75 Ft

Orvosi Hetilap

1995. február 5. 136. évfolyam — 6. szám

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK

Életet veszélyeztető ritmuszavarok kezelése implantálható cardioverter-defibrillátorral
Tenczer József dr. 283

KLINIKAI TANULMÁNYOK

A magzatok vérkeringésének vizsgálata ikerterhességekben
Jakobovits Ákos dr., Jörn Hendrik 285

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

Módszer a nyelőcsőszűkületek funkcionális mértékének és a nyelőcsőtágítás hatékonyságának megítélésére
Tóta Julianna dr., Surján György dr. 291

ÚJABB TERÁPIÁS ELJÁRÁSOK

A beültethető pacemaker-cardioverter-defibrillátor
Richter Tamás dr., Borbola József dr., Árvay Attila dr. 295

Transzvenás, subcutan patch nélküli pacemaker-cardioverter-defibrillátorokkal szerzett tapasztalataink
Gyöngy Tibor dr., Merkely Béla dr., Tenczer József dr., Vecsey Tibor dr., Horkay Ferenc dr., Kalmár Imre dr., Matkó Ida dr., Solti Ferenc dr., Bodor Elek dr. 299

HORUS

A Weszprémi-biográfia kérdőjelei
Szállási Árpád dr. 305

A Szent Margit Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztályának története
Verő Tibor dr. 307

A SPRINGER-VERLAG ÚJDONSÁGAI 311

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK 313

BESZÁMOLÓK 324

KÖNYVISMERTETÉSEK 326

GYÓGYSZER HÍRADÓ 327

HÍREK 334

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK 333

OH-QUIZ 335

ELMÉLETI TÖMB KÖZÖS KÖNYVTÁRA 1089 Budapest Nagyvárad tér 4.

Springer

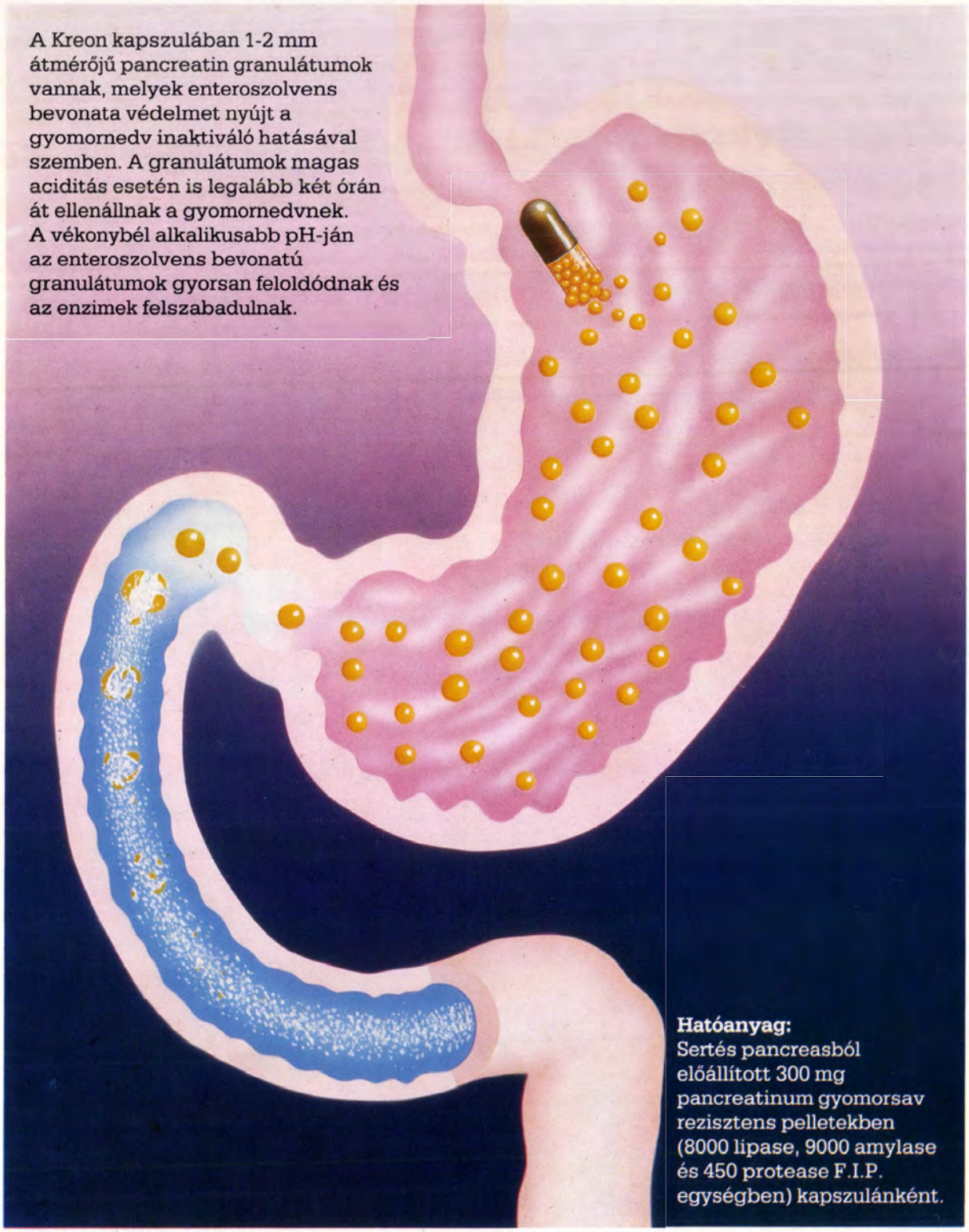
Markusovszky Alapítvány

ORV. HETIL. HU ISSN 0030-6002 136 (1995) 6. 281—336 · Printed on acid free paper
Indexed in Index Medicus, Medline, Excerpta Medica

®KREON

KAPSZULA

A Kreon kapszulában 1-2 mm átmérőjű pancreatin granulátumok vannak, melyek enteroszolvens bevonata védelmet nyújt a gyomornedv inaktiváló hatásával szemben. A granulátumok magas aciditás esetén is legalább két órán át ellenállnak a gyomornedvnek. A vékonybél alkalikusabb pH-ján az enteroszolvens bevonatú granulátumok gyorsan feloldódnak és az enzimek felszabadulnak.



Hatóanyag:
Sertés pancreasból előállított 300 mg pancreatinum gyomorsav rezisztens pelletekben (8000 lipase, 9000 amylase és 450 protease F.I.P. egységben) kapszulánként.

® Kali-Chemie Pharma GMBH, Hannover (NSZK licenc alapján)

CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
1045 Budapest, Tó u. 1–5. Levélcím: 1325 Budapest, Pf. 110. Telefon: 169-0900

Hungarian Medical Journal

February 5, 1995. Volume 136. No. 6.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSZKY LAJOS' FOUNDATION

Treatment of life threatening rhytmdisorders with implantable cardioverter-defibrillator
Tenczer, J. 283

CLINICAL STUDIES

Fetal blood flow velocimetry in multiple gestations
Jakobovits, Á., Jörn, H. 285

ORIGINAL ARTICLES

Method for establishing of functional degree of the esophageal stricturs and effectiveness of dilatation
Tóta, J., Surján, Gy. 291

NEWER THERAPEUTIC METHODS

The implantable pacemaker-cardioverter-defibrillator
Richter, T., Borbola, J., Árvay, A. 295

Clinical experiences with transvenous pacer-cardioverter-defibrillators without subcutaneous patch
Gyöngy, T., Merkely, B., Tenczer, J., Vecsey, T., Horkay, F., Kalmár, I., Matkó, I., Solti, F., Bodor, E. 299

HORUS

Questions of Weszprémi's biography
Szállási, Á. 305

History of the Department of Obstetrics and Gynecology, Saint Margaret Hospital, Budapest
Verő, T. 307

NEW BOOKS OF SPRINGER-VERLAG 311
FROM THE LITERATURE 313
CONGRESS REPORTS 324
BOOK REVIEWS 326
DRUG NEWS 327
NEWS 334
OH-QUIZ 335

Előfizetésben terjesztí a Magyar Posta Rt.
Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest, XIII., Lehel út 10/a. 1900,
tel.: 270-2229) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,
1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

136. évfolyam 6. szám — 1995. február 5.

A MARKUSOVSZKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSZKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

Árky István dr., Boda Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr., Hankiss János dr., Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi György dr., Lampé László dr., Nász István dr., Ozsváth Károly dr., Paál Tamás dr., Petrányi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr., Romics László dr., Várnai Ferenc dr.

Szerkesztők — Editors

Betkó János dr., Btage Zsuzsanna dr., Gerencsér Ferenc dr., Hidvégi Jenő, Incze Ferenc dr., Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

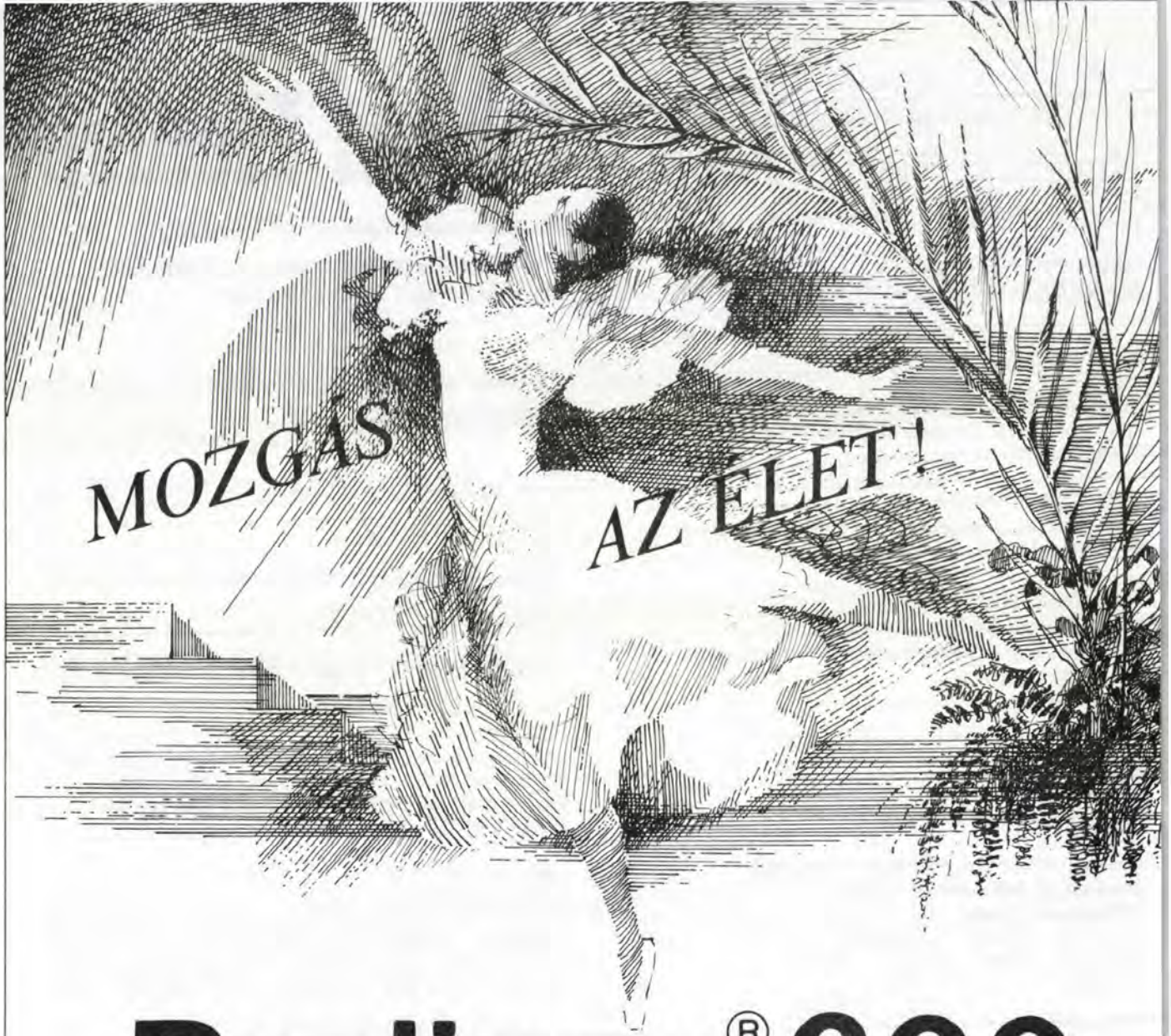
Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), R. Berensmann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci (Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey), N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), G. Nagy (Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo), G. Weber (Indianapolis)

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII.,
Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410.
Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973
A kiadásért felel: Prof. Dr. Árky István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7.,
Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda Kft., Győr 95.24905.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030—6002

ELMÉLETI ORVOSI KÖZÖS KÖNYVTÁRA



Prolixan® 600

azapropazon

Válassza elsőként az oszteoarthrózis kezelésére

- porckímélő nem-szteroid
- gyors, erős és tartós fájdalomcsillapító
- meghosszabbítja a beteg izület élettartamát
- hosszantartó kezelés során is jól tolerálható

ALKALOIDA

SIEGFRIED PHARMA

További információk a részletes alkalmazási előiratban. ALKALOIDA RT Marketing, Tiszavasvári 4440 Pf.1. Tel.: 42-372-511

SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNY

Életet veszélyeztető ritmuszavarok kezelése implantálható cardioverter-defibrillátorral

Tenczer József dr.

Szent Imre Kórház, V. Belgyógyászat—Kardiológia, Budapest (osztályvezető főorvos: Tenczer József dr.)

E számunkban az életet veszélyezető malignus kamrai ritmuszavarok (kamrai tachycardia, kamrafibrilláció) implantálható cardioverter-defibrillátor kezeléséről, a kezelés első hazai tapasztalatairól számol be két munkacsoport. Hazánkban elsőként *Richter, Borbola* és *Árvay* alkalmazott cardioverter-defibrillátor kezelést malignus kamrai ritmuszavarokban. Az általuk alkalmazott cardioverter-defibrillátor már nem igényelt thoracotomiát, de a transzvénásan bejuttatott elektródok mellett egy subcután lapelektróda felhelyezésére is szükség volt. *Gyöngy, Merkely és mtsai* által implantált cardioverter-defibrillátor már kizárólag transzvénás elektródok alkalmazásával is képes a malignus kamrai ritmuszavarok megszüntetésére.

A két közlemény megjelenése kapcsán, ezen új terápiás eljárás hazai bevezetésekor fontosnak és időszerűnek látszik röviden összefoglalni az implantálható cardioverter-defibrillátorok helyét, szerepét az életet veszélyeztető kamrai ritmuszavarok kezelésében. Jól ismert tény, hogy a cardiovascularis eredetű halálozás több mint fele hirtelen halál, s hogy a hirtelen szívhalál túlnyomó részének hátterében kamrai tachycardia vagy kamrafibrilláció áll. Azok a betegek, akiknél a malignus ritmuszavar nem vezet halálhoz, mert az újraélesztés sikeres volt, ill. mert az aritmia spontán vagy gyógyszeres kezelésre megszűnt, a hirtelen szívhalál tekintetében egy igen magas veszélyeztetettségű csoportot alkotnak. Ezen betegcsoport kétéves mortalitása 20—40% között van. A halál típusa az esetek túlnyomó többségében hirtelen szívhalál. A malignus kamrai ritmuszavarban szenvedő betegek kezelése két fő részre bontható: 1. az alapbetegség gyógyszeres és nonfarmakológiai kezelése; 2. a ritmuszavar gyógyszeres és nonfarmakológiai kezelése. Az alapbetegség kezelése (akár gyógyszeres, akár nonfarmakológiai kezelés) csak kismértékben, az esetek kis százalékában befolyásolja a malignus kamrai ritmuszavart.

Alapvető fontosságú tehát maguknak a malignus ritmuszavaroknak a kezelése is. Az elmúlt időben a malignus ritmuszavarok kezelése antiaritmiás gyógyszerek adását jelentette az esetek túlnyomó többségében. A ritkán alkalmazott sebészi terápia mellett, az elmúlt évtizedben az ablációs technikák, ill. a cardioverter-defibrillátorok megjelenése jelentősen módosította ezen ritmuszavarok kezelését. A gyógyszeres kezelés a korábbi években döntően a Vaughan Williams klasszifikáció szerinti I. osztályba tartozó szerekkel történt (pl: chinidin, prokainamid). Bár az invazív elektrofiziológiai vizsgálatokkal, ill. Holter EKG-val irányított antiaritmiás kezelés, a gyógyszer hatásosságának megítélése tekintetében előbbrelépést jelentett, az empirikusan adott II. és III. osztályba tartozó szerek kedvezőbb hatása a malignus kamrai ritmuszavarok kezelésében egyre nyilvánvalóbb. Az empirikusan adott II. és főleg III. osztályba tartozó szereknek a mortalitásra, az aritmia ismételt jelentkezésére való hatása felülmúlja az I. osztályba tartozó antiaritmiás szerek hatását. Bár a betablokkolók, az amiodaron, a sotalol hatása jóval kedvezőbb, mint az I. osztályba tartozó szereké, a mortalitás, a ritmuszavarok újrafellépte e kezelés ellenére még mindig magas. A klinikai gyakorlatban 1980-ban bevezetett implantálható cardioverter-defibrillátorokkal szerzett tapasztalatok alapján megállapítható, hogy ezen eszközök alkalmazásával a malignus kamrai ritmuszavarban szenvedők mortalitási adatai jelentősen javultak — a gyógyszeres, sebészi, ill. ablatiós kezelés eredményeihez képest. Jelenleg számos prospectiv, randomizált vizsgálat van folyamatban, melyek a hatásosnak tartott gyógyszerek (nagyrészt a III. és a II. osztályba tartozó szerek) és az implantálható cardioverter-defibrillátor kezelés hatékonyságát vetik össze. Ezek a gyógyszeres kezelés szempontjából placebó kontrollált vizsgálatok, melyek arra az eddig megválaszolatlan kérdésre is feleletet adnak, hogy az antiaritmiás kezelés a „placebós" kezeléshez képest (ez jelenti a cardioverter-defibrillátoros csoportot) milyen hatást fejt ki. Ilyen vizsgálatokat korábban cardioverter-defibrillátor védelem nélkül nem lehetett végezni. Ezek a vizsgálatok, ebben a magas rizikójú betegcsoportban a kezelési módok hatékonyságának reálisabb megítélését teszik lehetővé. Összegezve megállapítható, hogy a cardioverter-defibrillátorok jelentős előrelépést jelentenek a malignus kamrai ritmuszavarok kezelésében, s szerepük a jövőben várhatóan növekedni fog.

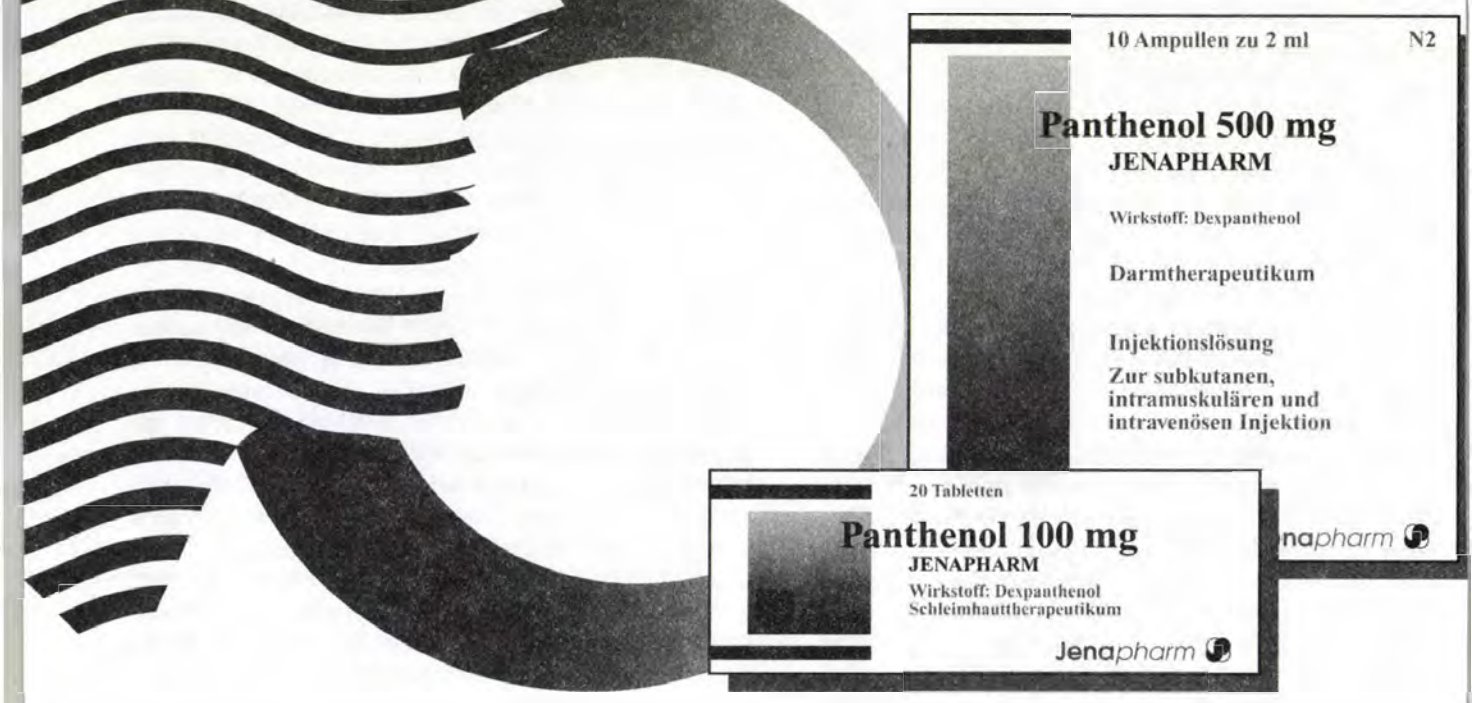
(Tenczer József dr., *Budapest*, Pf. 4. 1502)

Panthenol

JENAPHARM

A készitmény tablettánként 100 mg, ampullánként 500 mg dexpanthenolt tartalmaz.

A Panthenol készitmények hatóanyaga a B vitaminok csoportjába tartozó anyag és a Koenzim A fö alkotóeleme. Ennek az enzimnek kulcsszerepe van a bör és nyálkahártyák fiziológiás állapotának fenntartásában, illetve léziójuk esetén azok regenerációjában. E hatása következtében az utóbbi évtizedben a pantoténsav gyógyászati jelentösége fokozódott nem utolsó sorban a levegöszennyeződés és allergiás diszpozíció megnövekedett volta miatt.



Jenapharm

Javallatok
Panthenol tabletta
Nyálkahártya betegségek kiegészítő kezelése a légutak gyulladásos betegségeiben (mint pl. hörgő- és garatnyálkahártya gyulladás, orrnyálkahártya-, hörgő- és gégehurut, szájnyálkahártya-gyulladás, orrnyálkahártya-, hörgő- és gégehurut, szájnyálkahártya-gyulladás, tonsillectomia utókezelése).
Olyan pantoténsav-hiányállapotok kezelése, amelyek étkezés útján nem rendezhetők, mint például a lábujjak és a talp fájdalmas állapotai (burning feet szindroma).

Panthenol injekció
Olyan pantoténsav-hiányállapotok kezelése, amelyek táplálkozás útján nem rendezhetőek, mint pl. komplett parenterális táplálás kapcsán alkalmazott vitaminszubsztitúci krónikusan dializált betegek vitaminpótlása, pantoténsav-hiány okozta paraesthesiák, valamint a lábujjak és a talp fájdalmas állapota (burning feet szindroma).

Ellenjavallatok
Nem ismeretesek.

Csomagolás:
injekció 10 db 2 ml-es ampulla
tabletta 20 db à 100 mg hatóanyaggal

JENAPHARM Információs Iroda
1277 Budapest, Pf. 29.
Tel./Fax: 212-2796

JENAPHARM GmbH
Otto-Schott-Str. 15.
D-07745 Jena

A magzatok vérkeringésének vizsgálata ikerterhességekben

Jakobovits Ákos dr.* és Jörn Hendrik dr.

Aacheni RWTH, Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Jung Hugo dr.)

A szerzők 31 kettes és 3 hármas ikerterhesség utolsó trimeszterében színkódolt pulzatilis Doppler-technikát alkalmazva vizsgálták anyai oldalon a méh, magzati oldalon a köldökzsinór arteria, a magzat szervezetében pedig az arteria cerebri media és renalis vérkeringését. A 68 élve született magzat közül 31 (45,6%) testsúlya a terhesség korának megfelelt, 37-é (54,4%) pedig kisebb volt a normális ikermagzatsúly 10. percentilisénél. Utóbbi 37 magzat közül 15 súlya lepényelégtelenségre, 22-é pedig egyéb okra volt visszavezethető. A 22 kis súlyú magzat rezisztencia indexe mind a négy vizsgált érben valamivel nagyobb volt a kontrollokénál. A placenta betegsége miatt retardáltak köldökzsinór-véráramlásának rezisztencia indexe szignifikánsan nagyobb volt a kontrollokénál (0,77±0,19 vs. 0,61±0,04), az arteria cerebri mediáé viszont kisebb, mint a kontrolloké (0,70±0,05 vs. 0,79±0,11). Ezek az agykímélő hatást jelző adatok konkordáns és diszkordáns retardáció esetén egyaránt hasonlók a placenta elégtelenségből kifolyólag retardált szinguláris magzatok vérkeringés-redistributiójához.

Kulcsszavak: ikerterhességek, színes Doppler-szonográfia

Fetal blood flow velocimetry in multiple gestations. Blood flow velocity waveforms in maternal uterine and fetal umbilical, middle cerebral and renal arteries were studied utilizing color coded pulsed Doppler ultrasound in 31 twin and 3 triplet gestations during the last trimester. Thirty-one (45.6%) out of 68 neonates were born with appropriate body weight for gestational age. Thyrty-seven (54.4%) babies were small for gestational age. Of the last mentioned 37 infants 15 were small as a result of placental insufficiency. The remaining 22 babies were growth retarded due to other causes. Their resistance indices were slightly higher than in the controls in all of the investigated blood vessels. In the group of growth retarded babies due to placental insufficiency, the resistance indices of the umbilical arteries were significantly higher than those of controls (0.77±0.19 vs. 0.61±0.04). In contrast the resistance index values of the middle cerebral arteries were lower (0.70±0.05 vs. 0.79±0.11). The authors conclude that these data indicate brain sparing effect associated with placental insufficiency both in concordant and discordant growth retarded twins and triplets. This phenomenon is similar to the blood flow redistribution that occurs in growth retarded singletons in connection with placental insufficiency.

Key words: multiple pregnancies, color Doppler sonography

Ma már közhelynek számít *Babson és mtsai* (1) három évtizeddel ezelőtti megállapítása, hogy az ikermagzatok perinatális halálozása tízszerese a szinguláris oknak, annak ellenére, hogy az ikerterhességek viszonylag ritkák. A perinatológia haladása látványos eredményeket ért el a szinguláris terhességekben, ez azonban kevésbé mondható az ikerterhességekre, amelyek aránytalanul gyakran szembesítenek bennünket ma is kedvezőtlen eredményekkel (25). Ennek oka jelentős mértékben a viszonylag sok ikerkoraszülött, és közöttük gyakori a retardáltan fejlett (12). Szinguláris terhességekben a lepény betegsége következtében retardált magzatok vérkeringése átrendeződik, amire az arteria cerebri media és arteria renalis véráramlás sebesség hullámformáinak indexei utalnak (14, 15, 24, 31). A perinatális gemellológiával foglalkozók a vérkeringésvizsgálatokat is megragadják az eredmények javítására, az eddig közölt vizsgálatok többsége mégis a köldökzsinórarteria véráramlására szorítkozott, és alig találunk az irodalomban agyi és veseartériára vonatkozó adatot (3, 18, 19), holott ezeknek különös jelentősége van.

Ebben a munkánkban jelenleg csúcstechnikának tekinthető színkódolt és pulzatilis Doppler-készülékkel végzett véráramlás-vizsgálatokról számolunk be normálisan fejlett, a terhesség korához viszonyítva kis súlyú és placentaris okok következtében a növekedésben retardált ikermagzatokban. Célunk e csoportokba tartozó magzatok véráramlás-indexeinek összevetése volt, továbbá annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy ikermagzatokban a lepényi eredetű retardáltak vérkeringésének redistributiója a szinguláris magzatokhoz hasonlóan bekövetkezik-e és ha igen, az csak az egyik vagy mindkét magzatra vonatkozik.

* Alexander von Humboldt Alapítvány ösztöndíjasa.
Állandó munkahelye: Ceglédi Toldy Ferenc Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 31 kettes és 3 hármas ikerterhesen végeztük színes Doppler-szonográfiás (Acuson 128 XP/10) készülékkel. A vizsgált erek az anyai szervezetben a méh-, a magzatok részéről pedig a köldökzsinór-arteriák, az arteria cerebri media és renalis voltak. A vizsgálatok módját előző közleményeinkben részletesen ismertettük (13, 14). A terheseket és magzataikat az utolsó trimeszterben összesen 82 alkalommal, utoljára a szülés napján, vagy az azt megelőző tíz napon belül vizsgáltuk.

Az egyes erekben mért utolsó velocimetriás eredményeket, rezisztenciaindexeket (RI) átlagoltuk az egyes csoportokban és azt értékeltük ki. Ha a kétoldali méharteria-véráramlássebesség hullámformáinak indexei között 25%-osnál nagyobb eltérés volt, akkor a kettő középértékét vettük számításba. Kórosnak tekintettük a vizsgált erekben a systole végi-diastole elejei, azaz a postsystoles incisurát (early diastolic notch), diastole végén a véráramlás megszűntét (zero flow) vagy a visszafelé folyást (reverse flow).

A magzatok szívműködésének frekvenciaváltozását Hewlett—Packard 8040A típusú kardiotokográfiás (CTG) készülékkel vizsgáltuk. Kórosnak tekintettük a késői, a súlyos változékony deceleratiót, az elhúzódó bradycardiát vagy tachycardiát, az oszcilláció beszűkülését (10).

A köldökzsinórvér sav-bázis- és vérgázértékeit Acid Base Analyser ABL 30 (Radiometer, Coppenhagen, Dánia) készülékkel határoztuk meg.

A magzatok születési súlyát a normális ikermagzatokra ultrahanggal megállapított súlygörbével vetettük össze (28). A magzatok születési súlyát a terhességi kornak megfelelő normális súllyal osztva, a 0,8-nál kisebb hányados < 10 percentilisnek felel meg (20). Ezeket az újszülötteket tekintettük a gestatiós korhoz viszonyítva kis súlyúaknak.

Lepényelégtelenségre a vérkeringés redistributiója: fokozott perifériás és csökkent centrális ellenállás (33, 34), valamint a lepényben fellelhető kóros elváltozások: fokozott fibrinlerakódás, makro-, illetve mikroinfarktusok, idő előtti boholyöregedés, apró, zsugorodott, túlérett, fibrosisos, ér nélküli bolyhok és beszűkült, vagy elzáródott erek alapján következtettünk (11).

A fentieken kívül figyelembe vettük a szülések módját, az Apgar-értékeket és az újszülöttek intenzív osztályra küldését.

Statisztikai analízisre a Student-féle t tesztet használtuk.

Eredmények

A terhesek életkora 21—39 (az átlag 28,6) év, a terhességek kora pedig 30—39 (az átlag 35,6) hét volt. 18 asszony először, 12 másodszor, 3 harmadszor vagy negyedszer szülő volt.

A vizsgált terheseknek összesen 71 magzata volt, közülük 68 élve született és 3 méhen belül elhalt. Az újszülöttek súlya 1170 és 4050 g között (az átlag 2351,8 g) volt. A 68 élve született magzat közül 31 (45,6%) súlya a terhességi kornak megfelelt, 37 (54,4%) magzaté pedig a normális 10. percentilisénél kevesebb volt. Utóbbi 37 közül 15 magzat retardált növekedését placentaris betegségből származtattuk, míg 22 magzat egyéb okokból kifolyólag volt kis súlyú. A 15 lepényelégtelenség miatt retardált magzat közül 2 ikertestvér volt, 11 ikerpárban viszont csak az egyik magzat volt retardált. A 15 placentabetegség következtében retardált közül 11 magzat a 37. terhességi hét előtt született, ezzel szemben a 22 egyéb ok következtében retardált közül 13 és a kontroll 31 közül 17 volt a koraszülött.

A terhességi kornak megfelelő nagyságú magzatok átlagos súlya mintegy 30%-kal nagyobb volt, mint a < 10. percentiliseké *(l. táblázat)*. Több primipara volt a kis súlyúak között. Ugyancsak gyakrabban észleltük a szívműködés kóros frekvenciaváltozásait és Doppler-szonográfiás jeleket a kis súlyú magzatokban. Az újszülöttek állapotára utaló Apgar-, köldökzsinórvér-biokémiai eredmények kedvezőbbek voltak a terhességi kornak megfelelő súlyú újszülöttekben, és ezt tükrözi némileg az is, hogy az intenzív osztályra közel háromszor több kisebb súlyú újszülöttet kellett küldeni, mint átlagosan fejlettet.

A vizsgált erek, az arteria cerebri media kivételével, véráramlás-sebesség hullámformáinak indexértékei a kis súlyú magzatokban nagyobbak voltak, mint a terhességi korhoz viszonyítva normálisan fejlettekben, ami az erek

1. táblázat: Anyai, magzati és újszülött adatok az átlagosan fejlettek, a nem lepényi és lepényi okokból kis súlyúak csoportjában

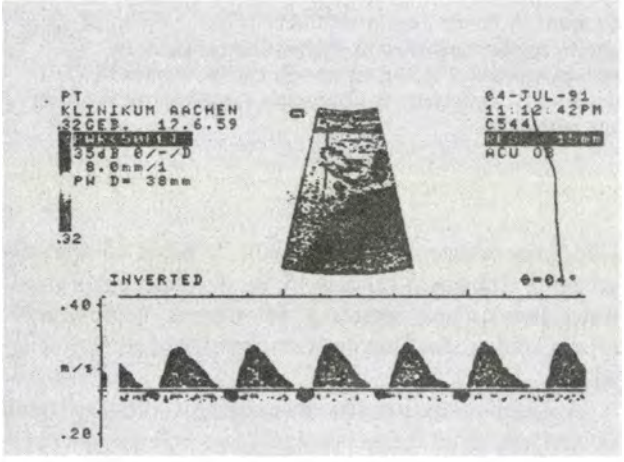
	> 10. percentilis	< 10. percentilis		
	Kontroll csoport n = 31	Nem lepényi n = 22	Plac. insuff. n = 15	P*
Születési súly (g)	2665,8 ±837,4	1986,4 ±461,2	1819,6 ±428,3	<0,005
Anya életkora (év)	29,9 ±7,9	27,7 ±7,1	27,8 ±6,3	n. sz.
Primipara	4	3	8	<0,001
Terhességi kor szüléskor (hét)	36,7 ±2,2	35,5 ±2,7	34,6 ±2,9	n. sz.
Kóros CTG	2	3	5	<0,001
Kóros Doppler	0	2	12	<0,001
Császármetszés	10	4	9	n. sz.
Apgar 1' ≤ 6	4	8	5	<0,01
Apgar 5' ≤ 6	2	1	3	n. sz.
Köldökvér pH	7,31 ±0,04	7,27 ±0,0,6	7,23 ±0,05	n. sz.
pO_2(Hgmm)	29,1 ±5,84	26,3 ±6,17	22,5 ±5,17	n. sz.
pCO_2(Hgmm)	39,8 ±7,43	52,1 ±7,9	56,5 ±8,7	n. sz.
Bázis excessus	−5,02 ±2,76	−5,30 ±2,74	−5,35 ±2,62	n. sz.
Intenzív osztályra helyezve	4	4	9	<0,01

*A lepényelégtelenség miatt retardáltak értékei a normális magzatokéhoz viszonyítva

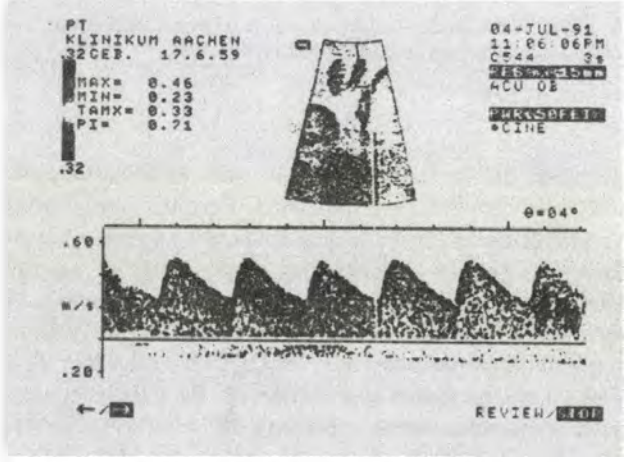
2. táblázat: A normális, a gestatiós korhoz viszonytíva kis súlyú és a lepényelégtelenség miatt retardált magzatok Doppler szonográfiás rezisztencia index értékei

Vizsgált ér	>10. percentilis Kontroll csoport n = 31	<10. percentilis Nem lepényi ok n = 22	<10. percentilis Plac. insuff. n = 15	P*
A. uterina	0,44±0,12	0,47±0,05	0,49±0,08	n. sz.
A. umbilicalis	0,61±0,04	0,68±0,09	0,77±0,19	<0,001
A. cerebri media	0,79±0,11	0,83±0,08	0,70±0,05	n. sz.
A. renalis	0,89±0,06	0,94±0,05	0,96±0,07	n. sz.

*A lepényelégtelenség miatt retardáltak értékei a normális magzatokéhoz viszonyítva



1. ábra: S. J. 25 éves, először terhes asszony kettes ikerterhességében magzatok közti transzfúziós szindróma. A 32. terhességi héten a császármetszés előtti napon a donor magzat köldökzsinór arteriában a diastoles véráramlás előrefelé megszűnt, regurgitáció (reverse flow) látható. A rezisztencia index 1,15 jóval a terhességi kornak megfelelő 0,75 felett van



2. ábra: Ugyanazon ikerpár recipiens magzatának köldökzsinór arteria véráramlás sebesség normális hullámformái

nagyobb ellenállására és ugyanakkor a csökkent véráramlásra utalt *(2. táblázat)*. Ha a normálisan fejlettek adatait a lepényi eredetű retardált magzatokéval hasonlítottuk össze, a különbségek még feltűnőbbek: a méh-, a köldökzsinór- és vesearteriák indexei nagyobbak, az arteria cerebri mediáé viszont kisebb. A különbség azonban csak az arteria umbilicalis esetében szignifikáns.

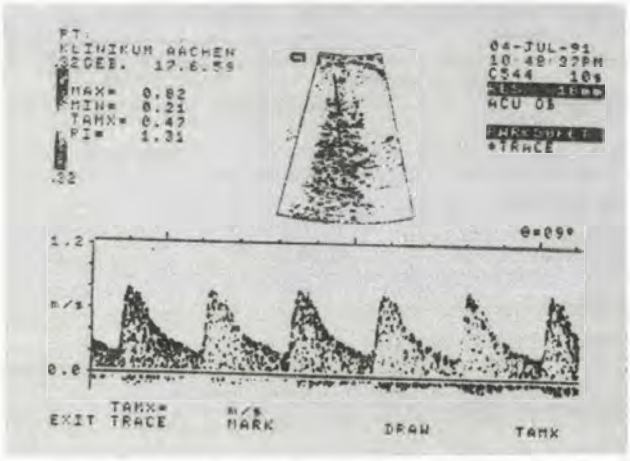
Diszkordáns növekedés (a kisebb ikermagzat születési súlya ≥25%-kal kisebb volt a testvéréénél) két (egy kettes és egy hármas iker) terhességben fordult elő. A különbségért egyik esetben a magzatok közti transzfúziós szindróma, a másikban pedig lepénykárosodás, illetve fejlődési rendellenesség okolható.

S. J. 25 éves, először terhes asszonynál polyhydramnion miatt háromszor történt amniocentesis, összesen 6700 ml magzatvíz lebocsátásával. A kisebb donor magzat köldökzsinór-arteriájában diastoles retrograd folyás volt észlelhető *(1. ábra)*. A recipiens köldökzsinór arteriájában és arteria cerebri mediájában a véráramlás normális volt *(2. és 3. ábra)*. A donor veséjének arteriájában nagy (RI: 0,86, a normális maximális 0,70 helyett), az arteria cerebri mediájában viszont kis ellenállás volt észlelhető *(4. ábra)*. A kóros CTG- és Doppler-szonográfiás vizsgálati eredmények miatt került sor a terhesség 32. hetében az egypetéjű 2030 g-os recipiens és az 1220 g-os (40%-kal kisebb) donor fiú világrahozatalára császármetszéssel. A donor magzat Apgar-értékei: 1': 7, 5': 9, 10': 10, a köldözsinórvér pH: 7,142, a pCO_2: 58,9 és a bázis excesszus: –7,6 volt. A lepényben a két placentafél közti arteriovenosus anastomosison kívül lényeges kóros eltérés nem volt észlelhető. A donor anaemiáját transzfúzióval sikerült rendezni. A recipiens újszülött korábban Klebsiella sepsisben betegedett meg, antibiotikumok hatására gyógyult.

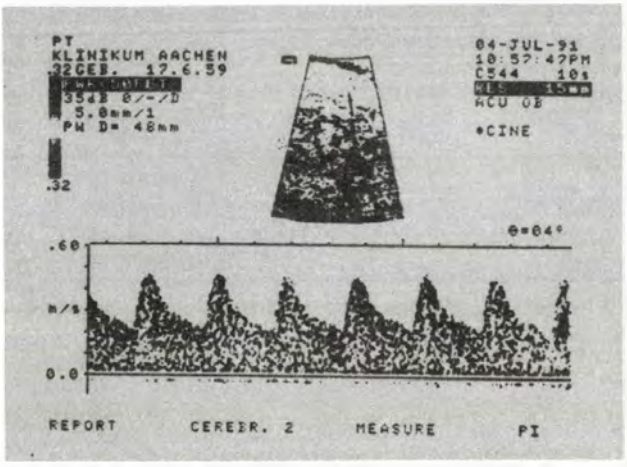
A 3 méhen belül elhalt magzat elhalás előtti Doppler-szonográfiás eredményei kórosan nagy érellenállásra utaltak. A placentákban pedig súlyos histomorphologiai károsodások voltak láthatók. Mindhárom magzat testsúlya az elhalás idejében a terhességi kornak megfelelőnél kisebb volt.

Megbeszélés

Az ikermagzatok viszonylag nagy perinatális morbiditása és mortalitása jelentős mértékben a kis súlyú magzatok világra jövetelével magyarázható, akár koraszülés, akár retardált növekedés vagy mindkettő következménye. Anyagunkban a 68 élve született ikermagzat több mint felének a testsúlya a terhességi korhoz viszonyítva kicsi volt. Megítélésünk szerint 15 kis súlyú magzatnak a lepény betegsé-



3. ábra: A recipiens magzat arteria cerebri mediájában a véráramlás sebesség hullámformái normálisak



4. ábra: A donor magzat rosszabbodó keringése miatt az arteria cerebri mediában az érellenállás csökkent (a rezisztencia index 0,50 a terhességi kornak megfelelő minimum 0,75 helyett), a véráramlás fokozódott és javult az agy vérellátása

ge idézte elő a retardáltságát. A méh- és köldökzsinór-arteria véráramlásának pulzatilis Doppler-szonográfiás vizsgálati eredményei a lepény állapotára engednek következtetni, romlása kórélettanilag a respiratiós és nutritív elégtelenségben fejeződik ki (16, 30). Elegendő oxigén és tápanyag hiányában a keringés az ikermagzatokban is átrendeződik az életfontos agy, szív, mellékvese javára, és a többi, kevésbé fontos szerv rovására. Ez a legjellegzetesebben az arteria cerebri mediában a véráramlás fokozódásával és a renalisban az áramlás csökkenése révén mutatkozik meg (2). Az agykímélő hatás azonban csak lepényelégtelenség eseteiben mutatható ki (33, (4). Retardált ikermagzatainkban megerősíthettük ezt a szinguláris magzatokban tett megfigyelést. Lepényelégtelenség okozta retardált növekedés esetén, ha a folyamat diszkordáns, akkor csak az egyik, ha konkordáns, akkor mindkét magzatban észlelhető a keringés redistributiója. Retardált ikermagzataink Doppler-szonográfiás eredményei hasonlítanak *Veille* és *Cohen* (32) szinguláris magzatokon ugyancsak a 3. trimeszterben végzett vizsgálati eredményeire, amelyek szignifikánsan nagyobb ellenállást mutattak a lepényelégtelenségből kifolyólag retardáltak arteria umbilicalisában.

Az elhalt magzatok testsúlya, elhalás előtti Doppler-szonográfiás vizsgálati eredménye és a placentakárosodások alapján arra következtettünk, hogy a lepényelégtelenség előbb retardált növekedést, majd a magzat elhalását idézte elő. A koraszülés ilyenkor életmentő lehet, mert a magzatnak a kedvezőtlen méhen belüli környezetben maradása, a lepény egyre csökkenő működése miatt életveszélyes.

Ikermagzatok közti transzfúzió esetén a donor magzatban figyeltük meg az agykímélő hatást. A donor magzat retardált volt, a recipiens súlya viszont a terhesség korának megfelelt, azaz eutrophiás volt. A magzatok közti transzfúziós szindrómát illetően jelentősek a véleménykülönbségek: egyesek szerint a donor magzatok köldökzsinór-arteria véráramlásindexei nagyok (7, 26, 27, 35) mások szerint a donor és recipiens között nincs különbség, többnyire normálisak (17, 23, 29), ismét mások szerint a köldökzsinór-arteriában a normális és kóros véráramlássebesség ciklusosan változik (5, 9). A transzfúziós szindróma kezelésének sikerét a két magzat köldökzsinór-arteria konkordáns Doppler-velocimetriás eredményei jelzik (4).

A Doppler-szonográfia hasznosságát illetőleg mind szinguláris, mind ikerterhességekben a vélemények eltérnek. Több szerző szerint a veszélyeztetett magzatok azonosítására, illetve állapotuk felügyeletére alkalmas, és ezért a szülészeti kezelést befolyásolhatja, de rutintesztként nem ajánlják (6—8, 21—23). Vizsgálataink szerint a Doppler-szonográfia szinguláris és ikermagzatok esetén egyaránt képes a normális és kóros vérkeringés kimutatására. A szinguláris és ikermagzatok vérkeringése azonos behatásokra hasonló módon reagál. Megítélésünk szerint a Doppler-szonográfia annak ellenére, hogy még kísérleti stádiumban van, és csupán egyike a magzat jóllétét ellenőrző módszereknek, jelentős segítséget nyújthat az ikermagzatok állapotának becslésében.

IRODALOM: 1. *Babson, S. G., Kangas, J., Young, N. és mtsa:* Growth and development of twins of dissimilar size at birth. Pediatrics, 1964, *33,* 327—333. — 2. *Campbell, S., Vyas, S. Nicolaides, K. H.:* Doppler investigation of the fetal circulation. J. Perinat. Med., 1991, *19,* 21—26. — 3. *Degani, S., Paltiely, J., Lewinsyk, R. és mtsai:* Fetal internal carotid artery flow velocity time waveforms in twin pregnancies. J. Perinat. Med., 1988, *16,* 405—409. — 4. *Dickinson, J. E, Newnham, J. P., Phillips, J. M.:* Concordance in umbilical artery Doppler velocimetry is an indication of successful therapy in twin-twin transfusion syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170,* 402. — 5. *Erskine, R. L. A. Richie, W. K., Murnaghan, G. A.:* Antenatal diagnosis of placental anastomosis in twin pregnancy using Doppler ultrasound. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1986, *93,* 955—959. — 6. *Gaziano, E, Calvin, S., Bendel, R. és mtsai:* Are realtime ultrasound and umbilical artery Doppler findings useful in predicting specialized care for fetuses from twin pregnancies? Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170,* 405. — 7. *Gaziano, E. P., Knox, E., Bendel, R. P. és mtsai:* Is pulsed Doppler velocimetry useful in the management of multiple-gestation pregnancies? Am. J. Obstet. Gynecol.,



AXID®

NIZATIDIN

Az egyetlen H_2-receptor antagonista, amely a reflux oesophagitis-t és a nyombélfekélyt azonos adagolásban gyógyítja

Az egyetlen

Lilly

AXID RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐIRAT

Hatóanyag: nizatidinum. **Javallatok:** Gyomor- és nyombélfekély, ill. reflux oesophagitis kezelése, nyombélfekély recidíva megelőzésére. **Ellenjavallatok:** túlérzékenység, súlyos veseelégtelenség. **Adagolás:** terápia: 300 mg/nap max. 8 hétig, recidíva megelőzésére napi 150 mg. Közepes – súlyos veseelégtelenség esetén az adag csökkentése szükséges. **Mellékhatások:** urticaria, anaemia, somnolencia,, verejtékezés, kiütés, exfoliatív dermatitis, átmeneti SGOT, SGPT, AP-szint emelkedés, thrombocitopenia, allergiás reakció, hyperuricaemia, eosinophylia, láz, nausea. **Gyógyszerkölcsönhatás:** hepatikus enzimgátló aktivitása nincs. **Figyelmeztetés:** *Terhesség és szoptatás alatt:* csak az előny/kockázat arány gondos mérlegelésével adható. *Gyermekkorban* történő alkalmazásával nincs elegendő tapasztalat. Májkárosodás esetén elővigyázatossággal alkalmazható. Alkohol fogyasztása egyidejűleg kerülendő. **Kiszerelés:** 56 db 150 mg-os, ill 28 db 300 mg-os kapszula; 5 db ampulla. Kérésére további információval készséggel állunk rendelkezésére. **Gyártó:** Eli Lilly and Company

Lilly Hungária 1075 Budapest, Madách Imre u. 13–14.
Telefon: 267-9801. Fax: 268-1500, 268-1501.



1991, *164*, 1426—1433. — 8. *Giles, W., Bisits, A.:* Clinical use of Doppler ultrasound in pregnancy: Information from six randomized trials. Fetal Diagn. Ther., 1993, *8*, 247—255. — 9. *Hecher, K., Jauniaux, E., Campbell, S. és mtsai:* Artery-to-artery anastomosis in monochorionic twins. Am. J. Obstet. Gynecol. 1994, *171*, 570—572. — 10. *Ingemarsson, I., Ingemarsson, E., Spencer, J.* (eds.): Fetal Heart Rate Monitoring — A Practical Guide. Oxford Medical Publications, Oxford, 1993. — 11. *Jakobovits A.:* A foeto-placentaris egység functiója és morphologiája veszélyeztetett terhességben. Doktori disszertáció. Szeged, 1976, 193—206. — 12. *Jakobovits Á.:* Iker koraszülések. Gyermekgyógy. 1991, *42*, 512—516. — 13. *Jakobovits Á., Jörn H.:* A magzat vérkeringésének színes Doppler-szonográfiás vizsgálata oligohydramnionban. Orv. Hetil., 1993, *134*, 2139—2142. — 14. *Jakobovits Á., Jörn H.:* Retardált és terminuson túli magzatok vérkeringésének színes Doppler-szongoráfiás vizsgálata. Magy. Radiol., 1994, *68*, 112—114. — 15. *Jakobovits Á., Jörn H.:* Színes Doppler-szonográfiás vizsgálatok HELLP-szindrómában. Orv. Hetil., 1994, *135*, 1975—1979. — 16. *Jensen, O. H. R.:* Doppler velocimetry in twin pregnancy. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 1992, *45*, 9—12. — 17. *Kainer, F., Rodriguez, J., Maier, R. és mtsai:* Diastolic zero-flow in the umbilical artery in twin pregnancies. J. Perinat. Med., 1993, *21*, 273—277. — 18. *Mari, G. Abuhamad, A., Soper, R. és mtsai:* Doppler ultrasound in the pregnancy complicated by polyhydramnios-oligohydramnios twins. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170*, 405. — 19. *Mari, G., Kirshon, B., Abuhamad, A.:* Fetal renal artery flow velocity waveforms in normal prengnancies and pregnancies complicated by polyhydramnios and oligohydramnios. Obstet. Gynecol., 1993, *81*, 560—564. — 20. *Morley, R., Lister, G., Leeson-Payne, C. és mtsai:* Size at birth and later blood pressure. Arch. Dis. Child., 1994, *70*, 536—537. — 21. *Neilson, J. P.:* The usefulness of antepartum and intrapartum fetal monitoring. Contemp. Rev. Obstet. Gynaecol., 1994, *6*, 72—78. — 22. *Newnham, J. P., O'Dea, M. R.-A., Reid, K. P. és mtsa:* Doppler flow velocity waveform analysis in high risk pregnancies: a randomized controlled trial. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1991, *98*, 956—963. — 23. *Ohno, Y., Ando, H., Tamamura, A. és mtsai:* The value of Doppler ultrasound in the diagnosis and management of twin-to-twin transfusion syndrome. Arch. Gynecol. Obstet., 1994, *255*, 37—47. — 24. *Pál A., Gembruch, U., Hansmann M.:* A magzati arteria cerebri media véráramlása vizsgálatának prognosztikai értéke. Orv. Hetil., 1991, *132*, 1815—1817. — 25. *Powers, W. F., Kiely, J. L.:* The risk confronting twins: A national perspective. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170*, 456—461. — 26. *Rizzo, G, Arduini, D., Romanini, C.:* Cardiac and extracardiac flows in discordant twins. Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170*, 1321—1327. — 27. *Seelbach-Göbel, B., Kaesemann, H., Roos, Th.:* Dopplersonographische Differentialdiagnostik bei Zwillingsschwangerschaften. Z. Geburtsh. Perinat., 1992, *196*, 26—32. — 28. *Simon, N. V., Deter, R. L., Hassinger, K. K. és mtsai:* Evaluation of fetal growth by ultrasonography in twin pregnancy: A comparison between individual and cross-sectional growth curve standards. J. Clin. Ultrasound, 1989, *17*, 633—640. — 29. *Sohl, S., David, M.:* Dopplersonographysche Untersuchung einer Geminischwangerschaft mit feto-fetalen Transfusionssyndrom. Geburtsh. Frauenheilk., 1994, *54*, 475—477. — 30. *Török M., Illyés M., Hajdú K. és mtsai:* Az ultrahang-diagnosztika lehetőségei ikerterhességben. III. Áramlásmérés. Magy. Nőorv. L., 1987, *50*, 155—159. — 31. *Vajda Gy., Pál A.:* A magzati arteria renalis keringésvizsgálata a terhesség harmadik trimeszterében. Orv. Hetil., 1994, *135*, 1751—1753. — 32. *Veille, J.-C., Cohen, I.:* Middle cerebral artery blood flow in normal and growth-retarded fetuses. Am. J. Obstet. Gynecol., 1990, *162*, 391—396. — 33. *Wladimiroff, J. W., Tonge, H. M., Stewart, P. A.:* Doppler ultrasound assessment of cerebral blood flow in the human fetus. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1986, *93*, 471—475. — 34. *Wladimiroff, J. W., Tonge, H. M., Stewart, P. A. és mtsa:* Severe intrauterine growth retardation: assessment of its origin from fetal arterial flow velocity waveforms. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol., 1986, *22*, 23—29. — 35. *Yamada, A., Kasugai, M., Ohno, Y. és mtsai:* Antenatal diagnosis of twin-twin transfusion syndrome by Doppler ultrasound. Obstet. Gynecol., 1991, *78*, 1058—1061.

(Jakobovits Ákos dr., *Cegléd*, Pf. 63. 2701)

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

Aladdin

Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
9700 Szombathely, Paragvári út 15.
Telefon és fax: 94/315-329, 328-322

HEWLETT PACKARD

HEWLETT-PACKARD ORVOSELEKTRONIKAI MŰSZEREK HIVATALOS MAGYARORSZÁGI FORGALMAZÓJA

HEWLETT-PACKARD A VILÁG MINDEN RÉSZÉN A MINŐSÉGET JELENTI

Az 1995-ös év meglepetéseként ajánljuk új 3-6-12 csatornás EKG-családunkat mind kórházi, mind magánpraxisba való professzionális alkalmazásra.

M 1772 Page Writer Cardiograph 100 már 389 000 Ft + ÁFA-tól

RÉSZLETFIZETÉSI LEHETŐSÉG, EGY GAZDASÁGI ÉVEN BELÜL KAMATMENTESEN

Color Doppler SONOS 100 CF elsősorban Cardiovasculáris vizsgálatokra ● Cardiotokographok szülészeti osztályok, valamint terhesgondozók számára 5 év garanciával ● Olcsó perifériás érdopplerek ● Betegellenőrző monitorok, defibrilátorok a felhasználó igényeinek megfelelő kiépítésben

Aki nem csak a mában gondolkodik, válassza a HEWLETT-PACKARD termékeket

MINŐSÉG - MEGBÍZHATÓSÁG - GAZDASÁGOS ÜZEMELTETÉS

Pontos, gyors, megbízható fogyóanyagellátás, valamint szerviz.

PMC

PERSONNEL & MANAGEMENT CONSULTING INT.

A magyar gyógyszerek kiválóak. Itt az ideje, hogy a hazai gyógyszerforgalmazás is az legyen.

Ha Ön orvos, megfelelő szakmai tapasztalattal angol- és/vagy németnyelv-tudással, valamint a gyógyszer-értékesítés terén szerzett marketinggyakorlattal és vezetői képességekkel rendelkezik, akkor egy nemzetközileg is elismert gyógyszertár marketing-főosztály-vezetőjeként egyedülálló lehetőséget kaphat arra, hogy egy közel 100 fős team élén nemzetközi színvonalra emelje a magyar gyógyszerek forgalmazását, és ezzel a gyógyítás iránti elkötelezettségének szellemében segítse az orvostársadalmat. A

MARKETINGFŐOSZTÁLY-VEZETŐ

feladatkörébe tartozik a belföldi és nemzetközi termék-menedzserek munkájának koordinálása, a marketing-eszközök hatékony alkalmazásának irányítása, a gyógyszermarketing szakmai munkájának felügyelete.

Ha úgy érzi, hogy a kihívás és a nemes feladat vonzó az Ön számára, kérjük, hívja tanácsadónkat az alábbi telefonszámon:

PMC Budapest Kft.
H-1052 Budapest, Aranykéz utca 2. Tel.: 266-7055

Módszer a nyelőcsőszűkületek funkcionális mértékének és a nyelőcsőtágítás hatékonyságának megítélésére

Tóta Julianna dr. és Surján György dr.

Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem, Fül-orr-gégészeti Klinika (igazgató: Z. Szabó László dr.)

A szerzők 98 betegen végzett 494 nyelőcsőtágítás tapasztalatára építve a nyelőcsőszűkület okozta dysphagia súlyosságát jellemző stádiumbeosztási módszert dolgoztak ki, amely egyaránt alkalmas a betegség lefolyásának követésére, a nyelőcsőtágítás szükségességének mérlegelésére, valamint a különböző tágítási módszerek eredményességének összehasonlítására. A módszer egyszerű, jól meghatározható klinikai paraméterekre épül, nem igényel speciális jártasságot vagy különleges műszerezettséget. Ugyanakkor jó egyezést mutat a sokéves klinikai tapasztalattal. Ezért a háziorvos és a tágítást végző szakember egyaránt használhatja.

Kulcsszavak: nyelőcsőszűkület, nyelési rendellenesség, étrend, egészségállapot, súlyvesztés

Method for establishing of functional degree of the esophageal stricturs and effectiveness of dilatation. Based on their experiences of 494 oesophagus dilatation in 98 patients, authors developed a stadium system for defining the severity of dysphagia caused by oesophagus stenosis or stricture. This system is usable for follow-up the course of the disease, for the establishing the necessity of the dilatation, and for the comparison of results achieved by different dilatation methods, as well. The method is based on simple, well-defined clinical parameters, special skills or instrumentations not required, and fits the clinical experiences of many years of the authors. For this reasons it is useful both general practitioners and for the specialists performing the esophagus dilatation, as well.

Key words: esophageal stenosis, deglutition disorders, diet, health, status, weight loss

A különböző eredetű benignus nyelőcsőszűkületek ősi, általánosan elterjedt kezelési módja a tágító kezelés volt, melyet fölváltott a műtéti megoldás. 1950 és 1975 között — a mellkassebészet rohamos fejlődése idején — a trend az operatív kezelés volt, a bugie-rozást korlátozott értékűnek és veszélyesnek tartották (14). Azóta ez a trend részben irányt változtatott. Az egyértelműen műtétet pártoló megoldásokat megkérdőjelezték és úgy találták, hogy a benignus stricturák kezelésében fontos helye van a tágító kezelésnek (2, 5, 12, 13, 18, 24, 25, 27, 29, 33, 35—37). Ennek oka abban keresendő, hogy a korábbi veszélyes tágítási technikákat biztonságos és hatékony eljárások váltották fel, legújabban a Savary—Gilliard-féle (8, 23, 32), valamint a ballontágító (3, 4, 19, 21, 30). Ezek a korábbi tágításoknál sokkal biztonságosabb eljárások, indokolt esetben, kétségkívül helyettesíthetik a kockázatos és megterhelő nyelőcsőműtéteket. Sorra jelentek meg a tágító kezelés biztonságáról és hatékonyságáról szóló közlemények (6, 8, 15, 16, 18, 28, 34—36). Így érthető, hogy napjainkban ismét előtérbe kerültek a tágító kezeléssel kapcsolatos kérdések, az indikáció felállításán kívül a tágítás időpontjának, gyakoriságának és hatékonyságának meghatározására (1, 6, 25, 28, 33, 34, 37).

Nincs általánosan elfogadott módszer a nyelőcsőszűkületek által okozott állapotváltozások mértékének megállapítására.

A nyelőcsőszűkületeket elvileg jellemezhetné a szűkület pontos átmérője. Ennek mérésére azonban nincs megbízható eljárás. A szondával történő lumenmérést pontatlannak tartják, mert a szűkületek elaszticitása változó (1, 5). Hasonlóképpen nem nyújt pontos adatot, ha fogóval mérik az átmérőt és a röntgenfelvételen mért szűkület szintén csak tájékoztató jellegű vélemény kialakítására alkalmas (5, 11). További nehézséget jelent, hogy a szűkület átmérője nem egyedül határozza meg a dysphagiát. A dysphagia egyéb tényezőktől is függ: a stricura hosszától és a szövetek minőségétől függő rugalmasságtól, a stenosis feletti nyelőcső hosszától és izomzatának állapotától, valamint nyelőcsőműtétek után: a reconstructio során kialakított szögtől (10). A nyelőcső állapotáról a legjobb információt a *Bennett* (5) és *Goldschmid* (11) által leírt nyelőcső tágasságát meghatározó röntgenvizsgálat adja: a beteg különböző átmérőjű, kontrasztanyag-tartalmú golyókat nyel le képernyő mögött, és a golyók átjutását figyelik.

A tágítás utáni tágasság pedig sokkal kisebb lehet, mint a legnagyobb átjutott tágító eszköz (5), mert a szűkült szakaszoknak eltérő rigiditása, ill. elasticitása van.

A beteg állapotának megítélésében tehát nem önmagában a lumen tágasságának, vagy az átjutott tágítóeszköz méretének, hanem a dysphagia mértékének van jelentősége. Ezt tükrözik a nyelőcsőtágítások eredményességét vizsgáló cikkek (6, 9, 11, 20, 37) is.

Az egyes szerzők különböző besorolást alkalmaznak. Legtöbben (9, 13, 20, 25, 28) az étrend alapján osztják fel a szűkületeket. *Cox* (6) emellett feljegyzi a betegek testsúlyát is. *Csikos* (7) figyelembe veszi az étrendet, a testsúlyt és a beteg subjectiv véleményét.

Az étrend és a testsúly alakulása mérhető adatok. A beteg subjectiv véleménye saját állapotáról azonban nem föltétlenül a valóságot tükrözi. A panaszkodó és indolens beteg véleményének használhatóságát *Csikos* (7) nagyon jól leírta. *Patterson* (24) is felhívta a figyelmet arra, hogy a dysphagia iránti tolerancia nagyon változó.

A fentiek alapján érthető, hogy a tágítás szükségességének megítélése, a beavatkozás megfelelő időzítése többnyire szubjektív ítéleteken alapszik. A nyelőcső-tágítási eljárások eredményességének felmérése, a különböző módszerek összehasonlítása sem megoldott.

Célul tűztük ki, hogy olyan többé-kevésbé objektív paramétereken alapuló módszert dolgozzunk ki, amely alkalmas arra, hogy a beteg kezdeti állapotát és állapotváltozásait, melyek a betegség folyamán, illetve a kezelések alkalmával bekövetkeznek, a valóságnak megfelelően tükrözze. A nyelőcsőszűkület okozta állapot súlyosságát jellemző stádiumbeosztást dolgoztunk ki, amely egyaránt alkalmas a betegség lefolyásának követésére, a nyelőcsőtágítás szükségességének mérlegelésére, valamint a különböző tágítási módszerek eredményességének összehasonlítására.

Anyag és módszer

Klinikánkon 1981 és 1991 között 98 benignus nyelőcsőszűkületes betegen 494 tágító kezelést végeztünk. A tágító kezelésre került betegek betegség szerinti megoszlását az *1. táblázat* mutatja. Tágító kezelésre csak olyan beteg került, ill. kerül, akinél műtét valamilyen okból nem indokolt. A tágítás szükségességét kivizsgálás alapján mindig gastroenterologus, ill. nyelőcsősebész indikálta.

Eredmények

Irodalmi adatok szerint a benignus nyelőcsőszűkületek leggyakrabban peptikus eredetűek (8, 12, 24, 26, 31, 33, 35). Magyarországra korábban jellemző volt a marószersérülés által okozott nyelőcsőszűkület gyakori előfordulása (17, 22). Az elmúlt években megjelent magyarországi közlemények adatai (7, 30) azonban azt mutatják, hogy a szokások változásával hazánkban is csökkent az ilyen eredetű szűkületek száma.

Anyagunkban legnagyobb számban nyelőcső-reconstructiós műtét után kialakult strictura fordult elő. Ez azzal indokolható, hogy egyetemünk sebészeti klinikája kiemelten foglalkozik a nyelőcsőbetegek ellátásával, és ezen közelség miatt klinikánk gyűjtött anyagot kap.

A *2.* és *3. táblázatokban* összefoglalva ismertetjük betegeink adatait.

A tágító kezeléseket 1985-ig oesophagoscopon keresztül ún. Rüsch bougie-val, 1985 óta Savary—Gilliard-tágítóval végeztük, képerősítő alatt *(4. táblázat)*.

1. táblázat: A tágító kezelésre került beningus nyelőcsőszűkületek megoszlása

Betegségcsoportok	Betegszám	Tágítási szám
Rezekció utáni szűkület	41	199
Peptikus szűkület	28	135
Korróziós szűkület	25	150
Irradiáció utáni szűkület (pajzsmirigy tu. miatt)	1	1
Pemphigoid	1	1
Candidiasis után	1	5
Nyaki műtét után (exstirp. tot. laryng.)	1	3
Összesen	98	494

2. táblázat: A betegek adatai (n = 98)

Életkor	18—88 év (átl. 56,1 év)
Férfi/nő	65/33

3. táblázat: A nyelőcsőresectio + pótlás utáni betegek műtéti típus szerinti megoszlása

Műtéti típus	Betegszám
Oesophago-gastrostomia	32
Oesophago-jejuno-gastrostomia	5
Oesophago-colo-gastrostomia	4
Összes	41

4. táblázat: Tágítási módszerek

A tágítás típusa	Betegszám	Alkalom
Oesophagoscopon keresztül, Rüsch bougie-val	6	72
Oesophagoscopon kereszitül Rüsch bougie-val +	8	59
Savary-Gilliard tágítóval		40
Savary-Gilliard tágítóval	84	323
Összesen	98	494

Az ellátásra került betegek nyelőcsőszűkülete oly nagyfokú volt, hogy minden alkalommal vagy csak a legkisebb Savary—Gilliard-tágító (15 Ch), vagy csak ennek bevezető vége (8 Ch) fért át.

A tágító kezelések során törekedtünk a lehető legnagyobb lumen elérésére. Oesophagoscopon Rüsch bougival való tágításkor ez 33 Ch volt, a Savary—Gilliard eszköz használata során 45 ch. Az esetek 73,86%-ában ez már az első ülésben sikerült, a fennmaradó esetekben pedig második ülésben elértük a kívánt értékeket. Benignus szűkület miatt tágításra került beteget a tágítás sikertelensége miatt nem kellett egyetlen alkalommal sem operálni.

Kezelésünk eredményeként a betegek állapota ugrásszerűen javult. A változások objektív leírására — klinikai tapasztalatainkat felhasználva — olyan klinikai paramétereket kerestünk, amelyek megfelelnek az alábbi kritériumoknak:

— a paraméter meghatározása legyen egyszerű, ne igényeljen különleges műszerezettséget vagy speciális jártasságot;

— a meghatározás legyen objektív és reprodukálható;

— ne egyszerűen a szűkület nagyságát, hanem a szűkület okozta funkcionális zavarok nagyságát jellemezze;

— legyen alkalmas az időbeli változások követésére;

— legyen független a tágításra alkalmazott módszertől.

Ezeknek a kritériumoknak a legjobban az alábbi paraméterek felelnek meg:

1. a beteg étrendje,
2. a testsúly változása,
3. a beteg általános állapota (munka-, illetve önellátási képessége).

Az objektivitás és reprodukálhatóság biztosítására ezen paraméterek szerint az alábbi score-rendszert dolgoztuk ki:

1. Étrend: 0: nyelésképtelen; 1. csak folyadékot tud inni; 2. pépeset eszik; 3. solid ételt fogyaszt, de bizonyos ételeket kerül; 4. mindent eszik.

2. Testsúly: 0: fogyott; 1: súlya változatlan; 2. hízott.

3. Általános állapot: 1: fekszik, ápolásra, ellátásra szorul; 2. feljár, önellátó; 3. önmaga ellátásán kívül egyéb tevékenységre is képes.

A vizsgált anyagban szereplő betegek tágítás előtti és utáni score-jait kiszámoltuk. A kiszámolt scoreértékek a szubjektív klinikai tapasztalattal egybehangzóan követték a betegek állapotváltozásait. Ugyanakkor az egyes paraméterek súlya, jelentősége nem egyforma és nem állandó. Első ránézésre feltűnhet, hogy egy teljesen egészséges, semmilyen nyelőcsőbetegségben nem szenvedő egyén nem feltétlenül értékelhető maximális scoreral, hiszen ha testsúlyát tartja, akkor scoreértéke csak 4 + 1 + 3 = 8, a maximális pedig 4 + 2 + 3 = 9. Ugyanakkor egy szűkülete miatt korábban lesoványodott beteg esetében nem tekinthető kielégítőnek, ha csupán tartja a testsúlyát.

Másrészt az is nyilvánvaló, hogy a paraméterek nem teljesen függetlenek, hiszen nem képzelhető el, hogy egy nyelésképtelen beteg testsúlya növekedjen, de még az sem, hogy munkaképességét tartósan megőrizze. Ezért a score-ok egyszerű összeadása helyet egy olyan, a score-okra épülő stádiumbeosztást készítettünk, amely ezeket a problémákat kiküszöböli, a stádiumokat és az egyes paramétereket táblázatban foglaltuk össze (5. táblázat).

A 0 stádiumban a beteg bármilyen ételt képes akadálytalanul fogyasztani. Ez esetben, ha testsúlya csökken vagy általános állapota nem kielégítő, ez nyilvánvalóan más okokra vezethető vissza. 4-es étrendi score mellett tehát a másik két paraméter a dysphagia szempontjából irreleváns, ezért a táblázatban ez a két oszlop itt üresen marad. A 0-ás stádiumban tehát a beteg nem dysphagiás, ha van is valamilyen vizsgálattal kimutatható szűkülete, ez nem tekinthető betegségnek.

Az *1-es stádiumba* a már klinikailag manifesztálódó, de enyhe esetek sorolódnak. A tágítás ilyenkor még nem indokolt, mivel a beteg bizonyos étrendi megszorítástól eltekintve teljes értékű életvitelre képes.

A *2-es stádiumba* azok az esetek tartoznak, amikor vagy a fogyás, vagy az erősebb étrendi megszorítás, vagy az általános állapot romlása jelzi, hogy a betegség fennáll, és magára hagyva valószínűleg egyre fokozódó problémákat fog okozni. Ilyenkor *a tágítás általában már indokolt, de relatív ellenjavallat esetén használható.*

A *3-as stádiumban* pépes étrend mellett, ha a beteg csak önellátásra képes, *tágítás mindenképpen szükséges.*

A *4-es stádiumban* a beteg ellátásra szorul, ágyhoz kötött, ezért *a tágítást lehetőleg halogatás nélkül el kell végezni*, attól csak súlyos ellenjavallat esetén lehet eltekinteni.

5. táblázat: Stádiumbeosztás

Stádium	Étrend	Testsúly	Ált. állapot
0	4		
1	3	2	3
	3	1	3
2	3	0	3
	3	2	2
	3	1	2
	3	0	2
	2	2	3
	2	2	2
3	2	1	3
	2	1	3
	2	0	3
	2	0	2
4	2	0	1
	2	1	1
	1	2	1
	1	1	1
	1	0	1
5	0		

6. táblázat: A tágításra kerülő betegek stádium szerinti megozslása

Stádium	Betegszám
0	9
1	58
2	31
Összesen:	98

Az *5-ös stádiumba* a teljesen nyelésképtelen betegek kerülnek. Az ilyen beteg *azonnali orvosi ellátásra* szorul, a tágítás csak vitális kontraindikáció esetén hagyható el. Ekkor azonban parenterális táplálás vagy gastrostomia szükséges.

Ebben a stádiumban a kielégítő általános állapot csak egy rövid kompenzációs időszakban maradhat fenn, tehát ilyenkor ez a paraméter nem releváns.

A tágításra kerülő betegeink állapota nagyon különböző volt. Betegeink stadium szerinti megoszlását a *6. táblázatban* mutatjuk be.

Első tágítás után a nyelésképtelen betegeink mind tudtak táplálkozni, ill. a többiek legalább 1 stádiummal feljebb kerültek. A második tágítás után minden beteg további 2 stádiumot javult. A 3. tágító kezelés után már csak a jó állapot fenntartásáért történt tágító kezelés.

A kezelés befejezése után minden beteg tartósan képes volt jól megrágott ételt fogyasztani. Általános állapotuk jó lett. Valamennyi beteg hízott. A hízás mértéke 3 és 15 kg között változott.

Megbeszélés

Az általunk javasolt stádiumbeosztás a sokéves klinikai tapasztalattal egybevetve jól jellemzi a nyelőcsőszűkületes beteg állapotát. Alkalmas arra, hogy segítségével a nem szakember (pl. háziorvos) mérlegelni tudja a tágítás szükségességét, eldöntse, hogy kit és mikor utaljon megfelelő szakintézménybe. Alkalmas a betegség időbeli lefolyásá-

nak követésére és a tágítások hatékonyságának mérésére, függetlenül az alkalmazott módszertől. Ugyanakkor az egyes paraméterek értékelése — bár objektív kritériumokra épül — bizonyos körültekintést igényel. Valamennyi paraméter, de főként az általános állapot és a testsúly, számos egyéb tényező és kórfolyamat függvénye is lehet. Ha az orvos a stádiumbeosztást a tágítás szükségességének megítélésére kívánja használni, meg kell tudnia ítélni, hogy az adott állapot vagy tünet milyen mértékben vezethető vissza a nyelőcsőszűkületre és milyen mértékben egyéb tényezőkre. Ennek a mérlegelése persze akkor is fontos, ha a tágítás eredményességének megítélésére használjuk a stádiumbeosztást. A stádiumbeosztásra alapozott ítélet a 0—1 és 5-ös stádiumban lesz nyilván a legmegbízhatóbb. A köztes stádiumokban gondosabb mérlegelésre van szükség. Ez a mérlegelés akkor is fontos, ha a tágítás eredményességének megítélésére használjuk a stádiumbeosztást.

IRODALOM: 1. *Abele, J. E.:* The physics of esophageal dilatation. Hepato-Gastroenterol., 1992, *39,* 486—489. — 2. *Bailey, A. D., Goldner, F.:* Can clinicians accurately assess esophageal dilation without fluoroscopy? Gastrointest. Endosc., 1990, *36,* 373—375. — 3. *Benjamin, S. B., Collins, K. S.:* The toposcopic through-lumen everting catheter to facilitate dilation of severe strictures of the gastrointestinal tract. Gastrointest. Endosc., 1986, *32,* 33—35. — 4. *Benjamin, S. B., Glass, R. L., Cattau, E. L. Jr. és mtsa:* Preliminary experience with balloon dilatation of the pylorus. Gastrointest. Endosc., 1984, *30,* 93—95. — 5. *Bennet, J. R., Sutton, D. R., Price, J. F. és mtsai:* Effects of bougie dilatation on esophageal stricture size. Esophageal disorders Pathophysiology and therapy. T. R. DeMeester and D. B. Skinner, Raven Press New York, 1985, 221—224. old. — 6. *Cox, J. G., Winter, R. K., Maslin, S. C. és mtsai:* Balloon or bougie for dilatation of benign oesophageal stricutre? An interim report of a randomised controlled trial. Gut, 1988, *29,* 1741—1747. — 7. *Csikos M.:* A nyelőcső jóindulatú szűkületeinek és azok szövődményeinek sebészi kezelése. Kandidátusi értekezés. Szeged, 1986. — 8. *Dumon, J. F., Meric, B., Sivák, M. V. és mtsa:* A new method of oesophageal dilation using Savary—Gilliard bougies. Gastrointest. Endosc., 1985, *31,* 379—382. — 9. *Earlam, R., Cunha-Melo, J. R.:* Benign oesophageal strictures: historical and technical aspects of dilatation. Br. J. Surg., 1981, *68,* 829—836. — 10. *Fregonese, D. Di-Falco, G., Di-Toma, F.:* Balloon dilatation of anastomotic intestinal stenoses: long-term results. Endoscopy, 1990, *22,* 249—253. — 11. *Goldschmid, S., Boyce, H. W. Jr., Brown, J. I. és mtsai:* A new objective measurement of esophageal lumen patency. Am. J. Gastroenterol., 1989, *84,* 1255—1258. — 12. *Henderson, R. D.:* Management of the patient with benign esophageal stricutre. Surg. Clin. North. Am., 1983, *63,* 885—904. — 13. *Hine, K. R., Hawkey, C. J., Atkinson, M. és mtsa:* Comparison of the Eder—Puestow and Celestin techniques for dilating benign oesophageal strictures. Gut, 1984, *25,* 1100—1102. — 14. *Imre, J., Kopp, M.:* Arguments against long-term conservative treatment of esophageal strictures due to corrosive burns. Thorax, 1972, *27,* 594—598. — 15. *Kozarek, R. A.:* Esophageal dilation. Mayo Clin. Proc., 1992, *67,* 299—300. — 16. *Kozarek, R. A.:* Hydrostatic balloon dilation of gastrointestinal stenoses: a national survey. Gastrointest. Endosc., 1986, *32,* 15—19. — 17. *Kratochwill E.:* A nyelőcső betegségei. A Magyar Fül-orr-gégeorvosok Egyesületének kongresszusa. Budapest, 1968, 3—64. — 18. *Lanza, F. L., Graham, D. Y.:* Bougienage is effective therapy for most benign esophageal strictures. JAMA, 1978, *240,* 844—847. — 19. *London, R. L., Trotman, B. W., DiMarino, A. J. és mtsai:* Dilation of severe esophageal strictures by an inflatable balloon chateter. Gastroenterology, 1981, *80,* 173—175. — 20. *Luna, L. L.:* Endoscopic therapy of benign esophageal stricture. Endoscopy, 1983, *15,* 203—206. — 21. *Merrell, N., McGray, R. S.:* Balloon catheter dilatation of a severe esophageal stricture. Gastrointest. Endosc., 1982, *28,* 254—255. — 22. *Mihók Gy.:* Adatok az oesophagoscopia jelentőségéhez a nyelőcsőbetegségek diagnosztikájában és therapiájában. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1973. — 23. *Monnier, Ph., Hsieh, V., Savary, M.:* Endoscopic treatment of esophageal stenosis using Savary—Gilliard bougies: technical innovations. Acta Endosc., 1985, *15,* 119—129. — 24. *Patterson, D. J., Graham, D. Y., Smith, J. L. és mtsai:* Natural history of benign esophageal strictures treated by dilatation. Gastroenterology, 1983, *85,* 346—350. — 25. *Penagini, R., Al Dabbah, M., Misiewicz, J. J. és mtsai:* Effect of dilatation of peptic esophageal strictures on gastroesophageal reflux, dysphagia, and stricture diameter. Dig. Dis. Sci., 1988, *33,* 389—392. — 26. *Raptis, S., Mearns Milne, D.:* A review of the management of 100 cases of benign stricture of the oesophagus. Thorax, 1972, *27,* 599—603. — 27. *Salo, J. A., Ala-Kulju, K. V., Heikkinen, L. O. és mtsa:* Treatment of severe peptic esophageal stricture with Roux-en Y partial gastrectomy, vagotomy, and endoscopic dilation. A follow-up study. J. Thorac. Cardiovasc. Surg., 1991, *101,* 649—655. — 28. *Shemesh, E, Czerniak, A.:* Comparison between Savary-Gilliard and balloon dilatation of benign esophageal strictures. World. J. Surg., 1990, *14,* 518—521. — 29. *Siegel, J. H.:* Esophageal dilatation after surgical resection. Endoscopy, 1986, *18,* (Suppl. 3), 40—43. — 30. *Solt J.:* Ballonkatéterek alkalmazás a felső gastrointestinalis rendszer szűkületeinek tágítására. Kandidátusi értekezés, Pécs, 1990. — 31. *Stoddard, C. J., Simms, J. M.:* Dilatation of benign oesophageal strictures in the outpatient department. Br. J. Surg., 1984, *71,* 752—753. — 32. *Szendrényi V., Lázár Gy., Oláh T. és mtsa:* Nyelőcső tágítás Savary—Gilliard szondasorozattal. Orv. Hetil., 1992, *133,* 2963—2966. — 33. *Tytgat, G. N.:* Dilation therapy of benign esophageal stenoses. World. J. Surg., 1989, *13,* 142—148. — 34. *Webb, W. A.:* Esophageal dilation: personal experience with current instruments and techniques. Am. J,. Gastroenterol., 1988, *83,* 471—475. — 35. *Wesdorp, I. C. E., Bartelsman, J. F. W. M., Den Hartog Jager, F. C. A. és mtsai:* Results of conservative treatment of benign esophageal strictures. A follow up study in 100 patients. Gastroenterology, 1982, *82,* 487—493. — 36. *Wesdorp, I. C. E., Tytgat, G. N.:* Results of conservative treatment of benign esophageal strictures in 100 patients. Esophageal disorders: Pathophysiology and therapy. T. R. DeMeester and D. B. Skinner Raven press New York, 1985. — 37. *Yamamoto, H., Hughes, R. W. Jr., Schroeder, K. W. és mtsai:* Treatment of benign esophageal stricture by Eder—Puestow or balloon dilators: a comparison between randomized and prospective nonrandomized trials. Mayo Clin. Proc., 1992, *67,* 228—236.

(Tóta Julianna dr., *Budapest*, Pf. 112. 1389)

Nagymúltú, nemzetközi hírű német – orvosi eszközöket gyártó – cég vezető termékmanagert keres országos hatáskörre

Feltétel:
- max. 35 éves kor
- budapesti lakás
- német vagy angol nyelvtudás
- saját gépkocsival rendelkezők előnyben

Jelentkezés: MEDIMARK Kft., Budapest. Telefon: 212-2279, 156-0826.

A beültethető pacemaker-cardioverter-defibrillator

Richter Tamás dr., Borbola József dr. és Árvay Attila dr.

Országos Kardiológiai Intézet, Budapest (igazgató: Árvay Attila dr.)

A közlemény célja, hogy az első két hazai eset kapcsán ismertesse a beültethető automata implantábilis cardioverter-defibrillátor (AICD) készüléket. Beültetésének indikációját jelenleg — az Európai Közösség országaiban elfogadott gyakorlat szerint — csak olyan esetek képezik, amikor sem az alapbetegség kezelése, sem aritmiasebészeti módszerek, sem katheteres elektromos abláció, sem pedig az elektrofiziológiai szívvizsgálattal, Holter-monitorozással és terheléses vizsgálattal ellenőrzött sorozat antiaritmiás gyógyszerkipróbálás nem vezetett eredményre a visszatérő, tartós kamrai tachycardiában/kamrafibrillációban szenvedő betegek kezelésében. Ennek egyik oka az, hogy a defibrillátorbeültetés nem oki kezelés, másrészt költségigénye rendkívül magas. Az első defibrillátor nonthoracotomiás (PCD Medtronic 7217B) implantációra 1992. január 8-án került sor az Országos Kardiológiai Intézetben. A dilatatív cardiomyopathiában szenvedő betegeknél a defibrillátor 16 esetben működött eredményesen, azonban az alapbetegség progressiója miatt a beavatkozás a beteg életét csak hónapokkal tudta meghosszabbítani. A második operált beteg gyógyultan távozott otthonába, az implantált defibrillátor eredményesen működik jelenleg is. A hirtelen aritmiahalál kockázatát a beavatkozás jelentős mértékben csökkenti.

Kulcsszavak: AICD, ICD, PCD, defibrillátor

The implantable pacemaker-cardioverter-defibrillator. The aim of this article is to introduce the automatic, implantable cardioverter-defibrillator (AICD) device in connection with the first two cases in Hungary. At present time, the indications of the AICD implantation in the European Community are as follows: recurrent sustained episodes of ventricular tachycardia ventricular fibrillation or aborted sudden cardiac (arrhythmic) death, when the treatment of the underlying heart disease and/or the application of antiarrhythmic drugs, antitachycardia surgery (or catheter ablation procedures) proved to be unsuccessful in the prevention of the ventricular tachyarrhythmias (guided by serial intracardiac electrophysiologic testing and exercise testing), Holter monitoring. On the one hand the implantation of an AICD is not a causative treatment, on the other hand the cost of an AICD is extremely expensive. On the 8th of January, 1992. the frist AICD (PCD Medtronic 7217B) implantation was performed in the Hungarian Institute of Cardiology. At the first patient with dilatative cardiomyopathy, the cardioverter defibrillator discharged succesfully at 16 times. Unfortunately, the implantation of this patient with AICD could prolong his life only with months due to the rapid progression of the underlying cardiomyopathy. The second patient with AICD implantation went home after the uneventful surgery. The implanted cardioverter defibrillator unit worked properly, spontaneous ventricular tachycardia was terminated successfully. The AICD treatment considerably decreases the risk of sudden cardiac (arrhythmic) deaths.

Key words: AICD, ICD, PCD, defibrillator

A beteg szervezetébe a pacemakerhez hasonlóan beültethető, kamrai tachycardia/kamrafibrilláció észlelése esetén automatikusan működésbe lépő cardiovertáló/defibrilláló készüléket AICD vagy ICD (*A*utomata *I*mplantábilis *C*ardioverter *D*efibrillátor), illetve amennyiben pacemakeregységgel is el van látva, akkor PCD (*P*acemaker *C*ardioverter *D*efibrillator) rövidítésekkel említik világszerte (1, 2, 7, 9, 11, 13, 14). A cardiovascularis betegségekben a hirtelen halál az esetek mintegy 80 százalékában tartós kamrai tachycardia/kamrafibrilláció következtében alakul ki (4, 5, 8). A fatális kamrai ritmuszavar hátterében csak az esetek kevesebb, mint egyharmadában szerepel akut szívizom-infarctus kialakulása (4, 5, 8). A többi esetben a sikeresen újraélesztett betegeknél a két éven belüli újabb epizód bekövetkezésének a valószínűsége igen magas (60%) (4). Ez az oka annak, hogy régóta folynak kísérletek széles körű klinikai felhasználásra alkalmas implantálható defibrillátorok előállítására.

Az automatikusan működő defibrillátor elvét *dr. F. Zacouto* szabadalmaztatta 1953-ban Franciaországban (16). Az első készülék megalkotója *dr. M. Mirowsky* (USA) volt, akinek AID (*A*utomata *I*mplantábilis *D*efibrillátor)

nevű készülékét állatkísérletek után emberbe 1980-ban implantálták az USA-ban, 1982-ben pedig Európában (10). Sikeres human kipróbálások után az FDI 1985-ben engedélyezte rutinszerű klinikai alkalmazását (9, 10). Az AID, illetve később cardioverziós képességgel is rendelkező AICD magas költsége (20 ezer dollár) ellenére világszerte elterjedt, mivel drámai módon csökkentette az aritmiahalálozást (évi 2%-ra) ebben a súlyos betegcsoportban (2, 11, 13). Az AICD továbbfejlesztett pacemaker- és programozható antitachycardia-egységgel is ellátott, mellkasnyitás nélkül implantálható, ún. harmadik generációs ICD-készüléket a Medtronic-cég (Minneapolis, USA) dolgozta ki (PCD 7217A) 1989-ben. Az első kisméretű (113 cm^3) generátor (PCD 7217B) implantációjára 1990-ben került sor (14, 15).

Jelen közlemény célja az általunk végzett első két hazai PCD implantációs beteg esetének leírása, valamint a PCD indikációjának, működésének és nonthoracotomiás implantációjának rövid ismertetése.

Az első két hazai eset ismertetése

1. K. Z. dilatativ cardiomyopathiában szenvedő 42 éves beteget az Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Kardiológiai Osztályáról vettük át AICD-implantáció céljából. Kórelőzményében négy sikeres, kórházi reanimáció szerepelt 240/min frekvenciájú tartós kamrai tachycardia, illetve kamrafibrilláció miatt. Antiarritmiás gyógyszerek (Palpitin, Mexitil, Neo-Gilurythmal, Procainamid, Chinidin, Cordarone és kombinációk) hatástalannak bizonyultak. Postreanimációs állapotának rendezése után haemodinamikai és intrakardiális elektrofiziológiai vizsgálatot végeztünk, amely megerősítette az alapbetegséget (negatív coronarográfia) és továbbra is kiváltható kamrai tachycardiát jelzett. A bal kamra systoles funkciója jelentősen csökkent (ejekciós frakció: 28%) volt. Szívtranszplantációra korábban alkalmatlannak bizonyult pulmonális hypertonia miatt. A Medtronic 7217B típusú PCD nonthoracotomiás készülék implantációjára 1992. január 8-án került sor. A PCD intraoperatív kipróbálása sikeres volt, az implantáció során kiváltott kamrafibrillációt a készülék sikeresen szüntette meg. A postoperativ szakban a beteg bal szívfél-elégtelensége tovább romlott. A műtétet követő 45 napban a PCD 5 kamrai tachycardiát és 11 kamrafibrillációt szüntetett meg eredményesen. A későbbiek során a bal szívfél-elégtelenség intenzív kezelése, valamint Cordarone + Chinidin + magnézium alkalmazása mellett a kamrai ritmuszavarok mérséklődtek, PCD-működésre nem került sor ápolása 77. napjáig. A postoperativ szakban a generator felett seroma alakult ki, amely konzervatív kezelésre rendeződött. Egyéb szövődményt nem észleltünk. A küldő osztályra visszahelyeztük, majd rövid időre haza távozott. 1992 áprilisában újabb felvételére került sor: befolyásolhatatlan keringési elégtelenség következtében a beteg néhány napon belül meghalt.

2. A második PCD-s beteg M. J. 64 éves férfi volt. Kórelőzményében 1972-ben szívizom-infarctus (inferior Q), 1991-ben és 1992-ben sürgős kórházi felvétel tartós, monomorf kamrai tachycardia miatt, szerepeltek. Felvételét megelőző két hónapban négy rövid eszméletvesztése volt. Kardiológiai kivizsgálása során diffúz, érfal-egyenetlenségekben megnyilvánuló, sebészileg nem kezelhető koszorúérbetegséget, mérsékelt fokú bal kamra funkciócsökkenést találtunk (EF: 44%), anginás panasza, keringési elégtelensége nem volt. Ergometriás vizsgálat során ritmuszavar nem jelentkezett, szívizom-ischaemia szempontjából az alacsony terhelhetőség miatt nem volt értékelhető az eredmény. Ismételt Holter-monitoros vizsgálatai alatt csak sporadikus kamrai extrasystolék jelentkeztek, kapcsolt forma nem volt. Intrakardiális elektrofiziológiai vizsgálatai alkalmával azonban tartós, monomorf 210/min frekvenciájú, haemodinamikai collapsushoz vezető, gyógyszerrezisztens kamrai tachycardia volt ismételten kiváltható. A kipróbált antiarritmiás gyógyszerek, illetve kombinációk a következők voltak: Procainamid, Chinidin, Chinidin + Ritalmex, Rytmonorm, Cordarone, Cordarone + Ritalmex, Cordarone + Chinidin.

A PCD (Medtronic 7217B) implantációját 1993. május 12-én végeztük. A sikeres implantáció és az eseménytelen postoperativ szak után a beteg otthonába távozott. A PCD generátora felett seroma kialakulását tapasztaltuk, amely néhány steril punkció után rendeződött. Más szövődmény nem volt. Cordarone fenntartó kezelés mellett a PCD 1994 januárjában működött először: otthon tv-nézés közben kialakult kamrai tachycardiát (180/min) szüntetett meg eredményesen. A beteg kis mellkasi ütést érzett, eszméletvesztés nem következett be. A másnapi EKG-felvétel előzőekhez képest változást nem jelzett, a Holter-monitoros megfigyelés sporadikus monomorf kamrai extrasystolékon kívül más eltérést nem mutatott.

Megbeszélés

A PCD implantációja és működése

A különböző cégek által gyártott készülékek működése sok vonatkozásban hasonló. Jelen rövid közleményünkben csak a Magyarországon elsőként alkalmazott készülék (PCD, Medtronic 7217B) legalapvetőbb orvosi jellemzőit ismertetjük.

Az első generációs ICD közvetlenül a szívburokba ültetett két lapelektródával működött, beültetése a mellkas megnyitását tette szükségessé. Az újabb típusok egy endocardiális, egy másik a vena cava superiorban elhelyezkedő, valamint egy, a bal oldalon a középső hónaljvonalban subcutan implantált elektródával működnek, ezért beültetésük nem tesz szükségessé mellkasmegnyitást. Az endocardiális, a jobb kamrában a pacemaker elektródájához hasonlóan beékelt, az endocardiumba becsavarható elektróda *(1. ábra)* a kamrai tachycardia vagy kamrafibrilláció érzékelésére és pacelésére szolgál, itt helyezkedik el az elektróda katódrésze is *(1. ábra, B)*. A vena cava superiorban elhelyezkedő elektróda az egyik anód *(2. ábra, A)*, a mellkasfalon kívüli nagyméretű lapelektróda a másik *(2. ábra B)*. A készülék a katód felől mindkét anódirányban szabályozható energiájú egyenáramú négyszögimpulzust ad le, eredménytelenség esetén a folyamatot magasabb energiájú impulzussal megismétli, így biztosítható az hogy a defibrilláláshoz szükséges energia a szív minden részét átjárja. Az endocardiális elektródákat a vena cephalicán vagy a vena subclavián át vezetjük be Seldinger-technikával, a 113 cm^3 nagyságú generátort *(3. ábra)* pedig a hasfal bőre alá ültetjük be. Az elektródák várható elhelyezkedését a mellkas rtg-felvételén a *4. ábra* mutatja.

Műtét alkalmával pontosan meghatározott protokoll szerint kell az elektródák működését tesztelni, majd a defibrillátor működési paramétereit a mért értékekhez igazítva beállítani. A defibrillátor sokoldalúan programozható, mind sensoros funkciójában, mind pedig a kamrai tachycardia ,,burst" vagy ,,ramp" típusú elektromos ingersorozatokkal történő megszüntetésében, mind pedig a cardiovertálás/defibrillálás tulajdonságaiban. Maximális élettartama mintegy 5 év, a defibrillálások számától és energiájától függően.



Hypercholesterinaemiában Ön választja ki a beteget a rizikófaktorok alapján a LESCOL terápiára

- 6,5 mmol/l összkoleszterin felett 2 rizikófaktorral
- 7,8 mmol/l összkoleszterin felett 1 rizikófaktorral
- Nagy hatékonyság – napi 1 Lescol kapszula
- Az első szintetikus statin készítmény
- A máj endogén koleszterin szintézisét gátolja
- Kiváló tolerancia

Nagy szelektivitás = költségkímélő kezelés

LESCOL®
FLUVASTATIN

a hypercholesterinaemia kezelésének világszerte legújabb gyógyszere

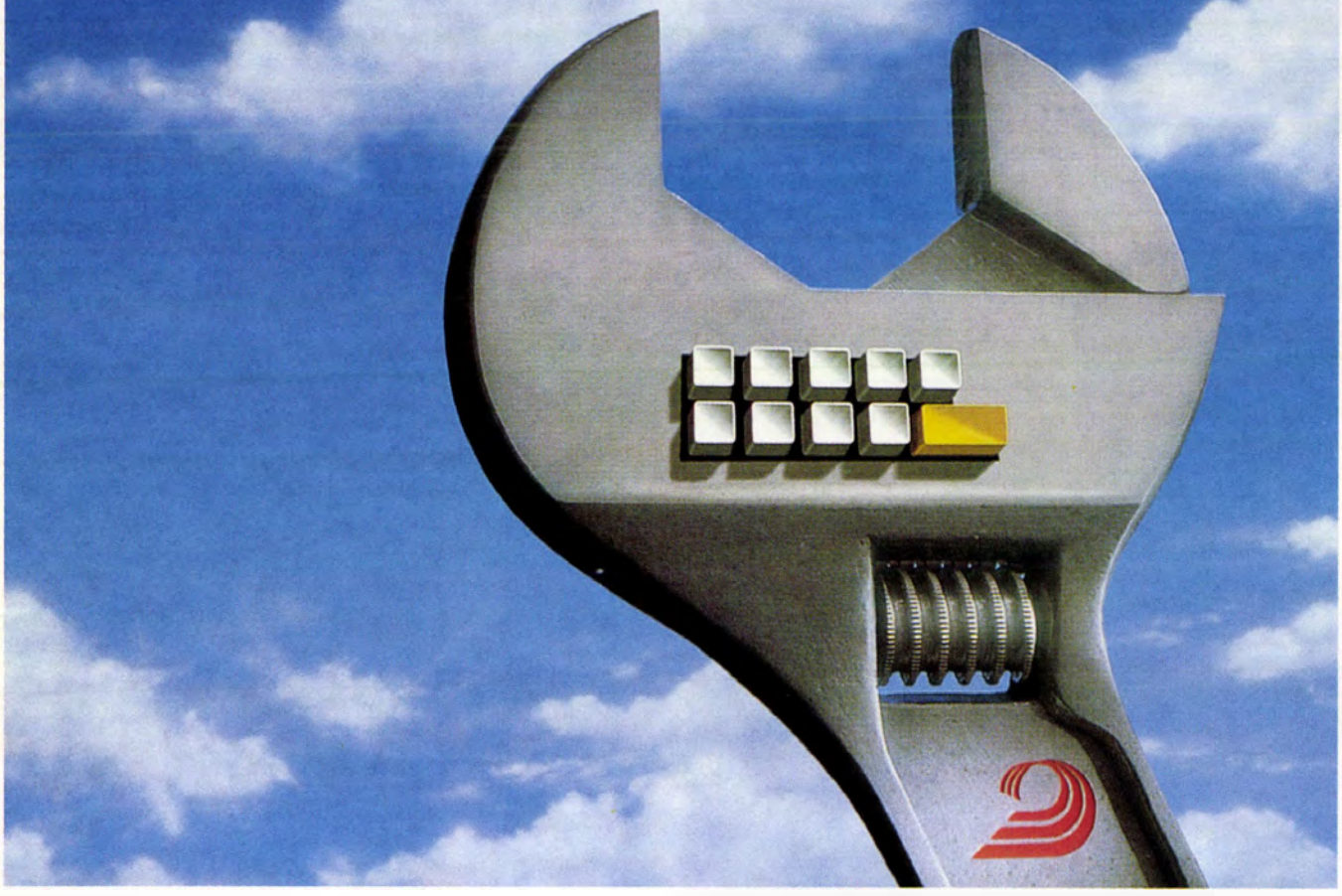
LESCOL® kapszula 20 és 40 mg. Koleszterinszint-csökkentő. **Összetétel:** 20 mg, ill. 40 mg fluvastatinum (21,06 mg, ill. 42,12 mg fluvastatinum natricum) kapszulánként. **Javallat:** Diétás kezelésre nem megfelelően reagáló primer hypercholesterinaemia. **Adagolás:** A kezelés megkezdése előtt a beteget standard koleszterinszint-csökkentő étrendre kell beállítani, mely diétát a kezelés alatt is tovább kell folytatni. Az ajánlott adag napi egyszeri 20–40 mg este. Lásd Alkalmazási útmutató. **Ellenjavallat:** A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Aktív májbetegség vagy ismeretlen eredetű, tartós szérum transzaminász-emelkedés. Terhesség, szoptatás, gyermekkor. Fogamzóképes korú nőknek csak megfelelő fogamzásgátlás mellett adható. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Epesavkötő-szerek, cimetidin, ranitidin, omeprazol, rifampicin. Lásd Alkalmazási útmutató. **Mellékhatások:** Gastrointestinalis panaszok: dyspepsia, émelygés, flatulentia, hasi fájdalom. Alvászavar, sinusitis, húgyúti infectio, hypaesthesia. Szérum transzaminász-emelkedés. Lásd Alkalmazási útmutató. **Figyelmeztetés:** Fokozott óvatosság szükséges, ha az anamnézisben májbetegség, ill. jelentős alkoholfogyasztás szerepel, vagy ha diffúz izomfájdalmak, izomérzékenység vagy -gyengeség, ill. jelentős szérum-kreatinin, -foszfokináz-emelkedés jelentkezik, vagy súlyos veseelégtelenség áll fenn. Lásd Alkalmazási útmutató. **Csomagolás:** 28 db kapszula 20 mg, ill. 40 mg.

További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a **Sandoz Pharma Services AG Képviselet** (1122 Budapest, Maros u. 19–21. Tel.: 202-4766), valamint vidéki Sandoz irodáink munkatársai szívesen állnak rendelkezésére.

SANDOZ

LOMIR SRO®
5 mg retard kapszula

A megoldás kulcsa enyhe és középsúlyos hypertonia kezelésére. Biztosítja a vascularis integritást.



A legújabb kutatások eredményei bizonyítják, hogy a jól megválasztott antihypertensiv kezelés képes az érfal épségét helyreállítani és tartósan megőrizni.

A Lomir SRO nemcsak szabályozza a vérnyomást, hanem erősíti a vascularis integritást.

- Nagy az affinitása az arteriák simaizomzatához.
- Normalizálja a fibrinolytikus aktivitást és a thrombocyta aggregációt.
- Kedvezően alakítja a lipid profilt.
- Fenntartja a szív contractios erejét és ingervezetését.
- Nem befolyásolja a szívfrekvenciát.
- Javítja a veseműködést.

Lomir SRO® 5mg

LOMIR® tabletta 2,5 mg. LOMIR SRO® retard kapszula 5 mg. Calcium-antagonista. *Összetétel:* 2,5 mg isradipinum tablettánként; 5 mg isradipinum kapszulánként. *Javallat:* Essentialis hypertonia. *Adagolás:* Általában napi 2x1 tabletta (2x2,5 mg) vagy napi 1 kapszula (5 mg). Lásd: Alkalmazási útmutató. *Gyógyszer-kölcsönhatások:* A tabletta táplálékkal történő bevétele az abszorpciót egy órával késleltetheti, a retard kapszula biohasznosulását pedig növelheti. Propranolollal vagy anticonvulsansokkal interakcióba léphet. Cimetidin megnöveli, rifampicin csökkenti a Lomir bioaktivitását. Enziminduktív szerekkel való együttadása kerülendő. Lásd: Alkalmazási útmutató. *Mellékhatások:* Szédülés, fejfájás, bőrpír, tachycardia, nem szíveredetű perifériás oedema. *Figyelmeztetés:* Károsodott vese-, illetve májműködés esetén és idős korban a Lomir adagját egyénileg kell megállapítani; a javasolt kezdő adag 2x1,25 mg (2x1/2 tabletta). Óvatosan adandó aorta stenosis, sick sinus syndroma, alacsony szisztolés nyomás és terhesség esetén. Lomirral kezelt anyák ne szoptassanak. *Csomagolás:* 30 tabletta; 20 kapszula. További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a Sandoz Pharma Services AG Képviselet (1122 Budapest, Maros u. 19–21.) szívesen áll rendelkezésre.

SANDOZ

A vérnyomáscsökkentés mellett az atherosclerosistól is véd

Baypress®

24 órás hatástartalom

1x1 Baypress

évek óta bevált -nemzetközileg dokumentált



életre szóló védelem

Összetétel: Egy Baypress® tabletta 20 mg nitrendipint tartalmaz. **Javallat:** Hypertonia. **Ellenjavallatok:** Bár a Baypress® embryotoxikus hatásának nincs bizonyítéka, jelenleg sem a terhesség, sem a szoptatás teljes időtartama alatt ne alkalmazzák. **Mellékhatások:** Fejfájás, az arc kipirulása vagy kimelegedés előfordulhat. Ezek a nemkívánt hatások különösen a kezelés első hetében jelentkeznek és általában elmúlnak a további kezelés során. A néha észlelt boka-oedema a vérerek kitágulásának a következménye és magától elmúlik, kivéve a kezelés alatt, ha a gyógyszert elhagyják. Hányingert, szédülést, fáradtságot, viszketést, tachycardiát vagy szívdobogást ritkán figyelnek meg. A Baypress®-kezelés a vizeletürítés fokozódásával társulhat. Akár csak más vazoaktív anyagok esetén, mellkasi fájdalmak (esetleg angina pectoris-szerű tünetek) nagyon ritka esetben előfordulhatnak 15-30 perccel a Baypress® bevétele után. Egyes esetekben a szérum lúgos foszfatázaktivitása megnövekedhet. **Figyelmeztetés:** Az ezzel a gyógyszerrel végzett antihypertensiv kezelés orvosi felügyeletet igényel. A gyógyszer bevétele után egyes esetekben a gépkocsivezetésre vagy gépek kezelésére való képesség korlátozódhat. Az ilyen reakció különösen kifejezett a kezelés kezdetén, a gyógyszerváltás esetén és ha egyidejűleg alkoholt is fogyasztottak. **Kölcsönhatás más gyógyszerekkel:** A Baypress® vérnyomáscsökkentő hatását egyéb antihypertensivumok erősíthetik. Azokra a betegekre, akik egyidejűleg nitrendipint és beta-receptorgátló szert szednek, gondosan ügyelni kell. Ugyanez áll arra az esetre is, ha egyidejűleg cimetidint is szed a beteg. Ha a Baypress®-szel egyidejűleg digoxin-kezelést is kap, a plazma digoxinszintje emelkedhet. Számításba kell tehát venni egy digoxin-túladagolás veszélyét, és ha szükséges, a plazma digoxinkoncentrációját meg kell határozni és szükség esetén a glikozid adagját csökkenteni kell.

Adagolási javaslat: A kezelést a betegség egyéni súlyosságához kell igazítani.

1 tabletta, naponta egyszer (reggel)

Ha nagyobb adagra van szükség, a napi dózis 2 x 1 tablettára növelhető. Krónikus májbetegségek és vesebaj esetén egyéni elbírálás kell. Kezdő adag: 1/2 tabletta Baypress® 10 mg.

A Bayer licenc alapján gyártja:

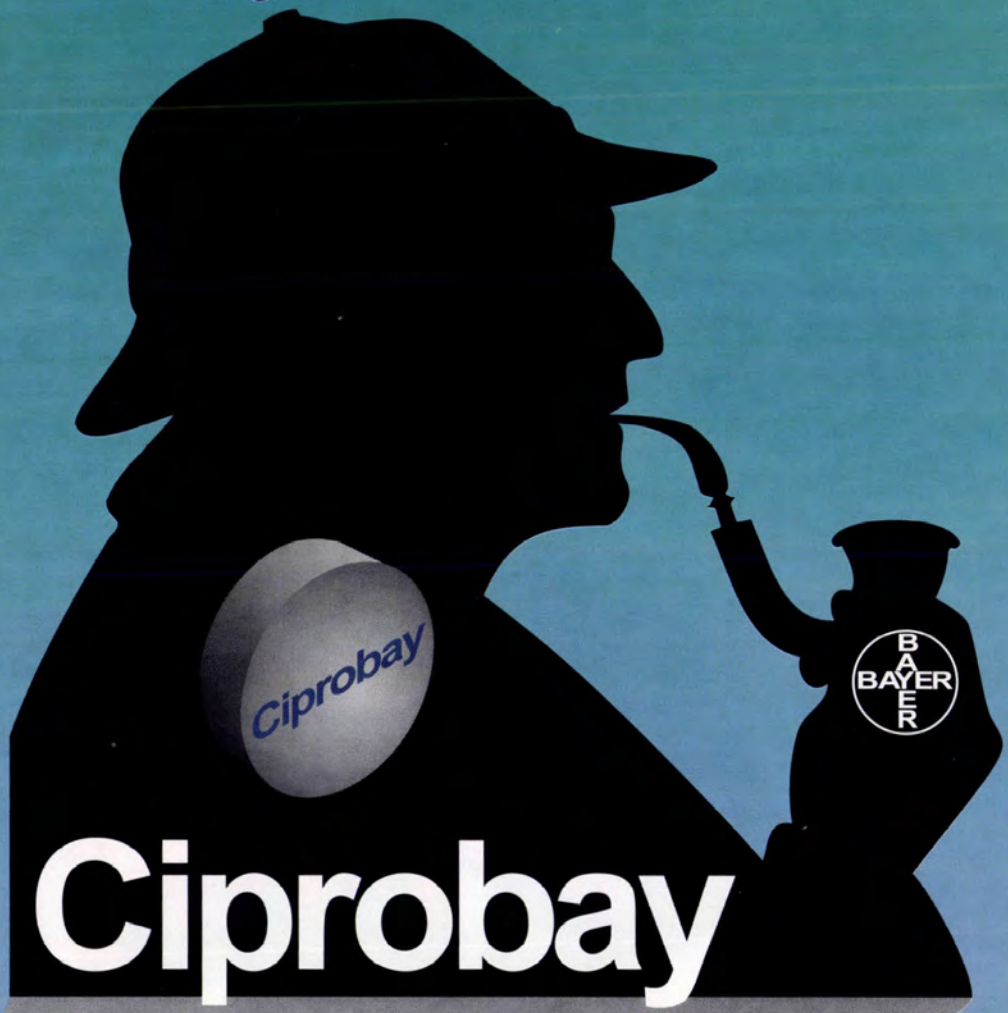
ALKALOIDA RT

További információ:
Bayer Hungária Gyógyszerrészlege
1016 Budapest, Mészáros u. 15-17.
Tel.: 135-9378 Fax: 115-1636
Alkaloida Rt. Marketing
4400 Tiszavasvári, Pf. 1. Tel.: (42) 372-511

Bayer

Bayer Leverkusen

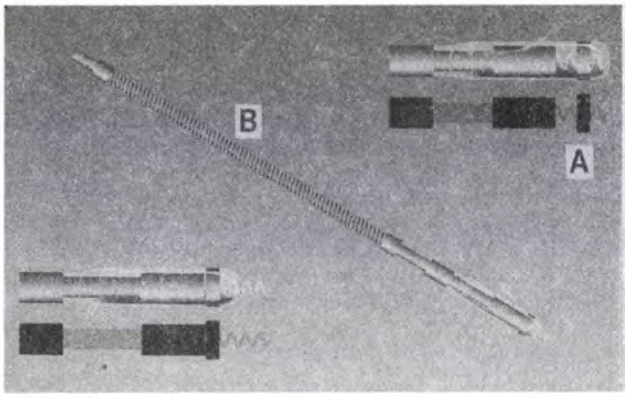
Kinyomoztuk...



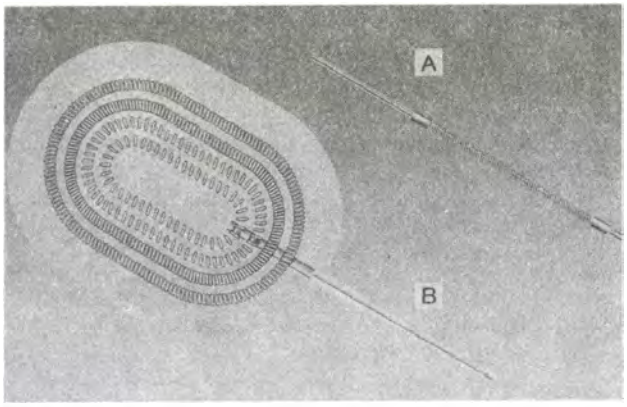
DESIGN: SERWISE D STUDIO

A Ciprobay javítja a minőséget a bronchitis terápiában

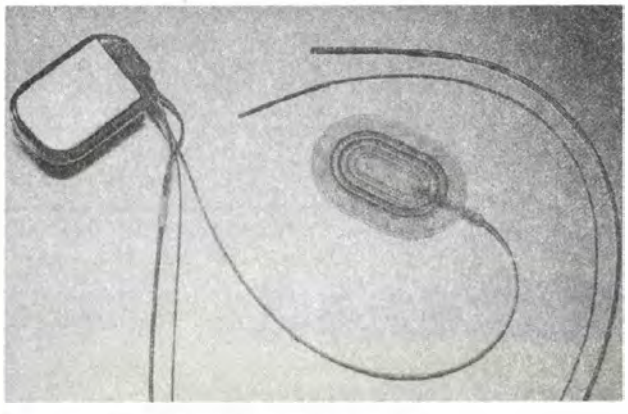
További információ beszerezhető:
Bayer Hungaria Kft.
1016 Budapest, Mészáros u. 15-17.
Tel.: 212-1540 Fax: 212-1575



1. ábra: A mellkas megnyitása nélkül beültethető PCD jobb kamrában elhelyezkedő endocardiális elektródája (Magyarázatot lásd a szövegben!)

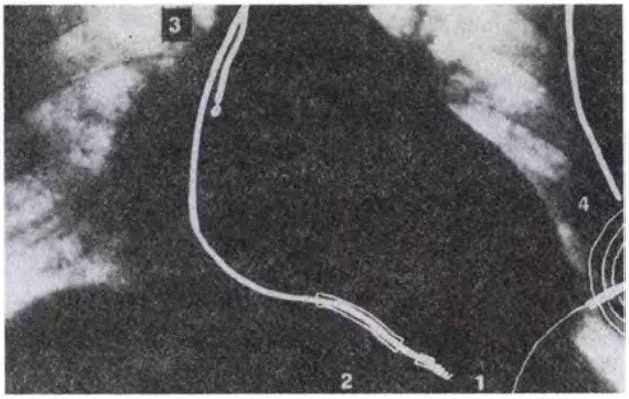


2. ábra: A PCD vena cava superiorban elhelyezkedő elektródája (a), és a subcutan elektróda (b)



3. ábra: A PCD generátor és elektródák

A defibrillátor programozott technikával, szigorúan védett program segítségével a ritmuszavar provokálását maga is el tudja végezni, így még a műtőben, resuscitációs készenlét mellett, altatott betegen a rendszer önmagát ellen-



4. ábra: PA mellkas rtg felvétel PCD implantáció után. 1. Az endocardiális elektróda pacemaker funkciójú része; 2. Az endocardiális elektróda defibrillátor katódrésze; 3. Vena cava superiorban elhelyezkedő anódelektróda; 4. Extrathoracalisan, a bal kamra fő tömegének irányában elhelyezkedő nagyméretű anódelektróda.
A defibrillátor — a beállított program szerint — a katódelektróda felől a két anódelektróda felé ad le impulzust

őrzi. A generátor a későbbiekben minden defibrillálási epizód időpontját és számos adatát (pl. kamrai tachycardia ciklushossza, sikeres és sikertelen defibrillálások száma stb.) a memóriájában tárolja. Meghibásodása esetén — ami nagyon ritka — a készülék működése a generátor fölé helyezett mágnes segítségével felfüggeszthető.

A PCD implantációjának indikációi

A kamrai tartós tachyarrhythmiák kezelésére több lehetőség adódik. Ischaemiás kóreredet esetén, ha lehet, a myocardium sebészi revascularizációját, az aorto-coronaria-bypass-műtétet sürgősséggel elvégezzük. A myocardiális infarctus következtében kialakult aneurizmát rezekáljuk. Az esetek nagy részében ez a sebészi beavatkozás a ritmuszavarok megszűnéséhez vezet.

Egyes esetekben a ritmuszavar forrásának elektromos térképezéssel történő lokalizálására és sebészi módszerekkel vagy katheter-ablációval történő megszüntetésére is lehetőség van. A súlyos kamrai ritmuszavarok gyógyszeres kezelésének napjainkban elfogadott módja az intracardiális elektrofiziológiai vizsgálatokkal, és/vagy Holter-monitorozással, terheléses vizsgálattal ellenőrzött sorozat gyógyszerkipróbálás (2, 3, 6). Azoknál a betegeknél, akik abortált, átmeneti hirtelen szívhalált szenvedtek el, részletes kardiológiai kivizsgálás, haemodinamikai (coronarográfia) és intracardiális elektrofiziológiai vizsgálatok elvégzése szükséges a választott terápia eredményességének megítéléséhez vagy a további kezelési mód megválasztásához (10). *Camm* (3) igen széles körű irodalmat áttekintő tanulmánya alapján azoknál a csökkent bal kamra funkciójú betegeknél, akiknél kamrai tachycardia vagy kamrafibrilláció lépett fel, és empirikus antiarritmiás gyógyszeres terápiában részesültek, az újabb hirtelen halál kockázata egy éven belül 20—30% volt, míg a fenti módszerek alkalmazásával (beleértve amiodarone és szükség esetén ICD alkalmazását is) a hirtelen arritmiahalál kockázata évi 2—3%-ra mérsékelhető.

Ha tehát a gyógyszeres terápia és a sebészi, illetve katheter-ablációs eljárások sem vezetnek sikerre, vagy utóbbiak nem alkalmazhatók, és a fenti vizsgálatok a kamrai ritmuszavar fennállását igazolják, a PCD-beültetés a következő választható terápiás eljárás (1, 2, 7, 9, 12—14).

Az orvosi technika fejlődése következtében lehetővé vált olyan megbízhatóan működő, viszonylag hosszú élettartamú defibrillátor-készülék előállítása, mely mellkasmegnyitás nélkül, tehát csekély műtéti megterheléssel a beteg szervezetébe beültethető, és kamrai tachycardia vagy kamrafibrilláció észlelése esetén a ritmuszavart elektromos úton megszünteti (1, 2, 9—15). Alkalmazásának határt szab a készülék rendkívül magas ára, ezért az európai országokban olyan kórképekben alkalmazzák, amikor az alapbetegség nem kezelhető, az arrhythmogén góc ablációja nem végezhető el, és az antiarritmiás gyógyszerek hatástalanok.

Míg az Egyesült Államokban több, mint száz implantáció jut egymillió lakosra évente, Németországban ennek kevesebb, mint egynegyede, Angliában pedig csak négyhat (13). Az eltérések az indikáció, illetve az anyagi erőforrások különbözőségéből fakadnak. Az első két hazai PCD-implantált beteg ismertetésével a súlyos kamrai ritmuszavarok elektromos kezelésének lehetőségére kívánjuk a figyelmet felhívni, noha a PCD-készülék egészségbiztosítási pénztári finanszírozása jelenleg még tisztázatlan Magyarországon.

IRODALOM: 1. *Bardy, G. H., Hofer, B., Johnson, G. és mtsai:* Implantable transvenous cardioverter-defibrillators. Circ., 1993, *87,* 1152—1168. — 2. *Borbola, J., Denes, P., Ezri, M. D. és mtsai:* The automatic implantable cardioverter-defibrillator: clinical experience, complications and follow-up in 25 patients. Arch. Int. Med., 1988, *148,* 70—76. — 3. *Camm, A. J., Katritis, D.:* How to prescribe and manage antiarrhythmic drug therapy. Eur. Heart J., 1992, *13, (Suppl. F)* 44—52. — 4. *Cobb, L. A., Baum, R. S., Alvarez, H. és mtsai:* Resuscitation from out-of-hospital ventricular fibrillation: 4-year follow-up. Circulation, 1975, *52, (Suppl. 3)* 223—228. — 5. *Corday, E.:* Symposium on identification and management of the candidate for sudden cardiac death — an introduction. Am. J. Cardiol., 1977, *39,* 813—815. — 6. The ESVEM Investigators: Incidence of drug efficiacy predictions in the electrophysiologic study versus electrocardiographic monitoring trial (ESVEM). J. Am. Coll. Cardiol., 1992, *19,* 387/A (abstract). — 7. *Hemmer, W., Welz, A., Weismüller, P. és mtsai:* Patient selection for ICD treatment and peri-operative mortality. Eur. Heart J., 1993, *14, (Suppl. E.),* 128—133. — 8. *Hinkle, L. E., Thaler, H. T.:* Clinical classification of cardiac deaths. Circulation, 1982, *65,* 475—464. — 9. *Kastor, J. A.:* Michel Mirowski and the automatic implantable defibrillator. Am. J. Cardiol., 1991, *122,* 607—612. — 10. *Mirowski, M.:* The automatic implantable defibrillator: some historical notes. In: Brugada P., Wellens H. J. J. (eds): Cardiac Arrhythmias: Where to go from here. Futura Publ. Co., Mount Cisco, 1987, 663—680. old. — 11. *Newnam, D., Sauve, M. J., Herre, J. és mtsai:* Survival after implantation of the cardioverter-defibrillator. Am. J. Cardiol., 1989, *69,* 899—903. — 12. *Nisam, S., Thomas, A., Mower, M. és mtsai:* Identifying patients for prophylactic automatic implantable cardioverter-defibrillator therapy: status of prospective studies. Am. Heart J., 1991, *122,* 607—612. — 13. *Raitt, H., Bardy, G. H.:* Advances in implantable cardioverter-defibrillator therapy. Current Opinion in Cardiology, 1994, *9,* 23—29. — 14. *Saksena, S., Metha, D., Krol, R. és mtsai:* Experience with a third-generation implantable cardioverter-defibrillator. Am. J. Cardiol. 1991, *67,* 1375—1384. — 15. *Winkle, R. A., Mead, R. H., Ruder, M. A. és mtsai:* Long-term outcome with the automatic implantable cardioverter-defibrillator. J. Am. Coll. Cardiol., 1989, *13,* 1353—1361. — 16. *Zacauto, F., DeBoissoudy, Ph.:* Sur un dispositif electronique permettant de determiner chez les mammiferésle mechanisme d'un syncope cardiaque et de delencher la reanimation correspondante. C. R. Soc. Biol., 1961.

(Richter Tamás dr., *Budapest,* Pf. 88. 1450)

A Pluss, HIV pozitívokat és AIDS betegeket segélyező alapítvány azonnali, HIV/AIDS betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos szakmai felvilágosítással és tanácsadással szolgál kórházak, klinikák, rendelőintézetek és orvosi rendelők részére.

Telefon: 06-20-349-449

HASZNÁLT NYUGATI

ORVOSI MŰSZEREK

diagnosztikai berendezések, ultrahangok, EKG-k, therápiás készülékek forgalmazása forintért

SHENMED KFT.

9011 Győr, Páskom u. 74. Telefon/fax: 96/349-210

Transzvénás, subcutan patch nélküli pacemaker-cardioverter-defibrillátorokkal szerzett tapasztalataink

Gyöngy Tibor dr., Merkely Béla dr., Tenczer József dr.[1], Vecsey Tibor dr., Horkay Ferenc dr., Kalmár Imre dr., Matkó Ida dr. Solti Ferenc dr. és Bodor Elek dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Ér- és Szívsebészeti Klinika (igazgató: Nemes Attila dr.)
Fővárosi Szent Imre Kórház V. Belgyógyászat-Kardiológia (osztályvezető főorvos: Tenczer József dr.)[1]

A cardiovascularis halálozás egyik fő oka a hirtelen halál, amelyet leggyakrabban ventricularis tachycardia és ventricularis fibrillatio okoz. A modern beültethető cardioverter-defibrillátorok major kamrai aritmiás betegeknél a hirtelen halál gyakoriságát az évi 10—30%-ról 1%-ra csökkentették le. Magyarországon először alkalmaztak sikeresen kizárólagosan transzvénás automata cardioverter-defibrillátort 3 betegnél. A beültetés indikációja 1 esetben ismételt kamrai fibrillatio és 2 esetben gyógyszerrezisztens recidiváló kamrai tachycardia volt. A ritmuszavar 2 betegnél koronáriabetegséghez, 1 betegnél dilatatív kardiomiopátiához társult. Preaoperativ, intraoperativ és postoperativ electrophysiologiai vizsgálatot rendszeresen végeztek. A beültetett készülék segítségével vena cava superior és jobb kamrai elektródával subcutan patch nélkül a 3 betegnél intraoperativan 6—11—12 Joule defibrillatiós küszöböt értek el. Az elektródák felületét a speciális irídiumbevonat 1000-szeresére növeli meg, ami igen előnyös a defibrillatiós küszöb szempontjából. Az átlagosan 6 hónapi utánkövetési idő alatt fellépő 1 kamrai fibrillatiós és 5 kamrai tachycardiás ritmuszavart a készülék cardiversio-defibrillatióval és 1 esetben overdrive stimulációval szüntette meg. Az intraoperatív vizsgálataink azt mutatják, hogy a bifázisos sokkformával rendelkező implantálható defibrillátor subcutan patch nélkül is alacsony defibrillatiós küszöböt biztosít. A beültetés kis műtéti megterheléssel jár. A Phylax 03 beültethető pacemaker-cardioverter-defibrillátor transzvénásan, subcutan patch nélkül is megbízhatóan és hatékonyan alkalmazható a major kamrai aritmiás betegeknél a hirtelen halál megelőzésére és a kamrai tachycardia megszüntetésére.

Kulcsszavak: AICD, beültethető defibrillátor

Clinical experiences with transvenous pacer-cardioverter-defibrillators without subcutaneous patch. Sudden cardiac death caused by malignant ventricular arrhythmias is one of the main causes of cardiovascular mortality. Implantation of cardioverter-defibrillators has resulted in the reduction of the incidence of sudden cardiac death caused by malignant ventricular arrhythmias from the yearly 10—30% to 1%. For the very first time in Hungary, the authors applied only transvenous lead configuration for automatic cardioverter defibrillators in three patients. The indications of the implantation were ventricular fibrillation in one case. ventricular tachycardias refractory to drug treatment in two cases. Ventricular arrhythmias were secondary to coronary heart disease in two patients, dilatative cardiomyopathy in one patient. Preoperative, intraoperative and postoperative electrophysiological studies were regularly taken. Using Biotronik Phylax 03 device with a right ventricular electrode and a superior vena cava electrode and without subcutaneous patch the intraoperative defibrillation thresholds were 6, 11 and 12 J respectively. The fractally iridium coating increases the surface of the electrodes that has a very good effect on defibrillation threshold. During a mean follow-up of six months the occurring spontaneous ventricular arrhythmias (1 ventricular fibrillation and 5 ventricular tachycardias) were terminated by Phylax 03 with cardioversion-defibrillation or overdrive stimulation. The authors' results of intraoperative testing and clinical experiences show that the Phylax 03 biphasic system due to low defibrillation thresholds without subcutaneous patch can safely be applied with only transvenous implant technique in patients with major ventricular arrhythmias to prevent sudden cardiac death and to terminate ventricular tachycardia.

Key words: AICD, implantable defibrillator

A cardiovascularis halálozás egyik fő oka a hirtelen halál, amelyet leggyakrabban malignus kamrai aritmiák, ventricularis tachycardia (VT) és ventricularis fibrillatio (VF) okoz. Ezen fatális ritmuszavarok sebészi, katéteres ablációs és gyógyszeres terápiája nem eléggé hatásos és elterjedten nem alkalmazható. Az automata, implantálható cardioverter-defibrillátorokat (AICD) 1980 óta alkalmazzák a malignus kamrai ritmuszavar terápiájában (21). A modern beültethető cardioverter-defibrillátorok major ventricularis arritmiás betegeknél a hirtelen halál gyakoriságát az évi 10—30%-ról 1%-ra csökkentették le (2, 9, 12, 20, 22—24). Célunk az volt, hogy Magyarországon először lehetőleg a legkorszerűbb és a legkisebb műtéti megterhelést és postoperativ kockázatot jelentő, kizárólagosan

transzvénás pacemaker-cardioverter-defibrillátor terápiát alkalmazzuk. Ezt a Biotronik-cég által kifejlesztett új bifázisos sokkforma leadására képes készüléke (Phylax 03) és irídiummal bevont elektródjai tették lehetővé, amelyek subcutan patch (subcutan elhelyezett lapelektróda) nélkül is kielégítő defibrillatiós küszöböt eredményeznek.

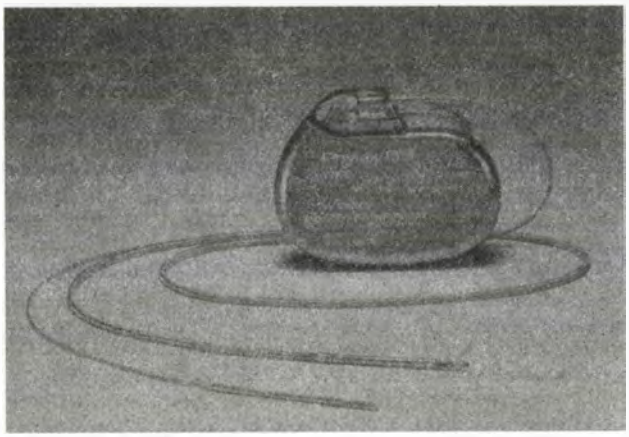
Módszerek

Betegkiválasztás, praeoperativ vizsgálómódszerek

A beültethető AICD-terápiára előzetesen olyan betegeket választottunk ki 1. akiket primer kamrai fibrillatio miatt reanimáltak, vagy 2. akiknek hemodinamikailag releváns tartós kamrai tachycardiájuk volt. A kiválasztás feltétele volt, hogy a kamrai ritmuszavar ne átmeneti kiváltó okkal, pl. akut ischaemiával vagy ionháztartási zavarral járjon együtt. Noninvazív vizsgálómódszerek mellett (terheléses EKG, Holter-EKG, echocardiographia) coronariographiát és electrophysiologiai vizsgálatot rendszeresen végeztünk. Kamrai fibrillatión átesett betegeknél az electrophysiologiai vizsgálat célja, hogy kiderítsük, bevezeti-e kamrai tachycardia a szívhalált (22, 24). Kamrai tachycardiás betegeknél a ritmuszavar kiválthatóságán kívül az overdrive szuppresszió hatékonyságát vizsgáltuk. A kiváltható ventricularis tachycardia esetén gyógyszertesztelést végeztünk (amiodaron, sotalol, mexitil és esetleg propafenon) (5, 8, 9, 30, 31). A beteg által korábban terápiás dózisban szedett, klinikailag ineffektív antiaritmiás gyógyszereket nem teszteltünk. Az amiodaron alkalmazását mellékhatásai miatt fiatal betegeken lehetőleg kerültük (8, 9, 20). Pacemaker-defibrillátor terápiát indikáltunk a malignus kamrai aritmiás betegeknek: 1. ha electrophysiologiai vizsgálattal primeren ventricularis fibrillatio váltható ki; 2. ha nem indukálható a major kamrai ritmuszavar, mert ilyenkor gyógyszertesztelés nem végezhető; 3. ha a kiváltott hemodinamikailag releváns kamrai tachycardia gyógyszerrezisztens és 4. ha az egyébként hatékonyan alkalmazott gyógyszer súlyos mellékhatásokat okoz (20, 24, 30).

A beültethető pacemaker-cardioverter-defibrillátor jellemzői

A Biotronik Phylax 03 generátor 169 g tömegű és 121 cm^3 volumenű (10 × 7,9 × 2,1 cm). A készülék antibradycardia, antitachycardia (burst és ramp ingerlés), cardioversio-defibrillatio funkciókkal rendelkezik és monofázisos vagy bifázisos sokkot képes leadni. A burst állandó frekvenciájú, rövid ideig tartó gyors ingerlés, míg a ramp fokozatosan gyorsuló frekvenciájú rövid stimuláció. A maximális defibrillatiós energia 30 Joule. A készülék programozása révén az elektródák polaritása és a sokkforma valamennyi paramétere tetszőlegesen változtatható. A készülék funkciójának teszteléséhez változtatható intervallumú burst stimulációval kamrafibrillatiót és adott esetben kamrai tachycardiát tudunk kiváltani. A kamrai tachycardiát frekvencia-kritérium alapján ismeri fel a készülék. A ventricularis fibrillatio esetén változó nagyságú intracardialis jel keletkezik, ezért a kamrai fibrillatiót a defibrillátor az ún. X az Y-ból kritérium alapján automatikus érzékenységmódosítással érzékeli. A pacemaker-cardioverter-defibrillátor a terápiában részesített ritmuszavar RR-intervallumát rögzíti a memóriájában, és ez az információ telemetriásan visszahívható. A készülék mindezen tulajdonságai alapján az egyik legmodernebb a világon. A készülékhez csatlakoztatható a jobb kamrai (RV) elektróda, a vena cava superior (VCS) elektróda és adott esetben subcutan vagy epicardialis patch. A 12 F átmérőjű RV-elektróda egy bipolaris pace-sense résszel és egy 4 cm hosszú, 3,4 cm^2 felületű irídiummal speciálisan bevont sokktekercscsel rendelkezik. A 11 F-es VCS-elektróda csak egy 7 cm hosszú, 16 cm^2-es sokktekercscsel bír *(1. ábra)*.



1. ábra: A Phylax 03 beültethető cardioverter-defibrillator készülék a jobb kamrai és véna cava superior elektródával

A transzvénás AICD-beültetés sebészeti vonatkozásai

Általános sebészeti feltételek, elvek: A kumarinkezelést a műtét előtt két nappal felfüggesztettük. Valamennyi betegünk műtéte steril műtőben, általános, intratrachealis narkózisban, direkt (véres) artériás és vénás nyomásmonitorozás mellett, antiboticum prophylaxisában (cephalosporin) történt. A műtét és a mérések alatt a nyitott sebeket Betadine-oldattal öblítettük. Mind a vénapreparálás, mind a generátor sebét 48 órára Redon-drainnel láttuk el (4, 29).

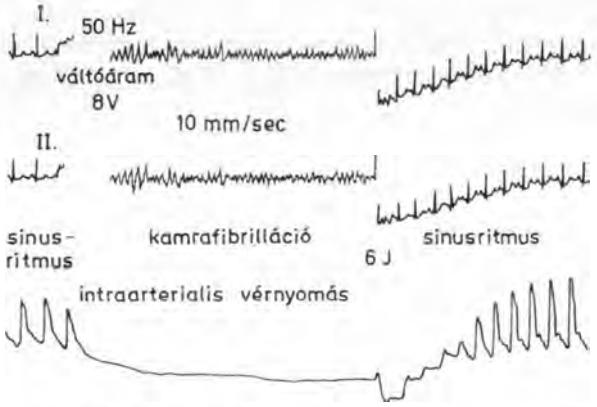
Elektródabevezetés: Célkitűzésünk a bal véna cephalica felhasználása volt mindkét elektróda bevezetésére. Ezért a clavicula-val párhuzamos bőrmetszésből kipreparáltuk a v. cephaliaca centrális, közvetlenül a vena subclaviába beömlő szakaszát. Egy esetben ezen a vénán át sikerült bevezetni mindkét elektródát. Másik esetben a vénán csak az RV-elektródát tudtuk bejuttatni, a VCS-elektródát a v. subclavia intraoperativ punctiója után helyeztük el. A harmadik betegünk hypoplasiás vena cephalicája miatt a vena subclavia kipreparálása után, a venalekötés elkerülésére 6/0 Prolen „dohányzacskó" öltés védelmében direkt a vena subclaviába vezettük mindkét elektródát. Az RV-elektródát a vena cava superior és a jobb pitvar határához vezetjük. Az elektródák pozicionálása után nagyon fontos a bevezetés helyén történő elektródafixálás a dislocatio elkerülésére (17, 20, 25, 29).

A generátor elhelyezése: A jelentős méretcsökkenés ellenére még mindig tekintélyes méretű (169 g és 121 cm^3) generátor elhelyezése csak a hasfalban biztonságos. A leggyakrabban ajánlott paramedian hosszanti bőrmetszés helyett mindhárom betegünknél a köldök felett 5 cm-rel ejtett, kb. 10 cm-es harántt (fiziológiásabb) bőrincíziót választottuk úgy, hogy a bal rectus hüvely medialis széle az incízióra merőlegesen a középvonalba essen. A rectushüvely elülső falát hosszában medialisan 10—12 cm hosszan megnyitva a generátor az izom és a rectus bőnye közé kerül, így elkerülhető a rectus átvágása, amely a haematomakialakulás veszélyét csökkenti. Ezzel a behatolással a készülék mind a bordaívtől, mind a csípőtől kellő távolságra helyezhető el. A készülék felett az elülső rectusfalat szituáljuk (17, 20, 29).

Az elektródák lehúzása: Az elektródák bevezetési helyétől a hasfalban lévő generátorhoz az elektródák lehúzása subcutan vagy submuscularisan (retropectoralisan) történhetett. Biotronik-cég által kifejlesztett speciális összerakható eszköz (nyárs) cserélhető fejjel (oliva, ill. elektródaorsó), segédmetszés nélkül, minimális vérzésveszéllyel teszi lehetővé e művelet elvégzését. Mi a betegeinknél a submuscularis elektródalehúzást preferáltuk, mert a subcutan vezetett elektródák inficiálódási esélye decubitus miatt nagyobb.

Intraoperativ electrophysiologia vizsgálat

A defibrillátor-PM beültetése alatt az optimális ingerlés, érzékelés és cardioversio-defibrillatio eléréséhez elektrophysiologiai vizsgálatot kell végezni (2, 14). A kamrafibrillatio biztos detektá-



2. ábra: A defibrillatiós küszöb intraoperatív meghatározása: az 50 Hz váltóárammal létrehozott kamrafibrillációt a készülék 6 Joule-al szüntette meg

lásához 5 mV-nál nagyobb és kellően meredek intracardialis jelre van szükség sinusritmusban. 1,5 voltnál alacsonyabbnak kell lenni a stimulációs küszöbnek az effektív terápiás overdrive és a postdefibrillatiós antibradycardia-ingerléshez (11). A jobb kamrai elektróda helyzetét ennek megfelelően véglegesítjük. Intraoperatívan meghatározzuk azt a legalacsonyabb defibrillatiós energiát, amely az általunk 50 Hz-cel vagy burst stimulációval létrehozott fibrillatiót még megszünteti *(2. ábra)*. A készülék biztonságos működéséhez elengedhetetlenül szükséges, hogy ez a defibrillatiós küszöb 10 Joule-lal alacsonyabb legyen a maximálisan leadható energiánál. Ha ez az érték a megengedettnél több, akkor subcutan vagy esetleg epicardialis patch-et kell még beültetni (2, 11, 29, 35).

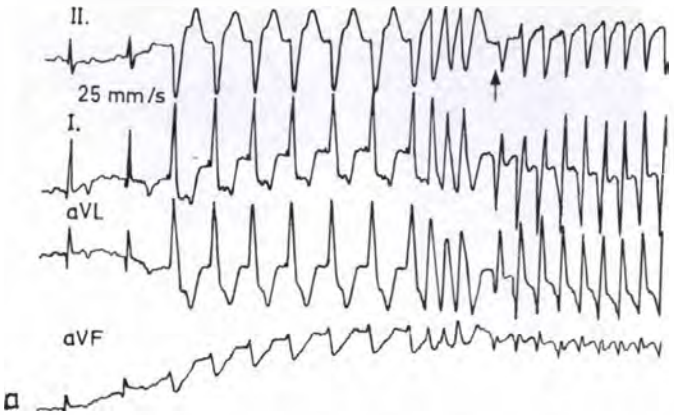
Postoperativ teendők, kontrollok

A betegek 5 napig antibiotikum profilaxist kaptak (4). A korábban antikoaguláns kezelésben részesített betegek a kumarint a postoperativ 2. napon visszakapták. A többi betegnél napi 250 mg-os acetylsalicilsav-kezelést kezdtünk, a nyaki vena trombózis megakadályozása céljából. A műtétet követő 2 héten belül, a kórházi elbocsátás előtt ún. electrophysiologiai tesztelést végeztünk, amikor rövid intravénás narkózisban a kamrai fibrillatiót és adott esetben a kamrai tachycardiát kiváltjuk az egyedileg programozott terápia hatékonyságának ellenőrzésére.

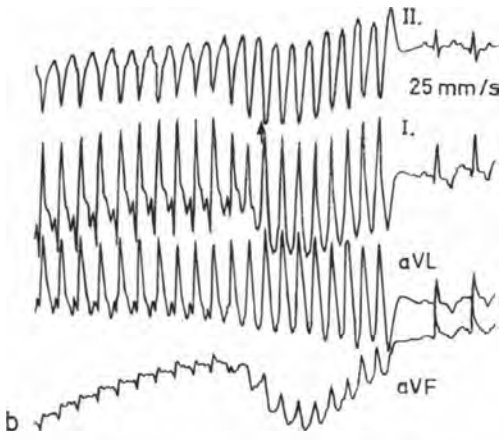
A betegek kiválasztását, implantáció utáni ellenőrzését a Szent Imre Kórház kardiológiai profilú V. Belgyógyászati osztályával kooperálva végezzük. A betegeket 3 havonta rendeljük vissza kontrollra. Ellenőrizzük a készülék ingerlő és érzékelő funkcióját, az elektródák helyzetét (mellkasröntgen) és az anamnézis, valamint a készülék memóriája segítségével a beállított terápia megbízhatóságát.

Eredmények

Defibrillátor-pacemaker implantációra 6 malignus ventricularis ritmuszavarban szenvedő beteget tartottunk alkalmasnak, amelyek közül ezidáig 3-an kaptak AICD-készüléket. Az alapbetegség 3 esetben koronáriabetegség és 3 esetben dilatatív kardiomiopátia volt. A betegek bal kamrai ejekciós frakciója 20—48—55—40—45—45% volt. Négy betegnél egyszeri vagy többszöri kamrafibrillatio miatti reanimáció, és 2 betegnél gyógyszerrezisztens recidiváló kamrai tachycardia képezte az indikációt. A kamrai tachycardiát mindkét páciensünknél indukáltuk és overdrive stimulációval megszüntettük *(3. a. és 3. b. ábra)*.

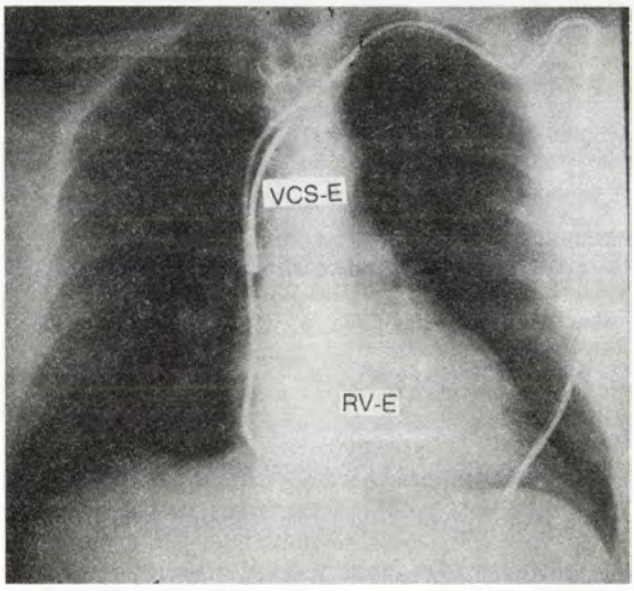


3/a. ábra: a 205/min frekvenciájú kamrai tachycardiát 550 ms-os alapstimulációval és hármas extraingerrel váltottuk ki

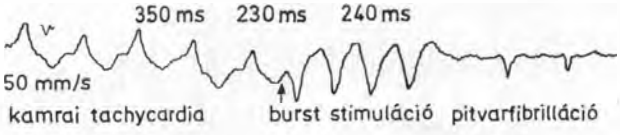


3/b. ábra: A kiváltott kamrai tachycardiát 240/min-os burst stimulációval megszüntettük

Ezek a kamrai tachycardiás betegek már koronária bypass műtéten átestek és anginamentesek. A kamrai tachycardia frekvenciája az egyik betegnél 170/min-os, a másiknál 200/min-os volt. Programozott kamrai stimulációval 1 esetben volt kamrafibrillatio kiváltható. A várakozási idő alatt egy beteget veszítettünk el a kórházon kívül hirtelen szívhalál miatt, akinek korábban kamrafibrillatiós ritmuszavara volt. Egy kétszer reanimált post partum kardiomiopátiás betegünk mitralis műbillentyű-implantációra vár. Egy amiodaronnal kezelt reanimált beteget sotalolra állítottunk át, és ezt követi majd a defibrillátor-beültetés. 1994 márciusában hazánkban először ültettünk be pacemaker-cardioverter-defibrillátor készüléket tisztán transzvénás úton, subcutan patch nélkül *(4. ábra)*. Ezt a beültetést 2 további sikeres implantáció követte. Az intracardialis elektrogram R-amplitúdója a három esetben 7—16—12 mV, a stimulációs küszöb 0,5 ms-nél 0,6—0,5—0,3 V, az intraoperatív defibrillatiós küszöb 6—11—12 joule volt. Az intraoperativ electrophysiologiai vizsgálat ezen eredményei biztonságos detekciót, antibradycardia- és antitachycardia-funkciót, valamint cardioversiót-defibrillatiót ígérnek. A műtéti idő 150—90—90 perc volt. Egy esetben észleltünk



4. ábra: PA mellkas rtg felvétel a transzvénás defibrillátor implantációját követően: A defibrillatio-cardioversio a jobb kamrai és vena cava superior elektróda között történik. A csúcsban elhelyezett RV elektróda ezenkívül az érzékelésben és az ingerlésben játszik szerepet.



5. ábra: A 170/min frekvenciájú kamrai tachycardiát a készülék az előre programozott 230 ms-os kapcsolási idejű 240 ms-os intervallumú 4-es burst stimulációval állította meg (EKG V_1-elvezetés)

kisebb készülék körüli haematomát, a konzervatív kezelés (lokális hűtés, kompresszió) elégségesnek és eredményesnek bizonyult. A postoperativ 2. napon mindkét kamrai tachycardiás betegünknél hemodinamikailag releváns kamrai tachycardia lépett fel. A 170/min-os kamrai tachycardiát a készülék overdrive stimulációval szüntette meg *(5. ábra)*. A 200/min-os kamrai ritmuszavart a készülék az előre beprogramozott 22 joule-lal cardiovertálta. Egy betegünknél, akinek a postoperativ szakban ventricularis tachycardiája, majd pitvarfibrillatiója volt, a jobb kamrai elektróda microdislocatiója lépett fel, ezért RV-elektródát reimplantáltunk. A kórházi elbocsátás előtti teszt során történt a készülék végleges beállítása és ellenőrzése. A kiváltott kamrafibrillatiót a defibrillatiós küszöbenergiával, kamrai tachycardiát a praeoperativan effektív overdrive stimulációnak megfelelő burst vagy ramp ingerléssel teszteltük. Mivel defibrillatiós küszöbemelkedést nem észleltünk, az első terápiás defibrillatio energiáját a 10 joule biztonsági küszöb meghagyásával a három betegen 16—21—22 joule-ra programoztuk. A kamrai tachycardia terápiájára 2 burst ingerlés után alacsony energiájú cardioversiót majd maximális energiájú cardiversiót állítottunk be. A betegek az egy, három és hat hónapos kontrollon megjelentek. Az átlagosan 6 hónapi utánkövetési idő alatt fellépő 1 kamrai fibrillatiós és 5 kamrai tachycardiás ritmuszavart a Phylax 03 készülék cardiversio-defibrillatióval és 1 esetben overdrive stimulációval szüntette meg.

Megbeszélés

A defibrillátor-pacemaker ugyan csak tüneti terápiája a malignus kamrai ritmuszavaroknak, mégis az elmúlt években az intenzív fejlesztésnek köszönhetően jelentős fejlődésen ment keresztül. Egyszerűsödött az implantációs technika, speciális transzvénás elektródák jelentek meg, a sokkforma is optimalizálódott (bifázisos sokk), és a készülékek programozhatósága is ugrásszerűen javult (1, 2, 27). Ennek oka az, hogy a korábbi terápiás eljárások hatékonysága nem megfelelő. A kamrai aritmiák kezelésében egyre kevésbé használnak sebészi módszereket a csökkent klinikai alkalmazhatóság, a nagy műtéti szövődmények és halálozás miatt (34). A radiofrekvenciás abláció csak lassú, haemodinamikailag még tolerálható kamrai tachycardiák esetében végezhető, és már a középtávú eredmények is szerények (2). A gyógyszeres kezelésnek a proaritmiás hatás miatt, mint ahogy azt a nagy tanulmányok is mutatják, jelentős korlátai vannak (5, 8, 10, 33).

A transzvénás defibrillátor az epicardialishoz hasonlóan igen hatékony a hirtelen halál prevenciójában, de a szívizomzat alapbetegségéből járó haemodinamikai progressziót nem befolyásolja (7, 13, 18, 19, 23, 28). A nonthoracotomiás, azaz transzvénás implantáció sebészi megterhelése nem jelentős, ellentétben a korábban alkalmazott epicardialis defibrillátorokkal. A transzvénás pacemaker-defibrillátor terápia minimális műtéti kockázattal jár, a postoperativ 30 napos mortalitás 1% alatt van (2, 20, 25, 26, 28). A nonthoracotomiás implantációnál a transzvénás elektródákhoz kiegészítésként használt defibrillatiós küszöböt csökkentő subcutan patch sebészileg kritikus helye volt a beültetésnek a viszonylag gyakori, 5—12%-os szövődmények: haematoma, seroma, infekció, elmozdulás, gyűrődés és törés miatt. A komplikációk miatt gyakran volt szükség reoperációra és infekció esetén a teljes rendszer explantációjára (11, 16, 17, 20).

Célunk az volt, hogy meghonosítsuk klinikánkon a major kamrai aritmiák korszerű terápiáját jelentő beültethető transzvénás pacemaker-cardioverter-defibrillátor terápiát, kiegészítsük azt a korszerű antiaritmiás kezeléssel, és Magyarországon először lehetőleg a legkisebb műtéti megterhelést és postoperativ kockázatot jelentő kizárólagos transzvénás implantációs technikát alkalmazzuk. Ezt a Biotronik-cég bifázisos sokkforma leadására képes készüléke és a modern irídiummal bevont elektródja tette lehetővé, amely subcutan patch nélkül is kielégítő defibrillatiós küszöböt eredményez. A bifázisos sokkforma a monofázisos sokkformától abban különbözik, hogy a készülék a kondenzátor kisülése közben az elektródák polaritását megcseréli, így az áram iránya megfordul. Monofázisos sokknál polaritásváltás nincs. Az utóbbi évek kísérletei és az elmúlt év klinikai vizsgálatai bebizonyították, hogy azonos elektródakonfiguráció mellett bifázisos

sokkforma az esetek 90%-ában lényegesen effektívebb a monofázisosnál (3, 27, 32, 36). A tisztán transzvénás, subcutan patch nélküli AICD-implantáció egyszerűbb, sebészi megterhelés és a szövődmények szempontjából a dual chamber (fiziológiás kétüregű) PM-beültetéshez hasonlít (2).

A transzvénás implantációs mód subcutan patch nélkül is megbízható és hatékony terápia az életveszélyes kamrai aritmiák esetében. Európa fejlett országaiban 4—40 db defibrillátort implantálnak 1 millió lakosra számítva évente. A terápiás indikáció kiszélesítésének határt szab a készülékek még tekintélyes nagysága és ára. A készülékben a volument a kondenzátor és az elem teszi ki. Ezért folynak intenzív experimentalis és klinikai vizsgálatok a defibrillatiós küszöb csökkentésére. A defibrillatiós küszöb leginkább az elektróda minőségétől, a sokkformától, a fibrillatio időtartamától, a szív nagyságától, az alapbetegségtől és az alkalmazott antiaritmiás gyógyszerektől függ (3, 35). Ígéretes fejlődési irány a klinikai kísérleti stádiumban lévő unipoláris defibrillátor, amelynél a vena cava superior elektródát a készülék „fémháza" helyettesíti, így a defibrillatio-cardioversio RV-elektróda és a pectoralisan implantált készülék között történik (1). Nemcsak a beültetés egyszerűbb, hanem a defibrillatiós küszöb is alacsonyabb, tehát ez esetben kisebb kondenzátor és elem is elegendő. A kisebb defibrillátort már pectoralisan célszerű implantálni. Mindezeknek köszönhetően szélesedni fog az indikáció és lényegesen fog csökkenni a beültethető pacemaker-cardioverter-defibrillátorok ára. Így subcutan patch nélküli transzvénás defibrillátor prophylacticusan alkalmazhatóvá válhat a hirtelen halál preventiójában a magas rizikójú betegpopulációnál (1, 2, 6). A magas rizikójú betegek kiválasztásában többek között a Holter EKG, a szívfrekvencia-variabilitás és a késői potential regisztrálás nyújthat segítséget (6). A kizárólagos transzvénás defibrillátor-pacemaker terápia „elektromos hidat" jelenthet a transzplantációra váró beteg esetében is (15).

A közlemény a Népjóléti Minisztérium — ETT — tárcaszintű kutatási T—06—394/93 pályázatának támogatásával készült.

A kézirat leadása óta klinikánkon újabb 2 betegnél történt transzvénás pacemaker-cardioverter-defibrillátor beültetés.

IRODALOM: 1. *Bardy, G. H., Dolack, G. L., Kudenchuk, P. J. és mtsai:* Prospective randomized comparison in humans of a unipolar defibrillation system with that using an additional superior vena cava electrode. Circulation, 1994, *89,* 1090—1093. — 2. *Bardy, G. H., Hofer, B., Johnson, G. és mtsai:* Implantable transvenous cardioverter defibrillators. Circulation, 1993, *87,* 1152—1168. — 3. *Bardy, G. H., Troutman, C., Johnson, G. és mtsai:* Electrode system influence on biphasic waveform defibrillation efficacy in humans. Circulation, 1991, *84,* 665—671. — 4. *Bakker, P. F., Hauer, R. N., Wever, E. F.:* Infections involving implanted cardioverter defibrillator devices. PACE, 1992, *15,* 654—658. — 5. *Brachmann, J., Beyer, T., Schöls, W. és mtsai:* Pros and cons of drugs that prolong ventricular refractoriness. Eur. Heart J., 1992, *13, (Suppl. F),* 19—22. — 6. *Brugada, P., Andries, E.:* The rationale for prophylactic implantation of a defibrillator in „high risk" patients. PACE, 1993, *16,* 547—551. — 7. *Borbola, J., Denes, P., Ezri, M. D. és mtsai:* The automatic implantable cardioverter defibrillator: clinical experience, complication and follow up in 25 patients. Arch. Int. Med., 1988, *148,* 70—76. — 8. *Camm, A. J., Katritis, D.:* How to prescribe and manage antiarrhythmic drug therapy. Eur. Heart J., 1992. *13, (Suppl. F)* 44—52. — 9. The CASCADE investigators: Cardiac arrest in Seattle: conventional versus amiodarone drug evaluation. (The CASCADE study). Am. J. Cardiol., 1991, *67,* 578—584. — 10. The ESVEM Investigators: Incidence of drug efficacy predictions in the electrophysiologci study versus electrocardiographic monitoring trial (ESVEM). J. Am. Col. Cardiol., 1992, *19,* 387/A (abstract). — 11. *Fahy, G. J., Kleman, J. M., Castle, L. W. és mtsai:* Low incidence of lead complications associated with nonthoracothomy implantable cardioverter defibrillator lead systems. EUR. J. C. P. E., 4, 535 (abstract). — 12. *Fromer, M., Brachmann, J., Block, M. és mtsai:* Efficacy of automatic multimodal device therapy for ventricular tachyarrhythmias as delivered by a new implantable peacing cardioverter-defibrillator. Results of a European multicenter study of 102 implants. Circulation, 1992, *86,* 363—374. — 13. *Grimm, W., Flores, B. T., Marchlinski, F. E.:* Shock occurrence and survival in 241 patients with implantable cardioverter defibrillator therapy. Circulation, 1993, *87,* 1880—1888. — 14. *Herse, B., Autschbach, R., Hannekum, A. és mtsai:* Different ways of application of the implantable cardioverter defibrillator (ICD)-which is the current approach? Thorac. Cardiovasc. Surg., 1992, *40,* 266—272. — 15. *Jeevanandam, V., Bielefeld, M. R., Auteri, J. S. és mtsai:* The implantable defibrillator: an electronic bridge to cardiac transplantation. Circulation, 1992, *86, (5 Suppl.),* II 276—279. — 16. *Jordaens, L., Vertongen, P., van Belleghem, Y.:* A subcutaneous lead array for implantable cardivoerter defibrillators. PACE, 1993, *16,* 1429—1433. — 17. *Hammel, D., Block, M., Konertz, W. és mtsai:* Surgical experience with defibrillator implantation using nonthoracotomy leads. Ann. Thorac. Surg., 1993, *55,* 685—693. — 18. *Kim, S. G., Fisher, J. D., Choue, C. W. és mtsai:* Influence of left ventricular function on outcome of patients treated with implantable defibrillators. Circulation, 1992, *85,* 1304—1310. — 19. *Mehta, D., Saksena, S., Krol, R. B.:* Survival of implantable cardioverter-defibrillator recipients: role of left ventricular function and its relationship to device use. Am. Heart J., 1992, *124,* 1608—1614. — 20. *Merkely B., Károlyi L., Beyer, T. és mtsai:* Klinikai tapasztalatok transzvénás pacer-cardioverter-defibrillátorral. Card. Hung., 1994, *23 (Suppl. 1),* 29 (abstract). — 21. *Mirowski, M., Reid, P. R., Mower, M. M. és mtsai:* Termination of malignant ventricular tachyarrhythmias with an implanted automatic defibrillator in human beings. N. Engl. J. Med., 1980, *303,* 322—324. — 22. *Morady, F., Scheiman, M. M., Hess, D. S. és mtsai:* Electrophysiologic testing in the management of survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Am. J., Cardiol., 1983, *51,* 85—89. — 23. *Powel, A. C., Fuchs, T., Finkeltstein, D. M. és mtsai:* Influence of implantable cardioverter-defibrillators on the long-term prognosis of survivors of out-of-hospital cardiac arrest. Circulation, 1993, *88,* 1083—1092. — 24. *Sager, P. T., Choudhary, R., Leon, C. és mtsai:* The longterm prognosis of patient with out-of-hospital cardiac arreste but no inducable ventricular tachycardia. Am. Heart J., 1990, *120,* 1334—1342. — 25. *Saggau, W., Sack, F. U., Lange, R. és mtsai:* Supriority of endocardial versus epicardial implantation of the implantable cardioverter defibrillator (ICD). Eur. J. Cardiothorac. Surg., 1992, *6,* 195—200. — 26. *Saksena, S.:* Defibrillation thresholds and perioperative mortality associated with endocardial and epicardial defibrillation lead systems. The PCD investigators and participating institutions. PACE, 1993, *16,* 202—207. — 27. *Saksena, S., An, H., Mehra, R. és mtsai:* Prospective comparison of biphasic and monophasic shocks for implantable cardioverter-defibrillators using endocardial leads. Am. J. Cardiol., 1992, *70,* 304—310. — 28. *Saksena, S., Parsonnet, V.:* Implantation of an implantable cardioverter/defibrillator without thoracotomy using a triple electrode system. JAMA., 1988, *259,* 69—72. — 29. *Shepard, R. B., Goldin, M. D., Lawrie, G. M. és mtsai:* Automatic implantable cardioverter defibrillator: surgical approaches for implantation. J. Card. Surg., 1992, *7,* 208—224. — 30. *Schöls, W., Brachmann, J., Hug, R. és mtsai:* Therapy assessment for sustained ventricular tacyharrhythmias: how many electropharmacological tests

are appropriate? PACE, 1990, *13*, 663—673. — 31. *Solti F., Szabó Z., Rényi-Vámos F. és mtsai:* Pacemaker terápia beta-receptor gátlók tartós adásával kombinálva súlyos tachyarrhythmiák kezelésére. Magyar Belorvosi Archívum, 1976, *29*, 315—322. — 32. *Swartz, J. F., Fletcher, R. D., Karasik, P. E.:* Optimisation of biphasic waveforms for human nonthoracotomy defibrillation. Circulation, 1993, *88*, 2646—2654. — 33. The Task Force of the working Group on Arrhythmias of the European Society of Cardiology: CAST and beyond. implication of the cardiac arrhythmia suppression trial. Circulation, 1990, *81*, 1123—1127., and Eur. Heart J., 1990, *11*, 194—199. — 34. *Trappe, H. J., Klein, H., Wenzlaff, P. és mtsai:* Ventricular tachycardia surgery in 1992: did the automatic defibrillator change this approach? PACE, 1993, *16*, 242—246. — 35. *Venditti, F. J., Martin, D. T., Vassolas, G. és mtsa:* Rise in chronic defibrillation thresholds in nonthoracotomy implantable defibrillator. Circulation, 1994, *89*, 216—223. — 36. *Winkle, R. A., Mead, R. H., Ruder, M. A. és mtsai:* Improved low energy defibrillation efficacy in man with the use of a biphasic truncated exponential waveform. Am. Heart J., 1989, *117*, 122—127.

(Gyöngy Tibor dr., *Budapest*, Pf. 1525)

Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent

Biró Judit — Soós Gyöngyvér: **Bőrgyógyászati betegségek**
(Gyógyszeres terápia sorozat)



A kötet a bőrgyógyászati betegségek belső és külső kezelési lehetőségeit tárgyalja, betűrend szerinti sorrendben. A kórképek rövid leírása után részletes ismertetést ad a kezelési javaslatokról, és a várható eredményekről is. A függelékben összefoglalja a választási lehetőségeket, buktatókat, és kiemelten tárgyalja a lokális szteroidok, a helyi dezinficiálószerek, az antimycoticumok és a retinoidterápia problémakörét. Ez a könyv hasznos tanácsadó háziorvosoknak és bőrgyógyászoknak a megfelelő kezelés kiválasztásában és alkalmazásában.
179 oldal, 790,— Ft.

A Gyógyszeres terápia kötetei:	Jávor: Gasztroenterológia	882,— Ft
	Moser: Karidiológia	1017,— Ft
	Fazekas: Neurológia	980,— Ft
	Czinner: Csecsemő- és gyermekgyógyászat	980,— Ft

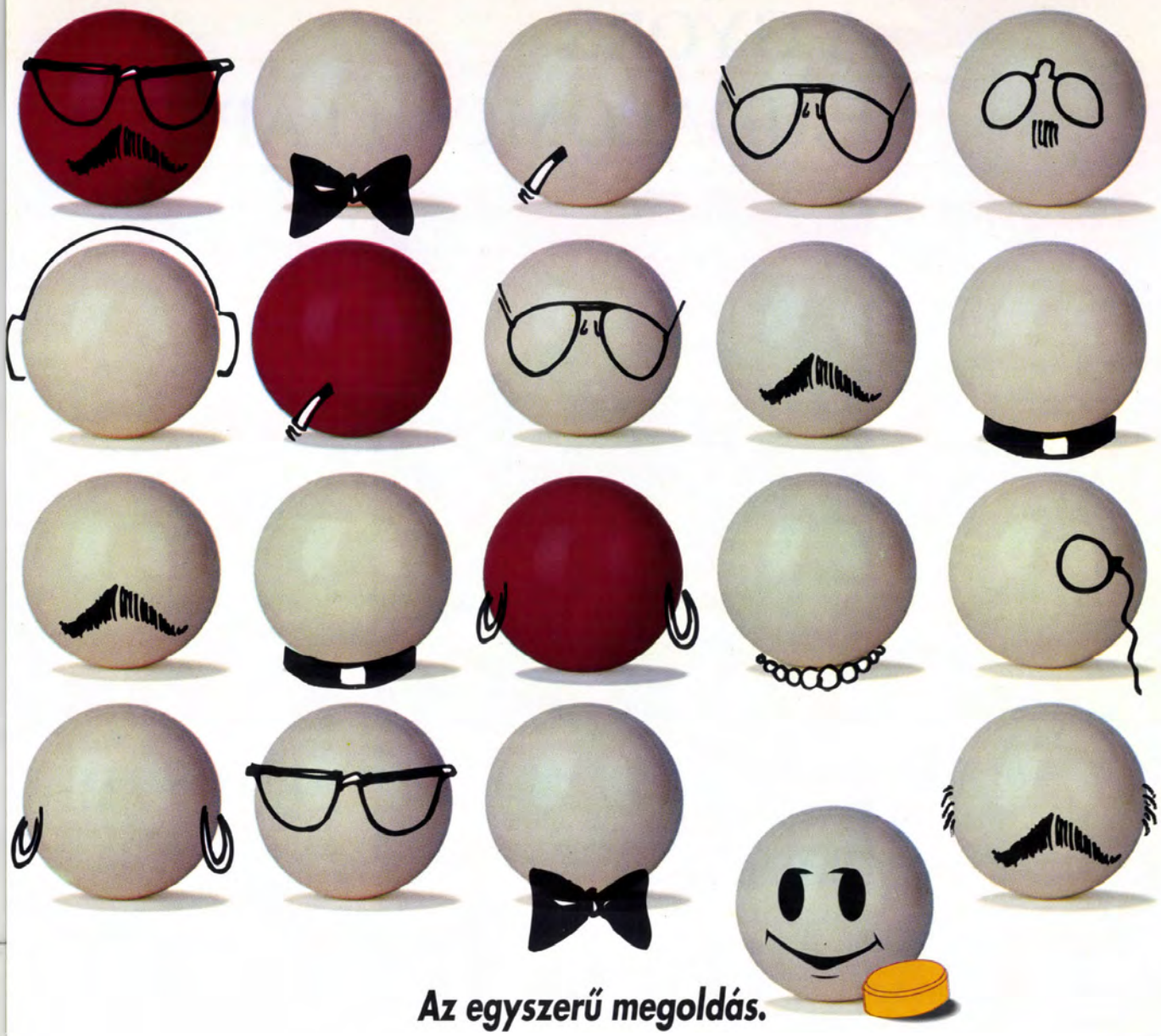
Megrendelőlap

Alulírott megrendelem a Gyógyszeres terápia sorozatból.

..... pld. Biró—Sós: Bőrgyógyászati terápia	790,— Ft/pld.
..... pld. Jávor: Gasztroenterológia	882,— Ft/pld.
..... pld. Moser: Kardiológia	1017,— Ft/pld.
..... pld. Fazekas: Neurológia	980,— Ft/pld.
..... pld. Czinner: Csecsemő- és gyermekgyógyászat	980,— Ft/pld.

Megrendelő neve: .....

Minden hatodik felnőttnek magas a vérnyomása...



Az egyszerű megoldás.

®LOTENSIN

Benazepril

Korszerű és egyszerűen alkalmazható ACE-gátló

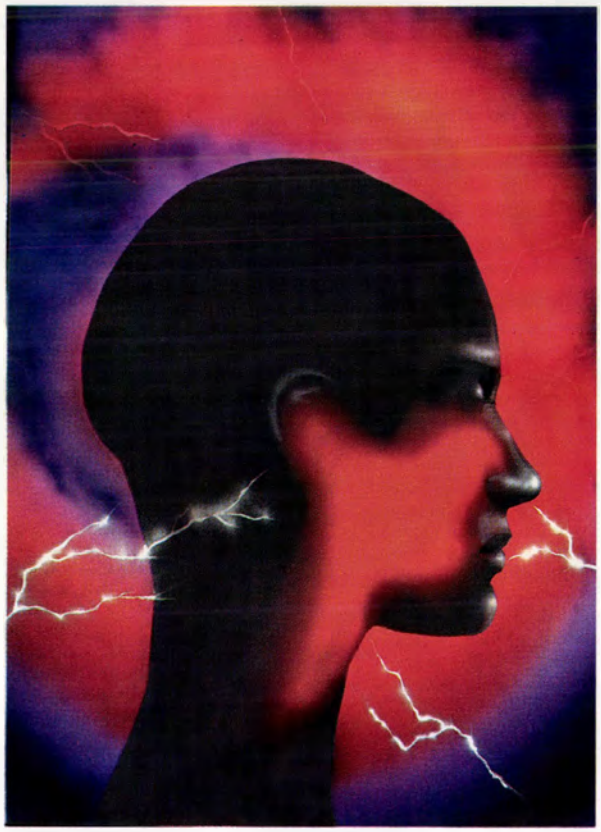
● 1 TABLETTA EGYSZER NAPONTA ● Kevés mellékhatás ● Kiváló tolerálhatóság
● Tartós eredmény a magas vérnyomás kezelésében

Lotensin (benazepril HCl) 5 mg (x28), 10 mg (x28), 20 mg (x14) filmtabletta. *Indikáció:* Magas vérnyomás (minden stádiumban). *Adagolás:* Kezdetben 10 mg naponta egyszer. Elégtelen hatás esetén ez 20 mg-ra növelhető vagy diuretikumokkal egészíthető ki a kezelés. Egyes esetekben a napi egyszeri adagot két egyenlő részre elosztva jobb hatás érhető el. *Ellenjavallat:* Túlérzékenység benazeprilre vagy más ACE-gátlóra, gyermekkor, terhesség szoptatás. *Figyelmeztetés:* Arcödéma jelentkezésekor a kezelést feltétlenül abba kell hagyni. Hosszantartó kezelésnél a vérkép ellenőrzése javasolt. *Fokozott elővigyázatosság:* Vesebetegségek, renális artéria sztenózisa, diabetes mellitus, bizonyos sebészeti anesztéziák, előzetes diuretikus kezelés. Együttes kezelés káliumvisszatartó diuretikumokkal, káliumszubsztitucios kezelés. Járművezetés. *Mellékhatások:* fejfájás; felső léguti tünetek, köhögés, pharyngitis, rhinitis, bronchitis, sinusitis; kábultság, kimerültség, álmatlanság, idegesség, depresszió, szorongás; gyomor-bél panaszok; mellkasfájdalom, palpitatio, hipotenzió, ájulás; perifériás ödéma, ajakduzzanat; hőhullámok, izzadás, gyengeségérzés, nehézlégzés; hipesztézia, paresztézia, viszketés, tinnitus; arthritis, hátfájás, tarkófájdalom; húgyúti zavarok, impotencia, emelkedett maradéknitrogénszint.

ciba
CIBA Hungária Kft.
Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.
Tel.: 275-0931, Fax: 176-1356

A GYORS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ

Cataflam®
diclofenac – K



↘ ADJUVÁNSKÉNT FÁJDALMAS, GYULLADÁSOS FÜL-ORR-GÉGÉSZETI FERTŐZÉSEKBEN (OTITIS, PHARYNGOTONSILLITIS);
↘ POSTOPERATÍV FÁJDALOMRA ÉS GYULLADÁSRA

Hatóanyag: 50 mg diclofenacum kalicum drazsénként.
Javallatok: adjuvánsként fájdalmas, gyulladásos fül-orr-gégészeti fertőzésekben (otitis, pharyngotonsillitis); postoperatív fájdalom és gyulladás (pl. fogorvosi, ortopéd sebészi beavatkozást követően); fogfájás, fájdalmas posttraumás állapotok; lágyrész reumatizmus; a gerinc fájdalmas szindrómái: fájdalmas és/vagy gyulladásos nőgyógyászati állapotok.
Rövid tartalmú kezelésre!
Ellenjavallatok: Ulcus pepticum. Túlérzékenység a hatóanyaggal, acetilszalicilsavval ill. más prosztaglandin szintézist gátló gyógyszerrel szemben. Gyermekkor. **Adagolás:** Az indikációtól függően 75–150 mg., dysmenorrhoea esetében kivételesen napi 200 mg-ig növelhető. A napi adagot 2-3 részletben kell lehetőleg étkezés előtt, folyadékkal együtt bevenni. A kezelést az első tünetek megjelenésével kell elkezdeni és néhány napig lehet folytatni. **Mellékhatások:** Esetenként gyomor- bélrendszeri zavarok (gyomortáji fájdalom, hányinger, hányás, hasmenés), fejfájás, szédülés, bőrkiütés, májfunkció zavarok. Ritkán peptikus fekély, gastrointestinalis vérzés, hepatitis, túlérzékenységi reakciók. Elvétve érzészavarok, erythema multiforme, purpura, veseműködési zavarok, vérkép rendellenességek. Lásd a teljes alkalmazási előírást! **Figyelmeztetés:** Gyomor-bélrendszeri megbetegedések, máj, szív ill. veseműködési zavarok, terhesség, porphyria. Óvatosan alkalmazható idős betegeknél, ill. olyan betegeknél akiknél – bármely okból – csökkent az extracelluláris térfogat. Diuretikumokkal, antikoagulánsokkal, antidiabetikumokkal, digoxinnal, lítiummal, más nemszteroid gyulladáscsökkentővel, ciklosporinnal, methotrexattal kezelt betegnek. Amennyiben a májfunkció romlik, májkárosodásra utaló klinikai tünetek jelentkeznek vagy egyéb rendellenesség lép fel, a gyógyszer szedését fel kell függeszteni. Lásd még a teljes alkalmazási előírást!

Megjegyzés: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.
Csomagolás: 20 drazsé 50 mg.

A szer felírásával kapcsolatos összes információ kívánságra rendelkezésre áll.

CAT024/JUL94.

Előállító: Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió.
OGYI eng. száma: 6738/40/91
K-1827
Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.

A Weszprémi-biográfia kérdőjelei

Természetesen nem négykötetes nagy műve, a *Succincta* adathalmazának példás pontosságára gondolunk. Máig érvényes azonban Diósadi *Elekes* György egykori megállapítása, miszerint: „a magyar orvostörténelem rejtélyes alakja ez a *Weszprémi*, akinek életrajza nemcsak nagy hiányosságokat, zűrzavarokat, hanem ellentmondásokat is tartalmaz. Weszprémiről, aki egész életét a régi magyar orvosok életkörülményei kikutatásának, munkásságának és azok hatásának, jelentőségének felderítésére szánta, keveset tudunk és azt sem egészen bizonyosan" (5). Azóta sem került elő az arcképe, ismeretlen annak írásbeli megjelenítése, ezáltal szabad fantáziát engedve az éremmel tisztelgő utókornak (6). Külön érdekesség, hogy a két nagy debreceni kortárs kartársról: *Hatvani* Istvánról és *Csapó* Józsefről ugyanabból az időből fennmaradt egy-egy permanensen reprodukált parókás portré, amely arra enged következtetni, hogy a jozefinista módi a civisvárost sem hagyta érintetlen. De ugyanolyan rizsporos hajfürtöket hordott Erdélyben Kibédi *Mátyus* István, Pesten pedig *Rácz* Sámuel, tehát fennkölten szólva a magyar szívek nemcsak zsinóros menték alatt dobogtak. És nem feltétlen az udvar ellenében.

Weszprémihez visszakanyarodva szerény véleményünk szerint az arckép hiányának nem technikai, hanem elvi okai lehettek. Ugyanis a régi magyar orvosok nagy részéről már lehetetlen volt érdembeli portrét beszerezni, így a kezdet kezdetén letett arról, hogy „leletmentő" életrajzi kötetei arcképekkel illusztráltak legyenek. Miként azt biográfus példaképei német földön megtehették. Elég Johann Jakob *Baler* latin nyelvű munkájára utalnunk (1) *(1. ábra)*, amelyet a szerző kézikönyvként használt. Bizonyítékok rá a bejegyzései. „Vagy mindenkiről, vagy senkiről"


IO. IAC. BAIERI
BIOGRAPHIAE
PROFESSORVM
MEDICINAE
QVI IN
ACADEMIA ALTORFINA
VNQVAM VIXERVNT
SINGVLORVM AERE EXPRESSIS ICONIBVS ADDITIS
NORIMBERGAE ET ALTORFII
APVD HAEREDES IO. DAN. TAVBERI
A. R. S. CIↃIↃCCXXVIII.
DEBRECENI REF. FŐIS Kiadott mássegítő KÖNYVTÁRA
S. diósadi Elekes Gyógyszerész 1944. január
J. F. Weszprémi, Med. Dr. m. p.

1. ábra: Baier biográfiája Weszprémi könyvtárából

lehetett a jelszava, s mivel az első száz esetében (12) a lexikonszerű címszavak egyötödéhez sem volt meg a megfelelő portré, hamar rájött, hogy neki *Bod* Péter példáját kell követnie (1).

Ez azonban csak a kötetekre vonatkozik, a magisztrátusi megbízatásra nem. Tehát változatlan a kérdés: miért nem készült róla portré a debreceni rézmetszés fénykorában? Válasz nincs, legföljebb találgatás. És a fantáziadús ábrázolás lehetősége az éremművészetben.

Másik kérdőjel a *„Nagy kérdés"*, melynek históriája még az arckép hiányánál is talányosabb. Ugyanis a kiadatlan műveinek a negyedik tétele a következő vallomást tartalmazza: *„The grand Question"*, a sokat vitatott nagy kérdés, hogy az ember lelke nem halhatatlan, meg nem is lehet az. Teljes egészében *Locke, Newton, Pope, Burnet, Watts* stb. megállapításaira alapítva. *Dublin, 1751.* Mivel ez a könyv vallástalan és a pokol tüzére méltó, magyar fordítását barátaim szeme láttára a kemence lobogó tüzébe dobtam, 1767. szept. 16-án" (12).

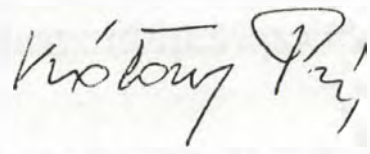
Sükösd Mihály ezt a különben kitűnő tanulmányában (11) egyenesen kiadottnak nyilvánítja, holott Weszprémi sehol nem állítja. Sükösd legfeljebb a dátumot tartja elírásnak, szerinte ez a debreceni peregrinus diák angliai tartózkodása idején, 1755-ben jelent meg. *Módis* László senior, debreceni könyvtárigazgató viszont bebizonyította, hogy a „The Grand Question" szerzője *Ontologus* álnéven William *Kenrick* doktor, a kiadás helye és dátuma stimmel (9). Véleményünk szerint Sükösd állítását még Módis cáfolata nélkül is nehéz lenne elfogadni. Ugyanis ez a filozófiai jellegű munka ékes angol nyelven íródott, amit a legnagyobb zsenialitás mellett is nehéz feltételezni egy debreceni öregdiákról. Mert Weszprémi 1751-ben még a Nagykollégium seniorja volt. Különben is a 18. századi vallási villongások idején egy kálvinista magyar diák az angol protestánsokat vadul gyűlölő katolikus Írország fővárosában angol nyelven egy ateista művet jelentessen meg, ebben annyi a halmozott képtelenség, hogy minden kitétele ellene szól az egésznek. A 18. század második felében igazán angolul tudó tanára még nem volt a kollégiumnak, minden hangsúly a latinra helyeződött, azon akár filozófiai munkát is tudtak írni a maturátus előttiek. Elegendőnek bizonyult ez külföldön a medicina elsajátítására, a konyhanyelv pedig rájuk ragadt. Medicinális szinten legföljebb a szülészmesterség volt elsajátítható, amely *nem azonos Newton, Locke és Pope nyelvével.* Ugyanilyen vitatott Weszprémi útinaplója is, melyet a *Julow* Viktor—*Tóth* Béla szerzőpáros szerint Sükösdön kívül senki nem látott (4).

Külön érdekessége még a Weszprémi-biográfiának, hogy az első magyar nyelvű összefoglaló név nélkül jelent meg, a *Pannoniae Luctus* című könyvének második kiadásában (13). Az anonim szerző személye Daday András szerint Weszprémi veje: *Földi* János doktor. Itt autentikusan kirajzolódnak a családi relációk és semmi utalás arra, mintha tudós doktorunk egyik veje *Fazekas* Mihály főhadnagy, a Lúdas Matyi szerzője lett volna. Ez Szinnyei megfelelő jelzésű kötetében olvasható, forrásmegjelölés nélkül (10).

Weszprémi névtelen életrajzírása ezzel nem fejeződött be. Majd 1960-ban, amikor végre eljött az ideje a *biogra-*

kodnak, következésképpen senki, aki ezzel nem bír, nem mondhatja magát büntetlenül szabadnak. Ez a nemzet csupán Ausztria gyarmata, nemzet, amely a címeket és rangokat bámulja, tarka pompákban és ceremoniákban barbárok módjára gyönyörködik, bálványképeket imád, amelyeket maga alkot magának, prelatusoknak és mágnásoknak, nem a törvényeknek mutat tiszteletet, irígy, állhatatlan, gyáva és nem érdemli meg, hogy valaha is az legyen."

Ha fiatalabb, azon a májusi hajnalon a Vérmezőn az ő feje is porba hull.



2. ábra: Kótay professzor szignálta a szerző példányát

phia kétnyelvű kiadásának, ideológiai síkon dúlt a vallásháborúk szelleme. Az előszó szerzője, jelesül *Kótay* Pál marosvásárhelyi orvosprofesszor az anonimitást kényszerült választani (12) *(2. ábra).* Költői hangvételű írás a *Grand Question* kérdésében Sükösd álláspontját vette át, megfűszerezve némi rebellis rátartisággal és Habsburg-ellenes „forradalmi romantikával". Amikor feltételezi, hogy egy fiatalabb életkorú Weszprémi bizonyára a Vérmezőn fejezte volna be pályafutását.

Debrecenből aligha, teszi hozzá a kései recenzor. Mert a civisek nagyon megtanulták az „add meg a császárnak, ami a császáré" praktikus imperativuszát.

A fentiekből talán kitűnik, a hiányzó arcképen kívül milyen érdekes kérdőjelek és bizarr ellentmondások bontakoznak ki az életrajzíró életrajzából.

Közülük az arckép hiányára ma sem találunk megfelelő magyarázatot. Bonyolítja még a helyzetet, hogy vejéről, *Földi* János hajdúkerületi főorvosról ugyanúgy nem maradt legalább egy vázlatszerű arcképrajz, mely érzékeltetné „égi lényének földi mását". Talán a „bene vixit, qui bene latuit", vagyis „jól élt, aki jól rejtőzött" klasszikus tanácsot tartották be fogadalomszerűen.

A „The grand Question" eredetét tisztázta Módis László senior, kiegészítésként megkockáztatjuk: Weszprémi ezt az 1751-es dublini kiadású könyvet valószínűleg *lefordította,* s annak kéziratát vetette a kemence tüzébe. Elvégre Daniel de *Superville* hittani oktatásától (12) *Cranzt* bábakönyvén át (3) E. *Wood:* A gazda ember könyvetskéjéig (5) a fordítás, pontosabban a magyarítás valóságos műfaja volt, amelyben szintén Pápai *Páriz* példáját követte. Ha Fazekas főhadnagy a veje lett volna, ezt a tényt a sógor, Földi János bizonyára nem hallgatja el.

Vajon a végrendeletében is kikötötte, hogy róla kép ne készüljön? Mert ezt a debreceni rézmetszők emlékezetből könnyen tisztázni tudták volna. Talán annak a lelkére kötötte, aki a legközelebb állott hozzá, a családban vő és a munkában méltó utód *Földi* Jánoséra? Nem tudjuk. Ugyanis a hagyaték körüli hercehurcát *Csokonai Vitéz* Mihály egy *Kazinczyhoz* írott, krimibe illő levélben ismerteti (8).

Mindenesetre érdekes, hogy a civisváros historikusai (*Szücs* István és az orvos *Zelizy* Dániel) az elmúlt század-

ban ezt soha nem tették szóvá. Akik elvileg még találkozhattak Weszprémi személyes ismerőseivel. Pedig *Maróthi* György és Hatvani István szomszédságába nagyon odakívánkozott volna. Ma már létezik róla egy tenyérnyi bronzportré, évente a végzős évfolyamelsők jutalmazására. *Lampé* László professzor ügybuzgalmából megjelent a kis bábakönyv, betűhív másolatban. Debrecen elkezdte az adósságát törleszteni.*

IRODALOM: 1. *Baler, J. J.:* Biographie professorum Medicinae. Nürnberg és Alforf, 1727. — 2. *Bod Péter:* Magyar Athenas, Nagyszeben, 1766. — 3. *Crantz—Weszprémi:* A bábamesterségre tanító könyv... Debrecen, 1766. — 4. Debrecen története. 2. 527. Debrecen, 1981. — 5. *Diósadi Elekes György:* Weszprémi István külföldi útja. Orvostörténelem, 1938. okt. — 6. *Huszár—Varannai:* Medicina in nummis. Bp., 1977. — 7. *Kapronczay Károly:* Kótay Pál emlékezete. Orvosi Hetilap, 1987, 2317. — 8. *Magyary—Kossa:* Magyar orvosi emlékek. IV. 66. Bp., 1940. — 9. *Módis László* sen.: Weszprémi és a The Grand Question. Theol. Szemle, 1960, 119. — 10. *Szinnyei József:* Magyar írók élete és munkái. III. 227. Bp., 1894. — 11. *Sükösd Mihály:* Tudós Weszprémi István, Bp., 1958. — 12. *Superville, Daniel de:* A' keresztény vallás igazságai és tisztei. Kézirat, 1759. — 13. *Weszprémi István:* Magyarország és Erdély orvosainak rövid életrajza. I. Bp., 1960. — 14. *Weszprémi István:* Pannoniae Luctus. Pozsony, 1799. — 15. *Wood—Weszprémi:* A gazda ember könyvetskéje... Szeben, 1768.

* Az értékes reprint-kiadványról, melyhez e tanulmány szerzője írta a bevezetőt, könyvismertetés rovatunkban adunk számot. (A szerk.)

Szállási Árpád dr.

A Szent Margit Kórház Szülészet-Nőgyógyászati Osztályának története

1997-ben ünnepli az óbudai Szent Margit Kórház fennállásának századik évfordulóját. Ebből az alkalomból kutatni kezdtük a kórház szülészet-nőgyógyászati osztályának történetét; és most az osztály első negyedszázadáról adunk számot.

Fővárosunk 1872-ben született Pest, Buda és Óbuda egyesítésével. Ez a három koronaváros nem volt egyenlő színvonalú, Óbuda elmaradottabb volt; hátránya a következő évtizedekben csak nőtt. Az 1890-es években már működtek az egyetemi klinikák, felépült 7 közkórház, 4 egyleti, 9 felekezeti kórház és nem kevesebb, mint 23 magánszanatórium (8). Óbudán viszont — ahol 1872-ben kb. 15 000 fő lakott és már tíz év múlva 25 000 (6) — egy 40 ágyas elavult intézmény működött, egy volt szegényház, amely a kórház-hygiéne legelemibb feltételeinek sem felelt meg (4).

1897 őszére épült fel végre a Szent Margit Kórház; november 1-jén nyílt meg, mint a Szent János Kórház fiókkórháza. Működését vegyes osztállyal kezdte, amit *Ludvik Endre*, a Duna jobb parti kórházak igazgatója az első perctől korszerűtlennek tartott. Hamarosan elkülönítette ezért a bel- és gégebetegek osztályát — 72 ágyon — és *1898. február 1-jétől* 13 ágyas sebészeti és 12 ágyas szülészet-nőgyógyászati fiókosztály is működött — ez utóbbi két hatágyas kórteremben.

Az alárendelt kis kórházba kiváló orvosok kerültek. A nőgyógyászatra kinevezett *Dirner Gusztáv* (2) 1880-ban kapta orvosi diplomáját, ekkor mint tanársegéd az Élettani Intézetben dolgozott Jendrassik Jenő professzor mellett. Egy év múlva került a Tauffer Vilmos vezette II. sz. Szülészeti Klinikára, itt hat évig működött.

1886 végén Schordán-féle utazási ösztöndíjjal külföldi tanulmányútra indult. Két év alatt Nyugat-Európa hét egyetemén és Észak-Amerika öt keleti városában felkereste a szakmai legnevezetesebb képviselőit; intézeteik tanulmányozása mellett *Semmelweis* Ignác elismertetéséért is sokat tett (5). Londonban 1888-ban az angol nőgyógyász társaság „fellow"-jává avatták. Visszatérése után nem sokkal már a budapesti orvosegyesület rendes tagja, egy felvidéki szakosztály elnöke, majd az 1896-ban megalakult *Gynaecologiai Szakosztályban* vezetőségi tag. 1892-ben a „nőgyógyászati műtevés" tárgykörben magántanárrá habilitálták.

A neves szakemberrel csak rövid ideig büszkélkedhetett a Szent Margit Kórház, mivel négy hónap múlva a Budapesti Bábaképző Intézet igazgatójává nevezték ki.

Helyére ismét Tauffer-tanítvány és szakosztályi vezetőségi tag, *Schultz Henrik* került, de súlyos betegen; nem is kezdett dolgozni, két hónap múlva meghalt.

Ezután a nőgyógyászatot tüdőbetegek osztályává alakították át; 1898 augusztusában történt ez, alig tíz hónappal a kórház és hét hónappal a fiókosztály megnyitása után. 1899 májusában a nőgyógyászati és szülészeti betegek ellátásával *Neumann Szigfrid dr.*-t (5) bízták meg, aki ezt a feladatát 1923. május 13-án bekövetkezett haláláig látta el. Orvosdoktori oklevelét 1890-ben szerezte, majd mint tanársegéd, ő is az Üllői úti klinikán dolgozott. Tudományos munkássága főleg az *osteomalácia* kérdéseit érintette; elemezte betegei *„calcium-, magnesium- és phosphorsav"* kiválasztását, beszámolt 9 betege kezeléséről. Leírt egy esetet a vesék működéséről „húgyvezér-hasfalsipoly" mellett. Írásait a *Magyar Orvosi Archívum, Archiv für Gynäkologie és az Orvosi Hetilap* közölte.

A kórház működésének első tíz esztendejéről az *I. ábrán* látható jubileumi kiadvány (3) nyújt információkat. Előszavában a szerkesztő *Irsai Artur* c. rk. tanár, a kórház s egyben a bel- és gégeosztály főorvosa kiemeli, hogy a kórház kezdettől fogva szűkös viszonyok között működik.



1. ábra: A Szent Margit Kórház fennállásának tízéves évfordulója alkalmából kiadott kötet címlapja

A SZENT MARGIT-KÓRHÁZ

TÍZ ÉVI BETEGFORGALMANAK

KIMUTATÁSA.

Közli:

LAMPEL MÓR DR.
kórházi alorvos.

Megjegyzés. Az 1897-i adatok minden kimutatásban csak 2 hóról (november és december illetve a kórház megnyitásától kezdve) szólnak; az 1907. évi adatok szeptember hó 1-ig vannak kimutatva.
A részletes kimutatások Budapest székesfőváros közkórházi évkönyveiben találhatók.

12*

2. ábra: A tízéves jubileumi kiadvány egyik belső címlapja (betegforgalom)

Nemcsak a ,,főváros *legszélső perifériáját* képező, nagyobbára elszegényedett munkásoktól lakott'' Óbuda, de a szomszédos pilisi községek — összesen mintegy 50—60 000 ember lakta terület — betegeinek gyógykezelését kellene a kórházban biztosítani. Ennek a szükségletnek a 97 ágy nem felel meg, a műtő és rendelőhelyiségek kicsik, a személyzet létszáma (1 — néha 2 — adminisztrátor, 11—13 szolga, 13 ápoló) elégtelen. Ugyanakkor pl. 1906-ban az egyetlen műtőhelyiségben 136 sebészi, 64 nőgyógyászati laparotomiát, 78 bulbáris és 54 orr-gégeműtétet végeztek.

1. táblázat: A Szent Margit Kórház fekvőbeteg-forgalma működése első évtizedében (összes és nőgyógyászati)

Év	Ápoltak száma	Szülészeti eset és nőbeteg
1897. XI—XII.	160	—
1898	999	66
1899	1 101	76
1900	1 249	145
1901	1 436	206
1902	1 607	293
1903	1 528	370
1904	1 562	318
1905	1 611	303
1906	1 791	322
1907. I—VIII.	1 393	251
Összesen (9 év + 10 hó)	14 417	2350 (16,3%)

A nőgyógyászat 1898 augusztusában történt megszüntetése ellenére a nőbetegek száma évről évre emelkedett. A szülészeti és nőgyógyászati ellátás tehát nem szűnt meg, amit a belosztálytól átvett kórterem tett lehetővé. A betegforgalom adatait *(2. ábra)* részletező kimutatás rövidített változata az *1. táblázat.*

A kórházban 1907-ben 9 orvos működött. Egy főorvos volt (Irsai); ez a cím csak 50 ágyasnál nagyobb osztály vezetőjének járt. A kisebb osztályok vezetője (sebész, nőgyógyász) *a ,,rendelő orvos''* címet viselte ugyanúgy, mint akik főleg járóbetegeket láttak el és állandó kórteremmel nem rendelkeztek (szemész, gyermekgyógyász, urológus). A három fekvőosztályon 1—1 beosztott orvos is dolgozott; a nőgyógyászaton *Balogh Ernő* segédorvos.

Az ápolást 3 világi ápolónő és 10 irgalmas nővér végezte, akiket ruhájuk színe után ,,szürke néném''knek'', ill. mint Páli *Szent Vince* leányait, vincéseknek is neveztek. Osztályonként külön beosztásukat nem ismerjük, nyilván ők segédkeztek az eleinte kevés szülésnél és ők láthatták el az újszülötteket is.

A jubileumi kötetben hat nőgyógyászati tárgyú közleményt találhatunk.

Pollitzer Zoltán, a kórház volt segédorvosa cikkének címe: ,,Interstitialis terhesség egy esete'', *Barla-Szabó József* volt díjas gyakornoké pedig: ,,Méhen kívüli terhesség érdekes esete''. *Dirner Gusztáv* már a bábaiskola igazgatójaként küldte dolgozatát *,,Méhrák-recidíva operálásáról''* címmel. E kockázatos műtétre nyolc szerző 1901—1907 között megjelent írásai bátorították. 3 saját esetét ismerteti; az egyik *hólyaghüvelysipollyal* és bennhagyott *rectum-metastasissal,* a másik *ureterhüvelysipollyal* hagyta el a kórházat, harmadik betege a 9. postoperativ napon meghalt. Konklúziója, hogy csakis az első műtét után sűrűn ellenőrzött betegek korai, kezdeti recidívái esetén operálhatunk gyógyulási eséllyel. *Balogh Ernő* segédorvos munkája: ,,A puerperalis *osteomalacia* gyógyításáról 21 eset kapcsán''. *Fejér Gyula* szemész rendelő orvos ,,A terhesség és szülés befolyásáról a *szembajokra''* címmel írt tanulmányt.

Neumann Szigfrid „A medenczebeli szervek lobos megbetegedéseivel szövődött méhfibromyomák gyógykezeléséről" c. közleményében leírja, hogy nyolc év alatt (1899. május—1907. szeptember) 230 myomás beteg feküdt az osztályon. 57 (kb. 25%) szenvedett egyidejűen *súlyos* kismedencei gyulladásban is, ezeknek mintegy felét kezelte műtéttel. 29 betegen összesen 35 (9 hüvelyi és 26 hasi) operációt végzett. 36 oldalas munkájában a szerző egyenként számol be operált eseteiről, köztük 7 méhűri beavatkozásról és három letális kimenetelű kázusról.

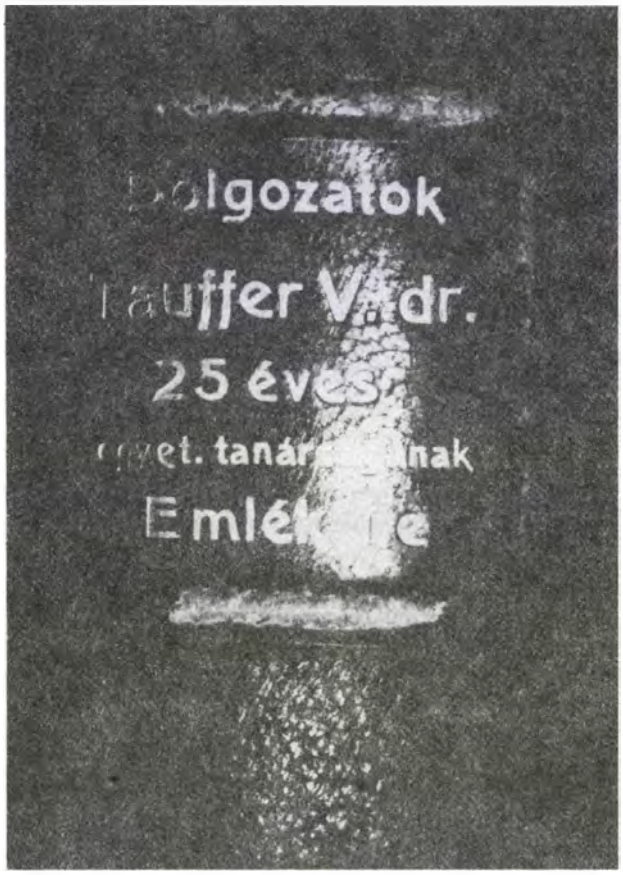
Szabadjon a legdrámaibb lefolyásút referálni, H. J. esetét, akit két éven át próbált megóvni a végzetesnek látszó műtéttől, míg végül rákényszerült.

A 36 éves hajadon házvezetőnő kórelőzményében egy normális szülés és erős vérzéssel járó menstruációk szerepelnek. Három éve szinte állandóan vérzik. 1890 végén és 1901 májusában kikaparták, majd 8 jódbefecskendezést is kapott, hasztalanul. Felvételkor (klsz: 776/1903. VI. 20—VII. 9.) is vérzik; ökölnyi tömött, rögzített uterus, jelentősen megvastagodott érzékeny parametrumok és jobboldalon tojásnyi kötött érzékeny adnextumor tapintható. Th: Nyugalom, forró fecskendezések, ichthyol tamponok, felmelegedő borogatások, massage, ergotin. Háromheti észlelés alatt a beteg láztalan, beszűrődései kisebbednek, vérzése megszűnik.

Recidíva miatt kerül ismét kórházba (1104/1903. IX. 2—24.), ahol orvosa méhűri beavatkozásra határozza magát. A kötött cervix alig tárható fel, 9-esig tudja tágítani nagy fájdalmak mellett. Kevés kaparékot nyer, a bő vérzést hidegvizes öblítéssel, tamponáddal csillapítja.

A két hónap múlva harmadszor is felvett betegnek (1419/1903. XI. 29—1904. I. 3.) 9 jódinjekciót ad három hét alatt, de a vérzés nem csökken. Kétnapos fokozatos laminariatágítás után digitális vizsgálathoz fog, a fundusig nem tud hatolni. Polypust, submucosus „fibromagóczot", rosszindulatú elfajulásra gyanús elváltozást nem talál, majd kaparással kevés hypertrophiás szövetet távolít el. A kétheti vérzésmentesség után kibocsátott beteg negyedszer is visszakerül (371/1904. III. 7—26.). Hüvelyi méhkiirtás szóba sem jöhet, a portiót nemhogy lehúzni, de mozdítani sem lehet. Ekkor — ad ultimum refugium — egy általa még nem alkalmazott, de másutt dicsért módszert próbál ki, a vaporisatiót. Előbb középvastag laminariát helyez fel 24 órára, utána pedig naponta-másodnaponta méhűri mosásokat végez, amelyeket „bőséges hártyaszerű, később törmelékes kifolyás" kísér. A vérzés most sem szünetel hosszú ideig, és az újabb felvétel (982/1904. VII. 28—X. 4.) után öt hétig ágyban tartással és erélyes felszívó kezeléssel próbálja elkerülni a műtétet, de átmeneti javulás sem mutatkozik. Végül IX. 1-jén Witzel-f. (nyílt chloroform) narcosisban alsó median laparotomiát végez. Oldja a kiterjedt fali és kismedencei összenövéseket, szabaddá teszi és eltávolítja a két tyúktojásnyi adnextumort. A perimetritises, összenövések közé ágyazott kis ökölnyi méh csonkolásától eltekint, főleg mivel a kasztrációval megoldottnak tartja a kérdést. A nagyjából zavartalanul gyógyuló beteget a 28. napon felkelti és a 33.-on kibocsátja.

Meglepetéssel, sőt rémülettel fogadja fél év múlva a vérzés miatt újból megjelenő elkeseredett beteget (490/1905. III. 17.). Vérzését méhösszehúzó gyógyszerrel, hideg és forró fecskendezésekkel, jódinjekcióval, hosszan tartó tamponáddal nem tudja csillapítani, a kötött méh üregéhez nem tud hozzáférni. Ezért 1905. április 9-én sor kerül a relaparotomiára — háromórás kifogástalan narcosisban. Az uterus mindkét oldalon és hátul szívós kérgek, lenőtt belek közé van ágyazva, és már a felválasztási kísérlet kezdetén j. o. hátul megsérül a vékonybél. Kb. másfél cm-es a sérülés, de összevarrása nem könnyű, mert a méh felé eső sebszél kérges, vastagabb. Körkörösen felszabadítja a méhtestet, letolja a hólyagot, majd az ominózus területre visszaérve bármily óvatosan preparál, a bélsérülés megismétlődik; ekkor továbbhalad és amputálja a méhet. Az új sérülés 12 cm hosszú, egyik széle ép, a másik



3. ábra: A Tauffer-emlékkönyv bordázatáról készült felvétel

— részint a cervixcsonkhoz tapadva — szaggatott, beszüremkedett, merev. Hosszú idő alatt, nagy nehézségekkel küzdve zárja a nyílást. A csonkot peritonizálja és a nyitva hagyott hasűrbe Mikulitz-tampont helyez.

Az eltávolított méhtest jókora tyúktojásnyi, falazata megvastagodott, merev, űre feltűnően szűk, nyálkahártyája inkább sorvadt, véresen beivódott.

A lefolyás kedvezően indul; a 108-as üres pulzus fokozatosan javul, hányás, csuklás nincs, a 3. naptól szelek távoznak. A Mikulitz-szervietta eltávolítása után azonban kitűnik, hogy a bélvarratok szétváltak, nagy bélsipoly keletkezett. A beteg állapota egy ideig még változatlan, majd elveszti étvágyát, „fokozatosan egy inanitiós állapot fejlődött ki, és a műtét utáni 39. napon valósággal éhenhalt".

Egy évvel korábban, 1906-ban jelent meg a *Tauffer*-emlékkönyv (7) — *3. ábra* — a professzor 25 évi tanári működése tiszteletére. Közölték a kötetben Neumann Szigfrid mint régi tanítvány dolgozatát is *„Fibromyoma és terhesség"* címmel. A szerző leírja, hogy a Szent Margit Kórházban hét év alatt (1899—1906) 4809 ambuláns nőbeteget látott el; 326 esetben talált fibromyomát (6,8%). 1902 fekvőbetegének 9,9%-a volt *myomás* — 188 eset — közülük 7 volt ugyanakkor terhes (3,72%). Ezt a 7 esetet ismerteti részletesen a 20 oldalas közlemény.

A kórház szűkös viszonyai, az elégtelen ágyszám gyakori téma volt a kórházi igazgató főorvosi értekezleteken, és a Székesfőváros Tanácsához intézett sorozatos javaslatoknak végre 1908-ban mutatkozott némi szerény eredménye (1). 1909-től a kórház 128 ággyal rendelkezett, a *bel- és gégeosztály* 108 ágyas lett, amelyből egy 23 ágyas kór-

2. táblázat: Kimutatás a Szent Margit Közkórházban 1903—1923-ig történt szülésekről és abortusokról

Év	Szülések száma	Abortusok száma	Év	Szülések száma	Abortusok száma
1903	14	26	1914	19	62
1904	9	27	1915	49	72
1905	11	29	1916	47	76
1906	10	26	1917	48	109
1907	19	27	1918	81	135
1908	17	25	1919	135	182
1909	15	39	1920	267	112
1910	17	29	1921	216	125
1911	8	52	1922	152	94
1912	29	49	1923	99	86
1913	28	60			

termet *adott át a nőbetegek* részére. Ez a nagy kórterem megmaradt az I. világháború alatti általános visszaesés után is, a húszas évek végéig. A szülések és vetélések számáról egy 1924. évi levéltári anyagban (9) találtuk az első konkrét adatot. Neumann Szigfrid halála után a *közkórházak központi igazgatója* kérvényt írt a Székesfőváros Tanácsához. Kérte, hogy a Szent Margit Kórházban „eddig is szülő nők elhelyezésére szolgáló 23 ágyas kórterem végérvényesen *hasíttassék ki a belgyógyászati* osztályból és ezen önálló osztálynak vezetésére főorvosi állás és egy alorvosi állás szerveztessék. Szükséges továbbá 2 szülésznő alkalmazása". A kérvényt a Szent Margit Kórházba fölvett szülőnők és vetélőnők az utolsó 20 évre terjedő és ide mellékelt táblázatos kimutatása támasztotta alá *(2. táblázat)*. A kérvényező nem sejthette, hogy kérelme hány esztendő múlva és milyen vargabetűk után teljesült — 1929 végére. Emelni akarta a színvonalat, de nem ez történt. A hatéves interregnumban a szülészeti ellátást egy segédorvosra bízták, aki nehezebb esethez áthívta főnökét a Szent János Kórházból; könnyű elképzelni, hányszor akadályozhatták ezt a főorvos elfoglaltsága és a korabeli telefon- és gépjárműviszonyok. A húszas években nemcsak Óbudán romlott a betegellátás.

A csecsemőhalálozás területén Budapest aligha bírta az összehasonlítást Európa nagyvárosaival; noha 2—3 évtizeddel előbb az elsők közé tartozott. A Szülészeti Rendtartás csak a következő évtizedben készült el; a Zöldkereszthálózatnak, intézményes terhesgondozásnak, kemoterápiás szereknek még nyoma sem volt. A szűk kórházi kapacitás a főváros állandó gondja maradt, a bővítéshez évről évre pénzalapokat is elkülönítettek (1), de a megvalósítás egyre tolódott — ismeretlen időtávlatokba. Ma már tudjuk, hogy közel 60 esztendő messzeségébe.

IRODALOM: 1. Budapest Székesfőváros Statisztikai és Közigazgatási Évkönyvei. Bp. Stat. Hivatal. — 2. *Hőgyes E.* (szerk.): Emlékkönyv a budapesti Királyi Magyar Tudományegyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről. MOKT, 1896. Budapest. — 3. *Irsai, A.* (szerk.): Dolgozatok a székesfővárosi Szent Margit Kórháznak tízéves fennállása alkalmából. Bp. Szfőv. Házinyomdája, 1907. — 4. Közegészségügyi Évkönyv, 1941. 329. old. Bp. Szfőv. Hny. 1943. — 5. *Pesti A.:* Magyarország orvosainak Évkönyve. Bp., 1899. — 6. *Pintér E.:* Az óbudai közkórházak története, kiemelten a Margit Kórházé. Emlékbeszéd, 1992. január. — 7. *Tauffer, V.* (szerk.): Dolgozatok Tauffer Vilmos dr. 25 éves egyetemi tanárságának emlékére. Egyetemi Házinyomda, Budapest, 1906. — 8. *Vörös K.* (szerk.): Budapest története a márciusi forradalomtól az őszirózsás forradalomig. Akad. Kiadó, Budapest, 1978. — 9. *Wenhardt, J.* ig., egyet. tanár Kkh. kp. 379/1924. sz. levele. Főv. Levéltár.

Verő Tibor dr.

FOLYTATÓDIK A SPRINGER HUNGARICA KIADÓ NÉPSZERŰ HÁZIORVOS SOROZATA:

A háziorvosi körpecséttel ellátott rendelésekre 30% kedvezményt adunk!

..... pld.	Ferencz: Orvosi laboratóriumi vizsgálatok	790,— Ft
..... pld.	Fórizs: Angiológiai Doppler-diagnosztika	980,— Ft
..... pld.	Makó: Nefrológia	980,— Ft
..... pld.	Papp: Gasztroenterológia	1100,— Ft
..... pld.	Szegedi: Gyakorlati immunológia és allergológia	1200,— Ft
..... pld.	Horváth: Bőrgyógyászat	1200,— Ft

A sorozat eddig megjelent kötetei is megrendelhetők:

Springer Hungarica Kiadó, Budapest VII., Wesselényi u. 28.

Megrendelő neve: .....

Címe: .....

A számla címzettje: .....

.....

A SPRINGER-VERLAG ÚJDONSÁGAI

A Springer-Verlag múlt hónapban megjelent címei.
Megrendelhetők forintért, megközelítőleg a hivatalos napi devizaszorzóval átszámított áron a Springer Hungarica Kft-nél, 1075 Budapest, Wesselényi u. 28. Tel.: 251-5755, Fax: 251-5973.
Szállítási határidő: 2—3 hét.

Altmeyer/Bacharach-Buhles/Holzmann: **Bildlexikon der Dermatologie.** 2. Aufl. 1995. 1020 S. 283 farb. Abb., 89 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-57283-X DM 98,–

Altmeyer/Hoffmann/el Gammal/Hutchinson (Eds.): **Wound Healing and Skin Physiology.** 1995. 717 pp. 276 figs., 56 tabs. Softcover
ISBN 3-540-56124-2 DM 248,–

Ando/Brancati (Eds.): **Endocrine Disorders in Thalassemia.** Physiopathological and Therapeutical Aspects. 1995. 168 pp. 39 figs., 42 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-58390-4 DM 120,–

André: **Atlas des orthèses de la main.** 1994. 260 p. 200 ill., sont 150 en couleurs. Broché
ISBN 3-540-59592-9 DM 198,–

Benzer/Burchardi/Larsen/Suter (Hrsg.): **Intensivmedizin.** 7., korr. Aufl. 1994. 952 S. 240 Abb., 203 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-57953-2 DM 248,–

Born et al. (Eds.): **Handbook of Experimental Pharmacology**

Vol. 114: Kranzler (Ed.), **The Pharmacology of Alcohol Abuse.** 1995. 549 pp. 7 figs. Hardcover
ISBN 3-540-57125-6 DM 495,–

Vol. 115: Goyer/Cherian (Eds.), **Toxicology of Metals.** Biochemical Aspects. 1995. 467 pp. 40 figs., 17 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-58281-9 DM 498,–

Bühring/Kemper (Hrsg.): **Naturheilverfahren**

5. Ergänzungslieferung. Stand: November 1994. 1994. 170 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-58783-7 DM 78,36

Grundwerk + 1. – 5. Ergänzungslieferung. 6. Aufl. 1994. 1050 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-58784-5 DM 179,–

Caplan (Ed.): **Brain Ischemia.** Basic Concept and Clinical Relevance. 1994. 380 pp. Hardcover
ISBN 3-540-19850-4 DM 270,–

Computers in Health Care

Lorenzi/Riley: **Organizational Aspects of Health Informatics.** Managing Technological Change. 1994. 312 pp. 25 figs. Hardcover
ISBN 3-540-94226-2 DM 84,–

Current Topics in Pathology

Vol. 89: Harms/Schmidt (Eds.), **Soft Tissue Tumors.** 1994. 386 pp. 150 figs., 18 in color, 37 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-55150-6 DM 248,–

Dilling/Reimer: **Psychiatrie und Psychotherapie.** Springer-Lehrbuch. 2., komplett überarb. u. aktualisierte Aufl. 1995. 370 S. 13 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-57940-0 DM 32,–

Doerr/Seifert (Hrsg.): **Spezielle pathologische Anatomie**

Band 20, Teil 2: Stegner, **Pathologie der weiblichen Genitalorgane II.** Pathologie der Eileiter und Ovarien. 1994. 410 S. 265 Abb., 117 in Farbe, 22 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-57526-X DM 798,–

Eggers: **Ergoterapia per l'emiplegia.** Concetti per il trattamento dell'emiplegico adulto. 1994. 161 pp. 80 ill. Broché
ISBN 3-540-57958-3 DM 42,–

Fortschritte der operativen und onkologischen Dermatologie

Band 8: Mahrle/Schulze/Krieg (Hrsg.): **Wundheilung, Wundverschluß.** Theorie und Praxis, chirurgische und konservative Maßnahmen. 1994. 261 S. 83 Abb., 5 in Farbe, 24 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-58289-4 DM 158,–

Freye: **Opioide in der Medizin.** Wirkung und Einsatzgebiete zentraler Analgetika. 3. Aufl. 1995. 331 S. 130 Abb., 53 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-58101-4 DM 78,–

Goepel: **Patientenratgeber Harninkontinenz.** Ein Leitfaden für Betroffene und ihre Angehörigen. 1995. 81 S. 11 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-57716-5 DM 24,80

Hagers Handbuch der Pharmazeutischen Praxis. 5., vollst. neubearb. Aufl.

Band 9: Bruchhausen, v./Dannhardt/Ebel/Frahm/Hackenthal/Holzgrabe (Hrsg.): **Stoffe P – Z.** 1994. 1255 S. 1498 Formeln. Gebunden
ISBN 3-540-52641-2 DM 875,–
Subskriptionspreis DM 795,–

Hannig: **Radiologische Funktionsdiagnostik des Pharynx und des Ösophagus.** Röntgenkinematologische Studien. 1995. 245 S. 108 Abb., 35 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-56565-5 DM 180,–

Hefte zur Zeitschrift „Der Unfallchirurg"

Heft 231: Brunner, **Überbrückung von langstreckigen Tibiaschaftdefekten durch Segmentverschiebung entlang einem Marknagel.** Biologische Grundlagen, tierexperimentelle Ergebnisse, klinische Relevanz. 1995. 140 S. 33 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-58167-7 DM 98,–
Vorzugspr.f.Bez.d.Zt. DM 78,40

Heft 246: Kortmann, **Die dorsale Spondylodese bei thorakolumbalen Wirbelfrakturen.** Experimentelle und klinische Untersuchungen. 1995. 116 S. 122 Abb., 15 in Farbe, 7 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-58472-2 DM 126,–
Vorzugspr.f.Bez.d.Zt. DM 100,80

Heimer: **The Human Brain and Spinal Cord.** Functional Neuroanatomy and Dissection Guide. 2nd ed. 1994. 506 pp. 462 figs. Softcover
ISBN 3-540-94227-0 DM 78,–

Horowitz: **MRI Physics for Radiologists.** A Visual Approach. 3rd ed. 1995. 180 pp. 117 figs. Softcover
ISBN 3-540-94372-2 DM 46,50

Informatique et Santé

Vol. 7: Demongeot/LeBeux/Weil (Réd.), **Informatisation de l'Unité de Soins du Futur.** 1994. 292 p. Broché
ISBN 2-287-59631-3 DM 89,–

Klinische Radiologie

Müller/Kaiserling (Hrsg.): **Lymphgefäßsystem, lymphatisches Gewebe.** 1995. 186 S. 158 Abb., 18 in Farbe. Gebunden
ISBN 3-540-57561-8 DM 198,–
Subskriptionspreis DM 158,–

Krakau/Pöppelmann/Gülker: **Magnesium, Herzrhythmusstörungen und akuter Herzinfarkt.** 1995. 88 S. 4 Abb., 13 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-58458-7 DM 58,–

Landon/Chard (Eds.): **Therapeutic Antibodies.** 1994. 231 pp. 17 figs. Hardcover
ISBN 3-540-19722-2 DM 148,–

Lanzendörfer/Düngemann: **Herzpharmaka.** Ein Leitfaden für Pflegende. 1994. 176 S. 33 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-58128-6 DM 32,–

Lanzer/Rösch (Eds.): **Vascular Diagnostics.** Noninvasive and Invasive Techniques – Periinterventional Evaluations. 1994. 528 pp. 296 figs., 47 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-57939-7 DM 198,–

Leigh/Swash (Eds.): **Motor Neuron Disease.** 1994. 468 pp. Hardcover
ISBN 3-540-19685-4 DM 218,–

Liorzou: **Le genou ligamentaire.** Examen clinique. 2nd ed. 1995. 99 p. 312 ill., 4 tab. Broché
ISBN 3-540-58716-0 DM 68,–

Manuelle Medizin

Neumann: **Manuelle Medizin.** Eine Einführung in Theorie, Diagnostik und Therapie. 4. Aufl. 1994. 115 S. 62 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-57639-8 DM 36,–

Maurin: **Classification et nomenclature des virus.** 1994. 420 p. Broché
ISBN 2-287-59627-5 DM 132,–

Medical Radiology. Diagnostic Imaging and Radiation Oncology. Cont. of Diethelm et al. (Hrsg.): Handbuch der medizin. Radiologie

Smith (Ed.): **Radiation Therapy Physics.** 1995. 450 pp. 235 figs., some in color. Hardcover
ISBN 3-540-55430-0 DM 156,–

Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie

Band 75: Rechlin/Vliegen, **Die Psychiatrie in der Kritik.** Die antipsychiatrische Szene und ihre Bedeutung für die klinische Psychiatrie heute. 1994. 137 S. Gebunden
ISBN 3-540-58157-X DM 68,–

Naber/Müller-Spahn (Hrsg.): **Clozapin. Pharmakologie und Klinik eines atypischen Neuroleptikums.** Erfahrungen in der Langzeittherapie. 1995. 112 S. 9 Abb., 20 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-58664-4 DM 22,–

Neuroorthopädie

Band 5: Kügelgen (Hrsg.), **Aktuelle Neuroorthopädie: Bilanz und Ausblick.** 1994. 282 S. 136 Abb., 24 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-56983-9 DM 140,–

Pederzoli/Cavallini/Bassi (Eds.): **Facing the Pancreatic Dilemma.** Update of Medical and Surgical Pancreatology. 1994. 504 pp. 106 figs., 77 tabs. Softcover
ISBN 3-540-58284-3 DM 198,–

Raguse: **Kinderheilkunde für Kinderkrankenschwestern und -pfleger.** 1995. 328 S. 43 farb. Abb., 11 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-58129-4 DM 46,–

Ramirez/Daniel: **Endoscopic Aesthetic Surgery.** 2 60-minutes video tapes, handbook with 61 pp. 93 figs., 16 in color. Videokassetten
ISBN 3-540-92623-2 fPr. DM 360,–

Recent Results in Cancer Research

Vol. 138: Bamberg/Hoffmann/Hossfeld (Eds.), **Soft Tissue Sarcomas in Adults.** 1995. 176 pp. 32 figs. Hardcover
ISBN 3-540-57629-0 DM 168,–
Subscription price DM 134,40

Rehabilitation und Prävention

Band 29: Butler, **Mobilisation des Nervensystems.** 1994. 437 S. 153 Abb., 10 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-57496-4 DM 78,–

Reviews of Physiology, Biochemistry, and Pharmacology

Vol. 126: 1995. 423 pp. 32 figs. Hardcover
ISBN 3-540-58477-3 DM 168,–

Rycroft/Menne/Frosch (Eds.): **Textbook of Contact Dermatitis.** 2nd rev. and enlarged ed. 1995. 841 pp. 185 figs., 95 in color. Hardcover
ISBN 3-540-57943-5 DM 248,–

Schaefer (Hrsg.): **Praxis und Computer**

10. Nachlieferung. Stand: November 1994. 1994. 125 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-58775-6 DM 58,58

Grundwerk + 1. – 10. Nachlieferung. Stand: November 1994. 11. Aufl. 1994. Etwa 840 S. Loseblattsammlung
ISBN 3-540-58777-2 DM 178,–

Schlag/Wallwiener (Eds.): **Fibrin Sealing in Surgical and Non-Surgical Fields.** Volume 7: Gynecology and Obstetrics. Urology. 1994. 115 pp. 37 figs., 4 in color, 24 tabs. Softcover
ISBN 3-540-58227-4 DM 75,–

Sitzungsberichte der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Mathematisch-naturwissenschaftliche Klasse

1993–1994/4: Zehe, **Ich habe offt über die Compendienschreibung gelacht.** Etwas über Georg Christoph Lichtenbergs Notizen zu einem Compendio der Physik. 1994. 80 S. 15 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-58706-3 DM 28,–

1993–1994/5: Gleiter, **Spannende und gespannte Moleküle.** 1994. 18 S. 6 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-58707-1 DM 12,–

1993–1994/6: Mohr/Neininger, **Schwachstellen der Nitrat- und Ammoniumsassimilation.** Eine Chance für die Gentechnik. 1994. 71 S. 13 Abb. Broschiert
ISBN 3-540-58708-X DM 54,–

1994/1: Vogel/Grunwald (Eds.), **Patenting of Human Genes and Living Organisms.** 1994. 244 pp. 2 figs. Softcover
ISBN 3-540-58148-0 DM 80,–

Skandalakis et al.: **Surgical Anatomy and Technique.** A Pocket Manual. 1995. 674 pp. 678 figs. Softcover
ISBN 3-540-94081-2 DM 49,–

Stennert (Ed.): **The Facial Nerve.** An Update on Clinical and Basic Neuroscience Research. 1994. 575 pp. 299 figs., 16 in color. Softcover
ISBN 3-540-57686-X DM 312,–

Thomas/Graham (Eds.): **Malignant Brain Tumours.** 1994. 377 pp. 135 figs., 40 in colour. Hardcover
ISBN 3-540-19689-7 DM 238,–

Treves (Ed.): **Pediatric Nuclear Medicine.** 2nd ed. 1995. 598 pp. 509 figs., 4 in color. Hardcover
ISBN 3-540-94229-7 DM 218,–

Ulmar (Hrsg.): **Psychiatrische Versorgungsperspektiven.** 1995. 106 S. 18 Abb., 8 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-58171-5 DM 78,–

Update in Intensive Care and Emergency Medicine

Vol. 19: Vincent/Sibbald (Eds.), **Clinical Trials for the Treatment of Sepsis.** 1995. 406 pp. 61 figs., 74 tabs. Hardcover
ISBN 3-540-58380-7 DM 178,–

Vogl: **MR-Angiographie und MR-Tomographie des Gefäßsystems.** Klinische Diagnostik. 1995. 349 S. 236 Abb. in 671 Einzeldarst., 52 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-57955-9 DM 348,–

Wagschal: **Leitfaden zur Röntgendiagnostik.** 1995. 125 S. 41 Abb., 10 Tab. Broschiert
ISBN 3-540-58443-9 DM 40,–

Wollensak/Hartmann/Rochels (Hrsg.): **8. Kongreß der Deutschsprachigen Gesellschaft für Intraokularlinsen-Implantation.** 1994. 608 S. 236 Abb., 17 in Farbe, 89 Tab. Gebunden
ISBN 3-540-58530-3 DM 198,–

Teljes választék – egyéni terápia



Az állati inzulinokról történő átállítás humán inzulin kezelésre egyénre szabottan megoldható a Humulin® készítményekkel.

A HUMULIN® készítmények teljes választéka (ampulla: R, N, M1, M2, M3, M4, L, U; patron: R, N, M1, M2, M3, M4) elérhető a gyógyszertárakban.

ALKALMAZÁSI ELŐIRAT – rövid összefoglalója. **Hatóanyag:** insulinum humanum rekombináns DNS technikával előállított bioszintetikus humán inzulin. **Javallat:** inzulin függő diabetes mellitus. Humulin R alkalmazható cukorcukorbetegek sebészi beavatkozásra való előkészítésekor, hiperglikémiás kómában, trauma vagy súlyos infekció esetén. **Ellenjavallat:** hypoglikémia. **Adagolás:** a beteg szükséglete szerint, sc, vagy im. A Humulin R injectio adható iv. A Humulin M készítmények előre elkészített fix arányú keverékek. **Mellékhatás:** allergia. **Gyógyszerkölcsönhatás:** hiperglikémiás hatású szerek esetén az inzulinigény megnőhet. Hipoglikémiás hatású szerek az inzulin igényt csökkenthetik. **Figyelmeztetés:** a Humulin R injectio kivételével a Humulin készítményeket nem szabad iv. alkalmazni. Más inzulinkészítményről való átállításkor a betegek egy részénél szükség lehet az adag csökkentésére és/vagy a gyorshatású és intermedier inzulin arányának megváltoztatására. Terhesség esetén szigorú orvosi ellenőrzés mellett végezhető az inzulinkezelés. **Kiszerelés:** Humulin R, N, L, U 40 NE/ml injectio; Humulin R, N 100 NE/ml patron; Humulin M1, M2, M3, M4 40 NE/ml injectio és 100 NE/ml patron. *Az alkalmazási előirat teljes szövege megtalálható a Lilly Hungáriánál.* **Gyártó**: Eli Lilly and Company

Lilly

További információkkal szívesen állunk rendelkezésére:
Lilly Hungária, 1075 Budapest, Madách Trade Center, Madách Imre u. 13-14., 7. em. Tel.: 267-9801

PROZAC®

antidepresszáns

20 mg/nap

AZ ÚJRA FELFEDEZETT ÉLET

A PROZAC® hatékony, egyszerű és kényelmes terápiát biztosít a depresszió minden fokozatában és típusában



ALKALMAZÁSI ELŐIRAT – rövid összefoglalója. **Hatóanyag:** fluoxetinum. **Javallat:** depresszió, obscessiv-compulsiv betegség ("kényszerneurosis"). **Ellenjavallat:** túlérzékenység; gyermekkor; súlyos vese-elégtelenség; MAO-gátló kezeléssel kombinálva, vagy a MAO-gátló kezelést követő 14 napon belül; szoptatás. **Adagolás:** napi 20 mg mind depresszióban, mind obscessiv-compulsiv betegségben. **Mellékhatás:** hányinger, idegesség, álmatlanság, szorongás, szédülés, fejfájás, asthenia, tremor, izzadás, nausea, diarrhea, szájszárazság, kiütés, láz. **Gyógyszerkölcsönhatás:** MAO-inhibitor (l. ellenjavallatok), lithium triciklikus antidepressans. **Figyelmeztetés:** csak akkor alkalmazzuk terhesség alatt, ha vitathatatlanul szükséges. Szoptatás idején nem javallt. Bőrpír, allergiás reakció vagy epilepsiás roham esetén a gyógyszer adását fel kell függeszteni. Jelentős májkárosodás vagy enyhe-középsúlyos veseelégtelenség esetén alacsonyabb adag ajánlott. **Kiszerelés:** 14 db, 28 db kapszula. **Gyártó:** Eli Lilly and Company. *Az alkalmazási előirat teljes szövege megtalálható a Lilly Hungáriánál.*

Lilly

További információval szívesen állunk rendelkezésére:

Lilly Hungária,
1075 Budapest, Madách Trade Center, Madách Imre u. 13-14., 7. em. Tel.: 267-9801

Alusulin tabletta

sucralfatum

Hatóanyagok: 1 g sucralfate tablettánként.

Hatás: Alusulin tabletta, melynek hatóanyaga a sucralfate (szaccharoz-oktaszulfat alumínium só) a nyombélfekély, gyomorfekély és reflux özofágitisz kezelésére alkalmas készítmény. Hatását lokálisan fejti ki, a fekély felületén szelektíven kötődik, megvédi azt a pepszin, sósav, epesavak agresszív hatásától. A gyomor-bélrendszerből gyakorlatilag nem szívódik fel, Így mellékhatás ritkán fordul elő.



Javallatok: Nyombélfekély, gyomorfekély, reflux özofágitisz kezelése, nyombélfekély recidiváinak profilaxisa.



Ellenjavallat(ok): Erősen beszűkült vese-funkció (urémia, dializált beteg) esetén alkalmazása nem javasolt, mert az alumínium vérszintje megemelkedhet.

Adagolás: Nyombélfekély esetén a szokásos napi adag 3x1 tabletta, valamint este lefekvés előtt további 1 tabletta. A napi adag két résztletben is bevehető. Reggel étkezés előtt 2 tabletta, este lefekvés előtt 2 tabletta. A kezelés időtartama általában 4-6 hét, de szükség esetén 12 hétig is folytatható.



BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Farmamarketing és Információs Osztály
4042 Debrecen, Pallagi út 13. Tel./fax: 52/313-761

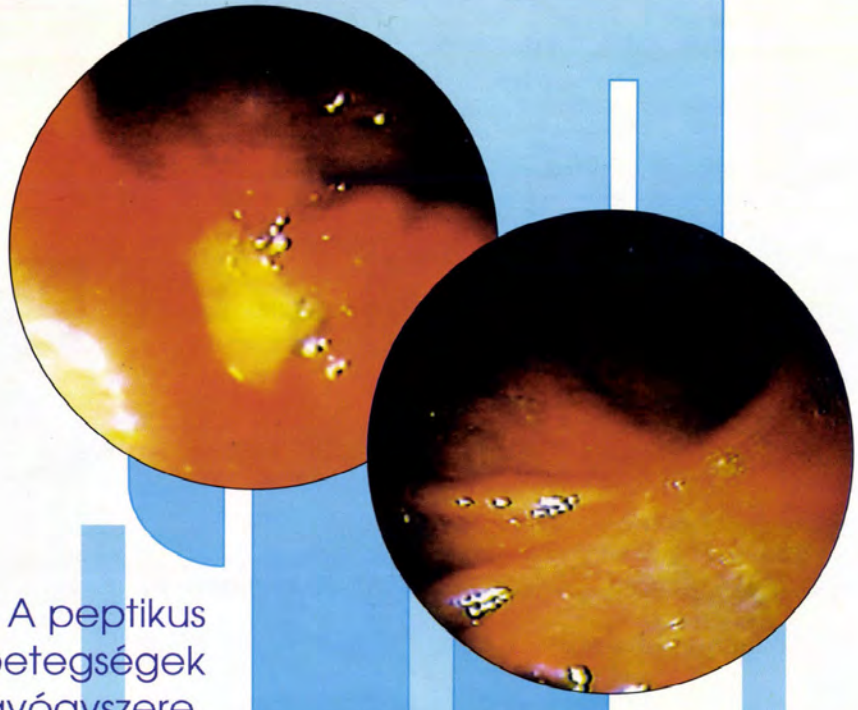
EREDETI RANITIDINT TARTALMAZ

Ulceran®

RANITIDIN

ULCERAN 150 mg tabletta

ULCERAN 300 mg table



A peptikus fekélybetegségek kiváló gyógyszere.

A savelválasztást jelentősen csökkenti.

A reflux oesophagitis esetén hatásos kezelést biztosít.

A fenntartó kezelés megbízhatóan és mellékhatásmentesen akadályozza a fekély kiújulását.

Előállító: BIOGAL Gyógyszergyár Rt. • Glaxo (Nagy - Britannia) licence alapján

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

SZEXOLÓGIA, SZEXUÁLPATOLÓGIA

Tizenévesek sexuális felvilágosítása Nagy-Britanniában. Meijer van Putten, I. B. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1195.

Nagy-Britanniában mindenki tisztában van azzal, hogy túl sok tizenéves kerül másállapotba. Évente kb. 7800 tizenhat év alatti leány várandós. (13—15 éve 1000-ből 9,5). Az eü. vezetés szerint a tizenévesek terhességének visszaszorítása csúcsfeladat. Különös, hogy az oktatásügyi minisztérium akadályokat gördít a sexualis felvilágosításuk elé. Úgy látszik, az oktatásügyi államtitkár azt a nézetet vallja, hogy a nemi felvilágosítás a képzeletet fokozva még több sexualitáshoz vezet. Az államtitkár törölte az anticonceptióra, abortusra és AIDS-re vonatkozó felvilágosítást a tanrendből, ha a középiskolákban mégis sor kerülne ezen ismeretek tanítására, a szülőknek joguk van kivonni ezen órákról a gyermekeiket. Egy új államtitkári rendelet szerint a tanítók kötelessége a gyermekeket kategóriákra osztani sexualis tudatuk szerint és ehhez mérten felvilágosítani őket sexualisan. Hogy a felosztás hogyan történjék, arról az államtitkár nem nyilatkozott. Vannak angolok, akik az államtitkár nemi felvilágosításra vonatkozó nézeteit nem osztják. Rámutatnak, hogy Hollandiában, ahol a nemi felvilágosítás sokkal nyíltabb, de a tizenévesek terhessége mégis sokkal ritkább, mint az Egyesült Királyságban, mert 1000 terhességből csak 9 esik a 13—19 évesekre, míg az Egyesült Királyságban ez a szám 69. Egy brit vizsgálat szerint, melyet 18 867 angolnál végeztek a 13—19 évesek nemi viselkedésére vonatkozóan, kiderült, hogy akik az iskolában részesültek nemi felvilágosításban, később létesítettek nemi kapcsolatot. A jelenlegi 16 éves lányok 16%-a, a fiúk 25%-a már egyszer vagy többször sexualis kontaktusban állottak. A vizsgálat rámutat az angolok furcsa sexualis viselkedésére is. Margaret Thatcher kormánya nem támogatta pénzügyileg a vizsgálatot azzal az indoklással, hogy azt mutatná ki, amit már úgyis tudnak: a britek promiscuitása fokozódott, gyakoribbak a bisexualis kapcsolatok. A vizsgálat egyévi késedelemmel sponzor segítségével mégis megtörtént. A tizenévesek sexualis felvilágosításának fontos akadályozója a sexet sóvárgó álszent brit botránysajtó. Óriási hűhó támadt egy Birmingham szegénynegyedében lévő ifjúsági ház körül, ahol 12—18 éves leányoknak condomokat osztottak szét. Egy konzervatív képviselő ezt szégyentelenségnek nevezte. 16 évesnél fiatalabb leánnyal való sexualis érintkezést a törvényt tiltja, Birmingham-ben évente 80 tizenéves esik teherbe, közülük 50-nél abortussal végződik ez; egy másik eset Leeds-ben történt, amikor egy iskolai ápolónő egy 11 éves kérdésére, aki az oralis sex iránt érdeklődött, leplezetlenül felelt. Az ápolónő majdnem bíróság elé került.

Ribiczey Sándir dr.

A hormonális fogamzásgátlás szerepe a serdülőkorúakban. Davis, A. J. (Department of Obstetrics and Gynecology, 750 Washington St., Box 36, Boston, MA 02111, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170,* 1581.

Az Egyesült Államokban az összes terhességnek több, mint a fele akaratlan. Hasonlóképpen a 20 éves kor alatti nők terhességének döntő többsége nem tervezett. Évenként az amerikai serdülőkorúak 10%-a terhes lesz. 1988-ban a 15 évesek $^1/_4$ része, a 17 évesek fele és a 19 évesek $^3/_4$ része nemileg aktív volt. Bármelyik korcsoportban kevesen használnak fogamzásgátlókat. A fogamzásgátlók választásánál két különálló dolgot kell figyelembe venni a szexualitással kapcsolatban: a terhességet és a nemi úton terjedő betegségeket. 1988-ban a nemileg aktív 15—19 év közti serdülőkorúak valamivel több mint 8%-ának 3 hónapon belül több, mint egy szexuális partnere volt, összehasonlítva a 25—29 évesek 3,5%-ával.

A nevelés, felvilágosítás a fogamzásgátlók hatásos alkalmazásának az alapja. 1985-ben a Gallup közvéleménykutatás szerint a népesség 75%-a a szájon át szedhető fogamzásgátlókat nagyon veszélyes drogoknak, 50%-a kockázatosabbnak vélte, mint a szülést és 30% rákkeltőnek hitte. A serdülőkorúak óriási mennyiségben kapnak félreinformációt a televízióból. Az átlagos serdülőkorú évenként mintegy 14 000 előadást láthat a serdüléskorú viselkedésről. Ebből csak 165 esetben van bármilyen utalás a szexualitás kockázatáról, az akaratlan terhességről vagy a nemi úton terjedő betegségekről. Az iskolai szexuális nevelés is jobb gyakorlatot igényel. A legtöbb szexuális oktató tapasztalt szexuális nevelő, de a döntő többségük elsődleges szakmája más.

A serdülés kora a pszichoszociális feladatok befejezésének ideje, az érett felnőtt korhoz vezető fázis. A serdülő korú nem fiatal vagy miniatűr felnőtt. A korai serdülőkorúak (12—14 évesek) azzal jellemezhetők, hogy elvetik a családot, önállóságot kívánnak és figyelmüket a testképzés köti le. Ezek a serdülőkorúak gondolkodók és némileg önközpontúak. A közép serdülőkorúak (15—17 évesek) gyakran kockázatvállalók és legyőzhetetlennek érzik magukat. Előfordul, hogy nagyon hiábavalónak érzik magukat és szükségesnek tartják önállóságuk bizonyítását. A késő serdülőkorúak (18—20 évesek) gondolatai elvontabbak. Ezek a fejlődési stádiumok általánosítások és a haladás a stádiumokon keresztül különbözhet. A fejlődési stádiumok direkt befolyásolják a fogamzásgátlók használatát. A szájon át szedhető fogamzásgátlókkal szemben a fő aggodalom a hízás. Ez nem meglepő, ha figyelembe vesszük a fent említett testképzést. Kaliforniában végzett tanulmányban a serdülőkorúak 70%-a azért hagyta el a fogamzásgátló szedését, mert kellemetlen mellékhatást észleltek, $^1/_3$-ának hányingere volt és a feje fájt.

A serdülés korában lévő lányok főleg két okból nem használnak fogamzásgátlókat: 1. hiányos a felvilágosítás és 2. nem megfelelő a fogamzásgátlók ajánlása. A hatásos tanácsadás és kapcsolat a serdüléskorúakkal a fejlődésük megértését igényli.

Jakobovits Antal dr.

A prostituált nők ügyfelei és az AIDS. Kleiber, D. és mtsai. (Psych. Inst. D—14195 Berlin. Habelschwerdter Alléé 45): Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6,* 218.

Az NSZK-ban a hivatásos prostituáltak körében oly alacsony (még!) a HIV+-ok aránya, hogy még nem tekinthetők a kór terjesztése tekintetében veszélyeztetőnek. Akik HIV+-ak, azok általában vénásan kábítószerezők. Mivel a prostituáltak ügyfeleinek a száma magas, a HIV terjesztése szempontjából mégis figyelembe veendők, különösen, ha nem használnak kondomot. Egy korábbi vizsgálat szerint e kapcsolatban a kondom alkalmazása nem rendszeres és ez nem csak a nőkön múlik, hanem a férfiak között is sokan vannak, akik erre nem hajlandók.

Megválaszolandó tehát az a kérdés, hogy kik azok a férfiak, akik nem — vagy nem mindig — alkalmaznak kondomot, ha prostituáltakkal közösülnek.

Speciális fajtája a prostituáltakkal való kapcsolatnak a szexturizmus, melynek egyik legjelentősebb célországa Thaiföld. Ebben az országban még nem terjedt el nagyon az AIDS, de mivel igen sok a prostituált (főleg épp a szexturizmusra specializált) és könnyen lehet kábítószerhez jutni, várhatóan egyik góca lesz az AIDS-robbanásnak.

A szerzők interjút kívántak készíteni olyan férfiakkal, akik egyfelől az NSZK-ban, másfelől pedig Thaiföldön tartanak rendszeres kapcsolatot prostituáltakkal és e felmérés során bizonyos pszichológiai kérdésekre is választ kerestek, azon felül is, hogy használnak-e kondomot.

Az interjú alanyai önként jelentkeztek a „megfelelő" újságokban közölt hirdetések felhívására, ill. a Turista Intézet közvetítésével.

Így sikerült 2 év alatt a „hazai" urak közül 218-cal írásbeli és 380-nal telefonos (összesen 598) kapcsolatot teremteni és 152 németet Thaiföldön a szállodában megin-terjuvolni.

A férfiak kora 17—70 év volt, zömmel 20—40 évesek. Legtöbben egyedül élők vagy elváltak, főleg a turisták. A nősek tu-

ristaúton csak fele olyan gyakorisággal vettek részt, összevetve arányukat a hazai hölgyek kedvelőivel.

A turisták között gyakrabban lehetett magasabb iskolai végzettségűeket találni, mint a hazai pályán mozgók körében. Jellemző adat az is, hogy a turistáknak csak a 17%-a járt az utóbbi évben otthon is prostituáltnál.

Egyáltalában nem megnyugató a helyzet a kondom használatát illetően: csak 42% alkalmazta azt mindig. Az utóbbi években emelkedett ugyan a kondom használatának a gyakorisága általában, a megkérdezetteknek csak a 80%-a élt vele mindig, 15% néha és 5% soha. Az egyes szexpraktikákat illetően nagy eltérés észlelhető. Minden tizedik hüvelyi közösülés védekezésmentes volt. Elmaradt a kondom partnerváltás (két pár vesz részt a partiban) 31%-ában, csoportszexben 24%-ban, szado-mazo szexben 52%-ban, analis közösüléskor 15%-ban és orális (nő az aktív) szex esetén 39%-ban az NSZK-ban. Külföldön még „bátrabbak" a férfiak, csak negyede használ mindig, másik negyede néha, és fele sohasem óvszert, pedig a szakemberek felette nagy veszélyt látnak a szexturizmusban.

Hazai pályán a „biztonságos" sex főleg a lokálprostitúcióban szokásos, ritkább a luxusprostitúció körében. Mind otthon, mind Thaiföldön elmarad a kondom akkor, ha egy egész éjszakát töltenek együtt, tehát mintegy intimebb a kapcsolat, nem futókalandszerű.

A hazai prostituáltak látogatói közül a nősek (az egyedül élőkkel és elváltakkal szemben) és a magas jövedelműek ritkábban élnek a biztonsággal. Ebben az indokolatlan sérthetetlenségi érzésben szerepet játszhat, hogy létüket, életüket egyébként is biztonságosnak, sikeresnek tartják.

Az mindkét csoportban megfigyelhető volt, hogy gyakrabban mellőzték az óvszert azok, akik rendszeresen, gyakran fordultak meg a prostituáltaknál, ill. nem először utaztak, mégpedig talán azért, mert az adott szituációhoz már hozzászoktak, „bíztak" a nőkben. Ennek megfelelően „otthon" a „bérletesek", akik rendszeresen ugyanazt a nőt keresték fel, szintén ritkábban voltak óvatosak. Ugyanez a tendencia érvényesül akkor is, ha más, privát természetű kapcsolat is kialakul közöttük, vagy bizonyos romantikus elképzelések is fellelhetők. A thaiföldi partnerekkel is sokan „időleges-állandó" viszonyban voltak és „ezért" mellőzték a kondomot, vagy „szerelmesek" is lettek, elhatározták, hogy a nőhöz majd visszatérnek. Ezek a lányok pedig azért egyeztek többnyire bele a nem biztonságos sexbe, mert azt remélték, hogy „szerelmük" magukkal viszi őket a „jobb" világba.

Végső soron azt a következtetést vonja le a szerző team, hogy a felvilágosításnak, propagandának a prostituáltak ügyfeleire is irányulnia kell. A cikk címében kiemelt prostituált *nő* kifejezés azt a gondolatot kelti, hogy egyszer meg fog jelenni egy olyan felmérés is, mely a homoszexuális hím prostitúcióval fog foglalkozni.

Aszódi Imre dr.

Indulattátételi konfliktus a nőgyógyászati rendelőben. Körbitz U. (Ch 8004 Zürich, Hohlstr. 86c) Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6*, 199.

A nőgyógyászati vizsgálat forgatókönyvét elemzi a szerző részint saját élmény alapján is. A részletesen leírt „jelenet" nagyon hasonlít a hazai szokáshoz (a vizsgálathoz levetkezett beteget kérdezi ki az orvos és alig van a betegnek arra lehetősége, hogy gondjait elmondja), ezért talán nem lenne felesleges, ha a cikket mind a nőgyógyászok, mind az ellátás szervezői elolvasnák, ha számukra az analitikus „nyelvezet" az első olvasatban nehezen is érthető.

Az orvos—beteg-kapcsolat aszimmetrikus, hisz a felnőtt nő „leánnyá" (valakinek, leginkább az orvos leányává) válik azáltal is, hogy az orvos apaszerepet játszik. Ez a szerep alkalmas arra, hogy az inceszt-tabura emlékeztesse a szereplőket. Ugyanakkor a nő gyermekké „minősülve" regresszióba kerül, tehát olyan „kislánnyá", akinek még tabu a közösülés. Ez a szituáció pl. azt eredményezheti, hogy a szexuális tartalmú kérdésekre „elfelejt" felelni a beteg. Persze, ha a nemi szervekről van szó, individuális annak a megítélése, hogy mi szex jellegű, így pl. a szerzőnő szerint az a kérdés is az, hogy volt-e terhességmegszakítása!

A hagyományos nőgyógyász—beteg-kapcsolat forgatókönyve szerint a beteg megmutatja a „testét" (nemi szerveit egy „férfinak", miután a legtöbb nőgyógyász férfi) és az orvos megmondja, hogy mi a baja, mintha az „atya" írná elő a teendőket. Ez a forgatókönyv élesen elkülönül a „doktorjátéktól", mert itt kölcsönösen elégítik ki egymás érdeklődését.

A nőgyógyászati „vizsgálat" bizonyos mértékben hasonlít a szexuális kapcsolathoz (behatolás) és mint ilyen, a gyermek által elképzelt — vagy látott — szülők közötti közösüléshez, amit a gyermek valamilyen erőszakos cselekménynek is tekinthet s így magyarázható, hogy sokan misztikusan és indokolatlanul félnek a nőgyógyászattól. Különösen akkor ébreszt a nőgyógyász a betegben indulatokat, félelmeket, ha nagyon keveset beszél, magyaráz, ezért a beteg fantáziálni kényszerül. Nehezíti a helyzetet az is, hogy bizonyos intimitás is jellemzi a kapcsolatot, amit lehet „félre" is értelmezni.

A nőgyógyászati manipulációk, a nemi szervek gondozása gátlólag hat arra, hogy az előbbiek szerint „gyermekké tett" leány megnőjön, érett asszonnyá váljon azáltal is, hogy a szexuális szerv szexualitásával nem foglalkozik közvetlenül, legfeljebb a beteg elmondása alapján tud róla. Vonatkozik ez arra az esetre is, amikor fogamzásgátló tablettát ír fel, vagy IUE-t tesz fel, hisz a beteg nem is nagyon tudja, miként akadályozzák meg ezek a fogamzást. A hüvelyi pessarium alkalmazásához nem kell az orvos, mégsem közkedvelt módszer, talán azért sem, mert a nemi szerv kézzel való érintésének a tabuját meg kell szegni. Menstruációkor pedig talán azért sem szívesen mennek a nők a nőgyógyászhoz, mert a nő akkor tabu. Hasonló meggondolás — ősi tabu — eredményezheti azt is, hogy oly különös jelentőséget tulajdonítanak egyes nők a méheltávolításnak, attól tartanak, hogy megszűnnek nőnek lenni.

A nőgyógyász—beteg-kapcsolatnak a dinamikájára hatással van többek között a közgazdasági-politikai, férfiuralmi rendszer, ami a gyógyszer- és műszergyárak profitját is biztosítja.

A szerző, mint analitikus, minősíti a nőgyógyász és a beteg kapcsolatát és analitikusan magyarázza az ebből adódó problémákat, félelmeket, és úgy véli, hogy mindezek megoldhatók lennének, ha az orvos—beteg-kapcsolat atya—leánya-típusú kapcsolatból két felnőtt ember (férfi és nő) egyenrangú kapcsolata válna, megszűnhetnének az évezredes tabuk. Érdemes arra is gondolni, hogy a nőgyógyász nőnemű is lehet, mégsem oldódnak fel az említett szorongó érzések, mert ilyenkor az anya—leánya-konstelláció lép fel, tehát a kiszolgáltatottság érzése továbbra is fennállhat.

A nőgyógyász—beteg-kapcsolat fent említett formája tehát akkor változhatna meg, ha az alap az lenne, hogy a beteg nemcsak megmutatja a testét és az orvos megmondaná, mit képes meglátni, mit észlelt és mit gondol erről, és ezek után közösen megbeszélhetnék, hogy mi lehet a teendő, majd a megfelelő felvilágosítás alapján a beteg dönt.

Aszódi Imre dr.

Szexualitás a viszont-indulatáttételben. Polua-Korte, E. S. (D 50321 Brühl. Kaiserstr. 15.) Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6*, 189.

A pszichoanalitikus szerzőnő szerint a pszichoanalitikus szakirodalomban alig találni utalást arra, hogy a pszichoterápia során szexuális izgalom léphetne fel a terapeutában az érdekeltek nemétől függetlenül is. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy ilyen nem is fordulna elő. Ha viszont „ilyet" érez a pszichológus, az számára kellemetlen hivatását illetően, ezért a legjobb erről nem beszélni és nem írni.

Az irodalomból idézett két esetben és saját két, önmagán tapasztalt alkalommal a betegnek nem voltak szexuális problémái, nem ezért kereste fel a pszichológust és a beteg nem is tudott a pszichológusban keletkezett indulatról, így nem is követte a vágyat szexuális megvalósulás, de mégis nagyon zavarta a terapeutát a benne keletkezett érzés, ami az inceszt tabuhoz hasonlítható, mert ez is tabu és ha a vágy nem is realizálódik, az szégyenérzetet keltve igen zavaró.

Aszódi Imre dr.

Szexuális bűnözők ambuláns pszichoterápiája. Lohse, H. (D. 20249 Hamburg. Eppendorfer Baum 39.): Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6*, 279.

A szerző korábban a hamburgi szexológiai intézet munkatársaként részt vett — az azóta elhunyt — *Schorsch* prof. vezette munkában, melynek során kidolgozták, miként lehet hatékony pszichoterápia segítségével megelőzni, hogy szexuális bűncselekményt kövessen el valaki először, vagy ismételten. A pszichológusok többsége ilyen kezelést általában nem vállal, ezért az, aki ezt igényelné, nehezen talál szakembert. Ezért úgy gondolták, hogy először az egyes régiók központi intézetei szerezzenek e téren gyakorlatot, majd a magán- (niedergelassene) pszichológusok, és őket szupervíziós segítséggel támogassák a centrumok.

Indokolta e törekvés megvalósítását, hogy megfigyeléseik szerint az esetek több mint felében e speciális kezelés eredményes, tehát oly mértékben sikeres, mint más ok miatt végzett pszichoterápia esetén.

Azt is megállapították, hogy szükségtelen valamilyen igen specializált terápiás módszer kidolgozása, mert az érdekelt felek személyisége általában nem uniformizált, legfeljebb abban egységesek, hogy devianciájuk szexuális téren mutatkozik meg, és ezért összeütközésbe kerülnek a társadalmi normákkal és a jogi szankciókkal. Személyiségük jellemzőit tekintve nem képeznek egységes csoportot, ezért csak az egyedeknek megfelelő módszerrel közelíthetők meg.

Tíz évvel az akkor megfogalmazott tervek után azonban úgy tűnik, hogy mindez csak illúzió volt és feltehetően még soká az marad, noha a szerző csak a Hamburg környéki helyzetet ismeri jól.

Hamburg — talán éppen azért, mert ott kezdtek el ezzel a témával foglalkozni — némileg jobb helyzetben van, mint az ország többi része, a lakosság körében — így az érdekeltek között is — közismert e lehetőség, mégis nehezen talál magának az illető terapeutát. *(Az egyik hazai TV-krimiben egy szexbűncselekmény elkövetője után nyomoztak és először kizártak egy olyan férfit a gyanúsítottak köréből, aki már korábban hasonló bűncselekményt követett el, mégpedig azért, mert „Schorsch prof.-nál terápia alatt áll", tehát a német közönség számára ez a magyarázat közérthető. A referens pedig annak örült e jelenetet látva, hogy korábban egy ösztöndíjas tanulmányút során alkalma volt a Schorsch Intézetben ezt a terápiát „in vivo" megfigyelnie. Ref.)* Kezdetben egyesek nagy érdeklődést tanúsítanak, majd „elunják" ezeket az eseteket. A szerző önmagán is észleli időnként, hogy „fáradt" ahhoz, hogy ilyennel foglalkozzon, bár többnyire a konkrét személy vagy tette kelt benne ellenszenvet. E jelenségre már annak idején is felfigyeltek és ezt azzal magyarázták, hogy nehéz „szenvedőnek" (= betegnek) tekinteni azt, aki másnak okoz(ott) szenvedést, nem is beszélve arról, hogy a tettesek „természetesnek" veszik tettüket, nincs bennük szégyenérzet, megbánás. Ezen kívül is atípusos a terapeuta—beteg-kapcsolat, mert a hatóság (rendőrség, ügyészség) gyakran „érdeklődik" *(mint a fent idézett esetben is kiderült, hogy a kezelést az illető abbahagyta és ő volt a tettes. Ref.)*. Ezek azonban nem tekinthetők egyértelműen „ok"-nak, hisz a szupervízió e problémák megoldásában sokat képes segíteni.

A terapeuták ellenérzését feltehetően inkább az motiválja, hogy taszítólag hat a beteg destruktív személyisége. A „tett" az illető szociális egzisztenciáját is veszélyezteti — tehát öndestruktív — és önmaga sem tudja, hogy „beteg"-e, vagy „tettes". Ezt a kettősséget tanácsos a terápia során feloldani s arra törekedni, hogy a tettes felismerje, miszerint cselekményének „áldozata" is van. Ez azért is fontos, mert a tettesek nem kis része korábban valamilyen szextrauma áldozata volt önmaga is, s szexuális érését ez gátolta.

A terápia végső célja pedig — már Schorsch megfogalmazása szerint is — a kettősen elvesztett (tettes és beteg) méltóságot visszaadni, tudjon „más" iránt is érzelmet érezni.

Aszódi Imre dr.

Szexuális kapcsolat asszonyok és gyermekek között. Knopf, M. (Familienplanungszentrum D. 2000 Hamburg 50. Bei der Johanniskieche 20.) Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6*, 23.

Csak utólag jött rá a szerzőnő, hogy nagy fába vágta a fejszéjét, amikor a címben adott témát kezdte el kutatni. Úgy tervezte, hogy főleg a nem incesztuozus események gyakoriságát stb. méri fel. Az irodalmi adatok is szegényesek, a közlemény címjegyzékében összesen 32 forrásmű szerepel, de ezek egy része egyfelől elég régi (Ferenczi, Krafft-Ebing stb.), másfelől inkább kazuisztika és inceszt jellegű s a legtöbből alig lehet megtudni, hogy az adott esetben konkrétan mi is „történt", mert csak arról írnak, hogy szexuális abúzus, molesztálás volt, a gyermek pedig áldozat volt.

Míg a hímnemű pedofilokat könnyű az interjú céljából megközelíteni, mert van „szervezetük", a nők-asszonyok felé hihetetlenül nehéz az utat megtalálni, nincs szervezetük, szubkultúrájuk, szociális izoláltságban élnek az érintettek. A leszbikusok körében próbált eredménytelenül ilyen eseteket találni.

A berlini leszbikusok hetén hallott arról, hogy létezik egy csoport, ami csatornapatkánynak (Kanalratten) nevezi magát (folyóirata is van e néven) s szinte botrányt okozott, amikor azt hirdette, miszerint a női pedofilia a gyermekek felszabadítását szolgálja, lényege az önkéntes és elnyomás nélküli szerelem felnőtt nők és gyermekek között. Megkísérelte, hogy e folyóirat szerkesztőségével kapcsolatba kerüljön. Először terminust adtak a találkozásra, de ezt lemondták, mert nem volt bizalma e csoportnak a „tudomány"-hoz.

Akkor is tévedett a szerző, amikor azt hitte, hogy az érintett asszonyok „valami" miatt bizonyára gyakran fordulnak a Pro Familiá-hoz vagy az egyetemi szexológiai intézetekhez tanácsért.

Ezek után több helyi újságban, magazinban, női folyóiratban, cikkben közölte a felmérés célját és jelentkezésre hívta az érintetteket. Ezekre elég sok levelet kapott (állásfoglalás, kérés, információ, élettörténet stb.), de csak kevesen lettek volna hajlandók egy személyes beszélgetésre.

Mindezekből arra is lehetne következtetni, hogy ilyesmi nem is létezik (legalábbis igen ritka). Ebben azonban erősen kételkedett továbbra is, mert az irodalom ilyesmire mégis utalt s azonkívül tapasztalati tény, hogy az esetek többnyire nem derülnek ki (nem okoz botrányt, eljárást nem indítanak), mégpedig minden bizonnyal azért, mert nem kell hivatásukat feladni, hétköznapi életvitelükön változtatni. A vonzalom azért is titkolható, mert társadalmilag elfogadott, hogy az asszonyok gyöngédek a gyermekekhez, megsimogatják őket, sőt ezt el is várják tőlük. Így pedig nem csoda, hogy a gyermekek számára sem feltűnő a testi közeledés, ehhez vannak szokva és nem tűnik fel nekik az sem, ha a simogatás netán direkt szexuális jellegű. Tisztázatlan tehát, hogy hol a határ a megengedett és meg nem engedett gyöngédség között.

A társadalom jobban tabuizálja ma a nők pedofiliáját, mint a férfiakét, így pl. a „Brigitte" c. lap nem volt hajlandó a szerző felhívását közölni, mert az „degusztáló".

Az sem hanyagolható el, hogy a nőket szexuális „ügyek"-ben általában áldozatnak tekintik és ezen „előnyös" helyzetük megkérdőjelezhető lenne, ha kiderülne: nem minden nő áldozat, lehet tettes is.

A szexológiai tudományon belül is falba ütközött a szerzőnő, hisz a szexológusok többnyire férfiak és ők „állapítják meg" azt, hogy mi az, ami szexuális és mi az, ami nem. A szakkifejezések zöme a férfiakra alapozott, és csak második lépésben alkalmazták azt a nőkre vonatkozóan is *(pl. női körülmetélés. Ref.)*.

A szerző olyan szép- és szakirodalmi adatokat idéz, amelyek azt igazolják, hogy a tanulmányozása tárgyát képező események igenis előfordultak és előfordulnak, de átfogó felmérésnek nem tekinthetők (diákok 16 és bebörtönözöttek 46%-a emlékszik ilyen szituációkra).

Ha nem is sikerült kiviteleznie a tervezett felmérést, mégis sok olyan adatot gyűjtött össze, amelyekről érdemesnek tűnik beszámolni. Az átélt élményeket három csoportra lehet osztani:

1. A gyermek „póttárgy" a felnőtt számára. A fiúk ilyenkor 10 évesek vagy ekörüli korúak voltak és szívesen vettek részt a játékban, mert „szerelmesek" voltak, mintegy gyakorlati felvilágosítás történt, nem okozott bűntudatot a nőknek. *(Feltűnő — de a szerző által nem kiemelt — tény, miszerint az ismertetett esetekben, amikor bírósági felelősségre vonás történt, a tettesnő cseléd-, gyermeklány volt. Ref.)*

2. Valódi női pedofilia, azaz a gyermek-

korú éppen azért vonzó a felnőtt nő számára, mert még fejletlen (nincs fanszőrzete stb.). Ezek a nők tudatában vannak annak, hogy amire vágynak, az nem „normális", netán büntetendő, netán „hivatalosan" foglalkoznak gyermekekkel (nővér, dada stb.) s e helyzetükkel élnek vissza.

3. A kíváncsiság, a kipróbálás is ilyen kapcsolathoz vezethet, de a nők is aránylag fiatalok (20 év körüliek) és félénkek, visszahúzódók, de kíváncsiak és merev neveltetésük miatt nem mernek korban hozzájuk illőkkel kezdeni (babysitter-visszaélés).

A leírtakon felül alig von le más végső következtetést a szerző, de kiemeli, hogy „más", mint a férfiak pedofiliája indíttatásánál fogva is, valamint azért, mert a társadalom ezt másként ítéli meg, általánosan elfogadottabb a nőknek a gyermekek iránt megnyilvánuló szeretete.

Neurosisok explorációja során viszont gondoljunk erre a lehetőségre is, hisz később lehet tünetet produkáló, mind a volt „tettes", mind a volt „áldozat is".

Aszódi Imre dr.

Leszbikus és heteroszexuális párok szexualitása Hollandiában. Schreurs, K. (Univ. Utrecht. Klinische Psychologie. NL 3508 Utrecht. Postbus 80.140): Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6,* 321.

A szakirodalom a leszbikusok szexualitásával alig foglalkozik, ezért a szerző e tanulmányban e kérdést kívánja az eddiginél jobban megközelíteni: a leszbikusok szexualitását részleteiben megismerni és azt a heteroszexuálisokéval összehasonlítani.

Újsághirdetésekkel, hólabdamódszerrel 119 leszbikus párt (tehát kétszer ennyi személyt) és 77 heteroszexuális párt sikerült anonim adatszolgáltatásra megnyerniük. Ezen belül 50—50 pár adatait összevetették. A mintába csak azok kerültek be, akik között legalább 3 éve fix szexuális kapcsolat volt 1988-ban.

A leszbikusok átlagéletkora 34 év (21—63) volt, 97% fehér bőrű, zömmel magasan iskolázott és jó jövedelemmel rendelkező volt és kapcsolatuk átlagosan 6,5 (3—21) éve tartott és 80%-uk együtt is élt (1% férfival élt együtt). A párok 93%-a egymástól anyagilag nem független. Közülük 9% minősítette magát biszexuálisnak. Csaknem mindenkiről tudta a hozzátartozók közül valaki, hogy leszbikus, sőt, ha gyermekük volt, az is. A baráti körben legalább egy személy mindről tudta, hogy leszbikus, kétharmadukban pedig minden barát s a munkahelyi kollégák is.

A felmérés során nyert információkból csak néhánynak az ismertetésére van elegendő hely. Így:

— csak 2% nem onanizált soha, 65% így érte el első orgazmusát és 10% férfivel;

— szexuális erőszak, vagy inceszt áldozata volt korábban minden negyedik, gyermek-, vagy felnőtt korában, de ezek későbbi szexuális aktivitása és orgazmuskészsége nem különbözött a többitől;

— sokkal gyakrabban „smuzoltak" egymással, mint „közösültek", vagy onanizáltak (smuzolás: beszélgetés, csókolás, simogatás, de nem orgazmus céljából);

— a szexuális kontaktus célja legtöbbször az emócionális és testi közelség utáni vágy volt, valamint a partner kielégítése, és csak ritkábban a saját orgazmusának az elérése;

— a homo- és a heteroszexuális párok összehasonlítása során lényegileg nem mutatkozott eltérés az emócionális intimitás gyakoriságának a vonatkozásában, de a férfiak és nők között igen.

Bár a szerző a leszbikusok életvitelét még tovább kívánja vizsgálni, úgy tűnik, hogy lényegileg a férfi és a nő szexualitása, ennek „célja" között nagyobb a különbség, mint az orientáltság tekintetében.

Aszódi Imre dr.

Holland homoszexuálisok kondomhasználata. Sandfort, T. és mtsai. (Univ. Department of Gay and Lesbian Studies NL 3508 TC Utrecht, Box 80140): Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6,* 289.

A szerzők 1985/86-ban felmérést végeztek, mert arra voltak kíváncsiak, hogy az alkalmi partnerekkel analisan közösülők miben különböznek a tekintetben, hogy használnak-e kondomot. A mintába csak azok kerültek, akik az interjút megelőző fél év alatt legalább két alkalommal analisan közösültek alkalmi partnerrel (AP). Összesen 277 ilyen férfi vállalta önként a kérdések megválaszolását, közülük 172 egy vérvizsgálat alkalmával (97 seronegativ és 73 seropozitiv és 2 serokonvertált), és az interjuvolás előtt már ismerték az eredményt; 105 pedig egy melegfolyóirat előfizetőiből vállakozott az elbeszélgetésre, de ők még nem estek át vérvizsgálaton. Az egész mintára jellemző, hogy átlagéletkoruk 36,2 év volt és a holland átlaghoz képest magasan képzettek (20% alacsony, 30% közép, 50% magas képzettségű).

A felmérés idején (1985) még nem volt általános a homokosok körében a kondom használata, tehát akik akkor már rendszeresen éltek e megelőzési lehetőséggel, „innovátorok"-nak tekinthetők.

Akik tudták önmagukról, hogy HIV+-ak, gyakrabban használtak óvszert, mint akik negatívak voltak, vagy még nem végeztettek vérvizsgálatot, mégpedig talán azért, mert bizonyos felelősséget éreztek az alkalmi partner iránt is (de ezeknek is csak a 42%-a használt mindig kondomot), magasabban képzettek is voltak. Talán éppen ez utóbbi ok miatt több ismerettel is bírtak az AIDS-re vonatkozóan.

Csaknem mindenki tudta, hogy a kondom a fertőződés veszélyét csökkenti, így saját vizsgálatuk szerint a veszély elhárításának ismerete egyedül nem ösztönöz a „biztonságos" sex-re. Az epidemia kezdetekor talán volt pozitív hatása a megelőző gyakorlatra az „ismeretnek", ma (1985) azonban nagyobb jelentősége van a beállítódásnak és egyes szociális tényezőknek. Így a media „racionális" felvilágosítása — híradásai inkább elriasztóknak minősültek, diszkriminálási eszköznek tartották, és „már csak azért sem" használtak sokan óvszert. A kondom alkalmazása sokak szerint azért nem jó, mert a szex így nem olyan izgató, „igazi", de mások úgy vélték, miszerint egy felette vonzó partner „biztonságos" sexre ösztönzi őket.

Pozitívan hat a biztonság irányában, ha a barátok többsége szintén homokos és szintén él a „biztonságos" sex lehetőségével, de nem ösztönöz erre az, hogy személyesen ismer valaki AIDS-ben megbetegedettet.

Jó lenne, ha a példamutató életvitel beépülne a normatív struktúrába és a jövőben kivételt azok képeznének, akik *nem* használnak kondomot.

[Ref.: Ne feledjük, hogy a felmérés régen — 1985-ben — készült, és speciális módszert kell kidolgozni e kisebbség befolyásolására.]

Aszódi Imre dr.

Ausztriai homoszexuális férfiak szociális izoláltsága és a „biztonságos" sex. Dür, W. és mtsai (Boltzmann-Inst. A—1060. Wien, Stumpergasse 56.) Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6,* 301.

A szerzők e felméréssel arra a kérdésre kerestek választ, hogy mi befolyásolja az osztrák homoszexuális férfiak egy részét arra, hogy a HIV-fertőzés vonatkozásában rizikószegény (safe), másokat arra, hogy rizikóban gazdag (unsafe) szexuális életet éljenek. A külföldi tapasztalatok alapján három körülmény bírhat befolyással a szexmagatartást illetően:

1. individuális, személyre szabott álláspont,
2. a közvetlen környezettel kapcsolatos interakció,
3. általános társadalmi befolyás.

E tényezők részletes leírása után elemzi ezek befolyását és feltételezi, miszerint a legjelentősebben a szociális izoláció, ami a szexuális izolációt hozza magával, és az „unsafer" magatartás irányában hat már csak azért is, mert ilyenkor hiányzik a szociális háló is.

Plakátok, újsághirdetések stb. útján kerestek önkéntes jelentkezőket arra, hogy névtelen kérdőívek kitöltését vállalják. Az ezek alapján kiküldött kérdőívek közül 17% értékelhető lapot kaptak vissza, s ezt a 334-et értékelték.

A kérdőív címe: „Homokosok élete és az AIDS" volt. Először ugyan fordított szórendet (AIDS és homokos élet) terveztek, de az előbbi kevésbé volt riasztó, és az eredeti célt (a melegek életének a megismerése is) jobban tükrözte.

Az így nyert adatok semmiképp sem tükrözhetik az osztrák homoszexuálisok életvitelét, mivel a válaszolók közül felette sokan voltak bécsiek és más nagyvárosok lakói, főleg „fiatalok" (20—40 évesek), középosztálybeliek (iskolázottak és jó jöve-

delemmel rendelkezők). Minden bizonnyal sokan élnek „eldugva", homoszexualitásukat rejtegetve oly mértékben, hogy ha hallottak is a felhívásról, arra „nem mertek" jelentkezni.

A kérdőíven a rizikós magatartást úgy fogalmazták meg, hogy a fix partneren kívüli szexkapcsolatban használt-e kondomot anális közösüléskor (aktív vagy passzív szerepben), vagy orális kapcsolatban, ha a szájban ejakulált, az utolsó év folyamán. A válaszban jelölni kellett, hogy:

1. legalább egyszer nem használt kondomot, vagy
2. mindig használt, vagy
3. csak a fix partnerrel volt kapcsolata.

A mintába kerültek 31%-a kitette magát a fertőzés veszélyének, 42% alkalmi kapcsolatban mindig használt óvszert és 26%-a „hű" volt. De az is kiderül e válaszokból, miszerint 5% sohasem használt kondomot anális és 3% orális kielégüléskor.

Mindez annak ellenére történt, hogy szinte mindenki tudott arról, hogy amit tesz, az veszélyes, s hogy lehet a veszélyt megelőzni, sőt sokan ismertek is HIV+, ill. AIDS-es embereket.

A megelőzés irányában hatott, ha valaki valamilyen homoszexuális társaság tagja volt, ilyen jellegű bárokba, szórakozóhelyekre járt, baráti körében tudtak meleg voltáról, de különösen az, hogy e barátok is „biztonságos" életet éltek.

Beigazolódott tehát, hogy a szociális izoláció feloldása a szexuális izoláltságot is lazítja, és a biztonságos életvitelre kedvező hatású.

Aszódi Imre dr.

A férfiszexualitás fokozatos medikalizációja. Tiefer, L. (Montefiore Med. Cent. Dep. of Urology, Bronx NY. 10467 USA): Zschr. f. Sexualforsch., 1993, *6*, 119.

Az utóbbi két évtizedben az orvostudomány hatalmába kerítette a férfi-szexualitást, főleg az erekciós zavarok „segítségével". Ezt a folyamatot ismereteti a szerző amerikai szempontból.

A nyugati társadalomban a kórház vette át a templom és a parlament szimbolikus centrumának a szerepét, mert az emberi funkciókat racionális tudományossággal képes — elméletileg is megmagyarázva — kutatni. Természetesen „mindent" (táncot, repülőgép-építést stb.) nem lehet medikalizálni, csak azt, ami jónak (egészséges) vagy rossznak (betegség) minősíthető és az is hasznos, ha a norma (az attól való eltérés) valamilyen orvosi technológiával „mérhető". A medikalizálásnak két típusát különbözteti meg a szerző:

1. ha egy eltérő magatartás, bűn, aszociális cselekmény „átalakul" orvosi kifejezéssel elnevezett „betegség"-gé és ezért „kezelendő" (pl. túlzott alkoholfogyasztás, írni-olvasni nem tudás, sok evés, gyilkosság, rablás, nemi erőszak, szerencsejáték-szenvedély);
2. ha korábban mindennapos jelenségek orvosi esetté válnak (pl. terhesség, menstruáció, menopausa, kopaszság, az arc ráncosodása, a korral járó nagyothallás vagy erekciós nehézség). Bizonyára nem véletlen, hogy mind több korral járó jelenség kerül e listára, és kezelésükre sokan specializálják magukat.

A medikalizációnak nevezett szociális változás évek során alakult ki, mégpedig néhány „csoport" támogatásával:

1. A férfiak szívesebben veszik, ha impotenciájuk „betegség" miatt keletkezett, mintha magatartásuk stb. miatt, mert a betegségről „nem tehetnek".

2. Az orvosok száma az USA-ban nagy, ezért a konkurrenciaharc így az urológusoknak „jól jött", hogy újabb kereseti forrást jelent az erekciós zavarok kezelése, ezért mind többen specializálták magukat erre.

3. Egy jelenség, panasz elnevezése is befolyásolja, hogy az medikalizálhat-e. Így kb. a 80-as évek óta impotencia helyett az „erectile disorder, dysfunction" a használatos. Így nevezik e jellegzetes panaszt a pszichológusok-pszichiáterek is, s ez lényeges a beteg önértékelése szempontjából is. Érdekes viszont, hogy a szakirodalom nyelvezetéből nagyobb mértékben tűnt el a frigiditás kifejezés, mint az impotencia.

4. Az orvosi ellátás irányváltozásában jelentősen érdekelt a műszer- és gyógyszeripar is, s mind több „eszközt" (protézis, vakuum stb.) és gyógyszert állítanak elő és propagálnak. A különböző betegbiztosítók nem minden eljárást finanszíroznak, így pl. van, amelyik az „orvosi" kezelést igen, a pszichoterápiát nem.

5. A mediák is elősegítik a medikalizációt, mert a szexualitás „érdekes" téma, s ha az ezzel kapcsolatos panasz „orvosi" kérdés, a tudomány fejlődésére utal, az nem pornográfia, obszcenitás, hisz orvosi kifejezéseket használnak. Az olvasókat is igen érdekli e téma, ezért sokan kivágják az újságból a cikket és ezzel mennek az orvoshoz. A New York Timesben 1988-ban megjelent pl. egy cikk arról, hogy 10 évvel korábban az impotencia okának 90%-ban az emocionális gátlást tartották, ma pedig — a tudomány fejlődött — az esetek felében, háromnegyedrészében „testi ok" mutatható ki. A szerző még sok hasonló fogalmazású cikket idéz s rámutat arra, hogy az „érdekes" témájú (és a szex mindig érdekes) cikk a kiadó számára is „jó üzlet", emeli az eladott példányok arányát, így az újság számára nem fontos, hogy a tartalom milyen mértékben igazolt tudományosan is. Sőt az újság érdeke össze is fonódik az impotenciaspecialistákéval.

6. A medikalizációból hasznuk van „egyéni vállalkozók"-nak is, akik önsegélyező csoportokat szerveznek, információs szórólapokat adnak ki, így azt hiszik róluk, hogy szakemberek és így protézist, urológusokat (tanácsadókat) propagálnak jó pénzért.

Egyes szociológiai kutatások azt igazolják, hogy a medikalizáció előnyös, mert humánusabb megítéltetést eredményez, nem szégyenletes dolog „beteg"-nek lenni. Különben is „kényelmesebb" a beteg számára, hogy a megoldás céljából az orvosnak kell „valamit tennie", és nem neki. A probléma megértése különben is a legtöbb ember számára neveltetése, szégyenérzete miatt szinte lehetetlen. A mediák nyújtotta medikalizációhíreknek az az előnye, hogy reményt keltő sikerekről tudósítanak. Különben sem „szeretnek" az emberek pszichológushoz, pszichiáterhez menni, mert ott önmagukról kell „vallaniuk", az urológus pedig „szó nélkül" is elvégzi a beavatkozást, de „gyorsabban" és olcsóbban is kezel az orvos, mint a terapeuta (az idő is pénz). Mindezek a medikalizáció előnyei.

A medikalizációnak van azonban negatív oldala is. A media nem nagyon ír arról, hogy az invazív beavatkozás veszéllyel is jár és olyan mértékben eredményes, mint azt a tudományosan nem értékelő cikk írja. Még ugyanis nem kristályosodott ki egyértelműen, hogy az egyes testi vizsgálatok értékei mit is jelentenek a prognózist, indikációt illetően (pl. protézis beültetése után 43%-ban kell újra operálni, ill. az nem jól funkcionál). A medikalizálás mechanikusan ítéli meg a szexualitást, nem a beteget gondozza, hanem a hímvesszőt kezeli, mintha egy gép meghibásodott alkatrésze lenne, aminek a működése műszerrel mérhető, s „cserélhető". Pedig az erekció, az orgazmus nem biológiai „reakció", hanem a személyiség(ek), a szexuális kapcsolat jellegének, a szexuális szokásoknak és elvárásoknak, élettapasztalatnak, a szubkultúrának, a kor szellemének a befolyása alatt áll.

Feltételezhető, miszerint az lenne a legmegfelelőbb helyzet, ha az orvosi módszereket kellően lehetne a pszichoszexuális alappal ötvözni.

[Ref.: A cikk ugyan az USA-ról szól és bár mi még elmaradtunk Amerikától, sok vele hasonló tendenciára utaló jel észlelhető nálunk is. Úgy tűnik, a betegellátás ott sem problémamentes, de jó lenne, ha mi és ma — amikor kialakulóban van az új — az ő kárukon okulva nem botlanánk ugyanabba a kőbe, amiben már az ő bokájuk megsérült. Újságolvasás közben mi is találunk olyan „érdekes" felvilágosító cikkeket, amik tévtanokat hirdetnek, indokolatlan reményeket keltenek, de nincs senki, aki cáfolna, helyre tenne.]

Aszódi Imre dr.

SZERVÁTÜLTETÉS

Pulmonalis komplikációk csontvelő-transplantatio után. Teschler, H. és mtsai (Ruhrlandklinik, Abt. Allergologie und Pneumologie-Universitätsklinik, Essen Pneumologie, 1994, *48*, 131.

A myeloablatio, az ún. kondícionáló terápia klasszikus módon egésztest-besugárzáson és nagy dózisú cyclophosphamid adásán alapul; hasonlóképpen a citosztatikus kombinációk sorát alkalmazzák (irradiatio nélkül) az említett kezelés céljából.

Ezt követően a beteg allogén vagy isolog spendertől származó, de olykor autológ, a tőle előzőleg levett csontvelő-transplantatióra szorul, ami a haemopoesis teljes restitutiójához vezethet. Az utóbbi időben a csontvelő-transfusio utáni egyéves túlélés 70% fölé emelkedett. A betegek 40—60 %-ában pulmonalális szövődmények lépnek fel, amelyek az össz-morbiditáshoz és mortalitáshoz tekintélyes számban hozzájárulnak.

A légzőszervi komplikációk csakúgy, mint eredetük, sokfélék lehetnek. Ezek származhatnak magától a haematológiai megbetegedéstől, a citosztatikus és radioterápiától, valamint az immungyengeségből adódó infekciós hajlamtól. Az esetek 40—50%-ában fejlődik ki graft versus host (GvDH) reakció: először a bőrben, a májban és a gastrointestinalis tractusban. A GvDH leküzdésére alkalmazott módszerek az immunrendszer válaszkészségét megváltoztatják, ami mind a fertőzéses, mind a nem infekciós etiológiájú tüdőbetegségek kialakulásának kedvez. A csontvelő-transplantatiót követő különböző időszakokban más-más jellegű, tipikus szövődmények jelenhetnek meg. Ezek alapján 100 napon belüli és túli komplikációkat különböztetünk meg.

A korai fázisban a perifériás vérben a leukocyták, erythrocyták és thrombocyták száma lecsökken. A bevitt csontvelő megeredéséig, mely 12—20 nap körül következik be, a bakteriális és gombafertőzések állnak előtérben. Amíg a széles spektrumú antibioticumokkal a bakteriális infekciók általában leküzdhetők, a gombás folyamatok, főként az aspergillus- és candidatörzsek diagnosztikus és terápiás gondot okoznak. A nem fertőzéses szövődmények közé az ARDS, a diffus alveolaris haemorrhagia, a cardialis vagy a nem szív eredetű oedemák tartoznak. A leukocytaszám emelkedése a GvHD létrejöttét segíti elő. Gyakrabban lép fel ebben a szakaszban idiopathiás interstitiális pneumonitis, és ritkaságként lymphocytás bronchitis, valamint bronchiolitis obliterans szervülő pneumoniával. A herpescsoportba sorolható vírusok, mint a CMV, a herpes simplex és varicella-zoster-vírus az első 100 napban komoly gondokat jelenthetnek. Hasonló a helyzet a Pneumocystis carinii-vel is.

Az első hetekben *tüdőoedemával* kell számolni. Okai: a szív vagy/és vesék terápiás károsodása, nagy mennyiségű iv. folyadék-, valamint gyógyszerbevitel. Klinikai tünetek: gyors testsúlycsökkenés, fokozódó légszomj, tachypnoe és hypoxaemia. Radiológiailag diffus interstitiális infiltrátumok, pleurális folyadék észlelhető. Terápia: nitrátok, katecholaminok, diureticumok és folyadékmegvonás.

A diffus alveolaris haemorrhagia az első hetek életveszélyes szövődménye, ami 20%-ban fordul elő és 50—80%-os mortalitással jár. Koincidencia figyelhető meg a leukocytaszám növekedésével. Symptomák: száraz köhögés, légszomj, tachypnoe, hypoxaemia, láz. Az alveoláris bevérzések ellenére haemoptysis ritka, de súlyos, következményes anaemia olykor előfordul. A rtg-kép eleinte eltérést nem mutat, később acinális árnyékok ábrázolódnak, melyek gyorsan confluálnak és basális elhelyezkedésűek. A diagnózist a bronchoalveoláris mosás (BAL) biztosíthatja. Az alveoláris haemorrhagia akkor bizonyítható, ha bronchoscoposan lokális vérzésoforrás nem található és a BAL folyadékban 20%-nál nagyobb mennyiségben vannak jelen haemosiderin tartalmú macrophagok. Friss esetben a visszanyert folyadék narancspiros színű, ami frakcióról frakcióra erősödik, ez azonban nem bizonyító érvényű. A diffus alveoláris haemorrhagia a thrombocytopenia ellenére csak akkor fejlődik ki, ha az alveolocapillaris határszerkezetek is egyidejűleg károsodnak. Napi 500 mg corticosteroiddal vagy ennél több alkalmazásával a 80—100%-os mortalitási arány legalább 25%-kal mérsékelhető.

Az idiopathiás interstitiális pneumonitis allogen transplantatio után 15—50%-ban, autolog csontvelő-transfusiót követően kevesebb, mint 20%-ban lép fel. Az átlagos latentiaidő 20—60 napot tesz ki. Elsősorban idősebbeken alakul ki és 40—90%-os mortalitást okoz. Szövettanilag az ARDS-nek megfelelő diffuselváltozások észlelhetők. Az idiopathiás interstitiális pneumonitist ugyanazon biológiai, kémiai és infekciós behatások hozhatják létre, mint a már előbb említett kórképeket. A rtg-felvételen kétoldali, sűrű interstitiális rajzolatfelszaporodás látható. Szövettanilag az interstitiális gyulladás, hyalin membran kialakulása, később a pneumocyták eltérései és diffus fibrosis verifikálható. A súlyos légzési elégtelenség a biopsziás eljárások alkalmazását nem teszi lehetővé. Mivel a corticoidok legtöbbször hatástalanok, a halálozás igen magas.

Lymphocytás bronchitis. Elsősorban a nagyobb hörgőket érinti és az akut GvHD-vel együtt fejlődik ki. Mikroszkóposan a mucosában és submucosában lymphocytás infiltrátiók találhatók necrosisokkal, a csillószőrök és mirigyek károsodásával. Klinikailag improduktív, erős köhögés mutatkozik. Bronchoscoposan a nyálkahártya gyulladása látható. A BAL első részletében (bronchial sample") enyhe lymphocytosis észlelhető. A kórkép oki terápiája nem ismert. Javulás olyankor következhet be, ha a kísérő infekció és a GvHD kezelése sikerrel jár.

Bronchiolitis obliterans szervülő pneumoniával (BOOP). Eddig kevés esetet közöltek autológ vagy allogén csontvelő-transfusióval kapcsolatban. A kórkép influenzához hasonló tünetekkel köszönt be: mindkét oldalon perifériás tüdőinfiltrátumok, súlyos hypoxia, a BAL folyadékban a suppressor T lymphocyták felszaporodása, a CD4/CD8 arány csökkenése jellemzi. A diagnózist a szövettani vizsgálat biztosíthatja, ami legtöbbször csak nyitott tüdőbiopszia révén sikerül. Magas corticoid adagok hatásosak lehetnek, a kezelést csökkentett adaggal egy éven át tanácsos folytatni a visszaesés elkerülése érdekében.

Késői, 100 napon túli komplikációk. A betegek a csontvelő-transplantatió után az első években nem teljesen immunocompetensek, különösen ha GvHD fejlődik ki. Ez ad magyarázatot arra, hogy miért szenved a betegek 20—30%-a recidiváló melléküreg és légúti gyulladásban bronchopneumoniában. A tüdőgyulladás ilyenkor foudroyansan folyhat le. A vírusinfekciók a 6. hónaptól mérséklődnek. Noha a betegek 50%-a cutan varicella-zoster infekciót kap, ezek ritkán generalizálódnak. Azzal viszont számolni kell, hogy az első hónapokban gyakran végzett Ganciclovir CMV prophylaxis a későbbi CMV-pneumoniák fellépésének kedvez.

A bronchiolitis obliterans ritka késői, de súlyos szövődmény. Csak a GvHD-vel együtt alakul ki. A betegség banális légúti fertőzés formájában jelentkezik, majd fokozatosan súlyos obstructiv légzészavar mutatkozik. A későbbi stádiumban a tüdő felfújtsága, elvétve perifériás rtg-árnyékok láthatók. Az obstructio irreversibilis. A biopsiás eljárások kockázata nagy. Magas corticoid dosisokkal a progresszió megállítható. A ciclosporin és azathioprin hatékonysága kérdéses. A másodlagos légúti fertőzések gyakoriak.

Restrictiv légzészavar a betegek 10—20%-ában fejlődik ki. Hátterében fibrotisáló parenchyma-elváltozások állnak, amik legtöbbször cytoreduktív terápiára és lezajlott tüdőgyulladásokra vezethetők vissza. Progresszió esetén 1 mg/tskg Prednisolon drámai javulást idézhet elő.

A légzésfunkciós értékek a csontvelő-transplantatio utáni mortalitást prognosztizálják. Az utóbbival lehet számolni, ha a szénmonoxid diffúziós capacitás csökken, vagy az AaDO2 (a PO_2 alveolo-artériás gradiens) magasabb. Ennek ellenére nem állnak rendelkezésre olyan határértékek, amelyek a nagyobb pulmonális kockázatot megbízhatóan jeleznék.

Barzó Pál dr.

Indiában tilos élő donoroktól a szervvásárlás. Meijer Van Putten, J. B. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1540.

Az indiai parlament egy új transplantatiós törvényt fogadott el, melyben a halál új értelmezést kapott („agyhalál"), ezek után élő donorok sem kereskedhetnek szerveikkel.

Eddigi indiai törvény szerint a halál a szívműködés leállásával következik be. Ez azzal a következménnyel járt, hogy halottak szervei nem voltak donorként használhatók, csupán élő donorok által felajánlott vesék voltak transplantálhatók. A használható, rokonságból származó donorok hiánya miatt virágzó szervbazár alakult ki, a használt vesék majd 70%-a fizetett donoroktól származott. Szegények lévén, eladták veséjüket egy kereskedőnek kb. tízezer rupiáért (ez kb. 600 Gulden) és ez eladta a vesét három-tízszeres áron a betegnek.

Donorszervek hiánya miatt az indiai betegeknek májátültetéshez külföldre kellett

utazniuk és évente legalább 10 000 betegnél állapítottak meg terminális májműködészavart, de a külföldi májtransplantatio csak a leggazdagabbak számára volt lehetséges. Az új haláldefinitiótól remélik, hogy elegendő lesz a belföldi donorkínálat, és májszív-átültetéseknél India maga tudja majd kielégíteni a várakozókat és hasonló műtétek nagyobb száma lesz elvégezhető. Az új törvény megtiltja élő donortól a szervkivételt, csak családtagok szerepelhetnek élő donorként. Azok az orvosok, akik nem tartják magukat ehhez, kockáztatják elismertetésüket, a közvetítőkre 7 évi börtönbüntetés vár. Az indiai orvosok nem sokat várnak az új törvénytől, Indiában nagy ellenállásba ütközik a rokon halott testéből a szerveltávolítás.

Ribiczey Sándor dr.

SEBÉSZET

Korai műtét utáni halálozás értékelése a kórházi halálozáson túlmenően. (Det. of Pulbic Health and Primary Care, University of Oxford): BMJ, *6951*, 361. (Volume 309/1994. BMJ, 1994, *309*, 361.

A tanulmány tárgya az volt, hogy a műtét utáni halálozás rövid távú kockázatát próbálják számszerűen meghatározni a betegek kórházból való elbocsátása után, másrészről a műtétre érkező betegek háttér halálozási kockázatát értékeljék. E célból Oxford környezetében 6 kerületben adatokat gyűjtöttek 1980 és 1986 között végzett 230 529 műtétről. A terület 2 milliós lakosságú volt. Ebből a lakosságból mindössze az elvándorolt 2% halálozásáról nem volt adat a vizsgált periódus alatt. Az adatokból alapvetően a kórházi halálozást, az esethalálozást, a standard halálozást, valamint a korai, tehát a 30 napon belüli, valamint a késői (90—365 nappal a műtét után) halálozásokat elemezték. Az esethalálozási arány 1000 olyan egyénre vonatkozott, akin egy meghatározott periódus alatt ugyanazt a műtétet végezték. Az esethalálozási arányok bizonyos műtétek vonatkozásában azonosak voltak az első postoperatív év késői szakában (appendectomia, inguinalis sérv, csípőízületi plasztika). Egyértelműen kiderült az is, hogy ha az ún. késői postoperatív halálozást vizsgálták a sürgős beutalásokban, akkor azok magasabbak voltak, mint az elektív műtét után észleltek és magasabbak voltak a népességi halálozásnál is. A leggyakoribb elektív műtétek (inguinalis sérv és szürkehályog) korai halálozásában nem volt hirtelen emelkedés, a más műtéteknél azonban igen (transurethralis prostatectomia, hysterectomia és csípőízületi protézisbehelyezés, valamint a cholecystectomia). Konklúzióként az vonható le, hogy a halálozási arány különböző periódusokban történt vizsgálatával megállapítható, hogy melyik műtét az, amely után észlelhető korai magas halálozási arány és melyek azok, amelyeknél nincs. Az is kétségtelen, hogy a heveny és az elektív műtétek között igen nagy a különbség a korai és az 1 évig tartó halálozási arányok vonatkozásában, tehát a sürgős és az elektív műtétek feltétlenül külön-külön megítélés alá esnek az értékelés szempontjából.

A halálozási statisztikák rutinhasználata 150 éves. A legkönnyebben beszerezhető adat a kórházi halálozás alapján a postoperativ mortalitás. Ezt természetesen befolyásolja a kórházban tartózkodás hossza. Az ún. postoperativ halálozást gyakran úgy határozzák meg, mint azt a halált, amely a műtét után 30 napon belül lép fel. Ezeket az adatokat azonban már nem olyan könnyű beszerezni, hiszen nem mindig tartalmazzák az áthelyezés és az elbocsátás utáni halálozásokat. A helyzetet az is bonyolítja, hogy elhalálozás bekövetkezhet a műtét után, amely már teljesen független mind a műtéttől, mind annak indikációjától.

Ezért nehéz meghatározni pl.: idős embereken az egyes műtétek utáni halálozási arányokat. A speciális műtétek utáni halálozási arányokat ezért összehasonlítják a népességben észlelt halálozással, a standardizált halálozási arány kiszámolásával. Ez kiegészítheti az egyes műtétek halálozási arányát bizonyos megszorításokkal. Ez azért van, mert a beteg, aki egy adott sebészeti beavatkozásra kerül, esetleg nem típusos az ugyanolyan korú népességre a háttérhalálozás veszélyeztetettségében, vagyis abban az elhalálozási kockázatban, amely teljesen független a műtéttől vagy annak indikációjától. A legtöbb műtéttel kapcsolatos halálozás valószínű, hogy egy, a műtétet követő, viszonylag pontosan meghatározható időszak alatt következik be. Ezért került egymást követő periódusokban a műtét utáni első év feldolgozásra, hogy segítse a halálozási arány és a standardizált mortalitás értelmezését. A korai halálozási arány és az év többi részében észlelt halálozás összehasonlítása feltárja a műtéttel kapcsolatos korai halálokat.

Jakab Ferenc dr.

Laparoscopos cholecystectomia során észlelt fertőzéses szövődmények. Caron, F., Fayeulle, V., Peillon, C. és mtsai. (Hopital Charles Nicolle, Rouen, Franciaország): Presse Med., 1994, *23*, 1027.

Az öt éve bevezetett laparoscopos cholecystectomia (LC) igen gyorsan elterjedt módszer, morbiditása és mortalitása alacsonyabb a hagyományos cholecystectomiához viszonyítva. Ennek ellenére fontosnak tartják, hogy két szövődményes esetüket ismertessék.

I. 56 éves nőbeteget 1989-ben operálták symptomás epekövesség miatt. Az epehólyag kihúzáskor megnyílt és tartalma a hasüregbe jutott. Ezt kiszívták. Két hónap múlva végzett UH-vizsgálat 3 cm nagyságú követ mutatott a máj alatt. 15 hónap múlva láz, fájdalom és a jobb oldali hypochondriumban tapintott resistentia miatt jelentkező betegen a subhepaticus regióban kialakult tályogot mutattak ki, melyet incindáltak, draináltak és a fenti követ is eltávolították. A tenyésztés Pseudomonas Aeruginosa-t igazolt. Az alkalmazott terápiára a beteg 1990 márciusában gyógyultan távozott.

II. 55 éves nőbeteget (1982. mastectomia) 1991-ben operálták epekövesség miatt. Két nap múlva láz és defense miatti reoperatio során peritonitis biliarist, epeútsérülést és a cysticus ligatura meglazulását észlelték. Epeutakat elvarrták, öblítő drainaget és célzott antibiotikus terápiát alkalmaztak. A 14. post. op. napon reoperálták icterus és septicus állapot miatt. Gyulladásos choledochus-stenosisát hepatico-jejunostomiával oldották meg. Hosszas célzott antiboticus kezelés ellenére heveny légúti szövődmények következtében a beteg meghalt.

A szerzők részletesen elemzik a két egymástól eltérő eset lefolyását. Nem lehet pontosan meghatározni, hogy a kialakult fertőzés endogén vagy exogén eredetű-e. A Pseudomonas aeruginosa megtalálható az egészséges ember bőrén és bélrendszerében egyaránt és a kórházi fertőzések leggyakoribb okozója.

Hangsúlyozzák az endoscopok speciális desinfectiójának fontosságát.

Szó sincs az LC jelentőségének kisebbítéséről, de a két eset fel kell hogy hívja a figyelmet a praeoperativ asepsis fontosságára és aláhúzza a preventív antibioticus kezelés jelentőségét.

Bánki László dr.

Enterokólikus fisztula idegentest inkorporációja következtében. Jüngling, G. és mtsai (6. Med. Klin. Zentrum für Chirurgie, Pathol. Inst., Klinikum Nürnberg-Nord, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1994, *119*, 63.

A tápcsatornába véletlenül, ritkábban szándékosan bejutott vagy bejuttatott idegentestek nagy része 7—10 nap alatt baj nélkül eltávozik per vias naturales, néha azonban elakadnak az ismert predilekciós helyeken, ahol olykor tumor gyanúját keltő gyulladásos reakció kíséretében elzáródást, penetrációt és perforációt okozhatnak.

A szerzők egy 26 éves férfi esetét ismertetik, akinek a klinikai felvétele előtt 3 hónappal jelentkeztek részben húzó jellegű, részben görcsös fájdalmak a has középső részében b. o. Emellett mintegy napi 5 székürítéssel járó hasmenése volt, de vért nem látott a székletében. A meteorisztikus hasban b. o. tenyérnyi, mérsékelten érzékeny rezisztencia volt tapintható, hangos bélhangok mellett. A láztalan beteg laboratóriumi eredményei florid gyulladásra utaltak (gyorsult vvt-süllyedés, leukocytosis stb.). Üreshasi felvételen intermittáló vékonybél-ileusra utaló nívóképződés látszott. UH- és CT-vizsgálattal a has b. felében szabálytalan kontúrú, levegőt és folyadéktartalmú részeket is mutató „kerekárnyékot" találtak; a proximális bélszakasz

tágulata invaginációra utalt. Colonoscopiával a sigma descendens átmenetnél összeköttetést észleltek a vékonybél lumene felé, és a bélcsatorna kontrasztanyagos röntgenvizsgálata (irrigoscopia és felső passage) megerősítette a sigma-bél és a jejunum között fistula fennállását.

Műtét alkalmával a vizsgálatokkal jelzett helyen 18 × 15 × 10 cm-es konglomerátumot találtak, amely colon decendens-ből és — a jejunum-ileum átmenetet tartalmazó — vékonybélből állott, a mesocolon descendensbe terjedő gyulladásos infiltrációval. A resectióval eltávolított konglomerátum közepén a jejunum lumenét elzáró idegentestet találtak, ami leginkább háztartási tisztítószeres edény műanyag kupakjának látszott. A postoperativ lefolyás zavartalan volt. Az nem derült ki, hogy az idegentest miként került a betegbe; feltételezik a rectalis utat. A röntgenológiailag észlelhető (pozitív, esetleg negatív kontrasztot adó) idegentest útját üres felvételeken követni lehet; a plasztikanyagok azonban röntgennegatívak. Ilyen esetekben is segíthet az UH, CT és az endoscopia, utóbbi esetleg módot ad az eltávolításra is. Ha ez nem lehetséges és a beteg tünetmentes (és nem mérgező anyagról van szó), várakozó álláspontra helyezkedhetünk. Az orálisan bejutott idegentestek 60%-a eljut a gyomorba, ezek 90%-a 7—10 nap alatt kiürül a széklettel, 10% azonban a pylorusnál v. ezt követően elakad. Perforatio v. fisztulaképződés kevesebb, mint 1%-ban következik be. Röntgennegatív tárgy ismeretlen inkorporációja esetén a szövődmények: bélelzáródás, penetratio, perforatio, gyulladásos reakció — jelentkezésekor a műtétre többnyire ulcusperforatio gyanújával kerül sor. Fisztulaképződést hosszú, hegyes tárgyak szoktak okozni; esetükhöz hasonlóról a szerzők nem találtak adatokat. Az akut has differenciáldiagnosztikájában különösen alkoholisták, elmebetegek, fogszabályzót viselők és gyermekek esetében kell idegentestinkorporációra gondolni.

Szarvas Ferenc dr.

KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOK

Vastag tűvel végzett biopsiák utáni elváltozások mammográfiás vizsgálata. Kaye, M. D. és mtsai (Dept. of Radiology, Cleveland Clinic Florida and Cleveland Clinic Hospital, 3000 W Cypress Creek Rd. Fort Lauderdale FL 33309): Radiology, 1994, *192*, 149.

A szerzők a vastag tűvel emlőbiopsiák utáni elváltozásokat vizsgálják, összehasonlítva azt a beavatkozást megelőzően végzett mammográfia eredményével. Felmérésükben csak a biopsiával jóindulatúnak bizonyult esetek szerepelnek. 24 beteg eredményeit elemzik. A beavatkozást követően 6 hónap múlva került sor a kontrollvizsgálatra. A stereotaxiás biopsiákat 14 G. vastagságú tűvel végezték, egy-egy elváltozásból több szövetmintát is vettek. 24 betegnél összesen 25 mammográfiára került sor. (1 betegnél mindkét oldalon történt vizsgálat.) Összehasonlítva a biopsia előtti vizsgálatokkal, sem hegesedést, sem zsírnekrózist, sem pedig bőrfelszíni elváltozást nem láttak. 2 esetben, ahol a korábbi vizsgálatnál mikrokalcifikáció volt, annak mennyiségi csökkenését észlelték. Egy másik betegnél a beavatkozás előtti 6 mm nagyságú fibroadenoma közepén a biopsia után 3 mm átmérőjű hiányt észleltek. Mindkét elváltozást a biopsia következményének véleményezték. A mammográfiás kép változatlansága két szempontból lényeges. Mivel sem a sebészi, sem a stereotaxiás biopsia nem zárja ki 100%-ban a malignitást, így ha a 6 hónapos kontroll során az elváltozás növekedést nem mutat, az annak a jóindulatúsága mellett szól. Nagyságbeli változás esetén ismételt biopsiára van szükség. A másik ok, hogy azoknál a betegeknél, ahol sebészi úton történt a mintavétel, a kontrollvizsgálat során hegesedés, szöveti strukturális elváltozás látható. Ezeket sok esetben nehéz az esetleges rosszindulatú elváltozástól biztosan elkülöníteni. Ilyen esetben is a biopsia ismétlése szükséges. Részben az említett okok, részben a költségtényezők és a kozmetikai szempontok, a vastag tűvel végzett beavatkozásokat helyezik előtérbe. Bár felmérésükben az UH vezérelte biopsiák nem szerepelnek, de véleményük szerint azok is hasonló eredményt adnak.

Puskás Tamás dr.

Artériás portográfiával kombinált spirál CT-vizsgálat szerepe a máj malignus elváltozásainak diagnosztikájában. Soyer, Ph. és mtsai (Dept.s of Radiology, Pathology, and Surgery The John Hopkins Hospital Baltimore): Radiology, 1994, *192*, 389.

Az arteriás portográfiával kombinált CT-vizsgálat jelentős szerepet tölt be a máj malignus elváltozásainak kimutatásában és a sebészi beavatkozás megtervezésében. A spirál CT-nek számos előnye van a hagyományos CT-vel szemben. A szerzők a spirál CT-vizsgálat hatékonyságát elemzik artériás portográfiával kombinálva a rosszindulatú májtumorok diagnosztikájában. A kombinált vizsgálatot 40 betegnél végezték el. A malignitást valamennyi esetben szövettani vizsgálattal is megerősítették. 21 beteg inoperábilisnak bizonyult. A maradék 19 beteg közül 16 esetben végeztek májrezekciót. A vizsgálatot angiográfiával kezdték, melynek során 5F katétert vezettek az a. mesenterica superiorba. A spirál CT-vizsgálatot 8 mm széles szeletekkel, 8 mm/s asztalmozgás mellett végezték. A 16 rezekált májrészletben 29 malignusképlet volt 0,5—24 cm nagyságban. A vizsgálat szenzitivitását 72%-nak találták, a 29 elváltozásból 21-et sikerült kimutatni. A 8 „hibás" esetnél már a szövettani lelet birtokában sem tudták a felvételek ismételt áttanulmányozása során a térfoglaló képleteket biztosan felfedezni. Ezek közül 4 tumor a kontrasztanyagot nem halmozó májrészletben helyezkedett el. A kontrasztanyag-halmozás hiánya a portális véna tumor általi kompressziójából adódott. A másik 4 esetben a cirrhozis volt a kontrasztanyag-halmozás hiányának az oka. 5 betegnél álpozitív diagnózis született, valamennyi cirrhozisos májban. Az eredményekből a szerzők a következő tanulságokat vonták le: Cirrhozis esetén a 2 cm-nél kisebb elváltozások nem mutathatók ki biztonsággal spirál CT-vel sem. További és nagyobb számú vizsgálatra van szükség a hagyományos és spirál CT-vel végzett vizsgálatok összehasonlításához.

Puskás Tamás dr.

Az akut tüdőembólia primaer diagnosztikája és lefolyásának követése: a DSA és a CT összehasonlítása. Steiner, P. és mtsai (Radiologische Klinik, Abt. Röntgendiagnostik des Univ.-Krankenhauses Hamburg-Eppendorf): Fortschr. Röntgenstr., 1994, *161*, 285.

A tüdőembólia diagnosztikájában régóta használt ventillációs/perfúziós scintigraphiának magas a szenzitivitása, ugyanakkor alacsony a specificitása, a szelektív pulmonális angiographia pedig invazív eljárás (kétségtelenül nagy specificitással). A DSA alkalmazásakor a j. pitvarba vagy a v. cava superiorba adják a kontrasztanyagot; a módszer kedvező alternatívája a hagyományos pulmonális angiographiának.

A tanulmány célja kettős: 1. A spiral-CT diagnosztikus értékének meghatározása a nem szelektív DSA-val összehasonlítva. 2. A spiral-CT értékének meghatározása tüdőembóliás betegeknél a betegség lefolyásának követésében, urokinase lysistherapia mellett.

38 betegből mindkét módszerrel 30-nál sikerült kimutatni tüdőembóliát, részletesen e csoport eredményeit dolgozták fel. 213 thrombust verificáltak spiral-CT-vel; megoszlásuk: pulmonalis főtörzsben 23 (11%), lebenyarteriákban 88 (41%), segmentarteriákban 102 (48%). A DSA 180 thrombust mutatott ki. 18 betegnél 38 laesiót tüdőinfarctusnak véleményeztek. A spiral-CT-vel 15 betegnél a lysistherapia után 135-ből 31 visszamaradó thrombust észleltek.

A szerzők munkájuk alapján a spiral-CT-t a DSA jó alternatívájának tartják a tüdőembólia diagnosztikájában.

Pásztor Tamás dr.

Dysbaricus osteonecrosis hivatásos búvároknál: MRI, mint screening-módszer? Heyer, D. és mtsai (Radiol. Klinik, Univ.-Krankenhaus Eppendorf, Hamburg): Fortschr. Röntgenstr., 1994, *161*, 335.

A téma jelentősége abban rejlik, hogy a dysbaricus osteonecrosis foglalkozási betegségnek tekinthető, mind a búvároknál,

4 HOTEMIN® PIROXICAM HAT

VILÁGSZERTE ELTERJEDT HATÓANYAG

1. kapszula



10mg, 20mg

Elegendő naponta egyszer bevenni!
Egy-két doboz mellékhatás nélkül alkalmazható. A kúra évente többször ismételhető.

2. injekció



1ml

Csak egy ml – gyors és erős hatás!
20 mg piroxicam tartalom. Minden mozgásszervi fájdalom esetén javasolt, kiválóan alkalmas orális adagolás bevezetésére, a hatás kipróbálására.

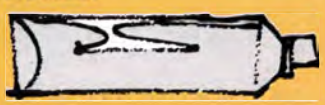
3. kúp



10mg, 20mg

A gyomrot megkerüli – mégis biztos hatás!
10 és 20 mg piroxicam tartalmú kúpok. Kitűnő az éjszakai nyugalmat zavaró izom- és ízületi fájdalmak megszüntetésére. Nagyobb testsúly, erősebb fájdalom esetén ne feledje az erősebb kúpot rendelni!

4. kenőcs



50g

Külsőleg – jelentős helyi hatást fejt ki!
Olyan esetekben is alkalmazható, amikor a kapszula, kúp, injekció ellenjavallt. Gyorsan felszívódik, a ruhaneműt nem szennyezi.

a 4 = HAT!

HOTEMIN®

utána is számolhat!

További információkért keresse fel Gyógyszerinformációs Osztályunkat a 210-0849 vagy a 210-0868-as telefonszámon.

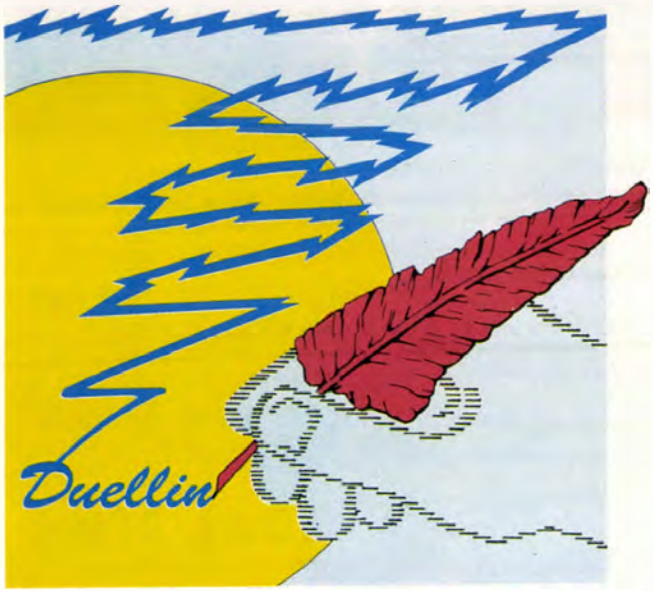
EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
1106 Budapest, Keresztúri út 30-38.

EGIS

Duellin®

TABLETTA

antiparkinsonicum



carbidopum/levodopum
25 mg/100 mg
10 mg/100 mg
25 mg/250 mg

Leírta, mert felírta ...

A Duellin® alkalmazásával:

- a Parkinson betegség legfőbb tünetei megszüntethetők
- a kezelés során alkalmazott levodopa dózisa csökkenthető
- már néhány napon belül terápiás válasz várható (indukciós fázis lerövidül)
- a levodopa leggyakrabban előforduló perifériás mellékhatásai kiküszöbölhetők

JAVALLATOK: Idiopathiás Parkinson-betegség. Ismert kórokok (encephalitis, cerebrovascularis károsodás, toxikus anyagok) okozta Parkinson-szindróma kezelése, kivéve a major trankvilláns kezelés során fellépő parkinsonos tünetegyüttest. **Ellenjavallatok:** A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Zárt zugú glaukóma, súlyos neurozis, psychozis, terhesség, szoptatás, melanoma malignum vagy erre gyanús bőrelváltozás a kórelőzményben. Huntington betegség, esszenciális tremor. **ADAGOLÁS:** Egyéni beállítást igényel, amely alapvetően a parkinsonos tünetek súlyosságától függ. **MELLÉKHATÁS:** A gyógyszeradag nagyságától és az egyéni érzékenységtől függően előfordulhat: diskynesis, elsősorban choreoathetosis, fokális dystonia, torticollis, blepharospasmus, hosszantartó kezelés esetén „on-off" jelenség. Ezenkívül étvágytalanság, hányinger, hányás, álmosság, feszültségérzés, hypotensio, orthostaticus collapsus, szívritmuszavar jelentkezhet. A mellékhatások a kezelés során az adag átmeneti csökkentésével megszünhetnek. **GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK:** Antihypertensivumokkal történő egyidejű alkalmazása szimptómás posturalis hypotensio előfordulásának veszélye miatt fokozott elővigyázatosságot igényel. Triciklikus antidepresszánsok egyidejű alkalmazásakor ritkán hypertensio és dyskinesia léphet fel. Fenotiazinok és butirofenonok egyidejű alkalmazása csökkenti a Duellin® terápiás hatását. Együttadása tilos MAO-inhibitorokkal. Kivétel a szelektív MAO-B-bénító pl. selegilin (Jumex), ami a levodopa terápia adjuválására alkalmazható. **FIGYELMEZTETÉS:** Súlyos cardiovascularis, pulmonalis megbetegedés, diabetes mellitus, psychiátriai betegség, gastricus, vagy duodenalis ulcus, asthma bronchiale, valamint vese- ill. májbetegség, endokrin betegség esetén csak fokozott elővigyázatossággal rendelhető. A beteget gondos megfigyelés alatt kell tartani. **MEGJEGYZÉS:** ✠ Csak vényre adható ki, „J" jelzéssel.
Részletes információ az *„Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelésére"* c. kiadvány pótlapján található. **OGYI eng.szám: 51/40/93**

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT. Budapest

mind pedig a magasnyomású munkahelyeken dolgozóknál.

A szerzők 20 hivatásos búvárnál összesen 68 MR-vizsgálatot végeztek 6 év alatt a nagyízületek és az agykoponya regiójáról. 9 egyénnél találtak csontinfarctusra utaló eltérést, egy személynél pedig unifocalis demyelinisatiós gócot a bal féltekében.

A közleményben a szerzők részletes irodalmi áttekintést adnak a témával kapcsolatosan, megemlítik az egyes vizsgálatok értékét az osteonecrosis kimutatásában, a röntgenklassificatiót táblázatban is összefoglalják. Kiemelik az MRI szerepét ezen elváltozások korai kimutatásában.

Pásztor Tamás dr.

KÖLTSÉG ÉS HASZON

Közösségben élő idősebb személyek influenzaellenes védőoltásának hatásossága és költségkihatása. Nichol, K. L. és mtsai. (Veterans Affairs Medical Center and the University of Minnesota. Medical School, Minneapolis, USA): The New Engl. J. of Med., 1994, *331*, 778.

Az influenza és szövődményei 10—40 000 halálozásért tehetők felelőssé az USA-ban, s ezek 80%-a az idősek köréből kerül ki. A Népegészségügyi Szolgálat javasolja a 65 évnél idősebb személyek évenkénti újraoltását influenza ellen. Ennek ellenére 60 vagy még nagyobb százalékban nem történik meg a védőoltás. Így számos, védőoltással megelőzhető halálozás és még több kórházi felvétel történik évente influenzát követő pneumonia miatt.

A vaccinatiók sikeres elterjedésének akadályai között szerepel a bizonytalanság, hogy megfelelő immunitás érhető-e el és a költség. 1960-ban végzett klinikai tanulmány során igazolódott, hogy az influenza vaccinatio csökkentette az influenzaszerű felsőlégúti megbetegedések incidenciáját egy nyugdíjas közösségben és egy időseket ápoló pszichiátriai osztályon. Ápolási otthonokban végzett újabb tanulmányok arról számoltak be, hogy az influenza szövődményei és a halálozás csökkenthető védőoltással.

A tanulmány a közösségben élő öregek influenzavaccinatiójának során létrejövő hasznot és költségeket elemzi, tekintettel az influenza miatt szükségessé váló kórházi felvételre, illetve az influenza során kialakult komplikációkra, mint a pneumonia, heveny és krónikus légzőszervi betegség, szívelégtelenség és az ezek kapcsán létrejött halálozásra.

1990-től Minneapolis körzetében a gondozási hálózatban regisztrált idős, veszélyeztetett betegeknek influenza-védőoltást adtak. A védőoltást kapottak száma valamivel több, mint 50% alatt volt. Három időszakban végezték a tanulmányokat: 1990—91, 1991—92 1992—93 években. Minden periódusban valamivel több, mint 25 000 személy szerepelt.

Az eredmények analízise azt mutatja, hogy a vaccináltak között kevesebb volt a pneumonia miatt kórházi ápolásra szoruló eset, és ugyancsak kevesebb heveny és krónikus légzési elégtelenség alakult ki. A congestiv szívelégtelenség miatt kórházi felvételre szorulók száma is kevesebb volt a védőoltást kapottak között. Az influenza miatti halálozási ráta signifikansan kisebb volt a vaccináltaknál.

Az eredmények hasonlóak voltak mind a három időszakban, függetlenül attól, hogy járványos év volt vagy nem, de a legnagyobb hatásfokot mégis az 1991—92-es járványos évben észlelték, amikor az „A" vírust izolálták.

Újabb tanulmányok is megerősítik ezeket az eredményeket, amelyek 30—45%-kal kevesebb kórházi felvételt regisztráltak influenzás időszakban a vaccináltak között.

Van olyan vélemény, hogy az influenza elleni védőoltás költségesebb, mint sok egyéb preventív intézkedés, mint például a pneumococcus vaccinatio, cervixszűrés, lipoid anyagcserezavar-kezelés vagy a coronaria bypass-műtét. Bizonyos esetekben azonban az influenzaellenes védőoltás költségkímélő, amely persze függ a vaccinatio hatásfokától. A tanulmányban végzett analízis szerint a három periódusban lényeges költségmegtakarítás volt kimutatható. Ezen túlmenően a halálozás csökkenése, a kórházi ápolás szükségtelensége, mind olyan érvek, amelyek indokolják az influenza elleni védőoltás alkalmazását a 65 év feletti népességben.

Kara József dr.

Laboratóriumi költségek Belgiumban. Meijer Van Putten, J. B. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138*, 1641.

Az év elején a betegbiztosítási törvény újbóli vizsgálatánál megállapították, hogy a belga klinikai laboratóriumoknak meg kell szakítaniuk a kapcsolatukat azokkal az orvosokkal, akik határtalanul sok vizsgálatot írnak elő betegeiknél. Ha a laborok ezt nem teszik meg, a biztosítók nem fogják kifizetni a járandóságaikat. A minisztérium így akarta csökkenteni a klinikai vizsgálatok számát, a laborok azonban ezt elfogadhatatlannak találták, mert ezzel csak a betegeknek ártottak volna. A flamand laborok egyesülete a bírósághoz fordult panaszával. A bíróság a rendeletet érvénytelennek és discriminálónak minősítette és úgy találta, hogy a sokat felíró orvosok büntetése helyett a laborok lettek volna megbüntetve, egyébként is a labor nem utasíthat vissza hozzá intézett kérelmeket, mert akkor ő lenne felelős az esetleges következményekért.

A laborok megelégedéssel vették tudomásul ezt a döntést és javasolták, hogy a túl sok vizsgálatot követelő orvosok részesüljenek kötelező továbbképzésben.

A szövetségi szociális ügyek minisztere, Magda de Galan elismerte, hogy a határozat discriminálló volt. Az orvosokat közvetlenül fegyelmezi. Csökkenti a vizsgálati honoráriumokat. Az orvosok és biztosítók bejelentették, hogy ellenkezni fognak, még több vizsgálattal fenyegetőztek. De Galan erre kijelentette, hogy a laborköltségeket akkor az orvosoknak kell majd kiegyenlíteniük. A laborok ezt helytelennek tartják, a laborköltségeknek semmi közük az orvos honoráriumához. „A belga állami adósságokat sem fizettetik ki a miniszterekkel, akik okozták a túlkiadásokat."

A belga kormány évek óta próbálja csökkenteni a laborköltségeket. 1987-ben a budget 11,2%-a ment a klinikai laborköltségekre. Az akkori miniszter vezette be az ún. „borítékos rendszert". A laborok így egy meghatározott összeghez jutottak, melynek túllépése esetén jelentkező költségeket a labornak vissza kellett fizetnie. A nagyobb laboroknak lényegesen többet kellett a kasszába visszafizetniük. Nem sok idő múltával a nagy laborok adóssága óriásivá nőtt, a bírósághoz fordultak, de az nekik nem adott igazat. Ez év kezdetén több labor csődöt jelentett. De Galan miniszternő szerint ezek a laborok a fizetési képtelenségüket csalárd módon szervezték meg, hogy így mentesüljenek a visszafizetés alól. (De Standaard, február 17.)

Ribiczey Sándor dr.

MÁJ- ÉS EPEÚT-BETEGSÉGEK

Fokális noduláris hyperplasia. Zoller, W. G., Liess, H. (Universitäts-Kinderklinik, Mainz, Németország): Dtsch. med. Whchr., 1994, *119*, 570.

Az ovulációgátlók rendszeres alkalmazása gyakran a fokalis nodularis hyperplasia (FNH) progresszióját okozza. Felmerül a kérdés, hogy mekkora rizikója van a terhességnek a kórkép aktiválásában?

Az FNH tipikusan nőknél fordul elő a középkor kezdetén, 3/1 000 000 évenkénti incidenciával. Az FNH jóindulatú hypervascularizált, a májban előforduló térszűkítő folyamat, angiográfiával tipikus érszerkezet ismerhető fel. Az esetek nagy százalékában benne centrális keringészavar lép fel, melyet esetenként ruptura- és intraperitoneális vérzés kísér. Nagy és/vagy tüneteket okozó FNH-tumorokat ezért operálni kell, tünetmentes esetben pedig rendszeres kontroll szükséges.

Keletkezéséért az oestrogének és gesztagének tehetők felelőssé. Kórismézéséhez különböző képalkotó eljárások (CT, MRI, szcintigráfia) alkalmazása szükséges, az adenomának a hepatocellularis carcinomától történő elkülönítése céljából. Biztonságosan csak biopsziával verifikálható. Szövettani vizsgálattal lobulárisan elrendezett hepatocyták láthatók és kötőszöveti septumok által felosztott proliferáló epeutak. Máig sem tisztázott, hogy az FNH hamartoma, vascularis érneoformatio arteriovenozus anastomozissal, vagy lokális regenerációs proliferáló májsejtek alkotják-e?

A terhesség alatti növekvő gonadotropin-kiválasztás és emelkedett szérum oestrogén- és progeszteron szint elősegíti az FNH kialakulását. A tumorban veszélyeztető keringészavar keletkezhet következményes tokrepedéssel és intraperitoneális vérzéssel. Ezért a terhesség mint rizikótényező megfontolandó és lehetőség szerint kerülendő. Más oldalról leírtak eseteket, ahol az ovulációgátlók alkalmazásának felfüggesztése esetén a FHN visszafejlődött.

[Ref.: Alkoholos májkárosodás esetén megfigyelésünk szerint az oralis anticoncipienst szedő nők különösen veszélyeztetettek. A szöveti kép nem egyértelmű, feltételezhető, hogy több megjelenési formája is létezhet. Érdemes lenne vizsgálni prostata malignomák miatt oestrogénkészítmények huzamosabb alkalmazása során, hogy keletkezik-e és perzisztál az FNH férfiakban.]

Hajós Márta dr.
Preucser Tibor dr.

Rövid ideig adott Prednisolon-kezelés hatása az aminotransferáz-aktivitásra és a hepatitis C-vírus RNS-szintre, krónikus C-vírus hepatitisben. Tse-Ling Fong és mtsai (University of Southern California Liver Unit Building 500, Room 114, California 90242, USA): Gastroenterology, 1994, *107,* 196.

A hepatitis C-vírus okozta szövettani elváltozás jól ismert, vitatott azonban, hogy ennek kiváltásában a vírus citopatogen hatása vagy sejtes immunválasz játszik szerepet. 10 beteg — akinek korábban 6 hónapig stabil GPT-emelkedést és C-vírus-szintet mértek — 7 hétig Prednisolont szedett. (2—2 hétig 60, 40, 20, majd 1 hétig 10 mg Prednisolon.) A 10 beteg közül 8-nál a GPT csökkent; 184 E/l—84 E/l, majd átlag 7,7 héttel a kezelés befejezése után magasabb GPT-t mértek, mint a kiindulási. Ugyanakkor a C-vírus-szint minden esetben átlag tízszeresére nőtt, majd átlag 2,8 hét múlva visszatért a korábbi szintre.

A szerzők úgy gondolják, hogy eredményük azt bizonyítja, hogy hasonlóan a B-vírus-hepatitishez, C-vírusban is a sejtes immunválasz okozza az elváltozást. A C vírusnál kiváltott immunválasz mérsékeltebb, mint B-vírus esetén, ezért kevesebb az icterusos forma, ill. gyakrabban megy át krónikusba. Erre a csökkentebb immunválaszra utal, hogy a Prednisolon-adásra, majd megvonásra észlelt válasz enyhébb volt, mint B-vírus-fertőzésben.

Ibrányi Endre dr.

Hepatitis C-vírus szerepe fulminán hepatitisben A- és B-vírus endémiás területen. Chia Ming Chu, I Shyan Sheen, Yun Fan Liaw. (Liver Unit Chang Gung Memorial Hospital, Tung Hwa North Road 199 Taipei, Taiwan 105): Gastroenterology, 1994, *107,* 189.

Taivanban a felnőtt lakosság 95—100% fertőzött A- és 85-90% B-hepatitissel, így érthető, hogy felnőtt korban csak 10% körüli ezen vírusok szerepe fulmináns hepatitisben. 1989—1991-ben 62 fulminans hepatitist észleltek. Fulminans A-hepatitis nem fordult elő. 5 esetben (8,1%) az ok B-vírus volt. 11 (17,7%) nonA- nonB-hepatitis (ebből 5 C-vírus RNA-pozitív), a maradék 46 beteg (74,2%) HBsAg-pozitív, de HBc IgM-negatív, tehát csak B-vírus-hordozó.

A B-vírus-hordozók közül 11-nél (23,9%) a fulminans hepatitis oka delta super infekció volt, 16-nál (34,8%) B-vírus-reaktivációra gondolnak, tekintettel arra, hogy a B-vírus-DNS igen magas (1000 pg/ml felett). 19 B-vírus-hordozónál ilyen okot nem találtak, de 6 esetben C-vírus-RNS-pozitivitást észleltek. 3 delta super infekció esetén is a C-vírus-fertőzés is kimutatható volt. E-vírus-RNS-t egyetlen esetben sem tudtak kimutatni.

Míg Japánban a fulmináns hepatitisek felében C-vírus-etiológiát tételeznek fel, addig az USA-ban, Angliában, Franciaországban a C-vírus szerepe elhanyagolható. Taivanban C-vírus-RNS a fulmináns hepatitisek 22,6%-ban mutatható ki. A nonA-nonB-hepatitisek 45,4%-ában, a Delta super infekciók 27,3%-ában és B-vírus-hordozók 31,6%-ában.

Ibrányi Endre dr.

A hepatocyta növekedési faktorszerű (macrophag stimuláló) proteint kódoló mRNS expressiója a májsejteken fulminán májelégtelenségben. Harrison, P. és mtsai. Lancet, 1994, *344,* 27.

A Kuppfer-sejtek fagocytosisának fulminán májelégtelenségben észlelhető károsodása a hepatocyta növekedési faktorszerű (macrophag stimulaló fehérje (HGFL/MSP), azaz a hepatocytákban termelődő és a szöveti macrophagok funkciójához szükséges fehérjeszintézisének csökkenése következtében jön létre. Ennek bizonyítása volt vizsgálataik célja.

A HGFL/MSP a májsejtekben szintetizálódó szérumfehérje. Serkenti a macrophagok chemotaxisát, illetve phagocytosisát. A klónozás és sequentálás után kiderült, hogy az MSP-t kódoló komplementer DNS azonos a hepatocyta-növekedési faktorszerű (HGFL) protein DNS-évél. Fulminán májelégtelenségben a betegek hepatikus macrophagjainak phagocytáló funkciója csökken, ennek következtében károsodik a baktériumok és a gombák kiszűrése, gyakran keletkezik fertőzés. Ezekben a betegekben az opsoninszint is alacsony. Azt vizsgálták, hogy a Kuppfer-sejtek működészavarát a HGFL/MSP szintézisének csökkenése okozza-e.

Módszer: 9 májelégtelenségben szenvedő beteg májából vettek szövetmintát, az ok 6 esetben paracetamol-túladagolás, 3 esetben hepatitis volt. A kontroll 3, transplantatio céljára eltávolított májból való szövetminta volt. A nyers RNS-t guanidin-sav/fenol/kloroform módszerrel izolálták, és a glikogén szennyezettség csökkentése érdekében lithium chloriddal mosták. Az RNS-t gél-electrophoresissel frakcionálták, majd 10× SSC-ben oldott Genescreenre vitték át. A membránt előhibridizálták, majd 32 P-ral jelzett HGFL/MSP cDNS szondára hibridizálták. A membránt öblítették, majd azonosító ernyővel ellátott rtg-filmre exponálták. A hibridizáció eredményei szerint fulmináns májelégtelenségben a 3.00 kilobasis HGFL/MSP mRNS densitometriával meghatározott és glyceraldehyd-3-phosphat dehydrogenase mRNS expressiójának mértékéhez normalizált szintje az ép májszövetéhez képest csökkent. A 2,4 kb. HGFL/MSP mRNS-szint változása nem volt szignifikáns.

A két, közel normális HGFL/MSP mRNS-expressiót mutató beteg szövettani vizsgálatával kiterjedt májsejt-regenerációt észleltek. Eredményeik szerint a HGFL/MSP mRNS szintje a túlélő májsejtek tömegével arányos.

A vizsgálat eredményei megerősítik, hogy a máj HGFL/MSP szintézisének májsejtnecrosis következtében bekövetkező csökkenése fulmináns májelégtelenségben károsíthatja a szöveti macrophagok működését. E sejtek működésének normalizálása javítja a betegek túlélését.

A gén a 3. kromoszómán található, szerepe lehet a sejtszaporodás gátlásában is. A májsejt-regeneráció chalonelmélete szerint az ép májban termelődő, sejtszaporodást gátló inhibitor akadályozza meg a sejtproliferációt. Májnecrosis után az inhibitorszint csökken, ezért a sejtek addig szaporodnak, amíg az inhibitor koncentratiója eléri a kiindulási értéket. A HGFL/MSP mRNS expressiójának e kísérletben észlelt jellege alátámasztja azt a feltételezést, mely szerint a HGFL/MSP ilyen gátló hatású chalon lenne.

Ádler Ildikó dr.

Májelégtelenséggel szövődött haemolyticus krízis, mint a Wilson-kór első megnyilvánulása. Degenhardt, S. és mtsai. (Klinik für Nephrol., und Klinik für Gastroenterol., der Med. Klinik und Poliklinik, Neurol. Klinik sowie Inst., für Klin. Chemie und Laboratoriumdiagnostik der Univ. Düsseldorf., Med. Klinik II. Kathol. Krankenhaus Hagen, und Inst. für Pathol., Univ.-Klinikum Rudolf Virchow, Berlin, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1994, *119,* 421.

A Wilson-kór v. hepatolenticularis degeneratio a rézanyagcsere zavara következménye; öröklésmenete autosomális-recesszív. A génhiba az esterase-D-locushoz közel, a 13-as kromoszómán található, viszont a kóros génterméket nem ismerik. Olyan beteget ismertetnek, ahol az első klinikai tünet akut haemolytikus krízis volt, gyorsan progrediáló májelégtelenséggel. A 18 éves nőbeteget fokozódó gyengeség, étvágytalanság és véres vizelet miatt vették fel a he-

lyi gyógyintézetbe, ahol Coombs. neg. haemolytikus anaemia, kif. leukocytosis, csökkent Quick-idő és subicterus derült ki. Legelőször haemolytikus uraemiás szindróma vetődött fel, ezért vvs.-koncentrátumot transzfundáltak. A beteg ezután a düsseldorfi klinikára került, ahol hasonló eltéréseket észleltek, hepatosplenomegaliával, ascitessel és anuriával együtt. Differenciáldiagnosztikailag a Wilson-kór ugyan felvetődött, jóllehet ekkor a jellegzetes Kayser—Fleischer-gyűrű nem volt látható.

További vizsgálatok sem derítették ki az akut haemolysis okát. Az alacsony hb. mellett a plasma hb. emelkedett volt, direkt és indirekt Coombs-próba ismételten neg., a se. réz- és coeruloplasmin-koncentráció normálisnak bizonyult. A komplement C_{3-4}-frakció csökkent. Antinuclearis-antitesttiter: 1 : 320, ami később normalizálódott. AST: 1 : 600.

A nagyobb máj stuktúrája UH-szonográfiával homogénnek tűnt és a lép is nagyobb volt. Legelőször transzfúzió okozta Coombs neg. haemolyticus anaemia vetődött fel, májelégtelenséggel együtt, jóllehet Wilson-kórt sem lehetett egyértelműen kizárni. A neurológiai tünetek a törzsdúcok működészavarával kapcsolatosak. Apróhullámú ujjtremort itt is megfigyeltek.

A beteg ezután friss plasmát, kryoprecipitatumot és PPSB-t, valamint teljes vért kapott, kis adag heparinnal együtt, DIC elkerülésére. Májbiopsziát a felvetődött haemorrhagiás diathesis miatt nem végeztek. Átmeneti javulás után, állapota a 4. héttől kezdve rohamosan romlott, ami se. bilirubin-emelkedésben nyilvánult meg. Diureticumok hatására a vizeletmennyiség megszaporodott, és a napi vizeletben nagy mennyiségű rezet lehetett kimutatni. Ezután már láthatóvá vált a Kayser—Fleischer-gyűrű, ami egyértelművé tette, hogy Wilson-kórról van szó. D-penicillamin hatására a rézkiválasztás a vizeletben tovább fokozódott. Mivel a beteg állapota továbbra sem javult, máj-transplantatióra került sor, teljes sikerrel. A rézanyagcsere-paraméterek rendeződtek, és két év múlva a beteg teljesen tünet- és panaszmentes volt. Az explantált májban cirrhosisra jellemző átépülés volt látható, a sejtekben nagy rézszemcséket lehetett látni, emellett kif. haemosiderosist. A réztartalom 462 μg/ g (norm.: 15—45 μg/g), vastartalom pedig 1890 μg/g-nak bizonyult (norm.: 100—500 μg/g). Az esetismertetés azért érdemel figyelmet, mert atípusos volt, hiszen a kezdeti diagnosztikus jelek és laboratóriumi parameterek egyaránt csőddel jártak. Pl. normális volt a plasma coeruloplasmin koncentrációja és a se. réz is normálisnak bizonyult.

Az eset megbeszélése során ismertetik hasonló esetek lefolyását és a laboratóriumi paramétereket, melyekből elég egyértelműen az derült ki, hogy a betegséget csak a Kayser—Fleischer-gyűrű megjelenésével tudták diagnosztizálni. Több esetben sectio során ismerték fel. Kétségtelenül értékelhető jel a D-penicillinaminra bekövetkező extrém mértékű rézkiválasztás. Fulmináns májelégtelenségben a coeruloplasmin akár normális, v. csak valamivel magasabb, ami tovább növeli a kétségeket. Sajnos, a diagnosztikus májbiopszia éppen a vérzékenység, ill. alacsony Quick-érték miatt nem végezhető. A betegség kezelésében D-penicillinaminon kívül zinksulphat is hatásos, ha viszont a beteg állapota előrehaladott, csak májtranszplantációval lehet végleges gyógyulást és a rézanyagcsere normalizálódását elérni.

Bán András dr.



BESZÁMOLÓK

Az Orvosi Jog X. Világkongresszusa. *Jeruzsálem, 1994. augusztus 28.—szeptember 01.*

Prof. Amnon Carmi, az Orvosi Jog Világszövetségének elnöke a European Journal of Health Law egy, a kongresszus napjaiban „szóróanyagként" a résztvevők kezébe került (1994. 1. 3.) számának oldalain — éppen a kongresszus apropóján — a szerkesztőség felkérésére írt vezércikkében („Health-Law towards the 21st Century") még mindig hasonlóan fogalmazza meg reményét, mint a nekem címzett 1992. július 15-i keltezésű hívólevelében: együttesen 1000 körüli (fölötti) előadóval és résztvevővel számol az orvosi jog „maga nemében páratlan összejövetelén".

Hogy a 42 országból végül is „várakozás alatt" összesereglett 600 (?)—700 (?) körüli résztvevő; az előzetesen remélt 400 helyett programba került 270 körüli előadás mennyire okozott csalódást mind neki (úgy is mint a Kongresszus Szervező Bizottsága elnökének), mind — a Stier Group LTD-n túl — a több mint 30 nemzetközi és nemzeti társrendező szervezetnek, az afölötti mélázás „joga" másokat illet; magam — szigorúan magánvéleményként — hajlok arra, hogy a néhány hónappal korábban „hebroni mészárlás"-ként ismertté vált tettet (éppen egy orvos pár perces, eszelős cselekedetét) úgy minősítsem, hogy egymagában többet ártott a rendezvénynek, mint a világ számos más térségében meglévő feszültséggóc és más hátráltató körülmények (a kongresszuson részvétel magas költségei stb.) együtt.

Minderről nem esett szó Jeruzsálemben, a Hotel Renaissance épületegyüttesébe foglalt Ramada Congress Centre-ben, a nyitóülés perceiben. Az *E. Sneh*-től, az izraeli egészségügyi minisztertől és *M. Lau*-tól, Izrael főrabbijától is üdvözölt résztvevők előbb az üléselnök finn *P. Kokkonen*-től majd a belga *R. Dierkens*-től, végül *A. Carmi*-tól kaptak rövid áttekintést az „orvosi jog" alig 30 éves, a hozzá fűződő kongresszusoknak pedig 1967-tel (Genfben) kezdődött történetéről; e mára végérvényesen multidiszciplinárissá vált, az etikai és (ember)jogi komponenst, a prevenciót és holisztikus megközelítést, a jogalkotók és -gyakorlók, valamint az egészségügyi szolgálatot nyújtók és igénybe vevők kapcsolatának és általában az egészségpolitikának számos sarkalatos kérdését — tehát távolról sem csak a „medical malpractice"-t, az orvosi mulasztások és műhibák kérdéskörét — átfogóan és tudományos megalapozottsággal vizsgáló és szemlélő tudományágról; arról a tudományágról, mely egykor orvosok és jogászok kart karba öltéséből született, és mely napjainkban — 70 generációnyival a hippokratészi orvosi eskü napvilágot látása után, az emberi civilizáció számos „mutációját" követően (most, amikor újra útkereszteződésnél találták magukat a társadalmak) — mintegy útikalauza kíván lenni orvosnak éppúgy, mint az egészséghez (az egészségügyi szolgáltatások igénybevételéhez) való jogot alapvető emberi jogként megkövetelőknek és kiérdemelteknek, mi több: a parlamenteknek — és általában a „nagypolitikának" (amikor arról kell dönteni, hogy a rendelkezésre álló és felosztandó anyagi stb. javak mekkora hányada és mi módon szolgálja a robbanásszerű fejlődés időszakába jutott orvostudomány nyújtotta lehetőségek egyes emberhez és közösségekhez jutását; részletkérdéseket illetően pedig pl. a prekoncepcionális, neonatalis szűrést vagy a drogprobléma minimalizálását...).

(*Megj.*: A bevezető mondatban felemlített folyóirat 12 évvel korábban útjára indított „idősebb testvére" még a „Medicine and Law" nevet viselte. Miként arra hivatkozott vezércikkében A. Carmi kitér, a „lapöccs" elnevezése szemléletesen érzékelteti a tudományág utóbbi évtizedben végbement fejlődését. Hogy a kongresszus a „Medical Law" — és nem a „Health Law" — megnevezést kapta, annak nyilván praktikus okai lehettek; a rendezvény szellemisége amellett szólt, hogy valójában egy, a „Health Law" védjegyével ellátott kongresszuson vettünk részt.)

A nyitóval együtt 52 ülésre tagozódott tudományos program — szekcióülésenként 3—8 előadással — aug. 29-én 09.30-kor vette kezdetét és szept. 01-jén 11.50-kor zárult. A szekciók tematikája az emberi jogi kérdésektől kezdve az experimentális orvostan, a páciens beleegyező nyilatkozata, a kémiaianyag-abúzus, az eutanázia, az orvosi gondatlanság és műhibák, a minőség- és betegbiztosítás, az „asszisztált reprodukció", a börtönorvoslás, a pszichiátriai ellátás, az egészségpolitika, az orvosi titoktartás, az AIDS-probléma, a géntechnológia, a transzplantáció, a törvényszéki orvostan, az orvosi etika, az orvoslás és vallás, az orvos—beteg kapcsolat, a bioetika feminista megközelítése, a terapeuta—páciens szexuális kontaktusa, az öngyilkosság, a kínvallatás, a családtervezés, a fogyatékos gyermekek, a „gyermekabúzus" sajátos kérdésein át a genocidium orvosi-jogi aspektusáig bezárólag, széles változatosságot mutatott.

Az előadások körében történő tallózásunk célja csak ízelítő átnyújtása lehet. *J. G. M. Aarsten* egy holland törvény előírta lakossági szűrés módszerét ismertette, mit más országoknak is átvételre ajánl. *M. Avnon* a szexuális bűnözők komplex kezelésének mikéntjébe avatott be, kitérve azon körülményre, hogy egyedül az USA-ban (1989-ben) 100 000—500 000-re volt tehető a szexuálisan molesztált gyermek száma. *R. Cohen-Almagor* a „jog a méltóságteljes halálhoz" kérdéskörét járta körül. *G. Fahlberg és U. Ekmanner* a női genitáliák bizonyos korban megcsonkításának (a circumcisiónak, az excisiónak és infibulációnak) svédországi jogi szabályozásáról számoltak be, különös tekintettel az immigránsok (mindenekelőtt Szomáliából, Etiópiából, Eritreából) egyre növekvő számára, és a körükben kiterjedt rituális szokásokra. *J. K. M. Gevers* az éhségsztrájkhoz való orvosi hozzáállás (dilemma) kérdéseit tárta elő. *M. Halperín* az orvosok és jogászok(ön)reklámozásának kérdéskörét feszegette — rámutatva az arany középútra [a „nyitott kommunikációs csatornákon" át történő, közösséget érintő információnyújtás pl. népszerű tudományos közlések által, aligha megkérdőjelezhető módja az (ön)reklámnak]. *V. M. Huittinen* az orvosi műhibák betegbiztosító általi megelőzésének lehetőségeiről szólt. *I. Kuroyanagi és I. Karasawa* az orvosi műhibákkal kapcsolatos legújabb trendekről japán tapasztalatok alapján tartott előadást. *M. Lupton* a méhen kívüli terhesség jogi és etikai vonatkozásait annak kapcsán vette górcső alá, hogy brit és japán kutatók egy csoportja ún. műméhet konstruált (egyelőre az extrém korai szülött foetusok élethosszabbítására és „kihordhatóságára"). Nem kevésbé felkiáltójelet érdemlő *L. A. Matthews-Price* témafelvetése a medicidium (!): az orvos asszisztálta szuicidium jogi helyzetéről *D. S. Solursh és mtsai* „A lovakat lelövik, ugye?" előcímet kapott előadásukban az USA-ban a nyugalmazott patológus, dr. Jack Kevorkian közreműködésével 1990 óta öngyilkosságot elkövetett 20 egyén halála körüli vihart érzékeltették a hallgatósággal. Közülük ketten — *L. Solursh és D. Solursh* — másodjára a börtönszex: az őrzők és fogva tartottak közti szexuális élet (úgy is mint eltévelyedés) (korábban) tabuját járták körül. *A. Menache* a Galenusig visszavezethető állatkísérletekről mint orvosi-jogi alibiről fejtette ki véleményét. *R. Roberto és mtsai* a megtévesztésen alapuló végrendelet érvényességének kérdéseit vizsgálták. *N. I. Miyai* a haldokló páciens felé történő igazmondást, saját kultúrkörében, a bioetikai paradigma kritikájaként értelmezte. *L. Neoral* néhány észrevételét az orvostudomány, a jog és az etika határvonaláról tette közzé. *P. Norris* harsány kérdésfelvetésének élét legjobban előadása címének egy az egyben fordítása érzékeltetheti: „Orvostudomány, mesterség vagy hivatás? Hitler vagy Hippokratész? „Az orvos állami alkalmazottá degradálása vezethet oda, hogy akár a militarizmus szószólójává váljék. *M. A. Shiffmann* Kanadából a szilikonmell-implantációval kapcsolatos perekbe adott betekintést. A dél-afrikai *I. Zabow* a sátánizmus törvényszéki-pszichiátriai konzekvenciáit 3 döbbenetes eset bemutatásával illusztrálta.

A kongresszus 2. előzetes kiértesítőjében közzétett névsor 18 magyar előadóról adott hírt. A programban végül *Sándor J.* (Ma-

gyarországi műhiba-esetek), *Jagadics L.* (Az eü. szolgálat központi szervi-jogi megközelítés), *Bánfalvi A.* (A pszichiátria helyzetéről), *Kappéter I.* (A schizophreniások terhére elkövetett gyilkosságok...), *Gábor P.* (A pánikbetegség gyógyítása és gyógyíthatósága), *Polyvás Gy.* (Klinikai döntéshozatal és etikai következmények Magyarországon), *Szatmári M.* (Az állam szerepe az eü. ellátásban — az átmeneti időszakban), *Buris L.* (A vert gyermek: törvényszéki orvostani szempontok) és *Péter Á.* (Az alkohollal kapcsolatos megbetegedések kezelésének néhány sajátos szempontja) előadásaira került sor. A MOTESZ-főtitkár *Szalma B.* bevallottan „háztűznézőben" — egy következő kongresszus majdani Magyarországra „hozatala" ügyében — volt jelen.

Saját előadásom megtartására, 7 másikkal együtt, a 36., Törvényszéki Orvostan (2) szekcióülésen, *T. Noguchi* (USA) és *A. Piga* (Spanyolország) üléselnöksége alatt került sor. A szexmeghatározástól kezdve az emberi haj azonosításának komplex új módszerén és a vese Armanni—Ebstein-léziójának mint a diabeteszes coma haláloki indikátorának kérdéskörén át a női genitáliák megcsonkítása fentebb már említett problémájáig a legváltozatosabb témák kerültek prezentálásra a dán, litván, azerbajdzsán, svéd stb. előadók jóvoltából. Az üléselnökök a szekcióülést percnyi pontossággal vezényelték le; a vitában egyike voltam a 3 megszólítottnak (a társelnök által feltett első kérdés — összevetendő a spanyolországi gyakorlattal — a hazánkban uralkodó ivási szokások és normákra irányult, a második pedig arra, hogy nálunk a biztosítók milyen eszközökkel és hatékonysággal vesznek részt az alkoholizmus elleni küzdelemben — különös tekintettel a magánbiztosító társaságokra!?).

A részvételemet anyagilag, vagy egyéb módon támogató Országos Műszaki Fejlesztési Bizottságnak, a „Háziorvoslás az Életkor Növeléséért" Alapítvány kuratóriumának (személy szerint prof. Arnold Csabának és Hidas Istvánnak), a Magyar Orvostudományi Egyesületek Szövetségének és Felsőszentiván polgármesterének e helyt mondva hálás köszönetet, köszönöm meg egyúttal prof. Amnon Carminak a megtisztelő meghívást.

Péter Árpád dr.

Magnézium-orotát a szívinfarktus kezelésében és profilaxisában. *Budapest, 1994. november 29.*

A fenti címmel rendezett sajtótájékoztatót a Wörwag Pharma a Hotel Aquincumban. A tájékoztató voltaképpen miniszimpóziumnak is beillett, hiszen négy előadás hangzott el, kiváló szakemberek közreműködésével. Az elnöki tisztet *dr. Jellinek Harry* egyetemi tanár, az Országos Patológiai Intézet igazgatója látta el. Egyben az első előadást is ő tartotta, a munka társszerzője *dr. Takács Éva* volt. Ennek témája a Mg-orotát hatásvizsgálata modellkísérletekben arra vonatkozóan, hogyan befolyásolja a vegyület a szívizom működését és az érfali funkciókat. Állatkísérleteiket Wistar patkányokon, ill. New-Zealand nyulakon végezték. A patkányokon specifikus hypoxia, ill. malignus hypertonia modellt hoztak létre, és kezeletlen kontrollal összevetve, a kezelt csoportban napi 2 mg/kg dózisban adtak Mg-orotátot. A kezelés után a vérnyomás mérsékeltebben emelkedett, az érfal és a szívizomszövet integritása is megőrzött maradt. A nyulakon végzett vizsgálatban 56, ill. 112 napos koleszterintartalmú diéta után adagolták a Mg-orotátot. A kontrollvizsgálatok szerint a vegyület mérsékelte a hypercholesterinaemia okozta érfali elváltozásokat. Az objektív vizsgálómódszerek a következőek voltak: patkányokon mikroszkópos, valamint hisztokémiai és enzimhisztokémiai eljárások, nyulakon pedig mikroszkópos, valamint angiográfiás és computeres denzitásmérő módszerek.

A következőkben *dr. Borbola József* (Országos Kardiológiai Intézet) foglalta össze a magnézium általános hatásait a szívre, amelynek lényege a cardioprotectio. A magnézium mérsékli a szív koszorúsereinek vérellátási zavarait, az arrhythmiás epizódok gyakoriságát, optimálissá teszi a szívműködés energetikáját. Az általános gyakorlatban a Mg-hiány okoz problémát (a csökkent felszívódás, fokozott kiválasztás, egyes betegségek révén), amelynek tünetei: gyengeségérzés, tachycardia, arrhythmia, coronariagörcs, hypertonia, keringési elégtelenség. A Mg-kezelés egyszerű és olcsó kezelési mód, oralisan, parenteralisan egyaránt, hatékony és biztonságos akár az életveszélyes kamrai ritmuszavarok, vagy az infarctust követő hirtelen szívhalál megelőzésére is. A mai ember rendkívül egészségtelen életmódja mellett a szívbetegségek megelőzése szempontjából igen fontos a megfelelő Mg-pótlás, amely a hazai gyógyszerkínálatból megoldható.

Dr. Fazekas Tamás (Szent-Györgyi Albert OTE I. Belklinika) német klinikai vizsgálatok eredményeit ismertette. Multicentrikus vizsgálatba 383 háziorvos 1606 betegét vonták be, akik pectanginosus fájdalmakról panaszkodtak, ill. igazolt coronaria-betegségben szenvedtek. Kísérőbetegségként 398 esetben arrhythmiát, 124 betegben nyugalmi és 733 esetben terheléses dyspnoét regisztráltak. A vizsgálat 3 hétig tartott, a szokásos kezelés mellett (nitrátkészítmények, β-receptorgátlók, Ca-antagonisták) adták a Mg-orotátot tartalmazó Magnerot tablettát. Ennek dózisát nem rögzítették szigorúan, de mindennemű gyógyszerelési változtatást regisztráltak és monitoroztak a vizsgálat során. A kezelés 0 időpontjában, az 1—3. hét végén részletes fizikális és EKG vizsgálat történt. Elemezték az anginás epizódok számát, a nitrátok alkalmazásának gyakoriságát, adagját, a fizikai teljesítőképesség alakulását. Mérték a vérnyomást és a nyugalmi szívfrekvenciát. Az eredmények szerint a rohamok száma átlagosan 2,07-ről 0,8-ra csökkent naponta, és a prompt hatású nitrátok alkalmazása is hasonlóan 2,09-ről 0,86/nap-ra mérséklődött a 3. hét végére. A systolés és diastolés vérnyomás csökkent, és 10%-kal csökkent a nyugalmi tachycardia is. A Magnerot kezelés kapcsán csökkent az ischaemiás események száma, javult a betegek teljesítőképessége, közérzete. A készítmény dózisa átlagosan 2,8—3,2 tbl/nap volt. A Mg tehát előnyösen egészítette ki a coronaria-betegségekben alkalmazott, szokásos gyógyszerelést.

Dr. Rajki Mátyás (BM Központi Kórház, V. Belo.) saját vizsgálataikról, eredményeikről számolt be. Célul tűzték ki, hogy Magnerot adásával az anginás rohamok számát csökkentsék, és az azonnali hatású nitrátok szedésének mennyiségét is mérsékeljék. 17 beteget vontak be a vizsgálatba, a felvétel kritériuma volt a bizonyított ischaemiás szívbetegség és az anginás rohamok megléte. (Kizárták a jelentősen beszűkült vesefunkciójú betegeket, hat héten keresztül napi 3 × 2 tbl Mg-orotátot adagoltak. A kontrollvizsgálatok az 1., 8., 22. és 42. napon történtek, vizsgálták az anginás epizódok gyakoriságát, a napi nitrátszükségletet, valamint regisztrálták a beteg és az orvos véleményét is a kezelést illetően. Eredményeik szerint az 1—42. nap között anginás rohamok összesített száma 87-ről 51-re csökkent, ill. a napi (gyors hatású) nitrátszükséglet 23,5 mg-ról 7,5 mg-ra esett. Az anginás rohamok intenzitása is mérséklődött. A vizsgálók véleménye, hogy a készítmény alkalmas az ischaemiás szívbetegségben szenvedő betegek anginás panaszainak csökkentésére, természetes Ca-antagonista lévén pedig csökkentheti a Ca-antagonista készítmények szükségletét. Hypertoniás betegekben kedvező antihypertensiv hatása is. A 17 betegből 12 kiválónak, ill. jónak minősítette a gyógyszert.

A sajtótájékoztató résztvevőiben tehát az a vélemény alakult ki, hogy a Mg-orotát mind az experimentális, mind a klinikai vizsgálatokban hatásosnak bizonyult a szívizomra és az érfalakra gyakorolt protectiv hatása révén. Hatékony és hasznos kiegészítője az ischaemiás betegek antianginás kezelésének, csökkentheti a hypertoniát is, javítja a teljesítményt, a betegek közérzetét. Profilaktikus adása előnyös lehet a magasabb rizikójú populációban.

A kellemes környezet és a Wörwag Pharma vendéglátása is hozzájárult a tájékoztató sikeréhez.

Székely Gábor dr.

KÖNYVISMERTETÉSEK

Dr. Patai Klára: Szenvedélybetegségek. — *A Glaxo Gyógyszervállalat, a Zsiráf diáklap és a Vöröskereszt az Ifjúságért Alapítvány közös kiadása, Budapest, 1994,* 330. oldal, papírkötésben. Ára: 500 Ft.

A könyv előszavának megírására Göncz Árpádnét, a Rákellenes Liga elnökét kérték fel, aki érzékenyen mutat rá azokra a negatív jelenségekre, amelyek a szabadsággal együtt árasztották el világunkat. A Glaxo és a Zsiráf diáklap pedig ajánlásában a 10 évnél idősebb korosztályhoz szól, akiket „minden érdekel" és hajlandók megismerni azt az életmódot, amely zavaros élethelyzetekben is megpróbál megoldást találni a gondok vállalására.

A szerző, dr. Patai Klára gyermekorvos, megyei tisztiorvos, egészségvédelmi osztályvezető: tapasztalatait és a szenvedélybetegségekkel kapcsolatos ismereteit sűrítette könyvvé. Megtudhatjuk, hogy egyes tevékenységek hogyan fejlődnek az egyes kultúrákban békés időtöltésből káros szokássá, túlzásaikkal szenvedéllyé, torzulásukkal pedig betegséggé, sőt a bűnözés melegágyává. Írásművét szerzője egészségnevelő kézikönyvnek szánta pedagógusok, védőnők és szülők számára, a fogalmazás módja azonban arra utal, hogy serdülőkorú olvasókra is számít, azt ismételgetvén: „Tini, figyelsz?! Nem árt, ha te is tudod!!"

Mondanivalója kifejtése során a következményeket időnként, nyomatékul el is túlozza, tekintettel a megszólított korosztályokra, a különböző képzettségű olvasóközönségre. Értelmezi a devianciát, a társadalmi követelményektől eltérő viselkedésmódokat, amelyben felelőssége van családnak, más környezeti hatásoknak, iskolának, a fegyelmezések és jutalmazások következetlenségének. Tanácsokat ad a magatartásbeli anomáliák megelőzésére és kiküszöbölésére.

Külön fejezetet szentel az egészségnevelés feladatának az iskolában, amelynek során megismétli a korábbi ismereteket, felhasználja a külföldi (holland, amerikai stb.) tapasztalatokat és azok tanulságait, a megelőzés bevált módszereit. Sorra veszi és oktatás tárgyává teszi a dohányzás különböző hatóanyagainak (kátrány, füst, szénmonoxid, nikotin stb.) betegségokozó hatásait, amelyek nemcsak magát a dohányfüstöt élvezőt, de az utódokat és a környezetben élőket is sújtják. Kuriózum, amit a pszichonikológia felismeréseiről ír, amelynek segítségével megtudhatjuk, milyen következtetések vonhatók le a dohányos ember személyiségére a dohányzással kapcsolatos viselkedés sajátosságaiból. Tanácsokat ad a dohányzásról való leszokáshoz, amelynek érdekében a kormányok próbálnak ugyan cselekedni megszorító intézkedéseikkel, egyelőre azonban nem sok eredménnyel.

Sorra veszi az alkoholizmus okairól, tüneteiről és következményeiről szóló ismereteket. — Foglalkozik a kábítószerekkel, kiemelve az ifjúságot fenyegető veszélyeket, akik előszeretettel alkalmazzák annak kezdetleges formáját, a szerves oldószerek beszippantását, az ún. ragasztózást vagy „szipuzás"-t, később kíváncsiságból vagy rendkívüli élmények reményében fogyasztanak bizonyos gyógyszereket, hallucinációt előidéző szereket, sőt a kínálat bővülésével hozzájutnak „kemény" kábítószerekhez is. A könyv beavat a drogot élvezők leleplezhetőségének tüneteibe. — Felsorolja az általa felhasznált és az elérhető szakirodalmat. Eligazít, hogy kétségeink, panaszaink esetén kihez, hova fordulhatunk felvilágosításért és segítségért.

A HIV/AIDS fejezet tartalmas, alapfokon jó tájékoztatást nyújt, bár valójában nem világos, hogy az AIDS-t miért sorolja a szenvedélybetegségek közé, hacsak nem azért, mert alkoholmámorban vagy kábítószer hatása alatt kevésbé válogatnak szerelmi vágyuk tárgyában és a kielégítés módjában, hajlamosak lehetnek tehát homoszexuális kapcsolat kialakítására, fertőzött fecskendő használatára és így esnek a pusztító kór, korunk pestise áldozatául. A fejezet végén itt is megismétli a már elmondottakat, ezúttal „AIDS feladatlap, AIDS válaszlap, AIDS totó" képében.

A könyv nem tudományos igényű, bár vitathatatlanul számos hasznos információt közöl. Témafelvetésében kivételesen gazdag, jó szándékú felvilágosító munka, ugyanakkor azonban sietős fogalmazású, túlzsúfolt, amelyben feleslegesen és gyakran ismétel. Sok a bosszantó sajtóhiba, amely azonban a szöveg megértését nem akadályozza.

A nagyszámú, részben színes és többnyire szép gyermekrajz kiválasztása sem mindig szerencés, összefüggésük az aktuális mondanivalóval gyakran nem fedezhető fel. Ugyanez érvényes az idézetekre is. Hiányzik a rajzok értelmezése.

Szellemes nyomdatechnikai megoldás a megfelelő oldalakon a bodorodó füstre, vagy az ittas, drog hatása alatt tántorgó ember bizonytalan, botladozó járására emlékeztető, az egyes lapoldalak margószélességét hullámzóan változtató nyomdai tükör. A rikítósárga könyvfedélen nehezen kivehető, de sejthetően riasztó tartalomra utaló ábrázolatok bizonytalan körvonalai ugyancsak az elrettentést szolgálhatják.

A könyv borítóján feltüntetett ármegjelölés ellentétben áll a csatolt postautalványhoz fűzött megjegyzéssel, amely szerint a könyvet minden érdeklődő ingyen kapja meg. Egyúttal a szöveg azt kéri, hogy „felajánlását" a Vöröskereszt az Ifjúságért Alapítvány csekkszámlájára küldje meg. Bizonyára ennek a felajánlásnak a mértékére céloz a könyv hátoldalán jelzett 500 Ft-os ár.

Walsa Róbert dr.

Pharmindex Kompendium és Zsebkönyv. *MediMedia International és Melania Kiadók 1993, 1994*

Az Orvosi Hetilap hasábjain több új gyógyszerkönyvet bemutattunk, de mivel az OH a lehető teljességre törekszik, íme a következő. Most nemcsak két könyvet lapozunk, hanem egy rendszerrel ismerkedünk. Ez a kiadvány a német Gelbe Liste Pharmindex magyar megfelelője, s ahogy Paál professzor úr Zsebkönyvbe írt előszavából megtudjuk, a külföldi tulajdonos szerint a legjobban sikerült kiadványuk. A rendszer lényege, hogy másfél-két évenként megjelenik egy teljesen átdolgozott nagyobb alapmű, a Kompendium, melyet félévente követ egy-egy Zsebkönyv. A Kompendium a kézikönyv: 93-ban jelent meg. Az 1747 oldalas középméretű könyv ábécésorrendben mutatja be a hazánkban törzskönyvezett és forgalomban levő összes gyógyszer fontos adatait, mégpedig részletesen: név, gyártó, ATC-kód, hatóanyag és mennyiségük, hatás és -mechanizmus, farmakokinetika, javallat, kontraindikáció, mellékhatások, kölcsönhatások (dicsérendő, hogy kifejti, milyen laborvizsgálatokat zavar meg), dozírozás (túladagolás tüneteivel!), TB rendelhetőség és csomagolás. Még a tárolásra is tesz megjegyzést.

Antibiotikumoknál felsorolja az érzékeny, kérdéses és resistens fajokat. Recensornak tetszik, hogy „Figyelmeztetés" címszó alatt kiemeli azokat a szempontokat, amikor óvatosan kell adni az illető szert. Mind ez, mind a mellékhatások, adagolás nagy részletességgel szerepel, így valóban alkalmas utánanézésre, tájékozódásra. A terhességre vonatkozó javallatokra külön hangsúlyt fektettek. Rövidítésszótár és tárgymutató egészíti ki a tudnivalókat.

Az alapkötet mellett az orvosi munka megkívánja még a naprakészséget is és azt, hogy mindenütt kéznél legyen a tudásanyag. Ezt szolgálja a Zsebkönyv. Valójában az orvosi köpeny zsebére méretezték, bár meg kell mondnai, a gyógyszerek mennyisége úgy megszaporodott, hogy a zsebünket eléggé lehúzza. De mindenesetre kézhezálló, kellemes formátumú. Ügyes újítás, hogy az előző kötet óta megjelent új (mostanában mintegy 350) szerek egy sötétsárgával jelzett fejezetben részletes adatokat tartalmaznak: ezek a következő kiadásban átmennek a „fehér" részbe, ahol a napi gyakorlat számára legfontosabb tudnivalók találhatók. Így a név, hatóanyag és mennyisége, gyártó cég, javallat, ellenjavallat, adagolás, rá vonatkozó rendelkezések, csomagolás és az ár (fogyasztói és fizetendő is!).

Mint megtudtam, a szerkesztést nagy körültekintéssel végzik: az OGYI leiratai mellett 14 neves külföldi gyógyszerkönyvet tanulmányoznak át, majd egyeztetnek a gyárakkal, kitűnő szaklektor véleményezi, és így készül el az ismertetés. Korrekt megoldás, hogy ha a gyógyszergyár saját megfigyelést, megjegyzést szeretne hozzáfűzni az ismeretekhez, jelzik, hogy ez a szó vagy mondat a gyártótól származik. Új szernél,

ha szükséges, egész részletesen leírnak technikákat is (pl. 228. old. surfactanct-nál 7 pont gyakorlati tanács). Egyébként is az új szereknél a farmakokinetika, felezési idő, kiürülés, metabolizáció mindenütt szerepel.

A könyv elején a rövidítések, majd az ATC-rendszerbe sorolt hatástani csoportok találhatók, ezt követi a nemzetközi nevek szerinti tárgymutató és a rendelhetőségre vonatkozó szabályok. A könyv végén gyártók szerint sorolják fel a készítményeket. Itt hasznos segítség, hogy a gyártók ill. képviseletek címe és telefonja rendelkezésre áll. A 779 oldalas könyvet a laboratóriumi normálértékek listája zárja. Sok hasznos tudnivaló jól átszűrt formában.

Ha ehhez hozzávesszük, hogy a gyakorló orvosok többsége a Zsebkönyvet ingyen kapta meg, s az alapmű ára is 2000,— Ft alatt van, valamint azt, hogy rövid időközökben újulhat meg tudásunk, akkor nagyon elégedettek lehetünk az egyébként meglehetősen nehezen áttekinthető gyógyszerelésünkben. Alighanem ez egyik helyes útja annak, hogy nyomon tudjuk követni az ezen a területen megindult nagy és régen várt fejlődést.

Információnak még annyit, hogy a következő átfogó könyv (Kompendium) 1995. márciusra várható.

Hankiss János dr

GYÓGYSZER HÍRADÓ

Az 1994 decemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (III. rész)

A Nootropil 400 mg kapszuláról
és a Nootropil 1 g injekcióról

(Megjegyezzük, hogy a Nootropil 800 mg és 1200 mg filmtabletták, a Nootropil 3 g injekció, a Nootropil 12 g infúzió és a Nootropil 33% oldat már törzskönyvezve vannak.)

Hatóanyaga, a piracetam előnyösen befolyásolja a neuronok anyagcseréjét és a neurotranszmissziót. A sejt energiaforgalmát hypoxia esetén is fenntartja. Vascularis szinten helyreállítja a cerebralis mikrocirkulációt, csökkenti az arteriolák spasmusát, de nem okoz vasodilatatiót. Csökkenti a vörösvértestek adhaesióját az endotheliumhoz, a thrombocyták fokozott aggregációját és a vér viszkozitását, vagyis növeli a vörösvértestek deformabilitását és javítja a capillaris perfusiót.

Direkt módon javítja a cognitiv funkciókat (tanulás, memória, éberség és tudatosság) mind normál személyeken, mind funkcionális deficitben szenvedőkön. Ugyancsak védi a cognitiv funkciókat cerebralis traumák, hypoxia, intoxicatio során.

Orálisan adva gyorsan és csaknem teljesen felszóvódik a gastrointestinalis traktusból. A piracetam plazmafelezési ideje 4—5, a liquorban 6—8 óra. A felezési idő veseelégtelenségben megnő.

Nem kötődik a plazmaproteinekhez és változatlan formában főleg a vesén keresztül ürül. Minden szövetféleségbe behatol, átjut a véragy-gáton és a placentán, bekerül a vesedializáló folyadékba is.

Hatóanyag: 400 mg piracetamum kapszulánként; 800 mg, ill. 1200 mg piracetamum filmtabl.-nként; 41,25 g piracetamum (125 ml 33%-os) oldatban. 1 g piracetam (5 amp.-nként); 3 g piracetamum (15 ml) amp.-nként, 12 g piracetamum (60 ml) iv. infúziós üvegben.

Javallatok : Idős korúak memória-, koncentráció-, éberségi és hangulatzavarai, magatartászavar és személyiséghanyatlás.

Dyslexiás, tanulási nehézségben szenvedő olyan gyermekek teljesítményének javítása, akiknél mentalis retardatio, nevelési és környezeti ártalom kizárható. A gyógyszer azonban nem helyettesítheti a gyógypedagógiai módszereket.

Cerebrovascularis attack (stroke/TIA*), posthypoxiás aphasia, myoclonus corticalis, műtéti hypoxia, vertigo, vestibularis nystagmus.

Ellenjavallatok: Súlyos veseelégtelenség, 20 ml/perc alatti creatinin clearance. Terhesség és szoptatás időszaka általában ellenjavallt.

Adagolás: Az indikációtól függő teljes napi adag általában 30—160 mg/ttkg. Ez 2—4 részre elosztva adható akár parenteralisan, akár oralisan. Általában oralisan adandó, a beteg állapotától függően.

Tartósan alkalmazható idős korúak psychoorganikus syndromáiban a tüneteknek megfelelően napi 1,2—2,4 g-os adagban; az első hetekben a napi mennyiség 4,8 g is lehet. Alkoholbetegeken a megvonási periódusban naponta 12 g is adható, amelyet napi 2,4 g-os oralis fenntartó kezelés követ.

Myoclonus corticalis adjuváns kezelésében adagolása teljesen egyedi. Kezdő adagként ajánlható felnőtteknek 4,8 g/nap. Ha szükséges, ez 3—4 napos időközökben emelhető napi 4,8 g-mal, maximum napi 20 g-ig. Az adagokat pár napig az elért indokolt felső értéken tartva, fokozatosan csökkenthető úgy, hogy a myoclonusos tünetek ne jelenjenek meg. Ez a csökkentett adag tág határok között mozoghat (általában 2,4 g/nap—16,8 g/nap).

A napi adagokat 2—3 részre elosztva kell bevenni.

Myoclonus corticalis javallatban 16 éves kor alatt nem ajánlott. Sarlósejtes anaemiában 160 mg/ttkg a napi adag, négy egyenlő részre elosztva. A koponyasérülésekből eredő cognitiv deficit vertigóval vagy anélkül, továbbá a coma kezelésében kezdő adagként napi 9—12 g szükséges, s ezt legalább 3 hetes fenntartó kezelés kövesse, napi 2,4 g-os adaggal.

Súlyos tünetek kezelésére 12 g/nap adag is szükséges lehet iv. infúzióban.

A 8—13 éves gyermekek tanulási nehézségeiben a napi összadag 3,3 g. Ezt 5 ml 33%-os oldatban naponta kétszer adjuk reggeli és vacsora előtt, gyümölcs- vagy más italban. (1 ml oldat = 330 mg hatóanyag). A kezelést az egész iskolaévben ajánlatos folytatni. Ennél hosszabb kezelés hatásossága még nem bizonyított.

Mellékhatások: Idegesség, agitatio, ingerlékenység, szorongás, alvászavar, 5%-nál alacsonyabb gyakorisággal és főleg olyan idős betegeken észlelték, akik 2,4 g/nap feletti adagot kaptak. A tünetek az adag csökkentésével rendszerint megszűntek. Néhány betegen fáradtság, álmosság jelentkezett. Gastroenteralis tünetek, émelygés, hányás, hasmenés és gyomorfájdalom előfordulhat, kevesebb mint 2%-ban. Esetenként szédülés, fejfájás, remegés, szexuális izgalom jelentkezhet.

Gyógyszerkölcsönhatások: Az alkoholelvonás során a vitaminhiány pótlása és súlyos izgatottság esetén sedativumok adhatók Nootropil mellett. Egy esetben írtak le Nootropil és thyreoidea kivonat, illetve hormonok (T_3, T_4) együttes adásakor confusiót, irritabilitást és alvászavart.

Figyelmeztetés: Vesebetegeknek csak különös óvatossággal adható, a vesefunkciók folyamatos monitorozása ajánlott.

A felezési idő megnövekedése összefügg a csökkent vesefunkcióval, az alacsony creatinin clearance-szel. Ez az idős betegekre

*Transient Ischaemic Attack

is vonatkozik, akiknek creatinin clearance-e korfüggő. Ha a creatinin clearance 60 ml/perc alatti, vagy a szérum-kreatinin 1,25 mg%-nál magasabb, az adagolás az alábbiak szerint számítandó ki:

Creatinin clearance	Se-creatinin érték	Adag
60—40 ml/perc	1,25—1,7 mg%	normál adag fele
40—20 ml/perc	1,7 —3,0 mg%	normál adag negyede

Terheseknek és szoptató anyáknak a gyógyszer nem adható, különösen indokolt esettől eltekintve. A hatóanyag a placentán átjut.

A Nootropil még igen magas adagok mellett sem toxikus, ennek ellenére szükséges a túladagolás elkerülése, a dózishatárok megállaplítása.

A Prostin E2 1 mg és 2 mg gélekről

A természetes prosztaglandinok nagyon gyorsan képződnek a megfelelő, többszörösen telítetlen zsírsavakból. Már egészen kis mennyiségben is jelentős farmakológiai hatást fejtenek ki, pl. stimulálják a simaizmokat, módosítják a másféle hormonális hatásra bekövetkező szervi választ, majd gyorsan hatástalan metabolitokká alakulnak. A dinoproston klinikai felhasználása összefügg a molekula cervix érését elősegítő és a méh simaizom kontrakcióját okozó képességével. A cervixben kialakuló, gyógyszerrel előidézett változások (felpuhulás, méhszáj eltűnése, tágulás: összefoglalóan érés) nem csak simaizom összehúzódást jelentenek, hiszen a cervixben kevés simaizom van.

0,5 mg endocervicalisan alkalamazott dinoproston a perifériás keringésben az alkalmazást követő 30—45. percben mérhető a legnagyobb mennyiségben, majd az uterus aktivitásától függetlenül gyorsan kiürül.

Ha a dinoprostont a véráramba injektáljuk, a felezési ideje nem éri el az 1 percet, ugyanakkor valamennyi primer metabolitjának a féléletideje 8 perc körül van.

Hatóanyag: 1 mg, 2 mg dinoprostonum 3 g intravaginálisan alkalmazandó gélben.

Javallat: a terminusban vagy az ahhoz közeli időpontban történő szülés megindítására, amennyiben a terhes nőnél a szülés megindításának megvannak a feltételei.

Ellenjavallatok:

— a prostaglandinok és/vagy a gél egyéb alkotói iránti túlérzékenység
— hat vagy több korábbi szülés;
— magzatburok megrepedt;
— a beteg korábban uterus műtéten pl. sectio cesareán vagy hysterotomián esett át;
— cephalopelvicus aránytalanság;
— magzati ártalmak;
— a magzati szívhangok magzatelhalást jeleznek;
— alsó genitáliák fertőzése esetén;
— a terhesség alatt tisztázatlan vaginális vérzés volt észlelhető;
— nem fejfekvésű magzat esetén.

Adagolás: A terminusban vagy az ehhez közeli időpontban a szülés megindítására először az 1 mg-os gélt kell alkalmazni. A fecskendő teljes tartalmát óvatosan juttassuk a hátsó hüvelyboltozatra. Szükség esetén 6 óra elteltével egy újabb 1 mg-os vagy 2 mg-os gél alkalmazható.

A 2 mg-os hatáserősségű készítményt akkor használjuk, ha az első adag alkalmazása eredménytelen volt, míg az 1 mg-os készítményt pedig akkor, ha a kezdő adag alkalmazását követően kialakult hatást fokozni kívánjuk.

Útmutató a műanyag fecskendő összeszereléséhez

1. távolítsa el a fecskendő végén lévő záró réteget, és a
2. másik végén található védősapkát, majd
3. helyezze a védősapkát a fecskendő szárába, és ennek megnyomásával
4. a fecskendő tartalma a megfelelő helyre (l. előbb) alkalmazható

Mellékhatások: A gél alkalmazásakor a következő mellékhatásokat figyelték meg (felsorolásuk a mellékhatás súlyossága és nem az előfordulás gyakorisága alapján történik):

— magzati distress;
— fokozott méhösszehúzódások;
— méhizomzat túlfeszülése;
— hányinger, hányás.

Gyógyszerkölcsönhatások: Mivel az oxytocin és a dinoproston a méh simaizomzatának különböző receptorain kötődik, így előfordulhat, hogy a két szer egyidejű alkalmazása kifejezettebbé teszi a myometrium contractilitását, ezért csak egymás után (nem egyszerre) adhatók és alkalmazásuk során a beteget gondos megfigyelés alatt kell tartani.

Fígyelmeztetések: A készítménnyel történő szülés megindítás után az uterus aktivitásának és a magzati szívhangok folyamatos monitorozása szükséges, ezért a termék kizárólag kórházi és fekvőbeteg-gyógyintézetben alkalmazható.

A gél különös óvatossággal alkalmazható cardiovascularis betegség, máj- vagy vesefunkció zavar, valamint asthma, ill. glaucoma esetén.

Amennyiben az uterus tónusa erősen fokozódik vagy a méh hypercontractilissá válik, illetve a magzati szívhangok kedvezőtlen irányba változnak, a magzat és az anya érdekeit kell szem előtt tartani.

Mint bármely más oxytocin hatású szer adásakor, igen kifejezett uterus aktivitás vagy a szokásostól eltérő méhtáji fájdalom esetén uterus ruptura lehetőségére gondolni kell. Exogén prostaglandinok alkalmazása fokozhatja az oxytocinra adott válaszreakcióit. A gél egyadagos kiszerelésben van forgalomban, így a túladagolás tünetei csak a beteg dinoproston iránti egyedi túlérzékenység esetén jelentkezhetnek, melynek első jele a méhizomzat fokozott összehúzódása, ill. túlfeszülése lehet, mely magzati distress-hez vezethet.

Az uterus túlzott reakciója esetén a gyógyszert el kell távolítani a vaginális traktusból, a beteget oldalsó, félig fekvő helyzetbe kell helyezni és oxigént kell alkalmazni.

A túladagolás kezelése jelenleg még tüneti, mivel a prostaglandin antagonistákkal végzett klinikai vizsgálatok nem jutottak el odáig, hogy alkalmazásuk javasolható lenne.

Amennyiben a terápia átmeneti felfüggesztése nem szünteti meg a méh túlzott stimulációját, iv. és béta-szimpatomimetikumok adhatók.

Ha a tocolyticus terápia is sikertelen, a szülést azonnal be kell fejezni.

A Pregnavit kapszuláról

Javítja és megelőzi a különböző eredetű vitamin- és ásványianyag-hiány okozta anyagcserezavarokat. Összetétele igazodik pl. a terhesség, ill. szoptatás alatti magasabb vitaminszükséglethez.

Hatóanyag:

3000	NE retinolum palmitinicum
200	NE cholecalciferolum
1,5	mg thiaminium mononitricum
2,5	mg riboflavinum
5,0	mg piridoxinium chloratum
5,0	mg cianocobalaminum
15,0	mg nicotinamidum
75,0	mg acidum ascorbinicum
10,0	mg calcium pantothenicum
0,75	mg acidum folicum
10,0	mg alpha-tocopherolum aceticum
30,0	mg ferrosum fumaricum
250,0	mg dicalcium phosporicum anhydricum

kapszulánként.

Javallatok: Vitaminhiány pótlására, illetve kialakulásának megelőzése fokozott igény esetén (pl. terhesség vagy szoptatás idején).

Ellenjavallatok: Anaemia perniciosa.

Adagolás: Általában naponta 1 kapszula. Terhesség idején az I. trimesterben naponta 1 kapszula, a II., III. trimesterben naponta 2 kapszula. Szoptatás idején naponta 2 kapszula. A kapszulákat szétrágás nélkül, étkezés közben kevés folyadékkal kell bevenni.

Mellékhatások: Nem ismeretesek.

Elfújja

1 NAPONTA R

ből a pneumóniát



Rocephin®

ceftriaxone

0,25g IV. IM. 0,5g IV. IM. 1g IV. IM.

Az IM. kiszerelés TB támogatásban részesül.

Összetétel: ceftriaxon. **Indikációk:** sepsis, meningitis, hasi fertőzések, csontizületi-kötőszöveti, bőr- és sebfertőzések, csökkent védekezőképességű betegek fertőzései, vese- és húgyúti, légúti fertőzések különösen pneumonia és fül-orr-torok fertőzések, genitáliás fertőzések a gonorrheát is beleértve. Perioperatív fertőzések profilaxisa. **Adagolás:** felnőtteknek 1-2 g naponta egyszer (24 óránként). **Ellenjavallatok:** ismert túlérzékenység cephalosporinokkal szemben. **Figyelmeztetés:** terhesség esetén (különösen az első trimeszterben) csak abban az esetben javasolt, ha más kezelés nem áll rendelkezésre. Penicillin túlérzékenység esetén (keresztallergia lehetősége miatt). Túlérzékenység β -laktám antibiotikumokkal szemben. Anaphylaxiás shock előfordulhat. **Mellékhatások:** Gyomor-bél panaszok, hematológiai változások, bőr reakciók. **Csomagolás:** im. injekció: 0,25 g , 0,5 g illetve 1 g ceftriaxon tartalmú porampulla 2 ml illetve 3,5 ml 1 % lidocain oldószer; iv. injekció: 0,25 g , 0,5 g illetve 1 g ceftriaxon tartalmú porampulla 5 ml illetve 10 ml desztillált víz; iv. infúzióhoz: 2 g ceftriaxont tartalmazó porampulla.

További információval rendelkezésére áll:
F. Hoffmann-La Roche Ltd. Kereskedelmi Képviselet,
1088 Budapest, Rákóczi út 1-3. Telefon: 266-2180

EGIS

Forgalomba hozza: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
a F. Hoffmann-La Roche Ltd., Basel licence alapján.

Légúti és húgyúti infekciók kezelésére



- Széles antibakteriális spektrum
- Tartós, egyenletes baktericid koncentráció
- Stabilitás az új ß-laktamázokkal szemben
- Jó tolerálhatóság
- Kényelmes, napi kétszeri adagolás
- Gyermekeknek szirup formában is

cefetamet pivoxil

Globocef®

Összetétel: *Cefetamet pivoxil. Orális cefalosporin.* **Indikációk:** érzékeny mikroorganizmusok által okozott fertőzések kezelésére. **Felső légúti fertőzések:** otitis media, sinusitis, pharyngotonsillitis. **Alsó légúti fertőzések:** krónikus bronchitis akut exacerbációja, tracheobronchitis, pneumonia. **Húgyúti fertőzések:** egyszerű és szövődményes húgyúti fertőzések (primer akut pyelonephritis is). Férfiak akut gonococcusos urethritise. **Adagolás:** felnőttek és 12 éven felüli gyermekek: 500 mg naponta 2x. Gyermekek 12 év alatt: 10 mg/kg naponta 2x. Szövődményes húgyúti fertőzésekben a teljes napi adag egyszerre adható be az esti étkezés alkalmával. Férfiak gonococcusos urethritisében és nők egyszerű cystitisében egyetlen 1500–2000 mg-os dózis étkezés alkalmával (cystitis esetében lehetőleg este) elegendő a kórokozó eradikálására. További információkat az alkalmazási előirat tartalmaz. **Ellenjavallat:** ismert cefalosporin túlérzékenység. **Figyelmeztetés:** penicillin-érzékeny betegeken allergiás keresztreakció léphet fel. Súlyos hasmenés, colitis és ritkán pseudomembrános colitis is előfordulhat. Terhesség esetén adása nem javasolt. **Csomagolás:** 250 mg tabletta 8x és 14x, valamint 500 mg tabletta 8x és 14x. Szirup: 250 mg/5 ml, 100 ml elkészítés után.

További információkkal rendelkezésére áll:
F. Hoffmann-La Roche Ltd. 1088 Budapest, Rákóczi út 1–3. Tel.: 266-2180

Roche

BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR ANTIBIOTIKUMAI

Alap penicillinek

Oxybion szirup
Vegacillin tabletta
Maripen tabletta
Penicillin injekció 200 000 E, 1 000 000 E
Promptcillin és Promptcillin forte szuszpenziós injekció
Retardillin szuszpenziós injekció 400 000 E, 1 000 000 E

Széles spektrumú penicillinek

Amoxicillin	4 g/80 ml porszirup
	250 mg kapszula
	750 mg tabletta
	1000 mg tabletta
Penglobe	400 mg filmtabletta

Széles spektrumú, β-laktamáz stabil penicillinek

Augmentin	por sziruphoz 156 mg/5 ml
	375 mg filmbevonatú tabletta
	625 mg filmbevonatú tabletta
	600 mg i.v. injekció
	1.2 g i.v. injekció

inoglikozidok

lamycin	40 mg/ 1 ml injekció
	80 mg/ 2 ml injekció
	szemcsepp

krolidok

c	125 mg kapszula
	250 mg kapszula

makrolidok

cid	250 mg filmtabletta
	granulátum szuszpenzió készítéséhez 125 mg/ 5 ml

falosporinok

celin	0.5 g injekció
	1 g injekció
obid	1 g injekció
Pfizer)	2 g injekció



hatásos terápia
ztos tudatában...

BIOGAL Gyógyszergyár Rt.,
Farmamarketing és
Információs Osztály
4042 Debrecen, Pallagi út 13.
Tel./Fax: (52) 413 761

broncho-vaxom

felnőtt- és gyermekkapszula

A légzőrendszer polivalens immunbioterápiája.



Gyógyít és megelőz

Serkenti a szervezet természetes védekezőmechanizmusait.

Enyhíti a légúti fertőzések klinikai tüneteit.

Csökkenti a recidívák gyakoriságát, időtartamát és súlyosságát.

Csökkenti az antibiotikum-fogyasztást.

Forgalomba hozza:

BIOGAL Gyógyszergyár Rt., Debrecen, OM Laboratories, Genf licence alapján. OM

Figyelmeztetés: A Pregnavit kapszulát nem szabad más multivitamin, ill. A vitamint vagy származékait tartalmazó gyógyszerkészítménnyel együtt alkalmazni, mivel ez esetben a zsíroldékony A-, D- és E-vitaminok túladagolása történhet. Terhesség idején a napi 6000 NE A-vitamin-mennyiséget nem szabad túllépni. A készítményben lévő riboflavin (B_2) a vizeletet erősen sárgára színezheti.

A Nitrolingual pumpás aerosolról

Hatóanyaga a nitroglicerin, amely az érfal simaizomzatára kifejtett közvetlen relaxáció hatása révén vasodilatatiót okoz. Erre a hatásra a postcapillaris kapacitás erek, a nagy artériák és különösen a coronariák még reagálóképes részei érzékenyebbek, mint a rezisztencia erek. A szisztémás keringésben fellépő értágulat a vénás kapacitás növekedéséhez, ill. ezáltal a szívhez való vénás visszaáramlás mérséklődéséhez, a kamrai térfogat- és töltőnyomás csökkenéséhez vezet. Mindezek következtében csökken a myocardium energia- és oxigénigénye. A szív töltőnyomásának csökkenése javítja az ischaemia veszélyeztetett subendocardialis falrétegek vérellátását, ezáltal a regionális falmozgást és a verővolument. A szívközeli nagy artériák tágulata a szisztémás és a pulmonális vascularis rezisztencia csökkenését okozza. A nitroglicerin a bronchus izomzat, a húgyutak, az epehólyag és az epeutak falának izomzatát, valamint a nyelőcső, a vékony- és vastagbél izomzatát és a sphincstereket is ellazítja.

Hatását valószínűleg a simaizomsejt membránján elhelyezkedő ún. nitrátreceptoron való NO képzésen keresztül az intracelluláris cGMP felhalmozódásával fejti ki. A cGMP felhalmozódása megakadályozza a kalcium ion beáramlást, amely a simaizomzat relaxációjához vezet.

Sublingualis alkalmazás esetén gyorsan felszívódik a szájüregből és az érrendszert a máj megkerülésével éri el. Biohasznosulása erős egyedi ingadozásokat mutat, átlagosan kb. 39%. A maximális plazmaszint kb. 4 perc alatt alakul ki. A plazmafelezési idő sublingualis alkalmazáskor 2,5—4,4 perc. A felszívódott nitroglicerin erősen kötődik a vörösvérsejtekhez és felhalmozódik az érfalban. Az alkalmazott adag kevesebb mint 1%-a változatlan formában, míg a többi metabolitok formájában a vizelettel választódik ki. Fehérjekötődése a plazmában kb. 60%.

Hatóanyag: Adagonként 0,4 mg nitroglycerinum. 0,0933 g nitroglycerinum 11,2 g oldatban üvegenként. Üvegenként 2,2 g alkoholt és borsmentaolaj aromaanyagot is tartalmaz. 1 üveg kb. 200 adagot tartalmaz.

Javallatok: Angina pectoris roham megszüntetése, ill. megelőzése (olyan terhelést megelőzően, amely tapasztalatok szerint rohamot provokálhat), acut szívizominfarctus (ha a systolés vérnyomás 100 Hgmm, vagy e felett az érték felett van), tüdőpangással vagy tüdőoedemával járó acut balszívfél-elégtelenség kezelése, szívkatéterezés okozta coronariaspasmus megelőzése coronarographia alatt.

Ellenjavallatok: Nitrátszármazékok iránti túlérzékenység, heveny keringési elégtelenség (shock, collapsus), kifejezett hypotonia (syst. vérnyomás<90 Hgmm), cardiogen shock (hacsak intraaortás ballon-pumpa vagy pozitív inotróp gyógyszerek segítségével nem biztosítható megfelelő bal kamrai végdiastolés nyomás), alacsony töltőnyomással járó heveny szívinfarctus, alacsony töltőnyomással járó balszívfél-elégtelenség, hypertrophiás obstructiv cardiomyopathia, constrictiv pericarditis, pericardialis tamponád, aorta- és mitralis stenosis, primer pulmonalis hypertonia (mivel a hypoventilált alveolaris területek esetleges hyperaemiája hypoxaemiához vezethet). Ez különösen érvényes coronaria betegekre.

Adagolás: *Az anginás roham* kezdetén vagy közvetlenül olyan megterhelések előtt, amelyek rohamot válthatnak ki, a roham súlyossága és az egyéni érzékenységtől függően *visszatartott légzés mellett* kb. 30 másodperces időközben 1—2 adagot kell a szájüregbe, legcélszerűbben a nyelv alá permetezni.

Tüdőoedemával járó vagy anélkül fellépő akut balszívfél-elégtelenség és akut szívizominfarctus esetén a keringés ellenőrzése mellett (syst. vérnyomás magasabb legyen mint 100 Hgmm) szükség szerint 1—3 adag. Hatástalanság esetén 10 perc múlva a kezelés ugyanilyen adaggal megismételhető.

Coronarographia előtt (megelőzési céllal) 1—2 adagot kell a szájüregbe permetezni.

Alkalmazás módja: A pumpás spray első használata előtt a védőkupak eltávolítása után a szelep egyszeri megnyomásával fel kell tölteni az adagolópumpát (egy puffot a levegőbe fújni), majd a porlasztófejet függőlegesen felfelé tartva, a szájnyílás felé irányítva, és ahhoz lehetőleg közel helyezve kell a nitroglicerint adagolni. A porlasztófej nyílása könnyen kitapintható, ez megkönnyíti az éjszakai használatot. A spray-t használat előtt nem szükséges felrázni.

Mellékhatások: A kezelés kezdetén vasodilatatio okozta fejfájás. Esetenként az első alkalmazás után vagy az adag emelésekor vérnyomásesés és/vagy orthostaticus hypotonia jelentkezhet reflex tachycardiával, szédüléssel, gyengeségérzéssel. Ritkán hányinger, hányás, kipirulás (flush) és allergiás bőrreakciók jelentkezhetnek, egyes esetekben túlérzékenységi reakció exfoliativ dermatitis. Ritka esetben nagyfokú vérnyomásesés esetén az angina pectoris tünetek fokozódhatnak (paradox nitrát reakció). Néha collapsus, esetenként bradycardiás szívritmuszavarral és syncope-val.

Gyógyszerkölcsönhatások: Óvatosan adható együtt:
— más értégítókkal, vérnyomáscsökkentőkkel, β-blokkolókkal, kalciumantagonistákkal, neurolepticumokkal, triciklikus antidepressansokkal, alkohollal (a nitroglicerin vérnyomáscsökkentő hatása fokozódhat);
— dihidroergotaminnal (DHE szérumszintje nő, hatása fokozódhat);
— heparinnal (heparin hatása gyengülhet);
— előzőleg más organikus nitrátot pl. isoszorbid-dinitrátot, isoszorbid-mononitrátot kapott betegek magasabb nitroglicerin adagot igényelhetnek.

Figyelmeztetés: Fokozott elővigyázatosság és gondos orvosi ellenőrzés szükséges orthostaticus hypotoniára való hajlam, intracranialis nyomásemelkedéssel járó megbetegedés esetén. Óvatosan adható szűk zugú glaucoma, migraine esetén. A betegek nitroglicerin iránti érzékenysége nagyon eltérő, ezt figyelembe kell venni az adagolásnál. Az alkalmazott adag növelése toleranciához vezethet.

Bár állatkísérletek során nem észleltek magzatkárosító hatást, terhesség idején és szoptatás alatt csak az előny/kockázat gondos mérlegelésével és szigorú orvosi ellenőrzés mellett adható.

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

Alkalmazása alatt alkohol fogyasztása tilos!

Túladagolás esetén az ismert mellékhatások (fejfájás, vérnyomásesés, orthostaticus hypotonia, reflex tachycardia, szédülés, hányás, hasmenés) jelentkezhetnek. Nagy adagok alkalmazása esetén methaemoglobinaemia, cyanosis, tachypnoe fordulhat elő.

Túladagolás kezelése: enyhébb esetekben a vízszintes testhelyzet és a lábak felemelése megszünteti a tüneteket. Súlyosabb túladagoláskor a mérgezés, ill. shockellenes kezelés általános irányelveit kell alkalmazni. Kifejezett hypotonia esetén volumenpótlás is szükséges. Kivételes esetekben noradrenalin és/vagy dopamin infúzió alkalmazása is szükséges lehet. Adrenalin adása ellenjavallt.

A túladagolás súlyosságától függően a methaemoglobinaemia kezelésére az alábbi antidotumok adhatóak:
1. C-vitamin: 1 g per os vagy iv. nátriumsó formájában.
2. Metilénkék: 1%-os metilénkék oldatból max. 50 ml iv.
3. Toluidinkék: kezdeti adagja 2—4 ml/ttkg iv., majd többször 2 ml/ttkg iv.
4. Oxigén belélegeztetés, haemodialysis, vércsere.

A Rhinocort Turbuhaler 100 µg/adag nazális porról

A Rhinocort Turbuhaler nasalis por inhaláló készülék, amelyből az orron keresztül történő belégzés juttatja az orrba a mikronizált budesonidot. A készítmény nem tartalmaz hajtógázt, segédanyagot és konzerválószert.

A budesonid erős helyi gyulladásgátló hatással rendelkező glükokortikoszteroid. A budesonid májban történő extenzív, kb.

90%-os biotranszformációja során gyenge glükokortikoid-aktivitású metabolitok keletkeznek. A főbb metabolitok (6-β-hidroxibudesonid, ill. 16-α-hidroxiprednizolon) glükokortikoid aktivitása a budesonid hatásának 1%-át sem éri el.

A profilaktikusan alkalmazott budesonid védő hatással rendelkezik az azonnali allergiás reakciókkal szemben.

A per os adott budesonid szisztémás hasznosulása emberben alacsony (kb. 10%).

Rhinocort Turbuhaler készüléket használva a budesonid szisztémás hasznosulása 22%. A vonatkozó vizsgálatok bizonyítják, hogy a budesonid az orrban nem metabolizálódik. A budesonid maximális plazmakoncentrációja 800 μg budesonid (Rhinocort Turbuhalerből történő) adása után 1,1 nmol/l és ez az érték 0,4 órán belül érhető el.

Hatóanyag: 100 μg budesonidum micronisatum adagonként, 20 mg budesonidum micronisatum (200 adag) készülékenként.

Javallatok: Szezonális allergiás és allergiás vagy nem allergiás perenniális rhinitis megelőzése és kezelése. Orrpolip kezelése, valamint orrpolip megelőzése polypectomia után.

Ellenjavallatok: A készítmény hatóanyagával szembeni túlérzékenység.

Adagolás és alkalmazás: Individuális az adagolás. Csak intranasalisan alkalmazható.

Rhinitis esetén

Felnőtteknek az ajánlott kezdő adag összesen naponta 400 μg. Az adagot lehet naponta egyszer reggel vagy két részre elosztva reggel és este alkalmazni, vagyis

200 μg (2 × 100 μg) mindkét orrlyukba reggel (összesen naponta 1-szer 400 μg), vagy 100 μg (1 × 100 μg) mindkét orrlyukba reggel és este (összesen naponta 2 × 200 μg). A kívánt klinikai hatás elérését követően a fenntartó adagot arra a lehető legkisebb mennyiségre kell csökkenteni, amely még biztosítja a megfelelő terápiás hatást.

Orrpolip kezelése és megelőzése esetén

Az ajánlott adag naponta 2-szer 200 μg.

Mellékhatások: Ritkán: helyi tünetek (szárazság és csípő érzés az orrban), tüsszentés — közvetlenül az inhalált por használata után, enyhén véres szekréció, candida albicans fertőzés az orrban és garatban, bőrreakciók (urticaria, bőrpír, dermatitis).

Rendkívül ritkán: orr nyálkahártya fekélyesedés, orrsövény perforáció előfordulhat — intranasalis szteroid alkalmazása során.

Gyógyszerkölcsönhatások: Egyéb lokálisan alkalmazandó készítménnyel való kölcsönhatásra nincs adat.

Figyelmeztetés: *Fel kell hívni a beteg figyelmét* arra, hogy azonnali javulás nem várható az első néhány adag alkalmazásától, valamint arra, hogy a megfelelő terápiás eredmény eléréséhez fontos a készítmény rendszeres használata.

A teljes hatás csak többnapi (általában 3—4 nap), ritka esetben 2 heti kezelést követően alakul ki.

A Rhinocort Turbuhaler kezelést nem szabad folytatni, ha 3 héten át történő alkalmazást követően a beteg állapotában jelentős javulás nem észlelhető.

Fokozott figyelem szükséges hosszú ideig szisztémás kortikoszteroid kezelésben részesülő beteg Rhinocort Turbuhalerra való átállításakor, mivel feltételezhető a hypothalamus—hypophysis—mellékvesemőködés zavara. Ez különösen fontos azon betegek esetében, akiknek a betegsége asthmával társul, mivel a szisztémás kortikoszteroid adagok hirtelen csökkenése állapotuk komoly súlyosbodását okozhatja.

Fokozott óvatosság szükséges gombák vagy vírus okozta orrfertőzés esetében.

Gyermekek, akik immunszuppresszív kezelésben részesülnek, fogékonyabbak a fertőzésekkel szemben.

Immunszuppresszív kezelésben részesülő gyermekek esetében — akik egyúttal kortikoszteroidot is szednek — a bárányhimlő és kanyaró sokkal súlyosabb, esetleg fatális lefolyású lehet.

Fokozottan kell figyelni azokra a gyermekekre és felnőttekre, akik még nem estek át ezeken a betegségeken, a betegség fellobbanásának elkerülése miatt. Ha ez mégis előfordul, varicella zoster immunglobulint, vagy intravénás immunglobulint lehet javasolni. Bárányhimlő esetében vírusellenes szer adása megfontolandó.

Mivel a kortikoszteroidok gátolják a sebgyógyulást, a nasalis kortikoszteroidokat nem szabad addig alkalmazni, amíg a seb be nem gyógyul orrműtétek, traumák, orrsövény perforáció, orrfekély esetén.

Rendszeres otolaryngologiai ellenőrzés szükséges (orrnyálkahártya-, orrjárat-, garatfertőzések, orrsövény perforáció, ill. egyéb hisztológiai változások) a nasalin kortikoszteroidokkal történő tartós kezelés során.

Ha a tüneteket átmenetileg infekciós eredetű rhinitis súlyosbítja, azt megfelelően kezelni kell.

Szezonális rhinitis kezelését — ha lehetséges — az allergén megjelenése előtt kell megkezdeni. Néha szükséges lehet más gyógyszer együttes adása az allergia okozta szemtünetek csökkentésére.

Ha az orrjáratok erősen elzáródtak, nasalis vasoconstrictor hatású szert lehet használni a kezelés első 2—3 napjában.

Terhesség idején alkalmazását kerülni kell, hacsak ezt egyéb kényszerítő körülmények nem indokolják. Vemhes állatoknak adott budesonid a magzat fejlődésében elváltozásokat okozott. Nincs adat arra vonatkozóan, hogy a készítmény hasonló elváltozásokat okoz humán alkalmazás esetén.

Szoptatás idején csak az előny és a kockázat gondos mérlegelésével szabad alkalmazni. A budesonid anyatejbe történő átjutására nincs adat.

Túladagolás. Akut túladagolás még különlegesen nagy adagok esetében sem okoz klinikai problémát.

A Rhinocort Aqua 50 μg/adag és 100 μg/adag orrspray-ről

A Rhinocort aqua 50 μg/adag, ill. 100 μg/adag orrspray mikronizált budesonidot tartalmaz vizes szuszpenzióban, melyet pontosan adagoló mechanikus pumpa működtet. A készítmény propellens gázt nem tartalmaz.

A budesonid erős helyi gyulladásgátló hatással rendelkező glükokortikoszteroid. A budesonid májban történő extenzív, kb. 90%-os biotranszformációja során gyenge glükokortikoid-aktivitású metabolitok keletkeznek. A főbb metabolitok (6-β-hidroxibudesonid, ill. 16-α-hidroxiprednizolon) glükokortikoid aktivitása a budesonid hatásának 1%-át sem éri el.

A profilaktikusan alkalmazott budesonid védő hatással rendelkezik az azonnali allergiás reakciókkal szemben. A per os adott budesonid szisztémás hasznosulása emberben alacsony (kb. 10%).

Rhinocort Aqua adagolószelepes készüléket használva a budesonid szisztémás hasznosulása 33%. A vonatkozó vizsgálatok bizonyítják, hogy a budesonid az orrban nem metabolizálódik.

A budesonid maximális plazmakoncentrációja 400 μg budesonid (Rhinocort Aqua orrspray-ből történő) adása után 1,0 nmol/l és ez 0,7 órán belül érhető el.

Hatóanyag: 50 μg budesonidum micronisatum adagonként, 10 mg budesonidum micronisatum (200 adag) üvegenként; illetve 100 μg budesonidum micronisatum adagonként, 20 mg budesonidum micronisatum (200 adag) üvegenként.

Javallatok: Szezonális allergiás és allergiás vagy nem allergiás perenniális rhinitis megelőzése és kezelése. Orrpolip kezelése, valamint orrpolip megelőzése polypectomia után.

Ellenjavallatok: A készítmény bármely alkotórészével szembeni túlérzékenység.

Adagolás és alkalmazás: Individuális az adagolás. Csak intranasalisan alkalmazható. Az adagolópumpa egyszeri lenyomásával 50 μg hatóanyagtartalmú permet (Rhinocort Aqua 50 μg/dose nasal spray), ill. 100 μg hatóanyagtartalmú permet (Rhinocort Aqua 100 μg/dose nasal spray) juttatható az orrba.

Egy üvegből 200 adag permetezhető ki.

Rhinitis esetén

Felnőtteknek és 6 évesnél idősebb gyermekeknek az ajánlott kezdő adag összesen naponta 400 μg.

Az adagot lehet naponta egyszer reggel vagy két részre elosztva reggel és este alkalmazni, vagyis

200 μg (2 × 100 μg) mindkét orrlyukba reggel (összesen naponta 1-szer 400 μg), vagy 100 μg (2 × 50 μg) mindkét orrlyukba reggel és este (összesen naponta 2 × 200 μg). A kívánt klinikai hatás elérését követően a fenntartó adagot arra a lehető legkisebb mennyiségre kell csökkenteni, amely még biztosítja a megfelelő terápiás hatást.

Orrpolip kezelése és megelőzése esetén

Az ajánlott adag naponta 2-szer 200 μg.

Mellékhatások: *Ritkán:* helyi tünetek (szárazság és csípő érzés az orrban), tüsszentés — közvetlenül az orrspray használata után, enyhén véres szekréció, candida albicans fertőzés az orrban és garatban, bőrreakciók (urticaria, bőrpír, dermatitis).

Rendkívül ritkán: orr nyálkahártya fekélyesedés, orrsövény perforáció előfordulhat — intranasalis szteroid alkalmazása során.

Gyógyszerkölcsönhatások: Egyéb lokálisan alkalmazandó készítménnyel való kölcsönhatásokra nincs adat.

Figyelmeztetés: Fel kell hívni a beteg figyelmét arra, hogy azonnali javulás nem várható az első néhány adag alkalmazásától, valamint arra, hogy a megfelelő terápiás eredmény eléréséhez fontos az orrspray rendszeres használata.

A teljes hatás csak többnapi (általában 3—4 nap), ritka esetben 2 heti kezelést követően alakul ki.

A Rhinocort Aqua orrspray kezelést nem szabad folytatni, ha 3 héten át történő alkalmazást követően a beteg állapotában jelentős javulás nem észlelhető.

Fokozott figyelem szükséges hosszú ideig szisztémás kortikoszteroid kezelésben részesülő beteg Rhinocort Aqua orrspray-re való átállításakor, mivel feltételezhető a hypothalamus—hypophysis—mellékveseműködés zavara. Ez különösen fontos azon betegek esetében, akiknek a betegsége asthmával társul, mivel a szisztémás kortikoszteroid adagok hirtelen csökkentése állapotuk komoly súlyosbodását okozhatja.

Fokozott óvatosság szükséges gombák vagy vírus okozta orrfertőzés esetében.

Gyermekek, akik immunszuppresszív kezelésben részesülnek, fogékonyabbak a fertőzésekkel szemben.

Immunszuppresszív kezelésben részesülő gyermekek esetében — akik egyúttal kortikoszteroidot is szednek —, a bárányhimlő és kanyaró sokkal súlyosabb, esetleg fatális lefolyású lehet.

Fokozottan kell figyelni azokra a gyermekekre és felnőttekre, akik még nem estek át ezeken a betegségeken, a betegség fellobbanásának elkerülése miatt. Ha ez mégis előfordul, varicella zoster immunglobulint, vagy intravénás immunglobulint lehet javasolni. Bárányhimlő esetében vírusellenes szer adása megfontolandó.

Mivel a kortikoszteroidok gátolják a sebgyógyulást, a nasalis kortikoszteroidokat nem szabad addig alkalmazni, amíg a seb be nem gyógyul orrműtétek, traumák, orrsövény perforáció, orrfekély esetén.

Rendszeres otolaryngologiai ellenőrzés szükséges (orrnyálkahártya-, orrjárat-, garatfertőzések, orrsövény perforáció, ill. egyéb hisztológiai változások) a nasalis kortikoszteroidokkal történő tartós kezelés során.

Ha a tüneteket átmenetileg infekciós eredetű rhinitis súlyosbítja, azt megfelelően kezelni kell.

Szezonális rhinitis kezelését — ha lehetséges — az allergén megjelenése előtt kell megkezdeni. Néha szükséges lehet más gyógyszer együttes adása az allergia okozta szemtünetek csökkentésére.

Ha az orrjáratok erősen elzáródtak, nasalis vasoconstrictor hatású szert lehet használni a kezelés első 2—3 napjában.

Terhesség idején alkalmazását kerülni kell, hacsak ezt egyéb kényszerítő körülmények nem indokolják. Vemhes állatoknak adott budesonid a magzat fejlődésében elváltozásokat okozott. Nincs adat arra vonatkozóan, hogy a készítmény hasonló elváltozásokat okoz humán alkalmazás esetén.

Szoptatás idején csak az előny és a kockázat gondos mérlegelésével szabad alkalmazni. A budesonid anyatejbe történő átjutására nincs adat.

Túladagolás. Akut túladagolás még különlegesen nagy adagok esetében sem okoz klinikai problémát.

Az Anxiron 10 mg tablettáról

(Megjegyezzük, hogy az Anxiron 5 mg tabletta már törzskönyvezve van.)

Hatóanyaga, a buspiron azaspiro-dekándion szerkezetű, anxioszelektív tulajdonságú. Pontos hatásmechanizumusa ez ideig nem ismert. A szorongást csökkentő hatás kialakulásában valószínűleg a központi idegrendszer neurotransmittereivel fellépő komplex kölcsönhatása játszik szerepet. Így a buspiron hatással van néhány fontos középagyi rendszerre, beleértve a nigrostriatalis és mesolimbikus, mesencephalikus dopamin-rendszereket, a szerotonerg dorsalis raphe-t, a noradrenerg locus coeruleust és cholinerg vetületeket a cortexhez és hippocampushoz. A buspiron növeli a dopamin-metabolitok (homovanillinsav és dihidroxifenilecetsav) striatalis szintjét, szelektív praesynaptikus dopamin-antagonista hatású, míg a növekedési hormonszint emelkedése a hypothalamikus dopaminreceptorok agonista jellegére utal.

A buspiron nem kötődik a GABA-benzodiazepin receptor komplexhez. A benzodiazepin készítményekkel szemben nem rendelkezik hypnotikus, izomrelaxans, anticonvulsiv hatással, sedativ hatásukkal szemben inkább dopping-effektus tapasztalható. Toleranciával és dependenciával, valamint rebound jelenséggel nem kell számolni. A buspiron nem potenciálja az alkohol psychés hatásait, nem okoz zavarokat a felismerésben és a psychomotoros működésben. A buspiron gyorsan és csaknem teljesen felszívódik, a maximális plazmaszintet 30—60 perc múlva éri el. A plazmában 75—90%-ban proteinekhez kötődik. A májban erős (80—95%) first-pass effektusnak van kitéve, így a biológiai hasznosíthatósága csekély, 5—20% közötti. A szervezetben széleskörűen metabolizálódik, csak 1%-a választódik ki változatlan formában. A fő metabolit az inaktív 5-hidroxi-buspiron és annak glükuron-származéka.

A buspiron dealkilezésével egy aktív metabolit keletkezik, ami az alapvegyület anxiolytikus hatásának 20%-ával rendelkezik. A buspiron és metabolitjai 65%-ban a vizelettel, 35%-a a széklettel választódik ki. Eliminációs felezési ideje 2—9 óra között van.

Hatóanyag: 5 mg, ill. 10 mg buspironium chloratum tablettánként.

Javallatok: Akut és krónikus szorongási állapotok, elsősorban generalizált anxietas, melynek megnyilvánulásai:

a) motoros feszültség (bizonytalanság, remegés, izgalom, türelmetlenség, álmatlanság),

b) autonóm hiperaktivitás (izzadás, szájszárazság, fokozott szívverés, szédülésérzés),

c) felfokozott éberség (ingerlékenység, koncentrálási nehézség, álmatlanság stb.).

Depressiós állapotok adjuváns kezelése. (Depressiók önálló kezelésére nem alkalmas.)

Sedato-hipnoticumokkal visszaélő vagy dependens betegek kezelése.

Ellenjavallatok: Súlyos máj- és vesefunkció zavarok. Myasthenia gravis, akut szűkzugú glaucoma.

Terhesség, szoptatás, kellő tapasztalat hiányában.

A készítménnyel szembeni túlérzékenység.

18 év alatti életkorban.

Adagolás: Individuális. Felnőttek kezdő adagja általában naponta 3-szor 5 mg. Átlagos adagja felnőtteknek napi 15—30 mg — fokozatosan emelve — több részletben véve be.

Terápiás dózistartománya napi 5—40 mg. Napi összadagja nem haladhatja meg a 60 mg-ot, egyszeri adagja pedig a 30 mg-ot! Máj- és vesekárosodott betegeknek csökkentett adagokat kell előírni.

Mellékhatások: Émelygés, fejfájás, szédülés, gastrointestinalis panaszok, izgatottság, álmatlanság.

Gyógyszerkölcsönhatások: A buspiron más szorongásoldó készítményekkel, egyéb központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel (pl. neurolepticumok, antidepressansok), valamint antihypertensivumokkal, anticoagulansokkal, antidiabeticumokkal, anticoncipiensekkel, szívre ható glükozidokkal történő egyidejű szedésére még nincs elegendő tapasztalat, így az említett gyógyszerek egyidejű alkalmazása esetén a beteget fokozott gondossággal kell ellenőrizni.

Nem lép kölcsönhatásba az antihisztaminokkal, cimetidinnel, nikotinnal.

MAO-I. típusú antidepressansokkal (Nuredal, Aurorix) nem adható együtt. MAO-bénítók hypertoniás crisist okozhatnak.

Figyelmeztetés: Terhesség alatti alkalmazásáról kellő tapasztalatok nem állnak rendelkezésre. Állatkísérletekben terato-

gen/embriotoxikus hatást nem észleltek. Terhességben történő alkalmazása az előny/kockázat gondos mérlegelését igényli. Nem ismeretes, hogy a hatóanyag az anyatejbe átjut-e. Benzodiazepin-elvonási tüneteket a benzodiazepin leállítása után az Anxiron tabl. nem küszöböli ki. Ezért benzodiazepint alkalmazott betegektől a kezelés megkezdése előtt a benzodiazepint fokozatosan és óvatosan meg kell vonni.

A kezelés alatt alkoholos ital fogyasztása kerülendő.

A Huma-Salmol 2 mg tablettáról

Hatóanyaga, a salbutamol β_2-adrenergiás receptor stimulátor, mely hatását elsősorban a bronchialis izmok β_2-receptoraira fejti ki és — terápiás dózisban — legfeljebb csekély mértékben a kardiális receptorokra.

A salbutamol jól felszívódik a gyomor- és béltraktusban, a májban az első áthaladáskor metabolizálódik; körülbelül fele ürül ki a vizelettel inaktív szulfát konjugátum formájában orális beadást követően (a többi változatlan formában). Úgy tűnik, hogy a tüdőben nem metabolizálódik. Felezési idejét a plazmában 2—7 óra közöttire becsülik.

Hatóanyag: 2 mg salbutamolum tablettánként, szulfát formájában.

Javallatok: Asthma bronchiale, krónikus bronchitis bronchospasmussal és emphysema.

Ellenjavallatok: Készítményre való túlérzékenység. Terhesség első trimesztere és a szülés előtt, szívelégtelenség, tachyarrhythmia, hypertrophiás obstructiv cardiomyopathia.

Elővigyázat szükséges hyperthyreosis, súlyos szív-keringési megbetegedések, friss myocardialis infarctus, diabetes mellitus esetén.

Adagolás: *Felnőtteknek:* a szokásos napi adag 3—4-szer 2 tabletta. Ha ezzel nem sikerül megfelelő hörgőtágulatot elérni, az egyes adagok fokozatosan növelhetők 4 tablettáig (8 mg). Egyes betegeknél napi 3—4-szer 1 tabletta is elegendő. Érzékeny betegeknél és idősebbek esetén kezdeti adagnak 2 mg ajánlott.

Gyermekeknek: szokásos adagja napi 3-4 alkalommal:
3—6 éves korig 1—2 mg ($^1/_2$—1 tabletta)
7—12 éves korig 2 mg (1 tabletta)
12 éves kor felett 2—4 mg (1—2 tabletta) megegyezik a felnőtt adaggal.

A gyermekek jól tolerálják a salbutamolt, így ezeket az adagokat szükség esetén óvatosan emelni lehet.

Idős betegeknél célszerű napi 3—4-szer 1 tablettával kezdeni a kezelést.

Mellékhatások: Izomremegés, leginkább a kézen és kézujjakon. Ez a mellékhatás az adagolástól függ és valamennyi β-adrenergiás stimulátor esetében előfordul. Néhány betegnél feszültségérzés. Az ajánlottnál nagyobb adagok esetén, ill. β_2-adrenerg stimulátorokra különösen érzékeny betegeken perifériás vasodilatatio és a pulzusszám enyhe emelkedése, palpitatio, tachycardia is előfordul. Ritkán fejfájás, átmeneti izomgörcs, angina pectorisos panaszok. Hypokalaemia. A hypoxia erősíti a hypokalaemia szívműködésre való hatását.

Nagyon ritkán túlérzékenységi reakciók (angiooedema, urticaria, bronchospasmus, hypotonia, collapsus).

Gyermekeknél más β_2-stimulátorhoz hasonlóan ritkán hyperaktivitás.

Gyógyszerkölcsönhatások: *Együtt adása tilos:*
— β_2-bokkoló szerekkel (nem szelektív β-blokkolókkal) mint például propranololllal (egymás hatását megfordíthatják), salbutamol hatását megszüntetik, asthma roham keletkezhet,
— epinefrinnel.

Együtt adása kerülendő:
— egyéb β-adrenerg receptor stimulálóval (pl. teofillin, additív hatás, ha együtt adás szükséges, fokozott óvatossággal szabad alkalmazni),
— MAO-bénítókkal és triciklikus antidepressansokkal (fokozott hatás a szív- és keringésrendszerre),
— anticholinergicumok, xanthin derivatumok, corticosteroidok erősítik a salbutamol bronchustágító hatását.

Figyelmeztetés: Akut bronchospasmus kezelésére nem alkalmas a tabletta.

A β_2-agonisták iránti fokozott igény az asthma súlyosbodásának jele lehet. Ilyen körülmények között a beteg terápiáját újra kell értékelni és fontolóra kell venni glükokortikoszteroid terápia együttes alkalmazását.

Potenciálisan súlyos hypokalaemia alakulhat ki β_2-agonista terápia esetén. Ennek különös figyelmet kell szentelni súlyos akut asthmás állapotban, mivel a hypokalaemiát potencírozhatják a salbutamollal együtt adott xanthin-származékok, szteroidok, diuretikumok, valamint hypoxia.

Ajánlatos ilyen esetekben a kálium vérszint monitorozása.

Terhesség alatti alkalmazásánál az orvosnak az előny/kockázat arányt szigorúan kell mérlegelnie. Nem adható a terhesség első trimeszterében a szülés előtti napokban, közvetlenül a szülés előtt, tocolytikus hatása miatt. Fenyegető abortusban a terhesség 1. és 2. trimeszterében nem szabad adni.

Nem adható terhességi toxikózis, placenta praevia vagy szülés előtt vérzés esetén a koraszülés megakadályozására.

Szoptatáskor: a salbutamol kiválasztódik az anyatejjel, ezért szoptató anyáknak nem ajánlatos adni. Nem ismert, hogy a salbutamolnak van-e károsító hatása az újszülöttre.

Thyreotoxicosisban szenvedőknek csak óvatosan adható!

Túladagolás esetén hypokalaemia léphet fel — a kálium vérszint ellenőrzése tanácsos.

Túladagolás tünetei: kipirulás, kézremegés, nyugtalanság, pulzus gyorsulás, szívdobogás, systolés vérnyomásemelkedés, diastolés vérnyomáscsökkenés, extrasystolia, rövid idejű kamralebegés, hányinger, hányás.

A salbutamol túladagolásakor megfelelő antidotum valamely kardioszelektív β-blokkoló készítmény, ezeket azonban csak óvatosan szabad adni azoknak a betegeknek, akik kórelőzményében bronchus görcs szerepel.

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI (*Budapest*, Zrínyi u. 3. 1051)

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

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

A Budapest, VIII. kerületi TÁMASZ Gondozó klinikai szakpszichológust keres.

Érdeklődni lehet hétfőn és szerdán délelőtt, a 133-7947-es telefonon.

Celldömölk Kórház-Rendelőintézet orvos-igazgatója (9500 Celldömölk, Nagy Sándor tér 3.) pályázatot hirdet az alábbi orvosi állásokra:

— 1 fő anaesthesiologus és intenzív therapiás szakorvos
— 1 fő bőr-nemibeteg gondozó szakorvos
— 1 fő belgyógyászati osztály orvosi munkakörbe
— 1 fő sebészeti osztály orvosi munkakörbe
— 1 fő iskolafogászat orvosi munkakörbe.

Bérezés és egyéb feltételek megbeszélés tárgyát képezik.

Marek József dr.
orvos-igazgató

Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet: — 1 fő orvosi állásra a pathologiai osztályra.

A pályázat elbírálásánál a szakvizsgával rendelkezők előnyben részesülnek, de szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Bérezés a Kjt. szerint, szükség esetén szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház orvos-igazgatójához lehet benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Molnár Károly dr.
orvos-igazgató

Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet: — 1 fő orvosi állásra II. belgyógyászati osztályára.

A pályázat elbírálásánál a szakorvosok előnyben részesülnek, de szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Bérezés a Kjt. szerint, szükség esetén szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház orvos-igazgatójához lehet benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Molnár Károly dr.
orvos-igazgató

Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet: — intézetvezető főgyógyszerészi állás betöltésére.

Pályázati feltétel: szakgyógyszerészi képesítés.

Kiemelt bérezést, szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház orvos-igazgatójához lehet benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Molnár Károly dr.
orvos-igazgató

Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet: — 1 fő orvosi állásra az urológiai részlegre.

A pályázat elbírálásánál a szakorvosok előnyben részesülnek, de szakvizsga előtt állók is pályázhatnak.

Bérezés a Kjt. szerint, szükség esetén szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház orvos-igazgatójához lehet benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Molnár Károly dr.
orvos-igazgató

Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet: — másodfőorvosi állásra a röntgen osztályra.

Pályázati feltételek: radiológus szakvizsga, UH-os vizsgálatban való jártasság.

Bérezés megegyezés szerint, szükség esetén szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház orvos-igazgatójához lehet benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Molnár Károly dr.
orvos-igazgató

Kisvárdai Városi Kórház orvos-igazgatója pályázatot hirdet: — beosztott gyógyszerészi állás betöltésére.

A pályázat elbírálásánál a szakgyógyszerészi képesítés előnyt jelent. Bérezés a Kjt. szerint, igény esetén szolgálati lakást biztosítunk.

A szabályosan felszerelt pályázati kérelmeket a kórház orvos-igazgatójához lehet benyújtani a megjelenéstől számított 30 napon belül.

Molnár Károly dr.
orvos-igazgató

A **Koch Róbert Kórház** (3780 Edelény, Dankó P. u. 80. sz.) igazgató főorvosa meghirdeti az általános belgyógyászati osztály *osztályvezető főorvosi* állását.

Pályázati feltétel: magyar egyetemen szerzett orvosi diploma, legalább 10 éves szakmai gyakorlat.

Csatolandó: diploma és szakvizsga bizonyítvány másolat, orvosok országos nyilvántartásba vétel másolat, erkölcsi bizonyítvány, szakmai önéletrajz.

Az állás azonnal elfoglalható. Bér KJT szerint megegyezéssel. Miskolcról történő kijárást az intézet saját gépkocsival biztosítja. Lakás megbeszélés tárgyát képezheti.

Jónás József dr.
igazgató főorvos

Az **Országos Onkológiai Intézet** (1122 Budapest, Ráth György u. 7—9.) főigazgató főorvosa pályázatot hirdet az intézet Cytopathologiai Osztályán alorvosi, illetve adjunktusi munkakörbe.

Feltétel:
— pathologus szakvizsga
— önéletrajz
— nyugati nyelvismeret előadói szinten.

A jelölt feladata bekapcsolódni az osztály klinikai, cytologiai, kórszövettani és tudományos munkájába. Sikeres pályázat esetén lehetőség nyílik a PHD programban való részvételre. Bérezés megállapodás szerint.

A pályázatot a Népjóléti Közlönyben történő megjelenéstől számított 30 napon belül az Országos Onkológiai Intézet főigazgatójának kell benyújtani.

Kásler Miklós dr.
főigazgató főorvos

A B-A-Z. megyei Önkormányzat II. Rákóczi Ferenc Kórház igazgató főorvosa (Szikszó, 3800 Kassai u. 45—49.) pályázatot hirdet a Klinikai Onkológiai Osztályon 1995. március 01-ével megüresedő orvosi állásra.

Belgyógyász szakorvosok vagy szakorvosjelöltek is jelentkezhetnek.

Bérezés a Kjt., ill. megegyezés szerint.

Miskolcról kórházi mikrobusszal az utazás biztosított.

Tóth Imre dr.
igazgató főorvos

Sokéves klinikai és intenzív terápiás tapasztalattal rendelkező **nyugat-németországi anaesthesiológiai szakorvos** (két éve magánrendelővel) munkakörét szeretné magyarországi sebész kollégákkal továbbfejleszteni.

Érdeklődni Dr. Marius Streit, Dreikönigstr. 50 79102 Freiburg (BRD). Tel. + Fax: 0049761796172 címen lehet.

Az **Országos Kardiológiai Intézet** Szervezési és Módszertani Osztálya a kardiovaszkuláris epidemiológia iránt érdeklődő *belgyógyász szakorvost* felvesz.

Munkaköre: — az osztályon folyó nemzetközi epidemiológiai vizsgálatokban való részvétel,
— az intézetben vizsgált, operált szívbeteg ambulanter utánkövetése.

Jelentkezés írásban az Országos Kardiológiai Intézet Szervezési és Módszertani Osztály címén: Budapest, Pf. 88. 1450.

HÍREK

A **Magyar Gerontológiai Társaság** vezetőségválasztó közgyűlést tartott, amelynek eredménye:

Elnökség: elnök — *Prof. dr. Iván László,* alelnök — *dr. Gergely István,* főtitkár — *dr. Vértes László,* titkár — *Regius Ottó,* jegyző — *dr. Tróznai Tibor.*

Vezetőség: Prof. dr. Beregi Edit, dr. Bíró Judit, dr. Boga Bálint, dr. Boross Mária, dr. Duray Aladár, dr. Harsányi Ernő, dr. Hazafi Klára, dr. Hérics Margit, dr. Imre Sándor, prof. dr. Károyli György, dr. Lengyel Éva, dr. Németh Julianna, prof. dr. Villányi Piroska.

Ellenőrző bizottság: elnök — dr. Fülöp Tamás, tagok — dr. Horváth László, dr. Merétey Katalin.

Etikai bizottság: elnök: dr. Spellenberg Sándor, tagok — dr. Hegyi Zsuzsa, dr. Koczor Andrea.

A **Magyar Gerontológiai Társaság,** a **Terézvárosi Egészségügyi Szolgálat** és a **CIBA Hungária Kft.** *„A transdermalis hormonpótlás alkalmazási területei"* címmel kerekasztal-konferenciát rendez *1995. február 20-án* 14.00 órai kezdettel Budapest VI. kerület, Eötvös utca 3. alatt.

Megnyitó: *Dr. Sebes Gábor* orvosigazgató

Vitavezetők: *Dr. Horváth Éva* gyógyszerész, *dr. Vértes László* osztályvezető főorvos, főtitkár.

Résztvevők: *Dr. Aszódi Ágnes* — gynaecologia, *dr. Hajdu Eleonóra* — cardiologia, *dr. Nardai Ilona* — rheumatologia.

Referátum: *Dr. Horváth Éva* — Az Estraderm TTS készítmény ismertetése.

A tudományos program után a CIBA Hungária Kft. fogadást ad, szervezi: *Dr. Horváth Éva,* Borók Istvánné.

Az Orvosi Hetilap 1995, 136, *56.* oldalán megjelent OH-QUIZ-re (XXXIV. sorozat) három helyes megfejtés érkezett: Csütörtöki Krisztina dr. (Pécs), Lukács Miklós dr. (Pécs) és Jakab Zsolt dr. (Szombathely). A szerencse Lukács Miklós dr. kollégának kedvezett. Szívből gratulálunk, nyereményét postán küldjük el.

Orvosi rendelő, berendezett, Erzsébet krt.-on kiadó. Tel.: 142-6244.

1995. július 30.—augusztus 4. között Budapesten kerül megrendezésre a *9th World Congress of Food Science and Technology.* A kongresszus egyik szekciója Food Allergy, aug. 1—2. a táplálékallergia klinikai kérdéseivel foglalkozik. A világkongreszszus nyelve angol.

A továbbképző jellegű felkért előadásokon és a workshopon kívül, kerekasztal keretében a poszterek bemutatására is lehetőség lesz.

Poszter előadásra az absztraktot a szekció magyar elnökéhez, dr. Polgár Marianne-hoz, Madarász utcai Gyermekkórház, 1131 Budapest, Madarász u. 22/24., 1995. március 1-jéig kell eljuttatni. További információ és jelentkezési lap is a fenti címről kérhető. Az elfogadott poszterek szerzőinek részvételi díjához a szekció szponzora, a Milupa cég hozzájárul.

Budafoki úton, húsz éve orvosi rendelőként működő lakás kiadó. tel.: 268-0595.

A **Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai kórháza Tudományos Bizottsága** *1995. február 15-én* délután 14 órakor a Kórház kultúrtermében tudományos ülést tart.

Tárgy: A Gégészeti Osztály tudományos előadása

Üléselnök: *Dr. Radó János* osztályvezető főorvos

1. *Prof. dr. Élő János:* A melléküreg sebészet múltja, jelene és perspektívái
2. *Dr. Görgey Csaba, dr. Tar Tibor:* Nyaki intermuscularis lipoma esete
3. *Dr. Kótai Zsuzsa, dr. Bártfai Réka, dr. Zámbó Orsolya:* Eredményeink a fej-nyaki tumorok regionális metastasisainak műtéti kezelésével
4. *Dr. Horváth Emília, dr. Müller Zoltán:* Kiterjedt hypopharynx tumorok műtéti megoldása és a funkcionális eredmények. (Video)
5. *Dr. Varga Edit:* A Beaserc alkalmazása otoneurológiai kórképekben
6. *Bokor Tünde (Asta):* Előnyös terápia és gazdasági feltételekkel a gyógyításban: Corinfar retard és Ceruoal.

A tudományos ülés után az *Asta Cég* állófogadást tart.

Orvosi, klinikai, gyógyszerkísérletek adatainak statisztikai (biometriai) elemzését, a kísérletek megtervezését nagy szakmai tapasztalattal vállalom. Tanácsadást is végzek. Tel. (üzenetrögzítő): 173-1124.

COST B4 felhívás

A COST B4 nemzetközi kutatáskoordináció az ún. „nem konvencionális medicina" területén. A programban 14 ország és maga az Európai Közösség vesz részt. Jelenleg 550 kutatást fog össze, köztük 24 magyar programot. Tekintettel, hogy több európai országban a pszichológia is „nem konvencionális"-nak minősül, ezért a pszichológia, szociológia, az orvostudomány, valamint az ún. természetgyógyászatot érintő területeiről várjuk a csatlakozni kívánó kutató teameket. A program előmozdítja a nemzetközi kapcsolatfelvételt, egységes módszertani anyagok kidolgozását, az ún. „nem konvencionális medicina" gyógyító, prevenciós, gazdasági, szociológiai értékeinek egységes feltérképezését.

A magyar COST B4 iroda címe, ahonnan a jelentkezéshez szükséges formanyomtatványt kell kérni:

Dr. Tamasi József, 1051 Budapest, Nemzeti Egészségvédelmi Intézet II. Arany J. u. 6—8. fszt. 13—15. Tel.: 1 323-100/1528. Fax: 1 534-955, 2 691-876.

Tanfolyamok a napi családorvosi, belgyógyászati gyakorlatban jól használható természetgyógyászati módszerekről

Neurálterápiás kezdő és középhaladó tanfolyam

Előadó: Dr. Ulrike Aldag (Németország)
Dr. Lorenz Fischer (Svájc)

Időpont: 1995. március 25—26., valamint 1995. június

A neurálterápia az akupunktúrához hasonlítható helyi érzéstelenítőkkel végzett nem konvencionális gyógyító eljárás, amely alkalmas krónikus fájdalomszindrómák, bizonyos krónikus ízületi betegségek, funkcionális gasztrointesztinális és kardiális panaszok kezelésére. Különösen ajánlható családorvosoknak, belgyógyászoknak, neurológusoknak, reumatológusoknak.

Buchinger—Lützner-féle gyógyító böjt saját élményű tanfolyam

A módszer alkalmas obesitas, krónikus anyagcsere-betegségek, krónikus gasztrointesztinális betegségek kiegészítő ambuláns gyógykezelésére.

Előadó: Dr. Balaicza Erika
Dr. Tamasi József

Időpont, helyszín: 1995. június 2—11., Balatonlelle

Manuális medicina tanfolyam

Gerincbetegségek manuális diagnosztikája, terápiája.

Vezeti: Dr. Nagy Géza

Tanfolyam ideje: 1995. április 7—9. és április 21—23.

Mindhárom tanfolyamról információ kérhető: Melissa Belgyógyászati és Természetgyógyászati Intézet

1 66 80 91 telefonon, vagy a 1118 Budapest, Ménesi út 18. címen.

A Magyar Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Társaság I. Kongresszusát 1995. IX. 21—23. között rendezzük Szolnokon.

Rendezők: — Magyar Gyermekaneszteziológiai és Intenzív Terápiás Táraság
— Hetényi Géza Kórház, „Gyermekeink Egészségéért" Alapítvány, Szolnok,
— Szeged Városi Gyermekkórház, „Szegedi Gyermekekért" alapítvány

Szervezőbizottság:
— *Dr. Bíró Éva*
— *Dr. Billoné Jenei Anna*
— *Dr. Szűcs Sándor*
— *Dr. Tekulics Péter*

Tudományos bizottság:
— *Dr. Adamovich Károly*
— *Dr. Hirsch Tibor*
— *Dr. Jellinek Kinga*

A kongresszus témája: A gyermekaneszteziológiai és intenzív terápia aktuális és általános kérdései.

Részvételi díj: orvosoknak 1000,—Ft/fő
szakdolgozóknak: 500,— Ft/fő
mely magában foglalja a szeptember 21-i vacsora és a 22-i állófogadás költségeit is. A kongresszus időtartama alatt a tudományos ülés helyszínén nagyszabású orvosiműszer-kiállítást is tervezünk a gyermekaneszteziológiai és intenzív terápia témaköréből.

Érdeklődését, ill. részvételi szándékát a mellékelt nyomtatványon 1995. február 15-ig jelezni szíveskedjék, további felvilágosítást ugyanis ezen információ birtokában a „II. értesítés"-ben küldünk.

Cím: *Dr. Szűcs Sándor főorvos* Hetényi Géza Kórház Gyermekintenzív részleg 5000 Szolnok, Tószegi út 21. Tel.: 56/421-521/571. Fax: 56/422-415.

A Békés megyei Képviselő-Testület Pándy Kálmán Kórháza Onkológiai Osztálya — a Magyar Onkológusok Társasága támogatásával, s egyben — hagyományteremtő céllal — *1995. május 5—6-án „Gyulai Onkológiai Napok"* címmel tudományos tanácskozást szervez.

Május 5-én a fej-nyaki daganatok komplex diagnosztikája és terápiája témakörében felkért előadókkal továbbképző, kurzus jellegű előadás-sorozat zajlik (epidemiológia — aetiologia — pathologia — klinikai diagnosztika — képalkotó diagnosztika — sebészet — rekonstrukciós sebészet — percutan sugárkezelés — brachytherapia — systemás chemotherapia — regionalis chemotherapia — kiegészítő kezelés, gondozás), majd május 6-ra a témához kapcsolódó előadások/poszterek bejelentésére van lehetőség. A rendezvényhez technikai kiállítás kapcsolódik.

Részvételi díj: 7000,— Ft.

A részvételi díjban benne foglaltatik a kurzuson való részvétel, előadási lehetőség és fogadás költsége.

Jelentkezés: Dr. Liska Marianna, 5700 Gyula, Semmelweis u. 4. Békés megyei Képviselő-testület Pándy Kálmán Kórháza, Onkológiai Osztály. Telefon: 66/361-833/220.

Jelentkezési határidő: *1995. március 6.*

A szállást és étkezést megrendelés alapján, térítés ellenében biztosítjuk. A részletes tájékoztatót a jelentkezés visszaigazolásával együtt postázzuk.

Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

Az Orvosi Hetilap kötetlen évfolyamai 1978—1992. áprilisig megvásárolhatók. Érdeklődni lehet a 222-74-32 telefonszámon.

A Magyar Rehabilitációs Táraság mozgásszervi Szekciója *1995. május 26-án* Kaposvárott tudományos konferenciát rendez „Magnetotherapia a mozgásszervi rehabilitációban" címmel, felkért előadókkal.

Ezen rendezvénnyel egy napon kívánja az MRT megtartani a hagyományos Fiatalok Fórumát.

Várjuk 35 éven aluli, rehabilitációval foglalkozó szakemberek jelentkezését. Az előadások ideje max. 8 perc.

A szokásnak megfelelően az előadásokat zsűri fogja elbírálni és a legjobbakat jutalmazza.

Program: De. 10 órától a magnetotherapiáról szóló, kb. 14 órától a Fiatalok Fórumának előadásai kerülnek sorra.

Helyszín: Egészségügyi Főiskola, Kaposvár, Szent Imre u. 14/b.

Részvételi díj nincs. Esetleges szállásigényt kérjük előre jelezni. 700 Ft/éjszaka/fő.

Jelentkezési határidő: *1995. 03. 31.*

Cím: Dr. Mecseki László oszt.-vez. főorvos, Kaposvár, Talián Gyula u. 20—34.

A NEBET Nemzetközi Betegsegélyezési Társaság Jótékonysági Bált rendez *1995. március 03-án (péntek)* a Hotel Gellértben (Bp. XI., Szent Gellért tér 1.)

Védnöki kar:
Katalin zu Windischgrazet hercegnő
Dr. Szolnoki Andrea főpolgármester-helyettes
Dr. Kovács Pál népjóléti miniszter
Magyar Alapítványi Központ
Társadalmi Kamara
Magyar Nők Szövetsége

A felajánlásokat az életmentő külföldi műtétre szoruló beteg honfitársaink gyógykezelésének támogatására fordítjuk.

Kérjük részvételi szándékát mielőbb, de legkésőbb *február 15-ig* jelezze! Levélben a NEBET 1242 Bp., Pf. 278, vagy telefonon-faxon az alábbi számokon: Tel/fax: 138-1245, 138-6106, Tel./fax: 1-139-883, 1-316-200, Tel./fax: 259-4041, 131-8963.

A bál támogatásának összege: 10 000,— Ft/fő.

A felajánlások összege az adóból leírható, az erre jogosító igazolást a NEBET kiadja. Bármilyen támogatást köszönettel elfogadunk.

OH-QUIZ

XXXIV. sorozat megoldásai

XXXIV/1 : C, XXXIV/2 : A, XXXIV/3 : D, XXXIV/4 : B, XXXIV/5 : C, XXXIV/6 : D, XXXIV/7 : D, XXXIV/8 : E, XXXIV/9 : E, XXXIV/10 : E

Indoklások:

XXXIV/1 : C A gastro-oesophagealis reflux betegség diagnosztikájában a 24 órás pH-monitorozás tekinthető a legspecifikusabb és leginformatívabb vizsgálatnak. A Bernstein-tesztben 0,1 N HCl-oldat csepegtetésére jelentkező fájdalom utalhat a refluxbetegségre.

XXXIV/2 : A Akut biliaris pancreatitisben az első legfontosabb teendő az epeelfolyás biztosítása, endoscopos papillotomia végzése által.

XXXIV/3 : D Elzáródásos sárgaság esetén septikus szövődmény leginkább az endoscopos retrograd cholangiopancreatographiát követően fordulhat elő.

XXXIV/4 : B A zsírfelszívódás zavarának oedema nem lesz a következménye

XXXIV/5 : C A Barret-oesophagusra jellemző, hogy hengerhám jelenik meg a nyelőcsőben, ez precancerosus állapotnak tekinthető.

XXXIV/6 : D Az irritabilis bél syndromában véres-nyákos székürítés nem fordul elő, ez esetben már colitis ulcerosára vagy egyéb organikus bélbetegségre kell gondolni.

XXXIV/7 : D Irritabilis bél syndromában pancreas enzym készítmény adása nem indokolt, mert nincs szó a pancreas exocrin funkciójának elégtelenségéről.

XXXIV/8 : E A coeliakiás beteg rozslisztet nem fogyaszthat, míg a kukorica, a rizs, a szója és a burgonya nem tartalmaznak glutent-gliadint, így fogyaszthatók.

XXXIV/9 : E A Crohn-betegség leggyakrabban a jobb colonfélt és a terminalis ileumot érinti, bár lokalizálódhat a gyomor-bél-traktus bármely szakaszára a szájüregtől a rectumig.

XXXIV/10 : E Crohn-betegségben nem szövődmény a toxikus megacolon, ez a colitis ulcerosa komplikációja

XXXV. sorozat

Instrukció: minden kérdés esetén az öt válasz közül válassza ki a legmegfelelőbbet!

XXXV/1. Immunhiány állapot következménye, illetve tünete lehet, *KIVÉVE*
A) Candidiasis a nyelőcsőben
B) Herpes zoster
C) hasmenés
D) proteinuria
E) ismétlődő felső légúti bacterialis fertőzések

XXXV/2. Autoimmun betegség manifesztálódását provokáló tényezők:
A) gyógyszerek
B) vírusfertőzés
C) napfény-expozíció
D) terhesség, szülés
E) a felsoroltak mindegyike lehet

XXXV/3. A dermatomyositisre jellemző, *KIVÉVE*
A) periorbitalis oedema
B) a törzsközeli izmok atrophiája
C) paraneoplasias folyamat lehet
D) az izombiopsia kórjelző értékű információt nyújt
E) a kézizomzat (m. interosseusok) sorvadása gyakori

XXXV/4. 20 éves nő mérsékelt nyaki nyirokcsomó-duzzanat, urticariform bőrkiütések, fáradékonyság, fogyás, vándorló ízületi fájdalmak, láz, hajhullás panaszaival kerül orvoshoz. Vizeletlelete negatív, vvt-süllyedése 80 mm/ó, leukocytaszám 3800. Mire gondol elsősorban?
A) rheumás láz
B) toxoplasmosis
C) mononucleosis
D) systemás lupus erythematosus
E) Hodgkin-kór

XXXV/5. Az AIDS progressziójáť milyen sejtek számának csökkenése jelzi:
A) granulocyták
B) monocyták
C) CD4+ lymphocyták
D) CD8+ T-sejtek
E) B-sejtek

XXXV/6. Az AIDS-ben előforduló leggyakoribb pulmonalis manifesztáció:
A) Mycobacterium-fertőzés
B) Streptococcus-pneumonia
C) Pneumocystis carinii infekció
D) CMV pneumonia
E) Candidiasis

XXXV/7. A HIV-fertőzés átvitelének lehetséges útjai, *KIVÉVE*
A) sexualis kontaktus
B) vérrel szennyezett tű, fecskendő
C) szúnyogcsípés
D) transzfúzió
E) anyáról magzatra

XXXV/8. AIDS-hez társuló neuro-psychiatriai kórképek, *KIVÉVE*
A) schizophrenia
B) meningitis
C) cerebralis toxoplasmosis
D) progressiv multifocalis leukoencephalopathia
E) agyi lymphoma

XXXV/9. Baleset miatt splenectomián átesett egyén számára mit tart szükségesnek?
A) felhívja a figyelmét, hogy óvakodjon a cseppfertőzéstől
B) Maripen-profilaxist ír elő évekig
C) a téli időszakban Broncho-vaxom szedését javasolja
D) pneumococcus vaccina adásáról intézkedik
E) évente influenza elleni oltást tanácsol

XXXV/10. A gyógyszeres epekőoldásra érvényes állítások, *KIVÉVE*
A) alacsony hatásfok
B) magas költség
C) tartós gyógyszerszedés szükséges
D) a pigmentkövek oldására is alkalmas
E) leginkább a 15 mm-nél kisebb átmérőjű kövek oldhatók fel.

A megfejtések beküldési határideje *1995. február 15.*
(A megfejtések levelezőlapon küldhetők be a Hetilap szerkesztőségébe: Budapest, 7., Pf.: 142. 1410)
A helyes választ beküldők között egy jutalomkönyvet sorsolunk ki.
A helyes megoldást (némi indoklással) a következő havi feladvánnyal együtt, a könyvet nyert kolléga nevét következő havi második számunkban közöljük.

75 Ft

Orvosi Hetilap

1995. február 12. 136. évfolyam — 7. szám

A hepatitis-C ribonukleinsav kimutatása polimeráz láncreakcióval
Falus András dr., Nemesánszky Elemér dr., Hajnal Anna dr. 339

KLINIKAI TANULMÁNYOK

A klimaktérium urogenitális panaszainak kezelése ösztriol tartalmú krémmel
Koloszár Sándor dr., Kovács László dr. 343

DIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEK

Diagnosztikus tévedések időskori, tünetszegény hyperthyreosisban
Szeszák Ferenc dr., Kiss Erzsébet dr., Szabó Tibor dr., Balázs Csaba dr. 347

AKTUÁLIS KÉRDÉSEK

Kórházi osztályok antibiotikum-fogyasztásának összehasonlító vizsgálata 7 magyar kórházban 1989 és 1991 között
Almási István dr., Horváth Éva, Ternák Gábor dr. 351

KAZUISZTIKA

Műtétet igénylő, multiplex végtagi embolisatiót okozó többszörös mobilis bal kamrai thrombus
Hetey Margit dr., Lengyel Mária dr., Bartek Iván dr. 357

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK 363

ÚTMUTATÓ AZ ORVOSI HETILAP SZERZŐI SZÁMÁRA 362

BESZÁMOLÓK 379

KÖNYVISMERTETÉSEK 381

HÍREK 384

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK 385

GYÓGYSZER HÍRADÓ 387

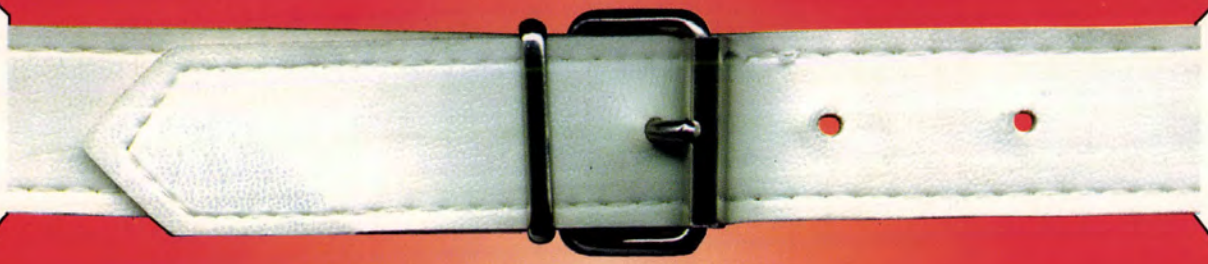
ELMÉLETI TÖMB KÖZÖS KÖNYVTÁRA
1089 Budapest Nagyvárad tér 4.

Springer

Markusovszky Alapítvány

ORV. HETIL. HU ISSN 0030-6002 136 (1995) 7. 337—392 · Printed on acid free paper

Övön aluli fertőzésekre is...



DOXYCYCLIN-CHINOIN®

kapszula

Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Chlamydia trachomatis okozta urogenitális gyulladások, valamint következményes reprodukciós zavarok kezelésére.

A gyógyszeralkalmazási előirat teljes szövegét az "Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelésére" c. kiadvány tartalmazza.

Bővebb információval készséggel állunk rendelkezésére.

CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
H-1045 Budapest, Tó u. 1-5. Tel: 169-1390, 169-0900 Fax: 169-0282

Hungarian Medical Journal

February 12, 1995. Volume 136. No. 7.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSZKY LAJOS' FOUNDATION

Detection of hepatitis C-virus RNA by polymerase chain reaction
Falus, A., Nemesánszky, E., Hajnal, A. 339

CLINICAL STUDIES

Treatment of climacteric urogenital complaints with estriol containing cream
Koloszár, S., Kovács, L. 343

QUESTIONS OF DIAGNOSTICS

Diagnostic mistakes in occult form of hyperthyreoidism in the elderly
Szeszák, F., Kiss, E., Szabó, T., Balázs, Cs. 347

ACTUALITIES

Comparative study of the antibiotic consumption of different departments in seven Hungarian hospitals between 1989 and 1991
Almási I., Horváth, É., Ternák, G. 351

CASE REPORTS

Multiple left ventricular mobile thrombi causing repeated limb embolisms requiring surgery
Hetey, M., Lengyel, M., Bartek, I. 357

FROM THE LITERATURE 363

TO THE AUTHORS 362

CONGRESS REPORTS 379

BOOK REVIEW 381

NEWS 384

DRUG NEWS 387

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál,
a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR)
(Budapest, XIII., Lehel út 10/a. 1900,
tel.: 270-2229) közvetlenül,
vagy postautalványon, valamint átutalással
a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft,
1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

136. évfolyam 7. szám — 1995. február 12.

A MARKUSOVSZKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSZKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

Árky István dr., Boda Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr., Hankiss János dr., Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi György dr., Lampé László dr., Nász István dr., Ozsváth Károly dr., Paál Tamás dr., Petrányi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr., Romics László dr. Várnai Ferenc dr.

Szerkesztők — Editors

Betkó János dr., Btage Zsuzsanna dr., Gerencsér Ferenc dr., Hidvégi Jenő, Incze Ferenc dr., Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

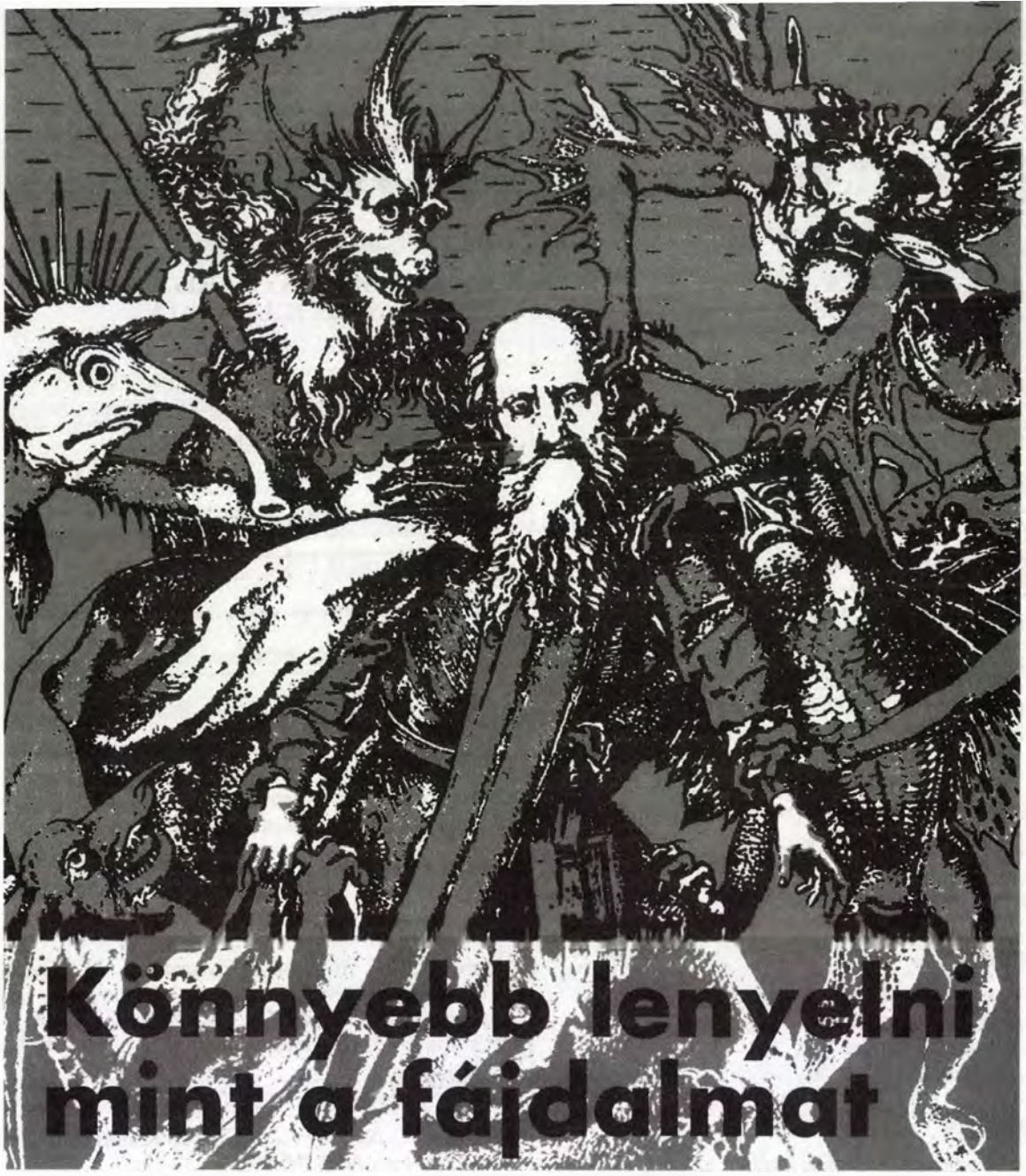
Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), R. Berensmann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci (Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey), N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), G. Nagy (Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo), G. Weber (Indianapolis)

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII.,
Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410.
Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973
A kiadásért felel: Prof. Dr. Árky István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7.,
Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda Kft., Győr 95.24906.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030—6002



rvezés: Graffiti Studio (Az eredeti mű – Martin Schongauer: Szent Antal megkísértése)

DONALGIN kapszula

Nem szteroid gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító.
250 mg acidum niflumicum kapszulánként. Indikációk: Mozgásszervi megbetegedések. Fogászati és fül-orr-gégészeti kisműtétek. Sportsérülések és törések. Prosztatahipertrófiás állapotok és krónikus prosztatitiszek. Nőgyógyászat: terhességmegszakítás utáni méhkörnyéki, valamint akut-krónikus kismedencei gyulladások.
Alkalmazása után az IUD tolerancia javul.

Bővebb információért, kérjük, tanulmányozza az alkalmazási előírást!

DONALGIN

RICHTER GEDEON RT

Orvoslátogató Hálózat 262-6167
Orvostudományi Főosztály 262-6654

RICHTER: A jól bevált recept

A hepatitis-C ribonukleinsav kimutatása polimeráz láncreakcióval

Falus András dr.[1], Nemesánszky Elemér dr.[2] és Hajnal Anna dr.[3]

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, Biológiai Intézet (intézetvezető: Falus András dr.)[1]
Országos Reuma- és Fizioterápiás Intézet, Budapest, Belgyógyászati és Gastroenterológiai Osztály (osztályvezető főorvos: Nemesánszky Elemér dr.)[2]
Országos Hematológiai, Vértranszfúziós és Immunológiai Intézet, Budapest (főigazgató: Petrányi Győző dr.)

A szerzők összefoglalják a hepatitis-C vírus (HCV) ribonukleinsav (RNS) polimeráz láncreakcióval (PCR) történő kimutatásának általuk beállított módszerét és annak gyakorlati alkalmazását. Az irodalomból rendelkezésre álló HCV vírusszekvencia-adatok alapján a vírus genom 5' végén kiválasztottak egy, a világ különböző pontjain izolált HCV-vírusokban konzerváltnak talált szakaszt. Az ezt határoló nukleinsav-szekvencia ismeretében oligonukleotidokat szintetizáltak, és megfelelő pozitív és negatív kontrollminták felhasználásával igazolták a rendkívül érzékeny RNS—PCR-módszer specificitását. Az ORFI beteganyagából végzett HCV—RNS PCR-vizsgálatok segítették az anti-HCV pozitív krónikus aktív hepatitises betegek kiválasztását interferonkezelésre, illetve a terápia eredményességének megítélését.

Kulcsszavak: hepatitis-C vírus, polimeráz láncreakció, diagnosztika

Detection of hepatitis C-virus RNA by polymerase chain reaction. The authors describe the development and the application of polymerase chain reaction (PCR) in the detection of hepatitis C virus. Based on the sequence data available in the literature, a conservative motif at the 5' end of the virus genome has been selected for amplification. Using the flanking synthetic oligonucleotides the specificity of the highly sensitive RNA—PCR assay was proved by serologically positive and negative serum samples. HCV—RNA—PCR studies were applied to start interferon treatment in patients from National Institute of Rheumatology and Physiotherapy (Budapest) with anti-HCV positive serum samples and this method was used to evaluate the efficacy of interferon therapy, as well.

Key words: hepatitis C-virus, polymerase chain reaction, diagnostics

A polimeráz láncreakció (PCR) eredeti leírása (14, 15), illetve a széleskörű gyakorlati alkalmazás elterjedése között eltelt rövid idő, valamint a PCR-on alapuló laboratóriumi technikák rohamosan szélesedő köre az egyik legfényesebb bizonyítéka annak, hogy a molekuláris biológia milyen óriási lehetőségeket rejt a gyakorlat, így a diagnosztikus orvostudomány számára.

A poszttranszfúziós hepatitisek túlnyomó többségét ma már az ún. non-A, non-B hepatitis fertőzések teszik ki. Az anti-HCV szerológiai marker leírása óta tudjuk, hogy ezek jelentős részét a hepatitis-C RNS vírusok képezik (4, 10, 11, 12). A vírus jelenlétének, illetve replikációjának bizonyítására ma már nem bizonyulnak elégségesnek a vírus jelenlétét közvetett módon igazoló HCV specifikus antitesteket kimutató immunszerológiai rendszerek. A krónikus májbetegség aktivitásának és az infektivitás megítéléséhez egyaránt a vírusnukleinsav jelenlétét közvetlenül kell tesztelni (8, 18). A hepatitis-C vírus nukleinsavjának kimutatása az interferonkezelés indikációjához is jelentős segítséget nyújt. Erre a célra kiválóan megfelel a rendkívül érzékeny PCR-technika. A PCR-módszer alkalmazása nem korlátozódik a C-vírus kimutatására, hiszen a hepatitis-B vírus DNS jelenlétének igazolására is kifejlesztettek és a gyakorlatban alkalmaznak PCR-tesztet (16).

Az egyébként igen bonyolult eljárás legegyszerűbb formájában is alkalmasnak bizonyult semiquantitativ mérésekre, ezt használják általában az interferon terápia eredményességének követésénél is (8, 19). Elterjedt a HCV—RNS—PCR-tesztelés az autoimmun krónikus aktív hepatitis különböző típusaiban szenvedő betegek (6, 13), illetve alkoholos májbetegek (3), valamint a krónikus májbetegséggel nem kísért HCV-fertőzöttek (1, 2) esetében is.

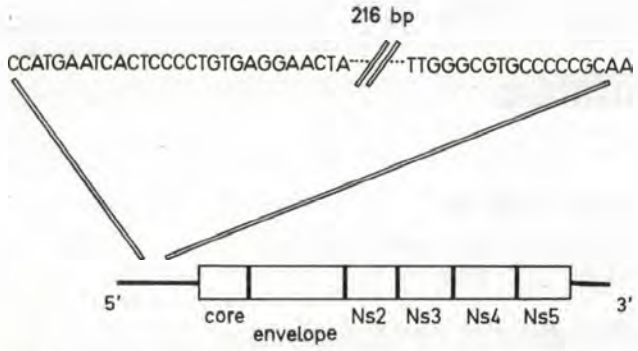
A közlemény a HCV—PCR-meghatározás beállítását és a módszerrel nyert néhány gyakorlati tapasztalatot foglalja össze.

Anyag és módszer

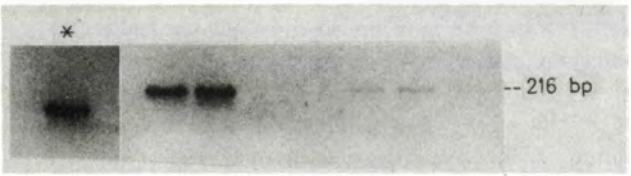
RNS-dúsítás szérumból

A sterilen levett vérmintából nyert szérumot a felhasználásig —20 °C-on tároljuk, majd a szérummintát 200 μg/ml proteináz K tartalmú lízis pufferrel (0,2 M Tris-HCl, pH = 7,5, 25 mM EDTA, 0,3 M NaCl, 2% Na dodecylsulfate). 40 percig 37 °C-on inkubáltuk, hígítottuk, majd egyszeri fenol-kloroform (24 : 1) extrakciót hajtottunk végre. A vizes fázist ezután 96%-os etanollal precipitáltuk, majd 18 órás —20 °C-on történő inkubálás után RN-áz mentesített desztillált vízben visszaoldottuk.

Rövidítések: DNS = dezoxiribonukleinsav; EDTA = etiléndiamin tetra acetát; ELISA = enzimhez kapcsolt immunmeghatározás; HCV = hepatitis-C vírus; PCR = polimeráz láncreakció; RNS = ribonukleinsav; RT = reverz transzkriptáz



1. ábra: A HCV vírus genom sematikus szerkezete, benne az egyes szerkezeti elemek. Az ábra felső részén a genom-319./—97. szakaszát határoló két oligonukletoid szakasz látható.
(core: belső rész, envelope: köpeny, Ns2-NS5: nem szerkezeti elemek)



2. ábra: HCV-RNS pozitív és negatív minták. A szérumból proteináz K, majd fenol-kloroform extrakció és 96%-os etanol precipitáció segítségével RNS-t preparáltunk. A megfelelő HCV oligonukleotid primerek (lásd: 1 ábra) jelenlétében RNS génamplifikációs kit (Perkin-Elmer) segítségével hajtottuk végre az eljárást. A 35 ciklust (95 C, 1 perc, 60 C, 1 perc) követően 4%-os agaroz (SeaKem) gélen ellenőriztük az amplifikált szakasz méretét (216 bp méretű csík). (További részleteket lásd: Anyag és módszer). A kit belső pozitív standardját * jelzi

Az RNS-vírus amplifikációjához az RNS génamplifikációs kitet (Perkin-Elmer) használtunk. Első lépésként reverz transzkripciót hajtottunk végre, a random hexanukleotid módszert alkalmazva. Az amplifikációt a kiválasztott oligonukleotidpárok, illetve a Taq I hőstabil polimeráz jelenlétében végeztük el (35 ciklus, 95 C, 1 perc, 60 C, 1 perc). Ezután a reakcióelegyből aliquotot vettünk és 4%-os agaroz (SeaKem) gélen megfelelő molekulasúly-markerek mellett ellenőriztük az amplifikált szakasz méretét (216 bp méretű csík).

Belső pozitív kontrollként a kit saját kontrollját, külső pozitív és negatív kontrollként már analizált szérummintákból izolált RNS-t használtunk.

Eredmények és megbeszélés

A HCV teljes RNS (illetve cDNS) szekvenciáját három éve ismerjük (4). A teljes bázissorend közzététele után világszerte szinte azonnal megindult az RT—PCR-meghatározás beállítása. Irodalmi megfontolások és a világ különböző pontjairól nyert vírusizolátumok nukleinsav-szekvenciájának összehasonlítása után a HCV vírusgenom nem transzlálódó 5' végén, a —313. és a —97. pozíció közötti 216 bázispár méretű szakasz amplifikálását választottuk módszerünk kidolgozásához. A HCV-vírus genom nem transzlálódó 5' végét, és az átírt szakasz első 20 nukleotidbázisát, valamint a PCR-reakcióhoz használt két nukleotidszakaszt az *1. ábra*, a kapott gélelektroforetikus eredményt a *2. ábra* mutatja. Az OHVII-ből kapott, 20 individuális, háromféle ELISA-val bizonyítottan pozitív és 100 negatív szérumminta kettős vak vizsgálata *(1. táblázat)* egyértelműen igazolja a kiválasztott szakasz alkalmasságát a HCV—RNS—PCR meghatározására.

1. táblázat: A szerológiai (ELISA) és a reverz transzkriptáz polimeráz láncreakcióval (RT-PCR) nyert eredmények összehasonlítása

	Pozitív RT-PCR	Negatív RT-PCR
Anti-HCV (ELISA) negatív n = 20	19	1
Anti-HCV (ELISA) negatív n = 100	0	100

(chi négyzet módszerrel $p = 10^{-5}$)

2. táblázat: Interferon kezelésben részesült C-vírus okozta krónikus aktív hepatitises (CAH) betegek vírusszerológiai és reverz transzkriptáz plimeráz láncreakcióval (RT-PCR) nyert adatai

Marker	A kezelés kezdetekor (n = 19)		
	Pozitív	Negatív	Gyengén pozitív
Anti-HCV antitest	19	0	0
HCV-RNS-PCR	17	2	0
	A kezelés végén (n = 13)		
	Pozitív	Negatív	Gyengén pozitív
Anti-HCV antitest	13	0	0
HCV-RNS-PCR	6	5	2

Az eddigiek során egy multicentrikus tanulmány keretében (19), ez az RT—PCR-rendszer alkalmasnak bizonyult az interferon hatásának vizsgálatára. *Héjjas és mtsai* (9) is ezt a PCR-rendszert alkalmazták új HCV-ELISA-generációt jellemző munkájukban.

Az ORFI II. Belgyógyászati és Gastroenterológiai Osztályán, illetve Hepatológiai Szakambulanciáján anti-HCV pozitív, krónikus hepatitises betegek véréből végeztük el interferon kezelés előtt, illetve végén a HCV RT—PCR-meghatározásokat. Eredményeinket a *2. táblázat* foglalja össze.

Mindezek alapján elmondható, hogy egy viszonylag egyszerű, sorozatmérésre alkalmas, kitűnően reprodukálható eljárás áll rendelkezésre. A PCR-eljárás érzékenységének emelésére és specificitásának állandó ellenőrzésére sokan használják a kétlépcsős, ún. „nested" PCR-t, tehát egy ún. „külső" és „belső" PCR-t egymás után (3).

Az RNS—PCR-eljárás előnye, de egyúttal hibája is a rendkívüli érzékenység. Ezért vigyázni kell, hogy az előző meghatározások „HCV-pozitív maradványai" ne szennyezzék az új meghatározás mintáját és így ne idézzenek elő fals pozitív eredményt.

Emellett feltétlenül meg kell említeni, hogy szükséges a világon felbukkanó új HCV-izolátumok folyamatos analízise, hiszen felbukkanhat olyan változat is, amely mutáció vagy egyéb genetikai változás miatt nem tartalmazza az amplifikált szakaszt, illetve a primereknek megfelelő szakaszok bázissorrendjében módosulás történik. Ez a lehetőség elvileg fals negatív eredményt jelenthet és a valójában HCV-pozitív minta „elnézését" vonhatja maga után, annak összes lehetséges veszélyes következményével.

Ezért is nem lehet végleges „standard" metodikával számolni, hiszen állandóan követni kell az új hepatitis-C vírusok genetikai variációit.

A HCV—RNS—PCR meghatározásnak kiemelkedő jelentősége van a krónikus C-vírus hepatitises betegek interferon-kezelésének klinikai indoka esetén, illetve a kezelés eredményességének objektív megítélésében (17, 12, 20).

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönik *Vinczéné Tutor Mária* magas színvonalú technikai segítségét.

IRODALOM: 1. *Alberti, A., Morsica, G., Chemello, L. és mtsia:* Hepatitis C and liver disease in symptom free individuals with anti-HCV. The Lancet, 1992, *340,* pp. 697. — 2. *Brillanti, S., Foli, M., Gaiani, S. és mtsai:* Presistent hepatitis C viraemia without liver disease. The Lancet, 1993, *341* pp. 464. — 3. *Caldwell, S. H., Li, X., Rourk, R. M. és mtsai:* Hepatitis C infection by polymerase chain reaction in alcoholics: false positive ELISA results and the influence of infection on a clinical prognostic score. Am. J. Gastroenterology, 1993, *88,* 1016—1021. — 4. *Choo, Q. L., Kuo, G., Weiner, A. J. és mtsai:* Isolation of a cDNA clone derived from a blood borne non-A, non-B hepatitis genome. Science, 1989, *244,* 359—362. — 5. *Choo, Q. L.:* Nucleotide sequence of HCV RNA genome Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1991, *88,* 2451—2454. — 6. *Czaja, A. J., Taswell, H. F., Rakela, J. és mtsa:* Duration and specificity of antibodies to hepatitis C-virus in chronic active hepatitis. Gastroenterology, 1992, *102,* 1675—1679. — 7. *Hagiwara, H., Hayashi, N., Mita, E. és mtsai:* Detection of Hepatitis C-virus RNA in chronic non-A, non-B liver disease. Gastroenterology, 1992, *102,* 692—694. — 8. *Hagiwara, H., Hayashi, N., Mita, E. és mtsai:* Quantitative analysis of Hepatitis C-virus RNA in serum during interferon alfa therapy. Gastroenterology, 1993, *104,* 877—883. — 9. *Héjjas, M., Medgyesi, G. A., Falus, A. és mtsai:* HCV testing of blood donations in Hungary. Studies by second generation of ELISA, immunoblot assays and polymerase chain reaction Transfusion Medicine, 1994. in press. — 10. *Kato, N., Hijikata, M., Ootsuyama, Y. és mtsai:* Molecular cloning of the human hepatitis C virus genome from Japanese patients with non-A, non-B hepatitis. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1990, *87,* 9524—9528. — 11. *Kuo, G., Choo, Q. L., Alter, H. J. és mtsai:* An assay for circulating antiboides to a major etiologic virus of human non-A, non-B hepatitis, Scince, 1989, *244,* 362—364. — 12. *Lau, J. Y. N., Davis, G. L., Kniffen, J. és mtsai:* Significance of serum hepatitis C vírus RNA levels in chronic hepatitis C, The Lancet, 1993, *341,* pp. 1501. — 13. *Mitchel, L. S., Jeffers, L. J., Reddy, K. R. és mtsai:* Detection of Hepatitis C virus antibody by first and second generation assays and polymerase chain reaction in patients with autoimmune chronic active hepatitis types, I, II and III. Am. J. of Gastroenterology, 1993, *88,* 1027—1034. — 14. *Mullis, K. B., Faloona, F. A., Scharf, S. J. és mtsai:* Specific enzymatic amplification of DNA in vitro: The polymerase chain reaction. Cold Springs Harbor Symp. Quant. Biol., 1986, *51,* 263—273. — 15. *Saiki, R. K., Scharf, S. J., Jaloona, F. és mtsai:* Enzymatic amplification of betaglobin genomic sequences and restriction site analysis for diagnosis of sickle cell anemia. Science, 1985, *230,* 1350—1354. — 16. *Seelig, R. Ehrfeld, H., Bottner, C. és mtsai:* Nachweis von Hepatitis-B-virus-DNA mit der Polymerase-Kettenreaktion. DMW, 1990, *115,* 1307—1312. — 17. *Shindo, M., Di Bisceglie, A. M., Cheung, E. L. és mtsai:* Decrease in serum hepatitis C-virus RNA during alpha-interferon therapy for chronic hepatitis. Ann Intern. Medicine, 1991, *115,* 700—704. — 18. *Sugitani, M., Inchauspé, G. Shindo, M. és mtsai:* Sensitivity of serological assays to identify blood donors with hepatitis C viraemia. The Lancet, 1992, *339,* pp. 1018. — 19. *Telegdy L., Dávid K., Falus A. és mtsai:* Humán leukocyta interferon terápiás hatásának vizsgálata hepatitis C vírus okozta májbetegégekben. Infektológiai és Klinikai Mikrobiológia, 1994, *1,* 46—51. — 20. *Terrault, N., Wilber, J., Feiman, S. U.:* Response to interferon therapy predicted by changes in serum HCV-RNA titer early in treatment. Gastroenterology, 1994, *106,* A997.

(Falus András dr., *Budapest,* Nagyvárad tér 4. 1089)

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

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

Aladdin

Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
9700 Szombathely, Paragvári út 15.
Telefon és fax: 94/315-329, 328-322

HEWLETT PACKARD

HEWLETT-PACKARD ORVOSELEKTRONIKAI MŰSZEREK HIVATALOS MAGYARORSZÁGI FORGALMAZÓJA

HEWLETT-PACKARD A VILÁG MINDEN RÉSZÉN A MINŐSÉGET JELENTI

Az 1995-ös év meglepetéseként ajánljuk új 3-6-12 csatornás EKG-családunkat mind kórházi, mind magánpraxisba való professzionális alkalmazásra.
M 1772 Page Writer Cardiograph 100 már 389 000 Ft + ÁFA-tól

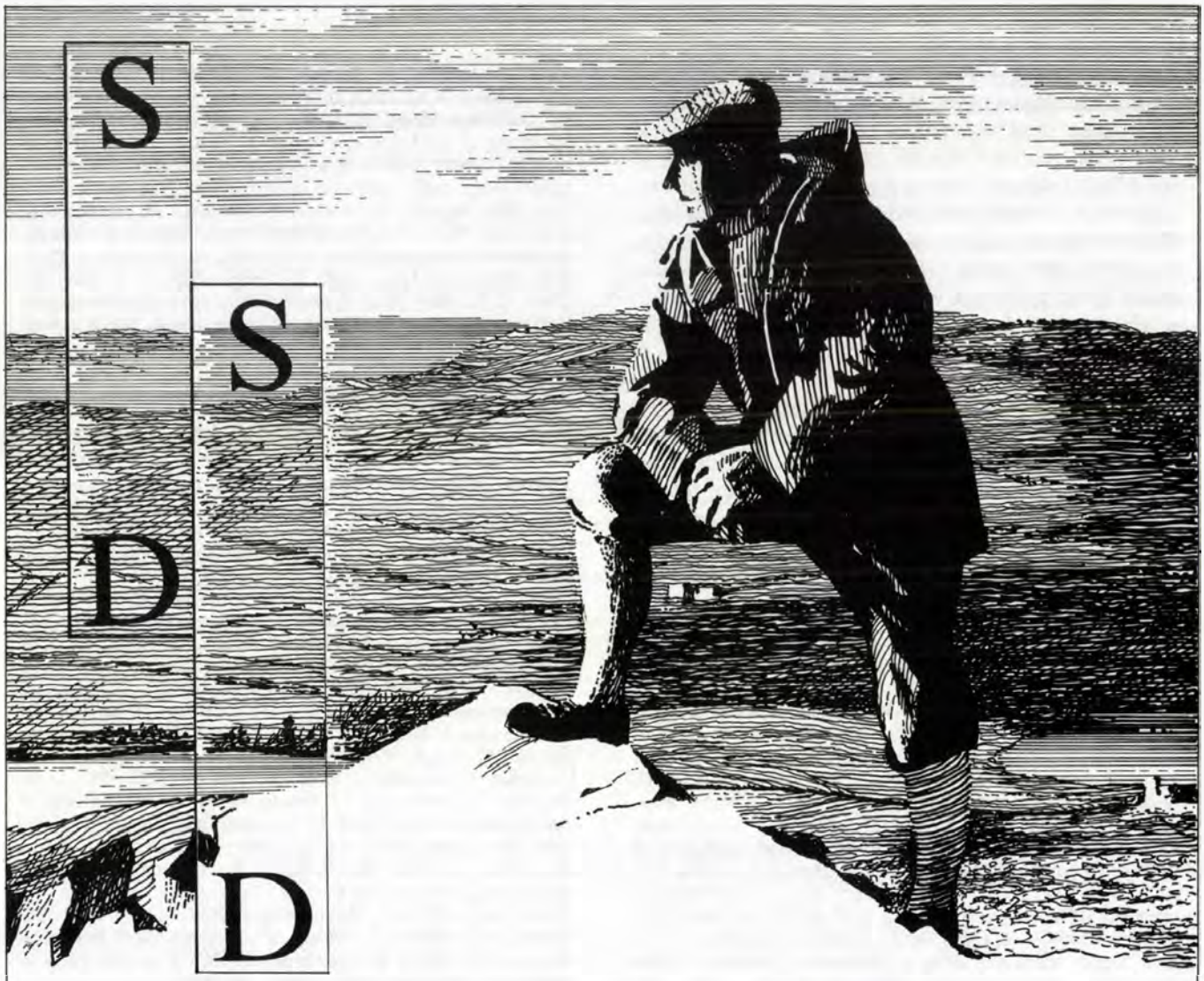
RÉSZLETFIZETÉSI LEHETŐSÉG, EGY GAZDASÁGI ÉVEN BELÜL KAMATMENTESEN

Color Doppler SONOS 100 CF elsősorban Cardiovasculáris vizsgálatokra ● Cardiotokographok szülészeti osztályok, valamint terhesgondozók számára 5 év garanciával ● Olcsó perifériás érdopplerek ● Betegellenőrző monitorok, defibrilátorok a felhasználó igényeinek megfelelő kiépítésben

Aki nem csak a mában gondolkodik, válassza a HEWLETT-PACKARD termékeket

MINŐSÉG - MEGBÍZHATÓSÁG - GAZDASÁGOS ÜZEMELTETÉS

Pontos, gyors, megbízható fogyóanyagellátás, valamint szerviz.



Tenormin®

Atenolol

- az első számú kardioszelektív béta-receptor blokkoló, 40 millió kezelési év tapasztalatával
- a hipertóniás betegek többségénél eredményesen csökkenti a vérnyomást
- a jó tolerálhatóság és az egyszeri adagolás biztosítja a betegek megfelelő együttműködését
- hatásos szer az anginás rohamok és a reinfarktusok megelőzésére

ALKALOIDA

ZENECA

További információk a részletes alkalmazási előiratban. ALKALOIDA RT Marketing, Tiszavasvári 4440 Pf.1. Tel.: 42-372-511

A klimaktérium urogenitális panaszainak kezelése ösztriol tartalmú krémmel

Koloszár Sándor dr. és Kovács László dr.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged, Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Kovács László dr.)

A szerzők a klimaktériumban fellépő urogenitális panaszok kezelésére ösztriolt tartalmazó krémet használták. Négy hétig tartó lokális kezelés után a hüvelyhám-atrophia és krónikus kolpitis megszűnt, illetve jelentős mértékben csökkent. A hüvelykenetben a szuperficiális és az intermedier sejtek aránya növekedett, és a hüvelyi pH savas vegyhatású lett. A kezeltek szubjektív panaszai (égő, viszkető érzés a hüvelyben, fájdalommal járó házasélet, vizelési zavarok) megszűntek. A kezelés során szövődménnyel, mellékhatással nem találkoztak. A készítmény a betegek számára könnyen alkalmazható, azt jól tolerálták. A krém alkalmas a klimaktériumban jelentkező urogenitális atrophia, és annak talaján kialakuló krónikus kolpitis és cystitis kezelésére. Bevezetése a gyógyító munkába indokolt, hiszen használata a női populáció egy jelentős részét érinti.

Kulcsszavak: klimaktérium, urogenitális panaszok, ösztriolt tartalmazó krém, lokális kezelés

Treatment of climacteric urogenital complaints with estriol containing cream. Estriol containing cream for treatment of climacteric urogenital complaints was used. After 4 weeks local treatment with Ovestin cream atrophy of vaginal epithelium and chronic vaginitis stopped or significantly decreased. During the treatment the ratio of superficial and intermedier cells in the vaginal epithelium increased and the vagina showed a decrease of pH. The subjective complaints relating to the estrogen deficiency (vaginal burning and dryness, itching, dyspareunia and urinary dysfunctions) ceased. Side-effects and complications during the treatment were not found. The cream can easily be used and it is well tolerated. Estriol containing cream is suitable for the treatment of chronic vaginitis and cystitis developed on the base of climacteric epithelium atrophy of urogenital system. Its intraduction to the local therapy is necessary because the majority of population of women are interested in it.

Key words: climacterium, urogenital complaints, estriol containing cream, local treatment

A klimaktériumban jelentkező ösztrogén hiány kellemetlen szövődménye az urogenitális szervek atrophiája. Az atrophiás nyálkahártyán krónikus kolpitis és cystitis alakul ki (8, 9). Sokáig úgy tűnt, hogy a hüvelyhám gyógyszerek számára átjárhatatlan, azonban állatkísérletben 1918-ban igazolták, hogy a különböző anyagok a hüvelyből felszívódnak és a szisztémás keringésbe jutnak. Human vizsgálat 1925-ben történt először. Az első közlés az ösztrogének hüvelyből történő felszívódásáról 1929-ből származik, amikor *Powers* majmokban igazolta az ösztrogének felszívódását. 1940-ben *Speert* közölte, hogy a lokálisan alkalmazott sexhormonoknak szisztémás hatása is van. Azóta az ösztrogének lokális alkalmazása is elterjedt (2, 4, 13, 14).

Az ösztrogének bevitele az emberi szervezetbe több módon történhet: per os, parenterálisan (tapasz, injekció, implantátum) és lokálisan (krém, hüvelytabletta, hüvelygyűrű).

Valamennyi ösztrogén alkalmazható lokálisan az atrophiás kolpitis kezelésére. Európában lokális kezelésre elsőként az ösztriol használata terjedt el. Az ösztriol lágy ösztrogén, terápiás dózisban adagolva endometriális hatása nincs, mert rövid ideig kötődik az ösztrogén receptorhoz, ezáltal az alkalmazás során méhvérzés nem következik be (6, 7, 11).

Vizsgálatunk célja volt lokálisan alkalmazható ösztriolt tartalmazó krém hatékonyságának értékelése a klimaktériumban jelentkező urogenitális szövődmények kezelésében.

Betegek és módszer

A prospektív vizsgálatban a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának „Változókor" ambulanciáját felkereső 24 beteg vett részt. A vizsgálathoz az egyetem etikai bizottságának engedélyét megszereztük (404/94). A kezeltek jellemző klinikai adatait az *1. táblázat* szemlélteti.

A lokális ösztriolkezelés indikációi:

— az alsó urogenitális rendszer ösztrogénhiány következtében kialakult hámatrophiája;

1. táblázat: Az ösztriol krémmel kezeltek anamnesztikus adatai (n = 24)

Élektor (év)	59,6±8,1 (51—93)
Menopauza ideje (év)	50,6±2,2 (45—53)
Menopauzától eltelt idő (év)	7,8±3,7 (2—37)

— postmenopauzában lévő nők esetében hüvelyi műtét előtt és után a műtét eredményességének fokozására;
— a hüvelyhám atrófiája miatt gyanús hüvelycitológiai eredmény esetében a kenetvétel megismétlése előtt.

A lokális ösztriolkezelés kontraindikációi:
— terhesség;
— ösztrogén dependens tumorok (emlő és endometrium cc.);
— mélyvénás trombózis;
— ismeretlen eredetű genitális vérzés.

A hüvelyhám-atrophia mértékét a következő szubjektív és objektív paraméterek ellenőrzésével jellemeztük:
— viszkető érzés a külső nemi szerveken;
— száraz hüvely;
— égő érzés a hüvelyben;
— fájdalommal járó házasélet;
— gyakori vizelési inger;
— sérülékeny hüvelyfal;
— petechiák a hüvelyfalon;
— hüvely-pH alkalikus irányba történő eltolódása;
— hüvelyhám maturációs indexének csökkenése;
— pozitív hüvelyváladék-tenyésztési eredmény;

A hüvelyhám-atrophia fokozatai:
— enyhe: 2 tünet jelenléte,
— mérsékelt: 4 tünet jelenléte,
— súlyos: 6 tünet felett.

Az atrophiás nyálkahártyán *krónikus kolpitis* alakul ki a következő mechanizmus szerint:
— ösztrogén szekréció csökkenése,
— szuperficiális sejtek eltűnése,
— glycogen termelődés csökkenése,
— tejsavat termelő baktériumok hiánya,
— hüvely-pH alkalikus irányba tolódik el,
— székletbaktériumok hüvelybe migrálnak.

Az ösztrogénhiány következtében kialakult hüvelyhám-atrophia kezelésére az ösztriolt tartalmazó Ovestin® (Organon) krémet használtuk. Egy tubus 15 g krémet, míg minden gramm krém 1 mg ösztriolt tartalmaz. A hüvelyi alkalmazást megkönnyíti a felhelyező, amelybe 0,5 g krém applikálható.

A kezelés időtartama 4 hét volt. Az első két hétben naponta 1 applikáció történt, majd a második két hétben hetente két alkalommal 1—1 felhelyezés.

A kezelés megkezdése előtt, majd a kezelés befejezése után ellenőriztük a hüvelyhám-atrophia szubjektív és objektív jeleit. A kezeltek elmondták a szubjektív változásokat, megtekintettük a hüvelyfal állapotát, tesztcsíkkal megmértük a hüvelyi pH-t, a hüvelyfalról vett kenetben (Papanicolau-festés után) meghatároztuk a hüvelyhám maturációs indexét.

A hüvelyhám maturációs indexét a kenetben található levált hámsejtek (szuperficiális, intermedier és parabazális sejt) százalékos megoszlásából számítottuk ki. A kezelés előtt és után hüvelyváladék-tenyésztést is végeztünk.

A kezelés közben és után az esetleg jelentkező szövődményeket és mellékhatásokat is értékeltük.

Eredmények

Összesen 24 beteget kezeltünk ösztriol tartalmú krémmel, akik életkora 51 és 93 év között változott. A kezelés indikációit a *2. táblázat* szemlélteti. Leggyakrabban a krónikus kolpitis szerepelt kórokként.

A 4 hetes kezelés után a hüvelyhám-atrophia mértéke jelentős mértékben változott. A súlyos atrophia megszűnt, enyhe 12 esetben volt tapasztalható, míg 10 esetben a kezeltek panaszmentessé váltak *(3. táblázat)*.

Az ösztriolkezelés hatására a hüvelyi pH savas irányba változott, ami az érett hámsejtekben termelődő glycogen hatására újból megjelenő tejsav-baktériumoknak köszönhető. A hüvelykenetben a kezelés előtt 52,3%-ban fordultak elő a parabazális sejtek, addig a kezelés után ezen sejtek aránya csak 15,7%-ban volt tapasztalható. Főleg az intermedier sejtek számának szaporodását találtuk. Vizsgálatunk alapján a kezelés után jelentős mértékben csökkent a pozitív tenyésztési eredményt adó hüvelyváladék-minták előfordulási gyakorisága *(4. táblázat)*.

A kezelések alatt szövődményt, mellékhatást nem tapasztaltunk.

2. táblázat: Az ösztriol krém kezelés indikációi (n = 24)

Kezelés oka	Eset
Krónikus kolpitis	11
Dyspareunia	4
Mayer gyűrű okozta decubitus	3
Kolpoperineorrhaphia előtt és után	2
Gyanus hüvely-cytológia	2
Uterus prolapsus melleti decubitus	2

3. táblázat: Hüvelyhám atrophia változása ösztriol krém kezelés hatására (n = 24)

	Atrophia mértéke			
	súlyos	mérsékelt	enyhe	nincs
Kezelés előtt	6	16	2	0
Kezelés után	0	2	12	10

4. táblázat: Néhány hüvelyhám atrophiát jellemző paraméter változása ösztriol krém kezelés után (n = 24)

	Kezelés	
	előtt	után
Hüvely pH ($\bar{x}$)	7,4	4,2
Hüvelyhám maturációs index (%)	(3,4/45,3/52,3)	(12,5/71,8/15,7)
Hüvelyváladék tenyésztés (pozitív)	19	5

Megbeszélés

Az urogenitális szervek atrophiája az utolsó menstruációt követően 2—3 év elteltével jelentkezik (12). Ma már rendelkezünk korszerű hormonkészítményekkel, amelyek segítségével a hiányzó ösztrogénszekréció pótolható.

Napjainkban egyértelműen eldöntött, hogy a klimaktérium hormonpótló kezelésében csak a human, természetes ösztrogének (ösztron, ösztradiol és ösztriol) jöhetnek szóba (1, 8). Ezek közül kiemelendő az ösztriol, amelynek endometriális hatása nincs, ugyanakkor az urogenitális szervek nyálkahártyájára rendkívül kedvező hatást fejt ki (3, 10). Hüvelyi alkalmazás során a szisztémás keringésbe kerülő ösztriolnak kisebb része metabolizálódik — összehasonlítva az orális kezeléssel —, és mintegy 20%-a nem konjugálódik, ezért az orális dózisnál kevesebb mennyiség is elegendő a kívánt ösztrogénhatás eléréséhez (11). Az atrophiás kolpitis mellett a kezelés kedvező eredményt

PROZAC®

antidepresszáns

20 mg/nap

AZ ÚJRA FELFEDEZETT ÉLET

A PROZAC® hatékony, egyszerű és kényelmes terápiát biztosít a depresszió minden fokozatában és típusában



ALKALMAZÁSI ELŐIRAT – rövid összefoglalója. **Hatóanyag:** fluoxetinum. **Javallat:** depresszió, obscessiv-compulsiv betegség ("kényszerneurosis"). **Ellenjavallat:** túlérzékenység; gyermekkor; súlyos vese-elégtelenség; MAO-gátló kezeléssel kombinálva, vagy a MAO-gátló kezelést követő 14 napon belül; szoptatás. **Adagolás:** napi 20 mg mind depresszióban, mind obscessiv-compulsiv betegségben. **Mellékhatás:** hányinger, idegesség, álmatlanság, szorongás, szédülés, fejfájás, asthenia, tremor, izzadás, nausea, diarrhea, szájszárazság, kiütés, láz. **Gyógyszerkölcsönhatás:** MAO-inhibitor (l. ellenjavallatok), lithium triciklikus antidepressans. **Figyelmeztetés:** csak akkor alkalmazzuk terhesség alatt, ha vitathatatlanul szükséges. Szoptatás idején nem javallt. Bőrpír, allergiás reakció vagy epilepsiás roham esetén a gyógyszer adását fel kell függeszteni. Jelentős májkárosodás vagy enyhe-középsúlyos veseelégtelenség esetén alacsonyabb adag ajánlott. **Kiszerelés:** 14 db, 28 db kapszula. **Gyártó:** Eli Lilly and Company. *Az alkalmazási előirat teljes szövege megtalálható a Lilly Hungáriánál.*

Lilly

További információval szívesen állunk rendelkezésére:

Lilly Hungária,
1075 Budapest, Madách Trade Center, Madách Imre u. 13-14., 7. em. Tel.: 267-9801

Navoban®
Új idők új gyógyszere



1. A chemotherapia okozta hányás legtökéletesebb kontrollja
2. Biztonságos és kitűnően tolerálható
3. Egyszerű, tartós hatású antiemeticum

Navoban®

Naponta egyszer. Mindig 5 mg

Navoban®: 5HT3 receptor antagonista. **Kiszerelés:** Tropisetron HC1 kapszula 5,64 mg*, ampulla 5,64 mg*. **Javallat:** Chemotherapia kiváltotta hányinger, hányás. **Dozírozás:** 6 napos kezelés: 1 ampulla iv. az első nap, majd 1 kapszula naponta a 2.–6. napon. **Kontraindikáció:** az alapanyaggal szembeni hypersensitivitás, terhesség. **Figyelmeztetés:** kezeletlen hypertoniás betegnek, szoptató anyáknak adása nem ajánlott. **Kölcsönhatások:** Rifampicin és más májenzim indukáló hatóanyagokkal. **Mellékhatások:** fejfájás, obstipatio, szédülés, étvágytalanság, hasi fájdalom, hasmenés.

* 5 mg bázissal ekvivalens

OGYI eng. sz.: 7498/40/92

SANDOZ

ad az alsó húgyúti szervek ösztrogénhiányában kialakuló megbetegedéseiben is (krónikus cystitis, dysuria, incontinentia) (1, 6). A lokális ösztriolkezelés mellett riktán mellékhatások is bekövetkezhetnek, amelyek többnyire lokálisak, azonban általános mellékhatások is előfordulhatnak. Helyi bőr-irritáció tapasztalható leggyakrabban, míg általános hatás az emlőfeszülés és a cervicalis nyák fokozott termelődése lehet (9).

Vizsgálatunk alapján az ösztriolt tartalmazó krém alkalmas a klimaktériumban jelentkező, az ösztrogén hiányára visszavezethető urogenitalis panaszok kezelésére.

Olyan esetekben is kiválóan használható, amikor a betegek tartózkodnak a szisztémásan alkalmazandó hormonkészítményektől, okkal, vagy ok nélkül félnek annak nem kívánt hatásaitól. A krém adagolása után a krónikus kolpitis meggyógyul, a hüvely-pH rendeződik, a betegek kellemetlen szubjektív panaszai megszűnnek, ill. csökkennek (5, 10,). Magyarországon jelenleg lokálisan alkalmazható, ösztrogént tartalmazó készítmény nincs forgalomban, ezért bevezetése a gyakorlati gyógyító munkába indokoltnak látszik, hiszen alkalmazása a női populáció széles rétegét érinti.

IRODALOM: 1. *Bahtia, N., Bergman, A. Karram, M.:* Effects of estrogen on urethral function in women with urinary incontinence. Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, *160,* 176—181. — 2. *Benziger, D., Edelson, J.:* Absorption from the vagina. Drug. Metabol. Rev., 1983, *14,* 137—168. — 3. *Haspels, A., Luisi, M., Kicovic, P.:* Endocrinological and clinical investigations in postmenopausal women following administration of vaginal cream coantining oestriol. Maturitas, 1981, *3,* 321—327. — 4. *Heimer, G., Englund, D.:* Estriol: absorption after longterm vaginal treatment and gastrointestinal absorption as influenced by a meal. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1984, *63,* 563—567. — 5. *Hustin, J., Van den Eynde, J. P.:* Cytologic evaluatin of the effect of various estrogens given in postmenopause. Acta Cytologica, 1977, *21,* 225—228. — 6. *Iosif, Cs.:* Effects of protracted administration of estriol on lower genito urinary tract in postmenopausal women. Arch. Gynecol. Obstet., 1992, *251,* 115—120. — 7. *Kuhl, H.:* Pharmacokinetics of oestrogens and progestogens. Maturitas, 1990, *12,* 171—197. — 8. *Lauritze, C.:* Das Klimaktérium und seine Behandlung. Therapiewoche, 1987, *37,* 1409—1416. — 9. *Mishell, Jr. D.:* Estrogen replacement therapy: An overview. Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, *161,* 1825—1827. — 10. *Molander, U., Milson, I., Ekelund, P. és mtsai:* Effect of oral oestriol on vaginal flora and cytology and urogenital symptoms in the postmenopause. Maturitas, 1990, *12,* 113—120. — 11. *Moutsatsou, V., Oakey, R. E.:* Oestriol binding to plasma protein. J. Steroid. Biochem., 1988, *29,* 313—323. — 12. *Nilsson, K., Heimer, G.:* Endogenous estrogen levels in postmenopausal women with severe urogenital atrophy. Gynecol. Obstet. Invest., 1992, *34,* 234—236. — 13. *Schiff, I., Tulchinsky, D., Ryan, K.:* Vaginal absorption of estrone an 17 beta-estradiol. Fertil. Steril., 1977, *28,* 1063—1066. — 14. *Punnonen, R., Vilska, S., Grönroos, M. és mtsai:* The vagina absorption of oestrogens in post-menopausal women. Maturitas, 1980, *2,* 321—326.

(Koloszár Sándor dr., *Szeged,* Pf. 438. 6701)

ERGOCOMP
TERHELÉSES MÉRŐRENDSZER

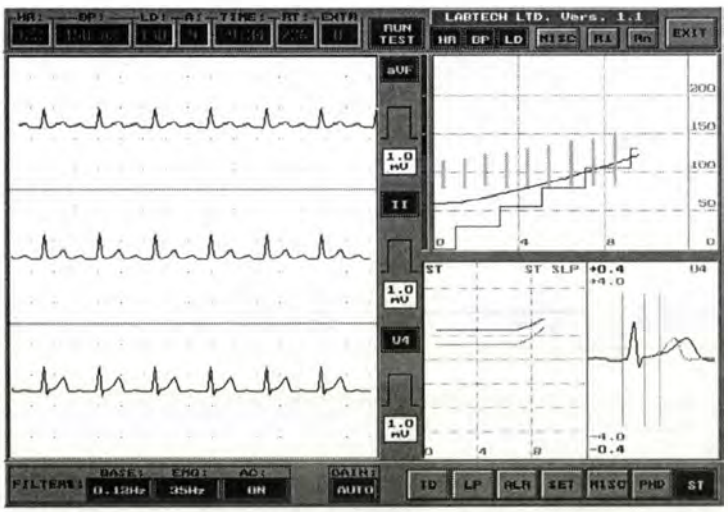
LAB TECH

A rendszer egységei:

- IBM számítógép, Laser printer
- 12 elvezetéses EKG
- automata vérnyomásmérő
- kerékpárergométer
- opció: reakcióidő, pCO2, pO2

Főbb jellemzők:

- folyamatos EKG, ST, BP, HR monitorozás
- definiálható riasztási feltételek
- trendek, reprezentánsok, szakértői rendszer
- rugalmasan állítható terhelési módok
- időtálló, minőségi nyomtatás Laser printeren



Magyar termék, elérhető ár !

Próbahasználat lehetősége!

Kérésére a mérőrendszert részletesen bemutató DEMO lemezt és leírást küldünk !

LABTECH Kft
4031 Debrecen, Vág út 4.
Tel./Fax.: (52) 310-128
(52) 412-023

Bronchicum®

növényi alapú hatóanyagokkal



... természetes úton győzi le a köhögést és a megfázást

Részletes információ a betegtájékoztatóban található.

Amennyiben kérdése van forduljon bizalommal gyógyszerészéhez vagy irodánkhoz.

RHÔNE-POULENC RORER

Diagnosztikus tévedések időskori, tünetszegény hyperthyreosisban

Szeszák Ferenc dr., Kiss Erzsébet dr., Szabó Tibor dr.[1] és Balázs Csaba dr.

Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház, Debrecen, III. Belgyógyászat (osztályvezető főorvos: Balázs Csaba dr.)
Izotópdiagnosztikai Laboratórium (vezető: Szabó Tibor dr.)

A hyperthyreosis idősebb betegekben manifesztálódó formáinak felismerése olykor komoly diagnosztikus problémát jelenthet. A fiatalabbaknál segítséget jelentő tünetek hiánya még a tapasztaltabb klinikust is megtévesztheti. A szerzők tíz olyan betegük adatait foglalták össze, akiknek hyperthyreosisa tünetszegényen, leginkább cardiális vagy malignus megbetegedést utánozva jelentkezett, és csak a pajzsmirigyhormonok, a thyreoglobulin és pajzsmirigy peroxidáz enzim elleni antitestszintek meghatározása tette lehetővé a kórisme felállítását. A korai diagnózisnak, a specifikus thyreostaticus kezelés időbeni megkezdésének jelentőségét abban látják, hogy a betegek életkilátásait döntően befolyásoló cardialis és következményes cerebralis szövődmények száma jelentősen csökkenthető. A szerzők analizálják a tünetszegény, időskori hyperthyreosisok kialakulásának okait és lehetséges patomechanizmusát.

Kulcsszavak: hyperthyreosis, diagnosis, idős kor

Diagnostic mistakes in occult form of hyperthyreoidism in the elderly. The diagnosis of hyperthyreoidism manifesting in the elderly meets difficulty in many cases. Lack of some characteristic symptoms observable in younger patients can be misleading. The authors summarize the data of ten clinical cases where the hyperthyreoidism appeared in occult form, reminding rather for heart disease or malignant tumours. The assay of thyroid hormones and the level of antithyreoglobulin and anti-thyreoid peroxidase antibodies was unavoidable in order to establish correct diagnosis. Though the early diagnosis and treatment may enchance the life expectancy of the patients and may considerably decrease the cardial and the consecutive cerebral complications. The authors analyse the reasons and possible pathomechanism of the formation of atypical hyperthyreoidism occuring in the elderly.

Key words: hyperthyreoidism, diagnosis, old age

Idős emberekben gyakran megfigyelhető, hogy a hyperthyreosis jellemző tünetei nem találhatók meg, ami a kórkép felismerését megnehezítheti. A fiatalokban könnyű diagnosztikus utat kínáló tünetek teljes hiányával vagy azok közül csupán egynek-egynek a jelenlétével találkozhatunk. A tünetszegény vagy atípusos formában jelentkező, az irodalomban leginkább apathiás vagy occult hyperthyreosisnak nevezett klinikai tünetegyüttes korai diagnosztikájának fontosságára kívánjuk felhívni kazuisztikai tanulmányunkkal a figyelmet.

Betegek és módszer

Tíz hyperthyreosisos betegünk adatait foglaltuk össze. Közülük három férfi, a többi nőbeteg. Átlagéletkoruk 70,3 (53—85) év volt. Panaszaikat tekintve a klinikai kép szegénysége volt szembeötlő. Leggyakoribb panaszként fogyást (8 eset), és palpitatióérzést (5 eset) említettek. Öt betegnek pitvarfibrillatiója (2 paroxysmalis), négynek sinustachycardiája volt. Fibrilláló betegeink közös jellemzője volt, hogy kamrafrekvenciájukat digitalis nem kellően befolyásolta.

A hormonszinteket 1990-ig Izinta Ria kittel (radioimmunoassay) (normál értékek: TT4 50—150 μmol/l, TT3 1,2—3,0 μmol/l, TSH 0,6—3,8 μIU/l), a későbbiekben Amersham Amerlite ELA kit (enhanced luminescence assay) felhasználásával (normál értékek: TT4 65—160 μmol/l, TT3 1,04—2,50 μmol/l, TSH 0,15—3,2 μIU/l) mértük. Meghatároztuk a thyreoglobulin (TG) elleni és pajzsmirigy peroxidáz enzim (TPO) elleni antitestek titerét (ELISA) és elvégeztük a szérum összfehérje, ELFO és quantitatív immunelfo vizsgálatokat.

Eredmények

Vizsgálataink során a következő adatokat kaptuk (részletesen l. az *1. táblázatban):* TT4 204,20 μmol/l (147,6—267,7 μmol/l, n = 10), T3U 1,73 (1,12—2,33, n = 10), TT3 5,75 μmol/l (3,71—8,11 μmol/l, n = 3), TSH 0,31 μIU/l (<0,08—0,1 μIU/l, n = 7), a-TG 177,16 (86—530, n = 6), a-TPO 168,33 (80—349, n = 6). Az alsó sarokban a kontrollvizsgálatok alkalmával mért értékek láthatók. A szegényes klinikai kép ellenére vizsgálataink minden esetben igazolták a betegség jelenlétét.

Kezelésként négy esetben thyreostaticumot, ötben thyreostaticumot és radiojódot, egyben thyreostaticumot és Ia típusú antiarrhythmiás készítményt (disopyramidot) alkalmaztunk. A 3. számú beteg színuszritmusa Metothyrin és Palpitin több hetes együttes szedése hatására visszaállt. Az 5. számú esetben (ő volt az egyik paroxysmalis fibrillatiós betegünk) sikeres elektromos cardioversio történt. Metothyrin és radiojód terápia mellett — négyéves követés alatt — újabb paroxysmust nem észleltünk. Első és tizedik betegünk színuszritmusa is helyreállt, előbbi Metothyrin és radiojód, utóbbi Metothyrin therapiában részesült.

Rövidítések: TG = thyeroglobulin; TPO = pajzsmirigy peroxidáz enzim; a-TG = thyreoglobulin elleni antitest; a-TPO = pajzsmirigy peroxidáz elleni antitest; TT4 = össz T4; TT3 = össz T3

1. táblázat: Vizsgálati eredményeink

Betegek	TT4	T3U	FT4-I	TT3	TSH	a-TG	a-M
1. 76 é. Nő	229,7 (RIA)	1,72	395,1	n. d.	n. d.	530	349
	152,9 (ELA)	1,08	165,1	2,22 (ELA)	0,16 (ELA)	185	178
2. 67 é. Nő	201,6 (ELA)	1,62	395,1	2,67	<0,08 (ELA)	92	101
3. 78 é. Nő	203,0 (RIA)	1,12	227,4	n. d.	n. d	n. d.	n. d.
4. 53 é. Nő	202,8 (RIA)	1,95	395,0	8,11 (RIA)	0,15 (ELA)	98	185
	53,0 (ELA)	1,04	55,12	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
5. 75 é. Nő	191,3 (RIA)	1,53	292,7	n. d.	0,64 (ELA)	n. d.	n. d.
	113,4 (RIA)	1,08	122,5	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
6. 64 é. Nő	164,1 (RIA)	1,61	264,2	3,71 (RIA)	n. d.	93	163
	84,4 (RIA)	0,96	81,0	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
7. 85 é. Nő	267,7 (ELA)	1,67	447,0	n. d.	0,19 (ELA)	n. d.	n. d.
	118,6 (ELA)	1,28	152.9	n. d.	0,12 (ELA)	n. d.	n. d.
8. 84 é. Férfi	147,6 (RIA)	1,63	239,0	n. d.	0,92 (RIA)	n. d.	n. d.
	80,1 (RIA)	1,00	80,1	n. d.	n. d.	n. d.	n. d.
9. 58 é. Férfi	230,0 (ELA)	2,13	489,9	n. d.	<0,08 (ELA)	86	80
	104,1 (ELA)	1,06	110,3	n. d.	0,12 (ELA)	n. d.	n. d.
10. 64 é. Férfi	203,9 (ELA)	2,33	475,0	5,45 (ELA)	0,1 (ELA)	164	132
	28,8 (ELA)	n. d.	n. d.	1,25 (ELA)	n. d.	n. d.	n. d.

A kontroll vizsgálatok eredményei az alsó sorokban láthatóak.
(TT4: össz T4, TT3: össz T3, T3U: TW uptake, FT4-I: szabad thyroxin index, a-TG: thyeroglobulin elleni antiteest, a-TPO: pajzsmirigy peroxidáz elleni antitest, ELA: enhanced luminescence assay, RIA: radioimmunoassay)

Esetismertetések

I. beteg: P. G. 71 éves nőbeteg anamnesisében myoma miatti méheltávolítás, illetve ischaemiás szívbetegség, auricularis fibrillatio, hypertonia és ventricularis extrasystolia miatti kezelés szerepelt. Gyengeség, szapora, rendetlen szívdobogásérzés, fulladás miatt utalták osztályunkra. Előzetes diagnózisai: Ischaemiás szívbetegség. Decomp. card. Fibrillatio auricularis. Statusából: mindkét lábszáron ujjbenyomatot tartó oedema, a pajzsmirigy bal lebenyében göb sejthető, a szív balra 1 harántujjal nagyobb, tachycard, arrhythmiás szívhangok, emelkedett tensio. Leleteiből: Se K: 4,0 mmol/l, KN: 7,2 mmol/l, SGOT: 21 E/l, CPK: 20 E/l, T4—RIA: 191,3 μmol/l, T3U: 1,53 umol/l, TSH-RIA: 0,64 μIU/l. A klinikai kép és pajzsmirigy tapintási lelete hyperthyreosis gyanúját keltették, mely a későbbi vizsgálatok során igazolódott. Elektromos cardioversio után, radiojód- és Metothyrin-kezelés mellett színuszritmusa stabil maradt.

2. beteg: T. J. 84 éves nőbeteg kórelőzményében ismert epekövesség és „szívbetegség" miatti kezelés szerepelt. Görcsös felhasi fájdalmak, hányinger, hányás miatt kérték felvételét. Felvételi diagnózisai: Cholelithiasis. Colica abdominalis. ISZB. Statusából: közepesen fejlett, sovány nőbeteg, emphysemás mellkas, balra 1 harántujjal megnagyobbodott szív, sinus tachycardia, a csúcs felett $^4/_6$ erősségű holosystolés zörej, a jobb bordaív alatt és az epigastriumban nyomásérzékenységet jelez, a jobb bordaív alatt resistentia tapintható. Pajzsmirigy tapintási lelete eltérést nem mutatott. Leleteiből: Se K: 4,4 mmol/l, KN: 5,5 mmol/l, SGOT: 29 mmol/l, T4-ELA: 267,7 umol/l, T3U: 1,67, TSH-ELA: 0,19 μIU/l. Hasi panaszai hátterében gastroscopiás vizsgálattal vérző duodenalis ulcus volt kimutatható. Alkata, béta blockoló adása mellett sem mérséklődő tachycardiája, izzadékonysága pajzsmirigy-túlműködés lehetőségére utalt. Vizsgálataink során emelkedett hormonértékeket és substernalisan elhelyezkedő toxicus adenomát találtunk. Radiojód terápia hatására a beteg klinikailag és laboratóriumi eredményeit tekintve euthyreoiddá vált.

3. beteg: Sz. I. 78 éves nőbeteg anamnesisében évek óta ismert hypertonia szerepelt. Rendetlen szívdobogásérzés, fulladás, mellkasi fájdalom, fogyás panaszaival, Ischaemiás szívbetegség. Hypertonia. Decomp. card. és fibrillatio auricularis diagnózisokkal került felvételre. Statusából: balra egy harántujjal megnagyobbodott szív, tachycard, arrhythmiás szívhangok, a pajzsmirigy bal lebenye tömöttebb, benne borsónyi göb tap. Leleteiből: SeK: 4,2 mmol/l, KN: 7,1 mmol/l, SGOT: 9 E/l, CPK: 31 E/l, T4-RIA: 203,0 μmol/l, T3U: 1,12. Digitalis adása mellett ismételten visszatérő pitvarfibrillatiója, fogyása és pajzsmirigy-tapintási lelete vetette fel hyperthyreosis lehetőségét, melyet az emelkedett hormonszintek megerősítettek. Lithium carb., Metothyrin és Palpitin több hetes együttes adása mellett ingerképzési zavara megszűnt.

Megbeszélés

Irodalmi adatok alapján, középkorú és idősebb betegek egy részében a hyperthyreosis tipikus tünetei hiányozhatnak, vagy a betegség monosymptomás formában jelentkezik (2, 10, 20). Ezeknek a betegeknek nincs exophtalmusuk, ritka a normálistól eltérő pajzsmirigy-tapintási lelet, a fiatal korban jellemző izgatottság helyett sok esetben apáthiásak. Fizikális vizsgálattal proximalis myopathiát, palmaris erythemát találhatunk (2, 6, 15). Máskor csak a „csillogó szemek" árulkodnak a betegségről. A hyperthyreosisnak a cardiovasculáris rendszerre gyakorolt hatásai (a fokozott pitvari excitabilitás, sympaticotonia és contractilitás, ill. a coronaria spasmusra való hajlam) teszik érthetővé, hogy a betegség leginkább pitvarfibrillatio, angina pectoris syndroma, ill. congestiv szívelégtelenség képében jelentkezik (21). Az auricularis fibrillatiók 2,6 százalékáért felelős a hyperthyreosis (4). A jelenséget magyarázhatja az a kísérletes adat, hogy a thyroxin növeli a béta-adrenerg receptorok számát (7). Más esetekben a tünetszegény cachectizálódás (10) vagy a súlyos osteoporosis (13,8) az egyetlen tünet.

A fiatalokhoz hasonlóan, idősekben is az autoimmun patomechanizmus a leggyakoribb (16), máskor solitaer vagy multiplex autonóm adenoma áll a folyamat hátterében (17). Egyes szerzők a jód indukálta formák magas előfordulási arányát is kiemelik (12).

Idősekben számos biokémiai változás figyelhető meg, melyek tovább nehezítik a kórkép felismerését. Alacsonyabbá válik a T3-szintje, ami (részben) a csökkent perifériás T4—T3-konverzióval magyarázható (ezt a biológiailag ineffectív rT3-érték növekedése kíséri). A T4-érték általában nem változik, mert ugyan csökken a secretio, de ezt a lassúbb degradáció ellensúlyozza. Az esetek egy részében alacsonyabb TSH-értékek mérhetők (16).

Bizonyos betegségek (hypopituitarismus, diabetes mellitus, renalis elégtelenség, schizophrenia, depressio, sepsis, malnutritio), és gyógyszerek (steroidok, oestrogen, levodopa, anticonvulsiv szerek, antirheumaticumok, theophyllin, beta-blockolók) befolyásolhatják a pajzsmirigy funkcióját vizsgáló tesztek eredményét (9, 2, 6).

A fentiek miatt nehéz pontosan definiálni a pajzsmirigy hormonjainak korfüggő „normál tartományát", mivel a T3-receptor-szám mérése nem tartozik az ún. „rutin" eljárások közé. „Normál" hormonszintek esetén (ha mégis hyperthyreosisra van gyanú), egyes szerzők a TRH-teszt elvégzését (2, 3), mások a szabad hormonfrakciók meghatározását javasolják (5). Előbbivel kapcsolatban kiemelendő, hogy az orr nyálkahártyájának senilis atrophiája és a nehezen mozgó, sokszor elesett állapotú betegek rossz kooperációs készsége miatt az intravénás teszt használata pontosabb eredményeket ad (a nazálissal szemben), bár így mellékhatások gyakrabban jelentkeznek (19). A TSH-nak hypersensitiv módszerrel való meghatározása is használható (5, 16). Szupprimált TSH és normális szabad T4-, ill. T3-szint együttes előfordulását is leírták (18).

Megfigyeléseinkkel a tünetszegény hyperthyreosis korai felismerésének és kezelésének fontosságára szeretnénk felhívni a figyelmet. A súlyos, főként cardiális szövődmények, mint a pitvarfibrillatio, perifériás embolisatio (11, 14, 17), ill. a cardiális decompensatio fatálisak lehetnek. A másik oldalról a terápiás eredmények biztatóak. A hyperthyreosishoz társuló pitvarfibrillatio a jól kezelhető arrhythmiák egyike, thyreostaticus kezelésre 60%-ban sinus vezérlés alakul ki, a megmaradó betegek felében pedig eredményes cardioversio végezhető (6).

Összegezve az eddigieket, azt tapasztaltuk, hogy más okkal nem magyarázható cachectisálódás, fogyás, tachycardia, ill. „digitalis-refracter" pitvarfibrillatio eseteiben a szokásosnál gyakrabban indokolt a pajzsmirigy-functiók vizsgálata.

Munkánk a Népjóléti Minisztérium tárcaszintű támogatásában részesült (ETT T—539/1990).

IRODALOM: 1. *Bar-Sela, S. Ehrenfeld, M., Eliaskim, M.:* Arterial embolism in thyretoxicosis with atrial fibrillation. Arch. Intern. Med., 1981, *141*, 1191—1192. — 2. *Bruce, S. A., Rangedara, D. C., Lewis, R. R. és mtsa:* Hyperthyroidism in elderly patients with atrial fibrillation and normal thyroid hormone measurements. J. R. Soc. Med., 1987, *80*, 74—76. — 3. *Ciaccheri, M., Cecchi, F., Arcangeli, C. és mtsai:* Occult thyreotoxicosis in patients with chronic and paroxysmal isolated atrial fibrillation. Clin. Cardiol., 1984, *7*, 413—416. — 4. *Davidson, E. Weinberger, I., Rotenberg, Z. és mtsai:* Atrial fibrillation. Cause and time of onset. Arch. Intern. Med., 1989, *149*, 457—459. — 5. *Davis, A. B., Williams, I., John, R. és mtsai:* Diagnostic value of thyreotropin release hormone tests in elderly patients with atrial fibrillation. Br. Med. J., 1985, *291*, 773—776. — 6. *Forfar, J. C., Toft, A. D.:* Thyrotoxic atrial fibrillation: an underdiagnosed condition? (editorial). Br. Med. J. (Clin. Res.), 1982, *285*, 900—910. — 7. *Földes J.:* Felnőttkori hypothyreosis substitutiós kezelése. Gyógyszereink, 1992, *42*, 170—178. — 8. *Fraser, S. A., Andersson, J. B. Smith, D. A. és mtsa:* Osteoporosis and fractures following thyreotoxicosis. Lancet, 1971, 981—983. — 9. *Gilandi, I., Aderka, D., Zeligman-Melatzki, L. és mtsai:* Is idiopathic atrial fibrillation caused by occult thyrotoxicosis? A study of one hundred consecutive patients with atrial fibrillation. Int. J. Cardiol., 1991, *30*, 309—313. — 10. *Hodkinson, H. M., Denham, M. J.:* Thyroid function tests in the elderly in the community. Age and Ageing, 107, *6*, 67—70. — 11. *Hurley, D. M., Hunter, A. N., Hewett, M. J. és mtsai:* Atrial fibrillation and arterial embolism. in hyperthyroidism. Aust. N. Z. J. Med., 1981, *11*, 391—393. — 12. *Lővey A., Sztojka I., Paragh Gy. és mtsa:* A időskori hypo- és hyperthyreosisok klinikai sajátosságai. Orvosképzés, 1900, *65*, 275—285. — 13. *Molnár Zs., Radó J.:* Többszörös csigolyafracturával járó osteoporosist okozó larvált hyperthyreosis. Magyar Belorvosi Archivum, 1982, *35*, 256—260. — 14. *Monreal, M., Lafoz, E., Foz, M. és mtsai:* Occult thyreotoxicosis in patients with atrial fibrillation and an acute arterial embolism. Angiology, 1988, *39*, 457—459. — 15. *Ronnow-Jessen, R., Kirkegaad, C.:* Hyperthyreoidism: a disease of old age? Brit. Med. J., 1973, *1*, 41—43. — 16. *Sawin Clark, T.:* Thyroid Disfunction in Older Patients Advances In. Int. Medicine, 1992, *37*, 223—242. — 17. *Sulimani, R. A.:* Diagnostic algorythm for atrial fibrillation caused by occult hyperthyroidism. Geriatrics, 1989, *44*, 61—64. — 18. *Stott, D. J., Mclellan, A. R., Finlayson, J. és mtsai:* Elderly Patients with Supressed Serum TSH but Normal Free Thyroid Hormone Levels Usually Have Mild Thyroid Overactivity and are et Risk of Developing Overt Hyperthyroidism Qarterly Journal of Medicine. New Series, 1991, *285*, 77—84. — 19. *Szabolcs, I., Ploenes, C., Bernard, W. és mtsai:* Thyreotropin-releasing hormone in geriatric patients: intravenous versus intranasal application. Acta Endocrinologica (Copenh.), 1989, *120*, 149—154. — 20. *Tajiri, J., Hamasaki, S., Shimada, T. és mtsai:* Masked thyroid dysfunction among elderly patients with atrial fibrillation. Jpn. Heart. J., 1986, *27*, 183—190. — 21. *Várnai Gy., Máté Zs.:* A hyperthyreosis cardiális megjelenési formái idősebb korban. Medicus Universalis, 1986, *XIX*, 17—19.

(Szeszák Ferenc dr., *Debrecen*, Pf. 195. 4043)

Ezúton értesítjük tisztelt olvasóinkat, hogy a költségek (papír, nyomda, terjesztés valamint áfa) jelentős megemelkedése miatt az Orvosi Hetilap ára 1995. áprilisától 90,— Ft-ra módosul.

Ennek megfelelően az előfizetési díjak:
1 évre: 4700,— Ft;
1/2 évre: 2350,— Ft,
1/4 évre: 1175,— Ft.

Szíves megértésükben bízva tisztelettel:

Springer Hungarica Kft.



Hannover, 1995. 4. 25–28.

Csúcsesemény döntéshozóknak,
a legjobbkor:

A világ legnagyobb kórházszakvására.

Az Interhospital 95 vásáron Hannoverben kereken 40 ország 1 600 kiállítója vonultatja fel a kórházi és ambuláns ellátás számára a világkínálatot felölelő ajánlatát: mindent, ami a kórházakban, időseket ellátó otthonokban és gyógyintézményekben, rehabilitációs intézetekben és rendelőkben az üzemelés legújabb, legmagasabb színvonalát jelenti. A 19. Hospital Congress rendezvényein „A kórház új környezetben" mottóval nemzetközi szakértők vitatják meg az új perspektívákat, számos rendezvény invitál szakmai tapasztalatcserére. Szeretné megtudni a további részleteket is? Telefonon, faxon át is „orvosoljuk a hiányt".

25.-28.4.95 Hannover

Interhospital 95
19. Hospital Congress

A kórházak és az ambuláns ellátás vezető nemzetközi szakvására

DEUTSCHE MESSE AG, HANNOVER / GERMANY További felvilágositást ad a Deutsche Messe AG magyarországi képviselője: 'presentex Vásárképviseleti Kft. Budapesti Nemzetközi Vásárközpont, Albertirsai út 10. Levélcím: 1475 Budapest, Pf. 291. Telefon: (01) 263 60 55-57, Telefax: (01) 263 60 54.

Kórházi osztályok antibiotikum-fogyasztásának összehasonlító vizsgálata 7 magyar kórházban 1989 és 1991 között

Almási István dr.[1], Horváth Éva és Ternák Gábor dr.[1]

Tolna megyei Önkormányzat Kórháza, Szekszárd, Infektológiai Osztály (osztályvezető: Ternák Gábor dr.)[1]
Népjóléti Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központja, Szekszárd (igazgató: Bordás István dr.)

Korábban megjelent munkájukhoz kapcsolódva a szerzők azt vizsgálták jelen dolgozatukban, hogy az egyes orvosi szakterületek antibiotikum-felhasználása különböző kórházakban mennyiben mondható egységesnek. Számítógépes adatbázisból szakmák szerint gyűjtötték ki az egyes kórházi osztályok antibiotikum-fogyasztását. Úgy találták, hogy az összfogyasztás többé-kevésbé jellemző egy szakmára, ugyanakkor a felhasználás összetétele nagy eltéréseket mutat azonos profilú osztályok között is. Általában alacsony fogyasztást találtak a szemészeti, az ideg-, az elme- és a rehabilitációs, közepest a belgyógyászati, a sebészeti, baleseti sebészeti, a szülészet-nőgyógyászati, az orr-fül-gége- és a bőrgyógyászati, magasat az urológiai, az intenzív, a fertőző-, a gyermek- és a tüdőgyógyászati osztályokon. Véleményük szerint a szűkebb területeken belül talált nagy minőségi különbségeket az eltérő terápiás szokások magyarázzák, vagyis az antibiotikum-választást nem a korszerű mikrobiológiai és farmakokinetikai ismeretek, hanem az egyes osztályok hagyományai és a gyógyszergyárak reklámtevékenysége határozzák meg. Hangúlyozzák az antibakteriális terápia oktatásának fontosságát az egyetemi és a szakmai képzésben.

Kulcsszavak: antibiotikum-felhasználás, orvosi szakterületek

Comparative study of the antibiotic consumption of different departments in seven Hungarian hospitals between 1989 and 1991. In their present work, authors, referring to their previous paper, wanted to compare the antibiotic consumption of the special medical fields in different hospitals. Computer database were utilised from different hospitals to obtain the necessary figures concerning antibiotic consumption. The amount of antibiotic consumption was expressed in Defined Daily Dose/1000 hospital day. The great differences found between hospitals in quality of antibiotic consumption related to the same subspeciality can be due to the different therapeutical approach in the respective departments. Quality of drug utilisation did not meet the expectations of the modern antibiotic therapy. Relatively low consumption was found in departments of ophthalmology, neurology, psychiatry and rehabilitation. Medium amount of antibiotic consumption was recorded in departments of internal medicine, general surgery, traumatology, obstetrics and gynecology, E. N. T. and dermatology. High antibiotic consumption was observed at the departments of urology, intensive care, infectology, pediatrics and pulmonology. Authors emphasise the importance of the education of the usage of antibiotics both at the medical universities and in postgraduate trainings as well.

Key words: administration of antibiotics, medical subspecialities

Az antibiotikumok az egész populáció valamennyi korcsoportjára vonatkoztatva a legáltalánosabban használt gyógyszercsoport. Minden orvos rendeli azokat, aki a gyógyító ellátásban dolgozik. Vannak szakmák szerinti antibiotikum-indikációs területek, de természetesen mindenki ír fel ilyen szereket nem szorosan az ő szakterületéhez tartozó gyakori betegségek kezelésére is. Általánosan elmondható, hogy pazarlóak vagyunk, és a legtöbb orvosi szakma képviselői nem kezelik a kemoterápia kérdését úgy, ahogy annak nagyságrendje indokolná, és sok helyen inkább hagyományok vagy éppen aktuális újdonságok alapján választanak antibiotikumot. A probléma anyagi, kórházhigiénés és nem utolsósorban a konkrét betegek sorsára gyakorolt közvetlen hatása miatt egyre nagyobb jelentőségre tesz szert.

Mi egy közelmúltban megjelent közleményünkben összehasonlítottuk különböző kórházak antibiotikum-felhasználását, és azt találtuk, hogy intézetek szintjén nem lehet egységes antibiotikum-fogyasztási szokásokról beszélni (1). Jelen tanulmányunkban ennek folytatásaként ugyanezen adatbázison alapulva, azt vizsgáljuk, hogy mennyire hasonlít egymáshoz azonos profilú osztályok antibiotikum-felhasználása.

Rövidítések: DDD = Defined Daily Dose = meghatározott napi felnőtt adag; DDD/1000 áp. nap = DDD/1000 ápolási nap; GYÓGYINFOK = Népjóléti Minisztérium Gyógyító Ellátás Információs Központja; DRG = Diagnosis Releated Group = homogén betegségcsoport, o. f. g. : orr-fül-gégészet

1. **táblázat:** Az adatgyűjtésben résztvevő kórházak kódjai és legfontosabb ápolási adatai

Betűkód és év	A 1989	B 1989	B 1990	B 1991	C 1990	D 1989	E 1989	F 1989	G 1989
Típus:	fővárosi	fővárosi	fővárosi	fővárosi	városi	városi	városi	megyei	városi
Ágyszám	1001—1500	1001—1500	1001—1500	1001—1500	501—1000	501—1000	<500	1500<	<500
Kiírt eset:	28 022	34 458	33 090	33 641	12 537	13 942	12 268	29 613	9 998
Feldolgozottság (%):	82	53	84	84	55	94	95	78	74

Feldolgozottság = a tárgyévben kiírt esetekből a GYÓGYINFOK feldolgozásba belekerült ápolási esetek aránya a kiírt esetek %-ában kifejezve

2. **táblázat:** Orr-fül-gége osztályok antibiotikum fogyasztása DDD/1000 ápolási napban kifejezve

	A 1989	B 1989	B 1990	B 1991	C 1990	D 1989	E 1989	F 1989	G 1989
Vizeletfertőtlenítők	3,45	0	0,86	2,07	0	1,35	0	0,63	2,98
Tetraciklin	8,26	26,68	29,82	29,29	10,46	85,16	10,49	18,56	132,08
Penicillin	11,62	165,33	186,24	175,11	60,09	196,02	58,88	25,68	8,76
Széles spekt. pen.	28,83	74,79	59,61	69,44	17,13	1,22	39,87	14,51	160,93
Oralis cefalosporin	1,37	16,68	48,89	31,52	0	4,52	0,31	2,45	33,14
II. gen. cefalosporin	0,65	5,99	7,95	5,23	0	0	0	4,23	4,34
III. gen. cefalosporin	0	0,44	0	0,22	0	0	0,46	0	0
Makrolid	4,25	9,5	5,98	3,67	0,18	24,81	2,32	2,07	37,09
Aminoglikozid	0,13	7,69	17,57	4,17	0,46	3,18	15,86	3,08	29,3
Szulfonamid	3,69	28,64	26,05	32,91	0	49,92	3,56	11,97	85,35
Kinolon	0	0	4,88	10,89	0	0	0	0	4,5
Metronidazol	12,02	0,48	0,84	0,58	3,6	2,14	1,01	33,25	44,79
Egyéb	0,59	9,86	10,08	2,39	0	0	0	0,85	0
Összesen	74,86	346,08	398,77	367,49	91,92	368,32	132,76	117,28	543,26

Széles spektr. pen. = széles spektrumú penicillin

Anyag és módszer

Az előző közleményben már ismertetett 7 kórház 1989. évi és közülük két intézet esetében 1990., illetve 1991. évi kórrajzokból gyűjtött adatainak GYÓGYINFOK adatbázisába integrált, antibiotikumokra vonatkozó részét DDD/1000 ápolási nap egységben, kórházanként osztályokra lebontva adtuk meg. A DDD/1000 áp. nap mint egység összehasonlíthatóvá teszi a különböző gyógyszerek fogyasztását kórházak és osztályok szerint azok tényleges betegforgalmától függetlenül, 1000 ápolási napra vetítve (6). A vizsgálatban résztvevő kórházak nevét, bár véleményünk szerint adataink nem intézeteket, nem osztályokat és nem is személyeket, hanem általánosan elterjedt szokásokat és szemléletet minősítenek, nem adjuk meg, mivel ehhez mindegyiküktől hozzájárulást nem kaptunk. Legfontosabb ápolási adataikat az *1. táblázatban* mutatjuk be. Az anyaggyűjtés és a hibaszűrés részleteit illetően előző közleményünkre utalunk (1). Különböző kórházak azonos szakmájú osztályait közös táblázatban ábrázolva igyekeztünk azok antibiotikum-felhasználását összevetni. Mivel csak 7 kórházból voltak adataink és több szakma nincs is mindenhol képviselve, statisztikai módszereket (medián, szórás) nem alkalmazhattunk. Jobb megoldás híján így kénytelenek voltunk bizonyos jellemző eredményeket kiragadni és ezeket táblázatokban bemutatni. Valamennyi, a felmérésben szereplő szakma összes gyógyszercsoportra vonatkozó adatai jelen közlemény kereteit meghaladó nagy adathalmazt jelentenek, ezért kiemeltünk három szakot: az orr-fül-gégészetet, az urológiát és az intenzív osztályokat, melyeket valamilyen okból jellegzetesnek tartunk, és ezeket részletesen külön ábrázoltuk *(2—4. táblázat)*. A többi szakma szélső értékeit (minimum, maximum) egy összefoglaló táblázatban mutatjuk be *(5. a—b. táblázat)*. Felhívjuk a figyelmet, hogy az *5. a—b. táblázat* utolsó sora „összfogyasztás", az előző táblázatokkal szemben nem a felette található számoszlop összegét, hanem az adott szakma összfogyasztásának minimumát, illetve maximumát jelenti.

Mivel több szakma intézetenkénti antibiotikum-fogyasztását elemző közlemény eddig hazánkban nem jelent meg, eredményeinket ebben a formában is érdemesnek tartjuk közreadni.

Eredmények

Amennyiben az orr-fül-gégészeti osztályokat ábrázoló 2. táblázatot vizsgáljuk, azonnal feltűnik, hogy milyen nagy különbséget találunk mind az összfogyasztás, mind pedig az egyes antibiotikum-csoportok tekintetében az egyes intézetek között. A legkisebb összfogyasztást mutató „A" kórház és a legnagyobb fogyasztást mutató „G" kórház között több mint 7-szeres különbség van. Elmondható, hogy a tetraciklinek, a penicillinek és a széles spektrumú penicillinek a leginkább használt antibiotikumok, de mindezeken, mind pedig a többi antibiotikum-csoporton belül igen szélsőséges értékeket találtunk. Néhány feltűnően alacsony vagy magas értéket mutató osztály esetében részletesen ellenőriztük a DRG besorolásokat és BNO-diagnózisokat is, és úgy találtuk, hogy azok bár némileg különböző beteganyagot takarnak, döntő többségükben o. f. g.-kórismék. Több esetben telefonon elbeszélgettünk az illetékes osztály hosszabb ideje ott dolgozó orvosaival, akik szintén megerősítették, hogy bár az osztályok profilja kismértékben különböző, a szemléletbeli különbségek nagyobbak az antibakteriális kezelést illetően. Alapvetően eltérő a nagy műtétek perioperatív profilaxisa, de a „banális" o. f. g.-betegségek, pl. sinusitisek, otitisek kezelésének tekintetében is nagyok a különbségek.

A BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR ANTIBIOTIKUMAI

Alap penicillinek

Oxybion szirup
Vegacillin tabletta
Maripen tabletta
Penicillin injekció 200 000 E, 1 000 000 E
Promptcillin és Promptcillin forte szuszpenziós injekció
Retardillin szuszpenziós injekció 400 000 E, 1 000 000 E

Széles spektrumú penicillinek

Amoxicillin	4 g/80 ml porszirup
	250 mg kapszula
	750 mg tabletta
	1000 mg tabletta
Penglobe	400 mg filmtabletta

Széles spektrumú, β-laktamáz stabil penicillinek

Augmentin	por sziruphoz 156 mg/5 ml
	375 mg filmbevonatú tabletta
	625 mg filmbevonatú tabletta
	600 mg i.v. injekció
	1.2 g i.v. injekció

Aminoglikozidok

Brulamycin	40 mg/ 1 ml injekció
	80 mg/ 2 ml injekció
	szemcsepp

Makrolidok

Eryc	125 mg kapszula
	250 mg kapszula

Új makrolidok

Klacid	250 mg filmtabletta
	granulátum szuszpenzió készítéséhez 125 mg/ 5 ml

Cefalosporinok

Cpocelin	0.5 g injekció
	1 g injekció
Cefobid	1 g injekció
(B-Pfizer)	2 g injekció



A hatásos terápia biztos tudatában...

BIOGAL Gyógyszergyár Rt.,
Farmamarketing és
Információs Osztály
4042 Debrecen, Pallagi út 13

DICYNONE®

Etamsylate

Különleges hatásmechanizmusú szintetikus vérzéscsillapító

A primer hemosztázisra hat - csökkenti a vérzési időt és a vérveszteség mennyiségét.
Nem befolyásolja a véralvadási faktorokat - az alvadási idő változatlan marad.

A ***DICYNONE*** *ideális és nagy biztonsággal alkalmazható gyógyszer a kapilláris vérzés kezelésére.*
Hatásosságát több mint 200 közlemény bizonyítja.
Gyógyszerformák:
2 ml-es ampulla (250 mg) i.v.és i.m. Injekció, valamint lokális alkalmazás céljára.
Tabletta (250 mg) orális kezelésre.



Gyártja és forgalmazza:
BIOGAL Gyógyszergyár Rt.,
Debrecen

OM Laboratories Genf licence alapján
OM

CORDAFLEX®

nifedipin



...a magyar nifedipin

CORDAFLEX®

10 mg filmtabletta
20 mg retard filmtabletta

Biztosítja a hypertoniás beteg aktív életvitelét.
Csökkenti az anginás rohamok gyakoriságát.

CORDAFLEX®

ÚJ !

spray
5 mg / puff

Angina pectoris roham kezelése ill. megelőzése.
Hypertoniás sürgősségi állapotok kezelése.

Individuális adagolási lehetőség !

Részletes információ beszerezhető:

EGIS

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
Piacfejlesztési és Információs Főosztály Tel.: 210-0867, 210-0868
Levélcím: 1087. Budapest, Keresztúri út 30-38 1475. Bp.,10. Pf 100.

SORBIFER® DURULES

filmtabletta



HATÉKONY VASTERÁPIA

- napi kétszeres, kényelmes adagolás
- jó felszívódás, biztos terápia
- jó tolerancia

HATÓANYAGOK: Ferrosum sulfuricum siccatum 320 mg (megfelel 100 mg Fe (II)-nek), Acidum ascorbicum 60 mg tablettánként. ● **JAVALLATOK:** Prelatens vashiánybetegség profilaktikus kezelésére, latens és manifeszt vashiánybetegség (vashiányos vérszegénység megszüntetésére alkalmas.● **ELLENJAVALLATOK:** Nyelőcső szűkület és/vagy az emésztő traktus obstruktív változásai. Fokozott vastárolással járó kórfolyamatok. ● **ADAGOLÁS:** Felnőtteknek és serdülőkorúaknak (12 éves kor felett) átlagos adagja 2x1 tabletta naponta szétrágás nélkül 1/2 pohár vízzel lenyelve, étkezés előtt legalább 1/2 órával. Csecsemőknek és kisgyermekeknek nem alkalmazható! Mellékhatások jelentkezése esetén az adag felére csökkenthető; 1 tabl./nap. A terhesség 1–6 hónapja alatt naponta 1 tabletta, a terhesség utolsó harmadában és szoptatás ideje alatt naponta 2x1 tabletta ajánlott. A kezelés időtartamát egyénileg a vasanyagcsere vizsgálatok kontrolljával kell meghatározni. A gyógyszer adását a hemoglobin koncentráció normalizálásakor abbahagyni nem szabad, hanem folytatni kell a vasraktárak telítődéséig (kb. 2 hónap). A terápia átlagos időtartama manifeszt vashiány esetén 3–6 hónap. ● **MELLÉKHATÁSOK:** Enyhe émelygés, hányinger, hasmenés vagy székrekedés, gyomortáji fájdalom. ● **GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Együttadása kerülendő:** – tetraciklinekkel, D-penicillaminnal (kelátképződés miatt mind ezek, mind a vas felszívódása csökken) – alumínium-, magnézium-, kálciumsó tartalmú antacidumokkal (a vas felszívódása csökken). ● **FIGYELMEZTETÉS:** A készítmény csak vashiánybetegségben hatásos. Adása előtt a vashiánybetegség diagnózisát (SeFe alacsony Se TVK magas érték) fel kell állítani. Más nem vashiány miatti vérszegénységben (infect anemia, krónikus betegségekhez társult vérszegénység) adni felesleges. ● **MEGJEGYZÉS:** ✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal. ● **CSOMAGOLÁS:** 50 db filmtabletta. ● OGYI eng. szám: 807/56/89.

Gyártja és forgalomba hozza:

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

az Astra Pharmaceuticals AB, Svédország licence alapján

EGIS

3. táblázat: Intenzív osztályok antibiotikum fogyasztása DDD/1000 ápolási napban kifejezve

	A 1989	B 1989	B 1990	B 1991	D 1989
Vizeletfertőtlenítők	11,78	21,35	1,81	3,75	48,57
Tetraciklin	35,62	261,94	177,1	77,28	170,69
Penicillin	9,31	42,93	12,93	6,63	8,6
Széles spektr. pen.	89,98	278,58	50,94	152,39	122,27
Oralis cefalosporin	4,04	48,48	2,55	10,96	7,9
II. gen. cefalosporin	20,11	84,9	136,68	129,64	0
III. gen. cefalosporin	23,5	52,58	52,65	29,65	0
Makrolid	9,74	6,08	8,67	0	7,04
Aminoglikozid	24,94	70,03	83,15	60,96	28,54
Szulfonamid	0	69,1	31,78	50,61	20,4
Kinolon	14,1	40,52	9,37	49,98	0
Metronidazol	21,27	9,16	237,4	321,57	8,24
Egyéb	6,37	24,6	20,29	9,23	28,06
Összesen	270,76	1010,25	825,32	902,65	450,31

Széles spektr. pen. = széles spektrumú penicillin

4. táblázat: Urológiai osztályok antibiotikum fogyasztása DDD/1000 ápolási napban kifejezve

	B 1989	B 1990	B 1991	F 1989	G 1989
Vizeletfertőtlenítők	27,17	33,82	23,86	45,38	43,69
Tetraciklin	11,18	7,8	3,72	35,12	96,56
Penicillin	4,26	1,11	0	2,4	0,45
Széles spektr. pen.	74,7	66,6	32,54	35,67	11,16
Oralis cefalosporin	75,32	97,79	100	15,89	0
II. gen. cefalosporin	4,71	9,57	8	9,46	0,33
III. gen. cefalosporin	13,06	28,44	21,46	2,01	3,27
Makrolid	0,68	2,31	0,62	0	0,08
Aminoglikozid	58,56	49,18	31,55	181,58	85,43
Szulfonamid	255,56	112,51	73,56	104,24	256,8
Kinolon	17,51	43,82	52,91	0	32,79
Metronidazol	0,18	2,33	1,75	72,23	3,43
Egyéb	5,67	1,5	0,29	49,14	0
Összesen	548,56	456,78	350,26	553,14	533,99

Széles spektr. pen. = széles spektrumú penicillin

5/a. táblázat: Különböző szakmák az adatgyűjtés során talált minimális és maximális antibiotikum fogyasztása DDD/1000 ápolási napban kifejezve

Osztályok száma	Belgyógyászat		Sebészet		Traumatológia		Szül.-Nőgyógy.		Gyermekgyógyászat		Ideggyógászat	
	17		6		3		7		5		6	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
Vizeletfertőtlenítők	1,69	49,89	0,08	11,37	0,02	14,23	4,34	68,68	0,35	8,41	0	27,81
Tetraciklin	10,37	210,89	19,3	234,65	10,25	136,24	1,32	102,25	0	34,32	5,76	43,44
Penicillin	0,07	29,07	1,7	33,76	1,53	43,28	1,06	226,53	7,11	145,25	0,75	156,99
Széles spektr. pen.	11,41	170,12	2,55	87,1	0,09	16,67	12,64	139,93	28,87	144,2	2,05	62,27
Oralis cefalosporin	0	28,48	0	22,25	0	15,77	0,68	11,91	3,51	18	0	11,69
II. gen cefalosporin	0	47,99	0	57,97	6,32	33,78	0	11,54	4,17	21,45	0	15,16
III. gen. cefalosporin	0	9,83	0	13,13	0	7,55	0	1,49	0,94	11,99	0	16,14
Makrolid	0	39,3	0,62	22,63	0	4,1	0	17,39	2,52	57,46	0,66	37,05
Aminoglikozid	6,26	105,25	5,95	116,11	14,49	53,98	1,98	47,7	2,67	64,06	1,56	27,94
Szulfonamid	4,86	42,5	3,71	62,36	8,3	29,38	0,72	66,86	0	21,78	7,28	97,5
Kinolon	0	70,54	0	9,69	0	0	0	0	0	0,36	0	9,42
Metronidazol	0,63	12,7	15,88	73,84	0,26	18,77	11,66	86,23	0,73	30,09	0	1,32
Egyéb	0	2,68	0,65	42,73	0	4,01	0	2,49	0	13,56	0	3,337
Összfogyasztás	141,47	480,94	162,94	510,41	150,56	233,1	109,3	372,98	101,21	373,84	67,3	316,43

Széles spektr. pen. = Széles spektrumú penicillin

5/b. táblázat: Különböző szakmák az adatgyűjtés során talált minimális és maximális antibiotikum fogyasztása DDD/1000 ápolási napban kifejezve

Osztályok száma	Szemészet		Fertőző		Tüdőgyógyászat		Elme		Rehabilitáció		Bőrgyógászat	
	6		4		3		5		12		3	
	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.	min.	max.
Vizeletfertőtlenítők	0	7,43	1,19	10,17	2,72	18,99	6,07	19,93	0,41	44,45	3,09	26,8
Tetraciklin	5,89	242,62	41,19	149,37	92,95	224	8,15	38,71	3,49	97,07	15,93	176,61
Penicillin	0,01	46,44	28,11	84,34	0	13,67	0,51	7,56	0	19,35	12,83	91,25
Széles spektr. pen.	0,22	68,13	36,56	148,14	77,77	91,62	3,89	27,6	1,51	51,75	8,1	22,29
Oralis cefalosporin	0	33,53	0,23	4,01	1,06	61,09	0,08	1,28	0	8,91	11,96	30,63
II. gen cefalosporin	0	5,44	0	18,4	3,44	9,95	0,4	3,29	0	8,56	0	5,25
III. gen. cefalosporin	0	28,77	0	10,72	0,03	54,58	0	0,22	0	0,71	0	0
Makrolid	0	8,43	2,04	38,45	10,72	75,95	0,96	10,86	0	6,07	11,73	99,21
Aminoglikozid	1,67	52,26	17,26	36,04	40,61	102,76	0,73	23,31	0	34,69	6,36	50,48
Szulfonamid	2,18	30,19	10,91	145,23	12,67	50,91	3,56	30,22	0,53	36,69	7,5	25,23
Kinolon	0	1,14	0	0	0	8,87	0	0,44	0	30,02	0	0
Metronidazol	0	1,62	0	19,48	0,39	2,57	0,64	2,97	0	8,27	1,28	17,17
Egyéb	0	2,05	1,83	21,93	0	14	0	2,18	0	4,03	1,33	44,22
Összfogyasztás	57,7	492,01	225,99	574,48	346,23	655,59	40,44	116,24	18,44	208,4	144,38	523,5

Széles spektr. pen. = Széles spektrumú penicillin

Ha az intenzív osztályokat ábrázoló *3. táblázatot* vesszük szemügyre, látható, hogy a regisztrált 3 osztály más szakmákhoz viszonyítva a nagyfogyasztók közé tartozik, habár az összfogyasztás tekintetében egymástól is jelentősen különböznek. A felhasználás összetételét tekintve megállapítható, hogy a preferált szerek osztályonként változnak. Feltűnő, hogy mind a három helyen magas arányban használnak tetraciklineket, holott ezeknek — ritka kivételtől eltekintve — az intenzív ellátásban már régóta nincs helyük. Érdekes módon „D" kórházban nem használnak II. és III. generációs cefalosporinokat, pedig ezeknek az alkalmazása intenzív osztályokon mindenképpen indokolt.

A 3 urológia osztály antibiotikum-fogyasztása, melyet a *4. táblázatban* ábrázoltunk, mind az összfogyasztás, mind a legtöbb antibiotikum-csoport fogyasztása tekintetében egyöntetűen magas, viszont kisebb az eltérés a szélső értékek között. Csak a penicillineknél és a makrolidoknál találunk más szakmákkal összehasonlítva lényegesen alacsonyabb felhasználást.

A különböző szakmák szélső értékeit bemutató *5. táblázattal* is a nagymértékben eltérő terápiás szokásokat kívánjuk szemléltetni, és segítséget szeretnénk nyújtani azoknak, akik saját osztályuk antibiotikum-fogyasztását viszonyítani szeretnék mások adataihoz. Megjegyezzük, hogy a szemészeti osztályok magasabb maximum értékeit egyetlen osztály extrémen magas értékei okozzák, a szakma antibiotikum-felhasználása általában alacsony. Ezen táblázat tájékoztató jellegű adatai alapján is nyilvánvaló, hogy a legtöbb szakterület nagy arányban használja a tetraciklineket, ugyanakkor bizonyos belgyógyászati, sebészeti, traumatológiai, ideggyógyászati és szülészet-nőgyógyászati osztályokon egyáltalán nem használnak cefalosporinokat. Nem tudjuk, hogy mi lehet ennek az oka. Talán a hagyományokhoz való ragaszkodás vagy a rosszul értelmezett takarékosság.

Annak alapján, hogy több alkalommal hivatkoztunk DRG besorolásokra és BNO diagnózisokra, jogosan vetődik fel az a kérdés, hogy a terápiát és a diagnózisokat miért értékeljük együtt. Ennek oka az, hogy a diagnózisok kódolását nem találtuk minden intézetben egyformán pontosnak. Bizonyos DRG csoportok szerinti antibiotikum-felhasználás publikálását a közeljövőben tervezzük.

Megbeszélés

Dolgozatunk fő tanulsága az, hogy az adatgyűjtés időszakában Magyarországon szakmákra lebontva sem figyelhetők meg egységes antibiotikum-felhasználási szokások. Azonos profilú osztályok antibiotikum-fogyasztása is igen nagy mértékben eltér egymástól. Nyilvánvaló, hogy sok helyen az antibakteriális kezelést inkább a helyi hagyományok és újabban a gyógyszergyárak reklámtevékenysége határozzák meg, nem pedig a korszerű mikrobiológiai és farmakokinetikai ismeretek. A legtöbb vizsgált osztály fogyasztási struktúrája korszerűtlennek mondható. Itt elsősorban a tetraciklin- és a cefalosporin-használat ellentmondásaira utaltunk, de az adatok alapján más szerek egyoldalú preferenciája vagy éppen mellőzése is felfedezhető.

A fenti eredmények alapján megállapítható, hogy viszonylag alacsony az antibiotikum-fogyasztás a szemészeti, az ideggyógyászati, az elme- és a különböző rehabilitációs osztályokon, közepesnek mondható a belgyógyászati a sebészeti, a baleseti sebészeti, a szülészet-nőgyógyászati, az o. f. g. valamint a bőrgyógyászati osztályokon, magas az urológia, az intenzív, a fertőző és a tüdőgyógyászati osztályokon. Mivel a DDD-értékek felnőtt dózist jelentenek, és egy felnőtt dózis több gyermek kezeléséhez elég, a gyermekgyógyászatot is az utóbbi csoportba kell sorolnunk. Természetesen a szakmáknak ebbe a három

durva kategóriába sorolása csak annyiban érték, amennyiben számszerűsíteni tudjuk a „sok" és a „kevés" fogalmát. Mindenképpen hasznos dolog egy intézet osztályainak gyógyszer-felhasználását más intézetek hasonló osztályaihoz hasonlítani. Viszonyítási alap nélkül lényegesen kevesebbet ér a kórházak gyógyszer-hasznosításának belső elemzése.

A gyógyszeres terápia szubjektív vonásai jól ismertek (4, 9, 10, 18). A tényből, hogy hasonló beteganyagot lehet sok és kevés antibiotikummal is sikeresen gyógyítani, következik a megállapítás, hogy a legtöbb intézetben az ésszerű antibiotikum-felhasználással jelentős megtakarítások érhetők el. Ennek haszna nem csak az alacsonyabb gyógyszerköltségek, hanem a kisebb számú antibiotikumrezisztencia és ily módon az eredményesebb gyógyítás terén is jelentkezik.

A megoldás egyik oldala a kórházi antibiotikumpolitika, melyre itt csak utalni szeretnénk (3, 11, 17), a másik a szakmai oldal. Az egyes szakmai kollégiumok gyakran bocsátanak ki módszertani leveleket ezzel a kérdéssel kapcsolatban, és korszerű ismeretanyagot nyújtó kézikönyvek is megjelentek a közelmúltban (7, 8, 12, 13, 14, 19). Mégis ironikusan meg kell állapítanunk, hogy ezeknek jóval kisebb a sikerük, mint a gyógyszergyárak reklámjainak, mivel ez utóbbiak jobb hatásfokkal juttatják propagandaanyagukat oda, ahová szánják. A reklámanyagok és néha az alkalmazási előirat félreérthető megfogalmazása nem ritka dolog (2). Úgy tűnik, hogy az antimikrobás terápia kérdése, mint több más interdiszciplinális tudományág, már az egyetemen elveszik a mikrobiológia, a gyógyszertan, az infektológia és a többi szaktudomány között. Mindenképpen szükséges tehát, hogy ezen három tárgy keretében nagyobb hangsúlyt kapjon az egyetemi oktatásban. Ezután az egyes szakterületeké a felelősség, hogy a tudományos fórumokon, továbbképzéseken és a szakvizsgákon kellő teret nyerjen a kérdés. A manuális szakmák különösen sokat tehetnének a profilaktikus antibiotikum-alkalmazás területén, ahol igen nagy az eltérés az elmélet és a gyakorlat között, holott ennek alapelvei kikristályosodottnak tekinthetők (5). Úgy tűnik, hogy az antimikrobiális kezelés kórházi összefogására az infektológia, mint szakma lenne a legalkalmasabb. Kívánatos lenne, ha minden nagyobb kórházban főállásban, a kisebbekben pedig konziliárusként foglalkoztatnának a kérdésben kompetens infektológust.

Röviden összefoglalva a hatékonyabb és olcsóbb kórházi antimikrobás terápiát elősegítené: 1. a kórházi antibiotikum-politika bevezetése; 2. az antimikrobás terápia kiemelt oktatása az egyetemeken és a szakmai továbbképzéseken; 3. a gyógyszerreklámok kritikusabb fogadása; 4. a témában kellőképpen jártas infektológus konziliárius alkalmazása kórházanként.

Közleményünk nem foglalkozott az alapellátással. Mivel ott kevesebb a betegre fordítható idő és a diagnosztikus lehetőség, még nagyobb arányban folytatnak antimikrobás kemoterápiát hibás indikációk alapján. Amellett, hogy fontos lenne az egész magyar alapellátás gyógyszerfelírásának monitorozása, sokkal nagyobb szerepet kellene adni az antibakteriális terápiának a családorvosi képzésben is (16, 20).

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönetet mondanak *dr. Baksa Klárának, dr. Bali Ildikónak* és *dr. Kócsi Juditnak* (Tolna megyei Önkormányzat Kórháza) az adatgyűjtésben, valamint *Czeglédi Erzsébetnek* és *Kovács Lajosnak* (GYÓGYINFOK) az adatfeldolgozásban nyújtott segítségükért. Megköszönik a cikkben szereplő kórházak, itt nevükön nem nevezett igazgatóinak, hogy az *1. táblázatban* szereplő ápolási adatokat rendelkezésünkre bocsátották.

IRODALOM: 1. *Almási I., Horváth É., Ternák G.:* Az antibiotikum-fogyasztás összehasonlító vizsgálata magyar kórházakban 1989. és 1991. között. Közlés alatt. Orv. Hetil. — 2. *Bán É.:* Észrevétel az antibiotikumok ismertetésével kapcsolatban. Gyógyszereink, 1991, *41*, 158. — 3. *Coleman, R. W., Rodoni, L. C., Kaubisch, S. és mtsai:* Cost-effectiveness of continuous parenteral antibiotic control: Experience at the Palo Alto Veterans Affairs Medical Center from 1987 to 1989. Am. J. Med., 1991, *90*, 439—444. — 4. *Csontos Z., Faragó E., Orosi P.:* Pulmonológiai fekvőbetegosztály antibiotikum-kezelési gyakorlatának felmérése. Pneum. Hung., 1986, *39*, 557—563. — 5. *Everitt, D. E., Soumerai, S. B., Avorn, J. és mtsai:* Changing surgical antimicrobial profilaxis practices through education targeted at senior department leaders. Infect. Control. Hosp. Epidemiol., 1990, *II*, 578—583. — 6. *Gállik, I.-né:* Gyógyszereink legfőbb adatai 1991/1992. Cserépfalvi kiadó—Pharmafontana, Budapest, 1992. 104—125. old. — 7. *Graber, H.:* Az antibiotikum-kezelés gyakorlata. Antimikrobás kemoterápia. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 1993, 318. old. — 8. *Graber, H.:* Belgyógyászati betegségek antibiotikus kezelése. Gyógyszereink, 1986, *36*, 129—137. — 9. *Howie, J. G. R.:* Clinical judgement and antibiotic use in general practice. Brit. Med. J., 1976, *2*, 1061—1064. — 10. *Howie, J. G. R.:* Some non-bacteriological determinants and implications of antibiotic use in upper respiratory tract illnesses. Scand. J. Infect. Dis., 1983, *39*, (Suppl.), 68—72. — 11. *Jákics, J., Bándi, D., Csák, E.:* Kísérlet az antibiotikum-kezelés hatékonyságának javítására. Orv. Hetil., 1986, *127*, 1371—1374. — 12. *Kassai P., Nyerges G.:* A csecsemő- és gyermekkorban előforduló heveny-félheveny bakteriális infekciók antibiotikus és kemoterápiás kezelése az alapellátásban. Gyógyszereink, 1992, *42*, 285—291. — 13. *Ludwig, E.* (szerk.): Az aminoglikozid antibiotikumok klinikai alkalmazása. Módszertani levél. Orv. Hetil., 1992, *132*, 79—82. — 14. *Ludwig E.* (szerk.): A Magyar Kemoterápiás Társaság ajánlása: A felnőttkori húgyúti infekciók antibiotikumkezelése. Gyógyszereink, 1992, *42*, 231—234. — 16. *Katona Z.:* Antibakteriális kezelés a körzetorvoslásban. Orv. Hetil., 1987, *128*, 1403—1410. — 17. *Marr, J. J., Moffet, H. L., Kunin, C. M.:* Guidelines for improving the use of antimicrobial agents is hospitals: A statement by the Infectious Diseases Society of America. J. Infect. Dis., 1988, *157*, 869—876. — 18. *Mölstad, S., Hovelius, B., Kroon, L. és mtsa:* Prescription of antibiotics to out-patients in hospital clinics, community health centres and private practice. Eur. J. Clin. Pharmacol., 1990, *39*, 9—12. — 19. *Simon C., Stille W., Münnich D.:* Korszerű antibiotikus terápia. Springer-Verlag, Budapest, Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hongkong, Barcelona, 1991, 569. old. — 20. *Wyatt, T. D., Reilly, P. M., Morrow, N. C. és mtsa:* Shortlived effects of a formulary on anti-infective prescribing — the need for continuing peer review? Fam. Pract., 1992, *9*, 461—465.

(Almási István dr., *Szekszárd*, Pf. 85. 7101)

UVEK Ultrahangvezérelt VESE-EPEKŐZÚZÁS

VESEKŐ EPEKŐ

LITHOTERÁPIÁS (ESWL) kezelés

„MI MEGYÜNK A BETEGHEZ”

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

1. BUDAPEST:	Újpesti Városi Kórház	Telefon: 169-3297, 169-0666
2. KECSKEMÉT:	Hollós József Megyei Kórház	Telefon: 06 (76) 481-781
3. SZEGED:	SZOTE Urológiai Sebészeti Tanszék	Telefon: 06 (62) 490-590
4. KAPOSVÁR:	Kaposi Mór Megyei Kórház	Telefon: 06 (82) 311-511
5. DEBRECEN:	DOTE Urológiai Klinika	Telefon: 06 (52) 311-600
6. DEBRECEN:	Kenézy Gyula Megyei Kórház	Telefon: 06 (52) 313-555
7. OROSHÁZA:	Orosháza Városi Önkormányzat Kórháza	Telefon: 06 (68) 311-166
8. GYULA:	Pándy Kálmán Megyei Kórház	Telefon: 06 (66) 361-833
9. SZOMBATHELY:	Vas Megyei Markusovszky Kórház	Telefon: 06 (94) 311-542
10. GYŐR:	Petz Aladár Megyei Kórház	Telefon: 06 (96) 418-244
11. VESZPRÉM:	Csolnoky Ferenc Megyei Kórház	Telefon: 06 (88) 320-211
12. BAJA:	Baja Városi Kórház	Telefon: 06 (79) 322-233
13. EGER:	Markhot Ferenc Megyei Kórház	Telefon: 06 (36) 411-422
14. SZOLNOK:	Hetényi Géza Megyei Kórház	Telefon: 06 (56) 421-521
15. PÉCS:	POTE Urológiai Klinika	Telefon: 06 (72) 332-622
16. DOMBÓVÁR:	Dombóvár Városi Kórház	Telefon: 06 (74) 365-844
17. SOPRON:	Sopron Városi Kórház	Telefon: 06 (99) 312-120
18. NAGYKANIZSA:	Nagykanizsa Megyei jogú Városi Kórháza	Telefon: 06 (93) 311-500
19. SALGÓTARJÁN:	Madzsar József Megyei Kórház	Telefon: 06 (32) 311-222
20. SZENTES:	Csongrád Megyei Önkorm. Területi Kórháza	Telefon: 06 (63) 313-244
21. MISKOLC:	Semmelweis Megyei Kórház	Telefon: 06 (46) 363-333
22. SZÉKESFEHÉRVÁR:	Szent György Megyei Kórház	Telefon: 06 (22) 316-001
23. SZEKSZÁRD:	Tolna Megyei Önkormányzat Kórház	Telefon: 06 (74) 312-211

Az EPEHÓLYAG-EPEÚT köves megbetegedéseinek ESWL kezelése: Budapesten az Erzsébet (Korányi Sándor és Frigyes) Kórház Sebészeti Osztályán történik. Tel.: 122-3457, 121-5215. Fax: 122-9460.

A köves megbetegedések Lithoterápiás gyógyítását az OTF finanszírozza.

A berendezés várható beosztásáról információ:

UVEK Kft.

1015 Budapest, Hunfalvy u. 8. Telefon/fax: 201-3783.

KAZUISZTIKA

Műtétet igénylő, multiplex végtagi embolisatiót okozó többszörös mobilis bal kamrai thrombus

Hetey Margit dr., Lengyel Mária dr.[1] és Bartek Iván dr.[1]

Heves Megyei Önkormányzat Markhot Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Eger, I. Belgyógyászati Osztály — Kardiológia (osztályvezető főorvos: Szalóky Pál dr.)
Országos Kardiológiai Intézet, Budapest (igazgató: Lozsádi Károly dr.)[1]

A szerzők ismertetik egy 35 éves halmozott rizikófaktorral bíró férfi esetét, aki mindkét kezének ujjain és jobb lábán fellépő microemboliák okának tisztázása végett került kardiológiai vizsgálatra. Az anamnesis és EKG alapján embóliát megelőzően két hónappal észlelésre nem került anterior localizációjú myocardialis infarctust szenvedett el otthonában. 20 echocardiographiával anterior myocardialis infarctusra utaló falmozgászavart és embóliaforrásként a bal kamrában többszörös, köztük egy igen mobilis thrombust észleltek. Héthetes anticoagulans terápiára újabb embólia nem lépett fel, de a thrombusok lényeges regressiót nem mutattak, ezért az Országos Kardiológiai Intézetben transoesophagealis echocardiographia és coronarographia után sikeres thrombectomia és revascularisatiós műtét történt. Két évvel a műtét után újabb thrombust nem észleltek. Az eset kapcsán áttekintették a myocardialis infarctus szövődményeként fellépő bal kamrai thrombusok irodalmát.

Kulcsszavak: myocardialis infarctus, bal kamrai thrombus, kétdimenziós echocardiographia, embólia, thrombectomia

Multiple left ventricular mobile thrombi causing repeated limb embolisms requiring surgery. The authors report on the case of a 35-year-old man with multiple risk factors, who was sent to cardiac examination in order to find the cause of microembolisms on his fingers of his hands and on his right leg. According to the history and the ECG the patient had suffered an anterior myocardial infarction at home two months before the embolisms which had not been detected at that time. Performing 2D echocardiography, wall motion abnormality indicating anterior myocardial infarction and several thrombi were found as the source of embolisms. One of the thrombi were highly mobile. During 7 weeks of anticoagulant therapy there was no new embolism but the thrombi did not show regression, therefore the patient was sent to the Hungarian Institute of Cardiology where successful thrombectomy and revascularisation were performed after transoesophageal echocardiography and coronarography. At two year follow-up after the surgery there was no new thrombus detected. In connection with the case the authors surveyed the literature of left ventricular thrombus formation following myocardial infarction.

Key words: myocardial infarction, left ventricular thrombus, two dimensional echocardiography, embolism, thrombectomy

Az acut myocardialis infarctushoz (MI) társult bal kamrai thrombus (BKT) gyakori jelenség, melynek fontosságát az embóliahajlam — főleg cerebralis — hangsúlyozza. A kétdimenziós echocardiographia (2D echo) a BKT in vivo felismerését nagyon megkönnyítette és széles körben elérhetővé tette. A 2D echo szenzitivitását 85—95%-nak, specificitását 85—98%-nak értékelik a BKT felismerésében műtéti és boncolási leletekhez viszonyítva, nagyszámú betegen végzett vizsgálatok alapján (4, 18, 21).

A BKT gyakoriságát acut MI-ban a szerzők eltérően ítélik meg, de abban egyező a véleményük, hogy inferior MI-ban csak elvétve fordul elő (6). Anterior infarctusban 17—57%-ban észlelték (1, 2, 4, 17). Anterior infarctus és bal kamrai aneurysma esetén a gyakoriság 50% (5, 8, 16).

A BKT keletkezésének idejében is megoszlanak a vélemények az irodalomban. Anterior MI első 48 óráján belül számos szerző észlelt BKT-t prospektív 2D echovizsgálatok során (1, 2, 4, 11, 17). Azonban az infarctus utáni első héten, első hónapban találták a legnagyobb gyakoriságot. *Domenicucci és mtsai* (4, 5) folyamatos prospektív 2D echo követéssel az acut MI tüneteinek fellépése után tanulmányozták a BKT kialakulásának idejét. Az első 48 órán belül a BKT-ok 56%-a, az első héten 82%-a, a második héten 89%-a, az első hónapban 93%-a kialakult. *Spirito és mtsai* (17) szerint minél nagyobb mértékű a szövetpusztulás, a falmozgászavar és minél károsodottabb a bal kamra funkció, annál hamarabb észlelhető BKT. Az infarctus után korán, 48 órán belül kialakult BKT esetén betegeik összmortalitása 57%, kórházon belüli halálozás

Rövidítések: MI = myocardialis infarctus; BKT = bal kamrai thrombus; 2D echo = kétdimenziós echocardiographia

42% volt, szemben a később kialakuló thrombus esetén vagy thrombus nélküli betegeknél észlelt 20%-os halálozással. Az infarcerált myocardiumot befedő késői BKT protektív hatású, védi a myocardiumot a mechanikai károsodástól (14). Erre utalhat egyikünk (LM) megfigyelése: acut MI 7. napján BKT miatt intravénás Streptokinazekezelésre a thrombus feloldódását észlelte 48 óra múlva, azonban a beteg néhány órán belül szívruptura miatt meghalt (11).

A BKT jelentősége a szisztémás embolisatióban van. A klinikailag jelentős embóliák 70—80%-a agyembólia. *Fuster és Halperin* (8) szerint az agyi embóliák oka 50%-ban infarctusos eredetű BKT. Prospektív 2D echo követés során az embóliaincidenciát 2—8% közöttinek találták (1, 4, 8, 17), míg követés nélküli betegeken 22—27%-nak (9, 11, 19), bal kamrai aneurysma és thrombus esetén 11%-nak (1, 16).

Az embólia előfordulása az acut MI első 6 hetében, azon belül is az első héten a leggyakoribb, 6 hónap után gyakorlatilag nem kell vele számolni. Protrudáló, nyeles, többszörös, mobilis BKT-ok nagyobb embóliarizikóval járnak (9, 11, 17, 18).

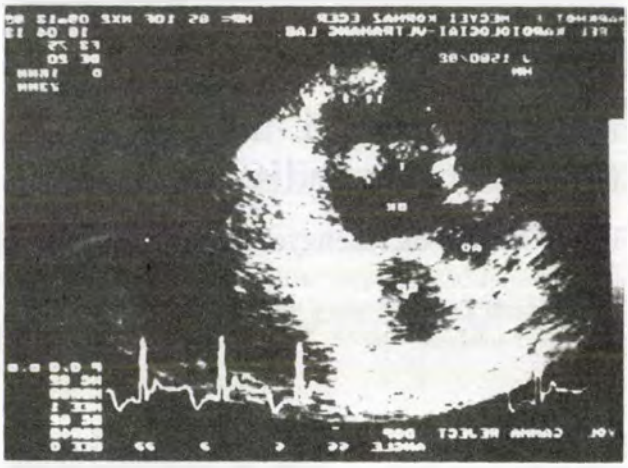
Az acut MI kezelésére alkalmazott fibrinolysis feltételezhetően kivédi a BKT kialakulását, ezt a hypothesist azonban még nem sikerült igazolni. Az viszont egyértelműen bizonyított tény, hogy az acut anterior MI kezdetétől terápiás dózisban adott heparin-, majd orális anticoagulans kezelés a BKT gyakoriságát és főképp az embólia előfordulását jelentősen csökkenti (1, 2, 20, 21). Ezért a hazai Kardiológiai Szakmai Kollégium állásfoglalása már 1989-ben előírta az acut anterior MI anticoagulans kezelését (15). BKT kezelésére tartós anticoagulálás javasolt Syncumarral. A 2D echo tanúsága szerint a bal kamrai thrombus oldódás a második héten megkezdődik és a negyedik héten teljessé válik (11).

A BKT műtéti eltávolítása nagy, protrudáló, mobilis thrombusok esetén jön szóba, többnyire aneurysmectomia során. Aneurysmectomiával nem járó bal kamrai thrombectomiáról kevés irodalmi közlés van, eddig öt eset ismertetéséről tudunk (3, 7, 12, 13). Esetünket azért tartjuk közlésre érdemesnek, mert fiatal, szívbetegségéről nem tudó egyén multiplex szisztémás embóliáinak forrásaként okolható mobilis bal kamrai thrombusokra és a korábban fel nem ismert anterior myocardialis infarctusra 2D echo során derült fény- és az anticoagulans kezelés hatástalansága miatt kényszerültünk bal kamrai thrombectomiára.

Esetismertetés

M. J. 36 éves férfi 1992. szeptember 12-én jelentkezett vizsgálatra kardiológiai szakambulanciánkon. Anamnesisében 5 éve fennálló, nem kezelt hypertonia betegség, erős dohányzás (napi 2 doboz cigaretta), rendszeres alkoholfogyasztás (1 dl tömény alkohol és 2—3 üveg sör naponta), tartós fizikai és psychés túlterhelés (munkanélkülivé válás, családi ház építése) szerepel.

3 hónappal korábban verejtékezéssel, fulladással, lázzal, köhögéssel járó erős mellkasi szorító fájdalmat érzett egy éjszaka. Újabb mellkasi fájdalma, láza nem volt, orvoshoz nem fordult, fizikai munkát végzett, teljesítőképességében rosszabbodást nem észlelt. 3 hete a jobb kéz III. ujján, 2 hete a bal kéz II. ujján fájdalmat, lividitást észlelt, jobb lábát hidegnek, zsibbadtnak érezte. Sokat köhögött.



1. ábra: Csúcsi 2D echo metszet. A bal kamra üregében 16 mm és 23 mm átmérőjű mobilis thrombusok, a csúcsban lapos fali thrombus (nyilak jelzik). *Rövidítések:* BK: bal kamra, BP: bal pitvar, AO: aortagyök

Statusából kiemelendő: vérbő garat, hiányos, elhanyagolt fogazat, a tüdők fölött érdes légzés, a szív fölött zörej nem hallható, a csúcson pitvari hang, a szívműködés ritmusos, RR: 150/90 Hgmm, P: 64/min, hepar 1 harántujjal nagyobb, a jobb kéz III. ujjának körömperce livid, hűvös tapintatú, palmaris felszínén trophikus zavar, bal kéz II. ujjának körömperce livid, hűvös tapintatú, jobb láb hűvös tapintatú, jobb arteria dorsalis pedis nem tapintható.

Laboratóriumi leletei: We: 2 mm/h, Fvs: 7,6 G/l, Hgb: 186 G/l, Htk: 51, Thr: 177 G/l, cholesterin: 8,3 mmol/l, triglycerid: 4,27 mmol/l, serum húgysav: 446 mmol/l. Necroenzimemelkedést nem észleltünk.

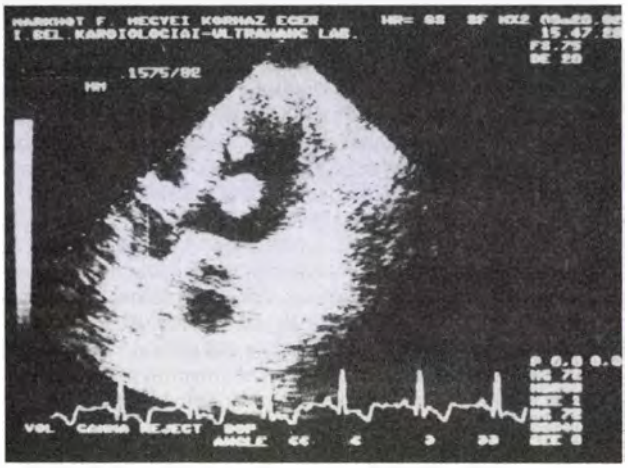
EKG: Sinus ritmus, bal típus, bal anterior hemiblock, VI-4-ben QS, VI-3-ban elevált ST-szakaszok, I-aVL-V3-6-ban negatív T-hullámok.

2D echo: aortagyök: 34 mm, bal pitvar: 47 mm, bal kamra végdiasztolés átmérő: 66 mm, végszisztolés átmérő: 51 mm, septumvastagság: 9 mm, hátsó fal vastagság: 12 mm. Ejectiós fractio: 41%. Tág bal szívfél, ép billentyűk. A bal kamra csúcsában egy falhoz tapadó, üregében két mobilis, kerek echodens massza látható *(1. ábra)*. Az egyik, a septum középső részéhez közeli 15 mm átmérőjű, a másik laterálisabb, 22 mm átmérőjű, mely minden szívciklus alkalmával nekiütődik az anterior mitrális billentyűnek, nyele csak sejthető *(2. ábra)*. A bal kamra csúcsa, a septum distalis negyede és az anterolateralis segment mozgása akineticus. Vélemény: anterior myocardialis infarctus, többszörös bal kamrai thrombus. A vizsgálat után a beteg azonnal az I. Belgyógyászati Osztály kardiológiai részlegére került felvételre. Heparinnal alvadásgátló kezelést kezdtünk el, melyet Syncumarral folytattunk. Átmenetileg a thrombusok denzitása csökkent, azonban ismételt 2D echo vizsgálattal lényeges változást nem észleltünk. 5 hetes anticoagulans kezelés alatt újabb embóliája nem volt, azonban a további szisztémás embolisatio lehetőségét magában hordozó mobilis bal kamrai thrombusok miatt a beteget október 21-én az Országos Kardiológiai Intézetbe helyeztük át.

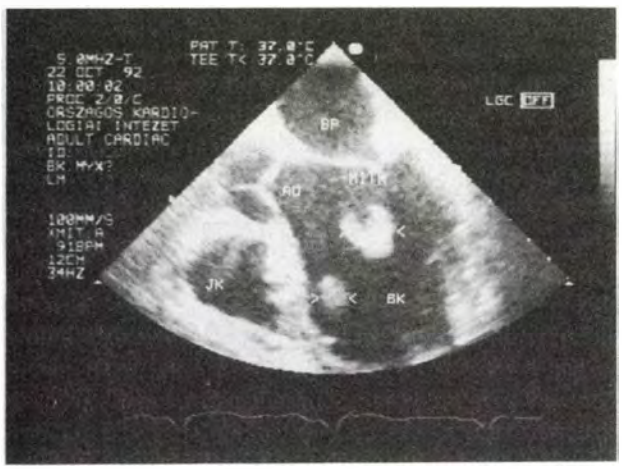
Az Országos Kardiológiai Intézetben elvégzett vizsgálatok leletei:

2D echo október 21-én a korábban leírtakat igazolta, a thrombusok nyele, tapadása nem volt észlelhető.

Transoesophagealis echocardiographia október 22-én: a bal kamrában 2 nagy mobilis képlet látható. Az egyik septumhoz csatlakozik, nyele csak sejthető, átmérője 16 mm, itt falmozgászavar nincs, a másik max. átmérő 23 mm, nyele csak transgastricus metszetből sejthető, mozgása a csúcstól a mitralis szintig terjed *(3. ábra)*. A csúcsban lapos fali echotöbblet is látszik, ez lehet thrombus. A transgastricus metszetből az anterolateralis fal akineticus, a többi fal hypokineticus.



2. ábra: Csúcsi 2D echo metszet. A lateralisabb elhelyezkedésű thrombus a mitralis szintig mozdul előre a bal kamrában



3. ábra: Transoesophagealis frontális hossztengelyű: metszet. Két kerek mobilis thrombus a bal kamra üregében.
Rövidítések: BP: bal pitvar, BK: bal kamra, AO: aortagyök, MITR: mitrális billentyű, JK: jobb kamra

Coronarographia október 26-án: Selektiv bal coronarogram: a főtörzs ép. Az anterior descendensen eredésétől kezdve a középső harmadig dissectio látható, mely a vaskos diagonalison követhető a második oldalág eredéséig, mindkét éren szignifikáns szűkületet okozva. A circumflexuson és a jobb coronarián ép viszonyok. A jobb coronarián lefutási anomalia: egyetlen vaskos marginalis fut az elülső falon. Vélemény: radiológiailag anterior descendens betegség.

Koponya-CT október 27-én: negatív.

Angiológiai vizsgálat október 27-én: az alsó végtag összes ujjain jó perifériás nyomások. Jobb arteria dorsalis pedisen perifériás occlusio (50/120).

Az anticoagulans kezelésre összességében 7 hét után sem reagáló, bal kamrai thrombusok és a ramus descendens anterior betegsége miatt október 30-án szívműtétre került sor. A coronaria revascularisatio a bal arteria mammaria interna proximális csonkjának a ramus descendens anteriorra és aorta-coronaria saphena bypass graftnak a II. diagonalis ágra helyezésével történt. Aortotomia után a bal kamra üregéből a veszélyes intraventricularis mozgású, cseresznyényi thrombus egészében eltávolításra került. A másik mobilis képlet a falhoz szélesen tapadó csúcsi thrombus részének bizonyult, és a műtét utáni anticoagulans kezelésre megkisebbedett. A postoperativ 2D echo 1 hét múlva már csak falhoz tapadó, 21 × 15 mm-es residualis thrombust, csúcsi akinesist, jó bal kamra funkciót mutatott. 3 havonkénti 2D echo ellenőrzéssel a bal kamra üregében thrombust már nem észleltünk a 2 éves utánkövetés alatt. A beteg panaszmentes.

Megbeszélés

A szisztémás embóliaforrás keresésére a 2D echo az első diagnosztikus módszer. Ennek találati aránya azonban viszonylag alacsony, különösen ismert szívbetegség hiányában (10). A 2D echo vizsgálattal felismerhető leggyakoribb embóliaforrás a bal kamrai thrombus, melynek oka acut, vagy régi anterior infarctus vagy csökkent bal kamra funkció (10, 11).

Esetünk arra a lehetőségre hívja fel a figyelmet, hogy strukturális szívbetegség nélkülinek hitt egyén szisztémás embóliáinak hátterében súlyos szívbetegség is meghúzódhat, nevezetesen „némán" (helyesebben felismeretlenül) lezajlott anterior myocardialis infarctus és bal kamrai thrombus. Ismeretlen okú szisztémás embolisatio esetén még fiatal, szívpanaszok nélküli, jó munkabírású egyén esetén is legalább a 2D echo elvégzése mindenképpen indikált.

Anterior infarctusban az acut szakban megkezdett anticoagulans kezelés megfelelő módszernek bizonyult az embóliaveszélyes bal kamrai thrombus kialakulásának kivédésére (20). Az anticoagulans kezelés célja, a primer prevención kívül a secunder prevenció is, tehát a lezajlott embolisatio után a thrombus kezelése és ezzel újabb embólia kivédése. Esetünk tanulsága ebből a szempontból az, hogy a nem friss, mobilis thrombus „feloldására" az anticoagulans kezelés nem mindig alkalmas.

Ezután már csak a műtéti megoldás jöhet szóba. Az irodalomban a bal kamrai thrombus nem képezi a sebészi eltávolítás elfogadott indikációját, és csak kevés eset ismertetéséről tudunk, ahol a bal kamrai thrombectomia aneurysmectomia nélkül történt. Két esetben myxomának hitt thrombust (12, 13), egy esetben ismételt retina embóliát okozó meszes thrombust (3), egy esetben congestiv cardiomyopathia talaján kialakult, agyembóliát okozó tömeges thrombust (12), egy esetben bypass-műtét során távolítottak el kocsányos thrombust a bal kamrából (7). Betegünkben 2D és transoesophagealis echo-val a csúcsban lévő fali thrombus mellett két mobilis thrombus is látható volt a bal kamra üregében, melyek közül az egyik különösen veszélyes volt, mozgása a csúcstól a mitralis szintig terjedt, és számítani lehetett újabb embóliára. Az anticoagulans kezelés 7 hét alatt sem eredményezte a thrombusok feloldódását — bár újabb embólia nem lépett fel —, ezért döntöttünk a műtéti eltávolítás mellett. A döntést a revascularisatio szükségessége mindenképpen megkönnyítette, így thrombectomiával kombinált coronariaműtétre került sor. A műtét során a veszélyes intraventricularis mozgású thrombus eltávolításra került, a másik a csúcsi fali thrombus protrudáló szélének bizonyult, és a műtét utáni anticoagulans kezelésre a szokásos módon eltűnt és újabb nem keletkezett kétéves utánkövetés alatt.

IRODALOM: 1. *Arvan, S. Boscha, K.:* Prophylactic anticoagulation for left ventricular thrombi after acute myocardial infarction: A prospective randomized trial. Am. Heart J., 1987, *113,* 688. — 2. *Asinger, R. W. Mikell, F. L., Elsperger, J. és mtsai:* Incidence of left ventricular thrombosis after acute transmural myocardial infarction. Serial evaluation by two-dimensional echocardiography. N. Engl. J. Med., 1981, *305,* 297. — 3. *Cullen, H. G. és mtsai:* Calcified left ventricular thrombus causing repeated retinal arterial emboli. Chest, 1981, *79,* 708. — 4. *Domenicucci, S., Bellotti, P., Chiarella, F. és mtsai:* Spotaneous morphologic changes in left ventricular thrombi: a prospective two-dimensional echocardiographic study. Circulation, 1987, *75,* 737. — 5. *Domenicucci, S., Chiarella, F., Bellotti, P. és mtsai:* Early appearance of left ventricular thrombi after anterior myocardial infarction: a marker of higher in-hospital mortality in patients not treated with antithrombic drugs. Eur. Heart J., 1990, *11,* 51. — 6. *Fiedmann, H. Z., Buda, A. J.:* Biventricular thrombus formation in association with acute myocardial infarction: diagnosis by two-dimensional echocardiography. J. Clin. Ultrasound, 1986, *14,* 315. — 7. *Fournial, G. és mtsai:* Thrombus flottant du ventricule gauche aprés infarctus du myocarde récent traité chirurgicalement. Arch. Mal. Coeur, 1980, *73,* 1415. — 8. *Fuster, Vl., Halperin, J. L.:* Left ventricular thrombus and cerebral embolism. N. Engl. J. Med., 1989, *320,* 392. — 9. *Haugland, J. M., Asinger, R. W., Mikell, F. L. és mtsai:* Embolic potential of left ventricular thrombi detected by two-dimensional echocardiography. Circulation, 1984, *70,* 588. — 10. *Hofman, T., Kasper, J., Meinertz, T. és mtsai:* Echocardiographic evaluation of patients with clinically suspected arterial emboli. Lancet, 1990, *336,* 1421—1424. — 11. *Lengyel M., Farkas P., Árvay A.:* A bal kamrai thrombus diagnosisa és kezelése. Orv. Hetil., 1987, *128,* 1659. — 12. *Lengyel, M., Árvay, A., Bartek, J.:* Surgical treatment of left ventricular thrombi: two dimensional echocardiographic diagnosis. Cor Vasa, 1986, *28,* 438. — 13. *Levisman, J. és mtsai:* Echocardiographic diagnosis of a mobile, pedunculated tumor in the left ventricular cavity. Am. J. Cardiol., 1975, *36,* 957. — 14. *Nitroyannopoulos, P., Smith, G. C., Maseri, A. és mtsai:* The natural history of left ventricular thrombus in myocardial infarction: a rationale in support of masterly inactivity. J. Am. Coll. Cardiol., 1989, *14,* 903. — 15. Módszertani levél. Antithromboticus terápia ischaemiás szívbetegségben. Orv. Hetil., 1989, *130,* 2643—11. — 16. *Simpson, M. T. Oberman, A., Kouschoukos, N. T. és mtsai:* Prevalence of mural thrombi and systemic embolisation with left ventricular aneurysm. Effect of anticoagulation therapy. Chest, 1980, *77,* 463. — 17. *Spirito, P., Belotti, P., Chiarella, F. és mtsai:* Prognostic significance and natural history of left ventricular thrombi in patients with acute anterior myocardial infarction: a two-dimensional echocardiographic study. Circulation, 1985, *72,* 774. — 18. *Stratton, J., Ligthy, G. W., Pearlman, A. S. és mtsai:* Detection of left ventricular thrombus by two-dimensional echocardiography: sensitivity, specificity and causes of uncertainty. Circulation, 1982, *66,* 156. — 19. *Tramarin, R. és mtsai:* Two-dimensional echocardiographic assessment of anticoagulant therapy in left ventricular thrombosis early after acute myocardial infarction. Eur. Heart J., 1986, *7,* 482. — 20. *Vaitkus, P. T., Barnathan, E. S.:* Embolic potential prevention and management of mural thrombus complicating anterior myocardial infarction: a meta-analysis, JACC, 1993, *22,* 1004—1009. — 21. *Wintraub, W. S. Ba'albaki, H. A.:* Decision analysis concerning the application of echocardiography to the diagnosis and treatment of mural thrombi after anterior wall acute myocardial infarction. Am. J. Cardiol., 1989, *64,* 708.

(Hetey Margit dr., *Eger,* Pf. 15. 3301)

A Magyar Onkológusok Társasága Mammológiai Szekciójának 1994. december 16-án elfogadott javaslatai az emlőrákszűrés tárgyában.

1. Emlőrákszűrés csak az egész országra kiterjedően érvényes egységes alapelvek szerint történhet.
2. A szűrés elkezdése előtt a legmagasabb szintű egyeztetés, anyagi és tudományos megfontolás szükséges.
3. Az ebben részt vevő orvosokat és asszisztenciát egységes alapelvek szerint ki kell képezni, és előzetes ellenőrzés után képesítéssel kell ellátni.
4. A szűrés eredményét országos szinten számítógépen kell tárolni, állandóan hozzáférhető módon (digitális képrögzítés).
5. A szűrőcentrumoknak kellő befogadóképességű és felkészültségű sebészeti osztályokkal kell kapcsolatban állniok, ahol a további kivizsgálás és kezelés történhet, különös tekintettel a pathologiai diagnosztikára.
6. A szűrés alapelvei: anamnesis (kérdőív), tapintás, mammográfia. Egyéb eszközös szűrés (UH, TG, transzilluminació) nem végezhető.
7. A mammográfiás vizsgálatok csak korszerű készülékeken, korszerű kiegészítésekkel, modern elvek szerint végezhetők.
8. Szűrési életkor: 50—65 év között indokolt, 40—49 év között ajánlatos.
9. 30 éves kor alatt mammográfia csak indokolt esetben végezhető, szűrési jelleggel egyáltalán nem.
10. A szűrés leletezéséhez egységes, számítógépbe táplálható terminológia szükséges.
11. A szűrés eredményét 5 évenként feldolgozva, nyilvánosságra kell hozni.
12. Mindaddig, amíg a fent leírtak nem valósulhatnak meg, az emlő vizsgálata a komplex szűrés részeként, kiterjesztett klinikai vizsgálat formájában végezhető, ez azonban nem tekinthető szűrésnek.

carbocystein

Mucopront®



Mucodíné

már MACK EGÉSZSÉG es

Részletes információkat az alkalmazási előírás tartalmaz.

Magyarországi képviselet: INTHERA AG 1775 Budapest, Pf.: 146.
Telefon: 227-6680. Fax: 227-6678.

josamycin

Wilprafen®

Korszerű makrolid antibiotikum

kedvező hatásspektrum

újszülöttkortól adható

igen jól tolerálható



MACK

EGÉSZSÉG

TÖBB MINT SZLOGEN

Részletes információkat
az alkalmazási előírás tartalmaz.
OGYI eng. száma: 3549/41/91

Magyarországi képviselet:
INTHERA AG Magyar Kereskedelmi Képviselet
1222 Budapest, Háros u. 103.
Tel.: 227 6680 · Fax: 227 6678

Szeretettel meghívunk minden érdeklődő háziorvos kollégát

1995. február 23-án, csütörtökön, este 7 órakor

a

FARMAKOTERÁPIÁS KLUB

következő összejövetelére

Házigazdák:

Dr. Borvendég János orvosbiológiai igazgató, OGYI
Dr. Kékes Ede egyetemi tanár HIETE
Dr. Székely Gábor orvosi főszerkesztő, Springer

A klub helyszíne: Hotel Aquincum, Bp., III., Árpád fejedelem útja 94.

Témák:

Colitis ulcerosa és Crohn betegség korszerű kezelése
Dr. Kovács Ágota ov. főorvos, Balassa János Kórház
Új készítmények a béltraktus betegségeinek terápiájában
Dr. Borvendég János ig., OGYI

A klub havonta egy alkalommal tart foglalkozásokat. Minden esetben a gyógyszeres terápia valamely lényegi, sok szakembert és beteget érintő kérdését tárgyaljuk, meghívott neves klinikus szakértők bevonásával. Emellett mód nyílik vitafórum jelleggel a kollégák aktuális terápiás, gyógyszeralkalmazási kérdéseinek, problémáinak megbeszélésére is.

FARMAKOTERÁPIÁS KLUB

Minden klubfoglalkozáson jelen van a **Springer Hungarica Kiadó**, új magyar orvosi szakkönyveivel és információival.

További témáink az első félévben:

Asthma bronchiale, szívritmuszavarok, urológiai gyulladásos kórképek, mozgásszervi betegségek
Minden rendezvényről időben közzétesszük tájékoztatónkat.

A klub hivatalos támogatója: **ASTA Medica** Kft., 1034 Bp., Tímár u. 20. Tel.: 269-7414

Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára

A folyóirat célja. Az Orvosi Hetilap összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és rövid kísérletes tanulmányokat, esetismertetéseket közöl a klinikai kutatás bármely területéről. Előnyben részesülnek azok a közlemények, amelyek a mindennapos klinikai orvosi gyakorlattal szoros kapcsolatban vannak.

Közlünk még folyóiratreferátumokat, leveleket a Szerkesztőhöz, beszámolókat, könyvismertetéseket, valamint egyéb, az orvostudománnyal kapcsolatos aktuális írásokat.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kéziratok. A kéziratokat magyar nyelven kell beküldeni gépírással, 2-es sorközzel a lap egy oldalán gépelve. Valamennyi szerzőnek rendelkeznie kell egy kéziratpéldánnyal arra az esetre, ha a szerkesztőségbe küldött példány elveszne.

A kézirat tartalmazza: 1. címoldal; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzéke (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Az oldalszámozást a címoldaltól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címoldalon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve — az utolsó szerző neve előtt „és" —, a szerzők munkahelye (feltüntetve a várost is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2—3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

Célkitűzés, módszer, eredmények és következtetés(ek) lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. A magyar és az angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt — külön-külön — ne haladják meg. Új bekezdések egyik összefoglalóban sem szerepelhetnek.

Az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni. Ha ilyen nincs (pl. új gyógyszer esetén), akkor az Index Medicus alapelvei az irányadók.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. A bevezetés külön alcímet nem kap.

A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell megjelölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A kézirathoz csatolni kell klinikofarmakológiai vizsgálatok esetén az illetékes etikai bizottság állásfoglalását, és ezt a módszertani részben fel kell tüntetni.

Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia — Egészségügyi Tudományos Tanács állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes. A metodikai részben erre utalni kell.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Ötven alatti esetszámnál az értékek törtként való megadását és a százalék érték zárójelben történő feltüntetését kérjük.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az ide vonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemény hossza. A konkrét szöveges rész az összefoglaló referátumoknál a 15, az eredeti közleményeknél a 10, a rövid kísérletes közlemények és az esetismertetések esetén a 6, minden egyéb kéziratnál a 10 szabvány (30 sor, 60 leütés) gépelt oldalt nem haladhatja meg.

6. Irodalmi hivatkozások. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat abc sorrendben kell megadni, folyamatosan gépelve, az egyes tételeket gondolatjellel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai" (4 szerző esetén a három szerző neve után „és mtsa") írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példák:

Bajusz, S.: Interaction of trypsin like enzymes with small inhibitors. In Proteinase action. Szerk.: Elődi Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1984, 277-298. old.

Casolaro, M. A. Fells, G., Wewers, M. és mtsai: Augmentation of lung antineutrophil elastase capacity with recombinant human alpha-l-antitrypsin. J. Appl. Physiol., 1987, *63,* 2015—2023.

Rónai P., Daubner K.: A Dixon műtéttel szerzett tapasztalataink. Orv. Hetil., 1982, *123,* 2293—2298.

Az idézett hivatkozások száma maximálisan 50 lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjék.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

7. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

8. Valamennyi ábra címét és a hozzá tartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

9. A fotók mérete lehetőleg 8 vagy 17 cm széles legyen. Színes ábrák közlésére jelenleg nem tudunk vállalkozni. Korábban már közölt ábra csak a szerző és a kiadó engedélyével közölhető.

Kémiai nevek és rövidítések. Valamennyi gyógyszer esetén a nemzetközileg elfogadott kémiai nevet kell használni. Ha márkanév említésre kerül, meg kell adni a kémiai összetételt és a gyár nevét is.

Ortográfia. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimologikus írásmód követendő.

A kézirat beküldési helye: Orvosi Hetilap Szerkesztősége Budapest 7, Pf.: 142. 1410.

A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

Az el nem fogadott kéziratokat nem küldjük vissza.

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

SZÍV- ÉS KERINGÉSI BETEGSÉGEK

Az összkoleszterin, HDL koleszterin és triglicerid rizikófaktor szerepe cerebrovaszkuláris kórképekben: Koppenhága város cardiologiai vizsgálata. Ewa Lindenstrøm és mtsai (Hvidovre Hospital, Department of Neurology, Hvidovre, Denmark): BMJ, 1994, *309*, 11.

1976 és 88 között Koppenhága egy régiójának kb. 90 000 lakosa közül 19 698, 20 év feletti személyt választottak ki random módszerrel, főleg az alsóbb és a középosztályból. A kiválasztott lakosokon 5 évenként, 1976 és 1978, valamint 1981 és 1983 között cardiológiai vizsgálat történt. Az első vizsgálaton 14 223, a másodikon 12 411 egyén jelent meg. A megjelenteknek kérdőívet kellett kitölteni és nem-éhomi vérvétel történt. A prospektív vizsgálat során elsők között értékelték azokat az eredményeket, amelyek alapján az agyi történésekre és az átmeneti ischaemiás agyi katasztrófákra lehetett következtetni. Ezekben az esetekben neurológiai vizsgálat is történt és felhasználták a nemzeti betegregiszter és nemzeti egészségügyi szolgálat halálozási adatait is. (A dán nemzeti betegregiszter tartalmazza az összes kórházba szállítás és kibocsátás adatait, mind a beteg, mind a kórház adatait, a megállapított betegség WHO-kódját.)

Vizsgálták a cerebrovascularis történések és a plazma lipidek, az életkor, nem, iskolázottsági fok, az egy főre eső jövedelem, a házastársi status, a dohányzás, a napi 10 g feletti alkoholfogyasztás, a testtömegindex, a systoles vérnyomás, az antihypertenziv gyógyszerelés és a cukorbetegség kapcsolatát. A cerebrovascularis megbetegedések közül a cerebrovascularis infarctust, intracerebralis vérzést és a nem specifikus stroket vizsgálták, a subarachnoidalis vérzést kizárták. A vérzéses és az ischaemias jelenségeket külön értékelték. A statisztikai analizis a Cox's regressiós modell és a BMDP statisztikai csomag alapján történt. Együttesen 693 esetet tártak fel. 33 agyvérzés, 660 feltételezhetően ischaemiás történés (206 infarctus, 343 nem specifikált agyi történés, 105 TIA és 6 arteria centralis retinae elzáródás) került regisztrálásra.

A nem vérzéses agyi történéseknél a szérum összkoleszterin 8,8 mmol/l feletti értéknél bizonyult rizikófaktornak. Kimutatták ugyanakkor, hogy a szérum koleszterin szint 8 mmol/l feletti értéke főleg a fiatalabb korcsoportokban társult jelentős relatív rizikó emelkedéshez (30-as évek 8, 80-as évek 1 relativ rizikó emelkedés). A szérum triglicerid koncentráció 1 mmol/l emelkedéséhez 1,12 (95% confidencia intervallum 1,07—1,16) relatív rizikó növekedés társult. A HDL koleszterin és a nem vérzéses agyi katasztrófák között negatív log. linearis összefüggést lehetett kimutatni (relatív rizikó: 0,53; 0,34—0,83 között).

A nem vérzéses agyi katasztrófáknál nemi különbséget kimutatni nem tudtak.

A vérzéses agyi katasztrófák és a lipid paraméterek közötti kapcsolat kimutatására kevesebb adatot gyűjtöttek, így csak igen röviden térnek ki tárgyalására, melynek lényege, hogy a koleszterinszint emelkedéssel nem, a triglicerid szint emelkedéssel nőtt az igazolható relatív rizikó.

A közlemény megbeszélésében kitérnek a hasonló prospektív tanulmányok eredményének ismertetésére és kiemelik, hogy munkájuk világít először rá arra, hogy csak a relative magas szérum koleszterin koncentráció társul megnövekedett rizikóval. Rámutatnak, hogy a magas rizikójú csoportba a vizsgáltak mintegy 5%-a tartozott, és mivel Dániában a familiaris hypercholesterinaemia előfordulása 0,5%, a többi egyén kombinált metabolikus betegségben szenvedett (diabetes, hypertonia).

Somogyi Anikó dr.

Kutatási eredmények közlési módjának befolyása az orvosok cholesterinszint csökkentő gyógyszerek előírására vonatkozó döntésére. Bucher, H. C., Weinbacher, M., Gyr. K. (McMaster Univ., Dept. of Clinical Epidemiology and Biostatics, 1200 Main Street West, Hamilton, Outarov, L8N 3Z5, Kanada): Brit. Med. J., 1994, *309*, 761.

A helsinki hypercholesterinaemia klinikai vizsgálatok eredményét értékeltették ki 800 svájci belgyógyásszal, akik közül elfogadható módon 499 töltötte ki a kérdőívet. Az említett vizsgálat eredményét két módon prezentálták az orvosoknak. Egyik fele a részt vevő belgyógyászoknak a cholesterin csökkentő gyógyszerrel elért eredményeket a betegek infarktuskockázatának relatív javulásaként számított módon kapta, míg az orvosok másik fele az értékelést az infarktuskockázat abszolút csökkenésének adatai szerint kapta kézhez.

Relatív kockázatcsökkenés esetén pl. 25%-os redukció, ha negyedével kisebb a kezelteken az infarktus bekövetkezésének kockázata, függetlenül attól, hogy a kiindulási (kezelés nélkül várható) kockázat 20, vagy csak 2%. Tehát adott időn belül minden ötödik beteg infarktust kap, avagy csak minden ötvenedik.

Abszolút kockázatcsökkenés esetén a számítás menete az, hogy adott idő alatt hány beteget kell ahhoz kezelésben részesíteni, hogy egy baj bekövetkezését elháríthassuk. Ha pl. 1000 beteg kezelésével 10 infarktust tudunk megelőzni a nem kezeltekhez képest, akkor ez a szám jól mutatja a veszély abszolút redukcióját. E két szám reciprokértéke, vagyis 10/1000, ami egyenlő 1%-kal, vagyis 0,01-gyel, kifejezi az abszolút hatásértékét az adott kezelésnek.

A kapott adatok birtokában a kísérletbe bevont svájci orvosok megítélték skálákon kifejezve a mortalitás csökkenését, az infarktuson kívüli és a fatális infarctus okozta mortalitás gyakoriságát, a szerrel történő kezelés kedvezőtlen hatásait.

Kérdőíves módszerükkel kimutatták, hogy az orvosok a cholesterincsökkentő gyógyszerek terápiás értékét jelentős mértékben a közlés módjától függően fogadják el. Ha a relatív kockázati csökkenés adatait közölték velük, a kezelés pozitív hatásának elfogadottsága nagyobb volt, mint amikor az abszolút kockázati csökkenés adatait

értelmezték. Még visszafogottabbá vált értékelésük, ha a reciprok érték helyett azt közölték, hogy hány beteg kezelése után várható egy esemény elhárítása. E vizsgálatot kivitelező kutatók szerint a relatív kockázat redukciója más képzetet kelt az orvosokban, mint az abszolút kockázat csökkentésének adatai, és még inkább vonatkozik ez arra az adatra, amely azt közli, hány beteg kezelése esetén várható egyetlen esemény bekövetkezésének elhárítása.

Az orvosi döntés jóval komplexebb folyamat, mint az ismertetett modellezés. A terápiás eredményeket közlő szakirodalom legtöbb cikke a relatív kockázati csökkenés adatait dolgozza fel. Ez pedig az orvosokban téves lelkesedést vált ki az adott kezelés iránt. Szerzők szerint a közlésekben az abszolút kockázati eseményeket, illetve elhárításukat kellene előtérbe helyezni. Az orvosok képzésében pedig törekedni kellene arra, hogy megfelelően tudják az olvasottakat értékelni.

Ami a cholesterinszint csökkentő szerek értékét illeti, ezt sokan megkérdőjelezik, mivel meta-analízisek szerint a non-cardiális mortalitást növelik, az általános mortalitást alig befolyásolják. Ugyanakkor ezek a gyógyszerek Európa egyes országaiban az első öt hely egyikét foglalják el forgalmuk alapján. Mivel a gyógyszerek rendelése az orvosoktól függ, ezért fontos a véleményalkotásuk fejlesztése.

Jávor Tibor dr.

A lipoprotein (a) és a néma myocardialis ischaemia inzulin-dependens cukorbetegekben. Hegele, R. A. és mtsai (DNA Res. Labor., St. Michael's Hospital, 30 bond St., Toronto, Ontario M5B 1W8, Canada): Diabetes Care, 1994, *17,* 1365.

Miután a lipoprotein (a) myocardialis infarctusra praedisponáló hatása eléggé ismeretes, a torontói szerzők elhatározták, hogy összehasonlítják néma és nem néma ischaemiás diabeteses betegeikben a lipoprotein (a) értékeit.

85 inzulin-dependens diabetes beteg (közülük 60 férfi) vett részt a vizsgálatban, akiknek korábban nem volt semmiféle szívpanaszuk, sem erre vonatkozó objektív eltérésük. Ezeken a betegeken terhelést végeztek és akiken kifejezett ST depressiót találtak, azokon thalliumos scintigraphiát is készítettek. 18 betegnek volt ún. néma myocardialis ischaemiája, a többi 67-nek a terhelés panaszokat is okozott. Ezek alapján osztották 2 csoportra a 85 beteget, valamennyiükön megnézték a lipoprotein (a) értékét, továbbá a lipoidokat és a szénhidrát-anyagcsere egyensúlyára utaló HbA_{1c} arányt.

A néma ischaemiások csoportjában 1 kivételével csak férfiak voltak, életkoruk átlaga magasabb volt, ezenkívül nem significansan, de magasabb volt a lipoprotein (a) értékük (17,8 mg% vs 13,9 mg%). A lipoproteinek közül a teljes koleszterin, az LDL-koleszterin és az apolipoprotein B értéke volt magasabb, mint a nem néma ischaemiások csoportjában mért hasonló értékek. A szénhidrát-anyagcsere egyensúlyát reprezentáló HbA_{1c} arányaiban nem volt jelentős különbség, mindkét csoportban a normális tartományon felüli értékek voltak.

Az elvégzett vizsgálatok alapján nem tudták megerősíteni a lipoprotein (a) praedisponáló szerepét a súlyos szívizom-ischaemia kialakulására.

Iványi János dr.

A vérnyomás és cukorbetegség hatása az agyi vaszkuláris katasztrófa progressziójára. Henrik Stig Jørgensen és mtsai (Dep. of Neurology and Radiology, Bispebjerg Hospital, Copenhagen, Denmark): Lancet, 1994, *344,* 156.

Az agyi vaszkuláris katasztrófa miatt kórházba szállított betegek mintegy 23—43%-ában a neurológiai tünetek a megfigyelési idő alatt tovább súlyosbodnak (stroke in progression: SIP). A szerzők prospectiv vizsgálatukban azokat a betegeket tanulmányozták, akiknél a klinikai és radiológiai kép alapján az agyi történés progressziójára utaló jeleket észleltek.

1992. január 1. és 1993. szeptember 30. között a koppenhágai Bispebjerg kórház neurológiai részlegére 1006 akut agyi vascularis történésben szenvedő beteget szállítottak be. 69 beteget, akiknél több, mint egy hét telt el a betegség kezdete és a beszállítás között és 69, nem megfelelően kooperáló beteget kizártak a vizsgálatból. A kórház neurológiai részlegén történt a betegség diagnosztizálása, a kezelés és a betegek rehabilitációja. A stroke diagnózisa a WHO-kritériumok alapján történt, eszerint: fokális agyi funkciózavar gyors kifejlődése, 24 órán túli fennmaradása vagy halálhoz vezetése, nincs a tüneteknek más valószínű oka, mint vascularis történés. Subarachnoidalis vérzést kizártak. Átlagosan 8 napon belül készült CT-vizsgálat. Rizikófaktorok között kerültek rögzítésre: életkor, nem, pitvarfibrilláció (EKG), claudicatio intermittens, napi alkoholfogyasztás, dohányzás, hypertonia (kezelés alapján vagy a kórházban felismert), beszállítási systoles és diastoles vérnyomás, ISZB vagy előzetes myocardialis infarctus.

281 betegnél diagnosztizáltak SIP-t, közülük 37 beteg részesült antikoagulans kezelésben (a betegség kimenetelére nem volt hatással), 2 thrombolyticus therápiában. Thromboemboliás stroke-ban 150 mg acetylsalycilsavkezelést vezettek be secundaer prevencióként.

Ideggyógyászati vizsgálat beszállításkor, 1 nap, majd 1 hét múlva és távozáskor történt. A Skandináv Stroke Skála (SSS) szerint értékelték a tüneteket [tudatállapot, szemmozgások, végtagok ereje, orientáltság, aphasia, facialis paresis, testtartás, (0—58-ig értékelve)]. Funkcióvizsgálat a Barthel Index szerint történt (10 különböző képességet 1—100-ig értékelve).

A vizsgálatok közötti neurológiai állapotváltozást értékelték. Ha 36 órán belül észleltek állapotromlást, korai, ha 1 héten belül, késői SIP-t diagnosztizáltak.

Matematikai analízis Student-teszten, X2-próbán és sokváltozós regressziós modellanalízisen alapult.

868 beteg közül 281-nél alakult ki progrediáló stroke (32,4%). A korai progresszió csökkenését észlelték, ha a beszállítási vérnyomás magasabb volt [relativ rizikó 20 Hgmm növekedésnél 0,66-os faktorral csökkent (95% CI: 0,55—0,83, p = 0,0003)]. A cukorbetegség növelte a korai stroke progressio rizikóját 1,9-es faktorral (95%, CI. 1,1—3,3, p = 0,03). Mindkét tényező függetlennek bizonyult a többi rizikó-

faktortól — még a beszállításkor mért vércukorértéktől is.

Az agyi vascularis történés késői progressziója a betegség kezdeti súlyosságával és az életkorral mutatott összefüggést. [Relativ rizikófaktor az enyhe és a közepes, illetve a közepes és súlyos vascularis történés késői progressziójára: 1,4 (95% CI, 1,1—1,7)].

A progressziót mutató agyi vascularis történéseknél CT-vizsgálattal nagyobb és corticalisabban elhelyezkedő infarctusokat mutattak ki. Normal CT-lelet gyakoribb volt a nem progredialó betegségnél. Vérzés esetében nem tudtak a kimenetel tekintetében különbséget kimutatni.

A SIP a betegek mortalitását kétszeresére, utókezelői elhelyezési szükségességét több mint kétszeresre, az ápolási időt kétszeresre, a tartós neurológiai károsodás előfordulását szignifikánsan növelte.

A megbeszélésben a szerzők a SIP keletkezésének lehetséges mechanizmusait taglalják és kommentálják azt az új megfigyelésüket, hogy a magasabb beszállítási systoles vérnyomásnál csökken a korai stroke progressio valószínűsége.

Somogyi Anikó dr.

Vajon a maximális oxigénfelvétel a megfelelő mérce a szívelégtelenség kezelésében? Editorial. Francis, G. S., Rector, T. S. (Univ. of Minnesota): Amer. J. Card., 1994, *73*, 304.

Az elégtelenül dolgozó szívizomzat miatt a betegek maximális oxigénfelvétele többé-kevésbé csökken, így a testi teljesítőképesség a diagnózis egyik alapja. Másrészt a teljesítmény önmagában is jó prognosztikai jelző. Ezeken alapul a kialakult stratégia — a gyógyszergyárak kívánságára —, hogy az új gyógyszer egyik fő hatása az aerob kapacitás növelése legyen.

A szívelégtelenség rendkívül bonyolult patofiziológiája, klinikai tünetegyüttese és részben megjósolhatatlan lefolyása mellett tudni kell, hogy a nyugalomban jelentős dysfunkciónak kevés köze van ahhoz, hogy mennyi vért képes a szív kipumpálni a terhelés során. A maximális terhelés egyébként is elég szokatlan feladat az egészséges ember életében is. Az aerob kapacitás és az életminőség között gyakorlatilag nincs kapcsolat [Circulation, 1993, *87*, Suppl. VI, 71—77], a beteg inkább a minőségibb életre törekszik, mint hogy nagyobb legyen az aerob kapacitása, másrészt az aerob kapacitás növelése pl. extrakardiális korlátok kiiktatásával, nem javítja a prognózist.

A szubmaximális terhelhetőség jó mérce, jobban megfelel a mindennapi aktivitásnak. Sajnos standard protokoll nincs rá. Az anaerob küszöbbel kevés a tapasztalat. A 6 perces gyaloglásteszt kivitelezése sem egységes, a technikai személyzet nem egyformán irányítja [biztatja, állítja le] a próbázót. Tanulási effektus is létezik. A gázanyagcsere mérésével megállapított anaerob küszöb drága mérőeljárás. A betegek egy része képtelen a terhelésre, extrakardiális okok vagy éppen az angina miatt.

A digoxin, a ACE-gátlók és egyéb értágítók 30—120 mp-es javulást okozhatnak a terheléstűrésben, az oxigénfelvevő képesség javulásán kívül csökken a dyspnoe, de ez nem minden betegen áll. Ha egy kezelés eredményeképpen nő az aerob kapacitás, az jó. Ha javul a beteg életminősége és a túlélése, az kitűnő. Az életkvalitást biztosan javító terápia akkor is hasznos, ha a VO_2-max. nem nő. Ne kívánjuk meg a gyógyszertől, hogy növelje az aerob kapacitást.

A maximális terhelésteszt a szív betegsége mértékének és a prognózisnak a megállapítására való inkább és nem a terápia tesztelésére.

[Ref.: A cikk fontos mondandót hirdet, ezért referáltam, noha nem egészen értem, hogy merült fel a probléma. Ha progresszíve emelkedő és legalább EKG és vérnyomás tekintetében monitorozott terhelésnek vetjük alá a beteget, hacsak tünet nem késztet a megállásra, akkor miért ne mehetnénk a ,,maximális'' terhelésre, melynek legegyszerűbb kritériumai a maximális pulzusszám (220 mínusz életkor) legalább 90%-ának elérése, a Borg-skálán a 16—17-es (tízfokú skálán a 8-as) érték elérése, ha a veszélyelhárításra felkészült személyzet áll rendelkezésre. (Márpedig terheléses vizsgálatot csak így szabad végezni.) A dekompenzált beteg nyugalomban is tünetes. A gyógyszertől nem az aerob kapacitás növekedését. hanem a rehabilitációs tevékenység lehetővé tételét várjuk. Az aerob rendszer edzésére a 170 mínusz életkorral jellemzett munkapulzussal végzett testmozgás való, ha betegség, gyógyszer ezt nem befolyásolja. Ilyenkor csakis egyedi teszteléssel lehet megmondani a terhelhetőséget. Az anaerob küszöböt a drága (?) spiroergometria helyett a tejsav mérésével állapíthatjuk meg. Egy laktát kit 300 Ft körül van. Egyébként már megtanítottak rá a betegek, hogy az azonos terhelésre adott reakciók csökkenése, a ,,heterostasis mérséklődése'' az érzékenyebb mutató a maximális értékekkel szemben, de a szubmaximális terhelés mellett észlelt reakció nem helyettesíti a kapacitások mérését.]

Apor Péter dr.

A világ legnagyobb szívattack tanulmánya. Press Release WHO, 1994, *58.*

Finnországban a férfiak, Skóciában a nők állnak a szívattack rizikó vezető helyén. A kínai férfiak és a spanyol nők kockázata a legkisebb. A WHO-tanulmány 1985—1987 között 75 000 (35—64 éves) férfi és nő szívattackját dolgozta föl, az eddigi legnagyobb esetszámot. A kockázatot a szívinfarctus/100 000 ember előfordulásra vonatkoztatták. A Circulation folyóiratban megjelent közlemény szerint a finnországi Észak-Karéliában a férfiak szívinfarctus-kockázata 12 × nagyobb, mint Pekingben. Glasgowban és Belfastban a nők kockázata 9 × magasabb, mint Cataloniában. Az Észak-Svédországban élő férfiak rizikója 2 ×-ese az augsburgiakénak, az USA-ban, Stanfordban is 2 ×-ese a svájci Ticinóban észlelteknek. A dán Glostrup és Varsó női szívinfarctus-kockázata azonos, de 2 × nagyobb, mint Lilleben vagy Ghentben.

A tanulmány része a WHO 10 évet átfogó, 26 országot érintő, 39 centrumban végzett MONICA (monitoring és cardiovascularis szavak rövidítéséből elnevezett) projektnek. A MONICA 1984 óta monitorozza a coronaria halálozást, a nem halálos végződésű szívattackokat, a coronaria rizikótényezőket és kezelést. A MONICA-tanulmány 38

populációra, 15 millió emberre terjed ki, de nem foglalkozik a hajlamosító tényezők: dohányzás, magas vérnyomás, cholesterinszint szerepének magyarázatával.

Fontosabb megállapítások:

— a 35—64 év közötti férfiakon a szívattack 4—5 × gyakoribb, mint a hasonló korú nőkön,

— Glasgowban, Belfastban a nők morbiditása magasabb, mint a déleurópai férfiaké,

— a legtöbb coronaria halálozás hirtelen következik be, s ez fokozottabban érvényes a férfiakra, mint a nőkre,

— a férfiak gyakrabban halnak meg szívattackban a kórházba szállítás előtt, mint a nők,

— a szívbetegség felismerésének valószínűsége nőkön kisebb, mint férfiakon.

A MONICA-projekt skót vezetője szerint a szívinfarctus előfordulásában észlelt populációs különbségek mellett igazolni kell a rizikótényezők különbségeit is. A halálozás, túlélés, rizikófaktorok és az orvosi ellátás összehasonlítása szintén szükséges a populációk közötti különbségek objektív értelmezéséhez. *Gyárfás I.*, a WHO Cardiovascularis Betegségek Programszervezetének vezetője szerint a tanulmány felbecsülhetetlen információval szolgál a különböző népek szívbetegségéről, ezen belül a szívattackról, megerősíti a rizikótényezők szerepét, a megelőzés jelentőségét. A tanulmány hasznosítható a szívbetegségek megelőzési programjában.

Holländer Erzsébet dr.

Akut miocardiális infarctus nőkön: A féléves túlélés elemzése. Wilkinson, P., Laji, K., Ranjadayalan, K. és mtsaik (Dept. of Environmental Epid., Dept. of Cardiology London): Brit. Med. J., 1994, *309,* 566.

A vizsgálat célja annak felmérése volt, hogy a női nem hatással van-e az infarctus kimenetelére. 1988 és 1992 között Intenzív Koronária Egységben kezelt 216 nőn és 607 férfin vizsgálták a féléves eseményeket. Megállapították, hogy az iszkémiás esemény nélküli hat hónapos túlélés szignifikánsan kisebb ($p<0{,}001$) nőkön (63,3%), mint férfiakon (76,1%). Az infarctusos nők életkora magasabb volt, ami szintén okozhatja a rosszabb prognózist, azonban a kedvezőtlen kilátások akkor is megmaradtak, ha az elemzést a korra való illesztés után is elvégezték a két nem között. Kiemelendő, hogy aránylag valamivel kevesebb nő részesült thrombolytikus kezelésben és lényegesen kevesebb kapott (23,3%) tartós bétablokkoló-szedésre utasítást, mint férfi (41,1%). A szerzők összefoglalásként megállapítják, hogy a nők kilátásai infarctus után rosszabbak, mint a férfiaké s a különbség elsősorban az első hónapban jelentkezik, majd később a nemek közötti különbség kiegyenlítődik. Mielőtt a női nemet, mint független rizikófaktort bizonyítottnak tekintenénk, szükségesnek látszik annak elérése, hogy ugyanolyan agresszíven kezeljük az infarctusos nőbetegeket, mint a férfiakat.

Katona András dr.

Az életkor, mint a nemenkénti megkülönböztetés magyarázata thrombolysis kapcsán. Hannaford, Ph. C., Kay, C. R. és Ferry, S. (Royal College of GPs, Manchester Research Unit.): Brit. Med. J., 1994, *309,* 573.

Bizonyítottnak látszik, hogy az orvosok a koszorúér-betegséget nőkön kevésbé agresszíven kezelik, mint férfiakon, még akkor is, ha az súlyosabb. A szerzők arra kerestek választ, hogy vajon a nemek közötti különbség megmutatkozik-e a thrombolytikus kezelés (tk) vonatkozásában is? 776 általános orvos szolgáltatta az adatokat infarctusos betegeikről. Olyan 1094 beteg adatait vizsgálták, akik bizonyítottan infarctus miatt kerültek kórházba, és nem volt ellenjavallata a tk-nek. A betegek 20%-át ki kellett zárni a vizsgálatból, mert nem voltak elemezhető adataik! A fennmaradó 880 betegen vizsgálták a tk használatát és annak összefüggését a betegek nemével, korával, dohányzási szokásaival és a prehospitális idővel. A betegek 62%-a részesült tk-ben. Összességében a nők kisebb arányát kezelték fibrinolytikus anyaggal, de ha az összehasonlításnál figyelembe vették az életkori sajátosságokat is (a nők életkora magasabb volt), akkor nem találtak statisztikailag jelentős különbséget a nemek között. Az életkor befolyásoló hatása megmutatkozott az alacsonyabb arányban kezelt dohányzókon, de nem volt hatása a hosszú prehospitális periódus miatt elmaradt tk-re. Érdekességként említik, hogy a betegek mindegyike alkalmas volt tk-re, ennek ellenére 40%-uk nem részesült benne. A legfőbb oka a tk elmaradásának az EKG-kritériumok hiánya, a hosszú idő a beteg felvétele és a kezelés megkezdésének lehetősége között, illetve a betegek idős kora. A vizsgálatból kiemelik, hogy a 65 év alatti betegek 30%-a és a két órán belül kórházba érkezett infarctusos betegek 33%-a nem részesült tk-ben. A szerzők ajánlják az infarctusos betegekkel kapcsolatos therápiás stratégia rendszeres áttekintését a hibák kiküszöbölésére.

Katona András dr.

Testgyakorlás, mint az infarktus kiváltója. Willich, S. N. és mtsai (Klinikus Steglicz, Freie Univ. Berlin): N. Engl. J. Med., 1993, *329,* 1684.

A berlini kórház, valamint Augsburg (330 ezer lakosából) minden infarktusos beteget kikérdezték standard módszerrel. Illesztett kontrollok és saját kontroll is szerepelhetett az új statisztikai eljárás révén (Am. J. Epidemiol., 1991, *133,* 144—153), amellyel az akut események okozta rizikó átmeneti hatása vizsgálható. A lényege ennek az, hogy egy évre visszamenően az intenzív testgyakorlás gyakoriságát, diurnalis elhelyezkedését vetik össze az infarktust megelőző 26 óra testmozgási eseményeivel. „Kontroll esemény" az esetleges korábbi mellkasi stb. panasz.

Három éven át 1194 beteg (férfi 74%) adatait szerezték be 13 ± 6 nappal az infarktus után. A betegek 7,1%-a végzett 6 MET-nél intenzívebb fizikai aktivitást a megelőző órában, míg a kontroll 3,9%-a, így az infarktus esélye 1,9-szer nagyobb az aktivitás után. Igen változatos testmozgásokról számoltak be: házimunka, esti munka a munkahelyen, bevásárlás-emelés, lépcsőn felgyaloglás. A kerékpározás, kocogás, aerobik nyolc esetben szerepelt csak, egy infarktus pedig a futószalag-

terhelés során lépett fel. Az inaktívak aránya az összes személy kb. fele volt, míg 20—23%-uk vett részt rendszeresen testmozgásban.

A sokváltozós logisztikai regressziós analízis szerint 2,1 a relatív rizikó a fizikai aktivitás során, egy órán belül az infarktusra, férfiakon és nőkön egyaránt. Az önkontrollos analízis is hasonló rizikót mutatott ki. A rendszeresen, de heti négy alkalomnál kevesebbet mozgók (n = 125) esélye 6,9, a gyakrabban aktívaké 1,3. A felébredést követő órákban az esély 2,7, nagyobb, mint más napszakban. A szokatlan események (barát halála, munkahelyi stress) fokozta az infarktus esélyét.

Összhang van az eddigi analízisekkel, amelyek anekdotikusnak tekinthetők, de ugyancsak 5—13%-ban látták azt, hogy intenzív testmozgás előzte meg az infarktus fellépését (JAMA, 1933, *100,* 457—480, Jpn. Circ. J., 1986, *50,* 164—173. Am. J. Cardiol., 1985, *55,* 1255—1258).

Többet kellene tudni arról, hogy milyen koronária- és szívizomállapotban milyen és mennyi edzés, milyen napszaki elosztásban a legelőnyösebb, hogy mit tegyünk az élet hozta stresszek idején, milyen gyógyszerrel segíthető a fizikai aktivitás védő hatása, hogy csökkenthető a veszélye?

Apor Péter dr.

A testi megterhelés által kiváltott infarktus — védekezés a rendszeres testedzéssel. Mittleman, M. A. és mtsai (Deaconess Hosp. és Harvard Med. Sch.): N. Engl. J. Med., 1993, *329,* 1677.

Leíró tanulmányok szerint az infarktusok mintegy 5 százalékát intenzív testmozgás előzte meg. Az USA-ban az évi 1,5 millió infarktusból ezek szerint 75 ezer ilyen adódik, egyharmaduk halálos. A fizikai aktivitás kétélű kard: kiválthat infarktust és védhet is ellene.

A sok kórházból és gondozóból összegyűjtött 1228 beteg adatait dolgozták fel, az eset-keresztadatok módszerrel. A megfigyelt infarktusgyakoriságot három módon kiszámított várható gyakorisággal vetették össze. Az egyik a szokásos testmozgások évi gyakorisága, a másik az infarktust megelőző napon végzett testgyakorlást vette alapul, a harmadik a beteg szomszédságában lakók fizikai aktivitásszokásait vette figyelembe.

A betegek 4,4%-a végzett heves, 6 MET-nél intenzívebb fizikai aktivitást az infarktust megelőző egy órában, úgymint emelést, tolást, kocogást, ütősportokat, faaprítást, nehéz kertészkedést. Az évi aktivitás alapján 5,9 az egyhez az esély az infarktusra, az előző napi aktivitás alapján 5,6. A heti egy alkalomnál is kevesebbet aktiv személyek esélye 107-szer nagyobb!!! A heti 5 vagy több aktiv testmozgást végzőké 2,4. A két-öt órával korábban végzett testmozgással nem jár együtt gyakoribb infarktus.

A vizsgálat szóba jövő gyengéi (hogy nem pontosan emlékeznek az aktivitásra, hogy az intenzitást nehéz pontosan felbecsülni, hogy csak a túlélők adatai álltak rendelkezésre) nem kérdőjelezhetik meg a következtetéseket.

A relatív esély százszoros volta abszolút esélyben kifejezve a következő: egy 50 éves, nem dohányzó, nem diabeteszes férfi abszolút esélye 1 : 1 millió az infarktusra. Ha ugyanez a személy teljesen inaktiv és testmozgást végez, az abszolút esélye 1 : tízezer lesz. Az embereket biztatni kell az aktivitásra, a jól felépített, a fokozatosságot figyelembe vevő edzésekre (Circulation 1992, *86,* 340—344), mert ezzel nemcsak az infarktus abszolút esélye csökken, hanem a testmozgással kiváltott infarktus esélye is. Ha már szívbeteg az illető, egyedileg kell beállítani a még relatíve veszélytelen, de már védőhatással bíró aktivitás szintjét.

Minden bizonnyal az atherosclerotikus plaque reped meg ilyenkor hemodinamikai hatásra. Az aszpirin vagy a beta blokkolók védő hatása a terhelési infarktus ellen, vagy a testedzések napszaki időzítése is a tanulmányozandók közé tartozik.

A infarktus 5,9-szeres rizikója és az, hogy az infarktust kapottak 4,4%-a végzett heves testmozgást, arra utal, hogy a testmozgás 80%-ban volt közvetlen kiváltó ok. Persze nem lehet felbecsülni, hogy bekövetkezett-e volna az infarktus a testgyakorlás nélkül is? Az emócionális stressz, a düh valószínűleg lényegesen gyakrabban vált ki infarktust, mint a fizikai aktivitás.

Apor Péter dr.

Supraventricularis tachycardia kezelése adenosintriphosphattal újszülött- és csecsemőkorban. Haas, N. A. és mtsai (Univ.-Kinderklinik, Fakultät für klin. Med. Mannheim der Univ. Heidelberg, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1994, *119,* 1351.

A csecsemőkorban előforduló arrhythmiák közül a supraventricularis paroxysmalis tachycardia a leggyakoribb és legjelentősebb, amellett mindenképpen kezelést igénylő forma. A roham adenosin nucleotidokkal, adenosinnal és adenosintriphosphattal (ATP) viszont hamar megszüntethető, aminek a gyermekkorban egyre növekvő szerepe van. A szerzők sikeres „pharmakológiai cardioversióról" számolnak be. Normális súllyal és testhosszal született leánygyermekről számolnak be, akit a 12. napon keringési elégtelenség miatt utaltak a klinikára, ahonnan egy héttel előbb édesanyjával együtt hazabocsátották. Az újszülött 4—5 órája kifejezetten nyugtalanná vált, sápadt, amellett tachy- és dyspnoés. Pulzusa alig tapintható, a szívfrekvencia 300/min. A szívhangok halkak, zörej nem észlelhető. Az EKG-n 320-as frekvencia, jobb típus, keskeny QRS-komplex, sok és egybeolvadt T-P hullámok voltak észlelhetők. Tájékoztató echocardiographiával kielégítő balkamra-működést lehetett látni, a vérnyomás átlagosan 40 Hgmm körül mozgott. Legelőször carotis-sinus maszszázzsal próbálkoztak, ami azonban éppolyan eredménytelen volt, mint egyéb vagus-manőver (jeges víz itatása). Csak ezután, még a digitalis terápia elkezdése előtt, intravénásan 0,1 mg/kg ATP-t (Arteriotonin) adtak be, melynek eredményeképpen a tachycardia 10—15 másodperc múlva megszűnt. Ezután még különböző fokú pitvari és kamrai vezetési zavart lehetett látni, ami azonban nem tartott egy percnél hosszabb ideig. Ezután viszont helyreállt a tartós sinus-rhythmus. Az újszülött az intenzív osztályra került további megfigyelésre. Laboratóriumi leletei a 12,300/μl fvs. kivételével mind normálisak voltak. Kardiotrop vírusfertőzésre utaló serum-vizsgálat negatívnak bizonyult, akárcsak a máj- és pajzsmirigy-paraméterek. Ezután digitalissal és verapamillal folytatták a kezelést, ami viszont nem hozta meg a

kívánt eredményt, mert a paroxysmusok többször ismétlődtek és kizárólag ATP adása után szűntek meg. Mindez az első 24 órán belül zajlott le. A következő napon derült ki a ritmuszavar oka: *intermittáló Wolf—Parkinson—White-szindróma.* A tachycardiás rohamok közötti időköz 30 perc és 3 nap között ingadozott. Ezután Propafenonnal folytatták a kezelést, ami már tartósnak bizonyult. A tachycardia később nem ismétlődött, az EKG-n észlelt deltahullám eltűnt és a megrövidült P-Q idő is normalizálódott. A csecsemő ezután normálisan fejlődött és panaszmentessé vált.

A paroxysmális supraventriculáris tachycardia elég gyakran fordul elő (incidencia: 1 : 250 és 1 : 1 000), noninvazív vagus stimulussal idősebbekben is minden komplikáció nélkül hamar meg lehet szüntetni. Terápiájában telítő digitalis adag (lehetőleg iv.) és verapamil a választott szer, jóllehet mellékhatásait nem lehet lebecsülni (vérnyomáscsökkenés és asystolia). Egyéb gyógyszerek, mint Propafenon, Flecianid, Amiodaron és Ajmalin effektusa különböző, hatásuk eltérő. Mivel felezési idejük viszonylag hosszú és negatív inotrop hatásuk van, nem veszélytelenek.

ATP, mint energiahordozó nemcsak minden sejtben, de extracellulárisan is előfordul, elektrophysiologiás hatása a szívben és az érrendszerben érvényesül a pulmonális, peripheriás arteriák és coronariák dilatatiója révén, emellett negatív dromotrop és -inotrop hatása is van a sinus- és AV-csomóra. Felezési ideje 10 sec., effektusa 10—15 sec. múlva már megfigyelhető. A hatást tulajdonképpen hidrolízis útján létrejött adenosinmonophosphat váltja ki, ami hatásos tényezőnek tekinthető a sejtreceptorokon. Két receptorcsoport létezik, mégpedig a nagy affinitású A_1- és az alacsony affinitású A_2-receptor, melyek a szív ingervezető rendszerében az ionáramlás membránpotenciáját meghatározzák. Az A_1 receptorok stimulálása folytán az AV-csomó sejtmembránja a káliumcsatornák megnyílásával hyperpoláris állapotba kerül, aminek az a következménye, hogy az ingervezetés lassúbb lesz; tulajdonképpen pharmakológiai AV-blokk jön létre. Annak ellenére, hogy az ATP effektusát a 30-as években ismertették, az USA-ban és Angliában csak néhány éve, Németországban pedig 1993 óta alkalmazzák supraventriculáris tachycardiák kezelésében. Kontrollált vizsgálatok szerint igencsak megbízható, mellékhatásai minimálisak. Gyermekekben és újszülöttekben rövid ideje alkalmazzák. Az a kérdés, hogy az Adenosin vagy ATP a hatásosabb, nem játszik különösebb szerepet, hiszen mindkét készítmény jó és adagjuk is hasonló. Az ATP adagja általában 0,1—0,4 mg/kg és bolusadagban ajánlatos befecskendezni phys. NaCl oldatban. Ritka mellékhatásokat elvétve közöltek (flush, bradycardia, AV-blokk, dyspnoe, hányinger stb.). Az ATP viszont hatástalan His-köteg tachycardiában, pitvarfibrillatióban, az ektopiás pitvari tachycardiában. Számolni kell a roham ismétlődésével, ami viszont újabb adag után meg szokott szűnni. A szerzőknek az a véleményük, hogy gyermekkori supraventriculáris tachycardiában akár első választott szernek tekinthető, éppen ezért indikációját ambuláns betegekre is ki lehetne terjeszteni. További tapasztalatokra persze szükség van, intenzív osztályos tartós megfigyelés mindenképpen ajánlatos.

Bán András dr.

Pitvarfibrilláció alatti kamrai frekvenciakontroll az atrioventricularis vezetés radiófrekvenciás katéteres ablatiojával. Williamson, B. D. (Division of Cardiology, Dept. of Internal Medicine, University of Michigen Medical Center, 1500 E. Medical Center Dr., Ann Arbor, Mi. 48109—0022, USA [Dr. Morady, F.]): NEJM, 1994, *331,* 910.

Pitvarfibrillációs betegeknél, ha a kamrai frekvencia gyógyszerrel nem kontrollálható, alkalmas lehet a DC ablatio vagy a radiofrekvenciás ablatio. A katéteres ablatio mindkét formája csökkenti ugyan a pitvarfibrilláció alatti kamrafrekvenciát, azonban a beteg állandó pacemaker-implantatióra szorulhat. Ez idáig két eset ismert az irodalomból, amikor a radiofrekvenciás ablatio sikeres volt, csökkentette a kamrafrekvenciát, és nem volt szükség pacemaker-beültetésre.

Williamson és mtsai a radiofrekvenciás ablatio módszerét alkalmazták 19 pitvarfibrillációs, kontrollálatlan kamrai frekvenciájú betegben. A betegek általgéletkora 62 év volt. 5,5 éve fennállt a pitvarfibrilláció, gyógyszeres kezelésben 4,9 év óta részesültek. A terhelés alatti maximális kamrafrekvenciájuk 180/perc volt.

A beavatkozás előtt 48 órával az antiarrhythmiás kezelést abbahagyták. Az ablatiót a Michigani Egyetem Kutató Központja által elfogadott protokoll alapján végezték. Két quadripotens elektród katétert juttattak a His-köteghez és a jobb kamrába. A radiofrekvenciás energia a kamrafrekvencia-változástól függően 12—38 Watt volt. A betegeket legalább 48 óráig folyamatosan EKG-monitorozták. A beavatkozást követően 2 nappal 24 órás Holter monitort és terhelési kerékpártesztet végeztek. A követés legalább 5, átl. 8 hónapig tartott.

A kamrafrekvencia csökkentése patológiás AV-blokk kialakulása nélkül 14 (74%) betegnél sikerült. Perzisztáló 3. fokú AV-blokk 4 (21%) alakult ki. 14 betegnél, akinél a beavatkozás sikeres volt, a terhelés alatti max. kamrai frekvencia a 3. hónapban 126/percre ($p<0,01$) csökkent. A Kanadai Kardiológus Társaság funkcionális osztályozása alapján a betegek stádiuma 3,1—1,6-ra ($p<0,001$) javult. Érdekesség, hogy a betegek $^2/_3$-ánál a beavatkozás 36—72. órájában kialakult AV-blokk, de ez átmeneti jellegű volt.

A pitvarfibrilláció az antiarrhythmiás terápia és az elektromos kardioverzió ellenére perzisztálhat. A perzisztáló pitvarfibrillációban rendszerint a kamrafrekvencia negatív dromotróp szerekkel, mint pl. digitalis, kalciumantagonista, beta-blokkoló kontrollálható. Azon betegeknél, akiknél a gyógyszeres terápia nem hatékony, szükséges lehet a katéteres ablatio alkalmazása. Williams vizsgálata alapján a radiofrekvenciás ablatio a betegek több mint $^2/_3$-ánál alkalmas lehet a kamrafrekvencia kontrollálására anélkül, hogy pacemaker implantációja válna szükségessé.

Együd Ferenc dr.

A légutak és a torok gyulladásos megbetegedései, nagy mennyiségű nyákkiválasztással járó légzőszervi betegség esetén

Solmucol

(N-Acetylcysteinum)



Oldja a hurutot,

a viszkózus nyákot hígítja, annak kiürülését segíti,

csillapítja a köhögést





naponta 3 x 100 mg gyermekeknek
3 x 200 mg felnőtteknek

IBSA
Institut Biochimique SA
CH - 6900 Lugano

Forgalomba hozza:

PHARMAFONTANA BUDAPEST
Gyógyszerellátó Vállalat

HUNGAROPHARMA
Gyógyszerkereskedelmi Vállalat

CECLOR®

minden generáció számára

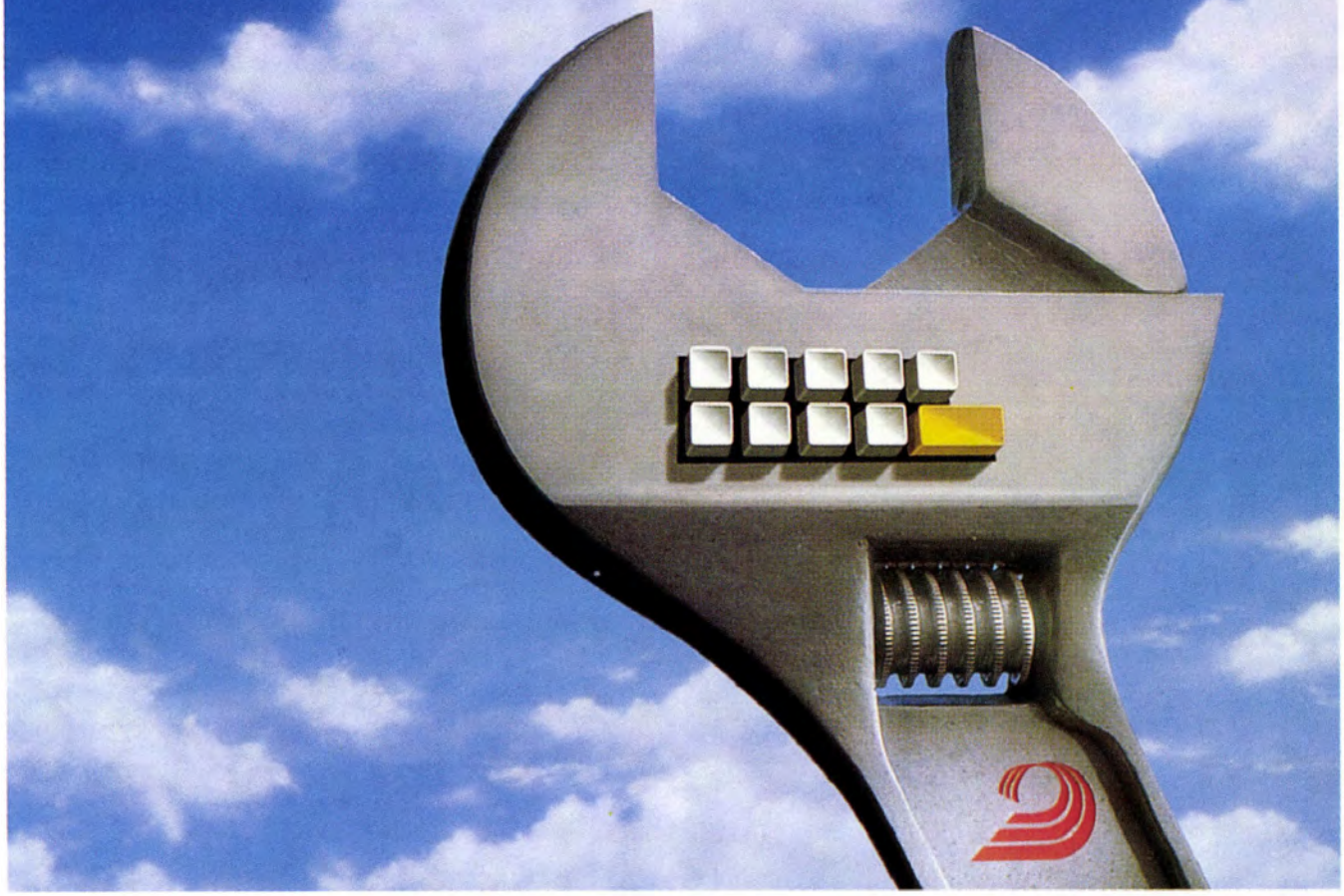


További információk:

Lilly Hungária Kft., 1075 Budapest, Madách Imre u. 13-14. VII. em. Telefon: 267-9801. Fax: 268-1500, 268-1501

LOMIR SRO®
5 mg retard kapszula

A megoldás kulcsa enyhe és középsúlyos hypertonia kezelésére. Biztosítja a vascularis integritást.



A legújabb kutatások eredményei bizonyítják, hogy a jól megválasztott antihypertensiv kezelés képes az érfal épségét helyreállítani és tartósan megőrizni.

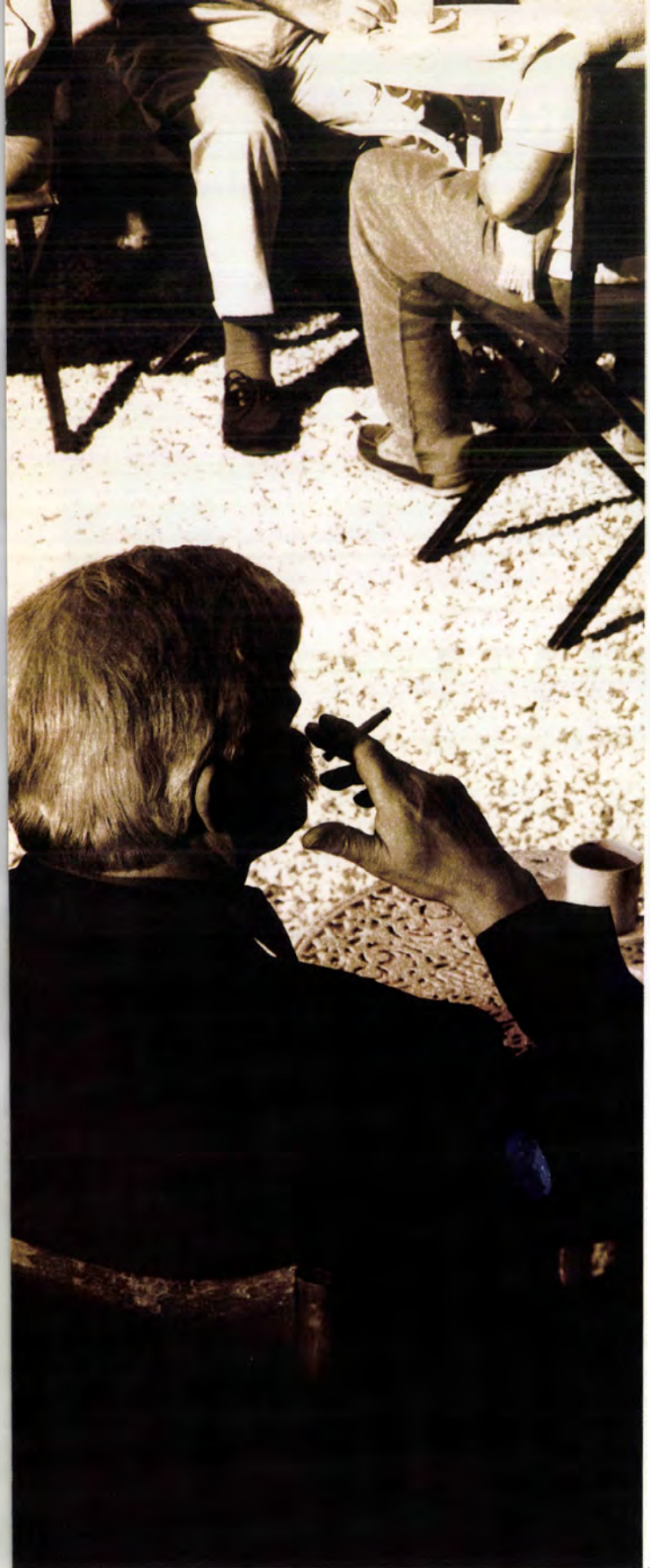
A Lomir SRO nemcsak szabályozza a vérnyomást, hanem erősíti a vascularis integritást.

- Nagy az affinitása az arteriák simaizomzatához.
- Normalizálja a fibrinolytikus aktivitást és a thrombocyta aggregációt.
- Kedvezően alakítja a lipid profilt.
- Fenntartja a szív contractios erejét és ingervezetését.
- Nem befolyásolja a szívfrekvenciát.
- Javítja a veseműködést.

Lomir SRO® 5mg

LOMIR® tabletta 2,5 mg. LOMIR SRO® retard kapszula 5 mg. Calcium-antagonista. *Összetétel:* 2,5 mg isradipinum tablettánként; 5 mg isradipinum kapszulánként. *Javallat:* Essentialis hypertonia. *Adagolás:* Általában napi 2x1 tabletta (2x2,5 mg) vagy napi 1 kapszula (5 mg). Lásd: Alkalmazási útmutató. *Gyógyszer-kölcsönhatások:* A tabletta táplálékkal történő bevétele az abszorpciót egy órával késleltetheti, a retard kapszula biohasznosulását pedig növelheti. Propranolollal vagy anticonvulsansokkal interakcióba léphet. Cimetidin megnöveli, rifampicin csökkenti a Lomir bioaktivitását. Enziminduktív szerekkel való együttadása kerülendő. Lásd: Alkalmazási útmutató. *Mellékhatások:* Szédülés, fejfájás, bőrpír, tachycardia, nem szíveredetű perifériás oedema. *Figyelmeztetés:* Károsodott vese-, illetve májműködés esetén és idős korban a Lomir adagját egyénileg kell megállapítani; a javasolt kezdő adag 2x1,25 mg (2x1/2 tabletta). Óvatosan adandó aorta stenosis, sick sinus syndroma, alacsony szisztolés nyomás és terhesség esetén. Lomirral kezelt anyák ne szoptassanak. *Csomagolás:* 30 tabletta; 20 kapszula. További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a Sandoz Pharma Services AG Képviselet (1122 Budapest, Maros u. 19–21.) szívesen áll rendelkezésre.

SANDOZ



Hypercholesterinaemiában Ön választja ki a beteget a rizikófaktorok alapján a LESCOL terápiára

- 6,5 mmol/l összkoleszterin felett 2 rizikófaktorral
- 7,8 mmol/l összkoleszterin felett 1 rizikófaktorral
- Nagy hatékonyság – napi 1 Lescol kapszula
- Az első szintetikus statin készítmény
- A máj endogén koleszterin szintézisét gátolja
- Kiváló tolerancia

Nagy szelektivitás = költségkímélő kezelés

LESCOL®
FLUVASTATIN

a hypercholesterinaemia kezelésének világszerte legújabb gyógyszere

LESCOL® kapszula 20 és 40 mg. Koleszterinszint-csökkentő. **Összetétel:** 20 mg, ill. 40 mg fluvastatinum (21,06 mg, ill. 42,12 mg fluvastatinum natricum) kapszulánként. **Javallat:** Diétás kezelésre nem megfelelően reagáló primer hypercholesterinaemia. **Adagolás:** A kezelés megkezdése előtt a beteget standard koleszterinszint-csökkentő étrendre kell beállítani, mely diétát a kezelés alatt is tovább kell folytatni. Az ajánlott adag napi egyszeri 20–40 mg este. Lásd Alkalmazási útmutató. **Ellenjavallat:** A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Aktív májbetegség vagy ismeretlen eredetű, tartós szérum transzamináz-emelkedés. Terhesség, szoptatás, gyermekkor. Fogamzóképes korú nőknek csak megfelelő fogamzásgátlás mellett adható. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Epesavkötő-szerek, cimetidin, ranitidin, omeprazol, rifampicin. Lásd Alkalmazási útmutató. **Mellékhatások:** Gastrointestinalis panaszok: dyspepsia, émelygés, flatulentia, hasi fájdalom. Alvászavar, sinusitis, húgyúti infectio, hypaesthesia. Szérum transzamináz-emelkedés. Lásd Alkalmazási útmutató. **Figyelmeztetés:** Fokozott óvatosság szükséges, ha az anamnézisben májbetegség, ill. jelentős alkoholfogyasztás szerepel, vagy ha diffúz izomfájdalmak, izomérzékenység vagy -gyengeség, ill. jelentős szérum-kreatinin, -foszfokináz-emelkedés jelentkezik, vagy súlyos veseelégtelenség áll fenn. Lásd Alkalmazási útmutató. **Csomagolás:** 28 db kapszula 20 mg, ill. 40 mg.

További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a **Sandoz Pharma Services AG Képviselet** (1122 Budapest, Maros u. 19–21. Tel.: 202-4766), valamint vidéki Sandoz irodáink munkatársai szívesen állnak rendelkezésére.

SANDOZ

Endothel eredetű vasoactiv peptidek és therápiás perspektívájuk. Lévesque, H., Cailleux, N., Courtois, H. (Service de Médecine Interne, Angéiologie, Hôpital de Boisguillaume, BP 100, F 76233 Boisguillaume Cedex, Franciaország): Presse Med., 1994, *23*, 1172.

Az endothel az erek monocelluláris borítója, mely az erek belső felszínét hálószerűen szövi át; az artériák területe 28 m^2, a kapillárisoké 1500 m^2.

Az endothel szerepe a vascularis tónus fenntartásában régóta ismert, újabb felismerés, hogy elemei humorális hatással is rendelkeznek.

Ezen kórélettani koncepciók elvezettek az endotheliális vasoactiv anyagok felfedezéséhez. Ezek: a vasodilatátor hatású prostacyclinek, az endothel eredetű relaxáló faktor (EDRF), a vasoconstrictor hatású endothelin és más, feltételezett endothel eredetű kontraháló faktor (EDCF). A vasoactiv endothel eredetű peptidek felfedezése a vascularis, légzőszervi és a fertőző betegségek kezelésében jelent szemléletváltozást.

A prostacyclin prostaglandin derivátum arachidonsavból származik, amely az eicosanoidok tagja. Gátolja a thrombocyta aggregatiót, regulatiója és szintézise nem teljesen tisztázott folyamat. Vasodilatátor hatással rendelkezik az erek simaizomzatában. Számos anyag képes szintézisét stimulálni, akár exogén, akár endogén úton. Hatásos thrombangitis obliteransban és súlyos fokú perifériás vasculáris megbetegedésekben, az aetiológiától függetlenül. Gátolja plakkokon a thrombocyta aggregatiót és adhesiót is. Siegel és mtsai szerint a prostacyclin analógok aktiválják a kalciumcsatornákat is. Hatása van a renin—angiotenzin rendszerre, amelyet aktivál és inaktiválja a bradykinint. Fibrinolyticus és cytoprotectiv hatása a cAMP-től független, és hatását a szabadgyökmechanizmuson keresztül fejti ki. Dominánsan az artériás oldalon hat, de hatása van a vénákra, a kiserekre, sőt a graftokra is. Fél életideje és therapiás hatása rövid.

Az endothel azonban termel és kibocsát vasoconstrictor hatású anyagot is. Az endothelin 2429 kD-t nemrégiben izolálták, az artériás és vénás oldal mellett hat a vasomotor regulatióra is. A vasoconstrictor anyagok főleg a coronariás és cerebrális artériákra hatnak. Az endothelin 21 aminosavat tartalmaz, pozitív inotrop és chronotrop hatása van, a kalciumcsatornákat antagonizálja, de nem kompetetív módon. Az endothelin hatása pathologiás körülmények között nyilvánul meg, artériás hypertonia, pulmonális hypertensio és keringési elégtelenség eseteiben, valamint a hypoxia kialakulásában játszik szerepet.

A prostacyclinek therapiás perspektívájához tartozik, hogy a 70-es évek végén kezdték szintetizálni és a prostacyclin analógoknak az antiaggregatiós és vasodilatator hatását kezdték kihasználni intravénás és inhalatiós készítmények formájában.

Három analógot állítottak elő: 1. iloprost, 2. beraprost, 3. cicaprost. Az iloprosttal van a legnagyobb klinikai tapasztalat. 4—6 órás alkalmazása során hatását linearisan fejti ki. 1—3 ng/kg/min steady state állapotot okoz. Hatását 30 perc múlva fejti ki, dózisfüggő és fél életideje 3—30 perc. Kardiovascularis megbetegedésekben alkalmazzák előszeretettel, csökkenti a perifériás vascularis rezisztenciát, és a vesén keresztül választódik ki.

A cicaprost orálisan és vénásan is alkalmazható. Iloprost-ot multicentrikus tanulmányok alapján 700 Leriche-Fointane IV. stádiumban szenvedő beteg kapott. Ezek többségét bőrjelenségek kísérték, gangréna, csökkent systolés nyomás és transcutan oxygenisatio volt észlelhető. Állatkísérletekben is jó volt a revascularisatio. A fájdalomindex és a trophicus zavar is csökkent. A kezelés ideje 2—4 hónap volt. Metaanalytikus vizsgálatok 4 havi kezelést javasolnak, az iloprost szignifikánsan csökkentette az amputatiók számát. A javulást interventiós radiologiai eljárásokkal monitorizálták. Használatos Buerger-kórban is — ahol a referenciaszer az aszpirin volt; intravénás alkalmazása során multicentrikus tanulmányok igazolták, hogy csökkent a fájdalom, javult a cicatrisatio és csökkent az amputatiók száma is. Raynaud-syndromában csökkent a krízisek súlyossága és a necrotikus laesiók kialakulása is. Alkalmazzák heparin indukálta thrombopenia eseteiben is.

A prostacyclin analógok hosszú távú alkalmazása nagy lehetőséget jelent az ischaemiás megbetegedések gyógykezelésében.

Preusser Tibor dr. és
Hajós Márta dr.

SZÜLÉSZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Torulopsis glabrata medencei tályog és fungaemia. Wiesenfeld, H. C. és mtsai (Dept. of Obstetrics and Gynecology, Magee-Womens Hospital, Pittsburgh, USA): Obstet. Gynecol., 1994, *83*, 887.

A súlyos gombafertőzések gyakoribbak lettek az utóbbi 3 évtizedben, aminek több oka van, pl. a széles spektrumú antibiotikumok és az immunhiányos betegek. A torulopsis glabrata a normális emberi flórához tartozó gomba, de képes halálos fertőzést is okozni.

A szerzők betege 10 napos erythromycin előkezelés után került (abdominalis total exstirpatio + salpingo-oophorectomia d.) műtétre. A műtét utáni 2. napon lázas lett, köhögött. Állapota antibiotikumokra nem javult. A vérből torulopsis glabrata tenyészett ki. A hüvelycsonk melletti tályogból leszívott gennyből szintén torulopsis glabrata volt kimutatható. Amphotericin B kezelésre a klinikai lefolyás drámaian javult és egy hét alatt felszívódott a tályog.

A torulopsis glabrata gombát eddig emberre nem tartották pathogennek. Az elmúlt 30 esztendő folyamán az újraéledő opportunista fertőzésekkel növekedett sok gombás fertőzés gyakorisága, beleértve a torulopsis glabrata által okozottakat is. Ezek kis, gömbölyű, tok nélküli organizmusok, amelyek a gyomor-bélcsatorna, orr-garat, húgycső és hüvely normális flórájához tartoznak. A torulopsis glabrata azonban képes fungaemiát, pneumoniát, tüdőtályogot, vesemedence-, hashártya-, méhkürtgyulladást, sebfertőzést és hüvelygyulladást előidézni. A fungaemiák 9%-át a torulopsis glabrata okozza, és a mortalitási rátája 83,3%. A fungaemiára prediszponáló tényező az antibiotikus kezelés, amely elnyomja a gyomor-bélcsatorna és a hüvely normális bakteriális flóráját, és lehetővé teszi a gombák túlburjánzását.

A hysterectomia utáni medencei tályogok típusosan polymikrobialisok, ame-

lyekből gyakran izoláltak Escherichia colit, bacteroidest és prevotella fajokat; gombák izolálása rendkívül szokatlan. Súlyos torulopsis glabrata fertőzés ellen a legjobb gombaellenes kezelés az amphotericin B adása; tályogképződés esetén szükséges még a drainálás. Nőgyógyászati műtétek után ritkán fordul elő súlyos gombás fertőzés, gyanakodni kell azonban erre, ha a medencei gyulladás vagy tályog a standard antibiotikus kezelésre nem reagál.

[Ref.: A torulopsis glabrata hüvelyi saprophytaként nálunk is létezik, de a viszonylag ritka észlelés miatt előfordult már, hogy cytologus szakember is a hüvelykenetben lévő szétszórt ovális képleteket műterméknek ítélte.]

Jakobovits Antal dr.

Szeptikus abortusz. Stubblefield, Ph. G. and Grimes, D. A. (Dept. of Obstet. and Gynec. Maine Medical Center, Portland, and Dept. of Obstet. and Gynec. and Reprod. Sci., Univ. of California, San Francisco): New Engl. J. Med., 1994, *331,* 310.

A fertőzéssel, lázzal, endometritissel és parametritissel szövődő szeptikus abortusz változatlanul a legsúlyosabb kórkép, mely az egész világon fenyegeti az asszonyok egészségét. Bár morbiditása és mortalitása ritkább azokban az országokban, ahol az indukált vetélés megengedett, de igen magas a fejlődő országokban, akár azért, mert az abortusz végzése illegális, vagy a kivitelezés körülményei nem megfelelőek. A szeptikus abortusz kérdése a preventív medicina egyik fő területe, ahol lehetőség van az elsődleges, másodlagos és harmadlagos pervencióra.

Az abortusz engedélyezése az USA-ban alapvető hatással volt a közegészségügy helyzetére, hiszen az illegális abortuszhoz kapcsolódó halálesetek száma ezáltal csaknem eliminálódott. Az abortusz után kialakuló sepsis, mint halálok elsősorban a házasságon kívül élő fiatal nőket veszélyezteti. További kockázati tényező a nagyobb terhesség, ahol a méhfal-perforáció és a retenció lehetősége nagyobb. Az infekció talaján kialakuló progresszív bacteriaemia, kismedencei tályog, szeptikus kismedencei thrombophlebitis, disseminált intravascularis coagulopathia, szeptikus shock, veseelégtelenség végül is halálhoz vezethet. Az USA-ban az említett valamennyi ok miatt a 40-es évektől gyorsan csökkent az anyai mortalitás aránya. És ez a csökkenés még kifejezettebb lett 1965-től, amikor az abortusz engedélyezése széles körben elterjedt. Érdemes kiemelni az 1987-es évet (a szerzők ennek az évnek a statisztikáját teljes értékűnek tartják az adatok szempontjából), amikor összesen 1 353 671 legális abortusz történt. Ebből 6 haláleset fordult elő és az 0,4/100 000 mortalitási arányt jelent a legális abortuszok csoportjában. Ha tekintetbe vesszük, hogy a 40-es években több, mint 1000 asszony halt meg abortusz kapcsán, akkor a drámai javulás nyilvánvaló. Ez az eredmény az antibiotikumok széles körű bevezetésének köszönhető a szepsis kezelésében, másrészt a hatásos contracepció elterjedésének a nem kívánt terhességek számának a csökkentésében, továbbá annak, hogy az abortusz ma már törvényesen elvégezhető a kívánatos személyi és tárgyi feltételek mellett. A nyugat-európai tapasztalatok a fentiekhez hasonlóak. A legális abortuszok mortalitása itt is 1 százezrelék alatt van, csupán a volt Szovjetunió területén rosszabbak még az eredmények.

A Harmadik Világ országaiban azonban az abortusz továbbra is az anyai mortalitás elsődleges oka. WHO-adatok szerint az évenkénti mintegy félmillió anyai halálozás 25—50%-ért az illegális abortuszgyakorlat tehető felelőssé. Az abortuszhoz kapcsolódó halálesetek zömében a szepszis a halálok. Bizonyos körzetekben az átlagosnál is súlyosabb a helyzet. Így Brazíliában Rio de Janeiró-ban 1978 és 1987 között az anyai mortalitás csaknem négyszeresére nőtt (128-ról 462-re 100 000 élve szülésből), és az abortuszhoz kapcsolódó halálesetek adják a teljes anyai mortalitás 47%-át.

A szeptikus abortusz primaer preventiója. Ide tartozik a hatásos és hozzáférhető fogamzásgátlás széles skálája, a biztonságos és legális abortuszgyakorlat a contracepcio sikertelenségének eseteire és a megfelelő magas szintű orvosi ellátás az abortusz kezelésében. A terhesség jelent bizonyos kockázatot bizonyos betegségek kialakulására, melyek ritkán ugyan, de letálisak is lehetnek. De ezt a rejtett kockázatot egy asszony örömmel vállalja születendő gyermeke érdekében. De ez a rizikó sokkal nagyobb nem kívánt terhesség esetében, pláne ha a terhesség megszakításának a körülményei nem optimálisak. Érthető tehát, hogy a fő cél a nem kívánt terhességek fogantatásának a minimumra csökkentése. További törekvés, hogy a terhesség megszakítása lehetőleg az első trimeszterben történjen, hiszen ilyenkor az eljárás szövődményektől mentes, vacuum curettage végezhető és prophylacticus antibiotikum adásával a lázas szövődmény kivédhető.

A szeptikus abortusz secundaer preventiója. Ennek lényege a korai diagnózis és kezelés a fertőzés folyamatának a megállítása céljából. Vagyis az endometritis diagnózisának a promt felállítása azonnali hatásos kezelése, mielőtt még súlyosabb formát öltene. Gondolnunk kell szeptikus abortusz lehetőségére, ha egy reproduktív korban levő nőnél hüvelyi vérzés, alhasi fájdalom és lázas állapot áll fenn. A szeptikus abortusz miatt elhaltak esetében csaknem közös jelenség, hogy a megfelelő kezelésük elkésett. Igen lényeges, hogy már a kezdeti állapotban helyesen ítéljük meg a probléma súlyosságát. Tekintetbe kell venni, hogy az abortusz legális vagy illegális körülmények között zajlott-e le, elengedhetetlen az alapos hasi és kismedencei vizsgálat, minden észlelhető kóros eltérés és a panaszok figyelembevételével. Módunk van radiológiai vizsgálatok elvégzésére is, és nem ritkán szükség van a méhűr ismételt kiürítésére. Nem kerülhető el a baktériumflóra vizsgálata sem, mely szeptikus abortusz esetén rendszerint kevert flórát jelent, de kiemelendő a Neisseria gonorrhoae és a Chlamidia trachomatis. Az USA-ban az illegális abortuszoknál gyakori a Clostridium perfringens, a harmadik világ országaiban a tetanus gyakran a szeptikus abortusz haláloka.

A szeptikus abortusz harmadlagos prevenciója. Ennek célja, hogy megakadályozza az infekciónak azokat a súlyos szövődményeit, melyek a méh eltávolításához, sőt esetleg halálhoz vezethetnek. A súlyos szepsis kezelésének az alapkövetelménye az infekció megszüntetése és a cardiovascularis

rendszeren túl valamennyi érintett szervrendszer megfelelő támogató kezelésének a beállítása.

Az infekció megszüntetése érdekében vér-, vizelet- és méhnyakváladékminták tenyésztési eredményei alapján széles spektrumú célzott antibiotikus kezelést kell alkalmazni intravénás adagolásban. A nagydózisú penicillinszármazékokon túl vagy azokkal kombinálva, szintén nagy adagban clindamycin, gentamycin vagy tobramycin jön szóba.

Az antibiotikus védelem mellett késedelem nélkül ki kell üríteni a méhet, a terhességi szövet visszamaradásának (retentio) legkisebb gyanúja esetén. Sokan éppen ott követik el a hibát, hogy a beteg elesett állapota címén ettől eltekintenek, holott, ha szükséges, a vacuum curettage helyi érzéstelenítésben, minimális szedálás mellett még az intenzív egységben is elvégezhető. Természetesen a méh kiürítésének a módja és körülményei attól is függenek, hogy milyen volumenű a terhes méhben visszahagyott szövet. Nyilván nagyobb beavatkozás esetén erélyes méhösszehúzók adására is szükség van. Ilyenkor oxytocin adása javasolt infusióban, és ismételten (50 IU, 500 ml 5%-os dextroseban), de prostaglandin F2 alfa is adható (250 μg IM 2—3 óránként).

Amennyiben a méh kiürítése és a megfelelő kombinált kezelés ellenére nincs javulás, laparotomia végzendő. A situstól függően a méh eltávolítását — olykor az adnexumokét is — kell végezni, tisztázni kell, nincsenek-e sérülve egyéb hasi szervek, főleg belek, pl. perforáció esetén. A purulens hasüri váladékból újabb bakteriológiai vizsgálat végzendő. Lényeges a hasüreg átmosása, a peritoneális üreg drenálása, a váladék leszívása.

A súlyos szepszis és szeptikus shock kezelése intenzív egységben kell, hogy történjen megfelelő szakszemélyzet és tárgyi feltételek mellett. Ebbe beletartozik a beteg monitorizálása, a respirációs kezelés és legmodernebb és leghatásosabb gyógyszerek széles skálája. Legújabban már monoklonális antitestek adása is bekerült a szepsis therapiájába.

Kimondhatjuk, hogy az abortusszal szövődő infekciók súlyos komplikációi és a mortalitás majdnem elkerülhetők, sajnos azonban az abortusszal kapcsolatos halálozás prevenciója még mindig inkább politikai, mint orvosi probléma.

Csömör Sándor dr.

Terhességmegszakítás anyai toxoplasmosis miatt. Berrebi, A. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, CHU La Grave, Place Lange, F-31052 Toulouse, Franciaország): Lancet, 1994, *344,* 36.

Az akut toxoplasmosis terhesség folyamán a magzat fertőzését okozhatja. A veleszületett toxoplasmosis következtében a magzat méhen belül meghalhat, chorioretinitis és/vagy hydrocephalus fejlődhet ki mentális károsodással, de egészséges is maradhat a magzat. A toxoplasma gondii az anya fertőződése után 4—8 héttel jut át a lepényen. Ebben az időszakban adott antiparazita-kezelés megakadályozza a magzat fertőződését.

A terhesség 26. hete előtt bekövetkezett a toxoplasma-fertőzés esetén, ha a magzat is fertőzött, javasolt a terhességmegszakítás. A szerzők 163, a terhesség 28. hete előtt fertőződött terhest tanulmányoztak. Mindannyian antiparazitás kezelést kaptak, 9 millió NE spiramycin alakjában szájon át. 23 terhes pyremithamint és sulphadiazint is kapott. 162 élve született magzatot a megszületés után 15—71 hónapon át ellenőriztek. Három magzat méhen belül a 23., 24. és 30. héten meghalt. A maradék 160 asszony 162 magzatot szült élve, ezek közül 27-nek volt veleszületett toxoplasmosisa: 10-nek egy vagy több tünete volt, 5-nek izolált vagy többszörös koponyán belüli meszesedése volt, 7-nek perifériás chorioretinitise volt és 2-nek mérsékelt kamratágulata. Mind tünetmentes és neurológiailag normálisan fejlődik 15—71 hónapos korában.

A szerzők véleménye szerint az 1. és 2. trimeszterben szerzett heveny magzati toxoplasma-fertőzés esetén, ha a magzat szonográfiás vizsgálata ismételten negatív és parazitaellenes kezelést végeztek, a terhességet nem szükséges megszakítani.

Jakobovits Antal dr.

Multifoetalis terhességredukció az északi országokban. Radestad, A. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Hospital, S-17176 Stockholm, Svédország): Acta Obstet. Gynecol. Scand., 1994, *73,* Suppl. 161, 78.

Hármas vagy többes ikerszülés 1986. január és 1992. június között Svédországban 185, Finnországban 120, Dániában 102 esetben fordult elő. Többes terhességcsökkentés az északi országokban 42 volt: Svédországban 26, Finnországban 10, Dániában 6, míg Norvégiában nem volt. Az alkalmazás becsült átlagos rátája: Svédországban a többszörös szülések $^1/_{7}$-e, Dániában $^1/_{17}$-e, Finnországban $^1/_{12}$-e. Spontán vetéléssel végződött 9 (21%): egy héten belül 2, vagy néhány héten belül 7, a beavatkozást követően. A maradék 33 (79%) terhességből 2 magzat méhen belül elhalt a 2. trimeszterben, 3 perinatálisan és egynek végtagredukciós defektusa volt.

Az északi országokban a multifoetalis redukciók száma alacsony. A terhességi veszteség azonban valamivel nagyobb, mint néhány nagyobb számú esetről szóló beszámolóban.

Jakobovits Antal dr.

Növekedésben diszkordáns első trimeszterbeli ikrek: egy baljóslatú szülés előtti lelet. Weissman, A. és mtsai (Achiron, R.: Department of Obstetrics and Gynecology, The Chaim Sheba Medical Center, Tel Hashomer 52621, Izrael): Obstet. Gynecol., 1994, *84,* 110.

Az ikermagzatok lényegesen eltérő növekedése rizikótényező. A szerzők meghatározása szerint a magzatok közti nagyság divergens, ha a magzatok fejtető—far távolság alapján számított terhességi kora között az első trimeszterben 5 vagy több napos különbség van. Ez 6—13 hetes terhességben több, mint 2 standard deviációnak felel meg.

A szerzők 1992. január és 1993. június közti vizsgálati periódusban 5 ikerpár tagjai között találtak nagyságbeli különbséget a terhesség 6—11. hetében. A 2. trimeszterben már mindegyik kisebb ikerben súlyos fejlődési rendellenességet kórismézték. Három

esetben szelektív terhességmegszakítást végeztek sikeresen, intracardialis káliumklorid-oldat injekciójával.

Az ikrek növekedésének eltérését rendszerint az iker—iker transzfúzió idézi elő vagy uteroplacentaris tényezőkből eredményeződik. Súlyos fejlődési rendellenességek szintén jelentős tényezők. Asszisztált reprodukció után a kezdetben élő embryók 5%-a spontán elhal és az elhalás kockázata növekszik, ha jelentős 1. trimeszterbeli nagyságkülönbség van. A szerzők vizsgálati eredményei egy új kórformát vetnek fel: „a nagyon korai kezdetű diszkordáns magzatnövekedést". Az ikertestvérek közti első trimeszterbeli nagyságkülönbség egy súlyos fejlődési rendellenesség első jele lehet a kisebb ikerben. Az ikrek közti lényeges nagyságkülönbség, a multifoetalis terhességeket fenyegető többi veszélyeztetettségen túl, még további nagy rizikótényezőnek tekintendő.

Jakobovits Antal dr.

A koraszülés feltartóztatása és a terhesség meghosszabbítása glicerin trinitráttal. Lees, C. és mtsai (Campbell S. Department of Obstetrics and Gynaecology, King's College Hospital, Denmark Hill, London SE5 BRX, Anglia): Lancet, 1994, *343,* 1325.

A koraszülésnek nincs hatásos kezelése. A leggyakrabban használt tokolitikumok a β_2 adrenerg agonisták, mint a ritodrin és terbutalin, nem prolongálják a terhességet és az újszülött sorsán sem javítanak. A salétromsav-oxid hatásos simaizom-relaxáns az erek falában, belekben és húgyivarvezetékben. A salétromsav-oxid csökkent szintézise állatokban a szülés megindulásával társul. A méhizomzat nyugalmi állapota váltható ki in vitro ciklusos guanozin monofoszfát mennyiség növelésével. A salétromsav-oxid a ciklusos guanozin monofoszfát növelése útján hat. A glicerin trinitrátot méhrelaxánsként használják, medencevégű fekvésben lévő magzat extrakciójánál.

A szerzők 13 fenyegető koraszülő terhes 20 fájás epizódjában adtak 10 mg transzdermális tapasz segítségével glicerin trinitrátot 24 óránál hosszabb ideig. Az egyik ikerterhes asszonyt 7 napon túl kezelték. Egyetlen terhes szült meg, akinek cervixelégtelenség miatt cerclage-ja volt, de a kezelés kezdetekor eltávolították. Az átlagos terhesség-meghosszabbítás 34 nap volt. A glicerin trinitrát az anya vérnyomását, pulzusát, a magzat szívműködésrátáját nem befolyásolta. A kezeltek $^1/_3$-a fejfájásról panaszkodott. A szerzők a glicerin trinitrát tapaszt biztos hatású, jól tűrhető, nem invazív módszernek tartják a méhkontrakciók elnyomására koraszülésben.

Jakobovits Antal dr.

A koraszülés módjával kapcsolatos tényezők HELLP-szindrómában (haemolysis, fokozott májenzimek és kisszámú vérlemezke). Magann, E. F. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, 2500 N. State St., Jackson, MS 39216-4505, USA): Am. J. Obstet. Gynecol. 1994, *170,* 1828.

A szerzők klinikáján 1980. január és 1991. szeptember között 189 HELLP-szindrómás beteg szült a terhesség 34. hete előtt. A terheseket a Mississippi 3 osztályos rendszer szerint kategorizálták: 1. a szülés előtti thrombocytaszám nadirja $\leq$50 000/ml: 83 terhes; 2. a legalacsonyabb thrombocytaszám $>$50 000/ml: 106 terhes; és 3. a legalacsonyabb thrombocyta szám 100 000 és 150 000 között. Csak az 1. és 2. kategóriába tartozókat vették be a tanulmányukba. A császármetszésgyakoriság közel egyenlő mértékben oszlott meg az 1. (78,3%) és a 2. (74,5%) kategóriába tartozók között. A terhesség 30. hete előtt a császármetszés-gyakoriság 87%, a 30. héten vagy később 68%. A császármetszések javallatai: az anya állapotának rosszabbodása egyedül 50%, az anya és a magzat állapotának rosszabbodása 27%, nem fejvégű fekvés 11,5% és a szülés nem haladása 11%. A szülésindítás jelentősen hatásosabb a 30—34. terhességi hét között, mint a 30. előtt.

Az 1. és 2. kategóriába tartozó HELLP-szindrómásoknak nagy a valószínűsége a császármetszéses szülésre. Az átlagos születési súly a 30. terhességi hét előtt 845±257 g, a 30—31. hét között 1304 + 188 g és a 32—33. hét között 1823±336 g. A nagyon kis súlyú magzatok világra hozatala császármetszéssel nem csökkenti a súlyos peri- és intraventricularis agyvérzés gyakoriságát. A 14 intraventricularis vérzésben szenvedő újszülött közül tízet császármetszéssel hoztak világra. A legtöbb szerző szerint a császármetszés csak akkor javít jelentős mértékben a terhesség kimenetelén, ha a magzat nem fejvégű fekvésben van és kevesebb, mint 1500 g súlyú. A szerzők javasolják a hüvelyi szülést császármetszés helyett, a már egyébként is veszélyeztetett súlyos praeeclampsiás terhesek esetében. Véleményük szerint a szülés sikerét növeli a prosztaglandin és laminária használata, külön-külön vagy kombinálva.

Jakobovits Antal dr.

Az emlőstimulációs teszt előre jelzi a koraszülést nem szült nőkben. Guinn, D. A. és mtsai (618 S. 20th St., Birmingham, AL 35233, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *170,* 1809.

A koraszülés az összes terhességnek 7—10%-ban előforduló szövődménye, de a perinatális halálozás 70—80%-a a koraszüléssel kapcsolatos. A nem szült nők a koraszülők 25—40%-át teszik ki, őket a legnehezebb előre látni, ezért fokozott a veszélyeztetésük. A szerzők 267, a terhesség 26—28. hete között lévő nőn végezték vizsgálataikat. A méhet Doppler-szonográfiával és tokodinanométerrel ellenőrizték. A terhesek a ruhájukon keresztül ingerelték az emlőbimbójukat 2 percig, majd 2 perces szünet után ismét stimulálták az emlőt 3 ciklusban, majd az egyik emlőt 10 percig, végül mindkét emlőt 10 percig stimulálták. A tesztet pozitívnak tekintették, ha két vagy több, 40 másodpercig vagy tovább tartó méhösszehúzódás következett be. Amikor a kontrakciók ilyen gyakoriságban következtek be, az emlőstimulációt abbahagyták és a terhest addig ellenőrizték, amíg a méhaktivitás alábbhagyott: kevesebb, mint 2 kontrakció/15 perc. Pozitív tesztet észleltek 45 terhesben. 27 (10,2%) terhes a 37. hét előtt szült és 5 (1,9%) és 34. hét előtt. Az emlőstimulációs teszt szenzitivitása 37%-os, specificitása 84%, a pozitív előrejelző ér-

téke 6% és a negatív előrejelzése 90%-os. Pozitív teszt esetén gyakrabban (34%-ban) volt szükség szülés alatti megfigyelésre a rendszeres méhkontrakciók miatt. A szerzők megítélése szerint az emlőstimulációs teszt hasznos a koraszülésre veszélyeztetett terhesek kimutatására.

Jakobovits Antal dr.

A koraterhességi vérzés kezelése baleseti és sürgősségi osztályokon. Gilling-Smith, C. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, St. Mary's Hospital, London): Brit. Med. J., 1994, *309,* 574.

Hüvelyi vérzés a terhességek akár 20%-ában is előfordulhat. Angliában sok terhes nő hüvelyi vérzés esetén a 24 órán keresztül ügyeletet tartó baleseti és sürgősségi osztályokhoz fordul, és nem a családorvoshoz vagy terhesszakrendeléshez. Ezen baleseti osztályokon az orvosok kevéssé képzettek a nőgyógyászati sürgősségi esetek ellátásában.

A szerzők 109 baleseti és sürgősségi osztályt kerestek meg kérdőívükkel Angliában és Walesben. A kérdőíves vizsgálat során megkérdezték, hogy az adott osztály ellát-e koraterhességi vérzéssel betegeket, és ha igen, akkor további kérdések segítségével vizsgálták az ellátás módját és a rendelkezésre álló eszközöket, diagnosztikus módszereket. A kérdőívre válaszoló 94 osztály közül 88 látott el vérzéssel jelentkező terheseket, de csak 64 intézetben állt rendelkezésre nőgyógyász konziliárius. Az osztályok 47%-ában nem várták el az orvosoktól, hogy nőgyógyászati vizsgálatot végezzenek, de ahol történt nőgyógyászati (hüvelyi) vizsgálat, ott sem volt ehhez külön helyiség az intézetek 20%-ában. Ultrahangkészülék 86 intézetben volt, de csak 40-ben volt mód munkaidőn túl is ultrahang vizsgálat végzésére. Ergometrint és oxytocint nem tartottak kéznél 16 osztályon. Az Rh-negatív nők anti-D immunglobulin profilaxisa sem volt megoldott.

A vizsgálati eredmények alapján a szerzők azt a következtetést vonták le, hogy a koraterhességi vérzéssel jelentkező nők ellátása a baleseti és sürgősségi osztályokon nem megfelelő. Az ultrahangvizsgálat alapvető fontosságú lenne a magzati életjelenségek vizsgálatára, ill. a feltétlenül felvételt és további kezelést igénylő méhenkívüli terhesség igazolására. Nőgyógyászati vizsgálat, hüvelyi feltárás szükséges a méhszáj megtekintésére és megindult vetélésnél az ott lévő conceptus eltávolítására, mely uterotonicumok adásával együtt nagyon fontos a vérzés csökkentésében, főleg ha további ellátásra a beteget tovább kell szállítani. A tanulmány felhívja a figyelmet, hogy a sürgősségi osztályokat el kellene látni a vérző terhesekre vonatkozó kezelési protokollal, a vizsgálati eszközöknek rendelkezésre kellene állniuk, és az elbocsátott beteget megfelelő tanáccsal, útmutatókkal kellene ellátni, hogy az ellátás színvonala elfogadható szintre emelkedjék.

Szilágyi András dr.

Vitaminadagolás után ikerszüléseket észleltek Magyarországon. Meijer van Puten, J. B.: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1389.

Egy magyar vizsgálatban a fogamzás körüli időben adott multivitaminos készítmények adása kapcsán (a velőcsőzáródási defectus megelőzése volt a kitűzött cél) váratlan eredményt észleltek: 40%-kal gyakoribbá váltak az ikerszülések. A vizsgálatban kb. 5500 terhes nő vett részt; a csoport fele a conceptio körüli időben 12 vitamint (köztük folsavat), 4 ásványi anyagot és három nyomelemet tartalmazó készítményt szedett, a csoport másik fele placebo-tablettájában csak nyomelemek voltak. 2468 multivitamint használó nőnél 93 (3,8%), a kontrollcsoportnál 64 volt az ikerszülések száma (2,4%). A conceptio idején multivitamint szedőknél a szülések abszolút száma 1,1%-kal, az ikerszüléseké 40,7%-kal nőtt. Mindkét csoport esetében az ikerszülések száma meghaladta a magyarországi átlagot. Ezt talán az okozhatta, hogy a nők 7%-a clomifenkezelésben is részesült, azonban a vizsgálati csoportok közötti különbségre ez nem ad magyarázatot: az ovulatio indukciós kezelésben részesültek kevesebben voltak a multivitaminos csoportban (7,4%, szemben a kontrollcsoport 7,8%-ával). A két csoport egyébként pontosan illeszkedett korcsoportok, demografiai jellemzők tekintetében. A monozygota- és dizygota ikrek aránya is azonos volt a két csoportban. A magyarok hangsúlyozták, hogy a vizsgálat nem arra irányult, hogy a multivitaminok ikerszülésekre való hatását vizsgálják és bár az eredmény statisztikailag szignifikáns, lehet véletlenszerű is.

Ribiczey Sándor dr.

Nimodipin a prae-eclampsia kezelésében: hatása az anyára és a magzatra. Belfort, M. A. és mtsai (Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, One Baylor Plaza, Houston, TX 77030, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *171,* 417.

A prae-eclampsia kiterjedt vasoconstrictiót idéz elő és szaporodó bizonyítékai vannak a súlyos cerebralis érgörcsnek. A következményes agyvérszegénység csökkenti az érintett agyrégió görcskészségének küszöbértékét. A magnézium-szulfát csökkenti a pulzatilitásindexet (ellenállást) az arteria cerebri mediában és a retinális erekben. Ez az agyi perfúzió javulásához vezethet, enyhítve az ischaemiát, ezáltal elejét veszi a sejtkárosodásnak, agyoedemának és görcsöknek. A magnézium-szulfát hatásmechanizmusát pontosan nem ismerjük, de bizonyítékok utalnak arra, hogy a kalcium-dependens érgörcsre ellentétesen hat és antagonizálja az ischaemia által okozott sejten belüli kalciumkoncentráció növekedését. Más kalciumantagonisták is jótékony hatással lehetnek a praeeclampsiás betegekre. Ezek közül a nimodipin, egy dihidropiridin látszik a legszelektívebb agyi értágítónak.

A szerzők 10 beteget tanulmányoztak, akiknek a bejöveteltől a szülés utáni 24 óráig 30 mg nimodipint adtak 4 óránként szájon át. Az erek pulzatilitásindexe az arteria cerebri mediában jelentősen csökkent. A köldökarteria systole/diastole hányadosa (ellenállása) szintén szignifikánsan redukálódott.

A nimodipin szájon át adva gyorsan felszívódik, és a maximális szérum-

koncentrációt 30—60 perc alatt éri el. Jelentős értágító hatása van az anya és magzat agyában. Hatásos és könnyen adagolható antihypertensiv gyógyszere a prae-eclampsiás betegeknek, ezért vonzó alternatíva a magnézium-szulfáttal szemben.

Jakobovits Antal dr.

Subzonális inseminatio és intracytoplazmás spermiuminjekció után született 55 gyermek távlati nyomon követése. Bounduelle, M. és mtsai (Centre for Medical Genetics, Academisch Ziekenhuis V. U. B., Laarbeeklaan, 101, B-1090 Brussels, Belgium): Hum. Reprod., 1994, *9,* 1765.

Az in-vitro fertilizáció kilátásai erősen csökkentek a spermiumok mozdulatlansága, motilitászavara, morfológiai rendellenessége és koncentrációs szegénység vagy ezek kombinált defektusa esetén. Ilyen betegek esetén az in vitro fertilizáció sikertelen, alternatívát jelent a subzonális és intracytoplasmás spermiuminjekció. Felmerül a gyanú, hogy az ilyen spermium mikroinjekciója, amit mesterségesen választanak ki egy kedvezőtlen minőségű ondóból, gyakrabban vezethet kromoszomálisan abnormális embryóhoz.

A szerzők az intézetükben 1991—1993 között született 55 gyermeket vizsgáltak, akik subzonális inseminació és intracytoplasmás spermiuminjekció után fogamzottak. Összesen 750 asszisztált fertilizációt végeztek subzonális inseminatióval és intracytoplasmás spermiuminjekciót végeztek subzonális inseminatióval és intracytoplasmás spermiuminjekcióval. Az 55 tanulmányozott gyermek közül 21 az előbbi és 24 az utóbbi módszerrel, és 10 a kettő kombinációs eljárásával fogamzott. 31 szinguláris és 24 gyermek ikerterhességből született. Egy monochorialis, diamnialis iker volt. 29 fiú és 26 lány született. A terhesség alatti ultrahangvizsgálat kóros eltérést nem mutatott. 25 szinguláris terhes hüvelyen át és 6 császármetszéssel, az ikerterhesek közül 6 hüvelyen át és 4 sectióval szült. Hét újszülött, köztük 6 iker retardált volt. Két nagyobb fejlődési rendellenesség fordult elő, mindkettő szinguláris terhességben: 1. szájpadhasadék és kettős vesemedence, 2. kétoldali lágyéksérv.

Jakobovits Antal dr.

Ovulatio inductio és a velőcsőzáródási rendellenességek kockázata. Werler, M. M. és mtsai. (Slone Epidemiology unit, Boston Univ. School of Public Health, Brookline, USA): Lancet, 1994, *344,* 445.

Az 1970-es évektől felmerült, hogy az ovulatiót indukáló szerek fokozódó használata esetleg növelné a fejlődési rendellenességek, különösen a velőcső záródási rendellenességek (VZR) veszélyét.

A szerzők a bostoni közegészségügyi tanszék és Boston, valamint Toronto (Iowa) praenatalis diagnosztikai részlegeinek anyagát dolgozták fel a bejelentett fejlődési rendellenességek oldaláról kiindulva.

1034 VZR-gel született újszülött (776 spina bifida, 135 anencephalia, 123 encephalocele) és 4081 más VZR-gel nem szövődött maior fejlődési rendellenességgel született újszülött anyját kérdezték ki. Utóbbiak képezték a kontrollt.

Az illesztés kontroll kiválasztásánál figyelembe vették az anyai életkort, a paritást, a kikérdezés időpontját, földrajzi tényezőket, a terhesség tervezett voltát, képzettséget, a conceptio körüli folsav szedést.

Összességében az összanyagra vonatkoztatva a vizsgált csoportban a VZR gyakorisága 2,8%, a kontroll csoportban 3% volt. Clomifen szedőknél a relatív kockázat 0,8% (0,5—1,3), hormonkezelteknél 1,5 (0,7—3,4), míg a kontroll csoportban 1,1 (0,8—1,7) volt.

0—6 hónappal a teherbeesés előtt Clomifen kezelésben részesült a VZR csoport 2,1%-a és a kontroll csoport 2,4%-a. Hormonkezelésben (Folliculus stimuláló hormon és Luteinizáló hormon egyenlő arányú keveréke + human chorialis gonadotropin) a VZR csoport 1,1%-a, míg a kontroll csoport 0,8%a részesült.

Ugyanez a Bromocriptinnel kezelteknél 0,4% és 0,2% volt, itt azonban az esetek száma igen kicsi, a VZR csoportban és kontroll csoportokban 4, ill. 8.

A relatív kockázat mindhárom gyógyszer esetében 2 alatti volt (Clomifen kezelés 0,8, hormon kezelés: 1,1 és Bromocriptin kezelés 1,5%).

Alcsoportok szerinti értékelést csak a Clomifennel kezelt csoportban végezhettek, miután a másik két csoport eseteinek száma nem tette lehetővé ezt. Clomifent a 776 spina bifidás újszülött esetében az anyák 2,2%-a, 636 izolált spina bifidás újszülött esetében az anyák 1,9%-a szedett. A relatív kockázat 0,8, ill. 0,7 volt.

A hormon kezelésben részesülteknél tapasztalt mérsékelt kockázat növekedés nem volt szignifikáns. A Clomifennel kezelteknél pedig a kockázat a kontroll esetekhez képest valamivel még alacsonyabb is volt. A szerzők adatai, melyek az eddigi legnagyobb beteganyagon alapulnak, ellene szólnak annak, hogy a VZR-ek kockázata ovulatio inductiós kezelés után nő.

Bognár Zoltán dr.

Méhen belüli agykárosodás: a terhesség korának befolyása a következményekre. Cophen, M., Roessmann, U. (Institute of Pathology, Division of Neuropathology, 2085 Adalbert Road, Cleveland, OH 44106, USA): Developmental Medicine and Child Neurology, 1994, *36,* 263.

A szerzők két magzat agykárosodását észlelték:

1. A 30 éves először terhes a gestatio 16. hetében spontán léprepedést szenvedett, ami miatt háromszor végeztek laparotomiát, miközben néhány alkalommal hypotensio és hypoxia lépett fel. A magzat elhalt és a terhesség 20. hetében jött világra. A boncolás a szívben myocytolysist és az agy mindkét oldalán, a lencsemagban cisztás elváltozásokat mutatott ki.

2. A 23 éves harmadszor terhesnek streptococcus-fertőzés okozta facialis cellulitise fejlődött ki. A terhesség 28. hetében laryngospasmus következtében a légzése leállt. Fokozódó polyhydramnion keletkezett és a gestatio 33. hetében császármetszést végeztek. Az újszülöttet intubálni kellett. Az öthetes csecsemő agyában a CT periventricularis és a bazális ganglionokra terjedő ritkulásokat mutatott ki. A csecsemőnek multiplexfertőzései voltak és 7 hónapos korában meghalt. Szövettanilag az agyban a thalamus területében, a középagy felső részén és a lateralis magvakban neuroncsökkenést találtak.

A szerzők az irodalomban még tíz beteg bizonyítottan a méhben keletkezett agykárosodásának ismertetését találták. Ezek és saját észlelésük alapján az agykárosodások 2 csoportját külö-

nítik el: 1. a terhesség 24. hete előtt és 2. a 26—34. hét között bekövetkezetteket. Az 1. csoportra jellemző a kétoldali globus pallidum destructio, a 2.-ra pedig a thalamus-magvak neuronális vagy teljes szöveti elhalása. Mindkét csoportban előfordult néhány esetben multicystás encephalopathia, hydranencephalia és diffúz fehérállomány gliosis is.

A globus pallidumra terjedő károsodások a 2., míg a thalamus neuronjaira terjedők főleg a 3. trimeszterben keletkeznek. Ezek a megfigyelések segítenek a magzati agykárosodások bekövetkezésének idejét meghatározni, és a megszületés előtti agykárosodások eseteiben a klinikai korrelációt megállapítani.

Jakobovits Antal dr.

Idült hypertoniás asszonyok terhességének prognózisa. Rey, E., Couturier, A. (Department of Obstetrics and Gynecology, Hospital Sainte-Justine, 3175, Côte Ste-Catherine, Montreal, Quebec, Canada H3T IC5): Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *171*, 410.

Az idült hypertoniás nők terhességét veszélyeztetettnek tekintik, annak ellenére, hogy az újabb közlések szerint a perinatális halálozás hasonló a normotensiv terhesekéhez. A magas vérnyomásban szenvedő terhesek fő szövődménye a prae-eclampsia, és emiatt következik be a legtöbb szülés körüli morbiditás és halálozás. A rárakódás gyakorisága enyhe hypertensióban 5,2—18,4%, súlyosban pedig 54,0—100%. A antihypertensiv kezelés nem jelent megelőzést a rárakódásos prae-eclampsiával szemben.

A szerzők öt év alatt 298 asszony 337 terhességét tanulmányozták. Ezek az asszonyok idült hypertoniában szenvedtek: a terhességet megelőzően vagy a terhesség 20. hete előtt >140/90 Hgmm-es vérnyomásuk volt. Többségüknek (93,8%) essentialis hypertoniája volt. A perinatális magzati mortalitás 45/1000, az átlagos népességé pedig 12/1000, a prae-eclampsia gyakorisága 21,2% vs. 2,3%, a koraszülésé 34,4% vs. 15,0%, a retardált növekedésé 15,5% vs. 6,3%, az elsődleges császármetszésé 29,6% vs. 14,2% és a gestatiós diabetes előfordulása 33,1% vs. 12%. A prae-eclampsiás rárakódás koraszüléssel, retardált növekedéssel, gyakoribb császármetszéssel és újszülött-szövődményekkel társult. A hypertensiv terheseknek azonban prae-eclampsiás rárakódás nélkül is szignifikánsan gyakoribb volt perinatális magzati halálozásuk (29/100) és a retardált újszülöttjük (10,5%), mint a normotensiv terheseknek.

A szerzők megfigyelései szerint az alacsony perinatális mortalitású népességben az idült hypertoniás nőknek nagyobb a kockázatuk a magzati perinatális halálozásra, akár van rárakódásos prae-eclampsiájuk, akár nincs.

Jakobovits Antal dr.

A terhesség indukálta hypertensio összefüggése a fogamzás előtti szexuális viszony időtartamával. Robillard, P.-Y. és mtsai (Paediatric Unit., University Hospital of Pointe à Pitre, CHRU, BP 465 97159 Pointe-à-Pitre, Guadaloupe, Francia Nyugat-Indiák): Lancet, 1994, *344*, 973.

A terhesség okozta hypertensio főleg először terhesekben fordul elő és ritkán ismétlődik, ha mégis, akkor az anyának újabb partnerétől (férjétől) származik a terhesség. Az apai gének befolyásolják a korai lepényfejlődést és az apából származó antigének beleveződnek az anya immunrendszerébe, amelyek az egészséges placenta növekedését fenntartják. Többen utaltak már arra, hogy a terhesség indukálta hypertensió az anya reakciója, ami a lepényben manifesztálódik, az anyai szövetekkel immunológiailag inkompatibilis antigének ellen. Ha a terhesség indukálta hypertensio immunologiai eredete igaz, akkor a gyakorisága kapcsolatban állhat az apai antigének hatásának hosszával. Feltételezik, hogy a terhesség indukálta hypertonia és a fogamzás előtt az apával folytatott szexuális kapcsolat összefüggésbe hozható.

A szerzők vizsgálataikat a karibi szigetvilágban lévő Guadaloupeban végezték, ahol a szülő nők 43%-a egyedülálló és nem szokatlan, hogy a testvéreknek különböző apjuk van. Összesen 1011 terhest vizsgáltak: 855 normotensiv, 102 terhesség indukálta hypertoniás (közülük 19 prae-eclampsiás), 2 eclampsiás és 54 idült hypertensiós volt. A primigravidák 11,9%-ában fordult elő terhesség indukálta hypertensio, a multigravidákban azonos partner esetén 4,7%-ban, új partner esetén viszont 24,0%-ban. Mind az először, mind a többször terhesek fogamzás előtti szexuális viszonyának hosszú fordított viszonyban volt a terhesség indukálta hypertensio gyakoriságával. Hasonló volt az eredmény, amikor a vizsgálatokat rassz, iskolázottság, anyai kor, családi állapot és terhességi sorrend szerint szétválasztva végezték.

Szerzők vizsgálati leletei összhangban vannak a terhesség indukálta hypertensio immunológiai eredetének feltételezésével: a hosszan tartó szexuális kapcsolat folyamán a nőkben immunreakció fejlődik ki az ondósejtekkel szemben, ami hiányzik a szűzekben és olyan nőkben, akik úgy védekeznek a fogamzás ellen, hogy az ondósejtekkel nem jutnak kapcsolatba. Ezek a nők immunológiailag védettek a partnerük antigénjével szemben a következő terhességben.

A terhesség indukálta hypertensio inkább a primipaternitás, mint a primigraviditas problémája lehet. A fogamzás előtti hosszan tartó szexuális viszony védelmet nyújthat a terhesség indukálta hypertensio ellen. Szerzők vizsgálati anyagában a terhesség indukálta hypertensio átlagos gyakorisága 10,6%, ami 5,1%-ra (és a primigravidák 11,9%-a 3,3%-ra) csökkent azokban a nőkben, akik szexuális viszonya azokkal a férfiakkal, akiktől teherbe estek, a fogamzás előtt több mint 12 hónappal kezdődött. E leletek megerősítése esetén a terhesség indukálta hypertensio prevenciójában egy lehetőség nyílik.

Jakobovits Antal dr.

Lokális vagy szisztematikus legyen-e az oestriol-kezelés vizelet-inkontinencia esetén. Egarter, Ch. és mtsai (Univ. Frauenklinik A-1090 Wien. Spitalgasse 23): Der Prakt. Arzt., 1994, *48*, 102.

Mind gyakrabban alkalmaznak a posztmenopauzában jelentkező vizelési zavarok (atrofiás urethritis-cystitis, incont.) esetén tüszőhormon-kezelést. Indokolja ezt az is, hogy a húgyhólyagban és húgycsőben oestrogen-receptorokat mutattak ki.

Kérdés az, hogy a címben adott kezelési módok közül melyik a jobb? A szerzők egy szociális otthon posztmenopauzában lévő lakói közül választottak ki olyan nőket, a kiknek I—II. fokú

inkontinenciája volt, nem szedtek alfa- és bétasympatho- és parasympathomimeticus szereket és nem volt szervi nőgyógyászati és urológiai betegségük, panaszaik legalább fél éve fennállottak.

A vizsgálati mintába 1000 nőt terveztek bevenni, de különböző okok miatt néhányan kiestek, így végső soron 88-nak az adatait tudták értékelni. Mindenki Ovestint kapott. A betegek fele orálisan (4 hétig 3 × 1 mg, majd 1 × 1 mg), fele lokálisan (4 hétig 1 mg, majd 0,5 mg). Legtöbbnek lényegesen javult az állapota, mindkét csoportban változatlanok maradtak a panaszok 19%-ban. E javulást az urodinamikai vizsgálatok nem igazolták, s a vaginalis cytológiai vizsgálattal ellenőrzött hüvelyhám-atrófia sem rendeződött, éspedig feltehetően azért, mert kicsik voltak az adagok.

Következtetésük szerint a két módszer között nincs eltérés a hatékonyságot illetően, és a javulás elsődlegesen a szubjektív panaszok csökkenésében mutatkozik meg.

Aszódi Imre dr.

TRAUMATOLÓGIA

Az aorta leszorítása a truncus coeliacus felett. A módszer technikája és indicatiói traumás hasűri vérzés esetén. Leschi, J. P., Coggia, M., Goëau-Brissonnière, O. és mtsa. (Service de Chirurgie génévale digestive et vasculaire, Hôpital Ambroise Pavé, G. avenue Charles-dé-Gaulle, F 92100 Buologne): Presse Med., 1994, *23,* 1163.

A szerzők két, súlyos shockos állapotra, keringésfelborulásra vezető tompa hasi sérülés esetét ismertetik. Az elsőben a máj VI. és VII. szegmentumának teljes leszakadása, továbbá az egyik vena hepatica és a szegmentumokat drainálo vénák is sérültek. A hasban 3 liter vér volt. A másik esetben a máj bal lebenyének csaknem komplett leszakadása a vena cava inferior és a bal vena renalis sérülésével járt. Mindkét esetben a keringés stabilizálása, a sérülések ellátása csak az aorta átmeneti leszorítása után volt lehetséges.

Eseteik kapcsán áttekintik az aorta leszorításának módjait, indikációját és szövődményeit. Traumás eredetű szabad hasűri vérgyülem esetén sürgős laparatomiát végeznek. Előfordul olyan helyzet, hogy a teljes vérzéscsillapítást nem lehetett elérni, a keringés összeomlása fenyeget. Ilyen helyzetekben javasolják életmentési céllal az aorta leszorítását a truncus coeliacus felett. Ez lehetővé teszi kielégítő vérnyomás létrehozását az agyban, a coronariákban, megszünteti a további vérveszteséget, ugyanakkor a műtéti területben is jobb tájékozódást tesz lehetővé, ezzel a sérülés végleges ellátását is segíti.

Technikailag a módszer egyszerű. Nem igényel újabb feltárást, hiszen median laparotomiából amúgy is lehet látni a vérzésforrást. Javasolják a rekesz jobb szárának átmetszésével megközelíteni az aortát. Jobbnak és megbízhatóbbnak tartják az ujjal történő kompressziónál a műszeres kirekesztést. Saját és irodalmi adatok szerint a veseműködés nem károsodik irreverzibilisen 30 perces aortaleszorítás során. Saját betegeiken reverzibilis creatininemelkedést észleltek. Gerincvelő- vagy tápcsatornai károsodás az átnézett irodalomban nem fordult elő. Bal kamra túlterhelés a nagyfokú hypovolaemia mellett nem jön igazán szóba. Ezzel szemben a leszorítás felengedése után a revascularisatiós syndroma okozhat gondot, ami a kirekesztés fokozatos felengedésével vagy az aortára infrarenalisan felhelyezett átmeneti leszorítással védhető ki. A haemodynamika szigorú observatiója és bőséges volumenpótlás szükséges.

Salacz Tamás dr.

Elesések. Cummings, S. R., Nevitt, M. C. (Univ. of California, San Francisco, CA 94105, USA): N. Engl. J. Med., 1994, *331,* 872.

A szerzők szerkesztőségi cikkben foglalkoznak a lap ugyanebben a számban megjelent *Tinetti és mtsai* (N. Engl. J. Med., 1994, *331,* 821.) cikkével, akik az idős emberek elesési problémáival foglalkoznak. A 65 évesnél idősebb emberek egyharmada évente egyszer biztosan elesik. 10—15%-ban az elesés súlyos sérüléseket okoz, fele részben töréseket. Fehér nők ugyan csak 1%-ban szenvednek el elesés következtében csípőtörést, de ennek is igen súlyos kihatásai vannak (mozgáskorlátozottság, újabb eleséstől való félelem stb.).

Az elesések betegségek részjelenségei is lehetnek, kb. 10%-ban eszméletvesztéssel is járhatnak. Ezért az észlelő orvosnak igen körültekintően kell eljárnia, ha el akarja különíteni a collapsusból származó elesést egyéb okoktól, beleértve a beteg által esetlegesen szedett gyógyszerek hatását is. Fontos a környezet vizsgálata is (lépcsők, rendetlen lakás, homályos megvilágítás stb.).

A kockázati tényezők mérlegelésével és módosításával az elesések számát csökkenteni lehet, mint ahogyan fenti közleményben Tinetti és munkatársai részletesen utaltak már erre. A szerkesztőségi közlemény írói felteszik többek közt a kérdést arra vonatkozóan is, a csípőtörések gyakorisága is csökkenni fog így? Válaszukban azonban azt is megjegyzik, hogy nem elég a kockázati tényezők mérséklése, a veszélyeztetettek D_3-vitamin és calcium pótlása is elengedhetetlen. Mindenképpen egyetértenek a költségkihatások miatt is Tinetti és mtsai gondolataival, melyek szerint mindenképpen törekedni kell idős egyének között az elesések magas kockázati tényezőinek felderítésére, ezek csökkentésére és az elesések következtében kialakult problémák rizikójának redukálására.

Iványi János dr.

Közösségben élő idős emberek elesési kockázati tényezőjének mérséklése multifaktoriális intervencióval. Tinetti, M. E. és mtsai (333 Cedar St., P. O. Box 208025, New Haven, CT 06520—8025, USA): N. Engl. J. Med., 1994, *331,* 821.

Az elesés és ennek következményei idős betegek között — különösen a közösségben élőkre vonatkoztatva — igen jelentősek, mert csak maga a csonttörés az USA-ban évente mintegy 10 milliárd dollár költséget jelent. Ennek okáért vizsgálták meg a zömmel a Yale-egyetemhez tartozó szerzők azt a kérdést, hogyan lehetne biztonságosabbá tenni a 70 év feletti emberek mozgását, és lehetőleg minimálisra redukálni az elesések gyakoriságát. 301 olyan idős ember 1 éves utóvizsgálatára került sor, akik közösségben (otthonokban) éltek, mert családjuk körében már nem voltak tarthatók. A szerzők 8 kockázati tényezőt figyeltek meg, ezeket először az ápolók, majd a kezelésre bejáró fizikoterapeuták jelezték. A kockázati tényezők a következők: posturalis hypotensio, sedativ gyógyszerek használata, 4 fajta gyógyszernél több alkalmazása, biztonságos járás csökkenése, rosszabbodás a testtartásban, rosszabbodás az egyensúlyozásban vagy az ágyból a

A HATÁSOSSÁG VÉDELMÉBEN



FENISTIL®

dimethindenum maleinicum

Urticaria
Felső légúti allergiás megbetegedések
Rhinitis allergica
Allergiás és nem allergiás viszketés minden fajtája
Quincke-ödéma
Fertőző gyermekbetegségekhez társuló viszketés
Rovarcsípés
Scabies

Felhasználása:
AZ ALKALMAZÁSI ELŐIRATBAN FOGLALTAK SZERINT
Forgalmazza:
ZYMA SM Divízió,
Ciba Hungária Kft.
1056 Budapest, Belgrád rkp.25.
Tel: 117-1577, Fax: 118-1727

FENI23/DEC94

Vibrocil® spray, gél

phenylephrinum, dimetindenium maleinicum

... a szelektív pangáscsökkentő, amely nem befolyásolja az orr nyálkahártyájának természetes fiziológiáját

- Rhinitis simplex
- Rhinitis allergica
- Sinusitis

Felhasználása az alkalmazási előiratban foglaltak szerint.

Zyma SM Divízió, Ciba Hungária Kft. 1056 Bp. Belgrád rkp. 25. Tel.: 117-1577

VIB 003/Okt94

székbe való menetelkor, rosszabbodás a láb erejében vagy a mozgatásban, rosszabbodás a kar erejében és mozgatásában. Ezekre a kockázati tényezőkre a betegek felében a továbbiakban sokkal jobban ügyeltek (megfelelő gyógyszerelés, környezeti tanácsok, mozgási programok), a betegek másik fele rendszeres ellenőrzésben részesült szociális munkát végző diákokkal.

Egy év múlva összehasonlították az így szétválasztott két csoportot és azt találták, hogy az ún. intervenciós csoportban az elesések száma a korábbi 41%-ról 35%-ra csökkent, míg a másik csoportban ez az arány 44-ről 47%-ra nőtt. Részletezve az egyes kockázati tényezőket, hasonló csökkenést vettek észre az intervenciós csoport tagjai javára, így közöttük lényegesen kevesebben kaptak sedativ gyógyszereket, biztonságosabb lett járásuk és közülük kevesebbnek romlott a láb és kar ereje, mozgása. Úgy tűnik tehát, jó odafigyeléssel a kockázati tényezők mérsékelhetők, s ezzel redukálható az elesések aránya is.

Iványi János dr.

Észlelők értékelésének egyezése a tibia nyílt töréseinek osztályozásában. Brumbach, R. J., Jones, A. L. (Adams Cowley Shock Trauma Center, Baltimore, Maryland): J. Bone Joint Surg., 1994, *76-A,* 1162.

Általában Gustillo és Anderson osztályozását fogadják el a lábszártörés műtéti kezelése javallatának felállításában és az eredmények értékelésében.

Az osztályozás megbízhatóságának ellenőrzését 245 ortopéd sebészen tesztelték. 12 eset teljes dokumentációját küldték szét videofelvételen, egyúttal érdeklődtek a megkérdezettek életkoráról, gyakorlatuk jellegéről és tapasztaltságukról, valamint, hogy használják-e a beosztást. A 289 válaszoló közül 245 különböző korú és beosztású használja Gustillo osztályozását. Nem zárják ki, hogy a videoszalag nem mutat mindent tökéletesen, de egyetlen válaszoló sem tett ilyen kifogást. Az átlagos egyezés a 12 törésben 60% volt, de a legtapasztalatlanabbak (59%) és a legtapasztaltabbak (66%) között nem volt jelentős eltérés. Egyik törésben az egyezés 94% volt, egy másikban a válaszolók egyenlő arányban oszlottak meg az I., II. és a III/A osztályzat között. Az esetek egy részében még abban sem volt egyetértés, hogy könnyű (I—II) vagy súlyos (III) nyílt sérülésről van szó.

Ezek alapján a szerzők felvetik, milyen mértékben alkalmas Gustillo—Anderson osztályozása különböző klinikai anyagok reális összehasonlítására.

[Ref. megjegyzése: Az Európában (AO) is elfogadott osztályozás már nem első azok között az általánosan használtak között, melyeknek megbízhatóságát kétségbevonják (Neer, Pauwels, Garden). Mindez jelentősen csökkenti azoknak a — beosztásokon alapuló — kezelési elveknek az értékét, melyek alapján az adott törés kezelését előírják.]

Kazár György dr.

Felülvizsgálat a fejsérültek átszállításáról egyedülálló idegsebészeti egységbe. Hicks, I. R., Hedley, R. M., Razis, P. (Atkinson Mosley's Hosp., London): Injury, 1994, *25,* 545.

A felülvizsgálat indoka, hogy előző közleményekben az átszállítással kapcsolatban ismételten, másodlagos károsodásokat előidéző, jelentős hiányosságokat tapasztaltak.

A szerzők egy — az idegsebészeti kórháztól 4 mérföldre levő — idegsebésszel, CT-vel nem rendelkező általános kórházból 1 év alatt elszállított 154 sérült állapotváltozását elemezték.

Az átszállítottak közül 65 volt polytraumatizált, fejsérülésük 120 esetben súlyos (GCS 8-ig), 23-ban közepes (GCS 9—12) és 11-ben könnyű (GCS 13—15) volt. A sérülteket átszállításuk előtt anaesthesiologus vizsgálta és készítette elő szállításra: 137-et intubáltak, 101 kapott hypnoticumot és relaxanst (23 intubált nem kapott), 13-at már a sérülés helyén intubáltak, ill. nem volt tisztázható. A 65 polytraumatizált közül csak 10 kapott fájdalomcsillapítást.

A nyaki gerinc ellátása 20 esetben nem volt megfelelő, de az 5 súlyos sérült ellátása megfelelt. 2 stabil törésben nem történt intubatio. A 30 hasimellkasi sérült közül 5-öt nem láttak el megfelelően, 2 pneumothoraxot elnéztek. 5 mellkasi sérültön alakult ki hypoxia. Áthelyezés előtt 7 laparotomiát végeztek. 4 hasi sérült ellátását ítélték meg nem felelőnek, egyikük az idegsebészetről továbbszállítás után a harmadik kórházban a műtőasztalon halt meg, lép- és vesesérülés miatt. 3 további sérültön a hypotensio ellenére sem történt peritonealis-lavage. 44 sérültnek 65 jelentős törése volt, általában kielégítően ellátva. Egy extraduralis haematomás halálát azonban combtörésének késedelmes ellátása okozhatta.

A sérülteket két eset kivételével anaesthesiologus kísérte, de 38 közülük fél évnél kevesebb időt töltött még az intenzív osztályon. Az esetek 85%-ában EKG, 50%-ában arteriás nyomásmérés és pulzus-oxymetria történt szállítás közben. 10 sérült érkezett cardiovascularis instabilitás állapotában, légúti nehézség 4, elégtelen sedálás 5 esetben került megállapításra, 4 ízben a felszerelés elégtelenségét találták.

16 sérültet küldtek vissza, 4-et más osztályra helyeztek hasi-mellkasi sérülése miatt, 24 órán belül. Az általános kórházi felvétel és az átvétel között átlagosan 4,15 óra telt el. Ha laparotomia vált szükségessé, 10,7 óra, ha nem, 3,4 óra telt el a két felvétel között.

A felülvizsgálat jelentős javulást mutat az előző évek vizsgálataihoz képest. A súlyos agysérültek 89%-a került intubálva, ventillálva át (előző vizsgálatokban 28, ill. 42%). Hypotensio előfordulása alacsony volt, a hypovolaemia elsősorban törések következménye. Az extracranialis sérülések ellátását általában megfelelőnek ítélik. A mellkassérültek 15%-a igényelt műtétet. A végtagtöréseket konzervatívan kezelték. Bár újabb vizsgálatok szerint a korai műtétük csökkenti a tüdőszövődmények arányát, az agysérülésnek prioritása van. Az eredmények javítását az idegsebészettel való kapcsolatban, a betegeknek szállításra előkészítésében látják. Bár elismerik annak előnyét, ha különböző szakemberek helyben állnak rendelkezésre, annak hiányában ez a megoldás megfelelő.

[Ref. megjegyzése: A közleményt és kiváltó előzményeit olvasva értékelhetjük csak igazán az Országos Traumatologiai Intézetnek azt az évtizedeken át következetesen megvalósított és nemzetközileg is elismert elvét, hogy a polytramatizáltat ott kell ellátni, ahol a sérült komplex ellátására a szükséges szakorvosok rendelkezésre állanak, egyúttal azt a küzdelmét is, melyet azért folytatott, hogy traumatologiai osztályon idegsebész álljon rendelkezésre.]

Kazár György dr.

Fémtörmelékeknek a beültetés helyétől távoli szóródása. Case, C. P., Langkamer, V. G., James, C. és mtsai (Southmead Hosp. Univ. Bristol.): J. Bone Joint Surg., 1994, *76-B,* 701.

Az endoprotézis a 2. leggyakoribb műtét az Egyesült Királyságban, s az operált betegek harmada fiatalabb 65 évesnél. Idővel corrodál, vagy kis törmelékdara-

bok válnak le, melyekből kimutatták, hogy a környéki és távolabbi nyirokcsomókban, de a májban és a lépben is felgyűlnek. A kopási törmelék nem teljesen ártalmatlan: a helyi synoviális szövetben gyulladást válthat ki, de nagyobb tömegben csontvelőelhalást, csontfelszívódást, granulomatosist, lazulást okozhat. Az endoprotézisek további hatását azonban nem tanulmányozták. Feltételezik, hogy rákkeltő hatásuk is lehet, ezért Appley-fiatalokon való kiterjedtebb alkalmazásuktól óv.

A szerzők vizsgálták különböző implantátumokat tartalmazó 13 halott sectiós anyagát, összehasonlítva hasonló korúakéval.

Öt dynamikus csípőcsavaros és 4 protézises nem mutatott helyi fémelváltozást, de négy protézisesnél találtak ilyet. Az anyagokat fénymikroszkópos, elektronmikroszkópos és tömegspektrometriás vizsgálatnak vetették alá.

Fénymikroszkóppal is masszív fibrosis volt látható, fémrészecskékkel a nyirokcsomókban: három nekrósist is mutatott. A májban is találtak metallosist, de kisebb mértékben, mint a nyirokcsomókban. 2 ízben a lép is tartalmazott részecskéket, de a tüdő és veseszövet nem. Elektronmikroszkóp távoli nyirokcsomókban, májban, lépben intracellularis fémrészecskéket mutatott, legtöbbet a lágyéki nyirokcsomókban.

Anyaguk nem támasztotta alá azt az irodalmi közlést, hogy részecskék a tüdőbe is bekerülnek (itt a kontrollcsoport a légúti bejutás miatt nem mutatott alacsonyabb értékeket), cáfolta viszont azt a közlést, hogy a részecskék helyben maradnak. A szóródás igen kiterjedt volt, bár a távolabbi elváltozás kevésbé súlyos. Még nem ismert a fémrészecsék hatása, de egyesek felvetik az immunrendszer károsítását és carcinogen szerepének lehetőségét. Ezért sebészeknek és gyártóknak együtt kell működni a vizsgálatok kidolgozásában, különösen, ha fiatalabbakon is alkalmazásra kerül a protézis.

Kazár György dr.

TERÁPIÁS KÉRDÉSEK

Intravénás immunoglobulin hatásának randomizált vizsgálata fertőzés profilaxisban egyensúlyi állapotban levő myeloma multiplexes betegekben. Chapel, H. M. és mtsai (Dept. of Immunology, John Radcliffe Hospital, Oxford OX3 9DU, Anglia): Lancet, 1994, *343,* 1059.

Az egyensúlyi állapotban levő myeloma multiplexes betegek életet veszélyeztető bakteriális fertőzésének és a polyclonális humoralis immunsuppressiónak a kockázata emelkedett. A szerzők fertőzések megelőzéseként intravénás immunglobulin (IVIg) hatását tanulmányozták randomizált, kettős vak, placebo-kontrollált, multicentrikus vizsgálat formájában. 42 stationaer állapotú myeloma multiplexes beteg havonta infusiós formában 0,4 g/tskg mennyiségben kapott immunglobulint, 41 pedig ezzel azonos mennyiségben placebót (0,4% albumin) 1 éven keresztül (a két csoport egyébként nem különbözött egymástól). Más változtatás a betegeknél, beleértve a chemotherapiát, nem történt. A betegek nem kaptak profilaktikusan antibioticumot. — A fertőzéseket regisztrálták. (Az infekciókat bacteriális, vírusos és gombás eredetűekre osztották, a klinikai, radiológiai és laboratóriumi leletek alapján, továbbá súlyosság szerint csoportosították. Életet veszélyeztetőnek minősítették azokat a fertőzéseket, melyek intravénás antibioticum adását tették szükségessé, így a septicaemia [pozitív tenyésztés], az ismeretlen eredetű, negatív tenyésztési eredmény melletti 39, 5 fok feletti láz, a meningitis, a pneumonia került ebbe a csoportba. Mérsékelten súlyosnak ítélték a felső légúti secundaer bacteriális infectiót, a kórházi elhelyezést nem igénylő acut bronchitist, a húgyúti infectiót, a bőr abscessust, cellulitist, a lokalizált herpes zostert.) Az immunglobulint kapó betegek között septicaemia vagy pneumonia nem fordult elő, szemben a placebocsoporttal, ahol 10 ilyen eset volt. Összesen 57 súlyos fertőzés fordult elő: 38 ezek közül a placebocsoportban (összesen 470 kezelési hónap alatt). Az immunglobulint kapók között 19 súlyos infectio fordult elő az összesített 449 therapiás hónap során. Az immunglobulin az ismétlődő fertőzések ellen is védelmet nyújtott 60 olyan betegben, akinél az egyéves kezelés megtörtént. — Az első kezelés előtt 4 héttel 54 beteget immunizáltak Pneumovax II. (Morson)-nal. Az immunisatio előtt és után pneumococcus polysaccharid-ellenes IgG antitest vizsgálata történt serumból. A reactiót jónak ítélték, amennyiben legalább kétszeres volt a specifikus IgG emelkedése. Ennek alapján kiválaszthatóak voltak azok a betegek, akiknél a legeredményesebb volt az immunglobulin profilaxis. — Az immunglobilin kezelés mellett 12%-ban észleltek enyhe mellékhatást; ez az arány a placebocsoportban 5% volt. Összefoglalóan megállapították, hogy az intravénás immunglobulin profilaxis biztonságosan adható egyensúlyi állapotban levő myelomas multiplexes betegeknek. A kezelés véd az életet veszélyeztető fertőzésektől és szignifikánsan csökkenti az ismétlődő infectiók kockázatát. Azokat a betegeket pedig, akiknél a legjobb eredményre lehet számítani a kezelés során, pneumococcus immunisatióra adott IgG antitest válasz mérésével lehet kiválasztani.

Folyovich András dr.

Acyclovir alkalmazása encephalitis gyanúban. Gleadle, J. és mtsai.: J. R. Soc. Med., 1994, *87,* 7.

Általános gyakorlat a kórházi osztályokon, hogy az encephalitis gyanújával beszállított betegeket azonnal elkezdett intravénás acyclovir kezelésben részesítik. Az intravénás acyclovir kezelés magas költségkihatása arra késztette a szerzőket, hogy osztályukon retrospektív vizsgálatot végezzenek annak megállapítására, hogy hányan részesültek ezen terápiában egy év leforgása alatt, a kezelés időtartama mennyiben volt szükséges, egyáltalán milyen arányban igazolódott a kezeltek között a herpes simplex
encephalitis (HSE)? Megállapították, hogy 1991 folyamán osztályukon 36 beteg részesült 10 vagy több napos acyclovir kezelésben, holott közülük mindössze két esetben igazolódott a HSE. Ebből kiindulva javasolják az acyclovir kezelés azonnali leállítását, ha a betegség az elvégzett laboratóriumi vizsgálatok (liquor, EEG, CT, MRI) alapján más eredetűnek bizonyul. Öt nap után javasolják a kezelés abbahagyását, ha a beteg a bizonytalan diagnózis ellenére öt napon belül gyógyult. Ha a beteg állapota bizonytalan diagnózis ellenére öt napon túl javul, vagy a vizsgálatok HSE-t bizonyítanak, a terápiát tíz napig javasolják folytatni.

A szerzők kifejezik azon reményüket, hogy jelen munkájuk vitára késztet az intravénás acyclovir kezelés használatáról encephalitis gyanú fennállásának esetében, a neurológiai és az általános kórházi gyakorlatban.

Dudás Béla dr.

BESZÁMOLÓK

Jubiláris egyetemi ülés

Gazdag tudományos program méltatta 1994. november 4-én a Semmelweis OTE elméleti tömbjében a nagyszombati orvosi kar megalapításának 225. évfordulóját. Az ünnepséget a Magyar Orvostörténelmi Társaság kezdeményezte és a Semmelweis OTE-val társrendezői szerepet töltött be.

Az ünnepséget *Réthelyi Miklós* rektor nyitotta meg, majd *Schultheisz Emil* professzor elnökletével hangzottak el az ünnepi előadások. Ezek nem az egyetemmel kapcsolatos események kronológiai sorrendjét követték, önálló témát alkottak. *Karasszon Dénes* az orvostudomány történelemformáló jelentőségét elemezte. *Székely György* az orvosi tanulmányok és orvosok szerepét elevenítette fel a kar alapítása előtti időszakból. *Kádár Zoltán* a historia naturalis oktatását ismertette és a távol levő *Török J.* helyett utalt a növendék papság szerepére az orvosi ismeretek megszerzésében. *Birtalan Győző* az orvostörténelem kialakulásának és befogadásának kérdéseiről beszélt, kifejtve az orvostörténelem fontosságát az orvosképzében.

Az egész napos program második felében a XVIII. század járványügyi viszonyaival *(Ringelhann Béla)* és a hazai elmebetegügy és elmegyógyászat előtörténetével *(Pisztora Ferenc)* ismerkedhetett meg a hallgatóság, majd átfogó képet kaphattak bábaképzésünk *(Szállási Árpád)*, majd chirurgusképzésünk *(Back Frigyes)* múltjáról. Kevéssé ismert adatokat elevenített fel *Zalai Károly*, amikor kifejtette, hogy az önálló orvoskar hogyan hatott a gyógyszerészeti tudomány, oktatás és gyakorlat fejlődésére. *Szögi László* közelmúltunknak azt a zegzugos időszakát érintette előadásában, melyben a szervezeti atomizálódás közepette az önállósult egyetem sikeresen kialakította arculatát. Széles perspektívába illesztve foglalkozott a Semmelweis OTE-val és a XIX—XX. századi karalapítási törekvésekkel *Kapronczay Károly*.

Végül *Schultheisz Emil* professzor a reneszánsz kori orvosi curriculum tankönyveiről tartott elmélyült ismeretekről tanúskodó, magas szívnonalú előadást.

Az elhangzott előadásokat *Karasszon Dénes* professzor moderatori hozzászólásaiban és az ülés végén zárszavában értékelte.

Hidvégi Jenő

A Magyar Zoonózis Társaság II. konferenciája. Galyatető, 1994. október 13—15.

Az egy éve szerveződött társaság második szakmai konferenciáját tartotta Galyatetőn. A konferencia fő témája a tbc-fertőzésekkel kapcsolatos klinikai, epidemiológiai és diagnosztikai problémák megvitatása, a humán- és az állategészségügy különböző szintjein szükséges és lehetséges együttműködés körvonalazása volt. A fő témában 12, egyéb témákban 15 előadás hangzott el.

A fő témával kapcsolatos hazai és nemzetközi helyzetet az országos intézmények vezető szakemberei ismertették. A területi humán- és állategészségügyi szakemberek pedig az országos adatok tükrében számoltak be egy-egy megye tbc járványügyi helyzetéről, a betegséggel kapcsolatos gyakorlati problémáikról, illetve tapasztalataikról.

A hazai tbc helyzet megtárgyalását az is indokolta, hogy az Egészségügyi Világszervezet 1990-ben ismét globális problémának minősítette a gümőkórt. A megbetegedések tendenciája a 80-as évek vége óta a fejlett világban (Nyugat-Európa, USA) is folyamatosan emelkedő.

1992-ben több, mint 8 millió új megbetegedést tarottak számon a világon, és 3 milliónál több beteg halt meg a fertőzés következtében. Az 1990-es évtizedben várhatóan 88 millió új megbetegedéssel és 30 millió tbc-s halálozással kell számolni a WHO előrejelzése szerint.

Magyarországon 1991-ben fordult meg az addig csökkenő morbiditási tendencia, s az elmúlt 3 év alatt 17%-os növekedést regisztráltak. A 100 ezer lakosra vonatkoztatott új megbetegedések száma 1970-ben 96, 1980-ban 51, 1990-ben 34 és 1993-ban 41 volt. A morbiditás emelkedésének oka a szakértők szerint az életkörülmények romlásában, a társadalmi periférián élők számának növekedésében keresendő. A nyitott országhatár, a menekültáradat, az elszegényedés járványügyi szempontból reális veszély a megbetegedések gyakoribbá válásában.

Jelenleg 11 404 tbc-s beteget tartanak nyilván hazánkban, az esetek 94%-a pulmonális, 6%-a extrapulmonális. 1987 óta 14 év alatti gyermek tbc okozta halálozását nem regisztrálták.

A betegek gyógyításában szakmai problémát jelent a gyógyszer-rezisztens törzsek számának növekedése, valamint az újabb, hatékony antituberkulotikumok hiánya. A listán szereplő gyógyszerek vagy nehezen szerezhetők be, vagy drágák, vagy nem adhatók ki ingyenesen.

További problémát jelent az, hogy a betegek időben történő kórházi elkülönítését akadályozza a bakteriológiai vizsgálatok lassúsága.

A tbc bakteriológiai diagnosztikájában alkalmazott mikroszkópos vizsgálat érzékenysége nem kielégítő, a kórokozó kitenyésztése időigényes, a baktérium gyógyszerérzékenységének vizsgálata ugyancsak hosszú folyamat. A bakteriológiai diagnosztikus vizsgálatok idejének a lerövidítésére külföldön már újabb, korszerűbb módszereket alkalmaznak. A modern eljárások hazai bevezetése elsősorban pénz kérdése, azonban az újabb módszerek megbízható szakmai értékelése sem tekinthető ma még lezártnak.

A humán egészségügy területén folyamatban van a prevenció infrastrukturális lehetőségeinek a kidolgozása. A preventív tevékenység legfontosabb láncszemei:

— a BCG vakcináció és revakcináció, amelyet a lehető legnagyobb gondossággal kell a jövőben is végezni, figyelembe véve, hogy iskolába már nem járó fiatalok a legveszélyeztetettebbek;

— az ernyőfénykép-szűrés szelektív és célzott fenntartás a különösen veszélyeztetett populációban;

— a kontakt személyek teljes körű felderítése, védelme, gyógyszeres profilaxisa.

Az állategészségügyi szervek 1980. december 31-én deklarálták a hazai szarvasmarha-állomány gümőkórmen-

tességét. Ezt követően évente megtörténik a szarvasmarha-állomány (nagyüzemi és háztáji) intradermális tuberkulin szűrése. A fertőzöttnek talált állat terméke forgalomkorlátozás alá esik, az állat elkülönített levágását biztosítják és a diagnózis megerősítése, illetve a paraallergiás reakciók felderítése céljából kórszövettani vizsgálatokat végeznek. A levágásra került állat tulajdonosának kártalanításáról jogszabály gondoskodik.

Az elhangzott előadásokból kiderült, hogy szórványosan ugyan, de a kötelező szűrővizsgálatok alkalmával találnak tuberkulin próbára pozitívan reagáló állatokat. A fertőző forrás kutatását az állategészségügyi szolgálat, az ÁNTSZ és a pulmonológiai hálózat területileg illetékes szakemberei együttesen végzik el. Több esetben igazolható volt a beteg ember fertőzőforrásként játszott szerepe, annak ellenére, hogy érvényes állategészségügyi jogszabály szerint csak negatív ernyőfénykép-szűrővizsgálati eredménnyel rendelkező emberek dolgozhatnak szarvasmarhatelepen. Etikai kérdésként vetődött fel azonban, hogy tájékoztathatja-e a tüdőgondozó intézetben dolgozó személy emberi fertőzésről az állatorvost. A kérdés megoldása a területileg illetékes tisztiorvos hatósági tevékenységéhez sorolható.

Az elhangzott előadások rávilágítottak arra is, hogy a jogalkotás hézagai, a jogszabályok buktatói mindkét szakterületen egyaránt nehezítik a gyakorlati feladatok ellátását.

Mind a humán, mind pedig az állategészségügy területén felvetett azonos nehézségek és problémák indokolttá és szükségessé teszik, hogy a két tárca közösen bírálja felül az akadályok elhárításának a lehetőségeit. Ugyanakkor az is megfogalmazódott, hogy mindkét szakterületen a tevékenység nemzetközi harmonizálására is törekedni kellene.

A két tárca közötti kapcsolatfelvétel a közelmúltban megtörtént. Az Országos Tisztifőorvosi Hivatal felkérte az ÁNTSZ területi vezetőit az állategészségügyi szakemberekkel való együttműködésre a tbc megelőzése céljából.

Több előadás a pulmonális folyamatokban szerepet játszó zoonózisok (legionellosis, rickettsiosis, echinococcosis, Q-láz, ornithosis) diagnosztikus problémáira és e betegségek kezelési nehézségeire hívta fel a figyelmet. Két előadás a campylobacterek mikrobiológiai sajátosságairól, a nyers tejből való kimutatás laboratóriumi módszeréről, illetve a módszer hazai alkalmazása során szerzett tapasztalatokról számolt be. A verotoxintermelő baktériumok hazai előfordulási gyakoriságát, járványügyi jelentőségét, valamint az E. coli 0157 komplex tipizálási lehetőségeit ugyancsak két előadás mutatta be. Egy-egy előadó a Leptospira pomona okozta fertőzések kemoterápiás tapasztalatairól; a toxocariasis diagnosztikai útvesztőiről; a kullancsencephalitis vakcinákkal kapcsolatos kérdésekről; az élelmiszerek rovarszennyezettségének egészségügyi vonatkozásairól tartott előadást. Két munkacsoport pedig a zoonózisok járványügyi helyzetének alakulását mutatta be Borsod-Abaúj-Zemplén, illetve Komárom-Esztergom megye területén.

Csórián Erzsébet dr.

Európai Cardiovascularis és Interventiós Radiológiai Kongresszus. *Hiraklion (Görögország), 1994. VI. 5—10.*

A rendezvény évtizedek óta a legrangosabb esemény a cardiovascularis képalkotó módszerek terén. Résztvevői között megtalálni a legnevesebb amerikai és japán szakembereket, akik az utóbbi években a könyveket írták, legkiemelkedőbb kongresszusokat szervezték és a folyóiratokat szerkesztik. Az európai rendezvényt mindig a japánokkal és az ameriakaiakkal karöltve szervezik, így — nemzetközi (világ)társaság híján — e szakmában világkongresszusnak minősül, annak megfelelő szervezési és kommunikációs nehézségekkel.

Az előadások és posterek egyenrangúak, azonos elbírálás alá esnek. A legkiválóbb postert elfogulatlan bírálók értékelése után jutalomban részesítik, mely többnyire komoly pénzösszegeket jelent (50 000—150 000 Ft). A bejelentett előadások és posterek közül néha igen nagy a visszautasítás aránya.

Fő témák közül:

Az intervenciós radiológia jövője:
a renovascularis hypertonia;
az arckoponya és nyak intervenciós radiológiája (a-v malformatiók, daganatok, stb.);

az intervenciók a húgyutakon és ivarszerveken (katéters kőkivétel, drainage, vérzéscsillapítás életveszélyes vérzésben, daganatok különleges kezelése);

traumák intervenciós radiológiai ellátása, mely főleg vérzéscsillapításban nyilvánul meg, emelkedik ki.

A legnagyobb érdeklődést az érelzáródások és daganatok kezelése váltotta ki.

A beszámoló készítője a szelektív thrombolysisről tartott 1 órás workshopot A. Roberts kaliforniai profeszszorral közösen. Mindezt az esti órákban, zsúfolt előadóteremben.

Visszagondolva a 10—15 évvel ezelőtti helyzetre, Görögországban akkor a szakmai színvonal messze a mienk mögött volt, ők sokkal mélyebbről indultak. Ma azonban a jó intézetekben eléggé elénk kerültek. Az átlagot azonban nem ismerem. Mindenesetre nem utaznak unos-untalan a fővárosba. De ha mégis, akkor szerveznek egy igen színvonalas oktatónapot is, ami reggel 7—8 órától este 10-ig tart 1 órás ebéd- és számos kávészünettel és nemzetközi hírű előadókkal. Évi kongresszusuk 3—4 napig tart hasonló időbeosztással és színvonalon. Van a radiológus társaságnak több szekciója is, melyek közül a cardiovascularis és interventiós és a gastorintestinalis a legerősebb. Mellesleg a lakosság számarányát figyelembe véve sokkal több angiológiai laborjuk és kevesebb radiológusuk van, sokkal több katétert (és tartozékait) és kontrasztanyagot használnak, mint mi.

Ettől függetlenül, helyzetünkben sok a közös vonás, ami azonnal felveti az együttműködés szükségszerűségét. Egyetemünknek nagyon jó a híre Görögországban és most tessék megkapaszkodni, hogy miért: mert szigorúbban és reálisabban vizsgáztatunk az angol programban, mint a többi egyetemen, mondják a diákok otthon. Az apák következtetése: jobban képzett orvosokat fognak kapni.

Horváth László dr.

KÖNYVISMERTETÉSEK

Jay, A., Goldstein: Krónikus fáradtság szindróma: a limbikos hipotézis. *The Haworth Press, Inc. 1993.*

A krónikus fáradtság szindróma koncepcióját a szerző az 1980-as években alakította ki. Azt tapasztalta, hogy a mononukleózishoz társuló fáradtság javul hisztamin-2-receptor antagonisták adása után. Később feltárták, hogy az interleukin-1 (IL-1) szintézist a hisztamin fokozza és ez a citokin a központi idegrendszerben fáradtságot okoz, a vírusinfekció egyéb tüneteitől függetlenül. Általában az immunválasz során felszabaduló [IL-1, IL-2, IL-6, alpha interferon, béta növekedési faktor (TGF-béta)] hozzák összefüggésbe a krónikus fáradtság szindrómával.

A szerző külön fejezetet szentel a pszichoimmunológiának. Már 1919-ben felfigyeltek arra (William Osler), hogy tbc-ben a fagocita aktivitás változik emocionális stressz hatására. 1955-ben írt Selye a stresszreakció pszichés kapcsolatáról. 1965-ben a stresszskálába már a magatartás reakciókat is bevezették (Holmes és Raphe). A stressz elsősorban a hipotalamo-hipofizo-adrenális rendszer működését érinti, de szoros a kapcsolat az immunválasz és az endokrin reakciók között. Az IL-1 befolyásolja a lassú hullámú alvást, az étvágyat, a lázat. Az agyban a legtöbb IL-1 receptor a gyrus dentatusban és a plexus chorioideusban található. A receptorok agyi eloszlása, a különböző magatartás- és vegetatív hatások arra utalnak, hogy az immunválaszhoz kapcsolódó pszichés reakciók a limbikus rendszer működésétől függenek.

A szerző részletesen tárgyalja az agy limbikus rendszerét, ahol cortex és allocortex struktúrákat különít el. Emellett felsorolja az ún. paralimbikus területeket is (temporalis pólus, kaudális orbitofrontalis cortex, insula, parahippocampalis gyrus, gyrus cinguli). Azt próbálja bizonyítani, hogy a krónikus fáradtság szindróma a limbikus rendszer funkciózavara, amelyet neuroimmun folyamatok is kiválthatnak.

A SPECT vizsgálatok szerint krónikus fáradtság szindrómában fizikai megterhelésre csökken a temporális és frontális lebeny vérátáramlása. Ez éppen fordítottja a normális reakciónak, amikor a fizikai megterhelés a fenti területek vérátáramlását fokozza. Emellett fibromyalgiában leírták az EEG-ben az alpha alvás abnormitását.

A depressziótól eltérően krónikus fáradtság szindrómában a fizikai megterhelés fokozza a tüneteket annak ellenére, hogy nincs kizárólagos összefüggés a fáradtság érzése és a fizikai megterhelés nagysága között. A depressziótól ugyancsak eltérően nincs hypercortisolaemia a csökkent ACTH elválasztás következtében. Az acusticus kiváltott válasz a hippocampus működészavarára utal. A visualis kiváltott válasz aszimmetrikus.

Számos pszichés tünet jelentkezhet krónikus fáradtságban: emlékezet- és figyelemzavar, homályos látás, phobia, térérzékelési zavar, discalculia, enyhe visualis agnosia (arc felismerés, színmegnevezés zavara). Ezek a neuropszichológiai jellegű tünetek. A vegetatív tünetek közül az arcparaesthesia, hőmérséklet szabályozási zavar, tinnitus, vertigo, megfázásszerű közérzet változás, izomrángás, súlyválto zás, irritabilis colon szindróma gyakori (ezek egy része közvetett kapcsolatban van a vegetatív idegrendszerrel).

A szindróma számos betegségben jelentkezhet. A demensek 5%-ában észlelték, valamint szorongásos és depressziós kórképekben. A schizophreniára nem jellemző, de gyakori temporális epilepsziában. Előfordul alvászavarokban.

A krónikus fáradtság szindróma típusos betegsége a fibromyalgia és a lymphadenalgia. A premenstruális tensióban is előfordul, amit azzal hoznak összefüggésbe, hogy az IL-1-alpha és IL-1-béta gátolja a progeszteron indukálta LH elválasztást.

A számos lehetséges tünet ellenére négy szimptómát, mint a legjellemzőbbeket különítik el a krónikus fáradtság szindrómában:

1. a vizelési inger és gyakoriság zavara, valamint nocturia; 2. csökkent libidó; 3. a hőszabályozás zavara; 4. alkohol intolerancia.

A szindrómában a fájdalom érzése valószínűleg a fokozott alpha-2-adrenoreceptor érzékenységéhez kötött, mert a clonidin kezelés jó hatású fibromyalgiás fájdalmakban.

Összefoglalva a krónikus fáradtság szindrómáról a következők állapíthatók meg: 1. a limbikus rendszer működészavara (centrális rész); 2. az autonóm idegrendszer működészavara is egyben (perifériás rész); 3. neurokémiailag heterogén; 4. elsősorban a cytokinek elválasztásának dysregulációjával kapcsolatos; 5. gyakori virális infekciókban; 6. a neuroendokrin elváltozások közül elsősorban a csökkent CRF elválasztás a legfontosabb; 7. vannak nem specifikus immunológiai elváltozások; 8. a genetikus vulnerabilitás, a környezeti hatások és az infekciók kölcsönhatásából alakul ki; 9. kialakulásában szerepet játszanak az immunológiai-endokrinológiai kölcsönhatások zavarai; 10. a pathogenezisében a polynukleotidák is szerepet játszhatnak.

A krónikus fáradtság szindróma diagnózisa a gyakorlatban nagyon összetett. 1991-ben a Nemzeti Egészségvédelmi Intézet (USA) pontosította a diagnosztikai kritériumokat. A pszichotikus, drogos és meghatározott etiológiájú folyamatban lévő posztinfekciós betegeket kizárták a diagnosztikai kategóriából. A fibromyalgiát, azokat a posztinfekciós betegségeket, amelyeket adequatan kezeltek és szomatikusan „megoldottak", bevették a krónikus fáradtság szindrómába. A depresszió már nem kizáró kritérium. A szomatizációs kórképek sem, de nem tisztázott, hogyan különítsék el a krónikus fáradtság szindrómától. Meghatározták a minimális laboratóriumi és pszichiátriai vizsgálatokat. Fontos a nyomásérzékeny pontok vizsgálata és a lényeges kórképek, mint a szisztémás lupus erythematosus vagy a sclerosis multiplex stb. irányában a megfelelő vizsgálatok elvégzése.

A krónikus fáradtság szindróma nem egységes entitás. Jelenleg még nem tárgyalják az agyi abnormitások jelentőségét a diagnosztikai kritériumok között.

A klinikai tünetek között a nyomásérzékeny pontok lényegesek. Számos kísérő betegség lehet, ezek: bőrbetegségek (herpes simplex, herpes zoster, psoriasis, urticaria, atopiás dermatitis, alopecia), fejfájások (tenziós típus, migraine), szempanaszok (conjunctivitis, blepharitis), allergiás rhinitis, fülfájdalmak és tinnitus, vertigo, pharyngitis, asthma bronchiale, krónikus bronchitis, arrhythmia (általában supraventricularis), a mitralis billentyű prolapsusa, mellkasi fájdalmak, irritabilis colon szindróma, endometriosis, polycystás ovarium szindróma, dysmenorrhoea, prostatynia, testalgia, proctalgia fugas, fibromyalgia, artropathiák, izombetegségek, Carpal tunnel szindróma, thoracic outlet szindróma, pszichiátriai betegségek (depressio, szorongás, pánik, borderline személyiségzavar, phobiák, poszttraumás stressz betegség).

Nem nehéz feladat a krónikus fáradtság szindróma elkülönítése a depressziótól, kivéve az ún. atípusos depressziót, amelyre a „Columbiai kritériumok" jellemzőek: a) depresszió alatt hangulati reaktibilitás, b) hyperphagia, hypersomnia, az alsó végtagok zsibbadt gyengesége, abrormálisan elutasító magatartás az élet folyamán (a tünetek közül kettő kell a diagnózishoz). Ez a depresszió nem triciklikus, hanem MAO bénító, szelektív szerotonin reuptake gátló antidepresszívumokra reagál. Fontos a különböző pszichiátriai kísérő betegségek diagnosztizálása, a vírus diagnosztika, paraziták, infekciók diagnosztizálása, általános laboratóriumi vizsgálat, immunológiai és endokrinológiai vizsgálatok. Az utóbbiak közül a dexamethazone szuppressziós teszt általában normális, az ACTH stimulációs teszt ritkán abnormális, a TRH indukálta TSH válasz csökkent. A bazális prolaktin szint kicsit emelkedett, a TRH indukálta prolaktin válasz is növekedik.

Az agyi funkciók vizsgálata nagyon fontos, elsősorban a SPECT vizsgálat. Nyugalmi temporális és frontális hypoperfúzió a jellemző, ami fizikai megterhelésre a normális reakcióval szemben tovább rosszabbodik. A visuális (VEP) és auditoros (BAEP) kiváltott válaszok brain mappingje kóros, a rutin EEG, komputerizált EEG és szomatoszenzoros kiváltott potenciálok normálisak. A VEP-ben az N120 és P180-ban van eltérés, a BAEP-ben a P100, a cognitive

event-related potenciálban a P300-ban van eltérés, ami a szerző szerint limbikus, hippocampalis funkció zavarra utal. A PET és NMR vizsgálatok is különböző agyi regionális eltérésekre utalnak. Fontos a neuropszichológiai tesztelés, valamint a különböző egyéb pszichiátriai skálák alkalmazása (a szerző a Symptom Checklist 90-et, Beck Depression Inventoryt, Beck Anxiety Inventoryt, Karnofsky Performance Scale-t, Somatosensory Amplification Scale-t, Columbia Criteria for Atypical Depression teszteket használja). Fontos a teljes szomatikus vizsgálat.

A kezelésben antiinfekciós, immunomoduláns, neuroendokrin, neuropharmacologiai, neurobehaviourista és szimptóma orientált módszerek a legjelentősebbek. 38 gyógyszercsoport közül választ a szerző. Természetesen elsősorban az aetiologia és a szindrómák határozzák meg a beavatkozás jellegét, nincs „specifikus" „fáradtság szindróma" kezelés. Kiemeli a krónikus fáradtsággal kísért demencia, a trigeminus ideg funkciózavar, a fájdalmak kezelését, de a számos lehetséges terápia ellenére nem ismertek a pontos kritériumok, amelyek szerint a jól reagáló beteget előre ki lehet választani.

A krónikus fáradtság szindróma koncepciója számos kérdést vet föl, ami arra utal, hogy paradigmaváltás van a pszichiátriában. Ijesztően sok betegséget kapcsol össze, melyek döntően a korábbi pszichoszomatikus kórképek közé tartoztak. A tárgyalt betegségek többnyire a szervek funkcionális zavarai, vagy olyan funkcionális eltérések, melyekben enyhe „szomatikus" eltérések már detektálhatók. Mindegyikben a kóros szabályozásért egyaránt felelőssé tehetők centrális és perifériás idegi mechanizmusok. A pszichiátriában és pszichológiában régóta él a paradoxon a pszichoszomatikus betegségek egységes és differenciálatlan pszichogenezise és az érintett szervek nagy változatossága között.

A DSM-III-R a pszichoszomatikus problematikát egyrészt a stresszbetegségek, másrészt a szomatoform betegségek kategóriáival próbálja megközelíteni. Mindkettő kiemeli a stressz jelentőségét, mely számos közérzetzavart okozó tünettel járhat együtt. Másrészt szorongás is kísérheti, amit a pszichiátriai klasszifikációk külön kiemelnek és szinte minden szomatikus tünetet felsorolnak ezekben a kategóriákban. Tehát a stressz — emocionális — vegetatív kölcsönhatások változatlanul problematikusak. Arról sem szabad elfelejtkezni, hogy az infekciók szomatikus stresszorok, ami a pszichiátriai stresszkoncepcióban egyáltalán nem szerepel. Erre irányítja a figyelmet a pszichoimmunológia kialakulása.

Másrészt a nagy szomatikus betegségekhez is társulhatnak pszichés zavarok, amit az organikus pszichoszindrómák között osztályoznak. A krónikus fáradtság szindróma és a betegségek végét jelző reconvalescentia között jelenleg próbálnak különbséget tenni, bár valószínűleg vannak közös elemek a pathomechanizmusokban. Az ismertetett szindróma új lépést jelenthet a bizonytalan, de számos vizsgálatra ösztönző virális etiológiai hipotéziseket illetően a pszichiátriai kórképekben. Talán, mint etiológiai tényező, ez is külön kiemelhető, amit a szerző nagy tényanyagon próbál bizonyítani anélkül, hogy a szokásos pszichiátriai diagnosztikai kategóriákkal kapcsolatba hozná.

Nagyon lényeges szempont, hogy az új vizsgálóeljárásokkal az idegrendszerben változások mutathatók ki viszonylag enyhe, nem „jelentős" pszichés zavarokban. Másrészt a neuropszichológiai eljárásokat kiterjesztették az idegrendszer funkcionális működéseltéréseinek vizsgálatára, ami már az „endogén" pszichózisok esetében általános gyakorlat. Ezzel természetesen megváltozik az ún. „organikus" eltérések interpretációja a pszichiátriában, nevezetesen függ a diagnózistól. Hiszen a krónikus fáradtság szindróma dyscalculiája és visualis agnosiája gyökeresen eltérő a parietális vagy occipitalis lebeny idegsejt pusztulással kísért dyscalculiájától és visualis agnosiájától, még az esetleges reversibilitásnak is más a patomechanizmusa.

A krónikus fáradtság szindróma kiemelése folytatja azt a szindróma kutatást, ami a krónikus fájdalom szindróma elkülönítésével megkezdődött. A polyetiológia miatt vált jelentőssé a számos patomechanizmus feltárása egy szindróma szempontjából, és az agykutatás növekvő tényanyagának állandó gyakorlati interpretációja kíséri. Ez is új jelenség a pszichiátriában, amit korábban a problémaorientált anamnézis felvétellel és kezeléssel hoztak összefüggésbe. Hiszen a krónikus fáradtság a beteg egy olyan létező problémája, amitől szenved és nem tud részt venni a szociális környezetben, akármi is az etiológia vagy a diagnózis. A terápiás lehetőségek hatalmas tárháza, mint általában a pszichiátriában, az indikációs szabályok bizonytalanságával és szegényességével társul. A szakmáknak ez a jellegzetessége valószínűleg a pszichobio-szocio-környezeti tényezők kölcsönhatásának nagyfokú komplexitásával magyarázhatók, melyekről elég hiányos a jelenlegi tudásunk. Ennek a hiánynak a csökkentésében jelent újabb lépést a krónikus fáradtság szindróma koncepciójának kialakítása számos új adattal és változtos szemlélettel. Emellett a szerző előadásmódja érdekes, színes, számos saját tapasztalattal egészíti ki a leírásokat, ami lényegesen megkönnyíti az ismeretek befogadását.

Molnár Gábor dr.

Matthias, J. Gross: Lehrbuch der Therapeutischen Lokalanästhesie. *Hippokrates Verlag, Stuttgart, 1994.* 196 oldal, 101 ábra, 10 táblázat.

A könyv az évente kétszer megtartott: „Terápiás helyi érzéstelenítés" (THÉ) c. szeminárium tananyagát képezi. Kétkötetes elődjét a szerző elhunyt édesapja — Dieter Gross — írta, ebbe a tankönyvbe az azóta végbement élettani és terápiás előrehaladás már be van építve. Új fejezet a kontralaterális helyi érzéstelenítés. A THÉ klinikai megfigyelés és tapasztalat eredménye, hatásmechanizmusa még nem tisztázott. A kérdés nem az, hogy hat-e, hanem az, hogyan és miért?

A könyv tagolása a következő:

I. rész: Elméleti és klinikai alapok.

I/1. Alapok: definitio, történeti áttekintés, elméletek, klinikai megfigyelések, javallatok, nómenklatúra.

I/2. Klinikum: kórisme, helyi érzéstelenítő szerek és kombinációik, szövődmények és elkerülésük, a vegetatív idegrendszer egyéb eszközökkel történő neuroterápiája, a kezelés ritmusa, egyéb módszerekkel való kombináció, esetismertetések.

II. rész: A terápiás helyi érzéstelenítés technikája.

II/3. Általános bevezetés és eszköztár.

II/4. Kivitelezés: izgalmi zóna felkeresési próbái, a THÉ általános alkalmazása, érzéstelenítés az izgalmi központban (heg, idült gyulladás), érzéstelenítés az izgalmi zónában (hyperalgesiás pontok), érzéstelenítés az ízületekben, az érkötegekben, a peripheriás idegeken, a vegetatív ganglionokon és autonóm idegrendszeren.

II/5. Kontralaterális helyi érzéstelenítés: csont- és fantomfájdalmak esetén, valamint akut és krónikus fájdalmi syndromákban.

II/6. Herpes zoster kezelése.

II/7. Suggestio és terápiás helyi érzéstelenítés (W. Blunck tollából).

II/7/1. Összefoglalás.

Neuroterápia minden olyan kezelési forma, amely neuro-vegetatív működési zavarokat, vagy lelki betegségeket az idegrendszeren keresztül gyógyít. A vegetatív idegrendszer működési lépcsőbe avatkozik be. A THÉ nem más, mint parenterális neuroterápia. Elsődlegesen az idegrendszer peripheriáján hat, nagy adagokban azonban hat a központi idegrendszerre is. A peripheriás izgalom eredetét (ingerközpont) és kiterjedését (ingerzóna) veszi célba, hogy az izgalmat hatástalanítsa. Javallata a vegetatív peripheria minden inger syndromája: dysaesthesia, dyskinesis, dyskrasia, dystrophia: a beavatkozás értelme az egyensúly helyreállítása. A neuroterápiás beavatkozás az ingerek összeadó vagy kivonó módszerein nyugszik.

A THÉ-t a XIX. század 80-as éveiben kezdték megalapozni. Alkalmazása javasolt fájdalmaknál (dysaesthesia), a simaizomzat működési és a harántcsíkolt izomzat tónuszavarainál (dyskinesia), a váladékelválasztás és homeostasis működészavarainál (dyskrasia) és mindezek reverzibilis következményeinél (dystrophia), amennyiben ezeknek a zavaroknak az eredete, izgalmi központja a neurovegetatív peripherián van. A központi idegrendszerből vagy a psychéből kiinduló neurovegetatív működési zavaroknál a THÉ nem indikált. A helyi érzéstelenítők gyulladáscsökkentők, membranstabilizátorok és depolarizációt gátlók. A szervi zavarokat, pl. a rákot kísérhetik ugyan neurovegetatív tünetek, amelyek a THÉ javallati körébe tartoznak,

de műhiba lenne ezeket a sejtkisiklásokat terápiás helyi érzéstelenítéssel kezelni. Éppígy műhiba lenne a felsorolt javallatokon kívül eső folyamatokat kezelni vele: pl. fertőző betegségeket, degeneratív és hiánybetegségeket, haematologiai betegségeket, anyagcsere- és hormonzavarokat, daganatokat, szív- és érrendszeri betegségeket, a légző- és emősztőszervek, a húgy-ivarszervek, támasztó- és mozgásszervek betegségeit, allergiát, mérgezést, neurosist és psychosist. (A rheumás ízületi gyulladás csak a fájdalom tekintetében esik a therapiás helyi érzéstelenítés javallati körébe).

Hatástalanság esetén vagy a javallat, vagy a beavatkozás helye vagy technikája hibás. A hyperalgesiás pontok és zónák THÉ-e igen precíz diagnosztikát feltételez. Körülírt fájdalomküszöb-csökkenés a bőrön, bőr alatt, fascián, izmon, ízületi szalagban, periosteumon, erekben, sympatikus határkötegben alakulhat ki.

Kezelésükkor a lehető legvékonyabb tűt és a legkisebb gyógyszeradagot kell alkalmazni. A periarterialisan adott helyi érzéstelenítő bénítja a fájdalomvezetést és megszünteti a vasoconstrictiót.

Szerző a THÉ technikai kivitelezését a 80. oldaltól a 154. oldalig tárgyalja. Minden egyes beavatkozáshoz leírja a tájékozódási pontokat, a beszúrás technikáját, az alkalmazandó tű hosszát és vastagságát, a beadandó érzéstelenítőszer minőségét és mennyiségét, végül a szövődményeket.

A fejezet végi összefoglalás teszi világossá a különbséget a THÉ és az anaesthesiologusok által alkalmazott regionális anaesthesia között.

A terápiás helyi érzéstelenítés kóros izgalmi állapotok inaktiválása. A hatás meghaladja a helyi érzéstelenítő szer hatástartamát. Célja a szervezet visszavezetése a normális állapotba. Az alkalmazott gyógyszermennyiség csekély.

A regionalis anaesthesia az érző afferens rostok időben korlátozott blokkolása, műtét alatt. Célja a normális idegvezetés megszakítása a központi idegendszer spinalis szakaszán. A gyógyszeradag mennyisége a blokkolandó területtel arányos, hosszú hatású, sokszor Tonogennel kevert.

A THÉ és a regionalis anaesthesia sok közös vonással bír. Javallataik azonban eltérőek: a regionalis érzéstelenítésé a műtéti fájdalomcsillapítás, ami anaesthesiologus kezébe való, a THÉ-é a peripheriás izgalmi syndroma, a vasomotorium és a visceromotorium zavarával, továbbá a peripheriás idegek izgalma következtében fellépő trophikus zavar. Alkalmazása a gyakorló orvos, a klinikus kezébe való. A kontralaterális helyi érzéstelenítés csonk- és fantomfájdalmakat, de egyéb akut és krónikus fájdalmi syndromákat is eredményesen tud befolyásolni az ép oldal felől.

Herpes zosternél antiviralis, analgetikus és antibakteriális kezelés szükséges. Ebből az analgesiát vállalja a THÉ.

A suggestio és a THÉ kapcsolata nem vagylagos, hanem egymást kiegészítő. A suggestivitás fokozza a neuroterápia hatását.

A könyvet 218 közleményt tartalmazó irodalomjegyzék egészíti ki és 4 oldalas tárgymutató teszi könnyen kezelhetővé.

A mű az ún. fájdalmi ambulanciákon nélkülözhetetlen vezérfonal. A siker feltétele a jó anamnesis felvétel, pontos betegvizsgálat, precíz technika és folyamatos utánvizsgálat. Fontos a beteg és az orvos jó együttműködése.

Incze Ferenc dr.

MEGJELENT A HARRISON! MEGJELENT A HARRISON! MEGJELENT A HARRISON!

Harrison: A belgyógyászat alapjai

A 12. amerikai kiadás első magyar nyelvű változata.



A „Harrison" fogalom a belgyógyászati szakirodalomban, a világban legtöbbet használt orvosi szakkönyvek egyike.
Kiadónk e kiváló mű „companion handbook" változatának magyar kiadását jelentette meg.
A könyv rendkívüli, igazi angolszász tömörséggel, és mégis alapos módon foglalja össze a belgyógyászat minden területén a leglényegesebb diagnosztikus és terápiás tudnivalókat.
Szerepelnek benne mindazon betegségek, amelyek járóbeteg-, ill. a kórházi gyakorlatban vagy a sürgősségi ellátásban fordulnak elő.
A „kis Harrison" igen jó szerkesztésmódjával és hordozhatóságával reményeink szerint a medikusok és a gyakorló orvosok kedvelt és hasznos olvasmánya lesz.

Ára: 2900,— Ft

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem Harrison: A belgyógyászat alapjai című könyvét

..... példányban

Megrendelő neve: .....

Címe: .....

HÍREK

A **Magyar Ortopéd Társaság** *1995. február 27-én délután 3 órakor a Budapesti Ortopédiai Klinika nagytermében (XI., Karolina út 27.) tudományos ülést tart.*
Üléselnök: Prof. Bellyei Árpád
1. Somhegyi Annamária: Diagnosztika, természestes kórlefolyás, klinikum
2. *Viola Sándor:* Tapasztalatok Milwaukee fűzővel
3. *Plesa István:* Törzskorzettek
4. *Illés Tamás:* Műtéti indikáció és lehetőségek
5. Technikai bemutató
SmithKline Beecham
Hubert Eszter: Relifex — „Van-e új a nem szteroid gyulladásgátlók napja alatt"

Az Orvosi Hetilap kötetlen évfolyamai 1978—1992. áprilisig megvásárolhatók. Érdeklődni lehet a 222-74-32 telefonszámon.

Budafoki úton, húsz éve orvosi rendelőként működő lakás kiadó. Tel.: 268-0595.

A **magyar Pszichiátriai Társaság Gerontopszichiátriai Szekciója** az 1994/95. évi *„Időskori pszichiátriai kórképek többdimenziós klinikai szemlélete"* című továbbképző tanfolyamának első tudományos ülését *1995. február 23-án (csütörtökön)* 9—13 óráig a Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórházának (1135 Budapest, Lehel u. 59.) tanácstermében tartja (orvosok és pszichológusok részére).
Program:
1. Szekció elnökének megnyitója
2. *Simkó Alfréd dr.:* Az időskori depressziók klinikai kritériumai
3. *Szabó Magda dr.:* Organikus depressziók
4. *Donászy Marianne dr.:* Az antidepresszáns gyógyszeres terápiák áttekintése
5. *Prof. Gaszner Péter dr.:* Szelektív receptor-affinitású antidepresszánsok klinikai alkalmazása
Szünet
Kerekasztal-konferencia (fenti előadókkal)
Téma: Antidepresszáns terápia I.
Üléselnök és moderátor *Simkó Alfréd dr.*

A Szekció Vezetősége ezúton köszöni a Lilly Hungaria támogatását.

Orvosi rendelő az Arany János utcai metróállomás közelében kiadó. T: 252-9323.

A **Szent János Kórház Tudományos Bizottsága** és I. **Belgyógyászati Osztálya** *1995. február 23-án (csütörtökön), 14 órai kezdettel* a kórház tantermében tudományos ülést rendez.
Az ülés elnöke: *Dr. Salamon Ferenc*
Előadások:
Dr. Winkler Gábor: Szemléletváltozás az NIDDM típusú cukorbetegek gyógykezelésében
Dr. Hajós Péter: Gondolatok az X syndromáról saját vizsgálataink tükrében
Dr. Révész István, Dr. Pál Borbála, Dr. Winkler Gábor: Milgamma alkalmazásával szerzett tapasztalataink a diabeteses neuropathias betegek kezelésében
Dr. Őry Iván, Dr. Szita Mária, Dr. Porohnavecz Marietta: A glykaemiás index szerepe cukorbetegek étrendjének összeállításában. Magyaros ételek glykaemiás indexének első vizsgálata
Minden érdeklődőt szeretettel várunk.

A **Magyar Belgyógyász Társaság Dunántúli Sectiója** XLII. Vándorgyűlését *1995. június 22—23—24-én* rendezi meg Pécsett, a Pécsi Orvostudományi Egyetemen az I. Belgyógyászati Klinika szervezésében.
A vándorgyűlés témái:
1. A haematológiai betegek korszerű ellátása
2. Cardiovascularis rizikófaktorok
3. A nephrologia aktuális kérdései
4. Cytokinek a medicinában
5. A tartós gyógyszeres kezelések kérdései a belgyógyászatban
6. A táplálkozás és a dietetika szerepe a betegségek megelőzésében és kezelésében
7. A belgyógyász szakképzés helyzete Magyarországon 1995-ben
8. Szabadon választott témák
Előadások, illetve poszterek bejelenthetők, 1 gépelt oldal terjedelmű összefoglaló formájában.
(A rendezőség fenntartja magának azt a jogot, hogy az előadásként bejelentett publikációt poszterként iktassa programba).
Az összefoglalók beküldésének és jelentkezési (regisztrálási) lapok igénylésének határideje: *március 15.*
Levelezési című: dr. Pár Alajos, POTE I. Belgyógyászati Klinika, Pécs, Ifjúság u. 13. 7643. FAX: (72)-327-660, telefon: (72)-324-122

Az Egészségügyi Gazdasági Vezetők Egyesülete fővédnökségével *1995. március 2—3.* között kerül megrendezésre a *„Gazdasági kihívások az egészségügyben"* II. Országos Konferencia. Alcíme: Gyakorlati válaszok és esettanulmányok megvalósult projectek nyomán.
Helye: MTESZ-épület (1055 Budapest, Kossuth tér 6—8.)
Fő témái: Likviditás kezelés, bérhelyzet, nyilvánosság munka, szolgáltatás privatizáció.
Szekciótémák:
Eredményesség (bevételnövelés — kiadáscsökkentés) pénzgyűjtési technikák, költségcsökkentési projectek, szervezeti és strukturális kérdések, kapacitáskihasználtság
Privatizáció
— háttérszolgáltatás, diagnosztika, klinikum
Marketing
— környezetelemzés, Public Relations, elégedettségmérés
Teljesítményelvű finanszírozás, költségelszámolás
— hogyan szerződjünk az OEP-pel, kódolási technikák, belső elszámolási rendszerek, elemzés, visszajelzés, beavatkozás
Részvételi díj: 5300 Ft, amely tartalmazza a NEBET Jótékonysági Báljának belépőjegyét is.
Regisztráció: INSTANT CONGR-EX Kft. (Várhegyi László, 1052 Budapest, Semmelweis u. 10. Tel.: 118-1036, Tel./Fax: 118-3418).

Orvosi magánrendelésre hideg-meleg vizes rendelőhelyiség várószobával és mellékhelyiséggel a VI. kerületben kiadó. Bejelentkezés a 141-2014 telefonon 10—17 óra között.

Pécsi Orvostudományi Egyetem *1995. február 20-án* tudományos ülést rendez du. 4 órai kezdettel.
Az ülés helye: POTE Központi Épület III. tanterem.
Program:
Czirják László (DOTE III. sz. Belgyógyászati Klinika): Klinikai-epidemiológiai vizsgálatok szisztémás sclerosisban (30 perc).
Lantos János, Temes Gyula és Róth Erzsébet (POTE Kísérleti Sebészeti Intézet): Lidocain agyi károsodást késleltető hatása keringésszünet és reperfúzió alatt (10 perc).
Csontos Csaba, Fauth Ulrich, Halmágyi Miklós és Tekeres Miklós (POTE Anaesthesiologiai és Intenzív Therapiás Intézet és Johannes Gutenberg Egyetem, Anaesthesiologiai Klinika, Mainz, Németország): A glükózfelhasználás és a glykolitikus enzimek aktivitásának alakulása humán polimorfonukleáris leukocytákban nagy sebészi beavatkozás után (15 perc).

CIPROBAY KUPA '95
A Bayer Hungaria Kft. 1995. május 20-án kispályás labdarúgó-bajnokságot rendez orvosok-gyógyszerészek részére Szolnokon a tiszaligeti sportpályán.
Kérjük, hogy a csapatok részvételi szándékukat a Bayer Hungaria Kft-nél Dr. Suba Istvánnak (Tel.: 212-1540, -1581/212) szíveskedjenek bejelenteni.

„Szülészeti-nőgyógyászati Ultrahang-diagnosztika"
A **Debreceni Orvostudományi Egyetem** továbbképzési programja keretében a fenti témakörben a Női Klinika *1995. február 20—24.* között tanfolyamot rendez. A tanfolyam sikeres elvégzését záróvizsga letéte-

Gyomor-bajban?



- **A gyomorfájdalom gyors és tartós enyhítése**
- **Magas savkötő kapacitás**
- **Kitűnő tolerancia**
- **Kellemes íz**

Maalox®

aalox: Magnézium- és umínium-hidroxid tartalmú ntacidum.
atóanyag: Maalox szuszp.: 975 g magnesium hydroxidatum, 725 g aluminium oxidatum 50 ml-enként. **Maalox tabl.:** 400 g magnesium hydroxidatum, 400 g aluminium hydroxidatum.
avallatok: Gyomorsav ltermeléssel járó egbetegedések (pl. reflux sophagitis, gastritis, ulcus uodeni, ulcus ventriculi).
llenjavallatok: gyógyszerkészítmény bármely mponense iránti túlérzékenység, súlyos veseelégtelenség (lsd. Figyelmeztetés).
Adagolás: Maalox szuszp.: 4-szer 15 ml (4-szer 1 evőkanál vagy 4-szer 1 tasak), 1 órával az étkezések után, valamint közvetlenül lefekvés előtt.
Maalox tabl.: Naponta 4-szer 1 tabletta 1 órával az étkezések után, valamint közvetlenül lefekvés előtt.
Megjegyzés: Vény nélkül is kiadható.
Csomagolás: 1 üveg (250 ml), ill. 30 db tasak (15 ml) és 40 db tabletta.
OGYI eng. száma: 5011/41/93



RHÔNE-POULENC RORER

Magyarországi Képviselet · H-1012 Budapest · Pálya utca 9
Levélcím: Budapest 1366 Pf. 56
Telefon: (36-1) 201-5599 · Fax: (36-1) 138-2172

ROVAMYCINE® 1,5

SPIRAMYCINE



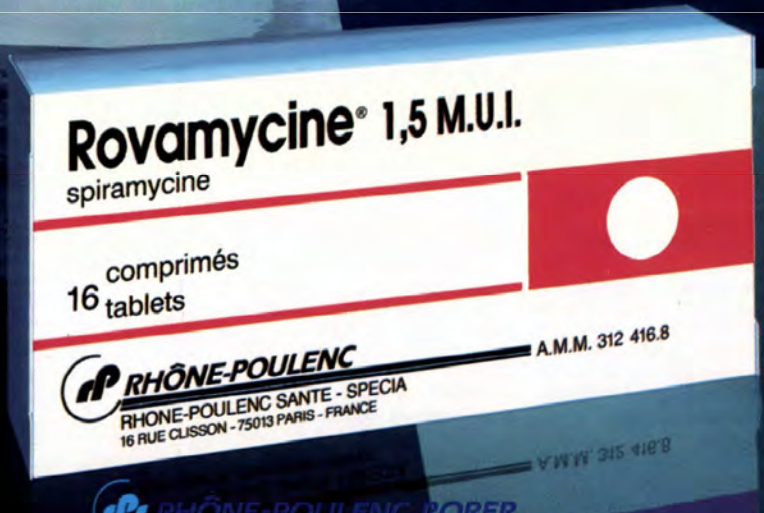
A légúti fertőzések sikeres kezelésére

- gyors és hosszantartó baktericid hatás
- kiváló klinikai eredmények
- biztonságos alkalmazás

Rovamycine 1,5 MIU tabletta (16/doboz): Összetétel: (I.N.N.) 1,5 MIU/tabl. 24 MIU/doboz. **Javallatok:** A spiramycin antibakteriális hatásának és a farmakokinetikai jellemzőinek megfelelően alkalmazható. Figyelembe kell venni mind a klinikai tapasztalatokat, mind a gyógyszer helyét a jelenleg elérhető antibakteriális szerek között. Így mindazon fertőzésekre javallt, melyeket spiramycinre érzékeny microorganizmusok okoznak, elsősorban a:

- fül-orr-gégészeti, bronchopulmonáris, fogászati, bőrgyógyászati, genitális (különösen prostata) és csontfertőzések,
- meningococcus meningitis megelőzésére fertőzés veszélye esetén,
- akut reumás láz kiújulásának megelőzésére (elsősorban penicillin allergia esetén),
- toxoplasmosis; terhes nők primer toxoplasma, valamint leukopeniában szenvedő csökkent immunitású betegek toxoplasma fertőzésében, ahol a pyrimethamin-sulfonamid kezelés kontraindikált.

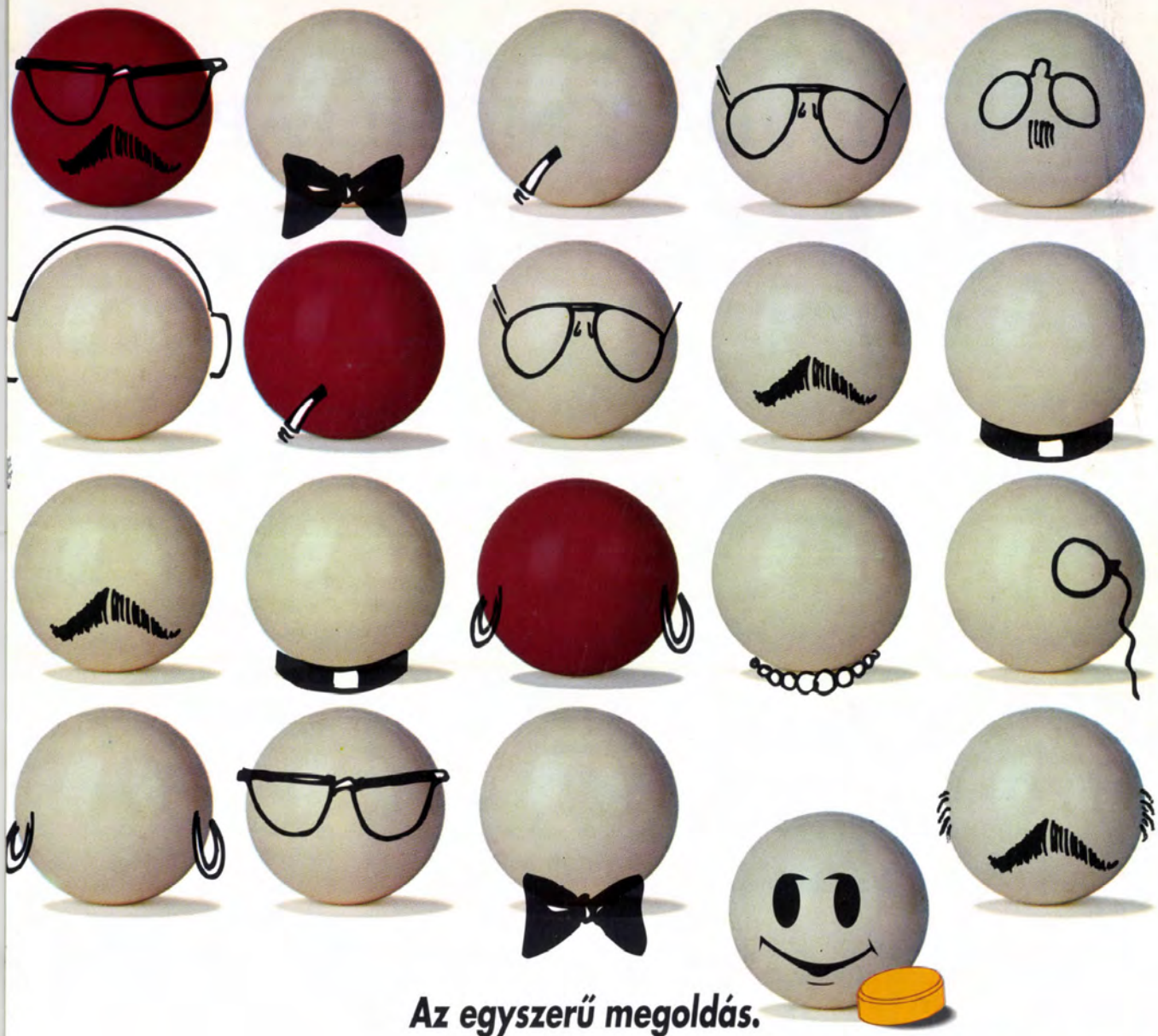
Ellenjavallatok: spiramycin allergia.
Adagolás: felnőtteknek 4-6 tabletta naponta 2-3 részre osztva.



RHÔNE-POULENC RORER

Rhone-Poulenc S.A. · Magyarországi Képviselet
H-1012 Budapest, Pálya u. 9. · Levélcím: Budapest 1366 Pf. 56

Minden hatodik felnőttnek magas a vérnyomása...



Az egyszerű megoldás.

®LOTENSIN

Benazepril

Korszerű és egyszerűen alkalmazható ACE-gátló

● 1 TABLETTA EGYSZER NAPONTA ● Kevés mellékhatás ● Kiváló tolerálhatóság
● Tartós eredmény a magas vérnyomás kezelésében

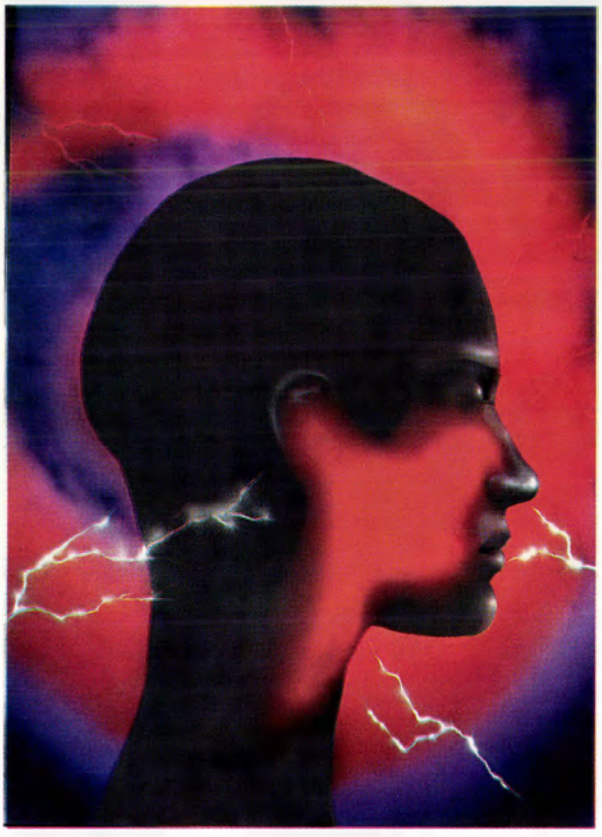
Lotensin (benazepril HCl) 5 mg (x28), 10 mg (x28), 20 mg (x14) filmtabletta. *Indikáció:* Magas vérnyomás (minden stádiumban). *Adagolás:* Kezdetben 10 mg naponta egyszer. Elégtelen hatás esetén ez 20 mg-ra növelhető vagy diuretikumokkal egészíthető ki a kezelés. Egyes esetekben a napi egyszeri adagot két egyenlő részre elosztva jobb hatás érhető el. *Ellenjavallat:* Túlérzékenység benazeprilre vagy más ACE-gátlóra, gyermekkor, terhesség szoptatás. *Figyelmeztetés:* Arcödéma jelentkezésekor a kezelést feltétlenül abba kell hagyni. Hosszantartó kezelésnél a vérkép ellenőrzése javasolt. *Fokozott elővigyázatosság:* Vesebetegségek, renális artéria sztenózisa, diabetes mellitus, bizonyos sebészeti anesztéziák, előzetes diuretikus kezelés. Együttes kezelés káliumvisszatartó diuretikumokkal, káliumszubsztituciós kezelés. Járművezetés. *Mellékhatások:* fejfájás; felső léguti tünetek, köhögés, pharyngitis, rhinitis, bronchitis, sinusitis; kábultság, kimerültség, álmatlanság, idegesség, depresszió, szorongás; gyomor-bél panaszok; mellkasfájdalom, palpitatio, hipotenzió, ájulás; perifériás ödéma, ajakduzzanat; hőhullámok, izzadás, gyengeségérzés, nehézlégzés; hipesztézia, paresztézia, viszketés, tinnitus; arthritis, hátfájás, tarkófájdalom; húgyúti zavarok, impotencia, emelkedett maradéknitrogénszint.

ciba

CIBA Hungária Kft.
Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.
Tel.: 275-0931, Fax: 176-1356

A GYORS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ

Cataflam®
diclofenac – K



↘ ADJUVÁNSKÉNT FÁJDALMAS, GYULLADÁSOS FÜL-ORR-GÉGÉSZETI FERTŐZÉSEKBEN (OTITIS, PHARYNGOTONSILLITIS);
↘ POSTOPERATÍV FÁJDALOMRA ÉS GYULLADÁSRA

Hatóanyag: 50 mg diclofenacum kalicum drazsénként.
Javallatok: adjuvánsként fájdalmas, gyulladásos fül-orr-gégészeti fertőzésekben (otitis, pharyngotonsillitis); postoperatív fájdalom és gyulladás (pl. fogorvosi, ortopéd sebészi beavatkozást követően); fogfájás, fájdalmas posttraumás állapotok; lágyrész reumatizmus; a gerinc fájdalmas szindrómái: fájdalmas és/vagy gyulladásos nőgyógyászati állapotok.
Rövid tartalmú kezelésre!
Ellenjavallatok: Ulcus pepticum. Túlérzékenység a hatóanyaggal, acetilszalicilsavval ill. más prosztaglandin szintézist gátló gyógyszerrel szemben. Gyermekkor. **Adagolás:** Az indikációtól függően 75–150 mg., dysmenorrhoea esetében kivételesen napi 200 mg-ig növelhető. A napi adagot 2-3 részletben kell lehetőleg étkezés előtt, folyadékkal együtt bevenni. A kezelést az első tünetek megjelenésével kell elkezdeni és néhány napig lehet folytatni. **Mellékhatások:** Esetenként gyomor- bélrendszeri zavarok (gyomortáji fájdalom, hányinger, hányás, hasmenés), fejfájás, szédülés, bőrkiütés, májfunkció zavarok. Ritkán peptikus fekély, gastrointestinalis vérzés, hepatitis, túlérzékenységi reakciók. Elvétve érzészavarok, erythema multiforme, purpura, veseműködési zavarok, vérkép rendellenességek. Lásd a teljes alkalmazási előírást!
Figyelmeztetés: Gyomor-bélrendszeri megbetegedések, máj, szív ill. veseműködési zavarok, terhesség, porphyria. Óvatosan alkalmazható idős betegeknél, ill. olyan betegeknél akiknél – bármely okból – csökkent az extracelluláris térfogat. Diuretikumokkal, antikoagulánsokkal, antidiabetikumokkal, digoxinnal, lítiummal, más nemszteroid gyulladáscsökkentővel, ciklosporinnal, methotrexattal kezelt betegnek. Amennyiben a májfunkció romlik, májkárosodásra utaló klinikai tünetek jelentkeznek vagy egyéb rendellenesség lép fel, a gyógyszer szedését fel kell függeszteni. Lásd még a teljes alkalmazási előírást!

Cataflam®

Megjegyzés: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.
Csomagolás: 20 drazsé 50 mg.

A szer felírásával kapcsolatos összes információ kívánságra rendelkezésre áll.

Előállító: Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió.
OGYI eng. száma: 6738/40/91
K-1827
Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.

CAT024/JUL94.

le esetén igazoljuk. A tanfolyamot a Magyar Szülészeti-Nőgyógyászati Ultrahang Társaság hivatalos továbbképzésként ismeri el.

Részvételi díj: 10 000 Ft, mely összeget az MNB 349-901492869 DOTE Debrecen, „Ultrahang-diagnosztika a szülészet nőgyógyászatban" elnevezésű számlára kérjük befizetni.

Szállás a Hajdú Touristnál (Debrecen Kálvin tér 2/a) igényelhető.

Intézeti ebédről kérésre gondoskodunk.

Jelentkezés *1995. február 18-ig*, a DOTE Tanulmányi Osztályán, 4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98. Pf.: 15. Telefon: 25-329-400/5056 mellék. Fax: 52-314-013, vagy a DOTE Női Klinikán, 4012 Debrecen, Pf.: 37. Telefon: 52-417-144. Fax: 52-414-577.

Szakfordítás! Orvosi és gyógyszerészeti szakszövegek fordítását vállalja gyakorlott szakfordító angol, francia és olasz nyelven. Tel.: 184—6201.

A **Magyar Belgyógyász Társaság Dél-Magyarországi Decentrumának XXVI. Vándorgyűlését** *1995. április 27—28.* között rendezi meg a hódmezővásárhelyi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet.

A vándorgyűlés helye: Petőfi Sándor Művelődési Központ (Hódmezővásárhely, Szántó K. J. u. 7.).

Fő témái:

1. A túlzott és rendszeres alkoholfogyasztás okozta megbetegedések.
2. Szabadon választott előadások.

Részvételi díj: 1000,— Ft (35 éven aluliaknak 500,— Ft), amely nem tartalmazza a szállás és az étkezés költségeit.

Előadással, poszterrel lehet jelentkezni, legkésőbb *1995. február 28-ig* az alábbi címen: Erzsébet Kórház-Rendelőintézet Titkársága (Hódmezővásárhely, Dr. Imre József u. 2. 6800).

A vándorgyűlés alkalmával kiállítás szervezését is tervezzük. így kiállítók jelentkezését is várjuk a fenti címen.

Fiatal Szülész-Nőgyógyászok Országos Kongresszusa Miskolc, Nemzetközi Kereskedelmi Központ (ITC) Mindszenty tér 1.

1995. május 19—20.

Rendező: Borsod-A.-Z. Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálya. Részvételi díj nincs.

Témák:

1. Sikertelen terhesség
2. Sikertelen terhesség utáni újabb terhesség
3. Szabadon választott előadások

Jelentkezés: minden szülészeti- és nőgyógyászati osztály vezetőjének elküldött jelentkezési lapon.

Érdeklődni lehet: Dr. Farkas László, 3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72—76. Borsod-A.-Z. Megyei Kórház Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály

Telefon: 06-46-321-211/1228 mellék.

Telex: 62-294, Telefax: 323-694.

Az **Országos Sportegészségügyi Intézet Tudományos Bizottsága** *1995. február 23-án* csütörtökön délután 14 óra 30 perces kezdettel tudományos ülést rendez az Intézet Dísztermében.

A tudományos ülés témája:

Az Országos Sportegészségügyi Intézet Sportsebészeti Osztálya új műtéti eljárásainak ismertetése.

1. *Balajti Noémi dr.* Endoscopos carpaltunell release.
2. *Csépai Dezső dr.* Bankart műtét.
3. *Réhl István dr.* Meniscus visszavarrás.
4. *Halasi Tamás dr.* Percután Achilles invarrat endoscopos kontrollal.

PÁLYÁZATI HIRDEMÉNYEK

A **Fővárosi Szent István Kórház és Intézményei** orvos-igazgatója pályázatot hirdet a **Merényi Gusztáv Kórház** *Röntgen Osztályára* szakorvosi állás betöltésére.

Pályázat feltétele: radiológia szakorvosi képesítés.

Pályázatot az alábbi címre kérjük: 1096 Budapest, IX., Nagyvárad tér 1.

Podhorányi György dr.
orvos-igazgató

A **Kiskunfélegyházi Városi Kórház** igazgató főorvosa (6100 Kiskunfélegyháza, Fadrusz J. u. 4.) pályázatot hirdet *2 anaesthesiológiai orvosi állásra.*

Kiemelt bérezés + 8000,— Ft munkaköri pótlék. Garzon lakás megbeszélés tárgyát képezi.

Külföldi állampolgár esetén munkavállalási és hosszabb távú lakhatási engedély szükséges.

Pályázatot az igazgató főorvos címére kell küldeni.

A **Pest Megyei Budagyöngye Kórház** pályázatot hirdet a II. Belosztályon megüresedett alábbi állásokra:

— *1 szakorvos,*
— 1 szerződéses (bizonytalan időre), melyre 1—2 éve végzett fiatal kollega is pályázhat.

Mindkét állás azonnal betölthető.

Jelentkezés személyesen Dr. Makkai László orvos-igazgatónál. (Bp., II. Tárogató út 84—90.)

A **Péterfy Sándor u.-i Kórház-Rendelőintézet** orvos-igazgatója (1441 Bp., Péterfy S. u. 8—20.) pályázatot hirdet a *Pathologiai Osztályra szakorvos részére,* de pályakezdők is pályázhatnak.

Bér: Kjt. alapján. Juttatás: étkezés.

Ferenczi István dr.
orvos-igazgató

A **Zirc Városi Erzsébet Kórház-Rendelőintézet** orvos-igazgatója pályázatot hirdet a *szülészeti-nőgyógyászati osztályon* — áthelyezés miatt — megüresedett *segédorvosi állásra.* A lakás megbeszélés tárgyát képezi. Az állás azonnal betölthető.

Az **Országos Kardiológiai Intézet** (1096 Budapest, Haller 29.) *Központi Kémiai Laboratóriumába* felvesz *orvos munkatársat* (lehet kezdő is).

Jelentkezés személyesen dr. Maklári Erzsébet osztályvezető főorvosnál. Tel.: 112-1220/124.

A **MÁV Központi Rendelőintézet** (Budapest, VI. ker., Podmaniczky u. 109.) állást hirdet *EKG és Kardiológiai Szakrendelőjében 1 fő kardiológus szakorvosi álláshely* betöltésére.

Az állás betöltéséhez echocardiográfiai gyakorlat szükséges.

Pályázatokat a MÁV Központi Rendelőintézet Titkárságára kérjük eljuttatni.

Bérezés, megegyezés szerint.

Alkalmazás esetén a dolgozó, valamint igényjogosult családtagja részére, MÁV utazási kedvezményt biztosítunk.

Lenti Városi Rendelőintézet igazgató főorvosa (8960 Lenti, Pf. 05.) pályázatot hirdet *házi gyermekorvosi állásra.*

Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével az idevonatkozó rendelet alapján.

Lakást biztosítunk.

A pályázatot a Rendelőintézet igazgató főorvosához kell benyújtani.

Bencze Katalin dr.
igazgató főorvos

A Fővárosi Szent István Kórház és Intézményei orvos-igazgatója pályázatot hirdet a *Merényi Gusztáv Kórház Szemészeti Osztályára szakorvosi állás* betöltésére.

A pályázat feltétele: szemész szakorvosi képesítés (többéves gyakorlattal rendelkező segédorvos is jelentkezhet).

A pályázatot az alábbi címre kérjük: 1096 Budapest, IX., Nagyvárad tér 1.

Podhorányi György dr.
orvos-igazgató

A Fővárosi Szent István Kórház és Intézményei orvos-igazgatója pályázatot hirdet a *Merényi Gusztáv Kórház Radiológiai Osztály* osztályvezető főorvosi állás betöltésére.

Pályázati feltételek:
— radiológiai szakvizsga
— 10 éves szakmai gyakorlat
— traumatológiai és UH diagnosztikai jártasság

A pályázatokat az intézet címére kérjük megküldeni: 1096 Nagyvárad tér 1.

Podhorányi György dr.
orvos-igazgató

A Fővárosi Szent István Kórház és Intézményei orvos-igazgatója pályázatot hirdet *Pathologiai Osztályára* szakorvosi állás betöltésére.

Szakvizsga előtt álló és pályakezdő orvosok is pályázhatnak.

A pályázatokat 1096 Budapest, IX., Nagyvárad tér 1. sz. alá kérjük megküldeni.

Podhorányi György dr.
orvos-igazgató

A Sajószentpéteri Gyógyító-Megelőző Intézmény pályázatot hirdet *1 fő felnőtt háziorvosi* munkakörre.

Pályázati feltétel: magyar egyetemen szerzett orvosi diploma

Előnyben részesül: belgyógyászati, általános orvosi, háziorvosi, üzemorvosi szakvizsga

Belgyógyász, szemész, üzemorvos, szakorvos házastárs részére megbeszélés szerint állást biztosítunk.

Az állás: *1995. július 01-től* betölthető.

Bérezés: KJT szerint, vállalkozási forma is választható. Szolgálati lakást biztosítunk.

Kelemen István dr.
int. vez. főorvos

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Pathológiai Intézete pályázatot hirdet *tanársegédi* és *gyakornoki állás* betöltésére.

Munkaköri feladatok: részvétel az oktató—diagnosztikusi- és kutató munkában, gyakornok esetén pathológusi szakvizsga megszerzése.

Pályázati feltételek:

Tanársegédi oktatói állás:
kórbonctan-kórszövettan szakvizsga,
angol nyelvből „C" típusú középfokú nyelvvizsga.
illetmény: Kjt-nek megfelelően;
mh. pótlék: 8000,— Ft,
középfokú nyelvvizsga esetén nyelvtud. pótlék: 4000,— Ft.

Orvosgyakornoki oktatói állás:
— jeles vagy jó kórbonctan szigorlat,
— angol vagy német nyelvismeret.
illetmény: Kjt-nek megfelelően;
mh. pótlék: 8000,— Ft,
középfokú nyelvvizsga esetén nyelvtud. pótlék: 4000,— Ft.

A szabályszerűen felszerelt pályázatokat a DOTE Személyzeti Csoporthoz (4012 Debrecen, Pf.: 33.) kérjük benyújtani.

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

A Fotex Optikai Szalonjai

szemész szakorvosok

számára lehetőséget kínálnak főállás betöltésére vagy magánrendelésre.

Várjuk mindazon szemorvosok jelentkezését, akik szívesen dolgoznának egy prosperáló amerikai-magyar vállalat modern műszerekkel felszerelt rendelőjében és a szemüvegrendelés mellett érdeklődnek a kontaktlencsék iránt.

Kiemelt bérezést és kontaktlencse-illesztési továbbképzést biztosítunk.

További információ: Keresztúri Gábor, 1525 Budapest 114. Pf. 10/57. Tel.: 202-3644

Az 1994 decemberében törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (IV. rész)

A Modivid 0,25 g; 0,5 g; 1 g és 2 g porampullákról injekciókhoz
és a Modivid 2 g porampulláról infúzióhoz

Hatóanyaga a cefodizim parenterálisan használatos cefalosporin antibiotikum. Béta-laktám antibiotikumként a sejfalszintézis gátlása útján elsősorban baktericid hatású. A Modivid számos Gram-pozitív és Gram-negatív baktériummal szemben hatékony, beleértve aerob és anaerob fajokat is.

A béta-laktamáz enzimek legtöbbjével szemben stabil.

A testnedvekben gyorsan eloszlik, a szöveti penetrációja igen jó, a szervezetben a legtöbb patogén minimális gátlókoncentrációját jóval meghaladó koncentrációt ér el.

A Modivid és aminoglikozid antibiotikumok in vitro vizsgálata során szinergista hatást mutattak ki.

A cefodizim nem metabolizálódik, és főként a vesén keresztül választódik ki. Terápiás adagok emberben történt alkalmazása során nephrotoxikus hatást nem észleltek.

A Modivid in vitro általában az alábbi patogénekkel szemben hatékony:
Staphylococcus aureus (kivéve a meticillin-rezisztens törzseket), Streptococcus pneumoniae, Streptococcus fajok, Neisseria gonorrhoeae (beleértve a beta-laktamázt termelő törzseket), Neisseria meningitidis, Moraxella catarrhalis, Escherichia coli, Shigella, Salmonella, Citrobacter, Klebsiella fajok, Proteus vulgaris, Proteus mirabilis, Providencia fajok, Morganella morganii, Haemophilus influenzae és Corynebacterium fajok.

Változó érzékenységű kórokozók:
Bacteroides, Enterobacter fajok, Staphylococcus epidermidis, Serratia.

A Modivid nem hatásos a Pseudomonas, az Acinetobacter fajokkal, Enterococcus faecalisszal, Listeriával, Mycoplasmával és Chlamydiával szemben.

Hatóanyag:
Modivid 0,25 g porampulla inj.-hoz: 250 mg cefodizimum (cefodizimum dinatricum) formájában
Modivid 0,5 g porampulla inj.-hoz: 500 mg cefodizimum (cefodizimum dinatricum) formájában
Modivid 1 g porampulla inj.-hoz: 1000 mg cefodizimum (cefodizimum dinatricum) formájában
Modivid 2 g porampulla inj.-hoz: 2000 mg cefodizimum (cefodizimum dinatricum) formájában
Modivid 2 g porampulla inj.-hoz: 2000 mg cefodizimum (cefodizimum dinatricum) formájában

Javallatok: Cefodizim-érzékeny kórokozók által okozott fertőzések. Nők szövődménymentes alsó húgyúti fertőzései, egyéb alsó és felső húgyúti fertőzések, alsó légúti fertőzések, valamint gonorrhoea.

Ellenjavallatok: Cefalosporinokkal szembeni túlérzékenység.

Adagolás: az adagolás és az alkalmazás módja a fertőzés súlyosságától, a kórokozók érzékenységétől és a beteg állapotától függ.
Felnőtteknek és serdülőkorúaknak szokásosan az alábbi adagok használatosak:

Incikáció	Egyszeri adag	Napi adagolás	Teljes napi adag
Nők szövődménymentes alsó húgyúti fertőzései	1,0/2,0 g	csak egyetlen adag	1,0/2,0 g
Egyéb alsó és felső húgyúti fertőzések — szokásos adagolás	1,0/2,0 g	naponta egyszer	1,0/2,0 g
— legnagyobb adag	2,0 g	12 óránként	4,0 g
Alsó légúti fertőzések — szokásos adagolás	1,0 g	12 óránként	2,0 g
— legnagyobb adag	2,0 g	12 óránként	4,0 g

Adagolás beszűkült vesefunkciójú betegek számára:
az első adag megegyezik a normál veseműködés során alkalmazott adaggal. A további kezelés során a dózis az alábbiak szerint csökkentendő:

Kreatinin clearance	Szérum-kreatinin	Teljes napi adag
10—30 ml/perc	5,2—2,5 mg/dl	1,0—2,0 g
< 10 ml/perc	> 5,2 mg/dl	0,5—1,0 g

Hemodialízis: 0,5—1,0 g cefodizim dialízis napokon; a gyógyszert a dialízist követően kell beadni.

Gonorrhoea: Modivid 0,25 g porampulla inj.-hoz, vagy Modivid 0,5 g porampulla inj.-hoz egyszeri adagjával kezelendő. A gonorrhoea kezelésére egyszeri alkalommal 0,25 g cefodizimet, vagy kevésbé érzékeny baktérium törzsek okozta fertőzésekben 0,5 g cefodizimet javallt im. adni.

Alkalmazás

Intramuscularis injekció: A Modivid 0,25 g porampulla inj.-hoz, ill. Modivid 0,5 g porampulla inj.-hoz tartalmát 2 ml aqua dest. pro inj.-ban kell feloldani és mélyen a glutealis izomzatba kell beadni. A Modivid 1 g porampulla inj.-hoz tartalmát 4 ml, a Modivid 2 g porampulla tartalmát 10 ml aqua dest. pro inj.-ban kell feloldani, majd a gluteális izomzatba mélyen kell beadni. Az im. injekció okozta fájdalmat megfelelő mennyiségű 1%-os lidokain oldattal történő oldással lehet megelőzni a lidokain túlérzékenység kizárása után, de *ebben az esetben az intravasalis beadást szigorúan kerülni kell.*

A Modivid oldatokat elkészítésük után azonnal be kell adni; szobahőmérsékleten 6 órán túl tilos tárolni!

Intravénás injekció: A Modivid 1 g porampulla inj.-hoz tartalmát 4 ml, a Modivid 2 g porampulla tartalmát 10 ml aqua dest. pro inj.-ban oldjuk fel, majd 3—5 perc időtartam alatt vagy egyenesen a vénába, vagy elzárt infúziós szerelék alsó részébe adjuk be.

Intravénás infúzió: Szükség esetén a Modivid készítmények rövid intravénás infúzió formájában is beadhatók. Az 1,0 g-os vagy 2,0 g-os porampulla tartalmát 40 ml aqua dest. pro inj.-ban, vagy a következő infúziós oldatok egyikében feloldjuk: 5%-os vagy, 10%-os glükóz oldat, fiziológiás sóoldat, Ringer-oldat, majd 20—30 percen keresztül infundáljuk.

A Modivid nátrium-laktát oldattal nem oldható vagy hígítható. Kompatibilitását egyéb infúziós oldatokkal még nem vizsgálták. A Modividet más antibiotikumokkal ugyanabban a fecskendőben és egyéb infúziós oldatokban nem szabad összekeverni; ez elsősorban az aminoglikozidokra vonatkozik.

Kombinációs kezelés: Ha Pseudomonasszal kevert fertőzésre van gyanú, a Modividet aminoglikoziddal kombinálva lehet adni. A két készítményt külön kell beadni.

A kezelés időtartama: a beteg terápiás válaszától függ.

Nők szövődménymentes alsó húgyúti fertőzéseinek kezelésére egyszeri adag Modivid általában elegendő.

Légúti fertőzésekben a kezelés időtartama általában 10—14 nap, alkalmanként hosszabb. A kezelést a testhőmérséklet normalizálódását és a tünetek megszűnését követően még legalább 3 napig folytatni kell.

Mellékhatások: *Túlérzékenységi reakciók:* urticariával (csalánkiütéssel) járó allergiás bőrreakciók; lázas reakció; súlyos azonnali túlérzékenységi reakciók (anaphylaxia, esetenként életveszélyes sokk) is kialakulhatnak, amikor azonnali életmentő beavatkozás válik szükségessé.

Gyomor-bélrendszeri hatások: hányinger és hányás, hasmenés. Súlyos és nem szűnő diarrhoea esetén antibiotikum okozta pseudomembranosus colitis gyanúja merül fel, amely életveszélyes állapotot okozhat. Ilyen esetekben a Modivid terápiát azonnal meg kell szakítani és megfelelő kezelést kell alkalmazni (pl. napi 4-szer 250 mg oralis vankomicint). A perisztaltikát gátló gyógyszerek alkalmazása ellenjavallt.

A májfunkcióra gyakorolt hatások: a szérum-májenzimek aktivitása emelkedhet (SGOT, SGPT, alkalikus foszfatáz).

A vér alkotórészeinek változásai: csökkent thrombocytaszám (thrombocytopenia), emelkedett eosinophil sejtszám (eosinophilia), nagyon ritkán haemolyticus anaemia. Egyéb béta-laktám antibiotikumhoz hasonlóan leukopenia és ritkábban agranulocytosis alakulhat ki Modivid kezelés során; elsősorban hosszú ideig tartó alkalmazást követően.

10 napot meghaladó kezelési időtartam során a vérképet ellenőrizni kell.

A veseműködésre gyakorolt hatások: Sporadikusan előforduló átmeneti kreatinin- és karbamid-nitrogénszint-emelkedés a vesefunkció károsodás jele.

Helyi reakciók: Az injekció beadásának helyén fájdalmas gyulladásos irritáció.

Gyógyszerkölcsönhatások: Probenecid egyidejű adása a cefodizim kiválasztását megnyújtja.

Amennyiben a beteg egyidejűleg vagy közvetlenül a Modivid kezelést követően potenciális nephrotoxikus gyógyszert kap, pl. aminoglikozidokat, amfotericin B-t, ciklosporint, ciszplatint, vankomicint, polimixin B-t vagy kolisztint, vesefunkcióinak szigorú ellenőrzésére van szükség.

Diuretikumokkal, pl. furosemiddel kezelt betegekben nagy adagú cefalosporin-kezelés a veseműködés károsodásához vezethet. Ez valószínűtlen az ajánlott Modivid-adagok alkalmazása mellett.

Figyelmeztetés: Penicillinnel vagy más béta-laktám antibiotikumokkal szemben túlérzékeny betegekben keresztallergia léphet fel.

Gyermekek Modivid kezelésére vonatkozóan nincs klinikai tapasztalat.

Terhes és szoptató anyák kezelése: Bár állatkísérletek fejlődési rendellenességet vagy magzati toxicitást nem bizonyítottak, a Modivid terhesség alatt — különösen az első trimeszterben — nem adható, kivéve ha feltétlenül szükséges.

Nincs adat arra nézve, hogy a cefodizim átjut-e az anyatejbe. Szoptatás idején ezért nem szabad alkalmazni, illetve alkalmazása esetén tilos szoptatni.

Ritkán Modivid-kezelés során álpozitív Coombs-teszt fordulhat elő.

Nem enzimatikus meghatározás esetén szintén álpozitív glükózuriás meghatározást kaphatunk. Ezért Modivid kezelés során a glükózuriát enzimatikus módszerrel kell meghatározni.

A Rheumon im. olajos injekcióról

Az etofenamat (analgetikus) és antipyretikus hatású, nem szteroid antiphlogisticum. Különböző helyeken avatkozik be a gyulladás folyamatába. Egyebek közt gátolja a prosztaglandinok, a hisztamin, a bradikinin és a hialuronidáz felszabadulását, ill. hatását, valamint az anaphylaxiás és idegentest-reakciókat.

Az etofenamat felszabadulása az olaj-depóból a Rheumon im. inj. esetében elhúzódóan megy végbe, tehát hosszabb hatástartamú, mint más hasonló anyagok vízben oldódó injekciós formái. A beadását követő kinetika független az életkortól. A fehérjekötés 98—99% (HSA) közt mozog.

Az etofenamat számos metabolit (hidroxilálás, éter-, észterhasítás után), ill. metabolit konjugátum formájában 35%-ban a vesén át, nagyobb %-ban az epével, ill. a széklettel ürül ki a szervezetből.

A metabolitok enterohepatikus recirkulálása valószínűnek látszik.

Az im. adott injekció hatása 1—2 órán belül jelentkezik és mintegy 24 órán keresztül tart. Szükség esetén 2 inj. beadása közti idő 16 órára csökkenthető, kumuláció veszélye nélkül. A plazmakoncentráció egyensúlyi állapota már 2 amp. alkalmazása után is elérhető.

Hatóanyag: 1 g etofenamatum 1,16 g közepes láncú trigliceridekben oldva (2 ml) ampullánként.

Javallatok: Akut erős fájdalmak a mozgató- és támasztórendszer rheumás megbetegedéseiben, pl. krónikus polyarthritis, spondylitis ankilotisans (M. Bechterew); izom-rheumatismus, periarthrophathia humeroscapularis, lumbago, ischialgia: ínhüvelygyulladás, bursitis, a gerincoszlop és az ízületek túlterhelése, valamint elhasználódása következtében kialakult gyulladásos izgalmi állapotok (aktiválódott spondylarthrosisok, illetve arthrosisok). Tompa sérülések (pl. sportbalesetekben), úgymint zúzódások, rándulások, húzódások. Postoperativ duzzanatok vagy gyulladások.

Ellenjavallatok: Túlérzékenység etofenamattal és más nemszteroid gyulladásgátlókkal szemben. A vérképzés zavarai. Asthma, obstruktiv hörgőszűkületek, légúti megbetegedések, szénanátha vagy krónikus orrnyálkahártya-duzzadás (ún. orr-polip) fennállása esetén gyakrabban reagálnak a nem szteroid rheumaellenes szerekre asthmás rohamokkal, helyi bőr- és nyálkahártya-duzzanattal, Quincke-oedemával, urticariával.

Fennálló gyomor- és nyombélfekély, illetve ezekre vonatkozó adatok az anamnesisben.

Véralvadási zavarok, vagy anticoagulans-, ill. thrombocyta-aggregatio-gátló szerekkel történő kezelés.

Korlátozott máj-, vese- vagy szívműködés.

A nem szteroid gyulladásgátlók szülőfájás-gátló hatást fejthetnek ki és fokozhatják a vérzési hajlamot, ezért a terhesség utolsó harmadában nem alkalmazható. Kielégítő tapasztalatok hiányában azonban sem a terhesség első és második harmadában, sem a szoptatás ideje alatt, valamint újszülötteknek és kisdedeknek sem adható.

Porfirin-anyagcsere zavara vagy annak veszélye esetén a Rheumon im. inj. csak az előny/kockázat gondos mérlegelése alapján alkalmazható.

Különösen gondos, fokozott orvosi felügyeletet igényel, ha az anamnesisben colitis ulcerosa, Crohn-féle betegség fordul elő, továbbá magasvérnyomás esetén, valamint közvetlenül a nagyobb műtéti beavatkozások után és az idősebb betegek esetében.

Adagolás: kizárólag im., mélyen intraglutealisan.

Felnőtteknek általában elegendő a Rheumon im. egyszeri 1 amp. (2 ml = 1000 mg etofenamat) mélyen intraglutalisan történő befecskendezése.

Ismételt adagolás esetén a beadási oldalt célszerű változtatni.

Szükség esetén az inj. 16—24 óra múlva ismételhető. A jelenlegi ismeretek alapján összesen 3 amp. használható fel, megfelelő időközökben.

Mellékhatások: Ritkán az inj. helyén fájdalom, keményedés, bőrpír, duzzadás, illetve viszketés.

További ritkán előforduló panaszok: fejfájás, szédülés, fáradtság, látási zavarok, bőrkiütés és allergiás oedemák, szövetek közti folyadékgyülemek, gyomor-bélrendszeri zavarok (pl. epigastrialis panaszok, emésztési zavarok, hányinger, hányás), vizelési panaszok.

Általános túlérzékenységi reakciók lehetősége fennáll, jóllehet ez ideig nem észlelték. Ilyen lehet arcoedema, nyelvduzzadás, a légutak beszűkülésével járó belső gégefő-duzzadás, asthmás rohamig terjedő légszomj, tachycardia paroxismalis, fenyegető shockig terjedő vérnyomásesés. Ha e tünetek közül akár csak egy is jelentkezik, akkor is azonnali orvosi beavatkozásra van szükség.

Jóllehet a Rheumon im. inj. esetében nem észlelték, nem zárhatók ki egyéb nem szteroid antirheumatikus szerek okozta mellékhatások, így fokozott zsírkiválasztás a széklettel, hasnyálmirigy-gyulladás, a fehérvérsejteket, vörösvértesteket, illetve thrombocytákat érintő vérképzési zavarok, a májfunkció zavarai, vesecélgtelenség, depressio.

Gyógyszerkölcsönhatások: Különböző vízhajtó (pl. furosemid, tiazid), illetve vérnyomáscsökkentő (pl. β-blokkoló) szerek hatását csökkentheti.

Probenecid és sulfinpirazon egyidejű adása az etofenamat lassúbb kiválasztódásához vezet.

Nem állnak rendelkezésre vizsgálatok a digoxin, fenitoin, lítium, metotrexat, illetve oralis antidiabeticumok egyidejű adásáról, de a hasonló hatóanyagokkal szerzett tapasztalatok alapján feltételezhető, hogy ezen említett hatóanyagok hatékonysága, illetve toxicitása fokozódhat.

Kortikoidok (mellékvesekéreg-hormonok), egyéb nem szteroid rheumaellenes szerek, továbbá alkohol egyidejű adása, illetve fogyasztása elsősorban a gyomor-béltraktusban jelentkező mellékhatásokat fokozhatja.

Figyelmeztetés: Az injekciót csak im., mélyen intraglutealisan szabad beadni (visszaszívással ellenőrizni). Téves intravasalis beadás esetén súlyos szöveti károsodás léphet fel.

Hatásának időstartama alatt járművet vezetni vagy veszélyes gépen dolgozni, valamint szeszes italt fogyasztani tilos.

A Tracutil koncentrátumról infúzióhoz

Nyomelemkoncentrátum, mely — intravénás infúzióban alkalmazva — pótolja a hiányos táplálkozásból, feszívódási zavarból, ill. fokozott nyomelemürítéssel járó betegségekből eredő nyomelemhiányt. Teljes parenterális táplálás során a készítmény biztosítja a nyomelemdependens enzimek normális működését.

A nyomelemek fontos szerepet játszanak az enzimműködésben, és így hatással vannak a metabolizmsura, az O_2 transzportra, a sejtlégzésre, neurológiai funkciókra stb. Stressz helyzetben (pl. parenterális táplálás) a nyomelemhiány veszélye megnövekedett. A fémtartalmú enzimek biológiai működése csak akkor biztosított, ha nincs hiány az esszenciális nyomelemekből. A nyomelemhiány végül klinikai rendellenességekben nyilvánulhat meg.

Farmakokinetika:

Eloszlás: A nyomelemek a plazmában elsődleges hordozó fehérjéhez kötődnek, de közülük legtöbbnek a szöveti koncentrációja magasabb, mint a plazmabeli koncentrációjuk. A plazmakoncentrációban történő változás ezért csak kis jelentőségű a test teljes nyomelemtartalmának megítélésében.

Elimináció: A Tracutil nyomelemkoncentrátumban lévő vas, cink, réz és mangán elsődlegesen az epével, a többi nyomelem elsősorban a vesén keresztül választódik ki.

Összetétel		10 ml/ampulla
Molybdenium	(0,0242 mg natrium molybdenicum dihydricum formájában)	0,10 μmol
Chromium	(0,053 mg chromium trichloratum hexahydricum formájában)	0,20 μmol
Selenium	(0,0789 mg natrium selenosum pentahydricum formájában)	0,30 μmol
Iodum	(0,166 mg kalium iodatum formájában)	1,00 μmol
Manganum	(1,979 mg manganum dichloratum tetrahydricum formájában)	10,00 μmol
Cuprum	(2,046 mg cuprum dichloratum dihydricum formájában)	12,00 μmol
Fluorum	(1,26 mg natrium fluoratum formájában)	30,00 μmol
Ferrum	(6,958 mg ferrosum [II] chloratum tetrahydricum formájában)	35,00 μmol
Zincum	(6,815 mg zincum chloratum formájában)	50,00 μmol
Acidum hydrochloricum		11,97 mg
Aqua destillata pro inj.		9,969 g
Elektrolitok		
	Fe^{2+}	1,95 mg/10 ml
	Zn^{2+}	3,27 mg/10 ml
	Mn^{2+}	0,55 mg/10 ml
	Cu^{2+}	0,76 mg/10 ml
	Cr^{3+}	0,01 mg/10 ml
	Mo (VI)	0,01 mg/10 ml
	Se (IV)	0,02 mg/10 ml
	F^-	0,57 mg/10 ml
	I^-	0,13 mg/10 ml

Javallatok: Parenterális táplálás esetén a napi nyomelemveszteség kompenzálására.

Ellenjavallatok: Abszolút ellenjavallat nem ismert.

Adagolás és alkalmazás módja

Az alkalmazás módja

Kizárólag intravénás infúzióban adható.

A Tracutil nyomelemkoncentrátumot nem szabad hígítatlanul alkalmazni.

Adagolás

Felnőtteknek

Az átlagos napi szükséglet fedezésére 10 ml Tracutil nyomelemkoncentrátumot (1 ampulla) 100 ml glükóz infúziós oldatban kell hígítani aszeptikus körülmények között és legalább 60 perces infúzióban kell beadni.

Megnövekedett szükséglet esetén — ami gyakran előfordul az intenzív ellátásban vagy hosszas parenterális táplálás esetén — naponta 20 ml Tracutil nyomelemkoncentrátum (2 ampulla) javasolt a fentiek szerint hígítva és beadva.

Nagyon magas igény esetén napi adag 30 ml Tracutil nyomelemkoncentrátumra (3 ampulla) növelhető a fentiek szerint hígítva és beadva.

Gyermekeknek

Naponta 0,25—0,5 ml/ttkg Tracutil nyomelemkoncentrátumot kell adni a fentiek szerint hígítva és beadva.

Újszülötteknek csak akkor szabad alkalmazni, ha a vesefunkció már stabilizálódott. Hasmenés esetén az intestinalis cinkveszteség nagyobb, ezért a szérumszintet ellenőrizni kell.

A nyomelemhiány jelentős egyéni eltéréseit — ha lehetséges — egyénre szabottan kell korrigálni.

Mellékhatások: Ez ideig nem ismeretesek.

Gyógyszerkölcsönhatások: Teljes parenterális táplálás keretén belül aminosavinfúziókkal, zsíremulziókkal, ill. elektrolitokkal, vitaminokkal kizárólag aszeptikus körülmények között és csak akkor keverhető, ha az egyes komponensek kompatibilitása bizonyított.

Figyelmeztetés: *Csökkent máj- és/vagy vesefunkció* a szérumszint ellenőrzését és — ha szükséges — a dózis csökkentését teszi szükségessé.

Terhesség során történő alkalmazására nincsenek ellenőrzött vizsgálatok, ezért terheseknek csak az előny/kockázat gondos mérlegelésével szabad adni.

Túladagolás esetén, amikor kezelés szükséges, megfelelő kelátképző szert kell alkalmazni.

Eltartása: szobahőmérsékleten.

A Tracutil nyomelemkoncentrátum vivőoldattal (glükózoldat) történő hígítását lehetőség szerint közvetlenül az infúzió beadása előtt kell elvégezni aszeptikus körülmények között.

Az elkészített infúziót 12 óránál tovább nem szabad tárolni. Más gyógyszereket vagy oldatokat hozzáadni nem szabad anélkül, hogy a kompatibilitást ne ellenőrizték volna.

Az Osteochin tablettáról

Az ipriflavon a természetes flavonoidok egyik — szintetikusan előállított — izoflavon származéka. Gátolja az osteoclastok fokozott aktivitását (ezáltal csökkenti a csontszövet reszorpcióját és demineralizációját), valamint serkenti az osteoblastos csontképződést. A vékonybélből szívódik fel, a plazma csúcskoncentráció a bevételt követően 2—6 óra alatt alakul ki. Kb. 95%-ban kötődik a plazmafehérjékhez, plazmafelezési ideje 9—10 óra.

Átjut a vér-agy gáton (kis mennyiségben) és a placentán, kiválasztódik az anyatejbe.

Az ipriflavont a máj metabolizálja, melynek során aktív metabolitok képződnek (7 ismert), melyek nem kumulálódnak.

Az alkalmazott adag kb. 50—50%-ban választódik ki a vizelettel és a széklettel.

Hatóanyag: 200 mg ipriflavonum tablettánként.

Javallatok: Postmenopausalis, valamint senilis, involutiós osteoporosis prevenciója és adjuváns kezelése. Monoterápiában abban az esetben, ha a jelenleg elfogadott hatásosnak tartott gyógyszeres kezelési módok kontraindikáció, mellékhatások, illetve intolerancia miatt nem alkalmazhatók.

Szekunder osteoporosis esetén az alapbetegség adjuváns kezelése.

Ellenjavallatok: A gyógyszerrel szembeni túlérzékenység; gyomor- vagy nyombélfekély aktív szakasza; súlyos máj- és vesekárosodás; haematologiai megbetegedések; terhesség és szoptatás.

Adagolás: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 1 tabletta az étkezések után. Kalciumhiányos táplálkozás esetén a kezelést napi 1000 mg kalciummal javasolt kiegészíteni.

Kombinációs terápia:

— kalcitoninnal: az ipriflavont folyamatosan (3-szor 1 tabl. naponta), az im. kalcitonin injekciót periodikusan (50 NE/nap 30 napig, majd 30 nap szünet) kell adni;

— konjugált ösztrogénnel: az ipriflavont 3-szor 1 tabl./nap, a konjugált ösztrogént 0,15 mg—0,30 mg/nap adagban kell alkalmazni (a szubterápiás adagú ösztrogén és az ipriflavon együttes alkalmazása jelentősen mérsékli az osteoporosis progresszióját és enyhíti a menopausában jelentkező vasomotoros és psychés tüneteket).

Mellékhatások: Gyomor-bélpanaszok (étvágytalanság, hányinger, hányás, gyomortáji és hasi fájdalom, gyomorégés, puffadás, hasmenés, székrekedés); ritkán ulcus recidíva, allergiás bőrtünetek (bőrvörösség vagy pruritus), szédülés, enyhe fejfájás, zavartság (idős korban), SGOT-, SGPT-, bilirubin- és karbamid nitrogén szint emelkedés, vörösvértest- és fehérvérsejt-szám csökkenés.

Súlyosabb mellékhatások jelentkezésekor a kezelést meg kell szakítani.

Gyógyszerkölcsönhatások: *Óvatosan adható együtt:*

— kumarinszármazékokkal (hatásuk fokozódhat, a prothrombin szint ellenőrzése alapján egyéni adag beállítás javasolt);

— nem szteroid gyulladáscsökkentőkkel (gyomor nyálkahártya károsodás, máj enzimszint emelkedés, leukocytopenia veszélye).

Az osteoporosis kezelésekor alkalmazott egyéb gyógyszerekkel (pl. anabolikus hormonok, D-vitamin, nátriumfluorid) való együtt adásáról még nincsenek tapasztalatok.

Figyelmeztetés: Tartós adagolás során az első negyedévben havonta, utána negyedévenként laboratóriumi vizsgálatok: vérkép ellenőrzés, máj-, vesefunkció ellenőrzés, valamint a széklet vér vizsgálata szükséges.

Fokozott elővigyázatossággal, gyakoribb klinikai ellenőrzés mellett adható:

— ha a kórelőzményben gyomor- vagy nyombélfekély szerepel, valamint

— enyhe máj- és vesebetegség esetén.

Az osteoporosis progressziója esetén, előzetes klinikai kivizsgálást követően más kezelésre kell áttérni.

Túladagolással kapcsolatban nincs megfelelő tapasztalat, forszírozott diuresis, bő folyadékbevitel, a gastrointestinalis panaszok súlyosbodása esetén kórházi ellátás javasolt.

A Fluorouracil—Teva injekcióról

A fluorouracil cytostaticus hatású antimetabolit, szerkezetileg az uracilhoz hasonló, fluorozott pirimidinszármazék.

Hatását valószínűleg a sejtosztódás „S" fázisában a DNS és RNS szintézis gátlásával fejti ki.

Iv. alkalmazását követően a szövetekben képződő aktív metabolit (floxuridin) intracellulárisan oszlik el és átjut a vér-agy gáton. A daganatszövetben általában magasabb koncentrációt ér el, mint az egészséges szövetekben. A plazma felezési idő kb. 16 perc az α-fázisban (fluorouracil) és kb. 20 óra a β-fázisban (metabolitok).

Patkánykísérletek szerint a fluorouracil átjut a placentán. Nem ismert azonban, hogy kiválasztódik-e az anyatejbe. A beadott gyógyszermennyiség 7—20%-a 6 órán belül — ebből 90% már az első három órában —, változatlan formában választódik ki a vizelettel. Az alkalmazott adag fennmaradó hányada elsősorban a májban metabolizálódik, melynek során aktív metabolitok (pl. CO_2 karbamid és α-fluoro-β-alanin) keletkeznek. Az inaktív metabolitok legnagyobb része CO_2 formájában a légzőrendszeren keresztül távozik.

Hatóanyag: 50 mg fluorouracilum ml-enként 5 ml-es, 10 ml-es és 20 ml-es ampullánként, ill. üvegenként.

Javallatok: Műtéti vagy egyéb kezelésre nem reagáló vastagbél-, végbél-, emlő-, gyomor- vagy hasnyálmirigy-carcinoma kezelése.

Ellenjavallatok: Fluorouracillal szembeni túlérzékenység, myeloszuppresszió, súlyos fertőzéses megbetegedés, Herpes zoster, terhesség és szoptatás (l. Figyelmeztetés).

Adagolás: Kizárólag intravénásan, infúzióban (kevésbé toxikus) vagy injekcióban (gyors iv. inj. hatásosabb) adható; kerülni kell az extravasatiót. Az adagot egyedileg, a beteg testsúlya alapján kell meghatározni. Obesitas esetén, ill. ha a testsúlynövekedés oedema, ascites vagy más kóros folyadékgyülem következménye, a beteg száraz testtömegét kell figyelembe venni.

Kezdő adag

Infúzió: 15 mg/ttkg fluorouracilt (infúzióként legfeljebb 1 g) kell 500 ml 5%-os glükóz vagy 0,9%-os NaCl oldattal hígítani és 40 csepp/perc sebességgel, 4 órán keresztül adagolni. A napi adag 30—60 perces vagy folyamatos 24 órás infúzióban adható. Ezt az adagot a 12—15 g összdózis eléréséig vagy a toxikus tünetek jelentkezéséig naponta kell ismételni. A leírás szerint alkalmazott kezelés egy teljes kúrának tekintendő. *A napi adag nem haladhatja meg az 1000 mg-ot.* Két kúra között legalább 4—6 hét szünetet kell tartani.

Injekció: 12 mg/ttkg naponta egy alkalommal, 4 egymást követő napon keresztül. *A maximális napi adag 800 mg.* Ha toxicitás jelei nem észlelhetők, a 6., 8., 10. és 12. napon 6 mg/ttkg fluorouracilt kell adni. Az 5., 7., 9. és 11. napon az adagolás szünetel. A 12. nap után a kezelést akkor is be kell fejezni, ha nem észlelhetők toxicitásra utaló jelek (l. Figyelmeztetés).

Rossz általános állapot esetén az adag 3—6 mg/ttkg/nap 3 napon keresztül. Ha toxicitás jelei ezalatt, ill. továbbra sem észlelhetők, a kezelés 5., 7. és 9. napján 3 mg/ttkg fluorouracilt kell adni. A 4., 6. és 8. napon a kezelés szünetel. *A napi adag nem haladhatja meg a 400 mg-ot.*

A fentiekben leírt kezelési sémák egy-egy kúrának tekintendők. A kezelést bármilyen, toxicitásra utaló jel észlelésekor azonnal abba kell hagyni.

Fenntartó kezelés

Ha nem észlelhetők toxikus tünetek, a kezelést a következő két adagolási mód egyikével kell folytatni:

1. Az előző kúra utolsó napjától számított 30 nap múlva a fluorouracilt ismét a korábbi kezelés során adott adagban kell alkalmazni.

2. A kezdeti kezelés során fellépő toxikus tünetek megszűnése után az adag heti 5—15 mg/ttkg egyszerre beadva. A *heti adag nem haladhatja meg az 1000 mg-ot.* A megfelelő adagot az előző kúra hatásosságától függően kell meghatározni.

Rossz általános állapot esetén az adagot csökkenteni kell.

A hígított fluorouracil oldat szobahőmérsékleten 48 órán át őrzi meg stabilitását.

A fluorouracil injekció 5%-os glükóz- vagy 0,9%-os NaCl infúziós oldaton kívül semmilyen más oldattal vagy gyógyszerrel nem keverhető.

Az ampulla/üveg tartalma tárolás közben elszíneződhet, de ez a gyógyszer hatékonyságát és biztonságosságát nem befolyásolja. Ha az injekciós oldatban lehűlés hatására kicsapódás keletkezik, az ampullát erőteljes rázás közben 60 °C-ra kell melegíteni, majd alkalmazás előtt testhőmérsékletre kell lehűteni.

Az injekciós üveg alumínium zárógyűrűjén található műanyag korong lepattintásakor szabaddá válik a zárógyűrű nyílása, melyen keresztül injekciós tű szúrható az üveg gumidugójába. Az alumínium zárógyűrű az üveg felbontása után is a helyén marad. Ha az üveget teljesen ki kell üríteni, a központi nyílást övező alumíniumkarika meghúzásával az alumínium zárógyűrű felhasad és így könnyen eltávolítható.

Az injekciós oldat elkészítésekor az ápolószemélyzetnek védőkesztyűt és maszkot kell használnia.

Mellékhatások: Gyakran ulcerativ stomatitis, oesophagopharyngitis, hasmenés, étvágytalanság, émelygés, hányás, enteritis, görcsök, nyombélfekély, laza széklet, duodenitis, gastritis, glossitis, pharyngitis, leukopenia (bár a fehérvérsejtképzés zavara ritkán csak a kezelés után 20 nappal észlelhető, a fehérvérsejtszám rendszerint az első kezelés után, a 9—14. nap közötti időszakban a legalacsonyabb; 30 nap alatt az értékek általában normalizálódnak), alopecia és dermatitis (leggyakrabban viszkető, maculopapulosus bőrkiütések, többnyire a végtagokon, ritkábban a törzsön; általában reverzibilis, tüneti kezelésre gyógyul).

Kevésbé gyakran vagy ritkán előforduló mellékhatások:

Vérképzőrendszer: pancytopenia, thrombocytopenia, agranulocytosis, anaemia, thrombophlebitis.

Cardiovascularis rendszer: szívizom ischaemia, angina pectoris.

Gastrointestinalis rendszer: ulceratio és vérzés, esetleg intra- és extrahepatikus sclerosis, calculus és cholecystitis.

Központi idegrendszer: akut cerebrális szindróma (mely a kezelés befejezése után is fennmaradhat), nystagmus, fejfájás, lethargia, rossz közérzet, izomgyengeség, desorientatio, zavartság, euphoria.

Bőr: szárazság, fissura, fényérzékenység (erythema vagy fokozott pigmentáció), véna pigmentáció, palmar-plantar erythrodysaesthesia szindróma [kéz- és lábbizsergés, később fájdalomérzés, erythema és duzzadás (l. Figyelmeztetés)].

Szem: photophobia, lacrimatio, látásromlás, nystagmus, diplopia, könnycsatorna-szűkület, látászavar.

Túlérzékenységi reakciók: anaphylaxia és generalizált allergiás reakciók.

Egyéb: orrvérzés, fogínyvérzés, fertőzések gyakoribbá válása, körömelváltozások (beleértve a körmök leválását is); alkalikus foszfatáz-, transzaminász-, laktát-dehidrogenáz- és bilirubin szérumszint emelkedés, a vizelet 5-hidroxiindolecetsav (5-HIAA) szintjének növekedése, albumin szérumszint csökkenés.

Gyógyszerkölcsönhatások: *Óvatosan adható együtt:*

— myeloszuppresszív hatású gyógyszerekkel, kalcium-folináttal (toxicitás fokozódás veszélye, a fluorouracil adagjának csökkentése válhat szükségessé),

— élő vírus vakcinákkal.

Figyelmeztetés: A kezelés csak a citosztatikus kemoterápiában jártas szakorvos felügyelete mellett végezhető.

A kezelés megkezdése előtt alapos kivizsgálás ajánlatos.

A fluorouracil terhesség idején nem vagy csak az előny/kockázat szigorú mérlegelésével alkalmazható.

A kezelés alatt a szoptatást meg kell szakítani.

Alkalmazása során megfelelő (nem hormonális) fogamzásgátlás szükséges.

Gyermekkorban történő alkalmazásával kapcsolatban nincs megfelelő tapasztalat.

A fluorouracilt nem szabad a műtéti kezelést kiegészítő, adjuváns terápiaként alkalmazni.

Mivel a fluorouracil rendkívül toxikus, a terápiás hatás kialakulását általában valamilyen toxicitásra utaló jelenség kíséri, súlyos vérképzőszervi károsodás, gastrointestinalis vérzés és hirtelen halál is előfordulhat. A betegeket gondos orvosi felügyelet alatt kell tartani.

A kezelést a következő, toxikus tünetek bármelyikének észlelésekor azonnal abba kell hagyni

— stomatitis vagy oesophagopharyngitis első jelei,
— alacsony (<3,5 G/l) vagy rohamosan csökkenő fehérvérsejtszám,
— csillapíthatatlan hányás,
— hasmenés, gyakori székürítés vagy laza széklet,
— gastrointestinalis fekély vagy vérzés,
— thrombocytopenia (<100 G/l),
— vérzés.

Fokozott elővigyázatosság szükséges előzetesen sugárterápiával vagy kemoterápiával kezelt betegek, idős betegek, máj- vagy veseműködési zavarok, valamint csontvelőmetastasis esetén.

A kezelés során a kéz-láb szindróma néven is ismert palmar-plantar erythrodysaesthesia szindróma kialakulását is észlelték. Erre az állapotra a kézen-lábon jelentkező bizsergés jellemző, amely néhány nap alatt tárgyak fogásakor vagy járás közben panaszolt fájdalomig fokozódhat. Mindkét tenyér és talp szimmetrikusan megduzzad, vérbővé válik, a distalis ujjpercek érzékenyek, hámlás is kialakulhat. Bár egyes közlemények szerint ezek a tünetek piridoxinnal enyhíthetők, a piridoxin alkalmazásának biztonságossága és hatékonysága nem bizonyított. A kezelés befejeztével a panaszok 5—7 nap alatt fokozatosan megszűnnek.

Túladagolás esetén hányinger, hányás, hasmenés, gastrointestinalis ulceratio és vérzés, valamint csontvelőkárosodás (thrombocytopeniával, leukopeniával és agranulocytosissal) jelentkezhet. Nincs specifikus antidotum. A túladagolást követően a hematológiai paramétereket legalább 4 héten keresztül figyelni kell és megfelelő kezelést kell alkalmazni.

A Synalar krémről és kenőcsről

A Synalar hatóanyaga, a fluocinolon acetamid szintetikus, gyulladásgátló kortikoszteroid. Hatásmechanizmusa érösszehúzó hatásán, valamint a sejtfal permeabilitását, a sejtosztódást, az immunreakciót és a gyulladás-mediátorok felszabadulását gátló hatásán alapszik.

A flucinolon bőrön keresztül történő felszívódásának mértékét tényező befolyásolja, többek között a vivőanyag, az epidermalis barrier épsége és occlusiv kötések alkalmazása. A felszívódását követően elsősorban a májban metabolizálódik, majd a vesén keresztül ürül.

Hatóanyag. *Krém:* 7,5 mg fluocinolonum acetonidum vízzel lemosható krém alapanyagban (30 g) tubusonként. *Kenőcs:* 7,5 mg fluocinolonum acetonidum zsíros kenőcs-alapanyagban (30 g) tubusonként.

Javallatok: A bőr gyulladásos, viszkető allergiás rendellenességei, így ekzema, dermatitis, intertrigo, prurigo, lichen ruber planus, psoriasis és a discoid lupus erythematodes. A krém különösen alkalmas nedves vagy nedvező bőrfelületek és testhajlatok kezelésére. A száraz, hámló bőrelváltozások kezelésére a kenőcs alkalmasabb.

Ellenjavallatok: Tbc-s eredetű bőrfertőzések, varicella. Általában a bőr baktériumok, gombák vagy vírusok okozta elsődleges fertőzései. Továbbá rosacea, acne, perioralis dermatitis, anogenitalis pruritus és pelenka-dermatitis esetén. Egy éven aluli gyermekek kezelése.

Alkalmazás: Az érintett bőrfelületre felvinni a szükséges kis mennyiséget naponta két-három alkalommal, majd gyengéden a bőrbe dörzsölni. Amennyiben occlusiv kötés szükséges, az érintett bőrfelületet először gondosan meg kell tisztítani. Ezután alkalmazható a Synalar, majd a kezelt terület lefedése a megfelelő kötéssel.

Mellékhatások: Fertőzött elváltozásokon a helyileg alkalmazott szteroidok a megfelelő antiseptikus kezelés nélkül opportunista fertőzések elterjedéséhez vezethetnek. Hosszan tartó és intenzív kezelés esetén különösen occlusiv kötés vagy hajlatokban történő alkalmazásakor striák, az epidermis növekedésének gátlása, teleangiectasiák, atrophia és szisztémás hatások léphetnek

fel a mellékvesemüködés szuppressziója következtében (l. Figyelmeztetés).

Ritka esetben az alkalmazás helyén irritatio, illetve túlérzékenységi reakciók fordulhatnak elő.

Figyelmeztetés: Bőrgyulladással járó fertőzés esetén a Synalart csak megfelelő antiseptikus szerrel együtt szabad alkalmazni.

Tartós lokális szteroidkezelés atrophiás bőrelváltozásokat és a felületi erek tágulását idézheti elő, különösen occlusiv kötés vagy bőrhajlatokban történő alkalmazásakor. Lokális szteroidok nagy felületű vagy hosszan tartó alkalmazása még kötés nélkül is a szteroidok olymérvű felszívódását idézheti elő, hogy hypercorticismus, valamint mellékvesesuppressio tünetei alakulhatnak ki, különösen csecsemők és gyermekek esetén.

A lokális szteroidok a kiterjedt plakkos psoriasis kezelésére általában nem javalltak. Psoriasis kezelésére történő alkalmazása esetén fennáll egyrészt a tolerancia kialakulását követően a betegség kiújulásának, másrészt a generalizált psoriasis pustulosa fellépésének a veszélye. A bőr barrier funkciójának sérülése helyi és szisztémás toxicitáshoz vezethet. Igen fontos a betegek gondos felügyelete.

A Synalar, kevés kivétellel, nem alkalmazható arcon. Ha mégis szükséges, ez ne hosszú ideig történjék. A tubus tartalmának véletlen lenyelése esetén nem valószínű toxikus hatás kialakulása.

Nagyobb mennyiség lenyelésekor toxikus tünetek léphetnek fel, amikor is tüneti kezelést kell alkalmazni.

Gyermekek esetében a kezelés általában ne tartson öt napnál tovább és ne occlusiv kötéssel.

Terhesség: Állatkísérletekben alkalmazott lokális szteroidok a magzati fejlődésben rendellenességeket okozhatnak. Emberen kellő tapasztalat nem áll rendelkezésre. Terhesség során a feltétlenül szükségessé váló lokális szteroidkezelés mennyiségét, valamint időtartamát minimálisra kell csökkenteni.

Szoptatás: A szoptatást megelőzően a mellen nem szabad helyi szteroidokat alkalmazni. A test többi részén szükségessé váló helyi szteroidkezelés mennyiségét, valamint időtartamát minimálisra kell csökkenteni.

Ügyelni kell, hogy a szer szembe ne kerüljön.

A lokális szteroidokkal történő kezelést kedvezőtlen reakciók fellépésekor abba kell hagyni.

A Synalar N krémről és kenőcsről

A Synalar N szintetikus, gyulladásgátló kortikoszteroid és a baktériumok fehérjeszintézisét gátló aminoglikozid antibiotikum kombinációja. Hatásmechanizmusa érösszehúzó hatásán, valamint a sejtfal permeabilitását, a sejtosztódást, az immunreakciót és a gyulladás-mediátorok felszabadulását gátló hatásán alapszik.

A fluocinolon bőrön keresztül történő felszívódásának mértékét számos tényező befolyásolja, többek között a vivőanyag, az epidermalis barrier épsége és occlusiv kötések alkalmazása. A felszívódást követően elsősorban a májban metabolizálódik, majd a vesén keresztül ürül.

A neomycin szulfát ép bőrfelületről nem szívódik fel. Nagy denudált, égett vagy granuláló bőrfelületekről azonban felszívódhat. Kiválasztása változatlan formában történik.

A neomycin széles antibacterialis spektrumot biztosít, különösen a Gram-negatív tartományban.

Hatóanyagok: Krém: 7,5 mg fluocinolonum acetonidum, 0,15 g neomycinium sulfuricum, vízzel lemosható krém alapanyagban (30 g) tubusonként.

Kenőcs: 7,5 mg fluocinolonum acetonidum, 0,15 g neomycinium sulfuricum, zsíros kenőcs alapanyagban (30 g) tubusonként.

Javallatok: A Synalar N a bőr olyan gyulladásos rendellenességeinek kezelésére ajánlott, amelyekben a másodlagos bacterialis fertőzés fennáll vagy valószínű, mint például az ekzema, dermatitis, seborrhoea is intertrigo.

A krém különösen alkalmas nedves vagy nedvező bőrfelületek és testhajlatok kezelésére. A száraz, hámló bőrelváltozások kezelésére a kenőcs alkalmasabb.

Ellenjavallatok: Tbc-s eredetű bőrfertőzések, varicella. Általában a bőr baktériumok, gombák vagy vírusok okozta elsődleges fertőzései. Továbbá rosacea, acne, perioralis dermatitis, anogenitalis pruritus és pelenka-dermatitis esetén. Neomycinre, aminoglikozid-antibiotikumokra érzékeny betegeknek. Perforált dobhártyájú betegek külső hallójáratának kezelése. Egy éven aluli gyermekeknek történő alkalmazása.

Alkalmazás: Az érintett bőrfelületre felvinni a szükséges kis mennyiséget naponta két-három alkalommal, majd gyengéden a bőrbe dörzsölni. Amennyiben occlusiv kötés szükséges, az érintett bőrfelületet először gondosan meg kell tisztítani. Ezután alkalmazható a Synalar N, majd a kezelt terület lefedése a megfelelő kötéssel.

Mellékhatások: Fertőzött elváltozásokon a helyileg alkalmazott szteroidok a megfelelő antiseptikus kezelés nélkül opportunista fertőzések elterjedéséhez vezethetnek. Hosszan tartó és intenzív kezelés esetén, különösen occlusiv kötés vagy hajlatokban történő alkalmazásakor striák, az epidermis növekedésének gátlása, teleangiectasiák, atrophia és szisztémás hatások léphetnek fel a mellékvese-működés szuppressziója következtében (l. Figyelmeztetés).

Ritka esetben az alkalmazás helyén irritatio, illetve túlérzékenységi reakciók fordulhatnak elő.

Figyelmeztetés: Vírusos vagy gombás fertőzés kialakulásakor a megfelelő antiinfectiv kezelést el kell kezdeni. Ha a fertőzés nem javul azonnal, akkor a Synalar N terápiát fel kell függeszteni mindaddig, míg a fertőzés nyugalomba jut.

Tartós lokális szteroidkezelés atrophiás bőrelváltozásokat és a felületi erek tágulását idézheti elő, különösen occlusiv kötés vagy bőrhajlatokban történő alkalmazásakor. Lokális szteoridok nagy felületű vagy hosszan tartó alkalmazása még kötés nélkül is a szteroidok olymérvű felszívódását idézheti elő, hogy hypercorticismus, valamint mellékvesesuppressio tünetei alakulhatnak ki, különösen csecsemők és gyermekek esetén. A lokális szteroidok a kiterjedt plakkos psoriasis kezelésére általában nem javalltak: alkalmazásuk esetén fennáll egyrészt a tolerancia kialakulását követően a betegség kiújulásának, másrészt a generalizált psoriasis pustulosa fellépésének a veszélye. A bőr barrier funkciójának sérülése helyi és szisztémás toxicitáshoz vezethet. Igen fontos a betegek gondos felügyelete.

A neomycinnel együtt járó nephrotoxicitas és ototoxicitas potenciális veszélye miatt, hosszan tartó, illetve nagy adagokban történő alkalmazása fokozottan kerülendő azon esetekben, amikor a neomycin felszívódhat.

A Synalar N, kevés kivétellel, nem alkalmazható arcon. Ha mégis szükséges, ez ne hosszú ideig történjék.

A tubus tartalmának véletlen lenyelése esetén nem valószínű toxikus hatás kialakulása. Nagyobb mennyiség lenyelésekor toxikus tünetek léphetnek fel, tüneti kezelést kell alkalmazni.

Gyermekek esetében a kezelés általában ne tartson 5 napnál tovább és ne occlusiv kötéssel.

Terhesség: Állatkísérletekben alkalmazott lokális szteroidok a magzati fejlődésben rendellenességeket okozhatnak. Emberen kellő tapasztalat nem áll rendelkezésre.

Terhesség során a feltétlenül szükségessé váló lokális szteroidkezelés mennyiségét, valamint időtartamát minimálisra kell csökkenteni.

Szoptatás: A szoptatást megelőzően a mellen nem szabad helyi szteroidokat alkalmazni. A test többi részén szükségessé váló helyi szteroidkezelés mennyiségét, valamint időtartamát minimálisra kell csökkenteni.

Ügyelni kell, hogy a szer szembe ne kerüljön.

A lokális szteroidokkal történő kezelést kedvezőtlen reakciók fellépésekor abba kell hagyni.

Megjegyezzük, hogy a tárolásra és a csomagolásra vonatkozó részletes tájékoztatást a gyógyszeralkalmazási előírás tartalmazza.

Németh György — OGYI (*Budapest*, Zrínyi u. 3. 1051)

75 Ft

Orvosi Hetilap

1995. február 19. 136. évfolyam — 8. szám

ELMÉLETI TÖMB KÖZÖS KÖNYVTÁRA
1089 Budapest Nagyvárad tér 4.

A csont-ízületi gümőkór ma Magyarországon
Boda Andor dr., Pataki Géza dr. 395

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Transitorikus újszülöttkori myasthenia gravis
Váradi Valéria dr., Nagy Andrea dr., György Ilona dr., Machay Tamás dr., Papp Zoltán dr. 401

PATOLÓGIAI TANULMÁNYOK

A patológus szerepe és lehetőségei a modern klinikai gastroenterologiában
Bajtai Attila dr. 407

TERÁPIÁS KÖZLEMÉNYEK

Lokálisan ható két antivirális kenőcs klinikai összehasonlítása herpesben
Makleit László dr., Nagy Mária dr. 417

KLINIKOPATOLÓGIAI TANULMÁNYOK

Radikális prostatectomiával kezelt prostatarákos betegek utánvizsgálata: eredmények, késői szövődmények, túlélés
Romics Imre dr., Bach, Dietmar dr., Würz, Ulrich dr. 421

KAZUISZTIKA

Újszülöttkori lépcysta
Jójárt György dr. 425

HORUS

Lehet-e még újat mondani Paracelsusról?
Back Frigyes dr. 429

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK 431

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ 441

MEGJELENT 406

BESZÁMOLÓK 442

ÚTMUTATÓ AZ ORVOSI HETILAP SZERZŐI SZÁMÁRA 400

HÍREK 415

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK 419

Springer

Markusovszky Alapítvány

ORV. HETIL. HU ISSN 0030-6002 136 (1995) 8. 393—448 · Printed on acid free paper
Indexed in Index Medicus, Medline, Excerpta Medica

Előzze meg a bőr és sebfelületek fertőzését!



Acne – ilyen is lehet az

EBRIMYCIN® *gél használatával*

EBRIMYCIN® gél

Az Ebrimycin® gél hatóanyaga igen alacsony koncentrációban (1 µg/ml alatt) hat a Gram-pozitív baktériumokra és a mycobacterium törzsekre, beleértve a más hatóanyagokkal szemben rezisztens, ill. polirezisztens törzseket is. **Ellene rezisztencia kialakulását ez ideig nem észlelték.** Speciális membránkárosító hatása következtében "cid" hatású. Magasabb koncentrációban hatásos vibriók, sarjadzógombák (Candida), dermatphytonok, Gram-negatív baktériumok és egyes protozonok (trichomonas) ellen. In vitro vizsgálatok kimutatták, hogy számos antibiotikum (penicillin-, tetraciklin-származékok, sztreptomycin, neomycin) hatását fokozza.

Összetétel 20 mg primycinium sulfuricum, 200 mg lidocainum 10 g alkoholtartalmú gélben.

Javallatok Traumás eredetű friss, felszínes sérülések, roncsolások, bakteriális fertőzések megelőzése, primycinérzékeny mikroorganizmusok által fertőzött sérülések, trophikus fekélyek (pl. ulcus cruris, decubitus), nekrotikus alapú nyílt gennyedések (pl. gangraena, fistula, krónikus osteomyelitis, abscessus), felszínes és mély gennyedések (pl. folliculitis, acne vulgaris, furunculus, carbunculus, panaritium) helyi kezelése.

Ellenjavallat Lidocain iránti túlérzékenység.

Alkalmazás Helyi: a gélt a sérült, égett, roncsolt, fekélyes felszínre közvetlenül, vékony rétegben – nyílt kezelés – vagy steril gézlapra téve, zárt kötés formájában, napi 1-3 alkalommal kell felvinni. A felületről a gél steril vizes oldattal lemosható.

Mellékhatás Az alkalmazást követően múló, helyi, égő, csípő jellegű fájdalomérzés fordulhat elő, elsősorban nagykiterjedésű égés, roncsolt sebek kezelésekor. Primycin-allergiát, ekzemát, gyulladást nem észleltek.

Figyelmeztetés Nagyobb felületen történő, különösen gyakori alkalmazás esetén gondolni kell a lidocain-felszívódás lehetőségére. Zárt kezelés esetén javasolt az Ebrimycin® géllel kezelt felület bekötése előtt az alkohol elpárolgását megvárni.

Csomagolás 1 tubus (10g).

A gyógyszeralkalmazási előírat teljes szövegét az "Útmutató a gyógyszerkészítmények rendelésére" c. kiadvány tartalmazza.

CHINOIN Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
H-1045 Budapest, Tó u. 1-5. Telefon: 169-0900 Fax: 169-0282

A CHINOIN *a folyamatos ellátást biztosítja.*

Hungarian Medical Journal

February 19, 1995. Volume 136. No. 8.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSZKY LAJOS' FOUNDATION

The today's state of bone and joint tuberculosis in Hungary
Boda, A., Pataki, G. 395

CLINICAL STUDIES

Transient neonatal myasthenia gravis
Váradi, V., Nagy, A., György, I., Machay, T., Papp, Z. 401

PATHOLOGICAL STUDIES

The role and possibilities of pathologist in modern clinical gastroenterology
Bajtai, A. 407

THERAPEUTIC STUDIES

Comparison of two topically applied antiviral preparations
Makleit, L., Nagy, M. 417

CLINICOPATHOLOGICAL STUDIES

Follow-up of radically prostatectomized prostate cancer patients: results, late complications, survival
Romics, I., Bach, D., Würz, U. 421

CASE REPORTS

Splenic cyst in newborns
Jójárt, Gy. 425

HORUS

Is it possible to give new data on Paracelsus?
Back, F. 429

FROM THE LITERATURE 431

LETTERS TO THE EDITOR 441

PUBLISHED PAPERS 406

CONGRESS REPORTS 442

TO THE AUTHORS 400

NEWS 415

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR) (Budapest, XIII., Lehel út 10/a. 1900, tel.: 270-2229) közvetlenül, vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft, 1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

136. évfolyam 8. szám — 1995. február 19.

A MARKUSOVSZKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

ELMÉLETI ORVOSI KÖNYVTÁR 1029. Bu...

Alapította — Established by

MARKUSOVSZKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

Árky István dr., Boda Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr., Hankiss János dr., Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi György dr., Lampé László dr., Nász István dr., Ozsváth Károly dr., Paál Tamás dr., Petrányi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr., Romics László dr. Várnai Ferenc dr.

Szerkesztők — Editors

Betkó János dr., Btage Zsuzsanna dr., Gerencsér Ferenc dr., Hidvégi Jenő, Incze Ferenc dr., Lengyel Gabriella dr., Németh György, Papp Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), R. Berensmann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci (Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey), N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), G. Nagy (Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo), G. Weber (Indianapolis)

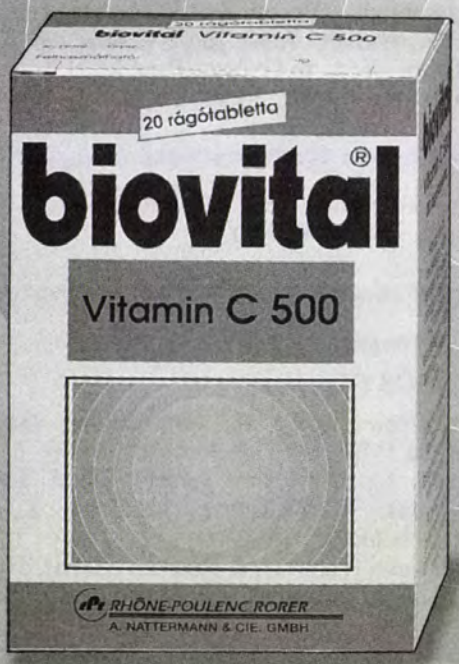
Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410. Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973
A kiadásért felel: Prof. Dr. Árky István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda Kft., Győr 95.24907.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030—6002

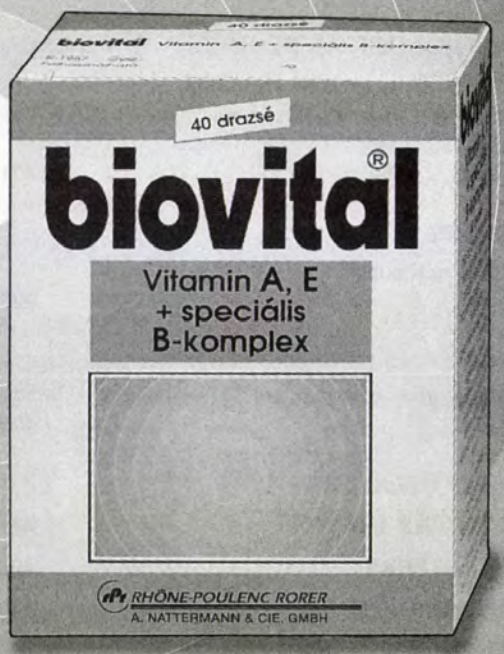
biovital®

VITAMINOK

a szervezete erősítésére
a bőre egészsége érdekében

- az ellenállóképesség fokozására
- fertőző betegségek megelőzésére
- vitaminok a bőr, a haj és a körmök számára





A BIOVITAL vitaminok a gyógyszertárakban vény nélkül kaphatók.

RHÔNE-POULENC RORER
A. NATTERMANN & CIE. GMBH

A csont-ízületi gümőkór ma Magyarországon

Boda Andor dr.[1] és Pataki Géza dr.[2]

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (főigazgató főorvos: Kullmann Lajos dr.)[1]
Szeptikus és Tbc-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály (osztályvezető főorvos: Boda Andor dr.)[1]
Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet (főigazgató főorvos: Naszlady Attila dr.)[2]
Szervezési és Módszertani Osztály (osztályvezető főorvos: Pataki Géza dr.)[2]

A szerzők ismertetik a csont-ízületi gümőkór elleni küzdelem történetét hazánkban. Morbiditási adatokkal bemutatják e küzdelem eredményességét. Leírják, hogyan épült le az extrapulmonalis gümőkór elleni küzdelem intézményrendszere, követve a morbiditás csökkenését. A jelenlegi helyzet ismeretében beszámolnak az osztály négy és fél éves munkásságáról és megállapítják, hogy az évente mintegy 30 csont-ízületi tbc-s beteg ellátását maradéktalanul el tudják látni. Felhívják a figyelmet arra, hogy a sporadikussá vált esetek azt jelzik, hogy e betegség teljesen ma sem tűnt el hazánkból. Dolgozatuk célja a figyelem ébrentartása az orvosi köztudatban.

Kulcsszavak: tuberculosis, csont-ízületi tbc, epidemiológia, morbiditás, mortalitás, sebészi kezelés

The today's state of bone and joint tuberculosis in Hungary. Authors introduce to the history of efforts against tuberculosis in Hungary. The effectivenes of this figh is shown by the decrease of morbidity rates. The decrease of morbidity rates was followed by the cutting down of the system of institutions devoted to the conquest of tuberculosis. Authors give account on the present epidemiological conditions and report on the four and a half years activity of their bone and joint surgery department in this field. The department proved to be reliably suitable for the treatment of patients with bone and joint tuberculosis. They drow the attention to the significance of yearly 30 cases which show that the tuberculosis did not yet disappear from Hungary. The aim of the paper is to maintain the problem in the common medical consciousness.

Key words: tuberculosis, tuberculosis of bones, tuberculosis of joints, tuberculosis — epidemiology, — morbidity, — mortality, — surgical treatment

A múlt

Ahhoz, hogy a témában nem otthonos olvasó a csont-ízületi gümőkór jelen helyzetét értékelni tudja, vázlatos áttekintést kell adjunk a tbc — és ezen belül az extrapulmonalis tbc — elleni évszázados küzdelem történetéről.

Ez a küzdelem *Robert Koch* munkásságával vette kezdetét, aki 1882-ben felfedezte a tbc kórokozóját (5). A Mycobacterium tuberculosis felfedezése bebizonyította, hogy a gümőkór fertőző betegség és terjedésének megfékezésében — megfelelő gyógyszerek hiányában is — járványügyi és szociális intézkedésekkel haladást lehet elérni. Hazánkban *Korányi Frigyes* volt az, aki ezt a harcot elindította. 1898. május 3-án a Szanatóriumi Egyesület alakuló ülésén mondotta az alábbiakat: „40 évvel ezelőtt még morbus londonicusnak nevezték a gümőkórt, újabban morbus viennensis lett belőle és félő, hogy a morbus hungaricus nevet nyeri el." (6).

Az első magyar nyelvű írásos publikáció a gümőkórról szintén *Korányi Frigyestől* származik (7). Munkásságát fia, *Korányi Sándor* változatlan lelkesedéssel és kitartással folytatta.

Bár a tbc-s morbiditásban és mortalitásban a tüdőgümőkór foglalta el mindvégig az első helyet, a betegség extrapulmonalis formái is sokakat megbetegítettek. Az erre vonatkozó első adatok az 1906—1915. évekből származnak. Azt mutatják, hogy a lakosság 2,7—3,3 ezrelékében léptek fel az extrapulmonalis tbc különféle formái, ami az összes tbc-s esetek 7,1—7,5%-át jelentette. Ezek a számok a Trianon előtti Magyarországra vonatkoztak, így nehéz pontosan megmondani, hogy konkrétan hány extrapulmonalis tbc-s betegről volt szó (10).

Az *1. táblázat* a két világháború közötti három periódus mortalitási adatait mutatja. Az adatok csonkák, hiszen csak százalékos értékek szerepelnek, így itt sem tudjuk konkrétan, hány betegről van szó. Annyi megállapítható, hogy az összlakosságban az extrapulmonalis gümőkór mortalitása némi csökkenést mutat, ugyanakkor a tbc-s betegszámon belül növekszik az extrapulmonalis megbetegedések arányszáma. Mindezen belül igen nagy arányú a tbc-s meningitises esetek előfordulása. Mivel az extrapulmonalis tbc gyűjtőfogalom, még mindig nincs adatunk arról, hogy a betegek között a csont-ízületi gümőkór milyen arányban fordult elő. A két háború között e témakörben egy monográfia is született, ami azonban meglehetősen kevés konkrét adattal szolgált (4).

A második világháború után bekövetkezett társadalmi változások kétségtelenül elősegítették a tbc elleni hathatós

1. **táblázat:** Extrapulmonalis tbc-s mortalitási adatok a két világháború közötti időből

	Év		
	1920—23	1930	1937—38
Összes tbc-s mortalitás arányában	9,4%	13,9%	15,7%
		ebből meningitis	
	4,7%	8,1%	8,6%
Népesség arányában	2,7	2,6 tízezerelék	2,3
		ebből meningitis	
	1,4	1,6 tízezrelék	1,2

Forrás: Csonka-Magyarország tuberkulózis halandósága az 1923-as években. Budapest, 1927. Magyar Statisztikai Szemle, 1931 és 1940. évek

küzdelmet. A gyorsan felfejlesztett gondozói hálózaton, a tbc gyógykezelésére létesített kórházi ágyakon, valamint az országosan megvalósult patronálási és ellenőrzési rendszeren túl azonban a sikerek elsősorban a mycobacteriumokra hatátos, egyre nagyobb választékban rendelkezésre álló gátlószereknek voltak köszönhetők (10).

A figyelem — érthető járványügyi okokból — ez időszakban is elsősorban a pulmonalis tuberkulózisra irányult. A pulmonalis tbc elleni küzdelem hazai irányítója 1950-től az Országos Korányi Tbc Intézet volt (11, 12).

Ez időben már felbukkannak adatok a csont-ízületi gümőkórról is. Az Egészségügyi Minisztérium 8331/52/16 működési szabályzata először írja elő, hogy a megyei tbc-gondozó intézetekben extrapulmonalis szakrendeléseket kell létrehozni, méghozzá szakonként. A csont-ízületi tbc-s szakrendeléseket megfelelő szakember hiányában eleinte általános sebészek látták el, majd később több megyében Budapestről kijáró patronáló orvosok. Az extrapulmonalis tbc elleni országos küzdelem bölcsője érdekes módon Kakasszéken volt, ahol *Genersich Antal* javaslatára 1948. június 1-jén először rendeztek be csontosztályt, ami 1949-től *Riskó* vezetésével gyorsan figyelemreméltó eredményeket produkált (13). Nem sokkal később, 1950. július 31-én az extrapulmonalis tuberkulózis elleni harc központi irányítására az Egészségügyi Minisztérium az Állami Fodor József Tbc Gyógyintézetet jelölte ki. Hamarosan pedig Riskó Tibor került az intézet élére, és az itt kiképzett orvosok heti 1—1 alkalommal több megye szakrendelését is ellátták.

E rendszernek hamarosan megmutatkoztak az eredményei. Míg 1950-ben több mint 700 beteg halt meg csonttuberkulózisban vagy annak következtében, ez a szám már 1960-ra 62 betegre csökkent (10).

1960-ra a csont-ízületi tbc-s betegeket ellátó osztályok is behálózták az egész országot (14, 15, 16). A *2. táblázat* az országszerte megnyílt intézeteket és a rendelkezésekre álló kórházi ágyak számát mutatja be. Látható az, hogy — ha a budapesti osztályokat nem számítjuk — a csont-tbc-s ágyak döntő többsége az ország keleti felében volt. Ezt nyilván a szükség diktálta így. Az összességében 778 működő ágy igen nagy szám!

A *3. táblázat* a csont-tbc-s osztályokon ápolt betegek etiológiai diagnózis szerinti megoszlását mutatja be. Látható az, hogy a hirtelen felfuttatott ágylétszám 1960-ra már túlméretezetté is vált. Ugyanis az ágyaknak csupán 52%-án ápoltak tbc-s betegeket, míg a betegek 48%-ának diagnózisa már nem tbc-s eredetű betegségre utalt. Ez utóbbi csoportba nagyon sok banális gennykeltők okozta osteomyelitises eset tartozott (1, 2, 3).

A csont-ízületi gümőkór epidemiológiai adatait napjainkig a *4. táblázat* tünteti fel. A táblázat adataiból kitűnik, hogy a csont-ízületi gümőkór előfordulása 1961-től jelentősen, majd 1972-től pedig rohamosan csökkent. Az 1961. évi hirtelen esés azonban feltehetőleg nem csupán az epidemiológiai helyzet javulásának volt a következménye. Ez volt ugyanis az az időszak, amikor szigorúbbá váltak a diagnosztika kritériumai, és a sipolyos folyamatok kórszövettani és bakteriológiai diagnózisát is kezdték megkövetelni. Az általános orvosi köztudatban ugyanis sokáig tartotta magát az a nézet, hogy ami sipolyos és váladéko-

2. **táblázat:** Csont-ízületi tbc-s betegek ápolására rendszeresített ágyak 1960-ban

Osztály	Férfi	Nő	Együtt	%
Budapest Fodor József Tbc Gyógyintézet I. Csontosztály	45	76	121	15,5
Budapest Fodor József Tbc Gyógyintézet II. Csontosztály	60	28	88	11,3
Csákvár Állami Tbc Gyógyintézet Extrapulmonális osztály	20	27	47	6,0
Debrecen Tbc Klinika Csontsebészeti osztály	12	12	24	3,1
Deszk Csont Tbc Gyógyintézet	45	55	100	12,9
Kakasszék Csont Tbc osztály	55	55	110	14,2
Mátraháza Tbc Gyógyintézet Csont Tbc osztály	36	27	63	8,1
Miskolc Megyei Tbc Gyógyintézet csontsebészeti részleg	9	6	15	1,9
Nyírbéltek Csont-ízületi Tbc Gyógyintézet	50	30	80	10,3
Szabadsághegyi Állami Gyermek szanatórium Extrapulmonalis osztály	48	47	95	12,2
Szentes Megyei Kórház Extrapulmonalis osztály	20	15	35	4,5
Összesen	400	378	778	100,0

3. **táblázat:** Az 1960-ban csont-tbc-s osztályokon ápolt betegek megoszlása etiológiai diagnózis szerint

Osztály	Tbc-s	Nem tbc-s
Budapest Fodor I. Csontosztály	251	251
Budapest Fodor II. Csontosztály	197	119
Csákvár	84	34
Debrecen	77	55
Deszk	165	126
Kakasszék	168	308
Mátraháza	111	59
Miskolc	37	25
Nyírbéltek	148	154
Szabadsághegy	119	89
Szentes	59	84
Összesen	1416	1304
	52%	48%

4. táblázat: Csont-ízületi gümőkór epidemiológiai adatai 1953 és 1993 között

Évek	Incidencia	Prevalencia
1953	1945	..
1954	1658	..
1955	1814	..
1956	1480	..
1957	1170	..
1958	1193	..
1959	1156	5023
1960	1101	..
1961	792	..
1962	565	..
1963	471	..
1964	421	..
1965	375	..
1966	314	..
1967	233	..
1968	276	1880
1969	236	1746
1970	212	1628
1971	211	1557
1972	150	1457
1973	140	1330
1974	142	1246
1975	123	1163
1976	110	1054
1977	107	987
1978	90	910
1979	89	845
1980	103	291*
1981	83	288
1982	82	288
1983	71	268
1984	61	228
1985	49	198
1986	48	168
1987	58	179
1988	44	172
1989	38	136
1990	36	122
1991	31	114
1992	31	101
1993	34	101

* 1980-ban a nyilvántartási idő csökkent, ezért sok beteget töröltek a nyilvántartásból!
Forrás: Az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet Statisztikai Évkönyvei

zik, az mind tuberkulózis. Ennek alapján egy ideig nagyon sok banális osteomyelitises beteget nyilvánítottak tbc-snek. A táblázatból látható az is, hogy a tbc-gondozók által nyilvántartott tbc-s betegek száma is csökkent az évek során. Ennek megfelelően célszerű volt a csont-ízületi tbc-s betegek számára fenntartott ágyak számát is csökkenteni, és más profilnak átadni.

Az *5. táblázat* azt mutatja, hogy a csont-ízületi tbc-s kórházi hálózat milyen ütemben épült le. Az adatok azt mutatják, hogy az egészségügyi kormányzat az epidemiológiai helyzet javulását követve sorra adta át a csont-osztályokat más célú hasznosításra, míg végül az Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézetben már csak 12 ágy maradt fenn erre a célra. Ezen a 12 ágyon folyt éveken át a még felbukkanó csont-ízületi gümőkóros betegek gyógyítása.

5. táblázat: A csont-tbc-s osztályok megszűnésének időpontjai

Osztály	Év
Budapest Fodor I. Csontosztály	1966
Budapest Fodor II. Csontosztály	1970
Csákvár	1971
Debrecen	1979
Deszk	1969
Kakasszék	1969
Korányi Csontosztály	1989
Mátraháza	1978
Miskolc	1977
Nyírbéltek-Nyíregyháza	1974
Szabadsághegy	1975
Szentes	1965

6. táblázat: Csont-ízületi tbc-s betegforgalom 1990. január 1. és 1994. március 31. között az OORI szeptikus és tbc-s mozgásszervi rehabilitációs osztályán

Év	Betegszám
1990	34
1991	22
1992	22
1993	32
1994 első negyede	7
Összesen	117
Ismételten felvett	6
Összes felvételek száma	123
Férfi	58
Nő	59

A jelen

1990. január 1-jén további fordulat következett be. Megszűnt ez a 12 ágy is, és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szeptikus Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályát kérték fel a csont-ízületi tbc-s betegek további ellátására.

Az azóta eltelt időben a csont-ízületi gümőkóros betegek kezelésével — osteomyelitises betegek ellátása mellett — az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szeptikus és Tbc-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztálya foglalkozik. Mint látható, elnevezésébe a tbc szót azóta belefoglalták. Négyéves munkásságáról azért is érdemesnek látjuk a beszámolót, mert képet ad a jelen epidemiológiai helyzetről és talán alkalmas arra, hogy az orvosi köztudatban a tbc-s csontfolyamat lehetőségét ne engedje feledésbe merülni.

A *6. táblázat* az osztály tbc-s betegforgalmát mutatja be. Ha e táblázat adatait a *4. táblázat* adataival összevetjük, kiderül, hogy az országosan előforduló betegek legnagyobb hányadát osztályunkon kezeltük. 1991—1992. évben 9 beteg volt, aki nem jutott el hozzánk. Sorsuk felderítése fontos feladat számunkra. 117 betegből ismételten csupán 6 beteget vettünk fel, ami azt is jelzi, hogy adaequat kezelésre a tbc jól gyógyul.

A beganyag életkor szerinti megoszlását a *7. táblázat* szemlélteti. Az 50-es években az extrapulmonalis tbc korfáján a csúcs a 30—35 éves korosztályra esett. Az 1960—65. években már mutatkozik a betegek életkorának

7. táblázat: A betegek megoszlása korcsoportok és nemek szerint (1990—1994 években)

Életkor (év)	Férfi	Nő
81—90	1	4
71—80	10	10
61—70	14	15
51—60	19	19
41—50	7	7
31—40	5	2
21—30	2	—
	58	59

8. táblázat: A betegek megoszlása diagnózisok szerint (1990—1994 években)

Diagnózis	Esetszám
Spondylitis tbc	73
Coxitis tbc	9
Caries carpi tbc	9
Caries trochanterica tbc	8
Gonitis tbc	5
Caries costae tbc	2
Caries claviculae tbc	3
Arthritis cubiti tbc	2
Arthritis talocruralis tbc	2
Caries symphyseos tbc	1
Caries sacroiliacalis tbc	2
Spina ventosa metatarsi	1
Tbc renis	1*
Lmyphoma colli tbc	3*
Tbc pulmonum	12*

* kísérő betegségek

növekedése. *Nyárádi* adatai szerint (1960-ban már a betegek 23,4%-a volt 50 év feletti és ez az arány 1965-re 37,4%-ra nőtt. Érdemes továbbá rámutatni arra, hogy a férfiak és nők aránya a betegek között, ha minimálisan is, a nők javára tolódik el. Csont-ízületi gümőkór esetében erre a jelenségre már régebbi adatok is utalnak (11). Táblázatunkból egyértelműen kitűnik az is, hogy a csont-tbc ma az idősebb korosztály betegsége és 50 év alatt nagyon ritka. Mivel az extrapulmonalis gümőkór a tbc-s fertőzés kései manifesztációja, a mi betegeink zöme korábban fertőződhetett.

A betegség lokalizáció szerinti megoszlását a *8. táblázat* mutatja be. A táblázat élén szereplő csigolya-gümőkóros betegek száma feltűnően nagy. Bár e kórforma régebbi statisztikákban is vezető helyen áll (14), az arányok ilyen mértékű eltolódására jelenleg nincs magyarázatunk.

A csont-ízületi gümőkór kezelésében 1988-as kiadású monográfiájában *Martini* három korszakot jelöl meg (8). A hatásos gátlószerek előtti korszakban a sebészi kezelést a disszeminációveszélye gyakorlatilag palliativ beavatkozásokra szorította. A Streptomycin és egyéb gátlószerek felfedezése utat nyitott a gümős csontgócok kitakarításának, néha túlzott aktivitással. A harmadik korszak a jelen kor, amikor a műtétek indikációjában már megfontolt szelekció érvényesül, és előtérbe kerülnek ortopédiai és helyreállító sebészeti szempontok is. Hazánkban a csont-

9. táblázat: Csont-ízületi tbc-s betegeken végzett műtéteink (1990—1994 években)

Műtéti típus	Esetszám
Costovertebrotomia	14
Caries carpi feltárás	7
Trochanter levésés	5
Compressiós térdresectio	2
Csípőresectio	3
Bordaresectio	1
Clavicula feltárás	1
Könyökízületi resectio	1
Talocruralis arthrodesis	2
Percutan psosas drainage	2
Psoas tályog feltárás	2
Metatarsus caries feltárás	1

ízületi gümőkór kezelési elveit *Riskó* úttörő munkássága alakította ki. Ezek lényegesen azóta sem változtak (14). A kezelés a góckitakarító műtéti eljárások és rekonstrukciós ortopédiai műtétek széles skáláját magába foglalja. Egészen ritka kivételektől eltekintve minden műtéti beavatkozás előfeltétele a kombinált antitbc-s gyógyszeres előkészítés, ami részben gondozói, részben intézeti feladat. Mint erre *Riskó* is felhívta a figyelmet, a csont-ízületi gümőkór sebészi kezelésében a sebész önmérséklete fontos és pozitív tényező. Következésképp műtéteink száma jóval alatta van a betegek számának.

A csont-ízületi gümőkór miatt végzett műtéteinket a *9. táblázat* mutatja be. Látható, hogy a betegek száma és a műtétek száma között a legnagyobb különbség tbc-s spondylitis esetén van. Az utóbbi években bevezetett Rifampicin terápia az esetek jelentős részében elkerülhetővé teszi a műtéti beavatkozást. 14 megoperált spondylitises betegünk között 4 fenyegető paraplegiával szövődött eset volt, akik közül 3 betegen az időben elvégzett góckitakarító műtét eredményes volt, a mozgások maradéktalanul visszatértek. Bénultan maradt betegünket 3 hete fennálló bénulással, elkésve utalták osztályunkra. Bénulással járó esetekben a betegség korai felismerése tehát sorsdöntő lehet a beteg további életvitele szempontjából.

Megbeszélés

Anyagunk értékelése elé kívánkozik néhány olyan szám, ami más országok epidemiológiai adataiból fellelhető. A 248 milliós USA-ban 1975-ben 33 866 friss tbc-s esetet regisztráltak, ami 1,3 ezrelékes morbiditásnak felel meg. 1984-ben 3613 új beteget tartottak számon, ami 1,4 ezrelékes morbiditást jelent. Ebből 9,5, illetve 9,4% volt csont-ízületi tbc, ami 330 friss csont-ízületi tbc-s beteg felfedezésének felel meg (17, 18). Az 57 milliós Franciaországban 1992-ben 9220 friss tbc-s fertőzést észleltek, ami 1,6 ezrelékes morbiditást jelent. A betegek 21%-ában volt a lokalizáció extrapulmonalis, ami mintegy 180 beteget érint. Nem tudható azonban, hogy a 180 betegből hánynak volt csont-ízületi tbc-je (19). Határainkhoz közel, a jugoszláviai Bácskában, Újvidék környékén 1981-ben 4,35 százezrelék, míg 1990-ben már csak 1,6 százezrelék, volt az extrapulmonalis kórforma gyakorisága. A csont-ízületi

tbc-s betegek az összes extrapulmonális betegek 18,2%-át tették ki. Konkrét számadatok hiányában nem tudható, valójában hány betegről van szó (9).

Franciaországban a HIV-pozitivitás drámai következményeiről számoltak be (19). Multirezisztens Mycobacterium törzsekkel történő fertőződés esetén az extrapulmonális manifesztáció a fertőzött betegek 75%-át érinti és 4—6 héten belül 77—89%-os mortalitással jár.

A csont-ízületi gümőkór előfordulása ma hazánkban sporadikus. Az évente mintegy 30 új esetet kitevő felfedezett morbiditás százalékosan nem is fejezhető ki. Az elmúlt 3 év tapasztalatai azt mutatják, hogy e betegek ellátását osztályunk maradéktalanul el tudja látni. A veszély ma abban van, ha a problémakör és ezzel együtt a betegség képe az orvosi köztudatban elhalványul, és emiatt a betegség felismerése esetleg jóvátehetetlenül késik.

A tbc-gondozói hálózat pulmonális ága ma még működik. Igénybevétel hiánya miatt megszűntek azonban a megyei gondozóban működő extrapulmonális szakrendelések (nőgyógyászat, urológia, csont-ízületi gümőkóros szakrendelés). Ez utóbbiból egyetlen működik Budapesten. A kiképzett szakembergárda is jórészben nyugdíjas, illetve már nincs közöttünk.

Egy feleslegessé vált apparátus fenntartásának és mesterséges működtetésének természetesen nincs értelme. A róluk való emlékezés célja a figyelem ébrentartása. A csont-gümőkóros betegek sporadikussá válása nem jelenti ugyanis azt, hogy a tuberkulózis eltűnt Magyarországról. Az eddig elért eredmények nagyon jelentősek. Ne vesszenek kárba!

IRODALOM: 1. *Boda A. Fábián S.:* Statisztikai szempontok a krónikus, nem specifikus osteomyelitis korszerű kezelési elveinek kialakításához. Orv. Hetil., 1965, *105,* 215—218. — 2. *Boda A.:* Adatok az osteomyelitis pathogenesisének, kórlefolyásának és klinikumának kérdéseihez. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1973. — 3. *Boda A.:* Csont-ízületi gennyedések. A gyakorló orvos könyvtára 209. Medicina, Budapest, 1985. — 4. *Herepey-Csákányi Gy.:* Extrapulmonalis tuberculosis. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, 1938. — 5. *Koch, R.:* Die Aetiologie der Tuberkulose. Berliner klinische Wochenschr., 1882, *15,* 1. — 6. *Korányi Frigyes:* A Szanatórium Egyesület alakuló ülésén 1898. május 3-án elmondott beszéd. — 7. *Korányi Frigyes:* Előszó Tuberkulózis, 1903, *1,* 1—2. — 8. *Martini, M.:* Tuberculosis of the bones and joints. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 1988. — 9. Morbidity from pulmonary diseases and activity of dispensaries im 1990. Edition of the Medical Faculty of Novi Sad, 1991. — 10. *Mosolygó D.:* A tuberkulózis elleni küzdelem fejlődésének járványtani elemzése. Kandidátusi értekezés, 1962. I. 142. — 11. *Nyárády I.:* Az extrapulmonális tbc epidemiológiai jelentősége. Orv. Hetil., 1957, *98,* 528—530. — 12. *Nyárády I.:* A tbc-morbiditás és -mortalitás korösszetételének grafikus szemléltetése. Tuberkulózis és Tüdőbetegségek. 1961, *14,* 374—378. — 13. *Ormos, P.:* Hódmezővásárhely egészségügyi fejlődése. Orvostörténeti közlemények, 1971, *11,* 161—203. — 14. *Riskó T., Deák P.:* Csont-ízületi gümőkór. In: Telegdi: A gümőkór. Medicina Budapest 1959. — 15. *Riskó T., Csegezy K.:* A csont-tbc gyógyintézetek 1960. évi munkája. Az Országos Korányi Tbc Intézet Szervezési, Módszertani és Statisztikai Osztályának módszertani levele 1961. évben. — 16. *Riskó T.:* Tapasztalataink a csont-tbc-s intézetek és osztályok működésének vizsgálatával az 1960—65. években. Népegészségügy, 1969, *50,* 23—33. — 17. Tuberculosis in the United States. Department of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Center for Disease Control Edition, 1975. — 18. Tuberculosis Statistics. States and Cities 1984. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control. — 19. *Vaylet, F., Allerd, Ph., Natali, F., Marotel, C. L., Her, P.:* Epidémiologie actuelle de la tuberculose. Rev. Pneumol. Clin., 1994, *50,* 106—115.

(Boda Andor dr., *Budapest,* Szanatórium u. 2. 1528)

A Pluss, HIV pozitívokat és AIDS betegeket segélyező alapítvány azonnali, HIV/AIDS betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos szakmai felvilágosítással és tanácsadással szolgál kórházak, klinikák, rendelőintézetek és orvosi rendelők részére.

Telefon: 06-20-349-449

Aladdin

Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
9700 Szombathely, Paragvári út 15.
Telefon és fax: 94/315-329, 328-322

HEWLETT PACKARD

HEWLETT-PACKARD ORVOSELEKTRONIKAI MŰSZEREK HIVATALOS MAGYARORSZÁGI FORGALMAZÓJA

HEWLETT-PACKARD A VILÁG MINDEN RÉSZÉN A MINŐSÉGET JELENTI

Az 1995-ös év meglepetéseként ajánljuk új 3-6-12 csatornás EKG-családunkat mind kórházi, mind magánpraxisba való professzionális alkalmazásra.

M 1772 Page Writer Cardiograph 100 már 389 000 Ft + ÁFA-tól

RÉSZLETFIZETÉSI LEHETŐSÉG, EGY GAZDASÁGI ÉVEN BELÜL KAMATMENTESEN

Color Doppler SONOS 100 CF elsősorban Cardiovasculáris vizsgálatokra ● Cardiotokographok szülészeti osztályok, valamint terhesgondozók számára 5 év garanciával ● Olcsó perifériás érdopplerek ● Betegellenőrző monitorok, defibrilátorok a felhasználó igényeinek megfelelő kiépítésben

Aki nem csak a mában gondolkodik, válassza a HEWLETT-PACKARD termékeket

MINŐSÉG - MEGBÍZHATÓSÁG - GAZDASÁGOS ÜZEMELTETÉS

Pontos, gyors, megbízható fogyóanyagellátás, valamint szerviz.

Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára

A folyóirat célja. Az Orvosi Hetilap összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és rövid kísérletes tanulmányokat, esetismertetéseket közöl a klinikai kutatás bármely területéről. Előnyben részesülnek azok a közlemények, amelyek a mindennapos klinikai orvosi gyakorlattal szoros kapcsolatban vannak.

Közlünk még folyóiratreferátumokat, leveleket a Szerkesztőhöz, beszámolókat, könyvismertetéseket, valamint egyéb, az orvostudománnyal kapcsolatos aktuális írásokat.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kéziratok. A kéziratokat magyar nyelven kell beküldeni gépírással, 2-es sorközzel a lap egy oldalán gépelve. Valamennyi szerzőnek rendelkeznie kell egy kéziratpéldánnyal arra az esetre, ha a szerkesztőségbe küldött példány elveszne.

A kézirat tartalmazza: 1. címoldal; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzéke (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Az oldalszámozást a címoldaltól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címoldalon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve — az utolsó szerző neve előtt „és" —, a szerzők munkahelye (feltüntetve a várost is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2—3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

Célkitűzés, módszer, eredmények és következtetés(ek) lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. A magyar és az angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt — külön-külön — ne haladják meg. Új bekezdések egyik összefoglalóban sem szerepelhetnek.

Az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni. Ha ilyen nincs (pl. új gyógyszer esetén), akkor az Index Medicus alapelvei az irányadók.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. A bevezetés külön alcímet nem kap.

A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell megjelölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A kézirathoz csatolni kell klinikofarmakológiai vizsgálatok esetén az illetékes etikai bizottság állásfoglalását, és ezt a módszertani részben fel kell tüntetni.

Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia — Egészségügyi Tudományos Tanács állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes. A metodikai részben erre utalni kell.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Ötven alatti esetszámnál az értékek törtként való megadását és a százalék érték zárójelben történő feltüntetését kérjük.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az ide vonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemény hossza. A konkrét szöveges rész az összefoglaló referátumoknál a 15, az eredeti közleményeknél a 10, a rövid kísérletes közlemények és az esetismertetések esetén a 6, minden egyéb kéziratnál a 10 szabvány (30 sor, 60 leütés) gépelt oldalt nem haladhatja meg.

6. Irodalmi hivatkozások. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat abc sorrendben kell megadni, folyamatosan gépelve, az egyes tételeket gondolatjellel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai" (4 szerző esetén a három szerző neve után „és mtsa") írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példák:

Bajusz, S.: Interaction of trypsin like enzymes with small inhibitors. In Proteinase action. Szerk.: Elődi Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1984, 277-298. old.

Casolaro, M. A. Fells, G., Wewers, M. és mtsai: Augmentation of lung antineutrophil elastase capacity with recombinant human alpha-1-antitrypsin. J. Appl. Physiol., 1987, *63,* 2015—2023.

Rónai P., Daubner K.: A Dixon műtéttel szerzett tapasztalataink. Orv. Hetil., 1982, *123,* 2293—2298.

Az idézett hivatkozások száma maximálisan 50 lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjék.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

7. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

8. Valamennyi ábra címét és a hozzá tartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

9. A fotók mérete lehetőleg 8 vagy 17 cm széles legyen. Színes ábrák közlésére jelenleg nem tudunk vállalkozni. Korábban már közölt ábra csak a szerző és a kiadó engedélyével közölhető.

Kémiai nevek és rövidítések. Valamennyi gyógyszer esetén a nemzetközileg elfogadott kémiai nevet kell használni. Ha márkanév említésre kerül, meg kell adni a kémiai összetételt és a gyár nevét is.

Ortográfia. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimologikus írásmód követendő.

A kézirat beküldési helye: Orvosi Hetilap Szerkesztősége Budapest 7, Pf.: 142. 1410.

A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

Az el nem fogadott kéziratokat nem küldjük vissza.

Relifex

nabumeton

Az antirheumatikum, mely kiállja az idő próbáját

- Kiváló a hatékonysága rheumatoid arthritisben és osteoarthrosisban[1]
- Szignifikánsan alacsonyabb a fekélyek, perforációk és a vérzések incidenciája[2]
- Tíz éves klinikai tapasztalat, több mint 48 000 beteg esetében[3, 4, 5]

Kényelmes, napi egyszeri adagolás a legtöbb beteg számára

- Az általános kezdő adag napi 1000 mg este bevéve
- Az adag napi 2 g-ig emelhető a mellékhatások szignifikáns növekedése nélkül[2]
- A Relifex bevehető étkezéstől függetlenül



Hatóanyag: 500 mg nabumetonum tablettánként. **Javallatok:** osteoarthrosis, rheumatoid arthritis és hasonló, gyulladásgátló kezelést igénylő állapotok. **Ellenjavallatok:** aktív peptikus fekély, súlyos májkárosodás (pl: cirrhosis), nabumeton-túlérzékenység. Gyermekkor, továbbá terhesség és szoptatás időszaka, mivel megfelelő klinikai tapasztalat nem áll rendelkezésre. **Adagolás:** a tablettákat szétrágás nélkül, egészben kell lenyelni. **Felnőttek:** a javasolt napi adag 2 tabletta (1 g) egyszeri adagban, este, lefekvéskor. **Mellékhatások:** diarrhoea, dyspepsia, nausea, székrekedés, hasi fájdalom, flatulentia, fejfájás, szédülés, pruritus, bőrkiütés és sedatio előfordulhat. **Gyógyszerkölcsönhatások:** mivel a Relifex fő metabolitja a keringésben erősen fehérjéhez kötött, azokon a betegeken, akik egyidejűleg orális anticoagulánsokat, hidantoin tartalmú görcsgátló szereket vagy szulfanilurea tartalmú vércukorszint-csökkentőket kapnak, hatásfokozódás miatt rendszeresen figyelni kell ezen gyógyszerek esetleges túladagolásának jeleit. **Figyelmeztetés:** bizonyítottan acetilszalicilsav-túlérzékeny betegek hasonlóképpen reagálhatnak a nabumetonra is. Azokat a betegeket, akiknek az anamnézisében peptikus fekély szerepel, rendszeresen ellenőrizni kell a tünetek kiújulása miatt. **Eltartása:** száraz helyen, 25°C alatt, fénytől védve. **Megjegyzés:** + Csak vényre adható ki. **Csomagolás:** 20 filmtabletta. (SmithKline Beecham) OGYI eng. száma: 1217/40/93 A RELIFEX védjegyzett név. A részletes tájékoztatást az alkalmazási előirat tartalmazza.

Irodalom: 1. Lister, Am J Med 1993, 95; 2. Eversmeyer, Am J Med 1993, 95; 3. Strochmann:, Drugs 1990, 40; 4. Fletcher, Drugs 1990, 40; 5. Münzel, Lemmel, Drugs 1990, 40.

További információval szívesen állunk rendelkezésére:

SB
SmithKline Beecham
Pharmaceuticals

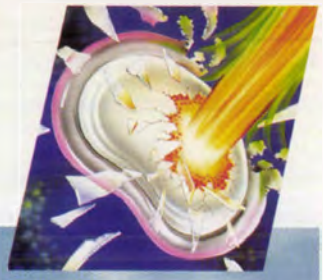
SmithKline Beecham Marketing and Technical Services Limited,
Magyarországi Információs és Szerviz Iroda, Kis Buda Center,
1023 Budapest, Frankel Leó u. 30-34.
Tel: 212-1853 Fax: 212-1889

REL 131 H 94

AUGMENTIN

klavulánsavval potencírozott amoxycillin

NAGYNÁL ÉS KICSINÉL – BIZTOS HATÁS





- Különleges hatásmechanizmusának köszönhetően hatásosan gátolja a gyakran előforduló ß-laktamázokat,
- elpusztítja a légúti és urogenitális infekciókért leggyakrabban felelős baktériumokat,[1]
- a tüneteket gyorsan enyhíti,
- első szerként választva is igen magas gyógyulási arányt biztosít,
- a betegek jól tolerálják.[1,2]

JAVALLATOK: bakteriális eredetű alsó- és felső légúti fertőzések, bőr- és lágyrész fertőzések, húgyivar-szervi fertőzések, egyéb fertőzések, pl. osteomyelitis, septicaemia, peritonitis, műtét utáni fertőzések.

ADAGOLÁS: felnőtteknek és 12 éven felüli gyermekeknek: enyhe-, közepesen súlyos fertőzések: napi 3x1 AUGMENTIN 375 mg tabletta. Súlyos fertőzések: napi 3x2 AUGMENTIN 375 mg tabletta, vagy napi 3x1 AUGMENTIN 625 mg tabletta. Gyermekeknek: 7-12 éves gyermekeknek: napi 3x10 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup*. 2-7 éves gyermekeknek: napi 3x5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup*. 9 hónapos-2 éves gyermekeknek: napi 3x2,5 ml AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup*. 0-9 hónapos gyermekeknek: egyelőre nem áll rendelkezésre megfelelő orális készítmény.

*Súlyos fertőzés esetén ezek az adagok megduplázhatók. Az AUGMENTIN kezelés 14 napon túl csak alapos mérlegelés után folytatható.

ELLENJAVALLAT: penicillin túlérzékenység. **FIGYELMEZTETÉS:** néhány AUGMENTIN-nel kezelt betegnél változás volt észlelhető a májfunkciós próbák eredményeiben. Enyhén vagy súlyosan károsodott veseműködésű betegeknél az AUGMENTIN adagolását a gyógyszeralkalmazási előírásnak megfelelően módosítani kell.

ALKALMAZÁS TERHESSÉG ÉS SZOPTATÁS IDEJÉN: AUGMENTIN kezelés terhesség idején nem ajánlott, vagy kizárólag a haszon/kockázat alapos mérlegelésével végezhető. A szoptatás idején az anyatejben a penicillin nyomokban kimutatható.

MELLÉKHATÁSOK: ritkák és többnyire múló jellegűek. Hasmenés, pseudomembranosus colitis, emésztési zavarok, nausea, hányás és candidiasis előfordulhatnak. Ha az orális terápia során gasztrointesztinális tünetek jelentkeznek, ezek csökkenthetők az AUGMENTIN étkezések kezdetekor való bevételével. Ritkán előfordult még erythema multiforme, Steven-Johnson szindróma és kivételes esetben exfoliatív dermatitis. Penicillin terápián lévő betegeknél súlyos és esetenként halálos túlérzékenységi (anafilaxiás) reakciókat és angioneurotikus oedemát közöltek. Hepatitist és cholestaticus sárgaságot is jelentettek. Csalán- és kanyarószerű kiütések esetén a kezelést be kell szüntetni.

BESZEREZHETŐ: AUGMENTIN 375 mg filmbevonatú tabletta: fehér, ovális tabletta, egyik felén 'AUGMENTIN' bevéséssel. Minden tabletta 250 mg amoxicillint és 125 mg klavulánsavat tartalmaz. AUGMENTIN 625 mg filmbevonatú tabletta: fehér, ovális tabletta, egyik felén 'AUGMENTIN' bevéséssel. Minden tabletta 500 mg amoxicillint és 125 mg klavulánsavat tartalmaz.

AUGMENTIN 156 mg/5 ml szirup: gyümölcsízű szirup elkészítéséhez való por. Elkészítés után 5 milliliterenként 125 mg amoxicillint és 31,25 mg klavulánsavat tartalmaz.

Az orális készítményekben az amoxicillin trihidrát, a klavulánsav pedig kálisó formájában van.

A készítmény intravénás formában is beszerezhető.

Kérésére további információval szívesen állunk rendelkezésére.

SmithKline Beecham Marketing and Technical Services Limited,
Magyarországi Információs és Szerviz Iroda,
Kis Buda Center,
1023 Budapest, Frankel Leó u. 30-34.

SB
SmithKline Beecham
Pharmaceuticals

Az AUGMENTIN a SmithKline Beecham Pharmaceuticals, Brentford TW8 9BD, England kutatási terméke.
Az AUGMENTIN védjegyzett név

Irodalom: 1. Todd PA, Benfield P, Drugs 1990 39(20):264-307. 2. Neu HC, Wilson APR, J Chemother 1993, 5, n2:67-93

253/AUG/156/9/94

Transitorikus újszülöttkori myasthenia gravis

Váradi Valéria dr.[1]*, Nagy Andrea dr.[1], György Ilona dr.[1], Machay Tamás dr. és Papp Zoltán dr.

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Gyermekklinika (igazgató: Oláh Éva dr.)[1]
Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Papp Zoltán dr.)

A szerzők egy magzati és 10 újszülöttkorban manifesztálódó myasthenia gravisos beteg kezelése során szerzett tapasztalataikról számolnak be. Myastheniás anya terhességében jelentkező polyhydramnion a magzat intrauterin érintettségére utal, és nagy valószínűséggel lehet ilyen esetekben neonatalis myasthenia kialakulására számítani. A kezelésben a vércsere alkalmazása előnyösnek bizonyult. Az antikolinészteráz gyógyszerelést 2—10 hétig, a tünetek teljes megszűnéséig alkalmazták. Felhívják a figyelmet, hogy elhúzódó, egyéb okkal nem magyarázható légzészavar esetén gondolni kell transitorikus myasthenia gravis lehetőségére is.

Kulcsszavak: myasthenia gravis, terhesség, polyhydramnion, vércsere

Transient neonatal myasthenia gravis. Authors reported about their experiences with newborn infants, who had transient myasthenia gravis; one disease developed in the fetal, others 10 in the early neonatal age. Direct correlation was found between the development of maternal polyhydramnios and the severity symptoms in newborns: risk of neonatal myasthenia gravis increased at these infants. Specific treatment included blood exchange transfusions and pyridostigmin (Mestinon) medication for 2—10 weeks. Five transient myasthenia gravis responded readily to blood exchange transfusions. Authors pointed out that in the early neonatal period the aetiology of an obscure respiratory inadequancy and hypoventilation might be regarded as transient myasthenia gravis.

Key words: myasthenia gravis, pregnancy, polyhydramnios, blood exchange transfusion

A myasthenia gravis a neuromuscularis transmissio ritka autoimmun betegsége. Szülészeti és neonatológiai vonatkozásait mégis fontos ismernünk, mert a betegség a terhesség alatt az anyában rosszabbodhat, az újszülöttben pedig életveszélyes állapotot okozhat (20).

A myasthenia gravis betegségre klinikailag a harántcsíkolt izmok gyors kifáradása jellemző, ami főleg az arcon és a végtagokon jelentkezik. A betegek 90%-ában IgG típusú antitestek mutathatók ki a harántcsíkolt izmok acetilkolin receptoraival szemben (28). A betegség gyakorisága 1/20 000—1/40 000 között változik, kétszer annyi nőt érint, mint férfit, leggyakoribb a nők életének harmadik évtizedében (2, 9, 15, 27). A myasthenia gravis egyéb autoimmun eredetű vagy arra gyanús kórképekkel együtt is előfordulhat, mint pl. a Hashimoto thyroiditis, systemás lupus erythematosus, polymyositis és sarcoidosis (33).

Átmeneti újszülöttkori myasthenia a myastheniás anyák utódainak 10—15%-ában jelentkezhet. Sok újszülött a tünetek miatt antikolinészteráz gyógyszerelést igényel, szerencsére azonban a súlyos *légzési elégtelenség ritka.*

Közleményünkben két neonatológiai osztály tapasztalatait foglaljuk össze.

* Jelenlegi munkahely: Szent Margit Kórház, Budapest, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, Neomatológiai Részleg, Budapest.

Beteganyag

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Genetikai Tanácsadásán 1981 és 1990 közötti 10 év alatt 18 házaspár kért genetikai tanácsot, mert a feleség (17 eset) vagy a férj (1 eset) myasthenia gravisban szenvedett. (Egy esetben a diagnózis a későbbiekben tisztázódott.) Tekintettel az autosomalis recesszív öröklődési módra, ilyen esetekben az utódok obligát heterozygoták, de egészségesek lesznek. Ennek ismeretében a 18-ból 15-en vállalták terhességet: két anya 2 alkalommal (*1. táblázat,* 1., 2., 4. és 5. eset), 13-an pedig egy alkalommal (3., 6—17. eset). Az újszülöttkori myasthenia gravis gyakorisága anyagunkban 5/17 terhesség (29,3%). Öt terhességből született 6 érintett újszülöttel a Debreceni Orvostudományi Egyetem Gyermekklinikájának Perinatalis Intenzív Centrumában foglalkoztunk.

A 15 myastheniás nő 16 terhessége során ideggyógyászati ellenőrzés alatt állt, a betegség romlása egy esetben sem következett be. Az 1. esetben az anyát nem myastheniásnak, hanem myopathiásnak gondolták.

Polyhydramnion a gestatio harmadik trimeszterében 5 terhességben alakult ki. Ezekben az esetekben az újszülöttek a magzati myasthenia (1. eset), ill. a transitorikus myasthenia (2., 4., 5A, 5B és 14. eset) tüneteit mutatták. A 13 per vias naturales szülés és a 4 császármetszés zavartalan volt.

Néhány esetet részletesen ismertetünk.

1. és 2. beteg: K. P. I. 31 éves nő 1982-ben azzal kereste fel a Debreceni Női Klinika Genetikai Tanácsadását, hogy 24 éve izomdystrophiában szenved, férje pedig gyermekkorában elszenvedett Heine—Medin-betegség következtében mozgássé-

1. táblázat: Az esetek fő szülészeti és neonatológiai jellemzői

Sorszám	Azonosító betűk	Életkor (év)	A betegség időtartama (év)	Előző terhességek	Thymectomia történt-e?	Polyhydramnion	Az újszülött adatai	Szülés módja, az újszülött állapota
1.	K. P. I.	31	24	0	nem	+	35. hét 2500 g leány	(S. C.)
2.	K. P. I.	37	30	1	igen	+	39. hét 2850 g leány	(S. C.)·(3 napig maszkos O_2 + *vércsere)*
3.	Sz. B. E.	28	5	0	nem	—	40. hét 3750 g leány	(norm.)
4.	M. J. B. J.	31	5	0	igen	+	39. hét 3050 g fiú	(norm.) Ptosis, halszáj, nyálcsorgás, nyelési és szopási reflex hiánya *(vércsere* + 1 napig maszkos O_2, Stigmosan majd Mestinon 6 hétig)
5.	M. J. B. J.	34	8	1	igen	+	„A" 35. hét 2200 g leány	(norm.) mindkét újszülött
							„B" 35. hét 2350 g fiú	(norm.) nyelési és légzési nehezítettség *(vércsere,* 8 napig CPAP, ill. 1 napig maszkos O_2, Mestinon 2,5 hónapig)
6.	L. Sz. E.	24	5	0	nem	—	37. hét 2600 g fiú	(norm.)
7.	B. F.	27	5	0	nem	—	41. hét 3700 g fiú	(norm.)
8.	B. F.	29	7	0	nem	—	41. hét 4200 g fiú	(S. C.)
9.	T. S. J. M. (férj beteg)	42	20	2	nem	—	39. hét 3800 g fiú	(norm.)
10.	B. I. L. K.	19	1	0	nem	—	39. hét 3450 g fiú	(norm)
11.	T. F. K. M.	32	5	1	igen	—	39. hét 2900 g leány	(norm.)
12.	K. J. V. I.	30	2	2	nem	—	38. hét 2730 g fiú	(norm.)
13.	A.I.	31	6	1	igen	—	38. hét 4250 g leány (S. C.)	
14.	S. F. K. K.	20	4	0	nem	+	39. hét 3150 g fiú	(norm.) Halszáj, renyhe nyelési reflex *(vércsere* + maszkos O_2 11 napig, Mestinon 1 hónapig)
15.	G. I.	17	3	0	nem	—	37. hét 2600 g fiú	(norm.)
16.	G. T.	18	4	0	igen	—	41. hét 3500 g fiú	(norm.)
17.	L. K.	25	4	1	igen	—	39. hét 3800 g fiú	(norm.)
18.	B. D.	29	6	1	nem	—	37. hét 2300 g fiú	(norm.) Enyhe légzési nehézség, maszkos O_2
19.	K. E.	34	11	0	nem	—	39. hét 3600 g leány	(norm.) Súlyos perzisztáló fetalis keringés Respirációs kezelés: 23 nap
20.	R. L.	33	—	2	nem	—	38. hét 3100 g fiú	(norm.) Respirációs kezelés: gépről nem vehető le CO_2 retenció miatt. Mestinom kezelés a 18. életnapon. Gépről azonnal levehető
21.	K. D.	30	—	0	nem	—	38. hét 2800 g fiú	(norm.) Légzészavar (hypoventilatio). Mestinon kezelés az 5. életnapon. Gépről azonnal levehető
22.	K.Z.	26	—	1	nem	—	39. hét 3200 g fiú	(norm.) Légzészavar (hypoventilatio). Mestinon kezelés a 4. életnaptól

S. C. = sectio caesarea
norm. = normális szülés

rült. Az egyébként negatív családi anamnézis és a proband nemének ismeretében kizárólag az autosomalis recesszív öröklődés jött szóba, ezért a házaspárnak azt tanácsoltuk, hogy nyugodtan vállalhatnak terhességet, hiszen gyermekeik az izomdystrophiára nézve kizárólag obligát heterozygoták. Az utódok tehát egészségesek lesznek, a Heine—Medin-betegség öröklődéséről szerzett jellege miatt pedig nem kell tartani. Az anya ezt követően zavartalanul kiviselt egy terhességet. A polyhydramnionnal kísért terhesség 35. hetében megindult szülés miatt az anya betegségére való tekintettel prophylactikus anyai javallat alapján császármetszést végeztünk. A 2550 g súlyú leány újszülött dysmorphiás arcú volt: arccsontja deformált, „halszáj", gótikus szájpad, hypoplasiás száj és garat jellemezték. Végtagjai deformáltak. A klinikai tünetek és anyai anamnesis miatt kezdetben myopathiásnak gondolt újszülöttnek néhány napos korában próbaképpen Tensilont adtunk. A gyógyszerre adott pozitív reakció transitorikus myastheniára utalt, ezért az anya diagnózisának revideálását kezdeményeztük. Az újszülöttet a folyamatos

Mestinon-adás ellenére a korábban kialakult apsirációs pneumónia következtében sajnos elvesztettük.

K. P. I. ezt követően második terhességét (2. eset) 37 éves korában zavartalanul viselte ki. Életkora miatt a terhesség 16. hetében magzatvízsejt-vizsgálat történt, mely szabályos 46, XX karyotypust mutatott. A 39. héten anyai prophylaktikus javallat alapján császármetszést végeztünk, melynek során 2850 g-os leánymagzat született. Az újszülött enyhe fokú nyelési és légzészavarban szenvedett, ezért a transitorikus myastheniára való tekintettel vércserét végeztünk. Ezt követően 4 napig még maszkos O_2-adást igényelt és 6 hétig Mestinon-kezelésben részesítettük. A gyermek testi és szellemi fejlődése azóta is zavartalan, jelenleg 5 éves.

4. és 5. beteg: M. J. B. J. két terhességéből született 3 újszülött (a második terhesség ikerterhesség volt) az átmeneti myasthenia klasszikus jeleit mutatta, és ezért mindhárom esetben vércserét végeztünk. Az ikreket 8 napig CPAP-lélegeztetésben részesítettük, majd mindhárman hetekig Mestinon-gyógyszerelést kaptak.

Átmeneti myasthenia miatt még egy esetben volt szükség intenzív kezelésre (14. eset).

A Semmelweis Orvostudományi Egyetem I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának Perinatalis Intenzív Centrumában 1984 és 1993 között 5 újszülöttet kezeltünk átmeneti myasthenia miatt (18—22. eset). Az újszülöttek szülei korábban genetikai tanácsadáson nem jártak, ezért nem lehet tudni, hogy ez az 5 eset hány myastheniás mater terhességéből került ki, sőt 3 esetben az újszülött antimyastheniás gyógyszereléssel rendeződő légzészavara hívta fel a figyelmet az anya klinikailag enyhe fokú myasthenia gravis betegségére.

A debreceni és budapesti centrumokban kezelt 5—5 transitorikus eset kapcsán szerzett tapasztalatainkat a Megbeszélésben összehasonlítjuk az irodalmi adatokkal.

Megbeszélés

A myasthenia gravis klinikai lefolyása a terhesség során előre meg nem jósolható. Számos tanulmány szerint kb. a betegek $^1/_3$-a javul, $^1/_3$-a romlik és $^1/_3$-ának állapota nem változik. Azt is megfigyelték, hogy egy adott terhesség során tapasztalt klinikai lefolyás alapján nem lehet következtetni a további terhességek sorsára. Exacerbáció a három trimeszter során bármikor jelentkezhet. Első trimeszterbeli exacerbáció miatt végzett terhességmegszakítás nem javítja a beteg állapotát (10, 23, 24). Eseteinkben a terhesség folyamán tudomásunk szerint kórházi ellátást igénylő állapotromlás nem következett be.

Tekintve, hogy az uterus izomzata simaizmokból áll, azok kontrakciójában az acetilkolin receptoroknak nincs szerepük. Mivel a kitolási szak végén az akaratlagos izmok gyengesége a szülést befolyásolhatja, néhány szerző fogóműtétet ajánl az anya kimerülésének elkerülése céljából (10). Beteganyagunkban a szülések döntő része per vias naturales történt, a császármetszések sem vitalis, hanem prophylaktikus javallat alapján történtek.

Szülészeti szempontból fontos tudni, hogy a készítmények széles skálája, többek között béta-adrenerg agonisták, narkotikumok, trankvillánsok, magnéziumsók és antibiotikumok (pl. a gentamycin) fokozhatják az izomgyengeséget. Ezek használatát a koraszülés vezetésében, a hypertonia gyógyításában, intrapartum fájdalom és peripartalis infekció kezelésében kerülni kell (2, 8, 20, 24, 27).

A regionális anesztézia biztonságos módszer az analgesia biztosítására a szülés alatt. Intrapartum pethidine chlorid (Dolargan) és benzodiazepinek csökkentett dózisban használhatók. A myasthenia gravis bulbaris formájában vagy a légzési izmok gyengesége esetén általános anaesztéziát ajánlanak endotracheális intubációval és császármetszéssel. Az *amid típusú lokál anesztetikumokat* a myastheniás beteg normálisan metabolizálja. Ezzel ellentétben az *észter* típusúak szintjét a plasma kolinészteráz csökkenti, ezeknek az aktivitása pedig myastheniás betegekben csökkent lehet (8, 10).

Anyagunkban *gyermekágyi exacerbáció nem volt.* Más hasonló tanulmányok is ezt támasztják alá, hangsúlyozva, hogy a gyermekágyban javulás is bekövetkezhet (8, 10). Ezzel ellentétben *Plauche* (28) irodalmi áttekintésében 217 myastheniás asszony 314 terhességében 30%-os puerperális exacerbációról számol be. Fontos tudni, hogy *egyetlen beteg esetében sem lehet megjósolni* az exacerbáció lehetőségét és súlyosságát.

Az irodalmi adatok alapján a *thymectomia* a myasthenia gravis elfogadott terápiája, bár hatására a betegek felében gyakran csak évekkel a műtét után következik be javulás (32, 34). Nincs objektív kritérium azon betegek kiválasztására, akik várhatóan majd reagálni fognak a műtétre. Mindenesetre terhes myastheniás asszonyok között az exacerbáció gyakoribb a nem thymectomizált betegekben, de az újszülöttek érintettségét a thymectomia nem befolyásolja. Terhesség alatt thymectomiát nem végeznek (7, 8, 29).

A myasthenia gravisos anyák 10—20%-ában írják le az újszülött érintettségét. Az újszülöttek általában jó Apgar-értékkel születnek és a tünetek a születés után 24 órán belül jelentkezhetnek. Jellemzői: szopási készség hiánya, nyelési nehézség, gyenge sírási hang, általános izomgyengeség és hypotonia, légzési distress.

Ezek hátterében az acetilkolin receptor ellenes antitestek passzív placentáris átjutása áll. Myastheniát lehet előidézni patkányban tisztított receptorral való immunizációval, és passzíve át lehet adni egészséges állatokba érintett donorból származó immunglobulinnal (17, 18, 19). Acetilkolin receptor antitest myastheniás anyából és érintett újszülöttjéből egyaránt izolálható (14, 22). Fölmerül a kérdés, hogy egyes újszülöttek miért tünetmentesek az anyai ellenanyagok átjutása ellenére. A válasz ma sem egyértelmű, hiszen az átmeneti myasthenia megjelenése és súlyossága, valamint az ellenanyag titer közötti összefüggés nem következetes (1, 12, 16, 25).

Mindenesetre megállapítható, hogy nem kizárólag az anyából az újszülöttbe átkerült receptor-ellenes antitest mennyisége befolyásolja az újszülött myasthenia kialakulását.

Az egészséges újszülöttben gyorsan eltűnik az ellenanyag, míg a betegben sokáig cirkulál. A hosszú felezési idő arra utal, hogy átmenetileg a gyermek is szintetizálhat IgG-t (16). Az antitestképzés oka lehet egy anyából való sejtklón átjutása, passzíve átjutott anyai ellenanyagok kötődhetnek a gyermek végkészülékeihez, azokat károsítják és ez indítja be az esetenkénti antitestképzést (16).

Morel és mtsai (21) kimutatták, hogy az újszülöttkori myasthenia megjelenésétől függetlenül az újszülöttekben keringő ellenanyag-mennyiség az anyai ellenanyagszinthez igazodik. Azt is igazolták, hogy az anya ellenanyagszintje és klinikai statusa között sincs feltétlen korreláció. Ezek ellenére a terhesség utolsó harmadában, illetve a megszületés után a köldökvérből javasolják az ellenanyag-meghatározást, mely nagy valószínűséggel jelezheti az újszülött várható betegségét és segít a klinikailag hasonló, de antitest-emelkedéssel nem társuló betegségektől való elkülönítésben.

Donaldson és mtsai (4) tanulmánya szerint az anya extrém magas antitest titere a terhesség utolsó harmadában általában előre jelzi az újszülött várható érintettségét. Az antitest titer csökkenése korrelál az újszülött izomerejének javulásával.

Anyagunkban egyetlen esetben sem történt acetilkolin receptor ellenanyag meghatározás, ezért az anyai és újszülött ellenanyag titer, illetve az anya és az újszülött betegségének klinikai megjelenése közötti összefüggést nem állt módunkban tanulmányozni. Ugyannakkor *Morel és mtsai*-hoz (21) hasonlóan megfigyeltük, hogy amennyiben a myastheniás anya terhességéből myastheniában szenvedő újszülött születik, úgy a következő terhességből született magzat is érintett lesz (1. és 2., ill. 4. és 5. eset). Az anya tehát hajlamos ismételten megbetegíteni újszülöttjét, melynek okát nem tudjuk, bár elképzelhető, hogy bizonyos ma még nem ismert genotypusok jelentenének hajlamot az átmeneti betegség kialakulására.

Egyes magas ellenanyag-titerrel bíró anyák újszülöttjeiben a myastheniás tünetek hiánya még ma is rejtélyes, feltételezik blokkoló ellenanyagok jelenlétét is (21). Elképzelhető, hogy a potenciálisan patogén ellenanyagok működését egyéni faktorok is szabályozzák. Ennek hátterében felvetették az alfa-fetoprotein protektív szerepét, és szóbajön további, ma még nem ismert, az újszülött belső környezetét befolyásoló tényező szerepe is (21). Az is lehetséges, hogy anyai ellenanyag nem egyformán könnyen jut át minden placentán, továbbá az anyai ellenanyag az antitest típusától függően, vagy az újszülött szöveti antigénjei miatt nem tud kötődni a receptorhoz a gyermekben (16).

Elképzelhetőnek tartják, hogy a magzat ellenanyagokkal szembeni fogékonysága az acetilkolin receptor érés függvénye lenne. Ennek ellentmondani látszik az ún. *magzati myasthenia gravis* kialakulása, melyet elsősorban súlyos anyai betegség esetén lehet megfigyelni. A magzati myasthenia gravis tünetei a méhen belüli csökkent, v. hiányzó nyelés és csökkent magzatmozgás következtében jönnek létre: arc, száj és garat hypoplasia, ízületi kontraktúrák stb. (13, 30, 31). A 11 újszülöttkori myastheniás esetünkből 1 esetben észleltük a magzati myasthenia morphológiai tüneteit (1. eset).

Az újszülött átmeneti myastheniája esetén az esetek döntő többségében az anamnézisben a terhesség harmadik harmadában fellelhető a polyhydramnion. Ebben döntően a magzat csökkent nyelési aktivitása játszik szerepet. Hozzájárulhat ehhez a magzat nyálazása is, amely az anya gyógyszeres kezelése következtében krónikus magzati parasympatikus túlstimuláció eredményeként jöhet létre. Anyagunkban a nyomon követett esetek közül ötben jelentkezett polyhydramnion. Mind az öt esetben az újszülöttek is betegnek bizonyultak. Eseteink alátámasztják azt a megfigyelést, miszerint a polyhydramnion megjelenése jelentős prediktív faktor (21).

Az antitestek plasmapheresissel történő kivonása a myasthenia gravis akut exacerbációjának kezelésében régóta ismert (3, 11). Ennek alapján az antitestek kivonása nyilvánvalóan jó hatású kell hogy legyen a passzívan szerzett neonatalis myastheniában is. Az újszülöttkori myasthenia kezelésében ezért a cseretranszfúzió polgárjogot nyert (5, 26). Mivel a cseretranszfúziót követő átmeneti javulás után a szövetekből történő antitest-beáramlás következtében ismét csökkenhet az izomerő, súlyos esetekben az antitest-titer további csökkentése céljából ismételt cseretranszfúzióra is szükség lehet (4, 6, 26). Kedvező tapasztalatokat szereztünk mi is ezen terápiával. Alkalmazása jelentős klinikai javuláshoz vezetett öt középsúlyos esetünkben (2, 4., 5A., 5B és 14. eset).

A debreceni és a budapesti 5—5 eredményesen kezelt eset összehasonlításából kitűnik, hogy a gyógykezelésben kizárólag abban volt különbség, hogy Debrecenben minden esetben cseretranszfúziót is alkalmaztunk. Mind a 10 gyermek meggyógyult, a később részletezendő gyógyszeres kezelésre mindannyiuknak szükségük volt, a különbség a két csoport között csupán az volt, hogy cseretranszfúzió esetén mechanikus lélegeztetésre nem volt szükség. Jóllehet anyagunk nem prospektív randomizált tanulmány, a két anyag összehasonlítása alapján mégis elmondhatjuk, hogy a cseretranszfúzió az anyai ellenanyagok eliminálásával előnyösen befolyásolja a gyógyulást.

Az anya betegségének ismerete nélkül néhány klinikai tünet felhívja a figyelmet az újszülött myasteniájára. Ezek közül kiemelendő, hogy súlyos ventilatiós zavar áll fenn, az oxigenizáció azonban kifogástalan. Ennek felismerésére a respirációs kezelés „leszoktatási időszakában" kerül sor, amikor a légzésszám csökkentését ismételten kifejezett CO_2-retenció kíséri, anélkül, hogy az újszülöttnek oxigénigénye lenne. Mestinon adása után ezen betegek 30 perc múlva a lélegeztetőgépről levehetők. A klinikai összesítést tartalmazó táblázatban myasthenia lehetősége az 1. esetben az 5. életnapon, míg a 20. számú eset kezelése kapcsán csupán a 18. életnapon merült fel. Ez utóbbi megelőzően 10 napig gépi lélegeztetést igényelt CO_2-retenció miatt. Az anyák megbetegedését a későbbi ideggyógyászati vizsgálat igazolta.

A neonatalis myasthenia kezelésében alapvető az antikolinészteráz medikáció. Parenteralisan Stigmosant, majd orálisan Mestinont alkalmaztunk (4—10 hétig). A muscarin mellékhatás (nyálazás) kivédésére 4 esetben volt szükség atropin adására.

Eseteinkben a kezelést parenteralis, ill. tartós szondatáplálás egészítette ki. Mivel az anyai antitestek az anyatejjel is átkerülhetnek az újszülöttbe és fokozhatják az újszülött myastheniás tüneteinek kialakulását, továbbá az antikolinészteráz kezelésben részesült anyák szoptatott újszülöttjeiben muscarintünetek jelentkezhetnek, logikusnak látszik a szoptatást elkerülni (20). Saját eseteinkben ezt az elvet követtük.

Mindezek alapján az alábbi megállapításokat tehetjük:

1. A myasthenia gravisban szenvedő beteget terhessége alatt rendszeres neurológiai és szülészeti gondozásban kell részesíteni és biztosítani kell, hogy perinatális intenzív osztállyal rendelkező osztályon szüljön.

2. Nagy valószínűséggel lehet neonatalis myastheniára számítani, ha a terhes előző terhességéből is érintett gyermek született.

3. Myastheniás anya terhességében jelentkező polyhydramnion a magzat intrauterin érintettségére utal, és nagy valószínűséggel lehet ilyen esetekben neonatalis myasthenia kialakulására számítani.

4. A neonatalis myasthenia tüneteinek jelentkezésekor előnyösnek látszik cseretranszfúzió alkalmazása.

5. Az érintett újszülöttek tüneti kezelése mellett hetekig tartó (2—10 hét) antikolinészteráz (Mestinon) gyógyszeres kezelésre van szükség.

6. Elhúzódó, egyéb okkal nem magyarázható légzészavar esetén gondolni kell transitorikus myasthenia gravis lehetőségére is.

IRODALOM: 1. *Bartoccioni, E., Evoli, A., Casali, C. és mtsai:* Neonatal myasthenia gravis: Clinical and immunological study of seven mothers and their newborn infants. J. Neuroimmunol., 1986, *12*, 155—161. — 2. *Coaldrake, L. A., Livingstone, P.:* Myasthenia gravis in pregnancy. Anaesth. Intensive Care, 1983, *11*, 254—257. — 3. *Dau, P. C.:* Plasmapheresis therapy in myasthenia gravis. Muscle Nerve, 1980, *3*, 468—469. — 4. *Donaldson, J. O., Penn, A. S., Lisak, R. P. és mtsai:* Antiacetylcholine receptor antibody in neonatal myasthenia gravis. Am. J. Dis. Child., 1981, *135*, 222—226. — 5. *Donat, J. F. G., Donat, J. R., Lennon, V. A.:* Exchange transfusion in neonatal myasthenia gravis. Neurology, 1981, *31*, 911—912. — 6. *Dunn, J. M.:* Neonatal myasthenia. Am. J. Obstet. Gynecol., 1976, *125*, 265—266. — 7. *Eden, R. D., Gall, S. A.:* Myasthenia gravis and pregnancy: A reappraisal of thymectomy. Obstet. Gynecol., 1983, *62*, 329—333. — 8. *Fennell, D. F., Ringel, S. P.:* Myasthenia gravis and pregnancy. Obstet. Gynecol. Surv., 1987, *41*, 414—419. — 9. *Flacke, W.:* Treatment of myasthenia gravis. N. Engl. J. Med., 1973, *288*, 27—31. — 10. *Giwa-Osagie, O. F., Newton, J. R., Larcher, V.:* Obstetric performance of patients with myasthenia gravis. Int. J. Gynecol. Obstet., 1981, *19*, 267—270. — 11. *Gracey, D. R., Howard, F. M., Divertie, M. B.:* Plasmapheresis in the treatment of ventilator-dependent myasthenia gravis patients. Report of 4 cases. Chest., 1984, *85*, 739—743. — 12. *Gutmann, L., Seybold, M. E.:* Acetylcholine receptor antibodies in absence of neonatal myasthenia gravis. Arch. Neurol., 1980, *37*, 738—738. — 13. *Holmes, L. B., Driscoll, S. G, Bradley, W. G.:* Contractures in a newborn infant of a mother with myasthenia gravis. J. Pediatr., 1980, *96*, 1067—1069. — 14. *Keasey, J., Lindstrom, J., Cokely, H. és mtsa:* Antiacetylcholine receptor antibodies in neonatal myasthenia. N. Engl. J. Med., 1977, *296*, 55—56. — 15. *Kurtzke, J. F.:* Epidemiology of myasthenia gravis. Adv. Neurol., 1978, *19*, 545—566. — 16. *Lefvert, A. K., Osterman, P. O.:* Newborn infants to myasthenic mothers. A clinical study and an investigation of acetylcholine receptor antibodies in 17 children. Neurology, 1983, *33*, 133—138. — 17. *Lennon, V. A., Lindstrom, J. M., Seybold, M. E.:* Experimental autoimmune myasthenia gravis: a model of myasthenia gravis in rats and guinea pigs. J. Exp. Med., 1975, *141*, 1365—1367. — 18. *Lindstrom, J. M., Engil, A. G., Seybold, M. E.:* Pathological mechanism in experimental autoimmune myasthenia gravis: II. Passive transfer of experimental autoimmune myasthenia gravis in rats with antiacetylcholine receptor antibodies. J. Exp. Med., 1976, *144*, 739—741. — 19. *Lindstrom, J. M., Seybold, M. E., Lennon, V. A. és mtsai:* Antibody to acetylcholine receptor in myasthenia gravis. Neurology (Minneap), 1976, *26*, 1054—1059. — 20. *Mitchell, P. J., Bebbington, M.:* Myasthenia gravis in pregnancy. Obstet. Gynec., 1992, *80*, 178—181. — 21. *Morel, E., Eymard, B., Garabedian, B. V. és mtsai:* Neonatal myasthenia gravis: A new clinical and immunological appraisal on 30 cases. Neurology, 1988, *38*, 138—142. — 22. *Nakao, K., Nishitani, H., Suzuki, M. és mtsai:* Antiacetylcholine receptor IgG in neonatal myasthenia gravis. N. Engl. J. Med., 1977, *297*, 167—170. — 23. *Namba, T., Brown, S. B., Grob, D.:* Neonatal myasthenia gravis: Report of two cases and review of the literature. Pediatrics, 1970, *45*, 488—502. — 24. *Noronha, A.:* Neurologic disorders during pregnancy and the puerperium. Clin. Perinatol., 1985, *12*, 695—713. — 25. *Ohta, M., Matsubara, M. S., Hayashi, K. és mtsai:* Acetylcholine receptor antibodies in infants of mothers with myasthenia gravis. Neurology, 1981, *31*, 1019—1022. — 26. *Pasternak, J. F., Hageman, J., Adams, M. A. és mtsai:* Exchange transfusion in neonatal myasthenia. J. Pediatr., 1981, *99*, 644—646. — 27. *Pather, R., Rajput, M. C.:* Myasthenia gravis and pregnancy. S. Afr. Med. J., 1988, *74*, 127—128. — 28. *Plauché, W. C.:* Myasthenia gravis. Clin. Obstet. Gynecol., 1983, *26*, 592—602. — 29. *Rowland, L. T.:* Controversies about the treatment of myasthenia gravis. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 1980, *43*, 644—655. — 30. *Shepard, M. K.:* Arthrogryposis multiplex congenita in sibs. Birth Defects, 1971, *7*, 127—127. — 31. *Smit, L. M. E., Barth, P. G.:* Arthrogryposis multiplex congenita due to congenital myasthenia gravis. Dev. Med. Child. Neurol., 1980, *22*, 371—373. — 32. *Szobor, A.:* Crises in myasthenia gravis. Akadémiai Kiadó, Budapest, Hafner, New York, 1970. — 33. *Szobor, A.:* Myasthenia gravis. Betegségtársulások irodalmi adatok és 1000 beteg észlelése alapján. Ideggyógy. Szemle, 1987, *40*, 481—499. — 34. *Szobor, A.:* Myasthenia gravis. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1990.

(Váradi Valéria dr., *Budapest*, Pf. 41. 1300)

FOLYTATÓDIK A SPRINGER HUNGARICA KIADÓ NÉPSZERŰ HÁZIORVOS SOROZATA:

A háziorvosi körpecséttel ellátott rendelésekre 30% kedvezményt adunk!

..... pld.	Ferencz: Orvosi laboratóriumi vizsgálatok	790,— Ft
..... pld.	Fórizs: Angiológiai Doppler-diagnosztika	980,— Ft
..... pld.	Makó: Nefrológia	980,— Ft
..... pld.	Papp: Gasztroenterológia	1100,— Ft
..... pld.	Szegedi: Gyakorlati immunológia és allergológia	1200,— Ft
..... pld.	Horváth: Bőrgyógyászat	1200,— Ft

A sorozat eddig megjelent kötetei is megrendelhetők:

Springer Hungarica Kiadó, Budapest VII., Wesselényi u. 28.

Megrendelő neve: .....

Címe: .....

A számla címzettje: .....

.....

MEGJELENT

GYÓGYSZEREINK
1994. 6. szám

Rákóczi István dr.: Orális hormonális fogamzásgátlás: 1994
Bártfai György dr.: Ovuláció indukció
Egyed Jenő dr.: A cukorbetegséggel szövődött terhesség: 1994.
Borsos Antal dr.: GnRH analógok szerepe a reprodukcióban
Koncz János dr., Kanyó Katalin: Decapeptyl depottal (Ferring) szerzett tapasztalataink in vitro fertilizációs ciklusokban
Varga Antal dr.: Pecsételő, közti vérzések kivédésének lehetőségei orális kontraceptívumokat szedő nőkön
Varga Antal dr., Intődy Zsolt dr.: Kísérlet a bromokriptin praemenstrualis syndromában való alkalmazására
Póka Róbert dr., Tamási Piroska dr. és Lampé László dr.: Vaginalis candidiasis kezelése Diflucan kapszulával
Garamvölgyi György dr.: A gombás vulvovaginitisek orális és kombinált (orális és lokális) kezelésének összehasonlítása

GYÓGYSZEREINK SUPPLEMENTUM
1994. 2. szám

Nemszteroid gyulladásgátlók
Genti György dr. és Tóth Edit dr.: Tiaprofensav (Surgam) és diklofenák (Voltaren) hatásosságának és toleranciájának összehasonlító vizsgálata degeneratív gerincbetegségben
Don E. McCaskey dr.: a Naproxen molekula 20 éve
Tóth Edit dr., Genti György dr. és Földes Anikó: Piroxikám injekció (Hotemin inj.) hatásosságának vizsgálata rheumatológiai megbetegedésekben
Pálfi István dr., Barta Zsuzsanna dr. és Kozma Zsuzsanna dr.: Hotemin kenőcs terápiás hatása hemipareticus betegek mozgásszervi panaszaira
Csengei Gábor dr. és Kiss Antal Mária dr.: A piroxikám (Hotemin) hatásosságának vizsgálata mozgásszervi betegségekben
Belicza Éva dr.: a Tilcotil és a Hotemin összehasonlító vizsgálatának tapasztalatai az alaplellátásban
Sanford H. Roth dr.: Nabumeton: A felső gastroitnestinalis traktus kevéssé veszélyeztető nemszteroid gyulladáscsökkentő
Kelemen Anna dr.: Parenteralis fájdalomcsillapítás Voltarennel
Keszthelyi Béla dr., Blázek Márta dr. és Gyöngy Anna dr.: Hotemin kenőcs alkalmazásával szerzett tapasztalatok lágyrész rheumatismusban
Bartha Attila dr., Varju Tibor dr. és Encs Erzsébet dr.: Hotemin 10 és 20 mg-os kapszula hatásosságának vizsgálata spondylitis ankylopoeticában
Beró Tamás dr., Jávor Tibor dr., Nagy Lajos dr. és Vincze Áron dr.: Gyomor microvérzés vizsgálata nemszteroid gyulladásgátlók adása után
Blázek Márta dr.: Hotemin injekció és végbélkúp hatásosságának és tolerálhatóságának vizsgálata lágyrész rheuamtismusban

GYÓGYSZER PIAC
1994. 9. szám

Simsa Péterrel, az egészségbiztosítási önkormányzat alelnökével
A gyógyfürdőellátások társadalombiztosítási támogatási rendszeréről
Prof. Dr. Farsang Csabával, a Magyar Hipertónia Társaság elnökével
Antihipertenzív szereink
A magyar gyógyszeripar szerkezetének elemzése, különös tekintettel az OTC termékek piacára
A kelet-európai gyógyszeripar fejlődési lehetőségei
„Kapaszkodik" a nyugat-európai gyógyszeripar
Az új-zélandi egészségügyi rendszer

GYÓGYSZER PIAC
1994. 8. szám

Orbán Istvánnal, a MAGYOSZ elnökével
A menstruációs zavarok és a hirsutismus kezelése és annak költségei
A hormonális fogamzásgátlás költségeiről
A Gyógyszerkérdés, mint az egészségügy állatorvosi lova
A fogamzásgátló készítmények piaca
A gyógyszer-kommunikáció Etikai Kódexe
A számítógép-billentyűzet ártalmai
Gyógyszerpiaci körkép
Céghíradó
Jövőre csökkenő gyógyszerár-támogatás?

MAGYAR UROLÓGIA
1994. 3. szám

Per Áge Hoisaeter: Prostate cancer seen from Scandinaiva
Fehér József Miklós dr., Szokoly Viktor dr., Nagy Attila dr.: Etiológiai tényezők a prosztatarák kialakulásában
Fehér József Miklós dr., Nagy Attila dr., Flaskó Tibor dr.: A prosztatarák epidemiológiája
Kenkichi Koiso, Hideyuki Akaza, and Katsunori Uchida: Prostatic Cancer in Japan
Varga József dr.: A prostata carcinoma diagnózisa
Nagy Attila dr., Fehér József Miklós dr.: Tények és nyitott kérdések a prosztatarák kezelésében
F. Pagano, F. Zattoni: Changed attitude in patient selection for radical prostatectomy
M. Lucan, G. Osian, S. Albu, L. Bugov, H. Boghici, P. Rotaru: Radical retropubic prostatectomy for locally advanced prostatic carcinoma after converting from higher stages with hormonal therapy
Romics Imre dr., Würz Ulrich dr., Bach Dietmar dr.: A prostata specifikus antigén jelentősége a prosztatarákos betegek követésében radikális prostatectomia után
B. Lobel, B. Cippola, J. Labrador: A prostata carcinoma gyógyszeres kezelése
Mohácsi László dr.: Az orchiectomia és az ösztrogén terápia szerepe a prosztatarák kezelésében
Szokoly Viktor dr., Böszörményi-Nagy Géza dr.: Az előrehaladott prosztatarák klinikuma, a kezelés lehetőségei
Nagy Attila dr., Fehér József Miklós dr., Flaskó Tibor dr.: LHRH-analógok antiandrogének és Estracyt alkalmazása az előrehaladott prosztatarák kezelésében
Romics Imre dr.: Hormonrezisztens prostata carcinoma kezelésének lehetőségei

MAGYAR REUMATOLÓGIA
1994. 4. szám

In Memoriam *Dr. Tanay János*
Riskó Tibor dr.: Gondolatok az ortopéd-sebészi feladatokról, a magyarországi reumatológiai betegellátásban
Schmidt Zsuzsa dr., Megyeri Ágnes dr.: Polymyalgia rheumaticától az időskori rheumatoid arthritisig
Varga Boglárka dr., Eiben Annamária dr., Németh Lóránd dr., Puskás Mária dr., Jámbor Gyöngyi dr., Tóth István dr., Slowik Felicia dr., Katona István dr., Berky Mihály dr: Discus hernia tűneteit utánzó lipoma — két eset kapcsán
Börőcz István dr., Balogh Zsolt dr.: Lágyrész műtétek juvenilis chronicus arthritises betegeken
Kelemen Judit dr., Kiss Gabriella dr., Vértes Péter dr., Bély Miklós dr.: Letalis kimenetelű agyi vasculitis juvenilis rheumatoid arthritisben szenvedő betegen
Ormos Gábor dr.: A csigolyaközti kisízületek struktúrájának és funkciójának szerepe lumbalis syndromában
Újfalussy Ilona dr.: A csípő és térdarthrosisról

PRAXIS
1994. 12. szám

Karácsonyelői gondolatok
Praxis '94 Konferencia — Az egészségbiztosítási önkormányzat középtávú stratégiája
Folyóiratokból röviden
Terhesgondozás
A hypertonia betegség diagnosztikája és korszerű kezelése a háziorvos szempontjából
Belszervi daganatokat kísérő bőrtünetek
Quiz
A gyermekkori agy-, és gerincdaganatokról
Immunglobulin-terápia dermatomyositis gyógyítására
Az endotelin és a hypertonia
A hipokoleszterinémia hátteréről
A Quiz helyes válaszai
Iránytű a gyógyszerek dzsungelében
A visszatérő hasi fájdalom ellátása
A fizioterapeuta (gyógytornász) szerepe a home care típusú betegellátásban
A praxist meghatározó tényezők
Contempo '94 — A szenvedélybetegek gyógyítása

A patológus szerepe és lehetőségei a modern klinikai gastroenterologiában*

Bajtai Attila dr.

Uzsoki utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest, Patológiai Osztály (főorvos: Bajtai Attila dr.)

Az emlékelőadás keretében a szerző megemlékezik Hetényi Géza professzorról. Méltatja szintetizáló szerepét, amikor elemzi nézeteit a klinikai és elméleti orvostudományról, az orvosi gyakorlatról, a tanításról. Mindezt a gyakorló patológus szemszögéből teszi, aki mindig a klinikai patológia szempontjait tartotta a legfontosabbnak. Ezután vázolja a patológus szerepét a gastroenterologiai diagnosztikában. A modern száloptikás endoscopia bevezetését megelőzően a patológus legfeljebb a sebészi resecatumok feldolgozása folyamán találkozott a gastroenterologiai betegségek egyes formáival vagy a kórboncolások alkalmával, de akkor már főként azok előrehaladott állapotával. Előrelépést jelentett, amikor kezdték alkalmazni az ún. vak-öblítéses exfoliativ cytologiai vizsgálatokat. Ezek főleg előrehaladt stádiumban lévő daganatok felismerésére voltak alkalmasak, de alkalomszerűen egy-egy korai carcinomát is sikerült ezzel a módszerrel felfedni. Döntő változást jelentett a száloptikus endoscopia bevezetése a klinikai gyakorlatba. Ezzel ui. célzottan lehetett már biopsiás mintát venni, kiegészítve a cytologia ugyancsak modernebb módszerével, az abrasiós mintavétellel. Ez utóbbi specificitása és szenzitivitása eléri vagy meghaladja a 90%-ot. A gyomor betegségei közül napjainkban már a gyomorrák diagnózisán túl a legfontosabb rákelőző állapotokat, köztük az idült gastritist kellő időben lehet diagnosztizálni morphologiai alapokon is. A szerző áttekinti a gastritisek osztályozását, hangsúlyozva saját patogenetikai elképzeléseit. Ezek jól beilleszthetők a napjainkban elfogadott modern, ún. Sydney-klasszifikációba is. Mai felfogásunk szerint a gyomorcarcinoma keletkezése szempontjából a gyomornyálkahártya elváltozásai közül az idült gastritis a legnagyobb jelentőségű. Végül esetismertetéssel demonstrálja a patológus nehézségeit és dilemmáit a morphologiai diagnosztika területén. Hangsúlyozza a kellő óvatosság fontosságát a vitatott esetekben és ezzel összefüggésben az ellenőrző vizsgálatok szerepét a betegkövetésben. Végül ismét visszatér Hetényi Géza gondolataihoz, általános tanulságként bemutatva Hetényinek a jó orvosról vallott nézeteit.

Kulcsszavak: gastroenterologia, képzés, korai gyomorrák

The role and possibilitises of the pathologist in the modern clinical gastroenterology. In the course of memorial lecture the author commemorates Professor Géza Hetényi. His synthetizering role is stressed, analysing the professor's views on the clinical and theoretical medicine, on the medical practice and teaching in the medicine. Author performs it from the points of view of practising pathologist who considered the clinical pathology as the most important. After these introductory thoughts the role of pathologist is outlined in the gastroenterological diagnostics. Before the introduction of modern fiberoptic endoscopy, the pathologist met with some forms of the gastroenterological diseases at most during the processing work of surgically removed specimens or even more in the autopsy room, but in the latter cases only their end stage could be demonstrated. The introduction of so-called blind exfoliative cytology by the gastric lavage was a great leap forward. Advanced gastric carcinoma were detected mostly by this method but some early gastric cancer could be also discovered occasionally. The more and more wide-spread use of modern fiberpotic endoscopy was of decisive importance because by this way the aimed forceps biopsy could be performed completed with a new form of gastric cytology, with abrasive smears. The specificity and sensitivity of the latter method achieves or surpasses the 90%. Nowadays, not only the stomach carcinomas but their possible precancerous conditions and changes as chronic gastritis can be diagnosed on morphological basis. The history of different gastritis classifications is also surveyed emphasised author's own pathogenetic conceptions which can be included well in our now accepted modern Sydney-classification. According to the recent theory, the chronic gastritis has the greatest importance in the development of stomach carcinoma. Finally, the difficulties of pathological diagnosis and the pathologist's dilemmas are presented by demonstration of some cases. The commemoration of Professor Géza Hetényi is closed by the professor's thoughts on the virtues of a good physicians.

Key words: gastroenterology, education, early gastric cancer

Gondolatok Hetényi Géza tanításairól

A Magyar Gastroenterologiai Társaság életében minden évben kiemelkedő esemény a megemlékezés Hetényi Géza professzorról. 1960-ban Magyar Imre tartotta az első emlékelőadást. 1994-ben ennek megkülönböztetett jelentősége volt, mivel ez évben volt Hetényi Géza 100. születésnapja, amit Szegeden, az Orvostudományi Egyetemen is megünnepeltek.

Az *1. táblázat* szemlélteti a Hetényi Géza emlékelőadások eddigi szereplőit. Végigtekintve ezen a névsoron, elvonul előttünk a hazai orvostudomány elmúlt 40 éve. Azóta nemzedékek váltották egymást. Kezdetben még a kortársaktól, munkatársaktól és tanítványoktól a mindennapok közvetlen élményeként hallhattunk Hetényi Gézáról. Ezek emberközelbe hozták személyét. A ma orvosa nehéz hely-

* Elhangzott a Magyar Gastroenterologiai Társaság 36. Nagygyűlésén Balatonaligán 1994. május 27-én a Hetényi Géza emlékelőadás keretében

1. táblázat: A Magyar Gastroenterologiai Táraság a „Hetényi Géza Emlékérem" kitüntetésben részesült tagjai

Dr. Magyar Imre	1960	Dr. Prónay Gábor	1978
Dr. Varró Vince	1961	Dr. Petrányi Gyula	1979
Dr. Fornet Béla	1962	Dr. Hollán Zsuzsa	1980
Dr. Gömöri Pál	1963	Dr. Eckhardt Sándor	1981
Dr. Petri Gábor	1964	Dr. Preisich Péter	1982
Dr. Hámori Arthur	1966	Dr. Mózsik Gyula	1983
Dr. Sós József	1967	Dr. Papp Miklós	1984
Dr. Julesz Miklós	1968	Dr. Gáti Tibor	1985
Dr. Kelemen Endre	1969	Dr. László Barnabás	1986
Dr. Jávor Tibor	1970	Dr. Fehér János	1987
Dr. Ivanics György	1971	Dr. Ihász Mihály	1988
Dr. Csernay László	1972	Dr. Szécsény Andor	1989
Dr. Rák Kálmán	1973	Dr. Lapis Károly	1990
Dr. Wittman István	1974	Dr. Simon László	1991
Dr. Szarvas Ferenc	1975	Dr. Balogh István	1992
1976-ban nem adtuk ki		Dr. Nemesánszky Elemér	1993
Dr. Winter Miklós	1977		

2. táblázat: Hasonlóságok a májcirrhosis és a chronicus glomerulonephritis lefolyásában (Hetényi Géza nyomán)

1. A kezdet mindkettőben — az esetek egy részében — latens lehet.
2. A bevezető acut szak után a betegség tünetei javulnak, az idült forma tünetei esetleg évek múlva jelentkeznek újra.
3. Tökéletlenül gyógyult esetek mindkettőben előfordulnak.
4. A pathologiai jelenségek visszafejlődése csak a korai szakban képzelhető el.
5. Az idült szakasz előrehaladása nem folyamatos, hanem szakaszosan ismétlődve történik.
6. Mindkettőben kétféle decompensatio fordul elő, a parenchymas és a vascularis működés elégtelensége.
7. Mindkettőben kifejlődhet a kivezetőrendszer idült gyulladása (bár napjainkban a „cholangiohepatitis" megkérdőjelezhető).
8. Ha az idült máj- és veseelváltozások már létrejöttek, a kiváltó fertőző ágens megszüntetése már nem képes a parenchyma változásokat visszafordítani.

zetben van, hiszen Hetényi professzor kortársai közül azokkal, akik el tudnák mondani, milyen is volt Ő, már jó néhánnyal nem válthatunk szót. Megmaradtak azonban az írásai, melyekből hű képet alkothatunk róla.

Hetényi Géza a modern hazai gastroenterologia egyik megalapozója volt, azonban a belgyógyászat egészét is átfogó egyénisége abban nyilvánult meg, hogy rámutatott az egymástól látszólag távol álló betegségek közötti összefüggésekre.

A vese, ill. a máj elemi egysége, a nephron, ill. a májlebenyke a nyilvánvaló különbségek mellett felépítésükben tartalmaznak hasonló szerkezeti elemeket. Az egyik, ami megragadott Hetényi Géza szemléletében, ahogy a májcirrhosisról írt német nyelvű munkájában (8), összehasonlította a máj és a vese idült betegségét, a cirrhosist és a chronicus glomerulonephritist. A klinikai hasonlóság csakis a morphologia hasonlóságán alapulhat *(2. táblázat)*. Bár egyes kérdésekben napjainkra változtak is ismereteink, az alapelvek ma is helytállóak.

Egy másik impresszionáló tényező szakmapolitikai jelentőségű.

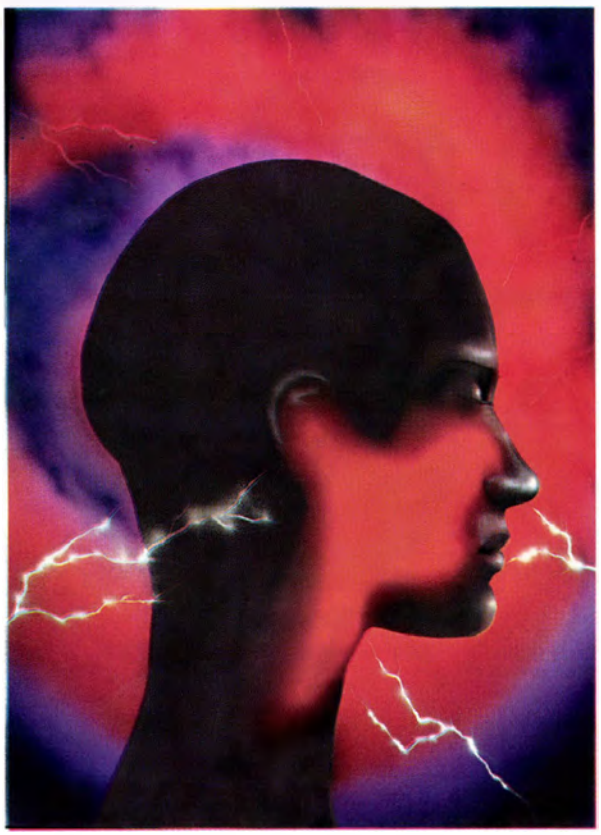
Orvosok nemzedékei forgatták igen nagy haszonnal Issekutz Béla kitűnő gyógyszertan könyvét, a *„Gyógyszertan és gyógyítás"*-t. Különösen népszerű lett, mikor megjelent a II. (12) és a III. kötete, ami tömören összefoglalta a medicina szinte minden ágát — a gyakorlat oldaláról. E kötetek „Használati utasítását"-t (11), ami előszó vagy még inkább ajánlás, Hetényi Géza írta, mely szerint századunkban az orvostudomány az „aranykorát" éli: a korábbi empirikus medicina átadta helyét a tudományos medicinának, „... a technikai és laboratóriumi orvostudomány oly jelentősen haladt, hogy a diagnózis megszerzésének útjai forradalmian megváltoztak... A különböző »graphiák« és »scopiák« egész sora született és listájuk egyre gyarapszik..." Úgy vélem, hogy ezt közel 30 év elteltével sem kell kommentálnunk. Megszívlelendők Hetényi Géza intelmei, amikor a specializálódás kérdéseivel foglalkozik: „a specializálódás nem jelentheti azt, hogy a medicina egyszerűen technológiává süllyedjen, hogy a specialista valamely szerv betegségeit apró részleteiben ismeri, miközben minden egyéb területen járatlan. „Sokan sokat tudnak, de senki sem tud mindent" — tartja a régi latin mondás. Hetényi Géza szerint mégis „... a specialista olyan valaki legyen, aki az orvostudomány minden ágában járatos bizonyos fokig, és egy szakban különösen otthonos!" Ezek a megállapítások különösen érvényesek napjainkban a patológiára is. Manapság a patológusnak számos modern eszköz áll rendelkezésére. Gyönyörűen tudunk egymásra rétegezni az immunhisztokémiában 3—4 „brown staining"-et. Már makroszkópos preparátumot sem kell fényképezni, elkészíti helyettünk a computer a megadott paraméterek alapján pl. egy resecalt vékonybélrészlet színes képét. Eközben azonban klinikopatológiai összefüggések kerülhetik el a patológus figyelmét, hogy pl. miért resecalták azt a vékonybelet, szükség volt-e rá egyáltalán! Majd néhány 100 km-rel távolabb egy másik kórházban ugyanezt a beteget kivizsgálják és kiderül, hogy bélpanaszainak hátterében glutensenzitiv enteropathia áll.

Napjainknak is központi kérdése, hogy tovább haladjunk-e a specializálódás egyre szerteágazóbb útjain, vagy szükség van egy olyan koordináló, nagy területeket átfogó szakemberre, aki képes áttekinteni egy megbetegedés valamennyi vonatkozását. Mindez természetesen nem jelenti azt, hogy a specializálódás alapjaiban helytelen lenne és a fejlődés kerekét vissza kellene forgatnunk. Hetényi 1956-ban írott előszavában (11) állást foglal amellett, hogy szükség van gyakorló orvosokra, akiknek szakmai tudását minél magasabb színvonalra kell emelni. Kimond egy olyan szentenciát, mely az elmúlt évtizedekben többeket irritált, azaz hangsúlyozta, hogy a medicina területén is szükség van egy elit gárda kinevelésére. Ez az elit csakis szellemi elit lehet, akit tudása arányában közösségének, de az egész társadalomnak is kellőképpen meg kell becsülnie, „hiszen a nemzetet naggyá a kiművelt, tudományosan képzett emberfők sokasága teszi" (Széchenyi, 21).

Az elmúlt évtizedekben számos alkalommal hallottuk, transzparensként vagy jelszóként láttuk kiírva, hogy a tudás hatalom. Gyakori emlegetése miatt talán közhelyszerűvé is vált, de nem veszített jelentőségéből. Ez a megállapítás nagyon régi, *Francis Bacon* (1) 16. századi angol filozófustól ered, aki szerint „maga a tudás már hatalom". Ezt a hatalmat azonban nem adták soha és ma sem adják

A GYORS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ

Cataflam®
diclofenac – K



- ADJUVÁNSKÉNT FÁJDALMAS, GYULLADÁSOS FÜL-ORR-GÉGÉSZETI FERTŐZÉSEKBEN (OTITIS, PHARYNGOTONSILLITIS);
- POSTOPERATÍV FÁJDALOMRA ÉS GYULLADÁSRA

Hatóanyag: 50 mg diclofenacum kalicum drazsénként.
Javallatok: adjuvánsként fájdalmas, gyulladásos fül-orr-gégészeti fertőzésekben (otitis, pharyngotonsillitis); postoperatív fájdalom és gyulladás (pl. fogorvosi, ortopéd sebészi beavatkozást követően); fogfájás, fájdalmas posttraumás állapotok; lágyrész reumatizmus; a gerinc fájdalmas szindrómái: fájdalmas és/vagy gyulladásos nőgyógyászati állapotok.

Rövid tartalmú kezelésre!

Ellenjavallatok: Ulcus pepticum. Túlérzékenység a hatóanyaggal, acetilszalicilsavval ill. más prosztaglandin szintézist gátló gyógyszerrel szemben. Gyermekkor. **Adagolás:** Az indikációtól függően 75–150 mg., dysmenorrhoea esetében kivételesen napi 200 mg-ig növelhető. A napi adagot 2-3 részletben kell lehetőleg étkezés előtt, folyadékkal együtt bevenni. A kezelést az első tünetek megjelenésével kell elkezdeni és néhány napig lehet folytatni. **Mellékhatások:** Esetenként gyomor- bélrendszeri zavarok (gyomortáji fájdalom, hányinger, hányás, hasmenés), fejfájás, szédülés, bőrkiütés, májfunkció zavarok. Ritkán peptikus fekély, gastrointestinalis vérzés, hepatitis, túlérzékenységi reakciók. Elvétve érzészavarok, erythema multiforme, purpura, veseműködési zavarok, vérkép rendellenességek. Lásd a teljes alkalmazási előírást! **Figyelmeztetés:** Gyomor-bélrendszeri megbetegedések, máj, szív ill. veseműködési zavarok, terhesség, porphyria. Óvatosan alkalmazható idős betegeknél, ill. olyan betegeknél akiknél – bármely okból – csökkent az extracelluláris térfogat. Diuretikumokkal, antikoagulánsokkal, antidiabetikumokkal, digoxinnal, lítiummal, más nemszteroid gyulladáscsökkentővel, ciklosporinnal, methotrexattal kezelt betegnek. Amennyiben a májfunkció romlik, májkárosodásra utaló klinikai tünetek jelentkeznek vagy egyéb rendellenesség lép fel, a gyógyszer szedését fel kell függeszteni. Lásd még a teljes alkalmazási előírást!

Cataflam®

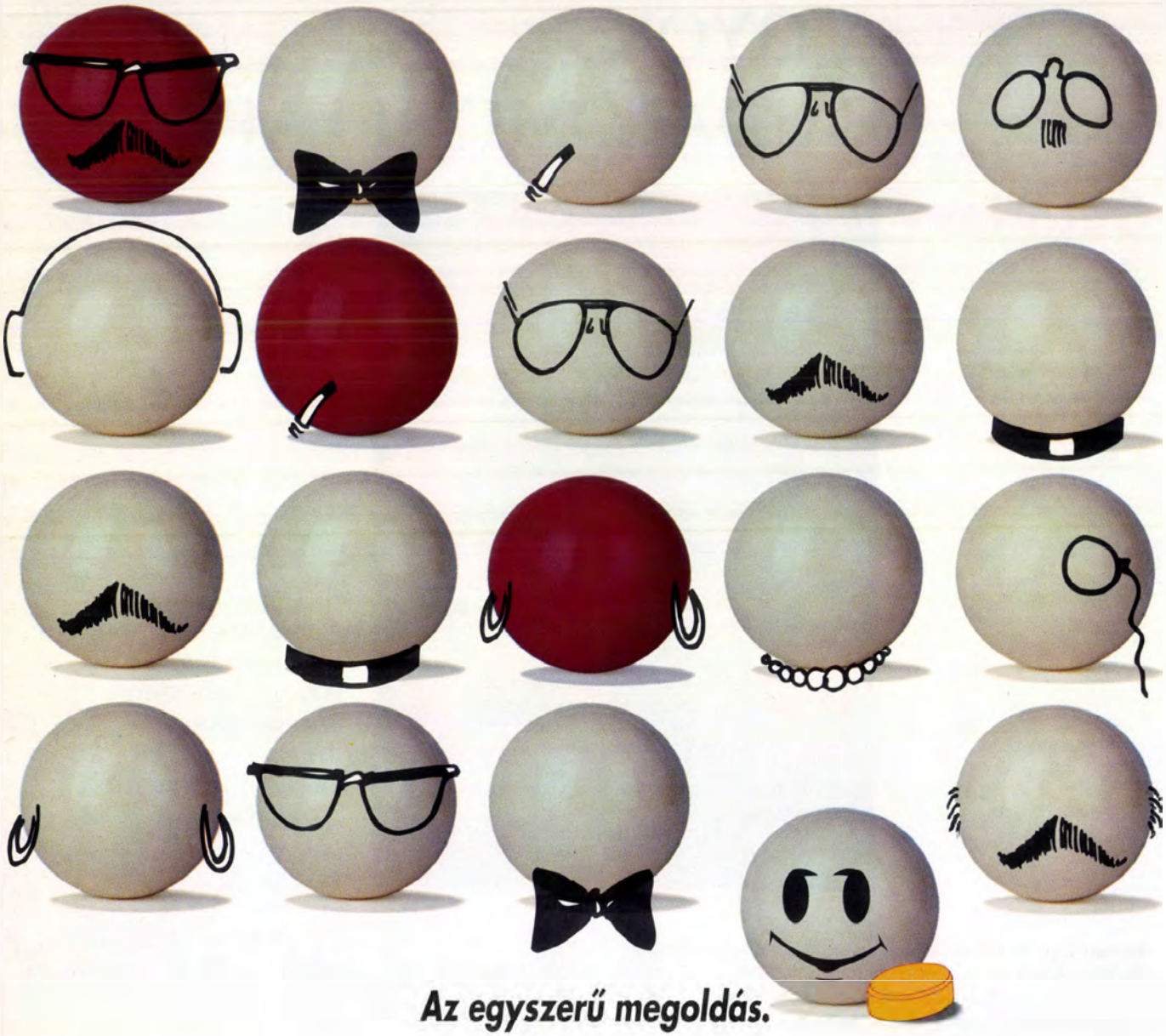
Megjegyzés: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.
Csomagolás: 20 drazsé 50 mg.

A szer felírásával kapcsolatos összes információ kívánságra rendelkezésre áll.

Előállító: Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió.
OGYI eng. száma: 6738/40/91
K-1827
Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.

CAT024/JUL94.

Minden hatodik felnőttnek magas a vérnyomása...



Az egyszerű megoldás.

®LOTENSIN

Benazepril

Korszerű és egyszerűen alkalmazható ACE-gátló

● 1 TABLETTA EGYSZER NAPONTA ● Kevés mellékhatás ● Kiváló tolerálhatóság
● Tartós eredmény a magas vérnyomás kezelésében

Lotensin (benazepril HCl) 5 mg (x28), 10 mg (x28), 20 mg (x14) filmtabletta. *Indikáció:* Magas vérnyomás (minden stádiumban). *Adagolás:* Kezdetben 10 mg naponta egyszer. Elégtelen hatás esetén ez 20 mg-ra növelhető vagy diuretikumokkal egészíthető ki a kezelés. Egyes esetekben a napi egyszeri adagot két egyenlő részre elosztva jobb hatás érhető el. *Ellenjavallat:* Túlérzékenység benazeprilre vagy más ACE-gátlóra, gyermekkor, terhesség szoptatás. *Figyelmeztetés:* Arcödéma jelentkezésekor a kezelést feltétlenül abba kell hagyni. Hosszantartó kezelésnél a vérkép ellenőrzése javasolt. *Fokozott elővigyázatosság:* Vesebetegségek, renális artéria sztenózisa, diabetes mellitus, bizonyos sebészeti anesztéziák, előzetes diuretikus kezelés. Együttes kezelés káliumvisszatartó diuretikumokkal, káliumszubsztitúciós kezelés. Járművezetés. *Mellékhatások:* fejfájás; felső léguti tünetek, köhögés, pharyngitis, rhinitis, bronchitis, sinusitis; kábultság, kimerültség, álmatlanság, idegesség, depresszió, szorongás; gyomor-bél panaszok; mellkasfájdalom, palpitatio, hipotenzió, ájulás; perifériás ödéma, ajakduzzanat; hőhullámok, izzadás, gyengeségérzés, nehézlégzés; hipesztézia, paresztézia, viszketés, tinnitus; arthritis, hátfájás, tarkófájdalom; húgyúti zavarok, impotencia, emelkedett maradéknitrogénszint.

ciba
CIBA Hungária Kft.
Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.
Tel.: 275-0931, Fax: 176-1356

Légúti és húgyúti infekciók kezelésére



- Széles antibakteriális spektrum
- Tartós, egyenletes baktericid koncentráció
- Stabilitás az új ß-laktamázokkal szemben
- Jó tolerálhatóság
- Kényelmes, napi kétszeri adagolás
- Gyermekeknek szirup formában is

cefetamet pivoxil

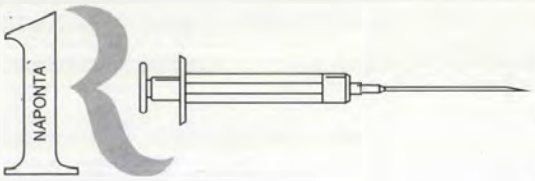
Globocef®

Összetétel: *Cefetamet pivoxil. Orális cefalosporin.* **Indikációk:** érzékeny mikroorganizmusok által okozott fertőzések kezelésére. **Felső légúti fertőzések:** otitis media, sinusitis, pharyngotonsillitis. **Alsó légúti fertőzések:** krónikus bronchitis akut exacerbációja, tracheobronchitis, pneumonia. **Húgyúti fertőzések:** egyszerű és szövődményes húgyúti fertőzések (primer akut pyelonephritis is). Férfiak akut gonococcusos urethritise. **Adagolás:** felnőttek és 12 éven felüli gyermekek: 500 mg naponta 2x. Gyermekek 12 év alatt: 10 mg/kg naponta 2x. Szövődményes húgyúti fertőzésekben a teljes napi adag egyszerre adható be az esti étkezés alkalmával. Férfiak gonococcusos urethritisében és nők egyszerű cystitisében egyetlen 1500–2000 mg-os dózis étkezés alkalmával (cystitis esetében lehetőleg este) elegendő a kórokozó eradikálására. További információkat az alkalmazási előirat tartalmaz. **Ellenjavallat:** ismert cefalosporin túlérzékenység. **Figyelmeztetés:** penicillin-érzékeny betegeken allergiás keresztreakció léphet fel. Súlyos hasmenés, colitis és ritkán pseudomembrános colitis is előfordulhat. Terhesség esetén adása nem javasolt. **Csomagolás:** 250 mg tabletta 8x és 14x, valamint 500 mg tabletta 8x és 14x. Szirup: 250 mg/5 ml, 100 ml elkészítés után.

További információkkal rendelkezésére áll:
F. Hoffmann-La Roche Ltd. 1088 Budapest, Rákóczi út 1–3. Tel.: 266-2180

Roche

Elfújja



ből a pneumóniát



Rocephin®

ceftriaxone

0,25g IV. IM. 0,5g IV. IM. 1g IV. IM.

Az IM. kiszerelés TB támogatásban részesül.

Összetétel: ceftriaxon. **Indikációk:** sepsis, meningitis, hasi fertőzések, csontizületi-kötőszöveti, bőr- és sebfertőzések, csökkent védekezőképességű betegek fertőzései, vese- és húgyúti, légúti fertőzések különösen pneumonia és fül-orr-torok fertőzések, genitáliás fertőzések a gonorrheát is beleértve. Perioperatív fertőzések profilaxisa. **Adagolás:** felnőtteknek 1-2 g naponta egyszer (24 óránként). **Ellenjavallatok:** ismert túlérzékenység cephalosporinokkal szemben. **Figyelmeztetés:** terhesség esetén (különösen az első trimeszterben) csak abban az esetben javasolt, ha más kezelés nem áll rendelkezésre. Penicillin túlérzékenység esetén (keresztallergia lehetősége miatt). Túlérzékenység ß -laktám antibiotikumokkal szemben. Anaphylaxiás shock előfordulhat. **Mellékhatások:** Gyomor-bél panaszok, hematológiai változások, bőr reakciók. **Csomagolás:** im. injekció: 0,25 g , 0,5 g illetve 1 g ceftriaxon tartalmú porampulla 2 ml illetve 3,5 ml 1 % lidocain oldószer; iv. injekció: 0,25 g , 0,5 g illetve 1 g ceftriaxon tartalmú porampulla 5 ml illetve 10 ml desztillált víz; iv. infúzióhoz: 2 g ceftriaxont tartalmazó porampulla.

További információval rendelkezésére áll:
F. Hoffmann-La Roche Ltd. Kereskedelmi Képviselet,
1088 Budapest, Rákóczi út 1-3. Telefon: 266-2180

EGIS

Forgalomba hozza: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
a F. Hoffmann-La Roche Ltd., Basel licence alapján.

ingyen, szívós, kitartó munka eredménye a tudás. *Cato* (5) római filozófus szerint is „a tanulás gyökerei keserűek, gyümölcsei azonban édesek".

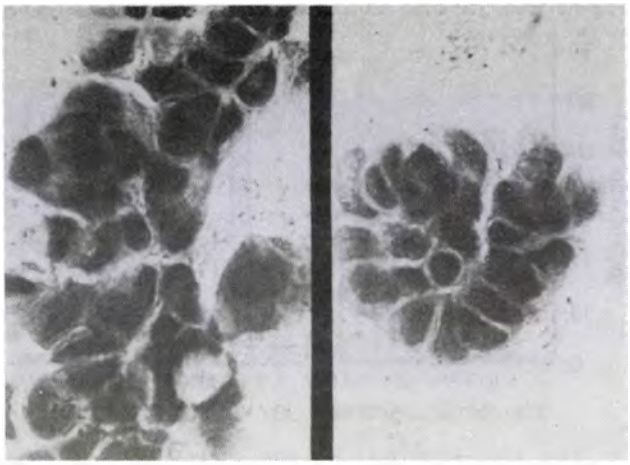
Hetényi Géza továbbá kiemeli (11), hogy a... kritikai gondolkodás és ítélőképesség az, amire az orvosnak legnagyobb szüksége van. Ez képesítheti őt egyedül arra, hogy új eszméket értékelhessen, kiválaszthassa belőlük azokat, amik érdemesek, hogy beépítse őket meglévő tudásába... Az igazi nevelés célja: ezeknek a képességeknek a „kidolgozás"-a és megszerettetése. Intelligens kritikára való képesség jobb előkészítés az életre, mint a tények tömege vagy ki nem forrott vélemények közlése a hallgatóval. (Érdemes emlékeztetni, hogy fél évszázaddal korábban a hazai orvostudomány másik kiválósága, *Krompecher Ödön* (13) hasonlóképpen vélekedett). „Ahogy tanítunk, éppoly fontos, ha nem fontosabb annál, amit tanítunk".

Végül meg kell említeni Hetényi Gézának a klinikai orvostudomány jelentőségéről írott véleményét. „... a klinikus (sokszor) maga sem becsüli eléggé a klinikai orvostudomány jelentőségét, hatalmas teljesítményeit, és máskor pedig túl könnyen — sokszor kritikátlanul — fogadja és alkalmazza azokat az eredményeket, amelyeket a kísérleti laboratórium ad neki." Ennek a veszélynek a patológus is ki van téve. Közismert, hogy világszerte erősen vitatják a kórboncolásnak, mint a modern medicina kutatási és ellenőrzési eszközének a fontosságát és jelentőségét. A modern vizsgáló eljárások birtokában igen sokan, orvosok is, megkérdőjelezik, hogy egyáltalán szükség van-e a jövőben kórboncolásra. Anélkül, hogy a pro- és kontra érvekbe belekeverednék, állítom, hogy ez a modern eljárásokon túl is nagy jelentőséggel bír és a végső ellenőrzés eszköze. Napjainkban is igaz az a latin mondás: „Hic mortui docent vivos."

A patológus szerepének alakulása a modern klinikai gastroenterologiában

Az elmúlt 30—40 évben olyan vizsgáló eljárások és módszerek terjedtek el a gastroenterologiában, melyek alapjaiban változtatták meg a patológus korábbi szerepét, munkáját a komplex diagnosztika nélkülözhetetlen elemévé tették. A modern száloptikás endoscopia, a célzott biopsiás mintavétellel új lehetőséget nyitott meg egyes megbetegedések korai felismerésében, kezelésében és a betegek nyomon követésében. Az endoscopos vizsgálatok bevezetése előtt a patológus egyes betegségekkel szinte kizárólag a boncteremben találkozott, mint a nyelőcső előrehaladt daganatai, az áttétképző gyomorrákok vagy a szövődményt okozó gyomor- és nyombélfekélyek. Endoscopos biopsia segítségével a nyelőcső carcinomáit korai stádiumban esetleg in-situ-rák formájában ismerjük fel. Ugyanez vonatkozik a gyomor rákjaira is. Túllépve a daganatok felismerésén, egyre nagyobb szerep jut ma a patológusnak a nem daganatos tápcsatornai betegségek kórismézésében, a betegség lefolyásának nyomon követésében és a gyógykezelés eredményességének az ellenőrzésében is.

A patológus már az endoscopos célzott biopsia bevezetése előtt is segítségére volt a klinikusnak egyes tápcsatornai betegségek kórismézésében. Akkortájt az exfoliativ cytologiai vizsgálat jelentősége volt igen nagy. R. O. K. Schade (17) Angliában több száz gyomorcarcinomát ismert fel e módszer segítségével, melyek közül a daganat számos esetben a nyálkahártyára, ill. legfeljebb a submucosára szorítkozott, azaz korai stádiumban volt.



1. ábra: Daganatsejt csoportok exfoliativ gyomorcytologiai kenetben, a gyomor öblítése révén nyert anyagból (HE festés, ×360)

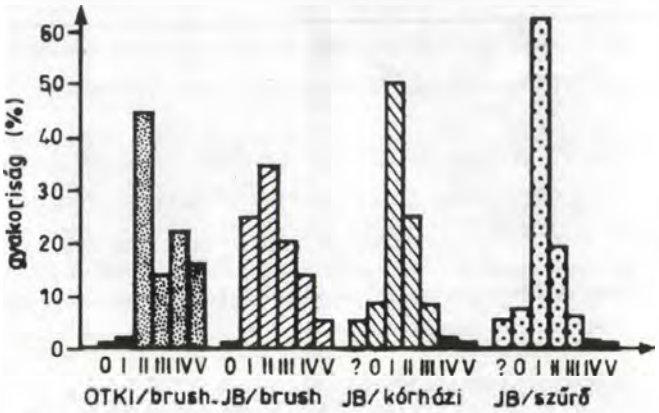
Természetesen a száloptikás endoscopia és a célzott biopsiás mintavétel elterjedésével az exfoliativ cytologia egyre inkább visszaszorult. Mégis figyelemre méltó, hogy Kínában, Linxian megyében, ahol nagyon magas volt a nyelőcsőrák okozta daganatos halálozás, 1974—1983 között ezzel a hagyományos eljárással szűrővizsgálatokat végeztek és több száz korai nyelőcső-carcinomát fedeztek fel (16).

Magam a gastroenterologiával 1966-ban kerültem kapcsolatba, amikor *Figus Albert*, a jászberényi Városi Kórházban hagyományos röntgenvizsgálatokkal és félmerev *Schindler*-eszközzel végzett gastroscopiával próbálta felismerni minél korábbi stádiumban a gyomorrákot. Ezt kiegészítette a gyomor öblítése útján végzett exfoliativ cytologiai módszerrel.

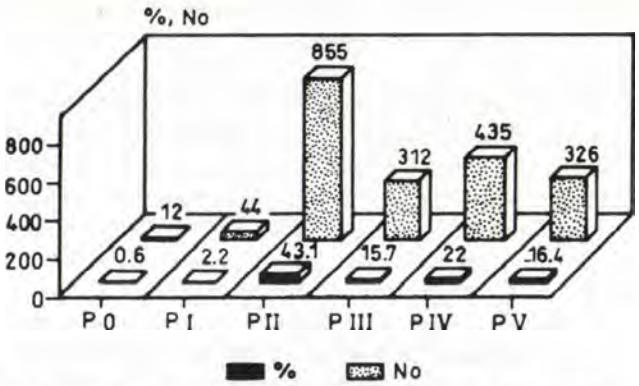
Együttműködésünk első 3 évében nem volt lehetőség még célzott mintavételre a tápcsatornából. Több esetben azonban a cytologiai vizsgálat fedezte fel a carcinomát *(1. ábra)*. Az ebben az időszakban felderített egyik gyomorcarcinomás betegünk több mint 25 év elteltével jelentkezett ismét ellenőrző vizsgálaton, és ekkor tünet- és daganatmentes volt.

A *2. ábra* összefoglalva mutatja annak a több mint 13 000 gastrocytologiai vizsgálatnak a *Papanicolaou*-osztályozás szerinti eloszlását, amit 1966—1983 között értékeltem. A célzott, abrasiós kefével történt mintavételek esetében — a jobb kenetvételi technikának köszönhetően — magasabb volt a daganatra gyanús, ill. pozitív esetek száma. Az OTKI-ban végzett több mint 1200 célzott gastrocytologiai vizsgálat esetében *(3. ábra)* a legmagasabb volt — a gastritises és ulcusos beteganyagnak köszönhetően — a PAP II., azaz a gyulladásos fokozatnak megfelelő lelet. Ugyanezen vizsgálatok specificitása és szenzitivitása magas, 90%, vagy azt meghaladó volt. Mindezek alapján a módszer tehát feltétlenül ajánlható a célzott biopsia kiegészítésére.

1963—93 között közel 60 000 tápcsatornai biopsiás mintát vizsgáltam. Ezen belül a felső, ill. az alsó gastroin-



2. ábra: A gastrocytologiai anyag eloszlása a PAP osztályozás szerint



3. ábra: Az abrasiós gyomorcytologiai esetek megoszlása a PAP osztályozás szerint. Specificitás: 90%; sensitivitás: 92%

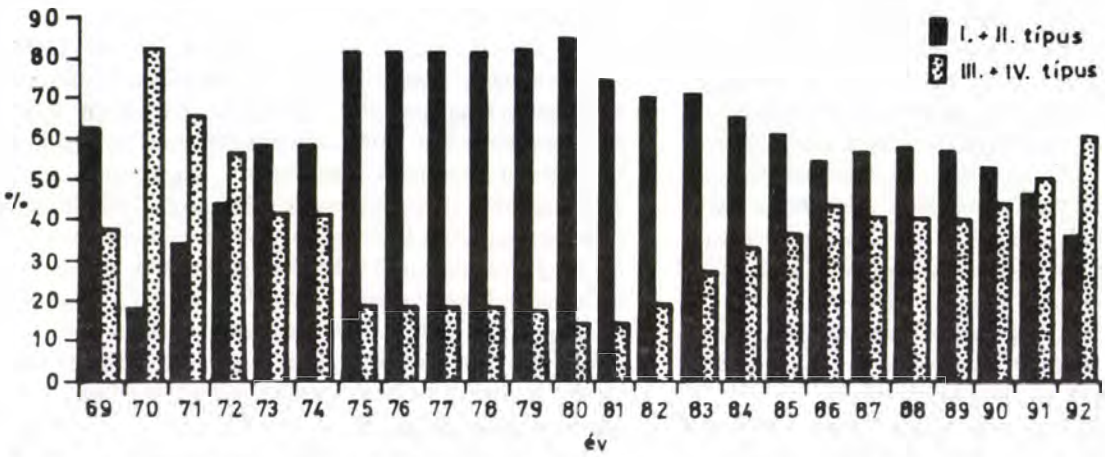
testinalis anyagok aránya 5 : 1 volt. Ugyanezen idő alatt 1700-at meghaladó gyomorresecatumot, több száz nyelőcső-, ill. vastagbél-resecatumot vizsgálhattam *(3. táblázat)*.

3. táblázat: Gastrointestinalis patológiai tevékenység (1966—1993)

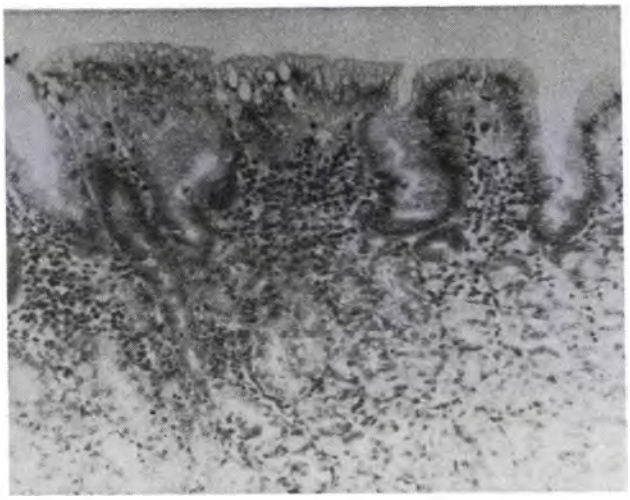
	Esetszám
Összes tápcsatornai biopsia (1966—1992: 55 993)	59 897
Ebből:	
Felső gastrointestinalis anyag:	43 013
Colorectalis biopsia:	9 101
Resecatumok:	
nyelőcső	223
gyomor	1 741
colorectum	547

Mikor hazánkban elkezdődtek az endoscopos biopsiás mintavételek, az elsődleges cél az volt, hogy — elsősorban — a gyomorrákot minél korabbi stádiumban ismerjük fel. A figyelem ezután a korai gyomorrákra, majd egyre inkább a rákelőző állapotok felé fordult. Éveken keresztül ennek több lehetséges formáját tartottuk számon: 1. ulcus, 2. polyp, 3. A, B gastritis, 4. intestinalis metaplasia. Napjainkra annyiban alakult át szemléletünk, hogy a gyomor carcinogenesise szempontjából lényegében egyetlen lehetséges praeblastomas állapot maradt meg érdeklődésünk középpontjában, s ez az idült gastritis. Anyagunkban a biopsiás szövetminták több mint a felét (57%) tették ki a chronicus gastritises gyomorból származó anyagok. A '70-es években magasabb volt a nem atrophisalo kórformák száma, ill. ennek megfelelően alacsonyabb az atrophisalo formáké. A '80-as években ez az arány kezdett megfordulni *(4. ábra)*. Az idült gastritis különböző fokozatokon keresztül alakul ki, kiindulva a legenyhébb superficialis megjelenési alaktól, közti állapotokon keresztül egészen az atrophiás formáig.

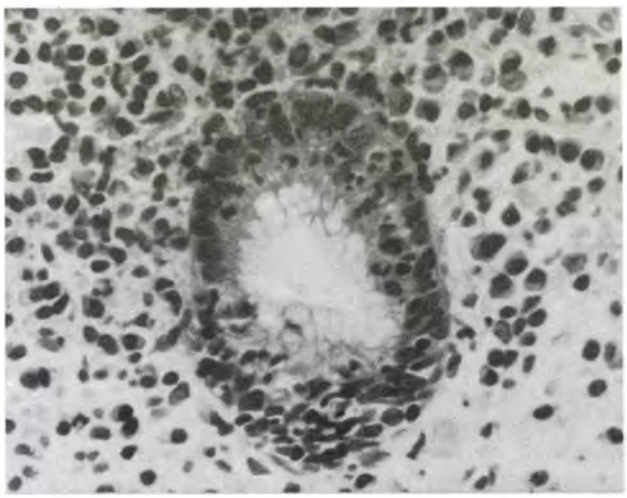
A bevezető fázisban a gyulladás csupán a nyálkahártya felszínes rétegében található, s ezt sokan nem is tartják valódi patológiás állapotnak *(5. ábra)*. Bár ennek is vannak kétségtelenül enyhébb és súlyosabb formái. Ha az aktivitás jeleit, azaz neutrophil leukocytás beszűrődést, a lobsejteknek a hámba vándorlását, sőt crypta abscessusokat is látunk *(6. ábra)*, mindenképpen patológiásnak kell tarta-



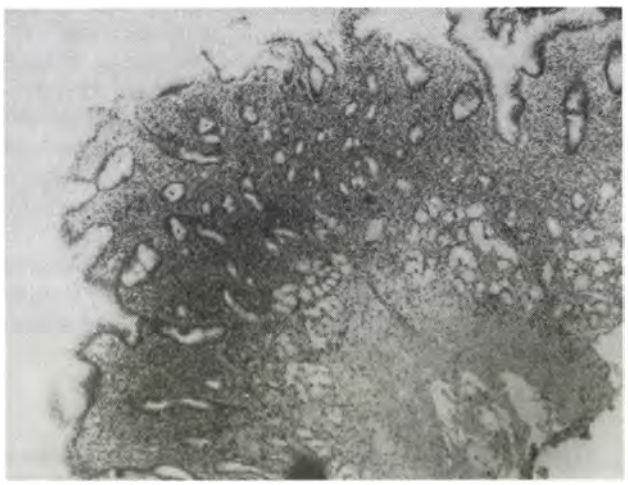
4. ábra: Az atrophiás és nem atrophiás idült gastritis-alakulás a gyomor biopsiás anyagban



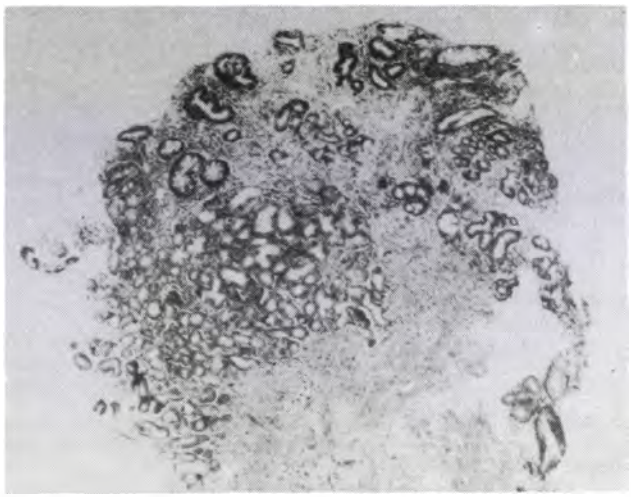
5. ábra: I. fokozatú (superficialis) gastritis mikroszkópos képe: lobsejtek csak felszínesen a nyaki régiónak megfelelő magasságban találhatók (HE festés, ×100



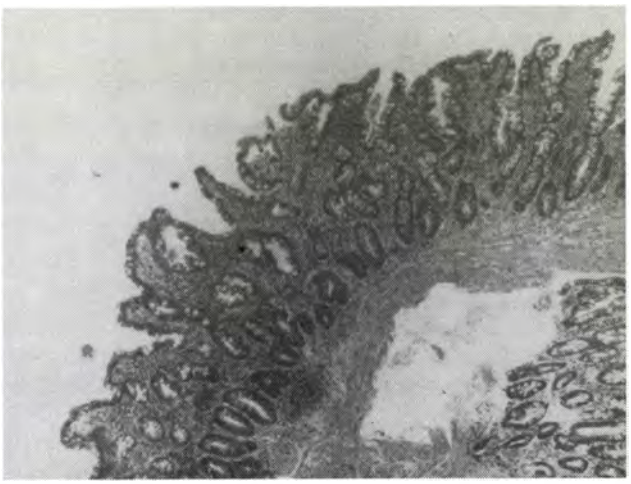
6. ábra: Az idült gyulladás aktivitásának jeleként neutrophil leukocyták vándorolnak a hámba. (HE festés, ×400)



7. ábra: II fokú (interstitialis) gastritis: a gyulladás a nyálkahártya teljes vastagságára kiterjed. A muscularis mucosae felett azonban a basalis mirigysor még ép. (HE festés, ×40)



8. ábra: III fokú (preatrophiás) gastritis: a mucosa sorvadása megkezdődött, viszonylag ép mirigy csoportok szomszédságában sorvadt részletek a mirigyek részbeni vagy teljes eltűnésével. (HE festés, ×40)



9. ábra: IV fokú (atrophiás) gastritis: a nyálkahártya elvékonyodott, az eredeti mirigyek eltűntek. Helyükön intestinalisalt mirigyek látszanak (HE festés, ×40)

nunk az elváltozást. A folyamat ezután kezd a mélybe hatolni, eléri a muscularis mucosae-t, sőt át is töri azt. A mucosa glandularis architectonikája azonban alapvetően még megőrzött *(7. ábra)*. Ha a kiváltó tényező sokáig fennáll, a folyamat — hasonlóképpen más szervek vagy szövetek gyulladásos elváltozásaihoz — „önfenntartóvá" válik. Ettől kezdve azután irreverzibilis módon jut el az atrophia különböző fokain keresztül *(8—9. ábra)* a nyálkahártya teljes sorvadásáig. Az eredeti mirigyek helyét éretlenebb, regeneratorikus mirigyek pótolják, majd megjelenik az intestinalis metaplasia is.

Az idült gastritisek osztályozására többen is kísérletet tettek, így *Schindler* (18), *Cheli* és *Dodero* (6) *(4. táblázat)*. 1972-ben közöltük a jászberényi munkacsoporttal (2) saját elképzelésünket az idült gastritisekről, a folyamatot lényegében négy típusba vagy stádiumba osztva aszerint, hogy 1. a gyulladás a mucosában milyen kiterjedésű és 2. van-e jelen atrophia. *Strickland* és *Mckay* (20) 1973-ban

4. táblázat: A gastritisek osztályozása I.

Schindler, R. (1927)
1. Gastritis chronica atrophica
2. Gastritis chronica hypertrophica
(Lehrbuch und Atlas der Gastroscopie, Lehmann, München)

Cheli, R., Dodero, M. (1956)
1. Gastritis chronica superficialis
2. Gastritis chronica interstitialis
(= gastritis follicularis)
3. Gastritis chronica praeatrophica
4. Gastritis chronica atrophica
(Minerva gastroenterol. *4,* 1)

5. táblázat: A gastrititsek osztályozása II.

Bajtai A. és mtsai (1972)
1. Gastritis chronica superficialis (I fokozat)
2. Gastritis chronica interstitialis (II fokozat)
3. Gastritis chronica praeatrophica (III fokozat) } IM±
4. Gastritic chronica atrophica (IV. fokozat) }
Orv. Hetil., 1972, *113,* 2511)

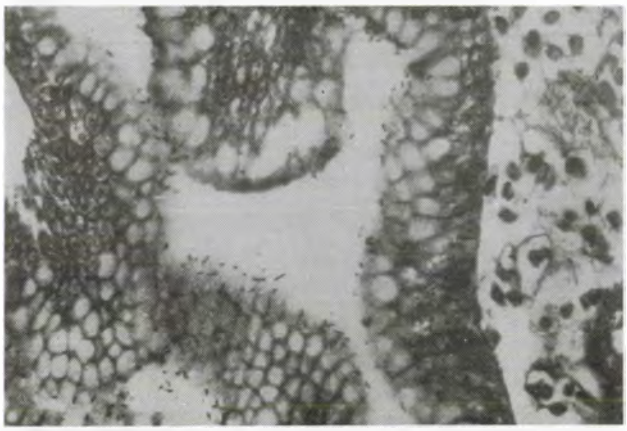
Strickland, R. G., McKay, I. R. (1973)
1. A-típusú chronicus (corpus) gastritis
2. B-típusú chronicus (antrum) gastritis
(Am. J. Dig. Dis., 1979, *18,* 426)
Későbbiekben AB-típusú pangastritis is!

6. táblázat: A gastritisek osztályozása III.

Correa, P., (1988)
1. Superficialis gastritis
2. Diffus antrum-gastritis
3. Postgastrectomias ún. reflux-gastritis
4. Diffus atrophiás corpus-gastritis
5. Multifocalis atrophiás antrum gastritis
(Am. J. Gastroenterol., 1988, *83,* 504.)

Heilmann, K. L. és mtsai (1989)
(A német Gastroenterologus és Patológus Táraság közös javaslata)
1. A-típusú gastritis
2. B-típusú gastritis
3. AB-típusú gastritis
4. C-típusú gastritis
5. Lymphocytás gastritis
(Der Pathologe, 1989, *10,* 194)

tették közzé klasszifikációjukat, melyben lényegében corpus és antrum gastritis-t különítettek el *(5. táblázat). Paleo Correa* (7) — keverve a gyulladás helyét a gyomorban és az aetiopathogenetikai szempontokat — 5 csoporba osztotta be az idült gastritiseket. A német gastroenterologusok és patológusok 1989-ben a Der Pathologe-ban (9) megjelent osztályozása lényegében a Strickland-féle beosztás bővítését jelenti *(6. táblázat).* Napjaink *„ügyeletes"* osztályozása, amit 1990-ben a sydney-i gastroenterologus világkongresszuson tett közzé a külön e célra szervezett munkacsoport (14). Ez nem tesz különbséget aetiopathogenetikai alapokon vagy a gyulladás mértéke alapján, újat hoz viszont a feltételezett kórokozó ágens, a *Helicobacter pylori* kimutathatóságával. Ezen klasszifikáció szerint az idült gastritisben a H. pylori jelenléte mellett igen fontosak az aktivitás jelei, mint a neutrophil leukocyták invasiója a felszínt borító, ill. a mirigyeket bélelő hámba, majd pedig az ún. crypta-abscessusok megjelenése. Ezek a jelek szinte 100%-os biztonsággal támasztják alá a H. pylori jelenlétét. A kórokozót több eljárással, mint pl. a módosított Giemsa vagy Warthin-Starry-féle ezüstözés, lehet kimutatni *(10. ábra).* Elsősorban a foveola gastricá-knak megfelelően a mirigyek kivezető csöveiben találhatók, igen ritkán jelennek meg a nyálkahártya mélyebb rétegeiben. Saját anyagunkban 1993. január 1. és 1994. március 22. között 2131 gyomorbiopsiás minta került feldolgozásra. Ez a biopsiás anyag 20%-a volt. Ebből 1509 esetben (71%) történt meg a metszetek ezüstözése. Közülük 56%-ban volt jelen a kórokozó a biopsiás szövetmintában.



10. ábra: Helicobacter pylori csoportos jelenléte a mirigy kivezetőcsövekben (Warthin-Starry-féle ezüstözés, ×400)

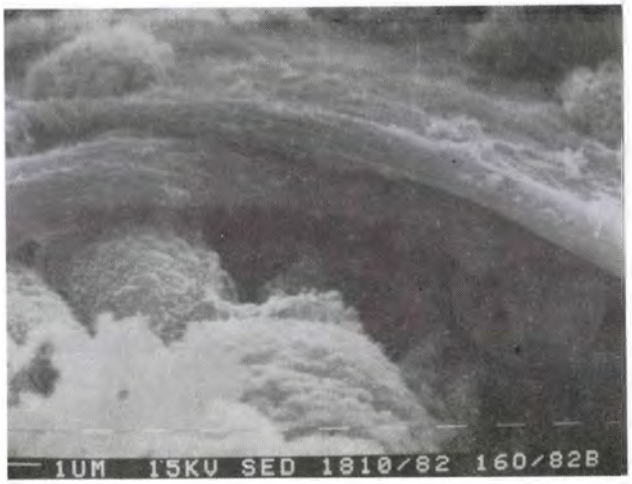
A H. pylori nagysága 5—7 μ, tehát kb. az emberi vörösvértestek nagysága körül mozog. A kórokozó — a humán tuberculosis bacillushoz hasonlóan — apró gömböcskékre eshet szét. Ezek néha fénymikroszkóposan alig különíthetők el a szennyezésként jelen lévő festékszemcséktől. Sokkal meggyőzőbbek lehetnek a pásztázó elektronmikroszkóppal készített felvételek.

Mi a kórokozó jelentősége a gyomor és nyombél betegségeiben? Az ép gyomornyálkahártya pásztázó elektronmikroszkópos felvételén jól látszik az ún. mucosa-barrier *(11. ábra).* Nehezen képzelhető el, hogy egy vörösvértest nagyságú kórokozó ezen egyedül áthatolva, az ép mucosán is keresztüljutva, képes olyan átépüléssel járó képet létrehozni, mint a nyálkahártya atrophiája. Sokkal inkább valószínűsíthető, hogy — a carcinogenesishez hasonlóan — ez a kórokozó, más tényezőkkel együtt, az initiativ vagy promoting faktor. Ez indíthatja meg a mucosa-barrier felbomlását, majd a felszíni sejtek károsodását. Ennek következtében e felszíni sejtek között lévő finom, ultrastructurális szintű sejtközti kapcsolatok feltöredeznek. Így megnyílnak a mélybe jutás csatornái az előbbinél erősebb és tartósabb kórokozó és károsító faktorok előtt. Ettől az időponttól válhat a folyamat „önfenntartóvá". A chronicus gastritis igen fontos tényező a gyomorrák kialakulásában. Ennek az irodalma nagy terjedelmű, itt *Pentti Sipponen* (19) munkássága a legismertebb. A *7. táblázat* mutatja a rákveszélyeztetettséget idült gastritissel kapcsolatban.

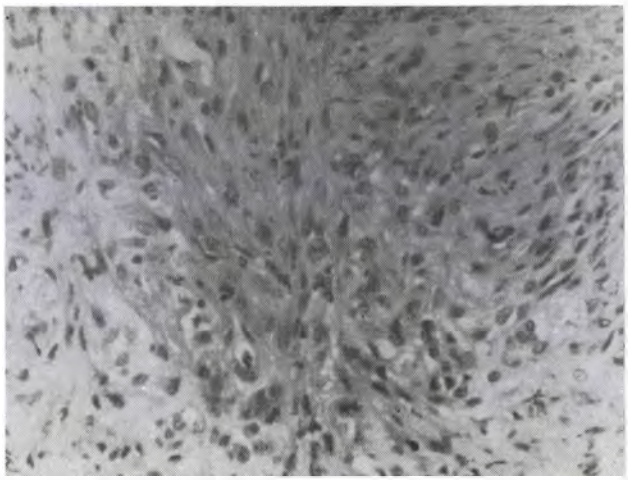
7. táblázat: A gyomorrák 10 éves kumulatív kockázata

Gyomornyálkahártya szövettana	Kockázat
Normális	<3%
Antrum gastritis + súlyos atrophia	4—30%
Corpus gastritis + súlyos atrophia	1—9%

P. Sipponen 1900



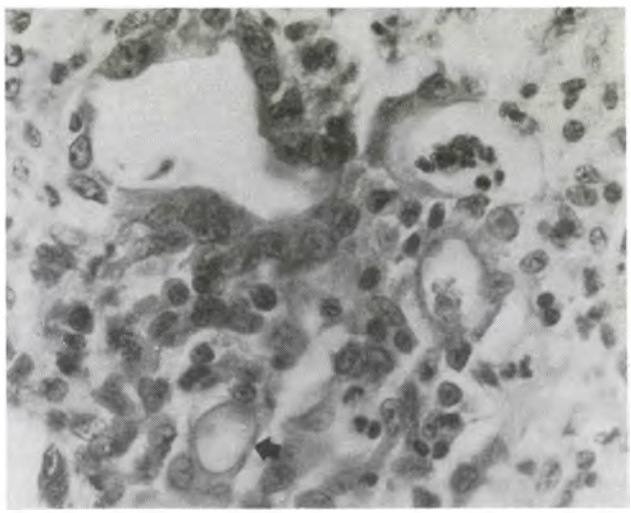
11. ábra: Ép gyomor pásztázó elektronmikroszkópos felvétele: jól látszik az ún. nyákbarrier réteges szerkezete. Alul ép felszíni hengerhámsejtek (×8000)



12. ábra: Mesenchymalis jellegű szövet capillaris átmetszetekkel. (HE festés, ×200)

A gyomornyálkahártya betegségeiben az ún. rizikóállapotokban nagy jelentőségűek a mirigyek hámjának dysplasiás elváltozásai. Ezt a kérdést a jászberényi kórház biopsiás és resectiós anyagában vizsgáltuk, és eredményeinkről az Orvosi Hetilap hasábjain számoltunk be (3). Anyagunkban a gyomordysplasia gyakorisága megfelel a világirodalom adatainak.

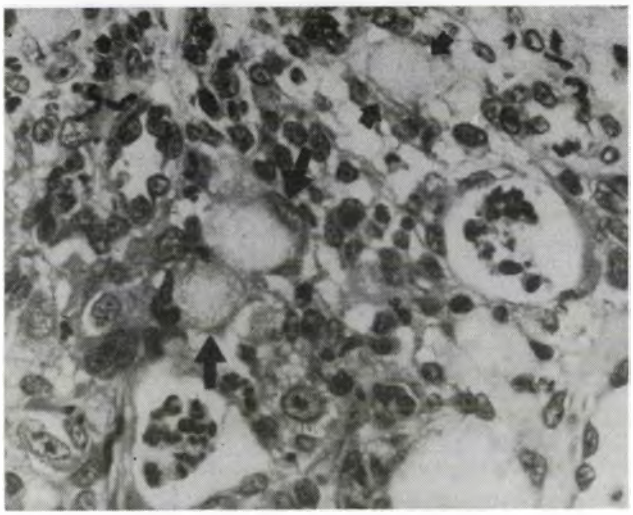
Mi egyáltalán a dysplasia? A mirigyek és az őket felépítő hámnak a rendellenessége, ami — etimológiailag is elemezve — mind morphologiailag, mind pedig funkcionálisan eltér a hyper- vagy hypoplasiától. Lényegében a nyálkahártya glandularis, ezen belül cytomorphologiai architectonikai változásait foglalja össze, ami — függetlenül attól, hogy mi vezetett létrejöttéhez — daganat kiindulásának alapja lehet. A gyomornyálkahártya dysplasiáira különböző osztályozásokat szerkesztettek. Ezek közül az egyik legismertebb a Nagayo-féle (15). Ennek alapján értékeljük eseteinket. 1979. január 1. óta napjainkig ebben az anyagban több mint 240 beteget tartunk nyilván, ill. követünk rendszeresen — nem teljes sikerrel. Elgondolkodtató, hogy minden 5. betegünk(!) gyakorlatilag a carcinoma-aequivalensként is felfogható Nagayo-IV. fokozatba tartozik. A betegek 46%-ában az elváltozás makroszkóposan excavalt laesio képében jelenik meg. Sajnos, hogy a középsúlyos vagy súlyos dysplasiában szenvedő betegeknek csupán kb. egyötödét sikerült rendszeresen ellenőriznünk, és a 49 beteg közül 5 betegben alakult ki carcinoma 1—7 éven belül. 233 dysplasiás beteg közül 22-ben találtunk carcinomát. Tapasztalatunk az, hogy a középsúlyos és súlyos dysplasiás betegeket az első pozitív leletet követően 10(!) évig kell rendszeresen évenként endoscoposan ellenőrizni. Ez a dysplasia ugyanis fakultatív praecancerosus elváltozás, ami azt jelenti, hogy orvosi beavatkozás nélkül is képes a spontán regressióra, máskor pedig a malignus tumorba való átmenetre. Ismeretes a nőgyógyászati pathologiából, hogy a portio hám súlyos dysplasiája — lényegében a Nagayo-IV. fokozatnak megfelelő laesio — az esetek 50%-ában orvosi beavatkozás nélkül is visszafejlődhet. A másik 50%-ból 30% stagnál, nem regrediál, de nem lesz belőle malignus tumor. Csak 10%-uk megy át carcinomába. Csupán az nem mondható meg előre, melyik ez a 10%!



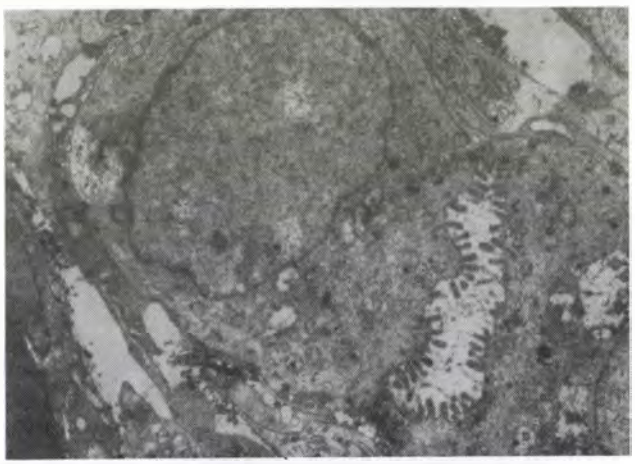
13. ábra: Szabálytalan alakú mirigyek a bioposiás mintában, a nyíllal jelölt helyeken pecsétgyűrű alakú sejt. (HE festés, ×400)

Ezen a ponton kell kitérni arra a problémára, amit Bernard Shaw nyomán úgy jellemezhetnék, hogy a „patológus dilemmája", amikor nem tud a klinikus első, de nem ritkán még a második kérdésfelvetésére sem megnyugtató választ adni. Amikor nincs más lehetőség, mint a várakozás és megfigyelés. Erre példa a következő eset:

70 éves nőbeteg már 1992 tavasza óta állt endoscopos ellenőrzés alatt, makacs, nehezen gyógyuló, ill. recidiváló gyomorfekélye miatt. Az első biopsiás vizsgálat eredménye necroticus jeleket mutató mesenchymalis szövet volt, ami egyértelműen exulceralt mesenchymalis daganat képét nyújtotta *(12. ábra)*. A néhány hónap múlva végzett ellenőrző vizsgálat érdús sarjszövetre emlékeztető képet mutatott *(13. ábra)*. Egy-egy olyan sejt előfordult, ami esetleg pecsétgyűrűsejtek benyomását kelthette. Újabb negyedév elteltével a megismételt biopsia lényegében azonos eredményt hozott. Közben az ulcus alig mutatott gyógyulási hajlamot. A soron következő biopsia megismételte az előző vizs-



14. ábra: A fekély alap, ill. fekélyszél mikroszkópos képe: szabálytalan mirigyeken kívül egyesével vagy kis csoportban pecsétgyűrű szerű sejtek (nyilak). (HE festés, ×400)



15. ábra: Intracytoplasmaticus járat microvillusokkal gyomorcarcinoma sejtjében (×400)

gálatok eredményét. Ugyanez volt elmondható egy újabb ellenőrző vizsgálatról is. Talán a sorrendben utolsó praeoperativ biopsiás szövetminta mutatta a legtöbb gyanújelet tumorra, de az itt található pecsétgyűrűre emlékeztető sejtek egy része is nehezen különböztethető meg a fiatal capillarisoktól — nagyságrendjüket tekintve is *(14. ábra)*. A beteget végül is megoperálták. A resecatum kórszövettani vizsgálata carcinomát igazolt, ami igen erős desmoplasticus reakcióval járt, és feltehetően idült fekély talaján alakulhatott ki. Ez a desmoplasticus reakció adhatta az első biopsiás mintában a kötőszöveti daganatra igen jellemző szöveti képet.

Mi segíthet ilyen esetben? Kézenfekvő lehetne a patológus számára a PAS-festés — ha a pecsétgyűrűszerű képződmények cytoplasmája tartalmaz nyákszerű anyagot. Előfordulhat azonban, hogy a festés eredménye negatív, de a sejt mégis mirigy eredetű. Ilyenkor egyedül a transzmissziós-EM-vizsgálat oldhatja meg a problémát. A sejtek cytoplasmájában ui. microvillusokkal bélelt járatok lehetnek jelen *(15. ábra)*. Nevezhetnénk ezt a szerkezetet „egysejtes mirigynek" is. Ha ezek a canaliculusok üresek, azaz nem tartalmaznak nyákot, a PAS-festés értelemszerűen negatív eredményt fog adni.

8. táblázat: A pathológus lehetőségei a modern vizsgálati módszerek birtokában

1. DNS-cytophotometria: dysplasiák, vastagbél-adenomák.
2. Molekuláris pathologiai módszerek: p53 protein vizsgálata (vastagbél adenomákban), proto-oncogének és supressorgének vizsgálata.
3. Immuncytokémiai módszerek: hormon receptorok vizsgálata (növekedési faktorok, pl. EGF, ill. EGF-R, TGF-α).
4. Morphometriai eljárások: AgNOR (ezüstözhető Nucleolaris Organizációs Régiók) vizsgálata képanalitikai módszerekkel, részben numerikus úton, részben a felszín összehasonlító mérésével.

Mi adhat segítséget a patológusnak a tökéletesebb diagnosztikus munkában?

A modern módszerek bevezetése a mindennapos diagnosztikába még jelen nehéz gazdasági helyzetünkben sem várathat sokáig magára — hacsak nem akarunk az el-, ill. lemaradt országok közé tartozni. A lehetséges új eljárásokat mutatja összefoglalóan a *8. táblázat*. A PCR (Protease Chain Reaction) módszer képes felfedni pl. a baktériumok töredék részecskéit is, melyeket semmiféle fény- vagy elektronmikroszkópos módszerrel sem lehet biztonsággal azonosítani. Kimutatásuk viszont feltétele pl. a Helicobacter pylori eredményes eradikációjának. Cytogenetikai vizsgálatokkal megközelítően meg lehet előre mondani pl. egy colorectalis adneomáról, hogy fennáll-e a veszélye a malignus elfajulásnak.

Milyen következtetéseket vonhat le a patológus magának Hetényi Géza megállapításaiból?

Milyen legyen a jó orvos? — teszi fel a kérdést a professzor (11). Véleménye szerint a következő tulajdonságokkal kell rendelkeznie *(9. táblázat)*.

9. táblázat: Hetényi Géza jellemzése a jó orvosról

„A jó orvosnak elsősorban szakmai biztonsággal kell rendelkeznie, hogy diagnózisában és gyógyításában határozott tudjon lenni.
Bírnia kell a diplomata hajlékonyságával és a színész képességeivel.
Műveltsége széles legyen, hogy mindenki nyelvén tudjon beszélni.
Számos hivatás előnyét és fogását kell magában egyesítenie.
Megfigyelése a detektívekével vetekedjék.
Bölcs legyen és megértő.
És mindenek felett: *érző ember.*"

Jómagam már nem ismerhettem Hetényi Géza professzort. Az ő személyének és a patológiának a kapcsolatára bizonyíték, hogy néhai mesterem, *Baló* professzor 1948-ban megjelent kórbonctan tankönyvében (4) az anyagcsere-betegségek végén az egyetlen ajánlott irodalom Hetényi Géza 1933-ban megjelent munkája volt (10).

Befejezésül köszönetet szeretnék mondani a Magyar Gastroenterologiai Társaság tagságának és vezetőségének, hogy 1994-ben a Hetényi Géza-emlékelőadás megtartásával és az emlékérem elnyerésével tüntettek ki. Ezzel elismerték eme igazán interdisciplináris szakterületen kifejtett negyedszázados tevékenységemet.

Külön is köszönettel tartozom valamennyi jelenlegi és valaha volt orvos és nem orvos — patológus és klinikus — munkatársamnak azért a fáradhatatlan együtt- és közreműködésért, ami nélkül ez a számvető összeállítás nem születhetett volna meg.

IRODALOM: 1. *Bacon, F.:* cit.: Bánk József: 3500 latin bölcsesség. Szent Gellért Egyházi Kiadó, Szeged, 1993. — 2. *Bajtai, A., Figus, I. A., Simon, L. és mtsa:* A chronicus gastritis. IV. Adatok a chronicus gastritis pathologiájához. Orv. Hetil., 1972, *113,* 2511. — 3. *Bajtai A., Hídvégi J., Figus I. A. és mtsai:* A gyomornyálkahártya dysplasiájának klinikai patológiája. Orv. Hetil., 1992, *133,* 2227. — 4. *Baló J.:* Kórbonctan I. kötet. Budapest, Szikra Irodalmi és Lapkiadó Vállalat, Budapest, 1948. — 5. *Cato:* cit.: Bánk József: 3500 latin bölcsesség. Szent Gellért Egyházi Kiadó, Szeged, 1993. — 6. *Cheli, R., Dodero, M.:* Sulle alterazioni ghiandolari fundiche nelle gastriti chroniche. Ricerche bioptiche e correlationi anatomo-secretorie. Minerva, Gastroenter., 1956, *4,* 1. — 7. *Correa, P.:* Chronic gastritis: A clinicopathologic classification. Am. J. Gastroenterol., 1988, *83,* 504. — 8. *Fehér, Á., Hetényi, G.:* Stoffwechselstudien an Leberkranken. Springer Verlag, Berlin, 1929. — 9. *Heilmann, K. L., Stolte, M., Borchard, F. és mtsai:* Gastritis-Graduierung und Klassifikation. Pathologe, 1989, *10,* 194. — 10. *Hetényi G.:* Az anyagcserebetegségek kór- és gyógytana. Budapest, 1933. — 11. *Hetényi G.:* Használati utasítás. In.: id. Issekutz Béla: Gyógyszertan és gyógyítás. II. Művelt Nép, Budapest, 1956. — 12. *id. Issekutz, B.:* Gyógyszertan és gyógyítás II. Művelt Nép, Budapest, 1956. — 13. *Krompecher Ö.:* cit.: Jellinek H.: Megemlékezés Krompecher Ödönről (születésének 100. évfordulója alkalmából 1970. január 24-én rendezett ünnepi ülésen elhangzott előadás). Morph. Ig. Orv. Szle, 1970, *10,* 161. — 14. *Misiewicz, J. J., Tytgat, G. N. J., Goodwin, C. S. és mtsai:* The Sydney System: A new classification of gastritis. Working Party Reports 9th. World Congresses of Gastroenterology, Sydney, 1990. 1. — 15. *Nagayo, T.:* Histological diagnosis of biopsied gastric mucosa with reference to that of borderline lesions. In: GANN Monogr. Cancer Res. № 11. Early Gastric Cancer, University Park Press, Tokyo, 1972. — 16. *Qiong Shen, Guo Qing Wang:* Cytologic screening for carcinoma and dysplasia of the esophagus in the People's Republic of China. In: International trends in general thoracic surgery. Vol. 4. Esophageal cancer. Ed.: Delarue, N. C., Wilkins, Jr., E. G., Wong, J. The Mosby C. V. Co. Saint Louis, Washington, D. C., Toronto, 1988. — 17. *Schade, R. O. K.:* Recent advences in gastroenterology. Proc. 3rd World Congress Gastroenterol, Vol. I. 1967. — 18. *Schindler, R.:* Lehrbuch und Atlas der Gastroscopie. Lehmann München, 1927. — 19. *Sipponen, P., Varis, K., Fraki, O. és mtsai:* Cumulative 10 year risk of symptomatic duodenal and gastric ulcer in patients with or without chronic gastritis. Scand. J. Gastroenterol, 1990, *25,* 966. — 20. *Strickland, R. G., McKay, I. R.:* A reapprasial of the nature and singificance of chronic gastritis. Am. J. Dig. Dis., 1973, *18,* 426. — 21. *Széchenyi I.* munkáiból. I. kötet. Franklin, Budapest, 1903.

(Bajtai Attila dr. *Budapest,* Uzsoki u. 29. 1145)

HÍREK

A **Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor utcai Kórház** *1995. március 7-én* tudományos ülést rendez *„A Chlamydia mint multidisciplinaris kórokozó"* címen.

A tudományos ülés helye: Péterfy Sándor utcai Kórház, Budapest, VII., Péterfy Sándor utca 14—20. IV. emelet, Nagytanácsterem.

Üléselnökök: *Prof. dr. Horváth Attila, dr. Ludwig Endre* c. egyet. docens.

Program:

1. *Dr. Horváth Attila:* Chlamydia trachomatis — STD betegség
2. *Dr. Ludwig Endre:* Chlamydia infekciók klinikuma és antibiotikus kezelése
3. *Dr. Molnár Györgyvér:* Chlamydiák laboratóriumi diagnosztikájának gyakorlati kérdései
4. *Dr. Rappai Ágnes:* A Chlamydia trachomatis fertőzés jelentősége a szülészet-nőgyógyászatban
5. *Dr. Závody Erzsébet:* Chlamydiaszűrés újszülöttosztályon.

Szervező: Dr. Rappai Ágnes, Péterfy Sándor utcai Kórház Szülészet-nőgyógyászati Osztály.

A **Soros Alapítvány** a **New York-i Cornell Egyetemmel** és az **American Austrian Foundation**-nel közösen szakorvosi szemináriumokat szervez *1995. május és július hóban.*

1. Anaesthesiologia
Időpont: *1995. május 14—18.*
Tanfolyamvezető: John. J. Savarese, M. D. New York
2. Psychiatria és Psychologia
Időpont: *1995. július 16—21.*
Tanfolyamvezető: S. Stein, M. D. New York

A tanfolyamokat a salzburgi Leopoldskron kastélyban rendezik kelet-európai szakorvosok (életkor 35—45 év) részére. Mindkét szemináriumon lehetőség van magyar szakorvosok részvételére is. Alapkövetelmény a jó angol nyelvtudás. A szemináriumon való részvétel minden költségét a Soros Alapítvány és az American Austria Foundation fedezi.

Jelentkezési lapokat az Országos Kardiológiai Intézet Salzburgi Seminárium titkárságán (Budapest, IX., Haller u. 29., Tinnyei Istvánné) lehet beszerezni és kitöltve ugyanoda kérjük visszajuttatni.

Jelentkezési határidő: *1995. február 28.*

Németh László halálának 20. évfordulója alkalmából *„Művészetterápia és gerorehabilitáció"* címmel a Magyar Gerontológiai Társaság, a Magyar Tudományos Akadémia Debreceni Akadémia Bizottsága, a Debreceni Orvostudományi Egyetem Pszichológiai Oktató Csoportja, a Magyar Zeneterápiás Egyesület, a Giacomo Puccini Társaság és a Magyar Rehabilitációs Társaság Gerontológiai Szekciója tudományos ülést rendez Debrecenben *1995. március 3-án.*

Meghívó igényelhető dr. Vértes László főtitkártól (1068 Budapest, Benczur u. 4.)

Orvosi rendelőnek kiválóan alkalmas budai 175,5 nm-es kétszintes ingatlan eladó. Érdeklődni: 269—8173.

A **Klinikai Onkológusok Munkacsoportja** tudományos ülést tart a „Petefészekrák komplex kezelése" címmel.

Az ülés helye: Hotel Sunshine, Budapest, XII., Eötvös u. 4.

Időpontja: *1995. március 4. 10.00 h.*

Tudományos program:

Dr. Oláh Edit: A petefészekrák genetikai vonatkozásai

Dr. Ungár László: A petefészekrák sebészi ellátása

Dr. Patyánik Mihály: A petefészekrák sugárkezelése

Dr. Tóth Imre: A petefészekrák kemoterápiája

Dr. Muszbek Katalin: A petefészekrák pszichés vonatkozásai

Moderátor: Dr. Szántó János

A konferencia támogatója: EBEWE Gyógyszergyár, Ausztria

A tudományos ülést büfé követi

Pécsi Orvostudományi Egyetem *1995. március 6-án* tudományos ülést rendez du. 4 órai kezdettel.

Az ülés helye: POTE Központi Épület III. tanterem.

Program:

Szántó Árpád, Somogyi László, Fábos Zoltán és Polyák László (POTE Urológiai Klinika): Trasurethralis resectio (video: 10 perc)

Ohmacht Róbert, Jelinek László és Kovács Ervin (POTE Orvosi Kémiai Intézet és École Polytechnique Féderale, Lausanne, Svájc): Fehérjék és peptidek gyors mikromeghatározása (30 perc)
Kulcsár Gyula (POTE Biokémiai Intézet): Kísérletes és irodalmi bizonyítékok a passzív tumorellenes védelmi mechanizmus létezése mellett. A preventív és terápiás felhasználás lehetőségei (30 perc).

Orvosi rendelő az Arany János utcai metróállomás közelében kiadó. T: 252-9323.

A **MABISZ Orvosi Tagozata** a **Biztosítás Oktatási Intézet és a Haynal Imre Egészségtudományi Egyetem** szakmai szervezésében 1995-ben ismét **biztosítási orvosszakértői minősítő tanfolyamra** kerül sor, konferenciasorozat (4 × 1,5 nap) jelleggel.
A tanfolyam helyszíne: Biztosítás Oktatási Intézet (Bp., XIX., Bikszádi u. 6/a).
A tanfolyam a novemberi utolsó konferencia után vizsgadolgozattal zárul, melynek alapján az Egyetem tanfolyami minősítő igazolást ad ki.
A konferencia részvételi díja: 35 000 Ft/fő.
Jelentkezést 1995. március 1-jéig fogadnak el.
Jelentkezési lapot a BOI-nek kell elküldeni (cím felül).

Tematika:

I. KONFERENCIA

Téma: Életbiztosítás általános kérdései, társadalomorvostani-életbiztosítási kérdések, felelősségbiztosítás
Konferenciaelnökök: dr. Horváth Imre, dr. Forgács Iván, dr. Sótonyi Péter
1995. március 24 (péntek)
10.00—11.00 ó. A tanfolyam megnyitása, üdvözlések
11.00—12.00 ó. A biztosítási orvostan fogalma, tárgykörei
Dr. Horváth Imre központi vezető főorvos (Hungária B. Rt.)
12.00—13.00 ó. Az életbiztosítási ajánlatok egészségi szempontból történő elbírálásának általános kérdései
Dr. Deutsch Zsuzsa központi főorvos (ÁB-AEGON B. Rt.)
13.00—14.00 ó. Ebédszünet
Kerekasztal-konferencia
14.00—18.00 ó. A felelősségbiztosítás orvosszakértői feladatairól
Prof. Dr. Sótonyi Péter egyetemi tanár (SOTE) és munkatársai
(dr. Bakonyi Ferenc, dr. Tolnai Lajos, dr. Ackermann Alajos, dr. Kereszti Éva)
1995. március 25. (szombat)
8.00—14.00 ó. Táradalomorvostani-életbiztosítási orvosi kérdések:
Prof. dr. Forgács Iván egyetemi tanár (HIETE) és munkatársai (dr. Pauka Tibor, dr. Paksy András)
8.00—10.00 ó. A magyar és nemzetközi egészségügy, különös tekintettel a betegbiztosítási rendszerre
10.00—12.00 ó. Orvosi demográfia I.
12.00—14.00 ó. Orvosi demográfia II.

II. KONFERENCIA

Téma: Az életbiztosítási kockázatelbírálás legfontosabb területei.
Konferenciaelnök: Dr. Bíró Sándor
1995. május 26. (péntek):
10.30—20.00 ó. A MÉBOT I. Kongresszus programja szerint:
1. Szenvedélybetegségek
2. Cardiovascularis betegségek
3. Emésztőrendszeri betegségek
1995. május 27. (szombat):
8.00—9.00 ó. A húgy- és ivarrendszer betegségei
Dr. Papp János központi vezető főorvos (NN Biztosító Rt.)
9.00—10.00 ó. Onkológiai betegségek
Dr. Rosta András egyetemi magántanár (SOTE)
10.00—11.00 ó. A fertőző betegségek következményei az életbiztosítási kockázatokra
Dr. Straub Ilona Országos Közegészségügyi Intézet Epidemiológiai Osztály vezető főorvosa
11.00—12.00 ó. A csont és ízületi rendszer betegségei. Végtaghiány
Dr. Kalabay László központi vezető főorvos (ÁB-AEGON B. Rt.)
12.00—13.00 ó. Részvétel a Kongresszus zárókonferenciáján

III. KONFERENCIA

Téma: Társadalomtudományi-életbiztosítási kérdések, a biztosításorvostan általános kérdései
Konferenciaelnökök: Prof. dr. Forgács Iván, dr. Horváth Imre
1995. szeptember 29. (péntek):
10.00—12.00 ó. Epidemiologia I.
12.00—13.00 ó. Ebédszünet
13.00—15.00 ó. Epidemiologia II.
15.00—17.00 ó. Minőség ellenőrzése az egészségügyben
Előadók: Prof. dr. Forgács Iván egyetemi tanár (HIETE) és munkatársai: dr. Pauka Tibor, dr. Paksy András
1995. szeptember 30. (szombat):
8.00—10.00 ó. Az életbiztosítás, a balesetbiztosítás és a betegségbiztosítás biztosításorvostani kérdései
Dr. Bíró Sándor biztosítótársasági vezető főorvos (Európa Bizt.)
10.00—11.00 ó. Jogi kérdések a biztosítóiorvosszakértői gyakorlatban: a személybiztosítási szerződések néhány jogi kérdése.
Dr. Bozóki Mária ügyvéd, biztosítási jogi szakértő
11.00—13.00 ó. Jogi kérdések a biztosítóiorvosszakértői gyakorlatban: kártérítési jogi kérdések
Dr. Bozóki Mária biztosítási jogi szakértő
13.00—14.00 ó. Az igazságügyi, a társadalombiztosítási és biztosítótársasági orvosszakértők együttműködésének igénye és jelentősége
Dr. Kalabay László biztosítótársasági vezető főorvos (ÁB-AEGON Ált. Bizt.)

IV. KONFERENCIA

Konferenciaelnök: Dr. Kalabay László
1995. november 3. (péntek)
10.00—12.00 ó. A biztosítási baleset fogalma. Sportsérülések és sportártalmak definíciója. Dokumentáció: az első orvosi lelet jelentősége. Sérülések gyógytartama. A balesetbiztosítási orvosszakértői vizsgálat kérdései a biztosítás megkötése előtt és a káresemény után.
Előadó: Dr. Kalabay László
12.00—13.00 ó. Szemsérülések orvosszakértői megítélése
Előadó: Dr. Barcza Ida baleseti orvosszakértő (Országos Orvosszakértői Intézet)
13.0—14.00 ó. EBÉDSZÜNET
14.00—15.00 ó. Koponya-agysérülések, gerincsérülés utáni károsodások. Perifériás idegsérülések elbírálása
Előadó: Dr. Móritz Pál baleseti orvosszakértő (Országos Orvosszakértői Intézet)
15.00—16.00 ó. A felső végtag sérülés utáni károsodásai. Kézsérülések orvosszakértői elbírálása a funkcionális szemlélet tükrében
Előadó: Dr. Kalabay László központi vezető főorvos (ÁB-AEGON Bizt.)
16.00—17.00 ó. Medence és alsó végtag károsodásai
Előadó: Dr. Kalabay László
17.00—18.00 ó. Mellkasi és hasi sérülések, polytraumatizáció
Előadó: dr. Kalabay László
1995. november 4. (szombat)
8.00—9.00 ó. Halál és baleset okozati összefüggésének elbírálása. Felelősségbiztosítási kárelbírálás
Előadó: Dr. Barsch András igazságügyi orvosszakértő (ÁB-AEGON Bizt.)
9.00—10.00 ó. Maxillofacialis károsodások
Előadó: Dr. Ackermann Alajos baleseti orvosszakértő (Országos Orvosszakértői Intézet)
10.00—11.00 ó. Balesettel összefüggésbe hozott gyakori kórképek. Baleseti állapotrosszabbodás. A psychés trauma
Előadó: Dr. Kalabay László
11.00—12.00 ó. Baleseti belgyógyászat: mérgezések, rovarköztigazdás fertőző betegségek stb.
Előadó: Dr. Horváth Imre központi vezető főorvos (Hungária Bizt. Rt.)
12.00—13.00 ó. Sérülés utáni állapotok és csontízületi betegségek az életbiztosítási kockázatelbírálás szemponjtából.
Előadó: Dr. Kalabay László
13.00—14.00 ó. A tanfolyam zárása
Prof. Dr. Forgács Iván egyetemi tanár (HIETE)

Pie Medical SC—400-as ultrahang készülék 3,5 MHz-es Transducerrel (lináris) sürgősen eladó! (2 éves, magánorvosi rendelőben használták. Irányár: 940 000 Ft). Érd. tel.: 62-482-200.

A lépés egy új dimenzióba

LODRONAT®

C L O D R O N S A V

A tumoros osteolysis szövődményeinek legújabb, rendkívül hatásos therapiája



- csontfájdalmak mérséklése
- pathologiás fracturák számának csökkentése
- új csontmetastasisok kialakulásának gátlása
- hypercalcaemia csökkentése

A Lodronat therapia eredményesen alkalmazható:

- Emlőrák, prostatarák és egyéb malignus daganatok csontmetastasisaiban
- Myeloma multiplex okozta osteolysisben
- Malignus tumorok által kiváltott paraneoplasiás (PTH-rp által mediált) hypercalcaemiában

A 11/1994. (VIII. 10.) NM rendelet 1. számú mellékletének B/17.b. pontja alapján a Lodronat kapszulát **térítésmentesen** rendeli a rosszindulatú daganatos betegségek kezeléséhez a gondozást végző szakorvos, illetőleg az általa meghatározott ideig ismételten rendelheti a kezelőorvos (háziorvos, házi gyermekorvos). [Magyar Közlöny 83. szám I. kötet 2812. oldal]

BOEHRINGER MANNHEIM

Magyarországi Információs és Szervíz Iroda
1014 Budapest Országház u. 30.
Telefon:+(361) 201 4641; +(361) 156 9899;
Telefax:+(361) 156 9899; +(361) 202 0413

mannheim boehringer

PROZAC®

antidepresszáns 20 mg/nap

AZ ÚJRA FELFEDEZETT ÉLET

A PROZAC® hatékony, egyszerű és kényelmes terápiát biztosít a depresszió minden fokozatában és típusában



ALKALMAZÁSI ELŐIRAT – rövid összefoglalója. **Hatóanyag:** fluoxetinum. **Javallat:** depresszió, obscessiv-compulsiv betegség ("kényszerneurosis"). **Ellenjavallat:** túlérzékenység; gyermekkor; súlyos vese-elégtelenség; MAO-gátló kezeléssel kombinálva, vagy a MAO-gátló kezelést követő 14 napon belül; szoptatás. **Adagolás:** napi 20 mg mind depresszióban, mind obscessiv-compulsiv betegségben. **Mellékhatás:** hányinger, idegesség, álmatlanság, szorongás, szédülés, fejfájás, asthenia, tremor, izzadás, nausea, diarrhea, szájszárazság, kiütés, láz. **Gyógyszerkölcsönhatás:** MAO-inhibitor (l. ellenjavallatok), lithium triciklikus antidepressans. **Figyelmeztetés:** csak akkor alkalmazzuk terhesség alatt, ha vitathatatlanul szükséges. Szoptatás idején nem javallt. Bőrpír, allergiás reakció vagy epilepsiás roham esetén a gyógyszer adását fel kell függeszteni. Jelentős májkárosodás vagy enyhe-középsúlyos veseelégtelenség esetén alacsonyabb adag ajánlott. **Kiszerelés:** 14 db, 28 db kapszula. **Gyártó:** Eli Lilly and Company. *Az alkalmazási előirat teljes szövege megtalálható a Lilly Hungáriánál.*

Lilly

További információval szívesen állunk rendelkezésére:

Lilly Hungária,
1075 Budapest, Madách Trade Center, Madách Imre u. 13-14., 7. em. Tel.: 267-9801

Minden egy kapszulában!

Klasszikus és modern szalicilterápia.





A készítmény részletes ismertetését az alkalmazási előírat tartalmazza.
További információval állunk szíves rendelkezésére:

BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Farmamarketing és Információs Osztály
4042 Debrecen, Pallagi út 13. Tel/Fax: 52/413-761

PALLAGICIN®
injekció
(DOXORUBICIN)
antineoplastica

HATÓANYAG
10 mg liofilezett doxorubicinium chloratum porampullánként.

HATÁS
A doxorubicin antiblasztikus hatású antibiotikum, anthracyclin-származék. Gátolja a nukleinsavszintézist és a mitózist.

JAVALLATOK
Mamma-, tüdő-, hólyag-, thyreoidea-, ováriumkarcinóma, csont- és lágyszövet-szarkóma, akut limfoblaszt és mieloblaszt leukémia.

ELLENJAVALLATOK
Mieloszuppresszió, súlyos szívbetegség, terhesség, szoptatás. Intravezikálisan húgycsőszűkület esetén.

MELLÉKHATÁSOK
Iv. alkalmazás során: mieloszuppresszió, kardiotoxicitás, reverzibilis alopecia, sztomatitisz, nauzea, hányás, diarrhoea. Intravezikálisan: hematuria, diszuria, stranguria, gyakori vizeletürítés, csípő, illetve égető érzés.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS
Egyéb citosztatikumokkal a toxicitás fokozódik.

MEGJEGYZÉS
++ Kizárólag fekvőbeteg- gyógyintézeti (gondozóintézeti) felhasználásra.

CSOMAGOLÁS
1 db 10 mg-os porampulla
+ 1 db 5 ml-es oldószerampulla

Kérjük, a készítmény alkalmazása előtt tanulmányozza a pótlapot.

Előállító: BIOGAL Gyógyszergyár Rt., Debrecen

PALLAGICIN

Lokálisan ható két antiviralis kenőcs klinikai összehasonlítása herpesben

Makleit László dr. és Nagy Mária dr.

Biogal Gyógyszergyár Rt., Debrecen

A herpeses bőrelváltozások a lakosság egyre szélesebb rétegét érintik. A szerzők 51 recurráló labialis herpesben szenvedő beteg kettős vak vizsgálatáról számolnak be, melyben összehasonlítják két lokális antivirális készítmény, az aciclovir (Zovirax) és az epervudine (Hevizos) hatékonyságát és melléhatásait. A herpeses elváltozások gyógyhajlamában nem volt szignifikáns különbség a két kezelési csoportban. Két hónapos követés során a relapszusok aránya 44,4% volt az aciclovir és a 20,8% az epervudine csoportban; a különbség matematikailag nem szignifikáns. A betegek mindkét készítményt jól tűrték, mellékhatásként csak az aciclovirral kezelt csoportban fordult elő viszketés. A vizsgálat eredményei szerint az eredeti magyar termék (a Hevizos) legalább annyira hatékony, mint a másik lokális készítmény.

Kulcsszavak: epervudine, aciclovir, herpes simplex

Comparison of two topically applied antiviral preparations. Herpetic skin lesions have importance and growing frequency in the population. The authors report a double blind study involving 51 patients suffering from recurrent labial herpes to compare the effectiveness and adverse reactions of two topical antiviral preparations, the aciclovir (Zovirax) and epervudine (Hevizos). There was no significant difference between the two treatment groups in the healing tendency of herpetic lesions. The rate of relapses in a two months period was 44,4% in the group treated with aciclovir and 20,8% in the group treated with epervudine, the difference is not significant. Both preparation was well tolerated, only itching occurred as adverse reaction in the group treated with aciclovir. According to the results of the study the original Hungarian product (Hevizos), is at least as effective as the other topical preparation.

Key words: epervudine, aciclovir, herpes simplex

A herpeses bőrelváltozások a populáció egyre növekvő rétegét érintik.

A herpesvírusok leggyakoribb képviselői a Herpes Simplex Vírus I. típus általában a felső testfél, főképp az ajkak fertőzéseiért felelős (herpes labialis), a Herpes Simplex Vírus II. típus döntően az alsó testfélen okoz bőr- és nyálkahártya-elváltozásokat (herpes genitalis), míg a Herpes Zoster Vírus esetén a primer fertőzés a varicella, a másodlagos betegség a herpes zoster.

Hatékony antivirális készítmény hiányában a kezelés hosszú ideig tüneti szerekből állt. Ma már forgalomban van néhány antivirális hatású készítmény (1,5), ezek közül hazánkban és a környező országokban egyik legismertebb a Hevizos kenőcs (Biogal).

E kenőcs (hatóanyaga az IPDU, epervudine) — hatásának alapja, hogy a herpesvírussal fertőzött sejtek — szemben az egészséges sejtekkel — képesek az IPDU-t foszforilálni és ez a foszforilált IPDU beépül a vírussal fertőzött sejtek DNS-ébe, ami kódolási zavart eredményez, ezáltal funkcióképtelen proteinek szintézisét okozza (3, 4, 6).

Az epervudine tartalmú kenőccsel végzett számos eddigi összehasonlító klinikai vizsgálat közül (2, 3) a legfigyelemreméltóbb az idoxuridin-epervudine-placebo hármas összehasonlító, kettős vak vizsgálat. A vizsgálat során 93 beteg kapott epervudine-kenőcsös kezelést, a többi beteg a másik két szer valamelyikét. Az eredmények értékelése során kitűnt, hogy az epervudine-tartalmú kenőcs a herpes simplexben szenvedő betegek 72%-ában kiváló hatásúnak bizonyult, és sokkal effektívebb volt, mint a másik két szer. Genitális herpes esetén az epervidune és az idoxuridin hasonló effektivitást mutatott, herpes zosterben azonban az epervudine ismét hatékonyabbnak bizonyult (3). Az epervudine tartalmú és az aciclovir tartalmú kenőcsök nyílt összehasonlító vizsgálata szintén igazolta az epervudine kenőcs kiváló hatását. A 41 beteg bevonásával végzett vizsgálat eredményei az epervudine kenőcsöt legalább olyan effektívnek mutatták, mint az aciclovirt.

A nyílt összehasonlító vizsgálat adatainak ellenőrzése és megerősítése céljából Svájcban, labiális herpeses betegek bevonásával kettős vak összehasonlító vizsgálatot szerveztünk.

Betegek, módszer

A Biogal Gyógyszergyár a svájci OM Laboratories közreműködésével a Gümlingeni Klinika Kutatóintézetben kettős vak vizsgálatot szervezett az epervudine és aciclovir kenőcsök összehasonlítására, 1992. június 1. és 1993. május 31. között.

Rövidítések: IPDU = β-5-izopropil-2'-dezoxiuridin

A vizsgálatba azok a 18—70 közötti betegek kerültek be, akik labialis herpesben szenvedtek, a megelőző 12 hónapban legalább 5 alkalommal újult ki herpes labialisuk és hajlandóak voltak a vizsgálatban részt venni. Kizártuk a terhes és szoptatós nőket, illetve minden szülő korban lévő nőt, még akkor is, ha terhességre utaló tünetük nem volt. Kizáró ok volt a máj- vagy vesekárosodásra utaló klinikai vagy labortóriumi eltérés, illetve az ismert túlérzékenység. Nem kerültek bele a vizsgálatba azok a betegek, akiknek súlyos vagy generalizált herpes fertőzésük volt, illetve ennek veszélye állt fenn (pl. immundeficiens betegek).

A vizsgálatban 51 beteg vett részt, 24-en epervudine, 27-en aciclovir kezelésben részesültek.

Az epervudine csoport 20 nőbetegből, 4 férfi betegből állt, átlagos magasságuk 160,5 cm (150—180 cm), átlagos testsúlyuk 66,6 kg (49—112 kg), átlagéletkoruk 43,3 év (22—68 év) volt. Az aciclovir csoportba 19 nőbeteg és 8 férfi beteg került, átlagos testmagasságuk 169,3 cm (154—188 cm), átlagos testsúlyuk 68,8 kg (51—100 kg), átlagéletkoruk 35,6 év (19—66 év) volt.

Valamennyi beteg gyakran visszatérő labiális herpesben szenvedett. A vizsgálatot megelőző 1 évben az epervudine-csoport betegeinél herpeses bőrtünetet átlagosan 8,3 alkalommal (5—30 alkalommal), az aciclovir csoportban 6,5 alkalommal (5—16 alkalommal) fordult elő *(1. táblázat)*.

A jelenlegi epervudine és aciclovir kezelést megelőző előkezelésben a vizsgálatba bevont betegek nem részesültek. A bőr- és nyálkahártya-tünetek mindkét betegcsoportban 1—2 napja (átlagosan 1,2 napja) álltak fenn *(1. táblázat)*.

A betegek a két készítmény valamelyikét napi 5 alkalommal használták úgy, hogy minden cm^2-nyi beteg felületnek megfelelően 0,5 cm-nyi kenőcsadagot juttattak a bőrre. A kezelés 6 napig tartott. Rendszeresen értékeltük az erythema, a viszketés, a gyulladás, a vesiculák, a pustulák, a pörkösödés, az eróziók és a szubjektív tünetek alakulását. A betegkövető lapon a páciensek is feltüntették a vörösséget, a viszketést, gyulladásos jeleket, vesiculákat, pusztulákat, pörkösödést, illetve az eróziót. Az értékeléshez a betegeket a kezelés előtt, a kezelés 3. napján, a terápia végén (6. napon), illetve 60 nap múlva vizsgáltuk. A betegek naponta észlelőlapot töltöttek ki.

Eredmények

A vizsgálattal arra kerestünk választ, milyen a két összehasonlított készítmény herpeses bőrelváltozást gyógyító, illetve relapsus csökkentő hatása, így az értékelés során is e két fő szempontot vizsgáltuk.

Az epervudine csoportban a betegek bőrléziójának átlagos nagysága a kezelés megkezdése előtt 1,76 cm^2 volt, ami 3 nap múlva 1,06 cm^2-re, 6 nap múlva 0,20 cm^2-re csökkent *(2. táblázat)*.

Az aciclovir csoport betegei esetén a terápia elkezdése előtt a beteg bőrterület nagysága 1,72 cm^2-t tett ki, 3 nap múlva 1,24 cm^2-re, 6 nap múlva 0,23 cm^2-re csökkent.

Úgy tűnt, hogy a viszketés és a gyulladásos jelek egy nappal hamarabb szűntek meg az epervudine kezelt betegekben, a különbség azonban nem szignifikáns. A pörképződés hasonló időben jelentkezett.

Három nap múlva az epervudine csoportban három, az aciclovir csoportban két beteg bőrléziói teljesen elmúltak. A 6. napi vizsgálat idején a teljesen gyógyult esetek száma az epervudine csoportban 15 (15/24), az aciclovir csoportban 18 (18/27) lett.

A 6 napos kúra befejeztével a két csoport gyógyulási adatai igen hasonlóan alakultak. Az epervudine csoportból 17 beteg gyógyult (17/24) és 6 lényegesen javult, csak 1 beteg esetén észleltünk enyhe fokú javulást. Az aciclovir csoportból 19-en gyógyultak (19/27), 8-an lényegesen javultak *(3. táblázat)*.

Egyik betegcsoportban sem észleltünk olyan beteget, akin nem következett be javulás, esetleg a tünetek rosszabbodása alakult volna ki.

Két hónap alatt az aciclovirral kezelt betegek közül 12-n alakult ki relapsus és csak 15 beteg maradt tünetmentes, míg az epervudine-nel kezelt betegek közül 19 egyén tünet- és panaszmentes maradt, és 5 esetben következett be relapsus. A különbség nem szignifikáns ($p = 0,136$, Exact Fischer-teszt) *(4. táblázat)*.

A készítményeket a betegek kitűnően tolerálták. Az epervudine csoportban mellékhatásról egy beteg sem számolt be. Az aciclovir csoportban két beteg jelzett viszketést, egyikük enyhe, a másik beteg közepes fokban, ami valószínűleg a kezeléssel függött össze, jelentősebb mellékhatás azonban nem fordult elő.

1. táblázat: A betegek herpes betegségének jellemzői

Jellemző	Csoport	Epervudine n = 24	Aciclovir n = 27
Egy éven belüli herpes labialis gyakorisága	minimum	5	5
	maximum	30	16
	átlag	8,3	6,5
A jelenlegi bőrtünet fennállái ideje (nap)	minimum	1	1
	maximum	2	2
	átlag	1,2	1,2

2. táblázat: A bőrtünetek kiterjedése a kezelés előtt és a vizitek során a két betegcsoportban

Beteg bőrfelület (cm^2)	Csoport	Epervudine n = 24	Aciclovir n = 27
A kezelés előtt	minimum	0,25	0,50
	maximum	4,00	4,00
	átlag	1,76	1,72
3 nap múlva	minimum	0	0
	maximum	4,00	4,00
	átlag	1,06	1,24
6 nap múlva	minimum	0	0
	maximum	1,00	1,00
	átlag	0,20	0,23

3. táblázat: A kezelés eredményei a két betegcsoportban

Csoport	A 3. napra tünetmentessé vált	A 6. napra tünetmentessé vált	A kúra végére tünetmentessé vált	Lényegesen javult	Enyhén javult
Epervudine (24)	3	15	17	6	1
Aciclovir (27)	2	18	19	8	—

4. táblázat: A relapsus aránya két hónap múlva a vizsgált betegcsoportokban

Csoport/Relaplsus	Nincs relapsus	Van relapsus
Epervudine	19 (79,2%)	5 (20,8%)
Aciclovir	15 (55,6%)	12 (44,4%)

Mindkét csoportban egy-egy beteg panaszkodott az alkalmazott készítmények konzisztenciájára, az epervudine-t oldékonynak, az aciclovirt zsírosnak említették.

Megbeszélés

A herpeses bőrtünetek leggyakoribb formája, a labialis herpes gyakran csak átmeneti „szépséghibát" okoz, előfordul azonban, hogy az ajkak nagy részére kiterjedő folyamat az étkezést nehezíti, napi munkavégzést befolyásolja. A szemre terjedő herpes akár vaksághoz is vezető keratoconjunctivitist okozhat, a recidiváló női genitális herpes pedig carcinomás elváltozáshoz vezethet.

Már a korábbi összehasonlító vizsgálatok eredményei is azt sugallták, hogy a jelenleg kenőcs formájában kapható, eredeti magyar találmányként forgalomba került epervudine hatása semmiben sem marad el a referens készítményektől, sőt felülmúlja azokat. A Svájcban végzett kettős vak összehasonlítás megerősítette a korábbi eredményeket.

Bármily jók is a vizsgálati eredmények, tisztában kell lenni az antivirális hatású kenőcsök felírása és alkalmazása során egy fontos tapasztalati ténnyel: Az optimális hatás kifejlődéséhez elengedhetetlen, hogy a készítmények alkalmazását az első tünetek észlelésekor kezdjük el. Ez a megállapítás az epervudine-ra is igaz. Miután a provokáló tényezők száma igen nagy, és labiális herpes nemcsak a szervezet immunstatusának jelentős megváltozása (interkurrens fertőzések, steroid kezelés stb.) hatására, hanem akár napsugárzást, kiadós étkezést követően is kialakulhat, célszerű, ha a betegségre hajlamos egyének az antiviralis hatású kenőcsöt maguknál tartják. Kellő felvilágosítás után a beteg önállóan, a megfelelő időpontban alkalmazva megelőzheti a bőr- és nyálkahártyatünetek kifejlődését.

Köszönetnyilvánítás: A svájci vizsgálat koordinálásáért köszönettel tartozunk A. de Courten dr.-nak, az OM Laboratories orvos igazgatójának és E. M. Grandjean dr.-nak, a vizsgálat vezetőjének.

IRODALOM: 1. Acyclovir in General Practice. Drug. and Ther. Bull., 1992, *30,* 21. — 2. *Farkas V., Télessy I.:* Tapasztalatok a Hevizos kenőccsel ambuláns betegellátásban. Med. Univ., 1988, *XXI.*, 357—359. — 3. *Makleit L.:* Klinikai tapasztalatok a Hevizos kenőccsel (Acta Pharm. Hung., 1993, *63,* 181—187. — 4. *Ötvös L., Tüdős F. H.:* A Hevizos hatásának molekulárfarmakológiai alapjai. Acta Pharmaceutica Hungarica, 1993, *63,* 227—243. — 5. *Whitley, R. J., Gnann, J. W.:* Acyclovir: A decade later. Nev. Engl. J. Med., 1992, *327.* — 6. *Sági J. és mtsai:* Az 5-izopropil2'-dezoxiuridin DNS-be történő beépülése és ennek hatása a DNS szerkezetére és funkcióira. Acta Pharmaceutica Hungarica, 1993, *63,* 193—203.

(Makleit László dr., *Debrecen,* Pallagi út 13. 4042)

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Lenti Városi Rendelőintézet igazgató főorvosa (8960 Lenti, Pf. 05.) pályázatot hirdet *házi gyermekorvosi állásra.*

Illetmény a szolgálati idő figyelembevételével az idevonatkozó rendelet alapján.

Lakást biztosítunk.

A pályázatot a Rendelőintézet igazgató főorvosához kell benyújtani.

Bencze Katalin dr.
igazgató főorvos

A **MÁV Központi Rendelőintézet** (Budapest, VI. ker., Podmaniczky u. 109.) állást hirdet *EKG és Kardiológiai szakrendelőjében 1 fő kardiológus szakorvosi álláshely* betöltésére.

Az állás betöltéséhez echocardiográfiai gyakorlat szükséges.

Pályázatokat a MÁV Központi Rendelőintézet Titkárságára kérjük eljuttatni.

Bérezés megegyezés szerint.

Alkalmazás esetén a dolgozó, valamint igényjogosult családtagjai részére MÁV utazási kedvezményt biztosítunk.

A sajószentpéteri Gyógyító-Megelőző Intézmény pályázatot hirdet 1 fő felnőtt háziorvosi munkakörre.

Pályázati feltétel: magyar egyetemen szerzett orvosi diploma.

Előnyben részesül: belgyógyászati, általános orvosi, háziorvosi, üzemorvosi szakvizsga Belgyógyász, szemész, üzemorvos, szakorvos házastárs részére megbeszélés szerint állást biztosítunk.

Az állású 1995. július 1-jétől betölthető.

Bérezés: KJT szerint, vállalkozási forma is választható.

Szolgálati lakást biztosítunk.

Kelemen Iván dr.
int.-vez. főorvos

A **Tamási Város Szent Orsolya Kórház-Rendelőintézet** (7084 Pincehely, Gróf Széchenyi u. 92. sz.) orvos-igazgatója meghirdeti a Kórház Sebészeti Osztályán megüresedett: *1 fő anaesthesiologus szakorvosi* és *1 fő sebész szakorvosi* állást.

Bérezés: a Kjt. szerint.

A kórház területén 3 szoba összkomfortos lakás áll rendelkezésre.

Pályakezdők jelentkezését is várjuk.

Az állások azonnal betölthetők.

Dobrovicz Mária dr.
orvos-igazgató

Magánintézet speciális laboratóriumi munkára biológusi, biokémikusi, vagy gyógyszerész végzettségű, illetve szülésznőgyógyász szakorvosi munkakörbe fiatal, ambiciózus munkatársakat keres.

Érdeklődni a délutáni órákban a 202-2802, 202—2388 és a 202-2296-os telefonszámokon lehet.

A Veszprém Megyei Önkormányzat **Hollós István Psychiatriai Szakkórház** (8482 Doba) orvos-igazgatója pályáztot hirdet: az *alkohológiai osztály osztályvezető főorvosi állására.*

Pályázati feltételek: pszichiatriai szakképesítés, és legalább 10 éves szakmai gyakorlat.

Fizetés megegyezés szerint, lakást biztosítunk.

Érdeklődni lehet: 8482 Doba, Somlóvár. Tel.: 89-324151, dr. Baraczka Balázs orvos-igazgatónál.

A Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd, pályázatot hirdet intézeti orvosi munkakörbe.

Pályázati feltétel: pszichiátriai szakvizsga

Egyéb információ:

— bér: 50 000—60 000,— Ft,

— lakás, orvos-pszichológus házaspár előnyben.

Gáspár Károly dr.
int. igazgató

A SPRINGER VERLAG ORVOSI FOLYÓIRATAI TEMATIKUS BONTÁSBAN

		Ára	Megjelenik évente
Anesthesiology, Intensive Care Medicine, Pain/ Anaesthesiologie, Intesivmedizin, Schmerz			
Der Anaesthesist	DM	534	12×
Ethik in der Medizin	DM	140	4×
Intensive Care Medicine	DM	745	12×
Intensivmedizin und Notfallmedizin	DM	459	8×
Pain Digest	USD	180	6×
Der Schmerz — Konzepte, Klinik und Forschung	DM	241	6×
Anatomy, Histology, Embryology/Anatomie, Histologie, Embryologie			
Anatomy and Embryology	DM	2 740	12×
Calcified Tissue International	USD	634	12×
Cell and Tissue Research	DM	4 565	12×
Differentiation	DM	1 863	10×
Epithelial Cell Biology	GBP	130	4×
Fertilität—Sterilität, In-vitro Fertilisation, Sexualität, Kontrazeption	DM	283	4×
Histochemistry	DM	2 786	12×
ÚJ International Journal of Angiology	USD	137	4×
Surgical and Radiologic Anatomy	FF	2 307	4×
Biochemistry/Biochemie			
Amino Acids	DM	825	8×
Calcified Tissue International	USD	634	12×
European Biophysics Journal	DM	1 031	6×
European Journal of Biochemistry	DM	3 486	24×
Histochemistry	DM	2 786	12×
International Journal of Biometeorology	DM	437	4×
International Journal of Clinical and Laboratory Research	DM	378	4×
Journal of Comparative Physiology B : Biochemical, Systemic, and Environmental Physiology	DM	1 600	8×
Journal of Neural Transmission — General Section	DM	1 448	12×
Journal of Neural Transmission—Parkinson's Disease and Dementia Section	DM	715	6×
Protoplasma	DM	2 617	24×
Zeitshrift für Ernährungswissenschaft	DM	315	4×
Zeitshrift für Lebensmittel-Untersuchung und-Forschung	DM	1 947	6×
Biophysics/Biphysik			
Applied Magnetic Resonance	DM	1 084	4×
Biological Cybernetics	DM	2 727	6×
European Biophysics Journal	DM	1 023	6×
International Journal of Biometeorology	DM	437	4×
The Journal of Membrane Biology	USD	1 306	18×
Radiation and Environmental Biophysics	DM	813	4×

A fenti folyóiratok napi árfolyamon, forintért előfizethetők, valamint mintapéldányok megtekinthetők a Springer Szalonban (Budapest, VII., Wesselényi u. 28., naponta 10—18 óráig, szombaton zárva).

Radikális prostatectomiával kezelt prostatarákos betegek utánvizsgálata: eredmények, késői szövődmények, túlélés

Romics Imre dr.*, Bach, Dietmar dr. és Würtz, Ulrich dr.

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

A szerzők 1986 és 1991 között 35 radikális prostatectomiát végeztek prosztatarákos betegekben. 1993 végén 25 betegről szereztek információt. Az átlagos követési idő 4,4 év. Két beteg halt meg tumoros progresszió, egy interkurrens betegség miatt. Progresszió hat betegben lépett fel. Öt beteget kellett anastomosis strictura miatt operálni. Egy beteg került műtétre teljes incontinentia miatt, egy penis-szorítót hord.

Kulcsszavak: radikális prostatectomia, késői szövődmények, túlélés

Follow-up of radically prostatectomized prostate cancer patients: results, late complications, survival. The authors performed radical prostatectomy on 35 prostate cancer patients between 1986 and 1991. At the end of 1993 the authors were informed about 25 patients. The mean follow-up was 4.4. years. Two patients have died in tumour related diseases, one in intercurrent diseases. In six patients progression was observed. Five patients had to operated because of anastomosis stricture. One patients was operated because of total incontinence another one uses penis clamp.

Key words: radical prostatectomy, late complications, survival

A radikális prostatectomia indikációját, preoperatív staginget, a peri- és korai postoperatív szövődményeket már korábban tárgyaltuk (7). Hazánkban *Frang* (2), *Szüle* (9) és *Wabrosch* (11) közöltek eredményeket radikális prostatectomia után. Minden diagnosztikai vizsgálat, a műtéti alaposság és gondosság, a technikai nehézségek legyőzése arra irányul, hogy a beteg tumormentes legyen, túlélése megegyezzen a népesség átlagos túlélésével, késői szövődmények se lépjenek fel. Ez egy idealizált cél, sajnos szövődmények, sőt alkalmanként progresszió sem kerülhető el. Az előbbiek a műtét technikai nehézségéből, ill. a betegség progressziójának következményeként léphetnek fel. A praeoperativ stádium megállapítás nehézségei és hibalehetőségei magukba foglalják azt is, hogy lokálisan előrehaladott stádiumú vagy nyirokcsomó metastasisos betegek is műtétre kerülnek.

Betegek és módszerek

Az 1986—91. között végzet 35 Walsh szerinti radikális prostatectomiára került betegek utánvizsgálatát kíséreltük meg. Tekintettel arra, hogy Németországban kórházi ambuláns vizsgálat — védve a magánurológusok érdekeit — tilos, ezért körlevelet küldtünk ki a műtétre beutaló és gondozó urológusoknak. 1993 novemberében és decemberében 25 betegről sikerült több-kevesebb információt nyerni. Érdeklődtünk a betegek szövődményei (incontinentia, anastomosis szűkület, potenciazavar) és azok mértéke után, és érdeklődtünk azután is, hogy az elhalt betegek mikor és milyen betegségben haltak meg. Megkérdeztük a legutóbbi vizsgálat idejét és összegyűjtöttük a vizsgálati eredményeket (rectális digitális tapintás, PSA és hemoglobin-koncentráció, uroflow, residuum, csontscintigraphia, egyéb vizsgálatok).

Amint az a fentiekben olvasható, széles körű információt terveztünk szerezni betegeinkről. Nehéz volt azokról a betegekről információt nyerni, akik nem jártak rendszeresen urológushoz. Egyes, a praxisban dolgozó urológusok is nehezítették az adatgyűjtést, vagy többszöri kérés után közöltek adatokat, vagy egyáltalán nem válaszoltak kérésünkre.

Eredmények

A betegeket az eltávolított preparátum és nyirokcsomók patológiai vizsgálata alapján az ún. patológiai (p) stádium szerint 3 csoportba osztottuk:

I. csoport (12 beteg): pT_{1-2} $pN_oM_oG_{1-2}$
II. csoport (6 beteg): pT_3 $pN_oM_oG_{2-3}$
III. csoport (7 beteg): pT_3 $pN_{1-2}M_{o-1}G_{2-3}$

Az *1. táblázaton* az egyes stádium szerint felosztott csoportokban a kiegészítő kezelések módjait tüntetjük fel. Kiegészítő kezelésre progresszió (I. csoport), lokálisan előrehaladt daganat (II. csoport) vagy nyirokcsomómetasztázis (III. csoport) esetén került sor. Progresszió az I. és II. csoportban egy-egy, a III. csoportban négy betegben történt. Feltüntettük az átlagos megfigyelési és követési időt is, ill. a meghaltak túlélését.

A *2. táblázatban* a válaszokat értékeltük ki. A PSA-koncentráció 13 betegben volt 1 ng/ml alatt és 5 esetben

*Jelenlegi munkahelye: Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika

1. táblázat: A különböző stádiumokban lévő betegek kiegészítő kezelésének adatai, túlélés, progresszió

Stádium (n)	Kiegészítő terápia (n)	Progresszió (n)	Átlagos követés (év)	Meghaltak túlélése (év)
I. (12)	O,A,K,E Rtg (1)	1	5,2±0,57	1,5* (1)
	O + E (4)	1	3,9±0,45	—
II. (6)	O + A (2)			
	O + E (2)	4	4,5±0,35	3,5
III. (7)	A (1)			2,0 (2)
	O (3)			
	E (1)			
Összesen	14	6	4,4	

O = orchidectomia; A = antiandrogen; E = estracyt;
K = kemoterápia; Rtg = röntgen besugárzás
*Interkurrens betegség

1 ng/ml felett. Három betegben volt lényeges residuum. A betegek uroflowértéke elfogadható volt.

A *3. táblázaton* a késői szövődményeket tüntettük fel. A kezelő urológus szerint minden betegnek van potenciazavara. Öt betegben alakult ki anastomosis-szűkület, melyet egy-öt alkalommal kellett urethrotomia útján operálni. Az első beavatkozás átlag 7,8, a második 11,2 hónappal a radikális prostatectomia után történt. Teljes incontinentia két betegben lépett fel. Tíz esetben „enyhe" és „közepes" volt a continentiazavar. Progressziót hat betegben kórismeztek. Két esetben csak lokális, négy betegben távoli metastasis is kialakulhat. Összesen két beteg halt meg prosztatarák miatt.

A patológiai vizsgálatot követően, közvetlenül a műtét után, ha lokálisan előrehaladt tumort (pT_3) vagy nyirokcsomó-metastasist találtunk, kiegészítő kezelést kezdtünk. Ugyancsak kiegészítő kezelést végeztünk az utánkövetés során fellépett progresszió esetén is.

Megbeszélés

A szerzőket élénken foglalkoztatják az utóbbi években az idegkímélő radikális prostatectomiával elért eredmények és a radikális prostatectomia szövődményei — a dolgozatok nagy részét ez utóbbi kérdéskör teszi ki. Mi egy korábbi periódusban végeztük műtéteinket, és ezek első műtéteink voltak. Nemcsak hogy kevésbé volt ismert az idegkímélő műtéti technika, de gyakorlottabb kezet is igényel ez a műtéti típus. Mi az első 35 operált betegből 25 késői analízisét végeztük. Sajnos se nekem, se németországi munkatársaimnak, a német egészségügy sajátos szerkezete miatt a kórházban ambuláns betegek vizsgálatára nincs és nem volt módunk. Minden adat vonatkozásában csak a betegeket kontrolláló privát urológusok adataira hagyatkozhattunk.

A huszonöt betegből 6 esetben lépett fel progresszió. Az öt évet túlélt 10 betegből 8 él, egy halt meg progresszió és egy interkurrens betegség (myocardialis infarctus) miatt. Az öt évnél kevesebbet (3,5—5) túlélő 15 betegből egy halt meg progresszió miatt. A progressziót mutató betegek aránya (meghaltak és még élők) a betegség kiterjedtségével párhuzamos. Az 1986 és 1991. március 31. között operált betegek átlagos túlélése 4,1 év. *Zincke és mtsai* (10) A_1 és A_2 stádiumú betegeinek ötéves túlélése 92,5%, 10 éves 73,2, míg 15 éves túlélés 59,7%-os. A betegeink ötéves túlélése kissé gyengébb (80%), de nemcsak A stádiumú betegeket operáltunk. *Fendler és mtsai* betegeinek 1 éves túlélése 86%-os volt (1). A mi betegeink közül egy év alatt a műtét után senki sem halt meg. Az ő ötéves túl-

2. táblázat: A betegekről kapott információk

Vizsgálat	Válaszok száma	Lelet
Rectalis tapintás	17	normál(?) 17
Hemoglobin (g%)	8	átlag 14,0 (12,6—14,7)
PSA (ng/ml)	18	átlag 12,6 <1,0 (13 eset) átlag 0,33 (0,1—0,8) >1,0 (5 eset) átlag: 266 (12,5—600)
Uroflow (ml/sec)	14	átlag 13,5 (7—20)
Residuum (ml)	18	átlag 19,2 (0—117) *klinikailag lényeges* 3 beteg: 80,—100,—117 ml *klinikailag elhanyagolható* 3 beteg: 20,—20,—10 ml *residuummentes* 12 beteg
Csontscintigraphia	9	2 pozitív 7 negatív
Vese UH	4	pangás nincs egyik esetben sem
Mellkas röntgen felvétel	6	mind negatív
CT	1	diffúz retroperitonealis metastasis

3. táblázat: Késői szövődmények betegeinkben

Szövődmény	Válaszok száma	Szövődmények részletezése	
Erectilis dysfunctio	17	17 (100%)	
Anastomosis strictura	25	*operált*	*5*
		egyszer	1
		háromszor	2
		négyszer	1
		ötször	1
		(minden műtét uretrotomia int.)	
		1. op. prostatectomia után átlag 7,8 hó	
		2 op. prostatectomia után átlag 11,2 hó (4—52 hó)	
Incontinentia	25	12 beteg	
		total	2
		— operált (Scott protézis)	
		— 2,5 évvel a műtét után penis leszorítót hord	
		közepes	5
		enyhe	5
Progresszió	25	6 *áttét*	*6*
		lokális	2
		távoli met.	4
Halál	3	tumor okozta	2
		nem tumoros	1

élésük csak 50%-os volt; ennél eredményeink jobbak. Lokális progressziót B stádiumban 10—26, C stádiumban 8—31, D stádiumban 11—25% között írnak le különböző szerzők (4, 5, 6). Eredményeink hasonlóak.

A klinikai adatok közül elsősorban a PSA-nak van jelentősége. Az átlagérték 18 beteg vonatkozásában 12,6 ng/ml, ami néhány igen magas koncentrációból származik. Tizenhárom betegben 1 ng/ml alatti, átlagosan 0,33 ng/ml PSA-koncentrációt mértünk, ami normális és elfogadható. Öt esetben volt PSA-koncentráció 1 ng/ml felett, ami lokális és távoli metastasisra utal. Kielégítő az uroflow 13,5 ml/sec átlaggal 7 és 20 ml/sec között. Klinikailag jelentős reziduumot 3 progressziót mutató betegben találtunk.

Kétségtelen, a körlevelek szerint minden beteg kivétel nélkül impotens, legalábbis erectilis dysfunctiója van. Ennek mértékéről információnk nincs. A 25-ből hét betegben fordult elő anastomosis-szűkület.

Frohmüller (3) adatai szerint, 303 radikális prostatectomia után, az urethrastrictura-anyagukban 5,2%. Ha csak az operált eseteket számolom, esetünkben az is 20%! *Surya és mtsai* (8) 156 betege között 11,5%-ban fordult elő szűkület. Hideg késes bemetszés csak 62%-ban volt sikeres, a többi esetben rendszeres dilatatióra volt szükség.

Incontinentia (teljes) *Frohmüller* (3) betegei között 4,7%-ban fordult elő. Teljes incontinentia 2 betegünkben fordult elő a 25-ből. További 5 beteg közepes és 5 enyhe incontinentiáról számolt be. *Lange és Readdy* eredményei még jobbak, 100 betegből kettő lett incontinens (5). Fenti szövődmények — mind az incontinentia, mind a strictura — felhívják a figyelmet a húgycső-preparálás, a húgycső-dissectio veszélyeire, a gondos anastomosisvarrat behelyezésére.

Hét pN_+ betegünkből hat értékelhető — egy meghalt infarctusban — és a hétből négy progrediált, míg a 18 pN_0 betegből egy. Igazolva látszik e kis beteganyagon is, hogy N_+ beteg műtétje nem indokolt.

A radikális prostatectomiának számos buktatója, szövődménye lehet, de a lokális daganat eltávolítása a betegnek daganatmentességet biztosíthat. Ezért különösen fiatal betegek intracapsuláris daganata esetén végleges gyógyuláshoz vezethet, míg minden más kezelés (sugár, hormon-, cytostaticum) esetén tumormentesség nem érhető el.

IRODALOM: 1. *Fendler, J. P., Dujardin, T., Bringeon, G. és mtsai:* Progression after radical prostatectomy for prostatic cancer: contribution of prostate specific antigen. Progress en Urologie, 1993, *3,* 73—80. — 2. *Frang, D., Pajor, L.:* Radical prostatectomy and complications. Int. Urol. Nephrol., 1990, *22,* 349—357. — 3. *Frohmüller, H.:* Erweiterte Indikationsstellung zur radikalen Prostatektomie? PCA-Journal, 1990, *1,* 3. — 4. *Gibbons, R. P., Correa, R. J., Brannen, G. E. és mtsai:* Total prostatectomy for clinically localised prostatic cancer: longterm results. J. Urol., 1989, *141,* 564—566. — 5. *Lange, P. H., Reddy, P. K.:* Technical nuances and surgical results of radical retropubic prostatectomy in 150 patients. J. Urol., 1987, *138,* 348—352. — 6. *Middleton, R. G. Smith, J. A., Melzer, R. B. és mtsai:* Patients survival and local recurrence rate following radical prostatectomy for prostatic carcinoma. J. Urol., 1986, *136,* 422—424. — 7. *Romics, I., Bach, D., Widmann, T.:* Harmincöt radikális prostatectomiával nyert tapasztalatok. Magy. Urol., 1992, *4,* 283—289. — 8. *Surya, B. V., Provet, J., Johanson, E. és mtsa:* Anastomotic strictures following radical prostatectomy: risk factors and management. J. Urol., 1990, *143,* 755—758. — 9. *Szüle E, Törzsök F., Koór S.:* A hólyagnyak-húgycsőcsonk egyesítésének húzatásos módszere Millin szerinti radikális prostatectomiában. Urol. Nephrol. Szle., 1985, *12,* 221—222. — 10. *Zinke, H., Blute, M. L., Fallen, K. J. és mtsai:* Radical prostatectomy for stage A adenocarcinoma of the prostate: staging errors and their implications for the treatment recommendations and disease outcome. J. Urol., 1991, *146,* 1053—1058.

(Romics Imre dr., *Budapest,* Frankel Leó u. 17—19. 1027)

Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent — Megjelent

Szerkesztette:

NÉKÁM KRISTÓF—SZEMERE PÁL: TÁPLÁLKOZÁSI ALLERGIÁK



Írta:
Antal Magdolna, Baló-Banga J. Mátyás, Barna Mária, Berő Tamás, Dworschák Ernő, Endre László, Fehér Erzsébet, Jákó János, Járainé Komlódi Magda, Nékám Kristóf, Németh Péter, Osváth Pál, Polgár Marianne, Sohárné Bándi Judit, Szatlóczky Ernő, Szemere Pál, Temesvári Erzsébet, Zajkás Gábor

Minden gyakorló orvos találkozik „ételallergiás" beteggel, ezek a tünetek napjainkban növekedő számban, a lakosság mintegy 1—5%-át érintik.

Könyvünk hiánypótló mű, témájában klinikumorientált, de ismerteti az emésztőrendszer immunológiai szerepét, a diagnosztikus módszerek kritikai elemzését, az ember táplálkozási szokásait, az élelmiszeripar és az allergológia közös és eltérő érdekeit.

A könyvet a téma kiváló hazai szakértői írták, sokéves immunológiai-allergológiai gyakorlatuk alapján 297 oldal, 980,— Ft.

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem Nékám—Szemere: Táplálkozási allergiák című könyvét ..... példányban.

Megrendelő neve: .....

Címe: .....

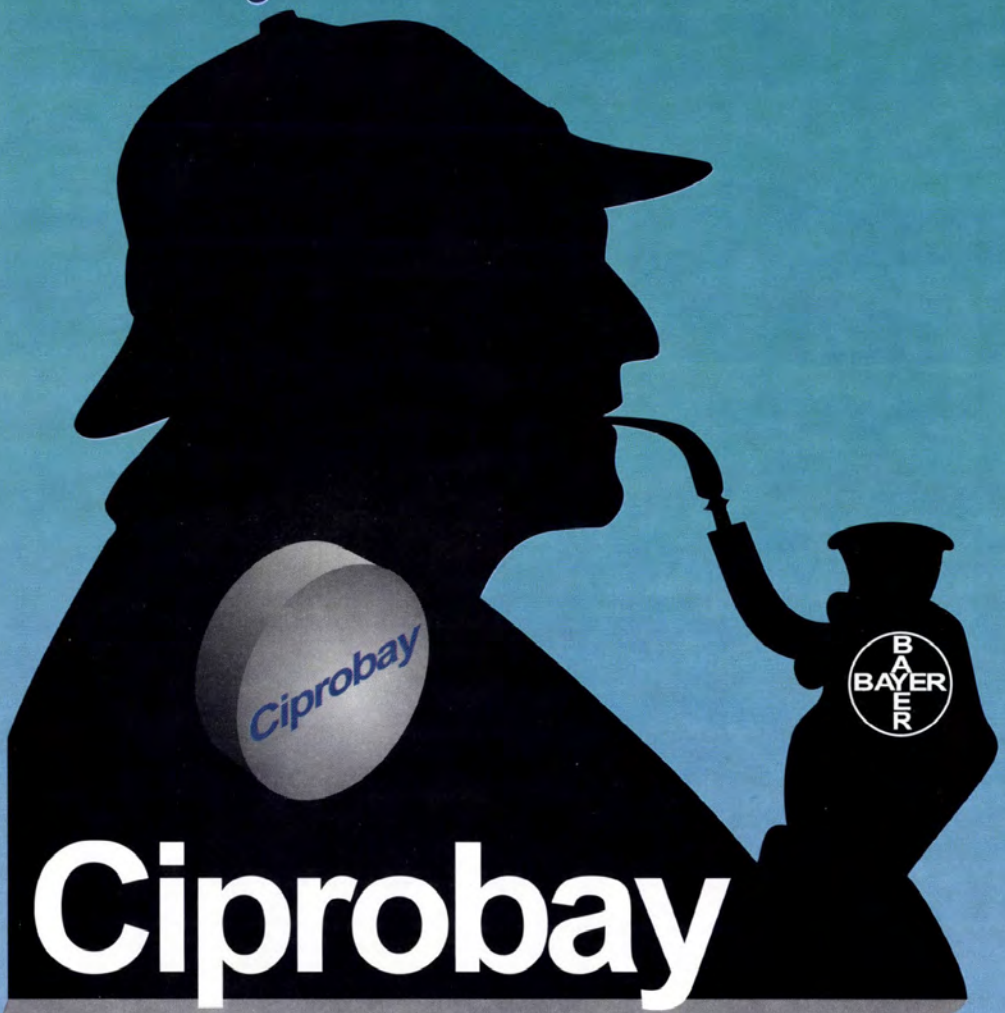
Rendelését várja: Springer Hungarica Kiadó, Budapest 1075 Wesselényi u. 28.

A SPRINGER VERLAG ORVOSI FOLYÓIRATAI TEMATIKUS BONTÁSBAN

	Ára		Megjelenik évente
General Practice/Allgemeinmedizin			
The Einstein Quarterly	USD	114	4×
Ethik in der Medizin	DM	140	4×
Der Internist	DM	464	12×
Journal of Molecular Medicine	DM	545	12×
M. D. Computing	USD	131	6×
Naturwissenschaften	DM	411	12×
Pain Digest	USD	180	6×
PRAXISMAGAZIN med.	DM	231	12×
PROMED	DM	207	12×
Der Schmerz — Konzepte, Klinik und Forschung	DM	241	6×
Ultraschall in Klinik und Praxis	DM	278	4×
Wiener klinische Wochenschrfit	DM	430	24×
Zeitschrift für Gerontologie	DM	343	6×
Gynecology, Obstetrics, Perinatology/Gynäkologie, Geburtshilfe, Perinatologie			
Adolescent and Pediatric Gynecology	USD	193	4×
Archives of Gynecology and Obstetrics	DM	1 095	8×
Berichte Gynäkologie, Geburtshilfe—Gynaecology, Obstetrics	DM	5 342	26×
Fertilität — Sterilität, In-vitro Fertilisation, Sexualität, Kontrazeption	DM	283	4×
Der Gynäkologe	DM	391	6×
Human Genetics	DM	3 546	12×
International Urogynecology Journal	GBP	198	6×
Journal of Maternal-Fetal Investigation	USD	173	4×
Osteoporosis International	GBP	174	6×
Perinatal Medizin	DM	144	4×
Psychotherapeut	DM	211	6×
Ultraschall in Klinik und Praxis	DM	278	4×
Human Genetics, Antropology/Humangenetik, Anthropologie			
Chromosoma	DM	1 656	8×
Ethik in der Medizin	DM	140	4×
Fertilität — Sterilität, In-vitro Fertilisation, Sexualität, Kontrazeption	DM	283	4×
Human Genetics	DM	3 546	12×
Immunogenetics	DM	1 590	12×
Mammalian Genome	USD	406	12×
MGG Molecular & General Genetics	DM	4 061	24×

A fenti folyóiratok napi árfolyamon, forintért előfizethetők, valamint mintapéldányok megtekinthetők a Springer Szalonban (Budapest, VII., Wesselényi u. 28., naponta 10—18 óráig, szombaton zárva).

Kinyomoztuk...



A Ciprobay javítja a minőséget
a bronchitis terápiában

További információ beszerezhető:
Bayer Hungaria Kft.
1016 Budapest, Mészáros u. 15-17.
Tel.: 212-1540 Fax: 212-1575

DESIGN: SERWISE D STUDIO

A vérnyomáscsökkentés mellett az atherosclerosistól is véd

Baypress®





Összetétel: Egy Baypress® tabletta 20 mg nitrendipint tartalmaz. **Javallat:** Hypertonia. **Ellenjavallatok:** Bár a Baypress® embryotoxikus hatásának nincs bizonyítéka, jelenleg sem a terhesség, sem a szoptatás teljes időtartama alatt ne alkalmazzák. **Mellékhatások:** Fejfájás, az arc kipirulása vagy kimelegedés előfordulhat. Ezek a nemkívánt hatások különösen a kezelés első hetében jelentkeznek és általában elmúlnak a további kezelés során. A néha észlelt boka-oedema a vérerek kitágulásának a következménye és magától elmúlik, kivéve a kezelés alatt, ha a gyógyszert elhagyják. Hányingert, szédülést, fáradtságot, viszketést, tachycardiát vagy szívdobogást ritkán figyelnek meg. A Baypress®-kezelés a vizeletürítés fokozódásával társulhat. Akár csak más vazoaktív anyagok esetén, mellkasi fájdalmak (esetleg angina pectoris-szerű tünetek) nagyon ritka esetben előfordulhatnak 15-30 perccel a Baypress® bevétele után. Egyes esetekben a szérum lúgos foszfatázaktivitása megnövekedhet. **Figyelmeztetés:** Az ezzel a gyógyszerrel végzett antihypertensiv kezelés orvosi felügyeletet igényel. A gyógyszer bevétele után egyes esetekben a gépkocsivezetésre vagy gépek kezelésére való képesség korlátozódhat. Az ilyen reakció különösen kifejezett a kezelés kezdetén, a gyógyszerváltás esetén és ha egyidejűleg alkoholt is fogyasztottak. **Kölcsönhatás más gyógyszerekkel:** A Baypress® vérnyomáscsökkentő hatását egyéb antihypertensivumok erősíthetik. Azokra a betegekre, akik egyidejűleg nitrendipint és beta-receptorgátló szert szednek, gondosan ügyelni kell. Ugyanez áll arra az esetre is, ha egyidejűleg cimetidint is szed a beteg. Ha a Baypress®-szel egyidejűleg digoxin-kezelést is kap, a plazma digoxinszintje emelkedhet. Számításba kell tehát venni egy digoxin-túladagolás veszélyét, és ha szükséges, a plazma digoxinkoncentrációját meg kell határozni és szükség esetén a glikozid adagját csökkenteni kell.

Adagolási javaslat: A kezelést a betegség egyéni súlyosságához kell igazítani.

1 tabletta, naponta egyszer (reggel)

Ha nagyobb adagra van szükség, a napi dózis 2 x 1 tablettára növelhető. Krónikus májbetegségek és vesebaj esetén egyéni elbírálás kell. Kezdő adag: 1/2 tabletta Baypress® 10 mg.

A Bayer licenc alapján gyártja:

ALKALOIDA RT

További információ:
Bayer Hungária Gyógyszerrészlege
1016 Budapest, Mészáros u. 15-17.
Tel.: 135-9378 Fax: 115-1636
Alkaloida Rt. Marketing
4400 Tiszavasvári, Pf. 1. Tel.: (42) 372-511

Bayer
Bayer Leverkusen

Regaine®

LOKÁLIS OLDAT

minoxidil 2%

A hajhullás



első hatásos



gyógyszere

Upjohn
A HAJKUTATÁS ÉLVONALÁBAN
℞

- *androgén allopécia kezelésére*
- *nőknek és férfiaknak egyaránt*
- *90%-ban megállítja a hajhullást**

**Atalo Alins et al. Current Therapeutic Research 1991 49: 723-730*

OGYI eng. szám: 5527/40/92.

További információkért forduljon az Upjohn Képviselethez!
UPJOHN Magyarországi Közvetlen Kereskedelmi Képviselet
1126 Budapest, Tartsay V. u. 14. Tel.: 202-7891 Fax: 202-7892

SOLU-MEDROL

40 ▪ 125 ▪ 250 mg-os injekció

Az eredeti metilprednizolon

ACT-O-VIAL

Sürgős esetben is **gyorsan**, **sterilen**, **biztonságosan** beadható.



- acut asthma
- rovarcsípés
- gége-ödéma
- gyógyszer-allergia
- anaphylaxia

További információkért forduljon az Upjohn képviselethez:

1126 Budapest, Tartsay V. u. 14.,
Tel.: (1) 202-7891

Upjohn

Újszülöttkori lépcysta

Jójárt György dr.

Toldy Ferenc Kórház, Cegléd, Csecsemő- és Gyermekosztály (főorvos: Jójárt György dr.)

A szerző hasi ultrahang-szűrővizsgálat során öt újszülött lépében cystát talált. A cysták mérete 5 és 11 mm közötti volt. Négy spontán gyógyult, egy lassan növekedett, kilenc hónap alatt 7-ről 11 mm nagyságúra. Két esetben sikerült megfigyelni a gyógyulás folyamatát: a változatlan méretű cystán belül a lép többi részéhez hasonló, de echoszegény szerkezet jelent meg, majd hasonlóvá vált környezetéhez. A szerző két hasonló lépcystát látott egy négy- és egy ötéves gyermeken. Előbbit csecsemőkorában többször vizsgálta ultrahanggal, akkor nem volt lépcystája. Az etiológia nem ismert, de az esetek időbeli és térbeli halmozódása fertőzéses eredetre utal.

Kulcsszavak: újszülött, lépcysta

Splenic cyst in newborns. The author found five splenic cysts during ultrasound newborn screening. The size of cysts were between 5 and 11 mm. One of them slowly arised from 7 to 11 mm during 9 months. The other four heeld spontaneuosly. There were no cyst in other abdominal organs. The author could observe the process of heeling in two cases: the size of cysts did not altered but in the inside of the cysts seemed the echopoor structure of the spleen. Later the site of the cysts were not visible more. The author saw similar splenic cysts in a four and a five years old children. The first was more time investigated in his first year of life with ultrasound by the author and no cyst was visible in his spleen. The ethiology is not known but the accumulation of cases in time and space refer to an infectiv origin.

Key words: newborn, splenic cyst

Az újszülöttek ultrahang-szűrővizsgálata néha meglepetéseket tartogat számunkra. Az alábbiakban öt újszülöttkori lépcystát ismertetünk.

Valamennyi újszülött zavartalan terhesség után, időre született. A születéskor nem sérültek, Apgar pontszámuk normális volt. Mindegyik cysta normális nagyságú és szerkezetű lépben volt.

1. 2950 g súlyú fiú. Háromnapos korban a lép középső harmadában, a domború felszínhez közel, 10 × 12 mm metszetű cystát láttunk *(1. ábra)*. 3 hetes, 2 és 7 hónapos korban a cysta változatlan volt. Másfél éves korban a cystának megfelelő területen változatlan nagyságú és alakú, echoszegény terület látszott, aminek szerkezete hasonló volt környezetéhez. Újabb két hónap múlva a lép ép volt.

2. 3250 g súlyú fiú. Négynapos korban a lép caudális harmadában 5 × 6 mm metszetű cystát láttunk *(2. ábra)*. 6-hetes korban a cysta változatlan volt. 7 hónapos korban az alig nagyobb, 7 mm átmérőjű cystában echoszegény szerkezet jelent meg *(3. ábra)*, mint az előző esetben. 19 hónapos korban tudtuk újra vizsgálni, a lép homogen volt.

3. 3250 g súlyú leány. Anyai nagyanyjának májában sok, bal veséjében egy cystát láttak ultrahanggal és CT-vizsgálattal. Az újszülöttet 3-hetes korában vizsgáltuk először: a lép felső harmadában, a rekeszi felszínhez közel, 8 × 10 mm metszetű cystát láttunk. Anyját is megvizsgáltuk, nem volt cysta hasi szerveiben. Három hónapos korára a cysta eltűnt. 5 és 18 hónapos korban is cystamentes.

4. 3250 g súlyú fiú. 3-napos korban a lép felső harmadában, a rekeszi felszínhez közel, 7 × 8 mm metszetű cystát láttunk *(4. ábra)*. 6-hetes és 3 hónapos korban a cysta változatlan volt, 9 hónapos korra 11 mm átmérőjűre nőtt *(5. ábra)*. 13 és 18 hónapos korban is ekkora. A toxoplazma, rubeola, cytomegalia és herpes vírus serologiai próba negatív volt.

5. 3650 g súlyú, császármetszéssel született fiú. 5-napos korban a lép felső pólusánál 3 × 5 mm metszetű cystát láttunk. 3 hónapos korra a cysta eltűnt, 10 hónapos korban sem láttuk. A toxoplazma, rubeola, cytomegalia és herpesvírus serológiai reakció negatív volt.

Mind az öt újszülött 1992. V. és XII. hónap között született. Az öt újszülött közül kettő ceglédi, kettő ceglédberceli, egy Dánszentmiklóson lakik. Ceglédbercel 10, Dánszentmiklós 21 km-re van Ceglédtől, északi irányban.

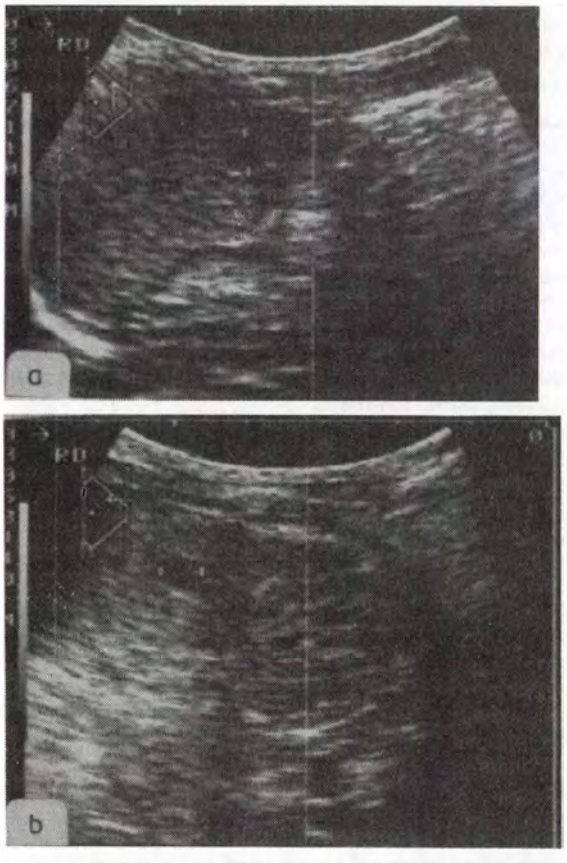
1990 júniusa óta valamennyi, kórházunkban született újszülöttet megvizsgáltunk ultrahanggal (Picker 7000 LSC készülék, 5 MHz frequentiájú, convex vizsgálófej). Eddig 6000 újszülöttet vizsgáltunk. 1992. V. előtt és XII. óta nem láttunk újszülöttkori lépcystát.

Nagyobb gyermekek között két lépcystát láttunk, mindkettő hasonló volt az újszülöttekben látottakhoz. Az egyiket ötéves fiúban láttuk, 1993 decemberében. Őt korábban nem vizsgáltuk ultrahanggal. Bizonytalan hasfájás miatt küldték ultrahangvizsgálatra. Albertirsán lakik, Ceglédbercel és Dánszentmiklós között. A normális nagyságú és szerkezetű lép középső részében 5 × 6 mm metszetű cystát láttunk. Négy hónap múlva a cysta változatlan. Vérképe normális, a toxoplazma, toxocara, cytomegalia és Epstein—Barr-vírus serologia negatív volt.

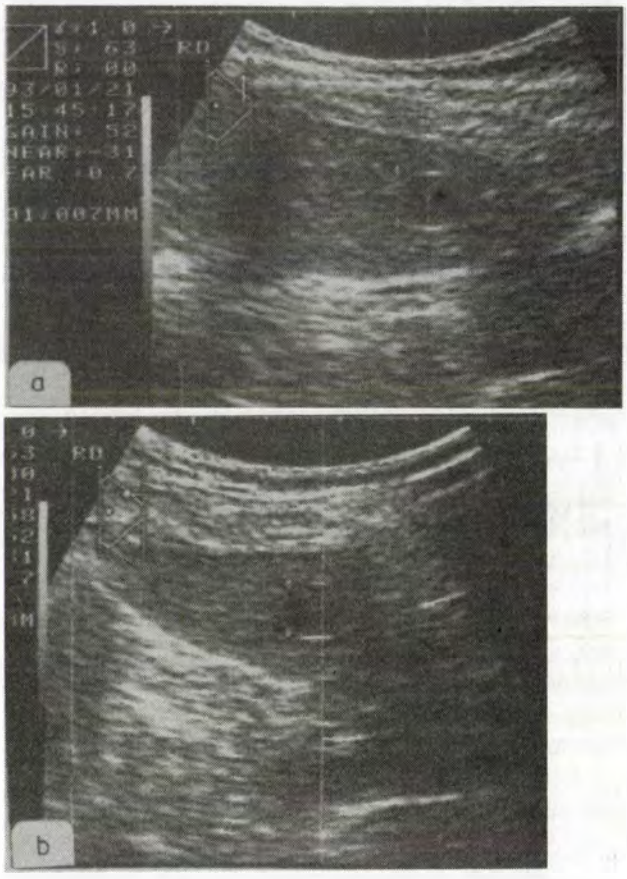
A másik, ceglédi gyermeket újszülöttkorában vizsgáltuk. Vesehypoplasia miatt (egyoldali) ismételten vizsgáltuk ultrahanggal. 14 hónapos koráig nem volt lépében cysta. 1994 februárjában, négyéves korában a lép középső részében 3 × 4 mm metszetű cystát találtunk. Vérsavójában cytomegalia vírus elleni IgG-t lehetett kimutatni, IgA és IgM nem volt benne. Az Epstein—Barr-vírus és Toxoplazma serologia negatív volt.



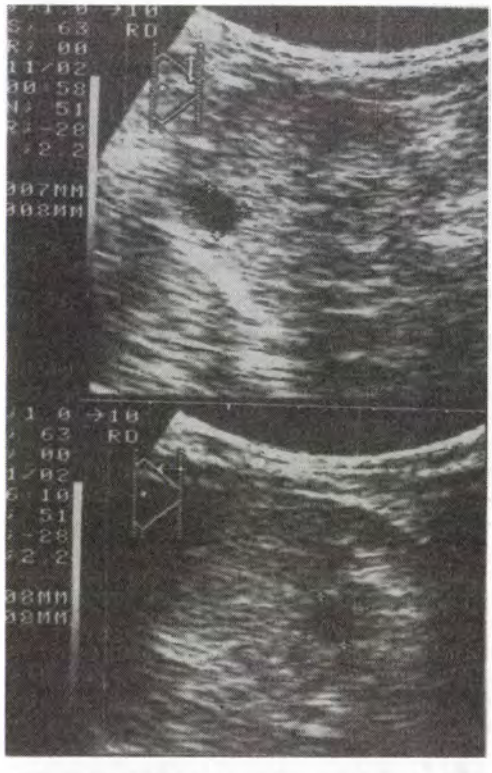
1. ábra: A lép középső harmadában lévő, 10 × 12 mm metszetű cysta haránt és hosszmetszeti képe (1. eset)



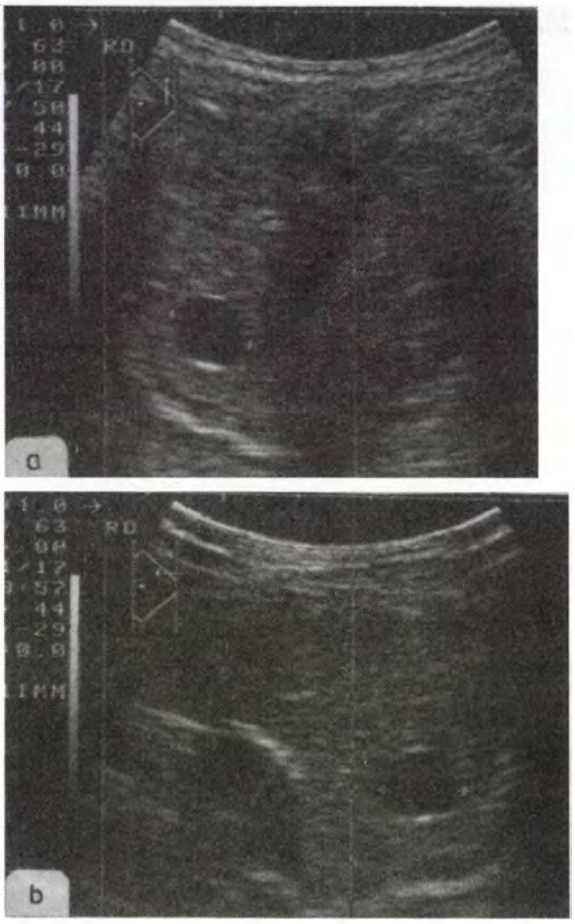
2. ábra: A lép caudális harmadában lévő, 5 × 6 mm metszetű cysta hossz és harántmetszeti képe (2. eset)



3. ábra: Hét hónapos korban a 2. ábrán látható cysta valamivel nagyobb, belsejében a szervülés jelei láthatók (2. eset)



4. ábra: A lép felső harmadában 7 mm átmérőjű cysta látható (4. eset)



5. ábra: Kilenc hónapos korban a 4. ábrán látható cysta 11 mm átmérőjű (4. eset)

Megbeszélés

Az irodalom szerint a lépcysta ritkaság, és a lépcysták közül is csak minden tizedik veleszületett (5). A veleszületett lépcystákat nagyobb gyermek-, vagy felnőttkorban szokták felismerni (4). Az újszülöttkorban felismert eset ritka (2, 5). A betegek 70%-a panaszmentes. A nagy cysta miatt elődomborodó has, vagy a véletlen tapintási lelet vezet a kórismézhez (2, 4, 5, 7, 8). Az ultrahang-diagnosztika elterjedése ezen a téren is változást hozott: a kicsiny cystákat is felismerjük, amik még nem okoznak tüneteket.

A lépcysták szokásos felosztásába: veleszületett cysta, traumás pseudocysta, parazitás cysta, cystás daganat és tályog (5) eseteink nehezen sorolhatók be. Első két betegünk észlelésekor arra gondoltunk, hogy a később nagyra növő congenitalis lépcysta újszülöttkori megjelenését látjuk. A tartós megfigyelést láttuk célszerűnek. A harmadik esetben családi cystás betegség gyanúja merült fel. A negyedik esetnél gondoltunk arra, hogy a cysta fertőzés következménye lehet, de az utolsó két esetben nem sikerült serologiai módszerrel toxoplazma-, rubeola-, cytomegalia- vagy herpesvírus-fertőzést kimutatni. Az öt újszülött közül négy

1. táblázat: A lépcystás gyermekek fontosabb adatai

Dátum	Nem	Életkor	Méret (mm)	Tartam (hó)	Kimenetel	Lakhely
1. 92. V. 1.	F	újsz.	11	20	eltűnt	Dánszentmiklós
2. 92. V. 22.	F	újsz.	5	9	eltűnt	Cegléd
3. 92. VIII. 9.	L	újsz.	9	3	eltűnt	Cegléd
4. 92. X. 31.	F	újsz.	7	18	nőtt	Ceglédbercel
5. 92. XII. 21.	F	újsz.	4	3	eltűnt	Ceglédbercel
6. 93. XII. 9.	F	5 év	5	4	változtlan	Albertirsa
7. 94. II. 11.	F	4 év	3	1	változatlan	Cegléd

spontán meggyógyult, csak egynek cystája nőtt, ez sem gyorsabban, mint a csecsemő. Két esetben sikerült tetten érni a gyógyulást: a cysta mérete nem változott, hanem a cystán belül a lép normális szerkezete jelent meg, kezdetben echoszegényen, majd egyre közelített a lép többi részének echodensitásához. A spontán gyógyulás nem zárja ki, hogy congenitális lépcystát láttunk. A gyermekkorban látott két eset, amik közül az egyik 14 hónapos kor után keletkezett, utal inkább arra, hogy az általunk látott cysták szerzettek. Az öt újszülöttet 7 hónapon belül láttuk. A két gyermeket 12, illetve 14 hónappal az utolsó újszülött után találtuk, de a cysták korábban is kialakulhattak. Mind a hét lépcysta egymás mellett lévő négy helységben lakó gyermekben fordult elő, három Cegléden. A miénkhez hasonló nagyságrendű budapesti és zalaegerszegi újszülött szűrővizsgálati anyagban nem fordult elő lépcysta (3), hasonló eseteket a külföldi irodalomban sem találtunk. Lehetséges, hogy valamilyen helyi járvány következménye a hét lépcysta, de kórokozót nem sikerült kimutatni.

A látott cysták kicsiny mérete miatt nem javasolt beavatkozás. Mivel úgy tűnik, hogy a cysták spontán gyógyulnak, invazív diagnosztikus beavatkozást sem tartunk indokoltnak. A jobb áttekinthetőség kedvéért a lépcystás gyermekek lényeges adatait táblázatban foglaljuk össze *(1. táblázat)*.

IRODALOM: 1. *Bökönyi Zs., Békési L., Szombathy G.:* Lépcysta gyermekkorban. Gyermekgyógyászat, 1984, *35*, 533—535. — 2. *Griscom, N. T., Hargreaves, H. K., Schwartz, M. Z. és mtsai:* Huge splenic cyst in a newborn: Comparison with 10 cases in later childhood and adolescence. Am. J. Roentgenol., 1977, *129*, 889—891. — 3. *Harmat, Gy., Jójárt, Gy., Rubecz, I. és mtsai:* Multicentric coordinated US screening program. What is the benefit? Eur. J. Ultrasound, 1994, *1*, Suppl. 1, 74. — 4. *Kaufman, R. A., Silver, T. M., Wesley, J. R.:* Preoperativ diagnosis of splenic cysts in children by gray scale ultrasonography. J. Pediatr. Surg., 1979, *14*, 450—454. — 5. *Moir, C., Guttman, E., Jequier, S. és mtsai:* Splenic cysts: aspiration, sclerosis or resection. J. Pediatr. Surg., 1989, *24*, 646—648. — 6. *Musy, P. A., Roche, B., Belli, D. és mtsai:* Splenic cysts in pediatric patients — Report of 8 cases and review of the literature. Eur. J. Pediatr. Surg., 1992, *2*, 137—140. — 7. *Németh L., Hrabowszky, Z.:* Lépcysták gyermekkorban. Orv. Hetil., 1993, *134*, 1421—1423. — 8. *Pásztor J., Kontor, E.:* Gyermekkori, nem parazitás eredetű lépcysta. Orv. Hetil., 1981, *122*, 2553—2555.

(Jójárt György dr., *Cegléd*, Törteli u. 1—3. 2700)

A SPRINGER VERLAG ORVOSI FOLYÓIRATAI TEMATIKUS BONTÁSBAN

	Ára		Megjelenik évente
Hematology/Hämatologie			
Annals of Hematology	DM	1 387	12×
Blood Cells	USD	211	3×
Comparative Haematology International	GBP	152	4×
ÚJ International Journal of Angiology	USD	137	4×
Cardiology/Kardiologie			
Basic Research in Cardiology	DM	850	6×
Cardiovascular and Interventional Radiology	USD	231	6×
European Journal of Cardio-thoracic Surgery	DM	345	12×
Heart and Vessels	DM	368	6×
Herzschrittmachertherapie & Elektrophysiologie	DM	181	4×
NMCD — Nutrition, Metabolism and Cardivascular Diseases	DM	320	4×
Pediatric Cardiology	USD	171	6×
Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie	DM	243	6×
Zeitschrift für Kardiologie	DM	581	12×
Dentistry/Zahnmedizin			
Stomatologie	DM	330	10×
Dermatology, Venerology/Dermatologie, Venerologie			
Aesthetic Plastic Surgery	USD	301	6×
Archives of Dermatological Research	DM	1089	8×
Epithelial Cell Biology	GBP	130	4×
European Journal of Plastic Surgery	DM	521	6×
Der Hautarzt	DM	544	12×
Medical and Surgical Demratology	USD	147	6×
Zentralblatt Haut- und Geschlechtskrankheiten — Dermatology, Venerology, Andrology	DM	2 771	13×
Environmental, Occupational Health/Umwelt-, Arbeitsmedizin			
International Archives of Occupational and Environmental Health	DM	1 219	6×
Radiation and Environmental Biophysics	DM	903	4×
Staub — Reinhaltung der Luft/Air Quality Control	DM	473	12×
Zeitshrift für Lärmbekämpfung	DM	235	6×

A fenti folyóiratok napi árfolyamon, forintért előfizethetők, valamint mintapéldányok megtekinthetők a Springer Szalonban (Budapest, VII., Wesselényi u. 28., naponta 10—18 óráig, szombaton zárva).

Lehet-e még újat mondani Paracelsusról?

Az orvostörténeti évfordulók sokaságában elkerülte figyelmünket, hogy 1993. Paracelsus-év volt. Tavaly ünnepelték születése fél évezredes fordulóját. 1493 késő őszén született sváb orvos fiaként.

Európa-szerte se szeri, se száma a megemlékezéseknek. Homérosz szülőhelyének dicsőségéért hét város versengett, a Paracelsus-ünnepségek pedig még ezen is túltesznek, hiszen ez a zseniális orvos 500 éve Svájcban, *Einsiedelben* született, gyermekkorát és halála előtti időszakát Ausztriában, egyetemi éveit az olasz *Ferrarában*, életének többi részét pedig főleg Németországban töltötte, de sok éves vándorlásai révén egész Európát beutazta Spanyolországtól Skandináviáig és le egészen a Balkánig. Mindenütt járt és ami lényegesebb, dolgozott, gyógyított, filozofált, gőgösen elutasítva mind a régi korok, mind a maga kora orvostudományát.

Személyiségét évszázadok óta tanulmányozzák és számtalan aspektusból láttatták ellentmondásokkal terhes és éppen ezért olyan érdekes lényét, sokoldalú munkásságát. Hatásáról tengernyi irodalom tanúskodik, hiszen az orvostörténelem ismerői tudják, hogy Magyarországra is hatott. A maga korában is bírálták, és az elismerés mellett kritizálják ma is. A kései teljes elismerés óhaját hangsúlyozza talán, hogy öreg kontinensünk különféle pontjain, egymástól kilométerek százaira levő városokban zajlottak a megemlékezések, melyek mind a magukénak vallhatják Paracelsust.

Az *einsiedelni* üléssorozat a szülőhely szerepét domborította ki, a *Salzburgban* rendezett élete alkonyára emlékeztetett. *Badgasteinben* főleg a bányászati és balneológiai vonatkozások kerültek előtérbe. A nagy Teophrastus a bányászbetegség első leíróinak egyike, a fürdőkúrák nagy híve és tanulmányozója volt. *Stuttgart* és *Hohenheim* a család származási helyeként szolgált összejövetel színhelyéül, míg *Villach*, ahol a mester orvos édesapja élt és praktizált, és ahol a kis Hohenheim a gyermekkorát töltve alsóbb iskoláit végezte, gazdag kiállítással állított emléket az ő Paracelsusának. Így együttesen, Közép-Európa a nagy gondolkodó és tudós kalandor, alkimista és végtelen szerencsétlenségében is elementáris hatású orvos és ember nevétől volt hangos hónapokon át.

500 év távolából nem könnyű rekonstruálni személyiségének számtalan rejtélyes vonását, még akkor sem, ha meggondoljuk, hogy a feltáró munka, halála óta szinte megszakítás nélkül folyik. Külön folyóirat dolgozza fel évtizedek óta munkásságát és életét, hatását. Az osztrák Paracelsus-társaság mellett, 1951 óta működik a *Nemzetközi Paracelsus-Társaság*, és a két szervezet összefogásának eredménye a Salzburgban megrendezett nemzetközi kongresszus a fél évezredes évforduló alkalmából.

Az esemény politikai, kulturális jelentőségét kiemelte a német és svájci államfők jelenléte, orvostörténeti fontosságát pedig Heinrich *Schipperges* heidelbergi professzor részvétele tette nyilvánvalóvá. Salzburgot egyházi, egyházművészeti pompájáért észak Rómájának nevezik. A város, mint köztudomású, a turizmusnak is kitüntetett helye, ahol van elég látnivaló.

Paracelsus végső nyughelyét már csak azért is érdemes felkeresni, a Salzburg város szívétől nem messze eső egyik temetőben, mert innen indult az a kutatómunka, mely felfedte nemrég, a nagy orvos halálához vezető betegség mibenlétét. Paracelsus csontjainak nyugalmát a II. világháború vége felé igencsak megzavarta a szövetséges csapatok közeledte, a bombázások gyakoribbá válása, ami miatt sok más értékkel együtt, a Mozart mellett legnevesebb városlakó földi maradványait a vár kazamatáiban helyezték biztonságba 1944 márciusában, majd a fasizmus bukása után az amerikai ereklyevadászoktól tartva elrejtették egy háznál, hogy kalandos utazást követően 1947-ben illetékes személy, a múzeumigazgató kezébe juthasson vissza, aki azt 1951-ben a salzburgi temető eredeti Paracelsus-obeliszkjében helyezte — hite szerint — végső nyugalomba.

A sors és az orvostörténelem azonban másképp akarta és nem sokkal később, ismét elhagyták a csontok nyughelyüket. 1990-től ugyanis a földi maradványokat a *Nemzetközi Paracelsus-társaság Harrer* professzor vezette munkacsoportja tudományos vizsgálatnak vetette alá. A koponya- és állkapocscsonton kívül megmaradtak a medence és a végtagok csöves csontjai.

Az évekig tartó vizsgálatsorozat egy sor érdekes leletet hozott napvilágra, melyet a magyar származású Johannes *Szilvássy*, bécsi paleopatológus professzor ismertetett a kongresszus hallgatósága előtt. Röviden összegezve, a medencecsontokat teljesen feminin jellegűnek találták. A pikáns részletekbe való elmerülést elkerülve csak utalok arra a sokszínű feltevéssorozatra, mely a mester nemiségét lengi körül: egyesek *hermafroditának* tartják, mások *interszexualitást* feltételeznek, egy régi legenda szerint egy támadó gúnár csipkedte le gyermekkorában testiseit. Hogy valami nem stimmelt, az egészen bizonyos, hiszen sem-

milyen nemi kapcsolatáról sem szól a fáma. A csontok vizsgálata azonban e kérdést nem döntötte el. A szerzők veleszületett *adrenogenitalis* syndromára gyanakszanak. Szenzációs érdekesség azonban a csontok kémiai vizsgálata, mely kiderítette, hogy túlságosan magas azok higanytartalma. Köztudott, hogy a nagy Hohenheim, az akkoriban egész Európát meglepetésszerűen a hatalmába kerítő vérbajjárvány idején — állítása szerint — higanyvegyületekkel sikeresen gyógyította korának AIDS-ét, de legalábbis ésszerű magyarázatát és kezelését adta egy olyan kórnak, melyet akkoriban még mindig isten büntetésének hittek, és amulettekkel igyekeztek — többek között — kezelni.

Paracelsus maga készítette gyógyszereit, feltehetően innen származhat krónikus *higanymérgezése,* mely korai elaggásához vezetett, legalábbis ezt sugalmazzák az újabb kutatások adatai.

A leglátványosabb eredményt azonban a *szuperprojekciós* fotográfiás identitásvizsgálat hozta. Már régóta igyekeztek — főleg orosz tudósok — koponyák alapján rekonstruálni híresség ek, illetve ősemberek, előemberek arcát.

A jelen vizsgálatok apropójául a rejtélyes orvosgéniusz sokféle ábrázolása szolgált, illetve annak eldöntése, hogy melyik vagy melyek lehetnek hitelesek. Igen híres az ifjú Paracelsus képmása *Holbeintől,* valamint a nőiesen kövérkés ábrázolás *Rubenstől,* a németalföldi *Massystől* és angol, francia, német mesterek portréin, metszetein többször is megjelenik képmása. A koponya oldalnézeti fotóját egyszerűen ráretusálták az oldalnézetű portrékra és napnál világosabban fény derült arra, hogy *nem a művészek portréi hitelesek, hanem az ismeretlen AH* monogramú mester ábrázolásai. Feltételezhető, de nem igazolható, hogy a nürnbergi Augustin *Hirschvogel* rejtőzhet e névbetűk mögött, aki 1503 és 1553 között élt, s a híres orvosról 1538-ban és 1540-ben is készített egy-egy metszetportrét. A kutatók ezeket vetették gondos vizsgálat alá. Ezek egyikére kivetítve a koponya kontúrjait, a tökéletes illeszkedést, az egyezést, ezzel az ábrázolások hitelességét állapította meg. Akár az irodalom, a Paracelsus-ábrázolások száma is igen nagy, nem beszélve a filmekről, színművekről, melyeket lénye ihletett. A jubiláris megemlékezéseken felmerült az is, mennyire felelősek az orvostörténészek, illetve maga a diszciplína a ma kialakult Paracelsus-képért?

Nehezen megválaszolható kérdés ez, nem is érdemes a válasszal kísérletezni.

Befejezésül csak annyit teszünk, hogy egy jeles külföldi és hazai szakértő állásfoglalásaiból idézzük Paracelsus minősítését.

Heinz *Schott* korszakos művében, *A medicina krónikájában* rámutat, hogy nála jelenik meg a kémiai gyógyászat (iatrokemia) fogalma. A betegségek okait a környezetben keresi, és a test helyi szervi elváltozásait is számításba veszi. Ontológiai betegségfogalma már az újkor felé mutat. Ő az újkori medicina előhírnöke.

A magyar *Benedek* István szerint, melyet a *Hügieia* c. nagy művében fejt ki: „... kiváló gyakorló orvos volt... aki a régi skolasztikával szemben új skolasztikát állított... autodidakta naturális gyógymódjával ellenben olyan hasznos lökést adott a medicinának, hogy hatása máig érvényesül. El kell feledni az elméleteit és jellemét, akkor Theophrastus túléli Paracelsust: egészséges naturalizmusa időt álló marad..."

Mindenesetre kívánatos, hogy az új ismeretek birtokában helyesebben értékeljük alakját, teljesítményét és a nagyközönség számára is több legyen neve, mint egy sörmárkáé.

IRODALOM: 1. *Benedek István:* Hügieia. Budapest, Gondolat, 1990, 163. old. — 2. *Schipperges, Heinrich:* Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte, Stuttgart. G. Thieme, 1970, 126—129, 141—143. old. — 3. *Schott Heinz:* A medicina krónikája. Budapest, Officina Nova é. n. (az 1993-as német kiadás alapján, magyar munkatársak: Benedek István, Birtalan Győző, Károlyi György, Szállási Árpád) 137.

Back Frigyes dr.

Biró Judit — Soós Gyöngyvér: **Bőrgyógyászati betegségek**
(Gyógyszeres terápia sorozat)



A kötet a bőrgyógyászati betegségek belső és külső kezelési lehetőségeit tárgyalja, betűrend szerinti sorrendben. A kórképek rövid leírása után részletes ismertetést ad a kezelési javaslatokról, és a várható eredményekről is. A függelékben összefoglalja a választási lehetőségeket, buktatókat, és kiemelten tárgyalja a lokális szteroidok, a helyi dezinficiálószerek, az antimycoticumok és a retinoidterápia problémakörét. Ez a könyv hasznos tanácsadó háziorvosoknak és bőrgyógyászoknak a megfelelő kezelés kiválasztásában és alkalmazásában.
179 oldal, 790,— Ft.

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem ..... pld. Biró—Sós: Bőrgyógyászati terápia (790,— Ft/pld.) könyvet.

Megrendelő neve, címe: .....

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

TÜDŐGYÓGYÁSZAT

Meleg időjárás szaporítja az asthma eseteket. Meijer Van Putton, B. J. Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1640.

Nagy-Britanniában a nyári hőség idején valóságos járványszerű számban jelentkeztek az asthmabetegek. A tetőpont egy jún. 24-én bekövetkezett zivatar után jelentkezett, a kórházi segélyhelyeket betegtömegek árasztották el, mintha óriási repülőgép zuhant volna le mellettük, egyes nagy kórházakban kiürültek a raktárak. A forgalom a normálishoz képest megtízszereződött. Kelet-London egyik kórházában az orvosok méregfelhőre gyanakodtak, mint amilyen Bophalban lehetett vagy 10 évvel azelőtt. Mozgósították a méregközpontot, de az csakhamar kiderítette, hogy Londonban mindenütt hasonló a helyzet. Százak és százak jelentkeztek a kórházakban, valószínű, ugyanennyien otthonukban vészelték át asthmás rohamukat. Egy hasonló ilyen rohamot élt át Birmingham és kettő ilyet az ausztráliai Melbourne. Valószínűleg hosszú száraz-meleg periódus utáni vihar hozta az erősen allergén spórákat és pollenokat a levegőbe, de lehet, hogy ózon és nitrogéndioxid légszennyezés fokozta az érzékenységet. Nagy-Britanniában 7 gyermek közül 1 asthmás és számuk még mindig emelkedik. Évente vagy 2000 az asthmások halálozása Angliában. Az autók kipufogógázai által okozott légszennyezés is fontos tényező.

Ribiczey Sándor dr.

Az asthma bronchiale miatti kórházi kezelések (az Egyesült Királyság bizonyos régióiban). Hyndman, S. J. és mtsai (Health Services Research Group. University Department of Community Medicine, Institute of Public Health, University of Cambridge): Br. med. J., 1994, *308,* 1596.

A vizsgálat célja az asthma bronchiale miatti kórházi kezelések tendenciájának vizsgálata Angliában és Wales-ben 1976—85, Kelet-Angliában 1976—1991—92, és Walesben 1980—90 között.

A kórházi beutalások száma a megfigyelés egész ideje alatt kifejezett, állandó emelkedést mutatott Angliában és Walesben. Kelet-Angliában a megfigyelés első felében 1985-ig az előzőekhez hasonlókat lehetett regisztrálni, majd csökkenés volt megfigyelhető. Walesben 1988-ig volt egy növekvő tendencia, ezt követően úgyszintén csökkent a beutalások száma. Az asthma miatti halálozások száma is hasonló tendenciájú. A szerzők az említett két területen megfigyelt csökkenés hátterében több tényezőt tételeznek fel. Az egyik kiemelten fontos, a kórházi felvételek okául szolgáló adatok gyűjtésének — a használt kódrendszernek — a megváltozása. A másik a terápiás szemlélet átalakulása: inhalatiós szteroidok fokozott használata, az inhalatív béta-agonisták körültekintőbb alkalmazása.

A probléma tárgyalásának fontosságát aláhúzza az a tény, hogy Clark becslése szerint 1988-ban az asthma miatti kórházi kezelések költsége az Egyesült Királyságban 57,6 millió font volt.

Nagy Lajos dr.

Változások a gyermekkori asthma bronchiale prevalenciájában és súlyosságában. Anderson, H. R. és mtai (Dept. of Public Health Sciences, St. Georges Hospital Medical School, London): Br. med. J., 1994, *308,* 1600.

London Croydon kerületében 7 és féltől 8 és fél éves korú gyermekek vizsgálatáról számol be a közlemény. Összehasonlították az 1978-as és az 1991-es esztendő adatait. Az egyik évben 4147, a másik évben 3070 kérdőívet dolgoztak fel, illetve 273 és 319 családlátogatás történt.

1978 és 1991 12 hónapjában viszonylagos — 16%-os — szignifikáns növekedés volt tapasztalható az asthmás rohamok számában, az egy hónapra eső fulladásos rohamok gyakoriságában, nehézlégzés miatti éjszakai felébredésben. Ugyanakkor csökkent az asthma miatti iskolai — 10 napnál hosszabb — hiányzások száma, az ágyhoz kötött megbetegedések gyakorisága, valamint a beszédet megszakító rohamok mennyisége. A csökkenő tendenciát mutató adatok kapcsolatba hozhatók az inhalációs szimpatomimetikumok és szteroidok megnövekedett alkalmazásával.

Nagy Lajos dr.

Gyermekkori asthma és a környezeti tényezők. Cullinan, P. és Taylor, A. J. N. (Dept. of Occupational and Enviromental Medicine, National Heart and Lung Institute, London). Br. med. J., 1994, *308,* 1585.

Az inhalált antigénekkel szembeni megnövekedett szenzitizáció az asthma prevalencia növekedésének legvalószínűbb oka. A környezetben fellelhető allergének közül a legfontosabbak: házipor, a macsakaszőr és fűpollenek. A prevalencia növekedésének okaként a környezeti tényezők hatása tűnik legfontosabbnak. A finn hadseregben az elmúlt 30 évben hússzorosára növekedett az asthmások száma. Münchenben az inhalatív allergénekkel szembeni szenzitizáció kétszerese a Lipcsében és Halléban mért adatoknak. A környezeti tényezők közül a cigarettafüstről, a kén-dioxidról és ózonról bizonyított, hogy növelik a szenzitizáció lehetőségét. Foglalkozási asthmát okozó anyagok esetében a foglalkozás első két éve kritikus. Egyértelmű kapcsolat van a csecsemő környezetében levő házipor-koncentráció és a háziporral szembeni túlérzékenység kialakulása között. A nitrogéndioxid, részecske jellegű szennyezőanyagok és allergiás szenzitizáció kialakulása közti kapcsolat nem bizonyítható.

Nagy Lajos dr.

Gyermekkori asthma epidemiologiája. Phelan, P. D. (Dept. of Pediatrics, University Melbourne. Royal Children Hospital, Australia): Br. med. J., 1994, *308,* 1584.

Az asthma az egyik leggyakoribb gyermekkori megbetegedés. Különböző országokból származó epidemiológiai vizsgálatok a gyermekkori asthma prevalenciájának fokozódását mutatják. Melbourne-ben az utóbbi 26 évben megduplázódott azon gyermekek száma, akiknek hétéves koruk előtt egyszer vagy többször volt nehézlégzésük. A prevalencia növekedését találták az Egyesült Királyságban is. A kérdőíves vizsgálatok mellett a légúti túlérzékenység vizsgálata során is növekedett a túlérzékenységet mutató gyemekek száma. A Fidzsi-szigeteken, Chilében, Svájcban és Németországban is más-más mértékben, de nőtt az asthmás gyermekek száma. A környezeti tényezők közül fontosnak tűnik az allergén expozíció nagysága. Az egyéb tényezők talán kevésbé számítanak, hisz a Fidzsi-szigeteken és Chile déli részén a légszennyezés nem különösebben jelentős. A gyermekkori asthma klinikai képe pozitív irányban változott, a súlyosabb kórformák ritkábbak. Ez kapcsolatban van a diagnosztikus és terápiás tevékenység javulásával. A gyermekkori asthma prevalenciájának növekedése együtt jár a felnőttkori asthmás megbetegedések számának fokozódásával. A nem túl gyakori fulladásos rohamokat mutató gyermekek 40%-a, míg a súlyosabb gyermekkori esetek 70—90%-a fog asthmás tüneteket mutatni a felnőttkor közepén. A gyermekkori súlyos asthmás esetek számának csökkenése nagy valószínűséggel összefügg az inhalációs szteroidok gyakoribb használatával. Komoly gond, hogy amennyiben két-három év után elhagyják az inhalációs szteroidot, az asthmás tünetek újból visszatérnek. Bizonyítékok vannak arra nézve, hogy még alacsony dózisú inhalációs szteroid hosszan tartó alkalmazása is negatív hatást gyakorol a növekedésre. Az asthma prevalenciájának csökkentése nagyon fontos feladat. Jelenleg biztosan hatásos módszer nem ismert. Ami javasolható, az az allergén expozíció lehetőség szerinti csökkentése.

Nagy Lajos dr.

Prolongált inhalációs corticoid terápia hatása asthmás gyermekek növekedésére és pulmonalis funkciójára. Agertoft, L., Pedersen, S. (Department of Pediatrics, Kolding Hospital, Kolding): Respiratory Medicine 1994, *88*, 373.

A szerzők kontrollált, prospektív kísérletben vizsgálták az elhúzódó inhalációs budesonid kezelés befolyását asthmás gyermekek növekedésére és légzésfunkciójára. A betegek enyhe és mérsékelt fokú asthma bronhialéban szenvedtek, más idült folyamatuk nem volt és egy-két éven át, 6 hónaponként (összesen 3 alkalommal) ellenőrzésben részesültek. Ezután kezdték el a 3—6 évig tartó topicus budesonid terápiát. A kísérletben 260 gyermek vett részt, közülük a 62 kontroll theophyllint, béta 2 agonistát és sodium cromoglycatot kapott, de az utolsó 3—7 évben inhalációs steroidot nem használt.

A budesonid kezelés során az átlagos napi dózist 710-ről 430 μg-ra mérsékelték. A terápiás periódus alatt tachyphylaxia jeleit nem észlelték. A budesonid inhaláció az akut súlyos asthmás állapot miatti hospitalizációkat szignifikánsan, 0,003-ról 0,004-re szorította le gyermekenként. A nem kezeltek kell FEV_1 értéke évenként 1—3%-kal csökkent, míg a budesonidot belégzőké a kontrollokéval és a steroidmentes időszakokkal összehasonlítva, jelentősen növekedett. Ugyancsak egyértelmű összefüggést találtak az asthma fennállása, a budesonid terápia megindítása, valamint időtartama és a FEV_1 emelkedése között.

A csak 5-éves asthmás állapot után elkezdett 3-éves budesonid kúrát követően, a FEV_1 érték szignifikánsan elmaradt (96%) azokétól, akik már 2-éves tünetek után a szóban forgó kezelésben részesültek (101%). Nem mutatkozott statisztikai összefüggés a növekedés sebességében (budesonid belégzési periódus előtt 5,6 cm/év^{-1}, budesonid terápia idején 5,5 cm/év^{-1}; kontrollokon 5,6 cm/év^{-1}) vagy a testsúly gyarapodásában (3,5 kg/év^{-1}, 3,6 kg/év^{-1}, 3,6 kg/év^{-1}).

A szerzők megfigyeléseikből azt a következtetést vonták le, hogy a napi 400 μg-ot meg nem haladó inhalált budesonid nem gátolja az asthmás gyermekek növekedését. Ugyanakkor megelőzi az irreversibilis légúti obstructiót és csökkenti az elégtelen kezelés kockázatát. Végül a folyamatos, prolongált terápia nem vezet tachyphylaxia kifejlődéséhez.

Barzó Pál dr.

A roxythromycin csökkenti az asthmás gyermekek hyperreaktivitásának mértékét. Shimizu, T. (Department of Pediatrics, Guma University Shool of Medicine, Maeboshi): Chest, 1994, *106*, 458.

Számos macrolid antibioticum, mint a troleandomycin és erythromycin, eredményesnek mutatkozott az asthma kezelésében. A mechanismus nem az antibioticus hatásnak tulajdonítható, hanem a steroid dependens asthmában mutatkozó corticoidot megtakarító effektusnak. Ennek alapja a túlzott hörgőválasz mérséklése, amit az erythromycin-kezelés a neutrophil chemotaxis vagy a polymorphonuclearis leucocyták oxigénreaktív speciesének felfüggesztésével befolyásolna.

A szerzők a roxythromycin gyulladásellenes hatékonyságát és az asthmás gyermekek bronchialis hyperreactivitását csökkentő tulajdonságát vizsgálták. Ennek során mérték a reggeli cortisolszintet annak kiderítésére, hogy a szóban forgó gyógyszer alkalmazása módosítja-e az endogén corticosteroid metabolizmust.

A kísérletben 12 atopiás vagy nem atopiás asthmás (8 fiú és 4 lány) vett részt. Életkoruk 11—15 (átlag 12,9) évig terjedt. A klinikai diagnózist a visszatérő dyspnoe és a zihálás alapján állították fel, egyéves észlelés után. Az allergéneket bőrpróba és/vagy RAST segítségével határozták meg. A vizsgálat előtti 4 hétben a betegek nem szenvedtek felső légúti hurutban. A felmérés időszakában tünetmentesek voltak és FEV_1-ük a kell érték 70%-át meghaladta. Ebben az időszakban disodium chromoglycat inhalatióban, oralis theophyllin vagy/és béta 2 agonista kezelésben részesültek. Két gyermek napi négyszeri corticoid belégzést végzett, 9 orális steroid terápiát igényelt. Az initialis inhalatiós histamin provokáció után mindegyikük naponta egyszer 150 mg roxythromycint kapott orálisn, 8 héten át. A histaminbelégzés előtt legkevesebb 12 órával az összes bronchodilatátor szedését megszüntették. A corticosteroid inhalatiót és a roxythromycin bevételét 24 órával a histamin provokációs próbát megelőzően leállították. A roxythromycin alkalmazásának 2., 4. és 8. hete után végeztek újabb histaminbelélegeztetéses tesztet.

A 20%-os FEV_1-csökkenést kiváltó provokatív histaminconcentráció (PC20) a következőképpen alakult: kezelés előtt 0,62±0,21 mg/ml (átlag±SEM); 2, 4 és 8 héttel a roxythromycinterápia 0,52±0,22 mg/ml, 0,88±0,29 mg/ml és 1,73±0,58 mg/ml; szignifikánsan emelkedő tendenciát mutatott. Nem találtak változást a szérum theophyllin concentrációban és a reggeli corticoidértékekben a roxythromycin 4 héten át tartó szedését követően. A SGOT és SGPT titerek sem változtak említést érdemlően.

A kísérlet alapján megállapítható, hogy a roxythromycin nem a theophyllinszint emelkedése révén csökkenti a histaminprovokációra adott választ és nincs direkt bronchodilatator hatása sem. Szezonális befolyás szintén kizárható. A mechanismus tisztázására tehát további vizsgálatokra van szükség.

Barzó Pál dr.

Légzésfunkciós tesztek asztmában. Enright, P. L. és mtsai (Univ. of Arizona): Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1994, *149*, S 9.

Az asztma (változó légúti obstrukció) súlyosságát az alap-légzésfunkció és annak labilitása adja. Az alapfunkciót a FEV_1 és/vagy a reggeli peak flow (PEF) érték jelzi, a labilitást (reaktivitást, a romlások gyakoriságát) az ambuláns monitorozás, a diurnalis PEF vagy a provokációs teszt jelzi.

1. Az alapvető spirometria az asztma kezelésének alapja, standard módon kivitelezve (Am. Rev. Respir. Dis., 1987, *136*, 1258—1298, Bull. Europ. Physiopathol. Resp., 1983, *19*, Suppl. 5, 1—95, referenciaértékek: Am. Rev. Respir. Dis., 1991, *144*, 1202—1218). A leginkább reprodukálható érték a FEV_1, már 5—7 éves gyermekeken is mérhető, a normálértékek ismertek (Am. Rev. Respir. Dis., 1983, *127*, 725—734. Pediatr. Pulmonol., 1993, *15*, 75—88, Am. Rev. Respir. Dis., 1987, *136*, 69—75. Az obstrukció fokával lineárisan tér el a normálértékektől. Nincs ellenjavallat, a spirométer nem drága műszer (800—4000 dollár). A FEV_1/VC arány a legérzékenyebben jelzi az enyhe obstrukciót. Nem helyettesítik a FEV_1-et a PEF vagy a FEV_1 részei. A vitálkapacitás csökkenése obstruktív állapotban a tüdő felfúvódását jelzi. Ha a FEV_1 az optimális terápia ellenére nem haladja meg a kívánt érték 40%-át, a személy munkára alkalmatlan. A 9—10 százaléknyi FEV_1 változás „szignifikáns".

2. Az obstrukció reverzibilitása hörgtágító belégzésére nem a súlyosság mércéje, hanem a tágítás után mért FEV_1 hasonlítható a korábbi (években) mért hasonló értékhez. Az aerosol vagy por terápiás vagy annál is nagyobb adagban belégzése után 5—10 perccel mérjük ismét a spirogramot. Az egészségesek FEV_1-e is nő kb. 2,5%-kal, az obstrukció 12%-os csökkenése a szignifikáns. Olcsó, gyors és veszélytelen próba ez, a beta-szelektív szerek nem fokozzák az aritmiakészséget. Nem ritka a tévesen negatív eredmény.

3. A hörgő reaktivitása normális spirometriás eredmény esetében kerülhet vizsgálatra. A histamin- és a metacholinbelégzés tekinthető leginkább standardizált módszernek. Az asztmások csaknem mind hiperreaktívak, a „tévesen pozitív" teszt gyakran a szubklinikus betegségre utal. A 20%-os FEV_1-csökkenést kiváltó koncentráció alapján szokták kategorizálni a betegséget. A technikai felszereltség 3000 dollár körüli összeg. Kellő körültekintés mellett nagyon ritkán van szükség oxigénre vagy orvosra a kiváltott asztma miatt. A dózis-FEV_1 hatásgörbe nem lineáris, ez hátrány, ám a jól kezelt asztmások hiperreaktivitása csökken. A klinikai állapotot nem tükrözi híven a hiperreaktivitás mértéke.

4. Ambuláns monitorozás ad lehetőséget a variabilitás felfedésére. Ha a beteg megtanulta a kellő koordinációt, a PEF a légutak átmérőjéről és a kilégző erőtől függ csak. Normálisan délután éri el a PEF az aktofázist és hajnalban a bathyfázist. A morning dip, a reggeli alacsony PEF jól jelzi az asztmát. A nem asztmások PEF-értékei legfeljebb 25—31%-ban (0,95 percentil)

CORDAFLEX®

nifedipin



...a magyar nifedipin

CORDAFLEX®

10 mg filmtabletta
20 mg retard filmtabletta

Biztosítja a hypertoniás beteg aktív életvitelét.
Csökkenti az anginás rohamok gyakoriságát.

CORDAFLEX®

ÚJ !

spray
5 mg / puff

Angina pectoris roham kezelése ill. megelőzése.
Hypertoniás sürgősségi állapotok kezelése.

Individuális adagolási lehetőség !

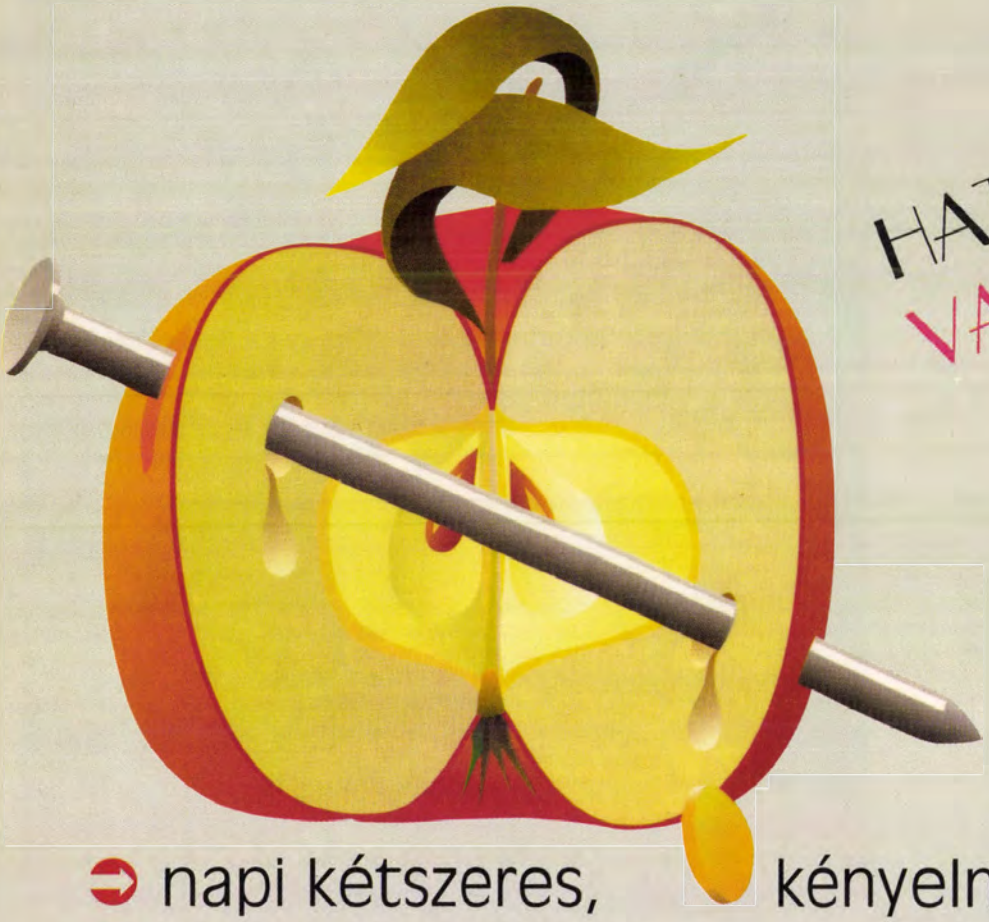
Részletes információ beszerezhető:

EGIS

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
Piacfejlesztési és Információs Főosztály Tel.: 210-0867, 210-0868
Levélcím: 1087. Budapest, Keresztúri út 30-38 1475. Bp.,10. Pf 100.

SORBIFER® DURULES®

filmtabletta



HATÉKONY VASTERÁPIA

- napi kétszeres, kényelmes adagolás
- jó felszívódás, biztos terápia
- jó tolerancia

HATÓANYAGOK: Ferrosum sulfuricum siccatum 320 mg (megfelel 100 mg Fe (II)-nek), Acidum ascorbicum 60 mg tablettánként. ● **JAVALLATOK:** Prelatens vashiánybetegség profilaktikus kezelésére, latens és manifeszt vashiánybetegség (vashiányos vérszegénység megszüntetésére alkalmas.● **ELLENJAVALLATOK:** Nyelőcső szűkület és/vagy az emésztő traktus obstruktív változásai. Fokozott vastárolással járó kórfolyamatok. ● **ADAGOLÁS:** Felnőtteknek és serdülőkorúaknak (12 éves kor felett) átlagos adagja 2x1 tabletta naponta szétrágás nélkül 1/2 pohár vízzel lenyelve, étkezés előtt legalább 1/2 órával. Csecsemőknek és kisgyermekeknek nem alkalmazható! Mellékhatások jelentkezése esetén az adag felére csökkenthető; 1 tabl./nap. A terhesség 1–6 hónapja alatt naponta 1 tabletta, a terhesség utolsó harmadában és szoptatás ideje alatt naponta 2x1 tabletta ajánlott. A kezelés időtartamát egyénileg a vasanyagcsere vizsgálatok kontrolljával kell meghatározni. A gyógyszer adását a hemoglobin koncentráció normalizálásakor abbahagyni nem szabad, hanem folytatni kell a vasraktárak telítődéséig (kb. 2 hónap). A terápia átlagos időtartama manifeszt vashiány esetén 3–6 hónap. ● **MELLÉKHATÁSOK:** Enyhe émelygés, hányinger, hasmenés vagy székrekedés, gyomortáji fájdalom. ● **GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Együttadása kerülendő:** – tetraciklinekkel, D-penicillaminnal (kelátképződés miatt mind ezek, mind a vas felszívódása csökken) – alumínium-, magnézium-, kálciumsó tartalmú antacidumokkal (a vas felszívódása csökken). ● **FIGYELMEZTETÉS:** A készítmény csak vashiánybetegségben hatásos. Adása előtt a vashiánybetegség diagnózisát (SeFe alacsony Se TVK magas érték) fel kell állítani. Más nem vashiány miatti vérszegénységben (infect anemia, krónikus betegségekhez társult vérszegénység) adni felesleges. ● **MEGJEGYZÉS:** ✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal. ● **CSOMAGOLÁS:** 50 db filmtabletta. ● OGYI eng. szám: 807/56/89.

Gyártja és forgalomba hozza:

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

az Astra Pharmaceuticals AB, Svédország licence alapján

EGIS



Vannak pillanatok, amikor nem kockáztathat...

Sinecod®

SINE CODEINO

Butamiratum dihydrogen-citricum

depot tabletta,
csepp, szirup

... az igazán hatékony köhögéscsillapító

•Kínzó, éjszakai
köhögések csillapítására

•Improduktív,
száraz ingerköhögés és

•Bronchoszkópiánál,
pre- és posztoperatív
köhögés csillapítására

Felhasználása a gyógyszeralkalmazási előiratban foglaltak szerint

Zyma SM Divízió, Ciba Hungária Kft. 1056 Budapest, Belgrád rkp. 25.


VENORUTON
o-(ß-hydroxyethyl)-rutosidea
... A vénás betegségek kezelésének vezető gyógyszere..
(Európai Phlebológiai Kongresszus, 1993 Budapest)
MEGELŐZÉSRE:
FÁRADT, NEHÉZ, FÁJÓS LÁB,
OEDEMA ESETÉN
NAPI 2 X 1 KAPSZULA
A KIALAKULT PROBLÉMÁK KEZELÉSÉRE:
NAPI 3 X 1 KAPSZULA
MIN. 8 HÉTIG
Forgalmazza:
ZYMA SM Divízió, Ciba Hungária Kft.
1056 Budapest, Belgrád rkp. 25.
Tel: 117-1577, Fax: 118-1727
Felhasználása:
AZ ALKALMAZÁSI ELŐIRATBAN
FOGLALTAK SZERINT
TSz: kapszula 3534
gél 3555
VRT020/DEC94

térhetnek el egymástól. A labilitási százalék = (max.—min. érték) per átlag és szorozva százzal. A mérés olcsó és egyszerű, de némileg szubjektív a kivitelezése. Némelyik hároméves gyermek is képes rá.

Jelenleg a legfiziológiásabb mérőeljárás a normál kilégzés melletti megszakításos vagy erőltetett oszcillációs technika, ez kb. 3000 dolláros műszert igényel. A módszert Európában használják leginkább (Eur. Respir. J., 1991, *4*, 246—252.).

A jövőben a légzési hangot vagy az impedanciaváltozást Holter nagyságú készülékkel regisztrálhatjuk, tárolhatjuk, együtt a klinikai tünetekkel.

Apor Péter dr.

A salmeterol hozzáadásának és az inhalációs kortikoszteroid dózis emelésének hatása az asthma bronchialéban szenvedők klinikai tüneteire. Greening, A. P. és mtsai. (Respiratory Medicine Unit, Western General Hospital, Edinburgh). Lancet, 1994, *344*, 219.

A randomizált, kettős-vak párhuzamos csoport vizsgálatban 429, napi 400 mikrogramm beclamethason dipropionát mellett tüneteket mutató asthmás beteget vizsgáltak. Három egyén kiesett a vizsgálatból. 220 beteg esetében megtartva a fenti szteroid dózist, 2-szer 50 mikrogramm napi dózisban salmeterolt adtak inhalációban plusz terápiaként. 206 esetben az inhalációs szteroid dózisát emelték 2-szer 500, azaz napi 1000 mikrogrammra.

A terápia változásának hatását a napi csúcsáramlás-értékek sorozatos megfigyelésével mérték, valamint figyelték a tünetek változását, és hogy a fenti terápia mellett mennyi plusz hörgtágítóra volt szükség. A csúcsáramlás reggeli értéke mindkét csoportban növekedett, de a salmeterolt használó csoportban jobban (a különbség: 16—21 l/min.). A csúcsáramlás átlagértéke csak a salmeterolt szedők csoportjában nőtt. A klinikai tünetek, a szükséges plusz hörgtágítók vonatkozásában a salmetorolt használó csoport mutatott jobb eredményeket. A szerzők tárgyalják a béta-receptor izgató hörgtágítók rendszeres használatának és esetleges gyulladásellenes effektusának minden részletében ma még megválaszolatlan kérdését.

Nagy Lajos dr.

Immunizáció a pneumologiában. Schaberg, T., Lode, H. (Abteilung für Infektiologie und Immunologie Pneumologie I. Lungenklinik Heckeshorn-Krankenhaus Zehlendorf): Pneumologie, 1994, *48*, 505.

A gyermekkori védőoltások szükségessége az ipari államokban széleskörűen elismert. Más a helyzet a felnőtteket illetően, pedig a légúti infekciók az egyre idősödő korosztályt veszélyeztetik legjobban. Egy védőoltás alkalmazás akkor célszerű, ha a népesség morbiditását valamely megbetegedéssel szemben mérsékelni képes. A kedvező hatásnak ki kell terjednie azokra a komplikációkra is, amelyek az oltás ellenére fellépnek. Követelmény, hogy egy populációnak vagy annak bizonyos csoportjának letalitását szintén csökkentse. A szélesebb körű immunizáció bevezetése előtt érdemes a haszon és a gazdaságosság szemszögéből is tájékozódni, mivel a hatékonyság akkor nyilvánul meg legjobban, ha olyan megbetegedésről van szó, ami széles körben elterjedt. Feltételként veendő figyelembe, hogy az oltás mellékhatásai minimálisak és kisszámúak legyenek.

A pneumologiát érintő légzőszervi infekciós folyamatok közül a tüdőgyulladás, a chronicus obstructiv bronchitis fertőzés okozta fellángolása, a tbc, az influenza epidemiák és a HIV okozza a legtöbb gondot.

Az otthon szerzett pneumoniák leggyakoribb kórokozója a Streptococcus pneumoniae, a második helyet a H. influenzae foglalja el. Őket követik a mycoplasmák, a Chlamidia pneumoniae és a Legionella pneumophila. A pneumococcus infekciók még a mai, modern antimikrobás kemoterápia időszakban is súlyos megbetegedést idéznek elő és halálozásuk az ipari országokban 10—20%. Emellett egyre emelkedik az antibioticum rezisztens törzsek száma. A jelenleg immunizációra megfelelőnek tartható pneumococcus oltóanyag 23 szerotípusból áll, ami a humán patogének 85—90%-át magában foglalja. A típusspecifikus antitestek az IgG-2 alosztályba tartoznak. Fiatalokban az oltás védőhatása 7—10, idősebbekben 6 évre tehető. Egyszeri intramuscularis injekció elegendő. Az esetek 50%-ában helyi, 1%-ában általános reakció jelentkezik. A pneumococcus vaccináció eredményességéről a nemzetközi szakirodalomban élénk vita folyik. Ezek összegzéseként az a következtetés vonható le, hogy az USA-ban a védőoltás hatékonysága 60% körül van. Így az 55. életkoron túl 20 000 haláleset kerülhető el. Ezért az amerikai CDC (Center for Disease Control) a 65 éven felüli személyeknek a 23 összetevővel bíró vaccinával való immunizációját javasolja. Az utóbbit a német ajánlásokkal egyezően, különösen azoknak tanácsolják, akik nagyobb kockázatnak vannak kitéve: idült cardiovascularis és légzőszervi kórképekben, diabetes mellitusban, alkoholizmusban, mácirrhosisban vagy akiknek cerebrospinális shuntjük van. Ide tartoznak az immungyengeséggel járó kórképek, mint az anatómiai és műtétes asplenia, lymphogranulomatosis, multiplex myeloma, idült veseelégtelenség, nephrosis syndroma, valamint szervtransplantatio utáni állapot, HIV-infekció és az AIDS nem előrehaladott stádiuma.

Az influenza az iparilag fejlett országokban évente 1 millió lakosonként 1—100 egyén halálát okozza, amiért a 3 ismert típus közül az A és B a felelős. A vírus antigén szerkezetében genetikai okokból folyamatosan bekövetkező változások elsősorban a nem immunizálódott egyéneket, valamint a 65 éven felülieket érintik. A vírus által kiváltott pneumonia szuperinfekciójaként kifejlődő Staphylococcus aureus és gramnegatív felülfertőzések a letalitást megemelik. Az USA-ban folytatott felmérések alapján a lakosság teljes vaccinációjával évente kb. 10 000 halálesetet lehet megelőzni. A vírus antigén struktúrájához folyamatosan igazodó oltóanyag védőhatása erős. Az influenzaoltással kapcsolatos ajánlások eléggé egyértelműek. Ez minden 6 éven felüli polgárra vonatkozik, aki a már említett kockázati csoportba sorolható, vagy egészséges, de az oltást igényli. A vaccinát a rövid ideig megmaradó antitest-szint miatt évenként ismételni kell. Az injekció helyén mintegy 30%-ban lép fel enyhre reakció, a systemás tünetek ritkák, az első oltás után gyakoribbak és enyhe influenzára emlékeztetnek. Súlyosabb allergiás történések csak évente fordulnak elő.

Németország legtöbb szövetségi államában BCG vaccinációt nem végeznek kiterjedten. Az oltóanyag antigenitása és hatékonysága vitatott, ezért a fejlett ipari államokban az alacsony átfertőződés miatt alkalmazása nem látszik ésszerűnek. Legfeljebb azokban az országokban ajánlható, melyekben a fertőzési kockázat magas (1% feletti) és az infekciós arány nem mérséklődik.

A Haemophilus influenzae B típusa elleni védőoltás a gyermekeket megvédi az invazív fertőzéstől (meningitis), de nincs biztos adat arra, hogy milyen arányban gátolja meg felnőtteken pneumonia kifejlődését. Egyes közlemények szerint fokozott kockázatú betegségekben, mint sarlósejtes anaemia, splenectomia utáni állapot, HIV-infekció, jó hatásúnak találták.

HIV elleni immunizálás jelenleg még nem lehetséges. Tekintettel azonban arra, hogy ezen betegek pneumococcus-fertőzési kockázata kimondottan nagy, a velük szembeni vaccináció feltétlenül indokolt.

Mivel az idült légzőszervi betegek, különösen a chronicus obstructiv bronchitisben szenvedők, az influenza- és a pneumococcus-infekcióknak, valamint következményeiknek fokozott mértékben ki vannak téve, a pneumologiában tevékenykedő egészségügyiek kötelessége, hogy pácienseiket az említett kórokozók elleni védőoltások megszerzésére ösztönözzék.

Barzó Pál dr.

A köpet viszkozitásának csökkentése gelsolinnal. Vasconcellos, C. A. és mtsai (Harvard Med. School, Boston): Science, 1994, *263*, 969.

A cystikus fibrosisos (CF) betegek köpetének tapadósságát a leukocytákból származó genny okozza. A hasnyálmirigyből nyert vagy a humán rekombinált dezoxiribonukleáz I (DNase) hatásossága a fehérvérsejtekből eredő DNA lebontásából fakad.

A szerzők felvetették, hogy a minden sejtben jelenlévő, a sejtfehérjék 10%-át kitevő aktinszálak (is) felelősek a köpet tapadós voltáért. E szálak hosszú, a proteázok-

nak ellenálló láncot alkotnak. A DNase lehetséges hatása, hogy az aktin monomerhez kötődve annak aggregációját csökkentik.

A CF-es köpetben igazolták az aktin jelenlétét három módszerrel is, tíz köpetben 0,1—5 mg/ml koncentrációban, ez azonban nem korrelált a mért viszkozitással. Ez nem meglepő, hiszen a lineáris polimerek viszkozitása a koncentráción kívül a nyírórányától, a szálak irányultságától és leginkább a szálhosszúságtól függ, annak ötödik hatványával arányosan.

A gelsolin nevű fehérje a nem kovalens kötéseket bontja a szálak között. A 32 CF-es köpethez adott gelsolin átlag 62%-kal csökkentette a viszkozitást 100—500 nM koncentrációban. Ennyi idő alatt és koncentrációban sem a DNase, sem a Gc globulin (ez egy D-vitamint kötő fehérje) nem befolyásolta a köpet viszkozitását. A dózishatásgörbe mutatja, hogy a gelsolin sokkal kisebb töménységben hatásos, mint a DNase I. A köpet nyírómodulusa 21 Pa körül van, a gelsolin hozzáadása után 58%-nyit csökkent. Egyetlen gelsolinmolekula egy másodpercen belül az egy μm-es aktin (370 alegység) megfelezi, míg DNase-ból 185 molekula másfél perces hatása szükséges ugyanehhez.

Mind a DNase, mind a Gc globulin additív szerepet vihet a köpetviszkozitás csökkenésében, valószínűleg úgy, hogy a gelsolin által felhasogatott aktinszálak végét blokkolják.

A plazma gelsolin és Gc globulin a plazma normál összetevői közé tartozik, szerepük a gyulladásos termékek eltakarítása. Lehet, hogy relatív hiányuk miatt nem képesek a CF-es köpet feloldására.

(Ref.: A Scientific American 1994. szeptemberi számában a sejt mászásáról szóló cikkben a szerzőcsoport vezető tagja részletezi az aktin szerepét és a gelsolin hatásmechanizmusát.)

Apor Péter dr.

Diagnosztikus bronchofiberscopia közösségben szerzett pneumoniában. Jiménez, P. (Division de Enfermedades Respiratorias, Instituto de Medicine and Instituto de Microbiologia Clinica Universided Austral de Chile): Chest, 1993, *103,* 1023.

A közösségben szerzett pneumonia még mindig komoly gondot okoz. Etiológiai tényezőként 50%-ban a Streptococcus pneumoniae szerepel, de az egyéb kórokozók patogenetikai jelentősége is növekszik. Arra, hogy a megbetegedés hátterében milyen fajta mikrobák állnak, az eseteknek mintegy felében csak a klinikai tünetek alapján lehet következtetni. Ezért számos invazív eljárást is kipróbáltak a bakteriológiai igazolás érdekében. A fiberscoppal levett váladékból származó tenyésztések eredményei bizonytalanok a felső légutakban bekövetkező contaminatio valószínűsége miatt. Ez elkerülhető, ha a mintavétel egy elzárható végű katéterrel történik. A bronchoalveolaris mosás (BAL) szintén megbízható módszernek látszik a pneumonia bakteriális eredetének kiderítésére. A BAL annyiban tartható előnyösebbnek az elzárható katéteres technikával szemben, hogy nem igényel különösebb felszerelést és az anyagvételt nagyobb területről teszi lehetővé. Mindkét beavatkozás pontosságát azonban csak géppel lélegeztetett pneumoniás betegek hörgőváladékából végzett tenyésztési eredmények alapján lehet elfogadhatóan összehasonlítani.

A szerzők ennek érdekében 40 (31 férfi, 42,5±20,3 éves), mérsékelten súlyos pneumoniás betegen értékelték az említett két metodikával külön-külön nyert bronchiális secretumokból kifejlődött baktériumkultúrák diagnosztikus megbízhatóságát. Kilenc személy részesült előzőleg antibioticus kezelésben. 13 penumoniában nem szenvedő kontrollegyén BAL-folyadékából is tenyésztésre került sor, quantitativ meghatározással. 28 (70%) betegben az elzárható katéteres módszer alkalmazásakor, kultúránként 10^3 cfu/ml patogén baktérium nőtt ki színtenyészetben. Közülük 27 személyben és további 7-ben a BAL-folyadékból származó kultúrák 10^3 cfu/ml-t tettek ki. A kontrollcsoport BAL-folyadéka sterilnek mutatkozott 6 esetben, 3-ban normál flóra fejlődött ki és 2 alkalommal, ami nem szignifikáns, kórokozó tenyészett ki. A 38 microorganismus közül 32 (84%) a katéterrel, valamint a BAL révén nyert anyagban egyező arányban volt jelen. A kvantitativ tenyészetek a két technika eredményét összehasonlítva igen jól korreláltak ($r = 0,71$, $p<0,0001$).

A vizsgálatokból arra lehet következtetni, hogy a szóban forgó bármelyik mintavételi mód alkalmas a közösségben szerzett pneumoniák korrekt kvalitativ, valamint kvantitativ bakteriológiai diagnózisára.

Barzó Pál dr.

Kórokozódiagnosztika nosocomialis pneumoniákban. Ruckdeschel, G. (Max v. Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Ludwig-Maximilians-Universität München): Pneumologie, 1994, *48,* 126.

A bronchopulmonális infekciók diagnosztikája a kórházban általában nem nehezebb, mint más esetekben, legtöbbször azonban nagyobb ráfordítást igényel és a leleteket nehezebb értelmezni. A bent fekvő betegekben opportunista kórokozók gyakrabban telepszenek meg, mivel a fertőzésnek, a diagnosztikus és terápiás beavatkozásoknak jobban ki vannak téve. Az oropharynx, a bőr- és béltraktus exogén contaminatio következtében is rendszeresen meglehetősen kolonizált. A mikrobiológiai vizsgálatok minőségét két úton lehet javítani annak érdekében, hogy a kórokozó mikroorganizmusokat külön lehessen választani a megszokott flórától: 1. jobb anyagvételi módszer alkalmazása, 2. az egyes patogének quantitativ verifikálása.

Ma is a köpet a leggyakrabban vizsgált váladék. Minden hátránya ellenére jól használható, ha a leadására reggel, a beteg előzetes tájékoztatása után kerül sor, felfogása steril edényben, tiszta vízzel való szájmosást követően történik és mielőbb a laboratóriumba kerül. Itt fontos a köpet minőségét (laphámsejtek, granulocyták) meghatározni, lehetőleg gennyes részek után kutatni és homogenizálás után kvantitative is meg kell vizsgálni. Bizonyos etiológiájú infekciók diagnózisához (tbc, legionellosis, cryptococcosis) a köpet minden megszorítás nélkül alkalmas. Nem előkezelt betegekből származó ismételt negatív eredmények, könnyen tenyészthető kórokozókkal bekövetkezett fertőzés valószínűségét meglehetős biztonsággal kizárják. Az invazív eljárások jobb eredményeket nyújtanak, azonban körülményesebbek és többe kerülnek. A transtrachealis aspiratiót (TTA) régóta propagálják, de eddig nem nyert teret. A váladékban olykor a szájflóra képviselőivel lehet találkozni, melyek microaspiratiókkal jutnak le a tracheába. Emellett a TTA nem ismételhető meg tetszés szerint. A lélegeztetett betegből az endotrachealis tubuson át leszívott váladék szintén potenciális kórokozókkal kolonizálódott, ezért tévedésekhez vezethet. Ugyanakkor a módszer lehetővé teszi a mikrobiológiai felügyeletet a lélegeztetés időtartamára. A gombák és a legionellák kivételével a ventiláltatott betegekben fellépő pneumoniákat elsősorban a megtelepedett staphylococcusok, az enterobacteriacea csoport tagjai és a pseudomonasok okozzák. Ezek antibioticum-érzékenysége már akkor megismerhető, amikor a kezelésre még nincs szükség. A mennyiségi vizsgálatok értékelhetőségét rontja, hogy a kolonizált baktériumok száma sokszor ugyanolyan nagy, mint a kórokozóké.

A bronchoscoppal végzett váladékvételi technikák ma már komoly jelentőséggel bírnak. Három eljárás ment át a gyakorlatba: a kefés kenetkészítés, a bronchoalveolaris mosás (BAL) és a BAL védett katéterrel. Mindegyik metódus csökkenti az oropharyngealis flórával történő szennyeződés veszélyét. A kefével a fertőzésre gyanús területről célzottan, kis mennyiségű, de konstans próbák vételére, egyben a kórokozó kvantitativ meghatározására van mód. Lélegeztetett betegen azonban ezzel a módszerrel sem lehet a betelepült és a valódi patogéneket egyérteműen elkülöníteni. A BAL nagyobb tüdőterületekről, esetleg kétoldali anyagnyerésre is alkalmas. Különösen hasznos lehet gombák, Pneumocystis carinii, Citomegaliavirus és más opportunista microorganismusok utáni kutatásokban. Oropharyngealis contaminatio itt sem kizárt, de a csíraszám alapján felismerhető. A kettős burkolatú katéter tovább csökkenti anyagvételkor a secundaer fertőzés esélyét. A BAL-tól és az említett technikáktól akkor várhatók a legkedvezőbb eredmények, ha az egész beavatkozás menetét a laboratórium ismeri. A transbronchialis, transtrachealis és nyitott tüdőbiopszia olyan esetekben szolgáltathat megbízható adatokat,

amikor a kórokozók a szövetekhez kötöttek és nem kerülnek be a hörgőváladékba. Ez a lokalizáció főként az aspergillusokra és más gombás fertőzésekre, nocardiosisra, actinomycosisra, vírusinfekciókra jellemző. A pulmonális biopsziára azonban gyakrabban lenne szükség, mint ahogy sor kerül rá, mivel bizonyos kockázattal jár. A transbronchialis biopszia találati biztonsága diffus folyamatokban nagyobb, mint lokalizált elváltozásokban. A nyitott tüdőbiopszia szolgáltatja a legjobb mintát, de a legnagyobb beavatkozásnak számít. Ugyanilyen eredményt ad a thoracoscopos anyagvétel is, ha az eltérés a műszerrel elérhető területen helyezkedik el. A haemocultura végzésétől és mellkasi folyadékgyülem fennállásakor a pleuropunkciótól nem szabad eltekinteni.

A serologiai módszerek olyankor segíthetnek, amikor a tenyésztések eredményei bizonytalanok. Hátrányuk: használható titer későn alakul ki, az aspecifikus vagy nehezen értelmezhető leletek gyakoriak. A hybridisatiós eljárások csalódást okoztak, azonban a már kitenyészett kórokozók in situ kimutatásában kitűnőek. A polymerase láncreakcióval történő nucleinsav sequentia meghatározás nemcsak a kórokozók felderítési érzékenységét, tipizálását teszi lehetővé eddig nem tapasztalt mértékben, hanem a virulencia és az epidemiológiai vonatkozások, megítélhetőségére is felbecsülhetetlen távlatokat nyit. A mycobacterium-kimutatást szintén új alapokra helyezi. Hogy a fejlődésnek ez az útja hová vezet és az eddigi tapasztalatokból mi marad felhasználható a továbbiakban, ma még senki nem tudja megmondani.

Barzó Pál dr.

Az obstructiv bronchitis bakteriológiája. Liaw, Y.-S. és mtsai (National Taiwan University Hospital. No. 7. Chung Shung South R. D., Taipei): Am. J. Respir. Crit. Care Med., 1994, *149,* 1648.

Az obstructiv pneumonitis elnevezés Mc Donaldtól és kollégáitól (1949) származik, akik a hörgők részleges vagy teljes, neoplasmás eredetű elzáródása következtében kialakult tüdőárnyékokat jelölték vele. A tüdőelváltozások nem csak endobronchialis obstructio, hanem extraluminalis compressio következtében is kialakulhatnak a hörgőfolyamattól distalisan és atelectasiával, mucoid impactatióval együttjáró bronchiectasiával, súlyos parenchymás gyulladással szövődhetnek. Vita folyik arról, hogy a pneumonitist egyedül infekció okozza-e. Egyesek szerint a retineált secretum fertőződéséről van szó, mások úgy vélik, hogy a pangó, kiürülni nem tudó epithelialis váladék fizikai és kémiai hatása tehető érte felelőssé. Mivel a laesio nem communical a nagy légutakkal, a köpet, a transtrachealis aspiratióval vagy kefebiopsziás eszközzel nyert anyag alkalmatlan a microbiologiai vizsgálatra. Az ultrahang által irányított tűvel végzett percutan transthoracalis aspiratio segítségével a megfelelő anyagvétel biztosítottnak látszik. Mivel kevés ilyen beavatkozásról tudósított eddig a szakirodalom, a szerzők a szóban forgó eljárás diagnosztikus hatékonyságáról szerzett tapasztalataikról prospektív jellegű tanulmányban számoltak be.

1992—1993-ban 26 (6 nő és 20 férfi) obstructiv pneumonitisben szenvedőn végezték el az említett beavatkozást. Közülük 24-ben malignus daganat, 2-ben jóindulatú elváltozás állt fenn. 9 febrilis egyén közül 7-ből tudtak mikroorganizmusokat izolálni, míg 17 láztalan személytől vett anyagból ez csak 2 esetben sikerült. A 16 baktériumtörzs a következő volt: Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Streptococcus viridans, Bacteroides fragilis, 2 Peptostreptococcus species, Mycobacterium tbc, Pseudomonas maltophilia, Streptococcus sanguis, Staphylococcus aureus, Bacteroides thetaiotamomicrons, Bacteroides intermedius, Bacteroides species, Veillonella species, aerob gram-pozitív bacillusok és Escherichia coli. A tenyészetek közül ötben egy baktériumtípust, négyben több kórokozót találtak. Az aspiratumból származó cultura alapján 9 beteg elkezdett antibiotikus kezelését 7-nél megváltoztatták, aminek következtében a láz megszűnt. Pneumothorax egyedüli szövődményként egyetlen betegben alakult ki.

A vizsgálat eredményéből az szűrhető le, hogy az obstructiv pneumonitist kiváltó pathogének igen sokrétűek és általános a polymicrobás infekció. Az ultrahang által vezetett percutan transthoracalis aspiratio igen hatékony módszer a potenciális kórokozók izolálásának elősegítésére és ebből kifolyólag az obstructiv pneumonitises betegek szelektív antibotikus terápiájának kiválasztására.

Barzó Pál dr.

Többszörösen telítetlen zsírsavak diétás bevitelének hatása krónikus obstruktív légúti megbetegedésben. Eyal Sharar és mtsai. (Divison of Epidemiology, School of Public Health, University of Minesota, Minneapolis): N. Engl. J. Med., 1994, *331,* 228.

Az atherosclerosis kockázati tényezőit vizsgáló nemzetközi munkacsoport, vizsgálatai kiszélesítésének részeként választ keresett arra a kérdésre, hogy vajon a halakban fellelhető többszörösen telítetlen zsírsavak milyen hatással vannak a krónikus obstruktív légúti megbetegedésekre. A kérdésfelvetés elméleti alapját az szolgáltatja, hogy a telítetlen zsírsavak gátolják a fehérvérsejtek aktivációjában szerepet játszó arachidonsav metabolitok (pl. leukotrien B—4) szintézisét. 8960 korábban, illetve jelenleg is dohányzó személyt vizsgáltak. A többszörösen telítetlen zsírsavak bevitelének mértékét, illetve a krónikus obstruktív légúti megbetegedés fennállását kérdőívek használatával ítélték meg.

667 személy krónikus bronchitisben — 185 emfizémában —, 197 spirometriával igazolt légúti szűkületben szenvedett. Figyelembe véve a fogyasztott cigaretta mennyiségét, az életkort, a nemet, testsúlyt, a magasságot, energiabevitelt és az iskolázottság szintjét, valamint a többszörösen telítetlen zsírsavak bevitelének mennyiségét, kimutatható volt, hogy a fokozott telítetlen zsírsav bevitel — hal fogyasztásával — védelmet jelent a krónikus obstruktív légúti megbetegedés kialakulása, és a légzésfunkciós értékek romlása ellen.

Nagy Lajos dr.

Az antibiotikus kezelés jelenlegi szempontjai idült légúti megbetegedéseknél. Boersma, W. G. és mtsai. (Groningen): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1413.

Idült légúti betegségek exacerbatióinál a háziorvos rendszerint széles spectrumú antibioticumot rendel, néha orális corticosteroid lökéssel. Fiziológiás körülményeknél az alsó légutak sterilek, de idült légúti megbetegedéseknél, emphysemánál gyakran kimutathatók a köpetben bacteriumok, leggyakrabban Streptococcus pneumoniae, Haemophylus influenzae, Moraxella catarrhalis (régi nevén Bramhamella catarrhalis). Súlyos légúti deformálódásnál (br. ectasia, emphysema) Pseudomonasok, Klebsiellák, Escherichia coli, Proteusok, Serratia-félék is kitenyészthetők. Az exacerbatiók esetében (virális fertőzés, allergén hatás, bacteriális fertőzés, dohányfüst okozta aspecifikus inger, a nyálkahártya duzzanata, simaizomgörcs, csillószőrbénulás, bronchiális váladék által okozott obstructióban a pangó váladékban elszaporodnak a bacteriumok; a kezelés elsősorban az obstructio megszüntetését célozza. Ez elérhető $\beta 2$ sympathicomimeticumokkal, vagy anticholinergicumokkal, vagy xavinderivatumokkal. A purulens köpet azonban nem mindig függ össze a bacteriális fertőzéssel és nem indikálja mindig az antibiotikus kezelést, mert idült betegeknél gyakori a bacterialis colonisatio, mely nem okoz exacerbatiós tüneteket. Placebóval összehasonlítást végző vizsgálatok szerint az antibioticum hozzáadása csak a fertőzés klinikai tüneteinek jelentkezésekor mutat ki jó hatást, javítja a FEV_1 értékét, csökkenti a magas lázat, a leukocytosist és az évente háromnál gyakrabban jelentkező exacerbatiók számát csökkenti. Ha az obstructiós tünetek a kezelés 4 napja alatt nem csökkennek, indokolt az antibiotikus therapia. A légutak destructiója emphysemánál, bronchiectasiáknál csökkenti az antibioticum szövetekben kívánatos penetratióját, a penicillin a serumconcentratiójának csak 5—30%-át éri el a köpetben.

A β-laktamot tartalmazó antibioticumok panetrálóképessége amúgy is csökkent, az anatómiailag sérült tüdőszövetben (br. ectasiák) csak nagyobb adagú antibioticum adásával lehet hatásos antibioticum-concentratiót elérni, így csak 3 g amoxicillin-

nél lehet adequat concentratiót elérni a köpetben. Általában a tüdőszövet destructiójánál ajánlatos az antibioticum adagját a duplájára emelni, a doxyciklin adagját a napi 100 mg-ról 200 mg-ra, az amoxicillin/clavulánsav adagját napi 3 × 500/125 mg-ra, az amoxicillin adagját 3 × 750 mg-ra, az erythromycin adagját 4 × 500 mg-ra emelni. A co-trimoxazol adagja 2 × 960 mg. Komoly anatómiai elváltozásoknál ezen adagokat is meg lehet duplázni. Mindenesetre a 7 napig tartó kúra betartása a recidívák elkerülése miatt fontos. Profilaktikus adással csökkenteni lehet az exacerbatiók számát és időtartamukat, de csak azoknál indokolt a megelőzési gyógyszerelés, akiknél évente 3-nál gyakrabban jelentkeznek az exacerbatiók. Profilaktikus célból adva a doxycyclin adagja 200 mg, az amoxicilliné napi 200—300 mg, a resistentia kivédése céljából ajánlatos legalább félévente változtatni a gyógyszerelésen. Országonként változó a laktamasét képző bactériumtörzsek előfordulási gyakorisága, az USA-ban a Moraxellák 80%-a produkál laktamasét, Spanyolországban a H. influenzae törzsek 30%-a produkál laktamasét, Groningenben azonban csak 9—11%-nál fordult ez elő. A mediterraneumból hazatérőknél a gyógyszerrendelés előtt ajánlatos elvégeztetni a tenyésztést és a resistentiavizsgálatot, mert orofaringealis fertőződésnél multiresistens törzsek is előfordulhatnak. Az alsó légúti megbetegedéseknél az olcsóbb amoxicillin- és a co-trimoxazolkezelés megfelelő, nem indokolt a makrolid roxitromycinhez vagy claritromycinhez fordulni azonnal, a légzésfunctiós károsodásnál nem antibiotikus kezelésre van elsősorban szükség.

Ribiczey Sándor dr.

UROLÓGIA

Vasectomia utáni hererák kockázata: gyűjtőtanulmány, több mint 73 000 férfiről. Møller, H., Knudsen, B. L., Lynge, E. (Danish Cancer Society, D-2100 Copenhagen): Brit. Med. J., 1994, *309,* 295.

A szerzők 1977—89 között vasectomizált 73 917 (ebből 57 931 sterilizálási célból) férfi here-, prosztata- és egyéb daganat incidenciáját vizsgálták. A fentiekből adódik, a betegek túlnyomó többsége a műtét idején harmadik évtizedében járt (28—47 év). Adataikat nem vasectizált hasonló korú dániai populációval hasonlították össze.

Nem volt különbség a hererák incidenciájában sem a fiatalabb, sem az idősebb korosztályban. Hasonlóképpen a prosztatarák incidenciájának emelkedését sem találták a nem vasectomizált csoporttal összehasonlítva.

Más daganatok incidenciáját vizsgálva a kontrollcsoporthoz viszonyítva enyhe, nem szignifikáns emelkedést regisztráltak. Ezt a szerzők annak tulajdonították, hogy a vizsgálat során a férfiak gyakrabban kerültek orvoshoz, orvosi vizsgálatra, ezáltal több lehetőség volt egyéb betegségeket kórismézni.

Romics Imre dr.

Microscopos haematuria. Shröder, F. (Dept. Urology, Erasmus university and Academic Hospital, 3015 GD Rotterdam) Brit. Med. J., 1994, *309,* 72.

A teendő macroscopos haematuria esetén egyértelmű. A sokkal gyakoribb microscopos haematuria sokkal kevesebb figyelmet kap, sokszor figyelmen kívül is esik.

A microscopos haematuria 50 év felett 2—18%, míg 50 év alatt kevesebb mint 1%. Gyakran tesztcsíkokkal történő vizsgálat során kerül felfedezésre. A tesztcsík érzékenysége 100%, specificitása 60% (!). Gyakori fals pozitív eredmény abból is ered, hogy normális mennyiségű vvt-t is jelez. Papírcsíkkal pozitív lehet egy reggeli koncentrált vizelet is.

A hollandiai német szerző által javasolt diagnosztikus algoritmus megfelel a hazai gyakorlatnak. Elöljáróban: papírcsíkkal pozitívnak észlelt vizeletet mikroszkóppal is meg kell vizsgálni! Ezt is ajánlatos megismételni 2—3 alkalommal. Bizonyított microhaematuria esetén laboratóriumi vérvizsgálatok (CN, kreatinin), vizelet fehérje-mennyiségének mérése, pyuria esetén bakteriológiai tenyésztés szükséges. Ezt követi a vese és a hólyag ultrahangvizsgálata és a natív rtg-felvétel. Ezek negativitása esetén cystoscopia és urographia a sorrend.

Annak eldöntésére, hogy glomeruláris eredetű-e a vér, fázis kontraszt mikroszkópos vizsgálat ajánlott. A glomerulusokon túlkerült vvt-k kisebb és dysmorphicusak.

Ha az összes fent említett vizsgálat negatív eredménnyel zárult és a glomeruláris eredet is kizárt, 4—6 hónap múlva ismét el kell végezni a fenti vizsgálatokat a fenti sorrendben. Az esetek $^4/_5$-ében találhatunk magyarázatot a haematuriára és 12—34%-ban találunk malignus betegséget.

A leggyakoribb glomeruláris hameaturia oka IgA nephropathia.

Romics Imre dr.

A tiaprofenilsav tartalmú gyógyszerek nem várt mellékhatása interstitialis cystitis képében. Harrison, W. J., Willis, R. G, Neal, D. E. (Department of Urology, Freeman Hospital, Newcastle Upon Tyne, East Cumberland Infimary, Carlisle United Kindgom): Brit. Med. J., 1994, *309,* 574.

Nem eléggé ismeretes az urológusok számára az a tény, hogy a tiaprofenilsav tartalmú, főleg chronikus izom-ízületi fájdalmak kezelésére használt gyógyszerek (Magyarországon Surgam 300 mg tbl. + 300 mg-os végbélkúp) mellékhatásként súlyos interstitialis cystitist okoznak.

Az abacterialis, biopsiával szövettanilag is alátámasztott, zsugorhólyagot eredményező interstitialis cystitis miatt kiterjesztett műtéteket igénylő beavatkozások is szóba jönnek, ha nem gondolunk arra, hogy a gyógyszerelhagyás spontán gyógyulást eredményezhet.

Esetbemutatások:

1. 66 éves nő 3 éve szed tiaprofenilsav tartalmú szert. Dysuria, haematuria, steril pyuria, biopsiával igazolt interstitialis cystitis; cystoscopos lelet: kis kapacitású zsugorhólyag. Definitív vizeletdeviatiót terveztek, előtte azonban a gyógyszer szedését felfüggesztették. A beteg spontán gyógyult.

2. 69 éves nő, suprapubikus fájdalom, steril pyuria; interstitialis cystitis miatt ileum conduitot terveztek — a gyógyszer elhagyása után spontán gyógyult.

3. 64 éves férfi, gyakori vizelés, haematuria, steril pyuria, chr. interstitialis cystitis miatt subtotalis cystectomia, hólyagpótlás. Jelenleg CISC/clean intermittent self catheterisation), önmagát katéterezi, a gyógyszert elhagyták és urol. állapota már nem romlott.

4. 59 éves nő, lényegében hasonló panaszok és hasonló klinikai leletek miatt ileum conduit készült, de a gyógyszert tovább szedte. Kétoldali ureterobstructio alakult ki (szövettan: periureteralis fibrosis), pyelumplastikát végeztek (szövettan: interstitialis „cystitis") — jelenleg permanens *stent*tel (definitív vizeletelvezetés) él.

A tiaprofenilsav nem steroid gyulladáscsökkentő gyógyszer. Nagy beteganyag feldolgozása után megállapították, hogy 4,1%-ban okoz ilyen súlyos mellékhatást. (1758 betegből 72). Más nem szteroid gyulladáscsökkentők csak 0,03%-ban okoznak hasonlót (41 159-ből 133!).

Szerzők arra hívják fel a figyelmet, hogy súlyos interstitialis cystitis esetén, amikor már vizeleteltérítő műtétek jönnek szóba, mindig meg kell győződni arról, hogy nem gyógyszer-mellékhatással állunk-e szemben.

Verebélyi András dr.

VÉRALVADÁS, THROMBOSIS

Vénás thromboemboliás (VTE) szövődmények gyermekekben: a kanadai VTE regiszter első vizsgálatának eredményei. Andrew, M. és mtsai (Childrens Hosp. at Chedoke-McMaster, Hamilton, Hop. Ste-Justine, Montreal, Hosp. for Sick Children, Toronto, Kanada): Blood, 1994, *83,* 1251.

Mélyvénás thrombosis *(MVT)* és pulmonalis embólia *(PE)* gyermekekben nagyon ritkán észlelhető éppen ezért előfordulásáról nincsenek megbízható adatok, csak esettanulmányok. Francia és angol adatok szerint a kórkép epidemiológiájában jelentős különbségek fedhetők fel a gyermekkori és felnőttkori esetek között, amiből az következik, hogy a terápia sem azonos. Ezért 15,

nagy kanadai gyógyintézetben regisztrált thromboemboliás szövődmény tapasztalatait 1990. július 1-jétől 1992. december 31-ig terjedő időközben részletesen elemezték.

A betegek életkora egy hónapos kortól a 18. életévig terjedt; 256 541 kórházi felvételre eső 137 esetet tanulmányoztak részletesen. Az incidencia a kórházi beteganyagban 5,3%-nak, Kanada gyermek-lakosságára vonatkoztatva 0,07/10 000-nek felelt meg. Leggyakoribb az egy hónapos—1 éves életkorban és a tinédzserekben, a két nemet egyformán érintve.

A folyamatot előidéző különféle betegségek és állapotok közül vezető helyet foglal el a carcinoma, kongenitális szívbetegség, trauma, parenterális táplálás elsősorban felszívódási zavarok miatt, infekció, nephrosis szindróma, műtét, antikoncipiensek stb. Hangsúlyozzák a centrális vénás katéter behelyezését követő *MVT*-t, azután olyan alvadászavarokat, mint a C- és S-proteinhiány. A folyamat diagnosztikájában vezet a venographia és a duplex sonographia, valamint a perfúziós és ventilatiós tüdőscintigraphia *(PE esetében)*, melyeknek hatásfokát pontosan feltüntetik.

A kezelés 101 gyermeknél heparin bolus adagjával kezdődött (0—75 E/kg), amit aztán átlagosan 14 napon keresztül fenntartó adaggal folytattak. Thrombolysis 15 esetben történt, elsősorban azokban a gyermekekben, ahol centrális vénás katétert helyeztek fel. A heparinkezelés befejezése után, 3—6 hónapig tartó orális antikoaguláns kezelésre tértek át.

Az ellenőrzés 6 hónaptól 3 évig, átlagosan 18 hónapig tartott. Ezalatt 10 gyermek halt meg, közülük 10 az alapbetegségben, 3 viszont *PE*-ban, ill. kiterjedt v. cava inf. thrombosisban. A megmaradt 124 gyermek közül recidíváló *MVT* és/vagy *PE* 23, ill. 16 esetben fordult elő az antikoaguláns kezelés tartama alatt a felső és az alsó testrész vénás rendszerében, aminek az oka a legtöbb esetben a centrális vénás katéter, mint idegentest volt. A folyamat az utólag vizsgált 72 gyermeknél 30 esetben teljesen, 15-ben részlegesen szívódott fel, míg 27-ben regressziót nem észleltek. Ezt azonban bizonyos fenntartással kell fogadni, mert a 18 hónapos átlagos ellenőrzés időszaka után nem történt kontrollvizsgálat. Post thromboticus szindróma 26 gyermeknél (21%) alakult ki, viszont súlyos vérzéses komplikáció egyetlen esetben sem. Mindebből kiindulva azt szeretnénk hangsúlyozni, hogy a centrális vénás katéter szerepét, valamint a coagulatiós statust messzemenően figyelembe kell venni, figyelmet fordítva a C- és az S-proteinhiányra.

Hogy mi lehet az oka a recanalizáció, ill. az alvadékoldás elhúzódásának, arra nézve jobbára feltételezéseik vannak: gyermekekben csökkent az endogén fibrinolízis és a szöveti plasminogén aktivátor koncentráció, amivel szemben a plasminogén aktivátor-inhibitor (PAI_1) szint emelkedett. Idősebb nőkkel ellentétben tinédszer lányok fibrinolytikus képessége mérsékeltebb. Az viszont még nagyon is kérdéses, hogy mindezeknek haemostasis zavarában komoly szerepe lenne.

Bán András dr.

Esti étkezéskor fogyasztott mérsékelt mennyiségű alkohol hatása a fibrinolysisre. Hendriks, H. F. J. és mtsai (Organisation for Applied Scientific Research Toxicology and Nutrition Institute AJ Zeits, and Gaubius Laboratory, Institute of Ageing and Vascular Research, Leiden, Hollandia): Brit. Med. J., 1994, *308*, 1003.

Ma már sok adat szól amellett, hogy a mérsékelt fokú alkoholfogyasztáshoz alacsonyabb coronariás szívbetegségi kockázat társul. Ennek egyik tényezője az ilyen esetekben magasabb HDL-cholesterinszint. E kockázat csökkentésében ugyancsak fontos tényező a haemostasis functio változása. Más szerzők közel 90 000 betegen végzett megfigyelése arra utal, hogy a szeszfogyasztás csökkentette a coronariás megbetegedések és az ischaemiás stroke-ok kockázatát, míg a haemorrhagiásokét növelte.

A szerzők jelenlegi tanulmányukban azt kívánták megvizsgálni: hogyan hat rövid távon az alkoholfogyasztás (sör, bor, tömény ital) középkorú férfiak fibrinolyticus rendszerére. Ezért 8, egészséges, nem elhízott, 45—55 éves, jellegzetes nyugati életstílust folytató és szokványos étrendet fogyasztó férfit vettek be értékelésükbe, kiknek családi kórelőzményében sem szerepelt alkoholizálás. Ezek az egyének gyógyszert nem fogyasztottak és nem is dohányoztak; cholesterin-, triglycerid-, haemoglobin-, és γ-glutamyltransferase-szintjük nem mutatott kóros eltérést és mind systolés, mind diastolés vérnyomásértékük is normális volt. A vizsgálat 11 napig tartott s ez 2 × 2 napos kísérleti időt foglalt magában, amely alatt a betegek intézetükben voltak. Mindannyian standard étrendet kaptak, mely napi 10,7 ezer joule energiájú volt (ennek megoszlása: 34,5% zsír, 52,7% szénhidrát, 12,8% fehérje; a többszörösen telítetlen/telített zsírsavak aránya 0,46 volt). A kísérleti napok esetén 4-féle italt kaptak (természetesen randomisatiós kiválasztással): *a)* 400 ml szénsavas ásványvíz — ezt kontrollként —, illetve: *b)* vagy 1000 ml sört, melyben 40 g alkohol volt vagy *c)* 400 ml vörösbort vagy *d)* 144 ml holland gint. Az italokból mind étkezés előtt egy órával étvágygerjesztőként, mind étkezés alatt 2—2 üveggel szolgáltak fel. Vérvétel étkezés előtt 1 órával, majd a 18 órakor kezdődő vacsora után 1, 3, 5, 9 és 13 órával.

Eredmények. Az étkezés után 1 és 3 órával észlelt véralkoholértékek alatta maradtak a Hollandiában a gépjárművezetők részére engedélyezett 10,58 mmol/l-es (= 0,5 g/l) szintnek; ezen belül a gint fogyasztók szintje magasabb volt a kevésbé tömény alkoholt fogyasztókéhoz viszonyítva. Az alkohol plasminogen-aktivátor inhibitor aktivitása étkezés után 5 órával volt maximális: ekkor 53%-ról 667%-ra emelkedett. A szöveti típusú plasminogen aktivátor antigenszintje étkezés után 9 órával érte el csúcsát: 5,3 μg/l-ről 10,8-ra emelkedett; mindkét értékváltozás szignifikáns volt ($p<0,001$). A plasminogen aktivátor aktivitás az étkezés utáni 5. órára csökkent, mégpedig 1387 E/l-ről 323-ra, azonban magasabb volt, mint a normál reggeli érték alkoholfogyasztást követő napon, valamint a csak ásványvizet fogyasztók szintjéhez képest (ezen változások is szignifikánsak voltak). Ez azért is lényeges, mert ismert tény a fibrinolyticus rendszer circadian periodicitása (mely szerint a reggeli és a délelőtti órákban a legkisebb ezen védettség foka). E circadian ritmusváltozás egészen az endothel sejtekig, a rendszer gyökeréig vezethető vissza. A mérsékelt fokú alkoholfogyasztás 2 módon hat: 1. a szöveti típusú plasminogen aktivátor aktivitásának helyi növekedését okozva segít megelőzni a kis vérrögképződést, illetve a már képződött rögök oldódását; 2. a keringésben megnövekedett szöveti típusú plasminogen aktivátor aktivitás mintájára, főleg reggelenként, protectiv hatással bír az ilyenkor különösen gyakori szív-attackok manifestatióival szemben. Egyértelmű, hogy a mérsékelt fokú (5—25 g/nap) alkoholfogyasztás csökkenti a coronariás szívbetegségek kockázatát, elsősorban a fibrinolyticus rendszer befolyásolása révén — ez a szerzők véleménye vizsgálataik alapján.

Major László dr.

Ösztrogén-antagonisták és thrombosisprophylaxis. Tilsner, V. (Hamburg): DMW, 1994, *119*, 1182.

Kérdés: Vannak-e a phlebothrombosisok gyakoriságára vonatkozó megfigyelések ösztrogén-antagonista (tamoxifen) kezelés mellett? Ösztrogén-antagonistákkal megelőzhetjük-e a postoperativ phlebothrombosisokat?

Válasz: A thromboemboliák keletkezésében az ösztrogének is szerepet játszanak. A steroidok thrombosist előmozdító hatása a thrombocyták aktiválódására vezethető vissza, bár még sok kérdés tisztázásra vár. Pl.: az ösztrogén tartalmú fogamzásgátlók fiatal nőkben fokozhatják a thrombosishajlamot. Az idősebb, menopauza-korabeli nők thrombosiskészsége az ösztrogénhiány ellenére is nagy. A szintén ösztrogénhiányban szenvedő idős nőkben az ösztrogénszubsztitúciós kezelés nem növeli a thrombosis gyakoriságát.

Az ösztrogén-antagonista kezelés és a phlebothrombosis közötti összefüggésre vonatkozólag még nincs elegendő adat a véleménynyilvánításra.

Kollár Lajos dr.

Phospholipid-ellenes antitestek és thrombosiskészség: alapvető pathogenetikai mechanizmusok. Santoro, S. A. (Div-of Laborat. Med. the Dep. of Pathol. and Med., Washington Univ., School of Med., St. Louis, USA): Blood, 1994, *83*, 2389.

A phospholipid-ellenes antitestek (aPL) az immunglobulinokhoz tartoznak és phospholipid-anionokkal reagálnak; ezek közül a lupus antikoaguláns (LA) és a cardiolipid-ellenes antitestek (aCL) a phospholipid-dependens alvadási folyamatot gátolják, amit modern módszerekkel igazoltak. Újabb vizsgálatok alapján a β-2 mikroglobulint sem lehet figyelmen kívül hagyni, ami az aCL-antitestek kimutatásához szükséges kofaktor.

Az LA és aCL laborvizsgálatok eredményeit 1993-ban foglalták össze, melyekből az derült ki, hogy különböző ellenanyagpopulációról van szó, melyek együtt mintegy 60%-ban mutathatók ki antiphospholipid szindrómában; ezt a kórformát inkább inhibitor, mintsem faktorhiány okozza, ami phospholipid komponens ellen, nem pedig specifikus alvadási faktorok ellen irányul. Az aPL-antitestek vénás és artériás thrombosisokban, thrombocytopeniákban, valamint vetélésekkel kapcsolatban mutathatók ki, jóllehet nem lehet tudni, hogy a folyamatot elindítják, vagy nem specifikus sejtártalom következtében keletkezett kísérőjelenségekről van szó, vagyis az aPL-ek vagy megelőzik a thrombosist, vagy a folyamat során keletkeznek. Ezt azért nehéz eldönteni, mivel a szóban forgó vizsgálatok mind retrospektívek, tehát utólag történtek.

A kérdés állatkísérletekkel közelíthető meg: ha egereket monoklonális aCL antitestekkel immunizáltak, akkor az intrauterin elhalás és vetélés hasonló volt a human folyamathoz, jóllehet a human pathologia és az állatkísérletek között nem vonható szigorú párhuzam. Ezek szerint feltételezik, hogy a thrombotikus folyamatot valóban aCL és LA okozza, ami komplex reakcióban nyilvánul meg: endothelsejtek prostacyclin-termelése és -szekréciója, C- és S-protein kölcsönös hatása, placentáris 1-protein antikoaguláns phospholipid inhibíció, endothelsejt-károsodás és -aktiválás, aztán a thrombocyták aktiválása, a fibrinolízis csökkenése az antithrombin-III aktivitással együtt. Mindebből arra lehetne következtetni, hogy megnyugtató megoldást molekuláris szinten kell keresni.

Fontos lépést jelentett 1993-ban az a megfigyelés, mely szerint SLE-ben az aCL-antitestek prothrombin fragmentumokkal párhuzamosan jelennek meg, ami oda vezetett, hogy prothrombin fragmentumok és fibrinopeptid-A kimutatásával a thrombinaktivitási index in vivo meghatározható. Mindebből AT-III, C- és S-proteinhiányban arra a következtetésre lehetett jutni, hogy a thrombinkeletkezés fokozódik, amikor thrombosis klinikai jelei még nem is észlelhetők: a CL jelenléte ezek szerint praethrombotikus állapotra utal. Minderre pozitív választ adnak azok a vizsgálatok, melyek szerint a fenti ellenanyagok heparin-szulfát/heparin disaccharid szekvenciával reagálnak, amit az AT—III jelez. Az aCL/antiheparin ellenanyagok képesek heparin keletkezését az AT-III-thrombin komplexből gátolni és úgy tűnik, hogy ezeknek egyik alcsoportja heparinhoz kötődik.

Mindez legalábbis részben kiválthatja azt a folyamatot, aminek végső állomása a vér megalvadása.

Az első lépések jóllehet kicsik, de fontosak és továbbiakat vetnek fel, pl. szelektíve emelkedett a thrombosis kockázata az aCL antitesteknek azzal az alcsoportjával, amelyik heparinhoz kapcsolódik? Ha ez tényleg így van, akkor lényeges diagnosztikus és terápiás lépést tettek, hiszen az ellenanyagok a heparinterápiát komplikálják. Kérdés az is, hogy a monoklonális antitesteknek mi a jelentőségük állatkísérletekben, különösen emberszabású emlősökben. A figyelem aPL szindrómában mindinkább az ellenanyagokra irányul, de ezek jelentőségét jóval több vizsgálat után lehet megítélni.

Bán András dr.

Kis molekulasúlyú heparin használata terhességi anticoagulans terápiaként. Kelbel, C. és mtsai (Abt. für Inn. Med. mit Schwerpunkt Pneumologie, Langenbeckstr. 1, 55101 Mainz, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1994, *119*, 1497.

Anticoagulans terápia terhesség folyamán általában nem kivitelezhető, a szájon át adható készítmény a magzat torzképződésének veszélye miatt nem adható. A hagyományos, nem frakcionált heparinozás tartós használata során thrombocytopeniától kell leginkább tartani, másrészt ritkább esetekben a csontok demineralizációja is előfordulhat.

Ezért tarthat érdeklődésre számot a mainzi munkacsoport közleménye, amelyben egy 26 éves gravida kórtörténetét ismertetik. Az asszonynak terhessége 6. hetében fenyegető abortus jelei mutatkoztak, ezért ágynyugalmat rendeltek számára. A 11. hétben megduzzadt a bal lába, és az elvégzett phlebographia kiterjedt és a v. iliaca területére is ráterjedő trombózist mutatott. Ekkor napi 24 000 E hagyományos heparinkezelést kezdtek intravénásan. 3 hét múlva hirtelen és kétséget kizáróan tüdőembólia tünetei jelentkeztek. Ebben az időszakban a heparinadagja 35 000 E volt naponta. Ekkor került a beteg a szerzők intézetébe. Az alapvizsgálatok és alvadási tényezők ellenőrzése után az addigi heparinadagját 38 400 E-re emelték. Az elkövetkező 3 hétben a beteg állapota nem romlott és részleges rekanalizációt észleltek. Tekintettel arra, hogy a javulás mértéke nem volt kielégítő, a betegnek megajánlották a kis molekulasúlyú heparin adását, mivel ennek hosszabb félideje van, ritkábban befolyásolja a thrombocitaműködést is. A terhesség 18. hetétől napi 5000 anti-Xa egységet adtak a betegnek, sőt megtanították arra, hogy a napi egyszeri injectióját a beteg saját maga adja magának. Az anti-Xa-aktivitás végig a terápiás határok között volt (0,3 E/ml), az alvadási paraméterek is megközelítették a kórostól visszafelé számítva a normális értékeket.

A terhesség 37. hetében a gravida további sorsát mérlegelve császármetszést végeztek, 2600 grammos élő és egészséges leánymagzat születését konstatálva. Az anya és a gyermek köldökzsinórvénájából történt vérvételek során nyert alvadási értékek megközelítették a normális tartományban lévőket. A terhesség befejeztével az anticoaguláns terápiát befejezték, az anya teljesen panaszmentessé vált. A kis molekulasúlyú heparin átsegítette az asszonyt kritikus időszakán. A készítmény *Fragmin* nevű kis mulekulasúlyú heparin volt.

Iványi János dr.

SZEXOLÓGIA, SZEXUÁLPATOLÓGIA

Szexuális nevelés az iskolában. Szerkesztőségi közlemény. (Editorial): Lancet, 1994, *344*, 899.

A tizenévesek nagy többsége szexuálisan tapasztalt és sokan szexuálisan aktívak. Sajnálatosan kevesen informáltak teljesen a veszély felől, amelybe futnak, vagy hogyan védjék magukat a szexuálisan terjedő betegségek és a nemkívánatos terhesség ellen. E tényezők tagadása, mint sokan megkísérelték, elítélendő és az absztinenciára való felszólítás a végletekig leegyszerűsített.

A Thatcher-kormányzat Britanniában a szexuális viselkedés vizsgálatának anyagi támogatását elutasította. Végül is a Wellcome Trust alapított egy tervezetet és a HIV-kockázattal való összefüggést 1992-ben közölték. Az áttekintés eredménye, hogy felfedte a mai serdülőkorúak szexuális viselkedését. Mint várható, van jó és rossz újság. Pozitív oldal: a kondomot találták a leggyakrabban használt fogamzásgátló módszernek az első közösülésnél, és 1985-től gyorsan nő a használata. A negatív oldal: amikor a közösülés a minimális törvényes kor, a 16 év előtt történik, a lányok közel fele és a fiúk több mint fele nem használ kontraceptívumot. A probléma nagyságát illusztrálja, hogy 1966—1975 között született lányok 19 és a fiúk 28%-a ez előtt a kor előtt közösült. Az első közösülés ideje az elmúlt 4 évtized alatt lányoknál 21-ről 17 és fiúknál 20-ról 17 éves korra csökkent. A szexuális aktivitást korábban kezdőknek van a legnagyobb számú partnerre esélyük, az pedig a legnagyobb veszélyt jelenti a szexuálisan terjedő betegségekre, ami potenciálisan súlyos vagy éppen fatális következményű. A nevelés hatásosságát mutatja az amerikai Baltimore példája. Az első közösüléskor az átlagos életkor növekedett a nevelés szintjével. A tizenévesek terhességi rátájának növekedését a kampány rovására írták.

A tizenévesek hajlamosak még az iskolában szexuálisan aktívvá válni, ezért a szexuális nevelést ott kell elkezdeni. A lányokat különösen fel kell világosítani, hogy a nemi úton terjedő betegséget az év 365 napján kaphatják, de évente csak 60 napon át következhet be terhesség. A Wellcome-

tanulmány rámutatott, hogy a fiúk partnere az első közösülésnél hasonló korú és szűz, ez azonban a lányokra nem érvényes: a lányok 75%-ának az első közösüléskor a partnere idősebb mint ők, és ezeknek a partnereknek 51%-a már szexuálisan tapasztalt. Így a lányok akaratlanul hidak lehetnek a nemi érintkezéssel terjedő betegségekkel fertőzött felnőttek és a nem fertőzött serdülőkorúak között. A Világ Egészségügyi Szervezet deklarálta, hogy a legtöbb szexuálisan aktív fiatalnak a legjobb fogamzásgátló elsősorban a kondom. Az egyik stratégia a Hollandiában használtnak az átvétele: a férfiak kondomhasználta kétirányú védekezés a szexuálisan terjedő betegségek ellen és a nők fogamzásgátló tabletta szedése további védekezés a terhesség veszélye ellen. Ezt hívják kettős holland módszernek.

Egy melbourne-i orvostanhallgató ajánlotta, hogy a szigorló orvosok, akik már az elmondottak felől tudomással bírnak, menjenek vissza a régi iskolájukba és világosítsák fel a jelenlegi tanulókat. A több szexuális nevelés nem jelent több szexet; csökkentheti a szexuálisan terjedő betegségek rátáját és a tizenévesek terhességét. A politikusoknak le kell ereszkedni az erkölcs magas talapzatáról és felismerni, hogy ezek is az élet tényei.

Jakobovits Antal dr.

A férfi infertilitás kóroktana és kezelése. Skakkebaek, N. E. és mtsai. (University Department of Growth and Reproduction, Rigshospitalet, DK-2100 Copenhagen, Dánia): Lancet, 1994, *343*, 1473.

A kutatás és haladás az infertilitás terén főleg a tünetek kezelésére szorítkozik, az alapvető okokra vonatkozólag kevés a nyereség. A párok mintegy 15%-a elsődlegesen vagy másodlagosan infertilis és ezeknek kb. a fele a férfifaktor következtében. A férfi infertilitás nem egy tényezőből áll, hanem különböző kóroktani mechanizmusok változatának tükröződése. A férfi infertilitás ismert okai lehetnek a spermiumtermelődés károsodásából (hypothalamo-hypophysealis rendellenességekből, kromoszomális abnormalitásokból, genetikai tényezőkből, csírasejt-aplasiából, drogokból, környezeti tényezők, varicocele) és a spermiumtranszport zavarából (autoimmun, ondó-petesejt összeolvadás zavarából, ismeretlen okokból) adódóak.

A kezelést megelőzi a vizsgálat: az ondó térfogatának, a spermiumkoncentrációnak, motilitásának és morfológiájának 2—3 analízise. Új tesztek az ondósejt/zóna pellucida kölcsönhatás, a kromoszóma és genetikai vizsgálatok.

Általában oki kezelést kell végezni, de ha az ok ismeretlen, az asszitált reprodukciós technikát kell igénybe venni. Ondóvezeték-elzáródás esetén a rekanalizáció jön szóba, ami alacsony szinten lévő károsodás esetén sikeresebb, mintha a mellékhere közelében van. Normális FSH és súlyos oligozoospermia esetén a varicocele lekötése ajánlatos. A nemi szervi csatornarendszer gyulladása esetén széles spektrumú antibiotikumok (erythromycin, doxycyclin) adása sikeres lehet. Ondósejtellenes antitestek kezelésére lehetőséget ad a folyamatos vagy intermittáló prednizolon adás. Súlyos mellékhatása lehet a ritka combcsont fejecs elhalása. A gonadotropin-hiány sikeresen reagál az FSH és LH vagy hCG, esetleg GnRH pulzatilis kezelésre. A kezelés rendszerint hosszadalmas, mivel a spermiogenezis ciklusa 70 napos. A retrográd ejaculatio sympatomimetikus gyógyszerekkel eredményesen kezelhető.

Az infertilis férfiak mintegy 50%-ában nem mutatható ki specifikus aetiologiai tényező, ezért az ésszerű kezelés nehéz. Androgén- és gonadotropin-kezelést ajánlanak, bár lényeges javulást az ondósejtszámban vagy motilitásban nem eredményez. Nagyon kis számú ondósejt esetén subzonalis spermium mikroinjectio (kevés ondósejt bejuttatása a zona pellucida és az oolemma közé) és az ondósejt intracytoplasma-injectio (egyetlen ondósejt bejuttatása a petesejt cytoplasmájába) jöhet számításba. Az intracytoplasma injectio sikeres lehet a mellékheréből vett ondósejttel, olyan férfiaknál, akik spermiummorfológiája 100%-osan abnormális és a mozgóképesség is súlyosan károsodott. Ez a módszer veleszületett ondóvezeték hiányában is alkalmazható. Leydig-sejt-elégtelenségben tesztoszteronpótló kezelés végzendő.

Könnyű mondani: „a megelőzés könnyebb, mint a kezelés", de az infertilitas esetén a pathogenezist illetőleg a jelenlegi ismeretek szegényesek. Első pillantásra a legtöbb helyen az esetek 85%-ában megtalálják az okot. Az olyan diagnózisok azonban, mint asthenospermia, oligospermia tisztán leíróak. A valóság az, hogy az ilyen kórismék a legtöbb esetben a tudatlanságunkat leplezik.

Az infertilitás gyakoriságának változása a régi feljegyzések hiányában ismeretlen. Az ondóminőség azonban az elmúlt 50 év folyamán lényegesen romlott. Ugyanebben az időszakban a hererákok (amelyek rendszerint csökkent ondóminőséggel társulnak) gyakorisága néhány országban fokozódott. Így, bár az infertilitas mögött lévő biológiai folyamatok megértése még nagyon felületes, ahhoz eleget tudunk, hogy aggódjunk.

Jakobovits Antal dr.

Az oxytocin és a szexuális viselkedés. Új fejezet kezdődhet a pszichofarmakológiában. Herbert, J. (Department of Anatomy, University of Cambridge CB2 3DY, Anglia): Br. Med. J., 1994, *309*, 891.

A hypophysis által kiválasztott oxytocin nemcsak perifériás hormon, immunhisztokémiailag kimutatták egy sor neuronban és axonban az agyban is, továbbá az agytörzsben és gerincvelőben. Feltételezhető, hogy a szülést és a tejkilövellést elősegítő hatáson kívül más aktivitása is van. Mintegy 10 évvel ezelőtt megfigyelték, hogy a nem terhes nőstény patkánynak adott oxytocininfúzió anyai viselkedést vált ki a kis patkányok irányában. Hasonló megfigyelést tettek juhokban, amelyek különben ellenségesen viselkednek más juh ivadékaival szemben. Az oxytocinkoncentráció nemi érintkezés kapcsán állatban és emberben átmenetileg nő. Nőstény ösztrogénnel kezelt patkány agyába adott oxytocininfúzió jelentősen serkentette a szexuális aktivitást. Hasonló, de kevésbé meggyőző hatásról számoltak be a hím patkányokban. Emberben is megfigyelték az oxytocin aphrodisiacumszerű hatását, mialatt a nő szteroid levonorgestrel kontraceptivumot szedett. A levonorgestrelnek mind progesztogén, mind ösztrogén hatása van. Kísérletekben az oxytocinnak ösztrogén hiányában csak enyhe hatása van a szexuális viselkedésre. A levonorgestrelszerű más 19-norprogesztineknek is észlelhető androgén hatása van, az androgéneknek pedig nőkben és nőstény majmokban szexuális viselkedést serkentő hatásuk van. Emberben előfordulhat szinergizmus az androgének és oxytocin között az emberi szexualitásban. Következtetéseket levonni túl korai lenne, de van egy pszichofarmakológiai anyag, amely az agyba jutva specifikusan hat egyes peptideket tartalmazó rendszerekre.

Jakobovits Antal dr.

Búcsú a Sexualmedizintől. Sigusch, V. (Abt. f. Sexualwissensch. Goethe Univ. D-60590 Frankfurt. (Main. Theodor-Stern Kai 7.) Zschr. f. Sexualforsch. 1994, *7*, 62.

A szerző, Németország egyik jeles szexológusprofesszora majd nyolcoldalas kommentárban búcsúzik el a Sexualmedizin nevű folyóirattól, miután a 22 évi fennállás után 1993 decemberében megszűnt.

A kiadó „gazdasági okokkal" indokolja a lap kimúlását, a „gyászbeszédet" tartó szerző azonban sokkal mélyebben látja az okot és a „temetés" jó alkalmat ad arra, hogy a múltat elemezve a jövőbe tekintsen.

Az Orvosi Hetilapban nem szokás ugyan ilyen jellegű híreket referálni, de talán megbocsáttatik a referensnek, ha most kivételesen eltér a szokástól, hisz másfél évtizeden át rendszeresen referálta a „megboldogult Lap" cikkeit és közben irigyelte a (nyugat)németeket, amiért ilyen lapjuk van, ami az orvosi folyóiratok közül a második legnagyobb példányszámban jelent meg, sőt több ilyen jellegű folyóiratuk is volt/van, nem is beszélve a néhány egyetemen működő és professzori rangban vezetett szexológiai intézetről.

A halál okaként megadott gazdasági ok a szerző szerint mélyen gyökeredzik. Az orvosi folyóiratok a gyógyszer- és műszergyárak hirdetéseiből élnek, márpedig a szexológia gyakorlói kevés receptet írnak és kevés műszert alkalmaznak. Igaz ugyan, hogy a szexológia legújabb történelmében is több „korszak" zajlott le, nevezetesen a

szexológiai problémák okát előbb kifejezetten lelki tényezőkkel magyarázták, majd a pszichoszomatika felé hajlottak s napjainkban pedig rengeteg szervi okot mutatnak ki, s ezeket ennek megfelelően kezelik.

Az 1967/68-as forradalmi mozgalmak sokat lendítettek a szexológia fejlődésén s már akkor is olyasmi célt tűztek ki a megszállott zászlóvivők, hogy legalább az orvostovábbképzés keretein belül legyen az általános orvosnak annyi szexológiai ismerete, hogy a hozzá szexuális panasszal fordulóknak adequát tanácsot-ellátást tudjon adni. Ezt a célt szolgálta a Sexualmedizin is. Napjainkban már vannak tehát olyan háziorvosok, akik ezen elvárásoknak megfelelnek, de nem annyian, hogy a segítségre szorulók mind elláthatók legyenek. Azt ugyanis még nem sikerült elérni, hogy már az orvostanhallgatók számára ez kötelező tárgy legyen.

Mindezek mögött és mellett áll még egy momentum, nevezetesen az, hogy a ,,szomatikus" professzorok nem is nagyon tartják orvosi kérdésnek a szexológiát, legfeljebb a reproduktív medicina asszisztált ,,művi nemzéseit".

Ha pedig azért referálunk külföldi cikkeket, hogy azokból a hazai orvosok hasznot húzzanak, mind több rászorulónak tudjanak segítségére lenni, nem elegendő egyfelől azt irigyelni, hogy ,,bezzeg" ott van több folyóirat és tudományos intézet stb., másfelől a hazai elmaradottság felszámolását azért feleslegesnek tartani, mert lám, ott már egy kiadó meg is bukott, tenni is kellene valamit. Ennek pedig most van itt az ideje, amikor a háziorvoslás van kialakulóban s a TB-nek is kevés a pénze. Ugyanis a szexológia általában igen kevés gépet és gyógyszert igényel, legfeljebb időt az orvostól és betegtől egyaránt, s ez még ma nálunk olcsó. Tény, hogy ehhez azonban legalább valami minimális szakismeret szükséges. A referensnek nem feladata e kérdést részleteiben elemezni — bár többször is utalt már erre —, de meri remélni, hogy egyszer ,,valaki", az ,,illetékes" erre felfigyel, de ki tartja magát illetékesnek?

Aszódi Imre dr.

ALTERNATÍV MEDICINA

Az akupunktúra fajtája és a krónikus nociceptiv alsóháti fájdalom. Thoma, M., Lundberg, T. (Dept. Physiol. II., Karolinska Inst.) Acta Anaesth. Scand., 1994, *38,* 63.

A nociceptiv eredetű derékfájás klinikailag is jól elkülönül a neuropathiás, a psychogen vagy az idiopathiás fájdalomtól, ezt igazolják a központi idegrendszer működésjelzői és az ópioidok hatásai is. Az afferens nocicepció a károsodott discusból, a kisízületekből, a szalagok, kapszulák és izmok komplexusából indul, tehát bárhonnan a gerinc mozgási szegmentumából. A csigolyák közötti rések szintjén az ideggyökök körüli gyulladás is kisugárzó nociceptiv fájdalmat válthat ki. Az ideggyökök sérülése, ártalma ettől jól elkülönül. A krónikus idiopathiás betegek alig javulnak az akupunktúrától (A. Anaesth. Scand., 1992, *36,* 637—642).

Az akupunktúra hatása akutan 26—79%-ban kedvező (Pain, 1986, *24,* 15—40) és 40 hét múlva is 58%-ban jó lehet (Amer. J. Chin. Med., 1980, *8,* 181—189).

A jelen vizsgálatban 27 személy háromhetes, összesen 6,8 akupunktúrás kezelésének hatásosságát vizsgálták. Három csoportba osztották őket, az egyikben manuálisan forgatták a tűt, a másikban 2 Hz-es, a harmadikban 80 Hz-es áramingerlést alkalmaztak a hagyományos kínai akupunktúrapontokon. Szemben a várólistán maradt 10 kontrollal, hat héttel a kúra után kedvező volt a kép a négy megítélési szempont szerint háromból, míg hat hónap után csak az alacsony frekvenciás ingerléssel kezelteken észleltek kedvező hatást a kontrollal szemben.

Apor Péter dr.

Esti kankalin olaj. Jelenlegi használata sokféle állapotban kevés megokolással. Kleijnen, J. (Department of Clinical Epidemiology and biostatistics, PO Box 22 700, NL-1100 DE Amsterdam, Hollandia): Br. Med. J., 1994, *309,* 824.

Az esti kankalin magjából kivont olaj linolensavat és E-vitamint tartalmaz. Az Y linolensav a prosztaglandin E prékurzora és számos más aktív anyagot is tartalmaz, amelynek a terápiás hatás köszönhető. Klinikailag ellenőrzött vizsgálatokat teszteltek az esti kankalin olajjal atópiás dermatitis, rheumás arthritis, diabeteses neuropathia, sclerosis multiplex, különböző rákok, colitis ulcerosa, praemenstruális szindróma, menopausalis hőhullámok, emlőcysták, mastalgia, schizophrenia eseteiben.

A szerző áttekinti az eddigi beszámolókat atópiás dermatitis, rheumás arthritis, praemenstruációs szindróma, mastalgia kezelésének eredményeiről, amelyek ellentmondásosak vagy kisszámú betegen történtek. A kankalinolaj biztonságos. Közölt mellékhatásai: a hányinger, fejfájás. Egy újkeletű vélemény óv a potenciális gyulladás, a thrombosis és immunsuppressio kockázatától, ami a tartós, egy éven túli használat után a szövetek lassú felhalmozása következtében előállhat.

Az optimális adag és a kezeléstartam nem ismeretes. A vizsgálatok során 2—16 kapszulát használtak, amelyek 500 mg-osak. Egy kapszula 40 mg Y linolensavat és 10 NE E-vitamint tartalmaz. Azt állítják, a klinikai hatás 3—4 hónap múlva jelentkezik, és néhány hónapig tart.

A szerző véleménye szerint a közölt vizsgálatok szigorú klinikai szempontból nézve nem bizonyítják az esti kankalin hatásosságát. A kételyeket nem oszlatták el (minden vizsgálatot ugyanaz a társulat támogatta). Mindazonáltal érdekes, ígéretes anyag.

Jakobovits Antal dr.

Uvulectomia Kamerunban. Meijer van Putten, J. B. Ned. Tijschr. Geneesk., 1994, *138,* 1540.

Afrikában ősidők óta eltávolítják gyermekeknél az uvulát, akár minálunk egykor a tonsillákat. Kameruntól északra, a félreeső Morában vizsgálták, miért és hogyan végezték el ezt a beavatkozást. 1993. szept. 2. és okt. 20. között 530 gyermeket vizsgáltak meg, közülük 413-nál (78%) volt eltávolítva az uvula. Az anyák szerint a főok a gyermekek hányása; a köhögés és torokfájás volt egy másik, ritkábban szereplő ok. Leggyakrabban a negyvennapos gyermeknél történik a beavatkozás, ekkor kapnak először a babyk köleskását. Az uvulectomiát egy utazó borbély végzi, aki két műszert használ hozzá, egy faspatulát és egy éles fémkampót, melyeket egy rongyba csavarva tart. A gyermekeket egy szalmagyékényen kinn operálja, a spatulával lenyomja a nyelvet, a nyelvcsapot meg felnyomja és az éles kampóval levágja a nyelvcsapot. Ezután a gyermeket az anyja mellére teszi, hogy lecsillapodjon. A borbély pár csepp vizet ad a gyermeknek, a vízbe egy kőfélét dörzsölnek, mely natriumborátból áll, vagy máskor natrium- és kaliumchlorátból áll, majd megtörli műszereit és begöngyöli őket a rongyba — és távozik a következő pacienséhez. Complicatiók vérzés, fertőzés aránylag ritkán fordul elő. A kockázat nagysága ismeretlen. A kameruni orvosok szerint fontos, hogy ismerjék és tiszteljék a kameruniak uvulectomiára és egyéb traditionalis beavatkozásokra vonatkozó véleményét, hatást várnak egészségügyi tanácsaiktól.

Ribiczey Sándor dr.

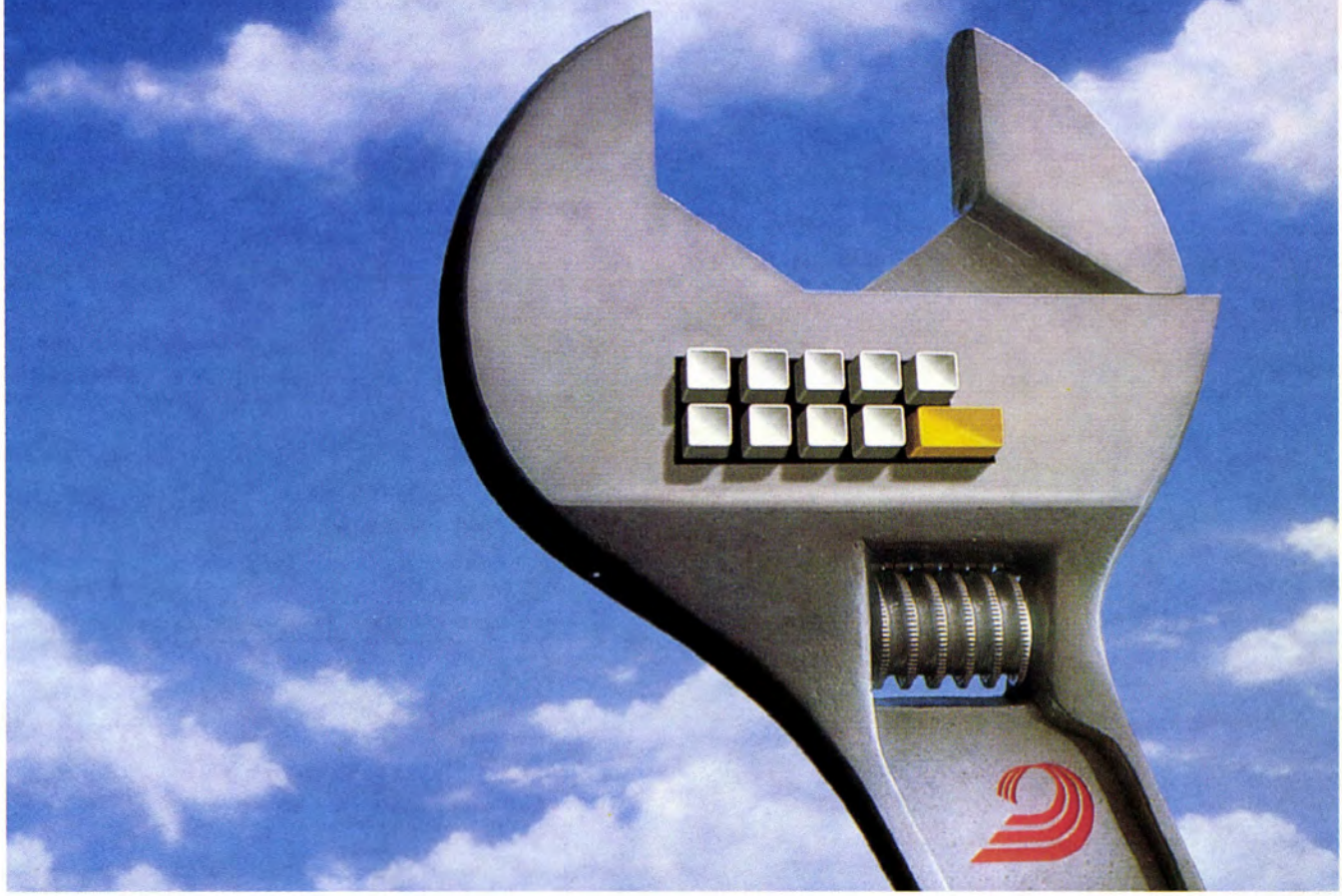
A rendezvények és a kongresszusi híranyagok *leadásának határideje a lap megjelenése előtt* **40 nap, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.**

Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

LOMIR SRO®
5 mg retard kapszula

A megoldás kulcsa enyhe és középsúlyos hypertonia kezelésére.
Biztosítja a vascularis integritást.



A legújabb kutatások eredményei bizonyítják, hogy a jól megválasztott antihypertensiv kezelés képes az érfal épségét helyreállítani és tartósan megőrizni.

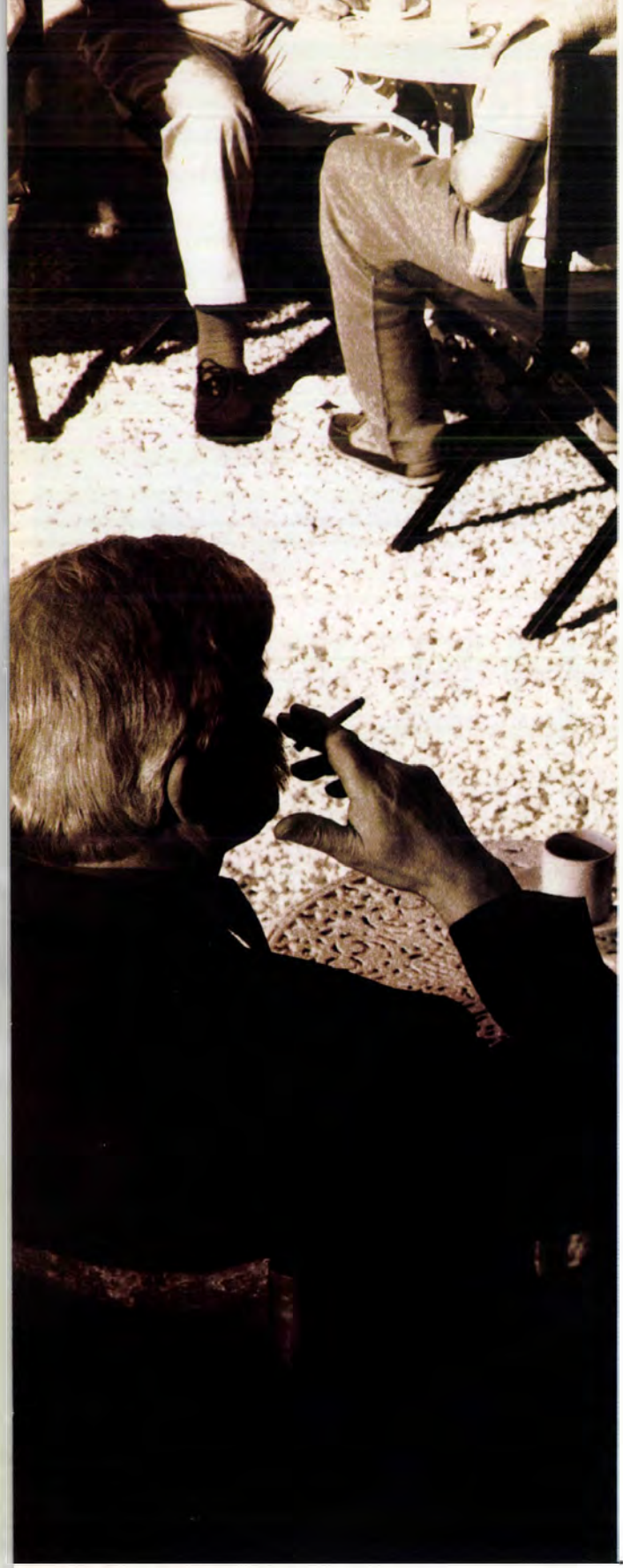
A Lomir SRO nemcsak szabályozza a vérnyomást, hanem erősíti a vascularis integritást.

- Nagy az affinitása az arteriák simaizomzatához.
- Normalizálja a fibrinolytikus aktivitást és a thrombocyta aggregációt.
- Kedvezően alakítja a lipid profilt.
- Fenntartja a szív contractios erejét és ingervezetését.
- Nem befolyásolja a szívfrekvenciát.
- Javítja a veseműködést.

Lomir SRO® 5 mg

LOMIR® tabletta 2,5 mg, LOMIR SRO® retard kapszula 5 mg. Calcium-antagonista. *Összetétel:* 2,5 mg isradipinum tablettánként; 5 mg isradipinum kapszulánként. *Javallat:* Essentialis hypertonia. *Adagolás:* Általában napi 2x1 tabletta (2x2,5 mg) vagy napi 1 kapszula (5 mg). Lásd: Alkalmazási útmutató. *Gyógyszer-kölcsönhatások:* A tabletta táplálékkal történő bevétele az abszorpciót egy órával késleltetheti, a retard kapszula biohasznosulását pedig növelheti. Propranolollal vagy anticonvulsansokkal interakcióba léphet. Cimetidin megnöveli, rifampicin csökkenti a Lomir bioaktivitását. Enziminduktív szerekkel való együttadása kerülendő. Lásd: Alkalmazási útmutató. *Mellékhatások:* Szédülés, fejfájás, bőrpír, tachycardia, nem szíveredetű perifériás oedema. *Figyelmeztetés:* Károsodott vese-, illetve májműködés esetén és idős korban a Lomir adagját egyénileg kell megállapítani; a javasolt kezdő adag 2x1,25 mg (2x1/2 tabletta). Óvatosan adandó aorta stenosis, sick sinus syndroma, alacsony szisztolés nyomás és terhesség esetén. Lomirral kezelt anyák ne szoptassanak. *Csomagolás:* 30 tabletta; 20 kapszula. További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a Sandoz Pharma Services AG Képviselet (1122 Budapest, Maros u. 19–21.) szívesen áll rendelkezésre.

SANDOZ



Hypercholesterinaemiában Ön választja ki a beteget a rizikófaktorok alapján a LESCOL terápiára

- 6,5 mmol/l összkoleszterin felett 2 rizikófaktorral
- 7,8 mmol/l összkoleszterin felett 1 rizikófaktorral
- Nagy hatékonyság – napi 1 Lescol kapszula
- Az első szintetikus statin készítmény
- A máj endogén koleszterin szintézisét gátolja
- Kiváló tolerancia

Nagy szelektivitás = költségkímélő kezelés

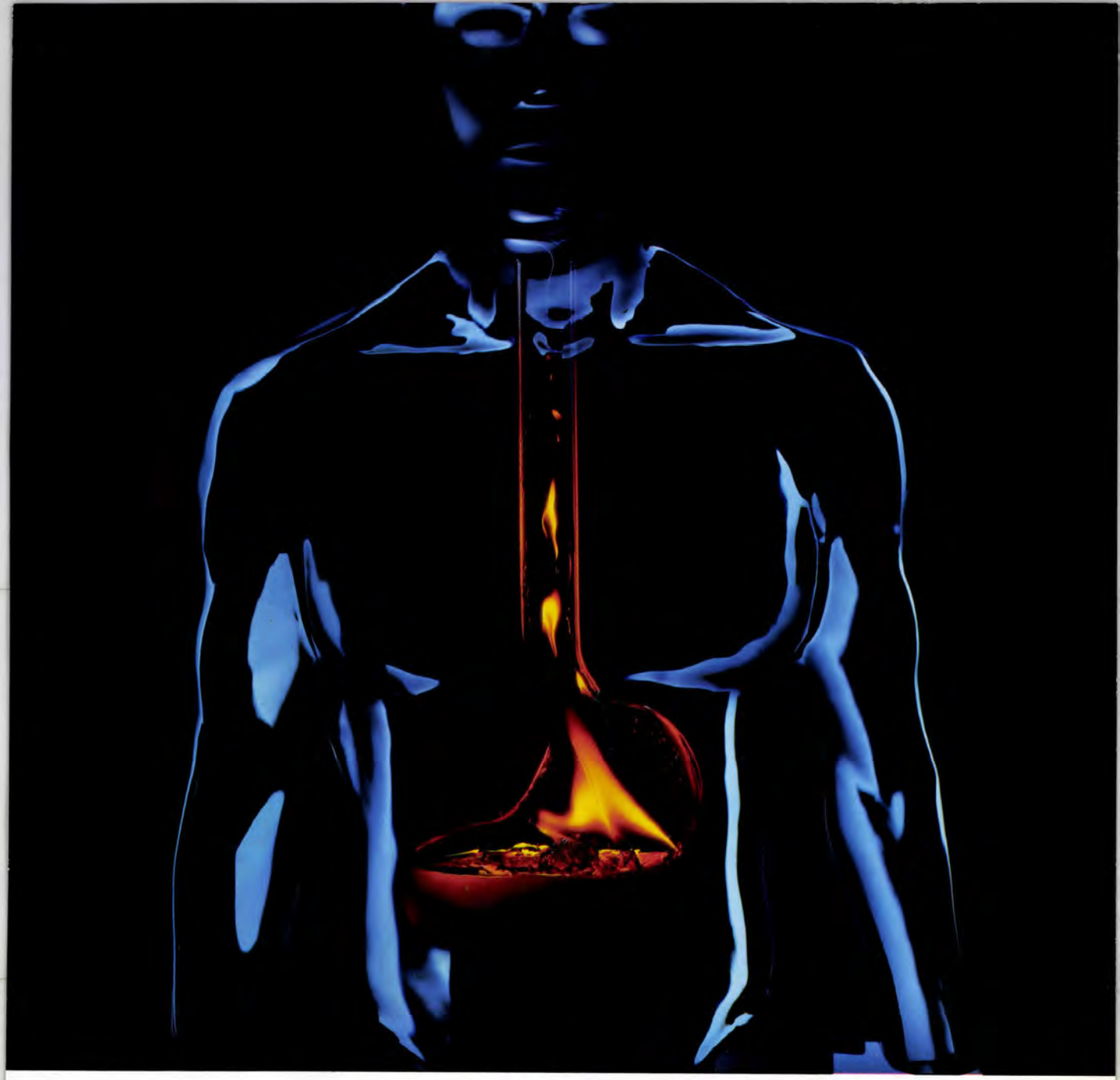
LESCOL®
FLUVASTATIN

a hypercholesterinaemia kezelésének világszerte legújabb gyógyszere

LESCOL® kapszula 20 és 40 mg. Koleszterinszint-csökkentő. **Összetétel:** 20 mg, ill. 40 mg fluvastatinum (21,06 mg, ill. 42,12 mg fluvastatinum natricum) kapszulánként. **Javallat:** Diétás kezelésre nem megfelelően reagáló primer hypercholesterinaemia. **Adagolás:** A kezelés megkezdése előtt a beteget standard koleszterinszint-csökkentő étrendre kell beállítani, mely diétát a kezelés alatt is tovább kell folytatni. Az ajánlott adag napi egyszeri 20–40 mg este. Lásd Alkalmazási útmutató. **Ellenjavallat:** A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Aktív májbetegség vagy ismeretlen eredetű, tartós szérum transzaminász-emelkedés. Terhesség, szoptatás, gyermekkor. Fogamzóképes korú nőknek csak megfelelő fogamzásgátlás mellett adható. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Epesavkötő-szerek, cimetidin, ranitidin, omeprazol, rifampicin. Lásd Alkalmazási útmutató. **Mellékhatások:** Gastrointestinalis panaszok: dyspepsia, émelygés, flatulentia, hasi fájdalom. Alvászavar, sinusitis, húgyúti infectio, hypaesthesia. Szérum transzaminász-emelkedés. Lásd Alkalmazási útmutató. **Figyelmeztetés:** Fokozott óvatosság szükséges, ha az anamnézisben májbetegség, ill. jelentős alkoholfogyasztás szerepel, vagy ha diffúz izomfájdalmak, izomérzékenység vagy -gyengeség, ill. jelentős szérum-kreatinin, -foszfokináz-emelkedés jelentkezik, vagy súlyos veseelégtelenség áll fenn. Lásd Alkalmazási útmutató. **Csomagolás:** 28 db kapszula 20 mg, ill. 40 mg.

További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a **Sandoz Pharma Services AG Képviselet** (1122 Budapest, Maros u. 19–21. Tel.: 202-4766), valamint vidéki Sandoz irodáink munkatársai szívesen állnak rendelkezésére.

SANDOZ



AXID®

NIZATIDIN

Az egyetlen H_2-receptor antagonista, amely a reflux oesophagitis-t és a nyombélfekélyt azonos adagolásban gyógyítja

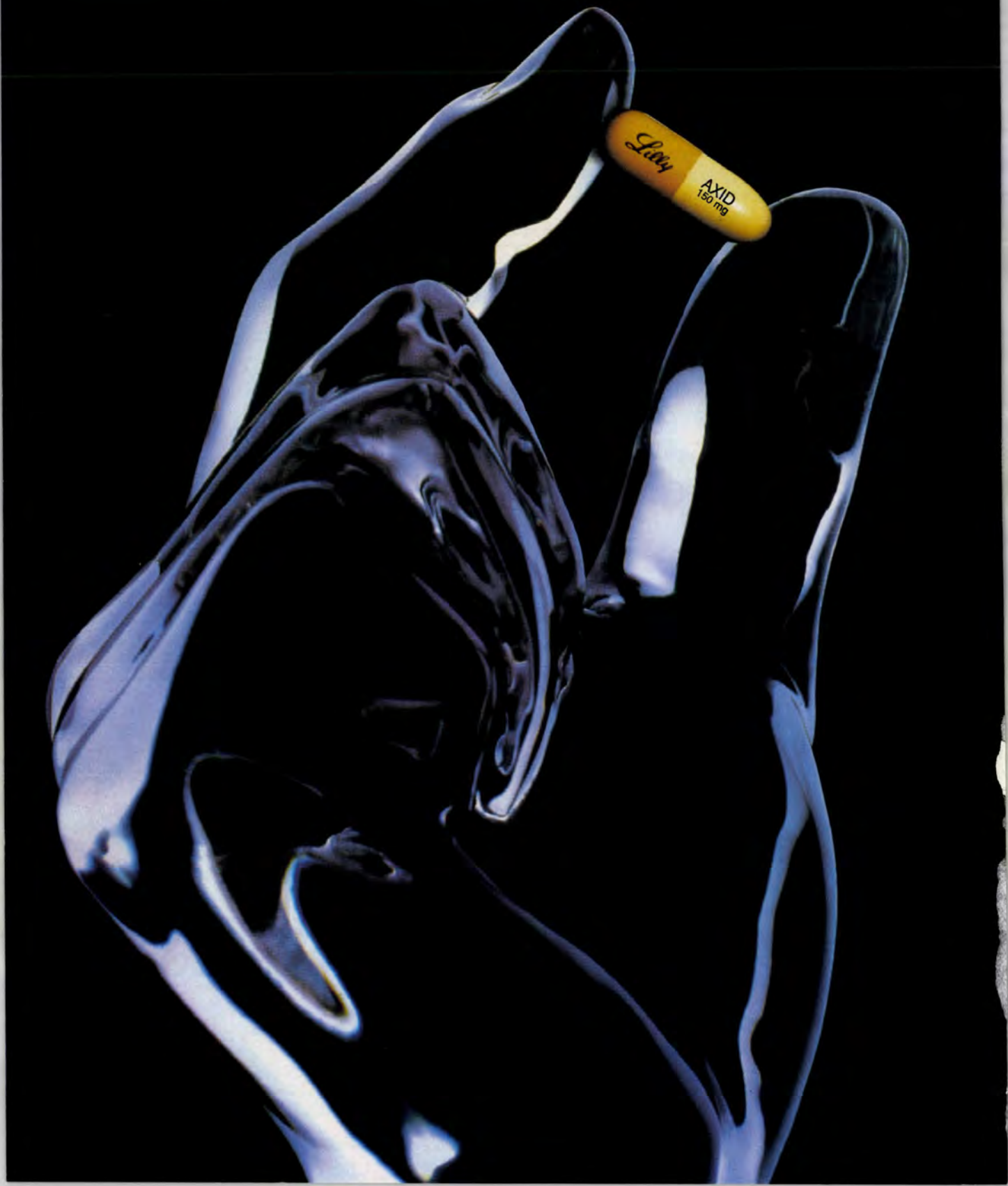
Az egyetlen

Lilly

AXID RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐIRAT

Hatóanyag: nizatidinum. **Javallatok:** Gyomor- és nyombélfekély, ill. reflux oesophagitis kezelése, nyombélfekély recidíva megelőzésére. **Ellenjavallatok:** túlérzékenység, súlyos veseelégtelenség. **Adagolás:** terápia: 300 mg/nap max. 8 hétig, recidíva megelőzésére napi 150 mg. Közepes – súlyos veseelégtelenség esetén az adag csökkentése szükséges. **Mellékhatások:** urticaria, anaemia, somnolencia,, verejtékezés, kiütés, exfoliatív dermatitis, átmeneti SGOT, SGPT, AP-szint emelkedés, thrombocitopenia, allergiás reakció, hyperuricaemia, eosinophylia, láz, nausea. **Gyógyszerkölcsönhatás:** hepatikus enzimgátló aktivitása nincs. **Figyelmeztetés:** *Terhesség és szoptatás alatt:* csak az előny/kockázat arány gondos mérlegelésével adható. *Gyermekkorban* történő alkalmazásával nincs elegendő tapasztalat. Májkárosodás esetén elővigyázatossággal alkalmazható. Alkohol fogyasztása egyidejűleg kerülendő. **Kiszerelés:** 56 db 150 mg-os, ill 28 db 300 mg-os kapszula; 5 db ampulla. Kérésére további információval készséggel állunk rendelkezésére. **Gyártó:** Eli Lilly and Company

Lilly Hungária 1075 Budapest, Madách Imre u. 13–14.
Telefon: 267-9801. Fax: 268-1500, 268-1501.



LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Hozzáállás, drágaság, hiány avagy érdekeltség, ráfordítás és szervezés. Gondolatok szteroid receptorok és növekedési faktorok apropóján

T. Szerkesztőség! Egy nemrég a lapban megjelent közlemény (1) frappáns elemzését adja a méhtestrákos betegek jelenlegi hazai ellátásának 105 nőgyógyászati osztály éves beteganyaga alapján. A tanulságos adatok analízise után a szerzők megjegyzik: „Az utóbbi években bekövekezett jelentős fejlődés eredményeként számos adjuváns kezelési eljárás is meghonosodott a méhtestrák kezelésében" (a sebészi és/vagy sugárkezelést kiegészítő eljárásokra utalva). Majd folytatják: „A hazai esetek áttekintése során hormon-receptor meghatározás és hormonális kezelés is csak elvétve fordul elő, amiben a szakmai hozzáállás mellett a vizsgálatok drágasága és a megfelelő laboratóriumi háttér hiánya is jelentős szerepet játszik." Onkológiai ellátásunk eme valóban égető hiányosságának okait az alábbiakban némileg eltérő szemszögből szeretném megvilágítani.

A kárhoztatott szakmai hozzáállás valószínűleg abból a (tév)hitből (is) táplálkozik, amit a szerzők is elmulasztottak eloszlatni, nevezetesen, hogy e vizsgálatok túl drágák, és a specializált laborháttér (műszer, szakértelem?) hiányzik. A műszerezettség és a szakértelem hazánkban is megvan, a receptor meghatározások azonban jobbára vagy tudományos vizsgálatok kapcsán az ún. OTKA, ill. ETT pályázatok keretében történtek, vagy nyugati gyógyszercégek által támogatott gyógyszerkipróbálások során az adott tanulmány szempontjai szerint kiválasztásra került (általában erősen limitált) betegpopuláción. Amit a közlemény szerzői hangsúlyozni szerettek volna az talán inkább az, hogy a receptor meghatározás mint szakmai szolgáltatás nem vált elérhetővé olyan széles körben, mint az kívánatos lenne.

A cikkben feldolgozott 1043 beteg közül például még optimista becslés szerint is legfeljebb néhány tucat esetben történt receptor meghatározás. Ha ez a helyzet a méhtestrák esetében, akkor egyéb hormonszenzitív (vagy potenciálisan annak tekintendő) tumorok, mint az emlő- és prosztata carcinoma, hormonérzékenységének vizsgálata is feltehetően csak elvétve történik. Pedig ha a mai kor színvonalán álló onkológiai ellátás a célunk, akkor a tumor receptortartalmát fontos információként kellene figyelembe venni akár a prognózis megítélésekor, akár a terápia megtervezésekor.

Hogy csinálják külföldön? Alkalmam volt egy receptor labor munkájába betekinteni, amely az USA egy jelentős populációjú területéről (középnyugat) fogad uterus- és emlőtumorokból származó mintákat. A heti 15—30 szteroid receptor analízist mintegy 3 éve sok esetben kiegészítik EGF-R (epidermális növekedési faktor receptor) meghatározással is. Ez a labor az elmúlt két évtizedben megbízhatóságával referencia rangot vívott ki magának ellátási területén az orvosok között, akik tisztában vannak a receptormeghatározás értékével a prognosztizálás és a terápia megtervezésének folyamatában. A tisztes forgalom financiális stabilitást jelent az egészségügy finanszírozásának ottani (sokat bírált) profit-orientált rendszerében, mert az elvégzett vizsgálatok után térítés jár a biztosítóktól. Az infrastruktúrát nyújtó egyetem számára is hasznos egy jól működő részleg. Egyre több labor kiegészíti az arany standardnak számító ún. radioligand módszert a receptorok immunológiai meghatározásával is.

Valóban olyan drágák e vizsgálatok, hogy róluk itthon ab ovo le kéne mondanunk? Egy vizsgálat költségességét viszonyíthatjuk külföldi adatokhoz, vagy a vizsgálattól várható információ gyakorlati hasznához. A hazai gyártótól beszerezhető ösztrogén receptor-kit egy meghatározásra vetített 1994-es katalógus ára jóval alacsonyabb a két fő nyugati szállító árainál. Progeszteron esetében jelenleg még importbeszerzésre van csak lehetőség, de a ráfordítás jelentősen csökkenthető, ha a gyárilag kiszerelt „kit" helyett a vizsgálatot végző maga állítja össze a tesztet. Ez érvényes androgén receptor meghatározására is. A költségcsökkentő eljárások nagyrészt a (külföldinél még mindig jóval olcsóbb) élőmunka arányának növekedését jelentik a munkafolyamatban. A standardizálás kérdése megoldható (2). Miért csak elvétve akad mégis példa itthon rutin jellegű receptor meghatározásra? A gyakorlati megvalósítást tapasztalatunk szerint eddig a tételes elszámolásra alapozott, a ráfordítást maradéktalanul fedező társadalombiztosítási térítés megszervezésének problémája akadályozta.

A kör itt bezárul, mert ha nincs akitől az orvos kérhetné a receptorvizsgálatot, akkor nem lesz érdeke olvasni a vonatkozó szakirodalmat és nem lesz tisztában a receptorvizsglálat használával, azaz rossz lesz a szakmai hozzáállása. Ezen még országos intézetek körlevelei sem tudnak segíteni. A drága árat persze az a beteg fizeti meg, aki (bár meglenne a lehetőség rá) nem jutott hozzá a kor színvonalán álló ellátáshoz. Valóban az a legolcsóbb receptor meghatározás tehát, amelyiket nem végzünk el?

Félreértés ne essék, sajnos az adjuváns hormonkezelés sem terápiás csodafegyver. Az ebből fakadó szkeptikus hangokat azonban meggyőzően eloszlatja az a szakirodalomban jól dokumentált tény, hogy a megfelelően kialakított hormonterápiával az arra alkalmas (receptor pozitív) tumorok esetén jó esély van a betegek túlélését és/vagy életminőségét javítani, a recidívák számát csökkenteni. Kevesebb recidíva esetén a betegek kevesebb (köztudottan igen költséges) kórházi ápolásra szorulnak. A receptormeghatározásra és hormonterápiára fordított összeg így mindjárt megtérülni látszik, azaz a receptorvizsgálat létjogosultságát a szakmai érvek mellett financiális szempontok is alátámasztják. Bár a receptorok hiányában alkalmazott hormonterápiának is vannak szószólói, ennek eredményessége mai ismereteink szerint kétséges. A hormonérzékenység (receptor pozitivitás) eldöntésére tehát receptormeghatározást kell végezni és a kezelőorvosnak mindig a receptorstátus és a klinikai kép együttes ismeretében kell(ene) mérlegelnie a várható haszon és a vállalható mellékhatások arányát az adott hormonkezelés vonatkozásában.

Manapság jobb centrumok a szteroid-receptor-szintek mellett már egyes növekedési faktorok, ill. receptoraik meghatározását is kínálják prognosztikai marker paneljeikben. Ezek egyike-másika az irodalomban már jól megalapozott. Az említett EGF-R felszaporodása bizonyos tumorokban (például emlő- v. méhtestrák) rossz prognosztikai jel. A medikusokat a jövő orvosaivá képezzük, így ma már bő információt kapnak az egyetemen a növekedési faktorokról, melyeknek potenciális hasznosítása a gyógyításban és diagnosztikában ígéretes perspektívát jelent. A Hetilap hasábjain is nemrég olvashattunk áttekintést pl. az EGF-R jelátvivő pályáiról (3).

A medicina nem „l'art pour l' art" tudomány. Mindent el kellene követnünk, hogy eredményeit az adott anyagi keretek között a leghatékonyabban és minél gyorsabban ültessük át a gyógyítás mindennapi gyakorlatába — és nem csak a kiváltságos keveseknek elvétve elérhetően. A hozzáállás, drágaság és hiány helyett javasolt érdekeltség, ráfordítás és szervezés fogalmak egészségügyünk berkeiben talán ma még szokatlanok(?!) Ezek viszont esélyt jelenthetnek arra, hogy a ma születő eredmények hazai rutin alkalmazásáig ne kelljen majd annyi időnek eltelnie, mint másutt már idestova 20 éve alkalmazott szteroidreceptor meghatározások esetében.

Akit a szteroid-receptor vagy EGF-R vizsgálatok elvégzésének lehetősége endometrium-, emlő- vagy prosztata-cc. vonatkozásában közelebbről érdekel, kérjük becsült éves igényét juttassa el címünkre [POTE Kórélettani Int., 7643 Pécs, Szigeti u. 12. Fax: (72) 315-145], hogy azt potenciális szponzorok felé képviselhessük. Szakirodalommal és részletesebb információval is szívesen szolgál a szerző.

IRODALOM: 1. *Szánthó A., Demeter A. Papp Z.:* A méhtestrákos betegek ellátásának helyzete hazánkban. Orv. Hetil., 1994, *135*, 2473—2476. — 2. *E.O.R.T.C. Breast Co-operative Group:* Revision of the standards for the assessment of hormone receptors in human breast cancer; Report of the second E.O.R.T.C. Workshop, held on 16—17 March, 1979, in the Netherlands Cancer Institute. Eur. J. Cancer, 1980, *16*, 1513—1515. — 3. *Buday L.:* Onkogének és tumor szuppresszor gének a növekedési faktorok jelátvivő pályáiban. Orv. Hetil., 1994, *135*, 2579—2584.

Garai János dr.

T. Szerkesztőség! Garai János dr. levele a klinikus szemével nézve is fontos, gyakorlati kérdést elemez, ezért az alábbiakat válaszoljuk:

Klinikánk által szervezett tudományos összejövetelek (Baross utcai Szülészeti Esték) során a nőgyógyászati rosszindulatú daganatos betegségek közül a méhnyakrák, a méhtestrák és a vulvarák témaköre szerepelt az eddigiekben. Ezek során a hazai ellátás helyzetét elemeztük, egy-egy éves beteganyagot feldolgozva. A szűrés, a felismerés és a kezelés hazai gyakorlatát összehasonlítottuk a nemzetközi gyakorlattal. Tettük mindezt azért, hogy felhívjuk a figyelmet a hazai ellátás hiányosságaira és megkíséreljünk javaslatot tenni egységes és korszerű ellátásra a nőgyógyászati onkológia terén. Tapasztalatainkat mind a klinika kiadványaiban (1, 2), mind közleményekben (3, 4) ismertettük. Ezek során mint lényeges prognosztikai faktort említettük a növekedési faktorok és a hormonreceptorok meghatározásának szükségességét. Véleményünk szerint is a korszerű hormonterápia receptor analízisen kell hogy alapuljon. Amennyiben publikációnk hatására jó irányba történik elmozdulás az onkológiai hormonterápia során, közelebb kerülünk a kitűzött célhoz: a nőgyógyászati daganatos betegek mind korszerűbb és eredményesebb gyógyításához. Magunk is megtettük a szükséges lépéseket a receptor meghatározások rutin bevezetése érdekében.

IRODALOM: 1. Baross utcai Szülészeti Esték (6). A méhnyakrák szűrése, diagnosztikája és terápiája. A SOTE I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika kiadványa. 2. Baross utcai Szülészeti Esték (10). Az endometrium-carcinoma diagnosztikája és terápiája. A SOTE I. Számú Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika kiadványa. — 3. *Papp Z., Szánthó A., Csapó Zs.:* A nőgyógyászati onkológia sebészi aspectusai. Magy. Nőorv. L., 1994, 57, S. 2. 81—86. — 4. *Szánthó A., Papp, Z.:* New trends in the surgery of gynaecological tumours. Acta Med. Hung. Megjelenés alatt.

Szánthó András dr.
Demeter Attila dr.
Papp Zoltán dr.

BESZÁMOLÓK

ASTRA Ösztöndíj ünnepélyes eredményhirdetése.

Budapest, 1994. november 16.

1994-ben az ASTRA Pharmaceuticals Kft. magyar gasztroenterológusok részére ösztöndíjat hirdetett. A pályázattal a magyar orvosok munkáját és szakmai fejlődését kívánta elősegíteni. Az 1994. július 30-ig beérkezett 18 pályázatból 4 került összesen 500 000 Ft értékű jutalmazásra. A pályázatokat a Magyar Gasztroenterológiai Kollégium tagjai: prof. dr. Papp János, a Semmelweis OTE I. Belgyógyászati Klinika professzora, prof. dr. Varró Vince, a Szent-Györgyi Albert OTE I. Belgyógyászati Klinika emeritus professzora, prof. dr. Bajtay Attila, az Uzsoki Kórház osztályvezető főorvosa és prof. dr. Pap Ákos, a Szent Imre Kórház osztályvezető főorvosa bírálta el. A bírálóbizottság megosztva 4 fiatal szakembernek ítélte az ösztöndíjat: dr. Bálint Andrásnak, a Semmelweis OTE III. Sebészeti Klinika adjunktusának, aki a müncheni Techniche Universität Klinikáján a gasztrointesztinális mikrosebészet módszereit kívánja tanulmányozni, dr. Velősy Borbálának, a Szent-Györgyi Albert OTE I. Belklinika adjunktusának, aki az endoszkópos manometriás mérés speciális módszerével szeretne megismerkedni, dr. Kovács Istvánnak, a DOTE II. Sebészeti Klinika tanársegédjének, aki nyelőcsősebészeti módszereket kíván megtanulni, valamint dr. Werling Klárának, a Semmelweis OTE II. Belklinika tanársegédjének, aki az E-vitamin hatását vizsgálja alkoholos eredetű májcirrhosisos betegek lipidanyagcseréjében. A fiatal kutatók a pályázati díjat tanulmányutakra használják fel.

Az ünnepélyes eredményhirdetésen *Mrs. Lone Aagaard,* az ASTRA Pharmaceuticals igazgatója röviden ismertette az ASTRA gyógyszergyár történetét, megismertetett legtöbbet alkalmazott gyógyszereivel, melyek méltán emelik a világelsők közé. Elmondta, hogy a gyár intenzív kutatómunkát folytat és e kutatómunkához hozzátartozik, hogy szoros kapcsolatot tart fenn svéd egyetemi intézetekkel és alapkövetelményként támasztja azt is, hogy a felhasználók mellett közvetlen kapcsolatot tartson az orvosokkal is. Nemzetközi kapcsolatai az elmúlt évtizedekben kiszélesedtek és azokon a helyeken, ahol képviselete van, elő kívánja segíteni az orvosok szakmai fejlődését is. E célkitűzésük megvalósításának részeként hirdették meg a magyar gasztroenterológusok számára 1994-ben az ösztöndíjat.

Az ünnepélyes eredményhirdetés során *prof. dr. Varró Vince* az ösztöndíj céljáról beszélt, majd a pályázók bemutatása és a diplomák kiosztása után a nyertesek beszámolója következett eddigi munkájukról és terveikről.

Az ünnepélyen a kizárólag szakemberekből álló hallgatóság meggyőződhetett a tervezett munkák szakmai fontosságáról és élvezhette az előadók kiváló beszámolóját.

Baráti hangulatú fogadással záródott a délután.

Somogyi Anikó dr.

Asthma Nurse tanfolyam.

Mosdós, 1994. október 24—28.

A Somogy Megyei Tüdő- és Szívkórházban megrendezett asthma nurse tanfolyammal egy rendszeres továbbképző program vette kezdetét. A szervezőket az Angliában jól működő asthma nurse hálózat ihlette meg azzal a nem titkolt szándékkal, hogy hamarosan Magyarországon is egy jól képzett szakdolgozókból álló munkacsoportot hozzanak létre. A 33 résztvevő között volt ápolónő, asszisztensnő, főiskolai hallgató, Calmette-nővér, védőnő és néhány érdeklődő orvos is. Az ötnapos program délelőtti elméleti óráin az asztma kórélettani vonatkozásairól, a kiváltó okokról, az asztma gyanúja esetén végzett diagnosztikus vizsgálatokról, a gyógyszeres kezelés alapelveiről, az inhalációs gyógyszerkészítmények helyes használatáról, az asztmás betegek fizioterápiájáról, valamint a betegoktató programok céljairól, módszereiről és eredményeiről hallhattak előadásokat. A délutáni gyakorlati órákon az éppen zajló gyermek asztma-tanfolyam foglalkozásain ismerkedhettek a betegoktatás módszereivel, a fizioterápia és az autogén tréning alapelemeivel. Ezután konzultáció következett, ahol a nap folyamán felvetődött kérdésekre kaphattak választ. Az elméleti órák anyagát a tanfolyam kezdetén jegyzet formájában minden résztvevő megkapta, ami nagymértékben segítette a hallottak elsajátítását és a tesztkérdések formájában történő vizsgára való felkészülést. A tanfolyam végén végzett anonim közvélemény-kutatás szerint a résztvevők többsége sok új ismerethez jutott, amit a jövőben munkájuk során jól tudnak hasznosítani. Sokan javasolták, hogy a program legyen kéthetes, kevésbé koncentrált ismeretátadással és több gyakorlati órával, ami a résztvevők hozott ismereteinek szintjét figyelembe véve mindenképpen megfontolandó. 1995-től kezdődően évente két alkalommal, tavasszal és ősszel szervezünk asthma nurse tanfolyamot, melyre azoknak a szakdolgozóknak a jelentkezését várjuk, akiknek már van tapasztalatuk az asztmás felnőtt, illetve gyermekbetegek gondozásában, és munkájuknak a betegtájékoztató, betegoktató részét szeretnék fejleszteni. A tanfolyam megrendezéséhez és a jegyzet megjelentetéséhez az ASTRA Pharmaceuticals Kft. nyújtott támogatást.

Rónai Zoltán dr.

Az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának állásfoglalása a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról

A Népjóléti Közlöny 1994. évi 18. számában megjelent az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásetikai Bizottságának állásfoglalása a betegeket a gyógykezelés során megillető tájékoztatási és beleegyezési jogról.

A népjóléti tárca a kormányprogram egészségügyi intézkedési terve szerint dolgozik a betegek jogait szabályozó törvényen, melyben foglaltakkal a jelen ajánlás összhangban van és harmonizál az európai országokban kialakult gyakorlattal is.

1. Ismeri-e a magyar jog a hozzájárulást (informed consent)?

A személyiségi jogok között szerepel az ember önrendelkezési joga. Ez az orvosi tevékenység és az etika szinte valamennyi területén érvényes. [Ezt tartalmazza az Orvosok Világszövetségének (WMA) Nyilatkozata (Lisszabon 1981), mely így fogalmaz: „A betegnek joga van, hogy elfogadjon, vagy visszautasítson kezelést, miután arról megfelelően tájékoztatást kapott."]

Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény ezzel összhangban egyértelműen rögzíti azokat az eseteket, amelyekben a beavatkozás jellegénél, súlyánál fogva az egyén személyhez fűződő jogait, személyi integritását olyan mértékben érinti, hogy a hozzájárulás elmaradása esetén vagy megtagadása ellenére végrehajtott beavatkozás fegyelmi és etikai eljárást von maga után.

A magyar hatályos polgári jog a nyilatkozattétel lehetőségét még szélesebben rögzíti:

A Ptk. 75. § (3) bekezdése szerint a személyhez fűződő jogokat nem sérti az a magatartás, amelyhez a jogosult hozzájárult, feltéve, hogy a hozzájárulás megadása társadalmi érdeket nem sért vagy veszélyeztet. A személyhez fűződő jogokat egyébként korlátozó szerződés vagy egyoldalú nyilatkozat semmis.

A Ptk. 76. §-a előírja, hogy: „A személyhez fűződő jogok sérelmét jelenti különösen a magánszemélyek bármilyen hátrányos megkülönböztetése nemük, fajuk, nemzetiségük vagy felekezetük szerint, továbbá a lelkiismereti szabadság sérelme és a személyes szabadság jogellenes korlátozása, a testi épség, az egészség, valamint a becsület és az emberi méltóság megsértése."

E körültekintő és korszerű törvényi előírásból következik, hogy a beteg minden testi — lelki ártalmának (betegségének, kóros állapotának) kezelését (megelőzését, megszüntetését, javítását) — a pontosan meghatározott jogszabályi kivételekkel — az érdekelt egyetértő beleegyezésével szükséges elvégezni ahhoz, hogy bármely lehetséges jogi felelősség e tekintetben kizárható legyen. Ez — kötelező formakényszer előírásának hiányában — hallgatólagos is lehet, azonban a kifejezett egyetértés megszerzésére törekvés minden esetben kívánatos. Jogszabályban rögzített kötelező forma nélkül is célszerű továbbá a beleegyezés írásbeli rögzítése, amellyel az orvos tevékenységének jogszerűsége vita, kétség, esetleges per esetén pontosan dokumentálható.

2. Melyek a hozzájárulás jogi és etikai feltételei?

2.1. Tájékoztatás

A beteg saját személyére vonatkozó döntési jogának gyakorlásához a legalapvetőbb feltétel a döntéshez szükséges megfelelő tájékoztatás és annak kellő mértékű megértése. Tekintettel arra, hogy az orvos képzettségénél fogva több egészségügyi ismerettel rendelkezik, mint páciense, ezért az orvosnak olyan helyzetbe kell hoznia betegét, hogy a tájékoztatás megértése által a beteg képes legyen az érdemi döntésre. A tájékoztatást tehát alapvetően az adott beteg, a betegsége és a kezelés határozza meg.

Ezen belül az orvos dönt arról, hogy konkrét esetben a beteget a fenti cél elérése érdekében milyen módon tájékoztatja. A betegnek joga van a betegségéről, a tervezett és lehetséges gyógykezelésről szóló olyan részletes tájékoztatásra, melyet igényel.

2.1.1. A megfelelő és tárgyilagos tájékoztatás

A tájékoztatás milyensége, illetve terjedelme, mélysége egyénenként különböző lehet. A gyakorlat számára mégis szükséges bizonyos alapelveket meghatározni a fogalom értelmezésére. E meghatározást már a hatályos jogi szabályozás is elvégzi azzal, hogy az egészségügyi törvényt végrehajtó 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet 83. § (1) bekezdése a tájékoztatás megfelelőségéről és tárgyilagosságáról rendelkezik.

a) A tájékoztatás akkor megfelelő, ha a betegség lényegéről, kórjóslatáról és a választható kezelési módszerek kockázatáról, a várható következményeiről a beteget tájékoztatjuk, mielőtt beleegyezését adja az általa elfogadott (kért, választott) kezeléshez.

E kérdéskörben néhány fogalom meghatározása indokolt. A kockázat a kezelés szakszerű végrehajtása esetén is fennálló esetleges veszély, illetve hátrányos következmény, mely a kezelés szakszerű végrehajtása esetén nem róható fel a kezelést szolgáltatónak.

A következmény a kezelés szakszerű végrehajtása esetén reálisan bekövetkező esemény (állapot), melynek elérése a kezelés célja is lehet, de hátrányos állapot létrejötte lehet a tervezett kezelés időleges vagy végleges velejárója is, ha ezáltal nagyobb rosszat kerülhet el az, aki a kezelést ilyen következményekkel is vállalja.

A kezelés reális következményeinek létrejötte önmagában ugyancsak nem valósíthat meg mulasztást, vagy szakszerűtlen, illetve elégtelen kezelést (szolgáltatást). Ez ak-

kor egyértelmű, ha a beteget a beleegyezés adása előtt a várható következményekről tájékoztatták.

Ha eltérő kockázatú kezelések közül kell választani, akkor a kockázatok különbségeiről, illetve az egyes kezelések (beavatkozások) előnyeiről, hátrányairól a beteget ugyancsak részletesen tájékoztatni kell. Amennyiben az orvos által tervezett kezelési módszer egy adott országban nem általánosan ismert — de az orvos megfelelő gyakorlata és a beavatkozás tudományos megalapozottsága révén az elvégezhető —, akkor annak kockázatáról a kezelőorvos különös részletességgel köteles felvilágosítást adni.

Vitatható lehet, hogy azokról a ritkán előforduló szövődményekről, váratlan és hátrányt okozó eseményekről kell-e (lehet-e) a beteget tájékoztatni, melyek a megfelelő szakértői elemzés alapján a tevékenységgel járó kockázatok körébe (műtéti szerencsétlenség vagy más megjelöléssel) még besorolhatók. E ritkán előforduló esetekben számos körülmény együttes elemzése alapozhat meg szakértői állásfoglalást, és határozza meg a tájékoztatás mértékét.

b) A tájékoztatás tárgyilagosságának legfontosabb jogi kritériumait már maga a hivatkozott jogszabályi hely meghatározza. A valóságnál súlyosabb kórjóslat nem közölhető, ugyanakkor irreális gyógykezelési eredmény sem ígérhető. Más oldalról a tájékoztatás nem lehet szelektív, nem korlátozódhat csak a beteg gyors felgyógyulását alátámasztó szempontok ismertetésére, de egyidejűleg az ellene szóló érvek sem interpretálhatóak úgy, hogy a beteg felgyógyulásának bármilyen mértékű lehetőségét ne lássa. A felgyógyulás esélyeiről történő pontos tájékoztatás csak akkor mellőzhető ha a tájékoztatás a beteg egészségi állapotában irreverzibilis károsodást idézhet elő, meghiúsítva ezzel a gyógykezeléstől egyébként várható, átmeneti vagy tartós javulást jelentő eredményeket. A tájékoztatás azonban ebben az esetben sem tartalmazhat hamis tényállításokat, és a teljes tényszerűségtől való eltérés az orvostól pontosan rögzített, szakmai érvekkel alátámasztott indoklást kíván.

2.1.2. A tájékoztatás terjedelme és formája

A tájékoztatásnak ki kell terjednie:

a) a beteg egészségi állapotának érdemi és megállapítható jellemzőire. Ide tartoznak:

— a kellően alátámasztott kórismék, melyek miatt kezelés szükséges,

— az életmódra befolyással bíró állapotok,

— a nem bizonyítható, de kóros elváltozásokra utaló gyanújelek, melyek megfigyelést tesznek szükségessé;

b) a kezelés természetére, céljára (diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás, műtét, gyógyszerek, besugárzás stb.);

c) a tervezett és a még szóba jövő, választható kezelések lehetséges kockázataira, következményeire: az előnyökre és hátrányokra, a korai és késői szövődmények lehetőségeire;

d) annak ismertetésére, mire számíthat a beteg, ha a felajánlott kezeléseket elutasítja;

e) a beteg által feltett egyéb kérdésekre.

A hozzájárulás (beleegyezés) tényét célszerű minden esetben írásban rögzíteni, különösen azokban az esetekben, ahol a várható, vagy eshetőlegesen bekövetkező sérelem nagysága azt indokolttá teszi. A hatályos jogszabályok alapján kötelező formaként nem mellőzhető a nyilatkozat írásba foglalása műtét, műtétnek minősülő vizsgálati eljárás, valamint minden olyan vizsgálati vagy gyógyító eljárás esetén, amely a beteg életét közvetlenül veszélyezteti. Az utóbbi esetekben az írásbeliség csak akkor mellőzhető, ha hozzájárulásra az adott helyzetben nincs szükség (közvetlen életveszély elhárítása; műtét közben szükségessé váló további műtéti beavatkozás; hozzátartozó nélküli akaratnyilvánításra képtelen, kiskorú, cselekvőképtelen, továbbá korlátozottan cselekvőképes nagykorú beteg). A hozzájáruló nyilatkozat írásban történő rögzítése során a beteg esetleges különleges jogi státusát — amely a beteg közvetlen hozzájáruló nyilatkozatát kizárta — is fel szükséges tüntetni (cselekvőképtelenség vagy korlátozott cselekvőképesség). Amennyiben a beteg hozzájárulását nem személyesen adja, úgy a nyilatkozattevő pontos hozzátartozói jogállását a nyilatkozatra rá kell vezetni.

Az írásbeli nyilatkozat érvényességéhez a felvilágosítást adó orvos (kezelőorvos) és a beteg aláírásával látja el a jognyilatkozatot.

A hozzájárulás érvényességének jogi feltétele az is, hogy a hozzájáruló rendelkezzék cselekvőképességgel. E feltétel hiányában tett nyilatkozat semmis, joghatást nem keletkeztethet.

A hozzájárulás érvényességéhez hozzátartozik továbbá annak önkéntessége is. Ennek alapja az, hogy a beleegyező nyilatkozatot a tájékoztatott beteg befolyástól mentesen, azaz ne tévedés, megtévesztés, fenyegetés hatására adja meg. A betegségtől vagy gyógyszerektől befolyásolt állapotban ugyancsak hiányozhat a betegségbelátási és ezáltal a döntéshez szükséges mértékű cselekvőképesség. A nyilatkozat ilyenkor is semmissé válhat. Erre példa lehet a szeptikus sokkos állapot, vagy a műtéti előkészítés során bódult állapotú beteg nyilatkozata.

2.1.3 A tájékoztatás etikája

Az orvos-beteg közötti kölcsönös bizalom mindkét fél, de legfőképpen a beteg érdeke. A beteg gyakran ezen, számára felismerten szükséges jó kapcsolat megtartása érdekében vagy jogi tájékozatlanság okán nem kellően érvényesíti személyiségi jogait, holott erre a kezelés folyamán mindvégig megvan a lehetősége. Nem tart igényt idejében megfelelő tájékoztatásra, sokszor csak a vélt vagy valóban hibás kezelés (beavatkozás), vagy következmény alapján megfogalmazott kártérítési igény érvényesítése során derül ki, hogy a kezdetben látszólag egyetértésben lévő orvos és páciense között éppen a tájékoztatás elégtelensége adott alapot a pert megalapozó félreértésekre.

A hozzájárulás elvéből következik, hogy a tájékoztatásnak mindig meg kell előznie a kezelést (beavatkozást). A kezelőorvos ezt a feladatot nem bízhatja másra, illetőleg, együttműködő orvoscsoport esetében, ha más orvos adja meg a tájékoztatást, ezen orvos tevékenységéért a kezelőorvos (a döntésre jogosult irányító) a közreműködő igénybevételének szabályai szerint felel.

A kezelőorvos tájékoztatási kötelezettsége elsősorban a saját gyógykezelés tevékenységével összefüggő kérdések-

ben áll fenn, annál is inkább, mert e körben kell megszereznie a beteg egyetértését is (pl. sebész a műtétről, aneszteziológus az érzéstelenítésről, radiológus a besugárzásról, onkológus gyógyszerek adásáról stb.).

A választott háziorvos az, akinek — helyzetére tekintettel — egyetemes tájékoztatási lehetősége, illetve kötelezettsége van, figyelemmel a beteg gyógykezelésében részt vevő egyéb orvosok tevékenységére és tájékoztatására is.

A tájékoztatás jellegére az annak megfelelősége és tárgyilagossága kapcsán kifejtettek irányadóak. Ezek mellett a tájékoztatás etikájához hozzátartozik az olyan közlések egyértelmű jogi tilalma is, amelyek más orvosok munkája iránti bizalmat gyengítik. A tájékoztatás megfelelősége, illetve tárgyilagossága nem foglalhatja tehát magában más orvos személyének vagy munkájának bírálatát. A tájékoztatás csak a beteg akut, tényszerű állapotára vonatkozhat még abban az esetben is, ha az részben vagy egészben egy megelőző orvosi szakmai hiba eredménye.

2.2. A megfelelő tájékoztatás dokumentálása

Ha betegtájékoztatás minden részletéről írásos feljegyzés vagy hangfelvétel készülne, ez jogilag egyértelművé tenné azt. Ez azonban amellett, hogy eszköz- és munkaerőigényes megoldás, kétségtelenül jogi eljárássá tenné az orvos és a beteg közötti bizalomra épülő és sok tekintetben az orvosi titoktartás kérdéskörét is érintő megbeszélést. E módszer olyan veszélyt is jelentene, hogy a megbeszélés tartalmáról annak jogi formájára helyeződne át a hangsúly.

Számos országban és orvosi szakágban elterjedt módszer az egyes kezelésekre, beavatkozástípusokra előre kidolgozott írásbeli, nemegyszer ábrákkal illusztrált ismertető. Ez különösen akkor hasznos, ha egy példányát a beteg kellő időben kézhez kapja, azt többször átolvashatja, rokonaival, vagy más ismerőseivel megbeszélheti.

E nyomtatvány átadása azonban nem helyettesítheti, csak előkészítheti az érdemi tájékoztatást. A tájékoztatás után a kezelésbe való beleegyezést tartalmazó, kötelezően vagy ajánlottan írásban rögzített nyilatkozaton szerepelnie kell annak is, hogy a páciens személyes kérdéseire (szempontjaira) figyelemmel is egyéni szóbeli tájékoztatást kapott.

Műtétnek nem minősülő, altatást, bódító hatású gyógyszerek adását szükségessé nem tevő, és közismerten érdemi kockázattal nem járó egyszerűbb, diagnosztikus vagy terápiás beavatkozások esetén elfogadható, hogy ha a beteg ráutaló magatartásával vagy kifejezetten kinyilvánította az egyetértését, erről a kezelőorvos készít csupán feljegyzést (pl. fizikális betegvizsgálat, vérvétel stb.).

3. Ki gyakorolja a hozzájárulási jogot cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképesek esetében?

A tennivaló egyértelmű a cselekvőképes betegek esetében, mivel ilyenkor a beteg jogosult a hozzájárulásra. A korlátozottan cselekvőképesek, illetőleg a cselekvőképtelenek esetében is törekedni kell a tájékoztatás egyéniesített, az adott helyzetben reális megvalósítására.

A 14 éven aluliak, valamint a cselekvőképességet kizáró gondnokság alatt állók esetében a kezelésbe való beleegyezés kizárólag a szülők vagy a törvényes képviselő kezében van (családi kötelékben élők esetében mindkét szülő egyetértése kívánatos).

A 14 év feletti fiatalkorú betegek esetén már szükséges és indokolt a beteg tájékoztatása, de a szülők vagy törvényes képviselő egyetértő véleménye ebben az esetben is mellőzhetetlen. Ugyanez vonaktozik minden más, korlátozottan cselekvőképes állapotban lévő betegre is, akinek a személyes tájékoztatása szintén szükséges. (Megfontolandó lehet a jövőben a 16 év feletti fiatalkorúak nyilatkozatának önálló joghatályt tulajdonítani, ilyen gyakorlat kialakítására azonban jelenleg megfelelő jogszabályi felhatalmazás nincs.)

A cselekvőképtelen, illetőleg korlátozottan cselekvőképes betegek gyógykezelésével kapcsolatos egyetértési jog jogosultjaként mind az egészségügyi törvény, mind végrehajtási rendelete a hozzátartozót említi, amely a 15/1972. (VIII. 5.) EüM rendelet 89. § (1) bekezdése alapján a törvényes képviselőknél lényegesen szélesebb személyi kört foglal magában. Mindez azt jelenti, hogy amennyiben törvényes képviselő nincs, nem nyilatkoztatható, vagy a nyilatkozattételt megtagadja, az e rendeletben hozzátartozóként meghatározott bármely más személy nyilatkozata az irányadó. Javasolható, hogy a törvényes képviselőn kívül további hozzátartozók véleményezési jogát az orvos az e rendeletben történő említési sorrend szerint vegye figyelembe. Megjegyezzük továbbá, hogy az azonos helyen szereplő több hozzátartozó (pl. több nagykorú testvér) esetén a beavatkozás elvégzéséhez elegendő egyikőjük nyilatkozata. Hatályos jogszabályaink nem zárják ki annak a lehetőségét sem, hogy a sorrendben előbb álló hozzátartozó elutasító nyilatkozata ellenére a később említett hozzátartozó beleegyezésével a beavatkozás jogszerűen elvégezhető legyen. E lehetőség alkalmazását azonban meg kell előzze — elsődlegesen a törvényes képviselő nyilatkozattételi jogosultságára tekintettel — a hozzátartozó meggyőzésére törekvés, és ennek eredménytelensége esetén a beavatkozás elvégzését szükségessé tevő érdek alapos mérlegelése, valamint történjen meg ennek dokumentálása is.

4. Hozzájárulás megadása az orvosi beavatkozások elvégzéséhez

A beteg megfelelő tájékoztatás után dönt saját gyógykezeléséről és ezáltal választ a rendelkezésre álló terápiák között is.

A beteg a gyógykezelés befejezéséig egyetértését bármikor visszavonhatja, illetőleg megváltoztathatja. A kezelőorvos kötelessége ilyen esetben, hogy a beteg megváltozott akaratának kockázatát és következményeit részletesen ismertesse. A beteg hozzájárulást visszavonó döntésének írásban történő rögzítése feltétlenül javasolható. Mellőzhetetlen az írásbeliség, ha a hozzájárulás is — jogi formakényszerre tekintettel — írásban történt.

5. A tájékoztatás és az erre alapozott kezeléshez való hozzájárulás elhagyásának lehetőségei

Általános polgári jogi szabály, hogy a tájékoztatás minden esetben szükséges és a kezelés (beavatkozás) csak a beteg megfelelő tájékoztatás után adott egyetértésével végezhető el. Az egészségügyről szóló 1972. évi II. törvény 47. § (4)

bekezdése, 50. § (1) bekezdése, valamint az e törvény végrehajtásáról szóló 15/1972 (VIII. 5.) EüM rendelet 87. § (5) bekezdése meghatározza azokat az eseteket, amelyekben a beteg egyetértése a beavatkozás elvégzésének egészségügyi jogi feltétele (lásd: 6. és 8. pontokat). Ezekben az esetekben a tájékoztatás elmaradásáért az orvos nem csupán polgári jogi, de szakmai felelősséggel is tartozik — munkajogi fegyelmi, illetve kamarai etikai eljárás alapjául szolgálhat —, ezért a beleegyező nyilatkozat dokumentálása nem mellőzhető.

A páciens hozzájárulásának hiányában a beteg beleegyezéséhez kötött beavatkozások közül szakmai vétség megalapozása nélkül csak olyan kezelés végezhető el, amely hirtelen fellépett, közvetlen életveszély elhárítását szolgálja. Különleges eset e tekintetben, ha egy tervezett műtét közben a műtét olyan kiterjesztése válik szükségessé, amely a műtét megkezdése előtt nem volt előre látható a kezelőorvos számára és a műtét kiterjesztése vagy életmentő célzatú, vagy egy újabb egyetértés beszerzéséig eltelt idő a beteg számára nyilvánvalóan jelentős hátrányt jelentene. A műtét közben szükségessé váló újabb műtét tehát csak olyan esetben ad felmentést a hozzájárulás megadása alól, amikor a műtét közben szükségessé váló újabb terápiás tennivalónak a lehetősége az alapvető beavatkozáshoz való hozzájáruláskor nem volt feltételezhető a kezelőorvos (operátor) számára. Amennyiben ugyanis számolni lehet azzal, hogy a műtét — meghatározott feltételek fennforgása esetén — kiterjesztendő lehet, akkor a beteget erről a lehetőségről is előre tájékoztatni kell, és a bevatkozáshoz esetleges beleegyezését kell kérni. A műtétnek nem minősülő egyéb orvosi beavatozások esetében, ha előre nem látható szövődmény miatt indokolt a beavatkozás kiterjesztése, vagy folytatása, úgy a nem altatott, döntésképes beteg tájékoztatása és egyetértése szükséges. Ez alól csak a heveny életveszély elhárítása kivétel. (A kivételek jellegéből nyilvánvaló, hogy a beteg beleegyezésének az elmaradása ezekben az esetekben nem csupán az orvos szakmai, de polgári jogi felelősségét is menti.)

6. Miért nem elégséges a kórlapfejen történő „műtéti hozzájáruló nyilatkozat"?

Amikor az egészségügyi intézmények jogi felelősségéről beszélünk, nyilvánvalóan polgári jogi felelősségre gondolunk, azaz arra az esetre, amikor a páciens indít pert az egészségügyi intézmény ellen a hibás gyógyszolgáltatásból származó (vagyoni és nem vagyoni természetű) kárai megtérítésére. A felelősség megállapítható, ha a kár (pl. idegsérülés) okozati összefüggésben jött létre az orvosi beavatkozással (kezeléssel), de e mellett a kárt okozó magatartás felróhatósága, a vétkesség (orvosi foglalkozási szabályok szándékos megszegése, vagy a gondatlanság) is szükséges a polgári jogi felelősség megállapításához. A negyedik konjunktív feltétel a károkozás jogellenes volta. Ez utóbbi fogalom értelmezéseire a gyakorlatban több alkalom adódik. Először vizsgálható, hogy megfelelően körültekintő és szakszerű volt-e a betegség elemzése, a kórisme megállapítása. Ezzel összefügg az a kérdés, hogy indokolt volt-e a tervezett kezelés (beavatkozás)? (Indokolatlan kezelés még akkor is jogellenes lehet, ha a beteg abba beleegyezett).

Az egészségügyi tevékenység jogi elemzése során másodszor úgy tesszük fel a kérdést, jogellenes volt-e az indokolt orvosi beavatkozás? Amikor erre a kérdésre felelünk, elemezni kell a beavatkozás előtt a páciensnek adott tájékoztatást és a tájékoztatás után adott beleegyezését a kezeléshez. A jogszerűség ebben a tekintetben megállapítható, ha a károsult (páciens) beleegyezett a „sérelem" okozásába (az orvosi beavatkozás kivitelezésébe), azaz volenti non fit iniuria.

A hatályos polgári jogi szabályok értelmében az orvosi kezelés, beavatkozás bármely esete, egészségügyi jogszabályaink szerint a kórházba szállítás, diagnosztikus vagy terápiás célú műtét, vagy annak minősülő egyéb eljárás, a beteg életét közvetlenül veszélyeztető más beavatkozás, besugárzás vagy gyógyszeres kezelés, a vér vagy más vizsgálati anyag vétele, illetve a szerv vagy szövet kivétele a páciens beelegyezése nélkül jogellenes cselekmény. A személyiségi jogsértés következményeitől akár a büntetőjogi felelősségig terjedhet a jogi szankció, a tilalom jogszabályi elhelyezkedésétől függően. (A szerv- és szövetkivétel kifejezett hozzájáruláshoz kötése a donor oldalán csak élő személyből történő transzplantáció esetén érvényesül. A holttestből történő szerv- és szövetkivétel a donortól származó kifejezett, írásbeli tiltakozás hiányában — a kegyeleti jogok sérelme nélkül — elvégezhető.)

Végezetül akkor kell feltenni a jogszerűségre vonatkozó kérdést, amikor bebizonyosodott, hogy bár az egészségügyi beavatkozás elvégzése az eddigiek értelmében jogszerű volt, tehát a beteg a jelzett esetekben jogilag érvényes hozzájáruló nyilatkozatot tett, de annak az eredménye számára nem kedvezően alakult. Ilyenkor a beavatkozás kivitelezésének, minőségének elemzésére kerülhet sor, egybevetve az egészségügyi törvénynek és végrehajtási jogszabályainak az orvosi tevékenység tartalmát meghatározó szabályaival.

A jogszerűség ebben az esetben csak arra az egészségügyi beavatkozásra (kezelésre) vonatkozhat, amelyhez a beteg beleegyezését adta. Az általánosságban fogalmazott, „meghatározatlan" kezelésbe való beleegyezés azért érvénytelen, mert a beteg nem mondhat le az általa még nem ismert gyógymód elfogadásának jogáról azáltal, hogy egyetértést ad egy meghatározatlan kezeléshez.

A tájékoztatás jogáról teljes bizonyító erejű magánokiratban vagy közokiratban kell lemondania a betegnek ahhoz, hogy az orvosnak lehetősége legyen a tájékoztatás nélküli kezelési mód alkalmazásához. A kórlapfejen „a kapott tájékoztatás alapján az orvosi beavatkozásokba, gyógykezelésekbe beleegyezem" szöveg egyrészt nem alkalmas a tájékoztatás megtörténtének bizonyítására, másrészt még magáról a tervezett orvosi kezelésről sem tájékoztat, harmadrészt a beteg ezáltal a pontosabb tájékoztatással megalapozott további egyetértési jogról is lemond a jövőre nézve.

A hibás gyakorlat szerint a beteg rendszerint a kórházba történő felvételekor a házirend szabályainak elfogadásával együtt írja alá ezt a nyilatkozatot, tehát akkor, amikor még pontosan nem is tudja, tudhatja, hogy vajon milyen kezelésben fog részesülni. Az aláíráskor rendszerint nincs jelen a tájékoztatásra kötelezett kezelőorvos sem, hiszen a

beteg sokszor a felvételi irodán írja alá a „nyilatkozatot".

A személyiségi jogokról való ilyen egyoldalú lemondás a Ptk. 75. § (3) bekezdése (a nem hozzájáruláson alapuló, a személyhez fűződő jogokat korlátozó nyilatkozat semmis), valamint a Ptk. 207. § (2) bekezdése (jogról lemondó nyilatkozatot nem lehet kiterjesztőleg értelmezni) alapján semmis. A műtéti lapon történő beleegyező nyilatkozat ugyancsak nem meríti ki a tájékoztatás után adott kezeléshez való hozzájáruló nyilatkozat jogi feltételeit.

7. Tájékoztatás és titoktartás

El kell érni, hogy a tájékoztatás és a beleegyezés ne adminisztratív tevékenység, hanem az érdekelt orvos betegellátó tevékenységének lényeges része legyen.

A tájékoztatást sokan a titoktartással tévesztik össze. A mai magyar jog álláspontja szerint a beteg előtt a saját állapotával, gyógykezelésével kapcsolatosan nincs titok. Az orvost a titoktartás etikusan is kötelezi, ezért a nagykorú beteg tájékoztatását szolgáló beszélgetés során harmadik személy csak a beteg egyetértésével lehet jelen. Ezért elegendő, ha a szükséges tájékoztatásról szóló és a beavatkozáshoz hozzájárulást adó nyilatkozatot — írásbeli rögzítés esetén — csak a tájékoztatott és a tájékoztatást adó írja alá. Mindez összefügg azzal, hogy a nagykorú és cselekvőképes beteg maga dönthet arról, hogy állapotáról, döntéseiről kit kell tájékoztatni, vagy kit zár ki a tájékoztatásból. (Egyéb esetekben ez a jog a hozzátartozói jogok részeként érvényesül.)

8. A betegtájékoztatás egyes speciális esetei

A jelenleg hatályos egészségügyi törvény alapján alapvetően kétféle tájékoztatási kötelezettségről kell tudni. Az egyik a betegségről (kórisme), illetve a beteg állapotáról (állapotváltozásáról) szóló általános tájékoztatás. A másik a különböző diagnosztikus vagy terápiás okból végzett beavatkozások és kezelések kapcsán szükséges tájékoztatás.

a) Az általános, elsősorban információt célzó téjékoztatás jogi megfogalmazása az egészségügyről szóló 1972. évi II. tv. 45. § (1) bekezdésében található: „Az orvosnak az általa kezelt beteget, illetőleg hozzátartozóját, vagy — ha a beteg gyógykezelése érdekében szükséges — gondozóját a betegségről és a beteg állapotáról megfelelő módon tájékoztatni kell." Itt szükséges megjegyeznünk, hogy a jelenleg hatályos, imént idézett paragrafus az 1990. XXII. tv. eredményeképpen jött létre, 1990 márciusa előtt ui. a törvény felhatalmazta az orvost arra, hogy eltekintsen a tájékoztatási kötelezettség alól, „indokolt esetben", a beteg érdekében.

A tájékoztatás indokolt elhagyásának ma is létező leggyakoribb esetétől, az adott heveny életveszély elhárításától eltekintve, mely időben nem tesz lehetővé megfelelő tájékoztatást, a nemzetközi és hazai jog és ezáltal a gyakorlat is — a megváltozott törvényi rendelkezéstől függetlenül — még más lehetőségeket is ismer (elismer).

Nyilvánvaló, hogy abban az esetben, ha a beteg a már jelzett módon nyilatkozik arról, hogy nem tart igényt a tájékoztatásra és kezelőorvosára bízza, hogy milyen módon gondoskodik a kezeléséről, ennek írásban történő rögzítése után nincs szükség további tájékoztatásra vagy hozzájárulásra.

Sokkal nehezebb kérdés az ún. terápiás privilégium alkalmazása. Egyes országokban elfogadható, hogy az orvos a hatásos kezelés elfogadása érdekében a tájékoztatás során a beteg személyiségének ismeretében dönt úgy, hogy a beteg számára feltétlen szükséges beavatkozásnak az elfogadását, tehát a terápia privilégiumát helyezi előtérbe, a mindenre kiterjedő felvilágosítás mellőzésével, mert a feltárt reális kockázat eltérítené a beteget a számára alapvetően szükséges kezelés ismert kockázatával együtt történő elfogadásától. E vitatható és ritka kivétel alkalmazása esetén az orvosnak az a kötelessége, hogy megfelelő feljegyzésekben indokolja, miért korlátozta a tájékoztatást.

A Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumának IV. számú állásfoglalása a beteg tájékoztatásáról e kérdést nem érinti, de rámutat arra, hogy a tájékoztatás olyan legyen, hogy az ne rendítse meg a betegnek a kezelésbe vetett bizalmát, valamint arra is, hogy a túlzott mértékű tájékoztatás kerülendő, mert éppen úgy kétséges értékű lehet, mint a kellő tájékoztatás elmulasztása.

A kamarai állásfoglalásban említett „túlzott mérték" kifejezés nem absztrahálható, megítélése betegenként eltérő. Szakmai indokoltság hiányában a teljes körű tájékoztatást semmiképpen nem lehet túlzott értékűnek tekinteni.

b) A döntési helyzetekben adandó tájékoztatás célja a beteg egyetértésének megszerzése a szükséges és lehetséges kezeléshez (beavatkozáshoz).

A törvény külön rendelkezik az alábbi döntési helyzetekről:

— a műtét előtt (Eü. tv. 47 §) (kizárólag írásbeli nyilatkozat fogadható el)

— a vér és más vizsgálati anyag vétele előtt [Eü. tv. 49 § (2)] (ráutaló magatartással tett nyilatkozat is elfogadható)

— szerv, szövet kivétele és átültetése előtt (kizárólag írásbeli nyilatkozat fogadható el)

— orvos-biológiai kísérletben (gyógyszerkipróbálásban) való részvétel esetén,

(kizárólag írásbeli nyilatkozat fogadható el).

Nyilvánvaló, hogy ez a felsorolás csak a szakmai felelősséget megalapozó egészségügyi jog értelmében teljes körű. A polgári jog értelmében valamennyi döntés előtt, és természetszerűleg a vállalt és elvégzett kezelés (beavatkozás) után is szükséges megfelelő tájékoztatást adni, mely a kezelés előtti tájékoztatásban meghatározott célkitűzések, kockázatok és következmények ismételt áttekintését is magában foglalja.

A műtét előtti hozzájáruló nyilatkozatot írásbeli formában kell megtenni. [Ezt az egészségügyi törvény 47. § (4) bekezdése írja elő: „A (2) bekezdésben említett műtét elvégzéséhez a beteg (hozzátartozó) írásbeli hozzájárulása szükséges."]

Az egyes műtétekre (beavatkozásokra) személyre szólóan kell hozzájáruló nyilatkozatot készíteni, melynek aláírására csak a személyes megbeszélés után kerülhet sor. E nélkül még a legrészletesebb általános érvényű nyilatkozat is jogi vitát válthat ki, mert az formális és nem egyedi az adott betegre és betegségre vonatkoztatva. (Megj.: az

Egyesült Államok számos kórházában pl. az a gyakorlat, hogy az AMA által kidolgozott, és az adott betegségre alkalmazható gyógymódra vonatkozó nyilatkozati és tájékoztatási mintát, valamint a személyes megbeszélés eredményét a kezelőorvos visszakérdezi betegétől, így győződik meg arról, hogy az valóban megértette a kapott tájékoztatást.)

9. Beleegyező nyilatkozat rendszeresítése

Ezen állásfoglalás mellékleteként „Beleegyező nyilatkozat"-minta kerül kiadásra. Javasolható ennek használata és a gyógykezelés megkezdése előtti átadása minden olyan esetben, amelyekben a beteg (hozzátartozója) tájékoztatása, és valamely gyógykezelésbe történő beleegyezése nem mellőzhető. Javasolható továbbá, hogy a nyomtatványminta legfontosabb tartalmi elemeinek meghagyásával, szakmánként kialakított speciális „Beleegyező nyilatkozat" formanyomtatvány használatára kerüljön sor.

Melléklet

Beleegyező nyilatkozat[1]

Alulírott ..... (név) ..... (szül. idő) — tanúsítom, hogy engem Dr. ..... kellő mértékben felvilágosított az alábbiakról:

1. A betegségemről, mely kórisme szerint (magyarul, esetleg latinul:)

2. A javasolt gyógymódról, mely (magyarul):

annak kockázatairól:

és a helyette alkalmazható gyógymódokról, mint:

valamint azok ismert kockázatairól és következményeiről, ismertette az ajánlott és más szóba jövő kezelési eljárás előnyeit, illetve hátrányait is.

3. A javasolt gyógymód kockázatairól, lehetséges gyakoribb szövődményeiről és várható következményeiről szóban feltett kérdéseimre is megfelelő választ kaptam, és kellő idő állt rendelkezésemre ahhoz, hogy szabadon dönthessek arról, milyen kezelést szeretnék. Tájékoztattak arról, hogy kezelőorvosom folyamatosan kész engem állapotomról, illetve annak változásairól megfelelően tájékoztatni.

* Tudomásul veszem, hogy szakszerű kezelés esetén is előfordulhatnak az alábbi előre nem várható szövődmények, melyek a várható gyógyeredményt (gyógytartamot) kedvezőtlenül befolyásolhatják (a beteg aláírása előtt az orvos tölti ki:)

.....

.....

* Tudomásul veszem, hogy jogom van a felajánlott kezelések bármelyikének vagy mindegyikének elutasítására. Ez esetben a kezelésem során a visszautasítás kapcsán bekövetkező szövődményekért, illetve a gyógyeredmény alakulásáért azokat az orvosokat, akiknek a kezelését nem fogadtam el, a felelősség alól felmentem.

* A kezelésbe (műtétbe stb.) való beleegyezésemet a tájékoztatás megértése alapján minden kényszertől mentesen adom. Ennek alapján kérem, hogy rajtam az alábbi kezelést (műtétet) elvégezzék:

*Aláírásommal megerősítve kinyilvánítom, hogy betegségem természetéről, gyógykezelésem részleteiről, különösen pedig gyógyulási kilátásaimról nem kívánok részletes felvilágosítást kapni. Ezért a döntéseket kezelőorvosaimra bízom. (Ezt a nyilatkozatot — elfogadása esetén — kézírásával megismételten leírva, majd aláírva az okirat végén kérjük erősítse meg. E megerősítő nyilatkozat hiányában a tájékoztatásáról való lemondása érvénytelen.)

4.[2] Hozzátartozóim tájékoztatásáról a következőket rendelem:

a) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről teljeskörűen tájékoztassák:

b) Az alább megnevezett hozzátartozóimat a betegségemről az általam megjelölt következő korlátozásokkal tájékoztassák:

c) Az alább megnevezett hozzátartozóimat betegségemről kérésükre se tájékoztassák:

Kelt: .....

A kezelőorvos aláírása

A beteg vagy törvényes képviselőjének aláírása
Lakcíme:

(A beleegyező nyilatkozat mellékleteként szolgálhatnak a páciens tájékoztatására készített ismertetők is.)

[1] Korlátozottan cselekvőképes, illetőleg cselekvőképtelen beteg esetén a nyilatkozatot a törvényes képviselő (hozzátartozó) adja. Korlátozottan cselekvőképes beteg esetén javasolható a beteg önálló nyilatkozattétele is, ez azonban a törvényes képviselő (hozzátartozó) nyilatkozatát nem pótolja.

[2] Hozzátartozó nyilatkozattételére a 4. pontban szereplő kérdések körében nincs mód.

* Nem kívánt törlendő.

75 Ft

Orvosi Hetilap

1995. február 26. 136. évfolyam — 9. szám

Kozos - K.

II.

136 - 1995

Micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomiáról
Rozsos István dr., Ferenczy József dr., Afshin Dehghani dr., Rozsos Tamás dr. 475

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Congenitális anomáliák szűrése a terhesség középső harmadában. Prospektív epidemiológiai tanulmány. Magzati trisomiák
Tóth-Pál Ernő dr., Oroszné Nagy Judit dr., Papp Csaba dr., Szabó Mária dr., Veress Lajos dr., Török Olga dr., Tóth Zoltán dr., Papp Zoltán dr. 483

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A musculus sphincter Oddi működését befolyásoló idegelemek megoszlása, szerkezete és transmitter tartalma
Fehér Erzsébet dr., Donáth Tibor dr., Montagnese Ecaterina dr., Fodor Mariann dr., Fehér János dr. 491

AKTUÁLIS KÉRDÉSEK

Autotranszfúzió az elektív sebészetben
Pócs Alfréd dr., Habis György dr., Tőzsér Kornél dr. 497

RITKA KÓRKÉPEK

Az Albers—Schönberg-kór
Székely Gabriella dr., Winkler Valéria dr., Tarkovács Gábor dr., Hosszúfalusi Nóra dr., Vértes Péter dr. 501

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK 507

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ 521

BESZÁMOLÓK 522

ÚTMUTATÓ AZ ORVOSI HETILAP SZERZŐI SZÁMÁRA 490

HÍREK 495

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK 496

GYÓGYSZER HÍRADÓ 524

ELMÉLETI TÖMB KÖZÖS KÖNYVTÁRA
1089 Budapest Nagyvárad tér 4.

Springer

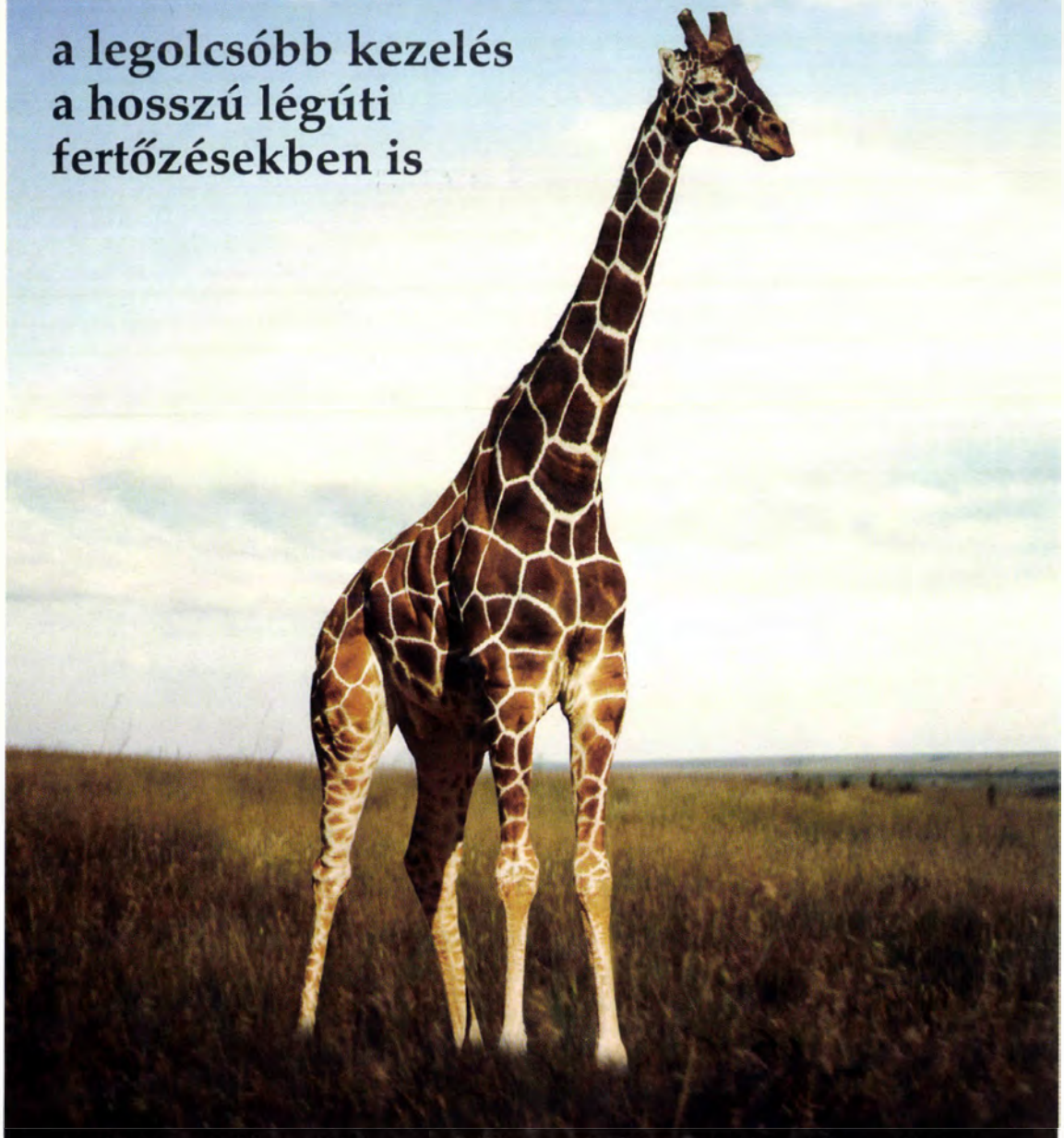
Markusovszky Alapítvány

ORV. HETIL. HU ISSN 0030-6002 136 (1995) 9, 473—528 · Printed on acid free paper

SEMICILLIN®

kapszula

a legolcsóbb kezelés a hosszú légúti fertőzésekben is



250 mg ampicillinum (288 mg ampicillinum trihydricum alakjában) kapszulánként

SEMICILLIN® kapszula

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

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

Ellenjavallat Penicillin-allergia.

Adagolás Szokásos adagja *20 ttkg felett:* bél, epeúti és húgy-ivarszervi fertőzésekben naponta 2 g (4-szer 2 kapszula); légúti fertőzésekben naponta 1 g (4-szer 1 kapszula); *gyermekeknek 20 ttkg alatt:* bél, epeúti és húgy-ivarszervi fertőzésekben: 100 mg/ttkg/nap; légúti fertőzésekben: 50 mg/ttkg/ nap, négy részre elosztva. Súlyos fertőzések esetén az adagok növelhetők. Felszívódása akkor a legkedvezőbb, ha a beteg a kapszulákat étkezés előtt kb. egy órával veszi be.

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

Gyógyszerkölcsönhatás *Együttadása kerülendő:* — bakteriosztatikus antibiotikumokkal (hatáscsökkenés).

Figyelmeztetés Penicillinkezelés közben (per os adáskor ritkábban, mint parenterális adagolás esetén) súlyos sőt halálos anafilaxiás sokk előfordulhat, elsősorban az allergiás hajlamú egyéneken. Ezért asztmás, allergiás anamnézis esetén fokozott óvatosság ajánlott. Cefalosporinok és penicillinek között keresztallergia ritkán előfordul. Májkárosodás és elégtelen veseműködés esetén az adagokat különös gondossággal kell megállapítani. Hosszan tartó kezelés során ajánlatos a máj- és a vesefunkció, valamint a vérképzőrendszer időnkénti ellenőrzése.

Csomagolás 20 kapszula.

Gyógyszer és Vegyészeti Termékek Gyára Rt.
H-1045 Budapest, Tó u. 1-5.
Telefon: 169-1390, 169-0900 Fax: 169-0282

Hungarian Medical Journal

February 26, 1995. Volume 136. No. 9.

OFFICIAL JOURNAL OF
MARKUSOVSZKY LAJOS' FOUNDATION

The cholecystectomy performed by micro- and modern minilaparotomy
Rozsos I., Ferenczy J., Dehghani, A., Rozsos T. 475

CLINICAL STUDIES

Prenatal screening of congenital anomalies Prospective randomized study. Fetal trisomies
Tóth-Pál, E., Oroszné, N. J., Papp, Cs., Szabó, M., Veress, L., Török, O., Tóth, Z., Papp, Z. 483

ORIGINAL ARTICLES

Distribution, structure and transmitter content of nerve elements influencing function of Oddi's sphincter
Fehér, E., Donáth, T., Montagnese, E., Fodor, M., Fehér, J. 491

ACTUAL QUESTIONS

Autotransfusion in elective surgical operations
Pócs, A., Habis, Gy., Tőzsér, K. 497

RARITIES

Albers—Schönberg disease
Székely, G., Winkler, V., Tarkovács, G., Hosszúfalusi N., Vértes, P. 501

FROM THE LITERATURE 507

LETTERS TO THE EDITOR 521

CONGRESS REPORTS 522

TO THE AUTHORS 490

NEWS 495

DRUG NEWS 524

Előfizetésben terjeszti a Magyar Posta Rt.
Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR) (Budapest, XIII., Lehel út 10/a. 1900, tel.: 270-2229) közvetlenül, vagy postautalványon, valamint átutalással a HELIR 215—96162 pénzforgalmi jelzőszámra.
Előfizetési díj egy évre 3900,— Ft, félévre 1950,— Ft, negyedévre 975,— Ft, 1 hónapra 325,— Ft, egyes szám ára 75,— Ft

Orvosi Hetilap

136. évfolyam 9. szám — 1995. február 26.

A MARKUSOVSZKY LAJOS ALAPÍTVÁNY
TUDOMÁNYOS FOLYÓIRATA

Alapította — Established by

MARKUSOVSZKY LAJOS
1857

Főszerkesztő — Editor in Chief

FEHÉR JÁNOS DR.

Főszerkesztő-helyettes — Deputy Editor

KELLER LÁSZLÓ DR.

Szerkesztőbizottság — Editorial Board

Árky István dr., Boda Domokos dr., Braun Pál dr., Eckhardt Sándor dr., Hankiss János dr., Ihász Mihály dr., Jobst Kázmér dr., Károlyi György dr., Lampé László dr., Nász István dr., Ozsváth Károly dr., Paál Tamás dr., Petrányi Gyula dr., Rák Kálmán dr., Ribári Ottó dr., Romics László dr., Várnai Ferenc dr.

Szerkesztők — Editors

Betkó János dr., Btage Zsuzsanna dr., Gerencsér Ferenc dr., Hidvégi Jenő, Incze Ferenc dr., Lengyel Gabriella dr., Hardy Gézáné dr., Papp Miklós dr. (fmts), Pár Alajos dr., Tenczer József dr. és Walsa Róbert dr.

Tanácsadó testület — Advisory Board

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

Nemzetközi tanácsadó testület — International Advisory Board

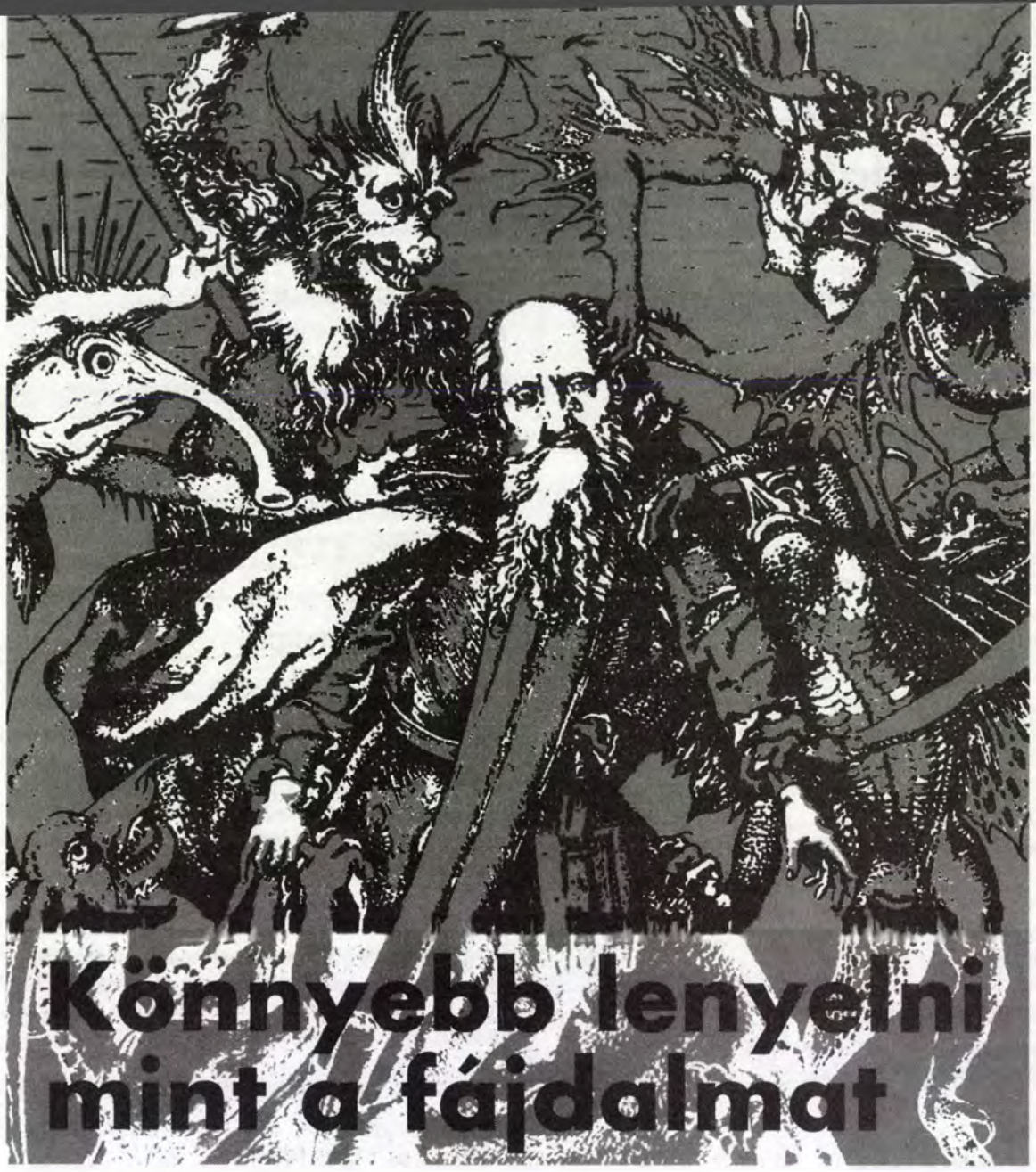
Elnök — President

G. CSOMÓS (Hamburg)

G. Ács (New York), R. Berensmann (Stuttgart), M. Classen (München), P. Ferenci (Wien), M. Hahn (Erlangen), L. Iffy (New Jersey), N. J. Lygidakis (Amsterdam), N. McIntyre (London), K. Meyer zum Büschenfelde (Mainz), G. Nagy (Sidney), L. Okolicsanyi (Padova), J. Reichen (Bern), H. Tahler (Wien), K. Tsuji (Tokyo), G. Weber (Indianapolis)

Kiadja a Springer Hungarica Kiadó Kft., Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf.: 142. 1410. Telefon: (361) 2510-099. Telefax: (361) 2515-973
A kiadásért felel: Prof. Dr. Árky István ügyvezető igazgató
Szerkesztőség: Budapest, VII., Wesselényi u. 28. 1075. Levélcím: Budapest 7., Pf. 142. 1410. Telefon: (361) 2515-892. Telefax: (361) 2515-973
Készült: Széchenyi Nyomda Kft., Győr 95.24908.
Felelős nyomdavezető: Nagy Iván ügyvezető igazgató
INDEX: 25674 ISSN 0030—6002

EMLÉKEZTETŐ TOMBOLÓ KÖZÖS



ezés: Graffiti Studio (Az eredeti mű – Martin Schongauer: Szent Antal megkísértése)

Könnyebb lenyelni mint a fájdalmat

DONALGIN kapszula

Nem szteroid gyulladáscsökkentő és fájdalomcsillapító.
250 mg acidum niflumicum kapszulánként. Indikációk: Mozgásszervi megbetegedések. Fogászati és fül-orr-gégészeti kisműtétek. Sportsérülések és törések. Prosztatahipertrófiás állapotok és krónikus prosztatitiszek. Nőgyógyászat: terhességmegszakítás utáni méhkörnyéki, valamint akut-krónikus kismedencei gyulladások.
Alkalmazása után az IUD tolerancia javul.

Bővebb információért, kérjük, tanulmányozza az alkalmazási előírást!

DONALGIN

RICHTER GEDEON RT

Orvoslátogató Hálózat 262-6167
Orvostudományi Főosztály 262-6654

RICHTER: A jól bevált recept

Micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomiáról

Rozsos István dr., Ferenczy József dr., Afshin Dehghani dr. és Rozsos Tamás dr.[1]

Kaposi Mór Megyei Kórház Kaposvár, I. Sebészeti osztály (osztályvezető főorvos: Rozsos István dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem Sebészeti Tanszék és Szent János Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest (igazgató: Faller József dr.)[1]

A hagyományos és laparoscopos cholecystectomia már általánosan alkalmazott módszer, műtéttana kialakult és a biztonságos műtét feltételeinek megfelelő eszközökkel rendelkezik. A minilaparotomiában végzett cholecystectomia széles körben még nem terjedt el, egységes műtéttana és eszköztára nincs, speciális szövődmény arányait nem ismerjük még. A módszer megismeréséhez és valós értékének megállapításához 710, válogatás nélül micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomia tapasztalatait foglalják össze. Microlaparotomiában (4 cm-nél kisebb metszés) 643 esetben (90,6%), modern minilaparotomiában (4,1—6 cm) 61 alkalommal (8,6%), hagyományos mini- (6,1—10 cm), valamint 10 cm-nél hosszabb hagyományos laparotomiában 3—3 esetben (0,4—0,4%) fejezték be a műtétet. Komplett cholecystectomiát végeztek 97,2%-ban, hosszabb cysticus csonkot hagytak 1,7%-ban, subtotalis és partialis cholecystectomia pedig 0,7, ill. 0,3%-ban történt. 69 esetben (9,7%) fedtek fel és oldottak meg egyidejűleg choledocholithiasist. A műtétek 21,2%-át minősítették nehéznek. Az intra- és postoperativ szövődmények, valamint a korai reoperatiók kétharmada az obstructiv cholecystitis halasztott időszakban végzett műtéteit kísérte. Egy beteget veszítettek el (0,14%) nem speciális sebészeti szövődmény következtében. Tapasztalataik azt sugallják, hogy a micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomia a hagyományos és laparoscopos módszer reális alternatívája.

Kulcsszavak: microlaparotomia, modern minilaparotomia, hagyományos minilaparotomia, komplett cholecystectomia, choledocholithotomia

The cholecystectomy performed by micro- and modern minilaparotomy. The conventional and laparoscopic cholecystectomy is as already every day utilized method, the operation procedure is well developed and the instruments used allow a reliable operation. The cholecystectomy performed by minilaparotomy is not yet a widespread procedure, since there is no established method and the instruments needed are not readily available, as well as the fact that special complications' rates is not yet well known. In order to further elaborate on the procedure and to demonstrate it's true value, 710 micro- and modern minilaparotomies, without exclusion or selection, were analyzed and the operation procedures were then summarized. The operations were completed with microlaparotomy (smaller than 4 cm incisions) in 643 cases (90.6%) with modern minilaparotomies (4.1—6 cm) in 61 cases (8.6%), with conventional mini (6.1—10 cm), and the incisions longer than 10 cm with conventional laparotomies in 3—3 instances (0.4—0.4%). We performed a complete cholecystectomy in 97.2%, a longer cystic stumps was left in 1.7%, subtotal and partial cholecystectomies in 0.7% and 0.3% respectively. In 69 of the cases (9.7%) simultaneous choledocholithiasis was discovered and resolved. 21.2% of the operations were termed as difficult. $^2/_3$ of the intra and postoperative complications as well as early reoperations occured in cases where they followed a delayed operation of obstructive cholecystitis. One patient was lost (0.14%) due to non-surgical complication. These experiences show that cholecystectomy performed by micro and modern minilaparotomy is a realistic alternatives to the conventional and laparoscopic cholecystectomies.

Key words: microlaparotomy, modern minilaparotomy, conventional minilaparotomy, complete cholecystectomy, choledocholithotomy

A minilaparotomiában végzett cholecystectomia (7—9, 19) nem váltott ki a laparoscopos cholecystectomiához mérhető érdeklődést, alkalmazását pedig néhányan kétellyel fogadták (37). A 80-as évek végétől azonban egyre többen foglalkoztak a minilaparotomiában végzett cholecystectomiával (3, 6, 10—12, 14, 16, 18, 20, 21, 25, 35, 38), de száznál több műtét tapasztalatával csak néhányan rendelkeznek (9, 15, 17, 23, 25—28). A hagyományos és laparoscopos cholecystectomiáról már sok ezer műtét tapasztalata alapján alkotható vélemény, a minilaparotomiában végzett cholecystectomia száma viszont csak kétháromezerre tehető (2, 4). A laparotomia nagysága és a postoperativ fájdalom mértéke közti kapcsolatokra többen rámutattak már (11, 20, 25—27), a minilaparotomiák osztályozására azonban eddig csak egy munkacsoport tett kísérletet (25—34). A megfelelő klasszifikáció hiányában

a 3 és 10 cm-es metszést egyaránt minilaparotomiának nevezik (2, 9, 17, 18, 20, 23), a laparoscopos és hagyományos cholecystectomiával pedig a minilaparotomia mértékének megjelölése nélkül (3, 13), vagy a 3—10 cm-es metszést azonos csoportba sorolva (2, 5, 16, 17) végeznek összehasonlító vizsgálatokat.

A legutóbbi években növekvő érdeklődés ellenére a minilaparotomiák reális értéke az epeutak sebészetében még nem ítélhető meg. A módszer széles körű alkalmazását valószínűleg elősegítené a biztonságos cholecystectomiához szükséges feltáró, a megvilágító és kézi műszerek alkalmazása és a megfelelő behatolás kiválasztása. A minilaparotomiában végzett cholecystectomiával foglalkozó közlemények azonban a részletes műtéttani leírásra nem mindig fordítanak gondot (3, 5, 9, 13, 17, 22, 24), a behatolás helyét, a műtéti terület feltárását és megvilágítását is eltérő módon alkalmazzák (1, 2, 11, 12, 15, 18, 20, 23, 25—35, 38). A hagyományos és laparoscopos cholecystectomia túlsúlyos alkalmazása ellenére rámutattak a minilaparotomiában végzett cholecystectomia előnyeire (4), a módszer reális értékének megállapítását azonban sebészi és gazdasági szempontok egyaránt sürgetik. Az említett kérdésekhez több mint 700 micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomia eredményével kívánunk hozzájárulni.

Anyag és módszer

Osztályunkon 1990. december 11. és 1994. március 26. között 710 cholecystectomiát végeztünk micro- és modern minilaparotomiában. Az 506 nő és 204 férfi életkora 14 és 92 év között váltakozott. A különböző méretű minilaparotomiában végzett cholecystectomiákkal szerzett tapasztalatok alapján (11, 12, 24, 25) a 4 cm-nél kisebb metszést micro-, a 4,1—6 cm közöttit modern mini-, a 6,1—10 cm közöttit hagyományos minilaparotomiának nevezzük (24—26). A műtétet a kezdeti tapasztalatok megszerzése óta válogatás nélkül alkalmazzuk. A műtét előtti kivizsgálás egyéb hasűri kórfolyamatok megállapítására is kiterjed. A műtét előtt hashajtást nem végzünk, praeoperativ antibioticum prophylaxist single shot módszerrel rutinszerűen alkalmazunk (29).

A műtétet általános érzéstelenítésben végezzük, ettől csupán anaesthesiologiai szempontból nagy kockázatú betegeknél térünk el, amikor thoracalis epiduralis (14 beteg), vagy helyi érzéstelenítésben (7 betegen) végeztünk műtétet.

A beteget úgy rögzítjük műtőasztalhoz, hogy a *kiemelést biztosító megtörhető asztallap rész a processus xyphoideus tövével azonos síkba kerüljön.* A műtéti területet felső median laparotomiához isoláljuk, a szőrtelenítést közvetlenül műtét előtt végezzük és a gyomorba szondát helyezünk. *A műtőasztalt sagittalis síkban a beteg fejrészénél 20—25°-kal emeljük, majd 10—15°-kal balra döntjük.* Az operatőr a beteg bal oldalán, az asszisztencia vele szemben helyezkedik el. A processus xyphoideus és a köldök közötti felső harmadban *2—3 cm verticalis bőrmetszést ejtünk,* amelynek helyét mellkasi deformitás, nagy, ptoticus, vagy magasan fekvő cirrhoticus máj esetén a helyzethez alkalmazkodva cranialis vagy caudalis irányban változtatjuk. A linea alba éles szétválasztása után a *peritoneumot a ligamentum falciformetól jobbra nyitjuk meg, ezért gyakran a peritoneum egy szakaszát le kell választani a rectus hüvely hátsó faláról.*

A hasüreg megnyitása után a *Jakó*-féle diagnosztikus szkóppal megtekintjük az epehólyag és a látható zsigerek állapotát (11). Izoláló gase-csíkot helyezünk a máj alá, majd a 300 W változtatható teljesítményű hidegfényforráshoz csatolt világítókábellel ellátott keskeny kampót (retractort) a máj bal lebenye alá vezetjük, egy-egy további kampóval pedig a vastag- és nyombelet, ill. a lig. falciforme hepatist és hepatoduodenalet tartjuk el. Amennyiben a Calot-háromszög és az epeutak mélyen helyezkednek el, a beteg hátsó hasfalát az asztallap megtörésével, az operatőr ellenőrzése mellett addig emeljük, amíg kifogástalan vagy jó műtéti szituációt nem érünk el.

Ha összenövések fordulnak elő, azokat élesen oldjuk. A syphont epehólyagfogóval megragadjuk, majd jobb oldali irányban felfele húzzuk. Az a. cysticát és a d. cysticust a laparotomia nagyságától függően a hagyományos vagy a laparoscopos technikával isoláljuk. Minden esetben korrekt cholecystectomiára törekszünk, és 3—5 mm-nél hosszabb cysticus csonkot lehetőleg nem hagyunk vissza. A d. cysticus és az a. cystica clippelése után az epehólyagot fala mentén haladva a Calot-háromszög felső pontjáig preparáljuk, ahol rendszerint egy további arteria helyezkedik el, amit méretétől függően clippelünk vagy elektrocoagulálunk. Az epehólyagot ezt követően antegrád távolítjuk el. Ha a retrograd módszert folytatjuk, akkor a műtőasztalt vízszintes helyzetbe hozzuk és jobbra döntjük. Az epehólyag fundus és corpus, valamint az epehólyagágy jobb oldali szélének találkozási pontján igen gyakran kis arteriás vérzés fordul elő, amit a subserosus venákhoz hasonlóan elektrocoagulálunk.

Az epehólyagágyban felületesen elhelyezkedő nagyobb venából eredő vérzést, nem clippelhető Luschka-járatot varrattal látjuk el. Tág epehólyag, nagy öntvénykő esetén a hólyagtartalom leszívása, ill. a kő kiemelése könnyíti a cholecystectomiát. Praeoperativ cholangiographia esetén a hólyag mentén clippeljük a d. cysticust, choledocholithiasis esetén a kő eltávolítása után a sphincter Oddi állapotától függően a choledochust cysticus drain mellett zárjuk vagy choledochoduodenostomát képzünk. Ilyen esetekben a microlaparotomiát többnyire modern, ritkán hagyományos minilaparotomiára hosszabbítjuk.

Obstructiv cholecystitis állapotaiban előfordul, hogy az epeutak és a Calot-háromszög gyulladásos hegszövetbe ágyazott, a hólyagnyakba ékelődött kő pedig a foramen epiploicum Winslowiba nyomulva helyezkedik el. Ilyenkor a choledochus és hepaticus vezeték a hegszövet által rögzítve akár a corpus-syphon határáig felhúzva helyezkedhet el. E lehetőséggel nem számolva a ductus cysticus és a. cystica isolálásával kezdve a cholecystectomiát, epevezeték-sérülést idézhetünk elő. Ezért az obstructiv cholecystitis állapotától függően az epehólyagot antegrád két vagy három lépésben távolítjuk el, esetenként hosszabb cysticus csonkot hagyva, de előfordulhat, hogy partialis vagy subtotalis colecystectomiára kényszerülünk (26, 27, 31, 33, 34).

A hasüreget draincső mellett vagy anélkül zárjuk. A linea albába helyzett csomós varratokkal a ligamentum falciforme hepatis mentén a peritoneumot is felöltjük, majd subcután és intracután tovafutó varratot alkalmazunk. A draincső az esetek zömében 24 órán belül eltávolítható. Fájdalomcsillapítás csak a műtét napján szükséges, a microlaparotomiában végzett cholecystectomia után a betegek kortól és állapottól függően, 8 és 72 óra között hagyják el az osztályt.

Az intra és subcután varrat pedig a 10. postoperativ napon kerül eltávolításra.

Vizsgálati módszer

E betegcsoporton vizsgáljuk az intra- és postoperativ szövődmények előfordulását, a konverzió, a komplett cholecystectomia, a nehezen végezhető műtétek és a korai reoperatio arányát. Mivel a cholecystectomia nehézsége az epehólyag patológiai állapotától is függ, a betegeket egyszerű, átmeneti és obstructiv cholecystitis csoportba, az obstructiv cholecystitist pedig a gyulladás keletkezése és a műtét között eltelt idő alapján további öt csoportba soroltuk. *Egyszerű csoportba* került 193 olyan beteg, akinél a komplett cholecystectomia műtéttechnikai nehézség nélkül volt elvégezhető. *Átmeneti csoportba* soroltuk azt a 280 beteget, akinél korábbi hasűri műtét történt, súlyosabb epehólyag körüli összenövések, epeútlefutási rendellenesség, choledocholithiasis, icterus, öntvénykő, nem lezárt, hegesen megvastagodott falú epehólyag, extrém elhízás, májcirrhosis, súlyos cardiosclerosis vagy pulmonalis állapot és alkati deformitás fordult elő. E csoportba

1. táblázat: A betegek megoszlása a műtét típusa, a műtét „nehézsége", az észlelt szövődmények szerint

	Esetszám			
	össz. beteg 710 (%)	egyszerű 193 (%)	átmeneti 280 (%)	obstr. cholecyst. 237 (%)
Micro lap. cholecystect.	643 (90,6)	193 (100)	232 (83)	217 (91,5)
Mod. mini lap. cholecystect.	61 (8,6)	—	45 (16)	16 (6,7)
Hagy. mini lap. cholecystect.	3 (0,4)	—	1 (0,3)	2 (0,8)
Hagy. cholecystect.	3 (0,4)	—	1 (0,3)	2 (0,8)
Nehéz chol.	151 (21,2)	—	53 (18,9)	98 (41,3)
2—3 szakaszos chol.	126 (17,7)	—	21 (7,5)	105 (44,3)
Komplett chol.	690 (97,2)	193 (100)	278 (99,3)	219 (92,4)
Hosszú cystic. csonk	12 (1,7)	—	2 (0,7)	10 (4,2)
Subtot chol.	5 (0,7)	—	—	5 (2,1)
Partialis chol.	3 (0,4)	—	—	3 (1,3)
Praeop. telecholangiogr.	178 (25,0)	3 (1,5)	96 (34,85)	79 (33,33)
Choledocholith.	69 (9,7)	—	53 (18,9)	16 (6,7)
Mirizzi syndr.	6 (0,8)	—	—	6 (2,5)
Aberr. epeút.	15 (2,1)	—	12 (4,2)	3 (1,26)
Luschka járat	22 (3,1)	—	15 (5,35)	7 (2,95)
Intraop. vérzés	15 (2,1)	2 (1,0)	4 (1,4)	9 (3,8)
Postop. vérzés	8 (1,1)	—	4 (1,4)	4 (1,7)
Reoperatio	1 (0,1)	—	—	1 (0,4)
Elhúzódó epefolyás	10 (1,4)	—	2 (0,7)	8 (3,4)
Reoperatio	2 (0,2)	—	1 (0,3)	1 (0,4)
Postop. icterus	2 (0,2)	1 (0,5)	—	—
Reoperatio	2 (0,2)	1 (0,5)	—	1 (0,4)
Postop. bélelzáródás	1 (0,1)	—	—	1 (0,4)
Reoperatio	1 (0,1)	—	—	1 (0,4)
Sebgennyedés	11 (1,5)	—	2 (0,7)	9 (3,8)
Váll fájdalom	16 (2,2)	1 (0,5)	7 (2,5)	8 (3,4)
Mélyvénás thrombosis	1 (0,1)	—	1 (0,3)	—
Arterias embolisatio	2 (0,2)	—	1 (0,3)	1 (0,4)
Halálozás	1 (0,1)	—	—	1 (0,4)

soroltuk azon betegek egy részét, akinél a laparoscopos cholecystectomiát nem vállalták, az ilyen elutasított betegek másik része az obstructiv cholecystitis csoportba került. *Obstructiv cholecystitis* miatt 237 esetben végeztünk műtétet. Az obstructiv cholecystitis keletkezése és a műtét időpontja közötti időtartam 3 napon belüli volt (I. csoport): 12 beteg; 4 és 7 nap közötti (II. csoport): 32 beteg; 8 és 10 nap közötti (III. csoport): 27 beteg; 11 nap és 6 hét közötti (IV. csoport): 86 beteg; és 80 beteg több mint 6 hét után (V. csoport) került műtétre.

A micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomia nehézségének mértékét a műtéti behatolás, a feltárás és megvilágítás módja is befolyásolja, e nehézséget pedig a conversio aránya is jelezheti. Ezért ahol e szempontból értékelhető adatokat közölnek, az idevágó eredményeket összefoglaljuk.

Eredmények

Válogatás nélkül a betegek 90,6%-ában microlaparotomiában végeztük a cholecystectomiát, choledocholithiasis vagy másként nem megoldható szövődmény miatt 8,6%-ban modern mini-, 04%-ban hagyományos minilaparotomiában fejeztük be a műtétet. Hagyományos, 10 cm-nél hosszabb hasfali metszés alkalmazására csupán 3 esetben, 0,4%-ban kényszerültünk. Komplett cholecystectomia történt 97,2%-ban, hosszabb cysticus csonk maradt 1,7%-ban, a syphon és a hólyag egy része 0,7, ill. 0,4%-ban maradt vissza. A műtétek 21,2%-a minősült „nehéznek". Az egy esetben transfusiót igénylő intraoperativ vérzés 15 alkalommal, 2,1%-ban fordult elő, és az a. cystica vérzését 3 esetben (0,4%) 10 cm-nél hosszabb hasfali metszésen át sikerült csak csillapítani *(l. táblázat)*.

A műtét alatt transfusiót is igénylő betegnél az epehólyagágyban felületesen elhelyezkedő, nagyobb kaliberű venából eredt a vérzés amit elektrokauterrel tovább fokoztunk. A hagyományos minilaparotomiára történt conversio után a noteszceruza vastagságú vérzést két ponton aláöltöttük. Ilyen jellegű vérzés további két esetben (0,4%) fordult elő, amit azonnal alkalmazott aláöltéssel csillapítottunk.

Epeútsérülés nem fordult elő, azonban két alkalommal a ductus cysticust a jobb oldali aberrans epevezetékkel együtt clippeltük. A tévedést mindkét esetben néhány percen belül a clipp gyors eltávolításával korrigáltuk. Egy esetben azonban a rosszul felhelyezett clipp a hepaticus vezetékre csúszott. A postoperativ icterus miatt 48 órán belül az eredeti microlaparotomia szétválasztásával a clippet eltávolítottuk. Postoperativ vérzés — zömmel cirrhotikus betegen — 8 esetben (1,1%) fordult elő, 3 esetben alkalmaztunk transfusiót a postoperativ időszakban, 1 beteget pedig a májágyból eredő diffúz vérzés miatt reoperáltunk. Az eredeti microlaparotomián át a májágyat gase-csíkkal tamponáltuk. Elhúzódó epefolyást 10 esetben (1,4%) észleltünk és két betegen a műtét utáni 2, ill. 6. napon modern mini-, ill. microrelaparotomiát végeztünk.

2. táblázat: A műtét nehézsége, az intra- és postoperatív szövődmények előfordulása az egyes obstructív cholecystises betegcsoportokban

	Esetszám %-ban						
	Össz. beteg n = 710 (100%)	Obstr. n = 237 (100%)	G. I. n = 12 (100%)	G. II. n = 32 (100%)	G. III. n = 27 (100%)	G. IV. n = 86 (100%)	G. V. n = 80 (100)
MLC	90,6	91,5	100	97	91	92	89
MMLC	8,6	6,7	—	3	9	6	9
CMLC	0,4	0,8	—	—	—	1	1
CC	0,4	0,8	—	—	—	1	1
Komplett cholecystect.	97,2	92,4	100	97	85	92	91
Hosszú cystic, csonk	1,7	4,2	—	3	7,4	4,7	4
Subtot. cholecyst.	0,7	2,1	—	—	3,7	1,1	4
Partialis cholecyst.	0,4	1,3	—	—	3,7	4,2	1
Nehéz cholecystect.	21,2	41,3	—	6	19	53	57
2—3 szakaszos cholecyst.	17,7	44,3	—	6	19	59	57
Choledocholithotom.	9,7	6,7	—	—	4	8	10
Mirizzi-syndr.	0,8	2,5	—	6	7	2,3	—
Intraop. haemorrh.	2,1	3,8	—	3	7,4	4,6	2,5
Conversio hagyományos	0,4	0,8	—	—	—	1,1	1,3
Postop. haemorrh.	1,1	1,7	—	—	3	2,3	1,3
Elhúzódó epefolyás	1,4	3,4	—	—	—	4,6	5
Korai reoperatio	0,8	1,7	—	—	—	2,3	2,5

Egyik esetben az epehólyagágyból — valószínűleg Luschka-járatból —, a másik esetben a ductus cysticuson a clipp mentén támadt résből történt epecsorgás. Az epehólyagágy tamponádja és draincső behelyezésével, ill. a második esetben a ductus cysticus lekötésével oldottuk meg a szövődményt.

A már említett clipp leszorítás mellett egy további esetben alakult ki icterus a postoperativ időszakban (0,2%).

A műtét utáni 21. napon az epeutakat komprimáló Schloffer-tumort eltávolítottuk. A ductus hepaticus és a nyombél közé 12 cm hosszú kirekesztett jejunum segmentumot ültettünk. Egy esetben a porcelán epehólyag eltávolítása után ilealis fibroma okozott intussusceptiót, a 20. postoperativ napon a tumort és érintett bélszakaszt csonkoltuk.

Postoperativ három héten belül, tehát 6 esetben (0,8%) került sor reoperatióra, 3 esetben az eredeti micro-, egy esetben a modern minilaparotomiában oldottuk meg a szövődményt, a Schloffer-tumor okozta obstructiós icterus és az ilealis intussusceptio hagyományos hasfali metszést követelt. Mind a hat reoperált beteg szövődmény nélkül meggyógyult.

A 710 betegből egyet veszítettünk el (mortalitás: 0,14%), itt mitralis stenosis miatt több évvel, ezelőtt comissurotomia történt. Az ismételten kialakuló stenosis és rossz cardiális állapota miatt obstructiv cholecystitisét konzervatív módon kezelték. A kezelés után 2 hónappal az epehólyag körüli tályog és septicus állapota miatt a kórházunktól távoli területről szállították osztályunkra. A sikeres műtét után 48 órával multiplex agyi embolisatio okozta a beteg halálát.

A 710 betegre vonatkozó adatok több információt nyújthatnak a micro- és modern minilaparotomia alkalmazására nézve, ha az intra- és postoperativ szövődmények alakulását az egyszerű, átmeneti és obstructiv cholecystitis csoportban külön is vizsgáljuk. Az epeutak patológiai állapota, valamint az intra- és postoperativ szövődmények előfordulási aránya között szoros a kapcsolat. Az egyetlen haláleset, továbbá a konversiót és a reoperatiót követelő állapotok kétharmada az obstructiv cholecystitis csoportban fordult elő. A heveny cholecystitis gyógykezelésének és a műtét időpontjának helyes kiválasztása évtizedek óta vitatott, a kérdés aktualitását a minimal invasiv korszak hozza ismét az érdeklődés előterébe. Nagyon lényeges szempont lenne például a laparoscopos cholecystectomia esetében már a műtét előtt kiszűrni azon eseteket, akinél a cholecystectomia biztonságosan csak más módszerrel végezhető el.

Ahhoz, hogy e kérdéskben támponthoz jussunk, az obstructiv cholecystitises betegeket a módszer fejezetben leírt módon 5 csoportba soroltuk és a műtét nehézségét, az intra- és postoperativ szövődmények lényeges adatait — a könnyebb áttekintés miatt — az adott betegcsoportra számított százalék arányában adjuk meg *(2. táblázat)*. Az obstructiv cholecystitises betegek közül 107 az ország különböző területéről érkezett osztályunkra, akiknél laparoscopos cholecystectomiát nem vállaltak, a beteg pedig a hagyományos módszert elutasította. E betegek az obstructiv cholecystitis diagnózisával érkeztek, de többségük már a IV. és V. csoportba tartozott, csupán 7 beteg volt a III. csoportba sorolható. 41 beteg kivételével már a műtét előtt sikerült a megfelelő kategóriába sorolás. E betegeknél azonban elektív cholecystectomiára készülve csak a műtét során derült fény a lezárt epehólyagra, empyemára, bilioentericus sipolyra. A műtét után megismételt anamnesis alapján 34 esetben sikerült a megfelelő besorolás, 7 beteg azonban (3 bilioentericus sipoly, 4 porcelán epehólyag empyemás folyadéktartalommal) nem tudta meghatározni a korábbi rohamok időpontját, ill. nem is észleltek korábban görcsrohamot. E 7 beteget a patológiai állapot alap-

3. **táblázat:** A micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomiák jellemző adatai az egyes szerzőknél

Szerző	Idéz. sz.:	Esetszám	Behatolás helye	Metszés nagysága (cm)	Asztaldöntés	Világítás	Conversió arány
O'Dowyer	20	55	Az epehólyag felett subcost. metszés	5	?	fejlámpa	16%
Assalia	2	24	Az epehólyag felett subcost. metszés	5—9	?	fejlámpa	12,5%
McMahon	17	148	subcost. m.	5—10	?	?	10%
Pélissier	23	191	Felső közép haránt	5—8	?	fejlámpa	5,8%
Al-Tameem	1	80	Subcost. m.	2,7—5,5	20° jobbra	variálható világító lámpa	2,5%
Rozsos		710	Felső med. vert.	?	20—25° sagitta-	300 W telj.	
		643	Felső med. vert.	2—4	lis em.	fényforrás	
		61	Felső med. vert.	4,1—6	10—15° balra	vil. lapoc	
		3	Felső med. vert.	6,1—10			
		3	Felső med. vert.	10 cm-nél nagyobb			0,4%

ján az V. csoportba soroltuk, feltételezve, hogy ilyen állapot 6 héten belül nem alakulhat ki. A táblázaton százalékban kifejezett adatok jelzik, hogy az obstructiv cholecystitis keletkezése és a műtét időpontja között eltelt idővel fokozódik a cholecystectomiát nehezebbé tevő patológiai szituáció, ill. csökken a a complet cholecystectomia elvégzésének kilátása. Míg az obstructiv cholecystectomia keletkezését követő 3 napon belül a complet cholecystectomia nehézség nélkül elvégezhető, a 4. és 7. nap között már az esetek 6%-ában cysticus csonk visszahagyására kényszerültünk. A nehézségek a műtét időpontjának halasztásával pedig tovább növekednek, amikor már subtotalis és partialis cholecystectomiára is kényszerülünk, de fokozódik az intra- és postoperativ szövődmények, sőt a reoperatiót követő állapotok előfordulási aránya is. Az adatok szerint az obstructiv cholecystitis keletkezése után a 8. és 10. nap közötti időpontban gyakoribb az intraoperativ vérzés és ekkor a legkisebb az esély a complet cholecystectomiára.

Az általunk elérhető irodalmi adatokból azokat válogattuk ki, amelyekben a minilaparotomia behatolási módja és nagysága mellett a műtéti terület megvilágítására és a hagyományos laparotomiára történő conversio arányára nézve is találtunk adatokat (1, 2, 17, 20, 23) *(3. táblázat)*. A táblázatokon feltüntetett adatok szerint a fejlámpával történő megvilágítás és a műtőasztal helyzetének változtatása nélkül a mini laparotomia nagyságától is függően a conversio aránya 5,8 és 16% között váltakozik. Ez az arány a műtőasztal helyzetének részleges változtatásával és vario-világító lapoc használatával 2,5%-ra csökken. A betegek műtőasztalon történő elhelyezésének, a műtőasztal helyzetének, a műtéti behatolásnak, feltárásnak és megvilágításnak helyes kiválasztása és alkalmazása a 10 cm-nél hosszabb laparotomia alkalmazását 0,43%-ra csökkentheti.

Megbeszélés

A biztonságos cholecystectomiának feltételei közül a műtéti terület feltárását, megvilágítását és a kézi műszerek jelentőségét emeljük ki, mert e téren történt változások segítették elő a minimal invasiv módszerek bevezetését. A hagyományos cholecystectomia nagy hasfali metszést igényelt, mert a kívülről jövő fény és a műtéti terület megvilágítása ezt igényelte és ehhez alkalmazkodott a feltáráshoz és a műtéthez szükséges eszközök tára. Azonban a nagy hasfali metszés ellenére a sebész adott esetben kis területen preparált és a hagyományos módszerrel sem volt mindig könnyű elvégezni a complet cholecystectomiát, sőt a hagyományos cholecystectomia során dolgozták ki a cholecystostomia, partialis és subtotalis cholecystectomia módszereit és nem volt ritka a hosszabb cysticus csonk visszahagyása sem. Jóllehet a cysticus csonkból eredő panaszok lehetőségét sokan vitatják, ezért a laparoscopos, de egyesek a minilaparotomiában is rutinszerűen hosszabb cysticus csonkot hagynak vissza (2). Álláspontunk szerint ez megengedhetetlen, mert a csonkban kő és neuroma képződhet, ami ismételt műtéti beavatkozást követelhet (2, 27). Bármelyik módszer alkalmazásánál complet cholecystectomiára kell törekedni, ami biztonságosan elvégezhető. A feltárás, a beteg megfelelő helyzetbe hozatala, a kellő erősségű megvilágítás és a hasfali metszés méretéhez alkalmazkodó kézi műszerek alkalmazásával, válogatás nélküli betegeken micro- és modern minilaparotomiában 97%-ban megoldható. Ehhez azonban a linea alba felső szakaszán, tehát a Calot-háromszög területe feletti behatolás kívánatos, a lig. falciforme hepatis bal oldalra történő eltartása pedig a műtéti terület feltárását segíti elő. A beteg bal oldalra döntésével a ductus cysticus és choledochus találkozási területének helyzete csökkenti a közös epevezeték clippelésének vagy sérülésének veszélyét.

Nem lehet magyarázatot találni arra, hogy miért az epehólyag feltételezett helyzetéhez alkalmazzák a behatolást (2, 17, 20), mert így a subcostalis metszésnél a clipp felhelyezési iránya a közös epevezeték irányába mutat. Nagyon fontos a megfelelő erősségű megvilágítás, ami nélkülözhetetlen a fontos képletek korrekt preparálásához. A 300 W változtatható fényerejű hidegfényforrás alkalmazása a hagyományos cholecystectomiához viszonyítva, de a variálható világító lapocokhoz és különösen a fejlámpa alkalmazásához képest is jobb látási viszonyokat biztosít. Lehetetlen nem gondolni arra, hogy a minilaparotomiák eltérő, de nagyobb conversiós aránya (1, 2, 17, 20, 23, 28) a műtéti behatolás helyének, a műtét könnyebbé tételét elősegítő helyzetváltoztatásnak és a műtéti terület megvilágításának alkalmazásától függően változik.

Tapasztalataink alapján a micro- és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomia a cholelithiasis és szövődményeinek sebészi gyógykezelésében a betegek selectiója nélkül is eredményesen alkalmazható. „Egyszerű" esetekben és az obstructiv cholecystitis korai időszakában a műtét technikai nehézség nélkül 100%-ban teljesen elvégezhető, a beteg testi felépítése, a máj és epeutak anatómiai és patológiai szituációja azonban a műtétet gyakorlott sebész számára is nehézzé teheti. Válogatás nélkül alkalmazva a műtétek 21%-ában fordult elő műtéttechnikai nehézség, ami az obstructiv cholecystitis halasztott időszakában végzett műtéteknél 55% is lehet.

A műtét előnye, hogy preoperativ cholangiographia, choledocholithotomia és choledochoduodenostoma modern vagy hagyományos minilaparotomiában is elvégezhető. A 69 choledocholithiasisból és a 6 Mirizzi-syndromából 11 esetben microlaparotomiában végeztük a műtétet. Sőt, postcholecystectomiás panaszok, cysticus csonk syndroma és EST-vel nem eltávolítható residualis kő micro- vagy modern minilaparotomiában is megoldható (27). Ehhez természetesen kellő szögben hajlított kézi műszerek szükségesek.

A műtét vitathatatlan előnye, hogy a hagyományos cholecystectomiában jártas sebész számára a műtét gyorsan elsajátítható, a műtéthez szükséges szet a laparoscopos cholecystectomiánál sokkal olcsóbban előállítható, a szükséges conversio időveszteség nélkül elvégezhető és a sebész három dimenzióban látja a műtéti területet. A három dimenzióban való látás lehetőségének alsó határa a beteg testalkatától függően 2,5—3 cm között váltakozik. Ennél kisebb metszésnél operációs mikroszkóp használatával biztosítható a 3 dimenziós látáslehetőség a műtéti terület nagyításával (11). A különböző műtéti módszerek összehasonlításánál a műtét időtartamát és a tanulási időszakot megjelölik. Természetesen a micro- és modern minilaparotomiák alkalmazásához is szükséges tanulási időszak. A laser microsebészeti módszernél (11) 10. műtét után a műtét átlag időtartama 40 percet tett ki, a micro és modern minilaparotomiában végzett cholecystectomia ismertetett egyszerűsített megoldásával egyszerű esetekben a műtét 9 és 20 perc az átmeneti csoportban 12 és 45, az obstructiv cholecystitis eseteiben 10 és 65 perc között váltakozott.

Álláspontunk szerint azonban a betegre nézve a complet cholecystectomia, ill. szükség esetén a choledochus kövesség megszüntetése az elsődleges szempont. A különböző cholecystectomiás módszerek összehasonlító vizsgálatainál a postoperativ fájdalom, a hospitalizáció és a munkába állás időtartama, valamint az esztétikai eredmény az alapvető szempont, de ismert a cholecystectomia járóbetegeken való alkalmazása is (36). Természetesen a gazdasági szempontok is fontosak, szakmai szempontból azonban hazánk infrastrukturális viszonyai miatt a beteg hazabocsátására a műtét után 48—72 óra közötti időpont a legmegfelelőbb.

A minilaparotomiák meghatározásában eddig még nem alakult ki egységes álláspont. Tapasztalataink alapján a 4 cm-nél kisebb hasfali metszésből végzett epehólyageltávolítást micro-, a 4,1—6 cm közöttit modern mini-, a 6,1 és 10 cm közöttit hagyományos minilaparotomiában végzett cholecystectomiának nevezzük (25—34). E klasszifikáció elfogadása és alkalmazása hozzájárulhat az eddigieknél pontosabb összehasonlító vizsgálatokhoz és a minilaparotomiák egységesebb értelmezéséhez.

A minilaparotomiákban végzett cholecystectomiák eddig elért eredményei nagyobb figyelmet érdemelnének. A sebészet e nem mindig könnyű területén tevékenykedők tiszteletet érdemlő erőfeszítéssel, a laparoscopos technikához mérve szinte egyéni utakon, különböző műszerek ötvözésével értek el a laparoscopos cholecystectomiához hasonló, vagy sok tekintetben azokat túlhaladó eredményeket. Kérdés, hogy a laparoscopos technikát preferáló műszergyártásnak nem lenne-e érdemes nagyobb figyelmet fordítani a minilaparotomiára. A műtét szélesebb körű terjedésének egyik fő akadálya az alapvető szet hiánya. Olcsóbb elérhetősége lehetővé tenné gazdaságilag kevésbé fejlett területeken is a minilaparotomiák alkalmazását, amelyek lényeges támogatás nélkül is a laparoscopos és hagyományos cholecystectomia realis alternatívájává váltak. Ugyanakkor a laparoscopos cholecystectomia conversiót igénylő helyzeteinek egy része micro- és modern minilaparotomiában is megoldható. Sőt e kisebb metszések korai és késői reoperatióknál is alkalmazhatók (25, 27, 28).

IRODALOM: 1. *Al-Tameem, M. M.:* Minilaparotomy cholecystectomy. J. R. Coll. Surg. Edinb., 1993, *38,* 154—157. — 2. *Assalia, A., Schein, M., Kopelman, D. és mtsa:* Mini cholecystectomy vs conventional cholecystectomy. A prospective randomized trial-implication in the laparoscopic era. World J. Surg., 1993, *17,* 755-759. — 3. *Barkun, J. S., Barkun, A. N., Sampalis, J. S. és mtsai:* Randomized controled trial of laparoscopic versus mini cholecystectomy. Lancet, 1992, *340,* 1116—1119. — 4. *Baxter, J. N., O'Dowyer, P. J.:* Laparoscopic or mini laparotomy cholecystectomy? Br. Med. J., 1992, *304,* 559—560. — 5. *Coelho, J. C. U., Araujo, R. P. M., Marschesini, J. B. és mtsai:* Pulmonary function after cholecystectomy performed through Kocher's Incision, a mini-incision, and laparoscopy. World J. Surg., 1993, *17,* 544—546. — 6. *Cheslyn-Curtis, S., Russel, R. C. G.:* New Trends in gallstone management. Br. J. Surg., 1991, *78,* 143—149. — 7. *Dubois, F., Barthelot, G.:* Cholecystectomie par minilaparotomie. Nouv. Presse. Med., 1982, *11,* 1139—1141. — 8. *Goco, I. R. Chambers, L. G.:* Mini-cholecystectomy and operative cholangiography; a means of cost containment. Am. Surg., 1983, *49,* 143—145. — 9. *Goco, I. R., Chambers, L. G.:* Dollars and Cents: Mini-cholecystectomy and Early discharge South Med. J., 1988, *81,* 162—163. — 10. *Gubern, J. M., Carulla, X. Minguilla, J.*

II. Nemzetközi Gyógyszerészeti Szakkiállítás és Konferencia

MEDI PHARMA '95

Egészségbiztosítási Önkormányzat Elnöke
Fővédnök
Dr. Sándor László

Időpont: 1995. március 2-4.

A rendezvény tervezett programja

1995. március 2-án 15.00 órakor - kerekasztal
Témái:

1. A népegészségügyi adatok és a gyógyszerellátás összefüggései;
2. A gyógyszefogyasztás jellemzői Magyarországon;
3. Az orvosok gyógyszerfelírási szokásai az új gyógyszertámogatási rendszer tükrében;
4. A magyarországi gyógyszerellátás helyzete a járulékfizető érdekképviselete (biztosító) szempontjából;
   a) gyógyszergyártók-biztosító viszonya
   b) gyógyszerkereskedők-biztosító viszonya
   c) orvosok, gyógyszerészek-biztosító viszonya

A kerekasztal résztvevői:
Dr. Arnold Csaba, Dr. Berentey György, Dr. Bolyán Ferenc,
Dr. Farsang Csaba, Dr. Fáczányi István, Dr. Gógl Árpád,
Dr. Hamvas József, Dr. Kollai Balázs, Dr. Lantosi István,
Dr. Lépes Péter, Dr. Matejka Zsuzsa, Dr. Mikola Bálint, Dr. Orbán István,
Dr. Paál Tamás, Dr. Somody Imre, Dr. Szabó Sándor, Dr. Szutrély Katalin,
Dr. Veér András

1995. március 2-4.
Kiállítás, előadások, szimpóziumok





II. Nemzetközi Gyógyszerészeti Szakkiállítás és Konferencia

MEDI PHARMA '95

Egészségbiztosítási Önkormányzat Elnöke
Dr. Sándor László
Fővédnök

A rendezvény célja:
Lehetőséget biztosítani egyrészt arra, hogy a gyógyszergyártók ismertessék cégfilozófiájukat, kutatási törekvéseiket, eredményeiket az egyes betegségek, ill. betegségcsoportok vonatkozásában, másrészt arra, hogy bemutassák - lehetőleg neves hazai és külföldi előadók bevonásával - legjelentősebb termékeiket, elsősorban az orvosok és a finanszírozók számára.

Példák a témakörökből:

Kardiológia
Fül- orr- gége
Szemészet
Gasztroenterológia
Bőrgyógyászat
Hypertónia
Nőgyógyászat
Anti-rheumatikum
Antibiotikum
Fájdalomcsillapítás
Gyermekgyógyászat-csecsemőtápszerek

Pharmavit
knoll
GEROT
WÖRWAG PHARMA
Yamanouchi
EGIS
SOLVAY PHARMA
mannheim boehringer
BIOGAL
HUNGAROPHARMA
BAYER

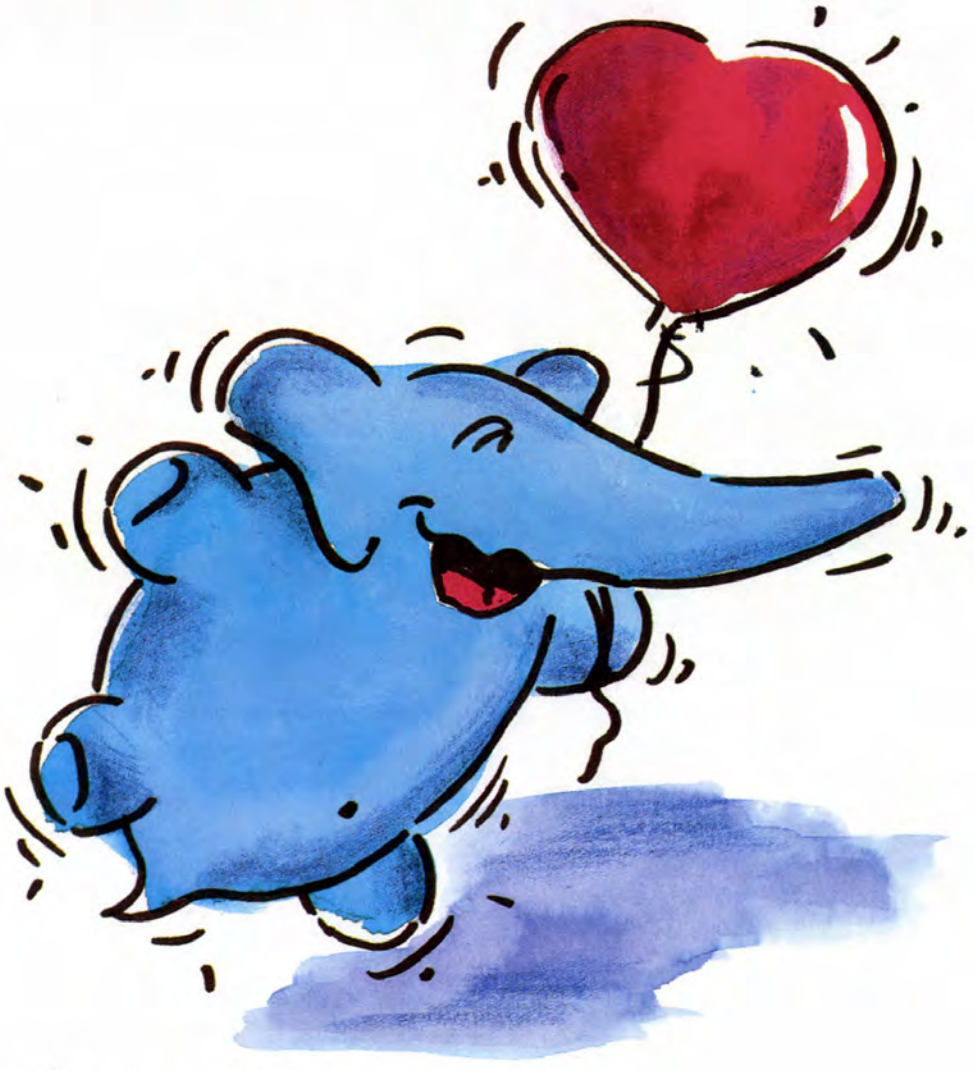
Helyszín: Hotel Ramada, Hotel Thermál Margitsziget
Szevezés és további információ:
Magyar Orvostudományi Társaságok és Egyesületek Szövetsége
1051 Bp., Nádor u. 36. Tel.: 111-6687 Fax: 183-7918

A kiállítás főtámogatója a hazai gyógyszerpiac legnagyobb forgalmazója az EGIS Rt.



EDNYT®

(enalapril maleat) tabletta 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg



Az ideális antihipertenzívum
Hatékony ACE-gátló a szívelégtelenség kezelésében

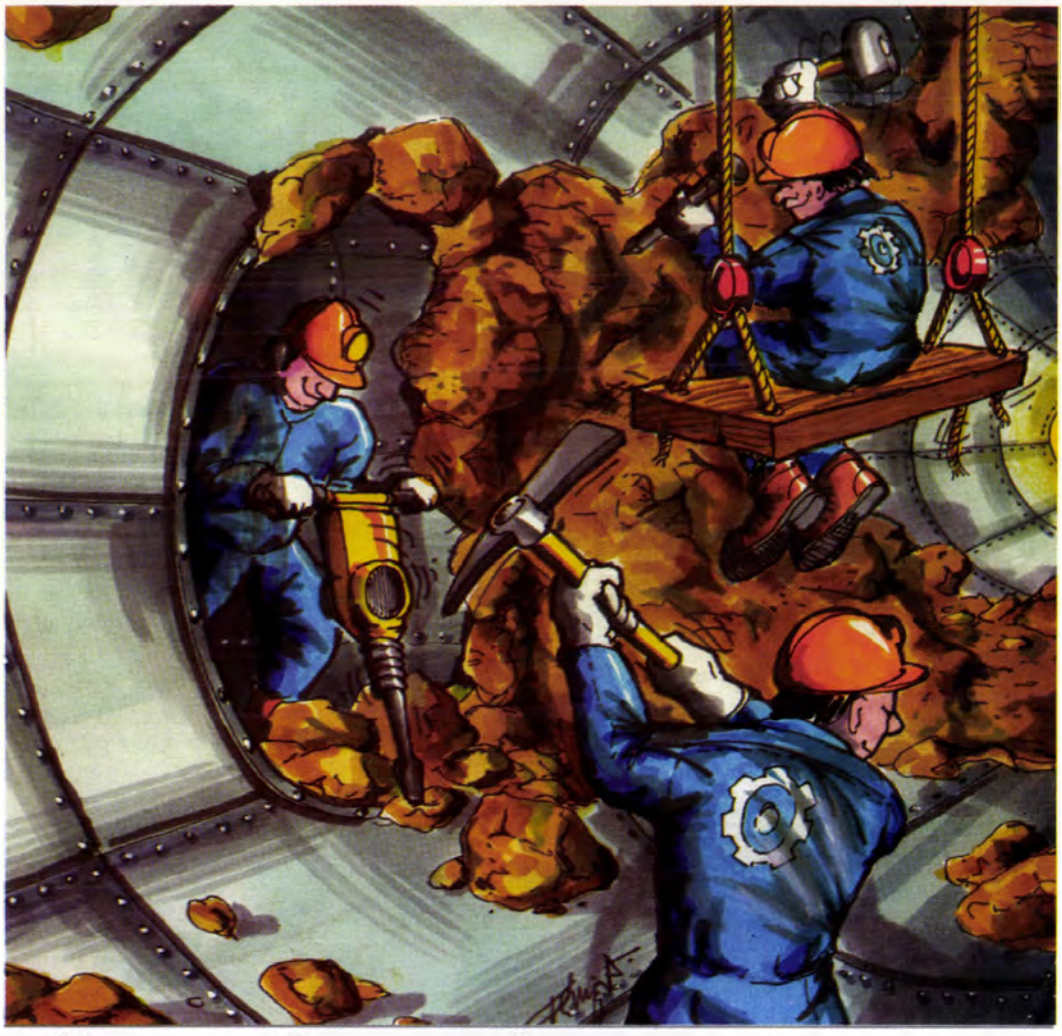
Kérjük olvassa el az alkalmazási előiratot is!

RICHTER GEDEON RT
Orvoslátogató Hálózat 262-6167
Orvostudományi Főosztály 262-6654

A jobb életminőségért - a javuló életkilátásokért

LIPANTHYL®

KAPSZULA FENOFIBRÁT



TÖBB TÁMADÁSPONTON AZ ARTERIOSZKLERÓZIS ELLEN:

Az összkoleszterin - és az LDL -koleszterinszintet csökkenti, a HDL - koleszterinszintet emeli, a trigliceridszintet csökkenti.

További kedvező hatásai:

A húgysavszintet csökkenti, a glükóztoleranciát javítja.

Biztonságosságát a világon több, mint 60 országban, Európában több mint 12.000 000 beteg kezelésében szerzett tapasztalat támasztja alá.

LIPANTHYL® kapszula az egyetlen zsíranyagcserére ható gyógyszer, amelynek 95%-os a támogatottsága.

LIPANTHYL®
RICHTER GEDEON RT
Orvoslátogató Hálózat: 262-6167
Orvostudományi Főosztály: 262-6654

RICHTER: a jól bevált recept

és mtsai: Initial experience with elective cholecystectomy through mini-laparotomy in 50 patients in a teaching surgical unit. Abstr. International Surg. Week Stockholm, 1991, 258. old. — 11. *Jakó, G., Rozsos, I.:* Endoscopic laser-microsurgical removal of human gallbladder. J. Laparoend. Surg., 1991, *1*, 227—234. — 12. *Jakó, G., Rozsos, I.:* Laparoscopic cholecystectomy. Letter to the Edit. JAMA, 1991, *266*, 796—797. — 13. *Kunz, R., Orth, K., Vogel, J. és mtsai:* Laparoskopische Cholecystectomie versus mini-lap-cholecystektomie. Ergebnisse einer prospektiven, randomisierten stude. Chirurg., 1992, *63*, 291—295. — 14. *Largiade'r, F., Rothlin, M.:* Cholecystectomy in local anesthesia by mini laparotomy. Abstr. International Surg. Week. Stockholm, 1991, 258., old. — 15. *Ledet, W. P.:* Ambulatory cholecystectomy without disability. Arch. Surg., 1990, *125*, 1434—1435. — 16. *McDermott, E. W. M., McGregor, J. R., O'Dowyer, P. J. és mtsai:* Patient outcome following laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy. Br. J. Surg., 1991, *78*, 1503. — 17. *McMahon, A. J., Russel, I. T., Baxter, J. N. és mtsai:* Laparoscopic versus mini-laparotomy cholecystectomy: a randomized trial. Lancet, 1994, *343*, 135—138. — 18. *Merril, J. R.:* Minimal trauma Cholecystectomy (a „no touch" procedure in a „well"). Ann. Surg., 1988, *54*, 256—261. — 19. *Morton, C. E.:* Cost containment with the use of „mini-cholecystectomy" and intraoperative cholangiography. Ann. Surg., 1985, *51*, 168—169. — 20. *O'Dowyer, P. J., Murphy, J. J., O'Higgins, N. J.:* Cholecystectomy through a 5 cm subcostal incision. Br. J. Surg., 1990, *77*, 1189—1190. — 21. *O'Kelly, T. J., Barr, H., Malley, W. R. és mtsa:* Cholecystectomy through a 5 cm subcostal incision. Br. J. Surg., 1991, *78*, 762. — 22. *Olsen, D. O.:* Mini-lap cholecystectomy. Amer. J. Surg., 1993, *165*, 440—443. — 23. *Pelissier, E. P., Blum, D., Meyer, J. M. és mtsa:* Cholecystectomy by mini laparotomy without muscle section: A short stay procedure. Hepato-Gastroenterol., 1992, *39*, 294—295. — 24. *Reddick, E. J., Olsen, D. O.:* Laparoscopic laser cholecystectomy. A comparison with mini-lap cholecystectomy. Surg. Endosc., 1989, *3*, 131—133. — 25. *Rozsos, I.:* Open endoscopic minimally invasive cholecystectomy. 2nd European Congr. of Surg. Brussels, 1992, S. 176. — 26. *Rozsos, I.:* Cholecystectomy by micro and mini laparotomy. Minimal appr. Surg. Budapest, 1993. march 18. — 27. *Rozsos I.:* Alternatives of minimally invasive cholecystectomy. Orv. Hetil., 1993, *134*, 1083—1087. — 28. *Rozsos, I.:* Micro and mini laparotomy cholecystectomy. 14th Congr. of. Surg. Res. Kaposvár, 1993. Abstr. 67. — 29. *Rozsos, I., Ferenczy, J., Rozsos, T.:* Antibiotic prophylaxis in micro-and mini-laparotomy cholecystectomy Orv. Hetil., 1993, *134*, 2703—2706. — 30. *Rozsos, I., Rozsos, T.:* Cholecystectomy by micro and minilaparotomy. Br. J. Surg., 1993, *80*, (Suppl. S.) 9. — 31. *Rozsos, I., Rozsos, T.:* Management of obstructive cholecystitis with minilaparotomy. Br. J. Surg., 1993, *80*, (Suppl. s. 9.). — 32. *Rozsos I., Rozsos, T.:* Micro and modern minilaparotomy cholecystectomy: A real alternative to video-laparoscopic cholecystectomy, Hepato-Gastroenterol., 1993, *3*, (Suppl. 1.), 154. — 33. *Rozsos, T., Rozsos, I.:* The management of obstructive cholecystitis with micro-and modern minilaparotomy Hepato-Gastroenterol., 1993, *3*, (Suppl. 1.) 131. — 34. *Rozsos, T., Rozsos, I.:* The management of obstructve cholecystitis with micro and minilaparotomy 14th Congr. of Surg. Res. Kaposvár, 1993, Abstr. 11. — 35. *Russel, R. C. G., Shankar, S.:* The stabilised ring retractor: a technique for cholecystectomy. Br. J. Surg., 1987, *74*, 826. — 36. *Saltzstein, E. C., Mercev, L. C., Peacack, J. B. és mtsa:* Outpatient open cholecystectomy. Surg. Gynec. Obstet., 1992, *174*, 173—175. — 37. *Sawyers, J. L.:* Mini cholecystectomy. Commentary. South Med. J., 1988, *81*, 161. — 38. *Schumacher, F. J., Kohaus, H.:* Die offene laparoskopische cholecystectomia. Chir. Praxis, 1991, *43*, 223—228. — 39. *Strasberg, S. M., Clavien, P. A.:* Overview of therapeutic modalities for the treatment of gallstone disease. Am. J. Surg., 1993, *165*, 420—426.

(Rozsos István dr., *Kaposvár*, Pf. 120. 7401)

MEGRENDELHETI külföldre bárhová, forintfizetés mellett

az ORVOSI HETILAP-ot

Magyar Posta Hírlapelőfizetési és Lapellátási Iroda (HELIR) Budapest XIII., Lehel út 10/a. 1900

ANISICS ZSOLT
bőrdíszműves
1067 Budapest, VI., Teréz krt. 21.
Telefon: 153-1875.



Klapnis:
9800 Ft

Megrendelés esetén
utánvéttel szállítunk bármilyen színű,
valódi bőrből készült
többrekeszes recepttartót,
kétfelé nyíló ampullatartót,
44x23x20 cm-es
és 40x23x20 cm-es méretű
orvosi táskát



Keretes, import bőrből
készült: 15 000–17 000 Ft

Panthenol

JENAPHARM

A készitmény tablettánként 100 mg, ampullánként 500 mg dexpanthenolt tartalmaz.

A Panthenol készitmények hatóanyaga a B vitaminok csoportjába tartozó anyag és a Koenzim A fö alkotóeleme. Ennek az enzimnek kulcsszerepe van a bör és nyálkahártyák fiziológiás állapotának fenntartásában, illetve léziójuk esetén azok regenerációjában. E hatása következtében az utóbbi évtizedben a pantoténsav gyógyászati jelentösége fokozódott nem utolsó sorban a levegöszennyeződés és allergiás diszpozíció megnövekedett volta miatt.



Jenapharm

Javallatok
Panthenol tabletta
Nyálkahártya betegségek kiegészítő kezelése a légutak gyulladásos betegségeiben (mint pl. hörgő- és garatnyálkahártya gyulladás, orrnyálkahártya-, hörgő- és gégehurut, szájnyálkahártya-gyulladás, orrnyálkahártya-, hörgő- és gégehurut, szájnyálkahártya-gyulladás, tonsillectomia utókezelése).
Olyan pantoténsav-hiányállapotok kezelése, amelyek étkezés útján nem rendezhetők, mint például a lábujjak és a talp fájdalmas állapotai (burning feet szindroma).

Panthenol injekció
Olyan pantoténsav-hiányállapotok kezelése, amelyek táplálkozás útján nem rendezhetőek, mint pl. komplett parenterális táplálás kapcsán alkalmazott vitaminszubsztitució krónikusan dializált betegek vitaminpótlása, pantoténsav-hiány okozta paraesthesiák, valamint a lábujjak és a talp fájdalmas állapota (burning feet szindroma).

Ellenjavallatok
Nem ismeretesek.

Csomagolás:
injekció 10 db 2 ml-es ampulla
tabletta 20 db à 100 mg hatóanyaggal

JENAPHARM Információs Iroda
1277 Budapest, Pf. 29.
Tel./Fax: 212-2796

JENAPHARM GmbH
Otto-Schott-Str. 15.
D-07745 Jena

KLINIKAI TANULMÁNYOK

Congenitális anomáliák szűrése a terhesség középső harmadában. Prospektív epidemiológiai tanulmány Magzati trisomiák

Tóth-Pál Ernő dr., Oroszné Nagy Judit, Papp Csaba dr., Szabó Mária dr.[1], Veress Lajos dr.[1], Török Olga dr.[1], Tóth Zoltán dr.[1] és Papp Zoltán dr.

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, I. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Papp Zoltán dr)
Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika (igazgató: Lampé László dr.)[1]

A szerzők prospektív tanulmánysorozatuk ezen második részében a magzati trisomiák praenatalis szűrésével 1988 és 1990 között szerzett tapasztalataikról számolnak be. Következtetéseiket 63 496 terhesség feldolgozása alapján szerezték az említett hároméves periódusban. Eredményeik azt mutatják, hogy a magzati trisomiák szűrésében ma hazánkban a legnagyobb szerepet az anyai életkor kapja. A ≥35 éves anyai életkor fölött javasolják az i. u. karyotypizálást. Kombinált szűrőtesztek (anyai életkor, szérum AFP, hCG, oestriol) alkalmazása csak ott engedhető meg, ahol biztosítva van a megfelelő hormonlaboratóriumi és cytogenetikai háttér. Mivel jelenleg ez Magyarországon nem hozzáférhető a terhespopuláció nagy része számára, egyelőre a magzati trisomiák szűrésének fő kritériuma az anyai életkor. Ezzel megelőzhető lenne a Down-syndromás magzatok születésének 25—30%-a.

Kulcsszavak: Down-sydroma, praenatalis szűrés, idős anyai életkor, szérum alfa-fetoprotein

Prenatal screening of congenital anomalies. Prospective randomized study. Fetal trisomies. The authors have presented their experiences on prenatal screening of fetal trisomies in this second part of a prospective study between 1988 and 1990. They gained their conclusions by processing 63 496 pregnancies during three years. The results show that maternal age plays the most important role in the prenatal screening of fetal trisomies in Hungary. They recommend fetal karyotyping for every pregnant woman aged 35 years or more. They emphasized that using of a combined screening method (i. e. maternal age, serum alpha-fetoprotein, human chorionic gonadotropin, oestriol) is only permissible if the hormonal and cytogenetic laboratory background are provided under standard circumstances. Since these are not available for the vast majority of pregnant women in Hungary they concluded that, at least for the time being, the main criteria for prenatal screening of fetal trisomies is the maternal age. By applying this recommendation 25—30 percentage of Down syndrome fetuses can be detected.

Key words: Down syndrome, prenatal screening, advanced maternal age, serum alpha-fetoprotein

A congenitális anomáliák (CA) egyik csoportját alkotó *fejlődési rendellenességekről*, terhesség alatti szűrésükről ezen tanulmánysorozat I. részében számoltunk be (41). Jelen munkánk célja ismertetni a *magzati trisomiák* praenatalis szűrésével 1988 és 1990. között szerzett tapasztalatainkat, és annak a szóban forgó betegségek születési prevalenciájára gyakorolt hatását. Ezen kívül indokoltnak tartottuk megítélni azt is, hogy napjainkban hazánkban a terhesek rutin szűrése során alkalmazott módszerektől mi várható anélkül, hogy azok értékét túl- vagy lebecsülnénk.

A genetikai betegségek a genetikai állomány öröklött, vagy szerzett károsodása következményeként kialakult kóros állapotok. Egyrészt jelentik a *chromosoma-állomány* fénymikroszkóppal kimutatható *számbeli és/vagy szerkezeti* megváltozását, másrészt a genomban keletkező *mutációkat*, melyek felismerése a molekuláris biológia módszereivel, vagy a következményes enzimdefektus kimutatásával lehetséges. Figyelembe véve, hogy ezen betegségek jelentős része súlyos, az élettel nem összeegyeztethető, vagy pedig maradandó szellemi károsodással jár, mind a családok, mind a társadalom részéről érthető az elvárás ezen betegségek praeconceptionalis megelőzésére, illetve korai praenatalis felismerésére. Praenatalis szűrésre napjainkban a chromosoma-állomány számbeli megváltozásai esetén van mód. Jelen tanulmányunkban a magzati trisomiák, ezen belül a *Down-syndroma* terhesség alatti szűréséről, ill. az ezzel szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

Beteganyag és módszer

Mint azt tanulmányunk első részében részleteztük (41), Kelet-Magyarország 21 szülészeti intézményének hároméves szülészeti anyagát dolgoztuk fel, az általunk bevezetett szülészeti, neonato-

* Hajdó-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg és Jász-Nagykun-Szolnok megyék szülészeti intézményei: 1 klinika (Debrecen), 3 megyei (Debrecen, Nyíregyháza, Szolnok), 8 városi kórházi osztály (Berettyóújfalu, Fehérgyarmat, Jászberény, Karcag, Kisvárda, Mátészalka, Mezőtúr, Vásárosnamény) és 9 szülőotthon (Hajdúböszörmény, Hajdúnánás, Kenese, Kisújszállás, Kunhegyes, Nyírbátor, Tiszafüred, Tiszalök, Törökszentmiklós).

1. **táblázat:** Chromosoma-aberratiók praenatalis diagnosztikája (Kelet-magyarországi szűrőprogram 1988. január 1—1990. december 31.)

	Diagnosztizált és terminált	Nem vette igénybe a praenat. diagn.-t vagy nem vett részt a szűrésben	Nem szűrtük +	Összesen	Összes prevalencia (ezrelék)	Születési prevalencia (ezrelék)
21-trisomia	17	14	39	70	1,102	0,853
18-trisomia	2	1	2	5	0,079	0,048
13-trisomia	—	1	—	1	0,016	0,016
Összesen	19	16	41	76	1,197	0,917

Összes prevalencia = betegség/1000 magzat (terhességi kor>16. hét) Születési prevalencia = betegség/1000 újszülött
+ mivel anyai életkor<35 év.

lógiai, genetikai adatbázis felhasználásával (38). A három megye 21 szülészeti intézményében* 1988. január 1. és 1990. december 31. között 63 496 terhesség adatait értékeltük. A terhességekben, függetlenül attól, hogy volt-e genetikai és/vagy teratológiai veszélyeztetettség, az általunk megtervezett *genetikai szűrés* történt. Ennek részleteivel fent említett közleményeinkben (38, 41) részletesen foglalkoztunk, itt csak röviden foglaljuk össze:

1. A gestatio betöltött 16. hetében anyai szérum AFP (sz-AFP) vizsgálat történt.

2. Ultrahangvizsgálatot javasoltunk a terhesség 18. és 28. hetében.

3. A ≥35 év anyai életkor esetén chorionboholy-mintavételt (CVS) tanácsoltunk. Aki ezt nem vette igénybe, a genetikai amniocentesist is felajánlottuk a gestatio 16—18. hetében.

4. A 0,3 MoM ≤AFP≤0,9 MoM érték és 30—34 éves („intermedier") kor esetén genetikai amniocentesist ajánlottunk.

5. A magas genetikai kockázatú családokban életkortól függetlenül a genetikai tanácsadás keretében speciális biokémiai, ill. molekuláris genetikai vizsgálat történt.

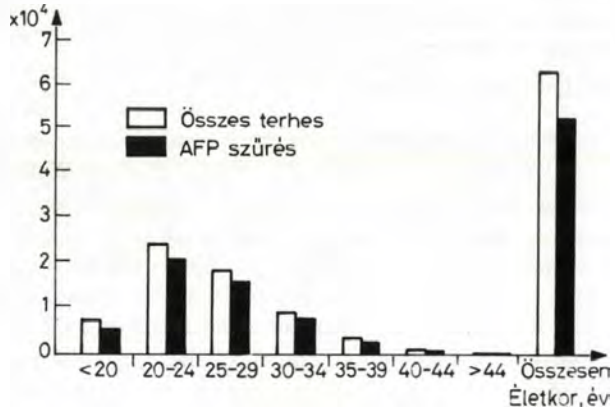
Az említett invazív beavatkozásokat a házaspárok körültekintő felvilágosítása és beleegyezése után végeztük. Abban az esetben, ha a méhen belüli magzat genetikai betegségére/fejlődési rendellenességére derült fény, a házaspár kérésére a fennálló rendelkezések értelmében a terhesség megszakítását elvégeztük, az abortumokat embriopatológiai szempontból megvizsgáltuk.

Eredmények

A három kelet-magyarországi megyében (Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok) összesen 63 496 terhesség adatait elemeztük 1988. január 1. és 1990. december 31. között. A három megye összlakossága az ország lakosainak kb. $^1/_6$-át adja, s ennek megfelelően az általunk vizsgált betegségek esetében talált összes, illetve születési prevalenciáját reprezentatívnak ítéljük.

Az *1. táblázat* a kiszűrt esetek megoszlását, valamint a terhességmegszakítások születési prevalenciára gyakorolt hatását mutatja. Dolgozatunkban összehasonlítottuk a csupán anyai életkorra hagyatkozó szűrést az anyai szérum AFP és az életkor együttes kombinációjával történő szűrővizsgálatok hatékonyságával.

Az általunk vizsgált terhespopuláció 63 496 terhese közül 53 169 (83,73%) vett részt az anyai szérum AFP szűrőprogramban *(1. ábra* és *2. táblázat)*. A legnagyobb részvételi arányt a 20—34 éves korosztályban tapasztaltuk, s mivel ez a csoport adja az „aktív" szülőnők többségét, az átlagos részvételi arány is magas. Figyelemre méltó a 20 év alattiak viszonylag alacsonyabb aránya.



1. **ábra:** Az AFP szűrésben résztvevők aránya életkorcsoportok szerint

2. **táblázat:** Az AFP szűrésben résztvevők aránya életkorcsoportok szerint

Életkor (év)	Összes terhes	AFP szűrésben részt vett	%
<20	7 545	5 471	72,51
20—24	24 542	21 251	86,59
25—29	18 267	15 896	87,02
30—34	9 067	7 598	83,80
35—39	3 365	2 545	75,63
40—44	667	392	57,90
>44	33	16	48,48
Összesen	63 496	53 169	83,73

Megvizsgáltuk a szérum AFP értékek megoszlását az egyes életkorcsoportokban *(3. táblázat)*. Az anyai szérum AFP értékeket MoM-ban (*M*ultiple *o*f the *M*edian) adtuk meg, mely elengedhetetlenül szükséges a korrekt összehasonlításhoz. A sz-AFP értékek alapján három csoportot alkottunk: *0,3—0,9 MoM* („median érték alatti csoport"); *>0,9 MoM* („median körüli és annál magasabb csoport") és *<0,3 MoM* („igen alacsony értékű csoport"). Ezt azért tettük, mert irodalmi és saját korábbi adataink szerint a 0,3—0,9 MoM csoportba esik a 21 trisomiás magzatok kb. 75%-a („kritikus csoport") (42, 43).

Az ún. intermedier anyai életkorcsoportba (30—34 év) tartozó terhesek 37%-ában az AFP a „kritikus" tartományba (0,3—0,9 MoM) esett. A 2843 esetben felajánlott amniocentesist 539 terhes fogadta el, s ezek közül két

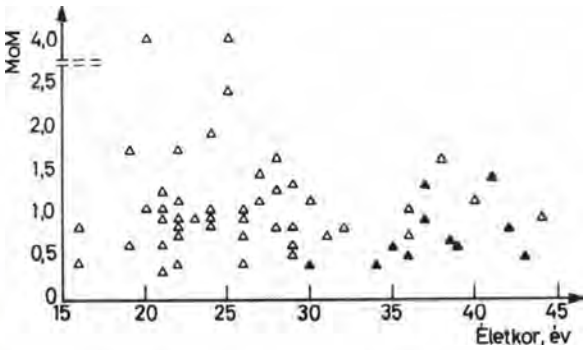
3. táblázat: Az anyai szérum AFP érték (MoM) megoszlása az egyes életkorcsoportokban

Életkor (év)	Anyai szérum AFP koncentráció			Összesen
	<0,3MoM	0,3—0,9MoM	>0,9MoM	
<20	56	2 266	3 149	5 471
20—24	174	8 509	12 568	21 251
25—29	128	6 328	9 440	15 896
30—34	54	2 843	4 701	7 598
35—39	14	878	1 653	2 545
40—44	1	109	282	392
>44	0	4	12	16
Összesen	427	20 937	31 805	53 169

4. táblázat: A Down-syndrómás esetek megoszlása az egyes életkorcsoportokban és az-AFP tartományban

Életkor (év)	Kiszűrve CVS-sel	Nem vett részt az AFP szűrésben	Anyai AFP <0,3 MoM	Anyai AFP 0,3—0,9 MoM	Anyai AFP >0,9 MoM
<20	—	1	—	3	1
20—24	—	—	—	10	8
25—29	—	—	—	7	8
30—34	—	3	—	4(2)*	1
35—39	2	3	—	6(5)*	3(1)*
40—44	3	1	—	3(2)*	2(1)*
>44	1	—	—	—	—
Összesen	6	8	—	33(9)*	23(2)*

* Amniocentesissel diagnosztizált esetek



2. ábra: A Down syndromás esetek megoszlása az anyai életkor és a szérum-AFP érték függvényében

Down-syndromás magzatot szűrtünk ki *(4. táblázat)*. A többi kilenc Down-syndromát a ≥35 életév miatt végzett amniocentesissel fedeztük fel. Az anyai életkor (≥35 év) miatt CVS útján nyert chorionboholy analízisével a terhesség első trimesterében 210 beavatkozásból hat 21-trisomiás eset került felismerésre.

A szűrésben részt nem vevők között 8 Down-syndromás magzat született, s ezen esetek fele megelőzhető lett volna kizárólag az anyai életkor alapján végzett intrauterin karyotypizálással.

Beteg magzat születését nem észleltük a sz-AFP<0,3 MoM esetekben, a 0,3—0,9 MoM csoportban 33, a >0,9 MoM csoportban 23 eset fordult elő.

A *2. ábra* mutatja a Down-syndromás esetek megoszlását az anyai szérum AFP és az életkor függvényében. A 11 darab fekete háromszög a kiszűrt és terminált, míg a 45 darab Δ a nem diagnosztizált eseteket mutatja. Az ábra jól demonstrálja, hogy a beteg magzatok nagy részét a 30 év alatti terhesek szülik, akiknél az AFP érték meglehetősen nagy szórást mutat. Látható, hogy a Down-syndromás magzatok anyáiban mért sz-AFP érték az esetek kb. 60%-ában esik 1,0 MoM alá.

Az *5. táblázatban* egy 21-trisomiás magzat kiszűrésének amniocentesis igényét számoltuk ki az egyes életkor és AFP koncentráció csoportokban. Ha kiválasztjuk a kritikus (0,3—0,9 MoM) AFP tartományba eső 35—39 éves korcsoportot, látható, hogy minden 146. amniocentesissel szűrhető ki egy 21-trisomia, míg ugyanezen életkorcsoportban, de sz-AFP>0,9 MoM esetén 551 amniocentesis lenne szükséges egy beteg magzat kiszűrésére. Ha az „intermedier" (30—34 év) korcsoportot vizsgáljuk a kritikus sz-AFP tartományban, úgy látható, hogy 2843 terhességből 4 beteg magzat fogant, ami annyit jelent, hogy 710 amniocentesis szükséges egy beteg magzat kiszűrésére. Ugyanezen korcsoportban, de sz-AFP>0,9 MoM érték esetén már 4701 amniocentesisre lenne szükség. Ebben az életkorcsoportban csupán az ún. kritikus (0,3—0,9 MoM) sz-AFP miatt felajánlott és elvégzett amniocentesisekkel a beteg magzatok 40%-át kiszűrtük ($^2/_5$).

Az *5. táblázat* azt is demonstrálja, hogy az egyes korcsoportokban a kritikus AFP tartományba eső terhesek esetén viszonylag kevesebb magzatvízvizsgálattal lehet egy beteg magzatot kiszűrni. Tekintve azonban, hogy a magzati chromosomavizsgálatok száma anyagi és személyi okok miatt, továbbá a spontán vetélések alacsony, de mégiscsak létező kockázata miatt sem növelhető korlátlanul, kézenfekvő, hogy a magzati karyotypizálás a ≥35 éves életkorcsoporton kívül az ún. kritikus sz-AFP eredménnyel rendelkező és az intermedier korcsoportba (30—34 év) tartozó terheseknél jöhetne szóba, ugyanis ebben az esetben az amniocentesis igény hétszer kisebb, mint a sz-AFP>0,9 MoM csoportban. Ugyanakkor azonban az is egyértelmű, hogy 710 amniocentesist nem lehet végezni 1 Down-syndromás magzat kiszűréséért. A 20 év alatt és 30 év felett a 0,3—0,9 MoM érték növeli ugyan a Down-syndroma statisztikai valószínűségét, de nem annyira, hogy ezért minden esetben amniocentesist kellene végezni *(6. táblázat és 3. ábra)*.

Anyagunkban a 30. életév, különösen pedig a 35. év felett a Down-syndroma születési prevalenciája jelentősen csökkent *(4. ábra)*. Elméletileg a születési prevalenciának a 35. életévtől 0-ra kellene csökkennie, azonban nem minden terhes veszi igénybe a vizsgálatot, ill. megfelelő információk hiányában nem jelentkezik genetikai tanácsadáson, vagy terhességük később kerül felismerésre, s így a magzati chromosoma-analízis már nem végezhető el.

Szűrőprogramunk alkalmazásával a Down-syndromás esetek 25%-át sikerült intrauterin diagnosztizálnunk (17/70). Ez az arány magasabb lett volna, ha a felajánlott intrauterin karyotypizálást a terhesek nagyobb hányada veszi igénybe. A *7. táblázat* mutatja az egyéb trisomiák megoszlását anyagunkban. Két esetben diagnosztizáltunk 18-trisomiát, melyek miatt vetélésindukcióra került sor.

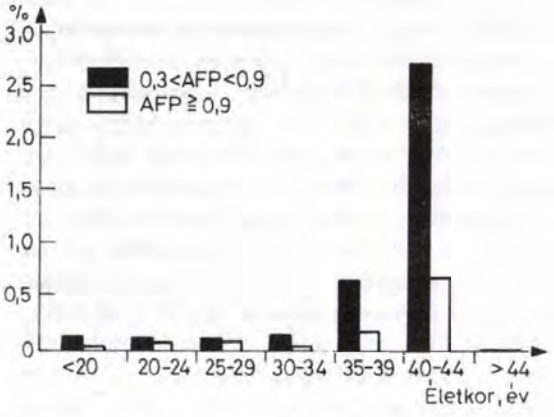
5. táblázat: Amniocentesis igény egy 21-trisomiás magzat kiszűrésére az egyes életkor és sz-AFP koncentráció csoportokban

Életkor (év)	CVS kiszűrte	<0,3 MoM	0,3—0,9 MoM		>0,9 MoM		Összesen	
<20	—	—	755	(3/2266)	3149	(1/3149)	1353	(4/5415)
20—24	—	—	851	(10/8509)	1571	(8/12 568)	1171	(18/21 077)
25—29	—	—	904	(7/6328)	1180	(8/9440)	1051	(15/15 768
30—34	—	—	710	(4/2843)	4701	(1/4701)	1508	(5/7544)
				2/539*		0/7*		
35—39	2	—	146	(6/878)	551	(3/1653)	281	(9/2531)
				5/286*		1/80*		
40—44	3	—	36	(3/109)	141	(2/282)	78	(5/391)
				2/42*		1/60*		
>44	1	—		(0/4)	—	(0/12)	—	(0/16)
Összesen	6	—	634	(33/20 937)	1383	(23/31 805)	942	56/52742

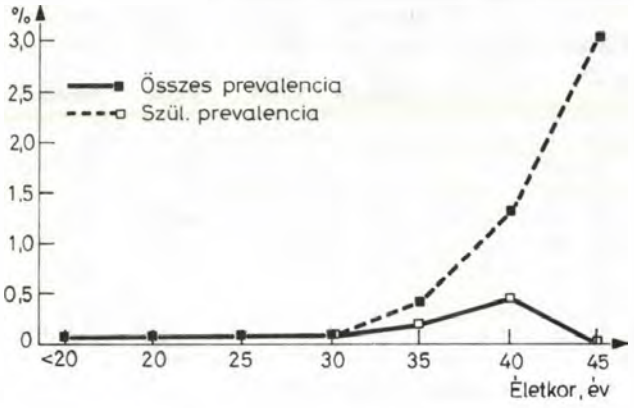
* Az elvégzett amniocentesisek találati aránya

6. táblázat: A Down-syndromás esetek %-os megoszlása az egyes életkor és sz-AFP tartományokban és azok egymáshoz viszonyított aránya

Életkor (év)	Anyai szérum AFP koncentráció				Egymáshoz viszonyított arány
	0,3—0,9MoM(%)		>0,9 MoM(%)		
<20	3/2266	(0,13)	1/3149	(0,03)	4,17
20—24	10/8509	(0,11)	8/12568	(0,06)	1,84
25—29	7/6328	(0,11)	8/9440	(0,08)	1,30
30—34	4/2843	(0,14)	1/47010	(0,02)	6,61
35—39	6/878	(0,68)	3/1653	(0,18)	3,76
40—44	3/109	(2,75)	2/282	(0,71)	3,88
>44—	0/4	(0,0)	0/12	(0,0)	0,0



3. ábra: A Down syndromás esetek megoszlása az egyes életkor és anyai szérum-AFP tartományokban



4. ábra: A Down syndroma összes és születési prevalenciája

7. táblázat: A nem 21-trisomiás esetek adatai

szAFP	Életkor (év)	Kimenetel
18-trisomia		
—	35	megszületett
—	39	amniocentesis->vetélésindukció
0,5	36	amniocentesis->vetélésindukció
0,9	26	megszületett
1,0	24	megszületett
13-trisomia		
1,4	41	megszületett

Megbeszélés

A genetikai betegségek szűrésére általában magas genetikai kockázatú családokban kerülhet sor, amennyiben a megfelelő diagnosztikus eljárás rendelkezésre áll. A másik lehetőség a magzati trisomiák, elsősorban a *Down-syndroma* szűrésében ismert. Jelentőségét az adja, hogy ez a leggyakrabban előforduló human chromosoma rendellenesség, s a Down-syndromások az értelmi fogyatékosok kb. 3—5%-át teszik ki. Előfordulási gyakorisága újszülöttek között kb. 1/900. Ismétlődési kockázata az összes Down-syndroma 95%-át kitevő egyszerű trisomia esetén az átlagosnak felel meg, s az anya életkorától függ: 35 év alatt <1%, 35 év felett a korral exponenciálisan nő.

Kézenfekvő, hogy a Down-syndroma szűrésében elsősorban az anya életkora használható fel, a kockázat egy 35 éves terhes esetében a középső trimeszterben — tehát az amniocentesis időpontjában — kb. 1/270, s ez az arány terminusban 1/380 (23, 25). A két eltérő érték közötti különbség magyarázatát az adja, hogy a Down-syndromás magzatok egy része (kb. 30%-uk) méhen belül elhal, így születési prevalenciájuk a fentieknek megfelelően csökken. Fontos tehát különbséget tenni a második trimeszterben és a születéskor tapasztalható kockázat mértéke között. A továbbiakban csak a második trimeszterbeli kockázatról beszélünk.

Jelen tanulmányunk szerint hazánkban ma a 35 év feletti szülőnők aránya kb. 6,4% és ez a csoport szüli a Down-kóros magzatok kb. 30%-át, míg a maradék 70%-ot az ennél fiatalabb korcsoport adja. Ideális esetben, kizárólag az anyai életkor alapján történő szűrésre támaszkodva tehát megelőzhető lehetne az esetek 30%-a. Elméletileg ehhez hazánkban évente több mint 10 000 praenatalis chromosoma-analízisre lenne szükség.

Az életkoron kívül néhány éve bizonyos biokémiai markerek (többek között a szérum AFP) felé fordult a figyelem, ezért 1986-ban mi is elhatároztuk, hogy az AFP koncentráció értékét is igyekszünk felhasználni a Down-syndroma szűrésére (42, 43). Egyéb markerek tesztelésére nem volt anyagi lehetőségünk.

Merkatz és mtsai (31) figyelték meg először, hogy Down-syndromás magzatok esetében az anyai szérum AFP érték kb. 25%-kal alacsonyabb az átlagosnál. Az is bizonyítást nyert, hogy az alacsonyabb sz-AFP a terhesség 15—20. hete között független az anyai életkortól, amennyiben azt MoM-ban adják meg és a terhes testsúlyával korrigálják (2, 7, 14, 18, 20—22, 29, 35). Később arra is fény derült, hogy ez csak az esetek kb. 75%-ában igaz, a maradék 25%-ban az érték nem a median alatt helyezkedik el. (Jelen tanulmányunkban 68%, ill. 32%.)

Ezek felhasználásával *Wald és mtsai* (12, 44, 45) egy kombinált szűrőmódszert dolgoztak ki, melyben nemcsak az anyai életkor, hanem a sz-AFP érték együttes figyelembevételével a 35 évnél fiatalabb terhespopuláció számára is praenatalis chromosoma-analízist ajánlottak. A módszer lényege az, hogy az anyai szérum AFP érték MoM-ban kifejezett logaritmusa a terhespopulatióban Gauss-görbe szerinti eloszlást mutat. Hasonló eloszlást mutatnak a Down-syndromás esetek is, azonban itt a görbe az alacsonyabb értékek felé tolódik el úgy, hogy csúcspontja a 0,75 MoM körül található. Könnyen belátható, hogy a két görbe átfedése jelentős. (Hasonló eloszlást mutat az anyai szérum AFP velőcsőzáródási rendellenességekben. Itt azonban a görbe a magasabb tartományok felé tolódik, s az átfedése a normál eloszlással is kisebb.)

A Down-syndroma valószínűségének egyedi esetekre történő kiszámítása oly módon történik, hogy az életkorspecifikus kockázatot módosítják egy olyan valószínűségi hányadossal, melyet a kapott sz-AFP érték a két görbén (melyek az egészséges, illetve a Down-syndromás magzatok sz-AFP szimultán eloszlását ábrázolják) meghatároz. A találati arány természetesen módosul attól függően, hogy az ún. „risk cut-off" (kockázati határ) hol van meghúzva. Ez a gyakorlatban a 35. életév korspecifikus második trimeszterbeli kockázata (1/270). A fentiekből nyilvánvaló, hogy nemcsak a 35 év feletti, hanem fiatalabb korosztályoknál is történhet magzati chromosomavizsgálat, ha a számított kockázati arány nagyobb, mint a megvont határ. Vice versa, az intrauterin karyotypizálásból kimaradhatnak azon 35 év fölötti terhesek, akik kockázata a megszabott határ alá esik (44).

Egyéb szérummarkerek után kutatva, az oestriolról bebizonyosodott, hogy értéke szintén alacsonyabb (MoM-ban megadva) 21-trisomiás magzatok esetében (8—10, 15, 17, 25, 26, 28, 37). A human chorialis gonadotropin (hCG) szérumkoncentrációját, pontosabban annak beta-hCG formáját ugyanakkor jelentősen magasabbnak találták beteg magzatok esetében (4—6, 9, 11, 15, 24, 25, 27, 33, 34, 36, 39).

Ezen újabb szérummarker hasonlóan az AFP-hez, valamint a szabad oestriolhoz, Gauss-görbe szerinti eloszlást mutat, ahol is beteg magzatok esetén a görbe a magasabb értékek felé mozdul. Csúcspontja 1,8 MoM közelében van (19).

Wald és mtsai szerint az anyai életkor, valamint a három említett szérummarker együttes felhasználásával 48%-os találati arány érhető el (45). Eredményeiket hatékonyság és költségmegtérülés szempontjából többen megkérdőjelezik (14, 16, 35). Napjainkban újabb markerek kutatása (immunreaktív inhibin, CA 125 stb.) folyik, azonban ezek hasznosságát egyelőre nem erősítették meg.

Eredményeink alapján azt állapítottuk meg, hogy amennyiben az amniocentesis életkor határt lejjebb szállítjuk és a 30—34 éveseknek kritikus sz-AFP koncentráció esetén amniocentesist ajánlunk, úgy több száz cytogenetikai analízissel lehetne 1—1 Down-syndromát diagnosztizálni, ami természetesen nem rentábilis és nem is engedhető meg az amniocentesissel 0,5—1%-ban együtt járó spontán vetélés veszélye miatt. Nincs tapasztalatunk, ezért nincs alapunk a másik szűrőteszt értékeléséről nyilatkozni (a három szűrőteszt alkalmazásával 48%-os találati arány érhető el, 5%-os álpozitív eredménnyel; (11, 45), mégis úgy látjuk, hogy a hazai cytogenetikai laboratóriumok nincsenek olyan helyzetben, hogy ilyen nagy mennyiségű chromosoma-analízist el tudjanak végezni, amennyit e három teszt együttes alkalmazása igényelne. Jelen adataink szerint, ha minden 35 év feletti terhes nő praenatalis chromosoma-analízisben részesülhetne, a Down-syndromás magzatok 25—30%-a kiszűrhető lenne. Ezzel hazánkban meg kell elégedni és mindent megtenni annak érdekében, hogy a hazai cytogenetikai laboratóriumok képesek legyenek a 35 év feletti analízisekre. Nem véletlen, hogy Németországban sem javasolják a biokémiai szűrőtesztek alkalmazását, hanem kizárólag az életkort (35 éves korhatárnál) tekintik a magzati chromosoma-analízis javallatának (32).

A gestatio második/harmadik trimeszterében széles skáláját ismerjük az ultrahangvizsgálattal kimutatható chromosoma-abnormalitásokhoz társuló magzati malformatióknak. Legtöbbjük nem specifikus egy-egy chromosoma-aberratióra, de felhívhatja a figyelmet, s így praenatalis diagnosztikát tehet indokolttá (3, 13, 40, 47). Ennek részleteiről egy másik közleményünkben számoltunk be (1).

A Down-syndroma szűrésében a legtöbb perspektívát nyújtó, s jelenleg még kísérleti stádiumban levő módszer a magzati sejtek (trofoblasztok, erythrocyták, lymphocyták) anyai vérből történő kivonása után, a 21-es chromosoma egyes regióinak fluorescens in situ hibridizációs (FISH) módszerrel történő kimutatása (30, 46).

Következtetés

Eredményeink és a közleményünkben leírtak alapján az alábbi következtetéseket vonhatjuk le:

1. Ha egy házaspárnak már született Down-syndromás gyermeke, öröklődő translocatio esetén újabb terhességben szakmailag indokolt a praenatalis chromosoma-analízis.

2. Ha az előzményben szereplő Down-syndroma egyszerű 21-trisomia következménye, az ismétlődési kockázat az anyai életkor függvénye. Ilyen esetekben 35 éves anyai életkor alatt újabb terhességben praenatalis chromosoma-vizsgálat szakmailag nem indokolt, de ha a házaspár ragaszkodik hozzá, „szülői aggodalom az előzményben szereplő Down-syndromás gyermek születése miatt" javallat megengedhetővé teszi a vizsgálatot, tehát kérésére el kell végezni.

3. A 35 éves, vagy idősebb terhesek ma Magyarországon jogosan kérhetik a praenatalis chromosomavizsgálatot. Ha egy laboratórium ezt kapacitás hiányában nem tudja elvégezni, úgy köteles felvilágosítást adni az egyéb laboratóriumok címéről.

4. A praenatalis chromosoma-analízis módja a chorionboholy-minta, vagy az amniocentesis útján nyert magzatvízsejtek karyotypizálása. A chorionboholy mintavétel időpontja a gestatio 10—12. hete, a genetikai amniocentesis időpontja a 16—18. hét. Ahol nincs lehetőség magzatvízsejt-tenyésztésre, ott a 16—18. héten végzett CVS is elfogadható. A mintavétel időpontjáról és módjáról a házaspárt tájékoztatni kell.

5. Szérummarkerek (AFP, hCG, oestriol) felhasználásával praenatalis szűrés szervezése csak ott engedhető meg, ahol a kiszűrt terhesek számára biztosítható a praenatalis chromosoma-analízis, tehát a cytogenetikai laboratóriumi háttér. Nem járható út az, hogy kizárólag a szérum AFP szűrést végző körzetekből az alacsony szérum AFP értékű terheseket praenatalis genetikai központba irányítják. Csak standardizált körülmények között végzett szérummarker vizsgálatokra alapozva és chromosomavizsgálati háttérrel rendelkező körzetekben engedhető meg napjainkban a biokémiai szűrés.

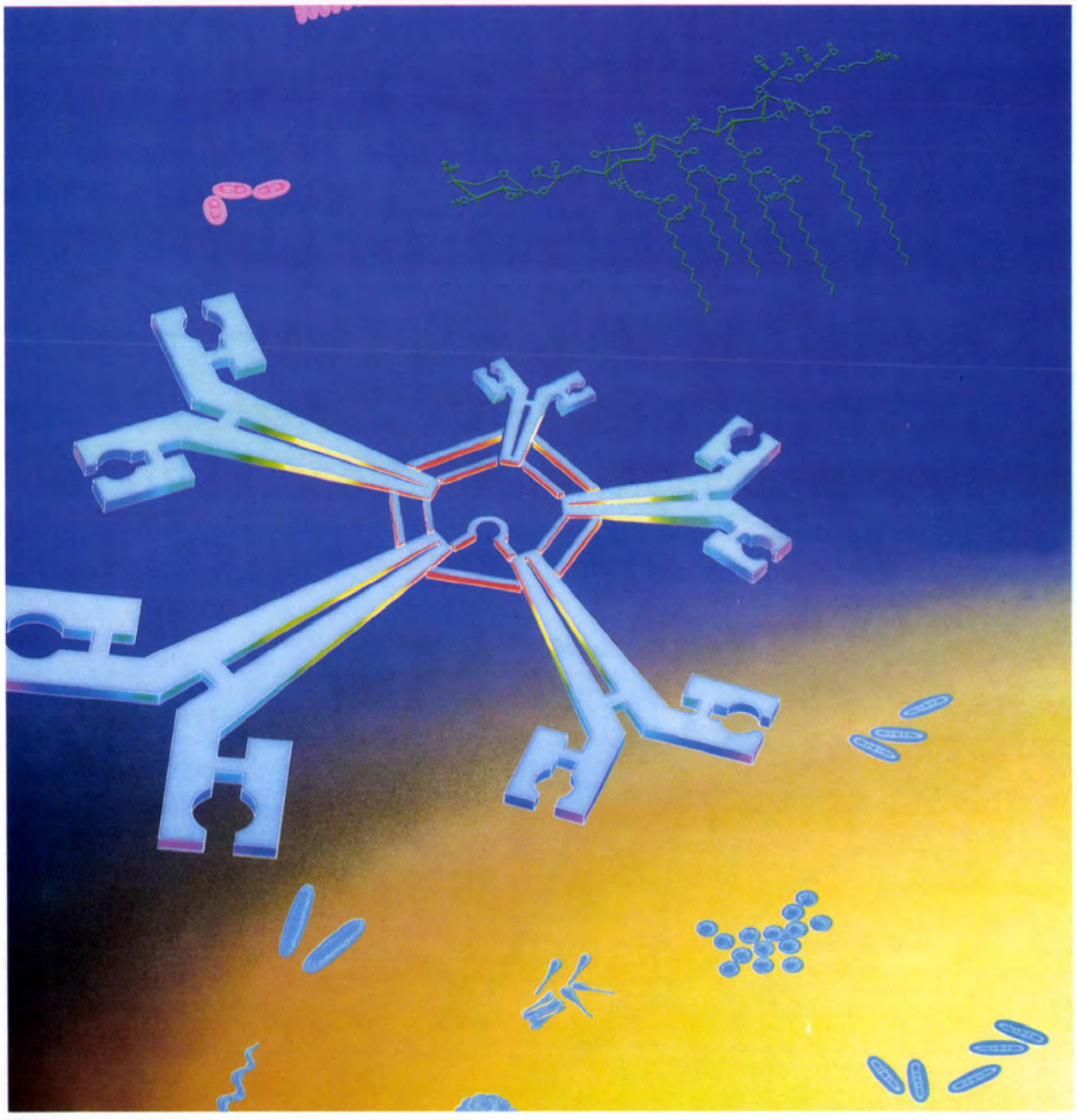
6. Amennyiben egy terhes szakmai (orvosi) indikáció nélkül, kizárólag önmaga megnyugtatására szeretne praenatalis chromosomavizgálatot végeztetni, úgy a költségek és a szóba jöhető veszélyek vállalása esetén a vizsgálat elvégezhetőségét jogszabály nem tiltja.

7. Minden esetben a házaspárnak kérnie kell a vizsgálatot és alá kell írnia a kérelem és beleegyező nyilatkozatot.

IRODALOM: 1. *Ádám Zs., Szabó I., Csabay L. és mtsai:* Kromoszóma-rendellenességekre gyanús ultrahangjelek a terhesség alatt. LAM, 1994, *4,* 602—607. — 2. *Ashwood, E. R., Cheng, E., Luthy, D. A.:* Maternal serum alpha-fetoprotein and fetal trisomy-21 in women 35 years and older: Implications for alpha-fetoprotein screening programs. Am. J. Med. Genet., 1987, *26,* 531—539. — 3. *Benacerraf, R. R., Neuberg, D., Frigoletto, F. D.:* Humeral shortening in second-trimester fetuses with Down syndrome. Obstet. Gynecol., 1991, *77,* 223—227. — 4. *Bogart, M. H., Golbus, M. S., Srog, M. és mtsa:* Human chorionic gonadotropin levels in pregnancies with aneuploid fetuses. Prenat. Diagn., 1989, *9,* 379—384. — 5. *Bogart, M. H., Pandian, M. R., Jones, O. W.:* Abnormal maternal serum chorionic gonadotropin levels in pregnancies with fetal chromosome-abnormalities. Prenat. Diagn., 1987, *7,* 623—630. — 6. *Bogart, M. H., Jones, O. W., Felder, R. A. és mtsai:* Prospective evaluation of maternal serum human chorionic gonadotropin levels in 3428 pregnancies. Am. J. Obstet. Gynecol., 1991, *165,* 663—667. — 7. *Brandenburg, H., Gho, C. G., Jahoda, M. G. J. és mtsai:* Effect of chorionic villus sampling on utilization of prenatal diagnosis in women of advanced maternal age. Clinic. Genet., 1992, *41,* 239—242. — 8. *Canick, J. A., Knight, G. J., Palomaki, G. E. és mtsai:* Low second trimester maternal serum unconjugated oestriol in pregnancies with Down's syndrome. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1988, *95,* 330—333. — 9. *Canick, J. A., Knight, G. J., Palomaki, G. E. és mtsa:* Second trimester levels of maternal serum unconjugated estriol and human chorionic gonadotropin in pregnancies affected by fetal anencephaly and open spina bifida. Prenat. Diagn., 1990, *10,* 733—737. — 10. *Crandall, B. F., Golbus, M. S., Goldberg, J. D. és mtsa:* 1st-trimester maternal serum unconjugated estriol and alpha-fetoprotein in fetal Down syndrome. Prenat. Diagn., 1991, *11,* 377—380. — 11. *Crossley, J. A., Aitken, D. A., Connor, J. M.:* Prenatal screening for chromosome abnormalities using maternal serum chorionic gonadotropin, alpha-fetoprotein and age. Prenat. Diagn., 1991, *11,* 83—101. — 12. *Cuckle, H. S., Wald, N. J., Thompson, S.:* Estimating a woman's risk of having a pregnancy associated with Down's syndrome using her age and serum alpha-fetoprotein level. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1987, *94,* 1226—1228. — 13. *Donnenfeld, A. E., Mennuti, M. T.:* Sonographic findings in fetuses with common chromosome abnormalities. Clin. Obstet. Gynecol., 1988, *31,* 80—96. — 14. *Greenberg, F., Deljunco, D., Alpert, E.:* Gestational age at maternal serum alpha-fetoprotein screening and the detection of Down syndrome. 1990, *47,* 583—583. — 15. *Greenberg, F., Schmidt, D., Darnule, A. T. és mtsai:* Maternal serum alpha-human chorionic gonadotropin, and unconjugated estriol levels in midtrimester trisomy 18 pregnancies. Am. J. Obstet. Gynecol., 1992, *166,* 1388—1392. — 16. *Gutteridge, W.:* Antenatal screening for Down's syndrome. BMJ, 1992, *305,* 768. — 17. *Haddow, J. E., Palomaki, G. E., Knight, G. J. és mtsai:* Maternal serum unconjugated estriol levels are lower in the presence of fetal Down syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol., 1990, *163,* 1372—1373. — 18. *Harris, R., Andrews, T.:* Prenatal screening for Down's syndrome. Arch. Dis. Child., 1988, *63,* 705—706. — 19. *Herrou, M., Leporrier, N., Leymarie, P.:* Screening for fetal Down syndrome with maternal serum HCG and oestriol: a prospective study. Prenat. Diagn., 1992, *12,* 887—892. — 20. *Hook, E. B.:* Current difficulties in use of maternal serum alpha-fetoprotein levels in counseling midtrimester older pregnant-woman regarding risk of a Down syndrome fetus. Am. J. Med. Genet., 1988, *31,* 247—250. — 21. *Kaffe, S., Hsu, L. Y. F.:* Maternal serum alpha-fetoprotein screening and fetal chromosome anomalies. Is lowering maternal age for amniocentesis preferable? Am. J. Med. Genet., 1992, *42,* 801—806. — 22. *Kallen, N., Knudsen, L. B.:* Effects of maternal age distribution and prenatal diagnosis on the population rates of Down syndrome. A comparative study of 19 populations. Hereditas, 1989, *110,* 55—60. — 23. *Knight, G. J., Palomaki, G. E., Haddow, J. E.:* Use of maternal serum alpha-fetoprotein measurments to screen for Downs's syndrome. Clin. Obstet. Gynecol., 1988, *31,* 306—327. — 24. *Knight, G. J., Cole, L. A.:* Measurement of choriogonadotropin free beta-shunt. An alternative to choriongonadotropin in screening for fetal Down syndrome. Clin. Chem., 1991, *37,* 779—782. — 25. *MacDonald, M. L., Wagner, R. M., Slotnick, N.:* Sensitivity and specificity of screening for Down syndrome with alpha-fetoprotein, hCG, unconjugated estriol, and maternal age. 1991, *77,* 63—68. — 26. *Macri, J. N., Kasturi, R. V., Krantz, D. A. és mtsai:* Maternal serum unconjugated estriol levels are lower in the presence of fetal Down syndrome. Am. J. Obstet. Gynecol., 1990, *163,* 1373—1374. — 27. *Macri, J. N., Kasturi, R. V., Krantz, D. A. és mtsai:* Maternal serum Down syndrome screening. Free beta protein is a more effective marker than human chorionic gonadotropin. Am. J. Obstet. Gynecol., 1990, *163,* 1248—1253. — 28. *Mancini, G.,*

PENTAGLOBIN®

Magas IgM tartalmú humán intravénás immunglobulin



Évmilliók óta az IgM a szepszis hatékony ellenszere

Adagolás: Sepsis kezelésére 5 ml/tskg/24 óra 3 egymást követő napon át, de a klinikai állapottól függően további adagolásra is szükség lehet.
Kiszerelés: 10 és 20 ml-es ampulla, 50 és 100 ml-es infusio.

Biotest Hungaria Kft
1118 Budapest XI. Beregszász út 55/B
Tel./Fax: 166-4008, 166-4182

Biotest

PROZAC®

antidepresszáns

20 mg/nap

AZ ÚJRA FELFEDEZETT ÉLET

A PROZAC® hatékony, egyszerű és kényelmes terápiát biztosít a depresszió minden fokozatában és típusában



ALKALMAZÁSI ELŐIRAT – rövid összefoglalója. **Hatóanyag:** fluoxetinum. **Javallat:** depresszió, obscessiv-compulsiv betegség ("kényszerneurosis"). **Ellenjavallat:** túlérzékenység; gyermekkor; súlyos vese-elégtelenség; MAO-gátló kezeléssel kombinálva, vagy a MAO-gátló kezelést követő 14 napon belül; szoptatás. **Adagolás:** napi 20 mg mind depresszióban, mind obscessiv-compulsiv betegségben. **Mellékhatás:** hányinger, idegesség, álmatlanság, szorongás, szédülés, fejfájás, asthenia, tremor, izzadás, nausea, diarrhea, szájszárazság, kiütés, láz. **Gyógyszerkölcsönhatás:** MAO-inhibitor (l. ellenjavallatok), lithium triciklikus antidepressans. **Figyelmeztetés:** csak akkor alkalmazzuk terhesség alatt, ha vitathatatlanul szükséges. Szoptatás idején nem javallt. Bőrpír, allergiás reakció vagy epilepsiás roham esetén a gyógyszer adását fel kell függeszteni. Jelentős májkárosodás vagy enyhe-középsúlyos veseelégtelenség esetén alacsonyabb adag ajánlott. **Kiszerelés:** 14 db, 28 db kapszula. **Gyártó:** Eli Lilly and Company. *Az alkalmazási előirat teljes szövege megtalálható a Lilly Hungáriánál.*

Lilly

További információval szívesen állunk rendelkezésére:

Lilly Hungária,
1075 Budapest, Madách Trade Center, Madách Imre u. 13-14., 7. em. Tel.: 267-9801

A BIOGAL GYÓGYSZERGYÁR ANTIBIOTIKUMAI

Alap penicillinek

Oxybion szirup
Vegacillin tabletta
Maripen tabletta
Penicillin injekció 200 000 E, 1 000 000 E
Promptcillin és Promptcillin forte szuszpenziós injekció
Retardillin szuszpenziós injekció 400 000 E, 1 000 000 E

Széles spektrumú penicillinek

Amoxicillin	4 g/80 ml porszirup
	250 mg kapszula
	750 mg tabletta
	1000 mg tabletta
Penglobe	400 mg filmtabletta

Széles spektrumú, β-laktamáz stabil penicillinek

Augmentin	por sziruphoz 156 mg/5 ml
	375 mg filmbevonatú tabletta
	625 mg filmbevonatú tabletta
	600 mg i.v. injekció
	1.2 g i.v. injekció

Aminoglikozidok

Brulamycin	40 mg/ 1 ml injekció
	80 mg/ 2 ml injekció
	szemcsepp

Makrolidok

Eryc	125 mg kapszula
	250 mg kapszula

Új makrolidok

Klacid	250 mg filmtabletta
	granulátum szuszpenzió készítéséhez 125 mg/ 5 ml

Cefalosporinok

Epocelin	0.5 g injekció
	1 g injekció
Cefobid (B-Pfizer)	1 g injekció
	2 g injekció



A hatásos terápia biztos tudatában

BIOGAL Gyógyszergyár Rt.,
Farmamarketing és
Információs Osztály
4042 Debrecen, Pallagi út 1

broncho-vaxom

felnőtt- és gyermekkapszula

A légzőrendszer polivalens immunbioterápiája.



Gyógyít és megelőz

Serkenti a szervezet természetes védekezőmechanizmusait.

Enyhíti a légúti fertőzések klinikai tüneteit.

Csökkenti a recidívák gyakoriságát, időtartamát és súlyosságát.

Csökkenti az antibiotikum-fogyasztást.

Forgalomba hozza:

Perona, M., Dallamic, D. és mtsai: Screening for fetal Down's syndrome with maternal serum markers: An experience in Italy. Prenat. Diagn., 1991, *11*, 245—252. — 29. *Martin, A. O., Liu, K.:* Implications of low maternal serum alpha-fetoprotein levels. Are maternal age risk criteria obsolete? Prenat. Diagn., 1986, *6*, 243—247. — 30. *McKeown, C. M. E., Waters, J. J., Stacey, M. és mtsai:* Rapid interphase FISH diagnosis of trisomy 18 on blood smears. Lancet, 1992, *340*, 495. — 31. *Merkatz, I. R., Nitowsky, H. M., Macri, J. N. és mtsa:* An association between low maternal serum alpha-fetoprotein and fetal chromosome abnormalities. Am. J. Obstet. Gynecol., 1984, *148*, 886—893. — 32. Moratorium der Deutschen Gesselschaft für Humangenetik. Heidelberg, 1991. — 33. *Miller, C. H., Obrien, T. J., Chatelai, S. és mtsai:* Alteration in age specific risk for chromosomal trisomy by maternal serum alpha fetoprotein and human chromosomal trisomy by maternal serum alpha fetoprotein and human chorionic gonadotropin screening. Prenat. Diagn., 1991, *11*, 153—158. — 34. *Muller, F., Boué, A.:* A single chorionic gonadotropin assay for maternal serum screening for Down's syndrome. Prenat. Diagn., 1990, *10*, 389—398. — 35. *Osathanondh, R., Canick, J. A., Abell, K. B. és mtsai:* Second trimester screening for trisomy 21. Lancet, 1989, *2*, 52—52. — 36. *Ozturk, M., Milunsky, A., Brambati, B. és mtsai:* Abnormal maternal serum levels of human chorionic gonadtoropin free subunits in trisomy 18. Am. J. Med. Genet., 1990, *36*, 480—483. — 37. *Palomaki, G. E., Knight, G. J., Haddow, J. E. és mtsai:* Prospective intervention trial of a screening protocol to identify fetal trisomy 18 using maternal serum alpha-fetoprotein, unconjugated oestriol, and human chorionic gonadotropin. Prenat. Diagn., 1992, *12*, 925—930. — 38. *Papp Z., Süveges D-né, Szabó Gy-né és mtsai:* A szülészeti és genetikai ellátás nyomon követése számítógépes rendszer segítségével. Orv. Hetil., 1990, *15*, 803—806. — 39. *Petrocik, E., Wassman, E. R., Kelly, J. C.:* Prenatal screening for Down syndrome with maternal serum human chorionic gonadotropin levels. Am. J. Obstet. Gynecol., 1989, *161*, 1168—1173. — 40. *Shulman, L. P., Emerson, D. S., Felker, R. E. és mtsai:* High frequency of cytogenic abnormalities in fetuses with cystic hygroma diagnosed in the first trimester. Obstet. Gynecol., 1992, *80*, 80—82. — 41. *Tóth-Pál E., Papp Cs., Szabó M. és mtsai:* Congenitális anomáliák szűrése a terhesség középső harmadában. Prospektív epidemiológiai tanulmány. Fejlődési rendellenességek. Orv. Hetil., 1993, *43*, 2355—2360. — 42. *Veress L., Szabó M., Horváth K. és mtsai:* Alacsony szérum alpha-fetoprotein koncentráció és Down syndroma. Orv. Hetil., 1986, *127*, 1232—1233. — 43. *Veress L., Szabó M., Polgár K. és mtsai:* A Down syndroma praenatalis szűrése az anyai szérum AFP koncentráció mérésével. Orv. Hetil., 1988, *129*, 1677—1677. — 44. *Wald, N. J., Cuckle, H. S.:* AFP and age screening for Down syndrome. Am. J. Med. Genet., 1988, *31*, 197—209. — 45. *Wald, N. J., Kennard, A., Densem, J. W. és mtsai:* Antenatal maternal serum screening for Down's syndrome: results of a demonstration project. BMJ, 1992, *305*, 391—394. — 46. *Wessman, M., Ylinen, K., Kruutila, S.:* Fetal granulocytes in maternal venous blood detected by in situ hybridization. Prenat. Diagn., 1992, *12*, 993—1000. — 47. *Wilson, R. D., Venir, N., Farquharson, D. F.:* Fetal nuchal fluid — Physiological or Pathological? — In pregnancies less than 17 menstrual weeks. Prenat. Diagn., 1992, *12*, 755—763.

(Tóth-Pál Ernő, *Budapest*, Baross u. 27. 1088)

ERGOCOMP
TERHELÉSES MÉRŐRENDSZER

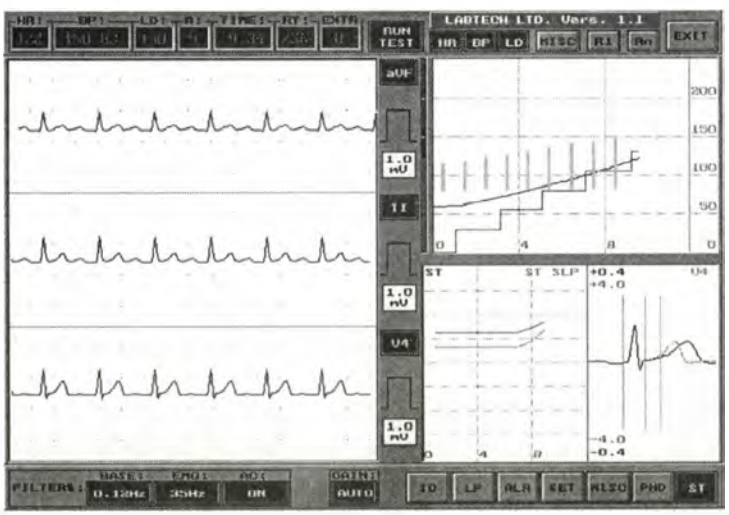
LAB TECH

A rendszer egységei:

- IBM számítógép, Laser printer
- 12 elvezetéses EKG
- automata vérnyomásmérő
- kerékpárergométer
- opció: reakcióidő, pCO2, pO2

Főbb jellemzők:

- folyamatos EKG, ST, BP, HR monitorozás
- definiálható riasztási feltételek
- trendek, reprezentánsok, szakértői rendszer
- rugalmasan állítható terhelési módok
- időtálló, minőségi nyomtatás Laser printeren



Magyar termék, elérhető ár !

Próbahasználat lehetősége!

Kérésére a mérőrendszert részletesen bemutató DEMO lemezt és leírást küldünk !

LABTECH Kft
4031 Debrecen, Vág út 4.
Tel./Fax.: (52) 310-128
(52) 412-023

Útmutató az Orvosi Hetilap szerzői számára

A folyóirat célja. Az Orvosi Hetilap összefoglaló közleményeket, eredeti tudományos munkákat és rövid kísérletes tanulmányokat, esetismertetéseket közöl a klinikai kutatás bármely területéről. Előnyben részesülnek azok a közlemények, amelyek a mindennapos klinikai orvosi gyakorlattal szoros kapcsolatban vannak.

Közlünk még folyóiratreferátumokat, leveleket a Szerkesztőhöz, beszámolókat, könyvismertetéseket, valamint egyéb, az orvostudománnyal kapcsolatos aktuális írásokat.

A kéziratok elbírálásának és elfogadásának joga a szerkesztőséget illeti. Az útmutató gondos tanulmányozása és a kéziratnak az abban foglaltak szerinti elkészítése meggyorsítja a kéziratok szerkesztőségi feldolgozását.

Kéziratok. A kéziratokat magyar nyelven kell beküldeni gépírással, 2-es sorközzel a lap egy oldalán gépelve. Valamennyi szerzőnek rendelkeznie kell egy kéziratpéldánnyal arra az esetre, ha a szerkesztőségbe küldött példány elveszne.

A kézirat tartalmazza: 1. címoldal; 2. magyar összefoglalás, kulcsszavak; 3. angol összefoglalás (angol címmel), key words; 4. rövidítések jegyzéke (ha van); 5. szöveg; 6. irodalomjegyzék; 7. táblázatok; 8. ábrajegyzék; 9. ábrák, külön mellékletként.

Az oldalszámozást a címoldaltól kezdve folyamatosan kell megadni. Az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

1. A címoldalon sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, mely rövidítést nem tartalmazhat, a szerzők neve — az utolsó szerző neve előtt „és" —, a szerzők munkahelye (feltüntetve a várost is), pontos utalással arra, hogy mely szerző mely munkahelyen dolgozik.

2—3. Az összefoglalást magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön-külön lapon. Nem tartalmazhat rövidítéseket. Megszerkesztésénél az alábbi szempontokat kell figyelembe venni:

Célkitűzés, módszer, eredmények és következtetés(ek) lényegre törő megfogalmazása történjék oly módon, hogy csupán az összefoglalás elolvasása is elegendő legyen a dolgozat lényegének megértéséhez. A magyar és az angol összefoglalás hossza igazodjon egymáshoz, az egy szabvány gépelt oldalt — külön-külön — ne haladják meg. Új bekezdések egyik összefoglalóban sem szerepelhetnek.

Az Index Medicusban használt kulcsszavakat kell alkalmazni. Ha ilyen nincs (pl. új gyógyszer esetén), akkor az Index Medicus alapelvei az irányadók.

4. A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott rövidítésekről külön jegyzéket kell készíteni.

5. A kézirat világos szerkesztése különösen fontos az olvasó számára. Az eredeti közleménynél a bevezetőben néhány mondatban meg kell jelölni a kérdésfelvetést. A részletes történelmi bevezetést kerülni kell. Az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti közleményekre és összefoglalókra kell korlátozni. A bevezetés külön alcímet nem kap.

A módszertani részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a szerzők az eredményeket megkapták. Amennyiben a módszereket már közölték, csak a metodika alapelveit kell megjelölni, hivatkozva a megfelelő irodalomra.

A kézirathoz csatolni kell klinikofarmakológiai vizsgálatok esetén az illetékes etikai bizottság állásfoglalását, és ezt a módszertani részben fel kell tüntetni.

Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia — Egészségügyi Tudományos Tanács állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes. A metodikai részben erre utalni kell.

A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni.

Ötven alatti esetszámnál az értékek törtként való megadását és a százalék érték zárójelben történő feltüntetését kérjük.

Az eredmények és megbeszélés részeket külön és világosan kell megszerkeszteni.

A megbeszélés rész legyen kapcsolatban az ide vonatkozó legújabb ismeretanyaggal, valamint azokkal a megállapításokkal, amelyekből a szerzők a következtetéseket levonták. Az eredmények újszerűsége világosan tűnjön ki.

A módszerek, eredmények, megbeszélés részek megfelelő alcímeket kapjanak.

A közlemény hossza. A konkrét szöveges rész az összefoglaló referátumoknál a 15, az eredeti közleményeknél a 10, a rövid kísérletes közlemények és az esetismertetések esetén a 6, minden egyéb kéziratnál a 10 szabvány (30 sor, 60 leütés) gépelt oldalt nem haladhatja meg.

6. Irodalmi hivatkozások. Csak azok az irodalmi hivatkozások sorolhatók fel, melyekre a szövegben utalás történt és direkt kapcsolatban vannak a kutatott problémával. A hivatkozásokat abc sorrendben kell megadni, folyamatosan gépelve, az egyes tételeket gondolatjellel elválasztva. Háromnál több szerző esetén a három szerző neve után „és mtsai" (4 szerző esetén a három szerző neve után „és mtsa") írandó. A folyóiratok nevének nemzetközi rövidítését kell használni.

Példák:

Bajusz, S.: Interaction of trypsin like enzymes with small inhibitors. In Proteinase action. Szerk.: Elődi Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest. 1984, 277-298. old.

Casolaro, M. A. Fells, G., Wewers, M. és mtsai: Augmentation of lung antineutrophil elastase capacity with recombinant human alpha-1-antitrypsin. J. Appl. Physiol., 1987, *63,* 2015—2023.

Rónai P., Daubner K.: A Dixon műtéttel szerzett tapasztalataink. Orv. Hetil., 1982, *123,* 2293—2298.

Az idézett hivatkozások száma maximálisan 50 lehet. A kézirat szövegében az utalás az adott tétel számának zárójelben való megadásával történjék.

Az irodalomjegyzék végén meg kell adni a levelező szerző nevét és pontos címét.

7. A táblázatokat címmel kell ellátni, minden táblázatot külön lapon kell megadni. A címben és a táblázatban szereplő esetleges rövidítések magyarázata a táblázattal egy lapon szerepeljen.

8. Valamennyi ábra címét és a hozzá tartozó esetleges rövidítések magyarázatát egy közös lapon kell megadni.

Az ábrákon és táblázatokon ugyanazon adatok ne szerepeljenek.

9. A fotók mérete lehetőleg 8 vagy 17 cm széles legyen. Színes ábrák közlésére jelenleg nem tudunk vállalkozni. Korábban már közölt ábra csak a szerző és a kiadó engedélyével közölhető.

Kémiai nevek és rövidítések. Valamennyi gyógyszer esetén a nemzetközileg elfogadott kémiai nevet kell használni. Ha márkanév említésre kerül, meg kell adni a kémiai összetételt és a gyár nevét is.

Ortográfia. A köznyelvben meghonosodott idegen szavak írhatók magyar helyesírás szerint, egyébként az etimologikus írásmód követendő.

A kézirat beküldési helye: Orvosi Hetilap Szerkesztősége Budapest 7, Pf.: 142. 1410.

A közlemények végső elfogadása csak abban az esetben történik meg, ha azok formailag teljes egészében megfelelnek ezen útmutatásnak.

Az el nem fogadott kéziratokat nem küldjük vissza.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK

A musculus sphincter Oddi működését befolyásoló idegelemek megoszlása, szerkezete és transmitter tartalma

Fehér Erzsébet dr., Donáth Tibor dr., Montagnese Ecaterina dr., Fodor Mariann dr. és Fehér János dr.[1]

Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, I. Anatómiai Klinika (igazgató: Réthelyi Miklós dr.)
II. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Tulassay Zsolt dr.)[1]

Különböző ellenanyagok és avidin-biotin-peroxidáz módszerrel vizsgáltuk a neuropeptid tartalmú idegelemeket, valamint nicotinamid-dinukleotid-foszfát-diaforáz (NADPH-d) reakcióval mutattuk ki a nitrogen monoxid (NO) szintáz tartalmú idegelemeket a macska ampulla hepatopancreatica (musculus sphincter Oddi) falában. Nagyon sok NPY, VIP, P anyag és somatostatin immunreaktív idegrost található minden rétegben. Néhány immunjelzett (NPY, VIP, P anyag) idegsejt szintén megfigyelhető a falban. A NO tartalmú idegsejtek két csoportba sorolhatók a sejtnagyság és nyúlványok száma alapján: nagy sejtek számos nyúlvánnyal és kis kerek sejtek, amelyek csak egy vagy két nyúlványt bocsátanak ki. A sejtek 99%-a a NADPH-d reakciót mutat és a fal minden rétegében megtalálható. A NADPH-d tartalmú idegrostok is minden rétegben megfigyelhetők, de legnagyobb mennyiségben az izomrétegben. A rostok megoszlása és az effektor sejtekhez való viszonyuk alapján feltételezhető, hogy ezen neuropeptidek szerepet játszanak a működésben, és hogy a NO tartalmú rostok felelősek a nem cholinerg és nem adrenerg gátló működésért.

Kulcsszavak: ampulla hepatopancreatica, Oddi sphincter, neuropeptidek, NO, beidegzés

Distribution, structure and transmitter content of nerve elements influencing function of Oddi's sphincter. Nerve elements containing neuropeptides were observed by using different antisera and Avidin-Biotin-Peroxidase technique and the distribution of nicotinamide adenine dinucleotide phosphate-diaphorase (NADPH-d), a marker for nitric oxide (NO) synthase were studied in the ampulla hepatopancreatica (sphincter of Oddi) in the cat. A large amount of NPY, VIP, Substance P, somatostatin immunoreactive nerve fibers were found in all layers. Some immunoreactive nerve cell bodies (NPY, VIP, SP), were also observed in the wall. The NADPH-d stained cell bodies could be distinguished according to their size and the number of processes into two neuronal subtypes: large neurons with many dendrites and smaller, round cells with one or two processes. 99% of the cell bodies showed pozitive reactions for NADPH-d. The nerve fibers with NADPH-d activity were found in all layers, chiefly in the muscle layers. According to the distribution of the nerve fibers and the relationship to the effector cells, it is suggested, that these neuropeptides might have an important role in the function, and the NO containing nerve fibers are responsible for the nonadrenergic and noncholinergic inhibitory function.

Key words: ampulla hepatopancreatica, sphincter Oddi, neuropeptides, NO, innervation

Az epe ürüléséért különböző tényezők felelősek: így a májban az epe szintézise, az epehólyag kontrakciója és nem utolsósorban a m. sphincter Oddi működése. A nyugalmi fázisban a máj relatíve állandó mennyiségű epét termel. Az étkezések után (a postprandiális fázis II. stádiumában) egy erős epehólyag összehúzódással egy időben a m. sphincter Oddi relaxációja jár együtt. Ezen fázis fontos mediátora a cholecistokinin és más peptidek, így a gastrin, motilin, vasoaktiv intestinalis polypeptid (VIP) és más nem adrenerg, nem cholinerg neurotransmitterek (5, 12, 16, 24, 30). Számos farmakológiai anyag, így adrenerg és cholinerg hatásúak is befolyásolhatják az epe ürülését (9). Egyik leghatékonyabb a nitrogénmonoxid (NO), amely a m. sphincter Oddi relaxációjáért feltehetően jelentősen felelős (17, 26).

Újabban számos szerző bizonyította, hogy a nikotinamid-dinukleotid-foszfát-diaforáz (NADPH-d) specifikus markere a nitrogénmonoxid szintáz (NO) enzimek és ugyanazon idegelemekben található mind a központi, mind a perifériás idegrendszerben (7, 10, 15). Az újabb fiziológiai és farmakológiai vizsgálatok feltételezik, hogy az emlős gyomor-bélcsatorna nem adrenerg és nem cholinerg gátlása ezen NO tartalmú idegelemek útján valósulna meg (8, 31, 34).

Bár a fény- és elektronmikroszkópos vizsgálatok bizonyították az idegrostok jelenlétét a falban (12), de a sejtek

Rövidítések: NADPH-d = nicotinamid-dinukleotid-foszfát-diaforáz; NO = nitrogen monoxid; NPY = neuropeptid Y; VIP = vasoaktiv intestinalis polypeptid; SP = P anyag; CGRP = calcitonin generelated peptid; ABC = avidin-biotin-peroxidáz; CCK = cholecystokinin

lokalizációjára, transzmitter tartalmára és finom szerkezetükre eddig kevés adat áll rendelkezésre. Ezért jelen munkánkban feleletet szeretnénk kapni arra a kérdésre, hogy melyek azok a neuropeptidek, amelyek a leggyakrabban fordulnak elő az ampulla hepatopancreatica falában, mely rétegben találhatók, milyen a kapcsolatuk a feltételezett effector sejtekhez és hogy a NO milyen idegi elemekhez kapcsolódik.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkhoz fiatal (1,5—2 kg) macskákat használtunk. Az állatokat intraperitoneálisan 20 mg/kg natrium pentobarbitállal altattuk, majd az aortán keresztül 50 ml fiziológiás sóval és utána 1000 ml fixálóval perfundáltuk. A fixáló oldat 4% paraformaldehydet, 0,1% glutaraldehydet, 15% telített picrin savat tartalmazott 0,1 M foszfát pufferben (pH = 7,3). A m. sphincter Oddi azon területét vizsgáltuk, amely már a duodenum falában helyezkedik el és mint a ductus choledochus és a ductus pancreaticus major közös egyesült szakasza (új nomenclaturája: ampulla hepatopancreatica). Ezen területből fény és elektronmikroszkópos vizsgálatra kis darabot vágtunk ki és egy éjszaka tovább fixáltuk glutaraldehydmentes fixálóban. Foszfát pufferes mosás után Vibratom segítségével 40 mikrométer vastag metszeteket készítettünk. A metszeteket 20%-os glucose oldatban folyékony nitrogennel fagyasztottuk és a primer szerumnak megfelelően különböző csoportokba osztottuk. A primer szerumos inkubálás 48 óráig történt a következő antitestekkel: neuropeptid Y (NPY), P anyag (SP), somatostatin, calcitonin gene-related peptid (CGRP) és vasoaktiv intestinalis polypeptid (VIP). A jelzett idegelemek kimutatására avidin-biotin-peroxidáz (ABC) technikát alkalmaztunk. (VIP és P anyag antitest; Amersham, Buckinghamshire, Anglia), CGRP antitest P. E. Sawchenko (Salk Institute, San Diego) ajándéka, az NPY, somatostatin és CCK az intézet egyik laboratóriumában készült) (20, 21).

A NADPH-d reakcióhoz a metszeteket 37 °C-on sötétben a következő oldattal inkubáltuk: 10—20 mg NADPH (Sigma), 5—9 mg Nitroblue tetrazolium só (Sigma) és 100 μl Triton × 10 ml foszfát pufferben oldva. A reakció befejezése után a metszeteket dehydráltuk és DePeX-szel lefedtük. Elektronmikroszkópos vizsgálathoz a metszeteket osmiummal utófixáltuk, dehydráltuk és Durcupánba ágyaztuk.

Az immunjelzés intensitását az egyik szerző (F. E.) értékelte. A kivett közös epe-pancreas vezeték 1500—2800 μm^2-nyi területén minden egyes állatnál leszámolta a jelzett rostokat és az eredményt 1000 μm^2 területre vonatkoztatta. A semikvantitativ skála a következő jelzéseket mutatja: —, +, ++, +++ és ++++, ami reakciómentességet, egy rostot, mérsékelt, számos és nagyon sok immunjelzett rostot jelent.

Kontrollként a metszetek inkubálásánál preabsorbciót (antitest és a megfelelő peptid) használtunk, vagy a reakciót adó anyagot kihagytuk.

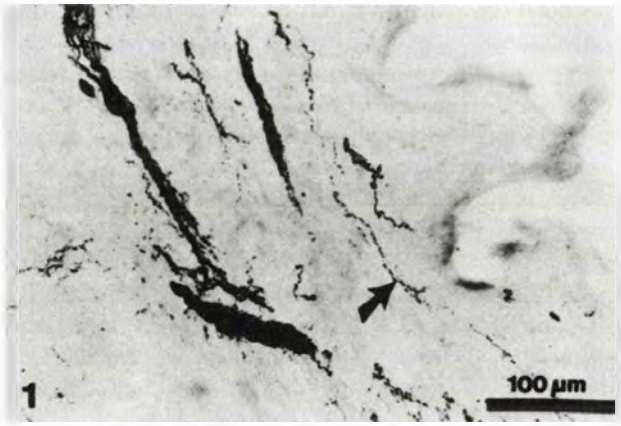
Eredmények

NPY, VIP, P anyag, CGRP és somatostatin a fal minden rétegében megtalálható *(l. táblázat)*. A leggyakoribb neuropeptid az NPY és a VIP, melyek minden rétegben egyforma sűrűséggel fordulnak elő. Legsűrűbb a jelzés az izomrétegben *(1., 2. ábra)*, de egy-egy immunreaktív idegrost a hámsejtek alatt is megtalálható. P anyag és somatostatin immunreaktív rost csak mérsékelt mennyiségben fordul elő a falban *(3. ábra)*. CGRP pozitív rost ritkán tallható, de minden rétegben előfordul. CCK jelzett rost csak az izomrétegben és csak elvétve található.

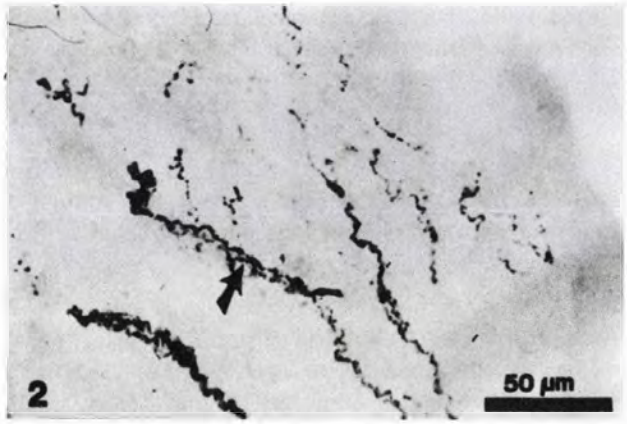
1. táblázat: Immunreaktív idegrostok megoszlása az ampulla hepatopancreatica (m. sphincter Oddi) falában macskában

Réteg	NPY	VIP	P anyag	Somato-	CGRP	CCK
Izom	++++	++++	+++	++	++	+
Nyálkahártya	+++	+++	+++	++	++	—
Erek mellett	+++	+++	++	+	+	—

Semiquantitatív meghatározás: (—) = 0, (+) = 1, (++) = mérsékelt, (+++) = számos, (++++) = nagyon sok immunjelzett rost található/1000 μm^2 szövetterületen



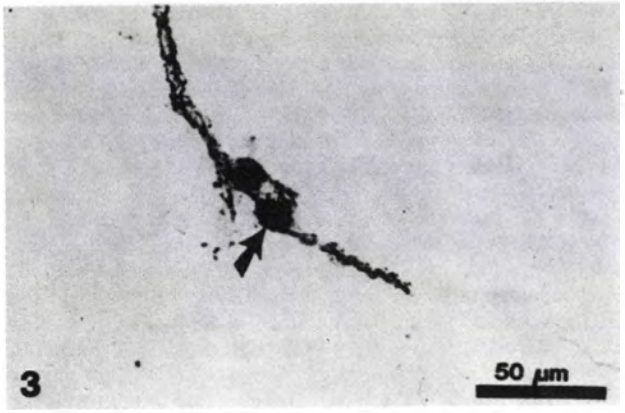
1. ábra: NPY immunreactiv idegrostok a sphincter Oddi falában. Nyíl jelzi a pozitív idegrostokat a tunica mucosában (360×)



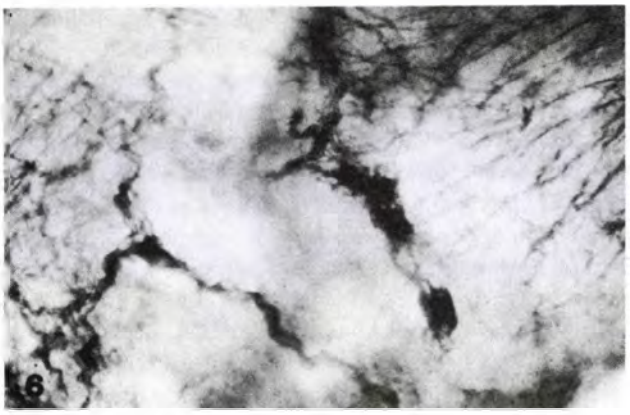
2. ábra: VIP immunreactiv idegrostok (nyíl) a simaizom rétegben (540×)

Az erek mellett nagyszámú NPY, VIP, P anyag és CGRP jelzett rost figyelhető meg. Immunjelzett idegsejteket csak NPY, VIP és P anyaggal tudtunk kimutatni a m. sphincter Oddi idegfonataiban *(3. ábra)* és a közeli duodenum myentericus fonatában. E helyeken még néhány somatostatin immunreaktív idegsejt is található.

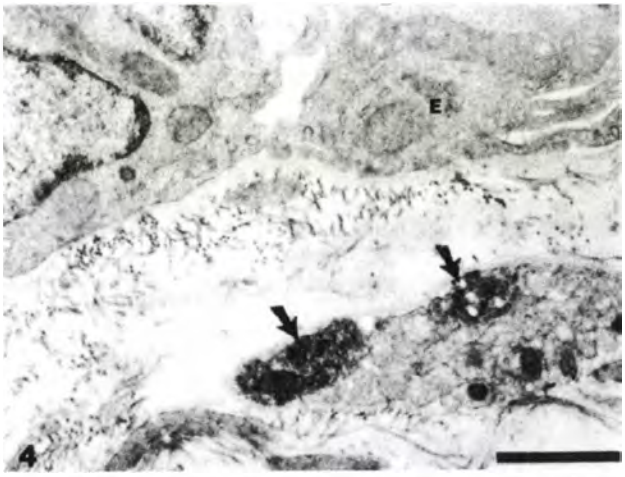
Elektronmikroszkópos vizsgálattal a jelzett idegrostok a simaizom sejttől és a felszíni hámsejttől közeli (20—200 nm) távolságra találhatók *(4., 5. ábrák)*. Bennük számos kis üres és nagy szemcsés vesicula figyelhető meg.



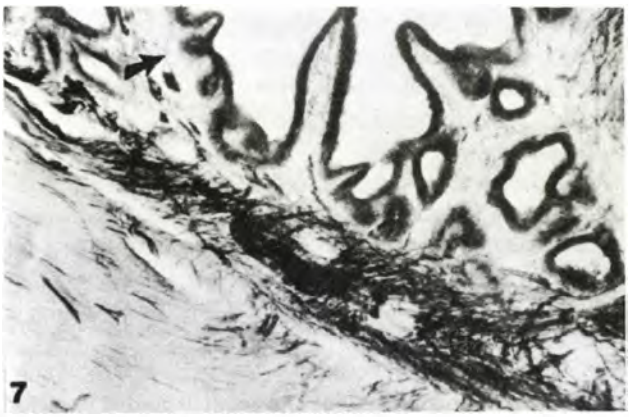
3. ábra: P anyag pozitív idegsejtek (nyíl) a m. sphincter Oddi falában (360×)



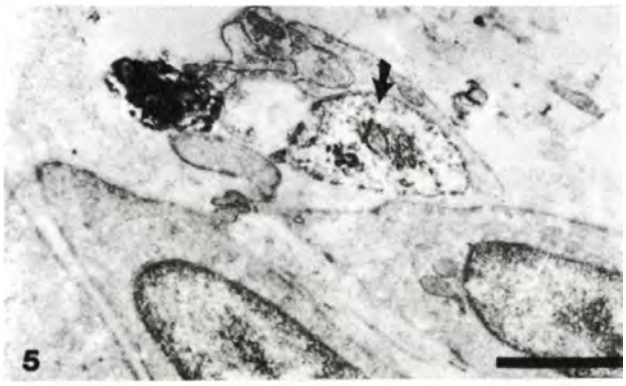
6. ábra: NADPH-d pozitív multipolaris idegsejtek a m. sphincter Oddi myentericus fonatában (540×)



4. ábra: NPY immunreactiv idegrostok, amelyek szinaptikus vesikulákat tartalmaznak (nyíl) közvetlenül a felszíni hám alatt (30000×)



7. ábra: NADPH-d pozitív kis sejt a tunica mucosaban. Nyíl jelzi a belőle kiinduló nyúlványt, amely a felszíni hám alá tart (540×)



5. ábra: VIP immunreactiv idegrostok a simaizom sejt mellett (nyíl) (30000×)

A továbbiakban sorozat metszeteken a sphincter Oddi területén található összes NADPH-d idegsejtet megszámoltuk. A pozitív idegsejtek nagyságuk és nyúlványaik száma alapján két csoportba osztályozhatók: a) nagy sejtek, amelyek számos nyúlvánnyal rendelkeznek és főleg a myentericus fonatban találhatók *(6. ábra);* b) kis sejtek, amelyek csak egy-, esetleg kétnyúlványúak és a tunica mucosában helyezkednek el *(7. ábra).* A megszámolt idegsejtek 99%-a pozitív volt és csak elvétve található olyan idegsejt, amelyik nem adta a reakciót. A NADPH-d reakciót adó idegrostok a fal minden rétegében nagy mennyiségben megtalálhatók, beleértve a tunica mucosát is. Számuk lényegesen nagyobb, mint az ugyanazon metszeten található duodenum izomrétegeiben elhelyezkedő pozitív rostok.

A csatorna felszíni hámja minden egyes vizsgált esetben gyenge reakciót mutatott.

Megbeszélés

Jelen vizsgálataink alapján macskában az ampulla hepatopancreatica, közelebbről a m. sphincter Oddi területe számos immunjelzett idegelemet tartalmaz. Az NPY pozitív idegrostok egy része valószínűleg a szimpatikus postganglionaris noradrenerg idegrostoknak felel meg, mivel a legtöbb emlős perifériás noradrenerg idegrostban az NPY colokalizálva fordul elő (23, 33). Ezenkívül azonban minthogy egy-egy idegsejt is immunreaktivitást mutat a falban

saját, intrinsic idegrostok is találhatók. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy az NPY idegelemek eredete kétféle; külső, a prevertebralis ganglionok nyúlványai, és belső, a helyi idegsejtek nyúlványai. *Mawe és Gershon* (25) 6-OH-dopaminnal bizonyította, hogy az epehólyag NPY tartalmú idegelemei, hasonlóan a m. sphincter Oddi területéhez, két helyről származnak. A gyomor és pancreas NPY tartalmú idegelemei is két helyről származnak (18, 29). Ezen NPY tartalmú idegrostok valószínű felelősek az erek tágasságáért és esetleg modulálhatják a többi transmitter működését és a falból kiinduló reflexeket (32).

Mivel számos P anyag és somatostatin tartalmú idegsejt található a m. sphincter Oddi falában és a közvetlen duodenum falban, ezért ezen rostok feltételezhetően csak belső eredetűek. Ezen neuropeptidek szintén modulálhatják az Oddi sphincter működését. Fiziológiai vizsgálatok bizonyították, hogy az octreotid, a somatostatin szintetikus analógja szignifikánsan stimulálja a m. sphincter Oddi aktivitását (1, 11). Jelen vizsgálatunkkal macskában CGRP pozitív idegsejteket nem sikerült kimutatni sem a m. sphincter Oddi, sem a duodenum falában, így feltételezzük, hogy ezen terminálisok külső, valószínűleg érző spinalis duc eredetűek (19).

A falban a leggyakrabban előforduló másik neuropeptid a VIP. A jelzett idegrostok nagyon közel találhatók a simaizom sejt membránjához, ami a peptid közvetlen hatását bizonyíthatja (13, 28). Fiziológiai vizsgálatokkal bizonyították, hogy a VIP infúzió dózisfüggően relaxálja a macska Oddi sphinctert.

Számos NADPH-d pozitív idegsejt tartalmaz különböző peptidet a központi és perifériás idegrendszerben (2, 34). Jelen vizsgálataink bizonyítják, hogy a m. sphincter Oddi falában nagy mennyiségű NO szintáz tartalmú idegelem található. Az irodalmi adatok feltételezik, hogy ezen neuronokban a NO a VIP-pel co-lokalizációban fordul elő és ezen VIP/NADPH tartalmú idegelemek képviselnék a gátló motor neuronokat (31). Jelen vizsgálataink alapján feltételezhetjük, hogy a VIP jelzett idegelemek is tartalmazhatnak NADPH-d enzimet, de minthogy lényegesen több a NADPH-d pozitív idegelem, így valószínű, hogy a NO nemcsak a VIP idegelemekben található, hanem más neurotransmitterrel és neuropeptiddel is co-lokalizálhat. Ugyancsak morfológiailag valószínűsíthető, és az újabb fiziológiai adatok is megerősítik, hogy a NO a m. sphincter Oddi területén is gátló hatású (4, 6, 22) és ezáltal szabályozza az epe és a pancreasnedv megfelelő mennyiségének ürülését a duodenumba.

IRODALOM: 1. *Adami, G. F. Leandri, R., Sarles, J. C.:* Effect of somatostatin on the rabbit Oddis's sphincter in vivo. Interrelation of somatostatin and cholecystokinin. Gastroenterol. Clin. Biol., 1986, *10,* 108—111. — 2. *Aimi, Y., Fujimura, M., Vincent, S. R. és mtsa:* Localization of NADPH-diaphorase-containing neurons in sensory ganglia of the rat. J. Comp. Neurol., 1991, *306,* 382—392. — 3. *Aimi, Y., Kimura, H., Kinoshita, T. és mtsai:* Histochemical localization of nitric oxide synthase in rat enteric nervous system. Neuroscience, 1993, *53,* 553—560. — 4. *Allescher, H. D., Lu, S., Daniel, E. E. és mtsa:* Nitric oxide as putative nonadrenergic noncholinergic inhibitory transmitter in the opossum sphincter of Oddi. Am. J. Physiol., 1992, *262,* G695—702. — 5. *Alumets, J., Fahrenkrug, J., Håkansson, R. és mtsai:* A rich VIP nerve supply is characteristic of sphincters. Nature, 1979, *280,* 155—156. — 6. *Baker, R. A., Saccone, G. T., Brookes, S. J. és mtsa:* Nitric oxide mediates nonadrenergic, noncholinergic neural relaxation in the Australian possum. Gastroenterology, 1993, *105,* 1746—1753. — 7. *Barbiers, M., Timmermans, J. P., Scheurmann, D. W. és mtsai:* Distribution and morphological features of nitergic neurons in the porcine large intestine. Histochemistry, 1993, *100,* 27—34. — 8. *Barthó L., Kóczán, G., Pethő, G. és mtsa:* Blockade of nitric oxide synthase inhibits nerve-mediated contraction in the rat small intestine. Neurosci Lett., 1992, *145,* 43—46. — 9. *Behar, J., Biancani, P.:* Pharmacology of biliary tract. In Handbook of Physiology. The Gastrointestinal System. Szerk.: Wood, J. D., Rauner, B. B. New York, University Press, 1989, 1103—1131. old. — 10. *Bélai, A., Schmidt, H. H. W., Hoyle, C. H. V. és mtsai:* Colocalization of nitric oxide synthase and NADPH-diaphorase in the myenteric plexus of the rat gut. Neurosci Lett., 1992, *143,* 60—64. — 11. *Binmoeller, K. F., Dumas, R., Harris, A. G. és mtsai:* Effect of somatostatin analog octreotide on human sphincter of Oddi. Dig. Dis. Sci., 1992, *37,* 773—777. — 12. *Cai, W. és Gabella, G.:* Innervation of the gallbladder and biliary pathways in the guinea-pig. J. Anat., 1983, *136,* 97—109. — 13. *Cai, W., Gu, J., Huang, W. és mtsai:* Peptide immunoreactive nerves and cells of the guinea-pig gall bladder and biliary pathways. Gut, 1983, *24,* 1186—1192. — 14. *Dahlstrand, C., Theodorsson, E., Dahlström, A. és mtsa:* VIP antisera inhibit the relaxatory motor responses of the feline sphincter of Oddi and gallbladder induced by VIP or vagal nerve stimulation. Acta Physiol. Scand., 1989, *137,* 375—378. — 15. *Dawson, T. M., Bredt, D. S. Fotuhi, M. és mtsai:* Nitric oxide synthase and neuronal NADPH diaphorase are identical in brain and peripheral tissue. Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 1991, *88,* 7797—7801. — 16. *Davison, J. S., Al-Hassani, M.:* The role of non-cholinergic non-adrenergic nerves in regulation the distensibility of guinea pig gallbladder. In Gastrointestinal Motility. Szerk.: Christensen, J. New York, Raven Press, 1980, 89—95. old. — 17. *Fehér, E., Montagnese, C.:* Distribution and morphological features of nicotinamide adenine dinucleotide phosphate diaphorase (NADPH-D) activity in intrinsic neurons of the Oddi sphicter of the cat. Neurosci. Lett., 1994, *170,* 114—116. — 18. *Ferri, G. L., Ali-Rachedi, A., Bloom, S. R. és mtsai:* Immunocytochemical localization of neuropeptide Y-like immunoreactivity in extrinsic noradrenergic and intrinsic gut neurons. Front. Horm. Res., 1984, *12,* 81—84. — 19. *Goehler, L. E., Sternini, D., Brecha, N. C.:* Calcitonin gene-related peptide immunoreactivity in the biliary pathway and liver of the guinea-pig. Distribution and colocalization with substance P. Cell. Tissue Res., 1988, *253,* 145—150. — 20. *Horváth, S., Palkovits, M., Görcs, T. J. és mtsai:* Electronmicroscopic immunocytochemical evidence for the existence of bidirectional synaptic connections between growth hormone-releasing hormone- and somatostatin-containing neurons in the hypothalamus of the rat. Brain Res., 1989, *481,* 8—15. — 21. *Gulyás, A. I., Görcs, T. J., Freund, T. F.:* Innervation of different peptide-containing neurons in the hippocampus by gabaergic septal afferents. Neuroscience, 1990, *37,* 31—44. — 22. *Lonovics, J., Jakab, I., Szilvássy, J. és mtsa:* Regional differences in nitric oxide-mediated relaxation of the rabbit sphincter of Oddi. Eur. J. Pharmacol., 1994, *255,* 117—122. — 23. *Lundberg, J. M., Hedlund, B., Ånggard, A. és mtsai:* Costorage of peptides and classical transmitters in neurons. In Systematic Role of Regulatory a Peptides. Szerk. Bloom, S. R., Polak, J. M., Lindenlaub, E. Stuttgart, Schattauer, 1982, 93—119. old. — 24. *Melander, T., Millbourn, E., Goldstein, M.:* Distribution of opoioidergic, sympathetic and neuropeptide Y-positive nerves in the sphincter of Oddi and biliary tree of the monkey, Macaca fascicularis. Cell Tissue Res., 1991, *266,* 597—604. — 25. *Mawe, G. M., Gershon, M. D.:* Structure, afferent innervation and transmitter content of ganglia of the guinea-pig gallbladder: relationship to the enteric nervous system. J. Comp. Neurol., 1989, *283,* 374—390. — 26. *Mourelloa, M., Guarner, F., Molero, X. és mtsai:* Regulation of gallbladder motility by arginine-nitric oxide pathway in guinea pigs. Gut, 1993, *34,* 911—915. — 27. *Sand, J., Tainio, H., Nordback, I.:* Neuropepti-

des in pig sphincter of Oddi, bile duct, gallbladder and duodenum. Dig. Dis. Sci., 1993, *38*, 694—700. — 28. *Sand, J., Tainio, H., Nordback, I.:* Peptidergic innervation of human sphincter of Oddi. Dig. Dis. Sci., 1994, *39*, 293—300. — 29. *Su, H. C., Bishop, A. E., Power, R. F. és mtsai:* Dual intrinsic and extrinsic origin of CGRP and BPY-like immunoreactive nerves of rat gut and pancreas. J. Neurosci., 1987, *7*, 2674—2687. — 30. *Sundler, F., Alumets, J., Håkansson, R. és mtsai:* VIP innervation of the gallbladder. Gastroenterology, 1977, *72*, 1375—1377. — 31. *Talmaga, E. K., Mawe, G. M.:* NADPH-diaphorase and VIP are colocalized in neurons of gallbladder ganglia. J. Auton. Nerv. Syst., 1993, *43*, 83—98. — 32. *Thune, A., Thornell, E., Svanik, J.:* Reflex regulation of flow resistance in the feline sphincter of Oddi by hydrostatic pressure in the biliary tract. Gastroenterology, 1986, *91*, 1364—1369. — 33. *Varndell, I. M., Polak, J. M., Allen, J. M. és mtsai:* Neuropeptide tyrosine (NPY) immunoreactivity in norepinephrine-containing cells and nerves of the mammalian adrenal gland. Endocrinology, 1984, *114*, 1460—1462. — 34. *Vincent, S. R., Hope, T.:* Neurons that say NO. Trends Neurosci, 1992, *15*, 108—113.

(Fehér Erzsébet dr., *Budapest*, Tűzoltó u. 58. 1094)

HÍREK

Az Országos Népegészségügyi Központ Világbanki projekt keretén belül a következőkben ismertetett témákra fog pályázatot kiírni 1995 áprilisában: (Szív és egészség; Alkohol és közúti balesetek; Passzív dohányzás).
A pályázaton való részvétel előfeltétele a következők szerinti szándéklevelek időben való elkészítése (a szándékleveleket angol nyelven kell elkészíteni, ezért a kiírást is angolul közöljük).

Advertisement for expression of interest

In the frames of the Health Services and Management Project financed by a World Bank loan to the Republic of Hungary, the National Public Health Center, Public Health Program Unit (PHPU) is inviting expressions of interest from consultants to complete the following 3 separate projects.

1. Letters of interest are invited from qualified and experienced consulting firms who wish to be considered to undertake a **Heart and Health Project.**

The objectives of the program are to increase awareness of the public, the food industry, the health professions and government on the importance of balanced diet in reduction of heart disease and stroke. The proposal must be based on an intersectorial approach.

The expected results of the program are:
- to generate positive approach towards heart healthy nutrition in the population;
- to increase knowledge, skills and actual changes in heart healthy food selection and meal preparation methods;
- to promote a better availability of heart healthy foods;
- to demonstrate that heart healthy nutrition can be promoted under Hungary's present economic conditions.

The duration of the program will be 2 years in the first instance and should begin in March 1996. The total cost of the program is estimated at about USD 1 million.

2. Letters of interest are invited from qualified and experienced consulting firms who wish to be considered to undertake a **National Scientific Symposium on Alcohol and Road Traffic Accidents.**

The objectives of the symposium are (1) to draw attention of the public, government, and other interested bodies to the serious mortality and morbidity following road accidents in Hungary due to the effects of alcohol and (2) to contribute to prevention by analyzing the Hungarian situation and offering options for improvement. The proposal must be based on an intersectorial approach.

The expected outcomes of the symposium are:
- a symposium background paper that reveals the extent of the problem of alcohol-related road traffic accidents in Hungary. The paper should be grounded in the best available data sources but should be written in a manner that is easily understood by the general public, policy-makers, and the media;
- to strengthen and develop the commitments of Hungarian leaders from multiple sectors including, but not limited to, business, transportation, emergency medical services, hospitals, public health, education and government;
- publication of proceedings including symposium recommendations.

The duration of the project will be 6 months for planning, 3 days for the symposium and 2 months for follow-up, and should begin in March 1996. The total cost of the assignment including the whole cost of symposium is estimated at about USD 150 000.

3. Letters of interest are invited from qualified and experienced consulting firms who wish to be considered to undertake a public awareness project on indoor air pollution with special reference to **Passive Smoking.**

The objectives of the project are to increase awareness of the public, the health professions and government on the importance if indoor air pollution in health with special reference to passive smoking.

The expected results of the project are:
- development of a survey strategy, using appropriate qualitative and quantitative consumer research methods, to assess the current level of public awareness about indoor air pollution, passive smoking;
- development of a campaign strategy, to heighten awareness about (1) the effects of indoor air pollution and passive smoking, (2) tangible actions the public can take to recduce their risks of exposure to these elements;
- implementation of the campaign, including a system to track the impact and effectiveness of the overall campaign and its various components.

The duration of the project will be 1.5 years, and should begin in March 1996. The total cost of the project is estimated at about USD 400 000.

Consultants or groups of consultans who are interested in being considered for any one of the assignments, should submit information supporting their experience and capability in conducting similar assignment. Information on adequacy and availability of resources to carry out the assignment, on the ownership and organization of the firm, the number of years of experience internationally and in the region should also be provided. Letters of Expression of Interest with the accompanying materials, including a current statement of the financial position of the firm, or consultant, should be submitted by subjects separately in seven copies (in English) by March 10, 1995 to the address below. The PHPU is looking for separate consultants for each project.

Please note that this is not a request for proposals. After review of the Letters of Interest, a short list will be prepared and shortlisted firms will be invited to submit proposals through Letters of Invitation, including specific Terms of Reference.

National Public Health Center, Public Health Program Unit, T. Angelus, Director, P. O. Box 64, H—1966 Budapest, Hungary. Phone: (36-1) 215-54-38. Fax: (36-1) 215-54-35.

Az Országos Kardiológiai Intézet nyilvános tudományos ülést rendez az acut infarctus és a postinfarctusos secunder preventio témakörében nagy multicentrikus tanulmányok alapján. A konferenciát a Knoll AG támogatja.
Időpont: *1995. március 17*, péntek 14—18 óra
Hely: Ferencvárosi Művelődési Ház (Budapest, IX., Haller u. 27.)
Tudományos program.
Sitkei Éva: A thrombolytikus kezelés új szempontjai és a nyitott arteria koncepciója acut infarctusban.
Hankóczy Judit: A calcium antagonista kezelés szerepe a secunder preventióban
Wladika Zsuzsa: Antiarritmiás terápia a secunder preventióban
Lengyel Mária: ACE gátlók a postinfarctusos betegek kezelésében
Moderator: Lengyel Mária
Kerekasztal-konferencia és vita.
A kerekaszatal-konferencia résztvevői: Borbola József, Dékány Péter, Hajdu Eleonóra, Káli András, Keltai Mátyás, Matos Lajos.
A tudományos program után a Knoll AG vendégül látja a tudományos ülés résztvevőit.
Az előadások anyagát a résztvevők kézhez kapják.

Orvosi rendelőnek kiválóan alkalmas budai 175,5 nm-es kétszintes ingatlan eladó. Érdeklődni: 269-8173.

A **Magyar Nephrologiai Társaság** és az **EuroCare 3. sz. Művese Állomás** Veszprémben rendezi az 1995. évi *„Dialízis Állomások Tudományos Konferenciáját"*-t.
A konferencia időpontja: *1995. május 27.*
A konferencia fő témája:
1. A minőségi dialízis kezeléshez szükséges vérnyerési lehetőségek és jelentőségük
2. A dialízis kezelés cardiovascularis szövődményei.
Nővérek és technikusok számára a konferencia részeként külön szekcióülést szervezünk, melynek témája:
A dialízis kezeléshez szükséges vérnyerés nővéri és technikusi feladatai.

Pie Medical SC-400-as Ultrahang készülék 3,5 MHz-es Transducerrel (lineáris) sürgősen eladó! (2 éves, magánorvosi rendelőben használták, irányár: 940 000 Ft). Érd.: tel.: 62-482-200.

Orvosi rendelő az Arany János utcai metróállomás közelében kiadó. T: 252-9323.

Az In Vitro Fertilizáció jelene és jövője Magyarországon. Symposium és workshop — *Pécs, 1995. március 10—11.*
Pécsi Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika

---

Meghívó

A **Magyar Infektológiai Társaság** — mint a MOTESZ tagja — következő tudományos ülését *1995. március 16-án, 9.30 órai kezdettel* tartja az Országos Közegészségügyi Intézet „Fodor József" előadótermében (Budapest, Gyáli út 2—6.), melyre minden érdeklődőt tisztelettel meghív a Rendezőség.
Program:
Üléselnök: *Tóth István*
Herendi A. (Országos Közegészségügyi Intézet): Az invazív Streptococcusok okozta megbetegedések epidemiológiája és bakteriológiai diagnosztikája
Prinz Gy. (Főv. Szent László Kórház): Az A csoportú Streptococcusok okozta invazív fertőzések
Hajdi Gy., Újhelyi E. (Főv. Szent László Kórház): Az invazív Streptococcus pyogenes fertőzések gyermekkori vonatkozásai.

Szünet

Üléselnök: *Ludwig Endre*
Tóth I., Hulló, J., Bölcskei, L., Somogyi, I. (Semmelweis Kórház, Kiskunhalas), Herendi Á. (Országos Közegészségügyi Intézet: Invazív Streptococcus pyogenes infekció.

Esetismertetés.

Török L. (Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét): Az infekciós cellulitisek klinikai formái és etiopatogenezisük újabb szempontjai.
Hozzászólások, vita.

A **Magyar Nőgyógyászok Endoszkópos Társasága** *1995. június 3-án* tartja III. kongresszusát Debrecenben. További információk: Dr. Bacskó György 4012 Debrecen, Pf. 37. Fax: 52/414-577.

PÁLYÁZATI HIRDETMÉNYEK

Sokéves klinikai és intenzív therapiás tapasztalattal rendelkező **nyugat-németországi anaesthesiológiai szakorvos** (két éve magánrendelővel) munkakörét szeretné magyarországi sebész kollégákkal továbbfejleszteni.
Érdeklődni Dr. Marius Streit, Drinkönigstr. 50 79102 Freiburg (BRD) Tel. + Fax: 0049761796172 címen lehet.

A **Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza (8800 Nagykanizsa, Szekeres J. u. 2—8.) pályázatot hirdet:**
2 fő *intenzív terápiás és anaesthesiologus,*
2 fő *neurológus*
2 fő *traumatológus*
1 fő *központi radiológus*
1 fő *transzfuziológus*
orvosi állásra.
Az állásokat szakvizsga előtt állók és pályakezdők is betölthetik.
Feltétel: magyar állampolgárság, Magyarországon szerzett diploma.
Az állások azonnal betölthetők.
Intézetünk Orvos-Nővérszállóján férőhelyet biztosítunk.
Bérezés: Közalkalmazotti törvény szerint, kiemelt bérezés lehetséges.
Érdeklődni lehet az orvos igazgatónál. Tel.: (93) 313-050.
Határidő: a pályázat megjelenésétől számított 30 nap.
A pályázatokat a Nagykanizsa Megyei Jogú Város Kórháza orvos-igazgatójához kell benyújtani.

A **Pest Megyei Flór Ferenc Kórház** orvos-igazgatója pályázatot hirdet:
Gyermekosztályra: gasztroenterológiai jártassággal, vagy e téma iránt érdeklődő, gyermekgyógyász szakvizsgával rendelkező orvosok jelentkezését várjuk.
A pályázatokat Dr. Szabadfalvi András orvos-igazgatónak kell benyújtani.
Cím: Kerepestarcsa, Semmelweis tér 1.

A **Fővárosi Szent László Kórház** orvos-igazgatója (1097 Budapest, Gyáli út 5—7.) pályázatot hirdet a kórház *Sebészeti Osztályán osztályvezető főorvosi munkakör* betöltésére.
Pályázati feltétel: sebész szakképesítés, 10 éves szakmai gyakorlat.
A pályázatokat a 113/1992. (VII. 14.) Korm. rendelet 5. § (1) bekezdése alapján a megjelenést követő 30 napon belül az intézet orvos-igazgatójához kell benyújtani.

A **Fővárosi Szent László Kórház** orvos-igazgatója (1097 Budapest, Gyáli út 5—7.) pályázatot hirdet a kórház *III. Gyermekgyógyászati Osztályára gyermekgyógyász szakorvos* vagy szakvizsga előtt álló orvos részére.
A pályázatot a 113/1992. (VII. 14.) Korm. rendelet 5. § (1) bek. alapján a megjelenést követő 30 napon belül az intézet orvos-igazgatójához kell benyújtani.

A **Csepeli Kórház** központi laboratóriuma felvesz *laboratóriumi szakorvost.*
Bérezés megegyezés szerint.
Jelentkezés: Dr. Falusi Mária osztályvezető főorvosnál. Telefon: 276-5511. Cím: 1211 Budapest, Déli u. 11.

A **Fővárosi Önkormányzat Pszichiátriai Betegek Otthona Szentgotthárd** pályázatot hirdet intézeti orvosi munkakörbe.
Pályázati feltétel: pszichiátriai szakvizsga
Egyéb információ:
— bér: 50 000—60 000,— Ft.
— lakás, orvos-pszichológus házaspár előnyben.

Gáspár Károly dr.
int. igazgató

Budapest, III. kerület, Óbuda-Békásmegyer Önkormányzat Egészségügyi Szolgálata pályázatot hirdet nyugdíjazás miatt megüresedő 4 fő háziorvosi állásra, területi ellátási kötelezettséggel.
A felnőtt háziorvosi állás betöltéséhez a 6/1992. (III. 31.) NM rendelet előírásai szerint belgyógyász vagy családorvosi rezidensi szakképesítés szükséges.
Az állások *1995. április 1-jétől 1995. július 31-ig* helyettesítéssel láthatók el, közös megegyezés alapján 1995. augusztus 1-jétől kinevezéssel tölthetők be.
Havi illetmény a KJT alapján, megegyezés szerint kerül megállapításra.
Pályázatot az Önkormányzat Egészségügyi Bizottsága bírálja el.
Az elbírálásnál előnyt jelent:
— 45 év alatti életkor,
— III. kerülethez való kötődés.
A pályázatnak tartalmaznia kell másolatban:
— diplomát,
— szakképesítési bizonyítványt,
— Orvosok Országos nyilvántartásba vételéről szóló bizonyítványt,
— működési biznyítványt,
— hatósági erkölcsi bizonyítványt (személyes meghallgatáson is benyújtható).
A pályázat benyújtásának határideje:
1995. február 28. 12.00.
A pályázat benyújtásának helye és címe:
Csire János polgármester-helyettes, 1033 Budapest, Fő tér 3. I/30.
A pályázatok elbírálása *1995. március 15-ig* megtörténik.
Személyes meghallgatásra külön értesítés alapján, 1995. március 25-ig kerül sor.

SOLU-MEDROL

40 ▪ 125 ▪ 250 mg-os injekció

Az eredeti metilprednizolon

ACT-O-VIAL

Sürgős esetben is **gyorsan, sterilen, biztonságosan** beadható.



- acut asthma
- rovarcsípés
- gége-ödéma
- gyógyszer-allergia
- anaphylaxia

További információkért forduljon az Upjohn képviselethez:

1126 Budapest, Tartsay V. u. 14.,
Tel.: (1) 202-7891

Upjohn

Regaine®

LOKÁLIS OLDAT

minoxidil 2%

A hajhullás



első hatásos



gyógyszere

Upjohn
A HAJKUTATÁS ÉLVONALÁBAN
℞

- *androgén allopécia kezelésére*
- *nőknek és férfiaknak egyaránt*
- *90%-ban megállítja a hajhullást**

**Atalo Alins et al. Current Therapeutic Research 1991 49: 723-730*

További információkért forduljon az Upjohn Képviselethez!
UPJOHN Magyarországi Közvetlen Kereskedelmi Képviselet

CORDAFLEX®

nifedipin



...a magyar nifedipin

CORDAFLEX®

10 mg filmtabletta
20 mg retard filmtabletta

Biztosítja a hypertoniás beteg aktív életvitelét.
Csökkenti az anginás rohamok gyakoriságát.

CORDAFLEX®

ÚJ !

spray
5 mg / puff

Angina pectoris roham kezelése ill. megelőzése.
Hypertoniás sürgősségi állapotok kezelése.

Individuális adagolási lehetőség !

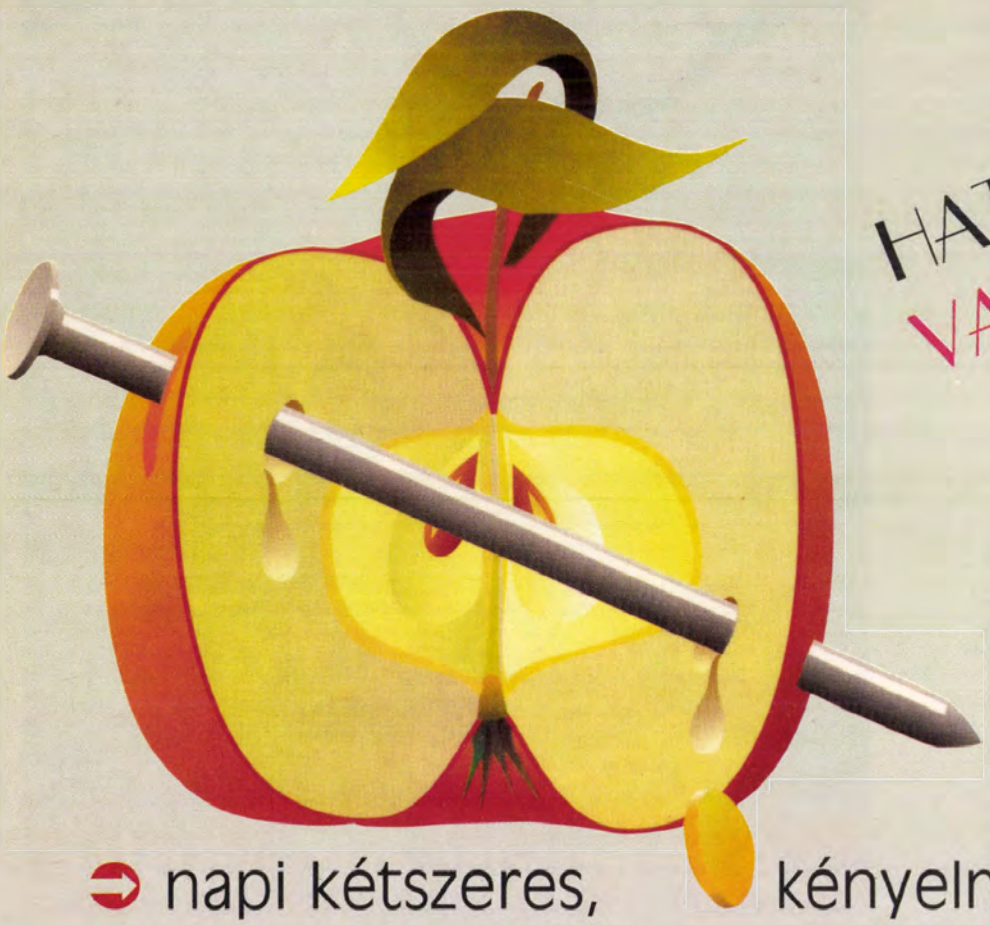
Részletes információ beszerezhető:

EGIS

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
Piacfejlesztési és Információs Főosztály Tel.: 210-0867, 210-0868
Levélcím: 1087. Budapest, Keresztúri út 30-38 1475. Bp.,10. Pf 100.

SORBIFER® DURULES®

filmtabletta



HATÉKONY VASTERÁPIA

- napi kétszeres, kényelmes adagolás
- jó felszívódás, biztos terápia
- jó tolerancia

HATÓANYAGOK: Ferrosum sulfuricum siccatum 320 mg (megfelel 100 mg Fe (II)-nek), Acidum ascorbicum 60 mg tablettánként. ● **JAVALLATOK:** Prelatens vashiánybetegség profilaktikus kezelésére, latens és manifeszt vashiánybetegség (vashiányos vérszegénység megszüntetésére alkalmas.● **ELLENJAVALLATOK:** Nyelőcső szűkület és/vagy az emésztő traktus obstruktív változásai. Fokozott vastárolással járó kórfolyamatok. ● **ADAGOLÁS:** Felnőtteknek és serdülőkorúaknak (12 éves kor felett) átlagos adagja 2x1 tabletta naponta szétrágás nélkül 1/2 pohár vízzel lenyelve, étkezés előtt legalább 1/2 órával. Csecsemőknek és kisgyermekeknek nem alkalmazható! Mellékhatások jelentkezése esetén az adag felére csökkenthető; 1 tabl./nap. A terhesség 1–6 hónapja alatt naponta 1 tabletta, a terhesség utolsó harmadában és szoptatás ideje alatt naponta 2x1 tabletta ajánlott. A kezelés időtartamát egyénileg a vasanyagcsere vizsgálatok kontrolljával kell meghatározni. A gyógyszer adását a hemoglobin koncentráció normalizálásakor abbahagyni nem szabad, hanem folytatni kell a vasraktárak telítődéséig (kb. 2 hónap). A terápia átlagos időtartama manifeszt vashiány esetén 3–6 hónap. ● **MELLÉKHATÁSOK:** Enyhe émelygés, hányinger, hasmenés vagy székrekedés, gyomortáji fájdalom. ● **GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK: Együttadása kerülendő:** – tetraciklinekkel, D-penicillaminnal (kelátképződés miatt mind ezek, mind a vas felszívódása csökken) – alumínium-, magnézium-, kálciumsó tartalmú antacidumokkal (a vas felszívódása csökken). ● **FIGYELMEZTETÉS:** A készítmény csak vashiánybetegségben hatásos. Adása előtt a vashiánybetegség diagnózisát (SeFe alacsony Se TVK magas érték) fel kell állítani. Más nem vashiány miatti vérszegénységben (infect anemia, krónikus betegségekhez társult vérszegénység) adni felesleges. ● **MEGJEGYZÉS:** ✠ Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal. ● **CSOMAGOLÁS:** 50 db filmtabletta. ● OGYI eng. szám: 807/56/89.

Gyártja és forgalomba hozza:

EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

az Astra Pharmaceuticals AB, Svédország licence alapján

EGIS

Autotranszfúzió az elektív sebészetben

Pócs Alfréd dr., Habis György dr. és Tőzsér Kornél dr.

Heves megyei Önkormányzat: Markhót Ferenc Kórház, Eger, Ortopédiai Osztály (főorvos: Tőzsér Kornél dr.)

A szerzők az autotranszfúzió alkalmazását tárgyalják az elektív sebészeti műtétekben. Osztályukon 1989. szeptember és 1993 novembere között 300 csípőprotézis műtétet végeztek el, 259 esetben (86%) az autotranszfúzió előlevételi módszerét alkalmazták. A módszer értékteremtő funkciójának vizsgálata alapján megállapítják, hogy a vizsgált időszakban 272 betegtől 531 egység (213,6 liter) vért vettek le, melynek összértéke számításaik szerint 1 062 000 Ft. Ez a módszer összehasonlítva a perioperatív haemodilutios és az intraoperativ gyűjtés autotranszfúziós technikákkal, előnyös: mert nincs extra műszerigény, az anaesthesia és a műtéti idő nem hosszabbodik meg. A „páciens donor" ily módon bekapcsolódik a gyógyítás folyamatába és aktív részesévé válik a saját gyógyulásának. Az autotranszfúzió módszerei közül — egyszerűsége, gazdaságossága és biztonságos volta miatt — a szerzők az előlevétel módszerét ajánlják minden elektív műtétet végző osztálynak.

Kulcsszavak: autotranszfúzió, előlevétel, totális endoprotézis, gazdasági előnyök

Autotransfusion in elective surgical operations. The authors discuss the use of autotransfusion in elective surgery. Three hundred hip arthoplasty had been performed between September, 1989 and November, 1993 at their department, in 259 cases of which (86%) autotransfusion had been used by means of preoperative blood donation. Studying the methods cost effectivenes, they point out that, due to their calculation, 270 patients had donated altogether 531 units of whole blood (213.6 liters) during the examined period, of 1 062 000 Fts value. This method compared with the perioperative hemodilution and the intraoperatively collected autotransfusion technique, is more profitable, considering that there is no need of extra instrumentation and both the duration of operation and anaesthesia take no longer. Thus, the blood-donating patient takes part in the treating process, becoming and active factor of his own cure. Of the different methods of autotransfusion, the authors suggest the use of preoperative blood-donation to every department performing elective surgery because of its simpleness, cost-effectiveness and security.

Key words: autotransfusion, preoperative blood — donation, total endoprothesis, cost-benefit

Az utóbbi 2—3 évtizedben egyértelműen növekedett a műtétek száma, megfigyelhető ezen belül is a kiterjesztett, jelentős műtéti megterheléssel járó sebészeti beavatkozások térhódítása. Egyre nehezebb a megnövekedett vérigény biztosítása. Az átlagéletkor fokozatos növekedésével párhuzamosan nő a műtéti ellátásra szorulók száma is. Ma, amikor még a National Geographic természetföldrajzi folyóiratban is véradásra buzdítják az olvasókat, el kell gondolkodnunk az ésszerű vérfelhasználásról. Így a meglévő jó lehetőségek kötelező kihasználásáról, melyre ragyogó példa az AT (1).

A saját (autológ) vér transzfúziója azt jelenti, hogy a betegtől meghatározott program szerint nyert vért, később ugyanannak a személynek elektív műtétje során visszaadjuk.

Szerte a világon már nemcsak ajánlják (25, 27), de anyagilag is támogatják az AT elterjesztését (10, 11). Az AT az elektív sebészeti műtétek végzésekor [pl. csípő- (9, 28, 38), gerinc- (2, 3, 23), térdműtét során (4), érsebészetben (20), szülészeti és nőgyógyászati műtétekkor (17, 21)] indokolt és a mai — nemcsak fővárosi intézeti — vérellátási gyakorlatban is követhető, ill. megvalósítható módszerré vált. Hathatós támogatásban a Vérellátó Állomások (pl. intézetünkben is) maximálisan együttműködnek (19, 24, 31).

A vérátömlesztés — szervezetünk folyékony szövetének átültetése — nem veszélytelen vállalkozás (34)! Transzfúzió által akár halált okozó betegségek (AIDS, hepatitis stb.) vihetők át. Immunrendszerünket nagymértékben megterheli, következményeként allergiás és egyéb immunológiai reakciók léphetnek fel (35). Ezzel szemben az AT-nál elméletileg nem várható csoporttévesztés, minimális a transzfúziós reakció, ill. szövődmény kockázata: a beteg biztosan kompatibilis vért kap (19, 31) és az exogén fertőzés (virális, bakteriális, parazita — infekció) átvitel minimálisra csökken (19, 28, 31, 37).

Rövidítések: AT = autotranszfúzió; E = egység (400 ml teljes vér); TEP = totális csípőendoprotézis

Módszer

Az AT-nak alapvetően három formája ismeretes:

1. Előlevételi módszer (preoperatív donáció)
2. Perioperatív hemodilúció (akut normovolémiás hemodilúció)
3. Intraoperatív gyűjtés, ill. az elfolyó vér posztoperatív gyűjtése.

1. Az előlevétel módszere (előre levett és tárolt saját vér retranszfúziós módszere (azt jelenti, hogy a tervezett műtét előtt egy vagy több egység vért vesznek a betegtől, tárolják, majd ezt a műtét folyamán visszakapja a beteg. A donorkiválasztás kritériumai kevésbé szigorúak, mint homológ véradás esetén (pl. malignus folyamat fennállásakor az előzetes vérgyűjtés kifejezetten ajánlott). Abszolút ellenjavallat csak a fennálló általános bakteriális fertőzés (1). A donor páciensek életkorában gyakorlatilag alsó és felső határ nincs (8, 27, 29).

2. A perioperatív hemodilúció főleg a szív- és érsebészetben terjedt el: 1—2 E vér levételét jelenti a betegtől, közvetlenül a műtét előtt. Ezt a levett vért krisztalloid vagy kolloid oldatokkal pótolják, így csökken a vér viszkozitása és javul a mikrocirkuláció. A levett vér szükség szerint retranszfundálható (5, 10, 13—16, 30, 32, 33, 36).

3. Az intraoperatív gyűjtés lényege, hogy a műtéti területből, traumás sebből, testüregből az oda kijutott vért összeszívják és mikroaggregátum szűrőn keresztül retranszfundálják (6, 10, 12, 32, 36). Lehet gépi módszer a „cell-saver-ek" segítségével, ahol az összegyűjtött vért alvadásgátlóval kezelik, sóoldattal mossák, majd a vvs-eket centrifugálják, és az így kapott mosott vvs koncentrátumot visszajuttatják a betegbe. Lehet egyszerű mikroaggregátum szűrővel mechanikusan, filteres kézikészülékkel is elvégezni ugyanezt (egyik legismertebb a svájci Solco cég Solcotrans nevű apparátusa) (7).

Eredmények

Osztályunkon az AT *előlevétel* módszerét alkalmazzuk, totális TEP műtétjeink során (9, 11, 19, 22, 36). Ezt 1989 szeptemberétől végezzük a Vértranszfúziós Állomás együttműködésével. 1989 szeptembere és 1993 novembere között 300 csípőprotézis műtétet végeztünk el, 259 esetben az összműtéti szám *86%-ában* alkalmaztunk előlevételes AT-t. Ez megfelel más statisztikáknak is, ahol az elektív műtétek 71—85%-át végzik AT-val (38). Homológ transzfúziót 28 esetben (9%), míg „kevert" transzfúziót (1 E AT + 1 E vvs koncentrátum) 13 esetben (5%) alkalmaztunk. Csupán 3 beteg bizonyult anémiája miatt már az első vérlevételre alkalmatlannak (1%). A 28 esetből a többi 25-ben homológ transzfúzió mellett kellett döntenünk, a következő okok miatt:

— alacsony prothrombin index, ill. thrombocytaszám;
— hepatopathia különféle formái;
— traumás vagy patológiás combnyaktörések esetén;
— protézis traumás sérülése;
— bizonyos belgyógyászati megbetegedés, ill. más okok; ami miatt sürgőssé vált a TEP elvégzése.

13 betegen kényszerültünk az első egység AT levételét követően homológ vér adására is, de ebből csak 7 betegen alakult ki az első vérvételt követően anaemia, a másik 6 betegen egyéb okok miatt tekintettünk el a második E vér levételétől. A tárolás során a vér egyszer sem károsodott. Felhasználása mindig a megengedett 28 napos időtartamon belül történt. Valamennyi retranszfúzió zavartalanul zajlott le és reakciómentes volt.

Az AT előlevételben részt vett betegeink sokkal hamarabb, és kísérőtünetek nélkül pótolták az elvesztett vérmennyiséget (a többszöri vérlevétel stimulus az eritropoetikus apparátusra) szemben a homológ transzfúzióval operált betegekkel (22).

Az AT előlevétel gazdasági oldalát vizsgálva úgy kell értékelnünk, hogy ilyenkor egy homológ donor véradót „megtakarítottunk" az AT révén. Ez a mai „vérszegény" világban már önmagában sem kis dolog.

Ha a 259 AT értékteremtő funkcióját próbáljuk pénzben kifejezni, akkor ez a jelenleg hivatalos elszámolás szerint a következő módon alakul: 1 E AT értéke 347 Ft (18). (259 × 2 E AT + 13 × 1 E AT) × 347 FT = 184 257 Ft. Ez az összeg azonban nem fejezi ki a ténylegesen megtermelt értéket, hiszen ezekkel a vérekkel is el kell végezni a szükséges szűrővizsgálatokat (anti-HIV, HBsAg, ELIZA, anti-HCV vizsgálatokat), amelyek összértéke meghaladja az esetenkénti 2000 Ft-ot, nem számolva az előállító-tároló intézet egyéb kiadásait. Ha így végezzük el a korábban leírt elszámolást, akkor: [(2 × 259) + 13] × 2000 Ft = 1 062 000 Ft.

Megbeszélés

Az AT három formája közötti összehasonlítás alapján az alábbiakat kívánjuk kiemelni, az általunk ajánlott módszer hasznosságának alátámasztására:

1. Nincs extra műszerigény, anaesthesia és a műtéti idő nem hosszabbodik meg. A „páciens donor" ily módon is bekapcsolódik a gyógyítás folyamatába, így részesévé válik saját gyógyulásának!

2. A perioperatív hemodilúció esetén megnyúlik az anaesthesia és a műtét ideje, folyamatos műtét alatti monitorozás szükséges.

3. Az intraoperatív vérgyűjtés gépi módszere igen nagy anyagi kiadást jelent, ugyanis egy „cell-saver" ára kb. 4 millió Ft, a szettek cseréje műtétenként kb. 6000 Ft újabb kiadást jelent. Nem költségkímélő (személy- és eszközigényes is). Itt jegyezném meg, hogy az ortopéd műtéteknél — a műtétek jellegénél fogva — relatíve kicsi a visszajuttatható vér mennyisége, a hemolízis veszélye rendszerint nagyobb. Ugyanakkor fontos a „cell-saver"-ek kihasználtságának megszervezése is. Sőt, ennél a módszernél is lehet homológ vérigény. Filteres kézikészülék esetén egy készlet ára: 6—12 000 Ft-ot is elérhet.

Természetesen az lenne a jó, ha minden kórházat a legmodernebb „cell-saver"-ekkel lehetne ellátni, és azt ki is tudnánk használni, de amíg ez nem valósulhat meg, az AT előlevétel módszerét a megfelelő fontossági helyére kell tenni, és alkalmazni kell.

Az AT előnyei közül a legjelentősebb az átvihető fertőzés kiküszöbölése (26). Erre napjainkban még inkább oda kell figyelni, amikor pl. a donor vérek anti HIV szűrővizsgálata, a szerokonverzió megtörténtéig negatív eredményt ad, bár a donor fertőzőképes. A nemrég bevezetett anti HCV teszt kb. 70%-os biztonsággal képes a hepatitis C vírushordozó donorokat kiszűrni. A hepatitis B-vírus fertőzöttség fölfedezését célzó HBsAg ELIZA vizsgálat ugyan

jó hatásfokú, de más eredetű fertőzések (Epstein—Barr vírus, citomegalo vírus, herpes vírus) kizárására nincs lehetőség.

Az előnyöket összefoglalva:

— nő a transzfúziós biztonság és csökken az idegenvér-szükséglet;

— nincs vércsoporttévesztés, kevesebb a transzfúziós szövődmény, alloimmunizációs veszély;

— a biztosan kompatibilis vér bármikor hozzáférhető;

— számos esetben olyan betegek is visszakaphatják vérüket, akik egyébként homológ donorok nem lehetnének (25, 27, 36);

— a transzfúziós módszerek közül ennek a legjobbak a visszaadás utáni életkilátásai, kicsi az immunológiai kockázat;

— gazdaságos más AT módszerekkel összehasonlítva.

IRODALOM: 1. Transzfúziológiai Szakmai Kollégium ajánlása: Orv. Hetil., 1992, *133*, 2239—2242. — 2. *Bailey, T. E., Mahoney, O. E.:* The use of banked autologous blood in patients undergoing surgery for spinal deformity. J. Bone Joint Surg., 1987, *61 A*, 329—330. — 3. *Behrman, M. J.:* Perioperative red blood cell salvage in spines surgery. A postoperative analysis. Clin. Orthop., 1992, *278*, 51—57. — 4. *Carstens, V. I.:* Postoperative orthopedic autotransfusion. Succesful management for the total knee arthroplasty patient. AORN J., 1992, *56*, 272—280. — 5. *Coburg, A. J., Husen, K.:* Kreislaufreaktion bei Hämodilution. Anathesist., 1976, *25*, 150—152. — 6. *Dyer, R. H.:* Intraoperative autotransfusion. A prelminiray report and new method. Amer. J. Surg., 1966, *112*, 874—876. — 7. *Faluhelyi A.:* A Solcotrans® Orthopedic autotranszfúziós készülékkel szerzett tapasztalataink csípőprothesis beültetésénél. Magy. Traum., 1991, *34*, 301—303. — 8. *Greenwalt, T. J.:* Autologous and Aged Blood Donors. JAMA, 1987, *257*, 1220—1223. — 9. *Habis Gy., Molnár M., Pócs A.:* Autológ transzfúzió csípő-arthroplasztikai műtétek során. Transzfúzió, 1991, *24*, 80—83. — 10. *Harsányi V.:* Autotranszfúzió. Transzfúzió, 1987, *20*, 11—13. — 11. *Joseph, G. D.:* Am. Fam. Phys., 1988, *37*, 98—102. — 12. *Klebanoff, G. D., Watkins, D.:* A disposable autotransfusion unit. Amer. J. Surg., 1968, *116*, 476—477. — 13. *Kieninger, G.:* Blutersatz durch intraoperative autotransfusion. Dtsch. M. Wschr., 1981, *106*, 121—123. — 14. *Kieninger, G.:* Die Anwendung der intraoperativen autotransfusion in der Gynekologia u. Chirurgie. Anasthesist., 1976, *25*, 357—359. — 15. *Klöwekorn, W. P.:* Akute preopertaive Hämodilution -- eine möglichkeit zur autologen Bluttransfusion. Chirurg., 1974, *45*, 452—454. — 16. *Kluge, E.:* Hämodilution aus klinischer Sicht Anaesthesiologia, Intesivtherapia. Notfallmedizien., 1980, *15*, 207—211. — 17. *Kruskall, M. S.:* Autologous blood donation during pregnancy. Analysis of safety and blood use. Obstet. Gynaecol., 1987, *70*, 935—939. — 18. Magy. Közlöny, 1992, *67*, 2311. — 19. *Mathey, F.:* Br. I. Hosp., 1988, *39*, 418—442. — 20. *Péter S.:* Autotransfusio alkalmazása érműtétek alkalmával. Orv. Hetil., 1990, *131*, 503—505. — 21. *Phuapradit, W.:* Autologous blood donation for elective gynaecological surgery. Aust. NZJ. Obstet. Gynaecol., 1992, *32*, 47—49. — 22. *Pócs A., Tözsér K., Habis Gy.:* Csípő-arthroplasztika autológ transzfúziós védelemben. Magy. Traum., 1994, *37*, 223—228. — 23. *Ray, J. M.:* Eryhtrocyte survival following intraoperative autotransfusion in spinal surgery. Spine., 1986, *11*, 879—884. — 24. *Rebulla, P., Giovanetti, A. M.:* World. Surg., 1987, *11*, 47—52. — 25. *Roger, K.:* A Large-Scale Autologus Blood Program in a Community Hospital. JAMA, Vol., 1987, *257*, 1211—1226. — 26. *Sandler, S. G.:* Over View (in „Autologus Transfusion Technical Workshop). Amer. Ass. Blood, Banks., 1983, *Suppl. 9.* — 27. Scientific Counsil of AMA: Autologus Blood Transfusions JAMA, 1986, *356*, 2378—2382. — 28. *Seidl, S., Kühnl, P.:* World. J. Surg., 1987, *11*, 30—35. — 29. *Simpson, M. B.:* Autologous transfusions for orthopedic procedures at a children's hospital. J. Bone Joint Surg., 1992, *74*, 652—658. — 30. *Sunder-Plassmann, I.:* Preoperative Hämodilution: Grundlagen, Adaptacionsmechanismen und Grenzen klinischer Anwendung. Anasthesist., 1976, *25*, 124—127. — 31. *Szabó J.:* Az autotranszfusio klinikai jelentősége. Transzfúzió, 1987, *20*, 49—52. — 32. *Szécsi, J., Aranyosi, J.:* A simple method for intraoperative autotransfusion in cardiac surgery. Act. Chir. Hung., 1989, *30*, 97—99. — 33. *Szécsi J., Liptai P.:* A komplex szívsebészeti autotransfusio új módszere. Anaesth. Int. Ther., 1987, *17*, 149—152. — 34. *Széll K., István L.:* I. Tarható-e a „10/30-as" bűvös szabály? Anaest. Int. Ther., 1992, *22*, 19—26. — 35. *Széll K., István L.:* II. A transzfúzió kockázata. Anaesth. Int. Ther., 1992, *22*, 79—85. — 36. *Széll K., István L.:* III. A korszerű transzfúziós szemlélet gyakorlati érvényesítése. Anaest. Int. Ther., 1992, *22*, 117—123. — 37. *Thomas, A., Petremann, M. G.:* World J. Surg., 1987, *11*, 36—40. — 38. *Thomson, J. D.:* Prior deposition of autologous blood in elective orthopedic surgery. J. Bone Joint Surg., 1987, *69 A*, 320—324.

(Pócs Alfréd dr., *Eger*, Pf. 15. 3301)

Az Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) szolgáltatásai

Az Országos Orvostudományi Információs Intézet és Könyvtár (címe: 1088 Budapest, Szentkirályi u. 21. Tel.: 1384-133) az 1949-es alapítása óta a szakmai információk feldolgozásával és közvetítésével széleskörűen tájékoztatja a magyar egészségügy, a társadalombiztosítás és a szociális ellátás területén dolgozó szakembereket. Az 1989—90-ben történt átszervezése óta tapasztalt szakemberek — orvosok, gyógyszerészek, könyvtárosok, informatikai szakemberek, közgazdászok, jogászok és szociálpolitikusok — közreműködésével méltányos igénybevételi összegért minden érdeklődő színvonalas ellátására törekszik.

Az intézet egyedülálló gyűjteménnyel rendelkezik az egészségügyi menedzsment, az egészségügyi statisztika, az általános, illetve a családorvostan, az ápolástan, az egészségügyi jog, gazdaságtan és informatika témaköreiben. Az EVSZ Területi Irodájának 1990 óta a magyarországi dokumentációs, információs központja és letéti könyvtára, valamint a világ országainak egészségügyét bemutató tanulmányok készítésének kollaboráló központja.

Az intézet épületében működő Orvostudományi Szakkönyvtár teljességre törekvően gyűjti a Magyarországon megjelenő orvostudományi és határterületi szakirodalmat és válogatva ezeknek az ismereteknek a külföldi szakirodalmát. A legfontosabb orvosi alapművek és kézikönyvek mellett 162-féle magyar és 195-féle külföldi kiadású szakmai folyóirat olvasható. A könyvtár nyilvános, a kölcsönzés, a helyben olvasás, a bel- és külföldi könyvtárközi kölcsönzés, a referenszszolgáltatás, a tartalomjegyzék-szolgáltatás ingyenes, a fénymásolás — mely kérhető helyben, levélben vagy faxon — A/4-es oldalanként 10,— Ft.

A könyvtár számos tájékoztató eszköze közül legjelentősebbek a Központi katalógus a magyarországi orvosi szakkönyvtárak idegen nyelvű könyvállományáról, a Hálózati lelőhelyjegyzék a Magyarországon megtalálható külföldi orvosi-biológiai folyóiratokról, rövid összefoglalók a tudományos fokozatok megszerzését célzó értekezésekről, a Nemzeti Periodika Adatbázis (OSZK, 1981-től). Nyitva tartás is ideális, hétfőtől csütörtökig 9.00 és 18.00, pénteken 9.00 és 14.00 órák között látogatható.

A Népjóléti Minisztérium földszintjén elhelyezett Szociális és Egészségügyi Szakkönyvtár (Tel./fax: 112-8882) gyűjti a szociálpolitika, a társadalombiztosítás, a statisztika tárgyköréhez tartozó hazai és külföldi szakirodalmat, a társadalomorvostan — ezen belül az egészségügyi szervezés, tervezés és egészségpolitika — témakörben megjelenő dokumentumokat, az Egészségügyi Világszervezet 1987 óta megjelent angol nyelvű kiadványait. A közelmúltban alakították ki a kábítószeres szakirodalom különgyűjteményét. A több mint 23 ezer kötetes könyvtárban a hazai szakfolyóiratokból 185-féle, a külföldiek közül pedig 160-féle olvasható. Az EVSZ különgyűjteményben 958 kötet, 14-féle folyóirat és 51-féle egyéb kiadvány szolgálja a szakmai ismeretszerzést. A kábítószeres szakirodalmi különgyűjteményben egyelőre 300 kiadvány található.

A szolgátatásokat — a referenszszolgálatot, a helyben olvasást, a kölcsönzőszolgálatot, a bel- és külföldi könyvtárközi kölcsönzést, a gyorsmásolást — az egészségügy és határterületei szakemberei, egyetemi és főiskolai hallgatói térítésmentesen vehetik igénybe. A gyorsmásolás ára itt is A/4-es oldalanként 10 forint. A könyvtár számos, az ismeretek visszakeresését segítő tájékoztató eszközzel rendelkezik. Hétfőtől csütörtökig 8.00 és 16.00 órák között fogadja az érdeklődőket.

A számítógépes irodalomkutatás nemcsak az időt rövidíti le, hanem lehetővé teszi a több szempontú keresést a szakirodalom kutatása során. Az intézetben kétféle módszert alkalmaznak. Az egyik az irodalomkutatás és témabibliográfiák készítése optikai lemezen (CD-ROM) tárolt adatbázisokból.

Az intézet számos CD-ROM adatbázissal rendelkezik. Közülük a legfontosabbak a következők: AIDS, Aquatic Sciences and Fisheries Abstracts, Cancer CD, CD-ROM Directory, Excerpta Medica, Health-Planning and Administration, Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye, Justis, Közlönytár, Life Sciences Collection, Medline, Nursing and Allied Health, Nemzeti Periodika Adatbázis, Popline, Psyclit, Single Market, Social Sciences Index, Sociofile. Ezekből a megrendelő által megadott szempontok szerint készítenek tetszőleges időszakra visszatekintő irodalomkutatást, illetve folyamatos irodalomfigyelést. Végzik az 1990-től napjainkig terjedő időszakra vonatkozóan a magyar orvosi irodalom számítógépes keresését is. A szolgáltatás alapára 400,— Ft, mely a találati szám függvényében néhány száz forinttal növekedhet.

Az online irodalomkutatás során közvetlen számítógépes kapcsolatba lépve külföldi adatszolgáltató központokkal (Data-Star, DIMDI, Dialog, EVSZ stb.) több száz adatbázisból hívhatják le a kívánt adatokat. Ára a felhasznált gépidőtől, illetve adatbázistól függően néhány ezer forint, megállapítása utókalkulációval történik. Az online keresésnél szintén lehetőség van folyamatos, kéthetenkénti, havonkénti irodalomfigyelésre.

Az intézetben készül a Magyar Orvosi Bibliográfia, amely a Magyar Nemzeti Bibliográfia része. Folyamatosan tájékoztat a hazai orvostudomány legújabb eredményeit közlő szakirodalmi forrásokból. A bibliográfia leíró része betűrendbe sorolt tárgyszavak alatt közli az arra vonatkozó irodalmat. Betűrendes szakmutató, névmutató, a feldolgozott időszaki kiadványok betűrendes jegyzéke és 1992-től a gyógyszerkészítmények betűrendes mutatója egészíti ki az egyes számokat.

Az intézet másik központi szolgáltatása a Külföldi orvosi-biológiai és határterületi folyóiratok lelőhelyjegyzéke. Az intézményi szakkönyvtárakról kapott adatszolgáltatás alapján évente kiadott publikáció jelentős szerepet tölt be a könyvtárközi kölcsönzésben, mivel nagymértékben elősegíti a számottevő költségráfordítással beszerzett külföldi szakfolyóiratok hatékony használatát.

A fenti szolgáltatások mellett az orvosok, az egészségügyi dolgozók és intézmények igénybe vehetik a fordítószolgálatot, a termékinfomrációt, mely a képviseleteknek, a forgalmazóknak naprakész figyelést biztosít a gyógyszerkészítményekről, a magyar szaksajtóban megjelent cikkekről, hírekről.

Az intézetben állandó kiállítás látható, ahol lehetőség van a gyógyszergyáraknak, az orvosi műszerek, gyógyászati segédeszközök, gyógyászati termékek előállítóinak, forgalmazóinak termékeiket vitrinekben bemutatni az intézet, a könyvtár látogatói számára.

Az intézet egészségügyi szakmai címadattárral is rendelkezik, mely felhasználásával direct mail akciók szervezését, piackutatások lebonyolítását is vállalja.

Végül intézmények és egyéni megrendelők számára adatrögzítést és kiadványszerkesztést is végeznek az intézet dolgozói. Az utóbb felsorolt szolgáltatások árának megállapítása feladattól függően, megegyezés szerint történik.

Ruzsicska Mária dr.

RITKA KÓRKÉPEK

Az Albers—Shönberg-kór

Székely Gabriella dr.[1], Winkler Valéria dr.[2], Tarkovács Gábor dr.[3], Hosszúfalusi Nóra dr.[3] és Vértes Péter dr.[2]

Ferencvárosi Egészségügyi Központ, Reumatológia, Budapest (igazgató: Radnai Zoltán dr.)[1]
Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet, Budapest (főigazgató: Bálint Géza dr.)[2]
„A" Reuma Osztály (o. v. főorvos: Vértes Péter dr.)
Semmelweis Orvostudományi Egyetem, Budapest, III. Belgyógyászati Klinika (igazgató: Romics László dr.)[3]

Szerzők osteopetrosisos betegeik ismertetése kapcsán leírják a kórkép jellemzőit és a lehetséges patomechanizmusát. Az osteosclerosissal járó betegség recesszív vagy domináns úton öröklődhet. A recesszív öröklődésű forma ritka és a másodlagosan kialakuló myelofibrosis miatt korán vezet halálhoz. A domináns öröklődésű típus jobb indulatú, az esetek felében a betegek tünetmentesek. A szerzők által ismertetett betegek az Albers—Schönberg-kór domináns öröklődésű csoportjába tartoznak. Egyik betegük az osteopetrosison túl rheumatoid arthritisben és myelodysplasiás syndromában is szenved. A szerzők, áttekintve az irodalmi adatokat, számos olyan közleményt találtak, mely alapján e három kórkép közös eredete feltételezhető. Ezeket részletezve kitérnek a cytokinek, elsősorban a macrophag colonia stimuláló faktor lehetséges szerepére, valamint a paraneoplasiás eredetű reumatikus elváltozásokra.

Kulcsszavak: Albers—Schönberg-kór, osteopetrosis, osteoclast működés, rheumatoid arthritis, myelodysplasiás syndroma

Albers-Schönberg disease. The authors while describing their patients suffering from osteopetrosis disease, discuss its morphological aspects and possible pathomechanism. The disease with osteosclerosis can be inherited recessively or dominantly. The recessively inherited type is less frequent and leads to early death due to secondary developing myelofibrosis. The dominantly inherited form is more benevolent, the patients are free of symptoms in half of cases. The patients described by the authors belong to the dominantly inherited type of the Albers-Schönberg disease. One of their patients suffers from rheumatoid arthritis and myelodisplastic syndrome apart from osteopetrosis. Having considered the publications authors have found data based on wich the common source and connection of these three diseases can be rendered possible. Analyzing these data they draw attention to the possible pathogenic role of cytokines, first of all of the macrophag colony stimulating factor, moreover to the rheumatic manifestation of the paraneoplastic syndrome.

Key words: Albers-Schönberg disease, osteopetrosis, osteoclast function, rheumatoid arthritis, myelodysplastic syndrome

Az Albers—Schönberg-kór az egész csontrendszert érintő, ritka, az osteosclerosissal járó kórképek csoportjába tartozó, öröklődő betegség, amelyet névadója 1904-ben írt le. Fő jellemzője, hogy a csontok cortexe kiszélesedett, denzitása fokozott. A spongiosa szerkezete elmosódott, diffúzan scleroticus, röntgen felvételen márványszerű képet ad. A csontok velőűre beszűkült. A folyamat érinti a medencét, a csigolyákat, a koponyát és a végtagok csontjait (2, 4, 10, 13).

A szövettani képre kalcifikált porcmaradványok, megszaporodott, de nem funkcionáló osteoclastok (5), vagy ellenkezőleg, a fejlődésüket indukáló faktor hiány miatt megkevesbedett osteoclastok (19) jellemzőek.

A laboratóriumi vizsgálatok eredményei nem kórjelzőek, a szérum kalcium és foszfát csökkenése és az alkalikus foszfatáz kisfokú emelkedettsége (fokozott osteoblast működés esetén) előfordulhat. Egyes szerzők (18) a kreatin kináz BB izoenzim emelkedést kórjelzőnek találták.

Öröklődése lehet autoszomális recesszív vagy autoszomális domináns (2, 4, 10, 13).

A recesszív öröklődöttségű forma a betegség ritkább, de rosszabb indulatú válfaja. A másodlagosan kialakuló osteomyelosclerosis (myelofibrosis) miatt korai halálhoz vezet. A csontelváltozások már újszülött korban megfigyelhetőek. A klinikai képre elmaradt növekedés, hydrocephalia, macrocephalia, nervus opticus atrophia, patológiás fractura és osteomyelitis jellemző. A myelofibrosis következtében hepatosplenomegalia és lymphadenopathia észlelhető. A perifériás vérképben átmeneti sejtszámemelkedés után pancytopenia alakul ki és magvas vörösvérsejtek jelennek meg. A csontvelő sejtszegény, fibrosis és sclerosis látható.

Az autoszomális domináns formája jobb indulatú, csontérintettsége kevésbé kiterjedt. Az esetek kb. 50%-ában a betegek tünetmentesek, és csak egy esetleges spontán törés miatt vagy egyéb okból készült rtg-felvételen derül ki az elváltozás. Más esetekben enyhe, bizonytalan csontfájdalomról, az agyidegek nyomásából eredő fájdalomról panaszkodhat a beteg. Ritkán patológiás fractura keletkezhet.

Esetismertetés

B. L-né 1921-ben született nőbeteg kórtörténetében lényeges betegség nem szerepel. Fiatal korában jelentkező enyhe hátfájdalom miatt készült rtg-felvétel alapján Albers—Schönberg-kórt igazoltak.

1988-ban jelentkezett az ORFI A. reuma osztályán kéz kisízületi fájdalom és reggeli kézmerevség, valamint kétoldali csukló- és bokafájdalom miatt. Fizikális vizsgálatkor mko. csukló és PIP ízületek duzzanatát, interosseus atrophiát, valamint fokozott háti kyphosist találtunk. Mko. térdben szabad folyadék volt tapintható. Laboratóriumi eltérések: latex ++++, Waaler—Rose: 64, CRP: 128 mg/l, We: 70, 90 mm/h, vérkép normális, vizelet savanyú vegyhatású, normális, májfunkció normális.

Mind a panaszok, mind a klinikai kép, mind az immunológiai eltérések alapján a betegséget rheumatoid arthritisnek (RA) tartottuk.

Betegünket 1988 óta rendszeresen kezeljük, a RA aktivitás változó intenzitású. Alkalmazott terápia: 1988-tól napi 1 t. Imurán (50 mg), napi 1 t. Prednisolon (5 mg) non-szteorid gyulladáscsökkentők és fizioterápiás kezelések. 1991-ben az Imuránt bőrkiütés miatt elhagytuk, azóta csak Prednisolon tablettát (1993-ban 3 t.—15 mg/nap) és non-szteroid gyulladáscsökkentőt szedett.

1993-ban a beteg fáradékonyságról, elesettségről panaszkodott. A vizsgálatainkkal jelentős anaemiát, leukocytosist és thrombocytopeniát találtunk. A vérképzőszervi elváltozások kivizsgálása és kezelése céljából a beteget a Semmelweis Orvostudományi Egyetem III. sz. Belgyógyászati Klinikájára helyeztük át. A hematológiai eltérések hátterében chronicus myelomonocytaer leukaemia blastos transformatiója derült ki (Htk: 0,21, fehérvérsejtszám: 26 G/l, vérlemezkeszám 50,0 G/l, minőségi vérkép: 13% monoblast, 40% atípusos monocyta, 24% neutrophil granulocyta, 23% lymphocyta és 3 db normoblast/100 fehérvérsejt). Az elvégzett crista biopsia anyagában a hematológiai betegség jellegzetességei uralták a képet, az osteopetrosisra jellemző csontszöveti elváltozások nem voltak láthatók.

Csontfájdalmak, a blastok számának növekedése, anaemia és thrombopenia miatt több alkalommal került sor a beteg klinikai felvételére, amelyek során időszakos citosztatikus kezeléseket (hydroxyurea, etoposid, kis dózisú cytarabin) kapott, többkevesebb terápiás eredménnyel. A beteg utolsó klinikai felvétele 1993 decemberében történt lázas állapot, fokozódó anaemia és testszerte jelentkező vérzések miatt. Fehérvérsejtszáma 96 G/l, a blastok aránya 61% volt. Ekkor a beteg teljes dózisú etoposid kezelésben részesült, amelyre a blastok száma jelentősen csökkent és kombinált antibiotikus terápia mellett láztalanság alakult ki. A bentfekvés alatt több alkalommal zajlott le jelentős ischaemiás EKG eltérésekkel kísért mellkasi fájdalom, de szívizom infarktus nem volt igazolható. A beteg 1994. február 17-én jelentős heveny történés nélkül meghalt, a halál oka szívelégtelenség volt.

Röntgen felvételek: Összehasonlítható kéz felvétel *(1/a. ábra)*: Mérsékelten egyenletesen csökkent mésztartalom. Jobb oldali kéztő rövidebb. A radius és ulna subluxált helyzetben vannak, végződésük deformált. Az ízületi rések beszűkültek, az ízfelszínek scleroticusak, a csöves csontok „bunkósbot" alakúak. Jobb V. ujj középső percének bázisán ulnárisan kifejezett felrakódás (1988).

Oldalirányú lumbosacralis gerinc és AP medence felvétel *(1/b. és 1/c. ábra)*: Mérsékelten, egyenletesen csökkent mésztartalom. A háti és lumbális csigolya spongiosája keskeny, szerkezete elmosódott („csont a csont nélkül"), alsó és felső zárólemezei alatt intenzív, mélyre terjedő sclerosis („gyászkeret vagy szendvics csigolya, rugger jersey spine" képe). Fokozott háti kyphosis. A jobb femurban, a csípőlapátokban, az os pubison és az os ischiikben a csontstruktúra egyneműen, intenzíven scleroticus (1993).

K. T. 1945-ben született nőbeteg 3 éve fennálló hátfájdalma miatt spondylosis dorsalis diagnózissal került osztályunkra felvételre. Évente kezelték különböző gyógyhelyeken, röntgen felvételeket a betegről nem készítettek. A nyaki és háti gerincszakaszról, valamint a medencéről intézetünkben készített röntgen felvételeken az Albers—Schönberg-kór típusos radiológiai elváltozásait igazoltuk (2/a., 2/b. és 2/c. ábra). Laboratóriumi eltérései nincsenek. A beteg panaszait komplex balneo-fizioterápia, valamint non-szteroid gyulladáscsökkentő szedése mérsékelte.

Megbeszélés

Első betegünk fiatal kora óta ismert, lényeges panaszt nem okozó Albers—Schönberg-betegsége az autoszomális domináns módon öröklődő formába tartozik. Az *1/a., 1/b. és 1/c. ábrán* bemutatott röntgen felvételeken a márványcsont betegség minden jellemzője jól látható: a „szendvics csigolyák", a csöves csontok „bunkósbot"-szerű alakja, a kis fokban beszűkült velőűr, a csípőlapát kagyló rajzolatú scleroticus területei.

Második betegünk — akinek alapbetegségére szintén az elvégzett röntgen vizsgálat derített fényt — vérképzőszervi betegségben nem szenved, ugyancsak az osteopetrosis enyhébb, az autoszomális dominánsan öröklődő formájába sorolható.

Az osteopetrosis kórszármazását illetően többféle elképzelés van.

1. A csontbontás elégtelensége kóros osteoclast működés miatt (2), melynek oka

a) az osteoclastok karboanhidráz II. enzimének hiánya vagy csökkent aktivitása (4, 14, 16, 17). Az osteoclastok száma a csontszövettani leletben emelkedett. A csontbontás elégtelensége mellett e formára a renalis tubularis acidosis is jellemző, szintén a csökkent vagy hiányzó enzimműködés miatt. A recesszíven öröklődő formák egy része igazoltan ebbe a csoportba tartozik. Csontvelő átültetéssel ilyen esetekben javulás érhető el (9), ami arra utal, hogy a betegség e formájának oka a csontvelői őssejtben (stem cell, SC) keresendő *(3. ábra)*.

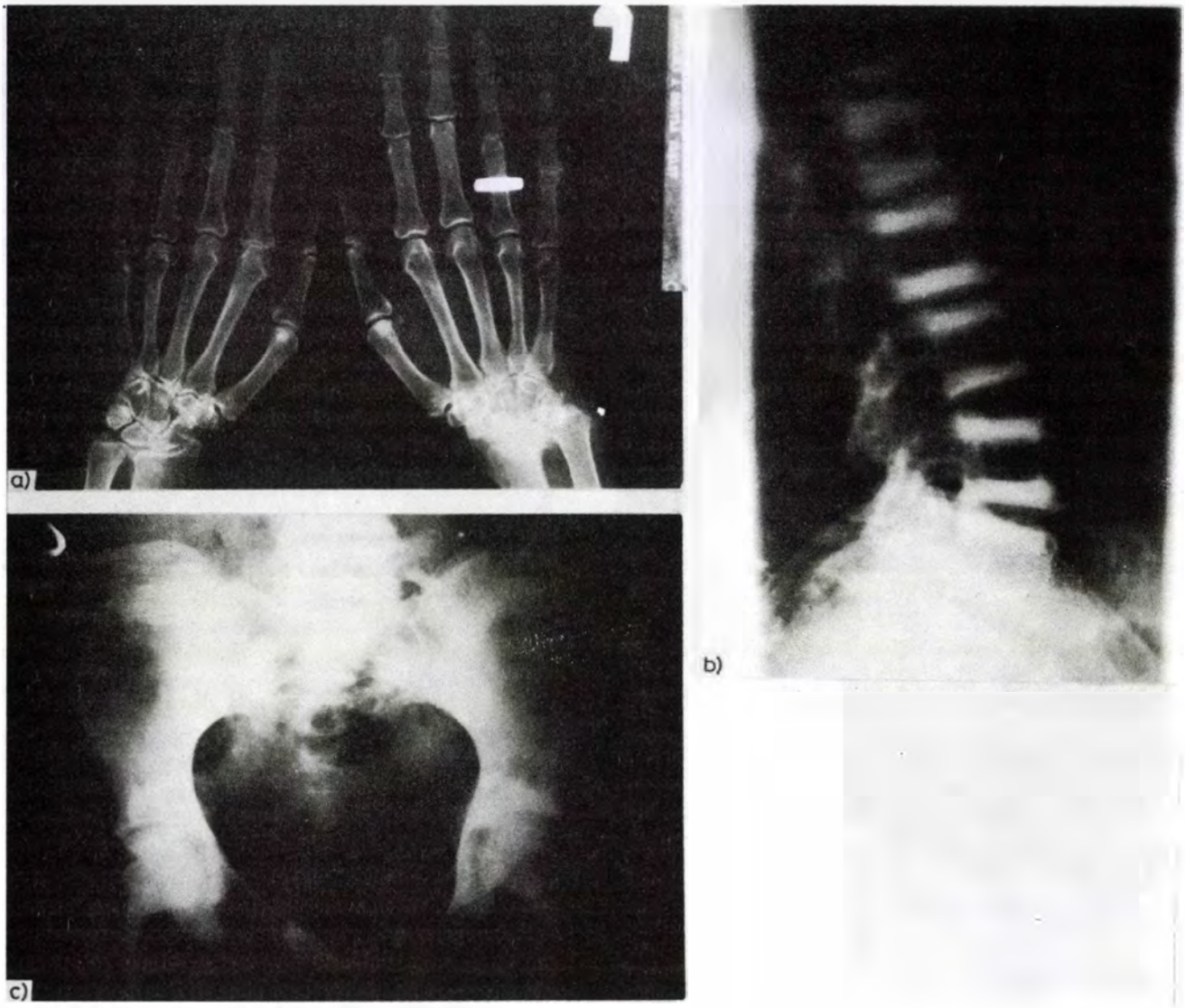
b) ismeretlen (fokozott kalcitonin termelés?).

2. Genetikus hiba okozta macrophag colonia stimuláló faktor (MCSF) hiány miatt a pluripotens myeloid őssejtből nem differenciálódik osteoclast (7, 15) *(3. ábra)*. E formában a kísérletesen adott MCSF jó hatású (8). A csontvelő kevés osteoclastot tartalmaz. Az osteopetrosis ezen típusa jól tükrözi a cytokinek csontformálásban betöltött fontos szerepét.

3. Fokozott osteoblast működés, erre a formára jellemző az emelkedett alkalikus foszfatáz szint (13).

A fenti okok valamelyike következtében fennálló elégtelen csontanyagcsere miatt a csont szerkezeti egysége kóros, a csontok kemények, rugalmatlanok, törékenyek. A fokozott sclerosis, a cortex vastagodása miatt az agyidegek komprimálódhatnak, növekedhet az agynyomás, vakság, süketség alakulhat ki.

A recesszív módon öröklődő Albers—Schönberg-kór a szekunder módon kialakuló osteomyelofibrosis miatt korai halálhoz vezet. A domináns úton öröklődő formája a legszerencsésebb esetben egy életen át tünetmentes lehet, és a beteg halálát egy másik, társult betegség okozza.



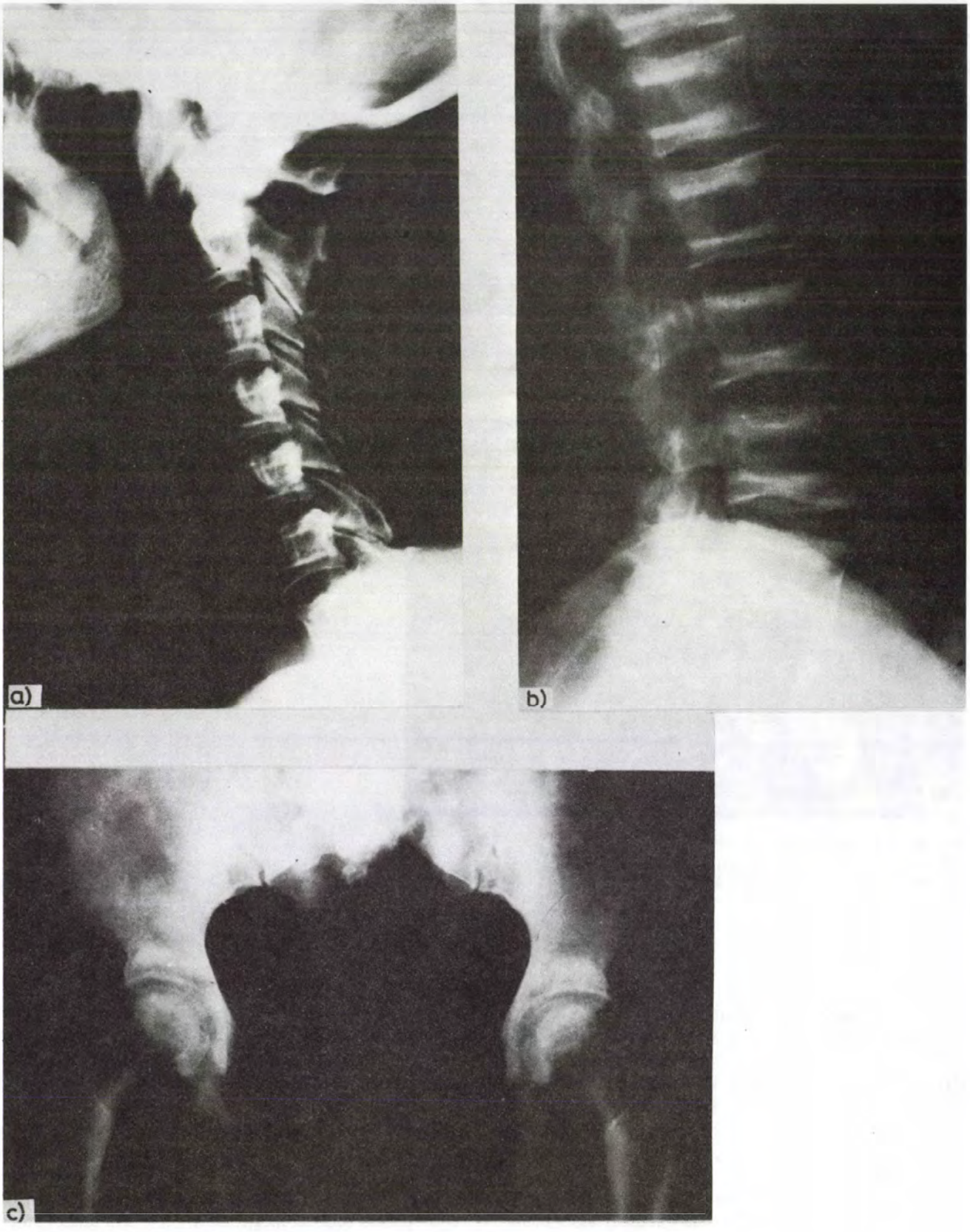
1/a. ábra: Összehasonlító kéz felvétel
1/b. ábra: Oldalirányú lumbosacralis gerinc felvétel
1/c. ábra: AP medence röntgen képe

Első betegünkkel kapcsolatban felmerült az a kérdés, lehet-e kapcsolat az osteopetrosis és a rheumatoid arthritis, valamint a myelodysplasiás syndroma között. *Mundy* (11) cytokinek szerepére hívja fel a figyelmet, melyek az összes olyan betegségért felelősek lehetnek, melyek a csont patológiás átépülésével járnak, pl.: osteopetrosis, Paget-kór, rheumatoid arthritis, csontot is érintő malignus betegségek.

Kísérletek során egerekben kimutatták (19), hogy az egyik cytokin, a macrophag colonia stimuláló faktor hiány miatt nemcsak osteopetrosis alakul ki, hanem a pluripotens őssejtek is erősen redukáldónak. Mint a *3. ábrából* kitűnik, a myelodysplasiás syndroma is e sejt proliferációs és differenciálódási hibája miatt jön létre.

Shultz (15) kísérletei szerint macrophag colonia stimuláló faktor hiányában a myeloid és lymphoid sejtsor egyaránt érintett, és ez szisztémás autoimmun megbetegedésre hajlamosít. Hasonló eredményről számol be *Hochman* is (6). Igen érdekes *Aurigemma* (1) munkája, aki azt találta, hogy myeloblastosis asszociált vírus hatására csirkében osteopetrosis fejlődött ki.

Emberben a myelodysplasia és az osteopetrosis együttes előfordulására nem találtunk irodalmi adatot. Ugyanakkor a rheumás jelenségek és a myelodysplasia együttes jelenléte, illetve a rheumás elváltozások kialakulása a myelodysplasiás tünetek megjelenése előtt nem számít ritkaságnak. *Castro és mtsai* (3) 162 myelodysplasiában szenvedő egyén anyagának vizsgálatakor 16 betegnél találtak valamilyen rheumás elváltozást, közülük egynek 4 éve volt szeropozitív RA-e. *Pajus* és *Amor* (12) 8 betegről számolt be, akiknél a myeloproliferatív, illetve a myelodysplasiás syndroma bevezető tüneteként RA-t észleltek.



2/a. ábra: Oldalirányú nyaki gerinc röntgen képe
2/b. ábra: Oldalirányú lumbosacrális gerinc felvétel
2/c. ábra: AP medence röntgen képe

CECLOR®

minden generáció számára



További információk:

Lilly Hungária Kft., 1075 Budapest, Madách Imre u. 13-14. VII. em. Telefon: 267-9801. Fax: 268-1500, 268-1501

A légutak és a torok gyulladásos megbetegedései, nagy mennyiségű nyákkiválasztással járó légzőszervi betegség esetén

Solmucol

(N-Acetylcysteinum)



Oldja a hurutot,

a viszkózus nyákot hígítja, annak kiürülését segíti,

csillapítja a köhögést





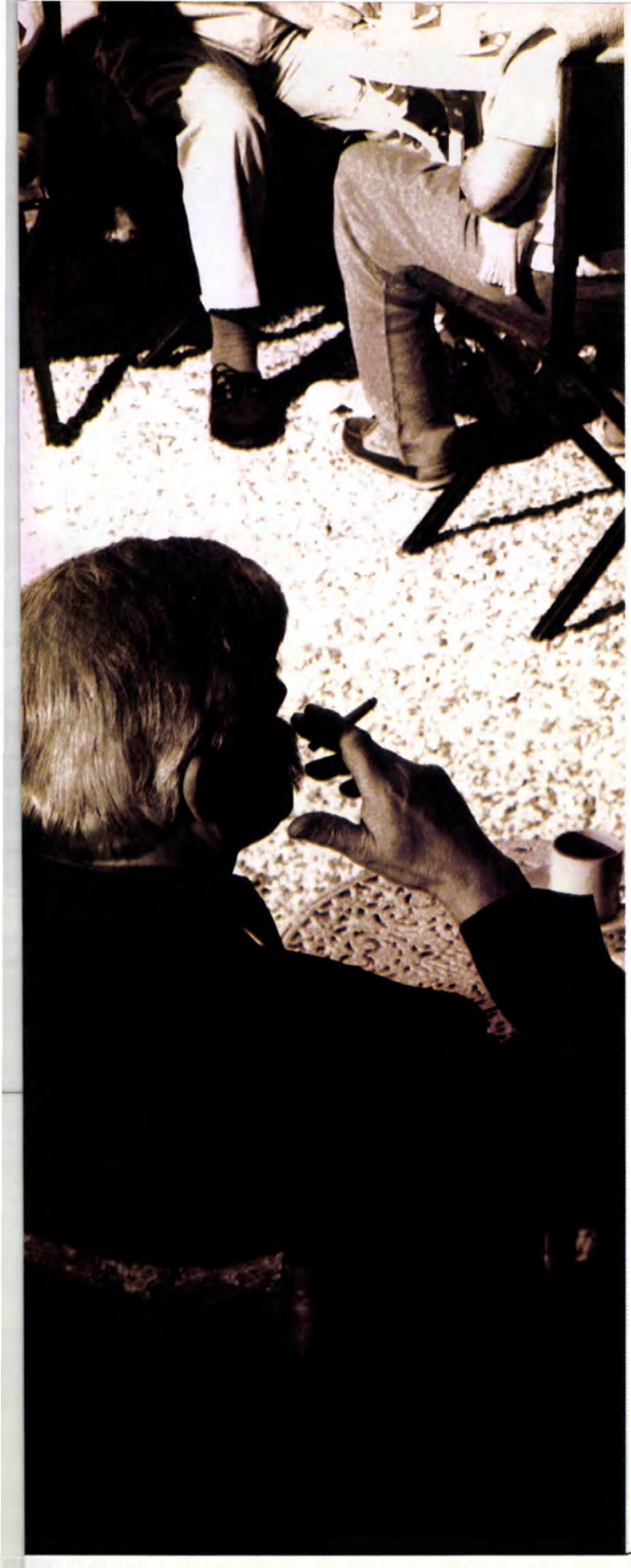
naponta 3 x 100 mg gyermekeknek
3 x 200 mg felnőtteknek

IBSA
Institut Biochimique SA
CH - 6900 Lugano

Forgalomba hozza:

PHARMAFONTANA BUDAPEST
Gyógyszerellátó Vállalat

HUNGAROPHARMA
Gyógyszerkereskedelmi Vállalat



Hypercholesterinaemiában Ön választja ki a beteget a rizikófaktorok alapján a LESCOL terápiára

- 6,5 mmol/l összkoleszterin felett 2 rizikófaktorral
- 7,8 mmol/l összkoleszterin felett 1 rizikófaktorral
- Nagy hatékonyság – napi 1 Lescol kapszula
- Az első szintetikus statin készítmény
- A máj endogén koleszterin szintézisét gátolja
- Kiváló tolerancia

Nagy szelektivitás = költségkímélő kezelés

LESCOL®
FLUVASTATIN

a hypercholesterinaemia kezelésének világszerte legújabb gyógyszere

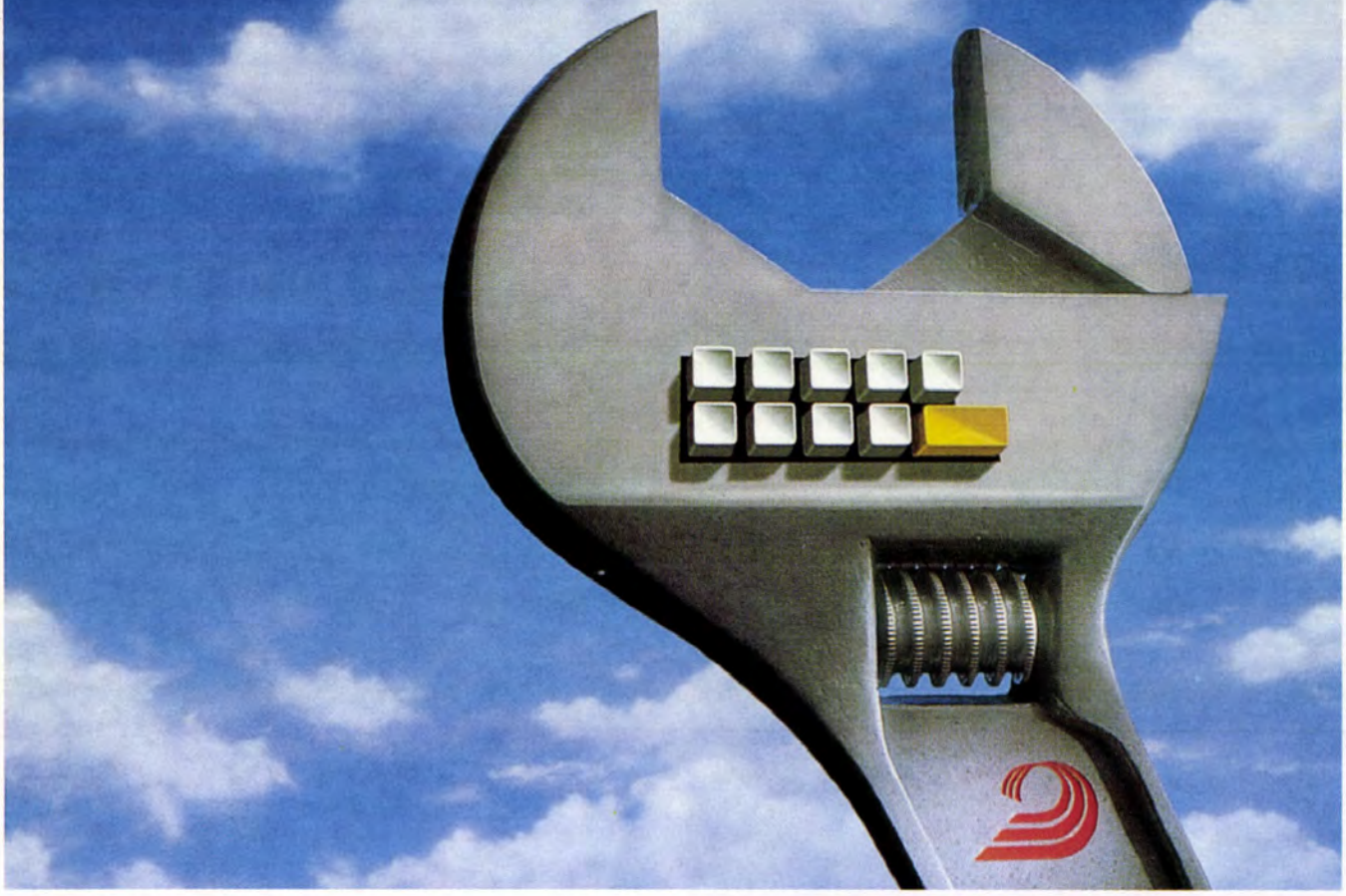
LESCOL® kapszula 20 és 40 mg. Koleszterinszint-csökkentő. **Összetétel:** 20 mg, ill. 40 mg fluvastatinum (21,06 mg, ill. 42,12 mg fluvastatinum natricum) kapszulánként. **Javallat:** Diétás kezelésre nem megfelelően reagáló primer hypercholesterinaemia. **Adagolás:** A kezelés megkezdése előtt a beteget standard koleszterinszint-csökkentő étrendre kell beállítani, mely diétát a kezelés alatt is tovább kell folytatni. Az ajánlott adag napi egyszeri 20–40 mg este. Lásd Alkalmazási útmutató. **Ellenjavallat:** A készítménnyel szembeni túlérzékenység. Aktív májbetegség vagy ismeretlen eredetű, tartós szérum transzamináz-emelkedés. Terhesség, szoptatás, gyermekkor. Fogamzóképes korú nőknek csak megfelelő fogamzásgátlás mellett adható. **Gyógyszerkölcsönhatások:** Epesavkötő-szerek, cimetidin, ranitidin, omeprazol, rifampicin. Lásd Alkalmazási útmutató. **Mellékhatások:** Gastrointestinalis panaszok: dyspepsia, émelygés, flatulentia, hasi fájdalom. Alvászavar, sinusitis, húgyúti infectio, hypaesthesia. Szérum transzamináz-emelkedés. Lásd Alkalmazási útmutató. **Figyelmeztetés:** Fokozott óvatosság szükséges, ha az anamnézisben májbetegség, ill. jelentős alkoholfogyasztás szerepel, vagy ha diffúz izomfájdalmak, izomérzékenység vagy -gyengeség, ill. jelentős szérum-kreatinin, -foszfokináz-emelkedés jelentkezik, vagy súlyos veseelégtelenség áll fenn. Lásd Alkalmazási útmutató. **Csomagolás:** 28 db kapszula 20 mg, ill. 40 mg.

További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a **Sandoz Pharma Services AG Képviselet** (1122 Budapest, Maros u. 19–21. Tel.: 202-4766), valamint vidéki Sandoz irodáink munkatársai szívesen állnak rendelkezésére.

SANDOZ

LOMIR SRO®
5 mg retard kapszula

A megoldás kulcsa enyhe és középsúlyos hypertonia kezelésére. Biztosítja a vascularis integritást.



A legújabb kutatások eredményei bizonyítják, hogy a jól megválasztott antihypertensiv kezelés képes az érfal épségét helyreállítani és tartósan megőrizni.

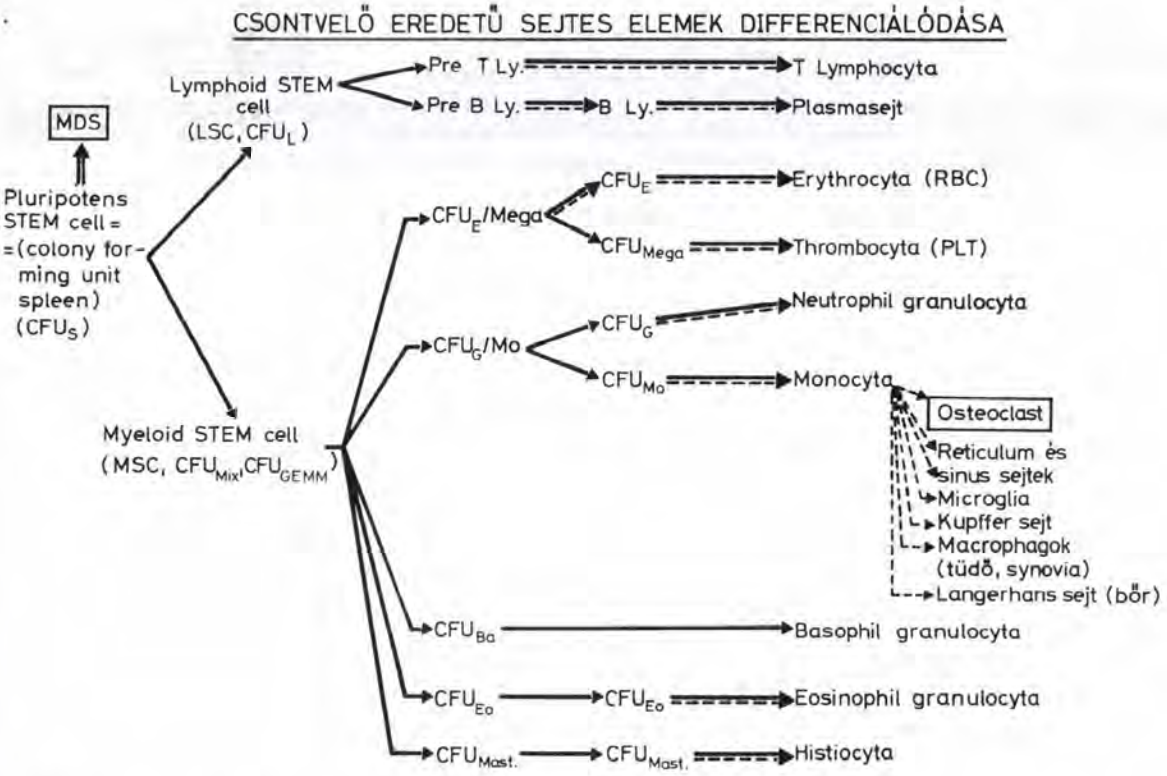
A Lomir SRO nemcsak szabályozza a vérnyomást, hanem erősíti a vascularis integritást.

- Nagy az affinitása az arteriák simaizomzatához.
- Normalizálja a fibrinolytikus aktivitást és a thrombocyta aggregációt.
- Kedvezően alakítja a lipid profilt.
- Fenntartja a szív contractios erejét és ingervezetését.
- Nem befolyásolja a szívfrekvenciát.
- Javítja a veseműködést.

Lomir SRO® 5 mg

LOMIR® tabletta 2,5 mg, LOMIR SRO® retard kapszula 5 mg. Calcium-antagonista. *Összetétel:* 2,5 mg isradipinum tablettánként; 5 mg isradipinum kapszulánként. *Javallat:* Essentialis hypertonia. *Adagolás:* Általában napi 2x1 tabletta (2x2,5 mg) vagy napi 1 kapszula (5 mg). Lásd: Alkalmazási útmutató. *Gyógyszer-kölcsönhatások:* A tabletta táplálékkal történő bevétele az abszorpciót egy órával késleltetheti, a retard kapszula biohasznosulását pedig növelheti. Propranolollal vagy anticonvulsansokkal interakcióba léphet. Cimetidin megnöveli, rifampicin csökkenti a Lomir bioaktivitását. Enziminduktív szerekkel való együttadása kerülendő. Lásd: Alkalmazási útmutató. *Mellékhatások:* Szédülés, fejfájás, bőrpír, tachycardia, nem szíveredetű perifériás oedema. *Figyelmeztetés:* Károsodott vese-, illetve májműködés esetén és idős korban a Lomir adagját egyénileg kell megállapítani; a javasolt kezdő adag 2x1,25 mg (2x1/2 tabletta). Óvatosan adandó aorta stenosis, sick sinus syndroma, alacsony szisztolés nyomás és terhesség esetén. Lomirral kezelt anyák ne szoptassanak. *Csomagolás:* 30 tabletta; 20 kapszula. További információkkal az Alkalmazási útmutató szolgál, illetve a Sandoz Pharma Services AG Képviselet (1122 Budapest, Maros u. 19–21.) szívesen áll rendelkezésre.

SANDOZ



3. ábra: A csontvelő eredetű sejtek fejlődése
Stem cell (SC) = őssejt; CFU = colony forming unit; MDS = myelodysplasiás syndroma ⇛ patológiás folyamat

IRODALOM: 1. *Aurigemma, R. E, Torgersen, J. L., Smith, R. E.:* Seqences from myeloblastosis-associated virus MAV-2(0) and UR2AV involved in the formation of plaques and the induction of osteopetrosis, anaemie, and ataxia. J. Virol., 1991, *65,* 23—30. — 2. *Brashear, H. R., Raney, R. B.:* General affections of bone. In: Breshear, H. R., Raney, R. B.: Handbook of orthopaedic surgery. The C. V. Mosby Company, Saint Louis, 1978, 61—62. old. — 3. *Castro, M., Conn, D. L., Su, W. P. és mtsa:* Rheumatic manifestations in myelodysplastic syndromes. J. of Rheumat., 1991, *18,* 721—725. — 4. *Hehn, T. J.:* Metabolic Bone Disease Miscellaneous Disorders. In: Kelley, Harris, Ruddy, Sledge (eds): Textbook of Rheumatology. W. B. Saunders Company, Philadelphia, 1993, 1621. old. — 5. *Helfrich, M. H., Aronson, D. C., Everts, V. és mtsa:* Morphologic features of bone in human osteopetrosis. Bone, 1991, *12,* 411—419. — 6. *Hochman, N., Hojo, H., Hojo, S. és mtsai:* Reversal of immune dysfunction in osteopetrotic rats by interferon-gamma augmentation of macrophage Ia expression and lymphocyte interleukin-2 production and proliferation. Cell Immunol., 1991, *137,* 14—23. — 7. *Kodama, H., Nose, M., Niida, S. és mtsa:* Essential role of macrophage colony-stimulating factor in the osteoclast differentiation supported by stromal cells. J. Exp. Med., 1991, *173,* 1291—1294. — 8. *Kodama, H., Yamasaki, A., Nose, M. és mtsai:* Congenital osteoclast deficiency in osteopetrotic (op/op) mice is cured by injections of macrophage colony-stimulating factor. J,. Exp. Med., 1991, *173,* 269—272. — 9. *Locatelli, F., Bongiorno, M., Zecca, M. és mtsai:* Allogenic bone marrow transplantation in children from other than HLA-identical sibling donor. Bone Marrow Transplant, 1991, *7,* (Suppl. 3.), 124—127. — 10. *Magyar I.:* A myeloid rendszer betegségei. In: Magyar I.: Rövid belgyógyászat. Medicina, Budapest, 1981, 427. old. — 11. *Mundy, G. R.:* Cytokines and local factors which affect osteoclast function. Int. J. Cell Cloning., 1992, *10,* 215—222. — 12. *Pajus, I., Amor, B.:* Rheumatological manifestations associated with myelodysplastic and myeloproliferative syndromes. Rev. Rhum. Mal. Osteoartic., 1992, *59,* 11—16. — 13. *Poór Gy.:* Congenitális csontbetegségek. In: Gömőr B., Bálint G.: Reumatológia. Medicina, Budapest, 1989, 233. old. — 14. *Schwartz, G. J., Brion, L. P., Corey, H. E. és mtsa:* Case report 668. Carbonic anhydrase II deficiency syndrome. Skeletal Radiol., 1991, *20,* 447—452. — 15. *Shultz, L. D.:* Hematopoiesis and models of immundeficiency. Semin Immunol., 1991, *3,* 397—408. — 16. *Sly, W. S., Sato, S., Zhu, X. L.:* Evaluation of carbonic anhydrase isozymes in disorders involving osteopetrosis and/or renal tubular acidosis. Clin. Biochem., 1991, *24,* 311—318. — 17. *Szűcs J.:* A csontrendszer és az extracelluláris kalciumforgalom. In: Szollár, L.: Kórélettan. Semmelweis Kiadó, Budapest, 1993, 363—371. old. — 18. *Yoneyama, T., Fowler, H. L., Pendleton, J. W. és mtsai:* Elevated serum levels of creatine kinase BB in autosomal dominant osteopetrosis type II — a family study. Clin. Genet., 1992, *42,* 39—42. — 19. *Wiktor-Jedrezejczak, W., Ratajczak, M. Z., Ptasznik, A. és mtsai:* CSF-1 deficiency in the op/op mouse has differential effects on macrophage populations and differentation stages. Exp. Hematol., 1992, *2,* 1004—1010.

(Székely Gabriella dr., *Budapest,* Mester u. 45. 1095)

Aladdin

Kereskedelmi és Szolgáltató Kft.
9700 Szombathely, Paragvári út 15.
Telefon és fax: 94/315-329, 328-322

HEWLETT PACKARD

HEWLETT-PACKARD ORVOSELEKTRONIKAI MŰSZEREK HIVATALOS MAGYARORSZÁGI FORGALMAZÓJA

HEWLETT-PACKARD A VILÁG MINDEN RÉSZÉN A MINŐSÉGET JELENTI

Az 1995-ös év meglepetéseként ajánljuk új 3-6-12 csatornás EKG-családunkat mind kórházi, mind magánpraxisba való professzionális alkalmazásra.
M 1772 Page Writer Cardiograph 100 már 389 000 Ft + ÁFA-tól

RÉSZLETFIZETÉSI LEHETŐSÉG, EGY GAZDASÁGI ÉVEN BELÜL KAMATMENTESEN

Color Doppler SONOS 100 CF elsősorban Cardiovasculáris vizsgálatokra ● Cardiotokographok szülészeti osztályok, valamint terhesgondozók számára 5 év garanciával ● Olcsó perifériás érdopplerek ● Betegellenőrző monitorok, defibrilátorok a felhasználó igényeinek megfelelő kiépítésben

Aki nem csak a mában gondolkodik, válassza a HEWLETT-PACKARD termékeket

MINŐSÉG - MEGBÍZHATÓSÁG - GAZDASÁGOS ÜZEMELTETÉS

Pontos, gyors, megbízható fogyóanyagellátás, valamint szerviz.

MEGJELENT A HARRISON! MEGJELENT A HARRISON! MEGJELENT A HARRISON!

Harrison: A belgyógyászat alapjai

A 12. amerikai kiadás első magyar nyelvű változata.



A „Harrison'' fogalom a belgyógyászati szakirodalomban, a világban legtöbbet használt orvosi szakkönyvek egyike.
Kiadónk e kiváló mű „companion handbook'' változatának magyar kiadását jelentette meg.
A könyv rendkívüli, igazi angolszász tömörséggel, és mégis alapos módon foglalja össze a belgyógyászat minden területén a leglényegesebb diagnosztikus és terápiás tudnivalókat.
Szerepelnek benne mindazon betegségek, amelyek járóbeteg-, ill. a kórházi gyakorlatban vagy a sürgősségi ellátásban fordulnak elő.
A „kis Harrison'' igen jó szerkesztésmódjával és hordozhatóságával reményeink szerint a medikusok és a gyakorló orvosok kedvelt és hasznos olvasmánya lesz.

Ára: 2900,— Ft

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem Harrison: A belgyógyászat alapjai című könyvét

..... példányban

Megrendelő neve: .....

Címe: .....

FOLYÓIRATREFERÁTUMOK

GENETIKA

A DNS és a genetikai kód. Rosenthal, N.: N. Engl. J. Med., 1994, *331*, 39.

Figyelemre méltó, hogy a DNS kettős spirál — melynek szerkezetét mintegy 40 évvel ezelőtt ismertették — még mindig alapvetően meghatározza az élő szervezetek sejtjének működését és szerkezetét. A DNS az élet kódja, amely nemzedékről nemzedékre öröklődik és egyben a kulcsa annak, hogy a mutatiók hogy képesek cellularis dysfunctiót és betegséget okozni. A DNS a génterápia bevezetése óta az új orvosi beavatkozások célpontja is. Ez a közlemény a DNS szerkezetét elemzi, a négy, korszerű molekuláris genetika alapismereteit és módszereit taglaló cikksorozat első tagja. A DNS két egymás körül csavarodó kettős spirál nucleotid láncból áll. A spirál gerincét dezoxyribose-phosphat gyökök alkotják, a foszfátcsoportok "5,— "3, phosphodiester kötéseket képeznek, két, egymás után következő pentose-gyűrű 5., illetve 3. szénatomja között. A két szál cukorcsoportjaihoz kötött nukleinsav bázisok a kettős spirál belsejében tengelyre merőlegesen helyezkednek el. Ezek hordozzák a genetikai kódot. A kettős spirál egyik szálának nucleotid szekvenciája meghatározza a másik szál nukleotid szekvenciáját. A bázispárosítás szigorú szabálya a genetikai információ tárolásában, felidézésében és átadásában egyaránt nélkülözhetetlen. A sejtmagban a DNS molekulák kromoszomákban találhatók. A DNS hossza és bázisösszetétele kromoszómánként eltérő. Az emberi sejtek 23 kromoszómája által hordozott genetikai információ egyedi, a DNS specificitása a bázisszekvenciától függ. A kromoszómakészlet DNS összessége a genom, amely az adott faj egyedeiben állandó.

A DNS-ben tárolt információ sok-sok funkció mellett a DNS replicatióját is lehetővé teszi. A DNS spirálbeli polymerase enzimek készítik az új complementer DNS szálakat. A genetikai információ helyes átadása a replikáció pontosságán alapul. Az eközben létrejövő hibák hozzák létre a mutatiókat.

Az örökletes információ legkisebb működési egysége, a gén, amely egy bizonyos fehérje szerkezetét kódoló bázisszekvenciát jelent. A fehérjeszintézis a cytoplasmában zajlik, a genetikai információt az ún. messenger-RNS szállítja. Az ún. transcriptio egyszálú complementer mRNS-t képez. Az RNS bázis és cukor-foszfát összetétele különbözik a DNS-től, bomlékonyabb, így az extracelluláris szignálok, vagyis az mRNS összetétele gyorsan megváltoztatható. A fehérjeszintézis helye a ribosóma, folyamata az ún. translatio. Az mRNS fehérje szintetizáló kódoló bázishármasa az ún. codon. A nukleinsav kód aminosavkóddá fordításához transfer RNS szükséges. A transfer RNS ún. anticodonja segítségével kapcsolódik az mRNS complementer codonjához. A szomszédos aminosavakat ribosomális enzimek kapcsolják össze. Így jönnek létre az egyedi fehérjestrukturák. A DNS szerkezetének egységessége fontos orvosi vonatkozással bír, hiszen más szervezet sejtjeinek vizsgálata új információkat adhat az emberi sejt működésének megismerésében (gombasejtek génvizsgálata, ill. mutatiovizsgálata — vastagbélrák, recombinans DNS technológia, therápiás célra alkalmazott fehérjék rekombináns szintézise — insulin). A genetikai különbözőség alapjait még ma sem ismerjük, valószínűleg, az egyedi tulajdonságok specifikus gének, ill. ezek expresszálódásával függnek össze. A jelen kutatások szerint az emberi genom csekély hányada kódol fehérjemolekulákat. Ennek a pontos feltérképezése, illetve az önszabályozó parancsok megfejtése új távlatokat nyithat az egyes betegségek molekuláris alapjainak tisztázásában.

Ádler Ildikó dr.

Genetikai események a Wilms-tumor kialakulásában. Coppes, M. J. és mtsai (Pediatric Oncology Program, Alberta Children's Hospital, 1820 Richmond Rd., S. W. Calgary, AB T2T 5C7, Kanada): N. Engl. J. Med., 1994, *331*, 586.

A Wilms-tumor a leggyakoribb intraabdominális solid tumor gyermekekben (1/10 000). Az esetek 5—10%-ban bilateralis, másik érdekessége primitív, de nem malignus sejtekkel való associatiója — nephrogén „maradványok" (30—40%). Wilms-tumorosokban sajátos congenitalis abnormalitások fordulhatnak elő (húgyivarszervi fejlődési rendellenességek, aniridia, mentalis retardatio, hemihypertrophia, organomegalia). Ezen defektusok bizonyos locusokkal összefüggésbe hozhatóak, melyek a Wilms-tumor kialakulásában szerepet játszhatnak. Eddig egy Wilms-tumor suppressor gént (WT1) sikerült azonosítani a 11p13-as regióban. Genom imprintig, ill. szokatlan öröklődési minta miatt feltételeznek egy másik gént is (WT2) a 11p15-ös regióban.

A jelenleg elfogadott kétlépcsős hypothesis szerint a genetikailag fogékonyaknál vagy egy constitutionális lézió (v. szülőtől örökölték v. spontán mutatio eredménye), így csak egy genetikai esemény, míg a sporadikus esetben két független somaticus mutatio kell a betegség kialakulásához. (A két esemény során mindkét tumorsuppressor gén inaktiválódik.)

A Wilms-tumor és a hozzá kapcsolódó fejlődési rendellenességek (WAGR sy. — a Wilms-tumor incidenciája 30% felett) vizsgálata során észlelt 11p13 deletio magában foglalja az aniridiáért felelős PAX6 és a WT1 gént. A PAX6 egyik alléljének elvesztése aniridiát, míg a WT1 egyik alléljének mutatiója húgyivarszervi malformatiókat okozhat, ez utóbbi mutatio egyben a Wilms-tumor kialakulásában az első lépés.

A WT1 csak kondenzált blastokban, renalis vesiculumokban és glomerularis epithelben expresszálódik, épp ott, ahol a Wilms-tumor feltétlezhetően indul. A renalis WT1 expresszió születéskor a legmagasabb,majd az életkorral csökken. A domináns negatív mutatio szerint a tumorsuppressor gén mutatiója miatt képződő kóros protein az ép allél általit károsítva (dysfunctio) sokkal súlyosabb eltéréseket okozhat, mint egy deletio (afunctio). Erre jó példa a Dennys—Drash-sy. (Wilms-tumor incidenciája 90% felett). A WT2 gén localisatiója, ill. a Beckwith—Wiedemann-sy.-val (11p15) — Wilms-tumor incidenciája 5% alatt —, valamint az IGF2-vel (11p15) való viszonya egyelőre még tisztázatlan.

Nephrogén „maradványok" (apró gócok, melyek persistaló, a újszülöttkori vesékben megtalálható primitív blastsejteket tartalmaznak) jelenléte gyakoribb Wilms-tumorban, ezen betegségre hajlamos gyermekek gyakorlatilag mindegyikében megtalálhatóak. Ezek alapján a Wilms-sejtekkel való közös eredetük valószínűsíthető. Ezen „maradványok" vagy spontán regrediálnak, vagy Wilms-tumorba „mehetnek át".

A szerzők konklúzióként a sporadikus aniridiások esetén a Wilms-tumor fokozott rizikója miatt gyakori UH szűrést, valamint molekuláris genetikai analízist javasolnak annak eldöntésére, hogy a mutatio csak a PAX6 gént vagy a WT1-et is érinti.

Támok András dr.

Medulláris pajzsmirigyrák, gének és a rák megelőzése. Utiger, R. D.: N. Engl. J. Med., 1994, *331*, 870.

A pajzsmirigyrákok 10%-a a medulláris típus, előfordul sporadikusan vagy familiárisan, önállóan vagy MEN2 (A vagy B) részeként. Prekurzorának, a C-sejtes hyperplasiának penetranciája (MEN2-ben vagy familiáris medulláris p. m. cc-nál) 100% 30 éves korra. Biokémiailag általában a plazma calcitonin szintjét emelkedettnek találják és majdnem minden esetben jelentősen fokozott a pentagastrinra és kalciumra adott válasz. Utóbbiaknál általában a C-sejtes hyperplasia mellett kicsiny, rendszerint kétoldali medulláris cc-t is fel lehet ismerni. A megfelelő időben végzett thyreoidectomia után a relapszus esélye jelentősen csökken, a szubsztitúció megoldható. Hátrány, hogy a szűrési tesztek mellékhatásokkal járnak. További előrelépést jelentett a családi formánál, hogy a cc. kialakulásáért felelős, a 10-es kromoszómára lokalizált gént — és ezzel a veszélyeztetetteket — linkage analízissel ki lehet mutatni. Újabban MEN2 és familiáris medulláris cc. eseteiben a *ret* onkogén csírasejtes mu-

tációját észlelték (a termék transzmembrán tirozin kináz). MEN2A-ban a mutáció az extracelluláris, MEN2B-ben az intracelluláris doménen van. Kérdés, mi történjen, ha gyereknél *ret* mutációt találnak? Korai thyreoidectomiát (ismerve, hogy a penetrancia közel 100%) vagy biokémiai teszteket kell végezni és csak akkor műteni, ha elengedhetetlen? Szerző szerint a thyreoidectomiát 4—5 éves korban kell elvégezni MEN esetében pheochromocytomára ugyancsak gondolni kell (gyakran bilaterális, ritkán malignus). Az inkomplet penetrancia miatt kétoldali preventív adrenalectomia nem helyeselhető. A szűrést (vizelet stb.) azonban a thyreoidectomiát követően végezni és tumor esetén operálni kell (valószínűleg csak bilaterális adrenalectomiának ven értelme). Fentiek indokolják, hogy minden medulláris p. m. ráknál a *ret* mutáció jelenlétét meg kell vizsgálni és ha pozitív, akkor kiterjeszteni a gyerekeire és családtagjaira — mert ez a megelőzés leghatékonyabb eszköze.

Kopper László dr.

A tüdőrák genetikai komponense: ikrek vizsgálata. Braun, M. M. és mtsai (National Cancer Institute, EPN 443, 6130 Executive Boulevard, Rockville, MD 20852, USA): Lancet, 1994, *344*, 440.

A molekuláris biológia haladásával sikerült néhány olyan gént feltérképezni és jellemezni, amely kóroktanilag kapcsolatban van a fokozott rákhajlam örökletességével. Ilyen családokban ennek ismeretétől a rák megelőzésének jobb lehetősége remélhető. Az epidemiológiai és molekuláris biológiai leletek arra utalnak, hogy a tüdőrák veszélyének egyik komponense az örökletes hajlam lehet és ez a dohányzás karcinogén hatásának fontos szabályozója lehet.

A szerzők 15 924 az Egyesült Államokban 1917—1927. között született férfi ikerpárt vizsgáltak, akik a II. világháborúban katonai szolgálatot teljesítettek. A tüdőrák mortalitásában genetikai hatást nem észleltek. A monozigóta ikrekben a gyakoriság nem haladta meg a dizigótákét, annak ellenére, hogy a monozigóta ikrek gyakrabban dohányoztak mindketten, mint a dizigóták.

A szerzők tanulmánya nem bizonyította az öröklés praedispositiót a tüdőrák kifejlődésére. Genetikai tényezők nem valószínű, hogy befolyásolnák a tüdőrák kockázatát a legtöbb 50 évesnél idősebb dohányzó férfiben, holott ebben a korcsoportban fordul elő a rák döntő többsége.

Jakobovits Antal dr.

Az Egyesült Királyságban jelentkező „biológiai apartheid". J. B. Meijer Van Putten: Ned. Tijdschr. Feneesk. 1994, *138*, 1388.

A plymouthi egyetem a juvenilis diabetesben szerepet játszó genetikai tulajdonságok kutatásába kezdett, 50 000 csecsemő hosszú távú observatióját tervezték. A cornwalliak és a devoniek családfáinak vizsgálatát tervezték. A lakosok többnyire parasztok, vagy halászok, és genrációkon át éltek a falvakban. A tervek azonban váratlanul heves reakciót váltottak ki a lakosságnál, akik feltételezték, hogy egy olyan próbálkozásról van szó, mellyel elválasztanák a „tiszta" kelta cornwalliakat az „angol importtól", mely századokon át áramlott a területre. A vizsgálatot ellenzők „biológiai apartheidről" beszélnek. A plymouthi egyetem tudósai maguk szították fel az indulatokat azzal a kijelentéssel, hogy a genetikai vizsgálat ki fogja mutatni, ki az igazi cornwalli és ki az angol származású. Dr. Andy Demaine kutató szerint molekulárisgenetikai technikával analizálni lehet a népi származást, és meg lehet állapítani, mért kapja meg a betegséget az egyik ember, míg a másik nem. A Cornish Nationalist Movement egykori tagja, Paul Homes nyugtalanítónak nevezte a terveket. Ahhoz, hogy valaki cornishi-e, semmi köze a géneknek, csak a gondolkodás milyensége, Cornwall szenvedélyes szeretete, csak a lelki beállítottság számít. Elfogadhatatlan, hogy egy genetikai vizsgálattal a lakosság egy részét angol vér importjával bélyegezzék meg. Dr. Ann Milward, a plymouthi kutatók egyike, megpróbálta csillapítani a szenvedélyeket, mondván: „Tudjuk, hogy a vizsgálat érzékenyen érinti Cornwall gyanakvó és bizalmatlan népét, de mi nem tiszta »corish man« után nyomozunk, hanem azt akarjuk megtudni, miért több itt a diabeteses gyermek, mint Angliában. Szándékunk tiszta. A védelem és megelőzés jobb, mint a gyógyítás."

Ribiczey Sándor dr.

DIAGNOSZTIKAI KÉRDÉSEK

Az aorta transoesophagealis echocardiographiás vizsgálata. Blanchard, D. G. és mtsai (UCSD Medical Center. Zoo w. Arbor St. 8411, San Diego, CA 92103, USA): JAMA, 1994, *272*, 546.

Az egy-, majd kétdimenziós transoesophagealis echocardiographia (TEE) az 1980-as években történt bevezetése óta igen széleskörűen használt módszerré vált, a transthoracicus echocardiographiával (TTE) összehasonlítva, különösen a posterior structurák, pl. a pitvari fülcse, interatrialis septum és a pulmonalis vénák ábrázolásánál jobb a felbontása. A TEE értékes és némely esetben nélkülözhetetlen információt nyújt a mellkasi aorta structurájáról és pathologiájáról, mert szinte az egész lefutása során a nyelőcső és az aorta közel, néhány centiméterre halad egymástól. A TEE vizsgálat használhatóságát a kétdimenziós technika lényegesen javította, mindez kiegészül a Doppler, ill. színes Doppler vizsgálatokkal. A következőkben a szerzők részben az irodalom, részben saját tapasztalataik alapján a TEE értékét hasonlítják össze más képalkotó eljárásokkal, mint az angiographia, CT és MRI az aorta pathologiás állapotaiban.

Az aorta dissectio, mint súlyos, akut kórkép, sürgősségi ellátást igényel, mert az első 24—48 órában 1—2%-os az óránkénti halálozási arány. Igen fontos a dissectio helyének és kiterjedésének gyors megállapítása a sebészeti ellátás szükségességét megítélendő, az általában instabil állapotban lévő betegnél. A „gold standard" az angiographia, melynek szenzitivitása 80—90%, specificitása 90—100% és predictiv értéke 95%. Hátránya az invazivitása, haemodynamicai laboratórium személyi és tárgyi feltételeinek megléte, valamint a beteg odaszállításának szükségessége.

A továbbiakban három non- (ill. semi-) invaziv vizsgálat értékét kísérelik összehasonlítva felmérni a szerzők az aorta dissectio kimutatására.

A CT elérhető, könnyen kivitelezhető, azonban a beteg szállítását igényli és intravénás kontrasztanyag adásával jár. Kevés információt nyújt a coronariákról és az esetleges aorta insufficientia mértékéről. Szenzitivitása 67—85, specificitása 95—100%.

Az MRI vált a dissectio kimutatására a legpontosabb módszerré, szenzitivitása és specificitása csaknem 100%. Nem igényli kontrasztanyag adását és az aorta insufficientia mértékéről is tájékoztat. Hátránya, hogy a beteg szintén szállítandó, időigényes és fémtárgyak (műbillentyűk) közelében nem használható.

A TEE pontos a proximális aorta dissectio kimutatásában, azonban nem megbízható a mellkasi aorta további szakaszainak megítélésében. Ezzel szemben a TEE szenzitív és specifikus módszer, csaknem a teljes mellkasi aorta megítélésében. Erbel és mtsai multicentrikus tanulmányában a szenzitivitás és specificitás 99, ill. 98% volt. Ebben a tanulmányban a TEE pontosabb volt, mint az angiographia és CT, valamint kevesebb időt vett igénybe. A TEE kimutatja továbbá a coronariák esetleges érintettségét és az aorta billentyűk anatómiáját és funkcióját is jobban kimutatja, mind az aortographia. A szerzők vizsgálataiban a TEE rendkívül hasznosnak bizonyult mint az A, mind a B típusú dissectiók kimutatásában, továbbá képes lokalizálni és kimutatni az intra- és extramuralis vérzést, a fals lumen trombózist és a stagnáló vért. Lényegesen olcsóbb, mint a CT és MRI, így követéses vizsgálatokra alkalmasabb. A TEE vizsgálatnak is van azonban néhány hátránya, a bal főbronchus egy szakaszon az aorta és a nyelőcső közé kerül, így beláthatatlan terület képződik, mely a TEE para- és suprasternalis ablakából csak részben pótolható. Ultrahang műtermékek fals pozitív és fals negatív eredményeket is hozhatnak. Gyakorlott személy alapos és mélyreható vizsgálatával elkerülhetők a buktatók.

Mindent összevetve, a dissectio kimutatására a TEE előnyös a CT-vel és MRI-vel összehasonlítva, mert gyors, szállítható, pontos és biztonságos. Egyedül a distális coronariák anatómiájáról nem ad képet,

ezért az angiographia az egyedül választandó módszer a proximális dissectio, vagy akut myocardialis infarktus eldöntése céljából.

A TEE bevezetése előtt az angiographia volt az egyedüli módszer az aorta falának ábrázolására, azonban csak lumenogram volt nyerhető. A TEE vizsgálat során nyílik lehetőség a mellkasi aorta intimális rétegének vizsgálatára, kimutathatók így az intimális réteg irregularitása, lapos, vagy előmborodó, mobil plaque-ok, melyek több szerző átfogó vizsgálata alapján a cerebrális stroke-ok önálló rizikófaktorai. Mindez a másik oldalról is bizonyítást nyert — nem tisztázott cerebralis stroke-ot, a TIA-t, vagy perifériás arteriás emboliát szenvedett betegeknél a TEE vizsgálat során 27%-ban találtak „emboliaveszélyes" plaque-okat, míg a kontroll csoportnál csak 9%-ban. Az „emboliaveszélyes" plaque-ok kimutatása különösen lényeges idősebb betegek extracorporalis műtéte esetén. Az ilyen komplex plaque-okat mutatók 25%-a szenvedett perioperative cerebralis strokeot, szemben az ilyet nem mutatók 2%-os arányával. Az intraoperativ TEE során észlelt veszélyes plaque-ok az aorta canulatio emiatti módosítása révén a perioperativ strokok számát lényegesen csökkentik.

További, TEE-vel jól vizsgálható aorta betegség, mely sürgős sebészeti beavatkozást kíván, a penetráló aorta ulceratio, melynek során az arterioscleroticus plaque előrehaladó ulceratiója folytán megszakad a belső elasztikus membrán és a mediában vérömleny keletkezik.

A TEE rendkívül használható módszer továbbá a mellkasi aortaaneurysma kimutatására, ill. követésére, ennek során az aneurysma nagysága, alakja, növekedési üteme, a benne lévő esetleges thrombus, valamint a dissectio kimutatható.

A TEE használhatóságát aortasérülés során is felmérték, úgy tűnik, hogy a TEE segít kiválasztani azokat a sérülteket, akiknél angiographia végzendő, míg korábban gyanú esetén is csak ez utóbbi volt a választható módszer.

A veleszületett és öröklődő kötőszöveti betegségek, mint a Marfan-syndroma, ill. a IV. típusú Ehlers—Danlos-syndroma, csaknem minden esetben érintik az aortát. A betegek életkilátásait az aorta dilatáció, aneurysma, dissectio, akut aorta insufficientia, aorta ruptura lehetősége csökkenti, ill. ezen esetekben a gyors sebészeti beavatkozás életmentő lehet.A TEE vizsgálat mindezen esetekben, ill. a követés során felbecsülhetetlen.

Végezetül a szerzők megállapítják, hogy miután a TEE gyors, pontos, olcsó, szállítható, real time képet ad, mindenképpen helye van a mellkasi aorta patológiás állapotainak diagnosztizálásába. A TEE valószínűleg az első választandó módszer feltételezett aorta dissectio esetén. További vizsgálatok a TEE használhatóságának körét kiszélesíthetik.

Eperjessy Katalin dr.

Az emlőbetegségek ABC-je. A tünetek értékelése, vezérfonal a beutaláshoz. Dixon, J. M. (Western General Hospital, Edinburgh) és Mansel, R. E. (University of Wales College of Medicine): Br. med. J., 1994, *309*, 722.

A közlemény gyakorló orvosok számára útmutató az emlőbetegségek felismeréséhez, a tünetek értékelésére. A szerzők szerint az emlő problémával kórházba kerülők 80%-ánál észlelhető rendszerint fájdalmas csomó vagy emlőfájdalom, és az általános sebészeti munkák negyedét emlőproblémák alkotják.

Az emlőcsomóval jelentkező betegnél a háziorvos számára kötelező meghatározni a csomó jellegét (különálló az elváltozás vagy egy egész emlőterület csomós vagy göbös jellegű.) A különálló csomó kiemelkedik az emlőszövetből, meghatározható a kontúrja és mérhető. A göbösödés határa nehezebben meghatározható, gyakran kétoldali és változhat a menstruációs ciklussal.

A beteget további vizsgálatra kell küldeni csomós elváltozás, véres-savós vagy zavaros emlőváladékozás, tartós vagy erős emlőfájdalom esetén. Kivizsgálást igényel a beteg, ha a családban emlőrák előfordult, vagy menstruációk között is aszimmetrikus göbök tapinthatók. Komoly beutalási indok az emlőbimbó felszíni behúzódása.

A szerzők szerint a háziorvos kezelheti az emlőpanaszos betegek közül a fiatal nők csomós mellét vagy idősebb betegek szimmetrikus csomóit. Ugyancsak feleslegesnek tartják a további kivizsgálást a tapintható elváltozás nélküli diszkrét fájdalom vagy 50 év alattiak intermittáló tiszta emlőváladékozása esetén.

A közlemény ismerteti a kivizsgálás szerzők által javasolt menetét. Kiemeli a pontos anamnézis értékét (családi anamnézis). Fontosnak tartják a panaszok időbeni alakulását, míg az emlőrák fejlődése lassú, a ciszta akár egy éjszaka is megnőhet. A részletes, álló, illetve fekvő helyzetben történő, az axilláris régióra is kiterjedő inspekció és palpáció elengedhetetlen. A képi diagnosztika közül első helyen a mammográfia áll (specificitás 90%, szenzitivitás 86%), mely leképezi a nem tapintható elváltozásokat (mikrokalcifikáció), de diagnosztikus értéke csökken a 35 éven aluli nőknél az emlők fokozott radio-denzitása miatt. Az ultrahang vizsgálat kiválóan alkalmas a ciszták, az éles határú más benignus elváltozások kimutatására (specificitás 85%, szenzitivitás 82%). A finomtű biopszia jártasságot követel a vizsgálóorvos és a citopatológus részéről egyaránt, ebben az esetben diagnosztikai értéke magas (specificitás 95%, szenzitivitás 95%) és gyors. A core-biopszia során speciális tűvel henger alakú szövetet vágnak ki a vizsgált területből *(ellentétben a finomtű aspirációval, ebben az esetben nem citológiai, hanem szövettani diagnózist kapunk — a referáló megjegyzése)*. Az excízió csak a fenti vizsgálatok elvégzése után jöhet szóba, elsősorban malignus citológiai lelet esetén. Szerzők szerint próbakimetszést kell végezni a beteg kérésére is. A fagyasztott metszet rutin használata az emlőcarcinoma diagnosztikájában ma már nem elfogadható. Viszont minden esetben el kell készíteni a végleges műtéti megoldás befejezése előtt, az épben történő kimetszés biztosítására. Az egyéb vizsgálómódszerek (CT, MRI, termográfia, duktográfia) szerzők véleménye szerint csak a fentieket kiegészítő módszerek.

A fenti vizsgálatok közül a finomtű biopszia találati aránya a legmagasabb, emlőrák esetén pozitív predictiv értéke 99%, a téves pozitív lelet aránya 1000 vizsgálatból mindössze 2. A szerzők kiemelik a hármas vizsgálat jelentőségét. A klinikai, a képi vizsgálat és a finomtű biopszia kombinációjával 1511 malignus elváltozást diagnosztizáltak, melyből mindössze 6 (0,2%) bizonyult később jóindulatúnak.

A közlemény jó vezérfonal a gyakorló orvos számára az emlőpanaszos betegek ellátásában. A tüneteket és a teendők sorrendjét kiválóan használható ábrákban foglalják össze, melyek közlésére nincs lehetőség a referátumban, bármennyire hasznos lenne.

Összefoglalás: Szerzők közleményükben jól használható útmutatást adnak minden gyakorló orvos számára az emlőpanaszokkal jelentkező páciens ellátásához szükséges valamennyi teendőről, a kivizsgálás ma általánosan elfogadott módszereiről és sorrendjéről.

Nagy Klára dr.

KÉPALKOTÓ ELJÁRÁSOK

A spirál CT szerepe az agyi aneurizmák vizsgálatában. Schwartz, R. B. és mtsai (Dept.s of Radiology and Surgery Brigham and Women's Hospital 75 Francis St, Boston MA 02115): Radiology, 1994, *192*, 717.

A szerzők a spirál CT, MR és hagyományos angiográfiás vizsgálatok eredményeit hasonlítják össze az agyi aneurizmák kimutatásában. 21 betegnél spirál CT és hagyományos angiográfiás vizsgálatot végeztek és 17 betegnél MR angiográfia is történt. A hagyományos angiográfia összesen 30 aneurizmát fedezett fel. Ezek közül a spirál CT és MR angiográfia a 3 mm-nél nagyobb aneurizmákat minden esetben jól ábrázolta, de az annál kisebbek egyetlen esetben sem kerültek felfedezésre. A 21, CT és MR vizsgálattal is diagnosztizált aneurizma közül 11 mindkét vizsgálómódszerrel egyaránt jól ábrázolódott. 6 esetben a spirál CT vizsgálattal voltak az aneurizmák jobban láthatók. Ennek oka az MR angiográfián levő műtermék. 4 esetben az MR angiográfia volt az informatívabb. Ezeknél a betegeknél az aneurizmákat a bennük levő meszesedés a CT-vizsgálat során részben elfedte. Az eredmények alapján a spirál CT angiográfia ígéretes vizsgálómódszer az aneurizmák kimutatásában, főként az MR vizsgálatot nehezen viselő, vagy arra alkal-

matlan betegnél. Az MR angiográfia az agyalapi aneurizmákat ábrázolja jobban, a CT angiográfián a nagyobb méretű, belsejükben lassult áramlású aneurizmák láthatók pontosabban.

Puskás Tamás dr.

Spirál CT segítségével végzett cholangiographia. Stockberger, S. M. és mtsai (Dept.s of Radiology and Medicine Indiana University Hospital and School of Medicine Indianapolis. IN 46202-5253): Radiology, 1994, *192*, 675.

A szerzők a spirál CT segítségével végzett cholangiographiás és ERC vizssgálatok eredményeit hasonlítják össze. 18 betegnél az ERC-t megelőzően került sor a spirál CT-vizsgálatra. A betegeknek 100 ml intravénás kontrasztanyagot adtak és a beadás után 75 perccel végezték a CT-vizsgálatot. A CT cholangiographia jól ábrázolta az intra- és extrahepatikus epeutakat, 14 beteg közül 13 esetében. A betegeknek ebben a csoportjában a szerum bilirubin szint alacsonyabb volt, mint 34 μmol/l. A maradék 4 betegnél a bilirubin szint az említett értéknél magasabb volt és ezek közül csak 1 betegnél voltak az epeutak jól láthatók. 7 beteg közül 6-nál a CT-vizsgálat igazolta a choleduchuskövességet. A szerzők véleménye szerint a spirál CT cholangiográfiás vizsgálat normális bilirubin szint mellett diganosztikus értékűen ábrázolja az epeutakat és hasznos módszer olyan betegeknél, ahol az ERC nem végezhető el.

Puskás Tamás dr.

A CT angiographia kiterjesztett klinikai alkalmazása. Stehling, M. K. és mtsai (Beth Israel Hospital and Harvard Medical School, Boston): Amer. J. Roentgenol., 1994, *163*, 947.

A spirál-CT technika új lehetőséget jelent és érrendszer ábrázolására. A beteg folyamatos elmozdulása hossztengelye irányában a körülötte egyidejűleg körben forgó röntgencső-detektor rendszerrel lehetőséget biztosít egy adott testszelet adatainak felvételére, melyekből tetszés szerint kiválasztott síkok rétegképe vagy az adott testszelet háromdimenziós képe előállítható. Amennyiben az adatfelvétellel egyidejűleg megfelelően időzítve angiográfiás kontrasztanyagot fecskendezünk be, jól ábrázolhatók az adott testtérfogatban lévő erek. A befecskendezés megfelelő időzítését előzetesen beadott kisebb mennyiségű kontrasztanyaggal felvett idő-denzitásgörbe teszi biztonságossá. A spirál-CT sugárnyalábja és így az elvi szeletvastagság 1 és 10 mm között választható. Minél vékonyabb ez, annál finomabb, részletgazdagabb az ábrázolás, viszont annál vékonyabb az ábrázolódó testszelet is. A csőterhelés jelentős, de az erek kontrasztja a gyengébb jel-zaj arány mellett is jól érvényesül, ezért alacsony csőárammal lehet dolgozni. A felvett adatok számítógépes feldolgozása különböző ábrázolási lehetőségeket biztosít. A felszíni ábrázolás kiterjedtebben mutatja az anatómiai viszonyokat, a maximális intenzitás projectio (MIP) pedig közelebb áll a subtrahált szelektív érábrázoláshoz. További lehetőség az erek környezetükkel együtt való komplex ábrázolása. Különösen szemléletes a háromdimenziós rekonstrukció. MIP technikával lehetséges a zavaró mészárnyék kiküszöbölése a képből úgy, hogy csak a valós lumen ábrázolódjék. A szerzők ezt a technikát alkalmazták az agyi erek, az aorta és az arteria pulmonalis, a veseartériák és a hasi zsigeri erek, valamint a végtagerek vizsgálatára, beleértve a perifériás phlebographiát is. Bemutatott képeik között szerepel a carotisok, mellkasi és hasi aorta, pulmonalis, vena portae, veseartériák, a. mesenterica és a hasi aorta egyéb ágai, végtagerek, agyi erek spazmusának ábrázolása subarachnoidealis vérzésben. Ígéretes lehetőség!

Laczay András dr.

Hagyományos és CT angiográfia eredményeinek összehasonlítása az artéria carotis szűkületeiben. Cumming, M. J., Morrow, I. M. (Department of Radiology, Health Sciences Centre, Winnipeg, Manitoba, Canada R3A1R9): AJR, 1994, *163*, 517.

Az ischaemiás agyi folyamatok leggyakoribb oka a carotis bifurcatio meszes szűkülete. A Doppler UH és az MR angiográfia mellett a spirál CT angiográfia a legújabb non-invazív módszer az artéria carotisok elváltozásainak vizsgálatában. A szerzők 6 hónap alatt 35 betegnél 70 carotis CT angiográfiát végeztek, 3D rekonstrukcióval kiegészítve. Valamennyi beteg esetében a hagyományos angiográfiát is elvégezték. A vizsgálatokat két radiológus egymástól függetlenül értékelte. Szűkületet, illetve elzáródást 53 artérián találtak. A szűkületeket enyhe, közepes és súlyos fokú csoportokba osztották. A hagyományos és spirál CT angiográfia által diagnosztizált és csoportosított szűkületeknél 53 esetben az eltérés 10%-on belüli volt a két vizsgálómódszer között. A maradék 17 artériánál, ahol az eltérés 10%-nál nagyobb volt, 16 esetben a szűkület a CT angiográfián tűnt súlyosabbnak. Ennek oka, hogy a CT angiográfiás képek a rekonstrukciók után több irányból is vizsgálhatók, valamint a CT angiográfiánál az érpályán belüli meszesedéseket a kontrasztanyag — szemben a hagyományos angiográfiával — nem fedi el. Az elzáródások is biztonsággal voltak diagnosztizálhatók a CT angiográfiával, ellentétben az MR angiográfiával. A két vizsgálómódszert összehasonlítva az eredmények gyakorlatilag azonosak voltak. A CT antiográfia alapja az erek kontrasztanyaggal való feltöltése, ami részletesebb anatómiai megítélést eredményez. A CT angiográfia a 3D rekonstrukcióval kiegészítve a szűkületet okozó plaque-ot morfológiai szempontból is jobban ábrázolja és a meszes elváltozásokról is több információt ad.

Puskás Tamás dr.

MR és CT a végbélrák recidiva diagnosztikájában. Bachmann, G. és mtsai (Justus-Liebig-Universität, Giessen): Fortschr. Röntgenstr., 1994, *161*, 214.

Végbélrák miatt operált betegek ellenőrzése során fontos feladat a műtét vagy sugárkezelés nyomán praesacralisan kialakult hegszövet elkülönítése tumor-recidivától. A szerzők a primer végbélrák CT és MR képét ismertetik 14 saját esetük alapján, majd 17 helyi recidiva és 12 heges eset elemzésével tárgyalják a differenciáldiagnosztikai lehetőségeket. A recidiv tumor sejtdús és rostokban szegény szerkezete a T_2 súlyozott mágnesrezonanciás vizsgálattal nagy jelintenzitást mutat, ugyanakkor az inkább rostos és sejtszegény szerkezetű hegszövet csökkent jelintenzitással ábrázolódik. A sagittalis síkú MR képek lehetőséget nyújtanak a daganat cranialis kiterjedésének megítélésére primer esetekben is. Ezen tulajdonságok miatt e vonatkozásban a MR vizsgálatot alkalmasabbnak vélték a CT-nél. A korszerű, jobb felbontóképességű CT készülékekkel végzett dinamikus vizsgálatok azonban változtatnak ezen a helyzeten. A nativ CT képen látható elváltozás jellege az alaki és denzitáskritériumok alapján megnyugtatóan sokszor csak akkor dönthető el, ha korábbi postoperativ vizsgálatok anyaga összehasonlítás céljából rendelkezésre áll. Ennek hiányában a hagyományos kontrasztfokozásos CT-vizsgálat is sokszor bizonytalan eredményt adhat. A szerzők azonban a dinamikus kontrasztfokozásos CT-vizsgálattal jó eredményeket értek el. Tumorrecidivák jelentős és gyors, de tartósan fennmaradó korai kontrasztfokozást mutatnak, ezzel szemben a hegszövetben a denzitásemelkedés lassú. Ezt meggyőzően érzékeltetik a vizsgált terület egyes részeiről ROI technikával felvett idő-denzitásgörbék, melyek segítségével hegszövetben kialakult recidiva-gócok is elkülöníthetők. Az így végzett CT-vizsgálatot legalábbis egyenértékűnek találták a MR vizsgálattal, specificitása pedig annál jobbnak is bizonyult.

Laczay András dr.

Immunkárosított betegek tüdejében lévő gyulladásos kerekárnyékok radiológiai elkülönítő kórismeje. Prospektív CT és MR tanulmány. Blum, U. és mtsai (Universitätsklinik Freiburg): Fortschr. Röntgenstr., 1994, *161*, 292.

Az immunkárosított betegek tüdejében kerekárnyék képében jelentkező mykosisok közül viszonylag gyakori és rossz kórjóslatú az aspergillosis. A betegség korai szakában a kórokozó kimutatása sokszor nem si-

kerül, holott az antibakteriális vagy antimykotius kezelés helyes megválasztása a beteg számára létkérdés. A szerzők CT- és MR-vizsgálatok anyagát elemezve kerestek arra a kérdésre választ, lehetséges-e bizonyos jelek alapján az aspergillosis kórismézét ilyen esetekben valószínűsíteni. 52 immunsupprimált betegben találtak a hagyományos röntgenfelvételeken a tüdőben aspergillosisra gyanús kerékárnyékokat. 38 beteg a heveny szakban volt, a klinikai tünetek felléptét követő 10 napon belül. Közülük 28-ban igazolódott az aspergillus kóroki szerepe, 6 pseudomonas, 4 staphylococcus eredetű volt. Ezen 28 esetből 21-ben a CT képeken a kerek góc széli részén úgynevezett halo-tünetet láttak, vagyis a hyperdenz gócot keskeny széli transparensebb szegély övezte. MR képen a 28 esetben T_1 súlyozással hypo- vagy izointenz, T_2 súlyozással hyperintenz homogén gócot láttak, mely gadoliniummal minden esetben homogén kontrasztfokozást mutatott. 19 betegük vizsgálata a klinikai tünetek felléptét követő 10 napnál később történt, ezek közül 4-ben lobaris consolidatio alakult ki, ugyancsak 4 esetben mutattak ki üregképződést légsarlóval. A CT 11 esetben mutatott kerekárnyékot halo-tünettel. MR képen kontrasztfokozás után 15 esetben jelentős széli jelintenzitás növekedés alakult ki, amit céltábla-tünetnek neveznek. Ugyanezen esetekben a T_2 súlyozott képeken a góc centrumához képest a széli részek csökkent intenzitással ábrázolódtak, amit fordított céltábla-tünetként jelölnek. A korai szakban vagy egyéb eredetű kerek gyulladásos gócokban ezt a jelenséget nem észlelték. A halo-tünet a CT- vagy a céltábla-tünet MR képen ex juvantibus antimikotikus kezelés bevezetését indokolhatja.

Laczay András dr.

Haladás a perinatális neurosonographiában. Cohen, H. L., Haller, J. O. (State University of New York Health Science Center, Brooklyn): Amer. J. Roentgenol., 1994, *163,* 801.

Áttekintő közlemény, mely az ultrahangdiagnosztikai technika fejlődése révén a magzati és csecsemőkori idegrendszer diagnosztikájában mutatkozó előrelépéseket foglalja össze, nagy irodalmi anyagra hivatkozva. Figyelembe vesz a hagyományos szürke skála és a Doppler, valamint színes Doppler technika birtokában ma rendelkezésre álló minden lehetőséget a kutacsokon át és transcranialisan végzett vizsgálatoknál. Röviden kitér az ép anatómiai viszonyokra. A hydrocephalussal kapcsolatban megemlíti annak hatását a Doppler-spektrumra. A fejlődési zavarok között ismerteti a myelomeningocele, a Chiari-malformatio, a Dandy—Walker-syndroma, a corpus callosum agenesia, a holoprosencephalia, hydranencephalia és a plexus chorioideus cysták ultrahangdiagnosztikai vonatkozásait. A koraszülöttek vonatkozásában tárgyalja a subependymalis és intraventricularis vérzéseket, a periventricularis leukomalaciát és cystákat, a Doppler-technikával kimutatható agyi keringési rendellenességeket. Külön említi az időre született csecsemők hypoxiás-ischaemiás agyi károsodásait, a különböző fertőzéses eredetű elváltozásokat, az agyi erek rendellenességeit, köztük a v. Galeni aneurysmáját. Különös jelentősége van a circulus Willisii színes Doppler vizsgálatának az újszülöttek extracorporalis membránoxygenisatiója előtt, hiszen az egyik carotis és v. jugularis feláldozása bizonyos variációk fennállása esetén végzetes következményekkel jár. A bemutatott képek között van hydrocephalus transvaginalis sonogramja, a. cerebri media színes Doppler képe hydrocephalusban, sinus sagittalis superior színes Doppler képe, lebegő plexus chorioideus hydrocephalusban, Chiari-malformatio, Dandy—Walker-syndroma, corpus callosum agenesia, intraventricularis vérzés, periventricularis leukomalacia, a. lenticulostriata meszesedés cytomegalia vírusfertőzésben, végül a vena Galeni arteriovenosus malformatiója.

Laczay András dr.

A Wegener-granulomatosis elváltozásai mellkas röntgenfelvételen gyermekkorban. Wadsworth, D. T. és mtsai (Mallinckrodt Institute of Radiology, St. Louis): Amer. J. Roentgenol., 1994, *163,* 901.

Gyermekkorban a Wegener-granulomatosis különösen ritkán fordul elő, ezért általában késve sikerül a kórisme tisztázása. Ez a hatékony kezelés szempontjából nem közömbös. A felnőttkori betegség röntgenképi elváltozásairól bővebben vannak irodalmi adatok, a gyermekkori vonatkozásokkal kapcsolatban azonban csak gyér közlések ismeretesek. A szerzők 17 év alatt észlelt 11 Wegener-granulomatosisos gyermek anyagának retrospektív feldolgozásával kívánták a kérdést elemezni. Betegeik átlagéletkora 11 év volt, kettőben a betegség a mellüregekre szorítkozott, a többi kilencben szisztémás. Utóbbi 9 esetben keresték a röntgenfelvételeken retrospektive a tüdőben a gócos, diffúz interstitiális vagy alveoláris árnyékokat, üregképződést, hilusi vagy gátori nyirokcsomók megnagyobbodását, mellűri folyadékot, meszesedést. Egy esetben láttak a jobb felső lebenyben diónyi puha kerek árnyékot, melyben egy hónap múlva vékony falú, folyadéktartalmú üreg képződött. Egy másik esetben mindkét tüdőben kis gócokat észleltek, melyek egy részében üreg alakult ki több hónapos lefolyás során. Hét esetben mutatkozott diffúz interstitiális vagy alveoláris árnyékoltság, aminek hátterében 5 esetben igazolt tüdővérzés állott. Ezen hét eset egyikében néhány hónap alatt a kezelés során a beszűrődéses komponensek feltisztulása mellett diónyi vékony falú üreg alakult ki. Pleurális folyadékot két esetben láttak, egy ízben pulmonális vérzés, egy ízben pedig tüdővizenyő mellett. Nyirokcsomó megnagyobbodás vagy meszesedés az anyagban nem fordult elő. Két esetben végeztek CT-vizsgálatot is, ami a tüdőbeli elváltozások pontosabb ábrázolása mellett lényegi többletet nem adott. A gyermekkori Wegener-granulomatosisban tehát leggyakoribb a tüdőben a diffúz interstitiális és alveoláris árnyékoltság, ritkábban a gócos és cavitáló forma fordul elő.

Laczay András dr.

PERINATÁLIS KÉRDÉSEK

A nagyon kis súlyú (<1500 g-os), medencevéggel világra jött újszülöttek kilátásait befolyásoló tényezők. Cibils, L.A. és mtsai (Department of Obstetrics and Gynecology, 5841 S. Maryland Ave., MC 2050, Chicago, IL 60637, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *171,* 35.

A medencevégű, nagyon kis súlyú magzatok világra hozatala császármetszéssel jól meghatározott gyakorlat az Egyesült Államokban és sok más helyen is a világon. A traumamentes szülés kívánalmait teljesítendő, a méhen hosszanti metszést ejtenek, ami majdnem mindig több-kevesebb hosszúságban ráterjed a méhtestre, az pedig meghatározó a terhes szülészeti jövőjére. Nincs klinikai bizonyítéka, hogy a császármetszés széles körű alkalmazása a magzatnak jobb túlélési esélyt nyújtana. Ez inkább a klasszikus tanításon alapul, hogy a medencevégű fekvés veszélyes és minél fiatalabb (kisebb súlyú) a magzat, annál rosszabb a prognózis. A szakemberek nézeteit áttekintve, úgy tűnik, a császármetszés előnyben részesítése az intellektuális, érzelmi és jogosan védekező elhatározás kombinációjából fakad inkább, mint észszerűen és tudományosan megalapozott indokból. A megkérdezettek több, mint 80%-a kész a gyakorlatát módosítani, ha randomizált sorozatok kimutatják, hogy a császármetszésnek nincs előnye. A szerzők ennek bizonyítására végezték vizsgálataikat. Hét és fél év alatt 843 terhes szült intézetükben medencevégű fekvésben lévő magzatot, köztük 71 ikerterhes volt, akinek első magzata volt medencevégű fekvésben. 262 (31,1%) magzat, illetve újszülött súlya 500—1500 g között volt. A 262 közül 151 (közel 60%) magzat és az első ikrek 7%-a született hüvelyen át. A hüvelyen át szültek terhessége több, mint 3 héttel volt rövidebb, mint azoké, akik császármetszéssel szültek. Több császármetszéssel végződő szülés (88,3%) volt monitorizálva, mint hüvelyi (54,3%). A monitorizáltak között több klinikai distress volt. A sectiós csoportban több hypertoniás volt. A hüvelyi szülések gyakrabban társultak újszülött depresszióval, respiratiós distress syndromával és elhalással, ugyanakkor azonban meg kell jegyezni, hogy a hüvelyen át születettek 60%-a nagyon kissúlyú (≤800 g) volt, szemben a sectiósok 17%-ával. Majdnem minden szülés előtti és alatti elhalás a hüvelyi csoportban volt. A sectiósok között

5, a hüvelyen át szültek között 12 köldökzsinór előesés volt, ami relatíve kevés (8,5%), tekintettel arra, hogy a nagyon kis súlyúak közel felének idő előtti burokrepedése volt. A hüvelyi szülések 72,2%-a aszszisztált volt, a többi extrakcióval végződött. Neurológiai károsodás gyakoribb volt a császármetszéssel világra hozottak között.

A 22,5%-os magzati halálozás hozzájárult a 64,5%-os perinatális mortalitáshoz. Az újszülött-halálozás 42% volt. Ha ezt az intenzív osztály általános populációjának halálozásával vetik össze, a különbség nem feltűnő. Ez abból adódik, hogy a medencevégűek rossz prognózisa nem pusztán a fekvés következménye. A halálozás elsődleges oka a koraszülöttség. A deprimált újszülöttek extrém nagy gyakorisága az élet első 5 percében, a koraszülöttség belső kockázatát bizonyítja, még akkor is, ha különben ideális körülmények között jött a magzat világra. Az azonnali kezelés intubációt tesz szükségessé az esetek több mint 90%-ában, amit jelentős ideig kell fenntartani, mivel a RDS gyakorisága igen nagy. Mindezekhez még további komplikációk járulnak: a különböző fokú intraventriculáris vérzések az esetek >27%-ában és rákövetkező korán kórismézett neurológiai károsodások >6%-ban. A koponyán belüli vérzést sokan nem a hüvelyi szülés következményének tartják, jelen szerzők sem, hanem a kis súlynak, illetve a koraszülöttségnek. Figyelembe kell venni, hogy a ≤800 g-os magzatok a hüvelyi szülések 57%-át és a császármetszéssel világra jöttek 17%-át tették ki. A császármetszések gyakoriságát csökkentenék, ha kizárnák a distress miatt végzetteket, amelyek mesterkélt elektív műtétek. A császármetszések gyakorisága ugyanazokban az esztendőkben nőtt, amikor a nagyon kis súlyú újszülöttek ellátása és túlélése általánosan javult. Ennek alapvető fontossága van, amikor súlyspecifikus mortalitási rátákat hasonlítanak össze.

A fentiekből a következő következtetések vonhatók le: 1. a nagyon kis súlyú medencevéggel születettek rendkívül kedvezőtlen perinatális eredményei a magzati halálozás és a fejlődési rendellenességek nagy gyakoriságából adódnak, 2. a koraszülöttség és a nagyon kis súly miatt van a nagyon gyakori újszülött halálozás, 3. a tisztított újszülött halálozás nem különbözik attól, amit a hasonló súlyú fejvégű fekvésből születetteknél megfigyeltek, 4. a szülés módja jelentősen nem befolyásolja a tökéletes medencevégű fekvésnél a perinatális kimenetelt, így jó szülészeti gyakorlat ezeket az asszonyokat hüvelyen át szülni hagyni, 5. a császármetszést talán csak a lábtartásra és más, a medencevégű fekvéssel kapcsolatos standard szülészeti javallatra kellene tartalékolni, 6. ilyen megközelítéssel az általános szülés körüli anyai morbiditás jobb kell legyen, mint a szisztematikus császármetszés után, 7. így meg lehet akadályozni a legtöbb következő terhességben a császármetszéses szülés abszolút követelményét.

Jakobovits Antal dr.

Méhen belüli retardált növekedés és magzati distress túlságosan hosszú (160 cm-es) köldökzsinórral társulva. Itakura, A. és mtsai (Kurauchi, O.: Department of Obstetrics and Gynaecology, 65 Tsurumacho, Shova-ku, Nagoya 466, Japán): Arch. Gynecol. Obstet., 1994, *255*, 99.

A köldökzsinór hosszának megítélésére nincs módszerünk. A szerzők abnormálisan hosszú köldökzsinórt, méhen belüli retardált növekedés és magzati distress társulását észlelték egy 26 éves nemszült nőben. Szonográfiás vizsgálattal súlyos retardációt állapítottak meg: a terhesség 36. hetében a magzat súlya 1677 g-nak volt becsülhető. Szívmegnagyobbodást és a köldökzsinór arteriában a diastole végi áramlás hiányát állapították meg. A retardált fejlődés magyarázatát nem találták. A folytatódó súlyos szívműködés deceleratiók miatt császármetszést végeztek. Az 1476 g-os magzat nyakára nyolcszor csavarodott szorosan a 160 cm hosszú köldökzsinór. A megszületés után néhány óráig mechanikus lélegeztetés, a 41 és 58. napon pedig vér-átömlesztés volt szükséges. A gyermek 4 éves korában mentálisan és neurológiailag normálisan fejlett.

A hosszú köldökzsinór szövődménye a magzatrészekre csavarodás és retardált növekedés lehet. A szonográfia, különösen a színes Doppler-technika fontos lehet, amikor a szülész ismeretlen aetiologiájú retardáltsággal vagy magzati distressel kerül szembe.

Jakobovits Antal dr.

Traumás szülés: az ECMO vérzésre veszélyeztető tényező? O'Brien, W. J. és mtsai (Warner, B. W.: Division of Pediatric Surgery, 3333 Burnet Ave., Cincinnati, OH 45229-3039, USA): J. Pediat. Surg., 1994, *29*, 871.

A traumás születés orthopéd-, ideg- és lágyrész sérülésekkel társulhat. Az anticoagulansok adása az extracorporalis membrán oxigenizáció (ECMO) támogatására a születési sérülésekből vérzésre prediszponálhat.

A szerzők betege 3500 g-os lány, akit a terhesség 36. hetében üregi fogóműtéttel hoztak világra elhúzódó kitolási szak miatt. Hypoxia és hypotensio miatt oxigénpótlás és folyadék resuscitatio vált szükségessé. Később intubálták, mechanikus ventilációt és inotrop támogatást végeztek. Az újszülött 3 napos korában szükségessé vált az ECMO. Öt nappal később (amikor a beteg 8 napos volt) fokozódó hasi puffadás és ismételt hypotensio miatt hasmetszést végeztek. A máj a jobb lebenyén lévő repedést kauterizálták és draináltak. A műtét után a beteg állapota javult és 36 napos korában hazaengedték.

Születési sérülésre veszélyeztető tényezők: a szűk medence, nagy magzat, medencevégű fekvés, műszeres szülés és primiparitás. A születési trauma miatt szükségessé válhat az aktív resuscitatio, intenzív megfigyelés és hosszabb ápolási idő. A születési sérülések 0,5—2,5%-os gyakorisága 5,4%-ra nőhet üregi fogó vagy vacuum extractio alkalmazása után. A születési traumára gyanús újszülöttek az ECMO támogatás folyamán vérzésre veszélyeztetettek. Vérzésre utaló jelek: a növekvő arteriás oxigénnyomás, csökkenő vérnyomás, csökkenő vénás visszafolyás, csökkenő haematokrit, feszülő has, vagy kutacsok. A vérzés felismerése esetén a kezdeti kezelés a folyadék resuscitatio, a heparinos infusio csökkentése, vagy abbahagyása, a véralvadási tényezők optimálissá tétele és a thrombocytaszám javítása. Szükségessé válhat az ECMO támogatás gyors megszüntetése. Ha folytatódik a vérzés a fentiek ellenére a mellkasban vagy a hasban, javallt lehet a thoracotomia vagy coeliotomia.

Az anticoagulatio és ECMO támogatás születési trauma után a vérzéses szövődmények gyakoriságát és súlyosságát növelheti. Fizikális megfigyelés, májfunkciós tesztek, a központi idegrendszer vagy a has szonográfiás vizsgálata segíthet a fokozódó veszély felismerésében.

Jakobovits Antal dr.

Perinatális megfigyelések 48 neurológiailag károsodott, terminusban világra jött újszülött kapcsán. Phelan, J. P., Ahn, M. O. (Suite 110, 1030 S. Arroyo Parkway, Pasadena, CA 91105, USA): Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, *171*, 424.

A szerzők 48 terminusban született és túlhordott, központi idegrendszeri neurológiai károsodást szenvedett csecsemőt vizsgáltak retrospektíve. Az asphyxiás, traumásan születetteket és koraszülötteket kihagyták. Felvételkor a szívfrekvencia 33 esetben (69%) nem reaktív és 15 esetben (31%) reaktív volt. A nem reaktív csoportban szignifikánsan több sűrű mekóniumos magzatvíz, fixált nem reaktív szívfrekvencia alapvonal, mekóniummal festenyzett bőr és mekónium aspiratiós szindróma volt megfigyelhető. Ezzel ellentétben a reaktív csoportban a szülés közbeni asphyxia prolongált tachycardiában manifesztálódott, perzisztáló reaktivitás hiánnyal, csökkent magzati szívfrekvencia variabilitással és szívfrekvencia deceleratiókkal társulva.

A későbbi neurológiailag károsodottak között a felvételtől a megszületésig megfigyelhető perzisztáló nem reaktív szívfrekvencia a megelőző neurológiai károsodás bizonyítékának látszik. A korábbi beavatkozás ebben a csoportban kérdéses, hogy meg tudja-e akadályozni a károsodásokat. A szerzők véleménye szerint a korábbi császármetszés lényegileg nem változtatja meg az újszülött sorsát.

Jakobovits Antal dr.

---

josamycin

Wilprafen®

Korszerű
makrolid
antibiotikum

kedvező
hatásspektrum

újszülöttkortól
adható

igen jól
tolerálható



MACK EGÉSZSÉG

TÖBB MINT SZLOGEN

Részletes információkat
az alkalmazási előírás tartalmaz.
OGYI eng. száma: 3549/41/91

Magyarországi képviselet:
INTHERA AG Magyar Kereskedelmi Képviselet
1222 Budapest, Háros u. 103.
Tel.: 227 6680 · Fax: 227 6678

carbocystein

Mucopront®



Mucodíné

már MACK EGÉSZSÉG es

Részletes információkat az alkalmazási előírás tartalmaz.

Magyarországi képviselet: INTHERA AG 1775 Budapest, Pf.: 146.
Telefon: 227-6680. Fax: 227-6678.

Alusulin tabletta

sucralfatum

Hatóanyagok: 1 g sucralfate tablettánként.

Hatás: Alusulin tabletta, melynek hatóanyaga a sucralfate (szaccharoz-oktaszulfat alumínium só) a nyombélfekély, gyomorfekély és reflux özofágitisz kezelésére alkalmas készítmény. Hatását lokálisan fejti ki, a fekély felületén szelektíven kötődik, megvédi azt a pepszin, sósav, epesavak agresszív hatásától. A gyomor-bélrendszerből gyakorlatilag nem szívódik fel, Így mellékhatás ritkán fordul elő.



Javallatok: Nyombélfekély, gyomorfekély, reflux özofágitisz kezelése, nyombélfekély recidiváinak profilaxisa.



Ellenjavallat(ok): Erősen beszűkült vese-funkció (urémia, dializált beteg) esetén alkalmazása nem javasolt, mert az alumínium vérszintje megemelkedhet.

Adagolás: Nyombélfekély esetén a szokásos napi adag 3x1 tabletta, valamint este lefekvés előtt további 1 tabletta. A napi adag két részletben is bevehető. Reggel étkezés előtt 2 tabletta, este lefekvés előtt 2 tabletta. A kezelés időtartama általában 4-6 hét, de szükség esetén 12 hétig is folytatható.



BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Farmamarketing és Információs Osztály
4240 Debrecen, Pallagi út 13. Tel./fax: 52/312-761

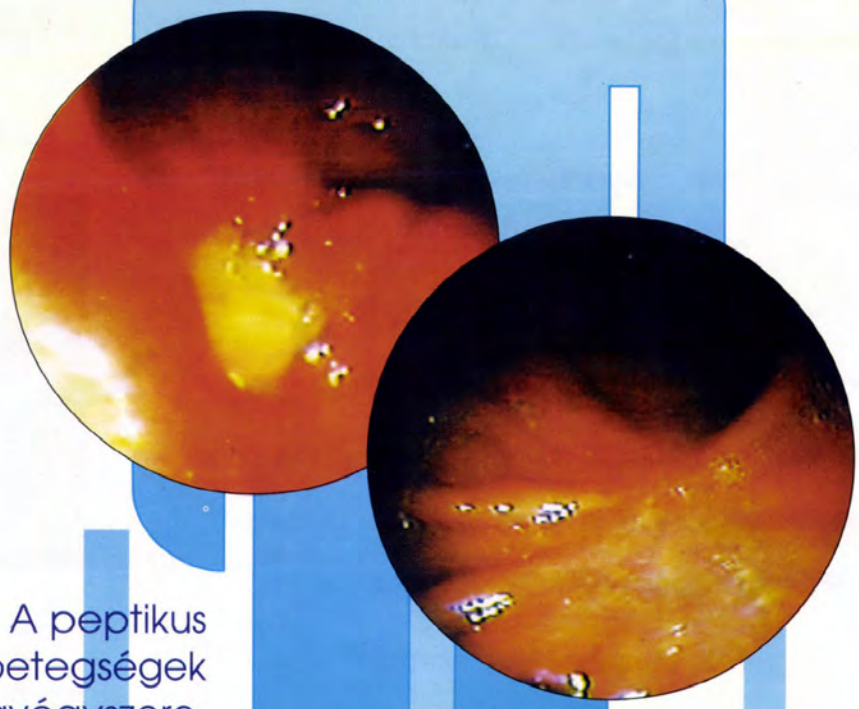
EREDETI RANITIDINT TARTALMAZ

Ulceran®

RANITIDIN

ULCERAN 150 mg tabletta

ULCERAN 300 mg tabletta



A peptikus fekélybetegségek kiváló gyógyszere.

A savelválasztást jelentősen csökkenti.

A reflux oesophagitis esetén hatásos kezelést biztosít.

A fenntartó kezelés megbízhatóan és mellékhatásmentesen akadályozza a fekély kiújulását.

Előállító: BIOGAL Gyógyszergyár Rt. • Glaxo (Nagy - Britannia) licence alapján

Individualizált ápolási rendszer. Marenstein, G. B. (Lula O. Lubchenco Center for Perinatal Research, Education, Followup and Epidemiology, Univ. of Colorado Health Sciences Center Campus Box BO65, 1056 E 19th Ave, Denver, Co. 80218, USA): JAMA, 1994, *272*, 890.

Szerkesztőségi kommentár *Als, Heidelise* PhD. és mtsai Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant (JAMA, 1994, *272*, 853—858.) című cikkéhez. Számos tényező játszott szerepet az újszülött- és csecsemőhalálozás nagymértékű javulásában. Az intenzív újszülött osztályok technikai feltételei és az ott dolgozók képzettsége egyre magasabb szintű. Az intenzív osztályok eredményeinek értékelésekor azonban ma már nemcsak a perinatális halálozást, hanem a hosszú távú túlélést és az idegrendszeri utóképek arányát is figyelembe kell venni. Ugyanezen szempontok érvényesek egy-egy új kezelési módszer, therapiás eljárás vagy gyógyszer bevezetésekor is. *Als* és munkatársai az „individualizált ápolási rendszer" hatékonyságának ellenőrzését igaz, hogy kis betegszámon, de gondosan megválogatott, kontrollált kísérletben végezték el. (Eljárásuk lényege, hogy speciálisan képzett nővérek az első életnapon megfigyelik a koraszülött viselkedésmintáit, nyugalmi periódusait, azt a fekvési helyzetet, amelyben a legnyugodtabbak, oxigenizációjuk a legjobb, amelyben elégedettnek látszanak stb. Az ápolási teendők elvégzését, a környezet aktivitását, a zaj- és a fényszintet ehhez alkalmazkodva állítják be egyénileg.) Eredményeik: a kontroll csoporthoz képest a kezelt betegcsoportban a mechanikus ventiláció időtartama, az oxigénigény, a pneumothorax előfordulása és a súlyos bronchopulmonalis dysplasia szignifikánsan alacsonyabb volt. Hamarabb lehetett a kezelt betegcsoport koraszülötteit etetni, súlygyarapodásuk gyorsabb volt és a kórházi ápolás időtartama alacsonyabb. Az intraventricularis vérzések száma is alacsonyabb volt. A tanulmány figyelemre méltó, annak ellenére, hogy vannak megkérdőjelezhető állításai. Pl.: a kontroll csoportban az agyvérzések aránya az átlagosnál lényegesen magasabb! A módszert csak egy részlegükben vezették be és csak egyes nővérek vettek részt benne. A szerzők megállapításait azonban nem lehet figyelmen kívül hagyni. A módszer nem látványos, azonban az eredmények igen figyelemreméltóak. A szerkesztőség javasolja, hogy minél több intenzív osztály próbálja ki, ily módon ellenőrizve a szerzők állítását és elősegítve egy igen hatékonynak látszó módszer széles körű elterjesztését.

Hajdú Júlia dr.

NEUROLÓGIA

A hippocampalis neuron pusztulás különbözőségei normális öregedésben és Alzheimer-betegségben. West, M. J. és mtsai (Stereological Research Laboratory and Institute for Neurobiology, University of Aarhus, Denmark): Lancet, 1994, *344*, 769.

Az Alzheimer-betegség (AB.) a központi idegrendszer progresszív, neurodegeneratív megbetegedése, személyiség változással, a cognitiv funkciók károsodásával, a neuronok pusztulásával s az agy specifikus régióiban megjelenő senilis plaque-okkal s az Alzheimer-féle neurofibrilláriákkal.

A betegség aetiologiája nem ismert pontosan, ahogy a normál öregedéshez társuló degeneratív folyamatokkal való kapcsolata sem. A betegség gyakoribb előfordulása az előrehaladottabb korban és hogy az Alzheimer-típusú pathologia megfigyelhető nem demens egyéneken is, felveti, hogy az AB. és az öregedés között mennyiségi különbség van s az okok és mechanizmusok ugyanazok. E vita eldöntésére s annak tisztázására, hogy az AB. egy felgyorsult öregedés vagy egy körülírt önálló megbetegedés s van-e minőségi különbség is közöttük, vizsgálták a temporális lebeny mediobasalis részét, ahol a hippocampus található. Ez az a terület, ahol az első neuropathologiai eltérések először megjelennek s előrehaladott esetekben leginkább érintett. Mivel a hippocampalis régió az AB.-nél károsult memória folyamatokban szerepet játszik s a pathologiai folyamat is ezt a struktúrát károsítja, azt gondolták, hogy az agy ez a része alkalmas arra, hogy összehasonlítsák az AB.-hez társuló neurodegeneratív folyamatokat a normális öregedéshez társulókkal. A normális korosodással járó neuron veszteséget 45 (13 évestől 101 évesig) meghalt személynél vizsgálták, a teljes neuron szám becslése mellett, minden hippocampus régióban (CA3—2, CA1, hilus dentatus, subiculum, dentatus cellularis réteg). Az AB.-gel kapcsolatos neuron veszteséget 7 esetben vizsgálták, 7 hasonló korú controllal is összehasonlítva.

Eredmények és következtetések:

1. Minőségi és mennyiségi különbségek észlelhetők a normálisan megöregedők és az alzheimeresek neuron veszteségeinek regionális jegyeiben.

2. A legnagyobb különbség az AB.-hez kapcsolódó neuron vezteségben a CA1 hippocampus régióban látható:

A végső neuron szám AB.-nél: $4{,}40 \times 10^6$

A végső neuron normális öregedésnél: $14{,}08 \times 10^6$

3. Az AB. nem accelerált öregedés, s az életkor és öregedés nem gyorsítja.

4. Az AB. nem elkerülhetetlen velejárója az öregedésnek, noha tagadhatatlanul összefügg az életkorral.

5. Az AB. egy önálló pathologiai folyamat, évekre, évtizedekre visszanyúló kezdettel, a klinikai tünetek jelentkezése előtt.

6. Ez felveti az AB. klinikai megjelenése előtti kórismézés szükségességét.

Gyuris Jenő dr.

Jobb prognózis megítélést ad-e a transcranialis mágneses stimulatio az „idiopathikus" facialis paresis esetében. Wolf, S. R. és Scheider, W. (Fül-orr-gége és Poliklinika Erlangen-Nürnberg): HNO, 1994, *42*, 559.

Az acut idiopathikus facialis paresis a házi orvosi, fül-orr-gégészeti és ideggyógyászati praxisban egyaránt előfordul. Mindeddig megoldatlan a prognózis megítélése a bénulás első napjaiban történt vizsgálattal. A szerzők szerint a transcranialis mágneses stimulatio (TMS) lehetővé teszi a nervus facialis sziklacsonton belüli részének, ahol az ideg Bell-féle bénulásnál károsodik, nem invazív veszélytelen ingerlését. A szerzők a prognózis megítélése céljából a TMS alkalmazásával 31 betegnél értékelték ki az eredményeket. A betegek 10 és 83 év közöttiek voltak. A részletes fülészeti és ideggyógyászati kivizsgálás után végezték el a TMS vizsgálatot. A facialis ideg transcranialis mágneses ingerlését parieto-occipitálisan elhelyezett 12 cm-es tekercscsel végezték. Az ingerlési energiát az idegválaszi potenciál eléréséhez tűelektródon levezetve a maximális kisülés 30%-tól kezdve a maximális teljesítményig fokozták, így mellékhatás nem lépett fel. Az ingerlési tekercs által a kondenzátor kisülés mágneses mezőt indukál, ami másodlagosan elektromos impulsust hozott létre a nervus facialist ingerelve. Az eljárás kockázatmentes.

A vizsgálatok szerint a betegek közül 11 az első vizsgálat után még 2—25 nappal TMS által ingerelhető volt (I. csoport), 20 ezzel szemben nem (II. csoport). A betegeket a mindenkori csoportban hasonlóan kezelték, $^2/_3$ részüket az állandó infusiós th.-val, $^1/_3$ részüket orális kortizon származékokkal. A késői eredményeket összehasonlították az első TMS vizsgálatokkal. Az első csoportban átlagosan 2 hét alatt a motorikus facialis működés teljesen helyreállt. 1 betegnél alakult ki a parasympatikus beidegzésben zavar (krokodilkönnyek). A második betegcsoportban 17 teljesen gyógyult, 3 csak részben és az átlagos gyógyulási idő 11 hetet tett ki. A vizsgálatok alapján a paresis kedvező gyógyulási lefolyására differenciálható prognostizálás a TMS-el ez ideig nem lehetséges, de lehetővé tesz egy szűrési módot, legalább a betegek egy részénél (itt $^1/_3$-nál), azok meghatározására, akiknél a hiányos gyógyulás veszélye nem áll fenn. Ahhoz, hogy a TMS vizsgálattal a betegeket a jó prognózis szerint biztosan szelektálhassuk és így minimális gyógyszerelésről vagy kórházi kezelésről dönthessünk, még nagyobb számú betegen további vizsgálatok szükségesek.

Tolnay Sándor dr.

Karen Ann Quinlan agyának neuropatológiai lelete. (A thalamus szerepe a perzisztens vegetatív állapot fenntartásában). Kinney, H. C. és mtsai (Dept. of Pathology and Neurology, Children's Hos-

pital and Harvard Medical School, Boston, USA): The New England J. of Medicine, 1994, *330,* 1469.

Szerzők ismertetik Karen Ann Quinlan esetét, a kórboncolás és a részletes agypatológiai feldolgozás eredményét, majd irodalmi adatokkal összehasonlítva vonnak le néhány következtetést. A beteg 1975-ben, 21 évesen szedatívum és alkohol fogyasztása után kardiorespiratorikus elégtelenség következtében vált comatosussá. Az apnoés, tapinthatatlan pulzusú, tág, fénymerev pupillájú, fájdalomreakció nélküli beteget a helyszínen resuscitálták. Négy óra múlva spontán légzése, vérnyomása és pulzusa volt. A következő 12 órában fokozatosan javult az állapota: fájdalomreakció, a pupilla fényreakciója, spontán mozgások, illetve spontán szemmozgások is megjelentek. Aspiratiós pneumonia miatt a második napon tracheostomia készült. Az első hét végére külső ingerekkel testtartási válaszokat lehetett kiváltani. Az első hat hónap alatt elektroencefalogramon detektálhatóan megjelent az alvás-ébrenlét ciklus, de soha nem tértek vissza a kognitív funkciók vagy a környezet felismerésének bármely jele. Az alvási és az úgynevezett ébrenléti magatartás is megkülönböztethető volt. A szülők kérésére a hatóság engedélyezte a lélegeztető gépről való levételt. A kachektizálódó beteg ezután még kilenc évet élt. A koponya CT-n kezdetben nem volt változás, míg öt év múlva corticalis és cerebellaris atrophiát írtak le. A kezdeti fázisban elvégzett négy ér angiographia sem mutatott érdemlegeset. A halál közvetlen oka együttesen bakteriális eredetű bronchopneumonia, endocarditis és meningitis volt. A parenchymás szervekben mindenütt septicus embolusokat sikerült kimutatni. Makroszkóposan az agy jelentősen csökkent súlyú volt, a metszlapok alapján kifejezett cortex, cerebellum és thalamus atrophia következtében. A bacteriális microabscessusok és a meningitis kórjelei mindenütt látszottak. A kórszövettani feldolgozás alapján a nagyagykéreg jelentősen érintett volt szimmetrikusan, parasagitálisan, illetve occipitálisan, míg más területeken nem volt elváltozás. Hasonlóan kétoldali cerebellaris és thalamicus károsodást találtak. A thalamus szerkezetét szinte teljesen destruálta a folyamat. A basalis ganglionok területén szintén szimmetrikusan több focusban volt gliosis. A corpus mamillaret kivéve a hypothalamus megkímélt volt. Hasonló módon szövettanilag épnek mutatkozott az alvás-ébrenlét ciklusban szerepet játszó agytörzsi terület. A központi fehérállomány a szokásosnál sápadtabb volt, Wallerféle degeneráció látszott a tractus spinothalamicus, a radiatio optica területén mindkét oldalon. Szerzők szerint ezek az elváltozások pontosan megfeleltek a tíz évvel a halál előtt bekövetkezett történésnek, mely az agy oedémával járó ischaemiás sérülését hozta létre. A laesiók helye és szövettana alapján a szerzők legalább 3 sérülési mechanizmust feltételeznek: 1. Hypoxiás insultust az arra érzékeny neuron populációban, pl. a cerebellaris cortexben. 2. Artériás határterületi zónák ischaemiás sérülését, pl. a parasagittalis parietooccipitális regióban. 3. Olyan érkompressziós ischaemiás sérüléseket, amelyek hátterében a részleges agyi herniatio állt. Ilyen terület lehetett az arteria cerebri posterior (ACP) területén a fissura calcarinea körüli cortex. 4. A thalamus ischaemiás érintettségét kétféle mechanizmushoz kötötték: a neuron érzékenységhez és a compresszióhoz. Ugyanis a laesio a legkifejezettebb a paramedian és posterolateralis regiókban volt, azaz az ACP-ból eredő a. thalamogeniculaták ellátási területén. Szerzők szerint az eset érdekessége, hogy a szövettani változások nem egyeznek az irodalomban elfogadottakkal: nincs kiterjedt és bilateralis kérgi károsodás, nincs kiterjedt subcorticalis demyelinizatio. A lehetséges magyarázat többtényezős: a kiterjedt cortico-corticális kapcsolatok miatt egy-egy központi idegrendszeri terület működészavara végül is kiterjedten okoz funkciózavart, azaz az elsőrendűen nem sérült corticalis területeken is. A globális funkciózavar lehet a corticalis és subcorticalis laesiók combinációi révén elősettenkedő kumulatív hatás következménye. Más betegeken is megfigyelték már a thalamus, kiterjedt, bilaterális károsodását persistáló vegetatív állapotban. Szerzők végül úgy látják, hogy a perzisztens vegetatív állapot fenntartásában a thalamus érintettsége elsődleges volt, a focalis corticalis gliosis transsynapticusan kialakuló és tartós deaktivációval járó, másodlagos jelenség. Azonban azt is elismerik, habár a thalamus kiterjedt károsodása lényegileg hozzájárult az állapothoz, egyedül nem lett volna elégséges a kórállapot kialakulásához és fenntartásához.

[Ref.: Szerzők munkája szépen rávilágít, milyen fontos az intenzív osztályon a funkcionális eszközös vizsgálat, a long-term EEG lehetősége. Talán szerencsés lett volna, ha az első évben néhány alkalommal aktiválási eljárásokkal (somatosensoros kiváltott válasz, agytörzsi akusztikus kiváltott válasz és visualis kiváltott válasz) próbálták volna tesztelni az idegrendszer reaktibilitását].

Dibó György dr.

MIKROBIOLÓGIA ÉS FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

A pertussis epidémia visszatérése az Egyesült Államokban. Bass, J. W., Wittler, R. R. (Department of Pediatrics, Tripler Army Medical Center, Honolulu, Fitzsimons Army Medical Center, Denver): Pediatr. Infect. Dis. J., 1994, *13,* 343.

Néhány évvel ezelőtt számoltak a pertussis „feltámadásával". A pesszimizmus alapja az volt, hogy a teljes sejt pertussis (p) vaccina megváltoztatta az epidemiológiát. 80—90%-ban bizonyult protektívnek 3 évvel az utolsó emlékeztető védőoltás után. 12 évvel később már nincs evidens védőhatása. A védőoltás mellékhatására 7 évesnél idősebb korban, főleg felnőtteknél számítottak és ezért nem adták nekik az emlékeztető védőoltást. 1950 után született populáció belekerült nagyszámú felnőtt körébe, akik nem voltak p.-al szemben védettek és epidemiológiai veszélyt képviseltek. Ezeknek a felnőtteknek a köhögése nem p.-ra jellegzetes és gyakran nem kórismézik a fertőzésüket. A fiatal csecsemőket, akiknek nincs passzív immunitásuk, ezeket a felnőttek veszélyeztetik. Feltehetőleg 1993-ra 70 millió lesz az epidemiológiai szempontból veszélyeztető felnőttek száma. 1993-ban 5457 p. eset fordult elő, a felnőttek és idősek 15,1%-ban voltak a hetvenes években a fertőzöttek sorában, a kilencvenes években ez a szám 26,9%-ra emelkedett. Az Egyesült Államokban jelenleg is előfordul epidemiásan a p. Ezt az epidémiát megváltoztathatja a p. vaccinában bekövetkezett változás. Az acelluláris vaccina, amelyet 1981 óta használnak Japánban eredménnyel és kevés reaktivitással, az Egyesült Államokban beépült a diphtheria-pertussis oltóanyagba. 15 és 20 hónapos korban, továbbá 4 és 6 éves korban bevált. Immunogenitása nagyobb és reaktivitása kisebb, mint a teljes celluláris vaccinának. Kétségtelenül jóváhagyják a 2, 4, 6 hónapos korúak immunizálására. Pertussis-tetanus-diphteria vaccinával ilyen változtatással felnőttek reimmunizálása is veszélytelen és hatásos. Felnőttek rutin booster immunizálása 10 évenként az egész élet során ajánlatos. Ezzel a módszerrel, következetes keresztülvitelével az Egyesült Államokban ellenőrizhető és eradikálható a pertussis.

Farkas Éva dr.

Nagy-Britanniában kanyaróellenes kampányba kezdenek. Meijer Van Putten, J. B.: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1733.

Ebben az őszben minden 5—16 éves brit gyermeknek javasolják az iskolákban való kanyaró ellenes vaccinatiót. Több jel arra mutat, hogy jövőre nagy járvány várható. Ezen év első felében kétszer több kanyaró fordult elő, mint 1993. hasonló időszakában, 8 706 a tavalyi 4000-hez képest. A kanyarójárványok 5—7 évente ismétlődnek, a legutolsó nagy járvány 1988-ban volt. A következő évben megszaporodik a járványra fogékonyak száma, 100 000—200 000 megbetegedés sem zárható ki. (The Independent, júl. 29.)

A külön vaccinatiót csak idősebb gyermekek számára tervezik, mert 1988 óta a legtöbb újszülöttet beoltották kanyaró, mumpsz- és rubeola ellen; a babyk és bölcsődések 93%-a már védett kanyaró ellen, de az idősebb gyermekeknél ez az arányszám csak 86%, pedig épen ezeknél komolyabb a betegség lefolyása. Nagy járványnál előfordulhat 50 halálozás is.

A tervezett kanyaró elleni oltást kombinálnák rubeola oltással, mert a fiatal fér-

fiak 20%-a nem védett ez ellen. Partnereik számára fertőzési forrást jelenthetnének, ami komoly magzati károsodást okozhatna a terhesség idején.

Nagy-Britanniában a kanyaróvaccina 1968 óta áll rendelkezésre, azóta a kanyarós esetek megkevesbedtek. 1968-ban 800 000 volt a gyermek-kanyarósok száma, közülük 90 halt meg a komplikációk következtében, 1988-ban, amikor bevezették az újszülöttek vaccinatióját, 86 000 volt a betegek száma. Az elmúlt években tovább csökkent a megbetegedések száma, halálozás nem fordult elő.

Ribiczey Sándor dr.

Maláriaprophylaxis: javaslatok ismét megváltoztatva. Dolmans, W. M. V. és mtsai (Nijmegen, Heemstede, Amsterdam, Rotterdam, Rijswijk.): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1723.

A Plasmodium falciparum gyakoribbá vált resistentiája ismét szükségessé tette a prophylaxisban a módosítást. Az orvosok megkapták az eü. főfelügyelet bulletinját. Első tennivaló a *szúnyogcsípés megelőzése.* Naplemente után zárt ruha viselése, a fedetlen bőr bekenése dietyltoluamiddal ajánlatos. A hálószoba szúnyogmentesítendő, a szunyogháló permentrines impregnálása jó, ha lyukas, vagy rosszul zárható, elriasztja a szúnyogokat. Hasonló szúnyogölő-riasztó szúnyoghálók már Hollandiában is kaphatók, ezek a fokozottan veszélyeztetettek számára ajánlatosak (terhesek, kis gyermekek, lép nélküliek és akik fokozottan ki vannak téve maláriaszúnyog csípésének, vándorlók és hosszabb ideig ott tartozkodók). Chemoprophylaxis szempontjából a maláriás vidék kétféle lehet: *„P terület" és „M terület".* A „P területen" proguanil-hydrochlorid a javasolt szer (felnőtteknek 100 mg naponta kétszer). Az ide utazók súlyos maláriát ritkábban kapnak, mert főleg P. vivax fordul elő és a P. falciparum nem resistens. Közép-Amerika, a Közel-Kelet és Észak-Afrika tartozik ide. Az „M. területnél" mefloquin az ajánlott szer (felnőtteknél hetenkint 250 mg). Az ide utazók fokozott kockázatnak vannak kitéve, mert itt elterjedtek a P. falciparum resistens törzsei. Dél-Amerika Amazonas-vidéke, Délkelet-Ázsia és egész trópusi Afrika tartozik ide. A szükség-kezelés az „M vidék" 5 mefloquin resistens országánál kerül szóba: Kambodzsa, Iriáni Jaya, Laosz, Myammar (régen Birma) és Pápua Új-Guinea. Az ide utazóknak, akik egy hónapnál hosszabb időt szándékoznak ott tölteni, az a javaslat, hogy halofantrint vigyenek magukkal, mihelyt prophylaxis ellenére maláriás tünetek jelentkeznének, kezdjék meg saját maguk kezelését, ha helyben hiányos az orvosi segítség. Thaiföldön és Vietnamban jól működő malária-klinikák vannak, ott nincsen szükség öngyógyításra. Az „M terület" többi részébe történő beutazásnál csak akkor van szükség szükség-gyógykezelésre, ha mefloquin contraindicatio vagy intolerantia állna fenn, ebben az esetben prophylactikus kezeléshez a proguanil-hydrochloridot kombinálni kell chloroquinnal (100 mg naponta kétszer és 300 mg basis hetente egyszer). Ez az előírás azonban az elterjedt resistentia miatt kevésbé hatásos. A *halofantrinnál contraindicatio* állhat fenn a QT idő meghosszabbodása miatt. Ha eleve meghosszabbodott a QT idő, a halofantrin életveszélyes ventricularis tachycardiát okozhat. Ezért azoknak, akiknél halofantrint írnak elő, EKG-val meg kell határozni a QT idejüket. Meg kell kérdezni őket, milyen gyógyszereket használnak, antiarrhythmicumot vagy triciclikus antidepressivumot, mert ezek is meghosszabbíthatják a QT időt. Ha a halofantrin contraindikált, kinint lehet kombinálni sulfadoxin-pyrimethaminnal, vagy kinint doxycyclinnel. Az új bulletinben a felkeresett vidékek resistentiája és a javasolt gyógyszerek is megtalálhatók. A legtöbb utasnak nincsen szüksége szükséggyógyszerekre. Az utasok felvilágosítása nem csak receptírásból áll. A bulletin kitér a terhesek, kisgyermekek, lép nélküliek és az eredetileg maláriavidékről származók problémáira is.

Ribiczey Sándor dr.

Container-malária Franciaországban. Meijer Van Putten, J. B.: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1788.

Jelentések szerint az elmúlt 15 évben Európában a repülőterek közelében 50 malária eset fordult elő. Hasonló esetekben valószínű, hogy egy repülőgéppel odaszállított, maláriával fertőzött szúnyog okozta a maláriát, de — bár kevésbé valószínű — az is lehet, hogy egy reptéri szúnyog fertőződött meg egy éppen odaérkezett beteg utas vérétől. Marseille-i orvosok a The Lancet-nek írt levelükben (1994, *344,* 330-1) arra hivatkoznak, hogy előző nyáron két malária-esetük volt, a betegek sohasem hagyták el Franciaországot, nem voltak soha a reptér közelében, de közel laknak a kikötőhöz. Entomológiás vizsgálat szerint Marseille kikötője körül nincsenek malária-szúnyogok számára alkalmas tenyészőhelyek, de Marseille csak 6—8 napi hajóútnyi távolságra van malária-endémiás afrikai országoktól, így Szenegáltól és az Elefántcsontparttól. 1993 nyarán ideális körülmények álltak fenn a malária-szúnyogok túléléséhez, állandó volt a magas páratartalom a levegőben (60%), a hőmérséklet 18° volt. Valószínű, hogy a maláriaszúnyogot egy hajó hozta magával. Jó, ha az orvosok maláriára gondolnak, megmagyarázhatatlan láz esetén az olyan betegeknél, akik olyan kikötő közelében laknak, vagy dolgoznak, ahová malária-endémiás vidékekről érkeznek a hajók.

Ribiczey Sándor dr.

A poliomyelitis bénulásos formája Namíbiában. van Nieskerk és mtsai (Nat. Inst. of Virology, Namibia): Lancet, 1994, *344,* 661.

A WHO 1988-ban hozott határozata értelmében 2000-ben meg kell szűnni a polyomyelitis (po.) járványnak. A világon 1987—89 között 38 381 po. megbetegedés történt. Az immunizációs program kiterjesztésével 1992-ben a po. száma 14 497 volt. A legtöbb betegség az afrikai és ázsiai országok déli részén fordult elő. Afrikában a WHO egy po.-mentes környezetet tart számon, beleértve 8 országot, köztük Namíbiát.

Namíbia területe 832 000 km^2, lakosainak száma: 1,4 millió. A fővároson, Windhoekon kívül az ország északi részén él a legtöbb lakos; a terület füves, fás, évenként csekély esővel. A WHO által bevezetett kiterjedt immunizációs programot (EPI) a következő módon alkalmazzák. ún. „trivalens" védekezési savóból születéskor, 6, 10 és 14 hónapos korban, továbbá 5 és 10 éves korban újra immunizálják a gyermeket. Az utánvizsgálatokból kiderült, hogy az 1 éves korban 59%, 1990—93. években 80%-ra emelkedett a po. elleni védekezés. A fertőzött esetek száma 28 volt és ebből 2 „vad" típusú po. Vizsgálat alá vették a po.-ban megbetegedetteket, de a 28-on kívül másokat is. Az 56 esetből 27-nél po. betegséget találtak és 1 volt „vad" vírus.

Az Angola—Namíbia háború alatt az egészségügyi szolgálat nagyon leromlott, a határok átjárhatók voltak és ekkor a vírust egyik országból a másikba könnyen szállították. Namíbia északnyugati részén a gyermekek 45—50%-a részesült 1 év alatt 4 oltásban és ez azt is jelentette, hogy a „vad" po. vírusok szabadon terjedhettek a gyermekek között. A népesség szabadon mozog a települések között, a kisebbekből a nagyobbakba, így pl. Windhoekba is. Ez rapid és nem kontrollált urbanizációhoz vezet. A po.-t okozza a betegséget dél-afrikai területen és ez volt az egyetlen eddig izolált „vad" vírus.

Ringelhann Béla dr.

Virális papulás acrodermatitis egy gyermeknél: Gianotti—Crosti-syndroma az Epstein—Barr-vírusfertőzés által. Essink, H. P. M. és mtsai (Amsterdam): Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1775.

Az Epstein—Barr-vírus (EBV) fertőzés fiatal gyermekeknél r. sz. tünetmentesen, vagy jellegtelen felső légúti hurut tüneteivel zajlik le. A kép néha mononucleosis infectiosára emlékeztet; 4 éven aluliaknál gyakrabban (34%) szerepel bőrkiütés, idősebbeknél ez 16,7%-nál fordul elő. A bőrtünetek az EBV fertőzésnél erythemás, maculás vagy maculopapulosus exanthemával jelentkeznek a törzsön, felkarokon, néha az arcon, alkarokon és lábszárakon, de előfordulhatnak urticariás, petechiás, erythema multiforme-szerű exanthemák és palmaris

erythema is, de jelentkezhet Gianotti—Crosti-syndroma is, jellegzetes papullás eruptióval. Egy másfél éves leánykát hoztak be 2 napja kezdődött, arcon-törzsön és végtagokon kifejlődött, nem viszkető, eruptióval. Betegsége magas lázzal, náthával, hányással kezdődött, két héttel azelőtt egy Pfeiffer-beteggel került contactusba. Az orr és száj körüli regio mentes volt a kiütéstől, nyirokcsomók nem voltak tapinthatók. Az eruptiók symmetrikusak, a monoton, barnásvörös ellapult papulák enyhén korpásodtak. A dg. Gianotti—Crosti-syndroma, acrodermatitis papulosa eruptiva infantilis. Therapia nélkül 8 hét alatt nyomtalanul gyógyult a beteg. A vérben 79%-os lymphocytosist — köztük volt atypusos is — és 4% monocytát találtak. A májenzim értékek normálisak voltak. Az IgM és IgG értékek enyhén emelkedettek, de hetek múlva jelentősen megszaporodtak, utóbbi 1 : 2560-ra, az EBV antigén szintje is jelentősen megemelkedett. Míg a mediterrán vidékeken a hepatitis A és B vírusa is okozhatja a syndromát, Észak-Európában egyéb vírusok, köztük az Epstein—Barr-vírus, de a Cocksackie-, a cytomegalia-, a polio- (oralis vaccinationál), a respiratoricus-syntitialis vírusok szerepe gyakoribb. Szerzők betegénél hiányoztak a komolyabb tünetek, a primer EBV infectio serologiai kimutatásával a gyanított syndroma bizonyítást nyert.

Ribiczey Sándor dr.

Rabieses acupuncturista. Meijer Van Putten, J. B.: Ned. Tijdschr. Geneesk., 1994, *138,* 1733.

Ez év januárjában meghalt Californiában egy ffi rabiesben. Tudomása szerint nem szenvedett el előtte harapást. Utóbbi időben nem járt külföldön és nem került kapcsolatba rabieses forrással. Egy hónappal halála után sem gondoltak rabiesre. A férfinak jobb könyökében idült fájdalmai voltak, acupuncturás tűkkel kezelte magát; egy elismert acupuncturista volt.

Jan. 1-jén vizsgálták egy kórházban jobb karjának fájdalma miatt. 1 héttel előtte rövid ideig tartó diarrhoeája volt, két héttel előtte 5 napig tartó grippés megbetegedése volt, torokfájással, lázzal, hidegrázással és rosszulléttel. Fizikális vizsgálatnál cervicalis csigolyaközti korongelváltozásra gyanakodtak, tüneti kezelés javaslatával kibocsátották a kórházból. Jan. 4-én karjában bizsergést érzett és mintha elhalt volna a karja. Per os Prednisont kapott, de a fájdalom és gyengeség fokozódott, jan. 7-én nucleáris magneses resonantia (NMR) vizsgálatot végeztek, ami cervicalis myelitisre utalt. Felvették a kórházba ,,postvirális myelitis transversa" dg-sal. Steroidokat és immunglobulint kapott. Ettől kezdve gyorsan romlott a beteg állapota, zsibongások és izomgörcsök jelentkeztek a j. testfélben. A reflexek és az érzés megszűnt ebben a testfélben és az arcban is, J. o. Horner-syndroma jelentkezett. A fvs. szám normális, a segmentált neutrofilek száma 79%, a liquorban normális a glucose-tartalom, több a fehérjetartalom, 5 fvs van 1 mm^3-ben. Jan. 8-án hypertensio, tachycardia és tachypnoe jelentkeznek, jan. 9-én intubálták kihagyó lélegzete miatt. Jan. 13-án 35,6 °C-ra csökkent a hőmérséklete, melegítőkendőkkel melegítették, aciclovir és ganciclovir kezelést kezdtek, az esetleges herpes simplex vagy cytomegalovirus-encephalitis ellen. Jan. 15-én nem reagált már hangra és fájdalomingerre, megszűntek a spontán mozgások, jan. 18-án az agyalapi reflexek nem voltak kiválthatók, a lélegeztetést megszüntették, a beteg exitált. Az obductiónál első menetben nem kaptak diagnosist, csak febr. 18-án észlelték az agyban a Negri testeket, a rabies dg-t a fluoreszkáló antitestek kimutatásával erősítették meg. A virális nucleinsav nucleinszerkezetéből a rabiestörzs denevér-származására következtettek. (Lasionycteris noctivagans.) A beteg családtagjai nem tudtak arról, hogy a beteg contactusba került e denevérekkel. Egy évvel ezelőtt gondozásba vett egy kóbor macskát, 1991-ben járt a utah-i barlangokban, gyakran táborozott sátor nélkül, utoljára 1993. szept.-ben. Miután a rabies incubatiós ideje 10—90 nap (átlagban 3 hét), lehetséges, hogy anélkül, hogy észrevette volna, érintkezésbe került egy denevérrel. Az acupuncturával kapcsolat tisztázatlan, vagy táborozási útján a tűk kerülhettek érintkezésbe denevérrel.

Ribiczey Sándor dr.

INTENZÍV BETEGELLÁTÁS

Cardiopulmonalis resuscitatio és bordatörések csecsemőknél. (Egy postmortem radiológiai-pathologiai tanulmány.) Spevak, M. R., Kleinman, P. K., Belanger, P. L. és mtsai (Center for Child Abuse and Neglect, Department of Radiology and the Chief Medical Examiner's Office, University of Massachusetts Medical Center, Worcester): JAMA, 1994, *272,* 617.

A cardiopulmonalis resuscitatio (CRP) szövődményeivel foglalkozó korábbi tanulmányok ritkán irányultak csecsemőkre, a kifejezetten gyermekeket érintő feldolgozások esetében pedig postmortem vizsgálati eredmények nem álltak rendelkezésre.

A CPR-t követő bordatörések gyakoriságának ismerete döntő fontosságú csecsemőkorban orvosi és jogi szempontból egyaránt, hiszen olyan betegeknél, akiknél durva bánásmód gyanítható a háttérben, tudni kell értékelni a bordatörések jelentőségét.

A szerzők célja retrospektív áttekintésükkel az volt, hogy meghatározzák a boncolással és/vagy postmortem rtg-felvételekkel detektálható bordatörések gyakoriságát CPR-ben részesült egy év alatti csecsemőknél.

A Massachusetts állam Worcester városában 8 éves periódus (1984—1992) orvosi dokumentációit átnézve 100 resuscitált csecsemőt találtak. A vizsgálatból kizártak 9 csecsemőt, aki fizikai bántalmazás áldozata volt, így a végső vizsgálati csoport 91 csecsemőből állt. A rendelkezésre álló dokumentációkból kiemelték a klinikai adatokat, valamint a CPR időtartamára és a CPR-t végző személyekre vonatkozó információkat. A boncolás a bordák gondos megtekintésére, illetve esetleges szövettani vizsgálatára is kitért. Valamennyi csecsemő csontrendszeréről rtg-felvétel készült.

A 91 csecsemő (56 fiú és 35 leány) átlagéletkora 1,4 hónap volt (26 óra—8,5 hónap). A CPR-t végző személyeket 89 esetben azonosították (98%). A CPR idejét 63 alkalommal lehetett meghatározni (69%). Az átlagos időtartam 47,3 perc volt (10—120 perc).

A postmortem vizsgálatok nyomán megállapítást nyert, hogy 75 csecsemő ,,hirtelen csecsemőhalál" syndromában halt meg, 16 pedig egyéb természetes vagy véletlen ok folytán. A csontvázfelvételek és boncleletek áttekintése alapján egyértelmű bizonyíték bordatörésekre egyetlen csecsemőnél sem volt.

Cikkünk kommentárjában a szerzők emlékeztetnek arra, hogy 1960-as leírása óta széles körben alkalmazzák CPR kapcsán a külső mellkaskompressziót. Az eljárásnak kisebb-nagyobb szövődményei lehetnek: a bordák, sternum és clavicula törésein túl haemothorax, haemopericardium, pneumothorax és a máj vagy lép sérülése is. Megállapítják továbbá, hogy a radiológiai vizsgálatok és a boncolás együtt nagy valószínűséggel felfedik a legtöbb acut és gyógyulófélben lévő bordatörést és kicsi a lehetősége annak, hogy egy bordatörés kisiklik mind a radiológiai, mind pedig a közvetlen megfigyeléssel történő felderítés alól.

A szerzők úgy gondolják, hogy azok a csecsemők, akiknek alapbetegsége folytán csontjuk törékenyebb, valószínűleg hajlamosabbak bordatörésre CPR alatt, ám az egészséges csecsemő mellkasának jellemző rugalmassága ellenáll az ilyen jellegű töréseknek. A postero-medialis bordák töréséhez a bordák igen kifejezett hátsó kiemelésére van szükség a transversalis processusokon keresztül, azaz egy olyan mozdulatra, mely hanyatt fekvő helyzetben, csecsemő cardiopulmonalis resuscitatiója során nem fordul elő.

A tanulmány végső következtetése az, hogy a CPR — függetlenül annak időtartamától és a kivitelező személyek tapasztalatától — nagy valószínűséggel nem okoz olyan bordatörést, mely boncolással vagy radiológiai eljárással 12 hónapos életkor alatti csecsemőknél azonosítható lenne. Tehát amikor bordatöréssel találkozunk csecsemőnél, gondoljunk a bántalmazás lehetőségére.

Kecskeméti Edit dr.

Intenzív therapia Guillain—Barré-syndromában. Henze, T. [Abt. Akut-Neurologie (Leiter: Privatdozent Dr. T. Henze), Neurologisches Fach- und Rehabilitationskrankenhaus, Kliniken Schmieder, Allensbach, NSZK): Dtsch. med. Wschr., 1994, *119,* 1248.

A szerző, a közlemény bevezetőjében tankönyvszerűen ismerteti a Guillain—Barré-syndroma klinikumát. Meghatározza az intenzív therapia indicatióit (nyelészavar, légzészavar, vitális fenyegetettséget jelentő vegetatív tünetek).

Az intenzív therapiának köszönhetően a letalitás ma már 2—6%-ra csökkent. A korábbi magas letalitást az acut stádiumban a szövődmények határozták meg. Várható szövődmények: aspiratiós pneumonia, respiratiós elégtelenség, alsóvégtag-, medencevéna-thrombosis, pulmonális embólia, vízeletretentio, bélatónia, paralyticus ileus, cardiális zavar, vérnyomás-ingadozás és az ún. oneiroid állapot, mely nem cerebrális tünet, hanem psychodynamikai védekező mechanizmus.

A megfelelő intenzív felügyelet és a mielőbb elkezdett therapia csökkenti a maximális tünetek fázisát és a betegség tartamát. A kezdeti időszakban a neurológiai statust naponta többször ellenőrizni kell a progressio megítélésére. Alapvető az EKG felügyelete és a szív-, légzésfrequentia ellenőrzése. Azoknál a betegeknél, akiknél gyorsan ascendáló paresis vagy kezdődő légzészavar észlelhető, a vitálkapacitás sűrű kontrollja szükséges. Fontos a vérnyomás, pulzus ellenőrzése, a kellő folyadék- és kalóriabevitel biztosítása, a vizelet-, székletürítés felügyelete.

A therapia részben tüneti, részben oki. A későbbi gyógyulás elengedhetetlen feltétele már az első naptól alkalmazott gyógytorna, mely magában foglalja a légzőtornát is. A magas thrombosis kockázat miatt nagy dózisú Heparin adása ajánlott. A vitálkapacitás kb. 1200 ml-re történő csökkenésénél a beteget intubálni kell és biztosítani a volumen kontrollált lélegeztetést. Tartós lélegeztetésre szoruló betegnél tracheostomia szükséges. Tracheostomizált betegnél — a septicus komplikáció veszélye miatt — plazmaferesis és immunadsorptiós kezelés nem végezhető. Súlyos inger-, ingerületvezetési zavar esetén pacemaker jön szóba. Gyakran lehet szükség sedativumra. Nem lélegeztetett, de kezdődő légzési elégtelenséggel küzdő betegnek csak nagy óvatossággal adható. Lélegeztetett betegnél szükséges és kívánatos is. E célra ajánlott gyógyszerek: Promazin, Dehydrobenzperidol, Clonazepam, Fentanyl, Dipidolor. Biztosítani kell a szükséges folyadék- és kalóriabevitelt, ez utóbbi 2000—3000 kcal/die-ra becsülhető.

A korábban ajánlott steroid therapia a várt hatás elmaradása miatt már nem használatos. Súlyos Guillain—Barré-syndromában ma rendelkezésünkre álló hatásos, oki therapiás mód a plazmaferesis, immunadsorptio és a nagy dózisú immunglobulin. E kezelési módokat mindig fontolóra kell venni, ha a kórkép gyorsan ascendáló, súlyos, és a betegség kezdete 1—2 hétnél nem régebbi. A plazmaferesist 5 alkalommal kell végezni 7—10 napon belül. A cserevolumen 200—250 ml/kg kezelésenként. A fehérjepótlás 5%-os humán albuminnal történik. Immunadsorptióval ezidáig nincs nagyobb tapasztalat. A nagy dózisú immunglobulin (7S-IgG) jó hatása már 1984 óta ismert idiopathiás thrombocytopeniás purpurában és eredményesen alkalmazták myasthenia gravis és chronicus polyradiculitis esetében is. A módszer hatásossága felér a plazmaferesisével, sőt még nagyobb. Gyors klinikai javulást eredményez, gyakran már 24 óra múlva. Az alkalmazás módja: 400 mg 7S-IgG/kg/die 5 napon át, 7—10 napon belül (legjobb 72 órán belül).

A kezelés során a szövődmények ritkák és nem teszik szükségessé a therapia megszakítását. Mellékhatás lehet fejfájás, szédülés, émelygés, ujj-oedema, tachycardia, ajak-, acrocyanosis. Anaphylaxiás reactio ritka, akkor jelentkezik, ha a betegnek IgA hiánya van. Szövődmény lehet még haemolysis, Hepatitis-C, asepticus meningitis, heveny IgG okozta veseelégtelenség.

A szerző előnyben részesíti az immunglobulinnal történő kezelést, mert legalább olyan hatékony, mint a másik két therapiás mód, továbbá mert kevésbé kockázatos, nem igényel nagyobb technikai felkészültséget és nem drága. Hogy a három oki therapiás mód közül melyik a legmegfelelőbb, azt multicentrikus vizsgálatok tisztázhatják.

Horváth Erzsébet dr.

A percután cholecystostomia eredményei septicus állapotú betegeknél. Boland, G. W. és mtsai (Dept. of Radiology, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School, 32 Fruit St., Boston, MA 02114): AJR, 1994, *163,* 339.

Az intenzív osztályokon kezelt betegek esetében fokozottabb az epehólyag-gyulladás kialakulásának a veszélye. Mivel a pontos diagnózis felállítását az egyéb megbetegedések nehezítik, ezért ezeknél a betegeknél az epehólyag-gyulladás veszélyessége is nagyobb. A szerzők nagyszámú beteganyagon végzett percután cholecystostomia szerepét értékelik. 4 év alatt 82 betegnél történt percután cholecystostomia. A betegek valamennyien septicus állapotban voltak és a sepsis legvalószínűbb forrása az epehólyag-gyulladás volt. Valamennyi beteget intenzív osztályon kezeltek más jellegű akut belgyógyászati, illetve sebészeti megbetegedés miatt. A beavatkozást UH, vagy képerősítő segítségével transhepaticus úton végezték. 48 betegnél a cholecystostomia 24—48 órán belül jelentős javulást, a panaszok csökkenését eredményezte. Ebből a csoportból a későbbiek során 12 beteg halt meg sepsis, vagy más szervi megbetegedés következtében. 16 esetben történt műtét, cholecystectomia. A műtéten átesett betegek közül később 1 halt meg. 3 betegnél epekőoldást, 2 esetben pedig kőzúzást végeztek. 15 betegnél a katéter beültetését követően nem történt egyéb beavatkozás. Ebből a csoportból tartós drenázst 6 betegnél végeztek. 34 beteg állapota nem változott a beavatkozást követően. Ezek közül 19 halt meg rövid időn belül. A többi 15 esetben 3 hét múlva eltávolították a katétert, azután, hogy meggyőződtek az epeutak szabad átjárhatóságáról. A beavatkozások során súlyos szövődményt egyetlen esetben sem észleltek. Átmeneti epecsorgást 2 betegnél figyeltek meg, de az is rendeződött. A beavatkozás hasznosságát illetően az állásfoglalásuk az, hogy közel 60%-ban eredményes volt. Hangsúlyozzák, hogy kifejezetten súlyos állapotú betegekről van szó, ahol sokszor ez az egyetlen terápiás lehetőség.

Puskás Tamás dr.

PATHOLOGIA

Electronmicroscopia (EM) és immunhistochemia (IHC) hasznosságának összehasonlítása — egy laboratórium tapasztalatai. Frost, A. R. (The George Washington Universtity, Washington, D. C.): Arch. Pathol. Lab. Med., 1994, *118,* 922.

A kórszövettani vizsgálatok kis részénél a rutin fénymicroscopia nem elegendő a diagnózis felállításához, ilyenkor az EM vagy a később elterjedt IHC segíthet. Utóbbi módszer előnyei közt szerepel, hogy gyakran paraffinos metszeteken is elvégezhető, olcsóbb, hozzáférhetőbb. A szerzők 1983 és 1989 között 150 olyan egymást követő daganatos szövet vizsgálatát elemezték, ahol IHC és EM egyaránt történt. Az eljárásokat „hasznos" és „nem hasznos" (a differenciáldiagnózist nem szűkítő, következtetésre alkalmatlan) minősítéssel látták el az adott tumor diagnózisa szempontjából. Az esetek összességében az EM 92%-ban, az IHC csak 73%-ban bizonyult hasznosnak. A daganatokat diagnosztikus probléma szerint 5 csoportba sorolták. Az IHC leghasznosabbnak rosszul differenciált daganatok epithelialis, mesenchimalis, vérképzőszervi eredetének tisztázásánál bizonyult (33/41 esetben hasznos), bár az EM itt is gyakrabban adott segítséget (38/41). Az EM leghasznosabbnak a rosszul differenciált carcinomák további osztályozásánál bizonyult (14/14), míg itt az IHC csak 9/14 esetben vitte előbbre a diagnosztikát. Legkevésbé hasznos mindkét módszer ismeretlen primer tumor áttéteinek vizsgálatakor volt (EM: 38/45 és IHC: 26/45). A két módszer együttes alkalmazása is csak 15 esetben (33%) tisztázta a primer tumort. Specifikus diagnózis megerősítésében vagy valamilyen speciális kérdés megválaszolásában mindkét módszer hasznos volt (EM: 30/30 és IHC: 25/30), akárcsak az orsósejtes tumorok elkülönítésében (EM: 18/20 és IHC: 16/20). Bár az egyes laborok munkáját nehéz összehasonlítani, irodalmi adatok szerint úgy tűnt, hogy az IHC ritkábban volt hasznos, mint más laborokban, ezért a szerzők a „nem hasznos" IHC eseteiket tovább elemezték. A hatékonyság alacsonyabb volta hátterében leggyakrabban (16/41) az állt, hogy nem a megfelelő ellenanyagot vagy ellenanyag panelt rendelték az adott anyagból. További 8, illetve 9 esetben a tumor differenciálatlan-

sága vagy technikai okok (rossz fixálás, rossz ellenanyag-concentratio vagy denaturalt ellenanyag) szerepelt okként. Végül 8 metastatikus daganat esetében széles ellenanyag panel sem segített volna a primer tumor tisztázásában. A két módszer mindegyike egyedi információt adhat, ezért minden tumor esetén törekedni kell anyagot biztosítani esetleg EM vizsgálatra. Ami a költségeket illeti, ha mindkét módszer működik egy intézményben, 5 vagy több immunsavó használata esetén az EM már olcsóbb lehet, mint az IHC.

Cserni Gábor dr.

A tüdőartériák pathológiája tüdőtumorokban. Fisseler-Eckhoff, A. és Müller, K.-M. (Inst. für Pathol., an der berufsgenossenschaftlichen Kliniken, Bergmannsheil, Klinikum der Univ., Bochum, Németország): Dtsch. med. Wschr., 1994, *119,* 1415.

Jelentős diagnosztikus és terápiás haladás ellenére, a rosszindulatú tüdődaganatok kezelésének eredményei korántsem kielégítőek, mivel műtét mindössze 6%-ban eredményez végleges gyógyulást, a sugárkezelés pedig ennél is kevesebbet. Rossz prognózis elsősorban a nem kis sejtes tumorok velejárója, ahol a betegek 65—75%-ában kell távoli metasztázisokkal számolni. A terápiás kudarc okai sokrétűek és tagadhatatlan, hogy jórészt a tumor erezettségével kapcsolatosak, mivel a tumorszövetben lefutó különböző artériák mélyreható részleges, sőt teljes károsodásáról van szó, akár a daganat kompressziója, akár annak különböző fokú sejtes infiltrációja révén. Post-mortalis angiographiával a tüdőartériák károsodásának különböző mértékét és típusát lehetett kimutatni, jóllehet a különféle tumorfajtákkal, ezek differenciáltságával, valamint kiterjedésével kapcsolatban mindeddig nem találtak elfogadható magyarázatot.

Ezek után teljesen jogos az a probléma, hogy a citosztatikus kezelés rossz eredményei mennyiben függenek össze ezekkel az érelváltozásokkal. A tüdőarteriák szövettanilag három rétegből, a tunica intimából, mediából és adventitiából épülnek fel. Összesen 63 operált tüdőt vizsgáltak, melyek közül perifériás laphámrák 33 és ugyancsak perifériás adenocarcinoma 30 esetben fordult elő; közülük 18-at T_1 stádiumba soroltak és a daganat maximális átmérője a 3 cm-t nem haladta meg. A többi T_2 stádiumú volt, maximálisan 5 cm-es átmérővel. A szövettani készítményekben a tumor belső, középső és külső zónájában észlelt artériás folyamatokat ismertetik részben sematikus ábrákon és színes, kitűnő minőségű mikrofotókon.

Adenocarcinomában a tumor centrumában 18%-ban fordult elő endangitis, laphámrákban viszont ennél lényegesen nagyobb számban a praelobuláris, lobuláris és a terminális ágakban. A legsúlyosabb elváltozásokat viszont az artériafalban lehetett látni, aminek az volt a lényege, hogy a tumor, vagy a környezetében lévő gyulladásos infiltrátum sejtjei az ereket komprimálva a lument beszűkítette, illetve teljesen el is zárta. Transmurális tumornövedéket 100%-ban figyeltek meg adenocarcinomában, laphámrákban valamivel kisebb arányban és gyakorlatilag a tumor belső zónájában. Ez az elváltozás sorrendbe a subsegmentális, praelobuláris és a lobuláris arteriákat érintette. Az obturáció és obstrukció viszont nemcsak a daganat, hanem a stróma másodlagos fibrózisának a következménye ugyancsak a centrumban, majd csökkenő mértékben az intermediaer és a külső rétegben. Mindennek mértékét százalékosan fejezik ki. A T_1 és T_2 stádiumú tumorok között viszont nem látszott lényeges különbség akár lymphocytás, akár tumorsejtes infiltrációról volt szó. Az egyéb eltérések közül elasztózis és a membrana elastica interna felrostozódása hasonlóképpen egyforma volt, bármelyik rétegről volt is szó.

Az eredményeket áttekintve, a tumoros gócban észlelt lymphocytás beszűrődés az összes arteriák felében volt megfigyelhető; 60%-ban részleges, míg 30%-ban teljes elzáródást okozott és a tumorcentrum ereiben volt a leggyakoribb, a széli részek irányában pedig fokozatosan mérséklődött. Szép számban, intraluminális hegesedés hasonló folyamatot eredményezett.

A tüdőartériák vázolt eltéréseinek minden bizonnyal prognosztikai jelentősége is van, mivel a különböző citosztatikumok nem jutnak hatásos koncentrációban a daganatsejtekhez. A nem kis sejtes formában az említett eltérések lényegesen kifejezettebbek, de ezzel együtt a terápiás eredmények is rosszabbak.

Bán András dr.

Tüdőrákokból származó bronchusbiopsiák szövettani leletének vizsgálónkénti ingadozása. Burnett, R. A. és mtsai (University of Glasgow, Western Infirmary, Glasgow): J. Clin. Pathol., 1994, *47,* 711.

A tüdőrákok szövettani diagnózisát többnyire bronchus biopsiákból állapítják meg először. Klinikai szempontból a leglényegesebb a kis sejtes rákok elkülönítése e többi típustól — lévén az előbbi kezelése és prognózisa eltérő. A diagnózis leginkább a WHO 1981-es osztályozása alapján történik. A cikk azt tárgyalja, hogy mennyire megbízhatóak a biopsiák alapján felállított kórismék. Hat skót város pathologiai osztályáról 11 kórszövettanász vett részt a vizsgálatban. Közülük csak egynek volt tüdőpathologiai előképzése. Random kiválasztott, 100 daganatos biopsiából származó, azonos metszetet vizsgáltak mindannyian. A diagnózis megbízhatóságát is osztályozták, miszerint biztos és némi kétséget támasztó kórisméket különböztettek meg. Az értékeléshez kappa (K) statisztikát használtak.

A kis sejtes tüdőrákok esetében jó összhang volt a diagnoszták között (K = 0,86). Ha csak a biztos, kétségmentes diagnózisokat vették figyelembe, akkor szinte teljes volt az összhang (K = 0,97). A nem kis sejtes rákok esetében nagyobb volt az eltérés. A biztos diagnózisokat figyelembe véve, leginkább az adenocarcinomákat diagnosztizálták megbízhatóan, összhangban, ekkor a K értékek az adenocarcinomák, a laphámrákok, a nagy sejtes rákok esetében 0,58—0,37, illetve 0,22 voltak. Ha a bizonytalanabb diagnózisokat is figyelembe vették, akkor a K értékek még kisebb megbízhatóságot tükröztek, 0,30—0,28, illetve 0,17-re módosultak. Legkevésbé megbízhatóan tehát a nagy sejtes tüdőrákokat kórismézték. Tekintettel arra, hogy a nem kis sejtes daganatok további osztályozása nem befolyásolja a kezelést, még a távoli prognózis esetleges különbsége ellenére sem tűnik lényegesnak ezen daganatok kórismézének diagnosztánkénti variabilitása. A therapiás szempontból elkülönítendő kis sejtes carcinomák diagnózisa pedig megbízhatónak tekinthető.

Cserni Gábor dr.

Gyulladásos mesenterialis venoocclusiv betegség, az intestinalis ischaemia ritkán felismert oka. Flaherty, J. és mtsai (University of Washington, Seattle): Am. J. Surg. Pathol., 1994, *18,* 779.

A belekre lokalizált vasculitis többnyire rendszerbetegségek (systemás vasculitis) részjelenségeként vagy gyulladásos bélbetegségekhez (főleg Crohn-betegséghez) társultan jelentkezik; izolált formája ritka, kifejezetten akkor, ha csak a vénákat érinti. A szerzők 7 ilyen esetről számolnak be.

A betegek (3 férfi, 4 nő; 27—78 év között, medián 36 év) mindegyikénél a gyulladásos mesenterialis venoocclusiv betegség (MIVOD, mesenterial inflammatory venoocclusive disease) műtétet (5 colon és 2 jejunum resectiót) indokolt. A bélelhalás tényére minden esetben az explorativ laparotomia derített fényt. A megelőző tünetek közt gyakori volt a hasi fájdalom, hányinger, hányás, véres széklet. A resecált bélszakaszban csak a vénákat és intramuralis ágaikat érintő gyulladásos jelenségeket észleltek a szövettani vizsgálat során (4 esetben főleg lymphocytás, kettőben necrotizáló és egyben granulomatosus), valamint következményes nyálkahártya eltéréseket (oedema, vérzés, necrosis, capillarthrombosis, kifekélyesedés, haemosiderin tartalmú macrophagok). Saválló kórokozót, valamint egyéb baktériumokat, gombákat a szövetekben nem tudtak kimutatni speciális festésekkel. Három esetben a gyulladt vénákban myointimalis hyperplasiát láttak, ami tovább ronthatta a belek vérellátását. A betegeknél systemás vasculitisre utaló klinikai tünet nem állt fenn. Műtét után 6—18 hónappal 6 beteg tünetmentes, míg egy, 1 hónappal a műtétet követően, ARDS és DIC tünetei között meghalt, de boncolását nem engedélyezték. A gyógyszeres etiológiát az 5 esetben negatív anamnesis és csupán vénákra lokalizált elváltozás alapján

elvetették. A leírt kórfolyamat tehát ismeretlen etiológiájú — elképzelhető, hogy nem is egységes kórképről van szó. A szerzők azonban úgy vélik, hogy a jelenség egységes kórfolyamat része, és talán a nemrégiben leírt idiopathiás mesenterialis vénás myointimalis hyperplasiának praecursor laesiója. A nemzetközi irodalom áttekintése után a szerzők megállapítják, hogy az itt leírt MIVOD gyakoribb lehet, mint ahányszor felismerik. Azon esetekben, amelyek a gyulladás fázisában nem igényelnek műtéti megoldást, postinflammatorikus non thrombotikus occlusiv venopathia alakulhat ki.

Cserni Gábor dr.

Emlő lobularis carcinoma csontvelő áttétjei rutin kórszövettani vizsgálat során nem azonosíthatók megbízhatóan. Bitter, M. A. és mtsai (University of Colorado Health Sciences Center, Denver): Hum. Pathol., 1994, *25*, 781.

Csontbiopsiák vizsgálata rutinná vált az emlőrákok nagy dózisú chemotherapiája és az ezt követő autolog csontvelő transplantatio kapcsán. A szerzők tapasztalata szerint a ductalis carcinomák áttétei jól felismerhetők ezen biopsiákból származó haematoxylin-eosin (HE) metszetekben, míg a lobularis rákok áttétei nem. Másfél év összes olyan emlőcarcinomásának csont „core" biopsiáit elemezték, akik csontvelőáttétesnek bizonyultak (16 betegből 30 biopsia invasiv ductus carcinoma áttét és 3 betegből 6 biopsia lobularis carcinoma áttét volt). Kontrollként 14 negatív csontvelőt használtak. Az anyagot cytokeratin immunhistochemiával (IHC) vizsgálták, és az IHC vizsgálat adta referencia diagnózisokat csak az első szerző ismerte. További 3 tapasztalt pathologus tekintette át a HE metszeteket. A ductus carcinomákat 88%-os, a lobularis carcinomákat 39%-os szenzitivitással azonosították a „core" biopsiákban. A specificitás átlagosan 95% volt. Érdemes megjegyezni, hogy hamis pozitivitás csak a legjobb szenzitivitással dolgozó diagnoszta esetében jelentkezett (2/14), míg a kisebb szenzitivitással dolgozó másik két pathologusnál nem fordult elő, azaz a specificitás ezeknél 100% volt. Több bizonyított lobularis carcinoma csontvelői áttétét oktató mikroszkóp mellett áttekintve és így elsajátítva ennek jellegzetes képét, a vizsgálatot megismételték. A lobularis carcinoma csontáttéteit nagyobb szenzitivitással sikerült ezután diagnosztizálni, de ez sajnos a specificitás rovására ment, a hamis pozitív esetek száma nőtt. Az invasiv lobularis carcinoma áttéteinek észlelését nehezíti, hogy a tumorsejtek myelocyta, histiocyta méretűek, nem mutatnak kifejezett atypiát, nincs prominens nucleolusuk, nemritkán (77—92%) solitaer, dyscohesiv sejtekként vannak jelen. A vizsgálat szerint a ductus carcinomák áttéteinek 13%-át, a lobularis rákok áttéteinek 61%-át rutin HE metszeteken nem lehet azonosítani. Ezek alapján jogosultnak tűnik javasolni az epithelialis markerekkel végzett IHC-t minden lobularis cc-s, valamint az összes HE metszet alapján negatívnak vélt ductus carcinomás beteg csont „core" biopsiája esetén.

Cserni Gábor dr.

Emlőrákok szövettani osztályozása differenciáltság alapján (grading) — a reprodukálhatóság vizsgálata. Dalton, L. W. és mtsai (Brackenridge Hospital, Austin, Texas és Vanderbilt University, Nashville, Tennessee): Cancer, 1994, *73*, 2765.

Bizonyított tény, hogy a szövettani „grade" értékes prognosztikai paraméter. Ugyanakkor állandó vita tárgyát képezi reprodukálhatósága, megbízhatósága, lévén szubjektív megítélés eredménye. A szerzők 6 intézményben vizsgáltattak meg 10 külön nem osztályozott invasiv ductuscarcinomából („no special trype" — NST, korábban „no otherwise specified" — NOS) származó 1—1 metszetet, hogy azok grade-jét az ott dolgozó pathologusok meghatározzák. A részt vevő pathologusok között olyanok is voltak, akik nem tekintették magukat nagyon jártasnak az emlő pathologiájában, a részt vevő intézmények közt pedig akadt kis, városi kórház és nagyvárosi kórház is. Az eseteket 30 egymást követő emlőrákos esetből választották ki annak az alapján, hogy meglehetősen széles spectrumúak legyenek az elváltozások, de nem törekedtek típusos esetek kiválasztására. A gradinghez Bloom és Richardson módosított kritériumait használták, lévén ez a legelterjedtebb és úgy tűnik leginkább bevált. Az osztályozási rendszer a tumor tubulus képzését, a mitosisok számát és a nuclearis polymorphismust veszi alapul, a lehetséges 7 pontszám (3—9) alapján 3 differenciáltsági fokot különböztet meg: jól (3—5), közepesen (6—7) és rosszul (8—9) differenciált emlőrákokat. A diagnosztát külön állapították meg a tumorok grade-jét, majd egy koordináló orvos segítségével intézményi egyeztetett véleményt is alkottak.

A differenciáltsági csoport tekintetében 3 tumor esetében teljes egyetértés volt mind a 6 intézmény, mind a 25 pathologusa között, további 6 esetben 87% feletti volt az egyetértés. Egyetlenegy tumornál volt teljes divergencia a véleményt illetően, mindhárom csoportba besorolták, igaz, hogy ebben az esetben is 22 diagnoszta azonos csoportba, azaz közepesen differenciált csoportba sorolta a daganatot. Az önálló komponensek közül a mitosis ráta ugyanilyen reprodukálhatónak bizonyult, míg a másik két komponens, ha önmagában határozta volna meg a tumorok differenciáltsági fokát, nagyobb divergenciát eredményezett volna. Az intézményi egyeztetett osztályozás (összesen 60 konszenzus diagnózis) minden esetben egyben a 25 résztvevő többségi véleményét is tükrözte. Ez a többségi vélemény az eminens szerzők véleményével is azonos volt 9/10 esetben.

Az eredmények alapján a Bloom- és Richardson-féle grade jól reprodukálható. A séma szerint 5 reprodukálhatósági csoport különböztethető meg: nagyon jól differenciált (alacsony grade), nagyon rosszul differenciált (magas grade) és 5—6, 6—7, valamint 7—8 pontértékű tumorok. Ezeket prognózis szempontjából még soha nem vizsgálták, csak az eredeti 3 grade csoporttal történtek ilyen vizsgálatok. A szerzők szerint minden differenciációt osztályozó rendszer esetében célszerű eljárás először reprodukálhatósági csoportokat meghatározni és ezen csoportok prognosztikai jelentőségét megállapítani.

A gyakorlati tanulság úgy fest, hogy minden pathlogusnak meg kell tudni állapítani egy adott emlőrák Bloom és Richardson szerinti gradusát. Ha önállóan 5 alatti vagy 9-es pontszámot ítél egy tumornak, nagy valószínűséggel egy mindenki által elfogadható grade-ot tud megállapítani és lezárhatja az esetet. Ha pontszámai 5 és 8 közöttiek, akkor javasolt az esetet megosztani kollégáival, amire többnyire lehetőség is van. A közösen megalkotott konszenzus vélemény vagy valószínűséggel a többség által elfogadható, reális grade lesz.

[Ref.: Napjainkban a pathologiai diagnosztikával szemben támasztott követelmények egyre inkább prognosztikai vélemény kialakítását teszik szükségessé, így egyre elfogadhatatlanabb csupán egy tumor nevét papírra vetni. Emlőrákok esetében a fenti grading rendszer egyike az elfogadott prognosztikai információknak, amelyről a pathologus nyilatkozhat, nyilatkoznia kell].

Cserni Gábor dr.

Tűszúrásos beavatkozások utáni hámelsodródás jelensége emlőben. Youngson, B. J., Cranor, M., Rosen, P. P. (Dept. of Pathology, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, U. S. A.): Amer. J. Surg. Pathol., 1994, *18*, 896.

Az emlő betegségeinek modern kezelése többfajta tűszúrásos folyamattal jár, úgymint: vékonytű aspiratio, core-biopszia, tű vagy drót segítségével történő tumor lokalizálás, intraoperatív varratbehelyezés, illetve helyi érzéstelenítés. Ezek kapcsán traumás hámelsodródás alakulhat ki, mely nagyban megnehezíti a műtéti preparátumok korrekt szövettani diagnózisát. Szerzők egyéves műtéti anyagukban 31 olyan emlő preparátumot találtak, melyben tűszúrásos manipuláció után hámelsodródás gyanúja merült fel. A betegek átlagéletkora 52 év volt, az előzetes tűszúrásos procedúra általában a szövettani vizsgálat után, rákérdezésre derült ki. A tűszúrásra utaló gyanújel általában vérzés, illetve granulatiós szövet és vérzés együttes megjelenése, vagy maga a szúrcsatorna volt. 26 esetben láttak az emlő kötőszövetében hámelsodródást, mely a szúrcsatorna környezetében volt a leggyakoribb. Ezek az elsodródott hámrészletek stromális inváziót imitáltak.

20 esetben a hámelsodródást olyankor

látták, amikor másutt inváziót nem láttak. A diagnózist elősegítette a szúrcsatornával való kapcsolat. Öt eset benignus folyamat: ductushám hiperplázia, illetve papilloma volt, a fennmaradó 15 eset mind intraductalis carcinoma különböző szövettani típusának felelt meg, úgymint: micropapillaris, solid, crybriform comedonecrosissal vagy anélkül, apocrin és lobularis. 6 esetben láttak invasiv ductalis carcinomát a műtéti preparátumban. 7 esetben a stromalis hámelsodródás mellett nyirokérben vagy intravascularisan láttak hámfragmentumokat, mely esetekből négyben a diagnózis carcinoma volt.

A hámelsodródások gyakorisági megoszlása a különböző beavatkozások szerint a következő volt: dróttal történő tumor lokalizáció, vékonytű aspiratio, helyi érzéstelenítés, core-biopszia és varratbehelyezés. Az időfaktor a tűszúrás és a sebészi biopszia között az érzéstelenítés és varrat esetében perceket, illetve órákat jelentett, míg az egyéb szúrásoknál átlagosan 10 nap telt el a két beavatkozás között. A szerzők részletesen elemzik a különböző procedúrákhoz használt tűk vastagsági adatait.

A műtéteket megelőző különböző tűszúrásos manipulációk ritka komplikációiról csak kevés irodalmi adat áll rendelkezésre. Ezek a következők lehetnek: vérzés, pneumothorax, fertőzés, gyulladásos reakciók és tumorimplantatio a szúrcsatornában. Néhány emlőtumor implantatio esetet közöltek már az irodalomban, pl. core biopsziák után pl. az esetek 4%-ában találtak a szúrcsatornában tumorsejteket. Természetesen az emlőn kívül számos szervben vizsgálták a tumorszórás gyakoriságát tűbiopszia után. Struve-Christensen transthoracicus vékonytű tüdőbiopsziák után 89%-ban talált tumorsejteket a szúrcsatornában. Prostata tumorok esetében Moul 1%-ban talált carcinomás szórást Tru-Cut, illetve core-biopszia után.

Összefoglalva, a szerzők arra a következtetésre jutottak, hogy mindenfajta tűszúrásos procedúra és a legkülönbözőbb tűvastagságok melletti szívás vagy érzéstelenítést követő szövetfeszülés mellett egyaránt kialakulhat hámelsodródás az emlőben. Az elsodródott hám a megnyílt nyirok- és vérerekbe egyaránt bekerülhet és ritkán a környéki nyirokcsomóba is eljut. (A cikkben egy ilyen esetet mutatnak példás képanyaggal). Az, hogy ezek az elsodródott fragmentumok potenciális áttét források-e, még nem tisztázott. A pathologus helyzete rendkívül nehéz ezeknek az eseteknek az értékelésében. Mindenesetre az erek lumenében, illetve a nyirokcsomók subcapsularis sinusaiban látott carcinoma szigetek csak tumor embolusként, vagy metastaticus carcinomaként értékelhetők.

Vajda Katalin dr.

Az emlő vékonytű aspiratio után kialakult szövettani elváltozásai. Lee, K. C., Chan, J. K. C., Ho., L. C. (Dept. of Pathology, Queen Elizabeth Hospital, Hongkong): Amer. J. Surg. Pathol., 1994, *18*, 1039.

A vékonytű aspiratio viszonylag atraumatikus beavatkozásként ismert, mégis okozhat változó mértékű szövetkárosodást. Több cikk jelent már meg, mely a vékonytű aspiratio szövődményeit írja le egyes szervekben (pajzsmirigy, nyirokcsomó, nyálmirigy) és azt, hogy ezek aspiratio után kialakuló szövettani elváltozásokról kevés irodalmi adat áll rendelkezésre, szerzők ezért végezték el ezt a felmérést Egyéves anyagukból 184 olyan esetet vizsgáltak, ahol a műtétet vékonytű aspiratio előzte meg. Az aspiratiókat az osztály pathologusai végezték rutin módszerekkel. A 184 esetből 17 (9,2%)-ben találtak a vékonytű aspiratióval biztosan összefüggő és 15 (8,2%)-ben valószínűleg összefüggő elváltozásokat. A biztosan összefüggésbe hozható elváltozások a következők voltak: gócos friss vérzés, mely 1—4 mm átmérőjű volt, illetve gócos hemosiderin felszaporodás fibroblastokkal körülvéve. A vérzéses csoportban átlagosan 11,3 nap telt el a szövettan és a szúrás között, míg a hemosiderines csoportban ez az idő 34,1 nap volt. Három esetben látták az emlőelváltozás elhalását vérzéssel vagy anélkül, melyek közül az egyik intraductalis carcinoma volt. Ennek invazív vagy non invaziv jellegét a szövettani vizsgálat a kiterjedt necrosis miatt nem is tisztázta. Intraductalis papilloma esetében az elváltozás coagulatiós nekrózisát és a környező stromában kiterjedt hámkisodródás jelenségét látták.

Az aspiratióval valószínűleg összefüggő elváltozások között említik hat invazív ductalis carcinoma esetében a daganat szélén megjelenő fokális lineáris nekrózist, valamint öt fibroadenomában az intratubularis vérzés megjelenését. Ebben a sorozatban öt mucinosus carcinomát láttak, ahol szintén vérzések voltak a mucinosus területekben, melyekhez granulatiós szövet megjelenése társult.

A irodalomban a vékonytű aspiratio szövődményeiről eddig csak a pajzsmirigy és nyirokcsomók vizsgálata esetében jelentek meg felmérések. Ezek szerint nyirokcsomóban 3,3—43%-os szövődmény incidenciát írtak le különböző közleményekben, a pajzsmirigyben a szövődmény incidencia 1,4 és 20,3% között van. Jelen közlemény adatai szerint emlőben az incidencia 9,2 és 17,4% közötti. Ez a széles tartomány valószínűleg a változó szúrási technikák, illetve a különböző tűvastagságok következménye. A cikk adatai szerint leggyakoribb szövődmény a vérzés volt fibrosissal vagy anélkül. Ez ritkán Kaposi-sarcomát utánozhat, szerzők eddig egy ilyen esetet láttak. Tapasztalataik szerint a vérzés gyakoribb a puhább és ritkább a tömör elváltozásokban. Emlőben a második leggyakoribb szövődmény a laesio infarctusa és a következményes necrosis. Ez az aspiratiós szövődmény más szervekben: nyirokcsomók, pajzsmirigy, nyálmirigy esetében ismert volt eddig is. A tumor implantáció ritka szövődmény, különösen ritka jóindulatú daganatok esetében. (Nagyon veszélyes szövődmény ez pajzsmirigy adenomáknál, mikor a tokba sodort implantatum invázió gyanúját kelti). Az implantáció diagnózisát elősegítheti a tumorsejtek körüli granulatio vagy vérzés. A cikket a szerzők figyelemfelkeltőnek szánják, az egyre gyakrabban használt vizsgálómódszer veszélyeivel, illetve az aspiratio utáni szövettani diagnózis nehézségeivel kapcsolatban.

Vajda Katalin dr.

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

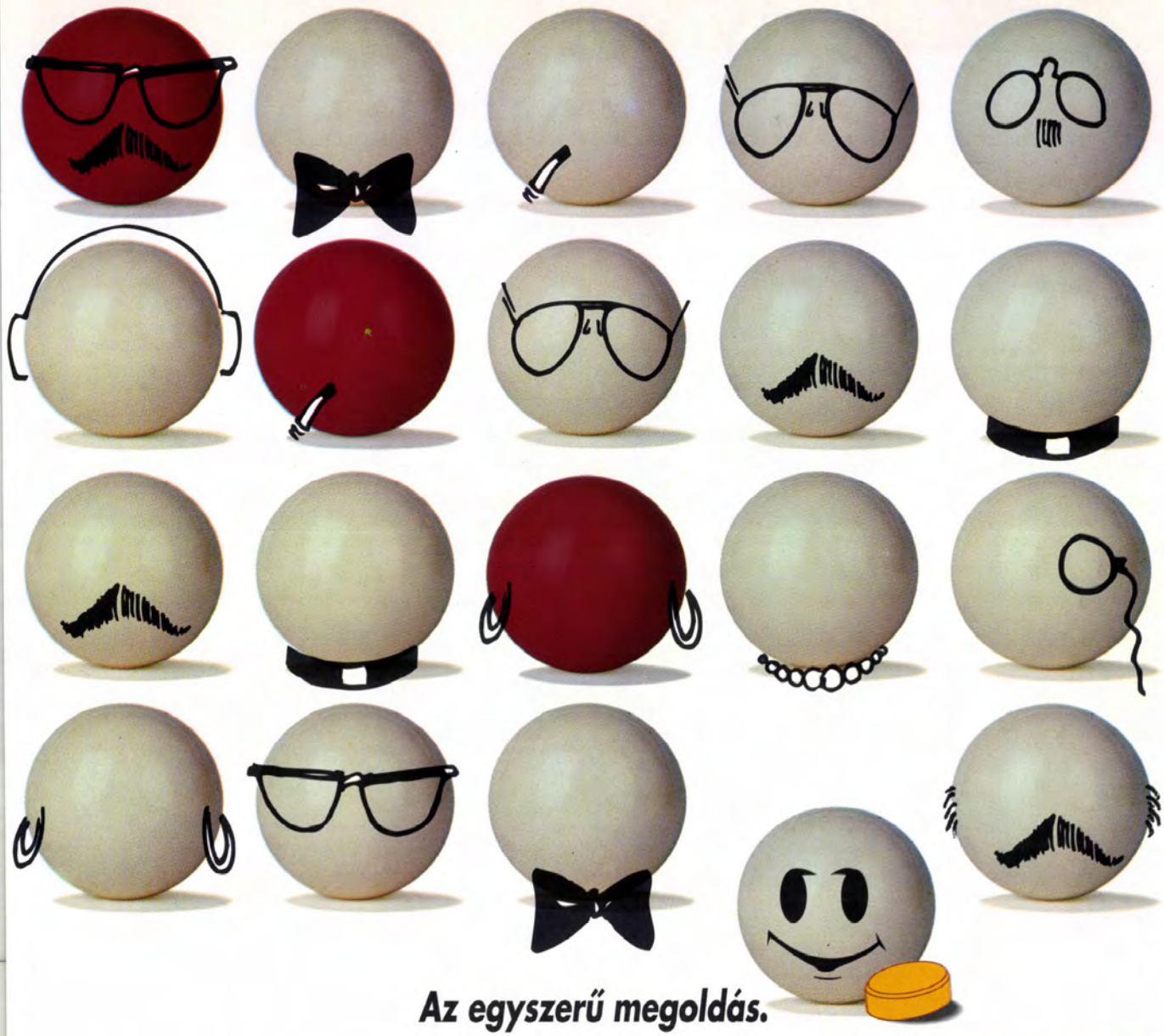
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

Springer Hungarica Kiadó Kft.

Nem a tudomány és nem az igazság fölismerésében, de a tudatlanságban s az ösmeret tökéletlenségében rejlik a veszély: az emberi haladás azonban csak fokozatos lehet, s annak, ki a célt akarja . . . az odavezető út akadályaival és veszélyeivel is meg kell küzdeni.

Markusovszky Lajos

Minden hatodik felnőttnek magas a vérnyomása...



Az egyszerű megoldás.

®LOTENSIN

Benazepril

Korszerű és egyszerűen alkalmazható ACE-gátló

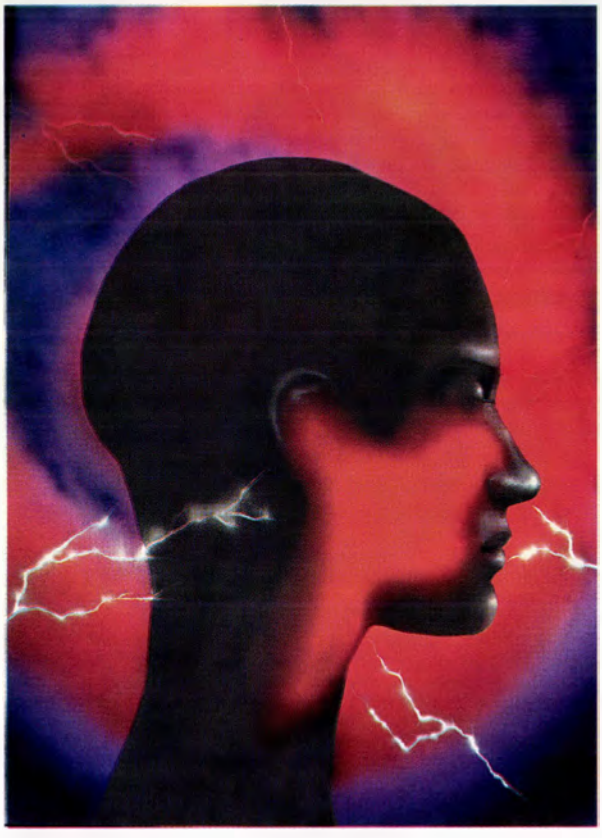
● 1 TABLETTA EGYSZER NAPONTA ● Kevés mellékhatás ● Kiváló tolerálhatóság
● Tartós eredmény a magas vérnyomás kezelésében

Lotensin (benazepril HCl) 5 mg (x28), 10 mg (x28), 20 mg (x14) filmtabletta. *Indikáció:* Magas vérnyomás (minden stádiumban). *Adagolás:* Kezdetben 10 mg naponta egyszer. Elégtelen hatás esetén ez 20 mg-ra növelhető vagy diuretikumokkal egészíthető ki a kezelés. Egyes esetekben a napi egyszeri adagot két egyenlő részre elosztva jobb hatás érhető el. *Ellenjavallat:* Túlérzékenység benazeprilre vagy más ACE-gátlóra, gyermekkor, terhesség szoptatás. *Figyelmeztetés:* Arcödéma jelentkezésekor a kezelést feltétlenül abba kell hagyni. Hosszantartó kezelésnél a vérkép ellenőrzése javasolt. *Fokozott elővigyázatosság:* Vesebetegségek, renális artéria sztenózisa, diabetes mellitus, bizonyos sebészeti anesztéziák, előzetes diuretikus kezelés. Együttes kezelés káliumvisszatartó diuretikumokkal, káliumszubsztitúciós kezelés. Járművezetés. *Mellékhatások:* fejfájás; felső léguti tünetek, köhögés, pharyngitis, rhinitis, bronchitis, sinusitis; kábultság, kimerültség, álmatlanság, idegesség, depresszió, szorongás; gyomor-bél panaszok; mellkasfájdalom, palpitatio, hipotenzió, ájulás; perifériás ödéma, ajakduzzanat; hőhullámok, izzadás, gyengeségérzés, nehézlégzés; hipesztézia, paresztézia, viszketés, tinnitus; arthritis, hátfájás, tarkófájdalom; húgyúti zavarok, impotencia, emelkedett maradéknitrogénszint.

CIBA Hungária Kft.
Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.

A GYORS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ

Cataflam®
diclofenac – K



↘ ADJUVÁNSKÉNT FÁJDALMAS, GYULLADÁSOS FÜL-ORR-GÉGÉSZETI FERTŐZÉSEKBEN (OTITIS, PHARYNGOTONSILLITIS);
↘ POSTOPERATÍV FÁJDALOMRA ÉS GYULLADÁSRA

Hatóanyag: 50 mg diclofenacum kalicum drazsénként.
Javallatok: adjuvánsként fájdalmas, gyulladásos fül-orr-gégészeti fertőzésekben (otitis, pharyngotonsillitis); postoperatív fájdalom és gyulladás (pl. fogorvosi, ortopéd sebészi beavatkozást követően); fogfájás, fájdalmas posttraumás állapotok; lágyrész reumatizmus; a gerinc fájdalmas szindrómái: fájdalmas és/vagy gyulladásos nőgyógyászati állapotok.
Rövid tartalmú kezelésre!
Ellenjavallatok: Ulcus pepticum. Túlérzékenység a hatóanyaggal, acetilszalicilsavval ill. más prosztaglandin szintézist gátló gyógyszerrel szemben. Gyermekkor. **Adagolás:** Az indikációtól függően 75–150 mg., dysmenorrhoea esetében kivételesen napi 200 mg-ig növelhető. A napi adagot 2-3 részletben kell lehetőleg étkezés előtt, folyadékkal együtt bevenni. A kezelést az első tünetek megjelenésével kell elkezdeni és néhány napig lehet folytatni. **Mellékhatások:** Esetenként gyomor- bélrendszeri zavarok (gyomortáji fájdalom, hányinger, hányás, hasmenés), fejfájás, szédülés, bőrkiütés, májfunkció zavarok. Ritkán peptikus fekély, gastrointestinalis vérzés, hepatitis, túlérzékenységi reakciók. Elvétve érzészavarok, erythema multiforme, purpura, veseműködési zavarok, vérkép rendellenességek. Lásd a teljes alkalmazási előírást!
Figyelmeztetés: Gyomor-bélrendszeri megbetegedések, máj, szív ill. veseműködési zavarok, terhesség, porphyria. Óvatosan alkalmazható idős betegeknél, ill. olyan betegeknél akiknél – bármely okból – csökkent az extracelluláris térfogat. Diuretikumokkal, antikoagulánsokkal, antidiabetikumokkal, digoxinnal, lítiummal, más nemszteroid gyulladáscsökkentővel, ciklosporinnal, methotrexattal kezelt betegnek. Amennyiben a májfunkció romlik, májkárosodásra utaló klinikai tünetek jelentkeznek vagy egyéb rendellenesség lép fel, a gyógyszer szedését fel kell függeszteni. Lásd még a teljes alkalmazási előírást!

Megjegyzés: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal.
Csomagolás: 20 drazsé 50 mg.

A szer felírásával kapcsolatos összes információ kívánságra rendelkezésre áll.

CAT024/JUL94.

Előállító: Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió.
OGYI eng. száma: 6738/40/91
K-1827
Ciba Hungária Kft., Pharma Divízió
1021 Budapest, Hűvösvölgyi út 83.

Ciba®

LEVELEK A SZERKESZTŐHÖZ

Ectopiás terhesség kezelése transvaginalis aspirációval és lokális methotrexattal

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastuk az Orvosi Hetilap 1994, *135*, 2147—2149. oldalán dr. Konc János közleményét az „Újabb Műtéti Eljárások" rovatban az „Intact ectopiás terhesség kezelése transvaginális aspirációval és methotrexate helyi alkalmazásával" címmel. A szerző két betegről számol be részletesen. Az egyik esetben a *laparoscopos beavatkozás után hasűri vérzés* miatt laparotomiára kényszerültek.

Hazánkban elsőként a Pécsi Orvostudományi Egyetem Női Klinika 1989-ben ismertette az ectopiás kürt terhesség methotrexate (MTX) lokális adásával történt kezelését ugyanebben a rovatban (3). Kezdetben laparoscopiás kontroll mellett végeztük a MTX befecskendezését. Később transvaginalis úton, ultrahangos kontroll mellett történtek a beavatkozások. Cervicalis terhesség esetén is sikerrel alkalmaztuk ezt a módszert (1).

Két év óta az intact extrauterin terhességeket, amennyiben a diagnózis felállításához laparoscopia szükséges, operativ laparoscopiával — salpingostomiával és/vagy aspirációval — kezeljük.

Irodalmi adatok arra utalnak, hogy a szisztémásan adott MTX kezelés nemcsak biztonságosabb, hanem technikailag egyszerűbb eljárás is, mint a lokális befecskendezés (2). A kezelésnek két formája ismert. Többszöri dózis esetén: MTX 1 mg/testsúly kg im. másnaponta (pl. 1., 3. nap stb.) + Leucovorin 0,1 mg/kg im. másnaponta (pl. 2., 4. nap stb.), amíg a human chorialis gonadotropin (hCG) szint csökkenés 48 óra alatt >15%, vagy maximum 4 MTX dózis. Egyszeri dózis esetén: MTX 50 mg/testfelület m^2-enként im., Leucovorin adása nélkül.

A direkt MTX injectiónak előnye a kisebb MTX dózis és a kisebb toxicitás. Ez az eljárás azonban nemcsak speciális laparoscopiás és/vagy ultrahangos jártasságot igényel, hanem veszélyeket is rejt magában (2, 8). A punctio után, feltehetően az implantáció helyének sérülése miatt vérzés léphet fel. Az USA-ban leállítottak egy prospectiv tanulmányt, mert a laparoscopiával kontrollált lokális MTX adás után 7 beteg közül 3 esetben vérzés miatt ismételt laparoscopiás beavatkozásra kényszerültek (8).

A mi tapasztalatunk szerint a műtétet követően a vizeletből történő hCG meghatározás is elfogadható módszer. További előnye, hogy az gyors és olcsó eljárás.

Fernandez és mtsai (4), majd *Groutz és mtsai* (5) közölték, hogy a MTX adást követően pár nap múlva átmeneti hCG emelkedés figyelhető meg, mely 8 napon belül visszatért a kiindulási értékre. Ezt követően gyors titer csökkenés következik be. Mi is hasonló megfigyeléseket tettünk nemcsak az extrauterin terhességek, hanem a choriocarcinomás betegek MTX csapásterápiával történt kezelése során is (6—7). Úgy gondoljuk, hogy a jelenséget vagy a trophoblast szétesése következtében a sejtekből felszabaduló hCG idézi elő, vagy a hCG fokozott metabolizmusa. Az átmeneti hormonszint emelkedést kedvező prognosztikai jelnek tartjuk, mely a trophoblast cytostaticum érzékenységének a következménye. További kezelésre tehát nincs szükség (6—7).

Véleményünk szerint laparoscopos műtéti megoldás javasolt minden olyan esetben, amikor laparoscopia szükséges a diagnózis felállításához, vagy a petezsák átmérője 4 cm-nél nagyobb. Amennyiben az extrauterin graviditas diagnózisa laparoscopia nélkül is egyértelmű, szisztémás MTX kezelés ajánlott. Laparotomia akut hasi katasztrófa, hasűri vérzés esetén indokolt.

IRODALOM: 1. *Bódis J., Csaba I., Gács E.:* Új módszer a cervicalis terhesség kezelésére. Orv. Hetil., 1992, *133*, 47—48. — 2. *Carson, S. A., Buster, J. E.:* Ectopic pregnancy. N. Engl. J. Med., 1993, *329*, 1174—1181. — 3. *Csaba I., Bognár Z., Török A.:* Új módszer az ectopiás terhesség kezelésére Methotrexattal. Orv. Hetil., 1989, *130*, 1653—1654. — 4. *Fernandez, H., Benifla, J. L., Lelaidier, C. és mtsai:* Methotrexate treatment of ectopic pregnancy. 100 cases treated by primary transvaginal injection under sonographic control. Fertil. Steril., 1993, *59*, 773—777. — 5. *Groutz, A., Luxman, G., Kochen, J. R. és mtsai:* Rising β-hCG titres following laparoscopic injection of methotrexate into unruptured, viable tubal pregnancies. Br. J. Obstet. Gynaecol., 1993, *100*, 287—288. — 6. *Gőcze, P. M., Freeman, D. A.:* Another case of metastatic gestational choriocarcinoma arising from a primary fallopian tube ectopic pregnancy. Acta Obstet. Gynec. Scand., 1993, *72*, 70—71. — 7. *Gőcze, P. M., Than, G. N., Szabó, D. G. és mtsai:* Elevated sera levels of SP-1 induced chemotherapy in patients with gestational metastatic trophoblastic tumors. Oncology, 1990, *47*, 406—409. — 8. *Mottla, G. L., Rulin, M. C., Guzick, D. S.:* Lack of resolution of ectopic pregnancy by intratubular injection of methotrexate. Fertil. Steril., 1992, *57*, 685—687.

Gőcze Péter dr.
Szabó István dr.

T. Szerkesztőség! A Pécsi Orvostudományi Egyetem Női Klinika úttörő munkássága az intact ectopias kürt terhesség lokális és szisztémás methotrexate kezelésében közismert és mérvadó a szakmában. Nem véletlenül utaltam publikációm hármas számú irodalmi hivatkozásában erre a tényre. A publikációban két intact méhen kívüli terhesség lokális methotrexate kezelését ismertettem részletesen. A megjegyzés rovatban szerepel a harmadik esetünkről küldött rövid megjegyzés is. A három terhességből kettő in vitro fertilizáció és embrió transzfer után jött létre.

A methotrexate bevitele transvaginalis ultrahanggal vezérelt punctióval történt mindhárom esetben. Laparoscopiát egyetlen esetben sem végeztem, ezért nem értem a levélírók ezzel kapcsolatos megjegyzését. A. Zs. 27 éves beteg esetében az észlelt hasűri vérzés nem laparoscopos beavatkozás, hanem transvaginalis ultrahanggal vezérelt punctio után lépett fel.

Az Orvosi Hetilap hasábjain szerettem volna felhívni a figyelmet és megosztani szerény tapasztalataimat a transvaginalis ultrahanggal vezérelt aspiráció és lokális methotrexate alkalmazására, mint az intact ectopiás terhesség kezelésének egyik alternatívájára.

Konc János dr.

A transcysticus drainage ritka késői szövődménye

T. Szerkesztőség! Novák dr. és munkatársainak megjelent dolgozatához (A transcysticus drainage ritka késői szövődménye, Orv. Hetil., 1994, *135*, 2651—2653.) szeretnék egy-két megjegyzést fűzni.

A szerzők terápiás sikeréhez gratulálok. Hozzászólásra a drain beszakítása késztet. Közel 20 év távlatából rekonstruálhatatlan az, hogy ki milyen körülmények között tépte ki, ill. szakította el, esetleg vágta le a draint. Kizártnak tűnik, hogy az operatőr, mivel bármiféle erőszakos drain-eltávolítás kapcsán elképzelhetetlen, hogy ne tűnt volna fel az, hogy kb. 15 cm-rel rövidebb drain-darab kerül eltávolításra, mint amit a műtét kapcsán behelyezett. Minden bizonnyal feltűnt volna az, hogy a drain nem húzható ki a sebből. Talán az átkötést és drain-eltávolítást végző kolléga a hasbőr síkjában elvágta a draint, így a maradék csőrészlet a hasüregben visszamaradt. Ismerve ezen műanyag szondák nagy szakítószilárdságát, a létrejött állapot keletkezési mechanizmusa másképp nem képzelhető el. A drain rögzülésének oka kettős lehetett: vagy a cső egyik oldalnyílásába feküdt bele egy öltés, vagy a draint átöltötték hasfalzáráskor.

Hasonló eset elkerülése érdekében magam azt a módszert alkalmaztam, hogy a műtét végén, záráskor meggyőződtem a drain szabad mozgathatóságáról. Amennyiben az gátolt volt, a sebet felnyitottam és a rögzítő öltést eltávolítottam, majd újból zártam azt. Amikor az átkötés kapcsán a szándékolt drain-eltávolítás nem volt rögzültség miatt elvégezhető, az eltávolítási kísérletet azonnal abbahagytam és a műtőben, megfelelő anaesthesia mellett a sebet feltártam a szükséges mértékig, a rögzítő

öltés eltávolítását követően a sebet secundaer varratokkal zártam. Természetszerűleg az operatőr végezze a drain-eltávolítást, hiszen ő tudja, hogy mit és hogyan helyezett el a sebbe zárás előtt. Ezek figyelembevételével a hasonló eseteket el lehet kerülni.

Móritz Pál dr.

T. Szerkesztőség! Móritz Pál dr. közleményünkhoz fűzött megjegyzéseire, amelyeket köszönünk, a következő válaszokat adjuk.

1. Igaz, hogy közel 20 év távlatából már nehéz eldönteni azt, hogy a transcysticus drain hogyan került eltávolításra, szakítva vagy vágva. A tény az, hogy kb. 15 cm hosszúságú drain darab (lásd a közlemény 4. ábráját) az epeútban helyezkedett el és az endoscopos, illetve a sebészeti beavatkozás során bebizonyosodott, hogy a cysticus csonkba volt rögzítve. A drain cysticus csonkba rögzített része, illetve a hasüregbe lógó 1—1,5 cm szakasza megnyúlt, elvékonyodott és a vége ferdén, egyenetlenül végződik. Feltételezhető, hogy a kórlap dekurzusában leírt „csőeltávolítás" során a drain elszakadt és nem a has bőrének a síkjában történt elvágása.

2. A drain rögzítettségének lehetséges módjait illetően véleményünk nem különbözik. A szakítás lehetőségét támasztja alá, hogy a 18 évvel korábban történt műtéti leírásban is szerepel, hogy a „kanült külön is fixáljuk a cysticus csonkhoz".

3. Nem zárható ki, hogy esetenként nem az operatőr távolítja el az általa behelyezett draint vagy szondát. Az különös, hogy nem tűnt fel akkor, hogy az eltávolított kanülből 15 cm rész hiányzott, így nem is történt nyilván reoperáció. Messzemenően egyet lehet érteni azzal, hogy maga az operatőr végezze a drainek eltávolítását.

4. Móritz dr. által javasolt módszer a hasonló esetek elkerülése érdekében, véleményünk szerint nagyon hasznos és jól alkalmazható. Mi lehetőség szerint minden esetben Kehr-csöves drainage-t alkalmazunk.

5. Közleményünkben arra is kívántunk utalni, hogy az egyre gyakrabban alkalmazott biliáris stent-ek hosszú időre szóló alkalmazása során hasonló szövődmények jöhetnek létre.

Novák János dr.
Pásztor Pál dr.

BESZÁMOLÓK

Nemzetközi Myeloma Konferencia

Mulhouse, 1994. október 24—26.

1994. október 24—26. között Mulhouseban (Franciaország) a myeloma multiplexről „Myeloma multiple, from biology to therapy. Current concepts" címmel rendeztek nemzetközi konferenciát. A szervezőknek köszönhetően (elnök a helybéli *P. Henon*) a jól szervezett és szakmailag is jó színvonalú rendezvénynek mintegy 200 résztvevője volt. A három nap során 34 plenaris előadás (a témában többnyire ismert előadóval) hangzott el, ezt több szabad előadás, poszter-bemutatás és egy kerekasztal-megbeszélés egészítette ki.

Az első nap témáját az epidemiológia, etiopatogenesis és a myeloma multiplex biológiája képezte. Az experimentális és molekuláris biológiai vizsgálatoknak köszönhetően bővülnek az ismereteink a malignus folyamat patogenesiséről. Ebben a tumorsejtek (myeloma-sejtek) mellett fontos szerepe van a csontvelői mikrokörnyezetnek (stroma-sejtek, csontvelői matrix, fibronectin stb.), ezek egymás közötti kapcsolatának. Ezen szabályozó mechanizmus részleteit ma még nem ismerjük, de különösen intenzív kutatás tárgya az ebben szerepet játszó tényezők (interleukinek, cytokinek, haemopoetikus növekedési faktorok, adhesiós molekulák stb.) vizsgálata. Közülük, in vitro és in vivo adatok szerint, az interluekin-6 (IL-6) tekinthető a myeloma-sejtek esszenciális növekedési faktorának, erre utal a betegség stádiuma és aktivitása, valamint a szérum IL-6 szint között észlelhető összefüggés, továbbá, hogy néhány terápia refrakter esetben a tumor proliferációjának gátlását tapasztalták IL-6-ellenes antitest alkalmazásával.

Több előadás foglalkozott a benignus gammopathia és a myeloma multiplex kapcsolatával. A gammopathiát (monoclonal gammopathy of undetermined significance, MGUS) eredményező stabil klón hosszú (gyakran 10 évet meghaladó) idő után transzformálódhat. A transzformáció oka ismeretlen, de a keringő myelomasejtek, a fokozott cytokin képzés, továbbá a ras, p53, celluláris adhesiós markerek, MDR (gp 170) expressziója már a myeloma, illetve a malignus folyamat kialakulását jelzik, ezen eltérések ugyanis MGUS-ban nem mutathatók ki. *Bataille* (Franciaország, a szervezőbizottság egyik tagja) a csont-laesiók patogenesiséről, illetve az ebben szerepet játszó tényezőkről (osteoclast aktiváló faktorok, IL-1, TNF, M-CSF stb.) tartott előadást (hasonlóan másokhoz ő is hangsúlyozta a biphosphonatok kedvező hatását).

A második napon két plenáris előadás *(Kyle* és *Durie)* hangzott el a myeloma multiplexben szerepet játszó prognosztikai faktorokról, kiemelve — az ismert tényezők (vesefunkció, szérum calcium szint, haemoglobin stb.) mellett — a tumorsejtek növekedését, proliferációját jelző „labeling index" és beta-2 mikroglobulin jelentőségét. Jó összefoglaló hangzott el a kemorezisztenciáról, a „multidrug resistentia gén" (MDR, P-170) és ezzel összefüggő bonyolult mechanizmusokról (ennek befolyásolására számos klinikai tanulmány van folyamatban).

Ludwig (Bécs) a cytokin kezeléssel szerzett tapasztalatokról és eredményekről számolt be. Eszerint szerények a tapasztalatok és eredmények a különböző cytokinekkel (IL-6, IL-2, IL-4), fontos szerepük van viszont a myeloid növekedési faktoroknak a transzplantációk során (stem cell mobilizálás, neutropeniás időszak csökkentése).

Az erythropoetin a myelomás betegek 80%-ában hatásos, infekciók, progresszió esetén azonban a hatékonyság csökken. Az interferon szerepe vitatott, de az indukciót követő fenntartó interferon kezelés valószínűleg hasznos és főleg a transzplantációt követően ajánlható.

A terápiában a legnagyobb haladás a transzplantációnak köszönhető, ezt tükrözte az utolsó nap programja, melynek az allogen, autolog és a perifériás „stem cell" transzplantáció (PBSCT) volt a témája. Transzplantáció ajánlható a fiatal, jobb prognózisú (kedvező prognosztikai faktorok), kemoszenzitív myelomás betegeknek. A konvencionális kezelésre nem reagáló vagy több protokollal kezelt betegekben a transzplantáció eredménye rosszabb, az átültetésig tartó hosszabb idő ugyancsak kedvezőtlenül befolyásolja a túlélést (általában jobbak az eredmények, ha a diagnózist követően egy éven belül kerül sor a beavatkozásra). Megfelelő indikáció esetén a transzplantáció eredménye jó (lényegesen jobb a kemoterápiánál), a komplett remisszió (M-protein és medullaris érintettség nem mutatható ki) aránya 40—55%, a hétéves várható túlélés allogen transzplantáció eseteiben csaknem 30%. Az utóbbi időben az autolog csontvelő-transzplantáció és különösen a PBSCT (gyakran ezek kombinációja) van elterjedőben. Ezek eredménye hasonló, de az utóbbi esetben a „recovery" gyorsabb. Amerikai szerzők a „stimulált" (CSF) perifériás vérben lévő myeloma-sejtek depletiójáról számoltak be, melynek a relapsus kialakulásának megelőzésében rendkívül fontos szerepe lehet.

A konferencián magam poszterrel szerepeltem, melyen myeloma multiplexben szenvedő jehovista beteg erythropoetin kezelését ismertettem munkatársaimmal (Use of erythropoietin in a severely anaemic patient suffering from multiple myeloma who refuses transfusion of blood products being a Jehova's witness).

Az ilyen jellegű rendezvények különösen hasznosak, mert kitűnő áttekintést adnak egy témáról. Mint egyedüli hazai résztvevő (a feltételek biztosításáért a Cilag-nak tartozom köszönettel) szükségesnek véltem,

hogy a konferenciáról rövid ismertetést, illetve ízelítőt adjak.

Telek Béla dr.

Minőség és hatékonyság a kórházi egészségügyi ellátásban. Budapest, 1994. november 29—30.

Az Európai Minőségügyi Szervezet Magyar Nemzeti Bizottsága (EOQ MNB) a MTESZ Kossuth téri székházában rendezte meg a konferenciát, amelyen közel 200 egészség- és minőségügyi szakember vett részt. Összesen 61 budapesti és vidéki kórház, 6 ÁNTSZ, mind a 4 orvostudományi egyetem (DOTE, POTE, SOTE, SZOTE), 4 Egészségbiztosító Pénztár, valamint 17 tanácsadó cég a társadalmi szervezet képviseltette magát. A konferencia a Népjóléti Minisztérium, az Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatásával valósult meg.

Dr. Molnár Pál, az EOQ MNB ügyvezető elnöke nyitó előadásában bemutatta az Európai Minőségügyi Szervezetet, amely Európában több mint 50 000 minőségügyi szakembert és közel 22 000 jogi tagot, köztük néhány 100 kórházat tömörít. A konferencia megrendezése igen időszerű, mivel ez év júniusában Lisszabonban megalakították az EOQ Egészségügyi Szakbizottságát 17 ország részvételével és 1994. november 1-jén az EOQ MNB Egészségügyi Szakbizottsága is megalakult. Dr. Molnár Pál hangsúlyozta, hogy az egészségügy területén világszerte ugyanaz a jelenség figyelhető meg, nevezetesen az, hogy a jogos igények és elvárások mindenütt gyorsabban és erőteljesebben jelennek meg, mint a rendelkezésre álló kapacitások, pénzügyi források és egyéb lehetőségek. A változások iránya csak a minőség és hatékonyság növelése lehet. Magyarország lakosságának egészségi állapota különösen indokolja egy ilyen konferencia megrendezését, mivel hazánkban — az igen kedvezőtlen egészségügyi statisztika mellett — az átlagéletkor a legalacsonyabbak közé tartozik Európában.

A cél egy olyan kórházon belüli minőségbiztosítási rendszer és minőségmenedzsment szervezet létrehozása, amely

— képes elkötelezetten megfogalmazni minőségi céljait és a megvalósítás módozatait;

— tevékenységét eljárásokba és műveleti leírásokba foglalja és végrehajtását folyamatosan ellenőrzi, javítja;

— betegei véleményét rendszeresen kikéri és figyelembe veszi;

— oktatással és fejlesztéssel az ellátás színvonalát folyamatosan javítja.

E feladat megvalósításához hasznos útmutatást ad az ISO 9000-es minőségbiztosítási szabványsorozaton belül az ISO 9004—2 szabvány, amely felkészült tanácsadó szervezet közreműködésével lehetővé teszi a kórházi minőségbiztosítási rendszer kialakítását és működtetését, majd tanúsítását. Erre a rendszerre építhető a Teljeskörű Minőségmenedzsment Rendszer (TQM), amelynek alkalmazásával az előbb említett célok lépésről lépésre mindjobban megközelíthetők.

A konferencián összesen a következő 24 előadás hangzott el:

Dr. Varga Piroska főorvos, Népjóléti Minisztérium: Kórházak felzárkózási, fejlesztési feltételeinek irányítása és a kórházkiegyenlítő szakmai program;

Dr. Csanády Andrásné elnökhelyettes, Országos Műszaki Fejlesztési Bizottság: Az egészségügy támogatása az OMFB pályázati rendszerének tükrében;

Dr. Gusztonyi Ágnes főorvos, Országos Egészségbiztosítási Pénztár: Biztosítás és érdekeltség a kórházi tevékenységek ellenőrizhetőséget elősegítő módszerek bevezetésében;

Georg Steiner (Németország), ÉMI—TÜV Bayern Kft.: A magyar kórházak útja a szükségállapottól a gazdaságos üzemeltetésig — a keletnémet kórházak szerkezetváltási tapasztalatainak átültetése;

F. Künzel (Németország), ÉMI—TÜV Bayern Kft.: Minőségmenedzsment célok a kórházi területen;

Halász Tibor, ROLICARE Egészségügyi Szolgáltató Rt.: Kórházátvilágítás hatása a szolgáltatás minőségfejlesztésére;

Michael Lüdecke (Hollandia), Proteus International Kft.: Kórházak kvalifikálása átvilágítással;

Őri Károly, Diebold Kft.: Ki irányítja a jövőnket? — Stratégiai és operatív controlling az egészségügyben;

— *Frans van Andel* (Hollandia), Cure and Care Development: A holland CCD szerepe az egészségügy fejlesztésében;

Dr. Hargittai Mária, Komárom-Esztergom megyei Önkormányzat: A kórházátvilágítási programmal kapcsolatos elvárások a kórházak, illetve a fenntartóik részéről;

Dr. Rubecz István, Zala Megyei Kórház és *Dr. Tar József,* Qualitest Minőségügyi Kft.: A minőségbiztosítási rendszer bevezetésének eddigi eredményei a Zala Megyei Kórházban;

Dr. Cserne István és *Dr. Erdélyi István,* Mediconsult Kft.: Emberi erőforrások kezelése és a minőségbiztosítás viszonya;

Kató Gábor, CITIFUND Kft.: Kórház, mint komplex rendszer gazdálkodási racionalizálásának lehetőségei;

Frans van de Rijdt (Ausztria), DKI GmbH: A DKI kórházi minőségbiztosítási modelljének megvalósítása;

Baross Szabolcs és *Dr. Gelei Anna,* CCHW Magyar—Finn Konzorcium: A minőségbiztosítási rendszer követelményeinek érvényesítése az átvilágítás metodikájának meghatározásában;

Siposs Zoltán, Qualitest Minőségi Kft.: Minőségbiztosítás, mint a menedzsment alapú kórházirányítás eszköze;

Dr. Gulácsi László, Magyarországi Szövetség az Egészségügy Minőségének és Gazdaságosságának Fejlesztésére: A kórházi akkreditáció nemzetközi tapasztalatai;

Dr. Olti Ferenc, IDOM Rt.: Vezetői információs rendszerek jelene és jövője a magyar egészségügy különböző irányítási szinjein;

Dr. Varga Zoltán, MEDOCON Kft. HBCS, kórlap és a minőségbiztosítás;

Dr. Hajdú István, CRH Kft.: Az önkéntes biztosító pénztárak hatása a szolgáltatások minőségére;

Mádai Szilvia, EURAM Kft.: A stratégia, mint a vezetés folyamatos eszköze a kiváló egészségügyi szolgáltatásért;

Dr. Gidai Erzsébet, a „Korszerű Egészségügyért" Alapítvány társelnöke: Alternatív fejlesztési stratégiák az egészségügyben;

Dr. Ajkai Zoltán, a Magyar Kórházszövetség főtitkára: Soron következő feladatok a kórházi minőségbiztosítás területén;

Dr. Kovács Attila, EOQ MNB Egészségügyi Szakbizottság elnöke: Az EOQ MNB Egészségügyi Szakbizottság megalakulása és főbb feladatai.

A szakmailag igen értékes információkat nyújtó előadások programba iktatott vitáját *dr. Mikola István,* a Fővárosi Szent László Kórház orvos-igazgatója, a Magyar Kórházszövetség elnöke és *Schmidt Ottó,* az EOQ MNB Szaktanácsadási Szakbizottságának elnöke vezette.

Az elhangzott előadások, az élénk vita és a kedvező fogadtatás igazolják, hogy a konferencia — a mai nehéz gazdasági helyzet ellenére — fel tudta vázolni a kórházi minőségfejlesztés lehetőségeit, útjait és reméljük, hogy máskor is sor kerül hasonló rendezvény megtartására. A konferencia kiadványa, amely tartalmazza az elhangzott előadások egy részének rövid összefoglalóját, egyes tanácsadó cégek bemutatkozó leírását és a résztvevők jegyzékét, az EOQ MNB címén (1022 Budapest, Herman Ottó út 15.) korlátozott számban beszerezhető.

Molnár Jeannette dr.

Az 1995 januárjában törzskönyvezett gyógyszerkészítmények közül (I. rész)

Multivitamin-17 filmtabletta

Felnőtteknek 12 vitamint, 5 ásványi anyagot tartalmazó tabletta

Hatóanyagok

Retinolum palmiticum (vit. A)	6000	NE
Colecalcipherolum (vit. D_3)	400	NE
Acidum ascorbicum (vit. C)	75	mg
Nicotinamidum	25	mg
Thiaminum nitricum (vit. B_1)	3	mg
Riboflavinum (vit. B_2)	5	mg
Pyridoxinium chloratum (vit. B_6)	2	mg
Cyanocobolaminum (vit. B_{12})	6	μg
Acidum folicum	0,1	mg
Biotinum	50	μg
Acidum pantothenicum (calcium pantothenicum)	10	mg
Tocopherolum aceticum (vit. E)	10	NE
magnesium (magnesium sulfuricum)	50	mg
ferrum (ferrosum fumaricum)	10	mg
cuprum (cuprum sulfuricum)	2	mg
calcium (calcium hydrogenphosphoricum)	160	mg
phosphorus (calcium hydrogenphosphoricum)	125	mg

Javallatok: Vitaminhiány pótlására, étvágytalanság, gyengeség, fáradtság, betegség és műtétek utáni lábadozás, kimerültség esetén speciálisan a felnőtt korosztálynak. Segíti a szervezet regenerálódását.

Ellenjavallatok: Veseműködés zavara, fokozott vastárolással járó kórfolyamatok, hypercalcaemia, thiamin- és pyridoxinérzékenység, egyidejű retinoid kezelés.

Adagolás: Felnőtteknek 1 tabletta naponta étkezés közben vagy után.

Figyelmeztetés: Más A- és/vagy D-vitamin-tartalmú, valamint ásványi anyagot tartalmazó készítménnyel történő együtt adása esetén figyelembe kell venni a Multivitamin-25 tabletta A- és D-vitamin- és ásványianyag-tartalmát is. A riboflavin a vizeletet sárgára, a vas a székletet feketére festheti. Antacidumokkal történő együtt adása a vas felszívódását csökkentheti. Terhesség és szoptatás alatt az A-vitamin napi adagja ne haladja meg a 6000 NE-t (napi 1 tablettát).

Eltartása: fénytől védve, szobahőmérsékleten.

Megjegyzés + Vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 60 tabl. sötétvörös színű, ovalis alakú filmtabletták, gyermekbiztonsági záras műanyag flakonban.

Multivitamin-25 filmtabletta

Felnőtteknek 12 vitamint, 13 ásványi anyagot és nyomelemet tartalmazó tabletta.

Hatóanyagok:

Retinolum palmiticum (vit. A)	5000	NE
Colecalcipherolum (vit. D_3)	400	NE
Acidum ascorbicum (vit. C)	90	mg
Nicotinamidum	20	mg
Thiaminum nitricum (vit. B_1)	2,25	mg
Riboflavinum (vit. B_2)	2,6	mg
Pyridoxinium chloratum (vit. B_6)	3	mg
Cyanocobolaminum (vit. B_{12})	9	μg
Acidum folicum	0,4	mg
Biotinum	45	μg
Acidum pantothenicum (calcium pantothenicum)	10	mg
Tocopherolum aceticum (vit. E)	30	NE
magnesium (magnesium oxydatum)	100	mg
kalium (kalium (chloratum)	30	mg
chloratum (kalium chloratum)	27,2	mg
zincum (zincum sulfuricum)	15	mg
ferrum (ferrosum fumaricum)	10	mg
mangánum (manganum chloratum)	5	mg
cuprum (cuprum sulfuricum)	2	mg
jodum (kalium jodatum)	0,15	mg
chromium (chromium chloratum)	25	μg
molybdenum (dinatrium molybdenicum)	25	μg
selenium	25	μg
calcium (calcium hydrogenphosphoricum)	162	mg
phosphorus (calcium hydrogenphosphoricum)	125	mg

Javallatok: Vitaminhiány pótlására, étvágytalanság, gyengeség, fáradtság, betegség és műtétek utáni lábadozás, kimerültség esetén speciálisan a felnőtt korosztálynak. Segíti a szervezet regenerálódását. Biztosítja a szervezet működéséhez alapvetően szükséges enzimműködésekhez a nyomelemeket.

Ellenjavallatok: Veseműködés zavara, fokozott vastárolással járó kórfolyamatok, hypercalcaemia, thiamin- és pyridoxinérzékenység, egyidejű retinoid kezelés esetén.

Adagolás: Felnőtteknek 1 tabletta naponta étkezés közben vagy után.

Figyelmeztetés: Más A- és/vagy D-vitamin-tartalmú, valamint nyomelemet tartalmazó készítménnnyel történő együtt adása esetén figyelembe kell venni a Multivitamin-25 tabletta A- és D-vitamin- és nyomelemtartalmát is. A riboflavin a vizeletet sárgára, a vas a székletet feketére festheti. Antacidumokkal történő együtt adás a vas, nagy mennyiségű rostos élelem fogyasztása a nyomelek egy részének felszívódását csökkentheti. Terhesség és szoptatás alatt az A-vitamin napi adagja ne haladja meg a 6000 NE-t (napi 1 tablettát).

Eltartása: fénytől védve, szobahőmérsékleten.

Megjegyzés + Vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 60 tabl. sötétvörös színű, ovalis alakú filmtabletták, gyermekbiztonsági záras műanyag flakonban.

Multivitamin 50 éven felülieknek vitaminokat és ásványi anyagokat tartalmazó filmtabletta

13 vitamint és 3 ásványi anyagot (vas, kalcium, foszfát) tartalmazó készítmény.

Hatóanyagok tablettánként:

Retinolum palmiticum (vit. A)	5000	NE
Ergocalcipherolum (vit. D_2)	400	NE
Acidum ascorbicum (vit. C)	100	mg
Inositolum	30	mg
Nicotinamidum	25	mg
Thiaminum nitricum (vit. B_1)	4,5	mg
Riboflavinum (vit. B_2)	7,5	mg
Acidum pantothenicum (kalciumsó formájában) (vit. B_5)	15	mg
Pyridoxinium chloratum (vit. B_6)	3	mg
Cyanocobolaminum (vit. B_{12})	14	μg
Acidum folicum	0,1	mg
Biotinum	50	μg
Tocopherolum aceticum (vit. E)	25	NE
Ferrum (ferrosum fumaricum)	10	mg
Calcium (calcium hydrogenphosphoricum)	160	mg
Phosphorus (calcium hydrogenphosphoricum)	125	mg

Javallatok: A szervezet vitamin- és nyomelemhiányának pótlására, különösen téli és tavaszi hónapokban, étvágytalanság, gyengeség, műtétek utáni lábadozás, kimerültség esetén, elsősorban 50 éven felülieknek.

Ellenjavallatok: Veseműködés zavara, A- vagy D-hypervitaminosis, fokozott vastárolással járó kórfolyamatok, hypercalcaemia, thiamin- és pyridoxinérzékenység, egyidejű retinoid kezelés, neoplasia.

Adagolás: Felnőtteknek 1 tabletta naponta étkezés közben vagy után.

Mellékhatás: Ritkán túlérzékenységi reakciók (exanthemák, urticaria pruritus).
Túladagolás következtében étvágytalanság, gyengeség, fejfájás ízületi és csontfájdalmak, hőemelkedés, hányinger, obstipáció, bőrszárazság stb.

Gyógyszerkölcsönhatások:
— egyidejű D-vitamin-terápia és kalcium szedése esetén fokozódik a hypercalcaemia veszélye,
— levodopa hatását a piridoxin gátolja,
— antacidumokkal a vasfelszívódás csökken,
— hosszan tartó egyidejű alkalmazása kerülendő retinoltartalmú, külsőleges és belsőleges készítményekkel, továbbá cholekalciferolt és más zsírban oldódó vitamint tartalmazó készítményekkel a túladagolás veszélye miatt.

Figyelmeztetés: Az oxidáción és a redukción alapuló laboratóriumi vizsgálatok eredményeit zavarhatja.

A riboflavin a vizeletet sárgára, a vas a székletet feketére festheti.

Eltartása: fénytől védve, szobahőmérsékleten.

Megjegyzés: + Vény nélkül kiadható.

Csomagolás: 60 tabl. sötétvörös színű, ovalis alakú filmtabletta, gyermekbiztonsági záras műanyag flakonban.

Multivitamin + cink + réz stressz filmtabletta

Felnőtteknek 9-féle vitamint, valamint cinket és rezet tartalmazó tabletta.

Hatóanyagok tablettánként:

Acidum pantothenicum (kalcium sóként) vit. B_5	25	mg
Acidum ascorbicum (vit. C)	600	mg
Nicotinamidum	100	mg
Thiaminum nitricum (Vit. B_1)	20	mg
Riboflavinum (vit. B_2)	10	mg
Pyridoxinium chloratum (vit. B_6)	10	mg
Cyanocobalaminum (vit. B_{12})	25	μg
Acidum folicum	0,4	mg
Tocopherolum aceticum (vit. E)	45	NE
Zincum (szulfát formájában)	23,9	mg
Cuprum (szulfát formájában)	3	mg

Javallatok: A szervezet vitamin- és nyomelemhiányának pótlására, ill. a fokozott szükséglet kielégítésére. Fokozott szellemi és testi igénybevétel, pl. stresszhelyzet, kimerültség, betegség, műtétek utáni lábadozás idején.

Ellenjavallatok: Veseműködés zavara, thiamin- és pyridoxin érzékenység, felszívódási zavarral járó bélbetegségek, kiválasztási zavarok.

Adagolás: Felnőtteknek 1 tabletta naponta étkezés közben vagy után.

Mellékhatások: Ritkán túlérzékenységi reakciók.

Gyógyszerkölcsönhatások:
— tetránnal, penicillinnel hatáscsökkenés lehetséges,
— levodopával a B_6-vitamin kis adagban is hatáscsökkenést okoz.

Figyelmeztetés: Egyéb E-vitamin- és nyomelemtartalmú készítményekkel együtt szedve figyelembe kell venni azok E-vitamin-, valamint cink- és réztartalmát a túladagolás elkerülésére. A riboflavin a vizeletet sárgára festheti. Terhesek csak a kezelőorvos külön utasítására szedhetik.
Cink túladagoláskor fémes ízérzés a nyelven, fejfájás, fáradtság és hányás lép fel.

Eltartása: fénytől védve, szobahőmérsékleten.

Megyjegyzés + Vény nélkül is kiadható.

Csomagolás: 60 tabl. barackrózsaszín, ovalis alakú filmtabletták, gyermekbiztonsági záras műanyag flakonban.

Dormicum 5 mg/1 ml; 5 mg/5 ml; 15 mg/3 ml és 50 mg/10 ml injekció

Hatóanyaga, a midazolam imidazo-benzodiazepin-származék. Nagyon gyorsan fellépő sedativ és elaltató hatás, valamint gyors kiürülés jellemzi. Anticonvulsiv, anxyolytikus, izomgörcsoldó tulajdonságokkal is rendelkezik.

Megszokási vagy akkumulációs tüneteket ez ideig nem észleltek. Terápiás tartománya széles. Embriotoxikus, teratogen, mutagen hatását nem tapasztalták.

A midazolam gyorsan és teljes mértékben felszívódik, 40—50%-a a májon át történő első áthaladás során lebomlik.

A farmakológiailag gyorsan kialakuló hatás és gyors metabolikus inaktiválódás következményeként rövid hatástartam jellemzi. Az igen alacsony toxicitás következtében széles terápiás tartománnyal rendelkezik.

Im. vagy iv. alkalmazás után rövid időtartamú anterograd amnesia lép fel (a beteg nem emlékszik a gyógyszer maximális hatása alatt történt eseményekre).

Az im. beadást követően gyorsan és teljes mértékben felszívódik az izomszövetből.

Az im. injekció biohasznosulása több mint 90%. A maximális plazmakoncentráció 30 perc alatt kialakul.

Rectalisan gyorsan felszívódik, és a maximális koncentrációt 30 percen belül eléri.

A plazmakoncentráció — idő görbe alatti terület (AUC) nagysága hasonló gyermekeknél és felnőtteknél. Biohasznosulása kb. 50%.

A midazolam teljes mértékben metabolizálódik. A plazmában kimutatható fő metabolit az α-hidroxi-midazolam, aminek felezési ideje rövidebb, mint a midazolamé. Kialakulása után közvetlenül glukoronsavhoz kötődik (inaktiválódás), majd 50—70%-a a vizelettel ürül.

Az iv. alkalmazott Dormicum esetében a plazmakoncentráció — idő görbe két, határozottan elkülönülő megoszlási fázist mutat. A májon át a dózis 40—50%-a választódik ki és a plazmaclearance értéke a 300—500 ml/perc tartományban mozog.

Az egyensúlyi állapotban számolt megoszlási térfogat 50—60 liter. A midazolam 96—98%-a kötődik plazmafehérjékhez. Az elimináció felezési ideje 1,5 és 3 óra közé esik.

Hatóanyag: 5 mg midazolamum 1 ml, ill. 5 ml vizes inj.-s oldatban.

15 mg midazolanum 3 ml, ill. 50 mg midazolamum 10 ml vizes inj.-s oldatban.

Javallatok: Anaesthesia bevezetése előtti praemedicatio (im., vagy — főleg gyermekeknek — rectalisan).

Localanaesthesiában végzett diagnosztikai vagy sebészeti beavatkozáshoz bázis-sedatio (iv. alkalmazással).

Intenzív ellátás keretében tartós sedatio (iv. bolus inj. vagy tartós cseppinfúzió).

Narcosis bevezetése és fenntartása. Inhalatiós narcosisban indukciós szerként vagy pedig a kombinált narcosisban alvásindukáló komponensként, beleértve a totalis iv. anaesthesiát (iv. inj.-ban, iv. infúzióban).

Ataralgesia (ketaminnal együtt) gyermekeknek (im. formában).

Ellenjavallatok: Hatóanyaggal szembeni túlérzékenység. Terhesség első trimestere.

Adagolás: Im., iv. és rectalis alkalmazásra.

Az intravénás injekciót lassan kell beadni (narcosis bevezetése esetén körülbelül 2,5 mg-ot 10 sec alatt, bázis-sedatio esetén 1 mg-ot 30 sec alatt). A gyógyszer a beadás után körülbelül 2 perccel kezd hatni.

1. *Műtét előtti praemedicatio*

Intramuscularis alkalmazás:

Műtét előtt fájdalmat érző betegek esetén, a narcosis megkezdése előtt kb. 30 perccel önmagában, vagy anticholinerg szerekkel, esetleg analgeticumokkal kombinálva.

Felnőttnek: 0,07—0,1 mg/ttkg im., a szokásos adagolás körülbelül 5 mg, a betegek korának és általános állapotának megfelelően.

Gyermekeknek: a felnőttekhez képest a gyermekeknek testsúlyukra vonatkoztatva viszonylag magasabb adagok szükségesek (0,15—0,20 mg/ttkg).

Idősebbeknek, valamint legyengült szervezetűeknek 0,025—0,05 mg/ttkg im. Ezeket az adagokat kb. 30 perccel a narcosis megkezdése előtt kell alkalmazni.

Rectalis alkalmazás gyermekeknek:

Műtét előtti nyugtatás céljából: az amp.-ban lévő oldatot fecskendőre szerelt műanyag feltét segítségével kell rectalisan beadni; 0,35—0,45 mg/ttkg, 20—30 perccel a narcosis megkezdése előtt.

Ha a beadandó mennyiség nagyon kevés, vízzel 10 ml-re kiegészíthető.

2. *Bázis-sedatio és sedatio intenzív ellátás keretében*

a) Intravénás bázis-sedatio:

Localanaesthesiában végzett diagnosztikai vagy sebészeti beavatkozásban: kezdő adag 2,5 mg, a beavatkozás előtt 5—10 perccel. Amennyiben szükséges, további 1—1 mg adható, általában 5 mg összdózisig.

Súlyos, legyengült állapotban, idős betegnek kezdeti 1—1,5 mg, 3,5 mg összdózisig.

b) Iv. sedatio intenzív ellátásban:

A klinikai igénynek, kornak, egyéb alkalmazott gyógyszernek megfelelően individuális.

Kezdő adag: 0,03—0,3 mg/ttkg/óra.

Fenntartó adag: 0,03—0,2 mg/ttkg/óra.

Az adagolás csökkentendő, ha a betegen hypovolaemia, érszűkület vagy hypothermia lép fel.

3. *Narcosis bevezetése és fenntartása:*

Intravénás alkalmazás:

Bevezető adag: 10—15 mg iv. Általában 2—3 perc alatt megfelelő mélységű alvás érhető el.

Fenntartó adag: A kívánt alvásmélységnek megfelelően további kis adagok, individuális dózis-intervallumokkal. Alkalmazható tartós cseppinfúzióban is.

Iv. tartós cseppinfúzió:

Iv. anaesthesiában kombinálva ketaminnal: 0,03—0,1 mg/ttkg/óra; narcoticumokkal: 0,03—0,3 mg/ttkg/óra.

Intramuscularis alkalmazás gyermekeknek:

Ajánlott az altató és amnesiát kiváltó Dormicum kombinációja ketaminnal (ataranalgesia). (Dormicum 0,15—0,20 mg/ttkg im., kombinálva ketamin im.). Általában 3 perc alatt megfelelő mélységű alvás érhető el.

Ha Dormicum erős hatású analgeticummal kombinálandó, először az analgeticum adása célszerű. Így az analgeticum sedativ hatása már figyelembe vehető és a Dormicum rizikómentesen adható a kívánt sedatio eléréséig.

Mellékhatások: A Dormicumot a betegek általában jól tűrik. Az arteriás vérnyomás, a pulzus és légzés többnyire csak csekély mértékben változik. Általában a systolés nyomás legfeljebb 15%-kal csökken, míg a szívfrekvencia azonos mértékű emelkedést mutat.

Ritkán légzési elégtelenség, apnoe, főleg idősebb és már eleve légzési elégtelenséggel küzdő betegeken. Ennek oka túladagolás vagy az injekció túl gyors beadása. Ezért a *Dormicum inj. csak akkor alkalmazható, ha újraélesztésre lehetőség van.*

Túlérzékenységi, anaphylactoid reakciók, továbbá paradox reakciók kivételesen ritka esetben előfordultak.

Rövid anterograd amnesia előfordulhat. Tartósabb alkalmazást lépcsőzetes csökkentéssel indokolt befejezni.

Rectalisan alkalmazva néhány gyermeken rövid tartamú, enyhe euphoria, más esetben néhány perces diplopia jelentkezett.

Gyógyszerkölcsönhatások: Óvatosan adható neurolepticumokkal, tranquillansokkal, antidepressansokkal, hypnoticumokkal, analgeticumokkal (fokozza a centrális sedativ hatást). Ez a hatáserősítés bizonyos esetekben terápiásan kihasználható. Cimetidin, eritromycin csökkenti a midazolam clearance-ét.

A midazolam metabolizációja elméleti lehetőséget ad számos gyógyszerrel (pl. ciklosporin, amiodaron, neurolepticumok) kölcsönhatás kialakulására.

Figyelmeztetés: Agyi organikus eltérés vagy keringési-légzési elégtelenségben, főleg idősebb betegek esetében az adagot körültekintően kell meghatározni, minden egyes esetben figyelembe véve az egyéni jellemzőket.

A Dormicum parenteralis alkalmazását követően a betegek legkorábban az utolsó injekciót követő 3 óra múltán bocsáthatók el a kórházból és lehetőleg csak megfelelő kísérővel. A betegek legalább 12 órán át nem vezethetnek járművet és nem kezelhetnek gépeket.

Különös figyelmet igényelnek a myasthenia gravisban szenvedők, a már amúgy is fennálló izomgyengeség miatt.

Terhesség első három hónapjában alkalmazása általában ellenjavallt, hacsak a kezelőorvos az előny/kockázat mérlegelése alapján nem ítéli feltétlenül szükségesnek.

A hatóanyag az anyatejbe bejuthat, ezért fokozottan kell ügyelni a szoptató anyákra.

Miután benzodiazepineket sokan használnak, munka mellett is, ügyelni kell, nehogy a benzodiazepin összeadódó mennyiségei az újszülöttben szopásmozgás-korlátozást és hypothermiát, ill. a magzatban irregularis szívfrekvenciát és hypotoniát okozzon.

Parenteralis alkalmazását követően legalább 12 órán keresztül nem szabad alkoholos italokat fogyasztani. Különös figyelmet kell fordítani a hatásfokozódásra veszélyeztetett betegekre. Egyes betegekben az alkohol és a Dormicum egymás hatását fokozza, ami kiszámíthatatlan reakciókhoz vezethet.

Túladagolás esetén a Dormicum hatását a benzodiazepin-antagonista flumazenil (Anexate inj.) felfüggeszti.

Megjegyzés: (üres kereszt)

5 mg/1 ml és 5 mg/5 ml inj.: Csak vényre adható ki „Sz" jelzéssel;

15 mg/3 ml és 50 mg/10 ml inj.: Kizárólag fekvőbeteg-gyógyintézeti felhasználásra.

Csomagolás: 10 amp. 5 mg/1 ml; 10 amp. 5 mg/5 ml; 5 amp. 15 mg/3 ml; 5 amp. 50 mg/10 ml. (Rectalis tubus).

Dr. Hardy Gézáné — OGYI Törzskönyvezési Osztály

A Pluss, HIV pozitívokat és AIDS betegeket segélyező alapítvány azonnali, HIV/AIDS betegséggel, megelőzéssel kapcsolatos szakmai felvilágosítással és tanácsadással szolgál kórházak, klinikák, rendelőintézetek és orvosi rendelők részére.

Telefon: 06-20-349-449

Az Országos Gyógyszerészeti Intézetben
1995. január 1—január 31-ig törzskönyvezett gyógyszerkészítmények

Készítmény neve	Előállító	Hatóanyag(ok)		Hatástani besorolás
		neve	tart.	
MULTIVITAMIN-17 filmtabletta	HUMAN PHARMA Gyógyszergyártó Kft.	vitaminok + ásványi anyagok	—	multivitamin kombináció
MULTIVITAMIN-25 filmtabletta	HUMAN PHARMA Gyógyszergyártó Kft.	vitaminok + ásványi anyagok	—	multivitamin kombináció
MULTIVITAMIN 50 éven felülieknek filmtabletta	HUMAN PHARMA Gyógyszergyártó Kft.	vitaminok + ásványi anyagok	—	multivitamin kombináció
MULTIVITAMIN + cink + réz stressz filmtabletta	HUMAN PHARMA Gyógyszergyártó Kft.	vitaminok + ásványi anyagok	—	multivitamin kombináció
DORMICUM 50 mg/10 ml injekció	F. HOFFMANN-La ROCHE	midazolam	50 mg/10 ml	hypnoticum
PROTHROMPLEX TOTAL TIM 4	IMMUNO	II—VII—IX és X. Faktor	lásd a részletes ismertetést	véralvadási faktorok
SMECTA por szuszpenzió készítéshez	IPSEN	diosmectite	3,0 g	bélben ható adszorbens
HUMA-SORBIDE 10 mg tabletta	HUMAN PHARMA	isosorbidum dinitricum	10 mg	szívizom terapeutikum (értágító)
HUMA-SORBIDE 30 mg tabletta	HUMAN PHARMA	isosorbidum dinitricum	30 mg	szívizom terapeutikum (értágító)
LEUSTATIN injekció	CILAG	cladribine	10 mg	citosztatikum
TEBOFORTAN 40 mg filmtabletta	Dr. Willmar-Schwabe	Ginko Biloba-Dry extract	40 mg	perifériás vasodilatátor
TEBOFORTAN 4% cseppek	Dr. Willmar-Schwabe	Ginko Biloba-Dry extract	4%	perifériás vasodilatátor
TEBONIN retard drazsé	Dr. Willmar-Schwabe	Ginko Biloba- Dry extract	20 mg	perifériás vasodilatátor
MULTIVITAMIN rágótabletta gyermekeknek (4 féle ízesítéssel)	HUMAN PHARMA	vitaminok	—	multivitamin kombináció
HUMA METOPROL 50 mg tabletta	HUMAN PHARMA	metoprololinum tartaricum	50 mg	béta blokkoló
HUMA METOPROL 100 mg tabletta	HUMAN PHARMA	metoprololinum tartaricum	100 mg	béta blokkoló
KONAKION MM injekció (10 mg/ml)	F. HOFFMANN-La ROCHE	phytomenadione (vit. K_1)	10 mg	K-vitamint tartalmazó készítmény
IAL 12 mg/ml injekció (pre-filled)	FIDIA	hyaluronate sodium	12 mg	szemészeti készítmény
PROFENID 50 mg kapszula	RHONE-POULENC RORER	ketoprofen	50 mg	antirheumaticum
PROFENID 200 mg retard tabletta	RHONE-POULENC RORER	ketoprofen	200 mg	antirheumaticum
PROFENID 2,5% gél	RHONE-POULENC RORER	ketoprofen	1,5 g/60 g	antirheumaticum
CYCLOPLATIN 50 mg injekció infúzióhoz	LACHEMA	carboplatin	50 mg	citosztatikum
CYCLOPLATIN 150 mg injekció infúzióhoz	LACHEMA	carboplatin	150 mg	citosztatikum
CYCLOPLATIN 450 mg injekció infúzióhoz	LACHEMA	carboplatin	450 mg	citosztatikum
SERMION 30 mg filmtabletta	FARMITALIA	nicergoline	30 mg	ergot alkaloida
SERMION 30 mg pezsgőtabletta	FARMITALIA	nicergoline	30 mg	ergot alkaloida
HEPARIBENE-Ca 12500 injekció	L. MERCKLE	heparin-calcium	12500 NE	trombózisgátló
ZOLOFT 50 mg filmtabletta	PFIZER	sertraline	50 mg	antidepresszáns
ZOLOFT 100 mg filmtabletta	PFIZER	sertraline	100 mg	antidepresszáns
AREDIA 5 mg/5 ml injekció	CIBA	disodium pamidronate	5 mg/5 ml	csontmineralizációra ható szer
AREDIA 15 mg/5 ml injekció	CIBA	disodium pamidronate	15 mg/5 ml	csontmineralizációra ható szer

Megjegyezzük, hogy a törzskönyvezett gyógyszerkészítmények csak az Országos Gyógyszerészeti Intézet forgalomba hozatali engedélyével — a Népjóléti Közlönyben történő kihirdetés után — kerülhetnek forgalomba.

Dr. Hardy Gézáné — OGYI Törzskönyvező Osztály (*Budapest*, Zrínyi u. 3. 1051)

Biró Judit — Soós Gyöngyvér:

Bőrgyógyászati betegségek

(Gyógyszeres terápia sorozat)



A kötet a bőrgyógyászati betegségek belső és külső kezelési lehetőségeit tárgyalja, betűrend szerinti sorrendben. A kórképek rövid leírása után részletes ismertetést ad a kezelési javaslatokról, és a várható eredményekről is. A függelékben összefoglalja a választási lehetőségeket, buktatókat, és kiemelten tárgyalja a lokális szteroidok, a helyi dezinficiálószerek, az antimycoticumok és a retinoidterápia problémakörét. Ez a könyv hasznos tanácsadó háziorvosoknak és bőrgyógyászoknak a megfelelő kezelés kiválasztásában és alkalmazásában.

179 oldal, 790,— Ft.

A Gyógyszeres terápia kötetei: Jávor: Gasztroenterológia 882,— Ft
Moser: Kardiológia 1017,— Ft
Fazekas: Neurológia 980,— Ft

Megrendelőlap

Alulírott megrendelem a Gyógyszeres terápia sorozatot.

..... pld. Biró—Soós: Bőrgyógyászati terápia 790,— Ft/pld.

..... pld. Jávor: Gasztroenterológia 882,— Ft/pld.

..... pld. Moser: Kardiológia 1017,— Ft/pld.

..... pld. Fazekas: Neurológia 980,— Ft/pld.

Megrendelő neve: .....

A MAGAS VÉRNYOMÁS BETEGSÉG MINDEN FORMÁJÁBAN



Baypress®

Nitrendipin



Baypress®

Hatóanyag: 20 mg nitrendipinum tablettánként. **Hatás:** A nitrendipin vérnyomáscsökkentő gyógyszer. Gátolja a lassan aktiválódó kalcium csatornákat, az intracelluláris kalcium-felszabadulást, csökkenti a cAMP-foszfordieszteráz 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 kardioprotektív tulajdonságával is rendelkezik. A szívre gyakorolt hatása komplex: mérsékli a szív elő- és utóterhelését, kismértékben emelheti a szívfrekvenciát és csökkentheti a szívizom kontraktilitást, de nem befolyásolja a szív ingevezető 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 súlyosabb eseteiben diuretikummal, esetleg bétareceptor-blokkolóval és egyéb antihipertenzívummal kombinálható. **Ellenjavallatok:** Terhesség, szoptatás, túlérzékenység. **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 csökkentése. Krónikus májbetegség és krónikus veseelégtelenség esetén a kezdő adag negyed vagy fél tabletta (5 vagy 10 mg). **Mellékhatások:** Főleg a kezelés kezdetén az arc kipirulása, melegségérzés, fejfájás előfordulhat. A kezelés folytatása során ezek a mellékhatások általában elmúlnak. Fáradékonyság, szédülés, tachikardia is előfordulhat. Ritkán átmeneti bokaödéma jelentkezhet, ennek oka az alsó végtag ereinek kitágulása, amely spontán vagy diuretikum adására megszűnik. A vizelet mennyisége a kezelés alatt fokozódhat. Az alkalikus foszfatázszint emelkedése a szérumban előfordulhat. Mint más vazoaktív anyagoknál rendkívül ritkán, kb. 15–30 perccel a bevétel után a mellkasi területen fájdalomérzés, egyes esetekben angina pectorisszerű fájdalmak léphetnek fel. Ilyen esetben a Baypress szedését meg kell szüntetni, amennyiben oki összefüggés gyanítható. **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-receptorblokkolók 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 nitrendipinkezelés első szakaszában – egyénenként meghatározott ideig – járművet vezetni vagy baleseti veszéllyel járó munkát végezni tilos. A továbbiakban egyénileg határozandó meg a tilalom mértéke. Alkalmazásának, illetve hatásának tartalma alatt szeszes italt fogyasztani tilos! **Túladagolás:** Akut túladagolásnál flush, fejfájás, vérnyomáscsökkenés, szívfrekvencia-növekedés erősebben léphetnek fel. Specifikus antidótuma nincs. Az előtérben álló szimptómákra kell a terápiának irányulnia, i. v. kalcium adása ajánlható. Korai felismerésénél gyomormosást kell végezni szénnel. Extrém vérnyomáscsökkenés esetén Strophantin i. v. inj. adandó. **Megjegyzés:** Vényre és csak egyszeri alkalommal adható ki. **Csomagolás:** 20 db tabletta. **Forgalomba hozza:** ALKALOIDA Vegyészeti Gyár Rt. Tiszavasvári, Bayer A. G. licencia alapján

ALKALOIDA

BAYER