk „megadosis"-on. A szerző egyrészt már 100—300 egységet meghaladó mennyiséget „megadosis"-nak tekint, másrészt ugyan e közlemény más helyén azt írja, hogy magánrendelésén hozzáforduló thrombophlebitises betegeitől és azok barátaitól azt hallotta, hogy 800—1600 egységnyit szednek naponta. Hivatkozik más folyóiratokban megjelent saját közleményeire, melyekben olyan thrombophlebitises betegekről számol be, akik előzetesen 400-nál kevesebb, illetve 400—800, illetve 800 egységnél több E-vitamint szedtek. Kontroll vizsgálatok nem történtek.

A szerző azt állítja, hogy ezek a „megadosis"-ok ellentétben vannak a „Food and Nutrition Board of the National Academy of Sciences" által felnőtteknek ajánlott napi mennyiséggel (8—10 mg d-alfatocopherol).

[Ref.: A szerző úgy látszik, talán nem vett tekintetbe két alapvető tényezőt. Egyrészt azt, hogy a napi vitaminbevitelre vonatkozó nemzetközi (FAO, WHO) és nemzeti orgánumok által megadott ajánlások („recommended dietary allowance") az élettani szükségletre, igényre vonatkoznak, másrészt azt, hogy a tocopherol (E-vitamin) nemcsak „vitamin", hanem pharmacon is, e pharmacologiai hatás pedig csak nagy mennyiségben adva érvényesül.

Különösen nehezen érthető, hogy különösen a thrombophlebitisről állítja, hogy „megadosis"-ban adott E-vitamin előidézi, illetve súlyosbítja. azt. Ma ugyanis (nem említve itt az újszülöttekre és koraszülöttekre vonatkozó ismereteinket) a tocopherol (E-vitamin) mondhatni egyik fő és általánosan elfogadott indikációját éppen egyes perifériás érmegbetegedések (közöttük a nem mély thrombophlebitis) adják.

Az E-vitamin raktározódik a szervezetben. A fő szöveti E-vitamin raktár a test zsírja. Ezért tehát kezdetben aránylag rövid ideig (napokig, hetekig) tartó adás után célszerű hosszabb ideig (hetekig, hónapokig) szüneteltetni. Nagy adag E-vitamin túl hosszú ideig tartó adagolása tehát felesleges.

E-vitamint, úgy mint bármely pharmacont, természetesen csak megalapozott indikáció esetén adunk.

Abban egyet lehet érteni szerzővel, hogy helyteleníti a (főként az Egyesült Államokban) elterjedt „öngyógyszerelést", azt tehát, hogy az E-vitamint szinte „panaceának" propagálják. Abban is egyet lehet érteni szerzővel, hogy elítéli az E-vitamin igen hosszú ideig tartó kontinuális adását.

Egyébként a közlemény kellő kritikával, számos állítása pedig csak fenntartással fogadható el.

Nem sokkal a közlemény megjelenése után (1982, 247, 129.) a JAMA szerkesztőségéhez olyan nagyszámú reflexió érkezett, hogy a szerkesztőség a szokástól eltérően egyetlen cikkben volt kénytelen a vitát, „azt hiszem érthető, hogy miért" lezárni — olvashatjuk. Egyébként az E-vitaminnak a thrombophlebitisre gyakorolt előnyös hatásában az összes levélíró megegyezett.]

Gerlóczy Ferenc dr.

Digoxin interakciókkal kapcsolatos problémák. George, Ch. F.: Brit. Med. J. 1982, *284*, 291.

Angliában a digoxin (D) a legelterjedtebben alkalmazott szívglikozida, azonban kicsiny therapiás szélessége miatt gyakran lép fel intoxikáció még kórházban kezelt és jól ellenőrzött betegeken is. Prediszponáló tényező az öregkor,

csökkent veseműködés, chronikus tüdőbetegség és hypothyreosis. A D hatásai: lassítja az atrio-ventricularis vezetést, növeli a pitvari refrakter periódust és pozitív inotrop hatású. Jól felszívódik, a hatásos vérszint 1,0—2,5 nmol/l (0,8—2,0 ng/ml). D ugyanakkor elősegítheti aritmia kialakulását különösen hypokalémiánál, melyet egyidejű diureticum szedés idézhet elő, ezért eleve gondoskodni kell a kálium veszteség pótlásáról.

D egy része a vese útján, változatlan formában ürül ki. Minden betegség vagy gyógyszer, mely ezt gátolja, egyben növeli a D vérszintjét is. Ezt a hatást mutatták ki újabban a kinidinről. A D az epe útján választódik ki a bélbe, ahol anaerob baktériumok lebontják. Antibiotikum kezelés gátolhatja ezt és ez is D-vérszint emelkedéshez vezethet.

A tartós D kezelés elsősorban supraventricularis eredetű aritmiák esetén javasolt, sinus ritmusban kevés eredmény várható tőle. Interakció lehetőségét feltétlenül figyelembe kell venni.

Tardos László dr.

A clonazepam (Antelepsin) és a carbamazepin (Stazepin) összehasonlító vizsgálata pszichomotoros epilepsiában. Mikkelsen, B. és mtsai (Dept. of Neurol. , Hjørring Hospital, DK — 9800 Hjørring, Denmark.): Epilepsia, 1981, *22*, 415.

A carbamazepin és a clonazepam antiepilepsziás hatását hasonlították össze a szerzők — randomizált dupla vak vizsgálattal — 36 frissen kórismézett, addig nem kezelt, összetett gócos rohamokban szenvedő parciális epilepsziás gyermekben. A kezelés 6 hónapos időtartama alatt a két szer között nem találtak lényeges különbséget. A mellékhatások — a szedatív hatást is beleértve — kb. azonos gyakorisággal fordultak elő.

(Ref.: A fentiekkel sokan nem értenek egyet. Mindenképpen további vizsgálatok szükségesek még.)

Kiszely Katalin dr.

Oralis contraceptivumok hatása az epe összetételére. Brockerhoff, H. és mtsai (Frauenklinik und I. Med. Klinik, J. Gutenberg-Univ., Mainz): Klin. Wschr. 1982, *60*, 153.

Az oralis contraceptiv szerek szedése utáni emelkedett kőképződési kockázat valószínűleg az epefolyadék oestrogen-okozta cholesterintelítődésének fokozódásán alapszik. A szerzők randomizált, prospektív, keresztezett kettős vakkísérletben az epekövek röntgenológiai kizárása után vagy — mint a rutinszerű fogamzásgátlás kapcsán szokásos — 21 napon át cyclikusan pro die 1 mg norethindronacetatot és 250 µg aethinyloestradiolt adtak, ezután hétnapos placebo-adást iktattak be, vagy pedig ezen hormondosis ötödével kezelték naponta folyamatosan. A mindenkori négyhónapos kezelési időtartam után a másik formára tértek át. A tanulmány kezdetekor, a másik kezelési módszerre való áttéréskor, valamint a vizsgálatok befejezésekor 12 órás koplalás után a duodenalis szondával nyert epefolyadékban meghatározták a lithogen-indexet, mint az epefolyadék cholesterintelítődésének mértékét. A lithogen-indexnek az alkalmazott hormondosistól való függősége sem már a vizsgálatok kezdetén oralis contraceptívumokat szedő nőkön, sem a megelőző hormonalis kezelés alatt nem álló kontrollokon nem volt kimutatható.

ifj. Pastinszky István dr.

Gentamycin töménysége hasűri izzadmányokban spontán bakteriális hashártyagyulladásban szenvedő betegekben. Richey, G. D., Schleupner, C. J. (Infect. Dis. Dept. Med. Univ. Utah, Salt Lake City, Utah, 84132, USA): Antimicrob. Agents Chemother. 1981, *19*, 132.

A szerzők kilenc májzsugoros spontán bakteriális peritonitisben szenvedő betegben határozták meg a hasűri izzadmány és a vérsavó gentamycin tartalmát párhuzamosan. A meghatározásokat a napi gyógyszer intravénás beadása után 1—4 órás időközökben végezték, a betegek 3—5 mg/testsúly kg gentamycint kaptak naponta. A hasűri izzadmányban átlag 4,2 µg/ml gyógyszert mutattak ki, amíg a vérsavó átlag gentamycin tartalma 6,1 µ/ml volt. Ezek szerint a vérsavóban levő gentamycin 68%-a ment át az ascitesbe.

Párhuzamosan meghatározásokat végeztek három olyan betegnél, akiken csak ascites állt fenn, bakteriális gyulladás nélkül, ezeknél azt tapasztalták, hogy a gyógyszer kisebb mennyisége megy át az izzadmányba a vérből, mint a gyulladásos betegeknél.

Nikodemusz István dr.

Aminoglycosidok interstitialis folyadék koncentrációja. Dan, M., Halkin, H., Rubinstein, E. (Infect. Dis. Units. Chaim Sheba Med. Cent. Tel-Aviv Univ. School Med., Tel-Hashomer, Izrael): J. Antimicrob. Chemother. 1981, 7, 551.

A szerzők meghatározták a vér és az interstitialis folyadék gentamycin, interstitialis folyadék gentamycin, tobramycin, metilmicin, sisomycin, kanamycin és amikacin koncentrációit patkányokon a kérdéses gyógyszer egyetlen adagban, izomba adása után. Az interstitialis folyadékot úgy nyerték, hogy a patkányokban rövid ideig papírkorongokat helyeztek el. A tobramycin, sisomycin és amikacin felezési ideje az interstitialis folyadékokban hosszabb volt, mint a vér megfelelő felezési ideje. A különböző mikróbák ellen kialakult gátlási gyűrű szélesebb volt az interstitialis folyadék, mint a vér alkalmazásakor, jelezve, hogy az előbbiben az antibiotikum töménységek magasabbak. Az izomszövetből és a bőralatti térből nyert gyógyszertöménységek azonosnak bizonyultak, viszont az ún. „szövetketrec" módszerrel nyert folyadékban alacsonyabb volt a gyógyszermennyiség, mintha dialysis technikával nyerték volna a folyadékot.

Nikodemusz István dr.

Az intravénás aminophyllin therapia mellékhatásai az adaggal és a serumconcentratióval összefüggően. Katz, G. és mtsai Schw. med. Wschr. 1981, *111*, 2054.

Az intravénásan adott aminophyllin az asthma bronchiale és a krónikus bronchitis egyik legfontosabb gyógyszere. A terápiás hatás valamint a toxikus tünetek fellépése azonban közvetlen függvénye a serumconcentrationak. Az optimális hatás a vérben, ill. a savóban 10—20 mg/l. Ez az adag azonban különböző eliminációs hatások következtében nehezen állítható be. Függvénye a dohányzásnak, a szívizom aktuális állapotának, az esetleges tüdőgyulladásnak, de befolyásolja a theophyllin-clearancet az egyéni variabilitas is. Figyelembe véve ezeket a tényezőket a túladagolás veszélye elég nagy.

A szerzők azt vizsgálták, hogy a rutinszerű adagolásnál elérhető-e terápiás hatás, továbbá a mellékhatások milyen összefüggésben állnak a serumconcentratióval. Összesen 45 beteget vizsgáltak 1979-ben, átlagos életkoruk 62 év volt. Az infúzió után 40 órával vizsgálták a gyógyszer serum concentratióját, magasnyomású chromatográfiával vagy immunoassay eljárással. Általában óránként 40 mg-ot infundáltak, 24 óra alatt 4 ampullát, egyenként 5 ml 4,8% adagból. A clearance-arányos az infúzió sebességével és a beteg testsúlyával.

Mindössze 44%-a a betegeknek mutatott optimális serumconcentratiót: 10 mg/l-t. A betegek 36%-a potenciálisan toxikus dózist kapott, itt a serumban 20 mg/l felett volt, előfordult, hogy a conc. 30 mg/l fölé emelkedett, ezeknél a betegeknél kivétel nélkül jelentkeztek kedvezőtlen mellékhatások: tachycardia, nausea, hányás, 3 esetben pitvari fibrillatio és tremor. Az összegyűjtött irodalmi adataik között 50 mg/l concentratio mellett epilepsiás roham lépett fel, egy esetben pedig akut ritmuszavar következtében a beteg meghalt. Véleményük szerint a helyes kezelés elengedhetetlen feltétele az enzym immunoassay kontroll, ez az eljárás relatíve egyszerű technikai feltételeket követel.

Szántó Endre dr.

Alkohol és gyógyszer-biotranszformáció. Klinger, W.: Z. ges. inn. Med. 1981, *36*, 543.

A gyógyszerek eliminációját mind azok biotranszformációja (elsősorban a májban) mind azok kiválasztása (főleg a vesén keresztül) befolyásolja. A legtöbb gyógyszer jó lipidoldékonysága nemcsak célszervhez való juttatását, hanem enterohepatikus és tubuláris reabszorpcióját is elősegíti, mivel a vízben oldódók könnyebben és jobban kiürülnek.

Az *elimináció gyorsaságát* nagyon sok gyógyszernél a *biotranszformáció* határozza meg. Ennek első fázisát a májparenchyma-sejtek endoplazmatikus enzimjei katalizálják, és az így létrejött OH és NH_2 csoportok a reakció második fázisában konjugálnak, illetve kapcsolódnak az anyagcsere vízben jól oldódó produktumaival. Ezáltal a legtöbb gyógyszer „kitakarító szerve" a máj, és ez nagymértékben a máj vérátáramlásától függ. Ilyen áramlás-limitált gyógyszer eliminációnak van kitéve pl. a morphin, lidocain, propranolol és ezt az eliminációt beszűkítheti a májcirrhosis portális hypertensiója. Kapacitás-limitált gyógyszer eliminációnak vannak kitéve pl. a paracetamol, theophyllin, phenazon, ami függhet a fehérjekötéstől, de lehet attól független is. Az alkohol a koncentrációtól függően főleg az első fázis -reakciót építheti le, ami az alkohol és máj kapcsolata miatt érthető is.

A férfiak alkoholfogyasztásának napi kritikus határa a 60 g, a nőké pedig 20 g, vagyis a nők 2—3-szor veszélyeztetettebbek. Ma már az emberek 2—7%-a szenved idült májbetegségben, ebben az alkohol mellett az elhízás, a májkárosító gyógyszerek és foglalkozási ártalmak is szerepet játszanak. Együttesen azonban egymás hatását potenciálják, és így már napi 20 g alkohol is májkárosító lehet.

Az alkohol és gyógyszerek kölcsönhatása minden eddigi vizsgálatban már bizonyítást nyert, de arra vonatkozóan még nincsenek biztos adatok, hogy ez az interferencia a biotranszformáció talaján jön létre. A májsejtek enzimindukciójának fokozódását a hepatocyták hyperplasiája és/vagy hypertrophiája kíséri, a kapacitás megemelkedését pedig a phenazon (Antipyrin) felezódési idejének megrövidülése jelzi. A reverzibilis zsírmájban még normális a cytochrom-P-450 koncentráció, az elzsírosodás fokozódásával azonban ez csökken és a gyógyszer-feleződési idő megnyúlik. Így az alkoholos májártalom kezdetén a gyógyszer-biotranszformáció két ellentétes folyamata figyelhető meg: egyrészt az ösztönzés az indukció, kapacitás (összaktivitás) fokozódásával, másrészt az elzsírosodás miatti biotranszformációs kapacitás csökkenésével, míg végül is ez dominál.

Idült májbetegeken a kisebb biotranszformáció jeleként csökken a gyógyszer-elimináció és megnő ezek feleződési ideje. Ugyanakkor az idült májbetegek kisebb albumin produkciója miatt a szervezet gyógyszerkötő-képessége is csökken és a szabad gyógyszerszint 2—3-szor lesz nagyobb a gyógyszerhatás kifejezett fokozódásával. Az idült májbetegek kisebb albumin frakciója tehát a gyógyszerhatás kifejezett fokozódásával járhat.

(Ref.: Érdekesek a cukorbetegek alkoholfogyasztásával kapcsolatos megfigyelések, ahol a heveny alkoholfogyasztás a sulfonylureák feleződési idejét megnyújtja és hypoglykaemizál, az idült alkoholfogyasztás pedig ezek feleződési idejét megrövidíti és ezáltal hyperglykaemizál.) Ha túl szoros összefüggést a májfunkció és gyógyszer-biotranszformáció között még kimondani nem is lehet, e betegeknek gyógyszereket csak óvatosan és a mellékhatások mindenkori figyelembevételével szabad adagolni.

Angeli István dr.

Béta-receptor blokkolók thrombocytaellenes hatása: thromboxan-synthesis és thrombocyta aggregatio gátlás hosszú ideig tartó propranolol kezelés hatására. Campbell, W. B. és, mtsai Lancet, 1981, *2*, 1382.

A béta-receptor gátlók alkalmazása igen elterjedt a magas vérnyomásos és angina pectorisban szenvedő betegek kezelésében, és csökkenti az infarctus kiterjedtségét coronária elzáródásban, fenyegető infarctusban cardioprotectiv hatása van. Az alapvető hatásmechanizmust azonban még mindig nem ismerjük. Propranolol gátolja a thrombocyta-aggregáció második fázisát, melyet adenosin diphosphat, ill. más ágensek kiváltanak. A dl-propranolol és d-propranolol, ill. egyéb béta-blokkolók gátolják a thrombocyta aggregatiót in vitro. Ezen kívül gátolják a thromboxan A2 (TXA2) synthesist is.

A szerzők megvizsgálták, hogyan változik a thrombocyta aggregatio és TXA2 synthesis hosszú ideig orális propranololt szedő betegekben. A kiválasztott 15 magas vérnyomásos beteg 2 hétig placebót, majd 4 hétig dl-, vagy d-propranololt szedett, később a béta-blokkoló mellé indomethacint is szedtek 2 hétig, ezt követően még két hétig csak napi 100 mg indomethacint. Megfigyelték, hogy a propranolol, dózistól függően gátolja a thromboxan B2 synthesist (TXB2) kb. 55%kal. Az indomethacin 77%-kal gátolta a TXB2 synthesisét. A két gyógyszer közötti additív hatást nem észlelték.

Cyclooxygenase gátlók nem specifikusan gátolják a proaggregatiós TXA2 hormon synthesist és az aggregatio-gátló prostacyclint is (PGI2). A propranolol csak a TXA2 synthesist gátolja, nem hat az endothel sejtek PGI2 synthesisére, hanem fokozza annak anti-aggregatiós hatását. Instabil angina pectoris és myocardialis infarctus esetén a keringő thrombocyták száma a coronariákban és a perifériás vérben nagyobb, mint coronariabetegségben nem szenvedőkben. A szerzők feltételezik, hogy propranolol és más béta-blokkolók hatásossága coronária betegségben valószínűleg a thrombocytákra kifejtett gátló hatás következménye, ugyanakkor nem befolyásolja a PGI2 termelését.

A d-propranolol béta-blokkoló hatása csupán 2,5%-a a dl-propranololnak, de a thrombocytákra kifejtett aktivitása ugyanolyan. Így alkalmazása előnyösebb, mert nem csökkenti a szívfrekvenciát és a myocardialis contractilitást. Asztmás betegekben és perifériás érmegbetegedés esetén hasonlóan a d-propranolol kezelés látszik alkalmasabbnak. *Ternák Gábor dr.*

Radiológia

A percutan transluminalis angioplastica mint a műtéti beavatkozás kiegészítője. Motarjeme, A. és mtsai (St. Anne's Hospital, Chicago): Radiology, 1981, *141*, 341.

A Dotter-féle coaxialis vagy a Grüntzig-féle ballonkatéterrel végzett értágítás sok esetben helyettesíti a műtéti beavatkozást, de nem alkalmazható minden esetben. Ezért még mindig több esetben van szükség az érsebészeti eljárásokra. Az éráthidaló és érhelyreállító műtétek eredményességének is feltétele azonban, hogy a proximalis és distalis érpálya átjárhatósága megfelelő legyen. Ennek hiányában hiába a helyi sebészi megoldás, a helyreállított érlumen hamarosan újra átjárhatatlanná válik. Ezért célszerű kombinálni a sebészi és a katéteres eljárások előnyeit, például az aorto-iliacalis áthidalógraft sebészi beültetését kiegészíteni az egyidejűleg fennálló femoralis szűkület katéteres tágításával, a femoralis bypass műtét mellett tágítani az iliaca egyidejű stenosisát stb.)

A szerzők 45 betegen alkalmazták ilyen értelemben kombinálva az érsebészi eljárásokat és a percutan katéteres tágítást. A katéteres recanalisatiót műtét előtt végezték 12, műtét közben 12, műtét után 21 esetben. Ennek során tágítottak 27 a. iliacát, 2 femoralis communist, 13 femoralis superficialist, 6 profunda femorist, 7 vena popliteát és egy átültetett vénát. A műtét közben végzett tágítások kitűnő alkalmat jelentenek a sebész és radiológus optimális együttműködésére. Egy komoly szövődményt észleltek: az a. femoralis magas punctiója után hasűri vérzés lépett fel, ami laparotomiát tett szükségessé aortavarrattal. *Laczay András dr.*

Kísérletes vizsgálatok új embolizáló anyaggal, ciánakrylát-kontrasztanyag keverékkel. Stösslein, F. és mtsai (Institut für kardiovaskuläre Diagnostik, Bereich Medizin, Humboldt Universität, Berlin): Radiologia Diagnostica 1981, *22*, 595.

A katéteres percutan embolizálás eredménye nagymértékben függ az alkalmazott embolizáló anyagtól. Ideális anyagot még nem sikerült találni. Újabban előtérbe került a polymerizálódó folyadékok alkalmazása, elsősorban a szövetragasztóké. Ezek egyik veszélye, hogy a vérrel keveredve azonnal merevednek, másrészt nem adnak röntgenárnyékot. A szerzők ezen hátrányok kiküszöbölésére ciánkrylát és lipiodol ultrafluid vagy pantopaque különböző arányú keverékével végeztek in vitro és állatkísérleteket. Minél több volt a keverékben a kontrasztanyag, annál lassabban merevedett a folyadék, és természetesen képerősítővel az embolizálást jól tudták ellenőrizni. Legalkalmasabbnak a histoacryl és lipidol 1:3 arányát találták 7 perc körüli merevedési idővel. Ez elegendő ahhoz, hogy ne következzék be összetapadás a katéteren belül és a katétervég körül. A megelőző angiographia után a katétert 40%-os glukóz oldattal mossák, csak ezután végzik 0,2 ml adagokban szakaszosan az embolizálást. A glukóz is akadályozza a katéteren belüli összetapadást. Kutyák vese, intercostalis, intervertebralis, vertebralis és mesenterikus arteriájának embolizálását végezték röntgen ellenőrzéssel, az érintett szerveket utána szövettanilag feldolgozták. Embolizáló anyagot az efferens vagy venaterületen egy alkalommal sem találtak.

Laczay András dr.

Ultrahangdiagnosztika cholestasisban. Knop, P. és mtsai (Med. Klin., Dortmund): Dtsch. med. Wschr. 1981, *106*, 1491.

A sonographia összehasonlítva a direkt angiographiás eljárásokkal kíméletes és szövődménymentes módszer, a CT-val egybevetve pedig jóval kisebb költséggel járó vizsgálat. Az ultrahangdiagnosztikának éppen az intra- és extrahepatikus cholestasis elkülönítésében van jelentős információs értéke, főleg akkor, ha a hagyományos radiológiai eljárások a meg nem felelő kontrasztanyag-kiválasztás miatt elégtelenek. A szerzők prospektív tanulmányaik keretében 156 icterusos, vagy cholestasis klinikai-kémiai jeleit mutató betegen vizsgálták a sonographia diagnosztikai értékét, amit endoscopos-retrograd cholangiographiával (ERC), percutan transhepatikus cholangiographiával (PTC), vagy az esetleges autopsiás leletekkel hasonlítottak össze. Eredményeik szerint csaknem 90%-ban sikerült sonographiásan az intra- és extrahepatikus cholestasis elkülönítése. A sonographia határai a praepapillaris epeconcrementumok felismerésében mutatkoztak (az esetek 30%-ában). Ennélfogva az epeáramlás zavaraira utaló kóroktani tényezők felderítése gyakran nem volt lehetséges.

ifj. Pastinszky István dr.

Az extracranialis arteria carotis vizsgálata érzékeny B típusú ultrahangmódszerrel. Terwey, B., H. Gahbauer (Klinikum der Universität Heidelberg): Forstchr. Röntgenstr. 1981, *135*, 524.

227 esetben hasonlították össze az a. carotis communis, externa és interna nyaki szakasza sonographiás vizsgálatának eredményeit az angiographiás felvételekkel. A sonographiát nagy érzékenységű real-time készülékkel végezték. Az anyagból kizárták azon eseteket, melyekben az ultrahangképen ábrázolt érterület angiographiás képe nem volt tökéletesen értékelhető. 27 esetben a sonographiás képeken nem volt biztosan elkülöníthető az érfal, ezeket az összehasonlításnál nem vették figyelembe. Így 200 esetben hasonlították össze a két eljárás teljesítőképességét az a. carotis communis és interna plaquejainak, azok felszínének, az erek szűkületének és elzáródásának kimutatásában. A sonographia biztonsággal el tudja különíteni a normális tágasságú ereket a kóros szűkülettől. Érzékenységére jellemző, hogy 0,5 mm nagyságú érfali elváltozás már kimutatható. Az erekben levő atheromás plaque-ok felszínének egyenetlensége is megítélhető kedvező esetben, néha atheromás fekély is azonosítható. Olyan érfali elváltozásokat is észleltek sonographiával, melyek az angiographiás felvételeken nem voltak kimutathatók a vetülési viszonyok miatt. A real-time sonographia véleményük szerint az egyetlen, nem invazív vizsgáló-eljárás, mely lehetővé teszi az érfalak állapotának, mozgásának és kis kóros elváltozásainak elemzését. További vizsgálódás feladata lesz azon sonographiás kritériumok meghatározása, melyek a fenyegető agyi ischaemia megelőzését szolgáló műtéti beavatkozás javallatai lehetnek.

Laczay András dr.

Első klinikai tapasztalatok mágneses magrezonancia vizsgálattal. Zeitler, E., A. Ganssen (Radiologisches Zentrum des Klinikums Nürnberg) Fortschr. Röntgenstr. 1981, *135*, 517.

A Siemens-cég erlangeni laboratóriumában készített 32 axialis, 24 frontalis és 19 sagittalis mágneses magrezonancia kép értékelése alapján elemzik az eljárás várható teljesítőképességét az arckoponya és a törzs vizsgálatában. A törzsre terjedő vizsgálatokat az adott körülmények miatt csak csecsemőkre vonatkozólag értékelhették. Az eljárás német neve Kernspintomographie, rövidítése KST.

Jól érzékeltető diagramban hasonlítják össze a röntgenkép kialakulását meghatározó szöveti kontrasztviszonyokat a KST képen való ábrázolhatósággal, mely végeredményben az egyes szövetféleségek víztartalmának függvénye. Ebből adódik, hogy a csont a KST felvételen nem, vagy alig látszik, míg a vér, vizenyő intenzív képet ad. Leghosszabb proton-relaxátiós ideje a vérsavónak van, ez 1,6 másodperc. A felvételeken ábrázolódnak az arckoponya területén levő jó- és rosszindulatú daganatos elváltozások, a gyulladásos vagy sugárkezelést követően kialakult vizenyők, különösen az orbita és az orrmelléküregek folyamatai. Lehetségesnek látszik a zsírszövet, a vizenyő és a rákos szövet elkülönítése.

Az eddigi vizsgálatok szerint a mellkasi és hasi szervek anatómiai értékű ábrázolása az eljárástól nem remélhető. Még nem lehet felmérni az eljárás jelentőségét a klinikai gyakorlat számára. Állatkísérletek tükrében remélhető tőle az egészséges és kóros szövetek elkülönítése eltérő protontulajdonságaik alapján. Előnye a sugárterhelés hiánya, ábrázolóképessége azonban sok tekintetben elmarad a röntgensugaras vizsgálómódszereké mögött.

Laczay András dr.

A vena portae percutan transhepatikus katéterezése a splanchnikus terület hormontermelő daganatainak diagnosztikájában. Luska, G. és mtsai (Medizinische Hochsule Hannover): Fortschr. Röntgnstr. 1981, *135*, 566.

8 esetben végezték el hormontermelő daganat gyanújának tisztázása céljából a vena portae percutan transhepatikus katéterezését. Részletesen ismertett technikával igyekeztek a katétereket minél perifériásabb vénaágakba juttatni, majd onnan lassan visszafelé húzva szakaszonként vérmintákat vettek. A mintavétel helyét a kontraszttöltéses röntgenfelvételeken pontosan megjelölték, majd gyors radioimmun módszerrel elemezték a vérmintákban a kérdéses hormon szintjét. Hét betegük insulinoma gyanúja miatt került vizsgálatra, egy esetben gastrinoma gyanúja állott fenn. A vérminták alapján a pancreasban három insulinoma és egy gastrinoma helyét sikerült meghatározni. Ezeket a daganatokat a helymeghatározás nyomán célzott műtéttel sikeresen eltávolították. További 3 betegben jelentős insulingradienst észleltek diffúz adenomatosus hyperplasia következtében, ezen esetekben részleges pancreaseltávolítás eredményezett javulást. Egy betegük vérmintái-

ban nem találtak kóros inzulinértékeket, műtétet nem végeztek. A katéterezés 5 esetben könnyen sikerült, 3 esetben körülményesebben, de szövődménye nem volt. A beavatkozást epidurális érzéstelenítésben végzik, mert a PTC-hez megfelelő helyi érzéstelenítés a portális vénák katéterezéséhez elégtelen.

Laczay András dr.

A koponya ultrahangvizsgálatának értéke kisgyermekkorban. Bliesener, J. A., D. Sperlich (Kinderkrankenhaus der Stadt Köln): Radiologe 1981, *21*, 527.

Kisgyermekkorban a koponyaűri képletek ultrahangvizsgálatára lehetőséget biztosítanak a még nyitott kutacsok, melyeken keresztül a különböző tetszés szerinti síkokban optimális kép nyerhető. Korszerű, hordozható real-time készülékekkel a vizsgálat a betegágynál, sőt, az inkubátorban is elvégezhető.

A szerzők 1100 gyermek koponyájának sonographiás vizsgálatát végezték el. Anyagukban veleszületett és szerzett rendellenességek egyaránt előfordulnak. Ezek közül az aquaeductus stenosis, az Arnold—Chiari-rendellenesség, a Dandy—Walker-cysta, a genuin familiáris macrocephalus, a kamrai és kamra körüli vérzés, az agyi atrophia, a meningitist követően kialakuló hydrocephalus, az agyi hygroma, agyvizenyő és agytumorok sonographiás kimutathatóságával foglalkoznak. Bemutatják ezen kórképek jellegzetes sonographiás felvételeit, ezeket vázlatrajzokkal teszik érthetővé, és összehasonlítják ugyanazon eset CT vagy ventriculographiás képével.

Megállapítják, hogy az ultrahangvizsgálat a legtöbb esetben egyenértékű felvilágosítást tud adni a computer tomographiával. Ezért ebben a korcsoportban első vizsgálatként a sonographia elvégzését tartják célszerűnek sugárvédelmi és gazdasági okokból egyaránt. A régebbi invazív vizsgálómódszerek alkalmazására intézetükben a sonographia bevezetése óta alig kerül sor.

Laczay András dr.

A szívfal aneurysmájának kórismézése két-dimensionalis echocardiographiával. Baur, H. R. és mtsai (Kardiol. Abt. d. Med. Universitätsklinik, Bern): Schweiz. med. Wschr. 1981, *111*, 1734.

A szívfal-aneurysma (sz. a.) elkülönítése a diffus dilatatiótól és a bal kamra hyperkinetikájától lényeges kórismézési feladat. A szerzők a két-dimensionalis echocardiographia diagnosztikus értékének eldöntésére prospektív tanulmányaikban 26 olyan beteget vizsgáltak, akiket a sz. a. klinikai gyanújával utaltak be vizsgálatra. Minden betegüket két-dimensionalis echocardiographiával és bal kamra kineangiographiával vizsgálták és eredményeiket két egymástól független vizsgáló értékelte. Kiértékeléseik szerint a két-dimensionalis echocardiographia olyan találatbiztos, nem-invasiv módszer, amely a sz. a. azonosítását a legtöbb esetben lehetővé teszi. A sz. a kiterjedéséről és a resectio lehetőségeiről is információt nyújt és sok esetben az angiographia végzését is feleslegessé teszi.

ifj. Pastinszky István dr.

Heveny és idült szívburokömleny, valamint a szívburok direkt kontrasztanyagos vizsgálata. Mäurer, W. és mtsai (Abt. inn. Med. III. Kardiologie der Med. Universitätsklinik Heidelberg): Dtsch. med. Wschr. 1981, *106*, 1571.

Bár a szívburokömleny kórismézését az echocardiographia jelentősen javította, mégis egyes esetekben az ömleny elhelyeződésének és nagyságának eldöntése viszonylag nehézkes. A szerzők a pericardialis űr punctiója után kevés kontrasztanyagot fecskendeznek be a szívburokűrbe és így az ömleny direkt festődése folytán az átvilágítási kép jobban megítélhető, mint az eddig rendelkezésre álló módszerekkel. 11 szívburokömlenyben szenvedő betegükön a szívburokűr punctiója után 10—20 ml kontrasztanyagot fecskendeztek be; így az exsudatum az átvilágításkor igen pontosan volt meghatározható, hasonlóan az űrben levő kanül helyzete követhetővé vált. A 35 mm-es kamerával végzett kinekardiographiával a kontrasztanyaggal festett ömleny, valamint az ezt övező struktúrák jól kimutathatóak voltak (*„pericardiographia"*). Két esetükben a pericardiographia lényegesen több információt nyújtott az echocardiographiás leletnél. A szívburokömleny és a szívburok direkt kontrasztanyagos kimutatása javítja a pericardialis punctio biztonságát és kiszélesíti különösen a tisztázatlan eredetű, vagy a letokolt szívburok-folyamatok megkülönböztető kórismézésének lehetőségeit.

ifj. Pastinszky István dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

A Legionella pneumophila ökológiai eloszlása. Fliermans, C. B. és mtsai (Savannah River. Lab. du Pont de Nemours + Co. Inc. Aiken S. C. 29808, USA): Appl. Environm. Microbiol. 1981, *41*, 9.

A szerzők a Legionella pneumophilának a környezetben való előfordulásával kapcsolatban végeztek vizsgálatokat. Az Egyesült Államok 67 különböző folyamából és tavából vettek vízmintákat. 20 liter vizet úgy kezeltek (centrifugálás, szűrés), hogy a benne levő baktériumok 500-szorosra bekoncentrálódtak s így kísérelték meg a kitenyésztést.

A kapott eredmények felhívják rá a figyelmet, hogy a Legionella pneumophila a természetes vízi környezet alkatrésze és e mikroba a környezeti változásokat képes túlélni, akkor is, ha azok jelentősek. Az eddigi járványtani bakteriológiai adatoktól ez annyiban tér el, hogy a légúti fertőzés kórokozói — néhány kivételtől eltekintve — nem maradnak meg sokáig a külvilágban és leginkább emberről emberre terjednek. A direkt fluoreszkáló antitestek alkalmazásával a L. pneumophila jelenlétét viszonylag könnyű felderíteni a természetes vízrendszerekben.

Nikodemusz István dr.

A Legionella pneumophila érzékenysége három hűtőtorony-antimikróbás szerrel szemben. Grace, R. F., Dewar, N. E., Barnes, W. C. (Vestal Labor. Div. Chem. Corp. St. Louis Mo. 63110, USA): Appl. Environm. Microbiol. 1981, *41*, 233.

Az Országos Betegségleküzdő Központ által kifejtett vizsgálatokban, amelyeket a légionárius betegség járványai kapcsán végzett, kiderült, hogy e légúti fertőzés kórokozója kimutatható a vízvezetéki vízből és a porlasztóberendezésekből, esetleg magából a levegőből is a megbetegedéssorozat helyén. Felmerült az a gyanú, hogy nem megfelelően karbantartott vízrecirkuláció berendezések szerepet játszanak e kórokozó szaporodásában és elterjedésében. A szerzők el akarták dönteni, hogyan hat három különféle, hűtőtornyok fertőtlenítésére használt vegyszer a Legionella pneumophila ellen. Két in vitro kísérleti módszert használva megállapítást nyert, hogy az N-alkyl-dimethyl benzil ammóniumchlorid egy másik vegyülettel bis (tri-n-butyltin) oxiddal kombinálva rendkívül hatásos. E kombinációból 25-ször kisebb mennyiség kell a Legionella elpusztításához, míg az N-alkyl 1,3-propan-diamin és methylen bis (thiocyanat) ennél jóval kevésbé hatásos, s ez csak a gyártók által megadott vagy ennél magasabb töménységben képes a L. pneumophila elpusztítására.

Nikodemusz István dr.

A prolongált atypusos betegségek és a persistáló Epstein—Barr vírusinfectio serologiai bizonyítékának kapcsolata. M. Tobi és mtsai (Dept. of Int. Med., Hebrew Univ. Hadassah Med. Univ. School, Jerusalem, Izrael): Lancet, 1982, *I*, 61.

Az Epstein—Barr-vírus (EBV) az infectiós mononucleosis (IM) syndroma fő oka. Az IM kritériumai: a klinikai kép, a haematológiai kórjelek és a serologiai vizsgálat.

A klinikai syndromát számos más agens is létrehozhatja, de ezek az esetek ritkán merítik ki a kritériumokat. A serologiai kórjelek a legtöbb esetben értékes diagnosztikus támpontot jelentenek. Számos serologiai próba ismeretes az EBV antitestjeinek (At) kimutatására, de a vírus capsid antigen (VCA) elleni IgM- és a pozitív heterofil At elegendő a typusos, primer EBV infectio bizonyítására, ha az IM klinikai képével társul. Az EBV a B-lymphocytákat inficiálja (egyébként a fertőzés látens is lehet — reactivatiókkal — a különben egészséges vagy immunosuppressiv állapotban levő egyénekben). EBV elleni fokozott At idült, sorvasztó betegségekben is kimutatható, de a titer alacsony és két hónap múlva már nem észlelhető. A persistáló EBV infectio hiányos tünettanára való tekintettel a szerzők hét ilyen esetet demonstrálnak. A betegség kritériumai: 1. egy évnél tovább persistáló tünetek, ha 2. egyidejűen VCA elleni IgM At-el társul, 3. olyan betegekben, akiknek nincs manifest, súlyos alapbetegségük.

Betegeik prolongált, atypusos betegségét több mint egy évig követték. Ezen idő alatt serumaikban szignifikánsan emelkedett az EBV VCA-je elleni IgM At. Négy betegben az EBV korai antigen-complexének R-componense elleni AT-eket mutattak ki. Csak egy betegben észlelték az IgM klasszikus tüneteit.

A prolongált, atypusos betegségben — gyakorisági sorrendben — a következő tünetek szerepeltek: láz, lymphadenopathia, máj és/vagy lépduzzanat, sovány odás, lymphocytosis, gyengeség, szorongás, hasi fájdalom, émelygés, myalgia, thyreoiditis, korábbi allergia.

A továbbiakban számos összefüggést olvashatunk a VCA elleni IgM At-ek, az R-componens At-ek diagnosztikus értékéről (az előbbi a primer EBV infectio serologiai jele, az utóbbi az endogen EBV reactiválódását jelzi (az EBNA) nucleáris antigén (-elleni At-ről), amely a primer EBV fertőzés késői kórlefolyása során jelentkezik.

Feltételezik, hogy a prolongált atypusos betegségek pathogenetikai hátterében a primer EBV infectióra adott téves immunválasz (pl. a cellularis immunreactio elégtelensége vagy az interferon systema immunhibája) szerepelhetett. Valószínű, hogy inkább az EBV reactivatiója az alapvető kóroki faktor, mint a primer vírusfertőzés. Ilyen fajta reactivitást — specifikus immunválasszal — más herpesvírus infectiókban is ismertettek. Ha az immun-aberratio ilyen állapottal társul, elindíthatja az atypusos betegség manifestatióját.

Betegeik klinikai és serologiai megfigyelése alapján úgy gondolják, hogy a prolongált, atypusos betegség feltehetően a persistáló infectio következménye. Hasonló kórképek tanulmányozását addig kell folytatni, amíg a betegség okára nem derül fény.

Barna Kornél dr.

Idős személyek védoltása influenza ellen. A tüdőgyulladások, kórházi beutalások és halálesetek számának csökkenése. Barker, W. H., Mullooly, J. P. (Dept. Prev. Family Med. Univ. of Rochester, N. Y., 14642, USA): JAMA, 1980, *244*, 2547.

A szerzők előre elkészített oltási terv alapján elkészített védőoltássorozat után, amelyet idős egyéneken hajtottak végre, visszamenőleg megfigyelték a védoltott egyének tüdőgyulladásos megbetegedéseinek, kórházba való beutalásainak és halálozásának csökkenését. Két ilyen járvány alkalmával végezték el a tanulmányozást, mindkettőt a Myxovírus influenzae A típusának H3N2 altípusa okozta. Az influenza A vírus H2N2 altípusából készített oltóanyag nem adott védettséget a Hong Kong (H3N2) vírus által okozott fertőzések ellen az 1968—69-es járvány során. Ezzel szemben az A (HongKong) 68 (H3N2) törzsből előállított vaccina az 1972—73. folyamán bekövetkezett A (England) 72 (H3N2) által okozott járvány során hozzávetőleg 72%-kal (31%—100% szélső értékekkel csökkentette a kórházi beutalások számát és átlag 87%-kal (52%—100%) a halálozást. Ezek az adatok megegyeznek a fiatalokon végzett influenza elleni védőoltások eredményeivel, s nem árt az aktív immunizálási sorozatot az eddigieknél **kiterjedtebben** végezni.

Nikodemusz István dr.

Az évszak szerepe az influenzajárványtanában. Hope-Simon, R. E. (Epidem. Res. Unit. Cirencester, Gloucestershire Anglia): J. Hyg. (Camb.), 1981, *86*, 35.

Az eddig megfigyelt influenzajárványokban a következő tapasztalatok látszottak:

1. Egy-egy szűkebb közösségben az influenzajárvány az év ugyanazon szakában következett be.

2. A járványgócok mindenütt megvannak s ezek lassan mozdulnak el és kapcsolatban állnak a nyár közepei merőleges napsugár energiával, bár hat hónap múlva követik ezt. Feltehetőleg a sugárzás hat a kórokozóra és a befogadó szervezetre s ezért nehéz az évszakhoz kötött leküzdés.

3. Az Influenza A vírus antigen variációja évszakoktól függően jön létre, ami a járványtani eseményeket megszabja.

Nikodemusz István dr.

Humoralis és cellularis immunitás paraméterei Influenza A (USSR) 90/77 (H1N1) vírussal szemben különböző korcsoportokban. Ruben, F. L., Bachmayer, H., Fireman, P. (Montefiori and Children's Hosp. Pittsburg, Pa. 15213, USA): J. infect. Dis. 1980, *142*, 699.

Egy helyi kisebb A/USSR influenzajárvány után a szerzők megvizsgálták az Influenza A/USSR/90/77 (H1N1) vírus törzzsel szemben képződött ellenanyagokat négy korcsoport vérében: 1. Idős egyének (64 évnél öregebbek), 2. Egészséges felnőttek (20—44 életév közöttiek), 3. Gyerekek (6—13 évesek) és 4. Újszülöttek (negatív kontroll csoport).

Az első három csoport tagjaitól származó vérsavó minták közel azonos haemagglutinációs gátlási titer átlagokat mutattak fel (mértani középarány 1:8—1:11), amelyek felülmúlták az újszülöttek köldökzsinór vérének ellenanyagtartalmát. Hasonló eredményt adtak a lymphocytás proliferatiós értékek, amelyek csak az újszülöttek vérmintáinál adtak negatív eredményeket. Ezzel szemben az Influenza A/USSR/ vírus újszülött hörcsög vesesejtjeire gyakorolt hatás, ami a lymphocytáktól függött, lényegesen nagyobb volt felnőtteknél és idős egyéneknél a gyermekekéhez képest, jelezve, hogy a cellularis immunitas a felnőttkorban fejlődik ki inkább, szemben a humoralis immunitással, amely már a születés után hamar elkezdődik.

Nikodemusz István dr.

A francia Állatorvosi Kutató Központban azonosított Mycobacteriumok 1973 és 1979 között. Thorel, M. F. (Lab. Centr. Rech. Veter. BP 67, 94703 Maisons-Alfort, France.): Ann. Microbiol. (Inst. Pasteur) 1980, *131 A*, 61.

1973-tól 1979-ig bezárólag az Állatorvosi Kutató Központ Alfortban (Párizs mellett) 425 Mycobacterium) törzset azonosított. 93-at tiszta tenyészet formájában más laboratóriumok küldtek, összesen 590 különböző kóros váladékból és 12 környezetből vett mintából.

Összesen 16, különféle fajokhoz tartozó törzset identifikáltak, biokémiai és antibiotikum érzékenység alapon. A leggyakrabban típusos ún. gümőkóros saválló baktériumtörzseket (Mycobacterium bovis, M. tuberculosis, M. africanum) állapítottak meg, ezek a 425 törzs 68,5%-át alkották. A tenyészetek 41,5%-ában ún. atípusos Mycobacteriumokat találtak, ezek közül a következők fordultak elő: M. avium-intracellulare (136), M. peregrinum (10), M. paratuberculosis (5), M. terrae (5), M. chelonei (4), M. fortuitum (2), valamint M. aureum, M. vaccae, M. marinum és M. gordonae (1—1 törzs). A beküldött mintákból leggyakrabban M.

bovist (55%) és M. avium-intracellulare-t (32%) lehetett kitenyészteni.

Nikodemusz István dr.

Élelmiszerekből kitenyésztett Coliform baktériumok ellenállásának alakulása antibiotikumokkal szemben. Persson, L., Olson, B., Franklin, A. (Svenska Labor. Halmstadt, Sweden): Scand. J. infect. Dis. 1980, *12*, 289.

A szerzők különböző élelmiszerekből összesen 308 Coliform baktériumot tenyésztettek ki, és tanulmányozták ezek antibiotikum rezisztenciájának alakulását. A törzsek 10 különböző fajhoz tartoztak és az E. coli fordult elő közöttük a leggyakrabban. A 44 °C hőmérsékleten keltetett mintákból a leginkább e baktérium tenyészett ki, gyakoribb volt, mint más Coliform baktériumok, míg a 37 °C-on keltetett mintákból a leginkább Klebsiella és Enterobacter fajok tenyésztek ki, ezek inkább kijöttek 37, mint 44 °C-on. A különböző minták közül az E. coli törzsek leginkább a nyers húsokból nőttek ki, valamint tojásból és tojáskészítményekből. A Klebsiella és Enterobacter törzsek inkább más élelmiszerekből (pl. növényi eredetűekből) tenyésztek ki. A törzsek 54%-a legalább egy antibiotikummal szemben rezisztens volt az alkalmazott 9 készítmény közül. Leginkább a nitrofurantoinnal és a sulphaiso-dimidinnel szemben figyeltek meg ellenállást, mintegy a törzsek 30, ill. 25%-ára nem hatottak. Streptomycinnel, neomycinnel és trimethoprim-sulphamethoxazollal szemben nem figyeltek meg rezisztenciát. A rezisztens törzsek mintegy 40%-a multirezisztensnek bizonyult. A süteményekből és egyéb édességekből, valamint a nyers húsokból kinőtt törzsek alacsony aránya (42, ill. 46%) volt rezisztens, míg a fagylaltokban talált Coliformok mintegy 89%-a bizonyult rezisztensnek. Pasztőrözött tejekből, süteményekből és édességekből tenyésztettek ki viszonylag a leggyakrabban multirezisztens törzseket. 66 multirezisztens törzs közül egy sem tudta átadni a rezisztenciáját E. coli törzseknek. Az eredmények azt mutatják, hogy Svédországban az élelmiszerekből izolált baktériumok nem továbbítják ellenállóképességüket más fajoknak.

Nikodemusz István dr.

Q-láz. Doerr, H. W. és mtsai (Hygienisches Inst., Univ. Heidelberg, Krankenhaus der BVA-Alt-Moabit, Berlin): Dtsch. med. Wschr. 1981, *106*, 1532.

A Q- (Query-, Queensland) láz Dél-Németországban endémiás zooanthroponosis; 1947 óta 18 epidémia alkalmával a bejelentési kötelezettség alapján több mint 4000 (köztük legalább 20 halálos) esetet regisztráltak. Egyedül Baden-Württenberg területén az utóbbi tíz évben két nagy Q-láz kitörést (1972 és 1978) észleltek; így jogos annak a felvetése, hogy ezt a Coxiella burneti okozta, főleg pneumotrop fertőző betegség sokkal gyakrabban fordul elő, mint azt általában gondolják. A fertőzést háziállatok (elsősorban a juh, kecske) kullancsai (Dermatocentor marginatus) viszik át, amelyek egyes természeti gócokban fordulnak elő és az epidemia terjedések időbeli hullámszerű kinetikáját magyarázzák. A fertőző anyag szétterjedését a kórokozó tartalmú kullancsürülékkel szennyezett gyapjúval, továbbá az állatok postpartalis váladékaival való érintkezés okozza. Az aerogen fertőzést (csapadék, légáramlás) a meteorológiai viszonyok is elősegítik, mert a Coxiella burneti tenacitása rendkívül magas és még egy éven túl is az élettelen külvilágban fertőzőképes marad; a többi rickettsiától abban különbözik, hogy obligát sejtparasita. A megfigyelt Q-láz megbetegedéseket 2—4 hetes, nem feltűnő prodromás incubatio vezette, be, amit erős, feszülő érzésű fejfájás, magas, hosszú, continua jellegű (40 °C-ig terjedő) láz, relatív bradycardia, radiológiailag atípusos, segment jellegű pneumonia, súlyveszteség, hosszú lábadozás jellemeztek. A férfiak gyakrabban és súlyosabban betegednek meg, mint a nők, a gyermekek pedig alig, az igazolható expositio ellenére. A választási therápia a doxycyclin, (Vibramycin) alkalmazása, amely egyidejűleg a Mycoplasma pneumoniae és a Chlamydiák ellen is hatásos; ezen utóbbi kettő az atípusos pneumoniák gyakori további két fontos kórokozója. A komplementkötési reakció biztos labor. paraméter. A járvány-hygiénés eljárások (fertőző góc keresése, a seropositív juhok kiszűrése, fertőtlenítő szerek: 10—20% klórmész, 5% phenol stb.) csökkentik a kórokozó reservoirokat. A járványok leküzdésében az ember- és állatorvosok együttműködése szükséges.

ifj. Pastinszky István dr.

A fültőmirigy-gyulladás járványtana Hollandiában. Wagenvoert, J. H. T., Harmsen, M., Boutahar-Trouw, B. J. K. (State Univ. 3511 G. G. Utrecht, Hollandia): J. Hyg. (Camb.) 1980, *85*, 313.

A szerzők meghatározták a holland lakosság vérsavóinak mumps vírus (Myxovirus parotitidis) elleni antitest tartalmát az ún. „plak redukciós technikával", amely érzékeny fajlagos és megismételhető eredményeket szolgáltatott. Mintegy 800 külvárosokban lakó gyermek savóinak a vizsgálata azt az adatot hozta, hogy a mumpson, mint más légutakon terjedő fertőzésen is, a gyerekek viszonylag korán átesnek, az átvészelés maximuma a 4. és 6. életév közé esik. A 14. életév betöltéséig a gyerekek több mint 90%-a átesik, tehát az iskolás kor után alig lehet fertőzésre számítani.

Több mint 1000 18—65 éves felnőtt savói közül 95% tartalmaz parotitis vírusra fajlagos ellenanyagokat. A viszonylagosan magas medián értékek arra hívják fel a figyelmet, hogy az antitestek nagy része az élet folyamán tartósan megmarad, de nem zárható ki a latens fertőzések jelentősége sem.

Nikodemusz István dr.

BETALOC®

tabletta

antihypertensivum
antiarrhythmicum

A Betaloc elsősorban az adrenerg $béta_1$-receptorokon ható kardiószelektív béta-blokkoló készítmény. Béta-receptor stimuláló (intrinsic sympatomimetikus) aktivitással nem rendelkezik. A magas vérnyomást mind álló-, mind fekvőhelyzetben kifejezetten csökkenti. Ortosztatikus hipotenziót nem okoz és az elektrolit háztartást nem befolyásolja. Angina pectorisban csökkenti a rohamok számát és növeli a fizikai teljesítményt. A Betaloc adható indokolt esetben asztmás betegeknek is. A légúti ellenállás értéke ritkán növekszik alkalmazása után. Ez a növekedés azonban – ha előfordul – ellensúlyozható $béta_2$ stimuláns adagolásával.

HATÓANYAG: tablettánként 100 mg metoprolol tartarát.

JAVALLATOK: Hipertónia enyhe és középsúlyos eseteiben magában, súlyos esetekben diuretikumokkal és egyéb antihipertenzívumokkal kombinálva. Angina pectoris. Szívritmuszavarok: sinus tachycardia, paroxysmusos supraventriculáris tachycardia, irreguláris tachycardia, esszenciális keringési hiperkinezis.

ELLENJAVALLATOK: II. és III. fokú A. V.-blokk; szívelégtelenség; kardiogén shock; bradycardia (60/min. szívfrekvencia érték alatt).

ADAGOLÁS: Egyéni beállítást igényel.
Hipertónia: naponta 100–200 mg (1–2 tabl.), reggel egy adagban vagy elosztva: reggel és este. Egyes esetekben szükséges lehet a fenti adag növelése vagy egyéb hipotenzív szerekkel való kombinálása.
Angina pectoris: naponta 100–200 mg (1–2 tabl.) elosztva reggel és este; súlyos esetben ez az adag növelhető napi 300–400 mg-ig (3–4 tabl.).
Ritmuszavar: naponta 100 mg (1 tabl.) elosztva: reggel és este, ha szükséges a napi adag 200–300 mg-ig (2–3 tabl.) emelhető.

MELLÉKHATÁSOK: Általában enyhék és ritkán jelentkeznek. Ezek a hatások sok esetben átmenetiek, vagy a dózis csökkentésével megszűnnek.
Leggyakoribb mellékhatás: fáradtság, gasztrointesztinális tünetek, alvászavar, bradycardia. Ritkán nem specifikus bőrreakció, vagy a végtagokban hidegérzés jelentkezhet.
Túladagolás kezelése: A túladagolás kifejezett hipotenziót és bradycardiát okoz. Ilyen esetben 1–2 mg atropin iv. adása szükséges. Ha ezután sincs megfelelő javulás, vérnyomásemelő szereket, pl.: noradrenalint, dopamint (dobutamint) lehet adni.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS: Kerülendő az együtt adásuk: kalcium antagonista koszorúsér-tágítókkal (egymás hatását kiegészíthetik vagy erősíthetik).

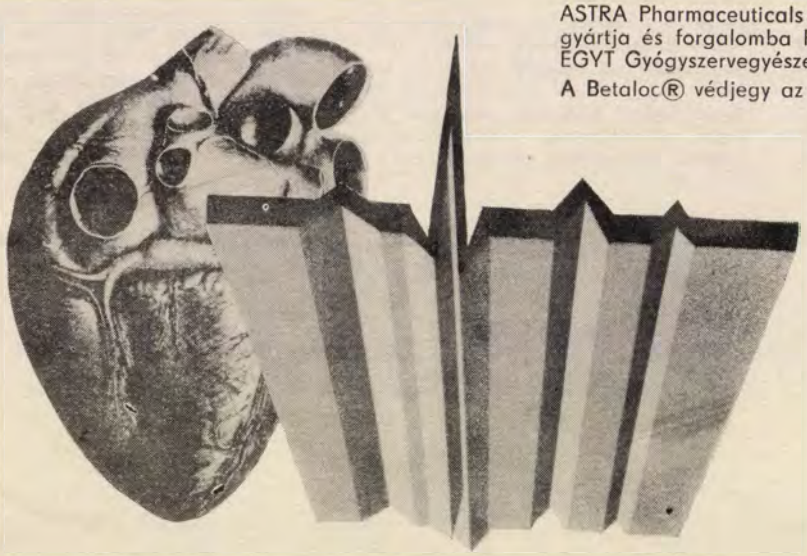
FIGYELMEZTETÉS: A kezelést fokozatosan kell befejezni. A terápia hirtelen megszakítása – különösen ischaemiás szívbetegség esetében – a beteg állapotát akutan rosszabbíthatja. Műtét esetén a Betaloc kezelést az anaesthesia előtt legalább 48 órával meg kell szüntetni.
Asztmás betegek kezelésekor $béta_2$ stimuláns együtt adása válhat szükségessé.
A Betaloc nem adható szívelégtelenségben, kivéve, ha azt a frekvencia növekedése idézte elő. Egyébként a beteget előzetesen kompenzáljuk digitálisszal, diuretikummal és vazodilatátorral. (A digitálisz által kiválasztott szívkontraktilitás növekedést nem befolyásolja.) Inzulin dependens diabetes mellitusban szenvedő betegek kezelésekor – más béta-blokkolókhoz hasonlóan – fokozott elővigyázatosság szükséges.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 20 tabletta 15,50 Ft.

ASTRA Pharmaceuticals AB. Svédország licence alapján gyártja és forgalomba hozza:
EGYT Gyógyszervegyészeti Gyár – Budapest.

A Betaloc® védjegy az ASTRA tulajdona.



EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

HÍREK

A **Magyar Sebész Társaság Kísérleti Sebész Sectiója és a Debreceni Akadémiai Bizottság** 1983. augusztus 25—26-án Debrecenben, a Kölcsey Ferenc Művelődési Központ (Hunyadi u. 1—3.) konferencia- és mozitermében *sebész kongresszust rendez.*

Augusztus 25., 8.30 óra

Konferenciaterem

Megnyitás

9.00 órakor

Konferenciaterem

„A" sectio

I. Ülésszak

Elnök: *Petri G.*
Titkár: *Lantos J.*

1. *Tabi Zs., Jánossy T., Erdős É., Végh P., Petri G.* (Szeged): A H-2 komplex és a sejtdózis szerepe újszülöttkori transzplantációs tolerancia keltésben.

2. *Baranyai L., Jánossy T., Végh P., Petri G.* (Szeged): A transzplantációs tolerancia mechanizmusának összehasonlító vizsgálata különböző egértörzsekben.

3. *Pimpl W., Wayand W.* (Salzburg): Immunológiai paraméterek lépszövet autotranszplantációja után.

4. *Bálint B. J.* (Budapest): A homograft szubsztitucio rendszer nézetből.

5. *Józsa L., Bálint B. J., Réffy A.* (Budapest): Homolog intranszplantátum átépülése emberben.

6. *Gonczowski L.* (Krakow): A penicillin hatása bőrtranszplantátumok túlélésére egereken.

7. *Farkas Gy., Karácsonyi S., Hódi M.* (Szeged): Humán embrionális Langerhans-sziget tenyésztés és klinikai transzplantáció.

10.40 óra

Konferenciaterem

„A" sectio

II. Ülésszak

Elnök: *Pintér J.*
Titkár: *Adamicza Á.*

8. *Dankó I., Gebhard F., Hammer C., Brendel W., Török B.* (Pécs): Aspirációs citológiai vizsgálatok farkas vesexenograftok sorsának nyomon követésére Cyclosporin A kezelés mellett.

9. *Bucholz B., Zastrow F., Lison A. E.* (Münster): Modern nézetek a donor biztosítására vesetranszplantációnál.

10. *Ruland O., Spiegel U., Hauss J., Schönleben K.* (Münster): Új szempontok a vese preservatióban — oxygént megkötő mesterséges vér felhasználása (Oxypheron^{R}).

11. *Orlowski I.* (Warszawa): A Promethazin mint immunosuppressiv segédanyag a klinikai vesetranszplantációban.

12. *Villányi K., Berényi P., Mikó I., Tarsoly E., Furka I.* (Debrecen): Összehasonlító kísérletes vizsgálatok Sacks II. és Collins, perfundáló oldattal vesén.

13. *Furman M.* (Białystok): Kémiai kardioplegia és hypothermia a szív konzerválásában transzplantációnál.

14. *Mester E.* (Budapest): A laser-sugár biostimulációs hatása.

Szünet

14.30 óra

Konferenciaterem

„A" sectio

III. Ülésszak

Elnök: *Török B.*
Titkár: *Tarsoly E.*

15. *Török B.* (Pécs): Az energiaellátás zavarainak setjszintű következményei a myocardiumban.

16. *Rőth E., Trombitás K., Török B.* (Pécs): Ischaemiás és cardioplegiás szívek resuscitálhatósága szívtüdő modellben.

17. *Trombitás K., Rőth E., Török B.* (Pécs): Permanens és tranziens szívizom-ischaemia finomszerkezetet károsító hatásai.

18. *Rőth E., Zsoldos T., Török B.* (Pécs): Citotoxikus oxigén-gyökök lehetséges szerepe a szívizomkárosodás kifejlődésében.

10. *Belágyi J., Gróf P., Rőth E.* (Pécs): Spin-jelzett cross-bridge-k orientációfüggése glicerinezett papilláris izomban.

20. *Radics É.* (Pécs): Működő típusú ún. „Második-szív" transzplantációja kutyakísérletekben.

21. *Holec V.* (Bratislava): Szívizomvédelem az assistált cirkuláció bekapcsolásakor.

22. *Adamski S., Furman M., Sünmonowicz J., Worowska A.* (Białystok): A hypothermia és kardioplegia hatása a cooronaria keringésre és a szívmegállás utáni ventricularis functióra kutyán.

16.00 óra

Konferenciaterem

„A" sectio

IV. Ülésszak

Elnök: *Bornemisza Gy.*
Titkár: *Baltás B.*

23. *Reding R.* (Rostock): A „rostocki műszívvel" szerzett tapasztalataink állatkísérletekben.

24. *Moravcsik E., Kékesi V., Hubay M., Szabó Z.* (Budapest): A szívsebészeti cardioprotectio modellezése isolált tengerimalac szíven.

25. *Papp L., Juhász-Nagy S., Osváth B., Szabó Z.* (Budapest): A koszorúserek vizualizálása thermografiával nyitott mellkasú kutyaszívekben.

26. *Arndt M., Pircher W., Köchy P.* (Münster): Az experimentális mesenterialis éroclusio pathophysiologiája.

27. *Sierocinski W., Alichniewicz A., Soltysiak A. , Górski P.* (Łodz): Az aorta-ileacalis occlusio kezelésére vonatkozó meggondolások.

28. *Skóra K., Szydlowski Z., Dorobisz A., Witkiewicz W., Patrzalek D., Sosnowski W.* (Wroclaw): Sebészi feltárás és prognosis carotis occlusióban szenvedő betegeken.

29. *Mészáros Zs., Keszler P.* (Budapest): Tapasztalataink műanyagok alkalmazásával a mellkasi sebészetben.

30. *Troján I., Kecskés L., Vécsei B., Kóki K., Bense S., Vajda Gy., Farkas Z.* (Szeged): Trachea pótlás kutyákon megerősített Gore-Tex prothesissel.

31. *Boros A., Darás D.* (Szikszó): Hasfalrekonstrukciók — irhaplasztikák — vélemény egy műtéti terület szövettani feldolgozása alapján.

9.00 óra

Moziterem

„B" sectio

I. Ülésszak

Elnök: *Balázs Gy.*
Titkár: *Csikos M.*

32. *Bornemissza Gy., Tarsoly E., Mikó I.* (Debrecen): Kísérletes partialis splenectomia.

33. *Molitorisz K., Lestár B.* (Budapest): A splenectomia korai szövődményeiről.

34. *Friedman G., Hollán Zs., Feszler Gy., Solti V., Mód A.* (Budapest): Splenectomiák késői szeptikus szövődményei haematológiai betegeknél.

35. *Hartig W., Mathovik, R., Ichwog G., Weiner R., Jünghans P., Jüng K., Faist H.* (Leipzig): A fehérjeanyagcsere cholestasisban.

36. *Gál I., Szabó I.* (Debrecen): Kezdeti tapasztalataink a Tc^{99} IDA hepatobiliaris scintigraphia alkalmazásával epeműtétek után.

37. *Reding R.* (Rostock) Állatkísérletekben létrehozott chronicus pancreatitis során szerzett tapasztalataink.

38. *Félegyházi Á., Asztalos L., Sápy P., Mikó I., Csuka I.* (Debrecen): A peridurális morfin-analgézia hatása az epeutakban és a pankreászvezetékben mérhető nyomásra.

39. *Félegyházi Á., Asztalos L., Sápy P., Furka I., Csuka I.* ((Debrecen): A periduralis anesztézia hatása néhány élettani paraméterre kísérletes akut hemorrhagiás pankreatitisben.

10.40 óra

Moziterem

„B" sectio

II. Ülésszak

Elnök: *Furka I.*
Titkár: *Erdős É.*

40. *Mikó I., Szabó Z., Furka I., Pintér J., Csernyánszky I.* (Debrecen): Újabb kísérletes adatok a vese vénás hűtéséhez.

41. *Szabó Z., Szokoly V., Pintér J.* (Debrecen): További adatok a vese vénás hypothermia klinikai alkalmazhatóságához.

42. *Seemann B., Templin R., Erdmann Th., Behrens P., Schuldt G.* (Rostock): Intra- és extracorporealis hypothermikus vesesebészet új saját alkotású eszközökkel.

43. *Seemann B., Templin R., Bast R., Hudemann B., Erdmann Th.* (Rostock): Az anoxikus és hypothermikus károsodások értékelése a passzív elektronikus megnyilvánulásokra.

44. *Szokoly V., Mikó I., Furka I., Tarsoly E.* (Debrecen): Különböző típusú kísérletes uretero-neocystostomiák.

45. *Végh A.* (Budapest): A szintetikus felszívódó fonalak reakciói nyúlhólyagban.

46. *Tankó A., Szeldeli P.* (Budapest): Urológiai műtétek korai postoperatív ellátása.

47. *Skóra K., Szydlowski Z., Kwasnik W., W., Witkiewicz W., Szyber P., Dorobisz A., Sosnowski W.* (Wroclaw): Késői eredmények a reno-vascularis hypertensiók kezelésében.

48. *Várszegi Zs., Szakáll Sz., Bulyovszky I., Tankó B.* (Debrecen): A Choriogonin és Clostilbegyt összehasonlító vizsgálata genetikusan hererejtő kutyákon.

Szünet

14.30 óra

Moziterem

„B" sectio

III. Ülésszak

Elnökő *Gervain M.*
Titkár: *Szabó Z.*

49. *Gervain M., Rácz E.* (Orosháza): Saját készítésű orchidometerrel szerzett tapasztalataink a gyermekneurológiai és az andrológiai gyakorlatban.

50. *Gerain M.* (Orosháza): Kontakt- és telethermographia az urológiai és andrológiai diagnosztikában.

51. *Farkas J.* (Orosháza): Thermographiás vizsgálati lehetőség az alsó végtagi verőér occlusiós elváltozásokban.

52. *Hetényi A., Szabados Gy., Páhoki G.* (Veszprém): A felső végtag verőeres keringésének vizsgálata fotopletizmográfiával.

53. *Fontányi S., Baranyi P., Lazarits M.* (Budapest): Új-plethysmometer.

54. *Kotsis L., Vörös A., Kulka F.* (Budapest): Új nyelőcsőintubációs módszer.

55. *Tallián A., Badó Z.,* (Szentes): Különleges térd tumor prothesis.

56. *Felkai P., Bolyky J., Marossy F.* (Budapest): Hordozható őrzőkészülék alkalmazása a műtéti anaesthesis során.

57. *Fontányi S., Kotányi P.* (Budapest): Ujj-plethysmometriás „TPM" (film).

16.00 óra

Moziterem

„B" sectio

IV. Ülésszak

Elnök: *Temes Gy.*
Titkár: *Szabó I.*

58. *Nemes A., Mogán I., Krause E., Acsády Gy., Sótonyi P., Fraevel W.* (Budapest): Kísérletek új érpótló anyaggal (Silciograft-P).

59. *Gyurkó Gy., Révész J., Szarka I.* (Miskolc): A Gore-Tex prothesis újabb alkalmazási lehetőségeiről.

60. *Zwolinski M., Kuroczynski Wł., Moll J.* (Łodz): Személyes tapasztalatok a Fallot-teralogia kezelésében Goretex aorto-pulmonalis shunt-tel.

61. *Viola T., Zimmermann I.* (Budapest): A mikrosebészeti technika elsajátítása és gyakorlása kísérletes körülmények között.

62. *Pawlowski W., Papiewski A., Moll J., Zwolinski M., Moll J., Rybinski L., Zienkiewicz J.* (Łodz): Mikrosebészeti technika a coronariák occlusiós kezelésében.

63. *Záborszky A., Jakab F., Sugár I.* (Budapest): „Talpas" proctocavalis anastomosis előnyei patkányban, (Új mikrosebészeti eljárás).

64. *Schindler H. G., Brug E., Albrecht F.* (Münster): Replantatiós sebészet — gazdasági szempontból.

65. *Brug E., Albrecht F., Stedtfeld H. W., Schindler H. G.* (Münster): Replantatiós sebészet — indikációi és eredmények (film).

Augusztus 26., 8.30 óra

Konferenciaterem

„A" sectio

I. Ülésszak

Elnök: *Vallent K.*
Titkár: *Szokoly V.*

66. *Latzkovits L., Torday Cs.* (Szeged): Analógiák az immunológiai és idegrendszeri sejtfelismerést szabályozó kölcsönhatásokban.

67. *Torday Cs., Latzkovits L.* (Szeged): Kationok „hírvivő" szerepe limfociták immunológiai aktivációjában.

68. *Gyuris T., Jánossy T., Végh F., Petri G.* (Szeged): Vírussal indukált egérsarcoma immungenitásának vizsgálata.

69. *Jánossy T., Végh P., Petri G.* (Szeged): Egérsarcomával szembeni rezisztencia a tumor eltávolítását követően.

70. *Nagy Á., Nagy S., Adamicza Á., Tárnoky K., Szabó I.* (Szeged): Histamin-szint változóak a plazmában és a szövetekben haemorrhagiás shockban.

71. *Nagy S., Tárnoky K., Nagy Á., Adamicza Á.* (Szeged): Különböző keringő vazoaktív anyagok egymáshoz viszonyított aránya a haemorrhagiás shock főbb szakaszaiban.

72. *Szabó I., Tutsek L., Nagy S.,* (Szeged): Myokardiumra ható oligopeptidek a plazmában haemorrhagiás shockban.

73. *Frenyó S., Frenyó V. L., Vécsei V., Toronyi É.* (Budapest): Adatok a shock tüdőhöz társuló endokrinológiai változásokhoz haemorrhagiás shock modellben.

74. *Tárnoky K., Nagy S.* (Szeged): A véreztetés sebességének hatása a plazma adrenalin és noradrenalinszint változására.

75. *Łukomska B., Olszewski W. L.* (Warszawa): A máj vér eredetű sinusodjainak természetes Killersejtjei. tumoricid tulajdonságai.

10.40 óra

Konferenciaterem

„A" sectio

II. Ülésszak

Elnök: *Nagy S.*
Titkár: *Tárnoky K.*

76. *Vallent K., Bodnár A., Fachet J.* (Budapest—Debrecen): Metrodiazol (Flagyl iv.) és heparinkezelés hatása anaerobszeptikus shocban.

77. *Bende S., Bertók L.* (Miskolc—Budapest): Extracorporealis aktívszenes haemoperfusio kísérletes endotoxin shockban.

78. *ifj. Bende S., id. Bende S.* (Miskolc—Budapest): Pancreas ultrastructurális elváltozásai kísérletes endotoxin shockban.

79. *Horváth Ö., Borgulya J., Petri I., Petri A., Csikos M., Karácsonyi S.* (Szeged): A hyperalimentációval történő műtéti előkészítés hatása a celluláris immunfunkciókra és a nyelőcső műtétek után észlelt szövődményekre.

80. *Borgulya J., Horváth Ö., Petri I., Csikos M., Karácsonyi S.* (Szeged)) A tápláltság és az immunstátus összefüggése a nyelőcsőműtétek után észlelt szövődményekkel.

81. *Vallent K., Fachet J., Joos Á.* (Budapest—Debrecen): Szulfatáltpolysaccharidával kiváltott lymphocytosis vizsgálata neonatalisan thymektomizált patkányban.

82. *Galkowska H.* (Warszawa): A máj immunsuppressiv faktorai.

83. *Olszewski W. L.* (Warszawa): A sebészi és konzervatív lymphoedema kezelés tizenhat évi tapasztalata.

84. *Ruka M., Przeor A., Olszewski W. L.* (Warszawa): A lymphatikus utak és nyirokcsomók átjárhatósága.

85. *Grzelak K., Olszewski W. L.* (Warszawa): Potsoperatív suppressor sejtek aktivitása emberen.

Szünet

14.00 óra

Konferenciaterem

„A" sectio

III. Ülésszak

Elnök: *Röth E.*

Titkár: *Végh P.*

86. *Lantos J., Temes Gy., Török B.* (Pécs): Agyi ischaemiás és hypoperfusiós modellek jellemzése EEG frekvencia analízis módszerével.

87. *Temes Gy., Lantos J.* (Pécs): *Kísérletes keringésszünet és reperfusió* hatása az agy funkciójára.

88. *Chmurzynski M., Cygan Z., Misiuna P.* (Lublin): Anaerob baktériumok sebészi infekciók esetén — sebészi befolyás.

89. *Bátonyi É., Kósa Cs.* (Debrecen): Az ascites thromboplasztikus aktivitása.

90. *Nagy A., Baradnay Gy., Szöllősi E., Hules H., Csizér Z., Kováts T., Petri G.* (Szeged): E. coli törzseket tartalmazó vakcinával immunizált colon-tumoros betegek E. coli antitest titer változásai a postoperatív szakban.

91. *Reers B., Schwering H., Lingemann B.* (Münster): Az epe és a pancreas nedvek hatása a vastagbél nyálkahártyára.

92. *Schindler H. G., Brug E., Spiegel U., Schönleben K.* (Münster): A Fluosol-43 átmeneti hatása amputált lábszárakra — előzetes közlemény.

93. *Győri-Molnár L., Kardos É., Katona B., Kiss Á.* (Veszprém): Postoperatív sav-bázis egyensúlyzavarok latens diabetesben.

94. *Győri-Molnár L., M. Tóth A., Kiss Á.* (Veszprém): A clearingfaktor szerepe a postoperatív thromboembóliák keletkezésében és összefüggése a postoperatív haemostasis változásait alakító egyéb véralvadási faktorokkal.

8.30 óra

Moziterem

„B" sectio

I. Ülésszak

Elnök: *Karácsonyi S.*
Titkár: *Mikó I.*

95. *Kotsis L., Kulka F., Pénzes I.* (Budapest): Korszerű szempontok a késői nyelőcső perforációk ellátásában .

96. *Csikos M., Karácsony G., Nagy E., Fráter L.* (Szeged): A báriumszulfát okozta kísérletes mediastinalis bakteriológiai és kórszövettani vizsgálata kutyában.

97. *Schrádi O., Szöőr J., Szegedi Z.* (Debrecen): A fiberoscopia jelentősége a „fonalbetegség" diagnózisában és therapiájában.

98. *Gyetván I., Gyökös Gy.* (Berettyóújfalu): Peptikus fekély miatt csonkolt betegeink endoscopos utánvizsgálata során nyert tapasztalataink.

99. *Boros A.* (Szikszó): Anastomosis technikai hibák következtében létrejött szövődmények 15 éves gyomorresectiós eseteink elemzése alapján.

100. *Ladurner D., Zechmann W., Pointner R.* (Innsbruck): Gyomorürülés selectiv proximalis vagotomia után.

101. *Dubecz S., Sándor J., Szombath D., Gáti I.* (Budapest): A kísérletes trunkális vagotomia hatása a gyomor bikarbonát-ion termelésére patkányban.

102. *Nagy A., Bajusz H., Baltás B., Karácsonyi S.* (Szeged): Késői savszekréciós változások szuperselectiv vagotomia után duodenalis ulcusban.

103. *Karycki O., Gruca Z., Boj E., Wajda, Z.* (Gdansk): Reflux gastritis az ulcus duodeni kezelése során.

10.40 óra

Moziterem

„B" sectio

II. Ülésszak

Elnök: *Kiss J.*
Titkár: *Sápy P.*

104. *Szakonyi L., Illés I., Sin L.* (Székesfehérvár): Papilla Vateri körül elhelyezkedő duodenalis ulcus szövődményeinek egyedi megoldásai.

105. *Switka S., Nielubowicz J., Szczygiel B.* (Warszawa): Hét év tapasztalata a periampullaris carcinomák terén.

106. *Kausz I., Kausz M.* (Budapest): Szövettani elváltozások kísérletes bélelzáródásban.

107. *Chanh V., Tóth A., Szinay Gy., Szabó M., Vitályos T., Popik E.* (Budapest): Kísérletes ischaemiás bélelváltozások fluorescein angiographiás vizsgálata.

108. *Arndt M., Schönleben K., Pircher W.* (Münster): Antiperistaltikus jejunalis szakasz felhasználása a „rövid vastagbél" syndromában.

109. *Kessler S., Arndt M.* (Münster): Új biológiai ragasztó kipróbálása élettani intézetünkben patkányokon és kutyákon.

110. *Rzymski K., Szmeja J., Góral R.* (Poznan): A computer tomographya alkalmazása a vastagbél prae- és postoperatív carcinomái esetén.

111. *Rácz I., Hajdu L.* (Berettyóújfalu): Száz vastagbél diverticulosisos beteg kezelése során szerzett tapasztalataink.

112. *Győri-Molnár L., Hetényi A.* (Veszprém): Az áthúzásra kerülő proximalis sigmacsonk vérellátásának megítélése áramlás és nyomásméréssel.

113. *Győri-Molnár L., Pfeiffer J., Kaszás F.* (Veszprém): A szövődménymentes korai gyógyulást adó invaginatiós anastomosisok helye a sigma-rectalis daganatok sebészetében.

Szünet

14.00 óra

Moziterem

„B" sectio

III. Ülésszak

Elnök: *Faler J.*
Titkár: *Baradnay Gy.*

114. *Otto G.* (Berlin): A májkonzerválás újabb eredményei.

115. *Lippert H.* (Berlin): Endocrin pancreasszövet transplantatió-ja különös tekintettel a szigetsejttenyészetekre.

116. *Wolff H.* (Berlin): A májtransplantatiót követő folyamatokról és kezeléséről szerzett tapasztalataink ismertetése.

117-től 119-ig: *Külföldi előadások.*

120. *Góral R., Tuszewski M., Olek L., Pyda P.* (Poznan): Újabb eljárások extrém fokú ebsitas esetén.

121. *Pertkiewicz M., Korta T., Cebulski W., Zieniewicz C., Szczerba J., Szczygiel B.* (Warszawa): Parenteralis táplálás postoperatív komplikációk esetén.

122. *Simonka J. A., Gulya K., Farkas Z.* (Szeged): A perifériás idegek regenerációjának kísérletes vizsgálata.

A Magyar Rehabilitációs Társaság Belgyógyászati Rehabilitációs Szekciója és Pszichiátriai Rehabilitációs Szekciója

1983. november 14-én, 14 órakor

Budapesten, a Kossuth Klubban (VIII., Múzeum u. 7.) *tudományos ülést* rendez.

Téma: *Pszichológiai szempontok a belgyógyászati betegek rehabilitációjában.*

Moderátor: *Prof. Magyar Imre.*

Tematikus vitaülés

1. *Tringer László:* A krónikus beteggel való bánásmód — a betegszerep.

2. *Császár Gyula:* A belgyógyászati betegek rehabilitációjának pszichoterápiás lehetőségei.

3. *Király Piroska:* A krónikus belgyógyászati betegek rehabilitációjának problémái az alapellátásban.

4. *Hoffmann Artúr:* A betegek együttműködése, mint a terápia és a rehabilitáció feltétele.

5. *Pető Zoltán:* A krónikus betegség életút- és életmódformáló hatása.

6. *Losonczi Ágnes:* Mit tesz a társadalom a krónikus belbetegek rehabilitációjáért?

A vitaülésen az előadásoknak csak a tézisei hangzanak el, ezért az előadások teljes szövegét az előzetes jelentkezés alapján írásban megküldjük. A vitaülésen az írásos anyag sokoldalú megvitatására szorítkozunk.

Előzetes jelentkezés határideje: *1983. szept. 1.* Cím: *Hoffmann Artúr dr.* Budapest, Pf. 88. 1450.

A Magyar Onkológusok Társasága 1983. május 27-én tudományos összejövetelt rendezett 35 éven aluli onkológusok részvételével. Az egynapos konferencián 37 előadás hangzott el. Az előadásokat Lapis Károly dr. egyetemi tanár, a Társaság elnöke vezetésével bizottság értékelte és díjakban részesítette. Az előadások magas színvonala in-

dokolttá tette, hogy két első, három második és három harmadik díj kerüljön kiosztásra.

Első díjban részesültek:

Olasz Lajos dr. (Pécs, Fogászati Klinika): „Az adjuváns kombinált cytostatikus kezelések értéke a szájsebészeti gyakorlatban" című,

Megyeri Pál dr., Ésik Olga, Ormandi Katalin dr. (Szeged, Gyermekgyógyászati Klinika és Radiológiai Klinika): „Beszámoló Wilms-tumoros eseteink országos protokoll szerint végzett gyógykezelésének eredményeiről" című előadás.

Második díjban részesültek:

Vincze Borbála dr. (Országos Onkológiai Intézet: „Összefüggés a szteroid hormon kötő globulin és a tumorszövet ösztradiol receptor szintje között humán emlőrákban" című,

Nagy Péter dr. (Bpest, I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet): „Humán vesetumorok xenotranspiantációja" című,

Treer Tivadar dr., Szerényi László dr., Lehoczky András dr., Eller József dr., Pasek Béla dr., Asztalos Tibor dr., Mező Tamás dr.: (Szeged, Radiológiai Klinika és Számítástechnikai Központ): „Új számítógépes sugárterápiai dózistervező program a Szegedi Orvostudományi Egyetemen" című előadás.

Harmadik díjban részesültek:

Hudák János dr., Nagy Attila dr., Szabó Imre dr., Baradnay Gyula dr., Vargha László dr. (Szeged, I. Belklinika): „Colorectális carcinomák immundiagnosztikája leukocita adherencia gátlás vizsgálatával" című,

Kovács György dr., Balatoni Zsuzsa dr.: (Fővárosi Onkoradiológiai Központ): „Postoperatív sugárkezelés szerepe a parotis tumorok kezelésében" című,

Répássy Gábor dr. (Fővárosi Weil Emil Kórház-Rendelőintézet): „A hangszalagrák morfológiai vizsgálata és ennek klinikai értéke" című előadása.

Helyreigazítás: Az Orv. Hetil. 1983. évi, 124. évf. 26. száma 1597. oldalán közzétett, Jobbágyi Péter dr. által ismertetett, a Ferdinand Enke Verlag Stuttgart gondozásában megjelent LUND, O. E., RIEDEL, K. könyvének *címe* tévesen jelent meg. A könyv címe helyesen: *Automation und neuere Technologie in der Ophthalmologie.*

Lapzárta: a kívánt, aktuális szám megjelenése előtt **20 nap.**

Terjedelmesebb programok esetén legalább **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 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft

83.1863 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

ISSN 0030—6002 • INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN 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.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

33. SZÁM

*

1983. AUGUSZTUS 14.

1*

TARTALOMJEGYZÉK

Németh Tibor dr.:

Foglalkoztatási rehabilitáció légzőszervi betegeken 1975

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Temesvári Péter dr., Boda Domokos dr., Kecskeméti László dr., Eck Erna dr. és Endreffy Emőke dr.:

Az anya terhesség alatti dohányzásának káros hatásai: vér oxigén affinitási vizsgálatok 1979

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Kenderesi Péter dr., Varga Imre dr., Boros György dr., Hiegl Klára dr., Kapolka Pál és Farkas János:

Nomogram szerint, folyamatos infúzióban alkalmazott inzulin kezelés hyperglykaemiás kómában 1983

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Mercz László dr., Baján György dr. és Ágoston Annamária dr.:

Állandó katéteres betegek gondozása járóbeteg-rendelésen 1989

KAZUISZTIKA

Szalay Ágnes dr. és Gyuris Jenő dr.:

Pszichiátriai problémák Cushing-szindrómában 1997

RÖVID MŰTÉTTECHNIKAI KÖZLEMÉNYEK

Kásler Miklós dr. és Bánhidy Ferenc dr.:

Fej-nyaki tumorok radikális kiirtása utáni defektusok rekonstrukciója a szerzők által módosított Ariyan-féle musculus pectoralis maior bőr-izom lebennyel 2001

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2005
Folyóiratreferátumok 2007
Levelek a szerkesztőhöz 2025
Könyvismertetés 2029
Hírek 2032

CAVINTON® injekció, tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot, 1 ampulla (2 ml) 10 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfusiót és ezáltal az agyi oxigénellátását. Állatkísérletekben javítja a kísérletesen létrehozott hypoxia utáni agyi regenerációt.

JAVALLATOK: Orálisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezészavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimaktérium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebralis 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) hallászcsökkenés, 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 összmennyiség eléiheti 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 diabetesek vércukorszintje a kezelés alatt ellenőrizendő.

MEGJEGYZÉS: ✠ A **tabletta** 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.

NÉMETH TIBOR DR.

Foglalkoztatási rehabilitáció légzőszervi betegeken

Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet
(főigazgató főorvos: Schweiger Ottó dr.)
Szervezési-Módszertani-Statisztikai Osztály (osztályvezető: Németh Tibor dr.)

A hazai tüdőgyógyászat kialakulása, a nagyszámú krónikus légzőszervi beteg gondozása előtérbe állította foglalkoztatási rehabilitációjuk megoldatlan kérdéseit. A szerző országos jellegű reprezentatív felmérést készített a chronikus obstructiv bronchitisben és asthma bronchialeban nyilvántartott tüdőbetegek „rehabilitációs igényének" megállapítására. Adatai szerint a betegek közel egyharmada igényli munkakörülményeinek kedvezőbb irányú megváltoztatását. Jelentős igény mutatkozik a védett munkahelyek, rehabilitációs üzemek, szociális foglalkoztatók és a csökkentett munkaidejű foglalkoztatás biztosítása iránt is. A közlemény foglalkozik továbbá a csökkent munkaképességű pulmonológiai betegek munkába állításának és rehabilitációjának korszerű szemléletével.

Occupational rehabilitation of patients with pulmonary diseases. Development on native phtisiotherapy and care of patients suffering from chronic pulmonary diseases raised several questions as to their occupational rehabilitation. The author has made a nationwide survey in order to state the „rehabilitation requirements" of patients with chronic obstructive bronchitis and bronchial asthma. He found that about one third of patients require a positive change in their working conditions. There is an increasing need for protected working places and rehabilitation plants as well as for possibilities for social and partial employment. Finally the author deals with the problem of employment and rehabilitation of pulmonary patients with decreased working capacity.

Az utóbbi időben a szocialista államnak és egészségügyi ellátást végző szerveinek megnövekedett a szerepe és nagyobb a felelőssége az életszínvonalat meghatározó különböző tényezőkkel szemben, amelyekben kiemelkedő szerepet nyer a szociálpolitikai rehabilitáció is.

A jogszabályok, rendeletek azonban nem pótolhatják a társadalom különböző közösségeinek felelős, a szocialista tudatosság alapján végzett cselekvését és öntevékenységét. A rehabilitációval való foglalkozás az új szociálpolitikai követelményekhez idomuló nagyfokú megújulási készséget, új irányítási módszereket és eszközöket kíván.

A foglalkoztatási rehabilitáció mai gyakorlata nem szolgálja a munkaerő-gazdálkodást, sem a vállalatok, sem pedig a dolgozók érdekeit. A dolgozók nem érdekeltek a rehabilitációban, további munkában maradásuk helyett rokkantsági nyugdíjba törekednek, jó részük a nyugdíj mellett munkát vállal — esetleg szakszerűtlen önrehabilitációt hajt végre (10). A vállalatok közül pedig csak az üzemegészségügyi szolgálattal rendelkezők foglalkoznak a dolgozók rehabilitációjával, de ott is az üzemorvos érdeklődési fokától, rátermettségétől függően (7, 17).

A rehabilitációra tulajdonképpen már a gyógykezelés kezdetén gondolni kell és még inkább szükség van a megmaradt munkaképesség lehetséges védelmére a tartósan keresőképtelen dolgozók esetében. A 2/1964 (Eü. Közl. 1.) Eü. Min. utasítás lehetőséget ad a tüdőgondozó orvosnak is az ún. „előzetes rehabilitációs eljárás" megindítására. Ennek célja, hogy részben megfelelő időpontban megállapítsuk a beteg munkaképesség-változásának (csökkenésének) mértékét, részben biztosítsuk ehhez kapcsolódó foglalkoztatási rehabilitációját.

A felnőttkori pulmonológiai betegek rehabilitációs szakmaváltása, szakmai átképzése, illetve csökkentett idejű foglalkoztatása ma gyakorlatilag teljesen megoldhatatlan. Ezért úgy véltük, hogy a megoldás keresésében olyan felmérést készítünk, amely a nem tbc-s tüdőbetegek foglalkoztatási rehabilitációjához hasznosítható adatokat tud szolgáltatni.

Az OOSZI 1981. félévi felmérése — többek között — azt állapította meg, hogy a légzőrendszer betegségeiben rokkantak 17%-ában már van lehetőség a rehabilitációra, illetve 37%-ában kellene élni a rehabilitáció különböző formájú lehetőségeivel *(1. táblázat).*

Tehát lényegesen kevesebb lenne a rokkantak száma megfelelő rehabilitáció, célszerűbb érdekeltségi rendszer és munkaerő-gazdálkodás mellett, továbbá, ha az igénylők foglalkoztatási rehabilitáció megkísérlése után, annak megoldhatatlansága esetén kerülnének orvosszakértői véleményezésre (15).

Az OOSZI kidolgozta azt az útmutatót, amely a foglalkoztatás feltételeinek véleményezésében irányadó. Ezen útmutató figyelembe vételével töltettük ki felmérésünk kérdőívét, amelyben a tömeges légzőszervi betegségekben szenvedő, 3 hónapon túl is keresőképtelen dolgozók rehabilitációs igényéről és a kezelőorvosok véleményéről kívántunk áttekintést nyerni. A felmérést megelőzően áttekintettük az irodalmat, amelyben aránylag kevés hasonló témával foglalkozó közleménnyel találkoztunk (3, 4, 8, 12, 16, 19, 20, 21). Hazánkban az 1967. évi Tüdőgyógyász Kongresszus foglalkozott a tbc-s

1. táblázat. **Légzőrendszer betegségeiben rokkantak rehabilitációs adatai (%) (OOSZI 1981. I. félév)**

Nem	Nem rehab.	Jelenleg nem rehab.	Rehab. nem szükséges	Együtt	Rehab. spec. esetben	Rehab. III. csop. rokkant	Rehab. szükséges	Együtt	Összes vizsg. (absz. szám)
Férfi	3,8	20,0	21,4	45,2	0,1	15,2	39,5	54,8	172
Nő	5,1	29,4	13,1	47,6	0,2	22,8	29,4	52,4	504
Együtt	4,1	22,1	19,6	45,8	0,1	16,9	37,2	54,2	2226

betegek rehabilitációs problémáival, illetve 1960—64-ben *Medve László* felmérése úgyszintén ezt célozta (13). A tüdőgyógyász Szakmai Kollégium együttműködve az OOSZI Kollégiumával többszöri megvitatás után elfogadta azokat az irányelveket, amelyek a felmérésben szereplő betegek munkaképességének véleményezéséhez nélkülözhetetlenek voltak (1).

Vizsgálatainkat az Országos Intézet rehabilitációs bizottsága tagjainak és területi instruktorainak segítségével végeztük. Mind nekik, mind a felmérésben részt vevő tüdőgondozók munkatársainak ezúton is köszönetemet fejezem ki.

A felmérés csak azokról a tüdőgondozókban nyilvántartott betegekről készült, akik obstruktív chronikus bronchitisben, emphysemában, illetve asthma bronchialéban szenvedtek és életkoruk 20—59 évig terjedt. Alapfeltétel volt az is, hogy a beteg a megadott eszmei időpontban (1982. aug. 15.) folyamatosan legalább három hónap óta a tüdőgondozó táppénzes állományában szerepeljen.

A felmérés reprezentatív jellegű volt. A megyékből két-két gondozó intézet (1 megyeszékhelyi, 1 járási), illetve három megyében (Fejér, Hajdú, Szolnok) az összes, a fővárosban pedig 6 tüdőgondozó végezte el a betegek rehabilitációs igényének elbírálását. A vizsgált terület lakossága 4,5 milliót tett ki, amely az ország népességének 42 százaléka.

A tüdőgondozókban az eszmei időpontban a táppénzes állomány kb. 10 százalékát kitevő eset összesen 176 egyén állapotának vizsgálatával foglalkoztak és a betegek behívása során róluk kérdőívet töltöttek ki. A felmérés céljaira az Országos Orvosszakértői Intézet az Eü. Min. 87.270/81. sz. alatt engedélyezett kérdőívének egyszerűsített és módosított formáját használták. Az ún. „Rehabilitációs adatlap" az általános személyi adatokon kívül az orvosi szakvéleménynek, a munkaképesség-csökkenés mértékének, a foglalkoztathatóság feltételeinek és a beteg foglalkoztatására vonatkozó szubjektív véleményének adatait tartalmazta.

Különös figyelmet fordítottunk a rehabilitáció feltételeit és feladatait nagymértékben meghatározó munkaképesség-csökkenés véleményezésében az objektivitás biztosítására. Ehhez a gondozók munkacsoportunk által kidolgozott és összeállított A/60 sz. meth. levelet használták.

(Dr. Balogh Zoltán—dr. Németh Tibor—dr. Vadász Imre: Szakmai irányelvek a légzőszervi betegek munkaképességének elbírálásához) (1).

Az adatok feldolgozása, kombinatív táblázatok alapján végzett értékelése számítógéppel, SPSS-programcsomag felhasználásával készült.

A felmérés legfontosabb eredményeit a *2. táblán* foglalom össze:

A 176 három hónapon túl is keresőképtelen (táppénzes állományban) levő beteg közül kereken 70 esetben, a betegek 40 százalékában igényelték a dolgozók — kezelőorvosaikkal egyetértésben — foglalkoztatási rehabilitációjukat. Ehhez még 26 esetet kellene hozzászámítani. A gondozó orvosok ugyanis még ennyi betegen gondoltak rehabilitációra, de a betegek azt nem igényelték. A részletes elemzést csak a 70 esetre készítettem el, hiszen a betegek ellenére végrehajtott rehabilitációra „jelenlegi rendelkezéseink szerint" úgysem kerülhet sor.

Másrészről, ha betegeink közül a 13 56 éven felüli férfit és 7 51 éven felüli nőt leszámítjuk, a rehabilitációs ráta 28 százalékra módosul. A nyugdíj előtt álló korosztályban szubjektív és objektív okokból is a rehabilitációval már nehezen előzhető meg a rokkantosítás. Az arány közel áll az

2. táblázat. **„Rehabilitációs-igény" felmérés adatai asthmás és chronikus bronchitises betegeken** (1982)

Esetszám	Férfi		Nő	Együtt	%
	44		26	70	100,0
Életkor:					
40	13	40	14	27	39,0
41–54	18	41–50	5	23	33,0
55	13	51	7	20	28,0
Népgazdasági ágazat:					
ipar	24		16	40	57,0
mezőgazdaság	12		3	15	21,0
kereskedelem	1		3	4	6,0
szolgáltatás	7		4	11	16,0
Állománycsoport:					
fizikai dolgozó	41		22	63	90,0
szellemi dolgozó	3		3	7	10,0
Kórisme:					
chron. br. (491,2)	23		6	29	41,0
asthma br. (493,0)	21		20	41	59,0
Légzésfunkció károsodás:					
kis- és középfokú	35		21	56	80,0
súlyos	9		5	14	20,0
Ajánlás, illetve igény a foglalkoztatás feltételére:					
munkakörülmény kedvezőbb változtatása	19		15	34	
védett munkahely (szoc. foglalkoztató stb.)	16		12	28	
csökkentett munkaidő	17		14	31	
közelebbi munkahely	6		3	9	
bedolgozói foglalkozás	2		2	4	
átképzés	7		6	13	

OOSZI rokkantnak véleményezett személyeken végzett felmérésében ismertetett arányokhoz, amely szerint a rehabilitáció szükségességét 37 százalékban találták. Ezek szerint a háromhónapos táppénzállományú légzési betegeken közel azonos arányban állapítható meg a rehabilitáció igénye, mint a táppénzállományt kimerített és rokkant légzési betegeken. A „korai" foglalkoztatási rehabilitációval tehát a hosszas táppénzállomány, illetve az ez idő alatti termeléskiesés költségei megtakaríthatók lennének.

A rehabilitációt igénylő táppénzes állományban levő esetek közül feltűnően sok „fiatal", 40 éven aluli szerepel (39%). Többségük az iparban (57%), fizikai állománycsoportban (90%) dolgozik. A férfiak között a kis- és közepes fokú légzésfunkció-károsodást felmutató idült hörghurutosok, a nők között az asthmások adják a túlsúlyt.

A foglalkoztatás feltételeit illetően a betegek igénye, illetve a kezelőorvosok ajánlása leginkább a munkakörülmények kedvezőbb változtatására irányult (34). Jelentősnek mondható azonban a védett munkahely: rehabilitációs üzem, üzemrész, szociális foglalkoztató (28) és a csökkentett munkaidő (részmunkaidő) igénylési foka is (31), kisebb az érdeklődés az átképzés után (13), vagy közelebbi munkahelyek (9) és a bedolgozás formájában (4) végzett rehabilitáció iránt.

A rehabilitációs feladataink ismertetése előtt még röviden foglalkozom a gyógyszeres kezelés előtti érából visszamaradt, ún. *kímélő, pihentető szemlélet maradványai*val is. Ennek mediko-szociális vonatkozásai még ma is hatnak és elsősorban a tbc-s betegek munkába állításával, rehabilitációjával kapcsolatosak (5, 18).

Ismeretes, hogy a hatásos gyógyszerek megjelenése előtti időszakban a kevés számú aktív beavatkozás mellett (mint amilyen volt a légmell, plasztika stb.) a beteg hosszas nyugalomba helyezése, a gyógyuló beteg pihentetése és a diétás kezelés állott előtérben. Az új gyógyszerek bevezetése és a tartós gyógyeredmények értékelése után azonban világossá vált, hogy a leglényegesebb szempont a beteg korszerű elvek szerint irányított rendszeres és folyamatos gyógyszeres kezelése.

Ma azon a véleményen vagyunk, hogy a gyógyszeres kezelés ténye automatikusan egyáltalában nem vonja maga után a munkaképtelenséget és az ismételten munkaképessé váló betegek többsége még gyógyszeres kezelés alatt áll. A korábbi szemlélet, amely szerint a pihentetés és kímélés megelőzi a recidivát, továbbra nem állja meg a helyét. A gyógyult beteg tulajdonképpen minden olyan munkát eltud végezni, amelyet a funkcionális állapota megenged (3).

Az a korábban hangoztatott megállapítás, hogy minél súlyosabb és testileg megerőltető a beteg által végzett munka, annál gyakrabban jelentkezik a recidiva, úgy önmagában nem állja meg a helyét. A súlyos testi munka, a kellően „kikezelt" — rendszeres gyógyszeres kezelésben részesült betegen — éppúgy nem vezet recidivához, mint könnyű munka, vagy semmittevés. Az a régebbi vélemény, hogy a beteg gyógyulása után lehetőség szerint korábbi begyakorlott munkakörbe kerüljön vissza, ma a legtöbb esetben megvalósítható. Mindazonáltal a beteg szociális védelmére — ezalatt a rehabilitációt értem — bizonyos esetekben továbbra is feltétlenül szükség van (2). „A rehabilitációs munkát elősegítené, ha a klinikai prognózis beállításakor a beteggel rendszeresen megbeszélnék a munkaprognózist is." (13).

Rehabilitációs javallatok pulmonológiai betegeken

Foglalkoztatási rehabilitációra a tbc-s és légzőszervi betegeken általában a következő biológiai és szociális körülmények miatt kell gondolni:

1. *Funkcionális okok miatt*

Ide tartoznak a kiterjedt maradvánnyal gyógyultak, a műtéti beavatkozás vagy a fibrózis és obstrukció miatt beszűkült légzőfelületű betegek, akiknél a megmaradt légzési kapacitás, megterhelés, illetve nehéz testi munka végzése esetén nem elégséges. Ugyanilyen elbírálás alá esnek a porártalmas foglalkozásúak (pl. bronchitis esetén).

2. *A nem megfelelő munkakörülmények*

Ide számítjuk az éjszakai műszakot, a váltóműszakot, az időjárás viszontagságainak, a por, gőz, gáz, füst és egyéb ártalmaknak kitett munkahelyeket. Bár vizsgálatok igazolják, hogy folytonos ambuláns gyógyszeres kezelés alatt álló nehéz testi munkások nem recidiváltak, ennek ellenére — tudatában annak, hogy ezek a munkások naponta teljesítőképességük határáig vannak igénybe véve — az a vélemény alakult ki, hogy ezekben az esetekben a munkahely változtatása nyomatékosan ajánlott.

Ezek között a munkások között gyakoriak — amint saját vizsgálataink igazolták — az egyéb befolyásoló szociális tényezők: bejárás, vendégmunkás helyzet, alkoholizmus, alultápláltság, amelyek mint szociális megterhelő körülmények számításba veendők. Külföldi közlések arra utalnak, hogy a gyógyult betegek átképzésének kiadásai néhány éven belül megtérülnek és az átképzett munkások 90%-a új hivatásában megállta a helyét.

3. *Relatív indikáció*

Ide soroljuk a veszélyeztető foglalkozásban dolgozókat, mint pl. a nevelők és az élelmiszerekkel foglalkozók stb.

A szocialista társadalom feladata a munka produktivitásának emeléséhez és magasabb fokú szervezettségéhez a feltételek megteremtése (9). Ezek között első helyen szerepel a gyógyító-megelőző egészségügyi ellátás és a közegészségügy, a munkásvédelem, a betegségbiztosítás, a foglalkoztatási rehabilitáció korszerű megszervezése. Ismételten hangsúlyozom, hogy a rehabilitációt a megmaradt teljesítőképesség felhasználása érdekében ésszerűen kell alkalmazni.

Ismeretes a WHO jelmondata: „Egészséget 2000-re mindenkinek"! Az egészség jelenlegi világunkban már nem természetadta ajándék, hanem a

társadalmi együttélés szülötte, tehát szociális produktum (11). Ezért a jövőben mind többet kell foglalkozunk a betegségek mediko-szociális összefüggéseivel. E célt kívánom e tanulmánnyal is szolgálni.

IRODALOM: 1. *Balogh Z., Németh T., Vadász I.:* Szakmai irányelvek a légzőszervi betegek munkaképességének elbírálásához. OKTPI és OOSZI A/60 meth. levél, Budapest, 1982. — 2. *Bailey, W. C. és mtsai:* Evaluation the need for periodic recall and reexamination of patients with inactive pulmonary tuberculosis. Amer. Rev. Resp. Dis. 1973, *107*, 854—857. — 3. *Böszörményi, M., Katona, L.:* Irányelvek a tbc-s betegek kereső- és munkaképességének megítéléséhez. Tuberkulózis és Tüdőbetegségek, 1969, *22*, 61—63. — 4. *Entz, A., Pusztai J.:* Adatok a krónikus bronchitis miatt nyilvántartott betegek rehabilitációjához. Pneum. Hung. 1980, *3*, 118—121. — 5. *Forschbach, G., Ebinger, H.:* Ist die berufliche Rehabilitation bei Tuberkulose noch existenberechtigt? Prax. Pneumol. 1974, *28*, 34—40. — 6. *Hoppe, R.:* Die Bedeutung sozialhygienischer, soziologischer und medizinischer Faktoren für die Behandlungsergebnisse bei Lungentuberkulose. G. Thieme Verl. Stuttgart, 1964. — 7. *Horváth R.:* Szóbeli közlések, 1982. — 8. *Korányi S. és mtsai:* Előzetes adatok a tuberkulotikusok rehabilitációjának tervezéséhez és szervezéséhez Magyarországon. Népeü. 1954, *35*, 150—152. — 9. *Lenin, I. V.:* Válogatott művei, 2. kötet, Moszkva 1947, 373—374. (oroszul). — 10. *Magyar I.:* Gondolatok a krónikus belbetegségekben szenvedők rehabilitációjáról. Orv. Hetilap. 1983, *4*, 215—217. — 11. *Marchand, G.:* Der Begriff der chronisch-kranken Tuberkulösen Z. Tuberk. 1963, *119*, 122—124. — 12. *Marcusson, E.:* Sozialhygiene, 1954. VEB G. Thieme Leipzig. — 13. *Medve L.:* Adatok tbc-s betegek rehabilitációs problémájának megítéléséhez. Tuberkulózis és Tüdőbetegségek, 1965, *11*, 321—335. — 14. *Németh T., Nyárády I., Vadász I.:* A gümőkór epidemiológiai helyzete a világban és hazánkban (1882—1982). Orvosi Hetilap. 1983, *124*, 1309—1312. — 15. *Népegészségügy.* Statisztikai adatok Magyarország 1981. évi egészségügyi helyzetéről, 1982, *4*, 221—222. — 16. *Papp A., Steiner K., Korányi S.:* Néhány adat a műszerész-átképző tanfolyamokról. Tuberk. Kérd. 1954, 7, 5. — 17. *Rózsa J.:* A foglalkozási rehabilitáció helyzete és a kibontakozás feltételei, Munkaügyi Szemle 1981, *3*, 4—7. — 18. *Seitz, V.:* Das Schonungsdenken bei der Tuberkulose aus sozialmedizinischer Sicht. Prax. Pneumol. 1975, *29*, 155—161. — 19. *Stark, J.:* Tbc-s betegek munkaképességének megállapítása. Tuberk. Kérd. 1954, 7, 4. — 20. *Vas I.:* Tüdőbetegek rehabilitációja, Medicina, Bp. 1959. — 21. *Zakin, A.:* Tüdőgümőkóros betegek rehabilitációja. Probl. Tub. 1949, *5*, 52—55.

Az OMKER Bemutatóterem

1983. II. félévi kiállítási programja

Szeptember 20–23.	Kínai orvosi műszerkiállítás A pekingi Chemicals cég termékeiből
Október 4–6.	ERBE (NSZK) cég önálló kiállítása
Október 11–14.	CHIRANA Csehszlovák Külkereskedelmi Vállalat kiállítása a legújabb orvosi készülékeiből
November 2–3.	HELLIGE (NSZK) cég önálló kiállítása
November 9–11.	DRÄGER (Ausztria) cég önálló kiállítása
November 22–24.	„BÖRZE" a budapesti kórházak, klinikák és egyéb egészségügyi intézmények elfekvő készleteiből
December 13–15.	„Gyártót keresünk"

OMKER Bemutatóterem

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.
Nyitva: naponta 9–16 óráig

KIÁLLÍTÁSAINKRA MINDEN ÉRDEKLŐDŐT
SZERETETTEL VÁRUNK

OMKER
ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

A programban változás lehetséges!

TEMESVÁRI PÉTER DR.,
BODA DOMOKOS DR.,
KECSKEMÉTI LÁSZLÓ DR.,
ECK ERNA DR.
ÉS ENDREFFY EMŐKE DR.

Az anya terhesség alatti dohányzásának káros hatásai: vér oxigén affinitási vizsgálatok

Szegedi Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika (igazgató: Boda Domokos dr.)
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Sas Mihály dr.)

A szerzők 16 dohányzó és 13 nemdohányzó terhes anyán és újszülöttjeiken végeztek vizsgálatokat. A dohányzó anyák újszülöttjeinek születési súlya és testhossza jelentősen kisebb volt, mint a kontroll esetekéi. A dohányzó anyák vénás vér-szérumának és újszülöttjeik köldökzsinór vér-szérumának tiocianát tartalma jelentősen emelkedett volt, ezen adatok között szoros összefüggés volt megállapítható. A dohányzó anyák újszülöttjeinek köldökzsinór vér oxigén affinitása jelentősen fokozódott és összefüggést mutatott a szérum tiocianát tartalmával. Az újszülött vérek oxigén affinitásában a 3. és az 5. életnapokon már nem volt értékelhető különbség a csoportok között. Irodalmi adatok alapján is hangsúlyozzák a terhességi dohányzás káros hatásait.

Deleterious effects of smoking during pregnancy: studies on blood oxygen affinity. 16 mothers smoking 1—40 cigarettes daily during pregnancy and their infants were studied at delivery compared to 13 non-smoking controls. The infants of smoking mothers had significantly decreased weight and lenght at birth compared to infants of non-smokers. In the smokers group the thiocyanate levels of maternal venous and newborns cord blood sera had significantly higher and were positively correlated. The standard blood oxygen affinity of newborns cord blood was significantly increased in the smokers group and was positively correlated to thiocyanate level of umbical cord blood sera. There were any difference in the newborns capillary blood standard oxygen affinity between the two groups at the age of three and five days. The deleterious effects of maternal smoking on the foetus and the newborn is discussed.

A terhesség alatti dohányzás foeto-placentáris egységet károsító hatása ma már nem szorul bizonyításra, ezért az egészségügyi ellátás valamennyi területén — különösen vonatkozik ez *a terhesgondozásra és a perinatális ellátásra* — kiemelten kell e témával foglalkoznunk (6, 11, 25).

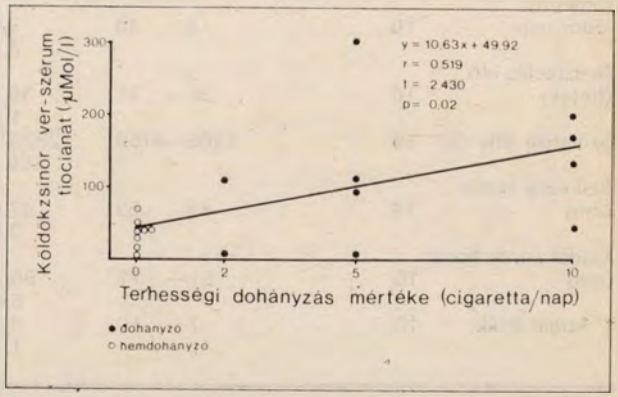
A terhes dohányzásának szinte felsorolhatatlan lehetséges káros hatásai közül az anya és az újszülött *vér oxigén affinitási viszonyainak [standard (st.) P_{50} értékének] változásait* tettük vizsgálatunk központi céljává, kiegészítve más klinikai és laboratóriumi adatok mérésével. Témaválasztásunkat megelőző munkásságunk (29, 30), illetve az ahhoz kapcsolódó újabb irodalmi adatok motiválták (2, 8, 22, 27).

Rövidítések: st. P_{50} érték: 50%-ban szaturált vér pO_2 értéke pH 7,40, pCO_2 5,33 kPa, 37 °C mellett; 2,3-DPG: 2,3-difoszfoglicerát; hb: hemoglobin; htk: hematokrit.

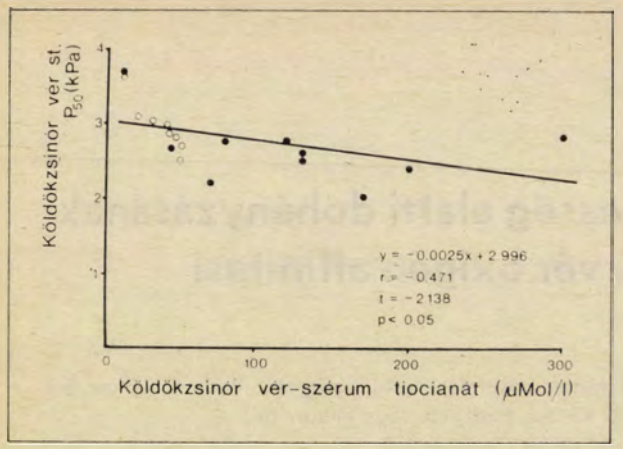
Eü. M. „Perinatális mortalitás" c. tárcaszintű kutatási főirányhoz elfogadott 4-24-0503-031/B számú kutatómunka alapján készült tanulmány.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 1982. április—november hónapokban a Szegedi OTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikáján szülőszobán jelentkező, terhességük alatt dohányzó (16 terhes) és nemdohányzó (13 terhes) terheseken és újszülöttjeiken végeztük. A terhességi anamnézis célzott felvétele után a tervezett vizsgálatokhoz a



1. ábra: A terhesség alatti dohányzás hatása a köldökzsinór vér-szérum tiocianát tartalmára.



2. ábra: A köldökzsinór vér-szérum tiocianát tartalma és a vér oxigén affinitása közötti kapcsolat

terhesek beleegyezését kértük. A következő klinikai és laboratóriumi adatokat dolgoztuk fel:

Klinikai adatok: Gesztációs idő, naponként elszívott cigaretták száma, az újszülött születési súlya és hossza, a köldökzsinór hossza, 1'-es Apgar érték.

Laboratóriumi adatok: A szülés befejezésekor vett anyai vénás vér st. P_{50} értéke, 2,3-DPG és hb tartalma, htk értéke, valamint a vér-szérum tiocianát koncentrációja. Köldökzsinór artériás vér (két köldökcsat között punkcióval nyerve az újszülött első légvétele előtt) vér—gáz és sav—bázis értékei (pO_2, pH, pCO_2, st. bik.) A kevert köldökzsinór vér st. P_{50} értéke, 2,3—DPG és hb tartalma, htk értéke, valamint a vér-szérum tiocianát koncentrációja. Az újszülöttek 3. és 5. életnapján arterializált kapilláris módon nyert vérek st. P_{50} és pH értékei.

A vér—gáz, sav—bázis, hb. és htk. mérések szokásos laboratóriumi módon történtek. A vér st. P_{50} meghatározás módszerünkkel (1), a vér-szérum tiocianát tartalmának mérése fotometriával (23) történt. A teljes vér 2,3-DPG tartalom meghatározását enzimatikus úton (SIGMA 665) végeztük.

A statisztikai számítások Student-féle kétmintás „t"-próbával, a korrelációszámítások számítógépes program segítségével történtek.

Eredmények

Vizsgálataink klinikai adatait az *1. táblázaton* mutatjuk be. Az elszívott cigaretták naponkénti darabszáma a dohányzó csoportban széles határok között mozgott. Valamennyi újszülött a 37—41. gesztációs hetek közti időben, természetes úton született. A dohányos anyák újszülöttjeinek születési súlya és hossza jelentősen kisebb volt a kontroll csoport értékeinél, míg az 1'-es Apgar számok és a köldökzsinór hossz mért adataiban nem mutatkozott értékelhető különbség a két csoport között.

Laboratóriumi eredményeinket a *2. táblázaton* és az ábrákon mutatjuk be. A szülés befejezésekor a *dohányzó anyák vér-szérum tiocianát* koncentrációja jelentősen meghaladta a kontroll csoport azonos eredetű értékeit.

A *kevert köldökzsinór vérek* htk. és hb. adataiban a két csoport között lényeges különbség nem volt, a dohányos csoport vér 2,3-DPG szintje a kontroll értékeknél mérsékelten alacsonyabb volt. A dohányos csoport st. P_{50} értékei jelentősen alatta maradtak a kontroll csoportéinak, míg a vér-szérum tiocianát tartalma a kontroll csoportban volt lényegesen alacsonyabb. Az anyai vénás vér-szérumok és a kevert köldökzsinór vér-szérumok tiocianát tartalma között igen szoros összefüggés volt megfigyelhető ($r = 0{,}918$, $t = 9{,}274$, $p < 0{,}01$). Hasonlóképpen összefüggést találtunk az elszívott cigaretták naponkénti száma és a kevert köldökzsinór vér-szérumok tiocianát tartalma között is *(1. ábra)*. A kevert köldökzsinór vér-szérumok tiocianát tartalma és st. P_{50} értéke közötti kapcsolat statisztikailag szintén bizonyítható volt *(2. ábra)*, míg hasonló összefüggés a kevert köldökzsinór vér-szérumok tiocianát és a teljes vér 2,3-DPG tartalma között nem volt ($r = 0{,}256$, $t = 1{,}06$, ns.). A 3. és az 5. életnapon mért újszülött *kapilláris vérek* st. P_{50} értékében a két csoport között lényeges különbség már nem volt, ugyanúgy, mint a *köldök-artériás vérek*, a 3. és az 5. életnapon vett újszülött kapilláris vérek vér—gáz és sav—bázis viszonyaiban sem.

1. táblázat. **Terhességük alatt dohányzó és nem dohányzó anyák valamint újszülöttjeik klinikai adatai**

	Dohányzó			Nem dohányzó		
	n	Szélső értékek	Átlag ± SD	n	Szélső értékek	Átlag ± SD
Cigaretta szám/nap	16	2— 40	9,06 8,8	13	—	—
Gesztációs idő (hetek)	16	37— 41	39,1 1,4	13	37— 41	39,4 1,1
Születési súly (g)	16	1900—4150	2825*** 650	13	3150—4370	3555 350
Születési hossz (cm)	16	43— 53	47,6*** 3,5	13	48— 54	50,8 1,7
Köldökzsinór hossz (cm)	10	51— 71	56,7 6,1	8	40— 65	52,1 8,7
1' Apgar érték	16	7— 10	9,1 1,2	13	7— 10	9,8 0,8

n=vizsgált esetek száma
Szignifikancia fok a nem dohányzó csoport értékeihez viszonyítva
*** $p < 0{,}01$

2. táblázat. **Terhességük alatt dohányzó és nem dohányzó anyák, valamint újszülöttjeik laboratóriumi adatai**

	Dohányzó			Nem dohányzó		
	n	Szélső értékek	Átlag ± SD	n	Szélső értékek	Átlag ± SD
Anyai vénás vér						
st. P 50(kPa)	10	2,83—5,1	3,8 0,6	8	3,08—4,57	3,8 0,5
2,3—DPG (mMol/l)	10	1,3—2,8	2,0 0,4	8	1,7—2,15	1,95 0,2
htk (%)	10	35—45	40,8 3,2	8	37—43	39,9 2,0
hb/fe (mMol/l)	10	6,3—8,2	7,6 0,6	8	6,6—10,0	7,6 1,05
tiocianát (uMol/l)	10	5—272	117* 97	8	8—54	34,5 16,4
Kevert köldökzsinór vér						
st. P 50 (kPa)	16	2,0—3,7	2,65** 0,4	13	2,65—3,65	3,0 0,3
2,3—DPG (mMol/l)	10	1,2—2,65	2,1 0,5	8	2,2—2,7	2,4 0,2
htk (%)	10	38—58	49,5 6,2	8	46—60	50,8 4,3
hb/fe (mMol/l)	10	7,8—10,8	9,1 1,0	8	7,8—11,2	9,3 1,2
tiocianát (uMol/l)	10	5—300	134** 94	8	8—71	39,5 20,0
Újszülött kapilláris vér 3. életnap						
st. Pa 50(kPa)	10	2,3—3,25	2,7 0,3	8	2,4—3,0	2,8 0,3
pH	10	7,28—7,48	7,34 0,07	8	7,27—7,42	7,35 0,06
5. életnap						
st. P 50	10	2,0—2,9	2,5 0,3	8	2,2—3,0	2,7 0,4
pH	10	7,28—7,41	7,33 0,05	8	7.23—7,48	7,33 0,1
Köldökzsinór artériás vér						
pO_2 (kPa)	10	2,0—4,4	3,3 1,1	8	2,4—4,1	3,3 0,6
pH	10	7,12—7,33	7,20 0,07	8	7,11—7,32	7,20 0,07
st. bik. (Mol/l)	10	13,2—16,8	14,8 1,2	8	12—17,2	14,0 2,2
pCO_2 (kPa)	10	3,3—7,2	5,1 1,3	8	4,0—4,8	4,6 0,5

n = vizsgált esetek száma
Szignifikancia fok a nem dohányzó csoport értékeihez viszonyítva
* $p < 0,05$
** $p < 0,02$

Megbeszélés

A terhes dohányzásának káros magzati hatásai közül leginkább a krónikus intrauterin hypoxia emelhető ki (12, 27), melynek kifejlődésében a vér oxigén affinitási viszonyok változása igen jelentős szerepet játszik. A következményes eltérések mind intrauterin (pl. szomatikus fejlődésbeni elmaradás), mind extrauterin (nehezített adaptáció) veszélyeztetik a magzatot, illetve az újszülöttet. A dohányfüst összetevői közül korábban elsősorban a *szénmonoxid* hb.-re kifejtett káros hatásai kerültek előtérbe, így bizonyították a vér oxigén affinitást fokozó tulajdonságait is mind foetalis (4, 12), mind felnőtt (7, 9, 21, 26) véreken. Mivel a dohányzás ártalmas magzati hatásaiban a *tiocianát* — felezési ideje hosszú, kb. 7 nap — szerepe is jelentős (20), s anyagcseréjében a hb. központi helyet foglal el (3), érdemesnek látszott megvizsgálni a dohányos anyák és újszülöttjeik vérének oxigén affinitását és tiocianát tartalmát. Az esetleges újszülöttkori vér oxigén affintiás változást kompenzáló folyamatok megismerése is igényként merült fel a legutóbbi időkben (2).

A dohányzó anyák újszülöttjeinek alacsonyabb születési súlya különösen figyelemre méltó (8, 14, 18). Az összetett káros hatások eredőjeként remélt köldökzsinór hossz eltérést (17) nem tudtuk bizonyítani. A felnőtt vér dohányzás hatására többek részéről megfigyelt oxigén affinitásbeni fokozódást (21, 26) nem tudtuk igazolni, melyben szerepet

játszhatott a szülést megelőző több órás dohányzási szünet is (9). Az anyai vérek 2,3-DPG tartalmának vonatkozásában eredményeink korábbi adatoknak (21, 26) megfelelnek. Tartósabb anyai hypoxiás viszonyokat a mért hb és htk adatok sem valószínűsítenek. A vizsgált anyai tiocianát értékek mások eredményeihez (13, 14, 20, 31) hasonlóak. Az elszívott naponkénti cigaretta szám és a köldökzsinór vérek tiocianát szintje között, valamint az anyai és a köldökzsinór vér-szérumok tiocianát tartalma között észlelt szoros összefüggés az irodalmi előzmények alapján nem volt meglepő (14, 20). Új felismerés azonban a köldökzsinór vérek fokozott oxigén affinitása és szérumuk tiocianát tartalma közötti bizonyítható kapcsolat, ugyanekkor kiemelni kívánjuk a mások által felnőtteken feltárt vér szénmonoxid-hb tiocianát összefüggést is (31). Vizsgálatainkból úgy látszik, hogy a vér fokozott oxigén affinitását intrauterin nem követi a magzat fokozódó 2,3—DPG képzése, ugyanekkor a köldökzsinór vérek hb és htk értékei alapján anyagunkban más kompenzációs folyamatok aktiválódására sem következtethettünk (15). A későbbi életkorban vizsgált újszülött vér oxigén affinitási viszonyok vagy az időközbeni cianát detoxikációt (22) és eliminációt, vagy ismert, más vér oxigén affinitást befolyásoló anyagcsere-folyamatok (2,3-DPG képzés, foetalis-hb relatív csökkenés) változását jelzik.

Végezetül felhívjuk a figyelmet a vizsgált területről megjelent legújabb munkák egy részére (5, 10, 16, 19, 22, 24, 28), melyek adatainak ismeretében további erőfeszítéseket kell tennünk a terhességi dohányzás lehetőség szerinti mérséklésére. A felelőtlenül előidézett veszélyhelyzetet bizonyítja anyagunk egyik újszülöttjének esete is (anyai 40 db naponkénti cigaretta, 2200 g születési súly), aki az első életnapon fellépő spontán jobb oldali pneumothorax következményeként 52 órás életkorban meghalt.

Köszönetnyilvánítás

Köszönettel tartozunk *Fábiánné, Nagy Ágota* és *Kocsi Etelka* laboratóriumi asszisztenseknek a laboratóriumi munkában, *Fodor Margit* védőnőnek és *Tetlák Anna* vezető nővérnek a vizsgálati anyaggyűjtésben, valamint *Gazdagh Gabriellának* a dokumentáció rendezése során végzett tevékenységükért.

IRODALOM: 1. *Boda D.:* Egyszerű mikromódszer a vér O_2-affinitásának (P_{50}) meghatározására. Kísérletes Orvostudomány 1974, *26*, 257. — 2. *Bureau, M. A. és mtsai:* Carboxyhemoglobin concenration in fetal ocrd blood and in blood of mothers who smoked during labor. Pediatrics 1982, *69*, 371. — 3. *Chung, J. és Wood, J. L.:* Oxidation of thiocyanate to cyanide catalyzed by hemoglobin. J. Biol. Chem. 1971, *246*, 555. — 4. *Cole, P. V., Hawkins, L. H. és Roberts, D.:* Smoking during pregnancy and its effects on the fetus. J. Obstet. Gynecol. Br. Common. 1972, *79*, 782. — 5. *Dawson, G. W. és Vestal, R. E.:* Smoking and drug metabolism. Pharmac. Ther. 1982, *15*, 207. — 6. *Gellén J.:* Dohányzás és terhesség. Orvosképzés 1982, *57*, 145. — 7. *Huch, A., Danko, J. és Huch, R.:* Smoking and pregnancy. J. Perinat. Med. 1982, *10*, Suppl. 2. 55. — 8. *Johnston, C.:* Cigarette smoking and the outcome of human pregnancies: A status report on the consequences. Clin. Tox. 1981, *18*, 189. — 9. *Kamban, J. R. és mtsai:* Effect of smoking on the oxyhemoglobin dissociation curve. Anesthesiology 1982, *57*, A492. — 10. *Karhi, T., Rantala, A. és Toivonen, H.:* Pulmonary inactivation of 5-hydroxytryptamine is decreased during cigarette smoke ventilation of rat isolated lungs. Br. J. Pharmac. 1982, *77*, 245. — 11. *Lampé L.:* Egységes nemzetközi szülészeti adatgyűjtés (Tauffer nyomdokain). Orv. Hetilap 1982, *123*, 895. — 12. *Longo, L. D.:* Carbon monoxide: Effects on oxygenation of the fetus in utero. Science 1976, *194*, 523. — 13. *Manchester, D. K. és Jacoby, E. H.:* Sensitivity of human placental monooxygenase activity to maternal smoking. Clin. Pharmacol. Ther. 1981, *30*, 687. — 14. *Meberg, A. és mtsai:* Smoking during pregnancy — effects on the fetus and on thiocyanate levels in mother and baby. Acta Paediatr. Scand. 1979, *68*, 547. — 15. *Meberg, A. és mtsai:* Smoking during pregnancy — hematologocil observations in the newborn. Acta Paediatr. Scand. 1979, *68*, 731. — 16. *Merritt, T. A.:* Oxygen exposure in the newborn guiena pig lung lavage cell populations, chemotactic and elastase response: a possible relationship to neonatal broncopulmonary dysplasia. Pediatr. Res. 1982, *16*, 798. — 17. *Moessinger, A. C. és mtsai:* Umbilical cord length as an index of fetal activity: Experimental study and clinical implications. Pediatr. Res. 1982, *16*, 109. — 18. *Papoz, L. és mtsai:* Maternal smoking and birth weight in relation to dietary habits. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, *142*, 870. — 19. *Peters, M. A. és Ngan, L. L. E.* The effects of totigestational exposure to nicotine on pre- and postnatal development in the rat. Arch. int. Pharmacodyn. 1982, *257*, 155. — 20. *Pettigrew, A. R., Logan, R. W. és Willocks, J.:* Smoking in pregnancy — effects on birth weight and on cyanide and thiocyanate levels in mother and baby. Br. J. Obstet. Gynecol. 1977, *84*, 31. — 21. *Sagone, A. L., Lawrance, T. és Balcerzak, S. P.:* Effects of smoking on tissue oxygen supply. Blood 1973, *41*, 845. — 22. *Schulz, V. és Roth, B.:* Detoxification of cyanide in a new-born child. Klin. Wochenschr. 1982, *60*, 527. — 23. *Schulze, M., Winter, J. és Schöne, D.:* Über die Anwendung eines Analysenverhafrens zur quantitativen Thiocyanat-Bestimmung im Blut. Zbl. Pharm. 1981, *120*, 1241. — 24. *Sershen, H. és mtsai:* Effect of cigarette smoke on protein synthesis is brain and liver. Neuropharmacology 1981, *20*, 451. — 25. *Simonovits I.:* A terhes társadalmi-gazdasági-kulturális helyzetének hatása a magzat fejlődésére, perinatális sorsának alakulására. Orvosképzés 1978, *53*, 433. — 26. *Smith, J. R. és Landaw, S. A.:* Smokers' polycythemia. N. Engl. J. Med. 1978, *298*, 6. — 27. *Socol, M. L. és mtsai:* Maternal smoking causes fetal hypoxia: Experimental evidence. Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, *142*, 214. — 28. *Spector, R. és Goldberg, M. J.:* Active transport of nicotine by the isolated choroid plexus in vitro. J. Neurochem. 1982, *38*, 594. — 29. *Temesvári, P. és mtsai:* Antenatalisan alkalmazott B_6-vitamin hatása az anya és az újszülött vér oxigén-transzport funkciójára, valamint szérum prolactin szintjére. Orv. Hetilap 1982, *123*, 2213. — 30. *Temesvári, P. és mtsai:* Effects of an antenatal load of pyridoxine (vitamin B_6) on the blood oxygen affinity and prolactin levels in newborn infants and their mothers. Acta Paediatr. Scand. nyomdában. — 31. *Vesey, C. J. és mtsai:* Blood carboxyhaemoglobin, plasma thiocyanate, and cigarette consumption: implications for epidemiological studies in smokers. Br. Med. J. 1982, *284*, 1516.

KENDERESI PÉTER DR.,
VARGA IMRE DR.,
BOROS GYÖRGY DR.,
HIEGL KLÁRA DR.,
KAPOLKA PÁL
ÉS FARKAS JÁNOS

Nomogram szerint, folyamatos infúzióban alkalmazott inzulin kezelés hyperglykaemiás kómában

Megyei Kórház-Rendelőintézet, I. Belgyógyászati Osztály (főorvos: Boros György dr.)
Központi Laboratórium (főorvos: Hiegl Klára dr.),
Megyei Gyógyszertári Központ (vezető: Vágó István dr.)
Mezőgazdasági Főiskola (főigazgató: Guba Sándor dr.), Kaposvár

A szerzők olyan eljárást ismertetnek, melynek segítségével diabeteses kómában szenvedő betegeken a folyamatos, infúzióban alkalmazott inzulinadagolás biztonságos módon végezhető. 14 beteget kezeltek ezzel a módszerrel. A kezelés minden esetben eredményes volt. Hypoglykaemia, vagy más szövődmény kialakulását nem észlelték. Tapasztalataik alapján az ismertetett kezelési eljárást infúziós pumpa hiányában is alkalmasnak tartják a folyamatos i. v. inzulinadagolás céljára.

Insulin treatment of hyperglycemic coma added to continuous infusion according to the nomogram. Te authors report on a procedure which allow continuous dosage of insulin under safe conditions using infusion to patients diabetic coma. Fourteen patients were treated by this procedure and it proved to be successful in all cases. Development of hypoglycemia or other complications are not been observed. The introduced procedure of continuous, intravenous insulin dosage is considered to be applicable even without the infusion-pump.

A hyperglykaemiás kóma optimális kezelési módja az ágy melletti monitorrendszer által folyamatosan meghatározott paraméterek alapján, számítógéppel irányított folyamatos i. v. inzulin-adagolás. Mivel ez a lehetőség nem áll rendelkezésünkre, olyan módszert kerestünk, melynek alapján alkalom kínálkozott az infúziós inzulinterápia biztonságos végzésére számítógépes automatika hiányában is.

Kellner és mtsai (3) diabeteses kómás betegeken a mesterséges endokrin pankreas alkalmazása során matematikai összefüggést találtak a vércukorszint és hyperglykaemiás ketoacidosis megszüntetéséhez szükséges inzulin mennyisége között. Ezt, az ún. „glukóz-inzulin-relációt" nomogramban fejezték ki. Ennek alkalmazása lehetővé teszi a hyperglykaemia korrigálását abban az esetben is, ha nem lehetséges a folyamatos vércukor-meghatározás.

A nomogram alapján meghatározott inzulin folyamatos beviteléhez dolgoztunk ki módszert, melyet hyperglykaemiás kómás cukorbetegeken sikerrel alkalmaztunk.

Betegek és módszer

A kaposvári I. Belgyógyászati Osztályon 1979. és 1982. között 13 hyperglykaemiás ketoacidózis, és egy hyperglykaemiás nem ketoacidotikus kóma miatt felvett cukorbetegen végeztünk nomogram szerint infúziós inzulinkezelést. A betegek között 3 férfi, 11 nő, a legfiatalabb 18, a legidősebb 81 éves volt. Tíz beteg inzulinkezelésben, három orális antidiabetikum-terápiában részesült, két beteg nem tudott előzőleg cukorbetegségéről. Hét beteget kómás, ötöt szoporosus, kettőt szomnolens álapotban vettünk föl.

A betegek vércukorértékét — és természetesen az egyéb szükséges laboratóriumi paramétereket — felvételük időpontjában meghatároztuk. Az aktuálisan kapott vércukorszintnek megfelelő „inzulinigényt" a *Kellner és mtsai* (3) által szerkesztett nomogramról olvastuk le. A nomogramon, melyet a szerzők engedélyével az *1. táblázaton* mutatunk be, látható, hogy a vércukorszintek és az ezek normalizálásához szükséges inzulinadagok között az összefüggés nem lineáris. A Magyarországon forgalomban levő „RICO" gyártmányú egyszer használatos infúziós szereléket és R—1-es injekciós tűt használva kiszámítottuk, hogy bizonyos inzulintartalmú infúziós oldatok esetén a szükséges inzulin IE/óra adagolását milyen cseppszámmal biztosíthatjuk. Kétféle töménységű, kristályos inzulinoldat vonatkozásában határoztuk meg, hogy a kívánt inzulinadagot milyen percenkénti cseppszámmal infundálhatjuk. A kapott értékeket a *Kellner*-féle nomogramm adataival kombinálva (a vércukorértékeket mmol/értékre átszámítva) táblázatban összegeztük *(2. táblázat)*. Ennek segítségével igen egyszerűen megállapíthatóvá vált, hogy adott vércukorérték esetén mennyi inzulint kívánatos infundálnunk és ezt melyik „törzsoldat" milyen percenkénti cseppszámával adható be. Pl.: ha 33,0 mmol/l a beteg vércukra, 10 IE kristályos inzulin óránkénti infúziója szükséges és ez a 100 E/500 ml NaCl koncentrációjú oldat 15/perc sebességű infúziójával érhető el.

A vércukrot 30—60 percenként o-toluidin, ill. enzimatikus módszerrel határoztuk meg. A kezelési mód bevezetésekor és a továbbiakban öt beteg kezelése során szigorúan tartottuk magunkat a kezdeti vércukorértékeknek „megfelelő" inzulin-adagolási sémához. Az

1. táblázat

Vércukor (mg%)	Kristályos Inzulin (I. E./ó)
654	3
643	4
632	5
625	6
618	7
611	8
605	9
595	10
588	11
581	12
575	13
569	14
562	15
556	16
541	21
526	20
511	19
497	18
483	17
470	16
457	15
444	14
432	13
409	12
397	11
376	10
355	9
336	8
318	7
292	6
268	5
240	4

inzulin-infúzió cseppszámát csak a vércukorértékek birtokában változtattuk, egy kezelés során átlag nyolc-kilenc alkalommal. A későbbiekben egy-egy betegen 20 IE/óra dózisban kezdtük infundálni az inzulint, már a vércukor-meghatározás elkészülte előtt. Azután már a vércukorszint ismeretében változtattuk a dózist. Az is előfordult, a manuális vércukor-meghatározás időigényes volta miatt, hogy nem vártuk meg a laboratóriumi leletet, hanem az első értékek ismeretében emeltük, ill. csökkentettük az inzulinos infúzió cseppszámát. A nomogram alapján ugyanis elég nagy biztonsággal lehetett prognosztizálni a várható vércukorszinteket és az adandó inzulindózist.

A hyperglykaemiás ketoacidosis, és egy esetben a hyperozmoláris, nem ketoacidotikus kóma kezelését az inzulin terápiával egyidejűleg, a modern kezelési elveknek megfelelően (6, 7) végeztük. A kaliumszintet a szérum és vvt-K meghatározás mellett EKG-monitorozással is figyeltük, szükség szerint rendeztük, csakúgy, mint a vér pH-eltolódását és a folyadék-, valamint az ionháztartás zavarát. Erre a célra a betegeken általában a másik oldali karvénába, külön szerelékkel adagoltuk a szükséges folyadék-, Na-bikarbonát és elektrolit-oldatokat.

Egy betegünk esetében a vércukorértékek mellett a plasma inzulinszintjeit is meghatároztuk, radioimmuno-assayvel. Az ozmolaritást a Jackson—Forman-féle képlet alapján (se. ozmolaritás = 2[seNa+ + seK+] + vércukor + karbamid — nitrogén mmol/l-re átszámított értékek) határoztuk meg.

Eredmények

Betegeink fontosabb adatait és az alkalmazott inzulinkezelés fontosabb jellemzőit táblázatban összegeztük *(3. táblázat).*

Az alkalmazott kezelés minden esetben eredményes volt. Hatására a mély eszméletlenség, a szopor és a szomnolencia már az első óra végére oldódott. Kivételt a 14. sz. betegünk képezett, aki csupán a kezelés negyedik órájában nyerte vissza eszméletét.

A vércukorértékek a terápia első órájában gyorsan, majd azt követően egyenletesen csökkentek. A vércukorszint csökkenésének óránkénti átlaga 5 mmol/l volt.

Az infúziós inzulinkezelés legrövidebb szükséges időtartama 1 óra 30 perc (13. beteg), a leghosszabb 7 óra 34 perc (4. beteg) volt. A 9. számú beteg Kimmelstiel—Wilson-szindrómában szenvedett. Rossz veseműködése és kardiális állapota miatt a folyadékpótlást csak nagyon óvatosan alkalmazhattuk.

A 4. számú beteg esetében jelentős mennyiségű kristályos inzulin i. v. adása (100 IE/óra folyamatos infúzióban), az exsiccosis és az acidózis rendezését célzó kezelés pontos alkalmazása ellenére sem javult a hyperglykaemiás acidózis. Inzulinrezisztenciát kellett feltételeznünk. A kezelés negyedik órájában bevezetett, ugyancsak a nomogram szerint adagolt Actrapid (Novo) inzulin adásával sikerült csak az anyagcserezavart rendeznünk.

Az 5. számú betegünkön a kezelés megkezdése előtt és azután a vércukor meghatározásokkal egyidejűleg ellenőriztük a plasma inzulin szintjét is. A táblázatban látható inzulin vérszintek mutatják, hogy a beteg szérumában hatásos inzulinszintet sikerült biztosítanunk.

2. táblázat. **Az inzulin adagolás ismert vércukor esetén**
(Az izotóniás NaCl mennyisége 500 ml)

Infúzióban lévő kristályos inzulin vércukor (mmol /1)	I. E.: I. E. inzulin óránként	100 50 percenkénti cseppszám
36,3	3	5 9
35,7	4	6 12
35,1	5	8 15
34,7	6	9 19
34,3	7	11 22
33,9	8	13 25
33,6	9	14 27
33,0	10	15 30
32,6	11	17 33
32,2	12	19 36
31,9	13	20 39
31,6	14	22 42
31,2	15	23 45
30,9	16	25 47
30,0	21	32 61
29,2	20	30 58
28,4	19	29 56
27,6	18	27 53
26,8	17	26 50
26,1	16	25 47
25,4	15	23 45
24,6	14	22 42
24,0	13	20 39
22,7	12	19 36
22,0	11	17 33
20,9	10	15 30
19,7	9	14 27
18,6	8	13 25
17,6	7	11 22
16,2	6	9 19
14,9	5	8 15
13,3	4	6 12

A 14., hyperozmoláris ketoacidózis nélküli kómában szenvedő betegünk kezelése során a súlyos állapotra való tekintettel, nem vártuk meg az első vércukorértéket, hanem 20 IE/óra tempóban kezdtük adagolni az inzulint. A második órától már a nomogram szerint végeztük a kezelést, mely így is eredményesnek bizonyult.

Hypoglykaemiát egy alkalommal sem észleltünk. Nem tapasztaltunk 3,8 mmol/l értékűnél alacsonyabb szérum kálium szintet sem.

Két beteget veszítettünk el a 14 beteg közül. Egyikükön papillitis necrotisans alakult ki (7. beteg), és kórházi kezelésének hetedik napján — amikor hyperglykaemiás ketoacidózisa már nem volt — szeptikus uraemiás állapot következtében halt meg. A másik (14.) beteg a kórházi kezelés második hetében subtotális tüdőembólia miatt halt meg.

Megbeszélés

Az irodalmi adatok szerint 2—10 IE inzulin folyamatos óránkénti intravénás adásával adekvát plazma inzulinszintet lehet elérni. Ez az érték a fiziológiás felső határnak felel meg és elégséges a lipolysis és a máj glukóztermelésének a felfüggesztésére (8, 9). A *Kellner és mtsai* által kidolgozott nomogram szerinti adagolással ugyancsak biztosítható a hatásos inzulin koncentráció. A hyperglykaemiás ketoacidózis rendezéséhez anyagukban átlagosan 60 IE inzulin i. v. adása bizonyult elegendőnek (3). Bár a diabeteszes kóma kezelése során kezdetben a vércukorszint esésének tempóját illetően nincs lényeges különbség a nagyobb dózisban, megszakításokkal adott, valamint a kis adagú, folyamatosan i. v. adott inzulinkezelés közt (2), a szövődmények ritkábban fordulnak elő kis adagú, folyamatos, intravénás inzulinterápia során (1, 4, 5).

Megfigyeléseink azt látszanak igazolni, hogy a nomogram szerint végzett infúziós inzulinkezelés a hyperglykaemiás kóma rendezéséhez szükséges plazma inzulinszintet hatásos módon biztosítja. Ezt egy betegen a plazma inzulinszint meghatározások is igazolták. Betegeinken a vércukorérték-csökkenés átlaga az első órában nagyobb volt, mint az irodalomban általában közölt 4,3 mmol/l/óra értékcsökkenés (7). Ez azonban egy esetben sem nyilvánult meg hypoglykaemia képében. Két eset (4. és 14. beteg) kivételével a hyperglykaemiás kóma rendezéséhez átlagosan 76 IE kristályos inzulin adására volt szükség. A kezelések során hypokaliaemiát, malignus szívritmuszavart és agyoedemát nem tapasztaltunk.

A nomogram szerint végzett infúziós inzulinkezelés során természetesen igen gondos orvosi és asszisztensi ellenőrzés szükséges. Az infúzió percenkénti cseppszámot szinte állandóan figyelni kell. Ez azonban nem tekinthető a módszer hátrányának, hiszen a kómás betegek állapotát egyébként is folyamatosan szükséges ellenőrizni.

Tapasztalataink alapján az inzulin infúziós terápia infúziós pumpa hiányában is megbízható módszer, amit ajánlunk a hyperglykaemiás kómás cukorbetegek kezelésére.

3. táblázat.

Sorszám	Név	Kor, (év)	Nem	Tudatzavar mélysége	pH	Vércukor (mmol/l) a kezelés kezdetétől 0	1	2	3 óra	4	5	6	7	Vércukor esés átlaga (mmol/l)	I.v. inzulin kezelés időtartama	I.v. összesen beadott inzulin (I. E.
1.	R. E.	18	nő	kóma	7,19	41,6	38,8	26,6	16,6	12,7	13,2	14,2	13,2	7,2	4 ó. 40 p.	40
2.	F. J.	66	nő	kóma	7,18	33,0	22,2	17,7	13,3	9,6				5,8	6 ó.	100
3.	S. J.	27	nő	kóma	7,06	42,7	36,2	28,9	22,0	17,1				6,4	3 ó. 30 p.	70
4.	K. M.	32	nő	kóma	7,15	35,4	30,8	33,0	28,6	31,0					4 ó.	450
											27,1	20,2	14,7	6,2	3 ó. 34 p.	80 (Actrapid, Novo)
5.	J. Zs.	23	nő	kóma	6,89	26,0	20,5	16,5	14,6	9,0	8,7			4,2	3 ó. 40 p.	66
	inzulin plazmaszint (pmol/l)					0	36,0	46,4	129,6	90,4	76,4					
6.	J. J.	63	nő	kóma	7,17	34,4	24,4	19,3	13,9	10,6				5,9	3 ó.	80
7.	B. K.	50	férfi	szopor	6,98	40,5	31,6	20,5	16,5	9,0				7,8	3 ó. 15 p.	90
8.	T. I.	34	férfi	szopor	7,05	18,9	16,4	11,5	8,5	8,3				2,6	4 ó.	84
9.	H. J.	62	nő	szopor	7,24	57,7	44,0	39,0	36,6	30,0	29,4	19,3	12,7	6,4	7 ó. 25 p.	340
10.	B. Cs.	18	nő	szopor	6,94	23,2	19,2	15,0	10,6					4,2	3 ó	80
11.	S. F.	68	nő	szopor	7,30	28,8	21,8	16,7	10,9	4,0				6,2	4 ó 30 p.	110
12.	B. T.	55	férfi	szomnolencia	7,36	25,4	23,0	20,0	19,0	18,0	10,8			2,9	5 ó.	60
13.	V. L.	55	nő	szomnolencia	7,24	21,0	13,6	11,0	7,3					4,5	1 ó. 30 p.	30
14.	H. I.	81	nő	kóma	7,38	32,4	29,0	21,1	17,8	14,4	12,2	7,5			4 ó .45 p.	100
				szerum ozmolaritas (mosm/l)		396							359—321			

IRODALOM: 1. *Arrieff, A. I., Kleeman, C. R.:* Cerebral edema in diabetic comas. J. clin. Endocrin. 1974, *38*, 1057. — 2. *Berger, W., Keller, U., Vorster, G.:* Die Letalität des Coma diabeticum am Kantonsspital Basel in den aufeninanderfolgenden Bebobachtungsperioden 1968—1973 und 1973—1978 mit konventioneller Insulintherapie und Behandlung mit niederen Insulindosen. Schweiz. med. Wschr. 1979, *109*, 1820. — 3. *Kellner, R., Sailer, D., Berg, G.:* Erfahrungen mit minimalen Insulindosen bei rechnergesteuerten Infusoinstherapie der azidotischen Hyperglykämie. Intensivmedizin. 1978, *15*, 221. — 4. *Kitabchi, A. E., Aypagari, V., Guerra, S. M. O.:* The efficacy of low-dose versus conventional therapy of insulin for treatment of diabetic ketoacidosis. Ann. intern. Med. 1976, *84*, 633. — 5. *Page, M. McB. és mtsai:* Treatment of diabetic coma with continuous low-dose infusion of insulin. Brit. med. J. 1974, *2*, 687. — 6. *Petrányi Gy jr.:* Diabeteses coma. In: *Magyar I., Tamás Gy.* (szerk.): Diabetes mellitus. Medicina. Budapest, 1979. 225. old. — 7. *Petrányi Gy. jr. és mtsai:* Intenzív betegellátó részleg akut szénhidrát-anyagcserezavarok ellátására. Orv. Hetil. 1979, *120*, 1855. — 8. *Schatz, H., Pfeiffer, E. F.:* Das endokrine Pankreas. Münch. med. Wschr. 1976, *118*, 485. — 9. *Sherwin, R. S.:* Low-dose insulin therapy in diabetic ketoacidosis. Arch. intern. Med. 1977, *137*, 1361.

ORAP tabletta 1 mg és 4 mg



ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 1 mg, ill. 4 mg pimozid.-ot tartalmaz.

JAVALLAT: Schizophreniás betegek tartós utókezelése — elsősorban kórházi elbocsátásukat követően rehabilitációjuk idején (ún. fenntartó kezelés). Enyhe tünetekkel zajló akut schizophreniás betegek egy részében az Orap alkalmazása a kórházi felvételt elkerülhetővé teheti és önmagában is remissiót eredményezhet. Súlyosabb izgalmi állapotok és produktiv tünetek fennállásakor az Orapot erősebb psychosedativ hatású nem fluorozott neuroleptikumokkal kell kombinálni.

ELLENJAVALLAT: Extrapyramidalis kórképek, depressiv állapotok minden formája.

ADAGOLÁS: A kezdő adag általában napi 2—6 mg, amely szükség szerint 8, legfeljebb 10 mg-ig emelhető. A gyógyszert legcélszerűbb reggel, egy adagban beadni. Minthogy a készítmény ízletlen és szagtalan, szükség esetén a beteg ételébe keverve is beadható. Ha az Orap alkalmazását erősebb „potens" neurolepticum adagolás után kezdjük el, akkor a szükséges adag beállítása mellett az előző gyógyszer adagját fokozatosan kell csökkenteni. Az optimális hatás elérése után az Orap adagját lassan és fokozatosan csökkentsük az egyénileg megállapítandó optimális fenntartó adagra, amely a legtöbb esetben 2—3 mg. A kúra időtartama 3—12 hónap.

KOMBINÁLT KEZELÉS: Nem fluorozott neuroleptikumokkal és szükség esetén néhány relaxációban végzett elektrosokk kezeléssel jól kombinálható.

MELLÉKHATÁS: Nagyobb adagok alkalmazásakor, különösen a kúra kezdetekor, enyhébb extrapyramidalis tünetek (akathisia, tremor) előfordulhatnak. E tünetek a kezelés megszakítását soha nem teszik szükségessé; Parkan, Pipolphen hatására, de rövid idő alatt spontán is megszűnnek. Tartós kezelés néhány esetben gyengeséget, fáradékonyságot, étvágytalanságot és enyhe hangulati nyomottságot okoz. E mellékhatások thymoleptikus szerekkel és roboránsokkal jól befolyásolhatók. Előfordulhat továbbá bőrkiütés, nagyon ritkán hypotensio.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Csak óvatosan adható: — központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel: barbitálokkal, opiátokkal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszer szedésekor fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8—10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra folyamán járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni és szeszes italt fogyasztani tilos.

RENDELHETŐSÉG: ✠✠ Az **1 mg-os tablettát** az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A **4 mg-os tablettát** az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerrendelésére területileg és szakmailag illetékes. — Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 50 × 1 mg tabl. 2,— Ft
20 × 4 mg tabl. 2,30 Ft

OH 1988

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.

MERCZ LÁSZLÓ DR.,
BAJÁN GYÖRGY DR.
ÉS ÁGOSTON
ANNAMÁRIA DR.

Állandó katéteres betegek gondozása járóbeteg-rendelésen

Főv. Tétényi úti Kórház-Rendelőintézet
Urológiai Szakrendelései (főorvos: Mercz László dr.)
és Izotóp Laboratóriuma (főorvos: Sas Vilmos dr.)

A szerzők 119 beteg (113 férfi, 6 nő) 6 éves gondozásának tapasztalatait ismertetik. A katétercserék alkalmával regisztrálták a beteg panaszát, fizikális eltéréseit, a vizelet pH-t és a katéterincrustatio jelenlétét. Rendszeresen végeztek bacterium és resistentiameghatározást, izotóp renographiát, szükség esetén i. v. pyelographiát. A vizeletből leggyakrabban Proteus tenyészett ki. Katéterincrustatio mellett 84%-os, utóbbi hiányában 26,8%-os gyakorisággal. Szoros párhuzam mutatkozott a vizelet pH és a Proteus előfordulása között. Asepticus módszert alkalmazva a katéter behelyezése és cseréje során, a szerzők a resistens „házi" törzsektől még nem fertőzött betegek többségét meg tudták óvni a keresztinfectiótól. A súlyos incrustatióval járó esetekben legjobb eredményt az otthon végzett rendszeres neomycin instillatióval érték el. A siliconizát katéterek egyes típusai húgycsőirritatiót okoznak. A kreatinin meghatározás és az isotop renographia eredményei arra utalnak, hogy az állandó katéter évek múltán sem vezet szükségszerűen komoly vesekárosodáshoz. A katéter gondos kezelésével az utóbbi elkerülhető.

Treatment of patients with indwelling catheter in out-patient service. Experiences gained with the treatment of 119 patients (113 male, 6 female) during 6 years are reported. On the occasions of changing the catheteres the complaints of the patients, physical alterations, pH of the urine and the existence of the catheter incrustation were recorded. Bacterium culturing and resistance determination, isotope renography were performed regularly as well as I. V. pyelography was carried out if required. Proteus was isolated most frequently from the urine. In case of catheter incrustation the incidence was 84% and 26,8% if no incrustation was present. The pH of the urine and the occurrence of Proteus showed close correlation. Using aseptic technique in the course of insertion and change of the catheters the authors could prevent the cross infection in the majority of patients not yet infected by resistant „hospital" strains. In cases of serious incrustation the best results were obtained by regular neomycin instillation performed at home. Certain types of siliconized catheters cause urethral irritation. Results of creatinine determination and isotope renography refer to that indwelling catheters do not result necessarily in severe renal injury even after several years of use. This can be avoided by the careful application of the catheter.

A tartósan behelyezett húgycsőkatéter az átlagéletkor növekedésével és a gyógyítási lehetőségek kiszélesedésével a betegellátás mindennapos eszközévé vált az alsó húgyúti vizeletelfolyási zavarok megoldásában, a szomszédos szervek műtéti tehermentesítésében és száraz környezet biztosítására incontinens betegeken (13). Alkalmazása számos szövődménnyel és kényelmetlenséggel jár, különösen az ÁK-rel elválaszthatatlanul együttjáró UTI miatt. A KI-t az iatrogen („kórházi", „nosocomialis") infectio legelterjedtebb formájaként tartják számon. Amerikai statisztikák szerint a kórházba utalt betegek 5—10%-ában alakul ki iatrogen fertőzés. Utóbbinak megközelítőleg 40%-a (az összes beutalt beteg kb. 3%-a) eszközös beavatkozás következtében fellépett UTI (26). A KI komoly szövődményekkel jár (prostatitis, epididymoorchitis, pyelonephritis, vese- és hólyagkő, sepsis stb.) (1, 12, 16, 18).

Egyes intézetekben speciálisan képzett személyi erőkkel és jelentős anyagi és időráfordítással jelentős eredményeket értek el a KI elleni harcban, de ezek még távolról sem jelentik a probléma megoldását (6, 18). Hazánkban az ÁK-esek ápolási gon-

Rövidítések:

ÁK: állandó katéter;
UT: urintractus;
UTI urintractus infectio;
KI: katéter infectio;
Kr: serum kreatinin;
C : endogen kreatinin clearence;
IVP: intravénás pyelographia;
IRG: izotóp renographia.

1. táblázat. **A vizelet pH és a kitenyésztett bacteriumok viszonya nem incrustált és incrustált katéterek esetében**

pH	Összes leoltás No.	Proteus No.	E. coli No.	Klebsiella No.	Entero-coccus No.	Pyocya-neus No.	Sta. aureus No.	Sta. albus No.	Nem tenyészett ki No.
I. Nem incrustált katéterek									
—5,5	86	3	30	21	8	13	4	5	13
—6,0	235	43	110	44	17	46	6	3	12
—6,5	81	36	33	8	9	13	1	1	2
—7,0	105	47	51	11	8	17	1	—	3
—7,5	9	7	2	—	—	1	—	—	—
—8,0	5	4	1	1	—	—	—	—	1
összes	521	140 (26,8%)	227 (43,5%)	85 (16,3%)	42 (8%)	90 (17,2%)	12	9	31 h
II. Incrustált katéterek									
—5,5	4	1	1	2	—	2	—	—	1
—6,0	6	3	2	4	1	2	—	—	—
—6,5	26	17	6	3	2	4	—	—	1
—7,0	146	118	31	12	5	23	—	—	2
—7,5	64	56	8	6	1	8	1	—	—
—8,0	111	103	20	11	1	9	—	—	1
—8,5	35	32	2	2	—	4	—	—	1
összes	392	330 (84,1%)	70 (17,8%)	40 (10,2%)	10	42 (10,7%)	1	—	6
Összes I+II.	913	470 (51,4%)	297 (32,5%)	125 (13,6%)	52 (5,6%)	132 (14,4%)	13	9	37

dozása egyike a legnépszerűtlenebb feladatoknak. Jelentős betegpopulációról van szó. Nemcsak az urológus találkozik nap mint nap ezekkel a betegekkel, hanem a sebészeti, bel-, nő-, ideg- stb. osztályokon és a körzetorvos gyakorlatában is mindennaposak. Sokszor tapasztaltuk, hogy a maguk profiljában kimagasló szinten gyógyító osztályokon az ÁK-esetek ellátásának legalapvetőbb követelményeit sem valósítják meg. Hazai fórumokon az utóbbi években, sőt, évtizedekben alig történt említés a húgycsőkatéterrel kapcsolatos problémákról.

Beteganyag és módszer

Hatéves (1975. január—1980. december) gondozási időszak során 119 ÁK-es betegünket (113 ffi, 6 nő) volt módunkban legalább három hónapon át rendszeresen megfigyelni. Átlagos életkoruk 78,9 év, a legfiatalabb 58, a legidősebb 94 éves. Az ÁK behelyezését szükségessé tevő kórokok: prostata adenoma 68, prostata neoplasma 28, hólyagnyaki sclerosis és húgycső strictura 12, neurogen vizeletürítési zavar 11 esetben.

Férfiakon 14—22 Ch-s, nőkön 20—28 Ch-s Foley-ballonkatétert alkalmazunk, az Eschmann, Porges, Rüsch, Euromedical és WSP cégek gyártmányait.

Az ÁK-t 1%-os neomagnol oldatban történő kézmosás és eldobható műanyag kesztyű felhúzása után vezetjük be „non touch" módszerrel: a steril burkolatnak az ÁK végének megfelelő perforált darabját leszakítva jobb kezünkkel a burkolaton keresztül fogjuk meg és vezetjük lassan be az ÁK-t, míg bal kezünkkel a penist igazítjuk hozzá.

Gondozottjaink részére beszereztük a kereskedelmi forgalomban kapható műanyag vizeletgyűjtő zsákot. Többnyire az 1,5 liter űrtartalmú NDK, ill. magyar gyártmányú egy csöves zsákhoz jutottunk hozzá, ritkábban az Eschmann gyártmányú 2 literes, két csöves, steril készülékhez. A vizelettel megtelt zsák otthoni lekapcsolása előtt a műveletet végző beteg, ill. hozzátartozója neomagnolos oldatban kezet mos, majd neomagnol oldatba mártott vattával letörli a katétervég és a csatlakozó illeszkedő szakaszát. Utóbbi műveletet az új zsák felhelyezése után megismétli. A használt zsák újbóli felhasználásra csak úgy kerülhet, ha a vizelet kiürítése után a következő használatig kb. 5—6 óra időtartamra neomagnol oldattal töltik fel.

Az ÁK-t a körülményektől függően 1—6 hetenként cseréljük. Csere alkalmával feljegyezzük a beteg panaszait, fizikális eltéréseit és a korábbi therápia effektusát. Megmérjük a vizelet pH-t, és Donne-próbával felbecsüljük a pyuriát. Ellenőrizzük az eltávolított ÁK átjárhatóságát és hogy felülete incrustálódott-e. Rendszeresen végzünk steril vizeletvételt bacterium kitenyésztés és antibioticum-érzékenység meghatározás céljára.

Értékeltük az ÁK sterilizásával, behelyezésével és cseréjével kapcsolatos intézkedések, az antibioticumok, chemoterapeutikumok és hólyagöblítő oldatok — mindenekelőtt a Mycerin sulfate 500 mg neomycin bázist tartalmazó ampullájából desztillált víz és lidocain hozzáadásával készült 0,5%-os neomycin oldat, valamint az ÁK külső és felső felületére incrustatio gátlás céljából fecskendezett siliconpermet (Silkospray, Rüsch; Fomarex, EGYT) hatásosságát.

Neomycin instillatióban részesülő betegeinket 2—3 hetes kezelés után audiológiai controllra küldjük az esetleges ototoxikus szövődmény időben történő felfedezésére. Tartós kezelés mellett a vizsgálatot 2—3 hetenként megismételjük.

Három-négyhónapos — indokolt esetben gyakoribb időközönként ellenőrizzük gondozottjaink fontosabb vérjellemzőit (vérkép, We, CN, Kr, májfunkció, savanyú phosphatase, stb.) A separált vesefunkciót betegeink nagy részén IRG segítségével követtük nyomon, amit szükség szerint IVP-val egészítettünk ki.

Az IRG-t GAMMA gyártmányú kétcsatornás „radiorenograph" készülékkel ülőhelyzetben végezzük. Vizsgálat előtt a beteg fél liter folyadékot fogyaszt. Testsúly kg-ként 0,01 MBq 131 J-hippuránt adunk iv. A vesék helyzetét az első másfél percben határozzuk meg a detectorok mozgatásával. Egy vizsgálat átlagosan 18 percig tart. Papírsebesség: 5 mm/min; időállandó: 2 sec. A renogramm görbetípusokba történő besorolásához a következő kritériumokat alkalmaztuk: (7):

„Normál görbe": a csúcsaktivitás elérésének időtartama (T_{max}) 6 percet, felére csökkenésének ideje T ½ 12 percet nem haladja túl, a második fázis meredeksége 45° felett van.

„Elhúzódó ürülés": 1. és 2. fázis normális, 3. fázis ellapult (T_{max}) 6 percet nem haladja túl, T ½ 12 perc felett.

„Elhúzódó hippurán transport": 2. fázis meredeksége 45° alatt. T_{max} 6 p felett, T 1/2 12 p felett, a 3. fázis nem homorú.

„Lapos görbe": alacsony, lapos lefutású. T_{max} és T 1/2 egyértelműen nem állapítható meg.

„Accumulatiós görbe": a vizsgálat ideje alatt folyamatosan emelkedik.

„Szöveti háttér görbe": 1. fázis után fokozatosan süllyed.

Eredmények

A 119 betegtől 913 steril mintát vettünk a katéteren keresztül bacterium kitenyésztés és antibioticum érzékenység meghatározás céljára. A vizeletvétellel egyidejűleg végzett vegyhatás mérés segítségével meghatároztuk az egyes bacteriumféleségek megoszlását a különböző pH tartományokban, különválasztva a nem incrustált és az incrustált ÁK-ket *(1. táblázat)*. Az egyes rovatok a kevert tenyészetek adatait is tartalmazzák. A leggyakrabban előforduló bactériumféleség a Proteus. Az összes leolvasásból 51,4%-ban, incrustált ÁK mellett 84%-ban, incrustatio hiányában 26,8%-ban nőtt ki. Az alacsony pH értékektől a magasabbak felé haladva mind nagyobb arányban szerepel. Második helyen a Coli következik. Nem incrustált ÁK mellett ez a leggyakoribb.

Az ÁK behelyezésekor sterilnek talált vizeletminta leggondosabb ellátás mellett is ritkán maradt néhány napon túl bacteriummentes. Ekkor általában a használatos antibioticumok többségével szemben érzékeny, a normál húgycsőflórához sorolható bacteriumok tenyésztek ki. E csoportban nem észleltünk tartósan lúgos (7 feletti) pH-t és érdemleges incrustatiót. Az előírások szigorú betartásával sok beteget hónapokon át sikerült ebben az „autoinfectiós" állapotban tartani, míg voltak eseteink, melyek sajnos, már a katéter behelyezésekor polyresistens „kórházi" törzzsel fertőződtek. Utóbbi kockázata annál nagyobb volt, minél tovább hordozta a beteg ÁK-ét. Betegeink több mint 50%-ában helyezték be, vagy cserélték ki az ÁK-t különböző kórházi osztályokon, ahonnan a legtöbb esetben „házi" törzseket hoztak magukkal. Utóbbiak többségére a gyakorlatilag minden antibiotikummal szemben resistens Pyocyaneus kivételével jellemző volt a neomycinnel és gentamycinnel szembeni érzékenység és a többi használatos antibacteriális szerrel szembeni resistencia.

Az intermittáló neomycin instillatiót 97 incrustált katéterű betegen alkalmazva 23 esetben (23,7%) értük el az incrustatio és az érte felelős bacterium (általában Proteus) tartós eltűnését. Utóbbit valamely incrustatiót nem okozó törzs (többnyire Coli) váltotta fel. Ha a Proteus a neomycin mellett valamely szisztémásan adható antibioticumra is érzékeny volt, együttesen alkalmaztuk őket. Néhány ilyen esetben frappáns eredményt értünk el, viszont csak 1—2 esetben sikerült tartós kiirtása csak az antibiogramm alapján szisztémásan alkalmazott gyógyszerrel.

A több hetes, néha több hónapos, neomycin instillatio mellett rendszeresen elvégzett audiológiai ellenőrzés egyetlen esetben sem mutatott ki a kezelésre biztosan visszavezethető hallászavart. Az ismételt vesefunkció ellenőrzés egyszer sem utalt nephrotoxikus mellékhatásra.

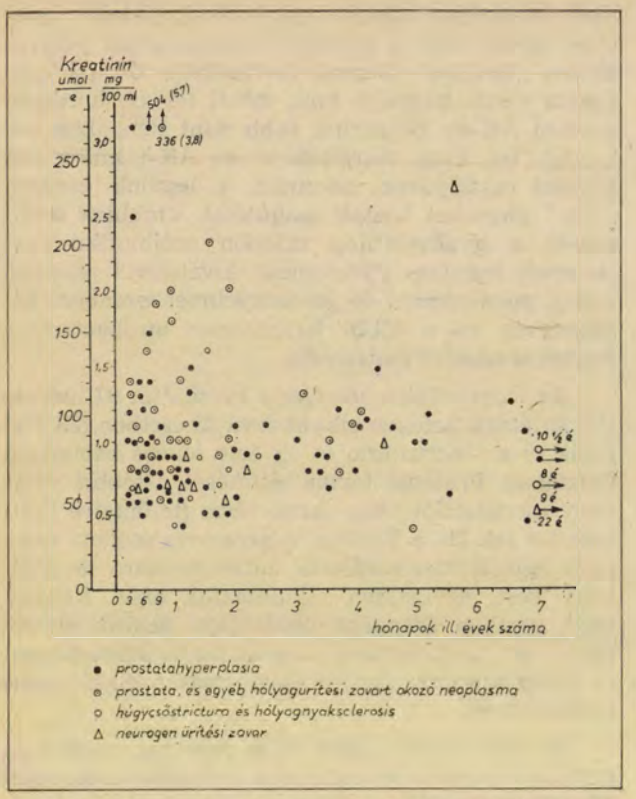
A többi hólyagöblítő szertől jelentős javulást nem tapasztaltunk. Nem láttunk érdemleges hatást az incrustatióval szemben a szilikonpermettől sem, feltehetően gyors lemosódása következtében.

Az *ábrán* a 119 gondozott időrendben utolsó Kr értékeit tüntettük fel a katéterviselés időtartamának függvényében. Feltűnő, hogy az esetek zömében évek múltán sincs emelkedő tendencia, a legtöbb kóros érték a viszonylag rövid ideje katétert hordozók csoportjában fordul elő. A 119 beteg közül 38 viseli több mint két éve katéterét. Közülük csupán kettőnek (5,3%) volt 1,5 mg% (132,6 micromol/l) feletti Kr értéke, míg a 81 két éven aluli katéteres közül 12-nek (14,8%). E 12 közül 8 tumoros (6 prostata-, 1 hólyag- és 1 rectum neoplasma), 4 prostatahyperplasiás.

2. táblázat. **Az IRG görbetípusok megoszlása a katéterhordozók között**

		norm. görbe	elh. ürülés	elh. Hipp. transp.	lapos görbe	accum. görbe	szöveti háttér	összesen
2 éven alul gondozott	egyik old.	—	8	10	4	3	8	33
	mindkét old.	14	14	8	4	—	—	40
2 éven túl gondozott	egyik old.	—	3	3	2	4	6	18
	mindkét old.	3	9	4	2	1	—	19
Összesen		17	34	25	12	8	14	110

A számok a renographiás vizsgálatok számát jelölik. Egy vizsgálat alatt egy jobb és egy bal oldalról felvett görbe értendő. Az eredményt az „egyik oldal" rovatba soroltuk, ha az egyik oldalról felvett kóros görbetípust, a másik oldal norm. görbéje vagy enyhébb fokú elváltozása kísérte.



A gondozott betegek utolsó kreatininértékei a katéterviselés időtartamának függvényében

IRG-t gondozottjaink közel $^2/_3$-án (119-ből 76) végeztünk összesen 110 alkalommal. A 76 beteg közül 23-nál IVP is történt.

IVP-t 34 gondozottunkon végeztünk összesen 39 alkalommal. A 34 közül 23 betegen vettünk fel IRG-t is.

Végeredményben gondozottjaink csaknem $^3/_4$-ében (87) történt IRG és/vagy IVP. A többiek javarészt magatehetetlen, otthonukhoz kötött betegek, akiknél az előkészítéssel, szállítással járó vizsgálatokról lemondtunk.

Az IRG görbetípusok megoszlását a két éven aluli és felüli katéterhordozók csoportjában a 2. *táblázatban* tüntettük fel.

Az IVP segítségével kimutatott kóros elváltozások a felső húgyúti tágulat és/vagy a pyelonephritis különböző fokozatainak felel meg. Vesekövet két beteg pyelogrammján láttunk. A leleteket súlyosságuk szerint három csoportba soroltuk. Normális üregrendszer, ill. minimális elváltozás (a felvételek értékelhetősége sokszor nem tette lehetővé a kettő elkülönítését) volt látható 17 betegen, az IVP-n átesett betegek felében. 13 beteg IVP-je közepes fokú, 4 betegé súlyos elváltozást mutatott.

A normális, il. enyhe elváltozást felfedő urogrammok közül ötöt hasonlítottunk össze az IRG leletével. Utóbbi 4 esetben normális volt, ill. mérsékelten elhúzódó ürülést mutatott. Az ötödik beteg IVP-ján a vesék üregrendszere halványan és részletekben telődik, durva eltérés nem látszik. Az IRG-n jobb oldalon normális görbét, bal oldalon lapos görbéhez közelítő, elhúzódó hippurán transzportot találtunk.

A középsúlyos IVP-k közül ugyancsak ötöt tudtunk az IRG-vel összehasonlítani. Az első esetben az IVP-n kétoldali vesemedence-tágulat, az IRG-n mko megnyúlt ürülés; a másodikban közepes mérvű kétoldali hydronephrosis mellett mko lapos görbe; a harmadikban egyoldali köves pyelonephritisnek megfelelően egyoldali lapos görbe; a negyedikben egyoldali pyelonephritises deformitás mellett accumulatiós görbe volt. Az ötödik beteg IVP-je jobb oldalon enyhébb, bal oldalon súlyosabb kehelydeformitást, az IRG j. o. accumulatiós görbét, b. o. elhúzódó hippurán transzportot mutatott.

Három beteg súlyos eltérést mutató IVP-ját és IRG leletét hasonlítottuk össze. Egynek egyoldali, kettőnek kétoldali hydronephrosisa volt. IRG-jaikon ennek megfelelően kifejezetten kóros görbék (elhúzódó hippurán transport, ill. lapos görbe) látszanak.

Megbeszélés

Az ÁK hosszú évtizedeken át alkalmazott, ún. nyílt formájának (az ÁK vége fedetlen edénybe szájadzik) szabályszerű velejárója az UTI (1, 6, 10, 26). *Kass* nyílt rendszerű ÁK behelyezése után 24 órával a kezdetben steril vizeletű betegek 50%-ában, 96 óra múltán 95%-ában mutatott ki significans bacteriuriát (10). Utóbbi nem irtható ki véglegesen, amíg benn van az ÁK, mert a nyílt edénybe szájadzó katéter a kórokozók számára könnyű behatolási kaput jelent (24, 26). Az ascensio két lehetséges útvonala közül a katéter és a húgycsőfal között inkább a húgycsőnyílás körül megtelepedett saját flóra bacteriumai vándorolnak fel (autoinfectio), míg a lumenen át a más betegből közvetített kórokozók (keresztinfectio). (1, 5, 6, 11, 17, 21).

Az UT szempontjából a kórházi környezetből származó, egységes típuseloszlást mutató, és a használatos antibioticumokkal szemben resistens törzsek sokkal nagyobb veszélyt jelentenek, mint a saját flóra. Rosszul sterilezett katéter, cystoscop, öblítőfecskendő, vizelőedény, ill. fertőzött öblítőoldat, törülköző, ágy- és ruhanemű, valamint az ápolószemélyzet keze közvetítésével jutnak a még nem fertőzött betegre. A leggyakoribb ok nem a műszersterilizálási és tárolási előírások áthágása szokott lenni, hanem a kézfertőzés azáltal, hogy a katéterrel való tényked és (behelyezés, csere, mintavétel, stb.) során az asepsis szabályait semmibe veszik (15).

Rendelésünkön az időszakos ellenőrzés a katéterek, cystoscopok, csipeszek felszínéről, a kézmosásra, hólyagöblítésre, eszköztárolásra használt öblítőoldatokból és a katéterolajból egyetlen esetben sem mutatott ki kórokozót, viszont katéterező munkatársunk, ill. a takarítószemélyzet kezéről kitenyészett a resistens „házi" törzs.

A KI megelőzéséhez kerülni kell minden nem feltétlenül szükséges UT instrumentatiót. Ha pedig a katéterezés elkerülhetetlen, akkor erre külön kioktatott személyzet végezze (5, 26). Kórházban az ÁK-t mindig steril-zárt rendszer formájában kell alkalmazni, mely rövid távon igen hatásos és viszonylag egyszerű módon csökkenti az iatrogen infectio lehetőségét (5). Az általunk alkalmazott módszer szigorúan véve sem sterilnek, sem zártnak

nem nevezhető, de leírt intézkedéseink, mindenekelőtt az ÁK asepticus bevezetése és cseréje, valamint a zsákcsere alkalmával foganatosított rendszabályok többnyire lehetővé teszik a keresztinfectio távoltartását.

A nyílt rendszer mellett szisztémásan adott antiboticumok a KI-t sem megelőzni, sem kiirtani nem képesek, mert a lumenen át rendszeresen jutnak be kórokozók, viszont elősegítik a resistens bacteriumok szelekcióját (5, 16, 19). Ezért profilaktikus célból antibacteriális szereket nem alkalmazunk. A széles spektrumú antibioticumokat lázas urogenitális szövődmények esetére tartalékoljuk. A heves alsó húgyúti panaszok kezelésére sulfamidok, trimetoprim, Nitrofurantoin, Nevigramon, Gramurin, a katéterincrustatio ellen leginkább az intermittáló neomycin instillatio vált be. Az esetek közel negyedében sikerült elérni az incrustatio tartós megszüntetését, de a többi esetben is átmenetileg enyhültek a panaszok, csökkent az incrustatio és nem kellett az ÁK-t túl gyakran cserélni, ha a befecskendezést előírásosan végezték. Tapasztalatunk szerint az 1—2 hónapon túl fennálló Proteus fertőzés kiirtása a fenti módszerrel már kétséges a hólyagban visszamaradt incrustatumok miatt, melyek újabb fertőzés kiindulópontjai lesznek.

A neomycin lokális alkalmazását főképp a kórházban alkalmazható continuális, irrigatiós módszert több szerző ajánlja (16, 23). A neomycin rosszul szívódik fel. Utánvizsgálók 5 napos postoperatív hólyagirritatio során igen kis — toxicitás szempontjából nem számba jövő — mennyiségeket tudtak a vérben kimutatni, míg a hólyagból lebocsátott öblítőfolyadék magas neomycin koncentrációt mutatott (2).

Az ÁK komoly szövődménye a lumen eltömődése, aminek ascendáló infectio lehet a következménye. Ambuláns betegeinket, ill. hozzátartozóikat megtanítjuk az ÁK átöblítésére, így a nem masszív elzáródását maguk is meg tudják oldani, a masszív — főként incrustatiós eredetű — elzáródást pedig hamarabb észlelik, az ÁK-t időben ki tudjuk cserélni. A katéterincrustatumok fő alkotórészei foszfátok (struvit, karbonát-apatit), oldhatóságuk meredeken csökken a pH emelkedésével (20).

Az incrustatio mértéke függ a katéter anyagától és felszíni sajátosságaitól is. A korábban elterjedt vörös gumikatéter irritatív hatása és incrustatiós hajlama miatt ÁK-ként ma már nem használatos, helyette műanyag (Latex, Silicon, Polyurethan, PVC) katétereket állítottak elő. A hazai forgalomban éveken át főleg a rugalmas anyagú, de incrustálódásra hajlamos Latex ÁK-k voltak hozzáférhetőek. Az utóbbi 1—2 évben jelentek meg a szilikonizált latexből előállított ÁK-k. A Rüsch-silkolatex ÁK éveken át ragyogóan bevált, de nem mindig volt beszerezhető. A nemrég forgalomba került WSP szilikonizált latex ÁK rideg állaga és durva felszíne miatt a betegek közel felében húgycsőirritatiót okoz. Ezek legalább harmadában olyan fokban, hogy a betegek az ÁK-t képtelenek benntartani.

Az ÁK-s betegek veseműködésének változásával főképp gerincvelősérülteken foglalkoztak. *Cook* és *Smith* betegeiket éveken át ellenőrizve úgy találták, hogy míg az időszakosan katéterezettek jelentős hányadában alakult ki veseelégtelenség, az ÁK-esek között nem (3). *Talbot és mtsai* 59, 14 éve ÁK-t hordozó gerincvelősérült több mint kétharmadában nem tudott komoly veselaesiót kimutatni (22). *Jacobs* és *Kaufmann* a C értékének beszűkülését állapították meg gerinccérültjeik nagy részében. A több mint 10 éve katéteren levő betegek értéke kivétel nélkül, a 7—10 éves katéterviselőké túlnyomóan, míg akiknek a sérülés heveny szaka után eltávolították a katéterét, csak kisebb hányadban voltak kórosak. A kóros IVP-k aránya mindhárom csoportban meghaladta az 50%-ot, legkifejezettebben az elsőben (8). A Kr diagnosztikus érzékenysége kisebb, mint a C-é, normális értékek egyáltalán nem zárják ki az összvesefunctio viszonylag jelentős beszűkülését (14).

Az IVP a felső húgyutak részletes ábrázolásának lehetősége miatt vitathatatlanul ma is a legfontosabb vesediagnosztikai eljárás. Hátránya a sugárterhelés és esetenként a kontrasztanyaggal szembeni túlérzékenység. Korszerű kontrasztanyagok jelentős vesekárosodás esetén is intenzív, ép pyelogrammot adhatnak. Ugyanakkor a kiválasztás hiánya önmagában még nem jelenti a funkció megszűnését (25).

Az IRG egyszerű, ártalmatlan és olcsó eljárás. Különösen a veseüreg-rendszer egészét érintő lefolyási zavart jelzi nagy érzékenységgel és kimutatja a röntgenológiailag „néma vese" residuális funkcióját (9). Ezzel szemben a parenchyma jelentős részének kiesése mellett is kaphatunk normális görbét. A kóros görbetípusok kevéssé specifikusak, nemcsak szervi eltérés, hanem rosszul felhelyezett detector, dehydratio, ren mobilis, ampulláris pyelum és vegetatív labilitás következtében is létrejöhetnek (4). Az IRG nem helyettesíti az IVP-t, de kiegészíti és alkalmas a vesefunkció nyomon követésére (9). Az ÁK-s betegek esetében az IRG-nek kiemelt szerep jut. Gondozottjaink zöme igen idős, keringési, cerebrális stb. szövődményekkel, emiatt a finomabb morfológiai diagnosis jelentősége kisebb. A belek előírásos kitisztítása nehezen vihető keresztül. A röntgenosztályok túlterheltsége is számba jövő szempont.

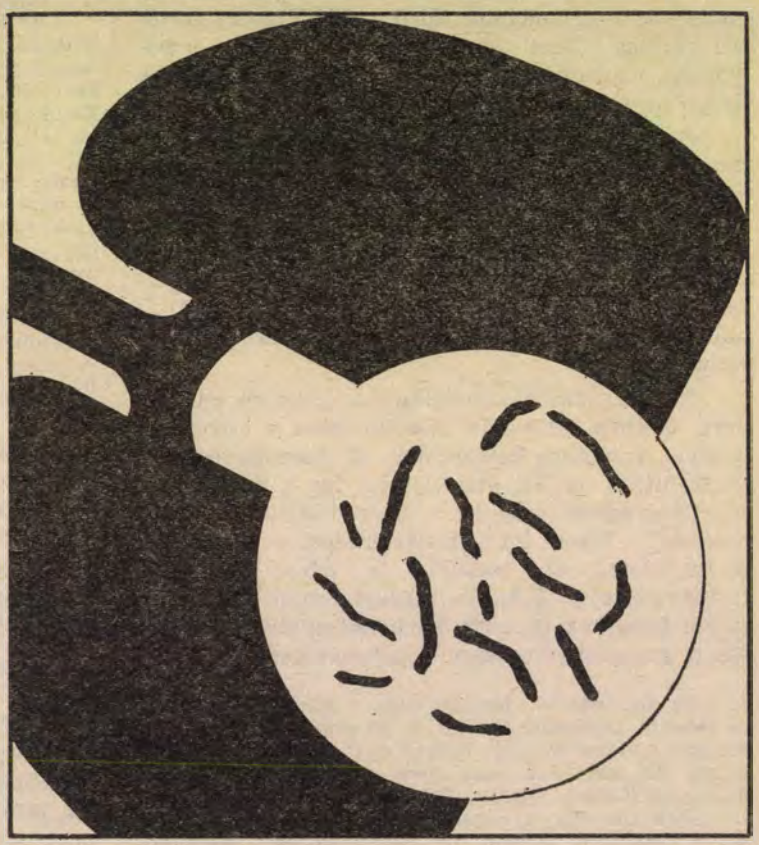
Gondozottjaink között az ÁK-nak tulajdonítható halálos kimenetelű szövődményt az utóbbi három évben nem észleltünk, míg az előző három évben két ilyen esetünk volt. Lényegesen kevesebb gondunk van az incrustatióval, betegeink ÁK-vel kapcsolatos panaszai és otthoni kényelmetlenségei is javultak.

IRODALOM: 1. *Beeson, P. B.:* Am. J. Med. 1958, *24*, 1. — 2. *Chamberlain, G. P., Needham, P.:* J. Urol. 1976, *116*, 172. — 3. *Cook, J. G., Smith, P. H.:* Paraplegia, 1968, *6*, 111. — 4. *Deckart, H.:* Nuklearmedizinische Nierendiagnostik. Isokommerz Gmb. H. DDR 115. Berlin, 1976. S 19. — 5. *Garibaldi, R. A. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1974, *291*, 215. — 6. *Gillespie, W. A. és mtsai:* J. Clin. Path. 1960, *13*, 187. — 7. Izotópdiagnosztikai Konferencia. Kékestető, 1978. okt. — 8. *Jacobs, S. C., Kaufman, I. M.:* J. Urol. 1978, *119*, 740. — 9. *Joekes, A. M., Sherwood, T.:* The Radioisotope Renogram. Medical Monograph. 4. The Radiochemical Centre. Amersham. England. 1967. — 10. *Kass, E. H.:* Tr. Ass. Am. Physicians 1956, *69*, 56. — 11. *Kass, E. H., Schneiderman, L. J.:* New Engl. J. Med. 1957, *256*, 556. — 12. *Kass, E. H., Sossens, H. S.:* JAMA 1959, *169*, 1181. — 13. *Keresteci, A. G., Leers, W. D.:* Canad. Med. Ass. J. 1973, *109*, 711. — 14. *Kerr, D. N. S.:* Investigation of renal function. In: Cecil Loeb Textbook of Medicine. P. B. Beeson and W. McDermott. Saunders. Phi-

ladelphia—London—Toronto. 1971. p. 1139. — 15. *Losonczy Gy.:* Iatrogen infectiók. Medicina. 1968, 130. old. — 16. *Martin, C. M., Bookrajian, E. N.:* Arch. Int. Med. 1962, *110,* 703. — 17. *Miller, A. és mtsai:* Lancet 1960, *1,* 310. — 18. *Mitchell, J. P., Gillespie, W. A.:* J. Clin. Path. 1964, *17,* 492. — 19, *Petersdorf, R. G. és mtsai:* New Engl. J. Med. 1957, *257,* 1001. — 20. *Prien, E. L.:* J. Urol. 1955, *73,* 627. — 21. *Roberts, B. M. és mtsai:* Brit. J. Urol. 1965, *37,* 63. — 22. *Talbot, H. S. és mtsai:* J. Urol. 1959, *81,* 138. — 23. *Thorton, G. F. és mtsai:* JAMA 1966, *195,* 117. — 24. *Turck, M., Petersdorf, R. G.:* J. Chron. Dis. 1962, *15,* 683. — 25. *Wax, S. H., McDonald, D. F.:* J. Urol. 1966, *96,* 816. — 26. *Zellner, S. R.:* In: G. R. G. Monif: Infecticus Diseases in Obstetrics and Gynecology. Harper — Row Publishers. 1974. p. 333.

TEBEFORM®

drazsé



ÖSSZETÉTEL: 250 mg protionamidum drazsénként.

JAVALLATOK: A tuberkulózis pulmonális, más antituberkulotikumok iránt rezisztens esetei. Egyéb antituberkulotikumokkal szemben fennálló intolerancia.

ELLENJAVALLATOK: Terhesség. Heveny gyomorbetegség, gyomor-nyombél fekély, colitis ulcerosa. Máj-cirrhosis. Heveny májgyulladás (ennek lezajlása, a májfunkciós próbák rendeződése után azonban már adható).

ADAGOLÁS: Adagolását az egyéni érzékenység és tűrőképesség figyelembevételével esetenként célszerű meghatározni. Effektusát legalább háromhónapos kúra után lehet lemérni. Folyamatos regresszió és kedvező bakteriológiai hatása esetén a kezelés 8–9 hónapon át folytatható. Szokásos adagja **felnőtteknek:** 500–1000 mg (2–4 drazsé) naponta. Célszerű a kúrát napi 250 mg-mal (1 drazsé) kezdeni, majd másodnaponként 1 drazséval emelni a szükséges adagig.

Gyermekeknek naponta 20–25 mg/tskg. A teljes napi adagot 3 részre elosztva, étkezés után kell bevenni.

Kombinált kezelés: Minthogy monoterapeutikumként adva igen gyorsan rezisztencia fejlődnék ki, adagolása csak kombinációkban célszerű. A kombinációs szerek közül a tioszemikarbazon és az etionamid együttes adagolása – keresztrezisztencia miatt – nem indokolt.
Cikloszerinnel történő együttadásakor gondolni kell a neurotoxicitás fokozódására.

MELLÉKHATÁSOK: Neurotoxikus tünetek (álmatlanság, remegés, izgatottság). Gastrointestinalis panaszok, emiatt azonban csak kivételesen szükséges a kezelés megszakítása. Májműködési zavarok.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Egyéb máj-toxikus szerek adása esetén fokozott májfunkció-ellenőrzés szükséges.

FIGYELMEZTETÉS: Huzamos kezelés vagy az átlagosnál nagyobb adag alkalmazása esetén a májfunkció ellenőrzése indokolt.

MEGJEGYZÉS: ✠ Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra van forgalomban. Az intézet készletéből kell a betegnek térítésmentesen kiadni.

CSOMAGOLÁS: 50 drazsé 11,90 Ft, 500 drazsé 119,– Ft.

QH 1994

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

SZALAY ÁGNES DR.
ÉS GYURIS JENŐ DR.

Pszichiátriai problémák Cushing szindrómában

Megyei Kórház, Gyula, II. Ideg-Psychiátriai Osztály (főorvos: Gyuris Jenő dr.)

A szerzők esetjelentésük kapcsán ismertetik a Cushing-szindróma pszichopathológiájának irodalmát. Felhívják a figyelmet arra, hogy a kórképhez több mint 50%-ban csatlakoznak affektív zavarok és atípusos esetben azok megelőzhetik a manifeszt klinikai képet. Ilyen esetben a pszichiátriai stigmatizáció is hátráltatja a reális orvosi megítélést és oki terápiát. Kiemelik a Cushing-szindróma és endogén depressziók etiológiájának közös vonásait, a biológiai okok mellett a pszichológiai élmények, stressz szituációk szerepét a betegség kialakulásában.

Psychiatric problems in Cushing's syndrome. In connection with their case record the authors report in the literature of the psychopathology of Cushing's syndrome. They draw the attention to the effective disorders associated with the clinical picture in more thon 50% of the cases. They may precede the manifested clinical picture in atypical cases. In such cases the right medical diagnosis therapy are delayed by the etiology of the Cushing's syndrome and endogenic depression as well as the role of psychologic experiences, stress situations in the development of the illness besides biologic are emphasized.

Típusos esetben a Cushing-szindróma felismerése nem okoz gondot. A harsány klinikai jelek: obesitás, striák, hirzutizmus, osteoporosis okozta gerincdeformitások, izomgyengeség, hipertónia, libidócsökkenés, impotencia mellett komplex laboratóriumi vizsgálatok biztosítják a diagnózist. Utóbbiak közt említhetők a cukor, protein, elektrolit háztartás zavarai. Nagyon fontos a plazma kortizol, ACTH és vizelet ketoszteroid meghatározás, ezen belül a napszaki periodicitás vizsgálata és a dexametazon szupressziós próba elvégzése, amely nélkülözhetetlen a kóreredet differenciálására is (8).

Nem szabad elfeledkezni a betegséget kísérő, vagy éppen megelőző pszichés zavarokról sem. Ezek gyakoriságára vonatkozóan az irodalom igen szélsőséges értékeket közöl (20—86%-ig), de a szerzők többsége szerint a betegek több mint felénél lehet számítani pszichés szövődményre. Atípusosnak tekinthető az az eset, amikor a pszichopatológiai zavar a teljes klinikai kép kialakulása előtt jelentkezik. Ezt a ritka jelenséget főként hiperpláziás eredetű megbetegedéseknél észlelték. A pszichés tünetek legtöbbször a klinikai képpel párhuzamosan fejlődnek ki, sugárkezelés vagy adrenalektomia után pedig az endokrinológiai állapot javulásával együtt rendeződnek. A postoperatíve, illetve sugárterápia után kialakuló mentális zavar már a beavatkozás szövődményeként is tekinthető (5, 8, 18, 21, 26, 22, 14).

A pszichopathológiai tünetek széles skáláját ismertetik az enyhe irritabilitástól a súlyos depresszióig. Különböző szerzők által közölt adatok összegzése lehetetlen, mivel a pszichiátriai állapotképek definiálása szerzőnként más. Többségük azonban a depressziók különböző súlyossági fokozatait írja le egészen a szuicid kísérlettel járó, „endogen" formákig. Előfordulhat a schizophreniát utánzó tüneti kép is, főként bizarr testséma-zavarok megjelenésével. Máskor paranoid pszichózis bontakozhat ki. 65 év felett nagyobb az esély az organikus agyi szindrómára (8, 15, 18, 21, 22).

Cohen szerint a pszichés tünetek megjelenése a Cushing-szindróma hyperpláziás eredete mellett szól. Amennyiben nincs ilyen zavar, kb. 75%-ban mellékvese tumorra utal (5). Az exogén szteroidok hatására kialakult „exogen Cushing" képét összehasonlítva az endogen megbetegedéssel, két közös dolog tartható jellemzőnek; a mentalis zavar és az obesitás (12).

A pszichés tünetek természetét elemezve megállapítható, hogy exogen esetben kétszeres gyakorisággal fordul elő a hangulat emelkedése, mint depresszió. Maniform tüneti kép viszont endogen esetben teljesen ritka (6).

Az etiológiai tényezők bonyolultságát az irodalom igen szemléletesen tükrözi. Az organikus, endokrinológiai okok mellett mindvégig kiemeli a pszichológiai hatások szerepét.

Több szerző vizsgálta a betegség pszichoszomatikus tünetképzési modelljét. Felvetődött, hogy a Cushing-szindróma nem specifikus stresszek eredménye lehet. A stresszek és a személyiség diszpozíciójából egy krónikus adrenerg hiperfunkció lép fel, mely általános endokrin és következményes ce-



1. ábra.

rebrális diszfunkciót eredményez, mentalis zavarral. Ezt alátámasztani látszik az a tény, hogy a nem specifikus stressz reakció a hypophysis-adrenalis szisztémában zajlik, valamint az, hogy az adrenalis hormonok szignifikáns emelkedettséget mutatnak stressz szituációban (10, 20, 22, 8, 17). A Cushing-szindrómások familiáris és gyermekkori anamnézisét kutatva 44%-ban találtak prediszpozíciót jelentő pszichológiai élményt, jelentős emocionalis megterhelést. Ezek közt szerepelt szuicid, illetve depressziós familiaris előzmény, valamint korai gyász, veszteség, szeparációs élmény. Valamennyi betegnél, akinél a depresszió már a Cushing-szindróma kifejlődése előtt kialakult, súlyos emocionális stressz volt kideríthető. Ezek mind hiperpláziás eredetű, „hypophysis dependens" betegek voltak. Későbbi adatok is megerősítik az élmények szerepét, kiemelve a szülők elvesztésének pszichogen hatását (5, 10).

Igen nagy jelentőségűek az előrehaladott betegség és következményei okozta reaktív pszichológiai tényezők. Különösen érintettek ebben a fiatal és főként a nőbetegek, akik a küllemükben végbement negatív változásokat igen nehezen vagy nem képesek feldolgozni. A betegség során fellépő pszichogén tényezők az alábbiakban foglalhatók össze

— fizikai változások (hirzutizmus, elhízás, bőrelváltozás)
— csigolyabetegségek okozta panaszok (deformitás, fájdalmak)
— izomgyengeség
— tartósan invalid életmód, gyakori hospitalizáció (21, 22).

A másik etiológiai megközelítési mód az endokrinológiai, biológiai változások kutatása. A Cushing-szindrómás betegek már említett magas depressziós száma arra enged következtetni, hogy összefüggés lehet a Cushing-szindróma és a depresszív betegségek patogenezise közt. A Cushing-szindrómában észlelhető hormonszinteltérésekre már utaltunk. Utóbbi időben a depressziókutatásban is hasonló vizsgálatok kerültek előtérbe (1, 2, 3, 4). A következőkben a két kutatási terület néhány közös vonását emeljük ki.

A depressziósokon emelkedett 17 OHCS szintet mértek plazmában és vizeletben. Cushing-szindrómában hasonló eredményekről számoltak be, sőt, a fellépő pszichopathológiai tüneteknek a 17 OHCS szinttel párhuzamos fluktuálását is leírták (7, 18).

Régóta ismert tény, hogy a depressziósok excesszív mennyiségű kortizolt ürítenek. Kimutatták, hogy a kortizol szint normalizálódása a depressziós tünetek redukciójával jár együtt. Cushing-szindrómában is ismert a kortizol szintnek, periodicitásának, valamint a szupressziós próbának diagnosztikus jelentősége. Leírták azt is, hogy hiperpláziás és tumoros betegek ebben eltérő viselkedést mutatnak. A hiperpláziás csoportnál a depresszió mélységével korreláló átlagértékeket mértek, ellentétben a tumorosokkal (5, 9, 1). Több szerző szerint a kortizol a triptofán anyagcserén keresztül befolyásolja a szerotonin szintet és a hangulati életet (13, 15, 16).



2. ábra.

Sachar és *Carrol* vizsgálataival bizonyította a hypothalamus — hypophysis — adrenális rendszer érintettségét endogen depresszióban. Kimutatták, hogy ebben a kórképben fokozott ÁCTH, kortizol szekréció van, a diurnális ritmus elmosódik és a dexamethason szupressziós teszttel a kortizol ürítés az esetek jelentős részében nem szorítható vissza (1, 2, 3, 4, 24).

Szinte valamennyi közlemény hangsúlyozza, hogy a pszichopathológiai képet a különböző tényezők közösen alakítják ki, csupán az elsődlegesség kérdése vitatható a biológiai, illetve pszichológiai okok vonatkozásában.

Az irodalmi áttekintés után ismertetjük saját esetünket:

N. J., 26 éves férfibeteg 1980 szeptemberében került első ízben osztályunkra. Falusi környezetből, paraszt szülőktől származott. Serdülőkorától kezdve szüleitől távol élt, szülei támogatását élvezve, de nem túl szoros érzelmi kapcsolatban. Korán önálló életet alakított ki. Katonakorában KISZ-titkár, aktív, szervező, ambíciózus személyiség. Leszerelése után szülőfaluja közelében levő városban vett házat, ahol kezdetben testvérével, majd egyedül élt. A katonaság, majd az azt követő önálló civil élet követelményeihez igyekezett alkalmazkodni. Leszerelése előtt pár hónappal jelentkeztek első panaszai, amelyek kedvetlenségben, aktivitáscsökkenésben és reggeli merevedésének elmaradásában nyilvánultak meg. Rossz közérzete a reggeli órákban volt legkínzóbb, délutánonként felszabadult a „nyomás alól". Érdektelenné vált, nem kötötte le semmi, munkáját, környezetét elhanyagolta.

Végtag-, gerincfájdalmai voltak, bordatörést szenvedett. Kényszerűen gondolkodnia kellett elvont dolgokról, pl. az élet értelméről. Közben hangokat is hallott: „öld meg magad! Miért kínlódsz?" Szomatikus, neurológiai statusában, rutin laboratóriumi leleteiben figyelemre méltó eltérés nem volt.

Pszichésen: a depressziós tünetek domináltak: súlyos hangulati nyomottság, pszichomotoros gátoltság, holothym jellegű érzékcsalódások, szuicidiumra való felszólítással. Beszűkült, monoideisztikus, anankasztikus elemeket tartalmazó gondolkodás. Mivel a szokásos antidepresszáns terápiára nem javult, RES-kezelést kezdtünk, melynek kezdetén hipertónia, szemhéj-, lábszárödémák alakultak ki. Belgyógyász glomerulonephritis gyanúját vetette fel. Pszichésen javult, így az előbbiek miatt belgyógyászati szakrendelésre irányítva exmittáltuk.

Két hónap múlva szomatikusan rendezettnek látszó állapotban vettük fel újra. Depressziója kevésbé mély volt. Nem dolgozott, egyedül élt, családjától, munkatársaitól izolálódva. Korábbi szerelmi partnerével kapcsolatát motiválatlanul megszakította.

Belgyógyászati státusában, rutin laboratóriumi leleteiben kóros továbbra sem volt.

Három hónap múlva belgyógyászati osztályra került hipertóniája miatti kivizsgálásra. Az osztályon szuicidiumot kísérelt meg, betegtársai gyógyszerét összegyűjtve. Átvételkor a tiszta tudatú betegnél a depressziós tünetek hátterében észlelhetők a szomatikus történések mögött. Paroxizmusokban jelentkező vesetáji görcsök, hipertónia uralta a klinikai képet, s a beteg szuicid kísérletét is ezzel motiválta. Főként kibírhatatlan fájdalmai miatt akart meghalni. Konzíliumok sora történt a hasi, alhasi görcsök eredetének tisztázására — eredménytelenül. Mivel szomatikus panaszai domináltak, tüneteinek tisztázására visszaadtuk a belgyógyászati osztálynak. Ekkor már jelentkeztek enyhe fizikai elváltozások, arca kerekebb, hasa megnőtt, striái is vannak: Cushing-szindróma gyanúját is felvetve. Szérum elektrolit, vércukor, vesefunkciós értékek még normálisak. Belgyógyászati kezelése során hipertóniáját esszenciálisnak véleményezték, Cushing-szindrómát kizárva.

Ezután 3 hónappal sebészeti osztályról került vissza. Megelőzően csigolya frakturái miatt rheuma osztályon feküdt, ahonnan hétvégi eltávozásra engedték. Otthona közelében levő erdőben a vadőrök találtak rá vérbe fagyva. Ereit pengével metszette fel, igazolványait előbb elrejtette, hogy ne tudják azonosítani. Elmondása szerint azért akart meghalni, mert nem bízik már abban, hogy betegségének oka tisztázódik. Elkeseredett amiatt is, hogy arca, teste eltorzult, kibírhatatlan, ismeretlen okú fájdalmak gyötrik. Külleme tipikusan cushingoid: telihold arc, rövid nyak, hason striák, vékony végtagok, adinámiája miatt járásképtelen.

A közölt két ábrán látható a beteg első felvétele előtt 1 évvel és utolsó felvételekor *(1—2. ábra)*.

Vizsgálatok: U: neg., We: 6—20 mm/fél—1 óra, Hb: 108 g/L, Fvs: $9{,}3 \times 10^9$/L, Se. Na: 150 mmol/L, Se. K: 2,6 mmol/L, Se. Ca: 2,12 mmol/L, KN: 7,71 mmol/L, Glucóz: 5,29 mmol/L, Thymol: 1 E., GOT: 11 U/L.

Terheléses vércukor: 5,15—5,50—9,99 mmol/L.

Se. Kortizol: 8 h: 1150 nmol/L, 14 h: 1350 nmol/L, 20h: 1350 nmol/L, 2 h: 1280 nmol/L.

17 oxiszteroid: 37,1 nmol/L, Lumbalis liquor: sejtszám: 0/mm3, klor: 114 mmol/L, fehérje: 856 mg/L, colloid: 1122110000. 2 ir. koponya: + sella felvétel: negatív.

Mellkas röntgen: magas rekesz állás, jobb rekesz felett pleuropulmonalis árnyék. Osteoporosis. Bal V—VI. bordán nem friss törés. D. gerinc felvétel: V—IX. csigolyán kompressziós törés. A kyphoticus megtöretés kb. 30 fok.

Neurológiai st: Testszerte csökkent izomtónus. Hiporeflexia. *Egyéb negatív.*

Fundus: Körkörösen mosott határú papillák. Prominencia nem mérhető.

1981. július 14-én Cushing-szindróma diagnózissal a Szegedi Endokrinológiai Klinikán nyert elhelyezést.

Ott mellékvesekéreg-túlműködést állapítottak meg. Bal oldali adrenalektómia után hypophysis kobalt irradiációban részesült. 1982 májusában jobb oldali adrenalektómia is történt. A beteg elmondása szerint az első műtét után megszűntek depressziós panaszai. Csigolyatöréseiből adódó 15 cm-es magasságcsökkenését is racionálisan értékelte. Pszichiátriai kezelést azóta nem igényelt, gondozóban sem járt.

Megbeszélés

Esetünk az irodalmi összefoglalással megegyezően bizonyítja a betegségek multifaktoriális jellegét és az etiológiai tényezők bonyolult összefonódását egy-egy kórkép hátterében. Az endokrinológiai alap mellett tagadhatatlan a pszichológiai stresszek szerepe betegünknél is. A katonai szolgálat, majd a lakóhelyváltozással járó izoláció fizikai, emocionális megterhelést jelentett és nagymértékben igénybe vette adaptációs energiáját. A betegség folyamán ehhez még az esztétikai torzulás, a fájdalom és a tisztázatlan betegség tudata is társult, melyeket a beteg szuicidiumának motivációjaként maga is megfogalmazott.

Az eset bizonyítja, hogy szokásos pszichiátriai kezelésre nem javuló depressziós állapotokban a beteg látszólag jelentéktelen, és betegségével összefüggőnek nem látszó szomatikus tüneteire gondosan figyelni kell. Meg kell próbálni követni azok változását és kitartóan keresni az előtérben levő pszichés jelenségek mögött meghúzódó organikus összefüggéseket.

Tanulságosnak tartható esetünk azért is, mert kezdettől fogva komoly diagnosztikus problémákat jelentett nekünk és a társszakmáknak is. Depressziós tünetei kb. fél évvel megelőzték a klinikai szindrómát. Bár mély depresszióval indult, de nem

javult kellően az első kezelés után és életvezetési törése, személyiségváltozása processzusként haladt előre. Kínzóan megélt gondolkodási zavarai, kapcsolatainak leépítése, szeretet-szimpátia érzelmeinek elvesztése shizophrenia gyanúját is felvetette.

Az első pszichiátriai kezelés stigmatizálta betegünket és bár jelentkeztek elgondolkoztató klinikai tünetek, a stigmatizáció gátolta az egyébként is atípusos betegség összképének reális megítélését. Tüneteit külön-külön kezeltük (depresszió, hipertónia, csigolyadeformitás), nélkülözve az oki terápiát.

A beteg sorsa tükrözi azt a helytelen orvosi beidegződést, mely szerint az egyszer már pszichiátriai osztályon kezelt beteg egyéb testi panaszait, sokszor fájdalmát is tünetileg kezeljük, sőt pszichés betegségének tudjuk be.

Az adrenalektomia elvégzése után depressziója is rendeződött, bizonyítva azt, hogy korábbi diagnosztizálás esetén a nyomasztóan tragikus szuicid kísérlet is megelőzhető lett volna.

A postoperatíve bekövetkezett pszichés remisszió az endokrin tényezők nagyobb jelentősége mellett szól a depressziós tünetek patogenezisében, hiszen a műtét után testi tüneteiben és életkörülményeiben lényeges változás nem történt.

IRODALOM: 1. *Arató M. és mtsai:* Az alvásmegvonás hatása a kortizol szekrecióra endogen depresszióban. Ideggyógy. Szle., 1980, *10*, 433. — 2. *Carrol, B. J. és mtsai:* Neuroendokrine regulation in depresszion II. Discrimination of depresszed from nondepresszed patients. Arch. Gen. Psychiat., 1976, *33*, 1051. — 3. *Carrol, B. J.:* Neuroendokrine disturbances and the diagnosis and aetiology of endogeneus depresszion. Lancet 1980, *i*, 321. — 4. *Carrol, B. J. és mtsai:* Resistance to Supression by Dexamethasone of Plasma 11-OHCS Levels in Severe Depresszive Illness. Brit. Med. J. 1968, *3*, 285. — 5. *Cohen, S. I.:* Cushing's syndrome: A Psychiatric Study of 29 Patients. Brit. J. Psychiat., 1980, *136*, 120. — 6. *Corelick, D. A. és mtsai:* Differing Mental Disorders in the Cushing's syndromes. Ann. Intern. Med. 1979, *91*, 3500. — 7. *Fawcett, J. A. és mtsai:* Pituitary Adrenal Funkcion and Depresszion. Arch. Gen. Psychiat., 1967, *16*, 517. — 8. *Freedman, A. M., Kaplan, H. I., Sadock, B. J.:* Comprehensive Textbook of Psychiatry. II. Baltimore, Maryland 1975. — 9. *Gibbons, J. L. és McHugh, P. R.:* Plasma cortisol in depresszive illness. Journal of Psychiatric Research. 1961—3, *1*, 162. — 10. *Gifford, S. és Gunderson, J. G.:* Cushing's disease as a psychosomatic disorder. Perspectives in Biology and Medicine, 1970, *13*, 169. — 11. *Goffmann, E.:* Stigma. Notes on the Management Spoiled Identity. Prentice-Hall. Inc. Englewood. Cliffs. M. J. 1963. — 12. *Gold, E. M.:* The Cushing-syndromes changing views of diagnosis and treatment. Ann. Intern. Med. 1979, *90*, 829. — 13. *Green, A. R. és Gurzon, G.:* Decrease of 5-hydroxytryptamine in the brain provoked by hydrocortisone and its prevention by allopurinol. Nature, 1968, *220*, 1095. — 14. *Jeffcoate, W. J. és mtsai:* Psychiatric Manifestations of Cushing's Syndrome: Response to Lowering of Plasma Cortisol. Qartely Journal of Medicine, 1979, *48/191*, 465. — 15. *Kelly, W. F. et al.:* Cushing's Syndrome, Tryptophan and Depresszion. Brit. J. Psychiat. 1980, *136*, 125, — 16. *Mandell, A. J., Spooner, C. E.:* Psychochemical research studies in man. Science 1968, *162*, 1442. — 17. *Mason, J. W.:* A review of psychoendocrine research on the pituitary — adrenal cortical system. Psychosom. Med. 1968, *30*, 576. — 18. *Regestein, Q. R. et al.:* Psychopathology in Cushing's Syndrome. Arch. Intern. Med. 1972, *130*, 114. — 19. *Sachar, E. J.:* Evidence for neuroendocrine abnormalities in major mental ilnesses. New York. Raven Press, 1975, *54*, 347. — 20. *Selye, H.:* The physiology and pathology of exposure to stress. Acta Inc. Med. Publ., Montreal. 1950. — 21. *Spillane, J. D.:* Nervous and Mental Disorders in Cushing's syndrome. Brain, 1951, *74*, 72. — 22. *Trethowan, W. H. and Cobb, S.:* Neuropysychiatriac aspects of Cushing's syndrome. Arch. Neurol. Psychiat. 1952, *67*, 283.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel.: 180-850

RÖVID MŰTÉTTECHNIKAI KÖZLEMÉNYEK

KÁSLER MIKLÓS DR.
ÉS BÁNHIDY FERENC DR.

Fej-nyaki tumorok radikális kiirtása utáni defektusok rekonstrukciója a szerzők által módosított Ariyan-féle musculus pectoralis maior bőr-izom lebennyel

Országos Onkológiai Intézet (főigazgató: Eckhardt Sándor dr.)
Fej-Nyak Sebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Bánhidy Ferenc dr.)

A szerzők megváltoztatták, leegyszerűsítették, és Magyarországon először alkalmazták az Ariyan-féle m. pect. maior bőr—izom nyeles lebenyt szájüregi defektus zárására. Ismertetik az általuk nagymértékben és lényegében módosított Ariyan-lebeny készítésének, felhasználásának módját. Kedvező tapasztalataik alapján módszerüket a fej-nyaki-defektusok zárására ígéretesnek és közlésre méltónak tartják.

After the exstirpation of the head and neck tumours the reconstruction with m. pect. maior myocutaneous flap modified by authors.
The authors describe the first application of the Ariyan myocutaneous flap in Hungary. They applicated for the reconstruction of floor of the mouth after the radical operation. The offer as a new method the modification of the above mentioned flap. The modified flap gives a new opportunity for the reconstructing the large defect after the operation of the head and neck malignancy.

A kiterjedt sublingualis tumorok onkokirurgiai elveknek megfelelő gyökeres kiirtásakor a legnagyobb nehézséget az jelenti, hogy a létrejött defektust helyre kell állítani, mert csak így lehet biztosítani a per os táplálkozást, az érthető beszédet és a kielégítő esztétikai eredményt. A szájüregi képletek kötöttek, alig mobilizálhatóak, így a szövethiány pótlását csak a környező területekről lehet megoldani. A rekonstrukció megoldására nagyon sokféle elképzelés született, a döntő és eredményes változást azonban a „myocutan lebenyek" kidolgozása és alkalmazása jelentette (1, 2, 3, 4, 5, 6).

A bőr—izom lebenyek előnyét az jelenti, hogy a szövethiány területére fektetett bőr vérellátását a vele együtt kiképzett izomlebenyből kapja. A jó vérellátásnak az a feltétele, hogy a lebeny tartalmazza az izom fő ellátó verőerét, a gazdag vénás hálózat pedig ne legyen megtörve. A „myocutan lebenyek" közül a *Hueston és Conchie* (7) által leírt, *Ariyan* (8) által 1979-ben átdolgozott m. pect. maior myocutan nyeles lebeny különösen alkalmasnak látszott a sublingualis malignomák és nyaki metasztázisainak radikális monoblock műtétei után létrejött nagyméretű defektusok zárására. Az volt a célunk, hogy az Ariyan-féle bőr—izom nyeles lebenyt leegyszerűsítsük, előnyös változtatásokat hajtsunk végre és eredményesen alkalmazzuk.

Rövidítések:
m. pect. maior = musculus pectoralis maior;
fascia pect. prf. = fascia pectoralis profunda;
fascia pect. spf. = fascia pectoralis superficialis;
a. = arteria;
v. = vena;
n. = nervus

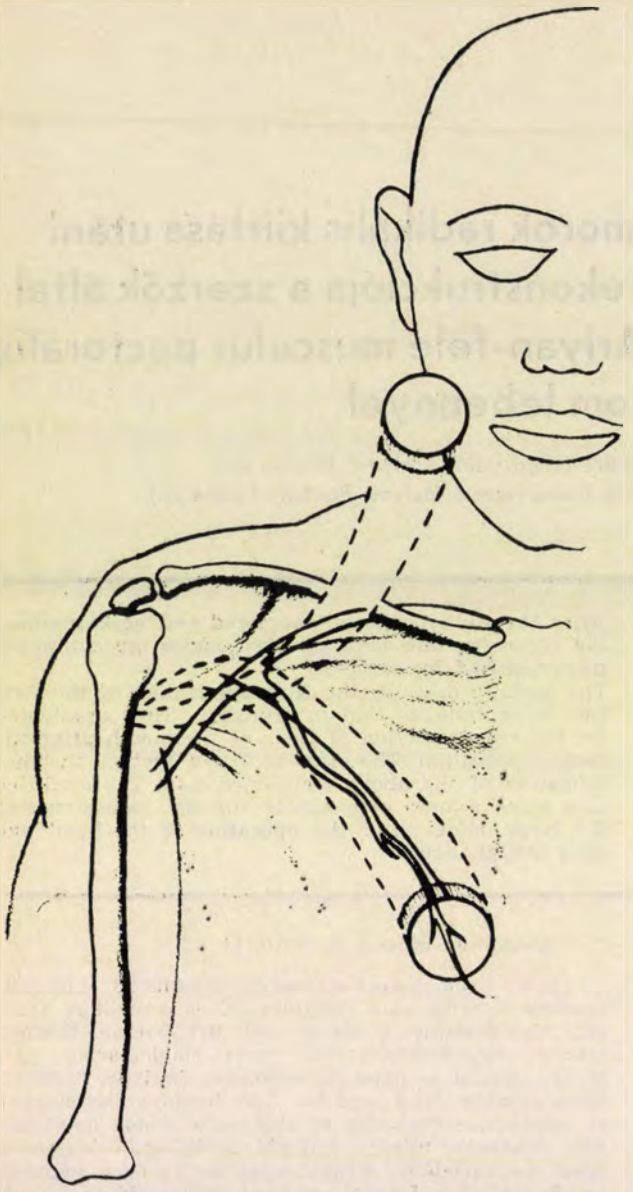
Anatómiai alapok (8, 9, 10, 11, 12)

A m. pect. maiort a fascia pectoralis spf. kapcsolja össze a szubkután zsírszövettel és a mellkas bőrével. Alsó felszínét a fascia pect. prf. borítja. Eredése szerint megkülönböztetünk pars claviculárist, pars sternocostálist és pars abdominálist. Az izom rostjai a felkarcsonton levő tapadás felé haladva összetérnek és megcsavarodnak, így az alul eredő rostok magasabban tapadnak, mint a felülről jövők, miközben azok mögé kanyarodnak. Következésképp az izom leghosszabb rostjai a legalul eredő, legmagasabban tapadó rostok (pars sternocostális disztális rostjai). A felkarcsonti tapadás mint forgáspont körül ezeket a rostokat lehet a legtávolabbi területekig mobilizálni.

A nagy mellizom vérellátását legnagyobb részben az a. axillarisból eredő a. thoracoacromialis biztosítja, amely az izom alsó részén, az acromioxyphoidealis vonalban, a fascia pect. prf. fölött húzódik. Végágai sűrűn átszövik az izom állományát, perforáns ágai ellátják a szubkután szöveteket és a bőrt. Az artéria mellett fut a kísérő véna, és az izmot beidegző n. thoracicus lateralis. A neurovaszkuláris köteg lefutásának iránya az izom teljes hosszában párhuzamos a rostokkal.

Az Ariyan-lebeny kialakítása

Ariyan (8) az első bőrmetszést a nagy mellizom laterális szélén ejti; átvágva a bőr, az izom tapadása közelében kipreparálja a fascia pect. profundán az a. thoracoacromialis törzsét, majd annak lefutását szemmel ellenőrizve disztális irányban követi egészen a lebeny alsó pólusáig és kialakítja körülötte a lebenyt úgy, hogy a fascia pect. prf.-ig átvágja a rétegeket. A lebeny mobilizálása érdekében a szerző átvágja az izom felkarcsonti és claviculáris tapadását és leköti az értörzs ramu deltoideusát.



1. ábra: Műtéti módosításunk vázlata

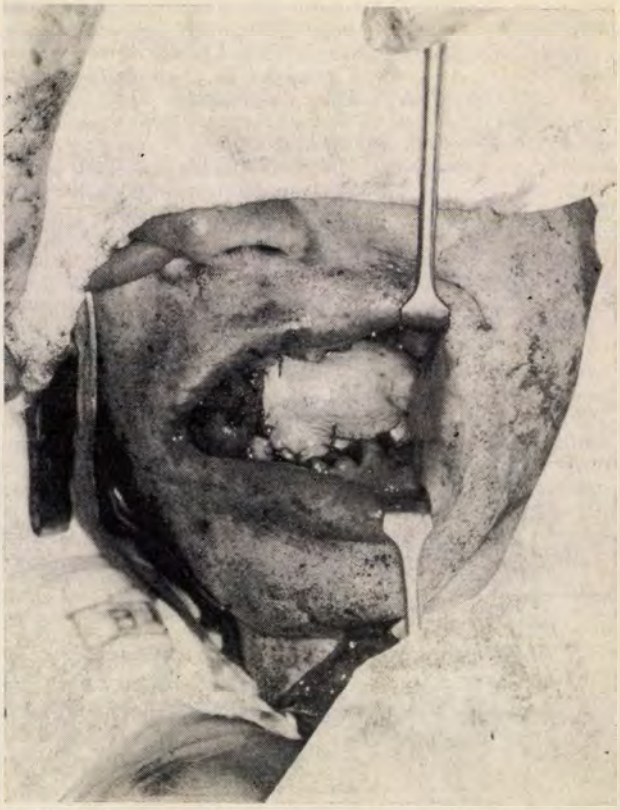
Az általunk módosított Ariyan-lebeny kialakítása (1. ábra)

A szerzővel ellentétben a lebeny kialakítását a bőr, majd az izomnyél kialakításával kezdtük. Az acromioxyphoidealis vonalban átvágtuk a bőrt és a szubkutiszt, majd a m. pect. maior leghosszabb rostjai fölött körbevágtuk a bőrt és a kívánt nagyságban (4—8× 3—6 cm), és a fascia pect. prf.-ig hatoltunk, ahol határozott artériás vérzést kaptunk. A vérzés megjelölte az a. thoracoacromialis törzsét, amelyet a „sziget" felhajtásakor a fascia pectoralis profundán szemmel is jól láttunk és az izomnyél kialakításakor laterokraniálisan követtünk. A „bőrszigetet" a mellkasi fasciákhoz varrtuk csomós öltésekkel annak érdekében, hogy a bőr az izomnyélről a későbbi vongáláskor ne szakadjon le, a mikrocirkuláció ne károsodjon. Mivel az izomból a bőrhöz haladó erek a bőrre merőlegesek, az izomnyél megközelítően azonos vastagságú a „bőrszigettel". A felületes és mély mellkasi fascia átvágása után a izomrostokat tompán szétválasztottuk, majd a fasciák metszésvonalait összevarrtuk, ezáltal a párhuzamos rostokat összetartottuk. Az izomlebeny maximális mobilizálásakor abból indultunk ki, hogy a pars sterno-



2. ábra: A felkarcsontig kiképzett m. pect. maior bőr-izom nyeles lebeny nyakra történő felhozása

costális legalsó, leghosszabb rostjai a felkarcsonti tapadás irányába sugározva a felül eredők alá kerülnek,



3. ábra: A szájfenéki defektus rekonstruálása a lebeny bőrének felhasználásával

de azok fölött tapadnak. Ezeket a rostokat a felkarcsontig kipreparáltuk, miközben a delta izmot ellátó ramus deltoideust is megkíméltük. A pars sternocostális és a pars claviculáris vízszintesen haladó rostjait a legfelső bordákról és a claviculáról elemeltük, és a már alájuk csavarodó izomnyelet a clavicula felett a nyak bőre alá húztuk *(2. ábra)* a legrövidebb úton. Mivel a kipreparált izomnyél vastag, nem kellett félni attól, hogy a vízszintes rostok és a clavicula között az izomnyél erei komprimálódnak vagy megtörnek.

A módosított Ariyan-lebeny felhasználása

Az általunk módosított Ariyan-lebenyt szinte ideálisan alkalmasnak találtuk olyan szájüregi karcinomák és regionális metasztázisaik monoblockban történt kiirtása után, amikor a primér tumor az operábilitás határán volt, de nem terjedt rá a mandibulára. A monoblock elvnek megfelelően radikális nyaki disszekcióval kezdtük a műtétet. A blockot kaudál felől kraniális irányba preparáltuk és a szubmandibuláris regióban a szájfenéki tumorra kocsányosítottuk. A blocküreget a szájüreggel a mandibula haránt szára alatt kötöttük össze a gingiván ejtett metszéssel. Ezen a nyíláson a nyelvet a nyakra húztuk és a szem ellenőrzése mellett bőven az épben kiirtottuk a tumort monoblockban. Intraoperatív fagyasztásos szövettani vizsgálattal ellenőriztük a ablaszticitást. A szájüregben kb. 6×8 cm nagyságú defektus maradt, amelynek széle a nyelvtesten, a nyelvszélen, a szájfenéken és a gingiván húzódott. A defektus nagyságának ismeretében módosított Ariyan-lebenyt készítettünk és az előbbiekben ismertetett metódus szerint felhoztuk a nyakra. Az izomnyelet a csupaszra preparált a. carotisra és a n. vagusra feketettük az izom fasciáját néhány csomós öltéssel a hosszú nyaki izmokhoz és a mély nyaki fasciához varrtuk. Ezt a carotis védelme mellett azért tartottuk fontosnak, mert a tömeges izomnyél súlya így nem kizárólag a szájüregi varratsorra nehezedett. A mandibula alatt a defektusba fektettük a myocutan lebeny bőrét, és atraumatikus monofil varratokkal körkörösen a defektus széléhez varrtuk *(3. ábra)*. Ezt követően a szájüregi varratsor alatti területen több rétegben szorosan zártuk a sebzéseket. A táplálláshoz a sebgyógyulásig nazogasztrikus szondát, a légzés biztosítására átmeneti tracheotomia superiort alkalmaztunk *(4. ábra)*. A beteg gyógyulása zavartalan volt, a lebeny a szájüregbe tökéletesen beépült *(5. ábra)*.

Megbeszélés

Műtéti megoldásunkkal az *Ariyan* (8) lebenyhez hasonlóan nagyon jó, szinte ideális onkológiai, funkcionális és anatómiai eredményt lehet elérni (a táplálkozás zavartalan, a nyelv mobilis, a beszéd változatlan). Nem kell tekintettel lennünk a létrehozott defektus nagyságára, eddig inoperábilisnak tartott primér tumorokat operálhatunk radikálisan.

Módosításunk az eredeti Ariyan-lebennyel szemben több előnyt kínál: 1. Az a. thoracoacromialis helyzetének meghatározásakor elkerüljük a preparálással járó izomroncsolást és csökkentjük a metszések számát. 2. A „bőrsziget"-fascia varratok megakadályozzák a bőr leszakadását. 3. Az összevarrt fasciák együtt tartják az izomrostokat. 4. Maximális hosszúságú lebenyt alakítunk ki, mivel az izom anatómiai adottságait kihasználjuk (a leghosszabb rostok felhasználásával a tapadásig való kipreparálásukkal, a nyakra történő felhozás módjával). 5. A ramus deltoideust megkíméljük, a delta izom atrofizálását megelőzzük. 6. Kizárjuk a csupaszra preparált a. és v. thoracoacromialis megtörétését. 7. Az izomnyél védi a carotist és a vagust. 8. Az izomnyél felfüggesztése tehermentesíti a szájüregi varratsort. 9. A nyaki blocküreget az izomnyél kitölti. 10. Minden eddigi műtétnél jobb az esztétikai és funkcionális eredmény.



4. ábra: A sebzések a műtét végén



5. ábra: A beteg a műtét után 6 héttel

Köszönetnyilvánítás

Szeretnénk kifejezni köszönetünket Intézetünk Anaesthesiológiai és Intensiv Therapiás Osztálya dolgozóinak betegeink posztoperatív kezeléséért.

IRODALOM: 1. *Ariyan, S.:* The Laryngoscope XC. 1980, *4*, 676. — 2. *Owens, N.:* Plast. Reconstr. Surg. 1957, *20*, 117. — 3. *Bakamjian, V. Y.:* Plast. Reconstr. Surg. 1963, *17*, 191. — 4. *Wallstein, H. L., R. R. Baumann, W. Richter:* II. Internat. Symp. Facial Plast. Recontr. Surg. Chicago (1975.) — 5. *Conley, J. I.:* Regional Flap of the Head and Neck. Thieme, Stuttgart, 1976. — 6. *McGraw, J. B., Penix, J. O., Baker, J. W.:* Plast. Reconstr. Surg. 1978, *62*, 197. — 7. *Hueston, J. T., McConchie, I. H.:* Aust. N. Z. I. Surg. 1968, *38*, 61. — 8. *Ariyan, S.:* Plast. Reconstr. Surg. 1979, *63*, 73. — 9. *Kenyeres M. dr.:* A myocutan lebenyek fej-nyak sebészeti alkalmazása. Fül-orr-gégegyógy. 1981, *27*, 139. — 10. *Kiss F.:* Rendszeres bonctan. 1941. Szeged, Lapkiadó Váll. — 11. *Szentágothai J.:* Functionális Anatómia. Medicina, 1975. — 12. *Kiss-Szentágothai J.:* Az ember anatómiájának atlasza. Medicina — Akadémia Kiadó, 1971. — 13. *Ertl, J.:* Die Chirurgie der Gesicht — und Kieferdefekte. Urban u. Schwarzenberg. Berlin, 1918.

AZ AKADÉMIAI KIADÓ GONDOZÁSÁBAN JELENT MEG:

Magyar–német orvosi szótár

Szerkesztette Györkösy Alajos
és Szily Ernő
(1962). Kötve 65,– Ft.

Német–magyar orvosi szótár

Szerkesztette Kuntner Mária
és Véghelyi Péter
(1981). Kötve 147,– Ft.

Magyar–latin szótár

Szerkesztette Györkösy Lajos
4. kiadás
(1982). Kötve 182,– Ft.

A KORÁNYI SÁNDOR TÁRSASÁG TUDOMÁNYOS ÜLÉSEI SOROZATÁBAN:

V. A genetikai kutatások jelentősége a klinikumban
Szerkesztette Lenart György. (1967). Kötve 20,– Ft.

VI. Autoallergiás betegségek. Szerkesztette Rajka Ödön. (1967). Kötve 53,– Ft.

VII. Korányi Sándor emlékére születésének 100. évfordulóján
Szerkesztette Magyar Imre, Regöly-Mérei Gyula. (1967). Kötve 32,– Ft.

VIII. Atherosclerosis. Szerkesztette Magyar Imre. (1968). Kötve 35,– Ft.

IX. Encephalopathiák. Szerkesztette Magyar Imre. (1969). Kötve 45,– Ft.

X. A nephrológia haladása. Szerkesztette Magyar Imre. (1970). Kötve 32,– Ft.

XI. Klinikai orvostudomány. Szerkesztette Magyar Imre. (1972). Kötve 64,– Ft.

XII. Korányi Sándor-emlékelőadás. A klinikai orvostudomány
Szerkesztette Magyar Imre. (1972). Kötve 19,– Ft.

XIII. Fogamzásgátlás. Szerkesztette Magyar Imre. (1974). Kötve 35,– Ft.

XIV. A daganatok operabilitásának és áttétképződésének kérdései
Szerkesztette Eckhardt Sándor és Gyenes György. (1975). Kötve 60,– Ft.

XV. Iatrogén ártalmak
Szerkesztette Eckhardt Sándor és Gyenes György. (1977). Kötve 50,– Ft.

XVI. Az extrém táplálтsági állapotok
Szerkesztette Eckhardt Sándor és Gyenes György. (1979). Kötve 64,– Ft.

Sajtó alatt: XVII. Thromboemboliák és haemorrhagiás diathesisek
Szerkesztette Schuler Dezső és Görgényi Ákos



AKADÉMIAI KIADÓ BUDAPEST

STÖRCK ANTAL: **ORVOSI TANÍTÁS**

Kiadta: Rácz Sámuel, 1778.

A kiadvány fakszimile kiadása a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum gondozásában jelent meg.

Ára bőrkötésben 850,– Ft.

A kiadványok megrendelhetők:

AKADÉMIAI KÖNYVESBOLT

Budapest, Váci u. 22. 1052



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Tanulmányút Indonéziában. 1983. márc 20—ápr. 10.

Ez év márc. 20.—ápr. 10. között lehetőségem volt háromhetes tanulmányutat tenni Indonéziában, Jáva szigetén. Ott-tartózkodásom alkalmával főleg a gyermeksebészeti ellátást, az általános egészségügyi szervezést és az alkalmazott módszereket tanulmányoztam. Több városban (Jakarta, Bandung, Yogjakarta, Semarang) jártam és mindenhol felkerestem az állami és alapítványi kórházakat, valamint az egyetemi intézeteket, klinikákat.

Indonézia 5 nagy — (Jawa, Kalimantan, Sumatra, Irian Jaya, Sulavesi) és mintegy 1400 kisebb-nagyobb szigetből tevődik össze. Az utóbbiak közül mind gazdasági, mind turisztikai szempontból kiemelkedik Bali és Timor. Indonézia, földrajzi elhelyezkedéséből következően összekötő kapocs a távol-keleti országok, mint Thaiföld, Singapore, Hongkong, Burma, a Fülöp-szigetek, valamint Japán és Ausztrália között. Ennek nemcsak gazdasági jelentősége van, hanem szakmai is, mert a földrajzi közelség miatt az indonéz orvosok nagyon könnyen és egyszerűen tudnak ezekbe az országokba elutazni továbbképzés céljából.

Indonézia lakossága jelenleg közel 150 millió a legutolsó népszámlálási adatok szerint. A lakosság több, mint 60%-a él Jawa szigetén, a főváros, Jakarta lélekszáma több mint 7 millió. Az elmúlt néhány évben a kormány jelentős erőfeszítéseket tett a születésszabályozás bevezetése érdekében. Ennek eredményeképpen jelenleg egy indonéz családban már csak 2—3 gyermek van a korábbi 8—10-zel szemben.

Szervezésileg az ország 27 körzetre van osztva, mely adminisztratív felosztást jelent elsősorban, de egészségügyit is. A kórházi ellátásra minden állampolgár jogosult, de ez nem jelent ingyenes ellátást, mert az állam által fenntartott kórházakban naponta 50 000 rupiát kell fizetni (kb. 48 US dollár) a kórházi ellátásért. Az alapítványi és magánkórházakban ez az összeg lényegesen magasabb. Az összeg nagyon magas, tekintve a lakosság nagyobb részének rossz anyagi helyzetét. Természetesen van állami támogatás is, de ez az összeg nagyon kicsi. Indonézia a fejlődő országok közé tartozik, természeti kincseit és tartalékait csak részben tárták fel, ez a Suharto kormány jelenlegi IV. 5 éves tervében alapvető fontossággal bír. Gazdag olaj, uránium, arany, réz stb. tartalékokkal rendelkeznek, amelyek feltárása és kiaknázása folyamatban van. A fejlődés üteme óriási, hatalmas építkezések vannak és nagyon nagy szempontot fordítanak a nemzetközi turizmus fejlesztésére. Ennek látható nyoma országszerte a nagyszámú turista, a zsúfolt, nagyon modern szállodák és Indonézia különböző részeire szervezett utazások látogatottsága.

A kórházakat 5 kategóriába sorolják. Az „A" kategóriájú kórház jelenti a minden szakágra kiterjedő ellátást. Ilyen kettő van az országban, egy Jakartában és egy Surabayaban. Az egyetemi szintű orvosképzés szinte kivétel nélkül az ország valamennyi orvosi egyetemén történik, de a szakképesítés megszerzése előtt az orvosok 1—2 éves tanulmányutat tesznek, természetesen állami költségen. Ez a tanulmányút történhet Európában (Anglia, Ny.-Németország, Hollandia, Franciaország stb.), Japánban, az Egyesült Államokban, Kanadában, Ausztráliában. Számos olyan orvossal volt alkalmam találkozni és beszélgetni, akik a szakképesítésüket a felsorolt országok valamelyikében szerezték meg, de ezen felül is módjuk van néhány év elteltével több hónapos, vagy egyéves továbbképzésre külföldön.

Az ország, a szigetek jelentős része Magyarországhoz képest elmaradott mezőgazdasági terület, amelyhez még a nagy távolság is hozzájárul. Mindez magyarázza az egészségügyi ellátásban levő minőségi különbséget a nagyvárosok és a vidék között. A gyermeksebészeti ellátás nagyon kifejezetten Janus arcú. Egyrészt kitűnően képzett orvosok, valamint jól felszerelt állami és egyetemi kórházaik vannak, de számuk a lakosság és különösen a gyermekpopuláció nagyságához viszonyítva elenyészően csekély. Mindössze 11 gyermeksebész szakorvos működik Indonéziában, általában minden nagyvárosban dolgozik egy szakorvos, de nemcsak egy kórházban, hanem egyszerre orvos kiképzését jelenti. Emellett folyamatban van a gyors szállítási módszerek kidolgozása (repülőgép, helikopter) a megfelelően felszerelt kórházakba. A látott fejlődést reálisan megítélve, ez 1—2 éven belül várható.

3—5-ben, különösen vidéken. Beszélgettem olyan gyermeksebészekkel, akik 200—300 km-es körzetben látnak el gyermeksebészeti feladatot. Természetesen a kisebb városokban is megfelelően felszerelt és ellátott kórházak vannak, a leggyakoribb a négy alapszakmával bíró kórház (belgyógyászat, sebészet, gyermekgyógyászat, szülészet-nőgyógyászat), viszont pl. szemészeti, orthopaediai, gégészeti ellátásért gyakran többszáz km-t kell utaznia a betegnek. Ennek a költségkihatásai is igen tetemesek, mert a kórházi ápolási díjon kívül az utazási kiadás sem jelentéktelen. A nagy távolságok miatt ez vagy repülővel, vagy gépkocsival oldható csak meg.

Mindezen nehézségek és visszásságok ellenére a betegellátás színvonala magas. Ez elsősorban az orvosok érdeklődésének, jó szakmai felkészültségének tudható be. Folyamatosan tanulmányozzák a legújabb eredményeket, rendszeresen járnak különböző kongresszusokra, minden második évben az ASEAN országok megrendezik a maguk önálló gyermeksebészeti kongresszusát. 1984-ben a VII. ilyen jellegű kongresszus Manilában lesz. A VI. kongresszuson nekem is lehetőségem adódott részt venni, és már akkor is nagyon imponáló volt a távol-keleti kollégák nagyon alapos felkészültsége. A rendszeres, államilag támogatott tanulmányutak révén szoros kapcsolatban vannak a világ gyermeksebészeti osztályaival és gyermeksebészeivel. Nagyon sok közleményük jelenik meg világszerte. Rendelkeznek a legkorszerűbb vizsgáló- és kezelő készülékekkel, amelyek korunkban elengedhetetlenül szükségesek a hatékony és eredményes betegellátáshoz.

Műtéti eredményeik azonosak a jó európai átlagosztályok eredményeivel. Sok gyermeksebészeti megbetegedés sokkal gyakoribb Indonéziában, mint nálunk (pl. Hirschsprung-f. megbetegedés, egyes rosszindulatú daganatfajták, vékonybél atrézia), ugyanakkor sokkal ritkább a myelomeningocele, a veleszületett csípőficam, a retentio testis stb. Véleményük szerint műtéti eredményeiket már a közeli jövőben javítani tudják, elsősorban azáltal, hogy mind a 27 körzetben megszervezik a gyermeksebészeti ellátást. Ez egyúttal legalább 25—30 gyermeksebész szak-

Az indonéz kollégák részéről, most már a második alkalommal, a maximális barátságot és szívélyességet tapasztaltam. Mint dr. Moedito Mardjikoen, a Yogjakartai Egyetemi Klinika gyermeksebész professzora kifejezte: „A világon nagyon sok gyermek él és számukhoz képest a gyermeksebészek száma nagyon kevés. Ezért össze kell tartanunk, ki kell cserélni tapasztalatainkat, tanulnunk kell egymástól, hogy minél több gyermeket tudjunk meggyógyítani békés és nyugodt körülmények között. Számunkra nincsenek határok és a távolságok napjainkban már igazán leküzdhetők." Úgy gondolom, hogy igaza van. Tanulni és tapasztalatokat szerezni, segíteni és gyógyítani mindenhol lehet és kell. Ezért tartom szükségesnek a kölcsönös kapcsolatteremtést.

Léb József dr.

Hygroton®

H 400/N 100 Antihypertensiva diuretica

tabletta



ÖSSZETÉTEL: 50 mg chlorthalidonum tablettánként.

JAVALLATOK: Különböző eredetű (kardiális, renális stb.) ödémás állapotok: enyhe és középsúlyos hipertónia (különösen egyéb vérnyomáscsökkentőkkel, főleg béta-receptor blokkolókkal kombinálva); a terhesség késői szakában fellépő hipertónia és ödéma; premenstruációs panaszok; kóros elhízással együtt járó folyadékretenció; a laktáció gátlása az elválasztás időszakában; folyadékretencióval együtt járó gyermekkori megbetegedések.

ELLENJAVALLAT: Veseelégtelenség, 100 mg/dl feletti maradék-N, ill. 50 mg/dl feletti karbamid-N értékekkel.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést és gondos orvosi ellenőrzést igényel.
Felnőttek szokásos adagja hipertónia és ödémák kezelésére naponta 1—2 tabl. a hatás eléréséig, a fenntartó adag heti 3 × 1 tabl.

A terhesség késői szakában a hipertónia és ödéma megelőzésére heti 1—4 tabl., kezelésére kezdetben 1 tabl./die, majd heti 3 × 1 tabl. Premenstruációs panaszok esetén célszerű a kezelést a menstruáció várható időpontja előtt 4—8 nappal kezdeni; az 1—3. kezelési napon 1 tabl., majd napi ½ tabl. az adag, a szabályos vérzés megindulásáig. A kóros elhízással kapcsolatos folyadékretenció kezelése hasonlóan történik, mint hipertónia, ill. ödémák esetén. A tejelválasztás csökkentésére elegendő 2 tabl. kezdő adagként, majd 1 tabl./die 2—6 napig.

Gyermekek kezdő adagja 1—5 éves korig ½ tabl./die 2—3 napig, majd fenntartó adagnak hetente 3 × ½ tabl.; 6 éves kortól a kezdő adag ½ tabl./die, a fenntartó adag naponta ½ tabl.
A napi adagot célszerű reggel, étkezés után bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Enyhe szédülés, adynamia, fáradtságérzés, elsősorban a kezelés elején — ezek a panaszok többnyire spontán, vagy az adagok átmeneti csökkentésére megszűnnek. Enyhe gastrointestinális panaszok, ha a gyógyszert éhgyomorra veszik be. Szórványosan észleltek allergiás bőrtüneteket is.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:
— szívglikozidokkal (a hypokalaemia következtében a glikozidok toxicitásának fokozódása);
— orális antidiabetikumokkal (antidiabetikus hatás csökkenése);
— kortikoszteroidokkal (K-vesztés fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS: Súlyos cerebrális és coronaria-sclerosis esetén, valamint szívinfarktus után adása fokozott óvatosságot igényel.
Kezelés alatt ajánlatos a szérum-elektrolitok gyakori ellenőrzése.
Az egyéb salureticumokhoz hasonlóan előidézheti a latens köszvény vagy diabetesz manifesztálódását.
Szedése alatt a szigorúan nátriumszegény diéta előnytelen, mert a K-ürítés fokozásával rontja a vizeletelhajtó, ill. vérnyomáscsökkentő hatást.

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

CSOMAGOLÁS: 30 tabletta, térítési díja: 11,80 Ft.

BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen
CIBA—GEIGY licencia alapján

Perinatalis kérdések

Gondolatok az 1500 g-nál kisebb születési súlyú újszülöttek későbbi fejlődésének értékeléséről. H. Knobloch és mtsai (Department of Pediatrics of Albany Medical College of Union University és más intézetek): Pediatrics, 1982, *69*, 285.

A perinatális intenzív centrumok gyors elterjedése és fejlődése az újszülöttkort túlélők számának ugrásszerű emelkedéséhez vezetett. Igen eltérőek azonban a vélemények a későbbi mortalitásra, morbiditásra és a felnövők életkilátásának minőségére vonatkozóan. A közlemények összehasonlítását, eredményeik értékelését nehezíti, hogy nem egységes a kiindulási alap. Sem a használt definíciók, sem az ellátás színvonala nem azonosak a különböző intézetekben és nincsenek megszabva a tanulmányokhoz szükséges adatok. A perinatalis történéseken kívül ugyanis számos demográfiai, szociális, valamint környezeti tényező befolyásolja a magzat sorsát, az újszülött jövőjét; ezek ismerete nélkül az értékelés nem reális.

Az eddigi közleményekből annyi biztosan megállapítható, hogy minden szempontból azok az újszülöttek a leginkább veszélyeztetettek akiknek a születési súlya 1500 g alatt van. A tanulmányban szerzők azokat a normákat kívánják leszögezni, amelyek ezen újszülöttek halandóságának, főként pedig az életben maradottak állapotának, jövőjének objektív értékeléséhez és az eredmények összehasonlításához szükségesek. Választ keresnek továbbá arra a kérdésre — saját tapasztalataikat azonos kautélákkal dolgozó intézetek adataival összehasonlítva —, hogy a túlélési arány emelkedésével csökken-e ezeknek a felnövő kis súlyúaknak későbbi veszélyeztetettsége? Milyen arányban és súlyosságban kell marandandó károsodásukkal számolni, és mely tényezőknek van ezek keletkezésében kiemelkedő szerepük? Saját betegeiknél a kontroll csoportokéban is — minden hibaforrást, félreérthető eredményt kerültek ezért *kizárólag az intézeteken belül születettek* adatait vették figyelembe. A náluk 1975. júl—1979. dec. között 751—1500 g születési súlyú, összesen 285 gyermek közül behatóan csak az 1978. szept. 1-ig született 159-cel foglalkoztak, mert róluk a biostatisztikai hivataltól megkapták a demográfiai, praenatalis és szociális adatokat, amelyek mindkét szülő születési, családi, szociális, iskolai körülményeire, képzettségükre és aktuális életmódjukra kiterjednek. A lényeges praeconceptionalis eseményeket, a terhesség, szülés, postnatalis szak és a kórházi tartózkodás minden apró mozzanatát az intézetben regisztrálták. *Túlélőnek* azokat számították, akik a 28. napot túlélték és élve adták ki őket. Ezek száma 96, közülük 88-at (92%) tudtak folyamatosan ellenőrizni.

Klasszifikáció, normák: a) Pontosan rögzítik a normális pszichoszomatikus, motoros és mentalis fejlődés, valamint a „minor", ill. „major" defektus, vagy neuropszichiátriai abnormalitás fogalmát, megadva a használt vizsgálati módszereket. b) Közlik az újszülöttkori definíciókat és osztályozást, Thomson, Lubchenco, ill. Usher szerint. c) Az anyák praenatalis vagy perinatalis szövődményeit, d) Az újszülött állapotának jellemzőit és a postnatalis szövődmények (légúti, idegrendszeri, shock, stressz stb.) fellépésének időpontját, az alkalmazott terápiát részletesen ismertetik.

Az eredmények elemzését *az újszülött mortalitás*sal kezdik, kiindulási alapul az 1952-es évet veszik, melyhez a perinatalis ellátás fejlődésének 3 jellegzetes időszakának adatait hasonlítják, összesen 4 intézet, ill. New York állam eredményeit, valamint saját intézetükből 1975. júl.-tól három, egymást követő, 18 hónapos periódust. A táblázatok súlycsoportra bontva szemléltetik az adatokat. Fontos kiegészítő táblázatban 4 különböző szempont szerint állították össze a *750—1500 g közötti újszülöttek anyáinak jellemzőit.* A táblázatokból megállapítható, hogy a halandóság csökkenése a perinatalis ellátás fejlődésére jellemző, de ezen belüli anyai és egyéb, már felsorolt tényezőktől is függ.

A túlélők fejlődését ugyancsak súlycsoportok szerinti bontásban és kontroll csoportokkal összehasonlítva (a kontrollok vizsgálatát H. Knobloch vezette) az 5. táblázat, a neuropszichiátriai állapotnak a *praeconceptionalis, prae-, peri- és postnatalis tényezőkkel való összefüggését* a 6. táblázat demonstrálja. *A közvetlen stresszfaktorok hatását* kitűnő ábra szemlélteti. Külön táblázat foglalja össze a „major" abnormalitásban szenvedők korai és későbbi adatait.

Az eredmények az 1500 g alatti születési súlyúak mortalitásának igen kifejezett csökkenését mutatják. Megállapítható, hogy az újszülöttet fenyegető veszélyek jelentős hányada praeconceptionalis és praenatalis, ami a késői morbiditásban is megnyilvánul. Feltehetően ez okozza, hogy ezen kis súlyú, nagyrészt kora és/vagy sorvadt újszülöttek között most is magas a „major" károsodásúak aránya: a 751—1000 g-osok 40%-ában, az 1001—1500 g születési súlyúak 18%-ában. Ennél valamivel kedvezőbbek az „Addendum"-ban, az 1980. évben születettekről közölt eredmények; százalékos értékelésük azonban az esetek kis száma miatt nem reális, de nem is jelent alapvető változást. Lényegében — szerzők szerint — az utolsó évek nagyszámú túlélői között a károsodott („major") gyermekek aránya nem különbözik ugyanezen intézet 1956-ban közölt adataitól. Akkor az újszülötthalandóság ebben a súlycsoportban 95% volt, de a kis számú „major" defektusainak aránya ugyanilyen, vagy jobb.

A jelenlegi adatok részletes analíziséből kitűnik, hogy további, minőségi javulást csak a *prevenció* (praeconceptionális és praenatalis) hozhat. Az IQ-nak a fejlődés folyamán bekövetkező változásai és a „minor" eltérések csak később megítélhető formáinak értékeléséhez hosszabb megfigyelési idő és a környezeti hatások ismerete szükséges.

[Ref.: A conclusio megegyezik Horwood, S. P. és mtsai véleményével (Pediatrics, 1982, 69, 613.), mely szerint az újszülöttek ezen csoportjában a mortalitás rohamos csökkenésével tart lépést a túlélők morbiditásának javulása. Stern, L. szerint (Pädiat. Pädol. 1982, 17, 245.) a perinatalis intenzív centrumokban évről évre jobb az érett újszülöttek túlélési aránya és ezzel párhuzamosan csökken késői morbiditásuk is. Az 1500 g-nál kisebb születési súlyúaknál a mortalitás csökkenése kétségtelen, a túlélők fejlődésének, további sorsuknak megítéléséhez azonban még kiterjedt, hosszabb időn át folytatott vizsgálatok szükségesek; ma erről végleges véleményt mondani még nem lehet.]

Wohlmuth Gertrúd dr.

Az intenzív újszülöttellátás kedvező eredményei igen kis súlyú koraszülötteknél. Cohen, R. H. és mtsai (Stanford Egyetem Gyermek és Szülészeti Osztálya, California): Pediatrics 1982, *69*, 621.

Az előző felmérések nagyon különböző eredményekről számolnak be. Többen igen gyakori neuromuscularis, vagy fejlődési retardációról írnak, mások sokkal derűlátóbbak. Az igen kis súlyú koraszülöttek (IKK) növekvő száma és az intenzív újszülöttellátás (IUE) növekvő költségei miatt a szerzők átgondolták az 1000 g súlyú újszülöttjeik sorsát. Az 1961—80 között születetteket hívták be utóvizsgálatra (UV).

Ventilatióban részesültnek 1977-ig azt tekintették, akik legalább 15 órán át voltak gépi lélegeztetésben,

később pedig a legalább 24 órát lélegeztették.

Az utóvizsgálatok legalább 3 évig, évente történtek. A fizikális és neurológiai vizsgálatokon kívül szemészeti és audiológiai vizsgálatokat végeztek. Az összes újszülött halálozás 63% volt (144/229), később még 10 csecsemő halt meg. 1967 előtt ebben a csoportban egyetlen géppel lélegeztetett csecsemő sem maradt életben, ezután a lélegeztetettek 30%-a (34/114) már túlélte a gépi lélegeztetést. A tartósan túlélő 60 veszélyeztetett csecsemőből 60 vett részt az utóvizsgálatokon, akik közül 23-at lélegeztettek újszülöttkorban.

Pszichometriás vizsgálat 49 betegnél történt; 44 esetben Stanford—Binet-teszt. Az átlagos score (a gestatiós időhöz korrigálva) 96.1 + 21.5 volt. A vizsgálat időpontjában 17 gyermek 6 éves vagy idősebb volt. A 49 vizsgált gyermekből 15-öt lélegeztettek, 34-et nem. Az átlagos fejlődési quotiens (DQ) lényegesen alacsonyabb volt a lélegeztetett betegeknél (82.0 + 25.2), mint a nem lélegeztetetteknél. Két betegnél egyoldali részleges hallászavar kiesés volt, egy beteg elvesztette egyik lábának ujjait köldökkatéria katéterezés következtében. Súlyosabb megbetegedése volt 17 gyermeknek (28%). Ezek közül 7 súlyosan, 10 mérsékelten károsodott volt. Megvizsgáltak hét 750 g-nál kisebb koraszülöttet is. Ezek közül az a három, akit nem lélegeztettek, kielégítően fejlődött, a lélegeztetettek súlyosan károsodottak voltak.

1977—1980 között az IKK (751—1000 g-ig) halálozása sokat javult: 28% (33/118) volt a lélegeztetetteké 27% (26/95) volt.

Az IUE fejlődésével párhuzamosan javul az IKK-ek mortalitása és morbiditása. Az egészségügyi tervezőknek számolni kell ezzel a ténnyel. Jelenleg a szerzők intézetében több az IKK-ek száma és több a túlélők száma is. A tinédzserek, az idősebb szülőnők, az anyai alkohol és nikotin abusus emelik az IKK-ek számát. Ha ezek az esetek csökkenthetők és megfelelően felszerelt intézethe kerülnek, ahol jó neonatológiai és szülészeti ellátás együtt van, a technológia és ismeretek birtokában eldönthetik, hogy meddig érdemes várakozni egy intrauterin sorvadt csecsemő érdekében, vagy mikor van nagyobb esély a modern neonatológiai módszerekkel felnevelni egy IKK-t.

Különösen érdekes az a drámainak mondható javulás, amit 1967 után értek el a gépi lélegeztetettek túlélésében. A következő nagy javulás 1977-ben volt. A túlélés aránya ezután 78% volt az intézeti szülöttek és 65% a beszállított csecsemők esetében.

A szerzők véleménye az, hogy az intézeten kívül született IKK-t mielőbb be kell szállítani az IUE-be, a helyben születetteket viszont korábban kell resuscitálni, lélegeztetni.

Az eredmények — a szerzők szerint — megnyugtathatják a kétkedőket, hogy az IKK-k számának növekedésével együtt jár a morbiditás jelentős csökkenése. Sajnos, a 750 g súly alattiak prognózisa változatlanul rossz.

Végül is a 751—1000 g súlyúak, akiket valamilyen jól ellátott IUE-ben ápoltak, 70%-a megmaradt. A túlélők 70%-ának nem lesz súlyosabb károsodása. Az önellátók aránya közel 90%, különösen, ha nem volt szükség gépi lélegeztetésre.

(Ref.: Meg kell jegyezni, hogy a Stanford Egyetem az Egyesült Államokban a legjobban ellátott és felszerelt intézetek közé tartozik.)

Korányi György dr.

Magnéziumhiány a terhességben és ennek hatása a foetusra. Hurley, L. (Dept. of Nutrition, Univ. of California, Davis): Magnesium-Bulletin 1981, *3*, 202.

Ismert, hogy a plasma Mg-szint terhesekben alacsonyabb, de ennek oka még nem tisztázott. A Mg szükséges a normális fejlődéshez. Állatkísérletek szerint a Mg-szegény diéta a magzat elhalásához, malformációk kialakulásához, dystrophiához, anaemiához vezethet.

A szerző összefoglalja az eddigi kutatások eredményeit: Az anyai Mg-igény növekszik a terhesség alatt, mert új szövetek, anyai és magzati is, szintézise folyik. A vizsgálatok szerint az első holdhónapban az anyai Mg-igény 1 g naponta, míg a 10. holdhónapban ez a mennyiség 11 g. A foetus Mg-igénye a harmadik trimesterben a legnagyobb. A terhes nő szérum Mg-szintje egyes vizsgálatok szerint a 35. terhességi hét után a normálisnál alacsonyabb. Patkánykísérletekkel igazolták, hogy a Mg-hiány congenitalis abnormalitásokat okozhat. Humán vonatkozásban azonban még kevés adat áll rendelkezésre. Néhány munkacsoport negatív összefüggést talált az ivóvíz Mg-koncentrációja és a központi idegrendszer malformációi (pl. anencephalia) között, de ezen megfigyelések szignifikanciája és egyéb tényezőkkel való összefüggése e fejlődési rendellenességek etiológiájában ma még nem tisztázott. Mg-szegény diétán tartott vemhes patkányok embriói részben elhaltak, reszorbeálódtak, részben fejlődési rendellenességekkel (syndactilia, tüdőelváltozások, hernia diaphragmatica, hydronephrosis, hydrocephalus), valamint az agyállomány histológiai abnormalitásaival születtek. Gyakrabban fordultak elő ezek az eltérések, ha a diétát a 2. terhességi héten alkalmazták, mint amikor előbb vagy utóbb voltak az állatok Mg-szegény étrenden. A Mg-szegény diétán levő patkányok foetusainak szöveti Mg-tartalma kisebb, Ca-tartalma hasonló, Zn-tartalma viszont szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a kontrolloké. Mindezek alapján esetleges interakciót tételeznek fel a Mg és a Zn között a veleszületett rendellenességek előidézésében.

A Mg-szegény diétán tartott patkányok élveszületett újszülötteiben a malformációk mellett gyakran oedemát, súlyos anaemiát is észlelnek. Mg hiányában a foetusok májában, lépében alacsonyabb az erythropoesis. Elektronmikroszkóppal kimutatható, hogy a vvt-ben a mag kilökődése után organellumok maradnak vissza, vacuolumok, üregek képződnek. Ez utóbbiak cirkuláris membrán-collapsusoknak felelnek meg. A vvt-k bizarr formájúak, macro-, microcytosis, fragmentáció figyelhető meg. Ezen patkánymagzatok anaemiája haemolytikus jellegű, ami feltevések szerint a károsodott vvt-membrán miatt alakul ki.

Mg-hiány miatt chromosoma törések, összetapadások, terminális deléciók is kialakulhatnak. Ezek alapján a Mg-nak szerepe lenne a chromosomák szerkezeti épségének a megőrzésében.

Mg-hiány esetén elhúzódik a szülés folyamata a contrakciók ritkább volta miatt és az uterus súlyát nagyobbnak találták.

Adamovich Károly dr.

Egyetlen adag penicillin az újszülöttkori B csoportú streptococcus betegség megelőzésére. Siegel, D. J. és mtsai (A Texasi Orvosi Egyetem Gyermekosztálya, Dallas, USA): Lancet, 1982, *I*, 1426.

A szerzők 41 hónap alatt két módszert alkalmaztak a gonococcus ophthalmia kivédésére. A születés után egy órán belül 50 000 IE penicillint adtak (2000 g alatt 25 000 IE-t) im., vagy helyi tetracyclin kenőcsöt alkalmaztak az osztályukon kezelt valamennyi újszülöttnél. A kezelési módszert hetente változtatták. A systemás fertőzéseket naponta végzett bakteriológiai és laboratóriumi vizsgálatokkal, a betegségeket a kórtörténeti adatok segítségével regisztrálták. A pozitív bakteriológiai vizsgálatot fertőzésnek tekintették. A 4. nap előtt bekövetkezett fertőzést korainak tartották.

Összesen 32 058 csecsemőt vizsgáltak, akik közül 16 082 a penicillinnel kezeltek csoportjába került és 15 976 a kontroll csoportba. A B csoportú streptococcus (BSTR) szignifikánsan kevesebb volt a penicillin csoportban, mint a kontroll csoportban: 0,6 szemben 1,7 eset/1000 élveszületett. A BSTR betegségből csak 3-nak volt fulmináns shock syndromával járó kórlefolyása. Ez a 3 a kontroll csoportban volt és közülük 2 az első 24 órában meghalt. Meningitis 10 kontroll és 2 penicillinnel kezelt betegben for-

dult elő. A penicillin rezisztens pathogének sokkal gyakrabban fordultak elő a penicillin csoportban, mint a kontrollok között, de a különbség nem volt statisztikailag szignifikáns (2,2 szemben 1,6 eset/1000 élveszületés, p = 0,32).

A penicillin rezisztens törzsekkel fertőzöttek átlagos születési súlya 1670 g volt, míg a kontroll csoportban a hasonlóan fertőzöttek átlagos súlya 2433 g.

A penicillin érzékeny kórokozók okozta halálozás a kontroll csoportban nagyobb volt, mint a penicillinnel kezeltekben (0,4 szemben 0,1/élveszületett), de a kontroll csoportban a penicillin rezisztens kórokozók okozta halálozás kevesebb volt a penicillinnel kezeltek csoportjában (0,4 sz. 1,0/1000 élveszületés).

A BSTR törzsek serotypusának megoszlása a következő volt: Ia, Ib, Ic 15%, II. 3%, III. 82%. A kezelés alatt penicillin túlérzékenység, gonorrhoeás ophthalmia nem fordult elő; 34 a penicillin és 45 a kontroll csoportban. Az 1%-os chlamidia kolonizáció Dallasban alacsonynak és megszokottnak számít.

A szerzők végül is arra a következtetésre jutottak, hogy egyetlen im. penicillin injekció csökkenti az újszülöttek BSTR kolonizációját és a korai BSTR, továbbá más penicillin érzékeny kórokozók által okozott megbetegedések előfordulását. Ez a megelőzés nem védi ki az in utero szerzett fertőzéseket és feltehetőleg nincs hatása a késői BSTR előfordulására *(ref.:* többnyire meningitisre). Ajánlják a penicillin profilaxist azokon az újszülöttosztályokon, ahol BSRT fertőzés és/vagy más penicillin érzékeny kórokozók gyakran okoznak korai fertőzést. Bármilyen penicillin megelőzést alkalmaznak, a kolonizáció gyakoriságát és a streptococcus törzsek érzékenységét rendszeresen vizsgálni kell.

[Ref.: Magyarországon ez idő szerint a BSTR törzsek előfordulása még csekély mértékű, ezért a megelőzés nem tartható szükségesnek. (Korányi Gy. és Békéssy Zs.: Orv. Hetil. 1980, 121, 1381.)

Texasban a BSTR fertőzés a reprodukciós korú lakosságban eléggé elterjedt nemi betegségnek számít.]

Korányi György dr.

A tej-antigén felszívódása koraszülött és érett újszülöttben. Roberton, D. M. és mtsai (Queen Charlotte's Hospital for Women, and Intitute of Child Health, London): Arch. Dis. Childh. 1982, 57, 369.

Ismeretes, hogy az antigenitás szempontjából intakt *fehérje felszívódása* a gyomor-bél csatornából az emlős élőlények újszülöttjeiben még fiziológiás jelenség. A borjú és a kismalac bele — ezek passzív immunitásukat kizárólag az anyai tejből nyerik — szabadon átjárható a fehérje makromolekulák számára az élet első postpartalis napjaiban. A táplálás megkezdése után azonban *a bél morfológiája gyorsan érik* és a későbbiekben már funkcionálisan lehetetlenné válik az idegen fehérjék felszívódása. Más állatban — például patkány és egér — az anyatej immunglobulinjainak a szelektív felszívódása jóval tovább tart és csak az elválasztás során változik meg. Egyes állatokban viszont — éppen az anyatej hatására — gyorsan lezárul a bél felszívó képessége; ez látható a vadászkutyakölykökben és az újszülött házinyúlban. Az emberi fötus az anyai immunglobulinokat elsődlegesen a placentán át kapja a terhesség végén. Következésképpen nem is lenne szüksége arra, hogy a bélen át a táplálék antigenitás szempontjából intakt fehérjéi felszívódjanak. Mégis ez így történik. A szerzők azt vizsgálták, hogy a tehéntejfehérje, a *β-lactoglobulin*, az emberi újszülött bélcsatornájából hogyan szívódik fel, illetve ez a felszívódás hogyan módosul a gestatiós kor, az életkor és a megelőző nőitej-táplálás szerint.

A β-lactoglobulin (mol. súlya: 36 000) a tehéntej nagyobb savó fehérjéi közé tartozik és *nem található meg a nőitejben.* Bebizonyosodott, hogy a koraszülött csecsemő — aequivalens tehéntej terhelés mellett — szignifikánsan több lactoglobulint vesz fel, mint az érett súlyú újszülött. Az utóbbiak bélrendszere hozzávetőleg olyan arányban szívja fel az antigenitás szempontjából intakt fehérjét, mint a nem atopiás felnőtt egyén. Ehhez viszonyítva a koraszülött csecsemő hozzávetőleg *100-szor nagyobb mennyiséget* juttat a keringésbe. Természetesen számos körülmény hatással van a folyamatra. Így többek között az a tény, hogy amint az élethetek előre haladnak, úgy nő a bél motilitása és ezáltal csökken a bélben az átfutási idő; hogy koraszülöttben a fehérje emésztése a bél lumenében és az epithelialis kefeszegélyben még nem eléggé hatékony, mivel a gyomor-pepszin és a duodenalis enteropeptidase aktivitás a gestatiós korral nő, különösen a terhességi idő utolsó trimesterében; hogy a gestatiós kor szerint meglehetős különbségek vannak az epithelialis sejtek morfológiájában, az endocytoplasmatikus transzportban és a proteolysis mechanizmusában.

Megfigyelhető, hogy néhány állatfajtában az előzetes anyatejtáplálás növeli a bél antigén felszívást kizáró funkcióját mind morfológiailag, mind funkcionálisan. Ezzel szemben emberi újszülöttben az *előzetes nőitej-táplálás* nem jár ilyen következményekkel. Ebben a kérdésben azonban végleges véleményt még nem lehet mondani, mivel kevés a vizsgálatok száma. Mindenesetre a perinatalis időszakot követően jelentős változás következik be a gyomor-bél csatornában a sejtek szintjén. A bélcsatorna érése természetesen nem gyors folyamat, inkább lépésről lépésre halad, amint a főtalis fejlődés előre lép és rendszerint a születés normális terminusára lesz többékevésbé teljes. Bár az antigenitás szempontjából intakt fehérje felszívódása a koraszülöttben sem egyenletes, arra mindenképpen elegendő, hogy immunizáló hatást fejtsen ki. Ennek ellenére az emberben *nem fejlődik ki* általában *hypersensitivitási* válasz a táplálék fehérjéjével szemben, és érvényre jut a részleges tűrőképesség. Itt a suppressor sejteknek van különös jelentősége. Kialakul olyan IgA rendszeren belüli szekretoros IgA folyamat, amely kizárja az antigén hatását a bél lumenén belül, amelyik pedig azon átlép, ártalom nélkül formálódik át.

Érdekes kérdés a tej ipari előkészítése a felhasználásra, mivel a hőkezelés hatással lehet a különféle tejek allergizáló képességére. A jelenlegi vizsgálatok mindenesetre a β-lactoglobulin jelentős mennyiségét mutatták ki a koraszülöttek keringésében antigenitás szempontjából intakt fehérje formájában, dacára az előzetes hőkezelésnek, amely velejárója a megelőző sűrítésnek és a sterilizálási folyamatoknak.

Kiss Szabó Antal dr.

Fürdessük, vagy csak öblítsük le megszületés után az újszülöttet? Henningson, A. és mtsai (Dept. of Paediatrics, Huddinge Hospital, S —141 86 Huddinge, Sweden): Lancet, 1981, *II*, 1401.

Érett újszülöttek egyik csoportját születés után leöblítették, egy másik csoport tagjait pedig megfürdették a magzatvíz eltávolítása és a bőr megtisztítása érdekében. Mindkét csoportban csak kisszámú és enyhe infectio fordult elő. A 3. napon végzett köldökzsinór leoltás is hasonló bakteriális kolonizációt igazolt a két csoportban. A leöblítés során és azt követően a végbélhőmérséklet tovább csökkent és több csecsemő sírt, mint fürdetés alatt, ill. után. A szerzők szerint az újszülöttet a fürdő megnyugtatja és kisebb hőveszteséget okoz, mint a leöblítés. Az infectio klinikai jelei és a bakteriális kolonizációs arány nem magasabb fürdetés, mint leöblítés után. A szerzők tanulmányukat annak a közhiedelemnek cáfolatára szánták, hogy az újszülöttet tilos addig megfürdetni, míg a köldökcsonk le nem esett.

Gagyi Dénes dr.

A fej befedése és az újszülött hővesztése. Stothers, J. K. (Neonatal Research Group, Physiology Department, London Hospital Medical College): Arch. Dis. Childh. 1981, *56*, 530.

A szervezet *össz-oxigén fogyasztásának* jelentős része jut az agyra, következésképpen az energiatermelésben is megfelelően veszi ki a részét. A termelt hő többsége természetesen átáramlik a törzsbe — amint azt az élénk agyi keringés is feltételezi —, tekintettel azonban arra, hogy a fej az egész test felületének hozzávetőleg 20,8%-a, tekintélyes a veszteség a környezet felé. Ezért várható, hogy amennyiben a fejet befedjük — pl. sapkával —, csökkenthető a hőleadás és a hypothermia veszélye úgyszintén.

Ennek bizonyítására időre született 13 újszülött hőegyensúlyát vizsgálták a szerzők zárt rendszerű anyagcsere-készülékben. Először mindegyiknek —27 °C-os környezeti hőmérsékleten — *öltözet nélkül* mérték meg az oxigén fogyasztását; utána ugyanígy, de *vastag gyapjúsapkával* („gamgee") a fején és végül az ún. *„indiai övvel"* (Cummerbund) az alsó hasi részen. A fejfedőben vizsgáltak oxigén fogyasztása csupán 85%-a, az összhővesztesége pedig 75%-a volt az öltözék nélkül vizsgáltaknak; viszont az indiai övnek különösebb előnye nem mutatkozott. További 10 csecsemőt is észleltek 28,5 °C-on, *miközben gézből készült sapkát* helyeztek a fejükre. Az ilyen formájú fejfedés nem adott mérhető termális védelmet. Megállapították, hogy kedvezőtlen környezetben egyszerűen és olcsón érhető el hőegyensúly azáltal, ha a koponyát megfelelő borítással fedik.

Az oxigén fogyasztást befolyásolja nemcsak az alvás, hanem a táplálékfelvétel és a mozgás is, ezért a következő szabályokhoz ragaszkodtak: 1. minden mérést nyugalomban, gyors szemmozgásos alvás közben végeztek, 2. egy-egy észlelés legalább 8 percig tartott, 3. semmisnek vették a vizsgálatot, ha az újszülött 1 percen belül több mint egy „nagy mozgást" végzett, 4. általában ragaszkodtak ahhoz, hogy vizsgálat közben az újszülött kényelmes testhelyzetben feküdjön, 5. csak a táplálékfelvételt követő 1 óra elteltével mérték az oxigén fogyasztást.

Érdekes kérdéseket vet fel a gyapjúsapka használata a fiatal újszülöttekben. Bebizonyosodott, hogy a környezeti 27 °C-os hőmérsékleten a sapkás újszülöttek *14,5%-kal fogyasztottak kevesebb* oxigént, mint az öltözék nélküliek. A környezetnek kitett testfelület csökkenésével egyirányban csökken az oxigén fogyasztás. Ez arra utal, hogy a fejrész meglehetősen *érzékeny — termoszenzitív — felülete* a testnek. Annak a ténynek, hogy az alsó hasi körfogati rész párnával fedése („indiai öv") kevéssé befolyásolja a hőszabályozást, több oka lehet. Egyik talán az, hogy a hason fekvésben gondozott csecsemőnek egyedül a hátát lehet övvel borítani, bár megjegyzendő, hogy ugyanakkor a sapkával fedett fej alsó része is borítást kap azáltal, hogy szorosan érintkezik a matraccal. További ok lehet az, hogy az alsó testfél nem a legmelegebb része a szervezetnek, miután nem ott helyezkednek el a hőtermelés szempontjából fontos szervek, s így következetesen kevesebb hőt is veszít, mint pl. a fej, amelyben jelentékeny hőtermelés folyik.

Az elmondottak klinikai jelentősége nyilvánvaló. A hypothermia meglehetősen mindennapos jelenség az újszülöttkorban. Ezt nemcsak a születés körüli események magyarázzák, hanem más, néha hosszabb ideig tartó beavatkozás is, mint az egyszerű vizsgálat vagy műtét. Ezek mind elkerülhetetlenül lehűléshez vezetnek. A gézből készült sapka kevés védelmet nyújt, a koponyát körülborító réteges gyapjúszövettel bélelt pamutsapka („gamgee") ellenben jelentősen lecsökkenti a hőveszteséget.

Kiss Szabó Antal dr.

A vér baktériumflórájának változása egy újszülött intenzív egységben. Battisti, O. és mtsai (Department of Paediatrics and Neonatal Medicine, Hammersmith Hospital, London): Arch. Dis. Childh. 1981, *56*, 775.

Miután az újszülött intenzív egységben a bakteriaemia az *egyik leggyakoribb oka* a csecsemők mortalitásának és morbiditásának, a baktériumflórát időről időre ellenőrizni kell; annak változásában ugyanis bizonyos tendencia ismerhető fel. Mindezek figyelembe vételével a szerzők részletes elemzésnek vetették alá a kórházi osztályukon kitenyészett baktériumtörzseket. 5258 újszülött között *113 alkalommal kaptak* kórokozót a vértenyésztés eredményeként; 27 saját kórházukban született, 86 pedig más intézményből érkezett. Ez azt jelenti, hogy saját osztályukon *5,7 bakteriaemia* jutott 1000 élveszülöttre, más egységekben viszont *165:1000*. A csecsemők többsége alacsony születési súlyú volt, többnyire betegségi tünetekkel. Korai infekciónak bizonyult 33 (az első 48 órán belül), viszont 80 tenyésztés csak 48 órás koron túl adott eredményt. Figyelemre méltó, hogy mind a korai, mind a késői változatban a *Staphylococcus epidermidis* (St. epid.) volt a leggyakoribb, s ez lényegesen különbözött attól, ami megelőzően — 1967—75 között — mutatkozott szintén saját osztályukon. Akkor a *B-csoportú β-haemolyticus Streptococcus* volt a legtöbbször megtalálható s a gram-negatívak is csak ezután következtek.

Megállapítható tehát, hogy az utóbbi éveket a *gram-pozitívak* uralják, elsősorban annak eredményeként, hogy feltűnően megugrott a St. epid.-ek aránya, különösen a késői (48 életórán túli) tenyésztési eredményekben. Mindezek nagyon *megemelték a rangját* a régebben kevéssé értékelt fakultatív pathogennek. Különösen mióta egyre többször ismerik fel mint liquor elvezető shunt és a beültetett köldökkatéter elárasztóját. Hovatovább mint virulens tényező jelenik meg, sőt, antibiotikum resistens törzsei is halmozottan felbukkannak.

A saját tapasztalatok ezeket mindenben alátámasztják. 55 újszülött véréből tenyészett ki a St. epid., s közöttük 10-nek pneumoniája is volt. Számos megfigyelésről tudunk az irodalomban, amely arról közöl adatokat, hogy a St. epid. az *újszülöttek torkát* árasztja el; más esetben a methicillin resistens St. epid. okoz bakteriaemiával járó széles járványt; ismét más helyen a *rosszul gyarapodó* újszülöttekben jelent meg, de éppen így az *icterusos csecsemőkben is*, ugyanakkor, mikor ugyanabban a szülőotthonban a „normál" újszülöttek vértenyésztése baktériummentes maradt. A kóreredet után kutatva kitűnt, hogy a kapcsolat jóval szorosabb a vér és a nasopharynx, mint a vér és a bőr csírái között.

Megfigyeléseik eredményét magával a beteganyaggal próbálták magyarázni. 1976—79-ben különösen sok volt az egészen alacsony súlyú újszülöttjük (< 1500 g születési súly). Közöttük elég nagy számban szerepeltek a ténylegesen is betegek. Jól mutatja ezt az, hogy a kórházukban születettek — a 113 pozitív eredményű — átlag születési súlya 1300 g volt. Az ilyen alacsony súlyú éretlen újszülöttek *immunválaszkészsége* minden tekintetben elégtelen, ugyanakkor, amikor viszont a vérgáz analízis mindennapos feladat, s emiatt a köldökartéria katéterezése naprenden van. Újszülött csoportjuk 90%-a volt kénytelen elviselni a katétert vagy a köldökében, vagy a centrális artériában, miközben további infúziós tű adta a táplálást valamelyik perifériás vénába különböző időtartamig. Az *elkerülhetetlen nehézségek* gyakran még azt sem teszik lehetővé, hogy mind a tűt, mind a katétert tökéletesen csíramentes felületen át vezessék be. Pedig sehol más helyen nincs annyira szükség a steril bevezetésre, mint éppen az újszülöttek intenzív osztályán, hogy kiküszöbölje a mindig ott lappangó toroké bőrfertőző — a St. epid. — beáramlását az eszközökkel. Bár az antimikrobiális therapia túlzott használata fölöttébb nem kívánatos, mégis olykor elkerülhetetlen, s ez többnyire már magával is hozza a *resistens csírokat*. Saját kórházukban az összes újszülött 52%-át kezelték valamilyen ismert antibiotikummal és ez a resistens St. epid.

jól mérhető megszaporodásához vezetett.

Különös figyelemmel kellene lenni arra, hogy a *terhes anya közvetlenül* szülés előtt ne legyen fertőzött B-csoportú Streptococcus *β*-haemolyticussal. Ha ez mégis így van, úgy a műtéti beavatkozást — pl. császármetszés — csak akkor lenne szabad elvégezni, ha előbb a fertőzést penicillinnel felszámolták. Különben is *az anya kezelése mindig* több reménnyel kecsegtet, mint a megszületett csecsemőé, mert emez a hatás szempontjából többnyire már elkésett.

Kiss Szabó Antal dr.

Az intraventricularisan alkalmazott antibiotikus kezelés technikája az újszülöttek bakteriális meningitisében. Hammersen, G., Wille, L. (Abteilung für Neonatologie, Universitäts-Kinderklinik Heidelberg): Mschr. Kinderheilk. 1981, *129*, 525.

Az újszülöttkori bakteriális meningitisek 75%-át *ventriculitis* kíséri. Maga a kórkép súlyos therapiás problémákat vet fel. Újabban ismertük meg, hogy a magas halálozásért — amely 30—60% között van — továbbá a túlélőkben visszamaradó szövődményekért és károsodásokért elsősorban az *aminoglycosidok* a felelősek; nehezen járják át a liquor nyálkahártyát. Pedig ezek tudnák nagy biztonsággal ártalmatlanná tenni a gramnegatív csírokat. Így csak az antibiotikumok cysternalis becsepegtetése, vagy a direkt intraventricularis bevitel javíthat a prognózison, a ventriculitis gyógyításával. Sajnos, a *suboccipitalis punctio* és az antibiotikum bevitel nagy gyakorlati jártasságot igényel és még rutinírozott kézben sem kevesebb a szövődménye 11%-nál. Éppen ezért ez alig járható út. Viszont a naponta végzett *beszúrást az oldalkamrákba* is sok kudarc terheli; emiatt tartják célszerűnek a kateter tartós beültetését a liquor-térbe. Ezzel kapcsolatos tapasztalataikat ismertetik a szerzők közleményükben.

Mivel az agykéreg vastagsága általában, továbbá az oldalkamrák tágassága egyénenként változik, a punctiós tű mintegy 1 cm-es előretolása után abból a mandrint célszerű kihúzni és ellenőrizni, hogy csepeg-e a liquor. A mandrin helyén — a tűn keresztül — ezután a tartós katétert bevezetik az oldalkamrába. A katéter szükségtelen hosszúságából valamennyit levágnak, és ezt követően a punctiós tűt lehúzzák a katéterről. Utóbbinak a szabadon hagyott végét csatlakozórésszel látják el, hogy lezárása és megnyitása bármikor elvégezhető legyen. Végül a beszúrás helyét szöveti ragasztóval (histoacryl blau) lezárják a katéter körül, majd steril kötést alkalmaznak, s *8 óránként átmossák* 1,5 ml fiziológiás konyhasóoldattal, hogy a letapadást elkerüljék.

Jelenleg a *következőképpen járnak el* a gyakorlatban: lumbalpunctiót végeznek és haladéktalanul tenyésztenek kórokozóra. Amíg ennek az eredménye meg nem jön, az alábbi therapiával kezdenek: ampicillin 200 mg/kg/nap, oxacillin 100 mg/kg/nap, tobramycin 4 mg/kg/nap. 24 óra múlva következik az újabb csapolás, ismételt bakteriológiai tenyésztéssel. Amint az első liquor tenyésztési eredmény megérkezik, a további kezelés már célzott. Gram-negatív csírok esetén — amennyiben az érzékenység is megfelelő — előnyben kell részesíteni a chloramphenicolt. Ez még a kora- és az újszülöttekben sem lehet ellenjavallt, ha a szérum-szint ellenőrzésére mód van. A következőképpen adagolják: kora- és újszülött: 25 mg/kg/nap, 3. élethéttől: 50 mg/kg/nap.

A katéter beültetésének végül is a *következő javallatát* tartják elfogadhatónak: a) az első gerinccsapolás utáni tenyésztés és antibiogramm gram-negatív csírát és chloramphenicol resistentiát talál, b) ha a liquorban a második gerinccsapolás után is baktériumokat lehet kimutatni.

Az intraventricularis instillatióhoz általában a *következő antibioticumokat* és mennyiségeket használják: gentamycin 2 mg, tobramycin 2 mg, amikacin 4 mg, colistin 30 000 E., carbenicillin 20—50 mg. Ezek a naponta beadható adagok: desztillált vízzel mindig úgy hígítják, hogy 1 ml összmennyiségben legyenek.

A *ventriculitis diagnózisát* akkor tartják megalapozottnak, ha a kamrai liquor tenyésztéssel kórokozót tartalmaz és a sejtszám több mint 200/mm^3. Az instillatiót naponta végzik és a tartós katétert csak akkor távolítják el, ha: 1. a liquor-tenyésztés legalább 5 napon át negatív, 2. a liquor sejtszám kevesebb, mint 200/mm^3.

Egyre nagyobb remény van arra, hogy az *újabb antibioticumok* kifejlesztésével — amelyek a liquorban a szükséges minimális töménységet elérik, pl. cefotaxim, fosfomycin, moxalactam — szükségtelenné válik majd az önmagában mindenképpen heroikus beavatkozásnak számító intraventricularis instillatio.

[Ref.: Egyelőre vita tárgya az újszülöttkori bakteriális megingitisben végzett intraventricularis antibioticum instillatio. Ellenvetéssel élt a bakteriológus-immunológus (W. Marget: Mschr. Kinderheilk. 1982, 130, 52.), a gyermekgyógyász (H. Helwig: Mschr. Kinderheilk. 1982, 130, 52.), és kedvezőtlen tapasztalatról számolt be az amerikai kutatócsoport, amely az újszülöttkori meningitisek tanulmányozására alakult (McCracken és mtsai Lancet, 1980, I, 787.), és az intraventricularis gentamycin kezelés tapasztalatait gyűjtötte össze. A végleges állásfoglaláshoz — ma legalábbis úgy látszik — talán még kevés a tapasztalat.]

Kiss Szabó Antal dr.

A magzati tüdő fejlődésének a kilátásai. Perelman, R. H. és mtsai (Department of Pediatrics, University of Visconsin Hospital and Clinics, 600 Highland Avenue, Madison, WI 53792, USA): Lung, 1981, *159*, 53.

A megszületés, a magzati és a méhlepény vérkeringés megszűnése után az újszülött arra kényszerül, hogy életműködését az anyjától függetlenül önállóan biztosítsa. Ennek alapvető feltétele a normális légzés biztosítása. A tüdő fejlődése a magzatban számos anatómiai, élettani és biokémiai folyamat függvénye. Ehhez az szükséges, hogy a magzatban a fejlődés folyamán a tüdő olyan érrendszerrel és anyagcsere-képességgel rendelkezzék, ami az újszülöttben a kielégítő oxigénnel való ellátást, a normális légzést biztosítsa. Az anyagcsere szempontjából ehhez a megfelelő mennyiségű felületfeszültségi aktív phospholipid képződése szükséges. Ez az anyag csökkenti az alveolusokban a levegővel való telődés elleni nyomást és biztosítja az alveolusok stabilitását. Hiánya légúteligétlenségi szindrómát okoz, aminek a klasszikus klinikai tünetei a szapora légzés, a böfögés, a mellkas visszahúzódása, a hypoxaemia és a tüdőben a röntgenvizsgálattal kimutatható atelectasia. Ezen az állapoton a pozitív végkilégzési nyomásos gépi lélegeztetéssel lehet javítani. Az újabb vizsgálatok szerint a felületfeszültségi anyag képződését neuro-humorális úton a béta-adrenerg, a cholinerg receptorok és a prostaglandinok szabályozzák. Az így keletkezett anyag 50—70%-a zsírokból, ezeknek a 74%-a phospholipidből áll. Később kiderült az is, hogy a felületfeszültségi anyag keletkezését az inzulin, a corticosteroidok és a pajzsmirigy hormonjai is befolyásolják.

Pongor Ferenc dr.

Koraszülöttek hazaadása az újszülöttosztályról. Derbyshire, F. és mtsai (Royal Infirmary Maternity Hospital, Leicester LE1 5WW, Anglia): Brit. Med. J. 1982, *284*, 233.

1978-ig a koraszülötteket 2200 g súly elérése után adták haza. 1978 eleje óta minden kis súlyú újszülött hazaadását siettetik, ha az otthoni körülmények megfelelők és a csecsemő túljutott az initiális súlyesés mélypontján, függetlenül attól, hogy mennyi az aktuális testsúlya. 1980 júniusáig 103 olyan koraszülöttet bocsátottak el, akinek a gestatiós kora a 32 hetet nem haladta meg, vagy születési súlya 1500 g alatt volt. Hazaadáskor a csecsemők átlagos súlya 1830 g

volt, a legkisebb kiadott koraszülött 1300 g-ot nyomott. A 103-ból a kibocsátáskor 88 súlya nem érte el a korábbi 2200 g-os limitet. Hathónapos utánvizsgálat alatt összesen 11 csecsemőt kellett kórházba utalni, de ennek oka — egy kivétellel — a koraszülöttségtől és a korai hazaadástól független volt.

A hazaadás sikere nagymértékben függ a családdal való együttműködéstől. Ezért szorgalmazzák a családtagok mielőbbi és gyakori látogatását az újszülöttosztályon, az anyák korai részvételét az osztályos ápolásban. Ennek hatására nem észleltek több fertőzést, a csecsemők örömtelibb és szakszerűbb otthoni fogadtatása viszont egyértelműen kimutatható volt.

Méhes Károly dr.

A köldökzsinór vérében NBT-teszt segítségével mért, endotoxin stimulációra adott, neutrofil leukocita válasz. Sariaslan, M. és mtsai (Section d'Hématologie de la Clinique de Pédiatrie, Université d'Istambul, Turque): Pédiatrie, 1981, *36*, 271.

Az újszülötteknél fiziológiás hiperleukocitózis észlelhető, ennek ellenére fokozott a fertőzésekkel szembeni fogékonyság. A fertőzések iránti prediszpozíciót számos magyarázat igyekszik felderíteni. Ezt kívánja elérni a neutrofil granulocita funkciónak a nitro-bluetetrazoliummal (NBT-teszt) való vizsgálata is.

A szerzők 20, időre született újszülött köldökzsinór vérében és 100 egészséges felnőtt vérében tanulmányozták az NBT-teszt segítségével a granulocitákat, endotoxin stimuláció előtt és után. Ismertetik a módszert és táblázaton szemléltetik eredményeiket, ábrákon mutatják be és állítják szembe az újszülöttek és a felnőttek vérében a formozan-pozitív neutrofilek %-os megoszlását, illetőleg azok abszolút számát.

A szerzők vizsgálataiból kiderül, hogy endotoxin stimuláció úgy az újszülötteknél, mint a felnőtteknél szignifikánsan megemeli a formozan pozitív sejtek számát, de újszülötteknél — az erre az életkorra jellemző hiperleukocitózis miatt — az abszolút sejtszám-pozitivitás is magasabb, mint felnőtteknél. Ezek az értékek hasonlítanak fertőzésben szenvedő nagyobb gyermekek és felnőttek értékeihez. Ezért vezették be újszülötteknél az „álpozitív" NBT-teszt fogalmát.

Az újszülötteknél a fagocitózis folyamán létrejött anyagcsere-változások tanulmányozásából kiderült, hogy az „álpozitív" állapot a fokozott metabolikus aktivitás következménye.

Az elmondottak, valamint más szerzők eredményei is, azt bizonyítják, hogy az NBT-teszt újszülötteknél nem alkalmas a fertőzés felismerésére. Endotoxin stimuláció után az újszülötteknél jobban növekszik a formozan-pozitív sejtek száma, mint felnőtteknél. A különbség azonban csak a granulociták abszolút számára vonatkozik. Újszülöttkorban ez a teszt csak a baktericidia mélyebb zavarának felismerésére alkalmas, így a krónikus, familiális granulomatózis diagnózisára.

Kövér Béla dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A csecsemőkori hirtelen halál (SIDS) és majdnem halál (near-SIDS). I. Shannon, D. C., Kelly, D. H. (Pediatric Pulmonary Unit, Children's Service, Massachusetts General Hospital, Boston): New Engl. J. Med. 1982, *306*, 595.

A hirtelen halál minden életkorban előfordul: felnőttben általában a szív arrhythmiájához vagy kamrai fibrillációhoz csatlakozik, serdülőkorban olykor véletlenszerű, csecsemőkorban azonban csaknem mindig megmagyarázhatatlan. Számos elméletet az utánvizsgálatok megcáfoltak. Legújabban a szív ingervezetési és a normális légzés szabályozási zavarában vélik megtalálni a tényleges okokat. Arra gondolnak, hogy ezekre még egyebekben normális inger is végzetes hatással lehet; akár egyszerű légúti hurut is.

Pathológia. A SIDS jellegzetessége a szegényes pathológiai háttér. A tüdőerek simaizomzatának a megvastagodása, valamint az astroglia burjánzása az agytörzsben, elhúzódó alveolaris hypoventilatio mellett szól. A gócos arteria coronaria- és izom-necrosisból arra lehet következtetni, hogy hypoxiás ártalom éri agonalisan a nagy energiaszükségletű szerveket. Kiterjedt vita tárgyát képezi a carotis törzs ép vagy kóros szerkezete. Egyesek a glomus sejtek megkisebbedését észlelték a hirtelen elhaltakban, a chemoreceptor granulák csökkenésével; mások erre nem kaptak bizonyítékokat és olyanokban is megtalálták, akik haláluk előtt nem éltek át hypoxiát.

Fertőzés és immunitás. Az infectio gyakorisága meglehetősen jól egyezik a SIDS halmozódásával. Az elhaltak váladékaiban szinte valamennyi vírust kitenyésztették eddig, de viraemiát és interferon emelkedést nem találtak. Nem ismerjük a mechanizmusát annak, hogy az enyhe fertőződés milyen úton vezet el a keringés csődjéhez. Két lehetőséget latolgatnak. A vagus beidegzés kimerülése talán hajlamossá teszi a csecsemőt az ingerekre adott megváltozott válaszra, hasonlóan a koraszülött csecsemőhöz; a szekretoros IgA termelődésének az elmaradása vagy a lebontás zavara úgyszintén előkészíti a szervezetet az anaphylaxiára.

Szérum-kémiai és -toxikológiai tényezők. Az eddig megvizsgált valamennyi szérum-elektrolyt és kémiai alkotóelem elvethető, mint a hirtelen halálért felelős oki tényező. Egyedül a nikotinnal kapcsolatosan merültek fel gyanújelek, mivel hatással van a placenta artériáira, a fájdalomcsillapítók közül pedig az anya által szedett methadonnal (nálunk Depridol); ez ugyanis regulálja az agytörzs légzésre kifejtett hatását.

Epidemiologia. Számos tényező befolyásolja az előfordulás gyakoriságát. Függetlenül a gazdasági helyzettől, az etnikai elemek meghatározóak lehetnek. Az Egyesült Államokban például 2 hirtelen halott esik 1000 szülésre; Ázsiában található a legalacsonyabb arány (0,51/1000), a legmagasabb viszont az amerikai indiánok között (5,93/1000). Az ikerszülés növeli a veszélyt. Számos ikerpár — legyen dizygota vagy monozygota — egyazon napon halt meg. Az eddig megfigyelt 32 ikerpár közül három jutott ilyen sorsra.

Genetika. Noha a SIDS háromnégyszer is előfordul egyazon családban, ma még nincs bizonyíték a kezünkben, hogy ennek genetikai alapjai lennének. Jóval nagyobb szerepet kell tulajdonítani a környezeti tényezőknek. Mindenesetre családi vonatkozása lehet annak a megfigyelésnek, hogy a „majdnem" hirtelen halottakban és testvéreikben gyakrabban figyelhető meg az alvás alatti periódusos légzés, vagy az első hat hónapon belül a rövid ideig tartó apnoe. Hasonlóképpen annak, hogy a hirtelen elhaltak szüleiben megtalálható a CO_2 terhelésre „kötelező" légzési válasz elmaradása, vagy a csökkent reagálás. Végeredményben — ma legalábbis így tudjuk — a SIDS-t nem közvetíti a mendeli öröklési rend.

Cardiovascularis tényezők. A felnőttkori hirtelen halál hátterében — ismert módon — többnyire az arrhythmia áll; csecsemőkorban ez ma élénk kutatás tárgya. A keringés még akkor mondja fel leginkább a szolgálatot, ha a normális reflexek valamilyen ok miatt felerősödnek, például a laryngealis chemoreflex. A nagy érdeklődés és az ellentmondó leletek arra serkentik a kutatókat, hogy a szív és az ingervezetés szerepét még tovább tanulmányozzák; közelebbről elemezzék azt, hogy a hirtelen halál és a „majdnem" halál között milyen kapcsolat van ebben a vonatkozásban; hogy a rhythmuszavar esetleg csak postnatalisan alakul-e ki, alkalmasint éppen a hypoxiára adott válaszként. Továbbmenően arra is választ kellene kapni, hogy éppen az autonóm idegrendszer valamelyik része szenved-e károsodást a katasztrófa közvetlen bekövetkezése előt.t

Kiss Szabó Antal dr.

A csecsemőkori hirtelen halál (SIDS) és majdnem-halál (near-SIDS). II. Shannon, D. C., Kelly, D. H. (Pediatric Pulmonary Unit, Children's Service, Massachusetts General Hospital, Boston): New Engl. J. Med. 1982, *306*, 1022.

A tüdő passzív alkotóelemeit a mellkas aktív izomzatának kell szükségképpen ritmusban tartani, hogy a légvétel szabályos folyamata ne szakadjon meg. Az izmok részben perifériás, részben centrális irányítás alatt állanak. Előbbihez soroljuk a carotistörzset, utóbbihoz a vagus közvetítette ingereket, míg a pacemaker szerepét a pontomedullaris terület adja. Mind a felső légúti, mind a mellkasi légzőizmok fokozzák belégzési aktivitásukat, amennyiben hypercapnia vagy enyhe hypoxia jelentkezik. Az izmok akcióba lépésének feltehetően szelektív módja érvényesül az alapfolyamat mértékétől függően.

Apnoe és SIDS. A később SIDS-ben elhaltakban megfigyelték a hosszabb-rövidebb ideig tartó apnoet, a hypercapniára és hypoxiára adott szabálytalan légzési választ: ez mind amellett szól, hogy nem kielégítő a légzési izmok kémiai regulációja. A hirtelen halottban többnyire az apnoe a halál előtti utolsó esemény. Néha azonban nem így történik. Ez is azt erősíti, hogy az apnoe elsődlegesen az elégtelen kontroll, semmint az izmok kimerülésnek a következménye.

Abnormális szabályozó rendszer. Kémiai tényezők: az apnoe annak következménye, hogy a légzési központ szabályosan ismétlődő ingerhatása a felső légúti és a mellkasi izmokra nem jut át, illetve kiesik a kémiai és mechanikai visszajelzés. Mechanikai tényezők: a near-SIDS csoportbeliek igen gyakran élnek át prolongált apnoet, ha nasopharyngitisben szenvednek, ellenben kevésbé, ha egészségesek. A 6 hetes csecsemőpopulációnak például a fele képtelen szájlégzésre átállni, ha az orrukat 25 mp-re leszorítjuk; ez különösen kifejezett aktív alvás idején. Nem tudjuk pontosan megmondani, hogy mi a fiziológiai alapja annak, hogy sem az egészséges, sem a rizikó újszülött csecsemő nincs birtokában ennek az átkapcsolási képességnek.

Normális szabályozási rendszer. Reflex apnoe: ismert jelenség. Ezt a formát számos ingerhatás kiválthatja; sokféle ok közös eredője. Ilyen ok lehet, ha folyadék kerül az orrba vagy larynxba. Az erre adott túlzott reflexválasz mint a SIDS lehetséges elindítója szerepel. Megfigyelték, hogy nem fiziológiás folyadéknak a larynxba juttatásával letalis apnoe váltható ki, még akkor is, ha egyébként a légút szabad.

Abnormális kémiai környezet. Hypoventiláció és apnoe lép fel normális szabályozási rendszer mellett is, ha a kémiai környezet megváltozik. Például a methadon és az ópiátok tízszeresére emelik az SIDS előfordulási gyakoriságát.

Abnormális légúti struktúra. Obstrukciós apnoe lesz a következménye, ha a nyelv és a lágyszájpad tónusát veszti, különösen, ha ehhez adenoid hypertrophia is társul; továbbá myeloceles gyermekekben, ha alvás közben a hangszalagok abductiója bénul, de hasonló jelenség lehetséges Down-syndromában is. Ez lép fel akkor is, ha az aberrans arteria innominata nyomja a tracheát.

Az apnoera hajlamos csecsemő hazabocsátása után az első periódusban a szülők szoros szakmai támogatásra szorulnak, különösen, ha *légzésszabályozó monitort* használnak. Arra fel kell készülniük, hogy az apnoera hajlamos near-SIDS jelöltek kétharmadának lesz olyan rohama cyanosissal és sápadtsággal, amely 20 mp-ig is eltart, esetleg még tovább is. A váltóárammal működő apnoe-monitorokkal egyébként sok probléma van a házi használatban. Ha ugyanis egy-egy erőteljesebb szívlökés utánozza a kimaradt légzés lökéshullámát, a készülék *néma marad* akkor is, ha az apnoe már az életet fenyegeti. Hasonlóképpen hat egy-egy kifejezett légvétel nélküli légzési erőlködés. Ezt a veszélyhelyzetet csak úgy lehet megkerülni, ha egyidejűleg szívmonitorról is gondoskodunk. A szülők jó részét érthetően stresshelyzetben tartja a monitor házi használata, ezért a szükséges segítség megadása ismét csak az egészségügyi személyzet feladata lesz psychés téren is.

Kiss Szabó Antal dr.

A csecsemőkori hirtelen halál syndroma. Etiológiai vizsgálatok. Peterson, D. R. és mtsai (Department of Epidemiology, University of Washington School of Public Health and Community Medicine, Seattle): JAMA, 1982, *247*, 2250.

A *szülőanya életkorának* növekedésével a csecsemőkori hirtelen halál (SIDS) gyakorisága csökken. Ezt a kérdést ugyan több ízben is vizsgálták és az említetteket megerősítették, mégis, az elemzés technikai okai miatt a kép teljessége ma is hiányos. Ennek pótlására használták fel saját megfigyeléseiket, amikor 12 év leforgása alatt (1969—1980) összesen 431 hirtelen elhalt csecsemő adatait részletezték.

Jellegzetessége a SIDS és az anyai életkor kapcsolatának, hogy a legtöbb haláleset a *fiatal felnőttkorban szülő* anyák csecsemői között fordul elő. Az arány aztán fokozatosan csökken a 25 éves korcsoportig és ott, illetve ettől kezdve, megint bizonyos szintezés tapasztalható. Megfigyelték azt a jelenséget is — összehasonlításban egyéb halálozási okokkal —, hogy az anyai életkorral a SIDS-en kívül csak a respirációs distress syndroma van hasonlóan szoros kapcsolatban, akár velejárója ennek a hyalin membran, akár nem. Erre az irányzatra figyeltek fel több mint 30 évvel megelőzően Angliában és Walesben is. A SIDS szoros anyai életkori kapcsolatát *kifejezettebbnek* találták ott is, mint ugyanezt hasmenésben, légúti betegségben, más fertőzésekben, vagy a veleszületett fejlődési rendellenességben. Már 1968-ban rámutattak a kaliforniaiak arra, hogy vízválasztó a SIDS és az élet első évét átéltek között az anyai életkor és a testvérek száma. Elgondolkoztató, hogy mindez mennyivel fontosabb szerepet tölt be a SIDS előfordulásában, mint ahogyan azt *megelőzően gondolták*. További tanulmányozást igényelnek azok a kérdések is, hogy a többször szült serdülő anyák SIDS-ben elhalt csecsemőinek kórszármazásában hogyan mutatkozik meg — az alaphelyzeten túl — az olyan kétségtelenül *súlyosbító tényező*, mint a nem fehér bőrű rassz, a házasságon kívüli helyzet, a neveltség hiánya, a szegénység, a zsúfolt lakásviszonyok, a terhesség alatti dohányzás és a terhesgondozás hiánya; ezek hatását külön-külön és együttesen is — meg kellene vizsgálni még.

A pubertáskorban az *optimális táplálkozásnak* nagyobb a jelentősége, mint bármilyen más életkorban; az ekkor fogant terhesség biológiai igényeit a táplálás helyes irányítása iránt aligha kell bizonyítani. Ez is olyan kérdés, amelyet alaposabban tanulmányozni kellene; annál is inkább mert itt található az *egyik olyan lehetőség*, amely a SIDS megelőzésében némi reménnyel kecsegtet.

Kiss Szabó Antal dr.

A bölcsőhalál rejtélye: kellő magyarázat-e a módosult-anaphylaxia elmélete? Coombs, R. R. A., McLaughlan, P. (Division of Immunology, Department of Pathology, Laboratories Block, Addenbrooke's Hospital, Cambridge): Lancet, 1982, *1*, 1388.

A bölcsőhalál oka mindmáig ismeretlen. Az elméleti megfontolások ugyan hivatkoznak a fulminans fertőzésekre, az atrioventricularis károsodásra, a hypernatraemiára, a laryngospasmusra, az alvási apnoera (állatkísérletben is kiváltható a larynx ingerlésével) és még számos lehetséges okra. Újabban egyes kutatók hangsúlyozzák a *módosult anaphylaxia* elméletét, amely a tehéntej fehérjéje által kiváltott túlérzékenységi reakció nyomán vezetne a csecsemő halálához. A folyamatban az egyes történések láncszemei a következőképpen követnék egymást: a tehéntejjel szembeni *szenzibilizáció megindul*, amint a csecsemő táplálékába bevezetjük az első tehéntejadagot; ezt követően az az anaphylaxiás reakció, amely végül is a cse-

csemő halálához vezet, alvás közben lepi meg őt, miután a tejtartalmú gyomorbennék regurgitálás közben a légzéssel együtt a légcsőbe, onnan a tüdőbe — az anaphylaxiás reakció legfontosabb shock-szervébe — jut.

Elméletben feltételezhető, hogy alvás alatt a csecsemő túlérzékenységi reakciója *lényegesen módosul* és így a bronchusizomzat anaphylaxiás szűkületének nincs meg az ellensúlyozása. Mindenesetre számot kell vetni azzal, hogy a módosult-anaphylaxia elmélet *gyakorlati bizonyítékai* meglehetősen szegényesek; ugyanis igen kevés pathológiai elváltozást talál a proszektor az alvás közben hirtelen elhaltban, különösen — amint az általában lenni szokott —, ha az elhalálozás és a boncolás között hosszabb idő, 12—48 óra is eltelik. Pedig ezt az elméletet több körülmény és lelet is támogatja a mindennapok gyakorlatában. Így például az, hogy a bölcsőhalálban elhaltak nagy százalékában mutathatók ki a szérumban a *tehéntej-ellenes anyagok*, továbbá az, hogy szerológiai vizsgálatokkal a tüdőben a *tehéntej maradványait* észlelni lehet. Bizonyosan számolni kell a latens szenzibilizációval; ez a tüneteiben csak akkor jut a felszínre, ha a tehéntej parenteralisan kerül be a szervezetbe; ilyen lehet az *intravénás* (nagyon ritka), az *intratrachealis* (jóval gyakoribb) és a *bélfalon át* történő bejutás, amennyiben a nyálkahártya károsodott.

Az említett hipotézisnek az *inhaláció* elengedhetetlen feltétele; ennek viszont jó lehetőségei adódnak a csecsemőben, aki obligát orrlégző. Éppen ezért a gyomortartalom regurgitációja és kevés részének aspirációja gyakoribb jelenség a csecsemőben, mint általában gondolják. A reflux és az aspiráció többnyire az *aktív alvás idejére* (REM) esik, s az anaphylaxiás bronchospasmus eredetű gyors halál még a csecsemő felébredése előtt bekövetkezik.

Amennyiben a vázolt elmélet helytálló, úgy bizonyos lehetőségek kezünkbe adottak. Ugyanis, amikor a mellről való táplálás már nem lehetséges, a csecsemőt csekély *szenzibilizáló adottságokkal* rendelkező tejjel kellene táplálni. Hosszabb távon megvan a lehetősége annak, hogy az *ipar* ilyen készítménnyel lássa el az anyákat. Noha a tehéntej a leggyakoribb „katasztrófa"-antigén a hirtelen halálban, más allergizáló tényezőket sem lehet elvetni; ezek között a vírusokat és a házi port. Az anaphylaxia elmélettel jól magyarázható az ún. „near miss', vagy az *elhárított bölcsőhalál* is. A szenzibilizált tengerimalac például a tehéntejjel történő provokálást követő rosszullétet az esetek egy részében átvészeli, és a következő napokban már kifogástalan egészségi állapotba kerül.

A halmozódó *téli elhalálozást* úgy kell értelmeznünk, hogy ilyenkor gyakoribb az orrnyílás dugulásával járó hurutos betegség, ennek velejárójával, a regurgitációt követő aspirációval. Az elmondottak alapján úgy tűnik, hogy a bölcsőhalálnak még több életet kellene követelnie, mint ahogyan azt tapasztaljuk. Való igaz, hogy az enyhe reakciók gyakoribbak is, mint ahogyan azt általában észleljük. Ezek többsége azonban — szerencsére — *nem vezet olyan apnoéhoz*, amely a csecsemő életét követeli. Másfelől, amennyiben igen korán — már az újszülött periódusban — bevezetik a tehéntejtáplálást, úgy a lassú deszenzitizálás-hiposzenzitizálás nyomás olyan tolerans állapot fejlődik ki, amely nem nyit utat a végzetes anaphylaxiás reakciónak.

Kiss Szabó Antal dr.

Alvási apnoe a heveny bronchiolitisben. Silva, A. E. és mtsai (Royal Hospital for Sick Children and Department of Child Life and Health, Edinburgh): Archives of Disease in Childhood, 1982, *57*, 467.

Noha az apnoet a koraszülöttben és az érett súlyú újszülöttben is többen vizsgálták, mégis *számos részletkérdés* maradt tisztázatlan; nem utolsósorban az, amelyben az elhúzódó **alvási apnoe és** a hirtelen halál között oki összefüggést tételeznek fel. Ezt a kérdést kívánták a szerzők tovább vizsgálni azokban a csecsemőkben, *akiket vírusfertőzéssel* szállítottak osztályukra. Elsősorban azt nézték, hogy az alvási apnoe hogyan hat a *szívműködésre* és a *transcutan* O_2*-tenzióra*. Bronchiolitisben szenvedő 16 csecsemőt vizsgáltak, gyógyulás előtt és után. Megállapították, hogy a betegség heveny szakában a teljes alvási idő 35%-a az aktív alvás, szemben a gyógyulás utáni állapot 31%-ával. A betegség idején magasabb a *légzésszám* általában, de az aktív és a nyugodt alvás közben is, függetlenül attól, hogy a betegség milyen stádiumban van. Az apnoeval járó *légzésszünetek* egyöntetűen rövidebb ideig tartanak 15 mp-nél; ez vonatkozik mind az aktív, mind a nyugodt alvás idejére, akár beteg még a csecsemő, akár gyógyult. Az apnoes epizódok szinte kivétel nélkül *centrális* jellegűek és vagy testi mozgással, vagy enyhe sóhajtással veszik kezdetüket. Közvetlenül az apnoe előtt a *szívműködés* szignifikánsan szaporább, mint közben vagy utána. Az *apnoe index* (az apnoe idejének százalékban számított tartama), az *apnoes rohamarány* (az apnoes epizódok száma időegység alatt) és az *apnoe-százalék* (az apnoes rohamok megoszlása adott alvási idő közben) szignifikánsan magasabb a betegség nyugodt alvási idejében. Ezzel szemben a transcutan O_2-tenzió szignifikánsan alacsonyabb a betegség idején.

A tapasztalatok arra engednek következtetni, hogy azokban, akik „hajlamosak" alvási apnoera, illetve hirtelen halálra (SIDS), a légzés megszűnése általában 6 mp-nél hosszabb ideig tart. Az elhárított hirtelen halálhoz (near miss) tartozó csoport tagjai között is megfigyelhető az alvási apnoe, de az obstructiv apnoe és a kifejezett periodikus légzésre való hajlam is. Többféle *spekulatív elképzelésnek* vetette meg az alapját az, hogy a SIDS általában az alvás idején következik be. Miután ma sem tudjuk pontosan, hogy mikor sérülékenyebb az újszülött, az aktív — netán a nyugodt alvás idején, a kutatók eljutottak ahhoz a kényszerű felismeréshez, hogy az *alvás mechanizmusát* közelebbről is tanulmányozni kell a kérdés jobb megismeréséhez. Kutyákon végzett vizsgálatokból azt a véleményt szűrték le, hogy a nyugodt alvás idején a légzést az *automatikus szabályozók* irányítják (kémiai ingerek, reflexfolyamatok), míg aktív alvás idején a légvételt a *klasszikus légzési ingerek* vezérlik. Ez arra enged következtetni, hogy az apnoes szakokat más és más tényezők váltják ki aktív alvás, illetve nyugodt alvás idején. Macskákkal végzett megfigyelésekből tudjuk, hogy a hypoxia csökkenti az aktív alvás idejét a nyugodt alvás kiterjesztésével. Miután a macskakölykök jóval sérülékenyebbek a nyugodt alvási hypoxia közben, ebből — extrapolálva — arra következtetnek, hogy a csecsemő is az *alvásnak ezen fázisában* esik a SIDS áldozatául. Kétségtelen, hogy az itt vizsgált betegekben a leglátványosabb változások a nyugodt alvás idején következtek be.

Végeredményben a bronchiolitis heveny szakában meglehetősen érzékeny a légzési folyamat, bár feltehetően az előbbi nem döntő tényező abban, hogy a fiziológiás állapot pathológiás apnoeba csapjon át. Nem lehet azonban kizárni annak a lehetőségét, hogy egyes csecsemőkben mégis *végzetes folyamatot* indít el elsősorban a nyugodt és az intermedier alvás alatt; különösen abban a csoportban, amelyben a légzés önellenőrzése nem tökéletes. Ezt látszanak igazolni a SIDS ismert áldozatai.

Kiss Szabó Antal dr.

A légzés formája alvás közben hirtelen csecsemőhalandóság szindróma áldozatainak a szüleiben. Acres, J. C. és mtsai (Department of Respiratory Medicine, St. Boniface General Hospital, and the Department of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg, Manitoba. Canada): Amer. Rev. Resp. Dis. 1982, *125*, 163.

Az alvás közben bekövetkezett csecsemőhalandóság kóroktana rejtélyes. Újabb vizsgálatok szerint ebben a szindrómában jelentősége van alvás közben a légzésszünetnek és a légzés rendellenességeinek

is. Ezek a tényezők állítólag örökletesek. Ennek a problémának a megközelítése céljából a szerzők 6 pár, ebben a szindrómában meghalt és 6 pár olyan szüleinek a légzésmintáit vizsgálták meg alvás közben, akiknek a gyermekei egészségesek voltak. Mindkét szülőcsoport élettani adatai, alvás és légzésformái az artériás vér oxigéntelítettségi értékei hasonlóak voltak. Az alvásszünet szindrómára jellemző, ha 7 órai alvás közben mind a gyors, mind a nem gyors szemmozgású fázis közben legalább 30 légzésszünet észlelhető. Egy alvás közben hirtelen csecsemőhalandóság áldozatának az apjában 44, az anyjában pedig 31 légzészünetet észleltek. A többi áldozat szüleiben éjszakánként legfeljebb 18, az egészséges gyermekek apjában átlag 7,3, anyjában pedig 4 légzésszünet volt. Ezek az eltérések azonban nem szignifikánsak. Ezek alapján megállapították, hogy a polysomnographiás módszerrel a hirtelen csecsemőhalandóság áldozatainak a szüleiben a légzésforma vizsgálatával e szindróma örökletes volta nem volt igazolható.

Pongor Ferenc dr.

Szívbeteg gyermekek sportbeli teljesítőképessége. P. J. K. Starek (Cardiothoracic Surgery, University of North Carolina School of Medicine, Chapel Hill): Physician and Sportsmedicine, 1982, *10*, 78.

A szerző széles körű irodalmi adatok alapján tárgyalja a rendszeres sportolás gyermekekre kifejtett hatását, illetve azt, hogy szívbetegségek mennyiben jelentenek korlátozó tényezőt a sportbéli teljesítőképességre.

Áttekintve az edzés általános kardiovaszkuláris rendszerre és specifikus, az izomzatra kifejtett hatásának részleteit, megállapítja, hogy a kardiovaszkuláris rendszer hatékonysága legmagasabb 7—14. életév között, ezt az edzés tovább növeli, azonban csak genetikusan determinált határok között.

Szívbeteg gyermekek döntő többsége — bár igen nagy az egyéni szórás — nem éri el az egészségesek teljesítőképességét. Cianózissal járó szívbetegségekben, súlyos szívbillentyűhibákban és Fallot-tetralógiában legkifejezettebb a teljesítőképesség csökkenése, míg baljobb shunt esetében kisebb. Érdekes, hogy sebészi korrekció után, normális nyugalmi hemodinamikai viszonyok mellett is alacsonyabb marad a terhelési kapacitás. Néhány betegség (idiopathiás hipertrófiás szubaortikus sztenózis, aorta sztenózis nagy nyomás grádienssel, hipertrófiás kardiomiopatia, koszorúér anomáliák) eseétben az intenzív fizikai terhelés kifejezett veszélyt jelent.

Az esetek egy részében ezek csak szekciónál kerülnek diagnózisra, azonban retrospektív vizsgálatok szerint szinkope, mellkasi fájdalom vagy palpitáció, amelyet a fiatal sportoló ignorált, felhívhatta volna a figyelmet.

Jól megtervezett — az anamnézisen és fizikális vizsgálaton alapuló — szűrővizsgálati rendszert javasol a szerző a sportolásra jelentkező gyermekek számára. Kardiológiai szempontból a sportolás ellenjavallatai lehetnek abszolútak és relatívak, attól függően, milyen fizikai terhelést jelentett a választott sportág. Álláspontjuk szerint a szívbeteg gyermekek többségét bátorítani kell a sportolásra, azonban nem versenyszerű jelleggel.

Jákó Péter dr.

A renális policisztás betegség korai felismerése. (A Bourneville sclerosa tuberosa első manifesztációja) Dommergrues, J. P. és mtsai (Service de Pédiatrie, Hôpital A Beclère, 92141 Clamart): Arch. Fr. Pediatr. 1982, *39*, 31.

A szerzők részletesen ismertetik a 4 hónapos korban osztályukra felvett gyermek legfontosabb adatait. Ezek közül kiemelendő a súlygyarapodás hiánya és az erősen megnagyobbodott has, amelynek hátterében a két enormis vese állott. A máj normális nagyságúnak bizonyult. Az arteriális vérnyomás 140/90 Hgmm, a szérum kreatinin 97 μmol/l volt.

Az elvégzett iv. urographia felnőtt típusú renális policisztózist mutatott. A gyermek 5 hónapos korában műtéti feltárást végeztek: a jobb vesében különböző nagyságú cisztákat találtak. A drenálással kísért nephrostomia az állapotot némileg javította, de 1 hónappal később, a bal vese erőteljes növekedése miatt, lobotomiára került sor, punkció és részleges reszekció kíséretében.

A műtétet követő években folyamatos javulás állott be, a progreszszív hipertónia is csökkent. A klinikai tünetek közben színesebbekké váltak: diffúz cerebrális károsodás jeleként spasztikus, flexiós krízisek léptek fel. Csaknem 4 éves korában a jellegzetes bőrtünetek — Pringle-féle sebaceus adenomák, májfoltok a lumbális tájon — a Bourneville sclerosis tuberosa (B. s. t.) diagnózisát biztossá tették.

6 éves korban — normális testi fejlődés mellett — mérsékelt mentális retardáltság mutatkozott. A renalis echographia különböző nagyságú, többszörös cisztát tárt fel mindkét vesében. A hepatikus echographia, a cerebrális tomodenzitometria normális képet adott, ez utóbbi nem mutatott ki meszesedéseket a szülőknél sem.

A B. s. t. renalis manifesztációi közül az angio-myolipomák a legismertebbek. *Stapleton* újabban hangsúlyozza, hogy az élet első heteiben a renalis policisztózis a B. s. t. előjele is lehet. Nevezett szerző 3 saját és az irodalom 10 esetének elemzése kapcsán a következőket emeli ki: 1. a renalis policisztózis az élet első hónapjaiban abdominális „tumor szindróma"-ként magas vérnyomás kíséretében jelentkezik; 2. az iv. urographia felnőtt típusú policisztás betegségre utal; 3. a B. s. t. a családok többi tagjai közül csak 1 esetben volt kimutatható; 4. a betegség egyéb jelei csak később kerülnek felszínre.

Valamennyi eddig ismertetett esetben közös, hogy szövettanilag a vesékben hiperpláziás epitélium észlelhető, eozinofil plazmájú sejtes rétegződéssel. Ez lehetővé teszi a felnőtt- vagy gyermekkori policisztás betegségnek a B. s. t.-tól való eldifferenciálását.

A szerzők esetének különlegességét az adja meg, hogy még 5 éves korban sem sikerült tomodenzitometriával meszesedést az agyban kimutatni, ami egyébként korai, megbízható jele a B. s. t. betegségnek.

Kövér Béla dr.

Intrauterin sorvadtként született gyermekek képességei. Harvey, D. és mtsai (Institute of Obstet. Gynecol., Queen Charlotte's Maternity Hosp., London): Pediatrics, 1982, *69*, 296.

51 intrauterin sorvadt újszülött utánvizsgálatáról számolnak be, akiknek intrauterin koponyanövekedését sorozatos ultrahangvizsgálatokkal ellenőrizték. Az utánvizsgálat átlag 5,1 éves korig tartott. A gyermekek képességeinek fejlődését a McCarthy-teszttel vizsgálták és az eredményeket kontroll csoporthoz hasonlították. Azokban a gyermekekben, akiknek koponyanövekedése a 26. terhességi héten kezdett lelassulni, szignifikánsan alacsonyabb pontszámot értek el a teszttel, mint a kontroll csoportban. Ezt a különbséget nem észlelték, ha a gyermekek koponyanövekedése csak a későbbi terhességi hetek során kezdett lassulni.

Nem volt a gyermekek fejlődési pontszámaiban különbség, ha születési súly percentilisek szerint csoportosították őket! Azt a következtetést vonják le, hogy a prolongált in utero lassú növekedés hatással van a gyermek későbbi fejlődésére és képességeire, különösen a perceptuális, performációs és motoros képességekre.

Tóth Péter dr.

A Reye-syndroma tisztázatlan kóroktana. Rasenack, U. (II. Med. Klin. des Stadtenkrankenhauses Hanau): Med. Klin. 1982, 77, 284.

Reye és mtsai (1963) írták le 21 gyermekesetük kapcsán azt a sajátos kórképet, amelyet akut encephalopathia, a szervek, főleg a máj zsíros elfajulása jellemeznek. A klinikai kórképet láz, görcsök, öntudatzavar, hányás, légzési és reflexzavarok kísérik; az eseteik legnagyobb része (21-ből 17) halálos ki-

menetelű volt. A Reye-tünetegyüttes aetiológiája és pathogenesise tisztázatlan és a különböző irodalmi megfigyelésekből a következők szűrhetők le. Az esetek nagyobb számában a prodromalis stádiumban vírusfertőzések vagy epidémiák voltak kimutathatóak (influenza-B, varicella, reo-, echo-, adeno-, Coxsackie-, herpes simplex-, Epstein—Barr-vírusok). Kórbonctanilag az agy és máj elváltozásai feltűnőek: az idegsejtek duzzadásai a máj mitochondriumainak elváltozásai, a vese- és szívizom zsíros elfajulása, a hasűri zsírszövet atrophiája. Egyes szerzők exogen toxinok (aflatoxin, hypoglycin-A), gyógyszerek (salicylatok) szerepét feltételezik; genetikus enzymdefectusok (ornithin-transcarbamylase), továbbá bizonyos endotoxinok szerepe sem zárható ki. A számos morphológiai és epidemiológiai megfigyelés ellenére a syndroma kóroktana mind ez ideig nem tisztázott. *ifj. Pastinszky István dr.*

Nekrotizáló enterocolitis nagyon alacsony súllyal született újszülöttekben: a hangsúlyozott anyatejes táplálás összehasonlítása a parenteralis táplálással. Eyal, F. és mtsai (Dept. of Paed., Hadassah Univ. Hosp., Jerusalem, Israel): Arch. Dis. Childh., 1982, *57*, 274.

A szerzőknek sikerült a nekrotizáló enterocolitis (NEC) előfordulását a nagyon alacsony súllyal született újszülöttekben lecsökkenteniök azáltal, hogy az oralis táplálást legkorábban csak a 14. napon kezdték el. Az értékelt koraszülöttek testúlya 1500 g alatt volt. A vizsgálatot és az összehasonlítást 2 éven át, összesen 342 esetben végezték. Az első évben csak 129 beteget (37,3%) kezeltek, de a második évben ez a szám már megkétszereződött. A második évben a betegek születési súlya alacsonyabb volt. Az első 12 hónapban kizárólagosan csak a hangsúlyozott anyatejes táplálást végezték. Az anyatejet steril körülmények között gyűjtötték és 24 órán át mélyhűtőben tárolták. Minden tejet bakteriológiailag ellenőriztek. A táplálást nasogastrikus vagy nasojejunalis úton végezték, a születés utáni 2. vagy 3. napon kezdték el és a napi maximum 180 ml/kg volt. A szükséges folyadékpótlást 5—10%-os dextróz-infúzióval egészítették ki.

A második évben a táplálási módszert megváltoztatták. A 100 g alatt születetteket 3 hétig nem táplálták orálisan, helyette teljes parenterális táplálást (TPN) végeztek, de ennek az idejét a későbbiekben folyamatosan csökkentették, majd áttértek a szájon át való táplálásra.

A NEC gyanúja akkor vetődött fel, ha jellemző klinikai tüneteket észleltek. Ekkor radiológiai vizsgálatot végeztek a kórisme biztosítására (szabad levegő a hasüregben, pneumatosis intestinalis, levegő a v. portaeban stb.). A kezelési, ill. a táplálási eljárásukkal, amelyet a vizsgált időszak második évében végeztek, elérték, hogy a NEC előfordulását 18,2%-ról 3,5%-ra tudták lecsökkenteni. A második évben csak 3 esetben észleltek NEC-et, annak ellenére, hogy az alapkezelésben és az alapelvekben nem történt változás.

2 éves tapasztalataik alapján azt a következtetést szűrték le, hogy a NEC minden esetben az oralis táplálás megkezdése után alakult ki. Miután az oralis táplálást csak a 2—3. héten kezdték el, elérték a NEC előfordulásának lényeges csökkenését, még akkor is, ha más kóros tényezők is fennálltak. Javasolják az ily módon történő táplálás bevezetését. *Léb József dr.*

Egyetlen adag trimethoprim-sulfamethoxazol kezelés húgyúti fertőzésben. Pitt, W. R. és mtsai (Mater Misericordiae Gyermekkórház Brisbane, Ausztrália): Arch. Dis. Child. 1982, *57*, 229.

A gyermekkori húgyúti fertőzések kezelésének tartamára nincsenek egyértelmű szabályok. A szerzők az egyetlen adag trimethoprim-sulfamethoxazol (TMP—SMX) hatását vizsgálták egynapi és 7 napi kezelés után.

Húgyúti fertőzés (HUF) tünetei miatt jelentkező 79, hat hónap—12 éves gyermeknek randomizálva adtak egyetlen adagban, vagy 7 napos kezelésként TMP—SMX-t. Azokat a betegeket vették számításba, akiknek vizelésnél fájdalma volt és 38 °C-nál magasabb láza. Ha a vizeletben pyuriát vagy bakteriuriát találtak, középsugár vagy suprapubikus punkcióval nyert vizeletet vizsgáltak. A kezelést a tenyésztési eredmény megérkezte előtt kezdték meg. A HUF diagnózisát a pozitív tenyésztési eredmény alapján állapították meg.

A 42 betegből (39 leány, 3 fiú), akiknél a kísérlet feltételei megvoltak, 23-nak egyetlen adagban, 19-nek hét napig adták a gyógyszert. Az egyetlen adag 2 éves kor alatt 80 mg TMP és 400 mg SMX volt, 2—5 év között 160 mg TMP és 800 mg SMX, míg 6—12 éves korúaknak, 320 mg TMP és 1600 mg SMX volt. A 7 napos kezelés a szokásos adag volt. A betegek mindkét csoportjában a kezelés után 2 nappal a vizelet steril lett. Az első csoportban (egyetlen adag) 3-nak volt vese-rendellenessége (rtg), míg a másik csoportban 7-nek. Egy betegnek volt visszatérő fertőzésre utaló tünete a 7. napon (az egyetlen adag csoportban). Az eredmények azt mutatják, hogy az egyetlen adag TMP—SMX éppen olyan hatásos volt, mint a szokásos 7 napos kezelés a tünetekkel járó HUF-ben. Természetesen további kontroll vizsgálatok szükségesek a HUF teljes gyógyulásának bizonyítására.

Korányi György dr.

A csecsemők vena renalis thrombosisa. Montagne, J. Ph. és mtsai (Service de Radiologie, Hôpital Trousseau, 8 à 28. av. du Dr. Arnold-Netter, 75571 Paris, Cedex 12): Arch. Fr. Pediatr. 1982, *39*, 67.

A vena renalis thrombosisa (v. r. t.) leggyakoribb a 2 éven aluli kisgyermekeknél. Klasszikus esetekben a prognózis nagyon rossz; javulást esetleg a heparin és a fibrinolitikumok alkalmazása hozhat. Ebben a helyzetben nagyon fontos a korai diagnózis.

A szerzők megelőzően észlelt 7, v. r. t.-ban szenvedő gyermek kórtörténetét analizálták. Ismertetik a tomográfiai felvételeket, valamint a kezdeti klinikai, biológiai és urológiai leleteket. Három esetükben tomográfiás, echotomográfiás és urográfiás felvételekről fényképeket is közölnek. Ismertetik a klinikai és echotomográfiás lefolyást.

Csecsemőiknél a v. r. thrombosisát egyrészt a klinikai adatok: a kialakulását elősegítő tényezők, az egy- vagy kétoldali nagy vese, oliguria, haematuria — másrészt a biológiai adatok, anaemia, thrombopenia, hyperazotaemia — alapján állapították meg.

Vizsgálataik és a klinikai észlelés kapcsán az alábbi lényeges megállapításokat teszik: 1. az iv. urográfia csak indirekt bizonyítékokkal szolgál, amellett a kontrasztanyag összetevői a víz—elektrolit egyensúlyt felboríthatják. 2. A szolid tumorok ebben az életszakaszban — főleg Bolande-tumorok — az echográfia számára nagyon jól hozzáférhetők. 3. A veseparenchyma és az üregek echográfiája lehetővé teszi az elkülönítést az atrófiás irányban fejlődő folyamat és a normális helyzet között.

A szerzők végezetül leszögezik, hogy az echográfia nagyon jó kisegítőeszköz a v. r. t. diagnosztizálásában. Nem fájdalmas, többször ismételhető eljárás. A betegágy melletti diagnózis felállítását is lehetővé teszi. Úgy vélik, hogy az echográfiával észlelt nagy vese, ahol a cortico-medulláris réteg csökkent, a kiválasztó üregek láthatatlanok, a v. r. t.-ra specifikusak. Úgy gondolják, bármilyen bizonytalanok is ezek a megállapítások, a diagnózist és a gyors terápiás beavatkozást elősegíthetik. *Kövér Béla dr.*

Traumatológia

Robbanó lövedékek: új kockázat az orvosok számára. Knight, B.: Brit. Med. Jour. 1982, *284*, 768.

A tapasztalatok szerint az Egyesült Államokban újra használatba kerültek a robbanó lövedékek. Ezek egyrészt igen súlyos sebeket ejtenek a sértetteken, de egyben veszélyt jelentenek az ellátást végző sebész, illetve a boncoló orvos számára is.

Kevéssé tudott, hogy Reagen elnök ellen 1981 áprilisában elköve-

tett merénylet során is robbanó lövedékeket használt a tettes. Az FBI vizsgálata megállapította, hogy a kilőtt hat lövedék közül öt robbanó volt. Ezek egyike az elnök tüdejébe hatolt, a másik pedig egy rendőr nyakába fúródott, de ezek nem robbantak fel. Ennek tudatában a lövedékeket eltávolító sebészek a műtétek során különleges óvatossággal jártak el.

Robbanó lövedékek az USA-ban hivatalosan és „feketén" is készülnek. Ezeket hatósági közegek is használják. Ez olyan meggondolás alapján történik, hogy ily módon kisebb kinetikai energiájú lövedékeket alkalmazhatnak és így kívülálló személyeket kevésbé veszélyeztetnek. Ugyanakkor ezek a lövedékek elég súlyos sérülést okoznak ahhoz, hogy az eltalált személyt harcképtelenné tegyék.

A robbanó lövedékek jellegzetessége, hogy rendszerint a lövedék csúcsában van egy kis furat és ebben helyezik el a lőport vagy az ólmot. A furatban kis gyutacs is lehet. Ezek a jellegzetességek röntgenvizsgálattal is kimutathatók. Amennyiben a lövedék felrobban, akkor hatására az jellemző, hogy viszonylag kis átütőerő mellett aránylag nagy roncsolt sérülés keletkezik. Ha a lövedék nem robban fel a testben, akkor a műtét, illetve a boncolás során nagy óvatosság szükséges. Ajánlatos, hogy az orvos védőszemüveget viseljen és hosszú nyelű műszereket használjon szemének és kezének védelme érdekében. A kiemelt lövedéket gumibevonatú csipesszel szabad megfogni és párnázott tartályba kell helyezni. A diagnosztikai eljárások során ultrahang és mikrohullám használata mellőzendő, mivel a lövedéket ezek is felrobbanthatják.

A robbanó lövedékek használata a XIX. században kezdődött. 1822-ben találták fel és 1862-ben kezdődött a repeszlövedék sorozatgyártása. 1897-ben kezdték gyártani a dumdum-golyót. Az 1899-i Hágai Egyezmény a robbanó lövedékek használatát megtiltotta. Ennek ellenére a tapasztalatok szerint ismét terjedőben vannak, és ezt a lövési sérüléseket ellátó orvosoknak figyelembe kell venniök.

Dallos György dr.

Halálos foglalkozási balesetek. Baker, S. P. és mtsai (Dep. Health Serv. Admin. John Hopkins School Hyg. and Public Health, Baltimore): JAMA 1982, *248*, 692.

Az Egyesült Államokban a foglalkozási balesetek évente 13 ezer halálesetet, 245 millió elveszett munkanapot, 25 milliárd dollár közvetlen és közvetett költséget jelentenek.

17—64 év között a nem halálos sérülések $^1/_4$-e (az erőszakcselekményektől eltekintve), a halálos sérülések $^1/_6$-a munkabaleset. Fontossága ellenére e kérdéssel keveset foglalkoznak.

A Marylandben 1978-ban elhaltak anyagát dolgozták fel: különböző forrásokból 148 foglalkozási halálos balesetet találtak, 146 volt férfi, 2 nő. Életkoruk 15—83 év között volt, átlagosan 37 év. A megfelelő korú dolgozók számához viszonyítva 16—24 év között kevesebb, 35—44 év között több volt a haláleset. A nem fehérek aránya kétszerese volt a dolgozók közötti arányuknak. E balesetek aránya 1 év alatt százezrelék. 14 katonai szolgálata közben sérült.

Szállítóeszközök okozták a halálesetek 41%-át, ebből 37 esetet (25%) közúti jármű. Az előidéző okok közül 117 mechanikai, 7 elektromos, 5 égési sérülés, 12 vízbe fúlás, 7 vegyi mérgezés.

Testtájék szerint a leggyakoribb halálok a fej sérülése volt (31), de igen súlyos fejsérülés összesen 43 ízben szerepelt. A sérültek $^2/_3$-a a helyszínen, vagy a kórházba szállítás közben halt meg. 85 esetben végeztek alkoholvizsgálatot, amely 13 ízben volt pozitív, ebből 9 esetben meghaladta a 0,08 koncentrációt.

Egyes foglalkozási ágak veszélyeztetettsége fokozott. Az elmúlt 25 év alatt a foglalkozási balesetek okozta halálozás a dolgozók számához viszonyítva az USA-ban $^1/_3$-ára csökkent. A balesetvédelem eredményei ellenére kiemelkedően magas a szállítóeszközök okozta balesetek aránya, mert a balesetmegelőzési program ezekre általában nem tér ki. Szerepet játszik, hogy gyakran nem viselik a biztonsági övet. Magas a mezőgazdasági (farmer) balesetek aránya, ezek felében a haláleset előidézésében a traktor szerepel. Bár vannak előírások a traktor biztonságos használatára, ezek ellenőrzése nehéz. Rendőrök, taxisofőrök és kereskedők fokozottan vannak kitéve erőszakcselekményeknek. Itt védőruházat alkalmazásának szükségessége merül fel.

A közlemény foglalkozik a megelőző elvek alkalmazásának hiányosságaival különböző területeken. Az eredményes elemzést esetenként az adatok hiányossága is megnehezíti.

Kazár György dr.

Ezüstlerakódás elektronmikroszkópos vizsgálata ezüst szulfadiazin krémmel kezelt égési sebeken. Akahane, T., Tsukada, S. (Department of Plastic and Reconstructive Surgery, Kanazawa Medical University, 1—1 Daigaku, Uchinada, Ishikawa, 920—02, Japán): Burns, 1982, *8*, 271.

Az ezüst szulfadiazin krém lokális antibakteriális készítmény, ami nem okoz fájdalmat a seben, nem zavarja meg az elektrolit-háztartást és az egyéb ezüstkészítményekre jellemző feketés elszíneződéssel sincs probléma az alkalmazásánál. Számos vizsgálat történt már az ezüstanyagcsere tisztázására, okoz-e lokális vagy generalizált argyriát a készítmény. Az eddigi kísérleteket állatokon végezték. A szerzők ezüst szulfadiazin krémmel kezelt embereken fény- és elektronmikroszkópos vizsgálattal követték az ezüst felszívódását és eloszlását.

8 betegen, naponta alkalmazták az 1%-os ezüst szulfadiazin krémet felületes és mély II. fokú égéseken. A kezelés időtartama 1 és 21 nap között váltakozott. A bőrpótló műtétnél szövetmintát vettek a sebből és a környező, spontán behámosodott bőrből, amit fény- és elektronmikroszkóppal vizsgáltak. Fénymikroszkóppal nem láttak ezüstlerakódást. Elektronmikroszkópos vizsgálat pedig csak két, 21 napig kezelt beteg egyikénél talált ezüstöt a hámsejtekben és verejtékmirigyekben. A cytoplasmával különböző méretű, kerek és ovális, durva rögök formájában rakódott le az ezüst. Az eredmény arra utal, hogy az ezüst szulfadiazin krémből csak nagyon kis részben szívódik fel ezüst a seben keresztül.

Papp Tibor dr.

Mély égés kezelése homológ vér és bőr alkalmazása nélkül. Hornick, A. Stein, J. M. (Maricopa County General Hospital, Phoenix, AZ, 85008): Journal of Burn Care and Rehabilitation, 1981, *2*, 304.

Testfelületének 18%-ára terjedő mély égési sérülést szenvedett beteg — aki a Jehova Tanúi szektához tartozott — vallási okból visszautasította homológ vér és bőr felhasználását égésének kezelésénél. Ezen kényszerűség miatt olyan kezelési módszer alkalmazására volt szükség, amivel a vérvesztést minimálisra lehet csökkenteni. A seb ideiglenes fedését pedig más emberről származó bőr helyett egy szintetikus sebfedő anyaggal, a Biobrane-nel oldották meg.

Csak a legszükségesebb esetben vettek vért laboratóriumi vizsgálatra és mikroanalitikus módszereket alkalmaztak. Műtét közben különös gondot fordítottak a vérzéscsillapításra. A végtagokon a necrectomiát vértelenítésben végezték. Az adóterület vérzésének csillapítására 1:100 000-es hígítású adrenalint használtak. A Biobrane-nel nem csupán a biológiai kötést helyettesítették, használata a vérveszteség csökkentése szempontjából is előnyös volt. A testidegen anyagot 3—4 naponként cserélni kellett volna a seben, ami mindig vérzéssel jár. A szintetikus sebfedő anyag viszont 52 napig a seben maradt és mindvégig kedvező miliőt biztosított a seb számára. Vitaminok és vas adagolásával elősegítették a versejtképződést. Autotranszfúziót is alkalmaztak.

A kimetszéssel egyidőben a kezeken félvastag bőrrel autotransz-

plantációt végeztek. Az egyéb sebeket Biobrane-nel fedték. Az égést követően észlelt 43%-os haematocrit érték az excisio után 23%-ra csökkent. A Biobrane védelmében a sebeken további vérvesztés már nem történt, és a haematocrit érték emelkedni kezdett. Amikor elérte a 32%-ot — az égést követő 55. napon — vért vettek a betegtől autotranszfúzió céljára. Közben a beteget hazaengedték és ambulansan kezelték. A 69. napon ismét visszavették a kórházba. Eltávolították a szintetikus sebfedő anyagot és az autotranszfúzió védelmében saját félvastag bőrt ültettek át. A műtét után 31%-os volt a haematocrit. A transzplantatum 100%-ban megtapadt és egy hét múlva, az égését követő 76. napon gyógyultan bocsátották haza a beteget.

(Ref.: Kevés a valószínűsége annak, hogy hazai viszonyok között hasonló problémával találkoznánk. Viszont a vérveszteséget minimálisra csökkenthető kezelési módszer és a seb fedésére hosszú ideig használható, optimális feltételt biztosító sebfedő anyag alkalmazása bármely égett előnyére szolgálhat.)

Papp Tibor dr.

A gerincoszlop sérülései. Ludolph, E., Hierholzer, G. Skuginna, A. (Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik, Duisburg-Buchholz): Chirurg, 1982, *53*, 279.

A szerzők a gerincoszlopot rugalmas rúdhoz hasonlítják, amely szilárdan rögzül a medenceövhöz, izmok és szalagok pedig kifeszítve tartják. Normális körülmények között ellazult, állóhelyzetben a súlypont a gerincoszlopban van. Kövér embereknél a súlypont előbbre helyeződik, a háti izmok állandó tónusba kényszerülnek. Ez már egymagában panaszokhoz vezethet. A gerincoszlop egyes szakaszainak mozgása egymással összefügg, kapcsolódik. Nagyobb mozgások a lordotikus, kisebbek a kyphotikus szakaszon lehetségesek. A nyaki szakaszon a C_5 és C_6 között, a háti szakaszon a Th_7 és Th_8 között, a lumbális részen a L_5 és S_1 között a legnagyobb a mozgóképesség.

Böhler a gerinctöréseket a sérülés mechanizmusa szerint, *Lob* pathológiai-anatómiai alapon osztályozza. *Lob* szerint alapvető a sérülés primeren stabil vagy instabil volta. Primer stabil sérüléseknél mozgás vagy terhelés ellenére sem mozdulnak el a törvégek. Az elsődlegesen instabil sérüléseknél viszont a mozgás a diszlokáció fokozódását, további szövődményeket idézhet elő. A primer instabil töréseket meg kell különböztetni a késői instabilitástól, amikor következményes ízületi elváltozásokról, eltolódásokról van szó.

A gerincoszlop sérüléseinek therápiája sokat változott, azonban ma sem egységes az álláspont. Vitatott, hogy mikor van szükség műtétre, illetve konzervatív kezelésre. Az utóbbi években a nyaki csigolyák sérüléseinél a konzervatív kezelés került előtérbe, noha a műtéti technika is fejlődött. Nem vitás a műtét fokozódó gerincvelő, illetve gyöki kompressziónál, nem reponálható luxatiónál és subluxatiónál, kifejezett instabilitásnál. Bénulás nem kontraindikálja a műtétet. A C_1 és C_2 töréseinél a szerzők a konzervatív kezelést részesítik előnyben. Műtét indokolt, ha a fragmentumok jelentősen elmozdultak, vagy a dens epistrophei álízülete alakult ki. Rögzítésre corticospongiosus éket vagy H alakú lemezt alkalmaznak. A háti és ágyéki csigolyák stabil töréseit manipuláció és rögzítés nélkül, kizárólag funkcionálisan kezelik. Csekély, a gerinc statikáját nem befolyásoló szögelhajlásoknak nincs jelentősége. Ezek teszik ki a csigolyatörések 85%-át. Instabil, de neurológiai tüneteket nem okozó háti és ágyéki csigolyatöréseknél fektetést és funkcionális kezelést alkalmaznak. 3 hét után mobilizálják a beteget, további 2 hét fokozódó terhelés következik. Ennyi idő alatt stabillá válik a törés. Korzettet nem alkalmaznak, mert az az izomzat tehermentesítését, elgyengülését eredményezi. A csigolyatest ék alakú deformálódása az eredményt nem befolyásolja. Legkevesebb panaszai azoknak a betegeiknek voltak, akik az intézetben begyakorolt tornát otthon is folytatták.

Műtétet végeznek nyílt sérüléseknél, felszálló neurológiai tünetekkel járó bénulás, inkomplett bénulások progressziója, tünetmentes intervallum után fellépő idegi tünetek esetében.

Az utóbbi években a műtéti indikációt kiterjesztették instabil luxatiós fracturákra, oldaleltolódással járó darabos törésekre, az L_4 L_5 csigolyaív töréseire, amelyek spondylolisthesishez vezethetnek, irreponábilis teljes csigolyaficamokra a statikai állapot javítása céljából és kompressziós törésekre, ha a gerincoszlop már előzőleg sérült volt (spondylolisthesis, morbus Schauermann).

A sérüléstől függően direkt osteosynthesist, időleges spondylodesist (pl. fixateur externe), vagy definitív lemezes spondylodesist végeznek.

Viczián Antal dr.

Radius-fejecs és -nyak törések gyermekeken. Tibone, J. E. és mtsai (Orthopaedic Hospital, Los Angeles): J. Bone and Joint Surg. 1981, *63—A*, 100.

A gyermekkori könyöktörések 5—10%-át jelentik. *Jeffery* 1950-ben két típust különít el: 1. Radius-fejecs lateralis irányú lebillenése (valgizáló erőhatásra), a könyök belső oldalán gyakori szakításos társsérülésekkel. 2. A radius-fejecs 90°-os hátra billenésével járó epiphyseolysis. Ezt a könyök átmeneti és spontán helyreugró ficama előzi meg.

33 beteget kezeltek, 19 fiú, 14 lány. Életkoruk 4—14 év. Törési formák: 24 radius-nyaktörés, Salter—Harris továbbiakban S—H) II. típusú epiphyseolysis 5, S—H III. 1, S—H IV. 1 beteg és ismeretlen 2. 16 gyermeknek volt társtörése. Korai műtétet végeztek 7 betegen (4 huszonnégy órán belül, 2 négy nap, 1 négy héttel a sérülés után). Késői műtétek (ízületi debridement, fejecseltávolítás) száma 5.

Eredményeik: 16 kitűnő, 9 jó, 3 megfelelő, 5 rossz eredménnyel gyógyult (mind az öt 10 évesnél idősebb korában sérült) és két esetben avascularis necrosis alakult ki.

Részletesen elemzik a klinikai és radiológiai eredmény összefüggését egymással, a törtvégállással és a kezelési móddal. A várható jó eredmények esélye nagyobb: 10 évnél fiatalabbaknál, továbbá, ha a fejecs lebillenése 30 fok, oldalirányú elmozdulása 3 mm alatt van, és konzervatív töréskezelés esetén. A műtétet csak teljesen lecsúszott fejecs esetén tartják indokoltnak.

A konzervatív kezeléssel elért 30—45 fok tengelyállást már elfogadhatónak tartják. A radiológiai eltérések gyakoribbak, mint a functio zavarai. Hogy a humero-radialis ízület abnormitásai okoznak-e majd később panaszokat, azt csak a hosszú távú ellenőrző vizsgálat derítené fel.

Kiss Ákos Levente dr.

A humerus distalis epiphysisének töréses leválása. DeLee, J. C. és mtsai (San Antonio, Division of Orthopaedic Surgery University Texas Health Science Center): J. Bone and Joint Surg. 1980, *62—A*, 76.

Az orthopaediai irodalom 1950-ig mindössze 13 esetet ismert, ahol a humerus distalis epiphysisének töréses leválása (továbbiakban hetl.) szerepel. Elsőként Smith, R. W. különíti el mind a supracondyler törésektől, mind a könyökficamoktól.

A szerzők 16 betegük esetét ismertetik, akiket 1969—1977 között kezeltek. A sérültek életkora 6 hónapostól 7 éves korig terjedt. 9 fiú és 7 lány. 6 gyermek durva bánásmód áldozata volt. 3 sérülést megkésve, már látható callusképződés idején ismertek fel. Mivel ők megfelelő kezelés nélkül is lényeges alak- és működésbeli eltérés nélkül gyógyultak, valószínűnek tartják, hogy a hetl. jóval gyakoribb, csak diagnosztizálatlan marad. Mind a 16 sérültnél az elmozdulás posteromedialis irányú volt. Betegeiket a sérülés után 12—66 hónappal (átlag 39 hónap) kontrollálták. Eredményeik: A 12 ellenőrzött beteg közül 9 könyökszöglete (carrying angle) változott, de csak három érte el az 5—10 fokos varus állást. 4 beteg

könyökflexiója 5—15 fokkal, 7 extensiója 5—10 fokkal csökkent.

Továbbiakban részletesen elemzik a hetl. felismerésének klinikai és radiológiai problémáit. Kiemelik a diagnosztikus jelentőségét, hogy a könyök röntgen felvételen a radius hossztengelye mentén húzott egyenes a könyök helyzetétől függetlenül mindig áthalad a capitulum humeri csontmagván és ez a viszony csak könyökficam vagy a lateralis condylus dislocált törése esetén bomlik meg. Az ajánlott kezelés fedett helyretétel és 3 hetes gipszrögzítés 90 fokos könyökhajlítás és teljesen pronált (!) alkar mellett. A posttraumás cubitus varus kialakításának esélye kisebb, mint a supracondylaris könyöktöréseknél, mert a törési felszínek a humerus porcos részén jóval szélesebbek, mint az utóbbi sérülés esetén.

Kiss Ákos Levente dr.

Azonnali műtéttel kell-e az izolált térdízületi keresztszalag-sérüléseket ellátni? Oehler, W. D., Janka, P. (Chirurg. Klinik des Akad. Lehr-u. Stadtkrankenhauses, Hanau): Unfallheilkunde, 1982, *85*, 33.

Az izolált térdízületi keresztszalag-sérülések létezésében sokáig kételkedtek, mígnem az arthroscopia az ilyen sérülések létezését bebizonyította. Az arthroscopia azért is fontos, mert a klinikai tünet: az oly jellemző „asztalfiókkihúzásos" jelenség még a friss sérülésnél sokszor nincs jelen, a röntgen pedig a keresztszalag-sérüléseket szintén nem mutatja ki. Arthroscoppal viszont a térdsérülések 10, haemarthros esetében pedig 59%-ában lehet, irodalmi adatok szerint, a keresztszalagok sérülését kimutatni.

Kórbonctanilag az elszakadt keresztszalag vége bunkószerűen megduzzad, majd a szalag degenerálódik és akár teljesen felszívódik; másik végén pedig synovialis heg keletkezik.

Ha az izolált keresztszalag-szakadást nem kezelik, az ízület instabillá válik és megjelenik az „elülső asztalfiók"-tünet. A meniscusok károsodnak és arthrosis fejlődik ki.

Ezért vetődött fel a kérdés: az instabilitás jelei nélküli keresztszalag-sérülést konzervatíve, vagy azonnal műtétileg kell-e kezelni?

Beteganyagukban 1977 óta 360 térdízületi arthroscopiát végeztek. Ebből 125 eset haemarthros volt. 31 esetben találták az elülső keresztszalag részleges vagy teljes szakadását, 6 esetben a hátulsóét, 19 esetben kombinált szalagsérülést találtak, egyik vagy mindkét keresztszalag részvételével.

A 31 elülső keresztszalag-sérülésből 19-et konzervatíve, 12-t azonnali műtéttel kezeltek. Műtétet végeztek, ha (narkózisban) jelentős instabilitást tapasztaltak; ha a meniscusok vagy a porc is sérült; ha a jövőben a térdízület foglalkozás vagy sport miatti erősebb megterhelése volt várható. 11 esetben az elsődleges összevarrást finom, felszívódó varróanyaggal végezték és trans-ossealis drótfeszítést is alkalmaztak; 1 esetben patella-ín-csontcsíkkal pótló plasztikát végeztek.

A 6 hátsó keresztszalag-sérülésből 5-öt konzervatíve, 1-et azonnali műtéttel kezeltek. A kombinált sérüléseket mind megoperálták.

Az elülső keresztszalag-sérülések utánvizsgálatát végezték el. 5—42 hónap után 10 konzervatíve kezelt és 6 műtéttel kezelt beteget tudtak elérni. Vizsgálták az „asztalfiók"-tünetet, a varus- vagy valgusállást, az instabilitást, cm-ben mérve; a mozgathatóságot (fokokban mérve) és a quadriceps-atrophiát (cm-ben mérve).

Lényeges különbség a konzervatív és operált csoport között csak egyetlen tekintetben volt: az „asztalfiók"-tünet, ill. instabilitás terén a műtétes eredmények sokkal jobbak voltak.

A következtetés: *az „asztalfiók"-tünet és a velejáró instabilitás, ha rögtön a sérülés után nem is, de később megjelenik;* ezért a keresztszalag-sérüléseket *arthroscopiával* kell diagnosztizálni és *azonnal műtétileg ellátni.*

(A közlemény szép arthroscopos fényképeket is tartalmaz).

(Ref.: Az anyag ugyan kicsi, de a következtetés logikusnak látszik.)

Szőnyi Ferenc dr.

A combnyaktörések Ender- és Simon—Weidner-féle rugalmas rögzítése: a szövődmények elkerüléséről. Neugebauer, W., Mayer, H. R., Habicht, A. (Chirurgische Universitätsklinik Tübingen): Chirurg 1981, *52*, 728.

A pertrochanter és lateralis combnyaktörés konzervatív kezelése 30%-os letalitással jár. Stabil osteosynthesissel 10%-ra csökkenthető a halálozási arány. Idős korban kisebb műtéti megterhelésre és korai mobilizálásra kell törekedni.

A szerzők klinikájukon 1977 és 1981 között 58 pertochanter- és lateralis combnyaktörést szenvedett betegen végeztek Ender- és Simon—Weidner-féle rugalmas szögezést. A betegek átlagos életkora 72 év volt (62 és 96 év között). Halálozási arányuk 7%. Ezt a műtéti megoldást kizárólag petrochanter és lateralis combnyaktörés esetében alkalmazták. Dislocatióval járó subtronchanter töréseknél, valamint fiatalabb korú betegek petrochanter- és lateralis combnyaktöréseinél lemezes osteosynthesist végeztek AO szerint.

A továbbiakban ezen műtéti eljárással kapcsolatos szövődményekkel foglalkoznak. Előfordul, hogy szögelhajlással gyógyul a törés, ez azonban idősebb korban kisebb baj, mint a nagyobb műtéti rizikó. A korai műtétet ajánlják, lehetőleg haladéktalanul a shock és exsiccosis, a cardio-pulmonalis vagy diabeteses szövődmények leküzdése után.

A műtét extensiós asztalon történik, az ép végtag megfelelő abductiójával, hogy a képerősítő akadálytalanul állítható legyen. Repositiónál igyekezni kell a varus állás megszüntetésére és — oldalátvilágításban ellenőrizve — a törési rés eltüntetésére. Enyhe befelé rotációval, valamint kíméletes extensióval és abductióval, a repositio rendszerint sikerül. Nem megfelelő repositio esetén a rugalmas szögek végei medialisan és ventralisan a fejecs körüli lágyrészekbe kerülhetnek.

A femur medialis condylusától kiinduló, 6—8 cm hosszan, craniális irányba húzódó metszést ejtenek. Feltárás után a subperiostálisan harántul futó erektől 1—2 cm-rel proximálisan nyitják meg a velőűrt és verik be a szögeket. Beverés előtt az egy síkban már ívelt rugalmas szögön 12 fokos antetorsiót végeznek. A bevert szög végének a fejecs kemény spongiosáját kell elérnie. Rögzítés céljából 3 szöget használnak, melyek végükön legyezőszerűen szétterülnek a fejecsben. Osteoporotikus, tág velőűrbe legalább 4 szög beverése ajánlatos.

Darabos pertrochanter törés korai terhelése esetében a szög relatíve meghosszabbodhat és megjelenhet a beverés helyén, ritkábban a fejecs tájékán. A szög elmozdulása annak eltávolítását vagy cseréjét teheti szükségessé.

A sérült végtag mobilizációját a műtét utáni 2. napon kezdik. A terhelést egyszerű pertrochanter törés után a 4. postoperatív napon kezdik. Darabos pertrohanter- és lateralis combnyaktörésnél nem erőltetik, általában 4—6 hét után engedik a terhelést.

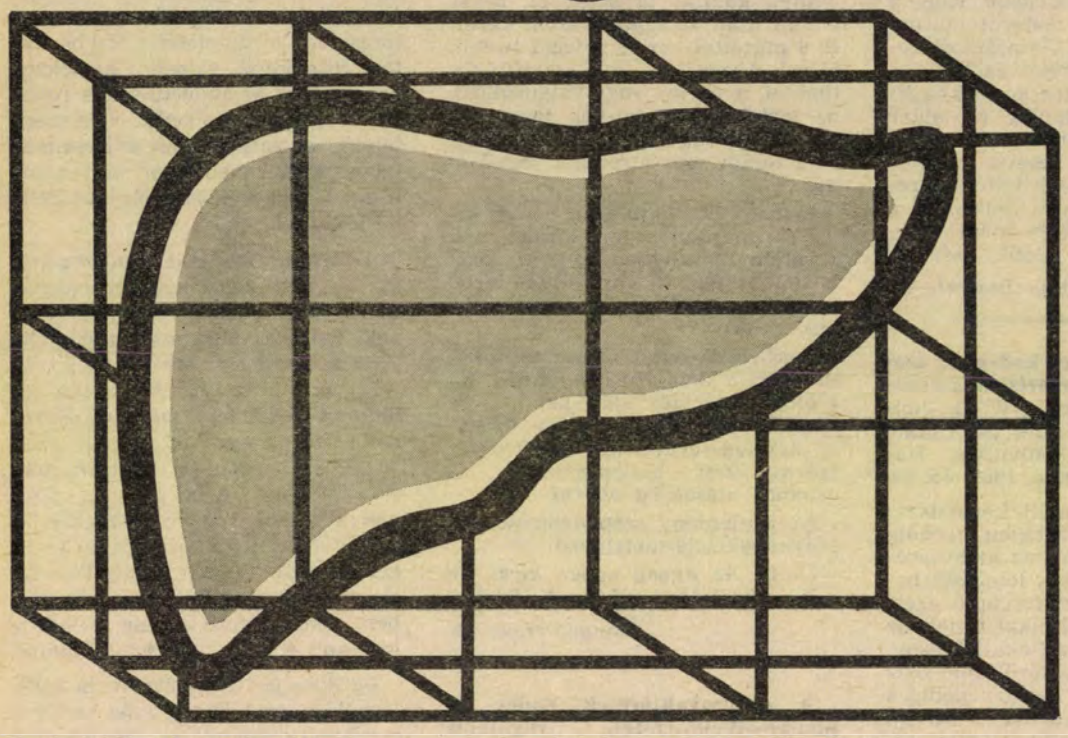
[Ref.: Ender közlése szerint (Langenbecks Arch. Chir. 1972, 332, 879.) az Ender-, Simon—Weidner-féle ívelt elasztikus szög átmérője 4,5 mm, hossza 36—49 cm. Előnye a jó rögzítésen és kisebb műtéti megterhelésen kívül, hogy a szögezés után a tört végek egymásba illeszkednek, s az így keletkező rövidülés következtében a szög a condylusnál csúszik ki néhány millimétert és nem a fejecset lyukasztja át.

Ender konzervatív úton reponálható subtrochanter töréseknél is alkalmazta. 2 szöget a medialis condylus felől a fejecsbe, 1 vagy 2 szöget a condylus lateralis felől a trochanter majorba vert be.]

Viczián Antal dr.

Catergen®

TABLETTA
mM 990 Hepatoprotectiva



Állatkísérletekben fokozza a májsejtek energiatermelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérum-bilirubin és szérum-transzaminász értékek gyorsabb csökkenésében nyilvánul meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tabletta étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immun-haemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

CSOMAGOLÁS

40 tabl.

TÉRÍTÉSI DÍJ

39,90 Ft.

Előállító: Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A gyógyszerek káros mellékhatásairól és ok-okozati összefüggésük felmérésének nehézségeiről.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap *124.* (7). 427—428. oldalán megjelent, *Pongor dr.* által referált közlemény, valamint a hozzá kapcsolódó szerkesztőségi megjegyzés kapcsán kívánunk a gyógyszerártalmak bejelentéséről és megelőzéséről szólni. Ismeretes, hogy a gyógyszeres kezelés — még ha megfelelő indikációban, megfelelő adaggal, időtartamban és megfelelő körülmények között is folyik — egészségkárosodás forrása lehet, elsősorban azért, mert a gyógyszerek hatóanyagai, a kívánt funkcióváltoztatáson túl más szervre, szervrendszerre is hatással vannak.

A gyógyszerek mellékhatásainak előfordulását — mind gyakoriság, mind súlyosság tekintetében — számos faktor befolyásolja. Ezért a mellékhatásokkal kapcsolatos kijelentéseink, megállapításaink csak a statisztika adta biztonsági határok között érvényesek. A rendelkezésünkre álló adatok igen megfontolandóan értékelendők: figyelembe kell venni, hogy milyen módszerrel végezték a megfigyeléseket, s ez milyen gyógyszer(ek)-re, milyen betegekre vonatkozik. A betegmegítélés a beteganyag összetétele a tünetkör behatárolás stb. mind jelentős eltérést eredményező tényező. Ezen túl a mellékhatásoknak csak elenyésző része kerül felismerésre, feldolgozásra: ok-okozati értékelésre. Mind a humán IV. (azaz a forgalomba hozatal utáni) fázisban, mind az ún. intenzív monitorozás, mind az észlelések spontán figyelő és bejelentő módszere eltérő adatokat szolgáltat. Ugyancsak más-más eredmény várható a prospektív és retrospektív felmérésekből. Az elmúlt 10—15 év irodalmi adatai szerint nem intenzív — spontán — figyelés szerint a betegek 2—10%-át, intenzív figyelés mellett ennél jóval többet érint a gyógyszerek okozta ártalom. Szinte nincs két azonos kautélák között végzett felmérés. Az intenzív módszerrel megbízhatóbb — bár érthetően szinte túlzottan alapos — adatok nyerhetők. Ezt bizonyította *Török* hazai vizsgálata is: a kérdőíves vizsgálat túl érzékenynek, viszont a mellékhatásokat csak mellékesen jelző, nem kérdőíves felmérés érzéketlennek bizonyult. [A placebóval is folytatott vizsgálatok kérdőíves feldolgozását találták a legmegbízhatóbbnak (1)].

A gyógyszertől függő mellékhatások gyakoriságának eltérésére példa: a litiummal kezelt betegek között 90% (2), a mazindol (Teronac) esetében 60% (3), a citosztatikumokkal kezelt betegek körében — adagtól is függően — 10—90% a mellékhatás gyakorisága (4). Ezzel szemben számos vegyület — terápiás adaghatáron belül, csak önmagában alkalmazva — elenyésző mértékben okoz mellékhatásokat. Egy EVSZ felmérés szerint (5) a gyógyszer okozta összes mellékhatás 30%-ért csupán néhány gyógyszer — a vizsgáltaknak csak 0,6%-a — felelős. Az említett beteganyag-összetétel, ill. tünetkör-behatárolás különbözőségét demonstrálja, hogy az alkalmazott béta-receptor-blokkolók mellékhatásait *Cruickshall* betegeinek 76%-ban (6), *Kellaway* 10%-ban (7), *Frishman* 5—10%-ban (8) észlelte. Életkorfüggő különbségekre pedig jó példa *Ablonczy és mtsai* (9), valamint *Herz és mtsai* (10) által belgyógyászati osztályokon végzett retrospektív felmérés, mely szerint a többségében 50 év alatti korú betegek körében észlelt mellékhatás-gyakoriság 2,8%, míg a jobbára 60 év fölöttiek között ez az érték 15%.

Hasonló példák hozhatók a betegek intelligenciaszintjének, megbetegedéseinek és sok más hasonló tényezőnek meghatározó jellegére is. Sokkal nehezebb felmérni a *halálos* kimenetelű mellékhatások gyakoriságát. Itt ismét a kiválogatási kör heterogenitásával állunk szemben: a legtöbb szerző nem differenciál kellőképp a gyógyszerártalmak, iatrogén ártalmak, mellékhatások, interakciók, mérgezések stb. okozta halál között. Mások a gyógyszerrel kezeltek elhalálozási adataiból próbálnak a mellékhatás okozta halálesetek számára következtetni. *Jávor* (11) megállapítása szerint ez a bizonytalanság érthető hisz halál esetén a bizonyítás lehetősége (ti. a gyógyszeres reexpozíció) már nem áll fenn. A valós szám megítélése a rendelkezésre álló adatok szélsőséges eltérése miatt biztonságosan nem ítélhető meg, így többnyire a valószínű, a lehetséges, a feltételezett jelzőt alkalmazzák. Az EVSZ-hez küldött több mint 60 ezer mellékhatás-bejelentés szerint a mellékhatásoknak mintegy 2%-a (5). *Jávor* 1977-es felmérésében a kórházi ápolás során észlelt mellékhatásoknak 2,1%-a halálos kimenetelű (12). Az ausztrál gyógyszerfigyelő szolgálat spontán bejelentései ugyancsak közel 2%-os halálos mellékhatás-gyakoriságra utalnak (13). A Boston Collaborative Drug Surveillance Program keretében intenzíven monitorozott 11 500 betegen észlelt gyógyszer-mellékhatásokat elemezve az ok-okozati összefüggés 33 exitált beteg esetében (0,29%) valószínűsíthető (14). A gyógyszerfigyelő szolgálat jó működéséről ismert Angliában spontán bejelentések alapján 1977-ben 509, 1980-ban 210 mellékhatásra visszavezethető haláleset fordult elő. (15). A fentiek alapján egyértelmű konklúzióra nem lehet jutni.

Az intézetünkben működő hazai Gyógyszerfigyelő Szolgálat — mely hivatott ezeket a gyógyszerártalomra utaló adatokat gyűjteni — a bejelentési morál alacsony szintje miatt célkitűzéseinek csak töredékét képes teljesíteni, bár a bejelentések nyomán tett intézkedések (például: figyelemfelhívás a Gyógyszereink hasábjain a Konakion, Miscleron esetében; a Teronac, Ketazon alkalmazási előiratának módosítása; a Tetran inj., Endocistobil egyes tételeinek kivonása, majd az utóbbi behozatalának megszüntetése) révén így is megelőzhető, vagy legalábbis csökkenthető volt egy sor további gyógyszerártalom. Feltehetően a fentiek felismerésének köszönhető az utóbbi időben a bejelentések örvendetes szaporodása. Ez, valamint az EVSZ és KGST gyógyszerfigyelő szolgálataival kialakított kölcsönös adatszolgáltatás igényt és egyben reményt támaszt arra, hogy hazánkban is kialakuljon a mindennapos gyakorlatban hasznosítható értékelő-visszajelző rendszer. A fentiek egyben alapot biztosíthatnának arra is, hogy az OGYI — mint az EVSZ Gyógyszerinformációs és Minőségbiztosítási Együttműködési Központja — a gyógyszerkészítmények mellékhatásai és az esetleges bomlástermékek vagy szennyezések közötti összefüggéseket több konkrét esetben vizsgálhassa. Az ok-okozati összefüggések keresése során — ha szükségesnek látszik — intézetünk kémiai, biológiai és mikrobiológiai vizsgálatokkal ellenőrzi a kifogásolt gyártási sorozatszámú gyógyszereket. A minőségi hiba kizárása után az eset irodalmi adatokkal történő összevetése és a klinikai illetékesség szerinti országos intézet és/vagy a Klinikai Farmakológiai Hálózat egységének szakvéleménye ismeretében határoz az intézet a szükséges intézkedésekről.

A szerkesztőséggel teljesen egyetértünk abban, hogy nagyobb hangsúlyt kellene fordítani az orvosképzésben és továbbképzésben gyógyszeres kezelés során törvényszerűen előforduló gyógyszerártalmak felismerésére, elkerülésük lehetőségeire, ill. a már bekövetkezett ártalmak következményeinek mérséklésére. Utóbbiakhoz jelentős segítséget nyújthatnának azon kórházi, rendelőintézeti és körzeti (üzemi) orvosok is, akik eddig elzárkóztak a biztosan észlelt mellékhatások közlésétől. Bejelentéseikkel a jövőben lehetővé tennék a gyógyszeres kezelés rejtett ártalmainak jobb megismerését, szélesebb körű értékelését, a szerzett tapasztalatok hazai és nemzetközi hasznosítását.

Országos Gyógyszerészeti Intézet

IRODALOM: 1. *Török E.:* Gyógyszereink 1983, *33*, 58. — 2. *Vestegaard, P. et al.:* Acta psychiat. scand. 1980, *62*, 193. — 3. *Lopatin, A. S., Lavretsky, I. G., Astahova, A. V.:* Central nervous stimulants and anorectic agents. pp. 7. In: *Dukes, M. N. G.:* Side effects of drugs, Annual 5. Amsterdam—Oxford—Princeton, 1981. — — 4. *Neack, E.:* Stoffe zur Behandlung maligner Tumoren, In: Ambmon, H. P. T.: Arzneimittelneben- und Wechselwirkungen. Stuttgart, 1981. 618. p. — 5. WHO Report No. 4. 1974. (DEM 75. 3.) — 6. *Cruickshank, J. M.:* Acta ther. 1981, *7*, 309. — 7. *Kellaway, G. S. M.:* Drugs *11*, (Suppl. 1.), 91, (1976). — 8. *Frishmen, W. H.:* N. Engl. J. Med. 1981, *305*, 500. — 9. *Ablonczy P.—Páva J.—Sholiczky T.:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 2225. — 10. *Herz, É.—Halász Zs.—Endrényi K.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 327. — 11. *Jávor T.:* Gyógyszerártalmak keletkezésének elméleti és gyakorlati vonatkozásai; Főv. János Kh. továbbképző ülése. 1983. IV. 21. — 12. *Jávor T.:* Gyógyszereink 1977, *27*, 290. — 13. Adverse Drug Reaction Advisory Committee. Report — for 1977: Med. J. Austr. 1978, *2*, 5. Spec. Suppl. — for Med. J. Austr. 1980, *1*, 207. — for 1970: Med. J. Austr. 1980, *2*, 569. — 14. *Miller, R. R.:* Amer. J. hosp. Pharm. 1973, *30*, 584. — 15. Pharm. J. 1982, *229*, 570.

Szerkesztőségi megjegyzés:

Örömmel tesszük közzé az Országos Gyógyszerészeti Intézet írását. A gyógyszerek okozta mellékhatásokról megállapított rendkívül magas számarányok olykor szinte hihetetlennek tűnnek, aminek a referátumhoz fűzött néhány soros megjegyzésünkben kifejezést is adtunk. Ugyanakkor a valóban fennálló mellékhatások egyik, de talán leghatékonyabb ellenszerét a gyógyszeres polypragmasia megszüntetésében, ill. lehető legnagyobb mérvű csökkentésében látjuk. Ennek megvalósítása — amint írtuk — legeredményesebben az ilyen irányú célzott orvosképzés és továbbképzés útján érhető el.

Didmoad-szindróma, más néven Wolfram-syndroma.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1983. évi 14. számában (843. o.) jelent meg *ifj. Pastinszky István dr.* rövid ismertetése a DIDMOAD szindrómáról a folyóiratreferátumok között. Ez az elnevezés a vezető tünetek kezdőbetűinek összeolvasásából származik (Diabetes Insipidus, Diabetes Mellitus, Opticus Atrophia és Deafness), nem tartalmazza azonban az egyik leglényegesebb fakultatív tünetet, az elvezető húgyutak tágulatát.

Az elmúlt években több közlemény jelent meg a tünetegyüttesről magyar szerzőktől (1, 3).

A fiatalkori diabetes mellitus és a primaer opticus atrophia együttes előfordulását Wolfram írta le először 1938-ban egy család négy gyermekén, később ugyanezen testvéreken vakságot, süketséget és hólyagatoniát észleltek. Az évek során újabb tünetekkel bővült tünetegyüttest Wolframról nevezték el. Cremers és mtsai (2) foglalták össze ezen ritka — a világirodalomban mintegy száz eset ismert — szindrómában előforduló tünetek gyakoriságát: diabetes mellitus (99%), látási zavarok (98%), atrophia n. optici (98%), a látótér beszűkülése (39%), hydronephrosis (15%), hydroureter (11%), hólyagatonia (13%) stb.

A felsorolásból kitűnik, hogy a DIDMOAD a Wolfram-szindróma olyan formája, amelyben a húgyutak anomaliája nem szerepel, vagy amelyben ezt a tünetet — célzott vizsgálat hiányában — nem ismerték föl, pedig a betegek életkilátásait a cukorbetegség súlyosságán kívül a húgyutak atoniájának foka szabja meg.

Az Orvosi Hetilap 1980. évi 18. számában (1981. o.) olyan Wolfram-szindrómás testvérpárt közöltünk (4), akiknél a diabetes insipidus hiányzott ugyan, de sok egyéb tünet fönnállt. Esetünk érdekessége, hogy az elérhető irodalomban nem akadtunk olyan közlésre, amelyben a fenti szindrómában szenvedő beteg születéséről számoltak be. Betegünk terhességét kiviselte és élő gyermeket szült, akin később húgyúti rendellenességet lehetet kimutatni.

Mint már említettem, a két elnevezés gyakorlatilag ugyanazt a tünetcsoportot jelöli, de az egyébként szellemes DIDMOAD elnevezés a variabilis tüneteket csupán erre a négy betegségre szűkíti le. Mivel Cremers és mtsai a világirodalomból összegyűjtött 91 esetet Wolfram-szindróma néven közölték le, ezért én is azt az elnevezést javaslom.

Neuwirth Gyula dr.

IRODALOM: 1. *Barta, L. és mtsai:* Diabetes mellitus, diabetes insipidus és opticus atrophia (Didmoad syndroma) korai kórismézése. Orv. Hetil. 1982. *26*, 1619. — 2. *Cremers, C. W. R. J. és mtsai:* Juvenile diabetes mellitus, optic atrophy, hearing loss, diabetes insipidus, atonia of the urinary tract and bladder, and other adnormalities (Wolfram-syndrome). Acta Paediat. Scand. Suppl. 1977, *3*. 1. — 3. *Halmos T. és mtsai:* „Opticus atrophia diabetes mellitusszal" syndroma. Orv. Hetil. 1979, *43*, 2622. — 4. *Neuwirth, Gy. és mtsai:* Wolfram-syndroma. Orv. Hetil. 1980, *18*, 1081. — 5. *Wolfram, D. J.:* Diabetes mellitus and simple optic atrophy among siblings: report of four cases. Proc. Mayo Clin. 1938, *13*, 715.

A tüdő-tbc felismerésének nehézségei napjainkban.

T. Szerkesztőség! Az Orv. Hetil. 1983. 124. évf. (9. sz.) 509. oldalán megjelent *Iványi dr. és mtsa* által írt *„Fel nem ismert gümőkór a szegedi kórbonctani intézet anyagában"* című cikkhez szeretnénk néhány megjegyzést fűzni. Szerzőkkel egyetértve, napjainkban mindenképpen aktuális a tbc előfordulásának, gyakoriságának vizsgálata amellett, hogy nemcsak megszűnt „népbetegség" lenni, de száma is csökkenő tendenciát mutat.

Mi speciálisan tüdőbetegségekkel foglalkozó helyen, az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben is napirenden tartunk a közleményben említetteknek megfelelő és hasonló kérdésfeltevéseket, főleg klinikopathológiai konferenciák keretében. A Koch Centenárium alkalmából rendezett Tüdőgyógyász kongresszuson tartott előadásunkban, az utóbbi 30 év 8 kiválasztott évében vizsgáltuk, a súlyos, halálhoz vezető tbc-s elváltozások gyakoriságát. Ez utóbbiaknak, az összboncolások számához viszonyított %-os aránya az 1980—81 évben megközelítőleg megegyezik a szerzők által említett értékkel. Ezeket az eseteket mi egyenként elemeztük, s kiderült, hogy számtalan külső körülmény nehezíti meg napjainkban a tbc-s folyamat felismerését, a beteg adequat kivizsgálását. Ilyenek pl. mint alkoholizmus, elmebetegség, aszociális magatartás, utolsó pillanatban kórházba került idős, lakosságszűrésre nehezen mobilizálható emberek. Előfordult, hogy egyéb diagnosztizált alapbetegség kezelése (imm. suppr. steroid) kapcsán hirtelen fellángoló (miliaris) tbc-t, mintegy már idő sem volt diagnosztizálni. Az említetteken kívül a diagnosztikus tevékenységet meghatározhatja:

— a gyógyintézet jellege (a közleményben elemzett sectiós anyag pontos származási helye nem derül ki),

— az ápolás időtartama,

— az alapbetegség súlyos, de esetleg korai, erre összpontosító terápiával megoldható volta (azokban az esetekben, ahol az aktív tbc társbetegségként szerepelt).

Mindezeken kívül, egyéb helyi sajátosságok is befolyásolhatják az előfordulást, de ennek ellenére is magasnak találjuk a cikkben említett összességében fel nem ismert aktív tbc-s esetek 72%-os arányát. Szerintünk az értéket mindenképpen módosítaná az alapfeltételezés (aktív tbc = specifikus sarjszövet jelenléte) adequatabbá tétele, hiszen az aktivitás megállapítása nem elsősorban morphologus feladata, hanem több klinikai ismérv együttes megléte az, ami ténylegesen meghatározó szerepű ennek eldöntésében. Így az aktív tbc 1,48%-os gyakorisága is korrigálódna.

Az elmondottakból is nyilvánvalóvá válik, hogy nem elfogadható, s főleg nem általánosítható a szerzők azon megállapítása, miszerint a tbc „elfelejtődött" inkább tükrözi a realitást, ha arra figyelmeztetünk, hogy napjainkban sem szabad a tbc diagnózisát indokolatlanul elvetni, számításba kell venni a mindennapi diagnosztikus tevékenységünk során.

Soltész Ibolya dr.
Suba Ilona dr.

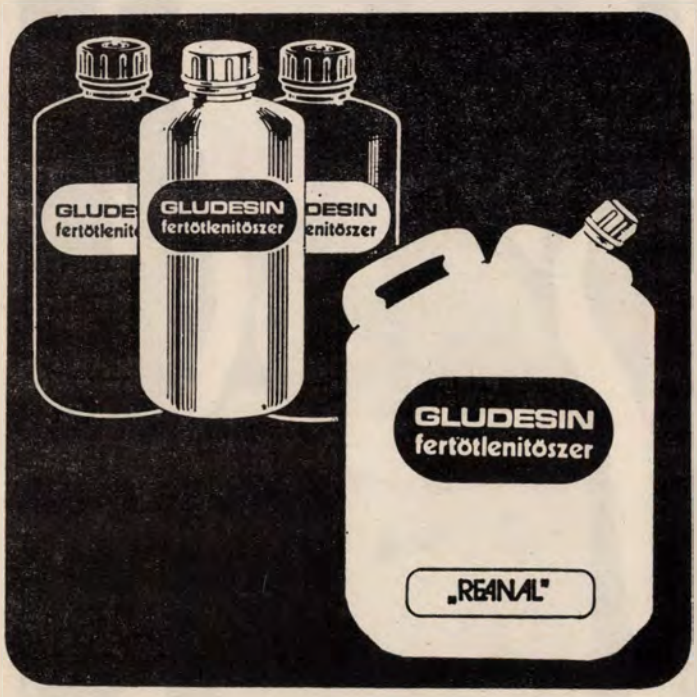
T. Szerkesztőség! Megtisztelő, hogy retrospektív gümőkóros tanulmányunkkal kapcsolatban az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézetből további hozzászólás érkezett. Soltész Ibolya és Suba Ilona kollégák a gümőkór kórismézési nehézségeit elemzik, melyekkel az általános betegellátásban és a szakellátásban dolgozó orvosoknak időről időre szembe kell nézniük.

Intézetünk boncanyagát döntően Szeged város kórházi osztályain és az egyetem klinikáin meghaltak adják, a deszki tüdőgyógyintézetben meghaltak kisebb számban szerepelnek, dolgozatunk megállapításai így az általános betegellátásra vonatkoznak.

A gümőkóros folyamat aktivitásának megítélését a klinikum és a morfológia egymástól eltérő módon közelíti meg. Ezt előző válaszunkban részleteztük. Közleményünk adatai szerint 1975—81 között specifikus sarjszövetet 179 elhaltban (= 100%) találtunk, ezt aktív tuberkulózisként az utolsó észlelő osztály *129 esetben* (= 72%) nem diagnosztizálta. E fel nem ismert 129 eset *55 alapbántalomból* (= 31%), 38 társbántalomból és 36 mellékleletből állt. Dolgozatunk 55 halállal végződő aktív gümőkóros beteg klinikai és kórbonctani adatait elemzi. Mivel az észlelő osztály orvosai a tuberkulózist nem ismerték fel, nem álltak rendelkezésünkre olyan adatok, amelyek segítségével a klinikum és morfológia szemléletbeli eltéréseit finomíthattuk volna.

Reméljük, hogy közleményünk, az ezzel kapcsolatos reflexiók és válaszaink ismételten felhívták az általános betegellátásban dolgozó orvosok figyelmét a gümőkór diagnosztikus nehézségeire, a sok esetben kedvezőtlen szociális háttérre, ugyanakkor rávilágítottak a betegellátás interdiszciplináris hiányosságaira is

Iványi Béla dr
Csókai Zsolt oh.



GLUDESIN
fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiológiai géi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:
1 liter 58,– Ft
5 liter 264,– Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja:

Reanal

FINOMVEGYSZERGYÁR
1147 Budapest, Telepes u. 53.
Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt
1147 Budapest, Telepes u. 58–60.

OH
2027

Kálium·R

TABLETTA

N 400 ● Aqua et sales minerales

A Kálium-R tabletta alkalmas az endokrin, ill. nem endokrin okból bekövetkező hipokalémia megszüntetésére. A kívánt intra- és extracelluláris káliumszintet a megfelelő adagolás mellett fenntartja, az ionháztartás stabil marad. A Kálium-R tabletta egyenletes, nyújtott hatóanyagleadást biztosít. A bélben helyileg mindig alacsony a káliumklorid koncentráció, s így kiküszöböli a poralakban vagy oldatban történő káliumbevitel esetén fellépő gyomor-bélnyálkahártyára káros mellékhatást, ritkán okoz hányingert vagy hányást.

Összetétel:

1000,00 mg kálium-chloratum (=524,44 mg K+ = 13,3 mmol K+) tablettánként.

Javallatok:

Hipokalémiát okozó állapotokban — hányás, hasmenés; mellékvesekéreg hiperfunkció, renális eredetű fokozott káliumvesztés (krónikus veseelégtelenség kompenzációs polyuriás retenció nélküli stádiuma), vizelethajtók-, digitálisz-, kortikoszteroid-kezelés — a káliumhiány megelőzése, ill. megszüntetése.

Ellenjavallatok:

Akut veseelégtelenség oligo-anuriás uraemiás stádiuma, krónikus veseelégtelenség retenciós, uraemiás stádiuma; mechanikusan akadályozott vagy organikus, ill. funkcionális okok miatt lelassult gyomor-bélműködés.

Adagolás:

Az alapbetegségtől és a szérum kálium-szinttől függően naponta 1—2 tabletta. Súlyosabb káliumvesztéses esetekben naponta 4—6 tabletta.

Mellékhatások:

Hiperkalémia (csökkent veseműködés esetén) Hányás, hasmenés, meteorizmus, véres széklet.

Figyelmeztetés:

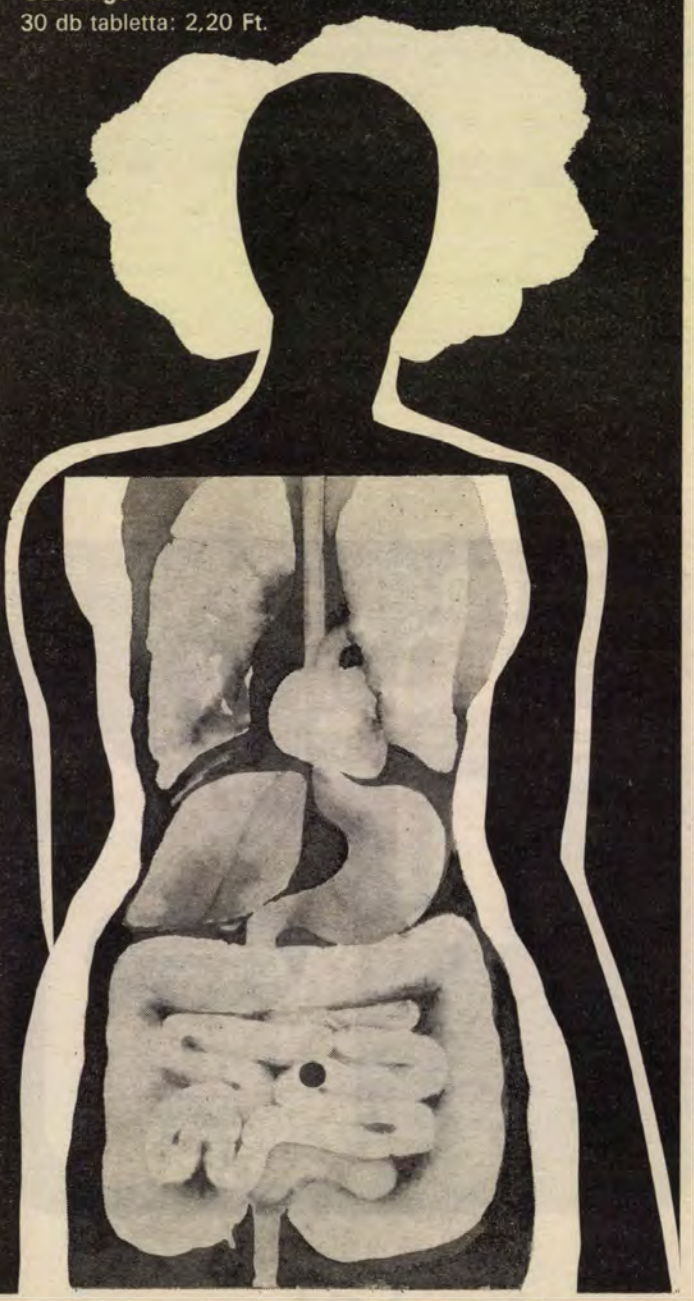
A tablettákat a reggeli étkezés után, szétrágás nélkül, kevés vízzel célszerű bevenni.
Magasabb napi adagok 4—6 tabletta — alkalmazása esetén rendszeres szérum káliumszint és időnkénti EKG-ellenőrzés szükséges. Mellékhatások jelentkezése esetén adagolását meg kell szüntetni.

Megjegyzés:

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

Csomagolás:

30 db tabletta: 2,20 Ft.



Forgalomba hozza:

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR, TISZAVASVÁRI



KÖNYVISMERTETÉS

Herbert Begemann: Praktische Hämatologie: Differentialdiagnose; Therapie; Methodik (Gyakorlati Haematológia; Differenciáldiagnózis; Terápia; Metodika). Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1982, 540 oldal, 45 ábra, 2 színes tábla, 54 táblázat. Ára: 36,— DM.

Az ismert nevű müncheni haematológus könyve, mint a népszerű orvosi flexibilis zsebkönyvsorozat újabb kötete, már a nyolcadik átdolgozott és bővített kiadásában jelent meg. Az első kiadás éve 1959-ben volt. Hat kiadás *Hans-Günther Harwerth* társszerkesztésében, s mindkettőjük tanítómesterének *Heilmeyer* professzor tanításának szellemében jelent meg. Majd a felejthetetlen munkatárs váratlan halála után 1977 óta ez a második, s most már egyedül átdolgozott kiadása a könyvnek, s ezt a nyolcadikat *Harwerth* emlékének ajánlotta a szerző.

A csaknem negyedszázadnyi időnek a haematológiában elért alapkutatási, terápiás eredményei mindig és ezúttal is alapos átdolgozást igényeltek. Hogy ez mennyire sikerült, azt a kedvező külföldi recensiók és a német mellett a spanyol, olasz, lengyel, japán kiadások is bizonyítják. A szerző csaknem teljesen átdolgozta ezúttal a leukaemiákkal, lymphomákkal, vérzékenységgel, cytostatikus kezeléssel, vasterápiával, immunglobulinokkal kapcsolatos részeket. Tulajdonképpen a metodikákat is át kellett dolgozni. Az SI-egységeknek az elterjedése volt a fő inspiráló ebben.

A könyv célja világos: a gyakorló orvosoknak és klinikusoknak, sőt az érdeklődő orvostanhallgatóknak egy olyan könyvet adni a kezébe, amelyben kompetens választ kaphatnak az orvosi gyakorlat haematológiával összefüggő problémájával kapcsolatban. Az áttekinthetőéget fokozza a megfelelő tipographia, a fontosabb fogalmak, a klinikai tünetek piros vagy szürke háttér nyomása. A táblázatok és ábrák ilyen jellegű kiemelése kellemessé teszi az olvasást.

A könyv módszere az, hogy a betegágy mellől kiindulva a legegyszerűbb elváltozásokat végigkövetve, egyre több, esetleg bonyolultabb lehetőségeket is figyelembe véve helyezzük el a megfelelő kórformát s azt a számunkra lehetséges módszerekkel bizonyítsuk, s gyógykezeljük. Így bizonyos vonatkozásokban el is tér más hematológiai kézikönyvektől és azok felosztásától. Akkor teljesíti a könyv feladatát, ha arra ébreszti rá az olvasót, hogy a haematológia nem specialisták fenntartott területe, hanem a vér és vérképzőszervi betegségek ismerete minden orvos számára érdekes, diagnosztikusan jól áttekinthető, és terápiásan gyakran hálás tevékenység.

Három nagyobb részre tagolódik a könyv. Az első része a vérképzőszervi btegségek diagnózisával, differenciáldiagnózisával és terápiájával foglalkozik. Ez a legterjedelmesebb. Kisebb egységeik a fehérvérsejtek, a vörösvérsejtek elváltozásai, a nyirokcsomó-, a lépmegnagyobbodások differenciáldiagnosztikája, a haemorrhagiás diathesissek, a fokozott vvt.-süllyedéssel járó betegségi álltpotok képzik.

Az akut leukaemiák felosztásánál a FAB-beosztást nem részletezi, bár a későbbi német irodalomtól annyiban eltér, hogy a sejtek phenotypusának megfelelő lymphocyta-markereket már említi heveny lymphoid leukaemiában. Terápiás ajánlásai már nemcsak a német nyelvterületet tükrözik, hanem az Európában és Amerikában alkalmazott módszereket is. A supportív eljárások alkalmazása mellett a gnotobiosis jelentőségének taglalása emelendő ki, logikus, szép részei a könyvnek a vashiány, megaloblastos, haemolytikus anaemiák alfejezetei. Általában a klasszikus kórformák leírása jól tükrözi a mintegy negyedszázados többszörös átdolgozást, s nehéz lenne jobban, rövidebben, kifejezőbben mefogalmazni a kórképeket. A Hodgkinkór leírása korszerű. A nem-Hodgkin lymphomák tárgyalásánál a kieli-felosztás mellett a korábbi, a német irodalomból ismert megfelelőket is feltünteti. Átfogó, modern, jól áttekinthető a haemorrhagiás diathesisek fejezete. A plasmocytomák klinikai osztályozása mellett differenciáldiagnosztikai szempontból is jól hasznosítható táblázatokat láthatunk a myeloma és benignus plasmocytosis vonatkozásában. A remissio és a recidiva prognosztikai kritériumai számára jól használható módszert nyerhetünk ugyancsak a plasmocytoma esetében.

A második rész a vérképzőszervi betegségek általános terápiájával foglalkozik. Itt értékes, jól áttekinthető táblázatokat láthatunk a vaskezeléssel, a heveny leukaemiák terápiájával kapcsolatban. Külön tárgyalja a cytostatikumok mellékhatásait, dózisait. A klinikumban jól hasznosíthatók a haemorrhagiás diathesisekkel, a thrombosisok kezelésével kapcsolatos készítmények leírásai.

A harmadik a módszertani rész, amelyben mintegy 70 oldalon, minden, a hematológiában alapvető fontosságú klinikai laboratóriumi módszert a reprodukció igényességével tárgyal. Különösen értékesek a citokémiai leírások, a sternumpunkció alapvető és mégis igen fontos részletei, módozatai, a biopsiás minták feldolgozási lehetőségei a csontokból, a nyirokcsomókból, a lépből.

W. *Siegenthaler* szavait idézve: „*Begemann Gyakorlati Haematológiája* minden olyan adatot tartalmaz, mely a napi haematológiai munkában jelentős. Ez egy olyan mini formájú zsebkönyv, amely elengedhetetlen a haematológiai gyakorlatban."

Kiss Attila dr.

Gerhard Schley: Kardiale Therapie (A szív gyógyszeres kezelése). Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1982, 180 oldal. Ára: 26,80 DM.

A könyv a szív és érrendszerre ható gyógyszerek tárgyalásával foglalkozik, különös tekintettel arra, hogy a legfőbb halálokok éppen a szív és érrendszer rovására írhatók napjainkban. A vezető szerepet a szívbetegségek sorában az angina pectoris, ischaemiás szívbetgeségek, szívelégtelenség, hypertonia viszik.

A könyv részletesen foglalkozik a digitalis, a béta-receptor blockoló, a calciumantagonista és a vasodilatatort herapiával, ezen gyógyszerek indikációival és mellékhatásaival egyaránt.

6 fejezetből áll a kézikönyvnek is tekinthető, kitűnő összeállítás. Az előszó után a 2. fejezetben elektrofiziológiai alapismereteket elevenít fel, ismerteti az EKG, his-elektrokardiogram, elektrofiziológiai vizsgálatok jelentőségét, informatív értékét, hogy így könnyebben értelmezzük a következő fejezeteket.

A harmadik fejezetben a digitalis hatásait írja le, a farmakokinetikájától kezdve a helyes adagoláson át a digitalis intoxicatio tüneteivel bezárólag, ábrákkal illusztrálva a leírtakat.

A negyedik fejezetben a béta-receptor blockoló gyógyszereket ismertető elöljáróban a béta-receptorokról ír, felosztja a bétareceptor blokkoló szereket „intrinsic sympathomimetic acticity" (ISA) és membrnástabilizáló hatásuk szerint.

Felsorolja az indikációs területeket, majd részletesen foglalkozik a béta-receptor blokkoló kezelés hasznával angica pectoris, funkcionális szívapanaszok, hyperkinesis, supraventricularis ritmuszavarok, hyperthyreosis és bizonyos psychiátriai kórképek eseteiben is.

Ezután a a nem kívánt mellékhatásokat is ismerteti a kontraindikációkkal együtt.

Az ötödik fejezetben a calciumantagonisták kedvező hatásáról, adagolásáról van szó, főként az Adalát szerepét hangsúlyozva an-

gina pectoris esetén, a Verapamilt javasolja supraventricularis ritmuszavarokban.

Az utolsó fejezetben a vasodilatatiós therapiával foglalkozik a szerző, hangsúlyozva az indikációs területeket és az alkalmazható szereket név szerint, egyébként ismertetve azok legelőnyösebb hatásait.

A könyvet 77 ábra és 99 táblázat teszi még könnyebben érthetővé, világossá és tagolja nagyon jól áttekinthetővé.

Az utolsó oldalakon rendkívül bő és hasznos irodalomjegyzék nyújt lehetőséget a témában való fokozottabb elmélyülésre azoknak, akik a felsorolt gyógyszerekről még többet, részletesebb adatokat akarnak tudni.

A kitűnő kiadvány nemcsak a gyakorló orvos könyvtárába ajánlható, de a kardiológus szakorvosok mindennapos hasznos olvasmánya is lehet, mivel a kardiológiai gyakorlatban állandóan alkalmazott gyógyszerekről minden eddig ismert információt rendszerezve fog össze, leírja a gyógyszertári forgalomban levő készítmények kémiai és nemzetközi nevét, táblázatokba foglalja a hatásos dózisokat, ismerteti előnyös és hátrányos tulajdonságaikat, elemezve fő indikációs területüket is.

Hasonló kiadványok más témákból is a kardiológus szakképzés fontos alapját képezhetik, amellett, hogy a mindennapi gyakorlatban mint könnyen kezelhető zsebkönyvek lehetnének forgalomban.

Hőgye Márta dr.

G. Zictz—V. Beutel—H. Viehberg—F. Weber Beatmingsgeräte. (A lélegeztető készülékek). 2. átdolgozott kiadás. 106 ábra, 6. táblázat. VEB Verlag. Berlin, 1981. 258 oldal. Ára: 39,— DM.

A könyv első kiadásakor oly nagy volt az érdeklődés, hogy az hamarosan elfogyott és szükségessé vált a 2. kiadás. Az új kiadás az elsőnél lényegesen részletesebb, nagyobb terjedelmű.

Részletesen foglalkozik a könyv az orvostechnikai problémákkal, főleg olyan szempontból, amely az oktató anaesthesiológus számára jelent nehézséget. Különös súlyt helyeztek arra, hogy a lélegezetés közben az egyes készülékek milyen hatással vannak a légzési paraméterekre és a légzésgörbére. Részletesen foglalkozik a könyv a tüdőmodell jelentőségével, mivel a respiratorok funkcióit bizonyos esetekben csak ezzel lehet vizsgálni (pl. gázeloszlás). A másik ok amiért a kísérletes tüdőmodellel részletesebben foglalkoznak, az, hogy a modell alkalmazásával a kutatók munkáját óhajtják könyebbé tenni.

A könyvben új fejezet foglalkozik a légzés klimatizálásával. Ez lényeges és fontos új része a lélegeztetési technikának. A specialis részben a régebbieken kívül leírják az Univent 100, a Varivent 221, a Spezivent 221, az Engström ECS 2000 és a Servoventillator 900 B-t is. A felsorolt respiratoroik a DDR-ben leggyakrabban használt típusok.

A legnagyobb figyelmet a hazai gyártmányú Medivcut készülékekre fordítják és ezek tulajdonságait állítják párhuzamba a hasonló külföldi származékokkal.

A könyv szép papíron, áttekinthető ábrákkal, gondos kivitelezésben készült, az érdeklődő szakembereknek nagy segítségül szolgál.

Forgács István dr.

Extrakorporális rendszerek életfontos szervek pótlására — szív, tüdő, máj, vese és pancreas. Szerk.: **Baust, G.; Gündel, W.; Klinkmann, H.** VEB Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, 1981. 40 ábra, 17 táblázat, 128 old. Ára: 32,— M.

Az NDK-ban megjelenő Anaesthesiologie und Reanimation című folyóirat 5. számú különkiadványában a szerkesztők 17 szerző 10 tanulmányát adják közre.

Az első négy dolgozat *a szív és a tüdő* funkciójának helyettesítésére szolgáló berendezések áttekintésével, élettani vonatkozásokkal és a további fejlődés lehetőségeivel foglalkozik.

Az ötödik rész — G. Baust anaesthesiologus professzor tollából — — az intenzív betegellátásban alkalmazott *többszörös szervhelyettesítésekről szól:* komplex készülékük oxigenátort, művesét és egy heterológ májat kapcsol össze. A részegységek külön-külön is működtethetők.

A hatodik rész a Henderson által 1967-ben kifejlesztett *haemofiltrációval* foglalkozik, mely eljárás uraemiás betegek kezelésében a közepes molekulájú salakanyagok jobb eliminációját biztosítja. A következő részben *adsorbensek* alkalmazásáról olvashatunk.

Korten és Klinkman tanulmányának címe: haemodialysis, haemofiltratio, haemoperfusio — csak renalis eredetű betegségekben? Külföldi tapasztalatok alapján végeztek utánvizsgálatokat schizophrenia, psoriasis, sarlósejtes anaemia, exogén és endogén intoxicatiós esetekben.

A 9. fejezet pankreas-kutatással, a *„mesterséges B-sejt"* technikai kérdéseivel és alkalmazásával foglalkozik. Az utolsó tanulmány *a tartós májhelyettesítés* lehetőségeit és határait taglalja, azzal a végkövetkeztetéssel, hogy a számos nehézség ellenére sem szabad felhagyni e terület további kutatásával.

A fentebb röviden áttekintett kiadvány dolgozatai számos — e helyütt nem részletezhető — adatot, kutatási eredményt, újdonságot tartalmaznak, így e könyvecske — a nem kifejezetten kutatási területen dolgozó intenzív betegellátással foglalkozó orvosok számára — értékes összefoglalást nyújt.

Habis György dr.

Juvancz Ireneusz—Paksy András: Orvosi biometria. MEDICINA 1982.

Matematikai, statisztikai, sőt biometriai könyv ma már szép számban elérhető magyar nyelven is, de sajnos kevés olyan van közöttük, amelyet a gyakorló orvos hatékonyan használhat. Juvancz Ireneusz és Paksy András könyvének címe találó, ez az első olyan hazai munka, amely az orvosi szempontokat szem előtt tartva tesz kísérletet a biometriai alapismeretek összefoglalására.

A szerzők könyvükben ismertetik a legalapvetőbb matematikai statisztikai alapfogalmakat, a fontosabb eloszlásokat és jellemzőiket, valamint a jellemzőkre vonatkozó néhány statisztikai próbát. Általános orvosi biometria címmel külön fejezet tárgyalja a matematikai módszerek alkalmazásával kapcsolatos orvosi szempontokat, a kísérlettervezéstől a számított eredmények gyakorlati értelmezéséig.

A könyv második fele, amelynek részletes orvosi biometria a címe, eredeti összefoglalást ad a matematikai módszerek néhány fontos alkalmazási területéről az orvostudományban. A laboratóriumi mérések megbízhatóságának ellenőrzésével kapcsolatban ismerteti a műszeres mérések kvantitatív jellemzőit, a laborautomaták, sejtszámlálások, számított értékek hibáinak becslési módját. Részletesen foglalkozik a radioimmun eljárások kiértékelésében és minőségellenőrzésében használatos matematikai módszerekkel, összehasonlítva a különféle eljárások előnyeit, hátrányait. A laborbiometriai rész a téma első magyar nyelvű összefoglalása.

A gyógyszerkutatás biometriai módszerei közül a könyv bevezetést ad a probitanalízisbe, ismerteti a klinikai gyógyszerkipróbálás tervezésének (randomizálás, betegszám) és az eredmények értékelésének néhány szempontját.

Az epidemiológiai módszerek leírása kitér a betegségek gyakoriságának mérésére, a morbiditási vizsgálatokban alkalmazott mintavételi eljárásokra és a betegségek gyakoriságában mutatkozó időbeli változások vizsgálatára. Külön fejezetek foglalkoznak az életkor és a betegségek gyakoriságának összefüggéseit vizsgáló eljárásokkal, a kóroki tényezők epidemiológiai vizsgálatával és a lakosság egészségi állapotának mutatóival.

Terjedelmi okok miatt a könyv biometria számítástechnikai hátterének, eszközeinek ismertetésére nem tér ki.

Balás Éltes András dr.

Helmut Metze és Wolf Dieter Schäfer: Retrolentale Fibroplasie. Bücherei des Pädiaters, Band 85. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1982. Ára: 78,— DM.

A szerzők az 1980-ban Neheim-Hüsten-ben tartott „Retrolentale Fibroplasie" szimpozion keretében elhangzott előadásokat gyűjtötték össze. A kötet 221 oldal terjedelmű, 125 ábrát és táblázatot tartalmaz.

Az előadások 5 témakörben tárgyalták a kórkép pathogenesisét, klinikumát és therapiáját, ezzel nőgyógyászok, gyermekgyógyászok és szemészek, valamint egy jogász is állást foglalt az igen időszerű diagnosztikai és therapiás normák meghatározásában.

A retrolentalis fibroplasia kórképét 40 évvel ezelőtt írták le. Az elnevezés a kórkép heges végstádiumára utal. Kezdetben finomabb elváltozások lépnek fel, melyek szerencsére minden esetben vissza is fejleszthetők, ezért a szemészek a retinopathia praematurorum elnevezést javasolták.

Az ülés bevezető referátumát a Miami Orvosegyetem szemészeti tanszékének társprofesszora, Dr. Flynn tartotta. A perinatalis életszakaszban lehetséges megelőzési módokról két előadás, gyermekgyógyászati kérdésekről 7 előadás hangzott el, többek között a légzési distressz syndroma kezeléséről, az oxygen túladagolás toxikus hatásáról, az oxygentherapia transzkután méréssel történő ellenőrzéséről, a vérgáz analysissel kapcsolatos kérdésekről. Szemészeti tárgykörű volt 14 előadás: a koraszülöttek és újszülöttek szemfenéki képének jellegzetességeiről, a retrolentalis fibroplasia stádiumáról, a kórképben előforduló vitreoretinalis elváltozások differenciáldiagnosztikájáról, 5—7 éves kor közötti gyermekek diszkrét szemfenéki elváltozásairól, akik koraszülöttek voltak, a kórkép lefolyásáról és prognózisáról, therapiás lehetőségekről: a pars plana vitrektomia szerepéről, az ellenőrzés és egyéb therapiás lehetőségek kérdéseiről.

Az előadás utáni megbeszélések, kerekasztal jellegűek is, széles körű vitára adtak lehetőséget.

A retrolentalis fibroplasiaban szenvedő gyermekek száma az utóbbi időben megnövekedett, a kötetnek ez ad különös értéket. Legveszélyeztettebbek az 1500 g születési súlynál kisebbek, különösen az 1000 g alatti újszülöttek. A therapiás lehetőségeket megnöveli, ha a szemfenék periferiáján fellépő korai tüneteket felfedezik. A megelőzést segíti, ha az oxygen therapiát nagyobb körültekintéssel végzik. Az újszülöttek E-vitamin szintjének is jelentősége van a kórkép kialakulásában. Megvitatásra került a kryotherapia és a laserkezelés, az összehasonlításban a kryotherapia bizonyult jobbnak a kórkép korai stádiumában.

Mucsi Gabriella dr.

Infusionstherapie bei Depressionen. Gerd Laux. Hippokrates Verlag 1982. Ára: 16,80 DM.

Szerző a klinikai gyakorlat számára írott munkájában az infusióban alkalmazott antidepressivumokat elsősorban a therapiaresistens endogen depressiók kezelésére és másodsorban somatogén, psychogén és larvált depressiókban is javasolja. — Az iv. alkalmazást rendkívül előnyösnek tartja, mert ily módon akadálytalan a felszívódás és a szer kívánatos plasmaszintje gyorsabban elérhető, a therapiás effectus is gyorsabban érvényesül. Emellett ez az alkalmazási mód psychológiai momentumok érvényesülését is elősegíti. — A relatív és absolut kontraindikációk azonosak a tabletta adagolásáéival (glaukoma, prostataadenoma, szív, máj, vese, keringés károsodása, epilepsia).

Szerző felsorolja az NSZK-ban forgalomban levő infusióban alkalmazható antidepressivumokat, adagolási sémát nyújt, ismerteti a mellékhatásokat, neuroleptikumokkal, és hypnoticumokkal való együttes adagolás során szóba jöhető együtthatásokat.

(Ref. megjegyzése: A könyvben felsorolt iv. készítmények közül Magyarországon csak a Noveril ismert, a Ludiomilnak iv. formája előkészületi fázisban van.)

Szücs Rozália dr.

R. B. Sloane és mtsai: Analytische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. 1981. Ferdinand Enke, Stuttgart, 155 oldal (Klinische Psychologie + Psychopathologie, Bd. 16.) Ára: 36,— DM.

A kötet eredetileg 1975-ben angol nyelven, az Egyesült Államokban jelent meg, egy nagy amerikai pszichotherapia-vizsgálatról számol be. Bár a német nyelvű szakirodalomban már vannak írások, amelyek a pszichotherapia hatékonyságával foglalkoznak, mégis jó ötlet volt Sloane munkacsoportjának kutatási beszámolóját is lefordítani, mivel a könyv sok szempontból példaszerűnek, mintának tekinthető. Jól mutatja az ilyenfajta vizsgálatok nehézségeit, és ugyanakkor dicséretes alapossággal próbálja el is kerülni azokat.

A vizsgálat fókuszában az analitikus pszichotherapia és a viselkedéstherapia hatékonyságának összehasonlítása áll. Amikor a munkacsoport belefogott a kutatásba, már megjelentek azok a nagy irodalmi összesítések, amelyek bizonyították, hogy a pszichotherápia hatékony eljárás (pl. Bergin, Strupp és mások munkái), viszont még heves volt a vita az analitikus therapia és a viselkedéstherapia képviselői között. A viselkedéstherapeuták sokkal eredményesebbnek tartották saját módszerüket, mint az analitikus therapiát, az analitikusok viszont azt állították, hogy a viselkedés therapia csak átmeneti javulást hoz, a betegek később visszaesnek, vagy más tünetet fejlesztenek az elmulasztott helyett.

A munkacsoport a pszichotherapiás eredményességkutatás szinte teljes irodalmát (kb. 1972-ig) áttekintve 124 ambulánsan jelentkezett neurótikusból 94-et választott ki vizsgálatra. Három csoportba osztotta őket, egyik csoport analitikus pszichotherapiában részesült, a másik viselkedéstherapiában, a harmadik pedig várakozási listán maradt, mint kontroll csoport. Három-három tapasztalt, ismert therapeuta irányzatának elkötelezett képviselője végezte a kezeléseket. A kezelések egységesen 4 hónapig folytak, átlag 14 ülésben. A betegeket különféle tesztekkel vizsgálták kezelés előtt és után, ülésekből magnetofonmintákat vettek különböző pszicholingvisztikai vizsgálatok elvégzéséhez, továbbá a kezelések befejezése után a betegeket és a therapeutákat külön is kikérdezték szubjektív benyomásaikat, interakciós partnerükről kialakult képüket illetően. Végül a kezelés befejezése után $\frac{1}{2}$, 1 és 2 év múlva is megvizsgálták a betegeket.

Az eredmények érdekesek voltak. Mindkét kezelt csoport jóval nagyobb arányban javult, mint a kontroll csoport, bár a kontroll javulása is számottevő (több mint 50%-os volt). A kontroll csoport javulását a munkacsoport a nemspecifikus pszichotherapiás hatások érvényesülésének tudta be, hiszen a kontrollok közé kerülés 3—4 előzetes exploráció után történt, a betegeknek kezelést ígértek, tartották velük a kapcsolatot stb. (a vizsgálat befejezése után a kezelést igénylőket felvették pszichotherápiára, azonban a kontroll csoport tagjainak jelentős része már nem akart további kezelést). A viselkedéstherapia és az analitikus pszichotherapia hatékonysága között nem mutatkozott szignifikáns különbség. A fő tünetek jobban javultak a viselkedéstherapia hatására, jobb volt a munkahelyi és a szociális alkalmazkodás is, viszont az analitikus therapia után jobb volt a betegek érzelmi stabilitása, és a javulás a katamnesztikus felmérések szerint valamivel tartósabb volt. Az analitikus therapia eredményei jobban szórtak, néhány eset javulása nagyon nagy mértékű volt, más eseteké kisebb, a viselkedéstherapiában viszont egyenletesebben változtak.

A munkacsoport megállapította, hogy analitikus therapiában nagyobb eredményt értek el az intelligens, jól verbalizáló, magasabb társadalmi státusú esetekben. Érdekes megállapítás, hogy a viselkedéstherapeuták jól kommunikáló, kongruens személyiségnek tűntek a betegek előtt, akik azt élték meg, hogy a therapeuta törődik velük, érzelmeket ad. Az ún. Rogers-féle therapeuta-változók tehát a visel-

kedéstherapeuták között maximális mértékben megvoltak. A kutatócsoport ugyan elvégezte a Rogers-féle változók mérését minden esetben, nem talált azonban ezek között differenciáló tényezőt, ugyanis az analitikus pszichotherapeuták is magas fokban elfogadók, empátiásak és kongruensek voltak.

A kis kötethez két neves szakember írt előszót, az egyik Judd Marmor volt, aki már közel két évtizede az analitikus pszichotherapia hatékonyságának kutatásával foglalkozik, a másik pedig Joseph Wolpe, akit a viselkedésterapiák megalapítójának tartanak. Mindketten megállapítják, hogy a kötetben közölt vizsgálat megerősíti eddigi elképzeléseiket. Marmor a nem specifikus tényezők és a therapeuta-változók szerepét emeli ki, Wolpe pedig arra helyezi a hangsúlyt, hogy a viselkedésterapiák milyen jól használhatók a neurótikus problémák széles körében, és hogy a viselkedésterapeuta menynyire nem az a hideg, érzelemmentes manipulátor, aminek gyakran feltüntetik, hanem a beteg bizalmát és ragaszkodását mennyire meg tudja nyerni.

A kis kötet fontossága miatt érdemel a szokásosnál kissé bővebb ismertetést. A pszichotherapia kutatásában és hatásmechanizmusában érdekelt szakemberek a kötetben nagyon sok adatot, információt találhatnak. Haszonnal forgathatják a könyvet klinikai pszichológusok is, hiszen a felhasznált tesztbattériák eredményei önmagukban is érdekesek. A kötet végső tanulsága a gyakorlat számára az, hogy a pszichotherapiás kapcsolat, a beteggel történő elkötelezett, odafigyelő therapiás foglalkozás a legfőbb gyógytényező, és ennek hatékonyságát úgy lehetne fokozni, hogy a therapeuta nem egyetlen hagyományos módszert követ, hanem a beteg szükségleteinek megfelelően kombinálja a különféle therapiás technikákat. Analitikus pszichotherapia és viselkedéstherapia egymást nem kizáró, hanem inkább a kiegészítő módszer. A kiegészítő alkalmazás artikulációs pontjai még nem eléggé világosak, ezeket még meg kell találni és ki kell dolgozni a pszichotherapiás gyakorlat számára.

Buda Béla dr.



A Magyar Orthopaed Társaság 1983. augusztus 25—26—27-én Budapesten, a SZÁMALK termeiben (XI., Szakasits Á. u. 68.) *kongresszust* rendez, nemzetközi részvétellel.

Témái:

1. Végtag fejlődési rendellenességek (kivéve a veleszületett csípőficam és dongaláb).
2. Spondylolysis és spondylolisthesis.
3. Szabad témák.

Augusztus 25. csütörtök, 9,00 óra

A kongresszus megnyitása

10,00 óra

A sectio

Végtag fejlődési rendellenességek

1. *Weickert, H.* (Magdeburg): Az alsó végtag egyes fejlődési rendellenességeinek terápiája.
2. *Schilling, W.* (Münster): A végtagok fejlődési rendellenességei.
3. *Vízkelety T.* (Budapest): Szempontok a végtag fejlődési rendellenességek műtéti kezeléséhez.
4. *Pellett, S.* (Debrecen): Program és ötletek a végtag fejlődési rendellenességek rehabilitációjához.
5. *Matthiass, H. H.* (Münster/Westf.): Tapasztalatok a Larsen-szindróma műtéti kezelésével.
6. *Szepesi K., Fazekas Katalin* (Debrecen): Kezelési lehetőségek Larsen-szindrómában.
7. *Mezhenina, E. P., Roulla, E. A.* (Kiev): A csípőízület fejlődése veleszületett csípőficam miatt végzett sebészeti kezelés után.

Szünet

8. *Brookes, M.* (London): Végtag fejlődés mechanizmusa.
9. *Makai F.* (Bratislava): Az alsó végtag különböző fejlődési rendellenességeinek modern műtéti kezelése.
10. *Mann, M., Blauth, W.* (Kiel): A dysplasia epiphysealis hemimelica okozta alsó végtag fejlődési rendellenességek.
11. *Hellinger, J., Purath, W., Schottmann, R., Fieber, Kerstin* (Dresden): A myelodysplasiás fejlődési zavarok korrekciójának műtéti lehetőségei.
12. *Gray, R. H.* (Stoke on Trent): Congenitális paraplegia — 3 eset.
13. *Krakovits G., Süköst L., Borsay J.* (Budapest): Patellofemoralis dysplasia, mint az extensor apparatus fejlődési rendellenessége.

Filmvetítés

Szünet

15,00 óra

14. *Steenebruggen, A. C.:* (Liège): Az ujjak amnion befűzése kérdéséhez.
15. *Imhäuser, G.* (Köln): A veleszületett lúdtalp kezelésében szerzett tapasztalatok.
16. *Nevelős, A. B.* (Bradford): A congenitalis verticalis talus.
17. *Mattner, H. R.* (Halle): A talus verticalis kezeléséről.
18. *Altenhuber, J., Grill, F.* (Wien): A hallux duplex műtéti kezelése.
19. *Simon Erzsébet, Glausch Anna* (Budapest): Sugárhiánnyal járó alsó végtag fejlődési rendellenességek.
20. *Adonyi Ágnes, Fejérdy G.* (Budapest): A metatarsovarus-adductus lábdeformitás műtéti korrekciójának feltételei és technikája.
21. *Végh G., Rimaszombati Klára, Balla Mária* (Budapest): Csípőízületi dysplasia és metatarsus varus együttes előfordulásának gyakorisága.

Szünet

22. *Zimmermann I., Renner A., Sántha Andrea* (Budapest): A leggyakrabban előforduló fejlődési rendellenességek a kézen, kézsebészeti osztályunk anyagában.
23. *Csorba E., Lénárt Gy., Dreissiger, I.* (Budapest): Kéz és lábujj fejlődési rendellenességek műtéti kezelésének néhány problémája.
24. *Tácsik I., Turi A., Varga P.* (Budapest): Tapasztalataink a syn- és polydactylia műtéti kezelésében.
25. *Rupnik J., Andrássy Ilona* (Budapest): Kétoldali veleszületett flexiós adductiós hüvelyktartás.
26. *Karchtinov, K. D.* (Várna): A hüvelykujj veleszületett fejlődési rendellenességeinek rekonstrukciós módszere.
27. *Manikovski, W.* (Poznan): A metacarpalis csontok transpositió-ja.
28. *Berényi P., Mihályi J., Szabó Éva* (Nyíregyháza): Hasadt kéz és láb.
29. *Manikovski, W.* (Poznan): A radialis dongakéz kezelése.
30. *Donati, U., Pilla, G., Zarotti, F.* (Bologna): A dysmeliás csonkok sebészi kezelése a csont növekedése alatt.

Augusztus 25., csütörtök,

10,00 óra

B sectio

Szabadon választott témák

31. *Fineschi, G., Guzzanti, V., Di Lazzaro, A.* (Róma): Dinamikus arthrographia a gyermeki csípő nem traumás patológiájában.

32. *Mike Gy.* (Pécs): Perthes-betegség és egyéb fejlődési rendellenességek kapcsolata.

33. *Siegling, C. W., Ritter, H., Endert, G.* (Erfurt): A radiológiai diagnosztika jelentősége a femur fejcsontmag nekrózisok komplex vizsgálatában.

34. *Witkowska, Ewa* (Warsawa): Perthes-kór operatív kezelésének eredményei, tapasztalatai.

35. *Tóth J., Gréczy I., Galuska L., Szathmáry Valéria* (Kecskemét): Az izotóp vizsgálat lehetőségei a Perthes-kór diagnosztikájában.

36. *Jones, D. H. A.* (Oswestry): Kezeletlen Perthes-kór, különös tekintettel a klinikai megjelenésre és az izotóp vizsgálatra.

37. *Wojcik, A.* (Warsawa): A Perthes-kór inter-subtrochantericus és Salter-féle osteotomiával történő műtéti kezelésének eredményei és indikációi.

38. *Mészáros T., Cser I., Csobály S.* (Budapest): Chiari-műtét után kialakult ízületi viszonyok CT vizsgálata.

Szünet

39. *Komprda, J.* (Trebon): Veleszületett csípődysplasia elnézett esetei.

40. *Torok G.* (Beer Sheba): Varisaló-derotaló osteotomiák késői eredményei veleszületett csípőficamnál.

41. *Fineschi, G., Guzzanti, V.* (Róma): Krónikus epiphyseolysis kezelése linearis intertrochantericus korrekciós osteotomiával.

42. *Janovec, M., Straka, M., Fait, M.* (Brno): Az epiphyseolysis capitis femoris adolescentium pajzsmirigy hormonnal történő kezelésének eredményei.

43. *Murota, K., Okubo, K., Hirayama, P.* (Tokyo—Bruchsal): Aseptikus combfejnecrosis kezelése vascularisált cosnttransplantatióval.

44. *Hanslik, L.* (Berlin): Intertrochanterikus rotációs osteotomia a combfej szegmentális nekrózisának kezelésére.

45. *Vajda A., Bakay E.* (Budapest): Az ún. „Kobra" csontegyesítő lemezzel szerzett tapasztalataink.

46. *Bene Éva, Gurin J., Pera F.* (Budapest): A lumbosacralis gerinc és csípőízület fejlődési anomáliáinak gyakorisága, bányászok szűrővizsgálata alapján.

Szünet

15,00 óra

47. *Arlet, J.* (Toulouse): A lumbalis gerincsatorna szimptomatikus stenosisa a vertebralis hyperostosisban (Forestier-féle betegség).

48. *de la Caffinière, J. Y.* (Luxemburg): Az arthrosisos szűk lumbalis csatorna sebészi kezelésének kudarcai (38 scannerrel verifikált eset kapcsán).

49. *Cahuzac, J. Ph., Germaneau, J., Clement, J. L., Lebarbier, P., Desaneaut, M., Pasquie, M.* (Toulouse): Az idiopathiás scoliosis kezelése belső elektrostimulátorral (18 eset kapcsán).

50. *Mitra, R. W.* (Calcutta): Scoliosis (kezelése fejlődő országokban).

51. *Neumark T., Riskó T., Takács J., Udvarhelyi I.* (Budapest): Izomminták elektronmikroszkópos vizsgálata juvenilis idiopathiás scoliosisban.

52. *Feith, S.* (Pécs): A Scheuermann-megbetegedés gyakorisága Baranya megyében.

53. *Gusta, A., Daniel, B.* (Szczecin—Zdunowo): Komputer tomográfia a csigolyatörések diagnózisában.

54. *Redeker, S., Crone-Münzebrock, W., Knoll, H., Jend, H. H.* (Hamburg—Eppendorf): A komputer tomográfia értéke a tumoros csigolyatest destrukció operatív kezelésének tervezésében.

Szünet

55. *Halbhübner, K., Lambiris, E.* (Berlin): Sarokcsonttörések keletkezési mechanizmusa, kezelési lehetőségei.

56. *Rogmans, D.* (Berlin—Dahlem): Az acromioclavicularis ficam műtéti kezelésének eredményei.

57. *Kullmann L., Vén Ildikó* (Budapest): Mindkét felső végtag redukciós fejlődési rendellenességgel született gyerekek rehabilitációja.

58. *Donati, U., Pilla, G., Schmidl, H.* (Bologna): A dysmeliás felső végtag protetizálása.

59. *Pilla, G., Donati, U., Schmidl, H.* (Bologna): Kétoldali alsóvégtaghiány protézissel való ellátása.

60. *Szappanos L., Czeizel E.* (Debrecen—Budapest): S. C. E. syndromás betegeink (Hasadt kéz, ajakhasadék, ectodermális dysplasia).

61. *Janaszek, P.* (Konin): Congenitalis végtag rendellenességben szenvedő gyermekek komplex rehabilitációja a nyári cserkésztáborokban.

62. *Wamser-Krasznai, Waltrud, Krasznai P.* (Butzbach): Korai mobilizálás a csigolyatörések ambuláns kezelésében.

63. *Süközd L., Krakovits G., Szebeni A.* (Budapest): A bokaprothesis.

64. *Massányi L., Berkes I.* (Budapest): Nehéz atléták és küzdősportot űzők gerinc fejlődési rendellenességei és az alkalmasság.

Augusztus 25., csütörtök,

10,00 óra

C sectio

Kerekasztal-konferencia

Újabb eredmények a Septopal alkalmazásával a sebészetben, különös tekintettel az ortopédia területére.

Moderator: *Vécsei, V.* (Wien).

Résztvevők: *Boda A.* (Budapest), *Dingeldein* (Darmstadt), *Evrard, J.* (Paris), *Frenyó S.* (Budapest), *Grieben, A.* (Darmstadt), *Hančevič, J.* (Zagreb), *Jenny, G.* (Strasbourg), *Kalas L.* (Mátraháza), *Kayser, F. H.* (Zürich), *Klemm, K.* (Frankfurt), *Wahlig, H.* (Darmstadt).

Augusztus 26., péntek, 9,00 óra

A sectio

Spondyloysis, spondylolisthesis

65. *Jakab G.* (Budapest): A spondylolysis-spondylolisthesis és műtéti kezelése direkt kompressziós csavarozással.

66. *Heise, U., Müller, U.* (Hamburg—Eppendorf): Kombinált dorsalis és ventralis spondylodesis fiatalok nagyfokú spondylolisthesisében és spondyloptosisában.

67. *Zsernaviczky, J., Farid, F.* (Lippstadt): A kérdéses spondylosis bizonyításának új röntgentechnikája.

68. *Jaster, D.* (Rostock): Spondylolisthesisben végzett dorsalis spondylodesis eredményei.

69. *Szentpétery J.* (Békéscsaba): A sypondylolysis és spondylolithesis felismerésének korai lehetőségei.

70. *Cser I., Mészáros T.* (Budapest): Csavaros osteosynthesissel nyert tapasztalataink spondylolysisnél.

71. *Süközd L., Krakovits G., Farkas L.* (Budapest): A spondylolysis kezelésének vitájához. Útólagos hozzászólás az 1982. évi nyíregyházi vitához.

72. *Szabó Z., Jakab G., Zsengellér Julianna* (Budapest): Hibás csavarállások okozta tartós radiculitis és műtéti kezelése spondylolisthesisben.

73. *Perjés K.* (Székesfehérvár): Spondylolisthesis miatt ívcsavarozás különleges esetei.

74. *Massányi L., Jakab G., Balázsy S., Hehl I.* (Budapest): Sportolóknál végzett csavaros osteosynthesis értékelése spondylolysis és -listhesis eseteiben.

Szünet

75. *Suezawa, Y.* (Zürich): Spondylolisthesis — etiológia — kezelés és eredmények.

76. *Balogh I., Bergmann Annamária, Göde Gy.* (Hévíz): Spondylolysis és spondylolisthesis előfordulása a Hévízi Kórház beteganyagában.

77. *Mau, H.* (Tübingen): Spondylolisthesis és scoliosis.

78. *Köllő Katalin, Lengyel Zsuzsa* (Budapest): Spondylolysis a gyermekkori derékfájások hátterében.

79. *Haehnel, H., Weber, M., Zippel, H.* (Berlin): Myelographiás leletek csigolyacsúszásban.

80. *Fritsche, H. J.* (Leipzig): A spondylolisthesis korai diagnosztikája scintigráfiával.

81. *Sólyom L., Palkonyay G., Bucsi L.* (Budapest): Kisízületi elvál-

tozások és spondylolysis differenciáldiagnosztikája.

82. *Solti F.* (Budapest): Egypetéjű ikrek spondylolysise.

83. *Szappanos L., Jakab G.* (Debrecen): A többszörös spondylolysis osteopetrosisban.

84. *Rimaszombati Klára, Lauf L., Balla Mária, Viola S.* (Budapest): Spondylolysis, mint a lumbo-sacralis átmenet rendellenességeinek társelváltozása.

85. *Zichner, L.* (Frankfurt): Spondylolysis csontrendszer-betegségekben.

86. *Zebrowski, W.* (Szczecin): Spondylolysthesis néhány rendszerbetegségben.

Filmvetítés

15,00 óra

87. *Zippel, H.* (Berlin): A spondylolysthesis pathológiája és pathogenesise gyermekkorban.

88. *Riskó T.* (Budapest): A Harrington-féle disztrakciós rúddal végzett korrekciós műtét helye a spondylolisthesis kezelésében.

89. *Tunturi, T., Kataja, M., Keski-Nisula, L., Lapinsuo, M., Lepistö, P. Paakkala, T. Pätiälä, H., Rokkanen, P.* (Tampere): Az ágyéki gerinc dorzális fúziója. A műtéti eredmények és az azokat befolyásoló tényezők értékelése.

90. *Matthiass, H. H.* (Münster/Westf.): A spondylolisthesis műtéti repositiója Schöllner szerint.

91. *Rigault, P.* (Paris): Nagy elcsúszással járó lumbosacralis spondylolisthesis korrekciójának technikája gyermeknél.

92. *Bender Gy., Gurin J.* (Budapest): Spondylolisthesis miatt végzett spondylodesis utánvizsgálata 20 évvel a műtét után.

93. *Borsay J., Kállay M., Homoki Ilona* (Budapest): Teljes luxatiós spondylolisthesis esetek eredményes műtéti megoldása 20 év után.

94. *Ewald, W.* (Frankfurt/M.): A spondylolisthesis Louis-féle operatív kezelése.

95. *Schulze, K., Gummel, J., Hellinger, J.* (Dresden): Ventralis vagy dorsalis fusiós műtét spondylolisthesisben.

96. *Stepniewski, B., Krawczyk, E., Jaremczyk, C.* (Walbrzych): Bosworth-féle hátsó spinális fusióval elért késői eredmények a spondylolisthesis kezelésében.

Szünet

97. *Lamartina, C., Tecchio, G., Zagra, A.* (Milano): A lumbalis spondylolisthesisnél végzett posterolateralis fusio indikációja és eredményei.

98. *Judet, H.* (Paris): Spondylolisthesis.

99. *Zippel, H., Haehnel, H.* (Berlin): A ventralis intercorporalis fusio indikációja és eredményei spondylolisthesisben.

100. *Sijbrandij, S.* (Utrecht): Súlyos spondylolisthesis repositiója és stabilizációja.

101. *Rusdea, J., Struck, M., Rusdea, D.* (Ganderkesee): Az elcsúszott csigolyatest rögzítése az alsó szakaszon.

102. *Heise, U., Müller, U.* (Hamburg—Eppendorf): A posterolateralis distractiós spondylodesis a felnőttkori spondylolisthesisek kezelésében.

103. *Harms, J., Rolinger, H., Schell, W.* (Karlsbad): A spondylolisthesis műtéti kezelése dorsalis repositióval és ventralis fusióval. Indikáció, technika és eredmények.

104. *Faluhelyi Anikó* (Budapest): Csípőendoprotézis műtéteknél alkalmazott antibiotikus profilaxis.

105. *Fineschi, G., Tranquilli-Leali, P., Masini, A.* (Róma): Csípődysplasia: vizsgálat computer segítségével.

106. *Fineschi, G., Masini, A., Tranquilli-Leali, P.* (Róma): Centralizáló osteotomia: egy konzervatív műtéti eljárás a csípő arthrosis kezelésére és megelőzésére.

Augusztus 26., péntek, 9,00 óra

B sectio

Végtag fejlődési rendellenességek

107. *Volkov, M., Dedova, V. D. (Moszkva):* A veleszületett végtagrövidülés kezelése hosszabbítással gyermekeknél.

108. *Paneva-Holevich, Elena, Yankov, E.* (Sofia): A felső végtag meghosszabbítása veleszületett fejlődési rendellenesség miatt.

109. *Ricciardi, L.* (Venezia—Mestre): Eiphysealis distractio.

110. *Graf, R.* (Stolzalpe): Tapasztalatok az alsó végtag fejlődési rendellenességeinél alkalmazott hosszabbításos osteotomiával.

111. *Franke, J., Hein, G.* (Erfurt-Halle): Az Ilizarov készülék alkalmazása a végtag fejlődési rendellenesség kezelésében.

112. *Krakovits G., Süksd L., Tácsik I.* (Budapest): Elongatio és/vagy abreviatio — az alsó végtag hosszkülönbségének kiegyenlítésére felnőttkorban.

113. *Tasnádi G.* (Budapest): Congenitális végtaghypertrophiák és érdysplasiák kapcsolata (Syndroma Klippel-Trenaunay-Parkes-Weber).

114. *Magyar J., Tasnádi G., Rényi-Vámos A.* (Budapest): Angiodysplasia complet kezelése (Klippel—Trenaunay—Parkes—Weber-syndroma).

115. *Éles L., Tasnádi G.* (Budapest): Csontszerkezeti elváltozások a végtagerek fejlődési rendellenességeinél.

116. *Grill, F., Altenhuber, J.* (Wien): Veleszületett részletes femurhiányos beteg kezelése során észlelt nehézségek.

117. *Jungmayer, J., Rácz, D.* (Budapest): Kéz-ujj fejlődési rendellenességek műtéti ellátása gyakorlatunkban.

118. *Rényi-Vámos A., Lénárt Gy.* (Budapest): Néhány az alsó és felső végtagon jelentkező fejlődési rendellenességről.

119. *Kéry L., Wouters, H. W.* (Budapest): Kongenitális könyök- és térdankylosis esete.

120. *Kecskés R., Éles L.* (Budapest): Multiplex végtag fejlődési rendellenességek.

Szünet

121. *Gumppenberg, St. v., Müller, M. E.* (Bern): Műtéti módszer a congenitális tibia álízület kezelésében.

122. *Karski, T., Warda, E.* (Lublin): Gyermekek veleszületett lábszár-álízületének diagnosztikus és terápiás problémái.

123. *Valády Anna, Glausch Anna, Simon Erzsébet* (Budapest): A tibia hátsó congenitális angulatiójának néhány esete.

124. *Karchtinov, K. D.* (Varna): A tibia és fibula congenitalis aplasiájának kezelése.

125. *Senger, A.* (Poznan): A femur congenitális álízületeinek kezelése.

126 *Sijbrandij, S.* (Utrecht): A congenitálisan rövid femur és kezelése.

127. *Sgarbura, I.* (Brasov): A csípőprotézis congenitális fejlődési rendellenességben.

129. *Matison, J., Akmen, J.* (Riga): Dinamikus alloplasztika a habituális patellaficam kezelésében.

130. *Gábor A.* (Budapest): A medenceszarv syndroma térdtünetei.

131. *Bellyei Á., Kránicz J.* (Pécs): Kongenitális térdficam.

132. *Lénárt Gy., Köllő Katalin:* (Budapest): A talocruralis ízület néhány fejlődési rendellenessége.

133. *Torok, G.* (Beer Sheba): Arthrogryposis multiplex congenita.

134. *Fábry Józsefné, Pál Lászlóné* (Budapest): A gyógytorna szerepe az arthrogryposis kezelésében.

Szünet

15,00 óra

135. *Brookes, M.* (London): A csontgyógyulás ultrahangos stimulációja.

136. *Brookes, M.* (London): Cerclage: a belső fixáció segítője.

137. *Mazières, B.* (Toulouse): Experimentális arthrosis.

138. *Videmann, T., Vanharanta, H.* (Kvarnby): Glykosaminoglykan poliszulfát hatása nyulak kísérleti osteoarthrosisában.

139. *Cser I.* (Budapest): Magas tibia osteotomia külső rögzítése új készülékkel.

Filmvetítés

Augusztus 26., péntek, 10,40 óra

C sectio

Poster diszkusszió

1. *Bereg Edit, Köllő Katalin* (Budapest): Végtag fejlődési rendellenességek klinikánk anyagában.

2. *Bossányi Ada, Feuer L.* (Budapest): Az Ipriflavone csontbetegségekben.

3. *Hellinger, J., Güttler, P., Kleditzsch, J.* (Dresden): Beültethető

elektrostimulátor a csonttörés gyógyítására.

4. *Hellinger, J., Fengler, H.* (Dresden): A hibás állás korrekciója endoprotézis műtét után.

5. *Kéry L.* (Budapest): A sérült epiphysis regenerációja.

6. *Mándi A., Gáspár L., Bacsó J., Uzonyi I.* (Debrecen): Nyomelemek vizsgálata röntgenfluoreszcens eljárással csontban.

7. *Purath, W., Matthes, F., Teschner, W.* (Dresden): Teljesen dokumentált Müller-csípő total endoprotézis korai és késői eredményei.

8. *Szabó Z.* (Budapest): Súlyos kézdeformitások rekonstrukciója MP ízületi sor szilikon protézisével PCP-ben.

9. *Szántó E., Marschalkó P.* (Budapest): Patellaficam miatt végzett műtéteink értékelése.

10. *Szántó E., Marschalkó P.* (Budapest): 200 patellaficamos beteg röntgenmorfológiai analízise.

11. *Tallián A., Badó Z.* (Szentes): Különleges térd-tumorprotézis.

12. *Tasnádi G., Faludi L.* (Budapest): A vénás nyomás változásának hatása a végtag növekedésére.

13. *Torok, G.* (Beer Sheba): Metacarpus rekonstrukció destruktív folyamat miatt végzett rezekció után.

15,00 óra

Kerekasztal-konferencia

Az osteoporosis kezelése

Moderator: *Gueguen, Y.* (Basel).

Résztvevők: *Bart Marietta* (Budapest), *Bossányi Ada* (Budapest), *Bálint G.* (Budapest), *Domján L.* (Budapest), *Forgács S.* (Budapest), *Franke, J.* (Erfurt), *Genti Gy.* (Budapest), *Hernády T.* (Budapest), *Münzenberg, K. J.* (Bonn).

Augusztus 27., szombat, 9,00 óra

A sectio

Spondylolysis, spondylolisthesis

140. *Kránicz J., Vincze Rózsa, Mike Gy.* (Pécs): Spondylolisthesis gyakorisága szűrővizsgálatok tapasztalatai alapján.

141. *Österman, K.* (Helsinki): Kisgyermek spondylolisthesise.

142. *Sillár P., Valádi Anna, Glausch Anna* (Budapest): Spondylolysis és spondylolisthesis gyermekkorban.

143. *Stadler E.* (Budapest): Gerincanomáliák, variációk és spondylolisthesis.

144. *Sík J., Szebeni A., Varga P.* (Budapest): A primer csigolya instabilitás klinikai jelentősége.

145. *Leube, K.* (Weimar): A spondylolisthesis és trauma.

146. *Perlaky Gy., Szondy Mária, Kiss J.* (Budapest): Congenitalis paralysis miatt járásképtelen betegek spondylolysise és spondylolisthesise.

147. *Schmidt, Helga* (Leipzig): Spondylolisthesis és sport. 17 éves kereszt- és hosszmetszeti vizsgálatok eredményei.

148. *Kalabay L., Pintér J., Zolnay L.* (Budapest): Spondylolysis és spondylolisthesis orvosszakértői értékelése.

149. *Irsai Éva, Gál D., Jakab G., Rogits B.* (Budapest): Wiltse-műtét helye a spondylolisthesis kezelésében.

150. *Fleissner, H. K.* (Leipzig): Húzóhurok spondylolisthesisnél.

151. *Tallián A.* (Szentes): Beszámoló a szentesi Baleseti Sebészeti Osztályon végzett spondylodesisekről.

Szünet

Szabadon választott előadások

152. *Itami, Y., Hirayama, P., Beppu, M.* (Tokyo, Bruchsal): A cement nélküli total csípőprotézis eredményeinek klinikai értékelése.

153. *Hellinger, J., Opitz, J. U., Schottmann, R.* (Dresden): Klinikai összehasonlító vizsgálat a csonttörés gyógyulásának gyorsítására szolgáló bipoláris elektrostimulációnál.

154. *Cech, O.* (Praha): Az új típusú izoelasztkius cervicocapitalis Poldi-endoprotézis biomechanikai vizsgálata.

155. *Wadsorth, T. G.* (London): Ötéves tapasztalatok az arthritises környökízület nem korlátozott protézissal történő pótlásával.

156. *Szulc, W.* (Warsawa): Total csípőprotézis fiatal betegeknél.

157. *Lintner, F., Bösch, P., Brand, G.* (Wien): A mineralizáció zavarai az autopolimerizálódó PMMA csontcement határsíkján.

158. *Krawczyk, E.* (Wroclaw): A csípőízületi vápa rekonstrukciója autogen implantatumokkal a csípő total endoprotetikájában.

159. *Izadpanah, M.* (Sande): A csípőízületi endoprotézis statikus-mechanikus következményei az azonos oldali térdízületben.

160. *Philippe, J.* (Toulouse): A femoropatelláris ízület arthrografiája.

161. *Pförringer, W.* (München): Haemarthros és a keresztszalagok, sportorvosi szempontok.

162. *Baumgartner, R. L.* (Bruderholz): Ideiglenes patello-tibialis transfixatio a hátsó instabilitások rekonstrukciójának utókezelésében.

163. *Schubert, Th., Wolf, P.* (Dresden—Cottbus): Az osteonok érésének mérésére szolgáló új eljárás.

164. *Langer, U. M.* (Dresden): A proximális femurvég radiometrikus szögmeghatározásának hibakorrekciója.

Augusztus 27., szombat, 9,00 óra

B sectio

Szabadon választott előadások

165. *Matuschek, Th., Skuginna, A.* (Duisburg—Buchholz): A rotatorköpeny sérülések műtéti kezelése.

166. *Eickelmann, H. J.* (Köln): Saját személyes tapasztalataim a krónikus recidiváló epicondylitis radiális ambuláns műtéti gyógykezeléséről.

167. *Popova-Rousseva, B., Mladenov, K., Ischpekova, B.* (Sofia): Carpal-tunnel-szindróma klinikai és elektromiográfiai vizsgálatok.

168. *Jaremczyk, C., Krawczyk, E., Stepniewski, B.* (Walbrzych): A kéz funkciója mikrosebészeti módszerrel végzett autogén ideg átültetés után.

169. *Paneva-Holevich, Elena, Yankov, E.* (Sofia): Az alkar meghosszabbítása mindkét csont superpositiójával.

170. *Biró T., Hasznos J.* (Budapest): Patellofemoralis arthrosis preventív műtéteiről.

171. *Szántó E., Marschalkó P.* (Budapest): Extenziós mechanizmusú patellaficamok röntgenmorfológiai analízise.

172. *Tarjányi J., Magdics Mária* (Pécs): Az ulna hossznövekedési zavarának kapcsolata a lunatum malaciával beteganyagunk alapján.

173. *Bider, M. A.* (Kuwait): Osteogenesis imperfecta, kezelt eseteink tapasztalatai.

174. *Zebrowski, W., Wilamowski, K. (Szczecin):* Az ízületi lazaság klinikai és nosológiai aspektusai.

175. *Fengler, H.* (Dresden): A térdízületi porckárosodások diagnosztikája és terápiája.

176. *Kiwerski, J.* (Konstancin): Spondylosisban előforduló cervicalis syndromák kezelése dekompresszióval és elülső fúzióval.

Szünet

177. *Skuginna, A., Matuschek, Th.* (Duisburg): Részleges lábamputáció-lábszár-amputáció indikációs határai.

178. *Redeker, S., Crone—Münzebrock, W.* (Hamburg): Radiosynoviorthesis Yttrium 90-el krónikus poliarthritises betegeknél. Indikáció és eredmények.

179. *Bumbasirevic, Z.)* Beograd): Néhány radiológiai jel értéke a haemophiliás arthropathia diagnosztikájában.

180. *Bakay E., Vajda A.* (Budapest): Fibrosus dysplasia és térdtáji ganglion együttes előfordulása.

181. *Tácsik I., Sass I.* (Budapest): Szövetragasztó alkalmazása Achilles-ín rupturánál.

182. *Rigó J., Barcsa Cs.* (Debrecen): A talocruralis gömbízület és láb fejlődési rendellenesség.

183. *Pánics I., Antal J.* (Budapest): Os tibiale externum. A m. tibialis anticus rekonstrukciójának szerepe a lábboltozat helyreállításában.

184. *Preinsperger Szilvia* (Budapest): A neuro-muscularis egyensúly helyreállításának szerepe a boka szalagsérüléseinek gyógytornájában.

185. *Koch, W.* (Münster): Az I. lábujj-sugár traumák utáni rekonstrukciója gyermekkorban.

186. *Godolias, G., Dustman, H. O.* (Köln): Az I. ujj karomállása Dickson—Diveley-műtéttel való kezelésének eredményei.

187. *Antal J.* (Budapest): Pes cavus korrekciója tarsalis „V" osteotomiával.

188. *Tóth Jánosné, Tóth J., Kemény Gáborné* (Kecskemét): A pes planovalgus megelőzése és kezelése óvodás korú gyermekeknél.

Zárszó

Filmvetítés

1. *Itami, Y., Hirayama, P. T., Beppu, M.* (Tokyo): Jikei-csípőendoprotézis (műtéti film).

2. *Howorth, F. H.* (Ollerton Court): A levegőn át történő fertőzés prevenciója (színes hangos film magyar nyelven).

3. *Janaszek, P.* (Konin): A kör.

4. *Zippel, H.* (Berlin): A ventrális szegment spondylolysis (interbody-fusion); a lumbalis tájékon. Indikáció, technika, eredmények (színes film).

5. *Riskó T., Csákány M.* (Budapest): Epiphyseo-diaphysealis resectio semimalignus tibia tumor miatt (fekete-fehér némafilm).

6. *Riskó T., Csákány M.* (Budapest): Spondylolisthesis műtéti megoldása Harrington-féle distrakciós rúddal (színes némafilm).

7. *Riskó T., Csákány M.* (Budapest): Pectus excavatum műtéti korrekciója (fekete-fehér némafilm).

Általános tudnivalók:

Részvételi díj: MOTESZ-tagoknak 300,— Ft, nem tagoknak 600,— Ft.

Hivatalos nyelv: magyar angol, francia, német és orosz.

Angol, francia, német és magyar nyelvre szimultán tolmácsolás a nagy előadóteremben („A" szekció).

A **Pszichiátriai Rehabilitációs Szekció,** a **Magyar Gerontológiai Társaság,** a **Komárom megyei Művelődési Központ** 1983. szeptember 23-án, 11.00 órakor Tatán, a Komárom megyei Művelődési Központban (Váralja u. 4.) „A zene a gyógyításban és a rehabilitációban" címmel *tudományos ankétot* rendez.

Az előadások (8 perc), a referátumok (15 perc) mellett a jelentkezésektől függően kerekasztal-konferenciát is szervezünk. Kiállítás, poszterek elhelyezése is lehetséges. Zeneterápiás bemutatóra 1983. szeptember 24-én délelőtt lehetőség van.

Részvételi díj: 150 Ft. Jelentkezési határidő: *1983. aug. 20.*

Az ankétra való jelentkezés és esetleges szállásigényléshez „Jelentkezési lap" megrendelhető: *Németh Béla dr., Tata,* Kórház, Pf.: 13., 2892.

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 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft
83.1864 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató
ISSN 0030—6002 ● INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN 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.
HIDVÉGI JENŐ

*

124. ÉVFOLYAM

*

34. SZÁM

*

1983. AUGUSZTUS 21.

TARTALOMJEGYZÉK

Niederland Vilmos dr. és Poór Ferenc dr.:

A malignus histiocytosis 2039

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Hudák János dr., Máriaföldy Erika, Nagy Attila dr., Szabó Imre dr., Baradnay Gyula dr. és Varga László dr.:

Colorectalis carcinomák immundiagnosztikája leukocita adherencia gátlás vizsgálatával 2045

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Csiky Miklós dr., Fekete Gyula dr., Halász Péter dr. és Noskó Károly dr.:

Bélelzáródást okozó bal oldali vastag- és végbéldaganatok primaer resectiójával szerzett tapasztalataink 2049

IATROGEN ÁRTALMAK

Rodics Károly dr. és Széplaki Ferenc dr.:

Ritka Chinidin mellékhatás: májkárosodás, pneumonitis 2055

RITKA KÓRKÉPEK

Imreh Ajtony dr., Fél Pál dr. és Hernádi István dr.:

Vesekehely spontán ruptúrája 2059

Bálint József dr., Bajor Gábor dr., Glaser Krisztina dr. és Vincze Lajos dr.:

Serosus vesecysta műtéttel igazolt spontán ruptúrája 2061

HORUS

Szily Adolf, Szily Aurél 2065

Ferenczi Sándor jelentősége a mai orvostudomány számára 2067

Folyóiratreferátumok 2071
Levelek a szerkesztőhöz 2085
Könyvismertetés 2087
Hírek 2089

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

ÖSSZETÉTEL 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin-szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések.

Gyerekek: Újszülöttkori scleródéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeút-elzáródás, csökkent capillaris resistentiaval járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS Felnőttek: Általában hetente 1–2 alkalommal napi 1–3 kapszula vagy hetenként 2–3 amp. im.

Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2–3 kapszula, 2–3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5–6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150–180 mg im.

Gyerekek: Általában 3–12 hónapos korig napi 0,3–1,0 ml im., 1–14 évesig hetente 2–3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5–1,5 ml im. naponta.

Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutiós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában ezeknek az adagoknak sokszorosa (5–10-szeres) adandó. Újszülöttkori scleródémában 0,3–0,5 ml im., 2–5 napon át.

Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a mesterségesen táplált csecsemőket (2–12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin-substitutióban részesiteni.

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

CSOMAGOLÁS

10 db kapszula	térítési díj: 6,60 Ft.
5×1 ml ampulla	térítési díj: 6,60 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

NIEDERLAND VILMOS DR.
ÉS POÓR FERENC DR.

A malignus histiocytosis

Városi Kórház-Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár
Belgyógyászati Osztály (főorvos: Niederland Vilmos dr.)

1936-ban írta le *Scott* és *Robb-Smith* a reticulohistiocyter rendszer neoplasztikus megbetegedését, histiocyter medullaris reticulosis néven. 1966-ban *Rappaport* a histiocytosisok három csoportját különítette el, a harmadik csoportba sorolva a morfológiailag malignus histiocyták proliferatióját, histiocytosis maligna vagy histiocytás medullaris reticulosis elnevezéssel. A szerzők áttekintést adnak a malignus histiocytosis nemzetközi és magyar irodalmáról. Ismertetik a ritka, rossz prognózisú betegség általános klinikai tüneteit, a laboratóriumi vizsgálatokkal észlelhető elváltozásokat, a jellemző szövettani képet, az atípusos histiocyták morfológiáját, a kórjelzőnek számító erythrophagocytosist, a citokémiai és immunhisztokémiai eljárások használatának jelentőségét a sejtek azonosításában. Kitérnek a differenciáldiagnosztikában szóba jövő kórképekre, elsősorban a Hodgkin-kór kevertsejtes formájára és a histocytosis X-re. Ismertetik a kezelési lehetőségeket.

Malignant histiocytosis. Scott and Robb—Smith described the neoplastic disease of the reticulohistiocyte system, designating it histiocyte medullaris reticulosis in 1936. In 1966 Rappaport distinguished 3 groups of histiocytosis, including proliferation of the morphologically malignant histiocytes in the third one under designation histiocytosis maligna or-histiocytosis medullaris reticulosis. The authors review the literature on malignant histiocytosis published in Hungary and abroad. They make known the general clinical symptoms of the disease with unfavourable prognosis, the changes detectable by laboratory examinations and the characteristis histological picture. Then morphology of atypical histiocytes, erythrophagocytosis indicating the disease, and the significance of cytochemical and immunohistochemical methods in identifying the cells are described. Finally the clinical pictures significant for differential diagnosis — first of all a special form of Hodgkin's disease with mixed cells and histiocyte X — are discussed and different kinds of treatment are suggested.

1936-ban *Scott* és *Robb-Smith* a reticulohistiocyter rendszer neoplasztikus megbetegedését írták le, *histiocyter medullaris reticulosis* néven, ami histiocyter elemek megszaporodásával kifejezett erythrophagocytosissal, lázzal, gyengeséggel, generalizált nyirokcsomó-megnagyobbodással, lép-, májmegnagyobbodással jár együtt, a késői stádiumban pedig icterussal, anaemiával, purpurákkal és leukopeniával (4, 10, 19, 28, 38).

Hardmeier és mtsai (10) szerint, 1928-ban, *Tschistowitsch* és *Bykowa* „aleukaemiás lymphadenosis a reticularis sejtek systemás burjánzásával a nyirokcsomóban és a lépben" elnevezéssel jelölt megbetegedés leírása volt az első ilyen eset.

Rappaport (cit. 28) 1966-ban a histiocytosisok három csoportját különítette el:

1. reactiv histiocytás proliferatiók, ismert fertőző ágensek hatására, vagy anyagcserezavarok eredményeként;

2. differenciált histiocyták, a Langerhans-sejtek jellegzetes szisztémás proliferatiója, az eosinophil granuloma, a Letterer—Siwe-kór és a Hand—Schüller—Christian betegség, melyeket *Lichtenstein histiocytosis X* néven foglalt egységbe;

3. neoplasztikus, morfológiailag malignus histiocyták és azok praecursorainak szisztémás proliferatiója.

Ez utóbbi csoport a ***histiocytosis maligna*** vagy histiocytás medullaris reticulosis (3, 10, 14, 16, 19, 28, 38), ami *Rappaport* megfogalmazása szerint a reticuloendothelialis szisztéma malignus laesiója, atípusos histiocyta sejtek progressiv, szisztémás, irreversibilis proliferatiója. A malignus histiocytosist néha histiocytás leukaemiának, aleukaemiás reticulosisnak, histiocytás reticulosisnak, malignus leukaemiás reticulohistiocytosisnak, leukaemiás reticuloendotheliosisnak, leukaemiás reticulosisnak, reticuloblastomatosisnak, reticulum-sejt leukaemiának, malignus reticulohistiocytosisnak is nevezik (3, 15, 19, 28, 38).

1939-ben *Scott* és *Robb-Smith* (cit. 10.) saját négy esetük mellett az irodalomból összegyűjtött hat eset adatait hasonlította össze, *Lynch* és *Alfrey* (cit. 10.) 1964-ig 48 esetet gyűjtött, melyek között feltűnően sok az Ázsiából közölt eset. 1975-ben *Warnke és mtsai* (38) már több mint 100 esetről tudnak. Ugyanakkor *Huhn és mtsai* (14) 1969—1976-ig 46 histiocyter medullaris reticulosis esetről szóló irodalmat találtak, az újabb munkákban malignus histiocytosisnak jelölve.

Az elmúlt 20 év magyar irodalmát áttekintve *Asztalos és mtsai* (1) és *Vigh* (46) histiocytomáról szóló 1—1 esetismertetését, *Sipos* (33), *Bárdosi* (42) ill. *Bárdosi* és *Szekeres* (43) klinikopathológiai tanulmányát találtuk.

A *malignus histiocytosis* relatíve ritka, generalizált megbetegedés. Minden életkorban előfordulhat, de gyakoribb fiatal férfiakon. A férfi:nő arány 2—3:1 között változik a megfigyelések szerint. Az átlag életkor 30—40 között van (14, 28, 38).

A betegség hőemelkedéssel, lázzal, súlycsökkenéssel, gyengeséggel, étvágytalansággal jelentke-

1. táblázat: **Tünetek gyakorisági megoszlása**

anaemia	100%
lymphadenomegalia	90%
láz	80%
splenomegalia	80%
hepatomegalia	80%
thrombopenia	50%
leukopenia	40%
eosinophilia	35%
leukocytosis	25%
bőrelváltozás	25%
haemolysis	20%

zik, amely *tünetek*hez aránylag korán társul generalizált lymphadenomegalia (az esetek 80—90%-ában), hepatomegalia (80%-ban) és splenomegalia (80%-ban) (3, 10, 14, 19, 24, 28, 36, 42). Gyakran észlelhető anaemia, leukopenia, thrombopenia, ritkábban izzadás, mellkasi fájdalom, bőrkiütés és kötőszöveti duzzanat. A betegség végstádiumában icterus, purpura észlelhetők (3, 11, 14, 24, 28, 38, 42).

A klinikai tünetek többnyire a burjánzó histiocyter elemek okozta elváltozásoknak és a phagocytosisnak a következményei. Az erythrocytákon kívül a leukocyták és valószínűleg a thrombocyták is phagocytálódnak (10, 38). Az anaemia általában haemoliticus jellegű, az esetek felében leukopenia észlelhető, ritkán leukocytosis, esetenként pedig leukaemiás jellegű kiáramlás is megfigyelhető. A betegek harmadánál látható eosinophilia, felénél thrombopenia.

Némely esetben már a betegség korai stádiumában kimutathatók *keringő histiocyták*, más esetekben csak terminálisan vagy sohasem (11, 15, 19, 36).

A *csontvelőben* a korai stádiumban csak nemspecifikus elváltozások találhatók. *Warnke és mtsai* (38) anyagában a csontvelő biopsia egy esetben sem mutatott malignus histiocytosisos érintettséget, az aspirált és festett csontvelőkenetekben viszont több alkalommal találtak atípusos histiocytákat, helyenként erythrophagocytosissal. A csontvelő sokkal gyakrabban és kiterjedtebben infiltrált a post mortem vizsgálatok során. A csontvelő megbetegedése a perifériás vérkép elváltozása nélkül is fennállhat (14, 19, 28, 38).

Néhány esetben pozitív Coombs-testet észleltek. Bár a hyperbilirubinaemia általában haemolysises eredetű, a conjugált és nem konjugált bilirubin emelkedése felveti a hepatikus károsodás szerepét is (14, 38).

A *serum immunglobulinok* normálisak vagy mérsékelten emelkedettek voltak *Huhn és mtsai* (14) megfigyelése szerint, monoklonalis immunglobulin egy esetükben sem volt kimutatható.

Az esetek negyedében lehet *bőrelváltozást* találni, eruptiók, papulosus histiocyter infiltrátumok vagy diffúz viszkető maculo-papulosus exanthemák formájában (11, 14, 15, 24, 38).

Osteolitikus lesio kivételesen ritka malignus histiocytosisban, de többen is kimutattak fájdalmas, rtg. vizsgálattal észlelhető osteolysist (14, 24). *Henderson és mtsai* (11) ezen észlelés alapján felvetették a histiocytosis X-ből való transzformáció lehetőségét *(1. táblázat)*.

Szövettanilag a histocyter elemek, elsősorban atípusos histiocyták proliferatióját lehet látni, a vörös vértestek phagocytosisával, elsősorban a megnagyobbodott nyirokcsomóban, májban, lépben, csontvelőben. Ritkábban gócosan a myocardiumban, gyomor-bél traktusban, hasnyálmirigyben, epicardialis és perirenalis zsírszövetben, mellékherében, perifériás vérben. A malignus sejtek gyakran nem alkotnak összefüggő tumor masszát, mint azt más lymphomatosus betegségben látni, hanem diffúzan involválják az érintett szerveket (3, 10, 36, 42).

Az *atípusos histiocyták* burjánzó histiocyter alakok, kifejezett polymorphiával és erythrophagocytosissal (10, 14, 16, 17, 28, 31, 36). Jellemző az egyén acidophil, szürkés-középkék, gyakran vakuolizált és finom azurophil granulákat tartalmazó bőséges cytoplasma (11, 14, 15, 17, 31, 36, 38). A mag szabálytalan alakú, bevágott, többnyire világos laza, irregularisan felhalmozott chromatint tartalmazó, rovátkolt szegélyű nucleolussal, gyakran vastag nuclearis membránnal (14, 36, 38). A histiocyták citológiai atípiája extrém fokú, és nagyfokban változó lehet, gyakran 2—3 nucleolussal és gyakori mitosisokkal (11, 17, 31, 36, 38). Az esetek $^2/_3$-ában többmagvú sejtek is láthatók, bizarr óriássejtek is előfordulnak, melyek hasonlítanak a Reed—Sternberg-sejtekhez (16, 31, 38, 36).

A histiocyták *phagocytosis*ának azonosítása többnyire csak sorozatmetszeteken vagy nyirokcsomó lenyomati készítményeken lehetséges. Ez utóbbiakban lehet általában identifikálni az intracitoplasmás vvtket, fvs-eket, thrombocytákat, lipid vakuolákat és más celluláris anyagokat. A phagocytosis könnyebben és meggyőzőbben mutatható ki gyantába ágyazott metszetekben, mint a paraffinba ágyazottakon (17, 48). *Warnke és mtsai* (38) szerint általában a histiocyták legbenignusabbnak tűnő populatiói voltak a legaktívabban phagocytáló sejtek. Az erythrophagocytosist legtöbben kórjelzőnek tartják (3, 11, 14, 16, 19, 28, 32, 36, 38).

Bárdosi (42) a tumorsejtek differenciáltsága, atípiája alapján három típusba sorolta be az eseteket.

A *citokémiai és immunhisztokémiai* eljárások sokat segítenek a sejtek azonosításában.

PAS festéssel a malignus histocytosis sejtjei néha kifejezett fokális pozitivitást mutatnak (14, 33, 42).

A naftol-AS-D-klóracetat-észteráz reakcióval a myeloid elemekre jellemző erős piros szín nem észlelhető (14, 42).

Indirekt immunperoxidáz módszerrel lysozym (muramidáz), egy bakteriolytikus hatású enzim mutatható ki a myeloid és monocyter eredetű sejtek citoplazmájában és histiocytákban sötétbarna színreakció formájában (16, 17, 43, 48).

Újabban az alfa-1-antitrypsin kimutatást tekintik a legspecifikusabbnak malignus histocytosisra (17, 42).

Isaacson és mtsai (17) vizsgálatai szerint malignus histiocyták a nehéz és könnyű *immunglobulin láncok* minden osztályát tartalmazhatják és a festés intenzitása különösen erős a nagy multinukleáris óriássejtekben. Az immunglobulin láncok különböző fajtáinak jelenléte ugyanazon tumor malignus sejtjein belül csak phagocytosissal magyarázható *Isaacson és mtsai* (17) véleménye szerint. Bár a benignus, reaktív histiocyták

2. táblázat: **Szövettani differenciálás során szóba jövő kórképek**

Hodgkin-kór
histiocytosis X
monocyta leukaemia
histiocytás lymphoma
sinus histiocytosis masszív lymphadenopathiával
metastatikus carcinoma, melanoma malignum
viralis lymphadenitisek
hairy cell leukaemia
haemolytikus anaemia
granulocyta leukaemia

is tartalmazhatnak immunglobulint, festődésük sohasem olyan intenzív, mint a malignusoké.

A T-lymphocyták száma jelentősen csökkent malignus histiocytosisban és funkcionálisan csökkent értékűek (14, 28).

A malignus histiocytosis *diagnózisát* nyirokcsomó, máj, csontvelő, bőr, kötőszövet biopsia, lép szövettani vizsgálata alapján lehet felállítani, az újabban alkalmazott elektronmikroszkópos, citokémiai és immunhisztokémiai módszerek segítségével, már korai stádiumban.

Lymphadenopathia és -megalia a szerzők többsége szerint az esetek 80—90%-ában jelen van már a betegség korai időszakában vagy később, a betegség folyamán jelentkezik (3, 10, 14, 19, 24, 28, 36, 38). Nyirokcsomó biopsia a normális architektúra eltorzulását mutatja, a sinusoidalis kép részleges megtartásával. Residualis lymphoid follicolusok vagy érintetlen lymphoid stromaszigetek is észlelhetők általában. Az esetek $^2/_3$-ában a nyirokcsomóérintettség sinusoidális és diffúz architekturális megnyilvánulást is mutat. Az atípusos histiocyták helyenként összefüggő szigeteket alkothatnak (38).

Hepatomegalia az esetek többségében megtalálható és fokozatosan alakul ki. A májban atípusos histiocyták mutathatók ki a sinusoidokban és periportalisan, helyenként erythrophagocytosissal. Némely esetben a histiocyta proliferatio Kupffer-sejt hyperplasiát színlelhet (11, 14, 28, 32, 36, 38).

Splenomegalia az esetek 80%-ában észlelhető, de leírtak lépmegnagyobbodás nélküli malignus histiocytosist is. A normális architektúra eltűnik, sok sejttörmelék, reticulum látható. Általában a lépszövet, a sinusok is, diffuze infiltrálva vannak neoplasztikus sejtekkel, a Malpighi-testek részleges vagy teljes obliteratiójához vezetve (3, 14, 28, 36, 38). Kifejezett splenomegalia általában a terminális stádiumban jelentkezik, de *Vardiman és mtsai* (36) szisztémás tünetek nélküli, masszív splenomegaliával kezdődő eseteket is leírtak.

A nyirokcsomók, máj, lép megnagyobbodása nélkül is lehet ezen szervekben malignus histiocytás infiltrátio (14).

Bőrelváltozás esetén perivascularisan és a bőrfüggelékek körül mutathatók ki atípusos histiocytákból, eosinophilekből, lymphocytákból és plasmasejtekből álló infiltratiók (11, 14, 15, 24, 38). *Podányi és mtsai* (28) psoriasiform plaquokat észleltek egy betegükön, hepato-splenomegaliával, lymphadenomegaliával, atípusos histiocytás infiltrátumokkal.

Tüdő, pleura, pancreas, vesék, intestinum, vázizomzat, myocardium, agy, urethra atípusos histiocytás infiltratiójáról is jelentek meg beszámolók (1, 14, 38, 46).

A *lágy szövetek* atípusos histiocytás infiltrátióját figyelték meg *Warnke és mtsai* (38) 29 malignus histiocytosisos esetük közül négyben, a comb elülső felszínén, hasfalban jelentkező tumor formájában.

Ritka az atípusos histiocyták *leukaemiás* jellegű proliferatiója, amit *Imamura és mtsai* (15) írtak le egy esetükben, *Henderson és mtsai* (11) betegében terminálisan lépett fel az atípusos histiocitás leukaemia, a megelőző eosinophilia eltűnésével egyidőben, *Warnke és mtsai* (38) betegének 70 000-es perifériás lymphocytosisa volt a betegség indulásakor. Eosinophilia és leukocytosis dominált *Ballard és mtsai* (3) esetében. Szokatlan kórlefolyású *Henderson és mtsai* (11) malignus histiocytosisos esete, akinél cutan és csontlesio dominált, eosinophiliával, hepato-splenomegaliával. *Vardiman és mtsai* (36) négy malignus histiocytosisos beteg kórtörténetét ismertetik, betegségük kifejezett splenomegaliával kezdődött, társuló szisztémás tünetek nélkül.

A splenektomia során elvégzett szövettani vizsgálat adta meg a diagnózist, majd 3—15 hónappal később léptek fel a típusos szisztémás tünetek. Eseteik alapján felvetik, hogy a malignus histiocytosisnak egy krónikus, elhúzódó formája is lehet.

A legtöbb közlemény úgy jellemzi a betegséget, hogy egyértelműen rossz a *prognózisa*, lefolyása rövid időn belül fatális (10, 14, 36, 38). *Warnke és mtsai* (38) 29 malignus histiocytosisos betegéből 9 egy éven belül meghalt és átlagban 6 havi túlélést találtak. *Huhn és mtsai* (14) 7,8 hónapos átlagos túlélést észleltek. *Hardmeier és mtsai* (10) betege 21 hónapot élt. *Vardiman, Byrne* és *Rappaport* (36) egyik betege splenektomia után 15 hónapig tünetmentes volt, kezelés nélkül.

A malignus histiocytosis *etiológiája* ismeretlen (10, 38). *Boake és mtsai (cit. 38.)* apán és fián egyidőben jelentkező malignus histiocytosisos esetét ismertette, ami infectiós ágens jelenlétét vetette fel, de bizonyítani ezt nem tudták. *Farquhar* és *Claireaux* (cit. 38.) írt le 4 testvért, akiknek histiocytás medullaris reticulosisuk volt, eseteiket azonban az újabb irodalom a reaktív folyamatok közé sorolja. *Shapiro és mtsai* (32) familiaris erythrophagocyter lymphohistiocytosisról írnak, mint nagy valószínűséggel autosomalis recessiv örökletességű betegségről, amit 1 fiú és 1 leány csecsemő testvérpárban észleltek, ugyanazon donortól való mesterséges megtermékenyítés után. *Schumacher* és *Stass* (49) a primer forma mellett secunder megbetegedés lehetőségét is felvetik, melynek hátterében viralis, bakteriális, parazitás és carcinomatosus eredetre kell gondolni.

A malignus histiocytosis *differenciál diagnosztikájában* számos kórképet kell figyelembe venni. *(2. táblázat).*

Elsősorban a *Hodgkin-kórtól* kell elkülöníteni, mert gyakran összetévesztik annak kevertsejtes formájával, némely esetét „atípusos Hodgkin-betegségnek" nevezték. Az atípusos histiocyták esetenként kifejezett hasonlóságot mutatnak a Reed—Sternberg-sejtekhez. A malignus histiocytosisban ezek a sejtek általában basophil nucleolussal rendelkeznek és basophiltől amphophilig terjedő citoplazmával, ellentétben a Hodgkin-kór Reed—Sternberg-sejtjeinek eosinophil nucleolusaival és citoplazmájával. A malignus histiocytosisban a sinusoidalis megoszlás, az atípusos histiociták túlsúlya és a phagocytosis lehetővé teszik a differenciálást. Míg nagy tumoros csomóképződés gyakran található Hodgkin-kórban és histiocytás lymphomában, nagyon ritka malignus histiocytosisban. Ez utóbbiban hiányzik a *Lennert* által leírt, lymphogranulomatosisra jellemző epiteloid sejtes reakció és az eosinophil infiltratio. A hepaticus sinusoidok

és a lép vörös pulpájának infiltratiója szokatlan Hodgkin-betegségben (3, 10, 11, 14, 24, 38).

Rappaport már 1966-ban állást foglalt amellett, hogy a malignus histiocytosist el kell különíteni a differenciált progressiv histiocytosisoktól, a *histiocytosis X*-től — amit *Lichtenstein* írt le 1953-ban és ezen belül elsősorban a Letterer—Siwe-kórtól. Bár ez utóbbi klinikai képe és lefolyása malignus folyamatra utal, a kórképben részt vevő sejtek benignus megjelenésű histiocyták, citológiailag nem malignusak, csak mérsékelt pleomorphismust mutatnak, a mitosisok száma sem gyakori, ellentétben a malignus histiocytosis feltűnő atípiájával, pleomorphismusával és a mitosisok gyakoriságával (3, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 20, 21, 22, 26, 29, 34, 35, 37, 38). Elektronmikroszkópos vizsgálatokkal kimutatták, hogy a histiocyták helyenként ún. Birbeck-szemcséket tartalmaznak a citoplazmában. Ugyanezeket a sejteket megtalálták a histiocytosis X csontlesióban, Hand—Schüller—Christian-betegség nyirokcsomóiban. A Letterer—Siwe-betegségben látható ún. „Letterer-sejt" újabb vélemények szerint azonos a Birbeck-granulumot tartalmazó histiocitával, a Langerhans-sejttel (11, 15). *Huhn és mtsai* (14) és sokan mások is a Birbeck-szemcséket tartalmazó Langerhans-sejteket specifikusnak mondják histiocytosis X-re. A szemcsék feltehetően phagocytosissal jutnak a sejtekbe (16, 33).

A malignus histiocytosis, különösen a histiocytás leukaemiás formája, könnyen összetéveszthető a *monocyta leukaemiával*. A határ a kettő között sokszor nem éles. Ez utóbbinak azonban általában lassúbb a klinikai lefolyása, és inkább dominálnak a leukaemiás csontvelő infiltrátiók, és a perifériás leukaemiás jelek. Az elkülönítésben segíthet a peroxidáz aktivitás negativitása malignus histiocytosisban (10, 14).

A *histiocytás lymphoma* malignus histiocytosistól való elkülönítésében segít, hogy az előbbiben a folyamat áttöri a capsulát, gyakori a nodalis architektúra korai megsemmisítése. Histiocytás lymphomában a histiocyták gyakran formálnak kohezív sejtmasszát és ritkán mutatnak phagocytosist. Plasmasejtek jelenléte kivételes, míg malignus histiocytosisban általában megtalálhatók (28, 38, 39, 41). A histiocytás lymphoma elnevezés nem szerencsés, tekintettel arra, hogy a histiocyták nem lymphoid eredetűek.

A *sinus histiocytosis masszív lymphadenopathiával* — jóindulatú, lázzal, leukocytosissal, hyperglobulinaemiával, tömeges többmagvú histiocyta szaporulattal járó megbetegedés — elkülönítése nem okozhat gondot. Ebben a kórképben a tok fibrosisa általános és a citológiai atípia ritka, több a plasmasejt, mint a malignus histiocytosisban. Gyakran észlelhető phagocytosis, de erythrophagocytosis nagyon ritka. Spontán gyógyuló betegség (4, 28, 38).

Metastatikus carcinoma, malignus melanoma is hasonlóan involválhatja a nyirokcsomót, mint a malignus histiocytosis, de a sejtek citológiája lehetővé teszi az elkülönítést (28, 38).

*Virális lymphadenitisek*ben, mononucleosis infectiosában phagocyta histiocyták és lymphoid sejtek lehetnek jelen a nyirokcsomó-sinusokban, azonban a histiocyták citológiai benignitása segít a differenciálásban (28, 38).

*Hairy cell leukaemiá*ban nehézséget okozhat, hogy a kifejezett splenomegalia és a perifériás citopenia hasonlíthat a malignus histiocytosisban észleltekhez, a lép neoplasmás infiltrátiója is hasonló lehet. A hairy sejtek és a szelíd megjelenésű monocytoid sejtek proliferatiója az egyikben, a kifejezett atípia, erythrophagocytosis, mitosisok a másikban, a jellemző kép. A malignus histiocytosis sokkal agresszívabb természete észlelhető a Malpighi-corpusculumok partialis vagy komplett destrukciójában, míg hairy cell leukaemiában ez kisebb mérvű (14, 28, 36, 38).

Haemolyticus anaemiában a májban és lépben gyakran található erythrophagocytosis, azonban a phagocyta histiocyták morfológiailag nem atípusosak (38).

Granuloyta leukaemiás betegek lépe is hasonló lehet szövettanilag a malignus histiocytosisban észlelhetőkhöz. A naftol-AS-D-klóracetát-észteráz reakció segíthet az az elkülönítésben (14, 36).

Sok esetben az első biopsia necrosist, granulomatosusos szöveti reakciót mutat és csak a rebiopsia során lehet felismerni a malignus histiocytosis szöveti képét.

A *malignus fibrosus histiocytoma,* amit *O'Brien* és *Stout* (cit. 40.) írtak le 1964-ben, túlnyomóan pleomorph sarcoma, ami általában felnőttek mély lágyszöveteiben jelentkezik, végtagokon, főleg a combon, a retroperitoneumban, a mély fasciákban. Malignus fibrosus xanthomának vagy fibroxanthosarcomának is nevezik. *Weiss* és *Enzinger* (40) 200 észlelt esetről számolnak be. A tumor fibroblastszerű és histiocytaszerű sejteket tartalmaz, különböző arányban. Tüdőbe, nyirokcsomókba, májba, csontvelőbe ad a leggyakrabban metastasist, a primer tumor mélységétől és nagyságától függő arányban (1, 7, 25, 27, 40, 44).

1976-ban *Kyriakos és Kempson* (cit. 30.) identifikálta a malignus fibrosus histiocytomák egy alcsoportját, a *„gyulladásos fibrosus histiocytomát"*, amelyben kifejezett diffúz neutrophil infiltráció társul az alap szöveti képhez. Rapid lefolyású betegség (30).

Hardmeier és mtsai (10) már 1969-ben splenektomiát javasoltak a malignus histiocytosis *kezelésére,* és egy esetükben a splenektomia után 22 hónapos túlélést figyeltek meg. A sugárkezelésnek jelentősebb remissiót előidéző hatása nincs. A legkülönbözőbb citosztatikumokat alkalmazták már a malignus histiocytosis kezelésére, de a végső kimenetelt meggyőzően nem sikerült befolyásolni. Cytoxan hatására a perifériás vérből eltűnhetnek a histiocyták, de ez sem érinti tartósan a betegség lefolyását. Vincristin, Endoxan, Prednisolon kombináció objectív és szubjektív javuláshoz vezethet, de az életet szignifikánsan nem hosszabbítja meg. A terápia hatásosságának megítélését nehezíti az esetenként jelentkező spontán remissio is. Újabban a semiszintetikus epipodophyllotoxin VP 16—213 kezeléssel értek el jó eredményt (3, 10, 11, 14, 16, 19, 24, 26, 28, 32, 38). *Laurence és mtsai* (50) pedig cyclophosphamid, vincristin, prednisolon, bleomycin, doxoru-

bicin és procarbazin (COP—BLAM) alkalmazásával a 33 megelőzőleg nem kezelt malignus histiocytosisos beteg közül 24 esetben komplett remissiót és 8 betegben részleges remissiót értek el.

Histiocytás lymphomában, malignus fibrosus histiocytomában a tumor korai komplett sebészi eltávolítását javasolják, sugárkezeléssel, esetleg citosztatikumok adásával kombinálva (1, 25, 27, 40, 44, 46). Gyulladásos fibrosus histiocytomában *Leite és mtsa* (30) kombinált kemoterápiával 33%-os reagálást észlelt.

Az újabb diagnosztikus és terápiás eljárások széles körű alkalmazásától várható a betegség koraibb felismerése és hatásosabb, eredményesebb kezelése.

IRODALOM: 1. *Asztalos B. és mtsai:* Paraurethralis histiocytoma. Magyar Sebészet. 1975, *28*, 326. — 2. *Balázs M. és mtsai:* Vastagbél-resecatumok pathológiai vizsgálata. Orv. Hetil. 1982, *123*, 1285. — 3. *Ballard, J. O. és mtsai:* Malignant histiocytosis in a patients presenting with leukocytosis, eosinophilia, and lymph node granuloma. Cancer, 1975, *35*, 1444. — 4. *Barta I.:* Klinikai citopatológia. Medicina. 1979. — 5. *Durszt F. és mtsai:* Tüdőelváltozásokkal társult diabetes insipidus. Orv. Hetil. 1966, *107*, 2140. — 6. *Forrai J.:* Haematológiai betegségek csontrendszeri manifesztációi. Orv. Hetil. 1982, *123*, 2023. — 7. *Fu, Y-S. és mtsai:* Malignant soft tissue tumors of probable histiocytic origin (malignant fibrous histiocytomas): general considerations and electron microscopic and tissue culture studies. Cancer. 1975, *35*, 176. — 8. *Fülöp, É., Vessei É.:* Hand-Schüller—Christian—típusú histiocytosis-X malignus átalakulása. Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle. 1974, *50*, 34. — 9. *Haberland, K., Simárszky J.:* Multiplex „eosinophil-granuloma". Orv. Hetil. 1955, *96*, 1089. — 10. *Hardmeier, Th. és mtsai:* Zur sogennanten histiozytären medullären Retikulose von Scott und Robb-Smith. Schweiz. med. Wschr. 1969, *99*, 806. — 11. *Henderson, D. W., Sage, R. E.:* Malignant histiocytosis with eosinophilia. Cancer. 1973, *32*, 1421. — 12. *Herrmann, R. és mtsai:* Gastro-intestinalis non-Hodgkin malignus lymphomák. Cancer. 1980, *46*, 215. — 13. *Horváth F. és mtsai:* Intestinalis lymphoid hyperplasia — malignus lymphoma. VEAB Értesítő. 1981, *2*, 75. — 14. *Huhn, D. és mtsai:* Malignus histiocytosis. Dtsch. med. Wschr. 1978, *103*, 55. — 15. *Imamura, M. és mtsai:* Malignant histiocytosis: A case of generalized histiocytosis with infiltration of Langerhans granule-containing histiocytes. Cancer. 1971, *28*, 467. — 16. *Isaacson, P., Wright, D. H.:* Intestinal lymphoma associated with malabsorption. Lancet. 1978, *1*, 67. — 17. *Isaacson, P. és mtsai:* Primary gastrointestinal lymphomas. A classification of 66 cases. Cancer. 1979, *43*, 1805. — 18. *Jávor T.:* Malabsorptiós syndroma. Az Orvostud. Aktuális Problémái. 1971, *9*, 5. — 19. *Kingdon, H. S. és mtsai:* Results of combination Vincristine-Prednisone therapy. Annals of Internal Medicine. 1970, *72*, 705. — 20. *Kovács É. és mtsai:* Histiocytosis-X. A ritka kórkép jelentősége az orvosi gyakorlatban. Med. Univ. 1977, *10*, 245. — 21. *Kuchár F., Madas É.:* Disseminált eosinophil granuloma a tüdőben. Orv. Hetil. 1969, *110*, 2170. — 22. *Lapis K. és mtsai:* Letterer-Siwe-kór két esete. Orv. Hetil. 1959, *34*, 1225. — 23. *Lever, W. F.:* Histopathology of the skin. J. B. Lippincott Company. 1967. — 24. *Matthey, C., Chavamzadeh, M.:* Histiocytose maligne Correlation anatomo-clinique de 10 cas. Schweiz. med. Wschr. 1974, *104*, 442. — 25. *Neeb, U.:* Malignus fibrotizáló histiocytoma. Zbl. Gynäkol. 1981, *103*, 267. — 26. *Palásthy G., Ertner, I.:* Histiocytosis-X. Két eset ismertetése. Gyermekgyógyászat. 1973, *23*, 230. — 27. *Patel, V. C., Meyer, J. E.:* Retroperitoneal malignant fibrous histiocytoma. Cancer. 1980, *45*, 1724. — 28. *Podányi B. és mtsai:* Bőrtünetekkel társult histiocytosis maligna. Orv. Hetil. 1978, *119*, 2633. — 29. *Pongor F.:* Tüdőhistiocytosis. Orv. Hetil. 1958, *99*, 1110. — 30. *Roques, A. W. és mtsai:* Inflammatory fibrous histiocytoma in the left upper abdomen with a leukemoid blood picture. Cancer, 1979, *43*, 1800. — 31. *Sewell, R. és mtsai:* Primary malignant fibrous histiocytoma of the intestine. Dis. Colon Rectum. 1980, *23*, 198. — 32. *Shapiro, D. N. és mtsai:* Familiaris histiocytosis előfordulása két terhességből mesterséges megtermékenyítés után. New Engl. J. Med. 1981, *304*, 757. — 33. *Sipos J.:* A colon histiocytosisa. Tudományos Közlemények Zala megye Tanácsa I. Kórházából. 1975, *4*, 61. — 34. *Starling, K. A. és mtsai:* Histiocytosis-X kezelése chlorambucillal. J. Pediat. 1980, *96*, 266. — 35. *Udvarhelyi I. és mtsai:* Csigolya eosinophil granuloma diagnózisa és terápiás problémái. Orv. Hetil. 1972, *113*, 2337. — — 36. *Vardiamn, J. W. és mtsai:* Malignant histiocytosis with massive splenomegaly in asymptomatic patients. Cancer. 1975, *36*, 419. — 37. *Vezendi S., Pongor F.:* A tüdő eosinophil granulomatosisa. Orv. Hetil. 1972, *113*, 370. — 38. *Warnke, R. A. és mtsai:* Malignant histiocytosis (histiocytic medullary reticulosis). Clinicopathologic study of 29 cases. Cancer. 1975, *35*, 215. — 39. *Watanabe, S. és mtsai:* Unusual histiocytic tumor of the small intestine. Human Pathology. 1980, *11*, 289. — 40. *Weiss, S. W., Enzinger, F. M.:* Malignant fibrous histiocytoma. An analysis of 200 cases. Cancer. 1978, *41*, 2250. — 41. *Woda, B. A., Knowles, D. M.:* Nodular lymphotic lymphoma eventuating into diffuse histiocytic lymphoma. Cancer. 1979, *43*, 303. — 42. *Bárdosi A.:* Malignus histiocytosis klinikopatológiai vonatkozásai. Morphológiai és Ig. Orv. Szemle. 1982, *22*, 41. — 43. *Bárdosi A., Szekeres Gy.:* Lysozym kimutatása malignus histiocytosisban indirekt-immunperoxidáz módszerrel. Morphológiai és Ig. Orv. Szemle. 1982, *22*, 47. — 44. *Hájer Gy., Kovács L.:* Malignus fibrosus histiocytoma. Orv. Hetil. 1979, *120*, 1697. — 45. *Pajor L., Horgász J.:* Az ileocoecalis non-Hodgkin malignus lymphomák patohisztológiai sajátosságai. Morphológiai és Ig. Orv. Szemle. 1982, *22*, 33. — 46. *Vigh E.:* Tüdő-histiocyotma. Pneumonologia Hungarica. 1977, *30*, 91. — 47. *Al-Saleem, T., Zardawi, I. M.:* Pathology of Mediterranean lymphoma. Lancet. 1978, *1*, 775. — 48. *Isaacson, P., Wright, D. H.:* Origin of intestinal lymphomas. Lancet. 1978, *1*, 984. — 49. *Schumacher, H. R., Stass, S. A.:* Histiocytic medullary reticulosis. Lancet. 1979, *1*, 158 — 50. *Laurence, J. és mtsai:* Combination chemotherapy of advanced diffuse histiocytic lymphoma with the six-drug COP-BLAM regimen. Annals of Internal Medicine. 1982, *97*, 190.

Teronac

TABLETTA

A Teronac tabletta az étvágycsökkentő gyógyszerek csoportjának új típusú képviselője. Hatóanyaga triciklikus imidazo-izoindol vegyület, mely a többi anorexigén hatású készítménytől eltérően nem tartalmaz fenil-etil-amin vázat. Kis adagban is csökkenti az éhségérzetet, klinikailag és statisztikailag jelentős testsúlycsökkenést eredményez. A gyógyszer előnye az esetek jelentős részében kényelmes napi egyszeri adagolás, minimális mellékhatásokkal járó progresszív testsúlycsökkenés, tolerancia és dependencia kifejlődése nélkül. A készítmény elősegíti és lehetővé teszi a beteg számára, hogy fogyókúrás diétáját betartsa. A kezelés időtartama általában 3 hónapos, de rövidebb ideig tartó kúra is hatásos lehet.

ÖSSZETÉTEL: 1,00 mg mazindol tabl.-ként.

JAVALLATOK: Az elhízás minden formája az esetleges endokrinológiai háttér tisztázása után, ha a kalóriafelvétel korlátozása javallt. Gyermekeknek 12 éves kor felett adható!

ADAGOLÁS: az átlagos napi adag $^1/_2$—1 tabletta Teronac a reggeli étkezés után; ez individuálisan változtatható: legfeljebb napi 2 tabl.-ig emelhető.

ELLENJAVALLATOK: glaucoma, szívritmuszavarok, súlyos szív-, vese-, vagy májelégtelenség, súlyos hypertensio, cerebrális folyamatok, psychiatriai megbetegedések, gyomor-, bélfekély. Terhesség és szoptatás.

MELLÉKHATÁSOK: szájszárazság, székrekedés (részben az étkezési szokások megváltozása miatt), álmatlanság, fejfájás, tachycardia, hányinger, bőrkiütés, mydriasis.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:

TILOS EGYÜTT ADNI:
— MAO-bénítókkal, noradrenalint depletáló vérnyomáscsökkentőkkel: (vérnyomás extrém fokú emelkedése);

ÓVATOSAN ADHATÓ

— antidiabetikumokkal, egyéb vérnyomáscsökkentőkkel (hatásuk módosulhat).

FIGYELMEZTETÉS: A kúra alatt a vérnyomást időszakosan ellenőrizni kell, mert a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagjának újra beállítása válhat szükségessé (a kúra kezdetén az adagok esetleges emelése, kúra közben — a súlyveszteség miatt — csökkentése.) Súlycsökkenés miatt megváltozhat a cukorbeteg inzulinra és orális antidiabetikumokra való reakciója, ezért a kúra folyamán a vércukor értékváltozását időnként ellenőrizni kell. MAO-bénítóval való kezelés befejezése után 14 nappal kezdhető csak Teronac-kúra.
A szív katekolamin-érzékenységét növeli, emiatt alkalmazásának időtartama alatt a szív és keringés időnkénti ellenőrzése ajánlott.

Alkalmazásának ideje alatt tilos szeszes italt fogyasz-

CSOMAGOLÁS: 20 db tabletta 14,10 Ft.

MEGJEGYZÉS: ✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

FORGALOMBA HOZZA: ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR TISZAVASVÁRI, SANDOZ A. G. BASEL LICENCIA ALAPJÁN.

SANDOZ



HUDÁK JÁNOS DR.,
MÁRIAFÖLDY ERIKA,
NAGY ATTILA DR.,
SZABÓ IMRE DR.,
BARADNAY GYULA DR.
ÉS VARGA LÁSZLÓ DR.

Colorectalis carcinomák immundiagnosztikája leukocita adherencia gátlás vizsgálatával

Szegedi Orvostudományi Egyetem I. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Varró Vince dr.)
I. Sebészeti Klinika (igazgató: Karácsonyi Sándor dr.)
Kísérletes Sebészeti Intézet (igazgató: Petri Gábor dr.)

A szerzők colorectalis carcinomában szenvedő betegek, továbbá egészséges egyének és extraintestinalis carcinomás betegek leukocitáinak üvegfelülethez történő letapadását vizsgálták tumorszövetből, ill. normál colon és rectum nyálkahártyából izolált antigénfrakciók jelenlétében. Azt találták, hogy 77 colorectalis carcinomás beteg közül 70-ben a tumorszövetből izolált, mitokondriumban gazdag sejtfrakcióval a leukociták letapadása gátolható volt. A jelenség specifikusnak mondható, mert erre a frakcióra sem az egészséges egyének, sem az egyéb carcinomás betegek leukocitái nem reagáltak.

Immunodiagnostics of colorectal carcinoma by inhibiting leukocyte adherence. In healthy subjects as in patients with colorectal and extraintestinal carcinoma the adhesion of leukocytes to glass surface was studied in presence of antigen fractions isolated from tumour tissues and from mucous membrane of normal colon and rectum. It was found that out of 77 patients with colorectal carcinoma in 70 adhesion of leukocytes could be inhibited by cell fraction, rich in mitochondria, which was isolated from tumour cells. The phenomenon can be regarded. as specific because leukocytes neither of healthy people nor cancerous patients react to this fraction.

Az élő szervezet védekezése az idegen antigénstruktúrájú daganatos szövettel szemben elsősorban a T-limfociták specifikus immunválaszával tanulmányozható. A tumorspecifikus antigének által kiváltott sejtközvetített immunreakció tanulmányozására a limfocita citotoxicitás, a blasztos transzformáció és a migráció gátlás vizsgálata terjedt el általánosan (3, 4, 5, 9, 16, 18, 19, 31).

1972-ben *Halliday* és *Miller* számoltak be olyan vizsgálatokról, amelyekben experimentális egértumor modellben a carcinomás állatok leukocitáinak az üvegfelülethez történő letapadását a tumorból készült antigénnel gátolni tudták (10). A jelenséget leukocita adherencia gátlásnak (Leukocyte Adherence Inhibition = LAI) nevezték el.

Halliday közlését követően először *Lampert* alkalmazta a módszert diagnosztikus céllal carcinomás betegeken 1973-ban (24). 1975-ben Buffalóban (USA) nemzetközi szemináriumon értékelték a LAI módszer elméleti és gyakorlati vonatkozásait és arra a megállapításra jutottak, hogy a reakció antigénspecifikusnak nevezhető, segítségével a legkülönbözőbb antigének, ezek között a tumorantigének jelenléte felismerhető.

A módszer elterjedése annak köszönhető, hogy viszonylag egyszerű és diagnosztikus értéke eléri vagy meghaladja a sejtközvetített immunválasz vizsgálatára kidolgozott egyéb eljárásokat (1, 2, 3, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 21, 22, 29, 33).

Mi 1981. április óta foglalkozunk colorectalis carcinomás betegek leukocita adherencia gátlásának vizsgálatával. Vizsgálataink célja a LAI módszer érzékenységének és specificitásának tanulmányozása volt.

Az irodalomban a módszer alkalmazása során sokszor egymásnak ellentmondó eredményeket írtak le, aminek nagy valószínűséggel az az oka, hogy az egyes kutatócsoportok különböző antigéneket használtak (13, 14, 16, 20, 26).

Ezeknek az adatoknak a birtokában első lépésként olyan antigén előállítására törekedtünk, amellyel a vizsgálatok jól reprodukálhatók. E célból a feltételezett antigént tartalmazó szövetből sejtfrakciókat izoláltunk és ezek hatását vizsgáltuk a leukociták letapadási készségére. Így egyrészt a sejtfrakciók antigéntulajdonságára kaptunk felvilágosítást, másrészt a letapadásgátlás gyakoriságából a módszer érzékenységére következtethettünk.

A módszer specificitásának vizsgálata céljából a colorectalis carcinomás betegeken kívül extraintestinalis carcinomás és egészséges egyéneket is vizsgáltunk.

Anyag és módszer

Összesen 124 egyénben végeztünk LAI vizsgálatot. Betegeink átlagéletkorát, nemét és kórképeink szerin-

1. táblázat. **Colorectalis carcinomás betegek és egészséges egyének leukocita adherencia gátlás vizsgálata colon- ill. rectum carcinomás szövetből izolált IV. (mitokondrium dús) sejtfrekcióval**

Diagnózis	Eset-szám	Férfi	Nő	Átlag-életkor
Kontroll	29	13	16	56,2
Extraintestinális carcinoma	18	11	7	48,3
Rectum carcinoma	41	28	13	54,2
Sigma carcinoma	6	5	1	56,6
Colon carcinoma	30	14	16	57,1
Összesen	124	71	53	

ti csoportosítását táblázatban tüntettük fel *(1. táblázat)*.

A colorectalis carcinomás betegek *Dukes* szerinti (7) besorolása a következő volt:

A stádium (carcinomás elváltozás csak a nyálkahártyára lokalizált)	51 eset
B stádium (a daganatos elváltozás a muscularis rétegre is ráterjed)	24 eset
C_1 stádium (serosán áthatoló carcinoma, 2-nél kevesebb nyirokcsomó-áttéttel)	1 eset
C_2 stádium (serosán áthatoló carcinoma, 2-nél több nyirokcsomó-áttéttel)	1 eset
D stádium (távoli metastasisok)	0 eset

Antigénkészítés

A műtét során eltávolított tumorszövetből, ill. az egészséges bélszakasz nyálkahártyájából 10%-os szövetszuszpenziót készítettünk Potter-homogenizátorban hideg, fiziológiás sóoldattal. A sóoldat pH-ját 0,01 M-os foszfát pufferrel pH 7,4-re állítottuk be. A homogenizátumot először Janetzki K—23-as típusú centrifugában 0—4°C között, 700 g-vel, 10 percig centrifugáltuk az intakt sejtek és sejtmagok eltávolítására. Az ily módon nyert felülúszót *(I. frakció)* Janetzki VAC 601 típusú ultracentrifugával, 12 000 g-vel, fél óráig centrifugáltuk. A kapott üledéket felszuszpendálva a mitokondriumban dús *IV. frakciót* kaptuk. A 12 000 fordulatszámú centrifugálás felülúszóját *(II. frakció)* 100 000 g-vel, 1 órán át centrifugáltuk. A kapott üledék a mikroszómában dús *V. frakció*. Ez utóbbi centrifugálás után nyert felülúszó képezte a *III.-al* jelzett citoszol *frakciót*.

A centrifugálások során kapott sejtfrakciók fehérjetartalmát Lowry módszerével határoztuk meg. Ezt követően pufferezett fiziológiás sóoldattal minden frakció fehérjekoncentrációját 1 mg/ml-re állítottuk be. A különböző antigénfrakciókat 2 ml-es üvegampullákba mértük és a felhasználásig —25 °C-on tároltuk. Minden frakciót 2 hónapon belül felhasználtunk.

A reakció kivitele

A LAI tesztet az eredeti leírás *Urist-* (30) féle módosításában alkalmaztuk. Az Urist-féle mikrokapilláris módszer lényege, hogy az izolált leukocitákat előbb a vizsgálni kívánt antigénnel inkubáljuk, majd az inkubátumot kapilláris csövekbe szívjuk fel. Újabb inkubálás után meghatározzuk a kapillárisból visszanyert (le nem tapadt) leukociták számát. A sejtszámláláshoz Picoscale sejtszámlálót használtunk (Medicor, Budapest).

Kontrollként az ultracentrifugálással nyert sejtfrakciók helyett azonos mennyiségű fiziológiás sóoldatot mértünk a leukocita szuszpenzióhoz. Leukocita adherencia gátlásról akkor beszéltünk, ha a 120 perces inkubálás végén a kapillárisból visszanyert sejtszám a kontrollhoz viszonyítva 120%-nál nagyobb volt. Negatívnak tekintettük a raekciót akkor, ha a le nem tapadt leukociták száma a kontrollhoz viszonyítva 80—120% között volt. (80% alatti visszanyert sejtszám a leukociták adherenciafokozása mellett szól.)

Eredmények

Vizsgálataink kezdetén az ultracentrifugálással nyert valamennyi sejtfrakcióval (antigénnel) elvégeztük a leukocita aderencia gátlás tesztet. Antigénként a colon és a rectum carcinomás szövetből nyert sejtfrakciók mellett a normál rectum és colon nyálkahártya sejtfrakcióit is vizsgáltuk. Így egy-egy leukocita szuszpenziót összesen 20 antigénnel vizsgáltunk.

A vizsgált antigének közül a normál colon és rectum nyálkahártyából izolált sejtfrakciók egyetlen beteg, ill. kontroll egyén leukocitáinak letapadását sem gátolták.

A rectum, ill. colon carcinomás szövetből nyert antigének leukocita adherencia gátló hatását táblázatban foglaltuk össze *(2. táblázat)*.

A táblázat adataiból látható, hogy a colorectalis carcinomás szövetből készült antigénfrakciók nem befolyásolták az egészséges egyének és az extraintestinalis carcinomás betegek leukocitáinak letapadását. 19 rectum carcinomás betegből 18 esetben volt pozitív a reakció a rectum carcinomás szövetből izolált IV. sejtfrakcióval. Az egyik rectum carcinomás beteg leukocitái a II. frakcióval is reagáltak. Feltűnő, hogy rectum carcinomás betegeink leukocitái a colon carcinomás szövetből izolált sejtfrakciók egyikével sem adtak pozitív reakciót.

15 colon carcinomás beteg közül 13-ban kaptunk letapadásgátlást a colon carcinomás szövetből izolált IV-es sejtfrakcióval. Ezek közül 2 beteg leukocitái az I. és a II. sejtfrakcióval is pozitivitást adtak. E csoportban azt emeljük ki, hogy a colon carcinomás betegek leukocitái egyetlen esetben sem ismerték fel a rectum carcinomából nyert sejtfrakciókat.

Az eddigi eredményekből arra a következtetésre jutottunk, hogy az általunk beállított tesztben a IV. sejtfrakció tartalmazza azt a tumorantigént, amelyet a colorectalis carcinomás betegek leukocitái felismertek. Ezért a továbbiakban csak a colon és

2. táblázat. **Colon és rectum carcinomás szövetből izolált sejtfrakciók leukocita adherencia gátlás vizsgálata**

Diagnózis	Eset	Colon carcinomás szövet sejtfrakciói (pozitív esetek)					Rectum carcinomás szövet sejtfrakciói (pozitív esetek)				
		I.	II.	III.	IV.	V.	I.	II.	III.	IV.	V.
Kontroll	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Extraintestinalis carcinoma	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rectum carcinoma	19	—	—	—	—	—	—	1	—	18	—
Colon carcinoma	15	2	2	—	13	—	—	—	—	—	—

3. táblázat. **Vizsgált eseteink nem, életkor és betegség szerinti megoszlása**

Diagnózis	Eset	Colon carcinomás szövet IV. sejtfrakciója +	Colon carcinomás szövet IV. sejtfrakciója —	Rectum carcinomás szövet IV. sejtfrakciója +	Rectum carcinomás szövet IV. sejtfrakciója —
Kontroll	29	0	29	0	29
Rectum carcinoma	41	2	39	39	2
Sigma carcinoma	6	4	2	4	2
Colon carcinoma	30	27	3	0	30

rectum carcinomás szövetből, ill. normál rectum és colon nyálkahártyából izolált IV. sejtfrakciót használtuk antigénként.

Eddig összesen 29 egészséges egyén és 77 colorectalis carcinomás beteg leukocita adherencia gátlás vizsgálatát tudtuk értékelni a már jelzett 18 extraintestinalis carcinomás betegen kívül *(3. táblázat).*

A 29 egészséges egyén vizsgálata során egyetlen esetben sem volt pozitív a reakció. 41 rectum carcinomás beteg közül 39-ben kaptunk pozitív reakciót a rectum carcinomás szövet IV. frakciójával, 2 esetben a colon carcinomás szövet IV. sejtfrakciójával is.

A 30 colon carcinomás betegből 27 esetben volt pozitív a reakció. A rectum carcinomás szövetből nyert antigénnel ebben a csoportban egyetlen esetben sem észleltünk pozitivitást.

A táblázatban külön tüntettük fel a sigma carcinomás betegek LAI eredményeit. Annak ellenére, hogy csak 6 sigma carcinomás beteget tudtunk ideáig vizsgálni, feltűnő, hogy ezek közül 4-ben mind a colon, mind a rectum carcinomás szövetből izolált antigénfrakcióval pozitív reakciót kaptunk. A 2 negatív esetben, a vizsgált betegek leukocitái sem a colon, sem a rectum antigénnel nem reagáltak.

Megbeszélés

77 colorectalis carcinomás beteg közül 70-ben volt pozitív a leukocita adherencia gátlás teszt (91%). Ez az eredmény egyezik azzal, amit *Halliday és munkatársai* colorectalis carcinomás betegek vizsgálata során találtak (12, 15).

Ami a vizsgálat specificitását illeti, azt mondhatjuk, hogy a tumoros extractumból készült mitokondrium dús sejtfrakciót sem a normál egyének, sem az extraintestinalis carcinomás betegek leukocitái nem ismerték fel. Jelentős észlelésnek tartjuk azt is, hogy a rectum, ill. colon carcinomás szövet mitokondrium dús sejtfrakciója a letapadás gátlás során egymástól eltérő tumorantigénként viselkedett. Ez a jelenség alátámasztani látszik azt az irodalomban egyre inkább hangoztatott állásfoglalást, amely szerint a colon- és rectum carcinoma két különböző betegség (25). Ilyen szempontból eltérő viselkedést tapasztaltunk a sigma carcinomás betegek esetében. Ezt a kérdést a jövőben nagyobb számú betegben kell vizsgálnunk.

Tapasztalataink szerint a módszer jól reprodukálható. Vizsgálataink során 19 alkalommal készítettünk új antigéneket és minden esetben azonos eredménnyel tudtuk alkalmazni azokat.

Betegeink többsége a kórfolyamat kiterjedését illetően az operálhatóság stádiumában volt (Dukes A és B stádium), távoli metastasist adó carcinomás beteget nem vizsgáltunk. Az irodalomban található olyan közlés, amely a távoli metastasist adó esetekben az immunreakciók csökkenésére hívja fel a figyelmet (9, 10). Ilyen jellegű saját tapasztalatunk nincs.

Eddigi vizsgálataink szerint a leukocita adherencia gátlás jól hasznosítható módszer a colorectalis carcinomák kórismézésében. Megfelelő körülmények között alkalmas lehet szűrővizsgálatok elvégzésére és a műtött betegek ellenőrzésére is.

IRODALOM: 1. *Ablin, R. J. és mtsai:* Europ. J. Cancer, 1977, *13*, 699. — 2. *Antal, L. és mtsai:* Belorv. Arch. 1979, *32*, 237. — 3. *Armitstead, P. R. és mtsai:* Br. J. Cancer, 1975, *32*, 568. — 4. *Armitstead, P. R. és mtsai:* Gut, 1975, *16*, 968. — 5. *Bull, D. B. és mtsai:* Science, 1973, *181*, 957. — 6. *Burger, D. R. és mtsai:* J. Natl. Cancer, Inst. 1977, *59*, 317. — 7. *Dukes, C. E. és mtsai:* Brit. J. Cancer, 1958, *12*, 309. — 8. *Grosser, N. és mtsai:* Cancer Res. 1975, *35*, 2571. — 9. *Guillou, N. és mtsai:* Intern. J. Cancer, 1976, *18*, 39. — 10. *Halliday, W. J. és mtsai:* Intern. J. Cancer, 1972, *9*, 477. — 11. *Halliday, W. J. és mtsai:* Brit. Med. J. 1974, *2*, 349. — 12. *Hallidey, W. J. és mtsai:* Cancer Res. 1977, *37*, 1962. — 13. *Halliday, W. J. és mtsai:* Cell. Immunol. 1974, *10*, 467. — 14. *Halliday, W. J.:* Cancer Res. 1979, *39*, 558. — 15. *Hellström, K. E. és mtsai:* Adv. Cancer Res. 1969, *12*, 167. — 16. *Hellström, I. E. és mtsai:* Int. J. Cancer, 1974, *7*, 1. — 17. *Hellström, I. E. és mtsai:* Int. J. Cancer, 1976, *18*, 354. — 18. *Hellström, I. E. és mtsai:* Int. J. Cancer, 1974, *7*, 226. — 19. *Herberman, R. B.:* Amer. J. Clin. Pathol. 1977, *68*, 688. — 20. *Holt, P. G. és mtsai:* J. Immunol. Methods, 1975, *8*, 277. — 21. *Howell, J. H.:* Cancer Res. 1979, *39*, 556. — 22. *McIllmurray, M. B. és mtsai:* Brit. J. Cancer, 1974, *29*, 305. — 23. *Jubert, A. V. és mtsai:* J. Surg. Res. 1973, *15*, 399. — 24. *Lampert, F. és mtsa:* Klin. Wschr. 1973, *51*, 198. — 25. *Malt, R. A. és mtsa:* Colonic carcainogenesis (Falk szmipózium anyaga, MTP Press Limited, 1981.) — 26. *Marti, J. H. és mtsai:* Brit. J. Cancer, 1976, *34*, 116. — 27. *Rutherford, J. C. és mtsai:* Intern. J. Cancer, 1977, 19, 43. — 28. *Slade, M. C. és mtsai:* Surgery, 1975, *78*, 363. — 29. *Tong, A. W. és mtsai:* Cancer Res. 1979, *39*, 597. — 30. *Urist, M. M. és mtsai:* Intern. J. Cancer, 1976, *17*, 338. — 31. *Vanky, F. és mtsai:* J. nat. Cancer Inst. 1971, *47*, 95. — 32. *Waldman, S. R. és mtsa:* Int. J. Cancer, 1978, *21*, 542. — 33. *Wanger, T. H. és mtsai:* Gastroenterologie, 1981, *19*, 140.

Antivaricosica

VENORUTON®

GÉL

külsőleges használatra

ÖSSZETÉTEL

1 tubus (40 g) 0,8 g 0-(β-hydroxyaethyl)-rutosidea hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK

Akut trombophlebitis, 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 bütyök, lúdtalp stb.);

különböző mikrocirculatiós keringési zavarok (pl. fagydaganat).

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeteresek.

ALKALMAZÁS

Reggel és este a kezelendő felületre felkenjük, egyenletes, enyhe masszírozással a bőrbe dörzsöljük. Szükség esetén borogatást (este) vagy kompressziós kötést (reggel) helyezünk fel.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

40 g-os tubus, térítési díja: 4,60 Ft.

előállítja: **BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR, DEBRECEN**
ZYMA AG licencia alapján

CSIKY MIKLÓS DR.,
FEKETE GYULA DR.,
HALÁSZ PÉTER DR.
ÉS NOSKÓ KÁROLY DR.

Bélelzáródást okozó bal oldali vastag és végbéldaganatok primaer resectiójával szerzett tapasztalataink

Madzsar József Kórház-Rendelőintézet, Salgótarján
Általános Sebészeti Osztály (osztályvezető főorvos: Csiky Miklós dr.)

A szerzők a bal colonfél és rectum ileust okozó carcinomáinak primaer resectiójával szerzett tapasztalataikról számolnak be. Módszerük lényege: katheterocoecostomián keresztül bélátmosást végeznek, majd a resectio után a decomprimált bélvégek közt primaer anastomosist készítenek. 1980 óta 9 beteget operáltak műtéti morbiditás és letalitás nélkül. Tumor progresszió miatt 3 beteg 4, 18, 19 hónap után meghalt, 6 panaszmentesen él.

Experiences with the primary resection of tumors of the left colon and rectum causing ileus. The authors report on their experiences gained with the primary resection of carcinomas of the left colon part and rectum causing ileus. Their technique includes lavage through cathetero-cecostomy and preparation of primary anastomosis after the resection between the decompressed ends. Nine patients have been operated on since 1980 without operational morbidity or lethality. Owing to the progress of the tumor three patients died after 4,18 and 19 months, six are living free of complaints.

A szövődményes colo-rectalis daganatok optimális ellátása jelenleg is vita tárgyát képezi. Az elsődleges cél nyilvánvalóan az, hogy a beteg életét közvetlenül veszélyeztető állapotot megszüntessük. Ugyanakkor a betegség hátterében legtöbbször carcinoma áll, ami önmagában is életveszélyes elváltozás és prognosisa a daganat eltávolítása után a legjobb (1). Elvileg tehát az ideális megoldás az lenne, ha az életet egyaránt veszélyeztető daganatot és annak szövődményét „egy ülésben" tudnánk meggyógyítani.

A vastagbéldaganatok szövődményei közül leggyakoribb (20%) az elzáródás (14), ami sajnos, nem ritkán a betegség első komoly tünete. Az alapbetegséget ebben a szakaszban egyesek már csak ritkán vélik meggyógyíthatónak (7). Az acut műtétek letalitása is magas, irodalmi adatok szerint 24—50% között váltakozik (1, 5, 9).

Az ileus megszüntetését célzó decompressiós eljárások (coecostomia, colostomia) még azonnali bélmegnyitás esetén is csak a peristaltica megindulása, vagyis 48—72 óra múltán éreztetik hatásukat (13). Ilyenképpen végeredményben a sebész a betegét műtét után két napig még sorsára hagyja anélkül, hogy a szó tágabb értelmében vett ileusos állapoton változtatott volna (13).

A varratelégtelenség veszélye és a magas műtéti halálozás miatt úgy tűnik, hogy ma egyre inkább a *Hartmann*-féle műtét veszi át a decompressiós colostomia helyét. A *Hartmann*-műtét sem ideális megoldás, mivel a rendszerint amúgy sem hosszú túlélésű beteg otthoni tartózkodási idejét lerö-



1. ábra.

Ileust okozó bal oldali colo-rectalis daganatos betegeink kórlefolyásának legfontosabb adatai

Sor-szám	Beteg	Kor (év)	Nem	Szövődmény anamnesis	Első műtét ideje	műtéti lelet	megoldás	Szövettan
1.	M. L.	29	Ffi	2 napos ileus	1980. IX. 27.	Ca. coli descendentis Dukes B.	Hemicolectomia sinistra appendicostomia	Ca scirrhosum intest. crassi.
2.	K. G.	54	Ffi	2 hónapos hasi fájd. 1 napos ileus	1980. XI. 6.	Ca. coli descendentis cum met. periton. (Dukes C.)	Resectio sigmae et coli descendentis	Adenoca. exulcer. cum met. periton.
3.	Sz. F.	30	Nő	20 kg fogyás hasi fájdalom cachexia (testsúly 47 kg)	1980. XII. 4.	Fibrines peritoneum izzadmány, ca. recti, perforatio (Dukes C.) A műtét appendectomiának indult	Resectio recti anterioris, appendectomia	Adenoca. exulcer. recti metastasis in omenti
4.	B. A.	55	Nő	3 hetes hasfájás, 2 napos ileus, hidegrázás	1981. IX. 20.	Ca sigmae cum met. hepatis (Dukes C.)	Resectio sigmae excisio met. hep., appendectomia	Adenoca. exulcer. sigmae., metastasis hep.
5.	H. J.	56	Ffi	1 hónapos obstipatio, 4 napos ileus	1981. XII. 20.	Ca rectosigmoidalis (Dukes B.)	Resectio recti anterior appendectomia	Adenoca. intest. creassi.
6.	M. I.	52	Ffi	fél éves b. o. görcsös fájd. subileus, 1 napos ileus	1982. III. 31.	Ca sigmae (Dukes C.)	Hemicolectomia sinistra	Adenoca. exulcer. sigmae
7.	Cs. J.	59	Ffi	potator bal o. hasi fájdalom obstipatio, 1 napos ileus	1982. VI. 14.	Ca. recto-sigmoidalis (Dukes B.)	Resectio recti anterior Appendicost.	Adenoca. intest. crassi
8.	K. J.	70	Ffi	1 éve kimutatott sigma tu. 1 napos ileus	1982. VIII. 6.	Ca. sigmae cum metastasis oment. majoris (Dukes C.)	Resectio segmentalis sigmae et coli descendentis	Adenoca. sigmae cum metastasis omenti
9.	K. I.	52	Ffi	2 hónapos hasi görcsök, váltakozó obstipatio-hasmenés, 1 napos ileus	1982. VIII. 12.	Ca flexura lienalis (Dukes B.)	Hemicolectomia sinistra	Adenoca. intestini crassi

Megjegyzés és jelmagyarázat: Operatőrök: Csiky és mtsai. Kórszövettani leleteket adta: Bujalka R. dr.: 1, 2, 3 , 4, 5, 6, 8, 9 esetek. Cseh L. dr.: 7 eset

vidíti, vagyis növeli a kórházi ápolás idejét akkor, ha a második műtétre egyáltalán sor kerül. Ha pedig sor is kerül rá, az esetek jelentős arányában a folyamat akkor már gyógyíthatatlan. (A bélelzáródással szövődött colorectalis carcinomák ötéves túlélési aránya 9—29% közt változik (14).

Már 1963-ban (15), majd magyar szerzők 1969-ben, 1970-ben, 1973-ban és 1975-ben beszámoltak e folyóirat hasábjain is az ileusos állapotban decompressióval egybekötött primaer resectióról (8, 10, 11, 12). Bár a primaer resectio után a műtéti halálozás nagyobb (1), az életben maradottak között az 1 és 5 éves túlélés aránya magasabb, mint a több szakaszos műtétre kerülteken (14). Fentiekből önként adódik feladatunk: keresnünk kell olyan módszert, ami a primaer resectio halálozását csökkenti.

Még kilátástalanabbnak látszik a perforált rectum tumoros beteg sorsa (2), bár egyesek szerint a peritonitis által kiváltott gyulladásos resectio a kiszabaduló daganatsejtek implantatióját és növekedését csökkentheti (7). *Clark* (cit. 7.) 16 colon carcinomához társult perforatio miatt két betegen priamear resectiót végzett. Mindkét beteg varratelégtelenség következtében meghalt.

Műtét utáni CEA (dátum)	Második szövődmény CEA értéke és ideje	Második műtét ideje	Második műtét lelete	megoldás	Műtét utáni CEA (dátum)	Kórlefolyás kezelés jelen állapot
5 ng/ml 1980. XI. 4. és 1981. IV. 15.	subileus 32 ng/ml 1981. XI. 9.	1981. XI. 9.	lokális recidiva (inop)	transversostomia*	162 ng/ml 1982. I. 6.	1982. III. 12. exitus lethalis
—	Subileus 18 ng/ml 1981. II. 17.	1981. III. 4.	Carcinomatosis peritonei	Exploratio (inoperabilis)	—	Első műtét után cytostaticus kezelés 1981. III. 7. exitus lethalis
17,5 ng/ml 1980. XII. 5.	Cholecystitis calculosa (testsúly 61 kg)	1981. VIII. 26.	Cholecystitis, calculosa, májban metastasis nincs	Cholecystectomia + exploratio a lehetőség szerint műtét helyén adh.	90 ng/ml XII. 14.	1982 kismedencei recid. OOI-ben telecolbalt kezelés. Cytostaticus kezelés. 1982. VII. 14. exitus lethalis.
5 ng/ml 1981. IX. 21.	—	—	—	Cytostaticus kezelés		1982. II. irrigoscopia, rectoscopia kóros eltérés nélkül. 1982. X. hepatoscyntigraphia metastasist nem mutat. Pm.
10 ng/ml 1982. II. 4. 1983. II. 2. 158 ng/ml	—	—	—			Cytostaticus kezelés irrigoscopia és rectoscopia (IV. 23.) kórosat nem mutat 1983. II. 8. irrigosc., colonoscopia kóros eltérést nem mutat. Pm.
						Cytostaticus kezelés. Panaszmentes
						Cytostaticus kezelés. appendicost. spontán záródik. Panaszmentes.
1982. VIII. 6. 14 ng/ml						Cytostaticus kezelésre jár. Panaszmentes.
1982. VIII. 12. 12 ng/ml 1983. III. 18. 5 ng/ml						Cytostatikus kezelése folyamatban. Panaszmentes

* Ezt megelőzően 1980. XI. 12-én appendicostomiáját zártuk.
Pm. — panaszmentes

Közleményünkben az ileusos állapotban általunk alkalmazott módszer szerint műtött bal colonfél és rectum resectiók korai eredményeit ismertetjük.

Betegeink és alkalmazott eljárásunk

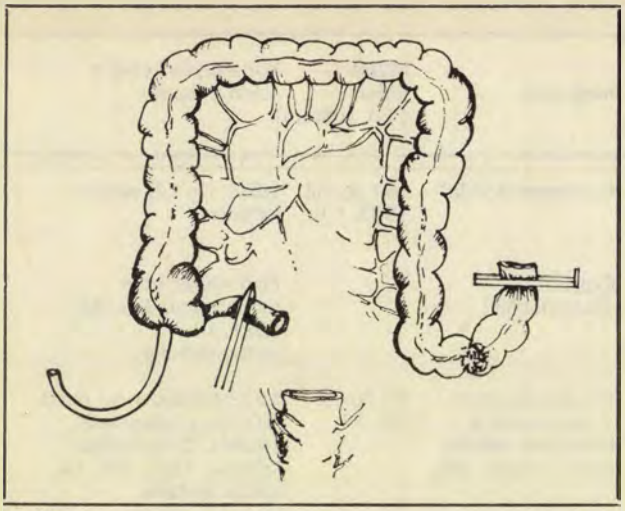
1980. jan. 1-től 1982. dec. 31-ig bezárólag osztályunkon 86 colo-rectalis carcinomás beteget operáltunk. Ezek közül 17 betegben a daganat ileust, közülük egyben perforatiót és peritonitist is okozott. A 17 ileusos betegen a következő műtéteket végeztük:

Hartmann-műtét	1 beteg
Kétszakaszos sigmaresectio	1 beteg
Definitív anus praeter-naturalis (inoperabilis esetek)	6 beteg
Colostomia (második műtétre vár)	1 beteg
Primaer resectio	9 beteg
ebből egy perforatiós peritonitis)	

Betegeink kórlefolyásának legfontosabb adatait *táblázatban* foglaltuk össze.

A primaer resectióhoz alkalmazott módszerünk

1. A beteget enyhén hajlított csípő- és térdízülettel a hátán fektetjük, majd középső medián laparotomiát végzünk. A resecabilitás megállapítása esetén a metszést a symphysisig meghosszabbítjuk.



2. ábra.

2. A tágult vékonybelek tartalmát a gyomorba tereljük és Boas-szonda segítségével eltávolítjuk *(1. ábra)*.

3. A bal colonfélt a daganattól aboralisan 5 cm-el, oralisan a colon trasversum distalis harmadáig sceletizáljuk.

4. Appendicocoecostomiát végzünk Pezzer-katéter bevezetésével *(2. ábra)*.

5. A sceletizált és mobilizált vastagbelek steril nylonzsákba téve a műtőasztalról lelógatjuk, amit a daganat felett a műtős beteghordó megnyit.

6. Isotóniás sóoldattal az appendicocoecostomián keresztül a vastagbelet tisztára öblítjük *(3. ábra)*.

7. A tiszta bélbe egy liter sóoldatot fecskendezünk, amibe 1 g Mycerint és 1 g Erythromycint oldunk.

8. Ezt követően 0,5 liter sóoldatba 800 mg Ftorafurt téve a bélrészt még egyszer átöblítjük.

9. Elvégezzük a daganatos bélszakasz resectióját *(4. ábra)*.

10. A végbélnyílás Recamier-féle tágítása után a distalis csonkot az anus felől 800 mg Ftorafurt tartalmazó isotóniás sóoldattal kiöblítjük és szárazra töröljük.

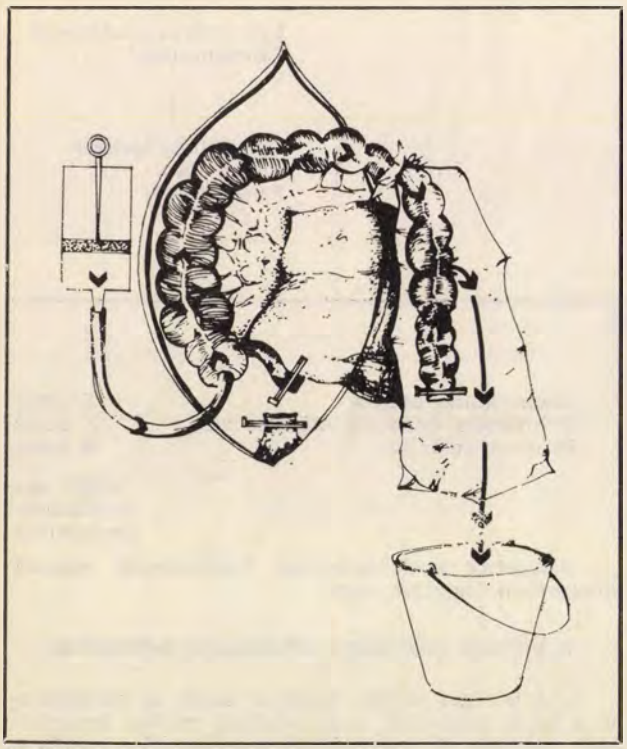
11. Az anastomosist két rétegben, 3/0 Dexon és 4/0 Mersilén fonállal varrjuk. A varratot appendix epiploicaval fedjük.

12. Az appendicocoecostomiát zárjuk.

13. Öblítés antibioticummal.

14. Drainezés, zárás.

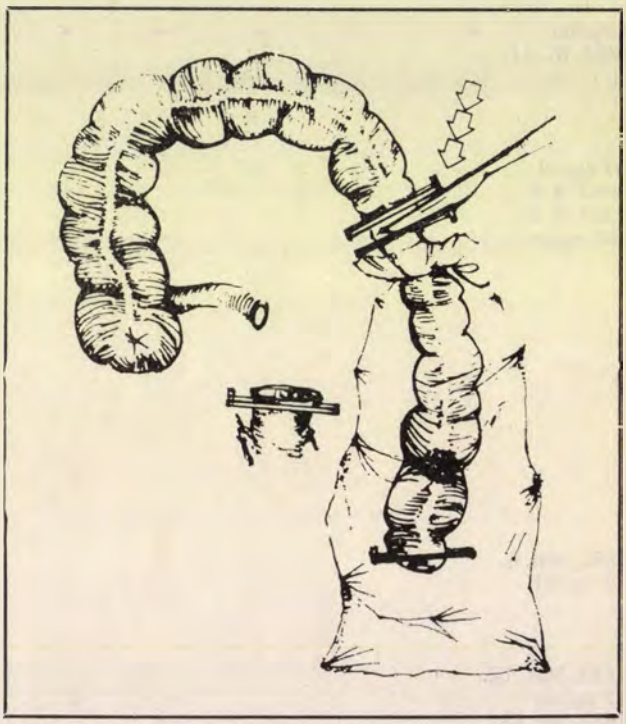
Postoperatív kezelés: 4 napig, napi 2×500 mg Tetrán, 2×0,5 g Streptomycin, só és folyadékpótlás. A passage megindulása után per os táplálás, a bélmozgás fenntartására napi 1 kk. ricinust és 1 ek. paraffinolajat adunk. A 9. napon eltávolítjuk a draint és a varratokat és megkezdjük a cytostaticus kezelést. 1982. január óta a kezelést a COG (Central Oncology Group) séma szerint alkalmazzuk (6).



3. ábra.

Korai eredmények, megbeszélés és következtetések

Mind a 9 primaeren resecált vastagbéldaganatos beteg szövődménymentesen gyógyult. A későbbiek folyamán 3 beteg recidiva miatt exitált. Hat beteg tünetmentesen él.



4. ábra.

Az általunk alkalmazott módszer eltér az irodalomban ismertetett eljárástól. Előnye az asepsis fokozottabb biztosítása.

Dudley (3) mosás előtt nyitja meg az ileusos colont s köti be a mosófolyadék elvezetéséhez a gumicsövet. Ezen eljárás az előkészítetlen bélen egy septicus fázissal többet jelent. Módszerét 6 esetben alkalmazta morbiditás és letalitás nélkül. *Windsberg* (15) a hasüregből kilógatott bél lumenébe a daganat felett vastag Levin-csövet vezet fel a coecumig, ennek segítségével végzi a mosást. A 10 primaer resectiójából 1 exitusa volt varratelégtelenség miatt.

Saját anyagunkon szerzett tapasztalatainkból az alábbi következtetések vonhatók le:

1. Nem állítjuk, hogy az ileust okozó colorectalis carcinoma kezelése minden esetben a primaer

resectio, de választott esetben a vastagbélsebészetben jelentős gyakorlatot szerzett sebész számára ezen eljárás eredményes és hasznos.

2. Véleményünk szerint amennyiben a beteg biológiai állapota nagyobb műtéti beavatkozást nem ellenjavall, a primaer resectio megfelelő feltételek mellet varratelégtelenség szempontjából megközelíti, eléri az elektív műtét biztonságát.

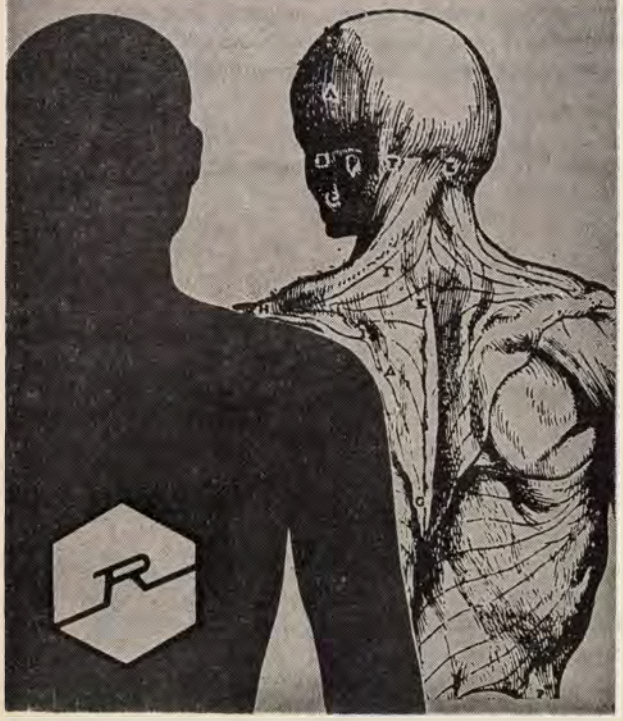
3. Eljárásunk lehetővé teszi a bélműködés mielőbbi helyreállítását, ezáltal csökken a toxikus ártalom.

4. A módszer az alapbetegséget és szövődményét együttesen és gyökeresen kezeli.

5. Lerövidíti a kórházi kezelés idejét, a beteget mentesíti az anus prae deprimáló psychés hatásától és ezzel javítja (és megnyújtja) az élet minőségét („quality of life").

IRODALOM: 1. *Clark, J., Hall, A. W., Moossa, A. R.:* Treatment of obstructing cancer of the colon and rectum. Surg. Gynecol. Obstet. 1975, *141*, 541. — 2. *Donaldson, B. A.:* The management of perforative carcinoma of colon. N. Eng. J. Med. 1958, *258*, 201. — 3. *Dudley, H. A. F., Radcliffe, A. G., McGeehan, D.:* Intraoperative irrigation of the colon to permit primary anastomosis. Brit. J. Surg. 1980, *67*, 80. — 4. *Fielding, L. P. és Wells, V. W.:* Survival after primary and after staged resection for large bowel obstruction caused by cancer. Br. J. Surg. 1974, *61*, 16. — 5. *Gergely M. és mtsai:* 315 vastagbél- és végbélműtét eredményei és néhány tanulsága. Orv. Hetil. 1982, *123*, 2775. — 6. *Grage, Th. B., Moss, Sc. E.:* Adjuvant chemotherapy in cancer of the colon and rectum: demonstration of effection of prolonged 5 — FU chemotherapy in a prospectively controlled randomised trial. Surg. Clin. North. Amer. 1981, *61/6*, 1321. — 7. *Hall, A. W., Moossa, A. R., Block, G. E.:* Controversies in the treatment of colorectal cancer. Surg. Clin. North. Amer. 1976, *56/1*, 189. — 8. *Keresztessy és mtsai:* Sürgősségi sigma csonkolás. Orvosi Szemle 1973, *3*, 200. — 9. *Lapis K.:* Colorectalis tumorok és rákelőző állapotok patológiája, epidemiológiája, korszerű diagnosztikája és therápiája. Medicina, Budapest, 1982, 62. old. — 10. *Lázár D.:* Subileusos és ileusos tünetekben végzett vastagbél resectio. Nagykanizsa, Városi Tanács Kórházának Évkönyve. 1969, *2*, 51. — 11. *Lázár D.:* A műtét alatt végzet vastagbél-decompressio felhasználásáról. Magyar Sebészet, 1970, *23*, 289. — 12. *Lázár D.:* Szemléletváltozás a vastagbél-végbélrákok sebészetében. Orv. Hetil. 1975, *116*, 2351. — 13. *Maynard, A. De L., Turell, R.:* Acute left colon obstruction with speciál reference to colostomy versus tranversostomy. Surg. Gynecol. Obstet. 1955, *100*, 667. — 14. *Stefanics J.:* A vastagbél és végbél sebészete. Sebész Kongresszus 1980. Szeged. — 15. *Winsberg, E. és mtsai:* Acute obstruction of the colon due to carcinoma in the distal half. J. Internat. Surg. 1963, *39*, 105.

nicoflex



kenőcs V OOO Antirheumatica
mV 200 Nem glucocorticoidok

ÖSSZETÉTEL:
1 tubus (50 g) 0,0075 g capsaicinum-, 0,05 g aetheroleum lavendulae-, 1 g aethylium 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. Ízületi 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 kezet 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 | **TÉRÍTÉSI DÍJ:** 5,— Ft/tubus

Gyártja: „REANAL" Finomvegyszergyár, Budapest

OH 2053

FENISTIL RETARD®

TABLETTA

HATÓANYAG:

2,5 mg dimethindenum maleinicum tablettánként.

Allergiás és nem allergiás viszketések minden fajtája, csalánbetegség, Quinke-ödéma, szérumbetegség, felső légúti allergiás megbetegedések (szénanátha, rhinitis allergica), rovarcsípés, kontakt bőrgyulladások, ekcémák.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek reggel és este 1 tabl., esetleg este 2 tabl. A tablettát egészben, szétrágás nélkül, kevés vízzel kell lenyelni.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán fáradtságérzés, álmosság, szájszárazság, émelygés.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adagolható:

- altatókkal, nyugtatókkal, trankvillánsokkal, anticholinergikumokkal (hatásuk fokozódhat),
- triciklikus antidepresszívumokkal (anticholinerg hatás fokozódhat, együttes adások glaucomás betegeken rohamot válthat ki).

FIGYELMEZTETÉS

Főleg gépjárművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által ismert egyéni érzékenységnek megfelelően, az előírt adagban szedhetik. Alkalmazásának időtartama alatt tilos szeszes italt fogyasztani.

MEGJEGYZÉS

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

CSOMAGOLÁS

20 tabl. 7,40 Ft.

Előállító:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen.

ZYMA AG licencia alapján

RODICS KÁROLY DR.
ÉS SZÉPLAKI FERENC DR.

Ritka Chinidin mellékhatás: májkárosodás, pneumonitis

MÁV-Tüdőgyógyintézet, Budapest, IV. Belgyógyászati Osztály
(főorvos: Széplaki Ferenc dr.)

A szerzők Chinidin túlérzékenységen alapuló akut májlaesióval és apró gócos tüdőelváltozással járó mellékhatást észleltek egy betegükön. E ritka és súlyos Chinidin mellékhatásra hívják fel a figyelmet, különös tekintettel a gyógyszer elterjedt alkalmazására. Megjegyzik, hogy a hazai irodalomban hasonlóval nem találkoztak.

A rare Chinidine side-effect: hepatic damage, pneumonitis. The authors found that the drug Chinidine used in treating a heart patient caused acute lever lesion and micronodular pulmonary changes. This rare, but serious side-effect of Chinidine should be noted especially considering the widespread use of this drug. This side-effect has not been mentioned in Hungarian medical literature before.

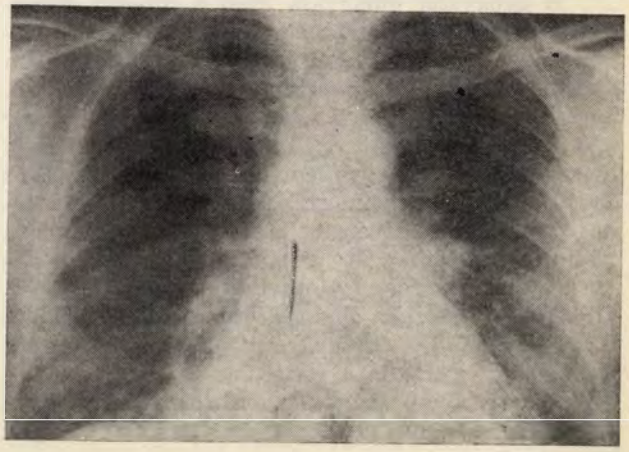
A Chinidin a század eleje óta elterjedten alkalmazott gyógyszer a szív ritmuszavarainak kezelésében. Ennek ellenére sokáig nem ismerték fel májkárosító hatását. Az első esetet *Colding* közölte 1969-ben (4). 1975-ig további 3 (13), 1976-ban 32 esetet (5) ismertetnek. E tárgyban hazai közleményről nem tudunk, ezért betegünk kapcsán, akiben májlaesio és az egyik relapsus során apró gócos tüdőelváltozás alakult ki, érdemesnek találtuk felhívni a figyelmet e nagyon ritka, de következményeiben jelentős mellékhatásra.

Esetismertetés

L. I. 59 éves férfibeteget először 1980 októberében vettük fel osztályunkra szívpanaszok miatt. Régebbi anamnesisében scarlatina, nephritis és exhaustiós neurosis cordis (?) szerepelt. Fizikálisan tompa szívhangokat, arrhytmiás szívműködést, de compensalt keringést találtunk. Az EKG-n pitvari fibrillatio, arrhytmia absoluta és enyhe repolarisatiós zavar (alacsony T-hullámok) voltak láthatók. Anticoagulans védelemben Chinidin Visken kombinációval sikeres kardioversiót hajtottunk végre, majd coronaria tágítók mellett tartós Chinidin terápiára állítottuk. Kibocsátási diagnosisunk coronariasclerosis volt.

A beteget 1981. május 6-án a felmerült Chinidin intoxicatio, illetve allergia lehetősége miatt vettük fel ismét osztályunkra. Elmondja, hogy távozása óta 3 alkalommal lázas betegsége volt. Először 1980 novemberében vidéki kórházban került felvételre láz, dyspnoe, arrhytmiás szívműködése miatt. Intézeti tartózkodása során icterus alakult ki, de az infectiós hepatitis lehetőségét kizárták. Vizsgálati leleteiből: se bi: 54 µmol/l, direkt 47 µmol/l, vizelet ubg fokozott, BSP retentio 45 perc után 4%, HAA neg, se F: 17 µmol/l, Mellkas rtg: éles szélű rekesz, lateralis sinusok szabadok. Mindkét tüdőben, főleg a felső és középső mezőkben diffuse apró gócos rajzolat látható. Jobb oldalon a rés jelzett. Cor balra 1 harántujjal nagyobb, csökkent tónusú *(ábra)*.

Kibocsátási diagnosisok: Bronchopneumonia l. u., Icterus, Decompensatio cardialis, Pitvari fibrillatio. Kibocsátását követően még két alkalommal lázasodott be, mindig akkor, amikor visszatért az általunk javasolt Chinidin kezelésre, és a gyógyszer kihagyását leláztalanodás követte. E bizonytalan eredetű lázak tisztázása céljából vettük fel újból osztályunkra. Fizikális vizsgálattal kissé nagyobb szívet, arrhytmiás szívműködést és a jobb bordaívet 2 harántujjal meghaladó májat találtunk. Vizsgálati leleteiből: se bi: 17 µmol/l, GGT 113 U/l, GOT: 11 U/l, GPT: 31 U/l, alkalikus phosphatase: 110 U/l, vvt süllyedés: 20 mm/ó, alfa amylase: 270 U/l, Na: 145 mmol/l, K: 4,5 mmol/l, Hgb: 8,9 mmol/l, htk: 0,44 l/l, fehérvérsejt-szám: 4600, qualitatív vérkép: segm.: 68%, eo: 6%, ly: 24%, mono: 2%. Feltételeztük a Chinidin túlérzékenységet és ennek igazolására reexpositiót végeztünk (napi 3×0,2 g). A gyorsan romló közérzet és 38 °C-os láz miatt a második napon az expositiót beszüntettük. Az ezt követően elvégzett laboratóriumi vizsgálatok már jelezték a máj károsodását: se bi: 17 umol/l, GGT: 254 U/l, GOT: 52 U/l, GPT: 120 U/l, alkalikus phosphatase: 183 U/l, vvt süllyedés 40 mm/ó. A fentiek miatt a Chinidin májtoxicitását igazoltnak vettük és Chinidin kezelés megtiltása mellett a beteget anticoagulans védelemben hazabocsátottuk. Ezt követően több lázas epizód nem volt.



A később elvégzett májbiopsia szöveti lelete: A metszetekben látható, hogy a májszövet lebenykés szerkezete megtartott, mind a centrális vénák, mind a portális képletek szabályosak. A májsejtek cytoplasmájában, főleg a lebenykék periferiáján zsíros infiltratio látszik az állománynak kb. 10%-ában. Egyéb területeken a májsejtek puffadtak, cytoplasmájuk durván granulált, néhol vacuolizált. Fokozott regeneratio jeleként számos kétmagvú sejtalak látható (Balázs Márta dr. főorvos).

Megbeszélés

A Chinidint kínafakéreg formájában elsőként *Joan Baptiste de Senac* alkalmazta a szív ritmuszavarainak kezelésében (9). 1918-ban *Frey* hívta fel ismét a figyelmet e gyógyszerre (7), és ezt követően a legszélesebb körben használt antiarrhytmiás szerré vált. Számos mellékhatása ismert, leggyakrabban gastrointestinális mellékhatásokat okoz, hányingert, hányást, hasmenést. Egyéb mellékhatásai: fejfájás, szédülés, látászavar, légzésdepressio, különböző szívritmuszavarok, valamint allergiás reakciók: bőrkiütések, láz, angioneurotikus oedema, thrombocytopeniás purpura, haemolitikus anaemia, leukopenia, asthma bronchiale, hepatitis, pneumonia. A különböző mellékhatások gyakoriságát *Cohen és munkatársai* felmérése szerint 11 és 17% közé tehetjük (3), míg májlaesio kb. 2%-ban keletkezik.

A Chinidin feltehetőleg egyéni (familiaris) túlérzékenység alapján okoz májlaesiót. Alátámasztja ezt a tünetek kialakulásához szükséges latentia idő (szenzitációs periódus), amely az ellenanyag-termelés megindulásához szükséges és amely 1—2 hetes időtartamtól 1 évig terjedhet. Betegünket első felvételekor 3 hétig kezeltük Chinidinnel úgy, hogy még hazabocsátásakor sem figyeltünk fel mellékhatásra. Reexpositio esetén azonban prompt kialakuló láz, romló májfunctió és eosinophilia — amelyek esetünkben impressionálóak voltak — jelzik a már meglévő hyperszenzitivitást. A májlaesiót gyakran egyéb allergiás jelenségek is kísérik, pl. viszketés, bőrkiütések, angioneurotikus oedema stb. (1, 2, 3), de saját betegünknél hasonlóról nem tudunk.

Az e kórképben gyakran észlelt granulomás májgyulladás típusosan hyperszenzitív mechanizmus alapján keletkezik és számos gyógyszerrel, mint Phenylbuthazon (8), sulphonamidok (14), allopurinol (15), penicillin (16), hydralazin (12), halothan (6), illetve BCG immunotherápiával kapcsolatban is ismertették.

A gyógyszer elhagyása után a tünetek általában gyorsan visszafejlődnek, bár észleltek 16 hónapon túl is kóros enzimértékeket (13). Esetünkben az utolsó expositiót követően 3 hónappal már csak mérsékelten kóros értékeket találtunk és akkor készítettük a biopsiát. A Chinidin okozta májlaesio legkorábbi, esetleg egyetlen tünete lehet a láz (1) és ilyenkor negatív enzimértékek ellenére indokolt lehet a májbiopsia elvégzése, amely már granulomás hepatitist mutathat (10). A májlaesio általában kevert típusú, részben cytotoxicus (magasabb GOT, GPT, GGT), részben cholostatikus (magasabb alkalikus phosphatase értékek) jellegű (2, 4, 5), amint azt saját betegünkön is észleltük.

A máj szöveti vizsgálata során az esetek egy részében granulomás elváltozásokat találunk (2, 3, 5, 13), amelyek epitheloid sejtekből állanak sajtosodás vagy óriássejtek nélkül, relatíve sok neutrophil és kevés eosinophil granulocytával a granulumok perifériáján. Más szerzők (11, 13) típusos gyulladásos reakciót észleltek centrilobuláris nekrosissal, eosinophil és plasmasejtes infiltratióval, tágult, sinusoidokkal. Magunk granulomát nem találtunk, az acut gyulladásos jelenségek is zömmel hiányoztak és elsősorban degeneratív jelenségeket láttunk, amit az magyarázhat, hogy a biopsia az első acut tünetek után több hónappal történt. Ekkorra az acut gyulladásos tünetek már visszafejlődtek és ugyancsak regrediáltak a granulumok is, amelyek átmeneti jelenségek (6, 12).

Külön figyelmet érdemel az acut tünetekkel egyidőben jelentkező apró gócos pulmonális elváltozás, amely pneumonia tüneteit okozta. Áttekintve az irodalmat, egy esetet találtunk, amelynél az akut tünetekkel egyidőben pulmonális infiltrátumot észleltek (2). Jogos a feltételezés, hogy a tüdőben zajló folyamat hasonló allergiás mechanizmuson alapul, mint a májbeli granulomás reakció. Esetünkben a csaknem miliaris jellegű apró gócos tüdőelváltozás nagy valószínűséggel a granulomák radiológiai képének felel meg és a májtünetekkel együtt rendeződött. Ismeretes ugyanis, hogy a májban kialakuló granulómákkal egyidőben a többi parenchymás szervben is hasonló elváltozások keletkeznek (16).

IRODALOM: 1. *Abrams, J.:* Quinidine fever — an unusual manifestation of Quinidine allergy. Chest, 1973, *64*, 120. — 2. *Chajek, T. et al.:* Quinidin induced granulomatous hepatitis. Ann. Intern. Med. 1974, *81*, 774. — 3. *Cohen, I. S. et al.:* Adverse reactions to Quinidine in hospitalized patients... Prog. Cardiovasc. Dis., 1977, *20*, 151. — 4. *Colding, H.:* Et tilfaelde af kinidinallergi med fiber og lever pavirkning. Ungeskr. Laeg. 1969, *131*, 1657. — 5. *David Geltner et al.:* Quinidine hypertensivity and liver involvement. Gastroenterology, 1976, *70*, 650. — 6. *Dordal, E et al.:* Fatal halothane hepatitis with transient granulomas. Engl. J. Med. 1970, *283*, 357. — 7. *Frey, W.:* Neber vorhofflimmern beim menschen und seine Beseitigung durch chinidin. Ber. Klin. Wochenschr. 1918, *55*, 450. — 8. *Goldstein, G.:* Sarcoid reaction associated with Phenylbuthazone hypersensitivity Ann. Intern. Med. 1963, *59*, 97. — 9. *Goodman, L. S., Gilman, A.:* The pharmacological basis of therapeutics The Macmillan Co., New York, 1970. p. 715—716. — 10. *Guckian, J. C. et al.:* Granulomatous hepatitis. An analysis of 63 cases and review of the literature. Ann. Intern. Med. 1966, *65*, 1081. — 11. *Handler, et al.:* Qiunidine hepatitis Ann. Intern. Med. 1975, *135*, 871. — 12. *Jore, J. P. et al.:* Hydralazine disease associated with transient granulomas in the liver Gastroenterology, 1973, *64*, 1163. — 13. *Milton, j., Koch et al.:* Quinidine hepatotoxicity. Gastroenterology, 1976, *70*, 1136. — 14. *More, R. et al.:* The pathology of sulfonamide allergy in man. Am. J. Pathol. 1946, *22*, 1703. — 15. *Simmons, F. et al.:* Granulomatous hepatitis in patient receiving Allopurinol. Gastroenterology, 1972, *62*, 100. — 16. *Waugh, D.:* Myocarditis, arteritis and focal hepatic, splenic and renal granulomas apparently due to penicillin sensitivity. Am. J. Pathol. 1952, *28*, 437.

IMREH AJTONY DR.,
FÉL PÁL DR.
ÉS HERNÁDI ISTVÁN DR.

Vesekehely spontán rupturáta

Városi Kórház-Rendelőintézet, Dombóvár, Urológiai Osztály (főorvos: Fél Pál dr.)

A szerzők ureterkövesség miatt kialakult spontán vesekehely ruptura esetét ismertetik. A közleményükben foglalkoznak a patológiai folyamat kialakulásával. Felhívják a figyelmet a vesekólika mögött rejlő ritkább szövődményre.

Spontaneous calyx rupture. A case of spontaneous calyx rupture due to ureterolithiasis is reported. The development of the pathological process is dealt with. The attention is drawn to the rather infrequent complication in the background of renal colic.

A vese üregrendszer falának spontán rupturája nem tartozik a gyakori kórképek közé. Hazai irodalomban 1978-ban, illetve 1980-ban jelent meg erre vonatkozó közlemény (3, 5). A külföldi irodalomban sem tartozik a gyakori esetismertetések közé (4).

Esetismertetés

K. I. 64 éves férfibeteget 1982. július 28-án vettük fel osztályunkra. Anamnezisében évekkel ezelőtt elvégzett prosztatektomia és gyomorrezekció szerepelt. Jelen felvétele előtt pár órával heves, görcsös, bal vesetáji fájdalom jelentkezett, kínzó vizelési inger kíséretében. Hányingere volt, többször hányt. Széklete nem volt, szelek nem távoztak. Felvételkor arc és a látható nyálkahártyák sápadtak, keringése rendezett. Vérnyomás: 160/90 Hgmm. P.: 96/min. Kissé puffadt has, betapintható, kóros rezisztencia nem észlelhető. Alig hallható bélhangok. A bal hypocondriumban és hasfélben mély betapintáskor nyomásérzékenységet észleltünk. Veséket nem tapintottuk, bal vesetáj kissé érzékeny volt. Laboratóriumi leleteiben leucocytosison kívül egyéb kóros nem volt. Vizelete negatív. *Felvételkor készült natív vese felvételen:* Psoas kontúrok élesek, vesék jó helyzetűek, a gázosság miatt egyéb szempontból nem ítélhetők meg. A lumbális gerincen durva arthrosis. *Állóhelyzetű natív has felvétel:* A rekeszek alatt szabad levegő nem látszik, a belekben nívóképződés nincs. Ezt követően fájdalomcsillapítókat, görcsoldókat alkalmaztunk. Háromnapos megfigyelésünk után a beteg állapota nem javult, fájdalmai állandósultak. A bal hasfélre kiterjedő izomvédekezés alakult ki. Ismételt natív vese- és infúziós pyelographiás vizsgálatot végeztünk. *Natív vesefelvételen:* A kismedencében baloldalt a spina ischiadica magasságában lencsényi halvány meszes árnyék van. Psoas kontúrok élesek. Vesék jó helyzetűek. Kontúrjaik csak részben ítélhetők meg. *Infúziós urographia:* jobb oldalon jó kiválasztás, enyhe üregrendszeri anomália figyelhető meg. Bal oldalon elhúzódó kiválasztás. A későbbi felvételen az üregrendszer pangásosan és egyenetlenül telődött. A kontrasztanyag a kissé pangásos ureterben az előbbiekben jelzett kőgyanús árnyékra mutatott *(1. ábra).* A középső kehelycsoportnak megfelelően kontrasztanyagkilépést láttunk. *Tomographiás késleltetett felvétel:* A kontrasztanyag az alsó pólust egyenetlenül vette körül, majd a psoas szélt kirajzolta *(2. ábra).* Tekintettel a beteg általános állapotára, radiológiai képre, bal oldali vesefeltárást végeztünk. *Műtét:* Bal oldali ferde lumbalis metszés. A peritoneumot medial felé eltartjuk. A vese zsíros tokja erősen oedemás, gyulladt, vizenyős. A vese mobilizálása után a zsíros tokot leválasztjuk. A vese elülső felszínének középső harmadában kb. 2 forintnyi területen a parenchima elvékonyodott, felrostozódott, melyen vizeletszivárgás észlelhető. Tekintettel a súlyosan károsodott vese parenchimára, nephrectomiát végzünk. Az uretercsonk UK-val szabadon átjárható. Drain visszahagyása után réteges sebzárást végzünk. Eseménytelen műtét utáni kórlefolyás, sebe pp. gyógyult. Műtéti preparátum: A vesét az uretercsonkon keresztül felvágva szondával a középső kehelyszáron keresztül akadálytalanul a vese felszínére jutunk. (Vizeletszivárgás helye). Szövettani lelet: Idült pyelonephritis. A középső kehelyszáron barnásan beivódott perforációs nyílás.



1. ábra: Infúziós urographia



2. ábra: Tomographiás felvétel

Megbeszélés

A vizeletgyűjtő rendszer rupturája általában a formixon a leggyakoribb. Anatómiai felépítését tekintve ez a leggyengébb pont. A ruptura kialakulását illetően különböző szerzők véleménye megegyezik abban, hogy ép üregrendszer esetében trauma nélkül nem jön létre az üregrendszer átszakadása. A kórfolyamat kialakulása esetén legalább mikroszkópos eltérést találtak a szövettani képben (2, 6). A traumás üregrendszeri laesiók gyakrabban fordulnak elő, kórismézésük az anamnezis alapján jobban megközelíthető. A nem traumás spontán perforációk esetében mindig megtalálható az a kóroki tényező, amely a kóros elváltozás alapjául szolgál. Legtöbbször hosszú ideig tapadó kehelykövek, vesecysták, illetve tumorok, melyek a közvetlen környezetükben elhelyezkedő kelyhek, illetve a vesemedence falában hoznak létre olyan elváltozásokat, amelyek perforációra hajlamosítanak. Ezen hatások közül a legjelentősebb a nyomásfokozódás (1). Diagnosztikus differenciál diagnosztikai kérdésekre vonatkozóan utalunk az eddig megjelent közleményekre. Véleményünk szerint a kehelykő helyi irritációs hatását követően olyan chronicus gyulladásos jelenségek alakultak ki, melyek ureterkő távozása során nyomásfokozódás következtében perforációhoz vezettek. Esetünkben a kialakult izomvédekezés, általános állapot romlása, a szokásos fájdalomcsillapítókra nem reagáló vesecolica, amelyek az ureterkövesség szövődményét felvetették. A ruptura diagnózisához csak az intravénás urographia elvégzése után jutottunk. Közleményünkkel arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy a veseköves betegek panaszai fokozódása esetén leggyakoribb szövődmények mellett üregrendszeri rupturára is gondolnunk kell.

IRODALOM: 1. *Bischoff, W.:* Münch. Med. Wschr. 1976, *118*, 47. — 2. *Campbel, M. F., Harrison, J. H.:* Urology U. B. Saunders Philadelphia, 1977, 793. — 3. *Dibuz M., Hódi J.:* Magy Seb. 1978, *31*, 307. — 4. *Höltl, G., Figder, P. P.:* Int. Urol. Nephrol. 1975, 7, *(2)*, 109. — 5. *Kiss T.:* Orv. Hetil. 1980, 121, *12*, 709. — 6. *Smulewich, J. J. és mtsai:* J. Urol. 1970, *104*, 507.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlapiroda, Budapest V., József nádor tér. Tel. 180-850

BÁLINT JÓZSEF DR.,
BAJOR GÁBOR DR.,
GLASER KRISZTINA DR.
ÉS VINCZE LAJOS DR.

Serosus vesecysta műtéttel igazolt spontán rupturája

Jahn Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Budapest
Urológiai-sebészeti Osztály (főorvos: Bálint József dr.)
Radiológiai Osztály (főorvos: Erdélyi Mihály dr.)
Kórbonctani-Kórszövettani Osztály (főorvos: Szepesházi Károly dr.)

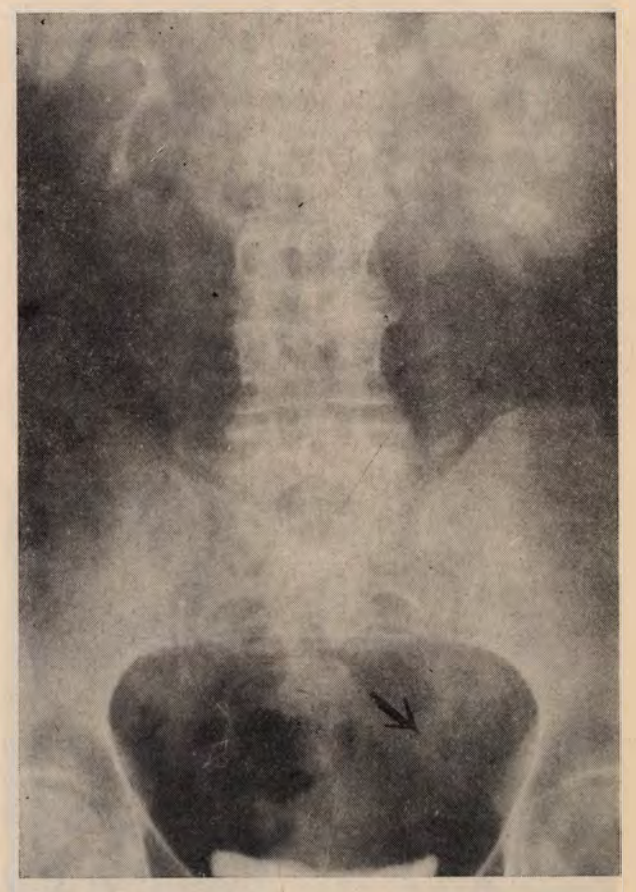
Serosus vesecysta spontán bekövetkezett rupturáját ismertetik. Betegük köves megbetegedése (alsó kehelykő és kismedencei ureterkő) mellett következett be a vesecysta rupturája, amit a műtét és a kórszövettani vizsgálat igazolt.

Spontaneous rupture of serous renal cyst verified by surgical operation. The authors report on the spontaneous rupture of a serous cyst of the kidney. The patient was suffering from lithonephria (stones in the lower calyx, and pelvic ureter). Findings of both surgical operation and histopathological examination confirmed the spontaneous nature of the rupture of the serous cyst.

A vesék cystás elváltozásai gyakoriak. *Campbell* 159 919 gyermek boncolása kapcsán 70 esetben talált cystás veseelváltozásokat (7, 17). Ezeket a legtöbb szerző congenitalis elváltozásnak tartja (4, 12). Kétségtelen azonban az, hogy különböző hatások (trauma, gyulladás stb.) következtében az élet folyamán is kialakulhat. A sokféle cystás veseelváltozás egységes csoportosítása nem alakult ki (5, 15, 16). Az elváltozás lényege, hogy a vese kéregállományában különböző nagyságú, tiszta, sárgás színű, savós folyadékot tartalmazó cysta helyezkedik el. A cysta fala kötőszövetből áll, vékony serosus hártyával bélelt, belső felszíne sima. A veseüreg-rendszerrel nincs összeköttetésben (5, 9, 10, 11). Általában leggyakrabban a 40—60. életév között ismerik fel (6, 8, 13). Ez azzal magyarázható, hogy a veleszületett cystás elváltozás csak akkor okoz panaszokat, amikor már növekedése miatt jelentékeny nagyságot ér el. A növekvő vesecysta a veseállományt comprimálja. Több liter serosus váladékot tartalmazó cystás veseelváltozást is közöltek. Bizonyos nagyság után szükségszerűen az azonos oldali vese működése is csökken. Ha növekednek, súlyuknál fogva kellemetlen deréktáji, hasi, húzó jellegű fájdalmakat tarthatnak fenn. Nem ritkán a gyomor-bélrendszer reflexes tünetei állandósulnak (hányás, hányinger, étvágytalanság stb.). Extrém nagyság esetén pedig a gyomor-bélrendszert comprimálva passage zavarokat is okozhatnak. Ha a kehelyszárakat vagy az uretert dislocalják és comprimálják, vesegörcsöket utánoznak.

A kórismézés általában nem nehéz. Már a natív vesefelvételen látható a vesekontúr kiboltosulása vagy kiszélesedése. Rétegfelvételekkel még a pontos elhelyezkedés is meghatározható. Az urographia csaknem minden esetben igazolja a kelyhek kihúzottságát és ívelt deformálódását. Retrograd pyelographia csak ritkán szükséges. A radiomorphológiai vizsgálatokkal néha nagyon nehéz az elkülönítés a daganatos veseelváltozásoktól. Diagnosztikailag a zárt tbc-s cavernák elkülönítése is nehezített lehet.

A kórisme pontos felállításában nagy segítséget nyújt a renalis angiographia, az izotópos és az ultrahangvizsgálat. Indokolt esetben kontrasztanyaggal való feltöltése a cystosus képlet összeesését eredményezheti. A serosus vesecysták 3—5%-ában lehet számítani tumoros elváltozásra is (2). Ennek lehetősége nem mindig zárható ki.



1. ábra: I. v. urographia: jobboldalt középerős kiválasztás, ép veseüreg-rendszer, normalis ureter. Baloldalt késlekedő kiválasztás, tágult, tompult, részlegesen telődő kehelyrendszer, pangásos ureter. Az ureter kontrasztpangása a kis ureterkőre mutat



2. ábra: Baloldalt a renogramárnyékon tojásnyi negatív kiesés látható.

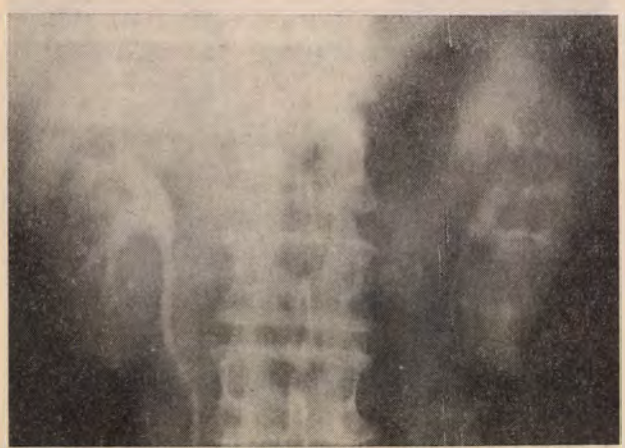
Gyógykezelése a műtéti megoldás, figyelembe véve az elváltozás növekvő jellegét. Műtétkor mindenképpen törekedni kell a vese megtartására.

Közismert, hogy minden folyadéktöbblettel járó veseelváltozás (pyelectasia, hydronephrosis, cystás veseelváltozások stb.) aránylag kis trauma következtében megrepedhet.

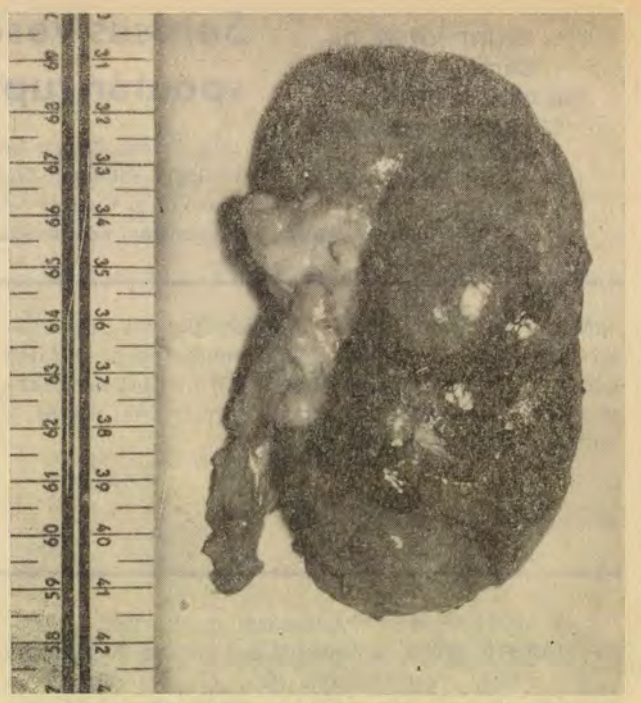
A *vesecysták spontán — trauma nélküli — rupturáját a legtöbb szerző vitatja.* Azt azonban általánosan elfogadják, hogyha ritkán a vesecysta elgennyed, akkor infiltratíve környezetbe (retroperitoneum, bélrendszer) terjedve súlyos septikus állapotot idézhet elő. Ilyenkor a kórismézés nagyon nehezített (1). A vesecysták elgennyedése és környezetben történő spontán perforatiója annyira ritka, hogy *Limjoco* és *Strauch* 1966-ban az irodalmat áttekintve 17 esetet talált (14).

1969-ben mi is észleltünk és közöltünk sipolyt okozó elgennyedt és spontán rupturált vesecystát (3). Megfigyeltünk olyan vesecysta gennyedést is, amely a rekeszizmon áttörve mellüregi empyemát okozott.

Betegünkön veseköves elváltozás mellett észleltünk teniszlabda nagyságú vesecystát, amely tulajdonképpen tünetmentesen perforált és kiürült. Ezt egyéb okból végzett műtéttel igazoltuk. Hasonló



3. ábra: Kontroll urographia jobboldalt ép viszonyokat mutat, baloldalt késlekedő kiválasztás, gracilis üregrendszer, tompult kehelyvégek. Az előzetesen észlelt térfoglaló folyamat nem igazolható



4. ábra: Az eltávolított dudoros felszínű megkisebbedett szemcsés felszínű vese középső-alsó harmad határán, a hátsó felszínen mélybe terjedő cystosus üreg látható

közlést sem a hazai, sem a külföldi irodalomban nem találtunk.

Esetismertetés

K. J.-né 63 éves nőbeteget 1982. 02. 17-én vettük fel osztályunkra. A megelőző két hétben ismétlődő bal oldali görcsös vesetáji fájdalmai voltak, hányás, hányinger kíséretében. Az ambuláns urographiás vizsgálat baloldalt kiválasztást nem igazolt. Felvételkor: *has:* puffadt, meteorisztikus, de kóros rezisztencia nem tapintható, nem érzékeny. Bal oldalon megnagyobbodott nyomásérzékeny vese tapintható, *Vizelet:* megtört, *fehérje:* erősen op., genny: pos. +++, *C:* neg. *Üledék:* 10—15 vvt, 20—30 fvs, amorf. szemcsék.

Mellkasátvilágítás: Jobb oldalon a középső lebenyben régi pleuro-pulmonalis maradvány. A szív nagyobb, az aorta tágabb.

Süllyedés: 24 mm/h, *Vérkép: Hgb:* 7,51 mmol/l (12 g%), *Htk:* 0,36 (36%), *Fvs:* $6{,}7 \times 10^9$/l (6.700), *SeNa:* 140 mmol/l (140 maeq/l), *SeK:* 3,8 mmol/l (3,8 maeq/l),



5. ábra: Cystafal, érgazdag kötőszövet, a felszínen vér. H. E. (obj. 10×, Oc. 2×)

SeKreat.: 106 µmol/l (1,17 mg%), *SeCN:* 7 mmol/l (18 mg%), *Se-összfeh.:* 69 g/l (6,9%), *Vércukor:* 4,9 mmol/l (88 mg%), *Sebi:* 20 µmol/l alatt (1,1 mg% alatt).

Kétoldali natív vese rtg.: a jobb vese rendes helyen, nagyságban. Kőárnyék nem látható. Bal oldalon megnagyobbodott veseárnyék. A vese alsó pólusára halvány elmosódott szélű kőgyanús árnyék vetül. Az ureter lefutásának megfelelően a kismedencei szakaszon gyufafejnyi halvány kőgyanús árnyék. *I. v. urographia:* a jobb oldalon középerős kiválasztás, gracilis, ép veseüreg-rendszer, normalis ureter, jó ürülés. Bal oldalon nagyfokban késlekedő kiválasztás. Az egész üregrendszer tágult, pangásos. Az ureter is ceruzányira tágult, pangásos. A kontrasztpangás a kismedencei szakaszon leírt kőárnyékra mutat. Az üregrendszer pontos configuratiója nem állítható össze. Nagyfokban késlekedő ürülés *(1. ábra).* A késői felvételen bal oldalon megnagyobbodott renogramárnyék, melynek középső-alsó harmadában teniszlabdányi negatív árnyékkiesés észlelhető *(2. ábra).*

Cystoscopos vizsgálat: 200 ml kapacitású hólyag, ép hólyagnyálkahártya. Jobb oldalon ép ureterszáj, rendes működéssel. Bal oldalon az ureterszáj pontszerű nyílás, környezetében submucosus bevérzések. Ureterkatéter a szájadéktól 1—2 cm magasságban akad, nem vezethető fel.

Dg.: Calc. calycis inf. renis l. s. Calc. ureteris pars. inf. l. s. Occlusio partialis renis l. s. Cysta renis l. s. Pyelonephritis chronica calculosa l. s.

Vélemény: A beteg bal oldali vesetáji görcseit kis, részleges veseelzáródást fenntartó ureterkő okozza. A kő spontán távozása várható. Ezenkívül a bal vese alsó kehelyvégében nagybabnyi kő is igazolható. A vese középső-alsó harmadában teniszlabdányi térfoglaló képlet igazolható, melyet soliter vesecystának tartunk. Tekintettel arra, hogy a beteg láztalan, fájdalmai csökkentek és az ureterkő spontán távozása várható, hazaengedjük azzal, hogy további vizsgálatok (angiographia), illetve bal oldali vesekövének műtéti megoldása miatt visszavesszük 4—6 hét múlva osztályunkra. Lázas állapot kialakulása vagy haematuria esetén soron kívüli felvételt javasoltunk.

A beteg az ureterkövét távozása után a 4-ik héten spontán kivizelte. Ezt követően (1982. 03. 29-én) visszavettük osztályunkra. Felvételkor vizelete megtört, zavaros, *fehérje:* op., *genny:* pos. +++. *Üledék:* 10—15 vvts, 30—40 fvs. A laboratóriumi leletei megegyeznek az előzőleg észleltekkel.

A kontroll kétoldali natív vese rtg.: a bal vese alsó pólusára babnyi, halvány kőárnyék vetül (az előzetesen észlelt kis ureterkő már nem igazolható *(I. v. urographia:* jobb oldalon jó kiválasztás, ép veseüreg-rendszer. Bal oldalon középerős kiválasztás, gracilis veseüreg-rendszer, tompult kehelyvégek. A leírt kőárnyék az alsó kehelyvégződés területére vetül. Jó ürülés, normalis ureter (térfoglaló folyamat nem igazolható *(3. ábra).*

Vélemény: Az előzetesen igazolt és részleges veseelzáródást okozó kis, alsó szakasz ureterkő spontán távozott. A veseműködés helyreállt. A bal vese alsó kehelyvégében azonban jelenleg is észlelhető a babnyi nagyságú kő.

Fel kell tételezni, hogy serosus vesecysta spontán rupturája következett be. Figyelembe véve az alsó kehelyben elhelyezkedő követ, az ehhez társuló chronikus pyelonephritist, műtéti megoldást tartunk szükségesnek. 1982. 04. 05-én intratrachealis narcosisban feltárás. A retroperitonealis és a vese körüli zsírszövet felszaporodott és hegesen átalakult. A vesét mobilizálva és kikocsányosítva kiderül, hogy a vese a hátsó felszínén az alsó és középső harmad határán szilva nagyságú heges behúzódás észlelhető környezeti sarjszövetképződéssel. Lege artis nephrectomiát végzünk.

Az eltávolított vese a rendesnél kisebb (12×4×5 cm), a vesefelszín dudoros, szemcsés szerkezetű. Az alsó pólus közelében a hátsó felszínen szabálytalan alakú vérzésesen beszűrődött $1^1/_2$—2 cm átmérőjű egyenetlen felszínű üreg van *(4. ábra).*

Szövettani vizsgálat: a szabálytalan üreg falát érgazdag sejtdús, lobos kötőszövet alkotja. Az állomány felé fokozatosan hegesedő kötőszövetben csatornácskák, sclerosis glomerulusok, vastag falú erek ismerhetők fel *(5. ábra).* A kéregállományban kisebb gócokban, a velőállományban kiterjedtebb területeken idült szövetközi gyulladás látszik: periglomerularis sclerosis, hyalinos glomerulusok, az elpusztult parenchyma helyén lobos kötőszövet. A vesemedence fala megvastagodott, a kissé hyperplasiás urothel alatt a kötőszövetben idült gyulladás van.

Dg: Cysta renis, idülten lobos sclerosisos fallal. Pyelonephritis chronica.

Zavartalan sebgyógyulás után a beteget 1982. 04. 15-én hazabocsátjuk. Távozáskor vizelete negatív.

3 hónap múlva ambuláns ellenőrző vizsgálatkor a beteg tünet- és panaszmentes, vizelete negatív.

Megbeszélés

A serosus vesecysta spontán rupturája a legritkább urológiai kórképek közé tartozik. Egyes szerzők vitatják is a spontán (nem traumás) ruptura lehetőségét. Betegünkön műtét előtt igazoltuk a serosus vesecysta spontán rupturáját. A műtéti feltárás és a kórszövettani vizsgálat ezt igazolta is.

A serosus vesecysta mellett alsó kehelykő, következményes pyelonephritis és átmeneti veseelzáródást okozó kis ureterkő is volt. Az ureterkő spontán távozott.

Ha a serosus vesecysta rupturál és a cystatartalom steril, úgy az önmagában panaszokat nem okoz és műtéti megoldást sem igényel.

Esetünkben a műtét nem a cystaruptura, hanem a köves megbetegedés miatt történt. Ez egyben lehetőséget adott arra, hogy a vesecysta spontán rupturáját műtétileg is igazoljuk. Hasonló közlést sem a hazai, sem a nemzetközi irodalomban nem találtunk. Ezért tartottuk indokoltnak ezen ritka — és vitatott — kórkép ismertetését.

IRODALOM: 1. *Babics A.:* Megtévesző kóresetek intraoperatív diagnózisa az urológiában. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1977. — 2. *Balogh, F., Szendrői, Z.:* Pathologie und Klinik der Nierengeschwülste. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1960. — 3. *Bálint J., Csejdy G.:* Morph. Ig. Orv. Szemle 1969, *9,* 3. — 4. *Bálint J., Kiss F.:* Morph. Ig. Orv. Szemle 1973, *44,* 13. — 5. *Braasch, W. F., Henrich, J. A.:* J. Urol. 1944, *51,* 1. — 6. *Bricker, W. S., Patton, J. F.:* Amer. J. Med. 1955, *18,* 207. — 7. *Campbell, M.:* Urology. W. B. Saunders Comp. London, 1951. — 8. *Davidson, C.: cit.: Limjoco, U. R.—A. E. Strauch:* J. Urol. 1966, *96,* 625. — 9. *Deuticke, P., Laubenberger, T.:* Die Röntgenuntersuchung der Niere und des Harnleiters in der urologischen Diagnostik. Verlag Banaschewski. München—Gräfelfing, 1974. — 10. *Hepler, A. B.:* Surg. Gynec. Obst. 1930, *50,* 668. — 11. *Katzen, P.:* New York J. Med. 1953, *68,* 2867. — 12. *Laczkó, L., Bálint J.:* Zbl. Chir. 1967, *419,* 92. — 13. *Lalli, A. F.:* J. Canadian Ass. Radiol. 1966, *17,* 41. — 14. *Limjoco, U. R., A. E. Strauch:* J. Urol. 1966, *96,* 625. — 15. *Mátyus E., Szporny Gy.:* Magy. Seb. 1965, *18,* 131. — 16. *Vogler, E.:* Radiologische Diagnostik der Harnorgane. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1974. — 17. *Williams, D. I.:* Urology in Childhood, Springer. Berlin—Göttingen—Heidelberg. 1958.



Neurolepticum,
antidepressivum

Chlor-protixen

SPOFA

HATÓANYAG

15 mg, ill. 50 mg chlorprothixenum chloratum bevont tablettánként; 50 mg 2 ml-es ampullánként.

TULAJDONSÁG

Szedatív, antidepresszív és antianxiotikus hatású tioxantén-származék.

JAVALLATOK

Izgalmi állapotok, pszichomotorikus eredetű nyugtalansággal járó szorongás és feszültség, pszichózis, idegi eredetű reaktív depresszió, tartós álmatlanság; műtéti előkészítés, műtét utáni nyugtatás; klimaxos eredetű nyugtalanság; gyermekek kórházi alkalmazkodásának elősegítése, köhögés okozta görcs, az emésztőcsatorna spazmusa.

ELLENJAVALLATOK

Alkoholmérgezés, barbiturátok és más csillapító hatású gyógyszerek szedése, epilepszia, parkinsonizmus, a vérképzők elváltozásai, a vese és a máj súlyosabb parenchymás megbetegedései, súlyos dekompenzált szívelégtelenség, tachycardia, súlyos testi gyengeség.

MELLÉKHATÁSOK

Érzékeny betegeken lehetséges pszichomotorikus gátlás, ortosztatikus hipotónia, fáradtság érzése.

ADAGOLÁS

Egyéni, általában 15 mg, esetleg 2×15 mg-os tabletta éjjelre. Az injekciót olyan betegeknek adjuk, akik a perorális kezelést visszautasítják, vagy akiknél gyors hatást kívánunk elérni, különösen agitált depressziósoknak.

CSOMAGOLÁS

50 bevont tabletta 15 mg-os;
50 bevont tabletta 20 mg-os
10 és 100 ampulla 2 ml-es.

Gyártja:

SPOFA Egyesült Gyógyszerüzemek Praha/ČSSR

Exportálja:

CHEMAPOL R. T.
Kodaňská 46.,
100 10 Praha 10/ČSSR

CHEMAPOL

Szily Adolf, Szily Aurél

A Horus-rovatban — anyagának változatossága ellenére is — aránylag ritkán olvashatunk a szemészet történetével kapcsolatos írásokat. Részben ez az anyagszegénység, részben Szily Aurél születésének nemrégen történt centenáriuma indokolja a két kiváló, nemzetközi értékű szemész, Szily Adolf és fia, Szily Aurél életének és működésének felelevenítését.

Szily Adolf olyan időben született — a múlt század derekán — amikor rövid éveken belül sok kiváló magyar szemész látott napvilágot. Id. Siklóssy Gyula 1839-ben, Schulek Vilmos 1843-ban, Goldzieher Vilmos 1849-ben, Ottava Ignác 1852-ben, Csapody István 1856-ban —, Szily Adolf 1848-ban született, tehát egy olyan generációhoz tartozott, amelynek tagjai nagy értékű elméleti és gyakorlati tevékenységükkel írták be nevüket a magyar és az egyetemes szemészet történetébe.

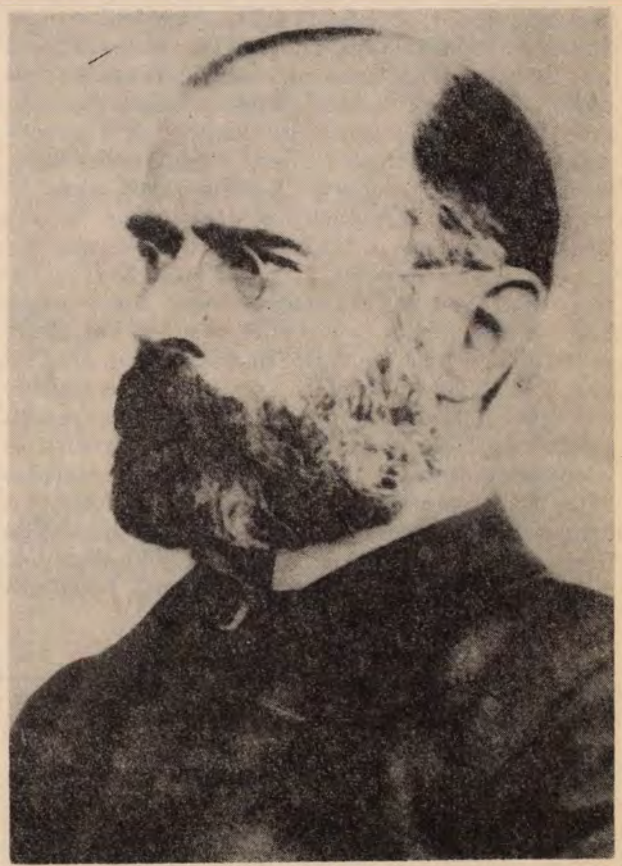
Szily Adolf Budapesten született s Bartók Imre *„A magyar szemészet története"* című nem múló értékű, hézagpótló munkájában (Akadémiai kiadó, 1954) azt írja róla, hogy „...a XIX. század egyik legnagyobb magyar szemorvosa volt." Szily Adolf tevékenységének részletes elemzését is sokban Bartók Imrének köszönhetjük. Szily a bécsi egyetemen végezte orvosi tanulmányait s ott is avatták orvosdoktorrá 1872-ben, s ugyancsak Bécsben szerezte meg szemész-szakorvosi képesítését. A bécsi iskola nagy mestereinél, különösen Arlt oldalán igyekezett magát szakmájában tökéletesíteni s így teljes szellemi fegyverzetben térhetett haza, Budapestre. 1878-ban a zsidó kórház szemész főorvosává választották. Különös képessége és tehetsége volt a szemtükrözéshez s kedvenc problémái a szemfenéki, sajátosan a látóidegfői elváltozások voltak. A szemtükri és szemfenéki tanulmányai alapján, valamint nagyszámú cikke és dolgozata jogán — amelyek főképpen német szaklapokban láttak napvilágot — 1883-ban a pesti egyetemen magántanári képesítést szerzett s 1895-ben egyetemi rendkívüli tanári címmel tüntették ki.

Dolgozatainak nagy része a már fentebb említett szemtükrözéssel foglalkozott s a Grósz Emil és Hoór Károly által szerkesztett *„A szemészet kézikönyve"* című négykötetes hatalmas munkában — amely a Magyar Orvosi Könyvkiadó Vállalat gondozásában jelent meg 1909-ben — ő írta *„A szemtükri vizsgálat és az ép szemfenék"* című fejezetet, valamint ő foglalta össze ugyanebben a műben *„A szem világrahozott rendellenességei és fejlődési hibái"* témakörét. De behatóan foglalkozott a szaruhártya és a lencse kóros elváltozásaival, ő vezette be az irodalomba az „astigmatismus fundi" fogalmát s általában — szemtükri és szemfenéki vizsgálataival kapcsolatban — 1920-ban bekövetkezett haláláig kutatta a szem élettani problémáit.

Mint gyakorló szemészoperatőrnek *elmúlhatatlan érdeme*, hogy szakított a szembetegek ágyban történő operálásával s *elsőként* ő rendszeresítette a speciális és kizárólagos steril szemészeti műtőt.

Társadalmi tevékenysége főképpen a vakok életének rendezésére szorítkozott (a Grósz—Hoór-kézikönyvben ő írta *„A vakságról"* szóló fejezetet) s évekig elnöke volt a Vakokat Gyámolító Országos Egyesületnek.

Apjának nem szűnő és céltudatos tudományos tevékenysége inspirálhatta Szily Aurélt, hogy ő is a szemészetnek szentelje életét és munkásságát. Budapesten született 1880-ban, középiskolai tanulmányait Pesten, az orvosi studiumokat a pesti egyetem orvosi fakultásán s a freiburgi egyetemen végezte. Orvosdoktorrá a freiburgi egyetemen avatták. A szem fejlődéstana és anatómiája már medikus korában érdekelte s már fiatalon Lenhos-



Szily Adolf



Szily Aurél

sék professzor anatómiai intézetében dolgozott. 1905-ben került orvosként a Th. Axenfeld vezette freiburgi szemklinikára, ahol 1924-ig — tehát majd húsz évig — asszisztensként, majd főorvosként működött. A freiburgi évek minden tekintetben nagyon hasznosak és gyümölcsözők voltak s számos tudományos dolgozata mellett — a Grósz—Hoór-kézikönyv első kötetében *„A szem fejlődéstana. A gerinces állatok szemének fejlődése"* címen írt 150 oldalas értekezést, — Freiburgban publikálta 1914-ben 300 oldalas alapvető monográfiáját, amely *„Die Anaphylaxie in der Augenheilkunde"* címen jelent meg s a már amúgy is ismert és elismert kutatónak nemzetközi rangot szerzett. Ehhez a nagy munkához az első világháború folyamán egy hasonlóan tekintélyes mű, a 600 oldalas *„Atlas der Kriegsaugenheilkunde"* csatlakozott, amely gyakorlati hasznánál és jelentőségénél fogva tovább fokozta a Szily képességei iránti nemzetközi megbecsülést. Tudományos hírneve és képességei alapján — (apjához hasonlóan főképpen a szem anatómiájának, fejlődéstanának, fejlődési rendellenességeinek problémái foglalkoztatták), — 1924-ben a münsteri egyetem szemész professzorává nevezték ki, s mint ordinárius, nemcsak szakmájában érdemelt ki további elismerést, de újjáépíttette és berendezte a münsteri szemklinikát, amelynek homlokzati frontja ma is a Szily Aurél által tervezett képet mutatja. Mint klinikus professzort érte az a megtiszteltetés, hogy a Német Szemorvostársaság 1925-ben Graefe-díjjal honorálta tehetségét és tevékenységét, majd 1927-ben Axenfeld mellett társszerkesztője lett a legelterjedtebb német szemészeti folyóiratnak, a Klin. Monatsblätter für Augenheilkunde-nek.

Nemzetközileg méltányolt képességei alapján 1929-ben meghívást nyert a kölni egyetem szemészeti katedrájára s a meghívást — miként H. J. Küchle professzor 1980-ban tartott emlékbeszédében erre hivatkozik — maga az akkori kölni polgármester, a későbbi kancellár, Konrad Adenauer személyesen tolmácsolta. Szily azonban nem volt hajlandó a nagyon megszeretett Münstert elhagyni s a megtisztelő meghívást elhárította. Ugyancsak Küchle professzor emlékezik vissza Szily Aurél születésének századik évfordulóján tartott beszédében, hogy a münsteri orvosi fakultás hallgatói fáklyás felvonulással hálálták meg professzoruk Münsterhez és irántuk tanúsított ragaszkodását. Ez az időszak volt munkákkal telített életének fénykora.

Ezután azonban sötét idők következtek. A harmincas években uralomra került hitleri rendszer — zsidó származására való tekintettel — előbb professzori állásából menesztette, majd a Monatsblätter szerkesztői tisztségétől is megfosztották. Szily 1941-ben, családjával együtt Budapestre, apái városába tért vissza, ahol nehezen tudott a német világban eltöltött évtizedek után a pesti-magyar ritmusba beilleszkedni. A háború befejezését követő hónapokban, 1945 telén-tavaszán, Imre professzor halála után őt nevezték ki ugyan Imre utódjául, de klinikai posztját sohasem foglalta el, mert súlyos bélbaj támadta meg, amelyet műtéttel próbáltak meggyógyítani. A műtét ellenére Szily Aurél 1945. szept. 13-án, 65 éves korában elhunyt. Halála nemcsak egyéni tragédia, hanem a magyar és egyetemes szemészet tudományának volt szinte alig pótolható vesztesége.

A két Szilyről, Adolfról és Aurélról, az apáról és fiúról kevés szó esett az utóbbi esztendőkben. Bartók Imre méltatása „A magyar szemészet története" c. könyvben Szily Adolf, H. J. Küchle münsteri szemész professzor 1980-as emlékbeszéde pedig Szily Aurél emlékének áldozik. Mind az apa, mind a fiú arany betűkkel írta be nevét a szemészet történetébe.

Bíró Imre dr.

Ferenczi Sándor jelentősége a mai orvostudomány számára

„1933. évi július hó 7-ére, mesterünk
dr. Ferenczi Sándor
hatvanadik születése napjára szántuk e könyvet. Ezzel akartuk mi, tanítványai és barátai neki megmutatni, hogy mit jelentett számunkra ő, a magyar pszichoanalitikai mozgalom megalapítója és vezetője, akinek mi mindnyájan a magunk fejlődésében a legtöbbet köszönjük. Ő már nem érte meg ezt a napot, így az ünneplésre szánt könyv a megemlékezés könyve lett" (Lélekelemzési tanulmányok. Ajánlása, 22).

Ferenczi Sándor jelentőségét átfogóan ismertetni egyfelől hálás, másfelől nehéz feladat. Hálás, mert széles körű tevékenysége, számos munkája ma is élő és hat. Másrészt azonban nehéz, mivel a legjelentősebbek közül is csak néhányat lehet kiemelni.

Ferenczi Sándor Freud első munkatársa volt és — mint látni fogjuk — számos kérdésben annyira együtt dolgozott a mesterrel, hogy kettőjük sajátját sokszor nehéz külön választani. Maga Freud is megemlíti, hogy 1909-ben az észak-amerikai Worcesterben (Mass.) tartott előadásaihoz Ferenczi készítette el az előadandók vázlatát. Ebből Freud jelentős könyvet írt „Pszichoanalízis" címmel. Így neki is szerepe volt a mű keletkezésében (15), amelyet később ő fordított magyarra. Joggal nevezhette őt *Lóránd Sándor* a „pionírok pionírjának" (idézi *Linczényi*, 23). A német és más nyelveken többször is megjelent „Bausteine der Psychoanalyse" kötetei nem csupán a lélekelemzés épületének építőtégláit, hanem ékköveit is tartalmazzák. Munkássága nem csupán a szűken vett lélekelemző gyakorlatnak szólt. Tevékenysége, előadásai és igen népszerű könyvei sokat tettek a pszichoterápiához szükséges pszichológiai atmoszféra megteremtéséért. A gyakorló orvosok széles köréhez is kívánt szólni, hogy az új technikát, új szemléletet közkinccsé tegye. A Tanácsköztársaság idején a felvilágosult, haladó egyetemi diákság kérésére a budapesti orvosi karon — a világon először — alapítottak tanszéket a lélekelemzésnek, s előadójává őt nevezték ki. Freud a pszichoanalízis első tudományos központjává szerette volna tenni fővárosunkat.

Hozzá fűződik a „Budapesti iskolának", a magyar pszichoanalitikusok nemzetközileg is elismert körének kialakítása. Olyan nevek tartoznak ide, mint *Bálint Mihály és Aliz, G. Hajdú Lili, Hollós István, Pfeifer Zsigmond, Rajka Tibor, Roheim Géza*, s a ma is élő és dolgozó *Hermann Imre*. Joggal mondotta róla Freud: „Tanítványává tett minden analitikust."

Elsősorban a *pszichoterápiában* vizsgáljuk meg *Ferenczi* hatását. Eleven megfigyelései, nagyszerű kifejezései, elméleti meggondolásai, technikai újításai természetesen elsősorban a lélekelemzésnek szólnak. Kiemelem ezek közül *technikai újításait* (7, 10, 11, 24, 27).

A lélekelemzés a *Breuer—Freud-féle hipnotikus-katartikus* eljárásból született. Kezdetben a két szerző hipnózisban kérdezte ki neurotikus betegeit és az éber állapotban nem észlelhető, viszont az ilyenkor megjelenő emlékek és érzelmek nyomán létrejött sajátos megkönnyebbülést, lelki tisztulási folyamatot — Arisztotelész esztétikai kifejezésével — találóan katartikus módszernek nevezték el. Legtöbbször a panaszok is megszűntek. Mivel azonban nem mindenki volt hipnotizálható és a tünetmentesség sem bizonyult tartósnak, Freud új eljárást dolgozott ki: a *szabad asszociációt*, mely egyben a lélekelemzés „első alapszabálya", a beteg magát elengedve válogatás nélkül mondja el, ami eszébe jut. Hogy erre képes legyen, az ehhez szükséges ellazuláshoz díványra fekszik. A cél az, hogy a beteg szabadon, minden ötletéről, érzéséről, önmagával kapcsolatos megfigyeléséről válogatás és kritika nélkül beszámoljon. Ez hasznosabbnak bizonyult a lelki betegségek keletkezésében oly fontos szerepet játszó tudattalan megközelítésében. A tradicionális orvosi magatartás — mely vizsgál, véleményt mond, gyógyszert, életmódot ír elő stb. — alapvetően elüt a lélekelemzést folytatótól. A szabadon asszociáló beteg közléseit a pszichoanalitikus magát ugyancsak elengedve igyekszik átvenni, átélni és azokat nem befolyásolni, hanem meghallgató, *passzív-átélő magatartással* megérteni. A szabad asszociációs eljárással a lélekelemzésnek a gyógyuláshoz vezető útja hosszú évek fáradságos munkájával járt. Ezen akart segíteni Ferenczi az úgynevezett *aktív technika* segítségével (10, 23, 26). Freud nyomán abból indult ki, hogy ha a betegek a kúra nyomán kínos tüneteikkel szembenéznek, s azoknak nem engednek, újabb tartalmak kerülhetnek felszínre, illetve a konfliktusaikat, elfojtásaikat védő ellenállásaik jobban megközelíthetők. Felszólította pl. agorafóbiás betegeit, hogy saját szorongásaik ellenére menjenek át a téren. Vagy megtiltotta — bizonyos idő után —, hogy a kényszerneurotikus betegek kényszercselekvéseiknek engedjenek. Ez valóban sok új tartalom s új belátás lehetőségét hozta. Újítási javaslatait ellenkezés, félreértés, sőt, túlzó alkalmazás is követte. Mindezek és a tapasztalatai arra késztették, hogy újításait jobban körülhatárolja, indikációit kidolgozza. Kifejtette, hogy az aktív lépéseket csak azután lehet alkalmazni, ha már a beteg kóros tartalmait a klasszikus eljárással megfelelő mélységben feldolgozták. Az aktív technikára csak akkor kerülhet sor, ha a gyakori ismétlődés, a helyzet megmerevedése akadályozza a megfelelő haladást. Tehát csak meghatározott idő

után lehet aktív lépéshez folyamodni, amely az eljárás hatékonyságát és gyorsítását is elősegítheti.

Noha az említettek miatt Ferenczi és Freud között feszültség támadt, az alapvető munkatársi kapcsolat megmaradt; Ferenczi soha nem lépett ki a pszichoanalitikusok köréből. Freud aggodalma is érthető volt: féltette a lélekelemzés friss hajtásait mindenfajta erőteljesebb újítástól, mely a torzításra az epigonoknak lehetőséget ad. Az aktivitás bizonyos fokig szemben állt a lélekelemzés „második alapszabályával"; az orvos passzív, személyes érzéseinek, értékelésének nem adhat kifejezést. Ennek a „semleges" magatartásnak célja, hogy a betegek befolyásmentesen, minél közvetlenebbül nyilatkozzanak meg. Ma már tudjuk — s Ferenczi ezt számos kitűnő megfigyelésben megközelíti — a pszichoanalitikusok magatartása nem egysíkú. Sok megnyilvánulás zajlik az analitikus és analizáltja között, vagy ahogy ma mondanánk, sok „interakció". Mindez szavak útján és szavakon túl egyaránt történik.

Ugyancsak Ferenczi merész újítása volt az *elengedettséggel, a relaxációval megalapozott „gyermekanalízis felnőtteken"* (11, 12, 27). Minél inkább sikerül a szabadon asszociáló beteget ellazítani, annál mélyebb, kora gyermekkori asszociációk, emlékek kerülhetnek felszínre s a beteg szinte gyermekké válhat. Ez a regresszív állapot lehetővé teszi, hogy a lélekelemző kúrában részesülők kóros élményeiket, megrázkódtatásaikat újra átéljék „neokatarzissal", s a helyzet pszichoanalitikus feldolgozásával javuljanak, gyógyuljanak. A felnőttek a gyermekhez hasonló megértést, bánásmódot igényelhetnek, s ebben a pszichoanalitikusnak sajátos felnőttszerepet kell vállalnia.

Ferenczi technikai újításairól *Malan* (24) is emlékezik. Ferenczit a rövid pszichoterápia egyik előfutárának tekinti, aki az aktív technikákkal, sajátos szerepvállalással, célzott asszociációk alkalmazásával, a kúra időtartamának meghatározásával (terminus adásával) stb. e téren is úttörő lépéseket tett.

A *pszichoterápia* egésze szempontjából ma is lényeges a *hipnózisról és szuggesztióról* kialakított felfogása (3). Talán szükségtelen hangsúlyozni, hogy a sok ismeret ellenére (26, 30) ez a kérdés ma sincs megoldva. Ferenczi a hipnózis lényegét a tudattalanra való hatásban véli. A hipnotizálandó személy a hipnotizőr fellépésével, hatásával olyan gyermeki, regresszív állapotba kerül, mely a szülői mindenhatóság lehetőségét jelentheti. A hipnózis tehát a rendkívül korai szülő—gyermek viszonylatot éleszti fel. Így válik érthetővé, hogy a hipnotizőr „mindenre képes", s szavára „minden lehetséges", akár a vegetatív idegrendszerre is hathat. Tehát szavakon keresztül testi változások érhetők el. Mindezek nyomán Ferenczi megkülönböztet keményebb, autoritatívabb szuggesztiót. Megfigyeléseit gondos esettanulmányokkal alapozta meg. Természetesen ebben a kérdésben ő sem mondotta ki az utolsó szót, de új megvilágítást, magyarázatot nyújtott, amely mind a mai napig új kutatások számára is ajtót nyitott.

Nézzünk most néhány példát Ferenczi munkásságának a *modern pszichiátriára* való hatására (17).

A *paranoia és a homoszexualitás* kérdését Jung és Ferenczi éveken át vitatták Freuddal, aki a viszonylag kevés tapasztalat miatt még vonakodott eredményeit közölni. Csak 1911. szept. 21-én, a harmadik Nemzetközi Pszichoanalitikus Kongresszuson lépett ezzel a tudományos világ elé. Mai ismereteink szerint a paranoid szindróma kifejezettebb kórképeivel foglalkozott elsősorban: tehát a paranoid szkizofréniával, paranoid pszichózisokkal, valamint az alkoholos paranoid kórképekkel. Freudhoz hasonlóan Ferenczi is számos megfigyelést tett, sok adatot szolgáltatott a paranoia tengelyét jelentő homoszexualitást illetően. A paranoia lényegében nem más, mint eltorzított homoszexualitás — állapítja meg (18). A beteg élete a tudattalanban megerősödött homoszexualitás elleni küzdelemben zajlik. A paranoia Freud zseniális meglátása szerint projekció: a beteg a kóros tartalmait külső személyre vetíti ki. Kezdetben a beteg az azonos nemű iránti vonzalommal küszködik. Szóba öntve ezt a küzdelmet, a kezdeti „szeretem" tagadás útján „nem szeretem"-mé alakul. Majd a beteg ezt tovább alakítja: „gyűlölöm", majd kivetíti az illető személyre: „ő gyűlöl". Később magyarázó, racionalizáló lépéssel egészíti ki: „gyűlölöm, mert üldöz" (16). A homoszexualitásban igen érdekesek az anális vonatkozások: Ferenczi egy végbélfistula-műtéten átesett beteg pszichózisának kifejlődésén mutatja ezt be. A műtét a gyermekkorban lezajlott passzív homoszexuális élményét mozgatta meg, s ezzel kapcsolatban impulzusai nyomán eleinte paraesthesiákról számol be, majd téveseszmék jelentkeztek, és pszichózis robbant ki (6),

Felmerül a kérdés: mit jelentenek ezek a paranoid kórképekre vonatkozó mechanizmusok a modern pszichiátria szempontjából? Nagy kézikönyvek és tankönyvek egyaránt idézik az említett mechanizmusokat. *Berner* (1) az irodalomban ebből a szempontból két csoportot különböztet meg: az egyik jelentősnek tartja a homoszexuális konfliktust, a másik nem.

Bräutigam (2) a paranoid szkizofrénia ilyen vonatkozásában sajnálatosnak tartja, hogy megfelelő szintű és módszerű utánvizsgálást e kérdésben még a modern pszichiátriában nélkülöznünk kell. Amíg *Freedman* és *Kaplan* kézikönyvében (14) erősen vitatja ezt az összefüggést, *Henderson, Gillespie, Sim, Solomon* és *Patch*, valamint *Kolb* és *Noyes* egyaránt jelentősnek mondják. Ez utóbbiak könyvének 1969-ig VII. kiadásában a következőket olvashatjuk (21): „Jóllehet a képesség és az ambíció, a megterhelő, korai, érzelmileg töltött élmények, saját személyiségét illető bizonytalan tudattalan érzések, önértékelési sérülések és más, védekezést keltő szükségletek jelentkezhetnek és hozzájárulhatnak a paranoid reakciókhoz. Azonban sok szól amellett, hogy elfojtott homoszexuális impulzusok is szerepelnek az okok között." Még olyan esetben is lehet erről szól, ha a beteg nyíltan homoszexuális, emellett ugyanis lehetségesek még elfojtott, agresszív színezetű homoszexuális impulzusai,

fixációi. Természetesen ma már más fontos tényezőket is említenek, de a magam megfigyelései is a homoszexuális tényezők fontos szerepe mellett szólnak. (19).

A fentiekhez szorosan csatlakozik Ferenczinek ma is igen értékes megfigyelése az *alkoholizmussal* kapcsolatban (5). Lándzsát tör amellett, hogy az alkoholista szenvedély mögött *motiváció* van. Ez a lgkülönfélébb feszültségek csökkentését, szorongások oldását, gátlások megszüntetését jelenti. Ferenczi az *alkoholizálást öngyógyító tevékenységnek, kísérletnek* tartja.

Igen érdekesek az *alkoholos paranoiára, illetve az alkoholos paranoid pszichózisra* vonatkozó megmegfigyelései. Tudjuk, az alkohol megszünteti a gátlásokat, így a feltörő és megerősödő homoszexuális impulzusok paranoid megnyilvánulásokhoz vezethetnek. A feleségét mindenkivel gyanúsító alkoholistában az előbb említett formula így alakul: „Nem én szeretem a férfit, hanem az asszony szereti a férfit vagy a férfiakat."

Ferenczi az alkoholizmus *pszichológiai hátterét társadalmi méretekben is hangoztatja.* Utal arra, hogy az alkoholizálás lehetőségének egyszerű megszüntetése a pszichés tényező figyelembe vétele nélkül nem segít, hanem árt. Az abolicionizmus — mely az öngyógyító lehetőséget akár átmeneti vagy felszínes formájában is akadályozza — a betegek egyéb patológiás vagy antiszociális megnyilvánulásait fokozza. E gondolatkört azért is közel érezzük, mert az alkoholisták kezelése a megfelelő pszichés ellátás nélkül — mint tudjuk — nem elégséges.

Ferenczi rendkívül bátran tette fel a kérdést: Mi történik a pszichében, az emberi személyiségben, ha egy fontos szerve megbetegszik? Ha valamilyen fontos területen műtét, vagy egy szerv műtéti eltávolítása történik?

A kutya nyalogatja sebét... Biológiai aktivitás, a szervezet testi-lelki védekezése indul meg a kárt okozó kórfolyamatok ellen. Pszichésen intakt személynél is bizonyos fokú törődés, aktivitás indul meg a megbetegedett terület és szerv felé. Az ember a külvilágból von el libidót a saját testére, a megbetegedett szervre, tehát nárcisztikus irányba. Veszélyes azonban, ha az egyén már eredetileg is erősen nárcisztikus volt, vagy olyan szerve betegszik meg, amelynek szerepe biológiailag jelentős, károsodása súlyos. A szükséges mennyiségű libidónál több halmozódik fel a megbetegedett szervben, amivel az én nem tud megbirkózni, s a lelki egyensúly megbomlik. Ferenczi pl. a szembetegségek, hereeltávolítás, a genitálé megbetegedései, de bármely szerv betegsége nyomán keletkezett ilyen kórképeket *patoneurózisoknak,* vagy *betegségi neurózisoknak* nevezte (9).

A külvilág tárgyairól visszakerült libido a megfelelő szervekben — főleg a libidófejlődés egyes szakaszainak reprezentánsaiban — regresszió révén tüneteket idéz elő. A velük kapcsolatos régi élmények és az aktivitás felélénkülnek. Másfelől, ha a túl nagy mennyiségű, le nem kötött, szabadon lebegő nárcisztikus libidót az én nem tudja másképp elintézni, akkor elfojtja és hisztériás jelenségek keletkeznek; máskor pedig — ha az én azonosítja magát a betegséggel — sajátos betegségi nárcizmus vagy nárcisztikus patoneurózis alakul ki. Ha az én súlyosan károsodik, pszichotikus jelenségeket észlelünk. Ferenczi szavával *patopszichózist.*

Ma már senki nem használja a nem nagyon szerencsés „patoneurózis" kifejezést, de Ferenczi elsőként próbálkozott testi és pszichés jelenségek — mai modern természettudományos szemléletünknek megfelelő — egységes értelmezésével. Ezt az új fogalmat alkalmazta *Hollóssal* a p. p.-ról szóló tanulmányában s leírta, hogy a psziché milyen módon alkalmazkodik a kialakult organikus agyi defícithez (20). *A testi betegséghez való pszichés alkalmazkodásban kifejtett szemléletéért Ferenczit a gondolatkör* úttörőjének kell tartani, ahogy ezt pl. *Alexander* is hangsúlyozza.

A modern liaison-pszichiátriában — mellyel a pszichiáter az orvostudomány többi ágában kíván konziliáriusi segítséget nyújtani — az említett szemléletnek nagy szerepe van. A szomatopszichés összefüggések megértésében az egyes szervek működésének, helyzetének, szerepének értékelése a velük kapcsolatos lelki egyensúlyzavarok nagyon lényegesek. (Gondoljunk csak a végtagamputációra, vagy az emlőeltávolításra.) Aki a krónikus betegek pszichéjével foglalkozik, nap nap után észlelheti a betegség okozta nárcisztikus regresszió ezerarcú megnyilvánulását (18).

A *„vasárnapi neurózisok"* problémaköre (4) a *mentálhigiéné szempontjából is igen fontos* korunkban, amikor a szabad idő növekedéséről beszélünk. Itt is — miként a biológiai és a pszichológiai történésekben — jelentős a periodicitás. Ferenczi utal Freudra, aki a neurózis időbeliségéről, ritmicitásáról többször tesz említést. Sajátos neurotikus tünetek jelentkeznek vasárnap és egyes szabadnapokon. Fejfájás, gyomor-bél panaszok, esetleg „unott feszültség", vagy akár nyomott hangulat a legszebb vasárnapi napsütést vagy szabadságos üdülést elronthatja. A „vasárnapi neurózisok" ezen tünettana mögött nem banális testi okok rejtőznek. A szabad idő és a szabadság alatt a külső kötöttség és kontroll enyhül, a belső cenzúra is lazul. Az elfojtás és az elfojtott tartalom is felszabadulhat, de a neurotikus erre tüneteinek erősödésével reagál. Ezért nem tud a vasárnapnak kötetlenül örülni, szorongó, gátolt, lehangolt, feszült lesz. Természetesen mindez nincs a vasárnaphoz kötve. Ferenczi esetében egy vallásos zsidó fiúnak péntek esti hányásai hátterében halevéssel kapcsolatos szorongást talált, melynek mélyén szimbolikus értelmezéssel szexuális elfojtást vél. (A péntek este a vallásos zsidóknál egyben a szexuális egyesülés és öröm ünnepe is.)

Hasznos bepillantást nyerünk alapkérdésünkhöz Ferenczinek Freud hetvenedik születésnapjára, 1926. május 6-án írt üdvözlő soraiban:

„Freud előtt számomra az idegorvosi hivatás rendkívül érdekes volt elsősorban az idegpályákkal való foglalkozás miatt. Ugyanekkor színészi munkát, barátságot és tudományosságot színlelő maga-

tartást jelentett a neurotikusok százaival szemben, akiknek tüneteiből semmit sem értettünk. Szégyelltük magunkat — legalábbis én —, hogy ezért még fizettek is. Jóllehet ma sok betegen tudunk segíteni, de nem mindenkin. Negatív esetben azonban megvan az a megnyugtató érzésünk, hogy tudományos eszközeinkkel a neurózisok megértésén fáradozva tudjuk legalább, mi az oka sikertelenségünknek. Ma már mentesek vagyunk attól a kínos feladattól, hogy a mindentudó orvos arckifejezésével vigaszt és segítséget ígérjünk. A pszichiátria, mely előzetesen abnormitások különleges gyűjteménye volt s e jelenségekre értetlenül bámultunk, Freud felfedezései óta termékeny, egységes megértés számára hozzáférhető tudományos területté vált. Túlzásnak tűnik-e az a véleményünk, hogy Freud hivatásunkat megszépítette, megnemesítette?"

Ma, majdnem hat évtizeddel az elhangzottak után a pszichiátria, a pszichofarmakológi és a pszichoterápia, és végül — de nem utolsósorban — a pszichoanalízis minden területén hatalmas fejlődésnek lehetünk tanúi. Freudnak és első munkatársának, Ferenczinek e hivatást „megnemesítő", „megszépítő" hatása nem veszített, hanem még jelentősebbé vált a modern vívmányok és eredmények közepette. Mindenki, aki a megértő szemléletre törekszik, a maga életében is részesévé válik e megnemesítő, hivatást megszépítő élménynek. Ferenczi a betegek megértésében és gyógyításában nem csupán írásaival, hanem személyes tevékenységével és példájával is hatott a modern pszichiátriára.

Hárdi István dr.

IRODALOM: 1. *Berner, P.:* Paranoide Syndrome. 153—182. *Kisker, K. P.* et al. (szerk): Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II/1. Springer, Berlin 2. Aufl. 1972, 1073. — 2. *Bräutigam, W.:* Die sexuellen Verirrungen. 587—586. *Kisker, P. et al.* (szerk): Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II/1. Springer, Berlin, 2 Aufl. 1972, 1073. — 3. *Ferenczi S.:* A hipnotikus hatások lelki elemzése. 35—61. In: Lelki problémák a pszichoanalízis megvilágításában. Dick Manó, Budapest 1918. 150. — 4. *Ferenczi S.:* Vasárnapi neurózisok. 77—81. In: Pszichoanalízis haladása. Dick Manó, Budapest, 1919, 215. — 5. *Ferenczi S.:* Az alkohol és a neurózisok. 45—50. — 6. *Ferenczi S.:* Az analisis zóna izgalma, mint tébolyodottságot kiváltó ok. 58—62. In: Ideges tünetek keletkezése és eltűnése. Dick Manó, Budapest, 2. kiad. 1919, 162. — 7. *Ferenczi S.:* Nyelvzavar a felnőttek és a gyermek között. 215—226. In: *Buda B.* (szerk.): A pszichoanalízis és modern irányzatai. Gondolat, Budapest, 1971, 480. — 8. *Ferenczi S.:* A homoszexualitás jelentősége a tébolyodottság kórtanában. 96—123. In: 13. — 9. *Ferenczi S.:* Patoneurózisok. 248—263. In: 13. — 10. *Ferenczi S.:* A pszichoanalitikus technika rugalmassága. In: 13. 339—359. — 11. *Ferenczi S.:* A relaxáció elve és a neokatarzis. 385—409. In: 13. — 12. *Ferenczi S.:* Felnőttek „gyermekanalízise". 413—433. In: 13. — 13. *Ferenczi S.:* Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében. (Szerk.: *Linczényi A.*) Magvető, Budapest, 1982, 500. — 14. *Freedmann, A.: Kaplan, M., Sadock H. I.:* Comprehensive Textbook of Psychiatry. Vol. II. Williams et Wilkins, Baltimore, 1975, 2. ed. 2609. — 15. *Freud, S.:* Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Gesammelte Werke, Bd. 8. 240—320. Imago, London 1943. 490. — 16. *Freud, S.:* Ferenczi Sándor. 508. In 23. — 17. *Hárdi I.:* Ferenczi Sándor és a modern pszichiátria. Előadás, 1974. június 1-én (kézirat). — 18. *Hárdi I.:* Pszichológia a betegágynál. Medicina IV. kiadás. Budapest, 1980, 306. — 19. *Hárdi I.:* Paranoid kórképek néhány gyakorlati vonatkozása. (Sajtó alatt). — 20. *Hollós I., Ferenczi S.:* Zur Psychoanalyse der paralytischen Geistesstörung. Internationaler Psychoanalytische Verlag, Wien, 1922, 55. — 21. *Kolb, L. C.:* Noyes' Clinical Psychiatry. 7. ed. Saunders, Philadelphia 1968. — 22. Lélekelemzési Tanulmányok. Somló, Budapest, 1933, 311. — 23. *Linczényi A.:* Ferenczi Sándorról. 5—38. In. 13. — 24. *Malan, D. H.:* A Study of Brief Psychotherapy. Tavistock Publications, London 1967, 312. — 25. *Meissner, W. W.:* The Paranoid Process. Aronson, New York 1978. — 26. *Mészáros I.:* Hipnózis. Medicina, Budapest, 1978, 287. — 27. *Pfeifer Zs.:* Ferenczi Sándor újításai a lélekelemző technikában. 205—248. — 28. *Schatzmann, M.:* Die Angst vor dem Vater. Rowolt, Hamburg 1978, 157. — 29. *Swanson, D. W., Bohnert, P. J., Smith, J. A.:* The Paranoid. Little Brown, Boston, 1970. 523. — 30. *Stokvis, B.:* Hypnose in der ärztlichen Praxis. Basel, 1955, 311.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Szülészet- és nőgyógyászat

Szexuális úton terjedő betegségek: A nők mint szenvedő felek. McCormack, W. M. JAMA: 1982, *148*, 117.

A penicillin felfedezése ahhoz a hiedelemhez vezetett, hogy a szexuális úton átvihető betegségek kérdése megoldódott. 1950 és 1970 között alig akadt kutató, aki ezzel a kérdéssel foglalkozott. 1970 után azonban a gonorrhoea szaporodásával e betegségek ismét az érdeklődés előterébe kerültek. A szexuális úton terjedő betegségek férfiakban általában jelentéktelenek, a súlyos szövődmények nőkben fordulnak elő. A szövődmények legsúlyosabbika a kismedencei gyulladás (Pelvic Inflammatory Disease-PID). A PID anyagi kihatásai megdöbbentőek. A kezelés közvetlen költségei az USA-ban 600 millió dollárt emésztenek fel évente, s az összköltség több mint 3 milliárd. Az okozott emberi szenvedések felmérhetetlenek. Közel 1 millió asszony fordul orvoshoz e panaszokkal, s 212 000 kórházi felvétel szükséges. A későbbi következmények, a sterilitás, a méhen kívüli terhességek, az idült alhasi fájdalom ugyancsak nem hanyagolhatók el.

Általános hiedelem, hogy a PID-et Neisseria gonorrhoeae okozza. Újabb vizsgálatok kimutatták, hogy további kórokozók, a Chlamidia trachomatis, a Mycoplasma hominis, s nem ritkán keverten aerob és anaerob mikroorganizmusok okoznak fertőzést. A kutatások megélénkülése ellenére sem tudunk eleget azokról a tényezőkről, amelyek hajlamosítanak PID-re, vagy védenek ellene. Kimutatták, hogy IUE-t viselő nőkben az előfordulás gyakorisága 2—4-szeres. Hajlamosít még a gyakori partnerváltás és az előző kismedencei gyulladás. Ezzel szemben az orális fogamzásgátlók és a mechanikai barrier módszerek némileg védenek. A N. gonorrhoea, Mycoplasma hominis, Chlamidia trachomatis terjedését a condom akadályozza. Érdekes, hogy a hüvelypesszárium véd a Chlamidia fertőzés ellen, de nem véd gonorrhoea ellen. A Mycoplasma elsősorban hüvelyi infekciót okoz. A különböző spermicid anyagok valószínűleg ugyancsak rendelkeznek némi védőhatással.

A fentiek ismeretében az életstílus és a fogamzásgátló módszer intelligens megválasztása segíthet a PID előfordulásának csökkentésében.

Csapó Zsolt dr.

A barrier hatású fogamzásgátlók és a kismedencei gyulladások. Kelaghan, J. és mtsai: JAMA 1982, *248*, 184.

A kismedencei gyulladások (Pelvic Inflammatory Diseases-PID) előfordulásának gyakoriságát évente 857 ezerre becsülik az USA-ban, ami a 15—44 éves nők ezreléke. 1976-ban PID miatt 2,5 millió orvosi vizsgálat, 250 000 kórházi felvétel és 150 000 műtéti beavatkozás történt. Közismert, hogy az IUE növeli a PID gyakoriságát, de arra, hogy a barrier metódusok bizonyos védő hatással rendelkeznek, csak utalások vannak. Tanulmányukban a barrier metódusok (condom, hüvelypesszárium, spermicidek, illetve ezek kombinációi) PID elleni védő hatását próbálták igazolni.

A vizsgálatokat az USA 16 különböző kórházában végezték. 645 olyan nő adatait értékelték, akiknél az elbocsátó diagnózis PID volt, de az anamnézisben e betegség nem szerepelt. Az eredményeket 2509 nő adataival vetették össze, akiknél kismedencei gyulladás nem volt, s akiknél a fogamzásgátlás módjának megválasztását más betegség nem befolyásolta. Mindkét csoportnak standard kérdéseket tettek fel, a válaszokat számítógéppel értékelték.

Eredményeik azt mutatják, hogy az az asszony, aki a barrier metódust használja, 70%-kal kisebb valószínűséggel kap PID-t, mint aki IUE-t visel. Ez érvényes a barrier típusú módszerek minden formájára. E módszerek használatakor a cervicalis gonorrhoea előfordulása ritkább, mint orális fogamzásgátlók szedése, vagy IUE-viselés esetén. Megállapították, hogy az USA-ban 6 millió barrier módszert használó asszony közül 20 ezerrel kevesebb a PID, 5 ezerrel kevesebb a kórházi kezelés azokhoz viszonyítva, akik nem használnak fogamzásgátló módszereket. Megállapítják, hogy az USA-ban a barrier módszerek újra népszerűvé válnak, jelenleg a házasságban élő nők kb. 20%-a használja.

Csapó Zsolt dr.

Intrauterin fogamzásgátló eszközök diabeteses nőkben. Gosden, C. és mtsai (MRC Clinical and Population Cytogenetics Unit, Western General Hospital and Diabetic Department, The Royal Infirmary, Edinburgh): Lancet, 1982, *I*, 530.

A kombinált fogamzásgátló tablettát szedők cerebro- és cardiovascularis megbetegedés rizikója fokozott, melyet az egészséges populációhoz viszonyítva a diabetes mellitus még növel is. Ezeknek az asszonyoknak az intrauterin fogamzásgátlás lenne a megfelelő alternatíva, azonban a szerzők által megfigyelt 30 intrauterin fogamzásgátló eszközt (IUE) viselő nő közül 11 teherbe esett 1 évnél rövidebb idő alatt. A meglepően magas teherbe esési rátát semmilyen más okkal nem tudták magyarázni, mint az anyagcsere-betegséggel, mert a tapasztalt szakorvosok által egészséges asszonyoknak felhelyezett IUE mellett ez az arány csak 2—4 között volt 100 asszonyévre. Hogy a különbség okára fényt derítsenek, megvizsgálták a 21 teherbe esett diabeticából, 14 egészséges, IUE mellett terhes nőből és 111 egészséges nőből más okból eltávolított IUE állapotát, a réz erózióját és a lerakódások mértékét.

Az inert IUE-öket egészben, a rézzel bevontaknak csak az aktív részét vizsgálták elektronmikroszkóppal, ill. felrakódásokat a hozzácsatolt Rtg-mikroanalizátorral, mely a 11-nél nagyobb rendszámú elemeket százalékos megoszlásban adta meg. Eredményeikből figyelemre méltó, hogy a 200 mm^2 felületű rézdrót csak az első 8 hónapban adja le a gyártó cég által megjelölt 40 mcg rezet naponta. Lerakódások lehetőségét a korábbi közlemények nem említik. Ez az első 6 hónapban még nem jelentős, de később sem mutat összefüggést az IUE felhelyezésétől a vizsgálatig eltelt idővel. Míg az egészséges asszonyok által viselt IUE-ökön a lerakódás és az erózió mértéke egymástól független, a diabeticákból eltávolítottakon vagy erős erózió volt látható erős lerakódásképződéssel, vagy semmilyen reactio. Közös vonás volt az egészséges teherbe esettek és a nem terhes diabeticákban képződött lerakódás között annak magasabb kén- és kloridtartalma alacsonyabb kálciumszint mellett. Az egészséges csoportban viszont a kalcium depozíció legalább 20%-ban fordult elő. A jelenségek magyarázatául a diabeteses anyagcserezavarnak az intrauterin milieu-re gyakorolt hatását tételezik fel. Több szulfhidril csoportot tartalmazó enzim is részt vesz a glukóz hasznosításában a humán endometriumban, ami a diabeticákban észlelt fokozott szulfátlerakódást eredményezhette. A magas teherbe esési arányt a fibrinolitikus aktivitás egészségesekben IUE viselésekor észlelt fokozódásának elmaradása okozhatta a diabeteses asszonyokban.

Összességében az eddigi vizsgálatok nem világítják meg az IUE-t viselő nők magasabb terhességi rátájának okát.

[Ref.: A cikkírók is említik a kombinált orális fogamzásgátlók (OF) cerebro- és cardiovascularis szövődményeit, melyet a diabetes csak súlyosbít. Ezen szövődmények kialakulásában két hatásmechaniz-

mus is szerepel: az alvadási faktorok fokozott aktivitása, illetve szintje, valamint a lipidanyagcsere kedvezőtlen változásai — szabad koleszterin és FFA szint növekedése, HDL szint csökkenése. Mindezeket a diabetes önmagában is rontja. Diabeteses asszonyoknak azonban nemcsak emiatt nem rendelhetünk kombinált OF-t, hanem, mert ezek ösztrogén komponense a szénhidrát-anyagcserét diabetogén irányba tolja el. Ha a cikk tanulságait figyelembe véve az IUE felhelyezéséről is le kell mondjunk, ez tovább nehezíti a diabeticák contraceptiójának megoldását.]

ifj. Zalányi Sámuel dr.

Hypotonia a terhességben: betegség, differentialdiagnosis, következtetések. K. Goeschen, és mtsai (Abteilung für Geburtsmedizin des Krankenhauses Berlin—Neukölln): Geburtsh u. Frauenheilk. 1982, *42*, 84.

A rendszeres terhesgondozás folyamán a magas vérnyomásnak megfelelő jelentőséget tulajdonít a gondozó orvos. Nem mondhatjuk el ugyanezt az alacsony vérnyomásról, melynek pathológiás voltáról, illetve határértékéről sem alakult ki egységes nézet. A szakirodalomban pedig többen is felhívták a figyelmet arra, hogy alacsony vérnyomás mellett a vetélések és koraszülések gyakorisága, a perinatalis mortalitas, valamint az anyai kockázat is nő. A munkacsoport ezért azt vizsgálta, hogy a fokozott magzati és anyai kockázat statisztikailag kimutatható-e, melyik a systolés vérnyomásnak az az értéke, mely alatt ez a kockázat már kimutatható, végül pedig, hogy eredményeikből milyen therapiás következtetések vonhatók le.

Klinikájuk járóbeteg-rendelésén a terhesség első és második trimesterében legalább háromszor jelentkezett asszonyokat az alábbi három csoportba osztották be: 1. Enyhe hypotoniásnak jelölték azokat, akiknek maximális systolés vérnyomása 101—110 Hgmm között, 2. súlyos hypotoniásnak azokat, akiknek 100 Hgmm alatt volt. 289 hypotoniás terhest találtak a vizsgált időszakban, a terhesség 28-ik hetéig, ez a teljes populatio 11,2%-a. Kontrollként 289 normotoniás aszszonyt választottak. A két csoport paritásában és életkorában nem találtak különbséget. Megelőző spontán abortusok gyakrabban fordultak elő a hypotoniás csoportban és a megelőző terhességből született gyermekek súlya is szignifikánsan kisebb volt. A jelen terhességben a hypotoniás csoportban sokkal gyakrabban észlelték fenyegető koraszülés jeleit és ezért a kórházi kezelés is gyakoribb volt.

A jelen szülés lefolyásában a meconiumos magzatvíz azonos gyakorisággal fordult elő, viszont suspect CTG képet a hypotoniás csoportban gyakrabban láttak, amelyet alacsonyabb magzati vér pH értékek is igazoltak. Valószínűleg ebből következik, hogy a hypotoniás anyák szülését szignifikánsan gyakrabban kellett császármetszéssel befejezni. (9%, a normotoniás csoport 2,5%-os gyakoriságával szemben). A született magzatok súlyában is szignifikáns különbség van a hypotoniás csoportok rovására mind koraszülött, mind pedig intrauterin retardált magzatok ebben a csoportban fordultak elő gyakrabban. Mindezek a különbségek mintegy összegeződnek a megszületett magzatok állapotát tekintve: gyakrabban születtek acidotikus újszülöttei a hypotoniás anyáknak, ezeknek perinatális mortalitása is magasabb volt. A gyermekágy lefolyása is kedvezőtlenebb volt. A vizsgált csoportban mind anaemia, mind lázas állapot gyakrabban fordult elő a hypotoniás asszonyok között.

Therapiás lehetőségek közül a sympathomimeticumokat csak az asympaticotonusos regulációzavar eseteire ajánlják, míg a dihydroergot alkaloidokat széles körben javasolják, mivel ezek nemcsak az artériákat, hanem a vénákat is szűkítik, így csökkentik a vénás rendszerben pangó vér mennyiségét.

Összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a terhességben jelentkező hypotonia az anyai rizikó és a perinatalis mortalitás statisztikailag kimutatható fokozódásával jár, ezért ezzel mint kórképpel számolnunk kell, és megfelelően kezelni is szükséges.

ifj. Zalányi Sámuel dr.

Az oedema praemenstruale diagnosztikája. Kaulhausen, K. és mtsai (Frauenklinik der Med. Hochschule Hannover): Dtsch. med. Wschr. 1982, *107*, 1148.

Az oedema praemenstruale (o. p.) a cyclustól függően lép fel lokálisan vagy generalizáltan, a késői lutealis fázisban és rendszerint egyéb (endokrinológiai, cardiovascularis, vegetatív, dermatológiai) zavarok is kísérhetik, amelyek a szabályos vérzés bekövetkeztekor jellegzetesen eltűnnek. A kóroktani tényezőnek az oestrogen-gestagen egyensúly zavara, a plasma-prolactinszint fokozódása a luteális fázisban. valamint a renin-angiotensin-aldosteron rendszer változásai tekinthetők.

Az o. p. általában a nők 28—72%-ában észlelhető; a szövetek vízszaporulata főleg az arcon, szemhéjon, kézen, ritkábban az alsó végtagon és az emlőn jelentkezik; az utóbbihoz sorolandó a nők mintegy harmadában mutatkozó mastodynia is. A cyclus második felében jelentkező súlytöbbletet és puffadtságérzést is az o. p. okozza, amely a nők csaknem negyedrészében észlelhető.

Az o. p. megkülönböztető kórismézében alapvető, hogy kizárólag a lutealis fázisban lép fel és a bekövetkező menstruatio alatt eltűnik. Az anamnesisben különös figyelemmel kell rákérdezni gyógyszerek szedésére (saluretica, laxantia abusus) és a megfigyelés alatt 4—6 hétig a gyógyszerek elkerülésére, továbbá egyéb szervek: szív, vese, máj, pajzsmirigy (myxoedema) állapotára, a vérnyomás álló- és fekvőhelyzetben való mérésére, a lábszárvénák és a nyirokutak állapotára (lymphodema, lipoedema), több cykluson át reggel az alaphőmérséklet mérésére, reggel-este ruházat nélkül a hólyagürítés után a testsúly ellenőrzésére.

Az alapos anamnesist és klinikai megfigyeléseket a labor. vizsgálatok egészítik ki: Na, K, Cl, carbamid, kreatinin, serum-összfehérje, vizeletüledék a korlátozott veseműködés kizárására. Ha az anamnesisben szív-, májbetegségre utaló jel van, EKG, mellkas rtg.-felvétel, továbbá serumaminotransferase (transaminase) aktivitás meghatározása szükséges. A hypokalaemia a diuretica vagy laxantia abusus lehetőségére figyelmeztethet. Mivel a hypothyreosis keretében myxoedema léphet fel, ennek klinikai gyanúja esetén a trijódthyrosin, thyroxin meghatározása, valamint a TRH-teszt vizsgálata indikált. Ha a corpus luteum elégtelenségére utaló tünetek (alaphőmérséklet görbe, cyclus anamnesis) mutatkoznának, ajánlatos két plasma-progesteron-meghatározás végzése a 18—24. cyclusnapon. A legtöbb vizsgáló szerint a plasma prolactin-, valamint a renin-angiotensin-szint rutinszerű meghatározása nem ad értékelhető eltérést.

Az o. p. elkülönítendő a cyclicus oedema egyéb (közti vagy alatti) formáitól. A tisztázatlan eredetű ún. „idiopathiás oedema" a cyclustól teljesen független, a napközben 1,4 kg felüli súlytöbblettel jelentkezhet és orthostatikus jellegű.

ifj. Pastinszky István dr.

A ritodrin koncentráció az anyai és magzati szérumban és a magzatvízben. Van Lierde, M., Thomas, K. (Physiology of Human Reproduction Unit, Department of Obstetrics and Gynecology University of Louvain Brussels): J. Perinat. Med. 1982, *10*, 119.

Nyolc, önként vállalkozó terhes nő szérumában, a magzatvízben és a magzat vérében határozták meg a ritodrin hydrochlorid koncentrációját radioimmun módszerrel. (A ritodrin $béta_2$-receptor stimuláló, az uterust ellazító szer.) Az elektív császármetszés előtt két órán keresztül adtak iv. infúzió formájában 420 μg/kg ritodrint. Az infúzió alatt 30 percenként vettek az anyától perifériás vénás vérmintát. Altatás után az infúziót megszüntették. A műtét során a következő helyekről vettek vérmintát: anyai perifériás véna, méhvéna, köldök-

artéria és -véna, magzatvíz. A ritodrin koncentrációk a császármetszés időpontjában: anyai vénás vér 54,2 ± 11,8 ng/ml, méhvénából nyert vér 37,5 ± 10,3 ng/ml, köldökartéria 15,8 ± 4,9 ng/ml, köldökvéna 16,6 ± 8,9 ng/ml, magzatvíz 15,2 ± 8,7 ng/ml. Szignifikáns volt a differencia ($p < 0,02$) az anyai vénás vér és a méh vénás vére között. Ez a különbség valószínűleg a placentán történt áthaladásból származik. Az átlagérték a köldök és az anyai vénában 0,30 ± 0,13 ng/ml volt. A hasonló ritodrin koncentráció a magzatvízben, a köldökartériából és -vénából nyert savóban azt jelenti, hogy ezt az anyagot a magzat nem bontja le.

Molnár Dénes dr.

Vajúdás alatt előesett köldökzsinór kímélete. Z. Katz, M. Lancet, R. Borenstein (Dept. of Gynec, Kaplan Hospital Rehovet, Israel, Med. School of the Hebrew University and Hadassah, Jerusalem, Israel): Am. J. Obst. Gynec. 1982, *142*, 239.

Bár az utóbbi évtizedekben a perinatális mortalitás egyre inkább csökkenő tendenciát mutat, a köldökzsinór-előesés okozta magzati halálozás mégis 9—49% között ingadozik. Ilyen esetekben nyilván elsőrendű teendő, hogy a magzat mielőbb megszülessen, a természetes úton, vagy ha ennek a feltételei nincsenek meg, az anya minél hamarabb műtőasztalra kerüljön a császármetszés elvégzése végett.

Köldökzsinór-előesés esetén a klasszikus módszerrel szemben, melynek értelmében a terhest térdkönyök, vagy Trendelenburg-helyzetbe hozzák és ujjal felnyomják az elölfekvő részt, a szerzők újabb módszert alkalmaznak sikeresen. Ennek két lényeges momentuma van: egyrészt katéterrel 500—700 ml izotóniás sóoldatot juttatnak a hólyagba, ezáltal állandó nyomást gyakorolva az elölfekvő részre, hogy az minél kisebb mértékben komprimálja az előesett köldökzsinórt. Azonos időben tokolysist alkalmaznak. Esetükben Ritodrine nevezetű készítménnyel (500 ml 5%-os glucose, 5 mg hatóanyag, 40—60 cseppszámmal percenként). Ugyanakkor testhőmérsékletű nedves tampont helyeznek a hüvelybe. Természetesen végig kardiotokográphfal monitorizálják a terhest. Mihelyt a műtéttel a peritoneum megnyitásáig jutottak, kiürítik a hólyagot és megszüntetik a tokolysist.

12 köldökzsinór-előesésnél alkalmazták a módszert. 10 páciensnél a Ritodrine bekötésétől számított 5—10 percen belül teljes tokolysist értek el, kettőnél maradtak csupán rendszertelen contractiók.

12 esetből nem volt magzati halálozás, sőt, az 1—5 perces Apgar értékek 7—10 között ingadoztak. Egy esetben atonia lépett fel, ami azonban iv. oxytocin adására rögtön rendeződött.

A szerzők állítják, hogy az általuk alkalmazott kombinált módszer előnye abban áll, hogy ezalatt gyorsan elő lehet készíteni a terhest a műtéthez, egyúttal prophilaktikus is a módszer, ha hosszabb ideig kell szállítani a szülőnőt a műtőig.

Pető Zsolt dr.

Az intrauterin növekedési retardáció ismétlődése. Tejani, N. A. (Dept. of Obstet and Gynecol., Nassau County Med. Center, 2201 Hempstead Turnpike East Meadow, NY 11554): Obstetrics and Gynecology 1982, *59*, 329.

A szerző 28, első terhességéből dysmaturust világra hozó anya második és harmadik terhességéből származó 32 újszülött között vizsgálta dysmaturitás gyakoriságát, ill. az intrauterin növekedési retardatio ismétlődését. Az ismételt terhességekből megszülető gyermekek között a kis súlyúak gyakorisága 44% volt, a dysmaturusoké pedig 28%. Újabb dysmaturus születésének a lehetősége különösen magas volt, ha az anya anamnézisében praeeclampsia, chronikus hypertonia, drog-abusus vagy dohányzás szerepelt. 12 anya terhessége tünetmentes volt, közülük hárman szültek ismét intrauterin sorvadt újszülöttet (25%). Konklúzióként a szerző megállapítja, hogy azok az asszonyok, akik dysmaturust szültek, várhatóan magas arányban hoznak a világra ismét kis súlyú, mégpedig elsősorban dysmaturus újszülöttet. Ez különösen érvényes az általa vizsgált betegségekben szenvedő terhesekre és a dohányosokra, de a terhesség alatt tünetmentes asszonyok között is gyakrabban ismétlődik az intrauterin sorvadás. Az ismétlődés veszélye a tünetmentes terhesekben individuálisan nehezen jósolható meg.

Tóth Péter dr.

Petefészektumort utánzó ileummalignomák. Boga, K., Radulescu, C., Schuller, L. (Szülészet-Nőgyógyászati Klinika, Marosvásárhely, Románia): Revista de obstetrica si ginecologie, 1981, *3*, 319.

A nőgyógyászok gyakran találkoznak a műtéteik során nem genitális eredetű daganatokkal, amelyek azonban belső nemi szervi tumor diagnózisa miatt kerülnek műtétre. Ezek többnyire mesenteriális, cseplesz, bél- és ectopiás veseeredetűek.

A béleredetű daganatok közül rendszerint a sigma, a coecum és a rectum tumorok téveszthetők össze leginkább a genitális eredetűekkel. Ezekkel szemben a vékonybél jó- és rosszindulatú daganatai általában ritkák, de az ileum tumorok még inkább.

A szerzők ismertetik a tárgy körébe tartozó irodalmi adatokat, melyek szerint például *Campione és Fontana* 1270 emésztőszervi daganatból 6 jejunum és csak 2 ileum daganatot talált. Az irodalmi adatok szerint a gyomor-béltraktus daganatai közül kevesebb mint 2% a vékonybél eredetű és ezek is jórészt benignusak. Irodalmi ritkaságnak számítanak az ileum rosszindulatú daganatai.

A marosvásárhelyi Szülészet-Nőgyógyászati Klinika 14 éves statisztikájában (1967—1980) 3 ileum malignomát operáltak, mindhárom esetben a műtéti beavatkozás ovarialis tumor miatt történt.

Részletesen ismertetik a három esetet, mely szerint mindhárom nő belosztályról került klinikájukra, ahol teljes kivizsgálással kizárták az emésztőszervi elváltozást. Mindhárom betegnek melénája volt, s egyben ez a tünet képezte az egyetlen béleredetű elváltozást. Mint később kiderült, a daganatok nem szűkítették be a lument, tehát nem volt obstruktív jellegük. Azonban mindháromnál nagyfokú vashiányos anémiát találtak. A kórszövettani vizsgálat egy esetben vékonybél adenocarcinomát, két esetben vékonybél leiomyosarcomát diagnosztizált.

A szerzők felhívják a nőgyógyászok figyelmét az említett hármas tünetegyüttesre: kismedencei ovariális daganatnak imponáló elváltozás, meléna, és nagyfokú anaemia, melyek esetében mindig kell gondolni béleredetű tumorra.

Hangsúlyozzák, hogy minden nőgyógyász-sebésznek otthonosnak kell lennie a határterületek sebészetében is, hogyha a közölt három esethez hasonló meglepetéssel találkoznának, meg tudják oldani.

Pető Zsolt dr.

A petevezeték elektromos aktivitása a menstruációs ciklus alatt. Talo, A., Pulkkinen, M. O. (Laboratory of Animal Physology, Dep. of Biology and Dep. of Obst. and Gynec., University of Turku, Finland): Amer. J. Obst. 1982, *142*, 135.

A szerzők huszonkét, 27—55 év közötti nő 25 petevezetékének elektromos aktivitását vizsgálták a menstruációs ciklus különböző napjain, illetve a tubák különböző helyein.

A valamilyen oknál fogva, műtét útján eltávolított petevezetékeket oxigenizált Ringer-oldatba helyezték és egyidejűleg 6 izolált silicon elektróddal vezették el a keletkezett potenciálokat. Előzetesen azonban meghatározták az illető petevezeték ciklusának a napját, jórészt az endometrium szövettani vizsgálatával. Az elektromos aktivitást 30—45 percig regisztrálták. Az észlelt legnagyobb feszültségek 0,2—0,7 mV között ingadoztak, s az aktivitást szalagon rögzítették.

A tuba különböző szakaszain és a menstruációs ciklus különböző napjain más-más formájú és nagyságú feszültségeket regisztráltak. Közvetlenül az ovuláció előtt az elektromos aktivitás a tuba közepe irányába növekszik, mindkét vég felől, amit összefüggésbe hoznak a szerzők azzal a ténnyel, hogy ez a potenciálnövekedés elősegítené mind a petesejt, mind a spermiumok vándorlását a petevezeték középső szakaszának az irányába, ahol megtörténhet a megtermékenyülés. Az ovuláció után az ampulláris rész elektromos aktivitása gyengébb, de erősödik az ampuloisthmikus junctiónál, s ennél magasabb csipke potenciálokat észleltek az intramurális rész közelében. Mindez magyarázza — állítják a szerzők, hogy ekkor történik a megtermékenyített petesejt vándorlása a méh üregének az irányába, melyet az említett, az uterus felé erősödő elektromos aktivitás nagymértékben befolyásol.

Az in vivo állatkísérletek, amelyeket nyulakon és egekeren végeztek, hasonló eredményeket adtak az in vitro humán jelenségekkel.

Végezetül levonják a következtetést kísérleteikből, s az észleltek alapján állítják, hogy ezen élettani megfigyelések nagy segítséget nyújthatnak a petevezeték mikrochirurgiájában, s így a tubáris eredetű sterilitás megoldásának a lehetőségeihez.

Pető Zsolt dr.

A magzati echocardiographia jelentősége az intrauterin congestiv szívelégtelenség felismerésében. Kleinmann, C. S. és mtsai (Division of Pediatric Cardiology, Yale University School of Medicine, New Haven, Conn. USA): New Engl. J. Med. 1982, *306*, 568.

Az Rh-isoimmunisatio csökkenésével a magzati hydrops nem-immunológiai okai mindinkább az érdeklődés előterébe kerülnek. Az ún. „nonimmun hydrops fetalis", amelynek mortalitása 50—95% között mozog, három fő okra vezethető vissza: intrauterin anaemia, intrauterin hypoproteinaemia és magzati szívelégtelenség.

A szerzők 13 olyan magzat echocardiographiás vizsgálatát végezték el, ahol a rutin terhességi ultrahangvizsgálat hydropsot igazolt. Az echocardiographia kétdimenziós, ill. TM-eljárással történt. A 13 eset közül tízben találtak szívfejlődési rendellenességet (Fallot-tetralógia, nagyér transpositio, kamrai septum defectus stb.), coronaria emboliát masszív myocardialis infarctussal, valamint ritmuszavarokat (pitvarlebegés, paroxysmalis tachycardia, komplett szívblokk). A praenatalis diagnózist nyolc esetben a bonclelet is megerősítette. A két túlélő magzat közül az egyik esetben a supraventricularis tachycardiát transplacentaris digoxin terápiával sikerült in utero leküzdeni, míg a másik esetben a magzat pitvarlebegését császármetszés után cardioversióval szüntették meg.

Az irodalom adatai alapján összefoglalják azokat a magzati, placentáris és anyai patológiás tényezőket, amelyek a nem-immunológiai eredetű magzati hydrops kialakulását eredményezhetik. Mint anyagukból kitűnik, ezek között vezető helyet foglalnak el a magzat cardiovascularis rendellenességei. Ezért tartják fontosnak az echocardiographiás vizsgálatok elvégzését sonographiával igazolt magzati hydrops esetében. Az így nyert információk egyrészt hozzásegítenek a kórkép okainak jobb megismeréséhez, másrészt ritmuszavarok esetén lehetővé teszik a prenatalis terápiát és ezáltal a rendkívül magas halálozási arány csökkentését.

Gardó Sándor dr.

Congenitalis hydronephrosis műtétje magzaton. Harrison, M. R. és mtsai (Fetal Treatment Program, University of California, San Francisco): New Engl. J. Med. 1982, *306*, 591.

Az ultrahang-diagnosztika ma már számos fejlődési rendellenesség méhen belüli felismerését teszi lehetővé, terápiás beavatkozásra azonban csak kevés esetben van mód. Különösen problematikusak a magzaton végzett sebészi beavatkozások, mivel azokra többnyire csak a terhes méh megnyitása útján kerülhet sor és ezt követően rendkívül megnő a spontán vetélés, ill. a koraszülés veszélye. Az anaesthesiológiai és sebészeti technika fejlődése és a hatásos tokolytikus gyógyszerek elterjedésének eredményeképpen napjainkban már nem kilátástalan a méhűr megnyitása után a terhesség sikeres kiviselése. A szerzők egy ilyen esetükről számolnak be.

Egy 18 éves primigravidánál a terhesség 20. hetében ultrahangvizsgálattal oligohydramnionit, súlyos kétoldali hydronephrosist és hydrouretert, valamint tágult húgyhólyagot diagnosztizáltak. A magzat megmentése érdekében egyetlen műtéti megoldás, tehermentesítő ureterostomia jött szóba. A terhes előtt feltárták a tervezett műtét anyai és magzati veszélyeit, aki ezek ismeretében is beleegyezett az operációba. A beavatkozásra a gestatio 21. hetében került sor. A méh elülső falán ejtett hysterotomiás metszésen át közelítették meg a magzatot és elvégezték a kétoldali ureterostomiát. A műtét utáni kórlefolyás zavartalan volt, a magzati vesék compressiója megszűnt, a magzat jól fejlődött, az anya három hónapot otthonában töltött.

A 35. héten kontrakciók kezdődtek és sikertelen tokolysis után császármetszéssel Apgar 1-es állapotban megszületett a 2300 g súlyú fiúmagzat, aki kilencórás intenzív kezelés ellenére légzési elégtelenség miatt meghalt. Az újszülöttön észlelt vázrendszeri deformitásokat a súlyos oligohydramnion következményének tartják. Boncolásnál hypoplasiás tüdőket, komplett urethra occlusiót találtak. A kicsiny dysmorphiás vesék a Potter IV. típusú cystikus dysplasia jeleit mutatták.

A műtét eredeti célját, a magzat megmentését nem érte el. A beavatkozáskor a vesék károsodása ugyanis már valószínűleg irreverzibilis volt. Bebizonyította viszont, hogy a terhesség sikeres kihordása reményében van lehetőség bizonyos magzati fejlődési rendellenességek in utero sebészi korrekciójára. Tekintettel azonban a komoly anyai és magzati veszélyekre, ilyen műtét nagyon alapos megfontolás után, megfelelő feltételek esetén, csakis olyan esetekben kísérelhető meg, ahol annak várható haszna a kockázat nagyságával arányban áll.

Gardó Sándor dr.

Ismételt transabdominalis renocentezis magzati hydronephrosis esetén. Kirkinen, P. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, University of Oulu, Fin-Am. J. Obstet. Gynecol. 1982, *142*, 1049.

A szerzők 32 éves asszonyról számolnak be, aki negyedik terhességének 28. hetében került klinikai kivizsgálásra a terhességi korhoz képest lényegesen magasabb symphysis-fundus távolság miatt. A magzat ultrahangvizsgálata során a bal vese helyén egy 8 cm átmérőjű cystikus képletet találtak, amelynek alapján fetalis hydronephrosis lehetősége merült fel. A jobb vese nagysága és elhelyezkedése normális volt. Tekintettel arra, hogy a képlet átmérője egy hét alatt 13 cm-re növekedett, a terhesnek kifejezett hasi fájdalmai voltak és kontrakciói kezdődtek, transabdominalis renocentezist végeztek, amelynek során 400 ml szalmasárga folyadékot távolítottak el. A punctatum biokémiai vizsgálata magzati vizeletet igazolt. A punctiót 6—9 napos időszakonként még négyszer megismételték, az aspirált vizelet mennyisége 350—700 ml között volt esetenként.

Spontán burokrepedés után a terhes a 36. gestatiós héten 3770 g súlyú fiúmagzatot szült. Az angiographiás vizsgálat megerősítette a hydronephrosis gyanúját, ezért a szülést követő második napon műtétet végeztek. A műtét során 3 cm-es ureter atresiát és teljes vesekéreg necrosist észleltek, ezért az érintett bal vesét eltávolították. A csecsemő a műtét után zavartalanul fejlődik. Életét az ismételten végzett vesepunctióknak köszönheti, mivel ezek nélkül nemcsak a koraszülés következett vol-

na be nagy valószínűséggel, hanem a hydronephrotikus vese rupturája is annak minden következményével együtt. Tudomásuk szerint hasonló sikeres kimenetelű esetről eddig még nem számoltak be az irodalomban.

Gardó Sándor dr.

Allergológia

Terjedő betegség-e az asztma? Williams, H. J. R. (Van Etten Hospital, Room 612, Pelham Parkway and Rochester Road, Bronx, New York 10461, USA): Lung, 1982, *160*, 115.

Az asztmára változékonysága a jellemző. A betegség lefolyása egyéni és széles körű. Ma úgy gondoljuk, hogy az asztma egyre terjedőbb betegség. Ez azonban nem mindig van így. Sok gyermek, amint idősebb lesz, „kinövi" az asztmát. Sok betegben azonban az évek múlásával rosszabbodnak e betegség tünetei, egyre több kezelésre kerül sor és a gyógyszerek is elvesztik hatékonyságukat. Világos, hogy a légutak túlérzékenységét mind több ágens okozza, amit a folyamatos expozíció még inkább fokoz. Így az asztma egyre jobban terjed, általában azonban reverzibilis módon. Két tényező szól az asztma terjedése mellett. Az egyik: nagyon sok asztmás beteg csak sok éven át tartó betegség után kerül kórházba. Ritkaságszámban jut a beteg asztmájának az első évében intézetbe. Még ritkább az olyan beteg, akiben csak sok évig tartó betegség után keletkezik végzetes, vagy közel végzetes asztmás roham. Ha ez megtörténik, mégis gyakori a visszaesés. Mit jelen ez? Talán azt, hogy minél öregebb lesz az ember, az asztma azért rosszabbodik, mert az alapbetegség romlik vagy a tüdő elöregszik. Ha ez így lenne, akkor az asztma első jelentkezésekor az öregekben súlyosabb lenne, mint a fiatalokban. Pedig ez nem igaz. Vagy talán hozzászokik a beteg a gyógyszerekhez? Látszólag sok asztmás beteg rezisztens lesz a corticosteroidokra, az asztma pedig rosszabbodik. Kevés a bizonyíték arra, hogy a hörgőtágító szerek alkalmazása tartós adagolás esetén jelentősen csökkentené a légutakban a béta-receptorok hatékonyságát. Ha ez így lenne, bizonyára sok orvos csökkentené a gyógyszerek adagolását. Másik lehetőség a kezelés ellenzésére: ha a folyamatosan adagolt hörgőtágító szerek a légutak simaizmaiban túlburiánzáshoz vezetnének, ezek a gyógyszerek súlyosbíthatnák a légutak szűkületét. Ebben az esetben arra kellene törekednünk, hogy csak olyan kezelést alkalmazzunk, ami a légútellenállást a minimumra csökkentse, hogy fenntarthassuk a maximális csúcs kilégzési áramlást. Ez lenne a helyes eljárás az asztma leküzdésében. Azonban még sok gyógyszerrel végzett kísérlet szükséges ahhoz, hogy ezt a célt elérhessük. Sok biomedikális, immunológiai és gyógyszertani vizsgálat, az asztma alapvető kérdéseinek: természetének és lefolyásának a megismerése vár még arra, hogy ezt a problémát megvalósíthassuk. Ezek egyike-másika talán klinikai és gyógyszertani megfigyelésekkel talán megválaszolható lesz. Nem elhanyagolható ezek között a beteg érzelmi állapota. Sok orvosnak az a meggyőződése, hogy a lelki tényezők képesek előidézni, jobb vagy rosszabb irányba terelni az asztmát. De a tudomány sok ágához hasonlóan a precíz kísérleti elemzés dacol a helyes megoldással.

Pongor Ferenc dr.

A légutak fokozott összehúzódási érzékenysége és az allergia. Laitinen, L. A. (Forschungsanstalt für Marinemedizin, Zentrales Militärkrankenhaus I., Mannerheimintie 164, SF—00280 Helsinki 28, Finland): Praxis und Klinik der Pneumologie, 1982, *36*, 1.

A hörgőasztmát 1902-ig az idegrendszer betegségének tartották, amíg az anaphylaxiát fel nem ismerték. Ez a fogalom az idegrendszer kóros állapotát és a szellemi élet érzékenységét jelentette. *Dixon* és mtsa 1902-ben észlelte először, hogy a vagus ideg izgatása a légutak szűkületét okozta. *Meltzer* 1910-ben mutatta ki, hogy egyes betegekben néhány allergén anaphylaxiás reakciót: szénanáthát okozhat. Az „allergia" szó használatát *Pirquet* 1906-ban javasolta először. Így alakult ki az allergológia. Már a következő évben is sejtették, hogy az allergia a betegségek egész sorát, így pl. epilepsziát is okozhatja. Még ugyanebben az évtizedben kételkedni kezdtek abban, hogy az allergia egyetlen kóroki tényezője lenne az asztmának. *Rackemann* 1918-ban 150 asztmás betegének csupán az egynegyedében talált kórokozóként specifikus allergént. Mai felfogás szerint is sok asztmás betegben nem lehet bizonyítani az antigen-antitest reakciót. Így kezdték el vizsgálni az asztmás betegekben a légutak fokozott összehúzódási érzékenységét és annak a mechanizmusát. Ki is mutatták, hogy van egy cholinerg anyag, a vagus ideg transmittere, ami az asztmás betegekben könnyebben összehúzta a légutakat, mint az egészséges emberekben. Ezt aztán több elmélettel magyarázták. Ezek közül a legtöbben *Nadel* 1973-ban közölt elméletét fogadták el, amely szerint a légutakban a gyorsan adaptálódó receptorok érzékenységemelkedése egy fokozott bronchomotoros reflexet okoz. Ezek a receptorok a légutak falában és azok efferens rostjai a vagus idegben találhatók. Hisztamin, mechanikai inger és por izgatja a receptorokat, egy reflexíven át növeli a légutak simaizmaiban a vagus-efferens aktivitást. Ezt a folyamatot a vagus ideg átvágásával vagy atropinszulfáttal állatkísérletekben, emberekben pedig ugyancsak atropinszulfáttal meg lehetett akadályozni. Ezt a reflexelméletet alátámasztották azok a megfigyelések is, amelyek szerint a légutak vírusfertőzése az egészséges emberekben átmenetileg a hisztamin és a citromsav ingerhatását fokozta. Ezt azzal magyarázták, hogy a vírusok a légutak hámját károsították és így a légutakban a gyorsan adaptálódó receptorokat érzékenyebbekké tették. A légutak összehúzódását az atropinszulfát ugyancsak gátolta. Ez arra utalt, hogy a postganglionos, cholinerg idegrostok lehettek felelősek az ilyen emberekben a légutak fokozott érzékenységéért. Így sikerült az egészséges emberek légutaiban egy ideiglenes fokozott aktivitást kimutatni, akikben az ózon a légutak hámjának a károsodását okozta. 1980-ban ugyancsak *Holzmann* és mtsai azt is kimutatták, hogy a hörgő fokozott aktivitását okozó mechanizmus a parasympathikus reflexív melyik helyén zajlik le. Adataik szerint az atopiás emberekben a hörgő fokozott aktivitása a parasympathikus reflexívnek a gangliontól távolabbi efferens részében, vagy a légutak simaizmaiban megy végbe.

A fenti elméletet 1980-ban egy bostoni kutatócsoport, *Breslin* és mtsai kétségbe vonták. Ők ugyanis összehasonlították az atropinnal és a dinatrium-cromoglycattal okozott gátló hatást a hideg levegővel vagy a megerőltető munkával kiváltott légútösszehúzódással. Meglepetésükre az atropin hatástalannak, a dinatrium-cromoglycat viszont jó gátló hatásúnak bizonyult. A dinatrium-cromoglycat ugyanis gátolta a hízósejtekből kiszabadult transmitter-anyagokat, amelyek a hízósejtek hártyáján az antigén-antitest reakció eredményeként keletkeztek. A hideg levegő, vagy a megerőltető munka után a hörgőösszehúzódást tehát nem a vagusreflex, hanem a hízósejtekből kiszabadult transmitter okozta. Ezt azzal is meg lehetett magyarázni, hogy a dinatrium-cromoglycatnak más volt a mechanizmusa, mint a hízósejtek hártyájának a stabilizáló hatása. Ezt az elméletet mások is megerősítették: egyes gyógyszerek direkt úton hatnak a simaizmokra; a dinatrium-cromoglycat indirekt úton lebontja a ciklikus adenosin-monophosphatot és gátolja annak a lebontását elősegítő enzimnek: a phosphodiesternek a hatását. Az eddigi kutatások arra mutattak, hogy az egyes asztmás betegekben észlelt, az IgE útján közvetített antigén-antitest reakció és a légutak fokozott reaktivitása nem egymástól függő, hanem egymástól független jelenség. Ha az előző reakció után a transmitter szabadon a légutakba került, az illető-

nek kevés klinikai tünetei lettek, ha légútjai nem túlságosan voltak reaktívak. Ezeket az embereket egyéb atopiásokként és nem asztmásokként kell gyógyítani. Másrészt egyes emberek légútjai pl. vírusfertőzés után túlságosan reaktívak lehetnek, hörgőik azonban nem húzódnak össze, hacsak azok légútjait valami külső inger, pl. dohányfüst nem érte. A hörgő-hyperreaktivitás, az allergia és az asztma egy egységet képez, ezeknek a felderítése azonban még további sok kutatómunkát igényel.

Pongor Ferenc dr.

Asthma bronchiale, melynek oka: sertésvizelettel szembeni allergia. Harries, M. G., Cromwell, O. (Department of Medicine, Guy's Hospital and Department of Allergy and Clinical Immunology, Cardiothoracic Institute, London, Anglia): Brit. Med. J. 1982, *284*, 867.

A szerzők érdekes megfigyelésüket közlik: asthmás rohamot észleltek betegükön, sertésekkel való találkozás során.

21 éves, előzőleg ekzemás nőbetegük agrármérnök-hallgató, aki rendszeresen sportol. Tudtával 3 éves kora óta nem volt rohamokban jelentkező nehézlégzése. Másodéves hallgató volt, amikor gyakorlati foglalkozáson sertéstelepre vitték. Innen 2—3 perc múlva el kellett távoznia, mert úgy érezte, hogy légzése megnehezül, mintha „plasztikzsákot húztak volna a fejére". Légzése kb. 1 óra alatt rendeződött, azonban ekzemája pár percen belül erősen viszketni kezdett. 1 év múlva, miközben egy sertés laparotomiájában segédkezett, ismét dyspnoessé vált; az addig eltelt időszakban viszont teljesen tünetmentes volt (közben nem érintkezett sertésekkel). Az elvégzett bőrreactio pozitív volt fűvel, valamint ló-, macska-, kutya- és sertéskivonattal szemben. Kellőképpen filtrált és steril sertésvizelet-oldattal pozitív volt a bőrpróba, sőt, ennek egyperces belégzése 70%-kal csökkentette az erőltetett kilégzéses volument; ugyanez a csökkenés Intal-védelemben mindössze 28%-os volt. Emellett a beteg vérében a sertésvizelet-kivonattal szembeni specifikus IgE-antitesteket is ki lehetett mutatni.

Ismert, hogy az egerek, patkányok, tengerimalacok, és nyulak vizeletének bizonyos proteinjei inhalálva asthmás rohamot okozhatnak. Betegük sertésvizelettel szembeni sensitivitása valószínűsíti, hogy más emlősök vizelete is okozhat asthmás rohamot az ő esetében, annál inkább, mert ekzemája is az allergiás diathesis fennállására utal.

Major László dr.

A theophyllin hatása az allergiás asztmára. Kügler, D. és mtsa (Karl-Hansen-Klinik für Atemwegserkrankungen und Allergie, Bad-Lippsringe): Praxis und Klinik der Pneumologie. 1982, *36*, 27.

A theophylinnek már több mint 40 éve jelentős szerepe van a különböző eredetű asztma kezelésében. Ennek ellenére optimális adagja még ma is bizonytalan. Általános felfogás szerint kedvező terápiás adagja 10—20 mg/l savószint között mozog. A szerzők a theophyllin optimális adagjának az allergiás asztmára való hatását vizsgálták oly módon, hogy a vizsgálat előtt megmérték 8 betegnek a tüdőfunkcióját, éspedig a vitálkapacitást, a Tiffenau-értéket és a légútellenállást. Ezután a betegekkel testsúly-kilogrammonként 1,5, 3, ill. 6 mg theophyllint itattak meg vízben vagy gyümölcslében, majd 2 óra múlva vért vettek tőlük a theophyllint-szint meghatározására. A vérsavó theophyllin-szintje 1,5 mg/kg theophyllin beadása után 2 óra múlva minimum 2,2 mg/l, maximum 4,5 mg/l, középértékben 3,48 mg/l; 3 mg/kg beadása után minimum 4,1 mg/l, maximum 7,6 mg/l, középértékben 5,95 mg/l; 6 mg/kg beadása után minimum 7,7 mg/l, maximum 14 mg/l, középértékben pedig 11,25 mg/l volt.

A vérvétel után közvetlenül különböző allergénekkel: ürömmel, rozslisztt el, égerfaporral, macskahámmal, a fű virágporával olyan alacsony töménységű allergén-aeroszollal lélegeztették a betegeket, ami hörgőgörcsöt még nem okozott. Az allergének adagjának az emelése egyre fokozta a hörgőszűkületet. Az allergének adagját kezdetben csak addig emelték, amíg az az oszcillációs légút-ellenállást legalább 20%-kal nem csökkentette. Ezt az értéket vették kiindulási alapnak. Ezután az allergének adagját tovább emelték és megfigyelték, hogy a theophyllin egyre nagyobb adagja hogyan csökkenti az oszcillációs légút-ellenállást. Az egyes allergének adagját csak addig emelték, amíg az oszcillációs légút-ellenállás 50%-kal nem csökkent. Megállapították, hogy minél nagyobb volt a theophyllin adagja, annál jobban csökkent az oszcillációs légút-ellenállás. Teljes védelmet azonban a theophyllin legnagyobb adagja sem nyújtott. A theophyllin egyszeri nagy adagja mellékhatást: remegést, a gyomorban nyomásérzést, nyugtalanságot, szívdobogást csak kismértékben és átmenetileg okozott. A theophyllin tehát már alacsony, 3 mg/l vérszint esetén is védelmet nyújtott az allergének ellen. Ez a hatás nagyobb theophyllin adaggal még fokozható volt. Tartós kezeléskor azonban a theophyllin nagy adagja, ami pl. 20 mg/l vérszinttel jár, már komoly mellékhatásokat okozhat. Ezért ilyen esetben a theophyllin vérszint folyamatos ellenőrzése szükséges.

Pongor Ferenc dr.

Éjjel egy adagban bevett retard aminophyllin megelőzi az éjszakai asthmás nehézlégzést. Barnes, P. J. és mtsai (Resp. Division, Department of Med., Hammersmith Hospital, London): Lancet, 1982, *I*, 299.

Asthma bronchiales betegek éjszakai nehézlégzésének megelőzésére és kezelésére az utóbbi években elhúzódó felszívódású (slow release) oralis theophyllin-készítményekkel közöltek részleges, kedvező eredményeket. Ezekben eddig nem figyelték a gyógyszer plazmakoncentrációját.

A szerzők 12 (5 nő és 7 férfi), átlag 42 éves, hörgőtágítókra reverzibilis obstrukciójú, rendszeresen éjszaka spastikus, asthmás betegükön tanulmányozták éjszaka egy adagban bevett, oralis retard aminophyllinkészítmény (Phyllocontin, Napp) hatását kettős vakkísérletben. Nagy gondot fordítottak a hatásos és kielégítő plazmakoncentráció elérésére (10 órával a bevétel után, kb. 10 mg/l aminophyllin), és ezért a klinikai kísérletek előkészítő szakaszában a bevétel utáni 4—6 óra közt és 10 órával meghatározták magasnyomású folyadék-chromatographiával az aminophyllin koncentrációját. Ennek alapján állapították meg egyénenként a beveendő gyógyszeradagot, ami testsúly-kilogrammonként 9,1—11,4 mg aminophyllin tablettát jelentett.

A klinikai kísérlet 4 hétig tartott és ebből 2—2 hétig gyógyszert vagy placebót kaptak a betegek. Éjszaka 23^h-kor a vizsgálatokban gyakorlott betegeken Wright peak flow meterrel határozták meg háromszor a kilégzés csúcsáramlási sebességét, majd salbutamol zsebporlasztóból történt kétszeri szippantás után 10 perccel ezt megismételték. Ezután vették be a tablettákat. Ébredés után (reggel 6—8 óra közt) ismét megmérték a kilégzési csúcsáramlási sebességet salbutamol előtt és után. A betegek számoltak be az éjszakai panaszok gyakoriságáról és súlyosságáról, valamint az esetleg szükségessé vált éjszakai salbutamol szippantások számáról. Az eredményeket statisztikailag is értékelték. A reggel mért csúcsáramlási érték jelentősen ($p < 0{,}001$) magasabb volt aminophyllin használata után, mint placebo esetén, míg az éjszakai értékek nem különböztek. Hasonlóan jelentős különbség volt a placebósok éjszakai és reggeli csúcsáramlási értékei között (utóbbi magasabb), míg a gyógyszeres csoportban elmaradt a reggeli áramlás-csökkenés. Mindkét csoportban jelentős csúcsáramlási növekedést észleltek salbutamol után éjszaka és reggel is. A csúcsáramlási sebesség abszolút értéke azonban a gyógyszeres időszakban szignifi-

kánsan magasabb (396 l/min), mint a placebo csoportban (358 l/perc) és mivel az áramlási sebességnövekedés a két csoportban azonosnak bizonyult, a szerzők úgy vélik, hogy a salbutamol és aminophyllin hatása összegeződött.

A fenti dózisban adott aminophyllin minden esetben csökkentette a betegek éjszakai fulladásos panaszait és kóros mellékhatást nem okozott.

Vargha Géza dr.

Alvás közben észlelt szabálytalan légzés és hypoxaemia chronikus asthmásokon. Catterall, J. R. és mtsai (Dept. of Medicine and Respiratory Medicine, Royal Infirmary and City Hospital, Edinburgh): Lancet, 1982, *I*, 301.

A szerzők összehasonlították 10 reverzibilis obstrukciójú, viszonylag stabil állapotban levő chronikus asthmás betegük (3 nő, 7 férfi) arteriás oxigénsaturatiójának és légzésének alvás közbeni változását 10 hasonló korú egészséges egyénével. Átlag életkoruk 40,5 év és a vizsgálat előtti 6 héten belül nem volt heveny asthmás rohamuk. Hétnek volt pozitív cutan próbája és ötnek a családi anamnesisében fordult elő atopia. Ugyancsak ötnek volt rendszeres éjszakai nehézlégzése, négyen szedtek rendszeresen kis dózisú prednisolont, kettő használt dinatrium chromoglikátot. A vizsgálat előtti 6 órán belül nem használtak béta-izgatókat.

A légzést részben a száj és az orrnyílás előtt elhelyezett hőérzékelő áramlásmérővel, részben az elülső 3. bordaközben elhelyezett, mellkasi kitérést regisztráló stetographfal ellenőrizték. Az oxigénsaturatio mérése fül-oximéterrel történt. Az alvás mélységét EEG-vel, electrooculogrammal (EOG) és elektromyographfal (EMG) ellenőrizték.

A két csoport teljes alvási idejének hossza nem különbözött jelentősen és átlag 6,2 óra volt. Nem különbözött a két csoport REM és non REM időszakának hossza sem, míg az EEG szerinti 0 és 1 alvási szakasz aszthmásokon hosszabb volt. A légzéstípus az alvási idő nagyobb része alatt meglehetősen szabályosnak mutatkozott. Az irregularis légzésű időszakokat három csoportba sorolták: apnoe, hypopnoe és hyperpnoe. Ezek idejét összeadták. Asthmásokon átlag 52,1 perc, míg a kontrollokon 24,2 perc szabálytalan légzést észleltek. Utóbbiaknál ezt több mint 99%-ban hypopnoe képezte, míg asthmásokon a hypopnoe 50,4%-át és a hyperpnoe 9,5%-át képezte az irregularis légzésnek. A kontroll csoportban észlelt 11 apnoes epizód mind centrális típusúnak imponált, míg a betegeken ez 93%-ban fordult elő. Az apnoe előfordulása az életkor növekedésével gyakoribbá vált. A legtöbb irregularis légzést a REM szakaszban észlelték.

A betegek arteriás oxigénsaturatiójának átlaga eredetileg 95,4%, míg a kontrolloké 97%. Alvás közben több mint 4%-os csökkenést 9 asthmáson és 4 egészséges kontrollon észleltek. A betegek alvás közben mért legalacsonyabb saturatioértékének átlaga 58%, a kontrolloké 92,8%. A hypoxaemiás epizódok a betegcsoportban éjszakánként 0—7 alkalommal, a kontrollokon 0—1 alkalommal léptek fel. A kontrollok 4 hypoxaemiás epizódja a REM alvási periódusban volt észlelhető, míg a betegeken ugyanebben a szakaszban csak 57%-ban és 22%-ban a non REM alvásnak rövid 0 és 1 periódusokkal megszakított, 11%-ban egyenletes 0 és 1 alvási periódusban és ugyancsak 11%-ban megszakíthatatlan non REM alvás közben volt észlelhető. A betegek 8 hypoxaemiás epizódja normális légzéssel, 8 apnoeval, 10 hypopnoeval és 1 hyperpnoeval járt. A mellkasi mozgáskitérések is csökkentek a hypoxaemiás periódusokban. Az alvás közbeni hypoxaemia súlyossága összefüggött az ébrenléti oxigénsaturatio-értékkel, viszont nem találtak összefüggést az alvás előtt és ébredés után mért FEV_1 változás és az alvási saturatiocsökkenés között.

Vargha Géza dr.

Megfigyelések az asthmás betegekről a gyermekkortól 21 éves korukig: a beteg és a betegségi tudata. Martin, A. J., Lindau, L. I., Phelan, P. D. (Királyi Gyermekkórház Tüdőosztálya, Melbourne, Australia): Brit. Med. Jour. 1982, *284*, 380.

Beszámolójukban 336, akkor 21 éves beteg adatait dolgozták fel, akiknek asthmájáról általában 7 éve volt tudomásuk. Ismereteik betegségükről nagyon homályosak voltak, főleg azok hanyagolták el panaszaikat, akiknél a tünetek ritkán jelentkeznek. A betegeik felerészben, akiknek gyakrabban volt asthmás rohama, egyharmada pedig, akiken status asthmatikus fejlődött ki, egyaránt használtak különböző aerosol készítményeket, de nem észlelték ezek káros mellékhatásait. Általában a betegek $^3/_4$ része, akik gyakran szenvedtek rohamban és a $^2/_5$ része, akiknél ismétlődő status asthmaticus jelentkezett, nem részesültek megfelelő kezelésben. Ez utóbbiak lényeges részét elvesztették munkaidejüknek, hasonló mértékben kénytelenek voltak a sportolásról is lemondani. A dohányzás közöttük feltűnően magas volt, a cigarettaszívóknál ez a köpetmennyiség fokozódásához vezetett.

A beteganyagot Melbourne-ben 30 000 iskolás gyermek közül találomra választották ki. Közülük 371 volt akkor 7 éves (1964-ben). A későbbi években (1964—68-ig) további 83-nál jelentkeztek tünetek, sorsukat 21 éves korukig követték. Ellenőrzésük 342 esetben részletes kivizsgálásból állt, 50 fő telefonon számolt be állapotáról, 16 megkérdezett pedig levélben.

A válaszok alapján a betegeket 4 csoportba sorolták. „W" csoport: a nehézlégzés gyermek- és serdülőkorban kezdődött, de 3 éve tünetmentesek. „X" csoport: 21 éves koruk előtt 3 évig voltak rohamaik, de a felmérés előtti 3 hónapban tünetmentesek. „Y" csoport: rohamaik még 21 éves korban is jelentkeztek, de nem voltak gyakoriak és hosszan tartóak. „Z" csoport: gyakori és tartós rohamok jelentkeztek. Anyagukat részletesen elemezték, hogy milyen mellékkörülmények váltották ki vagy kísérték a rohamaikat? Megfázás, emóciók, infekciók, allergének stb.? Válaszukban meg kellett adni, hogy milyen gyógyszereket és milyen eredménnyel használtak. Általában a W csoport nem részesült gyógyszeres kezelésben, az X csoport bronchodilatatorokat kapott, az Y csoport a bronchodilatatorok mellé időszakosan chromoglykat készítményeket vagy inhalációs steroid készítményeket kapott, a Z csoportban a bronchodilatatorokon és a chromoglykat készítményeken kívül, a betegek hosszabb-rövidebb ideig oralis steroid kezelésben is részesültek.

Megállapításuk szerint a betegek 79%-a nem megfelelő kezelésben részesült. A Z csoportból 22%, az Y csoportból 49% egyáltalán nem részesült orvosi kezelésben. Szakorvosi kezelést pedig a legsúlyosabb Z csoport betegeinek csak egynegyede kapott, 41% pedig nem kielégítő gyógyszeres kezelésben részesült.

A Z csoport betegeinek 22%-ánál az asthma jelentősen befolyásolta a foglalkozás megválasztását. A csoport betegeinek 3%-a a megelőző két évben, légúti megbetegedés miatt több mint 2 hetet hiányzott általában munkahelyéről, 36%-ban pedig az életbiztosítás megkötésével voltak nehézségeik. Ugyanakkor a kontroll és az asthmás csoport betegei közül az iskola befejezése után ugyanolyan arányú volt a továbbtanulók száma. Az X csoportból 15%, az Y súlyossági fokba tartozók közül 20%, a Z csoportba tartozók közül 34% hagyott fel a korábbi sportolási és egyéb fizikai aktivitással, mert nehézlégzés jelentkezett. A terheléses tesztek és a fizikai munka abbahagyása között szoros összefüggés volt észlelhető.

Vizsgálataik azt mutatták, hogy sok asthma bronchialéban szenvedő fiatal felnőtt, akiknek a betegsége gyermekkorban kezdődött, nem érti meg igazán a betegség lényegét, nincs tudatában a gyógyszerek túlzott használatából származó veszélyeknek, nem részesül megfelelő kezelésben. Döntő feladatként adják meg a felvilágosítást, aggasztóan sokat dohányoznak, mert nincsenek tisztában hör-

gőik görcskészségével. Bár a béta-2 receptor izgató gyógyszereknek nincsen olyan káros hatása a szívre, mint a korábban alkalmazott szimpatomimetikumoknak, de ezek túlzott használata még mindig komoly veszélyforrást jelent. A felvilágosítás csökkentheti a dohányzás gyakoriságát és így ezek a gyerekek és tinédzserek ha felnőnek, remélhetőleg kevésbé alakul majd ki náluk krónikus obstruktív tüdőbetegség.

Szántó Endre dr.

A terheléses asthma (exercise-induced) védelme salbutamol (Ventolin) por Rotahalator inhalátor segítségével. Scherrer, M., Kyd, K. (Egyetemi belklinika pneumonológiai osztálya, Bern): Schw. med. Wschr. 1981, *111*, 1643.

A 70-es évek eleje óta az asthma bronchiale kezelésében az adrenalin alkalmazását egyéb adrenerg farmakonok, melyeket aerosol formájában lehet alkalmazni, kiszorították. Kezdetben különböző isoprenalin készítményeket adtak, zseb-aerosol készülékek segítségével, később salbutamol, terbutalin, fenoterol béta-szelektív szimpatikomimetikumokat adtak oldat alakjában, ugyancsak aerosolban. Az anyagokat fluor-szén-hidrogénben (freon) oldották. A freon azonban nem közömbös anyag, előfordul freon-dependentia, túladagolásnál pedig halálos aritmiához vezethet. Később Spinhaler néven egy újabb insufflatort vezettek be, ami por alakjában ezzel a módszerrel az anyagot teljes mértékben eljuttatja a mélyebb légutakba. A különböző dinatrium-chromoglykat (Lomudal, Intal) vegyületeket már így alkalmazzák, mert ehhez segédhajtó-anyagra nincs szükség. Az új Rotahaler, a salbutamol inhalációjához alkalmas a Spinhalerhez hasonló principiumon nyugszik.

A szerzők a salbutamol-Rotahaler alkalmazásának védőhatását vizsgálták, standardizált mozgás után, asthma bronchialeban. Beteganyagukban 11 férfi és 4 nő szerepel, 15—53 év közötti korban, akik nem dohányoztak és kardiális szempontból egészségesek voltak. A terhelés 10% emelkedést mutató futópályán történt, amíg pulzusszámuk 180/min-ra emelkedett. Salbutamol védelemben ez a pulzus frequentia emelkedés később következett be. Valószínűleg a salbutamol hatására a bronchus-spasmus enyhült, a légzési izomterhelés és ezzel összefüggésben az O_2-fogyasztás csökkent. A 15 beteg közül salbutamol mellett 12 betegnél nem jelentkezett nehézlégzés, sőt a FEV érték egészen 93%-ig emelkedett, mellékhatást mint tachycardia, remegés, nyugtalanság vagy porbelégzés hatására köhögés nem jelentkezett. Vizsgálataik kapcsán 14 esetben kifejezett asthmaprofilaxist észleltek.

Megfigyeléseiket kiterjesztették a salbutamol Rotahaler alkalmazásával úgy, hogy 0,4 mg-ot adtak por formájában és az aerosol kezeléssel, amikor 0,2 mg-ot juttattak a légutakba. A két módszer között szignifikáns különbséget nem észleltek.

Figyelmeztetnek, hogy a salbutamol por, ha azt rendszeresen engedélyezik, abúzushoz vezethet. Veszélyes melléktünetek jelentkezhetnek pl. theophyllinnel való kombinációval, máskor a nem inhalációs, hanem az oralis vagy parenteralis béta-2 stimulátorokkal. A monotherapiát azonban a salbutamol inhalációs kezelésénél nem tartják feltétlenül betartandónak. Ilyenkor a nap folyamán egyéb inhalálható antiasthmaticumokat is adnak: cromolyn, iaptropin, beclomethason készítmények alkalmasak erre. Megállapították, hogy ennek a modern therapiának az eredményeként az asthmások felszabadulnak a testi megerőltetés révén kiváltott rohamoktól, sőt sportra vagy akár nagy teljesítményű sportfeladatokra is képesek.

Szántó Endre dr.

Nátrium cromoglycat nazális oldat és por összehasonlító vizsgálata allergiás rhinitis kezelésében. Resta, O. és mtsai (Chair of Resp. Physiopathol., Univ. Bari): Br. J. Clin. P. 1982, *36*, 3, 94.

39 allergiás rhinitises beteget kezeltek 4 héten át nátrium cromoglycat oldattal, porral, illetve placebóval, s az eredményeket összehasonlították. A placebóval összevetve mind az oldat, mind a por hatékonynak bizonyult. Azon betegeknél, akiknél a klinikai képet a tüsszögés, orrfolyás dominálta, a por használata látszott előnyösebbnek, feltehetően azért, mert jobban megtapad az orr üregeiben, szemben a folyadékkal, mely a váladékkal gyorsabban kiürül. Akiknél viszont a dugulás, a nazális obstrukció volt a vezető tünet, az oldat volt hatásosabb, nyilván annak az orr nyálkahártyáján való jobb eloszlása folytán. Mindkét szer meggyőzően növelte az orrüregek levegőátáramlását, melynek mérésére a SGAW -t használták, tartván e paramétert szenzitívebbnek a nazális FEV_1 értéknél. Egyik kiszerelés alkalmazása esetében sem észleltek említésre méltó mellékhatást.

Horváth Tibor dr.

Idiopathiás anaphylactoid reakciók. Sale, S. R., Greenberger, P. A, Patterson, R. (Northwest. Univ. Med. School. 303 E Chicago Ave. Chicago Il 60611): JAMA 1981, *246*, 2336.

Az utóbbi időben ismertté váltak olyan esetek, amelyekben az anaphylaxiás reakciót kiváltó antigént kimutatni nem sikerült. A szerzők 31 betegüket ismertetik (6—78 éves korig), akiken a létrejött anaphylaxiához hasonló életveszélyes állapotot kimutatható antigén hiányában idiopathiásnak tartották.

Tünetek: syncope, hypotonia, nehézlégzés, felső légúti obstructio, angiooedema, urticaria. A csoportban nem szerepelnek asthmások. A betegek közül ötnek nem voltak bőrtünetei. Egy betegen általában a reakció többszöri visszatérését észlelték. 164 betegévre számítva 210 rohamot tapasztaltak.

A laboratóriumi vizsgálatok, étrendelemzés, bőrpróbák nem nyújtottak segítséget, de az ilyen irányban vizsgált 15 beteg közül 12-n atopiát találtak.

A kezelés sympathomimetikus szerek, antihistaminok, szükség esetén prednisolon. Tíz betegen a tünetek kezelés nélkül visszafejlődtek.

Nő—férfi arány: 1,6:1. A betegek anaphylactoid rohama 86%-ban életveszélyesnek mondható, 14%-ban enyhébb volt. Haláleset nem fordult elő. A betegek 68%-ában az első roham volt a legsúlyosabb. A további lefolyás, illetve a rohamok visszatérése nagy változatosságot mutatott.

Balogh Péter dr.

Mikrobiológia és fertőző betegségek

Az infectologia aktualitása: fokozódó jelentősége a klinikumban és a gyakorlatban. M. Alexander (Abt. für Inn. med. mit Schwerpunkt Infectionskrankheiten der Med. Klin. u. Poliklin. d. Freien Univ. Charlottenburg, Berlin): Münch. med. Wschr. 1982, *124*, 111.

A nagy járványok visszavonulása és az antibiotikus therápia alkalmazása egy ideig csökkentette az érdeklődést (az USA-ban és az NSZK-ban) a fertőző betegségek iránt. Ez annál is inkább indokolatlan, mert az általános gyakorlatban és a munkanapok kiesését illetően az összes betegség között a fertőző betegségek a leggyakoribbak.

Lényeges különbség van a bejelentésre kötelezett fertőző betegségek és az olyan betegségek között, amelyek az általános gyakorlatban, ill. valamely körzeti kórházban szerepet játszanak. Néhány „újabb", állatról emberre terjedő fertőzésről, behurcolt trópusi és bélféreg betegségről is tudomást kell szereznünk.

Az infectologia jelentősége. A fertőző betegségeket egyáltalán nem sikerült kiirtani, ezzel szemben eddig ismeretlen vagy eddig emberre apathogénnek tartott kórokozók bukkannak fel ismételten, amelyek klinikai kórjelekkel és súlyos epidémiákkal járnak (légionárius-betegség). További figyelmeztetést jelent a nemzetközi utasforgalom, a populációk internaciona-

lizálódása. Mindez szükségessé teszi, hogy a gyakorló orvosok olyan betegségeket is, mint a malária, lepra, bilharziázis, rickettsiosis, valamint a tuberculosis különböző formái, felismerjék és adott esetben kezeljék. Az antibiotikus therápia — számos új készítmény ellenére és a kórokozók gyors resistentia fejlődése miatt — nem lett egyszerűbb és ma az orvostudomány minden területén megkívánja a tapasztalt szakemberek tanácsait. A kórházak nosocomiális fertőzései egyre több gondot jelentenek. Mind az USA-ban, mind az NSZK-ban, minden 5—10. beteg inficiálódik a kórházakban, vagyis a kórházi fertőzések a leggyakoribb betegségek közé tartoznak.

Jóllehet, az operatív szakmákban és az apparatív medicinában (mesterséges lélegeztetés, művese, endoscopia, szívkatheterezés, cytostatikus therápia) nagy eredmények születtek, ma sajnos gyakoriak az olyan fertőzések, amelyek végül is a beteg halálához vezetnek.

Az USA-ban mindezt felismerték az utóbbi években és ma már minden egyetemen fertőző osztályok működnek a bel- és a gyermekklinikákon. Az Amerikai Belgyógyász Társaság az infectologiát is elismerte részterületként a haematologia, a gastroenterologia és a cardiologia mellett.

Az infectologia feladatai. Az NSZK-ban is sürgetővé vált, hogy ezen a fontos területen előrelépjenek és biztosítsák az utánpótlást. A klinikai infectologia feladata a fertőző betegségek felismerése és kezelése, más szakmákban dolgozó kollégák támogatása az infectológiai diagnosztikában és a therápiában, a kórházhygiénére vonatkozó tanácsadás, a trópusi betegségek felismerése, kezelése, a társadalom részére szolgáló tanácsok a külföldi utazások során és a védőoltásokra vonatkozóan.

A klinikai infectologusoknak belés gyermekgyógyászati továbbképzésük mellett tanulmányozni kell a mikrobiológia, az immunológia, a hygiéne, a virológia, a pharmacologia szakterületeit is. Így vihetik előre szakterületükön a kutatást a teoretikusokkal közös munkában.

Kiemelkedő feladata a klinikai infectologiának a medikusok oktatása, a fiatal orvosok továbbképzése, a körzeti orvosok és az eü. személyzet képzése az infectologiában és hygiénében. A klinikai infectologia tehát igen fontos részterület nemcsak a szervekre vonatkozóan, hanem az egész embert illetően is és minden más szakterülettel kooperál (neurologia, dermatológia, fül-orr-gégészet, szemészet stb.)

Gyakran szükséges pl. a fertőző betegségek és a toxikus jelenségek elkülönítése is („spanyol olajbetegség", „margarinbetegség", májkárosodások, Guillain—Barré-syndroma). Kívánatos, hogy elsajátítsák az intenzív medicina ismereteit és a súlyos betegek kezelésének készségét (meningo-encephalitis, sepsis, miliaris tbc, coma hepaticum). Ilyen szempontból a fiatal orvosok tevékenysége a fertőzőosztályokon nagyon változatos és kielégítő, mert a legtöbb esetben az életveszélyes állapotokból is lehetséges a restitutio ad integrum.

Az USA-ban 20 évvel ezelőtt csak 3 fertőző osztály volt, ma a fertőző szakcsoportnak 1000 tagja van és számuk egyre fokozódik. Az NSZK-ban a fejlődés kezdetén vannak, de várható, hogy ez tovább fokozódik. Felelősséget éreznek a lakosság ellátásáért, a kutatásokért, az orvosok, az ápolószemélyzet és az eü. segédszemélyzet kiképzéséért, továbbképzéséért.

[Ref.: a prospektív gondolatok minden bizonnyal serkentően hatnak mindazokra, akik szívükön viselik a fertőző, ill. lázas betegségek ismert és ismeretlen (itt-ott csaknem elfelejtett) színes világának korszerű fejlődését.]

Barna Kornél dr.

Influenza 1981—82. Barclay, W. R. (Szerkesztőségi közlemény). JAMA 1981, *246*, 1445.

Ez a kis közlemény az Egyesült Államok illetékes bizottságának a javaslatait ismerteti az 1981—82. évi szezonban végzendő influenzavakcinálásokkal kapcsolatban. Az előző szezonban az influenza A (Bangkok/1)79 (H3N2) törzshöz hasonló vírustörzseg voltak a legelterjedtebbek, de minthogy H1N1 antigénszerkezetű törzsekkel is kellett számolni, a megnevezett törzsön kívül még egy influenza A vírustörzset, a Brazil/78 (H7N1) jelzésűt is bevezették az 1981—82. évi, tömegesen gyártott oltóanyagba. Ezen kívül egy újabb influenza B törzset, a Singapore/79 jelzésűt is beépítették. **(Az előző** adatokat l. régebbi referátumainkban: Orv. Hetil. 1981, *122*, 1212. és 1859. o.)

Továbbra is azt javasolják, hogy a 65 éven felülieket és a krónikus betegeket oltsák. Aki a 30. életévét betöltötte, annak az immunállapota olyan, hogy egyetlen oltásra is kellő im**munválaszt ad**, de a fiatalabbak közül azoknak, akik 1978 és 1980 között nem kaptak legalább két oltást, indokoltnak tartanak egy másik adagot is. A rendelkezésre álló vakcina legnagyobb része a teljes virion szuszpenziójából áll, van azonban olyan oltóanyag is, amely csak az immunizálásért felelős antigeneket (hemagglutinin és neuraminidáz) tartalmazza, s mentes a virion egyéb alkatrészeitől. Ezt a vakcinát gyermekeknek ajánlják, mert lázkeltő hatása még a virion-vakcina ilyen hatásánál is enyh**ébb.**

A mellékhatás általában enyhe: az oltás helyén halvány pír, általános reakcióként pedig enyhe hőemelkedés és kellemetlen közérzet fordulhat elő. Bár teratogén hatást nem észleltek, mégsem javasolják az oltást a terhesség első trimesterében. Az utóbbi években oltási szövődményként emlegetett Guillain—Barré-syndromáról azt tartják, hogy oltás utáni előfordulásának valószínűsége elhanyagolható. Ritkábban **jelentkezik**, mint influenzás meg**betegedéssel** kapcsolatban.

Farkas Elek dr.

Herpes simplex virus encephalitis. Klinikai értékelés. Whitley, R. J. és mtsai (National Institute of Allergy, Microbiol. and Cancer Center, University of Alabama): JAMA, 1982, *247*, 317.

A herpes virus meningoencephalitis (h. s. v. m. e.) kórismézét 113 betegben vírusizolálás alapján állították fel. A betegség előfordulása kortól, nemtől, szezontól független volt. Vezető tünetek: változatos, a lokalizációtól függő góctünetek, aphasia, tudatzavar, mentális károsodás. Hasznos diagnosztikus útmutatással szolgál az EEG vizsgálat és a computer tomographia. Már a virológiai bizonyító vizsgálatok eredményének ismerete előtt ezekkel a módszerekkel az esetek 83%-ában helyes diagnózist állítottak fel. A betegek 22%-ának anamnesisében szerepelt h. s. v. fertőzés. A liquorban alacsony sejtszámot, magas fehérjeértéket találtak. Differenciáldiagnosztikai szempontból a legbiztosabb adatot az agybiopsia szolgáltatja — a vírusizolálás mellett. Remélhető, hogy a biopsiás vizsgálatot kíméletesebb módszerek fogják kiszorítani.

Farkas Éva dr.

Herpes simplex vírus encephalitis. Szerkesztőségi cikk. Sam u Ho Harter, D. H. (Northestern University Chicago): JAMA 1982, *247*, 337.

A herpesvírusok a gazdasejt (hort cell) magjában replikálódnak. Mind a herpesvírusok, mind a varicella-zoster, cytomegalovírus és az Epstein—Barr-vírus iniciál affectiót és a latens infectio fellángolását okozhatják. A herpes simplex vírus -1 typusos meningoencephalitist is okozhat, a herpes simplex -2 herpes genitalist előidézve intra partum veszélyezteti az újszülöttet. Az USA-ban és Angliában a fatális, sporadikus meningoencephalitis legfontosabb kórokozója a herpes simplex vírus 1. A reaktivált vírus valószínűleg a n. trigeminus és a n. olfactorius mentén jut a homloklebenybe. Pathológiailag haemorrhagiás vagy nekrotikus jellegű a gyulladás. Eeosinophil, intranuclearis zárványtesteket lehet látni a neuronokban, de ezek nem jellemzőek. Az ellenanyag magas szintje recurrens cután, sőt, inapparens infectiónál is megtalálható. A vírus kimutatása a liquorban nem mindig eredményes. Vírusizolálás eredményes az agybiopsziás anyag-

ból leoltott szövettenyészetből. A temporális lebenyből nyert szövet erre a legalkalmasabb. Therápiás eredményt remélnek a Vidarabin infusiótól, bő folyadékbevitellel. Az agyoedema kivédésére diureticumokkal kombinálják. Súlyos beteg altatását a biopszia elvégzéséhez túl nagy kockázatnak tartják — a therápiát negatív virológiai vizsgálati eredmény esetén is a fenti módszer szerint alkalmazzák.

Farkas Éva dr.

A mononucleosis infectiosa folyamán fellépett heregyulladás. Cottin, X., Terrier, P., Excler, J. L. (Service de Pédiatrie, Hôpital Debrousse, 29, rue Soeur-Bouvier, 69005 Lyon): Pédiatrie, 1981, *36*, 451.

A mononucleosis infectiosának (m. i.) számos szövődménye ismeretes, az orchi-epidimyditis (o. e.) azonban kevésbé ismert és nagyon ritka. A szerzők egy 10 éves gyermeken észlelték ennek jelentkezését és részletesen ismertetik a betegség lefolyását, a klinikai tüneteket, a kezelést és a laboratóriumi adatokat.

A szövődmény ritka voltával kapcsolatban kiemelik, hogy megelőzően az irodalomban csak 5 eset volt ismert, azok is felnőttek voltak. Felléphet már a betegség első napján, de egy hónappal később is, vagy mint esetükben, a második hét végén. Lehet egy vagy kétoldali. Betegüknél a hemiscrotum többszörösére megnagyobbodott, meleg, fájdalmas, a fájdalom tapintáskor még kifejezettebb. Többnyire orchitisről van szó, de epidimyditis is gyakran társul hozzá. A lokális elváltozások heteken át fennállhatnak, a fájdalom még 2 hónapig is megmaradhat. Hereatrófia veszélye fennáll, az azoospermiát herebiopszia után a spermogram bizonyítja. A herékben — klinikai tünetek nélkül is — ki lehet mutatni a véredények körül a limfocitás infiltrációt, tehát az alapbetegség részjelensége, nem szövődmény.

A m. i. kórokozója az Epstein—Barr vírus. A kórkép diagnózisát a közismert klinikai tünetek mellett a biológiai-laboratóriumi adatok (a vérképben limfo- és monociták, a pozitív enzimpróbák: GOT, GPT, 5'nucleotidase, anti-VCA IgG, anti-VCA IgM, anti-EBNA ellenanyagok) megerősítik.

Az o. e. kezelése: ágynyugalom, lokálisan szuszpenzor alkalmazása, nem steroid eredetű gyulladáscsökkentők. Ezek értéke szerény.

Kövér Béla dr.

Veszettség Svájcban 1967—1978 között. Steck, F., Wandeler, A., Nydegger, B. (Veter. Bakt. Inst. Univ. 3000 Bern): Schweiz. Arch. Tierheilk. 1981, *122*, 605.

Veszettséget Svájcban évtizedeken keresztül nem észleltek, az első állati veszettség 1967-ben következett be, a járvány Ausztrián és Nyugat-Németországon át terjedt rá Svájcra. Az eddig feljegyzett esetek közül 7% rókán, 11% más vad állaton (pl. őz, nyúl, menyét, nyest) és 12% háziállatokon, főleg macskán, borjún és birkán jött létre. Ezek az adatok nagyjából megfelelnek más ország adatainak. Az intenzív védoltási kampány következtében, a kutyák között sok fertőzés nem jött létre, s a szilvatikus epizootia nem vált urbánussá. A fenti időszakban 3 ember halt meg veszettség miatt, a fertőzés átvivői szarvas, kutya és macska voltak.

Nikodemusz István dr.

A Campylobacter enteritis klinikai aspektusai. G. Rögler és mtsai (II. Inn. Abt. Rudolf Virchow Krankenhaus, Berlin etc.) Münch. med. Wschr. 1982, *24*, 117.

A heveny hasmenés a leggyakoribb betegségek egyike, kóroki tisztázásuk azonban csak 10—20% között sikerül. A diagnosztika évtizedek óta a Shigella és Salmonella csírák kimutatására vagy kizárására korlátozódik, ami annyit jelent, hogy csak a bakteriális vérhas vagy salmonella enteritis kóroka tisztázódik. Az új módszerek alkalmazása világszerte az akut gastroenteritis syndromák új aetiológiáját derítették fel.

1946-ban egy epidemia során az enteritises betegek székletéből kimutatott „vibrioszerű organizmus" és a betegség között összefüggést tételeztek fel. 1947-ben tenyésztették ki emberből az állatorvostanban már 1913 óta ismert Vibrio fetust. Ebből a speciesből származott a Campylobacter (C) genus, amely biokémiai és tenyésztési sajátosságait illetően alapvetően különbözik a vibrióktól. A C fetusnak 3 subspeciese van: C fetus, -intestinalis, -jejuni. Humán vonatkozásban, a túlnyomóan immun-compromittált egyének lázas, systemás betegségei során a haemoculturából a C intestinalis, a sporadikus hasmenésben szenvedő betegek székletéből (ritkábban véréből) a C jejuni izolálható.

1977-ben és 1979-ben *Skirrow, Butzlar* és *Skirrow* ismertették a C fetus kóroki jelentőségét az akut hasmenésekben, majd ezt követően egyes amerikai, kanadai, svéd, angol, svájci centrumok tapasztalatai is megerősítették, hogy a C jejuni aetiológiai szerepe a heveny gastroenteritisben meghaladja a salmonella, shigella összesített kóroki jelentőségét. Az NSZK-ban 1980-ban hívták fel először a figyelmet ennek fontosságára. Azóta rutinszerűen szerepel a C fetus vizsgálata az akut gastroenteritisek diagnosztikus programjában.

113, heveny hasmenés miatt felvett felnőtt beteg székletét vizsgálták. 15 beteg (13%) — 9 férfi, 6 nő — széklettenyésztése C fetus pozitív volt. Familiaris contact esetről nem tudnak; 7 beteg állatcontaktust (kutya, macska) említett, az állatok széklete azonban C negatív volt. Szezonális összefüggést nem állapítottak meg, az esetek többsége a nyár végén fordult elő.

A betegek 1/3-ában borzongás, fejfájás, végtagfájdalom, levertség vezette be a panaszokat — a hasmenés előtt. Ez a prodroma legfeljebb 32 óráig tartott. Már a prodromában — vagy anélkül — alhasi fájdalom kezdődött, mely a hasmenés után is órákig — néha több napig — tartott. Székletürítés nélküli tenesmus nem fordult elő. Nyolc beteg tartós gyengeségről, émelygésről, szédülésről, látászavarról panaszkodott.

11 beteg már a felvétel előtti napokban lázas (38,5 °C) volt; előfordult, hogy a prodroma óráiban kezdődött a láz és a hasmenés jelentkezéséig tartott, máskor a diarrhoeával együtt jelentkezett, de láztalanul lezajló eseteket is észleltek. Fizikai vizsgálatkor a diffúz hasi nyomásérzékenység a colon lefutásának megfelelően volt kifejezett (egy ízben sebészi consiliumra is sor került, de a peritoneális kórjelek hiányoztak). A napi 2—20 hasmenés általában 2—7 napig tartott. Exsiccosis nem fordult elő. 9 beteg vvs. süllyedése kissé emelkedett, a fvs szám — toxikus granuláció nélkül és néha balratolódással, egy ízben eosinofiliával — a 11 000-t nem haladta meg. 3 esetben fokozott volt a vizelet és serum lipase szint — a pancreasra vonatkozó panasz nélkül.

Therápia: 11 beteg — a folyadék és elektrolyt pótláson kívül — a felvételkor két evőkanál ricinust kapott, abban a reményben, hogy hashajtóval a toxinokat és a kórokozókat gyorsabban eliminálják.

5 beteg hasmenése prompt megszűnt, ahogy azt az ételmérgezésben látják; 6 beteg hasmenésének csökkenése késett.

Spasmolyticumot, analgeticumot, lázcsillapítót nem adtak; egy ízben volt szükség parenterális folyadékpótlásra. 6 beteg székletét ellenőrizték az első után 7—10 nappal, egynek volt C-fetus pozitív tenyészete.

Észlelésük alapján a klinikai tünetek — csökkenő gyakorisággal — a következők: diarrhoea, hasi fájdalom, láz, hasi nyomásérzékenység, vérrel kevert széklet, hányás. Két kórformát figyeltek meg: a dysenteriform és gastroenteritises formát. Mindkettő együttes tünetei: a láz, a hasmenés, a görcsös hasfájás és nyomásérzékenység, a relatíve alacsonyabb fvs szám és enyhe eosinofilia.

A dysenteriform esetekben: prodroma, a láz és hasi panaszok, ill. hasmenés közötti intervallum, vérrel kevert széklet és a fokozott vvs. süllyedés dominált. A gastroenteritises formában: hiányzott a pro-

droma és a fokozott vvt. süllyedés, a vizes hasmenés prompt javult a ricinus hatására: kezdetben hányás fordult elő. A két kórforma között több változat lehetséges. A dysenteriform kép volt a gyakoribb, egyúttal több differenciáldiagnosztikai gondot jelentett, mert a láz és hasi fájdalom — a hasmenés előtti intervallumban — többször laparotomiához vezetett; ilyenkor gyulladásos jeleket észleltek a jejunumon és a coecumon, de az appendixen nem. A véres-nyálkás hasmenés esetén colitis ulcerosa gyanúja miatt endoscopiát és radiológiai vizsgálatot végeztek. Rectoscoppal hyperaemia, oedema látszott kifekélyesedés nélkül. A histológiai kép nem specifikus gyulladást jelzett; sygmoidoscopiával és colonoscopiával gyulladásos oedemát, egy ízben a M. Crohnhoz hasonló ileitis terminalist észleltek.

Az angolszász irodalomban a histologiai képet „infectiv proctocolitisnek" említik, ami nem különíthető el sem a shigella, salmonella fertőzés okozta elváltozásoktól, sem a colitis ulcerosa akut fázisának histológiai képétől. Ilyen összefüggésben fontos a kórlefolyás megfigyelése, amely (kezelt és nem kezelt esetekben) gyors javulási tendenciájú.

A diarrrhoeás esetekben a hasi fájdalom kifejezettebb, mint a salmonellosisban vagy az enterotoxin intoxicatióban, de hiányzik a toxikus vérképelváltozás, a súlyos exsiccosis, az elektrolyt zavar és a praerenalis insufficientia. A C fertőzést más, ismert bakteriális hasmenésektől klinikailag nem lehet elkülöníteni, még akkor sem, ha a vérhasszerű tünetek a láz és a hasmenés közötti hosszabb intervallummal és a tenesmus nélküli hasi fájdalommal inkább utalnak C fertőzésre, mint dysenteriára. Az epidemiologiai anamnesis inkább enged C infectióra következtetni, mivel a szerzők hazájában ez gyakoribb, mint a vérhas.

(Ref.: A C enteritissel hazánkban is számolhatunk. A klinikai-bakteriológiai diagnosztikus szemlélet bővülésével — nem feledkezve meg természetesen a shigellosis és salmonellosis aktualitásáról — feltehetően csökken majd a tisztázatlan kórokú enteritisek egyelőre nem kis aránya. A referátum lezárása után jelent meg az Orv. Hetil. hasábjain Gellért M. és mtsai igen tanulságos klinikai-bakteriológiai észlelése a csecsemőkori C enteritisről, a modern irodalmat is átfogó prospektiv szemlélettel. Rögler, G. referált munkája a C enteritis felnőttkori vonatkozásaival foglalkozik.)

Barna Kornél dr.

Chinidin hatása a falciparum malériában. N. J. White és mtsai Lancet, 1982, 2, 1069.

Jelenleg már csak a chinidin áll rendelkezésünkre a súlyos polyrezisztens falciparum malária gyógykezelésében, sőt a thaiföldi—kambodzsai határ mentén sok chinidinrezisztens malária is előfordult már.

A chinidin hatásosságát malériában már a múlt század óta ismerik és az 1940-es évek végéig több közlemény számolt be arról, hogy a chinidin legalább olyan hatásos, mint a chinin. Állatkísérletek azt igazolják, hogy a chinidin jobban felszívódik és a vörös vértestekben magasabb koncentrációt ér el, mint a chinin.

14 falciparum malériában szenvedő beteg esetét ismertetik. Ezek napi 3 alkalommal 10 mg/kg-nak megfelelő adagban 7 napon keresztül chinidint kaptak.

Valamennyi betegük meggyógyult erre a kezelésre. 12-t 35 napig nyomon követtek, de recrudescentiát nem tapasztaltak. A betegek vérében a 12—28. nap között Pl. vivax parazitaemiát észleltek 6 esetben, melyet chlorochinnal kezeltek. Ezek a betegek olyan környezetből jöttek, ahol a Pl. vivax endemiás volt. Lehetséges, hogy már korábban megfertőződtek vivax-szal.

A chinidinnek viszonylag szűk a therapiás spectruma, potenciálisan veszélyes cardiovascularis szövődményei vannak, de ezek elsősorban akkor jelentkeznek, ha a szív beteg, vagy a gyógyszert hirtelen adják be. Vizsgálatsorozatukban mellékhatást nem észleltek, bár az az EKG a QT idő megnyúlását mutatta.

Javasolják a chinidin antimalériás gyógyszerként való használatát. Parenteralis adagolását jelenleg nem próbálták ki, de lassú iv. adása elhúzódó infúsióban valószínűleg nem veszélyes.

Ternák Gábor dr.

Pyrimethamin-sulfadoxin (Fansidar) rezistens Plasmodium falciparum malária gyógyítása. M. Reacher és mtsai. Lancet, 1981, 2, 1066.

1979 óta észlelik a Fansidar rezistens Plasmodium falciparum malária megjelenését Thaiföld keleti részében. A chlorodin rezistens malériát már 1962 óta ismerik. Ezek megjelenése gyakorlatilag lehetetlenné teszi a malária rövid, vagy egyszeri dózissal történő gyógykezelését. Chinin egyedül vagy Fansidarral kombinálva lehetővé teszi az összes polyrezistens maláriák 75—85%-ának gyógyítását. Ismeretes az is, hogy a chinidinnel kombinált tetracyclin hatásos polyrezisztens maláriák gyógyításában. A szerzők 5 csoportot alakítottak ki, hogy megvizsgálják, mely gyógyszerkombináció a legalkalmasabb a rezisztens esetek kezelésére. Az első csoport 7 napig chinint szedett (3×2 tabl. = 1,8 g só/nap), a második ugyanezt 10 napig kapta. A harmadik csoport 7 napig a chinin mellé az első napon 2—4 tabl. Fansidart kapott. A negyedik csoport tagjai a 7 napi chinin mellett 10 napig tetracyclin kezelésben részesültek (4×250 mg), míg az ötödik csoport a chinint csak 3 napig kapta a 10 napos tetracyclin kúra mellé. Összesen 169 beteget gyógykezeltek az 5 csoportban a thaiföldi határ mellett elhelyezkedő khmer menekülttáborokban. Az eredmények értékelését nehezítette, hogy nem tudták megítélni, vajon valódi recrudescentia történt-e egyes esetekben, tehát a gyógyítás kudarcáról van-e szó, vagy újrafertőződés történt.

A chinint egyedül alkalmazva azt találták, hogy csupán 2 esetben volt 7 nappal a kezelés megkezdése után malaria parazitaemia, de a gyógyult esetekben is a malaria parazitaemia clearance-e sokkal hosszabb volt a szokottnál. A betegek 1/3 részében radikális kúrát nem sikerült elérni. A chinint és Fansidárt szedő csoportban a recrudescentia aránya 1/5 volt. Azokban a betegcsoportokban, ahol a 10 napos tetracyclin kezelést akár 3, akár 7 napos chinin kezeléssel egészítették ki, a recrudescentia nem fordult elő.

Amíg újabb antimalariás gyógyszerek nem állnak rendelkezésünkre, a polyrezisztens Pl. falciparum malária gyógykezelése komplex feladat, többféle gyógyszer kombinációjára van szükség. A chinin és a tetracyclin együttes adása hatékonynak látszik.

Ternák Gábor dr.

Felnőttek B-Streptococcus sepsise. U. Camann és mtsai (Centrum Inn. med., Infektionslaboratorium der Univ. Frankfurt): Münch. med. Wschr. 1982, *124*, 113.

A B-Streptococcus septicaemia régóta ismert fertőzés új aspektusát jelenti. A B-Streptococcus (B-Str) hosszú évekig az állatorvoslás fontos — különösen a tehén mastitis — kórokozóját jelentette. 1935-ben ismertették először az emberi vizsgálati anyagból kitenyésztett B-Str-t rendszerint szüléssel és gyermekággyal kapcsolatosan. Az antibiotikus korszak előtt csak szórványos B-Str fertőzésekről olvashattunk (endocarditis, meningitis, puerperális fertőzés, sepsis). A klasszikus infectológiai kézikönyvekben is hiányoztak a B-Str-ra vonatkozó utasítások („Fertőző betegségek" c. könyvünk 1981. kiadásában mindenesetre olvashatunk a B-Str előretöréséről — *Ref.*)

1960-ban írnak először a perinatalis B-Str infectióról, majd a következő években a B-Str fertőzések fokozódó jelentőségéről informálnak újszülöttkori meningitisben és sepsisben.

Amerika, ill. Európa számos helyén az újszülöttkori infectiók leggyakoribb kórokozójának említik. Egyik legfontosabb reservoire-ját

a női genitáliák jelentik, tünetmentes terhesekben a colonisatiós érték 35%. Az újszülött a szülőcsatornákon áthaladva fertőződik, ritkábban praenatalisan az idő előtti burokrepedés során. Az infectiók szaporodásának oka ismeretlen. Nemcsak vaginális, hanem oralis csírahordozókról is tudunk. Újabban felnőttek súlyos, B-Str. fertőzéséről adnak számot, a vérkultúrák statisztikájában a pozitív tenyésztések 20%-a a felnőttekből adódott. 1957-ben a frankfurti belgyógyászati centrumban is több (tíz) B-Str-aemiát észleltek. Eseteiket elemezték és összehasonlították az irodalmi tapasztalatokkal. A kórismét a pozitív B-Str tenyésztés igazolta.

Számos didaktikus táblázattal illusztrált elemzésükből ugyancsak táblázaton foglalják össze a kórkép jellegzetességeit.

Epidemiológia: tisztázatlan, nyilvánvalóan nem antropozoonozis, nem typusos kórházi csíra.

Érintettség: előszeretettel idősebb egyének, de fiatal korban is lehetséges, gravidák.

Alapbetegségek: diabetes mellitus, malignomák, máj- és vesebetegség, alkoholizmus, resistentiát csökkentő gyógyszerek (corticosteroidok, cytostaticumok), graviditás, szülés.

Behatolási kapuk: perifériás szöveti fertőzések, húgyutak, gyermekágyas uterus, légutak (?), intestinális tractus (?), trauma (?).

Kórlefolyás: hidegrázás, magas láz, fokozott vvs. süllyedés, mérsékelt leukocytosis, septikus metastasisok lehetőségei (agyburok, endocardium, vese, ízületek, csontok).

Therápia: Penicillin G, de másfajta penicillin készítmények és cephalosporin ugyancsak hatásosak, Aminoglycosidok (egyedül), a polymyxin és tetracyclin kedvezőtlen hatásúak.

Befejezésül felhívják a figyelmet arra, hogy célszerű a B-Str fertőzések bejelentése, hogy a vérből, liquorból kitenyésztett streptococcusokat identifikálni kell, és hogy — miután a fejlődő országokban a B-Str-nak nincs jelentős szerepe — szociokulturális okok is szerepelhetnek.

Barna Kornél dr.

A légkondícionáló készülékek kezelői ki vannak-e téve fokozottabban a légionárius betegségnek? Goldman, W. D., Marr, J. S. (Bur. Preventable Dis. Dept. Hlth, New York (10013, USA): Appl. Environm. Microbiol. 1980, *40*, 114.

A szerzők 21 olyan munkás adatait vizsgálták kérdőív segítségével, akik hűtőtornyok tisztításával és porlasztó készülékekkel, valamint légkondicionáló berendezésekkel foglalkoztak. Elsősorban arra voltak tekintettel, hogy e munkásoknak voltak-e légúti betegségei, különösen tüdőgyulladásuk. Megvizsgálták ezenkívül a vérüket, vajon tartalmaz-e a Legionella pneumophila 1-es savócsoportjának megfelelő ellenanyagokat. Az adatokat összehasonlították 27 olyan munkás adataival, akik nem közvetlenül a hűtőtornyokkal, porlasztókkal és légkondicionáló berendezésekkel vannak tevékenységük során kapcsolatban (ún. alacsony veszélyeztetettségű csoport, szemben az előbbi, erősen veszélyeztetett csoporttal). Megállapították, hogy a 21 veszélyeztetett egyénből 5 mutatott 1/128-asnál magasabb ellenanyagtitert, míg a 27 alacsony veszélyeztetettségű egyénből 6. A légúti betegségek — tüdőgyulladás stb. — szempontjából sem volt a két csoport között különbség.

(Ref.: A szerzők néhány magyarázatot csatolnak közleményükhöz, a fő ok az, hogy túlságosan kevés vizsgálat alapján végezték az összehasonlítást.)

Nikodemusz István dr.

Lyme-betegség. Mallecourt, J. és mtsai (Centre Hosp., Dreux): Nouv. Presse Méd. 1982, *11*, 39.

A kullancscsípés utáni meningoradiculitisek jól ismertek Európában, de ezeket nem kísérik sem rheumatológiai, sem visceralis elváltozások, amilyeneket az USA bizonyos területein, főleg *Lyme* vidékén (Connecticut) figyeltek meg (*Steere* és mtsai, 1972). Az ilyen betegek száma azóta több mint 500 esetet haladt meg. A főleg nyáron, járványszerűen fellépő betegséget a kullancscsípés helyén fellépő erythema chr. migrans vezeti be, amit napok, hetek múlva neurológiai elváltozások (meningitis aseptica, encephalitis, agyidegbénulások és/vagy polyradiculoneuritis), átmeneti és visszatérő, főleg nagyízületi oligoarthritisek és cardialis (vezetési) zavarok kísérik. A folyamat lefolyása gyulladásos jelleget mutat. A vérsavóban és a synovialis nedvben az immunkomplexek jelenléte a kullancscsípéssel bekerült feltételezett viralis tényező okozta immunreakcióra utal. Genetikus praedispositio is valószínűnek látszik. A betegség rendszerint regresszív spontán jellegű.

A szerzők Franciaországból az első Lyme-esetet ismertetik: 27 éves nőbetegük Eure-et-Loir kis városkában betegedett meg a fent leírt tünetekkel. Valószínűleg különféle kullancsok (Ixodes hexagonus; I. damini; I. pacifikus) a vektorai ezen incriminált Arbovírusfertőzésnek.

ifj. Pastinszky István dr.

Az enteralis yersiniosis immunpatológiai komplikációi. W. Knapp, B. Prögel, Ch. Knapp: Dtsch. med. Wschr. 1981, *106*, 1504.

Egy évtized óta egyre több tudósítás számol be a *Yersinia enterocolitica* és *Yersinia pseudotuberculosis* fertőzés után fellépő Erythema nodosumban és arthritisben megbetegedettek klinikai és mikrobiológiai diagnosztikájáról.

Régóta ismert, hogy *Shigella flexneri*, salmonellák (főleg *S. typhi-murium)* okozta enteralis fertőzések után is előfordulnak arthritises esetek. 1977 óta jelennek meg tudósítások a *Campylobacter jejuni* fertőzések utáni reaktív arthritisek előfordulásáról. Ezért igen fontos az esetek etiológiai tisztázása.

A szerzők 1975—80 között 3353 E. nodosum, ill. reaktív arthritises betegektől származó savómintát vizsgáltak Widal-típusú reakcióval Y. enterocolitica I. és V-ös (03 és 09-es Winblad szerint) csoport antigénnel — figyelembe véve az V-ös csoport és a *Brucella* speciesek közötti antigénrokonságot —, valamint Y. *pseudotuberculosis* I—VI-os szerotípusokból készített 0, illetve OH típusú antigénnel. 2843 arthritises, ill. arthralgiás beteg savója 10,5%-ban reagált Y. *enterocolitica* I. vagy V-ös csoportantigénnel, 1,3%-a pedig Y. *pseudotuberculosis* I—VI-os antigénnel. Az E. nodosum, ill. E. nodosum és arthritis diagnózissal beküldött 510 betegsavó közül 16,9%-ban adott Y. *enterocolitica* I. vagy V-ös antigénnel pozitív reakciót, míg Y. *pseudotuberculosis* I—VI-os antigénnel 5,9%. Vizsgálataik alapján a Y. *enterocolitica* fertőzés utáni arthritisben leggyakrabban 21—30 éves férfiak, az E. nodosum pedig 31—40 éves nők között fordul elő. Y. *pseudotuberculosis* fertőzés után előforduló komplikációk kor és nem szerinti megoszlásáról nincsenek pontos statisztikai adatok, pedig vizsgálatát fontosnak tartják.

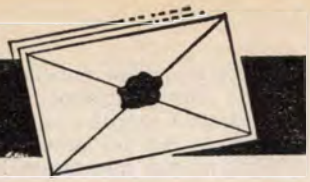
551 savómintát a Widal-reakcióval párhuzamosan mikrokomplementkötési reakcióval is beállítottak. Vizsgálataik alapján a mikrokomplementkötési reakciót rutinmódszerként nem ajánlják.

Felhívják a figyelmet a Y. *pseudotuberculosis* II-es, IV-es, V-ös és VI-os típusok *Salmonella* B, D és H csoportja, az *E. coli* 077 és 017, valamint az *Enterobacter cloacae* közötti antigénrokonságra, ezért pozitív esetben a savó keresztkimerítését mindig el kell végezni és a kimerített savóval kell a reakciót újra elvégezni az etiológia tisztázása céljából.

[Ref.: A Y. enterocolitica és a Y. pseudotuberculosis fertőzések szerodiagnosztikáját a cikkben javasolt módszerek szerint végzik 1970 óta a KÖJÁL-ok járványügyi laboratóriumai. Módszerek leírása: „Járványügyi és klinikai bakteriológiai Módszertani Útmutató" (szerkesztő: Dr. Lányi Béla OKI. Bp. 1980.)]

Svidró Anna dr.

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



Az insulinoma diagnosztikai kritériumairól.

T. Szerkesztőség! Érdeklődéssel olvastam *Sápy dr. és mtsai* „A hyperinsulinismus sebészi kezelése" című dolgozatát az Orv. Hetil. 1983. évi 17. számában. A „Megbeszélés"-ben leírtak zömével egyetérthetünk, az esetek interpretálásához azonban néhány kritikai megjegyzést fűzök.

1. Az ismertetett öt eset közül kettőben (1. és 5.) lehetett az insulinomát szövettanilag verifikálni. Mindkét beteg anamnesisében szerepelt eszméletvesztés, ill. tudatzavar. E betegekben a műtét feltehetően definitív gyógyulást eredményezett. Kérdéses, hogy a két, „Langerhans-hyperplasiás" esetben a leírt morphológiai elváltozás *oka* volt-e a panaszoknak. Ismeretes, hogy sok szerző vitatja, vajon felnőttkorban a szigethyperplasia önmagában okoz-e neuroglycopeniás tüneteket. Az is ismert, hogy a szigethyperplasia kórismézét csak exact szigetszámolási módszerekkel lehet bizonyítani. Feltűnő, hogy e két beteg anamnesisében tudatzavar, eszméletvesztés *nem* szerepelt. Márpedig az organikus hypoglycaemia syndroma cardinalis tünete a rendszerint hajnalban, *éhomra* bekövetkező — tudatzavarral járó neuroglycopenia. Ennek hiányában nem organikus, hanem stimulatív hypoglycaemiáról beszélhetünk (1). Tapasztalataim szerint nem volt olyan organikus hypoglycaemia syndromában szenvedő betegem, akiknek anamnesisében ne lettek volna eszméletzavarok (2).

2. A szerzők — szakágaikból fakadóan is — elsősorban nem a belgyógyászati diagnostica problémáival óhajtottak foglalkozni. De a meggyőző interpretáció bizonyos alapvető, elfogadott differentialis diagnosticai elvek és konkrét vizsgálatok elvégzését, ill. közlését igényelte volna. A kivizsgálás, sajnos, nem volt egységes, vagy nem egységesen tolmácsolták. Az 5. esetben tolbutamid testről írtak, ugyanott, és a 4. esetben is említik a glucagon próbát, míg a többi esetben inkább csak a dextrose terhelésre hivatkoznak. Ez pedig aligha tekinthető insulinomára specifikus testnek, amint a szerzők pl. a 3. és 4. esetben említették. Ugyanakkor csak az 1. esetben érintik az éheztetési próbát, ami pedig egyszerűsége és megbízhatósága miatt is egyike a legadekvátabb próbáknak. Tapasztalataim szerint is e test közel 100%-ban pozitív *organikus* hypoglycaemia syndromában.

3. Értelemzavaró, hogy az 1. beteg esetében a „liquor *vér*cukorszintje nyugalmi állapotban... volt, míg a rosszullétek idején a vércukorértékek 30 mg% körül mozogtak". Azt jelenti ez, hogy több rosszullét során ismételten végeztek lumbálpunctiót? Azonkívül a liqpor cukor mérsékelten alacsony értékei a hypoglycaemia *tényén* kívül semmi egyéb differentialis diagnosticai értékkel nem rendelkeznek. Ugyanitt „extrem alacsony" vércukorértékekről írtak 50—62 mg%-ot jelölve meg. Ezek *„kissé"* alacsonyabb értékek, akár enzymatikus, akár orthotoluidines módszerrel vizsgálva. Az alacsony vércukorérték (hypoglycaemia) egyébként is vérkémiai fogalom, a jellegzetes tünetcsoport (neuroglycopenia) létrejötte pedig klinikai folyamat. Adott individium esetében a *hypoglycaemia* és a *neuroglycopenia* együttes jelentkezése tág határok között váltakozik (3).

4. Az iv. dextrose prompt hatásával *nem* az insulinoma gyanúját erősítették meg, legfeljebb a hypoglycaemia, pontosabban a neuroglycopenia *tényét*. Bármilyen eredetű neuropglycopeniás állapotban a cukor iv. adása azonnali hatású. Sajnálatos módon sem itt, sem a többi esetben nem közölték a serum immunoreactiv insulin szintjét. Ahol említették (5. beteg), ott is csak annyit, hogy „kórosan emelkedett" volt. Tekintettel arra, hogy a szerzők a „hyperinsulinismus" kifejezést a címben is használják, legalább ezt a fontos leletet — véleményem szerint — illett volna pontosítani.

5. Tulajdonképpen tehát az 1. és 5. beteg esetét fogadom el insulinoma által okozott organikus hypoglycaemia syndromának. A 3. esetben az insulinoma valóban feltehetően a pancreas fejében maradt. Ezeket az eseteket — a hiányos információ ellenére is — el lehet fogadni „hyperinsulinismus"-nak. A további 2 eset azonban számomra nem meggyőző. Az eszméletvesztés hiánya, bizonyos provocativ próbák nem említése (vagy negativitása?), a serum inzulin szintek nem jellemző mértéke (vagy nem említése alapján) inkább *stimulatív* hypoglycaemiának tartom. Ezek gyógyítása pedig semmiképpen nem lehet opus (még ha a közvetlen postoperatív siker a műtétet igazolni is látszik!).

6. Bár a „progressiv resectio" methodikájával elvben bizonyos esetekben egyetértek, változatlanul az a véleményem, hogy csak a *célzott* resectio a célravezető, amikor előzetesen topographiai módszerekkel a tumort localizáltuk. Ha a topographiai diagnostica eredménytelen, a vizsgálatokat később meg kell ismételni. Addig hyperglycaemizáló, conservatív kezelés indokolt. Nagyon súlyos panaszok, sorozatos eszméletvesztések, belgyógyászati kezeléssel befolyásolhatatlan neuroglycopeniás tudatzavarok során lehet helye a szerzők módszerének. A két, „Langerhans hyperplasia" kórismével jelzett esetben — ahol eszméletvesztés nem fordult elő — nem operáltattam volna a betegeket. E betegek későbbi sorsa mutatja meg, vajon a talált morphologiai elváltozások felelősek voltak-e panaszaikért. A 4. betegben leírt „nagyon meggyőző" peroperatív vércukor-emelkedés a késői prognosisról, sajnos, nem sokat mond. Utoljára hadd kérdezzem meg, ha a progressiv resectio ennyire informatív, a 3. betegben miért nem kísérelték meg ezen eljárást? Miért éppen „diffus" kórformában volt sikeres ez a módszer?

Halmos Tamás dr.

IRODALOM: 1. *Laurent, J., Debry, G., Floquet, J.:* Hypoglycemic. Tumors. Excerpta Medica, Amsterdam, 1971. — 2. *Halmos T.:* A felnőttkori spontán hypoglycaemiás tünetegyüttes. Medicina, Budapest, 1977. — 3. *Marks, V.:* The Measurement of Blood Glucose and the Definition of Hypoglycaemia. In Hypoglycaemia. Hormone and Metabolic Research Supplement, No. 6. 1976. 1.

T. Szerkesztőség! Halmos dr. *„A hyperinsulinismus sebészi kezelése"* c. közleményünkkel kapcsolatos megjegyzéseit köszönjük. A kritikai észrevételekre az egyes pontokat követve válaszolunk:

1. Szövettanilag az 1. és 5. esetben insulinomát, a 2. és 4. esetünkben Langerhans-sziget hyperplasiát igazoltunk. Sajnos a 3. esetben végzett vakresectio eredménytelen volt. Ez utóbbi beteg anamnesisében eszméletvesztés is szerepelt. A 2. és 4. beteg panaszai között ugyancsak voltak idegrendszeri tünetek, amik szédülésben, kettőslátásban, fejfájásban nyilvánultak meg. Jellemző volt ezekre a betegekre az állandó evési kényszer, amely miatt az éhezési tesztet nem tudtuk elvégezni.

Stefanini és mtsai (8) 1067 eset összefoglaló elemzése alapján egyébként megállapították, hogy az insulinoma klinikailag neuropsychiatriai, cardiovascularis és gastrointestinalis tüneteket okozhat és nem tesznek egyenlőségjelet az organikus hypoglycaemia és tudatzavarral járó neuroglycopenia közé. Más szerzők is megállapították, hogy az insulinoma tünetei változatosak és azok súlyossága eltérő (2, 3, 7). Éppen a tünetek sokrétűsége és ezek értelmezésének nehézségei miatt az esetek nagy részében csak évek alatt lehet megállapítani a pontos diagnózist.

2. A laboratóriumi tesztek valóban nem voltak egységesek, de a betegek vizsgálatát és korábbi kezelését (a jelzett esetekben másfél, ill. két évig) más-más belgyó-

gyászati klinikán végezték. Az irodalom szerint az organikus hypoglycaemiát 100%-os biztonsággal igazoló teszt nem ismeretes. A hozzászóló szerint is az éhezési teszt — „közel 100%-ban pozitív...". Az insulin meghatározása pedig még egyetemi klinikákon sem mindig lehetséges.

3. Az 1. betegünkben a hypoglycaemia mellett a jellemző tünetek, a műtéti lelet, a szövettani vizsgálat eredménye és a műtét utáni panaszmentesség úgy gondoljuk, elegendő bizonyíték az insulinomához. A „liquor vércukor" sajnálatos elírásából adódott.

4. Az 1. esetben az alacsony vércukorértékek, az éhezési próba pozitivitása és az iv. dextrose azonnali effektusa *együttesen* erősítették meg az insulinoma gyanúját. Ebben az esetben insulinmeghatározás nem történt. A 3., 4., és 5. esetben viszont az éhgyomri serum insulinmeghatározás eredményei sorrendben a következők voltak: 64 E/1, 80 E/1, 13—125 E/1. A közleményben csak emelkedett értékről írtunk (a 4. eset sajnálatos módon kimaradt), mert a mondanivalónk elsősorban a sebészi kezelésre, annak nehézségeire vonatkozott. A differenciáldiagnózisra irányult még a hozzászóló által taglalt funkciós és laboratóirumi vizsgáló módszerek mellett a számunkra hozzáférhető röntgendiagnosztikai lehetőségek (szelektív angiographia, ultrahang echographia) igénybevétele, illetve tapasztalatunk alapján azok kritikai elemzése. Az eljárások éppen a célzott resectio szempontjából a sebészi megoldáshoz nyújthatnak alapvető segítséget. Az is ismert, hogy a szérum magas immunoreaktív insulin szintje nem diagnosztikus értékű *önmagában* az insulinoma igazolására.

5. Ha kételkednénk a szövettani vizsgálat eredményében, a műtét utáni időszak mégiscsak a hyperinsulinismus mellet szól. A 2. és 4. esetünkben a műtét nemcsak közvetlen postoperatív sikert jelentett. A 2. esetet 5 évig tudtuk követni, aki eddig panaszmentes volt, míg a 4. eset 1978 óta gyógyszer nélkül és ma is panaszmentesen él.

6. Halmos dr. lényegében nem ért egyet az általunk végzett progresszív rezekcióval és helyette célzott rezekció mellett foglal állást. Úgy gondoljuk, hogy a tumor lokalizációjára irányuló törekvésünkben nem kételkedhet. A műtét előtt a daganat valószínű lokalizációját meghatározó, rendelkezésünkre álló vizsgálatokat elvégeztük. Bár a szelektív angiographia (a 4. esetben ultrahang echo és pancreas scintigraphia) lokalizálta a daganatot — ami a műtéti indikációban is fontos szerepet játszott — a műtét során a jelzett területen nem találtunk insulinomát. A fals negatív és pozitív angiographia mások gyakorlatában is előfordult (1, 4, 5, 6, 9) és a műtét során éppen a fals pozitív esetekben kell döntenie a sebésznek, hogy hogyan tovább. Ilyenkor a progresszív rezekció a vakrezekcióval szemben tudatosabb, intraoperatív diagnosztikára törekvő műtéti megoldás. Célzott rezekciót valamennyi sebész — így mi is — szívesebben végez, s ez tükröződött a lokalizáció meghatározására irányuló törekvésünkben, amit a megbeszélésben részben hangsúlyoztunk.

Occult insulinoma esetén klinikánkon korábban pancreas vakrezekció volt a szokásos műtét. Az utóbbi években a pancreas-sebészetben létrejött szemléletváltozás és fejlődés az oka annak, hogy az eddigi sebészi eljárásokat (vagy konzervatív kezelési módot) újabb pancreas-műtétek váltják fel. Ehhez szándékoztunk hozzájárulni 5 operált betegünk adatainak ismertetésével.

Sápy Péter dr.
és munkatársai

IRODALOM: 1. *Bookstein, J. J., Oberman, H. A.:* Radiology. 1966, *86*, 682. — 2. *Carling, E. R., Ross, J. P.:* Brit. Surg. Practice. Vol. 6. Butterworth and Co. London 1949. — 3. *Cattell, R. B., Warren, K. W.:* Surgery of the Pancreas. W. B. Saunders Company, Philadelphia, London 1953. — 4. *DePeyster, F. A.:* Surg. Clin. N. Amer. 1970, *50*, 133. 5. *Epstein, H. Y. és mtsai:* Ann. Surg. 1969, *169*, 349. — 6. *Madsen, B., Hansen, E. S.:* Brit. J. Radiol. 1970, *43*, 185. — 7. *Shackelford, R. T.:* Surgery of the alimentary tract. Vol. II. W. B. Saunders Company, Philadelphia, London, 1955. — 8. *Stefanini, P. és mtsai:* Surgery 1974, *75*, 597. — 9. *White, R. R.:* Southern Med. J. 1953, *46*, 169.



KÖNYVISMERTETÉS

Theo R. Payk: Therapie psychischer Erkrankungen. Grundlagen und Methoden der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung. (A pszichés megbetegedések gyógykezelése. A pszichiátriai és pszichoterápiás gyógykezelés alapjai és módszerei) Hippokrates Verlag, Stuttgart 1982. 212 oldal. Ára: 39,80 DM.

A szerző — mint ahogy azt a könyve bevezetésében írja — áttekintést kíván adni azokról a széles körű terápiás lehetőségekről, melyek a lelki megbetegedések gyógykezelésében napjainkban rendelkezésre állanak. A szerző orvosi és pszichológusi diploma birtokosa — a neurológia, pszichiátria és pszichoterápia szakorvosa, ill. 1980 óta professzora — a széles körű áttekintést, mely valóban a legkülönbözőbb gyógykezelésekre kiterjed, ez biztosítja. A könyv 13 fejezetre tagolódik. Az olvasó tájékozódását a jól áttekinthető tartalomjegyzék és tárgymutató segíti.

Az „Alapfogalmak" c. fejezetben hangsúlyozza, hogy a pszichés megbetegedések multidimenzionalitása igen eltérő terápiaformákat tesz szükségessé. Az elért eredményeket a különböző nézőpontokból szemlélő orvos másként értékeli, a nézőpontjának megfelelő mechanizmusokkal magyarázza. Saját maga amellett foglal állást (és ezzel mindenképpen egyet kell érteni), hogy a monokauzális szemléletet a pszichiátriából ki kell küszöbölni. — A „terápiás célok" címszó alatt a teljes és a szociális remisszió fogalmát határozza meg. Megemlíti a recidiva lehetőségét és a pszichiátriában olyan gyakran szükséges krónikus gyógykezelés feltételeként a beteggel és hozzátartozóval való jó együttműködést emeli ki.

Az „alapfeltételek" fejezetben részletesen foglalkozik az iatrogénia kérdésével a pszichiátriában. Említést tesz azokról az ártalmakról, melyek hibás orvosi magatartásból fakadnak (nem megfelelő felvilágosítás, meggondolatlan kijelentések stb.). A továbbiakban a pszichiátriára háruló feladatok nagyságával kapcsolatban az alábbi számadatokat említi: az NSZK-ban 20 millió azoknak a száma, akik életükben egy vagy több alkalommal pszichiátriailag megbetegedtek. 30%-ra becsüli a neurózisok és személyiségzavarok számát, 6—7%-ra az alkoholizmus és más szenvedélybetegségek előfordulását. Az intézményrendszeren belül az ambuláns kezelések jelentőségét hangsúlyozza és kitér az átmeneti intézmények (nappali és éjjeli szanatóriumok) fontos szerepére is. A kórházi kezelések fő veszélyét abban látja, hogy a beteg kiszakad a családjából és a munkájából — ez hosszabb kórházi tartózkodás esetén hospitalizációt és izolációt eredményez. A különböző szakértő bizottságokkal azt a véleményt képviseli, hogy olyan centrumokat kell létrehozni, melyek a kórházon kívül átmeneti intézményeket, ambulanciákat és egyéb kiegészítő szolgáltatásokat (védőszállások, védőmunkahelyek, klubok stb.) is magukba foglalnak.

A szomatikus gyógykezelések során ismerteti mindazokat a gyógykezelési formákat és gyógyszereket, melyeket a neuropszichiátria jelenleg alkalmaz. Külön fejezetet szentel a bétareceptor-blokkolóknak, melyeket az utóbbi időben szívesen használnak ataraktikumok és anksziolitikumok helyett. A kifejezett vegetatív reakciók, a hiperdinamikus kardiovaszkuláris zavarok esetén ajánlja elsősorban — mivel mint írja — a félelem és a vegetatív kísérő tünetei közötti ördögi kört szakítják át. Egyesek szerint nagy dózisokban antipszichotikus hatásuk is van; szimptómás pszichózisoknál, agitált és maniform állapotokban alkalmazták többségüket sikerrel. Említést tesz az alvásmegvonás és a „biofeedback" kezelésről is; — előbbi indikációját az endogén depressziók képezik, utóbbit a magatartás-terápia részeként, ill. egyes pszichoszomatikus kórképek sikeres kezeléseként ismerteti. A pszichoterápiás eljárások széles kelléktárát is felsorolja és valamennyiről rövid ismertetést közöl. Ugyanezt teszi a legkülönbözőbb szocioterápiákkal is.

Az egyes kórképeknél alkalmazott gyógykezelési formákat is röviden taglalja. Hangsúlyozza, hogy minden beteg számára és minden betegség esetén individuális terápiás tervet kell készíteni! Fontosnak tartja, hogy a pszichiátriai kórképeknél többnyire a multidimenzionális kezelést szükséges előnyben részesíteni; ez a szomato-, pszicho- és szocioterápiás gyógykezelési módok egyidejű alkalmazását jelenti, még ha az egyes esetekben és különböző stádiumokban hangsúlyeltolódás is van az egyes kezelések között.

A könyv tehát a legkülönbözőbb terápiákkal és terápiás elvekkel ismerteti meg az olvasót gondos válogatásban, jól áttekinthetően, sok helyütt a szerző egyéni állásfoglalásával, bőséges irodalomjegyzékkel. A feldolgozott anyag nagysága azonban azzal a következménnyel jár, hogy az egyes formák ismertetése rendkívül vázlatos. Így a könyv jól összeállított kompendium, mely az általános orvosnak, a különböző szakmák képviselőinek, de a szakorvosoknak is segítséget nyújt a pszichiátriai gyógykezelések közötti tájékozódásban.

Huszár Ilona dr.

Klümper, A.: Knochenerkrankungen (Röntgen — wie? — wann? — Band VIII.) G. Thieme, Stuttgart—New York, 1982. 231 old., 60 ábra, 22 táblázat. Ára: 29,80 DM.

A G. Thieme (Stuttgart—New York) „Flexible Taschenbücher" röntgensorozata 1970-ben indult útjára Heinz Bohling „Thorax" kötetével. Az ilyen jellegű zsebkönyvecskék iránti igényt jelzi, hogy a csontbetegségek röntgendiagnosztikájáról szóló munka a sorozat VIII. kötete. Időközben egyebek között a törzs computer tomographiájáról, továbbá a hasi szervek sonographiájáról is megjelent egy-egy kötet, amely azt is jelzi, hogy a kiadványsorozat szerkesztői (az utolsóé W. Frommhold, a RöFo kiadója) lépést kívántak tartani a legújabb eredményekkel. Érdekes, hogy e hagyományos csontdiagnosztika éppen a legutóbb említett két kötet után látott napvilágot, jól jelezve, hogy az egyszerű, natív csontfelvételek diagnosztikai értéke ma sem vesztett jelentőségéből. A csontbetegségek röntgendiagnosztikája napjainkban is komoly felelősséget ró a radiológusra, többnyire az azonnali döntés kényszerével, amely alapvető jelentőségű lehet a beteg sorsa tekintetében. „Hagyományos" osteológiai röntgendiagnosztika tehát ma sem kevésbé fontos, mint a röntgenológia hőskorában.

A kiadvány műszaki feltételei nem teszik lehetővé röntgenfelvételek közlését, de jól sikerült szemléltető rajzok könnyítik meg a szövegértést. Egy szakmunka — ha összefoglaló jellegű is — általában magán viseli a szerző sajátos érdeklődésének jegyeit. A kötet sportorvosként is ismert radiológus szerzője dicséretre méltó módon tartózkodott szűkebb szakmájának dominanciájától. Feladatának megfelelően tömören és korszerűen foglalta össze a csontbetegségek röntgendiagnosztikáját.

Talán csak a kórképek csoportosítása tekintetében adhatunk hangot némi fenntartásnak, annak tudatában, hogy hibátlan csoportosítás nincs. Ennek ellenére a pathológiai szemléletű felosztásban diszharmónikus egy „sajátos sclerosisok" (7) fejezetcím, de néhány egyéb csoportosítási elhatározást sem volna könnyű megindokolni. Hogy néhány konkrét példát említsek: ismeretes, hogy az „iliitis condensans" csak grammatikailag gyulladás, így vitatható a gyulladások fejezébe való illesztése. Nem feltétlenül hiba, hogy a haematológiai összefüggéseket nem gyűjti összefoglaló fejezetbe és így a

leukaemiás csontelváltozásokat a malignus tumorok közt ismerteti, de alig érthető, hogy ez esetben miért biztosít önálló fejezetet az anaemiáknak. A lymphogranulomatosissal kapcsolatban meg éppenséggel zavarba hozza az olvasót, amikor a „parossealis lágyrésztumorok" között szorít neki helyet.

Összefoglalólag: a hasznos könyvecske meg fog felelni feladatának, és egy esetleges második kiadásban — úgy vélem — nem lesz nehéz egy szerencsésebb fejezetbeosztás megtalálása.

Forrai Jenő dr.

Johann Glatzel: Endogene Depressionen. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie zyklothymer Verstimmungen. 1982. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage), Georg Thieme Verlag, Stuttgart — New York, 222 old. ára: 29,80 DM. (Flexibles Taschenbuch sorozat).

A német nyelvterületen az utóbbi években nagyon sok összefoglaló kötet jelent meg a depresszió problémáiról, különösen kis könyv, kb. 200 oldal formájában. E kötetek többnyire gyakorló orvosoknak vagy művelt laikusoknak szólnak, szakembereknek viszonylag kevés újat mondanak. Glatzel kis zsebkönyvétől sem várhat sokat az első pillantásra az olvasó, hacsak a szerzőt nem veszi tekintetbe, aki a pszichopathológia témakörének termékeny szakírója, több kitűnő szakkönyv alkotója, aki a klaszszikus német pszichiátriai gondolkodás hagyományainak őrzése mellett igen világos, kritikus szemléletet képvisel. Pedig a látszat csal, a kis kötet elsősorban szakembereknek ajánlható, hiszen a depresszió pszichopathológiájáról ennyire aktuális és alapos összefoglaló aligha található a szakirodalomban.

Glatzel fő mondanivalója a depresszió fogalmának és alcsoportjainak bírálata. Bár a címben endogén depresszióról van szó, a szövegben mindig csak "úgynevezett" endogén depressziókról beszél és hangsúlyozza, hogy az endogenitás fogalmában rejlő kóroktani állítás sem megalapozott és ezért a kifejezést kerülni kellene. Általában is elmarasztalja a pszichiátriát a depresszióval kapcsolatos fogalomhasználat miatt „Fahrlässigkeit am Begriffsgebrauch"-t (Felelőtlenség a fogalmak használatában) emlegetve. Nagyon jól kifejti az egyes kifejezések jelentéstartalmi ellentmondásait, különösen hibásnak tartja a larvált depresszió (és a rokon kategóriák) koncepcióját. Rámutat, hogy a pszichiátriai fogalomhasználat a fogalmat eltérő értelemben vonja be különböző jelzős szerkezetekbe, anélkül, hogy ez nyilvánvaló lenne és ebből sok zűrzavar származik.

A jelentéstartalmi viszonyok értelmezése közben a depresszió jelenségeinek jó leírását adja. Külön szól a lehangoltság jelenségéről, áttekinti az érzelemteóriákat és különösen a ciklotimia fogalmával foglalkozik sokat. A tulajdonképpeni endogenitás problémakörét leginkább a ciklotimiára vonatkoztatja. Közben bemutatja a depresszió pszichopathológiai elméleteit, részletesen szólva az alkat- és karaktertani magyarázatokról, a mélylélektani elméletekről és Tellenbach „típus melancholicus" elnevezésű felfogásáról.

A ciklotim depressziók különböző tapasztalati változatait írja le, mintegy saját alcsoportokat képezve, eközben a hagyományos pszichiátriai megközelítést alkalmazza, főleg a keresztmetszeti képből, a tünetek alapján képez alcsoportokat, kb. ugyanúgy, ahogyan ez pl. Leonhardnál is megfigyelhető.

Végül találhatunk fejezetet a könyvben a depressziók klinikumáról és therápiájáról is. Ezek a részek viszonylag általánosak, ezek valóban keveset mondanak a szakembernek, ezek talán az első kiadáshoz (1973) és a jelenlegi kötethez írt előszavak célkitűzésének felelnek meg, a szerző ugyanis az előszókban azt hangsúlyozza, hogy munkáját a művelt laikus számára is hozzáférhetővé akarta tenni.

Az első rész magas elméleti szintje és szakemberek számára érdekes tematikája és utalási rendszere bizonyos mértékig ellentétben áll ezekkel a valóban közérthető és általános nézetekkel és emiatt a könyv szerkezetileg egyenetlennek mondható. Látható az is, hogy a második kiadás kiegészítései néhol szervetlenül illeszkednek a szövegbe.

Ezzel együtt azonban kevés könyv ajánlható ennyire mindenkinek, aki a depresszió modern nozológiája iránt érdeklődik, vagy aki a depresszió jelenségét pszichopathológiai szempontból meg kívánja érteni.

Buda Béla dr.

Nász István: Mikrobiológia és immunitástan. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1982. 400 oldal, 182 ábra, 33 táblázat. Ára: 126 Ft.

A fogorvos- és gyógyszerészhallgatók számára kiadott könyv több szempontból is újat hozott a magyar orvosi tankönyvírásban. Az egész élővilágra kiterjedő mikrobiológiai tudomány és a gerinceseken külön szövetszisztémát képező immunrendszerre vonatkozó, a gyógyító orvos szempontjából fontos részeit foglalja össze. Elsősorban a gyakorlati mikrobiológia jut érvényre, de az új szempontú tárgyalási módból egyértelműen kiderül, hogy mindez az egységes biológiai világ része, figyelmet ébresztve az evolúció és ökológia szerepére is. A tananyagot a szerző molekuláris biológiai szemléletmódjának megfelelően, nemcsak a klasszikus mikrobiológiában szokásos kenetek, kolóniák és kórszövettani készítmények segítségével demonstrálja, hanem a korszerű módszertan az elektronmikroszkópia, a molekuláris modellek és a molekuláris biológia folyamatainak organogram jellegűen összefoglaló ábrái és leírásai révén is. A tankönyv taxonomiai szempontból is figyelemreméltó új törekvést képvisel. Az eddig alkalmazott mikrobiológiai rendszertani vagy „szervbiológiai" szempontból történő csoportosítás helyett a nemzetközileg elfogadott modern rendszerezést követi és ezt szerencsésen ötvözi, a kórokozók által az egyes szervekben vagy szervrendszerekben okozott tünetek és elváltozások alapján. A szűkebb orvosi szemléletet szélesítve az alkalmazott mikrobiológia egyre fontosabb szerepe is említésre kerül az ipari biotechnológia szakterületéről. Így az antibiotikum, az aminosavak, a steroidok és szénhidrátok ezúton történő előállításának jelentőségére is utal. Kétségtelen, hogy a szerzőnek kitűnően sikerült megvalósítania — a hallgatók felesleges megterhelését elkerülve — a könyv előszavában is említett célkitűzéseit. Objektíven szelektálta a fogorvos- és gyógyszerészhallgatóknak a tudomány további fejlődését is jelezve, a gyakorlati gyógyítás számára perspektivikusan is fontos ismeretanyagot. A hallgató mindezt elsajátítva biztos szakmai bázishoz juthat, de az érdeklődők is, akik alapismereteiket korábban szerezték, megtalálhatják a fonalat régebbi tanulmányaikhoz. A folyamatos ön- és továbbképzés fokozódó igénye, valamint a szakorvosképzés mélyítése miatt is lényeges volna a szak- és kézikönyvek kiadása. *Nász* akadémikus tankönyve célját és szerkesztését tekintve megfelelne a jó kézikönyv feltételeinek, az ehhez szükséges bővítéssel és a forrásmunkák felsorolásával. Reméljük, a szerző e munkája, mint új kézikönyv is mihamarabb a magyar szakemberek rendelkezésére áll. Ugyancsak olyan olvasmányos, szépen nyomott szöveggel, jó ábrákkal, kiváló kiállítással, mint a jelenlegi kötet, amely majd szintén a Medicina kiadó gondozását dicsérheti.

Orsós Sándor dr.



A **Magyar Fül—Orr-Gégeorvosok Egyesülete** és a **Debreceni Orvostudományi Egyetem Fül-Orr-Gégeklinika** 1983. augusztus 28—31. között rendezi XXXI., *50 éves jubileumi kongresszusát* Debrecenben; *A* szekció: Orvostudományi Egyetem Elméleti Tömb, *B* szekció: Kórélettani Intézet, *C* szekció: I. Belklinika, *D* szekció: Urológiai Klinika.

Témája: *50 év haladása és története a fül-orr-gégegyógyászatban.*

Az 1933. évi nagygyűlés referátumai a következők voltak: 1. Az otogén pyaemiáról. — 2. A garat- és gégephlegmone és angina utáni szövődmények.

Az 1. témát *prof. Lampé István* (Debrecen) — a 2. témát *prof. Ribári Ottó* (Szeged) referálja a mai irodalom alapján.

A szekció

Augusztus 29., hétfő, 8.30 óra

Megnyitó.

Üdvözlések.

A Társaság új tiszteletbeli tagjainak diploma átadása.

Szünet

Augusztus 29., hétfő, 10.30 óra
Plenáris ülés

Elnökök: *Surján László, Spoendlin, H.*
Titkár: *Pap Uzonka.*

1. *Lampé István* (Debreceni OTE): Otogen intracranialis szöszövődmények. Az 1933. évi I. Nagygyűlés referátuma a mai irodalom tükrében (referátum).
2. *Ribári Ottó* (Semmelweis OTE): Garat- és gégebetegségek szövődményei. Az 1933. évi I. Nagygyűlés referátuma a mai irodalom tükrében (referátum).
3. *Majer, E. H.* (Wien): Az osztrák orvostan hozzájárulása a fül-orr-gégészet fejlődéséhez (német).
4. *Manolidis, L.* (Thessaloniki): Fül-orr-gégészeti kezelés az ókori Görögországban és Bizáncban (angol).
5. *Pavlov, V.* (Szófia): A rhinoliquorrhea műtéti kezelése (angol).

Vita — Szünet

Augusztus 29., hétfő, 12 óra

Elnökök: *Székely Tamás, Pavlov, V.*
Titkár: *Kincses Gyula.*

6. *Draskovich Éva* (Bp.): A funkció és szanáció harca a krónikus otitis gyógyításában.
7. *Mink Antal, Moró Zsuzsanna, Stefanics János, Szirmai Imre* (Pécsi (OTE): Otogén endocranialis komplikációk klinikánk anyagában.
8. *Kessler, L.* (Dresden): A sinusitis maxillaris aktuális problémái (német).
9. *Heiss, P.* (Erfurt): A krónikus otitis media szövődményeinek előfordulási arányai az utóbbi 5 évben (német).
10. *Élő János, Polony István* (OTKI): Otogén meningitisekről.

Vita

Augusztus 29., hétfő, 15 óra

Elnök: *Ránky Ernő.*
Titkár: *Pytel József.*

11. *Szőkefalvi Nagy Ildikó, Szabó Zsuzsanna* (Eger): Otitis media chronica és szövődményeinek előfordulása osztályunk 10 éves beteganyagában.
12. *Gutai Miklós* (Szekszárd): Otogen szövődményeink (1972—1982).
13. *Czigner Jenő, Balatoni Zsuzsa, Kuti Ágnes* (Bp.): Otogén komplikációk ma.
14. *Iván László, Stanzel Gyula, Berényi József* (Szeged): Otogén szövődmények klinikánk ötéves anyagában.
15. *Kiss Péter* (Semmelweis OTE): Otogén eredetű intracranialis szövődmény előfordulása klinikánk 10 éves anyagában.

Vita — Szünet

Augusztus 29., hétfő, 17 óra

Elnök: *Fülöp Béla.*
Titkár: *Tolnay Sándor.*

16. *Polony István, Élő János* (OTKI): Otogen perisinosus tályogok.
17. *Plajner Ákos, Major Vencel, Csáti Anna* (Bp.): Otogén pyaemia 20 év tapasztalata alapján.
18. *Badik Adrienne* (Bp.): Histiocytosis és középfülgyulladás.
19. *Nagy Elemér, Ládi József* (Bp.): Sérülés miatt megszakadt hallócsontláncolat rekonstrukciója.
20. *Ördögh Béla* (Hódmezővásárhely): Lehetőségek és eredmények hallócsontláncolat rekonstrukciójában.

Vita

B szekció

Augusztus 29., hétfő, 10.30 óra

Gyermek fül-orr-gégészeti szekció

Elnök: *Miriszlai Ernő.*
Titkár: *Kispál Erzsébet.*

21. *Somi Ildikó, Mester András, Csapó Sándor, Miriszlai Ernő* (Semmelweis OTE): Az otitis media epidemiológiája csecsemő- és kisdedkorban.
22. *Szabó Elemér, Fülöp Tibor* (Bp.): Műtéti szövődmények 10—18 éves korban és azok kivédése.
23. *Kun Katalin, Kathó Jenő* (Debreceni OTE): Kisgyermekkorban végzett adenotómia jelentősége az acut otitisek kezelésében.
24. *Major Vencel, Plajner Ákos, Ablonczy Mária, Vida Margit* (Bp.): Otogén meningitis latens mastoiditis kapcsán.
25. *Szendrey Tünde* (Bp.): Hallásjavító műtétek gyermekkorban.

Vita — Szünet

Augusztus 29., hétfő, 12 óra

Elnök: *Lábas Zoltán.*
Titkár: *Votisky Péter.*

26. *Vargha Eleonóra, Schifter Péter* (Pécsi OTE): Hároméves kor alatt tonsillo-adenotomisáltak késői utánvizsgálata.
27. *Zelen Béla* (Bp.): Orrmelléküreg-gyulladások jelentősége a kisded- és gyermekkorban.
28. *Rüll János* (Székesfehérvár): A gyermekkori bronchus idegentestekről. Van-e tünetmentes idegentest?
29. *Skripeczky Katalin* (Semmelweis OTE): A gyermekkori hallászavarok differenciáldiagnosztikai nehézségei.
30. *Jurcsák László* (Debrecen): Otogén sinusthrombosis egyes eseteiben követett eljárásunkról.

Vita

Augusztus 29., hétfő, 15 óra

Gyermek fül-orr-gégészeti szekció

Elnök: *Hirschberg Jenő.*
Titkár: *Csapó Sándor.*

31. *Votisky Péter, Pleskott Zsuzsanna* (Bp.): Lehetőségek a tartósan intubált csecsemők gége és légcsőszövődményeinek megelőzésében.
32. *Sashalmi Sándor, Miklós Katalin* (Eger): 100 csecsemő antrotómiája során szerzett tapasztalatunkról.
33. *Bélay Mária, Kereszti Gedeon, Siró Edit* (Ajka): Tonsillo-adenotomiák korszerű anaeshesiája.
34. *Kereszti Gedeon* (Ajka): Tonsillectomia általános érzéstelenítésben.
35. *Füle Erzsébet* (Nyíregyháza): Tapasztalataink a csecsemő- és kisgyermekkori mastoiditisről.

Vita — Szünet

Augusztus 29., hétfő, 17 óra

Gyermek fül-orr-gégészeti szekció

Elnök: *Jurcsák László.*
Titkár: *Visnyovszky Vera.*

36. *Mester András, Somi Ildikó, Csapó Sándor, Miriszlai Ernő* (Semmelweis OTE): A légtartó dobüreg kérdése csecsemő és gyermekkorban.
37. *Csapó Sándor, Mester András, Miriszlai Ernő* (Semmelweis OTE): Módszer a középfül boncolására újszülötteken és csecsemőkön.
38. *Farkas Zsolt, Hirschberg Jenő* (Bp.): Stapedius reflex vizsgálata szájpadelégtelenségben.
39. *Sárossy Rezső* (Orosháza): Gyermekkori sinusitisek sinobronchitisek gyógyítása.
40. *Imrei László* (Bp.): Manifest mastoiditis csecsemő- és gyermekkorban az antibiotikus időszakban.

Vita

C szekció

Augusztus 29., hétfő, 12 óra

Elnökök: *Draskovich Éva, Krajiva, Z.*

Titkár: *Szolnoki Andrea.*

41. *Mihók György* (Debreceni OTE): A nyaki terimék differenciáldiagnosztikájának problémái.

42. *Nákó András, Buczkó János* (Bp.): A Schwabach hangvillavizsgálat és a belső fül eredetű halláscsökkenés prognózisa.

44. *Pietrowski T.* (Bialystok): Tévedések és sikertelenségek a tympanoplasztikában (angol).

45. *Corradi Mária* (Bp.): Dobhártyapótlás corneával.

Vita

Augusztus 29., hétfő, 15 óra

Elnök: *Rüll János.*

Titkár: *Pólus Károly.*

46.*Kiss József Géza, Sziklai István, Szabó Katalin, Ribári Ottó* (Semmelweis OTE): Normál és otosclerosis hallócsontok scanning elektronmikroszkópos és röntgen mikroszondás vizsgálata.

47. *Sziklai István, Kiss J. Géza, Ribári Ottó* (Semmelweis OTE): A csont szerves matrixának megváltozása otosclerosisos hallócsontban.

48. *Zemplén Béla, Bak Mihály, Kiskőszegi Andor, Bánhidy Ferenc, Pólus Károly, Kásler Miklós, Rózsa László, Boer András* (OOI): Parotisba metastatizáló fülkagyló basal sejtes carcinoma.

49. *Bódi Sándor, Bárándi Zsuzsa, Doleviczényi Péter* (Bp.): Csecsnyúlvány osteonecrosisa parotis tumor besugárzása után.

50. *Szócska János* (Nyíregyháza): Tympanoplastica és kerekablaki elváltozások.

Vita — Szünet

Augusztus 29., hétfő 17 óra

Elnök: *Duray Aladár.*

Titkár: *Birócsák Emese.*

51. *Szücs János, Kincses Gyula,* (Debreceni OTE): Felezett orrszárnyporccal korrigált nyeregorrok késői morphológiai és funkcionális eredményei.

52. *Martinovics János* (Eger): Műtéti eljárások a külső orr és a fülkagyló daganatainak sebészi kezelésére.

53. *Pál András, Orawetz Ottó* (Bp.): Idegentest által okozott faciosinomaxillaris fistula esete.

54. *Breitenbach Géza, Gáti Erzsébet, Berecz Anna, Szakács Gábor* (Miskolc): Az orr középvonalában elhelyezkedő fistulák és dermoid cysták.

55. *Szabó Iván, Horvai Géza* (Semmelweis OTE): Az orrüreg megbetegedéseinek endoszkópos vizsgálata.

Vita

D szekció

Augusztus 29., hétfő, 12 óra

Elnök: *Rózsa Imre.*
Titkár: *Nagymajtényi Emőke.*

56. *Schmidt Zsuzsanna, Kovács András* (Bp.): Tapasztalataink autovaccina kezeléssel ethmoiditis chr. polyposában.

57. *Csordás István, Boronkai Gusztáv, Zólyomi József* (Bp.): Rhinopathiás betegek laboratóriumi paramétereinek vizsgálata, különös tekintettel a spasmophyliára.

58. *Kadocsa Edit* (Szegedi OTE): Szénanáthások Intal kezelése.

59. *Horváth Miklós, Muha Cecília* (Pécsi OTE): Tapasztalataink Beclomenthasondipropionat-tal (BDP) allergiás rhinológiai kórképekben.

60. *Jakab György* (Bp.): Az ultrahang diagnosztika lehetőségei az arcüreg betegségeiben.

Vita

Augusztus 29., hétfő, 15 óra

Elnök: *Major Vencel.*
Titkár: *Ládi József.*

61. *Mustárdy Ildikó* (Szegedi OTE): Anaesthesiológia és intenzív therapia a fül-orr-gégészetben.

62. *Sztinkai László, Faragó László, Gyuricza Éva* (Szombathely): Traumatológiai betegeink ellátásával kapcsolatos tapasztalataink.

63. *Pupp Lajos, Gungl Márta* (Pécsi OTE): Maxillo-facialis traumák.

64. *Kővári Tamás, Nákó András* (Bp.): A fülbevaló korszerű behelyezése és fül-akupuncturás vonatkozásai.

65. *Radnai Tibor, Nagy Gyöngyi* (Szekszárd, Pécsi OTE): Laryngotracheális amyloidosis.

Vita — Szünet

Augusztus 29., hétfő, 17 óra

Elnök: *Hartai Pál.*
Titkár: *Kollár Dezső.*

66. *Kovács Ferenc, Czappán Mária, Hidasi Zsuzsanna, Pácz Zoltán* (Bp.): Felső nyelőcső szűkület megoldásának ritka esete.

67. *Móricz István* (Bp.): A mandibula postoperatív osteoradio-nekrosisa.

68. *Goda Rózsa, Jávorka Ferenc, Biró András, Kékesi György* (Dunaújváros): Az arcüreg rosszindulatú daganatai, különös tekintettel a ritkán előforduló chondrosarcoma esetünkre.

69. *Papp Rozália, Martinovics János* (Eger): Paraquat mérgezés fül-orr-gégészeti vonatkozásai

70. *Orbán Irma* (Debrecen): Gégephlegmone eseteinkkel kapcsolatos megfigyeléseink.

Vita

A szekció

Augusztus 30., kedd, 8 óra

Plenáris ülés

Elnökök: *Ribári Ottó, Gerhardt, H. J.*
Titkár: *Tóth Ágnes.*

71. *Bauer Miklós* (Pécsi OTE): A dobhártya reconstructió technikái és eredményei.

72. *Gerhardt, H. J., M. Werbs, E. Meyer* (Berlin): Akustikus neurinoma miatt végzett 40 translabirinter-műtétek terén szerzett tapasztalatok (német).

73. *Gerencsér Ferenc* (ORFI): A magyar fül-orr-gégegyógyászat története 1858—1933-ig.

74. *Lampé István* (Debreceni OTE): A magyar fül-orr-gégegyógyászat története 1933—1983-ig.

75. *Spoendlin, H.* (Innsbruck): A mastoideus primer pusztulásához (német).

76. *Burian, K.* (Wien): Klinikai eredmények a bécsi cochleaimplantatióval (angol).

77. *Bánhidy Ferenc* (OOI): A gégesebészet fejlődése Magyarországon.

78,. *Székely Tamás* (Bp.): A magyar fül-orr-gégészeti szakirodalom 50 éve .

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 10.30 óra

Elnökök: *Bánhidy Ferenc, Wilke, J.*
Titkár: *Zelen Béla.*

79. *Faragó László, Koller Imre, Vajda Judit* (Szombathely): Garat- és gégebetegeink műtéti szövődményei és azok ellátása.

80. *Ditrói Sándor, Tóth László* (Miskolc): Arckoponyacsontok osteosynthesise.

81. *Krajina, Z., Kosokovič* (Zagreb): Kombinált részleges laryngectomia (angol).

82. *Heidelbach, J. G.* (Dresden): A gégetükrözés első kísérleteitől a XIX. században a microlaryngoscopiáig és endolaryngealis microchirurgiáig. — Történelmi áttekintés és korszerű aspektusok (német).

83. *Christoph, B.* (Magdeburg): Laryngo-trachealis szűkületek endoprothesis kezelése (német).

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 12 óra

Elnökök: *Götze Árpád, Burian, K.*
Titkár: *Czibulka Ágnes.*

84. *Bánkuti József, Mink Antal, Gáti István* (Pécsi OTE): Daganatok előfordulása klinikánkon az utóbbi 10 évben.

85. *Plajner Ákos, Csáti Anna, Major Vencel* (Bp.): Garat-, ill. gége-phlegmone fertőző kórházi gyakorlatban.

86. *Lőbe ,L. P.* (Halle): A cytostaticus therapia szövődményei az orr-fül-gégészetben (német).

87. *Görisch, I.* (Leipzig): Idegentestek az oesophagusban (német).

88. *Csarkó Péter, Tóth Ágnes, Udvardy Miklós, Juhász Endre* (Debreceni OTE): Carcinoembrio-

nalis antigénnel szerzett tapasztalataink.

Vita

Augusztus 30., kedd, 15 óra

Elnök: *Ditrói Sándor.*
Titkár: *Sebők András.*

89. *Hidasi Zsuzsanna, Kovács Ferenc* (Bp.): Felső nyelőcsőszűkület megoldásának ritka esete.
90. *Czirják Júlia, Szendi László, Czigner Jenő* (Bp.): Anginák utáni szövődmények.
91. *Fain András, Duray Aladár Sarkady László* (Bp.): 10 év alatt a peritonsilláris abscessus kezelésében szerzett tapasztalataink.
92. *Kollár Dezső, Kiss Péter* (Semmelweis OTE): Nyaki chondrosarcoma különleges esete.
93. *Boronkai Gusztáv, Csordás István, Zólyomi József* (Bp.): Nyaki szövődmények, parapharyngealis folyamatok beteganyagunkban.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 17 óra

Elnök: *Faragó László.*
Titkár: *Deutsch Ottó.*

94. *Kótai Zsuzsa, Móricz István, Fehérvári István* (Bp.): Szövődményes orrmelléküreg-gyulladások.
95. *Borkó Rezső, Jakab Tamás* (Szolnok): Retrotonsillaris folyamatok diagnosztikus problémái 4 eset kapcsán.
96. *Orbán Irma, Jurcsák László* (Debrecen): Gégephlegmone esetek osztályunk beteganyagából.
97. *Tótth László, Baumann Mária, Bárdos Éva* (Kaposvár): Nyaki cysták kezelésével szerzett tapasztalataink.
98. *Tóth Krisztina, Z. Szabó László, Szalay Ferenc* (Semmelweis OTE): Tularaemiás eredetű nyaki nyirokcsomó duzzanat.

Vita

B szekció

Augusztus 30., kedd, 8 óra

Gyermek fül-orr-gégészeti szekció

Elnök: *Mihók György.*
Titkár: *Mester András.*

99. *Ördögh Béla* (Hódmezővásárhely): Gyermekkorban végzett tympanoplastica eredményeiről.
100. *Lellei István* (Bp.): Nehezített dekanülálás gyermekkorban.
101. *Bélay Mária, Siró Edit* (Ajka): Gyermektonsillectomiák korszerű érzéstelenítése.
102. *Kereszti Gedeon* (Ajka): Tonsillectomia általános érzéstelenítésben. Tizenkét év tapasztalatának értékelése.
103. *Pataki László, Olaszy Gábor, Hirschberg Jenő, Horváth* Szabolcs (Bp.): Rhinophonia aperta modellezése mesterséges beszéddel.
104. *Réti Csaba, Tary Erzsébet, Veress Mária* (Bp.): Nyelőcsőszűkület csecsemő- és gyermekkorban.
105. *Kispál Erzsébet* (Miskolc): Hypopharynx abscessus esete.
106. *Schifter Péter, Varga Eleonóra* (Pécsi OTE): Benignus epipharynx tumor újszülöttkorban.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 10.30 óra

Gyermek fül-orr-gégészeti szekció

Elnök: *Martinovics János.*
Titkár: *Lellei István.*

107. *Totth László, Baumann Mária, Bárdos Éva* (Kaposvár): Nyaki cysták kezelésével szerzett tapasztalataink.
108. *Mester András, Miriszlai Ernő* (Semelweis OTE): Laser biostimulatio a gyermek fül-orr-gégészetben.
109. *Komora Valéria* (Semmelweis OTE): Tympanometriás vizsgálatok a középfül folyamatok finomabb diagnosztizálásában.
110. *Sóvágó Éva* (Bp.): Halmozott fejlődési rendellenességhez társult vírus okozta cochleovestibularis laesio.
111. *Gimesi Mihály, Totth László, Kardos Margit* (Kaposvár): Veleszületett külső hallójárat atresia műtéti megoldása.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 12 óra

Elnök: *Kovács Ferenc.*
Titkár: *Jakab György.*

112. *Becske Miklós* (Bp.): Parotis malignomák modern therapiás szemlélete.
113. *Csokonay Lajos, Hársing Judit* (Semmelweis OTE): Az aspiratiós vékonytű biopsiával szerzett tapasztalataink.
114. *Horvai Géza, Szabó Iván* (Semmelweis OTE): Az endoscopos vizsgálatok jelentősége az epipharynx betegségek vizsgálatában.
115. *Pólus Károly, Kásler Miklós, Bánhidy Ferenc, Zemplén Béla, Rózsa László, Boér András* (OOI): A cryotherapia helye fej-nyaktumorok sebészetében.
116. *Szendi Júlia, Saáry Kornélia* (Bp.): Az István Kórház fül-orr-gége osztályának története.

Vita

Augusztus 30., kedd, 15 óra

Elnök: *Gerencsér Ferenc.*
Titkár: *Nagy Tibor.*

117. *Kathó Jenő, Szücs János,* (Debreceni OTE): Az arcbőr defectus pótlása cervicopectorális ívlebennyel.
118. *Rácz Tamás, Szücs János* (Debreceni OTE): Klinikánk parotis tumorral kezelt beteganyagának feldolgozása (1972— 1982).
119. *Jakab György, Hollósi Melinda* (Bp.): Ritka tumorok a parotisban.
120. *Varga Éva, Szakács Gábor, Varga Győző* (Miskolc): Kettős benignus csontelváltozás ritka előfordulása az arckoponyában, néhány diagnosztikus kérdés.
121. *Brandl Beatrix, Sándor Éva, Márkus Ágnes* (Bp.): Focalis tonsillogén infectio szerepe az alopecia areataban.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 17 óra

Elnök: *Szócska János.*
Titkár: *Kathó Jenő.*

122. *Petró Edit, Kónya Károly* (Miskolc): Acut halláskiesést okozó melanoma malignum agytörzsi metastasica.
123. *Jókay István, Birócsák Emese, Félegyházi Árpád* (Debreceni OTE): Parapharyngealis abscessus septicus szövődménye.
124. *Nagy Tibor, Szücs János, Boruzs Ferenc* (Debreceni OTE): Melléküreggyulladások intracranialis szövődményei.
125. *Szathmáry György* (Kisvárda): Costen-syndromás eseteinkről.
126. *Jurcsák László* (Debrecen): Légpuska lövedék eltávolítása a koponyaalapról.

Vita

C szekció

Augusztus 30., kedd, 10.30 óra

Elnökök: *Szabó Elemér, Kessler, L.*
Titkár: *Berényi József.*

127. *Bánhidy Ferenc, Kásler Miklós, Pólus Károly, Zemplén Béla, Rózsa László, Veszprémi Zoltán, Boer András* (OOI): A nagy energiájú szén-dioxid lézer alkalmazása a fej-nyak tumor sebészetben.
128. *Balatoni Zsuzsa, Czigner Jenő, Görgey Csaba* (Bp.): Parciális gégeresectiók postoperatív szövődményei.
129. *Tölle, B., Köhler, K., Tellkamp, H.* (Dresden): A komputer tomográfia értéke a gégecarcinoma diagnosztikájában (német).
130. *Filipowski, M.* (Bialystok): Az aryteniodeok immobilizációjának prognosztikus jelentősége supraglotticus tumorokban (angol).
131. *Jakab Tamás, Sebők András* (Szolnok): Staffieri-féle beszélősipoly funkcionális eredményei.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 12 óra

Elnökök: *Nákó András, Sekula J.*
Titkár: *Szabó Iván.*

132. *Takácsi Nagy László, Z. Szabó László* (Semmelweis OTE): Sugártherápia helyzete a gégerákok kezelésében.
133. *Pap Uzonka, Csarkó Péter* (Debreceni OTE): Hangszalag-decorticatio utáni funkcionális eredmények.
134. *Répássy Gábor, Czigner Jenő, Lapis Károly* (Bp.): A „szabad széli" és „junctionális" kiindulású hangszalagrák terjedése és prognosztikai jelentősége.
135. *Sakai, S.* (Kagawa, Japán): A melléküregek daganatainak therapiája (német).
136. *Wilke, J.* (Erfurt): A testazonos védekező erők viselkedése monocyta-angina után (német).

Vita

Augusztus 30., kedd, 15 óra

Elnök: *Pupp Lajos.*
Titkár: *Balogh Róza.*

137. *Pólus Károly, Bánhidy Ferenc, Zemplén Béla, Kásler Miklós, Bóér András, Rózsa László* (OOI): Subglottikus stenosisok műtéti megoldása Endotracheális Sylastic protezissel.

138. *Sáfrán Antal* (Semmelweis OTE): Laryngectomizáltak komplex rehabilitációjával szerzett tapasztalataink.

139. *Gimesi Mihály, Csók István, Baumann Mária* (Kaposvár): Beszédrehabilitáció teljes gégeeltávolítás után.

140. *Lichtenberger György, Zelen Béla, Gráner Klára, Mészáros Béla* (Bp.): A laryngomikroszkópos diagnosztika szerepe a malignus gégenyaki daganatok miatt operált betegeinknél.

141. *Rózsa László, Kásler Miklós, Pólus Károly, Bánhidy Ferenc, Bóér András, Zemplén Béla* (OOI): Terápiás gyakorlatunk alsó-ajak carcinómák esetén.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 17 óra

Elnök: *Szücs János.*
Titkár: *Badik Adrienn.*

142. *Pólus Károly, Kásler Miklós, Bánhidy Ferenc, Zemplén Béla, Rózsa László, Bóér András* (OOI): A cryoterapia helye a fejnyak tumorok sebészetében.

143. *Kincses Gyula, Gulácsi László, Dömösi Pál* (Debreceni OTE): A számítógépes adatfeldolgozás lehetőségei a gégetumorok regisztrálásában. I.

144. *Gulácsi László, Kincses Gyula, Dömösi Pál,* (Debreceni OTE): A számítógépes adatfeldolgozás lehetőségei a gégetumorok regisztrálásában. II.

145. *Ungor Károly* (Bp.): A malignizálódó praecancerosisok.

146. *Kovács András* (Budapest): Kombinált cytostatikus kezeléssel szerzett tapasztalataink gégecarciomás betegeknél.

Vita

D szekció

Augusztus 30., kedd, 10.30 óra

Elnök: *Heckenast Ottó.*
Titkár: *Nagy Imre.*

147. *Csarkó Péter, Szücs János* (Debreceni OTE): A gége és közvetlen környezetének sérüléseiről.

148. *Küstel Marianna, Sáfrán Antal* (Semmelweis OTE): A laryngocelék jelentősége és differenciáldiagnosztikája.

149. *Stepper Magdolna* (Makó): A serozus otitis media allergológiai vonatkozásai.

150. *Jurcsák László* (Debrecen): Hallójáratképzés „atresia auris congenita" esetében.

151. *Miklós Katalin, Martinovics János* (Eger): A fül-orr-gégészet története Heves megyében.

Vita — Szünet

Augusztus 30., kedd, 12 óra

Elnök: *Irás Mátyás.*
Titkár: *Mustárdy Ildikó.*

-152. *Kodács László, Bobest Mátyás, Halász Gyöngyi* (Szombathely): Spontán otoliquorrhoea és hypophysis tumor.

153. *Bárdos Éva, Gimesi Mihály, Orbán István* (Kaposvár): Maxilla ameloblastoma esete.

154. *Sassy-Dobray Gábor, Imregh Edit* (Semmelweis OTE): A hypopharynx és gége pemphigus localis kezeléséről.

155. *Petri Klára, Csokonay Lajos* (Semmelweis OTE): A gégetükri kép és a rétegvizsgálat eredményeinek összehasonlító értékelése.

Vita

Augusztus 30., kedd, 15 óra

Elnök: *Jakab Tamás.*
Titkár: *Jókay István.*

156. *Pocsai Julianna, Halmos Péter* (Salgótarján): A csecsemő- és kisgyermekkori sinusitisek kezelésében alkalmazott módszereink *(poster).*

157. *Szántó Miklós, Zubovics László, Illin Ágnes, Seres Emőke* (Bp.): Otitis media koraszülött és újszülött populációban *(poster).*

158. *Bóér András, Zemplén Béla, Pólus Károly, Bánhidy Ferenc, Kásler Miklós, Rózsa László* (OOI): Nyaki metastasisok gyakorisága fej-nyak-sebészeti tumoroknál *(poster).*

159. *Szundy Béla, Szabó Lajos* (Pápa): A felső légutak endoscopiája *(poster).*

160. *Lichtenberger György* (Bp.): Idegi eredetű és heges glottikus gégeszűkületek laryngomicrochirurgiás kezelése *(poster).*

Vita

A szekció

Augusztus 31., szerda, 8 óra

Plenáris ülés

Elnökök: *Bauer Miklós, Hammond, V. T.*
Titkár: *Rácz Tamás.*

161. *Z. Szabó László* (Semmelweis OTE): Különleges tympanoplastikák.

162. *Sekula, J., E. Reron* (Krakow): Az otosclerotikus beteg postoperatív szövődményei (angol).

163. *Hirschberg Jenő* (Bp.): 50 év haladása és története a foniátriában.

164. *Barta Tibor* (Bratislava): Haladás a gégecarcinoma prophylaxisában (német).

165. *Götze Árpád* (Bp.): Az audiológia története.

166. *Jakobi, H.* (Halle): Szűrővizsgálatok gégecarcinomában (német).

167. *Lábas Zoltán* (Bp.): A gyermek fül-orr-gégészet története és fejlődése Magyarországon.

168. *Rózsa Imre* (Semmelweis OTE): Az orrmelléküreg-gyulladások szövődményei, ezek diagnosztikus nehézségei.

169. *Spellenberg Sándor* (Bp.): A magyar oto-neuro-ophthalmológiai szekció története 1959-től napjainkig.

Vita — Szünet

Augusztus 31., szerda, 10.30 óra

Elnökök: *Z. Szabó László, Jakobi, H.*
Titkár: *Csarkó Péter.*

170. *Tichy, S.* (Praha): A hallócsontocskák congenitalis anomáliái otosclerosis műtéteiben (angol).

171. *Gramowski, K. H.* (Jena).

172. *Eggert, Beleites* (Jena): Alloplasticus anyagok a középfül sebészetében (német).

173. *Knothe, I., H. Tellkamp* (Dresden): Az elülső koponyaalap jóindulatú daganatainak CT-vizsgálatainak értékéről (német).

174. *Langhans, G., R. Zippel, R. Schmidt* (Greiswald): Endoscopos beavatkozások a homloküreg fundusán — funkcionális aspektusok (német).,

Vita — Szünet

Augusztus 31., szerda, 12 óra

Elnökök: *Lampé István, Kup W.*
Titkár: *Szücs János.*

175. *Lampé István* (Debreceni OTE): A Debreceni Fül-orr-gége Klinika története.

176. *Manolidis, L.* (Thessaloniki): Homográftok alkalmazása a mikrosebészetben (film).

177. *Schobel, H.* (St. Pölten): Tympanoplastica 1983 (film).

178. *Kenyeres Miklós* (Pécs): Állcsúcs pótlás trapezius osteomyocutan lebennyel (film).

179. *Czigner Jenő, Móricz István* (Bp.): Laryngectomia egyik ary-táj megtartásával (film).

Vita

Kongresszus zárása

B szekció

Augusztus 31., szerda, 8 óra

Ophthalmo-otoneurológiai szekció

Elnök: *Spellenberg Sándor.*
Titkár: *Rejtő Kálmán.*

180. *Bacsa László, Rejtő Kálmán, Gaál László* (OTKI): Agytörzsi potenciálok vizsgálata percepciós hallászcsökkenésben.

181. *Szolnoki Andrea* (Semmelweis OTE): Zaj okozta acetilkolineszteráz aktivitás változás a belső fülben.

182. *Ambrus Ilona, Kiss Gyula* (Esztergom): Psychogalvan reflex változása szagingerre.

183. *Jurcsák László, Boda Márta, Pösze Erzsébet* (Debrecen): Akut vestibularis tünetekkel jelentkező cholesteatomás labyrintfistula eseteink.

184. *Tóth Ágnes, Virga Ágnes, Vámosi Bertalan, Csornai Márta* (Debreceni OTE): Vestibularis vizsgálatok Wallenberg-syndromás betegekben.

185. *Pytel József, Nagy Györgyi, László Irén, Kellényi Lóránd* (Pécsi OTE): A BERA diagnosztikus értéke a hátsó scala térfoglaló folyamataiban.

186. *Czibulka Ágnes, Pytel József* (Pécsi OTE): A maszkolás kísérletes vizsgálata objektív audiometriában.

187. *Szabados Éva, Nagymajtényi Emőke* (Szegedi OTE): Intratympanálisan adott gyógyszerek cochleovestibularis hatásai.

188. *Speer Józsefné* (Semmelweis OTE): Gondolatok a hallástréningről.

Vita — Szünet

Augusztus 31., szerda, 10.30 óra

Ophthalmo-otoneurológiai szekció

Elnök: *Russay György.*
Titkár: *Komora Valéria.*

189. *Balogh Róza, Orbán Irma* (Debrecen): A vestibularis vizsgálatok indikációja és hatékonysága járóbeteg szakrendelésünkön.

190. *Balogh Róza, Nagy Mária, Tarnóczy Rozália* (Debrecen): Hormonális anticoncipienst szedő nők rendelőintézeti vizsgálata a vestibularis mellékhatások szempontjából.

191. *Bodó Gabriella, Kovács Ferenc* (Bp.): Fülműtétek hatása a cochleáris működésre.

192. *Nádor Judit, Komora Valéria, Szolnoki Andrea, Küstel Marianna, Szabó György, Korpássy Péter* (Semmelweis OTE): Cochleovestibularis tünetek változása Xavin infúziós kezelés hatására (5 éves anyag).

193. *Kishonti Judit, Mink Antal* (Pécsi OTE): A kóros stapedius-reflexről.

Vita

C szekció

Augusztus 31., szerda, 10.30 óra

Elnökök: *Bódi Sándor, Tichy L.*
Titkár: *Stepper Magdolna.*

194. *Novák, R., H. J. Scholtz, A. Donner, H. Oberender, L. Gärtner, S. Kunkel* (Rostock): Az EBV-vírus ellenanyagainak összehasonlító vizsgálata a nasopharynx és tonsillák carcinomáiban (német).

195. *Polony István, Bartha László* (OTKI): Fül-orr-gégészeti betegségek CT-vizsgálata első generációs készülékkel.

196. *Rosemann, G.* (Franfurt): Késői agyidegparesis a fülkagyló melanomájának radiotherapiája után (német).

A **Magyar Nőorvos Társaság Cervixpathológiai Sectiója** 1983. augusztus 29—30-án Pécsett, az Orvostudományi Egyetem Központi Épületében (Szigeti u. 12.) „A portio és endocervix carcinomák korai felismerése és megelőzése" címmel tartja V. *tudományos ülését,* nemzetközi részvétellel.

Augusztus 29., hétfő, 9.00 óra

Megnyitó

Prof. Csaba Imre, prof. Csömör Sándor, prof. Lampé László, prof. Zoltán Imre.

9.30 óra

Referátumok

Elnök: *prof. Csaba Imre.*

1. *Lust I.* (Budapest): Kolposzkópia jelentősége a cervix programban.

2. *Treit S.* (Budapest): Kolposzkópos leletek kritikai értékelése.

3. *Töttössy B.* (Budapest): A kolposzkópia oktatása Magyarorzságon.

4. *Bodó M.* (Budapest): A cytológia jelentősége a cervix programban.

5. *Bak M.* (Budapest): A portio kóros hámelváltozásainak szövettani szabályozása.

6. *Nagy P. (Pécs):* Cervix adenocarcinomák korai felismerése.

7. *Batár I.* (Debrecen): Praeblastomatosisok és IUD.

8. *Thurzó L.* (Szeged): Praeblastomatosisok és fogamzásgátlók.

Augusztus 29., hétfő, 14.00 óra

„A" szekció

Kolposzkópia és kolpocytológia szerepe

Üléselnök: *prof. Csömör Sándor.*

1. *Lehoczky Gy. sen.* (Budapest): A kolposzkópia harmincéves oktatásának tapasztalatai.

2. *Töttössy B.* (Budapest): Kolposzkópos leletek kritikai értékelése.

3. *Hernádi Z., Juhász B., Lampé L.* (Debrecen): A kolpofotó, mint a kolposzkópos vizsgálómódszer része.

4. *Sztakó P., Váradi I., Szücs G.* (Budapest): Terhelő kolposzkópos vizsgálataink értékelése a cervixprogram végrehajtásában.

5. *Herpay G., Kindler M.* (Tatabánya): A kolposzkópos vizsgálat jelentősége a carvixcarcinoma szűrésében.

6. *Szemcsák M., Tóth I., Sarlay B.* (Szikszó): Kolposzkópos rendelésünk és jelentősége.

7. *Bódi F., Hetyei P.* (Szeged): 10 éves cytológiai szűrővizsgálatok eredményei és tapasztalatai a méhnyakrák korai felismerésében.

8. *Lehoczky Gy. jr.* (Budapest): Kolposzkópos differentialdiagnózis.

9. *Kindler M., Herpay G.* (Tatabánya): P-III-as cytológiai eseteink szövettani értékelése 5 éves anyagunkban.

10. *Petrás S., Karácsony I.* (Pápa): Kolposzkópos és cytológiai leleteink kritikai értékelése.

11. *Molnár-Gábor I.* (Szentes): Cytodiagnosztikai tévedéseink epikritikus értékelése.

Szünet

A komplex szűrés szervezési kérdései

Üléselnök: *Töttössy Béla dr.*

12. *Sótonyi G.* (Miskolc): Cervicalis dysplasia és cc. in situ (CIN) 8 év computerizált anyagában.

13. *Tóth L., Görcs J., Cziráky K., Horváth K.* (Dombóvár): 1982-ben cytológiai vizsgálattal betegkövetés útján felfedezett dysplasiák és cervixcarcinomák Baranya megyében és Pécsett.

14. *Nemes J., Dömötör L., Várnai F., Bálint T., Bikkal A.* (Budapest): A méhnyakrák keletkezésének kérdése 40 000 eset komplex vizsgálata alapján (kolposzkópos, cytológiai és histológiai nyomon követés).

15. *Dorsics Gy., Szilasi A., Cziráky K.* (Pécs): Nőgyógyászati szűrővizsgálatok gépi nyilvántartásának rendszere és tapasztalatai.

16. *Beck Gy., Gyetvai I., Lust I.* (Budapest): A számítógép alkalmazásának lehetőségei a cervixprogramban.

17. *Horváth K., Nagy Z.* (Siklós): Komplex szűrővizsgálatok keretében végzett onkológiai szűrések a Siklósi járásban.

18. *Karácsony I., Petrás S.* (Pápa): A cervixprogram megvalósításának néhány szervezési kérdése területi egészségügyi egységben.

19. *Tóth I., Szilágyi L., Szemcsák M.* (Szikszó): Területi szervezésünk és eredményeink a portiocarcinomák korai felismerésében.

20. *Lázár E., Kocsis Zs.* (Kazincbarcika): A kazincbarcikai cytológiai állomás 12 éves anyagának értékelése (CIN) beosztás szerint.

21. *Pólik J.* (Lajosmizse): Nőgyógyászati gondozás a lajosmizsei szülőotthonban különös tekintettel a folyamatos komplex rákszűrésre.

22. *Kancsár L., Kummerlander L., Faluhelyi Zs.* (Pécs): Tüdőszűréshez kapcsolt női rákszűrő vizsgálatok szervezése és teredményei Baranya megyében.

Augusztus 29., hétfő, 14.00 óra

„B" szekció

A cervixcarcinomák profilaxisa és korai eseteink ellátási elvei

Üléselnök: *prof. Zsolnai Béla.*

1. *Orosz-Tóth M.* (Nyíregyháza): Conisatumok és cervix-plastica során eltávolított anyagok szövettani eredményeinek a kolposzkópos és cytológiai lelettel történő összehasonlításának eredményei.

2. *Nyilas G., Biró B., Nagy T.* (Kecskemét): Az in situ és korai invasiv carcinomák felismeréséhez vezető diagnosztikus módszerek hatékonysága.

3. *Konczwald L., Hetényi F., Ferenczy S.* (Zalaegerszeg): Eredményeink a méhnyakrák korai felismerésében.

4. *Avar Z., Dömötör L.* (Budapest): Az intraepitheliális portio carcinoma előfordulása és kezelése az utóbbi években.

5. *Telek Gy., Jeney Gy., Bercsényi L.* (Salgótarján): Kóros portio elváltozások 2 év nővédelmi anyagában.

6. *Bücs G.* (Győr): 500 cervixpathológiai eset ellátásával szerzett szervezési és klinikai tapasztalataink.

7. *Hetyei P., Bódi F.* (Szeged): Lehetőségeink és törekvéseink a cervixcarcinoma megelőzésében.

8. *Juhász L.* (Nyíregyháza): Cervixcarcinomák néhány epidemiológiai jellemzője Szabolcs-Szatmár megyében.

9. *Scholcz M.* (Budapest): A cervix praeblastomatosisainak histochemiai és cytológiai diagnostikája.

10. *Kovács L., Unk P., Holland J., Kőrosi L., Szabó D. L.* (Budapest): A portio ektopiumok kezelése kis teljesítményű He-Ne lézerrel és bikémiai háttere.

Szünet

Üléselnök: *prof. Treit Sándor.*

11. *Asztalos M., Kelemen J.* (Budapest): Negatív cytológiai, fractio curettage után röviddel kialakuló invasiv cervixcarcinomás esetek kritikai jellemzése.

12. *Nagy T., Nyilas G.* (Kecskemét): A conisatio és a rehabilitatiós cervixplastica szerepe a praemalignus méhnyak-elváltozások kórismézésében és kezelésében.

13. *Kovács L., Unk P., Munkácsi F.* (Budapest): A portio Ektopiumok CO_2 lézer kezelésével szerzett tapasztalataink.

14. *Csütörtöki V., Primász P., Csergőffy Gy., Kiszely I.* (Veszprém): Méhszájműtéteink kórszövettani és kolposzkópos leletének összevetése.

15. *Jerémiás A., Jenővári É., Makay É., Vincze J.* (Kiskunhalas): A praeblastoma és in situ carcinoma előfordulása osztályunk 10 éves beteganyagában.

16. *Gergely I.* (Budapest): A portio dysplasiák értékelése osztályunk műtétes anyagában.

17. *Aszódi I.* (Miskolc): Fogamzásgátlás conisatio után.

18. *Barbél I., Kiss Cs., Lust I.* (Budapest): Tapasztalataink a méhszájon végzett conisatiós műtéteinkről.

19. *Soós Sz.* (Győr): Terhességben végzett conisatiók.

20. *Szabó A.* (Szentes): Conisatiós és méhszájrekonstrukciós műtéteink szövettani eredményei.

21. *Zs. Tóth F., Ábrahám L.* (Székesfehérvár): Kolposzkópia és cytológia eredményessége a Fejér megyei Tanács Központi Kórház-Rendelőintézet integrációs területén 5 évi adataink tükrében.

Augusztus 29., hétfő, 14.00 óra

„C" szekció

Fogamzásgátlás és a cervix elváltozásai

Üléselnök: *Lust Iván dr.*

1. *Veres I., Treit S.* (Szigetszentmiklós) IUD okozta súlyos adnextumor és méhnyakrák együttes előfordulása.

2. *Nemes J., Várnai F., Bálint T., Bikkál A.* (Budapest): Az orális fogamzásgátlás hatása a portiohámra különös tekintettel az 1982. évi Nobel-díjas kutatásokra (összehasonlító vizsgálatok.

3. *Annus J., Altmayer P., Mestyán R.* (Szeged): Adatok a cervix carcinoma és fogamzásgátlás összefüggésére.

4. *Károlyi P.* (Szolnok): Hormonális fogamzásgátlók cervicalis hatásának citofotometriás vizsgálata.

5. *Ternai A.* (Szentes): Nőgyógyászati szűrésen felfedezett méhszájelváltozások és fogamzásgátlók.

6. *Lengyel S.* (Budapest): IUD-t viselőkkel kapcsolatos gondozási problémák.

7. *Ozsváth L., Kalocsai G.* (Budapest): A méhnyak praeblastomái és rákja IUD mellett.

8. *Belicay T.* (Szentes): IUD-viselők cytológiai szűrésének tapasztalatai.

9. *Pál S., Csanádi L.* (Gyöngyös): Az eltávolított IUD cytológiai vizsgálatának jelentősége a cervix-carcinoma korai felismerésében.

10. *Várnai F., Simon T., Nemes J.* (Budpest): Tapasztalataink tartósan intrauterin eszközt viselők portiójának vizsgálata kapcsán.

11. *Szabó R., Csetreg S.* (Szigetszentmiklós): A rendszeres nőgyógyászati ellenőrzés fontossága a fogamzásgátlót szedőknél.

Szünet

Egyéb előadások

Üléselnök: *Görcs Jenő dr.*

12. *Ozsváth I., Fáber K.* (Budapest): A portiohám hydrofobiájának jelentősége.

13. *Stumpf J.* (Budapest): Arteriográfiával kimutatott corpus tumornak diagnosztizált collum tumoros eseteink.

14. *Bánk E., Kazy Z.* (Budapest): Az endocervicoscopia feladata és fontossága.

15. *Váczy L., Vereczkey G., Fang M.* (Szekszárd): A béta-2 mikroglobulin meghatározás jelentősége a nőgyógyászati rákok korai diagnózisában.

16. *Filep A., Gergely I., Kovács L., Bak M.* (Budapest): Endometrium cytologia, Isaacs katéterrel szerzett tapasztalatok.

17. *Szalay L.* (Győr): Cytológiailag diagnosztizált primaer tubacarcinoma.

18. *Matányi S., Pajor A., Bakos L., Lintner F.* (Budapest): A PGF_2-alfa cervixdilatatiós hatásának vizsgálata.

19. *Bakos L., Lintner F., Pajor A., Matányi S.* (Budapest): Középidős terhességek megszakítása intraamnialisan adott PGF_2-alfával.

20. *Pajor A., Matányi S., Lintner F., Bakos L.* (Budapest): Középidős terhességek megszakítása extraamniálisan adott PGF_2-alfával.

21. *Lintner F., Tóth M., Pajor A., Matányi S.* (Budapest): PGF_2-alfa eliminatió vizsgálata magzatvízből.

Augusztus 30., kedd, 9.00 óra

Üléselnökök: *prof. Lampé László, prof. Burghardt, E., prof. Bauer, H.-K.*

1. *Bauer, H.-K.* (Wiesbaden): A színes kolpofotográfiás dokumentáció jelentősége a cervixepithel elváltozások folyamatos megfigyelésénél, peroralis antikoncipiensek szedése során (német).

2. *Burghardt, E.* (Graz): Portio és cervixcarcinomák korai felismerése és megelőzése (német).

3. *Brise, V., Nergmann, K. Ch., Straube, W., Noack, K., Tischner, H., Pohl, W.-J.* (Rostock): Az urogenitalis tractus lokális antitestiei vírustörzsekkel végzett perorális immunizálást követően — állatkísérletes modell (német).

4. *Barten, G., Rohde, E.* (Rostock): A cervix in situ adenocarcinomája (német).

5. *Rohde, E.* (Rostock): Vírusindukált cervixepithel-elváltoások (német).

6. *Bőhm, W.* (Jena): Cervixhám dysplasia — klinikai és morfológiai megfigyelések (angol).

7. *Bőhm, W., Krepler, S.* (Jena): A cervixrák praeblastomatózisai és korai stádiumai — terhesség alatt végzett conisatio (angol).

8. *Fischer, R.* (Leipzig): Lipcse város nőgyógyászati rákmegelőző programja keretében végzett kolposzkópos, cytológiai, histológiai tanulmányok (német).

9. *Schröder, F.-A.* (Bonn-Hardtberg): Az endocervicalis carcinoma korai felismerése (német).

10. Szalmay, G. (St. Gallen): A kolposzkópia helye a cervix intraepitheliális neoplasmájának felismerésében és kezelésében (német).

11. *Könnecke, J., Wagner, F., Sommer, J., Marzotko, F., Steck, P.* (Erfurt): A cervixcarcinoma elő és korai stádiumainak kryokirurgiai gyógyítása és a cytológiai vizsgálatok (német).

12. *Marzotko, F., Wagner, F., Konnecke, J., Steck, F., Sommer,*

J. (Erfurt): Az in situ cervixcarcinoma histológiai diagnózisa, valamint a kolkoszkópiás és cytológiai lelet összefüggése (német).

13. *Sommer, I., Wagner, F., Könnecke, J., Steck, F., Marzotko, F.* (Erfurt): Cervixcarcinoma megelőzése a jóindulatú portio elváltozások kryokirurgiás kezelésével (német).

14. *Szalmay, G.* (St. Gallen): Kolposzkópia, cytológia és histológia összefüggése és ezek tanulságai (német).

Szünet

Kerekasztal-megbeszélés

Kolposzkópos és cytológiai diagnosztikai problémák.

Vezeti: *prof. László János.*

Résztvevők: Bodó Miklós dr., Cseh Imre dr., Görcs János dr., Mathányi Sándor dr., Pácsa Sándor dr. és Simon József dr.

Tudnivalók: Az előadások időtartama 6 perc.

A tudományos ülés információs szolgálata augusztus 28-án 16 órától, ill. 29-én 8 órától a Központi Épület Aulája előterében.

A **Magyar Anaesthesiológia és Intenzív Terápiás Társaság** 1983. augusztus 25—27. között Dél-Budán, a Műszaki Egyetem „E" épületében (XI, Egry József utca 1—7.) *vándorgyűlést* rendez.

Augusztus 25., csütörtök, 8.00 óra

„B" terem

Hutás Imre egészségügyi miniszterhelyettes: Megnyitó.

A résztvevőket és a külföldi küldöttséget üdvözli *Jakab Tivadar*, a társaság elnöke.

9.00 óra

Referátumok a szeptikus betegek intenzív ellátásának kérdéseiről

Varga P. (Budapest): A szeptikus beteg intenzív ellátása.

Wittek L. (Budapest): A szeptikus shock kialakulásának és kezelésének néhány kérdése.

Hirsch T., Hont J. és Hegyi Á. (Budapest): Az újszülöttkori szepszis terápiája.

Graber H. és Ludwigh E. (Budapest): Szeptikus betegek antibiotikus kezelése.

Losonczy Gy. (Budapest): Az intenzív betegellátás és az infekciók.

10.30 óra

„A, B, C" termek

Csatlakozó előadások

Szünet

14.00 óra

Csatlakozó előadások

Szünet

15.45 óra

„B" terem

Kerekasztal-konferencia a szeptikus betegek intenzív ellátásáról

Vitavezető *Varga P.* (Budapest).

Résztvevők: *Hirsch T.* (Budapest), *Losonczy Gy.* (Budapest), *Ludwigh E.* (Budapest), *Tekeres M.* (Pécs), *Wittek L.* (Budapest).

Augusztus 26., péntek, 8.00 óra

„B" terem

Közgyűlés

Elnöki beszámoló. Főtitkári beszámoló. Titkári beszámoló. Pénztárosi jelentés.

Vita

9.00 óra

Plenáris ülés az anaesthesiológiai kockázat kérdéseiről

Boros M. (Szeged): Az anaesthesiológiai kockázat (referátum).

9.30 óra

„A, B, C" termek

Csatlakozó előadások

Szünet

14.00 óra

Csatlakozó előadások

15.30 óra

„A" terem

Posztervita az intenzív betegellátás kérdéseivel foglalkozó poszterekről

Vitavezetők: *Széll K.* (Szombathely), *Hegyi L.* (Budapest).

„B" terem

Postervita az anaesthesiológiai kockázat kérdéseivel foglalkozó poszterekről.

Vitavezetők: *Vass-Eysen E.* (Kecskemét), *Károvits J.* (Budapest).

„C" terem

Szakasszisztensi előadások

Augusztus 27., szombat, 8.00 óra

„B terem"

Kerekasztal-konferencia az anaesthesiológiai rizikó kérdéseiről

Vitavezető: *Boros M.* (Szeged).

Résztvevők: *Forgács I.* (Budapest), *Földes V.* (Szeged), *Jakab T.* (Budapest), *Szabó Á.* (Budapest), *Szántó I.* (Budapest), *Tassonyi E.* (Budapest).

10.10 óra

„A, B, C" termek

Szabadon választott előadások, az anaesthesiológia, a kardiológiai és általános intenzív betegellátás tárgyköréből.

A vándorgyűlés zárása.

A vándorgyűlés színhelyén hazai és külföldi cégek szakmai kiállítást rendeznek.

A **Magyar Gerontológiai Társaság**, a Nemzetközi Gerontológiai Társaság Európai Biológiai Szekciójával és Európai Klinikai Szekciójával 1983. szeptember 1—3. között Budapesten, a Magyar Tudományos Akadémián, az Atrium és a Fórum Szállodában rendezi „A gerontológiai alapkutatások 7. szimpozionát", ill. „A 10. európai klinikai gerontológiai kongresszusát".

Az érdeklődőknek felvilágosítást adnak a főrendezők: *prof. Beregi Edit, Pénzes László dr., Vértes László dr., Gergely István dr.*

Cím: Bpest. VIII., Somogyi B. u. 33.

A **Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság** 1983. szeptember 12-én *Kékestetőn*, az Orvos-Nővérszálló nagytermében *tudományos ülést* rendez.

10.15 óra

Nagy György, a Mátrai Állami Gyógyintézet főigazgató főorvosa: Megnyitó.

Prof. Leövey András, a Társaság elnöke: Üdvözlés.

Üléselnökök: *prof. Leövey András, Nagy György*

Kelemen Sándor, Cséri Teréz, Lichtenberger György (Budapest): Az orr és a bronchopulmonalis rendszer functionális egysége (referátum).

Raffai Irén, Ungor Károly, Lukács Judit, Mohácsi Edit, Szecsei Gabriella, Eigner Ottília, Kelemen Sándor (Budapest): Az allergiás és a vasomotor rhinitisek elkülönítő kórisméje.

Findeisen D. G. R. (NDK Berlin): Mikor jelent praeasthmát a rhinitis recidivans? (referátum német nyelven).

Gyeney László, Koó Éva (Budapest): Rhinomanometriás vizsgálatok jelentősége allergiás betegségekben.

Szünet

Üléselnökök: *prof. Schweiger Ottó, Mészáros Lajos.*

Glaeske Klaus-Dieter (NDK, Lipcse): Az alergiás rhinopathia diagnosztikája és therapiája (referátum német nyelven).

Gerencsér Ferenc (Budapest): Allergiás felső légúti megbetegedések a fül-orr-gégészet szemszögéből.

Stepper Magdolna (Makó): Rhinitis allergica és szövődményei.

Mohácsi Edit, Szecsei Gabriella, Ungor Károly, Raffai Irén, Kelemen Sándor (Budapest): Asthma bronchialés betegeink rhinológiai statusa.

Bene Julianna, Szilágyi János, Jodál Judit, Csontos Zoltán (Debrecen): Bronchialis hyperreactivitás rhinitis allergicában.

Szünet

Üléselnökök: *prof. D. G. R. Findeisen, Wiltner Willibald.*

Mühlbacher Szilvia, Herjavecz Irén, Radics Katalin (Budapest):

A rhinitises betegek hyposensibilisatiós kezelésével szerzett tapasztalataink.

Gajdon Éva, Berta Gyula, Naményi Miklósné (Mosdós): A rhinitis allergica tüneti és immunotherapiája.

Koó Éva (Budapest): Zaditennel szerzett tapasztalatok allergiás és nem allergiás eredetű rhinitisek kezelésében.

Mészáros Lajos (Zalaegerszeg): Allergiás rhinitises betegek ellátásának összehasonlító farmakotherapiás elemzése.

Gautier Barna, Borzsák Erzsébet (Hegyfalu): Az allergiás rhinitis ambuláns kezelésével és gondozásával szerzett tapasztalatainkról.

Berta Gyula, Naményi Miklósné, Naményi Miklós, Gajdon Éva (Mosdós): Az allergiás rhinitises betegek ellátásának tapasztalatai Somogy megyében.

Prof. Leövey András: Elnöki zárszó.

Tudnivalók:

A kongresszusi iroda és a büfé reggel 9 órától rendelkezésre áll.

Ebédet igényjelentésre önköltségi áron biztosítunk. Az igényt *szeptember 5-ig Pákozdi Lajos dr.* Kékestető 3221 címre kérjük.

Részvételi díj 100,— Ft, érkezéskor a kongresszusi irodában fizetendő. (Ez a kiküldő szervre áthárítható.)

50 × 50 mm dia vetítése biztosított.. A jobb felső sarkukban megjelölt és számozott diák átadása és előzetes levetítése a szünetekben kívánatos.

Az OMKER Bemutatóterem

1983. II. félévi kiállítási programja

Szeptember 20–23.	Kínai orvosi műszerkiállítás A pekingi Chemicals cég termékeiből
Október 4–6.	ERBE (NSZK) cég önálló kiállítása
Október 11–14.	CHIRANA Csehszlovák Külkereskedelmi Vállalat kiállítása a legújabb orvosi készülékeiből
November 2–3.	HELLIGE (NSZK) cég önálló kiállítása
November 9–11.	DRAGER (Ausztria) cég önálló kiállítása
November 22–24.	„BÖRZE" a budapesti kórházak, klinikák és egyéb egészségügyi intézmények elfekvő készleteiből
December 13–15.	„Gyártót keresünk"

OMKER Bemutatóterem

Budapest VI., Népköztársaság útja 36.
Nyitva: naponta 9–16 óráig

KIÁLLÍTÁSAINKRA MINDEN ÉRDEKLŐDŐT
SZERETETTEL VÁRUNK

OMKER
ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

A programban változás lehetséges!

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 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft

83.1865 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató

ISSN 0030—6002 • INDEX: 25 674

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

✻

Szerkesztő bizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARD SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
LENART GYÖRGY DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRI GÁBOR DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

✻

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

✻

Munkatársak:
PAPP MIKLÓS DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
ETAGE ZSUZSANNA DR.
WALSA RÓBERT DR.
BUDA BÉLA DR.
HONTI JÓZSEF DR.
VÉRTES LÁSZLÓ DR.
HIDVÉGI JENŐ

✻

124. ÉVFOLYAM

✻

35. SZÁM

✻

1983. AUGUSZTUS 28.

TARTALOMJEGYZÉK

Papp Zoltán dr.:
Genetikai amniocentézis 2099

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Körner Anna dr., Miltényi Miklós dr., Molnár Mária dr., Tichy Mária dr. és Berlász Mariann dr.:

Reverzibilis tubuláris proteinuria gyermekkori diabetesz mellituszban 2109

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Simon László dr., Tornóczky János dr., Bátorfi Istvánné dr., Tóth Gyula dr. és Tóth Antal dr.:

A hasnyálmirigy-vezeték radiomorfológiai elváltozásai krónikus pankreatitiszben 2113

A PREVENCIÓ KÉRDÉSEI

Czeizel Endre dr., Pázsy Andrea dr., Fábián Ildikó, Nagy Magdolna és Pusztai Judit:

A veleszületett rendellenességek kóroki monitorozása 2121

KAZUISZTIKA

Varga Pál Ibolya dr., Karádi Kázmér dr. és Várszegi Ákos dr.:

„Somogyi-tünet" biztonsági öv által okozott retroperitonealis duodenum rupturában 2031

Beszámolók, jegyzőkönyvek 2133
Folyóiratreferátumok 2135
Levelek a szerkesztőhöz 1251
Könyvismertetés 2153
Hírek 2157
Pályázati hirdetmények 2160

PHENYLBUTAZON® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 2 mg prednisolonum és 100 mg phenylbutazonum tabl.-ként.

JAVALLATOK: Polyarthritis chronica, febris rheumatica (polyarthritis rheumatica acuta, carditis, polyserositis); spondylarthritis ankylopoetica, periarthritis (humeroscapularis stb.), bursitis, arthrosis.

ELLENJAVALLATOK: Vakcináció időtartama. Ulcus ventriculi et duodeni, vese- és májmegbetegedések, diabetes mellitus, dekompenzált vagy dekompenzáció határán levő szívbetegségek. Ödéma-, ödémakészség és hipertónia esetében csak sószegény diéta mellett, állandó ellenőrzéssel alkalmazható.

ADAGOLÁS: Individuális.
Felnőtteknek: az első napon 4–6 tabl., a további napokon 2–3 tabl.
Gyermekeknek: 7–14 éves korig naponta 3 × ½ tabl. Ha az anamnézisben pszichózis szerepel, magasabb adagok adása körültekintést igényel.
A kúra időtartama lehetőleg felnőtteknek se haladja meg az 1–2 hetet.

MELLÉKHATÁSOK: Csökkent ellenállás fertőzésekkel szemben, hipertónia, glycosuria, hypokalaemia, vagy víz- és sóretenció (fenilbutazon tartalom miatt), negatív N-mérleg (katabolizmus), mellékvesekéreg-kimerülés, osteoporosis. Hyperaciditás, ulceratio, glycosuria, cytopenia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: A többi kortikoszteroid, valamint fenilbutazon tartalmú készítményekhez hasonlóan:

Tilos együttesen adni:

– sympathomimeticumok aerosoljaival asztmatikus gyermekeknek (légzésbénulás veszélye).

Kerülendő az együttadás:

– barbiturátokkal (hatását a fenilbutazon növelheti, ill. a barbiturát a kortikoszteroid hatását, valamint a fenilbutazon felezési idejét csökkentheti).

Óvatosan adandó:

– orális antidiabetikumokkal (hypoglykemia veszélye)
– antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedés)
– szalicilátokkal (csökkenhet a plazma szalicilát koncentrációja; a mellékhatások összegződhetnek pl. okkult vérzés)
– diuretikumokkal (fokozott hypokalaemia).

FIGYELMEZTETÉS: A számos mellékhatás és az egyénileg különböző butazolidin-érzékenység miatt gyermekeknek csak kivételes esetekben, 1–2 hétig, kórházban állandó orvosi ellenőrzés mellett (vérkép, vizelet, májfunkció) ajánlatos adagolni. Felnőtteknek hosszan tartó kezelésekor az esetleges hypokalaemia kivédésére szükséges lehet a kálium adása (napi 1–2 g káliumsó). A katabolizmus és az osteoporosis veszélyének csökkentésére esetleg egyidejű Nerobol (Neroboletta) adása szükséges. A kúra során rendszeres vérnyomásmérés, vérkép, májfunkció, valamint vizelet- és székletvizsgálat kívánatos. A kúra végén a szert csökkenő adagban kell elhagyni. Befejező – kúra utáni – ACTH-adás mérlegelendő (bőrpróba!).

Orális antidiabetikumok, valamint az antikoagulánsok adagját célszerű újra beállítani kortikoszteroid terápia alatt. Diuretikumokkal együtt adva fokozottan figyelemmel kell kísérni a szervezet elektrolitháztartását (káliumsó pótlása). Szalicilátok egyidejű adásakor, ha csökkentjük a kortikoszteroid adagot, a szalicilát adagjának egyidejű csökkentésére is szükség lehet (a kisebb adag steroid kevésbé csökkenti a vér szalicilát szintjét).

MEGJEGYZÉS: ✠✠ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. 4,90 Ft
100 tabl. 24,50 Ft

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

PAPP ZOLTÁN DR.

Genetikai amniocentézis

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Női Klinika (igazgató: Lampé László dr.)

A szerző ismerteti a genetikai amniocentézis végzésének feltételeit (szabályait), külön hangsúlyozva a megalapozott genetikai javallatnak és a házaspár hozzájárulásának fontosságát. Áttekinti a genetikai javallat alapján végezhető terhességmegszakítás jogi és adminisztratív szabályait, leírja a magzatvíznyerés technikáját, a módszer veszélyeit és azok elhárítására bevezetett intézkedéseket. Saját 183 esete kapcsán áttekinti a magzatvízvizsgálat révén prenatálisan diagnosztizálható és így megelőzhető betegségek, illetve rendellenességek skáláját és ismerteti a Debrecenben bevált gyakorlatot, hangsúlyozva a munka igényesen összehangolt team-jellegét.

Genetic amniocentesis: Conditions (regulations) of genetic amniocentesis are described and the importance of a well-founded genetic indication and consent of the couple is emphasized. Legal and administrative regulations of the termination of pregnancy on the basis of genetic indications are reviewed and the technique of obtaining amniotic fluid, its risks and measures which were introduced to avoid them are described. On the basis of 183 case the author reviewes the range of the diseases and anomalies which can be diagnosed prenatally and prevented thus by the examination of the amniotic fluid and describes the favourable experiences in Debrecen emphasizing the high-level and well co-ordinated team-characteristic of the work.

A magzatvíz régóta a kutatások tárgya. Az amnionűr punkciójáról az első közlés 1877-ben jelent meg. Hosszú ideig azonban nem volt előrelépés. Az 1930-as évekig az amnionűr punkciója kizárólag hydramnion súlyos eseteiben, a magzatvíz lecsapolása végett történt (15).

Ezután egyes szülészek már „merészebbek" lettek, és az amnionpunkciót amniográfiára, majd terhességmegszakítás céljából az amnionűr hipertóniás sóoldattal való feltöltésére is végezték. Ennek ellenére az 1950-es évekig a szülészeti gyakorlat nem tette magáévá az amniocentézis gondolatát. Az Rh-szenzibilizáltság diagnosztikája érdekében végzett úttörő jellegű munkákból derült ki, hogy a *terhesség végén* az amnionűr „sérthetetlenségére" vonatkozó régi előítélet túlhaladottnak tekinthető.

Ezt követően a *terhesség első felében* végzett amniocentézis veszélytelenségének a gondolata a terhesség további sorsát illetően már bátrabban merült fel. Minthogy a magzatvíz a magzatra vonatkozó számos információt hordoz, kézenfekvő volt a magzatvíz vizsgálata a prenatális diagnosztikában. Az első feladat tehát a magzatvíznyerés technikájának kidolgozása volt. Ez sikerült is, és a terhesség 20. hete előtt végzett transzabdominális amniocentézis az elmúlt tíz évben a genetikai betegségek prenatális diagnosztikájában rutin módszerré vált *(genetikai amniocentézis)* (15). Naponta végezhetünk amniocentézist, átszúrva a sérthetetlennek tartott magzatburkot. A szúrás maga néhány másodpercig tart, a feltételek megteremtése azonban nagy szakértelmet és körültekintést igényel.

A genetikai amniocentézis feltétele (szabályai)

Megalapozott javallat. A genetikai vizsgálat javallatának felállítása a *Genetikai Szakrendelés (Tanácsadás)* feladatkörébe tartozik.

A *klasszikus* genetikai tanácsadás esetén nem feltétlenül fontos, a *prenatális* genetikai rendelésen viszont az a szerencsés, ha szülész-genetikus ad tanácsot. Ilyenkor ugyanis a *klasszikus* genetikai ismereteken túlmenően számos *szülészeti* szempontot is figyelembe kell venni. De a terhes számára is kényelmetlen, ha a magzatvízvétel elvégzésére „tovább küldik". Nehezíti még a prenatális diagnosztika menetét, ha a magzatvízminta is egy újabb helyre „továbbíttatik", és végül a terhes gazdátlannak érzi magát.

Szerencsésnek tartható a Debreceni Prenatális Genetikai Centrum szervezettsége, melynek részei: a genetikai tanácsadás, a terhes-ambulancia, a genetikai laboratórium és az embriopatológiai részleg.

Ha az amniocentézist végző szülészeti intézmény nem rendelkezik megfelelően felszerelt genetikai laboratóriummal, szükséges jól szervezett kollaborációs kapcsolatokat kiépíteni. Ha nem szülész vezeti a genetikai tanácsadást, akkor is az amniocentézist végző orvosnak kell kezébe vennie a terhes gondozását. Ilyen esetekben a genetikai rendelés az indikáció feállításával, a genetikai laboratórium pedig a magzatvízvizsgálat elvégzésével vesz részt a prenatális diagnosztikában.

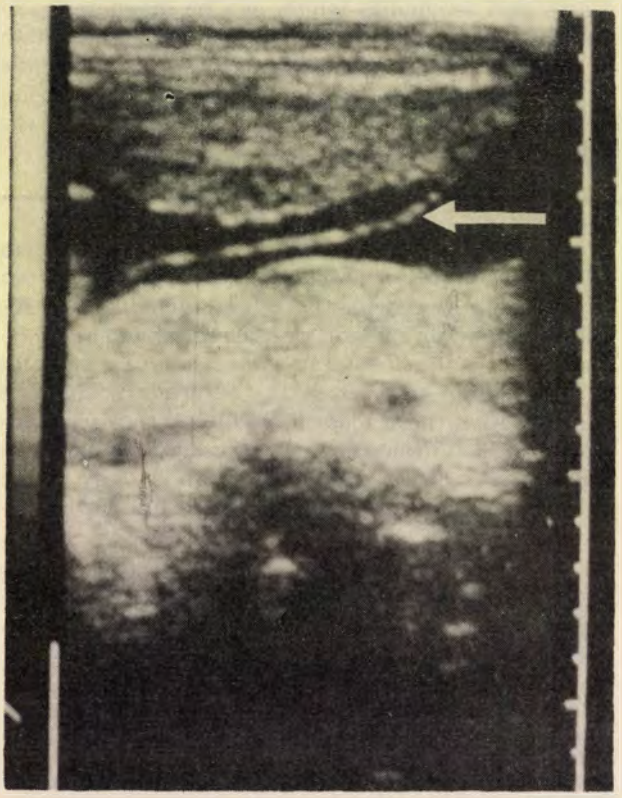
A terhesnek nagy szüksége van arra, hogy valakiben bízzék, aki személyesen felelős terhessége szakmai felügyeletéért, aki elvégzi az amniocentézist, közli és elmagyarázza a kapott eredményt, a továbbiakban is nyomon követi terhességét, és esetleg elvégzi a terhesség megszakítását. Mindezeket figyelembe véve nem látszik túlzónak az a következtetés, hogy ideális, ha a házaspár bevonásával szülész-genetikus állítja fel az amniocentézis javallatát.

Függetlenül azonban az orvos-genetikus klinikai hivatásától, *a javallatnak megalapozottnak és szakmailag korrektnek kell lennie.* Mindig figyelemmel kell lenni a megelőzendő betegség jellegére és súlyosságára, a genetikai kockázat mértékére, valamint a szóba jöhető prenatális vizsgálat hatásfokára és veszélyeire.

A korábbi betegség pontos diagnózisának ismerete azért is fontos, mert csak annak birtokában lehet eldönteni, hogy egyáltalán jogos-e a szülők kérése a betegség ismétlődésének megelőzését illetően. Egy betegség súlyosságának és következményeinek legtöbbször maguk a szülők is szemtanúi és a tragédia részesei. Sokszor azonban nem tudhatnak a döntésüket esetleg motiválható új terápiás lehetőségekről, vagy a beteg gyermek életkilátásairól és ritka kivételtől eltekintve nincs összehasonlítási alapjuk sem.

Nem lehet indok pl. a magzat nemének meghatározása kizárólag a szülői kíváncsiság, vagy valamelyik nemhez való ragaszkodás kielégítése céljából. Indokolatlan az egyéb tünetekkel nem járó nyúlajak vagy polydactylia prenatális diagnosztikája iránti igény is.

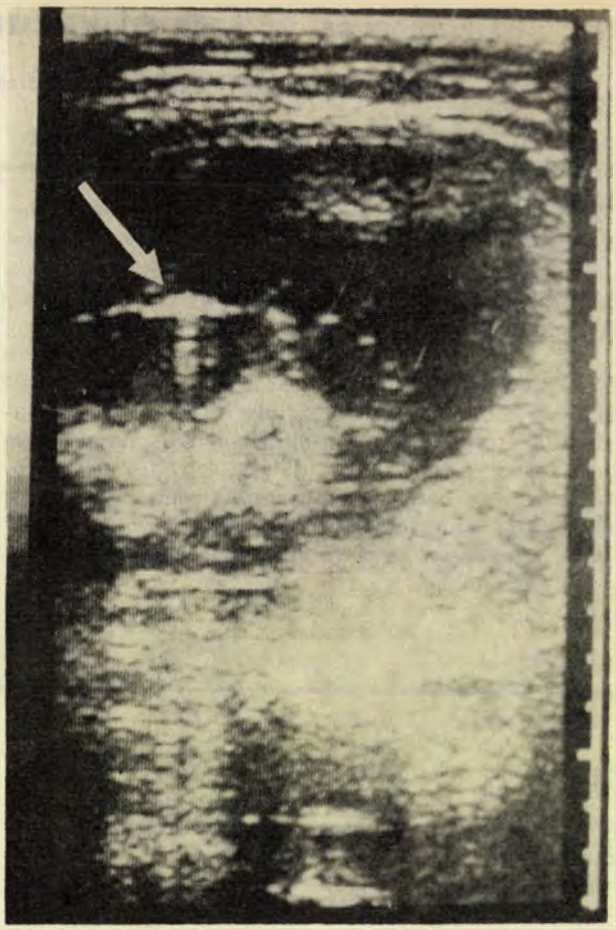
Semmi kétség nem fér viszont a súlyos mentális retardációhoz vezető kromoszóma-aberrációk és anyagcsere-betegségek, vagy az élettel össze nem



1. ábra: Ultrahangvizsgálattal jól elkülöníthető a két amnionűrt elválasztó membrán

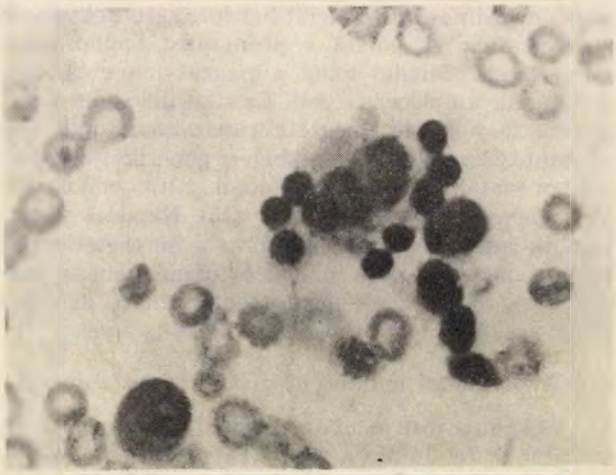
egyeztethető torzok (pl. anencephalia, rachischisis) prenatális kimutatásának és a terhesség megszakításának jogosságához. A döntés végül is mindig a szülők kezében van, de ha elhatározásuk orvosi szempontból helytelen, úgy annak kivitelezéséhez a genetikai tanácsadás már nem „asszisztálhat".

A tanácsot kérők egy csoportja részére ma már felajánlható a prenatális genetikai vizsgálat valamelyik formája. A módszer hatásfokáról és veszélyeiről általában keveset tudnak. A magzatvízvételt gyakran a terhesség végén szokásos amnioszkópiához hasonló egyszerű vizsgálatnak tekintik, amelynek eredményeként minden szempontból egészséges gyermeket lehet garantálni. A tájékozottabbak viszont nem annyira a fájdalom, mint inkább a „gyermek megszúrásának" lehetősége miatt aggódnak.

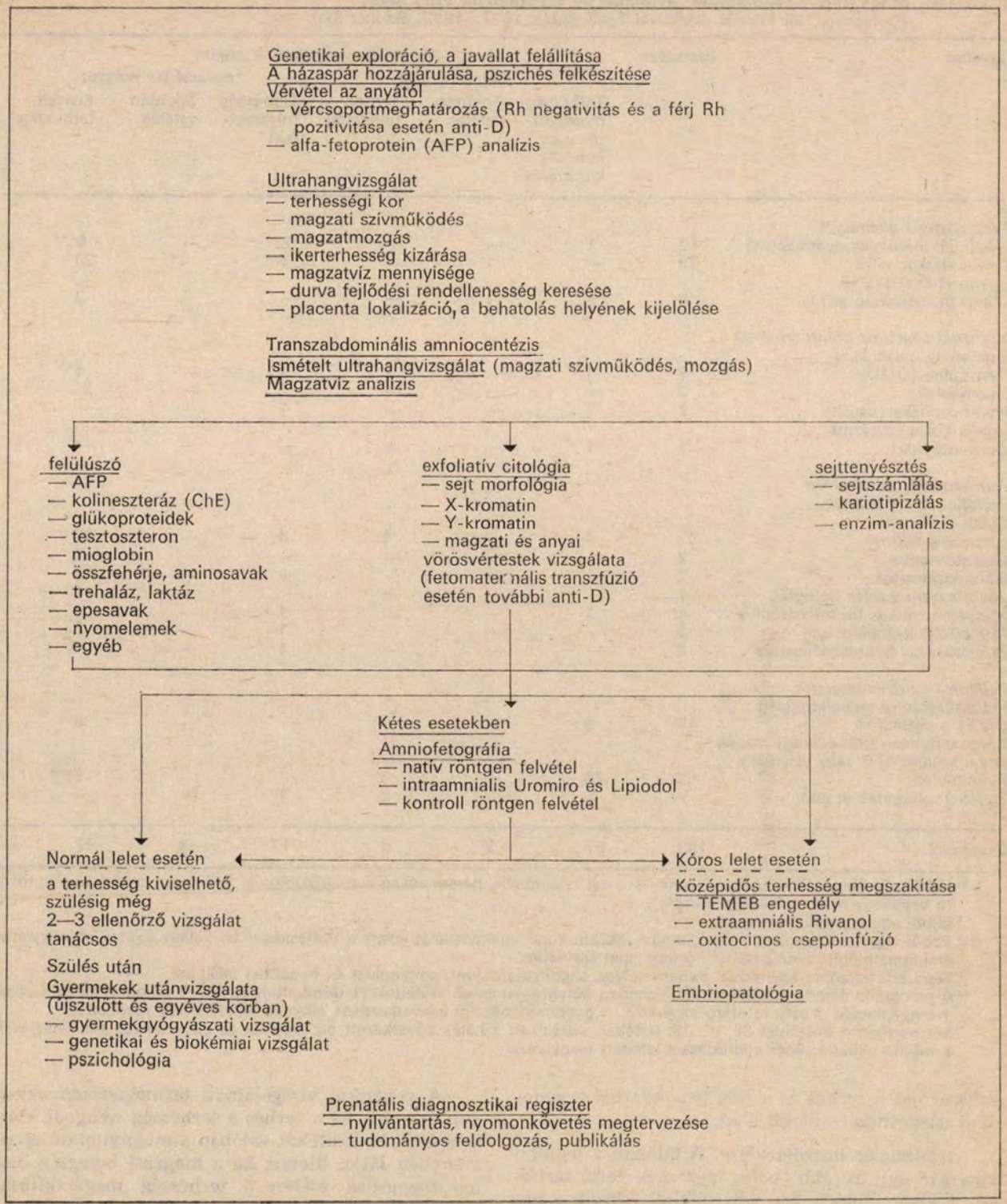


2. ábra: Amniofetográfia során az ultrahang képernyőjén figyeltük a kontrasztanyag útját a magzatvízben. A képen látható a tű hegye és a belőle legyezőszerűen szétáramló kontrasztanyag

Ha tehát amniocentézist tanácsos végezni, úgy a beavatkozás részleteit és esetleges veszélyeit alaposan és őszintén fel kell tárni. Fel kell hívni a figyelmet, hogy a vizsgálat megismétlésére is sor kerülhet. (183 esetünkből az először sikertelen tenyésztés miatt 8 esetben végeztünk ismételt amniocentézist.) Világosan ismertetni kell azokat a magzati betegségeket, amelyeket a genetikai vizsgálat teljes bizonyossággal, illetve



3. ábra: A terhesség 20. hete előtt a magzat nyitott lézió-ja esetén ilyen kondenzált magvú sejtek nagy számban jelennek meg a magzatvízben



4. ábra: A genetikai amniocentézis menete Debrecenben

nagy valószínűséggel kimutat és hangsúlyozni kell, hogy egyéb betegségek az átlagnépesség gyakoriságának megfelelő mértékben az adott terhességben a negatív eredményt adó vizsgálat ellenére is előfordulhatnak.

A prenatális genetikai vizsgálat tehát csak bizonyos magzati betegségek megállapítására, illetve lehetőségének kizárására irányul, de általa nem garantálható a születendő gyermek minden ártalomtól való mentessége. Miután a házastársak minden felmerülő kérdésükre kielégítő választ kaptak, nekik kell dönteniök, hogy az amniocentézist és a beteg magzat igazolása esetén a terhesség megszakítását vállalják-e. Ezt még a legsúlyosabb magzati betegség magas kockázata esetén sem szabad a terhesre ráerőltetni.

Helyes, ha a terhest a genetikai szakrendelésre irányító orvos megfelelő tájékoztatást ad a magzatvízvizsgálat jellegéről, de az amniocentézisnek csak a lehetőségét szabad felvetni, mert annak

1. táblázat. **Magzatvíz-vizsgálataink javallatai és eredményei (183 eset)**
(Debreceni Női Klinika, Genetikai Tanácsadás: 1977—1982. október 31.)

Javallat	Esetszám	Prenatális vizsgálatunk szerint					
		beteg magzat			egészséges magzat		
		Terhességmegszakítás vagy indukált koraszülés	Spontán vetélés	Kiviselt terhesség	Terhesség folyamatban	Spontán vetélés	Kiviselt terhesség
Kromoszóma-aberrációk							
Előző 21-triszómiás gyermek(ek)	12	1°	—	—	2	—	9***
Anyai életkor ≥38	29	—	1	—	4	4*	20*
Egyéb (transzlokáció, szülői mozaikosság stb.)	5	1	1	—	—	—	3
X-kromoszómához kötött ártalmak							
Duchenne muscularis dystrophia (DMD)	7	1	—	—	1	—	5**
Haemophilia	3	—	—	—	1	—	2
Hydrocephalia (izolált)	2	1	—	—	1	—	—
Egyéb (nem tisztázott izom-atrophia)	1	1	—	—	—	—	—
Autoszomális recesszíven öröklődő enzimopátiák							
Cystikus fibrosis (mukoviszcidózis)	42	4	—	1	4	—	33**
Galactosaemia	2	—	—	—	—	—	2
Gangliosidosisok	2	—	—	—	—	—	2
Jávorfaszörp vizelés betegség	1	—	—	—	—	—	1
Metachromatikus leukodystrophia	4	1	—	—	1	—	2
Mucopolysaccharidosisok	3	—	—	—	1	—	2
Propionsavas hyperglycinaemia	2	—	—	—	1	—	1
Fejlődési rendellenességek							
Velőcsőzáródási rendellenesség (VZR) a családban	15	9	—	—	—	—	6
Kóros ultrahang lelet és/vagy magas anyai szérum AFP vagy kizárólag hydramnion	50	38	—	3°°	—	—	9***
Egyéb (polycystás vesék)	3	—	—	2	1	—	—
Összesen	183	57	2	6	17	4	97

* Ebből egy Mayer-Rokitansky—Küster—Hauser szindrómás, három anyag embriopatológiai feldolgozása nem történt meg, (a vetélés nem a klinikánkon történt).
** Ebből egy betegnek bizonyult.
*** Ebből egy terhességben a hydramnion okozta korai lepényleválás miatt a terhességet be kellett fejezni. A magzaton embriopatológiai szempontból kórosat nem észleltünk.
° Nem kromoszóma-aberrációt, hanem súlyos oligohydramniont, amnionitist és hepatitist találtunk.
°° A prenatális diagnosztikánknak megfelelően beteg gyermekek születtek (1 duodenum atresia, 1 megacystis szindróma 1 omphalocele okozta in utero miserere). A gyermeksebészeti beavatkozások ellenére mindhárman meghaltak.
* Két esetben a gesztáció 36. ill. 38. hetében intrauterin elhalás következett be. Egyiket az anya súlyos toxaemiájával, a másika köldökzsinór sodródással lehetett magyarázni.

indikációját *a terhes és a férj bevonásával* a genetikai szakrendelés alakítja ki.

A házaspár hozzájárulása. Általában a legtöbb házaspár egy korábbi beteg gyermek lelki terhével, a jövőt illetően tele kétségekkel érkezik a genetikai tanácsadásra. Gyakran megfelelő lélektani foglalkozásra van szükség, míg az amniocentézis, majd a genetikai vizsgálat elkészüléséig a terhességmegszakítás gondolata megérlelődik.

A prenatális genetikai diagnosztika igénybevétele a szülők elhatározásától függ, de szakmai felvilágosítás nélkül ez természetesen nem képzelhető el. Ez a genetikai tanácsot adó orvos feladata, akinek legjobb tudása szerint mind szakmailag, mind emberileg segítségére kell lennie a házastársaknak döntésük meghozásában.

A genetikai vizsgálatnak természetesen akkor van értelme, ha a terhes a terhesség nyugodt kiviselésének biztosítékát valóban a megnyugtató eredményben látja, illetve, ha a magzati betegség biztos diagnózisa esetén a terhesség megszakítását igényli. Ez az esetek döntő többségében így is van.

A terheseknek egy kis csoportja azonban, bár beleegyezik az amniocentézisbe, még nem azonosult teljesen az esetleges terhességmegszakítás gondolatával. Minthogy a prenatális genetikai vizsgálat bármelyik formája ma még meglehetősen idő- és költségigényes, nem volna helyes, ha a korlátozott kapacitást olyan vizsgálatokra fordítanánk, amelyeknek — a prenatális terápiára alkalmas néhány esetet nem számítva — „nincs értelmük". Különösen etikátlan volna a rendelkezésre álló lehetőségeket azoktól elvenni, akik pozitív eredmény esetén élni kívánnának a terhességmegszakítás lehetőségével. Egyesek ezért a prenatális genetikai diagnosztikát azokra az esetekre javasolják

2. táblázat.

Prenatálisan diagnosztizált fejlődési rendellenességek

Diagnózis	Esetszám
Anencephalia spina bifidával vagy anélkül	11+11*
Occipitális agyi hernia	3
Hydrocephalia (izolált)	7
Hydrocephalia + spina bifida	7+1*
Spina bifida (izolált)	5
Iniencephalia	1
Iniencephalia + omphalocele	1
Cebocephalia	1
Exencephalus + cyclops	1
Hydranencephalia	2
Cranioschisis + ectopia viscerum + phocomelia	1
Hydrops fetalis (non-immun)	1+ 3*
Hygroma colli	1
Thanatophor dysplasia	1
Rubeola fetopátia	1
Meconium peritonitis	1
Duodenum atresia	1
Egyéb bélatresia	1+ 2*
Amnionitis + oligohydramnion + hepatitis	1
Urethra obstructio (Cloaca persistens)	1
Megacystis szindróma	1
Magzati ascites	1
Összesen	51+17*

* A csillaggal jelölt számok azokat az eseteket jelentik, amelyek prenatális diagnózisához magzatvizsgálatot nem vettünk igénybe, hanem kizárólag ultrahangvizsgálat alapján biztos diagnózist lehetett mondani.

korlátozni, akik kóros diagnózis esetén a terhesség megszakításához eleve írásbeli hozzájárulásukat adják. Az érv logikájához semmi kétség nem fér, különösen ha ehhez még azt is hozzávesszük, hogy a terhességet teljesen fölöslegesen tesszük ki az amniocentézis esetleges veszélyének. Ennek ellenére nem lenne helyes a különben is lelkileg sokszor megviselt szülőket ezzel a megkötéssel is terhelni. Bár az amniocentézis előtt az esetleges terhességmegszakítás lehetőségét is fel kell vetni, ennek igénybevételéről azonban a szülőknek csak a genetikai diagnózis birtokában kell dönteniük. Minden előzetes beleegyezés kierőltetése a szülők és a tanácsadás között alakuló kapcsolat lélektani alapjait veszélyeztetné. Ha egy terhes eleve semmi körülmények között nem kíván élni a terhességmegszakítás lehetőségével, úgy prenatális genetikai vizsgálat végzésétől a prenatális vagy korai újszülöttkori terápiára alkalmas néhány esetet leszámítva természetesen el kell tekinteni.

A szülők végleges döntésének kialakulását számos tényező befolyásolhatja. Lényeges a tanácsadó orvos személye, hogy hogyan és milyen információt kaptak tőle, mit értettek meg belőle, hogy már eleve optimista vagy pesszimista beállítottságúak-e, hogy milyen az erkölcsi hozzáállásuk, a műveltségük, a szociális helyzetük és más egyéni szempontok. A szülőknek *írásbeli hozzájárulást* kell adniok.

A szülők végső döntésének kialakítása a genetikai tanácsadáson, abban a környezetben történik, ahol a tanácsot adó és szerencsés esetben az amniocentézist végző, valamint a diagnózist elmagyarázó orvos személye és a házaspár között már megfelelő kapcsolat alakult ki. Az adott genetikai betegség minden részletének ismertetése, a szülők kérdéseinek megválaszolása, az egész tanácsadás miliője végül is segít olyan szülői döntés kialakításában, amellyel az orvos is egyetért.

A magzatvízvizsgálat *megnyugtató eredményének közlése* nagy megkönnyebbülés a terhesnek és talán ez a legszebb pillanata az egész prenatális diagnosztika folyamatának is. Ekkor bizonyosodik meg az orvos is munkája értelméről, hogy a prenatális vizsgálat nélkül esetleg nem vállalt terhességből egészséges magzat születését segíti elő.

A *„beteg magzat" diagnózisát* a szülők megdöbbenve veszik tudomásul és többnyire kérik a terhesség megszakítását. Erre egyre több országban, így hazánkban is adottak a jogi lehetőségek és az előírások betartása esetén az egészségügyi személyzet igazságügyi védelme is teljes mértékben biztosítva van.

Ultrahangvizsgálat. Mint ismeretes, az ultrahang-diagnosztika az elmúlt évtizedben forradalmasította a klinikai, különösen a szülészeti diagnosztikát (19, 20). Az ionizáló sugárzás hiánya következtében az eddigi adatok szerint veszélytelen, atraumatikus, nem invazív eljárás, amely a terhes nő számára nem kényelmetlen. Így a vizsgálat időtartama nem korlátozott és többször is aggodalom nélkül megismételhető. Az ultrahang-diagnosztika számos indirekt és direkt megközelítést tesz lehetővé és megfelelő szindromatológiai és genetikai ismeretek birtokában ma már nélkülözhetetlen a magzat rendellenességeinek prenatális diagnosztikájában, az amniocentézis biztonságos végzésének pedig elengedhetetlen előfeltétele.

Genetikai amniocentézis előtt össze kell hasonlítani az utolsó menzesztől számított és az ultrahanggal mért terhességi kort. Jól ismert, hogy a terhesség korának meghatározása a havi ciklus anamnesztikus adataiból az esetek 20%-ában nem megbízható. A gesztációs kor pontos ismerete viszont alapvető fontosságú az amniocentézis optimális időpontjának meghatározásához. Mint nagyszámú megfigyelés bizonyítja, a magzatvízsejtek számát és minőségét, a tenyésztés időtartamát, az egyes biokémiai jellemzők terhességi korral változó koncentrációját, valamint a terhességmegszakítás gesztációs kor-dependens veszélyeit figyelembe véve, a genetikai amniocentézis optimális időpontja a 16—18. terhességi hét *(post menstruationem).*

Ultrahangvizsgálattal meg kell győződni arról, hogy nincs-e a magzatnak durva fejlődési rendellenessége, fel kell ismerni az ikerterhességet, képet kell kapni a magzatvíz mennyiségéről.

A lepény tapadási helyét, nagyságát és kiterjedését ultrahanggal szintén jól lehet vizsgálni. Általában a gesztáció 16. hetében a magzat, a lepény és a magzatvíz a képernyőn $^1/_3$—$^1/_3$—$^1/_3$ térfogatot képviselnek és egymástól jól elkülöníthetők. Türelmes tájékozódás esetén a mellső falon tapadó lepény észlelésekor is található egy kis placentamentes terület, amelyen keresztül a tű az amnionűrbe irányítható. Megmérhető az is, hogy milyen mélyen vezethető be a tű. Ennek meghatározása azért fontos, mert a lepények 30—40%-a az uterus mellső falán tapad, így nemegyszer transzplacentárisan tudunk csak magzatvízhez jutni.

Diamniális ikerterhességben (ultrahangvizsgálattal a monoamniális placentáció jól elkülöníthető a monochoriális és dichoriális diamniális ikrektől — *1. ábra)* először elvégezzük az egyik amnionűr centézisét, majd a kiszívott magzatvíz helyére kevés indigocarmint fecskendezünk. Ezt követően az általunk másiknak tartott magzatvíztérbe szúrunk, és az onnan kiszívott magzatvíz színéből következtetünk célzásunk helyességére.

A mozgóképeljárás („real-time-scanner") vagy gyorsképezés a mozgásban levő szervek vizsgálatát is lehetővé teszi és így vizsgálhatjuk a magzat végtagmozgásait, légzőmozgásait, szívműködését. A terhe-

seknek nagy élmény, hogy a képernyőn ezeket maguk is láthatják. Ez nemcsak lélektani szempontból lényeges, hanem egyrészt az élő magzat jelenléte a genetikai amniocentézis természetes feltétele, másrészt az orvos számára rendkívül megnyugtató, hogy az amniocentézis nincs befolyással a magzat viselkedésére, a magzat mozgására, szívműködésére és erről a terhes is meggyőződhet. Alapszabálynak kell tekinteni a magzat szívműködésének ellenőrzését amniocentézis előtt és után! Amennyiben nem áll rendelkezésre real-time készülék, úgy erre a Doppler-elven működő műszerek is használhatók.

Szülészeti feltételek. Mint ismeretes, a magzat vörös vértestjei élettani körülmények között is átjuthatnak az anya keringésébe. Az amniocentézis növelheti a fetomaternális transzfúzió lehetőségét, amelynek elsősorban Rh-incompatibilis terhességekben lehet jelentősége.

Genetikai amniocentézisek során tett megfigyelések szerint az esetek kb. 5%-ában 0,1 ml-nél több magzati vér jut át az anya keringésébe, a fetomaternális transzfúzió súlyos eseteiben viszont ennek mennyisége a 10 ml-t is elérheti (15). Az anya szenzibilizálódásának profilaxisára az anti-D-gammaglobulin alkalmazása kínálkozik. Bár felmerülhet ennek károsító hatása az Rh-pozitív magzatra, az eddigi megfigyelések ezt a feltételezést nem támasztották alá. Így jelenleg minden Rh-negatív terhesnek, ha a férj Rh-pozitív, és a genetikai amniocentézis után nem mutatható ki szenzibilizáltság, 200 μg anti-D-t indokolt adni. Az adagot 300—400 μg-ra emelhetjük, ha komoly fetomaternális transzfúziót igazolunk. Ennek mértékére az amniocentézis előtt és után vett anyai vérmintában a magzati vörös vértestek arányából lehet következtetni. Jó mutatója ennek az anya szérumában az AFP-koncentráció emelkedése is. Ezért az amniocentézis előtt minden esetben meghatározzuk az anya szérumának AFP-szintjét is.

Nagy összefoglaló statisztikák szerint egyenletesen véres magzatvíz a amniocentézisek 5—10%-ában fordul elő (4). A szabad szemmel tisztának tűnő minták nagy része tartalmaz vért, hiszen a 2 200 000 vörös vértest/1 ml magzatvíz makroszkóposan még nem tűnik véresnek. A magzatvízminták 10%-a mindenesetre egyáltalán nem tartalmaz vörös vértestet. Véres magzatvízmintákban a vörös vértestek számát és a HbF vizsgálatával azok eredetét tisztázni kell. Az esetek kb. felében a vörös vértestek anyai eredetűek, míg a másik 50%-ában változó arányban fordulnak elő az anyaiak mellett magzatiak is. A magzati vörös vértestek ml-enkénti számából a magzatvízbe kerülő magzati vér mennyiségére és annak AFP-szintet befolyásoló mértékére lehet következtetni. A vörös vértestek jelenléte nem akadálya a sikeres sejttenyésztésnek, az anyai vérsejtek jelenléte viszont a sejtanalízis során hamis eredményhez vezethet. A véres magzatvízminták számát megfelelő gyakorlattal nagymértékben csökkenteni lehet. A megkívánt tapasztalaton kívül ezt szolgálja a mandrinnal ellátott tű is.

Előfordul, hogy a magzatvíz *sötétbarna* színű, ami egy korábbi intraamniális vérzésre vagy intrauterin elhalásra utal. Ilyen esetben magas AFP-érték mellett vetélésre lehet számítani. Ha a magzatvíz AFP-szintje normális, a terhesség kiviselésének nincs akadálya. Fenyegető vetélés gyógyulása után az amniocentézis során nyert magzatvíz az esetek felében barna színű.

Lehet a magzatvíz *mekóniumos* is. Ez átmeneti jelenség és legtöbbször nincs kihatással a terhesség további sorsára. *Zöld* színű lehet a magzatvíz az intestinalis atresia miatti magzati vomitus (epefestékek) következtében is.

Az amniocentézis kivitele. Az amniocentézis a hasfalon keresztül *(transzabdominálisan)* történik. A hasfalat fertőtlenítő oldattal lemossuk és az uterus területét steril lapokkal izolájuk. Ha szükségét érezzük, enyhe szedálás is szóba jöhet, rutinszerűen azonban ezt nem alkalmazzuk. Lényegesebb a pszichoterápia. Local-anaesthesiaként 1%-os Lidocainnal a bőr és a hasfal peritoneumig történő infiltrációja szóba jöhet, de a punkciós tű sem okoz több fájdalmat, mint a Lidocain befecskendezése. Vigyázni kell, hogy a Lidocain ne érjen le az uterus faláig, mert helyi izomkontrakciót idézhet elő.

Az amniocentézisre leginkább ajánlott tű átmérője 0,9 mm, hossza 9 cm. A tű feltétlenül tartalmazzon mandrint és egyszeri használatra készült, gyárilag sterilizált legyen. Az uterust kezünkkel rögzítjük, utána a tűt kb. 4—5 cm mélyen (a tűn meg lehet jelölni) a hasfalra merőlegesen az ultrahang által optimálisnak talált helyen és irányban a hasba vezetjük. A behatolás üteme olyan tempójú legyen, hogy közben az egyes rétegeken (bőr, subcutis, fasciák, hasizomzat, hasfali peritoneum, uterusfal, magzatburok) való áthaladást az egyes ellenállásoknak megfelelően jól érzékelhessük. A betegek a hashártyát jelzik fájdalmasnak. Ha érezzük, hogy az amnionűrben vagyunk, a tű mandrinját finoman eltávolítjuk és a tű kónuszára illesztett, egyszer használatos, gyárilag sterilizált műanyag fecskendővel lassan magzatvizet szívunk ki az amnionűrből. A kapott vizsgálat jellegétől függően kb. 10—20 ml magzatvíz többnyire halványsárga színű, áttetsző, szagtalan folyadék. Ha a kezdetben véres magzatvíz a szívás során fokozatosan feltisztul, ez arra utal, hogy a vér nagy valószínűséggel az anyai szúrcsatornából vagy az átszúrt lepényből származott. A tű hegyét ultrahanggal észlelni lehet *(2. ábra)*. Jól látható a kihúzott tű helyéről az amnionűrbe történő véráramlás is, amely néhány perc alatt megszűnik.

Ha a mandrin kihúzásakor nem nyerünk magzatvizet, akkor a tűt enyhén el kell tengelye körül forgatni, mivel a tű vége könnyen hozzátapadhat valamilyen magzati testrészhez. Ennek az szokott a leggyakoribb oka lenni, hogy a szívás túl erős, így nem mgazatvizet nyerünk, hanem a magzatvízben lebegő magzat bőrfelületét szippantjuk a tű végéhez. Ha a tű finom rotálása sem vezet eredményre, akkor a tűt kicsit vissza kell húzni vagy előretolni néhány mm-t, attól függően, hogy milyen mélyen van a tű az uterusban. Ha friss vért kapunk, az legtöbbször a myometriumból származik, tehát inkább mélyebbre kell hatolni. Ezen próbálkozások ellenére is sikertelen magzatvíznyerés esetén az ultrahangvizsgálatot — elsősorban a placenta ellenőrzése céljából — megismételjük, s annak alapján esetleg egy újabb behatolási pontot és irányt jelölünk ki. Ha két szúrás is sikertelen volt, úgy 2—3 nap múlva próbálkozhatunk ismét. Az amniocentézisek több mint 95—97%-ában az első kísérlet sikeres. Saját 183 esetünkből 6-ban volt az első szúrás sikertelen. A tűt hirtelen húzzuk ki, a szúrás helyére tapasszunk kis gézt a hasfalra. Az amniocentézis sikertelenségének az uterusfal valamilyen elváltozása, pl. fibromyoma is lehet az oka. Kitér a tű elől az uterus akkor is, ha kontrakcióban van, vagy kórosan tónustalan. Előfeltétel, hogy az uterus izomzata ne legyen kontraktilis, a méhszáj legyen zárt. Előző laparotomiás hegek esetén az esetleges összenövések miatt helyes az óvatosság.

A legtöbb esetben a genetikai amniocentézist ambulanter végezzük, szövődménymentes esetekben 1—2 órás megfigyelést követően a terhes hazamehet. Néhány napos kímélő életmód, pihenés ajánlható.

Felkészülés a középidős terhesség megszakítására

A szülésznek nemcsak az amniocentézis során fellépő szövődmény ellátására, hanem — genetikai betegség diagnózisa esetén — a terhesség megszakításának elvégzésére is fel kell készülnie. Ha az amniocentézis optimális időpontján kívül tekintet-

be vesszük a magzatvízsejtek tenyésztési idejét és az elvégzendő genetikai vizsgálat jellegét, a terhesség megszakítására genetikai javallat alapján általában a 19—20. hét körül szokott sor kerülni.

A *12. hét előtti* interrupciós módszerek (műszeres vagy kémiai cervix-dilatáció után aspiráció vagy abrázió) jellegüknél fogva nem alkalmasak a középidős terhességek megszakítására. A *gesztáció 12. hete után* más szülészeti eljárásokra van szükség, hiszen a prenatális genetikai diagnosztika örvendetes fejlődésével és gyakoribb igénybevételével az erre szoruló terhességek száma is egyre növekszik.

A szociális indikáció alapján végzett középidős terhességek megszakítása során szerzett szülészeti tapasztalatok azt mutatják, hogy a gesztációs kor előrehaladásával a terhesség megszakításának szövődményeit jelző anyai morbiditási és mortalitási számadatok is emelkednek. A nagyobb kockázat különösen vonatkozik az idősebb nőkre és így még nyilvánvalóbb a genetikai javallat alapján végzett terhességmegszakítás céljára megfelelő veszélytelen eljárás kidolgozásának a szükségessége. Nem lenne kívánatos, hogy a beteg magzat megszületését az anya egészségének károsodása árán akadályozzuk meg, hiszen az anyát a genetikai amniocentézis során sem veszélyeztetjük. Tehát nem veszélyes, a fetoplacentáris szövetek elhalásával vagy roncsolódásával nem járó módszerre van szükség.

Eddigi tapasztalataink szerint a hipertóniás sófeltöltés és a prosztaglandinok előnyeivel rendelkező, de ugyanakkor a hátrányaikat kiküszöbölő, csaknem ideális módszernek látszik a *Rivanol* transzcervicális extraamniális alkalmazása.

Az akridinfestékek méhizomzatot stimuláló hatása régóta ismert. Középidős terhességek megszakítására először japán szülészek javasolták. Eredményeik elsősorban Manabe munkái nyomán váltak ismertté. A módszerrel a debreceni szülészeti intézmények is kedvező tapasztalatokat szereztek (1, 2, 18).

Transzcervicálisan a terhesség nagyságától függően 50—100 ml (nagy általánosságban 80 ml) 0,1%-os Rivanolt juttatunk az extraovuláris (extraamniális) térbe. A cervix tágítására vagy analgéziára legtöbbször nincs szükség. A felvezetendő 14-es méretű ballonkatétert fiziológiás konyhasóoldattal vagy magával a festékoldattal előre feltöltjük, nehogy levegő juthasson az extraamniális térbe. A kívánt mennyiségű oldat befecskendezése után a katéter végét csattal leszorítjuk, géztamponád segítségével a hüvelybe illesztjük. Esetleges alhasi fájdalom az injiciálás idején még nem méhkontrakcióra, hanem tubáris refluxra utal. A festékoldat méhkürtön való átjutása 100 ml alkalmazása esetén mindig megfigyelhető, ezért indokolt, hogy 100—200 ml-nél több oldatot lehetőleg ne injiciáljunk. A művelet befejezése után a terhes mozgásában nincs akadályozva, ezért akár ambulanter is végezhető.

A vetélés a befecskendezést követően 8—12 óra múlva megindul és igen hatásos cervixdilatációs effektusánál fogva legtöbbször 18—32 óra alatt be is fejeződik. A kontrakciók rendszeres jelentkezésével párhuzamosan bekötött oxytocinos cseppinfúzió előnyösen gyorsító hatású.

A módszer nagy előnye, hogy technikailag nagyon egyszerűen kivitelezhető és igen jó hatásfokú. A prosztaglandinokkal szemben olcsósága sem lebecsülendő. Az így abortált anyag embriopatológiai vizsgálatok végzésére igen alkalmas. Végül, de nem utolsósorban, minden más eljárással szemben legfontosabb előnye, hogy veszélytelen, hiszen az anya vérpályájába jutva sem okoz melléktüneteket. Bakteriosztatikus hatásánál fogva egyes fertőző betegségek gyógyszereként is alkalmazzák.

A nem kívánt terhességgel ellentétben, ahol a nőt legtöbbször a megszabadulás vágya hajtja, a kívánt, de nem egészséges magzat elvesztését szomorúság, gyakran depressziós állapot kíséri. Ezt fokozza, hogy a fájdalom „értelmetlennek" tűnik. A korai terhességmegszakítás során a nem kívánt terhesség lélektani értelemben „személytelen", és ez a módszer legtöbbször mint a fogamzásgátlás egy késői formája jelenik meg. Ezzel ellentétben a középidős terhesség megszakítása során az elvetélt magzat akár életjelenséget is mutathat.

Bár az anya — esetleg egy korábbi tragédia kapcsán szerzett emlékei alapján — jól tudhatja, hogy a terhességmegszakítás még mindig kisebb lelki megrázkódtatás, mint pl. egy gyermeket hosszú szenvedés után elveszíteni, érthető módon a terhességmegszakítás ilyen esetekben is súlyos pszichés traumát jelent. Mindent el kell követnünk, hogy szenvedését megkönnyítsük.

A felsorolt feltételek elvárásainak — az első két pontot leszámítva — csak szülész szakorvos felelhet meg. Ezért genetikai amniocentézist *csak szülész* végezhet, aki ebben megfelelő jártasságot szerzett és aki megfelelő intézeti háttérrel rendelkezik. Ez alatt *jól felszerelt szülészeti osztályt* kell érteni, de ugyanakkor alapvető feltétel egy megfelelően működő *genetikai, biokémiai és embriopatológiai laboratórium* is, ahol a szükséges vizsgálatokat elvégzik.

Mindezt figyelembevéve nem látszik túlzottnak az a következtetés, hogy genetikai amniocentézist egyelőre hazánkban kizárólag az erre kijelölt és a prenatális genetikai diagnosztikával foglalkozó szülészeti intézetben (prenatális genetikai centrumban) tanácsos végezni.

A genetikai javallat alapján végzett terhességmegszakítások anyagát részletes patológiai vizsgálatnak kell alávetni, a kiviselt terhességekből született gyermekeket pedig újszülöttkorban és egyéves korukban *gyermekgyógyászati, genetikai és pszichológiai vizsgálatokban* kell részesíteni. A prenatális genetikai centrumban minden esetet nyilván kell tartani és a *regiszter* anyagáról időnként célszerű beszámolni.

Debrecenben *minden* ma már prenatálisan diagnosztizálható betegség kimutatására felkészültünk, beleértve a ritka enzimopátiákat is, melyek kivizsgálását nemzetközi kollaborációban biztosítottuk. A genetikai tanácsadásunk „hivatalossá válása" (1977) óta 1982. október 31-ig végzett 183 amniocentézisünk indikációját és a terhesség kimenetelét az *1. táblázat* ismerteti.

Prenatálisan diagnosztizálható betegségek (rendellenességek)

Kromoszóma-aberrációk. Az intrauterin magzati kariotípus meghatározásának és ezáltal a kromoszóma-aberrációk felismerésének a magzatvízsejtek tenyésztése az alapja. Ez speciálisan felszerelt genetikai laboratóriumot és pontos hozzáértést igényel. A módszer meglehetősen költséges, idő- és munkaigényes, így egyelőre minden terhesség monitorizálása elképzelhetetlen. Ha majd a magzatvízből a módszerek automatizálásával elegendő számú egyéb gyakori genetikai betegség is kiszűr-

hetővé válik, bizonyára minden terhességben amniocentézist fognak végezni (15).

Jelenleg azon terhességekben indokolt a prenatális kromoszóma-analízis, amelyekben súlyos szomatikus és/vagy mentális retardációhoz vezető magzati kromoszóma-aberráció kockázata nagyobb az átlagosnál és az amniocentézis mai rizikójánál (1%).

Az összes terhes 5%-ának van az átlagosnál jóval nagyobb kockázata („genetikailag veszélyeztetett terhességek"), hogy a magzat valamilyen kromoszóma-aberrációban szenved. Ezek a nők szülik az ilyen beteg gyermekek 20%-át. Az esetek 80%-ának megelőzése ma még nem lehetséges. Ezért csak további „veszélyeztetett csoportok" felfedezése jelentheti az előrelépést. Megfelelő szervezettség mellett jelenleg a kromoszóma-aberrációkban szenvedő magzatok 20%-ának a világrajötte mindenesetre megelőzhető volna. A nagy kockázatú terhességek kritériumait elsősorban Down-szindrómára dolgozták ki.

Tekintve, hogy a kórkép kialakulásáért felelős G21-triszómia a betegekben közvetlenül és aránylag egyszerű módon (a perifériás vér tenyésztése révén) igazolható, az elsődleges oki összetevők, azaz a szülői non-disjunctiót okozó tényezők kutatását diagnosztikus problémák nem nehezítik. Ezen betegség esetén bizonyos fokú reális prevenció megoldottnak tekinthető. Ez egyrészt az egyes ismétlődő esetek megelőzésére *(retrospektív profilaxis)*, másrészt bizonyos idősebb életkor feletti terhes nőkön végzett amniocentézis és a magzatvízsejtek kromoszóma-analízisének segítségével a magzati triszómiák kiszűrésére *(prospektív profilaxis)* vonatkozik.

A rizikó súlyosságának megállapítása a genetikai tanácsadás során a beteg gyermek és a szülők kariotípusának birtokában lehetséges. Az esetek kb. 90—95%-ában a gyermek limfocitatenyészeteiben egyszerű G21-triszómia (47,XX vagy XY, + 21) észlelhető, a szülőkben pedig normális kariotípus van. Ha az anya 30 évnél fiatalabb, a retrospektív adatokon nyugvó ismétlődési kockázat 1—2%, tehát valamivel nagyobb, mint a populáció átlagában. Ez az 1—2% az amniocentézis kockázatát (1%) csak alig haladja meg, ezért az ilyen esetek a prenatális kromoszóma-analízisnek nem obligát javallatai. A pszichésen megviselt szülők azonban sokszor ilyen esetekben is kérik az amniocentézist.

Ha valamelyik szülőben transzlokációra (centrikus fúzió) vagy mozaikosságra derül fény, úgy az ismétlődési kockázat magas (10—20%), ilyen esetekben feltétlenül indokolt az intrauterin kromoszóma-analízis (5, 6, 7, 8, 9).

Prospektív szűrésre ad lehetőséget az idős anyák terhességeiben végzett amniocentézis és magzatvízsejt kromoszóma-analízis.

Az eddigiekben az anya idősebb kora miatt végzett amniocentézisek idejéül a 35. életévet abból a meggondolásból tekintették határnak, hogy az ennél idősebb anyák a terheseknek csak 13%-át adják, viszont a korábbi adatok szerint ők szülik a Down-szindrómások több mint 50%-át. Ezt követően kiderült, hogy a Down-szindrómásoknak az 1970-es évek elején már csak kb. 20%-a született 35 évnél idősebb anyától, s az azóta is állandóan csökken. Napjainkban tehát az a helyzet, hogy a szülő nők több mint 90%-a 35 évesnél fiatalabb és sajnos ez a nagy csoport szüli a Down-szindrómások 70—80%-át (10, 11).

A 35 évesek között 1/300, a 30 évesek között 1/800 a rizikó. Ezek ismeretében egyértelmű, hogy az amniocentézis javallatául szolgáló anyai korhatárt nem lehet levinni 35 év alá.

Az anya idős életkora miatt végzett nagyszámú prenatális diagnosztikai adat áll ma már rendelkezésre. Ha ezek értékeit összehasonlítjuk a korábban ismert retrospektív újszülöttkori adatokkal, akkor kiderül, hogy a 35—39 éves csoportban 1/80—1/20 (0,83—1,25%) a 40—44 évesek között 1/20—1/40 (2,5—5,0%), a 44 év felett pedig 1/10—1/20) (5—10%) a G21 triszómia kockázata (4).

A fentiekből következik, hogy a 40 éves vagy annál idősebb nők részére feltétlenül, a 35—59 éveseknek esetenként ajánlunk prenatális diagnosztikát. Ez elsősorban a Down-szindróma megelőzését szolgálja, de az ilyen szűrések kapcsán egyéb autoszomális és gonoszomális aneuploidiákra is gyakrabban derül fény, mint fiatalabb nők terhességeiben.

A magzatvízsejtek kariotipizálása céljából végzett amniocentéziseink javallatait és eredményeit az *1. táblázat* mutatja. A 46 vizsgálatból 3 volt kóros (1 egyszerű G21-triszómia, 1 21/22 transzlokációs triszómia, 1 normál (D13 monoszómia mozaik). Ezekből 2 a tervezett terhességmegszakítás előtt spontán vetélt. A normál kariotípusúakból 4 végződött spontán vetéléssel, ebből egy magzat Mayer—Rokitansky—Küster—Hauser-szindrómásnak (nem kromoszóma-aberráció!) bizonyult, míg 3 esetben a vetélés nem klinikánkon zajlott le, így embriopatológiai feldolgozás nem történt. Mindenesetre egyik vetélés sem burokrepedéssel indult.

Aki már szült Down-szindrómás gyermeket, aggódva ragaszkodik a vizsgálatokhoz, míg az „idős terhesek" — megfelelő felvilágosítás hiányában — többnyire ma még nem érzik a vizsgálat szükségességét. Tanácsadásunkon eddig jelentkező 38 éven felüli terhesek közül csak minden harmadik (eddig 29) vette igénybe a megajánlott amniocentézist.

Az intrauterin kromoszóma-analízis propagálása az idős anyák terhességeiben a következő évek feladatai közé tartozik.

X-kromoszómához kötött ártalmak. A legtöbb X-kromoszómához kötötten öröklődő betegség prenatális szűrésére eddig kizárólag az intrauterin magzat nemének meghatározása kínálkozott, hiszen az X kromoszómához kötött génhordozó heterozigóta anyák fiúutódainak 50%-a beteg lesz. Ebből következik a módszer fogyatékossága is, hiszen a fiúmagzatokat viselő terhességek megszakításával nemcsak a beteg (hemizigóta), hanem az 50%-os eséllyel egészséges fiúmagzatok világrajöttét is megakadályozzuk (15).

A tenyésztett magzatvízsejtekben a kariotípus meghatározásával párhuzamosan az anyagcserezavar kimutatása adja a biztos prenatális diagnózist. Erre azonban ma még csak néhány, biokémiailag biztosan tisztázott enzimopátiában van lehetőség

(pl. Fabry-, Hunter-, Lesch—Nyhan-, Menkes-betegség).

A haemophilia prenatális diagnosztikája érdekében fiúmagzat esetén fetoszkópia vagy placentáris aspiráció útján nyert magzati vérből végeztetünk koagulációs aktivitás mérést, míg DMD esetén a magzati vér mioglobin koncentrációjának mérésétől várunk eredményt. Az utóbbi módszer megbízhatóságának megítélése mindenesetre nagyszámú eset feldolgozása révén lesz lehetséges (21).

Az X-kromoszómához kötötten öröklődő hydrocephalus prenatális diagnosztikájában megnyugtató ultrahangleletek esetén a fiúmagzatot viselő terhességet is engedjük kiviselni.

Autoszomális recesszíven öröklődő enzimopátiák. Tekintve, hogy a veleszületett anyagcserebetegségek döntő többsége autoszomális recesszív öröklődésű, a gyakorlatilag tünetmentes heterozigóta szülők utódai 25%-os eséllyel beteg homozigóták lesznek. Ha a szülők heterozigótaságára egy beteg gyermek születése kapcsán fény derül, a következő terhességben prenatális diagnosztikát tanácsos végezni *(retrospektív profilaxis).* A populációs szűrések kapcsán felismert heterozigóta esetekben viszont már az első terhességben szóba jöhet a prenatális diganosztika *(prospektív profilaxis).* Erre olyan kisebb populációkban kínálkozik lehetőség, amelyekben bizonyos gének elsősorban a rokonházasságok nagyobb frekvenciája miatt az átlagosnál gyakrabban fordulnak elő (pl. Tay—Sachs-betegség) (15).

A megbízható prenatális diagnózishoz szükség van az index egyén és a szülők bőr-fibroblaszt tenyészeteiben a speciális enzim hiányának kimutatására. Ezen enzim jelenléte a magzatvízsejtek tenyészeteiben kizárja a betegség lehetőségét, míg hiánya esetén a betegség *in utero* diagnosztizálható (15).

Az *1. táblázat* mutatja a prenatális biokémiai vizsgálataink eredményeit, melyek közül külön említést érdemel a cystikus fibrosis (mukoviszcidózis). Ez az Európában leggyakoribb letális anyagcserebetegség ma még a terápiás próbálkozások ellenére csaknem mindig halálos kimenetelű.

Mivel a hibás enzim(ek) még nem ismeretes(ek), a prenatális diagnosztikus próbálkozások is csak indirektek lehetnek. Magunk is próbálkoztunk egy megközelítési mód kidolgozásával. A magzat betegsége esetén a magzatvíz savoldékony glükoproteidjeinek szintjét súlyos esetekben kórosan magasnak találtuk (12, 13). Tekintve azonban, hogy a csecsemőkorban nem halálos kimenetelű, enyhébb lefolyású esetekben prenatális diagnózisunk nem bizonyult megbízhatónak, ezért ezen vizsgálatokat 1983. januártól nem végezzük. Legújabban biztatónak ígérkezik a magzatvíz trehaláz aktivitásának a mérése.

A biokémiai betegségek prenatális diagnosztikájának a gyermekgyógyászati éberség az alapja, hiszen csak anyagcsereszinten tisztázott betegség esetén lehet szó az anya újabb terhességében speciális diagnosztikáról. Gyanús esetekben a proband biokémiai kivizsgálására mindenesetre — külföldi kollaborációs kapcsolataink révén — magunk is felkészültünk. Az egyes enzimopátiák genetikai és biokémiai jellemzőiről külön közlésekben fogunk beszámolni.

Fejlődési rendellenességek. Különösen a magzat velőcsőzáródási rendellenességeinek (VZR) prenatális diagnosztikája kidolgozott. Ehhez elsősorban a familiárisan terhelt családok retrospektív szűrése vezethet, hiszen mint ismeretes, akinek a családjában már fordult elő VZR, az ismétlődési kockázat leggyakrabban az átlagos tízszerese.

A szokásos gyakorlattal ellentétben terhelt genetikai anamnézis esetén mi nem végzünk minden esetben amniocentézist. Véleményünk kezdettől fogva az, hogy a magzati VZR emelkedett kockázata esetén a gesztáció 16. hetében a szérum AFP-szintjének a meghatározása és részletes ultrahangvizsgálat (a terhesség korának és intaktságának a megállapítása, a placenta lokalizációja, ikerterhesség kizárása, a magzat koponyájának és gerincének megítélése) indokolt. Az amniocentézis szükségességéről két hét múlva, a szérum ismételt AFP-meghatározása és az újabb ultrahangvizsgálat leletének birtokában döntünk. Ha a 16. és 20. terhességi hetek között a szérumban két élettani AFP-értéket állapítunk meg és ultrahangvizsgálattal a magzat koponyája és gerince egyértelműen szabályosnak ítélhető, akkor amniocentézis nélkül is nyugodtan engedjük kiviselni a terhességet. Ha bármelyik említett paraméter patológiás vagy legalábbis kétes, amniocentézist és a magzatvízből kolinészteráz-, AFP-meghatározást és nem-tenyésztett kenetekben citológiai vizsgálatot *(3. ábra)* végzünk (14, 17).

Az elmúlt 8 évben 333 esetben végeztünk prenatális diagnosztikát a magzati VZR emelkedett kockázata miatt, de amniocentézisre csak 15 esetben volt szükség. Ebből 9 betegnek, 6 egészségesnek bizonyult.

Nagyobb hatásfokkal lehet magzati fejlődési rendellenességet diagnosztizálni a terhesek válogatás nélküli ultrahangszűrése révén (15, 16, 19). A kelet-magyarországi megyék (Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár) közel állnak e gyakorlat megvalósításához és ha ez ma még nem is 100%-osan biztosítható, annyi bizonyos, hogy a genetikailag veszélyeztetett, illetve a külső vizsgálattal gyanús (pl. hydramnionnal szövődött) terhességek döntő többsége területünkről genetikai tanácsadásra jut. Genetikai rendelésünkön a gesztáció 20. hete előtt *minden terhes* esetében szérum AFP analízis és legalább kétszer ultrahangvizsgálat történik. Ezzel magyarázható a prenatálisan diagnosztizált fejlődési rendellenességeink nagy száma (Lásd *2. táblázatot*). Kétes esetekben amniofetográfiát is végzünk. Ezen terhességek jó részét megszakítottuk, illetve amennyiben a terhesség nagysága a 20. hetet meghaladta, úgy vetélés-, illetve koraszülés-indukcióhoz folyamodtunk. Erre gyógyíthatatlan életképtelenséghez vezető rendellenességek esetén az anya kérésére *anyai* javallat alapján jogszabályaink lehetőséget biztosítanak.

A fejlődési rendellenességek közül újabban az autoszomális recesszíven öröklődő újszülöttkori polycystás vesék prenatális diagnosztizálására is vannak biztató megfigyelések (3).

Már mi is elvégeztük három magas kockázatú terhességben a magzatvíz trehaláz aktivitásának a mérését. A betegség prenatális kimutatásához mindenesetre az ultrahang látszik kitűnő vizsgálóeljárásnak (19, 20).

Saját 183 esetünk rövid áttekintése is meggyőzően mutatja, hogy a genetikai amniocentézis segítségével megelőzhető számos családi tragédia és mivel a korábban csak százalékokban kifejezhető genetikai kocká-

zaton túlmenően a veszélyeztetettség konkretizálható, így sokaknak, akik eddig terhességre nem vállalkozhattak, most egészséges gyermekük születhetik. A beavatkozás mind az anya, mind a magzat számára gyakorlatilag veszélytelen, hiszen ha nem számítjuk anyagunkban azt a 3 esetet, ahol egyértelműen kideríthető volt a vetélés oka, a maradék 3 spontán vetélés csak 1,6%-nak felel meg. Ez az arány, különösen idős nők terhességeiben, nem magasabb az amniocentézis nélküli terhességekben tapasztalható %-os gyakoriságnál.

A terhességmegszakítás genetikai/teratológiai javallatai jól körülírtak, a jogi feltételek adottak.

A *gesztáció 12. hetéig* terhességmegszakítás a magzati ártalom *10%-nál magasabb* kockázata esetén engedélyezhető. A *13—20. hetek között* magzati betegség vagy rendellenesség 50—100%-os valószínűsége esetén genetikai javallat alapján a terhesség megszakítható. A *gesztáció 20. hete után* életképtelen (postnatalis életre képtelen) magzat biztos prenatális diagnózisa esetén a 28. hétig jegyzőkönyv birtokában terhességmegszakítás, a 28. hét után szülész által kórlapban rögzített vélemény esetén *anyai javallat* alapján szülésindukció végezhető.

Ahhoz azonban, hogy a prenatális genetikai diagnosztika gyakorlata megkapja méltó elismerését, tervezett és összehangolt team-munkára, valamint igényes laboratóriumi ellátásra van szükség. Ehhez kíván segítséget nyújtani a *4. ábra*, mely a Debrecenben kialakított gyakorlat menetét mutatja.

IRODALOM: 1. *Manabe, Y.:* Amer. J. Obstet. Gynec. 1969, *103*, 232. — 2. *Máthé J.:* Orv. Hetil. 1975, *116*, 2782. — 3. *Morin, P. R. és mtsai:* Prenatal Diagnosis 1981, *1*, 75. — 4. *Murken, J. D., Stengel-Rutkowski, S., Schwinger, E.* (ed.): Prenatal diagnosis. Enke, Stuttgart 1979. — 5. *Papp Z. és mtsai:* Orv. Hetil. 1972, *113*, 68. — 6. *Papp Z.:* Orvosi Hetil. 1974, *115*, 1103. — 7. *Papp Z. és mtsai:* Clin. Genet. 1974, *6*, 192. — 8. *Papp Z. és mtsai:* Fertil. Steril. 1974, *25*, 713. — 9. *Papp Z. és mtsai:* Acta genet. med. Gemell. 1975, *24*, 69. — 10. *Papp Z. és mtsai:* Orv. Hetil. 1976, *117*, 1075. — 11. *Papp Z. és mtsai:* Hum. Hered. 1977, *27*, 305. — 12. *Papp Z. és mtsai:* Clin. Genet. 1977, *11*, 431. — 13. *Papp Z. és mtsai:* Prenatal detection of cystic fibrosis. In: Prenatal diagnosis. Ed. J. D. Murken, S. Stengel-Rutkowski, E. Schwinger. Enke, Stuttgart, 1979, 87. — 14. *Papp Z., Bell, J. E.:* Clin. Genet. 1979, *16*, 282. — 15. *Papp Z.:* Genetikai betegségek prenatális diagnosztikája. Medicina, Budapest, 1980. — 16. *Papp Z.:* A magzat velőcsőzáródási rendellenességeinek prenatális diagnosztikája. Doktori értekezés, Debrecen, 1980. — 17. *Papp Z. és mtsai:* Acta cytol. 1982, *26*, 751. — 18. *Szeverényi M. és mtsai:* Magy. Nőorv. L. 1983, *46*, 203. — 19. *Tóth Z. és mtsai:* Ultrahangvizsgálatok jelentősége a terhesgondozásban. In: Szülészet-Nőgyógyászat és Társadalomtudomány. Ed. Lampé L., DOTE Női Klinika kiadványai 1981/2, 41. — 20. *Tóth Z.:* Magy. Nőorv. L. 1982, *45*, 74. — 21. *Török O. és mtsai:* Clin. Genet. 1982, *21*, 354.



GLUDESIN
fertőtlenítőszer

Baktericid, virusoid, sporocid és fungicid hatású általános fertőtlenítőszer.

ALKALMAZHATÓ:

- gumi- és műanyag katéterek, intratracheális tubusok, drainek, egyéb gumi- és műanyag tárgyak,
- különféle endoszkópok (cystoscop, oesophangoscop, bronchoscop, gastroscop stb.),
- tonométerek és egyéb kényes szemészeti eszközök és műszerek,
- anaesthesiológiai gépi berendezések és ezek tartozékai,
- fogászati eszközök (öntvények, fúrók, tükrök stb.),
- audiológiai berendezések és ezek tartozékai, valamint inkubátorok mosható részeinek hatásos fertőtlenítésére.

Ára:
1 liter 58,– Ft
5 liter 264,– Ft

KÉRJE RÉSZLETES ISMERTETŐNKET

Gyártja: Reanal
FINOMVEGYSZERGYÁR
1147 Budapest, Telepes u. 53.
Forgalmazza: REANAL Vegyszerbolt
1147 Budapest, Telepes u. 58–60.

QH
2108

KÖRNER ANNA DR.,
MILTÉNYI MIKLÓS DR.,
MOLNÁR MÁRIA DR.,
TICHY MÁRIA DR.
ÉS BERLÁSZ MARIANN DR.

Reverzibilis tubuláris proteinuria gyermekkori diabetesz mellituszban

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, I. Gyermekklinika (igazgató: Miltényi Miklós dr.)

A szerzők 15 hiperglikémiás ketoacidózisban szenvedő diabeteszes gyermek vizeletfehérje-kiválasztását vizsgálták. 8 gyermekben a hiperglikémiás ketoacidózis a betegség első manifesztációja volt, 7 gyermek rövid tartamú ($2^1/_2$—9 év) diabeteszben szenvedett. A vizeletfehérje frakciókat nátrium dodecil szulfát poliakrilamid gél elektroforézissel szeparálták. A hiperglikémiás ketoacidózis idején az összes vizsgált betegben tubuláris proteinuria alakult ki. Az anyagcsere normalizálódásával párhuzamosan a tubuláris proteinuria egy kivételével minden esetben megszűnt. A szerzők tárgyalják a tubuláris proteinuria kialakulásának feltételezett patomechanizmusát és diagnosztikai jelentőségét, valamint a diabeteszes nefropátia kialakulásában játszott szerepét.

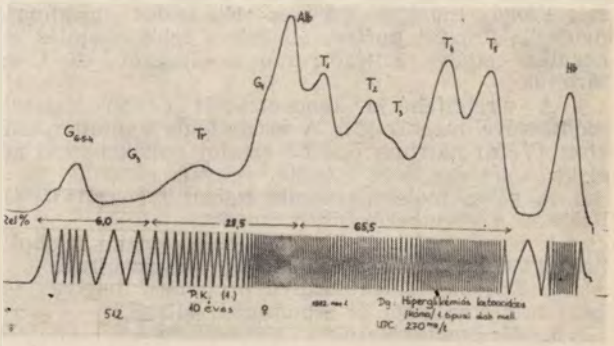
Urinary protein excretion was investigated in 15 children suffering from hyperglycemic ketoacidosis due to diabetes mellitus. In 8 patients the hyperglycemic ketoacidosis was the first manifestation of the disease. 7 patients were suffering from diabetes for several years. Urinary protein fractions were separated by sodium dodecyl sulphate polyacrylamide gel electrophoresis. Tubular proteinuria was found in all patients. This disappeared in all but one case in a matter of days or few weeks with the successful control of metabolism. The diagnostic significance and pathological basis of the transient tubular proteinuria and the role of the separated tubulary injury is discussed.

A nefropátia a diabetesz régóta ismert szövődménye, amely az 1. típusú diabetesz mellituszban szenvedő beteg életkilátásait alapvetően meghatározza. A vesét érintő változásokat nyomon követve a diabetesz lefolyása során különböző szakaszokat különböztethetünk meg, amelyek jellegzetes morfológiai és funkcionális elváltozásokkal társulnak (23):

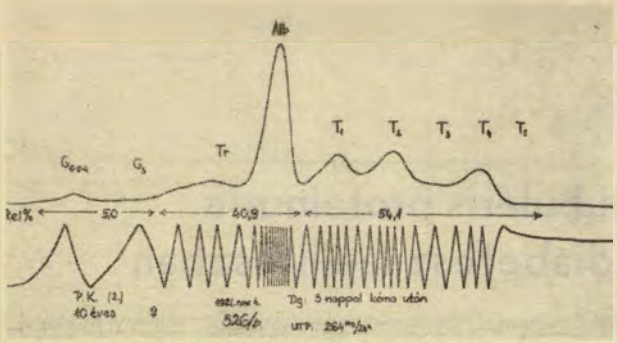
Újonnan diagnosztizált diabetesz mellituszban —a membrána bazálisz ultrastrukturális változása nélkül — a glomerularis filtráció (GFR) és a veseméret jelentős növekedése alakul ki. Az észlelt jelenség patomechanizmusában több faktornak (növekedett filtrációs nyomás, növekedési hormon, glukagon) tulajdonítanak szerepet (12, 14). Számos ellentmondó adat ellenére *Østerby* sorozatos szövettani vizsgálatai alapján megállapítható, hogy a membrána bazálisz a diabetesz manifesztációjakor normális; fokozatos megvastagodása a betegség előrehaladásával párhuzamosan mintegy 3—5 év után mutatható ki (17).

A diabeteszes nefropátia első és legfontosabb klinikai tünete a proteinuria. A betegség korai szakaszában jelentkező proteinuria jellemzőit vizsgálva a különböző szerzők részben eltérő következtetésekre jutottak. A kutatók egy csoportja már a betegség korai szakában az albumin exkréció szubklinikus szintű és intermittáló jellegű fokozódását tudta kimutatni (10, 21). A szerzők egy másik csoportja kis molekulasúlyú (tubuláris) proteinuriát észlelt diabeteszes gyermekeken 1—10 évvel a manifesztációt követően (16, 22).

A nefropátia előrehaladása során a proteinuria konstanssá válik, ezzel párhuzamosan a GFR fokozatosan csökkenni kezd (9, 15). Ebben a szakaszban már kifejezett elváltozások lépnek fel a vesekapillárisok membrána bazáliszában. A diabeteszes nefropátia végállapotát excesszív proteinuria, a vesefunkció fokozatos beszűkülése és szövettanilag a *Kimmelstiel* és *Wilson* által leírt noduláris (illetve a gyakoribb diffúz, valamint a kevert típusú) glomeruloszklerózis jellemzi (11, 23).



1. ábra: A 12-es számú beteg vizeletfehérje frakciói a hiperglikémiás ketoacidozis (h. k.) alatt



2. ábra: A 12-es számú beteg 3 nappal a kóma után

A diabeteszes nefropátia kezdeti szakaszában jelentkező proteinuria jellegéről közölt, egymásnak részben ellentmondó eredmények alapján kívántuk vizsgálni, hogy a hiperglikémiás ketoacidosis állapotában milyen vizeletfehérjék ürülnek.

Beteganyag és módszer

1982. V. és XI. hónap között 15 hiperglikémiás ketoacidozisban (h. k.) szenvedő diabeteszes gyermek vizeletfehérje-ürítését vizsgáltuk. A betegek közül 8-ban a h. k. a betegség első manifesztációja volt, 7 beteg $2^1/_2$—9 éve szenvedett diabeteszben. Életkoruk 2—15 év volt.

A h. k. kezelés kis dózisú inzulinnal történt, a jelenleg elfogadott kezelési elvek alapján (1). A gyermekek vesebetegségben nem szenvedtek, a vizelet rutinszerű vizsgálatakor eltérést nem észleltünk. Az újonnan diagnosztizált diabeteszes gyermekek első vizeletét rendszerint az inzulinkezelés megkezdése előtt vizsgáltuk, de néhány esetben — technikai okokból — csak néhány órás, illetve napos késéssel volt módunk vizeletet nyerni. A betegek egy részét ugyanis az életveszélyes h. k. részleges rendezése után más intézményekből vettük át. A nem friss betegekben az első vizeletvétel a felvételkor történt. Az ismételt vizeletvizsgálatokat a kezelés 2., 4. és 7. napján végeztük gálat történt. Az utolsó vizeletanalízis idején a gyera vizeletfehérje exkréciós minta normalizálódásáig, illetve 4—8 héten át. A 15 betegben összesen 45 vizsmekek anyagcseréje már egyensúlyban volt, amit acetonmentességük, napi cukorürítésük és éhezési vércukorértékük is alátámaszt.

A Hb A_1 meghatározást *Flückiger* és *Winterhalter* módszerével végeztük (8). A ketonuriát nitroprusszid Na reagenssel szemikvantitatív módon mértük, és enyhe, mérsékelt és kifejezett csoportba osztályoztuk.

A betegek klinikai adatait az első és utolsó vizsgálat idején az *1. táblázat* tartalmazza.

Az első vizsgálatkor az egy alkalommal ürített, porciós vizeletet vizsgáltuk, míg az ismételt analízisekhez 24 órás gyűjtött vizeletet dolgoztunk fel. A vizeletelfogó edénybe 0,5%-os Na-azidot tartalmazó neutrális foszfát puffert tettünk a fehérjebomlás elkerülése céljából. Filtráció után a mintákat —20 °C-on tároltuk.

A vizeletfehérje koncentrációt (VFK) Yatzidis módszerével mértük (24). A vizeletfehérje minta analízisét (VFM) nátrium dodecil szulfát poliakrilamid gél elektroforézissel (SDS PAGE) végeztük (4, 13).

A gélen molekulasúlyuk szerint szeparálódó fehérjéket a következőképpen csoportosítottuk:

1. Nagy molekulasúlyI fehérjék (plazma globulinok) 1 000 000 és 100 000 közötti molekulasúllyal.
2. Közepes molekulasúlyú proteinek, amelyek főként transzferrinből és albuminból állnak.
3. Kis molekulasúlyú mikroproteinek, amelyek molekulasúlya 60 000 és 12 000 Dalton között van.

Az eredményeket *Miltényi* hasonló korú egészséges gyermekekre megadott referencia értékeihez hasonlítottuk (13). Az eredmények átlagát és a kétszeres standard deviációt logaritmusos értékekben adtuk meg. A szignifikanciát Student-féle t-teszttel számoltuk.

Eredmények

1. A 15 beteg közül 5-ben a h. k. idején nyert vizeletben a fehérje koncentráció a normál értéket meghaladta.

2. Az összes vizsgált betegben a h. k. alatt tubuláris proteinuriát észleltünk.

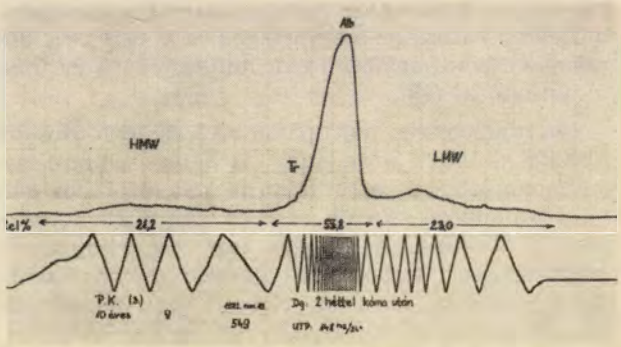
3. Az ismételt vizsgálatok során — egy beteg kivételével — a tubuláris proteinuria megszűnt, és az utolsó analízisnél fiziológiás proteinuriát találtunk. A 9-es számú betegben a tubuláris proteinuria a kéthetes megfigyelési idő alatt sem szűnt meg, de nem volt módunk a beteget tovább vizsgálni.

4. A 15 beteg közül 14-ben az utolsó vizsgálat idején a 24 órás vizelet összfehérje-ürítés normális volt. Az eredményeket a *2. táblázatban* foglaltuk össze. Az *1., 2. és 3. ábra* a 12-es számú beteg vizeletfehérje frakcióit mutatja a h. k. alatt, majd 3 nappal, illetve 2 héttel a kóma lezajlása után.

Megbeszélés

Butler és *Flynn* (6) kimutatta, hogy a tubulusok károsodása kapcsán ürülő proteinek különböznek a glomeruláris folyamatokban exkretálódó fehérjéktől. A különbség a proteinek méretében van. A glomeruláris filter rendszer permeabilitását: a szelektivitást az albumin, transzferrin és a nagy molekulasúlyú globulinok ürülésének arányával mérjük. A kis molekulasúlyú β_2 mikroglobulin (mólsúly 11 800 Dalton) ürülésének meghatározásával a tubulusok épségét vagy károsodottságát jellemezzük (19). A nátrium dodecil szulfát poliakrilamid gél elektroforézissel — amely a fehérjéket molekulasúlyuk szerint választja szét — a proteinek szeparálhatók glomeruláris, illetve tubuláris eredet szerint (5, 13). Normális körülmények között a kis molekulasúlyú tubularis mikroproteinek majdnem szabadon filtrálódnak a glomerulus membránon keresztül, majd reabszorbeálódnak a proximális tubulusban. Megjelenésük a vizeletben a tubularis működés zavarának, illetve a reabszorbcióért folyó kompetíciónak lehet a következménye (2).

Több szerző vizsgálta a diabeteszeses nefropátia legkezdetibb szakaszában jelentkező proteinuria



3. ábra: A 12-es számú beteg két héttel a kóma után

1. táblázat. **A betegek klinikai adatai az első és utolsó vizsgálat idején**

N.	Nem	Kor (év)	Test felszín (m^2)	Diab. tartam (hó)	Mintavétel ideje a kóma kezelés kezdetéhez viszonyítva	Vércukor (mmol/l)	HbA_{1c} (%)	Sav-bázis egyensúly pH	pCO_2	BE	Ketonuria	Mintavétel ideje az első vizsgálathoz viszonyítva	Vércukor (mmol/l)	Glikozuria (mmol/die)
					ELSŐ VIZSGÁLAT							UTOLSÓ VIZSGÁLAT		
1.	♀	8	1,01	friss	1/2 nap	60,5	n. v.	7,0	10	—29,0	mérs.	8 hét	5,5	0
2.	♀	14	1,43	friss	előtte	17,6	n. v.	n. v.			enyhe	8 hét	6,6	0
3.	♀	11	1,21	friss	1 nap	32,0	11,5	6,90	7	—30,0	kifej.	2 1/2 hét	9,9	570
4.	♀	8	0,99	friss	11 nap	34,1	10,8	7,18	10	—24,0	kifej.	3 hét	8,5	30
5.	♂	11	1,4	friss	14 nap	46,4	9,6	7,10	18	—22,0	kifej.	2 hét	8,8	0
6.	♀	10	1,03	friss	1/2 nap	29,0	16,3	6,88	10	—30,0	kifej.	6 hét	7,1	72
7.	♂	13	1,40	friss	előtte	26,9	12,3	7,31	23	—12,5	kifej.	2 nap	11,2	428
8.	♂	13	1,58	friss	1/2 nap	22,3	13,4	7,03	10	—28,5	kifej.	2 hét	4,4	0
9.	♀	11	1,11	42	1/2 nap	28,0	11,4	6,91	7	—30,0	kifej.	2 hét	13,7	920
10.	♀	15	1,57	72	előtte	14,2	11,1	n. v.			kifej.	2 hét	8,2	420
11.	♀	7	0,84	48	előtte	24,7	10,7	7,11	22	—21,5	kifej.	4 hét	12,1	108
12.	♀	10	0,83	72	1/2 nap	40,9	n. v.	6,91	9	—30,0	kifej.	2 hét	6,6	252
13.	♀	12	1,36	108	előtte	23,1	15,2	7,15	22	—20,5	kifej.	2 nap	7,1	84
14.	♂	12	1,38	30	előtte	28,6	n. v.	7,22	20	—18,5	kifej.	4 nap	9,0	140
15.	♂	8	1,05	48	előtte	25,0	12,5	n. v.			kifej.	1 1/2 hét	9,3	175

Rövidítések: n. v.: nem vizsgált, mérs.: mérsékelt, kifej.: kifejezett.
Vércukor: 5,5 mmol/l 100 mg%-nak felel meg. Vizelet cukor: 55mmol/l 1 g%-nak felel meg.

jellemzőit az ürített proteinek minőségi analízise alapján. *Viberti és munkatársai* (21) a mikroalbuminuria enyhe fokozódását észlelték elsősorban fizikai terhelést követően. *Wartha* és *Gekle* (22), valamint *Nebinger* (16) tubularis proteinuriát mutattak ki olyan diabeteszes gyermekekben, akikben a betegség 1—10 éve állt fenn. *Pennel* és *Meinking* (18) streptozotocin indukálta patkány diabeteszben tubularis proteinuriát észlelt közvetlenül a diabetesz megjelenése után. *Ciavarella és munkatársai* (7) fokozott β_2 mikroglobulin és lizozim exkréciót mutattak ki újonnan diagnosztizált diabeteszes betegekben. A kis molekulasúlyú (tubuláris) fehérjéket képviselő β_2 mikroglobulin és lizozim ürülése az anyagcsere normalizálódásával párhuzamosan csökkent.

Eredményeink azt mutatják, hogy tubuláris proteinuria újonnan diagnosztizált diabeteszben is fellép hiperglikémiás ketoacidosis idején. Ugyanakkor a $2^1/_2$—9 éve diabeteszben szenvedő gyermekek h. k. alkalmával észlelt tubuláris proteinuriája szintén megszűnik az anyagcsere normalizálódásával.

2. táblázat. **Vizelet fehérje koncentráció (VFK), vizelet fehérje ürítés (VFÜ) és vizelet fehérje minta (VFM) az összvizelet fehérje ürítés százalékában az első és utolsó vizsgálat idején**

N.	ELSŐ VIZSGÁLAT VFK mg/l	∑NMSF relatív	∑Tr+Alb százalék	KMSF	UTOLSÓ VIZSGÁLAT VFÜ mg/24 ó	∑NMSF relatív	Tr+Alb százalék	∑KMSF	
1.	160	5,2	39,7	55,1	201	8,8	84,6	6,6	A ∑NMSF különbsége az első és
2.	110	9,4	50,3	40,3	160	3,1	92,7	4,2	utolsó vizsgálat idején: nem sz.
3.	535	4,2	54,7	41,1	396	7,4	67,6	25,0	
4.	220	3,4	42,9	53,7	276	3,7	91,6	4,7	
5.	210	1,5	61,9	36,6	172	18,4	52,6	29,0	A Tr+Alb különbsége az első és
6.	330	6,7	57,7	35,6	132	15,2	58,7	26,1	utolsó vizsgálat idején
7.	105	13,0	62,9	24,1	210	18,0	76,2	5,8	$p < 0{,}001$
8.	425	16,2	51,5	32,3	273	1,4	91,6	7,0	
9.	525	4,2	44,6	51,2	119	7,5	54,8	37,7	
10.	170	11,4	30,1	58,5	184	17,6	64,7	17,7	A ∑KMSF különbsége az első és
11.	120	8,1	51,8	40,1	135	10,8	63,0	26,2	utolsó vizsgálat idején $p < 0{,}001$
12.	270	6,0	28,5	65,5	148	21,2	55,8	23,0	
13.	400	15,5	52,5	32,0	259	19,7	62,2	18,1	
14.	135	6,9	52,1	41,0	148	4,7	83,0	12,3	
15.	77	3,3	55,5	41,2	196	4,0	78,6	17,5	*Rövidítések:*
Átlag	212	6,4	47,9	41,8	190	9,6	70,5	14,0	NMSF: nagy molekula súlyú
2SD	100—	2,8—	42,9—	36,8—	154—	7,0—	65,4—	4,9—	fehérjék
	450	14,6	53,5	47,9	235	13,3	76,7	39,6	Tr: transzferrin
					Referencia értékek				Alb: albumin
					83,0	12,0	66,0	22,0	KMSF: kis molekulasúlyú
					29,0—	5,0—	43,0—	12,0—	fehérjék
					238,	15,0	77,0	29,0	nem sz.: nem szignifikáns

Felmerül a kérdés, hogy a tubuláris proteinuria a h. k.-t jellemző összetett anyagcserezavar (hiperglikémia, hiperozmolaritás, ketoacidózis, exszikkózis, hipokalémia) melyik komponensével kapcsolatos. *Bernstein és munkatársai* (3) kimutatták, hogy a diabeteszes kóma (h. k.) idején a clearance a normál érték alá csökken. Az alacsony kreatinin/inzulin clearance hányados alapján a kóma alatt tubuláris károsodást feltételeztek. A dehidráció, acidózis és elektrolit deficiencia korrekciója után a clearance-ben normális, illetve szupranormális értékek jelentkeznek. *Simpson* (20) a diabeteszben észlelt proteinuriát a vér viszkozitásának fokozódásával hozza összefüggésbe. Vizsgálatai szerint az anyagcsere rendeződésével párhuzamosan a vér viszkozitása normalizálódik.

További vizsgálatok szükségesek, hogy a frissen diagnosztizált, illetve rövid tartamú diabeteszben szenvedő gyermekek hiperglikémiás ketoacidózis idején fellépő reverzibilis tubuláris proteinuriájának pathomechanizmusát felderítsük. Tisztázni kell azt is, hogy az ismételt tubularis károsodások milyen szerepet játszanak a diabeteszes nefropátia lassú kialakulásában.

IRODALOM: 1. *Alberti, K. G. M. M.:* Low dose insulin in the treatment of diabetic ketoacidosis. Arch. Intern. Med. 1977, *137*, 1367. — 2. *Berggard, I., Bearn, A. G.:* Isolation and properties of a low molecular β_2 globulin occurring in human biological fluids. J. biol. Chem. 1968, *243*, 4095. — 3. *Bernstein, L. B., Foley, E. F. Hofmann, W. S.:* Renal function during and after diabetic coma. J. clin. Invest. 1952, *31*, 711. — 4. *Boesken, W. H. Kopf, K. Schollmeyer, P.:* Differentation of proteinuria diseases by discelectrophoretic molecular weight analysis of urinary proteins. Clin. Nephrol. 1973, *1*, 311. — 5. *Boesken, W. H.:* Die tubuläre Proteinurie. Wschr. 1975, *53*, 473. — 6. *Butler, E. A., Flynn, F. V.:* The proteinuria of renal tubular disorders. Lancet 1958, *2*, 978. — 7. *Ciavarelli, A. és mtsai:* Elevated urinary β_2 microglobulin and lyzozyme excretion in newly diagnosed diabetics. Its reversibility with improved metabolic control. European Association for the Study of Diabetes. 17. Nagygyűlés. 1981, szeptember 15—18. Amsterdam. Abstract 103. — 8. *Flückiger, R., Winterhalter, K. H.:* In vitro synthesis of Hemoglobin A_1 . FEBS Letters 1976, *71*, 356. — 9. *Friedman, E. A.:* Diabetic Nephropathy: Strategies in prevention and management. Kidney Int. 1982, *21*, 780. — 10. *Huttunen, N., N. P. Käär, M. L. Puukka, R. Åkerblom, H. K.:* Exercise induced proteinuria in children and adolescents with type I. (insulindependent) diabetes. Diabetologia 1981, *21*, 495. — 11. *Kimmelstiel, P. Wilson, C.:* Intercapillary lesions in the glomeruli of the kidney. Am. J. Path. 1936, *12*, 83. — 12. *Madácsy L.:* A cukorbetegség korai, labilis szakában levő gyermekek veseműködése, különös tekintettel a farmakokinetikai összefüggésekre. Kandidátusi értekezés. Szeged, 1977. — 13. *Miltényi, M.:* Urinary protein excretion in healthy children. Clin. Nephrol. 1979, *12*, 216. — 14. *Mogensen, C. E.:* Kidney function and glomerular permeability to macromolecules in juvenile diabetes. Dan. med. Bull. 1972, *19*, 1. Suppl. 3. — 15. *Mogensen, C. E.:* Diabetes mellitus and the kidney. Kidney Int. 1982, *21*, 673. — 16. *Nebinger, D.:* Elektroforetische Untersuchungen zur Erstmanifestation renaler Veränderungen bei Kidnern mit Diabetes Mellitus. Dissertation Schmidt und Meyer Verlag. Würzburg, 1980. — 17. *Østerby, A.:* Early phases in the development of diabetic glomerulopathy. Acta med. Scand. 1975, *574*, 13. — 18. *Pennel, J. P. Meinking, T. L.:* Pattern of urinary proteins in experimental diabetes. Kidney Int. 1982, *21*, 709. — 19. *Peterson, P. A., Evrin, P. E.: Berggard, I.:* Differentation of glomerular, tubular and normal proteinuria. J. clin. Invest. 1969, *48*, 1189. — 20. *Simpson, L. O.:* A hypothesis proposing increased blood viscosity. Nephron, 1982, *31*, 89. — 21. *Viberti, G. C. Jarrett, R. J. Mahmud, U. Hill, R. D., Argyropoulos, A. Kean, H.:* Microalbuminuria as a predictor of clinical nephropathy in insulindependent diabetes mellitus. Lancet, 1982, *1*, 1430. — 22. *Wartha, R., Gekle, D.:* Low molecular weight proteinuria in juvenile diabetics. The first marker of diabetic nephropathy? Int. J. Paed. Nephrol. 1981, *2*, 127. — 23. *Watkins, P. J.:* ABC of diabetes. Nephropathy, Brit. Med. J. 1982, *285*, 627. — 24. *Yatzidis, H.:* New colorimetric method for quantitative determination of protein in urine. Clin. Chem. 1977, *23*, 811.

MEGRENDELHETI

külföldre bárhová, forintbefizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Posta Központi Hírlap Iroda, Budapest V., József nádor tér. Tel.: 180-850

SIMON LÁSZLÓ DR.,
TORNÓCZKY JÁNOS DR.,
BÁTORFI ISTVÁNNÉ DR.,
TÓTH GYULA DR.
ÉS TÓTH ANTAL DR.

A hasnyálmirigy–vezeték radiomorfológiai elváltozásai krónikus pankreatitiszben

Megyei Kórház, Szekszárd, II. Belgyógyászat (Gastroenterológia)
(o. v. főorvos: Simon László dr.)
IV. Belgyógyászat (ov. főorvos: Tornóczky János dr.)
és Radiológia (ov. főorvos: Kurai János dr.)

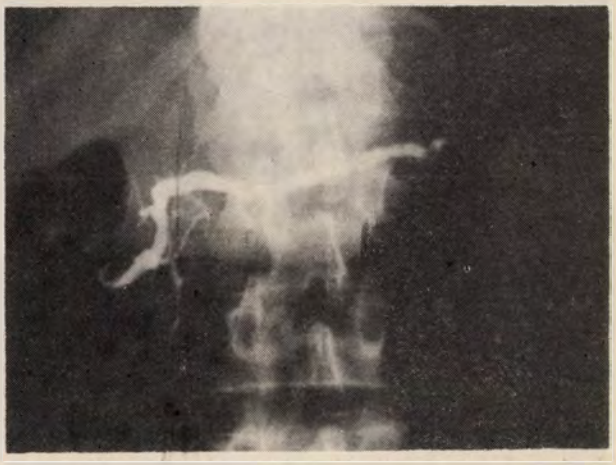
A szerzők 132, adekvát és ismételt pankreászfunkciós vizsgálattal igazolt idült pankreatitiszes betegben endoszkópos retrográd pankreato- (cholangio-) gráfiával vizsgálták a hasnyálmirigy duktális rendszerének radiomorfológiai eltéréseit. Úgy találták, hogy az alkoholos kóreredetű esetekben a morfológiai elváltozások eleve lényegesen súlyosabbak, progressziójuk pedig gyorsabb és intenzívebb, mint biliáris vagy más etiológiájú idült pankreatitiszekben. Ugyancsak lényegesen gyakrabban találtak alkoholos etiológia mellett kalcifikációt (6,6 vs. 25%), valamint a vezetékrendszerrel kapcsolatos szövődményeket (12 vs. 54,3%). Tartósan alkoholt fogyasztó idült pankreatitiszes betegekben javasolják az ER(C)P megismétlését a progresszió megítélésére, és a dekompressziós műtét indikációjának időbeni felállítására.

Radiomorphological alterations of pancreatic duct in chronic pancreatitis. The authors examined radiomorphological alterations of the pancreatic ductal system by pancreato- (cholangio-)graphy using retrograde endoscopy in 132 patients suffering from chronic pancreatitis verified by repeated tests for pancreatic function. More severe morphological changes, and rapid progression were registered in the case of alcoholic ethiology in comparison to diseases of biliary or of other origin. Calcification (6,6, and 25 per cent), and complications affecting the ductal system (12 in comparison to 54,3 per cent) were also observed more frequently in the case of alcoholic ethiology. Repeated examination of ER(C)P is suggested in cases of chronic pancreatitis patients consumpting continously alcohol in order to assess the rate of progression, and to indicate decompressing operation in due time.

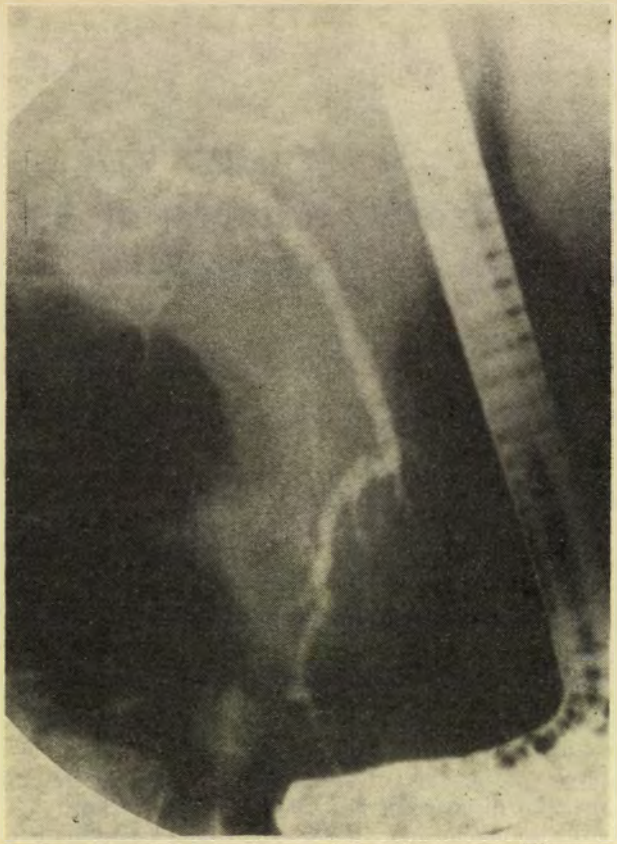
Az utóbbi évtizedekben a krónikus pankreatitisz hazánkban is az egyik leggyakoribb idült emésztőszervi megbetegedés lett (28). A betegség előidézésében — közismerten — szerepet játszhat a fehérjékben és zsírban gazdag táplálkozás (1, 3, 9), elhanyagolt epebetegség (4, 28), és nem utolsósorban a tartós, nagy mennyiségű alkoholfogyasztás (1, 3, 4, 5, 28).

Tekintettel arra, hogy az emberi idült pankreatitiszre jellemző duktális morfológiai elváltozások állatkísérleti modelljét még nem sikerült létrehozni (12), illetve, hogy a szerv biopsziás mintavételek számára meglehetősen nehezen hozzáférhető, a betegség morfológiai hátterének tisztázására és a progresszió megítélésére jelenleg leginkább elfogadott módszerünk az endoszkópos retrográd pankreatográfia (ERP). Kétségtelen, hogy egyes esetekben az ERP még az — akár kifejezett exokrin funkciókieséssel járó — súlyos parenchymás elváltozásokat sem képes kimutatni (14, 28), megfordítva viszont az is igaz, hogy a hasnyálmirigy vezetékrendszerének ERP-vel kimutatott igen finom elváltozásai is („minimal change") — elsősorban fiatal korban (11) — a pankreász idült gyulladásának bizonyítékai.

Számos ERP vizsgálatunk során figyeltünk meg különböző súlyossági fokú duktális eltéréseket, és ezek értékelése során úgy találtuk, hogy a



1. ábra: Kaliberingadozások a fővezetéken, izolált mellékágtágulatok a pankreászfej területén



2. ábra: Kezdődő sztenózis a feji szakaszon, a Wirsung-vezeték megrövidült, a pankreasz-farok területén a mellékágak cisztózusan dilatáltak

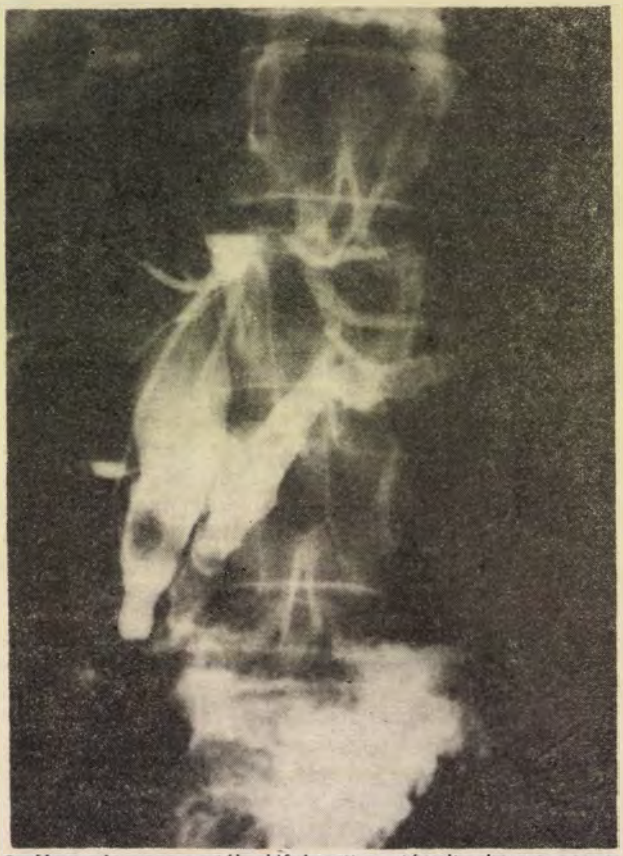


3. ábra: Súlyos krónikus recidiv pankreatitisz típusos radiomorfológiai képe: „gyöngyfüzér"-szerű vezeték, sztenózisok és tágulatok váltakozása

vezetékrendszer károsodásának mértéke, valamint az innen kiinduló szövődmények (pancreatolithiasis, fisztulaképződés, kommunikáló cysták) gyakorisága nagymértékben függ az idült pankreatitisz kóreredetétől is.

Beteganyag és módszerek

Az elmúlt 10 évben 273 krónikus pankreatitiszes beteget észleltünk. Ezek a betegek a marseille-i sympozion *(Sarles, 18)* kritériumai szerint a (III.) rekurráló krónikus pankreatitiszes, illetve a (IV.) krónikus pankreatitiszes csoportnak feleltek meg, kizártuk az akut pankreatitiszes (I.) és a rekurráló akut pankreatitiszes (II.) beteganyagot.



4. ábra: Az epevezeték kifejezetten tágult, benne nagy kőárnyék látható. Ugyancsak kövek láthatók a súlyos morfológiai elváltozásokat mutató pankreászvezetékben is

Az idült pankreatitisz biztos kórismézésére az ajánlott (28) alapelveket alkalmaztuk:

— az exokrin pankreászfunkció kóros csökkenésének *ismételt* és *adekvát* bizonyítása (3, 9, 14, 28).

— pozitív retrográd pankreatográfiás kép (11, 12, 15, 21, 25). 139, bizonyítottan krónikus pankreatitiszes betegben (a teljes beteganyag 50,9%-a) végeztünk endoszkópos retrográd (cholangio-) pankreatográfiát. Ezen betegek mindegyikében megtörtént a cukor- és keményítőterhelés (23), 107 esetben 12 parameteres Lundh-teszt, minden esetben pankreász-provokációs teszt (29), 54 esetben zsírterhelés.

A vezetékrendszer morfológiai eltéréseit *Kasugai* (10) szerint értékeltük, a következő kategóriákat alkalmazva:

1. *enyhe* (beleértve az ún. „minimal change", „partial pancreatitis" jellegű elváltozásokat is (10, 11, 12): a fő vezeték fali merevsége, rigiditása, kaliberingadozások, izolált mellékág-obstrukció vagy mikro-



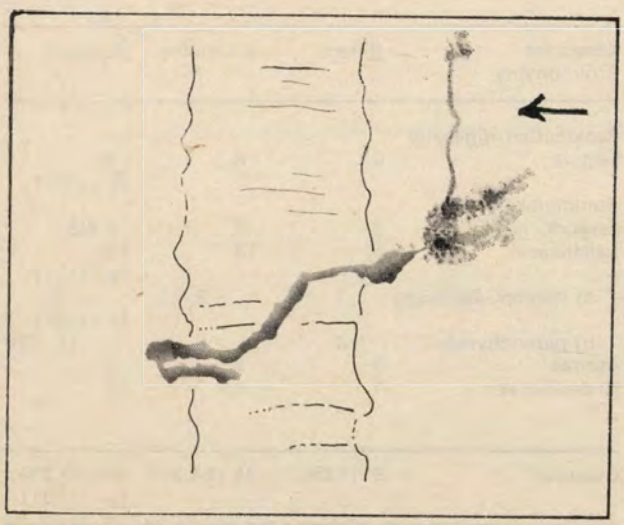
5. ábra: a) A pankreászvezeték farki részében a vezeték teljesen deformálódott, üregképződés látható, amelyből hosszú fisztulajárat vezet a gyomor fundusába

cysta; elégséges feltöltés esetén izolált kiesés a parenchymában *1. ábra).*

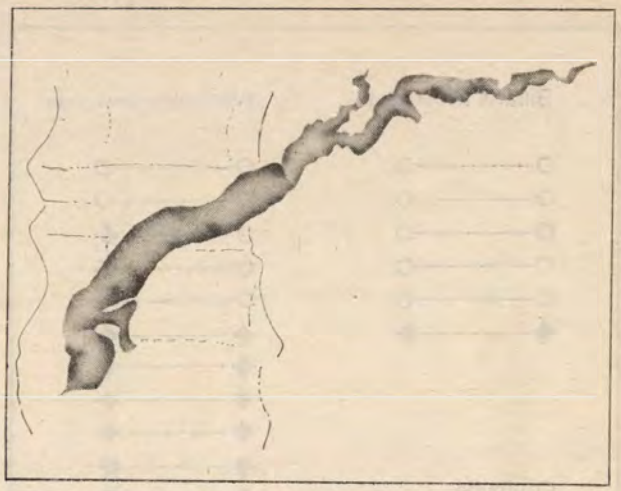
2. *mérsékelt:* kezdődő sztenózisok, szeparált tágulatok, a mellékágak kiszélesedése, a fővezeték megrövidülése *(2. ábra).*

3. *súlyos:* a típusos „gyöngyfüzér"-szerű kép, durva szűkületek, a mellékágak cisztózus dilatációja, intraduktális kövek *(3. ábra).*

A vezetékrendszer radiomorfológiai elváltozásait csoportosítottuk a súlyossági fok, valamint az idült pankreatitisz kóreredete szerint, vizsgáltuk a vezetékrendszerrel kapcsolatos szövődmények gyakoriságát. 12 alkoholos és 6 biliaris kóreredetű betegben ismételt



5. ábra: b) Az elváltozás sémás ábrázolása



6. ábra: a) Sémás ábrázolás. Az első vizsgálat során kp. súlyosságú krónikus pankreatitisz morfológiai jelei látszanak

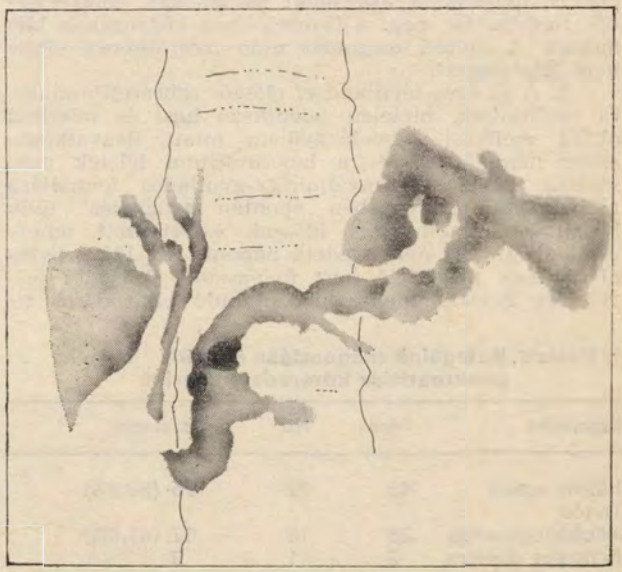
pankreatográfiát végeztünk a progresszió megítélésére (12). A statisztikai analízist a χ^2-próba szerint végeztük.

Eredmények

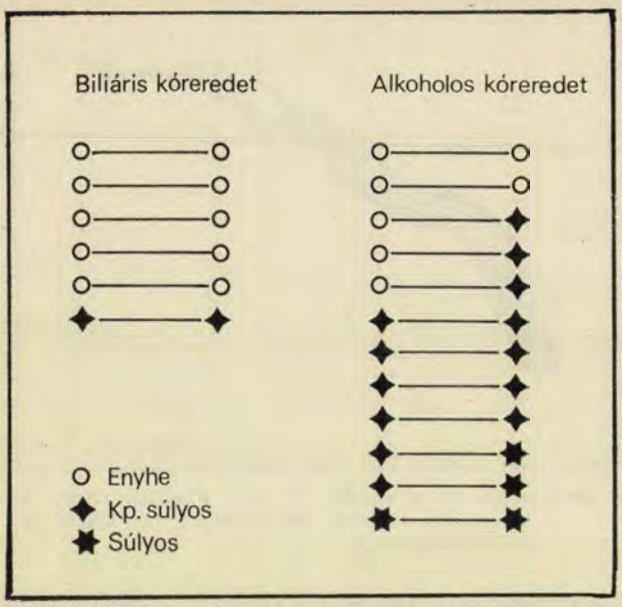
A 139 ERCP-vel vizsgált, bizonyítottan krónikus pankreatitiszes betegünk közül 84 férfibeteg és 55 nőbeteg volt. A betegek életkora 24—79 évig terjedt, az átlagéletkor 54,7 év volt. Kóreredet szerinti megoszlásukat *1. táblázatunkon* tüntettük fel.

Vizsgáltuk a pankreászvezeték morfológiai eltérésének súlyossági foka és a kóreredet közötti összefüggéseket *(2. táblázat).*

A táblázatból megállapítható, hogy az alkoholos eredetű idült pankreatitiszes betegekben jóval gyakrabban fordulnak elő súlyos duktális radiomorfológiai elváltozások. Az eltérés a χ^2-próbával vizsgálva szignifikánsnak bizonyult ($p < 0{,}001$).



6. ábra: b) 20 hónap múlva az elváltozások progrediáltak: a proximalis szakaszban két kő látható, a farki részen hatalmas deformált üregrendszer alakult ki. A choledochus intrapankreatikus szakaszát a folyamat komprimálja



7. ábra: Ismételt ERP eredmények krónikus pankreatitiszben

Vizsgáltuk a pankreász vezetékrendszerének elváltozásaival kapcsolatos szövődmények kialakulási gyakoriságát a két csoportban. Az alkoholos eredetű csoportban lényegesen több, és lefolyásában is súlyosabb szövődményt találtunk ($p < 0{,}001$) *[3. táblázat,* (20)].

A szövődmények közül mindkét csoportból egy-egy esetet kissé részletesebben mutatunk be.

1. A 39 éves nőbeteget egy megyei tüdőbeteggyógyintézetből vettük át, hasi panaszainak és hepatomegáliája okának tisztázására. Kórtörténetéből kitűnik, hogy 11 (!) éve kezelik recidiváló bal oldali mellkasi folyadékgyülemek miatt. Vizsgálati leletei közül csak az ERCP eredményét *(4. ábra)* emeljük ki: a choledochus disztális részén nagy kőárnyék látható. Ugyancsak extrém módon tágult a ductus Wirsungianus is, helyenként elzáródott mellékágak, mikrociszták figyelhetők meg, a fővezetékben kőárnyékok láthatóak. A műtéti megoldás után hydrothorax többé nem jelentkezett.

2. A 38 éves férfibeteget először sebészeti osztályra szállították, hirtelen jelentkező hasi és mindkét oldali mellkasi folyadékgyülem miatt. Beavatkozás ekkor nem történt és a laboratóriumi leletek nem szóltak heveny hasnyálmirigy-gyulladás fennállása mellett sem. Lényegében „spontán gyógyulás" után hároméves tünetmentes időszak következett, amely alatt gyógyszert nem szedett, naponta kb. 120 g tiszta alkoholnak megfelelő bort fogyasztott. Második felvételére fájdalommentesen kialakuló elzáródásos tí-

1. táblázat. **Betegeink megoszlása az idült pankreatitisz kóreredete szerint**

Kóreredet	Férfi	Nő	Összesen
Biliaris eredet	43	32	75 (53,9%)
Tartós alkoholfogyasztás	38	19	57 (41,0%)
Pancreas divisum	2	1	3
luxtapapilláris diverticulum	1	3	4
Összesen	84	55	139

2. táblázat. **Összefüggések a kóreredet és a pankreászvezeték morfológiai eltéréseinek súlyossági foka között**

Kóreredet ERP eredmény	Biliaris	Alkoholos	Összesen
Negatív	11	8	19
Enyhe	49	14	63
Kp. súlyos	12	16	28
Súlyos	3	19	22
Összesen	75	57	132

pusú sárgaság miatt került sor, folyadékgyülemet nem észleltünk. Az ERCP során *(5. a., b. ábra)*. szimultán töltöttük fel mindkét vezetékrendszert. Jól látható, hogy az elzáródásos sárgaságot a choledochus intrapankreatikus szakaszának hosszú, ívelt szűkülete okozza, az epevezetékben más akadály nem látható. A pankreászvezeték megrövidült, a mellékágakkal együtt kiszélesedett. A farki vezetékrész cisztikusan dilatált, innen (nyíllal jelzett) kanyargós fisztulajárat vezet a gyomor fundusába.

Tizennyolc betegben (12 alkoholos és 6 biliaris kóreredetű) átlagban 1,5 év után (7—29 hónap) megismételtük az endoszkópos retrográd pankreatográfiát *(7. ábra)*. Az ismételt vizsgálatok a következő indokkal történtek: 4 epehólyag-eltávolított betegben a posztkolecisztektómiás panaszok miatt végzett ERCP során a pankreászvezetéket is feltöltöttük, 3 betegben pedig az idült pankreatitiszes panaszok súlyosbodása miatt, a műtéti javallat megalapozására végeztük el a vizsgálatot. A többi betegben (2 biliaris és 9 alkoholos eredetű) az ismételt vizsgálat célzottan a betegség progressziójának megítélésére történt. Mind a 18 betegben rendkívül alapos kikérdezése, heteroanamnézis és kérésünkre végzett környezettanulmány alapján próbáltunk tájékozódni a két vizsgálat közötti intervallum diétás és alkoholfogyasztási körülményeiről. A biliáris eredetű pankreatitiszes betegek továbbra is határozottan tagadták az alkoholfogyasztást. Az alkoholos eredetű pankreatitiszes

3. táblázat.

Kóreredet Szövődmény	Biliaris	Alkoholos	Összesen
Pankreatiko-digesztív fisztula	0	8	8 ($p < 0{,}001$)
Kommunikáló pszeudociszta	3	6	9 NS
Kalcifikáció	5	14	19 ($p < 0{,}01$)
a) vezeték-kövesség	1	8	9 ($p < 0{,}01$)
b) parenchymás	4	6	10 NS
Ascites	0	2	2
Hydrothorax	1	1	2
Összesen	9 (12%)	31 (54,3%)	40 (30,3%) ($p < 0{,}001$)

NS = nem szignifikáns

betegeink közül két esetben (egyikük a 6. képen) bizonyítható volt a további szokványos ivás, a másik 10 esetben azonban alaposan valószínűsíthető a betegek által határozottan állított absztinencia. Véleményünk szerint a kis esetszám és a rövid idő-intervallum mellett is jól látható, hogy az alkoholos eredetű csoportban kifejezettebb az idült pankreatitisz duktális morfológiai progressziója.

Egy típusos — alkoholos eredetű — idült pankreatitiszes betegünk állapotának súlyosbodását mutatjuk be a 6. a—b. képen ábrázolt sémákon.

Az első vizsgálat 1980 novemberében, a második 20 hónap múlva történt. A kb. 22 éve, több mint 120 g tiszta alkoholnak megfelelő vörösbor-mennyiséget fogyasztó beteg a két vizsgálat közötti periódusban sem hagyott fel szenvedélyével. Emellett zsírban és fehérjében gazdagon táplálkozott, aspektusa az „elhízott alkoholista" ismérveinek felelt meg. A máj szövettani vizsgálata szteatózist (Kalk II.) igazolt. A pankreászvezeték ismételt vizsgálata során időben és intenzitásában egyaránt gyors progressziót láttunk.

Megbeszélés

Kétségtelennek látszik, hogy hazánkban megszaporodott az *adekvátan kórismézett* idült pankreatitiszes esetek száma (28). A diagnosztika fegyvertárában jelentős helyet foglal el az endoszkópos retrográd (cholangio-) pankreatográfia (10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 25, 28). Vizsgálatunk tárgyául azt tűztük ki, hogy az ER(C)P — azon közismert tényen kívül, hogy bizonyítékot szolgáltat (9, 10, 12) az idült hasnyálmirigy-gyulladás fennállásáról — nyújthat-e további segítséget a pathogenezis, a kórlefolyás és a prognózis megítélésében.

Állatkísérletek (2, 16) és klinikai megfigyelések (1, 4, 5, 17) alapján már számosan felhívták a figyelmet az alkohol súlyos vezetékrendszer-károsító hatására, legelőször *Friedrich* (6) állapította meg 1878-ban az idült pankreatitisz és a tartós alkoholfogyasztás közti kapcsolatot. Az egyes geográfiai területeken az alkoholos eredetű idült pankreatitiszes megbetegedések aránya igen változó (1, 4, 9), hazánkban *Berger és mtsai* (3) 38%-ban jelölték meg az alkoholt felelős pathogenetikus tényezőnek; saját beteganyagunkban ez az arány *41%* volt.

Az alkohol hasnyálmirigy-károsító direkt hatásai közül felmerül a pankreásznedv „outflow" növelésének lehetősége (9), az intraduodenalis nyomás növekedésének esetleges szerepe (2), illetve az Oddi-szfinkter átmeneti vagy tartós görcsének hatása is (9, 27). Az alkohol indirekt pankreászkárosító hatásának lényege a szekrétum viszkozitásának megváltoztatása, a szekrétum besűrűsödése „fehérjedugók" kialakulásában lenne (16, 18, 19, 26). Ezek az elváltozások *relative korán* és *nagy intenzitással* vezetnek a mellékágak és a mögöttes parenchyma obstrukciójához, a vezetékrendszer deformálódásához. Ezt támasztják alá vizsgálati eredményeink is, melyek szerint a tartósan napi 100 g tiszta alkoholnak megfelelő mennyiségnél több szeszes italt fogyasztó betegekben a hasnyálmirigy vezetékrendszerének radiomorfológiai elváltozásai *eleve súlyosabbak* a biliáris etiológiájú betegekénél *(2. táblázat)*. Ugyanígy, érdekes megvilágításba kerül a pankreász kalcifikációjának gyakorisága is, ha külön vizsgáljuk az eltérő kóreredetű eseteket. Míg a parenchymában látható mészlerakódás gyakoriságában nem láttunk eltérést a két csoport között *(3. táblázat)*, a vezetékköveség szignifikánsan gyakrabban fordult elő az alkoholos etiológiájú csoportban. *Varró* (28) és *Berger* (3) az idült pankreatitisz Szeged környéki epidemiológiai vizsgálata során a pankreász-meszesedés gyakoriságát — elsősorban krónikus alkoholista betegekben — 7,3%-nak találták. Saját anyagunkban — összbeteganyagra számítva — ez az arány 13,6% volt, csak a biztosan alkoholos eredetű esetek figyelembevételével, ebben a csoportban a krónikus kalcifikáló pankreatitisz 25%-ban fordult elő, a biliaris etiológiájú betegekben pedig mindössze 6,6%-ban. Megdöbbentő, hogy alkoholista idült pankreatitiszes betegeink között mennyivel gyakrabban fordult elő a vezetékrendszer károsodásával kapcsolatban álló és általában lefolyásában is súlyosabb szövődmény *(3. táblázat)*, úgy látjuk, hogy különösen a spontán pankreatiko-digesztiv fisztulák jellemzőek az alkohol kiváltotta idült hasnyálmirigygyulladás szövődményeire (20 a., b.).

Néhány esetben *(7. ábra)* sorozatvizsgálatokat végeztünk a duktális radiomorfológiai progresszió megítélésére. Megkíséreltük objektivizálni betegeink alkoholfogyasztására vonatkozó adatainkat és ezek alapján úgy látjuk, hogy a vizsgált esetekben a morfológiai progresszió lényegesen gyorsabb és intenzívebb, még akkor is, ha a betegek a kórisme felállítása után az alkoholfogyasztást csökkentették, sőt, abbahagyták.

Pap és mtsai (14) megállapították, hogy a pankreászfunkciós próbáknak a betegség igazolásában, az ERP-nek a műtéti beavatkozás kérdésében van nagyobb jelentősége. Vizsgálták a pankreász exokrin funkciója és az ERP eredményei közötti összefüggéseket és nagy százalékban kaptak normális ERP leletet kimutatható funkcionalis eltérések mellett. Saját vizsgálataink során csak a funkcionálisan igazolt krónikus pankreatitiszes eseteket értékeltük, ezek közül negatív ERP leletet 19 esetben (14,4%) láttunk. Külön vizsgálva az exokrin és endokrin funkció zavarait a két fő etiológiai csoportban, úgy találtuk, hogy ezek a funkciókiesések sem a csökkent glukóz tolerancia és szérum-inzulin szint (23), sem az enzim-szekréciós kapacitás [keményítőterhelés (21), Lundh-teszt (14), pankreászenzim provokációs próba (29)] viszonylatában elsődlegesen nem a betegség kóreredetétől függenek, és nincs kimutatható eltérés a két különböző kóreredetű csoport között.

Megfigyeléseink alapján a következő konklúziókat tartjuk megfontolandónak:

1. A tartós alkoholfogyasztás hatására kialakuló krónikus recidiv pankreatitiszes betegekben a duktális morfológiai léziók eleve súlyosabbak, progressziójuk gyorsabb és intenzívebb. Ebben a csoportban lényegesen gyakrabban számíthatunk a vezetékrendszerrel kapcsolatos szövődmények kialakulására, mint a biliaris kóreredetű csoportban.

2. Valószínűnek látszik, hogy a biliáris és az alkoholos eredetű idült pankreatitisz nemcsak pathomechanizmusának eltérő vonásaiban, hanem a

vezetékrendszer kóros változásainak jellemzőiben is különbözik egymástól. Ezért ismételt pankreatográfiák (12) elvégzését az alkoholos etiológiájú csoportban látjuk megfontolhatónak. Ezekben az esetekben ugyanis a műtéti indikáció *időbeni* felállítása megelőzheti a súlyos szövődményeket (20, 28).

IRODALOM: 1. *Ammann, R. W.:* Indikationen zur konservativen Therapie der chronischen Pankreatitis. Zschr. Gastroenterologie, Suppl. 13., pp. 42—48, 1977. — 2. *Anderson, M. Z.:* Intraduodenal pressures in patients with biliary and pancreatic disease. Pacif. Med. Surg. 1967, *75*, 217. — 3. *Berger, Z., Pap Á., Varró V.:* A krónikus pancreatitis epidemiológiai analízise. Orv. Hetil., 1980, *121*, 2179. — 4. *Creutzfeldt, W., Schmidt, H.:* Aetiology and pathogenesis of pancreatitis. Scand. J. Gastroent. 1970, *5 (Suppl. 6.)*, 47. — 5. *Dreiling, D. A., Richman, A., Fradkin, N. F.:* The role of alcohol in the etiology of pancreatis: a study of the effect of intravenous ethyl alcohol on the external secretion of the pancreas. Gastroenterology, 1952, *20*, 636. — 6. *Friedrich, N.:* in Cyclopaedia of the Practice of Medicine. Vol. VIII. Ed. by H. W. Ziemssen, New York, William Wood and Cy. 1878, p. 549. — 7. *Gambill, E. E., Comfort, M. W., Bagenstoss, A. H.:* Chronic relapsing pancreatitis: an analysis of 27 cases associated with disease of the biliary tract. Gastroenterology, 1948, *11*, 1. — 8. *Gambill, E. E., Baggenstoss, A. H., Priestley, J. T.:* Chronic relapsing pancreatitis: fate of fifty six patients first encountered in the years. 1943, inclusive. Gastroenterology, 1960, *39*, 404. — 9. *Gambill, E. E.:* Pancreatitis. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1973. — 10. *Kasugai, T. et al.:* Endoscopic pancreatocholangiography. II. The pathological endoscopic pancreatocholangiography. Gastroenterology, 1972, *63*, 227. — 11. *Kizu, M. et al.:* Histological correlations with parcreatography in necropsy specimens. Gut. 1977, *18*, 399. — 12. *Nagata, A. et al.:* A study of chronic pancreatitis by serial endoscopic pankreatography. Gastroenterology, 1981, *81*, 884. — 13. *Nakamura, K., Sarles, H., Payan, H.:* Three-dimensional reconstruction of the pancreatic ducts in chronic pancreatitis. Gastroenterology, 1972, *62*, 942. — 14. *Pap Á. és mtsai:* Endoszkópos retrográd pankreatográfia és a pancreas exokrin funkciója. Orv. Hetil., 1981, *122*, 877. — 15. *Papp J.:* Gastrointestinalis endoscopia. Medicina, Budapes,t 1976. — 16. *Papp M.:* Az elválasztott pancreasfehérjék transzportútjai és sorsa a vérpályában. Orv. Hetil. 1982, *123*, 251. — 17. *Rohman, C. A., Silvis, S. E., Vennes, J. A.:* Evaluation of the endoscopic pancreatogram. Radiology, 1974, *113*, 297. — 18. *Sarles, H.:* Proposal adopted unanimously by the participants of the symposium on pancreatitis in Marseille. 1963. Bibl. Gastroenterol., 1965, *7*, 7. — 19. *Sarles, H.:* Alcoholism and pancreatitis. Scand. J. Gastroent., 1971, *6*, 193. — 20. a. *Simon L. et al.:* Endoscopos retrograd pancreatographiával igazolt pancreatico-digestiv sipolyok. Orv. Hetil. 1980, *121*, 1879. — 20. b. *Simon, L. et al.:* Spontaneous pancreatico-digestive fistulas demonstrated by ERCP. Acta Endoscopia, 1981, *11*, 443. — 21. *Simon L.:* közlés alatt. — 22. *Takagi, K., Ikeda, S., Nakagawa, Y.:* Retrograde pancreatography and cholangiography by fiber duodenoscope. Gastroenterology, 1970, *59*, 445. — 23. *Tornóczky J. és mtsai:* Az amylolysis vizsgálata chronikus pancreas-betegségekben. Magy. Belorv. Arch. 1975, *28*, 1. — 24. *Tornóczky, J. és mtsai:* Inzulinszekréció krónikus recidiváló pankreatitiszben. Orv. Hetil. 1982, *123*, 2345. — 25. *Tulassay Zs. és mtsai:* Az endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia értéke a chronikus pancreatitis és a pancreas-carcinoma elkülönítésében. Orv. Hetil. 1977, *118*, 2833. — 26. *Tympner, F., Rösch, W.:* Klin. Wschr. 1978, *56*, 112 (cit. 28.) — 27. *Varró V. és mtsai:* Hypertoniás Oddi-spinchter dyskinesis. Orv. Hetil., 1981, *122*, 1985. — 28. *Varró V.:* Az idült pankreatitis belgyógyászati vonatkozásai. Orv. Hetil. 1982, *123*, 515. — 29. *Vesztergombi s. és mtsai:* Előadás a Magyar Labor. Társ. Vándorgyűlésén, Szeged, 1982.

VITAMIN E

KAPSZULA 100 mg, OLAJOS INJEKCIÓ 30 mg.

OSSZETÉTEL: 1 kapszula 100 mg tocopherolum aceticum, 1 amp. (1 ml) 30 mg tocopherolum aceticum hatóanyagot tartalmaz.

JAVALLATOK: Felnőttek: Sterilitás, habitualis abortus, abortus imminens, terhesség és lactatio alatt a fokozott E-vitamin szükséglet kiegészítésére, oligo- és amenorrhoea, menopausa-syndroma. Endarteritis obliterans, localis keringési és trophiás zavarokon alapuló végtag-megbetegedések. Gyerekek: Újszülöttkori sclerödéma, atrophia, dystrophia, coeliakia, sprue, malabsorptio, epeút-elzáródás, csökkent capillaris resistentiával járó kórállapotok, égésbetegség, dystrophia musculorum progressiva.

ADAGOLÁS: Felnőttek: Általában hetente 1—2 alkalommal napi 1—3 kapszula vagy hetenként 2—3 amp. im. Menopausa-syndroma kezelésére naponta 2—3 kapszula, 2—3 hétig, ha a panaszok csökkennek, másodnaponta 1 kapszula további 5—6 héten át. Habitualis abortus, abortus imminens esetén adagja allyloestrol tartalmú készítményekkel (pl. Turinallal) kombinálható. Súlyosabb esetekben napi 150—130 mg im.
Gyerekek: Általában 3—12 hónapos korig napi 0,3—1,0 ml im. 1—14 évesig hetente 2—3 alkalommal 1 kapszula vagy 0,5—1,5 ml im. naponta. Ezek az adagok kb. a feltételezett napi szükségletnek felelnek meg (substitutiós adagok). Farmakológiai hatás elérésére (pl. égésbetegségekben), dystrophia musculorum progressivában, ezeknek az adagoknak sokszoros (5—10-szeres) adandó. Újszülöttkori sclerödémában 0,3—0,5 ml im., 2—5 napon át.
Hazai vizsgálatok alapján indokoltnak látszik a **mesterségesen** táplált csecsemőket (2—12 hó között) a hiányállapot (alacsony vérszint) elkerülése végett E-vitamin substitutióban részesíteni.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 10 db kapszula térítési díj: 6,30 Ft.
5 × 1ml ampulla térítési díj: 3,30 Ft.

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

2120

CZEIZEL ENDRE DR.,
PÁZSY ANDREA DR.,
FÁBIÁN ILDIKÓ,
NAGY MAGDOLNA
ÉS PUSZTAI JUDIT

A veleszületett rendellenességek kóroki monitorozása

Országos Közegészségügyi Intézet, Humángenetikai Laboratórium és ESZTIK

A Magyarországon 1980-ban megindított Kóroki Monitor célját és működését ismertetik. Az első év tapasztalatai szerint a terhesek 33,4%-a részesül progesztogén és 10,8% ösztrogén kezelésben. Ezek az arányszámok indokoltalanul magasak. A Kóroki Monitor elősegítheti a teratogén ártalmak gyors megelőzését és emelheti a Veleszületett Rendellenesség Felügyelet hatékonyságát.

Etiological monitoring of congenital disorders. The authors describe the aim and activity of the Etiological Monitor started in Hungary in 1980. According to the experiences of the first year 33,4% of pregnant women received progestogen and 10,8% estrogen treatment. These rates are unreasonably high. Etiological monitoring may contribute to the quick prevention of teratogenic harms and may increase the efficacy of the Care of Congenital Disorders.

A Veleszületett Rendellenesség Felügyelet keretében 1973 óta működik a WHO kezdeményezte „Veleszületett Rendellenesség" Monitor (3), mely az International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring Systems tagja (6). Így a 11 indikátor-rendellenesség gyakoriságalakulásának negyedévi értékelésével 18 országban nyílik mód az esetleges rendellenesség-halmozódások gyors felismerésére. Vegyünk egy példát: hazánkban 1975-ben felismertük a veleszületett végtagredukciós rendellenességek 30%-os gyakoriságnövekedését (2). Mintegy 3 éves epidemiológiai kutatásra volt azonban szükség az okok feltárásához és ezt követően a szükséges óvintézkedések megtételéhez. Ennek köszönhetően 1979—1980-ra az esethalmozódás meg is szűnt. Az etiológiai háttér felderítéséhez szükséges 3 éves időtartam hosszúsága viszont a Kóroki Monitor beindítására ösztönzött. Erre az 1979-ben végzett próbavizsgálatok után 1980. január 1-ével került sor.

A Kóroki Monitornak az a célja, hogy a különböző rendellenesség-típusok esetleges halmozódásával párhuzamosan a kiváltó okok feltárását is megkísérelje. Ugyanakkor lehetőséget kínál a nyilvántartás adatainak ellenőrzésére, pontosítására és kiegészítésére, valamint a szülők tájékoztatására a rendellenesség kialakulásáról, a lehetséges orvosi kezelésekről és a következő terhesség vállalása előtti teendőkről. Így a Kóroki Monitor alkalmas a Veleszületett Rendellenesség Felügyelet munkájának és hatékonyságának kiterjesztésére.

A Kóroki Monitor működése

Kérdőívet küldünk a születést, illetve a bejelentést követő 1 hónapon belül minden anyának, akinek gyermeke (az index paciens) jól definiált, komolyabb és nem túlságosan ritka fejlődési rendellenességgel kerül bejelentésre a Veleszületett Rendellenességek Országos Nyilvántartásába. A kérdőív tartalmazza:

1. az index paciens személyi adatait (ezt mi töltjük ki a nyilvántartás adatai alapján és az anyákat ezek ellenőrzésére kérjük);
2. az anya nyilvántartásban nem szereplő adatait életkor, foglalkozás, családi állapot, előző szülészeti események);
3. az apa nyilvántartásban nem szereplő adatait (életkor, foglalkozás);
4. a vizsgált terhesség alatt a veleszületett rendellenesség létrejöttében esetleg szerepet játszó *(a)* betegségeket, *(b)* gyógyszereket, *(c)* foglalkozási ártalmakat. (Mindezeket természetesen a terhességi idő függvényében és pontosan specifikálva; a válaszok standardizálása céljából a hazánkban használatos gyógyszerek és fontosabb betegségek nyomtatott listáját is mellékeljük, kérve, hogy a válaszadás alatt emlékezetük felfrissítése érdekében olvassák el);
5. a családi halmozódásra, az esetleges örökletesség fennálltára vonatkozó kérdéseket, vagyis, hogy előfordult-e hasonló, vagy más veleszületett rendellenesség vagy örökletes betegség a közvetlen rokonságban;
6. végül a szülők véleményét a veleszületett rendellenesség feltételezett okát illetően.

Természetesen minden kérdőívhez a Kóroki Monitor célját ismertető levelet mellékelünk. Ebben arra is megkérjük az anyákat, hogy a mellékelt és bélyeggel ellátott válaszborítékban küldjék meg a terheskönyvüket és a születéssel, valamint a gyermek rendellenességével vagy betegségével kapcsolatos esetleges egyéb orvosi dokumentációt, melyeket két héten belül visszaküldünk.

A kiküldött anyag ezenkívül még tartalmazza az „Általános családtervezési irányelveket", valamint a hazai genetikai tanácsadók címlistáját és rendelési idejét. Ezzel a következő terhességek fokozott védelmét kívánjuk elősegíteni. Végül minden fontosabb rendellenesség-típus esetében elkészítettünk egy 3—5 oldalas ismertetést, amely az adott rendellenesség okaival, kialakulásával, orvosi ellátásával és az ismételt előfordulás megelőzhetőségével kapcsolatos tudnivalókat tar-

GYÓGYSZER—CSOPORTOK	Kontroll csoport	AN EN SB	CL	CP	LR	PY SY	EX	OA	AA	MC HY
Oestrigen+Pill	273	13	11	2	5	14	8	0	4	7
	10,8%	10,0%	10,5%	3,9%	14,7%	12,2%	21,1%	0	20,0%	16,7%
Progestogen	843	49	26	26	14	44	12	8	10	18
	33,4%	37,7%	24,8%	51,0%	41,2%	38,3%	31,6%	53,3%	50,0%	42,9%
Egyéb hormon	105	7	5	4	3	6	0	1	3	1
	4,2%	5,4%	4,8%	7,8%	8,8%	5,2%	0	6,7%	15,0%	2,4%
Antibiotikum	589	40	27	12	14	33	6	4	11	17
	23,4%	30,8%	25,7%	23,5%	41,2%	28,7%	15,8%	26,7%	55,0%	40,5%
Sulfonamid	61	4	4	3	3	5	1	0	1	1
	2,4%	3,1%	3,8%	5,9%	8,8%	4,3%	2,6%	0	5,0%	2,4%
Antiemeticum	238	11	12	7	2	9	9	0	1	4
	9,4%	8,5%	11,4%	13,7%	5,9%	7,8%	23,7%	0	5,0%	9,5%
Lázcsillapító	347	25	21	11	13	19	9	2	6	4
Gyulladásellenes	13,8%	19,2%	20,0%	21,6%	38,2%	16,5%	23,7%	13,3%	30,0%	9,5%
Fájdalomcsillapító	38	3	2	0	1	2	0	0	1	4
	1,5%	2,3%	1,9%	0	2,9%	1,7%	0	0	5,0%	9,5%
Altató-nyugtató	729	43	30	12	12	37	15	8	8	16
	28,9%	33,1%	28,6%	23,5%	35,3%	32,2%	39,5%	53,3%	40,0%	38,1%
Görcsoldó	206	10	8	7	6	10	5	2	2	3
	8,2%	7,7%	7,6%	13,7%	17,6%	8,7%	13,2%	13,3%	10,0%	7,1%
Antiepileptikum	6	1	1	2	0	0	0	0	0	0
	0,2%	0,8%	1,0%	3,9%	0	0	0	0	0	0
Vitamin-vas-	1592	83	62	20	16	69	25	12	10	25
Caldea	63,1%	63,8%	59,0%	39,2%	47,1%	60,0%	65,8%	80,0%	50,0%	59,5%
Egyéb gyógyszer	684	43	28	14	9	28	11	6	5	17
	27,1%	33,1%	26,7%	27,5%	26,5%	24,3%	28,9%	40,0%	25,0%	40,5 %
Nem szedett	268	11	8	9	0	13	3	0	1	2
gyógyszert	10,7%	8,5%	7,6%	17,6%	0	11,3%	7,9%	0	5,0%	4,8%
Összesen	2522	130	105	51	34	115	38	15	20	42

AN — Anencephalia
EN — Encephalocele
SB — Spina bifida
CL — Nyúlajak
CP — Farkastorok
LR — Végtaghiány
PY — Polydactylia
SY — Syndactylia
EX — Exomphalos
OA — Oesophagus atresia
AA — Analis atresia
MC — Microcephalia
HY — Hydrocephalia

talmazza. (A tapasztalat szerint a rendellenes gyermeket szült anyák meglepően szegényes ilyen jellegű tájékoztatást kapnak.)

Természetesen a Kóroki Monitor csakis megfelelő *kontroll* esetekhez hasonlítva értékelhető. Minden rendellenes csecsemőhöz két kontrollt illesztünk a születési hét és terület, valamint a nem alapján. Az illesztett kontrollok kiválasztása a KSH nyilvántartásából történik. (Az 1979. évi próbavizsgálat tapasztalata szerint a kontrollok szülei kisebb arányban küldik vissza a kitöltött kérdőíveket, ezért láttuk szükségesnek két kontroll biztosítását.)

A kontroll csecsemők anyjának teljesen hasonló dokumentációt (kérdőív, gyógyszer és betegséglista, bélyeges válaszboríték, általános családtervezési irányelvek, genetikai tanácsadók címe) küldünk, csupán a kísérőlevél szövege eltérő és a rendellenesség hiányában az ismertető megküldésére nincs szükség. Az ismert kóreredetű Down-kóros gyermekek pozitív kontrollul szolgálnak.

A visszaküldött és kitöltött kérdőívek bekódolásra kerülnek. Nagy súlyt helyezünk a válaszoknak — a csaknem mindig mellékelt — orvosi dokumentáció alapján történő ellenőrzésére. Ezt követően az adatokat az ESZTIK R—22 számítógépén dolgozzuk fel. A statisztikai értékeléskor egyelőre χ^2 próba négymezős kontingencia táblázatait (ha szükséges, a Yates-korrekcióval) és a Fisher-féle próbát alkalmazzuk.

Az 1980. évi adatok értékelése

1980-ban 7011 újszülött csecsemő veleszületett rendellenességét jelentették be. Ebből 1859-nek a bejelentő lapja a születést követő 30. nap után érkezett és emiatt hozzájuk kontroll esetek már nem illeszthetők. Így feldolgozásuktól el kellett tekintenünk. 2724 bejelentett esetben a rendellenesség enyhesége, illetve ismert kóreredete miatt nem küldtünk ki kérdőívet. Megoszlásuk: congenitális csípőficamhajlam 1555 eset, congenitalis inguinalis sérv 577 eset, haemangiomák (teleangiectasiák) és naevusok 276 eset, hydrocele 225 eset, végül egyéb sérvek 91 eset. Így végül is 1980-ban összesen 2428 kérdőívet küldtünk az index paciensek szüleinek.

CSOPORTOK

AM CA EY	CF	HS	HD	DI	RA CK	PS	UT	EG	Down	Egyéb rend-ellenes	Összes rendellenes
0	29	25	38	4	0	3	15	1	10	37	226
0	14,6%	12,8%	14,6%	18,2%	0	12,0%	13,0%	33,3%	13,3%	15,0%	13,7%
3	90	84	97	7	3	8	43	2	24	95	663
42,9%	45,5%	43,1%	37,2%	31,8%	23,1%	32,0%	37,4%	66,7%	32,0%	38,5%	40,3%
0	4	9	11	2	1	1	4	0	4	19	85
0	2,0%	4,6%	4,2%	9,1%	7,7%	4,0%	3,5%	0	5,3%	7,7%	5,2%
3	51	50	71	5	7	3	27	0	26	72	455
42,9%	25,8%	25,6%	27,2%	22,7%	53,8%	12,0%	23,5%	0	34,7%	29,1%	27,6%
1	7	5	10	0	1	0	1	0	3	12	62
14,3%	3,5%	2,6%	3,8%	0	7,7%	0	0,9%	0	4,0%	4,9%	3,8%
0	20	21	22	3	2	3	6	1	10	20	163
0	10,1%	10,8%	8,4%	13,6%	15,4%	12,0%	5,2%	33,3%	13,3%	8,1%	9,9%
2	31	36	52	4	5	6	14	0	23	69	352
28,6%	15,7%	18,5%	19,9%	18,2%	38,5%	24,0%	12,2%	0	30,7%	27,9%	21,4%
0	3	7	7	0	0	1	3	0	4	1	39
0	1,5%	3,6%	2,7%	0	0	4,0%	2,6%	0	5,3%	0,4%	2,4%
3	77	78	89	5	5	3	37	2	22	100	602
42,9%	38,9%	40,0%	34,1%	22,7%	38,5%	12,0%	32,2%	66,7%	29,3%	40,5%	36,6%
1	14	17	16	3	3	4	13	0	11	25	160
14,3%	7,1%	8,7%	6,1%	13,6%	23,1%	16,0%	11,3%	0	14,7%	10,1%	9,7%
0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	2	10
0	0,5%	0,5%	0,4%	0	0	4,0%	0	0	0	0,8%	0,6%
6	125	116	161	15	6	15	58	3	42	167	1036
85,7%	63,1%	59,5%	61,7%	68,2%	46,2%	60,0%	50,4%	100,0%	56,0%	67,6%	62,9%
3	53	63	86	7	6	7	27	1	29	72	515
42,9%	26,8%	32,3%	33,0%	31,8%	46,2%	28,0%	23,5%	33,5%	38,7%	29,1%	31,3%
1	16	15	19	2	2	3	18	0	6	12	141
14,3%	8,1%	7,7%	7,3%	9,1%	15,4%	12,0%	15,7%	0	8,0%	4,9%	8,6%
7	198	195	261	22	13	25	115	3	75	247	1647

AM
CA — Szem rendellenességek
EY
CF — Dongaláb
HS — Hypospadiasis
HD — Szív rendellenességek
DI — Hernia diaphragmatica
RA — Vesehiány
CK — Cystás vese
PS — Pylorus stenosis
UT — Rejtettheréjűség
EG — Külső nemiszervek rendellenessége
Down kór

1849 (76,2%) válaszolt. A különbözet két részből tevődik össze: egyrészt rossz vagy pontatlan cím miatt a boríték bontatlanul érkezett vissza (62 eset), másrészt az index paciens szülei nem válaszoltak (517 eset). Csak a minden kérdésre pontos választ tartalmazó kérdőíveket értékeltük. Így 1711 kérdőívet dolgoztunk fel, ez a teljes anyag 24,4%, míg az ismert című kiválasztott index pacienseknek 72,3%-a.

4856 illesztett kontroll csecsemő közül csak 4632-nek tudtunk kérdőívet kiküldeni, mivel 224 esetben az illesztés — hiányos adatok miatt, illetve a kontrollnak is rendellenessége volt — megoldhatatlannak bizonyult. 2694 család (58,2%) válaszolt. 173 kérdőív (6,4%) nem volt értékelhető. Így végül 2521 kontroll esetet tudtunk értékelni.

Itt az első év adatait a terhesség alatt szedett gyógyszerek, a terhesség alatti anyai betegségek és a terhes foglalkozása szerint elemezzük.

1. *A terhesség alatt szedett gyógyszerek (1. tábl.).*

A *kontroll* csoport elemzésekor a legfontosabb tanulságok a következők:

a) A *progesztogén* készítményeket (Gestanon, Turinal, Hormofort) indokolatlanul magas arányban (33,4%) alkalmazzák. Más európai és északamerikai országokban e gyógyszerek terhesség alatti adagolása nem haladja meg a 3%-os szintet, ráadásul az USA-ban, az UK-ban, Svédországban és másutt alkalmazásuk csökkenő tendenciát mutat. A hazai, feltűnően magas arány az újabb ismeretek tükrében szinte érthetetlen. Egyrészt a progesztogének terhességvédő hatását a dupla vak vizsgálatok megkérdőjelezték. A magzati halálozások mintegy 50%-a kromoszóma aberráció, további jelentős rész a gén és teratogén ártalmak következménye. Ezekkel szemben a progesztogének nyilvánvalóan védelmet nem nyújthatnak. Csupán a fenye-

2. táblázat

RENDELLENESSÉG—

	Kontroll csoport	AN EN SB	CL	CP	LR	PY SY	EX	OA	AA	MC HY	AM CA EY
Fenyegető	144	4	7	4	0	5	1	1	3	2	0
vetélés	5,7%	3,1%	6,7%	7,8%	0	4,3%	2,6%	6,7%	15,0%	4,8%	0
Toxicosis	139	6	5	1	2	1	2	1	0	3	0
	5,5%	4,6%	4,8%	2,0%	5,9%	0,9%	5,3%	6,7%	0	7,1%	0
Vese- és	158	10	5	1	5	16	3	0	2	4	0
hólyag	6,3%	7,7%	4,8%	2,0%	14,7%	13,9%	7,9%	0	10,0%	9,5%	0
Influenza	564	59	44	22	12	32	8	7	8	16	2
Légzőrendszer	22,4%	45,4%	41,9%	43,1%	35,3%	27,8%	21,0%	46,7%	40,0%	38,1%	28,6%
Rubeola	1	0	2	0	0	1	2	0	1	0	0
	0,04%	0	1,9%	0	0	0,9%	5,3%	0	5,0%	0	0
Szív	114	10	8	0	2	4	4	2	1	2	0
	4,5%	7,7%	7,6%	0	5,9%	3,5%	10,5%	13,3%	5,0%	4,8%	0
Pajzsmirigy	3	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
	0,12%	0	0	0	0	0	0	0	5,0%	0	0
Epilepszia	5	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0
	0,2%	0,8%	0,9%	3,9%	0	0	0	0	0	0	0
Diabetes	3	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
	0,12%	0	0,9%	0	2,9%	0	0	0	0	0	0
Anaemia	261	7	4	1	1	6	1	0	1	2	0
	10,4%	5,4%	3,8%	2,0%	2,9%	5,2%	2,6%	0	5,0%	4,8%	0
Gyomor-Bél	39	6	4	1	0	1	1	0	0	3	0
	1,6%	4,6%	3,8%	2,0%	0	0,9%	2,6%	0	0	7,1%	0
Egyéb	592	25	20	15	11	25	9	1	7	7	3
	23,5%	19,2%	19,0%	29,4%	32,3%	21,7%	23,7%	6,7%	35,0%	16,7%	42,8%
Nem volt	1118	38	34	15	13	46	17	7	5	15	3
	44,3%	29,2%	32,4%	29,4%	38,2%	40,0%	44,7%	46,7%	25,0%	35,7%	42,8%
Összesen	2522	130	105	51	34	115	38	15	20	42	7

gető vetélések 4%-áért felelős sárgatest-elégtelenségben indokolt a progesztogénektől hatékony hatást várni (1). Másrészt fiúmagzatokban e készítmények szerepet játszhatnak a hypospadiasis-hajlam provokálásában (4, 7). Harmadrészt feltételezik, hogy a leánymagzatokra gyakorolt hatásuk miatt a későbbiekben növelhetik az agresszivitást.

b) Az *ösztrogén*-készítmények alkalmazása is túlságosan magas. Mind a hormonális terhességi próbaként, mind az abortusz indukció céljából adott ösztrogének idejétmúlt és némelykor veszélyes módszernek tekinthetők (9), éppen ezért rendeletileg korlátozták alkalmazásukat. Az adatok szerint e rendelkezések még nem érték el kívánt céljukat.

c) A terhesség alatt *fogamzásgátló tablettát* szedők aránya is magas. A magyarázat a rendetlen szedés, valamint a gastroenteritisek és gyógyszerinterakciók hatása, esetleg egyes készítmények (pl. Continuin) elégtelen védő effektusa lehet.

e) Az *„egyéb"* gyógyszereket szedők magas aránya (27,1%) szükségessé teszi e kategória további bontását.

d) A *nyugtató-* és *altatószerek* terhesség alatti használata (28,9%) szintén magasnak tekinthető az össz-gyógyszerfogyasztáson belül.

f) *Vitamin-*, *vas*készítményeket és *Caldeát* viszont csak a terhesek 63,1%-a szedett.

Az *index paciensek* anyja által a terhesség alatt szedett gyógyszerek eloszlása szignifikánsan nem különbözik a kontroll csoportétól. Viszont még a relatíve kis esetszámok mellett is bizonyos tendenciák észlelhetők és ezek 10% szinten már szignifikánsak is. Ilyen a progesztogének hypospadiasist (4, 7) és a salycilátok végtagredukciót (McNiel, 1973) provokáló hatása. Ugyanakkor az adatok egyértelműen igazolják, hogy a terhesség alatti gyógyszerszedések döntő többségében nem kell számolni teratogén ártalommal. A jelenleg érvényesülő defenzív orvosi magatartás tehát indokolatlan és így helytelen a terhesség alatti gyógyszerszedés miatt orvosi javallat alapján végzett terhességmegszakítások magas száma (5).

2. *Anyai betegségek a terhesség alatt (2. tábl.).*

A kontroll csoportban csupán a terhesség 44,3%-ában nem tettek említést valamilyen betegségről. A maradék 1304 esetben 2023 betegségről számoltak be. Legnagyobb gyakorisággal az „egyéb" betegségcsoport fordul elő és az egyben arra is utal, hogy ezt tovább kell bontani a gyakoribb betegségek szerint. Második helyen az influenza és légzőszervi betegségek állnak. Harmadik helyre került az anaemia, bár a 10,4%-os érték bizonyára alacsonyabb a valóságosnál, mivel sokan ezt nem tartják igazi „betegség"-nek. A vese- és hólyagbetegségek elsősorban cysto-pyelitist jelentenek. A kórházi vagy ambulanter kezeléssel járó fenyegető vetélések és toxicosisok gyakorisága valóságosnak tűnik. Még a szívbetegségek 4,5%-os értéke érdemel említést. A teratológiailag fontos többi betegség ritkán fordul elő.

A *rendellenességgel sújtott* gyermeket szült anyák összevont „összes" csoportjában az egyes betegségcsoportok előfordulása értékelhetően nem magasabb. Csupán az influenza-légzőszervi betegség és vérszegénység csoportban észlelhető 5%-os,

CSOPORTOK

CF	HS	HD	DI	RA CK	PS	UT	EG	Down	Multiplex	Egyéb rend-ellenes	Összes rend-ellenes
12	11	12	1	0	0	3	0	3	10	7	230
6,1%	5,6%	4,6%	4,5%	0	0	2,6%	0	4,0%	6,4%	7,8%	5,4%
9	17	7	0	1	2	5	0	6	7	3	217
4,5%	8,7%	2,7%	0	7,7%	8,0%	4,3%	0	8,0%	4,5%	3,3%	5,1%
14	15	13	2	2	2	5	0	7	13	11	288
7,1%	7,7%	5,0%	9,1%	15,4%	8,0%	4,3%	0	9,3%	8,3%	12,2%	6,8%
55	56	91	8	10	9	26	1	26	72	32	1160
27,8%	28,7%	34,9%	36,4%	76,9%	36,0%	22,6%	33,3%	34,7%	45,9%	35,6%	27,4%
1	0	1	0	0	0	0	0	4	0	0	13
0,5%	0	0,4%	0	0	0	0	0	5,3%	0	0	0,3%
11	16	18	0	0	1	3	0	5	10	5	216
5,6%	8,2%	6,9%	0	0	4,0%	2,6%	0	6,7%	6,4%	5,6%	5,1%
1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	8
0,5%	0	0,4%	0	0	0	0	0	0	0,6%	1,1%	0,2%
0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	14
0	0,5%	0,4%	0	0	4,0%	0	0	0	0,6%	1,1%	0,3%
0	2	2	0	1	0	0	0	0	3	1	14
0	1,0%	0,8%	0	7,7%	0	0	0	0	1,9%	1,1%	0,3%
7	9	8	1	0	0	5	0	2	8	5	329
3,5%	4,6%	3,1%	4,5%	0	0	4,3%	0	2,7%	5,1%	5,6%	7,8%
1	4	6	0	1	1	4	0	0	6	2	80
0,5%	2,0%	2,3%	0	7,7%	4,0%	3,5%	0	0	3,8%	2,2%	1,9%
40	46	65	3	0	7	25	0	17	26	21	965
20,2%	23,6%	24,9%	13,6%	0	28,0%	21,7%	0	22,7%	16,6%	23,3%	22,8%
90	68	89	11	3	10	50	2	26	50	29	1739
45,4%	34,9%	34,1%	50,0%	23,1%	40,0%	43,5%	66,6%	34,7%	31,8%	32,2%	41,1%
198	195	261	22	13	25	115	3	75	157	90	1711

illetve 2,6%-os többlet érdemel említést. Mindez a rendellenességek emlékezetet befolyásoló hatása mellett is szólhat (vagyis, hogy az egészséges gyermeket szült anyák kevésbé törik a fejüket a terhesség alatt történteken). A különböző rendellenességcsoportokban elsősorban az influenza és légzőszervi betegségek az anencephalia-spina bifida, oesophagus atresia, renalis agenesia-polycystás vese, és multiplex csoportban, valamint a vese- és hólyagbetegségek a végtagredukció, poly-syndactylia csoportban voltak gyakoribbak. Mindezek azonban — az irodalmi adatok alapján — nem állhatnak okokozati kapcsolatban a vizsgált rendellenességekkel.

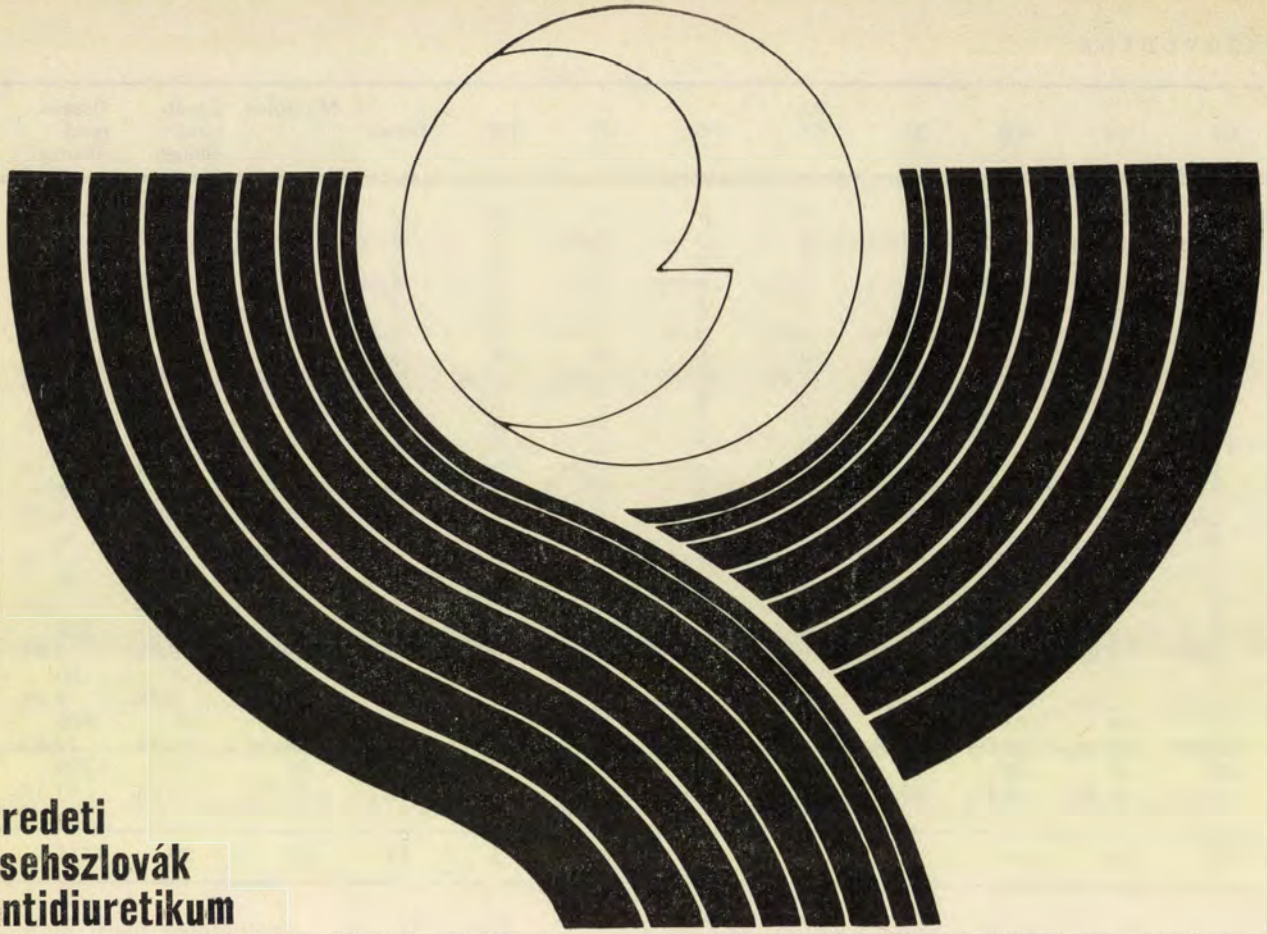
3. A terhesek *foglalkozás* szerinti bontása egyelőre nem utalt kóreredetileg fontos összefüggésre.

A Kóroki Monitor egyik meglepő tanulsága a rendellenes gyermekek szüleinek információéhsége. Csaknem minden második szülő kérdéseket tett fel, ezek korrekt megválaszolását jelenlegi személyi kapacitásunk szűk keretein belül is igyekszünk megoldani. Mindez egyben a szülőknek adott elégtelen orvosi információkra is utal.

A Kóroki Monitor remélhetőleg segíti majd a teratogén ártalmak minél gyorsabb megelőzését, ezentúl emeli a Veleszületett Rendellenesség Felügyelet hatékonyságát is.

Ezúton is köszönetet mondunk az Egészségügyi Minisztérium illetékesének, *Óry Imre* főosztályvezetőnek, aki a Kóroki Monitor személyi feltételeit biztosította, a Központi Statisztikai Hivatal elnökének, *Dr. Nityari Jánosnénak*, akinek megértő segítsége lehetőséget nyújtott az illesztett kontrollok vizsgálatára, a Magyar Vöröskereszt vezetőségének, akik a nyomtatványok elkészítését vállalták, a Magyar Gyógyszergyárak Egyesülése vezetőségének, akik a postai költségeket fedezik.

IRODALOM: 1. *Chez, R. A.:* Fertil. Steril. 1978, *30*, 16. — 2. *Czeizel E. és mtsai:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 1025. — 3. *Czeizel E.:* Acta Pediat. Acad. Sci. Hung. 1978, *19*, 225. — 4. *Czeizel E., Tóth I., Erődi É.:* Orv. Hetil. 1978, *119*, 3127. — 5. *Czeizel E.:* Orv. Hetil. (megjelenés adott). — 6. *Flynt, I. W., Hay, S.:* Contr. Epid. Biostatist. 1979, *1*, 44. — 7. *Kallen, B., Winberg, I.:* Acta Paediat. Scand. 1982. Suppl. 293. 1. — 8. *McNiel, I. R.:* Clin. Pediat. 1973, *12*, 347. — 9. *Wilson, I. G., Brent, R. L.:* Amer. J. Obstet. Gynec., 1981, *191*, 567.



Eredeti csehszlovák antidiuretikum

adiuretin SD®

SPOFA

HATÓANYAG

1-Desamino-8-D-arginino-vasopressinum in solutione aquosa 1:10 000.

TULAJDONSÁG

Természetes hipofízis-hormon fokozott antidiuretikus hatású szintetikus analógja. Alkalmazáskor a természetes hormon biológiai mellékhatásai nem érvényesülnek. A napi terápiás adagolás teljesen normalizálja a kóros vizeletürítést.

JAVALLATOK

Diabetes insipidus. Éjjeli ágybavizelés kezelésére adjuvánsként.

MELLÉKHATÁSOK

Káros mellékhatása nincs.

ADAGOLÁS

Naponta 2×1–4 csepp.

CSOMAGOLÁS

1 üveg (5 ml) + orrcsepegtető.

Gyártja:

SPOFA

Egyesült Gyógyszerüzemek, Praha/ČSSR

Exportálja:

CHEMAPOL

CHEMAPOL R. T. Kodaňská 46., 100 10 Praha 10/ČSSR

VARGA FÁL IBOLYA DR.,
KARÁDI KÁZMÉR DR.
ÉS VÁRSZEGI ÁKOS DR.

„Somogyi—tünet" biztonsági öv által okozott retroperitonealis duodenum rupturában

Kórház-Rendelőintézeti Egység, Komló
Röntgen és Sebészeti Osztály

A duodenum retroperitonealis szakadása következtében kialakuló vese körüli levegőgyülem röntgenfelvételen jól kimutatható. Ezt az első magyar leírója után elnevezett „Somogyi-tünetet" a szerzők közlekedési baleset során biztonsági öv által okozott sérülés következményeként észlelték.

„Somogyi's symptom" associated with retroperitoneal rupture of duodenum caused by safety belt. The perirenal accumulation of air following the retroperitoneal rupture of the duodenum may be detected readily on X-ray exposures. The authors registered this sign, called „Somogyi's symptom" after the name of it's first imparter, as consequence of an injury caused by safty belt in connection with a traffic accident.

A közlekedés balesetek során különböző tompa hasi sérülések jöhetnek létre. A biztonsági öv legtöbb esetben életmentő hatású, de időnként — paradox módon — az öv is súlyos sérüléseket okozhat, különösen helytelen használata esetén. Irodalmi adatok szerint ilyen a közlekedési baleset okozta sérülések 0,6%-a (8). A biztonsági öv által okozott sérülések néha komoly diagnosztikus problémát jelentenek. Esetünkben az enyhe hasi tünetek mellett a radiológiai kép hívta fel a figyelmet üreges szerv retroperitonealis perforációjára. Ezért tartjuk közlésre érdemesnek.

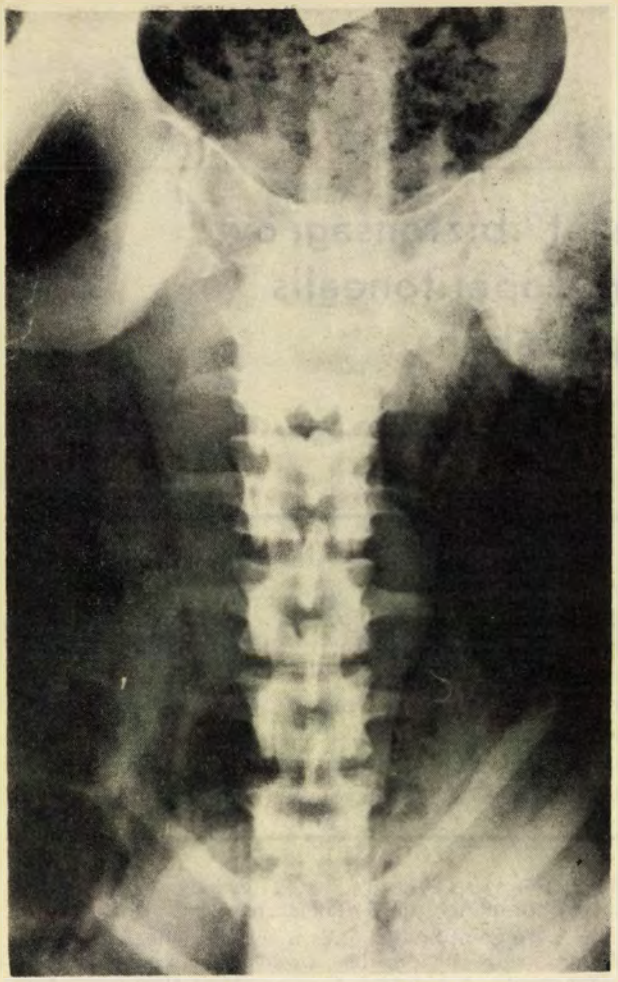
Esetismertetés

T. É. 17 éves nőbeteg a vezető melletti ülésen ült, amikor frontalis ütközésük volt. Fejét, mellkasát nem ütötte meg, eszméletvesztése nem volt. Hasát a biztonsági öv megnyomta. Felvételekor hasát fájlalta, egyéb panasza nem volt. Vérnyomása ekkor 110/70 Hgmm, pulsusa 110/min. Hasa puha, jól betapintható. Puffadás, defensus nincs. Jobb bordaív alatt nyomásérzékenységet jelez. A jobb hypochondriumtól a bal csípőlapát irányába kb. 4 cm széles felületes hámhorzsolás húzódik, melyet valószínűleg a biztonsági öv okozott. Mindkét spina iliaca anterior superior felett tenyérnyi hámhorzsolások láthatók. A jobb vesetájék ütögetésre kissé érzékeny. A beteget observatio céljából osztályunkra felvettük. Másfél óra múlva hasi fájdalmai erősödtek. Hányingere volt, hányt. Hányadéka kávéaljszerű volt. Ekkor hasa feszesebb tapintatú, mérsékelten puffadt. Vérnyomása 150/70, pulsusa 120/min. Ekkor mellkas- és üres has-átvilágítás történt. Mellkasában kóros elváltozást nem találtunk. A has jobb oldalán habos szerkezetű levegő árnyéka vetült a vesére. A psoas kontúrt és a jobb vesét levegő rajzolta körül *(ábra)*. A levegő a beteg testhelyzetének változtatása során helyzetét, alakját nem változtatta.

A röntgentünetekből és a sérülés jellegéből a duodenum retroperitonealis szakaszának perforációjára gondoltunk. A beteggel Gastrografint itattunk, amely különböző fektetési manőverek után sem jutott ki a szabad hasüregbe. Felvételét követően három óra múlva laparotomiát végeztünk, amelynek során a duodenum körüli szövetek epés beivódását találtuk. A retroperitoneumban és a coecum körül kiterjedt emphysemát láttunk. Az intraperitoneális szerveken nem találtunk sérülést. A duodenumot Kocher szerint mobilizáltuk, majd a mesocolon transversum behasítása után a pars horizontális inferior hátsó falán ujjbegyet befogadó perforatiós nyílást találtunk. Ezt három rétegben elvarrtuk, majd a retroperitonealis teret draináltuk és a hasfalat rétegesen zártuk. A beteg zavartalan postoperatív szakasz után gyógyultan távozott.

Megbeszélés

A retroperitonealis sérülés általában nem okoz egyértelmű panaszokat. Felismerése a klinikai tünetek alapján nehéz vagy lehetetlen. Az ilyen típusú sérülés leggyakoribb helye a duodenum. A nyombél fixalt, hashártya mögötti szakaszát a ható erő a gerinchez nyomja és megrepeszti. A sérülés után a betegnek gyakran órákig, esetleg napokig nincsenek komoly panaszai. A klinikai és radiológiai tünetek hiányában a végleges diagnózis gyakran késik. Irodalmi adatok szerint olyan esetekben, amikor a kezelés 24 órát késik, a mortalitás 5%-ról 65%-ra emelkedik (15). A retroperitonealis duodenumrupturák felismerése az exploratio alkalmával sem egyszerű, sőt, az esetek egy részében nem is sikerül (4, 14). 1937-ben *Sperling* és *Rigler* közöltek először olyan esetet a radiológiai irodalomban, ahol tompa hasi sérülés következtében létre-



A jobb vesét és psoaskontúrt levegő rajzolja körül. A vesére habos szerkezetű levegő árnyéka vetül. A coecum és a colon transversum területén apró, buborékos szerkezetű gázgyülemek láthatók

jött duodenumrupturát a röntgentünetekből diagnosztizálták. A jobb vese és a jobb oldali psoaskontúr körül levegőt láttak. Betegüket konzervatív módon kezelték, ezért észlelésüket műtéttel nem tudták igazolni. A későbbiek során gyomorvizsgálatot végeztek és a duodenumpatkón hegesedést találtak (18).

Magyar szerzők közül *Somogyi* írta le először a retroperitonealis duodenumruptura röntgentünetét (17). A radiológusok „Somogyi-tünet" néven ismerik. Évek óta fekélybetegségben szenvedő betegénél spontán pneumoren jött létre. Ebből a szerző a hashártya mögötti duodenum szakasz rupturáját diagnosztizálta. Észlelését a későbbi műtét, majd a sectio igazolta. Egyes szerzők a retroperitonealis duodenumruptura röntgentüneteit specifikus és nem specifikus csoportba sorolják (20). Specifikus jel a jobb vese és a psoas kontúr körüli levegőgyülem. Nem specifikus röntgenjelnek tartják, ha a psoas kontúrja elmosódott, segmentalis ileus és scoliosis van. Eseteik egy részében a colon transversumon szabálytalan, kerek, apró gázgyülemeket láttak. Ilyen esetben a műtétnél kiterjedt emphysemat találtak a mesocolon transversum területén. Ennek a leletnek a radiológiai értéke kérdéses.

Esetünkben a jobb vesét és a jobb oldali psoas kontúrját levegő rajzolta ki. A jobb vesére vetülő habos szerkezetű levegő a retroperitoneális zsírszövetben helyezkedett el. A coecum és a harántvastagbél területén légbuborékok látszottak, melyet a műtétnél kiterjedt emphysemaként azonosítottunk. Néha a beteggel megitatott Gastrografin kilép a duodenumból (4). Esetünkben ezt nem tapasztaltuk. A szabad levegő a beteg testhelyzet-változásait nem követte. Egyes szerzők szerint az ilyen típusú sérülések egyhatod részénél lehet a „Somogyi-tünetet" felfedezni (7). Ha a radiológus figyel rá és keresi, akkor talán gyakoribb a sérülés korai diagnosztizálása. Magától értetődik, hogy a „Somogyi-tünet" hiánya nem zárja ki a duodenumruptura lehetőségét. Esetünkben a korai röntgendiagnózist követően azonnal műtét történt, a beteg szövődménymentesen gyógyult.

IRODALOM: 1. *Baumgarten, F. és mtsai:* Spezielle Chirurgie für die Praxis Thieme, Suttgart, 1972, 188. — 2. *Belgerden, S. és Yagci, M.:* Stumpfe Bauchverletzungen Zbl. Chirurgie 1972, *97*, 1814. — 3. *Budai P.:* Traumatológiai jegyzet, 1977, *2*, 173. — 4. *Drobni, S.:* Bélsebészet, Akadémia 1982, 42. — 5. *Gyulai M.:* A helytelenül használt biztonsági öv következményei M. Traum. Orthop. 1981, *24*, 148. — 6. *Jancsó G. és mtsai:* Biztonsági öv által okozott mellkasi és hasi sérülések. M. Traum. Orthop. 1980, *23*, 48. — 7. *Kelemen E.:* Heveny hasi kórképek fizikális diagnosztikája. Akadémia 1965, 117. — 8. *Kelemen J.:* Baleseti sérülések változása biztonsági öv viselésének hatására (Orvosi és szakértői szempontok). I. rész Morph. és Ig. Orv. Szemle 1979, *19*, 54—60. — 9. *Meyers, M. A.:* Radiological faetures of the spread and localisation of extraperitoneal gas and treir relationship to its sourse. An anatomical approach Radiology 1974, *111*, 17. — 10. *Muschter, K.:* Stumpfes Bauchtrauma mit Abriss den Magens von Duodenum Zbl. Chirurgie 1974, *99*, 892. — 11. *Nichols, G. B.:* Pseudoretroperitoneal gas in rupture of aneurysm of abdominal aorta Amer. J. Roentgenol. Rad. Ther. Nucl. Med. 1975, *125*, (1), 134. — 12. *Perry, J. F.:* A five year survey of 152 acute abdominal injuries J. Trauma 1965, *5*, 53. — 13. *Richter, E. és Brückner, H.:* Das stumpfe Bauchtrauma und seine Folgen Zbl. Chirurgie 1970, *95*, 1386. — 14. *Rodkin, S. A. és mtsai:* Retroperitoneal injuries of the duodenum Vestn. Khir. 1978, *121* (10), 113. — 15. *Roman, E. és mtsai:* Management of blunt duodenal injury Surg. Gynec. Obst. 1971, *132*, 7. — 16. *Schmidt, A.:* Retroperitoneal duodenal rupture Zbl. Chirurgie 1972, *97*, 693—5. — 17. *Somogyi Gy.:* Röntgendiagnose eines retroperitoneal perforierten Zwölffingerdarmgeschwürs Fortsch. Röntgenstr. 1941, *63*, (4), 221—5. — 18. *Sperling, L. és Rigler, L. G.:* Traumatic retroperitoneal rupture of duodenum, description of valuable roentgen observation in rits recognition. Radiology, 1937, *29*, 521—524. — 19. *Stefanics J.:* Részletes sebészet. Medicina 1977, 393. — 20. *Toxopeus, M. D. és mtsai:* Roentgenographic diagnosis in blunt duodenal rupture Amer. J. Roentgenol. 1972, *115*, 281. — 21. *Uhl, H. és mtsai:* Retroperitoneal duodenal rupture in the child Münch Med. Wochenschr. 1974, *116*, (32—33), 1447. — 22. *Wolfe, R. D. és mtsai:* Acute perforation of duodenal diverticulum with roentgenographic demonstration of duodenal diverticulum with roentgenographic demonstration of localized retroperitoneal emphysema, Radiology 1972, *104*, 301—2. — 23. *Yeo, C. K. és mtsai:* Retroperitoneal rupture of duodenum with complicating gas gangrene. Arch. Surg. 1973, *106*, 856—7.



BESZÁMOLÓK, JEGYZŐKÖNYVEK

Emberi Termékenység Szabályozásának Kutatása (Stockholm, 1983. II. 7—9.).

A svéd külügyminisztérium megbízásából a Karolinska Intézet és az Uppsalai Egyetem rendezte az Emberi Termékenység Szabályozásának Kutatása c. szimpoziont 1983. febr. 7—9. között Stockholmban, melyen, mint a fenti intézet ösztöndíjasa — rendezőként vettem részt. Az előkészítésről el kell mondani, a Svéd Királyság 1958 óta minden más országot megelőzve, és azóta is folyamatosan, nyújt segítséget a fejlődő országok népesedési gondjainak megoldásához. Ez a segítség mind anyagi támogatás, mind pedig továbbképzés formájában igen jelentős, 1976-tól kezdve a nemzeti jövedelem 1%-a. A továbbképzési munkában a két rendező intézet vállalta a legnagyobb részt. Az összejövetel az eddig elért eredmények, a felmerült nehézségek, illetve a romló gazdasági és helyenként fogamzásgátlás-ellenes politikai körülmények között a munka folytatásának lehetőségeit volt hivatva megvitatni.

A résztvevőket az alábbi négy — átfedéseket is tartalmazó — csoportba lehet sorolni:

A fertilitás szabályozásával foglalkozó kutatók.

Kormányképviselők (a skandináv országok és az NSZK külügy-, az NDK, Kuba és a Szovjetunió egészségügyi minisztériumának képviselői, az NSZK, Nagy-Britannia és az USA gyógyszerügyi hivatalának és a fejlődő országok népesedési hivatalainak képviselői).

Nemzeti vagy nemzetközi fejlesztési és segélyszervezetek (dán, norvég, svéd, kanadai, USA és ENSZ), illetve alapítványok (Ford és Rockefeller) magasszintű alkalmazottai.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) vezető tisztségviselői.

Meglepő és sajnálatos, hogy a gyógyszeripart csak a Schering cég képviselte.

A résztvevőket a rendezőbizottság hívta meg és egyharmadukat beszámoló írására is felkérte. Ezeket az ún. háttér-dokumentumokat már hónapokkal előbb előkészítették és minden résztvevőnek megküldték. Ez az előkészítésben ugyan tetemes többletmunkát jelentett, de lehetővé tette az előzetes felkészülést és az igen termékeny vitát.

A szimpoziont a svéd külügyminiszter, L. Bodström nyitotta meg és visszatekintett az elmúlt 25 év eredményeire és tanulságaira. Istmételten hangsúlyozta Svédország elkötelezettségét a fejlődő országok problémáinak megoldása iránt, melyek között az élelmiszertermelés fokozását és alternatív energiaforrások bevezetését említette. Rámutatott azonban, hogy ezek sem képesek az életszínvonal növekedését biztosítani, ha a szaporodás üteme megelőzi a fejlődését. A külügyminiszter után a svéd diplomácia doyenje, E. Michanek vázolta a tanácskozás előtt álló feladatokat.

Az érdemi munka a két legnépesebb, ugyanakkor a születésszabályozásban legbiztatóbb eredményeket felmutató ország küldötteinek beszámolójával kezdődött. B. N. Saxena vázolta, hogyan módosult a különböző fogamzásgátló módszerek aránya az indiai családtervezési programban, Xiao Bi-lian pedig ismertette a kínai oralis (férfi és női) intrauterin és helyi fogamzásgátlókat, melyek mind hazai fejlesztésűek és a szerzett igen kedvező tapasztalatokat, melyek a folytatási arányban jelentősen meghaladják a fejlett országokból ismert eredményeket. Az egyiptomi M. Fathalla beszámolójában már körvonalazódott az egyik fontos konklúzió: a fejlődő országoknak nem új módszerekre van szükségük, hanem a jelenlegiek eredményesebb alkalmazására. Ezt a sokszor katasztrófális, 50—60%-os abbahagyási aránnyal bizonyította, kifejtve azt is, hogy az új módszerek bevezetéséig eltelő idő pótolhatatlan. Ezután kerekasztal-beszélgetés következett, melyen az idevonatkozó háttér-dokumentumok szerzői vettek részt. A legfontosabbnak J. Bonnar (Írország) hozzászólása látszott, bizonyította, hogy a természetes fogamzásgátlás, vagyis az ovulatio felismerése alkalmas lehet a fejlődő országok számára és hogy a másik „természetes„ fogamzásgátló, a lactatio, valószínűleg még mindig több nem kívánt terhességet előz meg, mint a legsikeresebb családtervezési programok együttvéve. Ez a tény is az anyatejtáplálás mellett szól. Délután az első két előadás a fogamzásgátlók nem kívánt hatásainak epidemiológiai vizsgálatáról szólt, illetve H. W. Ory az USA Közegészségügyi Szolgálatának igazgatóhelyettese bizonyította, hogy a fogamzásgátlók ma már a legbiztonságosabb gyógyszerek, sőt a szedésük által biztosított előnyök kiegyenlítik az igen kis rizikót, melyek tovább csökkenthetők az asszony kora, előző betegségei, testsúlya és dohányzási szokásainak figyelembevételével. A további előadásokban és a következő vitában a fogamzásgátlás, ill. annak abbahagyását pszichoszociális okait hangsúlyozták a résztvevők, rámutatva, hogy ilyen jellegű kutatást még alig végeztek.

Február 8-án A. Kessler a WHO Emberi Szaporodási Programjának igazgatója vázolta, hogy a Program milyen segítséget adott a fejlődő országoknak. A jelen problémákból azt a következtetést vonta le, hogy a fejlődő országoknak saját kutatói, intézeti és minőségellenőrzési bázisra van szükségük, ha népesedési programjukat önállóan akarják végrehajtani, erre pedig nagy igény van, a szükséges idő 10—15 év. Megállapította, hogy a világon szaporodási kutatásra fordított összeg abszolút értékben stagnál, reálértékben csökken, ami az elmondottak megvalósítását nagyon megnehezíti. G. W. Perkin a Fogamzásgátló Technológia Bevezetésére és Adaptálására alapított intézet ügyvezető igazgatója megjelölte azokat az igényeket, melyek indokolják és gazdaságossá teszik valamilyen fogamzásgátló technológia bevezetését, illetve azokat az országokat, melyek ezt a küszöböt átlépték és/vagy már valamilyen kapacitással rendelkeznek. Hangsúlyozta a folyamat nehézségeit és azt, hogy a végtermék sok esetben nem olcsóbb, mint az alapanyag vagy félkész formában importált. Az egyetlen reális előnyként a konvertibilis valutamegtakarítást jelölte meg. Ezt mind a következő előadó, mind N. Anand az Indiai Központi Gyógyszerkutató Intézet igazgatója megkérdőjelezte. A vitában a kutatói bázis és a minőségellenőrző intézetek kialakítását, ill. fejlesztését hangsúlyozták. Ebben egyetértés és az a vélemény alakult ki, hogy mindkettőben vezető szerep vár a WHO-ra.

A következő szekció volt a legérdekesebb és legtanulságosabb, valamint a legfűtöttebb hangulatú is. Diczfalusy professzor (Karolinska Intézet) vázolta az új módszerek lehetséges irányait. A fogamzásgátló tabletta farmakologiájában alapvető kutatásairól ismert és méltán híres C. Djerassi (Stanford Egyetem) mindannyiunk lelkiismeretét felrázta a fogamzásgátlás kutatásának jelenlegi helyzetét ismertetve. Hangsúlyozta, hogy ennek kialakulása várható és törvényszerű volt és ezért elsősorban az FDA-t és más gyógyszervizsgáló intézeteket, illetve bizonyos társadalmi csoportokat terhel a felelősség. Figyelmeztetett arra is, hogy a fejlett országokban a fogamzásgátlás körül zajló vitákat függetleníteni kell a fejlődő országok igényeitől, az előbbiekben kialakuló tapasztalatok nem szükségszerűen érvényesek az utóbbiakra. Nagyon színes előadást néhány sokkoló hatású javaslattal zárta. (Pl. mi lenne, ha az USA gimnáziumaiban ingyenes fogamzásgátló automatákat állítanának fel?) A vitában kialakuló, élesen FDA ellenes hangulatot a hivatal képviselője S. Sobel próbálta csillapítani, bejelentette, hogy a FDA a fogamzásgátlók gyorsabb bevezetését biztosító szabályokat készül elfogadni.

A délutáni vitában G. Bialy, az NICHD képviselője ismertette azokat a nehézségeket, amelyek a fogamzásgátlási kutatásokat akadályozzák az USA-ban. Mivel a kongresszus ellenőrzi a kiutalt pénzösszegek felhasználást, sem postcoitális fogamzásgátlókra, sem terhességmegszakítással kapcsolatos kutatásra nem tudnak fedezetet biztosítani, holott az ilyen jellegű munkára fordított összegek 70%-a az USA-ból származik.

Külön kerekasztal-beszélgetésen került sor az infertilitás kutatásának és kezelésének megvitatására, melyet I. D. Cooke előadása vezetett be.

A szimpozion utolsó napján kialakult az az elképzelés, hogy a WHO támogassa a fejlődő országokban a fogamzásgátló kutatással foglalkozó intézeteket (mint eddig is tette), illetve nyújtson segítséget a helyi viszonyok között gyártott gyógyszerek, eszközök minőségének vizsgálatára, végül dolgozzon ki javaslatot egységes gyógyszervizsgálati normák bevezetésére.

Az utolsó ülésen egyetlen előadás hangzott el H. Mahler, a WHO főigazgatójáé. Elmondta, hogy a jelenlegi, kedvezőtlen helyzet az elhangzottakon kívül annak is következménye, hogy kb. 10 évvel ezelőtt a világ népesedési trendje kisfokú csökkenést mutatott. Ebből, hibásan arra következtettek, hogy a népesedési probléma megoldása csak idő kérdése. Sajnos kiderült, hogy az optimizmus korai volt. Vázolta, hogy a WHO „Egészséget Mindenkinek 2000-ig" programjában ezért a családtervezésnek (a pozitívnak is) jelentős szerep jut, amelyhez azonban a szükséges anyagi és szellemi erők nem állnak rendelkezésre. Reményének adott kifejezést, hogy a gazdasági helyzet javulásával jelentősebb anyagi eszközök állnak majd a Világszervezet rendelkezésére.

A szimpoziont Michanek nagykövet zárta be.

Összefoglalva a rendezvény teljesítette, amit vállalt. A fogamzásgátlás kutatásában, szervezésében kiemelkedő jártassággal rendelkező szakemberek mozgósították mindazt a szellemi energiát, amely a probléma megoldását elősegítheti. A jövő lehetőségeit vázoló beszámolók kijelölték a kutatásra és fejlesztésre alkalmasnak látszó irányokat, hangsúlyozva, hogy nem valószínű, bármilyen — akár forradalmian új — eredménynek is a gyakorlatba való bevezetése az ezredforduló előtt.

Zalányi Sámuel dr. jr.
ösztöndíjas
Karolinska Institute Reproductive
Endocrinology Research Unit

Az NDK Gerontológiai Társaságának IX. Kongresszusa (Berlin, 1983. április 25—28.).

„Fizikai, szellemi és szociális teljesítőképesség idősödő és idős korban" címmel az NDK Szociális Gerontológiai Kutatócsoportjának közreműködésével rendezte IX. Kongresszusát Berlinben az NDK Gerontológiai Társasága. A helyi szakembereken kívül két lengyel, egy holland, két szlovákiai, két cseh, egy nyugatnémet és három magyar vendég vett részt.

Az első nap csak esti program volt, a rendező Társaság elnöke, *Rühland* köszöntötte a vendégeket, utalva a témakör jelentőségére: az idős embert csak somatikus, psychés és szociális körülményeivel együtt értékelhetjük. A következő három napon hol egy, hol két szekcióban zajlottak az előadások. Néhányat annak illusztrálására emelünk ki, hogy legalább a kongresszuson elhangzottak fő irányait vázoljuk. A lipcsei egyetemi gerontológiai központ vezetője, *Ries* professzor, valamint mtsai, *Pöthig*, *Hunecke* és *Sauer* évtizedes vizsgálatok alapján hasonlította össze a naptári és a biológiai kort. Hangsúlyozták, hogy az idős ember szempontjából az utóbbi a döntő. A társadalmi aktivitás és az orvosi beavatkozások szempontjából is a biológiai tényeket kell figyelembe venni. A berlini geriatriai klinika vezetője, *Schulz*, munkatársaival több előadásban foglalkozott az idős kor cardiológiai kérdéseivel. A helyesen alkalmazott terhelés, a fizikai aktivitás, a klinikai diagnosztikában a non-invasiv eljárások előtérbe helyezését emelték ki. *Reuter* (Lipcse) állást foglalt, hogy helytelen az idős kori verőeres betegségek iránti „terápiás nihilizmus". A berlini *Dietze* és a lipcsei *Laue*, akik régóta színvonalas munkacsoportban dolgoznak, a bélből történő felszívódás korral járó változásait, a táplálkozás és az emésztési folyamatok zajlását elemezték. *Haase professzor* (Berlin) az életkor előrehaladtával bekövetkező immunológiai eltéréseket foglalta össze. *Schmidt* professzor (Berlin) és mtsai nagy anyagon gyűjtöttek tapasztalatokat, hogy mennyire gyakoriak az idős kori mozgásszervi betegségek. Szintén kiemelték, hogy adekvát kezeléssel (fizioterápia, gyógyszerek stb.) eredmények érhetők el az idősek degeneratív mozgásszervi kórformáiban is. *Hunecke* és mtsai (Lipcse) az elhízás veszélyeiről szóltak, amely mind elterjedtebb veszélyeztető betegség az NDK-ban is. Ezt ún. longitudinalis vizsgálataikkal is igazolták. *Eitner S. professzor* (Berlin) a szociális gerontológia helyzetéről adott átfogó képet. Az NDK-ban a szociális otthonok fejlesztésében értek el eredményeket. *Kühne* (Halberstadt) és mtsa városi kórház felvevő körzetének időseiről tartott előadást, a 60—65 évesek nagy száma a gyógyító ellátás elé jelentős feladatokat ró. *Eitner A.* (Berlin) ismertette, hogy felmérései szerint azon idős emberek „psychoszociális" aktivitása nagyobb, akinek életében — a megelőző évtizedek során — kevesebb psychotrauma, kevesebb stresszhelyzet fordult elő. *Jahn* (Berlin) az endoprothesis műtéten átesettek rehabilitációjának fontosságát húzta alá.

Külön szekcióülés foglalkozott az időseket ellátó egészségügyi szakdolgozók munkájával, képzésével, továbbképzésével. Több sikeres előadás hangzott el, pl. *Rühland*, a saalowi szociális otthon igazgató főorvosa és a *Gulbin* által vezetett schwerini szociális gerontológiai központ részéről (*Beyer* stb.). Szekcióülés tárgyalta az idősek mindennapjainak szervezését, a kulturális programok összeállítását, a foglalkoztatást.

A külföldiek közül *Lehr* professzornő (Bonn) a psychoszociális körülmények élettartamot befolyásoló hatásáról, *Pacovsky* professzor (Prága) a geriatriai diagnosztika menetéről, *Sipr* (Prerov) a körzetében lakó idősek szűrővizsgálatáról, multimorbiditásáról, *Makai* (Pozsony) ortopaediai-műtéttani kérdésekről szólt.

Magyarországról e sorok írója kívül *Lengyel dr.* és *Pénzes dr.* vett részt a kongresszuson; megtisztelő volt, hogy e sorok íróját három alkalommal is az elnökségbe invitálták és előadást is tarthatott a hazai szociális gerontológiai eredményekről.

Az összefoglalót *Schmidt* professzor mondotta. Utalt a szociális helyzetet elemző előadások sokrétűségére, az idősek rehabilitációjának, aktivitásának fontosságára. A kongresszus a megszokott precizitással, gördülékenyen folyt, ami *Schmidt* és *Ries* professzorok, *Rühland* elnök és *Kalbe dr.* érdeme. Mindannyiuknak a szíves meghívást is köszönjük. S említsük meg: a rendezvény helye a *Humboldt-ról* elnevezett egyetem volt; élményt jelentett a klasszikus német kultúra városában szemlélni a műemlékeket és századunk első felének európai színházi központjának operaházában kamarakoncertet hallgatni.

Vértes László dr.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Onkológia

Biológiai markerek és az emlőrák: egy multiparaméteres tanulmány. I. Emelkedett serum fehérje szintek. Lamoureux, G. és mtsai (Inst. Armand-Frappier, Univ. Quebec, C. P. 100, Laval, P. Q Canada H7V, 1B7): Cancer, 1982, *49*, 502.

Már hosszú idő óta nyilvánvaló az, hogy a „lokalizált" daganatok műtéti eltávolítása vagy sugárterápiás sterilizációja nem érte el a kívánt végleges gyógyítást. A lokalizáltnak tűnő daganatok valójában gyakran már szóródtak. Ez a felismerés arra serkentett, hogy az emlőrák osztályozását, monitorozását és kezelését új koncepció szerint végezzék. A betegségmentes túlélést kemoterápiával, endokrin eljárásokkal, esetleg immunterápiával meg kell hosszabbítani. Ennek a célnak eléréséhez szükség van daganat markerekre, amelyek leleplezik a rejtett rákot vagy a „mikrometastasist".

A szerzők tanulmányukban a serumban előforduló nem specifikus fehérjék nagy számát használták fel mint biológiai markereket emlőrákban, a betegség monitorozására, a stádium megállapítására és a prognózis felállítására. 207 emlőrákos beteget tanulmányoztak. Ezekben a rákos betegekben a serum fehérjék közül hat: alpha-1 1 antitrypsin (alpha-AT), alpha 2-ceruloplasmin (CP), béta 1-transferrin, LgA, C_4 és C_3 szignifikánsan emelkedett volt, és ezeket használták fel biológiai markerekként multiparaméteres tanulmányukban. Ezek között a rákos betegek között 27%-ban a fehérjeszintek közül legalább kettő emelkedett, éspedig az alpha-AT (55%), a C_3 (38%), és az IgA (36%) szintek voltak emelkedettek a leggyakrabban. Az emelkedett fehérjék száma párhuzamosan nőtt a betegség előrehaladásával: az operábilis betegekben (1. csoport) 61%-ban és (2. csoport) 74%-ban, az áttétes betegségben szenvedő betegekben 90%-ban találták két vagy több nem specifikus fehérjék emelkedettségét.

Az emelkedett fehérjeszintek száma és a prognózis között is pozitív összefüggést fedeztek fel; az ötéves követés idején meghalt 26 beteg közül csak négynek (51%) volt egy emelkedett fehérje szinje és 22-nek (85%) két vagy több fehérje szintje volt magasabb. Másfelől ha egy csoportnak vették azokat a betegeket, akiknél csak egy fehérjeszint volt emelkedett, ezeknek a betegeknek a prognózisa jobb volt mint azoké, akiknek két vagy több fehérje szintjük volt magasabb ($P < 0,03$).

Ez a multiparaméteres tanulmány arra enged következtetni, miszerint a vizsgált fehérjék magas szintje rendellenes biokémiai profilt tükrözve, értékelhető felvilágosítást ad a betegség stadiumáról. Az eredmények azt sugallják, hogy a nem specifikus serum fehérjék segítenek elkülöníteni a nagy kiújulási kockázatú csoportot a kedvezőbb prognózisútól, egy adott klinikai és patológiai stádiumban, a biológiai markerek fontosságát igazolva az emlőrákban. A fehérjeszintek emelkedettsége tünetmentes betegekben megjósolhatja a kiújulást, a residuális rák reaktiválódását, mielőtt klinikailag felfedezhetővé válik.

Póka László dr.

A sebészi adrenalectomia randomizált összehasonlító vizsgálata az aminoglutethimid + hydrocortison kezeléssel áttétes emlőrákos nőkben. R. J. Santen és mtsai (Division of Endocrinology, The Milton S. Hershay Medical Center, Hershey, PA. 17033): N. Engl. J. Med. 1981, *305*, 545.

Az oestrogen receptor poz. metastatikus emlőrákos betegekben objektív remissiót 50—60%-ban észleltek a mellékvesék v. a hypophysis sebészi eltávolítása után. A szerzők e módszert randomizált anyagon hasonlították össze a steroidogenesist gátló aminoglutethimiddel (AG) a kezelést glucocorticoiddal kiegészítve. Menopausában levő, vagy műtétesen oophorectomizált recidiváló vagy metastatikus emlőrákosokat vizsgáltak két kórházi központban. Kritériumok: két dimenzióban mérhető progresszív bőr, lágyrész, csont, tüdő, vagy zsigeri áttétek; legalább 3 hónapos életkilátás; az oestrogen receptorok a primer vagy metastatikus tumorban (3 fmol/mg-nál magasabb cytosol protein érték); ismeretlen receptor status — a primer tumor receptoraira nincs adat és a metastasisból nem történt biopsia.

Kizáró kritériumok: a máj több mint harmadát elfoglaló tumor, központi idegrendszeri laesiók, rövid életkilátás, állandó ágyhoz kötöttség, 80 év feletti életkor, oestrogen receptor szegénység (fenti érték alatt), chemotherapiás, ill. hormonális kezelés egy hónapon belül.

Kérdés tehát, hogy a sebészi vagy belgyógyászati (AG + hydrocortison) kezelés a jobb hatású?

Az értékelés kritériumait részletesen ismertetik. A 96 betegből (46 sebészi, 50 belgyógyászati) 29, illetve 40 kezelést értékeltek. Sebészi kezelésnél 45%, AG mellett 53% remissziót észleltek. Nem szignifikáns értékek! Ha csak az oestrogen receptor pozitív eseteket vették figyelembe, AG kezelésre 60%, a sebészire 47% objektív remisszió volt.

A hormonváltozások az AG kezelés mellett nem jelentősek, a sebészi szövődményeket is értékelik.

Következtetésként levonják a statisztikailag meg nem erősített tényt, hogy belgyógyászati kezelés a sebészi adrenalectomia helyére léphet.

Megyeri László dr.

Kevéssé toxikus kezelés előrehaladott emlőráknál. I. C. Henderson (Sidney Farber Cancer Institute Boston, Ma 02115): N. Engl. J. Med. 1981, *305*, 575.

A metastatikus emlőrák hormonkezelése és a különféle kezelésre adott változó válaszok régóta ismertek. A lap e számában *Santen és mtsai* új, endocrin kezelésre alkalmas szert ismertetnek. Ez az aminoglutethimid (AG). 20 éve antikonvulzív szerként fedezték fel, ma már erre nem alkalmazzák. Az AG a mellékvesében a cholesterin → Δ-5-pregnenolone átalakulást gátolja, mellékvesén kívül szövetekben pedig az androstenedion östron átalakulást is. Más hormonális szereknél kevésbé toxikus. Sebészi kezeléssel összehasonlítva hatása azonos, de kevesebb hátránya, szövődménye van.

A tamoxifen a ráksejt kötő kapacitást blokolja, s az élő sejt folyamatait gátolja. Postmenopausában e kezelés sokszor toxikus tüneteket okoz.

A sebészi adrenalectomia a szerv végleges elvesztését és élethosszan substitutiós kezelést igényel, ez különösen a későbbi chemotherapia esetén problémás. Az AG supressiv hatása kihagyásával megszűnik. Ez különösen fontos olyan betegekben, akik nem reagálnak a mellékvese blokkolására.

Az AG kezelés a prae- és postmenopausában első lépcsőként alkalmazott tamoxifen kezelés után, második lépcsőként jól alkalmazható postmenopausában. Oophorectomizáltak esetén a tamoxifennel együtt is jól használható az AG.

Hosszú tünetmentes periódus után recidiváló betegek kezelésére kiválóan alkalmas e nem toxikus endocrin módszer. A metastatikus emlőrák kezelésében két fő szempontot — a túlélési idő meghosszabbítását és az élet minőségét (hatás, illetve toxicitás) — kell egyensúlyba hozni. A zsigeri áttéteket okozó praemenopausális emlőrákok nem reagálnak a hormonkezelésre, itt elsősorban chemotherapiás kezelés beállítása jön szóba.

Megyeri László dr.

Az előrehaladott emlőrák kezelése megastrol acetáttal, tamoxifennel történt kezelés után. Ross, M. B. és mtsai (Med. Breast Service, Anderson Hosp. 6723 Bertner Ave., Houston, TX 77030): Cancer, 1982, *49*, 413.

Előrehaladott emlőrákban hormonális kezelés célja a tünetek csökkentése és a betegség feltartóztatása. A reagáló betegben ezt a célt többnyire minimális mellékhatással el lehet érni. Az endokrin kezelés egyik módja utáni visszaesést gyakran a hormonkezelés másik módjával lehet befolyásolni és ezzel a betegek jelentős részében újabb javulást lehet elérni. Az antiostrogen tamoxifent egyre gyakrabban használják áttétes emlőrákok eseteiben, igazolható hatásossága és a toxicitás viszonylag ritka előfordulása miatt. A tamoxifent javasolták és egyre inkább felhasználták, mint az előrehaladott emlőrákos betegek bevezető kezelésének egyik módozatát, helyettesítve a hagyományos ablativ sebészeti eljárásokat. Mindamellett kevés adat áll rendelkezésre a tamoxifen kezelést követő megfelelő endokrin kezelés választékát illetően.

Az orvosok számára könnyen hozzáférhető endokrin kezelés különféle módozatai közül a progestatiós agensek a legkevésbé alkalmazottak és a legkevésbé kiértékeltek. Mióta *Escher* 1951-ben kimutatta az emlőráknak a progestatiós kezelésre történt reagálását, csak korlátolt számú klinikai kísérletet hajtottak végre. A szerzők 22—41%-os pozitív választ észleltek.

A megastrol acetát a másik progestatiós agens, ezt korlátolt számú klinikai kísérletekben próbálták ki előrehaladott endometrium és emlőrák eseteiben. Egyes szerzők 24—50%-ban találtak javulást.

A jelen közlemény a megastrol acetát alkalmazásáról számol be, amelyet tamoxifen adás után alkalmaztak. A megestrol acetát aktív agensnek bizonyult előrehaladott emlőrák eseteiben.

49 olyan előrehaladott emlőrákos beteget kezeltek megestrol acetáttal, akik vagy nem reagáltak tamoxifenre, vagy tamoxifen kezelés után visszaestek. Az életkor nem volt kizáró ok. Minden betegség mérhető volt, aminek alapján a választ értékelni lehetett. A betegek egyikének sem volt pleura effusiója vagy blastikus csontfolyamata.

A kezelés megkezdése előtt kórelőzmény felvétellel, fizikális vizsgálattal, haematológiai és biokémiai vizsgálattal, mellkas és csont rtg-felvétellel, máj és csont scannel, csont biopsiával, komputer tomográfiával, ultraszonográfiával állapították meg az áttétek kiterjedését. 6 héttel a megestrol acetát kezelés megkezdése után újra megállapították a statust. A kezelés naponta négyszer 40 mg oralisan adott megestrol acetátból állott. Ha progresszió következett be, a kezelést abbahagyták. Pozitív válasz esetén a kezelést ugyanilyen adagolással folytatták visszaesésig.

Komplet válasznak minősítették azt, mikor a betegség klinikai megnyilvánulásai tökéletesen eltűntek. Részleges válasznak azt, mikor a regresszió nagyobb volt, mint 50%, és 2 hónapig nem volt progresszió. Progresszívnak minősítették a betegséget, mikor a betegség 25%-os növekedést vagy új területek bevonását mutatta.

A betegek átlagos életkora a betegség kezdetén 58 év, megastrol kezelés megkezdésekor 62,5 év volt. A megestrolra nem reagáló betegek a fiatalabb életkorú csoportba tartoztak. A betegeknek átlagban két helyen volt áttétük.

Ebben a tanulmányban nem volt teljes válasz. 15 betegnél (31%) értek el részleges választ. Az objektív választ rendszerint 6—8 hetes kezelés után állapították meg. 16 betegnél (33%) észlelték a betegség stabilizálódását. 27 beteg (36%) nem reagált a megestrol acetát kezelésre. A részleges válasz időtartama átlag hét hónap volt. A betegség stabilizálása 6 hónapig tartott. A kezelésre reagálók túlélése szignifikánsan hosszabb volt, mint *a* nem reagálóké ($P < 0{,}02$). A betegség stabilizálása nem hosszabbította meg szignifikánsan a betegek életét, 75%-uk élt nyolc hónapig. A részlegesen reagálók 15%-a halt meg 10 hónapon belül. 75%-uk 10 hónapnál tovább élt. Az előzőleg alkalmazott kemoterápia nem befolyásolta a megestrol acetát kezelés eredményeit.

12 beteg (25%) oestrogen receptor adatai álltak rendelkezésre, ezek közül 10 volt pozitív (80%). 19 beteg kapott tamoxifenen kívül más hormonkezelést. A megestrol acetát eredményes hatása nem függött össze az előző hormonkezelések eredményességével. A csontáttétek inkább reagáltak, mint a lágyrész áttétek (31%, illetőleg 24%).

Életveszélyes toxicitást nem észleltek. Nem fordult elő hypercalcaemia vagy thrombophlebitis. A betegek 70%-ában mintegy 2 kg súlygyarapodás állt be.

A tanulmány azt sugallja, hogy a megestrol acetát aktív hatású a hormonálisan reagáló emlődaganatokban. A megestrol acetátnak mint orálisan adható hormonális agensnek adását meg kell fontolni viszonylag kis toxicitása miatt is —, mint aminek szignifikáns aktivitása van hormonálisan reagáló áttétes emlőrákban.

Póka László dr.

Tüdőrák szűrés. Grant, I. W. B. (Respiratory Unit, Northern General Hospital, Edinburgh): Brit. Med. Jour. 1982, *284*, 1209.

A rosszindulatú megbetegedések szűrése a tünetmentes szakban komoly klinikai és laboratóriumi igénybevételt jelent, megnöveli az adminisztrációs, orvosi, nővéri és technikai személyzet munkáját. Hogy az ilyen szűrővizsgálat orvosilag, társadalmilag és gazdaságilag indokolt legyen, három feltételnek kell megfelelnie. A módszerek legyenek megbízhatók, a pozitív leletek száma legyen arányban a költségekkel; meg kell győződni arról, hogy a tünetek megjelenése előtti diagnózis javítja a prognózist. A cervix carcinoma cytológiai szűrésében ezek a feltételek adottak, de a legutóbbi időkig kevés érdeklődést szenteltek egy nagyon gyakori betegségnek — a tüdőrák-szű résnek.

A legtöbb beteg, akiben tüdőrák fejlődik ki, erős vagy mérsékelt dohányos és sokan közülük foglalkozási ártalomban is szenvednek, így bizonyos mértékig behatárolható a veszélyeztetett lakosság száma. Jelenleg a rendszeres szűrés csak a várható megbetegedések kis százalékában végezhető el. Továbbá kétséges, hogy a korai diagnózis mennyire járul hozzá a tüdőrák túléléséhez. A tünetmentes szakban felismert hörgőrák jobban resecálható, mint a panasszal jelentkező, így túlélése is hosszabb. A korai diagnózisnak ez az előnye nem annyira nyilvánvaló a hörgő kissejtes carcinomájában, a kiterjedt szórás miatt. Bár az ilyen betegek prognózisa is javult az új kombinált cytostatikumok alkalmazása óta. Azaz a korai diagnózis a tüdőrák minden formájában prognózisát javíthatja.

A második feltétel megítéléséhez 1971-ben a Mayo klinikán tervet készítettek a tüdőrák korai felismerésére az „erősen veszélyeztetett" lakosságcsoportban. Két előzetes közlemény jelent meg, de a kulcskérdés — vajon a rendszeres szűrés alacsonyabb halálozási arányt eredményez-e, mint amit a kontroll népességben találtak — nem válaszolható meg, amíg a végleges közlemény meg nem jelenik a vizsgálat 1982. júliusi befejezése után. Két előzetes közlemény azonban értékes információt adott. Az „erősen veszélyeztetett" csoport férfiakból tevődött össze, akik 45 évesek, vagy idősebbek, tartósan és túlzottan dohányoztak.

A módszer: köpet cytologiai vizsgálat és mellkas rtg-felvétel. 11 001 beteget tanulmányoztak 1971 és 1976 között és 66 beteg bizonyult tüdőrákosnak az első vizsgálatkor és további 91-ben a diagnózist korai szűréssel állapították meg prevalentia). Különböző okok miatti kizárás után 8211 beteget értékeltek, 4618 beteget 4 havonta vizsgáltak (szoros ellenőrzési csoport), míg 4593 betegnek évente egyszeri megjelenést ajánlottak (kontroll csoport).

1979 december végéig 70 új megbetegedést észleltek a 4 havonta

végzett szűréssel és további 200 betegben alakult ki hörgőrák a vizsgálatok közötti időben. A szoros ellenőrzési csoport eredménye tehát nem volt magas (a 4618-ból 90 3—8 év perióduson belül), tekintetbe véve az igényelt munka óriási mennyiségét. Továbbá csak 64 (71%) volt alkalmas resectióra, ami alig haladja meg a prevalentia esetek 54%-át, bár mindkét hányad magasabb volt, mint a kontroll csoportban.

A „gyógyító" resectiós arány 78%-ra emelkedhetne, ha a 24 kissejtes carcinomát (amelyből 19 inop. volt) nem számítjuk. Sajnos a resectiós ráta nem egyenlő a hosszú túléléssel; de a vizsgálatok eredménye azt sugallja, hogy a szoros ellenőrzési szűréssel néhány élet megmenthető. Azt, hogy pontosan mennyi, nem lehet tudni, amíg a vizsgálat be nem fejeződik. Már a Mayo terv rávilágít a köpet cytologia és a mellkas rtg-vizsgálat bizonyos korlátaira a tüdőrák mortalitás csökkentésében, de az eredmények mind orvosilag, mind gazdaságilag a szűrés kiterjedt alkalmazása ellen szólnak. Ennek ellenére ma is a legjobb módszer, amit a tüdőrák szűrésre ajánlani tudnak, az évenkénti köpet cytológiai vizsgálat és a mellkas rtg-felvétel, bár sok időt rabol és túl drága. A köpet, a cytológia és mellkas rtg-vizsgálat egymást kiegészítő módszerek, bár megbízhatóságuk nagymértékben függ a hörgőrák típusától. Másik hatásos mód, hogy csökkentsük ennek a betegségnek a halálozási arányát az, hogy meggyőzzük az embereket: ne dohányozzanak.

Vezendi Sándor dr.

A hörgőrák morfológiai diagnosztikájának az eredménye egy tüdőklinika biopsziás gyakorlatában. Jäger, J. és mtsa (Zentralklinik für Herz- und Lungenkrankheiten Bad-Berka, DDR): Zschr. Atmungsorg. 1981, *157*, 74.

A hörgőrák világszerte való megszaporodása a tüdőklinikákat egyre pontosabb kórismézésre sarkallja. A szerzők 1979-ben 339 hörgőrák gyanújával klinikájukra felvett beteg hörgőváladékának, a perifériás kerekgócok mellkasfalon át tű-biopsziával vett anyagának, továbbá kefe-biopsziával vett váladékának a szövettani és citológiai leletét hasonlították össze. 26 betegen csak szövettani, 90 betegen szövettani és citológiai, 119 betegen csak citológiai vizsgálatot végeztek. 4 beteg kórismézét más klinikán állapították meg. Ezekkel a vizsgálatokkal a helyes kórismét 236 betegben, 70%-ban biztosították. Ez nem sikerült 103 beteg esetén, 30%-ban. Biztos volt a centrális rák kórisme szövettani, ill. citológiai vizsgálattal 57, ill. 74%-ban, közbenső rák esetén 30, ill. 78%-ban, a perifériás ráké pedig próbakimetszés után szövettani vizsgálattal 10, citológiával 43%-ban. A daganat helyének és a beteg operálhatóságának a megállapítása céljából bronchoszkópos vizsgálatra a hörgőrák súlyos volta vagy a beteg ellenkezése miatt 102 betegben, 30%-ban nem kerülhetett sor, ami annál sajnálatosabb, mert ezek 8%-a könnyen operálható perifériás rák volt.

Ezeket az eredményeket összehasonlították az 1973-ban bronchoszkópiával vett anyagok szövettani vizsgálatainak az adataival. Megállapították, hogy a szövettani vizsgálattal igazolt centrális hörgőrák aránya e két időpontban 76%-ról 68%-ra csökkent, a közbenső és a perifériás hörgőrák kimutathatósága azonban jelentősen emelkedett, ami a citológia fellendülésével magyarázható. A perifériás hörgőrák váladékának a citológiai vizsgálattal való kórismézése ugyanis az 1973-beli 12%-ról 1979-ben 26%-ra emelkedett. Így azután a hörgőrák biztos felismerése 1973-ban és 1979-ben azonos: 73% maradt. 57 betegben. 17%-ban a bronchoszkópia ellenjavallt volt. Közülük 30 betegben a daganatot egyéb eljárással sem sikerült igazolni. Bronchoszkópiával a centrális hörgőrákos betegek 80%-ában sikerült váladékot leszívni. Ezek közül 66%-ban találtak daganatsejteket. A közbenső és a perifériás daganatok kórismézésében a hörgőváladék-citológiának nem nagy a jelentősége. A daganat helyének a megállapításában a kateter-biopszia döntő fontosságú. Ezt az eljárást a perifériás hörgőrákos betegek 94, a közbenső 85, a centrális rákos betegeknek azonban csak 23%-ában alkalmazták. Pozitív eredményt kaptak a centrális rákosok 66, a közbenső rákosok 70 és a perifériás rákosok 28%-ában. A mellkasfalon át végzett tű-biopsziával perifériás hörgőrák esetén 85%-ban volt pozitív a lelet. 58 operált hörgőrákos beteg adatai szerint a műtét citológiai és a műtét után végzett szövettani lelet laphámrák esetén 90%-ban, kissejtes rák esetén 100%-ban, adeno- és alveoláris sejtes rák esetén 75%-ban, nagysejtes szolid rák esetén azonban csak 30%-ban, együttesen 83%-ban volt egyező.

Pongor Ferenc dr.

Antidiuretikus hormon hörgőrákos betegeknél. Gropp, C. és mtsai (Abt. Onkologie und Pathol. Inst. d. Univ. Marburg): Dtsch. med. Wschr. 1982, *107*, 974.

Az utóbbi években a hörgőrákos betegeknél számos tumormarkert ismertek meg, amelyek vagy a vérsavóban vagy a daganatszövetben mutathatók ki; ezek a diagnosztikában, a stádium beosztásban és a therapiában jelentősek lehetnek. Ide tartoznak a carcino-embryonalis antigen (CEA) és a peptidhormonok sorozata. Ilyen, a daganattól ektóp képzett hormonok, mint pl. az ACTH és calcitonin klinikailag is felismerhető parapreoplastikus symptomatikával járhatnak (pl. ektop ACTH képződésű Cushing-syndroma). Később (1963) a kissejtes hörgődaganat kivonatokban antidiuretikus (ADH) hormonhoz hasonló aktivitást is megfigyeltek, (ami a Schwartz—Bartter-syndroma okának is tekinthető).

A szerzők 139 hörgőrákos betegnél végezték el az ADH meghatározását radioimmunassay (RIA) eljárással. Az ADH-tükör a kontrollokkal való összehasonlításban a kissejtes hörgőrákban 30%-ban, a nagysejtesben pedig 21%-ban volt emelkedett. A laphámsejtes vagy adenocarcinomás tüdőrákos betegek normális ADH-értéket mutattak. Az ADH-savószint és a tumorstádium között összefüggés nem mutatkozott. A chemotherapia alatt végzett sorozatos ADH meghatározások szoros korrelációt mutattak az ADH-szint és a therapiára való reagálás között. Az ADH-t ezenkívül egy emelkedett savószintű beteg daganatsejtjeiben is immunhistológiailag ki tudták mutatni.

ifj. Pastinszky István dr.

Fokozható-e az interferontermelés elektro-aeroszolokkal? Egy elmélet. Wehner, A. P. (Battele Pacific Northwest Laboratories, Richland, WA, USA): Zschr. Erkr. Atmungsorg. 1981, *157*, 247.

Az interferon, a szervezetben termelt fehérje hatásos vírusellenes szer. *Cresser* 1979-beli közlése szerint rákellenes hatása is van. Hátránya, hogy nehezen hozzáférhető. Szintetizálni nem lehet, és csak nagy mennyiségű vérből lehet gyógyászati célra elegendő interferont kivonni. Egy rákos beteg kezelése ma 7000—30 000 dollárba kerül. Kívánatos lenne tehát valamilyen módon a szervezetet interferon-termelésre serkenteni. A szerző erre már 1961-ben kísérletet végzett negatív töltésű só-aeroszol, ún. elektro-aeroszol lélegeztetéssel. Azóta e tárgyban még 6 közleménye jelent meg. Elmélete szerint az elektro-aeroszol aktiválja a szervezet bizonyos védekező mechanizmusát. *Küster* és *Dittmar* 1960-ban megjelent közleménye szerint ugyanis egypólusú negatív, magasan ionizált levegővel a kísérleti állatokat átoltott és spontán daganat esetén kedvezően lehetett befolyásolni. Ők 25—25 egeret beoltottak Fischer 5-ös ráktörzzsel. Az átoltás után 5 nap múlva elkezdett és a naponta egy órán át végzett elektro-aeroszol kezelés után az egerek átlag 59, a kontroll állatok viszont csak átlag 34 napig voltak életben. 40 nap múlva valamennyi kontroll állat elhullott. Ekkor a kezelt 25 egér közül 16, azaz 64%, 70 nap múlva 7, 80 nap múlva pedig 5 egér volt életben. A

Koch Róbert Intézetben rák-hasvízkóros törzzsel végeztek kísérleteket. Ezzel a törzzsel a hasüregbe való oltás után 3—4 héten belül minden egér elhullott. Ezután az egerek két csoportján végeztek kísérletet. Ezzel a törzzsel valamennyi állatot beoltották hasüregükbe, majd az állatok egy-egy csoportján naponta 6—8 nappal az oltás után elektro-aeroszol kezelést végeztek. Az első csoportban a kezelt állatok átlagos élettartama 54 nap, a kezeletleneké pedig csak 20 nap volt. A 16 kontroll állat közül 15, azaz 94% hasvízkórban, a 16 kezelt állat közül pedig csak 7, azaz 44% hullott el. A második csoportban 14 kontroll állat közül 71%, a kezeltek közül csak 22% halt meg hasvízkórban. 24 nappal az oltás után valamennyi kezelt egér életben volt, a kontroll egerek pedig mind elhullottak. Hasonló eredménnyel végződtek a Jensen-sarcomával oltott egérkísérletek is. A szerző az őszi, téli és a tavaszi hónapokban, az influenzajárványok időszakában 1000 egészséges emberen végzett elektro-aeroszollal kísérletet. Megállapította, hogy az így kezeltek nem lettek influenzásak, vagy betegségük lényegesen enyhébb lefolyású volt, mint a kontroll embereken. Az irodalmi adatok szerint is felső légúti betegségek megelőzésének a legjobb módszere az elektro-aeroszol kezelés. A szerző az elektro-aeroszol interferon elmélet megerősítésére laboratóriumi állatokon újabb kísérleteket tervez.

Pongor Ferenc dr.

B-sejt lymphoma kezelése monoclonalis anti-idiotypus antitesttel. R. A. Miller és mtsai: N. mtsai: N. Engl. J. Med. 1982, *306*, 517.

Az emberi B-sejt eredetű lymphomák egyetlen sejtclon proliferációjának eredményeként jönnek létre. A felületi immunglobulin, melyet ezek a sejtek produkálnak, monoclonalis, egyetlen könnyűlánc típushoz és egy, minden egyes esetre jellemző, ún. variabilis regióhoz kötött. Az egyedi immunglobulin variábilis regio (idiotypus) minden lymphoma clon esetében egy tumorspecifikus marker. Anti-idotypus antitestek, rendkívüli specifitásuknál fogva, alkalmasak a B-sejt tumorok vizsgálatára, sőt gyógykezelésére is.

A szerzők egy 67 éves férfi beteg esetét ismertetik, akinek malignus lymphomáját észlelték először és korábban interferonnal, cytostatikus gyógyszerekkel kontrollálni tudták a tumorprogressiót, de 1981 áprilisában a tumor növekedését a korábban alkalmazott gyógyszerekkel befolyásolni már nem sikerült.

A szerzők, a nonsecernáló lymphoma sejtekből és myeloma sejtekből olyan hybridomát állítottak elő, mely jelentős mennyiségű B-sejt typusú felületi antigént termelt és alkalmas volt egerek immunizálására. Az így nyert anti-idiotypus antitestek specificitását különböző biológiai próbákkal ellenőrizték. Kezelés előtt plasmapheresist végeztek, mivel attól tartottak, hogy a beteg serumában levő idiotypus megköti a beadott antitestet. Megfigyelték azonban, hogy a plasmapheresist követően a serum idiotypus-szint nagyon hamar visszaállt. Az antitestkezelést megelőzően 4 hétig a beteg semmilyen más kezelésben nem részesült. Az antitestet lassú intravénás infúzióban, fokozatosan emelkedő dózisban alkalmazták. 1 mg és 5 mg antitest beadása nem változtatta a serum idiotypus szintet, míg 15 mg adása után az jelentősen csökkent. Ezt követően még 40 mg, 75 mg és 150 mg dózisokat adtak, mely után a vérben már nem lehetett idiotypust kimutatni. A kezelést összesen 8 adagban végezték, melyet 4 héten keresztül adtak be, majd megszüntették.

Jelentős tumorregresszió következett be, mely a kezelés megszünte után is folytatódott. Mellékhatást, vagy reakciót az egérszérumra nem tapasztaltak. A beteg 6 hónappal a terápia abbahagyása után is még remisszióban volt, más kezelésben nem részesült. A szerzők drámainak minősítették a beteg javulását az antitestkezelés hatására.

A tumorellenes effektus feltételezhetően különböző immunológiai mechanizmusokon keresztül jött létre és elképzelhetőnek tartják, hogy az anti-idiotypus antitestek bevitele aktivált egy saját tumorellenes reakciót is a betegben. Ezzel magyarázható esetleg az antitestek passzív bevitelét követően később a további regresszió.

Ternák Gábor dr.

Peritoneovenosus shunt a malignus ascites palliatív megoldására. Qazi, R., Sarlov, E. D. (Dept. Med., Highland Hosp., Rochester, N. Y. 14620): Cancer, 1982, *49*, 600.

A malignus ascites kezelésében elsődleges az alapját képező neoplastikus folyamat kezelése. Mindazonáltal az ascites folyadék felhalmozódása komoly gondot okozhat, és azt a gyógyszeres kezelés sokszor nem befolyásolja, gyakori lecsapolására kerül sor, és ez fehérje és elektrolit veszteséggel jár.

Mióta *Le Veen* kidolgozta a nyomásérzékeny peritoneovenosus billentyűt, és az a kereskedelmi forgalomba került, számos közlemény jelent meg a májbetegség okozta ascitesben észlelt hatásosságáról, de ritkán alkalmazták malignus acitesban.

A szerzők palliatív célból 40 malignus asciteses betegben készítettek peritoneovenosus shuntöt, akik a szokásos kezelésre refraktéren viselkedtek. A shunt 28 esetben hatásos palliációt hozott, a testsúly csökkentésével, a has körfogatának megkevesbedésével, a vizeletürítés fokozódott és kevesebb paracentézisre volt szükség. A betegek erőbeli állapota, étvágya és mozgékonysága javult. Szövődmények, mint például a hemodilutio, a térfogat megterhelés és a sepsis nem képeznek kontraindikációt. Ezeket vörös vértest transzfúzióval, antibiotikumokkal le lehet küzdeni. A laboratóriumi vizsgálatok véralvadási rendellenességeket mutattak ki, de klinikailag nem lépett fel vérzés.

Nem végeztek shunt megoldást emelkedett serumbilirubin érték és késleltetett prothrombin idő esetében. Az ascites folyadék magas viszkozitása és esetleg a gyors dagatnövekedés magyarázzák az eredmény elmaradását. A krónikus vese és szívbetegségben szenvedő betegek, akik nem képesek a folyadék terhelést kiválasztani, nem jól reagálnak a shunt kezelésre.

Póka László dr.

Intraarterialis Yttrium[90] a májdaganatok kezelésében. Mantravadi, R. V. P. és mtsai (University of Illinois Hospital Chicago): Radiology, 1982, *142*, 783.

A máj elsődleges és másodlagos rosszindulatú daganatainak kórjóslata nagyon rossz. Kezelés nélkül a betegek csak néhány hónappal élik túl a kórisme felállítását. Az eddig megkísérelt intraarteriás helyi chemotherapia eredményei korlátozottak, radikális külső sugárkezelés nem jöhet szóba a máj sugárkárosodásának veszélye miatt. A szerzők selectiv intraarteriás infusióban Yttrium[90] részecskéket adtak az a. hepaticába 15 rosszindulatú májdaganatos betegnek. Az Yttrium[90] 64,2 óra felezési idejű bétasugárzó izotóp. Az alkalmazot részecskék 15 ± 5 mikron átmérőjűek, fennakadnak a máj kapilláris rendszerében, és hatékonyan besugarazzák környezetükben kb. 0,25 cm mélységben a szöveteket. Így a gazdagon erezett daganat négyszer akkora sugármennyiéget kaphat, mint környező ép májállomány. Egy betegükben szövődményként pancytopenia alakul ki, feltehetőleg a kötődéséből szabaddá vált és a keringésbe jutott izotóp sugárzása következtében. Egyébként káros mellékhatás nem fordult elő. A kezelés hatékonysága és a betegek további sorsa jelentős mértékben függ a tumorok erezettségétől, a májon kívüli daganatos elváltozásoktól és a kezelés előtti állapottól. 12 esetben találták a kezelést valamilyen formában eredményesnek, ami mutatkozhatott a máj megkisebbedésében, a fájdalom csökkenésében, az ellenőrzésként végzett scintigraphiás vagy CT-kép javulásában. Ezen 12 beteg közül 6 meghalt három hónapon belül, további 2 a

kezelés után 6 hónappal. Négy betegük élt járóbetegként aktívan a kezelést követően 6, 6, 9 és 12 hónappal. Ezt reménytkeltőnek tartják, és megfelelő esetekben ajánlják a módszer alkalmazását.

Laczay András dr.

Malignus daganatok kiújulásának korai kimutatása maxillectomia után. Som, P. M. és mtsai (The Mount Sinai Hospital, New York): Radiology, 1982, *143*, 509.

A computer tomographia minden egyéb eljárásnál hatékonyabbnak bizonyult az orrmelléküregek rosszindulatú daganatainak vizsgálatában. Lehetővé tette a korai kórismét, ezzel együtt nőtt az utóbbi időkben a gyógyító célú műtétek száma a palliatívakkal szemben. A túlélési adatok szerint a radikálisan műtöttek egy részében helyi daganatkiújulás okozza később a beteg halálát. Ezért a szerzők 18 maxillectomián átesett betegükben a műtét után 6—8 héttel alapvizsgálatként CT-felvételeket készítettek, majd további 4—6 hónapos időközökben ellenőrizték a CT-kép alakulását. Három év alatt a 18 beteg közül 4-ben találtak helyi daganatkiújulást. Egyiküknél a kiújulást klinikai alapon is gyanították, de a többi háromban a klinikailag rejtett recidivát egyedül a computer tomographiás ellenőrzés derítette fel. Egyeidejűleg 25 maxillectomián átesett, de rendszeresen CT-vel nem ellenőrzött betegük közül hatban alakult ki klinikailag is nyilvánvaló recidiva. Így összesen 10 recidivát észleltek. Ezekből hat esetben elsődlegesen az üregen belüli daganatkiújulást láttak, négyben pedig a pofa lágyrészeiben. Három esetben észleltek klinikailag nem gyanított fali csontroncsolást. Az ellenőrzött csoportban a műtéti területen kívül nem fordult elő daganatrecidiva. A CT-képen az üreg egyébként sima falán göbképződés látszik, a pofa lágyrészeinek körülírt képződmény, a csontos falmaradványon dest-, ructio. A fenti alapon végzett rendszeres CT ellenőrzéstől a túlélési eredmények javulását várják.

Laczay András dr.

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

A természetes hirtelen halál a gyermek- és serdülőkorban. Molander, N. (Department of Forensic Medicina, University of Lund, Sweden): Archives of Disease in Childhood, 1982, *57*, 572.

Csecsemőkoron túl a hirtelen, váratlan és természetes halál *ritkán fordul elő*, éppen ezért a kutatókat is foglalkoztatja. Nincs is jelentős irodalma. Nehezíti a statisztikai tisztánlátást, hogy a hirtelen halált *csak akkor kell jelenteni* a rendőrségnek, ha erőszakos úton következik be. A természetes hirtelen halál alkalmával csak akkor kötelező a *boncolás is*, ha abban az orvos felelőssége felmerül és a halál oka anélkül nem tisztázható. Jelen tanulmány azt tűzte ki célul, hogy a csecsemőkoron túli hirtelen, váratlan elhalálozás gyakoriságát felmérje és keresse az okokat: mennyiben hasonlíthatók azok az ún. csecsemőkori hirtelen-váratlan halál okaival.

Hat év alatt Dél-Svédországban 389 gyermek és serdülő halt meg 1—20 éves kor között drámai hevességgel. 31 haláleset volt hirtelen-váratlan és természetes. Utóbbiaknak mintegy a fele közönséges infekciózus betegség következménye volt: bronchopneumonia, heveny myocarditis, epiglottitis. Egy csoport ugyan kétségtelenül drámai hirtelenséggel halt meg, a krónikus betegség azonban vagy megelőzően vagy a boncolás során ismert lett: pl. epilepszia, idült asthma bronchiale. 3 fiatal halt meg krónikus szívbetegség miatt, 1 pedig a mellékvese kimerülése következtében, fizikai megterheléssel kapcsolatba hozhatóan. Mindössze 4 személy távozott hirtelen természetes halállal, akikben az okok ismeretlenek maradtak.

Külön említést érdemel a *krónikus betegségben* elhaltak csoportja: 12 serdülő korúban lehetett ezt megállapítani. Többen haltak meg közvetlenül a katonai szolgálat letöltése után, vagy sportolás közben, illetve azt követően. A boncolás eredménye ezekben mindig igen szegényes maradt. Olykor a szívizom, vagy a coronaria erek mérsékelt károsodását találták. Amíg serdülőkorban a nem természetes hirtelen halál viszonylag gyakori, addig hirtelen-váratlan természetes halál meglepően alacsony. Ezt az alacsony számot igazolja a dél-svédországi statisztika is, amelyben 1 800 000 lakos közül a 45 000 fő 1—20 évesek között csak 31 volt a hirtelen-váratlan természetes halál.

A hosszan tartó idült betegségben (pl. asthma, epilepszia) olykor valóban hirtelenül és váratlanul következik be a halál, ez azonban mindig jól magyarázható. Az *idült szívbetegségben* sem ritka a hirtelen halál valamilyen psychés vagy fizikai stress hatása után. A serdülőkori hirtelen halál oka lehet testi gyakorlat során az *elégtelen mellékveseműködés*. Az egyik hirtelen elhaltban a mellékvesék kifejezett meszesedését találták boncolás során annak ellenére, hogy sportoló volt és röviddel halálát megelőzően az orvosi alkalmassági vizsgálat semmi rendellenességet nem talált. Ez arra utal, hogy a mellékvese bevérzése és az azt követő meszesedés igen rövid idő alatt kifejlődik: esetleg mindössze néhány hét leforgása alatt.

A serdülőkorban a hirtelen természetes halál egyik leggyakoribb oka a *heveny fertőző betegség*. Jelen vizsgálatban is a 31 hirtelen halál közül 16 volt ide sorolható. Megfigyelések szerint 10 éves kor alatt a természetes hirtelen halál 80%-a heveny fertőzés következménye; 20 és 45 év között pedig mintegy 25%-a. 4 betegük hirtelen halálára nem találtak elfogadható magyarázatot. Ezek *hasonlóak voltak* a csecsemőkori hirtelen-váratlan halálhoz. Ez a forma azonban — szemben az egy éven aluli korúakkal — rendkívül ritka. Saját vizsgálati anyagukban mindössze 0,007 jutott 1000 élveszülöttre. Ezzel szemben az el nem hárítható hirtelen csecsemőkori halál Svédországban a 0,6‰-et, az USA-ban pedig a 2,9‰-t is eléri.

Kiss Szabó Antal dr.

A felület-aktív anyag összetételének megváltozása a váratlanul elhalt csecsemőben. Morley, C. J. és mtsai (University of Cambridge Department of Paediatrics Addenbrooke's Hospital, and Department of Pathology, St. Mary's Hospital, Manchester): Lancet, 1982, *1*, 1320.

Az utóbbi évek vizsgálataiból úgy tűnik, hogy a hirtelen-váratlan halált (SIDS) halt csecsemők felületaktív („s") tüdőanyaga különbözik összetételében attól, amit a más okok miatt elhaltakban találtak. Ez abban nyilvánul meg, hogy szignifikánsan kevesebb *phospholipidet és dipalmitoylphosphatidylcholint* (DPPC) tartalmaz. Mindenesetre eddig úgy ismertük, hogy a SIDS-ben elhaltak tüdő-funkciója normális. Az iránt sem igen merültek fel kételyek, hogy a tüdő „s" anyaga fiziológiás. A közölt vizsgálatokból azonban más véleményt kell kialakítani. Egyfelől — talán — kevesebb a mennyisége, éppen úgy, ahogyan hyalin membran betegségben és megnövekedett benne a *telítetlen zsírsavak* mennyisége. Mindezek mellett a SIDS-ben elhaltak abnormális „s" anyaga mégis inkább az abnormális szintézissel semmint a lecsökkent termelődéssel magyarázható. A DPPC ugyanis főleg azáltal keletkezik, hogy telített/telítetlen (pl. palmitin/olein) zsírsavláncok átalakulnak, éspedig nem úgy, hogy eleve új molekula képződik, hanem úgy, hogy a telítetlen *lánc valahol megszakad* és oda helyettesít pl. a palmitinsav.

A hirtelen elhaltakban ez a folyamat több okból eredően is megszakad, téves irányba fejlődik. Ennek az lesz az eredménye, hogy a *phosphatidylcholin* (lecithin) nagymértékben telítetlen zsírsavakból épül fel. Ez lesz a következménye — egyebek között — a *vírusfertőzésnek* is. Mindenesetre a szabályos DPPC molekulák termelődése is lecsökken, ha a képzéshez szükséges palmitinsav hiányzik. A megfigyelésekből arra lehet következ-

tetni, hogy az „s" anyag képződése diétásan is befolyásolható. A kevés *linolensavat* tartalmazó táplálék etetésével például patkányokban lecsökken a termelődése, bőven tartalmazó táplálékon viszont megnövekszik. Bebizonyosodott, hogy linolensav jelenlétében a tüdősejtek jobban beépítik a palmitinsavat a molekulasorba, ezáltal több hatékony DPPC termelődik. *Nem* valószínű mindazonáltal, hogy a hirtelen elhaltakban egységesen diéta hiba okozná az „s" anyag termelődésének a zavarát. Más okokat kell keresni.

Ilyen tényező lehet többek között a *légzés megváltozása.* A szapora és mély légvétel módosítja az „s" anyag termelődését azáltal, hogy növeli a telítetlen zsírsavakból felépült részarányt. Ez lehet a következménye a *lázas állapotnak* is. Az utóbbi kifejezetten károsítja az „s" anyagot. Ez a tény figyelemre méltó, mert ismeretes, hogy a hirtelen elhaltak jó részének a testhőmérséklete az elhalás perceiben magas lázat jelez. A láz — a leírt úton — elősegíti az „s" anyag *„elfolyósodását"*, ezért az felületi feszültségnek nem tud kellőképpen ellenállni. Éppen a telítetlen zsírsavakból álló „s" következménye az alveolaris kollapszus. Normális „s" funkció csak akkor lehetséges, ha annak anyaga gazdag DPPC-ben. Ilyen körülmények között ugyanis a szimmetrikus molekulák szilárd „gerincet" képeznek és tartani tudják az alveolus falát az összeesés ellenében. Ha viszont az „s" anyag gazdag *szimmetrikus telítetlen phosphatidylcholinban*, akkor — amennyiben nyomás alá kerül az alveolus struktúra összeomlik. A SIDS-ben elhalt csecsemők tüdejének post mortem *histologiai képe* mindenesetre nem az alveolaris kollapszus és nem hasonlít a hyalin membran betegségben elhaltak atelektáziás tüdejére sem. Ezért feltételezhető, hogy a pathológiás „s" anyag csak predisponál a hypoxiára és az apnoera, s kevéssé hozza előtérbe a szöveti elváltozást.

Végeredményben tehát a SIDS-ben elhalt csecsemőkben „kóros" irányban megváltozottnak kell tekintenünk az „s" összetételét. Ma még nem tudjuk pontosan, hogy ennek mi a jelentősége. Lehetséges, hogy mindez egy korhoz kötött fiziológiás variáns, amit eddig nem ismertünk fel? Nem valószínű Hogy aztán az összetételben leírt megváltozás az SIDS-ben elhaltakban eleve veleszületett-e, esetleg postnatalisan alakul ki, vagy éppen agonalis jelenség-e, a jövő kutatóitól várja a feleletet.

Kiss Szabó Antal dr.

Idiopathiás tüdőhaemosiderosis. Heilmann, F., R. Uhlenbusch (Med. Poliklinik der Westfälischen Wilhelm-Universität Münster): Med. Klin. 1982, 77, 680.

Az idiopathiás haemosiderosis (i. h.) ritka, prognosztikailag kedvezőtlen kórkép, amelyet recidiváló tüdővérzések és a tüdőszövetben rákövetkező vaslerakódás jellemeznek egyéb szervrendszerek kihagyásával. Ez a kórkép már régóta ismeretes *(Virchow,* 1860). Az i. h. gyermekek (1—7 év) megbetegedése; ritkán észlelték idősebb korban. Bár az i. h. nem örökletes betegség, mégis ismeretes családi előfordulása. Főleg fiúk (2:1; 4:1) betegednek meg. A kórkép kóroktana és a tüdővérzések kelekezése míg máig is ismeretlen. Az i. h. főtünetei: hemoptysis, köhögés, fáradtság, nehézlégzés, sápadtság; az utóbbi az anaemiára vezethető vissza. Jellegzetes labor. jele a vashiányos anaemia. A kórismében döntő jelentőségű a mellkas röntgenológiai lelete: főleg perihilarisan és basalisan kisfoltos, konfluáló árnyékképződés, amely végül is reticularis elrendeződést vesz fel. A diagnózist a kórszövettani lelet (hamosiderin lerakódás az alveolusok falában és az interstitialis makrophagokban, valamint az és- és hörgőfalzatban) erősítik meg. A tüdőhaemosiderosis *elsődleges* (1.) i .h.; 2. Goodpasture-syndroma) és *másodlagos* formákra osztható fel (1.) idült tüdőpangás; 2. tüdővérzések különböző: tbc, tumor stb kórképekben; 3. idült uraemia.

Az i. h. megkülönböztető kórismézében a következő folyamatok jöhetnek szóba: 1. *Elsődleges pulmonalis betegségek:* miliaris tbc., főleg haemorrhagiás jellegű heveny fertőző betegségek, pneumokoniosis, morbus Boeck, bronchiectasiás vérzések, malignus tumorok, tüdőpangás/tüdővizenyő, tüdőcarcinomatosis. *2. Elsődleges cardialis betegségek:* mitralis stenosis, hosszabb idő óta fennálló balszívfélelégtelenség. 3. *immunológiai jellegű kórfolyamatok:* Goodpasture-syndroma, periarteritis nodosa, lupus erythematodes, Wegener-féle granulomatosis, interstitialis progresszív tüdőfibrosis, purpura Schönlein—Henoch.

Az i. h. kórjóslata infaust és nehezen befolyásolható. A kezelés irányelvei: *I. Akut fázisban:* 1. g/dl alatti Hb-értékek esetén transfusio; 2. prednison 2,5 mg/kg/die, az akut fázis lezajlása után a dózis csökkentése a fenntartó adagra; 3. antibiotikumok a másodlagos fertőzés gátlására; 4. cardialis decompensatio esetén digitalis. *II. Tüneti kezelés:* 1. vaskezelés és 2. tejmentes diéta.

A kórjóslat az első életévet túlélőkön már jobb; a betegek 60%-ban öt éven túl is élnek; egyre inkább szaporodik a hosszan tartó remissiók száma is.

ifj. Pastiszky István dr.

A zsír mint energiapótlás a koraszülött csecsemőben. Hanmer, O. J. és mtsai (Department of Child Health and Department of Chemical Pathology, University of Aberdeen): Archives of Disease in Childhood, 1982, 57, 503.

A koraszülött csecsemő jelentős *tápkalóriát* veszít a gyomor-bél csatornán keresztül, noha éppen megtakarított energiára lenne szüksége az optimális súlygyarapodáshoz. Az eddigi tapasztalatokból azt a tanulságot lehet levonni, hogy a nagyobb mennyiségű táplálékkal bevitt többlet-kalóriát a koraszülöttek általában *rosszul tűrik.* A hyperosmolaritás elkerülésére tervezett táplálék-zsír emelésének is határt szab a még éretlen emésztési és felszívódási képesség. Ennek ellenére a szerzők újra elővették a régi kérdést és vizsgálták a megemelt táplálék-zsír hasznosításának útját.

15 koraszülöttet vontak be a megfigyelésbe; gesztációs koruk és születési súlyuk, közel azonos volt, postnatalis koruk ellenben különbözött. A napi táplálék mennyiséget egységesen 175 ml/kg adagban választották meg. Alap táplálékul (tehéntej + vaj + növényolaj) olyan tejet adtak, amelynek *zsírtartalma 6 g volt súlykg* szerint és 114 kalóriát (476 kJ-t) tartalmazott ugyancsak súlykg szerint; a gazdagított tej zsírtartalma viszont 10 *g/kg volt* és a kalória értéke 149 (623) kJ). A tej lactose, só és vitamin tartalmát változatlanul hagyták, mindössze a fehérje rossz viszonylagos kalória értéke csökkent a zsírgazdagítás arányában.

A csecsemőket két csoportra osztották: 8-at a standard táplálékon, 7-et az emelt zsírtartalmú táplálékon tartották egy héten keresztül; 2—3 órás időközben vagy üvegből, vagy nasogastrikus szondán át táplálták 6 táplálkozási nap után 24 óráig vizeletet és székletet gyűjtöttek. A 7. napon étkezés előtt vért vettek vizsgálatra. Ami az eredményeket illeti: a széklet *víztartalma* és *pH-értéke* nem különbözött lényegesen a két csoportban, a *lipidtartalom* azonban szignifikánsan magasabb volt azok székletében, akik a több zsírt tartalmazó táplálékot fogyasztották. Az ürített *zsírsav szintekben* lényeges különbség nem adódott. A középláncú zsírsavak felszívódása jó volt, ellenben amint a lánc hoszabb lett és a telítettség fokozódott, a felszívódás annak arányában csökkent. A székletben megtalálták a glukózt, a galaktózt és a táplálléktól függetlenül — nyomokban a laktózt. A plazma biokémiai analízis nem bizonyított semmi lényeges eltérést a két csoport között; *chylomicron* tartalmában azonban lényeges vál-

tozást eredményezett a kétféle táplálási forma: a magasabb zsírtartalmú táplálék lényegesen megnövelte a mennyiségét. A pre-β-lipoprotein, a cholesterin és a β-lipoprotein szintekben sem volt lényeges különbség. A magas zsírtartalmú táplálék jelentősen éreztette hatását a napi *súlygyarapodás* mértékében. Átlagban 25,9 g-ot gyarapodtak naponta az így táplálták, míg a kontrollok csak 20,3 g-ot.

Úgy becsülik, hogy a terminusra született csecsemők a táplálékzsír 85—90%-át veszik fel, a koraszülöttek ellenben csak 65—75%-át. A csecsemő a 4—6. hónapos korában éri el a felnőttre jellemző értéket, a 95%-ot. Mindamellett már eddig is ismeretes, hogy a *mértékkel emelt* nagyobb zsírkínálat némileg növeli a tiszta zsír felszívódását a koraszülöttekben is. A jelenlegi vizsgálatokban talált magasabb chylomicron-szint kétségtelenül a megelkedő felszívódás jele a nagyobb zsírtartalmú tejből, noha emellett a székletben is növekedett a kiürített zsír. Kétségtelen hogy a zsírkínálat növelésével egy bizonyos ponton túl már nem emelkedik a felszívódás. Az utóbbi elér egy *maximálisnak tekinthető szintet* és attól kezdve a többlet zsír mind a székletben jelenik meg. Pontosan ma sem tudjuk, hogy hogyan is szívódnak fel a zsírsavak, mert *specifikus receptorokat* eddig nem sikerült felismerni. Az extracellularis koncentráció, a pH, a lipáz, specificitása mind fontos tényező, de a hosszú láncú zsírsavak passzív absorptióját és cellularis transportját az intracellularisan adott *zsírsavkötő protein* is megkönnyíti.

Végeredményben a közölt vizsgálati sorban: amennyiben a normális alaptáplálékot tovább gazdagították annak saját zsír alkotóelemeivel, úgy megemelkedett a zsírfelszívódás és jobb gyarapodás, illetve növekedés következett a koraszülöttekben, különösen, ha azok a nagyobb volumenű tápmennyiséget nem fogadták el.

Kiss Szabó Antal dr.

Korai veseelégtelenség és vakság. Parchoux, B. és mtsai (Service de Pédiatrie, Hôpital Debrousse, 29, rue Soeur-Bouvier, F-69322 Lyon): Pédiatrie 1982, *37*, 211.

A krónikus tubulo-interstitialis nephropathia talaján kifejlődött veseelégtelenség és a retina degeneratiója miatt létrejött vakság kapcsolata *Senior-szindróma* néven jól ismert. A kórformában a vakság már korán fellép, míg a veseelégtelenség (v. e.) csak a csecsemőkor második felében. Már újszülöttkorban számos herediter rendellenességet — cisztikus veseelváltozás, szembántalom, a központi idegrendszer, a máj, a csontrendszer anomáliái — lehet felismerni, mint a *Meckel-* és *Zellweger-szindrómák*ban, amelyekben a korai vesebántalom csak kivételes.

A szerzők leánybetege hypotrophiásan született, enyhe dystrophia craniofacialisszal, magas homlokkal, tág kutacsokkal. Már az első életnapokon feltűntek a koordinálatlan szemmozgások, ami vakságot sejtetett. A 15. életnapon fedik fel a veseelégtelenséget, s hogy a hasmenés nélküli hányások gyors dehidrációhoz vezettek: 35 mmol ureával és acidózissal, a szerv-alkali 10 mEq volt. A vesebántalom korai és súlyos v. e.-t vontak maguk után. Koncentrációs zavar állt fenn s a polyuria miatt könnyen dehidrálódott. Az acidózis permanens volt és állandó bikarbonátbevitelt igényelt. Normochrom anaemiás, mérsékelten proteinuriás, enyhe aminoacidurián túl egyéb vesefunkciós zavart nem mutatott. Öthónapos korban elvégzett renális biopszia kapcsán — sebészi feltárás — a jobb vese inkább kicsinynek bizonyult, számos kis kortikális ciszával, de szövettanilag a glamerulusokban és tubulusokban is ciszták voltak fellelhetők. Immunfluoreszcenciával sem komplement, sem immunglobulin depozitumokat kimutatni nem sikerült. A kórszövettani diagnózis: krónikus diffúz tubulo-interstitialis nephropathia, számos kortikális ciszával.

A szembántalom — a szüntelen szemmozgások mellett — fényt nem követ, fényingerekre nem reagál, bár a szemfenék normális, az elektroretinogramm igazolta a vakság retinális eredetét. Egyéb rendellenességek: cerebrális hypotonia, macrocephalia, tomodenzitometriás képen normális kamratágulatok és diffúz szubkortikális atrófia. A betegnél a v. e. súlyosbodott, ennek következtében 8 hónapos korban meghalt.

A megbeszélésben a szerzők megpróbálják esetüket a hasonló tünetekkel járó szindrómákba beilleszteni. A Senior-szindrómától — retinális és renális dysplasia — a v. e. korai jelentkezése és a vesecisztá topográfiája különíti el. De eltér a kórkép a v. e. izolált jellege miatt, a tubulopathiáktól, vaszkuláris vesebetegségektől, a renális hypoplasiától, malformációs uropathiáktól, a policisztás veséktől. A vese cisztás betegségeitől való elkülönítési lehetőségeket — infantilis — felnőtt típusú policisztás betegség, herediter szindrómákban fellépő renális ciszták (Meckel—Miranda—Goldston; Zellweger; Majewski, Saldoni—Noonan, Ejalde; trisomial C-D stb.) a medulláris renális ciszták, egyszeri vagy többszörös ciszták, multicisztikus dysplasiák és aplasiák — táblázatban foglalják össze.

Az elmondottakat mérlegelve a szerzők kiemelik, hogy esetük, legjobb tudomásuk szerint, egyik ismert hasonló szindrómába sem illeszthető be. Még további — hisztológiai, familiális, genetikai — tanulmányok szükségesek főleg a renális ciszták fejlődésében és képződésében, a tubulo-interstitialis léziók etiopatogenezisében, hogy ezeket a szindrómákat jobban megértsük és az individuális és familiáris prognózist helyesen adjuk meg.

Kövér Béla dr.

A csecsemőkori Chlamydia-pneumonia. Handrick, W. és mtsai (Kinderklinik des Bereiches Medizin der Karl-Marx-Universität Leipzig, DDR): Kinderärztliche Praxis, 1982, *50*, 489.

1975 óta ismert, hogy a Chlamydia trachomatis csecsemőkori pneumoniát okozhat. Először csak tengerentúli szerzők, 1979-től európaiak is írtak róla.

A Chlamydiák Gram-negatív, nem mozgó, obligát intracellularis baktériumok. Mivel kizárólagosan élő sejtekben szaporodnak, sokáig a vírusok közé sorolták őket. Antibiotikumokkal szemben érzékenyek, DNS-t és RNS-t is tartalmaznak. Legismertebb típusai a Chl. trachomatis és psittaci, előbbinek legfontosabb reservoirja az ember. Az újszülöttek fertőzése a szülés során következik be az anyától. A Chlamydia-pneumonia a 4—12. hét jellegzetes betegsége. A csecsemő láztalan, fokozódó tachypnoe és köhögési roham lép fel. szárazan köhög. A tüdő fölött finom hólyagú szörtyzörej hallható, egyidejűleg purulens conjunctivitis áll fenn. Amennyiben megfelelő felszereltségű laboratórium rendelkezésre áll, úgy a beteg gyermek váladékait sejttenyészeten ki lehet tenyészteni. A tenyésztésnél egyszerűbb az antitestek kimutatása, immunfluorescens technikával. A betegséget eosinophilia és IgM-szint emelkedése is kíséri. A röntgenkép Chlamydia-pneumoniában nem egységes. A tüdők felfújtak, aerobronchogram nincs. disseminálton kifejezett interstitialis rajzolat látható. Később alveolaris infiltratio léphet fel, többségében hilofugálisan és kétoldali elhelyezkedéssel, mely különböző nagyságú és kiterjedésű lehet.

Differenciáldiagnózis szempontjából legfontosabb a pertussis. Chlamydia-pneumonia esetén azonban hiányzik a típusos húzó inspirium és a reprise. Szóba jöhet még differenciáldiagnosztikailag, a cytomegalia, interstitialis pneumonia, Mikity—Wilson-syndroma. Kezelésére sulfisoxazol, erythromycin és tetracyclin javasolt.

Schmidt Péter dr.

Drepanocytosis és funkciós asplenia. Beauvais, P. (Clinique de Pediatrie, Hôpital Trousseau, 75012, Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1982, *39*, 141.

Pearson és mtsai már 1969-ben felvetették, hogy a drepanocytosis (d.) folyamán a lép funkciója csökken. A szerzőknek technetiummal végzett lépscintigraphia segítségével sikerült elkülöníteni a „funkciós asplenia" (f. a.) kórképét és megállapítani ennek gyakoriságát homozigóta d.-ban. Bár ezzel a kérdéssel kevés közlemény foglalkozott, mégis a kórkép ma már elfogadott s ezzel magyarázzák, a d.-ban szenvedő betegek különleges fogékonyságát fertőzésekre, főleg a pneumococcosisokra.

A szerző 34 d.-ban szenvedő, különböző korú gyermek lépét tanulmányozta lépscintigraphiával. A betegek közül 27 SS homozigóta, 6 kettős Sc heterozygóta volt. A 18 fiú és 14 leány életkora 6 hónap és 18 év között volt. A technetium 99 kénkolloidális oldatát átlag 3 mCi mennyiségben adták s a lépről különböző irányból felvételeket készítettek. A kapott eredményekből a szerző az alábbi fontosabb következtetéseket vonta le:

1/A f. a. a d. SS folyamán nagyon gyakori. 3 betegüknél semmi homályt nem észleltek. 2 betegnél kis méretű lépet, ugyancsak 2-nél nagyobb funkcionáló lépet észleltek. Ez a lelet megegyezik az irodalmi adatokkal. A f. a. sokkal ritkább az egyéb haemoglobinosisoknál.

2/A f. a. a d.-ban korai jelenség: 2 egy éven aluli és 7 három éven aluli betegüknél is észlelték.

3/A f. a. nem inkompatibilis a splenomegaliával, mint ezt 15 betegüknél tapasztalták. Ez később 4 betegnél megszűnt.

4/A szerző betegei között súlyos fertőzések csak az aspleniásoknál fordultak elő. Különösen szoros a kapcsolat a f. a. és a pneumococcus fertőzések között. A f. a. azonban nem jelenti a súlyos fertőzések törvényszerű előfordulását. Megállapítható volt az is, hogy a f. a. mechanizmusa és physiopathologiás következményei még nem eléggé ismertek.

5/A lépnek a humorális immunitásban, a fagocitosisban játszott szerepe, annak miléntje, jól ismert. Így könnyen elképzelhetők az asplenia következményei. A d. folyamán a lép scintigraphiás képének hiánya azt jelenti, hogy a lép, bármilyen nagy is, nem képes a mikron nagyságrendű, technetiummal jelzett kolloid részecskéket fagocitálni; ez vonatkozhat más részecskékre, baktériumokra is, ez magyarázza a d.-s betegek főleg az 1 éven aluliak, fertőzésekkel szembeni fogékonyságát. A scintigraphiás kép hiánya nem jelenti feltétlenül, hogy a lép elveszítette funkcionáló képességét.

6/A f. a. transzfúziókkal időlegesen reverzibilissé tehető. A f. a. diagnózisa — a fertőzések nagy veszélye miatt — a terápiás beavatkozás mérlegelését is jelenti. Jelenlegi ismereteink szerint nélkülözhetetlen a penicillin preventív bevezetése minden 6 hónap és 4 év közötti korú d.-ban szenvedő betegnél, valamint ezek pneumococcusok elleni vakcinálása. Ezt a legtöbb szerző 2 éves kor körül ajánlja. A szerző ezt a vakcinálást logikusan — a legtöbb pneumococcus fertőzés ekkor fordul elő — 6 és 9 hónapos kor között javasolja, ezt 2 éves korban megismétli. Így a fertőzés veszélyét, a d. mortalitását csökkenteni lehet. *Kövér Béla dr.*

A cink és a kis súlyú újszülöttek. Meadons, N. J. és mtsai (St. Thoma's Hosp. London): Lancet, 1981, *II.* 1135.

A normál terhesség második trimesterében a perifériás leukocyták Zn-tartalma csökken. Szignifikánsan alacsonyabb azokban az anyákban, akik dysmaturiás újszülöttet szülnek. Az anyai szövetek Zn-tartalmának kiürülése összefügghet a magzat növekedési retardációjával.

A Zn 99%-ban fehérjéhez kötve található a plazmában, de stress hatás megváltoztatja a szintjét. A plazma Zn csak az egésztest Zn-tartalmának 1%-a, ezért a plazma Zn-szint nem mutatja megfelelően a szöveti Zn státuszt.

A szerzők vizsgálatuk során a terhesség alatt az anyai leukocyta Zn tartalmat mérték, és összehasonlították az izom Zn-tartalommal, és feltételezték, hagy a szöveti Zn depléció összefügg a terhesség kimenetelével.

15 sectio caesareás asszonyt, 44 dysmaturus újszülöttet szült aszszonyt és 17 koraszülöttet szült aszszonyt vontak a vizsgálatba. Meghatározták a leukocyták és az elülső hasfal izomzatából vett biopsiás minta Zn-tartalmát, valamint a plasma Zn-szintet.

A sectio caesareás anyáknál szignifikáns összefüggés volt a leukocyták és az izom Zn-tartalma között. Nem volt ilyen korreláció a plasma Zn-szint valamint az izom és leukocyta Zn-tartalom között.

Valamennyi esetben az anyai plazma Zn-szint csökkent a második trimesterben, és alacsony szinten maradt a szülésig. Ugyanígy a 26. terhességi héten már szignifikánsan alacsonyabb volt a leukocyta Zn-tartalom az egészséges felnőtt kontrollokhoz képest, és a szülésig változatlanul alacsony szinten maradt. A legalacsonyabb leukocyta-Zn-szintet a dystrophiás újszülötteket szült anyákban mérték.

Az anyai Zn depléció pathomechanizmusa ismeretlen, de felmerül esetleges diétás ok. A Zn az ételekben fehérjékhez kötött, így fehérjeszegény étrend mellett Zn-hiány lép fel.

Hurley szerint a foetus Zn-készlete és az anyai plazma között dinamikus egyensúly van. A Zn transzport a placentán keresztül gyors és kétirányú. A Zn-anyagcsere zavara hatással van a Fe, Cu, és Ca anyagcserére is. Az orális vaspótlás csökkenti a Zn-nek bélből való felszívódását nem terhesnőkben. A vaspótlás terhesség alatt növelheti a táplálékkal bevitt Zn-kal szembeni igényt vagy szubklinikus csökkenést eredményezhet.

Adamovich Károly dr.

Cink egyensúly koraszülöttekben. Voyer, M. és mtsai (Institut de Puériculture de Paris, France): Bilo. Neonate, 1982, *42*, 87.

A szerzők koraszülöttekben vizsgálták a Zn-egyensúlyt, és az ezt befolyásoló tényezőket különböző összetételű diéták mellett.

A vizsgálatokba 32 terhességi hétnél fiatalabb koraszülötteket vontak be, akiket 3 csoportba osztottak. Mindegyik csoport más diétán volt, amely étrendek Zn-tartalma is különbözött. A legkevesebb a Zn-et a 3. típusú diéta tartalmazta, ez kb. 1/3-a volt a másik kettő Zn-tartalmának. Ezen 3. típusú diéta zsírtartalmának 40%-a középláncú triglycerid volt. Az A-, D-, C-vitamin bevitelben nem volt különbség a csoportok között. Nem volt jelentős az eltérés a koraszülöttek között a postmenstruációs kor, születési súly és hossz, a fejkörfogat vonatkozásában.

Az 1. és 2. típusú diétán levők széklet Zn-tartalmának kb. háromszorosa volt a 3. csoportban levőkhez képest, és a Zn retentió szoros összefüggést hozott a Zn excrécióval. A retenció a 3. csoportban a Zn-bevitellel is összefüggött. Viszont nem mutatott korrelációt a retenció a postmenstruációs, illetve postnatalis korral.

A széklet Zn-tartalma exponenciális összefüggést mutatott a széklet zsírtartalmával és az első két csoportban a székletben levő N-nel. A vizeletbe kiválasztódó Zn mennyisége sem a Zn-bevitellel, sem a vizeletbe történő N exkrécióval, sem a postmenstruációs, sem a postnatalis korral nem mutatott korrelációt.

Ismeretes, hogy a colostrum Zn tartalma magas (20 mg/l), ezért colostrumot is kapó koraszülötteknél magasabb Zn-bevitellel kell számolni.

A szerzők vizsgálatának eredményei hasonlóak voltak más, korábbi vizsgálatok eredményeihez. Eltérés csak abban volt, hogy a Zn-felvétel és a székletbe történő exkréció között nem találtak összefüggést. A székletbe kiválasztott Zn mennyisége a legfőbb tényező a Zn-egyensúly alakításában. A széklet Zn tartalmat befolyásolta valamennyi diéta esetében a széklet zsírtartalom. Ennek jelentősége steatorrhea esetén nagy.

A Zn abszorpció kismértékű javulását találták a postmenstruációs, ill. postnatalis kor előrehaladtával, és ez pozitív Zn-egyensúlyhoz vezet. Ezt a N és zsír abszorpciójá-

nak korral történő javulásával magyarázzák.

A tehéntej zsírtartalom 40%-ának középláncú triglyceriddel való helyettesítése javítja a N abszorpciót, és így lehetővé válik 32 terhességi hétnél fiatalabb koraszülöttekben is gyors pozitív Zn-egyensúly elérése.

Adamovich Károly dr.

Segmentalis veseresectio kis, hypertensiót okozó intrarenalis vascularis elváltozásokkal bíró gyermekeken. Hoffman, P. E. és mtsai (University of California, San Francisco): Radiology, 1982, *143*, 683.

A renalis hypertensióra gyanús gyermekek kivizsgálásában elengedhetetlenül szükséges a vese angiographia. A nagyobb elváltozások kimutatására a hasi aortographia alkalmas. A kis, intrarenalis elváltozásokat csak selectiv renalis angiogrammokon vehetjük észre. Ezek az elváltozások ischaemiás gócok, a megnövekedett renin produkció forrásai. A renint a juxtaglomerularis apparatus (JGA) sejtjei termelik, amelyek az afferens arteriolák falában helyezkednek el. A JGA sejtek hyperplasiája hyperreninaemiát okoz. A renin önmagában nem vasoconstrictiv hatású, de más enzimekkel kombinálódva aktiválja az angiotensinogent. A szerzők tapasztalata, hogy ismeretlen eredetű hypertoniák esetében mindig keresni kell az intrarenalis kis, gócos elváltozásokat. Három betegükben JGA sejt hyperplasia okozta a hypertoniát. Két esetben az aortogrammon találták meg az elváltozást. Mindkét beteget egy későbbi időpontban selectiv módszerrel is megvizsgálták. Mindhárom esetükben a selectiv angiogrammon dugóhúzó-szerű arteriákat láttak. Az ischaemiás területek gyakran occultak. A kis vese arteriák szűkületének vagy elzáródásának következtében jönnek létre. Esetenként az angiogrammkon nem láthatók, csak a dugóhúzószerű collateralisok jelenlétéből következtetünk rájuk. Az elváltozások kezelésére napjainkban segmentalis veseresectiót végeznek. Amikor első betegüket kezelték, még nephrectomia történt. Műtét előtt mindig el kell végezni a segmentalis reninszint meghatározást, mert ez segít a hypertensiót okozó góc behatárolásában.

Varga Pál Ibolya dr.

Sulpiride fokozza a csökkent tejelválasztást. Ylikorkala, O. és mtsai (University of Helsinki, Haartmaninkatu, 2, SF-00290 Helsinki 29): Br. Med. J. 1982, *285*, 249.

A szerzők 28 gyermekágyast választottak ki, akiknek tejelválasztása kevesebb volt, mint a normál átlag 30%-a. A vizsgálatba bevont asszonyok, akiknek tejelválasztása elégtelen volt, nem szenvedtek olyan betegségben, amelynek ez tulajdonítható lett volna. A kontroll periódusban az anyák megmérték napi tejhozamokat és a szükséges pótlás mennyiségét. A jelentkezők közül 14 napi 3 × 1 50 mg sulpiridé-t tartalmazó tablettát. 14 pedig placebót kapott 28 napon keresztül. A szérum prolactint radioimmunoassay-vel mérték, egy meghatározást végeztek a kezelés megkezdése előtt, majd minden hét végén, az utolsó tabletta bevétele után 1—3 órával. Megmérték a bimbók magasságát is, és végezetül figyelték a tejelválasztás változását.

A kontroll periódusban nem volt összefüggés az elválasztott tej mennyisége és a szérum prolactin koncentráció között. Sulpiride kezelés hatására a prolactin szint szignifikánsan és tartósan emelkedett. A tejelválasztás a kezeltekben 90—730 ml-rel emelkedett egy anyát kivéve, akinek 30—40 ml-rel csökent annak ellenére, hogy szerum prolactin szintje a kezelés előtti hatszorosára emelkedett. A többi vizsgáltnál sem találtak összefüggést az elválasztott tej mennyisége, a prolactin koncentráció, az emlőbimbók magassága, vagy a szülés óta eltelt idő között. A placebó-csoport 3 tagjánál volt némi tejelválasztás növekedés, de a kezelés 5. napjától szignifikáns különbség volt a két csoport között. A sulpiride-del kezeltek közül 11, a kontroll csoportból 3 anya találta hatásosnak a kezelést.

A vizsgálat előtt minden csecsemő kiegészítő táplálékra szorult. A placebó-csoportban ehhez képest nem volt változás, de a sulpiride-csoportban a kezelés során 4 anya megszüntethette a pótlást, ugyanakkor ebben a csoportban volt nagyobb a csecsemők súlygyarapodása. A sulpiride-csoportban egy aszszony jelzett fejfájást, ketten fáradékonyságot. A csecsemőkön mellékhatást nem vettek észre.

A fentiekből nyilvánvaló, hogy a csökkent tejelválasztás egyik oka lehet a csökkent prolactin release. A sulpiride vagy a metoclopramid hatására a szérum prolactin órák alatt a maximálisra emelkedik, de a tejelválasztás csak az 5. napon emelkedik jelentősen. A prolactin hatása tehát minden bizonnyal hosszú biokémiai úton mediálódik.

Dohanics János dr.

Fokozott keringő immuno-reaktív trypsin-szint a mucoviscidosisos primer myocardiopathiában. Guesnu, M. és mtsai (Hôpital Bretonneau, 75018 Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1982, *39*, 127.

A mucoviscidosisban (m.) a myocardialis fibrosis és necrosis ritka, de jól ismert elváltozások.

A szerzők egy 12 hónapos, heveny kardiális inszufficienciában szenvedő gyermekről számolnak be, akinek egy testvére 13 hónapos korában kiterjedt heveny elülső fali myocardialis infarktus EKG-jelei mellett, heveny asystoliában halt meg. A boncolás a bal kamra myocardialis sclerosisát megerősítette. A betegnél elvégzett echocardiographia az akinetikus, nem obstruktív myocardiopathia minden tünetét feltárta. A gyermeknél a családi anamnézis is elősegítette a diagnózis felállítását, ugyanígy a megismételt verejtéktesztek. Megfelelő kezelés ellenére a gyermek 15 hónapos korában hirtelen meghalt.

Saját esetük, valamint az irodalom hasonló betegeinek tanulmányozása alapján a szerzők megállapítják, hogy a primer myocardialis léziók kimutatására a m.-ben 2 hipotézis ismeretes: 1. vitaminhiány, B_1- és E-vitamin; szerzők betegénél az előbbinek a szintje normális, az utóbbié csökkent volt, bár ez m.-ban meglehetősen gyakori, myocardialis ártalom nélkül is. 2. A pancreas-enzimek nagymértékű kiáramlása, főleg a trypsin- és kallikreinek. Betegüknél a kallikreint nem mérték, de a cirkuláló immuno-reaktív szintet három alkalommal is erősen fokozottnak találták.

A szerzőknek első ízben sikerült m.-os primer myocardiopathiában fokozott immuno-reaktív trypsinszintet kimutatni. Nem állítják, hogy a trypsin direkt felelős a myocardialis léziókért, inkább csak „marker"-e a valódi toxikus faktornak. Mindezek további vizsgálatokra ösztönöznek.

Kövér Béla dr.

Mucoviscidosisban jelentkező myocardialis fibrosis. Boivin, M. J. és mtsai (Service de Pédiatrie, 40, allée de la Source, F-94190 Villeneuve-Saint-Georges): Arch. Fr. Pediatr. 1982, *39*, 27.

A mucoviscidosis (m.) folyamán fellépő primer myocardiális bántalom szövettanilag is bebizonyított valódi myocardiopathia. Nagyon ritka s így felismerése is nehéz. A szerzők ezért is tartják érdemesnek esetük részletes ismertetését.

Az időre született átlagos súlyú gyermeknél 8 hetes korában történt második kórházi felvételekor is hasmenés, dehidráció állott előtérben, és újból hypalbuminaemiával kísért hypoproteinuriát észleltek. A tünetek megfelelő kezelésre megszűntek. 7 hónapos korában már negyedszer került kórházba, ezúttal cyanosis dominált. Egy hónappal később újabb kórházi felvétel, heveny kardiális elégtelenség miatt; sápadt, szubfebrilis, tachypnoés, tachycardiás, galoppritmust és fájdalmas hepatomegaliát találtak nála. Megfelelő kezelés ellenére, szívelégtelenség tüneteivel, a felvétel 17-ik napján meghalt.

Az autopszia nem mutatott kardiális fejlődési rendellenességet. Szövettanilag a myocardiumban különböző korú nekrotikus zónát, a bal kamrában endokardiális fibroelastosist, a pancreasban típusos mucoviscidosist találtak.

A szerzők esetük tanulsága alapján kiemelik, hogy a kardiális tünetek legtöbbször brutális hirtelenséggel jelentkeznek, s igen gyakran gyorsan halállal végződnek. Az irodalom 47 ismertetett esetéből 31-nél a halál a kardiális tünetek jelentkezése után néhány órán belül bekövetkezett. Szövettanilag a myocardium elváltozásai jellegzetesek: friss nekrotikus mellett régi fibrotikus gócok. A léziók nem gyulladásos természetűek. A többi szervek közül főleg a pancreas a mucoviscidosis típusos elváltozásait mutatja. Számos elváltozás utal arra, hogy a myokardiális és a pancreas-rendellenesség patogenezise közös. A két jelenleg divatos hipotézis közül — 1. proteinhiány, 2. elastase-hiány — ma már egyik sem tartható. A succino-dehydrogenase-hiány sem bizonyítható.

Betegüknél, akinél sem pulmonális, sem emésztési zavar nem volt kimutatható, a mucoviscidosis diagnózisa irányába mutatott a hypoproteinaemiával társult anaemia.

Bár a myocardium fibrosisának fiziopathológiás mechanizmusa ma még ismeretlen, a mucoviscidosisban és a pancreas lipomatózus hipoplaziájában talált elváltozások azt a következtetést teszik lehetővé, hogy ez a szövődmény másodlagos következménye a pancreas külső szekréciós elégtelenségének.

Kövér Béla dr.

Csecsemő- és gyermekkori vesico-ureteralis reflux. Dumas, R. (Szerkesztőségi cikk.) (Clinique des Maladies des enfants, Hôpital Saint-Charles, 34059 Montpellier Cedex): Arch. Fr. Pediatr. 1982, *39*, 63.

A gyermekgyógyász négy különböző körülmény között találkozik a vesico-ureteralis reflux-szal (v. u. r.): 1. heveny pyelonephritis; 2. az alsó húgyutak fertőzéséhez társuló mikciós szindróma, amely leányoknál nagyon gyakori, nappal incontinentia és enuresis kíséri; 3. arteriális hipertenzió, amelynél mindig kutatni kell refluxos nephropathia után; ily állapotokban a reflux gyakorisága a 20%-ot is eléri; 4. renalis inszufficiencia esetén, egyes statisztikák szerint 48%-ban a gyermekeknél a vesico-ureterialis reflux talaján kifejlődött krónikus pyelonephritis végállapota.

A v. u. r. gyakorisága húgyúti infekció esetén a 30—50%-ot is eléri. Familiáris jellegét is hangsúlyozzák. Az öröklés módja változó, vagy nemhez kötött autoszóm domináns, vagy bonyolult poligén. A v. u. r. oka legtöbb esetben az uréter hosszanti izomzatának hiányos fejlődése. Nagy valószínűséggel az újszülötteknél és csecsemőknél a trigonum valódi éretlensége áll a háttérben, s ez a kor előrehaladtával eltűnik. Létezik másodlagos v. u. r. is, a hólyag funkciós zavara, éretlensége következtében, ami a leánygyermekek mikciós szindrómáját okozza.

A renális léziók valamennyi változatához v. u. r. társulhat. Radiológiailag főleg a vesék felső pólusán szegmentális cortico-papillaris atrófia mutatható ki, míg hisztológiailag három változat ismeretes: 1. a renális papillák diszpláziás elemeket mutatnak; 2. krónikus pyelonephritis 3. szegmentális hipoplázia, vagy az ún. Ask Upmark vese, ahol a lézió a cortexet és a papillákat egyaránt érinti.

Érdekes Mackie és Stephens hipotézise, amely autopsziás leletekre támaszkodva felveti az uréter orificiuma ektópiájának, a vese diszpláziájának a jelentőségét a v. u. r. kialakulásában. Más hipotézisek a szerzett nephropathiák szerepét hangsúlyozzák, amelyek intrarenális refluxhoz vezetnek. Az intraparenchymás reflux veseléziához, atrófiához vezethet, még akkor is, ha az steril. Legtöbb szerző — állatkísérletekre támaszkodva — a húgyúti fertőzések szerepét hangsúlyozza; ezért antimikróbás kezeléssel a v. u. r. kialakulása megelőzhető.

Az egymásnak ellentmondó nézetek ellenére ésszerűnek tűnik annak feltételezése, hogy az intrarenális reflux sokszor ártalmasabb a veseparenchymára, ha az szeptikus eredetű. Sokan felvetik az ún. „evolúciós reflux" jelentőségét. Ennek hátterében egyesek szerint immunológiai, mások szerint ischaemiás elváltozások állanak.

A mérsékelt v. u. r., ha az megfelelő antiinfekciós kezelésben részesül, csecsemők- és gyermekeknél 80%-ban eltűnik. Ezeknél erősen vitatható a műtéti beavatkozás.

A szegmentális hipoplázia esetén végzett anti-reflux plasztika nem akadályozza meg az arteriális hipertenziót és a veseelégtelenséget. Az anti-reflux plasztika értéke, hogy csökkenti a magasabb (felsőbb) húgyutak fertőzését.

Két terápiás eljárás vetélkedik: 1. az angolszász iskola az antiinfekciózus profilaxis jelentőségét hangsúlyozza — ezzel csökkentették az antirefluxos plasztika jelentőségét; 2. folyamatos — radiológiai ellenőrzés melletti — kezelés. A szerző véleménye: további vizsgálatok dönthetik el, hogy a belgyógyászati, vagy sebészi beavatkozások — legalább ötéves utánvizsgálat — eredményesebbek-e.

Kövér Béla dr.

Neuropátiás hólyag inkontinencia kezelése intermittáló katéterezéssel a gyermekkorban. Scott, J. E. S. Deegen, S. (Dept. of Surgery, Univ. of Newcastle upon Tyne): Arch. Dis. Child. 1982, *57*, 253.

A szerzők negyvenkilenc gyermeket kezeltek neuropatiás hólyag okozta vizelet inkontinencia miatt intermittáló katéterezéssel, melynek kapcsán szerzett tapasztalataikról számolnak be. A kezelés megkezdése előtt és alatt az általuk kidolgozott manometriás vizsgálattal tájékozódtak a hólyagban uralkodó nyomásról a volumen függvényében, valamint az urethra zárómechanizmusának teljesítőképességéről. Ugyancsak a kezelés előtt és egy évvel később urographiát végeztek az üregrendszer állapotának megítélésére.

Jó eredménynek azt tartották, ha a gyermek 3 óránkénti katéterezés mellett vizeletét nem csepegtette el. A kezelés megkezdését 5 éves korban tartják optimálisnak. A gyermekek 61%-a könnyen megtanulta az önkatéterezést, a többiek ezt szülői segítséggel végezték. A beavatkozások szövődményt nem okoztak, a vékony katétert a használat előtt és után forró vízben lemosták, a közti időben nátrium hypochloridban tartották. Minden katétert 1 hétig használtak. Baktérium a gyermekek vizeletéből csaknem minden esetben kitenyészett (E. Coli, Klebsiella, Proteus), de nem szignifikáns csíraszámban. Önmagában a bakteriuria miatt gyógyszeres kezelést nem tartottak szükségesnek, a rendszeres vizeletkiürítéssel a csírák feldúsulása és ezáltal a manifeszt infekció elkerülhető.

Aktív uroinfekció esetén 7 napos, célzott antibiotikumos kezelést tartanak indokoltnak, melyre 6 betegnél kényszerültek. Intermittáló katéterezéssel 39%-ban értek el jó eredményt. A sikertelenül kezelteknél a manometriás vizsgálatokkal propanthelin (Neopepulsan) és imipramin (Melipramin) kezelést végeztek, melyek segítségével összességben 93%-ban értek el nappali szárazságot és a betegek 87%-ának éjszaka sem csepegett el a vizelete. A kezelés 2 esetben volt sikertelen. Az 1 éves kontroll urographián a korábban gyakran meglevő üregrendszeri tágulat mérséklődött vagy megszűnt. 2 uraemiás gyermekük UN szintje jelentősen csökkent. Az elért jó eredményt annak tulajdonítják, hogy a korrekt manometriás vizsgálattal az inkontinencia típusa felismerhető és ezáltal oki gyógyszeres terápia kezdhető meg.

Farkas András dr.

Kávébarna foltok iskolásgyermekeken. Burwell, R. G. és mtsai (Dept. Human Morphol., Queen's. Med Ctr., Clifton Blvd. Nottingham NG7 2UH, Anglia): Arch. Dis. Childh. 1982, *57*, 631.

732, 4—11 éves fehér iskolás gyermeken vizsgálták meg az 1 cm-nél nagyobb átmérőjű kávébar-

na pigmentfoltok előfordulását. Egyet sem találtak a gyermekek 74%-ában, egyet 20%-ban, kettőt 4,1%-ban, hármat 1,2%-ban, négyet egyben sem, ötöt és többet 5 gyermekben (0,7%). Utóbbiak utánvizsgálata során kettő egészségesnek bizonyult. A másik három édestestvér volt, és mindegyikben kialakultak a neurofibromatosis jelei. Ezek anyjában is megtalálták a neurofibromatosis bőrtüneteit. A kávébarna foltok gyakorisága a vizsgált populációban nem függött a gyermekek nemétől és korától, de az öröklődés bizonyos szerepe gyanítható. Hat vagy több 1 cm-nél nagyobb átmérőjű pigmentfolt észlelésekor mérlegelni kell a neurofibromatosis lehetőségét.

Méhes Károly dr.

Orthopaedia

A biopsia veszélyei primer malignus csont- és lágyrészdaganatos betegeken. Mankin, H. J., Lange, T. A., Spanier, S. S. (Orthopaedic Service, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts 02114, USA): J. Bone Jt. Surg. 1982, *64-A*, 1121.

Az amerikai Musculosceletalia Tumor Társaság felmérést végzett a primer csont- és lágyrészdaganatok miatt végzett biopsiákkal kapcsolatos problémákról. 16 centrum válogatás nélküli, sorozatban következő eseteit dolgozták fel. 222 primer malignus csontdaganatot és 107 rosszindulatú lágyrészdaganatot. Ez az arány valószínűleg azért nem tükrözi a természetes morbiditási viszonyokat, mert a lágyrész daganatoknak egy jelentős részét általános sebészetek és nem ortopédiai osztályok kezelik, másrészt, mert jelentős részük biopsia nélkül egészben eltávolítható és így nem kerülhetett be ebbe a felmérésbe. A csont-, illetve lágyrészdaganatok diagnózis szerinti megoszlása megegyezett az átlagos morbiditási statisztikákkal. A biopsiát 143 esetben helyi kórház, 186 esetben definitív ellátást végző intézmény végezte.

Hibás diagnózis összesen 82 esetben született, közülük 26 kisebb, a kezelést lényegesen nem befolyásoló tévedés volt. Az 56 súlyos tévedés közül 43-at helyi kórházakban követték el (30%), 13-at nagyobb, a definitív kezelést végző centrumokban (7%). A tévedések között nem volt szignifikáns eltérés a biopsia módja szerint (feltárás vagy tűbiopsia).

A biopsiát 57 esetben követte sebészi komplikáció: sebszétválás, haematoma, fertőzés, pathológiás törés. Közülük 30 esetben a komplikáció a definitív beavatkozást is közvetlenül befolyásolta. Az 57 eset közül 44 helyi kórházban, 13 a definitív beavatkozást végző intézetben következett be.

A diagnosztikus tévedés és a szövődmény együttesen 60 beteg kezelését befolyásolta kedvezőtlenül, ezek háromnegyed része (45) helyi kórházakban történt. 15 esetben valószínűleg feleslegesen történt amputáció, amely megfelelően végzett biopsiával elkerülhető lett volna.

Az összehasonlítás helyi kórházakra nézve kedvezőtlen alakulását valószínűleg az is befolyásolta, hogy a betegek egy része éppen a biopsia komplikációja, vagy váratlan eredménye miatt került át nagyobb intézetbe. Ugyanekkor — a felmérés módszere miatt — tévesen malignusnak diagnosztizált benignus daganatok itt nem szerepelnek. Mindenképpen az a helyes, ha már a biopsia is a végleges ellátást biztosító intézetben történik, gondosan megtervezve, a definitív műtéti megoldás lehetőségeit is figyelembe véve, biztosítva a diagnózis felállításához szükséges mennyiségű és minőségű anyagot, legalább ugyanolyan gondos műtéti technikával, mint minden más beavatkozás.

Kullmann Lajos dr.

A tartó és mozgató szervrendszer daganatainak biopsiája. Simon, M. A.: J. Bone Jt. Surg. 1982, *64-A*, 1253.

Törekedni kell a biopsia előtt a lehetséges legjobb kivizsgálásra a diagnózis felállítására. A primer csonttumorok esetében a klinikai tünetek és a röntgenkép sokszor elegendő a megközelítő diagnózis felállításához, lágyrész daganatok esetében nem. Ezeket sajnos sokszor olyan sebészek operálják, akik nem ismerik e daganatok jelentőségét prognózisát. A laboratóriumi, scintigraphiás, angiographiás, tomographiás vizsgálatokat is a biopsia előtt kell elvégezni, de csak a szükséges vizsgálatokat. Ezek esetleg hozzásegíthetik a patológust, hogy a fagyasztott metszet alapján meg tudja állapítani a diagnózist, így esetleg a definitív műtét is elvégezhető egy ülésben. Azért is fontos ez a stratégia, mert a biopsia után, végleges műtét tervezése érdekében végzett scintigraphiás, angiographiás vizsgálatok hamis képet adhatnak a daganat nagyságáról, kiterjedéséről.

A biopsiát úgy kell elvégezni, hogy az sem az esetleges végtagmegtartó resectiós műtétet, sem az amputációt ne nehezítse meg, hogy a definitív műtét során a biopsia hege is eltávolítható legyen. Tehát szükséges a definitív ellátást végző sebész felkészültsége. Általában végtagokon hosszanti feltárásból kell végezni a biopsiát, elkerülve az ér-, idegtörzseket, egy anatómiai rekeszben maradva. Ne essen a biopsia az amputációs lebeny területére sem, ezt sokszor nehéz mégis szükséges figyelembe venni pl. a váll és medenceöv daganatai esetében is.

A tűbiopsia napjainkban egyre népszerűbb. Mégis a leggyakorlottabb sebész esetében is 25—33%-ban nem sikerül a diagnózis felállításához elegendő mennyiségű anyag vétele. Származhat az anyag necrotikus területből is. Bizonyos daganatok (pl. chondrogenetikus tumorok) esetében az így nyerhető anyag szinte biztosan nem lesz elegendő. Egyes anatómiai régiókban (gerincmedence) jobb eredménnyel végezhető. A tűbiopsia helye daganat szövettel fertőzött, ezért azt a végleges műtét során a kimetszéshez ismerni kell lehetőleg azonos személy végezze tehát mindkét beavatkozást. (A tűbiopsiának is vannak műtéti szövődményei. — *Ref.*)

Ha a biopsia műtéti feltárással történik, csak akkor történjék a daganat egyidejű excisiójával, ha annak feltételei (anatómia, szöveti típus) adottak. Az excisiós műtéti területek általában jobban fertőzöttek tumorsejttel, mint az incisiók. Gondosan meg kell tervezni az anyagvétel helyét, kiterjedését, módját (csont trepanatio). Gondos vérzéscsillapítást kell alkalmazni és kerülni a drainálást, mert elősegíti a daganatsejtek terjedését.

A tourniquet használatának helyességét vitatják. Ajánlott akkor, ha fagyasztott metszet alapján definitív műtétet is terveznek. Soha sem szabad vértelenítéssel, kipólyázással alkalmazni, és felengedése a bőrzárás előtt történjék, amelyet gondos vérzéscsillapítás is megelőz.

A patológus lehetőleg mindig készítsen fagyasztott metszetet is, akkor is, ha ezt definitív beavatkozás biztosan nem követi. Definitív műtétet csak a klinikai, radiológiai és patológiai lelet egybehangzása esetében szabad végezni. Ilyenkor előbb a biopsia helyét gondosan zárni kell, a műtéti területet leragasztani és új izolálás után, új műszerekkel, átöltözve kell elvégezni a végleges műtétet.

Kullmann Lajos dr.

Szerkesztőségi közlemény a biopsiáról. J. Bone St. Surg. 1982, *64-A*, 1119.

Mankin és mtsai, ill. *Simon* közleményére hivatkozva a biopsiával kapcsolatos legfontosabb tennivalókat, szempontokat tartalmazza, melyek a következők:

— A részletes kivizsgálás előzze meg a biopsiát.

— A tűvel, trokárral és feltárással végzett biopsiának jól körülírt indikációja van, ezt gyakorlott szakembernek, gondos mérlegelés után kell felállítani.

— A biopsia helyét és technikáját a további kezelések imeretében kell megtervezni.

— A biopsia során ép szövetek daganatsejtekkel történő fertőzése amputációt tehet szükségessé olyan esetekben, amelyekben lokális re-

sectio is megoldást nyújthatott volna.

— Rossz technikával végzett biopsia patológiás törést eredményezhet, amely figyelembe véve a szükséges irradiatiót, illetve chemoterápiát ugyancsak megakadályozhatja a végtag megtartását.

— Optimális sebészi eredmények fagyasztott metszetek alapján felállított megbízható diagnózis és egy ülésben végzett végleges műtéti megoldás után várhatók.

— Kiegészítő szövettani, biokémiai és immunológiai vizsgálatok ismételt szövetanyagot igényelhetnek. Ezekre a biopsia során — ismételt biopsiák elkészülése céljából — gondolni kell.

Mi ezek után a gyakorlati tennivaló? Célszerű-e minden esetet csonttumor centrumba küldeni? Nem, hiszen az összes daganatszerű csont- és lágyrészelváltozások 90%-a jóindulatú. Nagy részük klinikai és egyszerű rtg-vizsgálattal egyértelműen diagnosztizálható. A fennmaradó esetekben azonban — szemben a régi elvekkel — nem helyes előbb biopsiát végezni és annak eredményétől függően a végleges ellátást végző intézetbe utalni a betegeket, hanem az áthelyezést a biopsia végzése előtt kell kezdeményezni.

(Ref.: A fentiekben összesített összegezett korszerű alapelvek hazánkban sem érvényesülnek maradéktalanul. Érvényesülésükre törekednünk kell.) *Kullmann Lajos dr.*

A Sudeck syndroma therapiája. Münzenberg, K. J. (Ortopädische Universitätsklinik, Bonn—Venusberg): Dtsch. med. Wschr. 1983, *108*, 155.

A Sudeck-syndroma optimális therapiájának megválasztásában elsősorban hangsúlyozandó, hogy a tünetegyüttes kóroktana máig is ismeretlen. Csupán azt lehet gyanítani, hogy a vegetatív idegrendszer zavara mellett psychoszomatikus deviatiók és talán még ismeretlen hormonkisiklások is közrejátszhatnak. Az ismeretlen kóroki tényező az érintett csontrészleteket masszív és gyorsult mésztelenítésével betegíti meg. Az érintett végtag lágyrészeibe besodródó calciumphosphat okozza a betegség akut szakaszában jelentkező gyulladásos jelenségeket.

A therápia a mindenkori stádiumhoz igazodik. A *gyulladásos szakban* a beteg végtag nyugalomba helyezendő. A decalcinatio *calcitoninnal* megfékezhető (8—10 napon át naponta 100 IE = 1 amp. im., ezután minden második napon 3—4 hétig egy amp.). Így általában sikerül a heveny gyulladásos tüneteket lecsillapítani és a régebben adott corticoidok feleslegessé válnak. Reményt keltő a *diphosphonat* alkalmazása (15 mg/kg/testsúly és nap), amely a fokozott csontleépülést gátolja. A fluor fokozza az osteoblast-aktivitást, direkt hatása azonban a fokozott csontfelszívódásra nincs; a hatása is csak későn mutatkozik, ellenjavallata azonban nincs. A stellatum-blokád azon az elképzelésen alapszik, hogy a pathomechanizmusban a fokozott sympathicus inger is közrejátszik; az eredmények azonban egyáltalán nem meggyőzőek; ugyancsak ez áll az érfaltömítő gyógyszerekre is.

A *második, az ún. dystrophiás stádiumban* gyógytornagyakorlatok javallottak egészen a fájdalomhatárig. Adott esetekben itt is folytatható a calcitonin- és diphosphonatkezelés.

A *harmadik, ún. atrophiás stádiumban* a funkcionális kezelés kerül az előtérbe. Most megengedettek a passzív mozgási gyakorlatok; a talán már fellépett, már többé nem befolyásolható ízületi contracturában az ilyen szakaszban a műtéti korrekció kérdése merül fel.

ifj. Pastinszky István dr.

Synovectomia krónikus polyarthritisben. D. Wessinghage (Orthopädische Klinik, Rheumazentrum, Bad Abbach, Regensburg): Dtsch. med. Wschr. 1982, *107*, 231.

A szerző bevezetőjében ismerteti a synovialis hártya szerepét az ízületi betegségek kialakulásában; részletezi secernáló és resorptiv feladatát az ízületekben, ínhüvelyekben és bursákban, jelentőségét a synoviális folyadék mennyiségének szabályozásában. Felhívja a figyelmet arra, hogy a synovialis membrán gyulladásos proliferációja a porcok, csontok és inak destrukciójához vezet.

Rheumatoid arthritisben (továbbiakban RA), amennyiben a gyógyszeres kezelés eredményre nem vezet, kedvező lokalizáció esetén a tenosynovectomia vagy bursectomia elvégzése a célszerű. Synovectomia alatt az ízület vagy ín synovialis hártyájának teljes műtéti eltávolítása értendő. A synovia kiirtására ismertek a kémiai vagy radioaktív eljárások is, melyeket a szerző azért tart kevésbé szerencsésnek, mint a sebészi synovectomiát, mert ilyenkor nem „ectomia" történik, hanem a synoviának toxikus vagy sugárzással végzett fibrosus vagy heges átalakulása.

Továbbiakban áttekinti a sebészi synovectomia történetét. Részletesen ismerteti az indikációit (intermittáló hydrops, inflammált arthrosis, infect arthritis), elsősorban azonban a RA-ban végzett synovectomiák jelentőségét hangsúlyozza. Felhívja a figyelmet a synovectomia elvégzésének idejére, azaz hogy a műtétre a korai proliferatív stádiumban kerüljön sor, tehát abban az időpontban, amikor még elkerülhető a porc, csont és inak károsodása. Az esetek nagy részében sajnos a beteg csak ízületi betegségének előrehaladott stádiumában kerül műtéti megoldásra, mikor már hosszú ideig kapott kortizon kezelést vagy immunszupreszszív terápiát, esetleg nem steroid antireumatikumokat, illetve bázisterápiás szereket.

1974-től 1979-ig 308 térdízületi synovectomiára került sor RA-ban szenvedő betegeiken. Ebből 17 beteg volt a korai synovialis stádiumban (5,5%), míg a destruktív és degeneratív elváltozás 94,5%-nál állt fenn. A synovectomia lokális hatása priméren a beavatkozás helyére szorítkozik: objektivizálható az ízület mozgáskészségének javulása és a fájdalom lényeges csökkenése; távolhatásában megítélhető az általános ízületi status javulása is. Részletes utóvizsgálatokat folytattak a térdízületi synovectomizált polyarthritises betegeken: 70%-ban a lokális panaszok és fájdalmak csökkenését. 78%-ban a gyulladásos tünetek visszafejlődését látták, 16,1%-ban állapotváltozás nem következett be. 5,3%-nál rosszabbodást figyeltek meg. 96 utóvizsgált egyén $^2/_3$-án a mozgáskorlátozotság lényeges csökkenése következett be. Részletesen foglalkozik a szerző a prae- és postoperatív röntgenkép, valamint a gyulladásos paraméterek elemzésével. Külön kitér a szeropozitivitás és az elektroforetikus kép alakulására a műtét előtti és a műtét utáni időszakban (5 éves megfigyelés). A synovectomia jó hatásának tulajdonítja, hogy 52 postoperatív betegnél lényegesen csökkenthető lett a kortizonadag, a szteroidok pótolhatóvá váltak nem szteroid antireumatikumokkal. (Ezt az eredményt a synovectomia feltételezett immunszupresszív hatásával magyarázza.)

Befejezésként hangsúlyozza a szerző a team-munka fontosságát (belgyógyász-reumatológus-ortopéd). Nagy jelentőségűnek tartja a műtéti utókezelést (gyógytorna), ami a sikeres műtéttel együtt a beteg fizikai-lelki állapotának javulását eredményezi.

Barabás Klára dr.

Osteoarticularis és intercalaris allograft transzplantáció a rosszindulatú csontdaganatok kezelésében. Mankin, H. J. és mtsai (Massachussets Gen. Hosp. Boston MA 02114): Cancer, 1982, *50*, 613.

Az újabb irodalom a lokális aggresszív vagy malignus daganatok sebészeti kezelésében hangsúlyozza a széles reszekciót (az amputációval szemben) a végtag megtartása érdekében. Óriássejtes daganat, alacsony malignitási fokú chondrosarcoma, adamantinoma, alacsony malignitási fokú fibrosarcoma eseteiben a megfelelő szélességű, az épben végzett csontreszekció a lágyrészekkel együtt, hatásos megelőzése lehet a szóródásnak és a kiújulásnak. A problémát ilyenkor a nagy defektus — a nagy csontsegment vagy ízületi felszín-

hiány — visszamaradása, illetőleg a rekonstrukció okozza. De ha a rekonstrukció sikeres, az eredmény kielégítőbb, mint az amputációé.

A szerzők allograft beültetéssel oldották meg a rekonstrukciót 101 malignus vagy agresszív daganat reszekciója után. Ezek közül 61-et követtek több mint két (átlagosan 4,5) évig. A donorok 15 éven felüliek (amikor a csontosodási vonalak már lezáródtak) és 45 évesnél fiatalabbak voltak, akik sérülésben haltak meg. Meghatározták a ABO és HL-A típust.

A szerzők ezután leírják a graft kinyerési módját a donor cadaverből és a graft elkészítését, valamint a konzerválását.

A reszekció elvégzése után a defektust az előkészített grafttal pótolták és az új helyén intramedullaris csappal, vagy kompressziós csavarral rögzítették. Az izmokat, szalagokat a nekik megfelelő helyen szintetikus anyaggal rögzítették. A sebet tartós szívással kezelték. A végtagokat külső immobilizációval látták el megközelítőleg három hónapon át. Antibiotikum kezelést adtak. Az alsó végtag műtét alatt és után anticoagulanst és salicylatot alkalmaztak. Az operált betegek immunszupresszív kezelést nem kaptak. A végtag megterhelését csak akkor kezdték meg, mikor a radiográfia konszolidációt mutatott, és kezdetben csak mankóval vagy gipsztokkal engedték meg. A beteget szabályszerű időközökben radiográfiával, immunelektroforézissel, anti-HL-A antitestekkel ellenőrzik, így tájékozódnak a graft állapotáról és a rejekciós jelenségek felől.

1971 novemberétől 1979 januárig 61 malignus vagy agresszív csontdaganatos beteget kezeltek radikális reszekcióval és fagyasztott cadaver allograft pótlással. 22 beteg volt férfi és 39 nő, életkoruk 14—63 évig terjedt, átlagosan 29,1 év volt. Az 58 túlélőt 25—110 hónapig (átlagosan 53,5 hónapig) követték. A 61 beteg közül 45 esetben ízületet is reszekáltak és az allograft ízületi porcot is tartalmazott, 10 csak diaphysis segmentumból állott, hét csontot és fém ízületi protézist foglalt magában.

Az eredményeket kiváló, jó, kielégítő vagy rossz osztályokba sorolták, főleg a működési kapacitás alapján. A végeredmény elemzés azt mutatta ki, hogy ötnél keletkezett helyi kiújulás vagy távoli áttét; öt másik beteg lábszárát amputálni kellett vagy a graftot el kellett távolítani fertőzés miatt (teljes sikertelenség aránya 16,5%). 45 transzplantatum sikeresnek bizonyult (73,8%), az eredmény kiváló vagy jó volt és ezek lényegében normális életet éltek. A betegek közül 10 támasztékkal vagy bottal közlekedett, de közülük három folytatta műtét előtti tevékenységét.

Bár a műtét kényes és nehéz, és dacára a magas fertőzési aránynak (13%-os) és a néhány patológiás törésnek (10%), az eredmények más technikákhoz képest, amelyeket masszív segment reszekciók esetében alkalmaznak, kedvezőek. A hosszú időtartamú követés adatai azt sugallják, hogy ha az első két évben nem lép fel szövődmény, az eredmény nagyon jó és a grafton nem mutatkoznak a fokozódó leépülés jelei.

Póka László dr.

AZ AKADÉMIAI KIADÓ GONDOZÁSÁBAN JELENT MEG:

BRENCSÁN JÁNOS

ÚJ ORVOSI SZÓTÁR Orvosi kifejezések magyarázata

Az Új orvosi szótár alapvetően különbözik elődeitől. A hazánkban használatos orvosi szakszókincset tényleges kétnyelvűségében dolgozza fel: a latin szakkifejezések mellett a magyar nyelvű orvosi szakszavak is megtalálhatók címszóként a szótárban.

A szótár egyben orvosi helyesírási tanácsadó is. Útmutatást ad ahhoz, hogy melyik idegen szakszót írjuk magyarosan, illetve, hogy az idegen szakszó milyen azonos jelentésű magyar szakszóval vagy kifejezéssel helyettesíthető. Az írásmód tekintetében a szerző a Magyar Tudományos Akadémia illetékes bizottságai és az Egészségügyi Tudományos Tanács állásfoglalásához tartotta magát. Ennek megfelelően általában a magyar kifejezések használatát, illetve a magyaros, fonetikus írásmódot ajánlja

544 oldal – 14×21 cm – Kötve 159,– Ft

ISBN 963 05 3188 7

1828

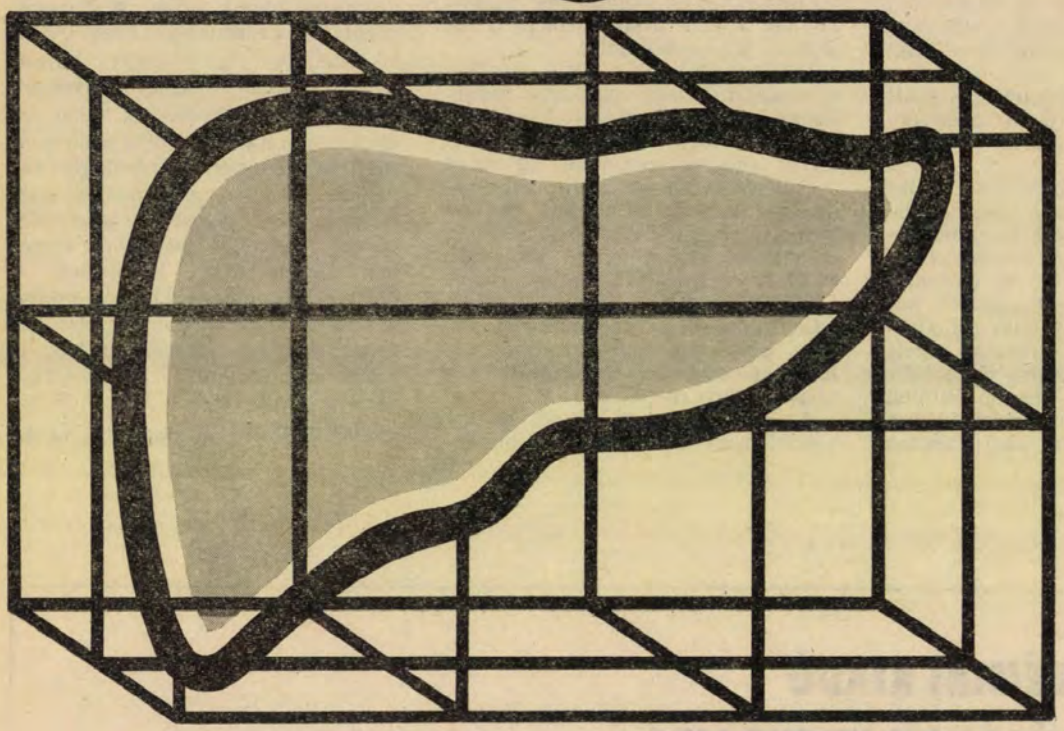
AKADÉMIAI KIADÓ BUDAPEST

Megrendelhető: **AKADÉMIAI KÖNYVESBOLT**

Budapest, Váci u. 22. 1052

Catergen®

TABLETTA
mM 990 Hepatoprotectiva



Állatkísérletekben fokozza a májsejtek energiatermelését, megelőzi a májszövet destrukcióját, segíti a károsodott májsejtek regenerációját. Klinikailag értékes hatásait vírus hepatitisben tanulmányozták. Az eddigi megfigyelések szerint a kezelés hatására lerövidül az icterusos fázis, ami az emelkedett szérum-bilirubin és szérum-transzaminász értékek gyorsabb csökkenésében nyilvánul meg, továbbá enyhül az émelygés, viszketés, étvágytalanság.

HATÓANYAG

500 mg cianidanolum tablettánként.

JAVALLATOK

Akut vírus hepatitis, elhúzódó vírus hepatitis, krónikus hepatitisek, alkoholos májártalmak, heveny és idült toxikus májkárosodások.

ELLENJAVALLATOK

Jelenleg nem ismeretesek.

ADAGOLÁS

Szokásos adagja felnőtteknek naponta 3×1 tabletta étkezés közben. A tablettákat egészben, kevés vízzel kell bevenni. A kezelés szükség esetén több hónapig is folytatható.

MELLÉKHATÁSOK

Ritkán enyhe gasztrointesztinális panaszok (gyomortáji nyomásérzés, gyomorégés, hányinger). Az egyéni túlérzékenység jeleként elvétve allergiás lázreakció, máskor Coombs-pozitív immun-haemolytikus anaemia) haemolytikus icterus) is előfordulhat. Ilyenkor a kezelést azonnal meg kell szakítani.

CSOMAGOLÁS

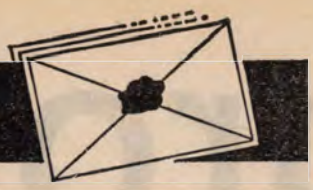
40 tabl.

TÉRÍTÉSI DÍJ

39,90 Ft.

Előállító: Zyma AG, Nyon licencia alapján
BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ



A nyelőcső spontán rupturája, műtéti megoldásának egyes mozzanatairól.

T. Szerkesztőség! Mencser dr. és mtsai: „Sikeresen gyógyított Boerhaave-szindróma" c. tanulságos közleményükben (Orv. Hetil. 1983, *124*, 187.) a mellkasi katasztrófák egyik fehér foltjával, a nyelőcső spontán rupturájával foglalkoznak.

Lényegi megállapításaik többségével egyetértve, mindössze azokat a kitételeket szeretnénk — hozzájuk hasonlóan a közvélemény bevonásával — több irányú megvilágításba helyezni, melyeknek gyakorlati vetülete nem közömbös.

Nem hisszük, hogy a kórkép olyan ritka lenne, mint az irodalomban fellelhető 300 körüli esetszám alapján a szerzők feltételezik. Ennek sokszorosával számolhatnánk, ha a negatív eredménnyel zárult észlelések is maradéktalan közlésre kerülnének. *Abbott* (1) egymaga, egyetlen városban, 20 év alatt 47 összegyűjtött esetről számolt be, leszögezve, hogy a késedelmes diagnózis elsősorban az összességükben kórjelző mellkasi tünetek helytelen értékelésére vezethető vissza. Ezek jelenlétében a negatív nyeléspróba sem perdöntő. Az időtényezőre való tekintettel sem mindegy, hogy ilyenkor milyen vizsgálat következzék. Oesophagoscopia helyett tanácsos a nyelésvizsgálatot azonnal báriummal, mint hatékonyabb kontrasztanyaggal, megismételni.

A műtét egyik fontos mozzanata a befertőződött mediastinum minél alaposabb dekomprimálása, ami a mediastinum széles feltárásával és kitakarításával, a műtét utáni jó drenázsviszonyok fenntartásával érhető el. Ezért — szerzőkkel ellentétben — még szituációs öltésekkel sem ajánlatos a mediastinális pleura széleit egyesíteni.

A szerzők világosan leszögezik, hogy „korai diagnózissal és az azonnali műtét" esetén is, magas, 30%-os halálozással kell számolni. Ugyanez olvasható ki *R. W. Posthlethwait* (4) felméréséből is. A primer varrattal elérhető 1958 előtti és utáni (1979-ig) eredmények között, semmi javulás nem mutatkozott, a halálozás mindkét csoportban 31, illetve 30,6%-ot tett ki. Az önmagában alkalmazott sutura elégtelensége ennél is szembetűnőbb *Keighley* (3) anyagában: 10 spontán nyelőcső rupturás betege közül 7-ben reperforáció lépett fel. Végső soron a varróanyag sem meghatározó jelentőségű, hiszen még *Belsey*, (6) a drótvarrat első számú propagálója, 1977-es közleményében is 4 esetből 3-ban ilyen szövődmény jelentkezését ismertette.

Az eredmények számottevő javulása a *primer komplex eljárások* bevezetéséhez fűződött, a 70-es és 80-as évek fordulóján. Különösen az elvarrt nyelőcsőszakasz fundusfallal (5), vagy nyeles rekeszlebennyel (2) történő borítása, középharmad rupturában új típusú, nyelőcsőfeláldozással nem járó nyelőcsőkirekesztés (7) bizonyult hasznosnak a ruptura kiújulásának leküzdésében. Napjainkban kezd beérni az a szemlélet — saját tapasztalatunkkal összhangban (3 gyógyult, közlés alatt álló spontán nyelőcső ruptura) —, hogy az időtényezőn és a varróanyagon túlmenően, elsőrendűbb ezekkel a módszerekkel a varratvonalat megszilárdítani, gyógyulását elősegíteni. Valójában, csak így leszünk képesek megfelelni a közleményt záró idézet szellemének, a beteg életben tartásának.

Észrevételeink mit sem vonnak le egy idejében felismert, igen súlyos kórkép sikeres megoldásából, amihez ezúttal is gratulálunk.

IRODALOM: 1. *Abbott, O. A. és mtsai:* Atraumatic, so-called „Spontaneous" rupture of the esophagus. J. Thorac. Cardiov. Surg. 1970, *59*, 67. — 2. *Finnley, R. J. és mtsai:* The management of nonmalignant intrathoracic esophageal perforations. Ann. Thorac. Surg. 1980, *30*, 575. — 3. *Keighley, M. R. B. és mtsai:* Spontaneous rupture of the oesophagus-avoidance of postoperative morbidity. Brit. J. Surg. 1972. *59*, 649. — 4. *Postlethwait, R. W.:* Surgery of the esophagus. New York, Appleton—Century Crofts, 1979. — 5. *Symbas, P. N. és mtsai:* Spontaneous rupture of the esophagus. Ann. Surg. 1978, *187*, 634. — 6. *Triggiani, E., Belsey, R.:* Oesophageal trauma: incidence, diagnosis and management. Thorax, 1977, *32*, 241. — 7. *Urschel, H. C. és mtsai:* Improved management of esophageal perforation: exclusion and diversion in continuity. Ann. Surg. 1974, *179*, 587.

Kotsis Lajos dr.
Kulka Frigyes dr.

T. Szerkesztőség! A nyelőcső spontán rupturájáról szóló közleményünkhöz *Kotsis dr.* megtisztelő hozzászólását megköszönjük. Egyetértünk azzal, hogy a ritkának mondott kórkép nem is annyira ritka, mint azt a régebbi irodalmi adatok mutatják. A „ritka" jelzőt inkább a sikeresen gyógyított esetekre használhatjuk. Éppen ezt tükrözi a hazai esetek számának növekedése is, amiről hű képet adott Sebész Társaságunk 1983 januári ülése is, ahol a megbeszélés egyik fő témáját éppen ez képezte. Itt hangzott el az a szellemesnek mondható műtéti megoldás is (Flautner dr.), amit mind a közelményünk, mind a hozzászólás soraihoz kiegészítésként szeretnénk megjegyezni. Az eljárás lényege, hogy a nyelőcső repesztett sebét "T"-cső szerű drén felett zárják — choledochus drénezéshez hasonlóan — ami a gyulladásos környezetben biztosítja a megfelelő tehermentesítést és ezáltal a varratsor biztonságát. Úgy vélem, hogy a kórkép adta nehéz szituációban — a sebészet több más területéhez hasonlóan pl. az érsebészet stb. — a műtéti lehetőségek fegyvertárán és az ésszerűség határain belül minden olyan inprovizációs lehetőséggel élnünk kell, amely e betegeink szövődménymentes gyógyulását szolgálja.

Ami a varróanyagot illeti: valóban nem olyan perdöntő a drótvarrat, mint azt évekkel ezelőtt hittük. Közleményünk megjelenése óta volt olyan esetünk, ahol a nyelőcső középső harmadában történt perforáció a gastroscopos vizsgálat közben. Itt az elvarrást egysoros Dexon varróanyaggal végeztük és ami a varratsort illette ez is kifogástalannak bizonyult. Az is kétségtelen, hogy a varratsor legyen minél erősebb, szilárdabb, így az erre felhasználható környezeti szövetek nyelőcső varratvonal fedése esetén is éppen olyan biztonságot jelenthetnek, mint pl. a kilyukadt gyomor, vagy duodenum elvarrásánál felhasználható cseplesz részecske.

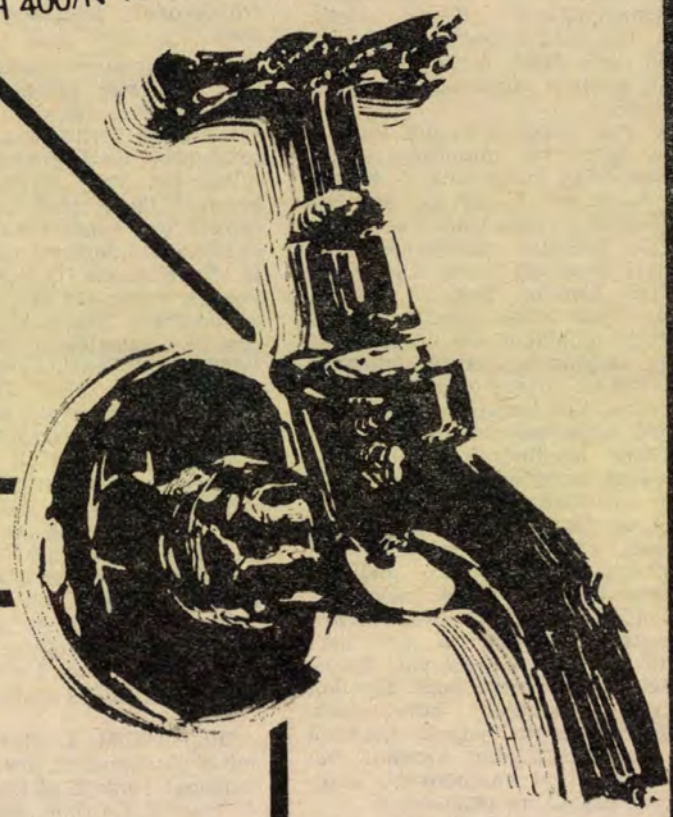
Megtisztelő számunkra, hogy az OTKI Mellkassebészetén is felfigyeltek közleményünkre és értékes soraikkal gazdagították az életveszélyes kórkép leírását, ill. annak gyógyítását. Különösen értékeljük a gazdag tapasztalatokat tükröző kiegészítést, mert kórházunk (Baja) — bármennyire kicsi is az országunk — olyan földrajzi adottságokkal rendelkezik, hogy 100 km-en belül nagyobb intézmény segítségére nem számíthatunk, így tehát az ilyen eseteket is el kell látnunk.

Mencser András dr.

Hygroton®

H 400/N 100 Antihypertensiva diuretica

tabletta



ÖSSZETÉTEL: 50 mg chlorthalidonum tablettánként.

JAVALLATOK: Különböző eredetű (kardiális, renális stb.) ödémás állapotok: enyhe és középsúlyos hipertónia (különösen egyéb vérnyomáscsökkentőkkel, főleg béta-receptor blokkolókkal kombinálva); a terhesség késői szakában fellépő hipertónia és ödéma; premenstruációs panaszok; kóros elhízással együtt járó folyadékretenció; a laktáció gátlása az elválasztás időszakában; folyadékretencióval együtt járó gyermekkori megbetegedések.

ELLENJAVALLAT: Veseelégtelenség, 100 mg/dl feletti maradék-N, ill. 50 mg/dl feletti karbamid-N értékekkel.

ADAGOLÁS: Egyéni megítélést és gondos orvosi ellenőrzést igényel.

Felnőttek szokásos adagja hipertónia és ödémák kezelésére naponta 1—2 tabl. a hatás eléréséig, a fenntartó adag heti 3 × 1 tabl.

A terhesség késői szakában a hipertónia és ödéma megelőzésére heti 1—4 tabl., kezelésére kezdetben 1 tabl./die, majd heti 3 × 1 tabl. Premenstruációs panaszok esetén célszerű a kezelést a menstruáció várható időpontja előtt 4—8 nappal kezdeni; az 1—3. kezelési napon 1 tabl., majd napi ½ tabl. az adag, a szabályos vérzés megindulásáig. A kóros elhízással kapcsolatos folyadékretenció kezelése hasonlóan történik, mint hipertónia, ill. ödémák esetén. A tejelválasztás csökkentésére elegendő 2 tabl. kezdő adagként, majd 1 tabl./die 2—6 napig.

Gyermekek kezdő adagja 1—5 éves korig ½ tabl./die 2—3 napig, majd fenntartó adagnak hetente 3 × ½ tabl.; 6 éves kortól a kezdő adag ½ tabl./die, a fenntartó adag naponta ½ tabl.

A napi adagot célszerű reggel, étkezés után bevenni.

MELLÉKHATÁSOK: Enyhe szédülés, adynamia, fáradtságérzés, elsősorban a kezelés elején — ezek a panaszok többnyire spontán, vagy az adagok átmeneti csökkentésére megszűnnek. Enyhe gastrointestinális panaszok, ha a gyógyszert éhgyomorra veszik be. Szórványosan észleltek allergiás bőrtüneteket is.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK: Óvatosan adható:
- szívglikozidokkal (a hypokalaemia következtében a glikozidok toxicitásának fokozódása);
- orális antidiabetikumokkal (antidiabetikus hatás csökkenése);
- kortikoszteroidokkal (K-vesztés fokozódása).

FIGYELMEZTETÉS: Súlyos cerebrális és coronaria-sclerosis esetén, valamint szívinfarktus után adása fokozott óvatosságot igényel.

Kezelés alatt ajánlatos a szérum-elektrolitok gyakori ellenőrzése.

Az egyéb salureticumokhoz hasonlóan előidézheti a latens köszvény vagy diabetesz manifesztálódását.

Szedése alatt a szigorúan nátriumszegény diéta előnytelen, mert a K-ürítés fokozásával rontja a vizeletelhajtó, ill. vérnyomáscsökkentő hatást.

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

CSOMAGOLÁS: 30 tabletta, térítési díja: 11,80 Ft.

BIOGAL Gyógyszergyár Debrecen
CIBA—GEIGY licencia alapján



KÖNYVISMERTETÉS

Juhász Pál, Pethő Bertalan: Általános pszichiátria. 1. kötet: **Pszichopathológia,** 2. kötet: **Betegségtan és terápia.** 1983. Medicina, Budapest, 1128 oldal. Ára: 345,— Ft.

1961 óta, Nyírő Gyula a Pszichiátriájának megjelenése óta magyar nyelven nem jelent meg olyan könyv, amely egészében áttekintette volna az elmekórtant és az elmegyógyászatot. Éppen ezért *nagy érdeklődés* előzte meg Juhász Pál és Pethő Bertalan e munkájának megjelenését, amelynek előkészületeiről a szakma már az utóbbi évtizedben tudott és sokat beszélt.

Az érdeklődés nem csupán annak szólt, hogy végre magyar nyelvű, korszerű szakkönyv válik hozzáférhetővé a vizsgára készülő orvostanhallgató, a szakorvosjelölt vagy a medicinában mind nagyobb szerepet kapó pszichiátriára kíváncsi más szakmájú orvos számára, ill. kerül a pszichológus, a jogász vagy a nevelő kezébe. Annak is szólt, hogyan tudják a szerzők összefoglalni a mai pszichiátriát. Mert ez napjainkban különösen nehéz feladat. Egyrészt a tudományág ma rohamléptekben fejlődik, néhány éven belül soha ennyi új és korábbi felfogásokat megváltoztató ismeret nem gyűlt össze, mint mostanában ez történik. Másrészt óriásiak a *szemléleti ellentétek*, olyan mérvűek, amelyek a medicina egyetlen más területén sem fordulnak elő, és amelyek ma összebékíthetetlenek, mert gyökeresen más kiindulópontokból fogalmazzák meg a pszichiátriai betegségek és a terápia lényegét és gyakorlatilag minden kérdésben ellentétes álláspontoakt foglalntak el.

Emiatt a pszichiátria terén világszerte *tankönyv- és kézikönyv-válság van.* A korszerűség és a szemléleti beállítódás szempontjából szinte minden szakmunka önkényességre és esetlegességre ítélt. Nagy gond a könyvek mérete is. Csak a legszükségesebb ismeretek kifejtéséhez is nagyon nagy terjedelem kell, ugyanakkor a könyvek használhatósága a terjedelemmel fordítottan arányos.

Tudnivaló volt tehát, hogy *a magyar nyelvű vállalkozás dolga különlegesen nehéz.* A nehézségeket fokozta, hogy a könyv megjelenését némi bizonytalanság és huzavona is kísérhette. Legalábbis ez tűnik ki a könyv — különben lendületes és a szakma problémáit jól bemutató — előszavából. A könyv eredetileg ötkötetesre készült és mint a szerzők írják, a kiadó „biztosította, hogy ebben nyomdatechnikailag különválasztja az egyetemi oktatást célzó anyagot" (14. old.). A munka második részét azonban gazdasági okok miatt nem lehetett kiadni (?). Különben is, a kiadás meglehetősen késett, hiszen — mint az előszó írja — a kézirat befejezése kb. 1976—77-re esett. Ugyancsak az előszó állapítja meg, hogy a második rész kimaradása a könyvben különböző aránytalanságokat és hiányosságokat okozott.

A bizonytalanság és a huzavona kár volt, sőt, ilyen nagyszabású és nagy jelentőségű vállalkozás esetében inkább *hiba.* Fontos lett volna, hogy az előszó a körülményeket pontosabban megírja. Arról is jó lett volna — legalább az előszóban — szólni, *kik lektorálták a könyvet* és milyen szempontok szerint. Ilyen nagy munkák esetében (és tankönyvek esetében különösen) a lektornak nagyon lényeges szerepet kellene játszania, nevét a köteteknek tartalmaznia kellene, tevékenysége az előszóban is említést érdemel.

A több mint 1100 oldalas műről egészében elmondhatjuk, hogy gazdagítja a hazai pszichiátriai irodalmat. Több témakört magas színvonalon mutat be és sok új ismeretet közöl. *Nagyon sok azonban az előnytelen, kedvezőtlen sajátossága is.* A recenzens úgy véli, hogy a két kötet érdemeinek és pozitívumainak részletes felsorolása helyett inkább ezekre a sajátosságokra kell figyelmét összpontosítania. A kötetekben megtestesülő jelentős erőfeszítések ezt követelik meg és ilyen nagy munkákat csak így lehet megtisztelni és így lehet további fejlődésükhöz hozzájárulni.

Előnytelen, kedvezőtlen vonások a következők:

1. Az előszó azt írja, hogy a könyv így, rövidebb változatában *egyetemi tankönyvnek nem felel meg eléggé.* Ez számos formában nyilvánul meg.

a) Nem az a fő baj, hogy a könyv túl részletes és túl sok információt közöl. Az a nagy baj, hogy *a mondanivaló szerkezete és tagolása nem fejezi ki a fontossági, prioritási sorrendeket.* Nem tűnik ki, mi a leglényegesebb, a hallgató számára feltétlenül megtanulandó anyag és mi az, ami a szakorvosjelöltnek kell inkább, vagy az érdeklődőt vezeti tovább. A kötetekben sajnos, nem valósult meg az, amiről az előszó írt, hogy a kiadó nyomdatechnikailag különválasztja az egyetemi oktatáshoz szükséges anyagot. Nem tudni, miért nem valósult ez meg, ennek aligha lett volna különösebb gazdasági vonzata. A szerkezet, a belső tagolás, a címek és alcímek rendszere, a tipográfia stb. a szerzőktől vagy a szerzőktől is függ.

Már maga a *tartalomjegyzék* is alig áttekinthető és nélkülözi a didaktikát, különösen *az első kötetben.* A különböző nagyságrendű alcímek alig különíthetők el egymástól. Nagyon segítene egy kis számozás, néhány betű stb. A szövegben is azonos betűtípusokkal szedték a különféle logikai szintű alcímeket. Így az olvasó keresgélheti, hol ér véget egy tematikus egység. Legfeljebb az összefoglalások nyújtanak ehhez némi támpontot. Az első kötet szerkezeti problémáit jól mutatja, hogy az egész kötetben három számozott, főcímmel elkülönített rész van. A harmadik a 73. oldalon kezdődik — *„A pszichiátriai betegségek tünetei"* — és a 607. oldalig tart. Nem szerencsés a cím, hiszen itt a szerzők élettani és normál lélektani jelenségekről is szólnak, tárgyalják a tünetek keletkezési mechanizmusait stb. Tulajdonképpen az egész pszichopathológia ebben a harmadik részben van, ezt kellett volna áttekinthetően tagolni, az első két rész nyugodtan lehetett volna bevezető ehhez.

Nem eléggé szembetűnőek a kurziválások, ezek többnyire szakfogalmakra vonatkoznak. Nem segítik az áttekinthetőséget a összefoglalások sem. Mintha nem egységes szempontok szerint készültek volna, egyenetlen hosszúságúak, nagyon magas absztrakciós szinten ismételnek meg valamit a fejezetekből. A hallgatót aligha segítik.

b) *A könyv nem kapcsolódik eléggé az egyetemi oktatás más tantárgyaihoz.* Éppen a terjedelemmel való gazdálkodás követelné meg, hogy a könyv vegye adottnak és ismertnek azt, amit a neurofiziológia, a neurológia, a belgyógyászat és a gyógyszertan nyújt, sőt azt is, ami az orvosi pszichológiára vagy az orvosi szociológiára tartozik Ez nem történik meg kellően, és így *sok a felesleges ismétlés* más tárgyak anyagából. Ezekre lehetett volna egyszerűen csak utalni. Szükségtelen volt az agyidegeket és a gerincvelői pályákat újra leírni és ábrákon bemutatni, a második kötetben kb. 100 oldalt szánni a neurológiai és fizikális vizsgálatra, közben fényképeken ábrázolni a patellareflex és a Babinski-reflex kiváltásának módját, az agyi erek angiográfiás képének ábráit, a típusos és a kóros EEG-görbéket stb. A vezető szerző neurológiai tankönyve jobban, bővebben eligazít e téren, a pszichiátria tankönyvében ezekre kitérni felesleges. Lehetne a példákat hosszasan sorolni. Kb. 200 oldal nyugodtan megspórolható lett volna, ha a könyv marad a tárgyánál.

c) A *megírás módja* nem segíti eléggé a megértést. Nem mindenütt találhatók meg a fogalmak definíciói, gyakran nem a téma tárgyalásának elején, hanem később a szövegben kerülnek elő. Nagyon sok az idegen eredetű szakkifejezés, terminus technicus. Kétségte-

len, a pszichiátria nagyon sok idegen szóval él. Ehhez a recenzens eléggé hozzászokott, mégis gyakran nehéz megfejtenie, hogy pl. a gyakran előforduló „diszkurzív" jelző (ami még „prediszkurzív" és „posztdiszkurzív" változatban is előkerül) milyen értelemben használatos a többféle filozófiai, pszicholingvisztikai, ill. nyelvészeti értelmezés közül. Nem szép dolog mondatokat kiragadni összefüggésükből, de nagyon gyakoriak egymás mellett, összefüggésben is az ilyen mondatok: „Az apophaenia dedifferenciálódással jellemzett, hologén aktuálgenezis modelljének megfelelő élménymódja az élménymező protopátiás alakváltozásának egyik típusa" (464. old.). Alcímben is van ilyen: „A transzfenomenális tartomány formális, partikuláris megközelítése (strukturális jellemzők, homonóm-heteronóm tünetek, formális-egészleges jellemzők, az összkép dinamikája)" (481. old.). Jogos az idegen szavak használata, de legalább valami kulcsot kellene adni a szerzők fogalomhasználatához. Különösen a hallgatóknak. Az ábrák és táblázatok is sok kifogást érdemelnek.

d) *Alapvető problémák* tárgyalása hiányzik, amelyekre pedig a kötetek egész mondanivalója támaszkodik és utal. Így már az előszó is írja, hogy a két kötetre rövidítés miatt kimaradt a nosológia számos alapkérdése. Nem kevesebb maradt ki, mint a betegségegységek tana, a pszichózisok, neurózisok elmélete, tehát mindaz, ami a pszichiátriai gondolkodásban és gyakorlatban ma előtérben van. Igaz, hogy a szerzők az első kötet említett tünettani részében, majd a második kötetben a (figyelemre méltó, érdekes és sok újat tartalmazó) betegségtanban (ami különben részlegessége és a kötetben aránylag kis terjedelme miatt nem lenne alkalmas arra, hogy kötetcímbe kerüljön!) a modern, tünetorientált pszichopathológiai szemléletet igyekeznek képviselni és a terápiát is ilyen szellemben írják le, ez az ismeretanyag egyszerűen nem maradhatna ki a könyvből! Az általános pszichiátriában is kellene szólni pl. a schizophréniáról, elméletileg, általánosságban, mint betegség kategóriáról. Nem tudni, most miből szerzi majd be a hallgató erre vonatkozó ismereteit. Még az ötkötetes mű erőszakolt rövidítése sem menti ezt a hiányt, különösen a tankönyvből. Ismét arra kell gondolni, hogy a felesleges ismeretekkel elvett terjedelem (ezek közé még a második kötetben a tesztek — eléggé szervetlen, esetleges — bemutatása is sorolható), egy részében ezt meg kellett volna adni.

2. Kedvezőtlen, hogy a könyv *szakkönyvként is hiányosságokat mutat.* Ezek didaktikai használhatóságát is korlátozzák. Zavaró körülmény, hogy a szerzők mintha a pszichiátria valamilyen definitív szintézisére törekedtek volna. Hatalmas ismeretanyagból próbáltak összegyúrni egységes egészet. Ez korlátozottan sikerült, de ha még jobban sikerült volna, akkor sem lett volna szabad ezt úgy végezniük, hogy az alkotóelemeket, a forrásokat ne adják meg. Van ugyan szó a különböző irányzatok létéről a pszichiátriában, vannak gyakran megrótt, bírált irányzatok is, melyeket a szerzők nem kedvelnek, de az sajnos nem tűnik ki, hogy a szerzők egyes kérdésben kialakult felfogásukat, sőt, terminusként használt kifejezéseiket honnan vették. A szakirodalomban olvasottak esetleg következtetni tudnak erre. Viszont így a szerzők elméleti képe *történetietlenné* válik, nehezebben is érthető, mert az eredeti kontextusok nem kereshetők vissza. Ezt még az is nehezíti, hogy a szerzők gyakran olyan irányzatok — pl. partikuláris fenomenológiai iskolák — terminológiáját veszik át, amelyek a hazai pszichiáterek többsége számára ismeretlenek. Így azután még nehezebben érthetők, hogy pl. miért nevezik a szerzők transzfenomenálisnak, amikor az élmények szintje mögötti (pl. neurofiziológiai) szabályszerűségekről szólnak, miért kapnak akkora hangsúlyt olyan fogalmak, mint protopátia, impercepció, immanens, proteidolia, phanteidolia, pátikus lét stb., vagy akár a pszichoanalízissel kapcsolatban említett „szituációanalízis" (Daseinanalyse lenne? Találgatni kell.)

Didaktikus szempontból is szükség lett volna, hogy a legfontosabb pszichiátriai jelenségek leghasználatosabb fogalmait bemutassák a szerzők, joguk van ezek közül választani, akár újakat is kreálhatnak, de meg kellene mondani, miért választanak bizonyos kifejezéseket, miért alkotnak esetleg újat, miért jobbak ezek a régieknél. Ha ezt megtennék, érzékeltetnék a mai pszichiátriai sokarcúságát, így viszont a kezdőben azt az illúziót keltik, hogy ez a szintézis *a* pszichiátria.

A szövegben nagyon sok szerzői név szerepel zárójelben. A második kötet végén terjedelmes irodalomjegyzék van, fejezetenkénti bontással. Sajnos, a szerzői nevek mellett nincs évszám és a nevekhez tartozó könyvek, cikkek adatait sem találja az olvasó. Így a nevek kiírása felesleges, ill. még nehezebb kinyomozni — a filológiai érdeklődésű haladóbb olvasóknak — honnan vannak a kifejezések, az alapgondolatok. Itt különösen a szakorvosjelölt vagy a gyakorló pszichiáter érezheti elhagyottnak magát.

3. *Hiányosnak, önkényesnek tűnik a könyv „filozófiája".* Ez úgy értendő, hogy a filozófia iránt érzékeny szerzőpár eléggé kitér a pszichiáter saját ismeretelméletének tárgyalása elől. A tüneteket abszolutizálja, azokat kétségtelenül létezőknek tünteti fel, noha maga is küzd a kategóriák, fogalmak sokféleségével, sehol sem merül fel kétely azzal kapcsolatosan, hogy a pszichiáter (ill. egy pszichiátriai iskola vagy a pszichiáter egészében) tévedhet, mert hibás fogalmi kategóriákat alkalmaz. Abszolút értelműnek mutatkoznak olyan osztályozások (mégpedig a pszichopathológia, ill. a betegségtan alapvető szemléleti kérdéseinek vonatkozásában) mint pl. indokolt, indokolható és indokolhatatlan adaptációs formák (38. old.) érthető és érthetetlen élmények stb. Valószínűleg kevés tudomány van, amely ma ennyire biztos merne lenni szemléleti alapkategóriáiban. Ugyanakkor a tünetek ontologizált, tehát létezőnek és egyértelműnek felfogott leírása az egész könyv gondolkodásmódjának bázisa. De bizonyos fokig „filozófia" az is, ahogyan a tárgykört a szerzők logikailag bontják, pl. a „centrifugális" működéseken belül a különböző tevékenységi formák között bonyolultsági sorrendet alakítanak ki stb. Egyáltalán, a megismerés, a fogalom- és az elméletalkotás dilemmái, problémái sehol sem tűnnek ki.

4. *Zavaró a könyv pszichológiaellenessége és „lelketlensége".* Nem csupán a pszichoanalízis sémás kritikája mutatja ezt, hanem az első kötet említett nagy, harmadik részében a percepciós és gondolkodási zavarok leírásában a pszichológia adalékainak (pl. a kongitív elméleteknek) teljes figyelmen kívül hagyása és az állandó kritika a „pszichologizálás" ellen, ami valamiféle bűn a pszichiáter számára. Még a hisztéria kapcsán is elhangzik ez a vád (Charcot is kap szemrehányást, mert elkövette ezt a vétket), itt a szerzők ki is fejezik, hogy a lényeges tényezők nem pszichológiaiak, hanem „... lokális keringési zavar, idegrendszeri struktúrákhoz kötött anyagcserezavar, aktiváló és gátlórendszerek energetikai egyensúlyának eltolódása jön számításba", igaz, hozzáteszik: „a jelenleg rendelkezésre álló adatok azonban nem tesznek lehetővé egyértelmű magyarázatot" (212. old.). Lényegileg a pszichológia létjogosultságának tagadása történik itt, hiszen pl. miért ne lehetne pszichológiai (viselkedési és élményszinten fogalmazódó) szabályszerűsége az aktiváló és gátlórendszerek energetikai egyensúlyeltolódásának, és miért ne keletkezhetne az pl. interperszonális hatásokra? Így az „exogéniával" és a „pszichogén" jelenségekkel a könyv nagyon korlátozóan bánik. Ami pszichológia van a könyvben, az lényegében az ellenőrizhetetlen köznapi tudat pszichológiája. Ez jól látszik pl. abban a rövid részben, amiben a kapcsolatteremtés, szerelem problémáiról van szó (sorrendben játék, hobbi, munka, ill. a szervezeti viselkedés elé sorolva, tehát azoknál *egyszerűbbnek* feltüntetve). Itt olvasható pl. a kö-

vetkező mondat: „Az irigység, önzés, kapzsiság, nyerészkedés, ügyeskedés, fukarság-fösvénység, pletykálkodás, fecsegés, ártatlan vagy szándékolt rágalmazás, gyanúsítgatás, álnokság, képmutatás, kétszínűség, figyelmetlenség, türelmetlenség, udvariatlanság, durvaság, modortalanság, trágárság, agresszió vagy gyámoltalanság, pöffeszkedés, hatalmaskodás és megalázkodás, pontatlanság, lustaság, izgágaság, érhetetlenség, oktató, meggyőző, rendreutasító viselkedés, ügyetlenség, balkezesség, szemtelenség, színtelenség, közöny és kegyetlenség, körülményeskedés, élmény nélküli szólásmondások, demagóg kijelentések, kétértelmű viccelődés, mások kigúnyolása, szarkasztikus kiszólások, nemtörődömség és értelmetlen bürokratikus viselkedés stb. mind-mind olyan vonások, amelyek akadályozzák a kapcsolatteremtést." (359. old.). Vajon mennyiben felelnek meg lélektani kategóriáknak ezek a fogalmak? Megvan-e a képességünk, hogy ezt objektíven minősítsük, miként a tüneteket?

5. *A társadalomtudományos fogalmak és jelenségleírások nem mindenütt szakszerűek.* Hibás a betegszerep fogalmának értelmezése, általában a pszichoanalitikus elméleti felfogások kritikája egyoldalú és leegyszerűsített képre vonatkozik (pl. 339. oldal), itt a kritika az 1895-ös Freud—Breuer-könyvet marasztalja el, mint *a* pszichoanalízist), nagyon szegényes a mentálhygiéné képviselete (érthető, hiszen minden organikus és biológiailag determinált, a személyiségfejlődésnek nincs különösebb jelentősége a könyv emberképében), meglehetősen szegényes a társadalmi pszichiátria című rész is. A pszichológiai gyógymódok leírása korrekt, de eléggé szervetlen, az alkalmazás perspektívái, sémái nem kerülnek szóba, helyenként a hangsúlyok (pl. a korszerűséget vagy a hatáselemek megfogalmazását illetően) hibásak.

Nagyon sok problémát lehetne még említeni, mint ahogyan értékelni lehetne egyes fejezetek gondolatgazdagságát is. Recenzió nem bír el már többet (bár nagy könyvek világszerte nagy recenziókban tükröződnek, ez is kifejezi jelentőségüket), a lényeg annyi, hogy a két kötetet a lehető legszélesebb szakmai olvasókör figyelmébe ajánlom, de véleményem az, hogy helyes lenne *alaposan megvitatni* és segíteni, hogy a következő kiadásokban valóban jó tankönyv és szakkönyv lehessen, ill. belőle teljes átdolgozással elkészüljön a valóban korszerű magyar nyelvű pszichiátria-kézikönyv.

Buda Béla dr.

Az OMKER Bemutatóterem

1983. II. félévi kiállítási programja

Szeptember 20–23.	Kínai orvosi műszerkiállítás
	A pekingi Chemicals cég termékeiből
Október 4–6.	ERBE (NSZK) cég önálló kiállítása
Október 11–14.	CHIRANA Csehszlovák Külkereskedelmi Vállalat kiállítása a legújabb orvosi készülékeiből
Október 25–28.	NDK Orvosi műszerkiállítás
November 2–3.	HELLIGE (NSZK) cég önálló kiállítása
November 9–11.	DRAGER (Ausztria) cég önálló kiállítása
November 22–24.	„BÖRZE" a budapesti kórházak, klinikák és egyéb egészségügyi intézmények elfekvő készleteiből
December 13–15.	„Gyártót keresünk"

OMKER Bemutatóterem

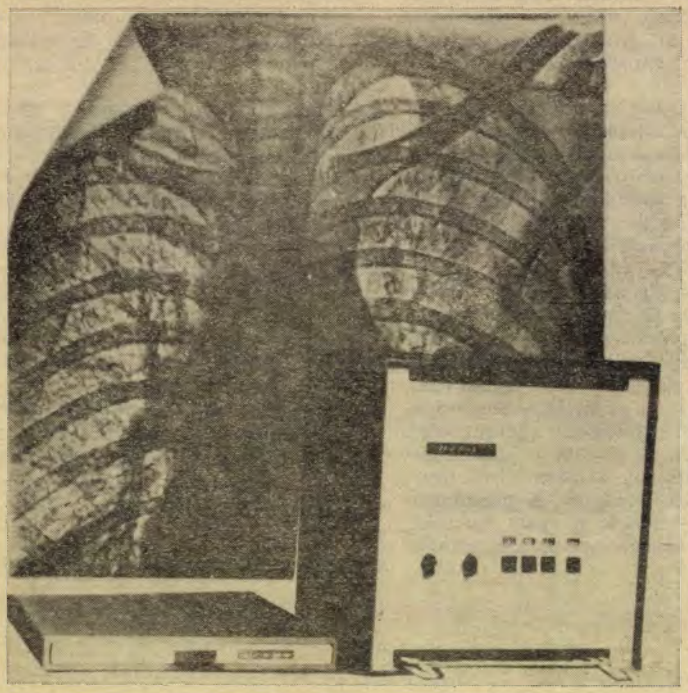
Budapest VI., Népköztársaság útja 36.
Nyitva: naponta 9–16 óráig

KIÁLLÍTÁSAINKRA MINDEN ÉRDEKLŐDŐT SZERETETTEL VÁRUNK

OMKER

ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

A programban változás lehetséges!



Előállithatja a röntgenogramot
max. 2 perc alatt az

ERGA-02

elektroröntgenográfiai készülék
segítségével

ERGA-02

- **helyettesíti a fotólaboratóriumot a röntgenszobában;**
- **minden típusú röntgenkészülékkel üzemeltethető;**
- **a viszonylag kis méret és alacsony súly következtében felhasználható a mobil röntgenhelyiségekben is.**

FŐ MŰSZAKI ADATOK:

Az elektroröntgenogram mérete, mm	300×400, 240×300
Fényérzékenység, r^{-1}	min. 150
Egy röntgenogram előállításához szükséges idő, perc	max. 2
Felvett teljesítmény, W	150-ig
Méretek, mm	
készülék	473×414×443
fixáló egység	406×473×68
A készülék súlya, kg	35

Exportőr: V/O

MEDEXPORT

Szovjetunió, 113461, Moszkva ul. Kahovka, 31.
Telefon: 121 01 54
Telex: 411247, 411951 Medex su.



A **Magyar Pszichiátriai Társaság Családterápiás Munkacsoportja** 1983. augusztus 31-én (szerda) délután 5 órakor Budapesten, a Pszichiátriai Klinika tantermében (VIII., Balassa u. 6.) *tudományos ülést* tart.

John-Byng-Hall dr. (Anglia): Családterápia a gyakorlatban (angol nyelven).

A **Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórház Fiatalok Szakmai Fóruma** 1983. szeptember 8-án, 14 órakor Budapesten, a Intézmény tanácstermében (XIII., Róbert K. krt. 44.) „Koponya- és agysérülések valamint szövődmények diagnosztikája" címmel *kerekasztal-beszélgetést* tart.

A **Magyar Tudományos Akadémia V. Orvosi Tudományok Osztálya,** a **Magyar Fogorvosok Egyesülete Délkelet-Magyarországi Szakcsoportja** 1983. szeptember 9—10-én Szegeden, a Tisza Szálló hangversenytermében *sófluorozási konferenciát rendez.*

Javaslat országos fogszuvasodásmegelőzési akció kidolgozásához

1983. szeptember 9., 9.00 óra

Kirándulás egy kontroll és egy kísérleti községbe.

15 óra

Petri Gábor dr. akadémikus, az MTA V. Orvosi Tudományok Osztályának elnöke: Üdvözlés.

15.10 óra

Dr. D. E. Barmes (Genf): Világméretű irányzatok a fogszuvasodás mértékében és megelőzésében.

Dr. T. W. Cutress (Új-Zéland): Zománc foltok optimális és kevés F-t tartalmazó ivóvízű területeken.

Dr. G. N. Pakhomov (Moszkva): A fogszuvasodás megelőzésének lehetőségei a Szovjetunióban.

Prof. Bánóczy J (Budapest): A fogszuvasodás megelőzésének módszerei Magyarországon.

Dr. H. Luoma (Finnország): NaCl, valamint KCl + $MgCl_2$ + NaCl keverékek, mint fluorid vivőanyagok, megfigyelések vizelet fluorid meghatározások útján.

Szünet

Dr. G. Whitford (USA): A sóból történő F bevitel biológiai ellenőrzése.

Dr. Y. Ericsson (Stockholm): A sófluorozás megbízhatóságának vonatkozásai.

Dr. M. Chaves (Brazília): A fogszuvasodás megelőzésének jövőbeni lehetőségei Latin-Amerikában.

Dr. R. G. Schamschula (Ausztrália): A fluorid hasznosítás biológiai ismertetőjegyei: EVSZ tanulmány Magyarországon.

Prof. Orsós S. (Budapest): A Stomatológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása a só fluorozásával kapcsolatban.

Prof. Tóth K., Sugár E. dr. (Szeged): Az ivóvizek F tartalma, mint a módszer országos bevezetésének egyik feltétele.

Dr. T. M. Marthaler (Zürich): A fogszuvasodás megelőzése Svájcban a só fluor dúsításával.

1983. szeptember 10., 10.00 óra

Kerekasztal-vita

Moderátor: *Dr. J. E. Ahlberg* (London), *Hutás Imre dr.* egészségügyi miniszterhelyettes: Kételyek és válaszok a fluorozott só bevezetésével kapcsolatban.

Az **Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet,** az **Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet** 1983. szeptember 14-én (szerdán) 14 órakor Budapesten, az Orsz. Ideg- és Elmegyógyászati Intézet Röntgenosztályán (II., Vörös Hadsereg u. 116.) „A neuroradiológia alapjai" címmel *továbbképző előadássorozatot* indít.

A további előadásokat fenti időponttól 1984. május 23-ig szerdánként tartják.

A **Pécsi Akadémiai Bizottság Klinikai Kutatási Szakbizottság Hepatológiai Munkacsoportja,** a **Magyar Gastroenterológiai Társaság Hepatológiai Sectiója,** a Baranya megyei Kórház-Rendelőintézet közreműködésével 1983. október 20-án, a Pécsi Orvostudományi Egyetem Központi Épületében (Szigeti u. 12.) *hepatológiai napot* rendez.

Délelőtt 9.00 óra

„Cholestasis symposium"

1. *Pár Alajos dr.:* Bevezető.
2. *Horváth Tünde dr.:* A cholestasis pathophysiológiája.
3. *Barna Kornél dr.:* Klinikum.
4. *Szalay Ferenc dr.:* Primaer biliaris cirrhosis.
5. *Péley Iván dr.:* Csecsemő- és gyermekkori problémák.

Szünet

6. *Nemes Tihamér dr.:* Ultrahang diagnosztika.
7. *Nemessányi Zoltán dr.:* Colloidalis és hepatobiliaris scintigraphia.
8. *Simon László dr.:* Endoscopos-radiológiai eljárások diagnosztikus és therapiás jelentősége cholestasisban.

Tárnok Ferenc dr., Molnár Zoltán dr.: Felkért hozzászólás.

9. *Kádas István dr.:* A cholestasis histopathológiája.

Délután 15 óra

Beszámoló az 1982-es Bázeli Májhétről

1. *VII. Nemzetközi Epesav Konferencia*

Beró Tamás dr.: Epesavak és cholesterin.

2. *Májbetegségek VI. Nemzetközi Kongresszusa:*

Pár Alajos dr.: A máj — anyagcsere-betegségekben.

3. *Histopatológiai szeminárium*

Kádas István dr.: Esetbemutatások.

A **Magyar Gastroenterológiai Társaság Kutatói Fóruma,** a **Pécsi Akadémiai Bizottság Gastroenterológiai Munkabizottsága** 1983. október 21—22-én, a Pécsi Akadémiai Bizottság Székházában (Jurisics u. 47.) *„Korszerű klinikofarmakológiai vizsgálatok a gyomor-bélrendszer betegségeiben"* címmel *szimpoziont* rendez.

A *Hepatológiai Nap* (okt. 20.) és a *Klinikofarmakológiai szimpozion* (okt. 21—22.) egymáshoz csatlakozó rendezvények, a vidékről érkező résztvevők számára október 19-től 22-ig (bármelyik napra) szállást és étkezést (ebédet) tudunk biztosítani. Az igényeket kérjük bejelenteni legkésőbb *szeptember 15-ig.* Cím: *Pár Alajos dr.* Pécs, I. Belklinika, 7643.

A **Magyar Pathológusok Társasága** 1983. szeptember 7—8—9-én Szekszárdon, a Babits Mihály Művelődési Központ színháztermében *kongresszust* rendez.

Témája:

Egyes endokrin betegségek modern pathológiai szemlélete.

Ennek keretében szeptember 7-én *hypophysis;* szeptember 8-án *thyreoidea;* szeptember 9-én *APUD tumorok* témanap, a főtémához nem tartozó előadásokkal együtt.

Szeptember 7., szerda, 9.00 óra

A kongresszus megnyitása, üdvözlések.

Megemlékezés *Buday Kálmán* halálának 120. évfordulójáról.

„Baló József emlékérme" átadása.

Szünet

Üléselnök: *prof. Lapis Károly.*

1. *Pásztor E.* (Budapest): A hypophysis adenomák kezelésének mai szemlélete.
2. *Slovik F., Lapis K., Bálint K., Gazsó L., Kordás M., Pásztor E.* (Budapest): Többféle hormont termelő hypophysis adenomák ultrastructuralis, immuncytochemiai és szövettenyésztéses vizsgálata.
3. *Bálint K., Slovik F., Gazsó L., Kordás M., Pásztor E.* (Budapest): Chromophob sejtes adenomák immuncytochemiai ultrastructuralis és szövettenyésztéses vizsgálata.
4. *Czakó L., Slovik F., Bálint K., Kordás M., Pásztor E.* (Budapest): Hormontermelő sejtek azonosítása

hypophysis adenoma tenyészetekben.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Jellinek Harry.*

5. *Kovács K.* (Toronto, Canada): Hypophysis-laesiók prolactinomában.

6. *Zentai Z., Bara D.* (Szeged): A hypophysis és mellékvesekéreg morphológiája myocardiális infarctusban elhaltakban.

7. *Józsa L., Réffy A., Szabó Á.* (Budapest): Hypophysis elváltozások koponyasérülteken (150/eset) klinikai-pathológiai elemzés.

8. *Csernus V., Székely J., Márton Z., Fekete Zs.* (Pécs): Steroid receptorok malignus human szövetekben.

9. *Görcs T., Liposits Zs., Németh Á.* (Pécs): Fény- és elektronmikroszkópos immunhistológiai módszer és annak pathológiai alkalmazása.

Discussio

14.00 óra

Üléselnök: *prof. Kelényi Gábor.*

10. *Banga I.* (Budapest): A vérben levő elastazok human pathológiai jelentősége.

11. *Mess B., Ruzsás Cs.* (Pécs): A thyreotropin releasing hormon (TRH) secretiójának szabályozása és a hormon visszahatása a központi idegrendszerre.

12. *Liposits Zs., Lázár Gy., Kovács M., Lengvári B., Vigh S., Schally A. V.* (Pécs): Corticotropin releasing factort (CRF) termelő idegi struktúrák fény- és elektronmikroszkópos immunhistológiai vizsgálata.

13. *Tóth I., Szabó D., Szalay K., Gyévai A., Farkas V.* (Budapest): Csecsemőkorban előforduló Cushing-syndromát és virilizmust okozó mellékvesekéreg adenoma és szövettenyészete functionalis morphológiája.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Gomba Szabolcs.*

14. *Mohácsy J., Kádár A.* (Budapest): Emlőtumorok cellularis oestrogen és progesteron receptorainak kimutatása immunfluorescens módszerrel.

15. *Surján L., Trethon A.* (Budapest): Ismételten felhasználható reagensek a pathológiai immunhistochemiában.

16. *Bak M.* (Budapest): A human bronchuscarcinoma xenograft növekedése, morphológiája és therapiás érzékenysége.

17. *Molnár P., Mórocz I., Tóth M.* (Debrecen): „Tumor-vér gát" agyi metastasisokban. Vizsgálatok kísérletes és human anyagon.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Lusztig Gábor.*

Ismertetésre és vitára bocsátott posterek.

1. *Szendrői M., Lapis K.* (Budapest): A fibronectin szerepe a primer és áttéti májrákok differenciáldiagnosisában.

2. *Demel Zs.* (Budapest): A térdízület porckárosodás SEM vizsgálata.

3. *Herczeg L., Mórocz I., Varga É.* (Debrecen): CO 60 besugárzást követ JG sejt morphológiai-változás vizsgálata egéren.

4. *Gomba Sz., Dezső B.* (Debrecen): Emberi cadaver-vese szöveti reninaktivitása a postmortalis autolysis függvényében.

5. *Keresztury S.* (Miskolc): Abscedáló granulomatosus mastitis.

6. *Nemes Z., Thomázy V.* (Debrecen): Tumorszerű calcinosis és tejalkali syndroma periarticularis elváltozásainak összehasonlító morphológiai vizsgálata.

7. *Bodrog I., Mohácsy J., Urai L.* (Budapest): Az érfal pathomorphológiája percután transluminalis angioplastica után.

8. *Török I., Deák G.* (Hódmezővásárhely): Toxicusan károsodott máj regeneratiója patkányban, partialisan hepatektomisált állatok sérumával történt kezelés után.

9. *Tóth V., Erényi Á., Vasi I., Szabó Zs.* (Győr): Endokrin szervek elsődleges tumorainak gyakorisága elhaltakban (1949—1982.).

10. *Erényi Á., Tóth V., Vasi I., Szabó Zs.* (Győr): Metastasisok gyakorisága endokrin szervekben sectiós anyagban (1949—1982).

Szeptember 8., csütörtök, 9.00 óra

Üléselnök: *prof. Sugár János.*

18. *Holczinger L.* (Budapest): A kórlefolyás megítélésének lehetőségei a pajzsmirigydaganatok szövettani diagnosztikájában.

19. *Mikó T.* (Debrecen): Malignitást utánzó pajzsmirigy-elváltozások.

20. *László F.* (Szeged): Malignus pajzsmirigydaganatok komplex kezelése.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Holczinger László.*

21. *Hársing J.* (Budapest): Az aspiratiós cytológia szerepe a pajzsmirigybetegségek diagnosztikájában.

22. *Mikó T.* (Debrecen): A pajzsmirigybetegségek gyorsfagyasztásos diagnosztikájának lehetőségei és korlátai.

23. *Gábor Zs.* (Budapest): A vékonytű aspiratiós cytológia szerepe a pajzsmirigybetegek komplex ellátásában.

24. *Bodó M.* (Budapest): Differenciáldiagnosztikai problémák a pajzsmirigy aspiratiós cytodiagnosztikájában.

25. *Péter I.* (Budapest): A pajzsmirigyrákok finomszerkezete.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Tanka Dezső.*

26. *Tóth K., Svastits E., Besznyák I., Daubner K., Bodó M.* (Budapest): A pajzsmirigy Hürthle-sejtes tumorai.

27. *Hollósi K., Kerényi T.* (Budapest): A pazsmirigy parafollicularis (C) sejtjeinek elektronmikroszkópos vizsgálata neurotraumatisalt patkányokban. A C-sejtek follicullus-sructura szerepének kérdése.

28. *Konrády A., Hollósi K.* (Budapest): A radiojód korai hatása a pajzsmirigy szöveti szerkezetére hyperthyreosis syndromában.

Discussio

14.00 óra

Üléselnök: *prof. Szende Béla.*

29. *Vass L.* (Pest megyei Flór Ferenc Kórház): Chromosoma törékenység vizsgálata Sipple-syndromában.

30. *Kaszás I., Surján L.* (Budapest): A pathológus feladatai a primer hyperparathyreoidismus differenciáldiagnosztikájában.

31. *Kapp P.* (Budapest): A pajzsmirigy működészavvarával járó kórkép tejelő tehenekben.

32. *Ferenczy M.-né* (Somogy megyei Kórház): Metastatisaló struma „benigna" esetek.

33. *Magyar É.* (Budapest): Paraneoplasticus syndroma.

34. *Degrell P., Kapui M.* (Miskolc): Allergiás granulomatosus angiitis (Churg—Strauss-syndroma).

Discussio — Szünet

Üléselnök: *Kádas István.*

35. *Gerő G.* (Budapest): A Brunner-mirigyek hyperplasiájának kliniko-pathológiája.

36. *Orbán I.* (Somogy megyei Kórház): Analgeticus nephropathiá és kőképződés összefüggései.

37. *Sebők J.* (Cegléd): Orvosi gondolkodás? BNO gondolkodás? Kórlapfejgondolkodás?

38. *Károlyi P.* (Szolnok): Hámatypiák cytophotomeriás vizsgálata vesicula seminalisban).

Discussio — Szünet

Üléselnök: *Szabó Zsolt.*

Ismertetésre és vitára bocsátott posterek.

11. *Sellyei M., Kardeván K.* (Budapest): Pajzsmirigy medullaris rákja és vastagbél adenocarcinoma együttes előfordulása.

12. *Scholz M., Fáber K., Fellinger É., Nyirő I., Mészáros I.* (Budapest): Pajzsmirigy-daganatok a mindennapi pathológiai gyakorlatban.

13. *Degrell P., Székely Cs., Petrássy K.* (Miskolc): Pajzsmirigy agenesia.

14. *Farkas K., Ceglédi F., Hargita M., Priger J.* (Szombathely): Medullaris pajzsmirigyrák és kétoldali phaeochromocytoma együttes előfordulása.

15. *Horváth O., Szabó Zs., Andréka B.* (Győr): A cytodiagnosztika értéke a pajzsmirigy „hideg-göbök" értékelésében.

16. *Karácsonyi M., Laczi F.* (Szeged): A pajzsmirigy aspiratiós cytológiai vizsgálata során szerzett tapasztalataink.

17. *Ludmány É.* (Szolnok): A pajzsmirigy praeoperatív cytológiai vizsgálata.

18. *Nagy P., Tenczer J., Szende B., Gráf F.* (Budapest): Hyperparathyreoidismus és agnogen myeloid metaplasia együttes előfordulása.

19. *Szemenyei K., Hirbec G., Lagrue G., Robert L., Robert A. M.* (Budapest, Créteil): FC Diabeteses mikroangiopathia bőrbiopsiás anyagban.

20. *Dezső B., Nemes Z.* (Debrecen): Mészmetastasisokat adó mellékpajzsmirigy-adenoma.

21. *Góth M., Kaszás I., Irsy G., Szabolcs I., Varga L., Szilágyi G.* (Budapest): Androgeneket termelő mellékvesekéreg-daganat műtéttel gyógyuló esete.

22. *Konyár É., Bajcsy I.* (Budapest): Brunner-mirigy adenoma elektronmikroszkópos vizsgálata.

23. *Szilágyi I.* (Budapest): Septicus és asepticus posttraumás csontnecrosis összehasonlító vizsgálata.

24. *Tátrai E., Ungváry Gy., Bácsy E., Gaál Gy.* (Budapest): Raktározási gócok kísérletes pneumokoniozisban.

25. *Ungvári Gy., Tátrai E., Kabai J.* (Budapest): Kémiai interakciók jelentősége a kongenitalis malformatiók etiológiájában.

Szeptember 9., péntek, 9.00 óra

Üléselnök: *prof. Kádár Anna.*

39. *Bajtai A.* (Budapest): Az APUD rendszer és daganatainak klinikai pathológiája. I.

40. *Szinay Gy., Hidvégi J., Tarján G.* (Budapest): Az APUD rendszer és daganatainak klinikai pathológiája. II.

41. *Szende B.* (Budapest): Apudoma eseteink.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Beregi Edit.*

42. *D. Stiller* (Halle-Wittenberg): Bronchiomer paragrangliomák ultrastructurájának vizsgálata (német nyelven).

43. *M. Ratzenhofer* (Graz): A diffus neuroendocrin rendszer és dagatai (német nyelven).

44. *G. Waldmann* (Jena): Cím nem érkezett.

45. *K. Krisch* (Bécs): Cím nem érkezett.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *prof. Ormos Jenő.*

46. *Tóth J.* (Budapest): Az emberi emlőmirigy APUD rendszerhez tartozó tumorai.

47. *Joós Á., Barabás T.* (Budapest): A duodenum endocrin sejtjei chronicus pancreatitisben és pancreas carcinomában.

48. *Solt J., Kádas I., Rauth J. S. R. Bloom, J. M. Polak, Németh Á., Horváth L.* (Pécs, London): A hormonmeghatározások szerepe a gyomor-apudoma diagnosisában és kezelésében.

49. *Németh Á.* (Pécs): Gastroduodenalis apudomák diagnosztikai problémái.

50. *Tóth T.* (Szolnok): Chemodectoma tympanicum.

Discussio — Szünet

Üléselnök: *Keresztury Sándor.*

Ismertetésre és vitára bocsátott posterek

26. *Lapis K.* (Budapest): Apudoma.

27. *Farkas K., Gagyi D.* (Szombathely): Újszülöttkori nesidoblastosis.

28. *Detre Z., Szinay Gy., Bálint A., Balázs M.* (Budapest): A pancreas apudomák diagnosztikája.

29. *Taróczy E., Schneider F., Hidvégi J.* (Budapest): A bélcsatorna carcinoid tumorai kliniko-pathologiai tanulmány.

30. *Vajda K., Nádor I.* (Budapest): Merkel-sejtes carcinoma ultrastructurája.

13.15 óra

Kongresszus bezárása.

Tájékoztató

Kongresszusi iroda: szeptember 6-án 16—22 óráig a Gemenc szálló halljában, illetve ugyanezen időben a Sió Motel halljában. September 7—8—9-én 8—16 óráig, a Művelődési Központ márványtermében.

Posterek elhelyezése a számozásnak megfelelően szeptember 7-én 8 órától a kiállítóteremben. A postervitát bevezeti a szerzői összefoglalás, időtartam 3 perc. *Hozzászólások időtartama* 3 perc. *Diapozitív* 5 × 5 cm, a diapozitíveket a szünetekben kérjük a vetítést végzőnek átadni.

POSTINOR

TABLETTA

OSSZETÉTEL: 0,75 mg d-norgestrelum-ot tartalmaz tablettánként.

HATÁS: A d-norgestrel 0,75 mg-os egyszeri adagban közvetlenül a közösülés után alkalmazva alkalmas a terhesség megelőzésére.

JAVALLAT: Orális fogamzásgátlás.

A készítmény csak ritkán, alkalomszerűen nemi életet élő nőknek tanácsolható. Általában a heti 1, havi 4 közösülési gyakoriság az alkalmazás felső határa. Ennél gyakoribb esetben már a kombinált fogamzásgátló tabletták rendszeres szedése a célszerűbb.

ELLENJAVALLAT: Májbetegség, az epeutak betegsége, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság. Pubertásban alkalmazása meggondolandó.

ADAGOLÁS: A coitust közvetlen követően, de feltétlenül egy órán belül kell bevenni 1 Postinor tablettát. Emlékeztetünk, hogy általában heti 1, havonta összesen 4 tabletta szedhető. 3 órán túl megismételt közösülés esetén: újabb 1 tabletta szedendő postcoitálisan. Halmozott coitus eseteiben az első aktust követően 1 tabletta, 3 óra elteltével és másnap újabb 1—1 tabletta alkalmazandó.

MELLÉKHATÁS: Hányinger és vérzés.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 db Postinor tabletta szedhető!

MEGJEGYZÉS: ✠ Rendelhetősége tekintetében a fogamzásgátló szerek vonatkozásában kiadott 23/1973. (Eü. K. 17.) EüM számú utasításban módosított szövegben foglaltak, valamint az Egészségügyi Minisztérium 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1.) számú Közleményében előírtakat kell figyelembe venni.

Csak vényre adható ki.

Egyszeri alkalommal 2—3 hónapra elegendő gyógyszermennyiség (10 db tabletta) rendelhető.

CSOMAGOLÁS: 10 db tabletta térítési díj: 2,— Ft.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

QH 2159

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(296)

Vas megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Szombathely, Berzsenyi tér 1. 9700) pályázatot hirdet — a Vas megyei Tanács Markuvoszky Kórház-Rendelőintézet I. Belgyógyászati osztályán áthelyezés folytán megüresedett 2103/A kulcsszámú **osztályvezető főorvosi állásra.**

Fizetés a 30/1980. (XII. 29.) MüM számú rendelet alapján, kulcsszámnak megfelelően.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás betöltésére 1984. január 1-vel kerülhet sor.

Pályázati határidő a megjelenéstől számított egy hónap.

Molnár László dr.
megyei főorvos

(297)

Vas megye Tanácsa V. B. Egészségügyi Osztályának vezetője (Szombathely, Berzsenyi tér 1. 9700) pályázatot hirdet — a Vas megyei Tanács Markusovszky Kórház Rendelőintézet Onkoradiológiai osztályán nyugdíjazás folytán megüresedett 2103/A kulcsszámú **osztályvezető főorvosi** állásra.

Fizetés a 30/1980. (XII. 29.) MüM számú rendelet alapján, kulcsszámnak megfelelően.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Az állás betöltésére 1984. január 1-én kerülhet sor.

Pályázati határidő a megjelenéstől számított egy hónap.

Molnár László dr.
megyei főorvos

(298)

A Fővárosi Tanács Újpesti Kórház Rendelőintézetének (Budapest, Nyár u. 103. 1045) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet 1 **anaesthesiológus szakorvosi** állásra.

Az állás elnyeréséhez szakorvosi képesítés vagy hosszabb gyakorlati idő szükséges.

Frekot Nándor dr.
főigazgató főorvos

(299)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Róbert Károly krt.-i Kórház-Rendelőintézethez tartozó Magyar Hajó és Darugyár Üzemi Szakorvosi Rendelőintézetében — nyugdíjazás folytán megüresedő — **üzemi főorvosi 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. (Eü. K. 15.) EüM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(300)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Róbert Károly krt.-i Kórház-Rendelőintézet Laboratóriumi Osztályán — nyugdíjazás folytán — megüresedő **osztályvezető főorvosi 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.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(301)

Budapest Főváros Tanácsa V. B. Egészségügyi Főosztály vezetője (Budapest V., Városház u. 9/11. 1840) pályázatot hirdet a Fővárosi Róbert Károly krt.-i Kórház-Rendelőintézet II. sz. Belgyógyászati Osztályán — nyugdíjazás folytán — megüresedő **osztályvezető főorvosi állásra.**

Képesítés és bérezés a 3/1977. (VIII. 19.) EüM—MüM együttes utasításban, valamint a 13/1975. sz. rendeletben foglaltak szerint.

A pályázati kérelmet a 19/1978. (Eü. K. 15.) EüM sz. utasításban meghatározott feltételekkel kérjük benyújtani.

A kinevezendő főorvos orvosi magángyakorlatot nem folytathat.

Varga Árpád dr.
fővárosi vezető főorvos

(303)

Tatabánya városi Tanács V. B. Egészségügyi osztály vezetője (Tatabánya, V., Felszabadulás tér 8.) pályázatot hirde 1 **főfoglalkozású üzemi főorvosi állásra.**

Az állás elfoglalásához belgyógyászati, vagy üzemorvosi szakvizsga és 5 éves szakmai gyakorlat szükséges.

Bérezés a 30/1980. (XII. 29.) EüM sz rendelet alapján, munkahelyi és vezetői pótlék, valamint évenkénti iparvidéki jutalom biztosított.

Az álláshoz megfelelő lakás rendelkezésre áll.

Papp Ferenc dr.
városi főorvos

(304)

Kiskunfélegyháza városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet rendelőintézetben megüresedett **szemész szakorvosi állásra.**

Bérezés: 30/1980. (XII. 29.) MüM rendelet alapján. Intézeten belüli másodállásra lehetőség van.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Pályázati határidő a megjelenéstől számított 30 nap.

Tóth Sándor dr.
igazgató főorvos

(305)

Komló Városi Tanács V. B. Kórház-Rendelőintézeti Egység igazgató főorvosa (Komló, Majális tér 1. 7301) pályázatot hirdet **egy ideggyógyász szakorvosi állásra.**

Az állás azonnal betölthető.

Lakást biztosítunk.

Illyés Tibor dr.
mb. igazgató főorvos

(306)

A Fővárosi Tanács Weil Emil Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (Bp., Uzsoki u. 29. 1145) pályázatot hirdet a Krónikus Belgyógyászati Osztályra **1 belgyógyász szakorvosi** állásra.

Az állás betöltésére szakvizsgával nem rendelkező, de több éves gyakorlattal bíró orvos is pályázhat.

Szendrényi János dr.
főigazgató főorvos

(307)

Dunaújvárosi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (Dunaújváros, Korányi S. u. 4—6.) pályázatot hirdet körzeti **gyermekorvosi** állásra a város területén.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően.

Pályázatot hirdet továbbá a kórházi RTG-osztályon orvosi állásra. Megfelelő szakmai képzettség esetén másodfőorvosi kinevezés lehetséges.

Az álláshoz lakást biztosítunk.

Illetmény kulcsszámnak megfelelően.

Csák Endre dr.
Kórház-Rendelőintézet
igazgató főorvos

(308)

A Komárom Megyei Tanács II. sz. Kórház-Rendelőintézet (Kisbér, Szabadság park 6. 2870) igazgató főorvosa pályázatot hirdet:

2 fő belgyógyász csop. vez. főorvosi állás betöltésére.

Bérezés 30/1980. (XII. 29.) MüM. sz. rendelet alapján.

Szolgálati lakást megbeszélés alapján biztosít az intézet.

Lux Árpád dr.
kórházigazgató főorvos

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 600,— Ft, negyedévre 150,— Ft, egyes szám ára 12,— Ft
83.1866 Tipografika Athenaeum Nyomda, Budapest — Íves magasnyomás — Felelős vezető: Szlávik András vezérigazgató
ISSN 0030—6002 • INDEX: 25 674