ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
KÁROLYI GYÖRGY DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

130. ÉVFOLYAM

*

14. SZÁM

*

1989. ÁPRILIS 2.

TARTALOMJEGYZÉK

Magyar Kálmán dr.:
Jövőnk záloga az oktatás 707

Laczay András dr.:
A szív- érrendszeri radiológia fejlődéstörténetéről 709

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Nagy Ferenc dr., Mohácsi Gábor dr. és Varró Vince dr.:
Gastrointestinalis lokalizációjú mycobakteriosis három esete. 717

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Balázs Károly dr., Barcs István dr. és Bognár Szilárd dr.:
Kórházi intenzív osztályon izolált Gram-negatív kórokozók antibiotikum rezisztenciájának alakulása 725

KAZUISZTIKA

Szentgyörgyi Ervin dr., Kondás József dr., Szőke Domokos dr., Siklós Pál dr. és Szarvas Zoltán dr.:
Ismételt spontán vetélést okozó méh — hólyag sipoly 731

Pap Ilona dr., Kertész István dr. és Sági István dr.:
Öngyilkossági kísérlet Verapamillal 735

HORUS

I. (Szent) István király geneológiája 737

Kovács Sebestyén Endre — az orr-gégészeti sebészet hazai úttörője 738

Folyóiratreferátumok 743

Könyvismertetés 755

Szoc. és Eü. Min. tájékoztatója 757

Hírek 759

Pályázati hirdetmények 760

ELMÉLETI TÖMD KÖZOS

Cavinton® tabletta

OSSZETETEL

1 tabletta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATAS

A Cavinton javítja az agyi perfusiót és ezáltal az agy oxigénellátását.

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) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLAS

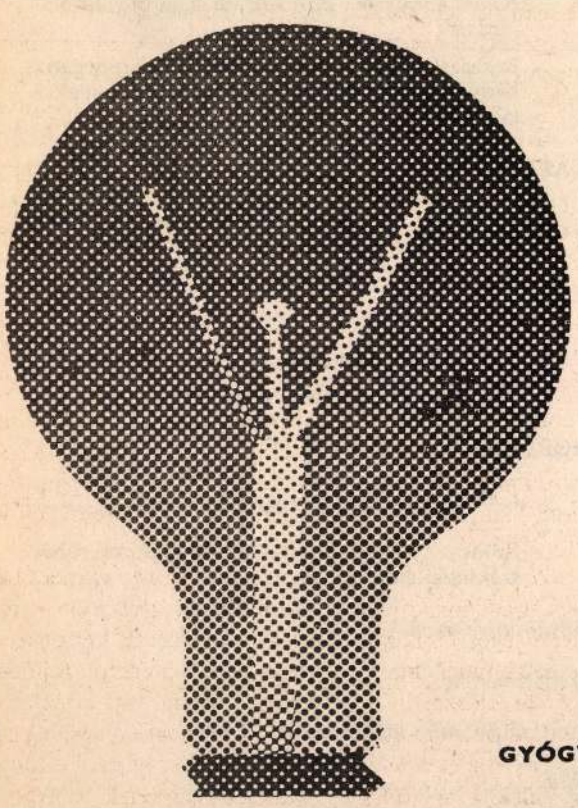
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATAS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATAS

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő.



RG

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

Jövőnk záloga az oktatás

Az Orvosi Hetilap szép hagyománya, hogy minden évben megemlékezik hazánk felszabadulásának évfordulójáról. Abban is tradicionális a lap, hogy ilyenkor a visszaemlékezésen túl, a magyar egészségügy egy-egy területét elemzik a szerzők, a jövőre irányuló kitekintéssel. Én is ezt az utat követem.

A mai értékeket is kikezdő világunkban az orvos-oktatásról szeretnék írni a korábbi megemlékezéseknél talán kevesebb ünnepélyességgel. Ezt nem a kiüzdött értékek hiánya indokolja, hanem megengedi a negyvennegyedik — nem kerek — évforduló. Kötelez is egyben, hiszen hazánkat most is, mint 1945-ben útkeresés jellemzi. Múltat elemző, jövőt kereső szándékokkal van teli társadalmunk, egyben hit és hitetlenség kíséri napjaink válságos időszakát. Az orvos-oktatás, mint téma biztosan időtálló ha érvelésem nem is lesz, hiszen nem is lehet hibátlan.

Az egészségügy költségvetésből él és közhely, hogy támogatása a szintentartáshoz sem elégséges. Ha megszűnőben is van az a felfogás, hogy az ágazatnak még szégyenkeznie is kell a támogatottságáért, az ország objektíven nehéz gazdasági állapota hamarosan nem teszi lehetővé a számottevően nagyobb részesedést. Ebben a helyzetben az oktatás az a viszonylag legkisebb befektetést igénylő terület, ami a jövő szempontjából a legjobban megtérül.

Hazánkban a felsőoktatásra érett korosztály mintegy 12%-a vesz részt felsőfokú képzésben, ugyanakkor ez az arány a fejlett tőkés országokban 20—25%. Ennek megfelelően a diplomások aránya is alacsony az országban, még úgy is, hogy az esti és a levelező tagozatokon szerzett diplomákat — szerencsére az orvosi szakmában nincs ilyen — egyenjogosítjuk a nappali tagozaton szerzettekkel. Ezért is elkerülhetetlen, hogy lényegesen növeljük a felsőfokú képzés volumenét és ezzel párhuzamosan az oktatás színvonalát.

Az orvosképzés annyiban is eltér a felsőoktatás általános paramétereitől, hogy nem szabad növelni, sőt csökkenteni kell a beiskolázott hallgatók számát, hiszen a magyar egészségügy színvonalát ez már nem javítaná. Ugyanakkor korántsem lehetünk elégedettek a képzés minőségével, színvonalával. Sokszor rutinból deklaráljuk, hogy egyetemeinken az elméleti képzés kiemelkedő, csak hallgatóink gyakorlati tudása marad el a fejlett világ átlagától. A megállapításnak van igazságtartalma. Az is erre vall, hogy valamennyi orvosegyetemünkön jelentős számban tanulnak valutáért idegen és magyar nyelven külföldi hallgatók jelezvén, hogy oktatásunknak még van konvertibilis értéke, eladható a nemzetközi piacon. Ha nem is szabad lebecsülni a külföldi oktatás viszonyítási értékét, mégsincs okunk a megelégedésre. A külföldiek azért is választanak minket, mert egy elfogadható oktatási színvonalért az ár megfizethető és hazánk társadalmi, politikai nyitottsága is jobban megfelel az igényeiknek.

A magyar orvos-oktatás jelentős korszerűsítésre és reformra is szorul. Képzésünk elmúló félben ugyan, de még magán viseli a porosz-iskola hagyományait, mely magasszintű elméleti előadásokon, betegbemutatásokon és szigorú, viszonylag kötetlen számonkérésen alapult. Ma már azonban sokkal inkább a tömegoktatás kritériumai jellemzőek, ahol az előadás — még ha jó is — nem találja a helyét. Csak a leírt anyag kérhető számon az előre kiadott kérdések alapján. Praktikusan csak a gyakorlatokon kötelező a megjelenés és merev szabályok kötik, — sokszor irracionálisan — a vizsgák letételének időpontját. Vannak jelei oktatásunkban az angolszász képzési szisztémának is. Ez érthető, hiszen a fiatal és a középidős oktatóink közül sokan éveket töltöttek angol nyelvterületeken. Ők erőltetik az angolszász módszert, aminek jellemzője a nagyobb oktatási szabadság és a magas szintű technikalizáció, de a technikai feltételek nélkül. Reformnak tartom és nem korszerűsítésnek a lehetséges módszerek közötti választást oktatásunkban.

A porosz, vagy a tömegoktatás szovjet módszere olcsóbb lenne, csakhogy választási lehetőségünk látszólagos. A világ ugyanis az eredmények alapján már döntött abban, hogy a technika lehetőségeit fel kell használni a tanításban, a tanulásban és a számonkérésben egyaránt. Ezen a téren sok a pótolni valónk. Viszonylag nagy az anyagi ráfordítás igénye, de még így is biztosan a leghatékonyabb befektetés, amit erre költünk. Felsorolhatatlan a technika modern vívmányainak a már ma is meglévő eszköztára az oktatásban, a lehetőségei pedig beláthatatlanok. Ezért, ha nem is kell és nem is szabad minden elemében utánozni az angolszász képzést (pl. jó lenne megtartani, sőt növelni a hallgatók és oktatók személyes kontaktusát), a technika nyújtotta lehetőségektől mi sem foszthatjuk meg magunkat.

A képzés korszerűsítése terén is bőven van teendőnk. A tananyag számos részét el kellene hagyni és a legkorszerűbbre cserélni. Abba kell hagyni az órákért folyó presztízsharcot, amin végül minden tantárgyi korszerűsítési törekvés megtörik. Tudomásul kell venni, hogy az önálló munkavégzésre képes orvost már régen 10 év alatt képezzük, hiszen szinte mindenki szakvizsgát is szerez a végzés után. Ezért meg kell határozni az alap és szakképzés racionális arányát és nem kívánni majdnem lehetetlent a neurotikussá tett hallgatóinktól. Ez nem a színvonal feladását jelenti, hiszen nem szabad kiindulni azokból a hallgatókból, akik utóvizsgázva, kettes érdemjegyet megcélozva végzik el az egyetemet. Szerencsére nem sok az ilyen, igaz több az elviselhetőnél. Tarthatatlan, hogy a szakvizsga anyaga zömmel azonos a medikus tankönyvvel. Nem a tanított, hanem a rögzült és alkalmazható ismereteknek van valós értékük.

A szakvizsga általános megszerzése arra is módot ad, hogy graduális szinten ne túlozzuk el a gyakorlati képzés jelentőségét. Csak a túlzásról kell lemondani, hiszen a medicina zömmel empirikus tudomány. Történelmi fejlődése során is először gyakorlat volt és ebből vált elméletivé. Megkockáztatom, hogy korábbi felfogásunk alapján a gyakorlati ismeretek túlhangsúlyozásával a célt nem értük el, ugyanakkor sikerült az elméleti ismeretek színvonalcsökkenését kierőltetni.

Az órákért folyó harc azt is megakadályozza, hogy új szaktárgyak kerüljenek a tantervbe. Nincsen például szervezett klinikai farmakológiai képzésünk és emiatt rendkívül alacsony szintű orvosaink objektív tudása a gyógyszerhatásról. Ahelyett, hogy pótolnánk a képzés hiányosságait, egy-egy ügy kapcsán rácsodálkozunk, hogy több száz orvos minden adminisztratív tilalom ellenére, a hiteles kritériumok minimumát sem teljesítő anyaggal kezel betegeket, a bizonyítottan hatásos terápiás eljárás helyett. Egy-egy ügy lecseng, de nem tudjuk elejét venni újabbaknak, míg nem pótoljuk a képzés hiányosságait. Ehelyett veszélyeztetjük a beteget és nemkívánatos színben tüntetjük fel a világ előtt a gyógyszerkutatás terén kiérdemelt tradicionális eredményeinket. De van pótolnivalónk az immunológia oktatása terén is, ami nélkül nem lehet ma modern terápiás gyakorlat. Egyedüliek vagyunk lassan abban is, hogy az aneszteziológiának és az intenzív terápiának sincsen szervezett oktatása az egyetemeinken.

A medikusképzés már ma sem az, de a jövőben még kevésbé lehet csak az egyetem ügye. Az eddiginél szélesebb körben és szervezettebben kell bekapcsolni az oktatásba a legszínvonalasabb kórházi osztályokat. A szervezettség szempontjából az lenne célszerű ha egy-egy egyetemünkhöz közeli nagy kórház (teaching hospital) segíthetné az oktatást. Ez azonban csak ehhez a koncepcióhoz adaptált káderpolitikával és anyagi támogatással lenne megvalósítható.

Szegénységünk nagy fényűzése az is, hogy nem integráltuk az oktatásba az Akadémiának az egyetemnél jobban felszerelt és legtöbbször egyetemen nevelkedett szakember gárdával rendelkező intézményeit. Ez is gazdagítja a bepótolandó teendőink listáját.

A külső intézmények bevonása már önmagában is szélesítené az oktatás igényelt nagyobb tartalmi demokratizmusát. Elképzelhetetlen ugyanis, hogy a jövőben ne legyen az oktatásnak nagyobb társadalmi kontrollja, ne érvényesüljön jobban a „megrendelő" igénye a „végtermékben". Talán a most szerveződő Orvosi Kamara keretét adhatja ennek a tevékenységnek. Ez nem sérti az egyetemek autonómiáját és főleg nem csökkenti a felelősségét.

Teljesítmény-centrikus világunkban, mely a jövőben a mainál jobban el kell, hogy viselje az egyenlőtlenségeket, egyre inkább lehetőségünk lesz arra — szükségünk már régebbi keletű —, hogy a képességek, a tehetségek szabad kibontakozását ne gátolja az egyetem. Növelnünk kell az oktatás szabadságfokát azok számára, akiknek tehetségéből, ambíciójából több telik az átlagosnál. A tehetséget nem támogatni kell, hanem hagyni a kibontakozását, mert a tehetséget nem „kinevezik", hanem annak bizonyul. Az egyetem abban segíthet, hogy nem kényszeríti rájuk az átlag számára nélkülözhetetlen tanulmányi módszereket. Sok szemléleti gátja volt és van még ma is az ilyen képzésnek. Sok kezdeményezésre van még szükség és kudarcokkal is számolni kell, amíg megvalósul a képességek kibontakozásának szabad, de mindig göröngyös útja.

A képzés sikeréhez elengedhetetlen az oktatott és az oktató érdekeltsége közös tevékenységünkben. Meggyőződésem, hogy hallgatóink és oktatóink potenciálisan képesek a magasabb színvonal elérése. A felvételi rendszer sok hibája ellenére is biztosította, hogy az egyetemre ifjúságunk legtehetségesebbjei jussanak be és oktatóink képességével sincs baj. Az érdekeltség azonban mindkét oldalon hiánycikk. Az elhelyezkedésnél ugyanis a fiatal diplomástól sajnos gyakran nem a tanulmányi eredményt kérik számon. Az oktatók vezérkara is rangjánál fogva sokszor érez felmentettséget pl. a gyakorlatok megtartása alól. Emiatt nem ritka, hogy a friss diplomás oktat autodidaktaként, „vak vezet világtalant" módján és nem a saját szándékából. Az oktatói tevékenység megbecsülése terén bőven van tennivaló. Nem a fizetés az egyetlen korrigálandó tényező, vannak szemléleti problémák is. Előfordul, hogy egzisztenciális zavarba kerül egy-egy legendáshírű jó oktató pl. minősítés híján.

Az oktatás a jövőnk záloga. Csak ezen keresztül őrizhetjük meg európaiságunkat. Bár ehhez is pénz szükséges, de kevesebb kell, mint a gyógyítás és kutatás lépéstartásához. A pénzen kívül rend és nyugalom is kell ahhoz, hogy a „kolostorok csendjéből kinőtt" egyetemek alkotó kedve megmaradjon, hogy értékeit megőrizve és meghaladva öntörvényei alapján fejlődjön tovább az orvos-oktatás.

Magyar Kálmán dr.

Ha országunk egészségügyi hálózatában egy esztendő alatt az orvos—beteg-találkozások száma a 140-150 milliót éri el, akkor ez a szám világosan mutatja az egészségügyben folyó tevékenység azon tendenciáit, amelyek az említett szörnyű számhoz elvezettek. Ilyen számarányhoz csak olyképpen lehet eljutni, hogy az „egészségügy futószalagrendszerében", a „konfekcionált egészségügyben" mi orvosok minden ésszerűségi, gazdaságossági szempontot figyelmen kívül hagyó módon mozgatjuk a betegeket, egészségügyi dolgozók és betegek kárára egyaránt. A betegek e szervezetlen mozgása mögött a pazarlás olyan mérve húzódik meg, amelyet csak milliárd forintnyi nagyságrendben lehet kifejezni. A felelősség alól kitérve mozgatjuk a betegeket a területi ellátás szintjéből az országos intézetek irányába, mozgatjuk a betegeket a vertikális tengely hierarchiájának szintjein.

(Orv. Hetil. 1979, 120, 2967.)

Laczay András dr.,

A szív- érrendszeri radiológia fejlődéstörténetéről

Hollós József Kórház-Rendelőintézet Radiológiai Osztálya, Kecskemét

Az Orvosi Hetilap újraindulásának 40. évfordulójára, a szerkesztőség felkérésére írt tanulmány

A szerző rövid áttekintést ad a szív- érrendszeri radiológia fejlődésének történetéről. Ismerteti az angiographia és angiocardiographia röntgentechnikai, orvostechnikai és kontrasztanyag-kémiai tényezőinek kialakulását és fejlődését Röntgentől napjainkig, majd áttekinti a szív- és érrendszer radiológiai diagnosztikájában alkalmazható újabb eljárásokat mint a computer tomographia, az ultrasonographia és a mágnesrezonanciás rétegvizsgálat.

History of the cardiovascular radiology. A brief review is given about the history and development of the cardiovascular radiology from the discovery of the X-rays to the color-duplex sonography and magnetic resonance imaging in our days. X-ray technical, medical, chemical aspects and the more recently developed methods as computed tomography, ultrasonography and magnetic resonance imaging are separately discussed.

Az orvostudomány történetéből könyvtárnyi regényt lehetne írni. Nem kivétel ez alól a szív- és érrendszer radiológiája sem. Ennek fejlődéséről igyekszem a következőkben vázlatos áttekintést adni a részletesség vagy a teljességre való törekvés minden igénye nélkül. A szív- érrendszeri radiológia hagyományos módszere, az angiographia és angiocardiographia kialakulásának feltételeit három nagy csoportba soroltam. Eszerint beszélhetünk röntgentechnikai, orvostechnikai és kontrasztanyag-kémiai feltételekről.

A röntgentechnikai tényezők

Ebben a csoportban tekintjük át mindazon technikai tényezőket, melyek szükségesek ahhoz, hogy megfelelő röntgensugárforrás birtokában jó minőségű gyorssorozat felvételeket lehessen készíteni a célszerűen kiválasztott vetületekben. Természetesen 1895 november 8-ig kell visszamennünk, amikor megszületett Röntgen világraszóló felfedezése. Ez önmagában egy regény, amit többen meg is írtak (26). Nagyon hamar rájöttek arra, hogy az egyszerű natív röntgenfelvételek is számos felvilágosítást adhatnak a szív és az erek állapotára vonatkozóan. Ezek eléggé közismertek (3). A röntgenológia hazai úttörői előtt kívánok tisztelegni, amikor kissé részletesebben említem meg a „hőskor" adatait. Ezen adatokat a néhai Ratkóczy professzor gyűjtötte össze, és az Országos Röntgen és Sugárfizikai Intézet kiadványában állnak ma is a radiológusok rendelkezésére (37).

Alexander Béla (1) 1903-ban az Orvosi Hetilapban „Röntgen képek"-ről írott munkájában említi, hogy azokon „a medenczében fekvő edények képe is látható". Ez az első, bár élettani viszonyok között megkérdőjelezhető említés erről a hazai radiológia történetében. *Engel és Lichtenberger* (7) arról számolt be 1910-ben ugyancsak az Orvosi Hetilapban, hogy a meszes femoralis és perifériás artériák a röntgenfelvételeken ábrázolódnak. Egyidejűleg *Fischer Ernő* (8) ír az Orvosi Hetilapban az elmeszesedett artériák röntgenképéről. 1912-ben *Révész Vidor* (30) a normális véredények röntgenábrázolásáról ír, melyek szerinte „nem túl vastag lágyrészben, jó puha lámpával" kimutathatók. A prioritás akkor is presztízskérdés volt, Alexander sietett is megjegyezni, hogy ő ezt már 1902-ben észlelte és erről külföldön beszámolt.

A szív röntgenábrázolásának lehetőségei is korán nyilvánvalóvá váltak. *Elischer és Engel* (5) 1907-ben az Orvosi Hetilapban két cikkben ismerteti az orthoradiographia módszerét, mellyel a szív valós méreteit lehet meghatározni. Kazuisztikai közlésként szerepel az Orvosi Hetilapban dextrocardia congenita (22) és situs inversus (23) röntgenvizsgálattal igazolt esete. *Elischer Gyula és Korányi Sándor* (6, 18) 1910-ben ismertetett egy általuk kidolgozott eljárást, mellyel a szívműködés tetszés szerinti fázisában tudtak teleröntgenogrammot készíteni. Felvételeiket már rövid, tizedmásodperces expozíciós idővel készítették, és az expozíciót a pulzusgörbével szinkronizálták. Ez a jelentős felfedezés feledésbe merült, és később a módszert újra feltalálták.

A „hőskor" pezsgését megakasztotta a világháború. Az utána következő korszak a kis lépések időszaka volt. Ekkor nálunk lényeges előrelépés alig történt a szív- érrendszer radiológiájában. Erre utal, hogy akkoriban a Magyar Röntgen Társaság ülésein ilyen témával nem foglalkoztak (4).

A mozgás, a dinamika rögzítésére irányuló törekvések egyik eredménye volt a hagyományos *röntgen-kymographia.* A beteg és a film közé elhelyezett mozgó ólomrács segítségével a kontúrmozgásokat rögzíteni lehetett a felvételeken. Ennek főként a szív és a nagyerek mozgásainak elemzésében volt jelentősége. Korszerűbb változata volt később az *elektrokymographia,* mely az egyes pontok mozgásának grafikus rögzítését tette lehetővé (2). Ezt is elsősorban a szív és nagyerek vizsgálatában alkalmazták.

A röntgengenerátorok és a röntgencsövek tökéletesítése lehetővé tette a kis expozíciós idők alkalmazását nagy testátmérők esetén is. A röntgencsövek terhelhetőségének javítása továbbá lehetőséget teremtett a felvételek egymás utáni gyors ismétlésére. Ebben szerepet játszott az anód alakjának, méreteinek, anyagának célirányos alakítása, a forgóanód és a kettős fókusz alkalmazása, majd a rácsve-

zérlés és a gyorsindítás bevezetése, a röntgencső hűtésének tökéletesítése.

Most már az lett a gond, hogyan lehet megoldani a gyors röntgen-fényképezéshez a nehézkes kazettákban lévő filmek megbízható továbbítását. Ezt kezdetben a kazettákkal együtt akarták megoldani, megjelentek a különféle kazettaváltók. Ezeknek azonban nagy volt a tehetetlensége, csak korlátozott számú felvétel készítésére voltak alkalmasak kis frekvenciával. A megoldást a kazetta mellőzése, a *lapfilmváltók* megalkotása hozta. Ezek teszik lehetővé nagyméretű filmek nagy sorozatban, kis időközökben való továbbítását a mindenkori kívánalmaknak megfelelően.

A második világháború utáni időszakban jelentek meg a *röntgen-képerősítők*. Ezzel született meg tulajdonképpen a korszerű *röntgen-kinematographia* lehetősége is. A képerősítő kimeneti optikájára adaptált mozgóképfelvevő segítségével hosszú filmszalagokon lehetett a vizsgált szervek mozgását rögzíteni. Később a képerősítőkhöz csatolt televíziós lánc tette a vizsgálatokat kényelmesebbé, egyben pedig ez volt az egyik feltétele a napjainkban folytatott angiographiás gyakorlatnak. Az egyidejűleg elterjedt mágneses képrögzítés további lehetőséget jelentett a mozgások elemzésére.

Ezzel nagyjából kialakult az a röntgentechnikai fegyvertár, ami szükséges a korszerűnek tekinthető angiographiához. Meg kell még említenünk a speciális befecskendező szerkezeteket, melyekkel a szükséges mennyiségű kontrasztanyag megfelelő sebességgel és nyomással juttatható be az érpályába. A további fejlődés iránya a speciális munkahelyek kialakítása, azok egyre kényelmesebbé, célszerűbbé alakítása. Így jöttek létre az egyre tökéletesebb angiographiás és angiocardiographiás munkahelyek. Ezek tökéletesítésében kapott helyet a számítógépes programvezérlés, a digitális technika alkalmazása. Napjainkban valósult meg ennek egyik csúcsteljesítményeként a *digitalis subtractiós angiographia*, mely viszonylag kevés kontrasztanyaggal, gyorsan, röntgenfilm felhasználása nélkül nyújt a zavaró háttér kiküszöbölésével jól áttekinthető érábrázolást egy adott érterületről (9).

Orvostechnikai tényezők

A szív és erek kontrasztos röntgenábrázolásához alapvetően szükséges a megfelelő kontrasztanyag bejuttatása az érpálya vizsgálandó szakaszába. Erre kezdetben direkt punkcióval próbálkoztak az érpálya megközelíthető szakaszain. Itt két nevet kell megjegyeznünk. Egyazon évben, 1929-ben vezette be *Moniz* portugál neurológus az arteria carotis direkt punkciójával végzett angiographiát és honfitársa, *Dos Santos* a lumbalis aortographia róla elnevezett, ma is használatos technikáját (13). Moniz éveken át intenzíven foglalkozott az angiographia megoldásával, a kontrasztanyag problémával. Kezdetben a halogénekben reménykedett, de ezekből kiábrándulva a thorium dioxidban vélte megtalálni a megfelelő kontrasztanyagot. Sikerült ugyan szép felvételeket készítenie, de a thorium a RES-ben tartósan tárolva radioaktivitása révén később rosszindulatú daganatok kialakulásához vezetett. Moniz 1949-ben Nobel-díjat kapott, de nem az angiographia terén végzett munkájáért, hanem a praefrontalis leukotomia műtétjének kidolgozásáért. A sors fintora, hogy ez a műtét azóta lekerült a napirendről, míg a percutan carotis angiographia ma is él.

A direkt punkciós technikát ma is alkalmazzuk a carotison és a lumbalis aortán kívüli érterületeken, mint a femoralis, brachialis arteriographia, a különböző venographiák (33). Ma már hátborzongató emléknek számít azonban az a törekvés, hogy a szív és a mellkasi nagyerek közvetlen punkciójával adjanak be kontrasztanyagot (36). Gondoljunk csak arra, hogy ajánlották a bal szívkamra kontraszttöltésére a szív közvetlen punkcióját is!

Az indirekt eljárások közül lassan már feledésbe merülő történelmi emlék a transossealis phlebographia. Használatos volt az alsó végtagon kívül egyéb területek, így a vena azygos és hemiazygos, a mammaria interna, a vertebralis plexusok, paravertebralis vénák ábrázolására. Indirekt angiographia volt lényegében a ma már mellőzött spleno-portographia is.

A nagy megoldást a katéteres angiographiás technika kidolgozása hozta meg. Ennek gyökerei *Forssmann* önkísérletéig nyúlnak vissza (10), aki 1929-ben kilencszer vezetett fel bal karjának felszínes vénáin keresztül katétert a saját szívébe. Ekkor már nem volt több alkalmas vénája. Kísérleteiről beszámolt főnökének, a nagyhírű mellkassebésznek, Sauerbruchnak. Tanácsát kérte, vajon milyen gyakorlati célra lehetne alkalmazni eljárását. A zord főnök közölte vele, hogy klinikája nem cirkusz, és nemcsak eltávolította Forssmant a klinikáról, hanem még további elhelyezkedése elé is akadályokat gördített. Mikor azután évtizedek múlva az utókor már tudta, mire is jó a „cirkuszi mutatvány", Forssmann már elfelejtett gyakorló orvos volt valahol a Rajna völgyében. Alaposan megkésve, 1956-ban kapott munkásságáért megosztott Nobel-díjat (13).

Megtörtént tehát az első nagy lépés. Katétert lehet vezetni büntetlenül az erekbe és a szívbe! Ezen a katéteren keresztül persze nemcsak vérmintákat lehet venni, hanem be is lehet fecskendezni a megfelelő kontrasztanyagot. A katétert azonban csak sebészileg lehet behelyezni az érbe, és ez komoly akadálya a széleskörű alkalmazásnak. Csaknem negyedszázadig kellett várni, amíg erre is megszületett a megoldás.

Sven-Ivar Seldinger svéd radiológus az 1950-es évek elején a Karolinska-kórházban dolgozott. Ekkor már rendelkezésre álltak a megfelelő kontrasztanyagok. Végezték a szívkatéterezést, de sebészi úton, az ér feltárásával. Seldinger eleinte azzal próbálkozott, hogy a katéter érközeli végébe oldalnyíláson át vezetett be tűt, azzal beszúrt az érbe, majd kihúzta a tűt és hosszú drótot tolt a katéterbe. Ettől a vezetődróttól várt segítséget a katéternek az érben való továbbjuttatásához. Így sem volt azonban kielégítő a dolog, hiszen a katéter a tű számára hagyott oldalnyílásnál elszakadhatott, a vezetődrót vége letörhetett. Hosszas töprengés után jött rá a megoldásra. Először a tűt kell beszúrni, azon keresztül feltolni a vezetődrótot, a tűt eltávolítani, majd a drótra ráhúzva a katétert az érbe felvezetni.

Ez az ötlet nyitotta meg a korszerű angiographia és az intervenciós radiológia korszakát. Ez már messze túlnőtt

1. táblázat: **Intervenciós radiológia**

1. Érrendszer

Módszer	*Javallat*	*Első alkalmazó*
gyógyszeres helyi vérzéscsillapítás	gyomor-bélrendszeri vérzések	Nussbaum, Baum 1963
tágítás, recanalisatio	érszűkületek érelzáródások	Dotter, Judkins 1964 Grüntzig 1974
tágítás* fibrinolysis	thromboembolia	Hess 1980
katéteres pulmonalis thrombectomia	friss tüdőembólia	Greenfield 1969
embolizálás	műtét előtt	Brooks 1930 Lalli 1971 Almgard 1971
	arteriovenosus sipoly	Edwards 1953
	aneurysmák	Djindjian 1973
	traumás vérzések	
	ductus Botalli	Porstmann, Wierny 1967
cava-filter	recidiv tüdőembólia	Mobin—Uddin 1967
sclerotizálás vagy embolizálás	varicocele nyelőcsővarixok	Jaccarino 1977 Lunderquist, Yang 1977
helyi katéteres chemotherapia	máj-, csonttumorok, metastasisok	Watkins 1960
helyi katéteres sugárkezelés	vesetumorok epeúti rákok	Lang 1971
intravasalis idegentest eltávolítása		Curry 1969

2. táblázat: **Intervenciós radiológia**

2. Epeutak

Módszer	*Javallat*	*Első alkalmazó*
percutan transhepatikus külső vagy belső drainage	elzáródásos sárgaság	Atkinson 1960 Molnar 1974
epeút prothesis palliativ vagy permanens	elzáródásos sárgaság	Burcharth 1978 Hoevels, Lunderquist 1978
katéteres kőeltávolítás Kehr-csövön át	műtét után bentmaradt kő	Mondet 1962

3. Vese és húgyutak

percutan cystapunctio és drainage	diagnosztikus therapiás	Thompson 1867 Ainsworth 1951
percutan nephro-pyelostomia	hydro-pyonephros	Goodwin 1955
percutan kőkihúzás vagy kőoldás	vesekövek	Suby 1943 Kohler 1962 Bissada 1974

3. táblázat: **Intervenciós radiológia**

Speciális diagnosztikai eljárások

A. Vénás mintavétel

Helye	*Javallata*	*Meghatározandó hormon*	*Első leíró*
vv. renales	renalis hypertonia	renin	Michelakis 1969
vv. suprarenales	mellékvesetumor	cortisol testosteron	Melby 1967 Blair, Reuter 1970
vv. gonadales	hirsutismus	androsteron	Faber 1978
nyaki vénák	hyperparathyreosis	parathormon	Reitz 1969
pancreas vénái	hormonaktív tumorok	insulin, gastrin, glucagon	Ingermansson, Lunderquist 1975

B. Tűbiopsia, célzott diagnosztikus vagy therapiás punctio

Célszerv	*Első leíró*
emlő	Martin, Ellis 1930
tüdő	Dalgren, Nordenström 1966
máj	Lundquist 1971
pancreas	Arnesjö 1972
vese	Lindblom 1952
nyirokcsomók	Göthlin 1976

a diagnosztika keretein. Hogy mi minden nőtt ki a Seldinger-technika talajából, azt érzékeltesse az 1—3 számú táblázat. Megjegyzem, hogy a táblázat korántsem teljes, a kérdéssel foglalkozók tudnának még hozzátenni.

A katéter-technika tökéletesedésének egyik diagnosztikai csúcsteljesítménye volt a selectív coronarographia, melyet *Sones* végzett 1958-ban (28). Ez napjainkban már a megfelelő központokban rutinmódszer, és nélkülözhetetlen alapfeltétele az ischemiás szívbetegség műtéti gyógyításának.

A következő lépést *Dotter* tette meg, aki 1964-ben kidolgozta a coaxialis katéterekkel végzett értágítás technikáját. Módszerét eredeti formájában ugyan nem sokáig alkalmazták, de lényegében ez a gondolat fejlődött tovább a percutan vesekőeltávolításig az urológiában. *Grüntzig* 1973-ban megalkotta az első használható ballonkatétereket, melyek átvették a coaxialis technika szerepét. A ballonkatétereket fokozatosan tökéletesítve egyre szélesebb körben alkalmazták. 1977-ben Grüntzig végezte el az első eredményes ballontágítást a szív koszorús erein. Gyorsan világhírre tett szert. Svájcból az USA-ba hívták, ahol osztályán napi 10—15 ballonkatéteres coronaria-tágítást végeztek. Ma már a ballonkatétereket nemcsak erek, hanem egyéb képletek tágítására is alkalmazzák hasonló módon, mint pl. az ureter, az epeutak, művi anastomosisok, nyelőcső szűkületei.

A röntgentechnikai és orvostechnikai fejlődés főbb állomásait foglalja össze vázlatosan a 4. táblázat.

4. táblázat: **A szív- és érrendszer radiológiája: az orvostechnikai és röntgentechnikai tényezők fejlődésének vázlata**

natív röntgenfelvétel és átvilágítás
röntgen- és elektrokymographia
direkt punkciós eljárások
indirekt punkciós eljárások
Forssmann 1929, Nobel díj 1956
Seldinger 1953
katétertechnika tökéletesítése
Dotter 1964 — Grüntzig 1973
nagyteljesítményű röntgengenerátorok
röntgencsövek tökéletesítése
kazettaváltók
lapfilmváltók
képerősítő
kinematographia
digitális subtractiós angiographia
angio-CT, serio-CT
echocardiographia
Doppler-sonographia, duplex-sonographia
színes duplex-sonographia
dinamikus izotópvizsgálatok
mágnesrezonanciás rétegvizsgálat

A kémiai tényező avagy a kontrasztanyag-kérdés

Alig két hónappal Röntgen felfedezését követően, 1896 januárjában már felvetődött az angiographia gondolata. *Haschek és Lindenthal* (26) amputált kéz ereit töltötték fel a sugárfogó Teichman-oldattal, és róla röntgenfelvételt készítettek. Ez volt a világon az első post mortem angiographia. Az ötlet megszületett tehát, de hosszú évtizedekig kellett várni, míg sikerült előállítani élő embernek veszélytelenül érbe befecskendezhető készítményeket.

A magyar származású *Lichtenberg Sándor,* neves berlini urológus vezette be az urológiai diagnosztikába a retrograd pyelographiát a kollargol alkalmazásával 1905-ben (20). Az ő neve érdekes módon került később összefüggésbe az intravascularis kontrasztanyagok történetével.

1923-ban a Mayo-klinika fiatal venerólogusa, *Osborne* (27) figyelte meg, hogy nagy adagú NaJ kezelés hatására a betegek vizelete sugárfogóvá válik, húgyhólyagjuk a röntgenképen jól ábrázolódik. Erre megindult a halogének mint lehetséges vascularis kontrasztanyagok kutatása, de ezek túl toxikusnak bizonyultak. A megoldás máshonnan jött.

Ehrlich példáján felbuzdulva két német vegyész, *Binz és Räth* (13) több mint 700 különböző pyridin vegyületet szintetizált és elemzett azzal a céllal, hogy hatékonyabb antibakterialis készítményeket találjon. Állatkísérletek során azt tapasztalták, hogy ezek egy csoportja, a 73 vegyületet tartalmazó „selectan" csoport tagjait nagy töménységben választja ki a máj és a vese. Ezeket átadták kipróbálásra klinikusoknak. Egyik vegyület, a selectan neutrale különösen alkalmasnak ígérkezett, ennek módosítása lett a későbbi Uroselectan.

Térjünk most vissza a már említett urológushoz, Lichtenberghez. Ő éveken át fáradozott a kiválasztásos urographia problémájának megoldásán. Végül 1928-ban elvesztette minden reményét és kijelentette, hogy az intravénás pyelographia elérhetetlen ábránd (13). Intézetében vendégként dolgozott egy fiatal amerikai orvos, *Moses Swick.* A sors különös tréfája, hogy míg Lichtenberg távol volt az Egyesült Államokban, Swick elvégezte emberen az első sikeres és tökéletes képminőségű kiválasztásos urographiát a Binz által rendelkezésére bocsátott Uroselectan nevű készítménnyel. (32). Ezt évtizedeken át tartó áldatlan prioritási vita követte Swick és Lichtenberg között. Nobeldíj nem lett a dologból, és Swick elégtételét végül a New York-i Orvosi Akadémia elismerése és kitüntetése hozta meg — 1965-ben!

Az Uroselectan természetesen nemcsak az első használható urographiás kontrasztanyag volt, hanem vele az angiographia kémiai feltétele is megvalósult. A további fejlődést két törekvés határozta meg, javítani az anyaggal elérhető képi kontrasztot és csökkenteni a veszélyességét. A pyridin-gyűrűt felváltotta a benzol-gyűrű. Kiderült, hogy ha ennek 1. pontján carboxyl csoport, 3. pontján amino-csoport van, akkor 3 jódatomot lehet bevinni a vegyületbe. Az amino csoport acetylálása jelentősen csökkentette a vegyület toxicitását. Így születtek meg a trijodált acetrizoátok 1952-ben. Ezekkel a ma élő radiológus generáció idősebbjei még dolgoztak. A C_5 helyre bevitt második acetyl-amino csoport a toxicitást tovább csökkentette. Ezek lettek a diatrizoát vegyületek, mint a közismert Urografin és Hypaque. Ez a típus napjainkban is a mindennapos munka kontrasztanyaga.

A következő lépést 1968-ban a svéd radiológus, *Torsten Almen* (38) tette meg. Ekkor történt először a kontrasztanyagok történelmében, hogy radiológus járult hozzá kémiai szerkezetük tökéletesítéséhez. Almen arra

gondolt, hogy a kontrasztanyagok kellemetlen mellékhatásainak létrejöttében nyilvánvalóan közrejátszik azok osmolaritása. Csökkentsük tehát az osmolaritást oly módon, hogy tegyük ionmentessé a kontrasztanyagokat, a carboxyl csoporton lévő Na^+ helyett építsünk be egy amidocsoportot. Így születtek meg a legkorszerűbbnek számító hyposmolaris, nem ionos kontrasztanyagok. Ezek számos előnyük mellett rendkívül drágák egyelőre, ezért széleskörű alkalmazásuk még a gazdag országokban sem valósítható meg ezideig (35).

A kontrasztanyag-fejlődés rövid áttekintésére szolgál a mellékelt 5. táblázat.

5. táblázat: **Az angiographiás kontrasztanyagok fejlődéstörténete**

1896 január: az első post mortem angiographia Teichman-oldattal (E. Haschek és O. Lindenthal)
1927: az uroselectan szintetizálása (A. Binz és C. Räth)
1929: az első kiválasztásos urographia (M. Swick, amerikai Hamburgban)
1929: carotis angiographia thorium dioxiddal (E. Moniz, Lisszabon)
1952: trijodált kontrasztanyag születése (Hoppe: Na-acetrizoát, a C_3 helyen acetylamino gyök)
1954: diatrizoátok: acetylamino gyök a C_5-re is (Urografin, Hypaque, Conray...)
1968: anosmolaris kontrasztanyagok: amido gyök a carboxyl helyén (Iohexol, Hexabrix, Jopamiro...)

Ez volt az út, amely a korszerű röntgen-angiographiához vezetett. Közben azonban egyéb új képalkotó eljárások is kialakultak, melyek ugyancsak komoly szerephez jutottak vagy fognak jutni a szív- és az érrendszer diagnosztikájában, részben feleslegessé is téve a hagyományos angiographiás eljárásokat.

Újabb eljárások

A *computer tomographia* natív képei is sok információt nyújtanak a szív és a nagy erek viszonyairól, a kontrasztanyag beadása után azonban információs tartalmuk jelentősen megnő (24). A CT technika tökéletesítése nyomán ma már nemcsak másodpercek, hanem ezredmásodpercek alatt is lehet felvételt készíteni. Lehetőség van keresztmetszeti gyors sorozatfelvételekre, melyen az adott érterület keringésdinamikai viszonyai tanulmányozhatók. Ez kihasználható a szív, a nagy erek és a perifériás érterületek diagnosztikájában, és sok vonatkozásban feleslegessé teheti az invazívabb, költségesebb és kellemetlenebb hagyományos angiographiát. Erre kitűnő példa a carotis angiographiák számának jelentős csökkenése a CT birtokában, de említhetném az aorta dissectio CT vizsgálatának jelentőségét is (12). Sajnos, hazánkban a CT ellátás széles körben még nincs biztosítva, ezért sok beteg kerül veszélyesebb, fájdalmasabb és költségesebb, sokszor kevesebbet mondó vizsgálatokra.

A másik új, előrevivő eljárás az *ultrahangtechnika.* Éppen csak utalok az echocardiographia jelentőségére a szív és a nagy erek vizsgálatában. Ez erősen beszűkíti az angiocardiographia javallati körét, és számos cardiovascularis kórkép gyors és biztonságos felismerését teszi lehetővé.

Az érrendszer területén az ultrahangvizsgálat szerepe akkor kezdődött igazán, amikor a Doppler-vizsgálat mellett megjelent a real-time technika. A real-time készülékek fokozatos tökéletesítése, megfelelő frekvenciájú és kiképzésű transducerek lehetővé tették az érpálya egyre több területének egyre jobb ábrázolását valós idejű mozgóképen. Érfali rendellenesség, kóros szűkület vagy elzáródás, tágulatok, thrombus és embólia, környezeti térfoglaló folyamatokhoz való viszony vált jól elemezhetővé. Következő lépés volt a real-time ábrázolásmód kombinálása a Doppler-technikával, az úgynevezett *duplex sonographia* (17). Ez egyidejűleg teszi lehetővé az alaktani és a funkcionális elemzést, és mennyiségi adatokat is szolgáltat a keringésdinamikára vonatkozólag.

Az ultrahangtechnika terén a legújabb és sokat ígérő lépés a *színes duplex sonographia* megjelenése (21, 25, 34). Ennek lényege, hogy az áramlás irányától függően más, kék vagy piros színnel ábrázolja a képernyőn a vizsgált szervben keringő vért. Így könnyen és gyorsan fel lehet ismerni nemcsak az alaktani rendellenességeket, hanem a kórosan megváltozott keringésviszonyokat, turbulenciákat, rendellenes irányú áramlást. A közeli jövőben nagy szerepet fog játszani a színes duplex sonographia a szív- és az érrendszer diagnosztikájában. A módszer elterjedésének egyetlen akadálya napjainkban a készülékek jelenlegi magas ára. Beszerzésük mellett azonban gazdasági érvek is szólnak a diagnosztikai teljesítőképességen túlmenően is, mert színes technikával a vizsgálat ideje lényegesen rövidebb, mint a „hagyományos" duplex sonographiával. Arról még korai elmélkedni, hogy milyen egyéb vizsgálatokat tud majd feleslegessé tenni a színes sonographia.

Szerepe van a szív- érrendszer radiológiai diagnosztikájában a *dinamikus izotópvizsgálatoknak* a centrális keringés és a periféria területén egyaránt. Általában érvényes, hogy az izotópmódszerek nem nyújtanak olyan részletes felvilágosítást az alaktani viszonyokról mint az egyéb radiológiai eljárások, de azokat értékes funkcionális adatokkal egészíthetik ki és bizonyos vonatkozásokban pontos mennyiségi meghatározásokra is lehetőséget biztosítanak. Ezek részletezése nélkül utalok e kérdésekkel foglalkozó hazai szerzőkre (11, 15, 16, 29).

Újabb ígéret a szív- érrendszer diagnosztikájában is a napjainkban gyakorlati eljárássá érett *mágnesrezonanciás rétegvizsgálat.* Az áramló folyadékok nem adnak mágneses rezonanciajeleket, ezért az átáramlott szívüregek és erek a MR képeken környezetüktől határozottan elkülöníthetően ábrázolódnak (19, 31). Ily módon a MR vizsgálat kontrasztanyag adása nélkül is képes a szív és az erek kórfolyamatainak megközelítésére. A CT-hez hasonlóan a MR kép is rétegábrázolás. Nagy előnye azonban a CT-vel szemben, hogy a tér három fő síkjában, sőt elvileg bármely tetszés szerinti síkban is képes ábrázolni a vizsgálandó képle-

teket. Ma már lehetőség van a technika tökéletesítése eredményeként rövid képfelvételi idővel sorozatfelvételek készítésére is a szívműködés fázisaival szinkronizáltan. Így a MR vizsgálat az echocardiographiához hasonlóan alaktani és működési adatokat képes szolgáltatni azzal a különbséggel, hogy a szívüregeken kívül környezetüket is ábrázolja. Felvilágosítást ad a szívizomzat állapotára, érzékeli a szíven belüli kóros áramlásokat is. A nagy erek területén jellemzi teljesítőképességét, hogy aneurysma dissecans aortae műtét előtti vizsgálatában is feleslegessé teheti az aortographiát (14).

Az éren belüli keringéslassulás, keringésleállás vagy alvadékképződés a mágneses rezonancia megváltozásával jár, így MR képen tanulmányozható. A keringés lelassulásának mértékében az adott területben rezonancia-jelek jelennek meg. Ezt olyan érzékenyen lehet kimutatni, hogy a systole és diastole közötti áramlási sebességkülönbség lehetőséget teremt mágnesrezonanciás subtractióra is. A systole szakában készített MR kép csak az áramlási sebesség függvényében tér el a diastolés képtől. Ezért egyikük megfordítása és a két kép egymásra másolása után a környezet elmosása mellett csak az érterület ábrázolása marad meg. Az eljárás a hagyományos fotótechnikai röntgen-subtractio alapelvein történik, de természetesen elektronikus módszerekkel. A mágnestér manipulálásával ma már az angiographiával szinte egyenértékű képeket tudnak készíteni egyes érterületekről, még a coronariákról is. Hogy ez milyen mértékben tudja majd átvenni a hagyományos angiographia szerepét egyes területeken, még nem ítélhető meg.

A mágnesrezonanciás képalkotásban kontrasztanyagként használhatók elvben mindazon paramágneses anyagok, melyek a vizsgált szervekbe juttatva azok rezonancia-tulajdonságait megváltoztatják. Erre a célra számos anyagot próbáltak ki. Legalkalmasabbnak a gadolinium-DTPA bizonyult, mely napjainkban vonul be a klinikai gyakorlatba. Jelentősége azonban nem annyira a szív-érrendszeri képletek, inkább a térfoglaló folyamatok diagnosztikájában látszik kibontakozni.

Ez volt röviden áttekintve az az út, amelyet a szív és érrendszer radiológiája megtett Röntgentől napjainkig. Szeretném remélni, hogy az említett eljárásokat mielőbb a legcélszerűbb módon tudjuk majd betegeink érdekében hasznosítani. És biztos, hogy nem értünk az út végére...

IRODALOM: 1. *Alexander B.:* Röntgen képek. Orv. Hetil. 1903. *47.* 688. — 2. *Bajza K., Henter L., Holbok S.:* Röntgentechnika. Műszaki Könyvkiadó, Budapest, 1966. — 3. *Berentey E. és mtsai:* A natív kardiológiai röntgenvizsgálat szerepe az ischemiás szívbetegségben. Rad. Közl. 1980. *3—4.* 221. — 4. *Bugyi B.:* A Magyar Röntgen Társaság történetéből. Rad. Közl. 1972. *2—3.* 125 — 5. *Elischer Gy., Engel K.:* Az orthoradiographiáról. Orv. Hetil. 1907. *51.* 573 és 592 — 6. *Elischer Gy.:* Az ép és beteg szívnek pillanat Röntgen-képei működésének különböző phasisaiban. Budapesti Orvosi Újság 1910. 930. — 7. *Engel K., Lichtenberger B.:* Sclerosisos ereket feltüntető Röntgen-képek. Orv. Hetil. 1910. *54.* 486. — 8. *Fischer E.:* Röntgenfelvételek elmeszesedett artériákról. Orv. Hetil. 1910. *54.* 684. — 9. *Foley, W. D., Milde, M. W.:* Intra-arterial digital subtraction angiography. Rad. Clin. North Am. 1985. *23.* 293. — 10. *Forssmann, W.:* Die Sondierung des rechten Herzens. Klin. Wschr. 1929. *8.* 2085. — 11. *Földes I.:* Az alsó végtag radiocirkulográfiája. Kandidátusi értekezés. 1981. — 12. *Graen J. és mtsai:* Angiographische und computertomographische Diagnostik von Aortenaneurysmen. Fortschr. Röntgenstr. 1981. *134.* 273. — 13. *Grainger R. G.:* Intravascular contrast media — the past, the present and the future. Brit. J. Radiol. 1982. *55.* 1. — 14. *Halm D. és mtsai:* Wertigkeit der Kernspintomographie in der Diagnostik thorakaler Aortenerkrankungen. Fortschr. Röntgenstr. 1988. *148.* 359. — 15. *Horváth M.:* Radioizotóp eljárások a kardiológiai diagnosztikában. Rad. Közl. Supplementum 1980. 29. — 16. *Istvánffy M.:* A myokardium radioizotópos vizsgálata. Rad. Közl. Supplementum 1980. 65. — 17. *Jäger K. és mtsai:* Duplex-Sonographie in der Gefässdiagnostik. Dtsch. med. Wschr. 1986. *111.* 1608. — 18. *Korányi S., Elischer Gy.:* A szív teleröntgenographiája működésének tetszés szerinti phasisaiban. Magyar Orvosi Archivum 1910. 303. 19. *Laczay A.:* A mágnesrezonanciás rétegvizsgálat jelen helyzete és kilátásai. Rad. Közl. 1987. *1—2.* 191. — 20. *Lichtenberg S.:* Cystographia és pyelographia. Orv. Hetil. 1907. *51.* 473 és 491. — 21. *Landwehr, P. és mtsai:* Farbdopplersonographie: Nicht invasive Möglichkeiten der morphologischen und funktionellen Gefässdiagnostik. Fortschr. Röntgenstr. 1988. *148* 1. — 22. *Mann, M.:* Dextrocardia congenita esete. Orv. Hetil. 1912. *56.* 1130. — 23. *Mayer L.:* Situs inversus esete Röntgen-képekkel. Orv. Hetil. 1912. *56.* 1082. — 24. *McLaughlin M. J. és mtsai:* Computed tomography in congenital anomalies of the aortic arch and great vessels. Radiology 1981. *138.* 399. — 25. *Middleton, W. D. és mtsai:* Color-flow Doppler imaging of carotid artery abnormalities. Amer. J. Roentgenol. 1988. *150.* 419. — 26. *Müller V.:* Ember, beléd látok. Helikon Kiadó, Budapest 1943. — 27. *Osborne, E. D. és mtsai:* Roentgenography of the urinary tract during excretion of sodium iodide. JAMA 1923. *8.* 2087. — 28. *Palik I.:* A coronarographiás vizsgálatokról. Rad. Közl. 1976. *4.* 346. — 29. *R. Halmágyi M.:* A centrális keringés izotóp vizsgálatának módszertana. Rad. Közl. Supplementum 1980. 45. — 30. *Révész V.:* Normális véredények röntgenképei. Budapesti Orvosi Újság 1912. 678. — 31. *Schultess, G. K., Higgins, C. B.:* Blood flow imaging with MR: spin-echo phenomena. Radiology 1985. *157.* 687. — 32. *Swick, M.:* Darstellung der Niere und Harnwege in Röntgenbild durch intravenöse Einbringung eines neuen Kontranststoffes: des Uroselectans. Klin. Wschr. 1929. *8.* 2087. — 33. *Than Z.:* Az alsó végtag vénái és a vena cava inferior röntgenvizsgálata. Rad. Közl. 1976. *2.* 142. — 34. *Vorwerk, D. és mtsai:* Farbkodierte Duplexsonographie (Angiodynographie) in der Beurteilung anteriovenöser Shunts. Fortschr. Röntgenstr. 1988. *148.* 265. — 35. *White, R. I., Halden, W. J.:* Liquid gold: low osmolality contrast media. Radiology 1986. *159.* 559. — 36. *Zsebők Z. B.:* Technic of roentgenologic investigations. Akadémiai Kiadó, Budapest 1969. — 37. *Ratkóczy N.:* A magyar röntgenológia első 17 évének bibliographiája. ORSI 1974. — 38. *Almen, T.:* Contrast agents design. Some aspects on the synthesis of water-soluble contrast agents of low osmolality. J. Theoret. Biol. 1969. *24.* 216.

(Laczay András dr. *Kecskemét*, Pf. 149. 6001)

„Nem kell mindent tudni az orvosnak, de azt pontosan tudnia kell, hogy mit nem tud."

Gert Carstenon

Nagy Ferenc dr.,
Mohácsi Gábor dr.
és Varró Vince dr.

Gastrointestinalis lokalizációjú mycobakteriosis három esete

Szent-Györgyi Albert Orvosudományi Egyetem, I. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Varró Vince dr.)

A szerzők három primer, a gastrointestinalis traktusra lokalizált mycobakterium infekcióról számolnak be. Áttekintik a gastrointestinalis traktus tuberkulózisának klinikumát és diagnosztikáját. Eseteik kapcsán elsősorban differenciál diagnosztikus problémákkal foglalkoznak, mivel mindhárom esetükben — a pozitív bakteriológiai eredmény hiányában is — a szöveti kép és az alkalmazott terápia (ex juvante) igazolták betegeik mycobaktérium infekcióját.

Mycobacteriosis of the gastrointestinal tract in three cases. The authors present three patients having primary micobacterial infections which involved the gastrointestinal tract. A short survey of the clinical features and the difficulties arriving at definitive diagnosis is given. They discuss the differential diagnostic problems in each case — without an unequivocal bacterial findings — on the basis of histologyc data and of therapeutic response which ultimately proved the mycobacterial nature of the infection.

Régóta ismert, hogy a tüdő primer tuberkulózisa a gastrointestinalis traktus megbetegedésével járhat együtt. Erre elsősorban azokban az esetekben kerülhet sor, melyekben a tüdő megbetegedése során nyílt kaverna alakul ki és a mycobaktériumok a köpet lenyelésével fertőzik az emésztőrendszert. A megbetegedésnek ez a formája ma már inkább a fejlődő országokban fordul elő. Hazánkban a friss tüdőtuberkulózis esetek száma rohamosan csökken, számunkra is váratlan volt az utóbbi években megjelenő három, primeren a gastrointestinalis traktusra lokalizálódó kórforma megjelenése. Ezeket az eseteket a felmerülő diagnosztikus és terápiás problémák miatt gondoltuk közlésre érdemesnek.

Esetismertetés

1. S. P. 15 éves fiú panaszai 1984 márciusában kezdődtek, hasi diszkomfort érzéssel, étkezések után jelentkező görcsös hasi fájdalmakkal, étvágytalansággal, időszakos hányingerrel, átmenetileg lazább székürítéssel, hőemelkedéssel. Pár hét alatt 5 kgot fogyott. Fizikális vizsgálattal halványabb bőr és nyálkahártyák, a köldök körül mérsékelt nyomásérzékenység. Tartósan subfebrilis, Ts.: 38 kg. Labor adataiból: vizelet negatív, We.: 41—19 mm/h, htr.: 39—48%, Hb.: 11,2—15 gr%, fvs.: 6000, Qualitatív vérképben 7%-os eosinophilia. Se. Fe.: 3,7, TVK.: 38,2 uM/l, összfehérje: 59,0 gr/l, albumin: 31,0, globulin frakciók: alfa 1:4,2, alfa 2:7,6, beta: 7,1, gamma: 9,3 gr/l, Quantitatív immun elfo: IgG: 850, IgA: 135, IgM: 98 mg%. Mantoux próba: anergiás. Széklet Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter tenyésztés, féregpete, protozoon vizsgálat negatív. Hét alkalommal gyomormosó folyadékot küldtünk mycobaktérium kimutatására. Celluláris immunstátus vizsgálata: T-ly: 68%, aktív-T-ly: 68%, B-ly: 18%, C3 pozitív sejt: 21%, lymphocyta transzformációs teszt (PHA-val) normális. Vas-, glucose-, keményítő és lactose terhelés: lapos görbe. D-xylose terhelés, triolein-olajsav felszívódás: normális érték. EKG, mellkas átvilágítás és felvétel, irrigoscopia, kamera renographia, iv. pyelographia, összehasonlító kéz és lábfelvétel: negatív eredményűek. Hasi UH vizsgálat: a mesenteriális gyök területén néhány megnagyobbodott nyirokcsomó. Oesophago-gastro-duodenoscopia: a nyelőcső foltosan hyperaemiás, a gyomorban az antrum nagygörbületi oldalán, 4—5 mm átmérőjű területen laposan elemelkedő, középen besüppedt, hyperaemiás nyálkahártya részlet. Szövettanilag: a nyelőcsőben oesophagitis granulomatosa, kis szakaszon kifekélyesedéssel. A corpusban és az antrumban is gastritis granulomatosa látható, többmagvú óriássejtekkel, epitheloid sejtekkel és lymphocytákkal, az egyik gócban centralisan kis necrosissal. Ziehl—Neelsen festés: negatív. Rectoscopia: az alsó 8 cm-es szakaszon fokozott vérbőség. Szövettanilag: proctitis granulomatosa. A granulómák kötőszövetes körülhatárolódást nem mutatnak, többmagvú óriássejtekből és epitheloid sejtekből épülnek fel, necrosis, vagy elsajtosodás nélkül. Gyomor rtg. és passage: A duodenum, a jejunum és az ileum redőzete durvább, szegmentáció, kisfokú flocculatio észlelhető. Májbiopszia: a megtartott szerkezetű májban kiscseppes zsíros degeneráció mellett enyhe fokú krónikus reaktív, nem-specifikus hepatitis jelei. Colonoscopia: a transversumban, a descendensben és a sigmában többhelyütt oedemás szélű, hyperaemiás centrumú, 2—3 mm nagyságú előboltosulások *(1. ábra)*. Szövettan: granulomatosus colitis, Langhans típusú óriássejtekkel, epitheloid sejtekkel, enyhe körülhatárolódással. Szemészet: ép szemfenék. Fül-orr-gégészet: negatív.

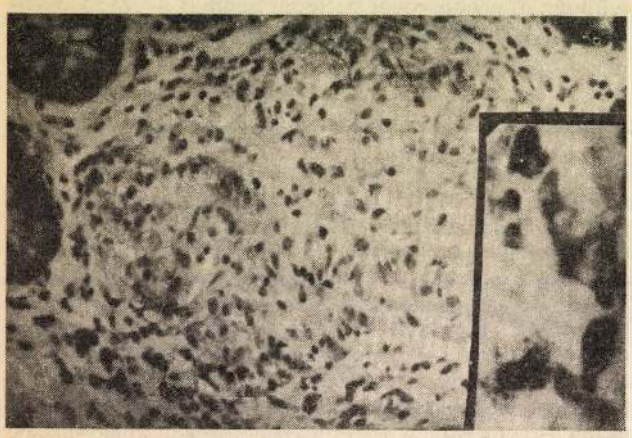
Vizsgálataink az egész nyelőcső-gyomor-béltraktusra kiterjedő granulomatosus gyulladást igazoltak, mely valószínűleg mycobakteriális infekció következménye. A laboratóriumi vizsgálatok részleges felszívódási zavarra és immundeficienciára utaltak. Tuberculostatikus (INH, Tubocin) és steroid (20 mg Prednisolon másnaponta) kezelésre a beteg panaszai mérséklődtek, hízott, kólikái ritkábban jelentkeztek, széklete inkább szorulásossá vált.

Két hónap múlva a laborvizsgálatok eredménye lényegében változatlan. Mellkas felvétel: negatív. Oesophago-gastro-duodenoscopia: a nyelőcső épnek látszik, egyebekben az endoscopos és a szövettani kép változatlan. Colonoscopia: az ileum nyálkahártyája a szokottnál sérülékenyebb, a Bauhin-billentyű mérsékelten oedemás, sérülékeny, rajta elvétve egy-egy apró hyperaemiás góc; a caecumban, a kúphoz közel 3 × 5 mm-es hyperaemiás terület, rajta két körülírt fekély; az ascendensben több-

Kulcszavak: tuberkulózis, primaer gastrointestinális



1. ábra: Utcakövezetszerű, helyenként polypoid, fekélyesedést is mutató nyálkahártya a colon ascendens területében.



2. ábra: Specifikus granolóma a vastagbél nyálkahártyában, epitheloid sejtekkel és Langhans típusú óriássejtekkel. (H. E. 280 × nagyítás).
Az insertben a saválló bacilusokat tartalmazó epitheloid sejtek látszanak. (Ziehl—Neesen festés, 800 × nagyítás)

helyütt apró gócos hyperaemiás területek, némelyik centrumában fekéllyel; a transversum közepén egy vaskosabb redő felszíne granulált, rajta egy 3—4 mm-es fibrines lepedékkel fedett fekély; a transversumban, a flexura lienalisban és a descendens felső harmadában a nyálkahártya többhelyütt foltosan hyperaemiás. A sigma és a rectum ép. Szövettanilag: colitis granulomatosa képe, a caecum kúpból vett mintában, az epitheloid sejtek cytoplasmájában saválló baktériumok tömege mutatható ki *(2. ábra)*.

1984 novemberének közepén a beteg panaszai megszűntek, a We., és a htr. érték normalizálódott, a szérum vas szint továbbra is alacsony (Fe.: 3,4 uM/l), májfunkciós próbái normálisak.

1985. január 14-én lázzal járó, felső légúti hurutja alakult ki, mely Doxycyclin adására gyorsan rendeződött, egyidejűleg a gátlószeres kezelést felfüggesztettük. Február elején ismét lázas lett, görcsös hasi fájdalmak jelentkeztek, fogyott. Ez felvetette az alapbetegség aktivizálódásának gyanúját. Gátlószeres kezelésre egy hét alatt láztalanná vált, panaszai megszűntek. 3 hónapos kezelés után a kontrollvizsgálatok májkárosodásra utaltak, ezért Tubocin helyett Pyrazinamidot adtunk (6 hónapig). A hét gyomormosó folyadékból egy pozitív eredményt kaptunk. A tenyésztés és tipizálás Mycobacterium chelonei törzset igazolt. Az eddigi gyógyszerei mellé Salazopyrint építettünk be. Ezt követően 3 kg-ot hízott, panaszai mérséklődtek.

1987 áprilisában a Tubocin szedését abbahagyta, mivel panasza nem volt. Oesophago-gastro-duodenoscopia: csak az antrum kis területén látszott kóros eltérés, mely szövettanilag továbbra is gastritis granulomatosa, kifejezett fibroblastos gyűrűképződéssel. Colonoscopia: a Bauhin-billentyűn mély, fibrines lepedékkel fedett, 0,5 × 1 cm-es fekélyek; a billentyű alatt, a caecum kúpban ép nyálkahártyával fedett karfiolszerű szövetszaporulat és változó nagyságú (0,5—0,2 cm-es), hyperaemiás szegéllyel övezett, felületes fekélyek. Szövettanilag: a Bauhin-billentyűn kifekélyesedő, ér- és sejtdús, nem specifikus sarjszövet látszott; a caecumból származó mintában egy helyen mutatkozott epitheloid sejtekből álló granulóma. Tekintettel arra, hogy a Tubocin korábban májkárosodást okozott, streptomycin kúra után Suralt rendeltünk.

1987 végén már csak hetente 2—3 alkalommal jelez múló, köldök körüli fájdalmat. Fizikális statusa negatív. Ts.: 58 kg. Labor adataiból: We.: 6 mm/h, htr.: 43%, hb.: 13,1 gr%, Se. Fe.: 8,6 uM/l, fibrinogen: 361 mg%, a Mantoux próba továbbra is anergiás. Oesophago-gastro-duodenoscopia: negatív. Szövettanilag: gastritis chronica superficialis.

2. N. L. 21 éves ffi panaszai 1983-ban kezdődtek, időszakos hasmenéssel, 1986-ban hasmenése állandósult, naponta 4—6 híg széklete volt, vér nélkül. Crohn-betegség gyanújával klinikánkra irányították.

Fizikális vizsgálattal lényeges kóros eltérés nem volt. Labor adataiból: vizelet negatív, We.: 51 mm/h, fvs.: 12 800, se. fibrinogen: 465 mg%, Fe.: 6,0 uM/l, TVK.: 34,4 uM/l, htr., hb., májfunkciók, összfehérje és frakciói, normális értékűek. Széklet Weber: neg. EKG.: 120/min fr S-tachycardia. Rectoscopia: negatív. Mellkas rtg.: negatív. Gyomor-vékonybél vizsgálat: a terminális ileum-kacs a Bauhin billentyűtől számított, kb. 4 cm-es szakaszon ceruzabélnyire beszűkült, a nyálkahártya ezen a szakaszon utcakövezetszerű. A vékonybél kacsok medialis irányba diszlokáltak, a radiológiai kép elsősorban Crohn-betegségnek felel meg, de a Stierlin-tünet pozitivitása miatt tbc sem vethető el. Gastroscopia: subacut erosiók az antrumban. Szövettan: mérsékelt idült gyulladás és foveoláris hyperplasia. Colonoscopia: a Bauhin-billentyű magasságában az ascendens lumene körkörösen gyulladásos, rajta fekélyek látszanak. A billentyű szájadéka merev, 5 mm-es nyílással nyílik a vékonybél felé. Előretolt kanállal biopsziát végeztünk az ileumból. Az ascendens középső részéig és a flexura hepatica területén változó nagyságú, ép környezetben elhelyezkedő, hyperaemiás szegéllyel övezett fekélyek vannak. Szövettan: az ileumban kifekélyesedéssel kísért, a caecumban enyhe, a Bauhin-billentyűn intenzív, a colon ascendensben kifekélyesedéssel kísért idült gyulladás, az utóbbiban specifikus granulómákkal, melyek egyikében centralisan gennysejtek is látszanak. Ultrahang vizsgálat: az alhas jobb oldalán a caecum várható területétől lateralisan transszonikus, kb. 3 × 4 cm-es terület körülírt folyadékgyülemre utal.

A vizsgálatok és a klinikai kép alapján a megbetegedést az ileumra és az ascendensre lokalizálódó granulomatosus (tuberkulózis?) gyulladásos folyamatnak tartottuk és INH, Tubocin, gátlószeres kezelést kezdtünk, Salazopyrin, steroid mellett. Pár hét alatt otthonában bal oldali mellkasi fájdalom, nehézlégzés és hőemelkedés lépett fel. Mellkas rtg.: pulmonalisan, parenchymás specifikus elváltozás nem látható. Mindkét dorsolateralis sinusban vékony pleurális folyadék van, a jobb oldali sinus részben kitapadt. Mellkasi folyadékból, köpetből, vizeletből, székletből Koch tenyésztés: negatív. We.: 35 mm/h. Hasi UH vizsgálat: szabad folyadék nem látszik. A colon ascendens mellett lateralisan, kis transszonikus, szerkezetes zóna van, mely szervülő maradványra utalhat. A beteg ismételt bentfekvése alatt gyógyszereit változatlanul szedte. Pleuritise felszívódott, panaszai 3 hét alatt megszűntek.

Ellenőrző vizsgálatokra 1987 október 1-jén vettük fel. Időnként szélgörcs-szerű, múló alhasi fájdalmakat érez. Az elmúlt időszakban hízott. Romló májfunkciók miatt a Tubocin szedést fél év után felfüggesztették. Fizikális státus: mérsékelt fokú nyomásérzékenység az ileocaecalis régiónak megfelelően. Labor adataiból: We.: 13 mm/h, alk. phosphatase 53 U/l, szérum vas: 8,9 uM/l. Lassú acetilátor. Mantoux próba: anergiás. Mellkas rtg.: kóros eltérés nincs. Colonoscopia: A Bauhin-billentyű környékén kifejezett szövetszaporulat, helyenként kisebb feké-

lyekkel, melyek csoportokat képeznek. A folyamat az ascendens középső szakaszáig tart. Szövettanilag a mintákban változó intenzitású idült gyulladás jelei láthatók. Ziehl—Neelsen festés negatív. Gyomor-vékonybél vizsgálat: az előző vizsgálattal egyező, de a Stierlin-tünet negatív. Hasi UH vizsgálat: a retroperitoneumban egy-két diszkréten megnagyobbodott nyirokcsomó, a terminális ileum fala körkörösen vastagabb.

Következő felvétele 1988 január 18-án történt, lényeges panasza nincs. A halványabb bőrön számos steroid acne és folliculitis figyelhető meg. Mellkas rtg.: kóros eltérés nincs. Hasi UH vizsgálat: a máj mérsékelten nagyobb, struktúrájában diffuse apró gócos, 2—3 mm-es fokozott reflexiós szerkezeti eltérések látszanak. Kóros labor leletei: We.: 25 mm/h, alk. phosphatase: 68,8—46,4 U/l, szérum Fe: 9,9, TVK.: 56,3 uM/l, összfehérje: 82 g/l, albumin: 44,3, globulin frakciók: alfa 1: 5,2, alfa 2: 8,4, beta: 8,4, gamma: 16,2 g/l, fibrinogen: 499 mg%. Colonoscopia: A caecumban és az ascendensben korábban leírt eltérés változatlan. Szövettanilag: a caecumban kifekélyesedett, nem specifikus granulációs szövet, az ascendensben pedig granulomatosus elváltozás, a lamina propriában epitheloid sejtek csoportjával. A májkárosodás miatt gyógyszerei közül az INH-t kihagytuk, e helyett streptomycin kúrát kapott és Sural adását kezdtük meg.

3. T. I. 29 éves ffi beteget 1987. 04. 08-án vettük fel colitis ulcerosa gyanújával. Az év márciusában kezdődtek panaszai hasmenéssel, lázzal, hasi fájdalommal. Sebészeti osztályon az appendicitist kizárták. Néhány hét múlva székletével 3—4 napon át nagymennyiségű vért ürített, láza 38 °C-ra emelkedett, hasi fájdalma volt, többször hányt. Szája száraz volt, sok folyadékot fogyasztott, kb. 5 kg-ot fogyott. Fizikális vizsgálattal az astheniás, sovány (42,5 kg súlyú) beteg nyálkahártyái és bőre halványabb. A köldök körül és az alhas mindkét oldalán mérsékelt nyomásérzékenység. Rectalis vizsgálattal kóros nem tapintható. Kezdetben 38 °C-ig emelkedő láz, majd subfebrilis, ill. láztalan. Labor adataiból: We.: 38 mm/h, fvs.: 13400—5800, cholesterin: 2,6 mmol/l, összfehérje: 56 g/l, alb.: 29,5, globulin frakciók: alfa 1: 4,4, alfa 2: 6,1, béta: 7,7, gamma 8,3 gr/l, se Fe.: 7,4, TVK.: 32,4 uM/l, nem specifikus AST: 560 E. Széklet Weber: ++. a tenyésztések (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, protozoon) negatív eredményűek voltak.

Mellkas rtg.: kóros eltérés nincs. Rectoscopia: negatív. Colonoscopia (a sigma — descendens határig): a sigma oralis részén 2—5 mm nagyságú körkörös, részben aphtoid, máshol inkább girlandos és hosszanti (mintegy 5—10 mm-es) fekélyek látszanak, ép környezetben; számuk aboralisan csökken. Szövettanilag: colitis granulomatosa képe, az egyik mintában specifikus granulómával, melyben egy többmagvú Langhans-típusú óriássejt és kevés epitheloid sejt látható. Az utóbbiakban Ziehl—Neelsen festéssel saválló baktériumok tömege mutatható ki. Oesophago-gastro-duodenoscopia: A nyelőcső alsó 3 cm-es szakasza hyperaemiás, sérülékeny, a gyomor nyálkahártyája vérbő. Szemészet: teltebb vénák, enyhe retina oedema. A vizsgálatok alapján tbc-s colitist valószínűsítettünk, ezért INH, Tubocin, streptomycin terápiával egészítettük ki a korábban megkezdett Salazopyrin kezelést, melyre egy hét alatt láztalanná vált.

Kontroll vizsgálatok 1987 október 28-án történtek, panaszmentes állapotban. Fizikális vizsgálatkor az alhas bal oldalán észleltünk enyhe nyomásérzékenységet. Laboratóriumi eredményei: We.: 3 mm/h, alk. phosphatase: 54,8 U/l, fibrinogen: 303 mg%, összfehérje: 73 gr/l, albumin: 38,8, globulin frakciók: alfa 1: 4,4, alfa 2: 7,0, béta: 8,6, gamma: 14,2 gr/l. Acetilátor típus: lassú acetilátor. Mellkasrtg.: negatív. Colonoscopia: a terminalis ileum ép; a Bauhin-billentyűn és vele szemben az ascendens nyálkahártyáján körülírtan, egyenetlenül granulált terület, helyenként polypoid képződményekkel; az ascendensben egyebütt is elszórtan, polypoid vaskos nyálkahártya előboltosulások; a transversum ép, a descendensben néhány apró polypoid nyálkahártya elváltozás; a sigmát és a rectumot épnek találtuk. Szövettanilag: a vastagbélben közepes fokú idült gyulladás jelei, a mucosa alatti, capillárisokban gazdag granulációs szövet részletével, mely histiocytákat is tartalmazott. Az utóbbiakban saválló bacillust kimutatni nem sikerült. Gyomor- vékonybélvizsgálat: negatív. Hasi UH vizsgálat: kóros eltérés nélkül. Jelenleg panaszmentes, hízott, májfunkciói normalizálódtak. Sural, Salazopyrin, Histodil, Cerucal kezelést kap.

A beteg panaszainak megszűnése, a fizikális status javulása, a vizsgálatok eredménye, a gátlószeres kezelés hatékonysága, a felvetett morfológiai diagnózist retrospektive, klinikailag is bizonyítani látszik.

Megbeszélés

Hasmenéssel, hasi fájdalommal, esetenként véres székürítéssel, lázzal járó gyulladásos bélbetegségeket az esetek legnagyobb részében fertőzés okozza. A gyakoribb, ismert kórokozók mikrobiológiai igazolását követően a betegek az alkalmazott terápiára általában rövid idő alatt meggyógyulnak. A hónapokon át fennálló entero-colitiszes panaszok esetén gyakori, hogy a laboratóriumi módszerekkel nem sikerül bizonyítani fertőző ágens jelenlétét. Ezen esetek egyik részében a vékonybélben, másik részében a vastagbélben dominálnak a gyulladásos jelenségek, s amennyiben ezek aetiológiájában vírusok vagy baktériumok játszanak szerepet, azok kimutatását a mikrobiológiai gyakorlat fejlődésétől várhatjuk. Az esetek egy részében azonban a folyamat aetiológiája ismeretlen, ezeket a betegségeket ismeretlen eredetű gyulladásos bélbetegségek (IBD — Inflammatory Bowel Disease) néven gyakran közösen taglalja az irodalom. Az aetiológia tisztázását egyértelmű patogén ágens hiányában az is megnehezíti, hogy csak kevés olyan kórokozót ismerünk, amely „specifikus" makroszkópos vagy mikroszkópos elváltozást okoz a gastrointestinális rendszerben (7).

A radiológiai és az endoszkópos vizsgáló módszerekkel észlelhető eltérések csak diagnosztikus alternatívákat képesek nyújtani. A szövettani diagnózis is gyakran csak az akut (leukocyta invázió) és a krónikus gyulladás (kereksejtes beszűrődés) között tud differenciálni. A granulóma (epitheloid sejtekkel, makrofágokkal, többmagvú óriássejtekkel) sem tekinthető önmagában diagnosztikus értékűnek. Jelenlétét idegentest mellett, histoplasmosisban, lymphogranuloma venereumban, Crohn-betegségben, tuberkulózisban egyaránt leírták.

A tuberkulózis a gastrointestinális traktus bármelyik területére lokalizálódhat. A betegség leggyakoribb kórokozói a Mycobacterium tuberculosis, és a Mycobacterium bovis. A mycobakteriológia azonban még ezeken kívül is több, az emberre obligát patogén, fakultatív patogén és jelenleg szaprophytának tartott mycobaktériumot tud elkülöníteni egymástól (5). A különböző „atípusos" mycobakteriumok emberben a tuberkulózishoz hasonló klinikai megbetegedést okozhatnak, melyeket egységes nomenklatúrával mycobacteriosisnak neveznek. A tüdő mycobacteriosisa hazánkban is előfordult (4). Ezekben az esetekben az atípusos klinikai kép mellett, a megbetegedett területben epitheloid sejtes granulációs szövet mutatható ki, krónikus lobos infiltrációval.

Ismertetett eseteink közül az elsőben merült fel az atípusos mycobaktériumnak számító Mycobacterium chelonei által okozott gastrointestinális megbetegedés lehetősége. Az ismételt vizsgálatok azonban negatív eredményűek voltak, s ez megkérdőjelezte a kimutatott törzs kóroki sze-

repét. A patogén mycobaktériumok a gastrointestinális rendszerbe kerülve a mucosába penetrálnak. Korábban a nem megfelelően kezelt és halállal végződött pulmonális tuberkulózisos esetek 55—90%-ában lehetett kimutatni a gastrointestinális rendszer tuberkulózisát. Ma már csak elvétve találunk pulmonális érintettséget a gastrointestinális rendszer tuberkulózisa mellett.

A betegség az esetek 85—90%-ában a caecumra és az ileumra lokalizálódik. A betegség endoszkópos megjelenési formájában a leggyakoribb a kifekélyesedő (6), melyet a hypertrophiás, majd az ulcero-hypertrophiás követ. Az érintett bélfal megvastagszik, s ez eseténként mint tumor is tapintható lehet. A gyulladásos folyamat hegesedésre hajlamos, ez előrehaladott esetben szűkületet okozhat, a regionális nyirokcsomók megnagyobbodnak. Az endoszkópos kép nem típusos, bár néhány (esetleg meglévő) eltérés alapján a tuberkulózishoz igen hasonló képet adó Crohn-betegségtől elkülöníthető lehet (1). Az érintett szakaszon (szegmentális lokalizáció!) a nyálkahártya hyperaemiás, oedemás, ulcerált. A fekélyek inkább körkörösek, mint hosszantiak, s ezek is inkább a redőket, mint a colon hosszanti lefutását követik, s ebben eltérnek a Crohn-betegségtől. A fekélyeket alig tartalmazó, utcakövezetszerű, polypoid nyálkahártya elváltozások alapján azonban a két betegséget nem lehet elkülöníteni egymástól.

A diagnózist a szövettani és a bakteriológiai vizsgálat eredményének kellene alátámasztania. Szövettanilag a legjellemzőbb az elsajtosodó centrummal bíró granulóma. Az elsajtosodás azonban hiányozhat is, különösen akkor, ha az elváltozás a mucosában van, jóllehet a regionális nyirokcsomók már az elsajtosodást is mutatják. Diagnosztikus célból azonban a mesenteriális nyirokcsomó eltávolítására csak egyéb (tumor, Crohn) kórképnek vélt és műtétkor tuberkulózisnak tartott (a serosán is tuberculómákat tartalmazó) bélelváltozások esetében kerül sor.

Amennyiben a biopsziás minta granulómát tartalmaz, az abban lévő saválló baktériumok kimutatása Ziehl—Neelsen festéssel a mycobaktérium által okozott megbetegedés egyik elfogadott kritériuma. Sajnos az esetek egyharmadában ez negatív lehet. Az egyértelmű bizonyítékot és a terápiás segítséget a tenyésztés és a rezisztenciavizsgálat adhatná, de ezek negativitásával az esetek egy részében szintén számolni kell (1). Egy konkrét mycobakterium törzs által okozott megbetegedés diagnózisát akkor mondhatjuk ki, ha legalább két alkalommal sikerült annak kimutatása testváladékból, vagy egy alkalommal az elváltozást mutató szövetből (4).

A gastrointestinális tuberkulózis általában a fiatal férfiak megbetegedése. A leggyakoribb tünetek a hasi fájdalom, a hasmenés, melyet hőemelkedés, láz kísérhet. Az érintett területen nyomásérzékenységet, esetleg tumort találunk. A betegek mérsékelten anaemiásak, vvt. süllyedésük csak kissé gyorsult. A Mantoux-próba különösen az előrehaladott, inanitióval járó esetekben gyakran negatív. A széklettenyésztés eredménye is gyakran kétes, így leginkább a szövettani eredményre és a saválló baktérium kimutatására támaszkodhatunk. A betegséget legnehezebb a Crohn-betegségtől elkülöníteni, amelynek etiológiájában irodalmi adatok alapján felmerül a mycobaktériumok szerepe (2). Ezek a vizsgálatok azonban még megerősítésre várnak (8). Valószínűbb, hogy azok az esetek, melyekben mycobaktériumot sikerül bizonyítani, a mycobacteriosis csoportba tartoznak. Segíti az elkülönítést, ha más szervrendszerben (tüdő, csont, -ízületi) a betegnek tuberkulózisa van, ezek hiánya azonban éppen a primer gastrointestinális lokalizáció esetén gyakori. A Yersinia enterocolitica infekció, a lymphogranuloma venereum, a syphilis és a gyermekkori krónikus granulomatosus betegség (3) elkülönítése jelenthet még problémát, melyek közül az előbbi általában gyorsan gyógyul, az utóbbiak pedig igen ritkán fordulnak elő. Eseteink kapcsán érdemesnek találjuk felhívni a figyelmet a betegséggel úgy látszik együtt járó — nagy valószínűséggel szekunder — immunválasz gyengeségre. Ez nemcsak a Mantoux-próbára adott anergiában, hanem az immunglobulinok alacsony szérumkoncentrációjában is tükröződött. Ezek az eltérések a legfiatalabb betegünknél voltak a legkifejezettebbek.

A betegek a bázis antituberkulotikumok mellett — az esetleges mycobacteriosis lehetőségére is gondolva — szulfonamid terápiában is részesültek. Az atípusos törzsek ugyanis szulfonamid kezelésre jobban reagálnak mint rimpaficinre, vagy INH-ra, s hasonlóan kedvező terápiás hatású lehet a Doxycyclin és az Erythromycin is (4, 9, 10).

Az első és a harmadik esetünkben a biopsziás minták a Ziehl—Neelsen festése, a másodikban a Stierlin-tünet hívta fel a figyelmet a betegség tuberculoticus eredetének lehetőségére. A terápia megkezdésekor (az első két esetben) még nem tudtuk elvetni a Crohn-betegség lehetőségét, ezért a gátlószeres terápia bevezetésekor steroidot is adtunk. Az első esetben a betegség Doxycyclinre, majd gátlószeres kezelésre egyaránt bekövetkező gyors javulása erősítette meg a mycobacteriosis fennállását a Crohn-betegséggel szemben, a másodikban a pericaecalis és a mellkasi folyadékgyülem felszívódása (a gáltószeres és a steroid terápia alatt) utalt inkább mycobacteriosisra. A harmadik esetben a Salazopyrin terápia mellé (steroid nélkül!) beépített és egy hét alatt változást hozó Tubocin + INH + streptomycin kezelés hatékonysága alapján mondhattuk ki a mycobacteriosis diagnózisát.

Megjegyzés a korrektúránál:

Második betegünk (N. L. 22 éves) 1988. 05. 26-án mechanikus ileus miatt műtétre került. A Bauhin billentyű magasságában kialakuló passage akadályt jobb oldali hemicolectomiával és a terminalis ileum 5 cm-es hosszának resectiójával oldottuk meg, end to side ileo-transversostomia készült. A műtét során a mesenteriumban és a mesocolicus zsírszövetben babnyi és kisebb nyirokcsomókat találtunk. Szövettanilag mind a vékony, mind a vastagbélből származó mintákban granulomás jellegű enterocolitis látszott szekunder kifekélyesedéssel, mikroabscessusokkal és vaskos, nem specifikus sarjszövetképződéssel, fibrosissal, egy helyen necrotizáló vasculitissel. A folyamat részjelenségeként nagyszámú specifikus granulóma is észlelhető *epitheloid sejtekkel, Langhans típusú óriássejtekkel Ziehl-Neelsen festés helyenként pozitív.* Műtétet követően Tubocin PZA kezelését folytattuk, másnaponta 20 meg Prednisolont adtunk. A beteg műtét utáni utolsó ellenőrzésére 1988. 12. 07-én került sor. Műtéte óta 20 kg-ot hízott, panaszmentes. Laboratóriumi értékei (We., hb., fvs, bilirubin, SGOT, SGPT, gamma GT, alk. ph.) normálisak. Harmadik betegünk colonoscopos kontroll vizsgálatára 1988. 05. 27-én került sor. A terminális ileumban makroszkóposan vérbőséget, a caecumban a Bauhin billentyűn és ahhoz közel 1—3 mm-es feké-

lyeket és a nyálkahártya polypoid megvastagodását találtuk, egyebütt eltérés nem volt látható. Szövettanilag az ileumban enyhe idült gyulladás, a vastagbélből származó mintákban intenzív idült gyulladás látszott multiplex cryptitissel, némelyek körül epitheloid sejtszerű histiocyta halmazzal. Ziehl-Neelsen festés negatív, a szöveti kép alapján specificitás gyanúja merül fel. Utolsó laboratóriumi vizsgálati eredményei közül (1988. 11. 09.) a gamma GT, az alk. ph., és a serum amylase kórosak.

IRODALOM: 1. *Bhargava, D. K. és mtsai:* Diagnosis of ileocecal and colonic tuberculosis by colonoscopy. Gastrointest. Endoscopy, 1985, *31*, 68. — 2. *Chiodini, R. J. és mtsai:* Characteristics of an Unclassified Mycobacterium Species Isolated from Patients with Crohn's Disease. Am. Soc. Microbiol. 1984, 20, 966. — 3. *Isaacs, D. és mtsai:* Chronic Granulomatous Disease Mimicking Croh's Disease. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr., 1985, *4*, 498. — 4. *Kozma D. és mtsai:* Az atípusos mycobaktériumok tüdőgyógyászati jelentősége. Orv. Hetil. 1985, *25*, 1517. — 5. Pulmonalis mycobacteriosis klinikai és epidemiológiai jelentősége. Módszertani levél. Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet. A/64, 1984. — 6. *Sleisenger, M. H., Fordtran, J. S.:* Gastrointestinal Disease: Pathophysiology, Diagnosis, Management. W. B. Saunders Company, Washington, 1983. — 7. *Speelman, P., Kabir, I., Islam, M.:* Distribution and Spread of Colonic Lesions in Shigellosis: A colonoscopic Study. J. Infect. Dis. 1984. *150*, 899. — 8. *Thayer, W. R. és mtsai:* Possible Role of Mycobacteria in Inflammatory Bowell Disease. II. Mycobacterial Antibodies in Crohn's Disease. Dig. Dis. Sci. 1984, *29*, 1080. — 9. *Tice, A. D., Solomon, R. J.:* Disseminated Mycobacterium chelonei Infection: Response to Sulfonamides. Am. Rev. Respir. Dis., 1979, *120*, 197. — 10. *Wallace, R. J. és mtsai:* Treatment of Nonpulmonary Infections Due to Mycobacterium fortuitum and Mycobacterium chelonei on the Basis of in Vitro Susceptibilities. J. Infect. Dis. 1985, *152*, 500.

(Nagy Ferenc dr. *Szeged*, Pf. 469. 6701)

CALYPSOL *injekció*

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a középagyra hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG: 500 mg ketaminum, sósavas só alakjában, 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK: Önállóan alkalmazva rövid műtétek, eszközös, ill. fájdalmas diagnosztikai beavatkozások. Anesztézia bevezetése egyéb narkotikumok használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK: Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS: Egyénenként változó. Az **intravénás** kezdeti adag felnőtteknek 1,0—4,5 mg ttkg, gyermekeknek 0,5—4,5 mg/ttkg. Az 5—10 perces narkózist eredményező átlagos adag 2,0 mg/ttkg.
Az **intramuscularis** kezdeti adag felnőtteknek 6,5—13,0 mg/ttkg, gyermekeknek 2,0—5,0 mg/ttkg.
Felnőtteknek 10 mg/ttkg adagja rendszerint 12—25 perces anesztéziát biztosít.
Az altatás fenntartásához az említett dózisok fele használatos.

MELLÉKHATÁSOK: Tenziónövekedés, pulzusszám-emelkedés, nyálfolyás, hányinger, hányás, légzési és látási zavarok. Az ébredési szakban hallucináció, pszichomotoros nyugtalanság, zavartság.
A posztnarkotikus nyugtalanság Droperidollal (0,1 mg/ttkg im.) rendszerint megelőzhető.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Kompatibilis más narkotikumokkal és izomrelaxansokkal.
Fokozza a tubokurarin neuromuszkuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.
Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS: Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása aneszteziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiailag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

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

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml-es üveg.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

HELYESBÍTÉS

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetéseiben szereplő készítmények rendelhetősége és ára megváltozott:

Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.
A **NAPROSYN** szuszpenziót annak a szakrendelésnek (gondozó) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.
A készítmények ára az érvényes rendelkezéseknek megfelelően:
30 db **NAPROSYN** tabletta fogyasztói ára: 146,50 Ft
100 ml **NAPROSYN** szuszpenzió fogyasztói ára: 63,70 Ft
Mindkét gyógyszer fogyasztói árának 80%-át a társadalombiztosítás, 20%-át a fogyasztó (állampolgár vagy intézmény) fizeti.

ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR

INFÚZIÓS PUMPA OE—200

Az OE—200 típusú INFUSOR a mai technika követelményeit minden szempontból kielégítő infúziós kontroller. Egyaránt alkalmas mind klinikai, mind ambuláns felhasználásra.
A készülék felépítése könnyű kezelhetőséget, tisztíthatóságot tesz lehetővé.
Az infúziós folyadékot szállító szivattyú hosszanti elrendezésű, hernyómozgást végző, perisztaltikus pumpa, amely meggátolja az infúziós vezeték károsodását és zárszerkezete biztonságos üzemelést eredményez.
A készülékbe épített akkumulátorok biztosítják a szünetmentes tápellátást és a hordozható kivitelt.
A készülék vezérlése kis fogyasztású integrált áramkörökből épült fel, amelyek lehetőséget nyújtanak a nagyfokú pontosság és biztonság eléréséhez.
Az OE—200-as Infusor 1—600 ml/h értéktartományban képes az infúziós folyadék szállítására 1 ml/h-s felbontásban. Az akkumulátorok töltését a készülék folyamatosan és automatikusan végzi.

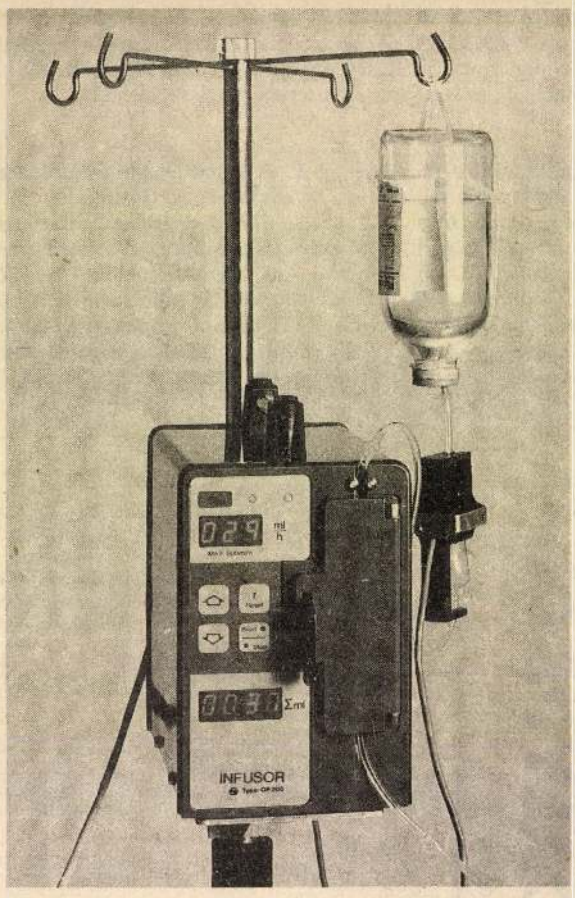
A készülék négy fontos védelmi rendszert tartalmaz:

— cseppdetektor,
— buborékfigyelő detektor,
— ajtózárt állapotfigyelő,
— akkumulátorfigyelő áramkör.

A cseppdetektor funkciója kettős. Egyrészt a cseppek figyelésével érzékeli az infúziós tartás kiürülését, másrészt a cseppek számlálásával pontos szállítás érhető el, és kijelezhető a páciensbe jutott folyadék mennyisége.
Az infúziós tartály kiürülését a pumpa azonnali leállása mellett piros fény villogása jelzi.
A levegődetektor feladata, hogy a páciensbe semmilyen körülmények között ne kerüljön levegő. Az ajtó mögött található detektor igen kis légbuborékot is nagy biztonsággal képes érzékelni a csőben. Ennek következtében a légbuborék a készüléket nem hagyhatja el, mert a detektor automatikusan letiltja a működést és riaszt (piros fény + hangjelzés).
Az ajtó zárt helyzetét külön áramkör figyeli. Hiba esetén a működést leállítja és hangjelzéssel riaszt.
Az akkumulátor működését ellenőrző áramkör csak annak üzemelése alatt működik. Folyamatosan világít az akkumulátorjelzés, és ha az akkumulátor lemerülése kritikus értéket ér el, szaggatott fény- és hangjeleket ad a kezelőszemélyzet részére.
A készülékhez szükséges infúziós készletet a gyártómű folyamatosan biztosítja.

Műszaki paraméterek:

Érintésvédelmi osztály	I = IP 32, cseppgőztől védett
Hálózati tápfeszültség	220 V/50—60 Hz ± 10%
Teljesítményfelvétel	max. 25 VA



Működési hőmérséklet	5 °C—+35 °C
Relatív páratartalom	max. 45%
Akkumulátor üzemmód	max. szállításnál 5 óra
Akkumulátor típus	VF 3—6
Újratöltési idő	min. 12 óra
Szállítási tartomány	1—600 ml/h 1 ml/h-ás lépcsőkben
Szállítási pontosság	±5%
Szállítási összmennyiség kijelzése	max. 9999 ml
Nyomás a pumpa kimenő oldalán	1 bar
Méretek	140 × 220 × 240 mm
Súly	66 N

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Gyártja:
ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET
1081 Budapest, Rákóczi út 71.

Telefon: 142-642, 339-757
Kereskedelmi Osztály
Telefon: 144-776

Telex: 22-7843 OMSZ
Exportálja:
MEDICOR

Forgalomba hozza:
OMKER

OMSZÖV

ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

Balázs Károly dr.,
Barcs István dr.*
és Bognár Szilárd dr.

Kórházi intenzív osztályon izolált Gram-negatív kórokozók antibiotikum rezisztenciájának alakulása

Fővárosi László Kórház
(főigazgató: Várnai Ferenc dr.)
III. Gyermek Osztály
(mb. főorvos: Simon Lajos dr.)
Mikrobiológiai Laboratórium
(főorvos: Bognár Szilárd dr.)

A szerzők a László Kórház (Budapest) III. Gyermekosztályához tartozó Respirációs Intenzív Részlegen 1982—1986 között izolált Gram-negatív fakultatív patogén kórokozók antibiotikum-érzékenységének alakulását vizsgálják. Klinikai mintákból és kórházhigiénés szűrővizsgálatokból egyaránt a *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, Acinetobacter calcoaceticus* és az *Acinetobacter lwoffii* volt a leggyakoribb izolátum (klinikai mintákban összesen 56,9%). Az egyes speciesek 70—100%-a rezisztens volt a Magyarországon használatos antibiotikumokra. Jelentős mértékű emelkedést mutat a *P. aeruginosa* és az *A. lwoffii* gentamicin és tobramycin rezisztenciája. Jó in vitro eredményt csak ceftriaxonnal, ceftazidimmel, netilmicinnel és amikacinnal kaptak.

Antibiotic resistance of Gram-negative bacteria isolated in the intensive care unit of a hospital. The antibiotic sensitivity of Gram-negative facultatively pathogenic bacteria isolated between 1982—1986 in the respiratory intensive care unit of the 3rd department of pediatry of the „László" Hospital (Budapest) has been studied. *Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, Acinetobacter calcoaceticus* and *Acinetobacter lwoffii* were most frequently isolated both from the clinical samples (total 56,9%) and in samples obtained from hospital-hygienic check-examinations. 70—100% of the individual species was resistant to antibiotics used in Hungary. The gentamicin and tobramycin resistance of *P. aeruginosa* and *A. lwoffii* showed significant rate of increase. Favourable in vitro results were obtained only with ceftriaxon, ceftazidime, netilmicin and amikacin.

Ismert tény, hogy az intenzív osztályokra került súlyos betegek gyorsan kolonizálódnak különböző Gram-negatív fakultatív patogén (GNFP) baktériumokkal, amelyek jelenleg a nosocomiális infekciók leggyakoribb kórokozói (6—8, 10, 19, 20). Az utóbbi évek tapasztalatai szerint a Gram-negatív törzsek többségére az újonnan bevezetett antibiotikumokkal szemben gyorsan kialakuló rezisztencia jellemző, mely részben kromoszóma mutáció következménye, de jóval gyakoribb és fontosabb az ún. rezisztencia plazmidok (R plazmidok) által meghatározott rezisztencia (3, 5, 15). Ebben a folyamatban jelentős szerepe van az antibiotikum kezelés következtében kialakuló szelekciónak. Az egyes antibakteriális szerek fogyasztása és a velük szembeni rezisztencia gyakorisága között összefüggés mutatható ki (2, 11). Mindezek egyre sürgetőbbé teszik a GNFP izolátumok klinikai előfordulásának és antibiotikum érzékenységének folyamatos ellenőrzését (12, 13, 16, 21). E közleményünkben a László Kórház III. Gyermek Osztályának Respirációs Intenzív Részlegén az utóbbi öt évben izolált Gram-negatív törzsek antibiotikum surveillance vizsgálatával kapott eredményeinket ismertetjük.

Kulcsszavak: fakultatív patogén, nosocomiális fertőzés, antibiotikum-rezisztencia, multirezisztencia

* *Jelenlegi munkahely:* Országos Közegészségügyi Intézet (főigazgató: Bíró György dr.), Fágosztály (osztályvezető: Milch Hedda dr.)

Anyagok és módszerek

Betegek: A Respirációs Intenzív Részlegen 1982 és 1986 között ápolt betegekből származó Gram-negatív izolátumokat dolgoztuk fel. Betegeink 30%-a gyermek, 70%-a felnőtt volt. Valamennyien súlyos alapbetegségben (meningitis, tetanus, Guillain—Barré-syndroma, stb.) szenvedtek és az esetek többségében gépi lélegeztetésben, valamint tartós és rendszerint kombinált antibiotikus kezelésben részesültek.

Mintavétel: A bakteriológiai vizsgálatokhoz szükséges klinikai és környezeti minták vétele minden esetben az előírásoknak megfelelően történt (14).

Bakteriológiai diagnózis: A tenyésztés és az izolátumok azonosítása az OKI Módszertani Útmutatója (14) alapján ment végbe.

Antibiotikum érzékenységi vizsgálatokat agardiffúziós módszerrel végeztünk HUMAN Resistest agaron (14). A törzsek érzékenységét rutinszerűen viszgáltuk a következő készítményekből álló korongsorozattal (HUMAN): ampicillin (AM), carbenicillin (CB), cephaloridin, ill. cefalexin (CP), cefamandol (MA), genta-

micin (GM), tobramycin (TM), chloramphenicol (C), tetracyclin (TE), Sumetrolim (SXT). Multirezisztens törzsekkel vagy külön kérésre kiterjesztett érzékenységi vizsgálatokat végeztünk azlocillin (AZL, HUMAN), mezlocillin (MZ, HUMAN), cefuroxim (CXM, Oxoid), cefoperazon (CFP, Oxoid), ceftazidim (CAZ, Oxoid), ceftriaxon (CRO, Oxoid), amikacin (AN, HUMAN) és netilmicin (NET, BBL) korongokkal. Multirezisztensnek a minden vizsgált antibiotikumra rezisztens vagy csupán egy szer iránt érzékeny törzseket tekintettünk.

Eredmények

1982 óta a Respirációs Intenzív Részlegen klinikai mintákból összesen 2637 GNFP törzset izoláltunk *(1. táblázat)*. A törzsek zöme, 79,8%-a légúti mintákból származott. A leggyakoribb kórokozó a *Pseudomonas aeruginosa* volt, mely az összes izolátum 29,8%-át, a légúti eredetű törzsek 33,5%-át adta.

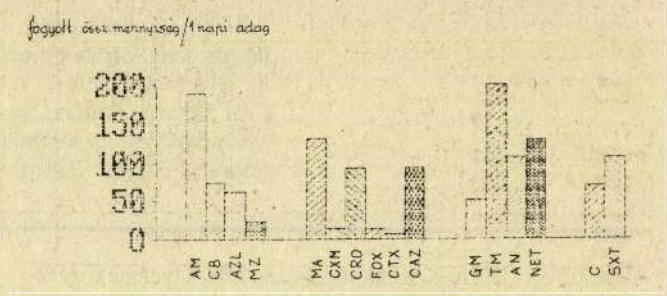
Az egyes speciesek antibiotikum érzékenységének alakulását — terjedelmi okok miatt — ebben a közleményben nem áll módunkban részletesen ismertetni. Csupán a leglényegesebb megfigyelések kiemelésére kell szorítkoznunk, melyek megértését segíti az osztályunkon alkalmazott antibiotikumok fogyásának szemléltetése *(1. ábra)*. A *Pseudomonas, Acinetobacter* és *Klebsiella* törzsek 90—100%-a rezisztens AM-re, I. és II. generációs cephalosporinokra; az értékek a vizsgált öt év alatt nem változtak. Ezekben a speciesekben a CB-rezisztencia aránya is 70—100%, de az *Acinetobacter calcoaceticus* kivételével egyenletesen csökken. MA kivételével hasonló viszonyok láthatók a *Proteus mirabilis* adatait vizsgálva is.

Az *A. calcoaceticus, Pseudomonas* spp és (az aminoglikozidok kivételével) a *P. aeruginosa* törzsek több, mint 80%-a volt rezisztens minden antibiotikumra. A legkevésbé rezisztens az *Escherichia coli* volt, AM, CB, CP, C és TE kivételével nem találtunk 50%-nál nagyobb adatot, ezek az értékek is évről évre jelentősen csökkennek.

Minden csoportban magas a TE-rezisztens izolátumok aránya (a törzsek legfeljebb 1/3-a érzékeny). A szulfonamid/trimethoprim kombinációval szemben a rezisztencia aránya 1983—1984 táján tetőzött, azóta lassú csökkenést mutat. Számottevően csökkent a C-rezisztens törzsek aránya az *Acinetobacter lwoffii, Klebsiella* spp, *E. coli, Proteus* izolátumok között, míg a pseudomonasok, és az *A. calcoaceticus* érzékenysége 5% alatt maradt.

Erősen emelkedik viszont az aminoglikozid (GM és különösen TM) rezisztencia aránya: *P. aeruginosa* törzsekben az 1982-es 20—25%-ról 60%-ra, *A. lwoffii* esetében 85% fölé!

Ebben az összesítésben a kisebb vizsgálati szám miatt nem szerepelnek a III. generációs cephalosporinokra (CAZ, CFP, CRO), a modernebb penicillinekre (AZL, MZ) és aminoglikozidokra (AN, NET) vonatkozó adatok. A speciesek érzékenységét ezekkel szemben az 1986-os vizsgálatok alapján a *2. táblázat*on mutatjuk be. Mivel a megelőző években elegendő számú vizsgálatot nem állt módunkban végezni, a rezisztencia dinamizmusára nézve nincsenek adataink. A szórványosan végzett vizsgálatok eredményeiből is látható azonban, hogy egyes újabb antibiotikumokkal szemben a rezisztencia nem azonnal jelent meg a populációban. Míg pl. az AZL és MZ rezisztens izolátumok előfordulása 1982-ben hasonlóan gyakorinak tűnt, mint 1986-ban, addig AN rezisztens *P. aeruginosa*, ill. CRO rezisztens *P. aeruginosa* és *A. calcoaceticus* törzset csak 1984-ben, CAZ-re rezisztens baktériumot csak 1986-ban találtunk először! Figyelemre méltó, hogy az újonnan bevezetett antibiotikumokkal szemben rezisztens



1. ábra: Széles spektrumú antibiotikum felhasználás 1986-ban a Respirációs Intenzív Részlegen

baktériumot csak 1986-ban találtunk először! Az újonnan bevezetett antibiotikumokkal szemben a rezisztens törzsek aránya évről évre nőtt.

A kórházhigiénés vizsgálatok során kitenyésztett GNFP baktériumok jórészt ugyanazokba a speciesekbe tartoztak *(3. táblázat)*, mint a beteganyagból izolált törzsek, csak az előfordulási gyakoriságban látszik eltérés. Antibiotikum érzékenységi spektrumuk sem különbözik jelentősen: a gyakoribb minden szerrel szemben érzékeny izolátum mellett rezisztens törzseket is találtunk *(4. táblázat)*. A multirezisztens törzsek előfordulása a vártnál kisebb volt: egy *A. calcoaceticus*, két *A. lwoffii*, két *Enterobacter cloacae* törzs és mindkét izolált *P. aeruginosa* volt rezisztens legalább a rutinsorozatban szereplő kilenc antibiotikumra.

Megbeszélés

Az 1950-es évek vége óta a *Staphylococcus aureus* okozta nosocomiális infekciók száma világszerte csökkenni kezdett és 5—10 év leforgása alatt a kórházi fertőzések okozói között a GNFP baktériumok kerültek az első helyre. A nosocomiális infekciók száma évi 850 000-re becsülhető az USA-ban, melyek 60—70%-áért Gram-negatív baktériumok tehetők felelőssé. Megszaporodott a kórházi fertőzések miatt bekövetkezett halálesetek száma is, mert a gyakorta multirezisztens *P. aeruginosa, Proteus, Klebsiella* törzsek okozta infekciók letalitása felülmúlja a többi kórokozóét. Különösen gyakoriak a Gram-negatív fertőzések az intenzív betegellátó osztályokon, ahol a súlyos alapbetegségen kívül a különböző eszközös beavatkozások (intubatio, gépi lélegeztetés, hólyag- és véna katéterezés, stb.), továbbá széles spektrumú antibiotikumok kiterjedt használata miatt a fertőzési veszély igen nagy és egyre inkább számolni kell rezisztens, sőt multirezisztens baktérium törzsek jelenlétével (8, 10, 16, 17, 19—21). Az antibioti-

1. táblázat: **Az 1982—86 között Respirációs Intenzív Részlegen klinikai mintákból izolált Gram-negatív kórokozók megoszlása**

Kórokozó	Összesen	Légutak	Vizelet	Egyéb*
	Az izolátumok száma (százaléka)			
Pseudomonas aeruginosa	785 (29,8)	705 (33,5)	43 (10,2)	37 (33,3)
Pseudomonas spp.	60 (2,3)	55 (2,6)	5 (1,2)	—
Acinetobacter calcoaceticus	374 (14,2)	334 (15,8)	25 (5,9)	15 (13,5)
Acinetobacter lwoffii	109 (4,1)	103 (4,9)	3 (0,7)	3 (2,7)
Klebsiella spp.	497 (18,8)	385 (18,3)	98 (23,3)	14 (12,6)
Escherichia coli	296 (11,2)	176 (8,4)	92 (21,9)	28 (25,2)
Proteus mirabilis	401 (15,2)	272 (12,9)	115 (27,3)	14 (12,6)
Proteus indol poz.	53 (2,0)	21 (1,0)	32 (7,6)	—
Egyéb**	62 (2,4)	54 (2,6)	8 (1,9)	—
Összesen:	2637 (100)	2105 (100)	421 (100)	111 (100)

* Sebváladék, hemokultúra, vénakanül, sinus punktátum
** *Alcaligenes faecalis, Citrobacter diversus, C. freundii, Enterobacter aerogenes, E. cloacae, E. liquefaciens, Flavobacterium* sp., *Hafnia alvei, Serratia marcescens.*

2. táblázat: **A multirezisztens Gram-negatív baktériumok újabb antibiotikumok iránti érzékenysége***

	AZL	MZ	CRO	CFP	CAZ	CFX	AN	NET
Pseudomonas aeruginosa	43/110	91/110	24/67	32/87	14/101	89/91	24/132	2/97
Pseudomonas spp.	5/6	4/6	2/4	2/3	0/3	1/1	0/6	0/6
Acinetobacter calcoaceticus	70/76	73/77	8/55	57/68	7/77	54/79	75/95	7/75
Acinetobacter lwoffii	12/16	12/16	5/15	9/12	0/15	14/23	13/18	3/14
Klebsiella spp.	5/5	6/6	0/2	2/3	0/3	0/16	5/5	0/5
Escherichia coli						0/7		
Proteus mirabilis					0/1	1/4	0/3	
Proteus (indol poz.)	1/1	1/1	0/1	1/1			0/1	0/1
Egyéb**	2/2	2/2		1/1	0/2	7/10	1/3	0/2

* Rezisztens izolátumok száma/összes vizsgált izolátum
** Lásd I. táblázatot

kum rezisztencia világszerte megfigyelt fokozódása (2, 11, 21) a gyógyítás hatékonyságának csökkenését — ezzel párhuzamosan a költségek emelkedését — hozta magával. A kérdés fontosságát mutatja, hogy az Egészségügyi Világszervezet (WHO) külön munkacsoportot hozott létre a rezisztencia változás tanulmányozása céljából (1, 5, 18, 22).

Betegeinkből vett minták között — az osztály jellegének megfelelően — a légúti minták (orr-, torok-, trachea váladék, bronchus mosó folyadék) domináltak. A leggyakrabban izolálható kórokozók — az irodalomnak megfelelően (8, 10, 17, 19) — a *P. aeruginosa*, az acinetobacterek és klebsiellák (együttesen 56,9%).

Az antibiotikum érzékenységi vizsgálatok összesítésével, az antibiotikum surveillance keretében, képet kívántunk nyerni az osztályunkon előforduló kórokozók érzékenységének változásáról, prognosztizálandó a hasonló fertőzések kezelésében szóba jövő antibakteriális szerek várható hatásosságát. A laboratóriumi vizsgálatok során az I. generációs cefalosporin típus-antibiotikum 1983-ig a cephaloridin, 1984-től az igényekhez és a gyártáshoz igazodva a cefalexin volt. A Brulamycin^{R} (Biogal) gyártását követően 1983-tól a tobramycin, a Mandokef^{R} (Lilly-HUMAN) hazai csomagolása és a megfelelő Resistest korong megjelenésével 1984-től a cefamandol is szerepel a rutinvizsgálatok sorában.

Az egyes antimikróbás szerekkel szemben a rezisztencia alakulásában hasonló tendenciák érvényesülése látszik, mint *Konkoly Thege* és *Bán* statisztikai elemzésében (11): a rezisztens törzsek gyakorisága sok esetben az adott szer fogyasztásának függvénye. A béta-laktám antibiotikumok közül az AM-nel, CB-nel és I. generációs cephalosporinokkal szembeni rezisztencia arányában az összes vagy csak néhány speciesben jelentős mértékű csökkenés mutatkozik. Ezek a szerek a gyorsan elterjedt nagyfokú re-

3. táblázat: **Környezeti mintákból izolált mikroorganizmusok**

Minta	Gram-negatív baktérium	Egyéb izolátum
Kórterem levegője	*Acinetobacter lwoffi, Citrobacter freundii, Enterobacter cloacae, Flavobacterium* sp.	*Streptococcus agalactiae, Bacillus* sp.
Nővérváró levegője	*Acinetobacter lwoffii, Flavobacterium* sp. *Pseudomonas* sp.	*Streptococcus agalactiae,* D csoportú *Streptococcus,* Zöldítő *Streptococcus*
Orvosi szoba levegője	—	Koaguláz-negatív *Staphylococcus*
Kórterem fala, asztallap	*Acinetobacter lwoffii, Acinetobacter calcoaceticus, Pseudomonas aeruginosa*	D csoportú *Streptococcus,* Koaguláz-negatív *Staphylococcus, Candida albicans*
Ágynemű	*Flavobacterium* sp.	—
Kórtermi vízcsap, falikút	*Acinetobacter lwoffii, Pseudomonas aeruginosa*	Koaguláz-negatív *Staphylococcus*
Lélegeztető gép kezelőlapja, csatlakozó csövei	*Acinetobacter calcoaceticus, Acinetobacer lwoffii, Alcaligenes faecalis, Proteus mirabilis*	*Bacillus* sp, Koaguláz-negatív *Staphylococcus*
Fonendoskop, vérnyomásmérő mandzsetta	*Acinetobacter lwoffii, Enterobacter cloacae,*	Bacillus sp, *Staphylococcus aureus,* koaguláz-negatív *Staphylococcus,* D csoportú *Streptococcus*
Nővér keze	—	Koaguláz-negatív *Staphylococcus*
Leszívókészülék	*Acinetobacter calcoaceticus, Enterobacter cloacae*	—
WC-ülőke	—	Koaguláz-negatív *Staphylococcus,* D csoportú *Streptococcus*

zisztencia miatt már kevésbé használatosak, ez okozhatta az észlelt változást. A gyakran meglévő keresztrezisztencia folytán viszont az újabb fejlesztésű AZL, MZ, valamint a II. generációs MA alkalmazhatósága is erősen behatárolt multirezisztens törzsek okozta infekciókban.

A chloramphenicol készítmények csökkenő felhasználása tükröződik a C-rezisztencia arányában. A SXT-rezisztens törzsek számbeli csökkenése a Septrin, mint egyetlen injekciós készítmény behozatali nehézségeivel és ezt követő ritkább alkalmazásával is magyarázható.

A GM- és TM-rezisztencia arányában — teljes összhangban a fogyasztással — jelentős emelkedés észlelhető az *Acinetobacter* és *Pseudomonas* izolátumokban, így a bevezetésük idején még jó hatást biztosító szerek multirezisztens izolátumokkal szemben alkalmazhatatlanokká váltak. A fertőzések túlnyomó többségét okozó *Pseudomonas* és *Acinetobacter* törzsekkel szemben a rutinszerűen vizsgált antibiotikumok egyike sem mutat 30%-nál nagyobb hatásosságot, általában 10% alatt marad. Multirezisztens törzsekkel szemben csak a NET, a CRO, a CAZ és — az acinetobacterek és klebsiellák kivételével — az AN biztosíthat jó eredményt; penicillin származékoktól, II. generációs cephalosporinoktól és a III. generációs CFP-tól terápiás eredmény nem várható.

Az egész országból összegyűjtött adatokra támaszkodó statisztikai analízis szerint az egyes antimikróbás szerek felhasználását szorosan követi a velük szemben kialakult rezisztencia gyakoriságának változása. Tíz éves időszakot vizsgálva: a tartósan azonos mennyiségben fogyasztott szerekkel (tetracyclin, erythromycin, stb.) szemben a rezisztencia gyakorisága nem változott, vagy igen lassú ütemben emelkedett; a hazai gyógyászatban frissen megjelent szerekkel (ampicillin, carbenicillin, Sumetrolim, modern aminoglikozidok) szemben a rezisztencia ráta emelkedése szakaszos, míg a forgalomból kivont vagy erősen korlátozottan alkalmazott szerek esetében (chloramphenicol, stb.) csökken (11).

Ezek a változási tendenciák statisztikailag igazolhatók nagyszámú random kiválasztású izolátumok esetében. Zárt populációban — amilyennek egy adott kórházi osztályon cirkuláló klón vagy klónok is tekinthetők — azonban nem minden esetben figyelhetők meg. Különösen Gram-negatív baktériumokban *az egyes rezisztencia determinánsok kapcsoltan, nagyméretű, többszörös drog rezisztenciát meghatározó R-plazmidokon helyezkednek el: az egyik szer használata az összes többi rezisztencia génre is szelektív tényezőként hat.* Ez magyarázhatja azt a megfigyelést, hogy egyes szerekkel szemben elterjedt rezisztencia az antibiotikum használatának megszűnése után sem válik ritkábbá.

Több centrumban izolált törzsekre (11, 17), ill. egyetlen laboratórium eredményeire (2) támaszkodó hazai adatokhoz képest a rezisztens és különösen a multirezisztens izolátumok gyakoriságát nagyobbnak találtuk. Ez felveti a lehetőségét annak, hogy a szükségképpen gyakori antibiotikum terápia hatásaként az osztályon a kórokozók multirezisztens klónjai szelektálódtak ki, melyek a környezetbe kerülve fennmaradtak és az újonnan felvett betegeket — a beszívott levegővel, vagy az intubálás, ill. egyéb eszközös beavatkozások útján — kolonizálták. Ezt látszik alátámasztani, hogy a környezetből izolált törzsek taxonómiai megoszlása és az előforduló rezisztencia típusok hasonlóak, csupán *E. coli* és *Klebsiella* törzset nem találtunk a betegekkel közvetlenül érintkező, vagy a fertőzés átvitelében más módon résztvevő tárgyakon, eszközökön.

Munkánkban célul tűztük ki a megfigyelt tendenciák elemzését kórházhigiénés és epidemiológiai szempontból. Ennek első állomása az osztályon klinikai mintákból az utóbbi öt évben izolált GNFP baktériumok antibiotikumérzékenységének követése és összevetése a kórházi környezetből izolált törzsek hasonló adataival. Ezt követően vég-

4. táblázat: **A környezeti mintákból kitenyészett Gram-negatív fakultatív patogén mikroorganizmusok antibiotikum érzékenysége***

Species	AM	CB	CP**	MA	CXM	GM	TM	C	TE	SXT	AZL	MZ	AN	NET	CFP	CAZ	CRO
Pseudomonas aeruginosa	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	2/2	1/2	2/2	0/2	0/2	1/2	0/2	1/2
Pseudomonas sp.	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	1/3	1/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3	0/3
Acinetobacter calcoaceticus	1/6	1/6	2/6	2/6	1/6	4/6	3/6	3/6	2/6	2/6	2/6	2/6	2/6	0/6	2/6	1/6	0/6
Acinetobacter lwoffii	2/13	2/13	7/13	7/13	4/13	7/13	7/13	7/13	7/13	5/13	7/13	7/13	0/13	0/13	4/13	0/13	0/13
Proteus mirabilis	0/1	0/1	1/1	1/1	0/1	0/1	1/1	1/1	1/1	1/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1	0/1
Egyéb***	3/10	2/10	4/10	3/10	2/10	2/10	2/10	4/10	3/10	1/10	2/10	1/10	0/10	0/10	1/10	0/10	1/10

* Rezisztens izolátumok száma/összes vizsgált izolátum
** I. generációs cephalosporin
***Alcaligenes faecalis, Citrobacter freundii, Enterobacter cloacae, Flavobacterium sp.

zett molekuláris epidemiológiai vizsgálataink hasonló R-plazmidok előfordulását bizonyították a különböző előfordulású *Pseudomonas, Acinetobacter, Klebsiella- Enterobacter* és *Citrobacter* törzsekben (4).

A szerzők köszönetüket fejezik ki *dr. Balázs Istvánnénak* technikai közreműködéséért és *Tantalics Bélának* a számítógépes ábra elkészítéséért.

IRODALOM: 1. Antimicrobial resistance. Bull. WHO 1983, *61*, 383. — 2. *Árr, M.* Klinikai mikrobiológiai tapasztalatok 9054 baktérium izolátum 33 antibiotikum iránti érzékenységének értékelése alapján. Gyógyszereink 1981, *31*, 345. — 3. *Barcs I.:* A konjugatív információátadódás szerepe az orvosi jelentőségű baktériumok antibiotikum-rezisztenciájának terjedésében. Egészségtudomány 1986, *30*, 384. — 4. *Barcs I. és mtsai:* Kórházi intenzív osztályon izolált Gram-negatív kórokozók komplex tipizálási eredményei (a kézirat előkészületben) — 5. Control of antibiotic-resistant bacteria: memorandum from a WHO meeting. Bull. WHO 1983, *61*, 423. — 6. *Courtney, M. A. és mtsai:* R factor responsible for an outbreak of multiply antibiotic resistant *Klebsiella pneumoniae.* Antimicrob. Agents Chemother. 1980, *18*, 926. — 7. *Datta, N. és mtsai:* Plasmids and transposons and their stability and mutability in bacteria isolated during an outbreak of hospital infection. Plasmid 1979, *2*, 182. — 8. *Goldstein, F. W. és mtsai:* Plasmid-mediated resistance to 3rd generation cephalosporins in *Enterobacteriaceae.* In: Third European Congress of Clinical Microbiology, Book of Abstracts. European Congress of Clinical Microbiology. The Hague, 1987, 96. old. — 9. *Guiney, D. G., Jr.:* Promiscuous transfer of drug resistance in Gram-negative bacteria. J. Infect. Dis. 1984, *149*, 320. — 10. *Hürter, T., Rumpelt, H. J.:* Investigations on phagocytosis of *Staphylococcus aureus* and *Pseudomonas aeruginosa* by human alveolar macrophages. In: Third European Congress of Clinical Microbiology, Book of Abstracts. The Hague, 1987, 256. old — 11. *Konkoly Thege, M., Bán É.:* Aerob kórokozó baktériumok antibiotikum rezisztenciájának alakulása hazánkban. Orv. Hetil. 1986, *127*, 995. — 12. *Lantos J., Fekete J., Király K.:* R-plasmid study of an outbreak caused by multiresistant strains of *Salmonella panama.* Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1981, *28*, 211. — 13. *Lantos J. és mtsai:* Kórházi osztályokon fekvő, veszélyeztetett betegek környezetéből izolált Gram-negativ baktériumok antibiotikum rezisztenciájának megoszlása és R-plazmid átvitele. Egészségtudomány 1984, *28*, 31. — 14. *Lányi B.* (szerk.): Klinikai és járványügyi bakteriológia. Módszertani útmutató. OKI, Budapest, 1980. — 15. *Milch, H.:* A baktérium- és fág-genetikai módszerek járványügyi alkalmazása. Egészségtudomány 1978, *22*, 209. — 16. *Milch, H. és mtsai:* Tartósan antibiotikummal kezelt kórházi betegektől származó *Escherichia coli* és *Klebsiella* törzsek antibiotikumrezisztenciája és plazmid profilja. Orv. Hetil. 1986, *127*, 2857. — 17. *Nguyen, T. K., Milch, H.: Klebsiella* and *Enterobacter* strains derived from hospital infections. I. Correlation between species, phage type and antibiotic sensitivity. Acta microbiol. Acad. Sci. hung. 1981, *28*, 67. — 18. *Parker, M. T.:* Antibiotic resistance in pathogenetic bacteria. WHO Chron. 1982, *36*, 191. — 19. *Petrás Gy.:* Az ember immunreakciói *Pseudomonas aeruginosa* fertőzés folyamán. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1986. — 20. *Petrocheliou, V. és mtsai:* Spread of an amikacin resistance plasmid among three species of *Enterobacteriaceae* in a neonatal unit. In: Third European Congress of Clinical Microbiology, Book of Abstracts. The Hague, 1987, 24. old. — 21. *Rusu, V. és mtsai:* Epidemiological survey of resistance to gentamicin and other reserve aminoglycosides in hospital bacteria. Arch. Roum. Path. Exp. Microbiol. 1982, *41*, 295. — 22. Surveillance for the prevention and control of health hazards due to antibiotic-resistant enterobacteria: report of a WHO meeting. WHO Tech. Rep. Ser. No 624, 1978.

(Balázs Károly dr., *Budapest*, Pf. 29., 1450)

„Mily boldog, aki a dolgok okát ismerni tanulta,
És a könyörtelen elmúlás minden riadalmát
Sarka alá veti..."

— Vergilius —

CRUPODEX®

sebhintőpor



A Crupodex sebhintőpor dextranomert (térhálósított dextrán polimert) tartalmaz 0,1—0,3 mm átmérőjű gyöngyök formájában. Nedvező sebekre szórva magába szívja az exsudatumot, az átitatott réteg rendszeres cserélése biztosítja a seb feltisztulását.

HATÓANYAG

60 g dextranomerum dobozonként.

JAVALLAT

Nedvező, gennyes sebek, pl. ulcus cruris, decubitus, fertőzött traumás sebek, égési sebek tisztítása.

ELLENJAVALLAT

Nem ismeretes.

ALKALMAZÁS

A vízzel vagy fiziológiás sóoldattal átitatott, még nedves sebre kell szórni, kb. 3 mm vastagságban, majd steril kötéssel lazán fedni, a kötést rögzíteni. A Crupodex réteg teljes átitatódása előtt (szürkés-sárgás elszíneződés), általában naponta 1-2 alkalommal, erőteljesen váladékozó sebek vagy fekélyek esetén gyakrabban, kötésváltás szükséges. A kocsonyás réteget fiziológiás sóoldattal kell eltávolítani.

MELLÉKHATÁSOK

A szívóhatás következtében enyhe fájdalomérzés fordulhat elő.

FIGYELMEZTETÉS

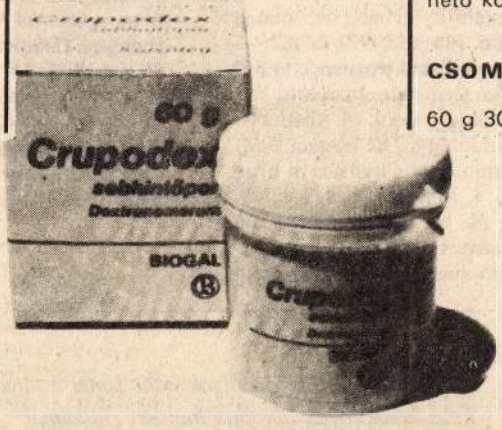
Száraz sebekre nem használható.
A szem közelében fokozott óvatossággal kell alkalmazni. A kötést idejében kell cserélni, mert ha a Crupodex telítődik, kéregszerű réteget képez, és nehezen távolítható el. Ha a seb feltisztult és a váladékozás erősen csökkent, más kezelésre kell áttérni. A Crupodex a sima felületeket síkossá teszi, ezért ha a padlóra szóródik, gondosan fel kell takarítani.

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint – egy vagy két alkalommal – ismételhető. Az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A bőrtakaró idült folytonossági hiánya (ulcus cruris, decutibus, fertőzött traumás sebek, égési sebek tisztítása stb.) esetén — „Egészségügyi rendelkezés" jogcím megjelöléssel — térítésmentesen rendelhető, ha a beteg hosszabb ideig tartó, otthon is elvégezhető kötözése szükséges.

CSOMAGOLÁS

60 g 30 Ft.



Előállítja: BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen

KAZUISZTIKA

Szentgyörgyi Ervin dr.,
Kondás József dr.,
Szőke Domokos dr.,
Siklós Pál dr.
és Szarvas Zoltán dr.

Ismételt spontán vetélést okozó méh — hólyag sipoly

Fővárosi Péterfy Sándor u.-i Kórház Rendelőintézet Urológiai — Sebészeti Osztály
(főorvos: Kondás József dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. sz. Női Klinika
(igazgató: Zsolnai Béla dr. egyetemi tanár)

Szerzők császármetszés után kialakult, ismételt spontán vetélést okozó méh — hólyag sipoly esetét ismertetik. A már fennálló sipoly mellett két egymást követő terhesség során időelőtti burokrepedés majd köldökzsinór előesés és spontán vetélés történt. Műtéti megoldásként méheltávolítást és hólyagsipolyzárást végeztek.

Uterus — bladder fistula causing repeated spontaneous abortion. The case of an uterus — bladder fistula which developed after a Cesarean section and caused repeated spontaneous abortion is presented. With the already existing fistula dry labor was followed by the prolapse of the umbilical cord and finally by spontaneous abortion in the course of 2 successive pregnancies. As surgical solution hysterectomy and closing of the bladder fistula were carried out.

A méh és a hólyag között ritkán keletkezik sipoly. Az irodalomban közölt esetek száma 150 körül van. Keletkezésében leggyakrabban iatrogén sérülés (elsősorban császármetszés során kialakult intraoperatív laesio, postoperatív necrosis, irradiatiós kezelés) játszik szerepet (4, 5, 7), de felléphet normális szülés után, valamint daganatos áttörés következtében is (1). Ritkán fejlődési rendellenesség a méh—hólyag sipoly oka. Az irodalomban szereplő esetek 70%-ában iatrogén tényező következtében alakult ki a vesicouterinális sipoly (4).

A sipolyon keresztül vizelet juthat a méhbe, vagy menstruatiós vér kerülhet a hólyagba. A jellegzetes *tünetegyüttes:* vizeletcsorgás a hüvelyből, a menstruatio alatt jelentkező vérvizelés („menuria"), valamint az amenorrhoea nem minden esetben figyelhető meg. Gyakori, hogy csak egyik, vagy másik tünet áll előtérben (1, 8). Ilyenkor hosszabb idő, esetleg évek telhetnek el míg kiderül, hogy a cystitises panaszokat vesicouterinális fisztula okozza.

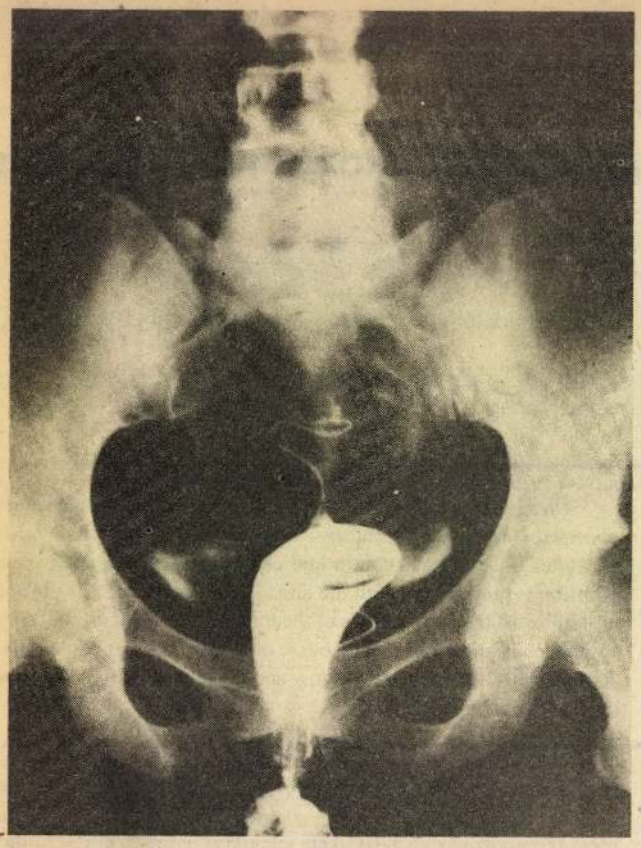
Az általunk észlelt beteg esetében császármetszést 5 évvel követően derült fény a beteg méh—hólyag sipolyára. Az asszony idő előtti burokrepedés után két esetben spontán elvetélt, amelynek hátterében véleményünk szerint vesicouterinális fisztulája állott.

Esetismertetés

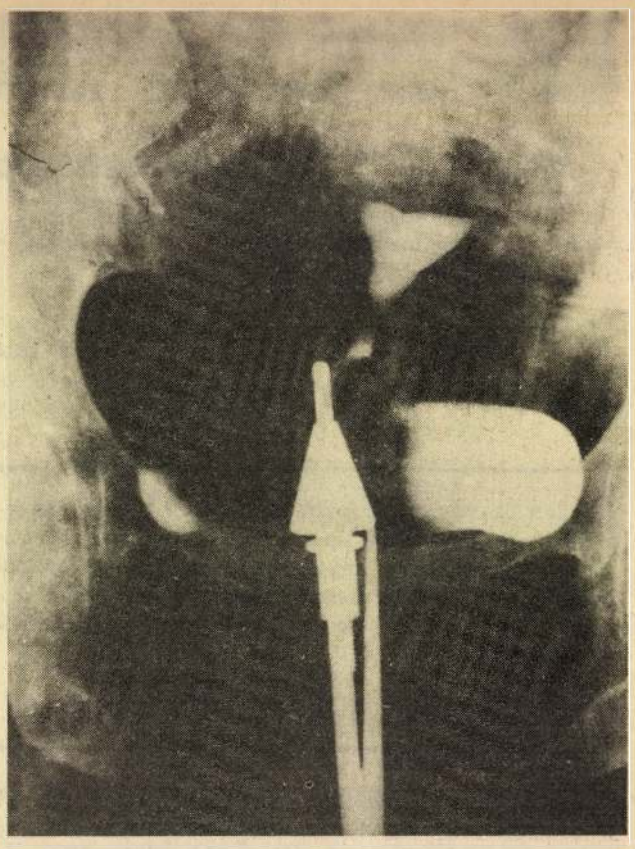
K. Cs. A. 33 éves beteg anamnézisében 25, majd 27 éves korában primer fájásgyengeség miatt más intézetben végzett császármetszés szerepel. Első gyermeke él, a második, szintén éretten született magzat a rendes helyen tapadt lepény idő előtti leválása miatti hypoxiás károsodás következtében meghalt. A második császármetszés után két héttel vizeléssel összefüggő alhasi fájdalmak, haematuria, pyuria jelentkezett. A vizeletből E. Coli tenyészett ki. Elhúzódó antibiotikus kezelésben részesült, de pyuriája és intermittáló mikroszkópos vérvizelése nem szűnt meg. Fő panasza az időközönként jelentkező görcsös alhasi fájdalom volt, mely a mensessel nem állt kapcsolatban. A két császármetszést követően 3 évig nem esett teherbe (szekunder meddőség!), amely miatt végzett kivizsgálása során a hysterosalpingographia kóros elváltozást nem mutatott. Három évvel később harmadik terhessége idő előtti burokrepedéssel illetve köldökzsinór előeséssel kezdődő spontán vetéléssel fejeződött be a terhesség 23. hetében. A magzaton fejlődési rendellenességet nem észleltek. Két évvel később, negyedik terhességének 19—20. hetén UH vizsgálat történt, mely oligohydramniont igazolt és *Potter* szindróma gyanúját vetette fel a magzatban. A 21. héten multiparás méhszáj, ceruzavastagságnyira nyitott nyakcsatorna mellett ismét köldökzsinór előesést észleltünk, tehát idő előtti burokrepedés következett be. A vetélés lezajlása után műszeres befejezést végeztünk. A kórboncolás során a foetuson fejlődési rendellenességet kimutatni nem sikerült. Az abortust követő nyolcadik héten került sor részletes urológiai kivizsgálására osztályunkon. Ekkor a vizelet akarattól független elcsepegéséről, valamint vizeléskor jelentkező alhasi görcsökről panaszkodott.

Felvételi statusa: enyhe alhasi nyomásérzékenység. A portio kialakult, a méhszáj zárt. A portio folytatásában rendes nagyságú, mozgatásra enyhén érzékeny méh. Szabad környezet, vérzés nincs. *Laboratóriumi leletei* közül a vizelet üledék (2—3 fvs), és a vizelet baktérium tenyésztés eredménye (Pseudomonas aeruginosa) mutatott kóros eltérést. A *kiválasztásos urographia* a felső húgyutakon ép viszonyokat ábrázol. A hólyag sima szélű, felső széle ív alakban benyomott, homogén telődést mutat. *Cystoscopia:* 200 ml kapacitás. Ép ureterszájadékok, mérsékelten belövellt hólyagnyálkahártya. A hólyag hátsó falán a középvonaltól jobbra tölcsérszerű behúzódás látható, melynek középső részén sipolynyílás figyelhető meg. A járatba vezetett ureterkatéter a natív medencei rtg. felvételen a hólyag felett, az uterusnak megfelelően helyezkedik el. Sugárfogó anyagot fecskendezve az ureterkatéterbe a kontrasztanyag a hüvelyt tölti fel *(1. ábra).* A *hysterographia* megerősítette a méh—hólyag sipoly fennállását *(2. ábra).* A kontrasztanyag normális alakú és nagyságú méhet ábrázol. A méhbe fecskendezett sugárfogó anyag a hólyagban is megjelenik.

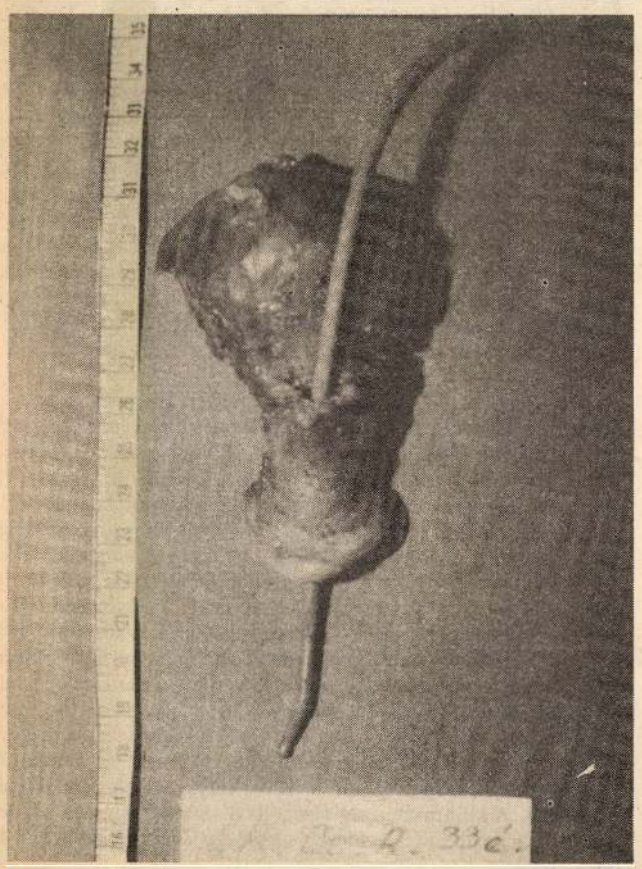
A vesicouterinális sipoly megszüntetésére *műtétet* végez-



1. ábra: A hólyagsipolyba vezetett ureterkatéteren keresztül befecskendezett kontrasztanyag megjelenik a hüvelyben.



2. ábra: Hysterographia: a méh telődése után a sugárfogó anyag a hólyagban is mutatkozik.



3. ábra: Az eltávolított méh a corpuson látható sipolynyílással.

tünk. Tekintettel arra, hogy a beteg több terhességet nem kívánt, vele egyetértésben a sipoly kiirtása és a méh egyidejű eltávolítása mellett döntöttünk. A műtétet urológusok és nőgyógyászok közösen végeztük, transperitonealis behatolásból. A hasüreget középső alsó hasmetszéssel nyitottuk meg. A hólyag hátsó fala az uterus mellső felszínéhez tapadt. A két szerv szétválasztása közben megnyílt a csaknem ceruzavastagságú fisztula. A méh eltávolítása és a hüvelycsonk zárása után a hólyagsipolyt körbemetszettük. A hólyag nyílását 2 rétegben zártuk, majd felette harmadik rétegként a peritoneumot is. A *3. ábra* az eltávolított szervet mutatja a sipolynyílással. A hólyagba katétert helyeztünk, melyet 10 nap múlva eltávolítottunk. A *szövettani vizsgálat* idegentest granulatiora jellemző képet mutatott ki a méhfalban, atípusos elváltozást nem igazolt. A beteg elsődlegesen gyógyult sebbel, panaszmentesen, negatív vizeletlelettel távozott. A műtét után 9 hónappal panaszmentes.

Megbeszélés:

A méh—hólyag sipolyok *kórismézésében* az *anamnézis* igen fontos. A kórelőzményben szereplő császármetszés, vagy más nőgyógyászati műtét, incontinentia, ciklusos haematuria, amenorrhoea felhívhatja a figyelmet a kórképre. Vesicouterinális sipoly esetén a hólyagba fecskendezett, indigóval megfestett öblítőfolyadék a portión, illetve a nyakcsatorna külső nyílásán jelenik meg (3). A *hólyagtükrös vizsgálat* alkalmával általában látható a sipolynyílás, mely legtöbbször a trigonum mögött helyezkedik el (1). A járatba vezetett ureterkatéteren keresztül sugárfogó anyaggal tölthetjük fel a fisztulát, illetve a kontrasztanyag a méh testében vagy a hüvelyben mutatkozik.

A *radiológiai vizsgálatok* közül a kiválasztásos urographiának, a retrográd cystographiának és a hysterographiának van fontos szerepe a már említett fistulographián kívül.

A méh—hólyag sipolyt a vesicovaginális és ureterovaginális fisztulától, valamint az incontinentia egyéb formáitól, chronicus cystitistől kell elsősorban elkülöníteni. „Menuria" esetén húgyúti endometriosisra is gondolni kell.

A méh—hólyag sipolyok *kezelése* általában sebészi. A vesicouterin fisztulák igen ritkán záródnak spontán (2). A műtétnél ajánlatos az urológus és a nőgyógyász együttműködése. A sipolyzárás transperitonealis behatolásból végezhető legbiztonságosabban (6). Jól alkalmazható a transvesicalis és transperitonealis feltárás kombinálása (1). A hüvelyi feltárást cervicovaginális sipolyoknál javasolják egyes szerzők (4). A műtétnél lehetőség szerint a méh megtartására kell törekedni (6). A hólyag és a méh sebét a sipoly kimetszése és a falrétegek szétválasztása után rétegesen kell zárni (7). A műtét után 10 napig állandó katéter alkalmazása szükséges a hólyagvarrat tehermentesítése céljából. Egyes szerzők az ovulatio gyógyszeres gátlását javasolják a műtétet követő 3 hónapban.

A nem daganatos eredetű méh—hólyag sipolyok műtéti kezelésének *prognózisa* általában igen jó.

Betegünkben ismételt császármetszés után alakult ki a vesicouterinális fisztula. Az eset érdekessége, hogy nem terhes állapotban a sipolyt az ott levő sarjszövet elzárta. Ezzel magyarázhatjuk, hogy a beteg meddőségi kivizsgálása során elvégzett hysterosalpingographia sipolyt nem mutatott. A terhes méh növekedése és a hozzá rögzült hólyag vongálása következtében a fisztula megnyílt. A vizelet által fertőzött méhűrben a magzatburok megrepedt és az amnionűr a hólyagba penetrált. Így lehet megmagyarázni azt a tényt, hogy a köldökzsinór előesést egyik esetben sem előzte meg magzatvízfolyás. Ezen az alapon válik érthetővé a második vetélés előtt egy héttel észlelt oligohydramnion, melynek hátterében semmiféle magzati fejlődési rendellenességet kimutatni nem sikerült.

IRODALOM: 1. *Corradi Gy. és mtsai:* A vesio—uterin sipolyokról. Urol. Nephrol. Szle. 1980, *7*, 3, 169 — 2. *Graziotti, P., Lembo, A., Artibani, W.:* Spontaneous closure of vesicouterine fistula after caesarean section. J. Urol. 1978, *120*, 372. — 3. *Ileobachie, G., D., Njoku, O.:* Vesicouterine Fistula. Brit. J. Urol. 1985, *57*, 438. — 4. *Kleinhans, G., Kristek, J., Cirkel, U.:* Vesiko—uterine Fisteln. Urologe, 1986, *25*, 351 — 5. *Kottász S. és mtsai:* A hólyag—méh sipolyokról. Urol. Nephrol. Szle. 1978, *5*, 98. — 6. *Kottász S., Gergely I.:* Succesful Pregnancy after Surgical Repair of Vesico—Uterine Fistula. Int. Urol. Nephrol. 1986, *18*, 3, 289. — 7. *Magasi P., Páczelt F.:* Sectio caesarea után kialakult uterovesicalis sipoly. Magy. Seb. 1976, *29*, 324. — 8. *Youssef, A. F.:* „Menouria" following lower segment cesarean section. A syndrome. Am. J. Obst. Gynec. 1958, *75*, 759.

(Szentgyörgyi Ervin dr. *Budapest*, Pf. 76. 1441)

Klion tabletta · hüvelykúp

RG

ÖSSZETÉTEL

1 tabletta 250 mg metronidazolumot, 1 hüvelykúp 500 mg metronidazolumot tartalmaz.

ADAGOLÁS

Trichomoniasisban:

Férfinek és nőnek egyaránt reggel-este 1-1 tabletta (250 mg) 10 napon át. Nők ugyancsak 10 napon keresztül lefekvés előtt 1-1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe. A beteg házastársa, vagy szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható.

Giardiasisban:

Felnőtteknek: 5—7 napon át naponta 2 × 2 tabletta.

Amoebiasisban:

Felnőtteknek:

a) symptoma mentes cisztaürítők esetében 5—7 napon át 2-3 × 2 tabletta.

b) chronikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5—10 napon át 3 × 2 tabletta.

c) invasiv formában, acut amoebas dysenteriában, tünetmentességig 3 × 3 tabletta.

d) amoebás májtályog esetén a megengedhető napi maximális adag 2500 mg (azaz 10 tabletta) egyszerre, vagy 2-3 részletben, 3—5 napon át, az egyéb terapiás lehetőségek alkalmazása mellett.

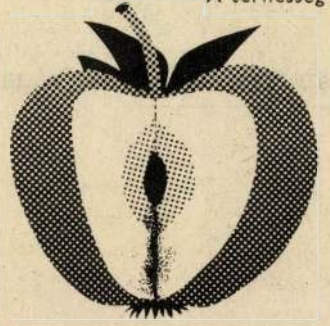
MELLÉKHATÁS

Az orális Klion tabletta alkalmazásakor ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, hányinger, hányás jelentkezhet. Mivel nitroderivátum a Klion, enyhe leukopeniát is okozhat.

FIGYELMEZTETÉS

Klion-kezelés ideje alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen! A Klionnal egyidejűleg adott antihypertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni.

A terhesség első három hónapjában ne adjuk!



KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

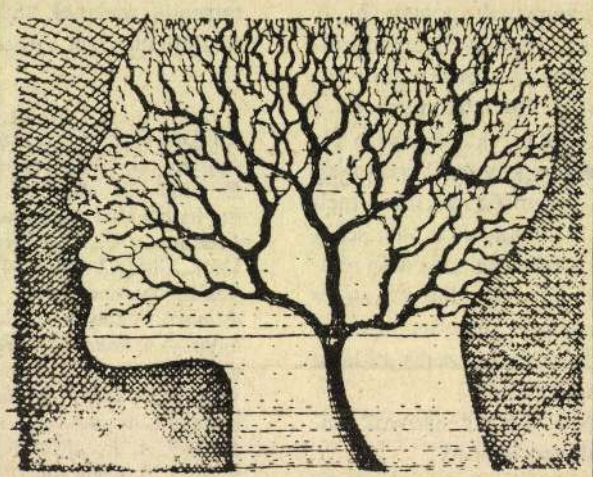
OH

733

agapurin®

SPOFA

100 mg drazsé, retard tabl. 400 mg



Hatóanyag 100 mg pentoxifyllinum drazsénként ill. 400 mg pentoxifyllinum retard tabl.-ként

Javallatok: Minden olyan kórkép, amelyben a mikrocirkuláció javítása a cél, így: arterioszklerózis, diabeteszes, gyulladásos eredetű perifériás artériás keringési zavarok (claudicatio intermittens, diabeteszes angiopatiák, endangiitis obliterans), disztrofiás zavarok (poszttrombotikus szindróma, ulcus cruris, gangraena, fagydaganat), angioneuropatiák (paresztézia, acrocianózis, Raynaud-szindróma). Agyi vérellátási zavarok (cerebrovaszkuláris kórképek). A szem vérellátási zavarai (a retina és az érhártya akut és krónikus vérellátási elégtelensége). A belső fül akut működési zavara.

Megjegyzés: ✠ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha ezt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Csomagolás: 60 drazsé és 20 retard tabl.

Ellenjavallatok: Friss szívizominfarktus, erős vérzések, agyvérzés. Retina vérzés. Terhesség

Adagolás: 100 mg-os drazsé: naponta 300—600 mg (3-szor 1—2 drazsé) étkezés után. *400 mg-os retard tabl.:* naponta 800 mg (2-szer 1 tabl.) étkezés után, egészben lenyelve bő folyadékkal. A maximális hatás a bevétel után kb. 2 órával jelentkezik és 8 óráig tart.

Mellékhatások: Gyomor-bélrendszeri panaszok, melyek ritkán teszik szükségessé a kezelés megszakítását. Túlérzékenységi reakció (pl. bőrkiütés).

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható: vérnyomáscsökkentőkkel (hatásukat erősíti).

Előállító: SPOFA Egyesült Gyógyszeripari Vállalatok, Prága

Exportőr: CHEMAPOL

Pap Ilona dr.,
Kertész István dr.
és Sági István dr.

Öngyilkossági kísérlet Verapamillal

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Belgyógyászati Intenzív Osztály
(Osztályvezető: Sági István dr.)

A 26 éves nőbeteg öngyilkossági szándékkal 4000 mg (100 tabletta) Verapamil^{R}-t (Orion Pharmaceutica, Helsinki) vett be. A mérgezés következményeként cardiogen shock, III. fokú AV block, majd szívmegállás következett be. Az ingerképzési, és -vezetési zavart ideiglenes pacemaker alkalmazásával kezelték. A terápiás lehetőségeket taglalva megállapítják, hogy a cardiovascularis tünetek Ca^{++} készítményekkel (Calcium gluconicum, Calcium chloratum), beta-receptor izgatókkal (isoproterenol, dopamin, orciprenalin) esetleg glucagonnal eredményesen befolyásolhatók.

Suicidal attempt with Verpamil. A 26-year old woman took 4000 mg (100 tablets) of Verpamil^{R} (Orion Pharmaceutica, Helsinki) with suicidal intestions. As a consequence of the poisoning cardiogenic shock, 3rd grade AV block and cardiac arrest occurred. The disturbance of stimulus formation and conduction was treated with a temporary pacemaker. Discussing the therapeutical possibilities it is stated that cardiovascular symptoms may be influenced successfully by Ca^{++} preparations (Calcium gluconicum, Calcium chloratum) and beta-receptor stimulants (isoproterenol, dopamine, orciprenalin) possibly also with glucagon.

A Ca^{++} antagonisták az antiarrhytmias gyógyszerek IV. csoportjába sorolhatók a Vaughan—Williams osztályozás alapján. Fő farmakológiai hatásuk a lassú Ca^{++} és Na^{+} áram gátlása, mely a Na^{+} gyors behatolása után az akciós potenciál késői fázisában lép fel (7, 15). Gátolják a sinuscsomó ingerképzését, növelik az AV csomó refrakteritást: az AV csomó refrakteritás megnövekedése Hisköteg EKG—n az AH idő megnyúlásában nyilvánul meg (16, 21). Csökkentik a myocardium contractilitását. Az arteriolák simaizomzatára hatva vasodilatációt okoznak, így csökkentik a vérnyomást. Ez a hatás a kisvérkörben a pulmonalis vascularis rezistencia csökkenésén nyilvánul meg (10, 2, 22, 23). A szintetikus papaverin derivátum verapamilt széleskörűen használják supraventricularis ritmuszavarok megelőzésére, kezelésére (20, 5, 25, 24). A gyakori alkalmazás ellenére kevés olyan közlés van, mely súlyos verapamil mérgezést tárgyal, pedig az intoxicatió lehetősége adott. Az általunk elérhető magyar szakirodalomban ilyen témájú közlést nem találtunk. (17, 8, 19, 3, 4).

Esetismertetés

A 26 éves nőbeteg felvétele előtt 2 órával 4000 mg (100 tabletta) Verpamil^{R}-t (Orion Pharmaceutica, Helsinki) vett be, öngyilkossági szándékkal. A gyógyszert obstructív cardiomyopathia miatt rendszeresen szedte, 160 mg napi adagban.

Status: Kissé halványabb bőr. Icterus, oedema, cyanosis nem észlelhető. Cor: balra 1 ujjal nagyobb relatív tompulat. Ritmusos szívműködés, punctum maximummal a 3 M-ben 2/6-s ejectiós systolés zörej hallható, mely az aorta kiáramlási pályájának megfelelően vezetődik. Has: negatív. Organikus neurológia eltérés nem észlelhető. RR: 110/80 Hgmm. P: 78/min. EKG: 76/min SR. Kp. állású R vektor. Bal kamra hypertrophia jelei. PQ: 0,16".

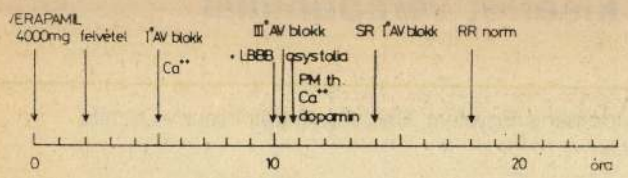
Felvételét követően gyomormosást végeztünk, forszírozott diuresist indítottunk. Az észlelés harmadik órájában normotensio mellett I. fokú AV block alakult ki. Ekkor 1 ampulla (10 ml) Calcimusc^{R}-t (Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest) kapott. Ezután 5 óra eseménytelenül telt el, majd intraventricularis vezetési zavar jelent meg. Ez néhány percen belül III. fokú AV blockká alakult. Az AV blockot asystolia követte, mely alatt 70/min pitvari tevékenységet észleltünk. A cardiopulmonalis reanimáció során 1 ampulla (1 mg) Atropinum sulfuricum^{R}-t (EGIS Gyógyszerárugyár, Budapest), 3 ampulla (30 ml) Calcimusc^{R}-t és 80 ml 8,4%-os Natrium hydrocarbonicumot kapott. Isuprel^{R} (Sterling—Winthrop GmbH, Guildford) 2 microgramm/min adagja mellett, illetve fractionáltan adagolt 1 mg Tonogen^{R} (Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest) mellett ideiglenes pacemaker terápiát kezdtünk, mellyel a szívműködést helyreállítottuk. A hypotensiót 400 ug/min dózisban adott Dopamin^{R}-nal (Giulini Pharma GmbH, Hannover) kezeltük. Tudata 80 perc múlva tisztult fel. Állapota gyorsan rendeződött, a klinikai észlelés 12. órájában már ismét csak I. fokú AV blockja volt. Újabb 4 óra múltán a vezetés is és a keringés is teljesen normalizálódott.

A kórlefolyást és a kezelést ábrán szemléltetjük.

Megbeszélés

A Ca^{++} antagonista gyógyszerek közül Magyarországon a Corinfar^{R}, a Sensit^{R}, a Corontin^{R} és a Verpamil^{R} használatosak. A nifedipin és fendilin túladagolásnál a hypotensiv effektus, a verapamil túladagolásánál a hypotensio mellett az ingerképzési és vezetési zavarok jelenthetnek komoly veszélyt. Ezen szerek által okozott mérgezésben az általános méregtelenítési eljárásokat (gyomormosás, forszírozott diurézis, esetleg haemoperfusio) követően a hypotensio, a bradycardia, az AV vezetési zavarok elhárítására irányul a terápia. A verapamil által kiváltott hypotonia, cardiogen shock kezelésére Calcium gluconicum (18), Calcium chloratum (11), esetleg Calcium gluconicum és hypertonias Natrium chloratum együttes adását ajánlják (27, 13).

Kulcsszavak: verapamil, suicidium, cardiogen shock, AV block, sympaticomimeticumok



ábra: A mérgezés lefolyása.

Mind a bolusban, mind a tartós cseppinfusióban adott készítmények hatásosnak bizonyultak. (14). Széleskörűen alkalmaznak beta-receptor izgatókat is tensioemelőként. Leggyakrabban az isoproterenolt, a dopamint és az orciprenalint (26). Eredményesen próbálták ki a glucagont is, melynek positiv inotrop és chronotrop hatása független a beta stimulációtól (9). A bradycardiát sympaticomimeticumokkal (isoproterenol), esetleg atropinnal lehet befolyásolni. A kialakult reversibilis vezetési zavar időtartamát ideiglenes pacemaker terápiával hidaljuk át. A tünetek általában egymással kombinálódnak, a hypotensio jelenik meg először. A mérgezés súlyossága függ a bevett adagtól (6), esetünk (4000 mg) a középsúlyos mérgezések közé sorolható. A gyógyszer vérszintjének meghatározására nem volt módunk, csak a klinikai kép alakulásából következtettünk a gyógyszer ürülésére. A mérgezés álalában 24—48 óra alatt zajlik le, de sok országban retard készítmény is beszerezhető és ha azzal történik a mérgezés, az elhúzódó felszívódás miatt, hosszabb ideig tartó megfigyelést, kezelést igényel (12). A közölt esetek jelentős részében és a mi esetünkben is teljes gyógyulás következett be. Fatális kimenetel csak extrem nagy adag bevételét követő cardiogen shock, illetve súlyos alapbetegség miatt fordul elő (1). A lehetséges szövődmények ismeretében intenzív osztályokon, gondos megfigyelést alkalmazva ezek a betegek eredményesen kezelhetők.

IRODALOM: 1. *Börkje, B. és mtsai:* Fatal verapamil poisoning. Tidssler Nor. Laegerferev. 1986, 106, 401. — 2. *Crawford, M. H. és mtsai:* Calcium channel blocking drugs for chronic, stable angina. Int. J. Cardiol. 1982, 2, 7. — 3. *Da Silva, O. A. és mtsai:* Verapamil: Acute self-poisoning. Clin. Toxicol. 1979, 14, 361. — 4. *De Raire és mtsai:* Attempted suicide with verapamil. Europ. J. Cardiol. 1977, 6/3, 195. — 5. *Fazekas T.:* Ca^{++} antagonisták hatásmechanizmusa és klinikai alkalmazása. Orvosképzés 1981, 56, 49. — 6. *Gay, P. R. és mtsai:* Treatment of verapamil toxicity in intact dogs. Clin. Inves. 1986, 77, 1805. — 7. *Hass, H. et al.:* Alfa isopropyl-alfa/N- methyl-N-homoveratril-gamma-amino--propyl-3,4-dimethoxiphenylacetonitril, eine Substanz mit coronargefasser weitern den Eigenschaften. Arzneim. Forsch. 1962, 12, 549. — 8. *Jain, S. C. et al.:* Severe hypotension and bradycardia after suicidal consumption of 100 tablets of verapamil: a case report. Indian Heart J. 1982, 34, 175. — 9. *Jolly, S. R. et al.:* Cardiovascular depression by verapamil: reversal by glucagon and interactions with propranolol. Pharmacol. 1987, 35, 249. — 10. *Karlsberg, R. P. et al.:* Calcium channel blockers for cardiovascular disorders. Arch. Intern. Med. 1982, 142, 452. — 11. *Lipman, J. et al.:* Intravenous Calcium Chloride as antidote to Verapamil-Induced Hypotension. Int. Care. Med. 1982, 8, 55. — 12. *Mayer, U. et al.:* Töedliche Vergiftung mit Verapamil in Retard-Form. Dts. med. Wsch. 1985, 110, 1293. — 13. *Moroni, F. et al.:* Calcium gluconat and hypertonic sodium chloride in a case of massive verapamil poisoning. Clin. Toxicol. 1980, 17, 395. — 14. *Morris, D. L. et al.:* Calcium infusion for reversal of adverse effects intravenous verapamil. JAMA 1983, 249, 3212. — 15. *Nayler, W. G. et al.:* The heterogenity of the slow channel block. Int. J. Cardiol. 1983, 3, 391. — 16. *Nayler, W. G. et al.:* Some effects of iproveratril (Isoptin) on the cardiovascular system. J. Pharmacol. Exp. Ther. 1968, 161, 247. — 17. *Nieman, J. T. et al.:* Cardiac conduction and rhytmus disturbances following suicidal ingestion Merodiasin. Ann. Emerg. Med. 1981, 38, 1126. — 18. *Perkins, C. M. et al.:* Serious verapamil poisoning treatment with intravenous calcium gluconat. Br. Med. J. 1978, 2, 1127. — 19. *Pirjo Immonen et al.:* Three cases of severe verapamil poisoning. Int. Cardiol. 1981, 1, 101. — 20. *Reinherberger, R. L. et al.:* Effects of intravenous and oral verapamil administration in patients with supraventricular tachycardia. Circulation 1980, 62, 996. — 21. *Ross, G. et al.:* Cardiovascular actions of iproveratril. J. Pharmacol. Exp. Ther. 1967, 158, 504. — 22. *Ryden, L. et al.:* The haemodinamical effects of verapamil. Eur. J. Clin. Pharmacol. 1971, 3, 153. — 23. *Rourke, R. O. et al.:* Calcium channel blocking drugs for chronic, stable angina. Int. J. Cardiol. 1982, 2, 5. — 24. *Sakurai, M. D. et al.:* Acute and chronic effects of verapamil in patients with paroxysmal supraventricular tachycardia. Am. Heart J. 1983, 105, 619. — 25. *Sárosi és mtsai:* A Ca^{++} antagonista Verpamil antiaritmiás hatása. Magyar Belorvosi Arch. 1982, 35, 297. — 26. *Van Zwieten, P. A. et al.:* Calcium antagonists and alfa$_2$ adrenoreceptors: possible role of extracellular calcium ions in alfa$_2$ adrenoreceptor mediated vasoconstriction. J. Cardiovasc. Pharmacol. 1982, 4, 3273. — 27. *Watanabe, Y. et al.:* Effects of Calcium an Sodium concentrations on atrioventricular conduction: Experimental study in rabbits hearts with clinical implications on heart block and slow channel blocking agent usage. Am. Heart J. 1981, 102, 883.

(Pap Ilona dr. *Szeged,* Pf. 469. 6720.)

HELYESBÍTÉS!

Kérjük, szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetéseiben szereplő készítmények rendelhetősége és ára megváltozott.

TARDYFERON® retard drazsé

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.
CSOMAGOLÁS: 20 drazsé.

bébé-TARDYFERON® retard drazsé

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

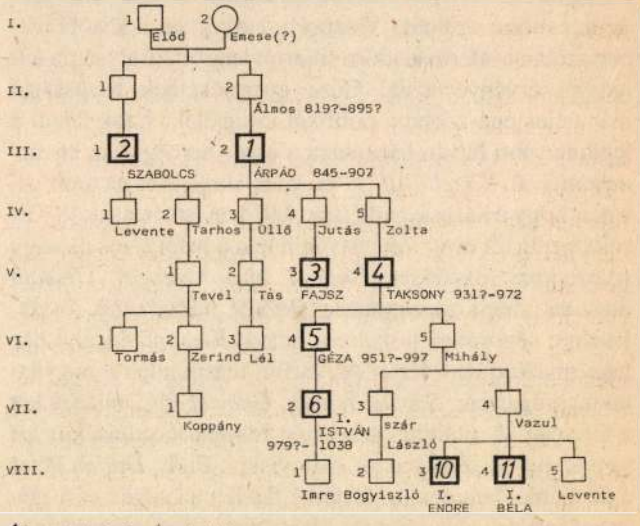
EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

I. (SZENT) ISTVÁN KIRÁLY GENEOLÓGIÁJA

István király 1038. augusztus 15-én halt meg. Így 1988-ban emlékezhettünk meg elhunytának 950. évéről. Az ilyen visszatekintések alkalmasak a kortársak figyelmét felhívni az aktuális gondokra, teendőkre, vágyakra. Így tette ezt *Szekfű* Gyula is, 1938-ban, a Szent István Király halálának 900. évfordulóján kiadott Emlékkönyvben (4): „... Szent István uralma népe tudatában máig is töretlen volna, ha ki nem gyulladnak a nagy szomszédházban az új pogány tüzek, s ha a német wotanizmus utánzásra nem talál nálunk az eleinte szintén németektől szított turanizmusban." Bizonyára a mostani évforduló is segítheti a szembesülést önmagunkkal.

Az orvosgenetikus számára István király családfája (1. ábra) legalább öt tanulságot kínál. Az első a *szeniorátus*. A keleti társadalmak patriarchális nagycsaládjaiban a vezetés nem apáról fiúra, hanem a legidősebb férfira, tehát az öccsre vagy unokaöccsre szállt. Jól tükrözik ezt Előd és Álmos leszármazottjai. A hét törzs szövetségét kezdetben kettős fejedelemség vezette. Ezek egyike: a kende, a kazár hatalmi befolyás biztosítéka volt. Így lett *Álmos* társfejedelme *Levéd*, majd Árpádé *Kurszán*. Kurszánt azonban a honfoglalás után, 904-ben a bajorok egy lakomán orvul megölték. Ezt követően azután Árpád fejedelem már egyeduralkodóvá vált. Utódja unokatestvére, *Szabolcs* fejedelem lett. Őt Árpád két unokája: *Fajsz*, majd *Taksony* követte. Az ő idősebbik fia volt *Géza* (Gyeücsa). A további utódlás váltotta ki a jól ismert *Koppány-István* konfliktust. A szeniorátus szerint Koppánynak kellett volna következnie. Géza azonban „Somogyország" királyát nem tartotta alkalmasnak a megkezdett államépítés befejezésére és ezért is kezdeményezte a *primogenitúrát*, tehát a legidősebb fiú utódlását. A *szeniorátus* értelmét az állattartó társadalmakban az adta meg, hogy a közösség életét biztosító állatállomány folyamatos téli-nyári hajtására és a legelők megvédésére a legtapasztaltabb-legérettebb vezető volt képes. Ez ugyanakkor egész generációk kimaradását jelentette a legfőbb hatalomból; gondoljunk például Árpád fiaira. Ezen túl ez az idősebb vezetőkre jellemző konzervativizmus táptalaja is lehetett. A legfontosabb fejedelmi tulajdonság már akkor is az *„idoneitas"*, tehát az alkalmasság-rátermettség volt. Ennek biztosítását az istenségtől remélték.

A másik érdekes kérdés a *leviratus*. Ez ugyancsak általános volt a keleti társadalmakban. Eszerint az elözvegyült asszonyt a volt férj öccse vagy unokaöccse „örökölte". Természetesen ez eleve feltételezi a többnejűséget. E gyakorlatnak három logikus indítéka volt. Egyrészt a házasodáskor a nő jelentős vagyont hozott be a nagycsaládba. A férj halála után nagy veszteség lett volna, ha ezt, esetleg kiegészítve férje javaival és a gyermekekkel, visszaviszi szülei nagycsaládjába. Másrészt az elárvult gyermekeknek új apára volt szükségük, ezt akkor különösen a fiúk nevelésében elengedhetetlennek tartották. Végül az akkori folyamatos harcok miatt a férfiak pusztulása nagyfokú volt. Közismert biológiai szabály, hogy a népesség fennmaradásához sok nőre és kevés férfira van szükség. A többnejűség és a levirátus e szükségszerűségnek kedvezett. Mindezek a tények magyarázzák, hogy őseink nyelvében élt a „kisebbik úr" fogalma és ez az ifjabb sógort illette. Mindezek jogán követelte magának *Koppány* Géza elözvegyült feleségét, *Sarolt*-ot. A kereszténység azonban súlyos bűnnek tartotta a többnejűséget és ezen belül a levirátust. Elkövetőit ezért felnégyelésre ítélte. Ez magyarázza Koppány holttestének kegyetlen feldarabolását.



Ábra: I. István Árpád-házi eredete

A honfoglaláskori magyarság túlélését a történészek főleg két tényezővel magyarázzák (1). Az egyik, hogy szemben a többi „szkita" néppel, a magyarság már korábban *félnomád életformára tért át*. Ez olyan nagy állattartó gazdálkodást jelentett, amely önálló földműveléssel társult. Ebben a rabcselédeknek is komoly rész jutott. Így elkülönültek a gazdaságot fenntartó közrendűek és a katonai védelmet, illetve zsákmányt biztosító katonák. Az utóbbit, a korabeli becslések 970 körül, 20000 lovasra tették és ez akkor az egyik legnagyobb katonai hatalmat jelentette. A már meghonosodott földművelő rétegnek azután kulcsszerepe lehetett a honfoglalás, majd a kalandozások csődje utáni életforma váltásban. A másik tényező, a vezetőréteg *rátermettsége*. Az újabb kutatások igazolják, hogy a vezetők általában idegenek voltak népüktől és hatalmukat a katonai kíséret biztosította. A kalandozások után Gézának fel kellett ismernie, hogy amikor *Nagy Ottó* német császár fia, a későbbi *II. Ottó* feleségül vette *Theophanu* bizánci császár lányát, Magyarország a két nagy hatalom harapófogójába került. Ebből kitörni, csak a kereszténység felvételével és a *dinasztikus kapcsolatok* erősítésével lehetett. Ezt jól példázzák uralkodóházunk házasságai. Géza

frigye Sarolt-tal még a legfontosabb honi hatalommal, a hadvezéri posztot jelentő „gyulá'-val történő szövetségét erősítette. De *Mihály* házassága már a bolgár szövetség kialakítását szolgálhatta. Valószínűleg Géza leánytestvére volt „bátor" *Boleszláv* szomorú sorsú felesége. A lengyel *Piaszt*-ház leszármazottja, *I. Meskó* fia azonban, csalódva a magyar szövetségben, terhesen hazatoloncolta feleségét. A már itthon született Veszprém hercegnek a későbbiekben azután csak rövid időre sikerült lengyel királyságra tett igényét érvényesítenie. Géza gyermekeinek házasságai már teljes egészében a politikát szolgálták. Ezek közül a legfontosabb István házassága a bajor hercegi ház leszármazottjával, *Gizellával*. A politika sürgetését az sem zavarta, hogy a házasságkötéskor, 997-ben István csak 18, Gizella pedig 12 éves volt. István húgát a befolyásos és nagy nemzetközi összeköttetésekkel bíró velencei *Orseolo* doge-ház leszármazottjával, *Ottóval* házasították össze. István e sógorának testvére a horvát *Kresimir*-királyi ház leszármazottjának férje lett. István másik húga a nagyhatalmú bolgár cár, *Sámuel* fiának: *Gabriel-Radomirnek* lett a felesége. A politikai szövetség rosszra fordulásakor ezt az asszonyt is terhesen küldték vissza. Fiuk, *Delján* Péter a későbbiekben azután életével fizetett a bolgár cári igénynek valóra váltásáért folytatott harcokban. Végül István utolsó ismert húga, a Kabar eredetű *Aba* nádorral házasodva, belpolitikai célokat szolgált. Az innen származó fiú: *Aba Sámuel* lett Orseolo Péter első elűzése után rövid ideig a király. Imrét a bizánci gyermek hercegnővel, Orseolo Péter húgát viszont Babenberg Adalbert osztrák őrgróffal házasították össze. Sokáig élt az a hit is, hogy István egyik lánya, *Ágota, Edward* angol herceg hitvese lett és az ő leszármazottjuk *Skóciai Szent Margit* (5)* Az uralkodók családalapítását tehát egyértelműen a politikai érdek határozta meg. Ez genetikai szempontból előnyös is lehetett. Egyfelől *távoli családok génjei találkoztak és ez a hibrid vigornak: a fokozott rátermettségnek kedvezhetett.* Másfelől, ha az uralkodók kiválasztódásában érvényesült valamiféle speciális tehetség, akkor ez, a „hasonló hasonlót választ" elv alapján, dúsíthatta a jó adottságokat.

A negyedik tanulság közhely, az *iszonytatóan magas gyermekhalandóság*. Ez István-Gizella gyermekeiben is pusztított. Mennyi balsorsot előzhetett volna meg valamelyik fiú örökös túlélése!

Végül szomorú tény, hogy István király *személyiségéről* a legendákon túl semmiféle valós adatunk nincs. Apjáról, Gézáról, a szemtanú, *Thietmar* merseburgi püspök azt írta: „Roppant kegyetlen; hirtelen haragjában sokakat megölt." A *merseburgi* püspök anyjáról, a szépséges Saroltról sem adott előnyös jellemzést: „a szép úrnő szerfelett ivott, és a lovat vitézek módjára ülte meg, egy embert pedig haragjában meg is ölt." Viszont a kritikus hangú Thietmar Istvánról sokkal *kedvezőbben* nyilatkozott: „Sohasem hallottam valakiről, aki így kímélte volna a legyőzöttet..." A 41 éves uralkodás alatti életmű azonban mindennél többet mond alkotójáról. Hiszen akkor, Istvánnak köszönhetően, *Európa* határa a *Lajtától több száz kilométerre keletre, Erdély végeire tevődött át.* S tulajdonképpen ez az a történeti tény, amely napjainkban különleges érdeklődésre tarthat számot.

István testi adottságairól, öregkori betegségén, amely valószínűleg *agyvérzés* lehetett, semmit sem tudunk. Gizella királynő, feltételezett csontvázának 1908-ban elvégzett analízise szerint (3), 170 centimétert meghaladó, tehát magas növésű, gracilis csontozatú nő lehetett. István *jobbja* nemzeti és vallási ereklyeként fennmaradt. Így az az újabb közlés, miszerint az egyiptomi múmiák szövetéből sikerült a genetikai anyag, a DNS vizsgálata (2), talán egyszer majd lehetőséget kínál nagy királyunk örökletes anyagának megismerésére is.

IRODALOM: 1. *Györffy Gy.:* István Király és műve. Gondolat. Budapest, 1977 — 2. *Pääbo, S.:* Molecular cloning of ancient Egyptian mummy DNA. Nature, 1985 *314.* 644—645 — 3. *Szántó K.:* Szent István hitvese. A Katolikus Szó Kalendáriuma. 1988. 61—67. — 4. *Szekfű Gy.:* Szent István a magyar történet századaiban In: Serédi J. (szerk.) Emlékkönyv Szent István Király halálának kilencszázadik évfordulóján. MTA kiadása, Budapest, 1938. II. kötet. 3—80. — 5. *Wertner M.:* Az Árpádok családi története. Pleitz F. P., Nagy-Becskerek 1892.

Czeizel Endre dr.

* A mai óbudai Margit Kórház Skóciai Szent Margit nevét viseli.

Kovács Sebestény Endre — az orr-gégészeti sebészet hazai úttörője

1858. november 13-án, a Budapesti Királyi Orvosegyesület rendes ülése „rendkívüli" bemutatóval írta be magát az orvostörténelem neves eseményei közé. A pesti egyetem élettani professzora, *Czermák* Nepomuk János „egy nagyobb moderateur (repceolaj) lámpás sugarait reflektálta egy, a saját garatjához támasztott négyszögű gégetükör lapjára, amelyben tisztán láthatták a jelenlévők Czermák gégéjének képét".* Az idézett sorok szerzője, Navratil Imre, s vele együtt a jelenlévők többsége tudatosította, hogy egy új tudományos szakterület, a gégészet megszületésének voltak szemtanúi (1). Czermák bemutatóján ott volt az a *Kovács Sebestény* Endre is, aki sebészi tevékenységével jelentősen hozzájárult a gégetükrözés felfedezése által megalapozott új diszciplína megizmosodásához.

Kovács Sebestény doktor jelenléte nemcsak egyesületi tagságával s funkciójával — 1858-ban ő volt az *Orvosegyesület* első titkára (2) — magyarázható. Érdeklődése az orrgégészeti sebészet iránt már medikus korától nyomon követhető. A *Garam-Vezekényben* (ma Hronské Vozokany

* 1. Gerencsér Ferenc dr. tanulmányát az Orv. Hetil. 1987, 128, 848. oldalán.

néven Hronovce község része Csehszlovákiában) 1814. szeptember 27-én született református papfiú 1841-ben végzett a pesti egyetem orvosi karán. Orvostudori értekezésének címe: *A hebegésről* (3). A hebegés műtéti gyógyításának lehetősége az 1830-as évek egyik izgalmas orvostudományi kérdése. Két különböző műtéti technikával próbálkoznak a kor neves sebészei. A német *Dieffenbach* részleges nyelvkimetszést, a francia *Bonnet* a nyelvs áll alatti izmok átmetszését ajánlja. Kovács-Sebestény a Bonnet-féle műtét mellett foglal állást — „a franciák dadogás műtéti módja elibe teendő a németekénél" — de megjegyzi, hogy csak további részrehajlatlan vizsgálódások fogják eldönteni e módszer hasznosságát. A kezdő orvosnál szokatlan témaválasztás — a korabeli disszertációk többsége csak általános jellegű, ismételten feldolgozott témákat tárgyal — a korabeli német s francia nyelvű szakirodalom kiváló ismerete, a tárgyilagos hangnem, s nem utolsó sorban ízes magyarsága egy csapásra ismertté teszik az értekezés szerzőjét. Népszerűségét még csak fokozza az a nemes gesztus, amelyről az *Orvosi Tár* tudósít: *„a nemes keblű író, az eladott példányokbul bejövendő pénzmennyiségeket az elszegényedett orvosok segedelmezésére alapított tőkének öregbítésére volt szíves odaajánlani"*. (4).

Nem meglepő tehát, hogy a fiatal orvos előtt megnyílik az út az egyetemi karrier felé. Előbb *Piskovits* helyettes sebésztanár, később a Bécsből Pestre átlépő *Balassa* János sebészprofesszor tanársegédje lesz; s 1843-ban megszerzi a sebésztudori oklevelet is (5) Balassa tanársegédeként kitűnő alkalma nyílik továbbképeznie magát a rinolaringológiai sebészet terén is. Főnöke második bemutató műtéte 1844. február 8-án egy *gégesipoly-elzárás*, új típusú plasztikai eljárással. A műtét részletes leírását Kovács Sebesténynek köszönhetjük, aki „Balassa J. pr. úr előadásai után" ezt közreadja a *Magyar Orvossebészi és Természettudományi Évkönyvek* hasábjain (6). A „legelegánsabban műtő sebésztől" — egyik kortársa jellemzi így Balassát — Kovács Sebestény nemcsak műtéti technikát tanul, de egy korszerű, kórbonctani s élettani aspektusokat is figyelembe vevő sebészi szemlélet. A balassai-krédó: „ne legyen a sebészet egyedül külformákon alapuló kézmű" vörös fonálként húzódik végig Kovács Sebestény Endre életművén is. E szemlélet érvényesülésének meggyőző bizonyítékai azok az esetleírások, melyek az 1857-ben induló *Orvosi Hetilap* oldalain látnak napvilágot. Kovács Sebestény ekkor már — 1849-től — a Rókus-kórház sebészi osztályának főorvosa. A 14 ágyas „sebészi kórodához" — előző munkahelyéhez — képest egy hatalmas, 102 ágyas osztályt alakít ki. Műtéteinek száma megközelíti az évenkénti 1000 esetet. Elsősorban sérvműtétei teszik híressé nevét az egész országban, de nem lesz hűtlen az orr-gégészeti területhez sem.

Az Orvosi Hetilap második évfolyama 4 folytatásban közli dr. Kovács kórházi főorvos „A roncsoló orrfekélyek gyógyítása körüli tapasztalatok" c. tanulmányát (7). A tanulmányból megtudjuk, hogy a pályakezdő Kovács Sebestény érdeklődése az orr-gégészeti műtétek iránt nem volt szalmaláng természetű: „a roncsoló orrfekélyek kórlefolyása és gyógyítása körül már *több évek előtt megkezdett* kísérletei"-ről adja át tapasztalatait. A látszólag szokványos kazuisztikának induló tanulmányba beleolvasva, hamarosan feltűnik a balassai „vörös fonál": az *élettani* szemlélet. A konzervatív kezeléssel lobmentessé tett fekély „jóvoltából" láthatóvá válik a garat túlsó fala, s ezáltal „a legérdekesebb látványoknak" egyike tárul a vizsgáló szemei elé: *a lágy szájpad élettani működése!* „Miért tökélytelen a hasadt lágy szájpadlásnál... a beszéd, most világos lesz előttünk, minekutánna látjuk, hogy a hang képzéséhez az orrüregnek a szájüregtőli tökélyes elzáródása szükséges" — összegezi a természet nyújtotta élettani kísérletből levonható tanulságot a sebész-fiziológus. A tanulmány 3. és 4. részében rajzokkal illusztrált műtétleírások tanúskodnak arról, hogy Kovács Sebestény kitűnően elsajátította volt mesterétől, Balassától a *plasztikai* sebészet alapjait is.

A fentihez hasonló „szerencse" éri Kovács Sebestényt 1860-ban is, amikor egy 19 éves kereskedősegéd kerül az osztályára. Gennyes fültőmirigy-gyulladás következményeként a Stenon-féle vezeték szájüreg felé vezető nyílása hegesen záródott, s a mirigy váladéka egy sipolyon keresztül a beteg arcára ürült ki. Kovács Sebestény él a lehetőséggel, s a „vegyészi készületségű gyógyszerész" *Molnár* János* segítségével *„vegybontás" alá veszi — Magyarországon először* — a fültőmirigy váladékát, a nyálat." Ezen tudományos szigorral véghez vitt pontos vizsgálatok" alapján a nyál élettani hatásáról a következő megállapításokat teszi: „fültőmirigynyál nemcsak mint egyszerű ételhígító... hanem mint másító és oldozó hatány működik" azaz mint *„erj"* (fermentum) a keményítőt cukorrá változtatja át (8). Balassa tanár büszkén olvashatta egykori tanítványa élettani szemléletű tanulmányát — már csak azért is, mert a véletlen folytán e tanulmány utolsó sorai azon az oldalon fejeződnek be, amelyen elkezdődnek Balassa „Adatok a gégetükrözéshez kór- és gyógytani szempontból" c. munkájának hasonló szellemről tanúskodó mondatai! (9) Érdemes megjegyezni, hogy Kovács Sebestény főorvos vonzódása a kémiai vizsgálatok iránt sem újkeletű. 1841—ben, a magyar orvosok és természetvizsgálók pesti első nagygyűlésén a *vegytan szükségességéről* értekezve szögezte le: „Az *élet- és kórtan azóta nyertek nagyobb világot, miólta a szemlélődő ész ezek körül is vegytanilag vizsgálódik"* (10).

Kovács Sebestény Endre nemcsak a diagnosztikában mert kitaposatlan utakon járni, hanem a terápiában is. Magyarországon — valószínűleg — elsőként alkalmazott egy olyan *Lüer-légcsőkanült**, amelyhez egy „légzőkészülék" csatoltatott. A szerkentyű lényege egy alumíniumból készült golyó, amely kilégzéskor „beleesve" a készülék nyílásába, elzárja a levegő útját. A kilégzendő levegő így a kanül nyílásán per vias naturales távozik s ezáltal lehetővé teszi *a légcsőmetszett beteg folyamatos beszédét.* Az *Orvosi Hetilapban* közzétett esetleírás közli a módosított kanül rajzát is (11). Érdekes adalékként derül ki a cikkből az is, hogy Czermák tanár nem a steril tudomány elefántcsont tornyába zárkózott tudós volt. Kovács főorvos kérésére ugyanis ő végezte el Kovács betegének „gögtü-

* Molnár János (1814—1885), gyógyszerészvegyész, 32 éven át a Rókus-kórház gyógyszertárában dolgozott.

** Lüer (?—1883), német származású francia műszerész

körbeli vizsgálatát", amely objektíven bizonyította a sebész által feltételezett „gögszűkületet". Íme, az 1858-ban bemutatott gégetükör már 1860-ban az orvosi gyakorlat diagnosztikus kelléke!

Az évek során csiszolódott műtéti rutin, az egyre korszerűbbé váló műtő, az éterrel való bódítás terjedése lehetővé teszik Kovács főorvosnak, hogy kedvenc testtájékán, az orr-gégészeti területen egyre komolyabb műtéteket végezzen. Az 1867-es *rimaszombati* vándorgyűlésen — melynek egyik alelnöke is volt — *a jobb felső állcsont csonkolásáról"* tart előadást. A jó bonctani ismereteket megkövetelő — Dieffenbach által bevezetett — műtét sikerét a beteg arcáról készült fényképekkel mutatta be a vándorgyűlés hallgatóságának (12).

Talán Kovács Sebestény Endre rhinolaringológiai sebészi beállítottsága is közrejátszott abban, hogy 1878-ban bekövetkezett halála után, osztályát az a *Navratil* Imre kapja meg, aki 1866-tól a gégetükrözés magántanáraként, Rókus-kórházbeli 12 ágyas „osztályán" gyűjtögeti a gégebajok gyógyítása körüli tapasztalatait. (13)

Munkánk elején a Királyi Orvosegyesület *rendes* ülésére kalauzoltuk olvasóinkat. Befejezésként pillantsunk be az Orvosegyesület egy *rendkívüli* ülésére. 1879. május 17-én — Kovács Sebestény Endre halálának első évfordulóján — utóda, Navratil Imre emlékezik a nagy elődre, kinek képességeit, tudását csupán egykori mestere, Balassa múlta felül. „Egy közös nagy célért, az orvos-sebészeti tudományoknak exact művelődése érdekében karöltve küzdöttek ők mindketten. A hazai orvos-történelem fel fogja jegyezni, hogy hazánknak e két kiváló orvosa összhangzatosan kiegészítő tényezőként működött közre a magyar sebészeti tudomány megállapításában és felvirágoztatásában" (14). S Kovács Sebestény Endre születésének 175. évfordulóján tegyük hozzá azt is bátran, amit Navratil Imre talán 1879-ben még nem tudhatott: a magyar orr-gégészet felvirágoztatásában is!

IRODALOM: 1. *Navratil Imre:* Megemlékezés Czermákról. Orv. Hetil. 1896, *41*, 4. — 2. *Salacz P.:* A bp. kir. Orvosegyesület jubileumi évkönyve 1837—1937, Bp. 1937. — 3. A hebegésről értekezik orvos tudorrá létekor Kovács Sebestény Endre, Pesten, 1841. — 4. Orvosi Tár, *1842.* évf., 19. sz., 304. o. — 5. *Rózsay József:* Emlékbeszéd néhai dr. Kovács-Sebestény Endre m. t. akademiaia lev. tag. fölött, Gyógyászat, 1879, 19, 289. — 6. Magyar orvos-sebészi és természettudományi Évkönyvek, I. Kötet, *1844*, 144. o. — 7. Orv. Hetil. 1858, *2*, 26—28—50—51. sz. — 8. Orv. Hetil. 1861, *5*, 2. sz.—17. o., 3. sz. — 9. Orv. Hetil. 1861, *5*, 2. sz.—23. o. — 10. *Kovács Sebestény Endre:* A vegytan szükségességéről, hatásárul általánosan, s különösen honunkra alkalmazva. A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Pesten tartott Első Nagy Gyűlésének Munkálatai, Pest, 1841, 28. o. — 11. Orv. Hetil. 1862, *6*, 6. és 8. sz. — 12. A magyar orvosok és természetvizsgálók Rimaszombatban tartott 12. nagy vándorgyűlésének munkálatai, 1867, 213. o. — 13. Orv. Hetil. 1987, *128*, 845. — 14. *Navratil Imre:* Emlékbeszéd Kovács-Sebestény Endre felett, Orv. Hetil. 1879, *23*, 459.

Kiss László dr.

Nem tud dönteni?
Segít önnek az ALL-EX!

amellyel rövid idő alatt készíthet számítógépes **szakértő-tanácsadó rendszereket**

Az ALL-EX-ben fejlesztett szakértőrendszer

— következtet
— magyaráz **ön helyett is**
— tanácsot ad

az ALL-EX-ben tárolt tudás
— könnyen reprodukálható
— jól dokumentálható
— adott témára orientálható

ajánlott orvosi alkalmazások:
— betegségek prognosztizálása
— laboratóriumi vizsgálatok elemzése
— a szükséges szűrővizsgálatok elemzése
— a legmegfelelőbb kezelés meghatározása

az ALL-EX komponensek árai:

alaprendszer	45000,—
opciók:	
futtató generátor	10000,—
adatbázis interface	10000,—
CS-PROLOG interface	15000,—
C interface	7000,—

MULTILOGIC COMPUTING LTD

Fejlesztő és forgalmazó
az **ALL KUTATÓ FEJLESZTŐ KISSZÖVETKEZET**
és MULTILOGIC Számítástechnikai KFT
1015 BUDAPEST, CSALOGÁNY UTCA 30—32. TEL: 158-090/279

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Sportorvostan

Öregedés, hosszútávfutás és a mozgatórendszer betegségei. Lane, N. E. és mtsai (Stanford Univ. Sch. Med.): Am. J. Med. 1987, *82*, 772.

Mintegy 15 millió amerikai fut rendszeresen a fittsége megtartása érdekében (1978-as adat). Vajon nem áldozzák-e fel szívük érdekében az ízületeiket? Ennek megválaszolására 1984-ben prospektív tanulmányt kezdtek a Stanford Arthritis Centrumban. Ennek első eredményközlése ez a cikk.

498, 50—72 éves, rendszeresen távfutó személy adatait hasonlították a korban illő 365 nem sportoló lakoséhoz. Az „ötvenen felüliek futóklubja" adta az aktívakat, a „lipid kutató központ" az egészséges, nem futó személyeket. Előzetes tanulmány alapján dolgozták ki az egészségmegítélési kérdőívet és a „disability 30 indexet", amely a 30 évesek funkcióihoz hasonlítja a megvizsgáltakat. *(Fries, J. F.* és mtsai: J. Rheumatol 1982, *9*, 789).

A futók testtömeg indexe 23,0, a nem futóké 24,4 kg/m^2, noha a nem-futók heti sportaktivitása is 68 perc volt (a futóké 289 perc). A heti 23,5 mérföld futás átlag 11 éven át nem járt az osteoarthritisre hajlamosító rizikótényezők eltérő gyakoriságú előfordulásával (veleszületett ortopédiai variáns deformációk, arthritis a családban, könyök-hyperextensio, ujj-pattogás stb.) A betegségi mutatók viszont a futók javára kedveznek: évente csak 2,1-szer fordultak orvoshoz — a nem-futók 3,0-szor —, ebből a futással kapcsolatos sérülés miatt 0,6-szor. A kórházi ápolási napok száma 0,53 — a nem-futókon 0,87 nap/év —, a munkahelyről hiányzás évi 1,7 nap (5,3), a nyugalmi szívverésük 57,6 (70,0), szisztólés vérnyomásuk 124 (132) hgmm, a diasztólés érték 76 (80), egészségi skálaértékük 89,8 (78,1), a kérdőív alapján a funkcionális kapacitásuk 0,28 (0,88), a 30 évesekéhez képest 8,7 (10,9), és különbözött a gyógyszerszedés mértéke is.

A futók mozgatórendszerének funkcionális romlása („osteoarthritises tünetek") sokkal lassúbb mint a nem-futóké: 0,003 egység/év szemben a 0,028 értékkel. Mozgatórendszeri okból 8, egyéb okból 8 személy vált ki a futók csoportjából, míg a nem-futó csoport egyharmada hagyott fel az egyéb fizikai aktivitással.

Apor Péter dr.

A vitaminok és a vas hatása a teljesítőképességre. Keul, J. és mtsai (Med. Univ. Klinik, Freiburg): Zschr. f. Ernahrungswissenschaft, 1987, *26*, 21.

A 87 idézetre támaszkodó áttekintő tanulmány azt sugallja, hogy az A vitamin legfeljebb a céllövők teljesítményét javítja, ha hiányállapotban voltak. A B-csoport vitaminjait egyedül vagy kombinációban adva a szerzők mintegy fele látott kedvező hatást (Csík és Bencsik 1927-es közleménye is ezek közé tartozik). A B_1, B_2, B_6, niacin a jól kontrollált vizsgálatokban, különböző adagokban adva nem befolyásolták a teljesítményt. A B_{12}-t egyesek a verseny előtt is injektálják nagy adagban, de objektív hatás nem várható ettől sem. A pantotensavval és fólsavval értékelhető vizsgálatról nem referáltak.

A C-vitaminról szól a legtöbb közlemény. Az angolszász területen általában hatástalannak ítélték, Közép- és Kelet-Európában sokan hatásosnak vélték — talán a táplálék vitamintartalma különbözik? Az E-vitamin antioxidáns, membránstabilizáló, a zsírtranszpontot segítheti, véd az izomdisztrófia ellen. Sokak szerint javítja az aerob kapacitást, nagy adagok azonban ronthatják is a teljesítményt. A D és K vitaminra vonatkozó kísérleti adatot nem találtak. A multivitamin készítmények néhány százalékos hatását többen leírták. Látványosan csak akkor hatnak, ha vassal együtt adjuk a vitamin- és vashiányos sportolónak.

Az edzés órái alatt bizonyosan romlik a felszívódás, a verejtékkel sok vas ürül. A fokozott kalóriabevitel több vitamin fogyasztását is igényli, azonban a szubsztitúció csak a látens hiány megszüntetését célozhatja, a többletre nincs szükség, hatás ettől aligha várható. Különösen az állóképességi sportágakban nagy a lehetőség a vasvesztésre a verejték, a vérvizelés, a mechanikus hemolízis révén, így nem csoda, hogy a hosszútávfutók 30—82%-ánál vashiány jelei, gyakran anémia is fellelhetők. A vas beszedése után — bármilyen vegyület formájában adjuk — mintegy 4 óra alatt megnő a vasszint, A, B és C vitaminokat és vasat együtt tartalmazó szerek a legalkalmasabbak a pótlásra, a hiány okozta teljesítőképesség javítására (pl. a Biovital drg.).

Apor Péter dr.

Vaspótlás hatása futókon, akiknek ferritinszintje alacsony. Lampe, J. W. és mtsai (Univ. Minnesota): Nutr. Reports Internat. 1986, *34*, 959.

A normális alá csökkenő hemoglobin szint rontja az állóképességi teljesítményt. Futókon (is) gyakran alacsony a szérum vas és ferritin szint, a transzferrin telítettség, a vaskezelés hatásáról mégis ellentmondóak az adatok.

A minneapolisi maratonfutás résztvevői közül 121 férfi és 75 nő vérmintájában kettős ellenanyag radioimmunoassay-vel mérték a ferritin szintet (normális: 20—300 ng/ml). A 20—29 éves nők 41, az 50 felettiek 37 százalékánál volt 20 alatti a ferritin szint. A nők átlagértékei 22—50, sokkal alacsonyabbak mint a férfiaké (95—150 ng/ml). A férfiak 13—2%-ánál volt 20 alatti a ferritin szint a 20—50 év feletti kategóriákban.

16 nő és 6 férfi hét héten át napi 380 mg vasszulfátot (120 mg elemi vas) szedett. A ferritin szintjük nőtt (14-ről 26-ra a nőkön, 18-ról 29-re a férfiakon), és némileg nőtt a hemoglobin szintjük is.

A fizikailag aktív nők egyharmada, a férfiak egytizede vashiányos, orális vaspótlással jól kezelhető.

Apor Péter dr.

Vas és fólsav hatása a maximális teljesítményre. Matter, M. és mtsai (Metropolitan Sport Sci. Ctr. Univ. Cape Town Med. Sch.): Clin. Sci. 1987, *72*, 415.

A vashiány korrigálása hamar megszünteti az anémiát, de az izomanyagcsere zavara tartósabb. A távfutó nőkön mintegy 80%-ban alacsony a ferritin szint, anémia azonban többnyire nincs. A vaspótlás következményei még nincsenek kellően tisztázva, ezért 80 maratonfutót vizsgáltak meg. Ezek 16%-ánál 40 ng/ml alatt volt a ferritin szint, de csak két személynél volt 12 g% alatt a hemoglobin. A fólsavszint egyharmaduknál volt alacsony (4,8 ng/ml) és ezekből két futó hemoglobin szintje volt alacsony, 13-nál volt makrocitózis.

Napi 5 mg fólsavat és 50 mg elemi vasat adva a szedés 1. és 10. hetében ugyanakkora volt az aerob kapacitás, a futássebesség, a tejsavas anaerob küszöb és az anaerob kapacitás, mint a kezelés előtt. A szérum vas- és fólsavszint egy hét kezelés alatt normalizálódott. A „biokémiai" fólsav- vagy vashiány kezelése nem változtatta a teljesítőképességet. Szintén nem változott azon sportolók teljesítménye, akiknek magas volt a vas- vagy fólsavszintjük és ezért placebo-kezelésben részesültek.

Apor Péter dr.

Az úszók vérszegénysége: tény vagy feltételezés? Pelliccia, A., DiNucci, G. B. (Róma, Sportorvosi Intézet és Haematológiai Intézet): Int. J. Sports Med. 1987, *8*, 227.

A „sport-anémiát" leíró *Yoshimura* (1970) úszókon is talált szideropéniát. A kérdés utánvizsgálatára az 1983-ban Rómában rendezett Úszó Európa Bajnokság adott alkalmat, ahol 33 férfi és 35 nő versenyzőn — köztük magyarokon — és a korban megfelelő, fizikailag aktív kontrollokon mérték a hematológiai paramétereket, szérum vas, vaskötő kapacitás, ferritin szintet és a transzferrin telítettséget. Minden mutató magasabb értéket adott az úszókon — a nőkön is —, mint a kontroll személyeken.

Az állóképességi sportágakban — kivéve a futókon — nincs vashiány az eredményes versenyzőkön a Szerzők szerint.

(Ref.: A sportoló nőkön előforduló vashiány biokémiai és klinikai jeleinek magas gyakoriságáról a referens tudomása szerint hazánkban jelent meg az első közlemény a Testneveléstudomány 1967, 1. szám 27. oldalán. A rendszeres vasszedés rutinná vált a legtöbb európai országban, az élsportoló nők körében.)

Apor Péter dr.

Terhelés okozta hypoxaemia az edzetteken. Powers, S. K., Williams, J. (Louisiana State Univ., Baton Rouge): Sports Med. 1987, *4*, 46.

Tankönyvi adatként kezelik, hogy tengerszinten nem fejlődik ki artériás hypoxia a normális és edzett személyeken, hogy a haemoglobin hyposzaturáltsága nem limitálja az oxigénfelvételt. Az utóbbi években azonban több adat bizonyítja, hogy a néhány perces, 90%-os intenzitású vagy e feletti terhelés során, különösen a nagy teljesítőképességű (magas aerob kapacitású) sportolókon az artériás oxigén nyomás 16 hgmm-rel csökkenhet, a haemoglobin oxigén telítettsége 85%-ra változhat. Ez a nagy izomcsoportokkal végzett, 4,5—5 literes oxigénfelvételt kívánó terheléskor fordul elő.

Az artériás hypoxaemia szóba jövő okai a következők lehetnek:

A veno-arteriás anatómiai shunt (a bronchiális vénák és a Thebesius vénák vére a nagyvérkörbe kerül) 1,5%-os vérmennyiségét leszámítva, 5,6 literes oxigénfelvétel és 36 literes szív perctérfogat (pulmonális átáramlás) esetén, 200—220 ml pulmonális kapilláris vérmennyiséggel számolva a vörösvértestek átlagosan 0,25 mp-et tölthetnek az alveolusok környékén. Sőt, a tranzit-idő eloszlási viszonyai alapján a vörösvértestek negyedrésze 0,20 mp-nél rövidebb ideig érintkezik az alveolussal, s ez az idő nem elég a diffúzióra, a teljes szaturációra. Nem zárható ki az sem, hogy extravaszkuláris folyadék felszaporodás növeli meg a diffúziós távolságot az alveolus és kapilláris között.

A perfúzió és ventiláció regionális egyenetlensége — amely a nyugalmi hyposzaturáltság fő oka — a nagy terhelés alatt bizonyosan megszűnik. Ellenben a relatív hypoventiláció hozzájárulhat a hypoxaemiához: nagy teljesítmény alatt a légáramlás sebessége eléri vagy meghaladja nyugalmi csúcsáramlás értékeit (6—7 liter/mp) s az áramlás megkönnyítése pl. hélium-oxigén keveréket lélegeztetve be, emeli a vér oxigénszintjét.

Apor Péter dr.

Jól tükrözi-e a ventilációs küszöb a tartós állóképességet? Vago, P. és mtsai (Hop. Aiguelongue, Montpellier): Int. J. Sports. Med. 1987, *8*, 190.

Tizenöt úszógyereken percenként 20 Wattal a maximumig emelt terhelés során a ventilációs anaerob küszöböt (AT vent.) másik alkalommal az aerob kapacitás 80%-ával végzett kerékpározás időtartamát mérték le. Az AT vent. kritériumai: a ventiláció emelkedése a terheléssel eltér a lineáristól, a szén-dioxid ürítés emelkedése eltér a lineáristól, a ventiláció/oxigénfelvétel arány nőni kezd anélkül, hogy a ventiláció-szén-dioxid ürítés aránya nőne.

A négy szerző mindegyike által meghatározott AT vent. a maximális oxigénfelvétel 59%-ánál, ezen úszóknál 137±12 szívverésgyakoriságnál volt. A 80%-os intenzitású terhelés tűrésideje (18 perc) az aerob kapacitással nem, de az AT vent.-tel jelentős kapcsolatot mutatott.

A szerzők legjobbnak a ventilációs anaerob küszöböt tartják arra, hogy — az aerob kapacitás arányában kifejezve — a tartós munkavégző képességet tükrözze, szemben a vérvételt igénylő 4 mmol/l-es tejsavas, vagy a tejsavemelkedést felhasználó OBLA, vagy az ,,individuális tejsavas küszöb" értékkel.

[Ref.: Évtizedes rutinvizsgálatunk során két-három nem-maximális tartós (6 perces vagy hosszabb) terhelés kapcsán a mechanikus aerob hatásfokot, az ezt követő két percenként növelt, progresszív terhelés alatt a ventilációs anaerob küszöböt és a vita maxima állapotot elérve az aerob kapacitást mértük a sportolókon. Ha volt mód a tejsav vagy a bázishiány mérésére, akkor ezekkel is jellemeztük az anaerob küszöböt, illetve a laktacid kapacitást. A ventilációs paraméterekkel megállapított küszöb egymás között de a (tej-)savasodással megbecsülthöz képest is 5—12%-nyi eltérést mutathat, s ez idő szerint nem tudjuk, hogy melyik ,,az igazi".]

Apor Péter dr.

Az intenzív edzés psychológiai következményei gyermekeken. Rowley, S. (Dept. Child Psychiatry. Univ. of London): J. Child Psychol. Psychiatr. 1987, *28*, 371.

Becslések szerint az 5—15 éves angol gyermekek 79%-a vesz részt valamilyen sportban, de ezek nagyrésze rekreációs jellegű. A 8 éves tornász vagy a 10—12 éves teniszező, úszó, heti 10—15 órát tölt edzéssel, s ez még a serdülőkor előtt heti 28 órára is emelkedik, nem számítva a közlekedéssel töltött időt. Nemcsak a gyermek életvitele változik meg gyökeresen, de a család étkezési időpontjai, a gyerek szállítása edzésről edzésre és a sportolásra költött összeg befolyásolja a család életét is. Ha a sok ,,befektetés" nem hozza meg az eredményt (sporteredményt) akkor kedvezőtlen visszahatástól tarthatunk.

A lányok — a kecses mozgást, szép alkatot kifejlesztő néhány sportág kivételével — sérülhetnek a női identitásukban, ha az elvárások a ,,férfias" teljesítmények irányába igyekeznek sodorni őket. A serdülőkor táján a ,,nőiesség" ütközik a ,,sportos férfiassággal" és okozhatja azt, hogy sokan abbahagyják a versenyzést. A tornászok, balettáncosok, korcsolyázók menarchéja 15 éves koruk táján jelentkezik, s ez is elkülöníti őket társaiktól. Némelyikükben anorexia nervosa-szerű kép alakul ki, a testideájuk hamis, túlzott szerepet kap az életükben a testsúly.

A sporttal töltött hosszú idő megnehezíti, hogy a többi osztálytárssal tartós barátságot kössenek a sportolók. Sok megfigyelés utal arra, hogy a versenyzés csökkenti a segítő, részvéttel reagáló viselkedést, megerősíthet antiszociális, agresszív tendenciákat, legalábbis a küzdősportokban.

A sportoló gyerekek általában magasabb neveltetési pozíciókra törnek, de nem érik azt el. Ennek egyik oka bizonyára az idő hiánya. A tenisz vagy labdarúgó iskolák bizonyára áthidalják ezt a problémát, ha a sport a nevelés része lesz.

Kedvezőtlen psychoszociális körülmények között élve gyakrabban sérül meg a sportoló, az ideál azonban a fájdalomtűrő ,,kemény legény". Sokak számára az ismétlődő sérülés elfogadható ürügy a sportból való visszavonuláshoz.

Apor Péter dr.

Terhelés intenzitás és a szabad gyökök. Lovlin, R. és mtsai (Univ. Alberta): Eur. J. Appl. Physiol. 1987, *56*, 313.

A szabad gyökök a membránlipidek peroxidációját okozva — például a hypoxiás szövetek re-oxidálásakor — megváltoztatják a sejtműködést: nő a membrán átjárhatósága, a szarkoplazmás retikulum Ca^{++}-transzportkapacitása csökken, toxikus anyagok képződnek, a glutation oxidálódik.

Fizikai terhelés alatt az ember vérének peroxidszíntje nem nőtt, a lipid peroxidációt jelző pentán kilégzés viszont fokozódott. A szabad gyököket eltakarító folyamatok NADH-t vagy NADPH-t igényelnek, az intenzív fizikai terhelés során ezeknek az oxidált formája gyűlik fel.

A közlemény 6 személy progresszív kerékpár-terhelése során történt vérelemzések adatait mutatja be. Az aerob kapacitás 40 és 70 százalékával végzett terheléskor a tejsav ugyan emelkedett (1,9 illetve 6,1 mmol-l^{-1}), a malonaldehid vérszintje azonban — amely a lipid peroxidáció jelzője — a nyugalmi érték alatt volt. A maximális terhelés 18,8 mmol-l^{-1} tejsavszinttel és 26%-os peroxid emelkedéssel járt együtt.

A sportolók anémiáját, a vérvizelést, a proteinuriát okozhatja a peroxid felszaporodás. Az egészségvédő, relaxációs célú mozgásintenzitás nem jár peroxid felszaporodással.

Apor Péter dr.

Az oxigénfelvétel és a munka aránya egészségeseken és szív-érrendszeri betegeken. Hansen, J. E. és mtsai (Harbor-UCLA Med. Ctr, Torrance): Am. J. Cardiol. 1987, *59*, 669.

A percenként 15—30 Wattal emelt kerékpározás során a nettó oxigénfelvétel (a teljesítmény egységre jutó oxigén, leszámítva a nulla Wattos pedálforgatás során mért oxigént) a normál és a hypertoniás személyeken 10,3±1,01 ml volt, míg a perifériás artéria betegségekben, a pulmonális érbetegségben szenvedőkön és azokon, akiken a terhelés alatt EKG eltérést találtak, az egy Watt teljesítményváltozásra csak 8,3 ml/Watt volt az oxigénigény.

A teljesítményhez képest elvárható oxigénigénynél kisebb, mért VO_2 érték kardiovaszkuláris diszfunkciót jelez.

[Ref.: Itt nem mérték az anaerob energia származás mértékét, de természetesen ennek nagyobb arányával magyarázták a kisebb oxigénfelvételt.

Az „igazi" aerob hatásfok a tartósabb, 5—10 perces, egyenletes intenzitású terhelés végén mért oxigénfelvétel és a teljesítmény aránya. „Közmegegyezéssel" minden Watt 12,5 ml oxigénfelvételt igényel, ehhez adódik persze az alapanyagcsere (3,5 ml/kg. perc oxigén). A futás aerob hatásfoka is eléggé konstans érték: 1 kg testtömeget egy kilométerre 200 ml oxigénnel lehet elvinni a 8—20 km/ó sebességtartományban.

E két mozgásforma aerob hatásfoka kb. 10%-os SD-vel szóródik, a többi mozgásé sokkal nagyobb mértékben függ a mozgásban járatosságtól, a sebességtől (pl. vízellenállás) és egyebektől.

A kerákpározás és futás (járás) aerob hatásfokának viszonylag stabil volta a klinikai ergometria alapja. A kedvező vagy romló hatásfok a sportoló eredményességének egyik igen lényeges faktora. Steady state (egyensúlyi állapot) körülmények között kedvezőbb hatásfokot betegeken a referens tudomása szerint még nem demonstráltak.]

Apor Péter dr.

Az erőnlét és a phosphatszint összefüggése. Dale, G. és mtsai (Department of Clinical Biochemistry, Newcastle General Hospital and Department of Surgery, University of Newcastle upon Tyne Medical School, Newcastle, Anglia): Brit. med. J. 1987. *294.* 939.

A szerzők tavalyi közleményükben már beszámoltak arról, hogy azoknak az amatőr futóknak a plasmájában, akik futás közben collabáltak, legtöbbször igen alacsony volt a phosphatszint, szemben a távot különösebb panasz nélkül teljesítőkkel, akik normál phosphat-értékekkel bírtak. Jelen vizsgálataik tárgyát a fél-, illetve a teljes marathoni távot lefutók phosphatszintjének vizsgálata képezi, külön foglalkozva a hivatásos atlétákkal.

A legutóbbi 6 év amatőr futóinak félmarathoni távot (= *kb. 21 km — Ref.)* vállalói közül területi versenyeiken 38 collabált; az ő plasma phosphat-értékeiket hasonlították össze 63 olyan sportolóiéval, kik ugyanezen időpontban problémamentesen teljesítették ezt a távot. Ezenkívül összemérték ezt a teljes marathoni távot sikerrel teljesítők phosphat-szintjével (29 fő + 7 olyan futó, aki a Brit Nemzetközösség minősített versenyzője volt), valamint 6 olyan gyakorlott atléta (közöttük 2 olympikon) félórás taposómalomban történt futtatás utáni plasma phosphat-paraméterével.

Vizsgálataink szerint a 38 collabált futó közül 16-nak alacsony volt a plasma phosphat-szintje — közülük 8 alkalommal igen alacsony értéket észleltek (<32 mmol/l.). Matematikai számítással a collabált futók átlagos plasma-szintje (0,33 mmol/l) szignifikánsan alacsonyabb volt, mint a távot különösebb panasz nélkül befutóké (= 1,02 mmol/l). Jellemző, hogy a 36 sikeres marathoni futó phosphat-értéke futás után ettől szignifikánsan magasabbnak bizonyult (1,26 mmol/l), melynél ismét jellemzően magasabb volt a soraikban versenyző 7 hivatásos atléta phosphat-szintje (1,55 mmol/l), hasonlítva a többi 29 sikeres, de nem profi versenyző paraméteréhez. E szintnél már csak a 6 gyakorlott atléta félórás, taposómalom-futás utáni phosphat értéke volt magasabb (1,63 mmol/l), annak ellenére, hogy a terhelés előtti phosphat-szintjük normális volt.

A szerzők úgy vélik, hogy itt közölt vizsgálataik egyértelmű összefüggést mutatnak az erőnléti állapot minősége és a plasma phosphat-szint átlagának nagysága között. A rendszeres tréning jelentősége mellett — véleményük szerint — egyes esetekben az anyagcsere veleszületett jellege is szerepet játszhat a marathoni táv sikeres teljesítésében. A plasma phosphat-szint változását nyilván az a tény tette lehetővé, hogy az intracellularis phosphat-koncentráció kb. százszorosa az extracellularis folyadéktér phosphat-töménységének. Különösen jelentős szerepet játszik ezen a téren az izomszövet, ahol — terhelés hatására — igen gyors a phosphor-transfer (akár 5 mmol/l/perc is lehet) s így befolyásolja azt, hogy a futó collabál vagy sikeresen teljesíti a távot.

(Ref.: ugyanezen folyóirat következő számában ugyanezek a szerzők azt vizsgálták, hogy a futásos megterheléssel kapcsolatos collapsusok miért alakultak ki jóformán előzetes panaszok vagy figyelmeztető jelek nélkül, s arra a következtetésre jutottak, hogy ennek okát az ilyenkor jelentősen megemelkedett plasma β-endorphinszintben kell keresni.)

Major László dr.

Fizikai aktivitás és a kardiovaszkuláris rizikótényezők fiatal felnőtteken. Sallis, J. F. és mtsai (Stanford Center for Res. and Disease Prevention, La Jolla): J. Chron. Dis. 1986, *39,* 115.

Négy kaliforniai kisvárosból random választott 689 nő és 593 férfi keresztmetszeti és egy év múlva megismételt vizsgálata, a fizikai aktivitásra vonatkozó kikérdezés és a munkapulzus alapján alakult ki az alábbi vélemény.

A 20—35 év közötti nőknek 15, a férfiaknak 38%-a vesz részt intenzív mozgásban (a percenként 7,5 Kcal felettit tekintjük annak). Ez megfelel heti legalább 10 mérföld futásnak, heti 5 óra egyes tenisz, labdarúgás, kosárlabda, heti 50 mérföld kerékpározás, két mérföld úszásnak — 0,85-ös *r*-rel jellemzett megbízhatósággal.

Az aktívak-inaktívak szembeállítás jelentős különbséget mutatott a nyugalmi pulzusszámban, triglicerid szintben, a koleszterin, HDL-koleszterin és HDL/LDL arányban, valamint az alveoláris levegő szénmonoxid tartalmában (dohányzás). A túlsúlyt leíró súly/testfelszín^2 index nem különbözött, a többi eltérés megfelel az egyéb korosztályokon tapasztaltaknak.

Apor Péter dr.

Az izom erejének, kitartásának és fáradásának számszerű kifejezése. Milner-Brown, H. S. és mtsai (Dept. Neurol., Childrens Hosp. San Francisco): Arch. Phys. Med. Rehab. 1986, *67,* 530.

A neuromuszkuláris betegségekben, az erőt helyreállító edzésprogramokban a fenti cél még nem valósult meg. Ezért húsz, 18—52 éves normál személyen az I. dorsalis interosseus, a karhajlító, boka háti feszítő és combfeszítő izomzaton vizsgálták az egy perces maximális izometrikus erőkifejtés kapcsán az erő mellett a rectified/integrált elektromiogrammot.

A neuromuszkuláris hatásfok (erő per EMG aktivitás) a fáradó izmon 20—70%-kal csökkent, 2—10 perc alatt tér vissza a kiinduló szintre. Legnagyobb mértékben a karhajlítók ereje csökkent (48%) az egy perc alatt, egyúttal a hatásfok mutató is itt normalizálódott a leglassabban, 6 percnél hosszabb idő alatt. A lábháti hajlítók csupán 34%-os erőcsökkenést és másfél perces erő/EMG visszatérési időt mutattak.

Egy facioscapulohumeralis disztrófiás beteg heti 3—4 súlyzós edzése három év alatt a karhajlító erőt (0,72 N/kg = a normálérték 19%-a) megkétszerezte, a munkakapacitás (az egy perces integrált munkavégzés) 50%-kal nőtt, és a kezdetben 65%-os erőcsökkenés az egy perces kontrakciók alatt normalizálódott (45±15%).

A Becker disztrófiás betegük gyengébb bal könyökhajlítóit (1,16 N/kg max. erő) 2—4,5 kg-os súlyzókkal edzették hetente négyszer. Három év alatt az erő megkétszereződött, az egy perces teljesítmény 250%-kal nőtt. A nem edzett másik oldal ereje 18%-kal, a teljesítménye 90%-kal nőtt a transzferhatás és a 10%-os testsúlygyarapodás következtében.

(Ref.: A neuromuszkuláris teljesítőképesség mérése és a fejlesztő eljárások alkalmazása, hatásosságuk megítélése az egyik legszembetűnőbb példa arra, hogy milyen nagy a szakadék a fiziológus, a sportszakember, a biomechanikus és a klinikus között. A meglévő ismeretanyag szintézise és gyakorlati alkalmazása olcsón ígér nagy eredményeket.)

Apor Péter dr.

A suicidium

A végzetes öngyilkosságok megjósolhatóságáról, 50465 fiatalember cohort vizsgálata alapján: a személyiség és deviáns magatartás szerepe. Allebeck, P., Allgulander, Ch., Fisher, L. D. (Karolinska Institute, Huddinge University Hospital, 141 86 Huddinge, Sweden, Dept. of Biostatics, University of Seattle, Washington, USA): Brit. med. J. 1988, *297*, 176.

A 18—65 évesek öngyilkosságai Svédországban az utóbbi években megszaporodtak, és ez az emelkedés a fiatalabb korcsoportokban volt a legkifejezettebb. E vizsgálat ennek oki tényezőit igyekezett tisztázni.

1969—70-ben 50465 svéd 18—20 éves katonai sorköteles férfit írtak össze, 1949—51-ben születettként regisztrálva, a 2—3% súlyosabb hátrányban, vagy veleszületett rendellenességben szenvedők kivételével. A kérdőív kiterjedt a szülők és barátok, az iskolai és munkafeltételek, az alkohol- és narkotikum-fogyasztás felismerésére, ezt az intellektuális és pszichés tényezők felismerésével kiegészítve. Prospektív epidemiológiai vizsgálatuk keretében ezeket 13 éven át követték nyomon. Ez alatt 683 halálozást tapasztaltak, melyekből 247 (197 megmagyarázható, 52 megmagyarázhatatlan) öngyilkosság miatt következett be, másszóval ezalatt az összeírtak 4,9 ezreléke önkezével vetett véget életének. Analizálva az öngyilkossági halálozásokat kiderült, hogy ezeket kifejezetten és nagyon szignifikánsan gyakrabban az alacsonyabb intellektusú, érzelmileg sivárabb, szociálisan elmaradottabb fiatal férfiak követték el.

Az alkoholfogyasztást vizsgálva az egyáltalán nem ivók 4,3 ezrelékes gyakoriságával szemben, a hetente sokat ivók aránya már 23,8 ezrelék volt, míg a sör- és borfogyasztók esetében ez a különbség kisebb, 4,5, illetve 6,7 ezrelék volt. Ugyancsak lényegesen nagyobb volt a narkósok és ezen belül 5,4, illetve 23,3 ezrelékkel a több narkotikumot fogyasztók aránya, és míg az intravénás narkotikumot nem használók öngyilkosság halálozása 6,1, addig az így rendszeresen narkotizálóké már 29,9 ezrelék volt.

A pszichiátriai okokat tekintve az összes halott között csak 15 schizophren fordult elő, de az öngyilkos halottak között egy sem. Ugyancsak nem fordult elő öngyilkossági halálozás a 14 affektív zavarban szenvedett halott között, a neurotikus és személyiség-zavarokban szenvedők között viszont már nagyon szignifikáns, 10,9, illetve 15,6 ezrelék volt az öngyilkosság-halálozás.

Az öngyilkosok alap-jellemzavarát a Cox-modellel összefüggésben, multivariációs analízissel vizsgálva kiderült, hogy az antiszociális személyiségzavarok (érzelmi sivárság, gyermekintézményekkel vagy rendőrséggel való kapcsolat, barátok hiánya) megjósolhatóvá teszik az öngyilkosságokat. És bár ezek rizikóját nem könnyű felmérni, mégis bizonyos deviáns magatartási jelek és személyiségzavarok segítséget adhatnak e veszély felismerésére.

Angeli István dr.

Az öngyilkosság hatása a kiképzésben lévő terapeutára. Brown, H. N. (The Cambridge Hospital, 1493 Cambridge Str. Cambridge, MA 02139, USA): Comprehensive Psychiatry, 1987. *28*, 101.

Az öngyilkosság az életben maradt személyes környezetre traumatikus hatású, és már több évtizede hirdetik a szakemberek, hogy a túlélő hozzátartozókkal pszichológiailag foglalkozni kell e trauma feldolgozása érdekében. *Shneidman* az ilyen foglalkozást „postvention"-nek, posztvenciónak nevezte el a prevenció analógiájára. Nagyon gyakran előfordul terápiás kapcsolatban is a beteg öngyilkossága, ilyenkor várhatóan a terapeutában is traumatikus hatást fejt ki. Valószínűleg ez a hatás még nagyobb mértékű azokban, akik kiképzésben vannak. A szakirodalom ezzel a kérdéssel keveset foglalkozik. Már ez maga is azt mutatja, hogy a téma elfojtás tárgya. Számítások szerint legalább a kezdő terapeuták 20%-ának kell lennie ilyen élményének. Valószínűleg a fiatal terapeuták, képzőik és intézményeik egyaránt érdekeltek abban, hogy ne nagyon essék szó az ilyenfajta kellemetlen eseményekről. A beteg öngyilkosságának hatását a terapeutára a szerző a massachusettsi Cambridge oktatókórházának 155 fiatal, képzés alatt álló, különböző szakmájú (pszichiáter, pszichológus, social worker stb.) terapeutájának kikérdezése alapján vizsgálta. 21%-uk vesztett el így beteget, és csaknem mindegyikük ezt olyan traumatikus eseménynek élte meg, amely hosszabb időre visszavetette szakmai fejlődésében, és olyan következményekkel járt, hogy az illető évekig kerülte az öngyilkosságveszélyes eseteket. A problémával kapcsolatosan a vizsgálat is ki tudta mutatni a kommunikációs zárlatot, a fiatalok bűntudatból, képzőik tapintatból nem akartak beszélni az ilyen sikertelenségekről. A szerző szerint foglalkozni kell az öngyilkosságok sajátos veszteségélményével és bűntudati komplexusával, fel kell készíteni a képzésben lévőket erre és segíteni kell a feldolgozásban őket, ha ilyen esemény következik be. Erre — különös hangsúllyal a felkészítésre — a szerző programot dolgozott ki.

Buda Béla dr.

A fegyver megválasztása a lőfegyver öngyilkosságokban. Wintemute, G. J., Teret, S. P., Kraus, J. F. (Univ. California, Davis Med. Cent. Stockton, Sacramento, CA 95817, USA): Amer. J. Publ. Hlth 1988, *78*, 824.

Az USA-ban 1980 során 31 091 lőfegyver által okozott halálesetet észleltek. Az 1933 és 1982 között eltelt 50 év közül 40-ben a lőfegyver öngyilkosságok száma meghaladta a lőfegyveres emberölések számát. Sacramento járásban (California) 1983—1985-ben összesen 235 lőfegyver által okozott öngyilkosságot jegyeztek fel. Ezek közül 69%-ban kézi fegyverek (forgópisztoly, revolver) okozták a halált, a férfiak 65%-ban, a nők 88%-ban választották e fegyvereket. 161 kézifegyver közül 40 Smith—Wesson, 24 Colt és 21 Ruger típusú volt. Ennek az az oka, hogy e vidéken e típusú fegyverek vannak inkább elterjedve. Vadász- és egyéb puskákkal kevésbé rendelkezik a lakosság. Az is érthető, hogy inkább férfiak használják a lőfegyvert öngyilkosságra, mint a nők, 201 férfi és 34 nő követett el így öngyilkosságot.

Nikodemusz István dr.

Szexuálpathológia

Az erectilis dysfunctió papaverin therapiájának 2,5 évi tapasztalatai. Schnyder, M. és mtsai (Urologische Universitätsklinik, Inselspital, Bern): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 1099.

Az utóbbi időben a papaverin hydrochlorid intracavernás befecskendezése az erectilis dysfunctio diagnosztikájában és therapiájában jelentősen előrehaladt. A 60 évesek harmad (vagy nagyobb) részében impotentia áll fent. Az erectio neuralisan szabályozott haemodynamiás folyamat, amelynek a corpus cavernosumban lezajló szakaszai a következők: *1. nyugalmi fázis:* alacsony perfusio; a vér be- és kiáramlása egyensúlyban van; *2. tumescentia fázis:* az arterialis odaáramlás 5—7-szeresére fokozódik a barlangos testekben és ugyanakkor a vv. emissariae aktív elzáródási mechanizmusa folytán az erectióban teljes rigiditas következik be; 3. az *erectiós fázisban* („steady state") az arteriás odaáramlás redukált, de nagyobb a nyugalmi fázisénál; *4. detumescentia fázis:* csökkent arterialis odaáramlás korlátlan venás elfolyással.

Az impotentia *okai* lehetnek: *A) organikusak* (60—80%): 1. vascularis: a) arterialis, b) venás, c) kombinált; 2. neurogen; 3. endokrin; 4. „iatrogen"; *B) psychogenek* (20—40%). Minél idősebb az egyén, annál gyakoribbak a multifaktoriális kiváltó tényezők, amelyeknek az elkülönítése sokszor igen nehéz. Jelentősek az *„iatrogen"* impotentiaformák amelyek a libidót, erectiót és az ejaculatiót befolyásolják: 1. *sebészi* (radikalis cystoprostatectomia, sympathectomia, aortaaneurysma műtét, rectumresectio, orchiectomia; *2. actinikus:* neoplasma miatti sugárkezelés a kis medencében (40 Gy); *3. gyógyszeres* (antidepressiva, antihypertensiva, antiparkinsonica, diuretica, anticholinergica, oestrogenek antiandrogének).

A corpus cavernosumba történő papaverin befecskendezésben részesítendő beteg (SKAT) a kezelés megkezdése előtt alaposan kivizsgálandó (anamnesis, testi állapot,

labor.-vizsgálatok, előzetes papaverinteszt ultrahang-Doppler-vizsgálattal a penisarteriák semiquantitativ értékelésére). Minden beteg az autoinjectiós papaverintherapia megkezdése előtt részletesen kioktatandó és betanítandó a későbbi otthoni, a közösülés előtti *saját* befecskendezésre, amely kezdetben 10 mg, később 20 mg adagban insulinfecskendővel történik lateralisan mindkét corpus cavernosumba. Az átlagos adag és a beteg compliance esetén 5—80 mg. Ellenjavallat: súlyos szívbetegség, májfunkció zavar, a beteg megbízhatatlansága.

A szerzők 115 betegnél vizsgálták a SKAT hatását. 70 esetben a SKAT (61%) teljes erectiót indukált; ezen betegek átlagos kora (25—72) 47 év volt. 32 esetben nem a rendelésen, hanem először otthon jelentkezett az erectio; átlagosan 12 befecskendezés után gyógyultak és főleg psychogen eredetű impotenctiáról volt szó. 70 beteg közül 46 esetben hosszas (maximálisan 32 fő) kezelés vált szükségessé; 27 teljesen gyógyult, 19 egyéb okok (főleg a partnernő) miatt abbahagyta a kezelést. 45 (39%) átlag 51 éves betegnél az intracavernás papaverin befecskendezés semmi erectiót nem eredményezett.

Összesen 9250 SKAT-kezelés kapcsán a következő melléktüneteket észlelték: 24 esetben hosszasan elnyúlt erectio (priapismus), 14 lokális haematoma, 6 esetben systemás (szédülés, orthostasis) panaszok. A priapismust 0,01 mg intracavernás noradrenalin azonnal oldotta.

ifj. Pastinszky István dr.

Erekciós zavarban szenvedők ambuláns ellátása. Molnár, St. (D-8000. München 2. Weinstr. 7.): Mitteilungen d. Ges. für prakt. Sexualmedizin, 1987. 8. 21.

Három éve működő speciális ambulanciájukon szerzett tapasztalatait ismerteti a szerző, amiket 218 beteg ellátása során szerzett.

A kivizsgálást mindig egy munkacsoport (urológus, belgyógyász, pszichológus) végzi, szükség esetén bevonnak azonban más szakembert (ideggyógyász, pszichiáter, radiológus) is. Legelőször a szomatikus eredet kizárására törekszenek (cukorbetegség, keringési zavar, lokális megbetegedés, alkoholizmus, kábítószer, gyógyszer-mellékhatás), de a szomatikus és a pszichés tényezőket nem különítik el egymástól mereven, hanem azok kölcsönhatását is figyelembe veszik, hisz pl. lényeges, hogy a szervi ok miként hat a betegre, máskor pedig a lelki tényezők szervi panaszokhoz vezethetnek.

Mindenkivel kitöltetnek egy speciális kérdőívet, ami nemcsak a pszichológiai diagnosztikát könnyíti, hanem egyfelől „felvilágosító" hatású is, és a beteget megnyugtatja, hogy nyilván nem csak neki lehet ilyen panasza, hisz nem nyomtattak volna egy speciális kérdőívet különben.

A terápiás terv a diagnózis függvénye. A vascularis eredet megítélése céljából a corp. cavernosba adott papaverin injekció nyújt segítséget, és csak ez után kerülhet sor, de az is csak nagyon ritkán, az invazív diagnosztikára (dinamikus infúziós cavernographia, angiographia stb.).

Pszichés ok esetén feltétlenül pszichoterápiát kell alkalmazni a zavaró körülmények lehető felszámolásával. A kezelést lerövidítheti a papaverin, ez az önbizalmat erősítheti, és a félelmet oldhatja az a tudat is, hogy kéznél van a fecskendő.

Nem ritka az erekciós zavar idősebb férfiak esetében sem, és ha ezt szervi ok nem magyarázza, lényegileg ugyanúgy kezelendők, mint a fiatalabbak. Hormonkezelés azonban csak akkor lehet hatásos, ha a korrektül megállapított hormonszint kifejezetten alacsony, és akkor is a lehető legalacsonyabb, de még hatásos hormon-menynyiséget kell alkalmazni.

Pénisz-protézis felette ritkán szükséges, és akkor is csak abban az esetben, ha azt a partner nemcsak igényli, hanem akceptálja is.

Aszódi Imre dr.

Örömre, vagy terhességre vágyik-e a vaginisztikus páciens? J. J. Drenth (Nl-9712. CS. Groningen, Wisserstraat 39/a.): Sexualmedizin, 1988. *17.* 423.

A vaginizmus nem egységes kórkép és ennek megfelelően a kezelés is különböző lehet. A panaszosok eleve két csoportba oszthatók, ugyanis csak egy részüknek az a vágya, hogy tudjanak „rendesen" közösülni, egy másik rész pedig kizárólag gyermekre vágyik. Természetesen előfordul, hogy mindkét irányban kérik a kezelést. Ilyenkor azonban első lépésként azt kell tisztázni, hogy mi a fontosabb, miután kevés eredménnyel kecsegtet a kétirányú terápia.

Abban az esetben, ha a gyermektelenség a fő gond, egyesek a szexuális élet rendezését tartják elsődlegesnek, hisz ha ez megoldódik, a gyermekáldás is bekövetkezhet, mások pedig a homológ inszeminációban látják a kiutat, amit „házilag" is meg lehet oldani úgy, hogy a férj fecskendezi be a hüvelybe a per onaniam nyert ondót.

Ha a közösülési nehézség leküzdése a fő cél, ajánlatos biztonságos fogamzásgátlással megalapozni a kezelést, akkor is, ha „ezen kívül" gyermek után is vágynak.

Vaginizmus esetén legtöbben nőgyógyászati vizsgálattal kezdenek, de ez feleslegesnek tűnik a szerző tapasztalata szerint, mert sok vaginisztikus nőt ez is alterál. Az igen részletes exploráció után helyesebbnek tűnik, ha a nő először tükörrel (zsebtükörrel) és ujjal ismerkedik meg saját nemi szerveivel, s csak ezután kezdődik a kezelés. Ez többnyire individuálisan kiválasztott út volt: tanácsadás, individuális, vagy párterápia, csoportterápia, homológ inszeminációs. Természetesen sok esetben kombinálták az előbbieket.

Ha homológ inszeminációval kezdtek, a szülés után többnyire megoldódott a vaginizmus kérdése is, bár előfordult, hogy a házaspár ismételten jelentkezett homológ inszeminációra, anélkül, hogy közösültek volna, vagy e problémát meg óhajtották volna oldani.

Aszódi Imre dr.

Köteles-e a biztosító a transzszexuálisok műtétét kifizetni? Jörgensen, G. (Inst. f. Humangenetik, Univ.-Klinik, D-3400 Göttingen,): Sexualmedizin, 1988. *17,* 260.

A transzszexualizmus az érintett fél számára minden vonatkozásban nehéz helyzetet teremt. Terhes és hosszú út vezet odáig, amíg a megfelelő műtéti beavatkozásra sor kerül, és a sok gond között nem elhanyagolható az a kérdés sem, hogy mit fizet ki a biztosító. Sok pénzbe kerül az egész élet során szedendő hormon-készítmény, és a műtét költségei sem csekélyek. Nem minden transzszexuálisnak van annyi pénze, hogy mindezeket könnyen meg tudja fizetni, de ettől függetlenül is jogosnak tűnik a biztosított igénye arra, hogy a betegség esetén a biztosító a költségeket átvállalja. Az NSZK biztosítói viszont „megnézik, hová adják a pénzüket", ezért vita támadt a biztosító és a biztosított transzszexuálisok között, s így bíróság elé került az ügy.

A bíróság legelőször azt igyekezett tisztázni, hogy a transzszexualizmus betegség-e, vagy sem, mert ha ez betegségnek minősül, a biztosító köteles fizetni. A bíróság gondolatmenetében abból indult ki, hogy a transzszexualizmus következtében az érintett félben egy bizonyítható circulus vitiosus alakult ki, és ennek megfelelően betegségről van szó, ha a biztosítottban a lelki állapot és a testi állapot közötti kapcsolat zavart. Ennek megfelelően individuálisan kell eldönteni, hogy az adott transzszexuális egyén egészséges-e, vagy beteg, azaz a transzszexualitás miatt olyan erős szenvedés-érzés alakult-e ki, hogy a transzszexualizmus betegség-jellegűvé vált, aminek a megoldásához orvosi beavatkozásra van szükség.

Aszódi Imre dr.

Tüdőgyógyászat

A tüdő diffúziós kapacitásának nappali változása: valódi ez? Frey, T. M. és mtsa (Pulmonary Division, LDS Hospital and the University of Utah, Salt Lake City, Utah): Amer. Rev. Resp. Dis. 1987. *136.* 1381.

A tüdő egy-légzéses szénmonoxid kapacitásának a nappali változását *Cinkotai* és mtsa vizsgálta és azt közölték, hogy ez az érték 9 óra 30 perctől 15 óra 30 percig 1,2%-kal, 15 óra 30 perctől 21 óra 30 percig pedig 2,2%-kal csökken. Az ilyen nagyságrendi változás téves következtetésekhez vezethet. *Cinkotai* és mtsa a méré-

sekkor 2 óránként ellenőrizték a szénmonoxid-hemoglobin emelkedését, de nem vizsgálták a többi tényezőt, pl. a hemoglobint és a szív-perctérfogatot, amik változhatnak nappal, és befolyásolhatják a szénmonoxid szétosztásos kapacitását. Ennek a változásnak a nagysága arra késztette a szerzőket, hogy ellenőrizzék ezeket az adatokat a hemoglobin, a szénmonoxid-hemoglobin, a tüdőhólyagocskák részleges oxigénnyomása, az alkoholfogyasztás, a belégzett levegő-térfogat, a tüdő hajszálereinek véráramlás mérésével, hogy valóban lehet-e szó változásról, és ha igen, milyen mértékben.

Vizsgálataikat két részletben végezték. Az első részlet hasonló volt *Cinkotai* és mtsa módszeréhez: egy munkanapon sorozatban mérték ők is a tüdő egy-légzéses szénmonoxid diffúziós kapacitását 21—37 éves 5 férfiben és 5 nőben. Feltételük volt, hogy a vizsgált egyének nem dohányzók, terhesek ne legyenek, ne fogyasszanak alkoholt, koffeint, s ne terheljék magukat munkával a vizsgálat napján.

Az első kísérletben 10 egyén közül 7, a másodikban 12 egyén közül 11 vett részt oly módon, hogy az elsőben a tüdő szétosztásos kapacitásának a változását a visszeres vér hemoglobin töménysége, a másodikban pedig a szénmonoxid-hemoglobin töménység alapján állapították meg újra lélegeztetéssel a fenti időpontokban.

Sorozatos méréseikkel megállapították, hogy a vér hemoglobin töménysége az alapértéktől a napi ingadozás átlaga szerint 0,39%-kal csökken, szénmonoxid-hemoglobin töménysége pedig 0,56%-kal emelkedett. Mindkét érték olyan kis méretű, hogy lényegében elhanyagolható, tehát mindkettő elfogadható eredményt ad; mégis — ha lehetőség van rá — a tüdő diffúziós kapacitás nappali változására való tekintettel mindkét próba együttes elvégzését javasolják.

Pongor Ferenc dr.

A maradéktérfogat izolált csökkenésének klinikai jelentősége. Owens, M. W. és mtsai (Cardiopulmonary Research Center, Section of Pulmonary and Critical Care Case Medicine, Department of Medicine, Louisiana State University Medical Center, Shreveport, Louisiana): Amer. Rev. Resp. Dis. 1987. *136.* 1377.

A maradéktérfogat a legnagyobb kilégzés után a tüdőben visszamaradt levegő mennyisége, amit általában a légútbetegek tüdőműködési értékei egyik részének tekintenek. Rendszerint a tüdőtérfogat és a kilégzési áramlásarány rendellenesség jellemző mintájának tartják korlátozó, vagy működészavar esetén. Kórosan emelkedik elzáró tüdőbetegségben a csökkent légzési áramlásaránnyal együtt. Viszont, a maradéktérfogat csökkenhet korlátozó tüdőbetegség esetén is, amikor rendszerint a vitálkapacitás és egyéb tüdő térfogat csökkenés is társulhat. A maradéktérfogat izolált csökkenésének klinikai jelentőségét, ami előfordulhat normális vitálkapacitás, kilégzési áramlásarány és egy-légzéses szétterjedéses kapacitás esetén is, nem határozták meg jól. Ezt a tünetet előzőleg 1971-ben *Schwarz* és mtsai írták le először 8 betegük kórleírása kapcsán, amikor minden esetben a tüdő működő szövetének a betegségéről volt szó. A szerzők nyomon követés formájában leírják egy olyan betegcsoport klinikai tüneteit, akiknek izolált maradéktérfogat csökkenésük volt.

Betegeiket klinikájukon 1973 januártól 1985 decemberig 13 éven át követték. Csak azok a betegek kerültek be tanulmányukba, akiknek a maradéktérfogata 65% vagy annál kevesebb volt, és vitálkapacitásuk normális, azaz a kell-érték 80% vagy annál nagyobb, a kilégzési áramlás arány 70%-nál nagyobb és az egy-légzéses széndioxid diffúziós kapacitás normális, 95% volt. Valamennyi légzésműködési próbát az Amerikai Mellkas Társaság előírása szerint végezték.

A maradéktérfogat klinikai jelentőségét az orvosi vizsgálatok eredménye és a röntgenlelet alapján állapították meg. Ha ezek egyike hiányzott, a beteget kizárták az elemzésből.

Pangásos szívbajosnak minősítették a beteget, ha a következő 3 feltétel egyike jelen volt: nyaki visszértágulat, bal szívkamra S_3 vágta, kétoldali részarányos lábvizenyő és szövetközti, vagy tüdőléghólyag-vizenyőnek megfelelő röntgenlelet.

Ezek alapján a betegeket 3 csoportba sorolták: az első csoportbeliek *határozottan* betegek voltak a tüdő és a mellkasfal olyan elváltozása miatt, ami azt mutatta meg, hogy a tüdő működő szövetében levő elváltozás következtében olyan érték adódott, amely szerint belégzéskor egységnyi különbségnek hány milliliter levegő beáramlása felelt meg. A második csoportbeliek *valószínűleg* betegek voltak, mert maradéktérfogatuk csökkent, mellkas röntgenleletük azonban negatív volt. A harmadik csoportbeliek *látszólag egészségesek* voltak, mert maradéktérfogatuk csökkenése mellett klinikai és röntgenleletük normális volt. Azokat a betegeket, akiknek a mellkas röntgenlelet szerint mind a tüdő működő szövetében, mind a mellkasfalban kóros elváltozásuk volt, abba a csoportba sorolták, amelyik túlsúlyban levő volt.

A csökkent maradéktérfogatú betegeket 1979 után felülvizsgálatra hívták vissza. Valamennyi jelentkezett betegnek értékelték a kórelőzményét, fizikális, légzésműködési és mellkas röntgenleletét. Megállapították, hogy állapotuk az eredeti lelethez képest javult, változatlan maradt, vagy rosszabbodott-e, és hogy tüdőműködésük kapcsolatban volt-e klinikai értékelésükkel.

Összesen 89 visszatért betegnek volt 65%-nál kevesebb a maradéktérfogata a kell-értéknél fokozott vitálkapacitás, Tiffeneau-próba és fokozott vitálkapacitás hányados, valamint egy-légzéses szénmonoxid diffúziós kapacitás esetén. 12-t kizártak az elemzésből, mert orvosi leletük nem állott rendelkezésükre. Így csupán 69 beteg leletét értékelték ki. Ezek többségének, a 69 beteg közül 39-nek, 57%-nak mind a maradéktérfogat okozta klinikai kórismése, mind a röntgenképen a tüdő működő szövetében, vagy a mellkasfalán betegség volt látható. Ezeket határozottan betegeknek tartották. További 24 beteg, 35% valószínűleg beteg volt. Csak 6 beteget minősítettek látszólag egészségesnek.

A csökkent maradéktérfogatú betegeket két csoportba sorolták aszerint, hogy 39 határozottan, 24 pedig valószínűleg beteg volt.

Az egyéni maradéktérfogat, valamint a határozottan és valószínűleg betegek adatai közel hasonlóak voltak egymáshoz. Ami még lényegesebb, a kell érték 50%-ánál kevesebb maradéktérfogatú betegek többségének volt valamilyen klinikai elváltozása, ami kapcsolatos volt a maradéktérfogat csökkenésével.

A betegek közül 19 tért vissza újabb ellenőrző vizsgálatra. Közülük 9-nek szövetközti tüdőbetegsége, 5-nek pangásos szívbaja és 5-nek mellkasfal-deformitása volt. Az újabb kivizsgáláskor nem találtak különbséget életkorukban, nemükben, vagy kórismézükben. Klinikai leletük szerint 8 betegnek javult, 9-nek változatlan maradt, kettőnek pedig romlott az állapota. Ez azért lényeges, mert azoknak a betegeknek, akiknek a maradéktérfogata 50%-nál kevesebb volt, még akkor is, ha a többi légzésműködési próba normális értéket mutatott, mégis volt valamilyen aktív kóros állapotuk.

Pongor Ferenc dr.

Szervhez kötött T sejt aktiválódás aktív sarcoidosisban. Müller-Quernheim, J. (Johannes Gutenberg Universität, Mainz): Prax. Klin. Pneumol. 1987. *41.* 118.

Sarcoidosisban (sarc.) a bronchoalveolaris lavage (BAL) révén lehetőség nyílik, hogy a leggyakrabban megbetegedett szervből, a tüdőből, olyan sejteket nyerjünk, amelyek nyilvánvaló szerepet játszanak a gyulladásos folyamat fenntartásában. Ennek ellenére sem sikerült megfelelő aetiologiai feltevést kialakítani a pathogenesist illetően, nagyrészt azért, mert a betegség klinikai jellege és a mononuclearis sejtek in vitro jelenségei ellentmondásokat mutatnak.

Az alveolaris lymphocyták, mindenekelőtt a T helper sejtek sarc.-ban interleukin-2 (Il-2)-t és gamma interferon (γ-INF)-t produkáltak. Mindkét mediátor különleges szerepet játszik az immunválaszban. Kemotaktikus tulajdonságaik révén további mononuclearis sejteket csalogatnak a gyulladásos történés helyére, és lehetővé teszik azok proliferációját. A szerző munkájában arra a kérdésre keres választ, hogy találhatók-e aktivált lymphocyták sarc.-ban a test minden részében, vagy csak a gyulladásosan elváltozott szervekben. A lymphocyták aktiválódása egy központi szabályozásnak van-e alávetve, vagy

ez az érintett lymphocyták konstitucionális tulajdonsága. Mivel Il-2-t csak aktivált T sejtek produkálnak, a T sejtek aktivitásának megítélésére in vitro kultúrában vizsgálta az Il-2 gének spontán transcriptióját és az Il-2 produkciót.

A vizsgálatba 49 sarc.-os beteget vont be. Ebből 28 beteg aktív, magas intenzitású alveolitisben szenvedett, akiknél a BAL lymphocytaszám 28%-nál magasabb volt és pozitív ^{67}Ga scant mutattak. 21 betegnek inaktív sarc.-a volt 28%-nál alacsonyabb lymphocytaszám és/vagy negatív ^{67}Ga scannel. A BAL-ból és a perifériás vérből elkülönítette a T lymphocytákat. Vizsgálta, spontán Il-2 termelő génfehérjét tartalmaznak-e. Mérte az Il-2 pontos mennyiségét. Megállapította, hogy csak aktív sarc.-os betegek tüdő T sejtjei képesek spontán Il-2 termelésre. A tüdőtől elkülönítve, in vitro kultúrában azonban idővel elvesztették Il-2 termelő képességüket és stimulus nélkül leállt a termelés. Phytohaemagglutinin jelenlétében in vitro kultúrában is megtartották a T sejtek génjei az Il-2 termelő képességüket. Ezen betegek perifériás véréből vett lmyphocyták és lymphocyta szubpopulációk Il-2 termelő gént nem tartalmaztak és nem termeltek Il-2-t. Ha azonban phytophaemagglutinin stimulusnak tették ki, akkor a perifériás vér T sejtjeinek génjeit úgy alakította, hogy azok Il-2 termelésre képessé váltak. Egészséges kontrolloknál és inaktív sarc.-nál teljesen negatív eredményt kapott mind a BAL-ból, mind a perifériáról nyert T sejtek vonatkozásában. Munkájából azt a következtetést vonja le a szerző, hogy aktív sarc.-os betegek T sejtjeinek sem generalizált tulajdonsága az Il-2 termelés, hanem ehhez a betegségben résztvevő szerv gyulladásos környezetében egy állandóan ható stimulus szükséges.

A T sejtaktiválódás fenti folyamatának elméletét a szerző a sarc. immunpathogenesis hipotéziseinek bő tárházába igyekszik beilleszteni. Részletesen kifejti egyrészt az antigén, másrészt az immun-, vagy vírushipotézis lehetőségét.

Prugberger Emil dr.

A sarcoidosis terápiájának elmélete és gyakorlata. Wurm, K.; Ehmann, D. (Sarkoidosezentrum Höchenschwand, Sonnenhof, NSZK): Med. Welt. 1987. *38.* 1649.

A sarcoidosis (sarc.) mind humorális, mind celluláris vonatkozásban hyperergiás reakcióképességű betegség. A megbetegedés helyén immuncompetens sejtek koncentrálódnak, melyek később granulomás formában az ép szövet rovására terjeszkednek, és hegesedés következtében funkciózavar jelentkezik. Mivel nincs necrotikus szövetszétesés, később következik be a betegek közérzetének romlása. A kezelés célja a granuloma képződés heges átalakulás előtti visszafejlesztése és megszüntetése. Suppressiv szerek jöhetnek számításba, melyek a hyperergiás sejtes proliferatióra hatnak. Leghatásosabb gyógyszere a mellékvesekéreg-hormon. A glukocorticoidok specifikus receptor fehérjék segítségével jutnak be a célsejtek plasmájába és meggátolják a sejtoszlást. A különböző készítményekkel szemben más receptoraffinitás áll fenn. Egyes betegségeknél mások a célsejtek, ezért bizonyos corticoid más és más módon hat. Még hasonló betegség esetén is a kezelés eredményessége, valamint a mellékhatások egész különbözők lehetnek. A terapiás index a döntő (kuratív hatás/mellékhatások), amit a klinikai tapasztalatok határoznak meg. A különféle készítmények equivalencia táblázatának alkalmazása gyakran tévedéshez vezet.

A szerzők tapasztalatai alapján sarc.-ban a triamcinolon index a legkedvezőbb. Előnye a prednisolonnal szemben: elmarad a natrium retentio és a hypokalaemia, nincs súlynövekedés és kevésbé nyomja el az endogen cortisol termelést. Hiányzik az ulcerogen hatás és a myopathia. Az osteoporotikus jelenség is csekélyebb. Mind az akut, mind a chronikus kórformák diagnózist, prognózist és kezelést illetően más elbírálás alá esnek. Lázzal, arthralgiával, erythema nodosummal kifejlődő Löfgren syndroma kezelésében többször elegendőek az antirheumatikumok a tünetek enyhítésére. Pár hét alatt „klinikailag gyógyul" és a munkaképesség helyreáll. Súlyosabb esetekben nem kell azonban lemondani a kéreghormonokról. Az esetek 80—90%-ában 1—2 év alatt eltűnnek a hilusi lymphomák, a fennmaradó 10—20% azonban tovább aktivizálódik és chronikus formába mehet át. Ezt kell időben észlelni.

A chronikus forma más prognózisú, és különbözik a kezelés módja. Az egész betegség lefolyása közben a tüdőelváltozásoknak kell a középpontban állni. A sarc. helyes terápiáját illetően nem lehet eléggé hangsúlyozni a rtg. jelentőségét. A betegség aktivitását illető kiegészítő vizsgálatok (pl. BAL, ^{67}Ga scintigraphia) általában feleslegesek, sőt néha félrevezetők. Szükséges azonban a tökéletes rtg-diagnosztika. A szerzők lágy sugártechnikát alkalmazzák 75 KV-os expozícióval, mellyel a periféria diszkrét elváltozásai jobban és korábban ábrázolhatók. A klinikailag teljesen tünetmentes, I. stádiumú, véletlenül felfedezett betegek semmilyen kezelést nem igényelnek. Félévenként rtg és — a hirtelen szívhalál miatt — EKG kontroll szükséges. Munkaképtelenség sincs ezekben az esetekben. A rtg-progressio vagy fellépő extrathoracalis elváltozás esetén azonnal be kell avatkozni, tekintettel a szervi elváltozás milyenségére. A myocardium, központi idegrendszer érintettség azonnali nagy dózisú corticosteroid kezelést tesz szükségessé. A szem- és bőrelváltozás enyhébb esetekben lokális, súlyosabb formában szisztémás kezelést indokol. Csontelváltozás esetén a funkcionális zavarok a meghatározóak.

A III. stádiumban, mikor a tüdőfunkció károsodott, terápiás befolyásolást, még az elhanyagolt esetekben is szükséges megkísérelni. Ha chronikus sarc.-ban kezelés szükséges, a kezelés időtartama ritkán rövidebb egy évnél. Általában három év, néha hosszabb, sőt az élet végéig is tarthat. A kezelés megszüntetését fokozott dózismegvonás közben kell megkísérelni, és akkor elhagyni, ha a rtg és klinikai kép egyértelműen megnyugvást mutat. Rtg és klinikai progressio esetén rögtön indokolt az ismételt kezelés az elhagyott dózisnak legalább duplájával. A szerzők a depot készítményeket helyezik előtérbe és megállapítják, hogy a corticoidokkal egyenértékű kezelési forma sarc.-ban nincs.

(Ref.: Több mint 300 betegünk kezelésével nyert tapasztalataink alapján egyet kell érteni a szerzőkkel, hogy a gondos tüdőröntgen és a hagyományos funkcionális vizsgálatok elegendőnek látszanak a kéreghormon kezelés irányítását illetően. Az új biológiai aktivitási markerek drága és hazánkban nem rutinszerűen történő alkalmazása nem ér fel a röntgen értékével. A szerző által nagyon ajánlott triamcinolon-depot készítmények sajnos nálunk nincsenek forgalomban. Betegeink több mint fele azonban corticoid kezelés nélkül gyógyult köztük olyanok is, akiknél jelentős tüdőparenchyma károsodás volt radiológiailag kimutatható, mely nem-szteroid gyulladáscsökkentők adására maradéktalanul visszafejlődött.)

Prugberger Emil dr.

Nifedipin pulmonalis hypertoniával járó idült obstructiv tüdőbetegségekben? Klein, G., Rühle, K.-H., Matthys, H. (Abteilung Pneumologie der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg i. Br.): Prax. Klin, Pneumol. 1987, *41,* 600.

Idült obstructiv légzési megbetegedésekben az oxigén belégzése a pulmonalis hypertoniát gyorsan és hosszabb időn át mérsékli. Ezzel együtt a tartós O_2 kezelés hatására a túlélési időtartam megnövekszik. Calcium antagonisták — mint a nifedipin is — ember- és állatkísérletekben részben megakadályozzák a hypoxia által létrehozott vasconstrictiót. A szerzők vizsgálatának célja az volt, hogy idült obstructiv légzőszervi megbetegedéssel együtt járó pulmonalis hypertoniában tanulmányozzák és összehasonlísák a nifedipinnek valamint az O_2 belégzésnek a kisvérkörre kifejtett azonnali hatását, ill. azt, hogy a nifedipin az O_2-nek ilyen irányú befolyását erősíti-e vagy gyengíti.

A kísérletben részt vevő 15 beteg a folyamatukat jellemző, következő átlagértékekkel rendelkezett: FEV_1 0,85 l, paO_2 60 Hgmm, $paCO_2$ 46 Hgmm. Mérték az artériás vérnyomást, a szívfrekvenciát EKG-val, a systolés és diastolés valamint közepes artériás pulmonalis tensiót, a pulmonalis kapilláris nyomást, a perctérfogatot Hewlett—Packard komputerrel, kiszámították a nagyvérköri érellenállást, a pulmonalis resistentiát, a jobb ill. bal kamra terhelést. A meghatározásokat 15 perces nyugalom után szobalevegőn és 15 percig

tartó O_2 belégzést követően végezték. Majd az O_2 15 perces kimosása után 10 és 20 mg nifedipin sublingualis bevételét követően megismételték a méréseket. Végül 20 mg nifedipin és 20%-os O_2 belégzés együttes alkalmazására került sor.

A *nagyvérköri nyomást* a nifedipin a kezdeti 112,9±17,8 Hgmm-ről 102,4±16,7-re csökkentette, elsősorban a perifériás ellenállás mérséklése révén. Ezt a hatást a kiegészítő O_2 belégzés nem befolyásolta számottevően.

A *pulmonalis artériás tensiót* a nifedipin nem változtatta meg, csupán az összlégzési resistentiát mérsékelte kisfokban, ami 90%-ban az egyidejűleg megnövekedett perctérfogat nagyságától függött. Ezáltal a jobb kamrát érintő terhelés 10,5%-kal emelkedett. A szakirodalmi adatok ezzel a megfigyeléssel egyezőek, vagyis a nifedipin csupán terhelés esetén csökkenti jelentékenyen az artériás pulmonalis középnyomást. Az O_2 belégzése az emelkedett pulmonalis középnyomást és a kisvérköri érellenállást csökkenti, amit azonban az egyidejűleg alkalmazott nifedipin felfüggeszt. Ezért a szerzők a nifedipin adását idült obstructiv légzési betegségekben nem ajánlják, különösen akkor, ha a beteg O_2 kezelésre szorul.

Barzó Pál dr.

A cryptococcus neoformans szaporodásgátlása az ember tüdő-hólyagcsáiban levő falósejtekkel. Weinberg, P. B. és mtsai (Center for Environmental Medicine and Department of Medicine, School of Medicine, North Carolina): Amer. Rev. Resp. Dis. 1987. *136.* 1242.

A cyptococcosis szisztémás gombás betegség, amit a cryptococcus neoformans okoz. Ez a gomba a talajban mindenütt megtalálható, a szél szórja szét. Belégzése pneumonitist okoz. Első forrása az emberben a tüdő, ahonnan tovább terjed a szervezetben. Védelmet elsősorban a tüdő léghólyagcsáiban levő falósejtek nyújtanak ellene. A szerzők kimutatták, hogy a falósejtek sejtfalást elősegítő anyagok nélkül is gátolják szaporodásukat, megölni azonban csak friss emberi vérsavó jelenlétében képesek azokat. A gombák tenyésztését polipropilén tenyésztő módszerrel végezték, és a szaporodott gombákat elektromos számláló készülékkel határozták meg. Megállapították, hogy tenyészetükhöz adott falósejtekkel 48 órán belül meg lehetett gátolni szaporodásukat. 4 órán belül számuk megkétszereződött. Szaporodásuk gátlásához a falósejteknek nem volt szükségük sejtfalást elősegítő anyagra, magzati borjú savójára, vagy fajlagos cryptococcus antitestre. 10% emberi vérsavó jelenlétében a falósejtek bekebelezték a gombákat, és megakadályozták kórokozó aktivitásukat. Daganat elhalási tényező nem befolyásolta szaporodásukat. Kísérleteik szerint két mechanizmus védi az embert ellenük. Az egyik a vérsavótól független és sejten kívüli anyag, ami gátolja szaporodásukat. A másik a falósejten belüli anyag, ami nemcsak gátolja,hanem meg is öli vérsavó jelenlétében a gombákat.

Pongor Ferenc dr.

A neuronspecifikus enolasenak (NSE) és carcinoembrionalis antigénnek (CEA) mint tumormarkereknek a kimutatása tüdőrákosok és más pulmonalis megbetegedésben szenvedők szérumában, folyadékgyülemében és hörgőmosó folyadékában. Velkovsky, H. G. (Medizinische Klinik III. und Poliklinik, Universität Giessen und Klinik Seltersberg, Giessen): Prax. Klin. Pneumol. 1987, *41,* 704.

Nem daganatos tüdőbetegségekben (obstructiv bronchitis, sarcoidosis, tüdőfibrosis), mindkét marker szérum szintjei általában a normális tartományokban maradtak, csak ritkán fordultak elő kissé magasabb értékek. A hörgőmosó folyadékban a CEA mennyisége gyakran megemelkedett, míg az NSE átlagosan normális volt. A haemolysist a vizsgálati anyagban el kell kerülni, mivel téves meghatározáshoz vezethet. A hörgőmosó folyadék protein tartalmát mind bronchus tumorokban, mind egyéb tüdőbetegségekben a normálisnak megadott határokon belül észlelték.

A kissejtes hörgőrákok 81,8%-ában a szérumban jelentősen megnövekedett NSE értékeket találtak, ami más szövettani formákban csak elvétve fordult elő. Ugyanakkor a CEA szintje a különböző típusok 44—69%-ában magasabbnak mutatkozott. A szérumban jelentkező fokozott NSE aktivitás a mikrocellularis carcinomára vonatkozólag szelektívnek fogadható el. Chemotherapiás kezelés alatt az NSE szint már az első ciklus után, míg a CEA érték csak a teljes remissio beálltával normalizálódott. A két markernek a hörgőmosó folyadékban és pleuralis exsudatumban történt meghatározása diagnosztikusan nem nyújtott sokat, az eredményeket a gyakori haemolysis zavaró hatása is bizonytalanná tette. A markerek szérumból történő meghatározása adja a legmegbízhatóbb tájékoztatást, s ennek alapján a therapia eredményessége is lemérhető.

Barzó Pál dr.

Arteriás vérgázértékek restrictiv és obstructiv légzészavarokban, tekintettel a tüdőfibrosisokra és tüdőemphysemára. Meier-Sydow, J. és mtsai (Abteilung für Pneumologie, Zentrum der Inneren Medizin der Johann Wolfgang Goethe — Universität Frankfurt/Main): Atemw.-Lungenkrkh. 1987, *13,* 263.

A címben szereplő kórképekben vizsgálták a szerzők az artériás vérgázértékeket nyugalomban és terhelésre.

Tüdőfibrosisban az artériás hypoxia az újabb felfogás szerint nem diffúziós, hanem megoszlási zavarra vezethető vissza. Az utóbbit a ventilatiós-perfúziós arány megváltozása jellemzi: 1. holttérventilatióban ∞, 2. alveolaris hyperventilatióban emelkedett, 3. hypoventilatióban csökkent, 4. intrapulmonalis shuntben 0. Növekvő terhelés esetén a PaO_2 lineáris esése észlelhető mérsékelt tüdőfibrosisban; előrehaladott stádiumban plateau képződés látható a lefutási görbén. Amennyiben ez a funkciós tartalék kiegészülésének tekinthető (a terhelés megháromszorozása után a PaO_2 nem csökkent számottevően), a következő magyarázat adódik: a fibrosisnak ki nem tett tüdőrészek jobban részt vesznek a funkcióban, mialatt az érintett területek kiiktatódnak, vagy a fibrosisos areák alkalmazkodnak a megnövekedett terheléshez. Ezen második elképzelés lehetősége minimális.

A szerzők megfigyelései szerint, eltekintve a hypercapniás esetektől, az alveolaris ventilatio és oxigéntenzió, a percvolumen 50 Watt terhelésig normálisnak mutatkozott. Ezzel szemben a holttér quotiens növekedését, mely terhelésre mérséklődött, valamint az artériás hypoxiaemiát kórosnak tartották. A holttér aránynak a minimális terhelésre (12,5 Watt) bekövetkező csökkenése jelentős volt: normoxaemiás csoport kb. 27%, mérsékelt és súlyos hypoxiások között mintegy 12%, ill. 13%. A holttér quotiensnek ezen terhelés alatti jelentős mérséklődése a funkcionális tartalékok kiegészülésével magyarázható.

Mindemellett több kérdés megválaszolatlanul maradt: Miért csak súlyos hypoxiában alakul ki plateau, noha a holttér arány csökkenése ilyenkor sem kifejezettebb, mint mérsékelt hypoxiában? Az utóbbi csoportban nagyobb terhelésre (75—100 Watt) létrejön-e a plateau, ha igen, a PaO_2 milyen szintjén? Miért esik le a súlyos hypoxaemiás csoportban a PaO_2 már minimális munkavégzéskor, miközben a kiegyenlítési mechanizmus csak erősebb terheléskor lép életbe? A plateau képződésnek valószínűleg gyakorlati jelentősége van: a súlyos hypoxaemia minimális munkavégzéskor (12,5 Watt) nem feltétlenül a terhelhetőség aktuális határát jelzi, hanem az egyénnek a cor pulmonaleval szembeni veszélyeztetettségét.

Emphysemában a PaO_2 értékek terhelésre egészen másként viselkednek, mint tüdőfibrosisban: Masszív holttérventilatio esetén stabilizálódnak, csak a hypercapniásokban fejlődik ki nagyobb mértékű hypoxia.

A kérdések megválaszolása a kapott eredmények alapján nem kielégítő, ezért a szerzők vizsgálataikat tovább folytatják. Mindenesetre a ventilatio és gázcsere mérésének automatizálása, az értékek folyamatos matematikai feldolgozása valamint ábrázolása lehetőséget nyújt a klinikusnak arra, hogy elérhető időráfordítással a rutin funkcionális diagnosztika határait kiterjeszthesse.

Barzó Pál dr.

Mágneses rezonancia

A lunatomalacia magspin-rétegvizsgálata. Nägele, M. és mtsai (Klinikum Grosshadern, Ludwig-Maximilians-Universität München): Fortschr. Röntgenstr., 1988. *148.* 652.

A csontvelőben zajló kórfolyamatok ábrázolására a mágnesrezonanciás rétegvizsgálat kitűnően alkalmas. Ismert, hogy steril necrosisok, pl. Perthes-kór kimutatásában teljesítőképessége legalábbis egyenértékű a csontscintigraphiával. Kézenfekvő ezért alkalmazása a csontrendszer egyéb területein is.

A szerzők 54 beteg 61 kezének MR vizsgálatát végezték el a lunatomalacia gyanújának tisztázására. 53 esetben elkészült a kéztő hagyományos kétirányú röntgenfelvétele, 44 esetben pedig rétegfelvételeket is készítettek hypocikloid elmosással, 2 mm rétegvastagsággal. 11 esetben a hagyományos röntgenfelvételek negatív vagy bizonytalan lelete mellett a MR vizsgálat egyértelműen lunatomalacia képét mutatta. 12 esetben a MR vizsgálat kizárta a lunatomalaciát, míg ezek közül a hagyományos röntgenfelvételek lelete hatban kérdésespozitív, kettőben pedig egyértelműen pozitív volt. A vékonyrétegű hypocikloid röntgen rétegvizsgálat eredményei jobbak voltak az átnézeti felvételekénél, de ezek között is 6 olyan eset akadt, melyben a negatív röntgenlelet mellett a MR egyértelműen pozitív képet mutatott. A lunatomalacia kórlefolyása a csontvelőben zajló elhalásos folyamattal kezdődik, ami még nem jár a röntgenfelvételeken kimutatható csontelváltozással. A MR kép azonban már ebben a korai szakban is pozitív, foltos jelintenzitás csökkenést mutat a csontvelő egyébként egynemű intenzív képe helyett. Röntgenképen csak akkor mutatható ki a kórfolyamat, ha kialakul a csonton belül a spongiosa sclerosisa, amit aztán követnek a felritkulások, összeroppanás, széttöredezés. Célszerű tehát elvégezni a kéztőcsontok MR vizsgálatát minden olyan esetben, mikor klinikailag fennáll lunatomalacia alapos gyanúja, de a hagyományos röntgenvizsgálatok eredménye negatív vagy nem egyértelmű.

Laczay András dr.

Rejtett intraossealis törések felfedezése MR vizsgálattal. Yao, L., Lee, J. K. (Albany Medical Center Hospital, Albany): Radiology, 1988. *167.* 749.

116 beteg 120 mágnesrezonanciás rétegvizsgálatát végezték el térdízületi sérülés tisztázására. Ezen anyagban 8 olyan intraossealis törést találtak, mely a hagyományos röntgenfelvételeken nem ábrázolódott. A sérülés a vizsgálatot 2 nap — 12 hét közti idővel előzte meg, nem volt jellegzetes, szerepel közvetlen trauma, esés, sportsérülés, térdízületi instabilitásból adódó sérülés egyaránt. Röntgenfelvétel két esetben mutatott ízületi gyülemet, de csontelváltozást egy esetben sem. Egy betegben röntgen rétegfelvételeket is készítettek többirányú elmosással, de ennek lelete is negatív volt. MR felvételeken 7 esetben jelintenzitás változást láttak az epiphysisek csontvelőjének területén, egy esetben pedig az epi- és metaphysisben egyaránt. T_2 súlyozott képen az érintett terület fokozott jelintenzitással ábrázolódott, T_1 súlyozott képeken pedig a jelintenzitás csökkent az ép környező csontvelőhöz képest. A lokalizációban szerepel a lateralis és medialis tibiacondylus subchondralis része, a lateralis és a medialis femurcondylus. Egy ízben végzett arthroscopia nem mutatott osteochondralis rendellenességet az érintett terület felett. Két esetben történt csontscintigraphia, fokozott aktivitással a MR képen látott kóros területnek megfelelően. Két beteg 6 hét és 3 hónap után végzett ellenőrző MR vizsgálata a kép rendeződését igazolta. A gyógyeredményt az egyidejűleg esetenként fennálló egyéb sérülések befolyásolták, mint meniscus szakadás. Egy esetben 4 hónap múltán készített röntgenfelvétel nem mutatott kórosat, de CT felvételen enyhe sclerosist láttak a korábbi MR elváltozásoknak megfelelően.

Laczay András dr.

Sclerosis multiplex korai felismerése mágneses rezonanciatomographia (MRT) vizsgálatokkal. Schörner, W. és mtsai (Radiol. Klinik und Abt. f. Neurologie, Freie Universität Berlin): Fortschr. Röntgenstr., 1988, *149,* 63.

A mágneses rezonancia tomographia (mrt.) a képképző eljárások között a legjobbnak bizonyult a sclerosis multiplex felfedésében, mert az esetek 90%-ában a kóros agyi gócok kimutatása lehetséges, míg a cranialis CT költséges kontrasztanyagok alkalmazásával csak mintegy 50%-os eredményt biztosít. A mrt. magas szenzitivitása a sclerosis multiplex esetek többéves ellenőrzése kapcsán bizonyosodott be.

A sclerosis multiplex esetek *korai kórismézése* kezdetben nehézségekbe ütközhet, amíg klinikailag a primer symptomatologiát és az intrathecalis immunreakciót a liquorlelet nem igazolja. A szerzők ezért 71 klinikailag diagnosztizált sclerosis multiplex első megnyilvánulásainak eredményeit 45 már biztosan igazolt eset mrt.-leleteivel hasonlították egybe. A mrt. mind a biztosan kórismézett, valamint az *első* manifesztációként felfedezett sclerosis multiplex esetekben *igen szenzitív* eljárásnak bizonyult (21 esetből 20 esetben). A több év óta fennálló multiplex sclerosis viszonylag jellegzetes morphologiai képét (túlnyomóan periventricularis részvétel relatív típusos képpel) a korai megnyilvánulásban ritkán észlelték.

A mrt. jelentősége a sclerosis multiplex korai manifesztációiban azon lehetőségben mutatkozik, hogy a nem döntő klinikai és apparatív (evokált potenciálok, liquorlelet) diagnosztika esetét már *korán* jelzi az agy multilocularis gócos elváltozásait, és így a sclerosis multiplex gyanúját alátámasztja.

ifj. Pastinszky István dr.

A csípő átmeneti osteoporosisának MR képe. Bloem, J. H. (University Hospital of Leiden): Radiology, 1988, *167,* 753.

A csípőízület átmeneti osteoporosisa tisztázatlan okú, jóindulatú betegség. Leggyakrabban fiatal és középkorú férfiakon fordul elő. Csípőfájdalom jelentkezik traumára utaló előzmény vagy gyulladásos tünetek nélkül. A fájdalom komoly lehet, sántításhoz, az ízület csökkent mozgásához vezethet. A csontscintigraphia fokozott helyi aktivitást mutathat, röntgenképen pedig az elnevezésnek megfelelően osteoporosis látszik általában a combfej és a combnyak területén. Ha nem következik be combnyaktörés, akkor általában 6—12 hónap alatt a kép rendeződik késői következmények nélkül. Infectio, avascularis necrosis vagy daganatos betegség kizárása kezdetben nehéz, ezért gyakran történik biopsia vagy ízületi punctio és mikrobiológiai vizsgálat. Ilyenformán az átmeneti osteoporosis kizárásos kórisme szokott lenni. MR vizsgálattal a szerzők saját 3 esetükben T_1 súlyozott képen az érintett területekben a normál csontvelőhöz képest csökkent jelintenzitást láttak, T_2 súlyozott képeken pedig fokozott jelintenzitást. A kísérő ízületi folyadékgyülem a T_2 súlyozott képeken ábrázolódott legjobban. Az ennek megfelelő csontrészekből vett szövetminta mikroszkópos vizsgálata fokozott csontátépülés és enyhe gyulladásos reakció jeleit mutatta. Regionalis osteoporosis egyéb formáitól — inaktivitás, Sudeck — a röntgenkép, a scintigraphiás kép és a MR vizsgálat alapján az elkülönítés általában nem várható. Időskori osteoporosisban ellenben a MR képen a csontvelő jelintenzitása normális. MR képen a gyulladásos és daganatos kórfolyamatok a környezetben ábrázolódó összetevők alapján elkülöníthetők. Az epiphysisre terjedő jelintenzitásváltozás mindig elsősorban avascularis necrosisra kelt gyanút. Ellenőrző MR vizsgálatokkal a kép rendeződése követhető, így az osteoporosis transiens jellege igazolható.

Laczay András dr.

A combfej osteonecrosisának korai kimutatása veszélyeztetett betegekben MR vizsgálattal. Genez, B. M. és mtsai (Willford Hall V. S. Air Force Medical Canter, Lackland Air Force Base): Radiology, 1988, *168,* **521.**

A combfej osteonecrosisának korai kimutatása sorsdöntő a betegre nézve, mert csak idejében elkezdett célszerű kezeléssel előzhetők meg a későbbi súlyos következmények. A MR vizsgálat ezen a téren kitűnő eredményeket produkált, messze túlhaladva a hagyományos röntgenvizsgálat teljesítőképességét. Nyilvánvaló azonban, hogy a MR vizsgálat is csak a már bekövetkezett makroszkópos elváltozásokat képes ábrázolni.

A szerzők arra kerestek választ, hogy veszélyeztetett betegek — főként steroidkezeltek — csípőfájdalmának jelentkezésekor, tehát a lehetséges legkorábbi időszakban végzett MR vizsgálat milyen mértékben hatékony. Hét ilyen betegen végeztek MR vizsgálatot, összehasonlítva a hagyományos röntgenfelvételekkel, esetenként a csontscintigraphia leletével. Minden esetben elvégezték a femur proximalis részében az intramedullaris nyomás vizsgálatát. A hét beteg 11 csípőjében találtak emelkedett intramedullaris nyomást. Ezekben elvégezték a biopsiát és a decompressiót, a biopsia mindegyik esetben pozitív eredményt adott. 5 esetben végeztek intraossealis phlebographiát is pozitív eredménnyel. A 11 emelkedett intramedullaris nyomással és pozitív biopsiás lelettel bíró csípő MR képe csak 5 esetben volt kóros, a többi 6 esetben normális viszonyokat mutatott. Ebben a betegcsoportban tehát a MR szenzitivitása a combfej osteonecrosisra vonatkozóan mindössze 46%-nak bizonyult. Veszélyeztetett betegekben tehát a korai szakban a MR vizsgálat nem alkalmas a combfej necrosis kizárására, negatív leletét fenntartással kell fogadni. Pillanatnyilag a korai szakban a legmegbízhatóbb diagnosztikai eljárás az invazív intramedullaris nyomásmérés.

Laczay András dr.

Tisztelt Megrendelőink!

A hírek, kongresszusi anyagok szerkesztőségünkbe küldött megrendelésein kérjük feltüntetni *MNB számlaszámukat.*

Köszönettel
a Medicina Könyvkiadó Vállalat

OMKER

ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

1989. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

Április 18—21. OMKEREXPO'89.
Nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítás a SOTE Elméleti Tömbjében.
Május 9—12. ORVOSI MŰSZEREK AZ NDK-ból
címmel bemutatót rendezünk az MLW INTERMED Magyarországon forgalmazott termékeiből.
Május 23—26. Kisszámítógépek az egészségügyi intézményekben II.
MŰSZAKI GAZDÁLKODÁSI RENDSZEREK
címmel bemutató az ORKI és az OMKER rendezésében.

Kiállításaink helyszíne az OMKER BEMUTATÓTEREM, Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: naponta 9—16 óráig.

Az OMKEREXPO'89 nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítást a SOTE Elméleti Tömbjében, Budapest, VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt rendezzük meg.

A programban változás lehetséges.

KÖNYVISMERTETÉS

Jiri Modestin: Suizid in der psychiatrischen Klinik. 1987, F. Enke, Stuttgart, 257. old. (Forum der Psychiatrie, Neue Folge, Bd. 29.) DM, 58,—.

A szerző a berni pszichiátriai klinika munkatársa, azt a kérdést kívánta vizsgálni, mitől van az, hogy az utóbbi években meredeken nő a pszichiátriai osztályokon kezelt betegek öngyilkossága, és miért van az, hogy ma már a betegek öngyilkossági arányszáma messze nagyobb, mint az átlagnépességé. E kérdés tisztázására Bern két klinikájának beteganyagából 149 öngyilkossági esetet vizsgált a meglévő klinikai dokumentumok alapján. Ugyanennyi kontrollesetet vizsgált, akik hasonló szocioökonómiai jellemzőkkel bírtak, hasonló diagnózissal kezelték őket, de nem lettek öngyilkosok. Az öngyilkos csoport egy hosszabb időszak valamennyi olyan öngyilkossági esetét magában foglalta, amelyben öngyilkosság történt a klinikán vagy az ápolás ideje alatt. A szerző az öngyilkos populációt a szakirodalmi adatokkal vetette össze, vagyis az öngyilkosokról általában leírt szabályszerűségekkel. Így lényegében kettős összehasonlítás történt.

Az irodalmi összehasonlítás érdekében a szerző hatalmas szakirodalmi adatot dolgozott fel, emiatt a kötet nagyon informatív és használható a legmodernebb közlemények nyomon követésének céljára is. Maga a vizsgálat is érdekes, kitűnik belőle, hogy az ún. klinikai öngyilkosságokban nem kiemelkedő az idősek számaránya. Ebből a szerző azt a következtetést vonja le, hogy az időskori szuicidium nem morbigén, hanem pszichoszociális oki determinánsokat tükröz. Nagy a schizophrénia diagnózist kapó betegek számaránya az öngyilkosságban, de az öngyilkosságot megelőzően a legtöbb betegre a depresszív hangulati állapot a jellemző. Kb. a betegek egyharmada klinikai rosszabbodás idején öli meg magát, míg a többi javulás jeleit mutatja, és kb. a betegek fele eltávozás idején hal meg, csak egy kis rész szökik el a kórházból. Az összes klinikai öngyilkosság 24%-a magas helyről való leugrás formájában következik be, 53%-ban önakasztásként. A pszichiátriai osztályon belül történő öngyilkosságok túlnyomó többsége önakasztásos. Érdekes adat, hogy a klinikán kezelt öngyilkosok mindössze 15%-a mutat vészjeleket és tűnik sizucidálisnak, a betegek nagyobb része a Ringel-féle preszuicidális szindróma jeleit sem mutatja. Elég típusos, hogy a betegek agresszívek, megközelíthetetlenek, emiatt az orvosok érzelmileg távol tartják magukat tőlük, nem foglalkoznak velük eleget. Gyakran a beteg családja is agresszív és eleve szemben áll az ápoló teammel. Az öngyilkosságveszély egyetlen statisztikai prediktora az anamnézisben előforduló öngyilkossági kísérlet, mégpedig az aránylag komoly kísérlet. Ez a kontrollbetegek esetében ritka. Más tekintetben az öngyilkos betegek nem különböznek a kontrolltól.

A szerző megpróbálja levonni a következtetést a pszichiátriai osztályokon elvégezhető öngyilkosságmegelőzési intézkedéseket, de e téren különösebb újat nem tud ajánlani.

A vizsgálat érdekes, de csak fenntartással fogadható el. A minta ugyan teljes, de így is kicsi. A betegekre vonatkozó adatok feljegyzésekből származnak, várhatóan nem kielégítők. A kontroll akkor lenne igazi, ha nemcsak illesztett lenne, hanem más halálok miatt meghaltakból is állna. Nem zárható ki a lehetőség, hogy a későbbiekben a kontrollcsoportban is bekövetkeztek öngyilkosságok. A könyv 99 rövid esetismertetést is közöl, de a hozzátartozókat a vizsgálat nem vonta be hatókörébe, így igazában pszichológiai adat kevés van.

Említésre érdemes még, hogy a klinikai öngyilkosok között kevés az alkoholista. Sokkal kevesebb, mint az átlagnépességben. Nem tudjuk, valamilyen műtermék-e ez az adat, vagy valahogy értelmezhető-e. Ugyanez a helyzet azzal az adattal, hogy a klinikai öngyilkosok között kevés a külföldi születésű beteg. Ezt csak úgy lehetne értelmezni, ha tudnánk az adott területen élő külföldi születésűek számát, és tudnánk, hol is születtek (mert nem mindegy, hogy Spanyolországban vagy Magyarországon).

A könyv tehát informatív, gondolkodásra ösztönöz, elsősorban azonban öngyilkosságkutatással foglalkozók tudják használni.

Buda Béla dr.

MOTILIUM J 800

filmbevonatú tabletta J 310

HATÓANYAG
10 mg domperidonum tablettánként.

HATÁS
A dopamin-antagonista hatása alapján a gastroduodenalis motilitást szinkronizálja és növeli, a különböző eredetű hányingert csökkenti. Helyreállítja a normális gyomormotilitást és a felső gasztrointesztinalis traktus tónusát, növeli a csökkent nyomást az alsó oesophagus-sphincteren, növeli az oesophagus perisztaltikát, elősegíti a gyomorürülést, javítja az antrum és duodenum perisztaltikáját, regulálja a pylorus kontrakcióit.
A domperion a neuroleptikumokkal rokon szerkezetű vegyület. Kémiai sajátságai miatt nem jut át a vér-agygáton, így központi idegrendszeri (pszichotrop, ill. neurológiai) tüneteket nem okoz.

JAVALLATOK
A gastroduodenalis regio funkcionalis zavara, hipotoniás és hipomotilitásos állapota, reflux oesophagitis, diabeteses enteropathia, ulcusban adjuvánsként a tünetek mérséklése, irritabilis colon syndroma. Dyspepsiás tünetekkel, csökkent gyomorürüléssel gastro-oesophagalis refluxszal, oesophagitissel járó kórképekben a kísérő tünetek (epigastrialis teltségérzés, abdominalis feszülés, fájdalom, felböfögés, flatulencia, hányinger, gyomorégés, esetleg a gyomortartalom regurgitatiója) enyhítése.
Különböző eredetű nausea és hányás.

ELLENJAVALLATOK
Hyperprolactinaemia. Bár az állatokon végzett vizsgálatokban nem volt teratogén hatású, és a magzatba nem penetrált, terhes nőknek való adagolásra elegendő tapasztalat nincs, ezért terhesség és szoptatás idején az adása nem javallt. Újszülötteknek, csecsemőknek 1 éves életkorig nem adható. (Mivel ebben a korban a vér-agy-gát működése és a gyógyszerek metabolizmusa nem teljes.)

ADAGOLÁS
Felnőtteknek általában naponta 3—4 tabl., étkezés előtt kb. 15-30 perccel. Szükség esetén — kivételesen — napi 3 × 2-re emelhető az adag.
Gyermekeknek általában 20—30 ttkg között: naponta 2 × tabl. 30 kg felett: naponta 2 × 1 tabl.

MELLÉKHATÁSOK
Növeli a szérum-prolactin szintet; ritkán emlőfájdalom v. nedvezés jelentkezhet. Az adagolás megszüntetésére általában a prolactin-szint normalizálódik. Egyéb mellékhatások: fejfájás, szédülés, szájszárazság, székrekedés. A jelentkező mellékhatások miatt nem feltétlenül szükséges az adagolás megszakítása.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK
Együttadása tilos!
— antikolinerg, atropinszerű vegyületekkel (antagonizálják a domperidon motilitásfokozó hatását),
— TRH-vizsgálat előtt 3 nappal abba kell hagyni a kezelést.

FIGYELMEZTETÉS
20 ttkg alatti gyermekek gyógyszerkezelésére nem alkalmas, mivel az 1—6 éveseknek pontos adagolást nem biztosít a 10 mg hatóanyag-tartalmú tabletta. Galactorrhoea-amenorrhoea szindrómában alkalmazása fokozott körültekintést igényel (Se. prolactin szint növelő hatása miatt).

MEGJEGYZÉS ✠
Csak vényre adható ki!

CSOMAGOLÁS
50 db filmbevonatú tabletta

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

OTOSPORIN® fülcsepp

A POLYMYXIN-B SULFÁT KÜLÖNÖSEN HATÉKONY PSEUDOMONS PYOCYAEA, ESCHERICHIA COLI ÉS SOK MÁS GRAM-NEGATÍV BAKTÉRIUMRA.

A NEOMYCIN SULFÁT GRAM-POZITÍV ÉS GRAM-NEGATÍV BAKTÉRIUMOK ELLEN EGYARÁNT HATÉKONY, ÍGY KÜLÖNÖSEN PROTEUS VULGARIS ÉS STAPHYLOCOCCUSOK OKOZTA FERTŐZÉSBEN, OLYANKOR IS, AMIKOR A KÓROKOZÓK MÁS ANTIBIOTIKUMOKRA REZISZTENSEK.

HYDROCORTISON TARTALMA RÉVÉN CSÖKKENTI A GYULLADÁST, A DUZZANATOT, CSILLAPÍTJA A FÁJDALMAT ÉS A VISZKETÉST.

HATÓANYAGA:

100 000 NE POLYMYXINIUM-B SULFURICUM
34 000 NE NEOMYCINIUM SULFURICUM
100 MG HYDROCORTISONUM
10 ML VIZES OLDATBAN.

JAVALLATOK: A külső hallójárat bakteriális fertőzése és gyulladása.

ELLENJAVALLATOK: Aminoglikozid és polymyxin csoportba tartozó antibiotikumok iránti túlérzékenység.

MELLÉKHATÁS: Hatóanyagok iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek és gyermekeknek egyaránt naponta 3—4 × 3 cseppet a hallójáratba becseppenteni. Úgy is alkalmazható, hogy oldalttal átitatott gézcsikot helyeznek a külső hallójáratba 24—28 óra időtartamra és az oldattal szabályszerű időközönként átitatják.

FIGYELMEZTETÉS: A külső hallójáratot és külkagylót minden becseppentés előtt alaposan ki kell tisztítani és meg kell szárítani. Szappan nem használható, mert az antibiotikumokat inaktiválja.

Gombás fertőzésben hatástalan!
Kizárólag fülcseppként használható!

Felszívódása esetén a Neomycin ototoxikus hatású, ezért perforált dobhárty mellett használata nem javasolt.
Alkalmazása 10 napon túl nem ajánlott.
Csecsemők és kisgyermekek hosszú ideig tartó kezelése kerülendő, a szteroid komponenes mellékvese-szupressziót okozó mellékhatása miatt.

Terhesség és szoptatás ideje alatt alkalmazása nem ajánlott; a gyermekben neurotoxikus károsodást okozhat.
Más antibiotikumokhoz hasonlóan folyamatos, hosszantartó alkalmazása a nem érzékeny kórokozók, beleértve a gombák túlnövekedését eredményezheti.
Hűvös helyen, fénytől védve tartandó. Használat előtt óvatosan felrázandó.

MEGJEGYZÉS: ✠ ✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 10 ml-es műanyag flakonban.

Előállító: **HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET, GÖDÖLLŐ — BUDAPEST.**
WELLCOME FOUNDATION LTD LONDON licenc alapján.

A Szociális és Egészségügyi Minisztérium tájékoztatója az 1988. október havi fertőző megbetegedésekről

A járványügyi helyzet általános jellemzése

Az enterális úton terjedő fertőző betegségek járványügyi helyzete összességében kedvezőnek ítélhető októberben. A salmonellosis bejelentések száma kereken 60%-kal, a shigellosisé mintegy 40%-kal csökkent az előző hónaphoz képest.

A salmonellosis járványügyi helyzete kedvezőbb volt az 1977. évi október havinál is, azonban az ez évben már előfordult összes eset száma csaknem duplája az 1982—86. évekre vonatkozó középértéknek.

A korábbi évek azonos időszakához viszonyítva a dysenteria járványügyi helyzete lényegesen kedvezőbben alakult, a hepatitis infectiosáé mérsékelten javult, a dyspepsia colié gyakorlatilag nem változott.

A jelentősebb számban előforduló cseppfertőzéssel terjedő betegségek járványügyi helyzete összességében kedvezőtlenebb volt, mint szeptemberben; a szezonalitásnak megfelelően több mint 50%-kal emelkedett a scarlatina és a parotitis epidemica bejelentések száma. Ezzel együttvéve is a korábbi évek azonos időszakához viszonyítva nem rosszabbodott jelentősen a scarlatina és a rubeola járványügyi helyzete, a parotitis epidemicáé pedig inkább még kedvezőbbnek ítélhető annál.

A morbilli esetek száma az előző havi mintegy hétszeresére, az év 10 hónapja alatt bejelentett összes megbetegedés száma pedig az előző évi közel négyszeresére emelkedett. Ezzel együttvéve is az év eleje óta regisztrált megbetegedések száma kevesebb, mint az 1982—86. évi azonos időszakra eső középérték. A tárgyhavi megbetegedések 95%-a Baranya megye, ill. Pécs város területéről származott, ahol főleg középiskolás kollektívákban fordultak elő.

A vírusaetiologiájú, idegrendszeri fertőző betegségek közül az encephalitis infectiosa bejelentések száma jelentősen megemelkedett az előző hónaphoz viszonyítva. A megbetegedések több mint fele kullancsencephalitis volt. A meningitisek előfordulásában nem volt lényeges változás.

Kiemelésre érdemes, járványügyi esemény:

AIDS.

Egy fővárosi 33 éves — homoszexuális, nyilvántartott HIV ellenanyag pozitív — férfi megbetegedését diagnosztizálta a Fővárosi László Kórház hisztológiailag igazolt Kaposi-sarcoma alapján. A hazánkban regisztrált megbetegedések száma ezzel 15-re emelkedett, közülük 9 már meghalt.

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1988. Május—1988. Október

Betegség	Május	Június	Július	Aug.	Szept.	Okt.
Typhus abdominalis	—	—	4	—	1	—
Paratyphus	—	—	—	—	—	—
Salmonellosis	1917	2160	2002	2128	1500	1108
Shigellosis	100	82	85	205	409	238
Amoebiasis	10	8	12	9	7	10
Dysenteria (Shig.+amoeb.)	110	90	97	214	416	248
Dyspepsia coli	42	41	43	55	55	35
Hepatitis inf.	236	223	224	267	255	270
AIDS		—	—	—	1	1
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	3	1	8	5	—	1
Scarlatina	772	517	251	146	322	708
Morbilli	43	21	20	15	13	98
Rubeola	5707	3828	1310	330	244	291
Parotitis epid.	5801	5364	2322	931	788	1642
Mononucleosis inf.	93	63	60	59	78	98
Keratoconj. epid.	5	1	3	4	9	2
Meningitis epid.	2	5	2	7	2	5
Meningitis serosa	24	19	46	43	44	42
Kullancsenceph.	11	37	64	27	6	21
Egyéb enc. inf.	12	29	24	20	17	18
Encephalitis inf. (KE+egyeb. enc.i.)	23	66	88	47	23	39
Staphylococcosis	21	13	1	10	15	10
Malaria*	2	4	2	2	—	—
Tetanus	3	2	—	3	1	2
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	1	—	—	—	1	1
Leptospirosis	2	2	2	4	4	14
Ornithosis	1	1	—	—	—	1
Q-laz	—	—	2	—	1	—
Tularemia	3	3	4	8	5	12
Taeniasis	3	1	3	1	2	5
Toxoplasmosis	25	16	21	14	19	8
Trichinellosis	—	—	—	—	—	—

(+) előzetes, részben tisztított adatok (*)importált esetek

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon (+) 1988. Október hó

Betegség	Október			Jan. 1.—Okt. 31.		
	1988.	1987.	Median 1982—1986	1988.	1987.	Median 1982—1986
Typhus abdominalis	—	—	—	6	1	3
Paratyphus	—	—	—	—	—	1
Salmonellosis	1108	2555	951	14287	13441	8303
Shigellosis	238	.	.	1611	.	.
Amoebiasis	10	.	.	78	.	.
Dysenteria (Shig.+amoeb.)	248	992	391	1694	3123	3284
Dyspepsia coli	35	35	32	381	331	338
Hepatitis inf.	270	270	376	2516	2834	3310
AIDS	1	—	.	7	5	.
Poliomyelitis	—	—	—	—	—	—
Diphtheria	—	—	—	—	—	—
Pertussis	1	3	3	35	13	21
Scarlatina	708	706	610	7203	6521	7936
Morbilli	98	2	7	242	65	262
Rubeola	291	239	320	25750	19704	24803
Parotitis epid.	1642	2611	2219	40779	35921	32363
Mononucleosis inf.	98	94	69	815	643	618
Keratoconj. epid.	2	4	25	32	200	116
Meningitis epid.	5	5	3	36	45	54
Meningitis serosa	42	23	34	305	234	379
Kullancsenceph.	21	.	.	176	.	.
Egyéb enc. inf.	18	.	.	156	.	.
Encephalitis inf. (KE+egyeb. enc.i.)	39	21	28	332	300	510
Staphylococcosis	10	17	21	121	145	140
Malaria*	—	2	1	12	13	14
Tetanus	2	4	4	17	33	30
Anthrax	—	—	—	—	—	—
Brucellosis	1	—	1	6	11	8
Leptospirosis	14	7	6	39	27	42
Ornithosis	14	7	6	39	27	42
Q-laz	—	2	—	5	12	2
Tularemia	12	8	2	44	33	22
Taeniasis	5	3	6	26	29	35
Toxoplasmosis	8	30	16	206	191	132
Trichinellosis	—	—	—	—	33	13

(+) előzetes, részben tisztázott adatok (*)importált esetek

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon
1988 Október hó (+)

Terület	Typhus abd.	Salmonellosis	Shigellosis	Dyspepsia coli	Hepatitis inf.	Scarlatina	Morbilli	Rubeola	Parotitis ep.
Baranya	—	37	1	—	4	18	25	14	157
Bács-Kiskun	—	16	1	1	7	28	—	8	74
Békes	—	48	10	2	13	28	—	23	58
Borsod-A.-Z.	—	87	2	—	15	11	—	1	79
Csongrád	—	27	5	—	13	2	—	5	49
Fejér	—	65	2	—	10	46	—	11	75
Győr-Sopron	—	45	2	—	1	44	—	13	48
Hajdu-Bihar	—	50	9	4	2	27	1	13	83
Heves	—	40	8	6	3	13	1	16	25
Komárom	—	45	5	—	3	21	—	15	84
Nógrád	—	26	11	3	6	17	—	12	24
Pest	—	77	4	3	46	76	—	14	127
Somogy	—	39	3	—	—	19	—	13	43
Szabolcs-Sz.	—	18	10	3	18	19	—	19	79
Szolnok	—	73	18	1	16	37	—	19	15
Tolna	—	23	11	—	9	5	—	1	118
Vas	—	46	—	—	2	11	1	8	66
Veszprém	—	53	6	—	9	34	—	12	14
Zala	—	50	1	—	5	32	—	—	59
Debrecen	—	20	3	—	5	8	—	8	28
Győr	24	4	1	2	26	—	9	4	
Miskolc	—	2	—	—	7	10	—	—	4
Pécs	—	38	7	1	2	8	68	2	105
Szeged	—	42	7	1	—	3	—	1	36
Budapest	—	117	108	9	72	165	2	54	182
Összesen (total)	—	1108	238	35	270	708	98	291	1642
1987 Okt. (+)	—	2555	.	35	270	706	2	239	2611
Median 82—86 (+)	—	951	.	32	376	610	7	320	2219

(+) előzetes, részben tisztított adatok — (*) importált esetek

Bejelentett fertőző megbetegedések Magyarországon 1988 Október hó (+)

Terület	Pertus	Mening. epid.	Mening. ser.	Kullancs-enc.	Egyéb enc. inf.	Staphylococcosis	Brucellosis	Leptospirosis	Tularemia
Baranya	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Bács-Kiskun	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Békes	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Borsod-A.-Z.	—	1	1	—	—	—	—	1	—
Csongrád	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fejér	—	—	—	1	3	—	—	—	—
Győr-Sopron	—	—	1	1	—	—	—	—	3
Hajdu-Bihar	—	—	10	—	—	—	—	—	5
Heves	—	—	—	—	—	5	—	—	—
Komárom	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nógrád	—	—	—	—	1	1	—	—	—
Pest	1	1	5	2	4	1	—	3	—
Somogy	—	1	4	4	—	—	—	1	—
Szabolcs-Sz.	—	—	1	—	—	—	—	1	—
Szolnok	—	—	1	—	— 1	—	—	—	—
Tolna	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Vas	—	—	2	4	—	—	—	1	2
Veszprém	—	—	—	3	—	3	—	—	1
Zala	—	—	1	6	1	—	—	1	—
Debrecen	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Győr	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Miskolc	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pécs	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Szeged	—	—	1	—	—	—	1	—	—
Budapest	—	2	12	—	8	—	—	2	—
Összesen (total)	1	5	42	21	18	10	1	14	12
1987 Okt. (+)	3	5	23	.	.	17	—	7	8
Median 82—86 (+)	3	3	34	.	.	21	1	6	2

(+) előzetes, részben tisztított adatok
(*) importált esetek
Egyéb fontos bejelentendő fertőző betegségek:
AIDS: 1 (Budapest 1) — Tetanus: 2 (Bács-Kiskun 1, Szabolcs-Sz. 1)

HÍREK

Jevgenyij Ivanovics Csazov akadémikus, Szovjetunió egészségügyi minisztere, a Magyar Tudományos Akadémia tiszteletbeli tagja előadást tart a MTA Nagytermében (Bp. Roosevelt tér 9. II. em.) *1989. április 11-én (kedd) 15 órakor*

A thrombolytikus terápia problémái címmel.

Az előadás angol nyelvű lesz.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet *1989. április 10-én 15.00 órakor* tudományos ülést tart a Lukács Klubban (Bp. II. Frankel Leó u. 25.)

Téma:

Falus A. dr., Bíró J. dr., Böhm U. dr., Brózis M. dr., Merétey K. dr.:

A gyulladás és akut fázis-reakció szabályozásának immunológiai és molekuláris biológiai kérdései

A Fővárosi László Kórház Tudományos Bizottsága *1989. április 12-én 14 órakor* tudományos továbbképző ülést rendez a kórház kultúrtermében (Budapest, IX. Gyáli út 5.)

Program:

1. *Rietiker S.* (Hoffmann La Roche & Co. Ltd. Basel): New products and fields of research in Hoffmann — La Roche Company.
2. *Prof. Nyerges Gábor dr.:* Rocephinnel szerzett tapasztalataink gyermekkori gennyes mengitisekben
3. *Ferencz Adrienn dr.:* Rocephin^{R} terápia felnőttkorban
4. *Bánhegyi Dénes dr. prof. Várnai Ferne dr.:* Fansidar^{R} profilaxis AIDS-ben.
5. *Horváth Andrea dr., prof. Várnai Ferenc dr.:* Bélprotozoonosisok korszerű kezelése

Üléselnök: prof. dr. Várnai Ferenc

A Fővárosi László Kórház Tudományos Bizottsága továbbképző tudományos ülést rendez *1989. április 12-én 14 órakor* a kórház kultúrtermében (IX. Gyáli út 5.)

Program:

1. *Vukmirovits György dr.:* A nosocomiális pneumonia aetiopathogenesise, preventiója és terápiája — lehetőségeink, problémáink.
2. *Benkő Zsuzsanna dr.:* Az icterusos betegek anaesthesiája
3. *Frankfurter Márta dr.:* Az anaestheticumok hatása a cirrhoticus májra.
4. *Szalontai Judit dr.:* Az időfaktor jelentősége a súlyos fertőző betegségeket kísérő légzési elégtelenség megelőzésében és kezelésében

Üléselnök: Csíkos Erzsébet dr.

A Magyar Onkológusok Társasága *1989. április 12-én (szerdán) du. 15. órai kezdettel* rendezi a MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA felolvasótermében (Budapest, V., Roosevelt tér 9.) A *KROMPECHER EMLÉKÜLÉST.*

PROGRAM

1. Elnöki megnyitó
2. *Dr. Börzsönyi Mátyás:* „Antropogén kémiai daganatkeltők környezetünkben"
3. *Dr. Liszka György:* „Emlőrákok heterogenitásának vizsgálata képalkotó eljárásokkal"
4. Krompecher emlékérmek átadása

Schöpf-Merei Ágost Kórház és Anyavédelmi Központ Tudományos Köre *1989. április 13-án 14.00 órakor* a kórház kultúrtermében (Bakáts tér 10.) tudományos ülést tart.

Téma:

Kajtár László dr.: Terhesség alatti hypertonia és kezelési lehetőségei

Heim Pál Gyermekkórház-Rendelőintézet *1989. április 18-án* tudományos ülést tart a kórház előadótermében (A ép. V. em. Üllői út 86.) (Az előadásokat a Mozgássérültek Pető András Nevelőképző és Nevelőintézetének munkatársai tartják.)

1. *Funk Klára:* Video bemutatás a konduktív nevelés néhány jellegzetességéről
2. *Vargáné Kiss Anna:* Az athetosissal járó motoros diszfunkció eredete napjainkban
3. *Révai Edit és Balogh Erzsébet:* Az ún. symptomás rizikó gyermek
4. *Horváth Dezsőné és Balogh Erzsébet:* a neglect syndroma a konduktív nevelés során
5. *Saracz Judit és Medveczky Erika:* Spina bifidások ultrahangvizsgálata
6. *Halász Adrienne, Medveczky Erika:* Görcsrizikó, EEG-leletek spina bifidás gyermekekben
7. *Medveczky Erika, Balogh Erzsébet:* Epilepsziások a Pető Intézetben
8. *Balogh Erzsébet, Medveczky Erika:* Néhány adat az epilepszia és motoros diszfunkció közös eredetéről

A Heim Pál Gyermekkórház Rendelőintézet *1989. április 20-án 14.00 órakor* tudományos ülést tart a kórház előadótermében (A ép. V. em. Üllői út 86.)

Téma:

1. *Vergesslich Klára* (Bécs, Gyermekklinika): A vese ultrahangvizsgálata (angol nyelvű előadás)
2. *Győrffy György* (California, Loma Linda Egyetem):

A természetes killer-sejtek cytotoxicitása újszülöttkori szervátültetésekben (magyar nyelvű előadás)

MEGHÍVÓ

A Magyar Onkológusok Társasága XVIII. Nemzeti Kongresszusát *1989. november 9—11. között* tartja a Budapest Kongresszusi Központban (Novotel — Budapest, XI., Jagelló út 1—3.)

A kongresszus témái:

1. A metastasis elméleti és klinikai kérdései
2. Szájüreg + garat daganatai
3. Szabadon választott témák az elméleti és klinikai daganatkutatás témaköréből

A kongresszus tudományos programja kerekasztal konferenciák és poszterek formájában kerül lebonyolításra. A poszter sectiókban 2—3 diapozitív vetítésére is lehetőség nyílik. A diapozitívek mérete 5 × 5 cm.

Poszterméret: magasság 160 cm; szélesség 20 cm

Az előadások és a poszterek abstractjának beküldési határideje:

1989. május 31.

Az utóbbiak elfogadásáról a Szervezőbizottság *1989. szeptember 15*-ig értesítést küld.

Kérjük, hogy az abstractokat a Magyar Onkológusok Társasága főtitkára címére küldjék, a mellékelt formában (Dr. Besznyák István, 1122 Budapest, Ráth György u. 7—9. Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti Osztály).

A kongresszus részvételi díja: 700,— Ft (MOTESZ-tag)

1000,— Ft (nem MOTESZ-tag)

35 éven aluliaknak: 300,— Ft

1989. november 9-én, 20.00 órakor a Budapesti Kongresszusi Központ, Novotel Szállodában fogadást adunk, *ennek részvételi díja 500,— Ft.*

A jelentkezési lapot kérjük 1989. május 31-ig a MOTESZ Kongresszusi Szervező Irodájának beküldeni.

A kongresszussal kapcsolatban a MOTESZ Kongresszusi Szervező Irodája (Budapest, Pf. 32. 1361.; telefon: 125-012) ad felvilágosítást.

A Magyar EEG Társaság Bioelektromos Szekciója a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága és a Magyar Biofizikai Társaság közösen rendezik a *Magnetostimuláció és Magnetoterápia* c. konferenciájukat **Székesfehérvárott** a Technika Házában *1989. október 12—14 között.*

A konferencia főtémái

— magnetostimuláció a klinikai gyakorlatban
— kisfrekvenciás, kis energiájú pulzáló elektromágneses mező (PEMF) biológiai hatásának elméleti alapjai
— a PEMF klinikai hatásai

„Gyógytorna" Stúdió a II. kerületben a Pusztaszeri úton. Egyéni és kiscsoportos foglalkozások gyermekeknek és felnőtteknek, kulturált tornateremben.

Kívánság szerint a beteg lakásán is.

Mozgásszervi és pszichiátriai betegségekben szenvedők gyógytornája.

Műtétek utáni speciális gyógytorna.

Terhestorna.

(1025 Budapest, Pusztaszeri u. 42/a.)

A Magyar Gerontológiai Társaság vezetőségválasztó közgyűlésén *elnökké* prof. Beregi Edit dr.-t, *alelnökké* Gergely István dr.-t, *főtitkárrá* Vértes László dr.-t választották. További *vezetőségi tagok:* Bíró Judit dr., Boga Bálint dr., Fülöp Tamás dr., Prof. Harsányi Ernő dr., Hazafi Klára dr., Imre Sándor dr., Iván László dr., Kálnai Etelka dr., Prof. Károlyi György dr., Lengyel Éva dr. (pénztáros), Németh Júlia dr., Varghánné Rajczy Katalin dr., Regius Ottó (jegyző), Spellenberg Sándor dr. (ifjúsági felelős), Prof. Villányi Piroska dr.

A Magyar Sebész Társaság Mellkassebészeti Szakosztálya és a Magyar Traumatológus Társaság a „Mellkassérültek ellátása" problémakörből továbbképző jellegű előadássorozatot tart a **3. Mellkas-traumatológiai Konferencia** keretében, *1989. április 15-én 10 órakor* a Semmelweis OTE Nagyvárad téri Elméleti Tömb Zöld előadótermében

Témák:

Fedett mellűri szervsérülések, újabb diagnosztikai módszerek, konzervatív vagy műtéti kezelés indikációi.

Mellkassérültek progresszív ellátásának jelenlegi helyzete.

A referátumokat felkért előadók tartják.

A Magyar Fül-Orr-Gégeorvosok Egyesülete *1989. április 7-én délután 3 órakor* tudományos ülést tart, a klinika tantermében (Bp., Szigony u. 36.).

Program:

1. *Prof. Dr. V. Ilberg* (Frankfurt): Az endonasalis rostasejt sebészet előnyei, indikációja és technikája.
2. *Prof. Meyer Breiting* (Frankfurt): Onkológiai megfigyelések nagy szériájú gégecarcinoma anyag feldolgozása kapcsán.
3. *Dr. Czigány Jenő* (Győr): Tele-thermografiával vizsgált ritka fej-nyaki kórképek.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(8/a)

A Budapesti és Pesti megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett **ellenőrző főorvosi** álláshelyek betöltésére.

A pályázatra megfelelő járóbeteg-ellátási és keresőképesség elbírálási tapasztalattal, nyugdíjkorhatárt még be nem töltött szakorvosok jelentkezését várjuk.

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Főosztályán lehet dr. Saliga Margit főosztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 167. Tel.: 339-379

(9/a)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett **ellenőrző gyógyszerészi** álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltételek: Hatástani, esetleg szervezési szakvizsga 10 éves gyógyszertári vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet dr. Kemenes Ildikó osztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343-748

(10/a)

A Budapesti és Pesti Megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett **gyógyszerész szakasszisztensi** álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltétel:

10 éves gyógyszertári vagy kórházi gyakorlat.

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet dr. Kemenes Ildikó osztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343-748

(13/a)

Munkatherápiás Intézet (2013 Pomáz, Mártírok útja 22.) pályázatot hirdet **psychiátriai szakorvosi állások** betöltésére.

Szakvizsga előtt állók jelentkezését is várják.

Az állás Budapestről történő kijárással is ellátható.

Szükség esetén szolgálati elhelyezés, illetve albérleti hozzájárulás fizetése megoldható.

Jelentkezés az intézet személyzeti vezetőjénél a fenti címen, illetve a 06-26-25022, 25-370 telefonszámokon.

(14/a)

A Nagyrozvágyi Községi Közös Tanács elnöke (B-A-Z megye) pályázatot hirdet megüresedett **körzeti orvosi állás** betöltésére.

A körzethez 1 társközség tartozik, hétvégén orvosi ügyelet működik.

3 szoba komfortos szolgálati lakás biztosított.

Az állás azonnal elfoglalható.

(16)

Heves Város Tanácsa V. B. Művelődési, Egészségügyi, Ifjúsági és Sport Osztálya pályázatot hirdet **orvos-vezetői álláshely** betöltésére:

Feladatkör:

— városi főorvos, vagy

— városi főorvosi és a Városi Közegészségügyi, Járványügyi Szolgálat orvos-vezetői teendőinek ellátása (összevont feladatkör), vagy

— városi főorvosi és szemészeti szakrendelés teendőinek ellátása (összevont feladatkör)

Pályázati feltételek: értelem szerint:

— általános orvosi diploma, vagy

— általános orvosi és közegészségügyi és járványtani szakorvosi diploma, vagy

— általános orvosi és szemészeti szakorvosi diploma

— erkölcsi bizonyítvány

Egészségügyi szervezési gyakorlattal rendelkezők előnyben.

Bérezés a vonatkozó jogszabályok alapján megegyezés szerint.

Lakás megoldható.

A pályázat benyújtásának határideje: megjelenéstől számított 30 nap.

Előnyben részesül az orvos-pszichológus házaspár.

(17)

Az Ózd Városi Tanács Almási Balogh Pál Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (3601 Ózd, Béke u. 1.) pályázatot hirdet:

— **2 fő segédorvosi** állásra belgyógyászati osztályon

— **1 fő anesthesiológus** szakorvosi állásra

— **2 fő körzeti orvosi** állásra.

Bérezés megegyezés szerint. Az álláshoz lakást biztosítunk.

(18)

A Magyar Sebész Társaság 1989-re az alábbi **pályázatot hirdeti meg: „A magyar sebészet története 1945—55 között."**

Beadási határidő: 1989. december 31.

Pályázhatnak 35 évnél fiatalabb kollégák, akik a Magyar Sebész Társaság tagjai.

POSTINOR® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg D-norgestrelumot 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 a nemi életet ritkán, alkalomszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2-4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknek a kombinált fogamzásgátló tabletta szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK: Máj- és epeutak betegségei, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS: Egyszeri vagy megismételt közösülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni.
Tartósabb együttlétet (többszöri, halmozott coitust) követően az első tabletta bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát (Halmozott közösülés esetén tehát összesen 2 tabletta vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK: Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tabletta utáni 2-3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 tabletta szedhető!

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 2-3 hónapra elegendő mennyiség (10 tabl.) rendelhető. — Rendelhetőségét a 23/1983. (Eü. K. 23.) utasítással módosított 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. utasításban, valamint az Eü. M. 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1.) sz. közleményben szabályozzák.

CSOMAGOLÁS: 10 db tabletta

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 15 300 példányban
A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató
Telefon: 310-781
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),
közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft
Széchenyi Nyomda, Győr 89.7915 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
KÁROLYI GYÖRGY DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

130. ÉVFOLYAM

*

15. SZÁM

*

1989. ÁPRILIS 9.

TARTALOMJEGYZÉK

Radnót Magda dr. (1911—1989) 763

Lengyel Mária dr., Jánosi András dr. és Árvay Attila dr.:

A műbillentyű endocarditis előfordulása és kockázati tényezői 765

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Rácz István dr., Pécsi Gyula dr., Tóth Ervin dr., Téri Nóra dr., Horváth Ottó dr. és Goda Mária dr.:

A chronicus gastricus erosiók morphológiai és klinikai jellemzői 773

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Kisbán Gabriella dr., Csáki Judit dr. és Bartalits Lilian dr.:

A cinkbevitel jelentősége koraszülöttekben 777

RÖVID MŰTÉTTECHNIKAI KÖZLEMÉNYEK

Hamvas Antal dr., Tankó Attila dr. és Nagy Félix dr.:

Colposuspensiós műtét (Burch plasztika) a női stress incontinentia kezelésében 781

ORVOSI PSYCHOLOGIA

Szeverényi Péter dr., Hetey Andrásné, Münnich Ákos dr., Kovácsné Török Zsuzsa és Forgács Attila:

Az együttszülés és a szorongás 783

KAZUISZTIKA

Ormay István dr. és Kovács Péter dr.:

Féloldali süketséget okozó lymphocytás choriomeningitis 789

Beszámolók 793

Folyóiratreferátumok 797

Könyvismertetések 809

Megjelent 810

Hírek 811

Pályázati hirdetmények 812

ELMÉLETI TOMB KÖZÖS KÖNYVTÁRA

HEPARIN-Ca

injekció

I 210

HATÓANYAG:

50 000 NE heparin-calcium (2 ml) üvegenként (25 000 NE/ml)

JAVALLATOK

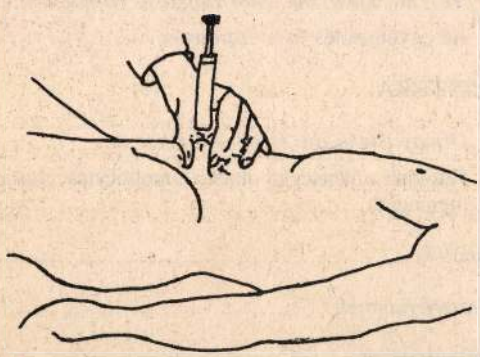
Thrombózis, embólia kezelése és megelőzése, elsősorban akkor, ha előreláthatóan hosszabb ideig tartó (3—10 nap) heparin kezelésre, vagy még ennél is elhúzódóbb kezelésre, vagy profilaxisra van szükség. Fokozott vérzésveszély esetén célszerűbb, ha az alvadásgátlás infúzióban adott heparin Na-mal (Heparin inj.) történik.

ELLENJAVALLATOK

Heparin-túlérzékenység (allergia) magas vérnyomás betegség (120 Hgmm-nél magasabb diasztolés érték), a gastrointestinális rendszer vérzéssel járó fekélyes megbetegedései, infektív endocarditis, haemorrhagiás diathesis, súlyos máj- és veseelégtelenség, idegrendszeri műtétek. (A terhesség és menstruáció nem jelent ellenjavallatot.)

ADAGOLÁS

A heparin-calciumot mind terápiás, mind profilaktikus célból szubkután, célszerűen a hasfal bőrébe adjuk. A **terápiás adagoláskor** napi 2-szer 1 ml (2-szer 25 000 NE) sc. a kezdeti adag, ami rendszerint néhány napon belül 2-szer $^1/_2$ ml-re csökkenthető. Néhány órán belül kellő alvadásgátlás érhető el és ez a hatás kb. 12 óráig tart, ezért kell az injekciókat 12 óránként ismételni. Adagját úgy kell megválasztani, hogy az alvadási idő a normál érték 2—3-szorosára hosszabbodjék, vagy ha az aktivált partialis thromboplasztin idő (APTI) folyamatos mérésére lehetőség van, akkor annak másfél-kétszeresére történő megnyúlása jelzi az optimális alvadásgátlást. Az ellenőrző vizsgálatokat kb. $^1/_2$—1 órával az esedékes újabb injekció előtt kell elvégezni, hogy a szükséges dózist ezek eredményétől függően választhassuk meg. A túladagolás elkerülése céljából az esetleges vérzékenységre utaló klinikai tünetek (nyálkahártyavérzések, haematuria stb.) folyamatos figyelemmel kísérése szükséges. A napi heparin adag ne haladja meg a 60 000—80 000 NE-t és a terápiás adagokat 10 napnál hosszabb ideig csak kivételes esetekben alkalmazzuk. **Megelőzésre** napi 2-szer 0,2 ml-t (2-szer 5000 NE) adunk az indikációtól függő időtartamig. Különösen előnyös azon betegeknek, akiknek a tartós kumarin-kezelés ellenjavallt (pl. terhesek, Syncumar-nekrózis stb.)



Injekciózási technika: A mellékelt ábra szerint a has bőrét két ujjal kiemeljük és vékony tűvel a bőr alatti zsírszövetbe fecskendezzük az anyagot oly módon, hogy közben a tűt kifelé húzzuk.

MELLÉKHATÁSOK

A leggyakoribb mellékhatás a vérzés, ezt a beteg gondos vizsgálatával és az alvadási idő (ill. APTI) rendszeres ellenőrzésével megelőzhetjük. Enyhe vérzés esetén elegendő a heparin adagjának csökkentése, ill. átmeneti felfüggesztése. Ha a haemorrhagia súlyosabb, ezenkívül protamin adása is szükséges. A készítmény (Protamine 1000 Roche) 1 ml-e 1000 NE heparint közömbösít. Ha nem tudjuk, mennyi heparin van a keringésben, 1 ml protaminnál ne adjunk többet egyszerre (lassan, iv.) Ez az adag szükség esetén ismételhető az alvadási idő (még célszerűbben: a trombinidő) normalizálódásáig. Tanácsos még ezután 1—2 óra múlva is alvadási idő (trombinidő) meghatározást végezni, mert részben az injiciálás helyéről további heparin kerülhet a keringésbe, részben pedig a már megkötött heparin egy része ismét szabaddá válhat (ún. „heparin rebound"). Ilyenkor szükséges ismét 1 ml protamin adása.
Elhúzódó nagy dózisú heparin kezeléskor trombocitopenia alakulhat ki. Ez a mellékhatás a Heparin-Ca esetében valószínűleg igen ritka.
Ha a kezelés 7—10 napnál tovább tart, vagy ha már ez idő előtt váratlanul vérzés jelentkezik, célszerű a trombocita-számot ellenőrizni. Ugyancsak a hosszas heparin kezeléskor alakulhat ki, ritkán átmeneti, reverzibilis alopecia. Hónapokig tartó heparin kezelésnél osteoporosis kialakulása lehetséges. A heparin okozta bőrnekrózis rendkívül ritka.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK
Együtt adása tilos:

— egyéb véralvadást gátlókkal (pl. acetilszalicilsavval, nemszteroid gyulladásgátlókkal (hatásnövekedés)
Az orális alvadásgátlóra való áttéréskor a heparin adagjának csökkentése és szoros laboratóriumi ellenőrzés mellett adható Syncumar.

FIGYELMEZTETÉS

A megfelelő, az adagolás fejezetben előírt labor-kontrollvizsgálatok (véralvadási idő, ill. APTI) rendszeres elvégzése, valamint a tartós nagyadagú heparin kezeléskor a vérlemezke szám ellenőrzése is szükséges. Ezért a terápiás célból történő nagy adag alkalmazása gyógyintézetben ajánlott. Profilaktikus kezelés járóbeteg-rendelés keretében is végezhető.
Terheseknek és általános leromlott állapotú betegeknek csak fokozott körültekintéssel adható.
A heparin molekula negatív töltése miatt számos gyógyszerrel in vitro komplexetképez, ezért beadáskor semmilyen más gyógyszerrel nem keverhető

MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha ezt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.
Lejárati idő: 2 év.
Tárolás: Fénytől védve, hűvös helyen tartandó.

CSOMAGOLÁS

1 x 2 ml-es üveg,
10 x 2 ml-es üveg (bontható)

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Radnót Magda dr.
(1911—1989)



Dr. RADNÓT MAGDA egyetemi tanár, akadémikus a Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. sz. Szemklinikájának és az Országos Szemészeti Intézetnek nyugalmazott igazgatója 1989 február 3-án 78 éves korában hosszas szenvedés után elhunyt.

Dr. Radnót Magda 1935-ben szerzett orvosi diplomát. Már mint fiatal orvos elkötelezte magát a tudományos munkával. 1937-ben Bécsben Meller professzor klinikáján végzett alapvető pathologiai tanulmányokat. Hazatérése után Imre József tanítványaként nemcsak a szemészeti szakma kiváló művelője lett, de mint kutató is kiemelkedett kortársai közül. Ennek elismeréseként 1950-ben, meghívták professzornak a Szegedi Egyetem szemészeti tanszékére, majd egy évvel később 1951-ben a Budapesti Orvosegyetem I. sz. Szemklinikájának tanszékvezető professzora lett. A háborús károsodás okozta nehézségekkel szembeszállva állandóan arra törekedett, hogy rekonstruálja és modernizálja a mostoha körülmények között gyógyító klinikát, magasabb színvonalra emelje a tudományos kutatást, és az oktatást. A Budapesti Orvosegyetem oktatási rektorhelyetteseként 12 éven át kiemelkedő munkát végzett.

1968—1981-ig, nyugalomba vonulásáig, az Országos Szemészeti Intézet igazgató teendőit is ellátta. Ebben a minőségben, a postgradualis képzés érdekében megindította az „Újabb eredmények a szemészetben" c. füzetsorozatot, amely tovább folytatva jelenleg is a magyar szakorvosképzés célját szolgálja.

Érdeklődési területe a fény, a szem és a neuroendocrin rendszer kapcsolatai, a könnyszervek betegségei, de különösen a szemészeti pathologia, histologia és ultrastruktúra területén végzett úttörő munkát. Több mint 300 közleménye, és 9 könyve jelent meg a felsorolt témákból. Klinikai és tudományos kutató munkája mellett a jövő orvosnemzedék oktatásában is elévülhetetlen érdemeket szerzett. A hallgatók számára írt szemészeti tankönyve Prágában első díjat nyert. Szemészeti Atlaszát német, angol és orosz nyelvre lefordították, így nemcsak a hazai, de a külföldi hallgatók is tanulhatnak belőle. Tanító mestere iránt érzett tisztelete nyilvánult meg Joseph Imre Jr. című angol nyelven megjelent könyvében.

Sok új gyógyító eljárást, vizsgálati módszert honosított meg klinikáján, melyet külföldön ismert meg és elsőként itt került alkalmazásra. Irodalmi tevékenysége és kutatási eredményei mellett legnagyobb érdeme a Tömő utcai új szemklinika létrehozása.

Mindezek után nem csoda, hogy tevékenységét széles körben elismerték. Tagja volt a Magyar Tudományos Akadémiának, a Magyar Tudományos Akadémia Elnökségének, 8 éven át elnöke volt a Magyar Szemorvostársaságnak. Az ország határain túl is megbecsülést és rangot szerzett a magyar szemészetnek. Tagjai sorába választotta a New Yorki Akadémia, a Leopoldina Természettudományi Akadémia. Tagja volt a Nemzetközi és az Európai Szemészeti Tanácsnak, ez utóbbinak 1972—1976-ig elnöke is. Ezenkívül számos külföldi szemészeti és orvostársaság választotta meg rendes, illetve tiszteletbeli tagjává.

A szemészeti irodalom szervezésében és irányításában is fontos szerepet töltött be. A Szemészet c. szakmai folyóirat főszerkesztője és számos nemzetközi folyóirat szerkesztőbizottságának tagja volt.

Érdemei elismeréseképpen számos kitüntetésben részesült. A Magyar Népköztársaság Érdemrend V. fokozata, az Oktatásügy kiváló dolgozója, Kiváló Orvos, az Állami Díj II. fokozata, a Munka érdemrend arany fokozata, a Vakok és Csökkentlátók Országos Szövetségének Braille emlékérme, a Liege-i, a Helsinki egyetem emlékérme, a Markhot emlékérme, a Semmelweis, a Schulek, a Helmholtz, a Chibret és a Vannas érem tulajdonosa.

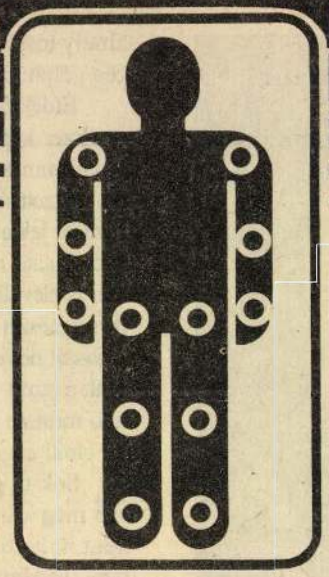
Dr. Radnót Magda munkásságával, példamutató magatartásával, makulátlan szocialista etikájával, kiváló vezető és szervező képességével iskolát teremtett és nemcsak tanítványai, hanem a jövő szemorvosai számára is új utat és perspektívát nyitott.

Varga Margit dr.

VOLTAREN®

antireumaticum — **bélben oldódó drazsé**

25 mg és 50 mg



Gyulladáscsökkentő, fájdalom- és lázcsillapító hatású, nem szteroid antireumatikum. Jól alkalmazható gyuiladásos és degeneratív reumatikus megbetegedések kezelésére, valamint nem reumatikus gyulladásos fájdalmak enyhítésére.

Poszttraumás és posztoperatív gyulladásos állapotokban gyorsan enyhíti a mozgás keltette fájdalmat, és csökkenti a gyulladással járó duzzadást és ödémát.

Jelentősen gátolja a prosztaglandinszintetázt, valamint a vérlemezkék aggregációját is.

Primer dysmenorrhoeában csökkenti a fájdalmat.

Infekció következtében fellépő gyulladás esetén lázcsillapító hatást fejt ki, lázas fertőzésekben kiegészíti a kemoterápiás oki kezelést.

A gyomorsavnak ellenálló drazsébevonat biztosítja, hogy a hatóanyag csak a gyomron való áthaladás után szabadul fel, ezáltal a gyomornyálkahártyát kíméli.

HATÓANYAG

25 mg, illetve 50 mg diclofenacum natrium drazsénként.

JAVALLATOK

Reumás megbetegedések gyulladásos és degeneratív formái: polyarthritis chronica progressiva, juvenilis krónikus polyarthritis, spondylarthritis ankylopoetica (M. Bechterew), arthrosis, spondylarthrosis.

Extraarticularis reuma. Fájdalmas posztoperatív és poszttraumás gyulladás és duzzanat, szájsebészeti beavatkozást követő fájdalom és nőgyógyászati fájdalmas, gyulladt állapotok.

Primer dysmenorrhoea tüneti kezelése.

Lázas állapotok (elsősorban a kemoterápia kiegészítése infekció esetén).

ELLENJAVALLATOK

Gyomor- és nyombélfekély. A gyógyszer iránti túlérzékenység. Nem adható olyan asztmás betegeknek, akikben az acetilszalicilsav vagy más prosztaglandin-szintetázgátló asztmarohamot, urticariát vagy akut rhinitist váltott ki.

ADAGOLÁS

Felnőttek kezdő napi adagja általában 150 mg, enyhébb esetben, illetve fenntartó kezelés céljára többnyire elegendő naponta 75—100 mg, 2-3 részre elosztva.

Primer dysmenorrhoea esetén a napi adag általában 50—100 mg, amely szükség esetén emelhető. A kezelést az első tünetek jelentkezésekor kell elkezdeni, majd azok intenzitásától függően néhány napig folytatni.

A drazsét étkezés előtt, szétrágás nélkül kell lenyelni. Gyermekeknek egy éves kortól 1-3 mg/testsúlykg naponta. Lázcsillapításra a kisebb adag ajánlott.

MELLÉKHATÁSOK

Gyomortáji fájdalom, hányinger, böfögés, hasmenés, fejfájás, enyhe szédülés előfordulhat, elsősorban a kezelés kezdetén, többnyire átmeneti jelleggel.

Néhány esetben leírtak anafilaktoid reakciót, enyhe bőrkiütést, perifériás ödémát, valamint a transzamináz értékek mérsékelt emelkedését.

GYÓGYSZER-KÖLCSÖNHATÁSOK

Óvatosan adható litiummal (a nem szteroid antireumatikumok litiummal együtt adva emelik annak plazmakoncentrációját). Egyidőben történő bevétel esetén az acetilszalicilsav csökkenti a VOLTAREN koncentrációját a plazmában.

FIGYELMEZTETÉS

Terheseknek csak igen indokolt esetben rendelhető.

Ha a betegnek gyomor-, bélpanaszai vannak, illetve az anamnézisben gyomor- vagy nyombélfekély szerepel, továbbá vese- és májkárosodás esetén csak gondos orvosi ellenőrzés mellett adható.

Ha a VOLTAREN-kezelés során esetleg gyomorfekély vagy gasztrointesztinális vérzés lép fel, a gyógyszer szedését abba kell hagyni.

Tartós alkalmazása során ajánlatos a vérképet időnként ellenőrizni.

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

30 db drazsé 25 mg,
30 db drazsé 50 mg.

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
Ciba-Geigy licencia alapján

Lengyel Mária dr.,
Jánosi András dr.
és Árvay Attila dr.

A műbillentyű endocarditis előfordulása és kockázati tényezői

Országos Kardiológiai Intézet
(főigazgató: Árvay Attila dr.)

A műbillentyű endocarditis (MBIE) előfordulásának és kockázati tényezőinek értékelése céljából a szerzők az 1981. január 1. és 1985. december 31. között operált 912 beteg 99,5%-át követték 1—6 (átlagosan 3) évig. MBIE 27 betegben jelentkezett (2,96%). Az MBIE előfordulása az aorta pozícióban szignifikánsan gyakoribb volt (3,9%), mint a mitrális pozícióban (1,5%) ($p<0,025$). A 329 bioprotézissel operált beteg közül MBIE 19 esetben fordult elő (5,8%), míg a mechanikus műbillentyű csoportban ez a gyakoriság (1,4%) volt ($p<0,005$). Aktuarialis számítással a követés 5. évében a bioprotézis csoportban a betegek 90,7%-a, a mechanikus billentyű csoportban pedig a betegek 98,4%-a nem kapott MBIE-t. A bioprotézis beültetés az endocarditis miatt operált betegekben tovább fokozta a MBIE kockázatát a mechanikus billentyű beültetéshez képest. Azt a következtetést vonják le, hogy fontossági sorrendben a megelőző endocarditis, a bioprotézis, a férfi nem és az aorta pozíció, a MBIE kialakulásának a kockázatfokozó tényezői. Az endocarditis miatt operált betegekben mechanikus billentyű beültetést ajánlanak. Az MBIE kimenetele még mindig igen súlyos. Ezért felhívják a figyelmet a profilaxis, a korai diagnózis és az idejében végzett műtét jelentőségére.

Incidence and risk factors of prosthetic valve endocarditis. To study the incidence and risk factors of prosthetic valve endocarditis (PVE) we followed 99,5% of 912 patients who had valve replacement from January 1, 1981 through December 31, 1985. for 1 to 6 (mean 3) years. PVE occurred in 27 patients (2,96% or 0,98% per patient-year.) The incidence of PVE in the aortic position (3,9%) was significantly higher than in the mitral position (1,5%): $p<0,25$. PVE developed in 19 out of 329 patients with bioprostheses (5,8%) and in 8 out of 583 patients with mechanical valves (1,4%): $p<0,005$. Actuarially at 5 years follow-up 90,7% of the bioprosthetic group and 98,4% of the mechanical valve group was free of PVE ($p<0,01$). Bioprosthetic valve replacement in infective endocarditis further increased the risk of PVE compared to valve replacement by mechanical prostheses. In conclusion: in order of importance antecedent endocarditis, bioprostheses, male sex and aortic position are risk factors in the development of PVE. In patients requiring operation for infective endocarditis, mechanical valves are recommended. As the outcome of PVE is still very grave, authors stress the importance of prophylaxis, early diagnosis and timely operation.

A műbillentyű endocarditiss (MBIE) a reoperációk és a műbillentyű halálozás egyik leggyakoribb oka (10) és előfordulása még mindig nem mutat csökkenő tendenciát (6). Vizsgálatunk célja a MBIE gyakoriságának megítélése mellett az volt, hogy meghatározzuk a MBIE keletkezésének legfontosabb rizikófaktorait. Ezek közül mindenekelőtt a megelőző infectiós endocarditis és a bioprotézis szerepére (1, 12, 17, 25, 22, 31) összpontosítottuk figyelmünket. Választ kerestünk arra a kérdésre, hogy milyen típusú műbillentyűt válasszunk az infectiós endocarditis műtéti kezelésében. Prospektiv vizsgálatunkat az Intézetünkben 1981 óta működő aktív postoperatív utánkövetéses rendszer tette lehetővé, melyet a szegedi munkacsoporthoz (13) hasonlóan alakítottunk ki.

Betegek és módszerek

Betegcsoport

Vizsgálatunk tárgyát az a 912 beteg képezi, akiknél az Országos Kardiológiai Intézetben 1981. január 1. és 1985. december 31. között műbillentyű beültetés történt. A beültetett billentyűk száma 1166 volt *(l. táblázat)*. Mechanikus műbillentyű (Björk—Shiley, St-Jude-Medical, Omniscience, Sorin, Duromedics) beültetést 583 betegben, bioprotézis (Ionescu—Shiley, Mitroflow, Hancock, Carpentier-Edwards, Liotta) beültetést 329 betegben végeztünk. Homograft billentyűket (2) nem használtunk. Betegeink életkora 15 és 72 év között volt. Az 5 éves túlélés aktuariális módszerrel számítva a 2 csoport között nem különbözött lényegesen: a mechanikus csoportban 76%, a bioprotézis cso-

1. táblázat: **A 912 betegbe beültetett 1166 műbillentyű megoszlása**

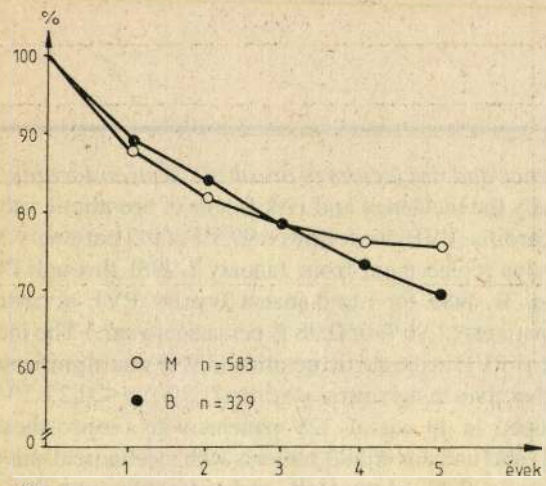
Pozíció	Biológiai műbillentyűk		Mechanikus műbillentyűk	
	betegek	billentyűk	betegek	billentyűk
A	123	123	191	191
M	131	131	229	229
A + M	52	104	130	260
A + M + T	6	18	13	39
M + T	16	32	18	36
T	1	1	2	2
Összesen:	329	409	583	757

A: aorta
M: mitrális
T: tricuspidalis

Kulcsszavak: műbillentyű, infectiós endocarditis, bioprotézis

Rövidítések az ábrákon: M — mechanikus, B — biológiai, MBIE — műbillentyű infectiós endocarditis

AKTUARIALIS TÚLÉLÉS BIOLÓGIAI ÉS MECHANIKUS MŰBILLENTYŰ BEÜLTETÉS UTÁN



1. ábra

portban 71% volt *(l. ábra)*. Az utánkövetés jelen vizsgálat szempontjából történő lezárásának ideje az egész betegcsoport tekintetében 1986. december 31., a műbillentyű endocarditises betegek utánkövetését 1987. július 31-ig folytattuk. Az operált betegeket rendszeres aktív utánkövetéssel ellenőriztük, ami azt jelentette, hogy a műtétet követő első évben 2 alkalommal, majd évente klinikai vizsgálat, műbillentyű dysfunctio vagy MBIE gyanúja esetén echocardiographiás vizsgálat, 1985-től pedig Doppler echocardiographiás viszgálat is történt. A meghalt betegek dokumentációját beszereztük. Az utánkövetés 5 beteg kivételével teljes volt (99,5%), átlagos ideje 3,02 (1—6 év) volt, ami összesen 2759 betegévet tett ki (1693 betegévet a mechanikus és 1066 betegévet a bioprothesis csoportban). A MBIE-ben szenvedő betegek átlagos követési ideje 2,2 év (2—75 hónap) volt.

Perioperatív MBIE profilaxis

Valamennyi betegnél történt preoperatív góckutatás (fogászati, gégészeti és urogenitalis). Profilaktikus antibiotikus kezelésként 1983 novemberéig Cephalothint, azóta pedig Cephamandolt adtunk az altatás kezdetétől a 2. postoperatív napig vagy a drainek eltávolításáig. Az infectiós (natív vagy műbillentyű) endocarditis miatt operált betegekben lokális iodophor (Betadin) kezelést alkalmaztunk a 4-hetes antibiotikus kúrát adtunk a preoperatíve hatásos kúra folytatásaként vagy ha ilyen nem volt, akkor a preoperatív hemokultúra vagy a billentyűtenyésztés eredménye alapján.

Statisztikai analízis

Az aktuarialis túlélést,* és az MBIE-mentes túlélést lifetable módszerrel számítottuk ki (4). A MBIE linearizált előfordulását úgy számítottuk ki, hogy az események számát elosztottuk a teljes követési idővel (14). A MBIE előfordulását az egyes alcsoportokban x^2-próbával és relatív kockázat számítással hasonlítottuk össze.

* Az aktuarialis (biztosítási statisztikai) vagy life table analysis olyan statisztikai módszer, amely egy vizsgált esemény (várható szövődmény, gyógyulás, halál) valószínű idejét egy sokaság olyan megfigyelése alapján határozza meg, amelyben az egyedi megfigyelések kezdete nem azonos és a keresett esemény sem következett be a vizsgálatba bevont sokaság minden egyedében a megfigyelési idő lejártáig.

Meghatározások

A jelen dolgozat szempontjából *bizonyított* MBIE fennállását akkor fogadtuk el, ha az endocarditist műtéti vagy sectiós lelet vagy a műtétnél eltávolított szövetek bacteriologiai vizsgálata bizonyította (16, 17, 26). A MBIE klinikai diagnózisát minden betegben felállítottuk a műtét vagy a halál előtt.

Lehetségesnek akkor neveztük a MBIE-t (17, 31), ha 1. a pozitív hemokultúra mellett hiányoztak az endocarditis jellemző klinikai vagy műtéti, ill. sectiós leletei vagy 2. ha negatív hemokultúra mellett csak gyanújeleket találtunk a klinikai vagy pathologiai leletekben. A vizsgálati periódus alatt összesen 13 ilyen beteg fordult elő (7 bioprotézis és 6 mechanikus műbillentyű beültetés után), akik láz és esetleges pozitív hemokultúra miatt standard antibiotikus kezelésben részesültek, de sem új, regurgitatiós zörej nem alakult ki, sem echocardiographiával nem találtunk billentyű obstructióra, elégtelenségre vagy vegetatióra utaló jeleket. Ezt a 13 beteget nem soroltuk a MBIE esetek közé.

Korai MBIE-nek tartottuk az endocarditist, ha a műtétet követő 1 éven belül kezdődtek a tünetek (7).

A megelőző infectiv endocarditis meghatározása is a bizonyított endocarditis „szigorú" kritériumai alapján történt (26). *Aktívnak* neveztük az infecktiv endocarditist a műtét időpontjában, ha 1. a műtétre a 4 hetes antibiotikus kúra befejezése előtt került sor, vagy 2. a műtét lázas betegen történt vagy 3. a műtét előtti 1 héten belül még pozitív volt a hemokultúra vagy 4. a műtéti lelet akut gyulladásos jeleket mutatott vagy 5. a műtétnél eltávolított szövetek bacteriologiai tenyésztése pozitív volt (3,18). *Gyógyultnak* akkor neveztük az endocarditist, ha a fentiek közül egyik kritérium sem volt meg.

Reziduális postoperativ endocarditisnek tekintettük azt az infectiót, amelyet a preoperatívval azonos kórokozó okozott a műtét utáni első 3 hónapban.

Recurráló endocarditisnek azt az epizódot fogadtuk el, amelyet azonos kórokozó okozott 3 hónapon túl vagy más kórokozó okozott bármely időpontban (1.) A *műtéti időpont megválasztása* megelőző infectiv endocarditisben lehetett elective, sürgős (az indicatio felállítását követő 48 órán belül) vagy azonnali (3).

Eredmények

A MBIE előfordulása (2. táblázat)

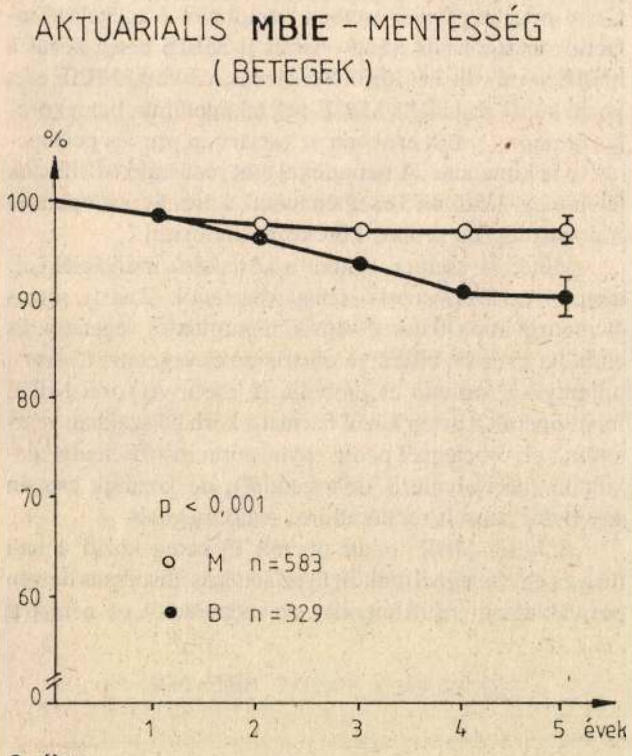
A MBIE 27 beteg 29 billentyűjén fordult elő (a betegek 2,96%-ában és a billentyűk 2,49%-ában), közöttük 18 férfi volt és 9 nő, koruk 15—65 (átlag 41,8) év. A teljes operált csoportban a férfiak aránya 37% volt, ily módon a MBIE előfordulása a férfiak javára erősen szignifikáns ($x^2 = 10{,}8$, $p < 0{,}01$), a relatív kockázat 3,6 x-os. Az 515 aorta műbillentyűn 20 esetben (3,9%), az 595 mitrális műbillentyűn 9 esetben (1,5%) találtunk MBIE-t. A különbség erősen szignifikáns ($x^2 = 6{,}1$, $p < 0{,}025$), az aorta helyzetben a MBIE relatív kockázata 2,5-szeres volt a mitrálishoz képest.

Nem találtunk viszont számottevő különbséget az egy billentyűs és a többbillentyűs betegek között: 677-ből 22—3,7%, illetve 235-ből 5—2,1% ($x^2 = 0{,}76$, NS). A MBIE jelentősen gyakoribb volt a bioprotézis csoportban (329-ből 19 beteg, 5,8%) mint a mechanikus műbillentyű csoportban (583-ból 8 beteg, 1,4%), a különbség erősen szignifikáns ($x^2 = 14{,}48$, $p < 0{,}005$), a relatív kockázat 4,4-szeres. A bioprotézis csoporton belül a pericardium billentyűs betegek között a MBIE előfordulása (187-ből 15 beteg, 8%) nagyobb volt, mint a sertés billentyűs betegek között (142-ből 4 beteg, 3%), de ez a különbség nem érte el a statisztikai szignifikanciát ($x^2 = 3{,}4$, NS). A MBIE li-

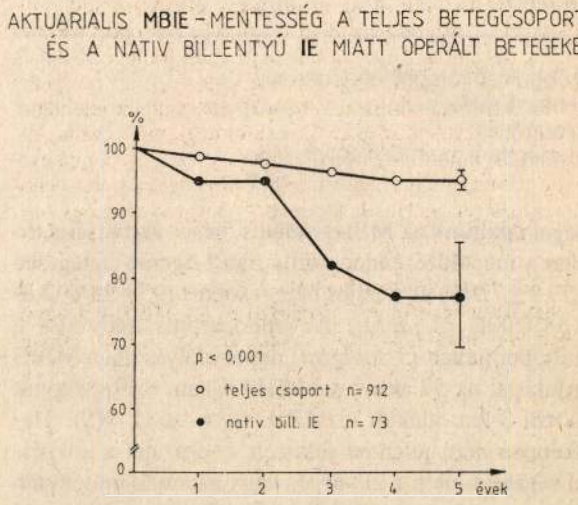
2. táblázat: **A műbillentyű endocarditis (MBIE) előfordulása**

	Betegek				*Billentyűk*			
		MBIE				*MBIE*		
Alcsoportok	n	n	%	p	n	n	%	p
AMB	314	15	4,7	0,05	515	20	3,9	0,025
MMB	360	7	1,9		595	9	1,5	
EMB	677	22	3,2	NS	677	22	3,2	NS
MUMB	235	5	2,1		489	7	1,4	
Bio	329	19	5,8	0,005	409	21	5,1	0,005
Mech	583	8	1,4		757	8	1,0	

AMB: aorta műbillentyű beültetés
MMB: mitrális műbillentyű beültetés
EMB: egyes műbillentyű beültetés
MUMB: multivalvuláris műbillentyű beültetés
Bio: bioprotézis
Mech: mechanikus műbillentyű



2. ábra



3. ábra

nearizált előfordása a teljes betegcsoportban 0,98%, a bioprotézis csoportban 1,7%, a mechanikus műbillentyű csoportban 0,4% volt betegévenként. A 2 csoportban az aorta positio előfordulása nem különbözött (48 ill. 45%).

Az MBIE gyakoribb előfordulását a bioprotézis csoportban aktuarialis számítással is igazoltuk: A műtét után 5 évvel a MBIE-mentes túlélés az egész csoportra nézve 95,1±1,0% a mechanikus műbillentyű csoportban 98,4±0,56%, a bioprotézis csoportban 90,7±2,16%, a különbség erősen szignifikáns ($p<0,001$) *(2., 3. ábra)*. A korai MBIE (11 eset) gyakorisága a 2 csoportban hasonló volt: 1% a mechanikus és 1,5% a bioprotézis csoportban (NS). A késői MBIE (16 eset) azonban jelentősen gyakoribb volt a biológiai (4,25%), mint a mechanikus (0,3%) műbillentyű csoportokban ($p<0,001$). A mechanikus csoportra a korai MBIE volt jellemző (8-ból 6 eset volt korai), míg a bioprotézis csoportban a MBIE elsősorban késői volt (19-ből 14 est volt késői) ($x^2=5,53$, $p<0,05$).

A megelőző infectiós endocarditis mint rizikó-tényező.

A 912 beteg közül 95 betegben infectiós endocarditis miatt történt a primer műbillentyű beültetés (73 esetben natív billentyűk, 22 esetben műbillentyűk endocarditise miatt). A 95 beteg közül csak azzal a 76 beteggel foglalkoztunk, akik a kórházat elhagyták. A 76-ból 11 betegnél lépett fel MBIE (14,4%). A 27 MBIE eset közül a maradék 16 abból a 729 betegből került ki (2,2%), akiket nem infec-

tiós endocarditis miatt operáltunk és a kórházat elhagyták. A megelőző endocarditis tehát 7-szeresre emelte a MBIE kockázatát. A különbség statisztikailag erősen szignifikáns ($x^2 = 32,0$, $p<0,0001$) *(3. táblázat)*. Hasonló különbséget találtunk az MBIE-mentes 5 éves aktuarialis túlélésben a megelőző endocarditis miatt operált betegcsoport (77,3±7,9%) és a teljes betegcsoport (95,1±1%) között ($p<0,001$) *(3. ábra)*. Az endocarditis aktivitása a műtét időpontjában *(3. táblázat)* nem befolyásolta a MBIE előfordulását: az 57 aktív eset közül 8-ban, a 19 gyógyult eset közül 3-ban alakult ki MBIE ($x^2 = 0,035$, NS). Hasonlóképpen nem jelentett fokozott kockázatot a sürgősséggel végzett műtét: a 21 sürgős vagy azonnali műtét után 1 esetben, az 55 electív műtét közül 10 esetben lépett fel MBIE ($x^2 = 2,21$, NS). A 76 betegből 16 esetben találtunk anularis abscessust és közülük csak 3-ban lépett fel MBIE, míg az abscessus nélküli 60 beteg 8 esetben kapott MBIE-t ($x^2 = 0,29$, NS).

3. táblázat: **Műbillentyű endocarditis (MBIE) kialakulása megelőző infektiv endocarditis (MIE) miatt operált betegekben**

Alcsoport	n	MBIE (betegek) n	%	p
MIE (t)	76	11	14,4	0,0001
MIE nélkül (t)	729	16	2,2	
Aktív MIE	57	8	14	NS
Inaktív MIE	19	3	16	
MIE (t) Bio	39	10	26	0,01
MIE (t) Mech.	37	1	2,7	

MIE: megelőző infectiv endocarditis
(t): kórházi túlélők
Bio: bioprotézis
Mech: mechanikus műbillentyű

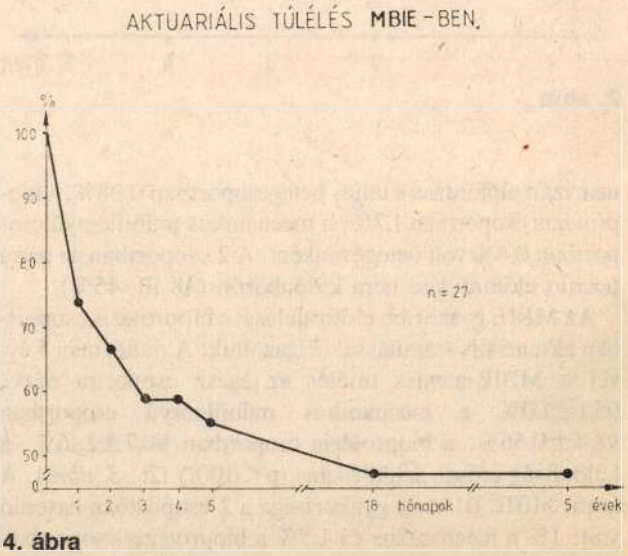
A bioprotézis csoporton belül a megelőző endocarditis a MBIE relatív kockázatát 9-szeresére emelte (39-ből 10 eset) azokhoz a betegekhez képest, akiket nem endocarditis miatt operáltunk (252-ből 9 eset) ($x^2 = 30,2$, $p<0,0001$). A mechanikus műbillentyű csoportban ilyen összefüggés nem volt a megelőző endocarditis miatt operált betegek közül azokban, akik bioprotézist kaptak (10/39) 12-szer akkora volt a MBIE relatív kockázata, mint azok között, akik mechanikus műbillentyűt kaptak (1/37), a különbség erősen szignifikáns ($x^2 = 8,0$, $p<0,01$).

Klinikai megfigyelések, lefolyás

A műtét vagy sectio előtti klinikai diagnózis 11 esetben alapult a pozitív hemokultúra, láz és új regurgitációs zörej együttesén (közülük 6 estben a 2D-echo is mutatott vegetációt), 3 esetben a láz, a pozitív hemokultúra és a 2D-echóval látott vegetáció együttesén, 12 esetben pedig a láz és/vagy új regurgitációs zörej vagy embólia együttesén (közülük 5 esetben mutatott vegetációt a 2D-echo). A maradék egy esetben a diagnózist a láz és a 2D-echoval kimutatott vegetáció alapján állítottuk fel. Műbillentyű dysfunctiót 24 esetben találtunk: 17 esetben új regurgitatio, 7 esetben pedig műbillentyű obstructio formájában. Ebből Doppler-vizsgálattal diagnosztizáltunk 6 insufficienciát és 3 obstructiót. A dysfunctiót okozó morfológiai lelet 12 esetben perivalvularis dehiscentia, 5 esetben bioprotézis vitorla ruptura, 24 esetben vegetatio volt. Anularis abscessust 8 esetben találtunk. Egy vagy több nagy szisztémás embólia 11 beteg kórtörténetében szerepelt. A fertőzés forrásaként sebfertőzés, ill. mediastinitis 3 korai MBIE esetben volt feltételezhető. A késői MBIE esetek közül bőrgyulladás egy, fogászati góc, ill. urogenitalis forrás lehetősége 3 esetben merült fel. Korai MBIE-ben a leggyakoribb kórokozó a S. aureus volt (3 eset), gombafertőzés 2 esetben derült ki. A késői MBIE-ben a leggyakoribb kórokozó a S. aureus és epidermidis volt (összesen 7 eset), Gram-negatív pálca 3 esetben fordult elő. A megelőző infectiós endocarditis miatt operált 11 MBIE beteg közül a MBIE korai volt 3 és késői 8 esetben. A 3 korai MBIE eset közül kettőt residualis MBIE-nek tekintettünk, bár a kórokozót nem sikerült ezekben az esetekben pre- és postoperative is kimutatni. A maradék 9 eset recurráló MBIE-nek felelt meg. Közülük 3 esetben tudtuk a pre- és postoperativ endocarditisben azonos kórokozót kimutatni.

Műtét 21 esetben történt a következő indikációkkal: terápia-rezisztens sepsis és nagy vegetatiók (2 eset), sepsis és regurgitatio (10 eset), sepsis, regurgitatio, vegetatio, és embólia (5 eset), billentyű obstructio és vegetatio (2 eset), billentyű obstructio és embólia (2 eset). A korai MBIE miatt operált 8 beteg közül hármat a kórházi szakban vesztettünk el, 5 betegnél pedig enyhe aorta insufficientia alakult ki (perivalvularis dehiscentia?), de közülük csupán egy beteg szorult reoperatióra, majd meghalt.

A késői MBIE miatt operált 13 beteg közül 4 halt meg és egy betegnél alakult ki az anularis abscessus helyén perivalvularis insufficientia, de reoperációt ez nem tett



4. ábra

szükségessé. Mind a 13 túlélő a NYHA I. vagy II. funkcionális stádiumban van.

Műtéti kezelésre nem került sor 6 MBIE esetben, ez a 6 beteg meghalt: 3 beteg más intézményben, 3 beteg pedig röviddel az intézetünkbe történt felvételt követően, masszív cerebralis embóliában. Egyik beteg sem részesült megfelelő antibiotikus kezelésben.

A teljes MBIE csoportban a halálozás 14/27, (52%), az operált csoportban 8/21, (38%), a nem-operált csoportban 6/6, (100%) volt, utóbbi azonban a definícióból következik. A halál az esetek többségében a MBIE kezdetétől számított első 3 hónapban következett be *(4. ábra)*. A túlélők és a halottak között nem volt különbség sem a billentyű típusa (biológiai vagy mechanikus), sem helyzete (aorta vagy mitralis) tekintetében, sem a megelőző infekciós endocarditis előfordulásában *(4. táblázat)*.

4. táblázat: **A műbillentyű endocarditis kimenetelét befolyásoló lehetséges rizikótényezők**

Rizikótényezők	n	Betegek Élők	Betegek Meghaltak
Bio	19	9	10
Mech	8	4	4
Korai MBIE	11	4	7
Késői MBIE	16	9	7
Aorta pozíció	15	7	8
Mitrális pozíció	7	4	3
Megelőző NBIE	8	4	4
Megelőző MBIE	3	0	3
Sebészi kezelés	21	13	8
Gyógyszeres kezelés	6	0	6
Vegetáció	24	12	12
Paravalvuláris regurgitáció	12	8	4
Anularis abscessus	8	4	4

NBIE — natív billentyű infectiv endocarditis
MBIE — műbillentyű infectív endocarditis
Bio — bioprotézis
Mech — mechanikus műbillentyű

Megbeszélés

Vizsgálatunk prospektív jellege, a szigorú diagnosztikus kritériumok és a közel 100%-os követés lehetővé tette a MBIE előfordulásának megbízható értékelését. Az általunk talált 2,96%-os előfordulás az irodalmi adatoknak megfelel, melyek szerint a MBIE gyakorisága 2,3% (31), 2,34% (32), 2,4% (5), 3,6% (17), 3,7% (22), 4,4% (7), 4,2% (14), ill. 5,9% (12). A felsorolt értékek szórása talán azzal magyarázható, hogy a különböző tanulmányokban eltérő volt a MBIE definíciója (14, 17) és a követési idő hossza. Vizsgálatunkban a MBIE linearizált előfordulása 0,98% (betegév volt, az irodalmi adatokhoz hasonlóan: 0,9% (14), 0,6—0,8% (25). A MBIE előfordulásának értékelésében az aktuariális módszert tartják a legmegfelelőbbnek (17.) Anyagunkban a követés 5. évében a MBIE aktuarialis előfordulása 4,9% volt, hasonlóan a korábban közölt adatokhoz: 4 éves előfordulás 4,1% (17), ill. 5 éves előfordulás 5,7% (6).

Azt találtuk, hogy a MBIE kialakulásában a férfi nem, az aorta pozíció, a bioprotézis és a megelőző infectiv endocarditis játszik kockázatfokozó szerepet, míg a multivalvuláris műtét nem jelent fokozott rizikót. Férfiaknál a MBIE kockázata több mint 3-szoros volt, hasonlóan Ivert adataihoz (17) és a natív billentyűk endocarditisében tett megfigyeléseinkhez (3). Az aorta pozíció a MBIE kockázatát 2,5-szeresen növelte. Az irodalmi adatok ebben a tekintetben ellentmondásosak (7, 15, 17, 28, 31).

A bioprotézis a mechanikus műbillentyűhöz képest mintegy 4-szeresre emelte a MBIE előfordulását. Eredményünk megerősíti a korábbi irodalmi adatok egy részét (12, 30, 31), míg mások nem tudtak ilyen különbséget kimutatni (8, 14, 23, 25, 31) vagy egyenesen a mechanikus műbillentyűnek tulajdonítottak kockázatfokozó szerepet (17). Másokkal (7, 11, 30) ellentétben azt találtuk, hogy a korai MBIE előfordulása nem különbözik lényegesen a mechanikus és a biológiai billentyűt kapott csoportban, és ez a megfigyelésünk akkor sem változott, ha a korai MBIE határát nem az első 12 hónapban, hanem az első 2 hónapban szabtuk meg (21). Az viszont másokhoz hasonlóan (17, 31) a saját anyagunkban is kiderült, hogy a mechanikus MBIE elsősorban a korai postoperativ szakban alakul ki és súlyosabb kimenetelű, valamint nehezebben befolyásolható belgyógyászati kezeléssel, mint a késői MBIE. Hosszú távon mégis úgy tűnik, hogy a mechanikus műbillentyűnek ezeket a hátrányait ellensúlyozza a késői MBIE lényegesen ritkább előfordulása a biológiai billentyűkhöz képest.

Az időben végzett sebészi kezelés egyértelműen javítja a MBIE kimenetelét (9, 27, 28, 31). A műtéti indikációban a paravalvuláris regurgitáció megjelenésének tulajdonítottak döntő szerepet (20). Tapasztalataink szerint azonban az echocardiographiával kimutatott vegetáció és szájadék obstructio legalább ilyen fontos indikációnak bizonyult. Vizsgálatunk egyik legfontosabb eredménye, hasonlóan egy korábbi tanulmányhoz (17), hogy a natív vagy prosztetikus billentyűk infectiv echocarditise miatt operált betegekben a MBIE kockázata 7-szer meghaladta azokét, akiket nem endocarditis miatt operáltunk. Magyarázatképpen szóba jön a reziduális és a recurráló infectio lehetősége. Anyagunkban a valószínű reziduális és a valószínű recurráló endocarditis gyakorisága (2,6, ill. 11,8%) hasonló volt a korábbi tanulmányok adataihoz: 3% (1), ill. 12,7% (30). Nehéz azonban eldönteni, hogy ezek új infectiónak, vagy az antibiotikus kezeléssel álcázott reziduális infectiónak felelnek-e meg. A billentyű-függő szövődmények kialakulásában azonban a betegekkel kapcsolatos tényezőknek is lehet fontos szerepe (24). Ilyen tényezők lehetnek a késői MBIE kialakulásában a lehetséges vagy bizonyított bacteriaemia források. Sajnos az egyes esetekben mégis nagyon nehéz ilyen forrást találni és bizonyítani: a késői

MBIE eseteknek csak mintegy 30%-ában sikerült ún. gócot kimutatni, hasonlóan egy másik tanulmány 40%-os eredményéhez (19).

Az infectiv endocarditis aktivitása a műtét időpontjában nem befolyásolta a MBIE gyakoriságát és a reinfectiók hátterében nem mindig lehetett azonos kórokozót kimutatni. A recurráló endocarditis viszonylag magas aránya tehát nem csökkenti az infectiv endocarditis korai sebészi kezelésének jelentőségét (1, 3).

Eredményeink azt bizonyították, hogy a biológiai műbillentyű beültetés az infectiv endocarditis miatt operált betegekben tovább fokozza a MBIE kockázatát, éspedig 12-szeresre a mechanikus műbillentyű beültetéshez képest. Vizsgálataink gyakorlati tanulsága tehát az, hogy az infectiv endocarditis sebészi kezelésében a mechanikus műbillentyű beültetés a választandó eljárás.

Vizsgálatunk felhívja a figyelmet arra, hogy a MBIE a műbillentyű műtéteknek ma még mindig súlyos kimenetelű szövődménye. Előfordulása ugyan viszonylag alacsony, de műbillentyűs beteg lázas állapota esetén feltétlenül gondolnunk kell a MBIE lehetőségére, mert csak a korai diagnózis és az időben végzett műtét javíthatja a prognózist. A MBIE gyakoriságának csökkenése a megfelelő műbillentyű megválasztása mellett az infectio gondos profilaxisától várható (21).

IRODALOM: 1. *D'Agostino, R. S., Miller, D. C., Stinson, E. B.:* (1985) Valve replacement in patients with native valve endocarditis: what really determines operative outcome? Ann. Thorac. Surg. 40: 429—438 — 2. *Allwork, S. P., Pucci, J. J., Cleland, W. P., Bentall, H. H.:* (1986) The longevity of sterilized aortic valve homografts 1966—1972. J. Cardiovasc Surg 27: 213—216. — 3. *Árvay A., Lengyel M.* (1986) Early operation for infective endocarditis and the activity of infection. Z. Kardiol. 75: Suppl. 2, 186—190 — 4. *Berkson, J., Gage, R. P.:* (1950) Calculation of survival rates for cancer. Mayo Clin. Proc. 25: 270—286 — 5. *Bolooki, H., Kaiser, G. A., Mallon, S. M., Palatianos, G. M.:* (1986) Comparison of long-term results of Carpentier-Edwards and Hancock bioprosthetic valves. Ann. Thorac. Surg. 42: 494—499 — 6. *Calderwood, S. B., Swinski, L. A., Karchmer, A. W.:* (1986) Prosthetic valve endocarditis. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 92: 776—783 — 7. *Calderwood, S. B., Swinski, L. A., Waternaux, C. M.:* (1985) Risk factors for the development of prosthetic valve endocarditis. Circulation 72: 31—37 — 8. *Cohn, L. H., Allred, E. N., Cohn, L. A.:* (1985) Early and late risk of mitral valve replacement. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 90: 872—881 — 9. *Cowgill, L. D., Addonizio, V. P., Hopeman, A. R.:* (1987) A practical approach to prosthetic valve endocarditis. Ann. Thorac. Surg. 43: 450—457 — 10. *Cobanoglu, A., Jamieson, E., Miller, C.:* (1987) A tri-institutional comparison of tissue and mechanical valves using a patient-oriented definition of „treatment failure". Ann. Thorac. Surg. 43: 245—253 — 11. *Cortina, J. M., Martinell, J., Artiz, V.:* (1987) Surgical treatment of active prosthetic valve endocarditis. Results in 66 patients. Thorac cardiovasc. Surgeon 35: 209—214 — 12. *Czer, L. S. C., Matloff, J. M., Chaux, A.:* (1987) Comparative clinical experience with porcine bioprosthetic and St. Jude valve replacement. Chest 91: 503—514 — 13. *Felkai B., Boda K., Fazekas S.:* (1981) A mitralis billentyűhiba műtéti kezelése: a műbillentyű-beültetés késői eredményéről. (A szegedi szívsebészeti munkacsoport adatai, 1966—1979) Orv. Hetil. 122: 2391—2399 — 14. *Hammond, G. L., Geha, A. S., Kopf, G. S., Hashim, S. W.* (1987) Biological versus mechanical valves. J. Thorac. Cardovasc. Surg. 93: 182—198 — 15. *Hartz, R. S., Fisher, E. B., Finkelmeier, B., DeBoer, A.:* (1986) J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 91: 910—917 — 16. *Hetzer, R., Deyerling, W., Borst, H. G.* (1984) Herzklappenchirurgie bei aktiver infektiöser Endokarditis In: Gahl, K. (ed) Infektiöse Endokarditis. Steinkopff, Darmstadt, pp. 148—176 — 17. *Ivert, T. S. A., Dismukes, W. E., Cobbs, C. G.:* (1984) Prosthetic valve endocarditis. Circulation 69: 223—232 — 18. *Ismail, M. B., Hannachi, N., Abid, F.:* Prosthetic valve endocarditis. Br. Heart J. 58: 72—77 — 19. *Karl, T., Wensley, D., Stark, J.:* (1987) Infective endocarditis in children with congenital heart disease: comparison of selected features in patients with surgical correction of palliation and those without. Br. Heart J. 58: 57—65 — 20. *Kirklin, J. W., Barratt-Boyes, B. G.:* (1986) Cardiac Surgery, John Wiley and Sons, New York, pp. 409—410 — 21. *Lengyel M.:* (1982) Az infectiós endocarditis megelőzése, diagnózisa és kezelése. Az Országos Kardiológiai Intézet Módszertani levele. — 22. *Masur, H., Johnson, W. D.:* (1980) Prosthetic valve endocarditis. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 80: 31—37 — 23. *Martinell, J., Fraile, J., Artiz, V.:* (1985) Long-term comparative analysis of the Björk-Shiley and Hancock valves implanted in 1975. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 90: 741—749 — 24. *Mitchell, R. S., Miller, C., Stinson, E. B.:* (1986) Significant patientrelated determinants of prosthetic valve performance. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 91: 807—817 — 25. *Nashef, S. A. M., Sethia, B., Turner, M. A.:* (1987) Björk-Shiley and Carpentier-Edwards valves. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 93: 394—404 — 26. *Reyn, C. F., Levy, B. S., Arbeit, R. D.:* (1981) Infective endocarditis: an analysis based on strict case definitions. Ann. Intern. Med. 94: 505—518 — 27. *Rocchiccioli, C., Chastre, J., Lecompte, Y.:* (1986) Prosthetic valve endocarditis. J. Thorac. 1. Cardiovasc. Surg. 92: 784—789 — 28. *Schulte, H. D., Evagelopoulos, N., Bircks, W., Loogen, F.:* (1986) Reoperations for malfunction of heart valve prostheses, especially with endocarditis. Thorac Cardiovasc. Surgeon 35: 16—19 — 29. *Suryapranata, H., Roeland, J., Haalebos, M.:* (1987) Early cardiac valve replacement in infective endocarditis: a 10-year experience. Eur. Heart J. 8: 464—470 — 30. *Sweeney, M. S., Reul, G. J., Colley, D. A.:* (1985) Comparison of bioprosthetic and mechanical valve replacement for active endocarditis. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 90: 676—680 — 31. *Turina, M.:* (1982) Prosthetic valve endocarditis. Thorac. Cardiovasc. Surg. 30: 350—353 — 32. *Watanakunakorn, C.* (1979) Prosthetic valve infective endocarditis. Progr. Cardiovasc. Dis. 22: 181—192

(Lengyel Mária dr. *Budapest*, Pf. 88. 1450)

„A cselekvésért való felelősséggel szemben ott áll a nem cselekvésért való felelősség."

Lengyel József

Rácz István dr.,
Pécsi Gyula dr.,
Tóth Ervin dr.,
Téri Nóra dr.,
Horváth Ottó dr.
és Goda Mária dr.

A chronicus gastricus erosiók morphologiai és klinikai jellemzői

Győr-Sopron megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet I. sz. Belgyógyászat
Gastroenterológiai Endoscopos Laboratórium
(főorvos: Láng László dr.)
Pathológiai Osztály
(főorvos: Horváth Ottó dr.)

A gyomor chronicus erosiói a gyomornyálkahártya többnyire fél—egy centiméter átmérőjű széles alapú papulosus elváltozásai, gyakran felületes fibrinnel fedett centralis depressióval, ritkábban anélkül. Az elváltozás típusos helye az antrum, itt a chronicus erosiók általában többszörösek, ritkább a soliter forma. A szerzők 5694 gastroduodenoscopiás vizsgálat során 198 betegben (a betegek 5,2%-ában) észlelték a chronicus erosio típusos endoscopos képét, a biopsiás mintákban a kórképre jellemző vulkán típusú nyálkahártya elváltozásokat találták. Eredményeik szerint a gyomor chronicus erosiói aspecifikus tünettanú elváltozások, a mucosalis barrier zavara nem valószínűsíthető. A viszonylag nagy gyakoriságú, önálló entitás morphologiai jellemzőinek ismerete az adenomáktól való elkülönítés szempontjából is fontos, malignizációt anyagukban nem észleltek.

Morphological and clinical characteristics of chronic gastric erosions. Chronic erosions of the stomach are mostly papular lesions of the gastric mucosa with large base, 0,5—1 cm in diameter, often with superficial central depression covered with fibrin, less frequently without it. The typical site of lesion is the antrum the chronic erosions are here manifold, solitary forms are infrequent. In the course of 5694 gastroduodenoscopies the authors observed in 198 patients (5,2%) typical endoscopic picture of chronic erosions. In biopsy samples volcano-type lesions of the mucous membrane characteristic of the disease were found. According to the results the chronic erosions of the stomach are lesions of aspecific symptomatology, the disturbance of the mucosal barrier cannot be made probable. It is important to know the morphological characteristics of the rather frequent independent entity also for separating it from adenomas. Malignant transformation was not found in the material of the authors.

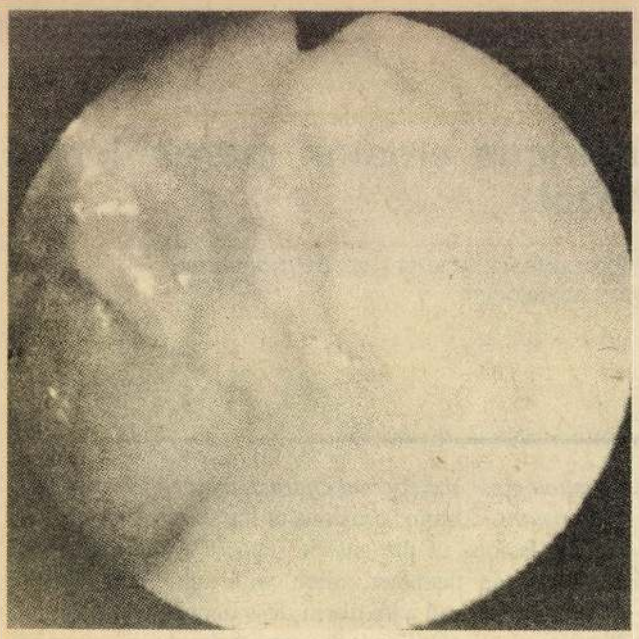
A gyomornyálkahártya felszíni laesióinak leírására a gastroenterologiai terminológiában általánosan az erosio megjelölés használatos (3, 15). Az endoscopos kép alapján erosiónak minősített elváltozások macroscopos megjelenésük, klinikai-szövettani jellemzőik és pathogenesisük tekintetében jelentős különbségeket mutathatnak (7). A Gastroenterologiai Endoscopos Világszervezet 1984-ben a gyomor erosiók endoscopos beosztására ajánlatot tett (14), mely szerint az alábbi erosió típusok elkülönítését javasolja:

1. Vérző erosiók
2. Petechia és suffusio (interstitialis haemorrhagia, regenerálódott epitheliummal fedve)
3. Aptha típusú elváltozások (incomplet erosio)
4. Szimpla vagy umblicalt nyálkahártya papulák (chronicus-complet erosiók)

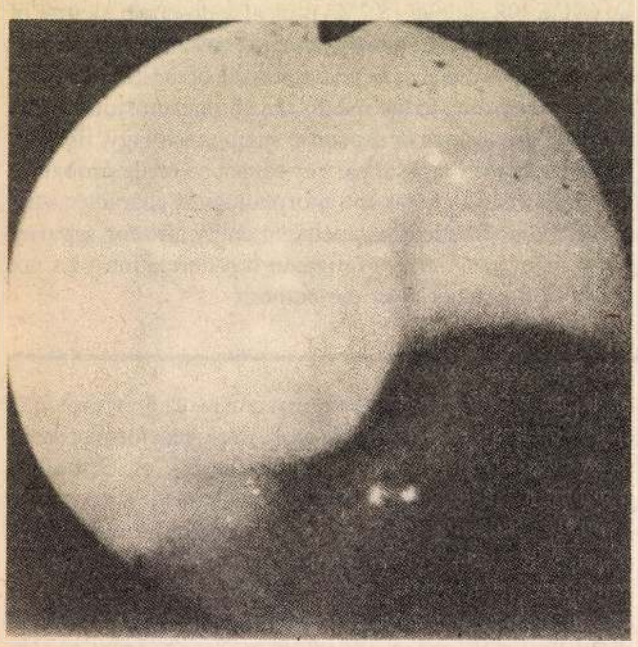
A gyomor erosiók negyedik típusának megjelölésére a gastroenterologiai irodalom többféle szinonimát használ (5, 12). Így a legelterjedtebb chronicus vagy complet erosio kifejezés mellett a varioliform erosio, az érett erosio is használatos, sőt az egész gyomrot érintő ritka forma esetén varioliform gastritisről beszélnek (8, 17). A chronicus gastricus erosiók (CGE) endoscopos leírása és beosztása *Kawaitól* származik (11). A CGE a gyomornyálkahártya többnyire fél—egy centiméter átmérőjű, széles alapú, papulosus elváltozása, gyakran felületes fibrinnel fedett centralis depressióval, ritkábban anélkül, a centrumban is ép mucosával fedve (5, 10, 12, 14) *(1. ábra)*. Az előbbi formát aktív, az utóbbit inaktív chronicus erosiónak is nevezzük. Az elváltozás típusos helye az antrum, itt a CGE-k általában többszörösek, igen ritka a soliter CGE (7). Különböző szerzők igen eltérő arányban mutattak ki CGE-t endoscopos vizsgálataikban, a gyakoriság 0,9%-tól 12,2%-ig változik (3, 5, 6, 8, 11, 12). Az eltérések oka a macroscopos megítélés különbözősége mellett az egységes szövettani kritériumok hiánya. Jelen felmérésünkkel arra kerestünk választ, hogy:

1. Milyen gyakorisággal fordultak elő a CGE különböző formái endoscopos vizsgálataink során?
2. Az önálló vagy egyéb peptikus nyálkahártya laesiókhoz társuló CGE forma gyakoribb-e, és melyek a jellegzetes klinikai tünetek?

Rövidítések: CGE = chronicus gastricus erosio — PD = potencial differencia



a)



b)

1. ábra: Multiplex és soliter chronicus antralis erosio endoscopos képe

Betegek és módszer

39 hónap alatt 3792 beteg 5694 oesophago-gastroduodenoscopiás vizsgálata során 198 betegben (a betegek 5,2%-ában) találtuk a CGE jellegzetes endoscopos és szövettani képét. Az endoscopos vizsgálatokat minden esetben biopsiás mintavétellel egészítettük ki, CGE-ként csak a szövettanilag is igazolt eseteket szerepeltetjük felmérésünkben. A vizsgálatokat osztályunk endoscopos laboratóriumába irányított, kórházban fekvő és ambulans betegeken végeztük. A panaszokat, a lényeges klinikai adatokat, továbbá a macroscopos és histológiai képet a vizsgálati leletek alapján elemeztük.

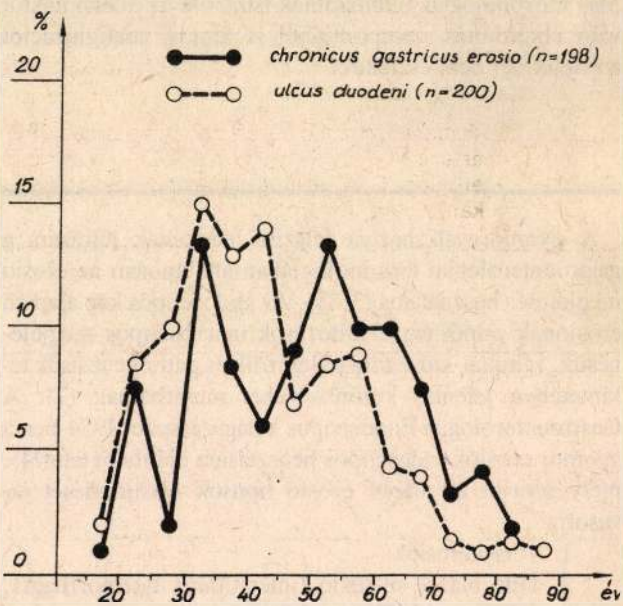
A CGE-s betegek egy csoportjában (17 beteg) transmucoscalis potencial differencia (PD) mérést végeztünk endoscopos úton a korábban általunk bevezetett módszerrel (16). Ezekben a betegekben a gastroduodenumban egyéb kóros elváltozást sem macroscopos vizsgálattal, sem szövettani vizsgálattal nem találtunk.

Összesen 28 társelváltozás nélküli betegben állt módunkban elvégezni a pentagastrinos savszekréciós vizsgálatot (6 μg/testsúly kg pentagastrin sc.)

Eredmények

143 férfi és 56 nőbetegben észleltünk CGE-t (a nemek aránya 2,5 : 1). A CGE-s betegek átlagéletkora 49,1 év volt, a nők (48,5 év), és a férfiak (49,4 év) átlagéletkora között lényeges eltérést nem találtunk.

Férfiakban a legtöbb CGE-s beteget az 50 és 60 év közöttiekben észleltünk, nőkben 30 és 40, valamint 60 és 70 év között közel azonos gyakorisággal fordult elő CGE. Az összes CGE-s beteg kétharmada a 45 év felettiekből került ki. Összehasonlítottuk a CGE-s betegek korprofilját az azonos vizsgálati időszakban endoscoposan igazolt 200 ulcus duodeni-ben szenvedő beteg korprofiljával *(2. ábra)*. Amíg a nyombélfekélyesek kétharmada a 20 és 40 év közötti populatióból került ki egy halmozódási maximummal, addig a CGE-s betegek korprofil görbéje két maximumot mutatott. Az első halmozódást a 4. évtizedben, a másodikat a 6. évtizedben találtuk.



2. ábra: A nyombélfekélyes és chronicus gastricus erosiós betegek korprofilja

A domináló szubjektív tünetek értékelésénél külön rendszereztük annak a 67 betegnek az adatait, akikben a CGE önálló elváltozásként fordult elő, egyéb társelváltozás nélkül *(l. táblázat)*. A leggyakoribb tünetnek az epigastriális fájdalom bizonyult.

A legtöbb betegben az izolált antralis erosio soliter vagy multiplex formáját találtuk, csupán hat betegben észleltük a corpust és antrumot egyaránt érintő diffus formát.

1. táblázat: **Domináló tünetek társelváltozás nélküli chronicus gastricus erosiós betegekben (betegenként 1—3 domináns panasz alapján)**

Szubjektív tünetek	n	%
Dyspepsiás panaszok	26	38
Epigastriális fájdalom	42	62
Fogyás	20	30
Gastrointestinális vérzés	4	6
Panaszmentes	5	7

2. táblázat: **Chronicus gastricus erosiókhoz csatlakozó társelváltozások 198 beteg endoscopos és histologiai adatai alapján**

Társelváltozás	n	%
Társelváltozás nélkül	67	34
Duodenitis	60	30
Ulcus duodeni	36	18
Ulcus ventriculi	20	10
Reflux oesophagitis	19	9
Acut antralis erosio	11	6
Chronicus gastritis	17	9
Hiatus hernia	9	5
Varicositas oesophagei	3	2
Polyp adenomatosus ventriculi	2	1

3. táblázat: **Transmucosalis potencial differencia (PD) értékek (±SEM) chronicus gastricus erosiós (CGE) betegekben és normál nyálkahártyájú kontrollokban**

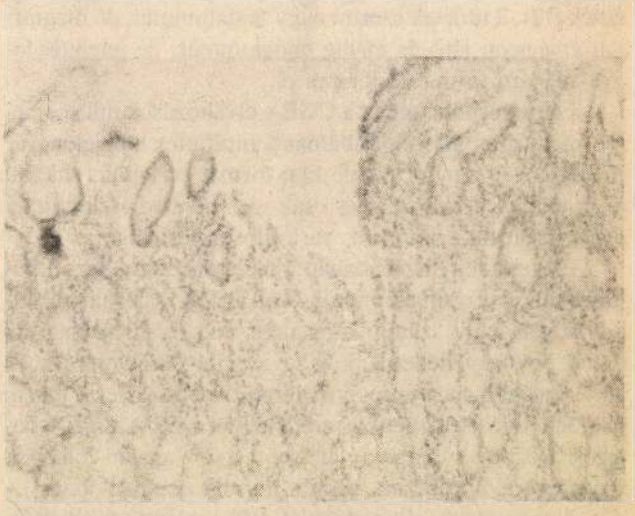
	Corpus nagyhajlat	Corpus kishajlat	Antrum
Normál kontroll PD (-mV) (n = 34)	37,4±5,2	27,3±4,8	21,4±4,2
CGE PD (-mV) (n = 17)	32,4±6,1	28,2±5,3	19,8±4,3

Az egyidejűleg észlelt társelváltozásokat külön elemeztük *(2. táblázat)*. Néhány esetben egyszerre több társelváltozást is találtunk.

Secretiós vizsgálattal hyperacid (n = 12), normacid (n = 10), hypacid (n = 4), sőt anacid (n = 2) betegeket egyaránt találtunk a társelváltozás nélküli csoportban. A CGE-s betegek egy csoportjában végzett transmucosalis potenciál differencia mérés eredményeit egy korábban vizsgált kontroll csoport értékeihez viszonyítottuk. A normál kontrollokhoz viszonyítva szignifikáns PD elérést nem találtunk *(3. táblázat)*.

Megbeszélés

A chronicus gastricus erosiókat macroscopos és histológiai vizsgálattal is el lehet különíteni az acut erosióktól (9, 13, 14). Amíg az acut gyomor erosiókat a nyálkahártya előemelkedés hiánya, körülírt vérbőség, vagy acut vérzés jellemzi, addig a CGE legfőbb endoscopos morphológiai jellemzője a széles alapú nyálkahártya papula, legtöbbször centralis umbilicatióval. A korszerű endoscopos leírás alapjául a Gastroenterológiai Endoscopos Világszervezet 1984-es klasszifikációs ajánlása szolgál. A szövettani képet az elongált kripták gyakran dugóhúzószerű megjelenése jellemzi, további sajátosság a lamina propriába betörő fibrotikus és simaizom-kötegek jelenléte. A biopsiás minták kb. 30%-ban intestinalis metaplasiát is leírtak, különböző pathológiai tanulmányokban, a mirigyek enyhe dilatatiójának észlelése mellett (5). Teljes szövettani áttekintést csupán a nyálkahártya papulák diathermiás hurokkal történt teljes eltávolítása és feldolgozása adhat. Ezekben az esetekben jellemzően a lamina propriába a felszín felől betörő hámmal fedett csatornák is láthatók, ezzel az egész elváltozásnak „vulkán típusú" alakzatot adva, ami általában a gastrointestinalis traktus nyálkahártyájának ischaemiás eredetű laesióiban jellemző (10) *(3. ábra)*.



3. ábra: Jellegzetes „vulkán típusú" szövettani kép chronicus gastricus erosióban

Saját anyagunkban a szövettani jellemzők a fentieknek megfelelőek voltak. A histológiai kép elsősorban az ún. foveolaris hyperplasiának felelt meg eseteinkben, amit a histológiai leírások hyperplastikus polyp néven is említenek és az *Elster* szerinti polyp beosztás I. típusával azonos (4). Az epitheliális polypok ezen csoportja nem valódi adenoma, gyulladásos eredet valószínűsíthető, malignizációs hajlammal nem kell számolni. Saját vizsgálati anyagunkban sem találtunk malignus elfajulást a biopsiás mintákban. A kórkép etiológiája nem tisztázott. *Freise* a chronicus gastricus erosiókat ulcus ekvivalensnek tekinti és peptikus eredetet tételez fel a CGE-s és ulcusos betegek azonos kormegoszlása alapján (6). Mi a

kormegoszlást a nyombélfekélyes és a CGE-s betegcsoportban eltérőnek találtuk.

Lambert több okot lát az allergiás pathomechanizmus feltételezésére. Így megfigyelése szerint a tünetek hirtelen kezdete, a relapsus hajlam és a lamina propria megnövekedett számú Ig—E immunocytái és Ig—E-t tároló „aktivált" mastocytái jelentik az allergiás eredet alapját (12). Mások, így *Franzin*, a már részletezett histológiai jellemzőkre támaszkodva az ischaemiás eredetet vetik fel (5).

Az utóbbi években az úgynevezett non ulcer dyspepsiák (ulcus nélküli dyspepsiás kórképek) pathogenesisében a figyelem a Campylobacter pyloridis felé fordult. A non ulcer dyspepsiás betegek antrum biopsiáinak 80%-ában találtak Campylobacter pyloridis pozitivitást. Mivel sem a Campylobacter fertőzés, sem a CGE H_2 receptor blokkolóra nem gyógyul, további lehetőségként a CGE pathogenesisében az infekciós eredet is felmerült (18, 19). Az etiológiai bizonytalanság ellenére a kórkép fontosságát a viszonylagos gyakorisága adja. Bár a gyakoriságban szerzőktől függően jelentős a szórás, mégis átlagosan 4—7%-ban észlelhető CGE a nagyforgalmú endoscopos centrumok betegei között. Ez az arány saját 5,2%-os diagnosztikus gyakoriságunkkal lényegében megegyezik.

Adataink szerint a kórképnek jellegzetes tünete nincs, bár az epigastriális fájdalom volt a legállandóbb panasz. *Lambert* 90 betegében az erosiók az egész gyomrot érintették (12), a tünetek szerint nagy fájdalommal, de megtartott étvággyal járó és enyhe fájdalommal, de jelentős fogyással járó formát különített el.

Felmérésünk szerint a CGE-s elváltozások típusos helye az antrum, ahol dominálóan a multiplex megjelenésű, füzérszerűen a pylorus felé futó formát észleltük, ritkább a soliter antralis forma, és csak igen elvétve észleltük az egész gyomrot érintő, ún. varioliform gastritist.

Eseteink egyharmadában a CGE önállóan, társelváltozás nélkül fordult elő, feltűnő volt a társuló chronicus duodenitisek nagy száma, míg ulcus betegséget csupán az esetek egynegyedében tudtuk egyidejűleg kimutatni. Ez az adat, továbbá a secretiós vizsgálatok eredményei a *Freise* által feltételezett pepetikus eredet ellen szól. A CGE-s betegek között hyperacid, hypacid, sőt anacid betegek ugyanúgy előfordulnak, mint a normal populációban.

A transmucosalis potenciál differencia és nyálkahártya integritás szenzitív, numerikus indexe (16). Diffus nyálkahártya ischaemiában és atrophiában a PD alacsony (16). Mivel CGE-s betegeinkben PD eltérést nem találtunk, a diffus nyálkahártya barrier zavar nem valószínű.

Minthogy a kórkép igen gyakran egymagában fordul elő, másrészt a társelváltozások széles körével együtt előfordulhat, eredményeink alapján is a CGE önálló pathofiziológiai entitasnak tekinthető.

A kórkép sikeres kezelése jelenleg megoldhatatlannak tűnik. *Andre* (1) nátrium-chromoglycatot, *Lambert* (12) H_1 receptor antagonistákat adagolt meggyőző eredmények nélkül.

Összegezve tapasztalatainkat megállapítottuk, hogy a CGE mindkét nemben előforduló, viszonylag nagy gyakoriságú, jellegzetes endoscopos és szövettani képpel bíró kórkép, melynek tünettana nem specifikus. A lényegében önálló entitás lehetőségének ismerete mind a gastroenterológusok, mind az alapellátás területén dolgozók számára fontos, elsősorban a malignitásra hajlamos adenomáktól való elkülönítés szükséges. A hatásos kezelési módszer kidolgozása még megoldásra vár.

IRODALOM: 1. *André, C., Moulinier, B., Lambert, R.:* Gastritis varioliformis, allergy and disodium chromoglycate. Lancet, 1976, 964—965. — 2. *Cheli, R., Giacosa, A.:* Duodenal ulcer and chronic gastritis. Endoscopy, 1986, *18*, 125—126. — 3. *Den Orth, J. O., Dekker, W.:* Gastric erosions: radiological and endoscopic aspects. Radiologica Clin., 1973, *45*, 88—99. — 4. *Elster, K.:* A new approach to the classification of gastric polyps. Editorial. Endoscopy, 1974, *6*, 44—47. — 5. *Franzin, G., Manfrini, C., Musola, S.:* Chronic erosions of the stomach — a clinical, endoscopic and histological evaluation. Endoscopy, 1984, *16*, 1—5. — 6. *Freise, J. R., Hofmann, M. Gebel, H.:* Follow-up study of chronic gastric erosions. Endoscopy, 1979, *11*, 13. — 7. *Gad, A., Hradsky, M., Wikander, M.:* Erosions: A correlative histopathologic clinical study. Book of abstracts of the 7-th annual meeting of the International Duodenal Club, Lisbon, 1981, 9. — 8. *Green, P. H. R., Fevre, D. I., Barret, P. J.:* Chronic erosive (verrucosus) gastritis. Endoscopy, 1977, *9*, 74. — 9. *Iványi B.:* A heveny gastroduodenalis fekélyekről és eróziókról. Orvosképzés, 1980, *55*, 226—231. — 10. *Karrohen, A. L., Sipponen, P., Lehtola, J.:* Gastric mucosal erosions. An endoscopic, histological and functional study. Scand. J. Gastroenterol., 1983, *18*, 1051—1056. — 11. *Kawai, K., Misaki, F., Murakami, K.:* The evaluation of the erosions. Gastroenterol, Jap., 1968. *3*, 377—380. — 12. *Lambert, R., André, C., Moulinier, B.:* Diffuse varioliform gastritis. Digestion, 1978, *17*, 159—167. — 13. *Maratka, Z.:* Erosion — an endoscopic-histological puzzle. Editorial. Endoscopy, 1986, *18*, 75. — 14. *Maratka, Z.:* Terminology, definitions and diagnostic criteria in digestive endoscopy. Scand. J. Gastroenterol., 1984, *19*, Suppl. 103. — 15. *Preisich P., Farkas I., Szakátsy E.:* A duodenális eróziók jelentősége a gyomor-bél rendszer vérzéseiben. Orv. Hetil., 1981, *49*, 3015—3019. — 16. *Rácz I., Téri N. és Jávor T.:* A gastrointestinalis tractus transmucosalis potencial differenciájának mérése. Orv. Hetil., 1985, *126*, 2587—2589. — 17. *Roesch, W.:* Erosions of the upper gastrointestinal tract. Clinics in Gastroenterology, 1978, *7*, 623. — 18. The Gastrointestinal Physiology Working Group: Rapid identification of Pyloric Campylobacter in Peruvians with gastritis. Digestive Diseases and Sciences, 1986, *31*, 1089—1094. — 19. *Tytgat, G. N. J., Rauws, E., Langenberg, W.:* The role of colloidal bismuth subcitrate in gastric ulcer and gastritis. Scand. J. Gastroenterol., 1986, *21* (suppl. 122), 22—29.

(Rácz István dr. *Győr*, Vasvári Pál u. 2. 9024)

„Akinek több szabad, mint amennyi méltányos, többet akar, mint amennyi illő."

Publitius Syrus

*Kisbán Gabriella dr.,
Csáki Judit dr.
és Bartalits Lilian dr.

A cinkbevitel jelentősége koraszülöttekben

Péterfy Sándor u. Kórház és Rendelőintézet, Csecsemő-, gyermek-, és koraszülött osztálya
(főorvos: Korányi György dr.)
Központi Laboratórium
(főorvos: Bartalits Lilian dr.)

A szerzők szérum Zn meghatározásokat végeztek koraszülöttekben és érett újszülöttekben. Összesen 28 koraszülött és 15 érett újszülöttet vizsgáltak. A mérések elvégzéséhez elektrokémiai módszert, anódos visszaoldásos technikát alkalmaztak. Meghatározták a női tej, tápszerminták és infúziós oldatok Zn tartalmát. Megállapítják, hogy kis súlyú újszülöttek táplálására Zn bevitel szempontjából sem a női tej, sem a forgalomban lévő tápszerek nem megfelelőek. Felhívják a figyelmet a parenteralis táplálásnál a Zn pótlás fontosságára.

Administration of zinc to premature infants. The serum zinc level was determined in premature and mature neonates. Total 28 premature and 15 mature neonates were included in the examinations. Anodical re-dissolution technique an electrochemical method was applied for the measurements. The zinc content of breast milk, food preparation samples and infusion solutions was determined. It is stated that from the viewpoint of zinc intake neither the breast milk nor any available food preparation is satisfactory for feeding neonates of low birth weight. Attention is drawn to the importance of completing the parenteral feeding with zinc.

A laboratóriumi technika fejlődése lehetővé tette a Zn^{2+} analitikailag pontos kimutatását és biokémiai szerepének tisztázását. Felismerték, hogy ez a nyomelem alkotórésze számos enzimnek és szerepet játszik néhány vitamin képzésében is. (22, 27).

Hiányállapotot okozhat a csökkent bevitel, a felszívódás elégtelensége és a fokozott kiválasztás. A cinkhiány tünetei összetettek: fejlődésben való visszamradás, hasmenés (19), bőrtünetek (6, 16, 23), a sexuális érés elmaradása (21). Leírtak fejlődési rendellenességet is (16). (1973-ban figyelték meg először, hogy a Zn^{+} hiány celluláris immundefektust is okozhat. Ezután több közlemény jelent meg, mely a cinkhiány és a szervezet immunkompetenciájának összefüggését vizsgálta. A jelenséggel *Endre* és mtsai is foglalkoztak (7) és megállapították, hogy a Zn hiány a T lymphocyták működését csökkenti.

Golden és mtsai Zn-re gyógyuló thymus atrophiát észleltek (10). A cellularis immunreakció és a Zn status összefüggését igazolta az a vizsgálat, amely szerint Zn hiányos betegeken a korábban negatív Mantoux reakció pozitívvá vált Zn^{+} tartalmú kenőcs alkalmazása után (8).

Betegek és módszerek

1987. I. 1-jétől IX. 1-ig osztályunkon fekvő koraszülött betegeinknél végeztünk szérum Zn meghatározásokat. Esetenként

Kulcsszó: cinkhiány

Rövidítés: serum cink: $seZn^{2+}$

Lábjegyzet: Dr. Kisbán Gabriella jelenlegi munkahelye: Belvárosi Egészségvédelmi Szolgálat, Budapest, Lenin krt. 70. I. e. *1066.*

A Zn^{+} bevitel lehetőségét vizsgálva az osztályunkon forgalomban levő női tej és tápszerminták Zn tartalmát határoztuk meg. Ellenőriztük az infúziós oldatokban levő Zn mennyiséget.

A méréseket elektrokémiai mérőmódszerrel anódos visszaoldásos (anoding stripping voltametry; ASV) technikával végeztük (15). Referencia módszerként az atomabszorpciós spektrofotometriát használtuk. Az alkalmazott elektrokémiai módszer előnye a hazai műszer alkalmazása (Radelkis), valamint az a tény, hogy a mérés pontosabb, szelektivitása jobb, mint az atomabszorbciós spektrofotometriáé. Hátránya, hogy az előkészítő munka hosszadalmasabb. A cink kolorimetriás meghatározása nem jöhet számításba olyan biológiai folyadékokban, amelyek nem átlátszóan tiszták (tej).

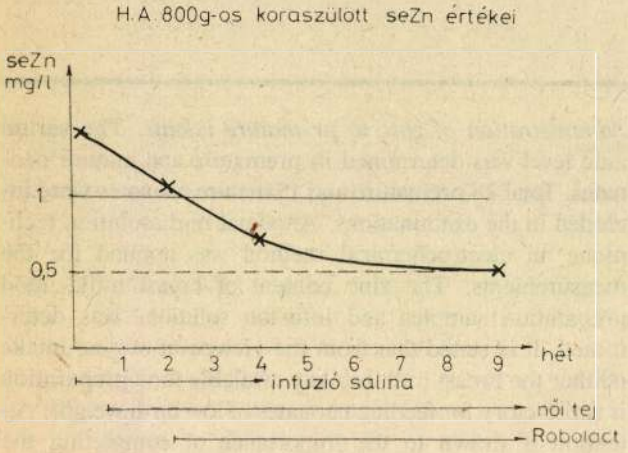
1. táblázat: **A serum Zn értékek átlaga érett újszülöttekben és koraszülöttekben**

születési súly	eset-szám	1. nap	5. nap	14. nap	kalóriabevitel módja
1500 ≥	n= 8	0,8 mg/l	0,7 mg/l	0,6 mg/l	infúzió + női tej
1500 g —	n=10	0,9 mg/l	0,8 mg/l	0,8 mg/l	női tej
2500 g	n=10	0,8 mg/l	0,7 mg/l	0,6 mg/l	infúzió + női tej
2500 g ≤	n=10	0,9 mg/l	0,8 mg/l	1,0 mg/l	női tej
	n= 5	0,8 mg/l	0,6 mg/l	0,6 mg/l	infúzió + női tej

Eredmények

A se Zn^{2+} értékeket az *1. táblázaton* tüntettük fel. 2500 g feletti csoportunkban az érett újszülöttek adatai szerepelnek. Ezeket az eredményeket kontrollként értékeltük. A kiinduló értékek minden csoportban elérik a felnőt-

teknél elfogadott normál érték alsó határát 0,7 mg/l (13). Az „infúzió" megjelölésnél a napi kalóriabevitel több, mint 50%-a parenterálisan történt a vizsgálat idején. Az 5. napon minden csoportban mérsékelt csökkenés következett be. A 14. napon mindhárom csoportban tovább esett a se Zn érték, amennyiben a táplálást infúziós oldattal kellett kiegészíteni.



Az *ábrán* egy 800 g-os koraszülött se Zn értékeit kísértük figyelemmel a 9. hétig. Az utolsó érték a kiinduló-, és a normális értékhez viszonyítva is jelentősen csökkent.

2. táblázat: **Osztályunkon alkalmazott női tej és tehéntej készítmények Zn-tartalma**

A vizsgált tej	Zn mg/l
Női tej	3,74
Forralt női tej	3,40
Pasztörizált női tej	
Tehéntej	3,29
Robébi A	2,59
Robébi B	1,43
Mildibé	0,88
Cosilát	0,11
Lactopriv	0,77
Robolact	2,75

A 2. *táblázat* az osztályunkon használt női tej és tehéntej készítmények Zn^{2+} tartalmát mutatja. A női tej és a forralt női tej főként a lactatio első hetéből származik. Így érthető, hogy a Zn tartalma ennek magasabb, mivel a lactatio idejével csökken a Zn koncentráció (4, 12). A pasztörizált női tej, melyet az anyatejgyűjtő állomásról kapunk, és a koraszülött táplálásunk alapja, csak 2,86 mg/l Zn-et tartalmaz. A tehéntejben a Zn mennyiség 3,29 mg/l. A kornak megfelelően készített 1/2-es vagy 2/3-os tejben a csecsemő ennek felét, ill. kétharmadát kapja. A jelenleg forgalomban levő tejpor készítmények Zn tartalma meglepően alacsony különösen kiemelnénk a Mildibé és a felszívódási zavarokban használt Cosilat, ill. Lactopriv mérési eredményeit. A parenterális táplálás esetén általunk alkalmazott glukóz, 1/2-es Ringerrel dúsított glukóz oldat, valamint a gyári készítésű Infusamin-S cinket nem tartalmaz.

Megbeszélés

A cinkhiány — a bevezetésben említett — tünetei közül a fejlődésben való visszamaradás és az immundeficiencia, a koraszülöttekkel foglalkozó szakemberek figyelmét felkeltette. (5, 20, 24, 29). Kiderült, hogy a Zn a terhesség utolsó trimeszterében kerül a fejlődő foetusba (21, 28). Így a koraszülöttek és főként az 1500 g alattiak már a születéskor Zn hiányos állapotban vannak. Az időre született gyermekekben is kialakulhat Zn hiányállapot, ha a placentaris insufficiencia következtében a transzport akadályozott (3). A Zn hiány ismert tünetei mellett koraszülötteknél hypoproteinaemia és oedéma is kialakulhat (14). A felnőtt korban 0,7—1,2 mg/l a serum Zn szint (13). Az érett újszülöttben és koraszülöttben is hasonló értékeket mértünk születéskor. Az irodalmi adatok szerint (5, 11, 21) 1500 g alatti koraszülötteknél a 4. hét körül negatív Zn egyensúly alakul ki. Ezt tapasztaltuk mi is a 800 gr-os koraszülöttünk esetében. Ennek oka a transplacentaris transport elmaradása mellett a csökkent bevitel és az éretlen gyomor-bél traktus korlátozott felszívó képessége.

A kizárólag anyatejjel táplált koraszülöttek nem tudják pótolni a Zn hiányt (15, 17). *Tyrala* és mtsai 12,5 mg/l Zn tartalmú tápszerrel tudtak 1500 g alatti koraszülöttjeikben pozitív Zn egyensúlyt elérni (25).

A parenterális táplálás a Zn hiányt tovább súlyosbítja (18), ha az oldatok nem tartalmaznak megfelelő mennyiségű Zn-t (25). Ezt a tendenciát saját vizsgálataink is igazolják (l. infúziós csoport).

A női tej és a vizsgált tápszerek Zn tartalmát elemezve és az irodalmi tapasztalatok ismeretében megállapíthatjuk, hogy a koraszülöttek táplálására sem a női tej, sem a kevert pasztörizált női tej Zn bevitel szempontjából nem elégséges. A tápszerek pedig oly kevés Zn-t tartalmaznak, hogy még az érett újszülötteknél elegendőnek tartott 3,5 mg/l (9) szintet sem érik el. Különösen vonatkozik ez a Mildibére és a felszívódási zavaroknál alkalmazott Lactoprivre és Cosilátra. Itt az alapbetegséget is figyelembe véve a súlyos Zn hiány biztosan kialakul.

Parenteralis táplálásnál főként, ha ez a bevitt kalória több mint 50%-át jelenti és két hétnél tovább tart, cinket kell adni. Az infúziós oldatnak 4—6 mmol/l Zn-et kell tartalmaznia (18).

Lassan fejlődő, oedemás, infectiókra hajlamos koraszülötteknél Zn^{2+} hiányra is gondolni kell. Összefoglalva, mégegyszer hangsúlyozni szeretnénk, hogy a pasztörizált női tej és a tápszereink összetételben — Zn tartalom szempontjából — sem újszülött, sem koraszülött táplálására nem alkalmasak hosszabb ideig. Felhívjuk a figyelmet arra, hogy főként koraszülöttek esetében a Zn-t pótolni kell. Parenterális táplálás esetén az infúziós oldatot 4—6 mmol/l Zn-kel kell kiegészíteni.

IRODALOM: 1. *Arató A., Savihlati E., Verkasalo M.:* A gluten mentes diéta és a gluten terhelés hatása a szérum cinkkoncentráció alakulására coeliákiás gyermekekben. Gyermekgyógyászat 1987, *38,* 117. — 2. *Beach, R. S., Gerschwin, M. E., Makishima, R. K. and Hurley, L. S.:* Impaired immunologic Ontogeny in Postnatal Zinc Deprivation J. Nutr. 1980, *110,* 805. — 3. *Doszpod J., Cseh I., Gáti I.:* Der Zinkgehalt im mütterlichen Serum und Nabelvenenblut bei norm-gewichtigen Neugeborenen, bei small-for-dates und large-for-dates. Z. Geburtsch u Perinat. 1983, *187,* 273. — 4. *Dorea, J. G., Horner, M. R. and Campanate, M. L.:* Lacteal Zinc and Copper in Relation to Volume Total Ash Energy during the First-Three Month of Lactation of Brasilian Woman. Acta Paed. Scand. 1985. *74,* 891. — 5. *Dauncey, M. J., Shaw, J. C. K., Urman, J.:* The absorption and retention magnesium, zinc and copper by low birth weight infant fed, pasteurised human brest milk. Pediatric. Res. 1977, *11,* 1033. — 6. *Endre L., Katona Z., Gyurkovits K., Szabó É.:* A cinkhiány és immunpathologiai elváltozások jelentősége az acrodermatitis enteropathica pathogenesisében. Orv. Hetil. 1977, *118,* 2033. — 7. *Endre L. és mtsai:* Zinc deficiency and cellular immune deficiency in Acrodermatitis Entheropatica. Lancet 1975, *1,* 1196. — 8. *Golden, M. H. N., Golden, B. E., Harland, P. S. E. G., Jackson, Alan:* Zinc and immunocompetence in protein-energy malnutrition. Lancet 1978, *10,* 1226. — 9. *Gupta, A. P., Gupta, A.:* Zinc and Copper in Indian Infant Formulas A. J. D. C. 1985, *139,* 221. — 10. *Golden, M. H. N., Jackson, A. A., Golden, B. E.:* Effect of Zinc on Thymus of Recently Malnourished Children Lancet, 1977, *2,* 1057. — 11. *Gyódi Gy. és mtsai:* Újszülöttek, koraszülöttek serum Zn és Cu koncentrációja az élet első három hónapjában. Gyermekgyógyászat 1985. *36.* 371. — 12. *Tyengar, G. U.:* Geographical variations in the trace element concentrations of human milk. Spurelemente. Symposyum in Konstanz 1984. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1985. — 13. *Jezerniczky Z., Nagy Z., Dvoracsek E., Nagy B., Illyés I. and Csorba S.:* Trace elements in the serum of mothers and their children. Acta Paed. Acad, Sci. Hung. 1976, *17,* 193. — 14. *Kumar, S. P., Anday, E. K.:* Edema, Hypoproteinemia, and Zinc Deficiency in Low-Birth-Weight Infants. Pediatrics. 1984, *74,* 327. — 15. *Locatelli, C., Fogioli, F., Bighi, C., Landi, I., Garai, T.:* Determination of Trace Elements in Plant Material by Anodic Stripping and Peak Alternating current Voltamery Critical Comparison with Atomic Absorption Spectroscopy. Anali di Chémica 1984. *521,* 74 — 16. *Moynahan, E. J.:* Acrodermatitis Enteropathica a Lethal Inherited Human Zinc-deficiency Disorder. Lancet, 1974, *2,* 399. — 17. *Parker, P. A., Helinek, G. L., Meniely, R. L., Stroop, S., Gishan, F. K., Green, L. H.:* Zinc deficiency in a Premature Infant Fed Excessively Human Milk Am. J. Dis. Child. 1982, *136,* 77. — 18. *Pohlandt, F.:* Empfehlungen zur parenteralen Infusions und Ernahrungtherapie im Kindesalter. Kind. Prax. 1987, *35,* 59. — 19. *Rodrigez, P., Soto, G., Torres, S., Venegas, G. and Castillo-Duran, C.:* Zinc and Copper in Hair and Plasma of Children with Chronic Diarrhea. Acta Pead. Scand. 1985, *74,* 770. — 20. *Salvioli, G. P., Taldella, G., Alessandroni, P., Lanari, M. and Benejati:* Plasma Zinc Concentrations in iron supplemented low birthweight Infants. Arc. Dis. Child. 1986, *61,* 346. — 21. *Shaw, J. C. L.:* Trace Elements in the Fetus and Young Infant Am. J. Dis. Child. 1979, *133,* 1260. — 22. *Solomon, N. W., Jacob, R. A.:* Studies on the bioavailability of zinc in humans; effects of heme and nonheme iron on the absorption of zinc Am. Jour. Clin. 1981, 34, 475. — 23. *Török É., Földes Gy., Frank K., Keresztes E., Kiss P., Molnár A., Révész T., Rosner E., Szigeti R., Török J.:* Acrodermatitis enteropathica. Orv. Hetil. 1977, *118,* 1461. — 24. *Tyrala, E. E., Manser, J. I., Brodsky, N. L., Fren, N.:* Serum zinc concentration in growing premature infants. Acta. Pead. Scand. 1983, *72,* 695. — 25. *Tyrala, E. E.:* Zinc and Copper Balances in preterm infants Pediatrics 1986, *77,* 513. — 26. *Vigi, V., Chierici, R., Osti, L., Fagioli, F., Rescazzi, R.:* Serum zinc concentration in exclusively breast-fed infants and in infants fed an adapted formula. Eur. J. Pediatr. 1984, *142,* 245. — 27. *Valle, B. L.:* Zinc Metalloenzymes Symposium in Konstanz 1984. Spurelemente. Symphosyum in Konstanz 1984. Georg Thime Verlag Stuttgart, New York 1985. — 28. *Widdowson, E. M., Dauncey, J., Shaw, J. C. L.:* Trace elements in fetal and early postnatal development. Pediatrics 1986. *77,* 513. — 29. *Yip, R., Reeves, J., Dönnerdal, B., Keen, C. L., Dallman, R.:* Does iron supplementation compromise zinc nutrition in healthy infants. Am. Jour. of Clin. Nutr. 1985, *42,* 683.

(Kisbán Gabriella dr. *Budapest,* Lenin krt. 70. 1066)

HISTODIL

tabletta

200 mg cimetidint tartalmaz tablettánként.

HATÁS: A cimetidin specifikusan ható kompetitív hisztamin H_2-receptor antagonista. Hatásmechanizmusát tekintve különbözik az eddig alkalmazott ulcus-ellenes szerektől. Hatékonyan gátolja a gyomorsav-szekréciót, elősegíti az akut és krónikus peptikus fekélyek, valamint az erozív gasztritis okozta akut vérzések gyógyulását, szabályozza és ellensúlyozni képes a hiperszekréciós folyamatokat.

JAVALLATOK: Endoszkóposan vagy röntgenfelvétellel igazolt benignus, peptikus, gyomor — nyombél — és/vagy jejunális ulcus betegség, reflux oesophagitis, erozív gastritis, Zollinger—Ellison-syndroma kezelése. Szteroid és nem szteroid antiflogisztikumok mellékhatásaként kialakult eróziók adjuváns terápiája.

ELLENJAVALLATOK: Abszolút ellenjavallata nem ismert.
Alkalmazását meg kell fontolni graviditásban és lactáció időszakában.
Súlyos máj-, keringési, vesebetegségben csak csökkentett dózisok adhatók, kellő körültekintés mellett.
Gyermekek részére adása nem javallt.

ADAGOLÁS: Átlagos adagja fekélybetegségben napközben 3×1 tabl. az étkezésekkel együtt, és az esti lefekvéskor további 2 tabl. Ezt a **kúraszerű adagolást** 4—6 héten át kell folytatni. Ha a hatás nem kielégítő, a napi dózist átlagosan 4×2 tablettára (reggel, délben, vacsorakor és lefekvéskor 2-2 tabletta) lehet emelni, fekvőbeteg-gyógyintézetben, fokozott ellenőrzés mellett.
A napi 2g (10 tabletta) maximálisnak tekintendő!
A fenntartó kezelés általában naponta 2 tabletta, amelyet lefekvéskor kell bevenni.
A fenntartó adagolás több hónapig is tarthat. Számolni kell az adagolás megszüntetése után a recidíva megjelenésével, a panaszok felújulásával.
MELLÉKHATÁSOK: Fejfájás, fáradtságérzés, myalgia, diarrhoea, somnolentia, kisebb fokú pruritis. Hepatitis (esetenként kolesztatikus jellegű). Tartós kúra folyamán gynecomastia, mentális konfúzió, depresszió, ritkán csontvelőártalom, szérumértékek változása jelentkezhet. Befolyásolja az immúnválaszt. Súlyosabb mellékhatások a kezelés megszakítását indokolják.
GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Óvatosan adandó: — orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás növekedése)
— benzodiazepinekkel (ezek hatását megnyújtja).

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

...a tiszteletet nem kierőszakolni, hanem megszolgálni kell.
GRÁCIÁN

agapurin®



Hatóanyag 100 mg pentoxifyllinum drazsénként ill. 400 mg pentoxifyllinum retard tabl.-ként

Javallatok: Minden olyan kórkép, amelyben a mikrocirkuláció javítása a cél, így: arterioszklerózis, diaeteszes, gyulladásos eredetű perifériás artériás keringési zavarok (claudicatio intermittens, diabeteszes angiopatiák, endangiitis obliterans), disztrofiás zavarok (poszttrombotikus szindróma, ulcus cruris, gangraena, fagydaganat), angioneuropatiák (paresztézia, acrocianózis, Raynaud-szindróma). Agyi vérellátási zavarok (cerebrovaszkuláris kórképek). A szem vérellátási zavarai (a retina és az érhártya akut és krónikus vérellátási elégtelensége). A belső fül akut működési zavara.

Megjegyzés: ✠ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha ezt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Csomagolás: 60 drazsé és 20 retard tabl.

Ellenjavallatok: Friss szívizominfarktus, erős vérzések, agyvérzés. Retina vérzés. Terhesség

Adagolás: 100 mg-os drazsé: naponta 300—600 mg (3-szor 1—2 drazsé) étkezés után. *400 mg-os retard tabl.:* naponta 800 mg (2-szer 1 tabl.) étkezés után, egészben lenyelve bő folyadékkal. A maximális hatás a bevétel után kb. 2 órával jelentkezik és 8 óráig tart.

Mellékhatások: Gyomor-bélrendszeri panaszok, melyek ritkán teszik szükségessé a kezelés megszakítását. Túlérzékenységi reakció (pl. bőrkiütés).

Gyógyszerkölcsönhatás: Óvatosan adható: vérnyomáscsökkentőkkel (hatásukat erősíti).

Előállító: SPOFA Egyesült Gyógyszeripari Vállalatok, Prága

Exportőr: CHEMAPOL

Hamvas Antal dr.,
Tankó Attila dr.
és Nagy Félix dr.

Colposuspensiós műtét (Burch plasztika) a női stress incontinentia kezelésében

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika
(igazgató: Frang Dezső dr.)

A szerzők a női stress incontinentia kezelésére a Burch típusú colposuspensiós műtéti eljárást alkalmazták és közleményükben az elért eredményekről és tapasztalataikról számolnak be. A betegeken műtét előtt részletes urodynamikai vizsgálat történt. A három és fél év alatt 55 ilyen műtétet végeztek: 51 esetben teljes continentiát értek el és 4 esetben javulást észleltek. Véleményük szerint ezzel a műtéti megoldással jobb eredmény érhető el, mint a hüvelyi úton végzett műtétekkel.

Colposuspension operation (Burch's plastics) for the treatment of stress incontinence of women. Colposuspension operation was carried out with Burch's technique for the treatment of stress incontinence of women. The results and experiences of the authors are described. Detailed urodynamic examination was carried out before the operation. Fifty-five operations of this type were performed during three and a half year: complete continence was reached in 51 cases and 4 cases showed improvement. The authors are of the opinion that this surgical technique offers better results than the vaginally performed interventions.

A különböző típusú vizeletincontinentiák közül leggyakrabban a stress incontinentiával találkozunk a klinikai gyakorlatban. Lényege hogy az intraabdominalis nyomás hirtelen növekedése esetén (tüsszentés, köhögés, préselés, torna vagy egyéb váratlan mozgás során) az urethra nyugalmi helyzetben kompetens zárónyomása a legkülönbözőbb okok miatt elégtelenné válik és a beteg akaratlanul vizeletét ereszti. Ez rendszerint higiénés, szociális problémákhoz vezet a munkaképesség csökkenésétől a beteg ápolásáig bezárólag. Egyes adatok szerint a nők 10—20%-a panaszkodik vizeletcsepegésről (1, 5, 7, 8). Az utóbbi időben a komplex urodynamikai vizsgálatok bevezetésével a betegek jelentős része urológushoz kerül. A vizsgálat során a különböző típusú incontinentiák nagy biztonsággal elkülöníthetők, s könnyen kiszűrhetők a műtéttel gyógyítható esetek (5, 7, 8, 12).

A Burch típusú colposuspensiós műtétet 1984-ben vezettük be, mivel mások és saját korábbi tapasztalataink alapján a hüvelyi úton végzett műtétek eredménye a kívánatostól elmarad (5, 8, 10).

Anyag és módszer:

Klinikánkon 1984. okt. és 1988. ápr. között 55 Burch típusú colposuspensiós műtétet végeztünk. A betegek életkora 32 és 75 év között volt. A betegek a szakambulanciánkon vizsgáltak közül kerültek ki, ahol az anamnézis felvétele egységesített kérdőív alapján történt. A fizikális és urodynamikai vizsgálatot, gynecologiai és esetenként neurologiai vizsgálattal egészítettük ki. Műtétre azok a betegek kerültek, akikben urológiai vagy gynecologiai gyulladásos folyamat nem állt fenn, neurologiai eltérést nem találtunk, a cystomanometria során pedig normoaktív detrusorfunkciót észleltünk. Nem típusos esetekben illetve recidiv incontinentia miatt jelentkezőkben szükség esetén urographiát, oldalirányú lánccystographiát, cystoscopiát végeztünk (11). Korábban 24 betegben történt incontinentia miatt műtét: 22 betegben hüvelyi műtét, 1 betegben Marshall—Marchetti—Krantz, 1 betegben pedig Stamey szerinti hólyagnyaki suspensio.

Műtéti technika:

A műtétet spinalis vagy epiduralis érzéstelenítésben, kőmetsző helyzetben végezzük. Az alhasi régión kívül a hüvelyt dezinficiáljuk és izoláljuk. A hólyagba Foley-katétert vezetünk, amelynek ballonját kb. 15 ml folyadékkal töltjük fel. A symphysis felett kb. 2 harántujjal Pfannenstiel-metszésből tárjuk fel a cavum Retziit. A hólyagnyak és a fascia paravaginalis kipreparálásához a hüvelybe vezetett ujjunk nyújt segítséget, egyben a katéter ballonjának tapintásával az öltések elhelyezésében is támpontot ad. A hólyagnyak mellett gyakoriak a tág vénák, amelyek sérülése nem ritka, de compressio elegendő a vérzések csillapítására.

A preparálás során a hólyagnyaktól laterálisan és kissé felfelé megjelenő, jellegzetesen fehér, fénylő fascia paravaginalisba helyezzük a tartóöltéseket. A Foley-katéter ballonjának segítségével azonosítjuk az urethrovesicalis átmenetet, s 1—1 öltést ennek magasságában helyezünk el, a hüvelyfal átöltése és a hólyagfal felöltése nélkül. Ezután felfelé s lateral felé helyezünk be egy-egy öltést, amellyel az esetleges cystocelet vagy a süllyedt hólyagalapot emelhetjük fel. A tartófonalak nem felszívódó Mersilen (Ethicon) vagy Synthofyl (Braun—Melsungen) anyagúak. A fasciát mindig kétszeresen öltjük fel, hogy a húzóerőt fokozzuk és a szövet átszakadását elkerüljük.

Ezután a tartóöltéseket a ligamentum Cooperihez öltjük a középponttól 3—5 cm-re. Az öltések meghúzásakor ismét a hüvely felől ujjunkkal emelve segítjük a rögzítést. Ily módon az urethrovesicalis átmenet és a hólyagalap megemelése és eredeti helyzetbe hozása indirekt úton történik. A sebet a cavum Retziibe helyezett drain mellett zárjuk. Előtte a hólyagot átmosva ellenőrizzük, hogy nem történt-e áthatoló sérülés. Kétes esetben cystoscopiát végzünk a vérzés okának megállapítására.

A beteget a második postoperativ napon mobilizáljuk. A Foley-katétert a 4—5. napon távolítjuk el. Vizelési képtelenség esetén vagy 100 ml-nél nagyobb residuum esetén intermittáló katéterezést végzünk. Amennyiben néhány nap után sem válik a vizelés kielégítővé, percutan apicystostomiát készítünk. Antibiotikum kezelést a vizelet feltisztulásáig végzünk.

Eredmények és szövődmények:

A betegekben 3 hónappal a műtét után illetve 1988. ápr.-ban kontrollvizsgálatot végeztünk. A hüvelyi anatómiai kép mellett, cystomanometria (köhögtetéssel, hasi nyomásfokozással), valamint a vizeletáramlás vizsgálata és residuum-mérés történt katéterrel. Az *1. táblázat* a műtéti eredményeket mutatja az incontinencia fokozata szerint, míg a *2. táblázat* a műtét óta eltelt időt és az eredményeket mutatja.

1. táblázat: **A műtéti eredmények a stress incontinentia fokozata szerint**

Ingelmann—Sundberg beosztás		continens	javult
I. stadium	(n:1)	1	0
II. stadium	(n:41)	38	3
III. stadium	(n:13)	12	1
összesen:	55	51	4

Műtéteink során 2 esetben észleltünk hólyagsérülést, amely külön ellátást nem igényelt. 48 betegben a spontán vizelés a 4—7. napon helyreállt. 7 esetben észleltünk vizelési képtelenséget ill. 100 ml feletti residuumot, amely a közvetlen post.op. szakban nem változott s emiatt percutan epicystostomiát helyeztünk be. 6 esetben észleltünk körülírt sebsuppuratiót. Mélyebb rétegből eredő gennyedés nem volt. 10 betegben jelentkezett a műtét után instabil hólyagra jellemző késztetéses vizelési inger, amely 3 hónapon belül antibiotikum kezelésre ill. negatív vizelet mellett napi 60 mg Melipramin (EGIS) adására megszűnt. A 3 hónappal a műtét után végzett kontrollvizsgálatok során 51 beteg volt continens a provokálásos cystomanometria során 300 ml-es hólyagtöltés mellett. 4 beteg jelentős javulásról számolt be, csak erős megterhelésre jelentkezett néhány csepp vizelet. A hüvelyi vizsgálat során 6 betegben észleltünk kifejezett mellső fali süllyedést míg 49 betegben a hólyagnyak illetve a mellső hüvelyfal ennek megfelelő területe megemelt helyzetben maradt. A vizeletáramlás vizsgálata során 6 betegben észleltünk csökkenést, közülük kettőben tartósan volt visszamaradó vizelet, egy betegben ez vesicoureteralis refluxhoz vezetett. 1 betegen hasfali sérv alakult ki, ezért hasfali reconstructiót végeztünk. 1 betegen pedig osteitis pubist észleltünk, amely konzervatív kezelésre gyógyult.

2. táblázat: **Műtéti eredmények és a műtét óta eltelt idő**

A műtét időpontja	(n)	utolsó ellenőrzés 1988. ápr.-ban	
		jó	javult
1984. okt. 1. után	7	7	0
1985. jan. 1. után	7	7	0
1986. jan. 1. után	3	3	3
1987. jan. 1. után	24	20	4
1988. jan. 1. után	14	14	0
	55	51	4

Megbeszélés:

Az általunk alkalmazott Burch típusú colposuspensio a Marshall—Marchetti—Krantz műtét elvén alapul (5, 7, 9, 12). A módosítás egyik célja, hogy az osteitis pubist mint esetleges szövődményt elkerülje. A tartóöltések helyének és számának felülvizsgálata is a műtét eredményének javulásához vezetett (2, 3, 4, 6, 7, 9, 12). A Marshall—Marchetti—Krantz műtétről az a vélemény alakult ki, hogy a legfontosabb felfüggesztő hatása a húgycső-hólyag átmenetnél elhelyezett öltésnek van, míg a húgycső distalisabb szakaszát az os pubis periosteumához rögzítő öltések funkciója már elhanyagolható. A viszonylag rövid távolságra a húgycső mellé helyezett öltések trofikus zavarokhoz, hegesedéshez vezettek. Mindezek alapján — az elv megtartása mellett — az optimalis felfüggesztési pontnak a húgycső hólyag szögletét és az attól proximalisabban és laterálisabban lévő fascia paravaginalist jelölték meg. A tartóöltések rögzítési pontjainak pedig a symphysis felső ívén tapadó lig. Cooperit, nem pedig az os pubis periosteumát. Ezáltal az urethrovesicalis átmenet és a hólyagalap megemelése indirekt úton történik.

Eredményeink azt mutatják, hogy ez a műtéti megoldás alkalmazható a stress incontinencia bármely formájában, korábban már operált esetekben is. Igaz viszont, hogy túl rövid hüvelycsonk vagy heges, fixált vaginafal akadályozza a fixatiót a lig. Cooperihez. Nagymértékű adipozitás, lógó hasfal vagy nagy cystocele mellett más típusú (pl. Stamey szerinti) műtétet válasszunk. Ajánlható a műtét akkor is, ha gynecologiai probléma miatt laparotomiára kerül sor és egyidejűleg az incontinenciát is kezelni kell.

Késői eredményeink szerint megbízhatóbb mint a hüvelyi úton végzett műtétek.

IRODALOM: 1. *Altwein, J. E., Jacobi, G. H.:* Urologie. Enke Verlag, Stuttgart. 1986. — 2. *Bergmann és mtsai:* Urodynamic changes after successful operation for stress urinary incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol. 1983, *147,* 325. — 3. *Burch, J. C.:* Urethrovaginal fixation to Cooper's ligament for correction of stress incontinence, cystocele, prolapse. Am. J. Obstet. Gynecol. 1961, *81,* 281. — 4. *Burch, J. C.:* Cooper's ligament urethrovesical suspension for stress incontinence. Amer. J. Obstet. Gynecol. 1968, *100,* 764. — 5. Urogynekologie für Klinik und Praxis. Herausgegeben von Fischer W. Georg Thieme Verlag, Leipzig, 1982. — 6. *Hilton, P. és mtsai:* A clinical and urodynamic assessment of the Burch colposuspension for genuin stress incontinence. Br. J. Obstet. Gynecol. 1983, *90,* 934. — 7. *Ingelmann-Sundberg, A. és mtsai:* Surgical treatment of female urinary stress incontinence. Contribution Gynec. Obstet. 1983, *10,* 51. — 8. *Kiesswetter, H.:* Harninkontinenz, Reizblase, Miktionsstörungen. Edition Medizin. Weinheim. 1981. — 9. *Lampé L. szerk.:* Nőgyógyászati urológia. DOTE Női Klinikájának kiadványai II. kötet. (Incontinentia urinae), Debrecen 1985. — 10. *Nagy F., Tankó A., Hamvas A., Szűcs M.:* Mellső hüvelyfali plasztika és Marshall—Marchetti—Krantz műtét korai és késői szövődményei. (közlés alatt) — 11. *Tankó A. és mtsai:* A „láncos" cystografiáról. Magyar Radiologia 1987, *61,* 372. — 12. *Stanton, S. L., Tanagho, E. A.:* Surgery of female incontinence. Springer Verlag. Berlin. 1985.

(Hamvas Antal dr. *Budapest,* Mária u. 39. 1085)

„A hatalom természetes végső határa az a pont, ameddig az alattvalók hűsége kitart."
Barakkiás

Szeverényi Péter dr., Hetey Andrásné., Münnich Ákos dr., Kovácsné Török Zsuzsa és Forgács Attila

Az együttszülés és a szorongás

Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Lampé László dr.)
és Kossuth Lajos Tudományegyetem Pszichológiai Intézet
(igazgató: Mészáros István dr.)

A szerzők 363 olyan párnál határozták meg a szorongás mértékét, ahol a szülésnél az apa is jelen kívánt lenni és részt vettek a szülésre történő felkészítő tanfolyamon. A nőkkel szemben a férfiaknál szignifikánsan alacsonyabb mind az aktuális, mind az alkati szorongás. A nők adatait összehasonlították egy 135 terhesből álló illesztett kontroll csoport adataival. A partnereikkel együtt szülő nőknél lényegesen alacsonyabb az aktuális és az alkati szorongás. A szorongás mértéke független az életkortól, az iskolai végzettségtől és a foglalkozástól, viszont lényegesen összefügg a paritással. A szülésre történő felkészítés során az aktuális szorongás lényegesen csökkent a férfiakban, míg a nőknél a várható további emelkedést sikerült megelőzni. A partnerükkel együtt szülők csoportjában a szorongás és a vizsgált szülészeti paraméterek (a terhesség kora a szülés megindulásakor, a szülés lefolyása és tartama, az újszülött súlya) között nem találtak szoros kapcsolatot.

Anxiety and the husband's presence at childbirth. The authors give a report of a follow-up the anxiety of 363 couples whereby the husband decided to be present at the childbirth and took part in the childbirth preparation courses. The anxiety state and anxiety trait in men was found to be significantly lower that in women. The data of women were compared to a matched control group consisting of 135 pregnant women. In cases where the husband was present at childbirth the anxiety state and anxiety trait of the women was considerably lower than in the control group. The degree of anxiety was found independent of age, educational level, occupation but depended of parity. During the chilbirth preparation the anxiety state of the husbands reduced considerably, whereas in the women the trend of inreasing anxiety state could be prevented. In the group where the husband was present at childbirth the authors did not find any close relationship between the degree of anxiety and the examined obstetrical parameters (gestational age at labour, outcome and duration of labour, and the birth-weight).

Az elmúlt két évtized során egyre nagyobb számban olvashatunk olyan közleményeket, amelyek a terhesség és a szülés, valamint különböző pszichoszociális tényezők kapcsolatát vizsgálják. A tanulmányok arra hívják fel a figyelmet, hogy a mindennapi szülészeti gyakorlat során mind nagyobb figyelmet kell fordítanunk a pszichoszociális tényezőkre, mert azok nemcsak a terhesség és a szülés élményét, a vajúdó viselkedését befolyásolják, hanem a szoros értelemben vett orvosi, szülészeti eredményeket is.

A kutatások középpontjában a félelem, a szorongás áll. Számos szerző foglalkozik a terhességi, szülési félelem, szorongás eredetével, gyakoriságával, szülészeti jelentőségével, csökkentésének lehetőségeivel. A vonatkozó szakirodalom azonban következtetéseiben nem egységes, a módszertani eltérések miatt az eredmények gyakran nehezen összehasonlíthatók, nem tesznek lehetővé egyértelmű állásfoglalást.

Állatkísérletes vizsgálatokban igazolták, hogy az anyai szorongás, agitált viselkedés hatására a magzatban csökken a szívműködés frekvenciája, ill. az artériás oxigenizáció (28, 29. Terhes nők csoportjában is többen tettek hasonló megfigyelést (4, 20, 21), ugyanakkor mások nem találtak szignifikáns kapcsolatot a szorongás és a magzati szívműködés különböző paraméterei között (23, 24). *Simkin* (35, 36) tanulmányaiban a szülés alatti stressz, a fájdalom és a katekolaminok közötti kapcsolatot vizsgálta. Véleménye szerint a stressz egy normál hüvelyi szülés esetén ártatlan az anyára és előnyös a magzat szempontjából. Ha azonban a stressz excesszív mértékű vagy túl hosszú ideig tart, akkor az káros lehet mind az anya, mind a magzat számára. A szerző a stresszkiváltó történések, beavatkozások csökkentését javasolja.

A tanulmányok egy része a szorongás és a terhesség kimenetele, ill. a terhesség folyamán jelentkező szövődmények kapcsolatát vizsgálja. A megfigyelések szerint a szorongás szerepet játszik az első trimeszterbeli abnormitások (17), a magzati malformációk incidenciájának alakításában (6, 7), a koraszülés és dysmaturitas létrejöttében (5, 18, 30, 31).

Többen vizsgálták a pszichoszociális tényezők és a szülés lefolyása közötti kapcsolatot. *Standley* (43) hangsúlyozta, hogy a prénatális szorongás nem egységes. Prospektív vizsgálatában azt találta, hogy a szülés alatti analgézia, anesztézia és az újszülött motoros érettsége szoros összefüggésben van a terhesség, a szülés lefolyása miatti szorongással és a gyermek gondozásával összefüggő, anticipált szorongással. Megfigyelései szerint a prénatális szorongás nem befolyásolja a szülés tartamát, a magzat születési súlyát és az 1 perces Apgar-értéket. *Crandon* (11, 12) ezzel szemben a szorongás és a szülészeti szövődmények szoros összefüggé-

Kulcsszavak: együttszülés — szorongás — szülészeti pszichoszomatika

seiről számol be. Kifejezetten szorongó nők esetében gyakrabban fordult elő praeeclampsia, fogó műtét, elhúzódó szülés, szülés utáni vérzés, lepényi szövődmény, magzati disstressz, alacsony Apgar-érték.

Beck és mtsai (3) szerint prediktív jellegű összefüggés van a szülésre történő felkészítő tanfolyamon való részvétel, az anyai beállítódás és a szülési fájdalom mértéke között, a szülőszobai felvételkor mért aktuális szorongás és a szülés tartama között, a szociális helyzet, az anyai beállítódás és a vajúdó viselkedése, kezelhetősége között. Ezek a tényezők azonban a szülészeti szövődmények gyakoriságát nem befolyásolják. *Barnett és Parker* (2) azt figyelték meg, hogy a kifejezett alkati szorongáshoz szignifikáns módon gyakrabban társul: dysmaturitas, több szülészeti szövődmény, szoptatási probléma. Az újabb kutatási eredmények közül ki kell emelnünk azokat, amelyek több — egyidejűleg ható — pszichés és szociális faktor szerepét vizsgálják, és azt hangsúlyozzák, hogy ezek a tényezők hatással vannak egymásra is és kombinálódhatnak egymással. *Smilkstein* és mtsai (39, 40, 41) azt vizsgálták, hogy a biomedicinális és pszichoszociális tényezők hogyan befolyásolják a terhesség, a szülés kimenetelét. A pszichoszociális tényezők közül az életesemények, a család funkcionálása és az ún. társas támasz (social support) jelentőségét tanulmányozták. Megfigyeléseik alapján arra a következtetésre jutottak, hogy bizonyos biomedicinális és pszichoszociális hatótényezők együttes figyelembevételével kiválasztható a terhesek olyan csoportja, akikben nagyobb valószínűséggel lehet szülészeti szövődményre számítani. Véleményük szerint a pszichoszociális tényezők közül a szövődményeket leginkább a család funkcionálása jelzi előre (milyen a családtagok egymáshoz való alkalmazkodása, milyen a partnerkapcsolat, az érzelmi kötődés, valamint a személyes fejlődés, kibontakozás lehetősége).

Magni és mtsai (26) az életesemények, a szorongás, a társas támasz és a coping stílus (stresszhelyzetben adott kognitív és emocionális válasz), valamint a szülészeti szövődmények közötti kapcsolatot vizsgálták. Prospektív tanulmányukban azt állapították meg, hogy a vizsgált pszichoszociális tényezők önmagukban nincsenek összefüggésben a szövődményekkel, de ha ezeket együttesen veszik figyelembe, a kapcsolat kimutatható. A szerzők a specifikus terhességi szorongás, az általános szorongás és a coping stílus jelentőségét emelik ki.

A szorongás, a félelem csökkentése a szülésre történő felkészítésnek is egyik központi célkitűzése, és a szorongás mértékének változása a felkészítés hatékonyságának is mércéje lehet. Vizsgálataink során többek között arra kerestünk választ, hogy milyen szerepet játszik a szorongás az együtt szülés motivációjában, az együtt szülő párokban milyen paraméterek befolyásolják a szorongás mértékét, a szorongás hogyan változik az előkészítés folyamán és befolyásolja-e a szülészeti eseményeket.

Anyag és módszer

Az együttszülésre történő felkészítés klinikánkon alkalmazott módszeréről részben más helyen már korábban beszámoltunk (44). A három foglalkozásból álló, tanfolyamszerű felkészítés alkalmával az együttszülni kívánó párok különböző személyiségvizsgáló kérdőíveket töltöttek ki, amelyekkel bizonyos személyiségdimenziókat kívántunk meghatározni. Vizsgálataink első fázisában a szorongás szintjét mértük, illetve a terhességgel, a szexualitással és a szüléssel kapcsolatos beállítódást vizsgáltuk.

A szorongás mérésére a Spielberger-féle skálát alkalmaztuk (State-Trait Anxiety Inventory). A kérdőívet *Spielberger* és mtsai 1970-ben publikálták (42). Az elméleti koncepció és ennek megfelelően a kérdőív is a szorongás két formáját különíti el. Az egyik az ún. pillanatnyi vagy aktuális szorongás (anxiety-state), ami az adott pillanatban kialakuló szorongásélmény, szorongási reakció erősségét jelzi. A másik forma a szorongásra való hajlam vagy alkati szorongás (anxiety-trait), amely a személyre jellemző tartós jegynek, személyiségvonásnak tekinthető. A kérdőív magyar változatát *Sipos* alakította ki (37, 38). A teszt felvétele az aktuális szorongás mérésével kezdődik. A vizsgált személy 20 alkalommal válaszol arra a kérdésre, hogy „Éppen most hogyan érzi magát". A teszt második része a szorongásra való hajlamot vizsgálja. A kérdőívnek ez a része is 20 állítást tartalmaz, amelyek az „Általában hogyan érzi magát" kérdéssel kapcsolatosak. A vizsgált személy mindkét kérdőíven négyfokozatú Likert-skálán válaszolhat. Ennek megfelelően az elérhető pontszám mindkét esetben 20 és 80 között változik. *Spielberger* alkati és aktuális szorongásról szóló koncepciója széles körben elterjedt és elfogadott. A tesztet (STAI) az orvosi pszichológiai kutatások során — és így a szülészeti és nőgyógyászati pszichoszomatika kérdéseivel foglalkozó vizsgálatokban is — gyakran alkalmazzák (16, 19, 22, 27, 33, 45).

363 együtt szülő pár esetén határoztuk meg az aktuális és az alkati szorongást az első foglalkozások kezdetén, a II. és III. foglalkozás végén pedig csak az aktuális szorongást.

Az együtt szülő párok adatait összevetettük 135 terhesből álló kontroll csoport hasonló adataival. Ebben a csoportban az alkati szorongás meghatározása mellett csak egy alkalommal vizsgáltuk meg az aktuális szorongás szintjét. A kontroll csoportot a klinikánk ambulanciáján megjelenő terhesekből állítottuk össze, akik nem kívántak partnereikkel együtt szülni. Törekedtünk arra, hogy a terhesség korát és a szociodemográfiai adatokat illetően a csoport összetétele megfeleljen az együtt szülők csoportjának.

Az együttszülő-csoportban az átlagos életkor 25,16±3,90 év volt. A nők 95,12%-a közép- vagy felsőfokú iskolai végzettséggel rendelkezett és 73,46%-uk szellemi dolgozó.

A kontroll csoportot alkotó nők átlagos életkora 25,74±4,49 év volt. 91,11%-ának volt középfokú vagy felsőfokú végzettsége és 54,82%-uk szellemi dolgozó. A terhesség kora a teszt felvételekor 34,78 hét volt.

A tesztek kitöltése a vizsgálat céljainak ismertetését követően minden esetben önkéntes volt. A statisztikai vizsgálatok során korrelációszámítást, varianciaanalízist és t-próbát alkalmaztunk.

Eredmények

Az együtt szülő nők és férfiak szorongásszintjét tükröző adatokat az *1. táblázat* foglalja össze. Az n értékek

1. táblázat: **Együttszülésre jelentkező párok szorongása**

Szorongás	n	$\bar{x}$	SD
Nők			
alkati szorongás	363	41,69	6,76
aktuális szorongás I	363	34,88	7,67
aktuális szorongás II	304	34,81	8,33
aktuális szorongás III	275	34,70	8,07
Férfiak			
alkati szorongás	362	38,28	5,86
aktuális szorongás I	362	34,76	7,31
aktuális szorongás II	303	33,67	7,03
aktuális szorongás III	275	33,27	6,53

különbözősége a kitöltött és értékelhető tesztek eltérő számából adódik.

Lényeges kérdés, hogy a nők és férfiak szorongása között milyen összefüggés van és az, hogy a szorongás mértéke hogyan változik az előkészítés folyamán. Mivel a vizsgálat során arra voltunk kíváncsiak, hogy ezek az adatok az egyes párok esetében hogyan alakulnak, az összehason-

lításkor csak annak a 248 párnak a teszteredményeit vettük figyelembe, akik valamennyi tesztet kitöltötték, és azok értékelhetők voltak. Az így kapott átlagértékek természetesen némileg eltérnek az *1. táblázat*ban megadottaktól.

Az alkati szorongásra vonatkozó eredményeket a *2. táblázat* tartalmazza. Az együtt szülő párok esetében tehát

2. táblázat: **A nők és a férfiak alkati szorongása (n = 248)**

	Nők $\bar{x} \pm SD$	Férfiak $\bar{x} \pm SD$	t	d.f.	p
Alkati szorongás	41,92 ± 6,72	38,24 ± 5,92	6,82	247	.000 (<0,001)

a nőkkel szemben a férfiak kevésbé szorongóak, az alkati szorongás, mint személyiségvonás kevésbé kifejezett. A különbség statisztikailag erősen szignifikáns ($p<0,001$). A korrelációszámítás eredményei azt is jelzik, hogy a nő és a férfi alkati szorongása között nincs lényegi összefüggés ($r = .103$; $p = .106$).

Az aktuális szorongással kapcsolatos eredményeket a *3. táblázat*ban foglaltuk össze. A számítások szerint a nők

3. táblázat: **A nők és a férfiak aktuális szorongása (n = 248)**

Aktuális szorongás	Nők $\bar{x} \pm SD$	Férfiak $\bar{x} \pm SD$	t	d.f.	p
I.	34,59 ± 7.10	34,69 ± 6,89	—.17	247	.868 (n.s.)
II.	34,75 ± 8,20	33,73 ± 6,94	1,57	247	.117 (n.s.)
III.	34,71 ± 7,98	33,20 ± 6,46	2,57	247	.011 (<0,05)

és a férfiak pillanatnyi szorongásszintje a szülésre történő felkészítés első két fázisában nem különbözik lényegesen, és közöttük szignifikáns összefüggés van ($r = .284$; $p = .000$). Az előkészítés végén azonban a férfiak kevésbé szoronganak, mint a nők ($p<0,05$). Ha külön-külön vizsgáljuk a szorongás alakulását a nőkben és a férfiakban, akkor az állapítható meg, hogy a nők esetében a szorongás mértéke az előkészítés során lényegesen nem változik. (A terhesség átlagos kora a tesztek felvételének időpontjában 34,50; 35,55; és 36,57 hét volt) A férfiakban viszont az I. és II. foglalkozás között lényegesen csökkent a szorongás ($t = 2,19$; $d.f. = 247$; $p<0,05$). A II. és III. időpont között további csökkenés figyelhető meg, de ez a változás statisztikailag nem jelentős. Az előkészítés végére azonban a férfiakban az aktuális szorongás a kiindulási szinthez képest lényegesen csökkent ($t = 3,38$; $d.f. = 247$; $p<0,001$).

A szülésre történő felkészítés és az együttszülés szempontjából is lényeges, hogy milyen kapcsolat van a szoron-

4. táblázat: **A szorongás alakulása a paritás függvényében**

Szorongás	Első szülés előtt $\bar{x}$	(n=223) SD	Ismételt szülés előtt $\bar{x}$	(n=138) SD	p
Nők					
aktuális	34,46	7,40	35,47	8,07	n.s.
alkati	41,00	6,35	42,70	7,29	<0,05
Férfiak					
aktuális	35,57	7,65	33,63	6,46	<0,05
alkati	35,80	6,16	37,39	5,24	<0,05

gás mértéke és a paritás között. A vonatkozó adatokat a *4. táblázat* tartalmazza. Multiparákban mind az aktuális, mind az alkati szorongás szintje magasabb, de ez a különbség csak az alkati szorongást illetően igazolható statisztikailag is ($t = 2,25$; $d.f. = 260,38$; $p = .025$). Ha az először és az ismételten szülő nők partnereit vetjük össze, akkor éppen ellenkező összefüggést állapíthatunk meg, azaz az ismételten szülő nők partnereiben a pillanatnyi szorongás ($t: 2,31$; $d.f. = 326,38$; $p = .022$) és az alkati szorongás szintje is alacsonyabb ($t = 2,33$; $d.f. = 325,06$; $p = .020$), azaz ezek a férfiak kevésbé szorongóak.

Ha a nők és a férfiak adatait hasonlítjuk össze a paritás függvényében, akkor az *5. táblázat*ban feltüntetett eredmé-

5. táblázat: **A nők és a férfiak szorongása a paritás függvényében**

Szorongás	Nők $\bar{x}$	SD	Férfiak $\bar{x}$	SD	p
Első szülés előtt (n = 223)					
aktuális	34,46	7,40	35,37	7,65	n.s.
alkati	41,00	6,35	38,80	6,16	<0,001
Ismételt szülés előtt (n = 138)					
aktuális	35,47	8,07	33,63	6,46	<0,01
alkati	42,70	7,29	37,39	5,24	<0,001

nyeket kapjuk. Az először szülő nők és férfiak aktuális szorongásszintje azonos, az alkati szorongás azonban a férfiakban lényegesen alacsonyabb ($t = 4,11$; $d.f. = 222$; $p = .000$). Az ismételten szülők csoportjában viszont a nőkkel szemben a férfiak esetében alacsonyabb aktuális szorongás ($t = 2,80$; $d.f. = 137$; $p = .006$) és alacsonyabb alkati szorongás ($t = 7,86$; $d.f. = 137$; $p = .000$) mutatható ki.

Megvizsgáltuk azt is, hogy a szorongás mértéke és a szülészeti történések között van-e valamilyen kapcsolat. Az elvégzett varianciaanalízis és korrelációszámítások eredményei lényeges összefüggést nem mutattak, azaz a vizsgált mintában nincs szoros összefüggés a szülés tartama, lefolyása, a terhesség kora, az újszülött súlya, valamint a nő és a férfi aktuális és alkati szorongása között. Tekintettel arra, hogy az újszülöttek 1 és 5 perces Apgar-státusa az esetek 97,14 illetve 99,43%-ában 8—10 volt, a szorongási mutatókkal történő összevetést nem végeztük el.

A 135 terhesből álló kontroll csoportban az aktuális

szorongás átlagértéke 41,21±10,35, az alkati szorongás értéke pedig 43,73±7,69 volt.

A partnerükkel együtt szülni kívánó nők és a kontroll csoport szorongási pontértékeit összehasonlítva azt lehet megállapítani, hogy az együtt szülő nőkben lényegesen alacsonyabb az aktuális szorongás ($t = -6,47$; $d.f. = 191,2$; $p < 0,001$) és a szorongás, mint személyiségvonás kevésbé jellemző rájuk ($t = -2,71$; $d.f. = 215,4$; $p < 0,01$), mint az együtt szülni nem kívánó terhesekre.

Megbeszélés

A férj szülőszobai jelenlétével kapcsolatban felmerül az a kérdés, hogy az együttszülés motivációja mögött milyen személyiségszerkezet áll, azaz milyen személyiségjegyekkel jellemezhetők azok a nők és férfiak, akik ma Magyarországon együtt szeretnék átélni gyermekük születését.

Vizsgálatainkban a szorongás szerepét kívántuk tisztázni. Ezzel összefüggésben szakemberek és laikusok egyaránt gyakran úgy vélik, hogy azokat a nőket kísérik el partnereik a szülőszobára, akik félénkek, szorongóak. Eredményeink ezt a feltételezést egyértelműen cáfolják. A partnerükkel együtt szülő nők csoportjában mind az aktuális, mind a tartós személyiségjegyként értékelhető alkati szorongás lényegesen alacsonyabb, mint a kontroll csoportot alkotó, egyedül szülni kívánó terhesekben. A kontroll csoport összeállításakor arra törekedtünk, hogy az a szociodemográfiai adatokat illetően homogén legyen a vizsgált csoporttal. Az elvégzett statisztikai analízis azonban azt mutatta, hogy a STAI-val mért szorongás mértéke lényegében független az életkortól, a foglalkozástól és az iskolai végzettségtől. Hasonló megállapítást tett munkatársaival *Selvaggi* (34) is.

Az együtt szülni kívánó nők és férfiak adatait értékelve az állapítható meg, hogy a nőkkel szemben a férfiak még kevésbé szorongóak, és a nők és a férfiak szorongásossága egymástól független.

A felkészítés szempontjából lényeges az aktuális szorongás alakulása. Az irodalmi adatokat áttekintve nem találtunk olyan prospektív tanulmányt, amely nyomon követné az egész terhesség folyamán az aktuális szorongás alakulását. Általában az a vélemény, hogy a szorongás, félelem a terhesség előrehaladtával, a szülés közeledésével egyre fokozódik (1, 8, 25, 32, 34, 46). Részletesebb adatokat csupán *Burton* és mtsai (9, 10) közölnek, akik a prénatális genetikai gondozáson belül végzett alfa-fötoprotein-szűrés pszichológiai hatását vizsgálták. A szűrőprogramban részt vett terhesek és partnereik szorongását hasonlították össze egy kontroll csoporttal. A szorongás mértékét a terhesség 16. és 38. hete között nyolc alkalommal határozták meg STAI segítségével. Többek között azt állapították meg, hogy a szűrés kezdetekor a nők és a férfiak szorongás-szintje (alkati és aktuális) nem különbözött. A szülési terminus közeledtével ők is az aktuális szorongás emelkedését észlelték. A közölt adatokból azonban nem derül ki, hogy ez az emelkedés statisztikailag igazolható-e vagy sem.

Az általunk vizsgált csoportban a tesztek felvételére csupán három alkalommal került sor. A terhesség kora a tesztfelvétel időpontjába átlagosan 34,50; 35,55; és 36,57 hét volt. Az első felkészítő foglalkozás elején mért adatok azt jelezik, hogy ebben az időpontban a nők és férfiak aktuális szorongása között nincs különbség és emellett szoros összefüggés mutatható ki. Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a pár a szorongás tekintetében mintegy „alkalmazkodik" egymáshoz, egy rájuk jellemző „egyensúlyt" teremtve. Hasonló megfigyeléseket tett korábban *Lukesch és Lukesch* (24) is.

Eredményeink azt is mutatják, hogy az előkészítés folyamán az aktuális szorongás mértéke a nőkben lényegesen nem változott, a férfiakban viszont statisztikailag is igazolható módon csökkent. Ha ezeket az eredményeket a felkészítés hatékonysága szempontjából vesszük szemügyre, akkor azt lehet mondani, hogy a felkészítéssel annyit érhetünk el, hogy a nőkben sikerült megakadályozni a szorongás valószínű további fokozódását. A háromszor 2 órás előkészítő tanfolyamunk minimum programnak tekinthető. Úgy érezzük, hogy ettől a programtól nagyobb hatékonyság nem is várható. A férfiakban viszont lényegesen csökkent a szorongás. Ez véleményünk szerint azzal magyarázható, hogy az előkészítésen való részvétel következtében többet foglalkoznak a terhesség, a szülés várható eseményeivel, érzelmileg is jobban bevonódnak, a foglalkozásokon több információhoz jutnak, a szülőszoba bemutatása, a szülést és az újszülöttápolást bemutató film megtekintése lényegesen csökkenti azt az érzést, hogy a szülés valamilyen titokzatos dolog, ami csak a nők és az orvosok dolga. Korábbi megfigyelések arra is utalnak, hogy a férfiak könnyen racionalizálják szorongásukat, az orvostudomány vívmányaiban megbízva mintegy rábízzák feleségüket az egészségügyre, az orvosokra.

Úgy tűnik, hogy a szorongás szempontjából lényeges tényező, hogy valaki szült-e már vagy sem. Az aktuális szorongás primiparákban és multiparákban lényegében azonos mértékű, tehát a paritás a pillanatnyi szorongást nem befolyásolja. Az alkati szorongás viszont az ismételten szülőkben lényegesen magasabb. Mivel eredményeink azt mutatják, hogy az alkati szorongást a vizsgált szociodemográfiai tényezők nem befolyásolják, azt kell feltételeznünk, hogy a szülés a nő életében olyan esemény, ami megemeli az alkati szorongás mértékét, vagy olyan következményes pszichés folyamatokat indít el, amik a szorongás fokozódásához vezetnek. A szülészeti gyakorlat számára ebből az a következtetés adódik, hogy nagyobb gonddal kell „vigyáznunk" az először szülőkre, akik kedvezőbb, alacsonyabb alkati szorongással állnak a szülés előtt. Arra kell törekednünk, hogy a gesztációs periódus eseményei pszichés szempontból se traumatizáljanak.

Az irodalmi adatok a szorongás és a paritás közötti kapcsolat vonatkozásában sem egységesek. A mi eredményeinkhez hasonló megfigyelést tett *Erickson* (14, 15), *Selvaggi* és mtsai (34). *Di Renzo* és mtsai (13) viszont arról számolnak be, hogy a terhességi félelem nemcsak az életkortól és az iskolai végzettségtől független, hanem a paritástól is. Ők azonban más kérdőívet alkalmaztak, amely inkább az aktuális szorongást, a szüléstől való félelmet

méri. Saját eredményeinket a kimutatható statisztikai összefüggések ellenére is óvatosan kell értelmeznünk, hiszen nem zárható ki más — általunk nem vizsgált — pszichoszociális faktor szerepe sem.

Vizsgálataink során a szorongás mértéke és a szülészeti események (a terhesség kora a szülés megindulásakor, a szülés lefolyása és tartama, az újszülött súlya) között nem találtunk kimutatható összefüggést. Ugyanakkor más kutatók egyértelmű kapcsolatot mutattak ki különböző pszichoszociális tényezők és szülészeti paraméterek között. Az, hogy általunk is feltételezett összefüggést nem tudtunk igazolni, véleményünk szerint a vizsgált minta sajátosságaiból fakad. A szorongás vizsgálatához kontrollként illesztett csoport szülészeti eseményeit nem követtük. A teljes szülészeti populáció a szorongás szempontjából valószínűleg normál eloszlást mutat. A partnereikkel együtt szülő nők ennek a populációnak csak kis szegmentumát jelentik, és ez a csoport a szorongást illetően valószínűleg annyira homogén, hogy a csoporton belül a szorongás és a szülészeti paraméterek közötti kapcsolat nem igazolható. Ezt alátámasztani látszik az is, hogy a kontroll csoportban a szorongási mutatók szórása lényegében magasabb, mint az együttszülő-csoportban. Eredményeinktől függetlenül mi is azon a véleményen vagyunk, hogy a pszichoszociális tényezők hatással vannak a szülészeti mutatókra, ennek igazolása azonban további vizsgálatokat igényel.

IRODALOM: 1. *Areskog, B., Uddenberg, N., Kjessler, B.:* Fear of childbirth in late pregnancy. Gynecol. Obstet, Invest. 1981, *12*, 262. — 2. *Barnett, B., Parker, G.:* Possible determinants, correlates and consequences of high levels of anxiety in primiparous mothers. Psychol. Med. 1986, *16*, 177. — 3. *Beck, N. C., Siegel, L. J., Davidson, N. P., Kormeier, S., Breitenstein, A., Hall, D. G.:* The prediction of pregnancy outcome: maternal preparation, anxiety and attitudinal sets. J. Psychosom. Res. 1980, *24*, 343. — 4. *Benson, P., Little, B. C., Talbert, D. G., Dewhurst, J., Priest, R. G.:* Foetal heart rate and maternal emotional state. Br. J. Med. Psychol. 1987, *60*, 151. — 5. *Berkowitz, G. S., Kasl, S. V.:* The role of psychosocial factors in spontaneous preterm delivery. J. Psychosom. Res. 1983, *27*, 283. — 6. *Blomberg, S.:* Influence of maternal distress during pregnancy on fetal development and mortality. Acta psychiat. Scand. 1980, *62*, 298. — 7. *Blomberg, S.:* Influence of maternal distress during pregnancy on fetal malformations. Acta psychiat. Scand. 1980, *62*, 315. — 8. *Brown, W. A.:* Psychological care during pregnancy and the postpartum period. Raven Press New York, 1979. — 9. *Burton, B. K., Dillard, R. G., Clark, E. N.:* The psychological impact of false positive elevations of maternal serum alpha-fetoprotein. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, *151*, 77. — 10.*Burton B. K., Dillard, R. G. Clark, E. N.:* Maternal serum alpha-fetoprotein screening: The effect of participation on anxiety and attitude toward pregnancy in women with normal results. Am. J. Obstet, Gynecol. 1985, *152*, 540. — 11. *Crandon, A. J.:* Maternal anxiety and obstetric complications. J. Psychosom. Res. 1979, *23*, 109. — 12. *Crandon, A. J.:* Maternal anxiety and neonatal wellbeing. 1979, *23*, 113. — 13. *Di Renzo, G. C., Polito, P. M., Volpe, A., Anceschi, M. M., Guidetti, R.:* A multicentric study on fear of childbirth in pregnant women at term. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1984, *3*, 155. — 14. *Erickson, T.:* The influence of health factors on psychological variables predicting complications of pregnancy, labor and delivery. J. Psychosom. Res. 1976, *20*, 21. — 15. *Erickson, T.:* The relationship between psychological variables and specific complications of pregnancy, labor, and delivery. J. Psychosom. Res. 1976, *20*, 207. — 16. *Field, T., Sandberg, D., Quetel, Th., Garcia, R., Rosario, M.:* Effects of ultrasound feedback on pregnancy anxiety, fetal acitivity, and neonatal outcome. Obstet. Gynecol. 1985, *66*, 525. — 17. *Gorsuch, R. L., Key, M. K.:* Abnormalities of pregnancy as a function of life stress. Psychosom. Med. 1974, *36*, 352. — 18. *Herold, K.:* Neurosescreening bei Schwangeren lässt das Risiko eines unergewichtigen Kindes besser erkennen. Zent. bl. Gynäkol. 1987, *109*, 722. — 19. *Hunter, M. S., Tsoi, M. M., Pearce, M., Chudleigh, P., Campbell, S.:* Ultrasound scanning in women with raised serum alpha fetoprotein: long term psychological effects. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1987, *6*, 25. — 20. *Lederman. E., Lederman, R. P., Work, B. A., McCann, D. S.:* Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status. Am. J. Obstet. Gynecol. 1981, *139*, 956. — 21. *Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B., McCann, D. S.:* Anxiety and epinephrine in multiparous women in labor: Relationship to duration of labor and fetal heart rate pattern. Am. J. Obstet. Gynecol. 1985, *153*, 870. — 22. *Lightfoot, E. C., Keeling, B., Wilton, K. M.:* Characteristics distinguishing high-anxious and medium- low-anxious women during pregnancy. J. Psychosom. Res. 1982, *26*, 345. — 23. *Loizzi, P., Campagnola, L., Greco, P., DeMicco, R., Diaferia, A.:* Anxiety increase and non stress test. J. Foet. Med. 1985, *5*, 84. — 24. *Lukesch, H., Lukesch, M.:* S-S-G. Ein Fragebogen zur Messung von Einstellungen zu Schwangerschaft, Sexualität und Geburt. Hogrefe, Göttingen, 1976. — 25. *Lukesch, H.:* Schwangerschafts- und Geburtsängste. F. Enke, Stuttgart, 1981. — 26. *Magni, G., Rizzardo, R., Andreoli, C.:* Psychosocial stress and obstetrical complications. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1986. *65*, 273. — 27. *Mira, M., Vizzard, J., Abraham, S.:* Personality characteristics in the menstrual cycle. J. Psychosom. Obstet. Gynaecol. 1985, *4*, 329. — 28. *Morishima, H. O., Pedersen, H., Finster, M.:* The influence of maternal psychological stress on the fetus. Am. J. Obstet. Gynecol. 1978, *131*, 286. — 29. *Myers, R. E.:* Maternal psychological stress and fetal asphyxia: A study in the monkey. Am. J. Obstet. Gynecol. 1975, *122*, 47. — 30. *Newton, R. W., Webster, P. A. C., Binu, P. S., Makrey, N., Philips, A. B.:* Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour. Br. med. J. 1979, *2*, 411. — 31. *Newton, R. W., Hunt, L. P.:* Psychosocial stress in pregnancy and its relation to low birth weight. Br. med. J., 1984 *2*, 1191. — 32. *Oppenheim, G. B.:* Psychological disorders in pregnancy. In: Psychological disorders in obstetrics and gynaecology. Priest, R. G. (ed.) Butterworth, London, 1985. — 33. *Robinson, J. O., Hibbard, B. M., Laurence, K. M.:* Anxiety during a crisis: Emotional effects of screening for neural tube defects. J. Psychosom. Res. 1984, *28*, 163. — 34. *Selvaggi, L., Diaferia, A., Loizzi, P., Bettocchi, S., Calia, C., Moretti, A., Balducci, G., Barbanente, C.:* Untersuchungen über den Einfluss der mütterlichen Angst (Unruhe) auf den Gesundheitszustand des Fetus. Zbl. Gynäkol. 1984, *106*, 1528. — 36. *Simkin, P.:* Stress, pain, and catecholamines in labor: Part 1. A review. Birth 1986, *13*, 227. — 36. *Simkin, P.:* Stress, pain, and catecholamines in labor: Part 2. Stress associated with childbirth events: A pilot survey of new mothers. Birth 1986, *13*, 234. — 37. *Sipos K.:* A State-Trait Anxiety Inventory (STAI) magyar nyelvű változatával szerzett első tapasztalatok. In: Dancs I. (szerk.) 75 éves a MTA Pszichológiai Intézete. Az 1977. november 21—24-i tudományos ülésszak előadásai. Bp. 1978. — 38. *Sipos K., Sipos M.:* The Development and Validation of the Hungarian Form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger, C. D., Diaz-Guerrero, R. (eds.) Cross-Cultural Anxiety. Hemisphering Co., Washington, New York, London, 1983. — 39. *Smilkstein, G., Ashworth, C., Montano, D.:* Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. J. Fam. Pract. 1982, *15*, 303. — 40. *Smilkstein, G., Helsper-Lucas, A., Ashworth, C., Montano, D., Pagel, M.:* Prediction of pregnancy complications: an application of the biopsychosocial model. Soc. Sci. Med. 1984, *18*, 315. — 41. *Smilkstein, G.:* Perinatal outcomes and family medicine. J. Fam. Pract. 1987, *24*, 574. — 42. *Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E.:* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, California, 1970. — 43. *Standley, K., Soule, B., Copans, S. A.:* Dimension of prenatal

anxiety and their influence on pregnancy outcome. Am. J. Obstet. Gynecol. 1979, *135*, 22. — 44. *Szeverényi P., Kőrösi T., Lampé L.:* Nyitott szülőszoba — a férj jelenléte a szülésnél. Orv. Hetil. 1987, *128*, 1677. — 45. *Tsoi, M. M., Hunter, M., Pearce, M., Chundleigh, P., Campbell, S.:* Ultrasound scanning in women with raised serum alpha fetoprotein: Short term psychological effect. J. Psychosom. Res. 1987, *31*, 35. — 46. *Zichella, L. et al:* Psychological and psychoneuroendocrine correlates of normal labour. In: Carenza, L., Zichella, L. (eds.): Emotion and reproduction. pp. 731. 5th International Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology 1977, Academic Press, London, New York, San Francisco, 1979.

(Szeverényi Péter dr. *Debrecen*, Pf. 37. 4012)

VIGYÁZZON



NEHOGY CÉLT TÉVESSZEN !

MICROSYSTEM
Számítástechnikai Műszaki Fejlesztő Kisszövetkezet
1122 Budapest, Városmajor u. 74. Tel.: 565-366. Tx.: 22 3768 MS. Telefax: 559-296

TINSET tabletta — **G 000**

HATÓANYAG
30 mg oxatomidum tabl.-ként.

HATÁS
Az oxatomid két támadásponton ható antiallergiás szer. Egyrészt a mediátoranyagok (pl. hisztamin, serotonin) felszabadulását gátolja a hízósejtekből, másrészt ezen mediátorok hatásait gátolja a specifikus (hisztamin-, serotonin-, SRS-A) receptorokon. A gyomor-bél traktusból jól felszívódik. 91%ában a plazmafehérjékhez kötődik, széklettel, vizelettel ürül.

JAVALLATOK
Allergiás megbetegedések megelőzése és tüneti kezeése, elsősorban. rhinitis allergica, urticaria, conjunctivitis allergica, allergia nutritiva, valamint gyermekek extrinsic allergiás asztmás panaszai esetében. Az oxatomid egyéb antihisztaminokkal vagy antiallergikumokkal együtt is alkalmazható.

ELLENJAVALLATOK
Terhesség. szoptatás idején nem ajánlott, mivel nincs elegendő tapasztalat. gyermekeknek 2 éves kor alatt nem adható.

ADDAGOLÁS
Felnőtteknek általában napi 1 × 2 tabl., amely emelhető napi 2 × 2 tabl.-ra.
Gyermekeknek 2 éves kor alatt nem adható.

MELLÉKHATÁSOK
Ritkán szedáció, álmosság, szájszárazság. Ha szükséges, a dózis átmenetileg csökkenthető. Nagy adagok esetén étvágynövekedés észlelhető. Túladagolás esetén extrapiramidális mellékhatást válthat ki, elsősorban gyermekeken.

FIGYELMEZTETÉS
A Tinset akut allergiás állapotok (mint pl. asztmaroham, allergiás shock) megszüntetésére önmagában enm alkalmas. Más antihisztaminokhoz hasonlóan az oxatomid is csökkenti a vigilanciaszintet. Alkalmazásának első szakaszában — egyénenként meghatározandó ideig — járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos! A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. A gyógyszer szedésekor alkoholt nem szabad fogyasztani.

MEGJEGYZÉS ✠
Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal ismételhető.

CSOMAGOLÁS
2 × 25 db tabletta

OGYI eng. sz.: 5384/56/85

Janssen cég licence alapján gyártja:
KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, Budapest

KAZUISZTIKA

Ormay István dr.
és Kovács Péter dr

Féloldali süketséget okozó lymphocytás choriomeningitis

Fővárosi László Kórház IV. Belgyógyászati Osztály
(oszt. vez. főorvos: Ferencz Adrienne dr.),
Orr-Fül-Gégészeti Osztály
(oszt. vez. főorvos: Szolnoky Andrea dr.)

A lymphocytás choriomeningitis általában szövődmények kialakulása nélkül zajló jóindulatú betegség. A szerzők egy lázas fertőzés formájában jelentkező esetet ismertetnek, amely során féloldali, maradandó süketség alakult ki. Esetük kapcsán röviden áttekintik a lymphocytás choriomeningitis vírus fertőzések klinikumát, a diagnosztikus nehézségeket, továbbá szeretnék felhívni a figyelmet a főleg hidegebb hónapokban jelentkező influenzaszerű megbetegedések hátterében álló lymphocytás choriomeningitis fertőzés lehetőségére is.

Lymphocytic choriomeningitis causing unilateral deafness. Lymphocytic choriomeningitis is generally a benign disease passing off without complication. The authors describe a case where the disease appeared in the form of febrile infection and caused permanent unilateral deafness. In connection with this case the authors review briefly the clinical aspects, diagnostic difficulties of lymphocytic choriomeningitis vírus infection and wish to draw the attention to the possibility of a lymphocytic choriomeningitis infection in the background of parainfluenza diseases occurring mainly in cold months.

A lymphocytás choriomeningitis vírus általában idősebb gyermekek, fiatalabb felnőttek heveny, jóindulatú megbetegedését okozza, így komplikációk kialakulásával csak ritkán kell számolnunk. A LCM fertőzés szövődményei közt az irodalom parotitist, orchitist, arthritist, carditist, polyradiculitist, spontán abortust tart számon. Hazai szerzők 1971—1976 közti éveket felölelő, nagyszámú betegen végzett célzott vizsgálatuk során 76 esetben igazoltak LCM fertőzést, és ebből egyetlen betegben észleltek spontán abortust, mint a fertőzésre közvetlenül visszavezethető legsúlyosabb szövődményt. (5)

Ezzel szemben bizonyos vírusokról tudjuk, hogy az általuk okozott megbetegedés során maradandó halláskárosodás és/vagy egyensúlyzavar alakulhat ki. (parotitis, HSV, VZV, morbilli, rubeola) Az irodalmat áttekintve mindössze egyetlen közleménnyel találkoztunk, amely LCM fertőzésre visszavezethető féloldali hypacusisról és vestibularis laesióról számolt be. (7) Jelen dolgozatunkban egy általunk észlelt hasonló esetet szeretnénk bemutatni, amelyet ritkasága miatt tartunk ismertetésre érdemesnek.

Rövidítések: LCM: Lymphocytás choriomeningitis
IF: Indirekt fluorsszencia
KKR: Komplement kötési reakció
BERA: Brain Electrical Response Activity
EBV: Epstein—Barr-vírus
CMV: Cytomegalovírus
VZV: Varicella zooster vírus
HSV: Herpes simplex vírus

Esetismertetés

V. I. 47 éves férfi betegünk kórelőzményében pulmonális tuberculosis és kb. hat éve fennálló ulcus duodeni szerepelt. Jelen betegsége 1987. január végén kezdődött igen rossz közérzettel, elesettség érzetével, maximálisan 38,5 °C-ig terjedő lázas állapottal, kínzó fejfájással, torokfájdalommal; epigastriális égő érzésről is beszámolt. Otthonában gégészeti szakrendelésen is járt, ahol pharyngitist állapítottak meg. Doxycyclin szedése mellett állapota nem javult, ezért kb. három hete fennálló panaszai miatt osztályunkra utalták infectio virosa diagnózissal 1987. 02. 13-án.

Az elesett általános állapotú beteg felvételi statusában a következő eltéréseket rögzítettük: vérbő garatképletek, epigastriális nyomásérzékenység, 2 cm-rel nagyobb, tömött tapintatú máj. Felvételkor neurológiai tünete nem volt. Laboratóriumi paraméterei közül 90 mm/ó gyorsult süllyedés és normális minőségi eloszlású enyhe leukocytosis említendő, egyéb értékei a normál tartományban voltak. A mellkas, koponya, fül, orrmelléküregek és a nyaki gerinc radiológiai vizsgálatával eltérést nem sikerült kimutatni. Ismételten kértünk bakteriológiai vizsgálatokat a beteg köpetéből (Koch is), torokváladékából, vizeletéből és a lázas időszakokban levett hemokultúráiból, kórokozót azonban nem sikerült izolálni. Felső pánendoszkópos lelete: ulcus callosum duodeni.

Megfigyelése negyedik napjának reggelén a beteg baloldali, hirtelen kialakult nagyfokú hallászcsökkenésről számolt be, és ezt a tényt kórházunk Orr-Fül-Gégészeti Osztályán audiogrammal is rögzítettük. A betegtől ekkor fokozott nyomással ürülő, víztiszta liquort nyertünk, amely laboratóriumi elemzése típusos serosus gyulladás mellett szólt. (Pándy: +++, sejtszám: 430 l/mikroliter, üledékben 100%-ban lymphocyták, fehérje: 0,80 g/l [(80 mg%), (cukor: 2,7 mmol/l) (48mg%)] Az ekkor is negatív neurológiai status és a liquor lelet alapján neurológus konziliárusunkkal egyetértésben a hypacusis infekciózus eredete mellett foglaltunk állást.

Az általunk kért virológiai vizsgálatokkal nemrégiben lezajlott Influenza-A fertőzést valószínűsíthettünk. (Influenza-A KKR, savópár, titerben megadva: 1 : 128, 1 : 64) A beteg vérében és liquorában egyarátn IF-vizsgálattal LCM-vel szembeni per-

döntő titeremelkedést kaptunk, amely adatok aktuálisan zajló LCM-fertőzés mellett bizonyítottak. (LCM IF titer: *vér:* IgG: 1 : 160, IgM: 1 : 160, *liquor:* IgG: 1 : 160, IgM: 1 : 160) Egyéb irányban kért vizsgálatainkkal (EBV, CMV, VZV, HSV, Partotitis vírus, Mycoplasma pneumoniae, Borrelia burgdorfferi) ezen ágensek szerepét kizárhattuk.

A beteg tüneti kezelés és ACTH adása mellett láztalanná, halláskiesését leszámítva panaszmentessé vált, azonban ápolása 19. napján jobb oldalon jelzett faciális gyengeséget, balra tekintéskor I. fokú horizontális nystagmust, Romberg-helyzetben enyhe balra és hátra irányuló dőlési tendenciát észleltünk, javuló liquor kép mellett. (Pándy: +, sejtszám: 40 l/mikroliter, üledékben 100% lymphocyta, fehérje: 0,70 g/l [(70 mg%), cukor: 4,4 mmol/l (79mg%)] LCM IF-titer: *vér:* IgG: 1 : 160, IgM: 1 : 160, *liquor:* IgG: 1 : 160, IgM: 1 : 40) Mindezek alapján a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Radiológiai Klinikáján computertomográfiás vizsgálatot kértünk. Ennek negatív eredménye alapján a kisagy-híd szögleti térszűkítő folyamat lehetőségét sikerült kizárnunk.

A további kórlefolyás már eseménytelen volt, a beteg liquora teljesen normalizálódott, gyorsult süllyedése, leukocytozisa rendeződött. 1987. 05. 05-én a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Orr-Fül-Gégészeti Klinikáján objektív audiometriai vizsgálat (BERA) történt, amely eredménye: jobb oldalon normális latentiaidők, baloldalt maximális ingerrel sem válthatók ki agytörzsi potenciálok, megeggyezően a szubjektív audiometriás lelettel. Otoneruológiai vizsgálata alapján a vélemény: anacusis l. s. Centrális vestibularis laesio.

A beteg jelenleg, baloldali süketségét leszámítva, panaszmentes.

Megbeszélés

Az Arenavírusok legismertebb képviselőjét, a LCM-t először 1933-ban izolálták afrikai zöld majmokból, majd egy évvel később két meningitises beteg liquorából is sikerült kimutatni.

A vírus rezervoárjai a különböző rágcsálók, elsősorban a háziegér (Mus musculus), de aranyhörcsögök szerepére is gondolni kell, amint azt laboratóriumi dolgozók, illetve kedvtelésből állatot tartók körében fellépő csoportos megbetegedések kapcsán is észlelték. (1, 9) Ennek alapja az, hogy a még in utero a placentán keresztül, vagy közvetlenül a születés utáni kb. négy napon belül fertőződött állatoka vírust egész életük során tünetmentesen hordozzák és váladékaikkal a külvilágba üríthetik azt. Ezen immuntoleranciának nevezett állapotnak járványügyi jelentőségén túlmenően az immunválasz kutatásában, illetve bizonyos, például endokrin betegségek egyik lehetséges patomechanizmusának tanulmányozásában is fontos szerepe van. (6, 8, 12)

A környezetbe kijutott vírusok a porral keveredve inhaláció révén jutnak az emberi légutakba, ahol megtelepszenek, majd egy feltételezett átmeneti szaporodási szak után viraemia alakul ki. Habár a vírus nem obligát neurotrop, a viraemia során a vér-agy gáton átjutva elérheti a központi idegrendszert, ahol a kialakuló celluláris immunválasz következtében serosus gyulladás jön létre. (10) A vírus direkt cytopatogen hatással nem rendelkezik.

A LCM-fertőzés klinikailag három alapvető formában jelentkezhet, amint ez a lentebb vázolt patomechanizmusból sejthető. Lehet a fertőzés tünetmentes, bár ez emberi vonatkozásban vitatott, másrészt olykor lázas infectio, „influenzaszerű" megbetegedés formájában zajlik le, amint ezt kisebb epidemiák során is észlelték. (2) Harmadik, és legjellemzőbb megjelenési formája a központi idegrendszer gyulladásos megbetegedése. (meningitis, encephalitis) A LCM-fertőzés klinikai képe az egészen enyhe lefolyástól az ijesztő, akár delíriummal kezdődő megjelenési formáig igen változatos lehet, kimenetele azonban csak kivételesen fatális. A LCM-fertőzésnek specifikus tünetei nincsenek, bizonyos anamnesztikus adatok azonban ebbe az irányba terelhetik gondolkodásunkat:

A *környezeti anamnézis,* azaz egerekkel, aranyhörcsögökkel való kontaktus, vagy ennek lehetősége. Az állattal való kapcsolat szorosságánál fontosabb szerepet játszik a fertőzött por belélegzése, így az állat elhelyezése pl. jól szellőző ketrecben, vagy egerek által lakott helyiségek takarítása. (3) Betegünk kertes házban lakott, ahol gyakran voltak egerek.

Bizonyos *szezonalitás* is megfigyelhető, mivel a hidegebb hónapokban az egerek a meleget és védelmet jelentő épületekbe húzódnak.

A *tünetek* elemzésekor a lázat emelhetjük ki, amely típusos esetben kétfázisú. Az első lázas szakot az általános tünetek jellemzik, majd néhány láztalan nap elteltével az ismételten jelentkező lázzal párhzamosan alakulnak ki a meningeális izgalmi tünetek. Ezt a lázmenetet azonban egyéb vírusok okozta meningitisekben is észlelhetjük. (11) Sokan életük legkellemetlenebb betegségének jelölték meg az átvészelt LCM-fertőzést.

A *laboratóriumi vizsgálatok* során enyhén gyorsult süllyedést és mérsékelt leukocytosist észlelhetünk. Betegünk kezdeti magas süllyedése okaként az előzőleg lezajlott szövődményes influenza fertőzést jelölhetjük meg. A choriomeningitis lymphocytica *liquor* lelete általában 200—2000 l/Mikroliter közötti sejtszám-emelkedéssel, az üledékben 100%-os lymphocyta képpel, valamint 0,5—1,5 g/l (50—150 mg%) fehérjeszaporulattal, csökkent, vagy normális liquor cukor értékkel jellemezhető. Adott esetben komoly problémát okozhat a meningitis basilaris tuberculosától való elkülönítése.

Biztos diagnózis csak *szerológiai próbák* alapján állítható fel, amelyek közül a leggyorsabb eredményt az IF-vizsgálat adja. (4) Betegünk esetében is ezzel a vizsgálattal jutottunk diagnózishoz.

A LCM-fertőzések során a halálozás csak kivételes, ezért a betegség kórbonctanáról inkább csak állatkísérletek alapján rendelkezünk ismeretekkel. A vírus különösen a lágy agyhártyákon igen kifejezett kereksejtes beszűrődést indukál, egyébként elnevezése is innen származik. Egyéb, ismerten VIII. agyideg-károsodást okozó vírusfertőzések vizsgálata során azt találták, hogy a meatus acusticus internuson és/vagy a cochlearis aquaeductuson keresztül a belső fülbe jutó vírus az általa keltett gyulladásos beszűrődés révén hozza létre az érintett ideg maradandó károsodását. (7) Feltételezhetjük, hogy betegünk esetében is hasonló patológiai alapon jöhetett létre a vestibularis laesio és az anacusis.

A LCM-fertőzések *kezelése* tüneti, súlyosabb esetekben kortikoszteroidok adásával gyors javulás érhető el. Betegünk kórelőzményére való tekintettel (ulcus, TBC) átmenetileg ACTH-kezelést alkalmaztunk dehidrálás és egyéb tüneti kezelés mellett. Antibiotikumot indikáció hiányában nem használtunk, ototoxikus szert a beteg nem kapott.

IRODALOM: 1. *Amstrong, D., Fortner, J. G., Rowe, W. P. és mtsai:* meningitis due to lymphocytic choriomeningitis virus endemic in a hamster colony. JAMA, 1969. *209:* 265—267. — 2. *BAum, S. G., Lewis, A. M., Rowe, W. P. és mtsai:* Epidemic nonmeningitic lymphocytic choriomeningitis virus infection. N. Engl. J. Med. 1966. *274k:* 934—936. — 3. *Biggar, J. R., Woodall, J. P., Walter, P. D.:* Lymphocytic choriomeningitis outbreak associated with pet hamsters. JAMA 1975. *232:* 494—500. — 4. *Deibel, R., Woodall, J. P., Decher, W. J. és mtsai:* Lymphocytic choriomeningitis virus in man. JAMA, 1975. *232:* 501—504. — 5. *Ferencz A., Binder L., Telegdy L., Simon m.:* Felnőtt betegeink lymphocytás choriomeningitis vírus fertőzésének gyakorisága 1971—1976 közt. Orv. Hetil. *1979.* 120: 1563—1567. — 6. *Fields, N. B.:* Viruses and tissue injurie. Nature, 1984. *307:* 213—214. — 7. *Hirsch, E.:* Sensoneurinal deafness and labyrinth demage due to lymphocytic choriomeningitis. Arch. Otolaryngol. 1976. *102:* 499—500. — 8. *Hirsch, M. S., Murphy, F. A., Hicklin, M. D.:* Immunpathology of lymphocytic choriomeningitis virus infection of newborn mice. J. Exp. Med. 1968. *127:* 757—766. — 9. *Hirsch, M. S., Moellering, R. C. Pope, H. G. és mtsai:* Lymphocytic choriomeningitis virus infection traced to a pet hamster. N. Engl. J. med. 9174. *291:* 610—612. — 10. *Lehman-Grube, F.:* Lymphocytic choriomeningitis virus. Virology Monographs, V01.10. New York, Springer-Verlag. 1971. — 11. *Lepow, M. L., Conor, D. H., Wright, H. T. és mtsai:* A clinical, epidemiologic and laboratory investigation of aseptic meningitis during the four year period 1955—58. N. Engl. J. Med. 1962. *266:* 1181—1187. — 12. *Oldstone, M. B. A., Rodriguez, M., Gaughaday, W. H. és mtsai:* Viral perturbation of endocrine function: disorderec cell function leads to disturbed homeostasis and disease. Nature, 1984. *307:* 278—281.

(Ormay István dr. *Budapest,* Gyáli u. 5—7. 1097)

OMKER

ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

1989. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

Április 18—21. OMKEREXPO'89.
Nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítás a SOTE Elméleti Tömbjében.
Május 9—12. ORVOSI MŰSZEREK AZ NDK-ból
címmel bemutatót rendezünk az MLW INTERMED Magyarországon forgalmazott termékeiből.
Május 23—26. Kisszámítógépek az egészségügyi intézményekben II.
MŰSZAKI GAZDÁLKODÁSI RENDSZEREK
címmel bemutató az ORKI és az OMKER rendezésében.

Kiállításaink helyszíne az OMKER BEMUTATÓTEREM, Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: naponta 9—16 óráig.

Az OMKEREXPO'89 nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítást a SOTE Elméleti Tömbjében, Budapest, VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt rendezzük meg.

A programban változás lehetséges.

„A hit az élet ereje: az ember, ha egyszer él, akkor valamiben hisz. Ha nem hinné, hogy valamiért élnie kell, akkor nem élne."

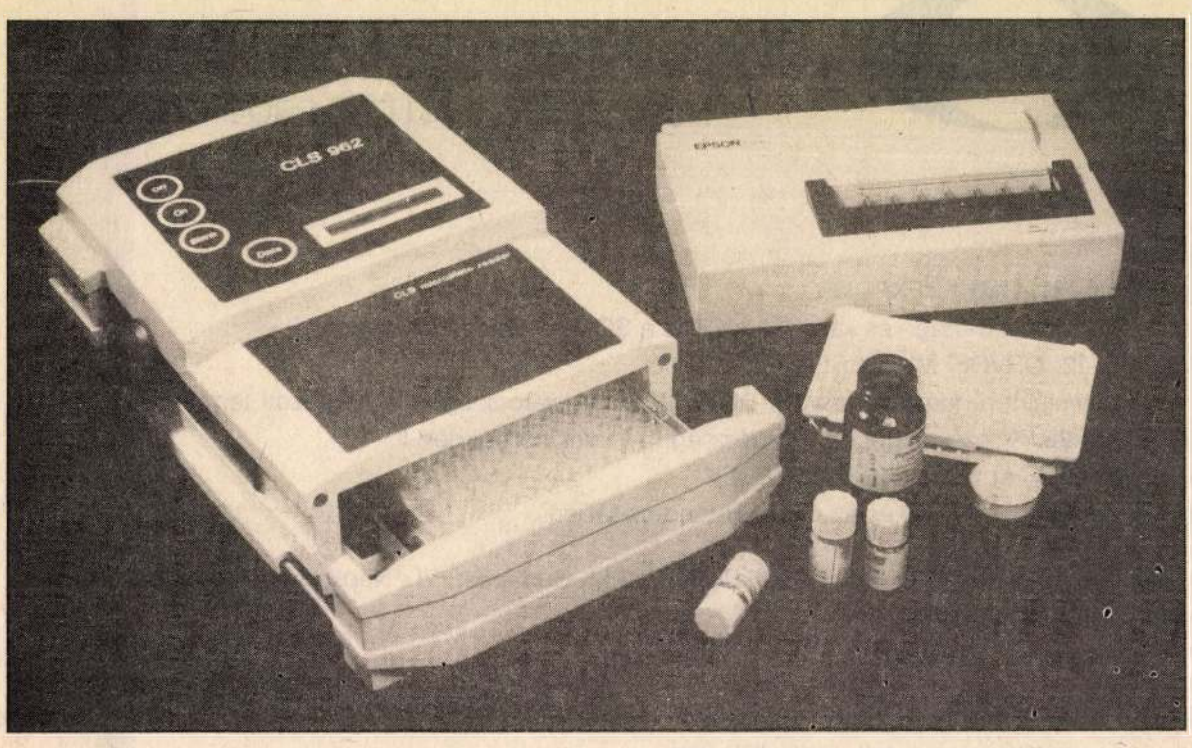
Tolsztoj

CLS—962 típusú MIKROTITER LEMEZFOTOMÉTER

A Cambridge Life Sciences (CLS) és a Biotechnika Rt. vegyesvállalata, a Biotechnology International Ltd. megkezdte a CLS—962 hordozható mikrotiter lemezfotométer árusítását Magyarországon.

JELLEMZŐK:

- 450, 492 nm fix szűrők
- digitális kijelzés
- kiváló reprodukálhatóság
- működtetés beépített teleppel vagy hálózatról
- kisméretű kiíróberendezés
- megbízható szervizszolgálat



Alapműszer: 100 000,— Ft alatti ár (+ÁFA)

BIOTECHNIKA RT

Budapest, VII., Asbóth u. 19.
Postacím: 1370 Budapest. Pf. 308
Telefon: 425-533, 425-534, 425-535
Telex: 22-4208 vepex h

BESZÁMOLÓK

A Német Vértranszfúziós és Immunhaematológiai Társaság symposiuma Zürich, 1988. 09. 14—18.

A kétévenkénti kongresszusok közti symposiumra ezúttal Zürichben került sor, az ottani transzfúziós intézet vezetője Frey-Wettstein professzor rendezésében. Az elhangzott tudományos és továbbképző előadások jól érzékeltették a transzfuziológia ma előtérben álló kérdéseit, ugyanakkor a számos svájci előadás révén jó betekintést adtak a svájci intézetek munkájába is. A symposiumot megelőző délelőttön munkabizottsági ülések zajlottak, magam a plazmafrakciókkal, majd a „nem rokon" csontvelődonorok szervezésével és nyilvántartásával, ill. a kryokonzerválással foglalkozó megbeszélésen vettem részt. A *plazmafrakcionálással* foglalkozó munkabizottság elsősorban a minőségi kontrollokról tárgyalt, ezek sorában nagy figyelmet szentelnek a készítmények alumínium tartalmának meghatározására. A *nem rokon csontvelődonorok* szervezéséről, vizsgálatáról és nyilvántartásáról szóló beszámolók előtt naprakész áttekintést hallottunk az irodalomról, ill. az elmúlt hónapok kongresszusain előadott 206 nem rokon csontvelő-transzplantáció diagnózis szerinti megoszlásáról és a betegek sorsáról, ill. az NSZK intézetek jelenlegi feladatairól. A kezdeti eredmények biztatóak, ami a csontvelődonorok szervezésének szélesítését indokolja. Az NSZK-ban 6 érdekelt haematológiai központban folyik ilyen szervezés (Essen, Hannover, Kiel, München, Tübingen, Ulm), adataikról havonta tájékoztatják egymást és nemzetközi kapcsolatokat létesítettek. A kivizsgálás nagyon költséges, a csontvelőtranszplantációs kapacitás kicsi, — mégis bizonyos javallatokban (elsősorban chr. fázisban lévő CML) biztatónak tekintik. Az elhangzottak megerősítik Hollán Zsuzsa professzor 1987-es, a nem rokon csontvelődonorok szervezésének hazai megkezdésére vonatkozó javaslatának szükségességét és időszerűséget. A *kryokonzerválás*sal foglalkozó munkabizottság főleg az *autotranszfúzió* céljára történő vvs. mélyhűtéssel foglalkozott, ill. az autológ és homológ célú felhasználás szervezési és jogi kérdéseit tárgyalta.

A symposium első főtémája a *transzfúzió és a vírusfertőzések* kapcsolata volt. Érthető érdeklődés nyilvánult meg a HIV viralis genom kimutatására alkalmas specifikus és érzékeny Polymerase Chain Reaction módszer iránt, a legújabb eredmények alapján többen úgy vélték, hogy hamarosan forradalmasítani fogja a HIV bizonyítására irányuló módszereket. A *HIV-antigén* donor szűrővizsgálatként történő bevezetése Ausztriában nem járt eredménnyel, hasonlóképpen az NSZK-ban sem. A transzfúzióhoz asszociált AIDS-ről szóló svájci referátum szerint a tényleges fertőzések száma a felismertek többszöröse, ugyanakkor számolni kell az 1982—85 közötti transzfúziós recipienseknél manifesztálódó további esetekkel is. Az irodalom alapján előrevetül a transzfúzióval történő HIV-2 átvitel növekvő lehetősége is. Döbbenetesként hatottak a HTLV-1 és HTLV-2 elterjedtségéről, a kibontakozó pandemiáról (Japán, Afrika, USA, Európa) és az eddigi transzfúziós átvitel lehetőségéről szóló adatok. A referens szerint ma már nincs HIV-2 fertőzésmentes európai ország. Elterjedése a lakosság szexuális magatartásától függ, — transzfúziós jelentőségét a jövőben figyelembe kell venni. A TOGA víruscsoporthoz sorolt *NANBH vírus* kimutatására nemrég kidolgozott *CHIRON-NANBH-ELISA módszer* érthetően nagy várakozást és optimizmust váltott ki („a Chiron-teszt 1—2 év alatt meg fogja tizedelni a NANBH-vírus hepatitist" — „NANBH-vírus vakcina készítése válik lehetségessé"). Már a verifikációs Immunblot-módszert is kidolgozták, az Elisa-teszt kereskedelmi forgalomba hozatala 1989-re várható.

Nagy gyakorlati jelentősége és értéke volt annak a referátumnak, amely a haemapheresis egységekben dolgozó ápolónőkről szólt, — jól jelezve, hogy egészen újszerű szakterületekről van szó, nemcsak magas szintű technikai ismereteket, hanem ugyanakkor alapos ápolási tapasztalatokat is feltételez. Nagyon részletesen elemezte a rájuk háruló sokoldalú feladatokat, a szövődmények megelőzését és korai felismerését, a therapiás pheresiseknél felmerülő sajátos problémákat. Meggyőzően rajzolta meg egy új ápolónő-asszisztensi tevékenység „foglalkozásképét". A hazánkban is szaporodó haemapheresis készülékek, ill. egységek is szükségessé teszik, hogy megteremtsük a *haemapheresis* egységekben dolgozó *asszisztensek* felkészítésének egységes programját.

Rendkívül érdekesek voltak a *vese-, szív-, máj- és pancreas transzplantációk* transzfúziós vonatkozásairól elhangzottak. Ha elgondoljuk, hogy 1987-ben 2000 szívátültetés történt, figyelembe vesszük a szívtranszplantációk sajátosan sürgős vérigényét (több száz donortól származó vér- és vérkészítmény), akkor érthetővé válik, hogy a szervtranszplantáció gyors fejlődése újabb és „izgalmas kihívást" jelent a transzfuziológia számára, ami nagyon átgondolt, egyeztetett és aktualizált stratégia kialakulását igényli, így új megvilágításba kerül a műtét alatti optimális Hb. conc. megítélése, a masszív transzfúzió szövődményeinek megelőzése, a CMV-átvitel veszélye stb. Elgondolkoztató volt azt is hallani, hogy az ún. cell saver (sejtmegőrző készülék) alkalmazása több szívsebészeti központban nem csökkentette az idegen vér igényt. Érthetően élénk vitát kavart a vesetranszplantáció kilátásait befolyásoló transzfúzió ügye. Egészen új adatok bizonyítják a transzplantátum iránti tolerancia kedvező befolyásolását (már egyetlen tr. esetén is), ha a véradó, a vesedonor és a veserecipiens HLA-DR azonosak.

A *csontvelőtranszplantáltak transzfúziós kezelése* szempontjából különleges helyzetet jelent, ha donor és recipiens ABO vércsoportja eltérő. Ilyenkor más elvek szerint kell transzfundálni a transzplantáció előtt, a transzplantációt követő hetekben és a transzplantátum megtapadása után. Az ABO inkompatibilis csontvelőtranszplantáltak vércsoportszerológiai szempontból is egészen különleges egyedeknek számítanak, akikre chimerizmusuk miatt nem vonatkozik a korábban abszolút érvényűnek tekintett Landsteiner-szabály. A plazmakészítmények és plazmafrakciók vírusneutralizálásával kapcsolatban megismerhettük nemcsak a mai lehetőségeket, hanem az NSZK és Svájc álláspontját is. Plazmakészítményekkel átvihető HBV, HDV, NANBHV és a parvovírus, teljes vérrel ezeken túlmenően a HTLV-1, a CMV, az EBV és ritkán a HAV is. A vírus inaktiválás ipari módszerei munka- és berendezésigényességük miatt költségesek. A vírus inaktivált készítmények közül az albumin egyértelműen veszélytelen, a jelenlegi IVIG készítmények csak nagy ritkán okoztak HBV v. NANBHV-átvitelt. Az alvadásaktív plazmafrakciók vírusmentesítése jelenti a legnagyobb gondot és a jelenleg nagyon divatossá vált és egyre szélesebb körűen alkalmazott FFP pedig a legnagyobb gyakorlati veszélyt.

Az *i*ntravénás *i*mmunglobulin (IVIG)-klinikai alkalmazásáról, a folyamatban lévő tanulmányokról széles körű, naprakész áttekintést hallhattunk, amely az utóbbi időben elterjedt javallatokon (ITP, gátlótestes haemophilia, autoimmun granulocytopenia) túl számos új kazuisztikus tapasztalatot ismertetett (lymphoproliferativ kórképek, CLL, Kawasaki-syndroma, SLE, myasthenia gravis, stb.). Az IgM-et és az endoxinellenes fehérjét is tartalmazó IgG készítmény (Pentaglobin) sepsisnél történő hatásmechanizmusáról hangzott el a sepsis kérdés egésze szempontjából több lényeges részadatot tartalmazó előadás. A polytranszfundált haemophiliásokról szóló svájci beszámoló szomorú és elgondolkodtató képet rajzolt a vírusinaktiválás előtti időszakban kezeltek magas HBV és HIV-1 fertőzöttségéről. Az alvadásaktív készítmények alkalmazásának stratégiája körül heves vita támadt. A többség DIC-ben csak AT.—III. concentratumok adását tartotta

---

Rövidítések:

AT—III. — antithrombin—III, *FFP* — frissen fagyasztott plazma, *HAV* — hepatitis A-vírus, *HDV* — hepatitis D-vírus, *HIV* — human immundeficiencia vírus, *HTLV* — human T-sejtes leukaemia vírus, *ITP* — immun thrombocytolytikus ill. cytopeniás purpura, *IVIG* — intravénás immunglobulin, *PPSB* — prothrombin proconvertin Stuart B-haemophilia faktor

indokoltnak és megengedettnek, ugyanakkor többen a PPSB mellett foglaltak állást. Nagyszámú betegen szerzett tapasztalatok bizonyítják, hogy az AT.—III. concentratumokkal szerzett klinikai tapasztalatok kedvezőbbek, mint a csak heparinnal kezeltekké (amit haemostaseologiai vizsgálatok is alátámasztottak).

A symposiumot követő napon társas kirándulást szerveztek a svájci Vöröskereszt Vérellátó Szolgálat berni Központi Intézetének megtekintésére. A gyászos emlékű Wankdorf-stadion tőszomszédságában fekvő hatalmas intézet nemcsak a „plazmafrakcionálás Mekkája", hanem méltán tekinthető a differenciált haemotherapia egyik európai fellegvárának (az erről szóló részletes beszámoló a Transfusióban fog megjelenni).

A symposium jól érzékeltette, hogy milyen jelentőségűvé vált a *vírusfertőzések* tral, ill. vérkészítménnyel történő átvitelének megelőzése, mennyire nélkülözhetetlen a megelőző rendszabályok befejezéseként végzendő *vírus-neutralizálás*, — egyáltalában milyen központi jelentőségűvé vált a *virológia*. Jól jelezte a csontvelőtranszplantációval kapcsolatos ismereteink és feladataink bővülését, az emelkedő számú szervtranszplantáció transzfúziós vonatkozásait. Nagyon előtérbe került az *intravénás immunglobulin* használata is. A NANBHV kimutatására szolgáló első eljárás pedig egy régi nehéz probléma megoldását ígéri.

Figyelve az előadásokat és részt véve a vitában, megnyugvással állapítottam meg, hogy a hazai transzfuziológia (ismert felszerelési, ellátási és személyi gondjai ellenére) felfogásában és törekvéseiben lépést tart az európai fejlődéssel.

István Lajos dr.

Osztrák Gyermek- és Ifjúsági Orvosok Társasága 26. kongresszusa (26. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde) 1988. szeptember 14—18. Pinkafeld/Burgenland és Baden bei Wien

Az Osztrák Gyermekorvosok Társasága 26. kongresszusának nyitónapja mindjárt két érdekességgel szolgált. Az egyik az volt, hogy a társaság nevét Osztrák Gyermek- és Ifjúsági Orvosok Társasága névre változtatta, a másik pedig az, hogy a kongresszust két különböző helyen rendezték meg.

A nyitónapon Pinkafelden (Pinkafő), a burgenlandi kisvárosban a gyermekkori diabetes szerepelt kizárólag a kongresszus műsorán.

A gyermekkori diabetes szekció pinkafeldi programjának az adott külön jelentőséget, hogy 25 évvel ezelőtt adták át a kilenc ausztriai SOS-gyermekfalu egyikét e kis burgenlandi városkában.

A gyermekfaluban mintegy másfél évtizede egy nagyon lelkes és aktív gyermekgyógyász, *Sulzer dr.* irányításával az Ausztria-szerte elhagyott diabeteses gyermekeket gondozzák, mintegy száz gyermekkori diabetesben szenvedő gyermekbeteget.

A nyitóelőadásban *E. Zweymüller* professzor, a társaság elnöke és a kongresszus védnöke a gyermekkori diabetessel kapcsolatos munkáról szólt, kiemelve, hogy Bécsben már a húszas évek második felében, tehát nem sokkal az insulin felfedezése után ambulancia működött e betegségben szenvedő gyermekek részére. *D. Michaelis* (Karlsburg), a világhírű *Katschs* professzor munkásságának állított emléket. Katschs professzor 1955-ben alapított egy gyermek diabeteses gyermekotthont, majd 1968-ban egy speciális bentlakásos iskolát a Rügenszigeteken.

Egymáshoz kapcsolódó témát ölelt fel *E. Schönle* (Zürich) és a nyugat-berlini team (J. Rönisch és mtsai) előadásában.

E. Schönle (Zürich) a serdülőkori diabetes problémáira hívta fel a figyelmet, 13—18 éves gyermekek kezelése során végzett felmérés nyomán, s beszámolt a Bázis—Bolus-séma (terápia) svájci tapasztalatairól.

Nagy feltűnést keltett *Johanna Rönisch* és munkacsoportjának (Team der Kinderklinik der Freien Universität Berlin) kerekasztal-megbeszélése. Diabeteses gyermekek a nagyvárosban c. munkájukban érzékelték Nyugat-Berlin egészségügyi ellátásának gondjait, az itt kezelt gyermekdiabetesesek elszigeteltségét. Hangsúlyozták viszont, hogy a szakemberek száma és képzettsége is megfelelő, egyedül a szanatóriumi gondozás — a város jellege miatt — nem megoldott.

A kongresszus további napjait (1988. szept. 15—18.) Baden bei Wien kongresszusi központjában tartották meg. A nemzetközi kongresszusokkal ellentétben, inkább az előadásokra fektették a szervezők a hangsúlyt (összesen 138 előadás hangzott el), s mindössze alig 20 poszter szerepelt a programban. A badeni kongresszus mottója: „Gyermekgyógyászat-interdiszciplináris együttműködés" volt. Összesen — a poszterkategóriát nem számolva — hat fő téma köré csoportosították az előadásokat. Az előadások párhuzamosan, hol két, hol pedig három helyszínen hangzottak el.

A kongresszus fő témái a következők voltak:
I. Orthopédiai megbetegedések a gyermek- és serdülőkorban; II. „Látás"; III. Gyermek- és serdülőkori nőgyógyászat; IV. A calcium-foszfor-anyagcsere zavarai; V. Új módszerek alkalmazása és azok jelentősége a gyermekgyógyászatban; VI. Diagnosztikus, therapiás és hygiéniai lehetőségek a fertőző betegségekben.

A fő témákon kívül mintegy 80 szabad előadás hangzott el. A nagyszámú kitűnő előadásból természetesen csak néhány érdekesebbet szeretnék kiemelni.

A. Fanconi (Zürich) a hereditaer vagyis D-vitamin rezisztens rachitises betegeiről számolt be kitűnő előadásban. Szerző a primer és szekunder fajták ismertetésén túl röntgenképeken is illusztrálta a kezelés melletti gyógyulást és javulást.

M. Tost (Halle/Saale) a szem fejlődési rendellenességeiről adott összefoglalót. A minor anomáliák (coloboma, mikro- és ablepharia) és major anomáliák (pl. tumorok) precíz felsorolásán túl, ismertette egyes fontosabb rendszerbetegségek (pl.: Sturge-Weber; M. Recklinghausen) szemészeti elváltozásait is.

W. Terruhn (Nürnberg) a gyermekkori vaginoskopia indikációját ismertette. Mindenképpen elővigyázatosnak kell lennünk gyermekek ezen nőgyógyászati vizsgálata esetén, de vérzés, vulvovaginitis, fejlődési rendellenesség, idegentest, valamint bűncselekmény, illetve annak gyanúja felmerülése esetén a vaginoskopia indikációja egyértelmű.

E. Wytischka (Wien) 12—14 éves lányok terhességéről, illetve szüléséről számol be előadásában. 1980. január 1. és 1987. december 31. között 12 845 12—14 éves korú terhes lány adatait követték végig, 44 esetben zajlott le szülés (ebből 2 12 éves korúnál), az átlagos születési súly 2940 g volt (kontrollcsoport 3350 g), a terhességi hét 38,6 volt, (kontroll 40,3 hét).

Nagy érdeklődés kísérte *J. Möse* (Graz) előadását, melyben a szerző a gyermekek HIV fertőzéséről és az ezzel kapcsolatos higiénés ismeretekről számolt be. 1987 júniusáig 351 AIDS-es beteg hivatalos nyilvántartása történt meg Ausztriában. Ez a szám 1988 júniusáig újabb 149-cel növekedett. Az osztrák tartományok között jelentős az eltérés. Érthető módon legtöbb beteg a fővárosban van, míg Burgenlandban eddig nem találtak nyilvántartott beteget. 1988. június 30-ig Ausztriában 7 nyilvántartott AIDS-es gyermekbeteget találtak (szerző összehasonlításul az NSZK: 25, Európa 206, New York városa: 900—920 nyilvántartott gyermekkori AIDS előfordulásának összegzését mutatta be). A betegség fékezésére történt intézkedések közül a Zinovudin (AZT) i. v. és orális alkalmazásáról számolt be az előadó, és részletesen kitért a vertikális — anyatej! — és horizontális — fogkefe — fertőzés veszélyeire.

Az Ausztriában nyilvántartott 7 gyermekkori AIDS-es beteg közül 4-et a linzi gyermekklinikán kezeltek, s az ő betegségük alakulásáról *F. Eitelberger és W. Tulzer* (Linz) számoltak be. Mind a 4 fertőzött gyermek anyja ugyancsak nyilvántartott AIDS-es beteg volt és kábítószeres, és közülük 2 már meghalt. Szerzők részletesen ismertették a gyermekkori AIDS tüneteit és a serologiai viszgálatokat is.

A vizsgált 4 gyermekkori AIDS-es gyermek közül 3-nál súlyos tüdőgyulladás és nyirokcsomó megnagyobbodás, a negyediknél pedig súlyos soor-os elváltozások voltak megfigyelhetők. Az alkalmazott cortison-therapia inkább a más kórokozók elleni megelőzésképpen szolgált. A kezelt gyermekek rendszeres immunglobulin adásban részesültek, ezen kívül trimetoprim kiegészítésével ACT-t kaptak a neuro-AIDS kivédésére.

H. Howanietz és mtsai (Wien) érdekes előadásban számoltak be különböző szappanok és mosószerek csecsemők bőrére gyakorolt hatásáról.

Összesen 40 csecsemő (életkor 1—12 hónap) — átlagosan 4,7 hónap — vizsgálatával kapcsolatos eredményekről számolt be, megállapítva, hogy az alkáli szappanok a legjobbak, illetve legkevesebb allergiás elváltozást okozóak.

A nagyszámú előadás jelentős része szociálpediátriai vonatkozású volt. Magyarországot „Wie häufig werden Kinder mit welchen Symptomen dem Kinderarzt vorgestellt"? című előadásommal képviseltem, és 2 év óta tartó felmérésem legújabb eredményeit mutattam be. A frankfurti Goethe Egyetemmel végzett közös kiértékelés eredményeképpen rámutattam, hogy amíg a szülők életkora és orvoshoz fordulási szokásai, valamint ismeretei között nincs összefüggés, addig a szülők képzettségi foka és betegségtüneti ismeretei, illetve orvoshoz fordulási szokásai között döntő többségben sszignifikancia mutatható ki.

Az előadásom utáni vitában *K. Jährig* professzor, az NDK Gyermekorvosok Társasága első elnöke, a magyarországi gyermekegészségügyi ellátásról, illetve a területi ügyeleti ellátásról kérdezett. *Helene Kapaun* (Magistrat der Stadt Wien) a kérdőíves munka kivitelezésével és lebonyolításával kapcsolatos technikai kérdéseket tett fel, kiemelve az 1500 kiosztott kérdőívből visszaérkezett, és 91% fölött kiértékelhető kérdőívek nagy arányát, *H. Steiner* (Graz) az osztrák iskolaegészségügy hiányosságaira felhíva a figyelmet — a legtöbb osztrák iskolában évente esetleg egyszer fordul meg iskolaorvos —, rámutatott a jól szervezett magyar iskolaegészségügyi ellátásra.

A kongresszus zárónapja két nagyon fontos kérdést tárgyalt. Osztrák és nyugatnémet előadók az országuk oltási helyzetéről számoltak be. *K. Stehr* (Erlangen) 259 pertussisos beteg kezeléséről számolt be, kihangsúlyozva, hogy az említett fertőző betegek 92,5%-a nem részesült védőoltásban.

E. G. Huber (Salzburg) a pertussis elleni orális védőoltás eddigi eredményeit ismertette; mindkét előadó hangsúlyozta, hogy e két országban a védőoltások adása nem kötelező, s a gondot súlyosbítja, hogy a vendégmunkások és azok gyermekeinek jelen lévő nagy száma és azok oltásának bizonytalansága megnehezíti e szempontból a gyermekegészségügyi ellátást.

A kongresszus zárógondolatait *W. Schmidt* (Regensburg) a Nyugatnémet Gyermekorvosok Társasága elnöke foglalta össze. Előadásában: — „Pediátria 2000-ben" — szólt a jelen gondjairól és a jövő elképzeléséről. Ismert tény, hogy Európa legtöbb országában egyre kevesebb gyermek születik, egyre kevesebb gyermeket kezelnek a gyermekosztályok, és a következő évtized végére a gyermekorvosok munkájának várhatóan 60—65%-át a prevenció, 25—30%-át a sérült gyermekek gondozása teszi ki, és csak mintegy 10%-át a kuratív munka. Előadásában kitért a magyarországi gyermekellátással kapcsolatos előadásomra is, kiemelve a jól szervezett magyar iskolaorvosi munkát, illetve a gyermekorvosok által végzett — általam szá-

mokkal is alátámasztott — túl sok felesleges vizsgálatot. Hangsúlyozta a „kis" gyermekosztályok szerepét, a területre kerülő felnőtt- és gyermekbeteget ellátó orvosok képzése miatt, kiemelve az alapellátásban dolgozó felnőtt- és gyermekorvosok együttműködésének fontosságát.

A posterbemutató során összesen 20 poster szerepelt, melyből kiemelném *M. Lassi és mtsainak* (Wien): Cystinosis — a renális rachitis ritka okozója — és *G. Hausler és mtsai* XXXXY című munkáját.

A kongresszus résztvevői részére a rendezők gazdag kulturális programot állítottak össze (társasági est, Pinkafeld és Baden főpolgármestereinek és Alsó-Ausztria tartományvezetőjének fogadása a meghívottak tiszteletére).

A hangverseny eltért a szokásostól, hiszen a német gyermekorvosok 100 tagú szimfonikus zenekara adott nagy sikerű komolyzenei estet a badeni Stadttheaterben.

Köszönetemet fejezem ki E. Zweymüller professzornak, az Osztrák Gyermek- és Ifjúságegészségügyi Társaság elnökének a személyre szóló meghívásért, és a Győr-Sopron Megyei Kórház-Rendelőintézet vezetőségének, hogy szolgálati jellegű kiutazásomat engedélyezték.

Külön köszönetemet fejezem ki az MTA Soros Alapítványnak, hogy dollártámogatásukkal kinntartózkodásom teljes költségét megtérítették.

Schmidt Péter dr.

A Salzburgban 1988. november 26—30. között rendezett II. Transzkranialis Doppler Szonográfiás Világkonferenciáról. Dr. Rózsa András: Budapest Főv. Tan. János Kórház Neuro-psychiátriai osztálya

1988. november 26—30. között rendezték meg a II. Transzkraniális Doppler Szonográfiás Világkonferenciát Salzburgban, a doppler technika, illetve jelenség felfedezője, Christian Andreas Doppler tiszteletére, aki Salzburg város szülötte volt. A transzkraniális doppler szonográfia (TCD) 1985—1986-ban vált technikailag lehetségessé, amikor sikerült megoldani azt az akadályt, amit a csontos koponya hatása jelent az ultrahang vizsgálatokban. Ekkor jelentek meg és terjedtek el világszerte azok a berendezések is, melyek akár a rutin klinikai gyakorlatban is egyszerűen használhatóak. A konferencia tiszteletbeli elnöke Z. Kaneko volt, aki úttörő munkát végzett az ultrahangtechnika kidolgozásában, elnöke R. Aaslid, aki az agyi erek részletes ultrahang vizsgálatának technikáját dolgozta ki. A TCD technika lényege, hogy az agyi ereket fokuszált doppler sugárral 2—4 mm-es lépésenként lehet letapogatni, azután ezt megfelelő számítógépes program segítségével akár három dimenzióban is megjeleníteni.

A konferencia 12 szekcióban dolgozott, valamint a poster szekcióban 51 postert mutattak be. Két igen eredeti előadást emelek ki először: Furahuta és Okamura számolt be arról, hogy B-módban is sikerült felvételeket készíteni az agyról, a squama temporalen keresztül, és ezeket két dimenzióban, színes felvételeken folyamatosan megjeleníteniük. A felvételeken az agytörzs, az agykamrák, a processus clinoideusok területének megfelelően ábrázolták ultrahangtechnikával egyrészt az agyi structurakat, az a. carotis internat, a cerebri mediat, a cerebri posteriort és a cerebri anteriort. Így egyidejűleg jutottak az agyi structurak ultrahangos ábrázolásához, valamint az agyi erek aktuális áramlási dinamikájához, vagyis az agyi erek duplex vizsgálatához. A másik kiemelkedő előadás — talán a konferencia szenzációja — Riess dr. beszámolója volt (Bonn), akiknek — egyelőre állatkísérleteken sikerült olyan kontrasztanyagot előállítani, mely minden doppler elven alapuló élettani vizsgálat, így elsősorban a TCD feloldóképességét 200-szoros nagyságrendben növeli meg. Felfedezésük igazi „serendipity" felfedezés volt: észrevették azt ugyanis, hogy nyitott mellkasműtétek során, a folyamatosan felvett TCD görbéken, az a. cerebri mediakban hatalmas, az egyes áramlási görbéktől független jelek jelentkeztek. Ezekről kiderült, hogy mikro levegő embolizációk, melyek azonban semmiféle klinikai károsodást, tünetet nem okoztak. Ez adta az ötletet ahhoz, hogy előállítsanak olyan kontrasztanyagot, melyben a kontraszt médium lényege éppen az, hogy 2—4 mikron átmérőjű levegő zárványokat tart oldatban, mely akár iv. akár intraarterialisan, akár intracardialisan adva többszörösére növelte a felbontóképességet. Későbbiekben a levegő mikrobuborékok a szervezetből eltávoznak. A kísérleti állatokat felboncolva, sem az agyban, se a tüdőben, sem más szervekben semmiféle embolizáció gyanúját felvető károsodást kimutatni nem lehetett. A rendkívül gazdag programból, szinte csak találomra tallózva emelnék ki néhány előadást. Vizsgálták pl. Ketamin alacsony dózisának hatását az agyi erekben, bizonyítást nyert, hogy a Ketamin fokozza az agyi vérátáramlást, növekszik az áramlási sebesség, a pulsatilitási index csökkenése alapján az agyi vascularis rezisztencia csökkenése állapítható meg. (Werner és mtsai.)

Hashimoto és mtsai az agyi erekben mérhető áramlási sebesség és az intracranialis nyomás közötti összefüggéseket vizsgálták. Nelson és mtsai carotis lekötés után az agyi erek hypercapniara való reakcióját vizsgálták, és azt Xenon 133 rCBF vizsgálattal vetették össze, ennek segítségével mérték fel a ligatura felhelyezése után az agyi erek rezerv kapacitását. Többen végeztek összehasonlítást a subarachnoidealis vérzés (SAV) vasospasmusanak, ill. klinikai követésének összehasonlítását célzó vizsgálatokat, és egyértelműen megállapítást nyert, hogy TCD-vel a legpontosabban követhető a vasospasmus zajlása, összehasonlítva a SPECT vizsgálatokkal is.

Mások jellegzetes doppler változásokat találtak a klasszikus migrén egyes szakaszai alatt (Liboni és mtsai), (Beneditti és mtsai), (Haring és mtsai). Úgy tűnik, az agyi tumorok keringési viszonyainak, ill. térfoglaló jellegének tisztázásában a módszer még nem elég kifinomult.

Kiderült viszont az, hogy egyértelműen hasznos vizsgáló módszer az agyi keringészavarok tisztázásában (Ringelstein), Szostek és mtsai szellemesen tisztázták azt, hogy CAG-on ábrázolható tortuositas, ill. kinking operatív indikációt jelent-e: a betegek fejére fixálható szondát helyeztek, melyet a media egy szakaszára centráltak, így a legkülönfélébb nyaki mozgásokra derült ki, hogy vezet-e ez a manőver a nyaki erek leszorításához. Hasonló elv alapján tisztázták azt, hogy milyen jellegű keringészavarok jelentkeznek a vertebralis, illetve a posterior területén a fej mozgatásaira, vertebrobasilaris insuffitientiában. Egyértelműen használható eredményekhez jutottak, amikor a circulus Willisii rezerv kapacitását mérték (Ringelstein) stroke-ban szenvedő betegeken. Bizonyítást nyert, hogy elsősorban a cerebrovascularis betegeknél értékes a módszer, pl. extra- és intracranialis stenosisok és occlusiok haemidinamikájának kimérésében (Kaps; Giessen), az agyi kompenzáló jelentősebb áramlásirányok kialakulásának mérésében (Inzitari), egy- és kétoldali nyaki occlusiokban az agyi collateralis keringés változásaiban (Assfalg), a basalis nagyerek stenosisainak és occlusioinak vizsgálatában (Reutenberg), carotis interna stenosisokban, az agyi rezerv kapacitás mérésében (Keuen).

Mások az extra-intracranialis bypass műtétek utáni basalis keringési viszonyokat vizsgálták (Klein és mtsai, Karnik és mtsai). Halsey TCD segítségével pedig az akut hemiplegia prognosztikus csoportjait tudta elkülöníteni. Sok előadás foglalkozott az akut stroke haemodinamikai eseményeivel (pl. Landi és mtsai, Niederkorn és mtsai). Összehasonlításra kerültek a vascularis dementiak és az Alzheimer típusú dementiákban észlelhető keringésbeli különbségek. Külön szekció foglalkozott a posterior területi keringészavarok vizsgálatával. Más szekcióban a TCD technika gyermekgyógyászati használata került terítékre. Külön szekciók foglalkoztak a SAV és az agyi érmalformációk haemodinamikájával. Mint írtam, egyértelműen követhető TCD-vel a spasmus alakulása.

Rheológiai vonatkozásokban csak a sarlósejtes anaemiában mérhető TCD változások leírását emelném ki, itt is, mint más rheológiai következményekkel járó betegségekben, nagy a stroke kialakulásának veszélye, elsősorban gyermekeknél. Mások a nyaki endarterectomiak TCD monitorozásáról számoltak be (Endelmann és mtsai, Powers és mtsai). Több beszámoló volt a nagyerek keringésének gyógyszerhatás alatti változásairól (Compton és mtsai, Bray és mtsai etc.).

A konferencia alatt bemutatásra kerültek az 1989-ben forgalomba kerülő berendezések, melyek már lényegesen, úgy tűnik egy újabb generációval pontosabban végzik az agyi erek doppler lokalizációját 3 dimenzionális ábrázolásban, valamint hihetetlen mennyiségű adat szimultán, ill. választás szerinti feldolgozására és értékelésére képesek.

Összegezve: rendkívül magas színvonalú konferencián vehettem részt, mely egy új, gyorsan fejlődő neurosonológiai ággal foglalkozott.

Rózsa András dr.

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 a nemi életet ritkán, alkalomszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2—4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknek a kombinált fogamzásgátló tabletta szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK:
Máj- és epeutak betegségei, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS:
Egyszeri vagy megismételt közösülés után az első közösülést követően 1 tablettát kell bevenni.
Tartósabb együttlétet (többszöri, halmozott coitust) követően az első tabletta bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát. (Halmozott közösülés esetén tehát összesen 2 tabletta vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK:
Hányinger, áttöréses, illetve megvonásos vérzés jelentkezhet a tabletta utáni 2—3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS:
Havonta összesen 4 tabletta szedhető!

MEGJEGYZÉS: ✠
Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 2—3 hónapra elegendő mennyiség (10 tabletta) rendelhető. — Rendelhetőségét a 23/1983 (Eü. K. 23.) utasítással módosított 23/1973 (Eü. K. 17.) Eü. M. utasításban, valamint az Eü. M. 89560/1979 (Eü. K. 1980. 1.) sz. közleményben szabályozzák.

CSOMAGOLÁS:
10 db tabletta

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Szív- és keringési betegségek

A nyugalmi EKG és a terheléses teszt jelentősége az instabil angina prognózisának megítélésében. S. Severi és mtsai (Univ. Pisa): Eur. Heart J., 1988, *9*, 441.

A szerzők 374 instabil anginás beteg (341 férfi és 33 nő, átlagéletkor 52 év) vizsgálatainak és 8 éves utánkövetésének adatait dolgozták fel. A nyugalmi és terheléses EKG-n kívül coronarográfiát és bal kamrai funkció meghatározást végeztek. Ezek alapján a betegeket a következőképp csoportosították: 1. Normál nyugalmi EKG és negatív terheléses vizsgálat (54 beteg). 2. Normál nyugalmi EKG, pozitív terheléses vizsgálat (86). 3. Kóros nyugalmi EKG, negatív terheléses vizsgálat (59). 4. Kóros nyugalmi EKG és ischaemiás jeleket produkáló terhelés.

A koszorúserek sclerosisának súlyossága és a bal kamra funkciójának csökkenése progresszíve fokozódott az 1. csoporttól a 4. csoportig, bár a bal kamrai funkció nem mutatott szignifikáns különbséget a 2. és 3. csoport között. Gyógyszeres kezelés mellett 1—8 évig követték az állapot alakulását. Az 1. csoportból a követési periódus alatt csupán egy beteg szorult sebészi beavatkozásra (bypass műtét), míg a 2., 3., 4. csoportból 22, 7 és 46. — Nyolcéves túlélés az első csoportnál 100%, a másodiknál 97%, a harmadiknál 88% és a negyediknél 70%. Statisztikailag szignifikáns különbség mutatkozott az 1—3., az 1—4., a 2—4. és a 3—4. csoport között.

Adataikból arra következtetnek, hogy a nyugalmi és terheléses EKG alapján az instabil anginás betegek jól szelektálhatók, és az 1. csoportnak jó a hosszú távú prognózisa. Ezeknél a betegeknél elkerülhető az angiográfia, így csökkenthetők a költségek a betegek egészségének veszélyeztetése nélkül.

Vigyázó György dr.

Béta-receptor-blokkolók koszorúér insufficientiában és szívizom infarctusban. Bleifeld, W., Kupper, W. (Medizinische Klinik, Abteilung Kardiologie, Universitätskrankenhaus Eppendorf, D-2000 Hamburg 20.): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113*, 565.

Nyugat-európai adatok szerint a cardiovascularis betegségben meghaltak 55%-a ischaemiás vagy más szívbetegségben szenvedett. Ezek 2/3 részében a halál hirtelen következett be. Az okok: kamra fibrillatio, illetve kamrai tachycardia következtében elégtelen pumpaműködés. A hirtelen halál szívizom infarctusban (MI) is az említettek miatt következik be. A gyógyszeres kezelés feladata a hirtelen halálhoz vezető állapot: ischaemia, MI megelőzése, a bekövetkezett MI nagyságának redukciója, a kamra fibrillatiónak és a pumpaműködés elégtelenségének kivédése. A szerzők irodalmi adatok alapján pathophysiologiás szempontból összefoglalják, hogy mi a jelentősége a béta-blokkolóknak (Bl) az említett terápiás célkitűzés elérésében.

A coronaria keringés insufficientiájának pathophysiologiáját az O_2 kínálat és szükséglet közötti aránytalanság határozza meg. *Az O_2 kínálat* a véráramlás növekedése útján fokozódhat. A vérnyomás emelkedése a perfúziós nyomást, az áramlást fokozza: az O_2 kínálat emelkedik. A koszorús-erek tónusának már kisfokú csökkenése jelentősen emeli az áramlást a coronariák tágulása útján (coronaria rezerv). A frequentia szaporodásakor viszont a diastole megrövidül, és mivel az áramlás növekedése a diastolében következik be, ilyenkor csökken az áramlás és az O_2 kínálat is. *Az O_2 szükségletet* emeli a szívfrequentiának fokozódása, a szívizom kontrakciós erejének és a szívizom feszülésének növekedése. Egyszerű klinikai korreláció: az O_2 szükséglet arányos a systolés nyomás és a frequentia szorzatával.

A koszorúér szűkületétől distalisan a nyomás esik, emiatt csökken az áramlás. Anginás roham esetén, szívizom ischaemiánál generalizált bal kamrai dysfunctio állhat elő: a bal kamra végdiastolés nyomás emelkedése, a perfúziós nyomás csökkenése emeli az O_2 szükségletet→csökken az áramlás→fokozódik az ischaemia. Ugyanakkor az áramlás esését ellensúlyozza, hogy a poststenotikus területen a kis arteriák tónusa csökken, vasodilatatio jön létre, az áramlás fokozódik (coronaria rezerv). A folyamatba metabolikus tényezők is belejátszhatnak (hypokalaemia, calcium túlsúly, katecholamin kiáramlás stb.).

A béta-blokkolók legfontosabb hatásai: Csökkentik a szívműködés szaporaságát. Ez, valamint a kontrakciós erőnek, a kamrafal feszülésének és nyomásának kisebbedése csökkenti az O_2 szükségletet. Metabolikus effektusokban is szerepe van: felfüggeszti az ischaemia következtében kiáramló katecholamin frequentiát fokozó hatását. A coronaria rezervet mozgósítja; ezáltal is kedvező irányban befolyásolja a koszorúér keringést. Mindezek következtében az ischaemiás területen nő a lokális áramlás, a folyamat a regresszió irányába tolódhat.

Állatkísérletek igazolják a Bl-nak a MI-ban kifejtett kedvező hatását. *Vic-Mo és mtsai:* coronaria elzáródásban 15 perces propranolol, timolol, metoprolol kezelés után boncolásnál az infarctus nagysága 20—36—40%-kal kisebb a kontroll csoporténál. Mások az ischaemiás szívizom dysfunctiójának javulását, illetve a létrejött katecholamin hatás gátlását észlelték.

Embereken számos olyan vizsgálat történt, amely a Bl-nak a coronaria insufficientiára és MI-ra gyakorolt hatását figyelte. Ezek szerint a Bl-kal való kezelés csökkenti az anginás rohamok gyakoriságát, a nitrát szükségletet, az EKG-ban az ST süllyesztettséget. Gátolja a MI kifejlődését és a kialakult MI nagyságának redukcióját hozza létre. A redukció nagysága 9—40%-ot is elérhet, és durván a Bl-k egyik jellegzetes hatásával, a frequentia csökkenésével arányos. A Bl kezelés csökkenti a MI mortalitását és a reinfarctus kialakulását. Egyes Bl-k emelik a se. K szintjét, ezáltal csökkentik a ritmuszavar kifejlődésének veszélyét.

A Bl-k, a nitrátok és a calcium antagonisták, valamint az invazív beavatkozások mellett jelentős kiegészítő szerepet játszhatnak a szívizom ischaemia illetve az MI kezelésében.

(Ref.: A szerzők dolgozatukban a pathophysiologiás történéseket az áramlás törvényszerűségeiből, képleteiből vezetik le. Az érdeklődőknek ajánlatos ezek tanulmányozása.)

Rochlitz Károly dr.

Okoz-e a pitvarfibrillatio elektromos kezelése szívizomlaesiót? Metcalfe, M. J. és mtsai (Aberdeen Royal Infirmary, and Department of Chemical Pathology, University of Aberdeen, Skócia): Brit. med. J. 1988, *296*, 1364.

Általános aggodalom, hogy a pitvarfibrillatio elektromos cardioversiója szívizomkárosodást okozhat. A szerzők ezt a kérdést szerették volna végleg eldönteni, ezért nemcsak a kreatinin-kinasét és annak még specifikusabb izoenzimét vizsgálták e beavatkozás során, hanem a sokkal fajlagosabb radioaktív módszert is alkalmazták (^{99}Technetium-pyrophosphatot), mely amellett igen szenzitív is a szívizomkárosodás kimutatására.

25 betegük életkora 33—78 év közötti volt (átlag: 55,9 év), s mindannyian kaptak anticoagulans kezelést a cardioversio előtt s utána 6 héten át. E beavatkozás előtt, valamint 36 óráig utána minden 6 órában vettek plazmát vizsgálatra CK-, CK MB izoenzim-vizsgálatra, míg a ^{99}Technetiumos eljárásra a cardioversio előtt s utána 36 óra múlva vettek mintát, s ennek scanvizsgálatát mind planárisan, mind tomographikusan elvégezték. A 25 beteg közül 21-ben járt sikerrel a cardioversio; közülük 16-nak 3 hónap múlva is sinus-rhythmusa volt.

Egyetlen radioaktív vizsgálat sem mutatott ki szívizom-érintettséget; ugyanakkor a nagyenergiájú (= 400 J) 6 cardiovertált egyén közül 5-ben jól értékelhető radioaktivitást találtak az elülsőfali mellkasi izomzatban. Ami az enzimvizsgálatokat illeti, a basalis CK-aktivitás 8—176 E/l közötti volt (átlag: 36 E/l s ez az érték 75 E/l alatt normális); az MB izoenzimszint minden esetben a normál érték alatti volt. A cardioversio után mért értékek között a CK-csúcsaktivitás 17—8586 E/l közöttinek bizonyult, 917 E/l-es átlaggal; az MB izo-

enzimszint csúcsa 6 betegen emelkedetté vált, de lényeges szintemelkedést csak 2 esetben észleltek: 34, illetve 102 E/l-t, mégpedig olyanokon, akiknek CK-csúcsa is jelentősen magas volt (1810—8586 E/l).

Állatkísérletekben valóban írtak le defibrillatióval összefüggésbe hozható szívizomkárosodást; emberben — legalábbis az eléggé fajlagos MB izoenzim tekintetében — azonban általában nem. Igaz, hogy e betegek nem szenvedtek mellkasi traumát s ambulanter látták el őket. Olyan észlelések is voltak, hogy az össz-CK szint ugyan jelentősen emelkedett cardioversio után, de ezen belül csökkent az MB izoenzim százalékos aránya. Saját anyagukban a szerzők az MB izoenzimszint emelkedést mindig össz-CK szint emelkedéssel együtt észlelték. Legfontosabb tényező azonban az, hogy az MB izoenzim sem specifikus a szívizomkárosodás szempontjából, mivel a szívizomban jelen levő 14—20%-on kívül a vázizomzatban is van 3—5% ebből az enzimből. Így érthető, hogy a nagyenergiájú elektroshockkal kezeltek között találtak aránylag jelentős fokú MB izoenzimszint emelkedést, ez azonban a mellkasi izomzat sérüléséből eredt s nem a szívizom károsodásából. Ezt egyértelműen bizonyítani tudták — különösen tomographiával — fenti radioaktív vizsgálataikkal, miután ezekben az esetekben sem vett fel a szívizom semmit a ^{99}Technetiumból, míg az elülső mellkasfali izomzatban ugyanakkor számottevő aktivitást találtak. Szerencsére e betegeknek sem volt más panasza enyhe mellkasi dyscomfortérzésen kívül. Megjegyzik még, hogy általában 1 g szívizom-pusztulás kb. 100 E/l MB izoenzim felszabadulással jár.

A szerzők fenti vizsgálataik alapján az elektromos cardioversiót a szívizom szempontjából ártalmatlan beavatkozásnak tartják.

Major László dr.

Az intracardialis elektróddal történő pacemaker kezelés 25 éve. Lagergren, H. (Department of Surgery, Huddinge University Hospital, Karolinska Institute, S-14186 Huddinge, Sweden): Lancet, 1988, *I*, 636.

25 évvel ezelőtt írták le először a pacemaker (PM) beültetésnek a ma is általánosan alkalmazott módszerét, melynek során helyi érzéstelenítésben a vénán keresztül a szív üregeibe elektródot vezetnek, s annak másik végét a bőr alá beültetett generátorral kötik össze. Ma már 200000-nél is több PM-t ültetnek be a világon évente.

A szerzők áttekintik az elektroterápia kialakulását és fejlődését. Elsőként a világon 1908-ban egy morfin túladagolás következtében létrejött szívmegállást sikerült a külső mellkasfalra helyezett elektródokon leadott elektromos impulzusokkal megindítani. 1947-ben vezették be a defibrillációt. Még ugyanebben az évben 2 betegben a szinusz csomót sikerült ingerelni, s ily módon a szívet újraindítani. Pár évvel később teleppel működő PM generátort fejlesztettek ki, s 1952-ben hasonló külső, teleppel működő PM-t alkalmaztak egy teljes AV blokkos beteg kezelésére. 1958-ban *Senning és Elmquist* már kisméretű PM-t ültetett be egy 43 éves férfinak. Ez a PM és az elektródák csak néhány hétig működtek, de a beteg életben maradt. 1958-ban *Furmann és Robinson* vezetett először PM elektródot vénán keresztül a jobb kamrába. 1962-ben történt az intracardialis PM kezelés ma is alkalmazott módszerének kifejlesztése. 1957-ben *Folkmann és Watkins* kutyakísérletben bifokális stimulációt alkalmazott. 1963-ban *Nathan* és mtsai hasonló, pitvar által szabályozott készüléket ültettek be egy betegükbe. Majd *Rodewald* és mtsai bevezették a tartós pitvari trigger elven működő stimulációt. PM kompetíció megakadályozása céljából találták ki az egyetlen elektródon történő érzékelést és ingerlést, először a „kamrai triggerelt" típust. Mivel ez a PM a 70 feletti frekvencia esetén is leadja a stimulust, így sok energiát használ fel. Energiatakarékosabb a „QRS-gátolt" típusú PM, amely kamrakontrakció esetén szünetelteti az impulzus leadását.

Ezt követően a PM terápia fő indikációiról olvashatunk. A bradycardiával, eszméletvesztéssel járó stabil és intermittáló III. fokú AV blokk estén mindig be kell ültetni a PM-t. Magas fokú AV blokk kialakulását előrejelző AV blokk esetén szintén be szokták ültetni a PM-t, azonban az újabb tapasztalatok alapján ezek a vezetési zavarok ritkábban progrediálnak, mint ahogy azt korábban gondolták. Gyakran előfordul az is, hogy syncope miatt kerül a beteg orvoshoz és néhány szabálytalan szívműködés miatt PM-t kap a beteg, anélkül, hogy a syncope okát tisztáznák. PM-rel gyógyítják a szinusz csomó betegséget is, azonban a korábbi nézetekkel szemben, ez jóindulatú betegség, s a PM-rel kezelt betegek túlélése nem jobb. Úgy tűnik, hogy szinusz csomó betegségben sok a felesleges implantáció.

Egyre több az elektród komplikációk száma, s a beültetett elektródokat meghibásodás esetén nem mindig tudják eltávolítani. Kezdetben az transzvénás elektród volt a legmegbízhatóbb része a PM-nek, de mióta az elektronikát és a telepeket tökéletesítették, ez pontosan fordítva van. A Hg-cellás készülék élettartama alig haladta meg a 2 évet, s a gyakori csere miatt a PM gyárak nagy profitra tettek szert. Ezalatt az elektród fejlesztés elmaradt. A 70-es évek elején Franciaországban és az USA-ban nukleáris energiaforrással működő PM-t fejlesztettek ki, de biztonsági okok miatt hamarosan leállították a gyártásukat. A 20 évig is működő lithium energiaforrású generátorok használata megszüntette a gyakori PM csere szükségességét. A szerző szerint nem könnyű az EKG-t elemezni, ha problémák lépnek fel a QRS gátlós PM-rel, s így ezt az ingerlési módot a szerző elavultnak tartja, s meg van győződve arról, hogy a pitvari és kamrai triggerelt stimuláció reneszánszát fogja majd élni. Az atrioventricularis szekvenciális, élettani PM alkalmazása a betegek csak egy limitált részében javallt, akik valóban jobban érzik magukat bifokális stimuláció alatt.

Az utóbbi időben túl sok PM-t ültetnek be, s igen nagy variációkat mutat a kép mind a gyakoriság, mind a PM fajtáját illetően a különböző országokban. Ez derült ki az 1987 júniusában, Jeruzsálemben megrendezett Pacemaker Világszimpóziumon. Különbségek vannak e tekintetben az országok között, de még egy országon belül is. Dániában pl. 8, Norvégiában 33 kórház implantál PM-t ugyanolyan népesség mellett. Svédországban, melynek lakossága kétszer annyi mint Dániáé, 25 kórházban folyik a PM beültetés. Svédországon belül is, Stockholmban, ahol elég liberális indikációt alkalmaznak, feleannyi PM-t ültetnek be, mint az ország más részeiben. A Stockholmban beültetett PM-ek száma megegyezik az Egyesült Királyságéval és Dániáéval, szemben Svédország egyéb területeivel, ahol ez sokkal több.

A szerző úgy gondolja, hogy a PM kezelést speciális intézetekben kell centralizálni, ahol speciálisan képzett szakemberek állnak készen a komplikációk megszüntetésére. Olyan intracardialis PM-t kellene kifejleszteni, amely megszünteti a ventricularis fibrillációt is, ami gyakran léphet fel a PM-rel kezeltekben. Jelenleg az automata defibrillátort csak mellkassebészeti osztályon lehet beültetni, s sok esetben a supraventricularis tachycardia a tartós speciális PM és kombinált antiarrhythmiás kezelés ellenére is, speciális mellkassebészeti beavatkozásra szorul.

Lőrincz István dr.

Az intracardialis elektróddal történő pacemaker kezelés 25 éve. Lau, C. P., Toff, W. D., Camm, A. J. (Levél a szerkesztőhöz.) (Cardiological Sciences, St Georg's Hospital Medical School, University of London, London SW 17 ORE): Lancet, 1988, I, 819.

A szerzők nem értenek egyet *Lagergren*nel (l. fent), aki idejétmúlt és sajátos gondolkodásmódjával távol áll az Egyesült Királyságban, Európában és az Egyesült Államokban általánosan elfogadott álláspontjától.

Igen nagyok a regionális és nemzeti különbségek a pacemaker (PM) implantáció gyakoriságban, s valóban előfordul, hogy indokolatlanul ültetnek be PM-t. A legalaposabb becslések szerint azonban az 1 millió lakosra jutó kívánatos évi implantáció 300. Az az állítás, hogy Stockholmban a PM implantáció megfelelő számban történik, s ez megegyezik az Egyesült Királyságéval, félrevezető, mert a Brit Szívgyógyászok Egyesülete és a Brit Pacemaker és Elektrofiziológusok Munkacsoportja szerint jelenleg csak a rászoruló betegek 50%-a kapja meg a PM-t. Ennek az az oka, hogy az orvosok olyan elavult nézeteket vallanak mint Lagergren, s nem küldik a betegeket a megfelelő centrumokba.

A fő PM indikációját a tüneteket okozó

bradycardia jelenti, de PM-t kell beültetni akkor is, ha a teljes pitvar-kamrai blokk esetén a tünetek hiányoznak, mert az implantáció a mortalitást jelentősen csökkentheti. Ép szinusz csomó működés esetén teljes pitvar-kamrai blokkban a kétüregű (atrioventricularis szekvenciális, élettani) stimuláció választandó, mert jobb haemodynamikát és életminőséget eredményez, mint a hagymányos kamrai PM. Ritkábban fordul elő PM szindróma, és a dekompenzált betegek túlélése is megnövekszik. Pitvari fibrillációban, vagy szinusz csomó betegség esetén a „rate responsiv" (frekvencia adaptálható) PM-t kell választani, hasonló előnyök miatt. A rate responsive PM kifejlesztése az utóbbi 10 év eredménye, amiről Lagergren még említést sem tesz. Az élettani PM-ek előnyei bebizonyosodtak, így 1986-ban már a nagyobb centrumokban a PM beültetések 72%-a volt fiziológiás készülék.

Annak ellenére, hogy a telepek élettartama jelentősen megnövekedett, a „triggerelt" móddal történő stimuláció korai kimerüléséhez vezet. Azok a hátrányok, amit a „gátlós" PM-ekkel kapcsolatban állított Lagergren, a modern készülékekben az érzékelés programozhatóságával és a bipoláris elektródokkal teljesen kiküszöbölhetőek.

A szerzők azzal sem értenek egyet, hogy a kamrai „gátlós" PM-rel kezelt beteg EKG-jának az értékelése bonyolult. Lagergren azt is állítja, hogy a betegeknek az is jó lenne, ha egy automata defibrillátort is be lehetne ültetni a PM-ükbe. Fontos azonban megjegyeznünk, hogy a PM stimuláló energiája nem alkalmas arra, hogy a kamrafibrillációt sinusritmusra visszaállítsa.

Lőrincz István dr.

A pacemaker terápiáról. Sutton, R., Ward, D. (Levél a szerkesztőhöz.) (Council of the British Pacing and Electrophysiology Group): Lancet, 1988, *I*, 1289.

A Brit Pacemaker és Electrophysiologus Csoport nevében már *Lau* és munkatársai kifejtették a véleményüket *Lagergren* igen konzervatív nézetét tükröző áttekintéséről, amely csak árthat azoknak a betegeknek, akiknek a pacemaker (PM) terápia jelent biztonságos és hatásos kezelést. Néhány brit központban a PM beültetés már egymillió lakosra vonatkoztatva 200—300-ra emelkedett, amely jóval a nemzeti 148-as átlag felett van. Igaz, hogy túlzások is előfordulnak az ún. határeset indikációk esetén, amikor a tünetmentes betegekbe is beültetik a PM-t. Sok brit központban ma már „rate responsive", frekvencia adaptálható (egy- és kétüregű) készüléket ültetnek be, ez a PM a szükségletnek megfelelően változtatja a szívfrekvenciát. Így javul az életminőség, nagyobb a terhelési kapacitás, és valószínű, hogy a mortalitás is csökken. Lagergren lebecsüli ezen készülékek előnyeit.

A PM inhibitio problémája ma már csaknem teljesen kiküszöbölhető a szenzitivitás programozhatóságával és/vagy a bipoláris elektród alkalmazásával. A spontán szívműködés érzékelése és a PM stimuláció felfüggesztése (pl. VVI készülékekben) még mindig energiatakarékosabb, mint a „triggerelt" forma (VVT), melynél az aktivitás érzékelése után a PM mindig leadja a stimulust.

A szerzők szerint a „trigger" elven működő PM kezelési mód soha nem fog visszatérni. Ez nemcsak azért nem következik be, mert a generátornak több energiáját használja fel, hanem azért is, mert a fals PM ingerlés lehetősége állandóan fennáll. A „kamrai gátlós" PM EKG-jának az értékelése nem bonyolult, mint azt Lagergren állítja.

Lagergren meg sem említi a PM szindrómát, amely a VVI típusú kezelés legfőbb hátránya, és amely az elektrofiziológiai vizsgálat eredményétől függően a kétüregű, vagy csak pitvari stimulációval elkerülhető.

Úgy tűnik, hogy zavaros elképzelései vannak a beültethető defibrillátorról is. A PM-rel élő betegek általában nem a szívbetegségük miatt halnak meg, s a szerzők szerint a PM és a defibrillátor együttes alkalmazásának a jelenlegi egy- vagy kétüregű kezelés során nincs értelme. Az implantálható defibrillátorokat gyógyszerrezisztens kamrai tachyarrhythmiában szenvedő betegekben kell alkalmazni, és jól felszerelt klinikai szívelektrofiziológiai részleggel is rendelkező intézetben kell implantálni. A beültethető defibrillátorok felépítésükben és működésükben alapvetően különböznek a PM-étől, és az energiaellátásuk is egészen más. A PM, cardioverter és defibrillátor hármas kombinációja hamarosan kapható lesz a kamrai tachycardia kezelésére.

A szerzők úgy vélik, hogy a tüneteket okozó bradycardiás betegek PM kezelését nem szükséges speciális kardiológiai egységekben centralizálni, mert visszaszorítaná a PM-ek alkalmazását. Az olyan komplikáció pedig, ami szívsebészeti beavatkozásra szorul, igen ritkán fordul elő. A Brit Kardiológusok Társasága és a Brit Pacemaker és Elektrofiziológus Munkacsoport azon van, hogy kiterjessze a PM kezelést a kerületi általános kórházakra is, ha ott a szükséges szakértelem adott. Ez igen nagy lépés lenne azon cél elérése érdekében, hogy sokkal több PM-re szoruló szegény beteg részesüljön ebben a kezelésben.

Lőrincz István dr.

Szívinfarctus diabetes mellitusos betegeken. Malmberg, K., Rydén, L. (Dept of Cardiol., Kärnsjukhuset, S-541 85 Skövde, Sweden): Eur. Heart J., 1988, *9*, 259.

A svéd szerzők központi kórházába 1984-ben összesen 968 beteget szállítottak a coronaria-őrzőbe szívinfarctus gyanújával. Közülük 341-nek lett végül is ténylegesen infarctusa. A betegekből 81-nek volt 3 kivételével insulinra nem szoruló diabetese, közülük 6 beteg diabetese a kórházi felvétel után lett ismert. A szerzők a diabeteses betegek infarctusának esetleges sajátosságait hasonlították össze a nem diabeteses betegek cardialis történésével. Az elemzésből kiderült az, hogy a diabeteses betegek átlagos életkora szignifikánsan magasabb volt a nem diabetesesekhez viszonyítva, a nők túlsúlya és az előzetes digitalizálás ugyancsak szignifikánsan nagyobb volt a diabeteses betegek között. A szív nagyságában, a kórházi tartózkodás időpontjában nem volt különbség a két betegcsoport között, a diabeteses betegek felvételi vércukra természetesen magasabb volt, mint a nem diabeteseseké. A kórházba való felvétel utáni első 24 órában fellépő arrhythmiák tekintetében a 2 csoportban nem volt különbség, III. típusú atrioventricularis block viszont szignifikánsan nagyobb számban fordult elő a diabetesesek csoportjában.

Ami a halálozást illeti, ugyancsak szignifikáns különbség volt a 2 csoportot illetően: a diabetesesek 25%-a halt meg a kórházban (75% közülük 3 napon belül), a nem diabetesesek között a halálozás 16% volt. A nyomon követés során 1 éven belül a diabeteses infarctusos betegek 53%-a halt meg, szemben a másik csoport 28%-ával. A halállal végződő reinfarctus is gyakoribb volt a diabetesesek csoportjában (30%), mint a nem diabetesesek között (14%).

Az adatok azt mutatják, hogy a diabetesesek infarctus-rizikója minden tekintetben nagyobb, mint a nem diabeteseseké, annak ellenére, hogy a prognózis lényegesen jobb lehetne a coronaria-őrzők létesítése után.

Iványi János dr.

Aritmiaprofil és szívfrekvencia hyperthyreosisban. Bischoff S. és mtsai (II. Medizinische Klinik und Poliklinik; Abteilung Endokrinologie; Klinikum der Universität Mainz): Dtsch. med. Wschr. 1988, 113, 579.

A hyperthyreotikus betegben gyakoriak a supraventricularis és ventricularis ritmuszavarok. Az eddigi ilyen irányú vizsgálatok retrospektívek voltak; nyugalmi helyzetű betegre vonatkoztak és számos kérdést nyitva hagytak. A szerzők ezért egy prospektív vizsgálatsorban kísérelték meg a ritmuszavarok és a hyperthyreosis egyes formái közötti kapcsolatokat felderíteni.

Negyvennyolc betegben egyértelműen igazolták a manifeszt pajzsmirigytúlműködést és kizárták bármilyen szívelváltozás jelenlétét. A betegeknél *24 órás tartós EKG-analízis* történt. *Kontrollként* 50 normál személy szolgált. Megállapítják, hogy a hyperthyreotikusok között 21%-ban fordult elő mitralis prolapsus syndroma; a supraventricularis ES-k gyakoriak voltak, főleg idős betegekben, számuk nem függött a betegség súlyosságától és a kezelés mértékétől. A supraventricularis tachycardiák előfordulása a kezelés során erősen csökkent. Négy betegben volt abszolút aritmia, kettőben a sikeres gátlásos kezelés során stabil sinus ritmus alakult ki. A ventricula-

ris aritmiák összességében ritkák és a kórlefolyástól, kezeléstől alig függenek. Lown IV manifeszt hyperthyreotikusokban 6%-ban jelentkezett, míg a kontrollokban 4%-ban. A VES-k előfordulása gyenge korrelációt mutatott a T_4-értékkel, és semmi kapcsolatot nem mutatott a T_3-értékkel. A tachycardia jellemző a manifeszt hyperthyreotikus állapotra; a nyugalmi-éjszakai tachycardia a T_3-szinttel mutatott összefüggést.

A szerzők *eredményei* azt igazolják, hogy a hyperthyreosis több tachycardiás jellegű ritmuszavarral jár, de *társbetegségek* (ischaemiás szívbetegség, mitralis prolapsus syndroma stb.) ilyen irányú szerepe nem vethető el. Rendkívül fontos az életkor szerepe. Azok a vizsgálatok, melyeknek alanyai magasabb életkorúak voltak, egészen más aritmiaprofilt mutattak. Nehéz az észlelt ritmuszavar és a hyperthyreosis *alcsoportjai* között összefüggést igazolni. Hasonlóképpen nehéz értelmezni a hyperthyreotikus beteg *szívpanaszait* is. Ezek elsősorban a sinus tachycardiára és a supraventricularis aritmiákra vezethetők vissza. E betegek terhelési dyspnoeja EKG eltérésekkel nem magyarázható. Egyesek felvetik egy speciális reverzibilis cardiomyopathia jelenlétét. Általában e ritmuszavarokat ritkán kell — az alapbetegség kezelésén túl — antidizritmiás terápiában részesíteni. Hyperthyreosisban életveszélyes ritmuszavarral alig kell számolni.

Gesztesi Tamás dr.

A cholesterinaemia csökkenésben van az Egyesült Államokban. Laverdant, Ch. (Centre Rech. Foch, 75006 Paris): Méd. Nutrit. 1988, *24*, 112.

A Framingham-tanulmány 1961-ben rámutatott arra, hogy a cholesterin vérszintnek prognosztikus értéke van a degeneratív jellegű koszorúsér ártalmak kifejlődésében. Ezt sorozatos nemzeti táplálkozás-egészségügyi vizsgálatok kimutatták 1984-ben ugyancsak az Egyesült Államok területén, hogy 1% cholesterinszint-csökkenés a vérben nagyjából 2%-kal csökkenti a koszorúsér betegség miatt bekövetkező halálesetek számát. Ez a hatás egyenes arányban van, s vonatkozik alacsonyabb és magasabb cholesterinaemiák esetén is. Az USA országos egészségügyi és táplálkozási felügyelet 1960 és 1980 között tanulmányozta az egészséges, nem kórházban fekvő 20—74 éves amerikai lakosság rétegek vér cholesterinszintjeit. Ez alatt megfigyelték, hogy a cholesterinaemia a fehér bőrű férfiaknál 3%, a fehér nőknél 4%-kal csökkent. A fekete lakosságnál ilyen fokú csökkenést nem találtak. Ahogy ezt előre látták, ez a szívhalálozást 6, ill. 8%-kal csökkentette. Ezenkívül azonban csökkent azok aránya is a lakosságon belül, akik éppen a cholesterintartalom miatt a rizikó csoportba jutottak anélkül, hogy a lipoidcsökkentő gyógyszerek fogyasztása emelkedett volna.

Nikodemusz István dr.

Hetven éven felüliek akut miokardiális infarktusa. Két esztendőn át tartó vizsgálatok eredményei. Pollak, H. és mtsai: Dtsch. med. Wschr., 1988, *113*, 213.

A hetvenévesnél idősebb, akut miokardiális infarktusban szenvedő betegek 32—41%-os mortalitásáról számolnak be az irodalmi adatok, de csak igen kevés információval rendelkezünk az ilyen betegek túlélési esélyére vonatkozóan. Amíg az akut miokardiális infarktus diagnosztikájában és terápiájában számos hatékony eljárás vált ismertté (többek között az iv. nitroglicerin, streptokináze, béta-receptor blokkolók, Ca-antagonisták, antiarritmikumok stb.), s egy átlagosan 76 éves osztráknak jelenleg mintegy 8 éves túlélési esélye van, addig az egy infarktusos beteg esetében mindössze 14 hónapra redukálódik.

A bécsi intézet munkatársai az akut miokardiális infarktus miatt hosszas kórházi kezelésre bocsátott betegeket két csoportra osztották: A) 286 beteg átlagban 76±4 éves volt, míg a B) csoportban a 246 beteg kora átlagban 56±8 évnek bizonyult. Az előbbi csoportba tartozó egyének jóval nagyobb incidenciában mutattak elülsőfali infarktust, mint az utóbbiak (30% vs 18%), a kardiális insufficientia 55% vs 32% arányban alakult ki, tüdő ödémát 18% vs 6%-ban tapasztaltak. Kardiogén sokkot 17% vs 6,5%, illetve a kamraizomzat rupturáját 6% vs 2% megoszlásban találták a szerzők.

Ugyanakkor az idősebb (A) betegek esetében a felderített szisztémás fibrinolízis kisebb volt mint a fiatalabb (B) csoportban (0,3% vs 21%), s a koronáriás angiográfiás beavatkozás mérve 2% vs 61%, valamint a perkután transzluminális koronáriás angioplasztika (PTCA), illetve az aorto-koronáriás-bypass operáció gyakorisága is 0% vs 22,0%-nak bizonyult. A kórházban való elhelyezés alatt az öregek kumulatív mortalitás rátája a fiatalabb csoporttal szemben 26,9% vs 11,8% volt, s 6 hónap elteltével 39% vs 15%, majd 12 hónap elmúltával 46% vs 17% értékűnek adódott. Két év után ez az arány 61% vs 21%-nak módosult.

A halálokok főként kardiális okokra voltak visszavezethetők. A NYHA III-IV típusú angina az elbocsátás után a B csoportban 10%-nak, az A csoportban 38%-nak bizonyult. Az utóbbi, idős betegek esetében a halálozási ráta a konzervatív kezelés mellett nagyon magasnak mutatkozott, s a túlélők helyzete sem bizonyult kifogástalannak. Mindazonáltal, mind a koronária artériás sebészi beavatkozás, mind pedig a PTCA jobb hosszan tartó eredményeket hozott funkcionálisan is, a túlélés szempontjából is.

A cikk végezetül hangsúlyozza: mivel egyrészt a 70 éven felüli infarktusbetegek konzervatív kezelése, az akut — terápiát követő — javulás ellenére lehangoló kórházi és 2 éves halálozási értékeket ad, illetve elégtelen funkcionális eredményekhez vezet, másrészt, mind az arterio-koronáriás bypass operáció, mind a PTCA beavatkozás ezeknél a pácienseknél igazolhatóan előnyös túlélési arányokat és panaszmentességet eredményez. A szerzők arra következtettek, hogy az ilyen idős betegeket, sokkal inkább mint eddig, intenzív diagnosztikának és terápiának kell alávetni.

Pénzes László dr.

Repülés-orvostan

Repülés közbeni halálozás a kereskedelmi légiforgalomban. Cummins, R. O. és mtsai: JAMA, 1988, *259*, 1983.

A polgári légiforgalmi járatok a világon évente százmilliószámra szállítják az utasokat, akik — tekintet nélkül az előző fizikális vagy mentális állapotukra — döntő többségben baj nélkül, biztonságosan bonyolítják le repülőútjaikat. A levegőben lévő ilyen óriási tömegek körében azonban mindig számítani kell és lehet a repülés közbeni halálesetekre. A légi jármű fedélzetén helyet foglaló utasok közül a légi út idején sokan megbetegedhetnek; még inkább romolhat a korábban is betegek egészségi állapota olyan mértékben, hogy a légi út akár az életükbe kerül. Indokoltnak tűnik így a repülés közbeni halálozás áttekintő elemzése.

Szakértők munkacsoportja vizsgálta ezért az 1977 és 1984 közötti években (8 év), légi utazás során bekövetkezett haláleseteket. Csakis a nemzetközi Légiszállítási Társaság (International Air Transport Association; ezután IATA) által nyilvántartott adatokra alapozottan, kizárólag azokkal a halálesetekkel foglalkoztak, melyek a légi jármű felszállása (levegőbe emelkedése) és leszállása (földet érése) között történtek. A vizsgálat tapasztalataiból a következő fontosabb információk emelendők ki.

Az értékelt 8 év alatt az IATA (lényegében az egész világot átfogó) szervezetébe tartozó 120 légiközlekedési vállalatok közül, 42 vállalattól jelentettek *összesen 577, repülés közbeni halálesetet;* ez évi átlagban 72,1 halált jelent. További *halálozási arányszámok:* egymillió utasra 0,31; egy millió felszállásra 25,1; egymilliárd repült (ún. utas-) kilométerre 125,0. Az elhunytak átlagos életkora 53,8 év; közülük 66,0% férfi (zömmel középkorú) volt. A halottaknál gondosan keresve az esetleges kórelőzményeket kiderült, hogy 77%-uknál az egészségi állapottal kapcsolatban szerepeltek különféle problémák.

Csoportosítva a *halálokokat*, a következő megoszlások mutatkoztak: hirtelen szívhalál 326 fő; különböző egyéb egészségkárosodás 56 fő; rosszindulatú daganatos betegség 48 fő; légzőszervi betegség 35 fő; ún. „holtan fellelt" beteg 23 fő; megelőző trauma 7 fő; központi idegrendszeri megbetegedés 3 fő; további 79 főnél a halál okát nem sikerült kideríteni kellő bizonyossággal.

Segélynyújtó *ellátásban* részesült orvostól 247 fő; paramedikális dolgozótól 45 fő, utaskísérőtől 13 fő; egyéb személytől 48 fő;

azaz különböző szintű (de sajnos eredménytelen) ellátást kapott összesen 353 fő (a többi esetben az ellátás tényét és milyenségét nem lehetett tisztázni). Jóllehet a légi járatok gépein megtalálható az elsősegélynyújtáshoz szükséges felszerelés valamilyen mentőtáska formájában; ezek azonban nem egységesek, jó részük hiányos, sokszor nem is korszerű. Ráadásul a személyzetből az utaskísérők nagyon gyakran nincsenek kioktatva a rendelkezésre álló mentőeszközök alkalmazására.

Végül is a vizsgálat eredményeiből le lehet vonni ezeket a *következtetéseket*, illetve megállapításokat:

1. A légi közlekedésben előforduló utashalálozást nem szabad semmibe venni, s azt nem létező problémának tekinteni!

2. Az évente szállított utasok többmilliós számszerűségéhez viszonyítva, a repülés közbeni halálesetek rendkívül ritkák, és alacsonyabb gyakorisággal adódnak, mint az az említett bázis szám alapján várható volna.

3. Bizonyos számszerű arány-eltolódások a súlyosan beteg személyek körében előfordul(hat)nak.

4. Beteg személyeknek a légi útból való kizárása, vagy jobb előszűrése csak igen csekély mértékben előzhetné meg a haláleseteket.

5. A légi járatok iránti bizalmat (legalábbis az USA-ban) nem erősítik az orvosi segélynyújtásra vonatkozó adatok; a repülés közbeni halálesetek több mint felénél orvos vagy nem állott rendelkezésre, vagy nem jelentkezett a hívásra.

6. A hirtelen szívmegállások magas gyakorisága (mint a legtöbbször előforduló halálok!) azt bizonyítja, hogy a jelenleg forgalomban lévő, rendszeresített segélynyújtó táskák a repülés közbeni reszuszcitációs kísérleteknél semmi különösebb haszonnal nem alkalmazhatók (hatékonyságuk jórészt alacsony).

7. A számszerű túlsúlyban adódó szívhalálok (a látszólag egészséges utasok között is!) erősen szorgalmazzák a légijármű személyzetének kiképzését az alapvető kardiopulmonális újraélesztés alkalmazására és az automatikus külső defibrillátor használatára.

(Ref.: Részint megerősítő, részint opponáló hangvétellel van néhány hozzáfűzésem a következtetések utolsó három pontjához. Teszem ezt személyes élményeim egyikének alapján — melyet egyébként az Orvosi Hetilap 1982, 123, 15. számának 925. oldalán, útibeszámolóként leírtam —, s amit az Air India Légiközlekedési Társaság egy belföldi, Bombay—Madras közötti, éjszakai járatán szereztem.

Az 5. pontbani megállapítás, úgy tűnik, nemcsak az USA-ban érvényes. A szóban forgó Boeing 707—Jet repülőgép fedélzetén minden hely foglalt volt, s ott rajtam kívül még további három orvos tartózkodott, kik a gép kapitányának — az utastérben jól hallható, torzításmentes — hangszóró hívására nem jelentkeztek. Ezt az információt nem éppen könnyen, de meglepően gyorsan, még a célállomás repülőterén megszereztem, s két kollégával sikerült személyes kapcsolatot teremteni. Maximálisan udvarias és nagyon ,,diplomatikus'' közeledésemre mindkettő azonnal heves mentegetőzésbe kezdett. Magyarázatul felhozták, hogy a hívást nem hallották illetve értették jól, s különben is nem volt náluk semmiféle orvosi szakfelszerelés, amivel érdemben be tudtak volna avatkozni; majd részükről kissé félszeg búcsúszavak után eltűntek az utasok áradatában. A harmadik kollégát már nem tudtam megtalálni, s csak adatairól értesültem. Mindhármuk nevét, szakképzettségét és állampolgárságát bemondták nekem, de ez maradjon az én titkom. Meg aztán lehetett az véletlen is, hogy a három férfi kolléga fehér bőrű volt. Igaz ugyan az is, hogy a parancsnok először valamelyik helyi nyelven hívott orvost, de másodszorra a hívást, kellő hangerővel és kifogástalan — sőt nagyon szép és tiszta — angolsággal megismételte! Nos, kommentár nélkül, erről ennyit.

A 6. pont talán kissé csüggeteg megállapításának számos oka lehet. Mondani én csak azt tudom, hogy ebben az esetben alaposan átnéztem a gép fedélzeti mentőtáskájának felszereltségét, s az minden tekintetben megfelelt a korszerű mentéstechnika követelményeinek. A 7. pontban vázolt célkitűzéssel nyilván egyetérthetünk. Tapasztaltam viszont a beteg ellátása során nekem segédkező mind a négy utaskísérő megbízható és alapos jártasságát a segélynyújtási teendők elvégzése terén.)

Cselkó László dr.

Anyagcserebetegségek

Diabetes kialakulásának meggátlása vírus infekcióval BB patkányokban. Dyrberg, T., Schwimmbeck, P. L., Oldstone, M. B. A. (Research Institute of Scripps Clinic, La Jolla, California, USA): J. Clin. Invest. 1988, *81*, 928.

Az inzulin dependens cukorbetegség (IDDM) egyik legismertebb állatmodellje a BB patkány, mely genetikus prediszpozíció folytán betegszik meg. A klasszikus tünetek felléptét követően inzulinkezelés nélkül 1 héten belül elpusztul. A hasnyálmirigy Langerhans-szigeteiben a mononuclearis sejtes beszűrődés autoimmun insulitist sejtet, csakúgy mint humán viszonylatban. Van diabetesre rezisztens BB vonal is.

Egerekben nyert tapasztalatok alapján a szerzők lymphocytás choriomeningitis vírus (LCMV) egy altípusával (13-as klón) fertőztek meg IDDM-ra hajlamos és arra rezisztens BB patkányokat. Az IDDM-ra hajlamos patkányok 81%-ában kialakult a betegség, a rezisztensek közül egyben sem. LCMV infekció hatására a fogékonyak közül csak 37%-ban lépett fel diabetes. A kísérletet háromszor reprodukálták. A diabeteses patkányok hasnyálmirigyében alig sikerült kimutatni inzulint, míg a diabetesre prediszponált ám beoltott állatokban a kontrollokéval egyező mennyiségben volt található. Az LCMV inaktiválása esetén az IDDM ugyanolyan gyakoriságú volt, mint az oltatlan állatokban. A beoltott fogékony állatok hasnyálmirigye ép maradt szövettani vizsgálat szerint is, míg az oltatlanok a szokásos mononuclearis sejtes beszűrődést mutatták. Az infektív vírus 2 hétig volt kimutatható a szérumból és 10 napig a patkány limfocitákból. Valamennyi fertőzött állat neutralizáló antitesteket termelt a vírus ellen. Az egyes limfocita osztályokat vizsgálva megállapították, hogy a diabetesre hajlamos ám LCMV-vel beoltott állatok T-limfocitái közül bizonyos felszíni markerekkel rendelkezők száma jelentősen csökkent az infekciót követő 4—7. napon, ám a 14. napra már normalizálódott. A diabetesre rezisztens BB patkányoknál ilyen változásokat nem észleltek. A pan-T ($W3/13^+$), helper-T ($W3/25^+$) és szuppresszor/citotoxikus ($OX8^+$) csoportba tartozó T limfocitákból a fertőzés 4. napján kokultivációs technikával kimutatható volt a LCMV.

Fentiek alapján a szerzők következtetése szerint az LCMV 13-as klónja a T-limfociták autoimmun folyamatokért felelős egyes alcsoportjait úgy befolyásolja, hogy tartós immunszuppresszió lép fel. Hatása tehát a cyclosporin-A-éval vagy az antilimfocita savóéval egyenértékű. Hasonló limfocitotrópia más vírusok vonatkozásában is ismeretes. A vírusok immunmoduláló hatásának pontosabb megismerése az IDDM és más autoimmun betegségek célzott terápiájának új megközelítését teszi lehetővé.

Szövérffy Géza dr.

A minimális hasnyálmirigy béta-sejt maradékszekréció és a diabetes anyagcsereegyensúly kapcsolatáról. Fukuda, M., Tanaka, A., Tahara, Y. és mtsai (Osaka University Medical School, Osaka, Japán): Diabetes, 1988, *37*, 81.

A béta-sejtek maradékszekrécióját cukorbetegségben jelző immunoreaktív plazma C-peptid (CPR) meghatározása RIA módszerrel történik. A hagyományos metodikákkal 0,3 ng/ml a kimutathatóság alsó határa. A szerzők egy ennél tízszer érzékenyebb kettős antitest RIA módszerrel is vizsgálták 20 inzulin dependens, 14—66 éves cukorbeteg maradékszekrécióját.

A szokásos technikával valamennyien CPR negatívok voltak glukagon stimuláció után is. Egyik sem volt kövér, diabetes tartamuk 1—16 év, HbAlc-jük alapján beállításuk többé-kevésbé kielégítő volt. Nagyrészt konvencionális kétszeri (kevert rövid és közepes hatástartamú) inzulinkezelést alkalmaztak, néhányan pedig inzulin pumpát használtak. 4 főnek volt autonóm neuropathiája, kettőnek macroproteinúriája. A 9 fős kontroll csoport glukóztoleranciája normális volt. A szénhidrát-anyagcsere labilitását 10 éhomi vércukorérték szórásával jellemezték. Inzulintolerancia teszt során (0,15 NE/kgh infúzióban 1 óráig) meghatá-

rozták a kontrainzuláris hormonválaszt.

Eredményeik szerint csak 3 beteg CPR-szintje volt a hagyományos módszerekkel felismerhető tartományban e vizsgálat során. Glukagon stimulációra 10 beteg CPR szekréció fokozódása az érzékenyebb teszttel mérhető volt. A glukagonra adott válasz jól korrelált az éhomi CPR-szinttel, míg az éhomi vércukorszintek szórása inverz kapcsolatban állt a maradékszekrécióval. A maradékszekréció szempontjából elkülöníthető két csoport egyéb klinikai paraméterei azonban nem tértek el számottevően. A CPR negatívok az inzulintolerancia tesztben szignifikánsan érzékenyebbnek bizonyultak, többségük iv. glukózra szorult. A hipoglikémia okozta glukagonszekréció azonos kiindulási szintek mellett a CPR-választ nem mutató csoportban elmaradt. Az adrenalin elválasztás pedig később emelkedett és csak kisebb mértékű volt. A maradékszekrécióval rendelkezők a kontrolloknak megfelelően reagáltak. A kortizol, növekedési hormon, noradrenalin reakció mindhárom csoportban hasonlónak bizonyult. Utóbbi hormonok azonban nem alapvetőek a hipoglikémia kompenzálásában, szemben a glukagonnal, melynek kiesése esetén az adrenalin a második legjelentősebb faktor.

A glukagonszint emelkedés elmaradását okozhatja a hipoglikémia dacára magas inzulinszint (elnyomható endogén szekréció hiányában), az alfa-sejtek glukóz érzékenységének csökkenése primeren vagy a betegségre jellemző hiperglikémia következményeként, esetleg a lokális noradrenalin felszabadulás csökkenése. Az autonóm neuropathia aligha játszik szerepet, miután a neuropathiások megoszlása a CPR areaktív és reagáló csoportban alig különbözött (3 : 1).

A szerzők végkövetkeztetése szerint a diabeteses anyagcserelabilitás legfőbb oka a béta-sejtek teljes kimerülése és a következményes alfa-sejt működési zavar. Még a legcsekélyebb maradékszekréció is jótékonyan stabilizálja a vércukorszintet, enyhíti a hipoglikémia hajlamot.

Szövérffy Géza dr.

A glikozilált haemoglobin- és lipidszint közötti összefüggések diabetes mellitusban. Ranga Rao, K. V., Seshiah, V. (Dept. of Diabetology, Madras Medical College and Govt. General Hospital, Madras, India): Diabetologia Croatica, 1988, *17,* 31.

A glikozilált haemoglobin érték visszamenőleg, a legutolsó 8—12 hét vércukorértékeiről tájékoztat, a magasabb összcholesterin- és triglicerid-, valamint az alacsonyabb HDL-cholesterin szint pedig fontos coronaria-rizikófaktor.

A szerzők a kettő összefüggését vizsgálták 43 újonnan felismert, átlagosan 45,6 éves, 22,4-es testtömegindexszel bíró nem-inzulindependens cukorbetegen. Éhgyomri vércukorértékük átlaga 198 mg%, glikohaemoglobin értékük 12,65%, összcholesterinjük 220,9 mg%, triglicerid-szintjük 191,9 mg%, HDL-cholesterinjük 53,1 mg% volt.

Szignifikánsan szoros, pozitív összefüggést tapasztaltak a hyperglykaemia, illetve a glikohaemoglobin és összcholesterin, valamint a glikohaemoglobin és triglicerid értékek között. A HDL-értékek viszont ezekkel nem mutattak szignifikáns kapcsolatot. A triglicerid és HDL-cholesterin az összcholesterinnel gyengén pozitív, míg a triglicerid a HDL-cholesterinnel gyengén negatív kapcsolatot adott.

Az eredmények azt a nézetet támasztják alá, hogy a vércukorszint ugyan befolyásolja a lipidértékeket, de a glykaemia nem egyformán vonatkoztatható mindegyik lipidkomponensre.

Angeli István dr.

Az I. típusú diabeteszes gyermekek sporttevékenységéről. Preiss, U. és mtsai (Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde des Bereichs Medizin der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg): Z. Klin. Med. 1988, *43,* 169.

Joslin és *Katsch* már több mint 50 évvel ezelőtt a diétát, inzulint és sportot tartotta a diabetes-terápia legfontosabb tartóoszlopainak. A sportot már gyermekkorban célszerű a kezelésbe építeni, és ebben a rendszeressége kell törekedni. Ez ugyanis az anyagcsere javítása mellett az élet minőségét, a pszichés és testi stabilitást, a jó közérzetet is biztosítja.

A sport hormonális és anyagcserehatása. A fizikai aktivitás egészségeseken csökkenti az inzulinszekréciót, az inzulinreceptorok számát, míg a vér catecholamin, glucagon, cortisol és növekedési hormon szintjét növeli. Az izommunkának glukózra, nagyobb vérátáramlásra, valamint tágabb kapilláris ágyazatra van szüksége.

Az izomaktivitás energiaszükségletét a vércukorból (hepatikus glykogenolysisből, glykoneogenesisből), valamint a zsírszövet megnövekedett lipolysiséből, a szabad zsírsavakból biztosítja. Sportterhelésre a még tartalék inzulinelválasztásra képes I. típusú cukorbeteg is az endogén inzulinprodukció csökkenésével reagál, amit a C-peptid meghatározások igazolnak, de pozitív anyagcsere egyensúlyát csak kielégítő inzulinelválasztás mellett képes fenntartani. Ennek hiányában ugyanis a cukorbeteg szervezet a fizikai aktivitásra éppen ellentétesen, hyperglykaemiával és a lipolysis aktiválódásával reagál. Hyperinsulinismus esetén pedig hypoglykaemiás kockázattal kell számolnunk.

Sport és anyagcsere-önkontrollok. A sport szénhidrát- és inzulinigény változásait a cukorbeteg vércukor-önkontrolljaival tudja a legbiztosabban érzékelni, és kívánatos, hogy az önellenőrzés módjáról családja és közvetlen környezete is felvilágosítva legyen. A nagyobb és többszörös fizikai megterhelés a napi inzulinszükséglet akár 30—50%-os csökkenésével is járhat, de ezt a szénhidrátfogyasztás növelésével is képesek vagyunk kiegyensúlyozni. Mindenesetre a rendszeres mozgástevékenységet már a cukorbeteg gyermek beállításában számításba kell venni.

Iskolai sport, szabadidő sport és sportfelmentés. A jól beállított és rendszeresen ellenőrzött cukorbeteg iskolai sporttevékenységének és úszásának nincs akadálya, csak a rendszertelen és túlzott teljesítményeket kell kiküszöbölni. Alkalmas sporttevékenység a talajtorna, korcsolyázás, síelés, turisztika, kerékpározás, tollaslabda, tenisz, asztalitenisz, kézilabda, labdarúgás, vagy akár a pop-gimnasztika. Nem javasolt a hegymászás, búvársport, repülő- és motorsport, szélvitorlázás, súlyemelés, gyűrűtorna, dzsúdó és ökölvívás.

Annak ellenére, hogy cukorbeteg olimpikonokról is olvashatunk, versenysport a cukorbetegeknek nem való. Az iskolai sportban pedig a következő szempontokat kell figyelembe venni: 1. Az anyagcsere dekompenzációt, a diabetes beállítását és a hypoglykaemiás hajlamot. 2. A diabetes egyensúlyát és a kardiopulmonális terhelhetőséget. 3. A diabeteszes szövődményeket, retinopathiát, lentopathiát, nephropathiát, necrobiosis lipoidicát, ulcus crurist és infekciós bőrelváltozásokat.

Angeli István dr.

Sertés és humán monocomponens inzulin összehasonlító klinikai-terápiás vizsgálata újonnan felismert cukorbeteg gyermekeken. Kadrnka-Lovrencic, M. és mtsai (Univ. Dept. of Pediatrics and Institute for Endocrinology, Diabetes and Metabolic Diseases, Dr. M. Stojanovic Hospital, Zagreb): Diabetologia Croatica, 1988, *17,* 35.

Genetikus tényezők (HLA DR_4), az inzulinkészítmények tisztasága és valószínűleg a nem-fiziológiásan előállított inzulinok segítik az inzulinantitestek létrejöttét. Az emberi inzulinhoz még a sertésinzulin áll a legközelebb, miután csak egy aminosavban különbözik ettől. Hogy sertésinzulinból emberi inzulint állítsunk elő, a B-lánc utolsó aminosavát, az alanint kell enzimtechnikával threoninra felváltanunk, de kémiai szintézissel és bioszintetikus úton (E. coli) is előállítható humán inzulin.

A szerzők újonnan felfedezett cukorbeteg gyermekeken az igen tiszta szemiszintetikus humáninzulin terápiás hatását hasonlították össze a szintén nagyfokban tisztított sertésinzulin hatásával. Az előbbi adagolásával Monotard HM és Actrapid HM inzulint adtak 11 (átlagosan 7,89 éves, 3 fiú és 8 lány) cukorbeteg gyermeknek, míg az utóbbiból Monotard MC és Actrapid MC inzulint adva 13 (átlagosan 10,29 éves, 8 fiú és 5 lány) cukorbeteget kísértek figyelemmel egy évig, statisztikailag elemezve az anyagcsere kontrollokat és az inzulinantitest produkciót. A két csoport között az

anyagcsere kontrollokban, az inzulinadagokban és a C-peptid értékekben nem tapasztaltak különbséget. A humán inzulint kapott gyermekek vérében viszont szignifikánsan kevesebb inzulin-antitestet találtak, és az inzulin-antitesttiter ebben a csoportban — szemben a tisztított sertésinzulinnal kezeltekkel — nem emelkedett. Nem tapasztaltak a vizsgált gyermekcsoportban az inzulininjekciók helyén és oldalán lipoatrophiát sem.

Angeli István dr.

0—14 éves cukorbeteg gyermekek epidemiológiai vizsgálata Jugoszláviában. Bojević, B.: Diab. Croat. 1988, *17*, 145.

Az inzulindependens diabetes mellitus (IDDM) epidemiológiájáról még viszonylag kevés adattal rendelkezünk és ezek is inkább retrospektív megfigyeléseken alapszanak. Az ilyen irányú retrospektív és prospektív vizsgálatok szerint az IDDM incidenciája és prevalenciája az északi államok gyermekei között a legnagyobb. Finnországban a 14 éven aluli gyermekek egyéves IDDM incidenciája 1970 és 1979 között 29,0 százezrelék, prevalenciája 1,9 ezrelék volt. Svédországban 1977 és 1983 között a hasonló korúak egyéves incidenciája 23,6 százezreléknek, prevalenciája 1,52 ezreléknek bizonyult. Skóciában 1980—83 között a 18 éven aluliak incidenciája 21,7 százezrelék, Franciaországban a 14 éven aluliaké 3,7 százezrelék, prevalenciája 0,24 ezrelék volt. Kubában 1980-ban szintén ebben a korban az incidencia 2,3 százezrelékben, prevalenciája 0,15 ezrelékben nyilvánult meg, Japánban pedig a 18 éven aluliak 0,6 százezrelékével mind az incidencia, 0,06 ezrelékkel pedig mind a prevalencia a legalacsonyabbnak bizonyult.

Jugoszláviát tekintve, Szlovéniában 1969-ben a 16 éven aluliak IDDM incidenciája 24,5, 1974-ben 33,9 százezrelék volt. Szerbiában 1970—75 között az összes cukorbeteg 1,92%-a volt 18 éven aluli IDDM-típusú. Montenegróban 1986-ban a 14 éven aluliak éves incidenciája 5,5 százezrelék, prevalenciája szintén százezrelékben 36,6.

Most publikált vizsgálatukban 31 helységből 38 diabetológus és endokrinológus dolgozta fel retrospektíve a regisztrált adatokat. Eszerint Jugoszláviában 1982 és 1986 között 1707 (832 fiú és 875 lány) 14 éven aluli cukorbeteget gondoztak. 1074-et (511 fiút és 563 lányt) ebben az időszakban diagnosztizáltak, a többit korábban. Az IDDM átlagos incidenciája 3,8 (fiúknál 3,5, lányoknál 4,1) százezrelék volt. A legnagyobbat Montenegróban (6,1), Vajdaságban (5,4) és Szlovéniában (5,3), a legkisebbet Koszovóban (0,8) és Macedóniában (1,7) tapasztalták. Ebben az időszakban az újonnan diagnosztizált cukorbeteg gyermekek éves átlaga 215 volt. Diabetes ritkán jelentkezett a 6 hónapos kor alatt, így az 1074 újonnan diagnosztizált között csak 4 ilyen esetet találtak. A legmagasabb a 10—14 évesek IDDM incidenciája volt 5,9 százezrelékkel. A prevalencia 1986-ban 20,3 (fiúknál 19,0, lányoknál 21,6) százezreléknek bizonyult, a legnagyobbat Montenegróban (36,6) és a Vajdaságban (32,2), a legkisebbet Koszovóban (5,8) találva. A fiúknál a legnagyobb prevalenciát Szlovéniában (31,0), a lányoknál Montenegróban (42,3) találták.

A gyermekek IDDM frekvenciája Jugoszláviában kisebb, mint Észak- és Közép-Európában, nagyobb mint Japánban, Kubában és Izraelben. Az incidencia szezonális, csúcsa a téli hónapokra (december, január), a 6 éven aluliaké pedig még járulékos csúcsként a nyári hónapokra esik. Retrospektív vizsgálatokkal szerzett epidemiológiai adataik a diabeteszes gyermekek gondozásának megszervezését segítik.

Angeli István dr.

Modern lehetőségek az inzulindependens diabetes kezelésében. Mićić, J. V. (Szerk. közl.): Diab. Croat. 1988, *17*, 93.

Az inzulindependens diabetes kezelésének céljai: 1. A glukózanyagcsere helyreállítása, normalizálása. 2. Diétával a megfelelő testsúly fenntartása is. 3. A normális növekedés és fejlődés feltételeinek biztosítása. 4. A normális zsíranyagcsere megteremtése. 5. A neurológiai, valamint a mikro- és makroangiopathiás szövődmények minimálisra csökkentése. 6. A páciens olyan irányú bátorítása és ösztökélése, hogy idült betegsége megfelelő kezeléssel egyensúlyban tartható. 7. Olyan anyagcsere egyensúly elérése, hogy az a páciens közösségi életét is biztosítsa. 8. A rendszabályok és kezelés életstílushoz történő rugalmas adaptálása. 9. A kezelésbe a páciens családjának aktív bevonása. 10. A jó és egészséges közérzet biztosítása.

Az intenzív inzulinkezelés, melynek a vércukorérték normalizálása a célja. Összetevői: 1. A napi többszörös inzulinadagolás. 2. A táplálkozás, testmozgás és inzulinadag egyensúlyának a biztosítása. 3. A vércukorérték mindennapos önkontrollja. 4. Az inzulinadag gondos, megterheléshez igazított megteremtése. 5. A páciens és egészségügyi ellátás közötti gyakori és gondos kapcsolat megteremtése. 7. A beteg gyakorlata és motivációja. 8. A mentális támogatás. Kritériumai: 1. Az optimálist megközelítő kontrollok. 2. Az önkontrollok elvégzésének hajlandósága és képessége. 3. Tapasztalt és gyakorlott egészségügyi személyzet. 4. Megfelelő technika és kiképzés a kontrollok és önkontrollok elvégzéséhez. 5. A motiváció és lelki szilárdság előzetes biztosítása.

Az inzulinkészítmények 5 alaptulajdonságban különbözhetnek: 1. A készítmény hatás-kezdetében és -tartamában. 2. A tisztítottságban. 3. Az eredetben. 4. Az inzulin koncentrációjában. 5. Stabilitásában.

A gélfiltrációval és ioncserével kromatográfiás úton tisztított inzulin lehet SC (single component), MC (monocomponent) és PP (completely purified) inzulin. Az utóbbi teljesen tisztított inzulin, gyakorlatilag proinzulint, inzulinderivátumokat, glukagont, pancreas polipeptideket és szomatosztatint egyáltalán nem tartalmaz. Eredetét tekintve az inzulin lehet bovin, vagy sertés-inzulin, a humán-inzulin pedig szintetikus, szemiszintetikus (sertésinzulinból) és a bioszintetikus úton (E. coli segítségével) hozható létre, gyors, közép- és tartós hatású forgalmazásban. A humán inzulin a sertésinzulintól egy aminosavban (a B 30 helyzetben) az alanin helyett threonin van, a bovin (marha)-inzulintól három aminosavban (a B 30, A 8 és A 10 helyzetben) különbözik és a humán inzulinnak van a legkisebb immunhatása.

Az inzulinok többségét még ml-enként 40 egységes tartalommal forgalmazzák, de az inzulinpumpák és inzulintollak elterjedésével egyre inkább a 100 egységes készítmények kerülnek előtérbe.

Mechanikus inzulinadagolók. Ezek lehetnek nyitottak (vércukorérzékelő nélküli inzulinpumpák) és zártak (vércukorérzékelővel ellátott biostator). Az inzulinpumpák lehetnek külsők (sc, im, iv és intraperitoneális) és belső, implantált inzulinpumpák. A biostator alkalmazása javasolt diabeteszes comában, cukorbetegek sebészeti ellátásában, teljes pancreatectomiát követően, cukorbeteg nők szülése esetén, organikus hypoinsulinismusban, cukorbetegek haemodialysisében, a remissziós fázis"(„mézeshét periódus") kezdetén és az optimális inzulindózis megállapítására.

Az implantálható pumpa a jövő perspektívájának tűnik, és 1980 óta 200 ilyen implantációt közöltek.

Intranasalis inzulinadagolás. A tapasztalatok szerint ez jó inzulinkoncentrációt képes biztosítani és a próbálkozások eredménnyel biztatnak. A problémát elsősorban a felszívódáshoz elégséges nyálkahártya felület és viszonylag tömény inzulindózis képezi. Reményt keltő lehet a humán-inzulin ilyetén adagolása.

Hasnyálmirigy-átültetés. Ebben a teljes pancreas- és szigetsejt-, illetve béta-sejttranszplantációt kell megemlíteni. A hasnyálmirigy-átültetés azonban a sokszoros próbálkozások ellenére is még kísérleti stádiumban van. A problémák: az elégséges szigetszám biztosítása, a kilökődés meggátlása, az implantált szigetsejtek optimális elhelyezése.

A magzati pancreas-szigetsejtek előnye: 1. Ezek in vitro nagyobb szelektív túlélési és proliferációs képessége. 2. Az autolysis elkerülhetősége a pancreas exokrin működésének hiánya következtében. 3. A hiányzó immunhatás a szisztémás immunszuppresszió nélküli implantációt teszi lehetővé.

Az inzulindependens diabetes immunoszuppresszív és immunmodulációs kezelése. Értelme az egészen korán felfedezett I. típusú diabetesben van, ezt ciklosporin kezeléssel végezve, az autoimmun béta-sejtkárosodás megszüntetésére törekedve. Evvel nemcsak a remissziós fázist megnyújtani, hanem a külsődleges inzulinszükségletet is tartósan képesek voltak kiküszöbölni.

Angeli István dr.

Az első myocardialis infarctus utáni munkába visszatérés. Smith, G. R. O'Rourke, D. F. (Department of Psychiatry, University of Arkansas for Medical Sciences, Little Rock): JAMA, 1988, *259,* 1673.

A tanulmányban számos, a munkába visszatérésre vonatkozó szociodemográfiai, psychologiai, orvos-egészségügyi faktor egyidejű vizsgálatával foglalkoznak. Egyszerű osztályozási séma segítségével igyekeznek az orvosok segítségére lenni abban, hogy minél nagyobb biztonsággal állapíthassák meg a munkába visszatérésre való alkalmasságot.

Lényeges szempontnak tartják a beteg iskolázottságát, a munkájával járó fizikai aktivitást, a myocardialis infarctus súlyossági fokát, a beteg fizikális statusát, és betegségtudatát a visszatérésben. Az eredmények azt mutatják, hogy a magas iskolázottságú páciensek, akiknek munkája nem igényel jelentős fizikai erőkifejtést, nagy valószínűséggel visszatérnek a munkába. Ezek olyan lényeges faktorok, amelyek a myoc. infarctus súlyossági fokától függetlenül is sikerrel alkalmazhatók. Sőt ezen csoport számára a rehabilitációs program sem szükséges.

A munkára való alkalmatlanság meghatározására is törekedtek a szerzők, de az ezt meghatározó faktorok összessége még nem ismert, és e faktorok egyénenként is nagyon eltérőek.

A következtetések 151 (24—70 éves) első myocardialis infarctuson átesett beteg egy éven belüli munkába visszatérésének és a különféle előbb említett faktorok közötti összefüggések egyenkénti, valamint lépésenkénti többváltozós, regressziós analíziséből származnak. Az iskolázottsági szint és a munkakörrel kapcsolatos igénybevétel ismeretében az alkalmasságot a munkába visszatérő betegek 71%-ánál helyesen határozták meg.

Dér Klára dr.

Idült coronaria-betegek tréningprogramjának előnyei és rizikói. Thompson, P. D. (Miriam Hospital, Brown University Program in Medicine, Providence, RI.): JAMA, 1988, *259,* 1537.

Az angina pectoris első leírója, *W. Heberden* említést tesz egy betegéről, aki feltűnően jó eredménnyel, napi félórás favágással kezelte angináját. Ezt a régi megfigyelést ma számosan megerősítették és úgy tűnik, hogy a fizikai tréning válogatott coronaria beteganyagokon jó hatású a funkcionális kapacitás növelésére valamint a lelki kondíció javítására.

A szerző a fizikai terhelés hatását először egészséges egyéneken tárgyalja. A maximális fizikai terhelhetőség (maximal exercise capacity) az ún. VO_2 max.-szal fejezhető ki, ami nem más, mint a milliméterekben kifejezett testsúly kg-ra és időegységre (1 perc) vonatkoztatott maximális O_2 fogyasztás maximális fizikai terhelés alatt:

(Perctérfogat = VO_2 max./av. O_2 differencia; Fick egyenlet.)

A vázizomzat O_2 igénye a külső fizikai munkától függ, és egyéntől függetlenül azonos külső fizikai munkának kb. azonos a súlyegységnyi vázizomzatra vonatkoztatott O_2 igénye. Ezzel szemben a myocardium O_2 igénye azonos külső fizikai munka esetén is egyénenként igen változó lehet. A szívizomzat O_2 igénye függ a terhelés alatti szívfrequentiától valamint a systemás vérnyomástól. Minél alacsonyabb jelzett frequentia és vérnyomás, annál kisebb a myocardium O_2 igénye. Mivel a szívizomzat nyugalomban az O_2 70—80%-át kivonja a vérből, a szívizomzat fokozott O_2 igénye fizikai munka során csak fokozott coronaria áramlással biztosítható.

A VO_2 max. függ a szív teljesítménye által behatárolt maximális perctérfogattól (centrális komponens), valamint a vázizomzat tömegétől, illetve ennek O_2 extractiós képességétől (perifériás komponens).

Mivel a coronaria-betegek szívfrequentia emelkedése valamint verőtérfogata terhelés alatt mérsékeltebb, mindez a VO_2 max. csökkenésével jár. Anginás betegen az angina fellépte mérsékli a VO_2 max.-ot, következésképpen az angina küszöb emelése nitroglycerinnel vagy béta-blockolóval a VO_2 max. emelkedését vonja maga után. A nagyobb bal kamrai volumen, a fekvő helyzet mind fokozzák a myocardium O_2 igényét, így csökkentik a VO_2 max.-ot. Terhelés vasospasmust, anginát provokálhat, ami szintén limitáló tényező a VO_2 max.-ra nézve. Ha a béta-blokkolót és Ca antagonistát anginamentes egyénnek adják myocardialis infarctus után, mindezek a normális redistributio gátlása révén csökkentik a VO_2 max.-ot.

Tréning hatására egészségeseken és coronaria-betegeken egyaránt nő a VO_2 max. Ez coronaria-betegeken inkább a fokozott perifériás O_2 felhasználás (növekvő av. O_2 differencia) a csökkenő afterload, mintsem a szívteljesítmény-növekedés (perctérfogat-növekedés) következménye. Ez utóbbi súlyos pumpafunkció károsodásnál (EF: 0,3—0,4) természetszerűleg nem is várható. Coronariabetegek tréningprogramja után 3—13 hónappal nem sikerült coronarográfiával a collaterálisok számának gyarapodását kimutatni. Mindazonáltal a tréning csökkenti a coronariák spasmuskészségét, ezenkívül bradycardizáló hatású. Mindezek az anginaküszöb emelkedéséhez vezetnek változatlan coronarogram status mellett is. Tréning alatt és után a beteg fizikai erőnlétének növekedése jó hatású lelki állapotára; a szorongás, a depressióra való hajlam csökken. A mortalitási ráta az orvosi ellenőrzéssel lefolytatott tréning alatt csekély, 784 000 tréningórára jut egy haláleset. A szakszerűen végzett tréningprogram viszont 19%-kal javítja a beteg életkilátásait. (Ez az adat nem teljesen meggyőző, mivel jelenleg nincs egy munkacsoporttól származó magas tudományos igényű vizsgálat, ami ezt bizonyítaná. Jelzett számadat több különböző helyen végzett vizsgálat összevonásából becsülhető — *Ref.)*

Gyakorlati ajánlás: Komplikáció nélküli myocardialis infarctus után alacsony rizikójú, depressiomentes egyéneken a kórházi kibocsátás után 2 héttel fokozatosan emelkedő séta ajánlott. Kezdetben napi 10 perc, majd hetenként 5 perccel emelve 45 percig vagy tovább heti 4—5 alkalommal. A séta „fürge" sétát jelent, de a dyspnoe küszöb alatt. Pulzusszámolás szükségtelen. Myocardialis infarctus után a magasabb rizikójú csoportban különösen szorongásos depresszióra hajlamos betegeken 3 hónapos tréningprogram ajánlott, ami szükség szerint ismételhető.

(Ref.: Úgy látszik, hogy a tréningprogram a kezdeti lelkesedés után a helyére került a coronaria betegek kezelésének fegyvertárában. Bizonyos, hogy komolyabb mértékű „revascularisatio" a programoktól nem várható. Ezenkívül túlélést javító hatása sem egészen meggyőző. Egy viszont biztos, jó adjuváns kezelés a béta-blockolók, nitroglycerin és egyéb gyógyszerek mellett az anginák mérséklésére és psychés hatása sem elhanyagolható. A tréningprogramok vezetése azonban szakavatott „team" kezébe való.)

Gelléri Dezső dr.

Szex a szívinfarktus és a bypass-műtét után. Halhuber, M. J., (D-5920, Bad Berleburg, an der Gontardslust 17): Sexualmedizin, 1988. *17.* 384.

Szívinfarktus után napjainkban mind nagyobb súlyt fektetnek a rehabilitációra, s ezen belül a pszichoszociális vonatkozásokra is.

Ugyanakkor a szívinfarktus kialakulásában nagy szerepet játszik az is, hogy lelki rizikó-diszpozíció is létezik, így az is, hogy teljesítményre, elismerésre, „perfekt" magatartásra és életstílusra, dominanciára stb.-re törekszik általában és szexuális vonatkozásban is. Problémát jelent azonban, ha valaki a feladatokat nem tudja „teljesíteni" és ezért konfliktus-szituációba kerül akár a karrierje, akár az élettársi vagy a sport viszonylatában.

Korábbi felmérések azt igazolják, hogy az infarktus és bypass műtét után sokan élnek szexuális életet, bár az indokolatlan félelmekkel (halál) jár együtt, ugyanis eléggé elterjedt az a tévhit, miszerint a szívbeteg ne éljen nemi életet. Nehezíti a beteg eligazodását az is, ha attól tart, hogy élettársa elhagyja őt.

Így a szívbetegség (műtét) lezajlása után igen fontos a rehabilitációt a szexualitásra is kiterjeszteni, mégpedig az orvosnak kell ezt a kommunikációt kezdeményeznie, mert a beteg úgy tudja, hogy erről nem illik beszélni. Ajánlatos az élettárssal is kapcsolatba lépni. Saját gyakorlata szerint a szerző külön beszél a beteggel, külön az élettárssal, majd együtt a párral.

Az exploráció terjedjen ki az eddigi életvezetésre, a párkapcsolat jellegére, a szexualitásra és a megbetegedés (műtét) utáni állapotra (mellkasi fájdalmak, szapora szívműködés fizikai megterhelésre és közösülés alatt és után). Figyelembe veendő az is, hogy leszázalékolták-e, mert a munkanélküliség a személyiséget is megváltoztathatja, és a korábban „dolgozó" ember rosszul érzi magát amikor „csak" a ház körül csinál valamit. (*A leszázalékolt is.* Ref.)

A tanácsadás során a tévhiteket kell először leépíteni, és rámutatni arra, hogy nemcsak a közösülés jelenti a szexualitást, hisz több út is van a kielégülésre. Lehetőleg a kevésbé „fárasztó" pozíciót kell alkalmazni és ha szív-panaszok lépnek fel a szex alatt, a nitroglicerin ezen segít, esetleg előzetesen beveendő.

Aszódi Imre dr.

A végtagcsonkolás okozta gátlások. Jochum, W. (Documenta CIBA-GEIGY): 1088. (3.) 5.

A szerző mint orvos és beteg beszámol több mint 40 éves tapasztalatairól bal lábszárának elvesztése után, és válaszol a csonkolás utáni téma néhány kérdésére.

A második világháborúban 1940. májusban katonai alakulatával az országúton menetelt, amikor váratlanul egy gránátszilánk bal lábszárába csapódott. Tompa ütést érzett. Azonnal egy tábori kórházba vitték, ott megoperálták és lábszárára gipszkötést helyeztek. Egy kis idő múlva áthelyezték egy másik kórházba, ahol ismét műtétet végeztek rajta. Talpát felhasították és a felgyülemlett gennyet lebocsátották, a gipszkötést pedig eltávolították. Majd egy nagyobb kórházba került, ahol erős fájdalom kíséretében bal alhasát vérmérgezéses lépduzzanat miatt felmetszették. 4 héten át hőmérséklete 36—40°C között ingadozott, sem sulfonamidot, sem penicillint nem kapott és valószínűleg rossz általános állapota miatt lábszárán csonkoló műtétet nem végeztek, míg egy napon a vérmérgezés megszűnt és ő aránylag gyorsan erőre kapott. Sebesülése után 18 hónap múlva súlyosan eltorzult lábával, lábszárcsontján kéregtömeggel, talpán nyitott sebbel kibocsátották. Dongalábhoz szükséges cipőben, két mankó segítségével, súlyos fájdalom kíséretében nehezen járni tudott, és beiratkozott Münsterben az orvosi egyetemre.

1942 elején látott először az orosz harctérről fagyás okozta lábszárcsonkolt katonákat hazaérkezni és feltűnt neki, hogy azok minden nehézség nélkül jártak, ami neki nagyon nehezére esett. Akkor elhatározta, hogy csonkoló műtétet végeztet magán, ami meg is történt: bal lábszárát annak alsó harmadában eltávolították. A műtét után, szeptember végén az első művégtagjával fájdalom és mankó nélkül járni tudott. Számára a csonkolás sokkot egyáltalán nem okozott, inkább megkönnyebbülést hozott. Később többször megkísérelte, hogy vesztesége miatt önmagát pozitívan állítsa be. Több kollégáján súlyosabb, sőt kétoldali csonkoló műtétet végeztek, azokkal összehasonlította magát és örült annak, hogy ő az egészet szerencsésen úszta meg. Több művégtaggal kísérletezett, de azok feltörték lábcsonkját, úgyhogy két hétig ismét mankóval kellett járnia, míg végül Bázelben egy szakértő mester olyan művégtagot készített neki, amivel 45 éven át olyan könnyen tudott járni, mint még soha.

A csonkoló műtétnek természetesen sok következménye lett. Sebesülése előtt többféle sportot űzött, nem is akárhogyan, kiváló táncos volt, mindezeket abba kellett hagynia. A legrosszabb az volt számára, hogy nem tudott lovagolni, mert a lovat a térdével nem tudta irányítani. Nagy örömmel úszott, sőt teniszezett is. A városnézéstől, a múzeumok látogatásától azonban távol kellett maradnia. A felesleges gyaloglástól tartózkodott, bizonyos dolgokat csak távolról nézett.

A lábszár hiánya sajnos pályafutását is befolyásolta. Freiburgban szerezte meg orvosi oklevelét. Ott lett egy kórházban segédorvos is. Főnöke azonban a beteglátogatások során többször 3 órán át is járásra kényszerítette, ami számára elviselhetetlen volt. Ezért onnan eltávozott és magángyakorlatot kezdett folytatni. Betegei azonban a harmadik-negyedik emeleten laktak, a sok lépcsőjárás miatt ezt is abbahagyta. Ezután a CIBA-GEIGY cégnél vállalt állást, ahol értékesíthette orvosi képességeit. Közben megtanulta az angol és a francia nyelvet és megtalálta lelki békességét. Nem sokkal később professzor is lett.

Véleménye szerint a csonkolt embernek lelkileg fel kell készítenie magát korlátozott állapotára. Mindig az lebegjen szeme előtt, amire képes, nem pedig az, amire képtelen. Nagy a különbség aszerint, hogy valaki a bal vagy a jobb alszárát veszti-e el. Ő például bal művégtagjával évekig képes volt autót vezetni, mert azzal mindkét pedált tudta irányítani. Szerinte döntő környezetének a magatartása. Megnősült, gyermekei lettek, de családjában soha senki sem hozta szóba csonka voltát. Szabadsága idején még órákon át táncolt is. Hősködni azonban nem szabad. Ha elfáradt, bármilyen társaságban széket kért és leült.

Mint gyakorló orvos azt ajánlja kollégáinak, hogy ha rokkant beteggel lesz dolguk, szakítsanak előbb időt arra, hogy a beteget lelkileg megnyugtassák. Ne ajánljanak neki olyasmit, amire képtelen. Végtagcsonkjaikat minden este olajos gyógyszerrel kenegettessék. Addig cseréltessék velük a művégtagot, amíg az már nem okoz nekik fájdalmat. Erre kell az orvosnak a legnagyobb türelemmel törekednie. Kikerülhetetlen a fantomfájdalomérzés. Néha télen havazáskor ő is érzett rángásokat csonkjában, ami később teljesen megszűnt. Azóta termékenyen dolgozik és boldog családi életet él.

Pongor Ferenc dr.

Cisztikus fibrózisos betegek fizikai edzése: áttekintés. Stanghelle, J. K. (Nat. Inst. Occup. Health, Oslo): Int. J. Sports Med. 1988, *9*, Suppl. 1, 6.

Az 1936-ban leírt betegséget Norvégiában 7500 újszülöttből egynél diagnosztizálják, így ez a leggyakoribb letális, genetikus betegség. Míg harminc éve csak néhányan érték meg az iskoláskort, 1968—77 között Svédországban 7,5-ről 16 évre nőtt az átlagos élettartamuk, és a 141 norvég beteg közül 23% volt 18 éves vagy idősebb 1986 januárjában.

Először 1979-ben indítottak kéthetes fizikai aktivitásprogramot a CF betegek részére, amely e rövid idő alatt is kardiorespiratorikus és psychoszociális javulást hozott a betegek nagy részénél. Azóta minden norvég gyermek évente egy-két ilyen „edzőtáborozáson" vesz részt rekreációs központokban. (A költségeket a biztosító állja.)

16 éves korban a klinikai állapot és a teljesítőképesség nagy különbséget mutat, de a fizikailag aktívakon öt év alatt mit sem romlott. (Másik tanulmány ugyanebben a kötetben.) 1982-ben futott le először CF-es beteg (16 évesen) maratoni versenyt. Azóta ezek száma négyre nőtt, egyikük leány, akinek a spirometriás értékei egyébként a kívánt érték 50—70%-át érik el csupán. Semmilyen komoly ártalmat, komplikációt nem láttak eddig a fizikai megterhelések során, persze az elektrolitpótlásról — természetes úton — gondoskodni kell. Az igen magasra emelkedő aldoszteron és renin aktivitás egyébként jelzi a szervezet nátriumvisszatartó törekvését. A stresszhormonok viselkedése egyébként nem különbözik a normálisakétól, kivéve a dopamin és a katekolamin anyagcserét. Nem fordult elő eddig komolyabb hemoptoe, ptx vagy egyéb, félt következmény, noha a maratoni futók is pseudomonassal voltak fertőzve.

A CF-es beteg légzése gazdaságtalanabb (nagy a VE/VO_2 arány) főleg a fokozott viszkoelasztikus munka miatt. Ez a teljesítőképesség fő limitálója, és megmutatkozhat az akaratlagos maximális percventiláció kicsiny voltában is. Alacsonyabb az elérhető maximális pulzusszám is, de a szív perctérfogata és a bal kamra funkciója — kivéve a nagyon leromlott betegeket — normális. Az 50% alatti Tiffeneau-index jelzi, hogy a terhelés alatt komoly mértékű arteriás hypoxia alakulhat ki. E betegek csak kis intenzitású mozgást végezhetnek! A nyugalomban is hypoxaemiás betegeken intrapulmonalis shuntot vagy perfúzió-ventiláció egyenetlenséget mutattak ki. A terhelés után rendszerint javul a spirogram, a tüdő légtartalma (trapped air) csökken. Ez a szimpatikus okozta bronchustágulásnak és a váladék felköhögésének köszönhető. A sokéves edzésprogramok során javulhat is a spiogram, a Shwachman skálaérték változatlan marad.

Bár a rosszul tápláltság kétségkívül rontja a teljesítőképességet, nem tudjuk, hogy a fizikai aktivitás javítja-e a tápanyagok és az esszenciális elemek, zsírsavak felszívódását, javítja-e a CF-esek étvágyát. A rendszeresen sportolók testsúlya általában nő.

A lokomotor rendszer gyengébb, sérü-

lésre hajlamos, ezért hangsúlyozni kell a felkészítés fokozatosságát és a „karbantartás" (stretching, levezetés, változatos sportmozgások) fontosságát. Az izom rostösszetétele a normál tartományban volt az eddig vizsgált két fiatalnál.

A rendszeres aktivitás csökkenti a tüdőinfekciók gyakoriságát, feltehetően a köpetürítés elősegítésével olyannyira, hogy a fizikoterápia el is hagyható. Az erőltetett kilégzési manőverekkel, posturalis drenázzsal kombinált állóképességfejlesztő aktivitás (futás, gyaloglás, vízisportok, kerékpár stb.) a leghatásosabb. Trambulinugrásos, testépítő edzések is javítottak az állapoton, s ilyenek lelkileg is színezhetik az edzések „egyhangúságát".

(Ref.: *A folyóirat 64 oldalán a svéd—norvég munkacsoport további közleményekben számol be a kéthetes táborok hatásairól, ötéves követésről, valamint a maratonfutások során észlelt endokrin zsíranyagcsere, dopamin anyagcsere változásokról. Az áttekintő cikk 186 referátumot idéz.)*

Apor Péter dr.

CORINFAR® Drazsé

Koszorúsér-tágító — Antihypertensivum

HATÓANYAG: 0,01 g nifedipinum drazsénként.

JAVALLATOK: Krónikus ischaemiás szívbetegségek, különösen az angina pectoris tartós kezelésére és a rohamok megelőzésére. Középsúlyos és súlyos hipertónia.

ELLENJAVALLATOK: Akut miokardiális infarktus, kardiogén shock, pitvari-sinusz szindróma, terhesség.

ADAGOLÁS: Individuális. Szokásos adagja 3×1 drazsé naponta. Fenyegető angina pectoris roham esetén a gyorsabb hatás céljából a drazsét szét kell rágni és rövid ideig a szájban tartani. A két bevétel közötti időtartam 2 óránál nem lehet kevesebb.

MELLÉKHATÁSOK: Fejfájás, arcpír, melegségérzés, szédülés, émelygés, fáradtság.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Antihipertenzív szerek és bétareceptorblokkolók hatását erősítheti, ill. kiegészítheti.

FIGYELMEZTETÉS: Súlyos coronáriabetegségekben szükséges más antianginás szerek adása is. A rohamok esetén nitroglicerin mellett bétareceptor-blokkolók alkalmazása is ajánlatos. Szívglikozidok a Corinfar®-kezelés alatt is szedhetők.

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki.

CSOMAGOLÁS: 100 drazsé 33,30 Ft.

GERMED

Gyártja:
VEB ARZNEIMMITTELWERK DRESDEN, NDK

Exportálja:
AHB GERMED-export-import, NDK

Klion tabletta · hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 250 mg metronidazolumot, 1 hüvelykúp 500 mg metronidazolumot tartalmaz.

ADAGOLÁS:

Trichomoniasisban: Férfinak és nőnek egyaránt reggel-este 1-1 tabletta (250 mg) 10 napon át. Nők ugyancsak 10 napon keresztül lefekvés előtt 1-1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe. A beteg házastársa vagy szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható.

Giardiasisban: Felnőtteknek: 5-7 napon át naponta 2×2 tabletta.

Amoebiasisban: Felnőtteknek:

a) symptomamentes cisztaürítők esetében 5-7 napon át 2-3×2 tabletta.
b) chronikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5-10 napon át 3×2 tabletta.
c) invasív formában, acut amoebas dysenteriában, tünetmentességig 3×3 tabletta.
d) amoebás májtályog esetén a megengedhető napi maximális adag 2500 mg (azaz 10 tabletta) egyszerre, vagy 2-3 részletben, 3-5 napon át, az egyéb terápiás lehetőségek alkalmazása mellett.

MELLÉKHATÁS: Az orális Klion tabletta alkalmazásakor ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, hányinger, hányás jelentkezhet. Mivel nitroderivátum a Klion, enyhe leukopeniát is okozhat.

FIGYELMEZTETÉS: Klion-kezelés ideje alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen! A Klionnal egyidejűleg adott antihypertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni. A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉSEK

Boda D. és Túri S. (Eds.): Paediatric Nephrology: A Research Update 1988 Karger Verlag, Basel, 236 oldal.

A könyv a Karger Kiadó Contributions to Nephrology sorozat 67. köteteként jelent meg (a sorozat szerkesztői: G. M. Berlyne, Brooklyn, N. Y. és S. Biovanetti, Pisa) és az Európai Gyermeknephrologiai Társaság 1987. évi budapesti kongresszusának előadásaiból tartalmaz válogatást.

A kongresszus a gyermeknephrologia klinikai gyakorlatának és elméleti kutatásainak számos kérdésével foglalkozott. Kitűnő európai — köztük hazai — és tengerentúli szakemberek legújabb kísérletes és klinikai eredményeikről számoltak be. A nagy gonddal összeállított válogatás, mely a kongresszus teljes anyagát reprezentáló előadásokat tartalmazza, az alábbi öt kérdéscsoporttal foglalkozik:

1. Vazoaktív mediátorok szerepe a vesefunkciók szabályozásában és különböző vesebetegségek kialakulásában. A fejezet a pitvar által termelt natriuretikus peptid, a prosztaglandinok, vasopressin, dopamin és az oxigén szabad gyökök jelentőségét tárgyalja gyulladásos vesebetegségekben, chronikus veseelégtelenségben és diabeteses ketoacidózisban. E fejezetben találhatók az esszenciális hypertonia pathomechanizmusával és a veseelégtelenség anyagcsere hatásaival (carnitin, kötőszövet) foglalkozó előadások.
2. Membrán funkció és immunológiai változások glomerularis betegségekben.

A fejezet experimentális és klinikai nephrosisban membrán szintű biochemiai változásokat ismertet és felhívja a figyelmet az IgA nephropathia és a Schönlein—Henoch-betegség immunmechanizmusának kutatásában elért legújabb eredményekre.

3. Újszülöttkori nephrologia.

Ez a fejezet az újszülöttkori elektrolitforgalom endokrin szabályozásának újonnan felismert sajátosságairól (endogen digoxinszerű anyag, pitvar által termelt natriuretikus peptid), nátrium, foszfor és laktát renális transzportjának érési mechanizmusáról, az újszülöttkori veseelégtelenség kezelésében elért eredményekről, valamint a perinatalis asphyxia és gyógyszeres kezelések (indomethacin, theophyllin) renális hatásairól ad áttekintést.

4. Urológiai rendellenességek és vesebetegségek praenatalis diagnózisa.

A vese és a húgyúti fejlődési rendellenességek korai felismerésének lehetőségeit, azok konzervatív és radikális kezelésével elért eredményeket, a magzati vese működésének a vizelet mikroprotein analízisével feltárt sajátosságait, valamint a DNS technika jelentőségét az Alport-szindróma praenatalis diagnosztikájában foglalja össze a fejezet.

5. Multicentrikus, kollaboratív vizsgálatok.

A fejezet megismertet az ilyen típusú vizsgálatok jelentőségével, azok lehetőségeivel és korlátaival általában, és konkrét tanulmányokat mutat be az izolált haematuriák, a szteroidérzékeny és szteroidrezistens nephrosis szindrómák kezelésében elért eredményekről.

A 236 oldalas könyv 54 ábrát és 51 táblázatot tartalmaz, az egyes közleményeket rövid irodalomjegyzék követi. A könyv végén található tárgymutató nagyban segíti az olvasót a gyors tájékozódásban.

Kiállítása példás, a Karger Kiadótól megszokott magas technikai színvonal jellemzi.

A könyvet érdeklődéssel olvashatják a gyakorló gyermekgyógyászok, a gyermek- és felnőtt nephrologusok, neonatológusok, belgyógyászok és mindazok, akik a vesemőködés sajátosságainak és a vesebetegségek pathomechanizmusának kutatásával foglalkoznak.

Sulyok Endre dr.

Klaus-Jürgen Preuschoff: Suizidales Verhalten in deutschen Streitkräften. 1988. S. Roderer Verlag, Regensburg, 513 o. (Beiträge zur Erforschung Selbstdestruktiven Verhaltens, Bd. 9., herausgegeben von Hermann Pohlmeier DM 54,—)

Az öngyilkosságkutatással foglalkozó német szakkönyvsorozat (amely a maga nemében egyedülálló a világon, és a szuicidológia fejlődésének nem csupán tükrözője, hanem előrevivője is) legújabb kötete a német hadseregben megnyilvánuló öngyilkossági cselekményekkel foglalkozik. A könyv visszanyúlik az egyesülés előtti német államok meglévő katonai statisztikáiig is, de természetesen főleg a porosz adatokról, majd az egységes Németország hadseregének adatairól szól. A jelenség természetéből eredően az adatok hiányosak, a háborúk korszakából nincsenek statisztikák, főleg békeidőszakok viszonyairól tudunk. Különös részletességgel tárgyalja a könyv a Német Szövetségi Köztársaság katonaságában, a Bundeswehrben előforduló öngyilkosságokat. Emellett a könyv áttekinti a katonai öngyilkosságok szakirodalmát, benne a katonai szabályozás (eljárási reakciók, megítélési módok stb.) dokumentumait is.

Mint a kötetből kitűnik, az öngyilkosság vagy az önpusztító kísérlet az utóbbi 150 évben folyamatosan gond volt a német hadseregekben. A múlt században az arányszám gyakran volt magas, az utóbbi évtizedekben inkább a megfelelő férfikorcsoportok országos átlaga körül mozog. Öngyilkosságmegelőzési program a német hadseregekben nem volt, és jelenleg sincs átfogó terv, a könyv célja éppen az, hogy megelőzési intézkedések rendszere alakuljon ki, és ebben a katonaság pszichiáterei, pszichológusai, szociális munkásai és tisztjei feladatokat kapjanak.

A szerző szerint, aki pedagógus, szociológus, alezredesi rangban a darmstadti katonai akadémia vezetője, a katonák esetében számos veszélyeztetettségi tényező érvényesül, a katonai életmód sok frusztrációt tartalmaz, és ez aktualizálhatja a katonai élet előtt kialakult hajlamosságokat, intrapszichés feszültségformákat. Ezt saját felmérés adataival is bizonyítja. Kb. 30 eset vázlatos leírását is olvashatjuk a kötetben. A sorkatonaság öngyilkosságait láthatóan csökkenti, ha a hajlamos, megterhelést nem bíró fiatalokat, elsősorban a pszichiátriailag betegeket megpróbálják kiszűrni. Az öngyilkossági kísérletekre a mai hadsereg igyekszik terápiásan reagálni. A szerző szerint a hadseregben alkalmazott pszichológusoknak az öngyilkossági veszélyeztetettséggel és kísérlettel, valamint néhány más deviáns megnyilvánulással kapcsolatosan klinikai pszichológus módján kell foglalkozni. A megelőzésben a szerző nagy jelentőséget tulajdonít annak, hogy a katona azonosuljon a katonai szervezettel, vegye át annak szemléletét, lásson értelmet szolgálatában, és legyenek megfelelő csoportviszonyok a katonai egységekben.

A kötet teli van érdekes adatokkal, pl. végigvonul a történeti áttekintésen az a tény, hogy az öngyilkosság problémakörét a katonai pszichiáterek mindig a saját illetékességi körükbe akarták vonni, továbbá, hogy századunk első felének katonai pszichiátriájában is a pszichopátia-fogalom volt a „jolly joker", mindent ezzel igyekeztek magyarázni. Pszichopatának diagnosztizált esetekben ugyanakkor a büntetés volt legtöbbször az ajánlott reakció.

A könyv decimális rendben íródott, száraz, hivatalos, katonai nyelven. Így azután nem különösebben olvasmányos, és az öngyilkosság irodalmában járatosak számára nem sok újat adó szöveget vehet kézbe az olvasó. Érték azonban a sok adat, a katonai kontextusban történő öngyilkosságok problemakörének szisztematikus feldolgozása, az erre vonatkozó szakirodalom teljes áttekintése, így a könyv katonaorvosoknak és szuicidológiával foglalkozóknak fontos, hasznos lehet.

Buda Béla dr.

MEGJELENT

EGÉSZSÉGTUDOMÁNY
1988. 3. sz.

Gerlóczy Zsigmond születésének 125. évfordulójára

Dési Illés: A vér baktériumölő képességének a vizsgálatától az immuntoxikológiáig

Institóris László, Huszta Etelka, Dési Illés: A Wofatox hatóanyagának immuntoxikológiai vizsgálata egéren

Fodré Zsófia, Kovács Katalin, Varsányiné Tóth Irén: Mortalitás és az ivóvízminőség összefüggése Csongrád megyében

Bozsó János, Durst János, Pásztor András, B. Rau Éva: A mozgó aeromonasok enterális kórokozó szerepe

Tóth István, G. László Vera, Milch Hedda: Multirezisztenciát meghatározó, Escherichia coli törzsekből származó FI Inc csoportú R-plazmidok jellemzése fágrestrikció alapján

Baron Ferenc: Streptococcus izoláló táptalaj hatásfokának összehasonlító vizsgálata kvantitatív módszerrel

Krompecher Éva, Szabó Nóra, Vandra Edit, Kalich Rosemarie: Streptococcus pneumoniae törzsek elkülönítése egyéb alfa-hemolizáló streptococcusoktól optochin korong segítségével

Ilyés István, Kirilina Szvetlana: Az energia-egyensúly szabályozásának zavarai elhízásban

Lévay Sándorné, Németh Irén, Maurer József: Egyes élelmiszerek policiklusos aromás szénhidrogén szennyezettsége Békés megyében

Sohár Judit: A tej és tejtermékekben előforduló idegen vegyi anyagok köre

Melles Márta, Kuti Vilma, Madár János, Svidró Anna, Kelemen Erzsébet, Juhászné Malachowszky Katalin, Szentpéteri Sándorné: Néhány ismert etiológiájú enterális megbetegedés alakulása Pest megyében az elmúlt 10 évben (1977—1986)

Dési Illés: Dilemmák a toxikológiai vizsgáló módszerekben

FÜL-ORR-GÉGEGYÓGYÁSZAT
(1988. 3. szám)

Zemplén Béla dr., Rózsa László dr., Bánhidy Ferenc dr.: Orrmelléküreg tumor radicalis műtétje során végzett csontdefektus-pótlás szilikon protézissel

Révész Tamás dr., Barnard, R. O., Earl, C. R.: Hosszantartó hallászcsökkenés, mint a központi idegrendszer superficiális siderosisának első tünete

Répássy Gábor dr., Czigner Jenő dr.: Módosított hemilaryngectomia a junctionalis kiindulású hangszalagrák kezelésére

Balázs Boglárka dr., Gósy Mária dr.: Környezetünk hangjelenségeinek hatása a beszédre

Lichtenberger György dr.: Antibiotikus és műtéti kezelésre gyógyult nekrotizáló „malignus" otitis externa

Kásler Miklós dr.: A pectoralis major miokutan lebeny alkalmazásának korai eredményei

Bánkúti József dr., Mink Antal dr.: A fejnyakdaganatok cytostatikus kezelésének tapasztalatai a POTE Fül-orr-gégeklinikáján

Dobsa Tibor dr.: A m. stapedius clonusos görcse okozta objektív fülzörej

Fekete-Szabó Gabriella dr.: Gégetumor, mint neurofibromatosis részjelensége

Katona Gábor dr., Lellei István dr.: Veleszületett mediális orrháti sipoly

I. Kaufman Arenberg dr.: Saccus endolymphaticus mastoiddal való összeköttetésének eredménye konzervatív kezelésre nem reagáló Meniére-betegségben

MAGYAR TRAUMATOLÓGIA
(1988. 3. sz.)

Forgon Mihály, Fülöp Tibor, Tarjányi József: Eredményeink intertrochantericus valgisáló osteotomiával a coxarthrosis gyógyításában

Dósa Gábor, Doró Géza, Süveges Gábor, Nyirády László: A distalis radioulnaris ízület instabilitása

Bellyei Árpád, Kránicz János: A csípőízület normál geometriai értékei a felnőtt korban

Mike György, Schmidt Erzsébet: Csontscintigraphia alkalmazása a Perthes-betegség diagnosztikájában

Bálványossy Péter: A vállízület arthrographiás vizsgálata

Gulyás Gusztáv, Nagy Béla, Kartik Ilona, Takács László, Sikos Géza, Mezei László: Fibula szabadátültetés mikroér anasztomózissal 21 cm hosszúságú tibia defektus pótlására

Borbély László, Halász Jenő, Redl Pál: A latissimus dorsi bőr—izom—csontlebeny anatómiai alapjai

Bálványossy Péter: A vállízület funkcionális vizsgálata

Hrabovszky Tamás: Vénás lábszárfekély talaján kialakult izomsérv és újszerű műtéti megoldása

Bálványossy Péter, Dévay Katalin: Claviculatöréssel szövődött acromioclavicularis ficam esete

Palkonyay Gábor: Dupuytren contractura és atheroma együttes előfordulása

SZEMÉSZET
(1988. 3. sz.)

Balaton Csilla, Valu László, Varga Margit: A szaruhártyahám beidegzéséről

Balaton Csilla, Valu László, Varga Margit: Az emberi pillaváz finom szerkezetéről

Hatvani István: Cornea dekompenzáció műlencse beültetés után

Szalay Edit, Osztovics Magda, Vámos Rita: „Fütyülő arc" szindróma szemelvál-tozásokkal

Pelle Zsuzsanna: Koraszülött retinopathiára utaló késői tünetek a szem elülső szegmentjében

Hajas Katalin, Polgár József: Dacryocytorhinostomia műanyagcső beültetéssel

Balázs Erzsébet, Rózsa László: Diagnosztikus lehetőségek a szemészetben transcranialis Doppler-szonográfiával

Hatvani István: Szilikon-olaj injektor vitrectomiához

Hatvani István: Mobilis kontaktlencse intravitrealis beavatkozásokhoz

Kuhn Ferenc, Szalczer Lajos: Vitrectomia során használatos saját készítésű eszközeink

MAGYAR SEBÉSZET
(1988. 4. sz.)

Altorjay Áron, Szirányi Endre, Kiss János: EEA körvarrógép alkalmazása a nyelőcsősebészetben

Jakab Ferenc, Sugár István, Forgon Judit, Ráth Zoltán: A gyomorcsonk carcinomáról

Letoha Gyula, Papp Á., Karácsonyi Sándor, Horváth I., Páger L.: Daganat okozta sárgaság és choledochus kövesség együttes előfordulása

Bartha Iván, Bodrogi Tivadar, Uray Éva, Balázs György: Elective radicalis vastag- és végbélrák műtéteinek szövődményei

Farkas Sándor, Bognár József, Safar Ahmed, Schmuck Mihály: A vastag- és végbélrákok kezelésében elért korai eredményeink

Köves István, Sulyok Zoltán, Vámosi-Nagy István: Continens gastrostomia

Gyurkó György, Révész Johanna: Néhány vivőérbetegség gyógyítási költségeiről

Jakab Ferenc, Sugár István, Ráth Zoltán, Záborszky András, Börzsönyi Mátyás: A CA^{33} szint és szerepe a májtranszplantációban

Kenyeres Péter, Morvay Géza, Tekeres Miklós: A vázizomzat fáradása és antioxidáns terápia kísérletes hipoxiában, hemorrhágiás és endotoxin sokkban

HÍREK

A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Tudományos Ülései Albizottsága és a SZAB Orvostudományi Szakbizottsága *1989. április 11-én 16 órai* kezdettel a SZAB Székház dísztermében az Ideggyógyászati Klinika munkatársainak részvételével tudományos ülést rendez.

1. *Székely J., Várkonyi Á. (Gyermekkl.):*
Pszichometriai szűrővizsgálat colitis ulcerozás gyermekeknél
2. *Bencze E., Rajki I., Székely J., Vétró Á.:*
Komplex csoportterápia gyermekkori pszichoszomatikus betegek kezelésében
3. *Rajki I., Bencze E.:*
Pszichoszomatikus gyermekbetegek szüleinek csoportterápiája
4. *Vásadi A., Bencze E., Vétró Á.:*
Klasszikus iskolaphobia kezelése kognitiv-behavior terápiával
5. *Szűcs E., Pető Z.:*
Pszichiátriai osztály 10 éves mortalitása — észrevételek és meggondolások
6. *Szilárd J., Kós F.*,* Virágos Kis Erzsébet*, Szendrényi J.*, Pető Z.* (* = Igazságügyi Orvost. I.):
Az adaptációs szabadság büntetőjogi vonatkozásai pszichiátriai osztályon
7. *Pető Z., Kósa F.*,* Virágos Kis E., Szendrényi J.*, (* = Igazságügyi Orvost. I.):
Az adaptációs szabadság polgárjogi vonatkozásai pszichiátriai osztályon

---

Az Országos Közegészségügyi Intézet *1989. április 18-án du. 14 órakor* tudományos ülést tart az intézet Fodor József termében (Bp. Nagyvárad tér 2.)

Tárgy:
Gidai Erzsébet: A jövőkutatás elmélete és módszerei különös tekintettel az egészségügyre.

A Magyar Belgyógyász Társaság Délmagyarországi Decentruma *1989. április 21—22—én Makón,* a Városi Tanács dísztermében (Lenin tér 22.) rendezi **XX. Vándorgyűlését.**

Április 21., péntek.
9 óra 30 perc. Megnyitó.
10 óra 15 perc. Referátumok:
Prof. Varró Vince: Klinikai kutatások; problémák és perspektívák.
Prof. Vadon Gábor: Újabb képalkotó eljárások a hasi diagnosztikában.
11 óra—11 óra 15 perc. Szünet.
11 óra 15 perc. Csatlakozó előadások.
Üléselnökök: Prof. Varró Vince, Prof. Vadon Gábor
1. *Forster T., Varga A., Csanády M. (Szeged):* Színkódolt Doppler echocardiográfia: egy új noninvazív képalkotó módszer.
2. *Varga A., Borthaiser A., Bosnyákovics T., Tran, V. R., Forster T., Gaál T., Csanády M. (Szeged):* Vitiumok súlyossági fokának megítélése színkódolt Doppler-echocardiográfiával és összehasonlítása a szívkatéterezés eredményeivel.
3. *Túri P., Gruber N., Forster T., Csanády M. (Szeged):* 2D echocardiográfiával követett trombolízis akut műbillentyű trombózis esetén.
4. *Almási L., Kósa I., Csernay L. (Szeged):* Emissziós számítógépes perfúziós szívizom tomogramok polárkoordináta megjelenítése. „Ökörszem" display.
5. *Bugyi Zs., Vadász J. (Szolnok):* Az ultrahangvizsgálat szerepe a pajzsmirigy betegségek diagnosztikájában.
6. *Kovács J., Libor J., Gurzó Z., Kiss E., Varga I. (Gyula):* Az endoscopos ductographia jelentősége a pancreas betegségeinek kórismézésében.
7. *Ábrahám Gy., Nagy F., Hódi M., Sonkodi S. (Szeged):* sonographiával vezérelt vesecysta punctio.
8. *Erostyák M., Tobak Z., Gervain M. (Orosháza):* Az UH-vizsgálatok által indukált változások a vese cystás-polycystás megbetegekdéseinek diagnosztikájában és therapiájában.
9. *Nyúzó B., Letoha V., Garai I., Perlaki P., Tóth S. (Kiskunfélegyháza):* Krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek echocardiográfiás vizsgálatának jelentősége.
10. *Ábrahám Gy., Ádám E., Hódi M. (Szeged):* Meta-jódbenzylguanidinnel localizált phaeochromocytoma.
11. *Sulyok L. (Szolnok):* Video-endoszkóp (Welch-Allyn) előnyei és hátrányai.
12. *Fekete M., Csiszér E., Mihalik M. (Makó):* Doppelkontraszt videorögzítéssel vékonybélvizsgálatokban.
13. *Szalay J., Pávics L., Katona É. (Szeged):* Belgyógyászati osztályon fekvő betegek planáris agyszcintigráfiás vizsgálatának diagnosztikus értéke 2 év vizsgálatai alapján.
13 óra—14 óra 30 perc. Ebédszünet.
14 óra 30 perc. Előadások.
Üléselnökök: Prof. Csanády Miklós, Prof. ténYi Mária
14. *Pap I., Simon Zs., Zöllei É., Sági I. (Szeged):* Végleges pacemaker implantációt igénylő beteganyagunk analízise (1983—1988).
15. *Fazekas T., Gáspár L. (Szeged):* Az intermittáló szárblokkok kóreredete.
16. *Csanádi Z., Szász K., Horváth L., Somfay A. (Deszk):* Coronariastatus terhelés során jelentkező „néma" (silent) myocardialis ischaemiában.
17. *Szász K., Faragó J., Mester J., Csernay L. (Deszk-Szeged):* Izolált jobb kamrai infarctus.
18. *Botos Z., Szabó P., Csikász J. (Békéscsaba):* Instabil angina pectorisos betegek kezelése során szerzett tapasztalataink.
19. *Ungi I., Simon Zs., Verzár Zs., Pap A., Sági I. (Szeged):* A tartós epidurális analgézia helye belgyógyászati betegségekben.
20. *Marosi Gy., Dobranovics I., Ugocsai Gy. (Szeged):* Malignus neuroleptikus szindróma.
21. *Karmazsin M., Boros I. (Deszk):* Haemoptoe = tüdőbetegség?
22. *Fodor D., Vinkó J., Boros I. (Deszk-Makó):* Az a. pulmonalis középnyomás noninvazív becslése obstruktív tüdőbetegségekben.
23. *Jancsikin L., Boros I. (Deszk):* Therapiaválasztás, hatékonyság és költség a pneumonia kezelésében.
24. *Kiss J., Fazekeas T., Mojzes I., Simon Zs., Pap Á., Sági I. (Szeged):* Heveny pancreatitis klinikai képében jelentkező paraquat mérgezés.
25. *Gajdács Á., Zádori I. (Makó):* Ellentmondásos Gramoxon-mérgezés a toxicologiai adatok és a klinikai kép divergenciájával.
16 óra 30 perc—16 óra 45 perc. Szénet.
16 óra 45 perc. Előadások.
Üléselnökök: Winter Miklós dr., Biliczki Ferenc dr.
26. *Iványi B., Nagy J., Buzás E. (Szeged):* A könnyűlánc-betegségről és a könnyűlánc-nephropathiáról.
27. *Gász J., Mohai A. (Baja):* Soliter plasmocytoma.
28. *Hajdú L. (Kiskunhalas):* A Boeck-sarcoidosis diagnosisáról eseteink kapcsán.
29. *Nagy B., Winter M. (Hódmezővásárhely):* Hemolitikus anémia: diagnosztikus problémák, terápiás tapasztalatok.
30. *Kispál M. jun., Pető A., Kovács A., Kispál M. (Szentes):* A szerum $beta_2$-mikroglobulin vizsgálata malignus haematologiai és solid tumoros betegeknél.
31. *Bozóky G., Biliczki F. (Kecskemét):* Cytostatikum indukálta myelodysplasiás syndroma (preleukaemia) — acut leukaemia.
32. *Antal A., Fazekas T., Földes V. (Szeged):* Szokatlan öngyilkosság, szeg szájbalövésével.
33. *Kovács A. (Orosháza):* 1 éves tapasztalatok Fecatesttel.
18 óra 30 pec—19 óra 30 perc. Decentrum vezetőségi ülés 1989. április 22. szombat.
9 óra. Referátum:
Iványi János dr., c. egyetemi docens: A diabetológia aktuális kérdései. Emlékezés Tiszai Aladár főorvosra.
9 óra 30 perc—9 óra 45 perc. Szünet.
9 óra 45 perc. Csatlakozó előadások.
Üléselnökök: Iványi János c. egyetemi docens, Hódi Miklós dr.
34. *Hajnal F., Shaw, S., Valenzuela, J. (Szeged):* Az epehólyag összehúzódás rendellenességei diabetes mellitusban.
35. *Marticsek J., Cseh K., Kalabay L., Jakab L. (Jászberény):* A neutrofil granulociták szerepe diabétesz mellituszos betegek infekcióval szembeni védekezőképességében.
36. *Regényi J., Durszt F., Szabó M. (Szeged):* Gyorsan progrediáló retinopathia, frissel felfedezett cukorbetegség inzulin kezelése alatt.
37. *Hódi M., Holzinger G. (Szeged):* Dawn-jelenség mint az inzulinkezelés intenzifikálásának egyik indikációja.
38. *Holzinger G., Hódi M. (Szeged):* Korábbi hazai insulinkészítményekkel kezelt cukorbetegek ambulans átállítása Hoechst S-Richter insulinokra.
39. *Gyimesi A., Bányai T., Pocsay G., Iványi J. (Gyula):* Korszerű inzulinkezeléssel szerzett tapasztalataink.
40. *Novotny D., Kazi Zs., Lovász T., Vadász J. (Szolnok):* A hazai monospecies inzulinokkal szerzett tapasztalataink.
41. *Katona J., Szigethy Zs., Hegedüs L., Kovács A. (Szentes):* Diabeteses comás eseteink osztályunk 5 éves beteganyagában.
42. *Földesi I. (Szentes):* Inzulinomás betegünk esetismertetése.
43. *Hegedüs L., Katona J., Szigethy Zs., Kovács A. (Szentes):* A diabetes mellitus szövődményeinek elemzése osztályunk 5 éves beteganyagában.
44. Stengl É., Tóth K., Bellán I., Lovas S. (Szentes): Diabeteses betegeknél észlelt nem metabolikus sürgős esetek osztályunkon.
45. *Bányai T., Iványi J., Karácsonyi S., Farkas Gy. (Gyula-Szeged):* Pancreas műtétek utáni diabetes mellitus sajátosságai.
46. *Mohácsi G., Ábrahám Gy., Mágori A., Ormos J., Sonkodi S. (Szeged):* Primer glomerulonephritis diabetes mellitusban.
47. *Bárdos J., Kiss Z. (Makó):* A Richter-inzulinokkal szerzett tapasztalataink.
48. *Sepp J., Kiss Z., Bárdos J. (Makó):* Szívinfarktus cukorbetegekben.
49. *Balázs T., Tóth E., Csikász J. (Békéscsaba):* Akutan jelentkező szénhidrát anyagcserezavar szokatlan háttere.
12 óra. A kongresszus értékelése, zárása
(Iványi János c. egyetemi docens, decentrum-elnök)

A Magyar Farmakológiai Társaság Klinikai Farmakológiai Szekciója *1989. április 22-én (szombat) 11 órai* kezdettel tudományos ülést rendez PAB Székházban, Pécs, Jurisics. u. 44.
Téma: „Karciovasculáris megbetegedések farmakológiájának, therapiájának új eredményei a klinikai farmakológiai gyakorlatban."
Program:
1. Felkért előadók referátumai
2. Csatlakozó előadások.

Az Egyetemi Tudományos Napok keretében az I. sz. Sebészeti Klinika tartja előadását *1989. április 20-án 14 órakor* a Klinika Tantermében (Bp. VIII. Üllői út 78.)

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet *1989. április 24-én 15 órakor* tartja tudományos ülését az ORFI Lukács Klubban (Bp. II. Frankel Leó u. 25.)

Tárgy:
A H Reuma Osztály betegbemutatója.

A Magyar Gerontológiai Társaság *1989. április 26-án 14.30 órai* kezdettel tartja 124. tudományos ülését a Semmelweis OTE Gerontológiai Központjában (Bp., VIII., Somogyi B. u. 33.).
1. *Kisbán Gabriella dr., Bérczi Éva dr., Vértes László dr.:* Új modell: A Belvárosi Egészségvédelmi Szolgálat
2. *Spellenberg Sándor dr.:* Időskori szaglászavarok aetiopathogenesise
3. *Bérczi Éva dr.:* Gerodermatológia (2)
4. *Faragó Péter dr.:* A longitudinalis huzalvarratról

Az Egyetemi Tudományos Napok keretében az Igazságügyi Orvostani Intézet szervezi előadását *1989. április 27-én 14 órakor* az Intézet Tantermében (Bp. IX., Üllői út 93.)

A Magyar Gyermekorvosok Társasága Dél-Magyarországi Decentruma
Tudományos Ülést rendez **Hódmezővásárhelyen**
1989. május 5—6-án

Május 5. (péntek) 9.00 óra
Megnyitó, üdvözlések
Tudományos program:
Május 5. (péntek) 9.30 óra
Üléselnök: *Prof. Dr. Boda Domokos*
1. *Tankó A., Bérczi I., Altorjay B., Steinmeth Gy., Nagy T. és Tóth Gy.* (Kecskemét, Megyei Kórház, Szülészeti és Gyermekosztály): Az osteogenesis imperfecta praenatalis ultrahang diagnosztikája a II. trimesterben.
2. *Bálint P., Bútor É., Kopp M., Boleman I., Kovács* D. és Viski S. (Hódmezővásárhely, Kórház, Gyermek-, Röntgen- és Szülészeti Osztály): Praenatalisan diagnosztizált húgyúti rendellenességek nyomon követése.
3. *Szűcs M., Tóth Gy., Tankó A. és Füzesi K.* (Kecskemét, Megyei Kórház Szülészeti és Gyermekosztály; Szeged, Gyermekklinika): A terhesség folyamán ultrahanggal diagnosztizált vese- és húgyúti rendellenességek utánvizsgálatának eredményei.
4. *Kováts A., Tóth M.* (Orosháza, Kórház, Gyermekosztály): Adalék az érett újszülöttek transitorikus RDS-ének kialakulásához.
5. *Kovács J.* (Hódmezővásárhely, Megyei Gyermekszívgondozó): A szívtáji szúró fájdalom és a mitrális prolapsus syndroma.
6. *Tekulics P., Kertész E., Bevíz J. és Kovács G.* (Szeged, Gyermekklinika, Radiológiai Klinika, Szívsebészeti Önálló Osztály): Perifériás arteriográfia alkalmazása az aortaív fejlődési rendellenességeinek diagnosztikájában.
11.30 óra
Üléselnök: *Prof. Dr. Pataki Lajos*
7. *Katona M., Haszon I., Kertész E., Dobos É.*, Orvos H. és Túri S. (Szeged, Gyermekklinika): Cardiomyopathia uraemiás betegekben.
8. *Kovács J., Kertész E., Túri S. és Tarján T.* (Szeged, Gyermekklinika): Folyamatos arterio-venosus hemofiltráció alkalmazása cardiálisan dekompenzált gyermekeken.
9. *Dobos É., Túri S., Sztriha L. és Kovács J.* (Szeged, Gyermekklinika): A bikarbonát hemodialízissel szerzett klinikai tapasztalataink.
10. *Bodrogi T., Túri S. és Dobos É.* (szeged, Gyermekklinika): A plazmaferezis alkalmazása gyermekgyógyászati kórképekben — klinikai tapasztalatok.
11. *Baji S., Sipos P. és Zétényi Á.* (Gyula, Megyei Kórház, Gyermekosztály): Izotópos cisztográfia a vesicoureteralis reflux vizsgálatára gyermekkorban.
12. *Katona Z.* (Kiskunfélegyháza, Kórház, Gyermekosztály): A proximális tubulus funkciójának károsodása ketonaemiában diabeteses és nem diabeteses betegekben.
15.00 óra
Üléselnök: *Tóth György dr.*
13. *László A.* (Szeged, Gyermekklinika): Az organikus aciduriák klinikai jelentősége. (Referátum, 15 p.)
14. *Kövesdi Gy., Kürti L., Simon É. és Pintér S.* (Szolnok, Megyei Kórház, Gyermek-Ifjúsági Osztály): Műtéttel kezelt osteomyelitisek osztályunk anyagában.
15. *Bán Gy., Németh P. és Altorjay I.* 3szeged, Gyermekklinika): Rejtetttheréjűség miatt operált betegeink adatainak elemzése.
16. *Emri E., Szűcs S., Baranovszky M., Jakab T. és Pintér S.* (szolnok, Megyei Kórház, Gyermek-Ifjúsági és Fül-Orr-Gégészeti Osztály): Tracheotomia előfordulása gyermek-intenzív betegellátásunkban (10 év tapasztalata).
17. *Gyenes V., Madar M., Gál M., Béllei G. és Tóth Gy.* (Kecskemét, Megyei Kórház, Gyermekosztály): Intenzív részlegünk ritkább esetei az utóbbi évben.
16.30 óra
Üléselnök: *Dr. László Aranka*
18. *Gál M. Nagykőrösi I., Tóth Gy. és Füzesi K.* (Kecskemét, Megyei Kórház, Gyermekosztály, Szeged, Gyermekklinika): Nephrectomiát követő recidiváló pyuria esete.
19. *Károly É., Hovanecz K. és Visy M.* (Szolnok, Megyei Kórház, Gyermek-Ifjúsági Osztály; Budapest II. sz. Gyermekklinika): Renalis diabetes insipidusos család.
20. *Kövesdi Gy., Simon É., Szűcs S. és Pintér S.* (Szolnok, Megyei Kórház, Gyermek-Ifjúsági Osztály): Az újszülött életét akutan veszélyeztető giant epipharynx tumor.
21. *Nagy K., László A. és Gábor K.* (Gyula, Megyei Kórház, Gyermekosztály; Szeged, Gyermekklinika): Herediter tyrosinaemia.
22. *Kováts A., Furár K.* (Orosháza, Kórház, Gyermekosztály): Haemophilus influenzae meningitis.
23. *Nagy M.* (Orosháza, Kórház, Gyermekosztály): Égési baleset inhalációs kezelés kapcsán.
24. *Kövesdi J. és Bódi P.* (Gyula, Megyei Kórház, Gyermekosztály): Treacher—Collins-syndroma: dysostosis mandibulofacialis.
25. *Hetyei E., Kovács J. és Kovalovszky L.* (Szentes, Kórház, Gyermekosztály; Hódmezővásárhely, Megyei Gyermekszívgondozó): Mellkasi fájdalmat okozó mitrális billentyű prolapsus.
Május 6. (szombat) 9.00 óra
Üléselnök: *Márkus Vera dr.*
26. *Horváth E., Nagy G. és Havass Z.* (Szeged, Gyermekklinika): Purin-pirimidin anyagcsere-betegségek szűrése mentálisan retardált gyermekkösségben.
27. *Fischer L., Mihai K., Pető J. és Dömötör T.* (Kecskemét,

(Kecskemét, Megyei Kórház-Rendelőintézet): A vörösvértest hemolizátum SOD aktivitása fiatalkori infarktuson átesett szülők gyermekeiben.

28. *Darvas É., Nemes A.* (Szolnok, Megyei Kórház, Gyermek-Ifjúsági Osztály): Agydaganatos gyermekek előfordulása osztályunk 10 éves anyagában.

29. *Román F., Kürti K., Tuksa Á., Bartyik K. és Virág I.* (Szeged, Gyermekkórház és Gyermekklinika): Diabetes mellitus fellépése akut lymphocid leucaemia teljes rmeissziójában, a kezelés befejezése után 3 évvel.

30. *Megyeri P.* (Szeged, Gyermekklinika): Intravénás gammablobulin kezelés Kawasaki-syndromában.

31. *Katona Z.* (Kiskunfélegyháza, Kórház, Gyermekosztály): Különböző antibiotikum-politika módszerek hatékonyságának összehasonlítása gyermekkörzetekben.

32. *Berényi K., Benczédy G. és Török I.* (Hódmezővásárhely, Kórház-Rendelőintézet és Állattenyésztési Főiskolai Kar): A campylobacteriosis praeventiója.

II.00 óra

Üléselnök: *Prof. Dr. Pintér sándor*

33. Csapó A., Farkasinszki T., Schulcz I. és Soós M. (Szeged, Ifjúsági Ideggondozó): A minimális cerebralis diszfunkció (MCD) szűrésének bevezetése Szegeden.

34. *Benkő K., Csapó Á. és Farkasinszky T.* (szeged, Ifjúsági Ideggondozó): Az epilepsziás gyermekek közösségi beilleszkedéseék néhány kérdése gondozói anyagunkban.

35. *Kálovics M., Pelle Zs. és Janáky M.* (Szeged, Szemészeti Klinika): Csecsemőkori szemészeti vizsgálatok és beavatkozások általános anaesthesiája.

36. *Pelle Zs., Janáky M. és Deák A.* (Szeged, Szemészeti Klinika): A látászavarok okai gyermekkorban; differenciáldiagnosztikai lehetőségek.

37. *Tari E., Deák A.* (Szeged, Szemészeti Klinika): A tompalátás és kezelése

A tudományos üléssel kapcsolatos további felvilágosítást Butor Éva dr. osztályvezető főorvos ad.

A Magyar Pathológus Társaság és a **Magyar Onkológus Társaság** által 1988. évre „A daganat-therapia morfológiai alapjai" címmel kiírt

KROMPECHER ÖDÖN
pályázat

nyertesei:

I. díj: **Tóth Mariann V. é. orvostanhallgató (Semmelweis OTE) és**
Halász Vera V. é. orvostanhallgató (Semmelweis OTE)

A Magyar Pathológus Társaság és a **Magyar Onkológus Társaság**

KROMPECHER ÖDÖN

pályamunka díjazására **5000 Ft pályadíjat** tűz ki orvostanhallgatók és fogorvostanhallgatók számára.

A pályamunka címe: „Szemléletváltozás a pathológiában az új diagnosztikai eljárások hatására."

A pályamunka *terjedelme* az irodalommal és dokumentációval együtt maximum *80 oldal* lehet.

A munkán csak a *jelige* szerepelhet, melyhez mellékelni kell egy borítékot, rajta a jeligével, s a lezárt borítékban a nevet és pontos lakcímet kell feltüntetni.

A pályamunka beadási *határideje: 1989. november 30.*

Helye: Semmelweis Orvostudományi Egyetem
II. sz. Kórbonctani Intézete, 1091 Budapest, Üllői út 93.

Díjazást elért pályázat esetén a Társaságok javaslatot tesznek a pályamunka *„szakdolgozat"*-ként való elfogadására.

A Magyar Gyermekendokrinológiai Szekció *1989. április 21-én de. 11 órakor* Ankétot rendez **Békéscsabán,** a Városi Kórházban.

Téma: A pubertas endokrinológiája
Bevezető előadást tart: Prof. J. M. Tanner (London) és Prof. W. Hesse (Jena)
Bővebb tájékoztatás az ankét szervezőjétől kapható:
Dr. Godó Béla osztályvezető főorvos
5601 Békéscsaba, Városi Kórház, Gyermekosztály

A Fővárosi Tanács Péterfy Sándor u-i Kórház-Rendelőintézet Tudományos Bizottsága *1989. április 19-én 14-órakor* az Intézet IV. emeleti tanácstermében tudományos ülést tart.

Üléselnök: dr. Balogh Ádám

Program

1. *Kollár S., Balogh Á., Bartók L.* (A-sebészet): Peritonitises shock állatkísérleti modellje és ennek felhasználása.

2. *Felkai A.* (Szülő-Nőbeteg osztály): *Ovarialis tumorok cytostatikus kezelése.*

3. *Mensch H.* (Szülő-Nőbeteg osztály): Kissejtes (differenciálatlan) ovarium carcinoma.

4. *Szőke D., Kondás J., Szentgyörgyi E., Szőcs Gy.* (Urológia): Kétoldali heretumorok.

5. *Váczi L., Szőke D., Kondás J.* (Urológia): *Mellékhere adenomatoid tumor esete.*

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(8/b)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett **ellenőrző főorvosi** álláshelyek betöltésére.

A pályázatra megfelelő járóbeteg-ellátási és keresőképesség elbírálási tapasztalattal, nyugdíjkorhatárt még be nem töltött szakorvosok jelentkezését várjuk. Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Főosztályán lehet dr. Saliga Margit főosztályvezetőnél. Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 167. Te.: 339-379

(9/b)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett **ellenőrző gyógyszerészi** álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltételek: Hatástani, esetleg szervezési szakvizsga, 10 éves gyógyszertári, vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet Kemenes Ildikó osztályvezetőnél. Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343—748

(10/b)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett **gyógyszerész szakasszisztensi** álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltétel: 10 éves gyógyszertári, vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet Kemenes Ildikó osztályvezetőnél. Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343—748

(17/a)

Az Ózd Városi Tanács Almási Balogh Pál Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (3601 Ózd, Béke u. 1.) pályázatot hirdet: — 2 fő **segédorvosi** állásra **belgyógyászati osztályon**

— 1 fő **anaesthesiológus** szakorvosi állásra
— 2 fő **körzeti orvosi** állásra.

Bérezés megegyezés szerint. Az álláshoz lakást biztosítunk.

(19)

Az Ajka Városi Tanács Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa pályázatot hirdet: **1 fő felnőtt körzeti orvosi** állásra.

Pályázati feltétel: általános orvostanból vagy belgyógyászatból szakképesítés.

Központi ügyeleti szolgálat ellátása kötelező.

Lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Bérezés szolgálati időtől függően, kulcsszám szerint.

Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Pályázathoz csatolni kell a 7/1987. (VI. 30.) Eü. M. számú rendeletben meghatározott okmányokat.

Pályázatot a Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosához kell benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

(20)

A Fővárosi Tanács Újpesti Kórház-Rendelőintézet (1045 Bp., Nyár u. 103.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet

1 fő ideggyógyász segédorvosi állásra.

Hosszabb gyakorlati idővel rendelkezők előnyben részesülnek a pályázat elbírálásánál.

Feladat az osztály és az integrált járóbeteg-ellátó intézet szakrendelésén a gyógyító-megelőző munkában való részvétel.

Az állás elnyerése esetén a kinvezés változó munkahelyre, határozott időre szól.

(21)

Csecsemőotthonok PIKLER EMMI Országos Módszertani Intézetének főigazgató főorvosa (1022 Bp., Lóczy Lajos utca 3 szám) pályázatot hirdet **orvosi állásra.**

Gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező pályázó előnyben részesül.

(22)

Nyírbátor Városi Tanács VB Egyesített Eü. Intézmény Igazgató főorvosa (4300 Nyírbátor, Édesanyák útja 1/a.) pályázatot hirdet:

1 fő körzeti orvosi állásra

1 fő rendelőintézeti sebész szakorvosi állásra. (traumatológiai jártasság szükséges)

Bérezés a vonatkozó jogszabályok alapján megegyezés szerint.

Az állásokhoz lakást tudunk biztosítani.

(23)

Monor Városi Jogú Nagyközségi Közös Tanács VB Egyesített Gyógyító-Megelőző Intézménye Igazgató Főorvosa (2200 Monor, Balassa u. 1.) pályázatot hirdet:

1 gyermekgyógyász körzeti orvosi (szakrendelői feladatokat is ellátó)

1 ifjúsági orvosi

1 radiológus szakorvosi állásra.

Valamennyi meghirdetett állásra szakvizsgával, vagy közvetlenül az előtt állók jelentkezését várjuk.

Képesítés és bérezés a 16/1987. ÁBMH rendelkezés szerint.

A szolgálati lakás megbeszélés tárgyát képezheti.

(24)

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Főigazgató Főorvosa (Bp., IX., Nagyvárad tér 1.) pályázatot hirdet — változó munkahellyel — **1 fő körzeti orvosi** állásra.

Az állás azonnal betölthető.

Az alkalmazás és bérezés feltételeit a fennáló rendelkezések határozzák meg.

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 15 300 példányban
A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató
Telefon: 310-781
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),
közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft
Széchenyi Nyomda, Győr 89.7716 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002





A jubiláris ünnepség hallgatósága és elnöksége

ELMÉLETI TOMB KÖZÖS








A jubiláris ünnepség egy-egy mozzanatának emlékképe az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díj"-ainak átadásáról, a folyóirat-referáló munkatársak jutalmazásáról, az „Orvosi Hetilap Markusovszky-emlékérem" és a Medicina Könyvkiadó Vállalat „Nívó-díj"-ainak átnyújtásáról.

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
KÁROLYI GYÖRGY DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

130. ÉVFOLYAM

*

16. SZÁM

*

1989. ÁPRILIS 16.

TARTALOMJEGYZÉK

Az Orvosi Hetilap Markusovszky-ünnepségét
1989. április 27-én délelőtt 11 órakor
tartja az MTA FELOLVASÓ TERMÉBEN.
Az emlékelőadást
Gráber Hedvig dr., egyetemi tanár tartja

Trencséni Tibor dr.:
Az újraindult Orvosi Hetilap 40 éve 815

Szabó György dr., Kovács Ádám dr., Gyenes Vilmos dr. és Suba Zsuzsa dr.:
Hosszú távú vizsgálatok fej-nyak daganatok intraarterialis cytostaticus kezelése után 823

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Regöly-Mérei János dr., Ihász Mihály dr., Záborszky András dr. és Dubecz Sándor dr:
A real-time sonographia szerepe az acut appendicitis differenciáldiagnosztikájában és a postappendectomiás szövődmények felismerésében 827

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Polgár Marianne dr., B. Kovács Judit dr., Micskey Éva dr., Gombik Margit dr., Várkonyi Ágnes dr., Vajda Ildikó dr. és Kiss Gáborné:
Gliadin ellenes antitest kimutatás immunfluoreszcens módszerrel gyermekkori coeliákban 833

A GONDOZÁS KÉRDÉSEI

Szilágyi András dr., Feledi Éva dr., Csaba Imre dr. és Pejtsik Béla dr.:
A gestatios diabetes korai szűrése „high risk" terhesek körében 839

HORUS

Fracastoro (1478—1533) és a tudományos epidemiológia kezdetei 843

A nyugaton élő magyarok orvosegészségügyi ellátása 844

Folyóiratreferátumok 847

Könyvismertetések 858

Megjelent 861

Hírek 863

Pályázati hirdetmények 864

LIPANTHYL®

M 300

kapszula

Összetétel:
100 mg fenofibratum kapszulánként.

Hatás:
A koleszterinszintézis kulcsenzimjét a HMG-CoA reduktáz enzimet gátolja a májban, ezáltal csökkenti a koleszterinszintet.
A zsírsavészterezést gátolja, ezáltal csökkenti a trigliceridképződést.
Csökkenti a VLDL-szintézist is.

Javallatok:
Súlyos primer hyperlipidaemiák (hypertriglyceridaemia, hypercholesterinaemia és ezek kombinált formái), amelyek a diéta és az életmód megváltoztatásával (pl. fizikai aktivitás növelése, testsúlycsökkentés, a dohányzás megszüntetése) nem befolyásolhatók. Súlyos szekunder hypertriglyceridaemiák, amelyek az alapbetegség (diabetes mellitus, köszvény) megfelelő kezelése ellenére is fennállnak. Xanthomatosis hyperlipoproteinaemiával együttjáró akut pancreatitis, az arteriosclerosis agyi szív- és perifériás érrendszeri szövődményeinek megelőzése. A Lipanthyl-kezelés akkor indokolt, ha minimálisan 3 hónapig tartó, zsíranyagcsere-zavarokban ajánlott diéta nem csökkenti jelentősen a kóros szérumlipidszinteket. A diéta tartása azonban gyógyszerszedés alatt is szükséges.

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

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

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

Gyógyszerkölcsönhatások: Óvatosan adható:
— orális antikoagulánsokkal (azok hatásának fokozódása, vérzésveszély)
— szulfanilkarbamid típusú orális antidiabetikumokkal (azok hatásának fokozódása, hipoglikémia veszélye)
— köszvényellenes szerekkel (húgysavürítő hatást fokozza)

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

Megjegyzés: ✠
Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

Csomagolás: 50 db kapszula

Gyártja: a *FOURNIER-DIJON* cég licence alapján a **Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest**

Trencséni Tibor dr.

Az újraindult Orvosi Hetilap 40 éve

Tisztelt Hallgatóim!

Az idén, március 15-én volt 40 esztendeje, hogy az újraindult Orvosi Hetilap első száma 1848. márc. 15-ének centenáriumán, három esztendei szünet után, 89. évfolyamát megkezdve, ismét megjelent. A Hetilap 130 esztendőt meghaladó múltjával, 129 évfolyamával nemcsak a hazai orvosi folyóirat-irodalomnak, hanem a ma létező egész magyar sajtónak legöregebb orgánuma, és nemzetközi viszonylatban is egyike a legnagyobb múltra visszatekintő orvosi folyóiratnak.

Több mint egynegyed évszázaddal ezelőtt, 1962. április 25-én, Markusovszky születésnapján indítottuk meg Markusovszky-ünnepségeink sorozatát és osztottuk ki első ízben az „Orvosi Hetilap Markusovszky-díja"-it a Weil-teremben, igen szerény körülmények között; a résztvevők száma alig haladta meg a 40-et. Azóta, megelégedéssel mondhatom, az ünnepségek sorozatát több mint egy negyed évszázadon keresztül folyamatosan, töretlenül nemcsak megtartottuk, hanem látogatottságát is biztosítottuk.

Az újraindulás óta eltelt négy évtized alatt csaknem tucatnyi Markusovszky-emlékelőadást tartottam, amelyek rendkívül nehéz helyzetbe hoznak, hiszen elkerülhetetlenné teszik, hogy azokra ne támaszkodjak, és óhatatlanul ismétlésekbe ne bocsátkozzak. Ugyanakkor az elmúlt négy évtized során bekövetkezett többszörös nemzedékcsere és a Hetilap szerkezetének és szerkesztési módszertanának változása, fejlődése az ismétlést talán nemcsak megengedhetővé, hanem szükségessé is teszi.

T. H. Kedves Barátaim!

Markusovszky az Orvosi Hetilap első tíz évfolyamában a hazai közegészségügynek és orvostannak fáradhatatlan agitátora és propagátora volt. A kiegyezés évében Eötvös minisztersége alatt a hivatalos hierarchia igen alacsony fokán, egyszerű titkárként, az egyetemi ügyek előadójaként fogott hozzá mindannak megvalósításához, amit addig hirdetett. Az elkövetkező években rendkívül nehéz körülmények között nemcsak egészségügyi intézményeket, klinikákat, kutatóintézeteket szervezett, hanem az eredményes kutatómunkához elengedhetetlen személyek kiválasztásában is elévülhetetlen érdemeket szerzett, ami lehetővé tette a századvégre a modern medicina kibontakozását.

Markusovszky az Orvosi Hetilapot megindító beköszöntőjében szerényen fogalmazott és azt írta, hogy a „lap nem fog tudományos csodát művelni". Ebben tévedett. Tevékenysége nyomán, élete alkonyán még láthatta a csodát, az európai orvostudomány színvonalára emelkedett magyar orvostudományt. Ezért fogalmazhattam 1955 áprilisában a szombathelyi Markusovszky kórház udvarán, szobrát avató beszédemben történelmi értékelésemet eképpen:

„Minden a szocializmus útjára lépő ország szükségszerűen azokkal az egészségügyi és tudományos intézményekkel és azokkal az egészségügyi dolgozókkal és orvoskutatókkal kezdi meg a szocialista egészségügy és orvostudomány építését, amelyeket a polgári társadalom rá örökül hagyott. Mi is 1945-ben ily módon kezdtük. És mindaz, amivel 1945-ben kezdtük, mindaz, amit a polgári egészségügytől és orvostudománytól mint értéket kaptunk, Markusovszkynak és munkatársainak a múlt század haladó orvosértelmiségének hagyatéka."

T. H!

Illyés Gyula írja egyik esszéjében:

„... a fák nem nőnek az égig, de a remekművek igen. Attól függően, hogyan... ápolják őket az egymásra következő nemzedékek. ... Az aranyalmát termő fák sorsa... így ápolóinak kezében van."

Ennek az illyési gondolatnak a jegyében ápoljuk mi is Markusovszky emlékét. És valóban, Markusovszkynak Budapesten utcája, tere és köztéri szobra van. Csorbán, szülőfalujában, a szülőháza helyére épített új paplakon emléktábla hirdeti tevékenységének történelmi jelentőségét. Egyik élenjáró kórházunk — a szombathelyi — a nevét viseli, és ünnepi előadóit Markusovszky-emlékplakettel jutalmazza. Az Orvosi Hetilap él és fejlődik. A Markusovszky-ünnepségeken reá emlékezve osztjuk ki a róla elnevezett jutalomdíjakat és a Markusovszky-emlékérmeket. Megszereztük születési és halotti anyakönyvi kivonatát. Elzarándokoltunk Opatijában ahhoz a nevével megjelölt padhoz, ahol élete alkonyán sétáin megpihent. E sérült pad rekonstrukciójával még tartozunk és csak szorongással gondolok arra, jaj csak le ne késsünk!

T. H! K. B!

Az újraindulás óta eltelt négy évtized folyamán a legszorosabb szimbiózisban éltem és élek e nagy multú orvosi folyóirattal. Együttélésem a Hetilappal életem nagyobbik fele. És ez talán megengedhetővé teszi visszatekintenem az újraindulás kezdeti körülményeire és elmondanom azt, miképpen is jutottam én az orvostudományi életben és az orvosi irodalomban úgyszólván teljesen ismeretlen ember az Orvosi Hetilap felelős szerkesztőjének megtisztelő megbízatásához. Mielőtt azonban ezt megtenném, hadd szóljak röviden az újraindulás előzményeiről.

Jómagam, 1945 szeptemberének első napjaiban érkeztem haza három évi távollét után Don-kanyari pokoljárásomból. A hazaérkezésemet követő vasárnap jelent meg az Orvosok Lapjának első száma.

Elhangzott az Orvosi Hetilap újraindulásának 40. évfordulója kapcsán 1988. okt. 5-én a Magyar Tudományos Akadémia dísztermében rendezett ünnepi ülésen.

Az előadás egyes részeit változatlanul vettem át megelőző Markusovszky-emlékelőadásaim egyik-másikából; ugyanakkor néhány gondolat megfogalmazásával ki is egészítettem.

Mivel orvosi pályámat a Szabolcs utcai zsidókórházban — ott, ahol a háborút megelőzően működtem — nem tudtam folytatni, szolgálataimat felajánlottam a Magyar Orvosok Szabad Szakszervezetének. Weil Emil az orvosi adóközösség megszervezésével és a bérügyek vitelével bízott meg. E munkát 5 éven keresztül végeztem.

Az 1947-es esztendő utóján 1848 idusának közelgő centenáriuma, a sokak által addig is hiányolt Orvosi Hetilap újraindításának gondolatát vetette fel. Ennek során merült fel személyem leendő szerkesztőként, azzal a motivációval, hogy aki az adózás kényes ügyeit olyan zökkenőmentesen intézi, az a szerkesztés nem kevésbé kényes problémáival is meg fog birkózni. Így gondolta a szakszervezet vezetősége, de nem így én. Hiszen 1947 decemberét írtunk már ekkor, és én csaknem hat év óta nemcsak az orvostudományból, hanem a klinikai gyakorlatból is ki voltam iktatva. Ezért a megtisztelő megbízatást a leghatározottabban igyekeztem elhárítani. De a vezetés másképp döntött: és én nem tehettem mást, mint nem kevés szorongással a feladatkört elvállaltam. Ezek után az lett volna a kívánságom, hogy várjuk meg, míg a Hetilapnak három hónapnyi kéziratanyaga gyűlik össze, amelyből a szerkesztő válogatni is tud. Igen ám, de az újraindulás napja március 15-hez, a centenárium napjához volt kötve. Ilyenképpen csak az Orvosok Lapja olyan kéziratanyagából meríthettünk, amit az publikálni nem kívánt. Így született meg az újraindult Orvosi Hetilap első száma 16 oldalon, összesen azzal a három cikkel, amit egyik főszerkesztőm, néhai Horányi Béla professzor percek alatt emelt ki az Orvosok Lapja szerkesztősége íróasztalának egyik fiókjából, és azzal a programnyilatkozattal, amelyet 1947—48 télutóján a Luxor kávéházban vetettem papírra. A programnyilatkozatban megkíséreltem felvázolni a lap feladatait és szerkesztési elveit, amelyeket akkori főszerkesztőim is magukévá tettek.

A beköszöntő nem csupán a nagy multú lap folytatását ígérte, hanem új utat is hirdetett, amely a szerzőktől együttműködésüket és a kéziratok elbírálásában való közreműködésüket is kérte. Ezért javasoltuk, hogy „... legyen minden kutatóorvos a lapszerkesztés aktív tagja..." Ezek voltak szerkesztői pályám kezdeti élményei.

T. H!

Sok jó ügyért harcoltunk az elmúlt négy évtized során, mind az Orvosi Hetilap szerkesztésének továbbfejlesztésében, mind a hazai egészségügyi ellátás korszerűsítésében. Valamennyit még csak felsorolni is a negyven esztendőt felölelő és megőrzött levéltári anyagnak, de legalábbis archívumunk 21 regiszterkönyvének áttanulmányozását tette volna szükségessé. Minderre az elmúlt két esztendő rendkívül nehéz körülményei között még csak gondolni sem lehetett. Marad a puszta emlékezet.

Nem győztük eléggé hirdetni szerkesztőségi levelezésünkben, kommentárjainkban a klasszikus vizsgálóeljárásoknak óriási értékét és teljesítőképességét mind a diagnosztikában, mind a terápiában. Jelentőségük a laboratóriumi eljárások, az orvosi technika eszközeinek szakadatlan és mind gyorsabb ütemű fejlődésével, sokasodásával sem csökkent, hanem éppen ellenkezőleg, növekedett, a szó szoros értelmében nélkülözhetetlenné vált. Hiszen a technikai eszközök és laboratóriumi eljárások mérhetetlen fejlődésének és elszaporodásának világában a klasszikus eljárások igénybevétele az egyetlen lehetőség, az egyetlen út, amelyek a valóban szükséges, és rendkívül drága módszerek kiválasztását lehetővé teszik. Az ilyen módon elért megtakarításból jelentősen fejleszthetnénk elmaradt orvosi technikánkat.

Tudom, tankönyvi adat ez, de azt is tudom, hogy a beteg megvizsgálásában ezeknek az ősi, de nem elavult eljárásoknak mind kevesebb szerepet juttatunk. Híven tükrözi ezt a gyakorlatot világméretben a kórlapok állapota. Holott, ha azokat többé-kevésbé logikusan vezetik, ha azok híven tükrözik a gyógyító orvos tevékenységét, gondolatmenetét, akkor e kórlapok elemzése, az általam ún. kórlap-elemzésnek nevezett módszer kitűnő eszköze az orvosképzésnek-továbbképzésnek és könnyedén beépíthető az ún. Bálint-csoportok munkájába.

Nagyon korán eszméltünk annak tudatára, hogy a „költség haszon elv" érvényesítése az egészségügyi ellátásban éppen annyira nélkülözhetetlen, mint a szorosan vett gazdasági életben. Már a 40-es évek végén írtuk: „Amint gazdasági szempontból mondhatjuk, hogy minden társadalmi rendszer annyit oszthat szét tagjai között, amennyit termel, éppen úgy mondhatjuk, hogy minden egészségügyi szervezet csak annyit nyújthat — a fejlődés egy adott szakaszában — betegellátásban, amennyit személyi és dologi kapacitása nyújtani tud."

Korán felismertük, a technikai orvostan előtérbe nyomulásával párhuzamosan, az orvos—beteg kapcsolat mindinkább fokozódó elidegenedését, továbbá az egészségügyi ellátásnak futószalagrendszerként való kialakulását, annak minden hátrányával: az ellátás költségeinek enormis növekedésével, és az orvosi gondolkodás hanyatlásával.

T. H.

Közismert, hogy a modern medicina az utóbbi évtizedekben állandóan növekvő mértékben a specializálódás jegyében fejlődött. Mind a belgyógyászatban, mind a sebészetben a szubspeciál ágazatok egész sora alakult ki. Fejlődésüket híven tükrözi az Orvosi Hetilap 40 évfolyama. Valamennyi szakágazatot felkaroltuk. Külön kiemelten és korán tettük magunkévá a pszichológia és a szervezéstudomány ügyét.

Fáradhatatlanul hangoztatjuk, hogy a specializálódás szükségszerű folyamata csupán az integrálódás dialektikus egységében képviseli a jövő perspektíváját.

Az újraindulás óta, de különösképpen az utóbbi esztendőkben sokat foglalkoztunk az orvosi szaknyelv romlásával és kiemelten ortográfiájának problematikájával. Ennek részleteibe nem bocsátkozom, annál is inkább, mert e tárgykörből az 1986—87—88 évfolyamainkban számos levelet és vitairatot tettünk közzé.

Levelek a Szerkesztőhöz rovatunk számos írásában, szerkesztőségi leveleinkben és kommentárjainkban sokat foglalkoztunk a publikációs morál visszásságaival.

T. H.

A négy évtized során számos statisztikai számvetést végeztünk, amelyeknek kapcsán megállapíthattuk, hogy a benyújtott cikkek száma 1953 és 1986 között kb. 35%-kal, az elutasított cikkek száma 30%-ról 13%-ra csökkent. E számadatok részletes elemzését nem bírja el az emlékelőadás. A benyújtott és az elhárított cikkek csökkenéséről csupán annyit, hogy a benyújtott közlemények csökkenését az orvosi folyóiratok számának megduplázódása okozta, az elhárított dolgozatok számarányának csökkenése annak tudható be, hogy az utóbbi egy-másfél évtizedben a közlemények színvonala jelentősen növekedett.

T. H.

A paramedicinális eljárások ellen már annak idején szót emeltünk, amikor azok első ízben a Vajda-cseppek formájában jelentkeztek. Míg a természettudományok, a természettudományos gondolkodás korunkban legszebb diadalait aratja, addig a paramedicina, a gyógyítás misztikuma olyan elterjedtségre tett szert, mint pályám folyamán talán soha.

A teljesség igénye nélkül csupán a rákot gyógyító cseppekre, a magnetoterápiára, az akupunktúrára hivatkozom és végül a Celladam terápiára, amelyben a paramedicina hazánkban tetőfokát érte el. A szerkesztőség már nagyon régen került érintkezésbe az akupunktúra kérdésével. E tárgykörből a Hetilaphoz benyújtott első közlemény az appendicitis akupunktúra gyógyításával foglalkozott, amelynek abszurditása önmagáért beszél.

Szerkesztőségünk állásfoglalása az akupunktúráról — túlzás nélkül mondhatjuk — közismert. Ezért is vettük jóleső érzéssel tudomásul, hogy a MOTESZ elnöksége nem járult hozzá az akupunktúrával foglalkozó gyógyító orvosok társasággá való alakulásához.* Ugyanakkor a Biofizikusok Társasága szekcióba való tömörülésüket lehetővé tette.

A gyógyító hatás effektivitását azonban a klinikai orvostan keretében, és ebben járatos kutatóknak a szokásos kontrollvizsgálatokkal kell megállapítania. Ilyen kritériumokkal bíró közleménnyel az Orvosi Hetilap szerkesztősége nem találkozott. A magam részéről a klinikai orvostudományt művelők és abban járatos orvosok közül senkit sem ismerek, aki az akupunktúra-terápiával tudományosan foglalkozik. Mindezekért nem tudunk egyetérteni azzal a felfogással, mely minden felvetett ötletet kivizsgálandónak tart. Sajnálnánk erre a kutatók elpazarolt energiáit. Ilyen módon az egész hazai orvostudományi kutatást csődbe lehet juttatni.

Mi a magunk részéről a paramedicinális eljárások „hatékonyságán" eltűnődve döbbentünk rá, hogy a csodaszerek olyan betegségcsoportban „hatékonyak", amelynek tagjaiban panasz — ill. fájdalommentes — és panaszokkal, ill. fájdalmakkal bíró periódusok spontán váltakoznak és a gyógyító orvosnak nem kell mást tennie, mint csupán megvárnia azt az időszakot, amikor a terápiás szer, avagy eljárás alkamazása a panaszmentes periódust megelőzi. A többit megteszi a „post hoc, ergo propter hoc" csalóka játéka, amely nemcsak a laikus betegnek, hanem olykor a profi orvoskutatónak is csapdájává válik.

T. H.

Mondanivalóm az akupunktúráról nem volna teljes, ha röviden nem szólnék a tűszúrásos módszert alkalmazó orvos azon tudati hozzáállásáról, amely végül is e terápiás eljárás jellegét, hovatartozandóságát meghatározza. Minden józanul gondolkodó, kételkedésre képes gyógyító orvos előtt, pályája során előbb vagy utóbb világossá kell, hogy váljék: még a természettudományos medicina csúcsokat ostromló fejlődésének korszaka, az antibiotikumok világa sem mentes olyan gyógyszerek — gyógyító eljárások egész sorától, amelyeknek hatékonysága nem becsülhető többre, mint az ut aliquid fecisse videatur látszat terápiája elvének, mint a javasasszonyok, varázslók, kuruzslók varázsszereinek. És ha mi orvosok az akupunktúrát csupán ilyen gyógyeljárások egyikének tartjuk csak, akkor alkalmazásukkal nem válunk kuruzslókká, e szerek nem válnak varázsszerekké, és a tűszúrásos eljárást nem kell a paramedicinális — avagy amint újabban nevezik az alternatív eljárások közé sorolni!

Igen ám, de az akupunktúrának terápiás fegyvertárunkban való alkalmazhatóságának mérlegelésénél a haszon-kockázat elvét is érvényesítenünk kell. Különösképpen mérlegelnünk kell ezt az elvet egy olyan korban, amikor a világ egészségügye a fertőzések megelőzése érdekében milliárd dollárnyi nagyságrendben költekezik az „egyszer használatos fecskendők és injekciós tűk" minél szélesebb körben való elterjesztéséért.

Kereken 10 évvel ezelőtt O. Prokop és G. Dotzauer az igazságügyi orvostan professzorai Kelet-, ill. Nyugat-Németországban kis monográfiában bizonyították az akupunktúra paramedicinális jellegét. A kis könyvhöz a Nobel-díjas W. Th. O. Forssmann a szívkatéter felfedezője írt bevezetőt. (O. Prokop—G. Dotzauer, Die Akupunktur. G. Fischer Verlag. Stuttgart—New York. 1979., 72. old.) E kis könyv zárszavát rendkívül időszerűnek tartjuk ma is, és ezért szó szerint idézzük:

„A tévtanok mind nagyobb elterjedtségre tesznek szert, az álprófétákkal szembeni védekezés mind szükségesebbé válik. Ez az olvasó ügye, mert csak a laikus beteg károsodhat, ha önmagát és egészségét álprófétákra bízza. Ha ezek a sorok, csodát ígérő állításaikkal szemben, csak valamelyest is kételyt ébresztenek az olvasóban, céljukat elérték: Ha valaki, bárki légyen is az, hangzatos, generálisan hatékony gyógyító eszközöket hirdet, arról joggal feltételezhető, hogy a valóság talaját elhagyta." (Hans Schaefer, Heidelberg.) „Csak remélhetjük, hogy az egészségügyi hatóságok és a tudományos fórumok fentiekből az eddiginél több bátorsággal vonják le végkövetkeztetéseiket." Kéziratunk befejezésekor olvastuk:

Svédország korlátozza az akupunktúrát.

A svéd szociális — és egészségügyi hatóságok felszólí-

* Sajnálatosnak tartjuk, hogy a MOTESZ ezt az elvi álláspontját az előadás elhangzása óta megváltoztatta.

tották a gyakorló orvosokat, hogy betegeiknél általában az akupunktúrát ne alkalmazzák. Ha az eljárással foglalkozni kívánnak, akkor azt csak az egyetemi — és kutatóintézetekkel együttműködésben tegyék." (Szerk. megjegyzés: az előbbiekben írtak fenntartásával.) „A tűszúrásos módszer csupán a népi gyógyászok (Heilpraktiker) számára megengedett, ha az a törvényes rendelkezéseket nem sérti."

T. H!

A paramedicinális eljárások közül a jelenleg is legaktuálisabb Celladam kérdés-komplexussal nemcsak az akadémiai állásfoglalás közzététele formájában foglalkoztunk, hanem azt jóval megelőzően akkor, amikor a Celladam kollektíva közleménnyel jelentkezett szerkesztőségünkben. A cikk elhárításáról habozás nélkül dontöttünk, mert az a legalapvetőbb tudományos követelményeknek sem tett eleget.

Szinte feleslegesnek tartjuk, de mégsem hallgathatjuk el, szót ejteni arról a támogatásról, amelyben a Celladamot „feltaláló" és köréje csoportosuló orvosokat a tömegtájékoztatás részesíti. E szervek érvelésükben betegek, hozzátartozók nyilatkozatait, avagy „köszönő leveleit" szólaltatják meg. Ezeket azonban, amióta korszerű medicina létezik, még sehol sem ismerték el tudományos érvként. A paramedicinális eljárások a kuruzslás, a mágia körébe tartoznak.

Az emberiség fejlődésének végtelen útján csak két alternatíva létezik: haladni, avagy maradni, felvilágosulni, avagy mágiában hinni: vagy-vagy. Nem lehet haladó társadalmat építeni és mágiát hirdetni. Vagy-vagy.

T. H.

A paramedicináról mondottakat, engedjék meg hadd fejezzem be a fél évszázaddal ezelőtt meghalt Karinthy Frigyes idekívánkozó soraival, amelyeket „Utazás a koponyám körül" c. „autopatográfiája" elé mottóként írt:

„Mítoszokon és legendákon túl
ajánlom könyvemet
a nemes, igazi tudománynak,
mely soha nem volt olyan türelmetlen
a babonával, mint
a babona a tudománnyal szemben"

T. H.

A 40 év jelentős eredményei közé soroljuk ama tevékenységünket, amellyel még az 50-es évek derekán szorgalmaztuk a nyugatra elszármazott és a magyar orvostudománynak elismerést szerzett orvostudósokkal a kapcsolatot felvenni. Ilyen módon vettük fel a kapcsolatot Hevesy Györggyel, Tomcsik Józseffel, Szent-Györgyi Alberttel, Verzár Frigyessel, Bálint Mihállyal, Selye Jánossal és másokkal. Kézzel írt tanulmányaik és leveleik egy részét a lépcsőházban elhelyezett tárlókban megtekinthetik.

T. H.

Az elmúlt négy évtized folyamán, az eddig minden esztendőben töretlenül visszatérő Markusovszky-emlékelőadások néhányát alkalmul használtam fel arra, hogy az ünnepi ülés résztvevőit az újraindult Hetilap szerkesztési mechanizmusáról a kéziratok elbírálásának módszeréről és más, a Hetilap szerkesztésével összefüggő kérdésről tájékoztassam.

Az újraindulás első éveiben a Hetilap a maga szerény terjedelmén az ún. originális közlemények fóruma volt. Már csak ezért is első feladatként jelentkezett a kéziratok elbírálása módszerének kidolgozása. Az Orvosok Lapja gyakorlatát tanulmányozva csakhamar meggyőződésemmé vált, hogy orvosi közéletünk bármilyen széles, de mégis csak gyér számú tekintélyes tagjaiból álló sz. b.-tól a lektorálás munkája nem várható el egy hetenként megjelenő orvosi folyóiratban.

A szerkesztés legjobb módszerének tartjuk a szerkesztőségen belüli feldolgozással kombinált lektori rendszert: a szerkesztőségi részvétel az elbírálásban elengedhetetlen, mert csak ez biztosíthatja a mérce egységességét, egyöntetűségét. Az anonim-lektorálás biztosítja csak a bírálat legnagyobb objektivitását; a nyílt bírálat csak azok minőségét csökkentené, megvalósítása belátható időn belül csak utópia.

A szerkesztőség szerepe e mechanizmusban sohasem volt és lehetett a közvetítő postás szerepe.

Lektorainkat a klinikák, kórházak legszélesebb köréből toboroztuk, ezt a szerkesztési gyakorlatot, amely az orvosirodalmárok legszélesebb körét vonja be a szerkesztés munkájába, elsőként vezettük be az általános profilú szaklapok szerkesztésébe.

Demokratikus szerkesztési gyakorlatunkban kezdettől fogva módot adtunk a szerzőnek, hogy álláspontját megvédje.

T. H.

Az Orvosi Hetilap jelenlegi szerkezetét, profilját az újraindulás óta elmúlt 40 esztendő évfolyamaiban alakítottuk ki. Míg az első években — mint említettem — a klinikai orvostan — a Hetilap elméletibb jellegű közleményeinek volt a sajtója, addig a további évtizedekben a lap struktúráját olyan rovatokkal és olyan műfajokkal egészítettük ki, amelyek az általános orvosi folyóirat sajátjai. Az egyetemes folyóirat feladatköréhez tartozik: a klinikai orvostant művelők széles táborának képzettségét, orvosi műveltségét és gondolkodását fejleszteni gyakorlati — továbbképző — ismeretterjesztő és szemléletformáló tanulmányok útján; továbbá a feltartóztathatatlanul szaporodó speciál, ill. szubspeciál ágazatokhoz tartozó orvosok tájékoztatása a klinikai orvostan ama területeiről, amelyek szűkebb szakmájukon kívül esnek.

A Hetilap e 40 évfolyama során, mialatt példányszámát 3 ezerről 16 ezerre, terjedelmét 16 oldalról 52, ill. 56-ra sikerült növelni, lehetővé vált a lapot több rovattal kiegészíteni. Így alakultak ki és váltak folyamatos rovataivá: a „Folyóiratreferátumok", a „Levelek a Szerkesztőhöz", a

„Könyvismertetések", a „Beszámolók", a „Horus" és a „Hírek — rendezvények" rovatai.

Így jutottunk el az elmúlt évtizedek során a Hetilap olyan modelljéhez, amely úgyszólván bármely műfajhoz tartozó cikk közlését elbírja, de ugyanakkor arculatát egyrészt a megírás módja, interpretációja, másrészt az egyes műfajok különböző terjedelme, ritkább avagy gyakoribb közzététele határozza meg.

Az újraindulás utáni évtizedek folyamán gyakran kaptuk azt a tanácsot, hogy az Orvosi Hetilap alakuljon át pusztán gyakorlati lappá, ne is közöljön mást, mint ami a gyakorló orvosok közvetlen érdeklődési köréhez tartozik. Véleményünk ezekkel szemben mindig az volt, hogy a lap ilyen irányú átalakulása nemcsak színvonalát, hanem létét is veszélyeztetné. Az ilyen folyóirat elvesztené azokat az olvasókat, ill. szerzőket, akik ezeket a gyakorlati cikkeket színvonalasan írnák meg.

Az egyetemes folyóiratnak és így a Hetilapnak is legalapvetőbb szerkesztési elve, hogy az elméleti és klinikai orvostudomány teljes keresztmetszetéről nyújtson tájékoztatást, olyan mértékben, hogy az olvasó, — még ha más orvosi folyóiratot nem is olvas, tájékoztatást kapjon mind a hazai, mind a külföldi orvostudomány eredményeiről és haladásáról.

Ha az általános folyóiratot világnyelven, angolul, németül írják, akkor az, óriási orvostudományi, klinikai hátterével könnyedén tud eleget tenni említett szerkesztési alapkövetelményének. Ugyanakkor egy olyan kis nép orvosi folyóirata, mint a magyar, elszigetelt nyelvével, kevés pénzzel azt csak akkor tudja nyújtani, ha tartalmát rendkívül bőséges és részletes referáló rovattal egészíti ki.

1962-ben, amikor a rovatot megindítottuk, igen sok nehézséggel kellett megküzdenünk. Kezdetben az akkor még néhány oldalnyi — és mindössze hat-hét referátumot tartalmazó rovat anyagát sem tudtuk folyamatosan biztosítani. Szívós és kitartó munkával lehetett csak elérni, hogy a rovat él, és több mint két évtizede folyamatosan jelenik meg 10—12 oldalon, 35—40 referátummal.

Míg kezdetben a legaktívabb toborzómunkára volt szükség, addig ma a rovatban való részvétel országos mozgalommá vált, nyilvántartott referenseink száma meghaladja az ezret.

E rovat jelentőségét azzal tudom legjobban szemléltetni, hogy amikor az AIDS kérdésével hazai felső egészségügyi szerveink érdemben foglalkozni kezdtek, akkor e kérdésről AIDS alrovatunkban már 70—80 referátum útján tájékoztattuk a magyar orvosi közvéleményt. A folyóirat-referátumot természetesen nem mi találtuk ki, de súlyát egy kis nép elszigetelt nyelvén szerkesztett folyóiratban mi ismertük fel. E felismerés nyomán a rovat — és az egységes referátumok terjedelmét jelentősen megnöveltük és kommentálhatóságukat megengedhetővé tettük. Mindez együttvéve jellemzi e rovatunkat a nyugati folyóiratokkal szemben. És e jellegének tulajdonítjuk, hogy valamennyi hazai orvosi folyóirat — ha nem is ugyanebben a jellegben és terjedelemben, követett bennünket.

Olvasóink a rovatot szeretik, becsülik és nagyra értékelik, még akkor is, ha vannak hibái, aminek tudatában vagyunk. A referensek a klinikai orvostant művelők legkülönbözőbb rétegeiből rekrutálódnak. Ezért a referátumok érdemi tartalmukban, megszerkesztésükben és ortográfiájukban eltérő színvonalúak. Nyilván előfordul, hogy a referátum nem egészen hitelesen tükrözi a cikk mondanivalóját. Ez kétségtelenül egy referátum legjelentősebb hibája, de súlyát talán csökkenti, ha arra gondolunk, hogy a folyóirat cikkanyagának hitele sem tekinthető mindenkor biztosítottnak.

T. H.

Természetesen, ha az Orvosi Hetilap anyagi körülményei jobbak volnának, akkor nemcsak a referáló rovat, hanem a lap egészének színvonalát jelentősen tovább lehetne növelni.

A hallgatóság soraiban nyilván sokan vannak, akik tudják, — ezt ugyanis már évek óta a legkülönbözőbb helyeken hangsúlyozottan kifejtettem — hogy az ún. „ráfizetéses" Orvosi Hetilap az állampénztár szintjén sok-sok milliót hoz. Ugyanakkor mindazok, akik szellemileg megteremtik az Orvosi Hetilapot, az összköltségvetésnek maximum 3—4%-ában részesülnek.

T. H.

Az újraindult Orvosi Hetilap 40 esztendejéről szóló beszámolóm nagyon hiányos volna, ha a helsinki és tokyoi deklarációban kifejezésre jutó orvosetikai elvekről és ezzel összefüggő szerkesztőségi tevékenységünkről nem szólnék.

Csaknem húsz évvel ezelőtt tártuk a magyar orvosok nyilvánossága elé a „Merre halad Medicinánk?" kényes kérdését, azzal a célkitűzéssel, hogy az orvosi technika alkalmazását kellő mederbe tereljük, és hogy az emberen végzett kísérleteket, amelyek valóban elkerülhetetlenek, sőt kötelezőek, a kutatómunkában és a klinikai gyakorlatban az ésszerűség, az erkölcs határain belül tartsuk. E kérdés rendkívül kényes, mert egyrészt az egyes beteget meg kell védeni az e kategóriához tartozó vizsgálatok kockázatától, másrészt nem hagyhatjuk figyelmen kívül a jövendő beteg érdekében a kutatás szempontjait. Az aggodalom a betegért jogos, mert az orvosi technika alkalmazásában, sem a kutatásban, sem a klinikai gyakorlatban nem ismerünk határokat. Köztudott, hogy az eszközös vizsgálatokat lényegesen többször alkalmazzuk, mint amennyire szükség van. És ezek az eszközök ellenőrizhetetlenül szaporodnak és sokasodnak. Minden fejlődésnek ballasztja van és nem tartom véletlennek, hogy II. János Pál pápa egyik közelmúltban elhangzott beszédében felhívta az emberiség figyelmét arra, hogy ügyeljen, nehogy korunk technikája az emberiség ellen forduljon. A pápa megállapítása teljes mértékben összecseng az általam oly sokszor hangoztatott brechti idézettel:

„... ha a tudósok azzal töltik kedvüket, hogy tudást csupán a tudásért halmoznak, megnyomorítják a tudományt és a kínpad lesz minden új gép. Idővel mindent felfedezhetnek..., de ez a haladás egyben eltávolíthat az emberiségtől".

MEDICOR

Éljünk együtt a liberalizált import lehetőségeivel:

— Ön tudja, mire van szüksége,
— mi tudjuk, hogyan oldja meg kedvező feltételek mellett problémáját

ÚJ VÁLLALAT,

mégis:

— több évtizedes importtapasztalatokkal az orvostechnikában,
— kipróbált kapcsolatban az élenjáró külföldi, valamint a hazai gyártó- és szervizcégekkel,
— saját irodával 29 országban

A MEDICOR KERESKEDELMI RT

— előzetes piackutatást végez,
— versenyezteti az ajánlattevőket,
— komplex igényeket is kielégít,
— tenderkiírást előkészít,
— kis tételeket is beszerez,
— üzembe helyez, szervizt nyújt,
— alkatrész-utánpótlást garantál,
— a vevőt az eladóval közvetlen kapcsolatba hozza

Rendelkezésre állunk:

Vállalati központunkban:

— Fejlett Tőkés Export Import Iroda
Budapest, XIII., Röntgen u. 11—13.
tel.: 495-130
telex: 225051 medic h

mintaboltjainkban:

1132 Budapest, Váci út 62. telefon: 296-235
9023 Győr, Felszabadulás út 78/a. telefon: 06 96 13-641
4027 Debrecen, Dózsa György út 1—3. telefon: 06 52 17-733
6000 Kecskemét, Batthyány u. 18. telefon: 06 76 29-585
7400 Kaposvár, Május 1. út 67. telefon: 06 82 11-511/181

Szabó György dr.,
Kovács Ádám dr.,
Gyenes Vilmos dr.
és Suba Zsuzsa dr.

Hosszú távú vizsgálatok fej-nyak daganatok intra-arterialis cytostaticus kezelése után

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Szájsebészeti és Fogászati Klinika, Budapest (igazgató: Dr. Szabó György)
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Fogászati és Szájsebészti Klinika, Szeged (igazgató: dr. Mari Albert)

A dolgozat válogatott beteganyagon bemutatja, milyen összefüggés van a fej-nyak daganatok praeoperativ, postoperativ és palliativ intra-arterialis cytostaticus kezelésének hatásossága és hosszú távon a túlélés között. 11 praeoperativ, 6 palliativ *100%-os tumorregressiót eredményező* és 23 postoperativ-adjuvans kezelés után (254 intra-arterialis kezelésből) 6 hónap és 9 év között 10 helyi recidiva jött létre. Felveti a teljes tumormentességet eredményező praeoperatív kezelés után végzett, az eredeti daganatnak megfelelő radikális műtét szükségességét is.

Correlation between successful cytostatic therapy and survival. This study on selected tumour patients demonstrates relationship between the effectiveness of preoperative, postoperative and palliative intra-arterial cytostatic treatment of tumours of the head and neck and the long-term survival. During the period ranging between 3,5 and 9 years after preoperative treatment of 11 cases, palliative treatment of 6 cases, resulting in 100% tumour regression, and postoperative-adjuvant treatment of 23 cases (selected from 254 cases receiving intra-arterial treatment), local recurrence was observed in 10 cases. The question is raised of the necessity of radical surgery corresponding to the original tumour after preoperative treatment resulting in a completely tumour-free state.

Anyagunkat 254 beteg intra-arterialis (ia.) cytostaticus kezelése alapján állítottuk össze. A kezeléseket 1975 és 1985 között praeoperativ, postoperativ és palliativ célból végeztük.

Dolgozatunk célja, hogy bemutassuk milyen összefüggés van az ia. kezelés hatásossága és hosszú távon a túlélés között. Vizsgálatainkat csak a leghatásosabb kezelésekre korlátoztuk, azokra a betegekre, akiknek a „tudomány mai állása szerint" legtöbb esélyük lett volna a gyógyulásra. A *praeoperativ kezelések* közül kiválogattuk azokat, akiknél a cytostaticus terápia után klinikailag 100%-os tumorregressiót észleltünk, azután az *eredeti daganatnak megfelelően* radikális műtétet végeztünk és akiknél a műtéti preparátumában szövettanilag nem találtunk „élő" tumorrészletet.

A postoperativ-adjuvans esetekben előzőleg 1. a. radikális tumorexstirpatio történt és utána végeztünk ia. kezelést.

A palliatív kezelések közül azokat az eseteket válogattuk ki, akiknél előzőleg más gyógymód még nem történt, radikális műtétet valami ok miatt nem lehetett végezni (ún. rizikó beteg, vagy nem resekálható daganat) és priméren ia. kezelést végeztünk. A kezelés klinikailag 100%-os tumorregressiót eredményezett és a tumormentességet az eredetileg tumoros területről vett ismételt biopsia is igazolta.

Beteganyag és módszer

Beteganyagunkat a következőképpen állítottuk össze: *a 89 praeoperativ* kezelésből *11 betegnél* észleltünk klinikailag és szövettanilag teljes primer tumor-remissiót. Tehát ebből a csoportból 11 beteg további sorsát vizsgáljuk. Az I. táblázatban foglaltuk össze a daganat helyét, szövettanát, nagyságát, a végzett műtétet és a betegek műtét utáni sorsát [UICC (5) 1974-es szabályai szerint végeztük a staginget T: tumor nagyság, N: regionális és M: távoli metastasis.] Ezek szerint 2 tonsilla, 3 lágyszájpad, 1 gingiva, 3 parotis carcinoma, 1 kereksejtes sarcoma a pterygomandibularis regióban és 1 gyógyult alsó ajak cc. submandibularis metastasis szerepel az anyagban. Ez utóbbi esetben a „primer tumor" kifejezés a metastasisra vonatkozik.

23 esetben végeztünk postoperativ-adjuvans célból ia. kemoterápiát. Ezek adatait a II. táblázatban foglaltuk össze. Ezek szerint 2 nyelv, 4 lingualis, 4 maxilla, 2 lágyszájpad, 3 parotis, 2 bucca, 1 arcbőr carcinomát, 1—1 mandibula osteo-, ill. reticulosarcomás esetet kezeltünk műtét után, illetve 3 gyógyult alsóajak carcinoma metastasis miatt végzett nyaki dissectio után perfundáltuk a műtéti területet.

57 esetben végeztünk *primer palliatív* ia. kemoterápiát, melyek közül *6 esetben értünk el* 100%-os tumorregressiót. A klinikai tumormentesség ellenére ezeket a betegeket is további kezelésben részesítettük (szisztémás kemoterápia és/vagy palliatív műtét).

A három betegcsoportban így *összesen 40* olyan *betegről van szó*, akik ia. kezelés hatására vagy az ia. kezelés kezdetén már klinikailag tumormentesnek tűntek.

Az ia. cytostaticus kezelés technikája és az alkalmazott gyógyszeres kombinációk tekintetében előző közleményeinkre (1, 2, 3, 4) hivatkozunk, így csak ezek *lényegét foglaljuk össze:*

A kemoterápiához alkalmazott intra-arterialis katétert az a. temporalis superficialison, illetve az a. facialison retrograd, vagy az a. thyreoida superioron át vezettük be az a. carotis externa legalsó pontjáig. Innen elvileg mind a primer, mind a regionalis metastasisokat perfundálni lehet. A katéter helyzetét a kezelés folyamán többször is patent-kék festési eljárással és angiográfiával kontrolláltuk.

Carcinomák esetében a következő *gyógyszereket* kapták betegeink:

1. nap:
0,5 mg Vincristin iv. + 15 mg Bleomycin 24 óra alatt is.
2. nap:
50 meg Methotrexat 24 óra alatt ia. + 2 × 6 mg Leukovorin im.

Kulcsszavak: intra-arterialis kemoterápia — hosszú távú vizsgálatok — fej-nyak daganatok.

1. táblázat: **Préoperatív ia. kezelés után klinikailag 100%-os tumorregressziót mutató betegek további sorsa**

Eredeti tumor stadium	Műtétfajta	Követési idő	További sors
1. Cc. lymphoepitheliale tonsillae $T_3N_0M_0$	Tonsillectomia	8 év	Tu.-mentes
2. Cc. epid. non corn. reg. tonsillae $T_3N_2M_0$	Monoblock dissectio	—	+ postop. szövődményben
3. Cylindroma reg. palati molle $T_2N_0M_0$	Az eredetileg tumoros terület excisiója	7 év	Tu.-mentes
4. Cylindroma reg. palati molle $T_2N_0M_0$	Az eredetileg tumoros terület excisiója	6 év	Tu.-mentes
5. Adenocc. reg. palati molle $T_3N_0M_0$	Az eredetileg tumoros terület excisiója	9 év	Tu.-mentes
6. Cc. epid. corn. gingivae $T_3N_1M_0$	Proc. alveolaris resectio + suph. diss.	6 év	Tu.-mentes
7. Adenocc. parotis $T_3N_0M_0$	Teljes parotidectomia a.n. facialis megőrzésével	4 év	2 év múlva rec., + 4 év múlva
8. Adenocc. parotis $T_3N_1M_3$	Rad. parotidectomia + rad. diss.	2 év	Távoli metast. +
9. Cc. anapl. parotis $T_3N_1M_0$	Rad. parotidectomia + rad. diss.	6 év	Tu.-mentes
10. Kereksejtes sc. a pterygomand. regioban $T_4N_1M_0$	Tumoros rész excisiója	7 év	Tu.-mentes
11. Metast. reg. submand. propter. cc. labii inf. $T_0N_2M_0$	Rad. nyaki diss.	1 év	Recidiva +

2. táblázat: **Túlélés a daganat radikális eltávolítása és az azt követő posztoperatív ia. kemoterápia után**

Tumor típus	Beteg szám	Műtétfajta	Követési idő	További sors
1. Nyelv cc. $T_3N_1M_0$-$T_3N_2M_0$	2	Radikális tumor eltáv.	8 év 8 év	Tu.-mentes Tu.-mentes
2. Szájfenék cc. $T_3N_1M_0$-$T_4N_2M_0$	4	Radikális tumor eltáv.	5 év, második tu. 1 év, recidiva 8 év 3 év	+ Tu.-mentes Tu.-mentes
3. Arcüreg cc. $T_3N_0M_0$-$T_4N_0M_0$	4	Teljes maxilla resectio	3 év, recidiva 7 év 7 év 9 év	+ Tu.-mentes Tu.-mentes Tu.-mentes
4. Lágyszájpad adenocc. $T_2N_0M_0$-$T_3N_2M_0$	2	Részleges max. resectio + lágyszájpad resectio kétold. suprahyoid. diss.	7 év 7 év	Tu.-mentes Tu.-mentes, de+
5. Mandibula osteo-, reticulosarcoma	2	Mandibula- + lágyrész resectio	1,5 év 2 év	Recidiva, + Távoli met. +
6. Parotis adenocc.	3	Radicalis parotidectomia	4 év 4 év 6 év	Recidiva, + Tu.-mentes Tu.-mentes
7. Bucca cc. $T_3N_0M_0$ + $T_3N_1M_0$	2	Tu.-exstirpatio + rad. nyaki diss.	4 év 3 év	Tumormentes Tumormentes
8. Arcbőr cc. $T_3N_0M_0$	1	Radikális exstripatio	7 év	Tumormentes
9. Gyógyult alsóajakcc. metast. $T_0N_2M_0$	3	Radikális nyaki diss.	4 év 2 év 0,5 év	Tumormentes Recidiva + Recidiva +
Össz.:	23		0,5—9 év	7 recidiva

3. táblázat: **Palliatív ia. kemoterápia után 100%-os tu. remissióba került betegek további sorsa**

Tumortípus eredeti staging	Staging kezelés után	További kezelés	Követési idő és további sors
1. Anapl. tonsillacc. $T_3N_2M_0$	$T_0N_2M_0$	Kétoldali supra-hyoid. diss.	6 év tumormentes
2. Lágyszájpad adenocc. $T_2N_2M_0$	$T_0N_2M_0$	Kétoldali supra-hyoid. diss.	2 év tu.-mentes +
3. Parotis adenocc. $T_3N_0M_0$	$T_0N_0M_0$	Besugárzás	4 év tu.-mentes +
4. Anapl. parotiscc. $T_3N_1M_0$	$T_0N_0M_0$	Besugárzás	7 év tu.-mentes
5. Anapl. nyelvcc. $T_3N_2M_0$	$T_0N_0M_0$	Besugárzás 5 évvel később ellenoldali met. dissectio	6 év tu.-mentes
6. Kereksejtes sarcoma a pterygomand. regiéban $T_4N_0M_0$	$T_0N_0M_0$	Besugárzás	7 év recidiva +

3. nap: 750 mg Elobromol per os.

Ezt a kezelési sémát 2 napos szünetekkel 3—6 alkalommal ismételtük. *Sarcomák esetében* a kezelést Adriblastinnal egészítettük ki: 30—40 mg-t perfundáltunk ia. a 3. és 4. napon (24 óra alatt).

A 40 beteg kezelése óta 18 hónaptól 9 év múlt el, az átlagosan eltelt idő 5,2 év volt. 29 férfi és 11 nő volt a nemek megoszlása. Legfiatalabb betegünk 16 éves volt, legidősebb 81, átlagéletkoruk 60 év volt.

Eredmények és megbeszélés

A praeoperativ ia. kemoterápiában részesült *11 beteg* radikális műtéte után *1—4 éven belül 2 esetben észleltünk helyi recidivát.* 1 beteget veszítettünk el postoperativ szövődményben és 1 beteg halt meg távoli metastasis miatt.

A 23 postoperativ kezelést követően 6 hónaptól 5 éven belül 7 beteg esetében jelentkezett helyi recidiva.

A *palliative* végzett kezelést követően 1 esetben észleltünk helyi tumorkiújulást.

Összesítve tehát a *40 beteg* közül 10 esetben jött létre helyi recidiva.

Dolgozatunk célja annak vizsgálata volt, hogy különböző előrahaladott állapotban levő (T_3—T_4) fej-nyak daganat hatásos ia. cytostaticus kezelése után a helyi recidiva előfordulásának milyen esélyei vannak. A kérdésre a válasz egyértelműen az, hogy még akkor is lehetséges helyi recidiva, ha az ia. kezelés hatására a látszólag gyógyult daganat helyén az eredeti tumor kiterjedésének megfelelő radikális műtétet végeztük. Az pedig, ha a műtéti preparátumban szövettanilag nem sikerült „élő" daganatos maradványt kimutatni, csak a rutin hisztológiai vizsgálat határait jelenti.

A gyógyulásra annak a 11 betegnek lett volna a legnagyobb esélye, akik az ia. kezelés hatására tumormentessé váltak. A radikális műtétet, mint „dupla biztosítást" végeztük el, ennek ellenére 2 betegünk esetében jött létre daganatkiújulás.

Ha csak a „túlélést" vizsgáljuk, elfogadható az eredmény. Ha viszont számolunk a megterhelő műtét után felléphető postoperatív szövődmények lehetőségével, a csonkoló műtét utáni élet minőségével, akkor meg kell gondolni, hogy a *sikeres* praeoperativ kezelés utáni műtétet mennyire terjesszük ki. Ezt a „szabálytalan" gondolatot erősíti még az a tény is, hogy teljes remissiót adó 6 palliatív kezelés után évek múlva csak 1 helyi recidiva jelentkezett.

A komplex tumorterápia egyik alapvető elve, hogy bármilyen praeoperativ kezelésnek a célja a betegen végzendő műtét biztonságának növelése, és hogy a beteg a tumoreltávolítás szempontjából a műtétig kedvezőbb helyzetbe kerüljön.

Az ia. cytostaticus kezeléssel ezeket a célokat messzemenően biztosítjuk. Csupán azzal az eddig általunk is követett szinte „dogmatikus" elvvel kívánunk bizonyos mértékig vitatkozni, de legalábbis újra átgondolni, hogy a sikeres praeoperativ kezelés után milyen mértékig kell a műtétet kiterjeszteni. El kell-e minden esetben végezni azt a radikális műtétet, amelyet az ia. kezelés nélkül végrehajtottunk volna? Erre a kérdésre jelenleg még nem kívánunk válaszolni. További összehasonlító vizsgálatok lennének még szükségesek ennek eldöntéséhez. Mindenesetre már eljutottunk a kérdés feltevéséig!

Másik kérdés, hogy miért vontuk össze a praeoperativ-palliatív kezelések után *látható* sikeres eredményeket a postoperativ-adjuvans kezelések csupán *feltételezett* eredményeivel? A válasz abban a hasonlóságban keresendő, amit a látszólag már tumormentes betegen végzett műtét és a látszólag már tumormentes betegen végzett cytostaticus kezelés jelent: mindkettővel a daganatmentes túlélésre kívánunk több lehetőséget nyújtani. Nyilvánvaló, hogy azokban az esetekben, mikor a gyógyszernek az eredeti tumorhoz képest csak a szabad szemmel nem látszó (a sebész által visszahagyott) daganatrészeket kell megsemmisítenie (hatástalanítani), az ia. kezelés elvileg több esélyt nyújt a betegnek, mint a műtét egyedül.

Az előző gondolatokra pedig, ami a sikeres cytostatikus kezelés utáni műtéti radikalitást illeti, a későbbiekben kívánunk visszatérni.

IRODALOM: 1. *Szabó Gy. és mtsai:* Experience de polychimiotherapie beasée sur la „synchronisation" cellulaire, par infusion intra-arterielle. Traitement préopératiore des tumeurs maxillofaciales. Rev. stomat. (Paris) 1977. *78.* 357. — 2. *Szabó Gy. és mtsai:* Selective conventional and xero-arteriography of the external carotid artery for control of intra-arterial chemotherapy. J. Max. Fac. Surg. 1980. *8.* 109. — 3. *Szabó Gy., Kovács Á.:* Possibilities of enhencing the effectivemenss of intra-arterial chemotherapy. Int. J. oral Surg. 1980. *9.* 33. — 4. *Szabó Gy.:* New stepts in the intra-arterial chemotherapy of head and neck tumors. Oncology 1985. *42.* 217. — 5. UICC Union Internationale Contre le Cancer. TNM Classification of Malignant Tumors, Geneva, 1974.

(Szabó György dr. *Budapest*, Mária u. 52. 1085)

OMKER

ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

1989. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

Április 18—21. OMKEREXPO'89.
Nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítás a SOTE Elméleti Tömbjében.
Május 9—12. ORVOSI MŰSZEREK AZ NDK-ból
címmel bemutatót rendezünk az MLW INTERMED Magyarországon forgalmazott termékeiből.
Május 23—26. Kisszámítógépek az egészségügyi intézményekben II.
MŰSZAKI GAZDÁLKODÁSI RENDSZEREK
címmel bemutató az ORKI és az OMKER rendezésében.

Kiállításaink helyszíne az OMKER BEMUTATÓTEREM, Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: naponta 9—16 óráig.

Az OMKEREXPO'89 nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítást a SOTE Elméleti Tömbjében, Budapest, VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt rendezzük meg.

A programban változás lehetséges.

CALYPSOL *injekció*

Gyors hatású altató és általános érzéstelenítő, amely valószínűleg az agykéregre és a középagyra hat, különösen a limbikus rendszerre.

HATÓANYAG: 500 mg ketaminum, sósavas só alakjában, 10 ml-es üvegben.

JAVALLATOK: Önállóan alkalmazva rövid műtétek, eszközös, ill. fájdalmas diagnosztikai beavatkozások. Anesztézia bevezetése egyéb narkotikumok használata előtt. Gyengébb hatású narkotikumok (pl. dinitrogén-oxid) erősítése.

ELLENJAVALLATOK: Eclampsia, hipertóniabetegség.

ADAGOLÁS: Egyénenként változó. Az **intravénás** kezdeti adag felnőtteknek 1,0—4,5 mg/ttkg, gyermekeknek 0,5—4,5 mg/ttkg. Az 5—10 perces narkózist eredményező átlagos adag 2,0 mg/ttkg.
Az **intramuscularis** kezdeti adag felnőtteknek 6,5—13,0 mg/ttkg, gyermekeknek 2,0—5,0 mg/ttkg.
Felnőtteknek 10 mg/ttkg adagja rendszerint 12—25 perces anesztéziát biztosít.
Az altatás fenntartásához az említett dózisok fele használatos.

MELLÉKHATÁSOK: Tenziónövekedés, pulzusszám-emelkedés, nyálfolyás, hányinger, hányás, légzési és látási zavarok. Az ébredési szakban hallucináció, pszichomotoros nyugtalanság, zavartság.
A posztnarkotikus nyugtalanság Droperidollal (0,1 mg/ttkg im.) rendszerint megelőzhető.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Kompatibilis más narkotikumokkal és izomrelaxansokkal.
Fokozza a tubokurarin neuromuszkuláris blokkoló hatását, de nem befolyásolja a pankuronium és szukcinilkolin hatását.
Thyroid-kezelés során emelheti a vérnyomást és tachicardizál.

FIGYELMEZTETÉS: Túladagolás esetén légzési elégtelenség léphet fel. Ilyenkor a légcserét mechanikusan kell támogatni, mert az analeptikumok rendszerint elégtelenek. A készítmény alkalmazása aneszteziológus jelenlétéhez és megfelelő intézeti körülményekhez kötött. Lassan iv. fecskendezendő be, több mint 60 másodperc alatt. A barbiturátok kémiailag összeférhetetlenek a ketaminnal, így közös fecskendőbe nem szívhatók fel.

MEGJEGYZÉS: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS: 5 × 10 ml-es üveg.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

Regöly-Mérei János, dr.,
Ihász Mihály dr.,
Záborszky András dr.
és Dubecz Sándor dr.

A real-time sonographia szerepe az acut appendicitis differenciáldiagnosztikájában és a postappendectomiás szövődmények felismerésében

Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. Sebészeti Klinikája
(Igazgató: Dr. Ihász Mihály)

A szerzők 101 acut appendicitis diagnózissal beutalt betegen 110 sürgősségi szonográfiás vizsgálatot végeztek. További 26 betegen 33 esetben postappendectomiás abscessus gyanújával végeztek echográfiát. Ugyan néhány irodalmi adat arra utal, hogy acut appendicitisben jól felismerhető utlrahang-jelek vannak, a szerzők nem találtak egyértelmű eltérést a nem szövődményes esetekben. Perforatióban már kis mennyiségű gennygyülem is gyakran felismerhető volt, a periappendicularis infiltratum és abscessus pedig jól ábrázolódott (bár e két utóbbi egymástól való elkülönítése gyakran sikertelen). A postappendectomiás intraabdominalis tályogok felismerésében a szerzők megerősítik az echográfia egyéb eredetű tályogok kimutatásában is ismert magas hatásfokát. Hangsúlyozzák a metodika jelentőségét a nem típusos klinikai tünetek esetén, és az appendicitis tüneteit utánzó kórképek differenciáldiagnózisában.

Evaluation of real-time sonography in the differentialdiagnosis of the acute appendicitis and in the diagnosis of postappendectomy complications. 110 urgent sonography were performed on 101 patients with suspected acute appendicitis and on subsequent 26 patients 33 echography with suspected postappendectomy abscess. Although according to a few publications in connection with acute appendicitis there are characteristic sonographic signs, the authors didn't find any typical structures at patients having non-complicated appendicitis. But at perforated appendicitis and periappendicular abscesses the fluid collection was frequently very well visualizable and the periappendicular infiltration was detectable as well. The differentation between infiltration and abscess is difficult, often unsuccessfull. The authors confirm the high sensitivity of sonography in the detection of postappendectomy intraabdominal abscesses, similarly to other abscesses of unrelated origin. They emphasize the differentialdiagnostic aid of sonography, if the clinical symptoms are atypical or the signs of acute appendicitis are imitated by other disease.

Hazai adatok szerint az utóbbi évtizedben az appendectomiák száma jelentősen csökkent (feltehetően a felesleges beavatkozások megkevesbedése miatt), ugyanakkor az onkotomiák aránya az appendectomiákhoz viszonyítva több, mint háromszorosára növekedett (7, 22). Ez az appendicitis miatt operáltak halálozását is mérsékelten súlyosbította (1971-ben 0,34% halálozás, 1983-ban 0,5%), Ez az adat a még ma is fennálló diagnosztikus nehézségekre utal, de azt is megerősíti, hogy a felesleges műtétnél talán még nagyobb veszélyt jelent a késedelem (6). A korai műtét szükségességét támasztja alá, hogy a perforatio gyakorisága az elmúlt évtizedekben változatlan, a perforáltak postoperativ szövődményeinek gyakorisága meghaladja az 50%-ot, s a műtéti halálozás a nem perforáltakhoz viszonyítva közel negyvenszeres lehet (3, 7).

Másik oldalról viszont, az appendectomia során eltávolított szerv hisztológiai viszgálata irodalmi adatok szerint 5—25%-ban negatív (7, 24), sőt egyes szerzők a „felesleges" appendectomiák gyakoriságát 25—30%-ra becsülik, hangsúlyozván, hogy ezen betegeken viszont akár 15%-ban is jelentkezhet műtéti szövődmény (7, 12, 15, 20, 22, 24). Az indokolatlan műtét nemcsak a postoperativ komplikáció veszélyével járhat, hanem megmaradván a panaszokat előidéző ok (pl. lezárt jobb oldali vese), elmarad a műtét utáni javulás.

Típusos klinikai tünetek esetén nincs kétely a műtéti indikáció felállításában, de atípusos panaszok, bizonytalan tapintási lelet, défense miatt nehezen áttapintható has, rosszul kooperáló idős beteg stb. estén az appendicitist utánzó számtalan akut és nem akut hasi, ill. nem hasi kórkép lehetősége merül fel (5, 7, 21, 23, 24), melyeknek csak egy része jelent azonnali műtétet.

Az acut appendicitis sonographiás megítélésével kapcsolatos irodalmi adatok ellentmondóak (4, 11, 13, 15, 25), míg a szövődményként jelentkező intraabdominalis tályogok echografiával jól ábrázolhatóak. Az ultrahangvizsgálat differenciáldiagnosztikus szerepe azonban ennél a kórképnél is nagy jelentőségű (2). A kérdéscsoport

Kulcsszavak: acut appendicitis — ultrahangvizsgálat — postoperatív tályog

elemzésével korábbi közleményeinkben már foglalkoztunk (17, 18, 19).

Vizsgálataink során a következő kérdésekre kerestünk választ:

1. Észlelhető-e acut appendicitis esetén típusos sonographiás jel.

2. Elkülöníthetőek-e egymástól ultrahangvizsgálat segítségével az acut appendicitis különböző súlyosságú formái, legfőképpen, jelent-e segítséget a periappendiculàris infiltratum és abscessus kimutatásában, ill. azok egymástól történő elkülönítésében.

3. Milyen differenciáldiagnosztikus segítséget jelent a sürgősségi szonográfia az acut appendicitis gyanújával felvett betegeknél.

4. Milyen hatásfokkal bizonyíthatóak a szövődményes tályogok?

Vizsgálati anyag és módszer

Vizsgálatainkat Siemens Imager 2300 real time készülékkel, 2,5 és 3,5 MHz-es transducerrel végeztük, a betegfelvételt követően, a sürgősségi laboratóriumi vizsgálatokkal és az esetleges natív hasi röntgennel, ill. gynecologiai konzíliummal egyidejűleg. Kevésbé heves klinikai tünetek esetén is 12—24 órán belül történt a szonográfia. A szövődményes tályogok gyanújakor az echográfia időpontját természetesen a klinikai tüntek szabták meg.

1982 és 1986 között 101 acut appendicitis gyanújával felvett betegen 110 szonografiát végeztünk. Átlagos életkor: 45,6 év (15—93 év). A férfiak és nők aránya: 21/80.

Postappendectomiás korai vagy késői tályog gyanújával 26 betegen 33 vizsgálatot végeztünk. Ezek egyik csoportja a fenti 101 betegből került ki. A másik csoportban az akut műtét előtt nem történt szonográfia, vagy az appendectomiát más intézetben végezték.

A vizsgálati eredményt a műtéti lelettel, a kiegészítő vizsgálatokkal (iv. urográfia, irrigoscopia, gynecologiai vizsgálat stb.), a kórlefolyással, ill. a kiíró diagnózissal vetettük össze.

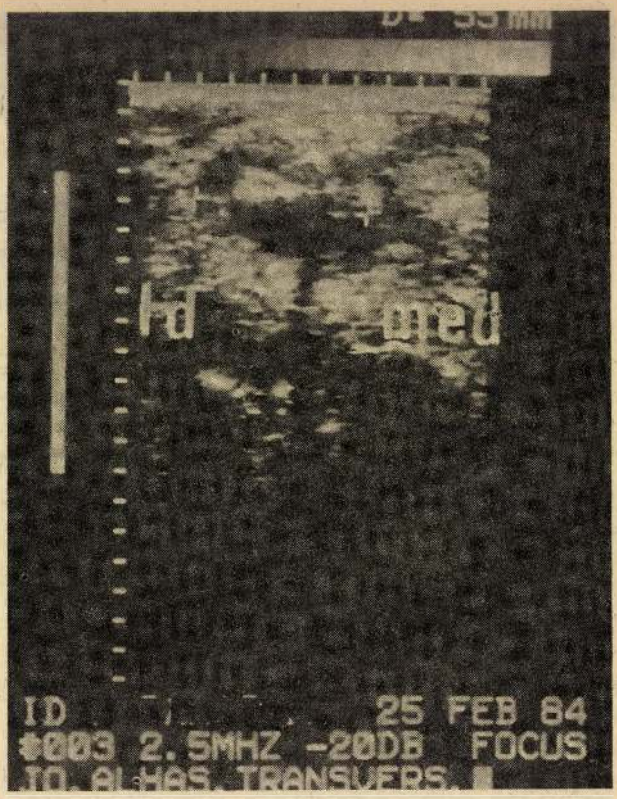
Eredmények

Harminc esetben a szonográfiás leletet pozitívnak, 57-ben negatívnak véleményeztük, 12 alkalommal azt bizonytalannak tartottuk, kétszer pedig értékelhetetlennek minősítettük. Leleteinket az alábbiakban részletezzük:

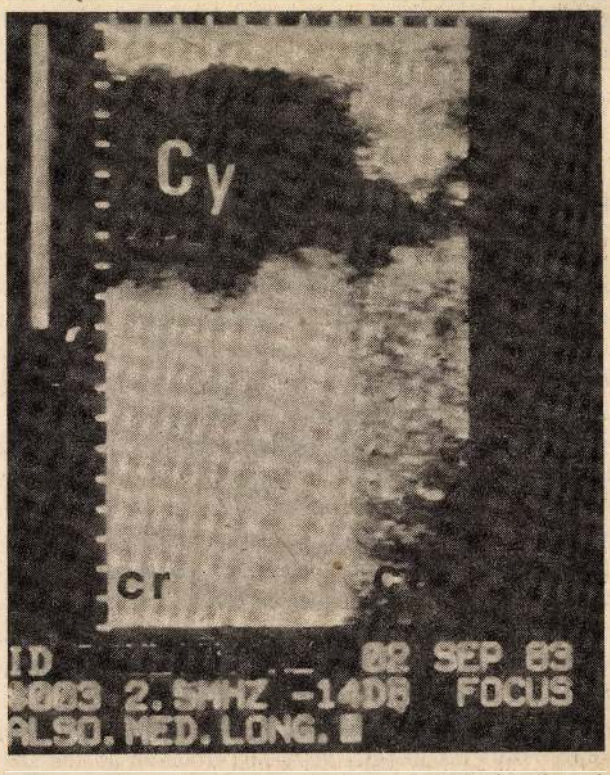
I. A pozitív leletek értékelése

1. Periappendicularis echoszegény, ill. echomentes területet írtunk le 14 esetben. 5 alkalommal a feltárás tályogot igazolt (l. 1. ábra), háromszor perforált appendicitis következtében kialakult kevés gennyet találtunk, 6 esetben pedig az elváltozás periappendicularis infiltratumnak bizonyult.

2. Gynecologiai elváltozást feltételeztünk 5 betegen. Egyikben a szongorafiás vélemény torqualt gynecol. cysta volt (l. 2. ábra), melyet az akut műtét igazolt. Egy másik esetben nagyobb uterusra hívtuk fel a figyelmet, a klinikai tünetek alapján azonban műtétre kényszerültünk, de ez endometriosis és adnexitis mellett csak „consecutiv appen-



1. ábra: A jobb alhasi transversalis metszetben jól felismerhető a bélkokárda lateralis oldalánál az intenzív belső echokat is tartalmazó echomentes terület, amely a műtétnél is periappendicularis abscessusnak bizonyult (ld = jobb oldal, med = medialis irány).



2. ábra: Szülést követően néhány héttel heves jobb alhasi érzékenység miatt, acut appendicitis gyanújával felvett fiatal nőbetegen az urgens sonographia során alhasi cystosus resistentia ábrázolódott. A gynecologiai vizsgálat is jelzett tapintási eltérést. Az akut műtét torqualt ovarialis cystát bizonyított (Cy = cysta, cr = cranialis irány, ca = caudalis irány).

dicitist" mutatott, s a későbbiekben a Menotest is pozitívvá vált. Két további estben gynecol. tumor, ill. hatalmas nőgyógyászati cysta volt ábrázolható. Mindkét beteg a nőgyógyászati egybehangzó lelet alapján került műtétre. Az 5. fiatal nőbetegen a nagyfokú hányás és az alhasi panaszok okaként a szonográfia korai graviditást bizonyított és a beteget hyperemesis gravidarum dg-sal helyeztük át nőgyógyászati osztályra.

3. Három esetben észleltünk urológiai elváltozást. Az egyik beteget az urographia által is megerősített jobb oldali hydronephrosis miatt (juxtavesicalis kő) az urológiai osztály átvette. A másiknál bal oldali nephrolithiasist észleltünk, de a panaszok gyors megszűnése miatt (spontán kőürítés?) további vizsgálatok nem történtek. A harmadik esetben a mérsékelt jo-i vesepangás mellett cholelithiasist is kimutattunk és mivel a később készített urográfia már negatív volt, vitatható, hogy a beteg panaszait spontán kőürítés vagy a cholelithiasis okozta-e.

4. Az előbbi eseten kívül további 4 alkalommal epekövet mutattunk ki. Kétszer nem történt műtét, egyiknél acut cholecystectomiát végeztünk, a negyedik betegen az epekövességet mellékleletnek tartottuk és appendectomiát végeztünk. A műtét során csak kis ovarialis cystát kísérő „consecutiv appendicitist" találtunk.

5. Nem tapintható aorta aneurysma okozta a panaszokat egy betegen, a halasztott műtét a sonographiás véleményt alátámasztotta.

6. Két vizsgálat alkalmával az atypusos ileocoecalis bélconglomeratum alapján tumor-irányú további vizsgálatokat indikáltunk. Az irrigoscopia, majd a műtét stenotizáló flex. hep.-tumort igazolt mindkét alkalommal.

Téves pozitív leletet egy estben minősítettünk. Ileococecalis inhomogenitást, tágabb beleket írtunk le, azonban a tünetek 1—2 nap alatt regrediáltak, s a beteg panaszmentes lett.

II. A negatív leletek értékelése

Negatívnak értékeltünk 57 sonographiás vizsgálatot, melyeket az alábbiakban részletezünk:

1. 10 esetben appendectomia történt (4 simplexen, 3 phlegmonesan gyulladt, 1 gangraenas, 1 perforalt és 1 krónikusan gyulladt féregnyúlványt távolítottunk el).

2. 3 betegen műtét során lymphadenitis mesenterialist találtunk.

3. 4 esetben adnexitis okozta a panaszokat, ezek közül egy került műtétre („consecutiv appendicitis").

4. Egy betegben a műtét során coecumtáji mandulányi fibrinnel fedett resistentiát találtunk, melynek oka idegentest beékelődése volt.

5. Három betegben gastroenteritis, ill. enteritis acuta, további kettőben urocystitis acuta, egy férfin pedig prostatitis és epidymitis egyértelműen magyarázta a panaszokat.

6. 29 beteg panasza gyorsan megszűnt. Akut kórkép bizonyítást nem nyert és lényegében a panaszok okát kellően nem is tisztázhattuk (Colica abdom., Obs. ad app. ac., stb. dg-sal bocsátottuk ki őket). A fenti 53 beteg közül háromban mellékleletként graviditást is igazoltunk.

Téves negatívnak 4 leletet minősítettünk. Egyiken a szonográfia nem jelezte a feltehetően acut pyelonephritis szövődményeként kialakult jobb oldali kocsonyás perirenalis folyadékgyülemet, melyet drainnáltunk. Egy másik appendectomia során (hisztológia: chron. gyulladás) ovarialis cystát találtunk, amelyet a praeoperatív szonográfia nem jelzett. A harmadik betegen az urográfia partialis elfolyási akadályt okozó ureterolithiasist bizonyított, de az ultrahangvizsgálat alapján vesepangás gyanúja nem merült fel. Egy esetben a panaszokat myomás uterus okozta, s ezt a szonográfia nem jelezte.

III. A bizonytalan és értékelhetetlen leletek elemzése

Bizonytalannak 12, értékelhetetlennek 2 leletet minősítettünk:

1. 5 esetben vesekő, ill. kisfokú üregrendszeri pangás gyanúja merült fel, de vagy nem történt kielégítő utánvizsgálat, vagy az urográfia negatív volt (ez persze nem zárja ki a két vizsgálat közötti kőürítés lehetőségét). A hatodik esetben az echográfia által jelzett jobb oldali, mérsékelt fokú pyelectasia félrevezető is lehetett volna, mert a klinikai tünetek alapján elvégzett akut műtét során retrocoecalis perforalt appendixet találtunk. Egy további esetben a szonográfia által leírt kétoldali kis vese-cysták megítélésében az urográfia nem volt informatív.

2. Két betegen a leírt kismedencei resistentia utánvizsgálata elégtelen volt a szonográfiás lelet megítéléséhez.

3. Egy alkalommal periappendicularis infiltratum vagy Crohn-betegség gyanúját vetettük fel és az „à froid" stádiumban elvégzett kettőskontrasztos irrigoscopia alapján sem lehetett egyértelműen állást foglalni.

4. Egy nőbetegen cholecysta-táji lágyrészintenzitású képletet találtunk, de az utánvizsgálatokon nem jelent meg.

5. Egy emollitio cerebri miatt kontaktusképtelen és meteorizmusa miatt is alig vizsgálható betegen a szonográfiát értékelhetetlennek tartottuk.

6. A fennmaradó 2 esetben a nagyfokú meteorizmus miatt a vizsgálatot értékelhetetlennek minősítettük.

Tekintve, hogy appendicitis diagnózissal minden megítélési kategóriában (helyes, téves, bizonytalan) szerepelnek betegek, a továbbiakban a felvetett kérdések megválaszolásához az explorált és appendectomizált 33 beteg sonographiás leletét elemeztük. (l. 1. táblázat)

A táblázaton jól látható, hogy simplex, gangraenas, chronicus és consecutiv gyulladás estén semmilyen echomorfológiai eltérést nem láttunk. Pozitív volt viszont a szonográfiás lelet (13/14) periappendicularis infiltratum, ill. abscessus esetén, továbbá az 5 perforáltból 3 esetben. Utóbbiakban kicsiny körülírt folyadékgyülemet láttunk, infiltratumnál inkább szolid struktúra volt látható, mely echoszegény, néhol echomentes. Abscessus esetén többnyire echomentes, egyenetlen határú resistentia ábrázolódott, mely mellett a bélkokárda jól felismerhető.

IV. A tályog-gyanúval végzett vizsgálatok elemzése

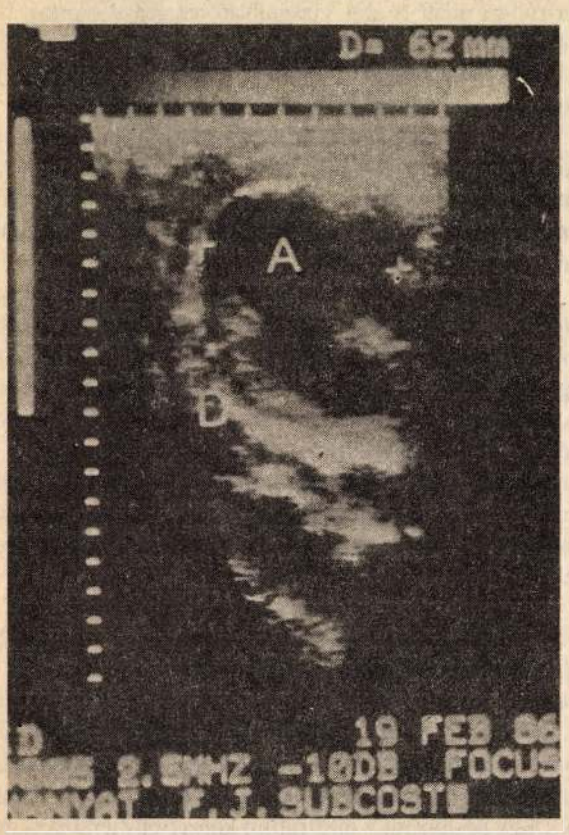
Appendectomiát követő korai vagy késői tályog gyanújával 26 betegen 33 alkalommal végeztünk vizsgálatot (l. 2. táblázatot és 3., 4. ábrát).

A korai csoportban kétszer hasfali-, egyszer lokalis abscessust idegentesttel, ötször egyéb lokalizációjú interaabdominalis tályogot igazoltunk (Douglas, subhepatikus, duplex stb.). Egy postoperatív infiltratum konzervatív terápiára gyógyult. A 10. esetben pedig a postop. láz és a fájdalom okaként — a klinikailag felmerült tályog helyett — helyesen jobb oldali vesepangást igazoltunk, melyet ureter-katéterrel oldottunk meg.

1. táblázat: **Az ultrahanglelet értékelése az appendectomizáltaknál**

Végleges diagnózis	Ultrahang lelet		
	Negatív	Pozitív	Bizonytalan
App. ac. simplex	4	—	—
App. ac. consec.	3[1,2]	—	—
App. ac. phlegm.	3	—	—
App. ac. gangr.	1[3]	—	—
App. ac. perfor.	2[4,5]	3	—
App. chron.	2[6]	—	—
Lymphad. mesent.	3	—	—
Periapp. infiltr.	—	6	1
Periapp. abscessus	—	5[7]	—
Összesen	18	14	1

Megjegyzések: 1 = UH jelezte a nagyobb uterust, műtétnél endometriosis.
2 = UH nem ismerte fel az ovarialis cystát.
3 = Kevés retrocoec. purulens váladék nem ábrázolódott.
4 = Emellett a jo. vese megítélése is bizonytalan.
5 = Diffúz peritonitise volt!
6 = Diónyi ovarialis cystát nem írt le az UH.
7 = Egyikét inkább infiltratumnak gondoltuk az UH alapján.

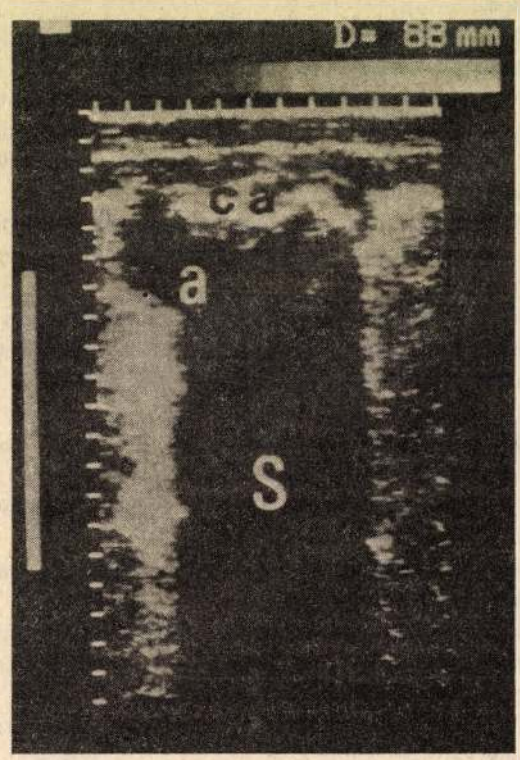


3. ábra: Perforált appendicitis miatt operált fiatal férfin a postop. szakban kialakuló szeptikus lázas állapot miatt végzett sürgősségi viszgálatkor jobb oldali subphrenicus-subhepaticus „homokóraszerű" abscessus ábrázolódott, amelyet a natív hasi röntgenvizsgálat és a műtéti lelet is alátámasztott (D = diaphragma, A = abscessus).

2. táblázat: **Sonographiás vizsgálatok postappendectomiás abscessus gyanújával**

Betegek megoszlása, száma	Vizsg. száma	Ultrahang lelet			
		Helyesen		Tévesen	
		Pozitív	Negatív	Pozitív	Negatív
Korai (n = 15)	20	10[x]	5	—	—
Késői (n = 11)	13	8	2	1[xx]	—
Összesen	33	18	7	1	—

Megyjegyzés: x = Egyiknél urológiai szövődményt igazoltunk. xx = Ileusos tágult belet gondoltunk tályognak, műtétre a letapadásos ileus miatt került sor.



4. ábra: Perforált appendicitis miatt végzett műtétet követően fellépő szeptikus láz okát keresve végzett szonográfia a műtéti területen tályogot, ezen belül acustikus árnyékolással követett echodenz képletet bizonyított. A reoperatio során az utóbbi idegentestnek (hasi törlő) bizonyult (a = abscessus, S = acustikus árnyék, ca = corpus alienum).

A késői csoportban a 8 pozitív esetből hétszer a tályogot feltártuk, egy alkalommal a leírt infiltratum konzervatív kezelésre gyógyult. Az ebben a csoportban észlelt téves pozitivitás azonban nem vezetett felesleges műtéthez, mert az ileusos állapot miatt az exploratio mindenképpen indokolt volt.

Megbeszélés

Az acut appendicitisnek a korábbi irodalmi adatok alapján *nincs* típusos szonográfiás jele (11, 25), bár Deutsch és Leopold (4) leukaemiás gyermeken, Preusser (16) pedig 87 éves betegen sikerrel ábrázolta a gyulladt féregnyúlványt. *Lé-*

lek (13) sikerrel ábrázolt gennyel telt appendixet. A szonográfiának nagyobb jelentősége van az appendicitist utánzó kórképek kizárásában (2, 25) és a már szövődményként jelentkező pericoecalis, periappendicularis és távoli (Douglas, subhepatikus, intermesenterialis stb.) abscessusok kimutatásában (11). Bár Meiser és mtsai (15) 576 acut appendicitis gyanújával felvett beteg prospektív szonográfiás vizsgálatáról számoltak be és a nem perforált appendicitis esetén is az ultrahangvizsgálat sensitivitását 83%-nak, specificitását 97%-nak találták, szemben a klinikai észlelés 87%-os, ill. 70%-os értékével. A fizikális vizsgálat és az echográfia együttes alkalmazásával a találati arány 97%-ra növekedett, 94% sensitivitással és 99% specificitással.

Saját anyagunkban nem szövődményes appendicitis esetén, a rendelkezésünkre álló készülékkel — szemben a fenti irodalmi adatokkal — egyértelmű szonográfiás eltérést nem tapasztaltunk. Perforált appendicitis esetén viszont a kismennyiségű gennygyülem is többször felismerhető volt (3/5).

További és nem kellően tisztázott kérdés az appendixtáji resistentiák szonográfiás megítélése (9, 10, 11, 25), mennyire különíthető el az echomorfológiai kép alapján az infiltratum az abscessutól, hiszen előzőnél legtöbben a konzervatív kezelést alkalmazzák, míg utóbbiban az akut műtét szükségessége nem vitatható. Ismert az is, hogy az infiltratum már rövid observálás alatt tályoggá érhet (10), máskor a periappendicularis infiltratumnak vélt elváltozás hátterében tumor vagy Crohn-betegség állhat. Kötelezőnek tekinthető ezért az ezen diagnózissal konzervatívan kezelt betegeknél a nyomonkövetéses szonográfia, CT, ill. az akut tünetek lezajlása után készített irrigoscopia. Ritkán a szonográfia támpontot adhat a Crohn-betegségre is (1, 8), ez azonban még szintén az echográfia vitatott területe.

Saját vizsgálataink szerint is a periappendicularis infiltratum és abscessus jól felismerhető echográfiás eltérést okoz, problémát jelent azonban e kettő egymástól való elkülönítése, melynek terápiás konzekvenciája van. Véleményünk szerint ebben az ismételt vizsgálat nyújt segítséget. Differenciáldiagnosztikus problémát jelenthet a már előbb is említett Crohn-betegség, vagy tumor és annak szövődménye miatti conglomeratum, ill. kóros bélkokárda is.

A nem típusos panaszok esetén az ultrahangvizsgálat alapvető segítséget adhat számos appendicitist utánzó kórkép elkülönítésében, mint ezt a pozitív leleteink értékelésekor egyértelműen demonstráltuk.

Az intraabdominalis tályogok kimutatásában a szonográfia magas sensitivitását számos közlemény bizonyította. Mivel a kérdés irodalmi áttekintésével korábbi közleményeinkben részletesen foglalkoztunk (14, 17, 18, 19), ennek megismétlésétől eltekintünk. Bár 26 postappendectomiás tályog gyanújával végzett vizsgálat alapján statisztikai következtetések nem vonhatók le, jelenlegi megfigyeléseinket összevetve többszáz egyéb aetiológiájú tályog gyanújával végzett vizsgálatainkkal, úgy véljük, a metodika ez irányú pontossága meghaladja a 96%-ot, specificitása a 87,5%-ot, sensitivitása pedig még ennél is magasabb.

IRODALOM: 1. *Antes, G., Igl, W., Gebauer, A., Kruis, W.:* Die Sonographie als Hilfe bei der Diagnostik in einem Fall mit chronischem Durchfall. Fortschr. Röntgenstr. 1982, *137*, 112—113. — 2. *Baricza S., Vadnai M., Varga Zs., Gönczi J., Herczeg B.:* Az urgens hasi ultrahangvizsgálat alkalmazásának lehetőségei és jelentősége az akut hasi kórképekben. Magy. Radiol. 1987, *64*, 269—277. — 3. *Boros A.:* Az akut appendicitis és az általa okozott szövődmények osztályunk 15 éve anyagában. Magy. Mentésügy. 1985, *5*, 69—72. — 4. *Deutsch, A., Leopold, G. R.:* Ultrasonic demonstration of the inflamed appendix. Radiology 1981, *140*, 163—164. — 5. *Drobni S.:* Bélsebészet. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1982. — 6. *Dubecz S., Simon K., Zsíros L.:* Akut appendicitis korai műtéte — felesleges appendectomiák kockázata. Magy. Seb. 1986, 39, 16—19. — 7. *Dubecz S. szerk.:* Akut appendicitis. Medicina, Budapest, 1988. — 8. *Gladisch, R.:* Praxis der abdominellen Ultraschalldiagnostik. F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart—New York, 1981. — 9. *Glass, C. A., Cohn, I. jr.:* Drainage of intraabdominal abscesses. A comparison of surgical and computarized tomography guided catheter drainage. Am. J. Surg. 1984, *147*, 315—317. — 10. *Hoffmann, J., Lindhard, A., Jensen, H. E.:* Appendix mass: conservative management without interval appendectomy. Am. J. Surg. 1984, *148*, 379—382. — 11. *Hölscher, A. H.:* Ultraschalldiagnostik des akuten, nicht traumatisierten Abdomens. Chir. Praxis. 1985, *34*, 29—39. — 12. *Lázár D.:* A „felesleges" műtétről. Orv. Hetilap 1971, *112*, 2703—2705. — 13. *Lélek I.:* A gyomorbélrendszer ultrahang diagnosztikája. Radiol. Közlem. 1985, *25*, 67—72. — 14. *Marton T., Jakab F., Regöly-Mérei J., Záborszky A., Rózsa I.:* A hasűri tályogok felismerése és kezelése. Orvosképzés. 1983, *58*, 243—257. — 15. *Meiser, G., Meissner, K., Sattlegger, P.:* Ultraschalluntersuchung bei „Akuter Appendizitis", Kür oder Pflicht in der Allgemeinchirurgie — Eine prospektive Studie. Ultraschall. 1987, *8*, 197—202. — 16. *Preusser, G.:* Ultrasonographische Diagnose einer akuten phlegmonosen Appendizitis. Wien. Klin. Wschr. 1981, *93*, 587—588. — 17. *Regöly-Mérei J., Marton T., Dubecz S., Záborszky A.:* Az ultrahangvizsgálat jelentősége az intraabdominalis tályogok diagnosztikájában és a kezelés nyomonkövetésében. Magy. Seb. 1986, *39*, 65—74. — 18. *Regöly-Mérei J., Dubecz S., Záborszky A., Benedek Gy.:* Az urgens sonographia szerepe az acut hasi kórképek és a műtét utáni szövődmények felismerésében és elkülönítő kórismézésében. Magy. Seb. 1986, *39*, 297—306. — 19. *Regöly-Mérei J., Dubecz S., Záborszky A., Jakab F.:* A real time sonographia szerepe a postoperatív szövődmények differenciáldiagnózisában. Orv. Hetilap. 1987, *128*, 1723—1730. — 20. *Safar A., Farkas S., Oláh V., Varga Cs.:* Az akut appendicitis problematikája napjainkban. Orv. Hetilap. 1986, *127*, 19—25. — 21. *Stefanics J. szerk.:* Részletes sebészet. Medicina, Budapest, 1977. — 22. *Szécsény A.:* Változások a magyar sebészet teljesítményében. Magy. Seb. 1984, *37*, 194—203. — 23. *Vosschulte, K., Zuckschwert, L.:* Chirurgische Differencialdiagnostik. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1972. — 24. *Wan-yee Lau, Scheung-tat Fan, Tim-fuk Yin, Kin-wah Chu, Shu-hong Wong:* Negative finding at appendectomy. Am. J. Surg. 1984, *148*, 375—378. — 25. *Yamaoka, Y., Kaito, I., Kano, A., Masuyama, H., Matsuya, F., Katoh, K., Sugai, Sh., Kuwata, Y.:* Evaluation of ultrasonic diagnosis in acute abdomen. 7th World Congress of Gastroenterology. 1982. in Sweden. Poster No. P 4.

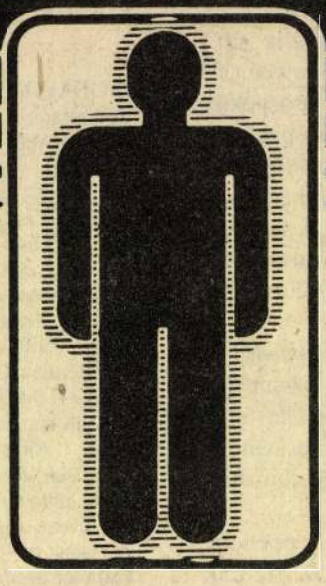
(Regöly-Mérei János dr. *Budapest*, Nagyvárad tér 1. 1096)

„Az ostobaság gyógyíthatatlan fogyatkozás, mert a tudatlan nem ismeri magát, s így nem is igyekszik segíteni a hiányon. Némelyek bölcsek lennének, ha nem hinnék, hogy azok."

Grácián

ISOPRINOSINE®

Chemotherapeuticum antiviralis



tabletta immunitást fokozó gyógyszer

Növeli az immunrendszerre hatva a szervezet saját védekezőképességét a vírusfertőzésekkel szemben, ugyanakkor gátolja a vírusok szaporodását is.

Hatóanyag

Inosiplex 500 mg tablettánként (amely inosin és 1-/dimethylamino/-2-propanol-/4-acetamidobenzoat 1 : 3 arányú molekulakomplexe).

Javallatok

Herpes simplex, herpes zoster, szubakut szklerotizáló panencephalitis (SSPE), akut vírusos encephalitis (amelyet H. simplex, Epstein—Barr- és kanyaróvírus váltott ki), vírusos bronchitis, vírushepatitis.

Vírusfertőzések immunsupprimált betegeken: h. simplex, h. zoster, bárányhimlő, kanyaró, mumpsz, Citomegalia- és Epstein—Barr-vírusfertőzések.

Ellenjavallatok

Köszvény, hiperurikémia, veseelégtelenség, vesekövesség, extraszisztóliára való hajlam, autoimmun betegségek, terhesség, szoptatás.

Adagolás

A megbetegedés súlyossága és módja szerint. Szokásos adagja felnőtteknek 50 mg ttkg/nap több adagban elosztva.

H. simplex-fertőzésben felnőtteknek 6—8 tabletta, gyermekeknek 1/2—6 tabletta.

SSPE esetén felnőtt és gyermek 50—100 mg/ttkg/nap kb. 6 adagra elosztva.

Akut vírusos encephalitisben felnőtteknek, gyermekeknek 100 mg/ttkg/nap.

Vírusos fertőzésben immunszupprimált betegeken felnőtteknek 50 mg/ttkg/nap, gyermeknek 100 mg/ttkg/nap (felnőtteknél 3—5-szöri, gyermeknél 2—4-szeri bevételre elosztva. A tünetek megszűnése után a kezelést 1-2 napig folytatni kell.

Mellékhatások

Átmeneti gyenge húgysavszint-emelkedés a szérumban és vizeletben.

Gyógyszerkölcsönhatás

Együttadás kerülendő: rendszeresen alkalmazott immunszuppresszívumokkal (csökkentik hatását).

Figyelmeztetés

Az inosinkomponens húgysav formájában választódik ki. Ezért ajánlatos a szérum- és vizelethúgysav-szint időnkénti ellenőrzése.

Megjegyzés

✠✠ Csak vényre — egyszeri alkalommal — adható ki. A gyógyszert annak a fekvőbeteg-ellátó osztálynak, szakrendelésnek (gondozónak) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes. Térítésmentesen herpes simplex disseminatus, herpes zoster esetében, valamint bizonyítottan súlyos immunhiányos állapotokban annak a szakrendelésnek (gondozónak) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére szakmailag és területileg illetékes.

Csomagolás: 50 tabletta

Előállítja:

BIOGAL Gyógyszergyár, Debrecen
Newport Pharmaceuticals INC. (USA)
M.R. Leclerc Co. (Svájc) licencia alapján

Polgár Marianne dr.,
B. Kovács Judit dr.,
Micskey Éva dr.,
Gombik Margit dr.,
Várkonyi Ágnes dr.
Vajda Ildikó dr.
és Kiss-Gáborné.

Gliadin ellenes antitest kimutatás immunfluoreszcens módszerrel gyermekkori coeliákiában

Madarász u. Gyermekkórház-Rendelőintézet,
(főigazgató: Csontos Endre dr.)
Heim Pál Kórház-Rendelőintézet
(főigazgató: Gorácz Gyula dr.)
Budai Gyermekkórház
(főigazgató: Péter Ferenc dr.),
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Gyermekklinika
(főigazgató: Boda Domokos dr.)
Pest Megyei Tanács Flór Ferenc Kórház
(főigazgató: Szabadfalvi András dr.)
Róbert Károly-körúti Kórház-Rendelőintézet
(főigazgató: Fövényi Mihály dr.)

350 beteg 396 vérszérumából történt IgA és IgG típusú gliadin ellenes antitest meghatározás immunfluoreszcens módszerrel. Az eljárást coeliakia klinikai gyanúja esetében és ismert coeliákiás betegek diétájának ellenőrzésére használták. Vizsgálati anyaguk szenzitivitása IgA elleni antitest estében 83%, IgG elleni antitestnél 85%, a specificitás értéke IgA ellenanyag esetében 96%, IgG típusú ellenanyagnál 91% volt. A szerzők vizsgálataik alapján úgy vélik, hogy a gliadinnal szemben kialakult, vérben keringő immunkomplexek kimutatására az immunfluoreszcens módszer megfelelő eljárás. Ennek alapján a módszer ajánlható mind coeliakiára gyanús betegek szűrésére, mind pedig a glutenmentes étrendet folytató betegek ellenőrzésére.

Demonstration of antibodies against gliadin with immunofluorescence method in celiac diseases of childhood. IgA and IgG type antibodies against gliadin were demonstrated in 396 serum samples of 350 patients with immunofluorescence method. The procedure was used in cases of clinically suspected celiac disease and for the control of the diet of patients with diagnosed celiac disease. The sensitivity of the patient material was 83% in the case of antibodies against IgA and 85% with antibodies against IgG. The specificity value with IgA antibodies was 96% and 91% with IgG antibodies. The authors consider the immunofluorescence technique suitable for the demonstration of immune complexes developed against gliadin and circulating in blood. On this basis the method is recommended both for the screening test of patients with suspected celiac disease and for the control of patients on gluten-free diet.

A coeliakia tartósan fennálló gliadin szenzitív enteropathia, mely a vékonybél nyálkahártya súlyos morfológiai károsodásával jár. Klinikailag változó súlyosságú malabsorptiós syndromát okozhat. Az European Society of Pediatric Gastroenterology and Nutrition állásfoglalása szerint — a diagnózis megállapításához a vékonybél nyálkahártya ismételt szövettani vizsgálata nélkülözhetetlen. Mindemellett könnyen alkalmazható, nagy beteganyag szűrésére alkalmas, megbízható eljárás szükségességét már évekkel ezelőtt felismerték, és különböző módszerek alkalmazásáról jelentek meg közlemények (1, 6, 12, 16, 19, 20, 23, 25). Ez az igény a hazai gyermek-gastroenterológusok részéről is felmerült. Ezért törekedtünk egy olyan szűrővizsgálat hazai bevezetésére, amely egyrészt alkalmas a coeliakiára gyanús betegek szelektálására, másrészt igazolt coeliakiás betegek diétájának ellenőrzésére is megfelel. A *Bürgin-Wolff és munkatársai* által kidolgozott immunfluoreszcens módszert alkalmaztuk IgG és IgA típusú gliadin ellenes antitestek (továbbiakban: AGA) kimutatására (5, 6, 7, 27).

Kulcsszavak: coeliakia, immunfluoreszcens módszer, gliadin ellenes antitest

Rövidítések: AGA = antigliadin antibody = gliadin ellenes antitest, ESPGAN = European Society of Paediatric Gastroenterology and Nutrition, GSE = gluten szenzitív enteropathia, IF = immunfluoreszcens, PBA = partialis boholyatrophia, SBA = subtotális boholyatrophia, TBA = totális boholyatrophia

Betegek és módszerek

A szerológiai vizsgálatokat a Fővárosi Tanács Madarász utcai Gyermekkórház-Rendelőintézetében végezték. Multicentrikus együttműködés keretében öt intézmény 350 betegének 396

savómintáját vizsgáltuk. A szerológiai viszgálatok értékét standard diagnosztikus módszerekkel összehasonlítva kívántuk megállapítani, ezért 197 esetben a szerológiai és a hisztológiai mintavétel azonos időben történt. A betegeket a diagnózis és a kezelési stádium szerint a következőképpen csoportosítottuk:

C-csoport — az ESPGAN kritériumok (22) szerint igazolt coeliakiás betegeknek az a része, akiknél a szerológiai és hisztológiai mintavétel azonos napon történt. 4 beteget vizsgáltunk kezeletlen állapotban *(C/l)*, 11 beteget legalább egy éve tartó gliadinmentes diétás kezelés után *(C/2)*, és 13 beteget glutenterhelés után, hisztológiai ± klinikai relapsus állapotában *(C/3)*.

CS csoport — az ide sorolt betegek diagnózisa coeliakia suspecta, amelyet a kezeletlen állapotban regisztrált súlyos boholyatrophia (PBÂ III vagy SBA-TBA) alapján állapítottunk meg. Kezeletlen állapotban 37 gyermek *(CS/l)*, legalább egy éve tartó gliadinmentes diétás kezelés után 24 beteg *(CS/2)*, néhány hónapig tartó, de hisztológiai relapsust nem okozó gliadinterhelés után 4 beteg *(CS/3)* savóját vizsgáltuk. Ez utóbbi négy gyermek gliadin terhelését folytatjuk, ugyanis a 2 éves szabály alapján (22) a coeliakia gyanúja esetünkben még nem vethető el, és állapotuktól függő későbbi időpontban újabb vékonybél biopsia elvégzése szükséges. A csoport valamennyi betegénél azonos időben történt a szerológiai és a hisztológiai mintavétel.

NC csoport — 104 nem coeliakiás beteget soroltunk ide. Valamennyiüknél glutenérzékenység klinikai gyanúja miatt végeztünk vékonybél biopsiát és szerológiai vizsgálatot (azonos időpontban). A hisztológiai viszgálat nem igazolt súlyos boholyatrophiát, így a coeliakia gyanúját el lehetett vetni.

KC csoport — kezelt coeliakiás betegek csoportja, 42 betegben 46 vizsgálatot végeztünk. Valamennyi gyermek hosszabb ideje gliadinmentes diétát folytatott a szerológiai mintavétel idején, permanens gliadin intoleranciájukat az ESPGAN kritériumok szerint (22) már korábban igazoltuk. A szerológiai vizsgálat célja a diéta betartásának ellenőrzése volt.

O csoport — 153 beteget osztottunk ebbe a csoportba, akiken a klinikai kép egyebek mellett coeliakia gyanúját is felvetette, azonban a negatív szerológiai eredmény és a nem jellegzetes klinikai kép miatt vékonybél biopsia egyelőre nem történt.

A gastroenterológiai gondozó hálózatban ezek a betegek folyamatos ellenőrzés alatt maradtak.

A *C*, a *CS* és az *NC* csoport vizsgálati eredményei alapján a szerológiai vizsgálat specificitását és szenzitivitását az alábbi képletek szerint adjuk meg (34):

$$\text{szenzitivitás } \% = \frac{VP \times 100}{(VP + FN)}$$

$$\text{specificitás } \% = \frac{VN \times 100}{(FP + VN)}$$

Ugyanezen adatok alapján a vizsgálat pozitív és negatív prediktabilitása is megadható (34):

$$\text{pozitív prediktabilitás } \% = \frac{VP \times 100}{(VP + FP)}$$

$$\text{negatív prediktabilitás } \% = \frac{VN \times 100}{(VN + FN)}$$

A vizsgálathoz felhasznált anyagok

Az IF AGA vizsgálat bevezetésekor a Baseli Gyermekklinika Immunológiai Laboratóriumából kapott vegyszerekkel dolgoztunk. Az antigén a fenti laboratórium produktuma (6), a fluoresceinnel jelzett antihumán immunglobulinok is azonosak voltak a baseli munkacsoport által használt anyagokkal (FITC conjugated swine antihuman IgA, Ready System AG és goat antihuman IgG, Melory Springfield). A baseli munkacsoport ismert titerű kontroll szérumokat is rendelkezésünkre bocsátott. A munka következő periódusában saját előállítású antigént és a Humán Intézet humán IgG és IgA elleni FITC-el jelzett kecske szérumait használtuk. A hazai anyagokkal végzett mérések eredményei megegyeztek a baseli munkacsoport mérési eredményeivel, ezek után kezdtük el a sorozatvizsgálatokat a hazai anyagokkal. Valamennyi mérésnél pozitív és negatív kontrollokat alkalmaztunk. 78 mérést a külföldi anyagokkal, a többit hazai anyagokkal végeztük. A fentiek alapján az eredményeket együtt értékeljük.

Az antigén előállítása

Gliadin oldat készítése: 100 mg gliadint (Nutritional Biochemicals Corporation Cleveland, Ohio) 10 ml 0,001M ecetsavban oldottunk mágneses keverő segítségével. A víztiszta oldathoz annyi 0,1M natrium hidrogencarbonatot adtunk, hogy a továbbiakban alkalmazott Sepharose és gliadin térfogat arány 1 : 2 legyen (Sepharose 4B CNBr. activated Pharmacia). A gliadin oldat kötése a CNBr aktivált Sepharose-hoz: 2 g Sepharose 400 ml 0,001M sósavval öntöttük fel és 20 percig duzzadni hagytuk. A felülúszó leszívása után az eljárást megismételtük. Az így előkészített Sepharose-hoz hozzáadtuk a gliadin oldatot és szobahőmérsékleten 3 órán át rotáltuk, a felülúszót leszívtuk. A kötés nélkül maradt szabad csoportok lefedésére pH 8-as Tris pufferrel felöntöttük a szemcséket és 2 órán át szobahőmérsékleten állni hagytuk. A Tris puffer leszívása után az aspecifikus fehérjekötések megszüntetésére anyagunkat felváltva mostuk pH 8-as Tris pufferral, illetve pH 3—4 közötti glicin-ecetsav pufferral.

Az eljárás menete

Az 56 °C-on 30 percig inaktivált vizsgálandó szérumot az aspecifikus reakció kiküszöbölésére Ultrogel AcA 44-gyel (Ultrogel AcA 44, LKB-produkten AB-Sweden) 20 percig inkubáltuk, 10 percig 3000/min fordulatszámon centrifugáltuk. A felülúszóból pH 7,2 veronál pufferrel (CFT Complement fixation test diluent Flow, Oxoid Limited England) 1 : 10 hígítást készítettünk, amiből mikrotiter lemez lyukaiba 0,05 ml-t mértünk be és 30 percig szobahőmérsékleten állni hagytuk (Takátsy mikrotiter lemez). Ehhez adtuk a Sepharose-hoz kötött gliadin CFT-vel tízszeresére hígított oldatának azonos mennyiségét. Ezt egy órán át rázattuk (Mikroshaker Dynatech), háromszor mostuk a fenti puffer oldattal. Az így kezelt anyaghoz 0,05 ml humán IgG elleni FITC-el jelzett kecske szérumot, illetve 0,05 ml humán IgA elleni FITC-el jelzett kecske szérumot adtunk, háromszori mosás után ultraibolya mikroszkóppal az anyag értékelhető volt.

A fent leírt eljárással a pozitív és negatív eseteket különítettünk el, vagyis gliadin ellenes IgG és IgA ellenanyag (IgG és IgA AGA) jelenlétét mutattuk ki. Pozitív vérminta esetén a kialakult immunkomplexek fénylő, zöld karimájú kerek képletek alakjában voltak láthatók, negatív esetben a kerek képletek szürkés színűek voltak, amelyeket fénylő karima nem vett körül.

A pozitivitás mértékét 1 : 20-tól 1 : 1280-ig terjedő hígítási sorral állapítottuk meg. A pozitivitás felső határát azzal a legnagyobb hígítással mértük, ahol a fénylő képletek még láthatók voltak. Vizsgálataink alapján a pozitivitás alsó határát 1 : 20-ban állapítottuk meg.

Eredmények

A hisztológiai vizsgálattal ellenőrizhető szerológiai eredményeket az *1. táblázat* tartalmazza. A kezeletlen betegcsoportokban *(C/l)* és *(CS/l)* az IgA típusú AGA poziti-

1. táblázat: **Szövettani és szerológiai vizsgálatok eredménye**

Diagnózis, kezelési stádium	Hisztológia	eset-szám	Keringő AGA ≧1:20	
			IgA (n)	IgG (n)
Kezeletlen (C/1 + CS/1)	TBA,SBA, TBA III.	41	34	35
Kezelt (C/1+CS/1)	ép. Ent. chr. PBA I—III.	34	2	2
Gliadin-terhelés után (C/3)	TBA, SBA TBA III.	13	9	8
Gliadin-terhelés után (CS/3)	Ép. Ent. chr.	4	—	—
Kontroll (NC)	ÉP. Entr. chr. PBA I—II.	104	4	9

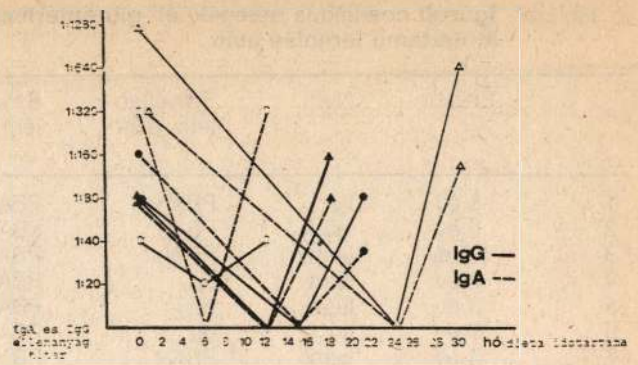
vitása 83%-os szenzitivitással, az IgG típusú AGA pozitivitás 85%-os szenzitivitással jelezte a gliadin érzékenység következtében fennáló súlyos boholyatrophiát. Az *NC csoport* adatai alapján számított specificitás IgA típusú AGA esetében 96%-os, IgG típusú AGA esetében 91%-os. Az IgA típusú AGA pozitivitás nagyobb valószínűséggel jelezte a súlyos boholyatrophiát, mint az IgG típusú AGA pozitivitás: pozitív prediktabilitás IgA AGA esetében 89%-os, IgG típusú AGA esetében csak 80%-os. A negatív szerológiai eredmény 90%-nál nagyobb valószínűséggel zárja ki coeliakia lehetőségét: a negatív prediktabilitás IgA AGA esetében 93%, IgG AGA esetében 91%.

Az ismételten vizsgált betegek szerológiai eredményei az étrend gliadintartalmával összhangban csökkenő, illetve emelkedő értékeket mutattak *(1., 2., 3. ábra)*.

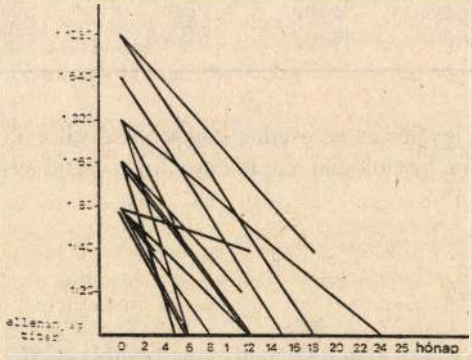
A gliadinmentes diéta után vizsgált betegek *(C/2 és CS/2* csoport) 94%-ában volt negatív a szerológiai vizsgálat eredménye (33/35 betegben). A szövettani vizsgálat a kezeletlen állapothoz képest valamennyi betegben számottevő javulást mutatott, de a boholystruktúra teljes regenerálódását — feltehetően a nem tökéletes gliadin elimináció miatt — nem mindegyik gyermekben lehetett elérni. A szövettani lelet jó egyezést mutatott a keringő ellenanyagok szintjével. Ép bélnyálkahártya mellett nem találtunk antitesteket a vérben.

A gliadinterhelés után vizsgált coeliakiás betegekben *(C/3) (2. táblázat)* az IF AGA vizsgálat a vártnál alacsonyabb szenzitivitással jelezte a relapsust. A gliadinterhelés közben vizsgált, hisztológiai relapsust nem mutató négy betegben *(CS/3)* AGA pozitivitást nem lehetett igazolni.

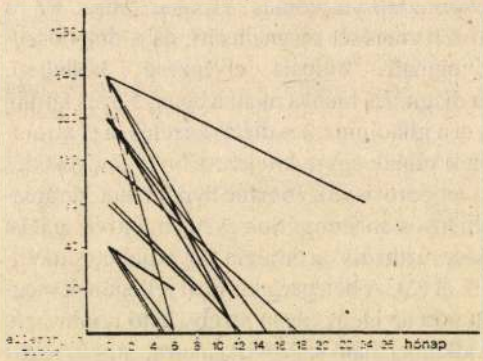
Az *NC csoportban* (104 beteg) IgA AGA esetében 4, IgG AGA esetében 9 álpozitív eredményt kaptunk. A többi esetben a szérumban keringő AGA nem volt kimutatható.



1. ábra: Gliadin ellenes antitest értékek kezeletlen állapotban, glutenmentes diéta és terhelés után, igazolt coeliakiás betegekben (n=4)



2. ábra: IgA típusú glutenellenes keringő ellenanyagok coeliakiás betegekben, kezeletlen állapotban és különböző időtartamú glutenmentes diéta után (n=16)



3. ábra: IgA típusú glutenellenes keringő ellenanyagok coeliakiás betegekben, kezeletlen állapotban és különböző időtartamú glutenmentes diéta után (n=16)

A hosszabb ideje gliadinmentes diétát folytató coeliakiás betegek között magas arányban mutatkozott AGA pozitivitás: A *KC csoport* 46 betege közül 18-ban vagy IgA, vagy IgG ellenanyag, vagy mindkettő együttesen volt jelen. Az esetek egy részében a diétahibára egyéb jelek is utaltak, néhány gyermeknél azonban csak a szerológiai vizsgálat eredménye hívta fel a figyelmet a diétahiba tényére, s tette lehetővé annak korrekcióját. Így 4 betegnél a korrekció után megismételt szerológiai vizsgálat már AGA negativitást igazolt.

A *0 csoport* valamennyi betegén negatív szerlógiai eredményt kaptunk — a szerológiai negativitás alapján kerültek ezek a betegek egy csoportba. Hisztológiai vizsgálat nem történt. Az AGA vizsgálat értékét ebben a csoportban

2. táblázat: **Igazolt coeliakiás betegeknél, glutenterhelés után mért gliadinellenes antitest értékek, különböző időtartamú terhelés után**

	Életkor	Nem	Szövettan terh. előtt	Szövettan terh. után	Terhelés időtart.	AGA terhelés után IgG	IgA	Klin. relaps
1.	5 év	fiú	PBA I.	PBA II—III	3 hét	0	0	+
2.	3 év	leány	PBAII.	SBA	3 hó	1:320	1:80	+
3.	5,5 év	leány	PBAI-II	PBA III	3 hó	0	0	+
4.	5 év	leány	ép	PBA II	4 hó	0	0	+
5.	3 év	leány	ép	PBA III	4 hó	0	0	+
6.	3 év	fiú	ép	PBA II—III	4 hó	1:80	1:80	0
7.	4 év	leány	PBA I	PBA III	6 hó	1:160	1:40	+
8.	7 év	fiú	PBA I	PBA III	6 hó	1:40	1:320	+
9.	3 év	leány	ép	PBA III	6 hó	1:160	1:80	+
10.	3 év	leány	PBA II	PBA III	6 hó	1:80	1:40	+
11.	5 év	leány	ép	SBA	1,5 év	1:640	1:160	+
12.	6 év	leány	PBA I	SBA	2 év	1:80	1:80	0
13.	6 év	leány	PBA I	SBA	2 év	0	1:80	0

a további megfigyelés és az esetleg szükségessé váló vékonybél biopsia hisztológiai eredménye fogja majd eldönteni.

Megbeszélés

A coeliakia vagy gluten szenzitív enteropathia (GSE) gyakorisága az utóbbi években nem változott, de a klasszikus, krónikus hasmenéssel, generalizált malabsorptio tüneteivel járó betegségforma mellett egyre gyakrabban észlelhető az oligomonosymptomás klinikai kép. Ez a betegség korai felismerését megnehezíti, és a diagnosztikus értékű jejunalis biopsia elvégzését késlelteti. Amennyiben a diagnózis hiánya miatt a beteg 5 éves koráig nem kezdődik el a gliadinmentes diétás kezelés, az extraintestinalis tünetek válnak egyre kifejezettebbé: a növekedés elmaradása, osteoporosis, fogzománc hypoplasia, terápiarezisztens vashiányos anaemia. Sok esetben a kivizsgálást a pubertás késése, arthritis, arthralgia vagy diabetes mellitus miatt kezdik el (2). A betegség klinikai jellegének megváltozása miatt nőtt az igény olyan megbízható noninvazív széles körben alkalmazható szűrővizsgálatra, amely segíti a gyakorló orvost a coeliakia klinikai gyanújának elbírálásában és a vékonybél biopsia indikációjának megállapításában. Másrészről a módszernek alkalmasnak kell lennie a gliadinmentes diétát folytató betegek szerológiai ellenőrzésére, az esetleges diétahibák objektív kimutatására. *Hazai szerzők közül elsőként Csorba és mtsai* (9, 10, 11), *Kávai és mtsai* (16, 17), *Szabolcs és mtsai* (31, 32, 33) foglalkoztak a gliadin fizikokémiai és immunológiai sajátosságaival, a coeliakiás betegek vérében keringő immunkomplexet mutatták ki immundiffúziós módszerrel. *Paál* (23) és *Varga* (36) indirekt immundiffúziós módszert alkalmaztak. Egyes szerzők az ellenanyag kimutatására ELISA módszer alkalmazását javasolják (25), mások az említett eljárások diagnosztikus értékét kétségbevonják (19). *Ashkenazi és mtsai* a leukocyta migráció gátlás mérését alkalmazzák coeliakia szűrésére. A vizsgálat azon alapszik, hogy a coeliakiás betegek lymphocytái gliadin jelenlétében leukocyta migrációt gátló faktort termelnek (1). Hazánkban *Horváth és mtsai* alkalmazták a leukocyta migráció gátlás módszerét coeliakiás betegek követésére (14, 15). Az eljárás megbízhatóságát összehasonlító vizsgálatok végzése után mások megkérdőjelezték (3). Újabban gliadinnal fedett vörösvérsejtekhez kötődő gliadin ellenes antitestek immunfluoreszcens módszerrel történő kimutatásának sikeréről számolnak be (4, 30). Mások a szérum IgA reticulin antitestek immunfluoreszcens meghatározásával értek el jó eredményeket (20, 35, 29). Az újabb közlemények egyike a szérum diaminooxydase tartalmának mérését javasolja coeliakia szűrésére, mivel a coeliakiás betegek vérének diaminooxydase tartalmát szignifikánsan alacsonyabbnak találta az egészséges kontrollokénál (12). Ezeken az eljárásokon kívül a simaizom endomysiumával reagáló antitestek kimutatása is alkalmasnak látszik kezeletlen coeliakia szűrésére (8).

Bürgin—Wolff és mtsai 1972-ben ajánlották először az immunfluoreszcens módszert gliadinnal szemben termelődő antitestek kimutatására (5), amely eljárás megbízhatóságát későbbi közlemények is alátámasztották (6, 7, 27). A vizsgálatok azon alapultak, hogy a coeliakia aktív szakaszában gliadinnal szemben antitestek termelődnek, amelyek immunkomplexet képezve a szérumban kimutathatók. A gliadinmentes étrend bevezetése után rövidebb-hosszabb idő múlva az ellenanyagok eltűnnek a vérből, és gliadinterhelés hatására ismét megjelennek (7, 20, 25, 28). Irodalmi közlések szerint az IgA AGA jelenléte specifikusabb coeliakiára, mint az IgG AGA (4, 7, 20), ugyanakkor az IgG típusú AGA szenzitivitása nagyobb (4, 7). Figyelembe véve azt a lehetőséget is, hogy a coeliakia szelektív IgA hiánnyal társulhat (24), a coeliakiára gyanús betegcsoportban semmiképpen sem tekinthetünk el az IgG típusú ellenanyag vizsgálatától. IF módszert alkalmazva IgA és IgG típusú gliadinellenes antitesteket vizsgáltunk. A talált ellenanyag értékét együtt értékeltük, amivel a vizsgáló eljárás megbízhatóságát kívántuk fokozni.

Saját vizsgálataink célkitűzése egyrészt a módszer adaptálása volt saját előállítású antigén oldat felhasználásával, másrészt a coeliakia megállapításának diagnoszti-

kus folyamatában kívántuk a módszer gyakorlati értékét felmérni. Harmadik szempont volt a gliadinmetes étrenden lévő betegek diétájának ellenőrzése, az esetleg elkövetett étrendi hibák kimutatása.

Az egyes immunglobulinok specificitására és szenzitivitására vonatkozó adataink nem térnek el az irodalomban közöltektől, s másokkal megegyezően az IgA AGA specificitását és az IgG AGA szenzitivitását találtuk nagyobbnak coeliakiában (4, 7, 20). Eredményeink értékeléséhez még néhány gondolatot kell fűznünk. Feltehetően a vizsgálat szenzitivitását két módon növelni lehetne. Az egyik metodikai kérdés: olyan, standardizált antigént kellene előállítanunk, amely a Magyarországon forgalomban lévő összes gabonafajta gliadinját tartalmazza kevert formában (26/a). A másik az értékelés retrospektív szempontja, ugyanis a korai életkorban coeliakia suspecta-nak diagnosztizált esetek 6,6%-a a későbbiekben nem bizonyul coeliakiának, s utólag megállapítható, hogy a betegek vagy átmeneti gluten szenzitivitásban szenvedtek, vagy a diagnózis téves volt (26).

A permanens GSE, a coeliakia végleges diagnózisához gliadinterhelés és ezt követően jejunalis biopsiával igazolt hisztológiai relapsus szükséges. Nagy gondot jelent a kezelőorvos számára, hogy milyen életkorban és milyen hosszú ideig tegye ki a beteget a gliadinterheléssel járó következményeknek, ami a betegek egyéni reakciómódjától függően az egyszrű diszkomfort érzéstől heveny gastroenterológiai tünetekhez, súlyeséshez, a növekedés leállásához, stb. vezethet (18, 22). A bélnyálkahártya boholyatrophiája általában 3 hónapos gliadinterhelés után következik be, azonban hosszú idő utáni relapsus is előfordul (2, 13). A terhelés ideje alatt a gliadinellenes antitest folyamatos vizsgálata megkíméli a beteget a feleslegesen hosszú terheléssel járó kellemetlenségektől és veszélyektől. Az ellenanyagok megjelenése a vérben, illetve a titer emelkedése lehetővé teszi a kontroll jejunalis biopszia megfelelő időpontjának helyes megválasztását (13, 21). Saját anyagunkban a gliadinterhelés után vizsgált betegek között az álnegatív esetek száma a vártnál magasabb volt. A kis esetszám, a naponta elfogyasztott gliadinmennyiség pontos ismeretének hiánya nem tette lehetővé, hogy összefüggést állapítsunk meg a terhelés időtartama és a gliadinellenes antitestek megjelenése között, de minden 4 hónapot meghaladó gliadinterhelés után emelkedett ellenanyagszintet találtunk.

Eredményeink alapján úgy gondoljuk, hogy coeliákia szűrésére, a gliadinterhelést követő biopszia időpontjának megválasztásában és glutenmentes étrendet folytató betegek diéta ellenőrzésére a gliadinellenes antitestek kimutatása jelentős segítség a klinikus kezében. Az antigén standardizálása, a vegyszerellátás folyamatossága, megfelelő személyzet biztosítása lehetővé tenné, hogy az ismertetett módszerrel az ellenanyag-kimutatás a mindennapi gastroenterológia gondozás részévé váljon.

IRODALOM: 1. *Ashkenazi, A. és mtsai:* An in vitro immunological assay for diagnosis of coeliac disease. Lancet 1987, *1*, 627 — 2. *Auricchio, S., Greco, L., Troncone, R.:* Gluten-sensitive enteropathy in childhood Ped. Clin. North. Am. 1988, *35*, 157 — 3. *Bertele, R. M. és mtsai:* The fluorescent immunosorbent test for IgG gliadin antibodies and the leukocyte migration inhibition test in coeliac disease comparison of diagnostic value. Eur. J. Pediatr. 1985, *144*, 58. — 4. *Blazer és mtsai:* Serum IgG antibodies to gliadin in children with coeliac as measured by an immunofluorescence method. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1984, *3*, 205 — 5. *Bürgin-Wolff, A. és mtsai:* A rapid fluorescent solidphase method for detecting antibodies againts milk proteins and gliadin in different immunglobulin classes. Experientia (Basel) 1972, *28*, 119 — 6. *Bürgin-Wolff, A. és mtsai:* Immunfluorescent antibodies against gliadin: a screening test for coeliac disease Helv. Paediat. Acta 1976, *31*, 375 — 7. *Bürgin-Wolff, A. és mtsai:* A reliable screening test for childhood coeliac disease. Fluorescent immunosorbent test for gliadin antibodies. The J. of Pediatrics 1983, *102*, 655 — 8. *Chrozelski, T. P. és mtsai:* IgA antiendomysium antibody Br. J. Dermatol. 1984. *3*, 395. — 9. *Csorba S. és mtsai:* Über die Antigenitat des Gliadins und Antikörper gegen Gliadin. Aca Paed. Acad. Scient. Hungaricae 1975, *16*, 249 — 10. *Csorba S. és mtsai:* Immundiffúziós módszer gliadinellenes antitest kimutatására. Gyermekgyógyászat 1975, *26*, 445 — 11. *Csorba S. és mtsai:* A nutritív allergénekkel szemben termelt ellenanyagok diagnosztikus értéke. Gyermekgyógyászat, 1976, *27*, 297 — 12. *Forget, P. és mtsai:* Diamine oxidase in serum and small intestinal biopsy tissue inchildhood celiac disease. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1986, *5*, 379 — 13. *Greco, L., Mayer, M., Troncone, R. és mtsai:* Early signs of reaction to gluten during diagnostic challenge in coeliac children submitted for publication. cit. Auricchio S. Greco, L., Troncone, R. Ped. Clin. North Am. 1988, *35*, 157 — 14. *Horváth K. és mtsai:* Leukocyta migráció gátlási vizsgálatok különböző gliadin frakciókkal. Orvosi Hetilap 1986, *127*, 193 — 15. *Horváth K. és mtsai:* A gliadin opoid aktivitása leukocyta migráció gátlási vizsgálatban. Orvosi Hetilap, 1986, *127*, 317 — 16. *Kávai M. és mtsai:* Circulating antibodies in coeliac disease. Acta Paed. Acad. Scient. Hungaricae, 1977, *18*, 235 — 17. *Kávai M. és mtsai:* Circulating immuncomplexes in coeliac disease. Lancet, 1977, *1*, 1262 — 18. *Kuitunen, P., Savilahti, E., Verkalaso, M.:* Late mucosale relapse in a boy with D. C. and cow's mil allergy Acta Pediatr. Scand. 1986. *75*, 340 — 19. *Kumar, V. és mtsai:* Comparative studies of different gliadin preparations in detecting antigliadin antibodies. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1986, *5*, 730 — 20. *Maki, M. és mtsai:* Evaluation of a serum IgA-class reticulin antibody test for the detection of childhood celiac disease. The J. of Pediatrics 1984, *105*, 901 — 21. *Maki, M., Hallstrom, O. és mtsai:* Predictability of small bowell mucosal damage by reticulin (AGA) and gliadin antibodies (AGA) cit. Auricchio, S., Greco, L., Troncone, R. Ped. Clin. North Am. 1988. *35*, 157 — 22. *McNeish és mtsai:* The diagnosis of coeliac disease. Arch. Dis Childh. 1979, *54*, 783 — 23. *Paál M. és mtsai:* Búzacsíra ellenes keringő antitest gyermekkori gluten sensitiv enteropahtiában. Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társsaság X. Vándorgyűlésén elhangzott előadás, 1980, V. 7—9, Pécs — 24. *Savilahti, E., Pelkonen, P.:* Clinical findings and intestinal immunglobulins in children with partial IgA deficiency. Acta Paediatr. Scand. 1979, *68*, 513 — 25. *Savilahti, E. és mtsai:* IgA antigliadin antibodies: a marker of mucosal damage in childhood coeliac disease. The Lancet, 1983, *1*, 320 — 26. *Shmerling, D. H., Franckx, J. és mtsai:* A long term analysis 106 of relapse in 91 patients J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1986. *5*, 565 — 26/a. *Shmerling, D. H.:* Szóbeli közlés. Prága 1988, Gyermekgastroenterológiai kongresszus — 27. *Signer, E. és mtsai:* Antibodies to gliadin as a screening test for coeliac disease. Helv. Paediatr. Acta, 1979, *34*, 41 — 28. *Stahlberg, M. R., Savilahti, E., Vianden, M.:* Antibodies to gliadin by ELISA as a screening test for childhood celiac disease. Eur. J. Pediatr. 1980. *31*, 135 — 29. *Stern, M., Bender, S. W., Gunttner, R. és mtsai:* Serum antibodies against gliadin and reticulin in a familial study of coeliac disease. Eur. J. Pediatr. 1980, *31*, 135 — 30. *Stern, M. és Dietrich, K.:* Gliadin and immunglobulin-Containing cells of small intestinal lamina propria in childhood coeliac disease. Eur. J. Pediatr. 1982, *139*, 13 — 31. *Szabolcs M. és mtsai:* Physikochemische und funktionelle Eigenschaften des aus Brot

isolierten Gliadins und seiner verschiedenen Fraktionen. Acta Paed. Acad. Scient. Hungaricae 1981, *22*, 165 — 32. *Szabolcs M. és mtsai:* Isolation and physicochemical properties of an adenosine rich gluten fraction. Acta Paed. Acad. Scient. Hungaricae 1983, *26*, 101 — 33. *Szabolcs M. és mtsai:* Isolation and physicochemical and functional properties of a calcium binding gluten fraction. Acta Paed. Acad. Scient. Hungaricae 1985, *26*, 101 — 34. *Tomomasa, T. és mtsai:* Statistical analysis of lymptoms and signs in pediatric patient with peptic ulcer. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1986. *5*, 711 — 35. *Vainio, E. és mtsai:* Antigliadin and antireticulin antibodies in children with dermatitis herpetiformis. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 1986. *5*, 735 — 36. *Varga Levente és mtsai:* Coeliaciás gondozottak gliadin specifikus antitest vizsgálata. Baranyai Orvosnapokon elhangzott előadás. 1983. IX. 22. Komló

(Polgár Mariann dr. *Budapest*, Madarász u. 22—24. 1131)

GERMED

NDK diagnosztikumok
Megbízható,
higiénikus, egyszerűen kezelhető

GERMED

KRYPTO-HAEM SSW®

Teszt az okkult vér székletben történő meghatározására
Vastagbélrák-sorozatszűrésre alkalmas

Gyártja:
VEB SÄCHSISCHES SERUMWERK DRESDEN, NDK

Exportálja:
GERMED-export-import, NDK

Magyarországon megrendelhető
a REANAL Finomvegyszergyártól

TEST
TEST
TEST
TEST
az okkult vér székletben

Klion tabletta · hüvelykúp

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 250 mg metronidazolumot, 1 hüvelykúp 500 mg metronidazolumot tartalmaz.

ADAGOLÁS:

Trichomoniasisban: Férfinak és nőnek egyaránt reggel-este 1-1 tabletta (250 mg) 10 napon át. Nők ugyancsak 10 napon keresztül lefekvés előtt 1-1 kúpot is helyezzenek fel magasan a hüvelybe. A beteg házastársa vagy szexuális partnere is fertőzöttnek tekintendő. Tartós gyógyulás csak mindkét fél egyidejű kezelésétől várható.

Giardiasisban: Felnőtteknek: 5-7 napon át naponta 2×2 tabletta.

Amoebiasisban: Felnőtteknek:

a) symptomamentes cisztaürítők esetében 5-7 napon át 2-3×2 tabletta.
b) chronikus amoebiasisban (hepatosis esetén is) 5-10 napon át 3×2 tabletta.
c) invasív formában, acut amoebas dysenteriában, tünetmentességig 3×3 tabletta.
d) amoebás májtályog esetén a megengedhető napi maximális adag 2500 mg (azaz 10 tabletta) egyszerre, vagy 2-3 részletben, 3-5 napon át, az egyéb terápiás lehetőségek alkalmazása mellett.

MELLÉKHATÁS: Az orális Klion tabletta alkalmazásakor ritkán fejfájás, keserű szájíz, bevont nyelv, hányinger, hányás jelentkezhet. Mivel nitroderivátum a Klion, enyhe leukopeniát is okozhat.

FIGYELMEZTETÉS: Klion-kezelés ideje alatt a beteg alkoholt ne fogyasszon, nemi életet ne éljen! A Klionnal egyidejűleg adott antihypertenzív szerek adagját célszerű csökkenteni. A terhesség első három hónapjában ne adjuk!

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

Szilágyi András dr.,
Feledi Éva dr.,
Csaba Imre dr.
és Pejtsik Béla dr.

A gestatios diabetes korai szűrése „high risk" terhesek körében

Pécsi Orvostudományi Egyetem; Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
(igazgató: Csaba Imre dr.)
Baranya Megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet, Pécs ELISA Laboratórium
(főorvos: Pejtsik Béla dr.)

A szerzők Baranya megyében a terhesek számítógépes nyilvántartása alapján a gestatiós diabetes szempontjából rizikócsoportba tartozó terheseknél (előző terhességből 4000 g feletti születési súlyú, illetve halott magzat) 75 g-os vércukorterheléses vizsgálatokat végeztek a WHO kritériumoknak megfelelően. Normál görbe esetén a terheléses vizsgálatot a 16—20. gestatiós héttől havonta ismételték, kóros illetve elhúzódó vércukorterheléses görbénél a terhest gondozásba vették, diétát kezdtek, néhány esetben profilaktikus inzulin kezelésre is sor került. 152 esetből 81 terhesnél elhúzódó, 26 betegnél kóros (csökkent glukóz tolerancia, illetve diabetoid) görbét kaptak. A szerzők hangsúlyozzák a gestatiós diabetes szempontjából „high risk" terhesek korai szűrésének és gondozásba vételének jelentőségét a szövődmények, elsősorban a macrosomia gyakoriságának csökkentése szempontjából.

Screening for gestational diabetes among patients with maternal historical risk factors. Oral glucose tolerance testing was performed according to WHO criteria among pregnant women with historical risk factors for gestational diabetes (a previous baby weighing 4000 g or more, a previous unexplained intrauterine death) in Baranya county. Oral glucose tolerance test was carried out for the first time between gestational ages of 16—20 weeks, and it was repeated monthly in cases of normal curve. Patients with impaired glucose tolerance or diabetes were cared, dietary of prophylactic insulin treatment was introduced. 152 patients were involved in the screening program. 26 patients had gestational diabetes or impaired glucose tolerance. The glucose tolerance test curve was „stretched" in 81 patients. Early screening and management of pregnant women with maternal historical risk factors is emphasised from the view of diminishing complications, especially the frequency of macrosomia.

A gestatiós diabetes a terhesség alatt jelentkező, illetve a terhesség alatt felismert szénhidrát-anyagcserezavar (19). Gyakorisága 0,4—6,1% (1, 18), saját, illetve egyéb hazai tapasztalatok szerint 1% körül mozog (3, 7). A gestatiós diabetes szempontjából rizikócsoportba tartozó terhesek között a szénhidrát-anyagcserezavar valamilyen formája (csökkent glukóztolerancia, illetve diabetoid terheléses görbe) jóval gyakrabban, mintegy 20—30%-ban fordul elő (9, 21). A gestatiós diabetes szempontjából fokozott kockázatot jelent az előző terhességből nagy súlyú, halott vagy fejlődési rendellenességgel született magzat, a családban diabetes előfordulása, anyai elhízás, glukózuria, proteinuria, hypertonia (9, 21). A gestatiós diabetes egyik leggyakoribb magzati szövődménye a macrosomia (8). Természetesen a nagy magzat, melyen a különböző szerzők 4000—4500 g feletti magzatot értenek, nemcsak anyai szénhidrát-anyagcserezavar következménye lehet, hanem genetikus faktorok is szerepet játszanak. A macrosomia gyakorisága normál terhespopulációban 5—14%, mely a macrosomia definíciójától is függ (24, 25).

Kulcsszavak: gestatiós diabetes, szűrés, gondozás

Az egy éve kezdődött vizsgálataink célja, hogy Baranya megyében az előző terhességből nagy súlyú (4000 g feletti), illetve halott magzatot szült terheseknél, mely csoportban feltehetőleg nagy számban fordul elő gestatiós diabetes, a 16. héttől kezdődően a WHO kritériumoknak megfelelően (26) orális vércukorterhelést (oGTT) végezzünk és így a gestatiós diabetes korai szűrésével már lehetőleg a macrosomia kialakulása előtt gondozásba vehessük és kezelhessük a szénhidrát-anyagcserezavarban szenvedő terheseket, mivel a macrosomia kialakulása feltehetőleg a 30. gestatiós hét után kezdődik (4). A korai szűréssel és gondozásba vétellel elért eredmények, azaz a szövődmények, elsősorban a macrosomia gyakorisága összehasonlítható a korábbi években a 28—32. gestatiós héten végzett szűrővizsgálati programunk eredményeivel (10).

Beteganyag és módszer

1987. október 1-jétől kezdődően Baranya megyében a terhesek anamnesztikus és jelen terhességre vonatkozó adatainak számítógépes nyilvántartása alapján (16) az előző terhességből nagy súlyú (4000 g feletti) illetve halott magzatot szült terheseket az első trimesterben a terhesgondozó hálózaton keresztül klinikánk

laboratóriumába vércukorterheléses vizsgálatra berendeljük. A terheléses vizsgálatot (oGTT) a WHO kritériumoknak megfelelően végezzük 75 g glukóz orális adásával, a 0, 60, 120, 180. percben ujjbegyből vett capillaris vércukormeghatározással. Normál vércukorterheléses görbe esetén az oGTT-t havonta ismételjük. Diabetoid (a terheléses görbe csúcsa 8,0 mmol/l feletti), illetve elhúzódó vércukorterheléses görbe (a 180. percben a vércukorszint nem csökken 5,5 mmol/l alá) esetén a terhest gondozásba vesszük, diétára állítjuk be. A diéta 30 cal/testsúlykg energia tartalmú, 1,5—2,0 g/testsúlykg fehérjét, 160 g emészthető szénhidrátot és 40 g diétás rostot tartalmaz. 5 mmol/l feletti éhgyomri és 7 mmol/l feletti postprandiális capillaris vércukorértékek esetén profilaktikus inzulinkezelést folytatunk. A diétára beállított terheseknél is ismételt oGTT-t végeztünk és követtük a terheléses görbe alakulását a terhesség előrehaladása során. Normál görbe esetén az ismételt oGTT lehetőséget adott arra is, hogy kimutassuk, melyik az a terhességi kor, amikor a legnagyobb számban válik kórossá, illetve elhúzódóvá az addig normál görbe. Ez a későbbiekben a szűrővizsgálati program optimalizálásában nyújt segítséget.

Az előzőekben leírt szűrővizsgálati és gondozási programunk eredményességének értékelése céljából a gestatiós diabeteses terhesek újszülötteinek születési súlyát összehasonlítottuk a korábbi években gondozott gestatiós diabeteses anyák magzatainak születési súlyával. Az 1980-tól 1985-ig terjedő időszakban Pécs város területén a 28. és 32. gestatiós héten minden terhesre kiterjedően végzett oGTT segítségével kiszűrt gestatiós diabeteses terheseket két csoportra osztva elemeztük. 28 terhes diétával volt egyensúlyban tartható, 36 terhes inzulinra szorult. Ezen összesen 64 gestatiós diabeteses terhes újszülötteinek születési súlyát, a macrosomia gyakoriságát hasonlítottuk össze az 1 éve kezdett szűrővizsgálati programunkban koraterhességben kiszűrt és gondozásba vett gestatiós diabeteses terhesek újszülötteinek megfelelő adataival.

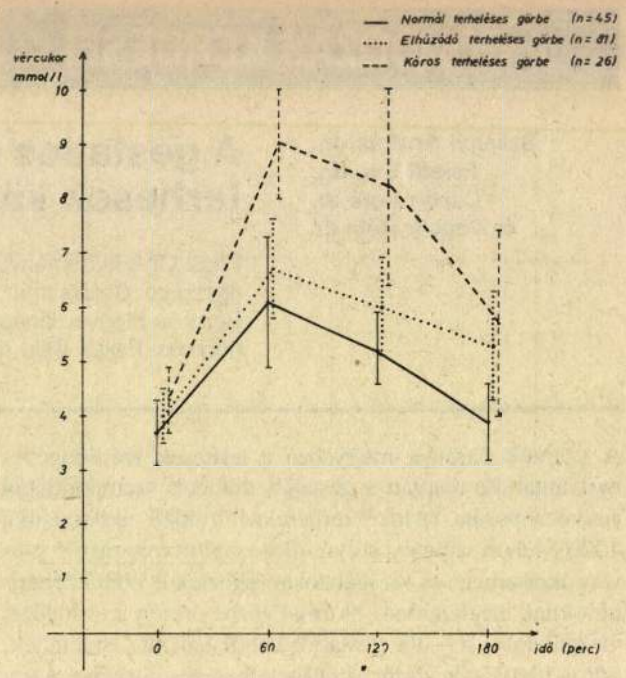
Eredmények

Az elmúlt 1 éves időszakban 152, a gestatiós diabetes szempontjából rizikócsoportba tartozó terhesnél (az előző terhességből 4000 g feletti születési súlyú vagy halott magzat) végeztünk oGTT-t, első alkalommal a 16—20. gestatiós hét között. Az anamnezisben szereplő méhen belül elhalt magzatot szült terhesek kis száma (8 eset) miatt ezekkel részletesen jelen dolgozatban nem foglalkozunk. 81 előző terhességből nagy magzatot szült terhesnél elhúzódó, 26 betegnél kóros (csökkent glukóztolerancia, illetve diabetoid) görbét kaptunk *(1. ábra)* Természetesen az úgynevezett elhúzódó, illetve kóros terhelési görbe nem minden esetben jelentkezett a koraterhesség alatt.

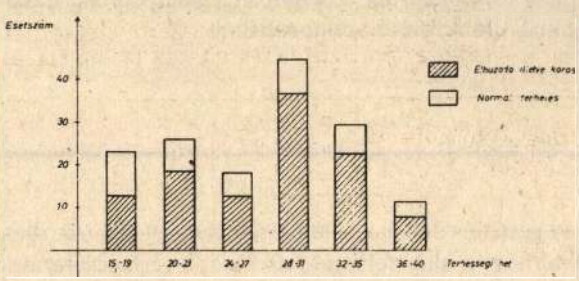
A *2. ábrán* feltüntettük, hogy a különböző gestatiós hetekben végzett oGTT során milyen számban kaptunk elhúzódó, illetve kóros terhelési görbét. Már a koraterhességben is csak a terheléses görbék mintegy 50%-a esett normál tartományba, a 28. héttől viszont tovább nőtt jelentősen a kóros esetek száma.

Az elhúzódó, illetve kóros vércukorterheléses görbe miatt gondozásba vett és kezelt terheseknél ismételten végzett oGTT során a szénhidrát-anyagcsere javulását, a terheléses görbe normális felé közelítését észleltük *(3. ábra)*. A javulás azonban matematikailag nem volt szignifikáns.

A korai szűrés és gondozásba vétel eredményességét az előző és jelen terhességből származó magzatok születési súlyának csökkenése is jelzi, különösen a jól gondozható terhesek körében *(1. táblázat)*. A gondozáson többször



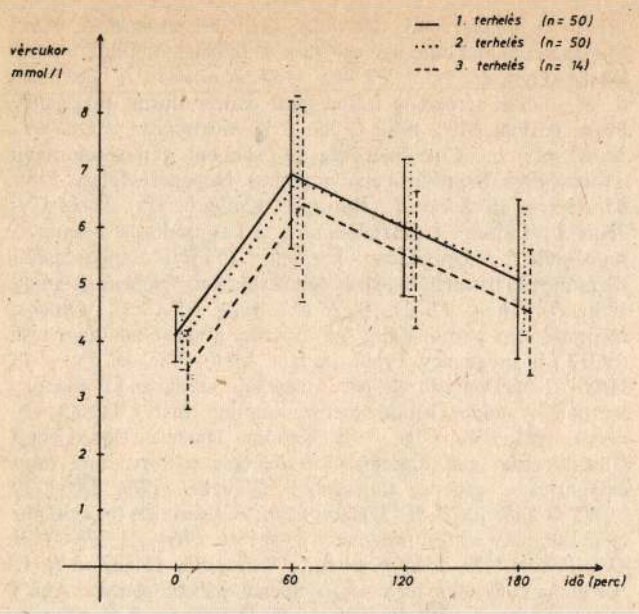
1. ábra: A 75 g-os vércukorterheléses vizsgálatok eredményei az előző terhességből nagy súlyú magzatot szült terhesek-nél (átlag±SE).



2. ábra: Az előző terhességből nagy súlyú magzatot szült terhe-seknél a különböző gestatiós hetekben végzett oGTT so-rán a normál és elhúzódó, illetve kóros vércukorterhelé-ses görbék száma.

megjelenteknél a születési súly csökkenése matematikailag szignifikáns ($p<0,01$).

A korábbi években a 28—32. gestatiós héten kiszűrt diétára, illetve inzulinra beállított gestatiós diabeteses terhesek újszülötteinek születési súlyát a *2. táblázat*ban összevetettük a jelen vizsgálatban a 25. hét előtt kiszűrt és kezelt terhesek megfelelő adataival. A táblázatban a klinikánkon szült terhesek adatai szerepelnek. Az inzulinkezelésre szoruló gestatiós diabeteses terhesek újszülötteinek születési súlya szignifikánsan magasabb volt, amennyiben a kezelés csak a 28. hét után kezdődött. Ezen utóbbi csoportban macrosomiás magzat 58%-an fordult elő, míg a koraterhességtől gondozásba vett inzulinnal kezelt terhesek újszülöttei között macrosomiás magzat nem volt.



3. ábra: A diéta hatása a terhesség alatt a kóros, illetve elhúzódó vércukorterhelésre ugyanazon betegnél végzett ismételt oGTT alapján (átlag±SE)

1. táblázat: **Az előző és jelen terhességből született magzatok születési súlya a jelen terhesség alatt oGTT-n többször megjelent jól gondozható és az oGTT-n csak egyszer megjelent kevésbé gondozható terheseknél. A táblázat érett szülések adatait tartalmazza.**

Születési súly (g±SE)	oGTT-n többször megjelent jól gondozható terhesek	oGTT-n csak egyszer megjelent terhesek
Előző terhesség	4284±173 (n = 17)	4173±241 (n = 27)
Jelen terhesség	3788±382 (n = 17)	3923±544 (n = 27

n = esetszám

2. táblázat: **A 25. terhességi hét előtt, illetve a 28. hét után kiszűrt és kezelt diétára, illetve inzulinra beállított gestatiós diabeteses terhesek újszülötteinek születési súlya.**

Kezelés	12—25. hét között kiszűrt terhesek újszülötteinek születési súlya (g±SE)	28. hét után kiszűrt terhesek újszülötteinek születési súlya (g±SE)
Diéta	3408±442 (n = 29)	3312±54 (n = 28)
Diéta+ inzulin	3437±325 (n = 9)	4035±797 (n = 36)

n = esetszám

Megbeszélés

A gestatiós diabetes nem kezelt esetekben megnövekedett perinatális veszteséggel (22), foetalis macrosomia kialakulásával (8), magasabb számú műtétes szülésbefejezéssel illetve szülés alatti magzati sérüléssel (5) jár. Saját korábbi tapasztalataink (10) és más hazai szerzők (11) szerint is a gestatiós diabeteses terhesek újszülöttei a diabeteses anyák újszülötteire jellemző szövődmények alakulásában arányosan részt vesznek, a késői felismerés miatt esetleg még rosszabb helyzetben is vannak. Ezen szövődmények, valamint a bevezetőben említett aránylag magas prevalencia alapján a gestatiós diabetes szűrése nemcsak a gestatiós diabetes szempontjából rizikócsoportba tartozó, hanem a teljes terhespopulációban létjogosultságot nyert. A szűrés módja, optimális ideje és a kórosnak tekintett vércukorértékek tekintetében azonban közel sincs világszerte egységes álláspont. Észak-Amerikában *O'Sullivan* és *Mahan* (20) javaslata alapján 100 g glukóz orális adásával 3 órás vércukorvizsgálattal történik a gestatiós diabetes diagnosztizálása. A szűrővizsgálat 50 g glukózzal és az 1 órás vércukorérték meghatározásával történik (12, 19). 1980-tól a szénhidrát-anyagcserezavar, illetve a diabetes diagnosztizálására a WHO 75 g-os orális cukorterhelést javasol (26). Szűrővizsgálati programunkban a WHO kritériumokat más hazai szerzőkhöz hasonlóan (15) átvettük. Az eredmények értékelését nehezíti, hogy például *Li* és mtsai (17) a 100 g-os és a 75 g-os terheléses vizsgálatok összehasonlítása alapján terhességben a 100 g-os terheléssel kórosnak talált esetekben a WHO kritériumok alapján 45%-ban normál görbét kaptak. A WHO által javasolt vércukorértékek a gestatiós diabetes szűrésére talán túl magasak (2), melyet saját eredményeink is alátámasztani látszanak. A terheléses görbe csúcsa csak néhány esetben lépte túl a diabetes kritériumának tartott 11 mmol/l vércukorszintet. Tapasztalataink alapján terhességben az éhhomi vércukorértékek is alacsonyabbak. *O'Sullivan és Mahan* (20) is csak a terhesek 2%-ánál talált 90 mg% feletti éhhomi vércukorszintet. A WHO kritériumok nem terjednek ki az úgynevezett elhúzódó vércukorterheléses görbe jelentőségére, mely vizsgálataink szerint szintén gondozásba vételt, diétás beállítást tesz szükségessé. Ugyanazon betegnél sorozatban végzett terheléses vizsgálatok alapján kóros terheléses görbét legnagyobb számban a 28—31. hét között kaptunk, mely megegyezik *Jovanovic és Peterson* (14) hasonló körülmények között végzett vizsgálatainak eredményével. A korábban kiszűrt és eredményesen kezelt gestatiós diabeteses terheseink perinatalis mutatói alapján azonban mindenképpen indokolt „high risk" terhesek körében a koraterhességben elvégzett, majd ismételt oGTT végzése. Alátámasztja ezt az is, hogy a korábbi években a 28. hét után végzett szűrővizsgálatokkal kiszűrt, majd inzulinnal kezelt terheseink körében macrosomiás újszülött igen nagy számban fordult elő (10). Időben elkezdett diéta, illetve inzulinkezelés mellett a mortalitási és morbiditási mutatók a nem diabeteses terhesekéhez közelítenek (13). A gestatiós diabetes kezelésében mind a saját, mind más szerzők (5, 6, 23) eredményei alapján a profilaktikus inzulinkezelésnek fontos szerepe van. A korai szűrés, a gondo-

zásba vétel, a kezelés során szerzett kedvező tapasztalataink alapján a gestatiós diabetes szempontjából „high risk" terhesek egyéb csoportjaira (pl. obesitas) is szükségesnek tartjuk a koraterhességben elkezdett szűrővizsgálati program kiterjesztését, mely Baranya megyében már szintén a megvalósítás stádiumában van.

IRODALOM: 1. *Amankwah, K. S., Prentice, R. L., Fleury, F. J.:* The incidence of gestational diabetes. Obstet. Gynecol. 1977, *49*, 497. — 2. *Andersen, O., Saurbrey, N., Kühl, C., Molsted-Pedersen, L.:* Evaluation of the WHO criteria for interpretation of the 75 g oGTT in normal pregnant and non-pregnant women. Probl. perinat. Med. 1987, *15*, 48. — 3. *Asztalos M.:* Gesztációs diabetesz. Magy. Nőorv. L. 1982, *45*, 67. — 4. *Cardell, B. S.:* Infants of diabetic mothers. A morphological study. J. Obstet. Gynecol. Brit. Emp. 1953, *60*, 834. — 5. *Coustan, D. R., Imarah, J.:* Prophylactic insulin treatment of gestational diabetes reduces the incidence of macrosomia, operative delivery, and birth trauma. Am. J. Obstet. Gynecol. 1984, *150*, 836. — 6. *Coustan, D. R., Lewis, S. B.:* Insulin therapy for gestational diabetes. Obstet. Gynecol. 1978, *51*, 306. — 7. *Csaba I., Dominó É., Angyal I., Szilágyi A.:* Serienuntersuchungen zur frühen Erkennung der Kohlenhydratstoffwechselstörung in der Schwangerschaft. Probl. perinat. Med. 1987, *15*, 70. — 8. *Dandrow, R. V., O'Sullivan, J. B.:* Obstetric hazards of gestational diabetes. Am. J. Obstet. Gynecol. 1966, *96*, 1144. — 9. Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology for postgraduates. ed. C. R. Whitfield. Blackwell Scientific Publications, Oxford, London, Edinburgh, Boston, Palo Alto, Melbourne, Fourth ed. 1986. 286 p. — 10. *Dominó É., Csaba I., Szilágyi A., Bódis J.:* Experiences with treatment of gestational diabetes. Probl. perinat. Med. 1987, *15*, 111. — 11. *Egyed J., Szalay J., Békefi D. és mtsai:* Diabeteses terhesek szülése során szerzett tapasztalataink. Magy. Nőorv. L. 1980, *43*, 493. — 12. *Gabbe, S. G.:* Definition, detection, and management of gestational diabetes. Obstet. Gynecol. 1986, *67*, 121. — 13. *Gabbe, S. G., Mestman, J. H., Freeman, R. K. et al.:* Management and outcome of Class A diabetes mellitus. Am. J. Obstet. Gynecol. 1977, *127*, 465. — 14. *Jovanovic, L., Peterson, C. M.:* Serial screening in the same patient during pregnancy. Probl. perinat. Med. 1987, *15*, 84. — 15. *Kerényi Zs., Arnold Cs., Tamás Gy. jr.:* Cukorbetegség és csökkent glukóz-tolerancia terhességben (Szűrővizsgálati program), Népegészségügy. 1984, *65*, 333. — 16. *Kóbor J., Pejtsik B., Cséfalvi Gy., Berkó Gy., Tényi J.:* Előzetes tapasztalataink a terhesgondozást ellenőrző, regisztráló információs központ (TERI) működéséről (Számítógép használata a terhesgondozásban). Népegészségügy. 1986, *67*, 17. — 17. *Li, D. F. H., Wong, V. C. W.:* Glucose response after paired 100 g and 75 g oral glucose tolerance tests (oGTT) in pregnancy. Probl. perinat. Med. 1987, *15*, 53. — 18. *Lind, T. McDougall, A. N.:* Antenatal screening for diabetes mellitus by random blood glucose sampling. Brit. J. Obstet. Gynecol. 1981, *88/a*, 346. — 19. National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of diabetes mellitus and other categories of glucose intolerance. Diabetes. 1979, *28*, 1039. — 20. *O'Sullivan, J. B., Mahan, C. M.:* Criteria for the oral glucose tolerance test in pregnancy. Diabetes. 1964, *13*, 278. — 21. *O'Sullivan, J. B., Mahan, C. M., Charles, D., Dandrow, R. V.:* Screening criteria for high-risk gestational diabetic patients. Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, *116*, 895. — 22. *O'Sullivan, J. B., Charles, D., Mahan, C. M., Dandrow, R. V.:* Gestational diabetes and perinatal mortality rate. Am. J. Obstet. Gynecol. 1973, *116*, 901. — 23. *O'Sullivan, J. B., Gellis, S. S., Dandrow, R. V., Tenney, B. O.:* The potential diabetic and her treatment in pregnancy. Obstet. Gynecol. 1966, *27*, 683. — 24. *Turay, A., Kneffel, P., Horváth S.:* A vércukorterheléses vizsgálat jelentősége nagy magzatot szült anyáknál. Magy. Nőorv. L. 1981, *44*, 252. — 25. *Usher, R., McLean, F.:* Intrauterine growth of live-born caucasian infants at sea level: standards obtained from measurements in 7 dimensions of infants born between 25 and 44 weeks of gestation. J. Ped. 1969, *74*, 901. — 26. World Health Organisation Expert Committee on Diabetes Mellitus. Technical Report Series 646. WHO, Geneva 1980.

(Szilágyi András dr., *Pécs*, Rákóczi u. 30. 7623)

Microsystem az egészségügyért!

Az automatizált kórház (rendelőintézeti) adminisztráció megteremtéséhez kisszövetkezetünk ajánlata:

Integrált kórházi információs rendszer	MicKOR
Betegfelvételi rendszer	MicFEL
Laboratóriumi rendszer	MicLAB
Osztályos dokumentálórendszer	MicDOK
Körzeti orvosi rendszer	MicDOKI
Készletgazdálkodási rendszer	MicGAZD
Állóeszköz-gazdálkodási rendszer	MicÁGI
Főkönyvi könyvelés	MicFOK
Folyószámla-könyvelési rendszer	MicRIVER
Bér- és munkaügyi rendszer	MicBÉR

A programok futtatásához szükséges PC XT/AT számítógépeket és hálózatokat raktárról szállítjuk.
Betanítás, szerviz, referenciák

Az egészségügy is — számíthat ránk a számítástechnikában

***Új címünk:* MICROSYSTEM 1122 Bp., Városmajor u. 74. Tel.: 565-366 — Telex: 22 3768 MS — Fax: 559296**

Fracastoro (1478—1533) és a tudományos epidemiológia kezdetei*

A járványtan történetében mérföldkövet jelent *Fracastoro* veronai olasz orvos fellépése és működése.

Girolamo Fracastoro (Hieronymus Fracastorius) Veronában született (1478). Orvosi tanulmányait Paduában végezte; 1501-től már logikát oktatott a paduai egyetemen. A benyomuló német seregek elől szülővárosába, Veronába menekült, a következő 20 éven át itt orvosi praxist folytatott. III. *Pál* pápa udvari orvosaként a tridenti zsinaton is részt vett s midőn a városban typhusjárvány tört ki, a zsinat az ő javaslatára tette át székhelyét Bolognába s folytatta ott tevékenységét.

Fracastoro először 1514-ben találkozott járványos betegséggel, éspedig egy állatjárvánnyal, amely Velencében és Veronában a szarvasmarhák között pusztított. E szarvasmarha-járványt, amely Friaul felől érkezett, majd Franciaország és Anglia felé terjedt tovább, késői járványtörténészek száj- és körömfájásnak *(Heusinger)* ill. keleti marhavésznek *(Lorinser)* tartják. *Fracastoro* a helyszínen folytatott tanulmányokat ill. tett megfigyeléseket és itt jött rá arra, hogy a „contagium" lényegét ne szupranaturális tényezőkben, hanem itt a földön létező, egyik egyedről a másikra „per contactum", „per fomitem" ill. „per distans" átterjedő, átvihető, sőt szaporodásra is képes „fertőző anyagban" keresse. *Fracastoro* ezáltal reformátora lett a járványos betegségekről alkotott fogalmainknak és megalapítója az epidemiológia tudományának. A *contagium* fogalmának naturalista értelmezésével a járványos betegségek lényegéről alkotott nézetek átalakulását, a korábbi misztikus, természetfölötti, spiritualista szemlélet alapvető megváltozását hozta létre.

A későbbiekben *Fracastoro* beható tanulmányokat folytatott a szifilisz, az influenza, a pestis, a tuberkulózis, a veszettség, a kiütéses tífusz és más járványos betegségek „contagiumának" terjedésmódjára vonatkozólag. Az aktív praxistól 1534-ben vissza is vonult, hogy életét kizárólag a tudományos búvárkodásnak szentelhesse. Állatorvostörténeti szempontból külön hangsúlyt érdemel, hogy mindezen betegségekkel kapcsolatos megfigyelései alapvetően egy járványos szarvasmarha-betegség tanulmányozása során szerzett tapasztalataira épültek. Kutatásainak eredményeit 1546-ban kiadott „De contagione et contagiosis morbis et eorum curatione Libri III" c. művében foglalta össze, amelyben határozottan leszögezte, hogy a contagium *specifikus*; azaz egyesek csak a növényeket, vagy csak az állatokat, közelebbről csak egyes állatfajokat, mások csak az embert, de külön a férfiakat, nőket ill. gyermekeket képesek megbetegíteni. A sors fintora, hogy *Fracastoro* hírnevét nem ennek a valóban nagyszerű és a járványos betegségek fertőzéses eredetét hirdető könyvének, hanem sokkal inkább „Syphilis seu Morbus Gallicus" (1530) c. tankölteményének* köszönhette, amely hallatlan irodalmi sikert aratott. Az olaszok által „francia", a franciák által „spanyol", Perzsiában „török", a törökök által „keresztény" kórnak emlegetett „vérbajt" ettől kezdve nevezik világszerte syphilisnek. *Fracastoro* ugyanis költeményében egy *Syphilus* nevű pásztorról énekel, akit kicsapongásaiért az istenek súlyos fekélyes-gummás betegséggel büntettek. Versében *Fracastoro* nemcsak nevet adott ennek a luesnek, hanem a syphilis kimerítően pontos leírását közölve, a higany mellett új szer, a guajac alkalmazását is ajánlotta gyógykezelésére. *Gilberti* veronai püspök, *Bembo* és *Farnese* kardinálisok, sőt maga X. *Leó* pápa is el voltak ragadtatva a gyönyörűségtől a vers olvasásakor. *Bembo*, a pápa titkára, maga is költő, egyenesen *Lucretiushoz* és *Vergiliushoz* hasonlónak ítélte *Fracastoro* költői képességeit.

Az orvostudomány mellett *Fracastoro* előszeretettel foglalkozott a pszichológia, asztronómia, geográfia, botanika, matematika és filozófia számos kérdésével. „Homocentricorum seu de stellis, liber unus" (Velence, 1538) c. művével *Kopernikusz* heliocentrikus rendszerének meghonosítója lett Itáliában. E művében egyúttal *Ptolemaios* elméletének cáfolatát is megadta. Többen *Fracastorónak* tulajdonítják a teleszkóp feltalálását. Kevesebbet emlegetik s épp ezért állatorvos-történeti szempontból külön hangsúlyt érdemel, hogy *Fracastoro* „De curatione canum venaticorum" címmel a vadászkutyák betegségeire vonatkozó ismereteket is *tankölteménybe* foglalta. Az erről szóló ismertetők nem minden szkepticizmus nélkül jegyzik meg, hogy e költői műve semmivel sem marad alatta a szifiliszről szólónak, mégsem aratott ahhoz hasonló sikereket.

Fracastoro, a járványtan újkori történetének legnagyobb alakja 1553. augusztus 8-án hunyt el cerebrális apoplexia következtében. Veronában életnagyságú szobor, Paduában bronz dombormű őrzi emlékét, ezek felállításáig azonban három évszázadnak kellett eltelnie. *Fracastoro* ugyanis a járványok „csíra-elméletének" vagyis a ragályos betegségek átvihető és szaporodni képes „fertőző" eredetének meghirdetésével ennyivel előzte meg korát.

Karasszon Dénes dr.

* Részlet szerzőnek „A concise history of veterinary medicine" című, az Akadémiai Kiadónál 1988-ban megjelent 458 old. terjedelmű, 277 képpel illusztrált, irodalmi jegyzékkel, kronológiai felsorolással, név- és tárgymutatóval ellátott angol nyelvű könyvéből. Gyakorlatunktól eltérően, a mű rendkívüli értékeire való tekintettel választottuk a könyvismertetésnek ezt a módját.

* Magyar nyelvre dr. Szatmári Imre fordította és adta ki Budapesten „Fracastoro Jeromos tankölteménye a francia kórságról" címmel 1909-ben.

A nyugaton élő magyarok orvosegészségügyi ellátása*

Mint a marosvásárhelyi *Bolyai Magyar Egyetem* orvosi fakultásának 1950-es végzettje, tizenöt éven át dolgoztam körorvosként Erdélyben, a *Székelyföldön*, Csík megyében. Először a csíkrákosi körzetet láttam el: Rákos, Madaras, Göröcsfalva, Vacsárcsi, Szentmihály, Ajnád és Lóvész falvakkal. Később az alcsíki Bánkfalva körzetet — Csíkszentgyörgy és Ménaság falvakkal —, és orvoshiány miatt, mint helyettes, Csíkszentmárton, Csekefalva, Kozmás és Lázárfalva körzeteket. Színmagyar körzetek, nehéz orvosi munka, nehéz problémák és főleg — nehéz idők! Megelégedéssel gondolok vissza erre az időre és megbecsüléssel minden kollégára, ki ott, Erdélyben dolgozván, helytállt és helytáll ma is — segítve a szükségben. Az ott, tizenöt év alatt szerzett orvosi tapasztalat rendkívül nagy segítségemre volt munkámban, mikor a kiszámíthatatlan sors keze által vándoroltatva, *Frankfurt am Main* városába kerültem. Ott folytatok praxist huszonöt éve. Nagy magyar pacientúrát látok el, egy nehéz pacientúrát, tele szociális problémákkal és részben ebből eredő testi és lelki egyensúlyzavarokkal. Ott és most vált végleg tudatossá bennem, hogy magyarok egészségügyi helyzete és orvosi ellátása a XX. században — sajnos — szorosan összefügg a politikával.

Ebben a rövidre szabott orvostörténeti előadásban a frankfurti huszonöt év tapasztalatait próbálom vázlatosan elmondani. És mivelhogy magyar ember külföldön, ha beteg, általában magyar orvost konzultál — nyelvi, lelki, bizalmi és empátiás okokból —, több svájci, francia, belga és főleg nyugatnémet háziorvos és szakorvos kolléga tapasztalatait is összegyűjtöttem, és köszönettel fölhasználom — mondandóm alátámasztására. Szándékomban van később hosszabb, részletesebb tanulmányt is írni mind az erdélyi, mind a nyugati magyarok orvosellátásáról a XX. század második felében.

Nyugat-Európában, kóroktani, egészségügyi és gyógykezelési szempontból a magyarok körében 3 csoport alakult ki: 1. a régebbi, közvetlenül a háború utáni időszakban kivándoroltak; 2. az 56-osok; és 3. a 70—80-as években jöttek. Morbiditási és gyógykezelési szempontból természetesen e három csoport sokban hasonlít egymásra, nem könnyű köztük határokat húzni, de akadnak különbségek is. Így a 45—50-es évek csoportjára kóroktanilag a létbizonytalanságból és reménytelenségből adódó lelki bántalmak voltak jellemzőek. Ezek az emberek egy akkor szegény Nyugat-Európába érkeztek ki, ahol — sem anyagi, sem kellő szociális segítségben nem részesülvén —, hosszú ideig és sokat kínlódtak. Leromlottak egészségileg, testileg-lelkileg; már koruknál fogva is lassan elaggottak, és sokan meghaltak. Náluk nagy számban az arterioszklerózis, a cerebrális szklerózis, a szívinfarktus, a hipertónia, a depressziós tünetcsoport, az alkoholizmus és a daganatos betegségek szerepelnek.

Az 56-os események utáni periódus kivándoroltjai fiatalabb, egészségesebb, szakmailag jobban fölkészült emberek voltak, s ezért eleinte aránylag kevesebb egészségi probléma fordul elő náluk. Ekkor már Nyugat-Európa jobb helyzetben volt, befogadó- és támogatókészsége növekedett, így e csoport beilleszkedése az idegen környezetbe jól zajlott le. De a menekülési hercehurca, a félelem, aztán az új munkaviszonyok (és főleg az új munkatempó), az otthontól, családtól való elszakadás, az idegen kultúra és koszt ebben a csoportban is lassanként létrehozta a pszichoszomatikus betegségeket: így a krónikus gyomorbélbántalmakat (gastritis, colitis és a fekélybetegségek), majd a krónikus légzési zavarokat (bronchitis, asthma), melyekhez az erős cigarettafogyasztás és az allergiás túlérzékenységet kiváltó levegőszennyeződés is hozzájárult. Ezek mellett a hűléses-vírusos megbetegedések, a hátgerinc, csípő- és lábízületi degenerációs bántalmak és a TBC-kiújulások említendők. Itt még azt is hozzá kell tenni, hogy az organikus betegségeket, még kezdő stádiumban is, rendkívül nehezen viseli az emigráns; őt ez az idegenben kétszeresen sújtja: egyszer mint betegség, aztán pedig mint félelem, mert munkaképtelensége következtében karrierje, sőt léte is kockán foroghat.

Ebben a csoportban is sok a depresszív beteg, főleg az egyedül kijöttek között, akik a magányt, a hontalanságot, a hazától, családtól való elszakadást nehezen viselik el. Tünetek: álmatlanság, étvágytalanság, szexuális zavarok, majd a szorongásos érzések (félelem, lázálmok), általános bizonytalanság. Aztán jönnek az emésztési problémák, obstipáció és diarrhoea, funkcionális vérkeringési, szívritmusos és anginás panaszok. Ezt az egész komplexumot a német tudomány és medicina mint „larvierte Depression"-t írja le, mi, magyar orvosok pedig úgy nevezzük, hogy „emigritis" ... Ez mindhárom magyar csoport domináns betegsége. Lefolyása szempontjából három fázist lehet megkülönböztetni: 1. félelem és szorongásos állapot; 2. a beilleszkedési fázis, annak nehézségeivel, küzdelmeivel és azokból eredő tünetzavaraival; 3. a belenyugvás az alkalmazkodási periódusa.

A különleges megterhelés alatt az ún. endogén psychozisok is fellépnek, így az atipikus schizophrenia válfajai. Úgy genetikai, mint környezeti hatásra, nőknél gyakrabban depressziós tünetekkel, míg férfiaknál inkább a skizoid forma jelenik meg.

Itt kell megemlíteni, hogy a betegek elképzelésében oly fontos, „kórokozó" szerepet játszó klíma, tulajdonképpen tudatalatti megfelelője a beilleszkedési gyötrelmeknek.

A 70—80-as évek kór- és korcsoportja főleg gazdasági okokból (pl. lakáshiány miatt), illetőleg kalandvágyból vándorolt ki. Fiatalabb, egészségesebb és szakmailag jól fölkészült egyénekből és fiatal párokból áll. Nem kapják meg a várt szociális támogatást és befogadást, mert közben fölnőtt egy nyugati garnitúra, aki a magyar emigrációban már konkurenciát lát. Ennélfogva a magyar képzettsége és képessége alatti beosztásba és munkába kényszerül. Pedig ő itt karriert akart csinálni! A sok és mindennapos csaló-

* A II. Magyar Orvostudományi Találkozón, Budapesten, 1988. augusztus 17-én elhangzott előadás alapján.

dás fokozott mértékben vezetett ezeknél depressziós „emigritis"-hez, és ezt még a relatív jobb anyagi helyzet sem tudja ellensúlyozni. Ezek sehol sem érzik jól magukat, vándorolnak, költöznek ide-oda, sok a családon belüli agresszió és válás. Az utóbbi időkben kivándoroltak helyzete aztán már majdnem reménytelen az itt is növekvő munkanélküliség miatt. Sokszor évekig kell várakozniuk egy megfelelő állásra, mely alatt szakmailag is visszafejlődnek. E csoport főbb betegségei — a depressziós és pszichoszomatikus tünetcsoport mellett — a gyakori felsőlégúti, banális infekciók, emésztési és gyomormotilitási zavarok, hormonális rendellenességek, elhízás és nemi betegségek.

Külön kell tárgyalni itt az Erdélyből jötteket, mert ezek, már kiindulási helyzetüknél fogva is, előnytelenebb helyzetben voltak. A szökéssel járó rendkívüli pszichés megterhelés, az otthon maradt család miatti aggódás és félelem, a szétszakítottság érzése, az idegenség, a nyelvi nehézségek és a reménytelenség fokozott mértékben vezetett reaktív depresszióhoz. Ennek a csoportnak a problémái a legsúlyosabbak, ezeknek kellett a legnagyobb orvosi, emberi és anyagi támogatást adni.

Merőben jobban állt a Jugoszláviából hosszú időre, jó pénzt keresni kijött magyar vendégmunkás-csoport morbiditási helyzete. Ők nem „szöktek" Nyugatra, politikailag nem kiáltották ki őket se „hazaárulónak", se „ellenségnek". Családostul érkeztek ki, vagy ha nem, rendszeresen, törvényesen utazhattak, látogathattak szabadságuk ideje alatt haza, Bácskába. Ezek mindent hazahordtak, odagyűjtöttek, otthon építkeztek, módosodtak. Ittartózkodásuknak és munkájuknak célja és eredménye volt, úgy a saját, mint a jugoszláv állam előnyére, melynek egyik anyagi főforrásává vált a vendégmunkások devizabehozatala. E csoport morbiditása nem tért el a gazdaország lakosságáétól.

A nagyobb nyugat-európai városokban szétszórtságban élő, csekély számú magyar ajkú és magyar származású zsidóságra jellemző a magas életkor és az azzal járó betegségek, így a szív és érrendszer elváltozásai, a cukorbaj, a daganatos és degenerációs ízületi bántalmak. De, annak ellenére, hogy e népesség kétszer hagyta el hazáját — ti. egyszer mint deportált, másodszor mint emigrált —, a fájdalmas csalódásérzésen és a nosztalgián kívül, kevés a depressziós komplexum. Náluk az identifikációs lefolyás sokkal jobb volt, könnyebben illeszkedtek be, mert a zsidó tradíció az emigrációt és a menekülést már integrálta, és kulturálisan rég földolgozta. Jobb befogadási segítséget kaptak a hatóságok és a már ott élő hitsorsos közösségek részéről, nyelvi nehézségeik nem voltak, kultúrközösségi érzésük is bizonyos fokig védőszerepet játszott.

A nyugati magyar emigráció betegségeinek kezelése elég nagy föladat elé állította az ott élő magyar orvosi kart, főleg ami a pszichoszociális és depresszív tünetcsoport sokszor megoldhatatlan problémáit illette. A befogadó országok hatóságai, a maguk részéről, megértést tanúsítottak, és sokat tettek a magyar népcsoport betegségeinek kezelése érdekében. Igyekeztek az ápoláshoz szükséges anyagi föltételeket is megteremteni. Így, az akut betegek és a balesetek ambuláns és kórházi ellátásának költségeit — ha az emigránsnak még nem volt betegbiztosítása, vagy ha például az Egyesült Államokba való továbbvándorláshoz szükséges várakozás hónapjai alatt betegedett meg —, mindig és mindenütt az illetékes városi szociális hivatalok fedezték. A krónikus betegeket a magyar orvosok eleinte nagyon sokszor ingyen kezelték, anyagiak hiánya miatt magyar pácienst magyar orvos soha vissza nem utasított. Idővel aztán rendeződtek a papírok, és az emigráns, „joghoz" jutva, beilleszkedett a gazdaország betegbiztosítási intézeteinek rendszerébe és magas hozzájárulások ellenértékeként, teljes, minőségi és individuális gyógykezelés állott rendelkezésére. Ettől fogva a magyar páciens mindenkor a szükséglete szerint, magas fokú és legmodernebb szempontok szerint ambuláns, kórházi, gyógyszeres és pszichoterápiás kezeléshez és ellátáshoz juthat. Nem is beszélve arról a sok mintagyógyszerről, amit a beteg az orvosától otthon élő rokonai részére ingyen kap, és küld el!

A kint megöregedő magyarok ellátása már nagyobb problémát jelent, mivelhogy ott család nemigen létezik, az öreg- vagy fekvőbeteg-otthonokban kevés a hely, bejutni nehéz és drága (napi 80—120 márka!). Még ha kis tőkéjét föláldozza, akkor sem nagyon elég. Így aránylag kevés magyar kerül be. (Talán csak Buenos Airesben létezik magyar öregek otthona.) Ilyen esetekben sokszor a szociális, karitatív és egyházi szervek segítségét kell kérni; de nemegyszer a baráti kör támogatását is. A nyugdíjak aránylag alacsonyak, egyrészt mert kevés a kint ledolgozott évek száma, másrészt meg — Magyarországnak nem lévén kölcsönös nyugdíjegyezménye a Német Szövetségi Köztársasággal (Romániának például van!) —, magyar ember otthon leszolgált éveiért csak akkor kaphat nyugdíjat, ha igazolni tudja német származását.

Prognosztikai szempontból még a következő mondható el: a 70-es évek amnesztiarendeletei, a hazalátogatási lehetőségek és különösen az utóbbi évek józanabb politikája után, csökkenőben van a morbiditás, javult a pszichés egyensúly, és kevesebb lett a probléma. És ami a fő: a gyerekek, a második és most már lassan a harmadik generáció, mindettől nem terhelt, egészséges.

Végezetül még annyit: nem volt könnyű a — kevés — magyar orvosnak a sok és sokféle, nehéz kérdéssel a viharos esztendőkben megbirkózni. De segíteni kellett, és amit lehetett megtettünk, hogy segíthessünk.

Rosenfeld Iván dr.
Frankfurt am Main

„Soha a szobrot nem fogja oltáron imádni az, aki fatörzs korában ismerte a kertben."

GRÁCIÁN

A Pintér László kisiparos által gyártott készülékek rövid ismertetése:



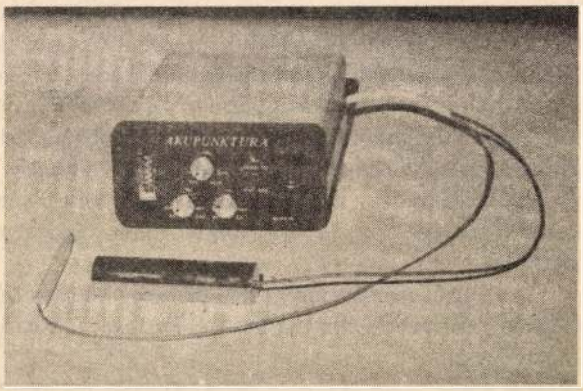
Műszaki adatok:
Hálózati feszültség 220 V 50 Hz
Teljesítményfelvétel max. 350 VA
Max. beállítható hőmérséklet 200 C fok
Max. beállítható idő 199 perc
Méretei 460×380×160 mm

A **TERMAL STERILIZER** nevezetű Typ:PK 23 készülék tulajdonképpen egy hőlégsterilizátor, amely alkalmas fogorvosi műszerek, kozmetikai, fodrászati és pedikűrös szerszámok, valamint akupunktúrás és epiláló tűk és egyéb kisméretű orvosi műszerek sterilizálására.
A készülék kezelése egyszerű, a beállítást és a működés ellenőrzését digitális számkijelzők segítik. A beállított hőmérsékletre való felfűtés gyors, a sterilizálási idő lejártával a kikapcsolás automatikusan megy végbe. Túlmelegedés ellen biztonsági elektronika nyújt védelmet.
A beállítható maximális hőmérséklet, illetve idő biztonsággal elegendő a mikroorganizmusok, vírusok, baktériumok pusztulásához.
Napjainkban a fennnálló AIDS-veszély miatt különösen javasoljuk a fent felsorolt praxisokban.



A **HETERODYN** 4 Typ:PK 10 típusú készülék a gyógyászatban felhasználható izomépítésre, alakjavításra, elektrogimnasztikára és cellulitiszkezelésre.
Az interferenciaáramok kitűnnek fájdalomcsillapító és optimális mélyhatásukkal. A középfrekvenciájú interferenciaáramok nem váltják ki a bőr fájdalomérző idegvégződéseinek ingerlését.
Az interferenciaárammal történő kezelésnél az áram fájdalommentessége elhárít mindenféle kellemetlen érzést. Az áramhoz hozzászokás nincs, így az izmok mindvégig ingerelhetők.
Az elektrogimnasztikánál bármilyen erős és tartós izomtornát is végzünk, fáradtsági termékek nem keletkeznek, izomláz, fáradtságérzés nincs. A jobb vérkeringés következménye a jobb anyagcsere, a salakeltávolítás, a jobb táplálkozás, a védőfolyamatok erősítése

Az AKUPUNKTÚRA nevezetű Typ: PK 16-os készülék akupunktúrás pontok keresésére és kezelésére szolgál. A szakirodalom rendkívül sokoldalú felhasználási területet ismer, ahol már régóta alkalmazzák eredményesen ezt az eljárást. Szinte nincs olyan terület, ahol ne tudnának megfelelő eredményt elérni.
Rendkívüli előnye, hogy nem gyógyszerekkel, hanem természetes gyógymóddal érnek célt. Az emberi testben lejátszódó kémiai és biológiai folyamatokat tudja jótékonyan befolyásolni.
További előnye, hogy a sok ember által rettegett tűszúrást elektromos árammal való kezelés váltja fel.
A készülék önálló pontkereső áramköre segítséget nyújt az akupunktúrás pontok megtalálásához. A pontok megtalálását segíti még hang- és fényjelzés is. Kezelés közben is működik a pontkereső áramkör, így teljes biztonsággal dolgozhatunk.



Gyártó: Pintér László műszerész kisiparos
1076 Budapest, VIII., Verseny u. 22—24. alagsor 7.
A Keleti pályaudvartól 5 percre
Telefon: 414-106

Pintér

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Csecsemő- és gyermekgyógyászat

Egy évvel Csernobil után. Koch, H. C. és mtsai (Univ. Kinderklinik, Institut für Klinische und Experimentelle Nuklearmedizin és Univ. Frauenklinik, Bonn): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113,* 623.

1987. május és augusztus között egésztest számlálóval mérték kora- és újszülöttek, csecsemők és gyermekek Cs-137 aktivitását Bonnban és környékén. A vizsgáltakat 3 csoportba osztották: I.: kora- és újszülöttek (33), II.: csecsemő- és kisded (2 $^{4}/_{12}$ évig, 40 gyermek), III.: gyermek (3—6 $^{8}/_{12}$ év között, 15). A legalacsonyabb értéket a II. csoport átlaga mutatta (3,7 Bq/tskg) szemben az I. csoport 5,8, illetve a III. csoport 9,4 Bq/tskg átlagával szemben. A mérés alapján az átlagos sugárterhelés az I. csoportban 1,7 mrem/a, a II. csoportban 1,1 mrem/a, a III. csoportban 2,8 mrem/a volt.

Eredményeiket összehasonlították az 50-es évek végén — 60-as évek elején felnőtteken mért értékekkel, amelyekkel a mostani eredmények gyakorlatilag megegyeztek.

Kiugróan magas értéket mértek egy újszülöttnél (29,8 Bq/tskg), akinek az anyja saját kertjéből a figyelmeztetések ellenére sok friss zöldséget fogyasztott, valamint mezei munkát végzett a kritikus időszakban. Összefüggést találtak a gyermekek tartózkodási helye és a szabadban tartózkodás időtartama között, a korábban leírt, északi és déli német területeken észlelt „fall out" különbségeknek megfelelően. Ezt azért tartják érdekesnek, mert az irodalom a Cs-137 biológiai felezési idejét felnőttekben 110, gyermekekben 25—35 napban adja meg, tehát az 1 éves mérések már lényegében csak a táplálkozástól függő aktivitást kellett volna mutassák.

Vizsgálatukból ezeket a következtetéseket vonták le: 1. A mért sugárterhelés a természetes sugárexpozíció 1%-ának felelt meg. 2. Az anyatej, illetve tápszeres táplálás nem okozott eltérő aktivitást. A gyári készítésű tápszerek a Közös Piac tejre előírt határértékének 1/10-ét nem érték el. 3. Mai ismereteink szerint egészségkárosodás nem várható. 4. Az effektív évi Cs-137 dózis úgy tűnik, hogy a gyermekek esetében nem több, mint felnőtteknél, de nem is kevesebb.

Fáller Károly dr.

A gyermek- és ifjúkor fejlődési szakaszainak krízisei Nissen, G. (Szerkesztőségi cikk.) (Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität, D-8700 Würzburg): Münch. med. Wschr. 1988, *130,* 463.

Nemcsak a konfliktusok és krízisek, hanem a psychés betegségek is gyakrabban fordulnak elő gyermekkorban, mint a szomatikus megbetegedések.

Egy csecsemő esetében elegendő sokszor csak egy hőemelkedéses állapot, és a szülők máris kihívják a háziorvost. Ugyanakkor kétségtelen tény, hogy gyermekek, de főként ifjúkorúak hosszú idő óta fennálló, súlyos konfliktusokkal járó elváltozásai csak nagyon megkésve, és csak akkor jutnak a gyermek kezelőorvosának a tudomására, amikor már testi-szervi elváltozások is megjelennek.

Szinte nincsen olyan életkor a gyermek életében, melyben ne érné őt konfliktushelyzet.

Már a *csecsemőkori depriváció* és a *kisgyermekkori neurózis* ide sorolható. Igazából azonban az *iskoláskor* az az időszak, mikor is a *személyiség-* és *karakterfejlődés* első igazi *zavarai* felléphetnek.

A *pubertás kor* számít tulajdonképpen a *legveszélyesebb*nek a psychés zavarok manifesztációja szempontjából.

Az *adolescens korban manifesztálódnak* az affektív és schizophren psychosisok. Ez utóbbi hívja fel legjobban a figyelmet arra, hogy a gyermek- és ifjúkori krízisek nemcsak egy aktuális terhelést jelentenek a családra és a gyermekre, hanem a későbbi életkor fejlődési folyamatait is veszélyeztetik.

Sok psychés zavart és megbetegedést hosszú ideig mint rossz nevelés következményét tartottuk számon, emiatt kizárólagosan pedagógiai eszközökkel harcoltunk ellene. Ezért fordulhatott elő, hogy egy hyperkinetikus szindrómában szenvedő gyermek esetében nem is gondoltunk kezelés szükségességére.

Összegzésként a szerző a következő törvényszerűségeket tekinti a legfontosabbnak a gyermek- és ifjúkor krízis-szituációival kapcsolatban:

a) Psychés megbetegedést nem szabad alapos testi és neurológiai kivizsgálás nélkül kezelni. Ez a megállapítás még oly egyértelmű psychoszomatikus zavarokra is vonatkozik, mint az enuresis, encopresis, fej- és hasfájás, anorexia nervosa vagy a bulimia.

b) A psychés zavarok és megbetegedések többsége többdimenziós eredetű. Ezért sokszor egy célzott tüneti therapia nem vezethet gyógyuláshoz. Tartós sikert kizárólagosan a multifokális oki tényezők tisztázásától várhatunk.

c) Nem minden egyes psychés zavar kezelhető csak psychotherapiával és nem minden psychiátriai megbetegedés kizárólag gyógyszeres kezeléssel (psychofarmakával). Legtöbb esetben kombinált kezelési módszerek szükségesek.

Schmidt Péter dr.

Egy pontrendszer értéke a tápláltsági állapot gyors megítélésében. Alkalmazása 80, visszatérő (ismétlődő) diarés betegben. Goyens, Ph., Brasseur, D. (Département de Pédiatrie, Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, B-1020 Bruxelles): Arch. Fr. Pédiatr. 1988, *45,* 323.

A tápláltsági állapot megítélésével számos közlemény foglalkozott. Főleg az alultápláltság (MN = malnutritio) foglalkoztatta a kutatókat. A legtöbb idevágó adat az intenzív gondozás alatt álló betegekre vonatkozott. Az érdeklődés köréből kimaradt az egyszerű, kórházi gyakorlat követelménye. A szerzők a hiány pótlására folytattak rendszeres, prospektív tanulmányt anthropometriás és biológiai adatok párosításával ismétlődő hasmenésben szenvedő gyermekanyagon. Táblázatban mutatják be a MN állapotot értékelő pontrendszerük számításait.

A szerzők a következőkben leírják a beteganyagot és alkalmazott módszerüket; ez utóbbi két anthropometriás és négy biológiai adat értékelésén alapult. 1982—1984 között 64 csecsemő állapotát értékelték. A fenti vizsgálatok mellett figyelembe vették a dehidráció mértékét is, igyekeztek ezt normalizálni. Ezt követően elvégezték a részletes klinikai-laboratóriumi vizsgálatokat. A vizsgálati eredményeket korszerű statisztikai módszerekkel analizálták.

Megállapították, hogy a gyermekek súlyvesztesége, a megelőző állapothoz mérve, feltételezetten 14%. A zsírpárnájuk nagymértékben csökkent. Valamennyi gyermek proteinhiányban szenvedett (többnél ödéma is fellépett), hypotransferrinaemia általános volt. Táblázat mutatja be a tápláltsági pontrendszert a felvétel 1—15. napja között.

A vizsgálatokat értékelve — az eddigi irodalmi adatok mérlegelésével — megállapítható, hogy 1. a tápláltsági állapot értékelésében eddig felhasznált értékek (anthropometriás, biológiai) mellett nagyon lényegesnek tartják a szerzők a szérum transferrin meghatározást, amely már korán jelzi a proteinhiányt. 2. Kórházuk hatáskörzetében a tápláltsági állapot megítélésében nagyobb figyelmet kell fordítani a vashiányra és a rachitisre. 3. A szerzők saját, vagy hasonló pontrendszer gyakoribbá, általánossá tételét javasolják a tápláltsági állapot felmérésére.

Kövér Béla dr.

Az oesophagus pH-mérés tünetmentes és tünetekkel terhelt újszülöttekben. Gouyon, J. B. és mtsai (Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire et Régional Hôpital du Bocage, F-21034 Dijon): Arch. Fr. Pédiatr. 1988, *45,* 237.

Az oesophagus pH-mérést jelenleg a gastro-oesophagealis reflux (G. O. R.) diagnózisa legjobb módszerének tekintik. Újabban ezt az eljárást már az újszülöttkorban is felhasználják az oesophagus disztális szakaszán a G. O. R. felismerésére. Az oe-

sophagus pH-metria jellemzői azonban a hányogató és regurgitáló újszülöttekben még nem eléggé tisztázottak. A jelen munka célja, hogy retrospektíve vizsgálja a disztális oesophagus pH-metria értékét hányogató, regurgitáló, 2 hónaposnál fiatalabb csecsemőkben, akik kórelőzményében apnoe, és/vagy bradycardia, cyanosis, sápadtság szerepel.

Részletes leírást kapunk a módszerről, a használt eszközről (Beckman pH-meter), az alkalmazás módjáról. A vizsgálatokat háton fekvő helyzetben végezték; ezt a helyzetet észleljük leggyakrabban a regurgitáló csecsemőkben. A G. O. R.-t azok számával, aciditásával és időtartamával jellemezték. Az oesophagus pH értéke alapjának az 5—7-et jelezték. A vizsgálatokat a regurgitációt figyelembe véve és a táplálékfelvételtől is függően, különböző időpontokban és számban végezték, emellett kontroll csoportokat is beállítottak. A beteganyagot emésztési zavarokat mutató, és emellett extradigesztív tüneteket feltüntető betegekre osztották.

Az eredményeket a szerzők egy táblázatban és egy differenciált ábrán szemléltetik, amit egy, a kontroll és hányogató csoport betegeiben mért eredmények összehasonlítása egészít ki.

Az eredmények megbeszéléséből a következők emelhetők ki: 1. A. G. O. R. az újszülöttekben fiziológiás jelenség, s az oesophagus pH-értékek között jelentős különbségek vannak aszerint, hogy a mérés a táplálékfelvétel után röviddel, vagy egy későbbi időszakban következett be. 2. A tünetmentes újszülöttekben nagy a pH egyéni szóródása és a nappali-éjjeli különbség. Ezért szükséges az oesophagus pH-t újszülöttekben 24 órán át vizsgálni. 3. A szerzők vizsgálatai a klasszikus disztális oesophagus pH-metriában nem mutattak szignifikáns különbséget a gyakran regurgitáló és a kontroll újszülöttek között. 4. A G. O. R.-t számos kutató tette felelőssé újszülöttek, fiatal csecsemők apnoeja, cyanosisa létrejöttéért. A szerzők kontrollokkal végzett vizsgálatai ezt alátámasztani nem tudták. 5. Az oesophagus pH-metria indikációi: a) emésztési zavarok (hányás, regurgitáció) társulása extradigesztív tünetekkel (bradycardia, apnoe) újszülöttekben; b) az antireflux kezelés hatékonyságának ellenőrzése. 6. Az újszülöttek izolált hányogatásában az oesophagus pH-metria értéke még nem tisztázott.

Kövér Béla dr.

A kétdimenziós echocardiographia korlátai egy hónaposnál fiatalabb gyermekeknél. Aka, F. és mtsai (Consultation de Cardiologie, Service de Pédiatrie A et Unité de Soins Intensifs, Hôpital Clocheville, F-3700 Tours): Arch. Fr. Pediatr. 1988, *45*, 181.

Az echocardiographia (E.c.) a congenitalis cardiopathiákban (c.c.) legtöbben alkalmazott módszer, főleg az első élethónap folyamán, ha sürgős beavatkozásra van szükség, és az anatómiai eltérések ismerete a terápiás megoldáshoz nélkülözhetetlen. A szerzők retrospektív tanulmányának célja, hogy értékeljék cardiovascularis anomáliáknál (cv. a.) egy hónapos koron belül az E.c. specificitását és érzékenységét, oly beteganyagban, amelyben angiographiás és anatómiai vizsgálatokat is végeztek.

A szerzők ismertetik beteganyagukat és vizsgáló módszereiket: 133, egy hónapnál fiatalabb csecsemőt vizsgáltak meg, ezeknél a klinikai kép befolyásolhatatlan cyanosist, szívelégtelenséget, ezeken túl néhánynál femoralis pulzust és hangot is jelzett. A betegekben bizonyított cardiopathiák: bal szívfél akadály (33), jobb szívfél akadály (25), bal-jobb sönt (32), komplex cardiopathiák (21), nagyerek transpositiója (15), és különfélék fordultak elő. Leírják vizsgáló módszereiket, ezek közül a hangsúly az E.c.-ra esett. Vizsgálták ennek a módszernek a diagnosztikai specificitását és érzékenységét, megbízhatóságát a cv. a.-k felismerésében.

A vizsgálati eredményeket — három táblázatban is — több oldalról bemutatják.

A szerzők eredményeik megbeszélésében a következőket hangsúlyozzák: 1. az E.c. szinte egyedüli eszköze az újszülöttkorban a cardiopathiák felismerésének. 2. Más szerzők eredményeivel egyetértve, úgy vélik, hogy az E.c. az újszülöttek 26—30%-ában elégtelen a cv. a.-k feltárására. 3. Állítják, hogy a helyes diagnózishoz a teljes, beható klinikai vizsgálat nélkülözhetetlen. 4. Vizsgálatsorukban a valódi diagnosztikus tévedés ritka (3%), a posteriori megejtett értékelések szerint pontos, szigorú klinikai vizsgálattal elkerülhető. 5. Nehezen felismerhetők az intraventricularis kommunikációk. A jövőben ígéretesnek tűnik itt a Doppler-elvre épülő színes E.c. 6. Az esetek 8%-ában az E.c. lelet nem bizonyító, főleg a pulmonalis billentyűk rendellenességeinél. 7. A tanulmány, bár rámutat a korlátokra, különleges értéket tulajdonít az E.c.-nak, az újszülöttkori tünetekkel kísért cardiopathiák felismerésében: hasznosan egészíti ki a szívkatéterezést, esetenként helyettesíti is, s így azok száma jelentősen csökkenthető. 8. A katéterezés nélküli szívsebészet nem fokozza az esetleges mortalitást. A „nyitott szív" sebészet mellett egyes anomáliák helytelen ismerete drámai következményekkel járhat. Ezért is kapcsolják össze a szerzők a katéterezést az angiographiával és a haemodynamikai adatok vizsgálatával. Hangsúlyozzák azonban, hogy a szívkatéterezés korántsem ártalmatlan eljárás s így indikációjának nagyon is megfontoltnak kell lennie.

Kövér Béla dr.

Az újszülöttek arteriás hypertensiójáról. (Etiológia. Kezelés.) Loirat, C. (Service de Néphrologie Pédiatrique, Hôpital Bretonneau, F-75877 Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1988, *45*, 287.

Az újszülöttekben (NN) az arteriás hypertensio (HTA) ritka. Ebben a korban azonban nagyon fontos szív- és idegrendszeri szövődményei vannak, amellett késleltetik a testmagasság, a súly fejlődését is. A korszerű szűrő módszerek, ellenőrző rendszerek a NN-ek arteriás vérnyomását (PA), az alkalmazott vérnyomáscsökkentők hatékonyságának ellenőrzését s így a prognózis javítását lehetővé teszik.

A vérnyomás mérésére felhasznált módszerek (a Doppler-technika, a klasszikus módszerek: „flush" módszer, hallgatózás) a diastolés nyomásnak (PAD) csak megközelítő mérését teszik lehetővé. Az oscillometriás vérnyomás- (PA) mérés (Dinamap) folyamatos ellenőrzésre a legalkalmasabb. A systolés arteriás nyomás (PAS) és a Dinamap-pal mért középértékek jól korrelálnak egymással és a PAD-dal. Bármely módszer esetén megfelelő szélességű mandzsetta alkalmazása a vérnyomásértékeknél alapvető: a felkar 2/3-át kell fednie. Koraszülötteknél ez 2,5—3,5 cm széles, NN-eknél 6 hónapos korig 4 cm kell legyen. Leghelyesebb, ha átfogja az egész felkart.

A szerzők a PA normális értékeinek megállapításánál végigvezetik az olvasót a legkorábbi korban és különböző szerzők által mért értékeken. Hangsúlyozzák, hogy a NN-eknél nincs szignifikáns különbség a PA-ban fehér-fekete faj szerint, jelentős azonban az eltérés a 4—6 hónapos NN PA-ja és az 5—7 heteseké, ill. 6 hónaposok között. A családokon belüli PA-növekedés-halmozódás genetikai és környezeti tényezők hatásának eredménye. Ez azonban NN-eknél kevésbé értékelhető. Felnőtteknél bizonyított a kapcsolat a felvett Na és a PA között. Úgy tűnik, hogy ez 8 éves korig a gyermekeknél is igaz, ezen túl a PA az életkorral korrelál.

A közlemény foglalkozik a HTA definíciójával, az általa kiváltott tünetekkel és kísérő szövődményeivel. Úgy tűnik, hogy a cerebro-vascularis szövődmények a legveszélyesebbek a gyermekkorban.

A HTA etiológiájában táblázatban is felsorolják, majd értékelik a legfontosabb okokat: 1. az aorta, vagy a vese-arteria anomáliája; 2. a vese-parenchyma anomáliája; 3. neuroblastoma; 4. gyógyszerek, drogok, toxikus anyagok; 5. endokrin okok; 6. a hasfali záródási zavarok; 7. dysplasia bronchopulmonalis; 8. görcsök koraszülöttekben; 9. a koraszülött reanimációja utáni HTA. Ezeket az okokat a szerző részletesen is elemzi. Megemlíti, hogy az újszülöttek HTA-jának okát egyes esetekben megmagyarázni nem sikerült.

Az NN-ek HTA-jában kezelésre a következő gyógyszereket ajánlják: *nifedipin* (Adalat) HTA-s rohamok esetén gyors hatású, amit esetenként kiegészítenek *dihydralazin*nal (Nepresol), *diazoxid*dal (Hyperstat) — szintén direkt hatású vasodilatator —, *labetatol*lal (Trandat) — alfa- és béta-blokkoló szer —, *Na-nitroprussid*dal (Niprid), Elhúzódó kezelésre a Na-sók megvonását, béta-blokkolókkal, vagy enzimgátlókkal együtt adva, javasolják. Időről

időre, diuretikumként hydrochlorothiazidot, veseelégtelenségben furosemidet helyes adni.

Végső következtetésül az a véleménye a szerzőnek, hogy a HTA az NN-ekben az életet fenyegető, cardialis és neurológiai következményekkel járó jelenség. Néhány év óta a prognózist javító hatékony gyógyszerek állnak rendelkezésre. Ezek alkalmazásában azonban óvatosság ajánlatos; hosszú időn át adva ezeket, másodlagos hatásuk még ismeretlen.

Kövér Béla dr.

Hypochondroplasia. 80 eset áttekintése. Maroteaux, P., Falzon, P. (Unité de Recherches de Génétique Médicale, INSERM U 12 et CNRS UA 584, Hôpital des Enfants-Malades, F-75743 Paris): Arch. Fr. Pediatr. 1988, *45*, 105.

A hypochondroplasia (h.ch.p.) az achondroplasiához (a.chd.pl.) közeli chondrodysplasia (ch.dpl.), amelyben azonban a klinikai és radiológiai jelek mérsékeltebbek és a végső kimenetel is kedvezőbb.

A kórkép számos vita tárgyát képezte, úgy a diagnózisát, mint a lefolyását illetően. A szerzők intézetükben 80 esetet észleltek, ezek adatai részben francia kollégák, részben a külföldi szerzők megfigyeléseiből adódtak. A betegek 74 családból származtak. A diagnózist klinikai és radiológiai tünetek szolgáltatták.

A ch.dpl.-tól eltérően a h.ch.pl. az esetek többségében születéskor nem fedezhető fel. Beteganyagukban csak 16%-ban sikerült a betegség felismerése a születés időpontjában, a többi esetben átlag 1 hó és 5 év között. Általában a növekedés elmaradása, ritkábban a rövid végtagok, vagy a macrocephalia hívják fel a figyelmet. A növekedés elmaradása állandó, de a ch.dpl.-nál kevésbé jelentős.

A hossznövekedés elmaradása jelentősebb, mint a végtagoké, ezek többnyire varus állásban vannak, a kezek és lábak kevésbé érintettek. A craniofacialis rész kissé tömegesebb, bár hydrocephaliát eddig nem észleltek. A facialis dysmorphia diszkrét, főleg az orrgyök süppedt voltában jelentkezik. Lumbalis lordosis is előfordul, bár kevésbé kifejezett, éppúgy, mint a kyphosis, ami ritka. Mindezeket a szerzők felvételeken is bemutatják, ugyanúgy a gerincoszlopról és csípőízületekről készült felvételeket, majd a genetikai tanulmányokkal foglalkoznak. Ebből kiderül, hogy a kórkép transzmissziója domináns, az apa korának növekedésével újabb és újabb mutációk jelentkezhetnek.

A szerzők adatai megerősítik az irodalomban közölteket. A betegséget átlagban 2—6 éves kor között ismerik fel. Az esetek jó részében a craniofacialis dysmorphia fellelhető, ugyanúgy, mint a micromelia, az alsó végtagok varus állása, a könyök nyújtásának akadályozottsága és a kifejezett lordosis.

A h.ch.p.-nál szövődményekről eddig nem számoltak be. A szerzők véleménye szerint is a h.ch.p.-sok hossznövekedése jó prognózissal kecsegtet. A rtg.-elváltozások főleg a gerincoszlopot érintik.

A ch.dpl. nőknél kétszer olyan gyakori, mint a férfiaknál, bár ezt a szerzőknek nem sikerült megerősíteniük.

Az átöröklés domináns voltát — bár egyesek eltérő véleményt hangoztatnak — ismételten kimutatták. Úgy tűnik, hogy a h.ch.p.-nál a ch.dpl.-tól eltérő mutánsról van szó.

Az elmondottakból is egyértelmű, hogy nincs egyetlen olyan kritérium, amelynek alapján a h.ch.p. diagnózisa felállítható lenne. Klinikailag h.ch.p.-ra kell gondolni, ha a.chd.pl. mellett micromelia is észlelhető. Biztos tünetek azonban nincsenek.

Ha meggondoljuk, hogy az a.chd.pl. és a h.ch.p. allel gének eredménye, úgy valószínű, hogy egy sor olyan allel van, amelyek következménye egészen finom változatok, s amelyek fokozatosan a.ch.pl. tünetegyüttesként jelentkeznek.

Bár a h.ch.d.pl. diagnózisa nem könnyű, lényeges, hogy jóllehet dominánsan öröklődik, prognózisa kevésbé súlyos, mint az achondroplasiáé.

Kövér Béla dr.

Újszülöttkori Campylobacter enteritis másodlagos lactose intolerantiával. McShane, M. A. és mtsai (Gregavon területi Kórház Gregavon, Co. Armagt, Northern Ireland): Acta Paediatr. Scand., 1988, *77*, 603.

Az ötnapos leány újszülöttet első életnapon kezdődő gyakori vizes székletürítés miatt vették fel. A terhesség és a szülés normális volt. Az újszülött súlya 3450 g, módosított tehéntejporral etették. Az egyébként tünetmentes újszülött nagy mennyiségű vizes székletet ürített minden etetés után.

A széklettenyésztés eredménye: *Campylobacter jejuni* b. type 1 (CJ).

Az anya és a többi újszülött széklete negatív volt, tünetmentesek voltak. A széklet pH: 6,0 volt; lactose: 30 mmol/l, galactose 2,7 mmol/l, a glucose 11 mmol/l. Ezek a cukrok vizeletchromatographiával is kimutathatóak voltak. Szájon át erythromycint adtak és alacsony lactose tartalmú tápszerrel etették. A hasmenés ezután gyorsan megszűnt és a 13. életnapon súlya 3630 g volt.

Egy hónapos korban tünetei újra jelentkeztek; negatív székletlelet ellenére; lactosementes szójatejtáplálás után gyógyult és súlya gyarapodott. Négy hónapos korban súlya 6550 g volt. Lactose terhelésre nem volt hasmenése és a vékonybélbiopsia normális volt, kimutatható lactose aktivitással.

A CJ — melyet a legutóbbi években fedeztek fel — egyike a leggyakoribb újszülöttekre pathogen kórokozóknak. Újszülöttkori esetek ritkán fordulnak elő. Lactose intolerantiát CJ fertőzés kapcsán eddig nem közöltek. A kezdeti tünetek alapján CJ enteritis összetéveszthető primer lactose hiánnyal, ezért minden hasmenéses újszülöttnél CJ-re vonatkozó székletbakteriológiai vizsgálatot javasolnak.

Korányi György dr.

Toxikológia

Dioxinok és dibenzofuránok az „Agent Orange" expozíciónak kitett vietnami veteránok és kontroll személyek vérében és zsírszövetében. Kahn, P. C. és mtsai. (Department of Biochemistry and Microbiology, Rutgers Univ., New Brunswick, NJ. 08903): JAMA, 1988, *259*, 1661.

A szerzők a vietnami háborúban alkalmazott „Agent Orange" (narancsszínű anyag) fedőnéven ismert lombtalanítószerrel exponált veteránok vérében és zsírszöveteiben vizsgálták a zsíroldékony dioxin és dibenzofurán származékok szintjét. Választ kerestek arra vonatkozóan, hogy az erősen toxikus 2,3,7,8-tetraklordibenzo-p-dioxin (TCDD) szintje összefüggésbe hozható-e a 15—20 évvel korábbi „Agent Orange" expozícióval. A vizsgálatokba bevont személyek kiválasztását kérdőíves felmérés előzte meg, amelynek alapján szakértői bizottság választotta ki és csoportosította a veteránokat. A vér és zsírszövet kórházi mintavételére részletes klinikai vizsgálatok után került sor, amelynek eredményeiről külön közleményben kívánnak beszámolni. A vér és zsírszövet minták kémiai analízisét gázkromatográfiás és tömegspektrográfiás eljárásokkal végezték.

Eredményeik szerint a vietnami háború idején „Agent Orange" lombtalanítóval szennyeződött veteránok vérének és zsírszövetének 2,3,7,8-TCDD tartalma még 15—20 év után is szignifikánsan magasabb volt, mint a kontroll személyekben. Ez a megfigyelés a TCDD emberből történő lassú kiürülésére és hosszú felezési idejére utal. Az a tény, hogy csak az „Agent Orange"-ban lévő 2,3,7,8-TCDD tartalom növekedését találták, és az egyéb dioxinok vagy dibenzofuránok szintje a kontroll és szennyeződött csoportokban nem mutatott eltérést, azt bizonyítja, hogy a növekedésért nem a jelen kemizáció, hanem a háborús expozíció a felelős. Mivel a szerzők a vér és zsírszövet TCDD szintje között magas korrelációt találtak, felvetik, hogy a kevésbé invazív vérszint vizsgálat kielégítő információt adhat a szervezetben felhalmozódott TCDD mennyiségére vonatkozóan.

(Ref.: A Magyarországon forgalomban lévő 2,4,5-triklór-fenoxi-ecetsav hatóanyag tartalmú Tormona 100 és Trifenoxin 100 növényvédő szerek szennyeződésként 2,3,7,8-TCDD-t tartalmazhatnak. Ezért közegészségügyi érdekből az illetékes egészségügyi intézmények javasolták engedélyokiratuk visszavonását.)

Karmos-Várszegi Mária dr.

Fejlődési rendellenességek Seveso térségben TCDD szennyeződést követően. Mastroiacovo, P. és mtsai (Clinica Pediatrica, Universita Cattolica del Sacro Cuore, Largo A. Gemelli, 8-00168 Roma, Italy): JAMA, 1988, *259*, 1668.

Az olaszországi Sevesóban 1976. július 10-én baleset történt egy triklórfenolt gyártó vegyi üzemben, amelynek következtében 2,3,7,8-tetraklórdibenzo-p-dioxin (TCDD) jutott a légtérbe. A „toxikus ködfelhő" Seveso városára és környékére ereszkedett le. Ismerve a TCDD teratogén hatását, az érintett terhesek közül 30 nő követelte terhessége azonnali megszakítását és 4 spontán vetélés is előfordult.

A jelen vizsgálatban az 1977. január 1. és 1982. december 31. között született 15 291 újszülött fejlődési rendellenességeinek felmérését végezték el. A szennyezett területet a TCDD koncentrációja alapján zónákra osztották, és az anyákat aszerint sorolták csoportokba, hogy a robbanáskor melyik zónában tartózkodtak. A gyárat övező 80 hektáros terület volt a legszennyezettebb, ahol 192 $\mu g/m^2$ átlagos TCDD koncentrációt mértek, míg a legkevésbé exponálódott területen a TCDD átlagos koncentrációja 0,9 $\mu g/m^2$, maximális értéke 9,7 $\mu g/m^2$ volt.

A vizsgált időszakban 742 fejlődési rendellenesség fordult elő, de még a legszennyezettebb zóna 26 újszülöttjén sem találtak súlyos fejlődési rendellenességet. Enyhe rendellenesség két gyermeken fordult elő. A kevésbé szennyezett területeken a súlyos fejlődési rendellenességek gyakorisága 22—29 ‰ volt, míg a kontroll területeken ez a gyakoriság 27 ‰-nek adódott.

A feldolgozott adatok nem utalnak a fejlődési rendellenességek gyakoriságának növekedésére, de a szerzők hangsúlyozzák, hogy a születések száma a vizsgált időszakban kevés volt ahhoz, hogy a TCDD specifikus teratogén veszélyességét kimutathatóvá tegye.

Karmos-Várszegi Mária dr.

Krónikus formaldehidimmissio — mint félreismert kórkép. Weber, R. és mtsai (Med. Poliklinik, Dep. f. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 457.

Az exogen noxák okozta kémiai és kémiai-fizikai ártalmak és intoxikációk jól ismertek. Nem ritkák azonban a *„házon belüli"* környezeti ártalmak magasabb vagy huzamosabb levegőszennyeződés esetén. Az „intra domum"-levegőszennyeződés forrásai és fajtái különbözőek lehetnek: *1. lakáson belüli contaminatio* (oldószerek, peszticidek, tisztítószerek, fertőtlenítő anyagok, spray, emberi aktivitás, kozmetikum, főzés, háztartási gépek); *2. kinti levegő contaminatio* (motor-kipufogó-, ipari gázok és emissiók, tüzelés, benzingőz, fotokémiai reakciók, ionizáló, főleg terresztrikus sugárzás; *3. építőanyagok:* (színezők, lakkok, favédő anyagok, enyvek, szigetelések); *4. biológiai contaminatio* (baktérium, gomba, protozoon, mikrobatermékek, pollenek, spórák, állatok); *5. inadequat szellőztetés.*

Az új klinikai kép nem specifikus tünetekből tevődik össze, amelyeknek oki magyarázata gyakran hosszú időt vesz igénybe („sick building syndrome"; „building related illness"; „indoor climate syndrome"). Az utóbbi időben *idült formaldehidimmissio-okozta* intoxicatiókról számolnak be az irodalomban (iskola, középület).

A szerzők ezt egy négytagú család közös kórképével szemléltetik, akiknél egy felújított házba való költözködés után nyálkahártyaizgalmak, kötőhártyahurut, általános bizonytalan közérzeti zavarok, fejfájás, rosszullétek és étvágytalanság léptek fel. A tüneteket „psychovegetativ syndroma" néven könyvelték el és további figyelmet nem tulajdonítottak neki. A tömeges szomszédos feljelentések alapján sikerült a noxát azonosítani, nevezetesen a forgácsból préselt lemezekből formaldehidgőzök folyamatos kiáramlására. A formaldehidszint a szobalégtérben 0,35 ppm volt. A lakáscsere után — tíz évvel a lakásfelújítás után — a panaszok gyorsan megszűntek.

Az idült formaldehidimmissio diagnózisa a leírt kórképen és az otthoni légtér minőségi és mennyiségi meghatározásán alapszik.

ifj. Pastinszky István dr.

Halmérgezés Nagy-Britanniában: beszámoló több mint 250 gyanús esetről 1976—1986 között. Bartholomew, B. A., Barry, R. P., Gilbert, R. J. (Food Hyg. Labor. Cent. Publ. Hlth Lab. 61, Colindale, London NW9 5HT): Epid. Infect. 1987, *99*, 775.

1976 és 1986 között Nagy-Britanniában 258 halmérgezési esetről számoltak be. Ezen kitörések során 240-nél vizsgáltak halmintákat histamintartalomra és 101 alkalommal a minták histamin-tartalma meghaladta az 5 mg/100 g értéket. Mint legfontosabb tüneteket, gyorskiütést, vizenyőt, hasmenést és fejfájást figyeltek meg a fogyasztóknál. Az utóbbi években a halmérgezések száma csökken, és egyre inkább sporadikus esetek adódnak. Tapasztalták, hogy ha a histamintartalom 20 mg/100 g fölé emelkedik, a tünetek majdnem minden fogyasztónál típusossá válnak, ha a histamintartalom 5—20 mg között van, csak a fogyasztók 38%-a jelez tüneteket. Az esetek többségében (több mint 70%) a mérgezést makréla vagy tonhal fogyasztása okozta, az előbbi füstölt formában, az utóbbi dobozolt formában került forgalomba. A legtöbb halmérgezést 1979-ben figyelték meg, akkor 40 eset került bejelentésre, más években a bejelentett esetek száma 1—12 között váltakozott. Az utóbbi években a csökkenés nem hozható kapcsolatba a kevesebb forgalomba került halmennyiséggel, mert az inkább emelkedést mutatott.

Nikodemusz István dr.

Szülészet-nőgyógyászat

„Magzati bizottság": az abnormális magzat kezelésének multidisciplináris megközelítése. Porter, K. B. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, University of South Alabama, Mobile, Alabama): Obstet. Gynecol. 1988, *72*, 275.

A szerzők intézetében már hosszabb ideje működik az úgynevezett „tumor bizottság", amelynek célja a rosszindulatú daganatos megbetegedésben szenvedő betegek kezelésének az illetékes szakmák szakemberei által történő megtervezése és koordinálása. A fejlődési rendellenességben szenvedő magzat sorsának eldöntése ugyanilyen multidisciplináris feladat. E célból hozták létre a „magzati bizottság"-ot („fetal board"), amely elé az alábbi esetek kerülnek megtárgyalásra, illetve döntésre:

— ultrahanggal diagnosztizált magzati és lepényi rendellenességek,
— prenatálisan diagnosztizált magzati kromoszóma rendellenességek,
— magzati brady- vagy tachyarrhythmia,
— magas ismétlődési kockázatú magzati rendellenesség az anamnézisben,
— teratogén expozíció,
— polyhydramnion.

A bizottságban a szülész és ultrahang szakember mellett részt vesz genetikus, patológus, neonatológus, gyermeksebész, idegsebész, urológus, gyermekkardiológus és szociális gondozónő (védőnő).

Ez a multidisciplináris team minden esetet megtárgyal, jóváhagyja a diagnózist, dönt a terhesség sorsáról, megtervezi a további kezelést, illetve beütemezi a terhesség terminálását, kiértékeli a befejezett eseteket, és megfelelő genetikai tanáccsal látja el az érintetteket.

[Ref.: Hasonló bizottságok nemcsak Amerikában működnek. A referensnek nemrég módjában állt a berlini Charité Női Klinikáján működő hasonló feladatú bizottság ülésén részt venni. Itt ugyancsak több érdekelt szakma képviselői (szülész, genetikus, neonatológus, gyermeksebész) döntenek a fejlődési rendellenességben szenvedő magzat sorsáról, megosztva ezáltal a döntéssel járó nagy felelősséget.]

Gardó Sándor dr.

A cystikus hygroma prenatális diagnosztikája és kezelése. Pijpers, L. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Erasmus University, Rotterdam): Obstet. Gynecol. 1988, *72*, 223.

A cystikus hygroma a nyirokrendszer veleszületett rendellenessége, amely a jugularis nyirokerek és a v. jugularis interna

közötti összeköttetés kialakulásának az elmaradására vezethető vissza. A cystikus hygromák endothellel bélelt egy- vagy többrekeszes, folyadékkal kitöltött képletek többnyire a hátsó nyaki régióban alakulnak ki, de néha a nyak elülső oldalán, axillárisan, továbbá a mellkas, ill. a bordák felett is létrejöhetnek.

A szerzők négyéves anyagában az ultrahanggal diagnosztizálható strukturális defektusok 3,4%-ában, azaz tizenhét esetben fordult elő a cystikus hygroma. Nonimmum hydrops nyolc esetben társult a hygromához. Prenatális kromoszómavizsgálatot 12 esetben sikerült elvégezni, kóros kariotípust (triszómia, X-monoszómia) 7 esetben diagnosztizáltak. Három magzat intrauterin elhalt, a tizennégy élő terhességből tizenhármat a szülők kérésére megszakítottak. Az egyetlen kiviselésre szánt terhesség a 28. héten ugyancsak elhalt.

A szerzők összegezték az irodalomban közölt 84 kariotipizált cystikus hygromás magzat adatait. Normális kariotípust csupán 17 esetben észleltek, a Turner-szindrómára jellemző X-monoszómia 39 esetben, míg autoszomális triszómia tíz esetben fordult elő.

Cystikus hygroma esetén a magzat kromoszóma vizsgálatát feltétlenül el kell végezni. Ezt indokolja a kromoszóma aberrációk jelentős aránya mellett az is, hogy a kariotípus fontos információt nyújt az ismétlődés kockázata felől. Az X-monoszómia, valamint az autoszomális triszómiák ismétlődésének kockázata csekély, ennek ellenére a szerzők következő terhesség esetén felajánlják a prenatális diagnosztikát. Normális kariotípus esetén viszont olyan nem kromoszomális szindrómák állhatnak a háttérben, amelyek ismétlődésének a kockázata a 25%-ot is elérheti. Ilyen esetekben a következő terhesség csakis gondos ultrahang monitorizálás mellett vállalható. A cystikus hygroma prognózisa egyébként igen rossz, az esetek többsége intrauterin elhalással végződik.

Gardó Sándor dr.

A polycystás petefészkek: átlagos lelet normális nőkben. Polson, D. W. és mtsai (St. Mary's Hospital Medical School, London W2 1PG): Lancet, 1988, *1*, 870.

A szerzők 257 magukat normálisnak tekintő 18—36 éves nőt vizsgáltak, akik két csoportból adódtak: 99 orális fogamzásgátlót szedőből és 158 nem szedőből. Polycystásnak tekintették azokat a petefészkeket, amelyekben tíz vagy több 2—8 mm átmérőjű tömlőt találtak nagyobb mennyiségű stromával.

A petefészkek külleme szoros kapcsolatban volt a menstruációs anamnézissel a 149 spontán ciklusú asszonyban. A 116 normális petefészkű nő egy kivételével rendszeresen menstruált; ezzel szemben a 33 polycystás közül csak 8 menstruált rendszeresen. A 8 polycystás közül, akinek szabályos ciklusa volt, hatnak enyhe vagy mérsékelt hirsutismusa volt.

A polycystás petefészkű nőknél 36 luteinizáló hormon meghatározást végeztek, és ezek közül 9 LH szint az átlagos normális nőkénél magasabb volt. Ötven normális nő LH szintje viszont egy kivételével megfelelt az átlagosnak. A szérum FSH koncentráció a polycystás petefészkű nőkben 3,5 (SD 1,8) E/l, normális petefészkűekben pedig 4,4 (SD 2,1). A fogamzásgátlókat szedő asszonyok gonadotropin koncentrációja, mint várható is, alacsonyabb volt, mint a spontán ciklusúaké.

A szerzők a fogamzásgátlókat nem szedő asszonyokban 23%-ban, a fogamzásgátlókat szedőkben pedig 20%-ban találtak polycystás petefészkeket. Összesítve a vizsgált asszonyok 22%-ában. A szabályos ciklusúak csak 7%-ának volt polycystás petefészke, és ezek közül csak 2 nem volt hirsutismusos. Ezzel szemben a szabálytalan ciklusúak 86%-ának volt polycystás petefészke.

A szerzők felvetik a kérdést, hogy lehetséges-e, hogy a polycystás petefészkek a normális ovariumok morfológiájának a variánsai. A különbség a petefészkek térfogatának megoszlásában a polycystás és a nem polycystás petefészkek között ezt valószínűtlenné teszi. A normális populációban a nagy gyakoriság ellenére a polycystás petefészkek határozott morfológiai alak.

Jakobovits Antal dr.

A klinikai terhesség megállapítását befolyásoló tényezők. Sharma, V. és mtsai (Hallam Medical Centre, London WIN 5LR): Fertil. Steril. 1988, *49*, 468.

A szerzők 2,5 év alatt 2232 cikluson át kezeltek clomiphennel és humán menopausalis gonadotropinnal különböző korú 1294 beteget. A peteérés időzítésére 5000 NE hCG-t adtak. Az ellenőrzést ultrahanggal és biokémiailag végezték. Az ultrahanggal irányított petesejtleszívást szabad kézzel a hasfalon át végezték. Az inseminatio után 18 órával megvizsgálták az oocytákat és ha két pronucleust találtak, megtermékenyítettnek tekintették. A petesejt leszívás után 48—60 órával, amikor legalább egy mitosisos osztódás volt, vitték be a méhbe. Terhességnek tekintették, ha az utolsó menstruáció után több mint 6 hetes volt az amenorrhoea, és a petezsák látható volt.

A betegeik kor szerinti megoszlása: 25 év alatti 33,7%; 26—30 éves 20,9%; 31—35 éves 22,3% és 36—40 éves 21,4%. A korral folyamatosan csökken a kapott oocyták átlagos száma. Az összes petesejt számához viszonyítva a legnagyobb számú klinikai terhesség 26 és 30 év között következett be, a legkevesebb pedig 36—40 év között. A klinikai terhesség gyakorisága folyamatosan nőtt 8,6%-ról, amikor egy embryót vittek át, 29,5%-ra, amikor négyet. Az összegyűjtött oocyták száma 1 és 25 között volt. Az implantációs gyakoriság alacsonyabb volt, amikor több mint 10 oocytát gyűjtöttek össze. A klinikai terhességek gyakorisága alacsonyabb a 26 napos vagy rövidebb ciklusok esetén. Kora terhességben több ikert észleltek mint később. A legjobb eredményeket akkor érték el, amikor 7—9 oocytát gyűjtöttek, és több mint 60% fertilizálódott. A felesleges embryók átültetése a sikerre nem jelent pozitív hatást. Ezért az optimális feletti serkentés nemcsak a hyperstimulatio kockázatát növeli, hanem a sikert is veszélyezteti. Eredményeik szerint, ha a tényezők optimálisak, átültetésenként klinikai terhesség 37%-ban várható.

Jakobovits Antal dr.

A méhen kívüli terhesség utáni fertilitás viszonya az előzményi tényezőkhöz és a sebészi kezeléshez. Thorburn, J., Philipson, M., Lindblom, B. (Dept. of Obstetrics and Gynecology, University of Göteborg, S-41345 Göteborg, Svédország): Fertil. Steril. 1988, *49*, 595.

Ektópiás terhesség (ET) után a szülészeti prognózis nagyon kedvezőtlen és az operált asszonyoknak csak mintegy 1/3-a szül élő magzatot, több mint 50%-uk pedig ezután képtelen fogamzani.

A szerzők 205 ET-vel kezelt betegüknek írtak a műtét után 4—5,5 évvel. Közülük 171 (83,4%) válaszolt, 34 (16,6%) nem. A 171 közül 112 (65,5%) asszony terhes kívánt lenni, a többi nem. A szülni vágyó 112 közül 85 (75,9%) fogamzott és 60 (53,6%) szült legalább egyszer. E 60 asszony közül 8 ismételt ET és 6 spontán vetélő volt. Két asszonynak csak spontán vetélései voltak, míg 23-nak ismételt ET-e volt, de ezek között 3 spontán vetélés is volt.

Az 59 szülni nem kívánó közül 47 sterilizált volt vagy fogamzásgátlót használt. A maradék 12 szexuálisan nem volt aktív vagy meddőnek tekintette magát. A teljes koncepciós gyakoriság 15 (25,4%) beleértve 3 ET-t, 14 terhességmegszakítást és spontán vetélést, de szülés nem volt.

A következő terhességek 41,2%-ban egy, 72,9%-ban két és 94,1%-ban négy éven belül következtek be. Az összes terhességnek majdnem 6%-a négy vagy több évvel később következett be.

Az előző beavatkozásokat illetőleg laparoszkópia volt 62,9%-ban. Jobb oldali ET volt 59,0%-ban. A sárgatest az ellenkező oldalon volt a 118 azonosított esetből 48 (40,7%) esetben. A leggyakoribb beavatkozás volt a tubotomia 31,7% és tuba resectio 28,3%. Ritkább eljárások: a „fejés" (expressio ovi) 18,1%, salpingectomia 18,5% és salpingooophorectomia 0,5%.

Akik terhesek kívántak lenni, azoknál az adnexumok körüli összenövések és/vagy tuba betegség összefüggésben volt a terhességi kimenetellel.

A szülni kívánók 3/4 része fogamzott, és 53,6%-uknak legalább egy szülése volt. Ez az utóbbi években közölt legjobb eredményeknek és meglepőnek látszik, mivel a szerzők speciális sebészeti technikát (pl. mikrosebészet) nem alkalmaztak.

Az ismételt ET gyakorisága összehason-

lítva magas, amit részben a konzervatív kezelés, ami 80%-ot tett ki, magyarázhat. Sok szerző mégis azt állítja, hogy az involvált kürt konzerválása nem növeli az ET előfordulását. A szerzők szerint az előzményekben az infertilitás és hasi műtét, valamint a megelőző curettage jelentőséggel bír a későbbi fogamzásra.

Jakobovits Antal dr.

A Mendelson-syndroma prophylaxisa a szülészeti anaesthesiában. Ragyev, R. N. (Megyei Klinikai Kórház, Tolbuhin, Bulgária): Akusersztvo i ginekologia, 1987, (12), 44.

A Mendelson által 1946-ban összefoglalt tünetegyüttest a műtét során a légutakba került gyomorbennék váltja ki. A pneumonitis tünetei (cyanosis, dyspnoe, tachypnoe, tachycardia, shock) az aspiratio után 2—12 órával alakulnak ki, s végső soron DIC syndromához vezetnek.

Sok szerző úgy véli, hogy Mendelson-sy. csak akkor alakul ki, ha a gyomorbennék pH-ja 2,5—3,0-nál kisebb. Terhesség alatt számtalan tényező fokozza az aspiratiós syndroma kialakulásának veszélyét. Célszerűnek látszik a gyomorbennék pH-jának befolyásolása antacida segítségével.

A szerző panaszmentes önkénteseken és terheseken végzett vizsgálatai során Almagel A-t és cimetidint *(ref.: Histodil)* alkalmazott. Az Almagel adása után a gyomorbennék pH-ja 3,5—5,0 között, míg cimetidint követően (400 mg per os a császármetszés előtt 2 órával) 5,5—7,0 között volt.

Bár a cimetidin átjut a placentán, káros hatását a magzatra vagy újszülöttre nem észlelték. A szerző a cimetidint a Mendelson-syndroma reményteljes prophylaxisának gyógyszereként ajánlja császármetszés esetén.

Orosz András dr.

A késői terhességi toxaemia néhány vitatott kérdése. Sztrizsova, N. V. (Moszkva): Akusersztvo i ginekologia, 1987, (12), 60.

Az EPH-gestosis kialakulásában a kutatók figyelme egy-egy kiindulási tünetre irányul. Sajnos, amikor a klinikai tünetek megjelennek, a trigger már nem deríthető ki, mert ilyenkor a kóros folyamat már a szervek sokaságát érinti. Az utóbbi évek kutatásai szerint a „késői" terhességi toxaemia már az I. trimenonban kezdődik. Ezeket az elváltozásokat aránylag egyszerű biokémiai módszerekkel lehet kimutatni. Aetiológiai faktorként valószínűleg a trophoblast és lepény fehérjeszintetizáló funkciójának a zavara fogható fel. Az említett fehérjék többek között az immunfolyamatokat szabályozzák, a vér aggregációs állapotát befolyásolják.

A klinikai képet nem a pathologiás folyamat súlyossága (szöveti dystrophia, necrosis), hanem a kórkép és kompenzációs mechanizmusok viszonya szabja meg. Minél kifejezettebb a kompenzáció, annál szegényebb a klinikai kép. Éppen ezzel magyarázhatók az EPH-gestosis „váratlan" súlyos szövődményei, ill. hirtelen súlyosbodása a dekompenzáció bekövetkezésekor. A kompenzáció időszakát szakmai körökben gyakran praetoxaemiának vagy enyhe fokú EPH-gestosisnak nevezik, ami csökkenti a kórképre fordítandó figyelmet. A gyakorlatban az enyhe fokú toxaemia is lehet súlyos például akkor, ha magzati hypotrophia kíséri. A hypotrophia foka egyébként az anyai és magzati szervezet közötti konfliktust tükrözi. A klinikailag manifeszt EPH-gestosis előtt pár héttel a thrombocyta-szám csökkenése állapítható meg.

A toxaemia kezelésére ma a polypragmasia jellemző, ami iatrogen szövődmények kialakulásához vezethet. A belgyógyászatból kritika nélkül átvett hypotensiv szerek helyett a magnéziumszulfátot kell előnyben részesíteni szedatív, diuretikus és hypotensiv hatása miatt. Nem szabad azonban arról megfeledkezni, hogy a várt eredmény csak a hypovolaemia korrekciója után érhető el. A hypovolaemia elleni kezelésben a fehérjeoldatoknak van elsődleges szerepük. Az infúziós kezelés individuális, amit a centrális vénás nyomás, diuresis ill. a haematocrit szab meg.

Enyhe fokú gestosis esetén kb. 1 hét alatt kell dönteni a terhesség továbbviselhetőségéről, míg súlyos esetekben 6—12 órás kivizsgálás után szükség lehet a szülésindukcióra. A szülés módját a szülőcsatorna állapota befolyásolja. A terhesség 22—26. hetében kialakult manifeszt toxaemia radikális megoldást igényel. A hosszadalmas kezelés ugyanis áljólétet biztosít átmenetileg, majd hirtelen rosszabbodik a beteg állapota.

Orosz András dr.

Eredményes kockázatos terhesség veseátültetés utáni első évben cyclosporin-immunsuppressivum-kezelés kapcsán. Biesenbach, G. és mtsai (Med. Abt. und Abt. f. Geburtshilfe des Allgemeinen Krankenhauses Linz): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 939.

1978-ig Európában 170, Észak-Amerikában 400 veseátültetés utáni terhességet ismertettek, amelyek közül Európában 57%-ban, Észak-Amerikában 61,5%-ban életképes gyermek születésével végződött. A cyclosporin-A-immunsuppressivummal kezelt vesetranszplantált betegeknél a terhesség ideális időpontját továbbra is az átültetés utáni 2—5 évben adják meg, mivel ilyenkor a veseműködés stabilizálódott és az immunsuppressiv kezelés csökkentett. A veseátültetés utáni, cyclosporin-A-kezelésben részesült *első* évbeni terhességről azonban csak gyér adat van az irodalomban.

A szerzők 41 éves analgetica-nephropathiában szenvedő betegénél az eredményes veseátültetés utáni 13 hónappal a CyA-immunsuppressiv kezelés alatt terhességet észleltek. Az anya rhesus-incompabilitasa miatt a terhesség kockázatos volt. A transplantatio utáni korai fázisban a CyA-indukált nephrotoxicitás magas veszélye ellenére a beteg a graviditas alatt ugyanazon élettani veseelváltozásokat mutatta, mint az egészséges anyák. A 200—600 ng/ml CyA teljes vértükör fenntartására a dózist 380 mg-ról 550 mg-ra kellett emelni. A CyA-szükséglet relatív növekedése a fetalis máj járulékos CyA-metabolizálásával magyarázható.

ifj. Pastinszky István dr.

Szonográfia a méhnyak-elégtelenség kimutatásában. Podobnik, M. és mtsai (Clinics for Gynecology and Obstetrics, Zajceva 19, Zagreb, Jugoszlávia): J. Clin. Utrasound, 1988, *16*, 383.

A szerzők 80 cervix elégtelenségre veszélyeztetett terhest vizsgáltak a 10.-től a 36. hétig. Kontrollként 40 először és 40 többször szült egészséges asszonyt vizsgáltak a terhesség 10.-től a 28. hetéig. Teli húgyhólyag mellett mérték a cervix hosszát (a külső és a belső méhszáj között), a nyakcsatorna szélességét és az alsó méhszegmentum mellső falának vastagságát. A méhnyak átlagos hossza a 10—36. hét között 49,6-tól 42,2 mm-ig váltakozott. A cervix hosszában a 10—14. és a 25—36. terhességi hét között statisztikailag szignifikáns különbséget találtak. A méh mellső falának alsó szegmentuma a 10—14. hét között szignifikánsan vastagabb mint a 20—36. hét között. A méhnyakcsatorna szélességében a különböző korú terhességekben jelentős különbséget nem találtak.

A cervix hossza és az alsó méhszegmentum mellső falának vastagsága a veszélyeztetett és a kontroll csoport között szignifikánsan eltért bármilyen korú terhességben. A veszélyeztetett 20 beteg közül 8-ban a 20—23. terhességi hét között találtak incompetentiát. A cervix hossza 33 mm (4,3 mm SD) és az alsó szegmentuma a mellső falnak 8,5 mm vastagságú (1,9 mm SD) volt. A 24—28 hetes csoportban ultrahanggal a 20 közül 10 betegben mutattak ki méhnyak elégtelenséget. A veszélyeztetettek 45%-a a cerclage után átlagosan a 37,3 héten szült. Öten vetéltek a 26. hét előtt.

A szerzők ajánlják a veszélyeztetett betegek első ultrahang vizsgálatát a 10—14. héten különös tekintettel a cervix hosszára, az alsó méhszegmentum mellső falának vastagságára és a cervix csatorna szélességére. A 80 veszélyeztetett beteg közül 36 (45%)-nak a cervix elégtelenség szonográfiás jelei még a klinikai tünetek megjelenése előtt kimutathatók voltak. A 10 mm-nél tágabb cervix csatorna és az elöl fekvő burok esetén a terhesség gyakran végződik vetéléssel. A 10—14. héten a veszélyeztetettek 35,5 mm-nél rövidebb cervixe és az alsó

méhszegmentum mellső falának 9,8 mm-nél vékonyabb volta javallja a kéthetenkénti vizsgálatot. A 15—19. héten a 34,1 mm-nél kisebb hossz és a 9,0 mm-nél kisebb vastagság indikáció a cerclage elvégzésére.

Jakobovits Antal dr.

A magzat véráramlás gyorsaságának szonográfiás mérése mint másodlagos kórismézési teszt a retardált méhen belüli növekedés szűrésében. Marsál, K., Persson, P.-H. (Malmö General Hospital, S-21401 Malmö): J. Clin. Ultrasound., 1988, *16,* 239.

Az anyai tünetek alapján a retardált magzatoknak kevesebb mint 40%-a gyanítható. A legtöbb esetben a véráramlás megromlott vagy az uteroplacentaris vagy a fetoplacentaris keringésben, esetleg mindkettőben. A szerzők klinikáján a terheseket 16 és 32 hetes korukban vizsgálják. Mivel a retardáltaknak csak a fele manifesztálódik a 32. héten, ezért további vizsgálatot kell végezni a 38. héten. Így a terhesek kb. 17%-át kétszer vizsgálják a 3. trimeszterben.

A magzat leszálló aortájának mellkasi részében és a köldök artériában mérték a véráramlás gyorsaságát Doppler műszerrel és dinamikus ultrahanggal.

Másfél év alatt 3226 egyes terhességet szűrtek. 96 (3%) újszülött súlya volt az átlagos mínusz 2 standard deviáció alatt. Utóbbiak közül 43 észrevétlen maradt és 62-t fedeztek fel ultrahanggal; 34 (55%) már a 32. héten manifesztálódott.

Szonográfiás vizsgálattal 80 terhes magzatát találták retardáltságra gyanúsnak: 72 (90%)-nél végezték el a véráramlás vizsgálatot, ami normális volt 40 és abnormális 32 esetben. Az abnormálisok átlagos születési súlya 1965 g volt és distress miatt 69%-ban került sor műtétes szülésre. Egy magzat halt meg méhen belül, a véráramlás mérés abnormális volt, viszont a nem stress teszt még az elhalás előtt néhány órával is normális volt.

A szűrés érzékenysége 64,5%, a specificitása 99,5%. A 32. héten a retardáltak 36%-a fel nem fedezett maradt és 0,4% volt a hamis pozitív eredmény. A fetometria és a Doppler vérátáramlás mérés az intenzív felügyeletet igénylők számát 10%-ról 1,2%-ra csökkentette. A módszer azonban csak megfelelően gyakorlott vizsgáló kezelésében értékes a veszélyeztetett magzatok felismerésében.

Jakobovits Antal dr.

A triptorelin megóvja a myomás betegeket a méhkiirtástól. Van Leusden, H. A. I. M. (Department of Obstetrics and Gynaecology, Rijnstaete E. G. Hospital, 6800 EK Arnhem, Hollandia): Lancet, 1988, II, 508.

A szerző 28 beteget kezelt 4—6 hónapig triptorelinnel. A betegeknek a méh falában leiomyomás gócai voltak. A kezelés után a lefolyást 2—19 hónapig követte figyelemmel. A triptorelint 4 mg-os biodegradábilis mikrokapszulákban havonta egyszer injiciálta. Az első injekciót a ciklus 21. napján adta. A kezelés előtt, valamint a követési idő alatt ultrahanggal mérte a méh nagyságát. A 28 beteg közül 5 a menopausába jutott a kezelés folyamán vagy röviddel utána, amire az amenorrhoeából és a hormon meghatározásokból következtetett. A 6 perimenopausalis beteg méh nagysága a kezdés alatti 588 ml-ről 125 ml-re csökkent, és ekkora maradt a követési idő alatt. Egyiknek sem kellett a méhét eltávolítani. A praemenopausalis asszonyok méhe 444-ről 158 ml-re csökkent átlagosan. A fibroidok növekedése (373 ml-ig) miatt 9 betegnek szükséges volt a méhét eltávolítani. A műtéteket átlag 6 hónappal a kezelés befejezése után végezte. A többi 13 praemenopausalis betegnek a kezelés utáni időszakban nem nőtt a fibroidja és 3 asszony tünetmentes több mint egy évvel a kezelés után. A praemenopausalis betegek ösztradiol és osteocalcin szintre a kezelés 2. hónapjában visszatért a normális szintje.

A szerző következtetése, hogy a myomás betegek méheltávolítása a perimenopausában elkerülhető triptorelin (GnRH) kezeléssel, a praemenopausalis betegeknek azonban megmarad a méheltávolítás szükségességének veszélye, bár a legtöbb hosszú ideig tünetmentes a rövid kezelési időszak után.

Jakobovits Antal dr.

Radiológia

A has és a retroperitoneum finom- és vastagtűvel végzett ultrahangvezérelt punkciója. Binder, T. és mtsai (Abt. Innere Med. II. und III., Univ. Klin. Ulm): Dtsch. med. Wschr., 1988, *113,* 43.

A szerzők 220 beteg 253 ultrahangvezérelt punkcióját analizálták *retrospektive* azzal a céllal, hogy a finomtűbiopszia eredményeit (167 eset) a vastag tűvel végzett punkció (86 eset) eredményeivel hasonlítsák össze. Az összes punkciót 3,5 MHz-es fejre alkalmazott vezetővel végezték. A finomtűbiopsziákhoz 20—22—23 g-s Chiba tűt, a vastag tűvel végzett punkciókhoz 16 g-s, 1,67 mm külső átmérőjű vastag tűt, a diffúz májelváltozásokhoz 17 g-s, 1,35 mm külső átmérőjű kanült, a vesepunkciókhoz Vim—Silverman tűt (14 g) használtak. A finomtűbiopsziát máj, pancreas, vese, malignus lymphomák, ill. néhány egyéb intra-, vagy retroperitonealis körülírt elváltozás citológiai vizsgálatára, a vastagtűbiopsziát pedig máj, vese és malignus lymphomák szövettani hátterének tisztázására végezték. A vastag tűvel végzett punkciók alkalmával minden esetben szövettani értékelésre alkalmas anyagot nyertek. A finomtűbiopsziák 6,6%-ában citológiai értékelésre alkalmas anyagot nyerni nem sikerült.

Eredményeik az irodalmi adatoknak megfelelőek voltak. A sensitivitás és a specificitás egyaránt meghaladta a 90%-ot, kivéve a máj finomtűbiopsziáját, melynek sensitivitását 84%-osnak találták, s ez alatta marad az irodalmi átlagértékeknek. Rendkívül figyelemreméltó az a megfigyelésük, hogy a sensitivitás sokat — akár 55% körüli értékre is — romolhat, ha a citológiai értékelést gyakorlatlan személy végzi.

A tévedések rendszerint téves negativitást jelentenek, bár téves pozitivitás is előfordul. A tévedések okai szerzők szerint a következők: 1. erősen vascularizált tumorok a biopsziánál véreznek, s a vvt.-ek elfedik a kevés értékelhető sejtet, 2. heges, vagy vastag kötőszöveti tokkal borított elváltozásokat nem tudnak a finom tűvel átszúrni, 3. a tű nem a tumorszövetbe, hanem az abban lévő fibrotikus, vagy nekrotikus területbe talál, 4. egymás mellett lévő folyamatok (pl. tumor és régi műtét hege) azonos akusztikus tulajdonságok esetén az ultrahang képen nem különíthetők el egymástól, s a mintavétel a diagnózis szempontjából érdektelenebb területről történik.

Szövődmények kis számban fordultak elő. A betegek kb. fele a biopszia során fájdalomról panaszkodott, mely fájdalomcsillapítók adására megszűnt. Egy pancreastumoros betegüknél 8 nappal a 20 g-s tűvel végzett biopszia után erős vérzés keletkezett, mely vvt. koncentrátum adását tette szükségessé. Egy másik, non-Hodgkin lymphomás betegben, értékelhető anyagot nem nyújtó finomtűbiopsziát követően Menghini tűvel történt újabb biopszia. Ezután 3 nappal peritonitis lépett fel, majd az ezt követő 11. napon a beteg szeptikus sokkban meghalt. Véleményük szerint mindkét esetben lehetett a szövődmény az alapbetegség következménye is, de a biopszia kóroki szerepét biztosan kizárni nem lehetett.

Irodalmi adatokkal egyezően úgy vélik, hogy a vastagtűvel végzett biopsziáknál a tévedések száma kisebb, de gyakrabban kell szövődményekkel számolni. Ezért a szerzők a szövődmények elkerülésére általában a finomtűbiopsziát alkalmazzák először. A vastagtűbiopsziát körülírt májelváltozások, veselaesiók, valamint olyan egyéb eredetű kóros eltérések eseteiben végzik, amelyekben a vékonytűbiopszia nem nyújtotta a kórisméhez szükséges értékelhető információt.

Szebeni Ágnes dr.

A computer tomographia és a hagyományos csontdiagnosztika javallata és értéke csontáttétek kimutatásában. Rieden, K. és mtsai (Radiologische Universitätsklinik Heidelberg): Fotschr. Röntgenstr. 1988 *148* 505.

A csontrendszer egyes daganatféleségek áttéteinek gyakori helye, és ezen áttétek kimutatása a kezelés helyes megválasztása szempontjából sorsdöntő. A hagyományos röntgenfelvételek és a csontscintigraphia

téves negatív és téves pozitív eredményt egyaránt adhat. A röntgenképen látható osteolysis korántsem biztosan metastasis, ugyanez vonatkozik a sclerosisra is. Számos közlés szerint a CT döntő adatokat képes szolgáltatni ezen a téren is.

A szerzők 1003 betegben összesen 2467 gyanús csontterület vizsgálatát végezték el. Az esetek 95%-ban a hagyományos röntgenvizsgálat már az első alkalommal helyes kórismézhez vezetett. 136 bizonytalan röntgenlelet után a CT 52%-ában adott biztos kórismét, 40%-ban csak gyanította a metastasist, 8%-ban pedig nem jellegzetes leletet adott. Az anyagban összesen 64,8% metastasis volt 32,6% jóindulatú csontfolyamat mellett. A CT előnye a folyamat csonton belüli és kívüli kiterjedésének pontosabb ábrázolásából, a denzitásmérés lehetőségéből, egyes anatómiai területek előnyös leképezéséből adódott.

Csontáttét klinikai vagy scintigraphiás gyanúja esetén továbbra is a hagyományos röntgenvizsgálaté az elsőbbség. Ha ennek eredménye nem egyértelmű vagy ellentmondásosan negatív, akkor kerül sorra a CT vizsgálat, különösen a röntgenfelvételeken nehezen megítélhető regiókban, mint a sacrum, a sternum, a koponyaalap, a gerinc cervico-dorsalis és thoraco-lumbalis átmenete. A CT abszolút javallata neurológiai tüneteket okozó gerincfolyamat. Csontáttét keresésére első eljárásként a CT nem alkalmazható. A röntgenfelvétel és a CT negatív lelete azonban együtt sem zárja ki biztosan metastasis jelenlétét, különösen pozitív scintigraphiás kép mellett. Ilyenkor rövid időközben ismételt vizsgálat végzendő.

Laczay András dr.

A végtagok környéki idegeinek ultrahangvizsgálata. Fornage, B. D. (Institut Jean-Godinot, Reims): Radiology, 1988, *167*, 179.

Megfelelő érzékenységű és felbontóképességű ultrahangkészülék birtokában jól lehet ábrázolni hosszmetszetben és keresztmetszetben a környéki idegeket és azok kóros alaki elváltozásait. A szerzők 5 és 7,5 MHz transducerekkel végzett vizsgálataikról számolnak be. Bemutatják az ép nervus medianus, ulnaris és ischiadicus ultrahangképét. Az idegtörzsek környezetüktől élesen elhatárolódó, echodenz, rostos szerkezetű kötegként ábrázolódnak. A képletek azonosságát tetemekben végzett vizsgálatokkal igazolták. Az ultrahangképen idegnek ítélt kötegbe sonographiás célzással festéket fecskendeztek, majd kipreparálták, így győződtek meg véleményük helyességéről. Az anatómiai képek után schwannoma, neurofibroma, neurolemmitis és traumás neuroma ultrahangképét mutatják be. Összesen eddig 11 kóreset ultrahangvizsgálatát végezték el, ebben szerepel 4 schwannoma, 3 neurofibroma, 2 traumás neuroma, 1 neurolemmitis és 1 leprás elváltozás. Valamennyi kóros képlet a normál idegállományhoz képest echoszegény formában ábrázolódott, a schwannomák többnyire éles, a többiek kevésbé éles kontúrral. Az ideg gyulladásos folyamatára echoszegény kiszélesedése jellemző. Szövetspecifikus ultrahangképről persze nem lehet beszélni, mindazonáltal a nagyfrekvenciás ultrasonographia érdekes új lehetőség ezen ritka kórfolyamatok morfológiai diagnosztikájában.

Laczay András dr.

Az ujjak glomus-tumorainak ultrahangvizsgálata. Fornage, B. D. (Institut Jean-Godinot, Reims): Radiology, 1988, *167*, 183.

15 esetben végeztek ultrahangvizsgálatot 5 és 7,5 MHz lineáris real-time transducerrel glomus tumor gyanújának tisztázására annak sebészi eltávolítása előtt. A kórisme 12 estben igazolódott. A glomus tumorok a kéz ujjainak lágyrészeiben fordulnak elő, főként a distalis ujjpercek területén, nemritkán a köröm alatt. Fájdalom, érzékenység, hőérzékenység hívja fel rájuk a beteg figyelmét. Többnyire néhány mm méretű, kis képletek, sokszor nem is tapinthatók. Közvetlen képi ábrázolásukra eddig nem volt lehetőség, újabban szórványos közlések jelentek meg sonographiás észleléseikről.

A szerzők bemutatják az ujjak érintett területeinek normál ultrahangképét és néhány hosszmetszeti és keresztmetszeti képet glomus-tumorokról. Ezek mindig kerekded, echoszegény képletként ábrázolódnak. Egyéb hasonló elhelyezkedésű kóros képletektől, mint epithelialis, mucoid vagy synovialis cysta, angioma, haematoma, pusztán a sonographiás kép alapján nem különíthetők el, mert azok is hasonló jellegű echoszegény képet adnak. A jellegzetes panaszokat figyelembe véve azonban a kórisme felállítható. Röntgenfelvétel az esetek egy részében mutathat a köröm alatti formákban széli erosiót a csonton. Az ultrahangvizsgálat minőségét meghatározza a transducer feloldóképessége, feltehetően 10 MHz transducer birtokában az eredményeket javítani lehet. A kórisme biztosításán kívül az ultrahangvizsgálat természetesen a sebésznek is segít a képlet pontos háromdimenziós lokalizálásával.

Laczay András dr.

A subchondralis synovialis cysta (intraossealis ganglion). Graf, L., Freyschmidt, J. (Zentralkrankenhaus St.-Jürgen-Strasse, Bremen): Fortschr. Röntgenstr. 1988. *148*. 398.

A subchondralis synovialis cysta vagy más néven intraossealis ganglion jóindulatú, daganatszerű képződmény a csontok ízületközeli részeiben. A szerzők 12 eset alapján adnak áttekintést a kórképről. Betegeik életkora 33 és 63 év között volt, 8 férfi és 4 nő. Kórelőzményükben érdemi trauma nem szerepelt, röntgenvizsgálatukra hetekévek óta észlelt helyi fájdalom miatt került sor. Röntgenképen jellegzetes a subchondralisan elhelyezkedő osteolytikus elváltozás, melyet éles határral sclerosis övez kerek, lebenyezett, ritkábban multicentrikus alakban. CT jól mutatja a képlet kiterjedését, az ízülethez való viszonyát, bennékének folyadékjellegét és a belső meszesedés hiányát. Az észlelt cysták elhelyezkedése a következő volt: scapulán a cavitas glenoidalis környéke 2, acetabulum 1, femur distalis része 1, tibia proximalis része 5, distalis része 3 esetben. Az elkülönítő kórisme szempontjából mérlegelendő a chondroblastoma, az óriássejtes tumor, a fibroma non ossificans, a fibrosus dysplasia, a degeneratív cysták, a meniscus-ganglion és az epiphysisközeli Brodie-tályog. Az elkülönítésben a röntgenképi jelleg mellett segít az életkor és a klinikai adatok figyelembevétele. Az elváltozás kialakulásával kapcsolatosan különböző elképzelések vannak. A szerzők idült mikrotraumatizációnak tulajdonítanak jelentőséget, ezt támasztja alá az érintettek életkora és a cysták elhelyezkedése a statikusan és dinamikusan egyaránt igénybe vett helyeken. Egyik esetükben CT és műtét igazolta a cysta összefüggését a térdízület üregével.

Laczay András dr.

A tüdő sequester radiológiai képe. Grabenwöger, F. és mtsai (Allgemeines Krankenhaus Wien): Fortschr. Röntgenstr. 1988, *148*, 353.

A tüdő sequestratio ritka előfordulása miatt általában egyes esetek kazuisztikai közlésére szorítkoznak. A szerzők átfogó kép kialakítása végett saját 11 esetük és 123 jól dokumentált irodalmi eset összefoglaló elemzését végezték el. Az intralobaris forma kétszer gyakoribb, mint az extralobaris, arányuk 97:42. A sequestratio az esetek 85%-ában a basalis tüdőrészekben volt, gyakrabban bal oldalon. Röntgenképen homogén, inhomogén vagy cystás formában mutatkozhat attól függően, van-e összeköttetése a hörgőrendszerrel. Ha nincs, nyákos állomány tölti ki, éles határú, kerek vagy ovális képletként ábrázolódhat. Ilyenkor a tumortól való elkülönítés okozhat gondot. Az inhomogén változat a hörgőrendszerrel összefüggő sequester fertőződésére utal, itt tüdőtályog, beolvadó pneumonia, tüdőinfarktus, széteső tumor jelent differenciáldiagnosztikai problémát. A cystás forma egyéb jellegű gyermek- és felnőttkori tüdőcystáktól különítendő el. A hagyományos röntgendiagnosztikai eljárásokkal a biztos kórisme nem állapítható meg. Legmegbízhatóbb támpont az angiographia, mely kimutatja a kóros tüdőterület rendellenes érellátását. Még így is fennáll azonban a tévedés lehetősége, mert egy közlés szerint szívkatéterezéssel kapcsolatban 10 gyermekben találtak a hasi aortából eredő tüdőartériaágat, és közülük csak 5 gyermeknek volt ténylegesen tüdő sequestratiója. A tü-

dősequester klinikailag két vonatkozásban okozhat gondokat. Egyik a gyulladásos szövődmények gyakorisága, különösen az intralobaris formákban, másik az érrendellenességből adódó előnytelen hemodinamikai következmények, jobb-bal vagy bal-jobb shunt és velejárói. Gyakoriak a társuló egyéb fejlődési zavarok, az adott anyagban 29 betegnek 49 további fejlődési rendellenességét mutatták ki.

Laczay András dr.

A képalkotó eljárások szerepe malignus lymphoma vesefolyamatainak diagnosztikájában. Hess, C. F. és mtsai (Universität Tübingen): Fortschr. Röntgenstr. 1988, *148*, 374.

Malignus lymphomában elhunytak kórboncolása során nagyon gyakran, 30—60%-ban találták a vese érintettségét. Ezzel szemben nagyon ritkán derül ki vesefolyamat a kórisme élőben történt felállításakor. A radiológiai módszerekkel észlelt és közölt veseelváltozásokra többnyire a betegség késői szakában, kiterjedt egyéb szervi megnyilvánulások mellett derült fény.

A szerzők 3 olyan betegről számolnak be, akinek vesefolyamata a kórisme felállításakor már igazolódott. Mivel a vesében normális körülmények között nyirokszövet nincs, egyértelműen korai haematogen szórásról van szó, esetleg per continuitatem ráterjedésről. Ultrahangvizsgálat a vesében echoszegény gócokat ábrázolhat. Ha egyértelmű gócos elváltozás nem látszik a sonographiás képen, gyanút kelthet a vese megnagyobbodása, a parenchyma kiszélesedése vagy a pyramisok feltűnő elkülönülése, ezek azonban nem specifikus jelek. A sonographiás elkülönítő kórisme szempontjából figyelembe kell venni egyéb metastasis, vesetumor vagy tályog lehetőségét is. A natív CT képen a lymphomás góc hypodens területként mutatkozhat, de gyakran csak a kontrasztfokozásos képen válik egyértelművé. A CT e vonatkozásban megbízhatóbb az ultrahangvizsgálatnál, mert egyik esetükben a kétoldali veseelváltozást csak a CT ábrázolta, az ultrahanglelet negatív volt. A minőségi kórisme valószínűsítésében segítséget jelent a beteg retroperitonealis és hasi nyirokcsomók egyidejű észlelése. Angiographia során a vese lymphomás gócai szegényesen erezett képletként ábrázolódtak, de erre a vizsgálóeljárásra manapság aligha kerül sor. A szenzitivitásra vonatkozóan nem lehet véleményt alkotni, hiszen CT és ultrahang negativitás esetén a vese szövettani vizsgálatára nem kerül sor.

Laczay András dr.

A colon radiológiai vizsgálatának jelen helyzete. Margulis, A. R., Thoeni, R. F. (University of California, San Francisco): Radiology, 1988, *167*, 1.

A szerzők a vastagbél röntgenvizsgálatának történetével foglalkoznak röviden. Kitérnek a colonoscopiára, a CT és MR vizsgálat lehetőségeire is, de elsősorban a hagyományos kitöltéses és a kettős kontrasztos irrigoscopia körüli ellentmondások és eltérő nézetek egyeztetésére törekszenek. A hagyományos irrigoscopiát a beteg könnyebben viseli el. Rossz állapotban lévő beteget így inkább sikerülhet megvizsgálni. Gyakorlott kézben kevesebb időt igényel, kisebb a sugárterhelése és költségigénye. Hátránya, hogy kis elváltozások és finom nyálkahártya-folyamatok ábrázolására nem alkalmas, gyakorlott vizsgálót kíván. A kettős kontrasztos módszer alkalmas a finom nyálkahártya-elváltozások és kis képletek ábrázolására, vele a rectum is jól megítélhető. Ugyanakkor idő- és munkaigényesebb, költségesebb, nagyobb sugárterheléssel jár, a beteget jobban megviseli, emiatt elesett, idős beteg így nehezen vizsgálható. Komoly differenciáldiagnosztikai gondot jelenthetnek a bélfalon tapadó kis székletdarabkák. 1987-ben 162 intézmény 63,5%-ában alkalmazták kizárólagosan a kettős kontrasztos eljárást a javallatra való tekintet nélkül, 25% pedig kizárólag a hagyományos módszert alkalmazta. Az intézmények mintegy felében fordul elő esetenként a két eljárás kombinálása.

A szerzők ajánlata, hogy mindig az adott beteg körülményeit figyelembe véve válasszuk meg a vizsgálat módját. Nagyon fiatal, nagyon idős, elesett betegben részesítsük előnyben a hagyományos módszert, ugyanígy obstructio vagy sipolyképződés gyanúja esetén is. Kis polipok, gyulladásos nyálkahártya-elváltozások keresésére a kettős kontraszt választandó, hiszen kiegészítő értékűek is lehetnek. A colonoscopia általában második, kiegészítő vizsgálat az irrigoscopia mellett.

Laczay András dr.

A hagyományos rétegfelvételek és a CT vizsgálat értéke a hörgőrendszer tumorainak diagnosztikájában. Mayr, B. és mtsai (Klinikum Grosshadern der Universität München): Fortschr. Röntgenstr. 1988, *148*, 347.

A CT lehetőségeit ugyan felismerték egyebek mellett a hörgőrendszer daganatainak ábrázolásában is, ennek ellenére helye a diagnosztikában nem egyértelmű. Legtöbb intézetben a hörgőtumorok kimutatására és a stádiumbeosztás megállapítására elkészítik a hagyományos rétegfelvételeket és elvégzik a CT vizsgálatot is. A szerzők 66 esetben hasonlították össze a hagyományos rétegfelvételeket a CT képekkel. Mindegyiket ketten értékelték egymástól függetlenül, és az eredményeket a minden esetben rendelkezésre álló műtéti vagy bronchoscopiás lelettel hasonlították össze. A hagyományos rétegfelvételek szenzitivitása 88, specificitása 97%-nak bizonyult a CT 95 illetve 99% értékével szemben. A CT vizsgálat alapján minden olyan adat birtokába jutottak, melyek a hagyományos rétegfelvételektől elvárhatók. A hilusképlet megítélésében is a CT legalább egyenrangúnak bizonyult, a mediastinalis nyirokcsomók ábrázolásában vitathatatlanul fölényben van. Előny a máj- és mellékvese egyidejű ábrázolásának lehetősége is az esetleges áttétek kimutatására. Igaz ugyan, hogy a MR vizsgálat a mediastinum vonatkozásában legalábbis egyenértékű a CT-vel, de a hörgőrendszer területén teljesítőképessége attól elmarad. Ezért a hörgőrendszer daganatainak radiológiai diagnosztikájában a központi szerep napjainkban a computer tomographiát illeti, mellette a hagyományos rétegfelvételek elkészítésének nincs értelme. A bronchoscopiát azonban a CT nem teszi nélkülözhetővé, ez a két diagnosztikai eljárás egymást ideálisan egészítheti ki.

Laczay András dr.

„Csak úgy tudhatom meg az emberek igazi nézeteit, ha inkább arra figyelek, amit tesznek, mint arra, amit beszélnek. Nemcsak azért, mert erkölcseink romlottsága miatt kevés ember van, aki mindent meg akar mondani, amit hisz, hanem azért is, mert sokan maguk sem tudják, mit hisznek."

DESCARTES

KÖNYVISMERTETÉSEK

Dr. Debreceni László: Klinikai akupunktúra. 1988. Medicina, Budapest, 300 old., ára 270 Ft

Akupunktúrás tűt még senkibe nem szúrtam, a gyógymód európai és hazai megjelenését és terjedését azonban orvosi szociológiai stúdiumként követtem, a kérdés szakirodalmában is folyamatosan tájékozódtam, és immár 25 éves neuróziselátási, pszichoterápiás gyakorlat során betegek százait figyelhettem meg, miután akupunktúrán estek át (és sokukat, mikor erre a gyógymódra készültek). Így bizonyos jogcímet érzek, hogy akupunktúrás könyvről recenziót írjak, noha azt nem tudom megítélni, helyesen adja-e meg a szerző a pontokat és a meridiánokat, jól írja-e le az indikációkat.

Szerencsére ezzel e könyv esetében nincs is gond. Az olvasás hamar meggyőzhet mindenkit Debreceni László kolléga kitűnő judíciumáról és igazán széles körű olvasottságáról az akupunktúra témakörben. A szöveg arányosan felépített, logikus, mindvégig érthető összefoglalása az akupunktúrának. A szerző megtalálta a helyes arányt a témával való azonosulás és a bemutatáshoz szükséges távolságtartás között. Óvakodik a szélsőségektől, lényegében a krónikus fájdalmak, a mozgásszervi betegségek és a pszichoszomatikusnak mondható kórképek kezelésében fogalmazza meg az indikációkat. Külön fejezetben szól, nagyon objektív, és itt helyesen inkább távolságtartó módon a fülakupunktúráról. Nagyon logikusan magyarázza az akupunktúra neurofiziológiai alapjait. A sok kutatási adat alapján valószínűsíti az ősi gyógymód hatékonyságát, ugyanakkor elegánsan kikerüli a hatás bizonyításának nehéz problémakörét. Az akupunktúra értékét a sok ezer ezzel foglalkozó orvos meggyőződésében és tapasztalatában gyökerezőnek tartja. Nagyon szimpatikus a szerző józan klinikai álláspontja, szerinte nem jó, ha akupunktúrás szakemberek foglalkoznak a betegekkel, akupunktúrában képzett és járatos orvosnak, szakorvosnak a dolga ez, aki beilleszti a tűszúrásos gyógymódot a többi szükséges gyógymód közé. A szerző mindig a megfelelő oki kezelést ajánlja, és az akupunktúrát akkor tartja indikáltnak, ha nincs mód az oki gyógykezelésre.

Az akupunktúra így, Debreceni dr. bemutatásában sajátos diagnosztikus és terápiás gondolkodást igénylő, de belső logikával bíró eljárás, amely a nyugati medicina, elsősorban a neurofiziológia ismereteivel mind több vonatkozásban hozható összhangba.

A könyvet nehéz bírálni, hiszen a témáról jobb áttekintést aligha lehet írni, megítélésem szerint a szerző különbet alkotott, mint a világnyelvek főbb akupunktúrás szakkönyveinek szerzői. Inkább csak tovább lehet gondolni mondanivalóját. Kár, hogy a szerző nem állította jobban fókuszba a hatékonyság kérdését. Ha valamiben vitatkozni lehet vele, talán ez az, a sok ezer, akupunktúrával foglalkozó orvos meggyőződése és konszenzusa ugyanis nem elég bizonyító, ilyen bizonyára van a sok tízezer chiropraktor, faith healer, homeopata, talpmasszázzsal foglalkozó és más „alternatív" gyógyító körében is. Érdemes lett volna kritikusan áttekinteni a hatékonyság irodalmát, amely — enyhén szólva — ellentmondásos. Az akupunktúra pedig alkalmas lenne a hatékonyság tisztázására, mert mozzanatos, könnyen kivitelezhető, a könyvből láthatóan indikációkban is megfogalmazható. Csak használna az akupunktúrának, ha tudományosan — a mai természettudomány szellemében — megalapozottabb lenne.

Talán érdemes lett volna elhatárolnia magát a szerzőnek az akupunktúra túlzó, hibás — talán mondhatjuk: sarlatán, lelkiismeretlen — indikációitól. Ez sajnos az eredeti kínai gyakorlatban is megvan, és kínai szakemberek ugyanúgy, mint más ázsiai országokból származók agykárosultak, encephalitis utáni állapotok, veleszületett értelmi defektusok, idegi eredetű süketség és sok más, gyógyíthatatlan betegek kezelését is elvállalták, nagy reményeket keltve a szerencsétlen hozzátartozókban. Több tucat hazai esetről is tudunk, amikor a családok anyagi erőforrásaik teljes kimerítésével igénybe vették az ilyen csodadoktorokat. A lelki traumák, felbomlott házasságok, öngyilkosságok valószínűleg soha nem jutottak a „gyógyítók" tudomására.

A mindennapokban ugyanis a módszert óriási hírverés kíséri, a köztudat csodamódszerként hisz benne, és nagyon sok akupunktúrás láthatóan mérlegelés nélkül, mindenféle bajra alkalmazza az eljárást. Megdöbbentő, hogy a krónikus betegek azután nem úgy könyvelik el a sikertelenséget, hogy ismét nem használt valami, hanem depresszióval reagálnak, mert rajtuk még ez a csodálatos módszer sem tud segíteni. Debreceni dr. helyes elvéhez, hogy akupunktúrában járatos szakorvos foglalkozzon a módszerrel, aki a maga szakmájában korszerűen képzett és tapasztalt, hozzá kellene tenni, hogy elemi orvosi pszichológiai és neurózislélektani ismeretek és kautélák is kellenének a tűszúrásos gyógyításhoz. A módszerben óriási a szuggesztív töltet, így a krónikus fájdalmak és a mozgásszervi funkciózavarok, de akár a krónikus neurotikus problémák kezelésében is nagy perspektívák vannak benne, a specifikus akupunktúrás effektusoktól függetlenül is. Helyes lenne, ha nem a mágikus várakozás, a betegséggel kapcsolatos közvetlen lélektani feladatok (problémamegoldás, adaptáció, gyászmunka, realitáshoz való alkalmazkodás) mellőzése jegyében folyna, mert akkor inkább árt. Erre példa a gyógyíthatatlan betegség, amelyhez a betegnek is és a környezetnek is adaptálódnia kell, és ha ezt elmulasztja, a csodavárásból csak kétségbeesés és destruktív reakció származik. Demagóg állítás, hogy a gyógyíthatatlan esetekben is reményt kell kelteni, a hamis remények és illúziók az iatrogénia kegyetlen formái.

Debreceni dr. könyve remélhetőleg segíti a helyes akupunktúrás gyakorlat terjedését, amely gyakorlatnak a maga meghatározott indikációs és deontológiai sávjában megvan a helye a mai medicinában is.

Buda Béla dr.

A totálisan implantálható vénás katéterrendszer klinikai alkalmazása. Veszprémi Akadémiai Bizottság (VEAB) kiadása 1988. szerkesztette: István Lajos dr.

Az MTA VEAB Orvostudományi Szakbizottsága és a Pharmacia International GmbH 1985. dec. 11-én Szombathelyen symposiumot tartott. A recenzált kiadvány 76 oldal terjedelemben ezen tudományos ülés anyagát adja közzé. A témaválasztás valóban időszerű volt, mert a klinikai onkológia, a haematológia és a tartós mesterséges táplálás területén egyre több betegnél válik szükségessé az iv. bevitel megkönnyítése és biztonságosabbá tétele beültethető (rezervoár-) katéterek segítségével. A könyvecske az ezzel kapcsolatos legfontosabb tudnivalókat és az első tapasztalatokat összegezi. A bevezető referátum (István Lajos dr.) az onkohaematologiai betegségeknél végzett intravénás bevitel jelentőségét és problémáit ismerteti, s ezzel a klinikus általános betegellátási perspektívája felől közelíthető meg a kérdés. Ezután az értékes hazai tapasztalatok (Boross J. és mtsai továbbá Stumpf J.) ismertetése, majd a Pharmacia kimerítő gyakorlati-technikai tájékoztatója olvasható, végül a külföldi referensek hozászólásai következnek. Ezekben 3 osztrák, továbbá 1—1 norvég, svéd, amerikai, holland és svájci szerzővel (munkacsoporttal) találkozunk, akik különböző klinikai szakterületről számolnak be tapasztalataikról. Utóbbiak között az 1983 és 1985 között tartott tudományos rendezvények előadásainak összefoglalója, folyóiratban megjelent cikkek utánnyomása egyaránt megtalálható. A kiadvány értéke annak gyakorlat-központúsága, bő illusztrációs anyaga, témaorientáltsága és sokoldalúsága. A kutatni szándékozók megsegítésére a legtöbb cikk végén irodalmi összefoglalás foglal helyet. A kiadvány kivitele ízléses, a képanyag demonstrábilis, a nyomdatechnika kifogástalan, csupán néhány kép minősége hagy — nyomdatechnikai ill. papírminőségi okból — kívánnivalót maga után. Kár, hogy a szerkesztés nem teljesen konzekvens (pl. a munkahelyek hol magyar, hol idegen nyelven vannak feltüntetve, s a dolog természete miatt az irodalom szerkesztése sem egységes), a fordító(k) nincsenek megnevezve (noha a szövegben a „fordító megjegyzése" is szerepel). Az sem szerencsés, hogy az 1983—85—ös

anyag csak 1988. végén került kiadásra. Mindez csak elvi kifogás, mert az anyag — az eljárás természete miatt — nem avult el. Elsősorban *István Lajos dr.* ügybuzgalmát és a VEAB áldozatkészségét dicséri viszont az, hogy a kiadvánnyal a magyar nyelvű irodalomban hézagot pótoltak, ezáltal hozzájárultak ahhoz, hogy a — vidéki rendezvényeknél általában megszokottan — csak korlátolt számban látogatott, de sikeres és tartalmas symposium nem került a tudományos süllyesztőbe, hanem a kérdéssel foglalkozni kívánók közkincsévé válhatott. A recenzált füzet alkalmas arra, hogy ezen aránylag új therapiás lehetőséggel megismerkedni kívánókat sok irányból segítse, s a legfontosabb útbaigazítást megadja. A kiadványt minden szakma orvosa haszonnal forgathatja, akiknek tartós intravénás kezelésre szoruló beteganyaga van, s akik úgy vélik, hogy az implantálható (reservoár-) katéterrendszer többletkiadásai egy jól megválogatott beteganyag szövődményeinek csökkenésében és az általa ígért nagyobb biztonságában megtérülnek.

Széll Kálmán dr.

Neurologische Therapie. Delank, H. W., Schejbal, P., Kutzner, M. ISBN 3—432—97081—1 Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1988. DM 38,—

A könyv kis formátumú 239 számozott oldalból áll 25 összefoglaló táblázattal. Három fejezetben tárgyalja az összes neurológiai therapiás lehetőségeket.

Az *első fejezet* az idegbetegségek kezelésének általános alapjait tárgyalja, ami nagyon röviden magába foglalja az ápolási alapszabályokat, gyógytornát, masszázst, logopaediát, ergotherapiát, az intenzív therapia speciális ideggyógyászati vonatkozásait is. Ismerteti az elektrotherapiák közül az ingeráramkezelést, fájdalomcsillapító, relaxatiós módszereket, rövidhullámok különböző formáit. Egészen rövid áttekintést ad a hydro- és thermotherapiáról, majd a sugárkezelés (Rtg, Cobalt) percután és lokális formáiról . A mellékhatásokról is említést tesz és az a megjegyzés figyelemre méltó, hogy a késői sugárártalom pár hónaptól egészen 20 évig jelentkezhet és az egyik gyakori ártalom a plexus brachialis laesio.

A fizikomechanikus segédeszközökről is ad rövid tájékoztatást. Minden therapiaformánál rövid felsorolást találhatunk a javallatokról és ellenjavallatokról.

A *második fejezet* sorra veszi az egyes neurológiai tünetek kezelési irányvonalait. A petyhüdt és spasticus bénulásoknál egyaránt felsorolja a fizikotherapiás, gyógyszeres, orthopaediai, sebészi (contracturák) kezelési formákat. A fájdalmi syndromáknál a gyógyszeres (fájdalomcsillapító, neurolepticus, antidepressiv) kezelés mellett figyelmet érdemel a zosteres, causalgiás és vertebrogén fájdalmaknál alkalmazott transcutan idegingerlés és az epiduralis spinalis elektrostimulatio módszere. Invasiv fájdalomellenes kezelésnek nevezi a különböző ideg-blockádokat és idegsebészeti beavatkozásokat. Megemlíti a tartós — alkoholos és phenolos — ideg-blockádokat, éppen úgy, mint pl. a stereotaxiás thalamotomiát, cingulektomiát. Értékes összefoglalást találunk a vegetatív zavarok között a különböző eredetű incontinentiák kezeléséről és az ún. pharmacogén hólyagzavarokról, valamint a szexuális zavaroknál szóba jöhető gyógyszeres, psychés és symptomás (SKAT) therapiáról.

Említés történik a nyáladzás, csuklás, hányás, hasmenés, obstipatio, verejtékezés, hőszabályozás zavarairól, illetve kezeléséről is. A hypertensio és hypotensio kezelése, gépi lélegeztetés módszere, javallatai, majd 8—8 oldalon a szédülés és fejfájás különböző formáinak gyógyszeres kezelése jó összefoglaló. (A hypertensiós kríziseknél gyors, kontrollált tensiocsökkentést ajánl, de nem érthető, hogy miért javasolja ugyanezt intracranialis nyomásfokozódáshoz társuló hypertensiónál is?)

Rövid fejezet szól a depressio és organicus psychosyndromák kezeléséről, logopaediáról az aphasiásoknál, majd a psychogén zavarok psychotherapiájáról is. Nagyon jó áttekintést kapunk az alvászavarokról és a befolyásolásukról. (A táblázatban sok gyógyszer között szerepel a chloralhydrát is, amit még a status epilepticus kezelésénél is ajánl). Intracranialis nyomásfokozódás, agy-oedema csökkentésére corticosteroidot, glycerint, különböző osmotherapiás gyógyszereket, salureticákat javasol. Barbiturátot csak intenzív osztályon — kivételes esetekben — ajánl.

A *harmadik fejezet*ben az egyes betegségek kezeléséről kapunk képet:

1. Vascularis kórképeknél a heveny fázisban a plasmaexpanderes haemodilutio javasolható. Polyglobuliánál, polycythaemiánál (0,45 feletti haematokritnál) hypovolaemiás vagy isovolaemiás (vérlebocsátással), 0,38—0,45 haematokrit értéknél hypervolaemiás haemodilutiót ajánl, de szerepelnek a haemorheologiás szerek is (Trental, Nootrop stb.). Külön említés történik a keringés, hypertensio, agy-oedema befolyásolásáról is. Az ér-stenosisoknál foglalkozik a műtéti javallatokkal. Speciális érbetegség formáknál (thrombopathiás stb.) thrombocyta-aggregatio-gátlásról éppen úgy szó esik, mint a fibrinolysisről. Vérzések, aneurysmás subarachnoideális vérzések gyógyszeres és/vagy sebészi kezelését röviden és jól foglalja össze. A fentiekhez hasonlóan tekinti át a vascularis myelopathiák therapiáját is.

2. Gyulladások között szerepelnek a virális fertőzések (ezen belül a HIV-fertőzés), bakteriális meningoencephalitisek, spirochaetosisok (lues és borrelia), tuberculosis, gombás, protozoonos, parasitás formák gyógyszerei (két részletes táblázattal). Kórokozóval összefüggő myelo- radiculoneuropathiák között szerepel a zoster, poliomyelitis, tetanus, botulismus. Néhány mondat foglalkozik a védőoltásokkal is.

3. Sclerosis multiplexnél ismerteti a corticosteroid lökéstherapiát, valamint a — két évig folytatandó (?) — immunosuppressiót.

4. Epilepsiánál jó táblázatok szemléltetik a status és a különböző rohamformák gyógyszereit és adagjait, de említés történik az operatív kezelésről, szociális, tanácsadási problémákról is (13 oldalon).

5. Anyagcsere-, endokrin és toxikus betegségeknél olvashatunk a porphyriától az alkoholos kórképek kezeléséig változatos formákról.

6. Igen rövid fejezet a fejlődési rendellenességekről és phacomatosisokról.

7. Extrapyramidális és rendszerdegeneratiós kórképek közül kiemelkedik a Parkinson-syndroma kezelésének jó áttekintése. Ebben a fejezetben táblázatban tekinthetjük át a dementiáknál szóba jöhető gyógyszereket is (?!).

8. A központi és peripheriás idegrendszer traumáinak kezelését olvashatjuk 18 oldalon át nagyon érthető, tömör stílusban.

9. Rövid fejezet a tumorok sebészi — radio — és kemotherapiájáról, valamint az abscessusról.

10. Spinoradicularis compressiók konzervatív kezelését éppen úgy taglalja, mint a sebészi beavatkozás módjait, közöttük a chemonucleolysist (az utóbbiról megemlíti, hogy egyes szerzők 80%-os javulást írtak le). A postdiscotomiás syndrománál nagyon helyesen hangsúlyozza azt, hogy — miután megbizonyosodtunk arról, hogy nincs újabb discus hernia — rendszerint már eleve kérdéses lehetett a műtéti indikáció és újabb műtéttől tartózkodjunk.

11. A peripheriás idegrendszer betegségeinek therapiájánál az „idiopathiás" facialis bénulás kezelésénél említésre érdemes a Rheomacrodex és Hydergin bevetése is a steroid, nem steroid antirheumaticumok — esetleges sebészi kezelés — mellett. Érdekes az, hogy a Guillain—Barré-féle betegség acut formáinál a plasmapheresist emeli ki a steroid kezeléssel szemben. Krónikus polyneuritiseknél a hosszabb tartamú immunosuppressiót javasolja.

12. Jó összefoglalást kapunk a myopathiák, különösen a myasthenia gravis összes kezelési formájáról, krízisekről, speciális problémákról.

Végül felsorolja a könyv az NSZK-ban található speciális és rehabilitatiós klinikák, valamint egyes idegbetegségek önsegélyező egyesületeinek a címét.

A könyv külön érdeme, hogy teljesen tárgyilagos és semleges az egyes betegségeknél felmerülő többféle kezelési lehetőség hatásosságának megítélésében. Csaknem az összes kezelési formát áttekinti és röviden összefoglalja a javallatokat, ellenjavallatokat, mellékhatásokat és veszélyeket is.

A könyv hasznos segítség lehet az orvostanhallgatóknak az ideggyógyászati therapia áttekintésében, körzeti orvosoknak, ideg- és belgyógyászoknak, rheumatologusoknak a mindennapi gyógyító munkájukban.

Leel-Őssy Lóránt dr.

Walter Krause und Wolfgang Weidner: Sexuell übertragbare Krankheiten. (Sexualisan átvihető betegségek.) Enke Verlag, Stuttgart, 1988, 2. teljesen átdolgozott kiadás. 136 oldal, 53 ábra, ebből 9 színes, 19 táblázat. 48,— DM

A *sexualisan átvihető betegségek* ma Európában a fertőző betegségek *legnagyobb csoportját* képezik. A századforduló táján a klasszikus *„nemi betegségek"* (syphilis, gonorrhoea, ulcus molle, később a lymphopathia venerea Nicolas—Favre) szűkebb köre *jelentősen* kibővült és a mai ismereteink szerint a nemi érintkezés több mint *20 pathogen tényezőnek* nyithat fertőzési kaput. Egyesek ezek közül pl. chlamydia trachomatis, trichomonas vaginalis, a genitalisan pathogen mycoplasmák (ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis, mycoplasma genitalium), a papilloma-, herpesvírusok, a Gardenella (=haemophilus vaginalis), a mycosisok, különösképpen a HIV fontosságukban és a gyakoriságukban utólérik vagy túlszárnyalják a „klasszikus" nemi betegségeket. A nemzetközi irodalomban ezen átvihető nemi betegségek csoportját általában angol terminológiával és rövidítéssel jelölik meg (*„sexual transmitted diseases"*: std.).

Nincs a világon olyan eü. intézményrendszer, amely a std. összes lehetőségi formáit hiánytalanul összefoglalná; csupán Angliában vannak önálló klinikai egységek („venereal disease clinics"), amelyek helyileg biztos adatokat szolgáltatnak; más adatok csupán *becslésekre* szorítkoznak. A std. kutatás fellendülésének most új dimenziókat nyújtott az *AIDS epidemiológiája.* Így ma a std. számtalan kongresszus, neves orvosi folyóiratok profilírozott speciális témaköre.

A std.-nek nagy *kockázata* van bizonyos *népességi* csoportokban; ez azonban változik kor, nem, szocio-ökonomiai status, országok és világtájak szerint: 20—24 éves életkor, diákok, katonák, vándormunkások, turisták, prostituáltak, homosexualisok, drogdependensek. A becslések szerint a *std. incidentiája változatlanul nagy;* az általánosan elismert *okozati tényezők:* 1. változott sexualis magatartás, sexualis szabadosság; 2. sűrű népességi mozgás; 3. a std. ártalmatlanságába vetett téves felfogás; 4. a problémának a tudatból való kiszorulása; 5. a serdülők hiányos felvilágosítása; 6. nem megfelelő eü. rendelkezések és lehetőségek; 7. a fertőzési források és láncolatok hiányos kutatási lehetősége; 8. a széles therapiás lehetőség folytán elégtelen orvosi diagnosis; 9. a kezelő orvosok hiányos szakismerete.

A *demographiai* és *epidemiologiai* adatok között még nyomatékosabban kiemelendő tényezők lennének: 1. a sexualisan aktív korosztályok mellett hangsúlyozandók a *congenitalis* és a *perinatalis* std.-fertőzések; 2. a std. *incidentiája* magasabb a férfiaknál, de a fertőzés általában súlyosabb a nőknél és homosexualisoknál, mint a heterosexualisoknál; a std. a férfiaknál klinikailag jobban manifesztálódik és így könnyebben diagnosztizálható; 3. a sexualis praeferentiák és az inoculatio helye; 4. a házastársi, szocio-ökonomiai, lakásviszonyok; a std. kevésbé fordul elő házastársaknál, mint egyéb személyeknél; általában gyakoribb a városi környezetben, mint a falun élőknél; 5. az utóbbi másfél évtizedben a go. morbiditasa a nőknél nagyobb, mint a férfiakon; a férfiak syphilis morbiditasa nem növekedett; 6. a chlamydia-, herpes genitalis-, condyloma acuminatum-fertőzések száma megemelkedett a férfiaknál, az urethritis non-go. kétszer nagyobb a kankós fertőzéseknél, hasonlóan megháromszorozódott a herpes genitalis incidentiája főleg nyugati viszonylatban; 7. a std. hyperepidemiás a „harmadik világ" számos országában, főleg a falusi lakosságnál; a fejlődő országokban endemiás a lágy fekély; 8. a std. *szövődményei* szaporodtak, főleg a *medenceszervi gyulladások* („pelvic inflammatory disease": pid.; hasonlóan a *méhenkívüli terhesség* és a *sterilitas;* az utóbbit főleg a chlamydia trachomatis okozza Közép-Afrikában („infertility Belt"); 9. a férfi hypofertilitásában értékes adatokat szolgáltathat a sperma bacteriologiai elemzése: a fertőzés milyensége szerint a spermatozoonok mobilitasa csökken a fertőzött spermában *(occult sperma infectio);* 10. a *bacterialis vaginosis* nagyon gyakori fertőzés, amelynek klinikai jelei ugyan szegényesek, viszont a pathobiologiai jelei feltűnőek, mert a klasszikus lactobacillaris flóra eltűnik és polymorph flóra lép fel (a legtöbb szerző a Gardnerella vaginalis és az anaerobok szerepét hangsúlyozza).

A giesseni és marburgi szerzők könyvének hat fejezete közül az *I. fejezete* a std. epidemiológiájával, a *2. fejezet* az std. kórképeivel foglalkozik a következő sorrendben: syphilis, gonorrhoea, ulcus molle, nem go.-eredetű pyogen bacteriumok, granuloma venereum, mycoplasmák, chlamydia trachomatis: kórokozó és átvitel, lymphopathia venerea Nicolas—Favre, egyéb chlamydiák okozta megbetegedések, herpes vírus, condylomata acuminata, AIDS, élesztőgombák okozta betegségek, trichomoniasis, phthiriasis pubis, scabies. A felsorolt std. kórképek leírása egységes címszavak szerint történik: kórokozó, átvitel, kimutatási eljárások (festés, bacteriologia, serologia, tenyésztés, cytologia, klinikum, diagnosis, therapia, prognosis). A könyv a giesseni munkacsoport jól bevált vizsgálati rendjét és módszereit ajánlja. A std.-t a férfi és női szervi lebontásban elkülönítve tárgyalja. Az AIDS-t a mai ismereteink birtokában foglalja össze. Az eddig általában kevésbé ismert kórokozóknak (chlamydiae, ureaplasmák) több figyelmet szentel. A std.-nek a méhnyakrák oncogenesisében vitatott szerepét említi (herpes-, papillomavírus). A *3., 4., 5. fejezetben* az elkülönítő kórismét, valamint a kiegészítő diagnosztikus eljárásokat (táptalajok) sorolja fel. A könyvet rövid tárgymutató zárja le.

A teljesen átdolgozott munka használhatóságát az *új kiadás* bizonyítja. A könyv elsősorban *gyakorlati* jellegű és a std. mai ismereteit jól foglalja össze. Az ábraanyag typographiailag csupán megfelelő, azonban a verbalis szöveget a táblázatokkal egyetemben jól kiegészíti. A kórképek leírása tömör, informatív.

A könyv venerologusoknak, gynaekologusoknak, urológusoknak, mikrobiológusoknak és epidemiológusoknak a std. mai állásáról kiváló áttekintést nyújt.

Pastinszky István dr.

Ralph J. Lellé: Einführung in die gynäkologische Zytologie und Mammazytologie. Ferdinand Enke Verlag Stuttgart 1988. DM 38,—

A G. Martius professzor által szerkesztett „Bücherei des Frauenarztes" sorozat 27. köteteként jelent meg ez a könyvecske, amely mindössze 37 oldalnyi terjedelme alapján inkább nevezhető füzetnek. Amint a szerző — a hannoveri Női Klinika munkatársa — arra a címben is utal a munka egy rövid vezetés a nőgyógyászati és emlőcytológiába, amelynek lényegi részét a cytológiai asszisztensnők oktatási anyaga képezi.

A nőgyógyászati cytológiával foglalkozó fejezetben megismerkedünk a kenetvétel és a festés legfontosabb technikai kérdéseivel, a normális kenet jellemzőivel. Ezután hormoncytológiai alapismeretek, majd a jóindulatú folyamatok, valamint a praemalignus és malignus elváltozások cytológiai jellemzőinek leírása következik. Végezetül a vulva és az emlő cytológiájába nyerhetünk rövid betekintést. Fentieket 31 jó minőségű ábra és 3 táblázat illusztrálja.

A könyv valóban csak a legfontosabb alapismereteket tartalmazza, amelyek viszont nélkülözhetetlenek a gyakorló nőgyógyász számára. Alkalmas továbbá arra, hogy felkeltse a figyelmet és az érdeklődést részletesebb cytológiai munkák tanulmányozása iránt, amelyek ajánlott jegyzékét a könyv végén található.

Gardó Sándor dr.

„Éld e rossz világot és mindig tudd, hogy mit kell tenned érte, hogy más legyen.

(Radnóti Miklós)

MEGJELENT

BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLE (1988. 5. sz.)

Nagy Gyula dr., Glöckner Berenike dr. és Biczó Zsuzsanna dr.: A naevus-vonalak bipolaritása és fejlődéstani jelentőségük

Gábor Miklós dr., F. Vaszily Éva dr. és Dobozy Attila dr.: Kenőcs formában alkalmazott dithranol kapilláris rezisztenciát csökkentő hatásának befolyásolása nem szteroid gyulladásgátlókkal

Zahorcsek Zsófia dr., Hrabovszky Tamás dr. és Schneider Imre dr.: Parkes—Weber syndroma

Kuhnyár Ágnes dr., Borka István dr. és Serényi Péter dr.: Tuberculosis cutis colliquativa

Daróczy Judit dr.: Mi az ön diagnózisa?

Szabó Péter dr.: A microvarixok injekciós kezelésének technikája és eredményei

PNEUMONOLOGIA HUNGARICA (1988. 10. sz.)

Nagy Lajos: Thrombocyta-aktiváló faktor légúti hyperraktivitás, inflammatio és asthma bronchiale

J. Hanácek: Kéndioxid inhaláció és unilaterális vagotomia hatása a nyulak köhögési reflexére

Incze Dénes—Kollár Sándor: Transsegmentalis gépi rezekció helye a spontán pneumothorax (sptx.) sebészi kezelésében

Hasan Solak: The value of parietal pleural lambo in the treatment of spontaneous pneumothorax

Zádor András—Barta Rózsa—Gellai Etelka: Mellkasi daganatot utánzó hiatus herniák

Barzó Pál—Sárady Kornél: Borsod-Abaúj-Zemplén megyei tapasztalatok a tüdőgondozó-kórház integrációban

TRANSZFÚZIÓ (1988. 3. sz.)

Dr. Olti Ferenc: Beszámoló a Vérellátó Hálózat 1987. évi működéséről

Illei Gábor, Szelényi Judit, Újhelyi Eszter, Bánhegyi Dénes, István Lajos, Füst György, Hollán Zsuzsa: A western blot vizsgálat jelentősége HIV fertőzések igazolásában

Dr. Kozma József, dr. Molnár Miklós: A vértranszfúziók ésszerű korlátozása

Dr. Lajos Judit: A sejtmosó automaták használhatósága a vércsoport-szerológiai laboratóriumokban

Dr. Harsányi Veronika: A műanyag zsák technika újabb fejlesztési eredményei és hazai helyzetünk

Dr. Nika Mária, Tischler Erika: Donor vérek szűrésének költségei non-A, non-B hepatitisre ALT és anti-HB$_c$ antitest paralel szűrésének alkalmazásával (folyóiratreferátum)

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE (1988. 5. sz.)

Kovács Katalin dr., Jelencsik Ilona dr., Kenéz József dr.: Migraine és az agyi érmalformatiók

Ferenczy Mihály dr., Boldizsár Ferenc dr., Szücs Katalin: A gyermekkor és a párkapcsolat egyes adatainak összefüggése neuropsychiátriai betegeknél

Mogyorós Ilona dr., Tárczy Miklós dr., Takáts Annamária dr., Balogh Attila dr.: Vizuális és szomatoszenzoros válasz vizsgálata Huntington-choreában

Patay Zoltán dr., Berky Mihály dr.: IOHEXOL használata fokozott veszélyeztetettségű betegek agyi angiographias vizsgálatánál

Kálmán Bernadett dr., Guseo András dr.: E rozetta technikai alkalmazása idegrendszeri gyulladásos kórképekben

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE (1988. 8. sz.)

Szobor Albert dr.: Sclerosis multiplex: A periphlebitis retinae marker jellege a betegség aktivitásában

Pásztor Emil, Kemény András, Tompa Károly, Furó István, Pócsik István, Fedina László, Kenyeres Miklós: Műtéttel eltávolított hypophysis adenoma szövet NMR spektroszkópos vizsgálata

Tóth-Daru Péter dr., Benedek György dr., Janák Judit dr., Hortobágyi Annamária dr., Ifj. Obál Ferenc dr., Czollner-Sasi Katalin dr.: Indomethacin alkalmazása a neurogén hyperthermia csillapítására

Szilárd János dr., Kósa Ferenc dr.: Több emberen elkövetett emberölés különleges eseténck elmeszakértői és szemléleti vonatkozásai

Copf József dr., Sánta Imre, Rédei Tibor dr., Kellényi Loránd dr., Kozma László dr.: Lézerimpulzusokkal kiváltott emberi neuronogram

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE (1988. 9. sz.)

Bartkó György dr., Zádor György dr., Horváth Szabolcs dr., Arató Mihály dr., Frecska Ede dr.: Pozitív és negatív tünetek krónikus schizophren betegeknél

Zoltay Gábor dr., Czibulka Ágnes dr., Pytel József dr., Bauer Miklós dr., Kellényi Lóránt dr.: EEG és az agytörzsi kiváltott válasz (BERA) vizsgálatok jelentősége hátsó koponyagödri térfoglaló folyamatoknál

Zoltay Gábor dr., Stefanits János dr., Mérey F. Tibor, Hudvágner Sándor: Folyamatos EEG monitorozás carotis endarterectomia alatt

Dóczi T. dr., Joó F., Szerdahelyi P., Bodosi M.: Az agyszövet víz- és elektrolitháztartásának neurohumorális szabályozása: az ún. „centralis atrialis nátriuretikus faktor (ANF)" jelentősége

Leel-Őssy Lóránt dr., Horváth Gyula dr., Arató Géza dr.,: A Tolosa—Hunt-féle szindróma CT lelete

Szabó Mihály dr.: Éreredetű fülzúgás megszüntetése ballonkatéteres intravascularis érelzárással

ACTA PHARMACEUTICA HUNGARICA (1988. 5. sz.)

Ifj. Regdon Géza és Erős István: Cellulóéterek hidrogéljeinek reológiai vizsgálata V. Időbeli változások vizsgálata

Dévay Attila, Schaffer Mihály, Kovács Péter és Rácz István: Faktorális kísérleti terv alkalmazása teofillin kúpok gyártástechnológiájának tanulmányozására

Blaskovits Aladár, Gampe László, Ruby Mária és Borvendég János: Különféle növényi olajokban oldott A-vitamin-acetát felszívódásának állatkísérletes vizsgálata

Jovanovic Milica, Samardzic Zoran, Djuric Zorica és Zajic Lovorka: Effect of formulation on antacid value of magnesium trisilicate tablets

Klebovich Imre, Vereczkey László, Tamás József, Mák Mariann, Jalsovszky György és Holly Sándor: Metabolism of flumecinol in rats

FOGORVOSI SZEMLE (1988. 6. sz.)

Dr. Szőke J. és dr. Kozma M.: Csoportosan végzett Elmex zselé bedörzsölés hároméves eredményei

Dr. Mari A., dr. Tóth K., dr. Kiss Z. és dr. Sávay Gy.: A Duraphat lakk hatása fluorozott sót fogyasztó gyermek maradófogazatának állapotára

Dr. Gáspár L. és dr. Szabó Gy.: A laser alkalmazási lehetőségei a szájsebészetben

Dr. Vizkelety T. és dr. Eglesz M.: Fogszabályozó osztályunk munkája

Dr. Pasierbinska M.: Egy ikerpár longitudinális vizsgálata és fogszabályozási kezelése

Dr. E. Beitlich és dr. E. Deischel: Fogszabályozási és protetikai együttműködés felnőtt betegek kezelésében

FOGORVOSI SZEMLE (1988. 9. sz.)

Dr. Szabó I.: 50 éves a sztomatológia oktatása Pécsett

Dr. Szabó J., dr. Szabó I. és dr. Trombitás K.: Caries incipiens zománc- és dentinelváltozásának PEM-vizsgálata

Dr. Olasz L., dr. Szabó I. és dr. Herczegh P.: Új, kombinált terápiás eljárás a kiterjedt szájüregi laphámrákok ellátásában

Dr. Szabó Gy., dr. Szentirmay M. és dr. Szabó I.: Részleges foghiányos betegek epidemiológiai keresztmetszet vizsgálata

Dr. Pásztor E., dr. Szabó I. és dr. Jáni L.: Intézetben élő, mentálisan retardáltak fogorvosi kezelése narkózisban

FOGORVOSI SZEMLE
(1988. 10. sz.)

Dr. Gegesi Kiss J., dr. Rubányi P., dr. Kádár L. és dr. Nagy I.: Keményszájpadhasadékok zárása finommechanikai rögzítőkkel elhorgonyzott fogművekkel

Dr. Tamás F.: A sagittalis ramus osteotomiák cadaver anyagon végzett vizsgálatai

Dr. Szüle L.: Ötvenéves vízmű Vilmányban, kedvező fluorhatással

Dr. Urbizo Vélez, J., dr. Delgado Fernandez, R., dr. Rodriguez Palacios, J. A. és dr. Nyárasdy I.: Kompozíciós tömőanyagok pulpakárosító hatásának szövettani vizsgálata kutyafogakon

Dr. Nemes J.: A száloptika alkalmazása a caries diagnosztikában

KÍSÉRLETES ORVOSTUDOMÁNY
(1988. 4. sz.)

Göcze Péter, Szabó Dénes, Than Gábor, Csaba Imre: Terhességre specifikus béta—1 glikoprotein szérumszintjének meghatározása az enzimkapcsolatú ellenanyag (ELISA) technikával trophoblast tumoros betegekbená

Várkonyi Tibor, Csáti Sándor, F. Kiss Zsuzsanna, Varró Vince: Fehérjedús diéta hatása a patkány vékonybél diszaharidáz aktivitására

Várkonyi Sándor, Csáti Sándor, Varró Vince: Peptid hormonok hatása a kefeszegély membrán enzimek aktivitására

Uher Ferenc, Puskás Éva, Gergely János: Fcμ receptor expressio IgM termelő immunocytoma tumort hordozó patkányok T lymphocytáin

Udvary Miklós, Mándi Barnabás, Ujhelyi Piroska, Kulcsár András: A corticosteroid érzékenység vizsgálata a Julesz-féle pubertáskörüli basophilismusban

Puskás Éva, Uher Ferenc, Gergely János: A paraprotein molekula idiotípus determinánsa(i) elleni humorális immunválasz IgM termelő (immunocytoma) tumort hordozó patkányokban

Tekulics Péter, Németh Ilona, Kovács József, Sz. Varga Ilona: Oxidációs stresszhatás vizsgálata átmeneti aortaleszorítás okozta hypoxiában, újszülött malacokban

Rozsos István, Szabolcsi Tivadar, Seffer István, Hiegll Klára, Orbán István: Billroth műtétek összehasonlító vizsgálata KAHYB sertésben

Füzi Miklós, Nagy Bálint: Pseudomonas aeruginosa törzsek rorfloxacin érzékenysége

Ballagi-Pordány György, Kőszeghy Anna, Koltai Mária Zsófia, Pogátsa Gábor: A szulfonilureák eltérő hatása a ritmuszavarokra ischaemiás patkányszíven

Ballagi-Pordány György, Kőszeghy Anna, Koltai Mária Zsófia, Pogátsa Gábor: Az első és második generációs, vércukorszintet csökkentő szulfonilureák eltérő hatása a sztrofantin toxicitásra nyulakon

Füzi Miklós: Cefalexin teszt az Enterococcusok differenciálására

Tekulics Péter: Kísérleti modell az alsó gerincvelőszakasz hypoxiás károsodásának vizsgálatára

Baranyi Lajos, Jánossy Tamás, Végh Pál: T-sejt mitogénekkel szembeni csökkent válasz és gyakori lymphoma-előfordulás újszülöttkori transzplantációs tolerancia-keltést követően

Kovács Éva, Paragh György, Varga Zsuzsa, Nagy T. József, Szabolcs Márton, Fóris Gabriella: Makrofágok szerepe az extrahepatitis apolipoprotein E termelés szabályozásában

EGÉSZSÉGNEVELÉS
(1988. 5. sz.)

Prof. dr. Eckhardt Sándor: Témaindító bevezetés

Dr. Farkas Ilona: „A rák ellen az emberért, a holnapért"

Dr. Simon Tamás—Dr. Kertész Mária—Losonczi Zoltánné—Dr. Szekeres Erzsébet—Szekeres Kálmánné—Dr. Székessy Margit—Dr. Técsy Margit—Dr. Válenti Béla: Mit tudnak a magyar iskolások a rákról?

Dr. Mándoki Rózsa: Testedzés és sportolás a 11—16 éves tanulók körében

Dr. Moskovits Katalin: A daganatos betegek rehabilitációja a FOTEKO Klinikai Onkológiai osztályán

Dr. Perjési Klára: A gyulai „Rákbeteg Klub" másfél éves működéséről

Dr. Lapis Károlyné: Egymást megismerve segítsük egymást

Dr. Könczei György: Van-e tennivaló és cselekvési tér a daganatos betegek rehabilitációjában? Daganatos betegek rehabilitációja az Egyesült Államokban

Dr. Németh György: A rákbetegség megelőzésének és korai felismerésének pszichológiai vonatkozásai

László Ruth: A kultúrateremtő ember. Az egészséges élet kultúrája

A Medicina Kiadó gondozásában megjelent orvosi szakkönyvek 1988—1989.

Debreceni László dr.: Klinikai akupunktúra
Káldor Antal, Gergely János, Kulka Frigyes (szerk.): Az Orvostudomány aktuális problémái 60.
Dr. Korondi István és Dr. Zahumerszky Zille (szerk.): Reumatológia a mindennapi gyakorlatban (A gyakorló orvos könyvtára 220)
Cserhalmi Lívia: Szívizombetegségek (2. átdolgozott kiadás)
Dr. Hársing László (szerk.): Kórélettan
Dr. Antalóczy Zoltán, Dr. Magyar Éva: Az isémiás szívbetegség funkcionális patológiája
Guba Ferenc: Orvosi biokémia (2. átdolgozott kiadás)
Lengyel Mária: Echokardiográfia (2. bővített kiadás)
Littmann Imre és Berentey György (szerk.): Sebészeti műtéttan (2. átdolgozott kiadás)
Dr. Molnár László (szerk.) Orvosi szociológia
Dr. Csaba György (szerk.): A modern ember biológiai paradoxonja
Fodor Ferenc, Péterffy Pál: Szemészeti funkcionális vizsgálatok

HÍREK

A Magyar Pszichiatriai Társaság és a **Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiatriai Rehabilitációs Szekciója,** valamint a **MÁOTE Pszichoszomatikus Szekciója** *1989. április 21-én* pénteken *fél 10 órai* kezdettel egész napos tudományos ülést tart ezúttal ötödik alkalommal.

Az ülés helye: Pest megyei Művelődési Központ és Könyvtár, (2000 Szentendre, Engels u. 7.)

Az ülés tárgya: Alapellátás és pszichiatriai rehabilitáció V. Mentalhygiénés viszonyok hazánkban és néhány külföldi országban.

Plenaris ülés.

Üléselnök: Prof. Dr. Huszár Ilona

1. *Dr. Jean Francois Reverzy:* Mentalhygiénés viszonyok Reunion szigetén. (Indiai-óceán)
2. *Dr. Kosza Ida:* Mentalhygiéné Magyarországon.
3. *Prof. Dr. Magyar István:* Elképzelés mentalhygiénés modellről különleges szituációban.
4. *Dr. Veér András:* Mentalhygiénés program problémái.
5. *Dr. Pető Zoltán:* Szekciótevékenység és rehabilitáció.
6. *Dr. Kecskés Imre:* Szellemi fogyatékosok szociális foglalkoztatása hazánkban.

Vita.

Délutáni program:

Kezdete fél 3 órakor.

Üléselnök: Dr. Fejérjváry Jenő és Dr. Schnell Endre

1. *Dr. Csepely György:* Patriae quis exsul, de cuoque fugit?
2. *Marika Lindbom-Jakobson:* Megkínzott áldozatok. Pszichiatriai rehabilitáció a stockholmi Vörös Kereszt Centrumban.
3. *Dr. Pierre Sadoul:* Mentalhygiéné Franciaországban.
4. *Dr. Schnell Endre:* Mentalhygiénés tevékenység lehetőségei a körzeti orvos gyakorlatában.

Vita nagycsoport keretek között.

Csoportvezetők: Dr. Horváth Endre és Dr. Horváth Szabolcs

Szervező: Dr. Kosza Ida, Ideggondozó Intézet Szentendre, tel.: 06-26-12024.

A Magyar Ortopéd Társaság *1989. április 24-én 15.00 órakor* tartja tudományos ülését, a Semmelweis Orvostudományi egyetem Ortopédiai Klinika nagytermében (Budapest, XI. Karolina u. 27.)

1. *Cotrel Y.:* Tapasztalatok a Cotrel—Dubousset-módszerrel (angol nyelven)
2. *Varga P. P.:* Az ágyéki spondylolisthesis műtéti kezeléséről. Elvek és szövődmények
3. *Cotrel Y.:* A gerincsebészet néhány aktuális problémája (angol nyelven)
4. *Esetbemutatások*
5. *Sólyom L.:* A térdathrosis és kezelése (továbbképző előadás)

A Központi Állami Kórház és Rendelőintézet Tudományos Bizottsága rendezi tudományos ülését a kórház könyvtárában (Bp. Kútvölgyi út 4.) *1989. április 27-én (csütörtökön) 14 órakor.*

Téma:

1. Egyes non-invasiv diagnosztikai eljárások helye és szerepe az ISZ-ben, különös tekintettel a rehabilitációra.

Előadók: Dr. Kelemen Andor,
Dr. Janecskó Mária,
Kovács László

2. A TRH-teszt diagnosztikus értékéről tapasztalataink alapján.

Előadó: Dr. Nagy Kálmán

3. Az obes. simplex betegek komplex vizsgálatáról. Betegség vagy rizikótényező.

Előadók: Dr. Kollai Géza
Dr. Harmati Lídia
Dr. Kelemen Andor
Kubányi Jolán

MEGHÍVÓ

A Fővárosi János Kórház és **Rendelőintézet tudományos Bizottsága** *1989. IV. 27-én 14 órakor* a kórház tantermében tudományos ülést rendez, melyre minden érdeklődőt szeretettel vár.

A kerekasztal konferencia tárgya: „Cerebrovascularis kórképek non invaziv diagnosztikája" (Lehetőségek és korlátok.)

Moderátor: Prof. Dr. Lipcsey Attila
Résztvevők:
Ideggyógyászat: Prof. Dr. Lipcsey Attila
EEG: Dr. Gryneus Tamás
CT-MRI: Dr. Váraljai György
Ophtalmologia: Dr. Csoma Éva
Otoneruologia: Dr. Spellenberg Sándor
Agyi scintigraphia: Dr. Bános Csaba
Doppler-sonographia: Dr. Rózsa András.

A Magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciója f. évi továbbképző tanfolyamának *(„A pszichogeriátria aktuális kérdései")* soros tudományos ülését *április 27-én (csütörtökön) 9—13 óráig* tartja az Orsz. Ideg-Elmegyógyászati Intézet (Bp. II., Vöröshadsereg útja 116.) kupola-terében.

Program:

1. *Fráter Rózsa dr.*
Organikus pszichoszindrómák az időskorban.
2. *Tariska Péter dr.*
Időskori demenciák klinikuma.
3. *Majtényi Katalin dr.*
Időskori demenciák patológiája.

Elnök: Simkó Alfréd dr.

Meghívó

A „Fiatal Bőrgyógyászok VI. Országos Fóruma *1989. április 28-án 9 órakor* kerül megrendezésre **Kecskeméten** (Tudomány és Technika Háza II. emeleti kongresszusi termében, Rákóczi u. 2.).

A rendezvényt megnyitja: Prof. Dr. Rácz István a Magyar Dermatológiai Társulat elnöke és a helyi szervezők nevében Török László osztályvezető főorvos.

Üléselnök: Prof. Rácz István — Kása Margit

Továbbképző előadás:

Prof. Nagy Endre (Debrecen, Bőrklinika): Erythematodes ritkább formái

1. *Thomas Lehner (Berlin, Bőrklinika):* Aussagewert der antikörperdiagnostik für dia nosologische Klassifizierung ausgewählter entzündlicher Bindegewebserkrankungen
2. *Ralph Schmidt (Berlin, Bőrklinika):* Einfluss von Diacetyl Splenoplentin auf bestimmte paraklinische Parameter bei Patienten mit sekundärer Immundefizienz als Folge immunsuppressiver Therapia bzw. von HIV-Infektion
3. *Bakos Noémi, Remenyik Éva (Debrecen,* Bőrklinika): Chronicus urticariás betegek katamnesztikus vizsgálata
4. *Bata Zsuzsa, Husz Sándor, Tóth Kása Izabella (Szeged,* Bőrklinikak): Krónikus urtikáriás betegek kontakt fémérzékenysége
5. *Dobozy Enikő, Marschalkó Márta (Budapest,* Bőrklinika): Szubakut cutan lupus erythematodeses betegek klinikai és szerológiai vizsgálata
6. *Gyomlai Győző, Borbély Ildikó (Nyíregyháza,* Megyei Kórház): Hemodializált betegek bőrtünetei (43 eset kapcsán)
7. *Kolat Zsuzsanna, Muth Lajos (Szekszárd,* Megyei Kórház): Diabeteszes betegek bőrgyógyászati vizsgálata
8. *Oláh Judit (Szeged,* Bőrklinika): Mycosis fungoides therapiája
9. *Páldeák László (Debrecen,* Bőrklinika): Atópiás dermatitis
10. *Duray Éva (Budapest,* OBNI): A syphilis és a HIV-fertőzés kapcsolatáról adataink kapcsán

Vita

SZÜNET

Üléselnök: Prof. Simon Miklós Fórizs Anna

11. *Kádár László (Kecskemét,* Megyei Kórház): Dysplasticus naevus szindrómás betegek gondozásával nyert első tapasztalatainkról
12. *Bély Mária, Jobbágyi Péter, Pap Katalin (Győr,* Megyei Kórház): Szemmelanomás beteganyagunk
13. *Pikó Béla, Kohán József (Szeged,* Bőrklinika): Végtagperfúzióval kezelt melanomás és karcinomás esetek
14. *Rácz Fodor Edina (Szeged,* Bőrklinika): Incomplett primer műtéten átesett melanomás betegeink kórlefolyása. Eset-kontroll vizsgálat
15. *Kemény Lajos (Szeged,* Bőrklinika): Pharmacologiai vizsgálatok dithranol dermatitisben
16. *Krizsa Judit, Kendressy Szabó Anna, Hunyadi János (Szeged,* Bőrklinika): Kreatinocyták tárolása
17. *Magyarlaki Márta, Battyáni Zita* (Pécs, Bőrklinika): Az immunoperioxydase módszer jelentősége és szerepe a modern dermatológiai diagnosztikában
18. *Jurcsik Ágnes, Soós Gyöngyvér, Temesvári Erzsébet (Budapest,* Bőrklinikak): Katon CG-szenzibilizáció vizsgálata
19. *Suhajda Kornélia, Nemes József (Kecskemét,* Megyei Kórház): Fém túlérzékenység vizsgálata csípőprotézis beültetése kapcsán
20. *Fórizs Anna (Kecskemét,* Megyei Kórház): Unguis incarnatus műtéttel szerzett tapasztalataink 153 beteg kapcsán
21. *Turbucz Ágnes (Budapest,* Kállai Éva Kórház II. Bőrgyógyászati Osztály): A köröm elváltozások diagnosztikája

Vita

EBÉD

Betegbemutatások

Üléselnök: Prof. Schneider Imre — Kádár László

1. *Battyáni Zita, Magyarlaki Márta, Puskás Márton (Pécs,* Bőrklinika): Disseminált hegesedő bullosus pemphigoid
2. *Bálint Zsuzsanna, Török Éva, Krasztani Géza (Szolnok,* Megyei Kórház): Abrikossoff tumor
3. *Báló Gyöngyi, Kovács Anikó (Miskolc,* Megyei Kórház): Letális kimenetel: dermatomyositis esetünk ismertetése
4. *Dobránszky Irén (Debrecen,* Bőrklinika): Pemphigus vulgaris
5. *Gujdi Judit (Budapest,* Kállai Éva Kórház II. Bőrgyógyászati Osztály): Körülírt scleroderma
6. *Hajdú Klára (Kecskemét,* Megyei Kórház): Sclero-edema adultorum Buschke
7. *Jánosy Eszter (Budapest,* OBNI): Köszvény fellépése autoimmun betegen
8. *Kalas Diána (Budapest,* Kállai Éva kórház II. Bőrgyógyászati Osztály): Epidermolysis bullosa hereditaria simplex
9. *Karsai Zita, Korom Irma (Gyula,* Megyei Kórház, Szeged, Bőrklinika): Cordarone (amiodaron) okozta pigmentáció

Vita

Üléselnök: Prof. Dobozy Attila — Suhajda Kornélia

10. *Kása Margit, Borda Ferenc (Kecskemét,* Megyei Kórház): „Insulin-Depot-S Richter"-túlérzékenység
11. *Kocsis Lajos (Kecskemét,* Megyei Kórház): Sclerodermiform porphyria cutanea tarda társulása májtumorral
12. *Lohinay György, Szabó Tünde, Vajda Zoltán, Bíró Judit (Budapest,* Bőrklinika): Filariasis cutis
13. *Nyirády Judit (Budapest,* Bőrklinika): Atípusos lokalizációjú vasculitis
14. *Sugár Ildikó, Daróczy Judit, Gilde Katalin (Fővárosi Központi Gondozó):* Extramedullaris plasmocytoma
15. *Szabó Gábor (Kecskemét,* Megyei Kórház): Ulcus vulvae acutum
16. *Tisza Tímea, Gilde Katalin, Bíró Judit, Hársing Judit (Budapest,* Bőrklnika): Chronikus lymphoedema talaján kialakult Kaposi-sarcoma
17. *Turbucz Ágnes (Budapest,* Kállai Éva Kórház II. Bőrgyógyászati Osztály): Familiáris benignus krónikus pemphigus (Hailey-Hailey)
18. *Zahorcsek Zsófia, Zombai Erzsébet, Szepes Éva (Pécs,* Bőrklinika): Urticaria pigmentosa adultorum + naevoid hamartoma

Vita

Díjak átadása

Főtitkári zárszó: Doc. Husz Sándor

Az Egyetemi Tudományos Napok programja keretében a **Biológiai Intézet** rendezi előadásait a NET Dohányzójában (Bp. VIII., Nagyvárad tér 4.)

1989. május 4-én 14 órakor

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(8/c)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett *ellenőrző főorvosi* álláshelyek betöltésére.

A pályázatra megfelelő járóbetegellátási és keresőképesség elbírálási tapasztalattal, nyugdíjkorhatárt még be nem töltött szakorvosok jelentkezését várjuk.

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Főosztályán lehet dr. Saliga Margit főosztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 167. Te.: 339-379.

(9/c)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett *ellenőrző gyógyszerészi* álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltételek: Hatástani, esetleg szervezési szakvizsga
10 éves gyógyszertári, vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet dr. Kemenes Ildikó osztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343-748.

(10/c)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett *gyógyszerész szakasszisztensi* álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltétel:
10 éves gyógyszertári,
vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet dr. Kemenes Ildikó osztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343-748.

(17/b)

Az Ózd Városi Tanács Almási Balogh Pál Kórház-Rendelőintézet igazgató főorvosa (3601 Ózd, Béke u. 1.) pályázatot hirdet:

— 2 fő **segédorvosi** állásra belgyógyászati osztályon
— 1 fő **anaesthesiológus szakorvosi** állásra
— 2 fő **körzeti orvosi** állásra.

Bérezés megegyezés szerint. Az álláshoz lakást biztosítunk.

(21/a)

Csecsemőotthonok PIKLER EMMI Országos Módszertani Intézetének főigazgató főorvosa (1022 Bp., Lóczy Lajos 3. szám) pályázatot hirdet orvosi állásra.

Gyermekgyógyász szakképesítéssel rendelkező pályázó előnyben részesül.

Dr. Falk Judit
főigazgató főorvos

(25)

Belvárosi telefonos felszerelt kisméretű fogorvosi rendelő bérbeadó kedd-csütörtök kivételével.

Azonnali kezdés lehetséges Tel.: 324-450
Bánságiné
1051 Bp., Pálffy György u. 23. III/2.

(26)

„A Győr-Sopron megyei Tanács Kórház-Rendelőintézet főigazgató főorvosa (9024 Győr, Vasvári Pál u. 2.) pályázatot hirdet:

— KAIBO-n **3 fő szakorvos** részére.

Szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Kiemelt bérezés!

— Győr Városába **2 fő főfoglalkozású üzemorvos** részére.

Üzemorvosi szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek.

Bérezés az érvényes rendelet szerint.

Pályázatokat az érvényes rendelkezés szerint felszerelve a hirdetés megjelenésétől számított 30 napon belül kérjük benyújtani.

Dr. Kelemen István
főigazgató főorvos h.

(27)

Az Országos Alkohológiai Intézet Szakmai Kollégiuma 35 éven aluli orvosok, pszichológusok, szociológusok, szociális munkások számára tudományos-tanulmányi pályázatot hirdet alkohológiai (klinikai, biokémiai, orvospszichológiai, orvosszociológiai, rehabilitációs, gondozási stb.) témakörben.

A pályázaton részt vehetnek nemcsak az alkohológiai hálózatban dolgozó egyének vagy munkacsoportok.

A még nem közölt eredeti tudományos munkáról 10—15 oldalas, közlésre is alkalmas kézirat formában lehet pályázni.

I. díj 20 000,— Ft (1 db)
II. díj 10 000,— Ft (2 db)
III. díj 5000,— Ft (4 db)

A pályázatot az Országos Alkohológiai Intézetbe jeligésen kell beküldeni, 1989. október 30-ig (Bp. II., Vöröshadsereg útja 116.), nevét, pontos címét.

A pályamunka közlése után külön tiszteletdíj illeti meg a szerzőket.

A bíráló bizottság a Szakmai Kollégium tagjaiból áll.

A pályadíjak átadására az alkohológiai Szakmai Kollégium decemberi ülésén (XII. 13. szerda 11 óra, OIEI Tanácstermében) ünnepélyes körülmények közt kerül sor.

Prof. Levendel László
a Szakmai Kollégium elnöke

(28)

Az Országos Alkohológiai Intézet, az Országos Körzeti Orvosi Intézete és a **Szakmai Kollégiumok** egyetértésével az alapellátásban dolgozó **(körzeti, üzemi) orvosok** részére **tudományos-tanulmányi pályázatot hirdet**

szabadon választott alkohológiai témakörben.

A pályázat célja, hogy felszínre hozza azokat az alkohológiai ismereteket, tapasztalatokat, melyek a mindennapi betegellátásban az alapellátásban sűrűsödnek és alapot adhatnak az alkoholbetegek szakszerűbb ellátására illetve gondozására.

1. díj 20 000,— Ft
2. díj 10 000,— Ft
3. díj 5000,— Ft

A legjobb pályázatok hazai és külföldi szaklapokban való közlését, ill. nemzetközi kongresszusi előadás formájában történő publikálását szorgalmazzuk.

A pályázatokat jeligésen (zárt borítékban név, pontos cím) kell elküldeni az OAI címére (II. Vöröshadsereg útja 116.) 1989. okt. 30-ig.

A díjak átadására ünnepélyes formában a Kollégium decemberi ülésén kerül sor.

Prof. Levendel László
a Szakmai Kollégium elnöke

(29)

Az Országos Munka- és Üzemegészségügyi Intézet főigazgató főorvosa (Budapest, IX. ker. Nagyvárad tér 2.) pályázatot hirdet az Intézet Higiénés Főosztálya Iparhigiénés Osztályán megüresedett **orvosi állásra.**

Előnyben részesülnek a szakirányú képzettséggel, illetve gyakorlattal rendelkezők.

Bérezés és besorolás a 14/1983. (XII. 17.) ÁBMH sz. rendelet a 13/1987. (X. 25.) ÁBMH sz. rendelet alapján — megegyezés szerint a szolgálati időtől, illetve szakképesítéstől függően — történik.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket szolgálati úton az Intézet Főigazgató főorvosához kell benyújtani.

Dr. Zsögön Éva
főigazgató főorvos

(30)

A Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (1751 Budapest, Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet **1 felnőtt körzeti orvosi** állásra.

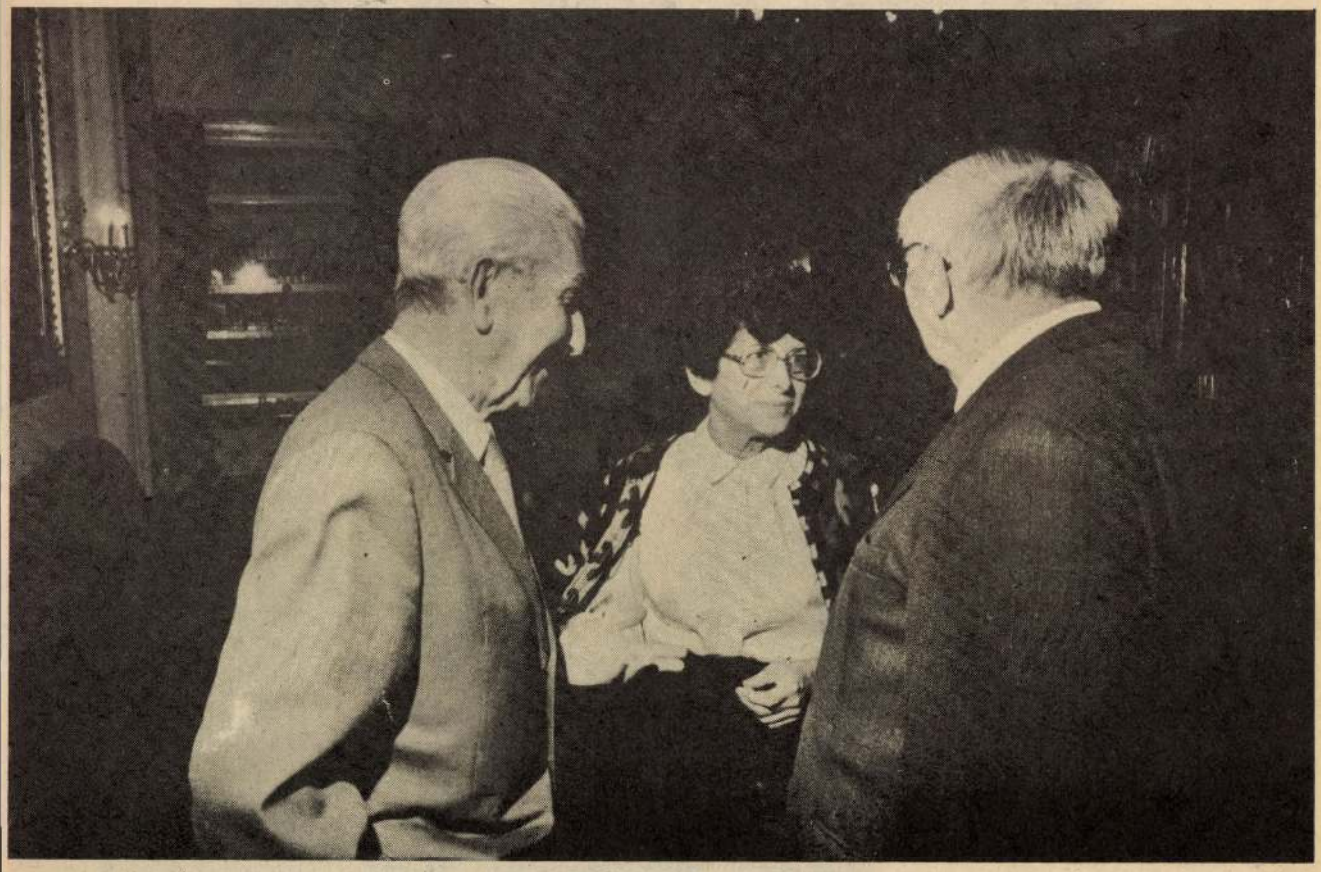
Az állás betöltéséhez általános szakorvosi vagy belgyógyász szakorvosi szakképesítés szükséges.

Dr. Molnár Lajos
főigazgató főorvos

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 15 300 példányban
A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató
Telefon: 310-781
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),
közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft
Széchenyi Nyomda, Győr 89.7880 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002





Fogadás







A jubiláris ünnepség hallgatósága

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI
DOLGOZÓK
SZAKSZERVEZETÉNEK
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
KÁROLYI GYÖRGY DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

130. ÉVFOLYAM

*

17. SZÁM

*

1989. ÁPRILIS 23.

TARTALOMJEGYZÉK

Dr. Hirschler Imre halálára 867

Berényi Ernő dr., Szegedi Gyula dr., Szabó Klára dr., István Lajos dr., Radványi Gáspár dr., Berkessy Sándor dr., Zöllei Magdolna dr., Varga Gyula dr., Nemes Zoltán dr. és Kelényi Gábor dr.:

Reprezentatív epidemiológia és klinikopatológiai felmérés Hodgkin-kórban 869

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Fehér Gabriella dr. és Lukács Tibor dr.:

A heveny mellékhere gyulladás sebészi kezelése 875

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Alföldi Sándor dr., Kiss István dr., Kismarty-Lechner Ildikó dr., Fehér János dr. és Farsang Csaba dr.:

A napszaki automatikus vérnyomásmonitorozás diagnosztikai és terápiás jelentősége hypertoniában 877

KAZUISZTIKA

Illyés György dr. és Taraba István dr.:

Szívizom-meszesedés idült veseelégtelenségben.. 883

Kovács Anna Mária dr. és József Imre dr.:

Bacillus cereus okozta szeptikus pneumonia..... 887

Folyóiratreferátumok 889

Könyvismertetések 906

Hírek 909

Pályázati hirdetmények 919

ELMÉLETI TOMB KÖZÖS KÖNYVTÁRA

HISTODIL

tabletta

200 mg cimetidinumot tartalmaz tablettánként.

HATÁS

A cimetidin specifikusan ható kompetitiv hisztamin H_2-receptor antagonista. Hatásmechanizmusát tekintve különbözik az eddig alkalmazott ulcus-ellenes szerektől. Hatékonyan gátolja a gyomorsav-szekréciót, elősegíti az akut és krónikus peptikus fekélyek, valamint az erózív gasztritis okozta akut vérzések gyógyulását, szabályozza és ellensúlyozni képes a hiperszekréciós folyamatokat.

JAVALLATOK

Endoszkóposan vagy röntgenfelvétellel igazolt benignus, peptikus, gyomor, – nyombél, – és/vagy jejunális ulcus betegség, reflux oesophagitis, erózív gastritis. Zollinger–Ellison-syndroma kezelése. Szteroid és nem szteroid antiflogisztumok mellékhatásaként kialakult eróziók adjuváns terápiája.

ELLENJAVALLATOK

Abszolút ellenjavallata nem ismert.
Alkalmazását meg kell fontolni graviditásban és a lactáció időszakában.
Súlyos máj-, keringési, vesebetegségben csak csökkentett dózisok adhatók, kellő körültekintés mellett.
Gyermekek részére adása nem javallt.

ADAGOLÁS

Átlagos adagja fekélybetegségben napközben 3×1 tabl. az étkezésekkel együtt, és az esti lefekvéskor további 2 tabl. Ezt a **kúraszerű adagolást** 4–6 héten át kell folytatni. Ha a hatás nem kielégítő, a napi dózist átlagosan 4×2 tablettára (reggel, délben, vacsorakor és lefekvéskor 2–2 tabletta) lehet emelni, fekvőbeteg-gyógyintézetben, fokozott ellenőrzés mellett.
A napi 2 g (10 tabletta) maximálisnak tekintendő!
A fenntartó kezelés általában naponta 2 tabletta, amelyet lefekvéskor kell bevenni.
A fenntartó adagolás több hónapig is tarthat. Számolni kell az adagolás megszüntetése után a recidiva megjelenésével, a panaszok felújulásával.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, fáradtságérzés, myalgia, diarrhoea, somnolentia, kisebb fokú pruritus. Tartós kúra folyamán gynecomastia, mentális konfúzió, depresszió, ritkán csontvelőártalom, szérumértékek változása jelentkezhet. Befolyásolja az immunválaszt. Súlyosabb mellékhatások a kezelés megszakítását indokolják.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Óvatosan adandó: – orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatásnövekedése):
– benzodiazepinekkel (ezek hatását megnyújtja).

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

Hirschler Imre halálára



Az értelem már kinyílt,
mindétig itt sugárzik;
gazdája holtával se hal;
nem illan, szét nem ázik.

(Devecseri Gábor)

Súlyos gyásza van a magyar orvostársadalomnak.

1989. február 27-én 82 éves korában elhunyt Hirschler Imre nyugalmazott főorvos, az Orvosi Hetilap Szerkesztőbizottságának tagja. Halálával a szülészek és nőgyógyászok egyik nagy öregje távozott körünkből, aki az egészségesebb, boldogabb életért küzdött a felvilágosítás eszközével, egy értetlen, álszemérmes korban.

Távoli felmenői közt volt Hirschler Ignác, a magyar szemészet megalapítója, aki a korábbi bécsi, magyar származású orvosi kolóniából indult el, később a Balassa-kör tagjaként jelentős befolyást gyakorolt az ország szellemi életére, az orvosi reformeszmékre. Noha maga Hirschler Imre nem származott orvoscsaládból, gyermekkora óta orvosi ambíciók fűtötték, szociális érzéke korán, kisiskolás korában megnyilvánult.

1906. november 1-jén Győrben született, szerény kereskedőcsaládból. Édesatyját, aki úgymond az ,,utolsó korosztályok tagjaként" vett részt az első világháborúban és aki hadifogságot szenvedett, itt szerzett betegsége korán sírba vitte. Édesanyjával, testvéreivel hadisegélyből éltek. Hogy mégis bejutott az orvoskarra: azt szorgalmának köszönhette, annak, hogy az országos tanulmányi versenyen görögből első helyezett lett és tandíjmentességet is kapott. Anyagiak híján alig remélhette a diploma megszerzése után, hogy rendelőt nyithasson, ezért kórbonctannal foglalkozott, majd a Szabolcs utcai kórházban a I. belosztályra került, és itt, a szülészeti és nőgyógyászati osztályon szerzett szakképesítést. Kora társadalmi igazságtalanságai láttán meggyőződött róla, azok sorában van helye, akik ezek ellen küzdenek. Barátja lett Weil Emilnek, Jahn Ferencnek, Schönstein Sándornak, tagja a pártnak, orvosa a Vörös Segélynek. Módja volt arra, hogy a rászorulókat gyógykezelje, sőt arra is, hogy emelkedő jövedelméből a szegényeket anyagilag is támogassa. Köztudomású volt, hogy a jómódúaktól pénzt fogad el, a szegényeknek ő ad. A szocialista ifjúmunkások között ébredt rá arra, hogy az egészséges embernek szüksége van a jól irányított, tárgyilagos nemi felvilágosításra, a terhesség megelőzésének praktikus, egyszerű, egyben eredményes módszerére, hiszen a művi abortusz tilos, miközben a gyermekáldás súlyos gond forrása lehet. Fokozott figyelemmel fordult az illegalitásban élő nők felé, akik számára adott körülmények között a terhesség vállalása és kihordása életveszélyt is jelenthetett.

A felszabadulás nyújtott Hirschler Imrének lehetőséget, hogy orvosi és egészségügyi céljai kiteljesedhessenek. Szerepet vállalt a szülészeti ellátás, a terhességgondozás kiépítése és fejlesztése nagy munkájában. Előbb a Rókus kórházban dolgozott, 1946-ban az Uzsoki utcai, 1950-ben a Központi Állami Kórház szülészeti és nőgyógyászati osztályának főorvosa, ahol nyugdíjba vonulásáig, 1975-ig dolgozott. Bárhol dolgozott is, a megelőzés és gyógyítás, valamint az ennek érdekében végzett felvilágosítás lebegett szeme előtt. A szakmapolitikai, orvosszervezői, felvilágosítói munka nála szorosan összefonódott a legtágabban értelmezett, tudományos igényű klinikummal. Ugyancsak a háborút követően, ahogy megfogalmazódott az egészségügy állami feladat jellege, fordult érdeklődése a szociálpolitika felé és vett részt a népesedéspolitika és a családvédelem koncepciójának kidolgozásában. Része volt a családvédelmi törvény előkészítésében és ösztönzést adott a statisztikai hivatalban a demográfia kutatócsoport munkájához. Mindebben humanista orvosi elkötelezettsége vezérelte. Mindez nem jelentette azt, hogy az állami egészségügyi és népesedéspolitikai döntések mindenkor egybeestek volna az ő intencióival. Hirschler Imre ugyanis nagy életismerettel rendelkezett és tapasztalataiból kiindulva ismerte fel: az egészséges társadalomnak szüksége van jól ellátott, harmonikusan fejlődő családokra és ennek érdekében, helyes szexuális kultúrára.

E tapasztalatainak és nézeteinek igyekezett hangot adni, amikor a tárgyban felmerült kérdésekre válaszolt egyetemi kollégiumok, üzemi gyűlések, TIT-előadások, sőt előadás-sorozatok mind népesebb hallgatósága előtt. Minthogy ilyen tematikájú kollégiumok az egyetemen nem voltak, mérhető örömmel szorgalmazta szexológiai tanfolyam rendszeresítését az Orvostovábbképző Intézetben. Az emberek növekvő érdeklődése és az ismeretek utáni vágya egyre jobban elvonta betegei elől őt, ezért, hogy kórházi munkáját ne kelljen előadások megtartásával megrövidítenie, elhatározta, hogy tanácsait írásban adja közre. Így születtek meg kedvelt és hasznos könyvei. ,,A nők védelmében" c. munkája, valójában az anyák,kérdések sokaságára választ adó iskolája, a ,,Szülőszoba, tessék belépni", a terhesek és szülő nők korszerű felkészítését nyújtja, megvilágítva a szülési fájdalmak megelőzésének, illetve enyhítésének prophylacticus lehetőségeit, végül a ,,Nemcsak nőkről, nemcsak nőknek": mindkét nem számára megírt

tudnivalókat tartalmaz; az élet keletkezéséről, a nők egészségvédelméről, a nemi ösztönről, a szexuális életről, annak zavarairól és etikájáról, a nemi úton terjedő betegségekről, a családtervezésről és más fontos témakörökről.

Bár Hirschler Imrét, gyógyító munkája mellett elsősorban felvilágosító tevékenysége tette ismertté, nem feledkezhetünk meg a hazai és a nemzetközi szakfórumokon tartott előadásairól. Ezek közül csak néhányról teszünk említést.

Az 1948. évi Centenárius Orvosi Nagyhéten az antibiotikumok tapasztalatairól adott számot, Genfben az Egészségügyi Világszervezet abortuszkonferenciáján adott elő nagy visszhangot keltő referátumot. Ugyancsak figyelemre méltó volt az első szexológiai szimpóziumon Párizsban tartott beszámolója. A tapasztalatátadás és nem a publikációk számának gyarapítása vonzotta őt. Amit viszont leírt, az hatékonyan szolgálta az egészségügyi kultúrát. 1967-ben az Orvosi Hetilap Markusovszky-emlékelőadásában a lapalapító nagy egészségpolitikus pályaképét adta és szerepét méltatta a szülészet és nőgyógyászat fejlesztésében, kiemelve Semmelweis és korszakos felfedezése érdekében vívott harcát. Ugyanakkor a Semmelweisre való emlékezés alkalmát felhasználta arra, hogy figyelmeztessen az aktuális hospitalizációs veszélyekre, a prevenció változatlan szükségességére és lehetőségeire.

Hirschler Imre betegei és kollégái körében, elsősorban szerénységével és humanista életfelfogásával tett mély és maradandó benyomást. Orvosi varázsának titka volt a beteg iránti érdeklődés, az időt nem kímélő türelmes beszélgetés, a felesleges vizsgálatok kerülése, a gondos anamnézissel párhuzamosan, a páciens sorsának nyomon követése. Élete során nemcsak munkatársai, betegei szeretetében, de állami kitüntetésben is volt része. Tulajdonosa volt a Szocialista Hazáért Érdemrendnek. Nyugalomba vonulásával rendelőjében változatlanul fogadta betegeit, tanácsokat adott a rászorulóknak és arra készült, hogy könyvben ad számot életéről. Ez azonban terv maradt. Életét végül is orvosi munkájának és kiapadhatatlan emberségének tényeivel írta meg.

Halálával az egészségügyi felvilágosítás avatott művelőjével és nagy tapasztalatú klinikussal lettünk szegényebbek.

Emlékét szeretettel és eredményei iránti nagyrabecsüléssel őrizzük meg.

A gyermekágyi láz kóroktanának búvárlata nincs befejezve, az bizonyos; még akkor sem, ha a rothadt szerves anyaggali fertőzés mindenki által annak forrásaul elismeretetnék; sőt a S. tanár adta definitio is csak előlegesnek tekinthető,...

A szabatos fürkészetenek, azt hisszük, ki kellend még mutatni, mi és milyen azon rothadt szerves anyag — szövet- és vegytanilag — mely a fertőzést okozza... Mi úton és módon jut az a szervezet belsejébe; mint működik ott vegyileg, élettanilag; melyek fölszívatása és működésének föltétei, miután úgy látszik, nem mindenkor hat:...

Markusovszky Lajos
(Orv. Hetil. 1861)

Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest 1905
Sajtó alá rendezte: Marikovszky György dr.

Berényi Ernő dr., Szegedi Gyula dr., Szabó Klára dr., István Lajos dr., Radványi Gáspár dr., Berkessy Sándor dr., Zöllei Magdolna dr., Varga Gyula dr., Nemes Zoltán dr. és Kelényi Gábor dr.

Reprezentatív epidemiológiai és klinikopatológiai felmérés Hodgkin-kórban

Debreceni Orvostudományi Egyetem, III. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Szegedi Gyula dr.)
és Kórbonctani Intézet
(igazgató: Gomba Szabolcs dr.)
Markusovszky Kórház-Rendelőintézet Haematologiai Osztály, Szombathely
(főorvos: István Lajos dr.)
Semmelweis Kórház II. Belgyógyászati Osztály, Miskolc
(főorvos: Berkessy Sándor dr.)
Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Csanády Miklós dr.)
Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézet
(igazgató: Kelényi Gábor dr.)

A szerzők az ország 7 megyéjéből 1983. 01—1987. 06. között négy lymphoma centrumba felvett 233 új Hodgkin-kóros beteg adatait dolgozták fel epidemiológiai és néhány klinikopatológiai szempont szerint. A Hodgkin-kór incidenciája a különböző területeken igen eltérő. A magyarországi epidemiológiai jellemzők a fejlett, illetve a fejlődő országokra típusos sajátosságok közötti átmenetet képviselik: a betegség első halmozódása már a tízes évek második felében jelentkezik, a diagnózis megállapításakor a betegség már előrehaladottabb stádiumokban van, a jellegzetes általános panaszok előfordulási aránya nagyobb, a kevert sejtes szövettani típusú Hodgkin-kór több, tehát a rosszabb prognózissal társuló paraméterek gyakoribbak, mint a fejlett országok betegein. Az első panasz, illetve tünet jelentkezésétől a diagnózis tisztázásáig átlag fél év telik el, akár a beteg, akár az orvos észleli azt. A hézagpótló középeurópai felméréssel a Hodgkin-kór aetiopatogenezisével kapcsolatos kutatásokhoz kívántak adatokat szolgáltatni. A kedvezőtlen hazai helyzet javítását, a Hodgkin-kór minél korábbi diagnosztizálását elősegítő felvilágosító és szervező intézkedések megtételét fontos feladatnak tartják.

Comprehensive epidemiologic and clinicopathologic study of Hodgkin's disease in Hungary. To determine the epidemiologic pattern and some clinicopathologic features of Hodgkin's disease (HD) in Hungary, the data of 233 consecutive patients with HD, diagnosed between January 1983 and July 1987 from seven county were analysed on the basis of data from 4 cancer centers. Large variations have shown in incidence rates within different regions of Hungary. The epidemiologic pattern seems to vary from those reported in developed and developing countries. A sharpe rise in HD incidence occurs already at the end of second decade. More Hodgkin's patients have advanced clinical stages, systemic symptoms, mixed cellularity histologic type at the time of diagnosis than in Western hemisphere. On the average, there is a six months period between the appearance of the first sign or symptom and the diagnosis. There is a lack of data outlining the epidemiologic difference in the pattern of Central Europe. The aim of this study was to supply data for the etiopathogenetic research of HD. There is an important task to improve the unfavourable home situation, to strive to earlier diagnosis in HD.

A rosszindulatú daganatos betegségek epidemiológiájának kutatása hasznos útmutatóul szolgál a tumor aetiologiai vizsgálatokhoz, a rák elleni megelőzés programja tervezéséhez és értékeléséhez egyaránt. A demográfiai és földrajzi eltérő sajátosságok kimutatása, az egyes országok, területek jellemző adatainak elemzése az adott malignoma kockázati tényezőinek felismeréséhez is vezethet.

Rövidítések:

H = Hodgkin-kór
LD = lymphocyta-szegény
LP = lymphocyta-túlsúly
MC = kevert sejtes
NS = nodularis sclerosis

Kulcsszavak: Hogdkin-kór, epidemiológia, klinikopathológia

Az intenzív kutatások ellenére a Hodgkin-kór (H) aetiológiája és patogenezise máig sem ismert. A kísérleti kutatásokat nagyban akadályozza, hogy a H egyike azon kevés emberi daganatnak, melynek nincs megfelelő állatmodellje, így az epidemiológiai vizsgálat jelenleg igen fontos eszköz a H ok(ai) kutatására.

A H epidemiológiájával foglalkozó közlemények elsősorban a fejlett nyugati országok (1, 10), illetve kisebb terjedelemben és mélységben a fejlődők (12, 25) adataival ismertetnek meg bennünket. A szocialista országokból csak kis területen élő betegek néhány jellemzője ismert (32). A különböző földrajzi tájak adata esetenként jelentős eltéréseket mutatnak. Hazánkban az északnyugat-dunántúli tájegységről származó epidemiológiai tanulmányt publikált egyikünk (18), mások pedig (19) egy hosszabb időszak alatt észlelt betegeik klinikai és patológiai adatait elemezték retrospektive.

A Malignus Lymphoma Munkacsoport Hodgkin-kór Albizottsága (vezetője a dolgozat első szerzője) az Egészségügyi Minisztérium kiemelt tárcaszintű kutatási témája keretében célul tűzte ki 4 centrum (Debreceni OTE III. Belklinika, Markusovszky Kórház-Rendelőintézet Haematologiai Osztály, Semmelweis Kórház II. Belosztály és Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem II. Belklinika) H-os betegei adatainak folyamatos regisztrálását, feldolgozását, egységes, általunk (B. E.) szerkesztett adat- és regiszterlapok segítségével. Célunk a hazai helyzet jobb megismerése, ennek alapján a H elleni küzdelem eredményességének növelése.

Jelenlegi munkánkban az 1983. 01. 01—1987. 06. 30. között felismert 233 új H-os beteg adatait dolgoztuk fel epidemiologiai és néhány klinikopatológiai szempontból. A felmérés a jelzett időszakban Magyarországon regisztrált új, 14 éves vagy annál idősebb H-os betegek 28%-ának adataira épül.

Anyag és módszer

A debreceni centrumban 93, a szombathelyiben 56, a miskolciban 53, a szegediben 31 beteg kivizsgálása történt meg. A számok döntően a vonzáskörzetek eltérő nagyságából adódnak: a debreceni és szombathelyi centrum 3, illetve 2 megyét lát el, de kisebb számban minden központba bekerülhetnek távolabb lakók is.

A feldolgozást a személyi adatokon kívül a részletes családi és egyéni anamnézist, statust, laboratóriumi, radiológiai, szövettani jellemzőket is tartalmazó 4 oldalas adatközlő lap alapján végeztük el.

A klinikai stádium megállapítása az Ann Arbor-i elveken (7) alapult. A szövettani diagnózist a Malignus Lymphoma Referencia Centrumban (Pécsi OTE Kórbonctani Intézet), illetve a Debreceni OTE Kórbonctani Intézetében állították fel a Rye-i osztályozás (22) szerint. A közleményben a szövettani altípusokat angol nevük általánosan használt kezdőbetűivel tüntettük fel.

Az incidencia számításkor a Referencia Centrum, az Országos Onkológiai Intézet, valamint a Központi Statisztikai Hivatal adatait vettük figyelembe, természetesen csak a 13 év feletti lakosok számával dolgoztunk.

Eredmények

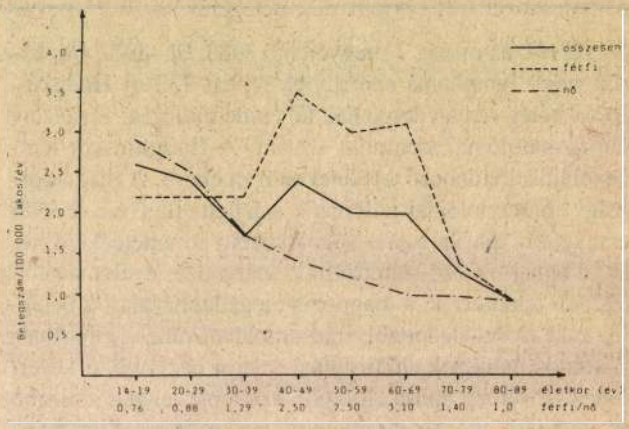
A 233 betegből 141 (60,5%) férfi, 92 (39,5%) nő, a férfi-nő hányados: 1,53. A 100000 lakosra évente jutó új betegek száma jelentősen eltérő *(1. táblázat)*. Az országos átlagnál kifejezetten nagyobb a H incidenciája Vas és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében, sokkal kisebb Békés, de főleg Veszprém megyében. Békés kivételével mindenütt gyakrabban fordul elő férfiakon. Különösen szembetűnő ez Veszprém megyében, ahol az egyébként is ritka H nőkön még ritkább.

A kor és nem szerinti incidencia vizsgálatakor *(1. ábra)* kifejezett eltérés látható a két nem között: a nők között a tízes-húszas, a férfiak között jóval később, a negyvenes-hatvanas években gyarapodik a H-os esetek száma, így kétcsúcsú összesített korgörbét kapunk, 30—39 év közötti hullámvölggyel.

Az általunk vizsgált — a 7 megye betegeivel nagyrészt, de nem teljes mértékben azonos — betegek nemek szerinti kormegoszlása hasonló tendenciájú az 1. ábrán bemutatott incidencia görbékhez, de a 14—19 év közötti nők száma viszonylag kisebb *(2. ábra)*.

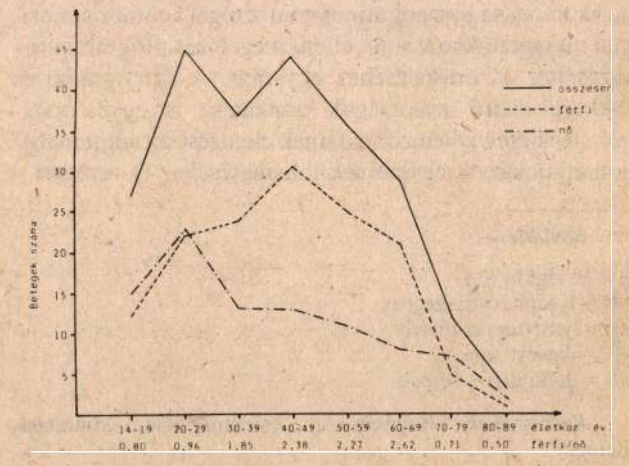
1. táblázat. **A Hodgkin-kór incidenciája (betegszám/100000 lakos/év) megyénként (1983. 01—1987. 06.) és Magyarországon (1983. 01—1986. 12.)**

Megye	Férfi	Nő	Férfi/Nő	Együtt
Borsod-Abaúj-Zemplén	3,6	2,2	1,6	2,9
Békés	0,8	1,2	0,7	1,0
Csongrád	1,7	1,4	1,2	1,5
Hajdú-Bihar	2,7	1,8	1,5	2,3
Szolnok	2,6	2,0	1,3	2,3
Vas	4,2	3,1	1,3	3,6
Veszprém	1,1	0,4	2,6	0,7
Magyarország	2,6	1,9	1,4	2,2

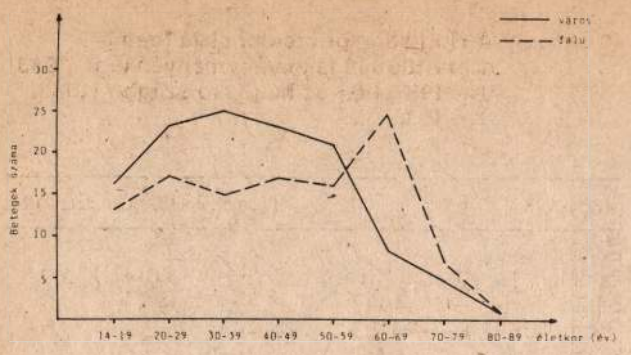


1. ábra: A Hodgkin-kór incidenciája férfiak és nők között, évtizedes bontásban

A betegek fele (117) városlakó, fele (116 egyén) falun él. A férfiak erősebb dominenciáját észleltük falun (75 férfi, 41 nő, arány: 1,83), mint városban (66 férfi, 51 nő, arány: 1,29). Az egyes megyék tekintetében sem a fenti vonatkozásokban, sem pedig az összesített, illetve nemek szerint bontott kormegoszlásban nem volt lényeges különbség. Ami eltérést tapasztaltunk: 60 éves vagy idősebb betegeink



2. ábra: A betegek kor szerinti megoszlása évtizedes bontásban, nemek szerint csoportosítva



3. ábra: Hodgkin-kóros betegeink korgörbéje lakhely szerint

közül több mint kétszer annyi él falun, mint városban *(3. ábra)*.

A részletes anamnézis felvétel során egyetlen betegség halmozódását sem találtuk. Betegeink közül 27 (11,6%) családjában az első és másodfokú rokonok között összesen 34 malignus, nem lymphoid tumor fordult elő. A betegek egyéni anamnéziséből feltárt fontosabb történések a 233 beteg arányában: tonsillectomia 18,4%-ban, appendectomia 6,4%-ban, benignus tumor 2,6%-ban, autoimmun betegség 0,9%-ban fordult elő.

Exploratív laparotomiát malignus lymphoma gyanúja miatt 13 betegen végeztek, stádiumbeosztó laparotomia splenectomiával 8 esetben történt: 5 beteg stádiuma kedvező irányban változott, 3 betegé azonos maradt. A rekesz alatti érintettség kimutatására a legtöbb esetben ultrahangos vizsgálatot és/vagy két alsó végtagon végzett lymphangiographiát alkalmaztunk. Ha csak az egyik vizsgálat jelzett kórosat, csaknem minden esetben az utóbbi volt az *(2. táblázat)*.

2. táblázat. **A két alsó végtagon végzett lmyphangiographia és a hasi ultrahangvizsgálat eredményeinek összehasonlítása**

Az együttes vizsgálat száma	89 (100%)
Az eredmény azonos	55 (61,8%)
pozitív	29
negatív	26
Az eredmény különböző	34 (38,2%)
csak a lymphangiographia pozitív	32
csak az ultrahang pozitív	2

A diagnózis felállításakor a betegek túlnyomó része már a II., sőt III. stádiumban volt. Nagyobb részüknek B alcsoportba sorolást indokló általános panaszai (láz, éjjeli izzadás, fogyás) is voltak, a betegség kiterjedésének növekedésével arányban *(3. táblázat)*. A leggyakoribb panasz a láz és éjjeli izzadás. A B alcsoportúak csaknem felében mind a 3 panasz megvolt már a diagnózis felállításakor *(4. táblázat)*.

Az első tünettől (panasz és/vagy lymphadenomegalia) a betegség természetének tisztázásáig átlag fél év telt el, valamivel kevesebb a panaszmentes betegek esetén *(5. táblázat)*. A rövid, legfeljebb 1 hónap alatti diagnózisfelállítás

3. táblázat. **A diagnózis felállításakor megállapított klinikai stádium**

Stádium	Általános panasz nincs (A) No.	%	van (B) No.	%	Összesen No.	%	A/B
I.	21		4		25	10,7	5,2
II.	29		43		82	35,2	0,9
III.	39		61		100	42,9	0,6
IV.	2		24		26	11,2	0,1
Összesen	101	43,3	132	56,7	233	100,0	0,8

4. táblázat. **A jellegzetes általános panaszok előfordulási gyakorisága a B alcsoportban**

Általános panasz	No.	%+
Láz	97	73,5
Éjjeli izzadás	93	70,5
Fogyás	73	55,3
1 panasz	28	21,2
2 panasz	45	34,1
3 panasz	59	44,7

B alcsoport = jellegzetes panaszok megléte
+132 = 100%

is többségében ezen betegek csoportjában fordult elő. Mind a 3 panasz fennállásakor is csak minden tizenötödik egyén betegségét sikerült 1 hónap alatt tisztázni. Pozitív korreláció volt az eltelt idő hossza és a H kiterjedtsége között (a IV. stádium kivételével), mivel az ide tartozó betegek az igen szembetűnő, generalizált eltérések miatt nagyobbrészt hamarabb kerültek a megfelelő intézetbe.

A perifériás nyirokcsomó régiók közül leggyakrabban valamelyik nyaki tájékon jelentkezett lymphadenomegalia *(5. táblázat)*. Az inguinalis és/vagy femorális régiókban észlelt eltérések jelentkezése után átlag több mint 1 év telt el ezek természetének megállapításáig. A mediastinalis, hiláris, illetve retroperitonealis nyirokcsomó-megnagyobbodás észlelése után került sor leghamarabb adekvát kivizsgálásra, a többi esetben, függetlenül a jelentkezés helyétől, nagyjából azonos idő telt el, míg malignus lymphomára gondolva a beteg megfelelő centrumba került. Úgy tűnik, ebből a szempontból is jelentős a beteg lakhelye: a városban lakók H-ja gyakrabban került 1 hónapon belül diagnosztizálásra.

A betegek csaknem felének kevert sejtes (MC), több mint negyedének nodularis sclerosisos (NS) szövettani típusú H-ja van, a lymphocyta túlsúlyos (LP), illetve szegény (LD) típusok előfordulási aránya ezekhez képest alacsony. Érdekes, hogy a NS kivételével, mely anyagunkban is nők között gyakoribb, csaknem azonos a férfi többség valamennyi típusban. Nincs szoros összefüggés az egyes

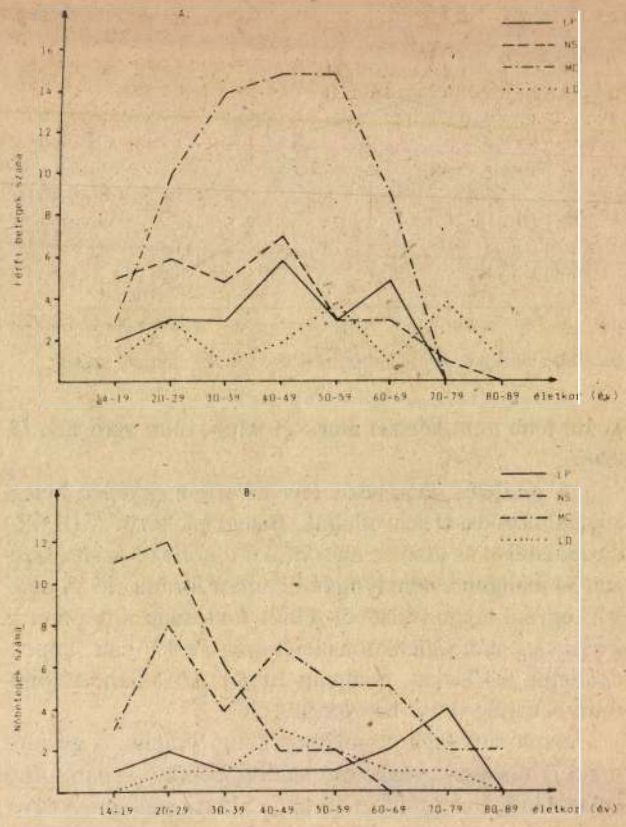
5. táblázat. **Az első tünettől a diagnózis felállításáig eltelt idő (hónap)**

Csoportok	Betegszám		Átlag	<1 hó	>12 hó	Hányados
Összes beteg	228		6,1	55	34	1,6
Panaszmentes	98		5,7	31	16	1,9
3 panasz van	59		7,3	4	13	0,3
Klinikai stádium						
I.	23		4,3	6	1	6,0
II.	80		5,4	19	13	1,5
III.	99		7,3	23	16	1,4
IV.	26		4,7	4	1	4,0
Első észlelt régió (%)						
cervicális	82	(36,0)	6,0	25	9	2,8
supraclaviculáris	38	(16,6)	6,4	12	5	2,4
mediastinális/hiláris	30	(13,2)	4,5	7	6	1,2
axilláris	27	(11,8)	5,8	5	5	1,0
inguinális/femorális	18	(7,9)	12,9	2	6	0,3
retroperitoneális	18	(7,9)	4,7	3	1	3,0
generalizált	15	(6,6)	5,6	1	2	0,5
A beteg lakhelye						
város	117		5,1	31	15	2,1
falu	116		6,8	24	19	1,3

+5 beteg adatai (60—60—73—88—120 hónap) nem szerepelnek

stádiumokon belüli szövettani megoszlásban, viszont meghatározott kapcsolat figyelhető meg az A és B alcsoportokkal: minél rosszabb prognózisú szövettani típusba tartozik a betegség, annál nagyobb a valószínűsége, hogy a diagnózis felállításakor a betegnek már jellegzetes általános panaszai (=B alcsoport) is vannak *(6. táblázat)*.

Vizsgáltuk az egyes szövettani típusok életkor szerinti alakulását a férfiak *(4/a ábra)*, nők *(4/b ábra)* csoportjában. A középkorú férfiak között sokkal több a MC típus, mely egyívű görbét alkotva már a 3., illetve még a 7. évtizedben is nagyobb számban fordul elő. A másik 3 típusú H jelentkezése (mérsékelt NS töblettel) gyakorlatilag minden életkorban azonos. A nőbetegek között a LP és LD kormegoszlása a férfiaknál észlelthez nagyban hasonló, a MC gyakorisága a 3. évtizedi emelkedéstől eltekintve szintén alig módosul. A legjellemzőbb eltérés a NS szövettani típusú H nagy



4. ábra: A szövettani típusok gyakorisága korcsoportok szerinti bontásban a férfiak (a), nők (b) között.

száma a 14—29 éves nők között: több ilyet észleltünk ebben a korban, mint a másik 3 típust együttvéve.

Megbeszélés

A H magyarországi incidenciája a világ minden táját reprezentáló 79 rákregiszter adataival (17, 32) összehasonlítva átlagosnak tekinthető mindkét nemben. Az új H-os betegek száma egyre nő. Az 1959—71-es évek során (cit. 18) is meg lehetett figyelni lassú növekedést (férfiak: 1,55—1,7, nők: 1,0—1,3), a most feldolgozott időszak incidenciája további lényeges emelkedést mutat *(1. táblázat)*. Hazánkban a 13 évesnél idősebbek között évente kb. 180—190 új H-os beteggel kell számolnunk. Más ország-

6. táblázat. **A szövettani típus szerinti megoszlás, összefüggés a betegek nemével és a betegség klinikai stádiumával**

Szövettani típus	Összesen		Férfi	Nő	Férfi/Nő	Klinikai stádium						
	No.	%				I.	II.	III.	IV.	A	B	A/B
LP	34	14,6	22	12	1,83	6	12	15	1	21	13	1,6
NS	63	27,0	30	33	0,91	4	29	24	6	31	32	1,0
MC	102	43,8	66	36	1,83	13	32	44	13	41	61	0,7
LD	26	11,2	17	9	1,89	1	6	14	5	8	18	0,4
Nem osztályozott	8		6	2		1	3	3	1	—	8	

Lp = lymphocyta-túlsúly, NS = noduláris sclerosis, MC = kevert sejtes, LD = lymhocyta-szegény
A: panaszmentes
B: jellegzetes általános panasza(i) van(nak)

gokhoz (pl. Norvégia, Egyesült Államok) hasonlóan nálunk is lényeges különbség figyelhető meg az egyes területek között. Ezt általában a különböző környezeti (gazdasági, társadalmi) tényezőkkel magyarázzák (11). Borsod-Abaúj-Zemplén és Vas, illetve Békés és Veszprém megyék eltérő sajátosságainak alapos, sokrétű elemzése hasznos adatokkal szolgálhat a H aetiopatogenezisének jobb megismeréséhez.

A H három epidemiológiai típusát különböztetik meg. Az 1. típusra, mely a fejlődő országokban általános (12, 25), a gyermekkori halmozódás, az 1—2. évtizedre eső első csúcs, a diagnózis felállításakor már rendszerint előrehaladott stádiumban lévő betegség, a rossz prognózissal társult szövettani típusok nagyobb aránya jellemző. A 3. típus a fejlett országok városias-iparosodott részein észlelhető (11, 15): a korgörbe első csúcsa a 3. évtizedre tolódik, gyermekkorban a betegség ritka, kedvező szövettani típusok és felismeréskor a korai stádiumok túlsúlya az általános. A 2. típus az átmenetet jelenti, főleg a Nyugat mezőgazdasági területein található. Mindhárom típusban, valamennyi életkorban férfidominancia tapasztalható, leggyakrabban 1,5 : 1 arányban (1, 17, 24), mint a mi anyagunkban. Magyarországon, adataink alapján, a korhoz kötött incidencia átmeneti, 2 típusa jellemző: a 14 év alattiak incidenciája 1983—1986. években a fiúk között 0,3, a lányoknál 0,2 százezer 14 év alatti lakosra számítva, de az első csúcs már a 2. évtized második felében jelentkezik. Ennek oka az, hogy a H a nők között ebben a korban a leggyakoribb, sőt ellentétben a világszerte regisztrált korgörbékkel (17) a tízes-húszas években a férfi/nő arány a nők „javára" fordul meg *(1. ábra)*. A várt férfidominancia a női megbetegedések egyenletes csökkenésével csak az idősebbek között található meg, ahol főleg a 40—70 év közötti férfiak között gyakoribb a H, így alakult ki a világtendenciának (23, 32) megfelelő összesített incidenciakorgörbe a 4. évtizedi hullámvölggyel és az 5. évtizedtől jelentkező újabb, elhúzódó emelkedéssel. A részletes feldolgozás alapjául szolgáló 233 fős beteganyag korgörbéje hasonló az incidencia alakulásához, mutatva a minta reprezentatív jellegét *(2. ábra)*.

A falun élők hátrányos helyzete — hasonlóan a fejlett országokban találtakhoz (11, 17, 32) — nálunk is megfigyelhető: közöttük a H a rosszabb prognózishoz társuló (16) idősebb korban a leggyakoribb, a városi betegek korgörbéjének csúcsa a harmadik évtizedre esik *(3. ábra)*.

A H keletkezésében környezeti és genetikai tényezők egyaránt szerepet játszhatnak: beszámoltak családon belüli halmozódásról (21), tumoros (4), illetve immundeficiens betegek családjában való gyakoribb jelentkezésről (5). *Bernard és mtsai* közlésével ellentétben saját anyagunkban a H-os betegek első és másodfokú rokonai között nem volt több rákos megbetegedés, mint az kontrollált statisztikai felmérés (21) alapján várható lenne.

Pontos hazai morbiditási adatok hiányában az egyéni anamnésisekből feltárt történések elsősorban adatközlő jellegűek. Az érintett szakmák tapasztalt képviselőinek becsült adataira támaszkodva, hasonlóan mások (4, 27) észleléseihez, nem találtunk összefüggést a korábbi tonsillectomia, appendectomia és a H között. Szintén nem figyelhettük meg valamely foglalkozás, fertőző vagy egyéb betegség, tartós gyógyszerszedés halmozódását.

A staging laparotomia indikációinak jelentős beszűkülésével (31), a klinikai stádiumbeosztásban fontos szerepet játszó számítógépes rétegvizsgálat eddig korlátozott hazai lehetőségei miatt a retroperitoneális nyirokrendszeri érintettség eldöntésére rutinszerűen alkalmazott két módszer hazánkban a két alsó végtagon végzett lymphangiographia és a hasi ultrahangos vizsgálat. A két módszer irodalomból ismert gyakorlatilag egyforma jó, magas találati arányát (8) saját tapasztalataink alapján nem tudjuk megerősíteni: a lymphographia többször mutatott ki lymphadenomegaliát, mint a sonographiás vizsgálat *(2. táblázat)*, az ok(ok) lehet(nek) személyi és tárgyi egyaránt.

A fejlett országokban a H diagnosztizálásakor a betegek nagyobb részében a kór még a kezdeti I.—II. stádiumban van (2, 9), vagy minden stádium egyforma gyakorisággal fordul elő (33), de ez a helyzet Csehszlovákiában is (13). A fejlődő országokban a betegség már gyakran igen előrehaladott, III.—IV. stádiumú, amikor felismerik (12, 25, 28). Hazánk ebben a tekintetben átmeneti helyzetben van, a betegek 80%-a a II.—III. stádiumban van már a diagnózis megállapításakor. Beteganyagunkban a betegség kiterjedtségének fokával egyenes arányban nő a B alcsoport aránya, ebben saját adataink a világszerte hasonló közlésekkel (2, 9, 12, 19, 25, 28, 33) egyeznek. A nyugati országokban (2, 20, 30, 33) a betegek kb. 60%-a, a fejlődőkben (12, 25) csupán 25—45%-a panaszmentes a H felismerésekor. A csehszlovák adat (54%) is jobb a mienknél *(3. táblázat)*.

Hasonló *Kennedy és mtsai* (20), valamint *Wedelin és mtsai* (33) észleléseihez a 3 kardinális B tünet egymáshoz való aránya, de sajnos lényegesen nagyobb a mindhárommal bíró betegek száma *(4. táblázat)*. A kifejezett viszketés, melynek prognosztikus jelentőséget már nem tulajdonítanak, a betegek negyedében jelentkezett, egyedüli tünetként egyszer sem. A betegség előrehaladottabb stádiumaiban, általános panaszok fennállásakor a betegek életkilátásai rosszabbak (3, 13, 20, 26, 29, 30). A hazai helyzet javítása fontos feladatunk. Törekednünk kell arra, hogy a betegek még panaszmentes állapotban, a betegség korai stádiumaiban kerüljenek a diagnózist biztosító és a kezelést végző centrumokba.

Betegeink H-ja csak átlagosan fél évvel az első panasz, illetve tünet (lymphadenomegalia) észlelése után derült ki. Valamivel kevesebb idő telt el és hatszor nagyobb (jobb) az 1 hónapon belül és 1 éven túl megállapított betegségek hányadosa a pnaszmentes és az I. stádiumú betegek között. A II. és III. stádiumú betegek 1, illetve 3 hónappal később tisztázódtak, köztük egyre több csak 1 év elteltével *(5. táblázat)*. Másokhoz (19, 20, 29) hasonlóan a beteg és/vagy az orvos legtöbbször a nyaki régióban észlelt először nyirokcsomó duzzanatot, egyenlő gyakorisággal mindkét oldalon. A jobb supraclavicularis árokban többször találtunk, mint az ellenoldalon, elsősorban fiatal nőkön, NS típusú mediastinalis érintettséggel társulva, akárcsak *Dorfman* (14). Elgondolkoztató, hogy még azon 16 beteg közül is, ahol orvos talált először eltéréseket (mediastinális hiláris, illetve retroperitoneális lymphadenome-

galia), 8 beteg H-ja csak 1 év után derült ki *(5. táblázat)*. A több hónapos késés okait az egész beteganyagon elemezve a beteg és/vagy az első vizsgálatot végző orvos(ok) felelőssége, hibája egyaránt nagy számban kimutatható.

Az Egyesült Államokban a betegek több mint fele NS, negyedrészük MC típusú H-ban szenved, a maradék 10—20% között több az LP (2, 9, 14, 20). Nyugat-Európában közel egyforma a NS és MC előfordulása, mérsékelt NS többséggel (30, 33). A fejlődő országokban is a MC és NS a leggyakoribb, de pontosan fordított arányban: kb. 60% a MC és 25% a NS a betegek között, a LP és LD jelentkezése változó (11, 25, 28). Északi szomszédunk (13) és saját adataink inkább a fejlődő országok megoszlási értékeihez állnak közelebb, a rosszabb prognózisú (2, 6, 19, 30) MC a leggyakoribb. Indiában (12), Kolumbiában (11), Szaud-Arábiában (25) valamennyi szövettani típusban férfi dominancia észlelhető. A fejlett országokban a NS kivételével (6, 30), nálunk is ez tapasztalható *(6. táblázat)*. A nyugati féltekén határozott összefüggés figyelhető meg a szövettani típusok és a klinikai stádiumok között: minél rosszabb prognózisú szövettani típusú a H, annál előrehaladottabb stádiumot lehet megállapítani felismerésekor (2, 9, 20). Nálunk a LP és I., NS és II., MC és III., LD és IV. közötti kapcsolat laza, inkább tendenciális jellegű. A szövettani típusok és az általános panaszok között az összefüggés — hasonlóan a világszerte egyaránt észleltekhez — nálunk is egyértelmű *(6. táblázat)*.

A LP és LD szövettani típusok gyakorlatilag egyenlő számban fordulnak elő mindkét nemben és minden életkorban nálunk *(4. ábra)*, a fejlődő (25) és fejlett országokban (14, 30) egyaránt. Nőkön a NS korgörbéje az Egyesült Államokban regisztráltakkal (2, 30) vág egybe, a Közel-Keleten (25) pl. a NS fiatalokon halmozódása kevésbé markáns. A fejlett országokban (30) a 20—40 évesek között a leggyakoribb a MC típusú H, nálunk, mint pl. Szaúd-Arábiában (25) ez a jelentős MC többlet szinte valamennyi korcsoportban jelen van *(4. ábra)*.

Számos más rosszindulatú daganatos betegséghez hasonlóan a H aetiopatogenezise sem tisztázott. Az eltérő földrajzi területeken feltárt jellemző adatok értékelése, másokkal való egybevetése révén közelebb juthatunk releváns külső (környezeti, gazdasági, társadalmi) és belső (genetikai) tényezők feltárásához. A hézagpótló közép-európai felméréssel ehhez szeretnénk hozzájárulni; a konkrét hazai viszonyok megismerése pedig remélhetőleg a H koraibb diagnózisát elősegítő felvilágosító és szervező intézkedésekhez vezet.

Köszönetnyilvánítás. Az országos morbiditási adatok közléséért az Országos Onkológiai Intézet szervezési és módszertani osztályának, a népességi statisztikai adatok rendelkezésre bocsátásáért a Központi Statisztikai Hivatal debreceni munkatársainak mondunk köszönetet.

IRODALOM: 1. *Alderson, M. R., Nayak, R.:* Epidemiology of Hodgkin's disease. J. Chron. Dis. 1972, *25*, 253. — 2. *Berard, C. W. és mtsai:* The relationship of histopathological subtype to clinical stage of Hodgkin's disease at diagnosis. Cancer Res. 1971, *31*, 1776. — 3. *Berényi E.:* Immunológiai eltérések, immunoterápia és kombinált kemoterápia Hodgkin-kórban. Kandidátusi értekezés, Debrecen, 1982. — 4. *Bernard, S. M. és mtsai:* Hodgkin's disease: Case control epidemiologic study in Yorkshire. Br. J. Cancer 1987, *55*, 85. — 5. *Buehler, S. K. és mtsai:* Common variable immunodeficiency. Hodgkin's disease and other malignancies in a Newfoundland family. Lancet 1975, *1*, 195. — 6. *Butler, J. J.:* Relationship of histological findings to survival in Hodgkin's disease. Cancer Res. 1971, *31*, 1770. — 7. *Carbone, P. P. és mtsai:* Report of the committee on Hodgkin's disease staging classification. Cancer Res. 1971, *31*, 1860. — 8. *Castellino, R. A.:* Imaging techniques for staging abdominal Hodgkin's disease. Cancer Treat. Rep. 1982, *66*, 697. — 9. *Colby, T. V., Hoppe, R. T., Warnke, R. A.:* Hodgkin's disease. A clinicopathologic study of 659 cases. Cancer 1981, *49*, 1848. — 10. *Cole, P.:* Epidemiology of Hodgkin's disease. JAM A 1972, *222*, 1636. — 11. *Correa, P., O'Conor, G. T.:* Epidemiologic patterns of Hodgkin's disease. Int. J. Cancer 1971, *8*, 192. — 12. *Dienshaw, K. A. és mtsai:* Management of Hodgkin's disease in western India. Cancer 1984, *54*, 1276. — 13. *Dienstbier, Z. és mtsai:* Prognostic factors in Hodgkin's disease. Neoplasma 1986, *33*, 731. — 14. *Dorfman, R. F.:* Relationship of histology to site in Hodgkin's disease. Cancer Res. 1971, *31*, 1786. — 15. *Gutensohn, N. M.:* Social class and age at diagnosis of Hodgkin's disease. New epidemiologic evidence for the „two disease hypothesis". Cancer Treat. Rep. 1982, *66*, 689. — 16. *Haybittlee, J. L. és mtsai:* Review of British National Lymphoma Investigation Studies of Hodgkin's disease and development of prognostic index. Lancet 1985, *1*, 967. — 17. *Hirayama, T., Waterhouse, J. A. H., Fraumeni, J. F.:* Cancer risks by site. UICC Technical Report Series. Vol. 41. Geneva, 1980, 198. — 18. *István L., Giczy S.:* A Hodgkin-kór epidemiológiája. Orv. Hetil. 1979, *120*, 319. — 19. *Iványi J. L. és mtsai:* Hodgkin-kóros betegeink (1975—1983) klinikai és pathologiai adatainak retrospektív elemzése. Orv. Hetil. 1986, *127*, 1133. — 20. *Kennedy, B. L. és mtsai:* National suervey of patterns of case for Hodgkin's disease. Cancer 1985, *56*, 2547. — 21. *Kerzin-Storrar, L. mtsai:* Incidence of familial Hodgkin's disease. Br. J. Cancer 1983, *47*, 707. — 22. *Lukes, R. J. és mtsai:* Report of the nomenclature committee. Cancer Res. 1966, *26*, 1311. — 23. *MacMahon, B.:* Epidemiology of Hodgkin's disease. Cancer Res. 1966, *26*, 1189. — 24. *MacMahon, B.:* Epidemiological consideration in staging of Hodgkin's disease. Cancer Res. 1971, *31*, 1854. — 25. *Mughal, T. I., Robinson, W. A., Padmas, M. A.:* Adult Hodgkin's disease in Saudi Arabia. Eur. J. Surg. Oncol. 1985, *11*, 41. — 26. *Rosenberg, S. A., Kaplan, H. S.:* The evolution and summary results of the Stanford randomized clinical trials of the management of Hodgkin's disease 1962—1981. Int. J. Radiol. Oncol. 1985, *11*, 5. — 27. *Ruuskanen, O., Vanka-Perttula, T., Kouvalainen, K.:* Tonsillectomy, appendectomy and Hodgkin's disease. Lancet 1971, *1*, 1127. — 28. *Shanta, V. és mtsai:* A review of Hodgkin's disease at Cancer Institute, Madras. Clin. Oncol. 1982, *8*, 5. — 29. *Teillet, F. Botron, M., Bernard, J.:* A reappraisal of clinical and biologic signs in staging of Hodgkin's disease. Cancer Res. 1971, *31*, 1723. — 30. *Tubiana, M. és mtsai:* Prognostic factors in 454 cases of Hodgkin's disease. Cancer Res. 1971, *31*, 1801. — 31. *vanDongen, J. A. és mtsai:* Staging laparotomies in Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma: changing ideas on indication. Clin. Oncol. 1979, *5*, 201. — 32. *Waterhouse, J. A. H. és mtsai:* Cancer incidence in five continents. Vol. III. IARC. Lyon, 1976. — 33. *Wedelin, C. és mtsai:* Clinical and laboratory findings in untreated patients with Hodgkin's disease with special reference to age. Med. Oncol. Tumor Pharmacother. 1984, *1*, 33.

(Berényi Ernő dr. *Debrecen*, Móricz Zs. u. 22. 4004)

Fehér Gabriella dr.
és Lukács Tibor dr.

A heveny mellékhere-gyulladás sebészi kezelése

Veszprém Megyei Tanács Kórház Urológiai Osztály
(osztályvezető főorvos: Megyeri István dr.)

A szerzők 61 akut mellékhere-gyulladásban szenvedő betegnél a gyógyszeres kezelés mellett sebészi beavatkozást, epididymotomiát végeztek. A műtéti beavatkozás indikált, ha a konzervatív kezelés eredménytelen volt vagy a scrotumfal rögzült. Az epididymotomia a gyulladásban lévő mellékhere hosszanti vagy többszörös haránt bemetszéséből, a műtéti terület drainalásából áll. A sebészi beavatkozás nagy előnye a gyors gyógyulás, továbbá az, hogy ezzel a kezeléssel a nem ritkán látott idült mellékhere-gyulladás kialakulása megelőzhető. A hazánkban még nem elterjedt módszert — utóvizsgálataik jó eredménye alapján — e betegség gyógyításában a szerzők ajánlják.

Surgical treatment of acute epididymitis. Epididymotomy was performed besides drug therapy in 61 patients suffering from acute epididymitis. Surgical intervention was indicated if the conservative therapy was not successful or the wall of the scrotum became fixed. Epididymotomy is carried out by longitudinal or multiple incision of the inflamed epididymis and by the drainage of the operative region. Significant advantage of the operation is the rapid recovery and the fact that the development of a not infrequently seen chronic epididymitis can be prevented by it. This not yet widely used method in Hungary is recommended for the treatment of the disease, on the basis of the favourable results of the postexaminations.

A heveny epididymitis a leggyakoribb intrascrotalis gyulladás (6), amely 1/1000/év gyakorisággal fordul elő. (2, 5) Főleg a felnőttek betegsége, a praepubertas korban rendkívül ritka. (1, 4)

A kórokozók leggyakrabban a húgycső felől a ductus deferens útján kerülnek a mellékherébe. A fertőzés azonban haematogen és lymphogen is lehet. Régebben főleg a gonorrhoea szövődményeként fordult elő, ma viszont leggyakrabban Gram-negatív kórokozók vagy Trichomonas fertőzés következménye.

A mellékhere-gyulladás leggyakoribb tünetei: mellékhere duzzanat, fájdalom, magas láz, hidegrázás, rossz közérzet. A here burkai között exudatum alakul ki, a scrotum bőre vörös és fénylő.

A gyógykezelés lehet konzervatív, mely a beteg fektetését, a here felpolcolását, borogatást, antiboticumok és chemotherapeoticumok alkalmazását jelenti. Jonathan és munkatársai enyhe esetben trimethoprim-sulphat vagy tetracyclin készítményt alkalmaztak. Ha sepsis alakult ki cephalosporint és/vagy aminoglycosidot használtak. (3)

A folyamat konzervatív kezelésre megnyugodhat de átmehet chronikus gyulladásba is vagy létrejöhet gennyes beolvadás.

Jonathan és munkatársai 123 heveny mellékheregyulladásban szenvedő beteg közül 14-nél epididymectomiát vagy castratiót végeztek abscessus kialakulása miatt. (3)

Mint késői szövődmény a mellékhere csatornácskáinak elzáródása vagy a ductus deferens stenosisa jelentkezhet. Az azoospermiák közel 10%-áért a mellékheregyulladás és az ezt követő bilateralis obliteratio lehet a felelős. (7)

Bizonyos esetekben a gyulladás a mellékheréről ráterjed a herére. Gennyes beolvadás esetén már csak a castratio jöhet számításba.

A mellékhere-gyulladás kezelésének sebészi útja a epididymotomia lehet. A epididymotomia a mellékheregyulladás gyógyításának terén nem foglalta és nem foglalja el ma sem méltó helyét. A századfordulón Hagner alkalmazta először főleg az acut gonorrhoeas epididymitisek kezelésénél. A módszer több évtizedre feledésbe merült. 1982-ben Witherington és munkatársai 14 betegnél végezték az epididymotomiát jó eredménnyel. (9)

A mellékhere-gyulladás során súlyos oedema alakul ki és mivel a spermaticus vénák végágai szoros kapcsolatban vannak a mellékherével, így a gyulladásos vizenyő összenyomja a kisereket. A mellékherében és a herében súlyos ischemias állapot alakul ki, a bacteriumok behatolnak a mellékherébe, herébe és súlyos gennyes folyamatot hozhatnak létre. A Rinker féle scrotumfal fixatio jelzi a mellékhere közelgő suppuratioját. (8) A mellékhere gyulladásos folyamata a szomszédos scrotumfalra is ráterjedhet, s rögzül a mellékhere felett.

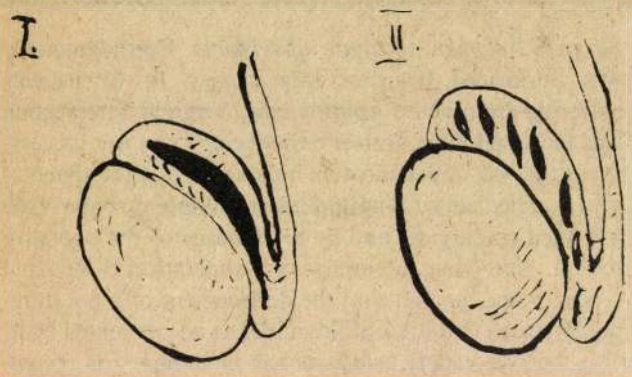
Az epididymotomia gyógyító hatása abban áll, hogy csökkenti a megnövekedett belső nyomást, a spermaticus vénák végágai felszabadulnak, a keringés javul és a vérátáramlás jelentősen megnövekszik. Megszűnik a bacterialis invasio további lehetősége, javul a gyógyszerek helyi hatékonysága.

Az epididymotomia indicatioi
1. Konzervatív kezeléssel nem érünk el javulást.
2. A scrotumfal fixatiója látható.

Kulcsszavak: epididymitis, epididymotomia, decompressio

Az epididymotomia technikája

Az elülső scrotalis bőrmetszést kiterjesztjük a tunica vaginalis parietalis lemezéig. Feltárjuk a herét *(I. ábra)* A tunica vaginalis két lemeze és a mellékhere felett gyakran fibrines exudatum látható. A mellékherén vagy verticalis metszést ejtünk vagy haránt-metszéseket készítünk. Mindkét estben gondosan figyelni kell arra, hogy az incisiót ne terjesszük ki a mellékhere tubulusaira. A mellékhere burkai alatt rendszeresen több-kevesebb gennyet találhatunk, de van rá eset hogy csak vizenyőt. Amennyiben genynyet találunk, a kérdéses területet meg kell szondázni és a genynyet le kell bocsátani, az abscedaló részt meg kell nyitni. A mellékhere mellé draint helyezünk, a tunica vaginalist részlegesen zárjuk körülötte. A draint a post.op. 4. napon távolítjuk el.



1. ábra: A mellékherén hosszanti vagy párhuzamos kis haránt-metszéseket ejtünk.

A beavatkozást narcosisban vagy regionalis érzéstelenítésben végezhetjük.

Eredmények

A Veszprém Megyei Kórház Urológiai osztályán 1983. november és 1988. május között 61 alkalommal végeztünk epididymotomiát a felvételre került 94 acut epididymitises beteg közül. A legfiatalabb betegünk 4 hónapos, a legidősebb 57 éves volt. Az átlagos életkor 36,3 év volt. Az oldallocalisatióban significans különbséget nem találtunk.

A betegek anamnesisében az illető oldali here erőteljes fájdalma, 1 és 10 nap között fennálló scrotalis duzzanat szerepelt. A betegek közül 40 magas lázzal érkezett, 21 pedig subfebrilis volt. 24 betegnél találtunk leukocituriát, 3-nál mikroszkópos haematuria is kimutatható volt. A vizelet bactriologiai vizsgálatát minden esetben elvégeztük. 25 betegnél találtunk significans bacteriuriát. A kitenyészett bacteriumok között E. coli, Proteus mirabilis, Klebsiella szerepeltek. Trichomonast kimutatni nem tudtunk. Az epididymitis egy betegnél sem volt arteficialis eredetre visszavezethető. Eszközös urológiai vizsgálatot az epididymitist megelőzően egy betegnél sem végeztünk. Az epididymotomia narcosisban vagy regionalis érzéstelenítésben történt. Localis érzéstelenítés a gyulladt, oedemas környezetben nem lenne helyes. A műtéti technika a fentiekkel megegyezett.

A mellékhere felszínén 19 alkalommal találtunk több-kevesebb gennyet, mely azt mutatta, hogy a folyamat megindult az abscessus képződés irányába. Két esetben kifejezett volt az abscessus. Két esetben az appendix epididymis torsiója társult a mellékhere-gyulladáshoz.

Betegeink sebe jól gyógyult. Valamennyi operált beteg antibioticus vagy chemotherapiás kiegészítő kezelésben is részesült. 40 Sumetrolimot, 17 Pyassant, 4 pedig Gentamycint kapott. Az antibioticus kezelés megkezdésekor antibiogram még nem állt rendelkezésre. A gyógyszerválasztást a beteg klinikai állapota határozta meg. Így az enyhébb klinikai kép esetén Sumetrolimot, középsúlyos esetben Pyassant, súlyos, septicus állapotban pedig Gentamycint alkalmaztunk. 48 órán belül valamennyi betegünk láztalanná vált, kínzó fájdalmaik megszűntek. A post.op. 5—6 napon panaszmentesen távoztak osztályunkról.

Utóvizsgálatok

Utóviszgálataink során egy beteg kivételével valamennyi beteg heréjének nagysága és állománya megegyezett az ellenoldalival. Egy beteg heréje körülbelül 1/3-dal megkisebbedett, műtét alkalmával ennél a betegnél kifejezett volt a suppuratio.

Spermatológiai vizsgálatot csak korlátozott számú betegnél végezhettünk. Részben a betegek kora, részben a rossz hozzállásuk akadályozta meg azt.

A 23 betegnél végzett spermatológiai vizsgálat során a spermakép normális volt.

Megbeszélés

Eredményeinket az irodalomban talált eredményekkel összehasonlítva megfelelőnek találtuk. Gyakorlatunk során az a vélemény alakult ki, hogy amennyiben a here scrotalis fixatiójának legenyhébb jele mutatkozik, sürgősen elvégezzük az epididymotomiát. Hazai alkalmazásról nem találtunk irodalmi adatot. Véleményünk az, hogy az epididymotomia a gyógyszeres kezelés hasznos kiegészítője lehet. Az epididymotomia az epididymitis lefolyását megváltoztatja. Valamennyi betegnél szubjektív és objektív javulás következett be a műtétet követő rövid időn belül. Feltételezhető, hogy néhány betegünknél a gyulladásos folyamat műtét nélkül tovább terjed és ez a here vagy mellékhere részleges károsodását, esetleg a pusztulását okozhatta volna.

IRODALOM: 1. *Berger, R. E., Alexander, E. R., Harnisch, J. P., at al:* Etiology manifestations and therapy of acut epididymitis: Prosp. study of 50 cases. J. Urol., *121:* 750—754. 1979. — 2. *Drotman, D. P.:* Epidemiology and treatment of epididymitis. Rev. Infect. Dis. Suppl. *4:* 5788, 1982. — 3. *Jonathan, A. J., Vordermark, S., II, USA:* Acut epididymitis with 123 Cases. Military medicine, *150.* 1:27, 1985. — 4. *Kaplan, G. W. and King, L. R.:* Acute scrotal swelling in children. J. Urol., *104:* 219, 1970. — 5. *Michael D. Melekos and Hans W. Asbach:* Epididymitis: aspects concerning etiology and treatment. J. Urol., *138:* 83—86, 1987. — 6. *Mittemeyer, B. T., Lennox, K. W. and Borski, A. A.:* Epididymitis: a review of 610 cases. J. Urol., *95:* 390, 1966. — 7. *Molnár J., Szarvas F.:* Andrológia 79, 1973. — 8. *Rinker, J. R., Hancock, C. V. and Henderson, W. D.:* A statistical study of unilateral profilactic vasectomy in the prevention of epididymitis: 1029 cases. J. Urol., *104:* 303, 1970. — 9. *Roy Witherington and William M. Harper, IV:* The surgical management of acute bacterial epididymitis with emphasis on epididymotomy. J. Urol.: *128:* 722, 1982.

(Fehér Gabriella dr. *Veszprém,* Marx tér 7—8. 8200)

Alföldi Sándor dr.,
Kiss István dr.,
Kismarty-Lechner Ildikó,*
Fehér János dr.
és Farsang Csaba dr.

A napszaki automatikus vérnyomás-monitorozás diagnosztikai és terápiás jelentősége hypertoniában

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, II. sz. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Fehér János dr.)
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet (jelenlegi munkahelye)*, (igazgató: Pásztor Emil dr.)

A szerzők nem invazív automatikus vérnyomás-monitorozó rendszert fejlesztettek ki a vérnyomásmérés megbízhatóságának növelése és az antihipertenzív kezelés individualizálásának elősegítése érdekében. Felhívják a figyelmet a cirkadián vérnyomás-ingadozás és a „fehérköpeny hypertonia" jelenségének fontosságára. Az előbbiek figyelmen kívül hagyásából adódó tévedések elkerülhetők az automatikus vérnyomás-monitorozással. Vérnyomás-monitorozó rendszerük részei a Nippon Colin (BP 203 MII) vérnyomásmonitor és a Commodore 64 mikroszámítógép, amelyet saját fejlesztésű interface és adatátviteli program illeszt össze. Az adatfeldolgozó és grafikus adatmegjelenítő programok ugyancsak saját fejlesztésűek. Az automatikus vérnyomás-monitorozó módszer diagnosztikus és terápiás jelentőségét egyes reprezentatív essentialis, renoparenchymás és renovascularis hypertoniás betegek eseteivel demonstrálják. A módszer klinikofarmakológiai perspektíváit ugyancsak tárgyalják és illusztrálják.

The diagnostic and therapeutic importance of circadian blood pressure monitoring in hypertension. A non-invasive, fully automatic blood pressure monitoring system has been developed to make the measurement of blood pressure more reliable and to help individualizing antihypertensive therapy. The authors draw attention to the importance of the circadian blood pressure variability and the „white coat hypertension" phenomenon. The error due to overlooking the changes in circadian blood pressure and to the „white coat" effect could be avoided with automatic blood pressure monitoring. Their system consists of two subunits: the Nippon Colin (BP 203 MII) blood pressure monitor, which has been fitted to the Commodore 64 computer by their own interface and data transfer program. Data analyzing and graphic displaying programs have also been developed by them. The diagnostic and therapeutic importance of blood pressure monitoring are demonstrated with representative cases of patients with essential, renoparenchymal and renovascular hypertension. The perspectives of this method in clinical pharmacology are also illustrated and discussed.

A nem invazív automatikus vérnyomás-monitorozás a legutóbbi években terjedt el a hypertoniás betegek ellátásában és az antihipertenzív gyógyszerek kutatásában (3, 4, 8, 10, 11). A módszer bevezetését azok az adatok indokolták, amelyek az artériás vérnyomás jelentős fokú, esetenként extrém individuális változékonyságát igazolták (1, 2). A szokásos, nem folyamatos vérnyomásmérési módszerrel szemben a tartós automatikus vérnyomás-monitorozás előnyeit a következő vizsgálati adatok támasztják alá:

1. Az artériás vérnyomás a rendszeres monitorozás módszere szerint *igen jelentős ingadozást* mutat. Ezt mind direkt, véres úton történő, mind nem invazív, ambuláns körülmények közötti vérnyomás-monitorozó módszerrel igazolták (1, 2, 7, 8). A hypertoniás betegek vérnyomás variabilitása oly mértékű lehet, hogy automatikus monitorozási körülmények között nem ritka az a jelenség, hogy 24 óra leforgása alatt a legmagasabb diastolés vérnyomásérték meghaladja a legalacsonyabb systolés értéket (7). Részint aktuális környezeti (fizikai vagy emocionális) behatások, részben meghatározott endogén ritmicitás tartja fenn ezt a variabilitást (7, 8). A vérnyomás-ritmicitás vizsgálata jelentős individuális különbségeket is felfedett: a határérték hypertoniás betegek egy részében az emelkedett vérnyomásértékek csak a nap bizonyos időszakára korlátozódhatnak — létezik csak reggelenkénti, illetve esti hypertonia (8).

Mivel a magas vérnyomás patogén hatását nemcsak a hosszabb időn át uralkodó átlagos vérnyomás, hanem valószínűleg a csúcsértékek is befolyásolják, ezért a folyamatos vérnyomásmérési módszer teoretikusan is jobb előrejelzője a hypertonia szövődményeinek, mint a hagyományos, alkalmankénti mérés. Ma már számos vizsgálat eredménye utal arra, hogy az ambuláns körülmények közötti automatikus vérnyomás-monitorozás alapján nyert napi vérnyomásátlag szorosabb korrelációt mutat a bal kamra hypertrophia fokával, valamint a hypertoniás retinopathia súlyosságával, mint a hagyományos alkalmankénti mérésekkel nyert adatok (13).

Kétséges esetekben a határérték hypertoniás betegek kiválasztására kellő érzékenységű és a szokásos alkalmankénti vér-

nyomásmérésnél megbízhatóbb módszerként az automatikus ambuláns, egész napos 10—30 percenkénti vérnyomás-monitorozást ajánlották (15). A vizsgálatok szerint normotenzív az, akinek az egész napos monitorozással nyert napi systolés vérnyomásátlaga nem haladja meg a 135, diastolés vérnyomásátlaga pedig a 85 Hgmm-t, a hypertonia kritériuma pedig az, hogy a mért vérnyomásértékek több, mint 30%-a haladja meg a 140 Hgmm-es systolés, illetve a 90 Hgmm-es diastolés értéket. A határérték hypertonia ambuláns vérnyomás-monitorozáson alapuló diagnosztikai kritériumainak nagy beteganyagon történő felmérése jelenleg folyik egy multicentrikus európai vizsgálat keretében (16).

2. Az orvos vagy az asszisztens által mért vérnyomás gyakran magasabb annál, mint amit vérnyomásmérő automata, vagy a beteg saját maga mér. Ez az úgynevezett *„fehérköpeny hypertonia"*, amelyet az egészségügyi személyzet jelenléte okoz. A fehérköpeny hypertonia jelentőségét illusztrálják azok a vizsgálatok, amelyek szerint az orvos megjelenése a hypertoniás betegekben jelentős, átlagosan 27/15 Hgmm-es vérnyomás-emelkedést idézett elő az automatikus folyamatos vérnyomás-monitorozás során. A hatás kevésbé volt kifejezett akkor, amikor a nővér lépett be a kórterembe (9).

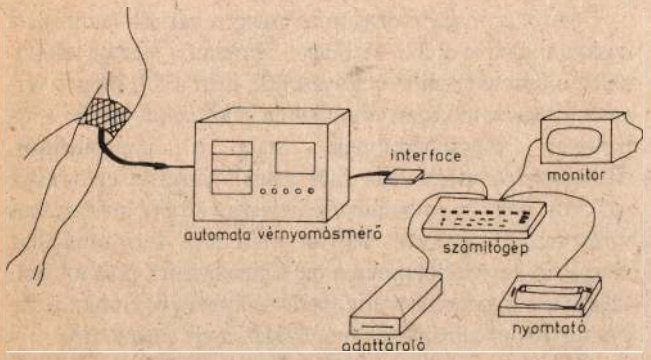
Egy egészen friss vizsgálat eredménye szerint csaknem 300 kezeletlen határérték hypertoniás beteg közül mintegy 21%-nak volt normális a vérnyomása automatikus ambuláns vérnyomás-monitorozással. Ezek között a fehérköpeny hypertoniások között több volt a fiatal, az alacsonyabb testsúlyú és a nőbeteg (12).

Ezen adatok tanúsága szerint a fehérköpeny hypertonia jelenségének figyelmen kívül hagyásával téves diagnosztikai és terápiás döntések születhetnek.

Módszer

Az esetenkénti vérnyomásmérés és az egészségügyi személyzet jelenléte által előidézett zavarok kiküszöbölése érdekében mikroszámítógéppel összekötött automatikus vérnyomás-monitorozó rendszert fejlesztettünk ki, amely két részegységből áll: a *BP 203 NII típusú, Nippon Colin (Komaki, Japán) mikroprocesszoros vérnyomásmérő automata és a Commodore 64 mikroszámítógép rendszer* (C—64 számítógép, C—1541 mágneslemez meghajtó, C—803 sornyomtató). A rendszert a betegágy melletti használat közben az 1. ábrán mutatjuk be.

Az artériás vérnyomást mikroprocesszoros, japán gyártmányú vérnyomásmérő automata segítségével mértük. A készülék hagyományos mandzsettával — oszcillometriás elv alapján méri a vérnyomást és a szívfrekvenciát. A vérnyomásmérő automata jeleit Commodore 64 számítógép segítségével mágneslemezen tároltuk. A saját fejlesztésű kiegészítő programokkal lehetőség van a mérést követő azonnali adatfeldolgozásra — a vérnyomás-dinamika különböző szempontok szerinti analízisére, valamint mind a mért adatok, mind a matematikai analízisek eredményeinek kinyomtatására és grafikus megjelenítésére.



1. ábra: Az automatikus vérnyomás-monitorozó rendszer működés közben

A módszer és a matematikai analízis részleteit külön közleményben ismertetjük (5). Röviden összefoglalva: a vérnyomást 10 percenként mértük fekvő testhelyzetben 24 órán át. A mérések közötti szünetekben a betegek felkelhettek és lekapcsolódhattak a gépről. A méréseket legalább 7 napig tartó gyógyszermentes periódus végén, illetve különböző vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagolásakor végeztük.

Eredmények

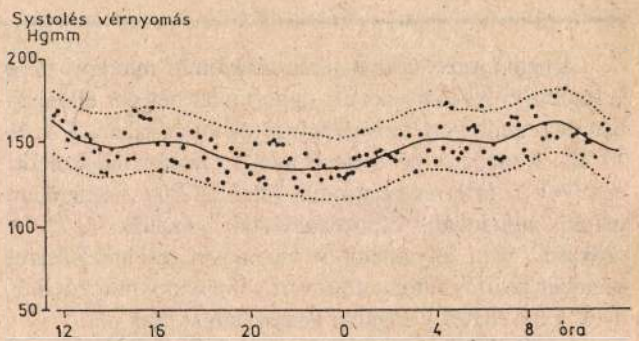
Adatfeldolgozó programjaink a következő analíziseket tették lehetővé:

a) Napi vérnyomásátlag és ennek szórása, nappali és éjszakai órák átlaga, óránkénti vérnyomásátlag kiszámítása és oszlopdiagram formában történő ábrázolása.

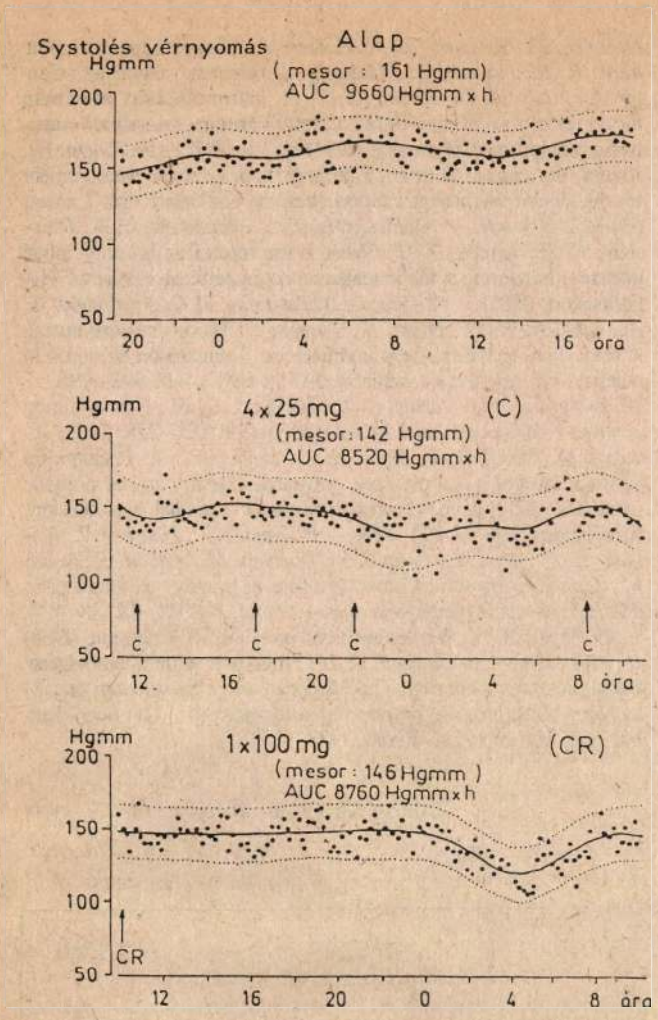
b) Az úgynevezett *egyedi koszinor analízis* az egyes betegek vérnyomás-dinamikájának modellezésére szolgál. Analízisünk során a 24 óra alatt nyert mérési adatokhoz négy különböző periódusidejű koszinuszgörbe eredőjét illesztettük. Az egyedi koszinor analízissel nyert eredményeinket a 2. ábrán mutatjuk be.

Az ábrán egy esszenciális hypertoniás beteg 24 órás vérnyomás-monitorozás egyedi koszinor analízisének eredményét tüntettük fel. A számítások szignifikáns cirkadián ritmicitást igazoltak. A görbét számítógép rajzolta.

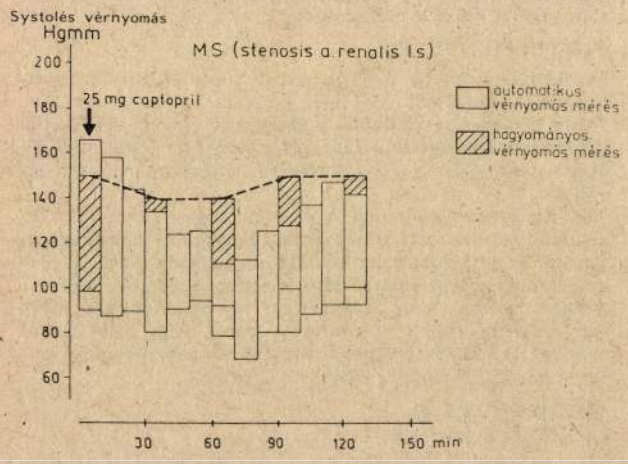
A 3. ábrán azt mutatjuk be, hogy az egyedi koszinor módszer miként alkalmazható az antihipertenzív gyógyszerek klinikofarmakológiai vizsgálatára. Egy hypertoniás betegen a systolés vérnyomásátlag gyógyszermentesen 161 Hgmm volt, ez hatóránként adott antihipertenzív gyógyszer hatására 142 Hgmm-re csökkent, míg azonos napi dózisú retard készítmény 146 Hgmm-re csökkentette azt. Az ábrán az is látható, hogy a retard tabletta adásakor a napi vérnyomás-ingadozás gyakorlatilag megszűnt.



2. ábra: Esszenciális hypertoniás beteg cirkadián systolés vérnyomásdinamikájának egyedi koszinor analízise. Az egyes pontok a 10 percenkénti mérési eredményeket, a folytonos vonal a négy legjobban illeszkedő (24, 12, 8 és 6 órás periódusidejű) koszinuszgörbe eredőjét, a szaggatott vonalú görbék pedig az illesztés 95%-os konfidencia intervallumait jelölik



3. ábra: Hypertoniás beteg háromnapos vérnyomásmonitorozásának egyedi koszinor analízise. Felül a gyógyszermentes állapotban, középen hatóránként adott antihipertenzív gyógyszer hatásában, alul pedig egyszeri adagban reggel alkalmazott retard hatású antihipertenzív szer adását követően végzett vérnyomásmonitorozás koszinor analízisének eredményei láthatók. A mesor (a midline estimating statistics of rhythm rövidítése) az illesztett görbe alapján számított vérnyomásátlagot, az AUC (az area under curve rövidítése) pedig az illesztett görbe alatti területet jelöli.



4. ábra: Renovaszkuláris hypertoniás betegnél végzett két „captopril-teszt" eredménye: a vonalkázott oszlopok az orvos által mért vérnyomásértékeket jelzik 25 mg captopril adása előtt, majd azt követően 30 percenként, az üres oszlopok pedig a 10 percenkénti automatikus vérnyomásmérések adatait mutatják

c) Az automatikus vérnyomás-monitorozás diagnosztikus jelentőségét illusztrálja a következő ábra: a 4. ábrán egy renovascularis hypertoniás betegen elvégzett két captopril tesztet hasonlíthatunk össze. A hagyományos, orvos által végzett vérnyomásméréssel nem tapasztaltunk érdemleges tenziócsökkenést 25 mg captopril után. Automatikus vérnyomás-monitorozás történt ugyanezen a betegen a következő napon. Ez alkalommal a captopril adását követően jelentős vérnyomás-csökkentő hatást tudtunk regisztrálni. A renális arteriográfia kifejezett bal oldali arteria renalis stenosist igazolt. Az elvégzett rekonstrukciós érműtét óta a beteg normotenzív.

A fenti jelenség egyik lehetséges magyarázata szerint: ha a klinikai vizit a betegek többségénél presszor hatást vált ki, akkor valamely gyógyszer hatására létrejövő vérnyomáscsökkenés háromféle mechanizmussal képzelhető el: a presszor válasz elnyomása a bazális vérnyomást változatlanul hagyva, vagy a bazális vérnyomás csökken változatlan presszor válasz mellett, vagy mindkettő csökken. Az eddigi vizsgálatok szerint a presszor választ a placebo effektusú kezelési módok is csökkentik, míg az automatikus vérnyomás-monitorozás eredményeit a placebo kezelés nem befolyásolja. A vazodilatator típusú vérnyomáscsökkentők ugyanakkor nem befolyásolják a klinikai vizit okozta presszor választ (6). Bizonyos gyógyszerek az alapvérnyomást és a presszor választ egyaránt csökkenthetik. Feltételezésünk szerint egyes „hiperreaktív" betegeken a captopril által nem csökkentett, változó mértékű presszor válasz tompíthatja a gyógyszer vérnyomáscsökkentő hatását.

Megbeszélés

A határérték- és enyhe hypertoniás betegek teszik ki a hypertoniás populáció zömét. Ezen betegek nem jelentéktelen hányada (egyes vizsgálatok szerint mintegy ötöde) normotenzív az automatikus ambuláns vérnyomás-monitorozási módszerrel vizsgálva (12). Figyelembe véve azt a tényt, hogy az antihipertenzív kezelés nem ártalmatlan és költséges, valamint azt, hogy milyen pszichés terhet jelent tünetmentes egyének számára a hypertonia bélyege, minden olyan eszköz hasznosnak látszik, amely segít elkülöníteni a fokozott rizikójú, valódi hypertoniásokat a „fehérköpeny hypertoniásoktól". Utóbbiak kockázata az eddigi adatok alapján nem tűnik magasabbnak, mint a normál populációé (12), de a kérdés tisztázása további vizsgálatokat igényel.

Ezen kívül az ismertetett módszerrel nyert adatok koszinor analízise szekunder hypertoniák etiopatogenetikai kutatása és diagnosztikája terén is eredménnyel kecsegtet. Egyes irodalmi adatok alapján a cirkadián ritmicitás megváltozása vagy eltűnése a szekunder hypertonia esetén gyakran bekövetkezik és így felvetheti további diagnosztikai ténykedések szükségességét (14).

Ha ismerjük az egyénre jellemző vérnyomásmaximumok és minimumok fellépési időpontját, akkor lehetővé válik az egyénre szabott vérnyomásmérési terv kialakítása, amely hozzásegít a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek adagolásának individuális időzítéséhez.

A nem invazív automatikus vérnyomás-monitorozó számítógépes rendszer, valamint az ezáltal nyert adatok kronobiológiai analízise a fentiek alapján új lehetőséget kínál nemcsak a hypertonia diagnosztikájában és terápiájában, hanem a vérnyomáscsökkentő gyógyszerek hatásának vizsgálatában is.

IRODALOM: 1. *Armitage, P., Rose, G. A.:* The variability of measurements of casual blood pressure. I. A laboratory study. Clin. Sci. (1966) *30:* 325—335 — 2. *Armitage, P., Fox, W., Rose, G. A., Tinker, C. M.:* The variability of measurements of casual blood pressure. II. Survey experience. Clin. Sci. (1966) *30:* 337—344. — 3. *Drayer, J. I. M., Weber, M. A., DeYoung, J. L.:* The use of short-term ambulatory blood pressure monitoring in differing forms of hypertension. Clin. Exp. Hypert. A. (1983) *5,* 1597—1610. — 4. *Drayer, J. I. M., Weber, M. A., Nakamura, D. K.:* Automated ambulatory blood pressure monitoring. A study in age-matched normotensive and hypertensive men. Am. Heart J. (1985) *109,* 1334—1338. — 5. *Farsang Cs., Alföldi A., Kismarty-Lechner I., Varga K.:* Computerized automatic blood pressure monitoring system. Acta Medica Hung. 1988. (közlésre elfogadva) — 6. *Gould, B. A., Mann, S., Davies, A. B., Altman, D. G., Raftery, E. B.:* Does placebo lower blood pressure? Lancet, (1981) *2:* 1377—1381. — 7. *Halberg, F., Halberg, E., Halberg, J., Halberg Francine:* Chronobiologic assessment of human blood pressure variation in health and disease. In ambulatory blood pressure monitoring, eds: Weber, M. A., Drayer, J. I. M., Spinger Verlag, New York, (1984) 137—156. — 8. *Halberg, F., Schering, L. E., Lucas, E., Cornelissen, G., Sothern, R. B., Halberg, E., Halberg, J., Halberg, Francine, Carter, J., Staub, K. D., Redmond, D. P.:* Chronobiology of human blood pressure in the light of static (room restricted) automatic monitoring. Chronobiol. (1984) *II:* 217—247. — 9. *Mancia, G., Bertini, G., Grassi, G. et al.:* Effects of blood pressure measurement by the doctor on patient's blood pressure and heart rate. Lancet, (1983) *2:* 695—697. — 10. *Pickering, T. G., Harshfield, G. A., Devereux, R. B., Laragh, J. H.:* What is the role of ambulatory blood pressure monitoring in the management of hypertensive patients? Hypertension. (1985) *7:* 171—177. — 11. *Pickering, T. G., Harshfield, G. A., Kleinert, H. D., Blank, S., Laragh, J.:* Blood pressure during normal daily activities, sleep and exercise. Comparison of values in normal and hypertensive subjects. JAMA (1980) *247,* 992—996. — 12. *Pickering, T. G., James, G. D., Boddie, C. et al.:* How common is white coat hypertension? JAMA (1988) *259:* 225—228. — 13. *Sokolow, M., Werdeger, D., Kain, H. K., Hinman, A. T.:* Relationship between level of blood pressure, measured causally and by portable recorders, and severity of complications in essential hypertension. Circulation (1966) *34,* 279—289. — 14. *Tanaka, T., Natsume, T., Shibata, H., Nozawa, K., Kojima, S., Tsuchiya, M., Ashida, T., Ikeda, M.:* Circadian rhythm of blood pressure in primary aldostero nism and renovascular hypertension. Japan. Circul. J. (1983) *47,* 788—794. — 15. *Weber, M. A.:* Whole-day blood pressure. Hypertension, (1988) *II:* 288—298. — 16. *Clement, D. L.:* Prognostic value of ambulatory blood pressure monitoring. The European study. Symposium on ambulatory blood pressure monitoring in hypertension, 12th Sci. Meet. Int. Soc. Hypertension, Kyoto, 1988.

(Alföldi Sándor dr., *Budapest,* Pf. 277. 1444)

IMODIUM

J 500

kapszula, oldat

HATÁS

Hatását az intesztinális motilitás gátlásán keresztül fejti ki, a bélfal körkörös és hosszanti simaizomzatára gyakorolt direkt hatással. Csökkenti a béltartalom áthaladásának sebességét, a naponta ürített székletek mennyiségét, javítja azok konzisztenciáját.

HATÓANYAG

2 mg loperamidum hydrochloricum kapszulánként, 20 mg loperamidum hydrochloricum (100 ml) oldatban.

JAVALLATOK

Különböző eredetű akut és krónikus diarrhoeák **tüneti** kezelése. Az irritabilis colon szindróma és a colitis ulcerosa nem septikus formája, ileostomia utáni állapot.

ELLENJAVALLATOK

Obstipáció, minden olyan kórkép, amelyben a perisztaltika gátlása káros lehet. Terhesség. A gyógyszer iránti érzékenység.

ADAGOLÁS

Felnőttek: Akut esetekben a kezdő adag 2 kapszula, ezt követően 1—1 kapszula minden laza széklet után. Az átlagos napi adag 4 kapszula, maximálisan napi 8 kapszula szedhető! Krónikus esetekben a kezdő adag napi 2 × 1 kapszula, ez fokozatosan emelhető, irritábilis colon szindrómában napi 4—6 kapszuláig, colitis ulcerosa tenesmussal járó formáiban napi 6—8 kapszuláig.

Gyermekek kezelésére az oldat ajánlott! Az üveghez mellékelt adagolókanál 4 ml oldatot (0,8 mg hatóanyagot) tartalmaz.

1—3 évig: az első napon 3 × $^1/_2$ adagolókanállal, majd a többi napon $^1/_2$ adagolókanállal.

4—6 évig: az első napon 2 × 1 adagolókanállal, majd a többi napon 1 adagolókanállal.

7 év felett: az első napon 4 × 1 adagolókanállal, majd a többi napon 2 × 1 adagolókanállal.

A széklet rendeződése után mind a felnőtteknek, mind a gyermekeknek az adagot csökkenteni kell, illetve adását meg kell szüntetni.

MELLÉKHATÁSOK

Fejfájás, szédülés, hányinger, hányás. Miattuk csak elvétve szükséges a kezelés megszakítása.

FIGYELMEZTETÉS

Fertőzéses eredetű diarrhoeákban nem pótolja az antibakterialis kezelést!

Amíg a diarrhoea fennáll, a szervezet víz- és elektrolitpótlásáról és megfelelő diétáról gondoskodni kell. Egy év alatti gyermekek gyógykezelésére a készítmény nem javallt!

Túladagoláskor konstipáció és neurológiai tünetek (miozis, izomhipertenzió, álmosság és bradypnoe) jelentkezhet, amikor az adagolást abba kell hagyni, szükség esetén a központi idegrendszer depresszióját tünetileg kezelni kell.

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

MEGJEGYZÉS ✠

Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal

CSOMAGOLÁS

20 db 2 mg-os kapszula
100 ml oldat

Kőbányai Gyógyszerárugyár Budapest

KAZUISZTIKA

Illyés György dr.
és Taraba István dr.

Szívizom-meszesedés idült veseelégtelenségben

Fővárosi János Kórház, Kórbonctani Osztály
(főorvos: Balázs Márta dr.)
Fővárosi Margit Kórház, Nephrológiai Osztály
(főorvos: Taraba István dr.)

A szerzők fiatal férfibeteg — krónikus veseelégtelenség és dialíziskezelés mellett kialakult — meszesedéssel járó szívizombetegségét ismertetik. A szívizom-meszesedést szövettanilag, fénymikroszkópos vizsgálatokkal mutatták ki. Megállapították, hogy a meszesedés károsodott szívizomrostokban kezdődik el a szekunder hyperparathyreosis hatására. A szívizom-meszesedés diagnózisát és kezelését az irodalmi adatok alapján tárgyalják. A szövődmény kivédésétől a krónikus dialízis kezelésben lévő betegek élettartamának meghosszabbodása várható.

Myocardial calcification in chronic renal failure. The authors present the case of a young man who — as a consequence of chronic renal failure and long-term dialysis — developed a calcific cardiopathy. The myocardial calcification was proved histologically by light microscopy. They established that the calcification started in damaged myofibers and was principally caused by the secundary parathyroid hyperfunction. The diagnosis and therapy of the myocardial calcification is discussed on the basis of references. The prevention of this complication may impruve the life-expectancy of patients treated by chronic dialysis.

Idült veseelégtelenségben szenvedőkön a rendszeres dialízis kezelés az élet meghosszabbodását és annak minőségi javulását idézte elő. Ugyanakkor a hosszú ideig fennálló kalcium- és foszforanyagcsere-zavar, valamint a másodlagos hyperparathyreosis miatt gyakran fejlődnek ki különböző lágyrészmeszesedések (23). A külföldi szakirodalomban több olyan esetet közöltek, ahol súlyos szívelégtelenséget, ingerületvezetési zavarokat, vagy halált okozó szívizom-meszesedés alakult ki (3, 12, 15, 16, 21). Magyarországon *Makó és mtsai* (18) közöltek tanulmányt húsz krónikus haemodialízissel kezelt beteg echocardiographiával kimutatható intracardialis meszesedéseiről. Ezeket leggyakrabban az anulus fibrosusban, a billentyűkön és az ínhúrokon figyelték meg, a szívizomban négy esetben ábrázolódott meszes terület. A finom eloszlásban lerakódott mész azonban élőben nem mutatható ki.

A szívizom-meszesedés gyakorisága, mint halált okozó szövődmény nem ismeretes. Egy 1971-ben közölt statisztika szerint az Amerikai Egyesült Államokban a legtöbb dializált beteg bizonytalan eredetű heveny szívelégtelenségben halt meg (5). Az Európai Vesetársaság 1986-ban közzétett adatai szerint a dialízissel kezelt betegek között a szívhalál 38—40%-os volt, valamennyi más halálokot messze megelőzve (4). Hazánkban is ezek a betegek leggyakrabban cardialis okok miatt halnak meg.

Az alábbiakban meszesedéssel járó szívizombetegség esetét mutatjuk be, amely idült veseelégtelenség miatt dializált egyénben lépett fel. Magyarországon eddig ilyen, szövettanilag igazolt szövődményt nem ismertettek, noha már 1971 óta alkalmaznak programszerű dialíziskezelést. Morfológiai vizsgálataink lehetővé tették, hogy magyarázatot adjunk a szívizom-meszesedés mechanizmusára.

Esetismertetés

K. J. 20 éves férfi beteg kórelőzményéből 15 éves korában felfedezett hypertonia ismeretes. Emiatt kórházi kivizsgálás történt és beszűkült vesefunkciókat találtak. Rövidesen (1983. januárjában) krónikus peritoneális dialízist kellett elkezdeni, majd alkari fisztula kialakítása után haemodialízis kezelésben részesült. 1984 márciusában hullából vett vese transplantációja történt. Ez után állapota egy ideig kielégítő volt, majd a graft fokozatosan romló működése miatt ismét kórházi felvételre került sor. Hypertoniát, anaemiát és magas retenciós értékeket észleltünk. Az immunoszuppresszív kezelés elhagyása mellett állapota átmenetileg javult: a se-Ca: 2,3 mmol/l, se-P: 2,8 mmol/l, se-kreatinin: 600—900 mikromol/l, CN: 51—28 mmol/l, se-Na: 138 mmol/l, se-K: 4,2 mmol/l volt. (1986. október)

1987 februárjában végzett klinikai vizsgálat során bőre sápadt, tejeskávészínű, nyálkahártyái halványak, nyelve lepedékes. Foetor ex ore észlelhető. A szív balra két harántujjal megnagyobbodott, emelő szívcsúcslökés tapintható. A szív felett halk systolés zörej hallható, P = 80/min, RR = 160/90 Hgmm. A vesetáj ütögetésre nem érzékeny, a perifériás artériák normálisan tapinthatók. A se-Ca: 2,0 mmol/l, se-P: 2,9 mmol/l, se-kreatinin: 1031 mikromol/l, se-CN: 41—22 mmol/l, se-Na: 132 mmol/l, se-K: 4,0 mmol/l. A rejekciós veseelégtelenség, illetve a konzervatíve nem rendezhető állapota miatt ismét haemodialízis programba került.

A rendszeres, ambulanter végzett dialízis kezelés során — februártól májusig — több alkalommal végeztünk laboratóriumi ellenőrző vizsgálatokat. Paraméterei a következő értékek között ingadoztak: se-Ca: 2,0—2,2, se-P: 2,9—3,7, se-bikarbonát: 25—31, se-CN: 26—48, se-Na: 132—138, se-K: 3,7—5,1 mmol/l és a se-kreatinin: 910—1250 mikromol/l. A beteg gyengeségen és

fáradtságon kívül egyéb panaszt nem említett, aktív életmódot folytatott. Diurézise csökkent (napi 600—800 ml), az interdialitikus periódusban 3 kg testsúlyfelesleget vett fel. Vérnyomása kombinált antihypertenzív kezelés mellett 170/100 — 160/90 Hgmm volt. Az EKG sinus ritmust, tachycardiát és balkamraterhelés jeleit mutatta (PQ = 0,18). A mellkas röntgen a bal és a jobb kamra megnagyobbodását, valamint a retrocardium beszűkülését mutatta.

1987 májusában röntgenfelvételeket készítettünk a kézről, lábról és medencéről, melyeken kifejezett érfali meszesedést és renalis osteopathia kezdeti jeleit figyeltük meg. Négy hónapig folytatott dialízis után a beteg otthonában hirtelen meghalt. *Patológiai vizsgálat:* A boncolás során a bal vese zsugorvesének felelt meg (súlya 50 g), a jobb oldali transplantált vesében idült és akut rejekciót láttunk (súlya 150 g). Mellékpajzsmirigyei megnagyobbodottak voltak (átmérőjük 10—20 mm közötti). A tüdőkben a szövettani viszgálat során enyhe fokú calcifikációt láttunk. A kismedence muscularis artériáinak falában helyenként intenzív meszesedés volt kimutatható.

Szíve megnagyobbodott (550 g), az izomzat hypertrophiás, a szív minden üregé tágult volt.

A szívizom szövettani vizsgálata

A szívizomrostok hypertrophiáját és a myocardium gócos fibrózisát figyeltük meg. A fibrotikus területek közepében néhol durvább, e területek szélein pedig finom eloszlású mészlerakódást láttunk *(1. ábra)*. A meszesedést Kossa-festéssel mutattuk ki *(2. ábra)*. A calcifikálódó területeket célzottan félvékony technikával készített metszeteken is megvizsgáltuk. A fibrotikus területek szélein különböző fokú degeneratív elváltozásokat mutató szívizomrostok voltak. Bennük és mellettük a kötőszövetben mészszemcséket tartalmazó membránrészleteket figyeltünk meg *(3. ábra)*.

Megbeszélés

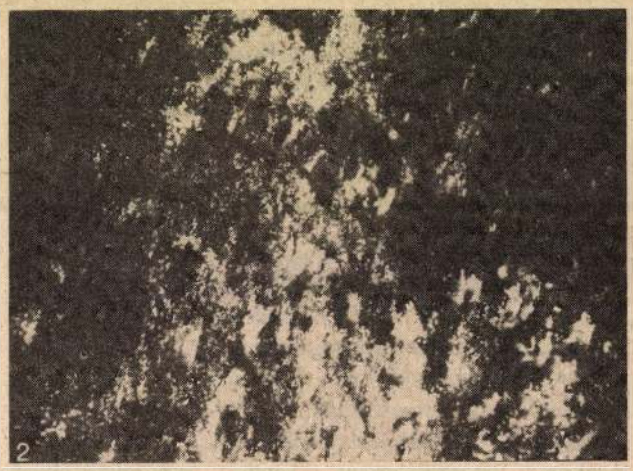
Uraemiások szívizomhypertrophiáját eddig egyértelműen a hypertonia szövődményének tartották. Esetünkben is klinikailag a szívmegnagyobbodást ilyen eredetű elváltozásnak tekintettük. Az újabb vizsgálatok cáfolják a hypertonia kizárólagos szerepét a szívmegnagyobbodás kialakulásában (10, 27). A patogenezis nem tisztázott, valószínűleg multifaktoriális. Bemutatott esetünkben a szövettani vizsgálat során szívizom-meszesedést találtunk, mely a hypertrophia kialakulásában is szerepet játszhatott.

Számos körülmény idézhet elő meszesedést a szívizomban (2). Ismeretes a régi infarktusok hegeiben, az ischaemia vagy gyulladás okozta necrotikus gócokban történő mészlerakódás. Néha nyitott szívműtétek után gyors és diffúz myocardialis meszesedés következik be. A metastatikus típusú calcifikációk hyperparathyreosisban, destruktív csontfolyamatok következményeként, D-hypervitaminózisban vagy idült veseelégtelenségben jöhetnek létre. Az utóbbi esetben a krónikus dialízis kezelés, a betegek életének meghosszabbításával, megteremti a szövődmény kialakulásának lehetőségét.

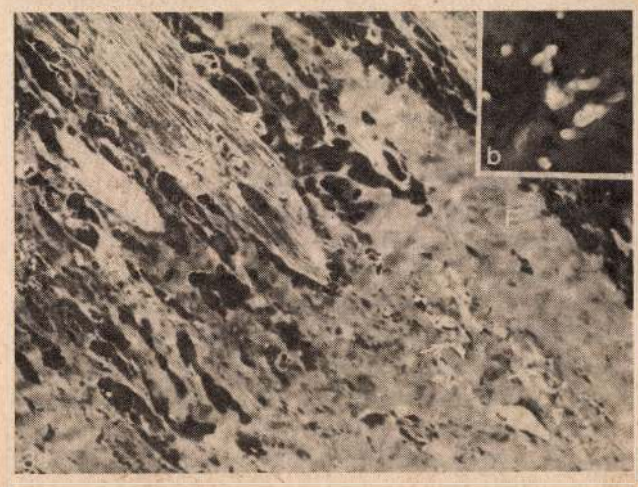
Idült veseelégtelenség miatt dialízis kezelésben részesülő betegekben a szívizom-meszesedés alapvető oka a szekunder hyperparathyreosis, illetve a kalcium és foszfor



1. ábra: A szívizom H. E. festéssel készült metszetének felvétele. Az ábra jobb alsó részén hypertrophiás szívizomrostok láthatók. A bal oldalon fibrotikus terület van, ebben a meszesedés sötét rajzolat formájában tűnik fel (nyilak). 400×



2. ábra: A szívizom heges területeiben levő mészlerakódás kimutatása Kossa-festéssel. Félvékony metszet. 400×



3. ábra: A szívizom fibrotikus területének szélét ábrázoló fénymikroszkópos felvételek. A metszetek félvékony technikával készültek. *a)* Az ábra jobb alsó részén fibrosis van (F), a bal felső részén egy pusztulófélben levő szívizomrost figyelhető meg (I). Mindkét területen mésztartalmú vesiculumok láthatók (nyilak). Giemsa-festés. 600× *b)* A kinagyított felvételen a hegszövetben elhelyezkedő vesiculumok láthatók, közepükben feketén festődő meszesedési gócok vannak. Kossa-festés. 700×

metabolizmusának zavara (2, 3, 8, 15, 18, 19). Esetünkben is magas szérum-foszfor és ingadozó szérum-kalcium értékeket figyeltünk meg, feltételeztük a mellékpajzsmirigyek hyperfunkciójának lehetőségét. Röntgenvizsgálatokkal érfal meszesedéseket és renalis osteopathia jeleit észleltük. A boncolás és a szövettani vizsgálat során a kimutatott lágyrész-meszesedések és a hyperplasiás mellékpajzsmirigyek megerősítették a hyperparathyreosis fennállását.

Fiziológiásan a meszesedés extracellulárisan végbemenő folyamat, azonban a kalciumsók kezdeti kicsapódásához szükséges ionkoncentráció passzívan sohasem jöhet létre, mert ez az élettel összeegyeztethetetlen lenne (17). A primer meszesedési gócok aktív vagy katalizált folyamatok következményei. A fiziológiás calcifikáció során az osteoblastokból, chondrocytákból és odontoblastokból kis hólyagocskák — matrix vesiculumok — válnak le. Ezekbe aktív kalciumbeáramlás történik létrehozva a primer meszesedési gócokat (14, 24). Hasonló vesiculumokat a csont és porcszövet daganataiban (1) és meszesedő billentyűkben (11) is megfigyeltek. Feltételezik azt, hogy a patológiás meszesedések is mind hasonló mechanizmussal jönnek létre (2). A tüdő és a vese metastatikus calcifikációi esetében a primer meszesedési gócok az alveolaris és tubuláris bazálmembránba türemkedő hámsejt-nyúlványokban, illetve az ezekből keletkező vesiculumokban jönnek létre. A folyamat a megfelelő hámsejtek pusztulása nélkül is végbemegy és a bazálmembránok meszesedése csupán másodlagos jelenség (13, 20, 30). *Eaton és mtsai* (9) szívizommeszesedésre genetikusan hajlamos egerek szívét vizsgálták. A mészrögök a pusztuló szívizomrostokban jelentek meg, későbbi stádiumban összefüggő meszes és fibrotikus területek alakultak ki. *Monma és mtsai* (20) primer hyperparathyreosis okozta szívizom-meszesedést vizsgáltak. Fiatal férfi betegük hyperkalcémiás krízisben halt meg. A szívizomrostokban kontrakciós csíkokat és apatitból álló mészszemcséket figyeltek meg, az interstitiumban fibrosist és calcifikációt láttak.

Esetünk vizsgálata alapján feltételezzük, hogy idült veseelégtelenségben az uraemia, a hypertonia és a parathormon közvetlen hatására is bizonyos mértékben károsodnak a szívizomrostok (6, 22): fokozódik a kalcium beáramlása, szerkezeti és anyagcsere változások következnek be. A dialízis kezelés ezt az állapotot fenntartja. A szívizomrostokban membránnal körülhatárolt meszesedési gócok jönnek létre. Ezután a rostok elpusztulnak és a mészszemcsék a kötőszövetben maradnak, ahol az extracelluláris tér kóros összetétele következtében további — passzív — mészlerakódás megy végbe.

A szívizom-meszesedés korai diagnózisa és kezelése a betegek élettartamának meghosszabbításához vezethetne. Klinikailag rendszeres dialíziskezelésben részesülő betegnél a következő esetekben merül fel szívizom-meszesedés lehetősége: 1. súlyosbodó ingerképzési és vezetési zavarok, 2. terápiásan nem befolyásolható szívelégtelenség. 3. kifejezett szívmegnagyobbodás, 4. igen magas parathormonszint, 5. ha a röntgenvizsgálatok renalis osteopathiát vagy különböző lágyrész-meszesedéseket igazolnak. Az ultrahang-dignosztika bevezetése óta az intracardialis calcifikációk kimutatása élőben is lehetővé vált (18, 19). A finomabb eloszlású kalciumlerakódás — mint ahogy esetünkben is volt — csak szívizom-biopsziával volna kimutatható.

A szívizom-meszesedés terápiáját illetően a metastatikus lágyrész-meszesedésekben általában alkalmazható konzervatív és műtéti eljárások jöhetnek számításba (3, 12, 18, 19, 23). Elsődleges célkitűzés a hyperparathyreosis csökkentése. Egyes szerzők aktív D-vitamin metabolit alkalmazását helyezik előtérbe, mely a szérumkalcium-szintet emeli és közvetlenül is gátolja a mellékpajzsmirigy működését (28). A foszfátkötő alumínium hidroxid adagolása, súlyos mellékhatásai miatt nem szívesen alkalmazott prevenció. A konzervatív kezelés sikertelensége esetén parathyreoidectomia jöhet számításba (18, 23). *Dreher és Shelp (8)* olyan krónikus dialízis programban levő beteg esetét ismertették, akinél két év alatt jelentős balkamra-hypertrophia és atrioventriculáris block alakult ki. Magas parathormon szinteket mértek. A szívizom ingerületvezető rendszerében meszesedést feltételezve részleges mellékpajzsmirigy eltávolítást végeztek. A beteg cardialis panaszai megszűntek. *Zazgornik és mtsai* (29) szerint étrendi szempontok, de különösen a fokozott C-vitamin bevitel kerülése fontos. A szerzők a szívizomban lerakódott mész összetételét vizsgálva, ebben jelentős mennyiségű kalcium oxalátot mutattak ki. Felhívják a figyelmet a betegek szérum oxalát szintjének ellenőrzésére is.

IRODALOM: 1. *Alexander, R. W.:* Diagnostic Electron Microscopy of Bone. In: Diagnostic Electron Microscopy. Ed. by Trump, B. F., Jones, R. T., 1983, *4,* 148. — 2. *Anderson's Pathology.* Ed. by Kissane, J. M. 1985, *1—2.* — 3. *Arora, K. K. és mtsai:* Calcific Cardiomyopathy in Advanced Renal Failure. Arch. Intern. Med. 1975, *135,* 603. — 4. *Broyer, M. és mtsai:* Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe XVII. Nephrol. Dial. Transplant. 1986, *1,* 1. — 5. *Burton, B. T., Krueger, K. K., Bryan, F. A.:* National Registry of Long-Term Dialysis Patients. JAMA 1971, *218,* 718. — 6. *Canale, E. D. és mtsai:* Cardiac Muscle. In: Handbook of Microscopic Anatomy. 1986, *II/7,* 212. — 7. *Depace, N. és mtsai:* Rapidly Progressing Massiv Mitral Annular Calcification. Arch. Intern. Med. 1981, *141,* 1663. — 8. *Dreher, W., Shelp, W.:* Atrioventricular Block in a Long-Term Dialysis Patient. JAMA 1975, *234,* 954. — 9. *Eaton, G. J. és mtsai:* Dystrophic Cardiac Calcinosis in Mice. Am. J. Pathol. 1978, *90,* 173. — 10. *Eisenberg, M. és mtsai:* Left Ventricular Hypertrophy in End-Stage Renal Diseases on Peritoneal Dialysis. Amer. J. Cardiol. 1987, *60,* 418. — 11. *Ferrans, V. J., Butany, J. W.:* Ultrastructural Pathology of the Heart. In: Diagnostic Electron Microscopy. Ed. by Trump, B. F., Jones, R. T. 1983, *4,* 433. — 12. *Fulkerson, P. K.:* Calcification of the Mitral Annulus. Etiology, Clinical Associations, Complications and Therapy. Amer. J. Med. 1979, *66,* 967. — 13. *Ganote, Ch. E. és mtsai:* Acute Calcium Nephrotoxicity. Arch. Pathol. 1975, *99,* 650. — 14. *Chadially, F. N.:* Ultrastructural Pathology of the Cell and Matrix. Second Ed. 1982. — 15. *Henderson, R. R. és mtsai:* Metastatic Myocardial Calcification in Chronic Renal Failure Presenting as Atrioventricular Block. N. Engl. J. Med. 1971, *284,* 1252. — 16. *Jain, M.:* Mitral annulus calcification as a manifestation of secundary hyperparathyroidism in chronic renal failure. Circulation 1980, *62,* Suppl. III. 133. — 17. *Little, K.:* Intercellular Matrices and Calcification. In: Bone Behaviour. Ed. by Academic

Press London. New-York. 1973, 60. — 18. *Makó J., Lengyel M., Szücs J.:* Intrakardiális meszesedés krónikus haemodialysissel kezelt betegeken. Orv. Hetil. 1986, *127,* 885. — 19. *Makó J.:* Kardiális szövődmények krónikus haemodialysissel kezelt betegekben. Kandidátusi értekezés. 1988. Budapest. — 20. *Monma, N. és mtsai:* Light and Electron Microscopic Observation on the Process of Tissue Calcification in a Case of Parathyroid Adenoma. Acta Pathol. Jpn. 1987, *37,* 1621. — 21. *Nesser, H. J. és mtsai:* Mitralringverkalkungen bei Dialyse-patienten. D. M. W. 1984, *109,* 170. — 22. *Ramirez, G., Brueggemeyer, C. D., Newton, J. L.:* Cardiac arrythmias on haemodialysis in chronic renal failure patients. Nephron 36, *212,* 1984. — 23. *Rényi-Vámos F. és mtsai:* Metasztatikus kalcifikáció krónikus dializált betegeken. Orvosképzés 1988, *63,* 76. — 24. *Ross, M. H., Reith, E. J.:* Histology. Harper International Edition. 1985, 152. — 25. *Terman, D. S. és mtsai:* Cardiac calcification in uraemia. Am. J. Med. 1971, *50,* 744. — 26. *Schwartz, K. V.:* Heart-Block in Renal Failure and Hypercalcaemia. JAMA 1975, *234,* 954. — 27. *Sen, S.:* Factors regulating myocardial hypertrophy in hypertension. Circulation 1987, *75,* Suppl. I., I—81. — 28. *Sherwood, L. M.:* Vitamin D, Parathyroid Hormone and Renal Failure. N. Engl. J. Med. 1987, *316,* 1601. — 29. *Zazgornik, J. és mtsai:* Myocardial Calcinosis Associated with Haemodialysis. Amer. J. Cardiol. 1987, *60,* 421. — 30. *Wang, N-S., Steele, A. A.:* Pulmonary Calcification. Arch. Pathol. Lab. Med. 1979, *103,* 252.

(Illyés György dr. *Budapest,* Diósárok u. 1. 1125)

PALPITIN

kapszula

H 200

Antiarrhythmica

HATÓANYAG

100 mg disopyramidum (foszfátsó formájában) kapszulánként.

HATÁS

A dizopiramid az I. típusú kinidinszerű antiaritmiás szerek közé tartozik. Elsősorban a pitvar és kamra refrakter szakát nyújtja meg; minimális hatása van az A—V csomó refrakter szakára.
Az A—V csomó és His-Purkinje vezetési időt kevéssé befolyásolja. A járulékos pályákban lassítja a vezetést.

JAVALLATOK

A következő kardiális aritmiák megelőzésére, ill. megszüntetésére elsősorban akkor, ha egyéb gyógyszeres kezelésre rezisztensek: unifokális és multifokális ektopiás kamrai kontrakciók.
Kamrai tachikardia epizódok (tartós kamrai tachikardia esetén rendszerint elektromos kardiokonverziót alkalmaznak).
A fenti aritmiák kezelésére mind digitalizált, mind nemdigitalizált betegeken alkalmas.
Egyaránt alkalmazható primer aritmiák és organikus szívbetegségeket (beleértve a koronaria betegségeket is) kísérő aritmiák kezelésére.

ELLENJAVALLATOK

Kardiogén-sokk, másod- vagy harmadfokú A—V blokk, keringési elégtelenség, digitálisz intoxikáció. Myasthenia gravis. Glaukoma. Terhesség, szoptatás.
Relatív ellenjavallat: vizeletretenció, prosztata-hipertrófia.

ADAGOLÁS

Individuális, egyéni beállítást igényel a kardiológiai vizsgálat alapján. A szokásos adag 400—600 mg (4—6 kapszula) naponta három-négy adagra elosztva. (50 kg testsúly alatti betegeknek naponta 4×100 mg).
Ha gyors hatás szükséges, 300 mg-os telítő adag adható (50 kg testsúly alatti betegeknek 200 mg).
Kardiomiopatiában a kezdő adag 100 mg lehet, ez 6 óránként ismételhető, majd az adagot szigorú ellenőrzés mellett fokozatosan az egyéni szükségletnek megfelelően lehet emelni vagy tovább csökkenteni. A szokásos adag felső határa max. napi 800 mg. Vese- és májbetegek adagját csökkenteni kell: enyhe veseelégtelenségben (kreatinin clearance nagyobb, mint 40 ml/min) vagy májkárosodás esetén naponta 4×100 mg adható.
Súlyos veseelégtelenségben (kreatinin clearance ≤ 40 ml/min) 100 mg egyszeri adag adható a következő táblázat szerinti időközönként:

Kreatinin clearance (ml/min)	40—30	30—15	15
Intervallum (óra)	8 óra	12 óra	24 óra

KOMBINÁLT KEZELÉS

Kinidinnel, prokainamiddal és/vagy propranolollal csak életet fenyegető aritmia esetén szabad együtt adni abban az esetben, ha a beteg az előző gyógyszerre nem reagál. Az ilyen kombináció kifejezett negatív inotrop hatást okozhat, és túlzottan megnyújtja az ingerületvezetést. Ez különösen dekompenzált betegeknek jelenthet veszélyt. **A kombinált kezelés szigorú ellenőrzést tesz szükségessé.**

MELLÉKHATÁSOK

Antikolinerg: szájszárazság, vizeletretenció, obstipáció, homályos látás, szem-torok-orrszárazság.
Kardiovaszkuláris: vérnyomássüllyedés, ingerületvezetési zavarok, keringési elégtelenség, ödéma, dyspnoe, syncope, mellkasi fájdalom, légszomj.
Urogenitális: gyakori és sürgős vizelés.
Gasztrointesztinális: hányinger, anorexia, diarrhoea, hányás.
Általános: idegesség, szédülés, általános fáradtság, izomgyengeség, fejfájás, elesettség, súlygyarapodás.
Dermatológia: bőrkiütés, dermatosis.
Reverzibilis akut psychosis és cholestatikus icterus is előfordulhat.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Óvatosan adható

— fenitoinnal vagy más enziminduktorral (szintjét a plazmában csökkentik);
— egyéb antiaritmikummal (l.: kombinált kezelés).

FIGYELMEZTETÉS

Csak rendszeres kardiológiai ellenőrzés mellett alkalmazható! Nagyfokú vérnyomássüllyedés fejlődhet ki, elsősorban kardiomiopatiában. Hipotenzió jelentkezése esetén a kezelést abba kell hagyni. Ha elsőfokú ingervezetési blokk fejlődik ki, csökkenteni kell az adagot. Ha a blokk tartósan fennáll, meg kell fontolni a Palpitin-kezelés terápiás előnyét a kockázattal szemben. Másod-harmadfokú blokk esetén a kezelést meg kell szüntetni. Ha a QRS komplexus kiszélesedése, ill. a Q—T megnyúlás 25%-nál nagyobb és az ectopia folytatódik, szigorú felügyelet szükséges, és megfontolandó a kezelés abbahagyása.
Vese- vagy májkárosodásban szenvedő betegeken csökkenteni kell a dózist, az adagolásnál leírtak figyelembevételével.
Hipokalémiás betegeken az állapotot rendezni kell Palpitin-kezelés előtt.
Tartós alkalmazás esetén időnként a fehérvérsejtszámot is ellenőrizni kell.

MEGJEGYZÉS ✣✣

Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint — egy vagy két alkalommal — ismételhető. A gyógyszert annak a szakrendelésnek (gondozó) a szakorvosa rendelheti, amely a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógykezelésére területileg és szakmailag illetékes.

CSOMAGOLÁS

50 db kapszula

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest

Cavinton® tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS: A Cavinton javítja az agyi perfusiót és ezáltal az agy oxigénellátását.

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.
Hypertensív 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.

ELLENJAVALLAT: Terhesség.

ADAGOLÁS: Naponta 3×1-2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő.

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest X.

Kovács Anna Mária dr.*
és József Imre dr.*

Bacillus cereus okozta szeptikus pneumonia**

Kisbér Városi Kórház-Rendelőintézet
(igazgató: Birkás Mihály dr.)
Gyermekosztály
(főorvos: József Imre dr.)

A szerzők hároméves kislány esetét ismertetik, akinél B. cereus okozta szeptikus pneumonia zajlott le, sorozatos virális és bacterialis infectiók után, melyek átmenetileg valószínű immunsuprimált helyzetet idéztek elő. Felhívják a figyelmet, hogy adott esetben a facultativ pathogén kórokozók is súlyos kórképet hozhatnak létre. Rámutatnak a talajban élő bacteriumok növekvő pathologiai jelentőségére és a haemocultura elvégzésének fontosságára.

Septic pneumonia caused by Bacillus cereus. The authors describe the case of a 3-year old girl whose septic pneumonia was caused by B. cereus and developed following serial viral and bacterial infections, which produced assumably transient immunoppressed condition. Attention is drawn to the possibility of serious diseases caused by facultative bacteria in certain cases. The increasing pathological significance of bacteria existing in the soil is pointed out and the importance of hemoculture examination is stressed.

A Bacillus cereus a Bacillus genus saprophyta tagja, aerob, Gram-pozitív, spórás, peritrich csillós bacterium. Mint a külvilág lakója, számos zöldségfélén, növényi eredetű élelemiszeren előfordul, és mert spórás bacterium, a szokásos konyhatechnikai eljárásokkal nem pusztul el. (2) Az általa okozott betegségek patogenezisében az ételben képződött toxinnak és a nagyszámú élő mikrobának egyaránt szerepe van. A toxinok hatására utal a rövid lappangási idő, valamint az, hogy a betegség súlyossága függ az elfogyasztott étel mennyiségétől. A toxinok feltehetően a gyomor- bélnyálkahártya heveny gyulladását idézik elő, nagy mennyiségű exsudatum képződésével, hányás, hasmenés tünetek jelentkezésével. (4) A B. cereus enterotoxin termelésének jelentőségéről, a toxinok szerepéről *Turnbull, Milling és mtsai* számolnak be (10, 7). *Guth* arról is említést tesz, hogy a jellemző gastroenteralis tüneteken kívül néhány esetben periorbitalis oedémát is észleltek, mely feltehetően allergiás jelenségekre vezethető vissza. (6) A B. cereus ételmérgezéseken kívül, parenterális kórokozóként is szerepelt néhány esetben: endocarditist okozott egy heroinos kábítószer-élvezőn: pneumoniát, gócszerű necrosisokkal egy lymphoid leukémiás betegen; bacteriaemiát egy haemodializált betegen. (6) *Birch és mtsai* újszülöttosztályon való előfordulásáról írnak, ahol az újszülöttek köldökéről vett tamponról tenyészett ki a bacterium (5).

Bacillus cereus okozta extraintestinális infectióról hazai közlést nem olvastunk, esetünk ismertetését ezért tartjuk érdemesnek.

Esetismertetés

Sz. J. 3 éves kislánynál, a felvételét megelőzően három héttel csaknem egyidőben varicella és parotitis epidemica zajlott le. Két hetes tüneti kezelés mellett mindkét virális infectio szövődmény nélkül gyógyult. Egyhetes panaszmentesség után hányás, magas láz, nagyfokú gyengeség, elesettség és a bal csípőtájék kifejezett érzékenysége miatt került felvételre. Az elvégzett vizsgálatok és a lefolyás alapján bacteriális infectio zajlott, valószínűleg infectiosus arthritisszel, de a kórokozót sem direkt vizsgálatokkal (liquor- és vérkenet), sem tenyésztéssel (vér, liquor, vizelet, orr-, torokváladék) identifikálni nem sikerült. Kombinált antibiotikumos kezelést követően két hét múlva normális laboratóriumi és rtg.-vizsgálati leletekkel gyógyultan adtuk haza.

Egyhetes otthoni tartózkodás után, ismét 39 °C-os láz, tonsillitis acuta lépett fel. Ötnapos Erythran-kezelés ellenére változatlanul lázas volt, acut tonsillitise follicularissá vált. Ekkor került másodszor osztályunkra felvételre. Fizikális státusa a tonsillitis follicularison kívül negatív volt. Normális süllyedést, fvs.számot, a qualitativ vérképében lymphocytosist észleltünk. Staphylococcus kóroki szerepét feltételezve iv. Oxacillin-kezelést kezdtünk. Egy nap alatt leláztalanodott, a folliculusok a harmadik napon lelökődőben voltak. Ápolása negyedik napján hirtelen szeptikus tünetek léptek fel. Láza 39—40 C° között volt tartósan. színe szürkés-sápadt, végtagjai lividek voltak. Tachycardiás szívműködést, a pulmo felett negatív kopogtatási és hallgatódzási leletet találtunk, tarkója szabad volt, meningeális jelet nem észleltünk. Vizsgálati leletéből kiemelnénk: We: 60 mm/ó-ra emelkedett, fvs: 18000, a qualitatív vérképében 94%-os granulocytosist és toxikus granulatiót láttunk. Vizeletüledék, -tenyésztés, vesefunkciók, EKG, fülészeti vizsgálat, orrmelléküreg rtg.-felvétel, torokleoltás, orrváladékleoltás negatív volt. A mellkas rtg.-vizsgálat a sagittalis felvételen, a jobb 5-ös segmentumnak megfelelően inhomogén infiltratiót mutatott.

Gram-negatív szepszist feltételezve az Oxacillin mellett Netromycin-kezelést kezdtünk, melynek hatására állapota gyorsan javult. A közben megérkezett haemocultura lelete: Bacillus cereus tenyészett ki, mely — mint általában mindig — Oxacillinre rezisztens és aminoglycosidokra érzékeny volt. Nyolcnapos kezelés után klinikailag és radiológiailag is gyógyult. Laboratóriumi leletei normalizálódtak.

Tekintettel a sorozatos infectiókra, a betegen osztályunkról való távozása után, immunológiai vizsgálatok történtek (DOTE Gyermekklinika) — melyek negatív eredménnyel zárultak. A gyerek egy év eltelte után is jól van, panaszmentes.

---

* *Jelenlegi munkahelyük:* Marcali Városi Kórház-Rendelőintézet Gyermekosztálya

** A Magyar Gyermekorvosok Társasága Gyermektüdőgyógyász Szekciója ülésén 1987. márc. 27-én Budapesten elhangzott előadás alapján.

Megbeszélés

Az utóbbi ideig apathogénnek tartott kórokozó, adott esetben — különösen immunsuppressio esetén — pathogén lehet, és súlyos kórképet okozhat.

Betegünknél átmenetileg immunsuppressiót idézhetett elő a sorozatos virális és bacterialis infectio. Így alakulhatott ki e súlyos, szeptikus állapot olyan kórokozótól, amely normál körülmények között apathogén.

A B. cereus gyakorlatilag minden földmintából kitenyészthető (1). Esetünk is példázza — a mycobacteriosisokhoz hasonlóan — a talajban élő bacteriumok előtérbe kerülését. Felhívnánk a figyelmet a haemocultura fontosságára pulmonológiai kórképekben is, mint ahogy erről a Streptococcus pneumoniae pneumoniák esetén nemrégen újra olvashattunk (9). Sokszor a szeptikus tünetek mellett eltörpülhetnek a légútiak. Esetünkben a pneumonia aetiologiai diagnosisát a haemocultura eredményének birtokában tudtuk csak kimondani, mely utólag az aminoglycosid antibiotikum helyes alkalmazását is igazolta.

IRODALOM: 1. *Alföldi—Ivánovics—Rauss:* Orvosi mikrobiológia. Medicina. Budapest. 1960. — 2. *Alföldi—Ivánovics—Rauss:* Orvosi mikrobiológia—immunitástan—parazitológia. Medicina. Budapest. 1973. — 3. *Balacescu, C.:* Über einen von Selbstversuch mit Bacillus cereus. Zbl. Bakt. Orig. B. 159, (2) 196—199. 1974. — 4. *Binder—Budai—Kátay—Nyerges:* Fertőző betegségek. Medicina. Budapest. 1981. — 5. *Birch, B. R. és mtsai:* Bacillus cereus cross-infection in a maternity-unit. J. Hosp. Infect. 2, (4) 349—354. 1981. — 6. *Guth, B. J.:* Bacillus cereus intoxication followed by periorbital oedema. Brit. Med. J. 4, 24—30. 1975. — 7. *Melling, J. és mtsai:* J. clin. Path. 29, 938—940. 1976. Identification of a novel enterotoxigenic activity associated with Bacillus cereus. — 8. *Schmitt, N. és mtsai:* Food poisoning outbreak attributed to Bacillus cereus. Canad. J. Publ. Health 67, (5) 418—422. 1976. — 9. *Szalka A. és mtsai:* Bacteriaemiával járó Streptococcus pneumoniae fertőzések felnőttkorban. OH. 1987. 128. 557—608. — 10. *Turnbull, P. C. B.:* Studies on the production of enterotoxins by Bacillus cereus. J. clin. Path. 29, 941—948. 1976.

(Kovács Anna Mária dr. *Marcali*, Széchenyi u. 7. B. II. 4. 8700)

„Nézd a búzakalászt,, büszkén emelődik az égnek
Míg üres, és ha megért, földre konyítja a fejét.
Kérkedik éretlen kincsével az iskolagyermek,
Míg a teljes eszű bölcs megalázza magát.''

Verseghy

OMKER

ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

1989. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

Május 9—12. ORVOSI MŰSZEREK AZ NDK-ból
címmel bemutatót rendezünk az MLW INTERMED Magyarországon forgalmazott termékeiből.
Május 23—26. Kisszámítógépek az egészségügyi intézményekben II.
MŰSZAKI GAZDÁLKODÁSI RENDSZEREK
címmel bemutató az ORKI és az OMKER rendezésében.

Kiállításaink helyszíne az OMKER BEMUTATÓTEREM, Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: naponta 9—16 óráig.

Az OMKEREXPO'89 nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítást a SOTE Elméleti Tömbjében, Budapest, VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt rendezzük meg.

A programban változás lehetséges.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Iatrogén ártalmak

Nozokomiális fertőzések előfordulása sebészeti osztályon. Lovečková, J., Skácel, V., Medková, J. (II. chirurgická Klinika fakultní nemocnice s poliklinikou, Olomouc; Katedra hygieny a epidemiologie, Univerzity Palackého, Olomouc): Časopis Lékařu českých, 1988, *127*, 1072.

Sebészeti szakterületek különösen súlyos szövődményei a nozokomiális fertőzések (NF). Kialakulásuk lehetősége nemcsak az alapbetegségből, hanem mindenekelőtt magából a műtéti tevékenységből adódhat. Az utóbbi években a prevenció problematikája — érthetően — egyre nagyobb, összefogottabb figyelemben részesül. A gondok nyilván főleg egészségügyi vonatkozásúak; azonban a háttérben etikai és gazdasági aspektusok is fellelhetők. Az alapvető fontosságú prevenciós intézkedések egyike azoknak az aktív, követéses, elemző vizsgálati módszereknek bevezetése, melyeket a cseh Egészségügyi Minisztérium dolgozott ki, s alkalmazásukat már 1976-ban javasolta. Ezen metodikai irányelvek felhasználásával végeztek kooperációs vizsgálatot Olomouc városban, a II. számú Sebészeti Klinika, a Közegészségügyi-Járványügyi Tanszék és a Városi Közegészségügyi Állomás szakemberei.

A vizsgálat bázisainak azért választották célzottan az említett klinikát, mert itt, a vizsgálati időszakban az NF gyakoriságának emelkedéséhez minden feltétel adott volt. Egyik ilyen — az NF bekövetkezési lehetőségét elősegítő — tényezőt, a klinika belső térbeli elrendezése jelentette. A klinika egy régi építésű, egykori kolostorban működött, ahol két (eltérő nagyságú) osztályt, összesen 69 betegággyal és egy önálló járóbeteg-ellátó részleget lehetett kialakítani. A kórtermek viszonylag nagyok voltak, egyenként 9 ággyal; a műtőbe és a fekvőbeteg osztályokra egyetlen közös bejáraton lehetett bejutni. Intenzív ellátó egység kialakítása nem volt megvalósítható. Az épület a különleges komplementáris szolgáltatásokat nehéz körülmények között vehette csak igénybe, mert azoktól 4 km-nyi távolságban működött. Az intézmény épülete a septikus és aseptikus esetek pontos elkülönítését is problematikussá tette. A beteganyag meglehetősen „tarka" volt; elláttak pajzsmirigy-betegeket, plasztikai, gyermeksebészeti, hasi sebészeti (igen nagy számban vastagbél-betegségek!) eseteket, idült gyulladásos csontbetegségeket és baleseti sérülteket.

A vizsgálat során feldolgozták a klinika 8 éves (1977—1984) hospitalizált — összesen 10 ezer 885 főnyi — beteganyagát, amit két, 4 éves csoportra osztottak. Az I. csoportba az 1977—1980 között felvett 5456 beteg, a II. csoportba pedig az 1981—1984 között hospitalizált 5429 beteg került. Az I. csoport eseteit (összehasonlító kontrollként) visszamenőlegesen gyűjtötték ki és értékelték; a II. csoportban az NF eseteket, mindenben a minisztériumi irányelvek szerint, követéses eljárásokkal vizsgálták. Utóbbi módszerek több és részletesebb információt adtak, pontosabb regisztrálást és állapotosztályozást tettek lehetővé, s célzottabb prevencióra nyújtottak módot. A hygiénikusokkal és epidemiológusokkal való együttműködés nélkülözhetetlennek és rendkívül értékesnek bizonyult. Így azután *a II. csoport 5429 főnyi betegénél szerzett tapasztalatok érdemelnek ismertetést.*

E csoport betegei között az *NF gyakorisága* a 4 év alatt 161 (2,98%) esetet mutatott. Évekre bontva azonban itt folyamatos csökkenést látunk az alábbiak szerint: 1981-ben 50 eset (3,74%); 1982-ben 47 eset (3,52%); 1983-ban 34 eset (2,69%); s végül 1984-ben 30 eset (2,00%).

Az *NF előfordulás ellátási módok szerinti* megoszlásának vizsgálatánál a következő kép alakult ki:

I. *Műtétre nem került sor* 1042 betegnél, akik közül 15 főnél (1,43%) egyértelműen bizonyított NF lépett fel.

II. *A megoperált* 4387 betegből 146 fő (3,32%) esetében történt NF.

A) *Hasi műtétek*nél az NF gyakoriság legnagyobb volt az *üreges szervek*ben (epehólyag, béltraktus, féregnyúlvány, gyomor); *egyéb hasi műtétek* (sérv, próbalaparotomia) után ritkán (lép- és májműtéteknél egyetlen esetben sem) alakult ki NF.

B) *A többi — nem hasi — műtétek*nél NF komplikáció ugyancsak ritkán következett be.

Az NF eredet szerinti megoszlása a 146 betegnél: endogén eredet 94 eset (64,4%), exogén 52 eset (35, 60%).

A mikrobiológiai leletek tanúsága szerint az NF esetekben az alábbi kórokozók szerepeltek (csökkenő sorrendben) a műtött betegeknél: E. coli, staphylococcus aur., streptococcus, enterobacter, proteus, clostridium, enterococcus, bacteroides, pseudomonas aerug., klebsiella.

Az NF változatok között első helyen állanak a sebfertőzések 122 esettel (83,56%), másodikon a pulmonális infekciók 11 esettel (7,53%), harmadikon az érrendszeri fertőzések 5 esete (3,44%), s végül az egyéb fertőzések 8 esete (5,47%) zárja a sort.

Összegezésként megállapítható, hogy a komplex, aktív követéses módszerekkel végzett, elemző vizsgálatok hatékonysága aligha vitatható! A megelőzésben, a diagnosztikában és a terápiában is kitűnően hasznosítható elemeket tár fel, s ezzel hozzájárul az ellátás színvonalának emeléséhez.

(Ref.: A nagyon korrekt és őszinte közlemény egyebek között rámutat a — nálunk annakidején sokszor és sokak által oly hevesen vitatott — kórházhygiénés tevékenység értékére és nélkülözhetetlenségére.

Megdöbbentő volt olvasni az értékelt intézmény beteganyagának adatait. Lévén ez, az olomouci orvosi fakultás oktató kórházának része, érthető, hogy éppen oktatási célzattal, minél változatosabb beteganyag forgatására törekszik. No de ami sok az sok, jelen esetben pedig már veszélyesen sok, s be nem látható kockázatokkal jár.

Az intézmény sanyarú adottságairól szóló információk számunkra nem ismeretlenek. Egészségügyi célokra teljesen alkalmatlan, sokszor romos, elöregedett épületmatuzsálemekben kényszerűségből kialakított, vagy torz látásmóddal kierőszakoltan létesített, inkább csak nevükben „egészségügyi" intézmények működésének és fenntartásának gondjaival mi is küzdöttünk. Napjainkban ez a helyzet nagyon sokat javult, de még nem szűntek meg a nehézségek, a valóban imponáló fejlődés mellett sem; legalábbis teljes egészükben nem. Egyébként is hiba volna a nozokomiális fertőzések témáját kizárólag csak az előnytelen tárgyi adottságok és körülmények rovására írni, s ugyanekkor az ott dolgozók — egy szóval az „emberfaktor" — legalább ugyanekkora jelentőségű szerepéről mélyen hallgatni. Utóbbi kérdésről még — sajnos — ma sem állíthatjuk, hogy „túl van tárgyalva"!)

Cselkó László dr.

Convulsiók fellépte antimaláriás prophylaxis során. Fish, D. R., Espir, M. L. E. (Institute of Neurology, Queen Square, London, Anglia): Brit. med. J., 1988. *297*, *526.*

Az idegenforgalom megnövekedése miatt szükség lehet arra, hogy epilepsiában szenvedők is részesüljenek antimaláriás prophylaxisban, azonban ezzel kapcsolatban az irodalom nem említ különleges szabályokat. Ezért közlik a szerzők saját észlelésüket: 4 betegükön ugyanis ez a megelőzés tonusos-clonusos görcsrohamokat váltott ki.

Mindegyik betegük nő volt, 26—49 év közötti életkorral. Mindnyájan szedtek napi 2 × 150 mg chloroquint, s emellé még 2 beteg napi 1 tabletta dapsont, illetve, 1 pedig 1 tabletta sulfadoxin-pyrimethamint. Érdekes, hogy a tonusos-clonusos görcsök 5, 4, 2, sőt, egy esetben már egyetlen adag (tehát 150 mg) chloroquin bevétele után jelentkeztek. Nagyon figyelemreméltó az is, hogy 3 beteg kórelőzményében nem szerepelt előzetes görcsroham (igaz, az egyiknek volt időnként absence-os rosszulléte). Az EEG-vizsgálat csak egy alkalommal volt negatív, 2 betegen 3 Hz tüske/hullámot észleltek, egyben pedig jobb temporalis hegyes hullámokat. Lényeges, hogy az antimaláriás prophylaxis elhagyása után minden betegük tünetmentessé vált s jelenleg is ez a helyzet (1—14 hónappal később).

A közlemény végén a szerzők ismét kiemelik az alábbiakat: érdekes, hogy mind a 4 betegük nő volt. Az is figyelemre méltó, hogy bár az irodalom többízben említést tesz olyan görcsrohamokról, melyek nagy-

adagú chloroquin-, illetve pyrimethamin-kezelés kapcsán léptek fel, prophylactikus, tehát kisadagú gyógyszerszedésről eddig nem találtak közlést. A convulsio kialakulásának miként je nem ismeretes. A chloroquin gátolja a glutamat-dehydrogenase aktivitást s így csökkentheti a γ-aminovajsav neurotransmitter inhibitor koncentrációját.

Fentiekből következően elsősorban az epilepsiások, illetve a convulsiós kórelőzménnyel bírók antimaláriás prophylaxisa igen nagy körültekintéssel végzendő.

Major László dr.

Szívfali thrombusból eredő embolia intraarterialis fibrinolysis szövődményeként. Paulson, E. K., F. J. Miller (University of Utah Medical Center, Salt Lake City): Radiology, 1988. *168.* 95.

Szívfali thrombus fennállása esetén a fibrinolysis során fenyeget a rög oldódása és leszakadása révén perifériás embolia veszélye. Ilyen szövődményről eddig nem találtak a szerzők közlést annak ellenére, hogy többen számoltak be fibrinolysis alkalmazásáról szívfali thrombus mellett is. Egy 63 éves nőbetegről számolnak be, kinek ischaemiás szívbetegsége és ismert bal kamrai thrombusa volt. Jobb oldali a. femoralis superficialis elzáródása mellett bal oldalon is az a. femoralis sfc. embolia okozta elzáródását igazolták angiographiával. Alacsony ejectiós frakcióra tekintettel műtéti beavatkozás nem jöhetett szóba, intraarterialis fibrinolysist kezdtek urokinase alkalmazásával. Összesen 1 000 000 egység urokinase infundálása után a fibrinogen szint 9,5 g/l értékről 4,5-re esett. Az angiographiás helyiségből való elszállítás előtt a beteg bőre köldöktől lefelé elszíneződött, femoralis pulzusa tapinthatatlanná vált. Digitalis arteriographiát végeztek, ez az aorta oszlásánál ülő embolust mutatott ki. Sürgősségi embolectomiát végeztek, de ezt követően mindkét femoralis újra elzáródott és a beteg meghalt.

Laczay András dr.

Belgyógyászat

Hypertonia és táplálkozás. Oertel, K., W. Wetter (Dept. für Inn. Med., Medizinische Poliklinik, Universitätsspital, Zürich): Internist, 1988, *29,* 270.

A nyugati iparilag fejlett országokban ma a hypertonia az emberek leggyakoribb betegsége, és jelentős szerepet játszik a kardiovaszkuláris halálozások egyre emelkedő arányában. Kezelésében azonban a gyógyszer nélküli lehetőségekről sem szabad megfeledkezni.

Konyhasó. Megnőtt a nátriumfogyasztás, megfordult és egyre nő a nátrium/kálium fogyasztás hányadosa, olyannyira, hogy a kettő aránya az eredeti 1 : 16-ról 3 : 1-re módosult. A nátrium vérnyomásemelő hatását eddig a kutatók többsége elismerte, és azt ezért felelőssé tette. A sóredukció vérnyomáscsökkentő hatását pedig nemcsak állatkísérletekben, hanem emberen is bizonyítani tudták.

Kálium. Vérnyomáscsökkentő hatásáról először 1928-ban publikáltak, bár véleményükben a kutatók nem voltak egységesek. Növekvő fogyasztásának kritikátlan propagálása azonban hyperkaliaemia és ezt követő veseinsufficientia kockázatával járhat. A sófogyasztás arányán belül azonban a nátriumsó csökkentése és a káliumsó növelése mindenképpen indokolt.

Kalcium. A hetvenes években írtak először a víz kalciumtartalma és a kardiovaszkuláris betegségek közötti összefüggésekről, majd a hypertonia és hypercalcaemia összefüggéséről is tudósítottak. Ugyanakkor az oralis kalcium felvételről vérnyomáscsökkenést láttak, és mai álláspontunk szerint a kalcium szubsztitúciónak vérnyomáscsökkentő hatása van. *(Ref.: Ismertek azok az epidemiológiai viszgálatok is, amelyek a kalciumban gazdag ivóvizet fogyasztók között kisebb kardiovaszkuláris halálozást tapasztaltak.)*

Magnézium. Az irodalomban ismételten írnak a kemény víz kardiovaszkuláris rendszert védő hatásáról, és ebben a kalcium mellett a magnéziumnak is szerepet tulajdonítanak. Az experimentális vizsgálatok a magnézium és kálium összefüggésére utalnak. A magnézium adása magnéziumhiány esetén tűnik indokoltnak, de antihipertenzív kezelésként alkalmazni még nem egészen indokolt.

Nyomelemek. Ezeknek a vérnyomásértékek alakulásában is fontosságot tulajdonítottak, bár a nagyobb vizsgálatok az összefüggéseket nem tudták bizonyítani. Utóbb a szelénnek tulajdonítottak nagyobb szerepet, miután finn vizsgálók negatív összefüggést tapasztaltak a vér szelénkoncentrációja és a kardiovaszkuláris rizikó között. Feltételezik, hogy a szelénhiány a glutathion-peroxidáz csökkenésével jár, amelynek a prosztaglandin anyagcserében van szerepe, és alacsonyabb szérumszelénszint esetén nagyobb szélütéses kockázatot is tapasztaltak. Nyomelemek adása azonban hypertoniában ma még nem tűnik indokoltnak.

Alkohol. Az alkohol vérnyomásemelő hatását már számos vizsgálatban igazolták, és ez ugyan mind a systolés, mind a diastolés értékekre vonatkozik, mégis a systolésekre a legjellemzőbb. A mérsékelt alkoholfogyasztás és coronaria betegség között negatív összefüggést is igazoltak, ebben a nagyobb HDL-cholesterinszintnek adva szerepet. Az alkoholfogyasztás csökkentése a vérnyomáscsökkentő kezelést is segíti, és hypertonia esetében az alkoholfogyasztásra mindig rá kell kérdezni.

Zsírok. Az epidemiológiai adatok szerint a telített zsíradék és alkohol növeli a vérnyomást, a telítetlen zsíradék viszont csökkenti. A többszörösen telítetlen zsírsavaknak, így az eicosapentaensavnak a halkonzervekben pedig nemcsak vérnyomáscsökkentő, érkárosító LDL-cholesterint mérséklő, hanem érvédő HDL-cholesterint növelő hatása is van.

Elhízás. Ennek vérnyomásemelő hatása még kisgyermekek esetében is kimutatható, és a testsúlyredukció a vérnyomást is csökkenti. A magas vérnyomás megelőzésében és kezelésében pedig a testsúly, az alkohol- és sófogyasztás csökkentése tűnik a legfontosabbnak.

Ángeli István dr.

Adatok a plasmocytoma klinikumához és radiológiájához. Spiro, T. C. és mtsai (Radiol. Klinik am Zentralkrankenhaus in Bremen): Fortschr. Röntgenstr. 1988, *148,* 517.

A szerzők 116 (59 férfi, 57 nő, átlag 59,6 éves) plasmocytomás beteg klinikai, laborkémiai és röntgenológiai primer leleteit elemezték. A 116 beteg közül 105 (= 90,5%) esetben tudtak radiológiailag csontvázelváltozásokat kimutatni. Valamennyi szoliter plasmocytomás betegnél, valamint 111 multiplex myeloma-betegnél osteolysist észleltek. A 111 multiplex myeloma-beteg közül négy esetben volt csak generalizált osteoporosis felismerhető. A vezető klinikai tünet a *csontfájdalom* volt, amely a gerincoszlop területén mindig radiológiai elváltozásokkal párosult.

A plasmocytoma diagnózisát három kritérium alapján állították fel: 1. a csontvelőben 20% felett polymorph plasmasejtek; 2. a vérsavóban monoclonalis immunglobulinok vagy a vizeletben Bence—Jones-féle fehérje; 3. a rtg.-képen osteolytikus csontgócok vagy előrehaladt osteoporosis. A leglényegesebb laborparaméternek a *paraproteinaemia* bizonyult, amelynek mértéke a kóros röntgenleletekkel arányosult; a többi labor-kémiai elváltozás nem mutatott szignifikáns vonatkozásokat a radiológiai csontelváltozásokhoz.

A vizsgált klinikai, labor-kémiai, cytológiai, histológiai és radiológiai leletek nemcsak a diagnózis felállításában, hanem a stádium beosztásban, így a kórjóslatban, a terápiatervezésben is jelentősek.

ifj. Pastinszky István dr.

Anticytoplazmatikus antitestek a Wegener-granulomatosis szeromarkerei és aktivitásparaméterei. Lüdemann, G. és mtsai (Abt. Allgem. Innere Med., 1. Med. Universitätsklinik, D-2300 Kiel 1): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113,* 413.

A Wegener-granulomatosis diagnózisa eddig klinikai és kórszövettani adatokra épült, specifikus laboratóriumi paraméter egészen a legutóbbi időkig nem volt ismeretes.

A humán granulocyta (és monocyta) intracytoplazmatikus antigén-ellenes antitestek (anticytoplazmatikus antitest, ACPA) specifikus előfordulását először 1985-ben írta le egy dán és holland kutatókból álló

munkacsoport Wegener-granulomatosisban szenvedő betegekben.

A szerzők ugyanabban az évben megkezdett, akkor 21, ma már 101 Wegener-granulomatosisos betegen végzett prospektív tanulmányukról számolnak be. A 105 beteg közül (44 nő, 61 érfi, 11—79 éves kor között) 18-nál a betegség iniciális stádiumban volt (csaknem kizárólag a felső légutakra és a szemre korlátozódó elváltozások), 87-nél a betegség generalizálódott (a fentiek mellett veseérintettség is észlelhető volt). Ez utóbbi csoportban 51 aktív, generalizált Wegener-granulomatosisos betegben magas (átlagosan 1 : 64) titerű ACPA volt észlelhető; negatív eredmény egyikükben sem. Ezzel ellentétben a generalizálódott, de remisszióban lévő betegségben szenvedő másik 37 betegen vagy alacsony (1 : 1—1 : 8, maximálisan 1 : 16), vagy indirekt immunfluoreszcenciával már ki nem mutatható titerértékeket találtak. Hasonló volt a helyzet az iniciális stádium betegeinél is: 6 aktív betegségben szenvedőben átlagosan 1 : 16 (maximálisan 1 : 32) ACPA titert találtak, míg a remisszióban lévő betegek közül csak 2-ben volt kimutatható (1 : 1) ACPA pozitivitás.

A kontroll csoportban 148 collagenosisos (közöttük 49 systhemás lupus erythematososus, 18 sclerodermás, 11 polymyositises, 27 Sjögren-syndromás), 109 rheumatoid arthritises, 107 glomerulonephritises (köztük 2 Goodpasture-syndromás), 33 granulomatosus betegségben szenvedő (köztük 2 granuloma gangrenescenses és 27 sarcoidosisos), 101 vasculitises. 702 egyéb belgyógyászati betegségben szenvedő beteget és 300 egészséges egyént, összesen 1500 személyt vizsgáltak a szerzők. Egyedül a vasculitis csoport 39 nem klasszifikált vasculitises betege közül 6-ban észleltek ACPA pozitivitást, egyetlen más csoportban sem! Ennek a 6, külső intézetben kezelt betegnek nehezen klasszifikálható, felső légúti, tüdő- és veseérintettségre utaló klinikai tünetei voltak, és a diagnózist szövettani vizsgálattal sem tudták tovább pontosítani. Ezekben az esetekben is felmerült a Wegener-granulomatosis gyanúja, melyet azonban sem igazolni, sem kizárni nem lehetett. A vasculitises csoport többi betegében (18 panarteritis nodosa, 3 Churg—Strauss-syndroma, 18 óriássejtes arteritis, 16 Behçet-syndroma és 7 leukocytoclastikus vasculitis) sem lehetett ACPA pozitivitást találni. Az ACPA vizsgált specificitását 98%-ra, szenzitivitását pedig 73%-ra becsülik a szerzők.

A továbbiakban a Wegener-granulomatosis kórlefolyásának nyomon követésében vizsgálták az ACPA titerváltozás jelentőségét. A 30 hónapos megfigyelési idő alatt a teljes remisszióban lévő 3 betegnél sohasem lehetett ACPA jelenlétét kimutatni, míg másik 3, végig aktív esetben csak 1 vagy 2 fokot mozgott a titer felfelé vagy lefelé, tartós irány nélkül. A fennmaradó 15 betegben, akiket ilyen sokáig követtek, 6 visszaesést figyeltek meg, melyet néhány nap — egy hónap múlva az ACPA titer 2—5 fokkal való emelkedése követett. A többszörös visszaesés mellett megfigyelt 16 remisszió során 2—8 lépcsőt esett a titerérték; 9 betegben 1—5 hónappal később ACPA már kimutathatatlan volt. Ilyenkor a remisszió is tovább, 10—18 hónapig tartott. A 3 klinikailag dokumentált szuperinfekció (endocarditis, bronchitis, felső légúti hurut) idején titerváltozást nem lehetett észlelni, noha a klinikai kép mellett a fokozott vörösvérsejt-süllyedés és emelkedett C-reaktív protein akut gyulladásra utalt.

A szerzők így megállapították, hogy a granulocyták intracytoplazmatikus antigénje ellen irányuló antitest vizsgálata könnyen kivitelezhető, nagy specificitású. Kitűnő segítséget nyújthat a Wegener-granulomatosis diagnózisához, másodlagos betegségektől való elkülönítéséhez, valamint a betegség aktivitásváltozásának nyomon követéséhez. A vizsgálatot az újonnan kifejlesztett enzim-immunoszorbens módszer még értékesebbé teheti a jövőben.

ifj. Kalabay László dr.

Citosztatikum kezelés után kialakult reaktív benignus thymus hyperplasia. K. P. Dieckmann és mtsai: Dtsch. med. Wschr. 1988, *113*, 598.

A csírasejt eredetű heredaganatok esetében a mediastinum vizsgálata nagy jelentőségű, mivel az esetek 5—10%-ában alakul ki metasztázis a mediastinalis nyirokcsomókban. A csírasejt-tumorok 1%-a primer extragonadalis, mediastinalis eredetű. A szerzők nem-seminoma típusú heredaganat citosztatikum kezelése után kialakult, differenciál-diagnosztikai problémát jelentő jóindulatú thymus hyperplasia esetéről számolnak be.

A szerzők egy 15 éves fiút operáltak, 8 hónapos anamnesissel, bal oldali heredaganat miatt. A szövettani lelet teratomából, embryonalis carcinomából és szikzacskó tumor elemekből álló kevert daganat volt. A β-HCG és az α-foetoprotein emelkedett volt. A hasi CT-vizsgálat 11 cm legnagyobb átmérőjű retroperitoneális nyirokcsomóáttéteket mutatott. Einhorn-séma szerinti citosztatikum előkezelés után (cisplatin, vinblastin, bleomycin) retroperitonealis lymphadenectomiát végeztek. Utókezelésként a beteg 2 ciklus cisplatin-bleomycin-etoposid kezelésben részesült.

6 hónappal később mellkasi CT-vizsgálattal 3 cm átmérőjű mediastinalis térfoglaló folyamatot kórismeztek. A retrosternalis struma lehetőségének kizárása után a terimét műtétileg eltávolították. A szövettan egyértelműen thymus hyperlasiát mutatott, tumorszövet nem volt kimutatható. A beteg a műtétet követően 10 hónap óta teljes remisszióban van.

A szervezet aktuális immunállapotával összefüggő thymus változások már régen ismertek: stress szituációt, illetve corticoid-kezelést követő thymus involúció, valamint thymus hyperplasia felnőttkori myasthenia gravis kapcsán.

Valószínűleg az immunstátusz változásával magyarázható a citosztatikum-kezelést követően kialakult thymus hyperplasia a 16 éves fiú esetében is.

Hill és Dodd 1970-ben számolt be először a citosztatikum-kezelést követő thymus hyperplasia esetéről. A szerzők irodalmi áttekintés alapján 29 eset elemzését végezték el. A chemotherapia befejezésétől a thymus hyperlasia észleléséig átlagosan 6,8 hónap telt el. A primer megbetegedés 18 esetben csírasejt eredetű tumor volt, 4 esetben Hodgkin-kór, 7 esetben egyéb tumor. 9 esetben történt thoracotomia, a szövettani vizsgálat valamennyi esetben diffúz jóindulatú thymus hyperplasiát mutatott. *Cohen és mtsai* corticoid-kezelést követő gyors thymus regresszióról számoltak be. *Kirsin és mtsai* (1987) 80 csírasejt-tumoros, chemotherapiában részesült beteg közül 14 esetben (11,6%) észleltek reaktív benignus hyperplasiát. 13 betegük a továbbiakban recidivamentes volt.

A szerzők így foglalják össze következtetéseiket:

1. A citosztatikum-kezelést követően kialakuló thymus hyperplasia immunológiai rebound-jelenség, mely klinikailag jóindulatú folyamat.
2. A mellkasi CT-vizsgálat elterjedésével arányosan növekszik a diagnosztizált esetek száma.
3. Citosztatikum-kezelés után egy éven belül jelentkező mediastinalis folyamat marker-negatív esetben invazív kivizsgálást nem igényel.

Differenciál-diagnosztikailag marker-negatív metastasis, retrosternalis struma, esetleg második daganat jöhet szóba. Kétes esetben rövid tartamú, nagydózisú corticoid-kezelés javasolható, mely után a reaktív benignus thymus hyperplasia regressziója következik be.

4. A kezelés konzervatív, műtéti eltávolítás nem szükséges. Rendszeres CT ellenőrzés javasolt.

Villányi Kinga dr.

Streptococcus bovis bacteriaemia vastagbél-betegségekben. Satz, N. és mtsai (Med. Abt. Kreisspital Männedorf-Zürich): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113*, 889.

A Streptococcus bovis (S. bovis) a D. Streptococcus (nem enterococcus) csoportba tartozik, az emberi vastagbélben található. A másfél évtizede identifikált baktérium által okozott bacteriaemia, endocarditis és a colon tumorainak összefüggéséről ez ideig kevés adat ismert. A szerzők 4 esetről számolnak be (48—72 évesek). Három beteg idült alkoholista, a negyedik diabetesben szenved. Valamennyien étvágytalanság, fogyás, subfebris panaszaival kerültek kórházba. Emésztőszervi panaszaik nem voltak. Mikrocytás anaemiát, gyorsult vérsüllyedést, egy betegen leukocytosist találtak. Az echocardiographia két esetben aorta, kettőben mitralis billentyű endocarditist

jelzett. A haemoculturából S. bovis tenyészett ki. Négy-hat hétig tartó nagy adagú penicillin-kezelés után a láz megszűnt, az endocarditis gyógyult. Egy betegen uralhatatlan keringési elégtelenség miatt mitralis billentyű prothesist ültettek be.

Az endocarditis megnyugvása ellenére fennmaradó anaemia és testi leromlás miatt gastrointestinalis vizsgálatokat végeztek. Három beteg széklete Weber-negatív volt, a negyediken okkult gastrointestinalis vérzést észleltek. A bélpassage és endoscopos vizsgálatokkal a vastagbélben 3 tubulovillosus, 1 adenocarcinomát találtak.

A S. bovis a normál vastagbélflóra tartozéka, megtalálható az epében is. Ritkán fordul elő a szájüregben és az urogenitalis rendszerben. Bacteriaemiában, endocarditisben pathogen szerepét 15%-ra becsülik. Coloncarcinoma, polypusok, diverticulitis, colitis ulcerosa, pancreatitis és szájüregi rákok esetében a S. bovis bacteriaemia gyakoribb. A vastagbél malignus polypusaiban és carcinomájában a kórokozó előfordulási gyakorisága a székletben 56%. Coloncarcinomában és polypusban szenvedők 20%-ában figyeltek meg S. bovis bacteriaemiát.

Az ismertetett esetekben a kórokozó behatolási kapuja tisztázatlan. Egyetlen betegnek volt hasmenése, 3 esetben az okkult gastrointestinalis vérzés is hiányzott. A S. bovis endocarditis hívta föl a figyelmet a rejtett vastagbél betegségre, melyek közül az adenomákat endoscopos, a carcinomát műtéti úton távolították el — antibiotikus védelemben. A kórokozó inváziójáta lokális és általános védekező mechanizmusok csökkenése segítette elő. Az immunitást gyengítette a tumoros betegségen kívül a súlyos alkoholizmus, a májcirrhosis, ill. a diabetes. Az alkohol supprimálja a macrophag és a RES funkciókat, a májcirrhosis következtében a kórokozók közvetlenül bekerülhetnek a szisztémás keringésbe. Az immunitást csökkentő állapotok — így az AIDS is — a S. bovis bacteriaemia kialakulásának kedveznek.

Holländer Erzsébet dr.

Hypercalcaemia tumoralis kezelése diphosphonat-infúzióval. Thibaud, D. és mtsai (Dép. de médicine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 77.

Az amino-hydroxypropiliden-diphosphonat (apd.) a csontfelszívódást gátolja. Mivel ez az anyag a csontban felhalmozódik és tartós hatást fejt ki, a szerzők a *rövid* terápia hatásosságát próbálták ki négy különböző adagolási formával. Egyenként 10 betegből álló négy csoportban 24 órán át tartó infúzióban 30, 45, 60 vagy 90 mg apd.-t adtak. A vizsgálataikban 40 (17 nő és 23 férfi, 61 éves átlag korú) malignus tumorban szenvedő, átlag 3,44 mmol/l szekunder hypercalcaemiás beteget részesítettek apd.-kezelésben. A calcium kiindulási értéke valamennyi esetben összehasonlítható volt, kivéve a 90 mg dózissal kezelteket; ezen csoport több betege különösen súlyos hypercalcaemiában szenvedett. Az apd.-infúzió után egy nappal mind a 40 betegnél a calciumszint csökkent, és valamennyi betegnél 4—9 napon belül normalizálódott, kivéve három beteget, akik a 30 mg és 45 mg kezelési csoportból adódtak. A calcaemia középértékben 3,44 mmol/l-ről 2,33 mmol/l-szintre csökkent hat nappal a kezelés után. 9—14 nap után a calcaemia azon csoportokban, akik aránylag kicsi adagokat kaptak, szignifikánsan magasabb volt, mint a többi csoportban. Enyhe átmeneti és asymptomatikus hypocalcaemiát 6 betegnél észleltek, akik 60 vagy 90 mg apd.-t kaptak, és csupán két betegnél 30 vagy 45 mg után. A recidivahányados két hónap után az adagtól függött; így hat betegnél a 30 mg-os, öt betegnél a 90 mg-os csoportban.

ifj. Pastinszky István

Termékenység, meddőség

Tuba-sterilizálás laparoszkópiával. Simon, D. (Hegar Klinik, D-7800 Freiburg): Mitteilungen d. Ges. für prakt. Sexualmedizin, 1987, *8*, 23.

A klinikán 1983 és 1986 között 105 esetben végeztek tuba-sterilizálást főleg fiatalabb nőkön Filshie-clippel. Annak idején csak olyan eszközük volt, amihez két, egyenként 9 mm-es eszközt kellett a hasüregbe vezetni, ma azonban már rendelkezésükre áll a Storz gyár eszköze, aminek a külső átmérője 13 mm, és ebben az operációs csatorna 7,5 mm átmérőjű, így csak egyetlen beszúrást alkalmaznak a köldökben.

Előnye ennek a módszernek, hogy aránylag kis beavatkozás, amihez nem szükséges az elektrokoaguláció, a tubát tisztán meg lehet ragadni és azt csak minimálisan károsítja, az eszköz könnyen használható és a clip összezárása előtt biztonsággal meg lehet győződni arról, hogy az jó helyen fekszik-e. A clipet a méhtől 2—3 cm-re kell a tubára helyezni.

A 105 beavatkozás során csak a következő problémák merültek fel: egy esetben utólag vették észre, hogy az eszközt rossz helyre tették be, és ugyanazon beavatkozás során egy másodikat is fel kellett tenni; egy másik esetben a hasüregbe esett ki a clip a fogóból és ezért egy másikat kellett behelyezni, de a hasüregbe esettet az endoszkópia során el tudták távolítani, és végül két ízben keletkezett kis haematoma a köldöksebben.

Bár még e sorozatban nem merült fel a refertilizáció igénye, mégis hangsúlyozzák, hogy ez a módszer csak oly kevéssé károsítja a tubát, hogy a korrekció a szokásosnál jobb eredménnyel kecsegtet, miután annak a hossza 14 mm, a szélessége pedig csak 3,7 mm. Kiemeli a szerző azonban, hogy az eredményességet nagyon befolyásolja az orvos jártassága.

[Ref: Hazánkban is lehetséges ma már a törvényben meghatározott esetekben a sterilizálás. Noha ez a beavatkozás a férfiaknál-férjeknél is elvégezhető, a közeljövőben mégsem lehet arra számítani, hogy ők sterilizáltassák magukat, noha ez lényegesen kisebb beavatkozás. Mivel azonban Magyarországon még nagyon kevés nőgyógyászati osztályon áll rendelkezésre műszer a laparoszkópiás sterilizáláshoz, a beavatkozás laparotomiával történik többnyire. Szükségesnek tűnik ezek alapján, hogy legalább azok a nőgyógyászati osztályok legyenek ilyen műszerrel ellátva, ahol várhatóan a sterilizálások történni fognak, hogy második lépésként az orvosok e speciális műtéti jártasságra szert tehessenek. Nem lehet azonban figyelmen kívül hagyni azt, hogy a műszert importálni kell, valutánk viszont kevés. Nem vagyok ugyan közgazdász, de a gazdaságosságot is számításba kell venni, nevezetesen azt, hogy hosszú távon talán mégis ez az „olcsóbb", ugyanis lényegesen megrövidíti mind a kórházi ápolás idejét, mind pedig a műtét után szükséges táppénzes napok számát.]

Aszódi Imre dr.

Az abstinentia hatása a normális emberi spermium motilitására. Sauer, M. V. és mtsai (Women's Hospital, 1240 North Mission Road, Los Angeles, CA 90033, USA): Am. J. Obstet. Gynecol. 1988, *158*, 604.

A szerzők tíz spermadonor ondóját vizsgálták különböző hosszú ideig tartó (12, 24, 72 és 120 óra) ejaculatiós abstinentia után. Több mint 36000 ondósejtet analizáltak. A spermium koncentráció az abstinentia időtartamával nőtt. Az ondó térfogata hasonlóképpen nőtt az időtartammal. Ezzel ellentétben a motilitás százaléka szignifikánsan nem változott az abstinentia időtartamával.

A gyakori ejaculatio kimerítheti a mellékhere spermiumraktárát, amit az ondósejtek koncentrációjának csökkenése tükröz. Az ondótérfogat hasonlóképpen a járulékos nemi mirigyek kimerülésére utal. A sejtek motilitása azonban azonos marad, tekintet nélkül az abstinentia intervallumára. Az ondósejtek jellegzetességei az extragonadális tartalékok kimerítése után is relatíve állandók maradnak.

Jakobovits Antal dr.

Az ureaplasma urealyticum emelkedett kimutatási aránya hígítás után az emberi spermában. Korting, H. C. és mtsai (Dermat. Klinik der Ludwig Maximilian Universität, München): Fertilität, 1988, *4*, 125.

Már régebb óta (*Gnarpe, H.* és mtsai, 1972) ismeretes a férfi infertilitása és a spermában kimutatható ureaplasma urealyticum közötti összefüggés; az infertilis férfiak spermapróbáiban az ureaplasma urealyticum *szignifikánsan gyakoribb*, mint az

összehasonlítható férfi kontroll csoportokban. Az irodalomban azóta is a genitalis mykoplasmák szerepe vita tárgyát képezi.

A szerzők vizsgálatainak célja az ureaplasma urealyticum kimutathatóságának fokozása volt az emberi spermában. Prospektív tanulmányukban azt vizsgálták, hogy a seminal plasmában az ureaplasma urealyticum kimutatási aránya az ondó hígításával fokozható-e. Ezen célból 350 sorozatos mykoplasma tenyészetben egyrészt hígítatlan spermát, másrészt 1 : 1 arányban izotóniás NaCl-oldattal hígított ondót alkalmaztak. Mindkét párhuzamos próbában 44-szer sikerült az ureaplasma urealyticumot kimutatniok; 14-szer csak a hígítás után, két esetben csak hígítás nélkül.

Vizsgálataik alapján azt javasolják, hogy az ureaplasma urealyticumnak a spermából történő kitenyésztését mind a hígított, mind a hígítatlan ondóból végezzék; ha ez nem lenne lehetséges, akkor *csak hígítással* végezzék a tenyésztést.

ifj. Pastinszky István dr.

Egészségügyi szervezéstudomány

Az ellátás színvonala és a tevékenység „számlázása" az NSZK-ban. M. Hornstein (D-4000 Düsseldorf, Rothdornstr. 1.): Sexualmedizin, 1988, *17*, 190.

Az orvosi ellátás hazai szervezettségét sokan kritizálják, betegek, orvosok egyaránt, és szokás azt más országokéval — többnyire „bezzeg" szóval jellemezve — összehasonlítani. Így elég sok embernek az a véleménye, hogy pl. az NSZK-ban minden sokkal jobb. Nehéz az érdemleges összehasonlítás. Úgy tűnik azonban, hogy a jobb műszerezettségen felül egyfelől arra is nagy hangsúlyt fektetnek, hogy az alapellátás minél véglegesebben oldja meg a problémákat, másfelől pedig a biztosító megfizeti az orvos minden egyes résztevékenységét. Tehát ez utóbbi azt jelenti, hogy az orvos részletes „számlát" ír arról, hogy mit csinált (vérnyomásmérés X DM, vérkép Y DM, vizeletvizsgálat Z DM). A biztosító azonban minden egyes orvossal szerződést köt arra vonatkozóan, hogy képzettségének és felszereltségének a függvényében számára mit fizet ki. Ennek megfelelően van, amit leszámlázhat az általános orvos és van, amit csak a megfelelő szakorvos.

A szerző, mint általános orvos e rendszer buktatóira hívja fel a figyelmet egy példa alapján. A balanitis és az urethritis eléggé gyakori és általános betegség, így ennek ellátását kifizeti az általános orvosnak is a biztosító. Ahhoz azonban, hogy adequat legyen a kezelés, a pontos kórisme felállításához laboratóriumi viszgálatokra van szükség. Az általános orvos azonban csak néhány „egyszerű" laborvizsgálat elvégzésére, ill. elvégeztetésére jogosult, és ha ezek alapján kezeli a beteget és az nem javul, az a későbbi pontos diagnosztikát nehezíti.

Végső soron tehát az NSZK-ban csak két — de valójában nem kívánt — lehetőség között lehet választani: vagy kezeli az általa elvégezhető egyszerű (olcsó!) vizsgálatok alapján az általános orvos a beteget, és így gyakran eredménytelen lesz a kezelés és nehezebb a gyógyulást elősegítő diagnosztika, vagy az általános orvos azonnal szakorvoshoz utalja a beteget, aki a bonyolultabb (és drágább!) laborvizsgálatokat is elvégeztetheti, és akkor remélhető, hogy a beteg hamarabb gyógyul meg.

(Ref.: Hazánkban is felmerülnek hasonló gondok akkor, amikor egyes vizsgálatokat csak szakorvos írhat elő, vagy egyes gyógyszereket csak kórházi osztály javasolhat, mégpedig csak akkor, ha azt a gyógyszert már elkezdte adagolni a kórházi ápolás ideje alatt. Példaként az hozható fel, hogy általában nem szükséges kórházi kivizsgálás akkor, ha a sterilitás miatt Parlodel, vagy a hirsutismus miatt antiandrogén javasolt. A kórházi ápolás ideje alatt ilyenkor nem állapítható meg, hogy megfelelően reagál-e a beteg a gyógyszerre, azt nagyon soká kell szedni, és a kórház — mivel sokszor felesleges — drágítja az ellátást, miután a legtöbb vizsgálat ambulánsan is elvégezhető.)

Aszódi Imre dr.

A traumatológiai-ortopédiai ellátás helyzete és további fejlesztésére tett intézkedések az Ukrán SZSZK-ban. Sumada, I. V. (Kievi Ortopéd Intézet): Ortop. Travmat. Protez. 1988, (4), 57.

A traumatológiai-ortopédiai ágyak száma az elmúlt 5 éves tervben 13,1%-kal nőtt, meghaladja a 27 ezret (5,3 ágy 10 ezer lakosra). Nagy gondot fordítottak az ambuláns ellátás fejlesztésére: a szakrendelések száma 17,9%-kal nőtt, megközelíti az ezret. 101 helyen működik nonstop baleseti ambulancia.

Fontos a fejlesztésben a szakorvosok szerepe, akiknek aránya 18,6%-kal nőtt (100 ezer lakosra 7,2%). Jelentős a munka az orvostovábbképzésben: a tanszékeken évente 500 baleseti sebész-ortopéd továbbképzése folyik, további 150-é traumatológiai-ortopédiai intézetekben. A speciális feladatok megoldására egyes intézetekben szervezési központokat létesítettek. Így a Kievi Ortopéd Intézet a posttraumás osteomyelitis központja: irányításával 8 regionális központban összesen 585 ággyal szeptikus osztályok, további 9 kórházban 210 ággyal részlegek létesültek, aminek eredménye már a munkaképesség helyreállításában is mutatkozik. A Kharkovi Ortopéd-Traumatológiai Intézet a közlekedési és otthoni balesetek, a Kievi Ortopéd Intézet a gyermekbalesetek megelőzésének központja, de utóbbi a mezőgazdasági balesetek megelőzésével is foglalkozik. Több intézet foglalkozik a gyermekkori osteomyelitis következményeinek kezelésével. A Kievi Ortopéd Intézet a gerinc és a gerincvelő sérüléseinek központja is.

A köztársaságban 62 mozgásszervi rehabilitációs osztály és 258 ilyen járóbeteg-szakrendelés működik.

A sérültek halálozásának csökkenésében is megmutatkozó eredmények ellenére még vannak hiányosságok a hálózatban. Egyes régiók ágyszáma jelentősen elmarad az átlagtól, a szakellátást szolgáló ágyaknak még 13,9%-a működik sebészeti osztályon. Több régióban a szakellátás is rendelőintézetben az általános sebészet keretében folyik, vagy csak egy műszakban dolgozik. Így az ellátást általános sebészek végzik, a betegek nem kapják meg a szükséges szakellátást. Fejleszteni kell a traumatológiai osztályok ágyszámát, s ahol ezt nem lehet, 20-30 ágyas részlegeket kell kialakítani a szakellátás javítására. Növelni kell a nonstop baleseti szakrendelések számát.

Meg kell szüntetni az orvosi státusok száma és a működő orvosok száma közti ellentmondást, fiatal orvosokat interne-ként kell alkalmazni. A 3 fokozatú szakképzés keretében törekedni kell a magasabb fokozatot elérők számának növelésére, amiben a traumatológus és ortopéd társaságoknak is fontos a szerepe. Különösen a gyermekkori mozgásszervi elváltozások súlyosbodásának megelőzésére fontos a gyermekek szűrése-gondozása. A tudományos intézeteknek és klinikáknak többet kell foglalkozni a balesetek okaival, megelőzésükkel.

Kazár György dr.

Tüdőgyógyászat

Sarcoidosis és interleukin-2 ingerfelvevő idegvég. Greene, W. C. (Szerkesztőségi közlemény) (Edward Hudhes Medical Institute Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina): Amer. Rev. Resp. Dis. 1988, *137*, 757.

Egyszerű kifejezéssel élve: az ember T-limfocitáinak a növekedését biológiai válaszként két szakaszban tekinthetjük. Az első szakaszban az antigénnek a fajlagos ingerfelvevő idegvéghez való kötődése tartozik, ami ingert okoz a nyugalomban levő T-sejt felületén és az a sejten belül aktiválást kelt. Ennek a hatására új kifejezéssel élve antigén-nem fajlagos, szaporodást előidéző gének: interleukin-2 növekedési tényező és ingerfelvevő idegvég képződik a T-sejtben, és ezek a közvetítő anyagok a sejthártyájukhoz való nagy vonzerejükkel elindítják a második szakaszt: a sejt zártláncú és az antigén-reaktív T-sejt népességének a terjedését. Az újabb vizsgálatok szerint működés szempontjából a nagy vonzerejű interleukin-2, ami a T-sejt hártyájához kötődik, két fehérjéből áll. Az egyik a jól ismert alfa-láncú, 55 kilodalton súlyú Tac-antigén, a másik pedig a kevésbé ismert 70—75 kilodalton súlyú p70 béta-láncú fehérje. A Tac-antigén, vagy a sejtoszlást keltő másolata révén helyezkedik a chromosoma 10-ben, ahol 251 aminosavból álló polypeptid képződéshez vezet és jelentősen átalakul az élő sejt anyagának a belső részében levő recehártyájában és Golgi-apparátusában, mielőtt a sejtfelületen meg-

jelenne 55 kilodalton súlyú glycoprotein formájában. *Rubin* és mtsai fedezték fel a Tac-fehérje egy kisebb, oldható formáját az aktivált T-sejtek tenyészetének a felülúszójában. Ezt az oldható Tac-fehérjét kimutatták élőben is nagy mennyiségben az egészséges emberek vérsavójában és egyre nagyobb számban T-sejtes fehérvérűségben, nyirokszövet-daganatban, veseátültetés után a kilökődési szakaszban és szerzett immunhiány tünetegyüttesben.

A lapnak ebben a számában *Lawrence* és mtsai arról számolnak be, hogy sarcoidosisos betegeik vérsavójában és hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékában az interleukin-2 ingerfelvevő idegvégnek az emelkedett töménységét észlelték. Ennek az idült sarjszövetes betegségnek a kórtana ismeretlen, és amire a tüdőben az aktivált és sarjadzó T- és az egyéb gyulladásos sejtek jelenléte jellemző. Aktív sarcoidosisos betegeik vérsavójában a normális kontroll egyénekével szemben az oldható Tac-fehérjének a négy-ötszörösét találták, ami ugyan kapcsolatos volt a tüdő ^{67}Ga-pásztázás eredményével, ellentétben a vérsavó értágító átalakító enzim szintjével, valamint a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadék sejtes összetételével. Érdekes módon az ő adataik szerint ezeknek a betegeknek a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékában levő antigén-töménység sokkal változóbb volt, mint a vérsavójukban. Talán még ennél is érdekesebb volt az a megfigyelésük, hogy 5 sarcoidosisos tüdőbetegükben corticosteroid kezelésre ez a vérsavószint jelentősen csökkent. Ez a lelet felvetette annak a lehetőségét, hogy ez a próba jelzője lehet e betegség aktivitásának és kezelésére való válaszának.

Eredményeiket ugyan aránylag kevés betegen, visszatekintő vizsgálattal érték el, azok mégis érdekesek és arra ösztönöznek, hogy ezeket a vizsgálatokat nagyobb számú és előretekintő vizsgálatokkal lenne ajánlatos folytatni. Ha a vérsavóban az emelkedett oldható Tac-ingerfelvevő idegvég töménység nem is lenne fajlagos a sarcoidosis kórismézésére, ez az egyszerű, nem káros és a kereskedelemben könnyen hozzáférhető eljárás a jövőben szerencsésen bővítené a klinikusok fegyvertárát ennek a rejtélyes és hosszan tartó betegségnek a gondozásában és gyógyításában.

Pongor Ferenc dr.

Az oldható interleukin-2 ingerfelvevő idegvég emelkedett töménysége a vérsavóban és a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékban aktív sarcoidosisban. Lawrence, E. C. és mtsai (Rockwell—McKelvey Pulmonology Immunology Laboratorium and General Clinical Research Center of the Methodist Hospital and the Department of Medicine, Baylor College of Medicine, Houston, Texas, and the Metabolism Branch, National Center Institutes of Health, Bethesda, Maryland): Amer. Rev. Resp. Dis. 1988, *137*, 759.

A sarcoidosis, kóroktanának kiterjedt kutatása ellenére, ismeretlen eredetű kórkép. Hasonlóan, a kezelésére vonatkozó közlemények adatai is egymásnak ellentmondóak. Néhány tanulmány szerint a vérsavóban az értágító átalakító enzim-mérés elegendő a sarcoidosis aktivitásának a feltevésére. Mások viszont hiányt találtak ennek a próbának a fajlagosságában és érzékenységében egyaránt. A hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadék elemzése nagymértékben fokozta a sarcoidosis megismerését, és ezt az eszközt megfelelőnek találták a sarcoidosis kórismézésére és az egyéb szövetközti tüdőbetegségektől való elkülönítésére. Mégis, a hörgőtükröző eljárás erőszakos és költséges volta ellene szólt a hörgő-tüdőléghólyag mosás elemzés alkalmazásának.

A szerzők és mások véleménye szerint a tüdő állományának a ^{67}gallium felvétele pontosan tükrözte vissza sarcoidosisos betegekben a folyamat aktivitását, de ez a próba is drága, és ismételt alkalmazása esetén lehetséges a besugárzás okozta károsodás is. Különösen vonatkozik ez a gyermekszülő korban levő fiatalokra, akikben gyakori a sarcoidosis.

A T-limfociták aktiválásának a mérése hasznos lehet a sarcoidosis stádiumának a megállapításában. Az interleukin-2 ingerfelvevő idegvég jelzése nagymértékben megnövekszik a T-sejt aktiválás kapcsán. Ráadásul, az oldható interleukin-2 kiszabadul a T-sejt aktiválásakor és ez in vitro érzékeny lehet a sarcoidosis osztályozására. Jelen munkájukban a szerzők arra voltak kíváncsiak, hogy vajon az aktív sarcoidosisos betegek vérsavójában és hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékában az oldható interleukin-2 szint emelkedett-e, és hogy ennek a szintnek a mérése klinikai szempontból hasznos-e.

Vizsgálataikat kórházukban 1979 és 1985 között még nem kezelt 15 sarcoidosisos betegen végezték a vérsavóban és a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékában az oldható interleukin-2 szintjének a mérésével. A betegség kórisméjét a kórelőzményi adatokkal, próba-kimetszéssel, tenyésztéssel, sejttani, ^{67}Ga-pásztázással és a vérsavó értágító átalakító enzim-szint mérésével állapították meg.

A 15 beteg közül 10 nő, 5 férfi, 8 fekete, 7 fehér, 7 nem dohányzó, 8 dohányzó, a sarcoidosis első stádiumú két, második stádiumú nyolc és harmadik stádiumú öt betegben volt.

A sarcoidosis aktív volta jeléül a ^{67}Ga-pásztázás kóros volt 14 betegben, 93%-ban; a vérsavó értágító fordító enzim a vizsgált 5 betegben 56%-ban; a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékban a limfociták száma emelkedett 7 betegben, 47%-ban.

Az oldható interleukin-2 normális értéke a vérsavóban 224 egység/ml-ről a sarcoidosisos betegekben átlag 1,110 egység/ml-re, a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékban a normális 2 egység/ml-ről 10 egység/ml-re emelkedett.

5 aktív sarcoidosisos beteget 6 héten át naponta 40 mg prednisonnal kezeltek. A betegek állapota valamennyiben javult a kezelés után. A klinikai tünetek megszűntek, a röntgenlelet csaknem normális lett; a vérsavóban az oldható interleukin-2 szint 0,86 egység/mg-ról 0,40 egység/mg-ra csökkent.

Adataik alapján úgy gondolják, hogy miután visszamenőleges vizsgálatok alapján az aktív sarcoidosisos betegek vérsavójában a hörgő-tüdőléghólyag mosófolyadékban az oldható interleukin-2 szint emelkedett, ez a próba alkalmas lehet a sarcoidosis aktivitásának és kezelésének az ellenőrzésére, mégis további előremenő vizsgálatokat javasolnak adataik ellenőrzésére.

Pongor Ferenc dr.

A collagenosisok előfordulási gyakorisága tüdőfibrosisokban. Liebetrau, G. és mtsai (Zentralklinik für Herz- und Lungenkrankheiten Bad Berka): Z. gesamte inn. Med. 1988, *43*, 65.

A szerzők 887 bizonyított alveolitises és tüdőfibrosisos beteg (sarcoidosis nélkül) adatait vizsgálták át. Károsító hatások kizárása mellett, 63 esetben lehetett a tüdőelváltozásokat az alapbetegséggel társult folyamatként felfogni. A nők részvételi aránya (4,3%) nagyobb volt a férfiakénál (2,8%). A nők átlagos életkora 46,3 (11—71), a férfiaké 44,9 (25—60) évet tett ki. A betegek közül 7 (11,1%) időközben meghalt (átlagos életkoruk 50,4 év); kettő tüdőrákban. A halálozás (5 eset) túlnyomóan a rheumatoid arthritisben szenvedőket sújtotta. A betegek 17%-a légzéskárosodás miatt vált rokkanttá. A munkaképtelenség aránya a sclerodermiás és a rheumatoid arthritises csoportban csaknem azonos volt. A sclerodermia silicosissal 1 esetben fordult elő. Foglalkozási halmozódás az egyes betegségcsoportokban nem mutatkozott. Az utóbbit azért tartották fontosnak a szerzők hangsúlyozni, mivel az elmúlt években olyan vélemények is napvilágot láttak, amelyek szerint sclerodermiában silicogen porok belégzése etiológiai tényezőként jöhet számításba. Rheumatoid arthritisben 3,6%-ban, sclerodermiában 2,6%-ban észleltek tüdőfibrosist.

Az alapbetegségre jellemző radiológiai, funkcionális és morphologiai tüdőeltérések nincsenek. A diagnózis a tipikus szervi manifesztációk és a laboratóriumi eredmények alapján tisztázható. A gyógykezelés megválasztásakor gondolni kell arra, hogy rheumatoid arthritisben az aranykészítmények maguk is fibrosist idézhetnek elő. A kórjóslat javítása érdekében a betegek gondozásakor az interdiszciplinális együttműködés nélkülözhetetlen.

Barzó Pál dr.

Várható élettartam idült obstructiv légzési megbetegedésben. Ulmer, W. T. (Medizinische Universitätsklinik und Polikli-

nik der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bergmannsheil, Bochum): Z. gesamte inn. Med. 1988, *43*, 335.

Az etiológia szerint infekciós, allergiás és emphysemás obstructiót különböztet meg a szerző. Gyakran mindhárom jellemző együttesen is fennállhat, ami az ismertetésre kerülő beteganyag 50%-ában bizonyítható volt.

Az akut rohamokkal járó esetekben az életveszély nem elhanyagolható, mivel 712 ilyen betegük közül a 2 és 3/4 éves megfigyelési idő alatt 27-en haláloztak el. Ezen egyének közepes várható élettartama 42 (11—67) évnek felelt meg. Ebből az következik, hogy a hevenyen fellépő obstructiv légzészavar elhárításához szükséges teendőkre a betegek nem lettek felkészítve.

Az idült esetek megfigyelése során igazolódott, hogy megfelelő kezeléssel, a lehető legjobb funkcionális értékeket hosszú éveken át meg lehet őrizni. A terápia azonban a kórkép aktivitásának megfelelően, folyamatos módosításra szorul. Különös tekintettel kell lenni a hűvös, nedves időszakokban hamar fellépő rosszabbodásokra, melyek a gyógykezelési stratégia azonnali átállítását igényelhetik. Az exacerbatiók idejében való visszaszorításával az intézeti tartózkodások elkerülhetőkké válnak.

A helyes terápiás tevékenység a betegek túlélésében is lemérhető. Ennek ellenére 1978-ban a WHO adatai szerint Európában a halálesetek 5—8%-a az idült obstructiv bronchopulmonalis megbetegedésekre vezethetők vissza. A szóban forgó betegek átlagos várható élettartama a 70-es évek elején 58—59 évet tett ki. Közülük sokan már az első jobbszívfél-dekompenzáció bekövetkeztekor meghaltak. Ez az arány a különböző közlemények alapján 1941-ben 25—86%-nak felelt meg. Az ismertetés tárgyát képező cikk szerzője az általuk 22 éve alkalmazott terápiás elvek szerint kezelt 70 beteg átlagos halálozási életkorát 70 és 3/4 évnek találta, ami a várható élettartamnak az élet minősége szempontjából nagyrészt még értékes szakasszal történt megnövekedését jelentette. Amennyiben ez a nyereség átlag 13 évben fejezhető ki, az általánosan elvárható 73 éves közepes élettartamot ebben a betegcsoportban még nem sikerült elérni. A súlyos krónikus betegek gyógyulására természetesen számítani nem lehet. Remélhető viszont, hogy a megelőzés, a megfelelően megtervezett korai kezelés, a terápiás eszköztár fejlődése a kórkép idültté válását vagy progresszióját jelentősebben gátolhatja.

Barzó Pál dr.

A rekesz mozgékonyságának sonographiás vizsgálata chronikus obstructiv légúti megbetegedésben szenvedő betegeken. Langhorst, H. és mtsai (Landesfachklinik für Lungen- und Bronchialerkrankungen Roteburg, Wümme): Med. Klin. 1988, *83*, 168.

A szerzők arra kerestek választ, hogy az idült obstructiv légzési megbetegedésben szenvedők funkcionális értékeinek beszűkülése mennyire függ össze a rekesz mozgékonyságával. Ezért 70 beteg egésztest plethysmographiás és arteriás vérgázparamétereit határozták meg, valamint mindkét rekeszének kitéréseit vizsgálták sonographiás úton (Picker LS 3000). Először kizárták pleuralis folyadék, callus, a tüdőben és mellüregben daganat lehetőségét. A felsőtestével enyhén megemelkedett, fekvő egyénen, a kereső fejjel a középső hónaljvonalban cranio-caudalis irányban haladva, megállapították a máj, valamint lép-tüdő határt. Ennek a maximális ki- és belégzéskor bekövetkező áthelyeződését 1 : 1-ben a készülék képernyőjén lévő skálán megmérték. Végül minden esetben kiszámították a jobb és bal rekesz kitérésének középértékét.

Az átlagos maximális rekeszmozgékonyság enyhe emphysemával vagy anélkül (IGV: a kell érték 90—140%-a) 60,2±19,0 mm-t tett ki. Jellemző különbség mutatkozott nagyfokú tüdőemphysemában (IGV>mint a kell érték 140%-a), amelyben csak 45±15,6 mm-es ($p<0,002$) kitérést mértek.

Az IGV ill. vitálkapacitás nagysága és a rekesz mozgékonysága között jellemző összefüggés volt ábrázolható: a kitérés a tüdő nagyfokú felfújtsága esetén kisebb volt, mint kevésbé kifejezett emphysemában.

A rekesz sonographiája a légzésfunkciós és rtg-vizsgálatokat kiegészíti. Az utóbbival szemben megmutatkozó előnye, hogy sugárterhelést nem okoz.

Barzó Pál dr.

Idiopathiás tüdőfibrosis. Schmid-Zumstein, A. és mtsai (Dep. f. Innere Medizin, Universitätsspital Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 979.

Az *idiopathiás tüdőfibrosis* (itf.) (más terminológiával: „pneumonia interstitialis"; „diffúz fibrosissal járó alveolitis"; „kryptogen alveolitis" a tüdő interstitiumának folyamatosan rosszabbodó, ismeretlen eredetű megbetegedése. Az itf. két formája különíthető el a betegség lefolyása, a steroidokkal való befolyásolhatósága és a hörgő öblítő folyadék (lavage) cytologiai lelete alapján: a *cellularis és fibrotikus*, illetve a *desquamativ* és a *muralis* forma („desquamative interstitial pneumonia" és a „usual interstitial pneumonia"). Úgy látszik, hogy ez a két típus ugyanannak a betegségnek különböző stádiuma.

Klinikailag az itf.-t a terhelési dyspnoe, a legtöbbször nem produktív köhögés, a dobverőujjak és a sclerosiphonia (belégzés végén finom hólyagcsás szörtyzörejek) jellemzik; egyéb tünetek is csatlakoznak: tachypnoe, cyanosis, hypoxaemia, jobb szívfél elégtelenség jelei, fáradékonyság, súlyveszteség. Az összes tüdőbetegség mintegy 20%-át az interstitialis pneumopathiák képezik. A férfiak gyakrabban betegednek meg, legtöbbször 40—70 év között. Az itf. az esetek többségében progrediál, és az első tünetek fellépése után mintegy négy éven belül halálos kimenetelű a légzéselégtelenség, fertőzés és a cor pulmonale következtében.

A spirometria és a vérgázelemzési értékek szorosan arányosulnak a kórfolyamat súlyosságával. A diffusio-kapacitás és a terhelés alatt mért parciális oxigénnyomás érzékeny paraméterei a kezdeti alveolaris folyamatnak. Radiológiailag finom nodularis és reticularis infiltratumok találhatók, de az esetek 10%-ában a mellkasi rtg.-lelet normális. Az interstitialis gyulladás kimutatására a bronchoalveolaris lavage sejttani vizsgálata, továbbá a transbronchialis és a nyílt tüdőbiopsia szolgálnak. A gyulladásos aktivitás jelei a ^{67}Ga scintigraphiával mutathatók ki.

Az itf. kóroktanában és az elkülönítő kórisméjében mindazon folyamatok számba jöhetnek, amelyek a tüdő interstitiumát károsítják (inhalativ noxák, organikus és anorganikus porok; gyógyszerek, fertőzések: vírus, gomba, baktérium, pneumocystis és egyéb tényezők: collagenosis, sarcoidosis, histiocytosis stb.).

A therapia bevezetésekor a tüdőfunkció romlásának aktivitását kell először megállapítani. A kezelés nem specifikus; célja az alveolitis suppressiója, abban a reményben, hogy ezek a fibrotikus folyamatot gátolják. A tüneti kezelés cortisonnal kezdendő; ha két hónap után sincs eredmény, csatlakozó immunsuppressiv kezelés (cyclophosphamid, azathioprin) kísérlendő meg. A kezelés alatt rendszeres klinikai és spirometriai kontrollok elengedhetetlenek. Az itf. lefolyása és a kórjóslata attól függ, hogy a kórfolyamat melyik formája áll fent. A cellularis forma túlélési ideje több mint tíz év; a muralis formánál 3,2 és 5,6 év között ingadozik. A gyulladásellenes kezelés csak a betegek 10—30%-ában nyújt szubjektív javulást.

ifj. Pastinszky István dr.

Mellhártyabetegségek mint a köhögés ritka okai. Baumann, H. R. (Pneumol. Abt., Medizinische Klinik, Tiefenauspital, Bern): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 972.

A mellhártyabetegségeknek nem a köhögés az uralkodó tünete, sokkal inkább a légzéssel szinkron mellkasi fájdalom. A parietalis pleurában myelintartalmú érző idegrostok és neuralis organellumok vannak, amelyek a különböző légzési izmokat koordinálják. A mellüreg folyadékcseréje dinamikus módszer. Élettani körülmények között a fali és a zsigeri mellhártya között a hydrostatikus és kolloidozmózisos nyomásviszonyok folytán állandóan folyamatos áramlás van. Kóros körülmények között mellhártyaömleny keletkezik, amely az ömleny fehérje- és LDH (lactatdehydrogenase) hányados és az LDH-tartalom segítségével könnyen meghatároz-

ható, és trans- és exsudatumra különíthető el. A cardialis transsudatum egyedül a bal kamrai pangás következménye. A rtg.-kép és a sonographia a nehezen felismerhető subpulmonalis ömlenyekre ad felvilágosítást.

A pleuraűrben négy kórcsoport okozhat köhögési ingert és/vagy mellkasi fájdalmat: 1. mellkasi tompa vagy éles traumák (haemato-, chylo-, pneumothorax); 2. pleuraömlenyek (infectio, neoplasia, collagenosis, vascularis betegségek, tüdőembolia/infarctus, gyógyszerallergia és egyéb folyamatok, mint asbestosis, uraemia, sugárkezelés után, a nyirokelfolyás zavarai, Dressler-szindr., yellow-nail-szindróma esetén).

A pleuraexsudatumok aetiologiája nagyon sokrétű, amelynek a tisztázása rendszerezett vizsgálatokkal deríthető fel: pleurapunctio, az ömleny kémiai, bakteriológiai, cytologiai vizsgálata, pleurabiopsia, fiberbronchoscopia, esetleg thoracoscopia. Ilyen vizsgálati feltételek mellett a pleuraömlenyek csupán 10%-a „idiopathiás".

ifj. Pastinszky István dr.

Rifabutin: minimális gátló és baktériumölő töménysége Mycobacterium tuberculosis ellen. Heifets, J. L. és mtsai (National Jewish Center for Immunology and Respiratory Medicine and Department of Microbiology and Immunology, and Department of Medicine, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, Colorado): Amer. Rev. Resp. Dis. 1988, *137*, 719.

A rifabutin (Ansamycin, IM427, spiroperidyl, rifamycin) Olaszországban, Milánóban egy vegyészeti gyár terméke, az eddigi közlések szerint in vitro lényegesen gátló hatású több mycobacterium törzs ellen. Klinikai célra eddig még nem alkalmazták sem Mycobacterium avium complex, sem Mycobacterium tuberculosis okozta megbetegedés ellen. Ezért ajánlatosnak látták a tbc-s betegek esetleges kezelése érdekében is in vitro megállapítani minimális gáltó és baktériumölő töménységét.

Tenyésztési kísérleteiket egy H37Rv és 16 betegből kitenyésztett Mycobacterium tuberculosis érzékeny törzzsel végezték 7H10 ÉS 7H11 agar, valamint 7H12 húsleves táptalajon.

Megállapították valamennyi tbc-törzs minimális gátló töménységét is a 7H12 húsleves táptalajban is olyan módon, hogy a gyógyszert nem tartalmazó kontroll és a gyógyszert emelkedő töménységben tartalmazó fiolákat megfertőzték valamennyi tbc-törzzsel és naponként ellenőrizték azok szaporodását BACTEC TB—460 sugárzásmérő készülékkel.

Nem észleltek különbséget a 7H10 és a 7H11 agar táptalajok rifabutin minimális gátló töménységének a megállapításában, ezért az egyszerűség kedvéért a továbbiakban csupán a 7H10 agaron elért eredményeket közölték.

A 17 rifampin-érzékeny törzsnek az agar és a húsleves táptalajjal megállapított minimális gátló töménysége 0,062 mg/ml, vagy ennél is alacsonyabb volt. A rifampin-ellenálló 21 törzs közül 20 törzs minimális gátló töménysége agar-módszerrel 0,125—16,0 μg/kg, egy törzsé pedig 0,062 μg/kg, húsleves táptalaj módszerrel 21 törzs közül 20 törzsé 0,5—16,0 μg/kg, egy törzsé pedig 0,25 μg/kg volt.

3 rifampin-érzékeny és 2 rifampin-ellenálló törzs minimális gátló és ölő töménységét határozták meg mindkét módszerrel. A rifampin-érzékeny törzsek minimális gátló töménysége mindkét módszerrel 0,03—0,06 μg/kg, ölő töménysége pedig 0,125—0,25 μg/kg; gátló és ölő töménységének a hányadosa pedig 1 : 4 volt. A rifampin-ellenálló törzsek rifabutin ölő töménysége lényegesen magasabb: 4—32,0 μg/kg, minimális gátló és ölő töménységének a hányadosa pedig 1 : 16 volt.

Adataik szerint a rifampin-érzékeny tbc-törzsek rifabutin gátló töménysége olyan széles skálájú volt, ami talán élő emberben baktériumölő is lehet. Ezt azonban majd csakis tbc-s betegeken végzett kísérletekkel lehet megállapítani.

Pongor Ferenc dr.

Traumatológia

Érsérülések a vállöv és a felső végtag területén. Bruch, H. P., Sperling, M. (Chir. Univ. Klinik Würzburg): Chirurg, 1988, *59*, 369.

A felső végtag érsérülései balesetek, vágott, lőtt sebzések (beleértve az öngyilkosságokat is) következtében keletkeznek. Gyakran egyéb sérülésekkel kombinálva jönnek létre. Fontos a sérülés korai felismerése, ami különösen tompa erőbehatásoknál okozhat gondot. Az anamnézis mellett meghatározó a klinikai kép. A *Pratt* szerinti hat „P": pain, paleness, paresthesia, pulslessness, paralysis, prostration figyelembevétele a diagnózis felállításában segíthet.

Jelentős erek harántsérülése azonnali műtétet tesz szükségessé. Intraoperatív angiographia válhat indokolttá. A felső végtag arteriáinak lekötése csak kivételes esetben jöhet számításba. Az arteria subclavia lekötése 20%-ban, az arteria axillaris ligatúrája 43%-ban, az arteria brachialis elzárása 26—30%-ban vezet végtag-amputációhoz.

Polytraumatizáltaknál az eltört csontok repositiójának és rögzítésének van prioritása. Rendszerint fixateur externe-t használnak. A roncsolt, elszakadt erek direkt egyesítésére kell törekedni. Az érvarrat jól gyógyul, ha a baleset után 4—6 órán belül történik a műtét. Sérült idegeket az erekkel egyidőben ajánlatos egyesíteni. A laesiótól proximalisan és distalisan keletkező thrombusok Fogarty katéterrel távolítandók el. Ha az ércsonkok közötti távolság 1—2 cm-nél nagyobb, vena interpositumot alkalmaznak. Az interpositumot ép szövetekkel kell fedni. Amennyiben erősen szennyezett a seb és gyulladás veszélye áll fenn, extraanatomiás bypass műtétet ajánlatos végezni. A nagyobb vénák (brachialis, subclavia) sérülései esetén rekonstrukció alkalmazandó előbb a venákon, azután az arteriákon. Műtét közben adott heparin csökkenti a thrombosis rizikóját.

Békeidőben leggyakoribb az arteria radialis és ulnaris sérülése. Ép arcus palmaris mellett lekötheto ugyan az egyik vagy másik arteria, de célszerűbb mikrosebészeti úton rekonstrukciót végezni, megelőzve ezáltal újabb sérülés, vagy arteriosclerosis esetében az ischaemia felléptét. A 4—6 órán belül végzett arteria műtétek eredményei igen jók. Venákon végzett műtétek után 40%-ban kell thrombosissal számolni.

Érsérüléseknél a korai felismerésre és rekonstrukcióra kell törekedni. Csak az időben elvégzett helyreállító műtéttől várható kedvező eredmény.

Viczián Antal dr.

A medence és az alsó végtag érsérülései. Müller-Wiefel, H., Langkau, G. (Gefässchir. Klinik, Johannes Hosp. Duisburg-Hamborn, Akad. Lehrkrankenhaus Univ. Düsseldorf): Chirurg. 1988, *59*, 376.

Érsérülések főleg háborús körülmények között keletkeznek. A vietnami háborúban az érsérülések 57%-a az alsó végtagokon fordult elő. A technika fejlődése, a terrorcselekmények gyakoribbá válása miatt békében is mind sűrűbben észlelhetők. *Burri* szerint az alsó végtag artériák 42%-kal, a medencei artériák 11%-kal szerepelnek az érsérülések között.

Direkt ütőér sérülések éles vagy tompa behatásra jöhetnek létre. Az indirekt érsérülések trauma kapcsán roncsolás, túlfeszítés, torsio stb. következtében keletkeznek. A medence területén fellépő vérzések némelykor nehezen diagnosztizálhatók. Fontos támpontot jelent az anamnézis. Csonttörésekhez 14—30%-ban társulnak érsérülések, melyek néha késve kerülnek felismerésre. A klinikai vizsgálatok alkalmával fontos diagnosztikai jel a pulzus tapinthatósága, vagy annak hiánya. Az angiographia elsősorban elzáródás felismerésére szolgál, vagy az érsérülést jelzi, ha a kontrasztanyag az érpályán kívül jelenik meg. Ha a kontrasztanyag kilépése nem észlelhető, ez a körülmény még nem jelenti feltétlenül az érpálya intaktságát. Minden második medencei és alsó végtagi nagyér laesio vérzéses shockkal jár.

A terápia a vérzés megszüntetésére és a végtag vérellátásának helyreállítására irányul. Gyakran versenyfutásra kerül sor a folyadékpótlás és a végleges ellátás között. A baleset színhelyén a medencei, illetve hasi vérzések ideiglenes ellátása nem oldható meg. A próbálkozások csak időveszteséget eredményeznek. Megfelelő intézetbe történő gyors transzport alatt volumenpótlásról kell gondoskodni. Alsó végtag vérzés esetében az arteria femoralis leszorítása az

ideiglenes megoldás. A definitív ellátás az artériák és a nagyobb vénák rekonstrukciója. Az artériák ligatúrája ma már korszerűtlen eljárásnak számít. Különösen sürgős az ér-anastomosis a medencei és femoralis nagyerek átszakadása esetén. 6—8 óráig tartó teljes lokális keringéskiesés rendszerint irreverzibilis szöveti károsodást okoz, Tourniquet-syndroma kialakulása fenyeget. Műtétként ér-anastomosis, illetve érpótlás jön számításba. Érpótlásra a vena saphena magna, vagy műanyag prothesis használható. Traumás eredetű artéria spasmus oldására 2,5—5%-os papaverin sulphat oldatot használnak az érintett érszakaszon lokálisan adva. Ha ez hatástalan, Fogarty katéterrel tágítható az ér.

A medencei érsérülések letalitása — nem számítva a katéter thrombosisokat — 30—40%, elsősorban a jelentős vérveszteség miatt. A lábszár artériáinak sérülései gyakran nem kerülnek idejében felismerésre. A szerzők beteganyagában az esetek kétharmada késve érkezett intézetbe, s gyakran nem volt elkerülhető az amputáció. Az arteria femoris communis harántlaesiója az artériasérülések 10%-át teszi ki. Az artéria folytonossága helyreállítandó. Az arteria profunda femorist a kezdeti 5 cm-es szakaszon rekonstruálni kell. Az arteria superficialis femoris leköthető. Az arteria poplitea folytonosságának helyreállítása, vagy műanyaggal történő pótlása elengedhetetlen. Ezen ütőér elzáródása az esetek háromnegyed részében amputációt tesz szükségessé. Balesetek után az arteria poplitea ellenőrzésre szorul, mert intima sérülés következtében késői thrombosis léphet fel.

Csont és ízületi sérülésekkel kombinált baleseteknél a törés repositiója hosszabb időt vehet igénybe. Ilyenkor, érsérülés esetében, a perifériás ischaemia lerövidítése céljából ideiglenes shunt csövecske alkalmazása javallt, amíg az érsérülés definitív ellátására sor kerül.

Viczián Antal dr.

Mellkasi érsérülések. Kortmann, H., Riel, K. A. (Chir. Klinik Univ. München): Chirurg. 1988, *59*, 389.

Mellkasi sérülések balesetekkel, főleg közlekedési balesetekkel összefüggésben keletkeznek. Az aorta sérüléseire jellemzőek a deceleratiós (ütközési) traumák. Leggyakrabban, az esetek 60%-ában az aorta descendens rupturál az isthmus tájékán. A sérültek 10—20%-a kerül élve intézetbe, s csupán két százalékuk éri el a ruptura krónikus (aneurysma spurium) stádiumát. Fedett aorta ruptura rendszerint polytraumatizáltaknál fordul elő, csekély és nem jellemző tünetekkel. Súlyos sérültek klinikai vizsgálatakor gondolni kell erre a lehetőségre. A szerzők 10 év alatt 26 beteget operáltak akut aorta ruptura miatt. A ruptura jellemző tünete a pseudocoarctatiós syndroma, azaz az alsó és felső végtag közötti vérnyomás differencia, illetve ismeretlen eredetű hypertonia. CT-vel elkülöníthető egymástól az elülső mediastinum vérzés, ami konzervative kezelhető, a tipikus aorta sérülés következtében keletkező hátsó mediastinum vérzéstől. Definitív diagnózishoz aortographiára van szükség, ami a Seldinger-technika szerint, transfemoralisan végezhető.

Az aorta ruptura sürgős műtéti indikáció. A szerzők által operáltak 65%-án először az életveszélyt jelentő hasi vérzést kellett ellátni. Részletesen ismertetik ezután műtéti technikájukat.

A 24 aorta ruptura miatt operált beteg közül ketten ischaemiás paraplégiát szenvedtek. Hárman intraoperatív ruptura miatt, ketten alvadási zavar miatti postoperatív vérzés következtében haltak meg. A 26 posttraumás aneurysma miatt műtött közül 17-en voltak tünetmentesek. 23 esetben interpositumként prothesist alkalmaztak. Ezek közül egy beteget sem veszítettek el.

A supraaortalis arteriák sérüléseit három zónába sorolják. Az első zóna a manubrium sternitől a clavicula fölött 1 cm-ig, a második tovább följebb, az állkapocs szögletig, a harmadik az állkapocs szöglettől a koponyaalapig terjed. A sérülések rendszerint az erek partialis rupturáját, az intima beszakadását idézik elő, konzekutiv thrombosissal. A klinikai vizsgálatnál mindkét alkar és a carotis pulzusa nyújthat tájékoztatást. Stenosisok és elzáródások Doppler-ultrahanggal állapíthatók meg. Az agyi keringést biztosító arteriák sérülése műtéti indikációt jelent, ha az erek még átjárhatók, és a betegen csak enyhe neurológiai kiesés, vagy eszméletzavar mutatkozott.

Az arteria mammaria és az intercostalis arteriák sérülései scapula-, clavicula-, sternum- és bordatörésekkel kombinálva keletkeznek. A diagnózis felállításához angiographiára van szükség. Megkísérelhető az angiographiás katéteren keresztül a vérző ér embolizációja. Ha ez nem jár sikerrel, nem kerülhető el a thoracotomia és az arteria lekötése.

Viczián Antal dr.

A tompa hasi sérülés racionális diagnosztikája. Wernet, E., Muhr, G. (Chirurg. Universitätsklinik u. Poliklinik, Berufsgenossenschaftliche Krankenanstalten „Bergmannsheil", Bochum): Unfallchirurg, 1988, *91*, 473.

A tompa hasi sérülés ritkán izolált, legtöbbször polytraumatizált betegen fordul elő (az esetek 27—31%-ában). Az izolált esetek halálozása is 10% körül van, polytrauma részeként ez a 30%-ot is eléri. Ezért fontos gyors és lehetőleg biztos diagnózisa.

A fizikális vizsgálat ma is az első teendő. 1. a) Tompa hasi sérülés gyanúját kell, hogy keltse az orvosban *minden látható külső jel nélkül* is, maga *a baleseti mechanizmus* (*ref.:* nem mindig ismert!), amelynél tompa erőbehatás történt a hasra, a medencére vagy akár a mellkasra. Ide tartozik a *polytrauma* is, mert a hason, mellkason sokszor itt sincs látható külső jele a sérülésnek. b) Könnyebb a helyzet, *ha van külsérelmi nyom:* horzsolások, zúzódások a hasfalon, az autósok rögzítőövének lenyomata, az alsó bordák törése.

2. a) *Ha a beteg eszméletén van* (*ref.:* és beszélni tud, továbbá nem zavart tudatú, pl. shock miatt), hasznosítható izolált sérülésnél, az a tünet, hogy a hashártya kitágulása és izgalma miatt 60—90%-ban nyomási fájdalom lép fel, 50%-ban pedig défense is. b) *Ha a beteg zavart tudatú, vagy eszméletlen* (súlyos shock, koponya-agy-sérülés, lélegeztetett beteg stb.), ezek a fontos *jelek hiányzanak.* Ilyenkor pl. vérzéses shocknál, ha kifelé vérvesztés nem történik, azonnal ki kell zárni hasüregi vérzés lehetőségét (*ref.:* haemoglobin, haematokrit), annál is inkább, mert pl. az *izolált agysérülés sohasem vezet shockhoz,* annak tehát más okát kell keresni.

A fizikális vizsgálathoz természetesen a has tapintása és meghallgatása, sőt a rectalis digitalis vizsgálat is hozzátartozik.

Ezek után következhetnek az eszközös vizsgálatok, melyek közül elsőként a *peritoneális mosást* említik. Ezt Saloman már 1906-ban felfedezte, de csak a 70-es évek óta alkalmazzák rutinszerűen. Pozitív vagy negatív esetben általában nincs probléma a *megítélést* illetően, de a gyengén pozitív lelet egyaránt jelenthet: jelentéktelen sérülést a hasban, vagy bélperforatiót. Nem szabad elfelejteni azt sem, hogy a beavatkozás *invazív,* és megvannak a maga *veszélyei:* érvagy bélátszúrás. Ezek aránya nem jelentéktelen: irodalmi adatok alapján 10%, de valószínűleg még több. Kétségtelen *előnye* azonban, hogy a diagnózist meggyorsítja és megkönnyíti. Különösen fontos a mosófolyadékban az *amylase-szint és a fehérvérsejtszám* meghatározása (60 E/l, ill. 10000 felett kóros), valamint *baktériumok* keresése; mindhárom jelenléte bélsérülésre, az amylase-szint és esetleg a fvs-szám magas volta pancreas-sérülésre utal.

Evvel szemben az *ultrahangvizsgálat* (UH) teljesen veszélytelen, gyorsan elvégezhető, súlyos állapotú betegen is végezhető, közben a diagnosztikus és terápiás eljárások is tovább folyhatnak, szemben a CT-val. Vele megbecsülhető a hasban lévő folyadék mennyisége, a hasi szervek alakja, felszíne, sűrűségi viszonyai. Nem ismerhetők fel: a bélsérülések, és a kifejlődő meteorismus is lerontja az ismételt vizsgálatok értékelhetőségét.

A computer-tomographiának (CT) nem sok esetben van létjogosultsága. Ilyen mindenekelőtt, ha a májban, lépben keresünk más módszer (UH) által ki nem mutatható vérömlenyeket (*ref.:* ami pl. kétszakaszos máj- vagy lép-ruptura veszélye esetén lehet fontos), vagy retroperitonealis haematomát, instabil csigolyatörést akarunk kimutatni. Hátránya az is, hogy a vizsgálat alatt (ellentétben a peritonealis mosással és az UH-vizsgálattal), más diagnosztikus és terápiás beavatkozások nem végezhetők.

A rtg-vizsgálatnak főleg a vese és más urogenitalis szervek vizsgálatánál lehet je-

lentősége (iv. pyelographia, retrograd urethrocystographia), mert itt a fizikális vizsgálat és az UH legfeljebb utalhat a rendszerbeli szervek sérülésére. Angiographiának (coeliacographia) már nincs jelentősége. Fontos azonban (ha kivihető), a gyomor és felső vékonybél-traktus és a colon distalis részének rtg.-vizsgálata. A gyomor és felső vékonybél-traktus perforatióját pl. nemcsak a vízoldékony kontrasztanyag (Gastrografin) „extravasatiója" jelzi, hanem az is, hogy ez az anyag, a hashártyáról is felszívódva, a vesébe is eljut, és ott kiválasztódik a vizeletbe, ahol mikroszkópos kristályok formájában kimutatható.

Nagy jelentősége van a *laboratóriumi vizsgálatoknak*. Igen fontos a *vizelet* vizsgálata (a haematuria az esetek 33%-ában makroszkópos), de nagyon fontos a *vérkép*, főleg a *haemoglobin-szint* (és a haematokrit), az *elektrolytok*, az *alvadási adatok*, az esetleg jelen lévő amylase (vérben: pancreas-sérülés) és a *transaminasek* vizsgálata is (elsősorban a máj szempontjából).

Ezek után a szerzők saját beteganyagukat tekintik át. (1974—1984, 353 eset.) Megállapítják, hogy az esetek (és evvel a szükségessé vált hasi műtétek) száma, sajnos, évről évre nő. Évről évre nőtt a peritonealis mosások és az UH-vizsgálatok száma is; az utóbbi években a CT-vizsgálatot is el kell néha végezni. Míg az urogenitalis tractus sérüléseinek diagnosztikájában a fő szerep a rtg-é és a katéteré volt, a bélsérüléseknél a főszerepet a fizikális lelet és a mosás, a májsérüléseknél és főleg a lépsérüléseknél a mosás és csak másodsorban a fizikális lélet vitte. Utóbbiakban a laboratóriumi vizsgálatok is jelentősek voltak. A laboratóriumi vizsgálatok jelentőségét az is mutatja, hogy *csaknem lineáris összefüggés áll fenn a haemoglobinszint és a szükségessé vált hasi műtétek között.* (Minél alacsonyabb volt a hgb-szint, annál bizonyosabb volt, hogy laparotomiát kell végezni.)

Mindezek következetes keresztülvitele a következő változásokat hozta: 1. *A „megfigyelési" időszak lecsökkent*, a beszállítás és a műtét közti idő (ahol a *műtét* egyáltalán szükségessé vált: az eseteknek csak *39,2%-a*, az intraabdominalis sérülések 14,2%-a konzervatív kezelésre gyógyult, 46,5% csak megfigyelésre szorult) 10 óráról 5 órára csökkent (ma: 2,5 óra); ez az, amit elsősorban *a peritonealis mosást és az UH-vizsgálat bevezetésének* tulajdonítanak. („Világos" esetekben a laparotomia természetesen sokkal hamarabb megtörténik. *A sürgős laparotomia egyik „klasszikus" javallata:* masszív shock, intraabdominalis folyadék kimutathatósága, és *az infúziós terápia sikertelensége*) (*ref.:* amely természetesen „masszív" infúziós terápiát jelent, és a terápia sikertelenségének *fontosságát:* „a beadott folyadék valahol kimegy az érrendszerből", *nem lehet eléggé hangsúlyozni*).

2. *A gyors diagnózis* által lehetővé tett *korai műtét* elsősorban, másodsorban pedig a profilaktikus lélegeztetés, a légzési paraméterek optimális beállításával; a keringés gondos figyelése; a shock és következményeinek lehető megelőzése és ha bekövetkezett, megfelelő kezelése; az alvadási viszonyok „kézben tartása" vezetett oda, hogy hasi sérüléssel is rendelkező polytraumatizált sérültjeik letalitása 40%-ról 19%-ra csökkent.

Végül hangsúlyozzák annak fontosságát, hogy *a sebész maga is tudjon UH-vizsgálatot végezni*, ne csak a radiológus értsen hozzá.

(Ref.: a hosszabb referátumot a téma gyakorisága és fontos volta indokolja.)

Szőnyi Ferenc dr.

A rekesz rupturája tompa erő hatására. Beal, S. L., McKennan, M. (Dept. Surg., University of California, Davis Medical Center, Sacramento, USA): Arch. Surg. 1988, *123*, 828.

Sennertus 1541-ben írta le először a rekesz sérülését, de csak az 1940-es években kezdtek beszámolni erről, összefüggésben a növekvő számú autóbalesettel.

A tompa mellkasi sérülések következtében meghaltak 7%-ában van rekesz ruptura. A kaliforniai Davis Medical Center trauma részlege látja el a forgalmas Sacramento-Sierra völgy területét, és 1986—87-ben 13 hónap alatt 39 rekeszsérülést észleltek. Ez a tompa sérülések 3%-a volt, mind közlekedési baleset. 26 bal oldali, 13 jobb oldali és kettő kétoldali volt. 21 esetben találtak herniatiót a mellkas üregében. Leggyakrabban a gyomor és a vastagbél, de három esetben a máj, két esetben a vese herniálódott. A rupturák transversalis irányban 10—15 cm hosszúságban helyezkedtek el. A sérültek 54%-a shockos állapotban érkezett, 81%-uknál volt szükség azonnali beavatkozásra légzési nehézség miatt. Egy sérült kivételével többszörös sérülések keletkeztek a baleset időpontjában: Injury Severity Score 10-től 75-ig, átlagban 34. 24 férfi és 13 nő sérült, átlagéletkoruk 42 volt. 12 sérültnél (32%) átvilágítással diagnosztizált mellkasi hernia bizonyította a rekesz sérülését, de 22-nél (59,5%) csak a műtét alatt derült ki a ruptura.

Három sérültnél nem vették észre a rekesz rupturáját. Az elsőnek multiplex sérülései voltak, a bal rekesz sérülését azonnali műtéttel ellátták, de a sérült a műtőben meghalt, a boncolás a másik oldal sérülését is megtalálta. A másodiknál a jobb rekesz sérülését nem vették észre a laparotomia során, jelentős vérvesztés (a mellkasi drainen keresztül) miatt sürgős thoracotomia fedte fel a rupturát. A harmadiknál a peritonealis lavage negatív volt, mellkasi szövődmények miatt kezelték, két hét múlva thoracotomia a bal tüdő decorticatiója céljából, és ekkor fedezték fel a bal rekesz kettős rupturáját.

Nyolc sérült a jelentős mellkasi vérzés miatt sürgős thoracotomián esett át, ebből hét a műtőben meghalt lép, máj és egyéb hasi sérülés következtében fellépő vérveszteség miatt. 36 sérültnél végeztek laparotomiát, az átlagos kórházi tartózkodás 16 nap volt. A 15 haláleset 40,5%-os mortalitást jelent. 12 beteg az első 24—48 órában halt meg, hét a nagyfokú vérvesztés, négy fejsérülés, egy a szív tompa sérülése miatt.

A tompa rekeszruptura többnyire a polytraumatizáltak részsérülése: leggyakrabban azonos oldali bordatörésekkel, tüdő contusiókkal, haemo- és pneumothoraxszal, máj- és lépsérülésekkel jelentkeznek a sokszor meglevő fej- és végtagsérülésekkel együtt. A sérültek fele, ha túléli a balesetet, shockos állapotban érkezik a kórházba, 87%-uk többszörös resuscitatióra (shocktalanításra) szorul. Az esetek 2/3-ában a rekesz ruptura diagnózisa nem praeoperatíve történik, sőt néha a laparotomiánál is elnézik. Radiológiailag meglévő bizonyítékok, főleg a bizonytalan élességű rekesz kontúrok, nem keltik fel a gyanút, sokszor csak retrospektíve értékelik helyesen. A peritonealis lavage bizonytalan. A mellkasi nagy mennyiségű vér eredete minden esetben abdominalis volt, először a laparotomiát kell elvégezni, a thoracotomia időveszteséggel jár. Masszív nagyérsérülés, a tüdőhilus sérülés igen ritka, a sérültek szinte kivétel nélkül a helyszínen meghalnak.

Injury Severity Score az elhaltaknál: 54, szignifikánsan nagyobb, mint a túlélőké: 27.

A rekesz sérülése egyik esetben sem volt a közvetlen halálok. A jobb oldali rekesz sérülésének feltételezett magasabb morbiditása nem igazolódott.

(Ref.: A cikket követő vita során a hozzászólók a magas incidenciájú rekeszsérülések okait elemezve felvetik a biztonsági övek szerepét, a magasabb vezetési sebességet Kalifornia autópályáin és a külföldi gyártású gépkocsik kisebb méreteit. A szerzők megvédik álláspontjukat: a röntgenfelvételeken észlelhető nem éles szélű rekeszárnyék + többszörös sérülés = laparotomia indicatiója.)

Novák László dr.

Tompa hasi trauma által okozott izolált duodenum-ruptura. Kunz, R. Roscher, R. (Abt. f. Allg. Chir., Klinikum d. Universität Ulm a. d. Donau): Unfallchirurg, 1988, *91*, 333.

A szerzők egy 30 éves férfi esetét ismertetik, aki személyautójával teherautónak ütközött. *Biztonsági öve be volt csatolva.*

A kiérkező *mentőorvosnak* epigastrialis fájdalomról panaszkodott. A történtekre nem emlékezett.

A sérült intubálva került vizsgálatra. (*Ref.:* nem írják, hogy a mentőorvos, vagy ők intubálták-e). I. fokú koponyaagysérülést (CT: neg.), a homlokon repesztett sebet, a j. mellkasfalon tenyérnyi zúzódást, mögötte a 3—4. borda nem dislocált törését, *a j. felhason csíkszerű zúzódást a bordaív alatt*, a térdeken horzsolásokat, a j. sarokcsonton darabos törést találtak. *A hasat az intubálás miatt nem lehetett megítélni.*

Az eddigiek alapján azonban a tompa hasi trauma valószínű volt, ezért *peritonealis mosás* történt. A folyadék makroszkóposan enyhén véres volt (ez önmagában csak 2 óra múlva való ismétlést javallt volna), de a labor. vizsgálat *1700 fvs/mm*^{3} és *596 E/l amylázt* mutatott, ami bélrepedést tett valószínűvé.

Műtét: kezdődő kémiai peritonitis, a hashártya belövellt. Ruptura a bulbus duodenin, mely csaknem az egész elülső falra ráterjed. A repedést környékével és a pylorus egyes részeivel együtt eltávolították. Zárás után 2 napig katéteren át mosták a hashártya üregét.

Kórszövettan: már gyógyulóban lévő, helyenként még fluorid ulcus duodeni, ennek területében volt a repedés.

A tárgyalásban kifejtik, hogy a repedés létrejöttében az ulcusnak és az intraabdominalisan bekövetkezett nyomásfokozódásnak tulajdonítanak szerepet.

A duodenum-ruptura *tünetei* különösen akkor vezetnek nehezen diagnózishoz, ha a duodenum retroperitonealis része sérül. Tünetmentes szak után nyomási, kopogtatási fájdalom jelentkezik, a peristaltica leáll, hányinger, rossz közérzet mellett megjelenik a défense. A fehérvérsejtszám nő, rtg-en a j. psoas-szél éles volta megszűnik, a retroperitoneumban gázhólyagok jelennek meg. A duodenum hashártyával fedett részeinek repedése peritonitis tüneteit hozza létre.

A diagnózis szempontjából kiemelik *a peritonealis mosás döntő* voltát, amivel a gyomor-bélhuzam sérülésén kívül az epeutak és a pancreas sérülése is kideríthető, akkor is, ha az ultrahang-vizsgálat a hasban csekély, vagy semmi folyadékot sem mutat. *A módszer sensitivitása: 94,3%, sensibilitása: 99,8%.*

Szőnyi Ferenc dr.

„A hit az élet ereje: az ember, ha egyszer él, akkor valamiben hisz. Ha nem hinné, hogy valamiért élnie kell, akkor nem élne."

— Tolsztoj —



KÖNYVISMERTETÉSEK

Sport eredetű ortopédiai elváltozások alapjai. Barth, J. A. (Leipzig, 1988.) 171 oldal, 199 ábra, 2. kiadás. M 19,80

A zsebkönyvnél alig nagyobb méretű könyv sikerére utal, hogy az elsőt két év múlva már követte a második, átdolgozott kiadás, amely kiegészült egy függelékkel is.

A professzornő, aki a lipcsei testnevelési főiskolán dolgozik, világszerte ismert ortopéd és sportorvos, könyvében gazdag tapasztalatait összegzi, érezhetően tömörségre és érthetőségre törekedve, fogalmazása célratörő, lényegtelen részletekkel alig-alig találkozni. A rajzolt és a lehetséges mértékig leegyszerűsített 199 ábra és 7 táblázat a mondanivalót annyira szerencsésen egészíti ki, hogy a szövegek terjedelme jelentősen csökkenthető volt. Az ábrák elhelyezése kitűnő, a folyamatos olvasást kellemetlenül megszakító lapozgatásra nem kényszerülünk.

A szerző előszavát a ma már elterjedt decimális felosztásban követik a fejezetek. A sport és edzés szempontjából tárgyalja a funkció, forma, megterhelés viszonyát, majd a másodikban a sportterhelés hatására bekövetkező támasztószövet elváltozásokkal ismerkedhetünk meg, és a csontok olyan sportspecifikusnak tekinthető hypertrophiás reakcióival, mint pl. a Haglund benyomatot és megnövekedett sclerosist a patella ízületi felszínén. Ezen elváltozások ismerete nélkülözhetetlen a sportolók ortopédiai elváltozásaival foglalkozó szakemberek számára, mert másképpen a diagnózis és ebből következően a kezelés hamis irányba csúszhat.

A harmadik fejezet a térd és gerinc felépítését, működését, ortopédiai alapjait részletezi, majd kitér az ízületek kóros elváltozásainak — chondropathia, arthrosis, fájdalom stb. — jellemzőire és pathologiai hátterére.

A negyedik fejezet áttekintést ad serdülők és felnőttek mozgató és támasztószöveteinek terhelhetőségéről, gyakorlatok, edzések és versenyek során.

Tárgyalja az izomzat szerepét a testtartásban, stabilitásban és mobilitásban, az ágyéki csigolyák viselkedését a helyes és helytelen technikával végzett különböző súlyok emelésekor, az egészséges és károsodott gerinc válaszát a ráható, változó irányú és mértékű erőkre.

A könyv 1/3-át a gyógyító orvos számára is fontos ötödik fejezet képezi, itt ábrákkal és táblázatokkal illusztráltan találjuk a különböző csontmagvak megjelenési és epiphysis elcsontosodási időket és jelentőségüket a sport igénybevételénél.

Összefoglalja testtájak szerint az aseptikus csontnekrózisokat, részletesebben taglalja pl. a Scheuermann, Schlatter kórképeket, ezek osztályozását és utal a végezhető gyakorlatokra, terhelhetőségre, ezzel a sportorvosok számára segítséget is ad.

A degeneratív ízületi elváltozásokat, az arthrosist, chondropathiát, spondylosist és spondylarthrosist, valamennyinél ismerteti a legelfogadottabb, a legelterjedtebb felosztásokat, így pl. az arthrosisnál Jonasch, a patella chondropathiánál pedig Franke, Wiberg és Baumgartl szerint. Sportáganként tárgyalja a mozgató és tartórendszer leggyakoribb és tipikus sérüléseit, így pl. síelőknél a térd szalagjainak, labdarúgóknál a meniscus károsodásait. A sportsérülések kezelésének Groh szerinti alapelvét ajánlja, „Teljes gyógyulás — gyógyulás kockázat nélkül — gyógyítás a legrövidebb idő alatt".

E szerint minden sportsérülésnél a baleset után azonnal el kell dönteni, hogy konzervatív vagy műtéti kezelés lesz-e és azt azonnal meg kell kezdeni. Kitér még olyan ritka, de sportolóknál gyakoribb és fontos csontsérülésekre, mint a spontán fracturák, a stressztörések. Röviden foglalkozik még a ficamok, szalagsérülések, izom- és ínsérülések, tendopathiák eseteivel. A tipikus meniscus sérüléseket, utóbbiaknál a tipikus sérüléstípusokat Ricklin, Rüttmann és Del Buono szerint osztályozza, bár ma már korszerűbb terápia és meniscus varrat helyreállítás centrikus — meniscus varrat — felosztások vannak.

Végül a második kiadásban található függelék az egyes izmok módszeres vizsgálatát tárgyalja, amely ugyan nem új módszer. Az irodalomjegyzéket a könyv végén találjuk, az első szerző neve alapján betűrendbe szedve, szám szerint 32-t, ebből a szerző saját műve 3. Az elváltozások és sérülések keresését könnyíti a betűrendes tárgymutató.

Összegezve: a szolid kiállítású, de igen hasznos alapmű a sportsérültek ellátásával foglalkozó sportorvosok és e téren már gyakorlattal rendelkező edzők és gyúrók számára nélkülözhetetlen olvasmány. Célszerű lenne magyar nyelven történő megjelentetése.

Nemes György dr.

Peter Esser: Psychologische Gruppenarbeit im Rahmen der Rehabilitation von Herzpatienten. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1987. 133 pp. 7 ábra, 4 kép, 12 tábla. DM 39,—

Ma már általánosan elfogadott nézet a kardiológiában, hogy a pszichoszociális szempontok fontos szerepet játszanak számos szívbetegség kialakulásában és gyógyításában. Az elmúlt két évtizedben világszerte igen intenzív munka indult meg a szívbetegségek pszichoszociális kérdéseinek kutatásában. A kardiológiai gyógyító tevékenység körében egyre gyakrabban szerepelnek a gyógyszeres és sebészi módszerek mellett különböző pszichoterápiás beavatkozások is. Ezeknek a próbálkozásoknak a németországi tapasztalatait gyűjti össze a P. Esser szerkesztésében megjelent monográfia. A könyv 17 szerzője 12 fejezetben foglalja össze rendkívül kritikus formában azt a gazdag ismeretanyagot, amelyet a szívbetegek csoport-pszichoterápiájával kapcsolatban szereztek. A könyv legérdekesebb témái a következők: a szívinfarktus pszichoszomatikus vonatkozásai, a terapeuta helyzete a szívbetegek csoport-pszichoterápiája során, témaközpontú csoport-pszichoterápia infarktus után intézeti rehabilitáció keretében, pszichés gondozás szívműtét előtt és után, meditációs terápia, stressz leküzdése, pszichés ellenállás, művészetterápia, autogén tréning, relaxáció, hipnózis, fizikai tréning pszichológiai vonatkozásai, szívbetegek csoport-pszichoterápiáját végző szakemberek kiképzése.

A civilizált világban gyakran előforduló szívinfarktusos betegek nehéz feladatok elé állítják a velük foglalkozó pszichoterapeutákat. Az infarktusos betegek alapvető pszichológiai problémája az állandó szorongás, a nagyfokú vitális fenyegetettség. A betegek ezt a rendkívül nyomasztó érzést különböző védőmechanizmusokkal, legtöbbször elfojtással igyekeznek kivédeni. Sajnos ez az állandó védekező magatartás a pszichoterápia során is gyakran jelen lévő viselkedési forma. Ebből az alapmagatartásból ered a könyv legfontosabb mondanivalója: rendkívül nehéz az infarktusos betegek pszichoterápiás megközelítése. A szerzők ezért elsősorban arra keresnek választ, hogy az infarktusos betegek intézeti vagy ambuláns rehabilitációja során milyen körülmények között, milyen formában végezhető pszichoterápia.

A pszichoterápiás nehézségek az infarktusos betegekre jellemző személyiségjegyekből, a pszichoterápiára rendelkezésre álló viszonylag rövid időből és az igen alacsony pszichoterápiás motivációs szintből fakadnak. Nagyon figyelemre méltóak azok a tapasztalatok, amelyeket a csoport-pszichoterápiában részt vevő betegek összetételével kapcsolatban szereztek. Legoptimálisabb a csoportokba férfiakat és nőket vegyesen bevonni. Fontosnak tartják a homogén csoportok kialakítását, ugyanakkor pszichoterápiára erősen és kevésbé motivált betegeket érdemes azonos csoportba tenni.

A csoportülések tematikája elsősorban a betegek igényeiből adódtak:

— az iszkémiás szívbetegség nemorvosi aspektusai;

— az iszkémiás szívbetegséggel kapcsolatos legfontosabb tudnivalók,

— a szorongás és a betegség okozta pszichés problémák,

— az infarktus után kialakuló speciális kérdések: alvászavar, szexuális problémák, a gyógyszerszedés speciális mellékhatásai,

— az infarktust kiváltó tényezők,

— az infarktus hatására bekövetkező családi és hivatásbeli változások,

— a munkába viszatéréssel kapcsolatos gondok,
— időbeosztás,
— „nem-et mondani tudás" (plusz feladatok visszautasítása), relaxáció, feszültséglevezetési módok,
— szabadidőeltöltés, szabadság, kikapcsolódási módok.

A szívbetegek kezelésében a témaközpontú csoport-pszichoterápia terjedt el a leggyakrabban. Ennek a módszernek egyik legfőbb erőssége, hogy kombinálja a pedagógiai és a terápiás elemeket. A beszélgetéseknek három pillére van: a beteg ember, a csoport és a közös téma. Ezekben a csoportokban a felvetődő téma az, ami elindíthatja az interakciókat és összekovácsolja a sokszor nagyon heterogén összetételű csoportot.

Az intézetben folyó csoport-pszichoterápia célkitűzései szivinfarktus után a következők:
— az infarktus okozta pszichés reakciók (szorongás, depresszió, nyugtalanság, reménytelenség, disszimuláció stb.) kezelése,
— az infarktus következtében kialakuló szomatikus, pszichés és szociális változások feltárása és pszichés feldolgozása,
— a korábbi tisztán organikus szemlélet megváltoztatása és annak a felfogásnak az érvényesítése, hogy szinte kivétel nélkül szoros összefüggés mutatható ki szívinfarktus és a korábbi pszichoszociális megterhelések között,
— a beteg *pszichoszomatikus kórtörténetének* feltárása,
— a pszichoszociális terhelésekre adott reakciómódok egészséges irányba történő megváltoztatása,
— a további életcéloknak a várható prognózis alapján történő kialakítása.

Mittag és Ohm egy rövidített csoportterápiás módszerről számolnak be. A váratlanul fellépő szívroham, a kialakuló vitális, társadalmi, anyagi bizonytalanság és fenyegetettség lelkileg a legtöbb beteget hosszabb-rövidebb időre súlyosan megviseli.

A csoportbeszélgetéseknek éppen az a feladata, hogy a lelki problémák megbeszélésével oldja a szorongást, és enyhítsen a kialakuló bizonytalanságon. A beszélgetések során tudatosodhat a beteg szorongása, ismertté válhatnak azok a mechanizmusok, amelyekkel a beteg igyekszik elhárítani a szorongásait és felszínre kerülhetnek a szorongás pszichoszomatikus összefüggései. A betegeknek nagy gondot okoz az élet különböző területén jelentkező stressz helyzetekhez való alkalmazkodás és ezek pszichés feldolgozása. A csoportülések fontos célkitűzése a stressz pszichoszomatikus összefüggéseinek feltárása és megértése.

A csoportüléseken a betegek a személyüket közvetlenül érintő pszichoszociális megterhelések különböző feldolgozási módjaival (fizikai aktivitás, érvek-ellenérvek felsorakoztatása, harag, indulat azonnal, de kontrollált formában történő levezetése, mások haragjának elfogadása, interperszonális segítség keresése stb.) is megismerkedhetnek. Nagyon fontos az infarktusos betegek körében a rizikófaktorok mintájára megfelelő védő tényezőket kialakítani. Ide sorolhatók a jó emberi kapcsolatok kiépítése, megfelelő örömök keresése, valamint a hatékony relaxációs képesség kialakítása.

Külön fejezet a kardiológiai betegek korszerű ellátásában a szívműtét előtti és utáni pszichés vezetés. Ezt a gondozói tevékenységet célszerű a diagnózis felállítása után egyéni vagy csoportos beszélgetések keretében azonnal megkezdeni. Kívánatos a betegek mellett a házastársakat is bevonni a tanácsadásba. Törekedni kell a betegek szorongásának csökkentésére és meg kell tanítani őket a megfelelő védekező mechanizmusok kialakítására.

A kardiológiai rehabilitáció fontos eleme a mozgásterápia. Itt azonban óhatatlanul két kérdés is felmerül, amely egy kicsit kérdésessé teszi az egész terápiás eljárás helyességét. Lehetséges, hogy a fizikai tréning segítségével csökkentjük a beteg inaktivitását, ugyanakkor azonban erősítjük A-típusú magatartását, amikor szinte belelovaljuk abba, hogy a korábbi inaktivitását váltsa fel a rehabilitáció kínálta rendszeres, intenzív fizikai tréninggel. Másrészről nincs kizárva annak a lehetősége sem, hogy az infarktus után a beteg A-típusú magatartásának megnyilvánulásai a munka területéről a sport és a szabadidő-eltöltés területére helyezi át.

A szívbetegek mozgásterápiájának kulcskérdése, hogy a beteg valóban motivált legyen a rehabilitációban való együttműködésre és az egészségét károsító helytelen magatartási formák megváltoztatására. A tréningekben való együttműködés erősítheti a betegeknek azt a meggyőződését, hogy ők maguk is tehetnek valamit, és valóban tenniük is kell egészségük helyreállítása érdekében, különösen akkor, ha az ember már idős, beteg vagy a teljesítőképességében korlátozott. A betegnek meg kell tanulnia a saját teljesítőképességének lehetőségeit és korlátait, és el kell sajátítania azokat a módszereket, amelyek lehetővé teszik számára a betegség, a rokkantság eredményesebb leküzdését. A tréningek során soha ne a teljesítményorientáció álljon előtérben, hanem elsősorban a helyesen adagolt mozgás pszichológiai szempontjai (pl. az élményjellege) domborodjanak ki.

A szerző nagyon fontosnak tartja, hogy a szívbetegek mozgásterápiáját végző gyógytornász vagy tornatanár ismerje a betegek legalapvetőbb személyi problémáit, legyen tisztában a mozgással kapcsolatos saját érzelmeivel és a foglalkozások alatt benne kialakuló indulatáttétellel.

A könyv a sok gyakorlati példa, olvasmányos stílusa, de nem utolsósorban a téma fontossága miatt nemcsak pszichológusoknak, hanem minden szívbetegekkel foglalkozó orvos számára is nagyon hasznos olvasmány lehet.

Hoffmann Artúr dr.

V. Varró, T. Várkonyi, P. V. Véghelyi: Absorption and Malabsorption. Clinical Aspects. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988. 251 oldal

A téma nagyságához és sokoldalúságához mérten rövid terjedelmű könyv szerzői neves klinikusok, akik monográfiájukat — ahogyan a cím is jelzi — elsősorban gyakorlati célokat szolgáló megközelítésben tárgyalják. Az előszó utal a nehézségekre, azaz a túlzottan elméleti jellegű feldolgozás és az elméleti alapokat nélkülöző, kizárólag praktikus szempontokat követő tárgyalás egyoldalúságára. E két véglet „Scyllája és Charybdise között egyensúlyozva" (idézet az előszóból) a szerzők kitűnő megoldást választottak: az első fejezetben a témában netán járatlan olvasó számára is áttekinthető és érthető módon összefoglalják a klinikum alapjául szolgáló legfontosabb elméleti ismereteket. Helyet kapnak ebben a fejezetben morfológiai, pathomorfológiai leírások, a vékonybél legfontosabb funkcióinak ismertetése, valamint — kiemelt hangsúllyal — a vékonybél mikroflórájának és az ezzel kapcsolatos kóros állapotoknak tárgyalása. A második fejezet a legfontosabb funkcionális vékonybél vizsgáló eljárásokat foglalja össze, egyes vizsgálatok részletes metodikai leírásával. Itt kap helyet a jejunalis biopsia ismertetése is, de egyéb, nem szorosan véve funkcionális jellegű vizsgálatok leírására bizonyára a korlátozott terjedelem miatt nem került sor. A harmadik fejezet a primaer malabsorptiós kórképekkel, a negyedik fejezet a secundaer felszívódási zavarokkal foglalkozik. Három rövidebb fejezet szól a pancreas eredetű maldigestióról, vegyes — elsősorban a bőrgyógyászati tünetekkel is járó — kórképekről, valamint a superabsorptióval jellemezhető kóros állapotokról.

Rendkívül gazdag, közel 800 hivatkozást tartalmazó bibliográfia található a könyv végén, bizonyítva a szerzők kivételes tájékozottságát, egyszersmind lehetőséget adva az érdeklődő olvasónak egyes részletkérdések pontosabb megismerésére. A bibliográfia, tekintettel a téma szinte követhetetlenül nagy szakirodalmára, még így sem lehet teljes. A szerzők az általuk legfontosabbaknak tartott közleményeket idézik a kézirat lezárásáig, 1987 októberéig.

A szöveget gazdag illusztrációs anyag egészíti ki. Nagyon demonstratívak az átnézeti és pásztázó elektronmikroszkópos képek, lényegretörőek és didaktikus szempontból is kitűnőek a vonalas-rajzos ábrák és diagramok. Kár, hogy nem volt lehetőség színes ábrák közlésére, ezt különösen a hisztológiai képek és a bőrelváltozásokat ábrázoló fotók láttán hiányolhatjuk. A tipográfia jól áttekinthető, esztétikailag is kellemes élményt nyújt. A szép kivitelű, és várhatóan sokak számára vademecumként funkcionáló kézikönyv megérdemelt volna „strapabíróbb", kemény borítót.

Az igen tömör, lényegre koncentráló szöveg részletes ismertetése a recenzióban nem lehetséges. Csupán néhány olyan témát emelek ki, amelyek megítélésem sze-

rint különös jelentőségűek elsősorban azért, mert a velük kapcsolatos ismeretek még gastroenterológus körökben sem terjedtek el súlyuknak megfelelően. A vékonybél bakteriális kontaminációjának, a különféle gyógyszerek emésztést és felszívódást károsító hatásának, valamint egyes sebészeti beavatkozásokat követő maldigestiós-malabsorptiós kórképeknek részletes ismertetése hézagpótló jelentőségű.

A monográfia két belgyógyász és egy gyermekgyógyász munkája. Sajnos Véghelyi professzor a mű megjelenését már nem érhette meg. A gyermekorvosok részéről köszönet illeti a belgyógyász szerzőket azért a törekvésükért, hogy a könyvben gyermekgyógyászati vonatkozások is helyet kapjanak. E törekvés ellenére is a monográfia alapvetően felnőttgyógyászati tapasztalatokra épül és felnőttgyógyászati szemléletet tükröz. Ez a megállapítás elsősorban a diagnosztikai fejezetre érvényes, de a részletes klinikai fejezetek egyes momentumaiban is észlelhető. A gyermekgyógyászati utalások láthatólag nem törekszenek teljességre — ebben a terjedelemben ez nem volna lehetséges —, a könyv megállapításai és ajánlásai nem alkalmazhatók minden esetben változtatások nélkül a gyermekgyógyászati gastroenterológiai gyakorlatban.

A szerzők előszavukban elsősorban orvostanhallgatóknak és malabsorptiós betegeket kezelő orvosoknak ajánlják könyvüket. Magam minden klinikusnak ajánlhatom, mind a manuális szakmákban, mind egyéb szakterületeken tevékenykedő kollegáimnak. A felszívódási zavarokkal járó betegségek tünettana olyan gazdag, a betegségek prezentációs tünetei — mint ahogyan a szerzők is hangsúlyozzák — olyannyira egyéniek lehetnek, hogy mind az általános gyakorlatot folytató orvos, mind bármelyik szűkebb szakterület specialistája találkozhat ilyen betegekkel. Egy-egy szervet vagy szervrendszert érintő következményes tünetek felismerése és kezelése nyilvánvalóan nem oldja meg a malabsorptiós betegek problémáját. Gyógyulásuk, vagy állapotuk javulása csak akkor lehetséges, ha a következményes tünetek oka adekvát vizsgálatok segítségével kiderül. A helyes diagnózis alapfeltétele pedig nyilvánvalóan az, hogy bizonyos betegség gyanúja egyáltalán felmerüljön a beteggel elsőként foglalkozó orvosban.

A hazai szakirodalom jelentős művel lett gazdagabb. Ezért befejezésül a recenzens annak az óhajának ad kifejezést, hogy a kitűnő monográfiát mihamarabb magyar nyelvű kiadásban is kézbe vehesse az érdeklődő.

B. Kovács Judit dr.

„Csak a butát rettenti, ami még új,
Külföld termése volt a rózsa is;
A művelés belföldivé tevé...

— Kazinczy —



Anisics Ernő

bőrdíszműves kisiparos

1067 Budapest VI., Lenin krt. 75.

Megrendelés esetén utánvéttel szállítok, bármilyen színű valódi bőrből készült:

44 x 23 x 20 cm méretű és 40 x 23 x 20 cm méretű orvosi táskát	3492,— Ft,
többrekeszes recepttartót	677,— Ft,
kétfelé nyíló ampullatartót	978,— Ft,
vérnyomásmérőtokot	349,— Ft-ért.

Közületeket is kiszolgálok!

Telefon: 531-875

HÍREK

A Magyar Gastroenterologiai Társaság 31. Nagygyűlését 1989. május 10—14. között rendezi meg Balatonaligán az MSZMP Üdülőben.

Program:

1989. május 10., szerda
15.00—19.00 I. Előadóterem

A májkárosodás morfológiai, biokémiai mechanizmusai és kezelési elvei (symposium)

Elnökség: *Csomós Géza*, Hamburg, *Szalay Ferenc*, Budapest, *Erwin Kuntz*, Wetzlar, *Heribert Thaler*, Wien

15.00 *Rolf Madaus*
Bevezető
MADAUS GMBH and Co., Köln, NSZK

15.10 *Andrée Kirn*
Sinusoidalis sejt sérülését követő hepatocellularis károsodás
Université Louis Pasteur, Strasbourg, Franciaország

15.30 *Franz-Josef Vonnahme*
A hepatocyta károsodás mechanizmusai és formái
Med. Klinik. I. Krankenhaus, Minden, NSZK

15.50 *Dieter Thilo-Körner*
A hepatocellularis és mesenchimális „gyulladás" biokémiai tényezői
Med. Univ. Klinik. I. Giessen, NSZK

16.10 *Gerd Oehler*
A véralvadás zavarai májbetegségekben
Med. Univ. Klinik. I. Giessen, NSZK

16.30 *Hans-Dieter Kuntz*
A biotoxotransformatio mechanizmusai és klinikai jelentősége
Abt. Gastroent. und Hepatologie, Univ. Klinik. Bochum, NSZK

17.10 *Fehér János*
Szabadgyökök jelentősége a hepatocyta károsodásban
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest, Magyarország

17.30 *Lajos Okolicsányi*
A silymarin kórélettani és terápiás hatásai
Clinica Medica I., University Padova, Olaszország

17.50 *Jürgen Homann*
Silibinin és amanita mérgezés. Terápiás hatásmechanizmus
Med. Univ. Klinik. I. Giessen, NSZK

18.10 *Erwin Kuntz*
Hepatoprotektív és hepatokuratív terápiás lehetőségek
Scientific Institute of Hepatology, Wetzlar, NSZK

18.30 *Harald O. Conn*
Hepatológia 2000-ben
Yale University, East Haven Connecticat, USA

1989. május 10., szerda
15.00—19.00 2. Előadóterem

Endoszkópos asszisztensi szekció IV. Tudományos Továbbképző Konferencia

Üléselnökök: *Husztik Zoltánné*
Schatzné Pálfalvi Zsuzsanna

1. Horváth Imréné
Endoszkópos asszisztensnő szerepe az anamnézisfelvételben
I. Belklinika, Pécs

2. *Dózsa Lászlóné, Frunyó Istvánné*
A nyelőcső-varix sclerotizálás asszisztensi feladatai
MÁV Kórház, Endoscopos Laboratórium, Budapest

3. *Tanka Józsefné, Flóriánné Kovács Mária, Lakó Klára*
Idegentest endoscopos eltávolítása az oesophagusból
Megyei Kórház, I. Belosztály, Győr

4. *Udvardi Pálné, Géczi Tiborné*
Gyomorközeli pancreas pseudocysták endoszkópos kezelésének technikai körülményei
Flór Ferenc Kórház, Endoscopos Laboratórium, Kerepestarcsa

5. *Ábrahám Katalin*
Az endoscopos drainezéssel kapcsolatos asszisztensi feladatok
Markusovszky Kórház, Központi Endoscopos Részleg, Szombathely

6. *Hocz Pálné, Nagy Imréné, Baricsa Erika*
Az endoscopos laboratórium eszközeinek és tartozékainak nyilvántartása számítógéppel
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

7. *Nagy Imréné, Hocz Pálné, Baricsa Erika*
Különböző fertőtlenítési módok és hatékonyságuk a mindennapi endoscopiában
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

8. *Husztik Zoltánné*
Endoscopos kudarcok és az endoscopos asszisztens munkája közötti lehetséges összefüggések kritikai elemzése
Hollós József Kórház, Kecskemét

19.30 Koncert

1989. május 11., csütörtök 1. Előadóterem

9.00 **A 31. nagygyűlés megnyitása**

Megnyitóbeszédet mond: *dr. Jávor Tibor*, a Magyar Gastroenterologiai Társaság elnöke
Tiszteletbeli tagok díszoklevelének átadása

1989. május 11., csütörtök
9.30—13.50 1. Előadóterem

Gócos májbetegségek (Symposium)

Moderátor: *Lapis Károly*
Társelnökök: *Fehér János*
Karácsonyi Sándor

Pathologia

1. *Schaff Zsuzsa*
Benignus gócos májlaesiók
I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

2. *Lapis Károly*
Malignus gócos májlaesiók
I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

Laboratóriumi diagnosztika

3. *Fehér János*
Tumormarkerek gócos májlaesiókban
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest

4. *Nemesánszky Elemér*
Enzim változások gócos májlaesiókban
ORFI, Belgyógyászat, Budapest

Képalkotó eljárások

5. *Gógl Árpád*
Laparoszkópia és UH vezérelt biopsia indikációi és szerepe a gócos májbetegségek diagnosztikájában
Megyei Kórház, Belgyógyászat, Székesfehérvár

6. *Szebeni Ágnes, Harkányi Zoltán*
Gócos májlaesiókkal kapcsolatos ultrahang diagnosztika
BM Korvin Ottó Kórház, Semmelweis OTE, Érsebészeti Klinika, Budapest

7. *Szilvási István*
Scintigraphiás vizsgálatok szerepe a gócos májlaesiók felderítésében
OTE, Radiológiai Klinika, Budapest

8. *Csernay László*
Nuclearis medicina szerepe a gócos májlaesiók felderítésében
Szent-Györgyi Albert OTE, Szeged

9. *Szlávy László*
Komputer tomográfiás és NMR vizsgálatok
Semmelweis OTE, Érsebészeti Klinika, Budapest

10. *Vadon Gábor*
Angiográfia szerepe a diagnosztikában
Szent-Györgyi Albert OTE, Radiológiai Klinika, Szeged

Sebészet, terápia

11. *Karácsonyi Sándor*
A máj elsődleges benignus és malignus tumorainak sebészeti ellátása
Szent-Györgyi Albert OTE, Sebészeti Klinika, Szeged

12. *Besznyák István*
A májbeli gócos áttételek sebészeti ellátása
Országos Onkológiai Intézet, Sebészet, Budapest

13. *Vadon Gábor*
Az intervenciós radiológia szerepe a gócos májlaesiók ellátásában. Angiographia
Szent-Györgyi Albert OTE, Radiológiai Klinika, Szeged

14. *Repa Imre*
Az angiografiás intervenció lehetőségei
Semmelweis OTE, Érsebészeti Klinika, Budapest

Gyermekgastroenterologia

15. *Korányi György*
Gócos májlaesiók gyermekkori vonatkozásai

Péterfy Sándor Utcai Kórház, Gyermekosztály, Budapest

1989. május 11., csütörtök
14.30—17.30 3. Előadóterem

Gócos májbetegségek
(Előadások)

Üléselnökök: *Lapis Károly*
Szalay Ferenc

1. *Erwin Kuntz*
Paraneoplasiás syndroma pathogenesise és klinikuma máj daganat esetén
Scientific Institute of Hepatology, Wetzlar

2. *Kendrey Gábor, Gödény Mária, Nemesánszky Elemér, Szilvási István*
A pathologus részvételéről a gócos májbetegségek in vivo diagnosztikájában
OTE Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, Budapest
Radiológiai Klinika, I. Belgyógyászati Klinika

3. *Pakodi Ferenc, Csanaky György, Pár Alajos*
Hepatoma eseteink elemzése a POTE I. Belklinika 10 éves anyaga alapján
POTE, I. Belgyógyászati Klinika és Kórbonctani Intézet, Pécs

4. *Péter Mózes*
Tapasztalataink a focalis májelváltozások radiológiai diagnosztikájában
DOTE, Radiológiai Klinika, Debrecen

5. *Regöly-Mérei J., Ihász M., Fazekas T., Záborszky A., Dubecz S.*
Az ultrahang vizsgálat értéke és korlátai a gócos májbetegségek diagnózisában
Semmelweis OTE, III. Sebészeti Klinika, Budapest

6. *Szilvási I., Gödény M., Pastinszky I.*
Radioizotópos módszerek jelentősége az intrahepatikus térfoglaló folyamatok diagnosztikájában
OTE, Radiológiai Klinika, Budapest

7. *Göndöcs Cs., Kárteszi M., Szilvási I.[1], Szalay L., Fehér J.*
A nukleáris medicina lehetőségei és korlátai a gócos májbetegségek diagnosztikájában
Semmelweis OTE, II. Belklinika, [1]OTE Radiológiai Klinika, Budapest

8. *Vallent K., Miklós I., Katona É., Fachet J., [1]Kárteszi M., [2]Cornides Á., [1]Fehér J.*
A plasma fibronectin és procollagen III. peptid szintjének változása gócos májbetegségben
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika [1]II. Belklinika, [2]István Kórház, II. Belosztály, Budapest

9. *Tolvaj Gy., Horváth G., Kelemen J. T., Stotz Gy., Dávid K.*
BM Korvin Ottó Kórház, Budapest
A szérum alpha-fetoprotein koncentráció vizsgálata gócos májbetegségekben

Üléselnökök: *Fehér János*
Pár Alajos

10. *C. Tiribelli*
Primer mái carcinoma és májcirrhosis Olaszországban — tanulmány Triestből
Universita di Trieste

11. *E. I. Galperin, R. S. Karagiulian, N. Ficret*
Újabb irányzatok a gócos májbetegségek sebészetében
Ist Moscow Medical Institute

12. *Petri A., Karácsonyi S., Kalmár Nagy K., Kassai M.*
Jóindulatú gócos májbetegségek sebészi kezelése
Szent-Györgyi Albert OTE, Sebészeti Klinika, Szeged

13. *Karácsonyi S., Petri A., Kalmár Nagy K., Kassai M.*
Rosszindulatú gócos májbetegségek műtéti kezelése
Szent-Györgyi Albert OTE, Sebészeti Klinika, Szeged

14. *Vadon G., Pikó B., Hideghéty K.*
Májdaganatok intraarteriális chemotherapiája
Szent-Györgyi Albert OTE, Radiológiai Klinika, Szeged

Üléselnökök: *Karácsonyi Sándor*
Nemesánszky Elemér

15. *R. Nilius, H. Busse, H. Letterer, T. H. Orescer*
Gócos májbetegségek diagnosztikája és kezelése ultrahang vezérelt punkció segítségével
Martin-Luther-University, Halle—Wittenberg

16. *Beró T., Hertelendy Á.[1], Kádas I.[2], Pár A., Jávor T.*
Gócos májbetegségekben végzett ultrahang irányított májbiopsziával szerzett tapasztalataink
POTE, I. Belklinika, Radiológiai Klinika, [2]Megyei Kórház Pathologiai Osztály, Pécs

17. *Kupcsulik P., Winternitz T., Fehérvári I.*
Sebészeti szempontok a gócos májbetegségek diagnosztikájában
Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika, Budapest

18. *Faller J., Orexler L., Sugár I., Kiss S., Balázs M.*
Malignus májtumor percután biopsziáját követő implantációs metasztázisok
Semmelweis OTE, Sebészeti Tanszék, Budapest

19. *Korányi Gy.*
Gócos májbetegségek csecsemő- és gyermekkorban
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Gyermekosztály, Budapest

20. *Balázs M., Faller J.*
Androgen steroidok szedésével kapcsolatos májdaganatok
János Kórház, Kórbonctani Osztály, Sebészeti Tanszék, Budapest

1989. május 11., csütörtök
18.00—19.30 4. Előadóterem

Gócos májbetegségek
(Poszterek)

Üléselnökök: *Beró Tamás*
Szalay László

1. Fűtő L., Werling K., Zalán K., Koós T., Szalay L., Fehér J.
Gócos májbetegségek a SOTE II. Belklinika 5 éves anyagában
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest

2. *Abonyi M., Szalay F., Harkányi Z., Schaff Zs.*
Hepatocellularis carcinoma (HCC) nem cirrhotikus idiopathiás hemochromatosisban (NCIH)
Semmelweis OTE I. Belklinika, Radiológiai Klinika, Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

3. *Kovalszky I.[1], Jeney A.[1], Lapis K.[1], Schaff Zs.[1], Szécsény A.[2], Karácsonyi S.[3]*
A kémiai hepatokarcinogenesis markereinek változása humán máj jó és rosszindulatú daganataiban
[1]Semmelweis OTE, 1. Kórbonctnai és Kísérleti Rákkutató Intézet
[2]I. Sebészeti Klinika, Budapest
[3]Szent-Györgyi Albert OTE, I. Sebészeti Klinika, Szeged

4. *Antalffy J., Forgács V., Velti N. I.*
Laparoscopia szerepe a gócos májbetegségek diagnosztikájában
Jahn Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály, Szülészeti Osztály, Bp.

5. *Erdei A., Győri I., Bereti I.[1], Csanádi L.[2], Perényi O.[3], Pál S.[3]*
A laparoscopia helye belgyógyászati gyakorlatunkban
Bugát Pál Kórház, Belgyógyászati,
[2]Pathologia,
[3]Nőgyógyászati Osztály, Gyöngyös,
[1]Parádfürdő Kórház, Belgyógyászati Osztály

6. *Kónya L., Tóth M., Gergely P.*
Chronicus hepatitissel szövődött malignus histiocytosis
Semmelweis OTE, II. Belklinika

7. *Pap Zs., Kéki M.*
A máj cavernosus haemangiomájának diagnosztikus lehetőségei
Megyei Kórház, I. Belosztály, Győr

8. *Kovács L., Fábián G., Gulyás M.*
Májmetastasisok kötőszövetes alapvázának polarizációs mikroszkópos vizsgálata
MÁV Kórház, Pathologiai Osztály, Budapest

1989. május 11., csütörtök
14.30—17.30 1. Előadóterem
Endoszkópos szekció
Ünnepi tudományos ülés
Prof. *Dr. Wittman István* 80. születésnapja alkalmából

Üléselnökök: *Papp János*
Simon János

1. *Preisich Péter*
Ünnepi köszöntő
Flór Ferenc Kórház, I. Belgyógyászat, Kerepestarcsa

2. *Tóth É.*
Gastroenterologiai centrum szervezése a főváros legnagyobb kerületében
Margit Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

3. *Várkonyi S., Jungbauer G.*
Az endoscopia és az ultrasonographia helye az emésztőszervi gondozás háromszintű munkamegosztásában
MÁV Kórház, Belgyógyászati Osztály, Budapest

4. *Török A., Bodó M., Székely Gy., Lendvai I.* János Kórház, IV. Belgyógyászat, Budapest Haladás a portalis hypertensio diagnosztikájában és terápiájában

5. *Szántó I., Bozaly I.[1], Bajtai A.[2], Banai J., Gamal E. M., Cserepes É.[1], Rózsa I., Kun M.*
Varróanyag okozta kövek az epeutakban
OTE, II. Sebészeti Klinika, [1]Röntgenológiai Intézet, [2]Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, Budapest

6. *H. Henning*
A laparoszkópia ma
B. f. A. Klinik, Mölln, BRD

7. *R. Ottenjann*
A Campylobacter pylori jelentősége a B-típusú gastritis és a peptikus fekély pathogenesisében
Stadtisches Krankenhaus, München-Neuperlach, BRD

8. *T. Hattori, M. Niimoto, T. Saeki*
Viták a korai gyomorrák kezelésében
Department of Surgery, Research Institute for Nuclear Medicine and Biology, Hiroshima University, Japan

9. *B. Högemann*
Endoszkópos laserterápia indikációi a gasztrointesztinális traktus betegségeinek kezelésében
Medizinische Univ. Klinik und Poliklinik Abt. B., Münster BRD

Üléselnökök: *Kupcsulik Péter*
Juhász László

9. *Pászti I., Bognár M., Balla Zs.*
Az acut endoscopia jelentősége vérzést okozó betegségekben csecsemő- és gyermekkorban
Apáthy István Gyermekkórház, Sebészet, Budapest

10. *Bokor N., Döbrönte Z., Stöckert A., Lőcsei Z.*
A gyomorlymphoma endoszkópos diagnosztikájának nehézségei és jelentősége
Markusovszky Kórház, I. és II. Belgyógyászat, Szombathely

11. *Rácz I., Tóth E., Pécsi Gy.*
A gyomor transmucosalis potenciál differenciájának endoscopos vizsgálata chronicus gastritises betegekben
Megyei Kórház, I. Belgyógyászat, Győr

12. *Baffy Gy.[1], Olvasztó S.[2], Sápy P.[2].*
Pancreatogastrostomián átesett betegek felső panendoscopiás vizs gálata során tett megfigyelések
DOTE, [1]I. Belklinika, [2]I. Sebészeti Klinika, Debrecen

13. *Pásztor J., Mádi Szabó L., Farkas I., Jakab F.*
Hét percutan pseudocysto-gastrostomiás betegünk és a módszer értékelése
PM Tárogató Úti Kórház, Budapest
PM Flór Ferenc Kórház, Kerepestarcsa, SOTE Sebészeti Tanszék, János Kórház, Budapest

14. *Farkas I. E., Preisich P.*
Yag-laser kezelés a gasztrointesztinális traktus inoperábilis obstruktív, malignus folyamataiban
Flór Ferenc Kórház, I. Belklinika, Kerepestarcsa

15. *Molnár S., Ficzere O.[1], Sóvári M.*
Az endoscopos sphincterotomia Heves megyében
Megyei Kórház, II. Belosztály, Radiológiai Osztály[1], Eger

1989. május 11., csütörtök
18.00—19.30 2. Előadóterem

Endoszkópos poszterek

Üléselnökök: *Döbrönte Zoltán*
Domján Lajos
Figus I. Albert

1. *Elek G., Márkos A., Wölfl J., Kovács L.*
Tökéletlen, de malignitás gyanúját keltő biopsziás minták véleményezése
MÁV Kórház, Pathológia és Endoszkópia Osztály, Budapest

2. *Szalóki T., Domján J.*
Felső panendoscopia során létrejött Mallory—Weiss-syndroma
Szőnyi Tibor Kórház, I. Belosztály, Vác

3. *Vittay Gy., Bajtai A.*
Colorectalis polypoid laesiók feldolgozása IBM kompatibilis számítógéppel
OTE Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, Budapest

4. *Bélai F., Tóth É.*
Szokatlan vérzésforrás: egész colonra kiterjedő primer varicositas
Margit Kórház III. Belgyógyászati Osztály, Budapest

5. *Lakatos L., Barabás Gy., Antal L., Rednik A.*
Colitis ulcerosához társuló primer sclerotizáló cholangitis
Megyei Kórház, I. Belosztály, Radiológiai Osztály,
Pathológiai Osztály, Veszprém

6. *Vitéz Á., Ördög L., Papp I., Bajtai A., Figus I. A.*
Colitis ulcerosa diagnózisának és gondozásának aktuális kérdései
Városi Kórház, Jászberény

7. *Pécsi Gy., Rácz I., Tóth E., Bugovics E., Horváth O.*
Praepylorikus diffus vascularis ectasia: chr. gastrointestinalis vérzés ritka oka
Megyei Kórház, I. Belgyógyászat, Győr

8. *Papp I., Vitéz Á.[2], Bajtai A.[3], Figus I. A.[2]*
Nyelőcső és gyomor candidiasis
[1]Országos Onkológiai Intézet, Endoscopia, Budapest
[2]Városi Kórház, Röntgen-Gastroenterológia, Jászberény
[3]OTE Pathologiai Tanszék, Budapest

9. *Halassy K.*
Ritka kóreredetű masszív gastrointestinalis vérzések csillapítása sclerotisáló kezeléssel
Városi Kórház, Sebészeti Osztály, Kalocsa

10. *Csermely L., Tárnok F., Czinder Cs.[1], Tüske Gy.[2].*
Endoscopos vizsgálat során felismert Bouveret-syndroma
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat, [1]Radiológia, [2]Általános Sebészeti Osztály, Zalaegerszeg

11. *Huoránszki F.[1], Bélai F.[1], Zágoni T.[1], Dobó P.[1], Tóth É.[1].*
Malignusan elfajult colorectalis adenomás betegek kezelésének stratégiája
Margit Kórház III. Belosztály[1], Sebészeti Osztály[2], Budapest

12. *Rakonczai E., Szakátsy E., Preisich P.*
The complex treatment of upper gastrointestinal tract bleeding patients
Flór Ferenc Kórház, I. Belgyógyászat, Kerepestarcsa

13. *Garamszegi M., Illényi L., Pajor L., Rinfel J., Németh A., Jávor T., Mózsik Gy.*
Hypertrophiás muscularis pylorus stenosissal társult eosinophil gastroenteritis esete
POTE I. Belklinika, I. Sebészeti Klinika, Kórbonctani Intézet, Pécs

14. *Gerő G., Nádai M., Vass L.*
Elsődleges malignus lymphomák kórszövettani diagnózisa gyomorbiopsziás anyagunkban
Megyei Tanács V. B. Egészségügyi Osztály, Budapest

1989. május 11., csütörtök
19.30—20.30 1. Előadóterem

Video szekció

Üléselnökök: *Harsányi László*
Rácz István

1. *Harsányi L., Kupcsulik P., Kokas P.*
Ascites kezelése peritoneo-venosus shunt beültetésével
Semmelweis OTE I. Sebészeti Klinika, Budapest

2. *Szebeni Á., Mályi I., Kalász Gy.*
Az első hazai tapasztalatok endoszkópos ultrahang vizsgálattal
BM Korvin Ottó Kórház, Budapest

3. *Tóth E., Rácz I., Pécsi Gy., Láng L.*
Chromoendoscopia a gyomorban — videoendoscoppal
Megyei Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Győr

1989. május 12., péntek
9.00—13.00 1. Előadóterem

A nem-fekélyes dyspepsia-syndroma
(Kerekasztal-konferencia)
Moderátor: *Simon László*
Bevezető: *Varró Vince*
Résztvevők: *Bajtai Attila, Balogh István, Beró Tamás, Domján Tamás, Domján Lajos, Döbrönte Zoltán, Jávor Tibor, Lonovits János, Mózsik Gyula, Ozsváth Károly, Prónay Gábor.*

1989. május 12., péntek
14.30—17.30 1. Előadóterem

Kliniko-farmakológiai szekció
(Előadások)

Üléselnökök: *Nagy Lajos*
Papp Ákos

1. *B. Simon, H. G. Dammann, U. Leucht, E. Marinis, P. MÜller*
Ranitidin kezelés nem szteroid gyulladásgátlók által kiváltott gastroduodenalis károsodásokban: rheumás betegeken végzett randomizált, placebo kontrollal ellenőrzött kettős vak tanulmány eredményei

Medizinische Universitätsklinik, Heidelberg

2. *G. Dobrilla, L. Piazzi, M. Felder, G. de Pretis, S. Amplatz*
H^2 antagonisták ulcus duodeni estén: milyen dózisban és milyen időpontban kell adagolni?
Division of Gastroenterology, General Regional Hospital, Bolzano

3. *Dávid K., Tulassay Zs., Papp J., Bodnár A.*
Secretin és cimetidin hatékonyságának összehasonlítása vérző ulcusok kezelésében
Korányi F. Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest
Semmelweis OTE I. Belklinika, Budapest

4. *Nagy L., Hunyadi B., Cziráki A., Mózsik Gy., Jávor T.*
Tisacid suspensio és maalox suspensio összehasonlító vizsgálata intragastrikus pH méréssel hyperacid betegekben
POTE, I. Belklinika, Pécs

5. *Vezekényi Zs., Juricskayné Dávid Zs., Juricskay I., Jávor T.*
A HMG-CoA reduktáz gátló lovastatin kezelés hatása a lipid paraméterekre
Megyei Kórház, I. Belosztály, Zalaegerszeg,
POTE, Központi Kutató Laboratórium,
POTE I. Belklinika, Pécs

6. *Róna K[1]., Riesz T[1]., Winkler V[2]., Arató M[1].*
Salazopyrin terápiás gyógyszerszintmonitorozás folyadékkromatográfiával különböző testnedvekből
[1]OTE I. Belklinika, Budapest
[2]Országos Reuma és Fizioterápiás Intézet, Budapest

7. *Tárnok F. és 12 munkatársa*
Nyombélfekélyes betegek hosszú távú profilaktikus kezelése (3 éves multicentrikus vizsgálat)
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat és 12 centrum, Zalaegerszeg

8. *Sándor Zs., Tulassay Zs., Fehérvári I[1]., Büki B., Papp J., Flautner L[1].*
Somatostatin a postoperativ pancreatitis megelőzésében
Semmelweis OTE I. Belklinika, [1]I. Sebészeti Klinika, Budapest

9. *I. Puskás, D. Milas, Gh. Búzás, T. C. Puskás*
Ulcus duodeni kezelése carboanhydrase bénítókkal vagy H^2 receptor gátlókkal (cimetidine, ranitidin)
Simleu Silvaniei Hospital, Department of Gastroenterology, Románia

1989. május 12., péntek
14.30—17.30 1. Előadóterem

Táplálkozási és dietetikai szekció
(Előadások)

Üléselnökök: *Bodánszky Hedvig*
Mózsik Gyula

1. *Sütő G., Garamszegi M., Király Á., Rinfel, J., Vincze Á., Tóth Gy[1]., Jávor T., Mózsik Gy.*
A mellékvesekéreg szerepe béta-karotinnal létrehozott citoprotekcióban 96%-os alkohollal létrehozott gyomornyálkahártya károsodás során patkányban
POTE I. Belklinika, [1]Kémiai Intézet, Pécs

2. *Vincze Á., Garamszegi M., Király Á., Rinfel J., Sütő G., Tőth Gy[1]., Jávor T., Mózsik Gy.*
Összefüggések a béta-karotin citoprotekció és a gyomor mukóza vaszkuláris permeabilitása között különböző idejű karotin előkezelés során
POTE I. Belklinika, [1]Kémiai Intézet, Pécs

3. *Rinfel J., Garamszegi M., Ruzsa Cs., Sütő G., Vincze Á., Jávor T., Mózsik Gy.*
A pectin hatása különböző kísérletes fekély modellekben patkányban, az élelmi rost adását kísérő szekréciós válaszreakciók
POTE I. Belklinika, Pécs

4. *Bodokÿ Gy., Harsányi L., Pap Á[1]., Flautner L., Tihanyi T.*
Az enterális táplálás hatása a pancreas exocrin működésére a korai postoperativ szakban
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest
[1]Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belgyógyászat, Szeged

5. *Harsányi L., Bodoky Gy., Pap Á[1]., Flautner L., Tihanyi T.*
Kémiailag definiált, oligopeptid tápszer hatása a hasnyálmirigy functiójára
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest
[1]Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belgyógyászat, Szeged

6. *Bodánszky H., Gimesi A., Horváth K., Horn G.*
Átmeneti (?) laktóz malabszorpció különböző malignus gyermekkori betegségek cytostatikus kezelése során
Semmelweis OTE, II. Gyermekklinika, Budapest

7. *R. M. Iemmolo, M. Muraca, [1]R. Merenda, [1]G. E. Gerunda, [1]A. Maffei Facciolli, Fábris L., Okolicsányi L.*
Mennyire hasznos a galactose kiválasztási kapacitás a disznóknál végzett orthotop májtranszplantatiót követő primer máj működési elégtelenség kimutatásában?
Institute of Internal Medicine,
[1]2nd Institute of Surgical Pathology, University of Padua, Italy

8. *Horváth T.*
A hepatikus gyógyszer-biotranszformáció fő- és mellékútjainak szerepe a gyógyszertoxicitásban
Városi Kórház, Belgyógyászati Osztály, Keszthely

9. *Blázovics A[1]., György I.[2]., Somogyi A[3]., Bacsó G[1]., Fehér J[3].*
Dihidrokinolin típusú vegyületek hatásmechanizmusának és hatásspektrumának tanulmányozása kísérletes hiperlipémiában, patkányokban
[1]Semmelweis OTE, Arteriosclerosis Kutatócsoport, Budapest
[2]MTA Izotópkutató Intézet, Budapest
[3]Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest

10. *Somogyi A., Blázovics A[1]., Cornides A[2]., C. Rhenzo-Gonzalez, Láng I., Fehér J.*
A silibinin hatása az immunológiai paraméterekre kísérletes hiperlipémiában
Semmelweis OTE, II. Belklinika,
[1]Arteriosclerosis Kutatócsoport,
[2]István Kórház, II. Belgyógyászat, Budapest

11. *Wittmann, I., Past T., Tóth K., Tapsonyi Zs[1]., Jávor T.*
Szabadgyök fogók tesztelése sejtes modellen
POTE, I. Belklinika,
[1]Megyei Kórház, Központi Laboratórium, Pécs

12. *J. Jablonská, J. Campr, T. Svestka*
Gyomor szekréciós vizsgálatok — kételyek és viták a klinikai gyakorlatban
Charles University, 4th Medical Clinic, Praha

1989. május 12., péntek
14.30—17.30 3., 4. Előadóterem

Kutatói fórum
(Előadások)

Üléselnökök: *Fehér Erzsébet*
Mózsik Gyula

1. *Hunyadi B., Nagy L., Mózsik Gy., Sütő G., Vincze Á., Rinfel J., Jávor T.*
Különböző kationokat tartalmazó antacidumok (köztük a tisacid) hatásai a gyomornyálkahártya prostaglandin tartalmára és az oxygen szabadgyökrendszer paramétereire patkányban
POTE, I. Belklinika, Pécs

2. *Király Á., Garamszegi M., Rinfel J., Sütő G., Vincze Á., Tóht Gy[1]., Jávor T., Mózsik Gy.*
A nervus vagus szerepe a különböző cytoprotectiv ágensekkel létrehozott gyomornyálkahártya védelemben
POTE, I. Belklinika, [1]Kémiai Intézet, Pécs

3. *Mózsik Gy., Garamszegi M., Jávor T., Nagy L., Sütő G., Vincze Á.*
A PGI^2 kiváltotta gyomorcytoprotectio sejtfarmakológiai vizsgálata kísérletes fekélyben
POTE, I. Belklinika, Pécs

4. *Gáti T., Hideg J[1]., Gelencsér F[1]., Szombath D., Székely G., Vereckei K.*
Capsaicin hatása a duodenális transzmukozális potenciál differencia értékére patkányban
Semmelweis OTE, Kórélettani Intézet, Budapest
MN Egészségügyi Szolgálata, Budapest

5. *Székely G., Szombath D., Vereckei K., Gáti I.*
E-vitamin hatása a Shay-féle és a cold restrain-fekély kifejlődésére patkányban
Semmelweis OTE, Kórélettani Intézet, Budapest

6. *Hajnal F., J. Valenzuela[1]*
Izolált patkány pancreas acinusokkal működő bioassay
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belgyógyászat, Szeged
[1]LAC-USC-Med. Center, Section of Gastroenterology, Los Angeles

7. *Nagy I., Pap Á., Hajnal F.*
A pancreas növekedése és biokémiai összetétele kísérletes májcirrhosisban

Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

8. *Takács T., Nagy I., Pap Á.*
Az alfa-difluorometilornitin hatása éber patkány pancreas szekréciójára és a pancreas növekedésére
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

9. *Papp M., Varga G.*
Lorglumid (CR 1409) kezelés hatása a caeruleinnel stimulált újszülött paktánypancreasra
MTA KOKI, Budapest

Üléselnökök: *Lonovics János*
Varró Vince

10. *Lonovics J., J. C. Thompson*
A foszfatidil inozitol rendszer szerepe a cholecystokinin (CCK), acetylcholin (ACH) és kalium klorid (KCL) által stimulált epehólyag kontrakcióban
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged
UTMB Dept. of Surgery Galveston, Texas, USA

11. *Fehér E., Fodor M.*
Somatostatin tartalmú idegrostok és endokrin sejtek a májban
Semmelweis OTE, I. Anatómiai, Szövet- és Fejlődéstani Intézet, Budapest

12. *O. Lundgren*
Képes-e a vékonybél natriuretikus hormont termelni?
Department of Physiology, University of Göteborg, Sweden

13. *Rózsa Zs., Varró V.*
A C-afferens neuron funkcionális károsodásának szerepe krónikus diabeteses patkányok csökkent postocclusiv intestinális hyperemiás válaszában
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

14. *Kiss J., Rózsa Zs., Varró V.*
A C-afferens neuron szerepe a hideg stimulust követő viscerális reflex kiváltásában
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

15. *G. Ács, P. M. Price, R. Banerjee, S. Karpen*
Hepatitis B vírus replikáció gátlása
Mount Sinai School of Medicine, Department of Biochemistry, New York, USA

16. *Vajta G[1]., W. R.. Zhai[2]., G. Ács[3], F. Paronetto*
In vivo modell HBV replikáció tanulmányozására
[1]Semmelweis OTE, I. Kórbonctani Intézet, Budapest
[2]Immunopathology Laboratory of the Veterans Admin. Med. Center, New York, USA
[3]Department of Biochemistry, Mount Sinai Medical Center, New York, USA

17. *Morvay K., Szentléleki K., Török G., Pintér Á., Nawroth R.*
Vékonybél resectio hatása a széklettel ürített epesav mennyiségére és a kísérletes vastagbéldaganat kialakulására patkányban
Semmelweis OTE, II. Sebészeti Klinika, Budapest

18. *Dóbi I[1]., Kékesi V.[2]*
Prostacyclin-analóg (iloprost) kitüntetett vasodilátor hatása a kutya mesenteriális érpályájában
[1]Csepeli Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest
[2]Semmelweis OTE, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

19. *Antal A., Siró B.*
Lipoprotein szintek összehasonlító vizsgálata ischaemiás és nem ischaemiás állapotban végzett májresectiók esetében
DOTE, Kísérletes Sebészeti Intézete, Debrecen
DOTE, I. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

1989. május 12., péntek
18.00—19.30 4. Előadóterem

Kutatói fórum
(Poszterek)

Üléselnökök: *Garamszegi Mária,*
Nagy Lajos,
Pap Ákos,
Papp Miklós,
Várkonyi Tibor

1. *Szentléleki K., Morvay K., Pintér A., Börzsönyi M., Török S., Nagy L., Juhász F.*
Az epereflux mértékének és a gyomorrák gyakoriságának változása resectiós műtétek és vagotomia után patkányban
Semmelweis OTE, II. Sebészeti Klinika, Budapest
Országos Közegészségügyi Intézet, Morfológiai Oszt., Budapest

2. *Adeghate E., Donáth T.*
Pancreas endocrin sejtjeinek immunhisztokémiai vizsgálata patkány elülső szemcsarnoki transzplantátumokban
Semmelweis OTE, I. Anatómiai Intézet, Budapest

3. *Mandl J., Bánhegyi G., Antoni F., Garzó T.*
Konjugálatlan fenolok és katekolok képződése májban streptozotocinnal kiváltott diabetes mellitusban
Semmelweis OTE, I. Kémiai-Biokémiai Intézet, Budapest

4. *László F., Karácsony G., Náfrádi J., Varró V.*
Atophan (cinkophen) indukálta krónikus gyomorfekély kialakítása patkányban
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

5. *Zalatnai A[1]., A. V. Schally[2], Lapis K[1].*
Kísérletes pancreasrák terápiás befolyásolása LH-RH és somatostatin-analógokkal
[1]Semmelweis OTE, I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest
[2]Tulane University, Dept. Expl. Medicine, New Orleans, USA

6. *A. V. Schally[2], Zalatnai A[1]., Lapis K[1].*
A pancreasrák állatkísérletes modellje: BOP-carcinogenesis szíriai aranyhörcsögben
[1]Semmelweis OTE, I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest
[2]Tulane University, Dept. Expl. Medicine, New Orleans

7. *Hamar J., Juhász M., Dézsi L., Ivanics T., Józsa L.*
Az ischemiás vékonybél luminális és/vagy vaszkuláris perfúziója mesterséges oldatokkal
Országos Traumatológiai Intézet, Budapest
Korvin Ottó Kórház, Budapest
Semmelweis OTE, II. Élettani intézet, Budapest

8. *Szombath D., Gelencsér F[1]., Székely G., Till M., Gáti I.*
A P-anyag hatása a gyomor alkáli szekréciójára patkányban
Semmelweis OTE, Kórélettani Intézet, Budapest
[1]MN Egészségügyi Szolgálata, Budapest

9. *Pallagi K., Láng J[1]., Kőrösi L., Jánoki Gy.*
99 mTc-HM-PAO-val jelzett leukocyta szeparálási és jelzéstechnikai vizsgálata
Országos Frédéric—Joliot—Curie Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet, Budapest
Szent-Györgyi Albert OTE, Központi Izotóp Labor, Szeged

10. *Boros L., Lászik Z[1]., Pap Á.*
Alkohol hatása a CCK-OP-val előidézett acut interstitialis pancreatitis regenerációjára
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged
[1]Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, Szeged

11. *Gergely J., Kulcsár A.*
Nem-szelektív béta receptor blokkolók hatása a májműködésre
DOTE, Gyógyszertani Intézet, II. Belklinika, Debrecen

12. *S. Shaw[1], Hajnal F., J. Valenzuela[2]*
Humán plazmaminták bioaktív cholecystokinin (CCK) koncentrációjának meghatározása izolált patkány pancreas acinus bioassay-val
[1]LAC-USC-Med. Center, Section of Diabetology and
[2]Gastroenterology, Los Angeles, USA
Szent-Györgyi Albert OTE, I. Belklinika, Szeged

13. *Toncsev H., Cornides Á., Prókai A., Frenkl R., Fehér J.*
Alkohol és silibinin interakciója a granulociták lizoszomális membránján in vitro
Testnevelési Főiskola, Orvostudományi Tanszék, Budapest
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest
István Kórház, I. Belosztály, Budapest

14. *Kapui Z., Cser I., Kovács Z., Hermecz I.*
Lipoxigenáz inhibitorok és leukotrién antagonisták hatása indometacin indukálta gyomornyálkahártya léziók kifejlődése patkányon
CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára RT., Kutatási Főosztály, Budapest

1989. május 12., péntek
14.30—17.00 2. Előadóterem

Ultrahang
(Előadások)

Üléselnökök: *Nagy Ferenc*
Szebeni Ágnes

1. *Grexa E., Hertelendy Á., Kuhn E.*
Gócos májelváltozások UH és CT vizsgálata
POTE, Radiológiai Klinika, Pécs

2. *Harkányi Z., Weszelits V., Fornet B.*
Differenciál-diagnosztikai lehetőségek a részleges zsírmáj radiológiai vizsgálatában
Semmelweis OTE, Radiológiai Klinika, Budapest
OÉRI, Központi Radiológiai Diagnosztika, Budapest

3. *Kocsis J., Bali I., Morvay Z.*
Az UH szenzitivitása és specificitása gócos májelváltozásokban
Szent-Györgyi Albert OTE, Radiológiai Klinika, Szeged

4. *Varga L., Bánai Gy., Józsa P., Kéki M., Horváth O.*
Ultrahang vezérelte biopsia jelentősége a gócos májbetegségek diagnosztikájában
Megyei Kórház, III. Belgyógyászat, Radiológiai Osztály, Pathológiai Osztály, Győr

5. *Székely Gy., Tóth K., Ragályi G., Szlamka I.*
Májtumorok duplex ultrahangvizsgálata
János Kórház, IV. Belgyógyászat, Budapest
Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Röntgen Osztály, Budapest

6. *Schumann B., Szebeni Á., Rimanóczky É.*
Hasi tumorok ultrahang és tumormarker vizsgálatainak komplex értékelése
Korvin Ottó Kórház, Központi Ultrahang Laboratórium, Központi Laboratórium, Budapest

7. *G. Nassuato, F. Angelini, C. Zacchi, S. Toso, F. Lirussi, Okolicsányi L.*
Zsírmáj előfordulása vidéki lakosságban: klinikai vonatkozások és laboratóriumi adatok
Institute of Internal Medicine, Institute of Radiology University of Padua, Italy

8. *L. Bolondi*
Májdaganatok duplex ultrahang diagnózisa
Institute of Internal Medicine, University of Padua, Italy

9. *Th. Rösch, H. Dancygier, R. Lorenz, Ch. Braig, M. Classen*
Endoszkópos ultrahang vizsgálat a pancreas tumor diagnosztikájában
Dept. of Med., Technical Unviersity, München

1989. május 12., péntek
14.30—17.00 2. Előadóterem

Ultrahang
(Poszterek)

Üléselnökök: *Székely György*
Weszelits Viola

1. *Földes I., Szebeni Á.*
A máj 99m-Tc-techida kiválasztásának és ultrahang képének összehasonlító vizsgálata
Korvin Ottó Kórház, Központi Ultrahang Laboratórium, Izotóp Osztály, Budapest

2. *Vadnai M., Sipos V., Baricza S., Varga Á., Herczeg B., Udvarhelyi Á.*
A hasi ultrahangvizsgálat során felfedezett térfoglaló májfolyamatokról
Róbert Károly Körúti Kórház, I. Belosztály, Sebészet, Bp.

3. *Jakab Zs., Weszelits V.*
Májdaganatok UH morphologiája intraarteriális chemoembolisatio, illetve szisztémás chemotherapia során
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Radiológiai Klinika, Budapest

4. *Winternitz, I., Flautner L., Kupcsulik P., Szécsény A.*
Gócos májelváltozások intraoperatív ultrahangdiagnosztikája
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest

5. *Mádi Szabó L., Szebeni Á., Karner I., Turda É., Farkas I., Flautner L.*
Preoperatív ultrahang-vezérelt antegrad wirsungographia chronikus obstructiv pancreatitisben
Tárogató Úti Kórház, Korvin Ottó Kórház, Budapest
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest

6. *Weszelits V., Harkányi Z., Papp J., Tulassay Zs.*
Ceolat^{R} a hasnyálmirigy ultrahangvizsgálatának előkészítésében: prospektív randomizált, kettős vak klinikai vizsgálat
Semmelweis OTE, Radiológiai Klinika, I. Belklinika, Budapest

7. *L. Pandey, M. Stajic, L. Burg, G. Golubovic*
Ultrahang-kórbonctani korreláció gócos májbetegségekben
Clinical Hospital Centre, Dept. of Gastroenterology, Zemun, Yugoslavia

8. *D. Milas, G. Búzás, I. Puskás*
Ultrahang vizsgálat jelentősége hasi sürgősségekben
Simleu Silvaniei Hospital, Dept. of. Gastroenterology, Szilágysomlyó, Románia

1989. május 12., péntek
17.00—19.30 2. Előadóterem

Bélbetegségek
(Előadások)

Üléselnökök: *Balázs Márta*
Horváth Károly
Bajtai Attila

1. *Schmidt I., Gőcze P*[1]*., Simon I.*
Szérum total sziálsav és totál sziálsav/totál protein hányados meghatározása vastagbélrákos betegekben
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat, Gastroenterológia, Szekszárd
POTE, Szülészeti Klinika, Pécs

2. *Arató A., S. Erkki., T. Veli-Matti*
Az immunkompetens sejtek megoszlásának és a HLA-DR expresszió sajátosságainak vizsgálata colitis ulcerosás gyermekek vastagbélnyálkahártyájában
Semmelweis OTE, I. Gyermekklinika, Budapest
Helsinki Egyetem, I. Gyermekklinika

3. *Mikó P*[1]*., Schreiner M*[2]*., Fehér J*[3]*.*
A laktóz intolerancia rontja az általb teszt értékelhetőségét
[1]*MN Egészségügyi Szolgálat,*
[2]*Megyei Kórház, Győr*
[3]*Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest*

4. *Szlávik J., Bánhegyi D., Szabó Zs., Kovács M., Újhelyi E., Várnai F.*
CMV colitis és salmonella bacteriaemia AIDS-ben
László Kórház, I. Belosztály, Pathológia, OHVI, Budapest

5. *Bajtai A., Figus I. A., Szántó I., Kiss J.*
A felső tápcsatorna dysplasiáinak scanning elektronmikroszkópos képe
OTE, Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, Budapest

6. *Gy. Búzás, I. C. Puskás, I. Puskás, O. Nagy, S. Ciurescu*
Campylobacter pylori infekció gyakorisága és jelentősége gyomor és duodenum betegségekben, valamint kontroll csoportban
Simleu Silvaniei Hospital, Dept. of Gastroenterology, Románia

7. *Wildgrube, H. T., Lauer, H., Goetsch, H. P., Wildgrube, T. C.*
Az irritábilis bél syndroma diagnosztikus és therapiás problémái
Diagnosztikai Intézet, Hanau

8. *Seifert E., Groß U.*
Vajon a gyomor polyp indikátora a colon carcinomának, és a colon polyp utalhat-e gyomorrákra
I. Med. Klinik, Krankenhaus Kemperhof, Koblenz

POSZTEREK

1. *Banai J., Szántó I., Mislóczky M., Surján L., Rózsa I., Kun M.*
A vékonybélbetegségek diagnosztikája
OTE, II. Sebészeti Klinika, Budapest

2. *H. B. Gadeem, Kukán E.*
Vírus eredetű csecsemő és kisdedkori hasmenések
Semmelweis OTE, II. Gyermekklinika, Budapest László Kórház, Budapest

3. *Polgár M., Gelencsér É., Ferenczi Cs.*
A gyermekkori gastroenterológiai szűrővizsgálatok eredményeinek hasznosíthatósága a felnőttkori ellátásban
Madarász utcai Gyermekkórház, KÉKI, Budapest

4. *K. E. Britton*[1]*, Szilvási I., M. Grotowska*[1]
Immunszcintigráfia kolorektális karcinóma Diagnosztikájában
OTE, Radiologiai Klinika, Budapest [1]St. Bartholomew's Hospital, London

5. *Rumi Gy., Sülle Cs., Graffits É., Kubinyi K., Sarudi I., Lassúné Merényi Zs.*
A vér szelén szintje a gyomor-béltraktus tumoraiban
Megyei Kórház, Mezőgazdasági Egyetem, Kaposvár

6. *Pecze K., Vájlok M., Jakab I.*
Véralvadás vizsgálati abnormalitások gastrointestinalis carcinomákban
Jahn Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat, Budapest

7. *Egerszegi P., Balázs M.*
Pseudolymphoma vékonybélben
János Kórház, Kórbonctani Osztály, Budapest

8. *Korponay-Szabó I., Kovács J., Lőrincz M., Kárpáti S., Rosdy B., Sashegyi J., Simon K*[1].
IgA typusú anti-endomysium ellenanyag és vékonybél elleni keringő ellenanyag vizsgálata coeliakiás gyermekek savójában
Heim Pál Gyermekkórház, Budapest
Semmelweis OTE, I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet

9. *Gáldi Z., Nagy Bné., Simon I., Fekete Gy*[1]*., Kocsis F.*
Fiatal nyombélfekélybetegek serum-összpepsinogen vércsoport és secretortulajdonság-vizsgálata (előzetes közlemény)
Visegrádi Gyógyintézet,
Semmelweis OTE, II. Gyermekgyógyászati Klinika, Budapest

10. *Kövi R., Micskey É., Gergely A., Varga K.*
Coeliakia miatt gondozás betegeink SeCa, SeP, AP, SeZn, SeCu szintjének és csontkorának alakulása
Budai Gyermekkórház, OÉTI, Budapest

11. *Varga K., Kövi R., Micskey É., Hulinay É.*
H^2 kilégzési teszt és orális laktóz-terhelés összehasonlító vizsgálata gyermekekben
Budai Gyermekkórház, Budapest

12. *Micskey É., Péter F., Schaff Zs*[1].
Szérum prolaktin szint különböző etiológiájú és morfológiai károsodást mutató vékonybél-betegségekben
[1]Budai Gyermekkórház, Budapest
Semmelweis OTE, I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézetk

13. *Horváth K., Parlagi Gy., Sántha M.*
Gyermekkori coeliakia felnőttkori recidivája
László Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Budapest

14. *Miskolczi Török M., Szalay L., Péter M. Tolnai E., Herszényi L., Kárteszi M., Fehér J.*
Belgyógyászati beteganyagon hidrogén kilégzési teszt alkalmazásával szerzett tapasztalataink
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest

19.00 *Vezetőségi ülés*

1989. május 13., szombat
9.00—12.00 1. Előadóterem

Hetényi Géza-emlékelőadás

Üléselnökök: *Jávor Tibor*
Fehér János
Szécsény Andor: A máj sebészete
A társaság díjainak átadása

Közgyűlés

Üléselnök: *Jávor Tibor*
Elnöki megnyitó
Főtitkári beszámoló
Pénztárosi beszámoló
A Számvizsgáló Bizottság tájékoztatója
Ellenőri jelentés
Vita az elhangzott beszámolók felett
Főtitkári zárszó

1989. május 13., szombat
14.00—17.30 3. Előadóterem

Sebészet
(Előadások)

Üléselnökök: *Flautner Lajos*
Kotsis Lajos

1. *D. Johnston*
A gastrointestinális sebészet aktuális kérdései
General Informary Hospital, Leeds, UK

2. *Forgács A., Éles Zs., Weltner J.*
Nyelési panaszok és kezelési konzekvenciák
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest

3. *Solt J., Papp Zs., Rauth J.*
10 éves tapasztalatok a nyelőcső szűkületek ballonkatéteres tágításával
Megyei Kórház, I. Belgyógyászat, Röntgenosztály, Pécs

4. *Kotsis L., Kulka F., Zubovits K., Apáthy E.*
A palliatív nyeléshelyreállítás határairól, hatékonyságáról és költségeiről 101 műtét kapcsán
OTE, Mellkassebészeti Tanszék

5. *N. J. Lygidakis, M. N. van der Heyde*
Sebészi alternatívák a Klatskin-tumorok kezelésében
Dept. of Surgery Academic Medical Center, Amsterdam, Netherlands

6. *Csáky G., Papp L., Gyarmati J., Mátai É., Szűcs G.*
A preoperatív diagnosztika lehetőségei a pancreas nekrózis miatti műtét időpontjának a meghatározásában
Megyei Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

7. *Nagy P., Velti N., Benyó I., Nyitrai M.*
Acut pancreatitis kezelésével kapcsolatban elért újabb eredményeink
Jahn Ferenc Kórház, Sebészet, Budapest

8. *Flautner L., Tihanyi T., Winternitz T.*
Változások a kisméretű pancreassejt pseudocysták sebészi kezelésében
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest

9. *Farkas Gy., Karácsonyi S., Szederkényi E., Pap A*[1].
Pancreas pseudocysta kezelése rezekciós műtéttel (retrospektív vizsgálat)
Szent-Györgyi Albert OTE, Sebészeti és [1]*I. Belklinika, Szeged*

10. *Tihanyi T., Flautner L., Szécsény A.*
A pancreas pseudocysták sebészi kezelésének dilemmái krónikus pancreatitisben
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest

Üléselnökök: *Faller József*
Regöly Mérei János

11. *Sápy P., Olvasztó S., Balázs Gy.*
A maradék pancreas ellátásának dilemmája pancreatoduodenectomiák során
DOTE, I. Sebészeti Klinika, Debrecen

12. *Sándor J., Dubecz S., Bátorfi J., Ihász M.*
Hibák és tévedések a PSV-hez kapcsolt pylorusplastica gyakorlatában
Semmelweis OTE, III. Sebészeti Klinika, Budapest

13. *Máthé Z., Popik E., Lieber A., Csősz Gy., Kassai I., Mihály Zs., Rettegi M.*
EKG eltérések acut pancreatitisben
Semmelweis OTE, 1. Sebészeti Klinika, Budapest

14. *Kisfalvi I., Kenderessy I.*
Savsecretiós értékek alakulása és a fekélyrecidiva betegeinkben a proximalis selectiv vagotomiát követő években
MÁV Kórház, V. Belgyógyászat, I. Sebészet, Budapest

14. *Szegedi Z., Hajdú Z., Kósa Cs.*
Vagotomia a duodenalis fekélyperforatio kezelésében
Dr. Kenézy Gyula Kórház, Sebészeti Osztály, Debrecen

15. *Marosvölgyi P., Molnár I.*
Egydosisú cefamandol prophylaxis és a rizikófaktorok az epesebészetben
Csepeli Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

16. *Ecsedy G., Mundi B., Farkas I*[1]*., Hüttl K*[2]*., Fornet B*[2]*., Antony A*[3].
Intraoperatív epeút diagnosztika a késői utánvizsgálatok tükrében
Semmelweis Kórház, Sebészet, Budapest
[1]Flór Ferenc Kórház, I. Belgyógyászat, Kerepestarcsa
[2]Országos Érsebészeti Intézet, Közp. Radiol. Diagn., Budapest
[3]László Kórház, Ultrahang Laboratórium, Budapest

17. *Fazekas T., Todua F. I., Bátorfi J., Bálint A., Regöly Mérei J., Ihász M.*
A klasszikus sebészi kezelés és a percutan transzhepatikus zárt drenázs eredményeinek összehasonlító elemzése pyogen májtályogoknál
Semmelweis OTE, III. Sebészeti Klinika, Budapest
Moszkvai Visnyevszkij Sebészeti Intézet, Szovjetunió

18. *Jakab F., Ráth Z., Schmal F., Sugár I., Faller J.*
Kezelési taktikánk májtályog esetén
Semmelweis OTE, Sebészeti Tanszék, Budapest

19. *Tihanyi M., Kiss T., Nemessányi Z., Sámik J.*
Belgyógyászati kezeléssel dacoló ascites kezelése shunt-műtéttel
POTE, II. Sebészeti, II. Belklinika, Izotóp Laboratórium, Pécs

1989. május 13., szombat
18.00—19.30 3. Előadóterem

Sebészet
(Poszterek)

Üléselnökök: *Popik Ervin*
Bátorfi József

1. *Ugocsai Gy., Hajnal M., Kaposi N. P.*
Ismeretlen eredetű májtályogok osztályunk 5 éves beteganyagában
Csepeli Kórház, Sebészeti és Röntgen Osztály, Budapest

2. *Hormay M., Szabó I., Csengődy J., Érdi A.*
Szeptiko-toxikus állapottal szövődő, komplex ellátást igénylő vékonybélsipoly esete

Weil Emil Kórház, Intenzív Osztály, Budapest
Országos Testnevelési és Sportegészségügyi Intézet, Általános Sebészeti Osztály, Budapest

3. *Hajnal M., Ugocsai Gy.*
Ileust okozó mesenterialis cysta
Csepeli Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

4. *Orbán L., Popovits J., Végh V[1]., Szabó L. G[2].*
Acut hasi kórképet okozó polyarteritis nodosás eseteink
Városi Kórház, [1]*Belgyógyászati,* [2]*Pathológiai Osztály, Hatvan*

5. *Graffits É., Rumi Gy., Sülle Cs., Kubinyi K., Nagy Gy., Orbán I.*
Neurofibromatosis neurogen gyomorsarcomával, illetve gyomorcarcinomával szövődött esetei
Megyei Kórház, Kaposvár

6. *Sülle Cs., Rumi Gy., Graffits É., Kubinyi K., Orbán I., Berta M., Huszár Zs.*
Gastrointestinális carcinomák mellett előforduló második primer malignus tumor
Megyei Kórház, Kaposvár

7. *Svébis M., Lóránd P., Fekete L.*
Különböző típusú ileo-colicus anasztomozisok összehasonlító felülvizsgálata 10 év anyagában (1979—1988)
Hollós József Kórház, Általános Sebészet, Kecskemét

8. *Gál I., Figus I. A., Asztalos L.*
Szokatlan mértékű kőképződéssel járó krónikus pancreatitis
Városi Kórház, Sebészet, Gyöngyös
Gastroenterológiai Osztály, Jászberény
DOTE, I. Sebészeti Klinika, Debrecen

9. *Boros A.*
Postoperativ pancreatitis 5 éves műtéti anyagunkban
II. Rákóczi Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály, Szikszó

10. *Kovács M., Merényi K., Kenderessy I., Márkos Á.*
Subcapsularis léprupturát utánzó léptumor klinikai esete
MÁV Kórház, Radiológiai Osztály, Budapest

11. *Stumpf J[1]., Englóner I[2]., Patyánik M[1]., Varga S[1].*
A regionális tumorterápia lehetőségei rectum tumoroknál
[1]Weil Emil Kórház, Onkoradiológia, Budapest
[2]Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest

12. *Popik E., Magyar A., Duffek L., Tóth M., Hamvas J., Kuklis E., Slavei K.*
A calcium homeostasis zavara acut pancreatitisben
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Budapest

13. *Balázs Gy., Mikó T[1]., Bartha I., Bodrogi T.*
Szemléletváltozást a vastagbél diverticulumok sebészi kezelésében!
DOTE, I. Sebészeti Klinika, [1]Kórbonctani Intézet, Debrecen

15. *Bartha I., Bodrogi T., Balázs Gy.*
A colitis ulcerosa sebészi kezelésének taktikája
DOTE, I. Sebészeti Klinika, Debrecen

16. *Köves I., Vámosi-Nagy I., Molnár L.*
Colo-rectalis daganat miatt operált betegek ellenőrzése
Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest

17. *Vámosi-Nagy I., Köves I., Molnár L.*
Vastagbélresecáltak optimális kontrollja
Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti Osztály, Budapest

18. *Strumpf J[1]., Schultheisz F[2]., Faludi S[2]., Somogyi A[1].*
Rectum tumorok preoperatív sugárkezelésével szerzett tapasztalataink
[1]Weil Emil Kórház, Onkoradiológia, [2]Sebészet, Budapest

19. *Csiffáry D., Back F.*
Kettős epehólyag — egy ritka anatómiai rendellenesség és klinikai jelentősége
Tétényi Úti Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

20. *Drahos Á., Kovács M.*
Pancreas pseudocysta kezelésére alkalmazott műtétek értékelése a késői eredmények alapján, krónikus pancreatitisben
Semmelweis OTE, I. Sebészeti Klinika, Diákkör, Budapest

1989. május 13., szombat
14.30—17.30 4. Előadóterem

Hepatológia
(Előadások)

Üléselnök: *Csomós Géza*
Gőgl Árpád

1. *J. Bircher, Lotterer E., Stiehl A., Flösch U.*
Ursodeoxycholsav kezelés primer biliaris cirrhosisban
Division of Clinical Pharmacology, University Göttingen, BRD

2. *H. Thaler*
Hepatikus encephalopathia
Fourth Medical Department, Wilhelminenspital, Wien

3. *M. Bojovic, M. Stajic, G. Golubovic, L. Pandey, L. Burg*
A visuális kiváltott potenciál szerepe a latens károsodások diagnózisában portocavalis encephalopathia esetén
Clinical Hospital, Dept. of Gastroenterology, Zemun, Jugoszlávia

4. *L. Okolicsányi*
Familiáris hiperbilirubinémia — 1989.
Instituto di Clinica Medica a Nefrologia, Universita di Parma, Italy

5. *C. Rink, J. Haerting, R. Nilius*
A túlélés kvantitatív felmérése májcirrhosisos betegekben
Dept. for Internal Medicine and Institute for Biostatistics and Medical Informatics of the Martin-Luther-Universitat, Halle, DDR

6. *Németh J., Büki B., Szalay F.*
Malignus és portalis eredetű ascites differenciáldiagnosztikája. A fibronektin diagnosztikus értéke
Semmelweis OTE, I. Belklinika, Budapest

7. *E. Giannoulis, A. Nikopoulos, D. Koliouskas, Ph. Mokka-Nakou, A. Tourkantonis, C. Arvanitakis*
Ascites folyadék lipid szintjének diagnosztikus értéke az ascites vizsgálatánál
Department of Medicine and Department of Biochemistry, University of Thessaloniki School of Medicine, AHEPA General Hospital, Thessaloniki, Greece

8. *Varga Gy., Juhász L.*
A hepatobiliaris pharmakoscintigraphiával szerzett tapasztalataink a Vater-papilla megbetegedések differenciáldiagnosztikájában
Megyei Kórház, Röntgen és Izotópdiagnosztikai Intézet,
II. Belgyógyászati Osztály, Miskolc

Üléselnökök: *Schaff Zsuzsa*
Dávid Károly

9. *Sólyom Cs., Szlamka I., Székely Gy., Bodó M., Török A.*
Individuális epesavak analízise idült májbetegségekben
János Kórház, IV. Belgyógyászat, Budapest

10. *Varga L., Pócza K., Brittig F., Kiss G., Döbrönte Z.*
Az elsődleges májrák epidemiológiai vizsgálata Vas megyében
Markusovszky Kórház, I. és II. Belgyógyászat, Kórbonctani Osztály, Szombathely

11. *R. Orlando, F. Lirussi, L. Okolicsányi*
Laparoszkópia és közvetlen májbiopszia a chronikus hepatitis követésében
Instituto Medicina Interna, Universita di Padova, Italy

12. *Héricz M., Keresztúri S., Kovács A.*
CAH talaján kialakult primer májtumor ritka szövődménye
Semmelweis Kórház, Krónikus Belgyógyászati és Pathológiai Osztály, Miskolc

13. *Demeter J., Csermely A., Harmos G.*
A máj fokális noduláris hiperpláziájáról — egy eset bemutatásával
János Kórház, Központi Röntgen Osztály, Kórbonctani Osztály, II. Belgyógyászat, Budapest

14. *K. U. Schentke, W. Schimming, S. Gehrisch, E. Kobe, W. Jaros*
Hiperlipoproteinémia jellemzői primer biliáris cirrhosisban
Departments of Medicine and Clinical Chemistry, Medical Academy, Dresden, GDR

15. *M. Stajic, G. Golubovic, L. Pandey, L. Burg*
Kórlefolyás, prognózis és szövődmények akut alkoholos hepatitises betegeknél
Clinical Hospital, Dept. of Gastroenterology, Zemun, Yugoslavia

16. *A. Monis*
Korszerű felosztás a chronikus aktív hepatitis kezelésében
Faculty of Medicine, Ain-Shams University, Cairo, Egypt

17. *F. Lirussi, R. Orlando, R. M. Iemmolo, D. Passera, G. Nassuato, L. Okolicsányi*
Néma kövek: hány beteg alkalmas az epesav kezelésre?
Insitute of Internal Medicine, University of Padua, Italy

18. *Dargel R., Zimmermann T.*
Kísérletes májcirrhosis modell

1989. május 13., szombat
14.30—17.30 4. Előadóterem

Hepatológia
(Poszterek)

Üléselnökök: *Dalmi Lajos*
Büki Béla

1. *Szalay L., Herszényi L., Kárteszi M., Fehér J.*
Hepatikus encephalopathia lactulose kezelése
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest

2. *Baló Banga M., Szalay L[1]., Hazem F. Jasim, Herszényi L[1]., Schaff Zs[2]., Fehér J[1].*
In vitro lymphocyta chromatin-aktiváció jelentősége toxikus hepatitisben
Semmelweis OTE, Bőr- és Nemikórtani Klinika, [1]II. Belklinika, [2]I. Kórbonctani és Kísérletes Rákkutató Intézet, Budapest

3. *Orbán É., Kovács Zs[1]., Endrőczi E[1]., Ungár P[2].*
Az I—125-konjugált kólsav in vitro készlet klinikai kivizsgálásának eredményei
Országos Frédéric Joliot-Curie Sugárbiológiai és Sugáregészségügyi Kutató Intézet, Budapest
[1]Országos Laboratóriumi Intézet, Budapest
[2]Országos Reuma és Fizikoterápiás Intézet, Budapest

4. *Gajda J., Varga J., Swarcz T.*
A máj granulomás elváltozása penicillin adása kapcsán
Városi Kórház, Belgyógyászati Osztálya, Tata
Megyei Kórház, Kórbonctani Osztály, Tatabánya

5. *Jakab I., Pecze K., Nemes Nagy Zs., Vájlok M.*
Haemostasis vizsgálatok cirrhosis hepatisban
Jahn Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat, Budapest

6. *Szalay F., Buscher H. D., Schmidt R.*
Izolált patkánymáj fluoreszcein felvétele Komputerizált video-mikroszkópos tanulmány
Semmelweis OTE, I. Belklinika, Budapest
Medizinische Klinik, Univ. Freiburg, BRD

1989. május 13., szombat
18.00—19.30 2. Előadóterem

Nem fekélyes dyspepsia
(Poszterek)

Üléselnökök: *Tóth Éva*
Nékám Kristóf

1. *Tóth É., Huoránszki F., Bálai F., Zágoni T., Balkányi L., Neumark A., Csizy J.*
A „non ulcer dyspepsia" fogalmának létjogosultságáról
Margit Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest

2. *Horváth K., Horn G., Bodánszky H., Szamosi T.*
Dyspepsia iskoláskorú gyermekeknél
Semmelweis OTE, III. Gyermekklinika, Budapest

3. *Mészáros B., Benyó I., Kisfalvi Cs., Benyó I. jr.*
A savhiányos dyspepsia hatása a máj működésére
Jahn Ferenc Kórház, Sebészet, Budapest

4. *Herszényi L., Szalay L., Lengyel G., Tóth J., Dank M., Prónai L., Zalatnai A[1]., Fehér J.*
Szövettani vizsgálattal igazolt chronicus gastritisek endoscopiás anyagunkban
Semmelweis OTE, II. Belklinika, [1]I. Kórbonctani és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

5. *Nékám K., Temesvári E[1]., Láng I., Fehér J.*
A felnőttkori ételallergiák és intoleranciák diagnosztikus és terápiás nehézségeiről
Semmelweis OTE, II. Belklinika, Budapest
[1]*Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest*

6. *Németh A., Garamszegi M., Patty I., Jávor T.*
Krónikus gasztritiszek, endoszkópos és szövettani kép elemzése
POTE, I. Belgyógyászati Klinika, Pécs

7. *Dobi S., Telegdy L., Prinz Gy., Szabó Zs., Tárkányi K., Várnai F.*
Campylobacter pylori — asszociált antrum — gastritis kórházunk endoscopos beteganyagában
László Kórház, Endoscopos Laboratórium, Budapest

8. *Lőcsei Z., Döbrönte Z., Lakatos F., Brittig F., Bokor N., Stöckert A., Varga L.*
Campylobacter pylori positiv antrum gastritises betegek bismuth-subsalicylát kezelésével nyert tapasztalatok
Markusovszky Kórház, I. és II. Belosztály, Kórbonctani Osztály, KÖJÁL Bacteriologiai Laboratóriuma, Szombathely

9. *Móricz Z., Simon L.*
Vékonybél bacteriologiai vizsgálattal és H^2-kilégzési teszttel szerzett tapasztalataink nem fekélyes dyspepsiás betegek kivizsgálása során
Megyei Kórház, III. Belosztály, Szekszárd

10. *Kubinyi K., Rumi Gy., Graffits É., Sülle Cs., Baron F., Kocsondi L.*
A campylobacter pylori előfordulása és szerepének vizsgálata dyspepsiás betegekben
Megyei Kórház, KÖJÁL, Kaposvár

11. *Küronya P., Petrás S., Gacs M., Mészáros S.*
Campylobacter pylori pozitív chronikus gastritis előfordulása essentialis dyspepsiás betegekben
Városi Kórház, II. Belgyógyászat, Pathológia, Ajka
Megyei KÖJÁL, Veszprém

12. *Tóth Gy., Régi Cs., Simon L.*
Az elektrogastographia
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat, Gastroenterológia, Szekszárd

21.00 *Fogadás*

1989. május 14., vasárnap
8.20—12.50 3—4. Előadóterem

Tévedések, dilemmák a gastroenterológiai betegellátásban

Moderátor: *Pap Ákos*
8.20-tól Poszterek elhelyezése
9.00—10.00-ig Klinikopathologia
10.00—10.30-ig Epesebészeti tévedések
10.30—11.00-ig Colitis ulcerosa sebészi dilemmái
11.00—12.00-ig Posztervita

Tévedések, dilemmák a gastroenterológiai betegellátásban
(Poszterek — Posztervita 11.00—12.00)

Üléselnökök: *Pap Ákos*
Vallent Károly
Újszászy László
Kovács Ágota

1. *Orosz P., Förster Gy[1]., Juhász L.*
A gyomor scirrhosus daganatának kórismézési nehézségeiről
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat, [1]Pathológia, Miskolc

2. *Balkányi L., Molnár K[1]., Tóth M., Sánta E[1].*
Számítógépes döntéstámogatás az endoscopos laboratórium munkájában — luxus vagy reális lehetőség?
Margit Kórház, III. Belgyógyászat, Budapest
[1]Számítástechnikai Kutató Intézet és Innovációs Kp., Budapest

3. *Nagy Gy., Kánya L., Minik K., Prónay G., Újszászy L., Juhász L.*
Felső gastrointestinalis vérzésdiagnosztika során elkövetett tévedéseink
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat, Sebészet, Kórbonctan, Miskolc

4. *Popovits J., Orbán L., Freili G., Zeke G[1].*
PSV-t követő emésztési panaszok — motilitászavar, technikai hiba?
Városi Kórház, Sebészet, [1]Belgyógyászat, Hatvan

5. *Császár T., Hafner J., Rácz Sz., Kutas J., Patakfalvi A.*
Coeliaca stenosis és steal syndromás eseteink az elmúlt 10 év során
Megyei Kórház, Belgyógyászat, Radiológia, Sebészet, Zalaegerszeg

6. *Juhász L., Nagy Gy., Szentirmai I., Mátyás L., Gyarmati J.*
A belek idült vérellátási elégtelenségének diagnosztikus nehézségeiről
Megyei Kórház, II. Belgyógyászat, Általános Sebészet, Érsebészet, Radiológia, Miskolc

7. *Kárteszi M., Szalay L., Göndöcs Cs., Szilvási J[1]., Makó E[2]., Vallent K[3]., Fehér J.*
Gastroenterológiai kórképek felismerésének nehézségei konkrét esetek kapcsán
Semmelweis OTE, II. Belklinika, [1]OTE, Izotóp Laboratórium, [2]Semmelweis OTE, Radiológiai Klinika, [3]I. Sebészeti Klinika, Budapest

8. *Kamuti J., Jassó A., Balla Z., Sarkadi K., Wölfl J.*
Biliaris megbetegedések diagnostikus és therapiás nehézségei a tévedések tükrében
MÁV Kórház, III. Sebészet, Budapest

9. *Balla Z., Kamuti J., Jassó A., Sarkadi K.*
Cholelithiasis és juxtapapillaris duodenum

diverticulum együttes előfordulásának diagnostikus és therapiás nehézségei
MÁV Kórház, III. Sebészet, Budapest

10. *Csikós F.*
Diagnosztikus problémát okozó vastagbélbetegségek
Semmelweis Kórház, Általános Sebészet, Kiskunhalas

11. *Papp Z., A. Assefa, Zsoldos F., Varga E., Patri I.*
Dilemmát okozó „vastagbél tumoros" eseteink
Városi Kórház, Sebészeti Osztály, Szentes

12. *Varga Gy., Teleky J., Juhász M., Harmos F., Kovács M., Vándorffy K.*
Ogilvie syndroma mechanikus ileusként operált esete
MÁV Kórház, I. Sebészet, Röntgen, I. Belgyógyászat, Budapest

13. *Baradnay Gy.*
A sebészi kezelés dilemmái a colitis ulcerosa, illetve Crohn-betegség histologiailag kétes eseteiben
Városi Kórház, Sebészet, Szeged

14. *Szentirmai I., Jankovich M., Herczeg L.*
Rectum resectio — lokális recidiva — a rectum carcinoma sebészetének dilemmája
Megyei Kórház, Általános Sebészeti Osztály, Miskolc

15. *Fekete Cs., Wölfl J., Andrássy E.*
Tévedések a krónikus szigma divertikulitisz perioperatív megítélésében
MÁV Kórház, II. Sebészeti Osztály, Endoszkópos Laboratórium, Budapest

16. *Szeleczky M., Szécsi T., Rózsa I.*
Lokális metronidazol kezelés epeúti giardiasisban
OTE, II. Sebészeti Klinika, Budapest

17. *A. Assefa, Papp Z., Petri I.*
Coecum tumort utánzó periappendicularis infiltratumok
Városi Kórház, Sebészeti Osztály, Szentes

18. *Kolláth Z., W. Aswad*
Arteria pancreaticoduodenalis inferior icterust okozó aneurysmája
Semmelweis Kórház, I. Fertőző Osztály, Miskolc

19. *Haraszti G., Pap Á., Lászik Z.*
Chronicus pancreatitis 10 év boncolási anyagában
Szent-Györgyi Albert OTE, Kórbonctani és Kórszövettani Intézet, I. Belklinika, Szeged.

12.00 A nagygyűlés bezárása
Zárszó

A Fővárosi István Kórház-Rendelőintézet Kállai Éva Kórházának (Budapest, VIII. ker. Kun u. 4.) **Tudományos köre** *1989. április 27-én 14 órakor* tudományos ülést rendez a kórház előadótermében.

Üléselnök:
Dr. Ménesi László,
a Tudományos kör elnöke

A tudományos ülés programja:
Kalas László dr.: Erysipelas szövődményének sebészeti kezelése.
A témához csatlakozó kazuisztikák.

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság, a Magyar Endocrinológiai és Anyagcsere Társaság és a *Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége 1989. május 5-án rendezi a XIV. Kékestetői Pajzsmirigy Symposiumot.*

Program:

PAJZSMIRIGY ÉS CSONTRENDSZER

Referátumok:

1. *Prof. Dr. Holló István:* A csontanyagcsere alapvonalai

2. *Dr. Gyarmati János:* A pajzsmirigy betegséghez társuló csontelváltozások

Csatlakozó előadások:

1. *Dr. Lakatos Péter, dr. Tarján Gábor, Dr. Földes János, Dr. Holló István:* A subtotális strumectomián átesett betegek csontanyagcseréjének vizsgálata.

TOXIKUS ADENOMA

Referátumok:

1. *Prof. Dr. Földes János:* Pajzsmirigy autonom adenoma

2. *Prof. Dr. Balázs György:* A pajzsmirigy autonom adenomák sebészi vonatkozásai.

3. *Dr. Konrády András:* Autonom adenoma radiojód kezelése

Csatlakozó előadások:

1. *Dr. Szabó Jenő, dr. Leövey András:* A pajzsmirigy disszeminált autonómiája.

2. *Dr. Uray Éva, Dr. Csáky Gergely, Dr. Lukács Géza, Dr. Juhász Ferenc, Dr. Balázs György:* A toxikus adenomák perioperatív intenzív therapiás vonatkozásai.

TUDNIVALÓK:

Az előadások helye: Kékestető, az Orvos-Nővérszálló nagyterme.

Részvételi díj: 100,— Ft.

Szolgáltatások, étkezés:

Büfé rendelkezésre áll.

Ebédet igénybejelentésre önköltségi áron biztosítunk.

Az igényt **1989. április 28-ig** kérjük levélben,

telefonon (37 74-031) vagy telexen: (25249) bejelenteni.

Levélcím: Dr. Ráday Péter KÉKESTETŐ 3221.

Az Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet *1989. május 8-án 15 órakor* tartja tudományos ülését a Lukács Klubban (Bp., Frankel Leó u. 25.)

Téma:

Dr. Köteles György: A radon expozíció sugárügyi következményei

---

A Heim Pál Gyermekkórház-Rendelőintézet Idegosztálya *1989. május 9-én 14 órakor* tartja tudományos ülését a kórház előadótermében (Bp. Üllői út 86. A. ép. V. em.)

Téma:

1. *Saracz Judit, Herczegfalvy Ágnes:* Carnitin terápia kérdése különleges myopathiákban

2. *Paraicz Éva:*
A CT által nyújtott segítség és általa okozott téves diagnózisok

3. *Veres Éva, Gottlieb Erzsébet:*
Opticus neuritis gyermekkorban

Az Egyetemi Tudományos Napok programja keretében a **Társadalomorvostani és Orvostörténeti Intézet** tartja előadásait *1989. május 11-én 14 órakor* a NET Dohányzójában (Bp., Nagyvárad tér 4.)

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Tudományos Bizottsága és a Debreceni Akadémiai Bizottság Orvosi és Biológiai Szakbizottsága a DOTE Mikrobiológiai Intézetének közreműködésével a DAB Székházban (Debrecen, Thomas Mann u. 49.), *1989. április 24-én, hétfőn, 18 órakor* TUDOMÁNYOS ÜLÉST rendez.

PROGRAM

Dr. Gergely Lajos: Bevezetés

Dr. Gergely Lajos: Human papillomavirus-fertőzések szerepe a női alsó genitális szakasz daganatos elváltozásaiban

Dr. Czeglédy Judit: Human papillomavirus-fertőzések a terhesség alatt

Dr. Szabó Béla: Virusneutralizáló ellenanyagok és az interferon rendszer vizsgálata HIV-fertőzésben

Dr. Kiss Jolán: Lymphocytotoxikus ellenanyagok vizsgálata a HIV-fertőzés különböző stádiumaiban

Dr. Rozgonyi Ferenc: Különböző *Staphylococcus* speciesek sejtfelszíni komponensei és tulajdonságai; szerepék a virulenciában

Andirkó István: Staphylococcus haemolyticus és *Staphylococcus saprophyticus* lipidtartalma és zsírsavösszetétele

Dr. Rédai Imre: A mikrobiológiai diagnosztika jelentősége, 1988. évi eredmények

---

A Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottsága és a **Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Tudományos Ülések Albizottsága** *1989. április 25-én 16 órai* kezdettel a SZAB Székház dísztermében tudományos ülést rendez a Radiológiai Klinika és az Urológiai Tanszék munkatársainak részvételével:

1. *Kiss Attila, Kovács Géza:* Az infiltratív hólyagcarcinoma kezelésének jelen állása

2. *Vadon Gábor, Pikó Béla:* Radiológiai módszerek az infiltratív hólyagcarcinoma kezelésében

3. *Scultéty Sándor, Csenke Zoltán:* Tapasztalatok a varikokele sebészi kezelésének módszereivel

4. *Pokorny Lajos, Nagy Endre:* A véna spermatica szklerotizálással szerzett tapasztalataink

5. *Pintér Olivér, Szalay István:* Intrascrotalis folyamatok differenciáldiagnosztikus problémái

6. *Bali Ilona, Hoffmann Ildikó:* A scrotum ultrahang diagnosztikája

7. *Rajtár Mária*, Ésik Olga, Csernay László**: Radioizotópos diagnosztikai lehetőségek a csontmetastasis kimutatásában (* = Izotópdiagnosztikai Labor.)

A Fővárosi Tanács Bajcsy-Zsilinszky Kórház-Rendelőintézet Igazgatósága és Tudományos Bizottsága

1989. április 27-én 14 órakor

a kórház tanácstermében tudományos ülést rendez.

Üléselnök: Dr. Sági Tamás

Téma: „A korszerű táplálkozás jelentősége a betegségek megelőzésében"

1. *Dr. Fövényi József* (Péterffy S. Kórház): A táplálkozás jelentősége a cukorbetegség megelőzésében

2. *Dr. Zajkás Gábor* (OÉTI): A táplálkozási tényezők szerepe a koszorúsér betegségek megelőzésében

3. *Dr. Kempelen Imre* (Bajcsy-Zsilinszky Kórház): A táplálkozás szerepe az emésztőszervi daganatok megelőzésében.

A Szegedi Akadémiai Bizottság Orvostudományi Szakbizottsága és a **Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Tudományos** Ülések Albizottsága *1989. május 2-án 16 órai* kezdettel a SZAB Székház dísztermében tudományos ülést rendez az Ideggyógyászati Klinika munkatársainak részvételével:

1. *Szentistványi I., Rimanóczy Á.:* A dexamethason supressiós teszt (DST) diagnosztikus jelentősége pszichiátriai betegeinknél

2. *Szász A.:* Pszichoterápiás kezelhetőség és a gyógyhajlam viszonya pszichés rendellenességekben

3. *Szász A., Szűcs E.:* Csoport pszichoterápia kognitív módszere emotív zavarok kezelésében

4. *Fodor A-né:* Beszámoló a depressziós betegek transzkulturális családvizsgálatáról

5. *Boncz I., Piczkó K., Fodor A-né:* Öngyilkosságot megkísérelt személyek pszichológiai vizsgálatának tapasztalatai

6. *Tajti J., Somogyi I., Szilárd J.:* Tapasztalataink a postherpeses neuralgiák újabb kezeléséről (neuro-tubularis gátló iontophoresisek)

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

(8/d)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett *ellenőrző főorvosi* álláshelyek betöltésére.

A pályázatra megfelelő járóbetegellátási és keresőképesség elbírálási tapasztalattal, nyugdíjkorhatárt még be nem töltött szakorvosok jelentkezését várjuk.

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Főosztályán lehet dr. Saliga Margit főosztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 167. Te.: 339-379.

(9/d)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett *ellenőrző gyógyszerészi* álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltételek: Hatástani, esetleg szervezési szakvizsga

10 éves gyógyszertári, vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet dr. Kemenes Ildikó osztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343-748.

(10/d)

A Budapesti és Pest megyei Társadalombiztosítási Igazgatóság pályázatot hirdet újonnan szervezett *gyógyszerész szakasszisztensi* álláshelyek betöltésére.

Pályázati feltétel:

10 éves gyógyszertári, vagy kórházi gyakorlat

Fizetés megegyezés szerint.

Érdeklődni, illetve önéletrajzzal jelentkezni az Igazgatóság Egészségügyi Ellátást Ellenőrző Osztályán lehet dr. Kemenes Ildikó osztályvezetőnél.

Budapest, VIII., Mező Imre út 19/a. I. em. 172. Tel.: 343-748.

(30/a)

Fővárosi Tanács Csepeli Kórház-Rendelőintézet (1751 Budapest, Déli u. 11.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet

1 felnőtt körzeti orvosi

állásra.

Az állás betöltéséhez általában szakorvosi vagy belgyógyász szakorvosi szakképesítés szükséges.

Dr. Molnár Lajos
főigazgató főorvos

(31)

Szakorvosi Rendelőintézet Pilisvörösvár, felvesz **1 fő üzemorvost a budaőrsi** telephellyel működő Pest megyei Víz és Csatornázási Vállalat területére.

Jelentkezés részletes önéletrajzzal dr. Sebes Gábor igazgató főorvosnál személyesen, Pilisvörösvár, Fő u. 188.

Telefon: 06-26/30-144

Fizetés megegyezés szerint.

Dr. Zakál Jenő
igazgató helyettes

(32)

A szolnoki MÁV Kórház és Rendelőintézet főorvosa (5000 Szolnok, Verseghy út 6—8.) pályázatot hirdet a pathologiai osztályon várhatóan megüresedő

1 fő osztályvezető főorvosi állásra.

Felvétel esetén MÁV dolgozókat megillető utazási kedvezmény biztosított.

Illetmény a 14/1983: (XII. 17.) ÁBMH. sz. rendelet alapján.

Lakást biztosítani nem tudunk.

Dr. Horváth József
igazgató főorvos

(33)

Dunaújvárosi Kórház-Rendelőintézet igazgató-főorvosa (2401 Dunaújváros, Korányi Sándor u. 4—6.) pályázatot hirdet

pszichiatriai;
Röntgen,
laboratóriumi orvosi

állásokra.

Szakvizsga előtt állók is jelentkezhetnek az állásokra.

Orvosházaspárok előnyben részesülnek.

Kiemelt bérezés.

Dr. Csák Endre
Kórház-Rendelőintézet
igazgató-főorvos

Mindennap megszűnik valami, amiért az ember szomorkodik, de mindig születik valami, amiért érdemes élni.

Herakleitos

® TOBANUM
TABLETTA

Viszonylag tartós hatású, nem kardioszelektív béta-adrenerg receptorblokkoló, a farmakológiai és a klinikai vizsgálatokban a propranololnál 3–10-szer hatékonyabb.
Egy tabletta 5 mg cloranololum hydrochloricumot tartalmaz.

JAVALLATOK
– Hipertónia esetén önmagában vagy szaluretikummal,
– angina pectoris,
– különböző szívritmuszavarok,
– esszenciális keringési hyperkinesis,
– hypertrophiás obstruktív cardiomyopathia,
– hyperthyreosisban (adjuváns kezelésként).
Abszolút ellenjavallata a digitálisszal és diuretikummal nem kompenzálható keringési elégtelenség, beteg sinuscsomó szindróma, másod- és harmadfokú atrioventricularis block, metabolikus acidózis, asthma bronchiale, ill. egyéb eredetű súlyos obstruktív légzési elégtelenség, bradycardia. Elegendő tapasztalat hiányában terheseknek való adása nem javallt. Relatív ellenjavallata még claudicatio intermittens és Raynaud-szindróma.

ADAGOLÁSA
Kezdő adagja felnőtteknek naponta 2–3×½ tabl.
A betegség súlyosságától függően adagja másod-harmadnaponta emelhető a kívánt hatás eléréséig. Átlagos napi adagja 10–20 mg, maximálisan 45 mg. A mellékhatások közül a leggyakoribb a bradycardia, keringési elégtelenség, obstruktív légzészavar, claudicatiós panaszok fokozódása, az adag csökkentésével megszüntethető.
A nausea, diarrhoea, álmatlanság a kúraszerű adagolása során spontán megszűnhet.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK
Kombinációs kezelés során az együtt adott egyéb vérnyomáscsökkentő gyógyszerekkel egymás hatását erősítik.
Fokozott óvatossággal adható
– katecholamin depletiót okozó gyógyszerekkel és adrenerg neuronbénítókkal,
– inzulinnal és orális antidiabetikummal.

FIGYELMEZTETÉS
Tartós Tobanum-kezelés elhagyása csak fokozatosan, orvosi ellenőrzés mellett történhet.
Labilis és inzulint igénylő diabetesben, a vércukorszint időnkénti ellenőrzése szükséges és az antidiabetikum-adagot adott esetben újra be kell állítani.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

„Egyesek a tudományt úgy lóbálják, mint a vak a lámpást; nem azért viszik, hogy lássanak, hanem hogy mások lássák őket."

Sütő András

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 15 300 példányban
A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató
Telefon: 310-781
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),
közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft
Széchenyi Nyomda, Győr 89.7894 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002

Vet Közös könyvtár
130-1989
II.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ORVOSI HETILAP

130. ÉVFOLYAM 18. SZÁM 921—976. OLDAL

BUDAPEST, 1989. ÁPRILIS 30.

ELŐFIZETÉSI ÁRA 1 ÉVRE 1296,— FT

EGYES PÉLDÁNY ÁRA 25,— FT

ELMÉLETI ORVOSI KÖZÖS KÖNYVTÁR

VERAPAMIL®

40 mg és 80 mg drazsé

A Verapamil gátolja a kalciumionok beáramlását a szívizom- és az erek simaizomsejtjeibe, a sejtmembrán ún. „lassú ioncsatornáin" keresztül, ennek következtében lassítja az atrioventricularis átvezetést; tágítja a coronariákat és gátolja a coronaria-spasmust; a perifériás artériák tágítása és a perifériás ellenállás csökkentése révén mérsékli az artériás vérnyomást, a szívizom energiafogyasztását és oxigénigényét.

HATÓANYAG:

40 mg, ill. 80 mg verapamilium chloratum drazsénként.

JAVALLATOK:

Angina pectoris kezelése és megelőzése, supraventricularis tachycardiák kezelése és megelőzése, hypertonia, szívinfarctus utókezelése, β — blokkolókra nem reagáló hypertrophiás cardiomyopathia (az obstruktív forma kivételével), tocolysisben használt béta-sympathomymeticumok cardiovascularis mellékhatásainak enyhítésére.

ELLENJAVALLATOK:

Súlyos balkamra-elégtelenség, hypotensio (systolés vérnyomás $<$ 90 Hgmm), cardiogen shock, sick sinus syndroma (kivéve a működő kamrai pacemakerrel ellátott betegeket), másod- vagy harmadfokú AV-block, friss myocardialis infarctus, súlyos bradycardia, digitalis intoxikáció.

MELLÉKHATÁSOK:

A szer általában jól tolerálható, az esetleg jelentkező mellékhatások a dózis csökkentésével általában megszűnnek vagy enyhülnek. Leggyakoribb mellékhatások: obstipatio, fejfájás, szédülés, gyengeség, idegesség, pruritus, kipirulás, gyomorpanaszok, hányinger, ritkábban orthostatikus hypotonia, allergiás reakció.
Egyéb mellékhatások előfordulásának esélye csekély.

RÉSZLETESEBB INFORMÁCIÓ:

A teljes gyógyszer-alkalmazási előiratot a CHINOIN Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára által szétküldött pótlap tartalmazza.

CHINOIN

Gyógyszer- és Vegyészeti Termékek Gyára Rt. 1045 Budapest, Tó u. 1—5.

ORVOSI HETILAP

AZ EGÉSZSÉGÜGYI DOLGOZÓK SZAKSZERVEZETÉNEK TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította:
MARKUSOVSZKY LAJOS
1857-ben

*

Szerkesztőbizottság:
ALFÖLDY ZOLTÁN DR.
BODA DOMOKOS DR.
BRAUN PÁL DR.
ECKHARDT SÁNDOR DR.
FÜZI ISTVÁN DR.
HIRSCHLER IMRE DR.
JOBST KÁZMÉR DR.
KÁROLYI GYÖRGY DR.
LAMPÉ LÁSZLÓ DR.
OZSVÁTH KÁROLY DR.
PETRÁNYI GYULA DR.
RÁK KÁLMÁN DR.

*

Felelős szerkesztő:
TRENCSÉNI TIBOR DR.

*

Munkatársak:
BTAGE ZSUZSANNA DR.
BUDA BÉLA DR.
GIACINTO MIKLÓS DR.
HIDVÉGI JENŐ
KELLER LÁSZLÓ DR.
PAPP MIKLÓS DR.
WALSA RÓBERT DR.

*

130. ÉVFOLYAM

*

18. SZÁM

*

1989. ÁPRILIS 30.

TARTALOMJEGYZÉK

Kovács József dr.:

A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek etikai kérdései 923

Dudás István dr., Klujber Valéria dr. és Czeizel Endre dr.:

Családtervezési tanácsadás méhenkívüli terhességet követően 931

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Győrffy Árpád dr., Botos Zoltán, Kiss Béla dr., Várhelyi Imre dr. és Varga László dr.:

Gyomorrákos betegeink prognózisa a komplex diagnosztika időszakában 937

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Marozsán Ibolya dr., Szatmáry László dr. és Kelemen Sándor dr.:

Verapamil haemodimanikai hatásainak vizsgálata billentyűbetegségek kapcsán kialakult pulmonalis hypertoniában 945

MÓDSZERTANI LEVÉL

A gége- és hypopharynx laphámrák gyógykezelési javaslata 949

HORUS

Az első magyar nyelvű nyomtatott orvosi könyv négy évszázados jubileuma 951

Berecz János emlékezete 953

Folyóiratreferátumok 955

Könyvismertetések 969

Megjelent 972

Hírek 975

ELMÉLETI ORVOSI KÖZÖS

Cavinton® tabletta

ÖSSZETETEL

1 tabletta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfusiót és ezáltal az agy oxigénellátását.

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.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

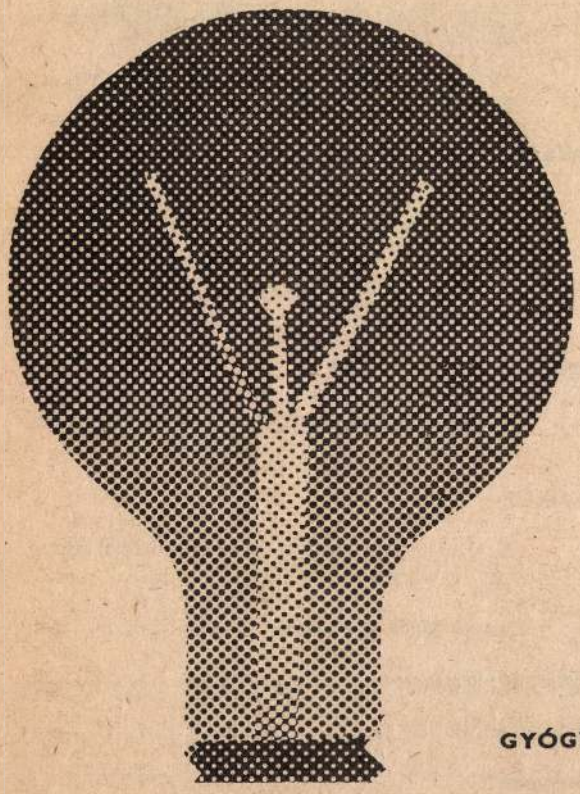
Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő.



RG

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR BUDAPEST

Kovács József dr.

A Randomizált Kontrollcsoportos Klinikai Kísérletek etikai kérdései

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Társadalomtudományi Intézet,
Orvosi Etika csoport
(igazgató: Halay Tibor dr.
csoportvezető: Ádám György dr.)
és Orvostovábbképző Egyetem, Társadalomorvostani Intézet
(igazgató: Forgács István dr.)

A randomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletek (RKK) a modern medicina századunk 40-es éveiben kifejlesztett új paradigmája, melyet különböző profilaktikus, terápiás stb. stratégiák hatékonyságának, értékének összehasonlításakor a ma létező legkorszerűbb kísérleti módszernek tekinthetünk. Alkalmazása során azonban számos etikai probléma merül fel. Ezek közül a legfontosabbak: Etikus-e egyáltalában ez a kísérleti forma? Erkölcsileg helyeseljhető-e az RKK folytatása a csoportok közötti statisztikailag szignifikáns különbség eléréséig? Erkölcsös-e a betegek random módon történő beosztása a vizsgálni kívánt terápiás eljárások egyikébe? Milyen mennyiségű és jellegű felvilágosítás követelhető meg az orvos részéről? A cikk a fenti kérdések megválaszolásához igyekszik hozzájárulni.

Ethical questions of the Randomized Controlled Clinical Trials (RCT). RCT, the new paradigm of modern medicine, was developed in the 40-s of this century and is considered to be the most up-to-date experimental method of our time in comparing the efficacy and value of various prophylactic and therapeutic strategies. Its use, however, poses several ethical questions. The most important of them are: Is this form of experimentation ethical at all? Is it ethically justified to continue the RCT to the stage to reach the statistically significant result between the groups? Is it ethical to assign the patients randomly to the various therapeutic strategies? What is the necessary amount and type of information which is due to the patient? The article endeavours to help to answer these questions.

Az orvostudomány története, sajnos, bővelkedik olyan gyógyszerekben, gyógyító eljárásokban, amelyeket az orvosok hosszú időn keresztül és igen széles körben alkalmaztak, s melyekről utólag bebizonyosodott, hogy hatástalanok vagy egyenesen ártalmasak az adott betegség kezelése szempontjából.

Mintegy 1600 éven keresztül tartotta magát pl. az a vélemény, hogy gyógyuló sebre jótékony hatást gyakorol a gennyesedés, melyet a sebgyógyulás integráns részének tekintettek, s ezért azt a seb ellátásánál minden lehetséges módon igyekeztek elősegíteni (9).

A fentiekhez hasonló tévedések kiküszöbölésére a medicinában e század 40-es éveitől kezdve egy újfajta tudományos paradigma kezdett kibontakozni, mely mára már a modern medicina uralkodó paradigmája lett: a Randomizált Kontrollcsoportos Klinikai Kísérletek paradigmája.

I. *A Randomizált Kontrollcsoportos Klinikai Kísérletek (RKK) jellemzői*

Az RKK-nak a következő kritériumai vannak: (12)

1. Minden RKK tartalmaz egy vagy esetleg több ún. kísérleti csoportot, melynek a tagjai a kísérletben vizsgálni kívánt új terápiás eljárásban részesülnek, továbbá egy ún. kontrollcsoportot, melynek tagjai vagy placebót, vagy — ha létezik — a már kipróbált, ún. standard terápiát kapják.

Kulcsszavak: etika, emberkíssérlet, randomizáció, betegtájékoztatás.

2. Az RKK-ban való részvételre alkalmasnak talált betegek beosztása az egyes csoportokba ún. random módon történik, vagyis a kísérlet vezetői arra törekednek, hogy a kórkép súlyossága szempontjából homogén betegeknek az egyes csoportokba való bekerülése lehetőség szerint kizárólag a véletlenen múljon.

3. Az RKK — leginkább gyógyszerkísérletek esetében — az ún. egyszerű vak próba, illetve a kettős vak próba formáját ölti, amikor is az orvos, illetve a betegek szubjektivitásának torzító hatását kivédendő, a betegek (egyszerű vak próba), illetve sem az orvosok, sem a betegek (kettős vak próba) nem tudják, hogy melyik beteg milyen terápiában részesül, vagyis az RKK melyik csoportjában van. Ilyenkor kóddal jelzik, hogy melyik beteg ténylegesen milyen gyógyszert kap, s csak a kísérlet befejezése után fejtik meg a kódot.

A betegeknek az RKK kísérleti, illetve kontrollcsoportjába való random (véletlen) beosztása biztosítja, hogy *bármely,* a kísérlet eredményét befolyásoló tényező egyenlő eséllyel kerülhessen be mindegyik csoportba. Így a randomizáció kiegyensúlyozza minden olyan faktor hatását, melyet külön, előre nem vettünk, vagy nem vehettünk figyelembe (6).

Lehetséges más módon is kísérletezni, pl. nemrandomizált kontrollcsoportos klinikai kísérletet végezni, ahol a kísérleti alanyok beosztása az egyes csoportokba nem a véletlen alapján történik, hanem a két csoportot úgy állítják össze, hogy minden olyan tényező mely feltételezésünk szerint hatást gyakorol a terápiás eredményre (pl. kor, nem), a két csoportban azonos arányban forduljon elő. Az

ilyen módszer nagy hátránya azonban, hogy ily módon csak azon tényezők hatását tudjuk figyelembe venni, melyek fontosságát már előre ismertük. Az általunk nem ismert, de az eredményt befolyásoló tényezők ilyenkor lehetséges, hogy nem egyenlő arányban kerülnek be a két csoportba, s ez jelentősen torzíthatja a kísérlet eredményét. Ezért ma tudományosan a legmegfelelőbb eljárásnak az egyes terápiák hatásosságának, illetve biztonságos voltának a megállapítására a RKK-t tartják, s a nemrandomizált kontrollcsoportos klinikai kísérlet csak a második legjobb eljárásnak minősül (14).

II. *Az RKK-kel kapcsolatos általános etikai dilemmák*

Az első és legfontosabb probléma az orvos kutatói és gyógyítói szerepe közötti konfliktus. Az orvos, mint gyógyító orvos legfőbb elve a Salus aegroti suprema lex esto (a beteg érdeke a legfőbb törvény) elve kell, hogy legyen. Ezt a kötelességet számos nemzetközi orvosetikai kódex, deklaráció stb. is kimondja, s magában a hippokratészi esküben is szerepel.

Ezzel szemben az orvosnak, mint kutató tudósnak legfőbb kötelessége a tudomány fejlesztése, új terápiás, diagnosztikus, profilaktikus stb. eljárások kifejlesztése, a jövőbeli betegek érdekében, melyek hatásosságának végső igazolása csak randomizált kontrollcsoportos emberkísérletek segítségével történhet, melyek tudományosan korrekt kivitelezése viszont sokszor ellentétben áll a betegek érdekeivel.

III. *Mikor szabad (vagy kell) egyáltalán egy RKK-t elkezdeni?*

A standard válasz erre magától értetődően az szokott lenni, hogy akkor, ha két terápiás stratégia hatékonyságának összehasonlításakor kételyek merülnek fel, hogy melyik a hatékonyabb. Ez a probléma általában egy új gyógyszer vagy terápia bevezetésekor szokott felvetődni, amikor is mindig akadnak olyan szakemberek, akik az új terápia felsőbbrendűsége mellett törnek lándzsát, míg mások a régi, kipróbált terápiát tartják kedvezőbbnek. Ilyen esetben nyilván csak egy jól megtervezett és matematikai statisztikai eljárásokkal értékelt RKK eredménye dönthet az egymással vitatkozó orvosi felfogások között. Mivel két terápia hatékonyságának összehasonlításához az RKK a tudományosan legkorrektebb eljárás, ezért vannak, akik bármely új terápia bevezetése előtt RKK-t követelnek az új terápia nagyobb hatékonyságának bizonyítására. Bármely gyógyszer vagy terápiás eljárás hatékonyságának vizsgálata egyedi klinikai megfigyelések alapján, RKK nélkül etikátlan, mondják, mert az így kapott eredmények tudományosan nem bizonyító erejűek, viszont alkalmasak rá, hogy szakfolyóiratban való közlésük esetén félrevezessék az orvosi közvéleményt (11). Azonban, hívja fel a válaszcikkben a figyelmet N. K. Hollenberg-et al (5), egy RKK kivitelezése óriási költséggel, szervezőmunkával stb. jár, ezért csak akkor szabad elkezdeni, mikor egy új terápia nagyobb hatékonyságára valamiféle előzetes bizonyíték rendelkezésére áll. Ilyen előzetes bizonyítékok nélkül egyszerűen nem is lehetne betegeket toborozni az RKK-ba való részvételre. Az ilyen előzetes bizonyítékok azonban tudományosan valóban nem bizonyító erejűek, ezért csak egy gondosan megtervezett RKK előkészítői lehetnek s a végső bizonyítékot az RKK kell szolgáltassa.

Az új terápia korai kipróbálásának sokszor elvi akadályai is vannak. Egy új sebészi, műtéttechnikai eljárás például kezdetben általában kevésbé sikeres, mint később, hiszen a későbbiek során a műtéti technika egyre tökéletesedik, és a sebészek is egyre rutinosabbak lesznek a műtét kivitelezésében. Az etikai dilemma itt az, hogy ha a műtéti eljárást túl korán hasonlítják össze RKK-ban, a régivel, akkor a fenti okok miatt az könnyen rosszabbnak bizonyulhat, s így lehetőséget sem kap a tökéletesedésre, az elterjedésre. Ha viszont nem végeznek korán RKK-t, hanem hagynak időt, hogy a műtéti eljárás kellően kifejlődhessék, akkor később RKK-t végezni már nagyon nehéz lesz, mert az új eljárás addigra már elterjedtté válik, és sok szakember annyira meg lesz győződve annak felsőbbrendűségéről a régivel szemben, hogy etikai okok miatt nem lesz hajlandó RKK végzésére.

Egy RKK elkezdésénél ezért súlyos gondot jelenthet az, ha orvosok egy csoportja szubjektíve olyan erősen hisz egy (általuk esetleg már hosszú ideje sikeresen alkalmazott) régebbi terápiás eljárás felsőbbrendűségében, hogy azt nem hajlandó RKK-ban a felmerült új terápiás eljárással összehasonlítani, még abban az esetben sem, ha más, hasonlóan tapasztalt orvosok az új terápia előnyeit állítják.

Ez a probléma merült fel egy újabb amerikai vizsgálat esetében, ahol azt tanulmányozták igen nagy mintán, RKK segítségével, hogy emlőrák korai stádiumában a radiotherapiával kiegészített parciális mastectomia vagy a totális, ún. radikális mastectomia nyújt-e kedvezőbb eredményeket. Sok sebész visszautasította az RKK-ban való részvételt, mert annyira meg voltak győződve arról, hogy ilyen esetben a radikális mastectomia *mindig* kedvezőbb eredményt ad, hogy etikátlannak érezték volna betegüket másfajta terápiában részesíteni. Sőt, még azt is megtagadták, hogy betegeiknek említést tegyenek arról, hogy az emlőrák korai stádiumában egyes vélemények szerint a parciális mastectomia is megfelelő kezelés. Mivel az USA-ban széleskörűen elfogadott etikai alapelv, hogy a betegeket az összes lehetséges kezelési alternatíváról tájékoztatni kell, hogy a beteg tájékozottan egyezhessen bele a gyógykezelésbe, ezért ezen sebészek vonakodása láttán Massachusettsben törvényt fogadtak el, mely kötelezte az orvosokat annak közlésére, hogy emlőrák korai stádiumában a parciális mastectomia is orvosilag elfogadható kezelés lehet. Fenti sebészek szubjektív jó szándéka természetesen nem vitatható, de az elvégzett vizsgálatok szerint végül is nem volt igazuk, mert az emlőrák megfelelő korai stádiumában elvégzett parciális mastectomia a kedvezőbb kozmetikai eredmények mellett ugyanolyan kedvező gyógyulási eredményt mutatott, mint a radikális mastectomia (4, 2, 13).

Sok olyan terápia létezik jelenleg is, melynek hatékonysága kétséges, de széles körű elterjedtsége, „hagyományos" volta miatt hatékonyságának RKK-ban történő vizsgálatától a szakemberek etikai okok miatt vonakodnak.

IV. Meddig szabad az RKK-t folytatni, illetve mikor kell abbahagyni?

Nagyon élesen vetődik fel a legtöbb RKK esetében jelentkező etikai dilemma: a kísérlet folyamán a statisztikai adatokban megmutatkozó trend, mely az egyik terápia nagyobb hatékonyságát sugallja, de amelynek tudományosan

bizonyító ereje még nincs, mert a különbség statisztikailag még nem szignifikáns, feltárandó-e a beteg előtt, illetve indíthatja-e az orvost arra, hogy a kísérletet megszakítsa, s a továbbiakban az összes beteget abban a terápiában részesítse, melynek kedvezőbb voltát az irányzat (trend) sugallja.

Ha ugyanis a megmutatkozó trend ellenére is folytatja a kísérletet, az a vád érheti, hogy etikai hibát követ el, hiszen a trend folytatódása esetén egyre nő a valószínűsége annak, hogy az RKK-ban részt vevő egyik csoport kevésbé hatékony terápiában részesül, mint a másik, mely magas letalitású betegség esetén azt jelentheti, hogy a szignifikáns eredmény eléréséig olyan betegek is meghalnak, akik még megmenthetők lettek volna, ha a puszta trend alapján azonnal az összes beteget a hatékonyabbnak tűnő kezelésben részesítik. Ha azonban valaki a kibontakozó trend alapján megszakítja a kísérletet, akkor szintén érheti az etikátlan kísérletezés vádja, ugyanis az így kapott eredmény, mivel statisztikailag még nem szignifikáns, ezért tudományosan nem elfogadható. A kísérlet idő előtti befejezése így azt jelentheti, hogy a betegeket feleslegesen veszélyeztettük, hiszen a kísérlet célja egy tudományos bizonytalanság megoldása lett volna, mely azonban a túl korai befejezés miatt lehetetlenné vált. Ez a jövőbeli betegeknek is káros, hisz az a kérdés így továbbra sem oldódott meg, hogy az illető betegség esetén melyik tekinthető a legcélszerűbb terápiának. Mivel azonban az RKK-ban részt vevő betegek többsége, ha a kísérlet során tájékoztatnák a trendekről, a kísérletből valószínűleg kilépne és a trend alapján kedvezőbbnek tűnő kezelést kérné, ezzel persze a kísérlet tudományosan korrekt lezárását lehetetlenné téve, ezért a nemzetközi gyakorlatban ezeket a trendeket a betegekkel nem szokták közölni. Az így felmerülő konfliktust pedig általában úgy javasolják megoldani, hogy a kísérlet megkezdése előtt, mikor a beteg beleegyezését kérjük a kísérletbe való bevonáshoz, a beteget — egyebek mellett — arról is informálni kell, hogy őt a kísérlet befejezése előtt megismert esetlegesen kibontakozó trendekről nem fogják tájékoztatni. Ha a beteg az RKK-ban való részvételbe ilyen feltételek mellett is beleegyezik, akkor ez az eljárás nem kifogásolható (8, 15).

Összefoglalásul annyit mondhatunk, hogy bár a tudományosan korrekt eredmény elérése érdekében a csoportok közötti szignifikáns különbség kimutatása kívánatos, ez semmiképpen nem tekinthető abszolút szabálynak. Minden kísérlet során szükség van egy, a kísérletben részt nem vevő, a kutatóktól független etikai bizottságra, mely a kísérlet lefolytatását, annak részeredményeit folyamatosan ellenőrzi, s döntési joga van a kísérlet befejezésére, ha ezt a tudományos vagy etikai szempontok indokolják. A kísérlet befejezése időpontjának a meghatározásában a szignifikáns eredmény elérése az egyik, de nem az egyetlen tényező. Szubjektív klinikai megítélés alapján — etikai okokból — a kísérlet befejezése lehet indokolt még a szignifikáns eredmény elérése előtt. Ez kétségtelenül áldozat a kutatók részéről, hiszen megvan a veszélye, hogy a statisztikailag nem szignifikáns eredményt a tudományos közvélemény nem fogadja el bizonyító erejűnek, de némely esetben az etikai szempontok ezt az áldozatot indokolttá tehetik.

V. A randomizáció etikusságának a kérdése.

A randomizáció azt jelenti, hogy a kísérletben való részvételre előzetesen alkalmasnak talált betegeket lehetőség szerint véletlen módon (pl. pénzfeldobással eldöntve) osztják be a kísérleti, ill. a kontroll-csoportba, vagyis a kutatók arra törekednek, hogy a lehető legteljesebb mértékben a véletlen döntse el azt, hogy melyik beteg milyen kezelést kap. A kísérletben részt vevő orvosok ettől viszont általában húzódoznak, mondván, hogy egy etikus orvos nem bízhatja betegei kezelését a véletlenre. Ez az ódzkodás azonban megalapozatlan. Ugyanis ha *nem tudjuk*, hogy két terápiás eljárás közül melyik a hatékonyabb (és természetesen csak ebben az esetben elfogadható etikailag egyáltalán RKK végzése), akkor nem követ el hibát az, aki a két alternatíva között a véletlen segítségével dönt, hiszen objektíve dönteni ilyen esetben más módon nem is lehetséges. Ha egy orvos szubjektíve mégis meg van győződve az egyik terápia felsőbbrendűségéről, akkor természetesen joga van a kísérletben való részvételt megtagadni.

VI. A kísérleti alanyok tájékoztatásának a kérdése

Ebben a kérdésben a 60-as, 70-es évek etikai szakirodalmában élénk vita folyt. Mára azonban szinte általánosan elfogadott álláspont lett, hogy az RKK-ban részt vevő személyeket a kísérlet tényéről, lefolyásáról, lehetséges előnyeiről, hátrányairól, a lehetséges kezelési alternatívákról tájékoztatni kell. Közölni kell azt is, hogy a kísérlet kezdetén random módon döntötték el, hogy melyik beteg melyik csoportba kerül. Főleg ez utóbbi tény közlésétől sok orvos húzódozik, mert úgy érzik: ha betegeiknek őszintén megmondják, hogy bizonyos terápiás alternatívák értékét illetően bizonytalanok, s ezért a terápia megválasztását bizonyos határokon belül a véletlenre bízzák, ez orvosi tekintélyük csökkenéséhez vezet. Ez a húzódozás emberileg érthető, etikailag azonban semmiképpen nem helyeselhető. A betegnek ugyanis joga van a kísérlettel kapcsolatos minden lényeges információra (ezt többek között a helsinki deklaráció is rögzíti), s az, hogy a betegeket random módon osztják be az egyes kísérleti csoportokba, kétségtelenül a lényeges információk közé tartozik. A beteggel ilyenkor meg kell értetni, hogy itt nem az orvos egyéni bizonytalanságáról, hanem egy objektív tudományos bizonytalanságról van szó, melynek a megoldása végett végzik az RKK-t, s őt random módon osztották be ennek egyik csoportjába. A tapasztalat azt mutatja, hogy helyes, ha a kísérlettel kapcsolatos tudnivalókról nemcsak a beteget tájékoztatják, hanem bevonják a beteg családját és kezelőorvosát is. Ez nagymértékben növelheti a kísérlet folyamán a beteg kooperációs hajlandóságát, így nemcsak etikailag helyes, de a kísérlet megbízhatóságát is fokozza. Ezért etikai és szakmai indokok egyaránt az alapos, részletes tájékoztatás mellett szólnak (3).

A felvilágosítással kapcsolatban a vita ma inkább abban folyik, hogy az információ milyen mélységű, részletességű legyen, milyen tényezőkre terjedjen ki stb. A kérdés részletes tárgyalásához szükséges az RKK-k egyes lehetséges típusainak áttekintése és etikai szempontból való értékelése.

VII. Az RKK-k típusai és etikai értékelésük

L. Kopelman (7) alapján az RKK-k következő típusait lehet elkülöníteni:

1. Betegtájékoztatás nélküli RKK

Bár sokak szerint RKK esetén a beteget az illető kísérlettel kapcsolatos valamennyi lényeges tényről, veszélyről stb. tájékoztatni kell, s ennek elmaradása *mindig* etikai vétség, mégis vannak olyan, jelentéktelen veszéllyel járó kísérletek, melyeknél ésszerűtlen sok időt, fáradságot be-

lefektetni a beteg tájékoztatásába. Az ilyen esetek azonban nagyon ritkák, s mindig a kísérletet végzőkön van a bizonyítás terhe, hogy miért nem etikátlan az adott esetben a betegek tájékoztatását elmulasztani.

2. A vak és a kettős vak próbák

Ezeket a kísérleti formákat főleg gyógyszerkipróbálásos kísérleteknél alkalmazzák. Egyszerű vak próbánál a kísérletben részt vevő betegek nem tudják, hogy milyen gyógyszert kapnak (pl. placebót, vagy a hatásosnak gondolt gyógyszert), míg kettős vak próbánál sem a betegek, sem az orvosok nem tudják, ki milyen szert kap, az egyes betegek által kapott gyógyszereket kódszámok jelzik, s csak a kísérlet befejezésekor fejtik meg a kódot, s értékelik a kísérletet. Ezek a kísérleti formák az orvos, illetve a beteg szubjektivitásának torzító hatását igyekeznek kivédeni. Ez a kísérleti típus számít tudományosan a legkorrektebbnek, de alkalmazási lehetősége meglehetősen korlátozott.

A kísérlet kezdetén a kísérletre alkalmas betegeket felvilágosítják, többek között részletesen elmondják, hogy az egyes csoportok milyen kezelésben fognak részesülni, de azt is közlik: a véletlen fogja eldönteni, hogy ki milyen kezelést kap majd. Így a beteg úgy egyezik bele a kísérletbe, hogy nem tudja, hogy pontosan milyen kezelést fog kapni. Eme bizonytalansági tényező miatt sok beteg nem egyezik bele az ilyen kísérletben való részvételbe. Ez azonban a kísérlet elvégezhetőségét és tudományos hitelét veszélyezteti, mert egyrészt nem gyűlik össze a kísérlethez szükséges számú kísérleti alany, másrészt megszűnik a kísérletben részt vevők random jellege, hiszen nagyszámú visszautasítás esetén, akik mégis beleegyeznek, lehetnek speciálisan nagy rizikóvállalási hajlandóságú, erkölcsű stb. emberek, vagyis az így kapott eredmények egyre kevésbé lesznek általános érvényűek, általánosíthatóak.

3. Prerandomizáció minden csoport teljes felvilágosításával

Ez a kísérleti forma az előző hiányosságainak a kiküszöbölésére jött létre. Ha ugyanis egyszerű randomizáció esetén a betegek beleegyezése azért kicsi, mert nem tudják, hogy tulajdonképpen milyen kezelésbe egyeznek is bele, akkor a beleegyezési ráta növelhető, ha a betegeket még az informálás és a beleegyezés *előtt* randomizálják (innen a prerandomizáció elnevezés), s a felvilágosítás során már minden betegnek meg tudják mondani, hogy ő konkrétan milyen kezelésben fog részesülni. Itt tehát megszűnik az egyszerű randomizációt jellemző bizonytalanság, a beteg tudja mibe egyezik bele, így nagyobb lesz a beleegyezési hajlandóság. Ennél a kísérleti formánál a beteggel nemcsak azt közlik, hogy ő milyen kezelést fog kapni, hanem azt is, hogy a többi csoport milyen kezelésben részesül. Ezzel a módszerrel a betegek hozzájárulási aránya kétségtelenül növelhető, így a kísérleti személyek toborzása ilyenkor könnyebb. A módszer hátránya azonban, hogy nem vak, így mind a beteg, mind az orvos szubjektivitásának torzító hatása jelentős lehet. Utóbbi nemcsak a kísérlet értékelését torzíthatja el, hanem már a betegek felvilágosítását is. Mivel ugyanis az orvosnak érdeke, hogy a beteg a kísérletben részt vegyen, ezért öntudatlanul is torzíthatja az információkat a beteg tájékoztatásánál. Pl. a standard terápiát kapó beteg tájékoztatásánál túlhangsúlyozhatja a másik csoport által kapott kezelés kísérleti jellegét, annak rizikóit, illetve a veszélyek ismeretlen voltát, annak lehetőségét, hogy az új terápia rosszabb lesz a réginél stb. A kísérleti terápiát kapó betegnél pedig kihangsúlyozhatja a felvilágosítás során a standard terápia eddig bebizonyosodott hátrányait, kudarcait, s túlhangsúlyozhatja, hogy a korábbi vizsgálatok alapján milyen nagy reményeket fűznek az új, kísérleti terápiához.

A betegnek az ily módon való öntudatlan manipulálása azonban kiküszöbölhető úgy, hogy pl. minden beteg ugyanazt a tájékoztató anyagot (pl. brosúrát, videokazettát) kapja.

Ennek a kísérleti módszernek további hátránya, hogy mivel a betegek nemcsak a saját, hanem a többi csoport kezelését is ismerik, előfordulhat, hogy a kísérlet kezdetén, vagy akár később is a betegek egy része (általában a standard terápiát kapók közül) át akar kerülni a másik csoportba. Ha az ilyen kérés túl nagy számban fordul elő, ez lehetetlenné teheti a kísérlet folytatását, hiszen így az eredetileg random megoszlás megszűnik, s a kísérlet tudományosan hiteltelenné válik. A kérdés megtagadása pedig nem lenne etikus, hiszen senkit sem lehet akarata ellenére egy adott kezelésben részesíteni. Ennek a problémának a kiküszöbölésére ajánlotta Zelen (16) a következő módszert.

4. Prerandomizáció csak az egyik csoport felvilágosításával

Ilyenkor a randomizáció után a betegeknek azt a csoportját, mely a standard kezelést kapja, nem világosítják fel arról, hogy egy RKK-ban vesz részt, melynek a standard terápiát kapó csoportjába került. A beteggel ilyenkor úgy bánnak, mintha az RKK-ban részt nem vevő beteg lenne. Természetesen ilyenkor is felvilágosítják az illető standard terápia előnyeiről, hátrányairól stb., csak azt nem közlik vele, hogy ő ezt a standard terápiát egy RKK keretében kapja, ahol előzőleg randomizációval döntötték el, hogy melyik csoportba fog kerülni. A kísérleti csoportba randomizált betegek azonban teljes felvilágosítást kapnak, elmondják nekik a standard és a kísérleti csoport kezelését, továbbá azt is, hogy randomizációval döntötték el, hogy melyik beteg milyen csoportba kerüljön. Ha az ilyen kísérleti csoportba randomizált beteg a kísérleti kezelésbe nem egyezne bele, átkerülhet a kontrollcsoportba, mely a standard terápiát kapja. Ezzel a módszerrel jelentősen csökkenthető a standard terápiát visszautasítók (a kísérleti csoportba átjelentkezők) száma, hiszen a standard kezelésben részesülők eleve nem is tudnak az alternatív kísérleti terápia lehetőségéről. Etikus-e így kísérletezni?

A kérdésre igennel válaszolók általában azzal érvelnek, hogy mivel a kontrollcsoport tagjai standard kezelést kapnak, ezért az RKK-nak ez a formája ugyanolyan, mintha a kísérlet vezetői kontrollcsoportként régebben kezelt betegek kórlapjait használnák fel retrospektív adatgyűjtésre.

A kísérletek ezen formájával szemben azonban több szakmai és etikai érv merült fel. A szakmai ellenvetés az, hogy a fenti módon létrehozott két csoport tudományosan nem összehasonlítható, mert ha a standard kezelést kapók nem tudják, hogy egy kísérletben vesznek részt, míg a te-

rápiás csoport résztvevői igen, akkor jelentős és felbecsülhetetlen placebohatáskülönbségek alakulhatnak ki, melyek a kísérlet korrekt értékelését lehetetlenné teszik.

Az etikai ellenvetés pedig a következő: ha a standard terápiát kapó csoport tagjait felvilágosították volna arról, hogy kísérletben vesznek részt, s létezik egy alternatív terápiás csoport is, akkor a betegek egy része vagy átjelentkezett volna oda, vagy nem. Ha nem, akkor felesleges volt az elhallgatás (és akkor helytelen is, hiszen etikailag mindenképpen megnyugtatóbb a teljes informálás). Ha viszont igen, akkor viszont az információ elhallgatásával tulajdonképpen rákényszerítették a betegeket a standard terápiára, hiszen tényleges autonómiája egy betegnek csak akkor van, ha választási lehetőséget kap, vagyis ismeri az alternatívákat (10). Mivel emberkísérletezésnél a kényszer minden formája etikailag elfogadhatatlan, ezért nem lehet csodálkozni, hogy Zelen javaslata megjelenése után szinte azonnal heves kritikában részesült, ezért ezen metódus szerint nagyobb kísérletet eddig nem végeztek (10).

5. Prerandomizáció részleges felvilágosítással

Itt a kísérletre alkalmas betegeket randomizálják, majd ismertetik velük azt a terápiát, melyet az a csoport kap, amelybe besorolták őket. De a betegeket nem tájékoztatják arról, hogy RKK kísérletben vesznek részt, melynek több csoportja van, s ők ezen több csoport egyikébe lettek beosztva, s a besorolás random módon történt. Nem tájékoztatják őket az alternatív terápiák lehetőségéről sem.

Ez a kísérleti forma azonban, mint látható, nem tesz eleget a korrekt felvilágosítás követelményeinek, ezért etikailag nem helyeselhető. Mint Kopelman (7) írja: fenti kísérleti elrendezésnél többfajta lehetőség van: vagy mindkét csoport terápiája standard terápia (s ezek hatékonyságát kívánják a kísérletben összehasonlítani), vagy az egyik kísérleti, a másik standard, vagy pedig mind a kettő kísérleti terápia. Ha több standard terápia létezik, ezek mindegyikéről joga van a betegnek tudni; ha csak egy van, akkor a kísérleti csoportba soroltaknak joguk van tudni, hogy standard terápia is létezik; ha pedig nincs standard terápia, akkor is tudniuk kell a betegeknek az alternatív, s egyforma sikerrel kecsegtető terápiás lehetőségekről.

6. Elhalasztott beleegyezés

Bizonyos állapotokban (eszméletlen állapot, intenzív terápia bizonyos esetei stb.) nincs lehetőség a betegtől való beleegyezés elnyerésére. Ha ilyenkor mégis RKK-t végeznek, ez csak a beteg beleegyezése nélkül lehetséges, s a betegtől csak utólag, az RKK elvégzése után nyerhető el a beleegyezés. Mivel ez már természetesen csak formális beleegyezés lehet, ezért ez a kísérleti forma lényegében a betegtájékoztatás nélküli RKK kategóriájába tartozik, melyet viszont csak a beteg nagyon csekély fokú veszélyeztetése esetén lehet indokoltnak tartani.

IRODALOM: 1. *Ellenberg, S.:* Randomization designs in comparative clinical trials. N. Eng. J. Med. 1984. *310,* 1404—1408. — 2. *Fischer, B. és mtsai:* Five year result of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and segmental mastectomy with or without radiation in the treatment of breast cancer. N. Engl. J. Med. 1985. *312,* 665—673. (cit: *Kopelman, L.:* Consent and randomized clinical trials: are there moral or design problems? J. Med. Philos. 1986. *11,* 324.) — 3. *Friedman, L. M., Furberg, C. D., DeMets, D. L.:* Fundamentals of clinical trials. PSG Publishing Company, Inc. 1985. — 4. *Harris, J. R., Hellman, S., Kinne, D. W.:* Limited surgery and radiotherapy for early breast cancer. N. Engl. J. Med. 1985. *313,* 1365—1368. (cit: *Kopelman, L.:* Consent and randomized clinical trials: are there moral or design problems? J. Med. Philos. 1986. *11,* 324.) — 5. *Hollenberg, N. K. és mtsai:* Are uncontrolled clinical studies ever justified? A reply. N. Engl. J. Med. *303,* No. 18. — 6. *Juvancz Iréneusz, Paksy A.:* Orvosi biometria. Medicina. 1982. — 7. *Kopelman, L.:* Consent and randomized clinical trials: are there moral or design problems? J. Med. Philos. 1986. *11,* 331—341. — 8. *Levine, R.:* Ethics and regulation of clinical research. Urban and Schwarzenberg, Baltimor, 1981. (cit: *Schaffner, K. F.:* Ethical problems in clinical trials. J. Med. Philos. 1986. *11,* 303.) — 9. *Linder, F., Forrest, H.:* The propagation of Listers ideas. Surg. Gynec. Obstet. 1968. *127,* 1081—1086. (cit.: *Baum, M.:* Commentary. J. Med. Eth. 1983. *9,* 93.) — 10. *Marquis, D.:* An argument, that all prerandomized clinical trials are unethical. J. Med. Philos. 1986. *11,* 372. — 11. *Sacks, H. és mtsai:* Are uncontrolled clinical studies ever justified? N. Eng. J. Med. *303,* No. 18. — 12. *Schaffner, K. F.:* Ethical problems in clinical trials. J. Med. Philos. 1986. *11,* 297. — 13. *Taylor, K. M., Margolese, R. G., Soskolne, G. L.:* Physicians reasons for not entering eligible patients in a randomized clinical trial of surgery for breast cancer. N. Engl. J. Med. 1984. *310,* 1363—1367. (cit: *Kopelman, L.:* Consent and randomized clinical trials: are there moral or design problems? J. Med. Philos. 1986. *11,* 324.) — 14. *Vaisrub, N.:* Manuscript review from a statisticans viewpoint. J. Amer. Med. Ass. 1985. *253,* 3145—3147. — 15. *Veatch, R. M.:* Longitudinal studies, sequential design and grant renewals: What to do with preliminary data? IRB. (4), 1979. 1—3. (cit: *Schaffner, K. F.:* Ethical problems in clinical trials. J. Med. Philos. 1986. *11,* 303.) — 16. *Zelen, M.:* A new design for randomized clinical trials. N. Eng. J. Med. 1979. *300,* 1242—1245.

(Kovács József dr., *Budapest,* Nagyvárad tér 4. 1089)

„Csak úgy tudhatom meg az emberek igazi nézeteit, ha inkább arra figyelek, amit tesznek, mint arra, amit beszélnek. Nemcsak azért, mert erkölcseink romlottsága miatt kevés ember van, aki mindent meg akar mondani, amit hisz, hanem azért is, mert sokan maguk sem tudják, mit hisznek."

Descartes

Baypress® 20

TABLETTA

Hatóanyag: 20 mg nitrendipinum tablettánként.

Hatás: A nitrendipin vérnyomáscsökkentő gyógyszer. Gátolja a lassan aktiválódó kálcium csatornákat, az intracelluláris kalcium-felszabadulást, csökkenti a CAMP-foszfodieszteráz működését, aktiválja a kalcium-ATP-ázt. A kalmodulinnal történő interakció következtében vazodilatációt és ezáltal vérnyomáscsökkenést eredményez.
Vérnyomáscsökkentő hatása általában 24 órán át észlelhető, ezért a legtöbb esetben a napi egyszeri adása elegendő. Enyhe Na ürítő diuretikus hatása (főleg a kezelés kezdetén) elősegíti a vérnyomáscsökkentő hatását. A kalcium antagonisták kardioprotektiv tulajdonságával is rendelkezik.
A szívre gyakorolt hatása komplex: csökkenti a szív elő- és utóterhelését, a szívizom kontraktilitását, kismértékben emelheti a szívfrekvenciát, de nem befolyásolja a szív ingervezető rendszerének működését. Növeli az agy, szív és a vesék vérellátását. A kezelés alatt toleranciával, rebound-jelenséggel és ortosztázissal nem kell számolni.

Javallatok: Különböző etiológiájú és súlyossági fokú hipertónia. A hipertónia enyhe és középsúlyos eseteiben önmagában monoterápiaként alkalmazható, súlyosabb esetekben diuretikummal, esetleg bétareceptor-blokkolóval és egyéb antihipertenzivummal kombinálható.

Ellenjavallat: Terhesség, szoptatás.

Adagolás: Individuális. Átlagos napi adagja 20 mg (= 1 tbl.), a reggeli étkezés után. Terápiás dózistartománya 5–40 mg/die. Tartós kezelés során gyakran lehetségessé válik a nitrendipin adagjának csökkenése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed- vagy fél tabletta (5 vagy 10 mg).

Mellékhatások: Főleg a kezelés kezdetén fejfájás, az arc kipirulása, melegségérzés előfordulhat. A kezelés folytatása során ezek a mellékhatások általában elmúlnak. Fáradékonyság, szédülés, tachikardia is előfordulhat. A vizelet mennyisége a kezelés alatt fokozódhat. Ritkán átmeneti bokaödéma jelentkezhet, ennek oka az alsó végtag ereinek kitágulása, amely spontán vagy diuretikum adására kiürül.
Mint más vazoaktiv anyagoknál rendkívül ritkán, kb. 15–30 perccel a bevétel után a mellkasi területen fájdalomérzés, bizonyos körülmények között angina pectoris-szerű fájdalmak léphetnek fel. Ilyen esetben a Baypress szedését meg kell szüntetni amennyiben oki összefüggés gyanítható. Alkalikus foszfatáz emelkedése a szérumban előfordulhat.

Gyógyszerkölcsönhatások: Bétareceptor-blokkolóval, egyéb vérnyomáscsökkentő készítménnyel, H_2-receptor blokkolóval és digoxinnal való együttadása körültekintést igényel.

- Bétareceptor-blokkoló együttadása emelheti a nitrendipin plazmakoncentrációját, jelentősen potenciálhatja a vérnyomáscsökkentő hatását, mérsékelheti a nitrendipin által kiváltott tachikardiát.
- Egyéb antihipertenzívumok és H_2-receptor blokkolók fokozhatják a nitrendipin vérnyomáscsökkentő hatását.
- Digoxinnal együttadva a Digoxin plazmaszintje emelkedhet, Digoxin túladagolási tünetek jelentkezhetnek, ezért a Digoxin adagját nitrendipin kezelés alatt gyakran csökkenteni kell.

Figyelmeztetés: A nitrendipin kezelés első szakaszában – egyénenként meghatározó ideig – járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke.

Túladagolás: Akut túladagolásnál flush, fejfájás, vérnyomáscsökkenés, szívfrekvencia-növekedés erősebben léphetnek fel. Korai felismerésnél gyomormosás szénnel, extrém vérnyomáscsökkenés esetén Noradrenalint kell a szokásos koncentrációba infundálni, szívelégtelenség esetén Strophantin i.v.
Nincs specifikus antidotuma, az előtérben álló szimptómákra kell a terápiának irányulnia. I.v. kalcium adása ajánlható.

Csomagolás: 20 db tabletta.

Forgalomba hozza:
ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári BAYER A. G. licencia alapján

Dudás István dr.,
Klujber Valéria dr.
és Czeizel Endre dr.

Családtervezési tanácsadás méhenkívüli terhességet követően

OKI Humángenetikai és Teratológiai Osztály — WHO „Örökletes Ártalmak Társadalmi Megelőzése" Együttműködési Központ

Magyarországon az elmúlt 30 évben a méhenkívüli terhességek gyakorisága az 1961. évi maximum után csökkent az 1974. évi minimumig, majd ezt követően újra emelkedett. A terhességgel és gyermekággyal kapcsolatos anyai halálozás 8%-át a méhenkívüli terhességek okozták 1970—1986-ban. A méhenkívüli terhesség után az ismétlődési kockázat 12% körül van. Emellett a nők egyharmadának nem lesz gyermeke. Mindezek miatt nagy szükség van a méhenkívüli terhességek után megfelelő családtervezési tanácsadásra.

Family planning after ectopic pregancy. In the past 30 years the Hungarian incidence of ectopic pregnancies decreased after the maximum in 1961 till the minimum in 1974, however, there was a slight increase after this. The proportion of maternal mortality due to ectopic pregnancies was 8 per cent in 1970—1986. The recurrence risk of ectopic pregnancy is about 12 per cent and about one-third of these women will be infertile. Thus, the appropriate family planning counselling is an important medical task after ectopic pregnancy.

Genetikai Tanácsadónkat az utóbbi 5 évben (1983—1987-ben) 201 nő, illetve pár (a teljes anyag 1,7%-a) kereste fel méhenkívüli terhességet követően, segítségünket kérve az újabb terhességvállalásukhoz. A tanácsadás során nem elégedhetünk meg csupán az öröklődés szabályainak ismertetésével, illetve a genetikai meghatározottság hiányának megállapításával, hanem általában a családtervezésre is ki kell terjednie a tájékoztatásnak. A genetikai tanácsadás kézikönyvei ezzel a problémával nem foglalkoznak. A hazai szülészeti tankönyvekben sem találtunk ilyen jellegű családtervezési iránymutatást (16, 26). Így fel kellett dolgoznunk e téma szakirodalmát és a fontosabb tanulságokat érdemesnek tartjuk e helyütt összefoglalni.

A méhenkívüli terhességek gyakorisága

A terhességeknek lényegében öt kimenetele lehet (1. tábla). Ezen belül az élveszületések és a művi vetélések gyakorisága az elmúlt 30 évben szélsőséges, egymással vetélkedő változásokat mutatott. A spontán vetélések részesedése csökkenő tendenciájú. A halvaszületések előfordulása számottevően csökkent. Emiatt a méhenkívüli terhességek ma már nem jelentik a legritkább szülészeti eseményt. A méhenkívüli terhességek gyakorisága az 1961. évi maximum után csökkent, majd az elmúlt 12 évben kisfokban növekedett.

A méhenkívüli terhességek gyakorisága más országokban általában növekszik. Az USA-ban 1970 és 1978 között gyakoriságuk közel megháromszorozódott (27). Az Egyesült Királyságban (2), Kanadában (12), Svédországban (20, 37), Finnországban (8, 11), Hollandiában (13) is beszámoltak előfordulásuk szignifikáns növekedéséről. Éppen ezért e témának igen nagy az újabb szakirodalma.

A méhenkívüli terhességek *gyakoriság-emelkedésének* a hátterében számos ok áll. Az egyik a diagnosztika javulása. A korai érzékeny terhességi próbák, az ultrahangdiagnosztika, a laparoszkópia elterjedése jelentősen pontosította a méhenkívüli terhességek felismerését (33). A második ok a szexuálisan terjedő betegségek (SZTB-k) tömegméretű elterjedése, amely a nemi szabadosság következménye. A Chlamydia és más kórokozók szerepe a salpingitis és általában a kismedencei gyulladásos betegség létrejöttében bizonyított (35—36, 14). Ezek pedig szállításcsinálói a méhenkívüli terhességeknek. Itt kell megemlíteni azokat a korábbi művi vetéléseket, amelyek szövődményeként kismedencei gyulladás lépett fel. A szövődménymentes terhességmegszakítások nem növelik a későbbiekben a méhenkívüli terhesség kockázatát (38). A harmadik ok a női meddőségek kezelésében elért haladás. Soha olyan kevés gyermektelen házaspár nem volt hazánkban, mint jelenleg. A nehezített fogamzás vagy a sterilitás után bekövetkező terhességekben azonban nagyobb a méhenkívüli terhesség kockázata. Ez szorosan összefügg az itt másodikként említett okokkal. A Clostilbegyt- (18) és Choriogonin- (9) kezelések után gyakrabban észlelt méhenkívüli terhességek eredetét is részben ezzel magyarázzák (3). Az előzetes petevezeték-műtétek is elősegíthetik a későbbi méhenkívüli terhességek létrejöttét (19). Tehát a darwini kiválogatódással szembeni kontraszelektív iatrogénia szerepe is igazolt (31). Negyedik okként a méhbe helyezhető fogamzásgátló eszközöket szokás említeni. Ez azonban félreértés. Ezek az eszközök ugyanis döntően az intrauterin terhességekkel szemben jelentenek védelmet. Így a mégiscsak bekövetkező terhességek között a méhenkívüli terhességek aránya relatíve sokkal (hatszor) magasabb a szokásosnál (38). A fogamzásgátlás e módszerének alkalmazása mellett azonban a méhenkívüli terhességek gyakorisága is alacsonyabb (50%) a méhenkívüli terhességek bekövetkeztének szokásos gyakoriságához képest (32, 23, 38). A korábban alkalmazott eszközök, a kismedencei gyulladásos betegség gyakoriság kisfokú növelése miatt,

Rövidítés: SZTB-k = szexuálisan terjedő betegségek

1. táblázat: **A szülészeti események száma, eloszlása és gyakorisága (gyak.) Magyarországon az elmúlt 30 évben**

Év	Művi vetélés		Méhenkívüli terhesség			Spontán vetélés			Halvaszületés			Élveszületés		Összesen
	No	%	No	%	Gyak.*	No	%	Gyak.**	No	%	Gyak.***	No	%	
1957	123383	37,1	1906	0,6	0,9	37594	11,3	18,0	2512	0,7	1,5	167202	50,3	332597
1958	145578	42,4	1987	0,6	0,9	35422	10,3	17,9	2237	0,6	1,4	158428	46,1	343643
1959	152404	44,7	1987	0,6	1,1	33313	9,8	17,7	2153	0,6	1,4	151194	44,3	341051
1960	162160	47,1	1974	0,6	1,1	31825	9,2	17,5	1957	0,6	1,3	146461	42,5	344377
1961	169992	49,2	2028	0,6	1,2	31672	9,1	18,0	1740	0,5	1,2	140365	40,6	345797
1962	163656	49,7	1830	0,6	1,1	32070	9,7	19,4	1597	0,5	1,2	130053	39,5	329206
1963	173835	50,9	1827	0,5	1,1	32273	9,4	19,2	1651	0,5	1,2	132335	38,7	341921
1964	184367	52,3	1795	0,5	1,1	32505	9,2	19,3	1549	0,5	1,2	132141	37,5	352357
1965	180269	51,7	1685	0,5	1,0	32016	9,2	19,0	1516	0,4	1,1	133009	38,2	348494
1966	186773	51,9	1596	0,4	0,9	32004	8,9	18,4	1515	0,4	1,1	138489	38,4	360377
1967	187527	50,4	1598	0,4	0,9	33307	8,9	18,0	1579	0,4	1,1	148886	39,9	372897
1968	201096	51,5	1486	0,4	0,8	32214	8,2	17,0	1547	0,4	1,0	154419	39,5	390762
1969	206817	52,9	1630	0,4	0,9	30570	7,8	16,6	1530	0,4	1,0	154318	39,5	390618
1970	192283	51,2	1465	0,4	0,8	28372	7,6	15,5	1520	0,4	1,0	151819	40,4	375459
1971	187425	50,9	1372	0,4	0,8	27078	7,4	15,0	1519	0,4	1,0	150640	40,9	368034
1972	179035	49,5	1318	0,4	0,7	26873	7,4	14,7	1423	0,4	0,9	153265	42,3	361914
1973	169650	47,7	1349	0,4	0,7	26822	7,5	14,4	1399	0,4	0,9	156224	44,0	355444
1974	102022	31,8	1348	0,4	0,6	29369	9,2	13,4	1669	0,5	0,9	186288	58,1	320696
1975	96212	30,0	1480	0,5	0,7	26764	8,4	11,9	1607	0,5	0,8	194240	60,6	320303
1976	94720	30,8	1556	0,5	0,7	24715	8,0	11,6	1511	0,5	0,8	185405	60,2	307907
1977	89096	30,5	1499	0,5	0,7	22005	7,6	10,9	1578	0,5	0,9	177574	60,9	291752
1978	83545	30,4	1407	0,5	0,7	20294	7,4	10,6	1364	0,5	0,8	168160	61,2	274770
1979	80767	30,7	1412	0,5	0,8	19097	7,3	10,5	1313	0,5	0,8	160364	61,0	262953
1980	80882	32,2	1228	0,5	0,7	18744	7,5	121,0	1156	0,5	0,8	148673	59,3	250683
1981	78421	32,6	1218	0,5	0,8	16892	7,0	11,1	1172	0,5	0,8	142890	59,4	240593
1982	78682	34,1	1376	0,6	0,9	16142	7,0	11,1	1020	0,4	0,7	133559	57,9	230779
1983	78559	35,1	1026	0,5	0,7	15958	7,1	11,0	902	0,4	0,7	127258	56,9	223703
1984	82191	36,3	1110	0,5	0,8	16751	7,4	11,6	799	0,4	0,6	125357	55,4	226208
1985	81970	35,5	1228	0,5	0,8	16842	7,3	11,3	808	0,3	0,6	130200	56,4	231048
1986	83586	36,1	1329	0,6	0,9	16965	7,3	11,5	828	0,4	0,6	128204	55,5	230912

$$* = \frac{\text{Méhenkívüli terhesség}}{\text{összes terhesség — művi vetélés}} \qquad ** = \frac{\text{spontán vetélés}}{\text{összes terhesség — művi vetélés}} \qquad *** = \frac{\text{halvaszületés}}{\text{élve- + halvaszületés}}$$

szerepet játszhatnak a méhenkívüli terhességek eredetében. A legszínvonalasabb epidemiológiai vizsgálatok azonban ezt nem erősítették meg (32, 28). Végül az utolsó csoportba számos egyéb ok sorolható. Ezek közül a cigarettázást emeljük ki (4). A dohányzó nőkben a méhenkívüli terhességek gyakorisága szignifikánsan magasabb.

Természetesen a méhenkívüli terhességek kóreredetének elemzésekor e terhességi szövődmény heterogenitására is gondolni kell (16). S itt nemcsak a lokalizációra (a tuba ampulláris, isthmikus vagy interstitiális szakasza, ovarium vagy hasüreg) és a kimenetelre (kürtvetélés vagy kürtruptura), hanem főleg az okokra utalnak. Hiszen a méhenkívüli terhességeknek „csak" 50%-ában észlelik a kismedencei gyulladásos megbetegedés meglévő vagy korábbi jeleit (31). Ezen kívül a méhenkívüli terhességek létrejöttében a nemiszervi hypoplasia, endometriosis és más nemiszervi elváltozások mellett, a fogamzás körülményeinek (megkésett ovulatio, túlérett pete) is jelentősége van (3).

A családtervezési tanácsadás

A méhenkívüli terhességek előfordulásának emelkedése csak az egyik, bizonyára nem is a legfontosabb magyarázata a gyakori családtervezési tanács-kéréseknek. Sokkal lényegesebb a családtervezés gondolatának általánossá válása és az igény a terhességvállalás veszélyeinek csökkentésére. Végül a Genetikai Tanácsadóban történő jelentkezés okai között kell említeni a méhenkívüli terhesség bekövetkezte után a szülészeti intézményben elmaradó ilyen jellegű tájékoztatást.

A méhenkívüli terhesség után, az újabb gyermeket akarók családtervezési tanácsadási igénye akkor tekinthető jogosnak, ha az újabb terhességvállaláskor fokozott veszéllyel kell szembenéznünk. Ez a veszély, sajnos, fennáll és nem is mondható jelentéktelennek.

Az eddigi külföldi vizsgálatok egyértelműen igazolták, hogy korábbi méhenkívüli terhesség után vállalt terhességekben a méhenkívüli terhesség ismételt jelentkezésének *specifikus kockázata 7—15-szöröse a szokásosnak!* Ez, a különböző országok alapgyakoriságától függően, a méhenkívüli terhesség ismétlődésének 4—14%-os valószínűségét jelenti (6, 17, 28, 10, 25, 22, 21). Magunk Genetikai Tanácsadónk említett 5 éves anyagában szereplő méhenkívüli terhességen átesett nők későbbi terhességeiben határoztuk meg a méhenkívüli terhesség ismételt előfordulás gyakoriságát. A feltűnően magas: 29,4% (31/102) gyakoriság hátterében statisztikai torzítás állhat. Minket elsősorban a legsúlyosabb esetek (tehát pl. ahol már két méhenkívüli terhesség fordult elő) keresnek fel. A *mérvadóbb vizsgálatok értékei 9—14%, tehát 12% körüli* ismétlődési gyakoriságot mutatnak. A kockázatnak ezt a nagyságrendjét a genetikai tanácsadás gyakorlatában *közepesnek* mondjuk (7). A különböző vizsgálatok közel egybehangzó ismétlődési gyakorisága miatt hazánkban nem látszik érdemesnek külön eset-kontroll epidemiológiai vizsgálatot szervezni. A kontroll megválasztása metodikailag amúgy is nehéz feladat (34).

A genetikai tanácsadás során a *veszély* mértékét azonban nem elsősorban a kockázat nagysága, hanem sokkal inkább a várható ártalom súlyossága határozza meg. A méhenkívüli terhesség mindenképpen *súlyosnak* tekinthető. Az anyákra nézve a kora-terhességnek ez a szövődménye az egyik legsúlyosabb veszély. Magyarországon a terhességgel kapcsolatos anyai halálozás 8%-a volt erre visszavezethető 1970—1986-ban (2. tábla). Más országokban a terhességgel kapcsolatos anyai halálozás kb. 10%-át okozza méhenkívüli terhesség (29) és a csökkenő gyakoriság ellenére ez a második legfontosabb oka az anyai halálozásnak (1).

2. táblázat: **A terhesség, szülés és gyermekágy szövődményeként, ezen belül a méhenkívüli terhesség (MKT) miatt bekövetkező anyai halálozás Magyarországon 1970—1986-ban**

Év	Anyai halálozás			Anyai halálozást MKT okozta			
	Szám	1000 terhességre eső halálozás	10 000 női lakosra jutó halálozás	Szám	1000 terhességre eső halálozás	10 000 női lakosra jutó halálozás	%
1970	64	0,17	0,12	10	0,026	0,020	15,6
1971	53	0,14	0,10	4	0,011	0,008	7,5
1972	66	0,18	0,13	3	0,008	0,006	4,5
1973	59	0,16	0,12	3	0,008	0,006	5,1
1974	72	0,22	0,14	7	0,022	0,014	9,7
1975	52	0,16	0,10	2	0,006	0,004	3,8
1976	37	0,12	0,07	3	0,009	0,006	8,1
1977	35	0,12	0,07	5	0,017	0,010	14,3
1978	37	0,13	0,07	4	0,014	0,008	10,8
1979	25	0,09	0,05	2	0,007	0,004	8,0
1980	31	0,12	0,06	1	0,004	0,002	3,2
1981	25	0,10	0,05	1	0,004	0,002	4,0
1982	37	0,16	0,07	2	0,008	0,004	5,4
1983	19	0,08	0,04	0	—	—	—
1984	19	0,08	0,04	2	0,009	0,004	10,5
1985	34	0,14	0,007	4	0,017	0,008	11,7
1986	19	0,08	0,04	2	0,008	0,004	10,5
Össz.	684	0,14	0,008	55	0,011	0,006	8,0

A méhenkívüli terhesség közepes gyakoriságú ismétlődési kockázatának hátterében döntően nem genetikai, hanem *maternális* tényezők állnak. Hiszen azok az okok, amelyek az első méhenkívüli terhességet előidézték, a későbbiekben is éreztetik hatásukat az anya szervezetében. Elég a kismedencei gyulladásos megbetegedésekre utalni.

A méhenkívüli terhességekben a családtervezési tanácsadásnak azonban van még egy másik fontos része: az *új terhesség elérésének az esély-becslése.* Hiszen a méhenkívüli terhesség műtéti megoldása hazánkban jelenleg többnyire egyet jelent az érintett petevezető eltávolításával. Reményteljesebb konzervatív műtéti megoldás a korán felismert méhenkívüli terhességek ellátása a mikrosebészet és a lézersebészet együttes alkalmazásával. Ha a petevezeték eltávolítására kerül sor, a fogamzóképesség csökken. De a korábbi méhenkívüli terhességhez vezető okok

gyakorta a másik petevezetéket is érintik. Emiatt a méhenkívüli terhesség után a teherbe esés esélye jelentősen csökken. A szakirodalomban ennek értékét szélsőséges határok (20%—67%) között adják meg (3, 21). Genetikai Tanácsadónk anyagában a méhenkívüli terhességen átesett nők csaknem felének (49%) nem sikerült a kívánt fogamzást két éven belül elérni. Így a tanácsadás során említésre kerülő *33%-os fogamzóképtelenség* optimista becslés.

A méhenkívüli terhességet követően tehát a családtervezőknek csak kb. felében várható élveszületés. Egyharmaduk meddő lesz. A tervezett terhesség bekövetkeztekor pedig kb. 12—12% a méhenkívüli terhesség és a spontán vetélés kockázata. A jelentős veszély ellenére, tapasztalataink szerint, a méhenkívüli terhességen átesett nők, illetve párok, különösen, ha még nincs gyermekük, vállalkozni kívánnak újabb terhességre.

A családtervezés orvosi segítése

Az első feladat a *megfelelő tájékoztatás*, amely az előző részben összefoglaltak elmondását jelenti. Ide tartozik az újabb terhességvállalás időpontja is. Mindenképpen helyes 6—12 hónapot várni az újabb terhességvállalással. Sőt, ha ennek hátterében SZTB, illetve kismedencei gyulladásos megbetegedés áll, a családtervezést csak ezek rendezése után helyes elkezdeni. Ebbe a „rendezésbe" a partner(ek) kezelése is beletartozik. Ennek érdekében a kórokozók laboratóriumi azonosítása után végzett specifikus antibiotikum kezelés mellett mellett a nemi partnerek számának korlátozását, új partner esetén a gumi óvszer használatát (5), esetleg a fogamzásgátló tabletta szedését is ajánlani kell. A fogamzásgátlás e két módszere protektív hatású a méhenkívüli terhesség kivédésében (23, 38, 30). A megfelelő fogamzásgátlás mind a korai, még előkészítetlen terhesség kivédése, mind a kismedencei gyulladásos megbetegedés hatékony kezelése miatt fontos.

A második feladat a *fogamzásra történő megfelelő* felkészítés. Erre az országszerte már 15 központban működő Optimális Családtervezési Szolgáltatás nyújtja a legjobb lehetőséget. Egyfelől a fogamzás optimális napjának meghatározása és hasznosítása a méhenkívüli terhesség kockázatát csökkentheti. Másfelől az ultrahangvizsgálat, illetőleg a HCG béta-komponensére alapozott terhességi próba nemcsak a terhesség korai (3. héten történő) felismerését biztosítja, hanem alacsony kvantitatív értéke a méhenkívüli terhesség gyanúját is felveti.

A koraterhességi próbák elterjedése után a harmadik feladat a *terhesség megfelelő kezelése* lesz. A jövőben majd sor kerülhet a méhenkívüli terhességek konzervatív ellátására is. A methotrexate (24) és az antiprogeszteron készítmények (15) ilyen jellegű kipróbálásának kedvező tapasztalatai táplálják ezt a reményt.

A méhenkívüli terhesség előfordulása után tehát jogos az *újabb* terhességet akaró nők családtervezési tanácsadási igénye. Az már más kérdés, hogy ezt kinek kell végeznie. A logikus az lenne, ha erre már a szülészeti osztályon sor kerülne. Ez ellen szól részint a terhességüket váratlanul elveszített és műtét után lévő, lelkileg amúgy is érintett nők kímélete. Véleményünk szerint egy olyan *szórólap* előállítása lenne a legmegfelelőbb megoldás, amely az itt elmondott összes tudnivalót tartalmazza. Ezt kellene a méhenkívüli terhességen átesetteknek átadni. E szórólap alapján azután az újabb terhességvállalás előtt felkereshetnék az illetékes Optimális Családtervezési Szolgáltatást vagy a Család- és Nővédelmi Tanácsadót. Természetesen a genetikai tanácsadók sem zárkózhatnak el az ilyen okból hozzájuk fordulók tanácsadási igénye elől.

IRODALOM: 1. *Atrash, H. K., Friede, A., Hogue, C. J. R.:* Ectopic pregnancy mortality in the United States 1970—1983. Obstet. Gynecol., 1987. *70.* 817—822. — 2. *Beral, V.:* An epidemiologic study of recent trends in ectopic pregnancy. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1975. *82.* 775—782. — 3. *Chow, W. H., Daling, J. R., Cates, W., Greenberg, R. S.:* Epidemiology of ectopic pregnancy. Epidemiologic Review, 1987. *9.* 70—94. — 4. *Chow, W. H., Daling, J. R., Weiss, N. S., Voigt, L. F.:* Maternal cigarette smoking and tubal pregnancy. Obstet. Gynec., 1988. *71.* 167—170. — 5. *Cramer, D. W., Goldman, M. B., Schiff, I. et al:* The relationship of tubal infertility to barrier method and oval contraceptive use. JAMA, 1987. *257.* 2446—2450. — 6. *Crawford, E., Hutchinson, H.:* A decade of reports on tubal pregnancies condensed from the literature plus 300 consecutive cases without a death. Am. J. Obstet. Gynecol., 1954. *67.* 568—584. — 7. *Czeizel E.:* Genetikai Tanácsadás. Elmélet és módszer. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1981. — 8. *Erkkola, R., Liukko, P.:* Intrauterine device and ectopic pregnancy. Contraception, 1977. *16.* 569—574. — 9. *Gemzell, C., Guillone, J., Wang, C. F.:* Ectopic pregnancy following treatment with human gonadotropins. Am. J. Obstet. Gynecol., 1982. *143.* 761—765. — 10. *Hallatt, J. G.:* Repeat ectopic pregnancy. A study of 123 consecutive cases. Am. J. Obstet. Gynecol. 1975. *122.* 520—524. — 11. *Hemminki, E., Heinonen, P. K.:* Time trends of ectopic pregnancies. Brit. J. Obstet. Gynec., 1987. *94.* 322—327. — 12. *Hockin, J. C., Jessamina, A. G.:* Trends in ectopic pregnancy in Canada. Can. Med. Assoc. J., 1984. *131.* 737—740. — 13. *Hoogendoorn, D.:* Voortgaande stijging van het aantal extrauterine awangerschappen. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1984. *128.* 1279—1281. — 14. *Illei Gy.:* Szexuálisan átvitt megbetegedések hatása a reprodukciós folyamatokra. Orv. Hetil., 1988, *129.* 643—648. — 15. *Kenigsberg, D., Porte, J., Hull, M. et al:* Medical treatment of residual ectopic pregnancy: RU 486 and methotrexate Fertil. Steril., 1987. *47.* 702—703. — 16. *Lampe L.:* Szülészet-Nőgyógyászat II. kiadás. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1983. II. — 17. *Malkasin, G. D., Hunter, J. S., ReMine, W. H.:* Ectopic pregnancy: Analysis of 322 consecutive cases, 1935—1954. JAMA 1958. *168.* 985—990. — 18. *Marchbanks, P. A., Caulom, C. B., Annegers, J. F.:* An association between clomiphene citrate and ectopic pregnancy: a preliminary report. Fertil. Steril., 1985. *44.* 268—270. — 19. *Marchbanks, P. A., Annegers, J. F., Coulam, C. B. et al:* Risk factors for ectopic pregnancy. JAMA 1988. *259.* 1823—1824. — 20. *Meirik, O.:* Ectopic pregnancy during 1961—1978 in Uppsala County Sweden. Acta Obstet. Gynecol., Seand., 1981. *69.* 545—548. — 21. *Mueller, B. A., Daling, J. R., Weiss, N. S. et al:* Tubal pregnancy and the risk of subsequent infertility. Obstet. Gynecol, 1987. *69.* 722—726. — 22. *Nagamani, M., London, S., St. Amand, P.:* Factors influencing fertility after ectopic pregnancy. Am. J. Obstet, Gynecol., 1984. *149.* 533—535. — 23. *Ory, M. W.:* The Women's Health Study. Ectopic pregnancy and intrauterine contraceptive devices: new perspectives. Obstet. Gynecol., 1981. *57.* 137—144. — 24. *Ory, S. J., Villanueva, A. L., Sand, P. K.:* Conservative treatment of ectopic pregnancy with methotrexate. Am. J. Obstet. Gynecol., 1986. *154.* 1299—1306. — 25. *Pagano, R.:* Ectopic pregnancy: a seven year survey. Med. J. Aust., 1981. 2. 586—588. — 26. *Papp Z.:* Szülészeti genetika. Medicina Kiadó, Budapest, 1986. — 27. *Rubin, G. L., Peterson, H. B., Dorfman, S. F. et al:* Ectopic pregnancy in the United States, 1970 through 1978. JAMA 1983. *240.*

1725—1729. — 28. *Schenker, J. G., Eyal, F., Polishuk, W. Z.:* Fertility after tubal pregnancy. Surg. Gynecol. Obstet., 1972. *135.* 74—76. — 29. *Schneider, J., Berger, C. J., Cattel, C.:* Maternal mortality due to ectopic pregnancy: A review of 102 deaths. Obstet. Gynecol., 1977. *49.* 557—561. — 30. *Stone, K. M., Grimes, D. A., Magder, L. S.:* Personal protection against sexually transmitted diseases. Am. J. Obstet. Gynecol., 1986. *115.* 180—188. — 31. *Taylor, R. N.:* Ectopic pregnancy and reproductive technology. JAMA 1988. *259.* 1862—1864. — 32. *Vessey, M. P., Yeates, D., Flavel, R.:* Risk of ectopic pregnancy and duration of use of an intrauterine device. Lancet, 1979; 2. 501—505. — 33. *Weckstein, L. N., Boucher, A. R., Tucher, H. et al:* Accurate diagnosis of early ectopic pregnancy. Obstet. Gynecol., 1985. *65.* 393—397. — 34. *Weiss, N. S., Darling, J. R., Chow, W. H.:* Control definition in case-control studies of ectopic pregnancy. Am. J. Public Health., 1985. *75.* 67—68. — 35. *Westrom, L.:* Influence of sexually transmitted diseases on sterility and ectopic pregnancy. Acta Eur. Fertil., 1985. *10.* 21—24. — 36. *Westrom, L.:* Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. Am. J. Obstet. Gynecol., 1975. *121.* 707—713. — 37. *Westrom, L., Bengtsson, L. P. H., Mardh, P. A.:* Incidence, trends, and risks of ectopic pregnancy in a population of women. Brit. Med. J., 1981. *282.* 15—18. — 38. WHO Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation: A multinational case-control study of ectopic pregnancy. Clin. Reprod. Fertil., 1985. *3.* 131—143.

(Dudás István dr. *Budapest*, Pf. 64. 1966)

Tisztelt Megrendelőink!

A hírek, kongresszusi anyagok szerkesztőségünkbe küldött megrendelésein kérjük feltüntetni *MNB számlaszámukat.*

Köszönettel
Medicina Könyvkiadó Vállalat

Szövetkezetünk vezetősége tisztelettel meghívja
Önt és tisztelt kollégáit

V. 2.	**Győr**	**Megyei Kórház kertjében**	**Vasvári Pál u. 2.**
V. 3.	**Sopron**	**Városi Kórház kertjében**	**Győri u. 15.**
V. 4.	**Szombathely**	**Markusovszky Kórház kerjében**	
V. 5.	**Sárvár**	**Városi Kórház kertjében**	**Rákóczi u. 30.**
V. 6.	**Hévíz**	**Termál Gyógyszálló parkolójában**	

tartandó autóbuszos bemutatkozó kiállításunkra.

OMSZÖV

A műszereink bemutatóján mód nyílik a szövetkezet gyártmányainak megismertetésére és néhány műszer megvásárlására is.
A kiállításon részt vevő szakembereink készséggel állnak rendelkezésére bármely műszereinkkel kapcsolatos kérdésben.

Polfa

CARBACHOL
3%
szemcsepp

Hatóanyagok: 30 mg carbacholum és 9 mg hydroximethylcellulosum (10 ml) üvegenként.

Javallatok: Glaucoma simplex és chronicum.

Ellenjavallatok: Gyógyszer-túlérzékenység és -intolerancia. A cornea-hám részleges hiánya esetén csak fokozott elővigyázatossággal alkalmazható. Akut iritisz.

Adagolás: Naponta 3-szor 1—2 cseppet egyenlő időközönként (8 óránként) a kötőhártyazsákba cseppenteni

Mellékhatások: Fejfájás, égő érzés a szemben, esetleg kisfokú kötőhártya-vérbőség.

Figyelmeztetés: Látászavart okozhat (járművezetés, baleseti veszéllyel járó munka!).

Megjegyzés: ■■ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

Csomagolás: 10 ml.

Gyártja: POLFA — Gyógyszergyár — Lengyelország
Exportálja: CIECH — Varsó
Felvilágosítást ad: CIECH—POLFA
Tudományos Információs Iroda
1075 Budapest, Tanács krt. 25. I. 3.
Telefon: 427-723, 422-548
Telex: 22-63-88

Ciech

Győrffy Árpád dr.
Botos Zoltán,
Kiss Béla dr.,
Várhelyi Imre dr.
és Varga László dr.

Gyomorrákos betegeink prognózisa a komplex diagnosztika időszakában

Debreceni Orvostudományi Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika
(igazgató: Rák Kálmán dr.)
II. Sebészeti Klinika
(igazgató: Péterffy Árpád dr.)
I. Sebészeti Klinika
(igazgató: Balázs György dr.)

A szerzők 1986—87-ben felmérést végeztek gyomorrákos betegeik prognózisáról, akiknek betegségét 1975—87 között komplex diagnosztikus módszerekkel diagnosztizálták. Kettőszáznegyvennégy betegüknél telt el több mint 5 év a diagnózis felállítása óta. Megállapították, hogy az 5 éves túlélés ezen betegekre vonatkoztatva 19,4%, azaz 47 betegük élt legalább 5 évet a diagnózis felállítása óta. Az 1965—74 között észlelt gyomorrákos betegeik prognózisához képest javult az operabilitás, s a rezekálhatóság is. Megvizsgálták, hogy a gyomorrákosok szöveti típusa szerint változik-e a rezekálhatóság, valamint a túlélés. Azt találták, hogy az intestinalis típusú gyomorrákban jobb az 5 éves túlélés és az operálhatóság aránya. Az összes gyomorcarcinomás betegre vonatkoztatva a korai carcinoma aránya 8,3%, míg ha a rezekáltakra, a sebészi vagy endoscopos polypectomián átesett betegekre számították az arányokat, a korai carcinoma 22,7% volt. Igen jó a korai gyomorrákosok 5 éves túlélése, adataik szerint 34/37. Területükön még nem tapasztalták a gyomor-carcinoma nagyobb arányú csökkenését.

The prognosis of our gastric cancer patients in the period of complete diagnostic methods. A retrospective study was done in 1986—87 on the survival of patients with stomach cancer. Their disease was established with complete diagnostic methods between 1975—87. In 244 patients diagnosis had been set up more than five years before. The survival of these patients was 19,4%, i. e. 47 of them were alive five years after the diagnosis. Both operability and resecability improved when compared to the earlier results (between 1965—74.). The most favourable 5-year survival and resecability were found in patients with intestinal type cancer. Early cancer was 8,3% of total, however, when only those patients were taken into consideration who had been treated either surgically or underwent surgical or endoscopic polypectomy, the percentage markedly increased 22,7%. The survival of patients wiht early stomach cancer was excellent: 34/37 (91,9%). A significant decrease of the incidence of stomach cancer in the region so far could not be observed.

Annak ellenére, hogy a gyomorrák-incidencia Magyarországon az elmúlt 10—15 évben jelentős csökkenést mutat, még mindig több, mint 3000 beteg hal meg évente ebben a betegségben (1, 32). Ez a kérdés évtizedek óta foglalkoztatja az orvosok jelentős részét, hiszen mindennapi munkájukban gyakran találkoznak gyomorrákos beteggel.

A csökkenés oka nem ismert pontosan, véleményünk szerint ennek hátterében a környezeti tényezők — főként a táplálkozási viszonyok — változása, ill. javulása áll; van olyan vélemény is, hogy az endoscopia fejlődése is hozzájárult a csökkenéshez (1, 32).

Az elmúlt 10—12 évben a külföldi és a magyar irodalomban is számosan foglalkoztak a gyomorrák, ezen belül a korai gyomorrák kérdésével, megállapítva, hogy még mindig kicsi a korai carcinomák száma, csak véletlenszerűen lehet azokat felfedezni. Pesszimista és némileg optimista nézetek egyaránt olvashatók. Többen hivatkoztak a japán eredményekre, melyek szerint ott a korai gyomorcarcinoma sokkal jelentősebb arányban, akár az esetek 30—40%-ában is felismerhető, míg a világ számos országában, így nálunk is ez az arány 10% alatti (2, 3, 4, 5, 9, 12, 18, 21, 27, 29).

Számos közlemény foglalkozik a gyomorrák epidemiologiájával, a szűrés lehetőségeivel, a diagnosztika, ezen belül az endoscopos diagnosztika, biopsia, cytologia hatékonyságával, a különböző szöveti típusokkal (6, 11, 17, 19, 24, 25, 26, 28, 30, 31).

Magunk is többször beszámoltunk a gyomorrák egyes kérdéseiről, így a szűrés lehetőségéről, az ulcus és a gyomorcarcinoma viszonyáról, az 5 éves túlélés és az endoscopia kapcsolatáról, a primaer csonk-carcinomáról (13, 14, 15, 16).

Jelen felmérésünk, mely az endoscopos korszak lehetőségeit is magában foglalja, a következő kérdésekre igyekszik válaszolni:

1. A diagnosztika javulásával, tehát a team-munka lényegi megvalósulásával, területünkön az endoscopia és biopsia talán kellő mértékű alkalmazásával hogyan változott a korai carcinomák aránya?

2. Ebből következően hogyan alakult az 5 éves túlélés?

3. Változott-e az operálhatóásg és a resectio lehetősége a korábbi eredményeinkhez képest?

4. Végül a gyomorrák szöveti típusa hogyan befolyásolja a prognózist?

A szöveti felosztásban *Lauren* munkásságát vettük figyelembe, mert a nemzetközi irodalomban is eszerint tárgyalják ezt a kérdést (17, 19).

Betegeink adatai

A DOTE II. Belklinika gastroenterologiai szakrendelésén 1975—1987 között röntgen, endoscopos és túlnyomórészt biopsiás módszerrel diagnosztizált 676 gyomorrákos beteg adatait dolgoztuk fel.

Az anamnézis felvétele után a vizsgálati lapon rögzítjük a beteg nevét, korát, lakhelyét, a beküldő orvos vagy intézet nevét. Tartalmazza a vizsgálati lap a műtét leírását (amikor az megtörtént), a biopsia és a műtéti anyag szöveti feldolgozásának eredményét, az esetleges kontroll-vizsgálati adatokat. Ezek alapján meg tudjuk ítélni, hogy milyen eredményes volt a műtét, mennyi a korai carcinoma aránya, milyen a gyomorrák szöveti típusa.

1986—87-ben megkíséreltük a betegeink túlélésére vonatkozó adatokat összegyűjteni részben kérdőívek segítségével, részben berendelések alapján, ill. az illető helység körzeti orvosának tájékoztatása után. Ezen esetekben a diagnózis felállítása után legalább 5 év telt el. Ez a munka sok nehézséggel járt, mivel számosan elköltöztek, sokan meghaltak, a levelek egy része „ismeretlen" jelzéssel érkezett vissza, s bizonyos esetekben a körzeti orvos sem tudott megfelelő tájékoztatást nyújtani.

Eredmények

Az *1. táblázat* a betegek kor és nem szerinti megoszlását mutatja. A 60 éven felüli betegek aránya 57,4%, míg ez a 12 évvel ezelőtti felmérésünkben 63,6% volt. A nők aránya 31,9%, ez korábban 38% volt.

A *2. táblázat*on a műtéti eredmények láthatók. A táblázaton részben azoknak a betegeknek az adatait tüntetjük fel, akiknek a túléléséről pontos információkkal rendelkeztünk (244 beteg), részben az utóbbi 6 évben észlelt 283 beteg adatait is feldolgoztuk. Betegeink 19,5%-a valamilyen okból nem került műtétre: kimutatható metastasisok, ascites, vagy többszöri javaslat ellenére a beteg nem egyezett bele a műtétbe stb. A korábbi helyzethez képest lényegesen javult az operált betegek aránya, mert régebben a betegek 32,3%-a nem került műtétre.

Az operabilitás jelenleg tehát 80,5%, korábban 67,7% volt.

A rezekálhatóság az összes betegre vonatkoztatva 46,9%, az operáltak szerint vizsgálva 58,3% (korábban 28,4, ill. 41,8%).

1. táblázat: **A gyomorrákos betegek kor és nem szerinti megoszlása**

Kor (év)	Férfi	Nő	Összesen
21—30	5	1	6
31—40	22	12	34
41—50	49	29	78
51—60	120	50	170
61—70	140	61	201
71—80	106	49	155
81—90	18	13	31
91 felett	—	1	1
Összesen	460	216	676

2. táblázat: **A gyomorrákos betegek operálhatóságának a mutatói**

Összbetegszám	527	
Nem történt műtét	103	19,5%
Operabilitás	424	80,5%
Rezekálhatóság	247	46,9%
Palliatív műtét vagy exploratio	177	33,6%
Az operált betegekre vonatkoztatott rezekálhatóság		58,3%

A *3. táblázat* mutatja a gyomorrákos betegek túlélési adatait. Mint már jeleztük, 244 olyan betegünk volt, akiknél több mint 5 év telt el a diagnózis felállítása óta, s az adatok is rendelkezésünkre álltak. Felmérésünk szerint 47 beteg élt legalább 5 évet a diagnózis megállapítása után, s ez a betegek 19,4%-át jelenti, azonban vizsgálatunk idő-

3. táblázat: **Gyomorrákos betegeink túlélési mutatói**

Kevesebb, mint egy év	138	56,5%
1—3 év túlélés	44	18,0%
3—5 éves túlélés	15	6,1%
Több, mint 5 éves túlélés	47	19,4%
Összesen	244	100,0%

pontjában már csak 28-an éltek. Korábbi beszámolónkban — mindössze 60 betegre vonatkoztatva ugyan — csak 10%-osnak találtuk az 5 éves túlélést.

A *4. táblázat*on jól igazolható, hogy a resectióra alkalmas betegek esetében az 5 éves túlélés lényegesen jobb (31,3%), mint az irrezekábilis vagy csak palliatív módon operált betegeknél. Mégis talán meglepő, hogy a valamilyen okból nem operált, ill. irrezekábilisnak, csak palliatív módon operálhatónak talált esetekben is 10, ill. 7,6% az 5 éves túlélés. Bizonyára a nem operáltak között még viszonylag korai stádiumban levők is voltak, ill. a pal-

liatívnak minősített műtét mégiscsak eléggé radikális lehetett.

Lauren szerint (19) a gyomorrákosok szöveti típusa szerint három fő csoportba sorolhatók:

1. intestinális típus
2. diffuz infiltráló típus
3. vegyes szöveti típus

Ennek a beosztásnak az irodalmi adatok szerint bizonyos prognosztikai jelentősége van, mivel a rezekálhatóság és a túlélés viszonylag legjobb az intestinális típusú gyomorrákban.

4. táblázat: **A túlélési idő és a sebészi beavatkozás típusa közötti összefüggés**

	Nem történt műtét	Irrezekábilis vagy palliativ műtét	Rezekálható
Több, mint 5 évet élt	5 (10%)	6 (7,6%)	36 (31,3%)
3—5 évet élt	3 (6%)	2 (2,5%)	10 (8,7%)
1—3 évet élt	6 (12%)	12 (15,2%)	26 (22,6%)
Kevesebb, mint egy évet élt	36 (72%)	59 (74,7%)	43 (37,4%)
Összesen	50 (100%)	79 (100%)	115 (100,0%)

Az *5. táblázat*on tüntettük fel betegeink szöveti beosztás szerinti csoportosítását. Látható, hogy az intestinális szöveti típusú gyomorrákosok valamivel idősebbek, s a legnagyobb arányban fordulnak elő. A rezekálhatóság is viszonylag itt a leggyakoribb, hiszen például az utóbbi 5 év során rezekált 127 gyomorrákos betegünk 69,3%-a tartozott az intestinális szöveti típusba *(6. táblázat)*.

5. táblázat: **A gyomorrákos betegeink szöveti típus szerinti megoszlása**

	N	%	Átlagéletkor
Intestinális típus	247	55,4	62,8
Diffuz, infiltráló típus	133	29,8	58,5
Vegyes szöveti típus	66	14,8	62,7
Nem ismert	81	—	—
Összesen	527		

Vizsgáltuk a túlélés összefüggését a szöveti típussal azokban az estekben, akiknél a megfelelő adatok rendelkezésünkre álltak. Látható, hogy az intestinális és vegyes szöveti típusú gyomorrákban az 5 éves túlélés kedvezőbb

6. táblázat: **A rezekálható 127 betegre vonatkoztatott szöveti típus (utóbbi 5 év anyaga)**

Intestinális típus	88	69,3%
Diffuz, infiltráló típus	24	18,9%
Vegyes szöveti típus	15	11,8%
Összesen	127	100,0%

(28,4, ill. 30%), szemben a diffúz, infiltráló típussal, ahol betegeink 18,2%-a élt 5 éven túl *(7. táblázat)*.

Végül a *8. táblázat*on tüntetjük fel a korai gyomorcarcinomás betegeink arányát — az ismert japán beosztást alkalmazva — az össz-gyomorrákos betegre vonatkoztatva (676 beteg). Látható, hogy a korai gyomorrákosok az

7. táblázat: **A túlélés összefüggése a szöveti típussal (legalább 5 év telt el az operáció óta)**

	Kevesebb, mint egy év	1—3 éves túlélés	3—5 éves túlélés	5 éves túlélés
Intestinális típus 88 beteg	39/88	19/88	5/88	25/88
Diffuz, infiltráló típus 55 beteg	34/55	8/55	3/55	10/55
Vegyes típus 40 beteg	22/40	4/40	2/40	12/40

8. táblázat: **A korai gyomor-carcinomások aránya az összes gyomorrákos betegre vonatkoztatva**

Exulcerált korai gyomorrák	43	76,8%
Polypoid korai gyomorrák	13	23,2%
Összesen	56	100,0%
Az összes gyomorrákosra vonatkozó arány	56/676	(8,3%)
5 éves túlélés korai carcinomára vonatkoztatva	34/37	(91,9%)

összes eset 8,3%-át teszik ki, ami megfelel a magyar és az európai átlagnak. Megjegyezzük, hogy az 1976-os felmérésünkben — részben radiológiailag, részben később endoscoppal is diagnosztizált 187 esetünkre vonatkoztatva — a korai gyomorrák aránya mindössze 2,1% volt. Ha csak a rezekált, a sebészi vagy az endoscopos polypectomián átesett betegeket számítjuk, a korai gyomor-carcinoma aránya 22,7%, de úgy gondoljuk, hogy reálisabb az összes gyomorrákos beteget alapul venni a korai rákosok arányának kiszámításában. Mi is igazolhatjuk, hogy a korai gyomorrákosoknál igen jó az 5 éves túlélés, adataink szerint 91,9%.

A korai gyomorrákok szöveti típusát tekintve feltűnő, hogy az exulcerált formában 71,4%, míg a polypoid formában 100% intestinális típusú carcinoma.

Megbeszélés

Eredményeink jelentősen javultak a korábbi felmérésben szereplő adatokhoz képest, de a korai gyomorcarcinoma aránya még így is 10% alatt van. Helyesebb ezt az arányt az összes gyomorrákos betegre vonatkoztatni, tehát nemcsak a rezekálható tumorosokra, mint ez több tanulmányban szerepel, hiszen ilyenkor a korai carcinoma aránya 15—16% vagy ennél is nagyobb, s ez megtévesztő lehet (4, 10, 21).

Ami a sokat emlegetett japán adatokat illeti, meggyőződésünk, hogy a magas korai carcinoma aránya főként a tömegszűrés révén elérhető eredményeket reprezentálja. Annál inkább mondható ez, mert egy mostanában megjelent összefoglaló szerint Japánban évente több mint 2000 korai gyomorrákot találnak ugyan, de a közlemény adataiból az is kiderül, hogy az évenkénti mortalitás mintegy 35 ezerre tehető (22). Ezekből az arányokból nehéz lenne arra következtetni, hogy a gyomorrákos betegek 30—40%-át korai stádiumban ismernék fel Japánban. Több szerző adatai a korai gyomorrák vonatkozásában hasonlítanak a mieinkhez (2, 5, 12, 27, 29), bár a pontos százalékos arányok nem mindig deríthetők ki. Hol, kiknél kereshetjük reménnyel a korai gyomorrákot? Mint saját eseteinkből és az irodalomból is megfigyelhető, elsősorban az ulcusnak, a polypnak látszó elváltozások mögött fedezhetünk fel carcinomát, mely ilyen esetekben még sokszor korai stádiumban lehet (5, 10, 12, 14, 26).

Az 5 éves túlélési mutatóink összevetve az irodalomban talált értékekkel nem tűnnek kedvezőtleneknek (7, 8, 9, 18, 23, 32), de feltétlenül javulást kellene elérni. Ami a rezekáltak 5 éves túlélését illeti, ez természetesen sokkal jobb, mint az összes gyomorrákosra vonatkozó adatunk. Azt találtuk, hogy a rezekált 115 beteg közül 31,3% (36 beteg) élte túl az 5 évet, míg az inoperabilis vagy palliatív műtéti esetekben ez a szám mindössze 7,6%. Feltehető a kérdés, hogyan lehetséges hogy ma, amikor a szóba jöhető diagnosztikus eszközök (gyomorröntgen, endoscopia, biopsia) rendelkezésünkre állnak, nem növekszik a korai gyomorrákok aránya az elvárt mértékben?

Ma már viszonylag ritka, hogy az orvos késlekedik a beteg beutalásával. Az sajnos előfordul területünkön, hogy a betegek néha heteket várakoznak gyomorröntgenre, s az is előfordul, hogy a röntgen álnegatív. Ezen a ponton meggondolandó — amit egyébként már sok helyen megvalósítottak —, hogy pl. 40 éves kor felett gyomortumor gyanúja esetén elsődlegesen kellene az endoscopiát, biopsiát végezni. Ez a jelenlegi technikai feltételek mellett akkor lehetséges, ha nem pazarolnánk sok időt pl. nyombélfekélyesek ismételt vizsgálatára, sőt az is meggondolandó, hogy az első vizsgálat során gyomorröntgennel, endoscopos és biopsiás vizsgálattal benignusnak talált 40 éven aluli gyomorfekélyes beteget a későbbiekben a röntgenes kollega ellenőrizné. Eddigi tapasztalataink, s más közlések is azt mutatják, hogy az esetek túlnyomó többségében már az első endoscopos és biopsiás vizsgálattal felfedezhető a gyomorfekélyek formájában mutatkozó carcinoma (26). Nem mondhatunk le bizonyos betegségcsoport gondozásáról sem (anaemia perniciosa, 15 éve rezekált betegek, chronikus atrophiás gastritis), de véleményünk szerint viszonylag kevés az ily módon felfedezett carcinomák száma az összes esethez képest. Másik probléma az, hogy a diagnózis nem az orvos, hanem a beteg hibájából késik. Nem ritka, hogy a betegek több hónapos vagy akár egyéves panaszok után keresik fel orvosukat, szánják rá magukat a kivizsgálásra.

A harmadik, talán legfontosabb tényező az elég rossznak minősíthető eredményekben, minden bizonnyal a betegség természetében rejlik. Ugyanis nagyon sokszor már néhány hetes panasz után is inoperábilisnak találjuk a gyomorrákot. Ezen a tényezőn belátható időn belül nem lehet segíteni, hiszen tömegszűrés végzésére nincs lehetőségünk.

A *Balogh* és munkatársai által javasolt módszert (2) a betegek kivizsgálására magunk 14 éve alkalmazzuk, azaz a betegek túlnyomó többségénél először gyomorröntgen veti fel a kóros elváltozást, melyet később endoscopos, ill. szöveti vizsgálattal igyekszünk tisztázni. Ennek ellenére eredményeink stagnálnak. Az tehát ma már viszonylag ritkán fordulhat elő, hogy a diagnózis akár a röntgen, akár az endoscopia és biopsia hibájából hónapokat késik. Más szóval a diagnózis lehetséges módszereinek javulása nem jelentette egyúttal az eredmények javulását is.

Magunk is igazoltuk, hogy az intestinális típusú gyomor-carcinomában valamivel magasabb az életkor, jobbak az 5 éves túlélés kilátásai, s feltűnő, hogy a korai gyomor-carcinomák között milyen nagy arányban fordul elő az a szöveti felépítés. Itt érdemes megemlíteni azt a tényt, hogy a gyomor-carcinoma számának csökkenése elsősorban az intestinális típusra vonatkozik (17). Úgy tartják, hogy ezt a carcinoma-fajtát a környezeti tényezők, főként táplálkozási szokások okozzák, azaz a csökkenés egyúttal a környezeti tényezők, táplálkozási faktorok változását is jelenti (17, 24). Többekkel együtt magunk is azt gondoljuk, hogy ez utóbbi a csökkenés oka, s nem annyira az endoscopia eredményessége (1, 22, 32), hiszen ez azt is jelentené, hogy a csökkenés mértékével javulna a gyógyítható, azaz korai gyomor-carcinomák aránya, márpedig erről sajnos nincs szó. Megvizsgáltuk, hogy nálunk hogyan változott az elmúlt években a gyomor-carcinoma incidenciája, s semmiképpen nem találtunk jelentős csökkenést. Ez persze nem zárja ki az országos viszonylatban található esést, bár elvétve akad a mienkhez hasonló megfigyelés (20). Csak remélhetjük, hogy a csökkenés nálunk is tovább folytatódik, s elérhetjük azt az alacsony szintet, mely az USA-ban már az endoscopia bevezetése előtt megfigyelhető volt.

Köszönetnyilvánítás: Köszönetünket fejezzük ki a DOTE Kórbonctani Intézet orvosainak, asszisztenseinek a biopsiás minták kiértékeléséért, a műtéti szövettani anyag rendelkezésünkre bocsátásáért, mely igen nagy segítséget jelentett számunkra. Ugyancsak köszönet illeti a radiológus kollegákat igen értékes munkájukért.

IRODALOM: 1. *Bajtai A., Juhász J.:* Változások a gyomorrák epidemiológiájában: csökken-e a gyomorrák mortalitása? Orvosképzés, 1984, *59,* 172. — 2. *Balogh I., Simon L., Domján L.:* A korai gyomorrák — eredmények és kételyek 15 év után. Orv. Hetil., 1987, *128,* 2559. — 3. *Beger, H. G., Bergemann, W., Oshima, H.:* Das Magenkarzinom. Frühdiagnose und Therapie. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York, 1980. — 4. *Biasco, G. és mtsai:* Early gastric cancer in Italy. Clinical and pathological obsrvations on 80 cases. Dig. Dis. Sci., 1987, *32,* 113. — 5. *Döbrönte Z. és mtsai:* Endoscopos-biopsiás viszgálattal korai szakban felderített gyomorrák eseteink klinikai tanulságai. Orv. Hetil., 1978, *119,* 1655. — 6. *Elder, J. B.:* Cancer of the stomach. Current Opinion Gastroent., 1986, *2,* 889. — 7. *Faivre, J. és mtsai:* Gastric carcinoma in Cote d'Or (France). A population-based study. Gastroenterology, 1985, *88,* 1874. — 8. *Farrands, P. A. és mtsai:* Endoscopic review of patients who have had gastris surgery. Brit. med. J., 1983, *286,* 755. — 9. Fielding, J. W. L. és mtsai: Natural history of „early" gastric cancer: results of a 10-year regional survey. Brit. med. J., 1980, *281,* 965. — 10. *Figus I. A. és mtsai:* A gyomornyálkahártya dysplasiájának klinikai jelentősége. Orv. Hetil., 1986, *127,* 2875. — 11. *Finch, P. J. és mtsai:* Gastric enzymes as a screening test for gastric cancer. Gut, 1987, *28,* 319. — 12. *Gergely M., Csípő L., Benkó G.:* Korai gyomorrák eseteinkről két európai felmérés tükrében. Orv. Hetil., 1981, *122,* 265. — 13. *Győrffy Á. és mtsai:* Nagyüzemi dolgozók szűrővizsgálata gyomor praecancerosisokra. Magy. Onkol., 1975, *95,* 416. — 14. *Győrffy Á. és mtsai:* A gyomro peptikus fekélyeinek elkülönítő kórisméje endoscopos és biopsiás vizsgálattal. Orv. Hetil., 1977, *118,* 2943. — 15. *Győrffy Á. és mtsai:* Tízéves gyomor-carcinomás beteganyagunk elemzése, különöse tekintettel a korábbi és a jelenlegi diagnosztikus eljárások hatékonyságára. Orv. Hetil., 1976, *117,* 328—330. — 16. *Győrffy Á., Nagy I.:* Az operált gyomor: a csonk-gastritis és a primaer csonk-carcinoma kérdése. Magyar Onkol., 1981, *25,* 201. — 17. *Herfarth, Ch., Merkle, P., Schlag, P.:* Das Magencarcinom. Chirurg, 1981, *52,* 193. — 18. *Houghton, P. W. J. és mtsai:* Early gastric cancer: the case for long term surveillance. Brit. med. J., 1985, *291,* 305. — 19. *Laurén, P.:* The two histological main types of gastric carcinoma: diffuse and so-called intestinal-type carcinoma. An attempt at a Histo-Clinical classification. Acta path. microbiol. scand., 1965, *64,* 31. — 20. *Maartmann-Moe, H., Hartveit, F.:* On the reputed decline in gastric carcinoma: necropsy study from western. Norway Brit. med. J., 1985, *290,* 103. — 21. *Mennicken, C. és mtsai:* Neue Aspekte beim Magenfrühkarzinom. Dtsch. med. Wschr., 1986, *111,* 255. — 22. *Oguro, Y., Sakita, T.:* Recent advances in the diagnosis and treatment of early gastric cancer. in Japan Intern. Med. Elsevier Science Publishers, 1986, 132. (Editors: Oda, T. et al.) — 23. *Petri I. és mtsai:* A késői túlélés gyomorrák miatt operált betegeinken. Orv. Hetil., 1981, *122,* 2703. — 24. *Péter Z.:* A rosszindulatú daganatok epidemiologiájának vizságlati irányai és újabb eredményei. Orvosképzés, 1979, *54,* 324. — 25. *Rogers, H., Roberts, G. M., Williams, G. T.:* Gastricjuice enzymes — an aid in the diagnosis of gastric cancer? Lancet, 1981, *I.,* 1124. — 26. *Rösch, W.:* Wandel gastroenterologischer Krankheitsbilder durch die Endoskopie. Diagnostische und therapeutische Fortschritte beim Magenkarzinom. Z. Gastroent., 1982, *20,* 257. — 27. *Rumi Gy. és mtsai:* Korai gyomorrákos betegek utánvizsgálata. Orv. Hetil., 1981, *122,* 2939. — 28. *Simon L. és mtsai:* Az exfoliativ és abrasiós gyomorcytologia, valamint a célzott gyomorbiopsia eredményeinek összehasonlító klinikai értékelése. Orv. Hetil., 1976, *117,* 1863. — 29. *Takátsy Z. és mtsai:* Korai gyomorrákos eseteinkről, a műtét után több mint öt évvel. Magyar Sebészet, 1981, *3),* 101. — 30. *Viste, A., Sreide, O., Glattre, E.:* Stomach cancer: Major trends in incidence during introduction of gastroscopy service in Norway. Scand. J. Gastroenterol., 1985, *20,* 99. — 31. *Winawer, S. J.:* Tissue diagnosis in upper gastrointestinal malignancy. Gastroenterology (Editorials), 1982, *82,* 379. — 32. *Wittman I. és mtsai:* A gyomor-bélcsatorna tumorai az endoscopia tükében. Orvosképzés, 1986, *61,* 48.

(Győrffy Árpád dr. *Debrecen*, Nagyerdei krt. 98. 4012)

AUTOMATIKUS OZMOMÉTER

1989. évi szállításra rendeléseket felveszünk.

- orvosi és fiziológiai vizsgálatokhoz, fagyáspontcsökkenés alapján
- gyors, pontos, megbízható, könnyen kezelhető
- digitális kijelzés (0—2000 mOsm/kg), eredménymegőrző memóriával, mintatérfogat 100 mikroliter, mérési pontosság 1%
- ORKI minősítés szerint készülékünk tőkés import kiváltó, kívánságra referencialistát küldünk.
- a készülék ára 108 000 Ft + 25% ÁFA

Cím: MIKRO Elektronikai GMK, 6726 Szeged Gyapjas P. u. 29.

OPTICROM® szemcsepp

AZ OPTICROM® SZEMCSEPP HATÓANYAGA RÉVÉN LOKÁLIS ANTIALLERGIÁS HATÁST FEJT KI AZÁLTAL, HOGY A HÍZÓSEJTEK DEGRESSZIÓJÁT, ÍGY A GYULLADÁSKELTŐ MEDIÁTOROK (HISZTAMIN) KISZABADULÁSÁT GÁTOLJA.

HATÓANYAGA

200 mg nátrium cromoglicicum, 1 mg benzalkonium chloratum 10 ml vizes oldatban, flakononként.

JAVALLATOK

Keratoconjunctivitis vernalis, idült conjunctivitis allergica, szénanáthához társuló heveny conjunctivitis allergica.

ELLENJAVALLAT

Benzalkonium chloratum iránti túlérzékenység.

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek és gyermekeknek egyaránt naponta négyszer 1—2 cseppet a kötőhártya-zsákba cseppenteni. A kezelést a panaszok megszűnését követően is mindaddig folytatni kell, amíg a beteg az allergén hatásának ki van téve (virágpor, stb.)

MELLÉKHATÁSOK

Átmeneti enyhe csípő érzés a szemben, amely az alkalmazás megszakítását nem teszi szükségessé.

FIGYELMEZTETÉS

Opticrom® szemcsepp alkalmazása során nem szabad lágy kontaktlencsét viselni. Használat után a flakon azonnal lezárandó. A készítmény a zárókupak felnyitása után 4 hétig használható.

MEGJEGYZÉS

✠ Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS

10 ml-es műanyag flakonban.

ELŐÁLLÍTÓ: HUMAN OLTÓANYAGTERMELŐ ÉS KUTATÓ INTÉZET GÖDÖLLŐ—BUDAPEST

FISONS PLC — PHARMACEUTICAL DIVISION, LONGHBOROUGH, ENGLAND LICENCE ALAPJÁN.

HUMAN

Marozsán Ibolya dr.,
Szatmáry László dr.
és Kelemen Sándor dr.

Verapamil haemodinamikai hatásainak vizsgálata billentyűbetegségek kapcsán kialakult pulmonalis hypertoniában

Fővárosi Tan. János Kórháza, Légzéspathologiai Osztály, Budapest
(oszt.vez. főorvos: Kelemen Sándor dr.)
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinikája, Budapest
(igazgató: Szabó Zoltán dr.)

A szerzők verapamil kisvérköri haemodinamikai hatásait vizsgálták 24 mitrális és/vagy aorta vitium talaján kialakult pulmonalis hypertoniában szenvedő betegben az arteria pulmonalis és az intracavitáris jobb kamrai nyomásgörbék numerikus és grafikus elemzésével. Pulmonoselektiv antihypertenziv hatást észleltek: a kisvérköri systolés tenzió százalékos arányban a nagyvérkörihez viszonyítva 3 : 1, a diastolés nyomás pedig 2 : 1 mértékben csökkent. A kisvérköri nyomáscsökkenés kifejezetten szignifikáns volt. Nem szignifikánsan mérséklődött a szívfrekvencia és javult a jobb kamra funkcója. A jobb kamra végdiastolés nyomásának emelkedése, valamint a görbék formaanalízise jobb kamrai volumen terhelésre utalt.

Inrestigation of haemodinamica effects of Verapamil on the pylmonary hypertension caused by nalre deaeses. The authors have investigated the haemodinamic effects of verapamil on the pulmonary circulation by 24 patients suffering from secondary pulmonary hypertension, caused by mitral and/or aortic valve diseases. For this purpose the numeric and graphometric analysis of intracavitary right ventricle pressure curve and pulmonary artery pressure tracing was applied. It was observed a selective antihypertensive effect on the lesser circulation. The pulmonary and systemic systolic tension decreased comparing in percentage 3 : 1, in case of diastolic tension this comparison was 2 : 1. The decrease in pulmonary circulation was strongly significant. The diminishing of heart rate and the improving of right heart function was not significant. The elevation of enddiastolic pressure of the right ventricle, just as the shape-analysis of pressure curves suggested right ventricle overload.

A pulmonalis hypertonia (PHTA) csökkentésére számos vasodilatativ hatású anyagot alkalmaztak eddig kielégítő terápiás effektus nélkül. A kalciumantagonisták új, logikus lehetőségként kínálkoznak a PHTA csökkentésére, elsősorban olyan betegekben, ahol az alapvető patogenetikai faktor a hypoxia okozta pulmonalis vasculáris resistencia (PVR) növekedés. A bal szívfél billentyűhibái kapcsán kialakuló PHTA-ban csupán a haemodinamikai folyamat progressziója során csatlakozik az eleinte tisztán kisvérköri volumenterhelésből származó postcapillaris PHTA-hoz precapillaris károsodás is. A precapillaris PHTA kalciumantagonistával való csökkentésének lehetőségét számos szerző vizsgálta (7, 8, 10, 14, 15), viszont csak elszórtan találunk irodalmi adatokat arra vonatkozólag, hogyan hat kalciumantagonista a bal szívfél billentyűhibái talaján létrejött postcapillaris PHTA-ban (9, 17, 18, 19). A kérdés jelentőségét az adja, hogy a vitiumos betegek ezen csoportjában a panaszok egy része a PHTA-ból származik, így azok mérséklése a haemodinamikai akadály végleges, operatív úton történő rendezéséig terápiás segítséget jelentene.

Munkánkban ezért azt vizsgáltuk, hogy a mitrális és/vagy aorta vitiumban szenvedő betegeknél milyen kisvérköri haemodinamikai változásokkal számolhatunk verapamil alkalmazása kapcsán.

Kulcsszavak: pulmonalis hypertonia, verapamil, intraluminaris nyomásgörbék formaváltozása, jobb kamrai volumenterhelés

Rövidítések: PHTA: pulmonalis hypertonia
PVR: pulmonalis vasculáris resistencia
a. p.: arteria pulmonalis
RVEDP: jobb kamrai végdiastolés nyomás

Betegek és módszer

Vizsgálatainkban 24 olyan beteg vett részt, akiknél mitralis és/vagy aorta vitium miatt jobb és bal szívfél katéterezés történt. (17 nő + 7 férfi, átlagéletkor 48,5 év). A billentyűhiba típusa szerinti megoszlásuk a következő volt: tiszta aorta vitium 6, tiszta mitrális vitium 11, kombinált aorta-mitrális vitium 7.

Betegeink a vizsgálat előtt csupán a szívkatéterezés előtt szokásos Pipolphen + Atropin premedikációban részesültek, egyéb gyógyszereiket utoljára a vizsgálat előtt 12 órával vették be. A haemodinamikai vizsgálat során először a jobb és bal szívfél nyomásait határoztuk meg elektromonometriás úton, így a kontrasztanyag farmakológiai hatása eliminálható volt. Amennyiben a vizsgálat során 30/15 Hgmm-t meghaladó nyomást mértünk az arteria pulmonalisban (a. p.), etiológiától, klinikai képtől függetlenül 0,1 mg/kg verapamilt adtunk iv., majd 10 percen át folyamatosan monitoroztuk 17 esetben az a. p., 7 esetben pedig a jobb kamra nyomásgörbéit. A felvételeket 10 mm/sec sebességgel rög-

zítettük, percenként néhány szív-revolúciót 100 mm/sec sebességgel is regisztráltunk. Vezetőgörbének minden esetben az EKG-t alkalmaztuk. A kapott nyomásgörbéket mind numerikus, mind graformorfológiai szempontból elemeztük.

Számított paramétereink a következők voltak:

1. systolés, diastolés és közép-nyomás az a. p.-ban
2. PEP/RVET
3. a jobb kamra végdiastolés nyomása (RVEDP)

A párhuzamosan rögzített EKG-k alapján minden esetben kiszámoltuk a szívfrekvenciát is. A szer adása előtt és után direkt úton mértük a systémás nyomásokat is. Minden számított parameter és szívfrekvencia meghatározásánál azt az időpontot vettük alapul, amikor a maximális változást észleltük 10 percen belül. A nyugalmi és a gyógyszer hatás utáni értékeket Student „t" próba alapján hasonlítottuk össze, eredményeinket átlagérték ± SD-ben adtuk meg.

A numerikus elemzés után mind az a. p., mind az intracavitaris jobb kamrai nyomásgörbéket formailag is elemeztük az a. p. nyomásgörbéjének a carotis görbével való identitása, ill. az intra- és extracavitaris kamrai görbék analógiája alapján. Ugyanazon alaki jellegzetességeket kerestük az a. p. nyomásgörbéjén, amelyeket a carotis görbén volumen- és/vagy nyomásterhelés jeleként értékeltünk, hasonló szempontok szerint jártunk el az intracavitaris ventrikulogram alaki értékelésénél is. (6, 12)

Figyelembe véve azt, hogy az invaziv nyomásgörbék grafomorfológiai elemzése nem általánosan elfogadott kardiológiai módszer és az így nyert információk kevésbé objektívek, adatainkat összevetettük a méréssel meghatározott értékekkel, következtetéseink levonásánál elsősorban azokra támaszkodtunk.

Eredmények

A. *A numerikus elemzés adatai*

A nagyvérköri vérnyomás és az a. p. nyomása egyaránt csökkent. A kisvérkörben mind a systolés, mind a diastolés nyomás kiejezettebben csökkent, mind a nagyvérkörben. A kisvérköri systolés nyomás 32%-kal lett kisebb, miközben a nagyvérköri 11%-kal csökkent, azaz arányuk 3:1. Ugyanakkor a diastolés nyomás 2:1 arányban (28,5%:13,26%) mérséklődött. Az a. p. systolés nyomásának csökkenése mindenkor meghaladta az a. p. diastolés nyomáscsökkenését. Sem a systémás, sem a kisvérköri nyomásváltozások nem függtek a billentyűhiba típusától. Verapamil hatására több esetben észleltünk először reflextachycardiát, majd bradycardiát — összességében a szívfrekvencia változása nem bizonyult szignifikánsnak. A PEP/RVET index 0,49-ről 0,39-re csökkent — ez sem volt szignifikáns, az RVEDP viszont minden esetben a nyugalmi érték többszörösére nőtt.

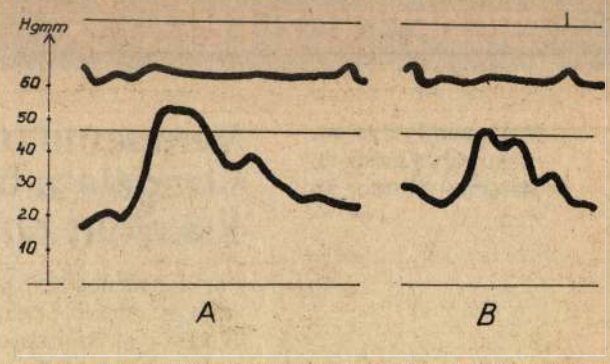
A számított paraméterek átlagértékeinek változásait számszerűleg az *1. táblázat*ban részletezzük.

B. *Grafomorfológiai elemzés*

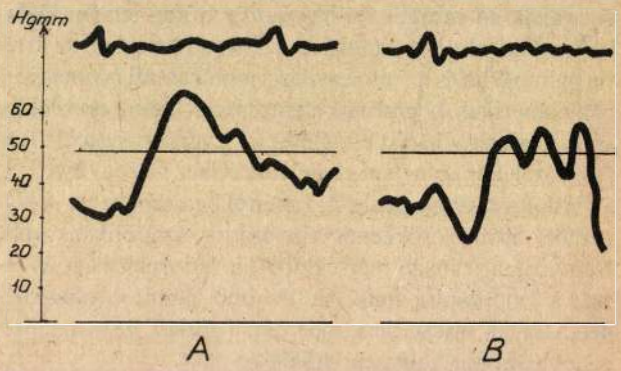
A nyomásgörbék alaki elemzése során a következő jellegzetességeket állapítottuk meg:

1. Az a. p. nyomásgörbéi verapamil hatására minden esetben megfigyelhető alakváltozáson mentek át. Az a. p. görbén a systole második felében a „t" hullám kifejezettebbé vált, és ez a görbét bisferiens lefutásúvá tette. Ezzel egyidejűleg az incisura is lejjebb került. Hét esetben azt láttuk, hogy már a nyugalmi a. p. görbe is bisferiens jellegű volt — ezen betegnél a szer hatására anakrót átalakulást észleltünk, azaz a felszálló száron megtöretés alakult ki, a görbe „kakastaréj"-szerű lett. *(1. ábra, 2. ábra)*

2. A jobb kamra intracavitáris görbéjén a görbe csúcs-



1. ábra: 0,1 mg/kg verapamil hatására kialakult bisferiens típusú formaváltozás az arteria pulmonalis nyomásgörbéjén
A: verapamil előtt
B: verapamil után

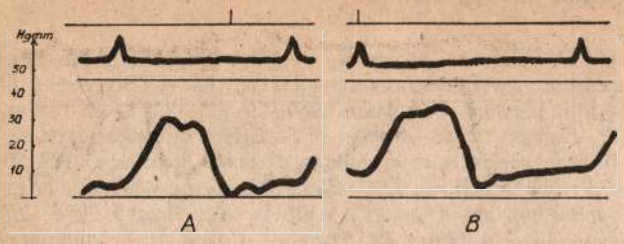


2. ábra: 0,1 mg/kg verapamil hatására kialakult anakrót típusú formaváltozás az arteria pulmonalis nyomásgörbéjén
A: verapamil előtt
B: verapamil után

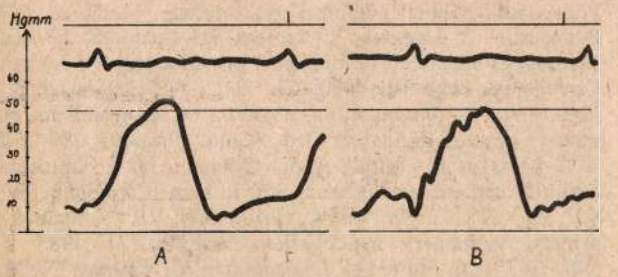
1. táblázat: **A haemodinamikai parameterek változása 0,1 mg/kg iv. verapamil hatására vitiumos betegeken**

parameter	verapamil előtt	verapamil után	p	szignifikancia
nagyvérköri systolés nyomás	127±22,3	112,5±18,9	p>0,05	N. S.
nagyvérköri diastolés nyomás	81,66±11,69	70,83±7,35	p<0,05	X
kisvérköri systolés nyomás	59,53±16,14	40,35±10,51	p<0,01	XXX
kisvérköri diastolés nyomás	29,29±13,12	20,94±9,17	p<0,01	XX
kisvérköri közép-nyomás	41,35±13,14	29,88±10,61	p<0,001	XXX
szívfrekvencia	98,9±33,22	82,05±19,42	p>0,05	N. S.
PEP/RVET	0,49±0,19	0,39±0,15	p>0,05	N. S.
RVEDP	5,5±2,73	13,16±4,75	p<0,01	XX

Rövidítések: N. S. = nem szignifikáns XX = mérsékelten szignifikáns
X = enyhén szignifikáns XXX = kifejezetten szignifikáns



3. ábra: 0,1 mg/kg verapamil hatására kialakult alakváltozás a jobb kamra intracavitaris nyomásgörbéjén
A: verapamil előtt
B: verapamil után



4. ábra: 0,1 mg/kg verapamil hatására kialakult alakváltozás a jobb kamra intracavitaris nyomásgörbéjén
A: verapamil előtt
B: verapamil után

pontjának elérése után egy felfelé domború — az apex kardiogramon „volume bulge"-nak ismert térfogatterhelési púp alakult ki *(3. ábra)*, ill. a leszálló szár után egy lassan emelkedő, hosszan elnyúló „deep plateau"-t lehetett észlelni. Más esetekben a görbe felszálló szárán figyeltünk meg megtöretést *(4. ábra)*. Ahol az a. p. nyomásgörbéje bisferienssé vált, ott inkább „volume bulge", ahol pedig anakrót jellegű lett, azon esetekben pedig inkább az elhúzódó, megtört felszálló szár jött létre a kamrai görbén.

Megbeszélés

A kalciumantagonisták az érfalak simaizomzatát relaxálják, azonban vasodilatativ tulajdonságaik az érrendszer bizonyos régióiban kifejezettebben érvényesülnek; ezen területek közé tartozik a pulmonalis keringés is (14, 15). A PVR emelkedésén alapuló primer PHTA-ban ezért alkalmazásuk célszerűnek látszik. Az eddig megismert számos kalciumantagonista közül a verapamilról és a nifedipinről bebizonyosodott, hogy a vasculáris resistenciát kifejezettebben csökkentik a kisvérkörben, mint a systémás keringésben (14, 15, 16).

Munkánkban a verapamil kisvérköri tenziócsökkentő hatását olyan esetekben vizsgáltuk, ahol az a. p. nyomásemelkedése elsősorban a bal szívfél billentyűhibái talaján kialakult volumen-torlódásból, és csak másodlagosan a PVR növekedéséből származott.

A PHTA mérséklésére az eddigiekben alkalmazott szerek legnagyobb hátránya az volt, hogy a nagyvérköri vérnyomást kifejezettebben csökkentették, mint a kisvérkörit; a verapamil esetében beteganyagunkban a helyzet fordított volt, azaz pulmonoselectív antihypertensiv hatásról beszélhetünk.

Élettani ismereteink szerint bármely arteriás nyomás systolés értékét elsősorban a perctérfogat, a diastolés értéket pedig a vasculáris resistencia szabja meg. Mivel a legszignifikánsabb csökkenést a kisvérköri systolés nyomásban észleltük a kisvérköri volumen-terhelés típusú PHTA-ban szenvedő betegeinknél, arra kell gondolnunk, hogy a szer hatására a jobb kamra rovására volumen-átrendeződés következik be. Ezt támasztotta alá az a megfigyelés is, hogy a jobb kamra végdiastolés nyomása a kiindulási érték többszörösére nőtt.

A kisvérköri diastolés nyomás 28,5%-kal csökkent, miközben a nagyvérköri 13,26%-kal, következésképpen a PVR-t nagyobb mértékben csökkenti a verapamil, mint a systémás vasculáris resistenciát (14).

A verapamilnak a jobb kamrára gyakorolt farmakológiai hatásait a PEP/RVET index, az RVEDP és a görbék formaanalízise során nyert adatok alapján értékeltük. A jobb kamra kontraktilitásának mérsékelt javulását mutatta a PEP/RVET index, míg az RVEDP szignifikáns növekedése jobb kamrai volumen-terhelés mellett szólt. A volumen-terhelés a diastolés rost-feszülés megnövelésével egy bizonyos ideig javítja a kamrakontrakciót a Starling-törvény értelmében, így átmenetileg a kamrafunkció javulását eredményezheti. A volumen-terhelés ezen kompenzáló mechanizmusa azonban egy idő után kimerülhet, így további vizsgálat szükséges annak eldöntésére, hogy postcapillaris PHTA-ban a verapamil tartós adagolása nem jár-e a jobb kamra funkciójának károsodásával. *Landmark* (8) *Packer* (14, 15) munkáikban felhívták a figyelmet arra, hogy primer PHTA-ban az eleve károsodott jobb kamra munkája ugyan átmenetileg javul verapamil hatására, de tartós alkalmazásuk meggondolást igényel.

A verapamil haemodinamikai hatásait vizsgálók kezdettől fogva észlelték, hogy a szer a jobb pitvari és a jobb kamrai végdiastolés nyomást megemeli (2, 9, 17, 18, 19). Ezt vagy úgy értékelték, mint a bal kamrára gyakorolt negatív inotróp hatás tükröződését a jobb szívfélben, vagy pedig nem találtak rá kellő magyarázatot. Úgy gondoljuk, hogy a verapamil jobb kamrai volumen-terhelést okoz, ezért nő meg az RVEDP. Miután folyamatosan regisztráltuk a kamrai nyomásgörbéket 10 percen át, jól látható volt, hogy a ki- és belégzés csak elhanyagolható mértékű ingadozást eredményez a végdiastolés nyomásban, így a szer hatásának megítélésénél ezt a tényezőt nem kell figyelembe vennünk (1). A jobb kamrai volumen-terhelés magyarázata a negatív inotróp hatás mellett a transpulmonalis shuntok megnyílásában rejlik (14, 15). A jobb kamra esszenciális funkciója ugyanis nem az, hogy a kisvérkörben a keringést fenntartsa, hanem hogy az alacsony nyomást a vénás rendszerben stabilizálja (3). A bronchialis arteriák rendszerében funkcionálisan meglévő transpulmonalis shuntok megnyílása jelentős volument tud a jobb kamrába irányítani (11).

A verapamil okozta jobb kamrai volumen-terhelés további bizonyítékait az a. p. és a jobb kamrai intracavitáris nyomásgörbék grafomorfológiai elemzése szolgáltatta.

A systémás keringés vonatkozásában elfogadott tény, hogy a nyomásgörbék kontúrváltozásának diagnosztikus jelentősége van (4, 13), de ezt igaznak tartjuk a jobb szívfél tekintetében is.

Jóllehet az a. p. és a carotis görbe formai identitása tankönyvi adat, a kis- és nagyvérkör haemodinamikai viszonyai olyan mértékben eltérnek egymástól, hogy a formai analógia alkalmazása talán kifogásolható. Azonban olyan konzekvensen és olyan jellegzetesen észleltük a nyomásgörbék alakváltozását, hogy szükségesnek tartottuk azt megjegyezni és ezzel ráirányítani a figyelmet egy eddig kevéssé vizsgált jelenségre.

Verapamil hatására az a. p. görbék bisferiens, illetve anakrót alakúvá váltak. Mivel a carotis görbéken a bisferines formát legtöbbször bal kamrai volumen-terhelés esetén látjuk, arra gondoltunk, hogy az a. p. görbe hasonló alakváltozása is értékelhető relatív pulmonalis incompetencia jeleként. Hasonlóképpen az anakrót forma utalhat arra, hogy a megnövekedett jobb kamrai volumen számára a kiáramlási pálya már szűk, így relatív pulmonalis stenosis lehetséges.

A jobb kamra intracavitáris görbéin észlelt térfogatpúp és deep plateau szintén a jobb kamrai volumenterhelést jellemezheti.

Megállapításaink a jobb kamra falában futó koronariaágakra vonatkozóan döntő jelentőségűek, ugyanis a koronariák perfúziós nyomását alapvetően az aorta diastolés nyomása és az adott kamra végdiastolés nyomása szabja meg. Mivel a koronariál: perfúziója főként a diastolében zajlik, összefoglalva azt mondhatjuk, hogy a jobb koszorúérben a keringés hosszabb ideig, de kisebb perfúziós nyomással történik verapamil hatására. Ennek a megállapításnak azért van jelentősége, mert az ingerképző-vezető rendszert főként az arteria coronaria dextra látja el vérrel. A verapamil negatív krono- és batmotróp hatása, elsősorban a sinus és az AV-csomót érinti (5). Nem lehetetlen, hogy ebben a hatásban a transzmembran Ca^{++} potenciál megváltozásán kívül az ingerképző és vezetőrendszer vérellátásának csökkenése is szerepet játszik. Azonkívül a jobb kamra endocardiumában futó baroreceptor szisztéma aktiválódása is olyan tényező lehet, amelyet a verapamil negatív krono- és batmotróp hatásának létrejöttében figyelembe kellene venni (17).

IRODALOM: 1. *Ditchey, R. V.:* Volume-dependent effects of positive airway pressure on intracavitary left ventricular end diastolic pressure. Circulation 1984, *69,* 815—821. — 2. *Ferlinz, J.—Eastophe, J. L.—Aranow, W. S.:* Effects of verapamil on myocardial performance in coronary disease. Circulation, 1979, *59,* 313—319. — 3. *Furey, S. A.—Zieske, H. A.—Levy, M. N.:* The essential function of the right ventricle. Am. Heart J. 1984, *107,* 404—410. — 4. *Grose, R.—Strain, J.—Cohen, M. V.:* Pulmonary arterial V waves in mitral regurgitation: clinical and experimental observations. Circulation 1984, *69,* 214—222. — 5. *Heikkila, J.—Nieminen, M. S.:* Effects of verapamil in patients with acute myocardial infarction: hemodynamics and function of normal and ischemic left ventricular myocardium. Am. Heart J. 1984, *107,* 241—247 — 6. *Kálmán P.—Voith L.—Nánássy A.:* Phonocardiographia a klinikai gyakorlatban. Medicina, 1975, Budapest — 7. *Klugman, S.—Fioretti, P.—Camerini, F.:* Acute haemodynamic effects of nifedipine in pulmonary hypertension Circulation, Supp III. 1980, *62,* 134. — 8. *Landmark K.—Refsum, A. M.—Simonsen, s.—Storstein, O.:* Verapamil and pulmonary hypertension. Acta Med. Scand. 1978, *204,* 299—302. — 9. *Lewis, B. S.—Mitha, A. S.—Gotsman, M. S.:* Immediate haemodynamic effects of verapamil in man. Cardiology, 1975, *60,* 366—376. — 10. *Malcic, I.—Richter, D.:* Verapamil in primary pulmonary hypertension. Br. Heart J. 1985, *53,* 345—347. — 11. *Marozsán, I.—Szatmáry, L.—Kelemen, S.:* Verapamil alkalmazása másodlagos pulmonalis hipertoniában. Cardiologia Hungarica 1986, *15,* 259—26. — 12. *Mihóczy L.:* Non invazív kardiológiai vizsgálómódszerek. Medicina, 1983, Budapest. — 13. *O'Rourke, M. F.:* Basic concepts for the understanding of large arteries in hypertension. J. Cardiovasc. Pharm., 1985, *7,* S14—S21. — 14. *Packer, M.—Medina, N.—Yushak, M.—Wiener, I.:* Detrimental effects of verapamil in patients with primary pulmonary hypertension. Br. Heart J. 1984, *52,* 106—111. — 15. *Packer, M.:* Therapeutic Application of Calcium-channel antagonists for pulmonary hypertension. Am. J. Cardiol., 1985, *55,* 196B—201B. — 16. *Robinson, B. F.:* Functional differences in blood vessels determined from studies with calcium-channel blockers Am. J. Cardiol. 1985, *55,* 24B—29B. — 17. *Ryden, L.—Saetre, H.:* The haemodynamical effect of verapamil. Europ. J. Clin. Pharmacol., 1971, *3,* 153—157. — 18. *Seabra-Gomes, R.—Rickards, A.—Sutton, R.:* Haemodynamic effects of verapamil and practolol in man. Eur. J. Cardiol. 1976, *4/1,* 79—85. — 19. *Singh, B. N.—Roche, A. H. G.:* Effects of intravenous verapamil on hemodynamics in patients wiht heart disease. Am. Heart J. 1977, *94,* 593—599.

(Marozsán Ibolya dr., *Budapest,* Diósárok 1. 1125)

POSTINOR® TABLETTA

ÖSSZETÉTEL: 0,75 mg D-norgestrelumot 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 a nemi életet ritkán, alkalomszerűen élő nőknek tanácsolható, mivel a Postinor tablettát havonta maximum 2-4 alkalommal lehet bevenni. Ennél gyakrabban nemi életet élőknek a kombinált fogamzásgátló tabletta szedése (vagy egyéb fogamzásgátló módszer alkalmazása) a célszerűbb.

ELLENJAVALLATOK: Máj- és epeutak betegségei, a kórelőzményben szereplő terhességi sárgaság.

ADAGOLÁS: Egyszeri vagy megismételt közösülés után az első aktust követően 1 tablettát kell bevenni.
Tartósabb együttlétet (többszöri, halmozott coitust) követően az első tabletta bevétele után 8 óra elteltével ismét be kell venni 1 tablettát (Halmozott közösülés esetén tehát összesen 2 tabletta vehető be.)

MELLÉKHATÁSOK: Hányinger, áttöréses, ill. megvonásos vérzés jelentkezhet a tabletta utáni 2-3. napon, amely Rutascorbin adásával csökkenthető. Nagyobb mértékű vérzés esetén a Postinor újabb alkalmazása előtt nőgyógyászati vizsgálat indokolt.

FIGYELMEZTETÉS: Havonta összesen 4 tabletta szedhető!

MEGJEGYZÉS: ℞ Csak vényre adható ki. Egyszeri alkalommal 2-3 hónapra elegendő mennyiség (10 tabl.) rendelhető. — Rendelhetőségét a 23/1983. (Eü. K. 23.) utasítással módosított 23/1973. (Eü. K. 17.) Eü. M. utasításban, valamint az Eü. M. 89560/1979. (Eü. K. 1980. 1.) sz. közleményben szabályozzák.

CSOMAGOLÁS: 10 db tabletta

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST

A gége- és hypopharynx laphámrák gyógykezelési javaslata

A gégerák kezelésében elért eredmények további javulása és a terápiás eredmények összehasonlítása érdekében szükséges, hogy a gége tumorok osztályozása és gyógykezelése azonos szempontok szerint történjék.

Általános irányelvek figyelembevétele mellett minden beteg gyógykezelése egyéni elbírálást igényel. A primaer tumor igazolására minden esetben szövettani vizsgálatot kell végezni.

A terápiás tervet a daganat elhelyezkedése, kiterjedése, valamint a beteg általános állapota határozza meg. A szövettani vizsgálatot helyes olyan gyógyintézetben végezni, ahol a daganat komplex kezelése biztosítva van.

Terápia:

A továbbiakban az 1987-ben elfogadott UICC klassificatio szerint ismertetjük a TNM beosztást, és ennek alapján a terápiás javaslatot.

A TNM-beosztás rövid ismertetése

T	A primaer tumorra vonatkozik
N	A regionalis nyirokcsomó-áttéteket írja le.
M	A távoli áttétek paraméterei.

A TNM-besorolásról

A besorolásba csak a szövettanilag igazolt carcinomákat lehet bevenni!

T	Klinikai és eszközös, valamint radiológiai vizsgálat alapján.
N	Klinikai vizsgálat és aspiratiós cytológia alapján.
M	Klinikai és/vagy radiológiai vizsgálat alapján.

Nyirokcsomók

N_0	A nyirokcsomó-érintettségének nincsen jele.
N_1	Homolateralis, max. 3 cm-es.
N_2 N_{2a}	Solitaer homolateralis nyirokcsomó, mely nagyobb, mint 3 cm, de kisebb, mint 6 cm.
N_{2b}	Multiplex homolateralis 6 cm-nél kisebb nyirokcsomók.
N_{2c}	Bilaterális, vagy contralateralis nyirokcsomók, 6 cm-nél kisebb kiterjedésűek.
N_3	A nyirokcsomók átmérője nagyobb, mint 6 cm.

Távoli áttétek

M_0	Távoli áttétre utaló jel nincsen.
M_1	Távoli áttét észlelhető.

A TNM-besorolás kiterjesztéséről

1. A *praeoperativ* besorolást csak T...N...M...-ként írjuk.
2. A *postoperativ* besorolást p előjellel látjuk el (pl. pT...N...M..., pT...pN...M... stb.).
3. A *recidiva* jelölése r-rel történik. (pl. rT...N...M..., ill. rpT...N...M... stb.).
4. Amennyiben a végleges sebészeti megoldás előtt *más beavatkozást* is végeztek, y az előjel. (pl. yT...N...M..., stb.).

A fenti előjeleket a szükségnek megfelelő kombinációban lehet alkalmazni.

Supraglottis

Supraglotticus regio alregiói:

1.	suprahyoid epiglottis
2.	plica aryepiglottica
3.	regio arytenoidea
4.	infrahyoid epiglottis
5.	álhangszalag
6.	Morgagni-tasak
T_1	A tumor a supraglotticus regio 1 alregiójára terjed, normális hangszalagmozgás.
T_2	A tumor a supraglotticus regio több, mint 1 alregiójára terjed, normális hangszalagmozgás.
T_3	A tumor a gégére korlátozott, a hangszalag fixált, vagy ráterjed a postcricoid regióra, a sinus piriformis medialis falára, a praeepiglotticus páholyra.
T_4	A tumor túlterjed a gége porcos vázán és/vagy más szövetekre terjed (pl. oropharynx. nyaki lágyrészek).

Supraglotticus gégetumorok terápiás javaslata

T_{is} T_{1a}	epiglottectomia supraglotticus horizontal resectio sugárkezelés
T_{1b} T_2	supraglotticus horizontal resectio kiterjesztett supraglotticus horizontal resectio (Mündnich) sugárkezelés
T_3	laryngectomia
T_4	laryngectomia (a tumor terjedésétől függően nyelvgyök-, hypopharynx-, nyaki lágyrész-, bőrresectióval) postoperatív sugárkezelés
N_1 N_2	esetben RND* végzendő (monoblokban)
N_3	esetben palliativ sugárkezelés és/vagy cytostaticus kezelés

Glottis

A glotticus regio alregiói:

1.	hangszalagok
2.	commissura anterior
3.	commissura posterior
T_{is}	Carcinoma in situ
T_0	Elsődleges tumorra utaló jel nincsen
T_1	Mozgáskorlátozottságot nem okozó tumor
T_{1a}	Az egyik hangszalag érintett
T_{1b}	— Mindkét hangszalag érintett
T_2	Supraglotticus, vagy subglotticus terjedés, normális, vagy korlátozott mozgás mellett

T_3	az egyik, vagy mindkét hangszalag fixált
T_4	A tumor áttört a gégevázon, vagy más szövetére terjed rá (pl. oropharynx, nyaki lágyrészek)

A glotticus gégetumorok terápiás kezelése

T_{is} T_{1a}	sugárkezelés, vagy chordectomia, vagy laserchordectomia
T_{1b}	sugárkezelés, vagy partialis resectio (front. ant.)
T_2	kiterjesztett chordectomia, hemilaryngectomia, sugárkezelés
T_3	laryngectomia
T_4	kiterjesztett laryngectomia, (a tumor terjedésétől függően hypopharynx resectióval, bőr resectióval) postoperativ sugárkezelés inoperabilis esetben: palliativ sugárkezelés és/vagy cytostaticus terápia
N_1 N_2	RND monoblockban
N_3	palliativ sugárkezelés és/vagy cytostaticus kezelés

Subglottis

T_{is}	Carcinoma in situ
T_0	Elsődleges tumorra utaló jel nincsen
T_1	Subglotticus tumor
T_{1a}	csak egy oldalon
T_{1b}	mindkét oldalon
T_2	egy, vagy mindkét hangszalag érintett
T_3	az egyik, vagy mindkét hangszalag fixált
T_4	a tumor roncsolja a porcot és/vagy áttört a gégén

A subglotticus gégetumorok terápiás javaslata

T_{is} T_{1a} T_{1b}	partialis subglotticus resectio (ritka) és postop. sugárkezelés
T_2 T_3	laryngectomia és postop. sugárkezelés kiterjesztett laryngectomia, (a tumor terjedésétől függően hypopharynx, trachea, bőr resectióval) postop. sugárkezelés, inoperábilis esetben: palliativ sugárkezelés és/vagy cytostaticus kezelés
N_1 N_2	RND* monoblockban
N_3	palliativ sugárkezelés és/vagy cytostaticus kezelés

Hypopharynx

A hypopharynx regio alregiói:

1.	Area postcricoidea
2.	Sinus piriformis
3.	Hátsó hypopharynx fal
T_{is}	Carcinoma in situ
T_0	Elsődleges tumor nem észlelhető
T_1	Csak egy anatómiai regió tumora
T_2	Két anatómiai regió tumora (azaz a szomszédos regiók érintettsége), a gégefél mozgása szabad
T_3	A szomszédos regió érintettsége azonos oldali gégefél fixáltságával
T_4	A tumor kiterjed a csontokra, a porcokra, vagy a lágyrészekre

Hypopharynx tumor terápiája

T_{is} T_1	sugárterápia, vagy hypopharynx resectio
T_2	sugárterápia, vagy a sinus piriformis és a hátsó fal tumora esetén: hypopharynx resectio sinus piriformis és retrocricoid tumor esetén: hypopharynx resectio, laryngectomiával postoperatív sugárkezelés
T_3	hypopharynx resectio laryngectomiával postoperativ sugárkezelés
T_4	laryngectomia és hypopharynx resectio, körkörös tumor infiltratio esetén: hypopharyngectomia és a hypopharynx plasticai reconstructiója (pl. PM* lebeny stb.) postoperativ sugárkezelés inoperábilis esetben: tracheotomia, palliativ sugárkezelés és/vagy a cytostatikus terápia
N_1 N_2	RND** monoblockban
N_3	palliativ sugárkezelés, és/vagy cytostaticum adása

Távoli áttét

M_1	esetén az összes tárgyalt localisatióban palliativ sugárkezelés és/vagy cytostaticus terápia

A daganatok stadiumáról

0 stadium		T_{is}	N_0	M_0
I. stadium		T_1	N_0	M_0
II. stadium		T_2	N_0	M_0
III. stadium	T_3	N_0	M_0	
	T_1, T_2, T_3	N_1	M_0	
IV. stadium		T_4	N_0, N_1	M_0
	bármely	T	N_2, N_3	M_0
	bármely	T bármely	N	M_1

Javaslat a gégetumorral kezelt betegek controlljára

Igazolt benignus elváltozás esetén emissio után 2 héttel, majd még egy hónap múlva az utolsó controll.

Histologiailag igazolt praecancerosis, illetve malignus tumor esetén emissio után 2 héttel, majd első évben 2 havonta, második és harmadik évben 3 havonta, negyedik és ötödik évben félévente controll.

Műtétet követően az első 2 évben félévente 1 alkalommal mellkas rtg., és tapintható terime esetén asp. cytológiai vizsgálat szükséges.

Rehabilitatio gégeműtétek után: phoniatriai kezelés
beszédtanulás

* RND — radicalis nyaki dissectio

** PM flap — pectoralis major myocutan lebeny

Országos Fül- Orr- Gégészeti Intézet
Országos Onkológiai Intézet

HORUS

Az első magyar nyelvű nyomtatott orvosi könyv négy évszázados jubileuma

Az elmúlt évben, 1988-ban volt a 400. évfordulója annak, hogy az első magyar nyelvű orvosi könyv nyomtatásban megjelent. *Frankovith* Gergely: *Hasznos és fölötte szükséges könyv*-ét *Monyorókeréken**, 1588-ban adta ki *Manlius* János. E kerek évforduló jó alkalom arra, hogy felelevenítsük e művel és szerzőjével kapcsolatos ismereteinket és összegezzük a legújabb kutatások vonatkozó eredményeit. Sokáig Frankovith könyvének csupán egyetlen példánya volt ismeretes, amely a fenti kiadási adatoknak felelt meg[1]. Frankovith ugyan utal arra, hogy ez művének már második kiadása, de az első kiadásnak nyoma veszett. Borsa Gedeon széles körű tudáson alapuló, szívós kutatómunkája azonban eredménnyel járt. Manlius János korabeli kötéstábláiból kiáztatott lapokból sikerült összeállítania egy majdnem hiánytalan első kiadást. Ezek szerint Frankovith könyve először *Németújváron***, 1585-ben, ugyancsak Manlius János műhelyében jelent meg.[2] A kerek évforduló tehát nem is oly kerek, ha az első kiadás adatait vesszük figyelembe, mégis jó alkalom az emlékezésre, hiszen a köztudatba csupán az eddig ismert második kiadás adatai ivódtak bele. Jelen összegzésünket az is indokolja, hogy Frankovith személye és könyve kétségtelenül az egyik legtitokzatosabb, gyakran vitatott, még gyakrabban félreértett, sokszor szidalmazott, de kevéssé ismert, még kevésbé elismert része a magyar művelődés- és orvostörténelemnek.

A *Hasznos és fölötte szükséges könyv* szerzőjéről nem sokat tudunk. Életrajzát csak hézagosan, a műhöz írt előszavában rejlő életrajzi utalásokból és az azóta feltárt levéltári adatokból állíthatjuk össze. *Szigethy Frankovith* Gergely Doctor — ahogyan ő magát nevezte — körülbelül 1557 és 1600 között élt. Könyvének kiadásakor 31 éves volt. A „Szigethy" előnév származásának helyére, a Baranya megyei Szigetvárra utal. Sopron városának orvosa volt hosszabb ideig. 1591-ben jegyben járt Demeter Vince, soproni szakácsmester lányával, 1595-ben pedig házat vett a Fövényverem nevű városrészben. 1600-ban Sopron városi orvosi tisztét már más töltötte be, Frankovith Gergely ekkor már feltehetően nem élt. Magát ugyan doktornak nevezte, sőt egy korabeli levél „doctoris medici"-ként, azaz orvosdoktorként említi, mégis szinte bizonyos, hogy orvosi végzettséggel nem rendelkezett.[3] Saját bevallása szerint az alapvető orvosi ismereteket egy borbély-sebésztől tanulta el, majd egy látomás során — úgymond — Istentől kapott utasítást arra, hogy gyógyító tevékenységet végezzen. További tanulmányait homály fedi. Könyének 11. részében egy heves hangú vitairatot találunk, amelyben Frankovith saját tudományát védelmezi az irigyekkel (azaz orvostársaival) szemben. Feltehetően támadások érték iskolázatlansága és a latin nyelvben való járatlansága miatt, amelyre ő többek között így felelt: „Frankovith Gergely noha nem deák, de azért igen szent írást értő doctor és természettudó orvos".[4] Ennek bizonyítására írta meg könyvét is, amely további címe szerint: „... az Isten fiainak és őtet félő híveknek vigasztalásokra és testi épületökre szeröztetött... melyben sok rendbéli betegségök ellen való orvosságok is be vannak írva, melyeket Isten az Ő nagy jóvoltából és ajándékából egészségekre rendölt."[5]

Frankovith könyve valóban evangélikus valláserkölcsi elmélkedések és orvosi tanácsok, orvosságreceptek sajátos vegyüléke. Talán a legfontosabb, de mindenképpen a leghírhedtebb része a könyvnek az, amelyben Frankovith egy saját maga által komponált orvosságot, az ún. *Serapium-kenet*-et, annak összetételét és hasznát ismerteti. A *Serapium-kenet* 169 alkotórészből áll, 123 növényi összetevőből, 16-féle hájból, mintegy 10-féle olajból, tehénganéj vizéből, birsalma levéből stb. Ez a hatalmas orvosság szerzője szerint 32 betegség ellen bizonyosan használ, de ezeken kívül is, más egyéb külső és belső bajok ellen is jó élni vele.

Nem nehéz ez orvosság leírásában a középkori salernói orvosi iskola Antidotarium-ainak hatását felfedezni, még ha maga az elnevezés — Serapium-kenet — nem is utalna erre. Az orvoslásban ugyanis ősi időktől fogva különbséget tettek az egy növényből készült, egyszerű orvosságok *(Simplicia)* és a különféle állati, növényi és egyéb alkotórészekből álló, összetett orvosságok *(Antidoti)* között. Ugyancsak ősi törekvés, hogy egy minden betegség ellen használó, univerzális orvosságot *„panaceát"* szerkesszenek. A különlegesen bonyolult összetételű, panaceajellegű orvosságok közül különösen két ókori készítmény vált híressé: a *Mithridátum és a Theriac* (magyar nevén terjék), amelyek — Galenus közvetítésével — Európaszerte ismertté váltak.[6] E hagyományt fejlesztették tovább a salernói orvosi iskola köréhez tartozó középkori orvosok, Mesue, Serapion és mások. E panacea-jellegű orvosságok divatja a XVI. században még nagyon is eleven volt, receptjeik bekerültek a gyógyszerkönyvekbe. Még az 1834-es kiadású, 4. osztrák gyógyszerkönyvben is szerepel a *„Theriaca Andromachi"* receptje! E komplikált gyógyszerek népszerűségüket annak is köszönhették, hogy úgy vélték, egy adott betegségnél az orvosságnak csupán egyetlen (az éppen szükséges) alkotórésze használ, a többi viszont nem árt, közömbös. Az említetteken kívül még számos híres orvosságot sorolhatnánk fel, amelyek nem hiányozhattak egyetlen orvosságoskönyvből vagy gyógyszerkönyvből sem. Például az *Ungventum aureum* 52, az *Electuarium* ducis 61, a *Diaprasium* 66 alkotórészből tevődött össze.

Ezen orvosságok mintájára készült a Serapium-kenet is, melynek összeállítására a könyv tanúsága szerint szerzője oly büszke volt. Történelmietlen tény tehát elítélni

* Ma: Eberau (Ausztria, Burgenland)
** Ma: Güssing (Burgenland)

„zagyvaságáért", hiszen a Serapium-kenet testvérreceptjeit megtalálhatjuk számos korabeli, máig nagyra értékelt műben, többek között *Matthiolus* Krauterbuchjában (melyet feltehetően Frankovith is ismert), vagy akár az 1617-es londoni Pharmakopea-ban, amely ugyancsak közöl egy 134 alkotórészből álló orvosságreceptet. Frankovith művének középkori fogantatása vitathatatlan ugyan, de evvel korántsem állt egyedül a XVI. század orvosi irodalmában.

A Serapium-kenet leírását még néhány rövidebb recept követi. Ezek főként a pestis ellen valók, de találhatunk itt orvosságot a kő, hurut, vérhas, himlő, hideglelés, fogfájás, hévség stb., tehát a kor leggyakoribb betegségei ellen. Ezek a receptek a korabeli magyar borbély-sebészek általános tudásának, a kor középszintű orvosi gyakorlatának felelnek meg.

Ugyancsak középkori fogantatású, de a reformáció eszmerendszerébe is jól beleillő Frankovith orvosi szemlélete, azaz a betegségekről vallott vallásos színezetű, determinisztikus felfogása.

E felfogás szerint a betegség nem más, mint Isten büntetése. Különösképpen az a pestis, a kor legpusztítóbb, legfélelmetesebb járványos betegsége, amellyel az orvosok még sokáig tehetetlenül álltak szemben. „Vannak olyanok — írja Frankovith — kik azt mondják, hogy a pestis elől el lehet menni, mert az elragad. Elmehet előle az, akinek életét Isten meg akarja hosszabbítani. De kiről és honnan ragad a pestis arra, akin legelőször kiüt? Mert először egy emberen kezdődik egy országban vagy tartományban, azután többeken, kikre Isten bocsátja ostorul. Hogy egy házban némelyek meghalnak pestisben, mások nem, oka az, hogy csak arra ragad, akinek halála óráját Isten elhatározta."[7] Isten végzése elől pedig ember el nem menekülhet, a betegségek megelőzésének is egyetlen módja a jámbor, istenfélő élet. Ugyanakkor azonban az orvosságok is Istentől erednek, betegség esetén tehát kötelességünk élni velük, s ehhez pedig szükség van az orvosságok természetét ismerő orvos segítségére. Ez a felfogás számos korabeli műben, de még a XVII. században is gyakran megjelenik, különösen a pestis-irodalomban. Ez a korra tehát nagyon is jellemző gondolatmenet Frankovith könyvének alapeszméje. Ez egyben arra is magyarázatot kínál, hogy miért keverednek, illetve, hogyan illenek össze a valláserkölcsi elmélkedések, imák és orvosságreceptek egyetlen műben.

Az utókor alapjaiban félreértette és rosszul értelmezte Frankovith könyvét. Volt aki „tudatlan és önhitt szintár"-nak (azaz sarlatánnak) nevezte a szerzőt, Serapium-kenetét pedig „utánozhatatlan képtelenség"-nek.[8] Mások szerint Frankovith „valódi nyegle kuruzsló", akinek könyve „tele van badarságokkal, hemzseg a tudatlanság, babona, astrológia hamis tanaitól".[9] Megint mások a könyv belső tartalmát „gyermekes"-nek ítélték.[10] Az elítélő megjegyzések sorát hosszan folytatni lehetne, igen gyakran még az „első magyar nyelvű orvosi könyv" meghatározás jogosultságát is elvitatják tőle. *Alföldy Flatt* Károly*** volt az első, aki ítélkezés helyett értelmezni próbálta e művet, s máig érvényesen rámutatott valódi gyökereire, értékeire.[11] Ezen értékek közt nem elhanyagolható, hogy receptjeiben kizárólag Magyarországon termő növényeket sorolt fel, evvel is bizonyítván, hogy *önállóságra törekedett és valóban rendelkezett bizonyos gyakorlati ismeretekkel.*

Bár Alföldy Flatt véleménye sokáig visszhangtalan maradt, mára mégis e könyvvel kapcsolatos szélsőséges vélemények jórészt elcsendesültek. Helyüket a józan értékelés váltotta fel. Frankovith könyvében egy korában sem élvonalbeli orvosi művet, hanem a XVI. századvég irodalmának jellegzetes termékét látjuk, a valláserkölcsi fejtegetések és a természettudományos ismeretközlés sajátos keverékét, amelyben a középkori ismeretanyag és szemlélet vegyül a reformáció korára jellemző ismeretközlő és segíteni akaró humanista attitűddel.[12]

IRODALOM: 1. Az MTA Könyvtárának tulajdonában. — 2. A különböző kiadások könyvészeti leírását l.: Régi Magyar Nyomtatványok 532., 617., S 571/A tételeknél. Borsa Gedeon fontosabb közleményei Frankovithról: in: *Orsz. Orvostörténeti Könyvtár Közl.* 1956/3. 133—139. p., *M. Könyvszemle* 1955. 114—117. p., *M. Könyvszemle* 1976. 287—288. p., *M. Könyvszemle* 1984. 122—123. p., *OSZK Évkönyv* 1973. 191—201. p. — 3. Egy 1587-ben kelt, Beythe Istvántól származó és a soproni városi tanácshoz intézett levél említi így. Közzétette Magyary Kossa Gyula: *Magyar Orvosi Emlékek* II. köt. 1929. 230—233. p. — 4. Frankovith könyvének 118/b. levelén. — 5. Frankovith könyvének címlapján. — 6. Erre vonatkozóan bővebben l.: Blázy Árpád: A teriáka és a mithridátum. In: *Orvostört. Közl.* 1974. 71—72. sz. 31—48. p. — 7. Frankovith könyvének 28/b. levelén. — 8. *Sadler József:* A növénytan történetei honunkban a XVI. században. in: A *Kir. Magyar Természettud. Társ. Évkönyvei* I. köt. 1841-45. 94—99. p. — 9. *Szabó Károly: Régi magyar könyvtár.* Bp. 1879. I. köt. 113. p. — 10. *Gortvay György: Az újabbkori magyar orvosi művelődés története.* I. köt. Bp. 1953. 150. p. — 11. *Alföldy Flatt Károly:* Frankovith Gergely és orvosbotanikai műve. in: *Természettud. Közl.* 1895. 2. Pótfüzet. 57. p. — 12. *„Minden doktorságot csak ebből késértek".* Szemelvények a XVI—XVII. század magyar nyelvű orvosi kézikönyveiből. Vál. és utószó: Szlatky Mária. Magvető, 1983. — Frankovith művéből szemelvények a 96—165. oldalon, továbbá l. az utószót.

Szlatky Mária dr.

*** (Alföldi) Flatt Károly (1853—1906) botanikus, mezőgazda. A jellegzetes magyarföldi növényekkel, a növények, herbáriumok történetével behatóan foglalkozott. Életműve méltatásával még adós tudománytörténetírásunk.

Berecz János emlékezete

Szeged a század eleji Magyarországon lélekszámban messze megelőzte a többi vidéki várost. Rózsa Sándor és Tömörkény István híres tanyavilágával együtt, természetesen. Ha hozzávesszük, hogy a szomszédos Szabadka szintén meghaladta akár Debrecen, Pozsony vagy Kolozsvár lakosságát (1), érthetővé válik a Tisza menti város egyetemi aspirációja.

Mégis 1912-ben a debreceni és pozsonyi univerzitás felállításáról hoztak törvényt (2), egyébként joggal, ám Szeged igénye egyelőre kielégítetlen maradt. Nem sokáig, mert ezúttal is közbeszólt a történelem. Az 1920-as trianoni döntés után, a kolozsvári egyetem az éppen csak megalakult pozsonyival egyidőben Budapestre menekült, így most már ketten is „gazdát kerestek" maguknak. Ekkor került az *Erzsébet királynéról* elnevezett pozsonyi egyetem *Pécsre*, míg a nagyobb hagyományokkal és a teljes tanári karral rendelkező *kolozsvári* egyetem elhelyezésére *Szeged* vállalkozott. Noha a teljes bánáti és részben bácskai „hinterlandját" elcsatolták.

Kolozsvárról Szegedre szülész-nőgyógyásznak a legtehetségesebb Tauffer-tanítvány került *Kubinyi* Pál személyében. (3) Mindössze öt tanévre (1921—1926), mert a Bársony János halálával megürült fővárosi I. sz. Női Klinikát véle kívánták betölteni. Sajnos rövid ideig, de az már a budapesti fakultás históriája. Szegeden a Bábaképezdében működő szülészeti-nőgyógyászati osztályt 1926/27-ben átmenetileg *Kuncz* Andor első tanársegéd vezette, 1927 őszén került a klinika élére a szintén Tauffer-tanítvány *Berecz* János, aki haláláig nagy ügybuzgalommal látta el mind a gyógyítói, mind az oktatói teendőket. Szakirodalmi szempontból nem tartozott sem a termékeny, sem a kreatív típusúak közé, viszont egy rendkívül rokonszenves, szerény és lelkiismeretes szülészprofesszort tisztelhetünk személyében. Szemmelláthatóan nem készült tanszékvezetőnek. Magántanári habilitációjáig a szakirodalomban nevével alig találkozunk, nem tartotta magára nézve kötelezőnek egy dán tudós azon mondását, hogy *„a publikáció az érvényesülés rituális bázisa"*. (4)

Mikor az 1882-ben született Berecz János, húszéves klinikai gyakorlattal megpályázta a szegedi tanszéket, a szülőföld gravitációs erejének engedelmeskedett. A délvidéki *Detta* községben látta meg a napvilágot, középiskoláit pedig a szegedi piaristáknál végezte. (5) Magántanárrá a szülészeti műtéttan tárgyköréből habilitálták, amit egykori iskolatársa, majd tanártársa, a debreceni *Kovács* Ferenc professzor szerint briliánsan művelt, de nem szívesen írt róla. (5)

Így nem csoda, ha Tauffer Vilmos és Tóth István szerkesztésében megjelent kétkötetes nagy nőgyógyászati kézikönyvben (6) a kilenc szerző között nem találjuk Berecz János nevét. Míg a vele közel azonos korú *Mansfeld* Ottó tanársegédét igen. Valószínűleg a magántanárságra is úgy „beszélték rá", különben aligha lehet véletlen, hogy Kubinyi halálának évében történt meg a habilitációja.

Szeged jól járt az írástól eladdig irtózó fiatal professzorral. Kitűnő gárda állott rendelkezésére (Kuncz Andor, *Filep* Aladár, *Polgár* István, *Burger* Károly, *Mészáros* Gábor), munkatársai közül különösen Burger Károly egyre több nemzetközi nőgyógyászati fórumon hallatta hangját. (7)

Berecz János kinevezése után a Bábaképezdében működő szükségklinika rövidesen a rendeltetésére épített létesítménybe költözött (8), amelynek 1934-ben összesen 119 ágya volt 28 betegszobában. (9) A *Szegedi Almanach* megemlíti *„A méhmyomáról"* szóló dolgozatát az *Orvosképzés* 1932. évfolyamában, amelynek nyomára sem a jelzett, sem az előző és utána következő kötetben nem sikerült rábukkannom. *„A császármetszés helye a szülészetben"* című referátuma (10) viszont figyelemre méltó publikáció. Az abdominális műtéttel kapcsolatos két végletet Max *Hirsch*, illetve G. *Winter* német gynaekologus képviselte. Az előbbi pozitív, az utóbbi negatív irányban. A különböző német, holland, lengyel és amerikai statisztikákból az derül ki, hogy császármetszésnél kb. 7% körüli az *anyai* és 5%-os a *magzati* mortalitás. Ami elég magasnak mondható, ezért állapítja meg Berecz professzor összegzésként, hogy „felfogásunk szerint a császármetszés ma még nem érte el a zenitjét, s a technika tökéletesedése valószínűen az összes szüléshez viszonyított arányszámnak emelkedését fogja létrehozni anélkül azonban, hogy a szülőnők nagyobb veszélyét jelentené." (10) Azóta az antibiotikus éra, a gépi altatás bevezetése, valamint a műtéti utókezelés fejlődése folytán lényegesen javult a statisztika, ám ma is érvényes a nőgyógyász *Gauss* posztulátuma, amit Berecz professzor is vallott, hogy „feltétlenül szükséges az exact indicatio". (10) Másik közleménye az Orvosi Hetilap ugyanezen évfolyamában a *Kielland-fogó* alkalmazásáról szól. A szerző még *Tóth* István tanár adjunktusaként 1919-től kezdte alkalmazni a II. sz. Női Klinikán, kedvező tapasztalatairól 1921-ben számolt be. Előnye a *Naegele*-fogóval szemben, hogy csaknem egyenes, így a medence bármely átmérőjében alkalmazható. A fejgörbület úgy van megszerkesztve, hogy átkarolja a magzat fejét, így szakszerű alkalmazással nem okoz cerebrális bevérzést, gracilitásával nem nagyobbítja a szülési objektumot, akkor is kizárható, ha a két fogókanál nincs egyenlő magasságban, s egyben kizárja az erős extrahálás lehetőségét. (14) Az előnye a másfajta fogókhoz viszonyítva — mint Berecz megállapította — egyértelmű. A legújabb tankönyv szerint „Igazán előnyösnek a Naegele-fogóval szemben abban az időben tartották a Kielland-fogót, amikor a magas üregi, sőt bemeneti fogóműtétet is végeztek és fel tudták vezetni a fogó kanalait a harántul álló fejre is. Ma is kétségtelen előnye a Kielland-fogónak az, hogy forgási rendellenességek megoldására alkalmasabb." (11) Foglalkozott Berecz a terhességi toxicosissal (Orvosi Hetilap, 1933. 13. szám), az akkori felfogás fölött azonban alaposan eljárt az idő.

Az utókor megkülönböztetett érdeklődésére ad okot „Az egyke szülészeti vonatkozásai" című dolgozata, amelyet *Polgár* István kerületi szülész főorvossal írtak közösen a *Népegészségügy* 1937-es évfolyamában. Az *Új Szülészeti Rendtartás* lehetővé teszi a szülészi események, így az

abortuszok figyelemmel kísérését is, természetesen ha jelentik. Nagyrészt jelentik olykor elég átlátszó trükkökkel; pl. megfázott, megemelte magát, rosszul táplálkozik, ám ellene sokat nem lehetett tenni (12), lévén az egész össztársadalmi kérdés, az egészségügy aligha oldhatta meg. Megállapítható, hogy egyes helyeken a bábák (pl. Hódmezővásárhely) és a megszületett gyermekek száma között fordított arányú összefüggés létezik. Az egykét illetően a helyzetünk ma sem kedvezőbb, egy nem elhanyagolható területen azonban feltétlenül! Kevesebb a szakszerűtlen beavatkozás, így az anyai mortalitást e téren sikerült gyakorlatilag kizárni. Amit még egy eleve abortuszellenes orvosnak is (mint e sorok írója) respektálni kell. Ugyanis a tiltott beavatkozások halálozási aránya Berecz tanár adatai szerint 60%-os volt. (12)

Az *Orvosképzés* köteteiben nem találtam nyomot a myomáról, viszont az 1934. évfolyam közli *„A constitutio a nőgyógyászatban"* című dolgozatát. Hippokratésztől Lavateren át Korányi Sándorig terjed az idézett szerzők névsora, de természetesen *Broca* sem maradt ki. Az igaz, hogy a constitutionális típusok kiindulási metódusa az antropometria (13), viszont a szomatikus és a pszichés alkat közötti összefüggés a mai szemmel sematikusnak tűnik. Szerinte is létezik „átmeneti jelleg", ám sokkal nagyobb a gyakorisága.

Klinikáján az ápolt betegek száma 1933-ban közel ezer személy volt, ezek egyharmadán végeztek műtétet, 18 ezrelékes mortalitással. Mindez kitűnő műtéti technikáról tanúskodik. Miként a röntgenkezelés, másfél ezer felületi és háromezer mély besugárzással jelzi, hogy ezen intézetben a gyógyítás állott az első helyen. Másodikon az oktatás és csak jóval utána a publikáció.

Berecz János professzor 1938. október 6-án hunyt el, agyvérzés következtében. Alig töltötte be az 56. életévét. „Nem gyűjtött vagyont" (14), s azt hiszem ez a legnagyobb dicséret, ami egy nőgyógyászról elmondható. Kitűnően felszerelt intézetet és nemes törekvést hagyott ötven évvel ezelőtt az utódaira, akik azóta jó hírnevet szereztek a szegedi szülészet-nőgyógyászatnak.

IRODALOM: 1. A magyar Szent Korona országainak helységnévtára. Bp. 1913. — 2. A debreczeni és a pozsonyi egyetemről szóló törvény. Bp. 1912. — 3. Zoltán Imre professzor levele. — 4. *Vekerdi László:* Kalandozás a tudományok történetében. Bp. 1969. — 5. Orvosi Hetilap, 1938-as évfolyam, 1053. o. — 6. A nőgyógyászat kézikönyve. Szerkesztette Tauffer Vilmos és Tóth István Bp. 1917. — 7. *Széki Tibor:* Beszámoló a Szegedi M. k. F. J. Tudományegyetem 1933—1934. évi működéséről, Szeged, 1935. — 8. A SZOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának évkönyve 1978—1983. — 9. Magyarország gyógyintézeteinek Évkönyve 1934. 630. o. — 10. Orvosi Hetilap 1933. 77. 148., 150. — 11. *Lampé László:* Szülészeti-nőgyógyászati műtéttan I. 210. o. Bp. 1987. — 12. Népegészségügyi 1938. 556—562. o. — 13. Orvosképzés 1934. 516—537. o. — 14. Orvosi Hetilap 1938. 82. 1009. (Szathmáry Zoltán nekrológja)

Szállási Árpád dr.

Microsystem az egészségügyért!

Az automatizált kórház (rendelőintézeti) adminisztráció megteremtéséhez kisszövetkezetünk ajánlata:

Integrált kórházi információs rendszer	MicKOR
Betegfelvételi rendszer	MicFEL
Laboratóriumi rendszer	MicLAB
Osztályos dokumentálórendszer	MicDOK
Körzeti orvosi rendszer	MicDOKI
Készletgazdálkodási rendszer	MicGAZD
Állóeszköz-gazdálkodási rendszer	MicÁGI
Főkönyvi könyvelés	MicFOK
Folyószámla-könyvelési rendszer	MicRIVER
Bér- és munkaügyi rendszer	MicBÉR

A programok futtatásához szükséges PC XT/AT számítógépeket és hálózatokat raktárról szállítjuk.
Betanítás, szerviz, referenciák

Az egészségügy is — számíthat ránk a számítástechnikában

Új címünk: **MICROSYSTEM 1122 Bp., Városmajor u. 74. Tel.: 565-366 — Telex: 22 3768 145 — Fax: 559-296**

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

Igazságügyi orvostan

Elméleti és gyakorlati szempontok a közlekedési alkalmasság orvosi megítélésében. Böck, G, E.-A. J. (Medizinischer Dienst des Verkehrswesens der DDR, Zentrale Leitung): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 603.

A gépjárműforgalom orvosi ellátásának kardinális feladata az abban aktívan és passzívan részt vevők közlekedés-specifikus ellátása, ebben pedig a megelőzésnek kell a legelső helyen állania. A legfontosabb tényező a gépjárművezetői alkalmasság elbírálása, de az alkalmasságot mindig viszonyítani kell, mégpedig a gépjárművezető adottságát a járműhöz és az elvégzendő feladathoz, valamint a környezethez és annak megterheléséhez. A jó látás a gépjárművezetésnek az egyik legfontosabb alapkövetelménye, a vezetőképességet biztosító funkciók és pszichofizikai terhelhetőség meglétével és adottságaival. Ugyanakkor a pszichofizikai terhelhetőség megítélése nem könnyű. Az orvos itt a diagnosztizált kórképből, az elváltozásokból és azok súlyosságából indul ki. Ez azonban jogosan kritizálható is, miután számos jól terhelhető beteg mellett nem egy olyan egészségest is ismerünk, aki nem, vagy alig terhelhető. Ugyanakkor a terhelhetőség megbízható elbírálásához a szokásos vizsgálat egymagában nem is szokott elegendő lenni. Ehhez ugyanis az életfunkciók korlátozottságát, az idült betegségek ilyen irányú kihatásait, valamint a hiányos gyógyulásokat, a meghatározott anomáliákat és az életkortól függő működési zavarokat is ismerni kell. Sőt ehhez még a pszichofizikai terhelhetőséget befolyásoló gyógykezelést és a betegségek prognózisát szintén számításba kell venni.

A gépjárművezetői alkalmasság elbírálásában — az észlelt elváltozások figyelembevételével — 4 fokozatot állítanak fel. Az első, amelyik ezt egyáltalán nem korlátozza, a második, amelyik csak enyhe korlátozottsággal jár, a harmadik a közepes funkciócsökkenést foglalja magába, a negyedik pedig teljes alkalmatlanságot és rokkantságot jelent.

Az elbírálásban a gépjárművezetés esetleges károsító hatását is mérlegelni szükséges 3 tényező számításba vételével: 1. Az egészségi állapot, a diagnosztizált betegségek, defekt gyógyulások, anomáliák, életkorból eredő funkcionális zavarok. 2. A pszichofizikai terhelhetőség. 3. A gépjárművezetésből adódó követelmények és megterhelések sajátságos megítélése alapján.

Angeli István dr.

A szív- és érrendszeri betegségek értékelése a gépjárművezetői alkalmasságban. John, H. (Medizinischer Dienst der Verkehrswesens der DDR, Zentrale Leitung): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 607.

Az NDK-ban a betegségekből eredő közlekedési balesetek arányát 0,7%-ban adják meg, ami megfelel a nemzetközi adatoknak. A szerzőék 1972 és 1987 között 31 hirtelen halált tapasztaltak a kormánynál. Ezek közül 27-et boncoltak, akik közül 13-nak heveny coronaria-elégtelensége, 10-nek szívhipertrófiája, 2-nek mitrálsztenózisa, 2-nek aorta vitiuma volt. 4-et előzőleg nem kezeltek, 11-nek a klinikai diagnózisa hypertonia, 3-nak angina pectoris, 2-nek aorta vitium, 1-nek mitrálsztenózis, 1-nek III. fokozatú av. blokk, 1-nek abszolút aritmia, 4-nek pedig idült hörghurut volt.

Gyorshajtás a hirtelen halál előtt csak 2 esetben fordult elő, sőt a többi halál feltűnően kis sebesség mellett történt, ami amellett szól, hogy a sebesség korlátozását már valószínűleg szívpanaszok okozhatták, sőt 3 az ilyen panaszait menet közben már a kísérőjének is említette. 1982 óta 95 problematikus kardiovaszkuláris esetet tudtak nyomon követni, akiknek coronaria szűkületük, illetve infarktus recidivájuk volt, de kisebb fizikai megterhelésre panaszmentesen reagáltak. Közöttük 9 balesetet tapasztaltak, 1 esetben abszolút aritmia és szinkópe, 1 esetben valószínűleg anginás panasz hozta létre, 7 esetben pedig a magatartás zavara volt az ok.

A gépjárművezetői megítélés rendszabályai szerint szívinfarktus után privát gépkocsi vezetésére az alkalmas, akinél terheléses EKG során az 50 wattos terhelés elérhető, nincsen ingerképzési és vezetési zavara, kifejezett ST depressziója és a szisztolés vérnyomása nem megy 200 Hgmm fölé. Az aneurysmák a viszonylag ritka ruptura miatt nem képeznek ellenjavallatot. Tehergépkocsi-vezetésnél az egyéb szívszövődmények hiánya is kívánatos, legalább 100 wattos terhelhetőséggel, autóbusz-vezetőknél pedig még szigorúbbak a követelmények. Manifeszt szívelégtelenségben nem ajánlott gépjárművet vezetni, a csak mindennapos terhelésre létrejövő szívdekompenzációk pedig kizárják a tehergépkocsi- és autóbusz-vezetést, sőt az intermittálóan fellépő, vagy idülten lefolyó szívritmuszavarok még a privát személygépkocsi vezetés engedélyezésénél is óvatosságra intenek. A gyógykezelésre alig reagáló ritmus- és vezetési zavarok pedig szintén alkalmatlanságot képeznek.

Ami a hypertoniát illeti, itt a hypertoniás szövődményekre kell tekintettel lenni, valamint a vérnyomáscsökkentők mellékhatására, a perifériás értágítókat részesítve a kezelésben előnyben. 120 Hgmm feletti diasztolés értékek kifejezett alkalmatlanságot jelentenek.

Angeli István dr.

A cerebrovaszkuláris insufficientia gépjárművezetői alkalmasságra kifejtett hatása. Plöntzke, E. (Medizinischer Dienst des Verkehrswesens der DDR): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 609.

Az NDK gépjárműforgalmában viszonylag sok idős emberrel kell számolni, miután a lakosság 16—17%-a nyugdíjas korban van, sőt néhány év múlva várhatólag megduplázódik a 60 éven felüli gépjárművezetők száma. Ugyanakkor a baleseti statisztikákból ismert, hogy az idősebbek, megfigyelő- és koncentrációs képességük csökkenése miatt, elsősorban az előzéseknél, nagyobb veszélynek vannak kitéve. A 65 évesek 5%-a, a 85 évesek 20—30%-a szenved agyi vérkeringési zavarban, bár a pszichés terhelhetőséget illetően igen nagyok a különbségek. Természetesen minden akut cerebrovaszkuláris elégtelenség eleve gépjárművezetői alkalmatlanságot jelent, és ennek tartama függ a tünetek alakulásától, a reverzibilitástól és komplikációktól, illetve a kezelés eredményétől.

Legnehezebb az idült cerebrális iszkémiás folyamat véleményezése, miután ez pszichopathologiás megnyilvánulásokba, a személyiség megváltozásába és cerebrovaszkuláris dementiába mehet át. A megítélésben értékelendők: 1. A kórelőzményben a szív- és érrendszeri és anyagcsere-bántalmak, alkoholfogyasztás, gyógyszerek szedése, idegrendszeri kezelés. 2. A panaszokban alvászavarok, az éberség krízisei, esetleges eszméletvesztések, látás-, hallászavarok, szédülés, végtaggyengülés és -remegés. 3. A szellemi tevékenységben a feledékenység, meglassult gondolkodás, pszichés kiegyenlítetlenség, viszálykodás, bizalmatlanság, depressziós hangulatok, a kezdeményezőkészség hiánya, kritikátlanság. 4. A státusban az éberség és figyelem, az irányíthatóság, a hangulat és kritikai készség gyengülése, nyugtalanság és indulatos beállítottság, gondolkodási zavarok. Szükség esetén szakorvosi vizsgálatot célszerű kérni.

Cerebrovaszkuláris megbetegedés esetén a gépjárművezetői alkalmasságot kedvezőtlenül befolyásolja: 1. Az akut és fennmaradó organikus pszichoszindróma személyiség- és gondolkodási zavarokkal. 2. Szív- és érrendszeri, valamint anyagcsere szövődmények. 3. Ultrahanggal, CT-vel, EKG-val kimutatható patológiai és funkcionális változások. 4. Az alapbetegség kezelésének eredménytelensége. 5. A pszichés terhelhetőségnek és az önkritikának a hiánya. 6. Helytelen közlekedési gyakorlat és balesetek az előzményekben. A vezetőképesség végleges megítéléséhez pszichológiai vizsgálatra is szükség lehet.

Angeli István dr.

Rohammal járó bántalmak (epilepszia) megítélése a gépjárművezetői alkalmasságban. Lietz, S. (Medizinischer Dienst des Verkehrswesens der DDR, Direktion Greifswald): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 613.

A rohammal járó betegségek esetében mindig a rohamszerű krízissel együtt járó és hirtelen manifesztálódó hogylétet, reakció- és cselekvőképességet kell értékelnünk. Így a vegetatív funkcionális rohamok, mint a hypersomnia és éberség zavarai, szintén komoly figyelmet érdemelnek.

A közlekedési balesetek oka durván 80—90%-ban emberi elégtelenség, 10%-ban alkohol, 1—5%-ban betegségi tünetek és hátrányok, 0,1—0,3 ‰-ben epilepsziás rohamok. Ezeknek a ritka, 1—3 ezrelékes epilepsziás rosszullétekből eredő baleseteknek a 12—30%-ában az első rohamról van szó. 10 éves USA megfigyelések az epilepsziások között az átlagosnál 5-ször kevesebb közlekedési balesetet tapasztaltak. Az alkalmasság megítélésénél itt jelentőséggel bír a korábbi rohamok típusa, lefolyása, illetve a közlekedési veszélyeztetettség nagysága és terjedelme, valamint a kezelés prognózisa és a gépjárművezető személyisége.

Mind a fogyatékosságot hordozó betegek, mind az egészségesek alkalmasságában számításba kell venni az önkontrollt, az érzelmi és értelmi vezetőképesség, a kritikus önkorlátozás és az együttműködő felelősségvállalás adottságait. A vezetőképesség megítéléséhez ismerni kell a rohamokat elősegítő tényezőket. Ilyenek az alkoholfogyasztás, az elvonási tünetek (altatók, nyugtatók), a rendszertelen antikonvulzív kezelés, az álmatlanság, bioritmus zavarok, lázas állapotok, szokatlan pszichés terhelések, koponya- és agyi traumák. Az epilepsziás betegnek jól beállított és vérvizsgálatokkal kontrollált terápiája a közlekedésben a „szemüvege."

Az epilepsziában különböző rohamtípusok és terápiás prognózisok léteznek. Így a primer generalizált epilepszia gyógyszeresen, az esetek felében több éven át tünetmentesen tartható, míg a pszichomotoros epilepsziáknak, melyek csak az esetek 20%-ában maradnak tartósan tünetmentesek, rossz lehet a terápiás prognózisuk. A gyógyszert igénylő epilepsziák alapszabálya a monoterápia, az alkohol-absztinencia, az interkurrens kiegészítő gyógyszerelés esetén vezetési tilalom, a gyógyszeres átállításnál egyéni megítélés, az alkalmazkodás hiánya pedig vezetői alkalmatlansággal egyenlő.

Epilepsziás roham után legalább kétéves rohammentes időszakhoz kell ragaszkodni; hivatásos gépjárművezetőnek alkalmatlanok. Epilepszia esetén a megítélés legfontosabb kritériuma: magának a rohamnak a milyensége, a pszichés állapot, a kórelőzmény, a vizsgálati eredmények és a gyógykezelés.

Angeli István dr.

A látóképesség vizsgálati mószereinek megítélése a gépjárművezetői alkalmasságban. Broschmann, D., H.-J. Maul (Medizinischer Dienst des Verkehrswesens der DDR, Zentrale Leitung): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 617.

Vitathatatlan, hogy a külvilág 90%-ban a szemünk révén tájékoztat bennünket, és ezért a látóképességnek a közlekedésben is elsőrendű szerepe van. Ennek vizsgálatában pedig a látásélességnek, a szemüveg erősségének, a látótérnek, a fényérzékelésnek, a sztereoszkópos és színlátásnak, valamint a fej-, illetve nyakcsigolya mozgathatóságának meghatározására kell törekednünk.

A látásélesség vizsgálatában egzakt látáspróbára, helyes táblatávolságra, a megvilágításban a megfelelő kontrasztviszonyokra kell komoly figyelmet fordítanunk. Az adott típusok közül még legjobban a Landolt-gyűrű vált be, és az esetleges kontaktlencse viselésre is figyelemmel kell lenni. Az utóbbi oldalvilágítással ismerhető fel könnyebben. A mínusz vagy plusz üveg felismerése annak írás feletti mozgatásával (mínusznál együtt, plusznál fordítva mozog) történhet. Az intakt látótér és perifériás látás igen fontos a közlekedésben és utóbbi egy oldalirányból bevitt fehér tárggyal, vagy tamponnal érzékelhető. Fényérzékelés alatt a világoshoz-sötéthez és ezek változásához történő gyors alkalmazkodás értendő és ez a korral, valamint a szembetegségek felléptével csökkenni szokott. Vizsgálatára az NDK-ban már megjelenő, de viszonylag drága (1200 NDK-márka) műszer is rendelkezésre áll. A sztereoszkópos látás egy fixált pontra tekintés esetén az 1 m-es távolságban lévő tárgy érzékelését is bizonyítja. A színlátás a színtáblával vizsgálható, a színek nappali fénynél történő felismerésével, de a napfény ne essen a táblára. Egynél több színtévesztés esetén szemész szakorvos vizsgálata javasolt. A fej jó oldalirányú mozgathatósága a jó és gyors tájékozódást szolgálja, de a szem rátekintéssel és lámpával is megvizsgálandó.

Angeli István dr.

A gyógyszerszedés megítélése a gépjárművezetői alkalmasságban. Kohn-Schulze, E. (Medizinischer Dienst des Verkehrswesens der DDR, Zentrale Leitung): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 619.

A gépjárművezető-képességet a gyógyszerek szedáló, euforizáló, alkalmazkodást rontó, látóképességet és emlékezőképességet zavaró hatásukkal ronthatják. A fizikai zavarok az érzékelés, az alkalmazkodás, a látótér beszűkülése, a káprázó látás, a hallászcsökkenés, az egyensúly és öntudat zavarai lehetnek. A pszichések a reakciókészség, a megbízható megfigyelőképesség, az intellektuális alkalmazkodás és kombinációs készség zavaraiból, valamint az érzelmi terhelhetőség, az önkontrollok és veszélyérzékelés nehézségeiből, fáradtságból és jellemzavarokból adódhatnak.

A vezetőképességet korlátozzák az altatók és nyugatók, a vérnyomáscsökkentők némelyike, a pszichofarmakonok, élénkítők, trankvillánsok, antidepresszív, antihisztamin, antiallergiás és antimetikus készítmények, a pszichostimulánsok és étvágycsökkentők, az antiparkinson és antiepilepsziás gyógyszerek, a centrálisan ható izomlazítók, az érzékszervek funkcióját csökkentő készítmények. A gyógyszerfogyasztásnál tekintettel kell lenni a dózisra, az alkalmazás módjára, helyére, tartamára, intervallumára, valamint a gyógyszerkölcsönhatásokra.

A farmakokinetikus hatást a genetikusan determinált variabilitás, az étkezési szokások, az életkor, a cirkadián ritmus, az anatómiai és patológiai szervelváltozások befolyásolhatják. Itt különösen a máj- és vesebántalmaknak van jelentősége, de az intoxikációs jelenségek is fontosak lehetnek. A gyógyszerszedés és gépjárművezetés összefüggésének megítélésében számításba kell venni, hogy a gyógyszerek a vezetőképességet korlátozhatják, egymagukban is átmeneti vezetőképtelenséget okozhatnak, számos ilyen gyógyszer szabadon kapható, a tartós gyógyszerfogyasztás hirtelen abbahagyása is veszélyes mellékhatásokkal járhat a közlekedésben.

Angeli István dr.

Gépjárművezetői alkalmasság és közlekedési balesetek. Ebert, R. (Wissenschaftsbereich Verkehrsmedizin-psychologie des Instituts für Verkehrsicherheit der Hochschule für Verkehrswesen „Friedrich List" Dresden): Z. ärztl. Fortbild. 1988, *82*, 623.

1986 óta az automobilok 100 éves létezésére tekinthetünk vissza és az első autóbalesetet 1899-ben az USA-ban rögzítette a rendőrség. Németországban 1928 óta kötelező a gépjárművezetők előzetes orvosi vizsgálata és az Egészségügyi Világszervezet 1956-ban hozta meg ezek megítélésének irányelveit, melyeket 1975-ben pontosítottak. Az NDK-ban 1986-ban 45 203 közlekedési baleset történt, 1484 ember meghalt, 39 396 megsérült.

A szerző a probléma reális megítélése céljából az NDK 1981—1985 közötti 162 613 közlekedési balesetét és a közlekedésbiztonság orvosi szolgálatának 7968 szakvéleményét használta fel 1985-ből. A vizsgált 5 év alatt átlagosan 7,5-szer több férfi szenvedett közlekedési balesetet, mint nő. Az általános baleseti okok, mint a „figyelem hiánya", „nem megfelelő magatartás" mindkét nem eseteiben igen jelentősek voltak és ez utóbbi 1981 óta különösen a nők között emelkedett jelentősen. Speciális baleseti ok az esetek 75%-ában a gyorshajtás, az elsőbbség meg nem adása, az útburkolat figyelmen kívül hagyása és szabálytalan előzés voltak. A ködös időben és alkonyatban bekövetkezett balesetek is fokozottabban a magasabb életkorral álltak összefüggésben. A túlfáradást /elalvást, betegséget/, hirtelen rosszullétet, testi fogyatékosságot kiemelve, ezek az életkor előrehaladtával az 55. életévtől, nők esetében viszont már a 45. évtől, gyakrabban fordultak elő. 7968 bizottsági vélemény közül 7480-at alapo-

sabban értékelve kiderült, hogy ezek 91%-ának előzményében sem közlekedési baleset, sem erre utaló jel nem fordult elő, viszont 15%-kal több pszichiátriai betegséget, szív- és érrendszeri bántalmat, emésztőszervi, vér- és anyagcsere-betegséget találtak, főleg a 35 év alatti és 45—65 év közötti gépjárművezetőknél. Felhívják a figyelmet az életkorral és nemmel összefüggő baleseti okokra.

Angeli István dr.

A bal arteria carotis communis és bal arteria carotis interna biztonsági öv okozta sérülései. Baik, S. és mtsai (Erie County Medical Examiner's Office, 462 Grider Street, Buffalo, NY 14215, USA): Amer. J. Forensic Med. Pathol. 1988, *9*, 38.

Az irodalomban eddig számos olyan sérülést írtak le, melyet a biztonsági öv okozott, beleértve a csigolya-, borda- és mellcsonttörést, valamint a mellkasi és hasi szervek szakadását. A szerző két esetet ismertet. Az első esetben 34 éves nő személygépkocsi vezetőjeként sérült, a baleset helyszínéről a kórházba szállították, de mivel fizikális és rtg elváltozásokat nem tudtak kimutatni, hazaengedték. Három óra múlva mentők szállítják vissza a kórházba, ahol szem- és idegrendszeri góctüneteket tapasztalnak, a CT-vizsgálat negatív. A carotis angiográfia bal oldali bifurcatio szintű okklúziót mutatott ki. A balesetet követő második napon meghalt. A boncolás során a bal agyféltekében az arteria cerebri media ellátási területének megfelelően ischaemiás gócokat, középagyban gócos bevérzéseket, az atlanto-occipitalis ízületben bevérzéseket, a felső nyaki gerincvelőben bevérzéseket, valamint a bal carotis internán a bifurcatióban intima laceratiót és friss thrombust találtak. A második ismertetett esetben 78 éves nő személygépkocsi vezetőjeként sérült, az egyéb sérülések mellett a bal oldali arteria carotis communis részleges rupturáját észlelték, a halál közvetlenül a kórházba szállítás után bekövetkezett. A szerző felhívja a figyelmet, hogy a biztonsági öv ritkán a nagy agyi erek sérülését is okozhatja.

Balogh István dr.

Asplenia syndromával kapcsolatos hirtelen csecsemőkori halál. Kiuchi, M. és mtsai (Department of Legal Medicine, School of Medicine, Chiba University, Chiba 280, Japan): Am. J. Forensic Med. Pathol. 1988, *9*, 102.

Az asplenia syndroma, más néven Ivemark-syndroma a lép congenitalis hiánya, amelyet súlyos cardiovascularis, valamint már szervek helyzeti és strukturális abnormalitásai kísérnek. A cardiovascularis elváltozások különbözők lehetnek: bilateralis persistens vena cava superior, aorta abnormalitások, vena coronaria defectivitas, ASD különböző formái, persistáló közös atrioventricularis csatorna, egy bal kamra, egy pitvar a leggyakoribbak. Az egyéb szervelváltozások közül a tüdők hármas szegmentációja, a szimmetrikus máj, a hasi szervek inversiója a leginkább észlelhető. Emellett corpus callosum hypoplasiát és accessorius májat is közöltek.

A szerzők egy 80 napos fiú csecsemő esetét közlik, aki a 10 gestatiós hónapra 3 000 g súllyal első terhességként született. Egy hónapos koráig nem voltak panaszai, majd többszörös lázas állapot alakult ki, és a halál orvosi kezelés ellenére beállt. A boncolás ASD-t, VSD-t, közös atrioventricularis csatornát, tüdőlebeny fejlődési rendellenességet, szimmetrikus májat, a bél rotatiós rendellenességeit, koponyacsont, valamint corpus callosus elváltozásokat talált.

Válogatatlan boncolási anyagban mintegy 40 000 sectióra esik egy Ivemark-szindrómás eset, míg a szindrómát leíró adata szerint válogatott boncolási anyagban 7 032 boncolásra esik 12 eset.

Balogh István dr.

A hagyományos vagy hyposmolaris kontrasztanyagok alkalmazásának jogi vetülete. Reuter, S. R. (The University of Texas Health Science Center, San Antonio): Amer J. Roentgenol., 1988, *151* 529.

A nem ionos, hyposmolaris kontrasztanyagok megjelenése nemcsak javallati és költségvetési, hanem medicolegalis kérdéseket is felvet. Ha hagyományos kontrasztanyag alkalmazása nyomán a betegben szövődmény lép fel és károsodást szenved, beperelheti az orvost azzal, hogy miért nem a biztonságosabb szert alkalmazta. Ugyanakkor nyilvánvaló, hogy az egészségügyi intézmények költségvetése nem bírja el a hyposmolaris kontrasztanyagok kizárólagos alkalmazását.

A felmerülő jogi kérdés kétféleképpen is feltehető. 1. Elfogadható-e a hagyományos kontrasztanyag alkalmazása akkor, amikor új és biztonságosabb szerek vannak? 2. A hagyományos kontrasztanyag szövődményt elszenvedett beteg nyerhet-e pert orvosa ellen azon alapon, hogy a szövődmény hyposmolaris kontrasztanyag alkalmazása esetén talán elkerülhető lett volna?

Egyik kérdésre sem lehet határozott választ adni elvileg sem és gyakorlatilag sem. A szerző ezt a problémát elemzi az USA bírósági gyakorlatának tükrében, de nem tud határozott véleményre jutni. Helyileg kialakítandó, írásban lefektetett állásfoglalás nyújthat jogi biztonságot az orvosnak, feltéve, ha ehhez aztán következetesen ragaszkodik. Egy aktuális per kimenetelét döntően befolyásolhatja az ügyész és védő kérdésfeltevésén kívül az ügyben szereplő szakértők felfogása és állásfoglalása. A radiológusok kiútként felvetették a beteg bevonását a döntésbe. Ez ugyan áthárithatja a felelősséget bizonyos mértékig a betegre, de korántsem ideális megoldás. Hogyan világosíthatja fel az orvos betegét a várható következményekről, mikor ezekkel lényegében maga sincsen tisztában? A szerző végső tanácsa, hogy a radiológusok ezt a problémát ügyvédükkel, intézetük jogászával konzultálják.

Laczay András dr.

Mellkassebészet

A mellkasfal daganatainak sebészi kezelése. Merkle, N. M., Isele, G., Vogt-Moykopf, I. (Thoraxklinik der LVA Baden, Krankenhaus Heidelberg-Rohrback): Chirurg, 1988, *59*, 248.

A mellkasfali tumorok — a mammacarcinoma kivételével — a daganatok mintegy 1%-át teszik ki. Primer és secunder tumorok különböztethetők meg. Topographiai szempontból a primer daganatok igen széles skálája ismeretes. Ide tartoznak a bőrből kiindulóktól kezdve egészen a borda eredetűekig. A pleura daganatok külön csoportot alkotnak. Kórbonctani szempontból főleg csont, illetve lágyszövet tumorokról van szó. Jóindulatúak: a fibroma, lipoma, neurofibroma, leiomyoma, haemangioma, fibrosus displasia, chondroma, osteochondroma. Malignusok: a fibrosarcoma, chondrosarcoma, multiplex myeloma, Ewing-sarcoma, osteogen sarcoma, valamint a rosszindulatú fibrohistiociter, izomból és erekből kiinduló daganatok.

A szerzők klinikáján 1973 és 1985 között 98 mellkasfali tumort operáltak. Ezek közül 71 volt benignus és 27 malignus. 38 eredt csontból, 60 lágyrészből. Műtéti megoldás a radicalis resectio. A legtöbb esetben praeoperativ histopathologiai klaszszifikációra nincs szükség. Kiterjedt, nehezen elhatárolható daganatoknál azonban szükség lehet a praeoperativ szövettani vizsgálatra, különösen ha inoperabilitás merül fel, és egyéb therapiára kerül sor. A radicalis műtét szükség esetén a mellkasfal és a tüdő egy részére is kiterjedhet. A tumor en bloc távolítandó el.

A szerzők részletesen ismertetik a mellkasfal resectiójának és reconstructiójának a technikáját. A csontos mellkasfal pótlása alloplasztikus anyaggal, műanyag hálóval történhet. A bőr és lágyrész defectus fedésére eltolható, vagy kocsányos musculocutan lebenyt használnak. Minél inkább cranialisan és dorsalisan keletkezik a defectus, annál kevésbé van szükség reconstructióra, mert a scapula felhasználható a hiány fedésére.

A primer mellkasfali tumorok sebészi therapiájának eredményessége a daganat fajtájától, kiterjedésétől, resecálhatóságától függ. A műtéti letalitás 5% alatt van. A hosszabb túlélés 50%-ra tehető. Recidivára főleg a fibrosarcoma hajlamos. 30%-os recidiva arányt észleltek.

A secunder tumorok per continuitatem terjedhetnek, vagy bronchus-, vese-, prostata-, mamma-, pajzsmirigyrák osszealis metastasisaiként jelennek meg. A primer tumor az áttétektől a műtét előtt ritkán

differenciálható el. A bronchus carcinoma mellkasfali infiltrációja nem képezi a műtét contraindicatióját. Az ötéves túlélés ebben az esetben is 30—35%.

Viczián Antal dr.

A tüdő plasmasejtes granulomája (gyulladásos pseudotumor). Laqua, D., Kienzle, H. F. Bähr, R. (Chir. Klinik, Städt. Klin. Karlsruhe): Chirurg, 1988, *59*, 291.

A tüdő plasmacellularis granulomája benignus, ismeretlen eredetű, tumorszerű képlet. Nevezik gyulladásos pseudotumornak is, mert különböző stádiumban levő krónikus gyulladásos folyamatok alkotják. Ritkán okoz panaszokat, s rendszerint véletlenül, szűrővizsgálatok alkalmával kerül felismerésre. *Bahadori* és *Liebow* szerint 1972-ig 40 esetet közöltek az irodalomban.

A szerzők egy esetüket ismertetik. Rutin rtg-vizsgálat alkalmával egy 36 éves férfinél a bal tüdőhilus tájékán kerekárnyékot fedeztek fel. A műtét alkalmával közvetlenül a pleura visceralis alatt, élesen elhatárolt, tokkal körülvett, 4 × 5 × 3,5 cm nagyságú tumorszerű képletet találtak a tüdő bal felső lebenyének 5. szegmentjében. A narancssárga, szürkésfehér fénylő foltokkal tarkított képletet enucleálták. Szövettani vizsgálat alkalmával orsó alakú, csavarodott fonálszerűen elhelyezkedő sejteket, valamint habos szerkezetű makrophagokat találtak. Helyenként polymorph, többmagvú óriássejtek mutatkoztak, széles kollagén rostokkal és sclerotikus területekkel váltakozva. A képletben nagyszámú lymphocyta, plasmasejt, granulocyta és szigetszerű myxoid degeneratio volt látható.

Ezen pseudotumorokban nem sikerült eddig bacteriumokat, gombákat, vírusokat, vagy egyéb ágenseket kimutatni. Az esetek 95%-ában az anamnesztikus adatok sem utaltak lezajlott pneumoniára. Rendszerint soliter, de előfordult multiplex megjelenése is. Leggyakrabban 16 évesnél fiatalabb korban észlelték. Előfordul, hogy hypertrophiás osteopathia — melyet malignus tüdő és pleura tumorokkal összefüggésben írtak le — vezet a diagnózishoz. A granuloma eltávolítása után az osteoarthropathia tünetei megszűntek.

A különböző eredetű kerekárnyékoktól kellene eldifferenciálni, ez azonban műtét előtt nem sikerül. Diagnosztikai és therapiás szempontból is a pseudotumor eltávolítása a követendő eljárás. Corticosteroidok, tuberculostaticumok, antibioticumok hatástalanoknak bizonyultak.

Viczián Antal dr.

Lokálisan elhatárolt (I. és II. stádiumú) hörgőrák resectiós kezelésének eredményei. Schamaun, M., Angermeyer, J. (Abt. f. Thorax- und Gefässchirurgie, Stadtspital Triemli, Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 1406.

A szerzők 1977—1985 között hörgőrák miatt 238 beteget thoracotomizáltak; ezek közül 108 lokálisan elhatárolt stádiumban volt, azaz az új osztályozás (International Staging System: ISS) szerint 66 az I. és 42 a II. stádiumban volt. Ezek közül 89 férfi és 19 (18%) nő volt. Az átlagos életkor 61 (I. stádium) és 63 év (II. sátidum) volt. 26 beteg (24%) 70 évnél idősebb volt. Az összes betegüket kurative resecálták; 97 esetben részresectiót végeztek; 84 lobectomiát két postoperativ halálozással (2,4%). A műtéti mortalitás összesen 5,5% (6/108) volt; az I. stádiumban 3% (2/66) és a II. stádiumban 9,5% (4/42). Az abszolút ötéves túlélési hányados az összes 108 betegnél elérte az 50%-ot, az I. stádiumú 66 betegnél 59%-ot, a II. stádiumú betegeknél 39%-ot. Ez kórszövettani megoszlásban 15 bronchoalveolaris rák esetén 70%, 56 laphámrák esetén 49% és 24 adenocarcinoma esetén 54% volt. A retrospektív tanulmány lezárásakor a 108 operált még 62 (57,4%) élt, nevezetesen 45 az I. stádiumú 66 betegből (68%) és 17 a II. stádiumú 42 betegből (40,5%).

Retrospektív tanulmányuk megerősítik más szerzők idevonatkozó adatait, hogy a tüdőrák elhatárolt szakaszában lévő betegeknél a távlati eredmények biztatóak. A műtéti mortalitás is viszonylag csekély, mert ezen daganatok nagy részében partialis tüdőresectio végezhető. Az I. stádiumban a lobectomia a választandó eljárás.

ifj. Pastinszky István dr.

Onkológia

Mammográfia szűrés értéke 50 év alatti nők esetében. Eddy, D. M. és mtsai (Center for Health Policy Research and Education, Duke University, Durham, NC. USA): JAMA, 1988, *259*, 1512.

A szerzők áttekintik a mammográfia (továbbiakban: mgr.) szerepét a szűrésben. 50 év felettiek esetében egyetértés van az évenkénti mgr. szükségességében. 50 év alattiakra vonatkozólag azonban a vélemények megoszlanak. A kérdés fontos, mert az USA-ban az évenkénti 110 ezer új emlőrákos beteg 16%-a = 18300 nő esik a 40—50 éves korcsoportba. Ezért a kérdés akként vetődik fel, hogy ha egy 40—49 éves nő elhatározza, hogy évente részt vesz fizikális emlővizsgálaton, akkor milyen kockázatot, hasznot, költséget jelent az egyén és társadalom számára a kiegészítő évi mgr.?

A szerzők összehasonlították 4 ellenőrzött kontroll nélküli vizsgálat adatait, s az elemzésre egy statisztikai és egy számítógépes modellt alkalmaztak. A négy tanulmány a következő volt: a) New-Yorkban 1963. decembertől 31 ezer 40—65 éves nőt követnek már 18 éve, b) Svédországban 1977-ben 78 ezer 40—74 év közti nőt vizsgáltak mgr.-val (de fizikális vizsgálat nem volt), 6 évig követték őket kontrollvizsgálatokkal. c) Nijmegeni vizsgálat (Hollandia) 2 évenkénti mgr. 35 év feletti nők részére 1975-től 7 éven át. d) Firenzei vizsgálat: 1979-től 2—5 évenként mgr. 40—70 éves nők esetében. Fizikális vizsgálatot csak válogatott esetekben végeztek. Kontrollok nélküli tanulmány az USA-ban történt 1973—82 között, 280000 nőt szűrtek fizikálisan és mgr.-val (néha termográffal is). E nők fele induláskor 50 év alatti volt.

Több táblában elemzik a kiegészítő mgr. várható eredményeit, költségeit, a halálozásban, túlélésben talált értékeket. A 40—49 éves panaszmentes nőknek 128 : 10000 az esélye emlőrákot kapni a következő 10 évben, és 82 : 10000 az esélye emlőrákban meghalni. A fizikális vizsgálatot kiegészítő mgr. évente végezve ezen évtizedben 26%-kal csökkentené az emlőrákban meghalás valószínűségét. E szűrés 3,5 évvel növelné ezen korosztályban a várható élettartamát azon nőknek, akiknek esélyük van emlőrákban megbetegedni. Kevés az esélye a szűrt nőknek sugár okozta rákot kapni, ezen kockázat csak 1 : 25000-hez. Mgr. alapján végzett műtétek esetében a nem rákos eredményű csak 10%.

Becslések szerint, ha ezen korcsoportba tartozó nők 25%-ánál ezentúl elvégzik a mgr.-t, akkor az USA-ban az emlőrák-halálozások száma 2000-ben 373-mal kevesebb lenne, 1984-es dollárban számolva 2000-ben a szűrés, folyamatos gondozás stb. kb. 408 millióba kerülne. A kezelési költségek 6 millióval csökkennének, s így a nettó költségnövekedés 2000-ben kb. 402 millió dollár lenne. Jelenleg egy mgr. 80—200 dollárba kerül, jól szervezett helyeken 80-ba, de ez még lejjebb szorítható.

Következtetéseik a következők: a) A mgr. szűrés fel tud fedezni néhány olyan emlőrákot, melyet fizikális vizsgálattal még nem sikerül a 40—49 éves nőknél. b) A mgr. értéke 40—49 éves nőkben különbözik az 50 év felettiekétől, a fiatalabb nőkben a halálozás csökkenése az első 5—10 évben sokkal kisebb. Ezért nem lehet azt feltételezni, hogy a mgr. ugyanolyan hatásos lehet ezen korcsoportban csak azért, mert 50 év felett hatásos volt. c) 40—49 éves tünetmentes nők esetében meg kell fontolni az erőfeszítéseket és költségeket, s eldönteni, esetleg más egészségügyi eljárás nagyobb eredménnyel járna. d) Helytelen „üres" ajánlást tenni, hogy minden nőt e korcsoportban meg kell szűrni, ehelyett helyesebb a rugalmas álláspont, mely az orvosra bízza az ajánlást és döntést. e) Nem lehet azonban olyan álláspontra sem helyezkedni, hogy hibát vagy szabálysértést követ el az az orvos, vagy személyzet, aki mgr.-t javasol. f) Azoknak a testületeknek, melyek a javaslatokat kidolgozzák, a mgr. szűrésre is, pontosan fel kell becsülni az eredményt, kockázatot és költségeket, és ésszerűen kell kialakítani az álláspontot.

Juhász Lajos dr.

Mammográfia 50 éves kor alatt? Bailar, J. C. (McGill University School of Medicine, Montreal): JAMA, 1988, *259*, 1548.

A szerző leírja, hogy meglehetős egyetértés van a mammográfiával (továbbiakban: mgr.) kapcsolatban. Csaknem mindenki egyetért abban, hogy tünetmentes nőkben, akik legalább 50 évesek, hasznos a rendszeres emlőrák szűrés mgr.-val és gondos fizikális vizsgálattal. Legtöbben egyetértenek abban is, hogy azon nők esetében, akiknél a tünetek malignus elváltozást feltételeznek, el kell végezni a mgr.-t korra való tekintet nélkül, ilyenkor a cél elsődlegesen kórismézés és nem szűrés. Ilyenkor a mgr. segít eldönteni, hol, hogyan történjék a biopsia. A rendszeres mgr. szűrés egyértelműen hasznos az 50 év felettiek esetében, nem jogos 40 év alattiak esetében. Mi a helyzet a 40—50 éves nőkkel? Ellentmondásos. *Eddy* és mtsai szerint bizonyos mérsékelt egészségügyi haszna van, de meg kell találni az egyensúlyt a nagy költségek miatt. Azonban Eddy és mtsai becslése kissé túlértékeli e hasznot és alábecsüli a költségeket. Pl. az első 7 évben a szűrés után három tanulmányban nem találtak semmiféle eredményt. Egyedül a firenzei vizsgálat mutatott pozitív eredményt, csökkenést a halálozásban. Eddy és mtsai vizsgálataiban igen kis különbséget találtak az emlőrák-halálozásban 18 év után, 6 halálesetet 2-vel szemben, a különbség nem volt szignifikáns.

A szűrés költségeibe pedig nem csak a pénzügyi költségeket kell beleszámítani, hanem pl. a nyugtalanságot, felesleges műtéteket, súlyos diagnosztikus késéseket, az álnegatív leletek miatt a jövendő szűrővizsgálatokba vetett hit elvesztését, az elváltozás erőteljes kezelését stb.

Az ilyen léziók aránya kb. 10% a jelentett emlőrákok esetében, s a halálozásra kimutatható hatásuk nem volt.

A sugárindukálta emlőrákok számát jobb technikával le lehet csökkenteni. Eddy és mtsai összefoglalása nem bizonyította azt, hogy bármiféle egyértelmű haszna lenne a mgr. szűrésnek emlőrákos 50 év alatti nők esetében, s ezért ezen korcsoport rutinszűrését abba kell hagyni.

Azokban az esetekben, amikor magas emlőrák kockázata van, az ilyen korú nőnek saját magának, vagy első fokú nőrokonának, akkor egyet kell érteni a Nemzeti Rákintézet irányelveivel, mely szerint az ilyen nőket évente meg kell szűrni akkor is, ha 50 évnél fiatalabbak. Nem indokolt a rutin mgr. szűrés 50 éves és fiatalabb nők körében. Egyet lehet érteni a jó tanáccsal; elvégezni az évi klinikai emlővizsgálatot 40 évtől felfelé, és megkezdeni az évi mgr.-t 50 éves korban.

Juhász Lajos dr.

A metasztatizáló emlőrák kemoterápiája. Possinger, K. Sauer, H.-J., Wilmanns, W. (Med. Klin. III., Institut für Klin. Hämat. München): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113*, 224.

Az áttéteket adó emlőrák kuratív kezelése nem megoldott. Ezért a beavatkozásokat palliációként kell értékelni, figyelembe véve, hogy a kezelés által okozott kellemetlenség arányban áll-e a haszonnal?

Számos szerző tapasztalata igazolja, hogy a polikemoterápia nagyobb arányban eredményezhet ugyan regressziót, de nem jár hosszabb túléléssel. A citosztatikumok nagyobb adagban való adása a mellékhatásokat fokozza anélkül, hogy statisztikailag szignifikánsan javítaná a túlélést, s ugyanez vonatkozik a sok szer kombinálásával összeállított kezelési protokollokra is. A citosztatikumoknak hormonokkal való rutinszerű kombinálása sem eredményes.

Mindezek alapján olyan módszereket kell keresni, melyek segítségével a palliatív kezelés toxicitása csökkenthető. Ennek lehetőségei: a citosztatikus kúrák rövidebb ideig való adása, célzott citosztatikumadás, új, kevésbé toxikus származékok alkalmazása, végül, mint legfontosabb módszer, a prognózisnak megfelelő kezelés.

A kedvező prognózis jelének tartják a hosszú tünetmentes intervallumot, a pozitív hormonreceptor-státust, s bizonyos áttét-lokalizációkat (csont, bőr, lágyrész, nyirokcsomó, folyadékgyülemek).

A szerzők saját tapasztalataik alapján a következő kezelést javasolják: kedvező prognózisú betegek esetén (pozitív vagy ismeretlen hormonreceptor) elsődleges a hormonkezelés. Premenopauzában oophorectomia, s csak ismételt progresszió esetén antiösztrogén posztmenopauzában első választásként antiösztrogén, eredménytelenség esetén medroxiprogeszteron-acetát.

CMF-kezelést (cyclophosphamid, methotrexat, ftoruracil) azok a betegek kapnak, akiknek receptorstátusa negatív, de prognózisa egyébként kedvező, vagy akiknek folyamata a hormonkezelés alatt progrediált.

A kedvezőtlen prognózisú betegek VAC-kezelést (vincristin, adriamycin, cyclophosphamid) kapnak, s pozitív receptorstátus mellett premenopauzában a petefészekműködést is kikapcsolják.

Betegeik adatait elemezve megállapítják, hogy a kedvező prognózisú betegek túlélését nem befolyásolta, ha a hormonkezelés után adott citosztatikum hatástalan, vagy részleges remissziót eredményez, csak a teljes remisszió (7,6%!) nyújtja meg a túlélést. Ennek megfelelően az összes többi beteget túlkezelték. A kedvezőtlen prognózisú csoportban haladt csak párhuzamosan a citosztatikus kezelésre adott válasz és a túlélés.

A jövő perspektíváit is elsősorban a hormonális kezelés javulásában (LH-RH-analógok, aminogluthetimid) látják, s fontosnak tartják a palliáció céljaira megfelelő, kevesebb mellékhatású kemoterápia elterjedését.

Pikó Béla dr.

Táplálkozási tényezők jelentősége a gasztrointesztinális daganatok kialakulásában. Scheppach, W., Kasper, H. (Medizinische Klin. der Univ. Würzburg): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113*, 306.

Az USA-ban, becslések szerint, a daganatok 35%-ának (10—70%) kialakulásában játszanak szerepet táplálkozási tényezők. Az oki összefüggés kimutatását nehezíti a táplálék komplex összetétele, melyben serkentő és gátló tényezők egyaránt szerepelnek, s a hosszú latencia-idő. A szerzők a legfontosabb gasztrointesztinális tumorokra vonatkozó adatokat ismertetik.

A *nyelőcsőrák* kialakulásában legfontosabb tényező az alkohol, nemcsak közvetlen nyálkahártya-károsító hatása révén, hanem az alkoholisták vitaminhiányos táplálkozása miatt is, s azáltal, hogy a prokarcinogéneket karcinogénekké átalakító mikroszomális citokróm-P-450-et indukálja.

A *gyomorrák* incidenciája és a táplálék konyhasótartalma között szoros összefüggés igazolható. A sószegény táplálkozású vidékeken, vagy a sóbevitel, megszorítása (hipertóniamegelőzés, modern konzerválási eljárások) után a gyomorrák gyakorisága csökken. A só atrófiás gasztritiszt okoz, s az ilyen gyomorban elszaporodó baktériumok a táplálékban levő nitritet nitráttá redukálják, mely további nitrogéntartalmú vegyületekkel kölcsönhatásba lépve karcinogén nitrózaminná alakul.

A *hasnyálmirigyrák* kialakulásában az alkoholnak (idült gyulladás!), valamint a zsír- és fehérjegazdag étrendnek lehet szerepe. Ez utóbbi a kolecisztokinin elválasztását serkenti, mely az exokrin pankreász hiperpláziáját fokozza.

A *vastagbélrákok* kialakulása a legrészletesebben elemzett. Veszélyeztetőnek tartják a zsírban és fehérjében gazdag, rostszegény étrendet. Zsírdús táplálkozás mellett több epesavas só kerül a vastagbélbe, s ezek bakteriális hatások révén kokarcinogén dezoxi-kolsavvá és litokolsavvá alakulnak. A fehérje a karbamidképződésért, s a bakteriális ureáz hatására ebből lehasadó ammóniáért felelős. A rostdús táplálék ezeket az anyagokat felhígítja, s a perisztaltika gyorsításával kiürülésüket is elősegíti. Védőhatást fejtenek ki egyes rövid életű zsírsavszármazékok (butirát, propionát), a peroxidokat hasító glutation-peroxidáz funkciós csoportjához kapcsolódó szelén, a szójabab proteáz inhibitorai és az antioxidáns karotinoidok.

A jelenlegi diétás tanácsok szerint a napi energiaszükségletnek kevesebb mint 30%-át fedezzük zsírból, 15% legyen a protein-tartalom, s a szénhidrátok összetett, rostdús „ballaszt"-táplálékként is egészítsék ki étrendünket kellő vitaminfelvétel mellett.

Pikó Béla dr.

A gyomorrák diagnosztikus és prognosztikus problémái. Traynor, O. J. és mtsai (Dept, Surg. St. Vincents Hosp. Dublin 4. Ireland): Amer. J. Surg. 1987, *154*, 516.

A nyugati országokban a gyomorrákos betegek 5 éves túlélése csupán 15% körül ingadozik. Ezzel szemben Japánban a kiterjedt szűrővizsgálatnak köszönhetően, a gyomorrákok 1/3-át korai szakban operálják, és ezeknek 5 éves túlélési aránya 90%-os. A nyugati országokban a gyomorrák gyakorisága sokkal alacsonyabb, mint Japánban, és ez az arány állandóan csökken. Ezért a gyomorrákszűrés itt nem gazdaságos. Így ezekben az országokban ritkán fedeznek fel korai gyomorrákot, amely a mucosánál vagy a submucosánál mélyebbre nem terjedt. A korai gyomorrákok előfordulási aránya nem haladja meg a 7—9%-ot.

A szerzők ismertetik a kórházukban az utóbbi 10 év alatt felfedezett 11 korai gyomorrák (9%) patológiai, klinikai, diagnosztikai, kezelési és prognosztikai vonatkozásait. A daganatok közül 5 csak a mucosára, 6 a submucosára terjedt ki, nyirokcsomó áttéteket nem képeztek. A klinikai tünetek közül fájdalmat 9-en, étvágytalanságot 5-en, testsúlycsökkenést 4-en, dyspepsiát 10-en észleltek. A báriumpép vizsgálat 8 beteg közül 2-nél volt negatív. A macroscopos endoscopos vizsgálat 5 betegnél mutatott ki malignitást, 3-nál benignus peptikus fekélyt, 3 esetben gastritist.

Mind a 11 beteget megoperálták: 3-nál magas proximalis gastrectomiát készítettek oesophagoantrostomiával, 7-nél 3/4-es distalis gastrectomiát és egy betegben totális gastrectomiát. A daganatok macroscopos megjelenése alapján a japán osztályozás szerint IIa volt 2, IIc 2, III. 1, III + IIb 5 és III + IIc 1.

A 11 operált gyomorrákos beteg közül 1 halt meg 4 héttel a műtét után az alapbetegségtől független ok következtében. 7 beteg él és panaszmentes 5 éven túl, közülük 2-nél recidiva lépett fel, de idejében felfedezték.

A szerzők megállapítják, hogy a korai gyomorrák prognózisa a radikális műtét után jónak mondható. Hangsúlyozzák a szigorú ellenőrzés és recidiva fellépésekor a gyors beavatkozás fontosságát.

Póka László dr.

Májdaganatok regionális therapiája. — Statusanalysis. Schlag, P., Hohenberger, P. (Chir. Univ. Klinik, Heidelberg): Chirurg, 1988, *59*, 218.

A primer és secunder (áttétes) májdaganatok gyógyításának egyedüli módja a resectio. A cytostatikus chemotherapia kevéssé eredményes, s számos mellékhatással jár. Még leginkább a regionalis chemotherapiától várható javulás. Intravénásan adva csak olyan mennyiségben hatásosak ezen szerek, ami már toxikusnak számít. Lokálisan nagyobb koncentrációban adhatók a cytostaticumok, mert helyi hatásuk kifejtése után a májszövet inaktiválja azokat, mielőtt még elárasztanák az egész szervezetet. Hatásuk függ a regionalis keringéstől, illetve attól, hogy milyen mértékben metabolizálódnak a májban („first-pass-effektus"). Regionális chemotherapia céljából fluorozott pyrimidin (5-FU, FURD) mitomycin C, cisplatin jön számításba.

Hepatocellularis, vagy colorectalis rák májmetastasisai esetében indokolt a regionalis cytostatikus kezelés. Nincs értelme bevezetni, ha extrahepatikus áttétek vannak. A kezelésnek két útja van: az intraarterialis és az intraportalis infúzió. Elsősorban az arteria hepaticán keresztüli kezeléstől várható eredmény. Az intraportalis infúzió célja a műtét alatt a közvetlenül az után a keringésbe került ráksejtek eliminálása. Az intraarteriális cytostatikus therapiára FURD, adriamycin és mitomycin C-ből álló kombináció használatos. A szerzők tapasztalatai szerint különös elővigyázatosságra van szükség cirrhosissal szövődött primer malignus májdaganatok kezelésénél, miután az egyébként is már károsodott máj kevésbé képes a gyógyszert lebontani. Újabban implantált gyógyszerpumpa segítségével végeznek állandó regionalis FURD chemotherapiát. Az eredményt a túlélési arány javulása mutatja. A tumor visszafejlődése 40—50%-ban észlelhető. Leggyakoribb szövődménye a hepatitis (30—90%). A biliaris sclerosis nemcsak a therapia megszüntetését teszi szükségessé, hanem a túlélési arányt is rontja.

A májdaganatok regionalis chemotherapiája elméletileg jónak látszik, de gyakorlatilag még nem kellőképpen bizonyított. Kérdés, hogy indokolt-e ezen betegeket nem biztos hatású, melléktünetekkel járó kezelésnek kitenni. Ugyanakkor a beteg életvitele is romlik.

Viczián Antal dr.

A carcinoma hepatocellulare ultrahangvezérelt finomtű-punctiós cytologiai diagnosztikája. Pedio, G. és mtsai (Abt. f. Zytologie, Institut f. Pathologie der Universität Zürich): Schweiz. med. Wschr. 1988, *118*, 239.

A korszerű radiológiai eljárások (CT, sonographia, magspintomographia) nem invazív módon lehetővé tették kis kóros elváltozások makroszkópos felfedését, amelyek azelőtt ismeretlenek maradtak, vagy csak veszélyesebb invazív technikával voltak felismerhetők. A kóros térfoglaló folyamat makromorphologiai lokalizációja mellett azonban a therapiatervezésben a daganatgyanús góc kórszövettani diagnózisa is elengedhetetlen.

A carcinoma hepatocellulare (chc.) cytologiai vizsgálatairól viszonylag kevés adat van, egyrészt azért, mert ezen neoplasiák ritkák, másrészt számos klinikus a hagyományos próbavételt részesíti előnyben.

A szerzők 1977 és 1987 között sonographiás vezérléssel 1902 finomtű-punctiós májvizsgálatot végeztek; 75 kórszövettanilag és/vagy klinikailag megerősített chc.-t találtak. 71 esetben (94,6%) tudták a malignitást cytologiailag bizonyítani vagy nagymértékben valószínűsíteni. A malignitás téves kórismézése nem fordult elő. Két nagymértékben differenciált chc.-t hamisan májsejt-hyperplasiának értelmeztek.

A chc. és a májban lévő áttétek elkülönítő kórisméjében 68 esetben (83%) helyesen 12 esetben (14,6%) tévesen primer májsejtrákot diagnosztizáltak. 7 esetben chc.-t gyanítottak, amikor 3 esetben pancreasrák-áttétel, egy esetben ismeretlen primer tumormetastasis és 3 esetben epevezetékrák fordult elő; további öt esetben a chc.-t nem annak kórismézték. Két esetükben a punctio anyaga nem volt értékelhető.

Vizsgálataik szerint a sonographiásan vezérelt finomtű-punctióval nyert vizsgálati anyag cytologiai vizsgálata felvilágosítást nyújt nem csupán a primer chc.-ról, hanem a máj metastatikus folyamatairól is.

ifj. Pastinszky István dr.

Phaeochromocytoma távoli metastasisainak nuclearmedicinalis diagnosztikája és therapiája. Grünwald, F. és mtsai (Inst. f. klinische Nuklearmedizin und Radiologische Klinik der Universität Bonn): Dtsch. med. Wschr. 1988, *113*, 297.

A chromaffin szövethez való magas affinitása miatt a ^{131}J-jelzett metajodobenzylguanidin (^{131}J-MIBG) 1980 óta áll a nuclearmedicinában a phaeochromocytomák, neuroblastomák és carcinoidok kórismézésében rendelkezésünkre. Az utóbbi években főleg palliatív célzattal olyan *therapiás* próbálkozásokkal is foglalkoztak, amikor sem a chemotherapeutikumok, sem a percutan sugárkezelés kielégítő eredményt nem nyújtottak. A gyermek-neuroblastomák kuratív hatásának fontos előfeltétele, hogy a radiopharmaconok a daganatszövetben nagy fokban tárolódjanak; ez a tárolás interindividuálisan nagyfokú variációs szélességet mutat és arányosul a daganatszövet neuroszekréciós granulumaival.

A szerzők ennek példázására 57 éves nőbetegük kórlefolyását elemzik, akinél a phaeochromocytoma eltávolítása után 12 évvel és a májáttételek műtéti eltávolítása után 6 évvel a sonogram és a CT-vizsgálat a májban újból metastasis-gyanús gócot fedezett fel. A leletet a ^{131}J-MIGB scintigraphia megerősítette és a beteget 3700 MBq MIBG-val kezelték. A kezelés bizonyos eredményességét abból lehet megítélni, hogy az áttételek további növekedése megszűnt.

A chromaffin tumorok nuclearmedicinalis adjuváns kezelésének javallata a szerzők szerint akkor állítható fel, ha magas műtéti kockázat áll fenn és sem chemo-, sem sugártherapiával javulás nem volt elérhető. Minden esetben a ^{131}J-MIGB therapiás alkalmazásának előfeltétele, hogy az elsődleges daganat illetve az áttételek a radiopharmacont kielégítő módon tárolni tudják, hogy a megfelelő magas energiadózist biztosítani tudják.

ifj. Pastinszky István dr.

A kolorektális többszörös daganatok jellemzői és prognózisa. Raab, R., (Klin. f. Abdomin.- u. Transplantat.-Chirurgie, Hannover): Chirurg, 1988, *59*, 96.

A szerzők 1971 és 1984 között kezelt 1352 beteg kórtörténetét dolgozták fel. 4,5%-ban találtak szinkron (6 hónapon belül kialakuló) és 2,8%-ban metakron (6 hónapon túl kialakuló) többszörös kolorektális rákot. A daganatok függetlenségét a két tumor (ill. a korábbi műtét rezekciós vonala és az újabb tumor) közti intakt bélszakasz igazolta.

Egyszeres kolorektális rákok esetén 25,2%-ban, metakron daganatoknál 39,5%-ban, a szinkron daganatoknál 70,5%-ban találtak jóindulatú polipokat a vastagbélben. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy a nyálkahártya proliferációs hajlama fokozott a többszörös tumorok esetében.

A prognózist eltérőnek találták: a szinkron daganatban szenvedők ötéves túlélési esélye radikális műtét után 33%, a metakron tumorosoké 83% volt (a csak egy vastagbélrákban megbetegedetteké 58% anyagukban). Szinkron többszörös daganat esetén a prognózis rosszabb volt, ha a marker-karcinoma (az előrehaladottabb, vagy proximálisabban elhelyezkedő daganat) a rektumban volt, mint ha a jobb kolonfélben (34,6%, ill 49,1%).

Mivel a metakron daganatok öt év után is kialakulhatnak — a leghosszabb időintervallum 21 év volt — fontosnak tartják a kolorektális rákban szenvedő betegek életük végéig tartó követését (CEA, Ca-19-9 markerek, kolonoszkópia formájában).

Pikó Béla dr.

Rácsbesugárzás után 27 évvel kialakult radiogén daganatok. Wagner, U., Morr, H. (Klin. f. Lungen- u. Bronchialerkrankungen, Waldhof Eigershausen, Greifenstein): Prax. Klin. Pneumol. 1987, *41*, 680.

Egy negyvenéves nőbeteget 1957-ben mediasztinális fibrosarcoma miatt műtöttek, majd 41 Gy dózissal, rácsbesugárzással kezeltek. 1985-ben vérköpés miatt vizsgálták, s a korábbi irradiáció (rács-reakció miatt jól látható) mezőjében kissejtes tüdőrákot, s mellékletként az (ugyancsak besugárzott) emlőben bőrtünetet okozó rezisztenciát (intraduktális papilloma és intraduktális karcinoma) találtak. A daganatok megfeleltek a sugárzás indukálta tumorok feltételeinek (eltérő malignus szövettani szerkezet — besugárzási mezőben való elhelyezkedés — hosszú latencia-idő).

Pikó Béla dr.

Ötszörös rosszindulatú daganat. Herbolsheimer, M. és mtsai (Klin. f. Strahlenther. der Univ. Würzburg, Inst. f. Pathol. des Caritaskrankenh. Bad Mergentheim): Onkologie, 1987, *10*, 284.

Egy 72 éves nőbeteget 1981-ben a jobb combon levő fibrosarcoma miatt műtöttek, majd 1982-ben recidíva miatt reoperálták, s telekobalttal, 73 Gy dózissal, besugarazták. 1985-ben a betegben a következő tumorok kialakulását észlelték: bilaterális emlőrák (eltérő hormonreceptor-státussal), basalioma a jobb kulcscsont alatt, follicularis-papillaris pajzsmirigyrák.

Az irodalom a duplex rosszindulatú daganatok gyakoriságát (a kiválasztási kritériumok szigorúságától és a beteganyag jellegétől függően) 1—12%-nak, a triplexekét 0,1—1,0%-nak adja meg. Ennél nagyobb számú tumorról csak kazuisztikák szólnak. Az esetet nemcsak a független daganatok száma miatt tartják közlésre érdemesnek, hanem azért is, mert genetikai diszpozíciót, iatrogén indukciót, immunológiai eltérést, a tumorok közötti térbeli kapcsolatot nem találtak, s valamennyi folyamatot élőben sikerült diagnosztizálniuk.

Pikó Béla dr.

A végbélrák ritka áttétei. Hager, J. és mtsai (Univ.-Klin. f. Chirurgie und Path.-Anat. Inst., Innsbruck): Münch. med. Wschr. 1988, *130*, 198.

A végbélrák limfogén és/vagy hematogén áttéteket képez. Ennek szokásos útja a tájéki nyirokcsomók, a vena portae, ill. a ductus thoracicus, de a mélyen ülő tumorok a vena cava inferior rendszerén át metasztatizálnak. A kaszkádelméletnek megfelelően a daganat-embólusok az első kapilláris szűrőben (máj és/vagy tüdő) tapadnak meg, s innen másodlagosan árasztják el a perifériát. Előfordulhat viszont az is, hogy ezeket a szerveket „kihagyva" szokatlan lokalizációban (leggyakrabban a csontokban) jelentkezik az áttét.

A szerzők 1678 beteg kórtörténetét dolgozták fel. 497 esetben típusos áttétek léptek fel, ezekhez 31 esetben ritka áttét is csatlakozott, s 12 esetben csak a ritka áttétlokalizációkat észlelték. Ezek leggyakrabban (18 eset) a csontokban, a központi idegrendszerben (8), a bőrben (7), a mellékvesében (3), a petefészekben (3), a mellhártyán (2) és a hasnyálmirigyben (2) alakultak ki.

Felhívják a figyelmet arra, hogy — elsősorban panaszok esetén —, ezekre a ritka lokalizációkra is gondolni kell a műtét előtti kivizsgálás és a követés során.

Pikó Béla dr.

Sebészet

A nemzetközi kábítószer-csempészet sebészeti vonatkozásai. Lancashire, M. J. R. és mtsai (Departments of Surgery and Radiology, Ashford Hospital, Middlesex TW15, 3AA): Brit. med. J. 1988, *296*, 1035.

Az Egyesült Államokban és Európában az utóbbi időben növekedett azon kábítószer-csempészek száma, akik a drogot a vámvizsgálat előtt vagy lenyelik, vagy pedig a vaginába, rectumba rejtik. A régebbi közlemények magas mortalitásról számolnak be, a drogot lenyelőknek több mint fele meghalt. A mortalitás azonban a csomagolási technika javulásával jelentősen csökkent.

Az utóbbi időben nőtt az Angliába és Európába irányuló kábítószer-csempészet, mivel Amerikában telítődött a piac és csökkentek az árak. 1986 szeptemberében az angol határállomásokon 38 heroin, 10 cannabis és 8 cocain csempészt lepleztek le. 1986 első 9 hónapjában Európa repülőterein 47 csempésznél 43 kg cocaint találtak. 66 drogot nyelt kolumbiai férfit tartóztattak le, többségük 25—35 éves volt. Az egy csempész által lenyelt maximális csomagszám 110, a lenyelt cocain mennyisége 500 g-tól 1290 g-ig terjedt. Az Interpol feltételezi, hogy a következő években a csempészet súlypontja a kisebb légi és tengeri kikötőkbe fog áttevődni.

Az Ashford Hospital közel van a londoni Heathrow repülőtérhez. Havonta átlag 6 gyanúsítottnál kell orvosi és röntgenvizsgálatot végezniök lenyelt kábítószercsomagok után kutatva.

Egy 39 éves kolumbiai kábítószercsempész kórrajzkivonatát ismertetik, akinél a röntgenvizsgálat a hasüregben sok lenyelt csomag árnyékát mutatta ki. Beöntések és hashajtó adása után csak 1 csomag távozott spontán. A férfinál beszállítása után 41 órával erős hasi görcsök léptek fel, hasa felpuffadt. A röntgenvizsgálat vékonybélnívókat mutatott ki, néhány csomag körül gázhaló is látszott. Ileus diagnózissal laparotomiát végeztek. A bélelzáródást az ileocoecalis billentyűnél megakadt egyik csomag okozta. A műtét alkalmával még 61 db, 2,5 × 4 cm átmérőjű hengerded alakú csomagot távolítottak el, mégpedig 31-et gastrotomiával a gyomorból és 30-at coecotomiával a vékonybélből és coecumból. A csomagok 1/3-ában a külső burkon szakadás jeleit észlelték, de a belső burok ép volt. A csomagokban összesen 700 g cocain volt [csomagonként 11,2 g]. Műtét után a beteg gyógyulása zavartalan volt.

Az oralisan adott cocain halálos adagja 1—3 g, viszont a csomagok rendszerint 3—12 g cocaint tartalmaznak, ezért gyakran már egyetlen csomag megrepedése is halált okoz.

A csomagoknak 3 típusa ismeretes. A régi típusban a cocainport csak 2—4 rétegű condom veszi körül. Egy újabb típusban a cocaint többrétegű henger alakú latexbe csomagolják, feszesen, valószínűleg gépileg. A harmadik típusú csomagnak alumíniumfólia burka van. A csomagok több mint 80%-a röntgenvizsgálattal kimutatható. Bélobstructio az esetek 6%-ában fordul elő. Az esetek egy részében a csomagárnyék körül gázhaló is látható. A levegő vagy a csomagoláskor kerül a csomagba, vagy később diffusio útján.

Kábítószernyelés gyanúja esetén indokolt a kórházi felvétel és observatio. Röntgenvizsgálatot mindig kell végezni, ezen kívül

vizeletvizsgálatot is cocainra, utóbbi a csomag megrepedésére utalhat. Endoscopia kontraindikált, mivel ez a csomag elszakadását okozhatja. Régebbi típusú csomagok esetén azok megrepedésének veszélye miatt azonnali műtét javasolt. Újabb típusú csomagok esetén lehet várni, és hashajtással, beöntésekkel próbálkozni. Bélelzáródás tünetei esetén azonnali műtét indikált, ugyancsak műtétet kell végezni akkor, ha a rectumból távozott csomagokon fenyegető szakadás jelei láthatók. Egy 47 eseten alapuló újabb irodalmi adat szerint a konzervatív kezelés nem járt halálozással.

Metzl János dr.

A féregnyúlvány mucokelejének műtét előtti kórismése, kórbonctana és klinikai jelentősége nőgyógyászati szempontból. Kühn, W. és mtsai (Univ.-Frauenklinik, D-6900 Heidelberg): Geburtsh. Frauenheilk. 1988, *48*, 338.

A féregnyúlvány daganatos megbetegedései ritkák, közöttük különös jelentősége van a mucokelének. Klinikai tünetei a teljes tünetmentesség és az akut has között váltakoznak. A szerzők a klinikájukon egy év alatt négy: 72, 75, 49 és 48 éves betegben észlelték. A mucokelét előidézhetik egyszerű nyálkahártya hyperplasia, jóindulatú adenoma vagy adenocarcinoma. A tünetek lehetnek az appendicitisével, perityphlitisével azonosak, hasonlíthatnak jobb oldali petefészekdaganatra, Crohn-betegségre, vagy colon carcinomára. A megrepedés akut has tüneteit válthatja ki. A diagnózis megállapításában segítséget nyújt a szonográfia. A legtöbb mucokele jobb oldalon az alhasban és csak ritkán látható a has közepe táján. Szolidcystás daganat észlelhető a kis medencében jobb oldalon, amikor megkísérlik ábrázolni a jobb adnexumot olyan betegben, akinek nem volt appendectomiája. A vaginális szonográfiának jövője lehet ezen a téren is.

A kezelés egyszerű: nyálkaretenció és adenoma esetén appendectomia. Malignus áttét nélküli esetekben hemicolectomia. Peritonealis szóródás esetén a kezelés problémás, az irányelv az előrehaladott vastagbélrákosokéhoz hasonló.

Jakobovits Antal dr.

Májresectio colorectalis carcinoma májmetastasisa miatt. Ötéves túlélés nemzetközi elemzése. Hughes, K. S. és mtsai (Division of Surgical Oncology, UCD Medical Center, 4301 Sacramento, California, USA): Dis. Colon Rectum, 1988, *31*, 1.

Rectum és colon carcinomás betegek 70%-ában alakul ki májmetastasis a betegség lefolyása alatt. A gyógyítás májresectio lenne, aminek az ötéves túlélési ideje kb. 33%-os (a szerzők korábbi közleménye alapján). Habár a műtéti mortalitás 5% alatt van, mégis sok az ellenzője.

Az ötven(!) szerző Amerika több mint tíz állama, Nyugat-Németország és Anglia 24 vezető intézetéből gyűjtötte össze a komputerizált adatokat, melyek a túlélésre vonatkozhatnak. Ezek 2/3 részét *Hughes* vizsgálta felül.

1948 és 1985 között 859 beteget operáltak colorectalis carcinoma májmetastasisa miatt, de a vizsgálatból kirekesztették a postoperative meghaltakat, illetve az inoperábilisnak véleményezetteket. Az ötéves túlélést csak az 1981 előtt operáltaknál vizsgálták, ily módon 100 beteg adatai kerültek a felmérésbe. 100-ból 71 tumormentes, 19-nél öt éven belül találtak recidívát, tíznél öt éven túl.

68 beteg volt 40—70 év között a műtét időpontjában. A legfiatalabb 18 éves, aki jelenleg 31 éves, a legidősebb 83 volt, aki jelenleg 89 éves.

98 beteg részesült kiterjedt májresectióban. 45 széles kimetszés (ebből jelenleg 32 tumormentes), 26 jobb oldali lobectomia (22), 6 bal oldali lobectomia (5), 16 bal oldali lateralis segment eltávolítás (7) és öt trisegmentectomia (3) történt.

81 betegnél volt a metastasis soliter (58 tumormentes), 11-nél két metastasis (8), egynél három (ez recidiv a vizsgálat időpontjában), majd háromnál négy metastasis (ebből egy tumormentes). A tumormentes intervallum 61 betegnél volt egy év illetve kevesebb, 34 betegnél volt több, mint egy év.

Sok szerző a statisztikai adatok tisztaságát vagy a túlélési idő korrektségét vonja kétségbe, de az 5%-os mortalitás elfogadható az olyan betegek számára, akiknek más esélyük nem maradt, csak a májresectio. Az irodalmat áttekintve csak 14 beteg van, akiknek májmetastasisuk volt és az öt évet túlélték resectio nélkül, de ebből is csak hétnél volt szövettani bizonyítás.

Fontos a resectio épben való elvégzése — 1 cm-es ép margó — még akkor is, ha kettő vagy több metastasis van jelen és a műtét várhatóan alacsony mortalitású. A prognózist befolyásolja a primer carcinoma stádiuma, ez 71 esetben volt rögzítve (ne feledjük, hogy 1948-tól kezdték a gyűjtést a hozzáférhető adatokról. — Ref.). 30-nak volt mesenterialis nyirokcsomó-áttéte (ebből 21 tumormentes jelenleg), 41-nek nem volt nycs. áttétje (30 tumormentes).

Adataik a szerzők saját megállapítása szerint sem támasztják alá az okvetlen májresectiót kimutatott májmetastasis esetében, de ez egyedi esetekben megfontolandó, annál is inkább, mivel a sebészeti technika, anaesthesia és utókezelés jelentősen fejlődött az utóbbi években.

Novák László dr.

Gyomorrák műtét utáni szövődmények és halálozás. Viste, A. és mtsai (Dept Surg., Univ. Hosp. Bergen, N-5021 Bergen, Norway): Ann. Surg.: 1988, *207*, 7.

A diagnosztika, a műtét előtti, alatti és utáni gondozás és a sebészi technika javulása ellenére a gyomorrák műtétek szövődményei látszólag nem csökkentek az utóbbi két évtizedben. A nyugati statisztikák szerint a szövődmények aránya 20—40%-os, a halálozásé 10—33%-os a japánok 2—3%-os halálozási arányával szemben. Úgy tűnik, hogy a kiterjesztett műtétek szövődményei meghaladják a részrezekciók komplikációinak mértékét. Ezt tekintetbe véve az előbbiek jobb túlélési eredményeinek kell igazolni a jogosultságot. Ezt akkor lehet elérni, ha a közvetlen műtét utáni szövődmények és halálozás mértéke csökkenthető. A szövődmények gyakoriságát akkor csökkenthetjük, miután a szövődményeket előidéző tényezőket azonosítottuk. A szerzők célja, hogy elemezzék a postoperatív komplikációkra hajlamosító faktorokat.

Norvégiában a gyomorrákkal kapcsolatban végzett prospektív klinikai kísérletben 51 sebészeti egység vett részt. A tanulmányba 1982—1984-ig 1165 beteget soroltak be (705 férfit és 460 nőt). Ez a szám a Norvégiában regisztrált gyomorrákos betegek 54%-a volt. A tanulmányt a Bergeni Egyetemi Kórház fogta össze. Az 1165 betegből 1010 (87%), 608 férfi és 402 nő esett át műtéten, ebből 763 (65%) resectión.

A műtét utáni szövődményekkel feltehetően összefüggő tényezők közül a következőket vették figyelembe: életkor (18—59, 60—69, 70—79 és 80—91 év), nem, kórházi szint (egyetemi kórház, megyei, helyi kórház), műtét előtti testsúly veszteség (<5 kg, >6 kg), curativ, palliatív resectio, splenectomia, prophylactikus antibiotikumok, anastomosis technika (varrógép, kézi varrás), a betegség osztályozása (TNM).

Az 1010 beteg szövődményeinek arányát férfiaknál 31%-osnak, nőknél 21%-osnak találták. A legmagasabb volt a komplikációk aránya a proximalis resectiók (52%) a legalacsonyabb a distalis resectiók (19%) után, a halálozás 16% illetőleg 7% volt. Az általános szövődmények közül a tüdő, a thromboemboliás, a cardialis volt a leggyakoribb. A TNM osztályozás és a szövődmények között nem találtak összefüggést. Nem lehetett szignifikáns különbséget kimutatni a postoperativ komplikációk és az életkor, a nem, a kórházi szint, a műtéti technika, a splenectomia, az anastomosis készítés módja között. A további elemzés mégis feltárt bizonyos kapcsolatot az életkor, a nem és a műtéti halálozás között.

A szövődmények esélyének aránya a férfiak és a nők között 1,77, az antibiotikumok nélkül és azzal való kezelés között 2,5; a subtotalis resectiónak 2,2, a totalis gastrectomiának 3,9, a proximalis resectiónak 7,6-szoros az esélye a szövődményekre. A halálozás esélye 2,2-szeres, ha az életkor 10 évvel több.

Póka László dr.

A gastroenterostomia utáni gyomorürülés elemzése. Fromm, D. és mtsai (Dept. Surg., Wayne State Univ., 6C. Univ. Health Center, Detroit, MI 48201): Ann. Surg.: 1988, *207*, 14.

A gyomor késleltetett ürülése gastroenterostomia után gyakori szövődmény, mégis kevés az információ az okáról, a gyakoriságáról és arról, hogy a betegek mikor fogyaszthatnak táplálékot a műtét után. A szerzők ezeket a kérdéseket vizsgálták. Tanulmányozták azoknak a betegeknek a kórlefolyását, akiken 1979—1986-ig gastrojejunostomiát készítettek. A tanulmányból kizárták azokat, akiknél peritonitis, sepsis, vese-, szív-, légzési elégtelenség, enteritis, diabetes zajlott le, a műtét alatt naso-, gastro-, intestinalis szondát vezettek le, mechanikus ileus, sürgős műtét, hypokalaemia zajlott le. Bevették a tanulmányba azokat, akik flatus távozása után 12 órával korlátozás nélkül fogyasztottak folyadékot. Megfelelőnek mondották ki, ha a beteg annyi folyadékot fogyasztott, hogy a vizelet ürítése többet tett ki mint 480 ml/24 óra. Ha a beteg a per os bevitelen kívül iv. táplálást is kapott, kizárták a tanulmányból.

A betegek életkora 19—86 évig terjedt, a férfiak életkora 52,4±1,9 év, a nőké 49 év volt. 43 férfit és 42 nőt vizsgáltak. 8 betegnél végeztek korábban vagotomiát. A megfelelő folyadékfogyasztás kezdete 7,7 nap, a szolid tápláléké 11 nap volt. Az operáltak 29%-a a negyedik, 78%-a a hetedik napon vett magához megfelelő folyadékmennyiséget, 28%-uk a hatodik és 78%-uk a kilencedik napon elég szolid táplálékot. Az obstrukció miatt operált betegek ugyanúgy mint a nem obstrukció miatt operáltak, a műtét utáni hetedik napon folyékony, a kilencedik napon szolid kosztot fogyasztottak. Akiken vagotomiát hajtottak végre, a 9., akiken nem végeztek, az 5. napon elegendő folyadékot tudtak fogyasztani, a különbség szignifikánsnak bizonyult ($p < 0{,}004$). Főleg a vagotomia + gastroenterostomia késleltette a gyomor kiürülését, maga az antrectomia vagy a vagotomia + antrectomia nem. Mindazonáltal a vagotomia + pylorusplastica után az operáltak 92%-a, a vagotomia + gastroenterostomia után az 56%-uk tudott megfelelő folyadékmennyiséget fogyasztani a műtét utáni 7. napon.

A szerzők megtárgyalták azokat a tényezőket, amelyek szóba jöhetnek a gyomor késleltetett ürülésével kapcsolatban. Ide sorolják a mechanikus akadályokat: anastomosis szűkület, oedema, haematoma, túl hosszú vagy túl rövid odavezető kacs, intussusceptio, mucosa prolapsus, colon distensio okozta kompresszió. Általános okok: inanitio, hypoproteinaemia, gyomor atonia, az autonóm idegrendszer dysfunctiója. A gravitatio szerepe: álló helyzetben a gyomor gyorsabban ürül mint fekvő testhelyzetben. Azt is szóba hozzák, miként kellene objektíven megállapítani a gyomorürülést, tudniillik a báriumpép felrakódása az anastomosis nyálkahártyájára akadályozhatja azt, jobb lenne izotópos oldattal vizsgálni.

Végül arra a konklúzióra jutottak, miszerint a sokféle tényező közül nehéz kiválasztani a döntő okot.

(Ref.: A gyomor csonkolása, még az „egyszerű" gastroenterostomia felhelyezése, a legkíméletesebb technika mellett is erőszakos beavatkozás a gyomor-bél működésbe. Az exploratív laparotomia is károsan befolyásolja a gyomor-bél rendszer dinamikáját. A gyomor ürülését az is akadályozza, hogy a gyomorcsonk perisztaltikája a műtét után 8—10 napig nem működik, a gyomrot a jejunum perisztaltikájának szívó hatása üríti ki. Ha a műtéti trauma következtében a jejunum is adinamikussá válik, a gyomor ürülése megakad. Legkevésbé meghatározó tényező a gyomor műtét utáni ürülési zavaraiban az anastomosis tágassága.)

Póka László dr.

Elektív vastagbélműtétek előkészítése: piperacillin vagy cefotoxim a 10%-os mannitollal végzett béltisztítás mellé. Jagelmann, D. G. és mtsai (Cleveland Clinic Found., Cleveland OH 44106): Amer. J. Surg, 1987. *154,* 478.

A colorectalis műtétek után korábban gyakori volt a szeptikus szövődmény. Ezek többnyire sebgennyedések, és ezek a gyógytartamot meghosszabbítják, a súlyosabb hasűri szövődmények azonban életveszélyesek. A szeptikus szövődmények megelőzésére kétféle eljárást dolgoztak ki: az antibiotikum adagolást és a béltisztítást. Korábban a bélből fel nem szívódó antibiotikumot alkalmaztak (neomycin) műtét előtt per os, de ez csak a hasűri szövődményektől véd meg. Eredményesebbnek tűnt a szisztémát széles spektrumú antibiotikum adagolás.

A szerzők prospektív randomizált klinikai kísérletet végeztek 94 beteg bevonásával. Kizárták azokat, akiknél előzőleg colorectalis sipoly készült, és akik penicillinérzékenyek. A betegeket mechanikus béltisztítás céljából a műtét előtti napon folyékony étrenden tartották, és 1 liter 10%-os mannitol oldatot kaptak per os ozmotikus hashajtásként. Beöntést nem adtak. Az egyik betegcsoport egyszeri adagban 4 g piperacillint kapott a műtét első órájában, a másik csoport betegeinek 2 g cefotoxint adtak a műtét első órájában és 2 g-ot 6 órával később. A betegeket 4 héten át figyelték meg: szeptikus szövődménynek vették a genny megjelenését, és ha pozitív bakteriológiai kultúra tenyészett ki.

A piperacillin csoportban 17 anterior resectio, 9 colectomia, 5 abdominoperinealis resectio, 1 proctocolectomia és 11 ileocolikus resectio történt (43 beteg). A cefotoxim csoportban 14 anterior resectiót, 14 ileocolikus resectiót, 9 colectomiát, 4 abdominoperineális resectiót és 2 proctocolectomiát végeztek (43 beteg).

A betegek közül 60 volt férfi és 34 nő, az átlagéletkor 52,5 év. 8 beteget nem értékeltek, mert nem történt resectio, vagy más antibiotikumot is kaptak tüdő és urológiai szövődmények miatt.

A műtéteket colorectalis rák, colitis ulcerosa, Crohn-féle betegség, diverticulitis miatt végezték. Szeptikus szövődmény a piperacillin csoportban 4 esetben (9%, 2 sebgennyedés, 2 peritonitis), a cefotoxion csoportban 5 betegben (12%, 4 sebgennyedés, 1 medencetályog) lépett fel. A bakteriológiai leletek: Bacteroides, Clostridium, Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Enterobacter, Gram-neg. bacillusok.

Az eredmények azt igazolják, miszerint a betegek antibiotikum és mechanikus előkészítésével el lehet érni a szeptikus szövődmények viszonylag alacsony arányát a colorectalis műtétek után.

Póka László dr.

A diagnosztika és az indikációk változásai az epekősebészetben. Schriefers, K. H., Gök, Y., Bernhard, J. Ch. (Chir. Klinik, Städt. Krankenhaus Kemperhof, Koblenz): Chirurg, 1988, *59,* 185.

A cholelithiasis diagnosztikája és therapiája az utóbbi időben változásokon ment át. Pontosabb betekintés nyerhető a lithogenesis pathophysiologiájába, újabb nem sebészi (endoscopos) diagnosztikai és therapiás módszerek alakultak ki, előtérbe kerültek a kőzúzó eljárások. Minden eddiginél hatásosabb diagnosztikai módszernek bizonyult a sonographia. Segítségével a 2—3 mm-nél nagyobb epehólyagkövek 95—97%-os, az epeút kövek 75%-os biztonsággal felismerhetők. Elzáródásos icterusnál 90%-os sensitivitással és 98%-os specificitással megállapítható az epeutak tágulata.

Endoscopos retrograd cholangiographia (ERC) alkalmazható, ha a sonographia nem jár eredménnyel. A ductus choledochus az esetek 80—85%-ában kimutatható ezúton. Ha ez sem válik be, percutan transhepatikus cholangiographia (PTC) jöhet számításba. A „klasszikus" intravénás cholangiographia továbbra is fontos vizsgálati módszer maradt. Általános elv, hogy a diagnosztikának therapiás konzekvenciákkal kell járnia és kerülendők az invazív módszerek, amíg nem invazív eljárással is felállítható a diagnózis.

A manifesztté vált cholelithiasis továbbra is elsősorban mielőbbi műtéti indikációt jelent, még akkor is, ha egyéb lehetőségek, mint litholysis, PTC, lökéshullám lithotripsia is felmerülnek. Cholecystectomia útján az epekövesség 90%-os biztonsággal gyógyítható. Letalitása 0,3%.

A szerzők a korai (három napon belüli) műtét mellett foglalnak állást akut cholecystitissel járó epekő betegség esetében. Szerintük a korai műtét előnyei: a biztos műtéti technika, a septikus szövődménynek megelőzése, alacsony letalitási és szövődmény arány. A betegség azonnali és definitív megszüntetése a hospitalizálást lerövidíti. Műtéti beteganyagukban az akut stádiumban elvégzett cholecystectomiák aránya 3,4%-ról 13,4%-ra emelkedett. A súlyos, életveszélyes állapotban operáltakat is beleszámítva, az akut stádiumban elvégzett cholecystectomia letalitása 2,8%-ot tett ki. Az epekő hordozók 50—70%-a tünet- és

panaszmentes, s csupán 20%-uk kerül műtétre. Véletlen felfedezés a panaszokat nem okozó kő eltávolítását nem indokolja, ugyanígy a litholysist, ill. lithotripsiát sem.

Az epeút kövesség kezelése terén kevés változás történt. A műtéttel szembeni alternatíva az endoscopos papillotomia és kőeltávolítás. 80%-ban eredménnyel jár. A kövek 50%-a papillotomia után spontán távozik. Ha a kő nagysága miatt az spontán nem képes távozni, lithotripsia alkalmazható elektrohidraulika, ultrahang, laser, magasnyomású vízsugár, percutan lökéshullám kezelés útján. Indokolt lehet rizikós betegeken, 50 év felettiek recidiv, vagy residualis epeút köveinél, benignus papilla stenosis, akut biliaris pancreatitis, akut obstructiv cholangitis esetén. PTC javallt nehezen eltávolítható intrahepatikus kő orvoslására.

Epeút köveknél továbbra is a cholangiolithotomia a legmegfelelőbb műtéti eljárás, felhasználva a cholangioscopot és a ballon katétert is. Cholecystectomiánál nem nélkülözhető az intraoperatív cholangiographia, vagy cholangioscopia. Újabban az intraoperatív sonographiát alkalmazzák. Az epeutak megnyitása után T-cső behelyezése javallt, bár gyulladásmentes epeút primer zárásának sincs elvi akadálya, ha kő bennmaradása kizárható. Korai residualis, vagy recidiv kő esetében 50 éves kor felett EPT-t, 50 éves kor alatt öblítés litholysis kísérelhető meg. Késői kőrecidíva kezelésére az EPT javallt.

Viczián Antal dr.

Az epekő litholysis és lithotripsia mai állása. Paumgartner, G., Sauerbruch, T. (Med. Klinik II. L. M. Univ. München): Chirurg. 1988, *59*, 190.

Az európai lakosság mintegy 10%-a epekő hordozó. 20—25%-uknál okoznak az epekövek panaszokat. A tünetmentes epekövekkel nincs tennivaló. Az első biliaris tünetek fellépte után azonban aktív therapiára van szükség. Az epekőbetegség elsősorban sebészi megoldást igényel. Az utóbbi években néhány nem sebészi eljárás is előtérbe került. Ilyenek: a gyógyszeres, vagy direkt kőoldás, az endoscopos kőeltávolítás, kőzúzás extracorporalis lökéshullám segítségével.

Az epehólyag kövek oldására chenodesoxycholsav, vagy ursodesoxycholsav, illetve ezek kombinációja használatos. Epesavakkal történő kőoldásra a 15 mm-nél kisebb átmérőjű, rtg-negatív kövek alkalmasak, melyek oralis cholecystographiával is kimutathatók. Biztosabb eredmény várható, ha computer tomographiával a kövek meszesedése is kizárható. A kövek nagyságától függően 1—2 évig tart a kezelés. 30—70%-ban egy év alatt következik be a teljes kőoldás. A kövek eltűnése után legalább még egy negyedévig folytatni kell a kezelést, nehogy a kőmaradványokra recidiv kő épüljön. Direkt litholysis percutan transhepatikus úton történhet. Egy a Mayo klinikáról származó közlés szerint methylbutyl-aetherrel a cholesterin kövek in vitro néhány óra alatt teljesen feloldódnak. In vivo ez tízszer hosszabb ideig tart. 54 betegről számoltak be, akiknél, kettő kivételével eredményesen végeztek kőoldást. A betegek 30%-ánál teljesen eltűntek a kövek.

További non operatív eljárás a direkt lithotripsia. Az epehólyagot megpungálják, katétert vezetnek be, majd a csatornát addig tágítják, amíg az endoscop bevezethető. Ezután a követ Dormia-kosárral megfogják szem ellenőrzése mellett, darabolják és eltávolítják. Újabban az extracorporalis lökéshullám lithotripsia van elterjedőben. A szerzők 300 epehólyag köves és 50 epeút köves beteget kezeltek lökéshullámmal. Egy-egy alkalommal 1200—1600 impulzust alkalmaztak. A fragmentumok spontán távoztak, vagy litholysissel egészítették ki az eljárást. Ursodesoxycholsav és chenodesoxycholsav kombinációjából 7—8 mg/kg-ot adtak, egy héttel a kőzúzás előtt elkezdve, s a teljes kőmentesség után még három hónapig folytatva. A fentiek szerint eljárva, 8—12 hónappal a lökéshullám kezelés után a betegek 80%-a vált kőmentessé.

Mellékhatásként 14%-ban petechiák jelentek meg a bőrön. 3%-ban haematuriát, 1%-ban pancreatitist észleltek. Két betegen eredménytelen kezelés miatt, végül is cholecystectomiát kellett végezni.

Az epeút kövek kezelése terén az endoscopos papillotomia forradalmi változást hozott. Papillotomia után a kövek extrahálhatók. Az eljárás 90%-ban eredményes, azonban nem rizikómentes. A letalitás 1%. Az epeút kövek direkt lysise 20—30%-ban eredményes. A kövek legegyszerűbben Dormia-kosárral zúzhatók. A lökéshullám és laser lithotripsia nem nagyon terjedt el, mert epeút sérüléssel járhatnak. A vesekövek kezeléséhez hasonlóan, epeút köveknél is használható az extracorporalis lökéshullám technológia. A szerzők ezen eljárást akkor alkalmazzák, ha az endoscopos extractio nem hajtható végre.

Viczián Antal dr.

Interdiszciplináris eljárás szövődményes epekőbetegségeknél. Günther, B. és mtsai (Chir. Klinik L. M. Univ. München, Klinikum Grosshadern): Chirurg, 1988, *59*, 197.

Szövődményes epekőbetegség esetében interdiszciplináris együttműködésre van szükség, a legmegfelelőbb therapia kiválasztása érdekében. A sebész számára ez a rizikós betegeknél a non operatív eljárás mérlegelését jelenti. Az epekő akut cholecystitist, hydropsot, empyemát, fedett, vagy szabad perforatiót okozhat. Komplikációra praedisponál generalizált arteriosclerosis, diabetes mellitus, alkoholos májkárosodás és az idősebb életkor. A szerzők 40 évesnél fiatalabb betegeknél 2,5%-ban, 60—70 éveseknél 11,5%-ban észleltek szövődményt. 1723 epekőbeteg között akut cholecystitis 8,9%-ban, hydrops 11,6%-ban, empyema 6,4%-ban, szabad perforatio 1,3%-ban, fedett perforatio 2,8%-ban fordult elő.

A diagnózis felállításában a klinikai tünetek mellett az ultrahangvizsgálat nyújt segítséget. A kő okozta akut cholecystitis és szövődményei cholecystectomiát indokolnak. Kérdés a műtét időpontja; azonnali, vagy korai műtét. Az intervallumra várni, különösen idős korban, a rizikó fokozódását jelenti. Azonnali műtétre perforatiónál van szükség. A korai műtét még néhány órát enged a cardiopulmonalis kísérő betegségek rendezésére és folyadék, elektrolyt substitutióra. Amennyiben az anatómiai viszonyok engedik, mint elektív cholecystectomiánál, cholangiographia végzendő. Mobilis kövek kibuktathatók a ductus cysticuson keresztül. Fogarty kateter alkalmazására, kőeltávolítás céljából csak ritkán van szükség.

Choledochus kövek choledochotomiát tesznek szükségessé. Utána Kehr-cső behelyezése az általános szokás. Empyema, vagy perforatio esetében nem végeznek cholangiographiát, hanem később endoscoposan távolítják el a choledochus követ. Cholecystostomia csak igen ritkán, idős, rizikós betegeknél jön számításba. Megfelelő feltételek mellett percutan transhepatikus drenázst alkalmaznak. „Akut epe" esetén antibioticumok perioperatív adása javallt.

Szövődményes choledocholithiasisnál az endoscopos kőeltávolítás részesítendő előnyben, interdiszciplinaris konzultáció után. Műtét csak akkor indokolt, ha endoscop nem alkalmazható, mint pl. Billroth II műtét után, 2 cm-nél nagyobb átmérőjű, vagy incrustált papillakövek esetében.

Az endoscopos papillotomia, lökéshullám, vagy laser lithotripsiával kombinálva még klinikai kísérleti stádiumban van.

Viczián Antal dr.

„Beszélj figyelmesen, vetélytársaiddal óvatosságból, a többiekkel illemtudásból. Kimondani mindig ráérsz egy szót, de visszavonni nem."

Grácián

KÖNYVISMERTETÉSEK

J. Wollensak: „Laser in der Ophthalmologie". Bücherei des Augenarztes Band 113. ENKE V. Stuttgart, 1988. 265 o. (német és angol nyelven) DM 66,—

A szemészeti lézersebészet fejlődése hihetetlen gyors, alkalmazása egyre szélesebb körre terjed ki. Ezt munkacsoportok alakulása, önálló kongresszusok és egyre több szakkönyv megjelenése is jelzi.

Az utóbbiak között a Wollensak professzor (F. U. Wirchow, Berlin) szerkesztésében megjelent munka a legjobb nyugatnémet, néhány amerikai és angol szerzőnek, a Német Szemorvostársaságban tartott előadásait és azoknak részletes irodalomjegyzékét tartalmazza. A Meyer- Schwickerath és L'Esperance bevezetésén, a módszer retro- és prospektív értékelésén túl, a legmodernebb technikát, a fotodisrupciós, fotoablációs és fotokoagulációs fényhatás alkalmazását ismerhetjük meg a legtapasztaltabb szerzők tollából. A könyv részletesen foglalkozik a glaukomaellenes lézerkezelés lehetőségeivel és eredményeivel, valamint a szaruhártya lézersebészetének módszereivel is.

A tartalmilag teljesnek mondható összefoglaló, a rendelkezésre álló munkák között a legmagasabb szakmai színvonalat, a legátfogóbb témaválasztékot képviseli.

Brooser Gábor dr.

K. Pape: Új tapasztalatok a gyermek és ifjúkorúak arc-állcsontsebészetében. (Neue Erfahrungen in der Kiefer-Gesichtschirurgie bei Kindern und Jugendlichen) ACMF Band 9. J. A. Barth, Leipzig, 1988. 252 oldal, 235 ábra, 52 táblázat. Ára: 80 DM.

A Nemzetközi Arc-Állcsontsebészeti Társaság (IAMFS) rendszeresen megjelenő orgánuma az Acta Chirurgiae Maxillo Facialis (ACMF) kilencedik kötete két kongresszus válogatott anyagát foglalja össze. A görögországi Thessalonikiban (1983) rendezett kongresszus témaköre a maxillo-faciális traumatológia és onkológia volt. 1984-ben Detroitban (USA) a gyerekkor speciális szájsebészeti problémáival foglalkozott a Társaság 10. kongresszusa.

K. Pape a korábbi kötetekhez hasonló gondossággal szerkesztette a könyvet. Az előadások a közlemények szakirodalomban szokásos szerkezeti felépítése szerint lettek átdolgozva. A szerzők részletes irodalmi jegyzéket közölnek összefoglalóik után. A 64 közlemény kétharmad része angol, a többi német és francia nyelvű.

Traumatológiai esetek primer és rekonstrukciós ellátásával foglalkozik az első 17 közlemény. Csonttörések kezelésénél világszerte előtérbe került a „minilemezes" osteosynthesis. A konzervatív kezelési módszerek tíz év alatt 70%-ról 30%-ra csökkentek. Nélkülözhetetlenné vált a határterületek szakorvosainak team munkája. Tükröződik ez abban is, hogy a közlemények 75%-a többszerzős: idegsebész, szemész, gégész, plasztikai sebész, szájsebész interdisciplinaris véleménye segíti ugyanazon jelenség több aspektusból való értelmezését, illetve a beteg ellátását.

A veleszületett fejlődési rendellenességek és a fiatal korban kialakuló anomaliák korszerű vizsgálati módszereivel és új műtéti lehetőségeivel foglalkozik további 20 közlemény. Többen beszámolnak az arckoponya mobilizációs műtéteinek jó eredményéről. Nincs egységes álláspont a hasadék-sebészet területén az optimális primer műtéti időpont kérdésében.

A könyv második fele a jó- és rosszindulatú tumorokkal kapcsolatos előadások összefoglalása. Csupán néhány experimentalis témájú közlemény szerepel, a szerzők zöme klinikai gyakorlati kérdésekkel foglalkozik. Hangsúlyozzák a korszerű diagnosztikai módszerek jelentőségét (CT., sialographia), a komplex terápia szükségességét. E témakörben is fontos a team munka, a műtétek radikális kiterjesztése, a csonkolások primer helyreállítása.

A nyomdatechnikai kivitel a J. A. Barth kiadótól megszokott kifogástalan, minden igényt kielégítő színvonalú. A bőséges rajzos és fényképes ábraanyag megkönnyíti a műtéttechnikai kérdések megértését. A könyv igen széles körű érdeklődésre tarthat számot nemcsak szájsebészek, hanem gégészek, szemészek, plasztikai sebészek és gyermeksebészek részéről is.

Ackermann Alajos dr.

Az Enke Kiadó gondozásában jelent meg H. Appelt és B. Strauss szerkesztésében „Psychoendokrinologische Gynäkologie" c. munka. Nőgyógyászati psychoendocrinologia. DM 78,—

E munka igen jelentős előrelépést jelent e teljesen új tudományágban, annak összefoglalóját adja.

A könyv tárgyalja a psychosomaticus vizsgálatok eredményeit, főként nőgyógyászati területen, a nőgyógyászati endocrinologiában és ezzel egyidőben megpróbálja az eredményeket realizálni a nőgyógyászati praxisban is.

A könyv 10. fejezetre oszlik különböző szerzők alkotásában. Az első áttekintést nyújt a psychoendocrinologia fejlődéséről és diagnosztikai módszeréről.

A második fejezetben részletesen tárgyalja a nőgyógyászati endocrinologiát. Rövid és pontos áttekintést nyújt a mai endocrin vizsgálatok, kutatómunkák állásáról, az endocrin folyamatok hátteréről, hormonális szabályozásról, szoros összefüggésben azok nőgyógyászati vonatkozásaival. Így tárgyalja; a pubertás, a terhesség, a szülés, a gyermekágy, laktáció és a klimaktérium endokrinológiáját, valamint a cikluszavarok endocrin hátterét, de kiemelt hangsúlyt kap a nőgyógyászati hormonterápia is.

A harmadik fejezetben mindezen élettani és pathologiai folyamatok pszichoendokrinológiai hátterét analizálja, pszichológiai változásokat elemzi, amelyek együtt követik a szervezet hormonháztartásának megváltozását.

A negyedik fejezet a menstruációs ciklus fiziológiájával, annak psychés hátterével foglalkozik. Részletesen ismerteti a praemenstruális és menstruáció ideje alatti változásokat, melyek mind a szervezet egészét, mind a psychés állapotot érintik, így: depressziók, fáradékonyság, fejfájás, alhasi fájdalmak és egyéb syndromák vonatkozásaira is kitér. A tárgyalás során érinti a ciklikus változásokat is, melyek az egyéniségben is megnyilvánulnak, ezen kívül tárgyalja azokat a váratlan eseményeket, melyeket összefüggésbe lehet hozni a menstruációs ciklus változásaival, így balesetek, halálesetek stb. Foglalkozik ezen kívül az autonóm idegrendszer aktivitásának kérdésével is.

A fejezet egyik érdekes része a menstruációs ciklus pszichiátriai vonatkozásai, amelyben pszichiátriai megbetegedéseket analizál menstruációs ciklussal összefüggésben, azoknak megjelenési gyakoriságát tárgyalja, másrészt az öngyilkosság vonatkozásában is összefoglaló áttekintést nyújt.

Az ötödik fejezetben a nők szexuális életével foglalkozik. Elemzi a gyógyszerek hatását, különös tekintettel a szexuális életre, valamint hormonális státus és a szexuális élet közötti összefüggésre hívja fel a figyelmet. Tárgyalja az androgének és antiandrogének, oestrogének és antioestrogének hatását.

A hatodik fejezetben az orális kontraceptívumok kérdését tárgyalja és veti vizsgálat alá. Különösen a fogamzásgátló drogok a szexuális élet aktivitására kifejtett hatásával foglalkozik, valamint a mellékhatásával.

A hetedik fejezetben a hyperandrogenémia klinikai tüneteit és annak pszichoszomatikus vonatkozásait tárgyalja. Kiemelt helyen kerül megtárgyalásra a Stein—Leventhal-syndroma, ennek etiologiájával, symptomatikájával, androgén vonatkozásaival és terápiájával is behatóan foglalkozik.

Ugyancsak kiemelt helyet kap a nyolcadik fejezetben a prolactinnak a pszichoendokrinológiai vonatkozásai. A prolactin és stresszreakció hatása, a hyperprolactémiás betegek pszichés magatartása, a hormon meghatározások diagnosztikus értéke, valamint kezelés.

A kilencedik fejezetben a fertilitás zavarok pszichoszomaticus aspektusával foglalkozik. Itt tárgyalja a gyermek utáni vágy pszichés aspektusait, a fertilitás zavar pszichés vonatkozásait, a gyermek utáni vágy szexuális életet befolyásoló hatását. A sterilitás kezelés pszichés vonatkozásait főként orvosi szempontból; orvos és beteg kapcsolatát vizsgálja.

Végül a tizedik fejezetben a nőgyógyászati pszichoendokrinológia további fejlődését, perspektíváját mutatja be a nőgyógyászati praxisban.

Tekintettel arra, hogy a könyv átfogó tanulmányt nyújt egy teljesen új tudományág, a nőgyógyászati pszichoendokrinológiáról és az alapismeretek részleteiben is, akár endokrinológus, akár pszichiáter, akár nőorvos számára igen hasznos segédeszköznek tekinthető, feltétlen javasoljuk olvasását és tanulmányozását.

Csaba Imre dr.

McMillan, J. A., Oski, F. A., Stockman, J. A. és Nieburg, Ph. I.: Pädiatrische Daten und Fakten. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1988. 368 oldal. Ára: DM 78,- Németre fordította és átdolgozta K. Mertlich.

A tőle megszokott szép kiállításban és hibátlan szedéssel különös könyvet jelentetett meg a stuttgarti F. Enke Kiadó. A négy közismert amerikai szerző 1984-ben vállalkozott arra, hogy 1976-tól útjára bocsátott, háromkötetes gyermekgyógyászati kézikönyvéből rövid, egykötetes válogatást állítson össze. Ezt a könyvet fordította németre, és egyben az európai viszonyok figyelembevételével helyenként alaposan átdolgozva adja most közre K. Mertlich.

A kötet bevallottan olyan ismeretek közlésére törekszik, amelyek ilyen válogatásban vagy összeállításban máshol nem találhatók meg. Valóban, az olvasó sok hasznos, a legjobb kézikönyvekből is hiányzó adatra bukkan, amelyek a jól szerkesztett táblázatokból és a rövid, világos szövegből könnyen áttekinthetők és értékelhetők. Így például pontos értékek jelzik, hogy a per os bevitt vas hány százaléka szívódik fel különböző ételek egyidejű fogyasztásakor, vagy hogyan változnak a penis hosszának és átmérőjének percentilis értékei a koraszülöttségtől 24 éves korig. Számos nagyszerű táblázat segíti egyes betegség-csoportok elkülönítő kórismézét, és több jó kivizsgálási tervet is tartalmaz a kötet. Különösen értékesek az idegrendszeri fejezet differenciáldiagnosztikai útmutatói.

A válogatás azonban meglehetősen szeszélyes és következetlen. Az összes veleszületett szívhibával csak egy féloldalas, semmitmondó felsorolás foglalkozik, amely után viszont klasszikus tankönyvi beosztással másfél oldalas alfejezet tárgyalja a mitralis billentyű prolapsusát. Vagy, a gasztrointesztinális betegségek amúgy is gyengébbre sikerült fejezetében szó sem esik a gyakori visszatérő hasfájásról, de külön alfejezet és táblázat taglalja a pancreas elégtelenséggel és neutropeniával járó, ritka Shwachmann-syndroma sajátosságait. Sok szó esik a mérgezésekről, ezen belül a kígyómarásról; a mérges és ártalmatlan kígyók megkülönböztetését szemléltető ábrák és részletes táblázat hivatottak segíteni.

Az utolsó tíz oldalon vegyes tudnivalók olvashatók. Megtudhatjuk, hogy az Egyesült Államokban naponta átlagosan 54 794 dollárt adnak ki fejkorpásodás ellen, 5041 ember ünnepli a 65. születésnapját, és 2740 tizenéves esik teherbe. A szakmai tartalmat az egész köteten át irodalmi és bibliai idézetek, anekdoták élénkítik.

Összegezve, a „Gyermekgyógyászati adatok és tények" az orvos- és szakorvosképzésben aligha használható. A megfelelő tapasztalattal és kritikával rendelkező gyermekorvosnak azonban jó szívvel ajánlható, mert rengeteg értékes adat mellett sok betegség újszerű, gondolatébresztő megközelítését is megtalálhatja ebben a könyvben.

Méhes Károly dr.

Továbbképzés: Radiológia. Steiner G., W. G. H. Schmidt. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1988. 159 lap. DM 38,—

A könyvecske címe — „Weiterbildung: Radiologie" — kissé félrevezető első pillantásra. A „Weiterbildung" ugyanis továbbképzést jelent, de nem radiológusok továbbképzését, hanem a képzésnek azt a szakaszát, melynek során az egyetemet elvégzett orvosból a radiológia valamely ágának vagy részterületének szakavatott művelője lesz. Magyarul a radiológus szakképzésről van szó, ahogyan az a Német Szövetségi Köztársaságban zajlik. Ez számos vonatkozásban eltér a hazai gyakorlattól. A radiológia három fő ágát különítik el ott is, a radiológiai diagnosztikát, a sugárterápiát és a nukleáris medicinát, de ezenkívül korlátozott képzési fokozatok vannak egyes részterületeken is. Így meghatározott idejű képzésre kötelezett az a sebész, urológus, ortopéd stb., aki munkája során használ röntgenkészülékeket. Mindezen részképzéshez kötelezően hozzátartozik sugárvédelmi tanfolyam végzése, mely elméleti és gyakorlati foglalkozásokból áll és vizsgával végződik.

A szerzők pontos tájékoztatást nyújtanak a pályakezdő orvosoknak mindarról, amit a radiológus pályán való elinduláshoz tudniuk célszerű. Ismertetik a szakképzés különböző fokozatait és módozatait, az elhelyezkedés, letelepedés, a kórházi, biztosítóhoz kötött és szabad gyakorlatban való beilleszkedés lehetőségeit és korlátait, sőt a radiológiai munkahelyek belső életébe is bepillantást adnak. Közlik a radiológus képzésre vonatkozó érvényes rendeleteket és előírásokat. Ezek számos vonatkozásban szigorúbbak, mint a hazánkban érvényes és a gyakorlatban érvényesülő előírások.

A radiológus szakképesítés megszerzése még nem jelenti azt, hogy a radiológus munkáját a biztosító elismeri és honorálja. Ehhez külön követelményeknek is meg kell felelni, melyeket a szerzők ugyancsak részletesen ismertetnek. A feltételek között szerepel az is, hogy az egyes részterületek elismeréséhez milyen technikai-felszerelésbeli követelmények szükségesek. Ezeket áttekintve keserűen kell észrevennünk, hogy a röntgendiagnosztikai képzettség elismerésére a hazánkban dolgozó radiológusoknak ott semmi kilátása nem lehetne. Az alapfeltételek között szerepel ugyanis a „Belichtungsautomatik", hazai röntgenkészülékeink pedig sajnos a megvilágítási automatikát nem ismerik...

Jelentős tényező, hogy ott a szakképzést az orvoskamarák irányítják és ellenőrzik. A szakképzettséghez szükséges gyakorlatot csak olyan főnök mellett lehet végezni, akit erre az orvoskamara hivatalosan kijelöl. Érdekes az ultrahang diagnosztika helyzete. Bármely orvos vásárolhat ultrahangkészüléket és használhatja. Ezért azonban a biztosító csak akkor fizet neki, ha az ehhez szükséges képesítést az orvoskamara előírásainak megfelelően megszerzi. Részletes előírások szabályozzák, milyen feltételek teljesítése után ismerhető el az orvos CT vagy éppen mágnesrezonanciás diagnosztikai tevékenysége. Tájékoztatást kapunk a további tudományos pályafutás lehetőségeiről, így a habilitatio útjáról is, ami ott is lemondással járó, rögös pálya, aminek előnyei esetleg később realizálódhatnak.

Az előrehaladás másik útja valamely osztályvezetői állás, melynek megszerzése nem látszik egyszerű feladatnak. Érdekes, hogy a szerzők fontosnak tartják a kórház és a leendő osztályvezető közötti szerződés előzetes gondos kidolgozását olyannyira, hogy ennek kényes pontjaira részletesen felhívják a figyelmet és gyakorlati tanácsokkal szolgálnak.

A kis könyv nem érdektelen olvasmány, de csak azoknak ajánlom, akik az NSZK-ban kívánnak munkaviszonyt létesíteni, vagy a hazai és a nyugatnémet radiológusképzést akarják összehasonlítani. Az összehasonlítás eredménye a legtöbb vonatkozásban számunkra lesújtó.

Laczay András dr.

F. Hermann és P. Müller: Endokrinologie für die Praxis J. A. Barth, Leipzig, 1988. DM 38,—

A könyv 257 oldalas kompendium. Nem szisztematikusan, hanem alfabetikus sorrendben tárgyalja a legfontosabb endokrinológiai kórképeket. Az adipositasnál, adrenogenitalis syndrománál kezdi és a virilisatióval fejezi be a klinikai részt. Ez után a leglényegesebb diagnostikus módszereket ismerteti: a pajzsmirigy, mellékpajzsmirigy, mellékvese, növekedési hormon, sexual hormonok, diabetes insipidus felismerésére használt módszereket és értékelésüket tartalmazza. Chemiai methodusokról nem szól, de rövid összefoglalást nyújt a functiós tesztekről. Ezek alapján legalábbis értelmezhetők az eljárások, ha a kivitelezéshez legtöbbször kevésnek is bizonyulnának.

A harmadik rész a hormonokról ír, röviden keletkezési helyüket, termelésüket szabályozó mechanismusokat, hatásukat, kiürülésüket említi meg, számszerű adatok itt nem szerepelnek, a hormonszintekre vonatkozóan utal a diagnosztikus részre. A következő négy oldalon gyógyszerkészítmények nevét és előállító országát sorolja föl, igen eklektikusan, valószínűleg az NDK-ban elérhető hazai és külföldi készítményeket válogatván be. A rövid irodalomjegyzék főleg 83—85-ös közleményekből

emel ki néhányat, de 78-as adatok is szerepelnek. Ötoldalas index zárja a könyvet.

A felsorolás látszólag az endokrinológia széles spektrumát tárja az olvasó elé. Ilyen terjedelem mellett a sokrétűség korlátokat jelent: minden kórképről csak vázlatot kapunk. Így nem a tanulást szolgálja, medikus aligha informálódhat belőle; a szakember igényét távolról sem elégíti ki, hát még a kíváncsiságát!?

Alkalmas lehet azonban arra, hogy a körzeti orvos íróasztalán heverve segítse diagnosztikus tervének összeállításában, valamint a szakintézetből hozzá visszakerülő beteg zárójelentését értelmezni tudja segítségével.

Hadd idézzünk néhány példát. A struma radiojodtherapiájáról a következőket írja: „Indikált 40 év fölötti betegnél, ha műtéti kontraindikáció áll fenn vagy ha a páciens a műtétet elutasítja. Recidivstrumák esetén operáció után vagy hatástalan thyreoidea hormon kezelésénél."

A betegség szimptomákat emberi nomogramokon demonstrálja egy-egy címszóval: „Laryngospasmus, abdominalspasmus, vizelési inger, kar adductio." Hasonló címszavak jelzik a prodromákat, okok között a normo ill. hypocalcaemiás mezőhöz nyilazza a kiindító faktorokat.

Kicsit olyan az egész, mint egy kisebb tankönyv csontváza. Az anyagban elmélyülni nem lehet, problémákat nem vet föl, kérdéseket nem hagy hátra. Ki-ki maga számára ítélje meg, hátrány vagy előny-e ez számára. A recensor keze ügyében levő polcról biztosan nem fogja leszorítani sem a Mosonyi, sem „A gyakorló orvos enciklopediája" endokrinológia fejezetét, sem más hazai és külföldi szakkönyveit.

Hankiss János

A Nova Acta Leopoldina, amelyet a német tudományos akadémia ad ki (Halle, DDR), 59. kötetének 263. száma a makrofágok immunszisztémában elfoglalt helyének tárgyalásával foglalkozik: **Die Stellung des Makrophagen im Immunsystem.** DM 15,—

A kötet anyagát J. Ambrosius Barth lipcsei könyvkiadó jelentette meg 1986-ban a Hallében 1983-ban megtartott szimpóziumon elhangzott összefoglalók alapján. Az öt fejezetből álló kötet szerzői között a németek mellett (Herwart Ambrosius, *Leipzig*, H.-K. Müller-Hermelink, M. R. Parwaresch és H. J. Radzun, *Kiel*, M.-L. Lohmann-Matthes, *Freiburg-Zahringen*) egy holland (J. W. M. Van Der Meer és R. Van Furth, *Leiden*) és egy svájci (R. Kraft és H. Cottier, *Bern*) munkacsoport összeállítását olvashatjuk német nyelven. A szöveg megértését 17 nagyon szemléletesen megszerkesztett ábra, valamint 11 jó minőségű mikroszkópos, transzmissziós és scanning elektronmikroszkópos fényképek könnyítik meg. A szakmában világszerte ismert szerzők neve már eleve biztosítja a kötet magas színvonalát. Az 1983-ig megjelent irodalom leülepedett, és elfogadott összefoglalását kapja az olvasó a szerzők saját munkásságának fényében. A kitűnő válogatás elősegíti a témában ma megjelenő legkorszerűbb eredmények értelmezését, tisztán láthatjuk a fejlődés útját és irányát.

Egyedülálló H. Ambrosius összefoglalója az immunszisztéma filogenezisről visszanyúlva az amőbákig (11 oldal terjedelemben). A mononukleáris fagocita rendszerről (MPS) kialakult képünk történelmi fejlődését, valamint a rendszerbe tartozó sejtek fejlődését, heterogenitását és egymással való kapcsolatát látjuk a holland szerzőpáros fejezetében (11 oldal). A kieli munkacsoport a makrofágok és a mononukleáris fagocita rendszerbe tartozó és a velük rokon sejtek morfológiájával ismerteti meg az olvasót a differenciálódás útját követve (15 oldal). Kraft és Cottier a makrofágok funkcióit tárgyalja, különös tekintettel az immunregulációra. Ebből a szempontból vizsgálja a makrofágok vándorlását, jellegzetes receptoraik szerepét, az általuk termelt anyagok hatását és mindezek alapján az immunválaszban részt vevő limfocitákkal való kölcsönhatásukat (25 oldal). Végül Lohmann-Matthes a makrofágok, mint effektor sejtek, citotoxikus hatásával foglalkozik, ami a mikrobiális védekezés mellett a tumorsejtek elpusztítására irányul. Részletesen tárgyalja az aktivált limfociták által termelt hatóanyagok, limfokinek szerepét a makrofágok ezen funkciójának megvalósulására in vitro és in vivo körülmények között (9 oldal).

Összefoglalva, annak ellenére, hogy a kötet kiadása egy kissé megkésett, jelentős ismeretanyagot közöl. A makrofágoknak több mint 100 éve ismert és máig is tanulmányozott fagocita funkciója mellett felhívja figyelmünket a makrofágoknak az immunválasz kialakulásában, mintegy 15 éve vitatott szerepére.

Kávai Mária dr.

MEGJELENT

FOGORVOSI SZEMLE
1988. 11. sz.

Dr. Szőke J., Dr. Bánóczy J. és Dr. Zimmermann P.: Aminfluorid/ónfluorid tartalmú fogkrém és szájöblítő hatásának klinikai vizsgálata
Dr. Bögi I.: A mandibula ramus sagittalis hasításának műtéti módszere. Obwegeser-Dal Pont műtét
Dr. Alberth M. és Dr. Mauks Gy.: A sztomatitisz protetika gyakorisága és súlyossága teljes felső fogsort viselőkön
Ifj. Dr. Tóth P., Dr. Müller B., Dr. Szombath D., Dr. Fejérdy P. és Dr. Kóbor A.: Szelén hatása normál tápon vagy fehérjeszegény diétán tartott patkányok metszőfogzománcának savoldékonyságára

1988. 12. sz.

Dr. Lovász A. és Dr. Tardy P.: HOMODENT—1 az új, korszerű magyar amalgám
Dr. Huszár Gy.: Carabelli bicentenarium
Dr. Pákh Z.: Fogászati szakrendelés környezetbiológiai vizsgálata

MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM
1988. 4. sz.

Paragh György dr., Kovács Éva dr., Nagy József T. dr., Fóris Gabriella dr., Varga Zsuzsa dr. és Leövey András dr.: Az LDL metabolizmus vizsgálata II típusú diabetes mellitusban szenvedő betegek monocitáin
Jánoskuti Lívia dr., Szilvási István dr., Pápay Judit dr., Papp Gabriella dr., Róna Erzsébet dr., Benedek Szabolcs dr. és Fekete Sándor dr.: Galliumszcintigráfia malignus lymphomákban
Erdei Antal dr., Győri Imre dr., Kazsuba Attila dr., Lukács Tóth Gyula dr., Bényei Julianna dr. és Csanádi László dr.: Antibakterialis kezelés Campylobacter pylori positiv gastroduodenalis kórképekben
Paragh György dr., Kovács Éva dr., Sztojka Ilona dr. és Leövey András dr.: Hypothyreosis hatása a humán monociták LDL-receptor funkciójára
Veress Gábor dr., Faluközy József dr. és Böszörményi Ernő dr.: Sinus bradycardiát utánzó infra-His blockolt pitvari extrasystolia

1988. 5. sz.

Fazekas Tamás dr., Kiss József dr. és Mester János dr.: Mitralis billentyűhiba és Wolf—Parkinson—White-syndroma társulása kapcsán jelentkező refrakter supraventricularis tachyarrhythmiák sikeres Amiodarone-kezelése
Sonkoly Ildikó dr., Soltész Pál dr., Muszbek László dr. és Szegedi Gyula dr.: Lupus anticoagulans szűrővizsgálatok SLE-s betegek körében
Cao Van Vien dr., Nguyen Chi Phi dr., González-Cabello Rhenso dr. és Gergely Péter dr.: Szisztémás lupus erythematosusos betegek celluláris immunreaktivitása
Pollák Richárd dr., Várkonyi Tibor dr., Nagy Erzsébet dr. és Varró Vince dr.: A hidrogén kilégzési teszt értéke felnőttkori laktóz malabszorpcióban
Apor Péter dr., Jánosi András dr., Kádár András dr. és Hankóczy Judit dr.: Arteria pulmonalis nyomás és oxigén fogyasztás fekvő kerékpár ergometriás terhelés során Kérdés-felelet
Gömör Béla dr.: Kombinált gyulladásgátló kezelés
Balázs Csaba dr.: A TSH-receptor ellenes antitestek és a differenciált pajzsmirigyrákok.
Kelényi Gábor dr.: Biopsia gyomor-lymphomában

MAGYAR RADIOLÓGIA
1988. 4. sz.

Suhonen Matti dr., Soimakallio Seppo dr., Balogh Eszter dr., Vargha Gyula dr., Kollár József dr.: A hasnyálmirigy megbetegedéseinek ultrahang-diagnosztikája
Baranyai Tibor dr., Horváth Gyula dr., Vargha Gyula dr., Horváth Éva dr., Szlávy László dr.: A vese hiperreflektív térszűkítő folyamatainak differenciáldiagnosztikája
Moró Zsuzsanna dr., Horváth László dr.: Etage-arteriographia translumbalis úton, egyszeri punctióval
Csiba László dr., Mogyoróssy Zsolt dr., Kollár József dr.: Tapasztalataink bidirectionalis Dopplerrel az a. carotis diagnosztikájában
Márk Bertalan dr., Szabó Mária dr., Menyhei Gábor dr., Nemessányi Zoltán dr., Endrédi József dr.: A belépési idő vizsgálata dinamikus izotópvenográfiával az alsó végtag vénás rendszerében
Jakab Zsuzsa dr., Harkányi Zoltán dr., Vigváry Zoltán dr.: Az endometrium ultrahang morfológiájának változása normális és patológiás állapotokban
Révész Ilona dr., Soós Ágnes dr., Kiss Lajos dr.: Intrauterin fogamzásgátló eszköz (IUD) okozta rectumtumort utánzó gyulladás
Kollár József dr., Sikula Judit dr., Görömbey Zoltán dr.: Az ágyéki csigolyák közötti porckorongok degenerációjának funkcionális myelographiás vizsgálata
Váradi Valéria dr.: Apert-syndroma és agykamratágulat

1988. 5. sz.

Deák György dr., Pásztor Emil dr., Lányi Ferenc dr., Könyves-Kolonics László: A gerinc degeneratív betegségeinek CT-vizsgálata
Könyves-Kolonics László dr., Deák György dr., Lányi Ferenc dr.: A spinalis daganatok komputertomográfiás vizsgálata
Wiedermaier, W. dr., Uhlenbrock, D. dr., Sehlen, S. dr.: Mágneses rezonancia vizsgálat (MRT) spinalis térfoglaló folyamatoknál
Kenéz József dr., Csanda Endre dr., Thuróczy László dr., Bodrogi László dr., Veres Róbert dr.: Spinalis vascularis malformációk myelotomographiás és angiographiás vizsgálata
Kollár József dr., Sikula Judit dr., Vargha Gyula dr., Görömbey Zoltán dr.: A lumbális epidurális flebográfia szerepe a laterális, foraminális és lumboszakrális porckorongsérvek kimutatásában.
Kollár József dr., Sikula Judit dr., Vargha Gyula dr., Görömbey Zoltán dr.: Intraspinalis folyamatok mielográfiás differenciáldiagnosztikája
Deák György dr., Lányi Ferenc dr., Nagy István dr., Könyves-Kolonics László dr., Martos János dr.: Somatom DRH-val szerzett első tapasztalatok a neuroradiológiai gyakorlatban

MAGYAR ONKOLÓGIA
1988. 4. sz.

Jobst Kázmér dr.: Az onkogének és tumormarkerek diagnosztikus értéke
Deák György dr.: A központi idegrendszer CT diagnosztikája és intervenciós neuroradiológiája
Oláh Judit dr., Hunyadi János dr., Dobozy Attila dr.: A cutan T-sejtes lymphomák klinikuma
Somló Pál dr., Borsi József dr., Kardos Gabriella dr., Koós Rozália dr., Paraicz Ervin dr., Révész Tamás dr., Schuler Dezső dr.: Új gyógyszer-kombináció gyermekkori agytumorok kezelésére
Szerafin László dr., Jakó János dr., Schmid Erzsébet, Belle Katalin: Csökkent szérum szelénkoncentráció malignus haematologiai betegségekben
Pulay Tamás dr., Csömör Sándor dr., Füst György dr., Szarka Gábor dr., Szinnyay Attila dr.: A keringő immunkomplexek mérésének jelentősége a petefészekrák gyógykezelésében
Bodrogi István dr., Baki Márta dr., Horti József dr., Liszka György dr., Ottó Szabolcs dr., Hindy Iván dr., Sugár János dr., Eckhardt Sándor dr., Karlinger Kinga dr.: Nem seminoma típusú, metasztatikus, inoperábilis heredaganatok Vinblastin, Cisplatin, Bleomycin kezelése
Kahán Zsuzsanna dr., Pikó Béla dr., Bali Ilona dr., Karácsony Gizella dr.: Primer mediastinális seminoma esete
Romics Imre dr., Bach Dietmar dr.: Differenciáldiagnosztikai nehézségek a vese térfoglaló folyamatainak kórismézésében
Székely Miklós dr., Lantos Ákos dr.: Mammográfiával kimutatott microcalcificatio férfi emlőrákban

HÍREK

A Magyar Allergológiai és Klinikai Immunológiai Társaság, a Magyar Endocrinológiai és Anyagcsere Társaság és a Mátrai Állami Gyógyintézet Kékestetői Egysége *1989. május 5-én rendezi a XIV. Kékestetői Pajzsmirigy Symposiumot.*

Program:

A pajzsmirigy és a csontrendszer

Referátumok:

1. *Prof. Dr. Holló István:* A csontanyagcsere alapvonalai
2. *Dr. Gyarmati János:* A pajzsmirigybetegségekhez társuló csontelváltozások

Csatlakozó előadások:

1. *Dr. Lakatos Péter, Dr. Tarján Gábor, Dr. Földes János, Dr. Holló István:* A subtotális strumectomián átesett betegek csontanyagcseréjének vizsgálata.

Toxikus adenoma

Referátumok:

1. *Prof. Dr. Földes János:* Pajzsmirigy autonom adenoma.
2. *Prof. Dr. Balázs György:* A pajzsmirigy autonom adenomák sebészi vonatkozásai.
3. *Dr. Konrády András:* Autonom adenoma radiojód kezelése

Csatlakozó előadások:

1. *Dr. Szabó Jenő, Dr. Leövey András:* A pajzsmirigy disszeminált autonomiája.
2. *Dr. Uray Éva, Dr. Csáky Gergely, Dr. Lukács Géza, Dr. Juhász Ferenc, Dr. Balázs György:* A toxikus adenomák perioperatív intenzív therapiás vonatkozásai.

Tudnivalók:

Az előadások helye: Kékestető, az Orvos-Nővérszálló nagyterme.

Részvételi díj: 100,— Ft.

Szolgáltatások, étkezés:

Büfé rendelkezésre áll.

Ebédet igénybejelentésre önköntségi áron biztosítunk.

Az igényt **1989. április 28-ig** kérjük levélben,

telefonon (37 74-031) vagy telexen: (25249) bejelenteni.

Levélcím: Dr. Ráday Péter Kékestető 3221.

A Magyar Baleseti Sebészeti Társaság Kézsebészeti Szekciója és a Szolnok Megyei Tanács Hetényi Géza Kórház Tudományos Bizottsága *1989. május 6-án 10 órakor* kerekasztal-konferenciát rendez a kórház előadótermében.

Referátumok:

1. Renner A.: A sajkacsonttörés kezeléséről.

2. Zolczer L.: A sajkacsont állízület therapiás lehetőségei.

3. Nemes J.: A sajkacsont-csavarozás, átcsavarozás.

4. László Gy.: A módosított Herbert-csavarozás.

5. Glancz J.: A módosított Matti—Russe-műtét.

6. Sántha E.: A Matti—Russe-műtét további módosítása.

7. Dósa G.: Az Ender-lemezkés osteosynthesis.

8. Ferencz J.: A sajkacsont protézis.

9. Zimmermann I.: A szelektív csuklódenervatió értéke sajkacsont állízületben.

10. Dósa G.: A preventív partialis csuklódenervatio.

11. Varga E.: Mikrovascularis lehetőségek a sajkacsont állízület gyógyításában.

A referátumokat kerekasztal vita követi.

A kerekasztalt vezeti: **Renner A.**

A Magyar Gerontológiai Társaság *1989. május 10-én, szerdán, 14.00 órai* kezdettel tartja *ünnepi, 125. tudományos ülését* és kiállítását a Hazafias Népfront Budapest, VI. kerületi Bizottságának székhelyén (Budapest, VI., Népköztársaság útja 94., I. emelet)

Tudományos program: Gerontológia és história

14.00—15.30 óra

Üléselnök: Rajczy Katalin dr.

Előadások:

1. *Prof. dr. Beregi Edit:* Gerontológiai kutatások Magyarországon
2. *Pénzes László dr.:* Az öregedés okai történeti visszapillantásban
3. *Lambrecht Miklós dr.:* Entz Béla az idős korról
4. *Honti József dr.:* Idős korban is alkotó orvostudósokról
5. *Vértes László dr.:* Dr. Rózsay József gerontológusról

Film:

Hevesi Sándor dr., Vértes László dr.: Senectus et musica (In memoriam Händel, Verdi, Puccini, Liszt, Schweitzer)

16.00 óra:

„Kortárs képzőművészet az idősekről" című kiállítás.

Rendezte és megnyitja: Vértes László dr.

Felkérésre kiállító művészek:

Andrássy Kurta János, Czinkotay Frigyes, Csúcs Ferenc, Kampfl József, Kránitz Margit, Ócsay Károly, Vasvári József, Zöld Anikó

Az Orvostovábbképző Egyetem Tudományos Bizottsága *1989. május 11-én 14.30-kor* kezdi tudományos ülését az OTKI Oktatási épélet II. sz. előadótermében (Bp., Szabolcs u. 33—35.).

Program:

Bevezető: Prof. Dr. Gáti István, OTE tudományos rektorhelyettes

Előadók:

1. Prof. Dr. Antalóczy Zoltán

A számítástechnika kardiológiai megoldásai az Orvostovábbképző Egyetemen

2. Dr. Regős László

A „Budapest" kisszámítógépes EKG diagnosztikai rendszer

3. Dr. Préda István

Új számítástechnikai megoldások a surface-mapping technikában

4. Prof. Dr. Kékes Ede

Kardiológiai szakértői rendszerek

A MÁOTE és az MPT Pszichoszomatikus Szekciója és az MPT Pszichofiziológiai Munkacsoportja *1989. május 13-án* nemzetközi résztvevőkkel megrendezi a **II. Bálint-konferenciát**

Pszichoszomatika és Bálint-munka

témában.

Program:

9[h] Megnyitó — üdvözlések

9[h]30' *Hunyadi-Buzás E.* (Svájc): A pszichoszomatikus jelenség kérdései

10[h]30' *Paál J.* (NSZK): Bálint-csoport tapasztalatok az ápolószemélyzettel

11[h] Vita — Felkért hozzászólók: *W. schüffel* (NSzK), *J. Norell* (Nagy-Britannia)

12[h]30' Ebédszünet

14[h] Bálint-nagycsoport (Kellő számú érdeklődés esetén angol, ill. német nyelvű Bálint-kiscsoportban való részvételre is lesz lehetőség.)

A konferencia színhelye: MÁV Kórház és Központi Rendelőintézet előadóterme (Bp., VI., Rudas L. u. 109—119).

Résztvételi díj: előzetes jelentkezés esetén **400 Ft.** (ebben svédasztal formájában a déli étkezés is benne foglaltatik.

Jelentkezés írásban a MÁOTE Titkárságán (Bp., Bessenyei u. 27, Ir.sz.: 1133), ahonnan csekket küldünk.

Befizetési határidő 1989. ápr. 30.

Belépéskor a csekkszelvényt kérjük elhozni (program és ajándékcsomag átadásához).

Résztvételi díj a helyszínen: 500 Ft.

Minden érdeklődőt szeretettel vár és aktív részvételre számít a

Rendezőség

A Magyar Urológiai Társaság Andrológia Szekciója, a Miskolci Akadémiai Bizottság és a Magyar Család- és Nővédelmi Tudományos Társaság Borsod Megyei Szervezete

1989. október 28., 29-én

(péntek, szombat)

nemzetközi részvételű tudományos szimpóziumot rendez **Miskolcon** a Miskolci Akadémiai Bizottság székházában.

A szimpózium témái:

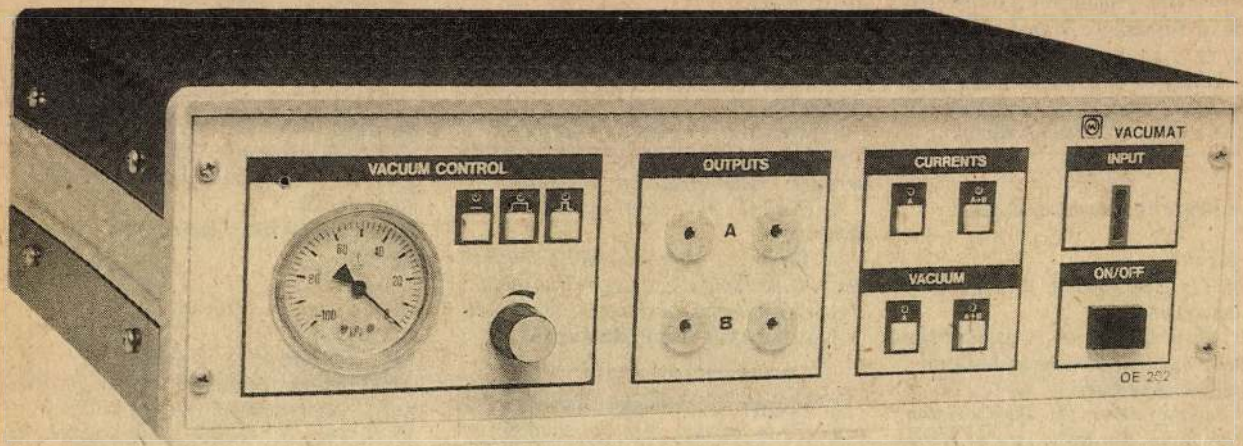
1. Inszeminációi
2. Sterilizálás
3. Az erekciós zavarok diagnózisa és terápiája.

E témakörökben kerekasztal-megbeszélést szervezünk és előadások tartására is van lehetőség.

Egy éjszakai szállás, esti fogadás és a **részvételi díj össz-költsége** kb. **1000,— Ft.**

Meghívók igényelhetők Dr. Aszódi Imre 3501. Miskolc, Pf. 188. címen

VACUMAT OE—202



Az OMSZÖV OE—202 tipusú VACUMAT készüléke lehetővé teszi vákuumelektródák alkalmazását a gyógyászatban. Négy vákuumharang helyezhető el — a páciens kezelésének megfelelően — a bőrfelületre.

A szivóteljesitmény a vákuumelektródákon fokozatmentesen szabályozható a maximumig. Gombnyomással választható ki, hogy egy, illetve két elektródapáron jelenjen meg a vákuum vagy a kezelőáram.

A vákuumnak köszönhetően jobb elektródakontaktus érhető el a bőrfelületen, nagyobb hatású lesz a kezelés, és kevésbé veszi igénybe a páciens bőrét. A készülék részére a szükséges kezelőáramok a mellékelt csatlakozókábel alkalmazásával az OMSZÖV OE—201 tipusú INTERFERATOR, az OE—203 DIADINAMIC és az OE—206 SELECTIV THERAPY készülékből biztositható.

A megfelelő elektromos kontaktust a páciens bőrével jól megnedvesített viszkóza szivacsbetétek biztositják. A szivacsokból a gép által felszivott nedvesség a készülék lecsapató kamrájában gyülik össze, amely időszakonként automatikusan üriti ki a vizet a hátlapon elhelyezkedő csatlakozón keresztül.

Az elektródapólusok fehér és piros színekkel jól megkülönböztethetően jelölve vannak.

A készülék alkalmas hullámzó vákuummasszázs végzésére is. A vákuumváltozás frekvenciája kétféle lehetőséggel választható. Ezzel a kezeléssel helyi vérbőség idézhető elő a bőrfelületen. A szivóharangok, csövek, csatlakozók jól tisztithatók, egészségügyi használatra alkalmas anyagokból készülnek.

Műszaki adatok:

Két közös vákuumkészülék, két vagy négy polaritású csatlakozással.

Max. vákuum	—60 kPa
Hálózati feszültség	220 V/50 Hz
Érintésvédelmi osztály	I BF IEC 601
Méretek	446 × 150 × 332 mm
Tömeg	70 N

Tartozékok

1 db elektromos csatlakozókábel az OE—201 Interferatorhoz,
2 db vákuumcsatlakozó cső (piros),
2 db vákuumcsatlakozó cső (kék),
4 db szívóharang (∅60),
4 db viszkózaszivacs (∅60).

A VÁLTOZTATÁS JOGA FENNTARTVA!

Gyártja:
ORVOSI MÜSZER SZOVETKEZET
1081 Budapest, Rákóczi út 71.
Telefon: 142-642, 339-757

Kereskedelmi Osztály
Telefon: 144-776
Telex: 22-7843 OMSZ

Exportálja:
MEDICOR

Forgalomba hozza:
OMKER

OMSZÖV

ORVOSI MŰSZER SZÖVETKEZET

HEPARIN-Ca

injekció

I 210

HATÓANYAG:

50 000 NE heparin-calcium (2 ml) üvegenként (25 000 NE/ml)

JAVALLATOK

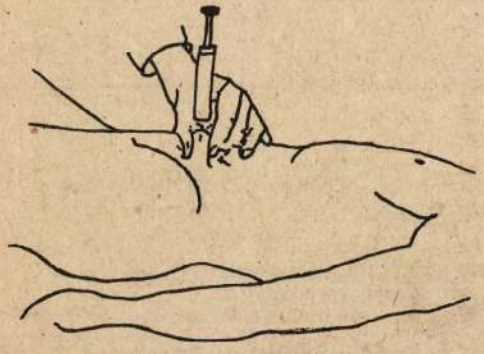
Thrombózis, embólia kezelése és megelőzése, elsősorban akkor, ha előreláthatóan hosszabb ideig tartó (3—10 nap) heparin kezelésre, vagy még ennél is elhúzódóbb kezelésre, vagy profilaxisra van szükség. Fokozott vérzésveszély esetén célszerűbb, ha az alvadásgátlás infúzióban adott heparin Na-mal (Heparin inj.) történik.

ELLENJAVALLATOK

Heparin-túlérzékenység (allergia) magas vérnyomás betegség (120 Hgmm-nél magasabb diasztolés érték), a gastrointestinális rendszer vérzéssel járó fekélyes megbetegedései, infektív endocarditis, haemorrhagiás diathesis, súlyos máj- és veseelégtelenség, idegrendszeri műtétek. (A terhesség és menstruáció nem jelent ellenjavallatot.)

ADAGOLÁS

A heparin-calciumot mind terápiás, mind profilaktikus célból szubkután, célszerűen a hasfal bőrébe adjuk. A **terápiás adagoláskor** napi 2-szer 1 ml (2-szer 25 000 NE) sc. a kezdeti adag, ami rendszerint néhány napon belül 2-szer $^1/_2$ ml-re csökkenthető. Néhány órán belül kellő alvadásgátlás érhető el és ez a hatás kb. 12 óráig tart, ezért kell az injekciókat 12 óránként ismételni. Adagját úgy kell megválasztani, hogy az alvadási idő a normál érték 2—3-szorosára hosszabbodjék, vagy ha az aktivált partialis thromboplasztin idő (APTI) folyamatos mérésére lehetőség van, akkor annak másfél-kétszeresére történő megnyúlása jelzi az optimális alvadásgátlást. Az ellenőrző vizsgálatokat kb. $^1/_2$—1 órával az esedékes újabb injekció előtt kell elvégezni, hogy a szükséges dózist ezek eredményétől függően választhassuk meg. A túladagolás elkerülése céljából az esetleges vérzékenységre utaló klinikai tünetek (nyálkahártyavérzések, haematuria stb.) folyamatos figyelemmel kísérése szükséges. A napi heparin adag ne haladja meg a 60 000—80 000 NE-t és a terápiás adagokat 10 napnál hosszabb ideig csak kivételes esetekben alkalmazzuk. **Megelőzésre** napi 2-szer 0,2 ml-t (2-szer 5000 NE) adunk az indikációtól függő időtartamig. Különösen előnyös azon betegeknek, akiknek a tartós kumarin-kezelés ellenjavallt (pl. terhesek, Syncumar-nekrózis stb.)



Injekciózási technika: A mellékelt ábra szerint a has bőrét két ujjal kiemeljük és vékony tűvel a bőr alatti zsírszövetbe fecskendezzük az anyagot oly módon, hogy közben a tűt kifelé húzzuk.

MELLÉKHATÁSOK

A leggyakoribb mellékhatás a vérzés, ezt a beteg gondos vizsgálatával és az alvadási idő (ill. APTI) rendszeres ellenőrzésével megelőzhetjük. Enyhe vérzés esetén elegendő a heparin adagjának csökkentése, ill. átmeneti felfüggesztése. Ha a haemorrhagia súlyosabb, ezenkívül protamin adása is szükséges. A készítmény (Protamine 1000 Roche) 1 ml-e 1000 NE heparint közömbösít. Ha nem tudjuk, mennyi heparin van a keringésben, 1 ml protaminnál ne adjunk többet egyszerre (lassan, iv.) Ez az adag szükség esetén ismételhető az alvadási idő (még célszerűbben: a trombinidő) normalizálódásáig. Tanácsos még ezután 1—2 óra múlva is alvadási idő (trombinidő) meghatározást végezni, mert részben az injiciálás helyéről további heparin kerülhet a keringésbe, részben pedig a már megkötött heparin egy része ismét szabaddá válhat (ún. „heparin rebound"). Ilyenkor szükséges ismét 1 ml protamin adása.
Elhúzódó nagy dózisú heparin kezeléskor trombocitopenia alakulhat ki. Ez a mellékhatás a Heparin-Ca esetében valószínűleg igen ritka.
Ha a kezelés 7—10 napnál tovább tart, vagy ha már ez idő előtt váratlanul vérzés jelentkezik, célszerű a trombocita-számot ellenőrizni. Ugyancsak a hosszas heparin kezeléskor alakulhat ki, ritkán átmeneti, reverzibilis alopecia. Hónapokig tartó heparin kezelésnél osteoporosis kialakulása lehetséges. A heparin okozta bőrnekrózis rendkívül ritka.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK
Együtt adása tilos:

— egyéb véralvadást gátlókkal (pl. acetilszalicilsavval, nemszteroid gyulladásgátlókkal (hatásnövekedés)
Az orális alvadásgátlóra való áttéréskor a heparin adagjának csökkentése és szoros laboratóriumi ellenőrzés mellett adható Syncumar.

FIGYELMEZTETÉS

A megfelelő, az adagolás fejezetben előírt labor-kontrollvizsgálatok (véralvadási idő, ill. APTI) rendszeres elvégzése, valamint a tartós nagyadagú heparin kezeléskor a vérlemezke szám ellenőrzése is szükséges. Ezért a terápiás célból történő nagy adag alkalmazása gyógyintézetben ajánlott. Profilaktikus kezelés járóbeteg-rendelés keretében is végezhető.
Terheseknek és általános leromlott állapotú betegeknek csak fokozott körültekintéssel adható.
A heparin molekula negatív töltése miatt számos gyógyszerrel in vitro komplexetképez, ezért beadáskor semmilyen más gyógyszerrel nem keverhető

MEGJEGYZÉS

Csak vényre adható ki egyszeri alkalommal. Az orvos akkor rendelheti, ha ezt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.
Lejárati idő: 2 év.
Tárolás: Fénytől védve, hűvös helyen tartandó.

CSOMAGOLÁS

1 × 2 ml-es üveg,
10 × 2 ml-es üveg (bontható).

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest

OMKER

ORVOSI MŰSZERKERESKEDELMI VÁLLALAT

1989. I. FÉLÉVI KIÁLLÍTÁSI PROGRAMJA

Május 9—12. ORVOSI MŰSZEREK AZ NDK-ból
címmel bemutatót rendezünk az MLW INTERMED Magyarországon forgalmazott termékeiből.
Május 23—26. Kisszámítógépek az egészségügyi intézményekben II.
MŰSZAKI GAZDÁLKODÁSI RENDSZEREK
címmel bemutató az ORKI és az OMKER rendezésében.

Kiállításaink helyszíne az OMKER BEMUTATÓTEREM, Budapest, VI., Népköztársaság útja 36.
Telefon: 533-640, 118-060.
Nyitva: naponta 9—16 óráig.

Az OMKEREXPO'89 nemzetközi orvosi műszer- és készülék kiállítást a SOTE Elméleti Tömbjében, Budapest, VIII., Nagyvárad tér 4. sz. alatt rendezzük meg.
A programban változás lehetséges.

HELYESBÍTÉS

Kérjük szíveskedjék figyelembe venni, hogy e szám színes hirdetéseiben szereplő készítmények rendelhetősége és ára megváltozott.

TARDYFERON® retard drazsé

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

CSOMAGOLÁS: 20 drazsé

bébé-TARDYFERON® retard drazsé

MEGJEGYZÉS: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.

EGIS GYÓGYSZERGYÁR, BUDAPEST

Kiadja a Medicina Könyvkiadó Vállalat, 1054 Budapest V., Beloiannisz u. 8. Megjelenik 15 300 példányban
A kiadásért felel Prof. Dr. Árky István igazgató
Telefon: 310-781
Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900),
közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Szerkesztőség: 1363 Budapest V., Münnich Ferenc u. 32. I. Telefon: 325-109, ha nem felel: 327-530/135
Előfizetési díj egy évre 1296,— Ft, negyedévre 324,— Ft, egyes szám ára 25,— Ft
Széchenyi Nyomda, Győr 89.8049 — Felelős nyomdavezető: Nagy Iván igazgató

INDEX: 25 674 ● ISSN 0030—6002