

305 107.

ISSN 0019-1442

VII.

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

XXXIII. ÉVFOLYAM
145—192. OLDAL



BUDAPEST. 1980. ÁPRILIS

9

IDEGGYÓGYÁSZATI SZEMLE

A MAGYAR IDEG- ÉS ELMEORVOSOK TÁRSASÁGA,
A MAGYAR IDEGSEBÉSZEK TÁRSASÁGA,
ÉS A MAGYAR ELEKTROENCEPHALOGRAPHIAI TÁRSASÁG KÖZLÖNYE

Főszerkesztő: Környey István
Felelős szerkesztő: Juhász Pál

Szerkesztő bizottsági titkárok: Orosz Éva és Tringer László

Szerkesztő bizottság: Csanda Endre, Horányi Béla, Huszák István, Magyar István, Molnár László, Pálffy György, Pataky István, Pásztor Emil, Pollner György, Szinetár Ernő, Tariska István

Kéziratokat, leveleket kérjük dr. Juhász Pál, 1083 Budapest, Balassa u. 6. tímré küldeni

TARTALOM

<i>Szilárd János dr.</i> : A neurotikusok rehabilitációja	145
<i>Tringer László dr.</i> : A munkaképesség szempontjai a nők neuroziséban	151
Tájékoztató	154
<i>Csenkér Éva dr., Tury Ferenc dr.</i> : Adatok a corpus callosum agenésia klinikumához	155
<i>Molnár Gyula dr.</i> : Az antiepileptikumok akut toxikus mellékhatásának és szérumszintjének összefüggései	161
<i>V. Wiczeorek u. G. Schock</i> : Lyquorzytologische Befunde bei intrakraniellen Tumoren	168
<i>Mészáros István dr., Mérei F. Tibor dr., Bodosi Mihály dr.</i> : Cisztás kisagydagánat két fiútestvérben	171
<i>Pisztora Ferenc dr.</i> : Szociálpszichiátriai szempontok Schwartz Ferenc és Barabcsi Schweitzer Ottó etiopatogenetikai szemléletében, összefüggésben a XIX. század és a monarchia időszakának hazai társadalmi életével és eszmevilágával I. rész.	177
<i>Molnár Gyula dr., Dajka Klára, Baraczka Krisztina dr.</i> : A lítium ion hatása a szérumfehérjék fluoreszcenciájára	184
A gerincevelő sérültek sebészi és rehabilitációs ellátása (methodikai levél)	188
In memoriam	189
Könyvismertetés	190
Európai Gyermekpszichiáterek Unio-nak (UEP) VI. Kongresszusa	192

INHALT

<i>J. Szilárd</i> : Die Rehabilitation der neurotischen Patienten	145
<i>L. Tringer</i> : Gesichtspunkte der Arbeitsfähigkeit bei der Neurose der Frauen	151
<i>Éva Csenkér und F. Tury</i> : Zur Klinik und Radiologie der Balkenagenesie	155
<i>Gy. Molnár</i> : Zusammenhang zwischen den akuten toxischen Nebenwirkungen und dem Serumspiegel der Antiepileptica	161
<i>V. Wiczeorek u. G. Schock</i> : Liquorzitologische Befunde bei intrakraniellen Tumoren	168
<i>I. Mészáros, F. T. Mérei und M. Bodosi</i> : Zystische Kleinhirngeschwulst bei zwei Brüdern	171
<i>F. Pistora</i> : Sozialpsychiatrische Gesichtspunkte in den ätiopathogenetischen Ansichten von Franc Schwartz und Otto Schwartz im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Leben und der Ideenwelt der Monarchie und des XIX. Jahrhunderts	177
<i>Gy. Molnár, Klára Dajka, Krisztina Baraczka</i> : Die Wirkung des Litiums auf die Fluoreszens der Serumeiweisse	184

Kiadja az Ifjúsági Lapkiadó Vállalat, Budapest VI., Révay u. 16. Telefon: 116-660

Felelős kiadó: dr. Petrus György igazgató

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (KHI 1900 Budapest V., József nádor tér 1.) közvetlenül, vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215—96 162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Előfizetési díj egész évre: 324,— Ft

Megjelenik havonta

Egyes példányok beszerezhetők a kiadó Budapest XIII., Fürst Sándor u. 14/b alatti boltjában

Eladási ár: 27,— Ft

Index: 25 392

A neurotikusok rehabilitációja*

Dr. SZILÁRD JÁNOS

Paeslack megfogalmazásában „a rehabilitáció az a tevékenység, melynek révén a betegség, külső hatás, vagy vele született ártalom révén károsodott embert nemcsak aktuálisan kezeljük és tünetmentessé tesszük, hanem ezen túlmenően orvosi, pedagógiai, foglalkozásbeli és általános szociális területen különböző utakon és módokon őt igyekszünk olyan helyzetbe hozni, hogy egyéni életkörülményeibe, foglalkozásába és a társadalomba megfelelő módon (ismét) és a korábbiakhoz hasonlóan be tudjon illeszkedni.”

E tevékenység célja tehát, hogy segítsük a bármilyen okból egészségkárosodást elszenvedett egyén állapotát úgy megváltoztatni, hogy az az Egészségügyi Világszervezet ideális egészség definíciójának kritériumait (teljes testi-lelki-szociális jólét) megközelítthesse, cselekvőképességét több értelemben is visszanyerje és társadalmi, emberi tevékenységeit képes legyen folytatni.

Nem vitás, már ebből is következik; nem lehet vagylagosan válaszolni arra a kérdésre, hogy a rehabilitáció speciális módszer-e, vagy emberi hozzáállás, az egészségügy szakmai tevékenysége-e, vagy pedig az egész társadalom feladata. Erre a kérdésre csak is-is lehet a válaszunk. Az orvosi rehabilitáció pedig egyszerre jelent minden orvosra kötelező általános feladatot, ugyanakkor speciális szakismeretet és feltételeket, és fontosságát tekintve bizonyos értelemben talán mindezek előtt; szemléletet. Azt, hogy mennyire szemlélet függvénye a rehabilitáció, azok a mindennapos példák bizonyítják, amikor mozgás-, érzékszervi vagy értelmi működésében károsodott egyén rehabilitálhatóságának lehetőségeit és határait a megközelítőleg egyforma szintű szaktudással rendelkező orvosok is jelentősen eltérően ítélik meg, attól függően, hogy mennyire ismerik a rehabilitációs lehetőségeket, mennyiben tartják ezt feladatuknak, mennyire közömbösek ez iránt és integrálódott-e az ilyen tevékenység orvosi lelkiismeretükbe. Más szóval: a rehabilitációs feladatok fel- és elismerése elsősorban a szerint kap helyet az egyes orvos tudatában, hogy felkészültsége, beállítottsága, szemlélete, embersége együttesen mit diktál.

Weed az Egyesült Államokban mintegy 250 egészségügyi intézetben végzett vizsgálat során tapasztalta, hogy az átlagos beteg rehabilitációja érdekében is messzemenően több történik ott és akkor, ha már a kórismézés és a kezelés alatt – szavaival: „problémaorientált kórlap” szerint határozzák meg a tennivalókat. Ez olyan módszert jelent, amely a diagnosztikus és terápiás kritériumok szakszerű betartása és nyújtása mellett a beteg gondolkodására, körülményeire és az ezekben található problémák orvosi megértésére, értelmezésére is támaszkodik, ill. azt is egyenrangú fontosságú követelménynek tartja. Ez a gondolat hazánkra is érvényes: Az egyetemi oktatás az integráció és a gyakorlatra nevelés súlypontosítása idején is megmaradt diagnosztikus és terápiás szemléletűnek. Ma is elsősorban arra nevel, hogy a hallgató az erre vonatkozó ismeretanyagot tanulja és tudja precízen. Ezek mögött a prevenció és a rehabilitáció háttérbe szorul. Az orvosgyógyászok nem is rendelkeznek mindazzal a módszertani, anyagi és szemléleti kelléktárral, rehabilitációs intézeti kollaborációs háttérrel, amely e tevékenység kellő színvonalú végzésének lehetőségét kielégítené. A diagnosztikus célokra fordított milliárdokhoz képest aránytalanul keveset fordítanak rehabilitációra, noha ennek kedvező gazdasági és humánus hatása szinte beláthatatlan, a befektetett anyagiak és eszmeiek kamatosan visszatérülnének. Nem szólva arról, hogy a diagnosztika öncélúságának veszélyét ez küszöbölne ki véglegesen.

* Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága XXIX. Nagygyűlése 1980. január 10–12. Budapest (referátum)

Hazánkban mintegy 360 000 a rokkantsági nyugdíjas, ezek közül legalább 150 000 megfelelő feltételek mellett a társadalom és önmaga számára hasznosan foglalkoztatható lenne, ugyanakkor mintegy 200 000 azoknak a száma, akiknek eredeti foglalkozásban történő foglalkoztatása az egészségromlás kifejezett veszélye miatt igen aggályos. 10 000 aktív keresőkorú közül nyolcvanán elmeorvosászati, hatvannégyen pedig ideggyógyászati megbetegedés miatt vannak rokkant állományban. 1962 óta az elmeorvosászati betegségek miatt rokkant állományban levők száma négyszeresre, az ideggyógyászati betegség miatt rokkantaké több mint másfélszeresre növekedett. Ehhez hozzávehetjük, hogy az iskoláskorú gyermekek kb. 10%-a tanulási nehézségekkel küzd (de a felnőtteknek vajon milyen százaléka küzd képességét, energiáját meghaladó feladatokkal?). Gyakori jelenség a 35–40 éves korú nők és 45–50 éves korú férfiak tömegesen jelentkező igénye kereső- és munkaképességük legalábbis átmeneti, de tartós elfogadása iránt, adaptációs nehézségek és kisebb szomatikus panaszok neurotikus feldolgozása miatt.

Az eddigiekhez kapcsolódva talán nem érdektelen az *orvosi rehabilitáció általános érvényű pszichológiai szempontjai* közül néhányat kiemelni. Ezek a következők:

1. A premormid személyiség elemzése.
2. Az egészségkárosodás körülményei és hogy azt a személyt mely életszakaszban, életkorban érte.
3. A károsodás objektív követelményeivel való konfrontálódás pszichológiai problémái.
4. A szubjektív reakciók, melyek erre vonatkozóan őt érik.
5. Rendkívül lényeges témánk szempontjából a bekövetkező társadalmi, munkahelyi és családi statusváltozás (csökkenés, esetleg emelkedés), az anyagi helyzet kedvező vagy kedvezőtlen alakulása, valamint
6. Az egyén szubjektív beállítódása a létrejött állapothoz, pl. hogy önmagát a társadalom áldozatának, hősnek, tiszteletet érdemlő rokkantnak, nyomoréknak, vagy éppen a társadalmon élősködő parazitának tartja. Alapvető szerepe van a prognózis alakulásában azoknak a személyiségre és motivációra visszavezethető különbségeknek, hogy az egyik ember félig bénán is tevékeny, hasznos akar lenni, a másik viszont banális egészségkárosodás után is elvárja a teljes eltartottságot.

A pszichiátriai betegek rehabilitációjának külön súlyt ad e betegek számának társadalmon belüli nagysága, valamint az, hogy olyan személyek életének alakításáról van szó, akiknek munkavégző képessége – az esetek többségében – fizikális értelemben teljes értékű.

A pszichiátriai betegek rehabilitációjának sajátos, de általános – tehát a pszichotikus és nem pszichotikus betegekre hasonlóan érvényes – *alapelvei a következők:*

1. A rehabilitáció már a gyógyintézeti kezelés idején megkezdődik (foglalkoztatás, család bevonása stb.).
2. Szükség van a legkülönbözőbb intézmények figyelmére és készségére, hiszen a rehabilitálandók között segédmunkás, háziasszony és egyetemi végezetséggű értelmiségi egyaránt bőven található.
3. Fontos követelmény a gyógyintézeti elbocsátás után védett munkahelyek, nappali, ill. éjszakai „szanatóriumok” és más ún. közti intézmények biztosítása.
4. Szükség van a szervezeti, jogi, anyagi szabályozás olyan korrekciójára, melyek révén a különböző intézmények, vállalatok is érdekelték a rehabilitációban, ugyanakkor ezek egyaránt védjék, de serkentsék is a beteget a rendszeres tevékenységre.
5. A pszichiátriai betegek rehabilitációja nem kötött életkorhoz, gyermekbetegektől az időskorúakig minden életkori csoportban bőven van feladat. Ez a neurózisra különösen érvényes!

Kérdés, az elmondottak a neurotikus betegek rehabilitációjára hogyan érvényesíthetők? Vannak, akik már a kiindulópontot is vitatják, t. i. azt, hogy a neurózis mennyiben betegség és így e személyek ellátása mennyiben szűkíthető le orvosi

tennivalókra. Miután azonban véleményem szerint a teendők szempontjából helytálló Valabrega szellemes aforizmája, miszerint „a betegség az, ami az orvos és a beteg között megesisik” – ezért szembe kell néznünk a neurotikus betegek nagy számával és az ebből adódó igénnyel.

Annál is inkább így van ez, mert hiszen *a neurotikus beteg által felkínált problematika alapvetően nem tér el a más pszichiátriai betegekétől. A neurotikus betegnél is megtalálhatók:*

beilleszkedési zavarok,
környezeti, önértékelési, teljesítmény, interperszonális konfliktus,
a munkakörrel, családdal kapcsolatos feszültségek, az affektivitás érintettsége,
vegetatív tünetek,
vagyis megfordítva a WHO definícióját: a testi-lelki és szociális jólét hiánya.

A neurózis – véleményem szerint – átfogó értelemben a következőképpen definiálható: az emberi szervezet és a külvilág közötti pszichoszociális egyensúly olyan tartósabb zavara, amelynek tartalma rendszerint a szociális sférából indul ki, amely tartósan zavarja a pszichobiológiai homeostasiszt, ugyanakkor létrejöttében, manifesztálódásában, tünetképződésében és lefolyásában, a konstitucionális tényezőknek és a személyiségnek is pathoplasztikus szerepe van. Más, de a témához is kapcsolódó bonyolult kérdés, hogy a neurózisok kezelhetőségét és így rehabilitálhatóságát jelentősen befolyásolja az, hogy e tényezők közül adott esetben melyik, milyen súllyal szerepel (pl. a személyiségfejlődés és az aktuális tényezők hatásának aránya).

Ebből következik, hogy *a rehabilitáció több értelemben is komplex feladat.* Pszichológiai, társadalmi, munkajogi, munkaszervezési, pedagógiai, szomatikus jellegű és irányú teendők egyaránt jelentkeznek. Igényeket támaszt a társadalom egésze, az állam, a munkahely, az egészségügy, a társadalombiztosítás, a család, az egyén iránt egyaránt. Más szóval és sarkítottabban megfogalmazva, mindezeket érdekeltté kell tenni a rehabilitációs folyamatban, ill. a rehabilitálás iránt.

A társadalom hozzáállásának és szemléletének jellemzésére legalábbis a következetlenséget használhatjuk jelzőként. A társadalom – de az orvosi fórumok is – miközben nem ritkán irreális elvárással vannak a munkába való visszaállás iránt, máskor elutasítóan nihilisztikus és megbélyegző szemléletet tanúsítanak (pl. kvalifikált foglalkozású pszichiátriai betegek sorsa). Márpedig nem lehet vitás, hogy *bármilyen rehabilitációs tevékenység eredménye csak akkor lehet jelentős határfokú, ha az orvosi, a társadalmi (munkahelyi stb.) feltételek és szemlélet mellett az egyén, tehát a rehabilitációra szoruló személy is érdekelt és kellően motivált a rehabilitációban.* A sok kudarcnak és annak, hogy a mozgásszervi betegségek mellett az ideg- és elmegyógyászati megbetegedések oly gyakori okai a munkából történő tartós kieséseknek, egyik okát ezen a ponton kereshetjük.

A jelenlegi társadalmi gyakorlat és szemlélet jelentős mértékű elsőbbséget biztosít a szociális biztonság, és akár a rokkanttá nyilvánítás lehetőségének a neurotikus állapot nem gyógyulása esetén. Ez pedig a könnyebb ellenállás felé történő orientáció, és ezt aligha kompenzálja e jelenség társadalmi és kormányzati szinten negatív értékelése.

Mivel a rehabilitáció a szociális biztonság mögött háttérbe szorul a társadalmi felfogásban, *az egyén sem morálisan, sem egzisztenciálisan nem ambicionálódik kellően a rehabilitáció irányába.* Ideális természetesen az lenne, ha a rehabilitálható személyek szociális biztonságukat és egzisztenciájukat is jobban biztosítva látnák a rehabilitáció révén, ettől azonban rendkívül távol vagyunk.

Nagyon vitatható tehát, hogy helyes-e a védettségbiztosítást ily nagymértékben előtérben tartani? Az, hogy a páciensek jórésze él is a védettségcentrikus szemlélet nyújtotta lehetőségekkel, tovább növeli a nehézségeket, de aligha hibáztatható elsősorban és kizárólag az egyes személy ezért, sokkal inkább az orvosi és társadalmi megítélés, valamint a gyakorlat tisztázatlansága és retrográd vonásai. (Ezért pl. értelmetlen vitatni

adott esetben a céltendenciák tudatos vagy nem tudatos szerepét, de mechanikusan „le írni” az ilyen tünetet mutató páciens.)

Ide kapcsolódó kérdés az is, hogy tulajdonképpen mit is rehabilitálunk, mit akarunk rehabilitálni. A beteg személyiségét, a családi, munkahelyi situációt, bizonyos munkahelyi feladatok elvégzésére való alkalmasságot? Nem hiszem, hogy ezeket egymástól szét lehetne választani és érdemlegesen egymás nélkül megoldani.

Igazat kell adni Kabanovnak, aki szerint az embernek nincs olyan testi funkciója, amelyhez ne társulna a hozzátartozó szociális öltözék. Más oldalról: nyilvánvaló, hogy a szociális szférában bekövetkező minden sérülés, megrázkódtatás érinti az egyén testi funkcióját, közérzetét. Ebből következik, hogy a beteg személyiségét, önmagáról alkotott véleményét, önértékelését, céljait a rehabilitáció lényeges tényezőjeként ugyancsak indokolt figyelembe venni. A mai magyar társadalmi viszonyok között ezen a ponton van a legtöbb *torzulási lehetőség. A tüneteknek a beteg és az orvos által egyaránt oly gyakori szomatizációja, a látszatterápia, a csak a tünet kezelése, a csak kognitív úton történő megoldani akarás és sok más, ehhez hasonló mozzanat gyakori hiba és tévút. Ezeket a rehabilitáció kudarcának okai között előkelő helyen kell hangsúlyoznunk.*

Talán nem indokolatlan arról is szólni, hogy milyen veszélyei lehetnek *a neurotikus betegek fekvőbeteg gyógyintézetben belüli kezelésének.* Adott esetben ez hasznos és elkerülhetetlen, de kérdés, hogy mindig hozzájárul-e a rehabilitálhatósághoz. Nem lehet ugyanis elhallgatni, hogy a mai feltételek között többszörösen is nehezítheti a rehabilitáció folyamatát:

A beteg tudatában, szemléletében belső egészségromlásként kodifikálja ezt a szervezetén belül, állapotában, funkcióiban észlelt változást, amely pedig csupán felszíne és következménye a neurotikus folyamatnak, erre szűkíti le a tennivalók iránti igényt, ezáltal elősegítődik a tényleges okok, tennivalók és lehetőségek elől menekülés, és azok bagatellizálása az orvos, a család, a munkaadó oldaláról is.

Általános érvényű a társadalom átszervezésének, az urbanizációnak, az életmód, az értékrend gyors változásának és az ezzel összefüggő bizonytalansági tényezőknek a neurózisra fogékonnyá tevő, a neurózis előfordulását megsokszorozó és a rehabilitációt gátló hatása. Ennek kifejtése meghaladja a rendelkezésre álló kereteket, *Juhász* és mások vizsgálataiból a téma ismert. Szükségesnek látszik azonban hangsúlyozni, hogy a neurózisnak nem önmagában csupán a civilizáció és urbanizációs változások jelentik az okait, hanem néha – szójátékkal élve a civilizálatlanság és kulturálatlan életmód is. Több olyan falusi jellegű vizsgálat ismert, amely pl. a falusi lakosság neurózisának okai között a kétségtelenül modern köntösben megjelenő, de nagyon is klasszikus familiáris problémákat, a stressz-dömpinget, a napi ritmus egészségtelen voltát, az inadequat feladatvállalást, életmódot és célkitűzéseket találta.

Ezek a megfigyelések megegyeznek a hazánk viszonyaival csupán feltételesen összehasonlítható olasz vizsgálatokkal, melyeket számos ide vonatkozó adat közül ki szeretnék emelni; *Galli* vizsgálatairól van szó, aki az olasz lakosság neurotikus tüneteinek alakulásában azt találta, hogy a II. világháborút követő időben a korábbi 5–10%-ról 40%-ra emelkedett ezek aránya az orvoshoz fordulók között, több száz százalékkal emelkedtek a munkából történő kiesések okai között a pszichiátriai jellegűek. Ezzel szemben az orvosok felkészületlensége, és a társadalom nem megfelelő hozzáállása, szemlélete jelentősen nehezítette és gátolta ezek megoldását, egyrészt az autoriter magatartás, a megfelelő személyes kontaktus hiánya, másrészt pedig a betegek panaszaival szembeni passzivitás és felületesség miatt.

A rehabilitáció menetét neurotikus beteg esetében is többlépcsős folyamatként kell elképzelnünk.

Első lépése *a szorosán vett terápia*, ezt követi *a readaptáció, a reszocializáció, tehát az interperszonális és laborációs problémák elrendezéséhez történő segítségnyújtás, az*

ezekkel kapcsolatos nehézségek elhárítása, és nem utolsósorban a neurotikus beteg olyan értelmű kezelése, ami a prevenciót is szolgálja, a *relapsusznak a prevencióját*, tehát a *remisszió stabilitását*.

Ez a tevékenység a pszichiátriai járóbeteg-ellátás hálózat jelentős mértékű fejlesztését is igényli, hiszen bármely orvosi tevékenység csak a következő kritériumok fennállása esetén mondható korszerűnek:

a) ha egységes, a tudományos eredményekkel és tapasztalatokkal szinkronban levő szemléleten és felfogáson alapul,

b) ha alkalmazkodik és idomul a konkrét társadalmi valósághoz, környezethez, situációhoz,

c) miközben kielégíti a konkrét szükségleteket, ugyanakkor a jövő felé is mutat,

d) ha a prevenciótól a betegellátás különböző fázisain keresztül a rehabilitáció stabilizálásáig, tehát a gyógyult, elbocsátott betegek társadalomba való visszailleszkedéséig egységes tevékenységet képvisel.

Kulenkampff-től származik az a gondolat, amellyel mondanivalómat zárni szeretném: „Az osztályos és nem osztályos, az orvosi és a társadalmi értelemben egymást a legtágabb értelemben fedő és kiegészítő rehabilitációs és reszocializációs tevékenység egységes szervezeti alapot és anyagi háttérrel igényel. A reszocializáció folyamata mesterséges szétválasztások, így pl. az orvosi, a szociális és a foglalkozási rehabilitációs tennivalók elválasztása révén nem hozható tető alá.”

Összefoglalás

A neurotikus betegek rehabilitációját – hasonlóan e tevékenység általános problémáihoz – ma szemléletbeli és szerveti tényezők még egyaránt nehezítik. A pszichiátriai betegek rehabilitációjának sajátos, de egyben általánosítható alapelvei a neurotikusokra is érvényesek. Itt is egybefonódik és egymást egészíti ki az orvosi, jogi, pedagógiai, szociálpolitikai, munkaiügyi stb. intézkedések szerepe és hatása. Kulcsfontosságú van annak, hogy a társadalom, a munkaadó és a páciens a rehabilitációban morálisan és anyagilag egyaránt érdekelt legyen. Ebből a szempontból a szociális biztonság előnyben részesítése – más, pl. végleges rokkantsággal járó betegségektől eltérően – a neurotikusok rehabilitációjában fokozza a nehézséget. A neurotikus beteg rehabilitációja folyamat, mely a terápia, a readaptáció, a reszocializáció és a remisszió stabilizálása egymásra épülő, de egymástól nem független szakaszaiból áll.

IRODALOM: 1. *Galli, P. F.*: Kulturspezifische Einflüsse auf die Neurosen, dargelegt am Beispiel der italienischen Gesellschaft, In: Proceedings of the VIIth International Congress of Psychotherapy, S. Karger, Basel, New York, 38 (1969). – 2. *Jeges E., B. Mácsay E., Szabó J.-né*: Neurotikus dolgozók – csoport pszichoterápia keretén belüli – rehabilitálásának lehetőségei. *Népegészségügy*, 12, 3, 103 (1977). – 3. *Kulenkampff, C.*: Nervenarzt. 32, 217 (1961). – 4. *Kulenkampff, C.*: Die Resozialisation der seelisch Gestörten. Münch. med. Wschr. 114, Nr. 41. 1746–1748 (1972). – 5. *Magyar Rehab. Társ. Mozgásszervi Szekciója Tud. Ülése*, Bp. 1978. október 6. – 6. *Paeslack, V.*: Fortschritte Med. 82, 125–128 (1964). – 7. Proceedings of the VIIth International Congress of Psychotherapy, S. Karger, Basel, New York, 1969. – 8. *Rehabilitation*, Umschau Verlag, Frankfurt am Main, 1965. – 9. *Rehabilitationsmedizin*, VEB Georg Thieme, Leipzig, 1958. – 10. *Reinstein, L.*: Problem-oriented Medical Records: Experience in 238 Rehabilitation Institutions. *Arch. Phys. Med. Rehab.* 58, 9, 398 (1977). – 11. *SZAB Tud. Ülés* anyaga az orvosi rehabilitációról. Szeged, 1979. december 12. – 12. *Szilárd J., Vargha M.*: A pszichiátriai rehabilitáció és a pszichiátria rehabilitációja. *Magyar Rehab. Társ. Tud. Ankétja*, Pécs, 1978. aug. Összefogl. – 13. *Szilárd J., Temesváry B.*: A pszichiátriai betegség. *Orvosi Hetil.* 41, 2467 (1979). – 14. *Szilárd J., Szücs A.*: Praeklimakteriális korú nők neurosis miatti munkaképességsökkenése. *Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társ. XXIX. Kongr.*, Budapest, 1980. Összefogl. 209. – 15. *Szücs A.*: A neuropszichiátriai rehabilitáció orvosi és társadalmi szempontjai az orvostanhallgatók oktatásában. *Magyar Rehab. Társ. III. Nagygyűlése*, Pécs, 1978. Összefogl. – 16. *Unoka J.*: Rokkant-morbiditás és rehabilitációs igény. *Népegészségügy*, 58, 257 (1977). – 17. *Vargha M., Boncz I.*: Veszélyes munkakörökben dolgozó középkorú férfiak munkaképességsökkenése. *Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társ. XXIX. Kongr. Bp. 1980. Összefogl.* 207. – 18. *Weed, L.*: cit.: In: *Reinstein, L.*

Я. Силард: *Реабилитация невротиков*

Реабилитация невротиков в настоящее время в равной мере затрудняют факторы воззрения и организационные факторы. Обобщаемые, но одновременно с этим специфические основные принципы психиатрической реабилитации имеют силу и по отношению к невротикам. Здесь переплетается и дополняет друг друга роль и действие медицинских, юридических, педагогических, социально-политических, трудовых и других мероприятий. Решающее значение имеет то, чтобы общество, работодатель и пациент были в равной степени морально и материально заинтересованы в реабилитации. С этой точки зрения предпочтение социальной обеспеченности — в отличие от других, например сопряженных окончательной инвалидностью болезней — увеличивает трудности в деле реабилитации невротиков. Реабилитация невротического больного является процессом, состоящим из строящихся друг на друга, но не независимых друг от друга стадий терапии, реадaptации, ресоциализации и стабилизации ремиссии.

J. Szilárd: *Die Rehabilitation der neurotischen Patienten*

Die Rehabilitation der neurotischen Patienten ist heute — ähnlich den allgemeinen Problemen auf diesem Gebiet — noch durch Anschauungs- und organisatorische Faktoren gleichermaßen erschwert. Die speziellen, aber gleichzeitig zu verallgemeinernden Prinzipien der Rehabilitation der psychiatrischen Kranken gelten auch für die Neurotiker. Auch hier verflechten sich und ergänzen die Rolle und Wirkung der ärztlichen, juristischen, pädagogischen, sozialpolitischen, arbeitlichen usw. Massnahmen einander. Eine Schlüsselbedeutung kommt dem Umstand zu, dass die Gesellschaft, der Arbeitgeber und der Kranke an der Rehabilitation moralisch und finanziell gleichermaßen interessiert seien. Aus dieser Sicht steigert die Bevorzugung der sozialen Sicherheit — in Abweichung von anderen, z. B. mit endgültiger Invalidität einhergehenden Krankheiten — die Schwierigkeiten in der Rehabilitation der Neurotiker. Die Rehabilitation des neurotischen Patienten ist ein Prozess, der aus den aufeinander aufbauenden, aber voneinander nicht unabhängigen Phasen der Therapie, der Readaptation, der Resozialisierung und der Stabilisierung der Remission besteht.

A munkaképesség szempontjai a nők neurózisában

TRINGER LÁSZLÓ dr.

első megközelítésben azt gondolhatnánk, hogy a női neurózt meghatározó szociális tényezők lényegében mindkét nemnél azonosak. Így a munkaképességre kifejtett hatás is közös minden esetben, s a munka- és keresőképesség elbírálásánál is azonos szempontokat alkalmazhatunk.

Nyilvánvaló azonban, hogy a nő szociális helyzete sok tekintetben különbözik a férfiétól, és ezek a különbségek nem tűnnek el sem a naiv – voluntarista emancipációs törekvések hatására, sem a feminista mozgalmak következtében. Nem szünteti meg a különbségeket az a mértéktartó, az emancipációt differenciáltan alkalmazó törekvés sem, amely a jogi, gazdasági egyenlőség hangoztatása és érvényesítése mellett figyelembe veszi a nő biológiai felépítettségéből folyó következményeket, a részben ehhez kapcsolódó eltérő szociális helyzetet.

A két nem különbségét témánk szempontjából legkönnyebben a modern szociálpszichológia központi jelentőségű fogalmával, a szerepfogalommal írhatjuk le. A neurózisok pszichodinamikájának mélyén gyakran szerep – én inkongruenciák, valamint szerepkonfliktusok húzódnak meg. Nyilvánvaló, hogy a női szerepviszonyok sajátosságai a nők neurózisában is megjelennek.

Kérdés, hogy ezek a sajátosságok mennyiben jutnak kifejezésre a munkaképességben és mennyire vehetők figyelembe annak elbírálásánál.

Mead [7] egy adott szituáció viselkedéskomplexusát nevezi szerepnek, interperszonális összefüggésben megfogalmazva. Hofstätter [6] szerint a szerep az egyéntől elvárt viselkedésmódok együttese, amellyel a csoport más tagjainak viselkedése összekapcsolódik.

A nemi szerepek elkülönülése egészen korai gyermekkorban megkezdődik és a személyiség fejlődése folyamán tovább tart. (Buda, [2]). Ennek folyamányaképpen az élet különböző szakaszaiban a nő és a férfi más-más elvárásokkal találja szemben magát. Az egyén és az elvárások konfliktusa számos esetben a neurózis forrása lehet.

I. Mindenekelőtt konfliktus jelenhet meg az egyén és a saját szerepelvárások között. Ezeket Sarbin [9] szerepelképzelésnek nevezi. Arról van szó, hogy az én, a „self” nem felel meg az egyéni szerepelvárásoknak. Az egyén tulajdonságai, értékrendje nem illeszkedik a szerepkövetelményekhez. A szerep és az én viszonya inkongruens. Ha ez nagyfokú, neurózishoz vezethet.

Nők vonatkozásában itt speciális helyzetet találunk, jelenlegi változó világunk, a nagyfokú társadalmi mobilitás a nőket erőteljesebben érinti.

A főbb szerepviszonyokat szemügyre véve úgy tűnik, hogy a nőknek súlyosabb neurotizáló feszültségekkel, nagyobb mértékű kognitív megerőltetéssel (strain) kell szembenézniük (Festinger [3]).

Az európai kultúra az egyénre nagy teljesítménykényszert gyakorol. (Leistungs – Druck, Schmidbauer [11]). Ez a kényszer férfiaknál jobban érvényesül (Terman, Miles [12]). A nő nem olyan mértékben teljesítmény-orientált. Ma azonban a nők nagymértékű foglalkoztatottságával együtt jár, hogy a nő olyan szerepet vesz fel, amely tőle teljesítményt vár el, amely tőle idegen. Az a falusi nő, akit úgy neveltek, hogy feleség, anya, háziasszony lesz, most egyszerre a szövőszék, vagy esztergapad mellett találja magát, ahol százalékra kell teljesítenie, a gép ritmusát kell felvennie a sajátja helyett.

* A MIET XXIX. Nagygyűlésén, (Budapest, 1980. január 11.) elhangzott előadás alapján

Milton [8] kimutatta, hogy a probléma-megoldó gondolkodásban a férfiak felülmúlják a nőket. A különbség a két nem között csökken, ha a megoldandó probléma jobban illeszkedik a női szerephez. Az értelmiségi nő előtt azonban ritkán állnak ilyen „testreszabott” problémák. Következésképp nagyobb szerep-én inkongruenciával kell számolnunk.

Hasonló feszültség lép fel akkor, ha a nő vezető pozícióba kerül. A vezetői szerepelvárás hagyományosan férfiúi, (Hofstätter, [6]) következésképp nagy szerep-én inkongruencia várható.

Az én és a szerepkövetelmények egyezése megkönnyíti a munkavégzést. A szerepteljesítés meggyőző, pozitív érzelmekkel jár, valóságghú. Az inkongruencia csökkenti a munka örömet, sőt negatív érzelmekkel telíti azt. Súlyos esetben a munkával kapcsolatban állandó feszültség, vegetatív tünetek lépnek fel.

Világos, hogy a nők sajátos szereprendszerüknél fogva a társadalmi munkamegosztás számos területén hátrányos helyzetben vannak, nem jogilag, vagy gazdaságilag, hanem pszichológiailag. A munkaképességet ez a tény nyilvánvalóan befolyásolja. Ezért a nők neurotikus megbetegedéseiben figyelembe kell venni, hogy számukra általánosságban nagyobb pszichológiai megterhelést jelent a hivatás-szerep betöltése. A munkaképesség elbírálásánál természetesen egyéni megfontolások alapján hamarabb kell úgy döntenünk, hogy a beteget rövidebb-hosszabb időre keresőképtelennek nyilvánítjuk.

A társadalom gyors átalakulása a nők számára új szereplehetőséget kínált fel. Emellett azonban jelentős részben megmaradnak a hagyományos női szerepek is. A felnőttkor küszöbén álló férfi számára lényegében csupán egy feladatot állít az élet: hivatását betölteni. Ha ebben sikeres, a társadalom elismert tagja lehet. Emellett szinte fakultatív jellegű, hogy vállal-e férj, családfenntartó, apaszerepet (Hilgard [5]).

A nő számára is lehetővé, sőt szinte kötelezővé tettük valamely foglalkozási szerep sikeres betöltését. Ennyiben fejlődünk. Ugyanakkor megmaradtak, kötelező erővel, a hagyományos női szerepek is. A nő nem érezheti sikeresnek magát, ha nem megy férjhez, ha nincsenek gyerekei. Többszörös feladat hárul tehát a nőre. Nem arról van szó természetesen, hogy a családban ki mosogat. A lényeg: a sikeres női életpályához többszörös és bonyolult szerepelvárások betöltése szükséges, mint a férfi esetében.

Társadalmunk jelentős erőfeszítéseket tesz a hagyományos női szerep betöltésének elismeréséért. Természetes, hogy ezek az erőfeszítések csak lassan változtathatják meg az egyének értékrendjét, beállítódását stb. 1975-ben, a nők éve alkalmával konferenciasorozatot rendeztek Párizsban. A FKP azt a programot javasolta, hogy az otthonukban gyermeket nevelő nők rendes fizetést kapjanak. Magyarországot említette példaként, ahol ez részben már megvalósult, elsőként a világon.

Mégis gyakran találkozunk nőbetegeinknél szerep-én inkongruenciával, a „hagyományos” női szerepek vonatkozásában is. A partner-viszonyok feszültségei, anya-szerep elégtelensége sok neurozís háttérben húzódik meg és többnyire feltáratlan marad. Természetesen ezek a problémák az egyén szocializációja során alakulnak ki, így elsősorban a családi viszonyok függvényei. Fel kell azonban vetnünk azt a problémát, hogy a családon kívüli szocializációs hatások mennyire segítik a fiatal lányt abban, hogy az anyasággal, partner szereppel kapcsolatos értékek a személyiség részévé váljanak. Iskolarendszerünk majdnem kizárólag csak a foglalkozási szerep betöltésére készít fel.

Gyakran látjuk, hogy a nők neurozisa házasságkötés után, vagy gyermekszülést követően bontakozik ki. Sokszor egyébként optimális viszonyok mellett.

Ilyen esetben gondolnunk kell a fenti szerepfeszültségekre. A munkával kapcsolatos elbírálásnak itt más szempontjai vannak. A betegállományba-vételtől lehetőleg tartózkodni kell, hacsak a tünetek nem annyira súlyosak. Ha a hivatásszerep területén ilyen feszültség nincs, úgy ennek folyamatos betöltése inkább therápiás értékű.

A GYES-en levő anyák gyakori neurozísának háttérében számos esetben az anyai



GRANDAXIN[®]

tabletta *psychovegetativ regulator*

A készítmény hatástanilag átmenetet képez a minor tranquillansok és enyhe psychoenergeticumok között. Jellemzője a feszültségoldás, az anxiolytikus hatás és a vegetatív panaszok csökkentése.

A koncentrációképességet és munkaintenzitást nem befolyásolja, nappali álmoságot nem okoz.

Myorelaxans és cardiodepressiv hatása nincs.

GRANDAXIN®

tabletta

psychovegetativ regulator

JAVALLATOK:

Feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxietasszal járó betegségek; azon kis pszichiátriai kórképek, amelyeket az előbbieket mellett indítékhiány, fáradtság, reaktív depresszió, apathiás, inaktív állapotok jellemeznek. Belgyógyászati terápiában adjuvánsként, pseudoanginás fájdalmak megszüntetésére önmagában is, súlyosabb anginákban pedig tüneti adjuváns kezelésre. Climaxos panaszok befolyásolására — az esetek jellegétől függően — önmagában vagy hormonnal kombinálva. Alkohollevonási szindróma, valamint praedelirosus, delirosus állapotok vegetatív és izgalmi tünete. A myorelaxans hatás hiánya következtében olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nemkívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogen izom-atrophiák).

ADAGOLÁS:

Felnőtteknek általában naponta 1—3-szor 1—2 tablettát (50—300 mg). Alkalmoszerű szedés esetén 1—2 tablettát. A megfelelő tolerancia és a vigilitás csökkenésének hiánya miatt az orvos által szükségesnek tartott mennyiségben adható, és nem szükséges az alkalmazandó adag fokozatos növelése.

MELLÉKHATÁSOK:

A Grandaxin mellékhatásokat csak ritkán és kismértékben okoz. Átmenetileg előfordulhatnak gastrointestinalis panaszok, bőrvizketés, elvéve exanthera; ez utóbbi esetben a kezelés felfüggesztendő.

FIGYELMEZTETÉS:

Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel, ezért főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik. Túlzott élénkség és aktivitás, esetleg larvált agresszió felszínre kerülése is előfordulhat, ami a dózis csökkentésére vagy elhagyására megszűnik. Bár teratogén hatást nem észleltek, a készítmény alkalmazása — más tranquillisedatívumokhoz hasonlóan — a terhesség első harmadában mégsem ajánlatos.

MEGJEGYZÉS:

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

TÉRÍTÉSI DÍJ:

20 tablettát (à 50 mg tofizopamum) 14,40 Ft.

Egyt

GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR, BUDAPEST

szerep—én inkongruenciát, másrészt azonban a sikeres, pozitív emóciókkal járó hivatás-szerep hiányát tárhatjuk fel. Ilyen esetben, ha megoldható, inkább a GYES megszüntetését kell javasolnunk. A gyermek szempontjából még mindig jobb, ha az anya viszonylag keveset is foglalkozik vele, de legalább nem neurotikus.

A szerep—én inkongruenciákból kibontakozó neurózisokat úgy is felfoghatjuk, mint a hivatásbeli, vagy női szerep visszautasítását és ehelyett a betegszerep vállalását.

II. A szerep-feszültségek másik típusa a *szerepkonfliktus*. Ez akkor lép fel, ha az egyén ellentétes szerepvégzést igénylő helyzetekbe kerül.

Sarbin és *Allen* [10] ezeknek két típusát különíti el. A szerepek közötti konfliktus esetén az egyén egyszerre két csoporthoz, vagy szubkultúrához tartozik. Speciális női vonatkozása ennek kevéssé van.

Sokkal gyakoribb a nők esetén a szerepen belüli konfliktus. Ezesetben ugyanazon személytől két különböző, nehezen összeegyeztethető szerepet várnak el.

Nők esetében ennek a konfliktus-formának számos jellegzetes formájával találkozunk. Csak a leggyakoribbakat vesszük szemügyre:

1. Szinte hétköznapi probléma a hivatás-szerep és valamely hagyományos női-szerep konfliktusa. Legtöbbször a feleség—háziasszony, vagy anyai szerep és a hivatás közötti feszültséggel kell számolnunk. Ez csirájában már a házasság előtt is jelentkezhet. Pl. egy egyetemi hallgatótól tanulmányi előmenetelt várnak el, a férfitársak ugyanakkor azt, hogy csinos, nőies stb. legyen. A dolgozó nőtől szakmai teljesítményt vár el a munkahely, partneri, anyai melegséget, házicselédi szerepet a férj és a család. A két elvárás közötti feszültség gyakran kibékíthetetlen.
2. Ritkábban találkozunk az anyai és feleségi szerep konfliktusával. Természetes, hogy ilyen típusú konfliktusok elvileg férfiaknál is előfordulnak. A jelen társadalmunkban azonban a férfitől nem várnak még el ilyen mértékű apai szerepet. Sőt, a családdal kapcsolatos szerepek elutasítása a férfiaknál, bizonyos szubkultúrákban egyenesen elismerést kivívó magatartás.

A szerep-konfliktus a kognitív teoretikusok szerint olyan feszültséget (cognitive strain, *Festinger* [3]) eredményez, amely az egyént különféle megoldási módokra készíti. A kognitív megerőltetés tartósan elviselhetetlen. A neurózis végeredményben egy sikerületlen megoldási kísérlet. Ennek következtében a feszültség magas fokon állandósul, amely különféle vegetatív-somaticus tüneteket eredményez. Az egyén a munkát nagy feszültséggel végzi, abban örömet nem talál, akármelyik szereppel kapcsolatos is az. A szerepkonfliktusból származó neurózis mindenképpen befolyásolja a munka- és alkotóképességet. Az örömtelen, feszültséggel végzett munka talán elsősorban kreatív jellegét veszíti el, rutinmunkává válik. Súlyosabb esetben már ennek ellátása sem sikerül.

Alapos mérlegelést igényel, hogy az orvos az ilyen típusú neurózisok esetén mikor állapítson meg keresőképtelenséget. Ez ugyanis a hivatás-szerep átmeneti feladását jelenti, következésképp csökken a feszültség, a beteg kezelése eredményesebb lehet. Kérdés azonban, hogy a munkába való visszaállítás után nem lesz-e ugyanaz a helyzet, ha közben a nő felé irányuló szerepelvárások területén változás nem következik be. Az orvosnak ahhoz kellene hozzásegítenie betegét, hogy a különféle követelményeknek harmonikusan meg tudjon felelni. Ehhez sok esetben a környezet befolyásolása is szükséges. A gyógyszeres kezelés csökkenti a feszültséget, de nem nyújt önmagában új alkalmazkodási módot. A munkából való egyszerű kiemelés önmagában ugyancsak elégtelen.

Összefoglalás

A neurotikus nők munkaképességét elsősorban a tünetek súlyossága határozza meg. Emellett nem hagyhatjuk figyelmen kívül azt, hogy a nőkre háruló szerepkövetelmények nagyobbak és sokréttűbbek. Könnyebben alakulnak ki a szerep—én inkongruenciák és

szerepkonfliktusok különféle formái. Ezeket lehetőség szerint fel kell tárni, s a munkaképesség megítélésénél figyelembe kell venniük.

A szerepfeszültségek és konfliktusok patogén szerepe nyilvánvaló. Nem szeretném azonban, ha arra gondolnánk, hogy a feszültségek teljes hiánya a kívánatos állapot. Ez ugyanis olyan hajtóerők kioltását eredményezné, amelyek a személyiség továbbfejlődésének mozgatórugói. A szereppel való teljes azonosulás *Heller Ágnes* [4] szerint az elidegenedés állapotának felel meg, ahol a személyiség egyedi vonásai elmosódnak és a szerepadta sablonok veszik át helyüket.

IRODALOM: 1. *Buda B.*: A szerep fogalma a szociálpszichológiában. in: *Pataki F.*: (szerk.) Szociálpszichológia. Szöveggyűjtemény. Tankönyvkiadó Budapest. 417–431. o. (1974). – 2. *Buda B.*: A szexualitás modern elmélete. 2. kiad. Tankönyvkiadó, Budapest. (1974). – 3. *Festinger, L.*: A Theory of Cognitive Dissonance. Harper, New York, (1957). – 4. *Heller Ágnes*: A szerepkategória marxista értelmezhetőségéről. In: *Heller Á.*: Társadalmi szerep és előítélet. Akadémiai, Budapest. 7–30, 61 (1966). – 5. *Hilgard, E. R.*: Introduction to Psychology. 3rd ed. Harcourt, Brace, World, New York–Burlingame. (1962). – 6. *Hofstätter, P. R.*: Einführung in die Sozialpsychologie. Alfred Kröner, Stuttgart (1966). – 7. *Mead, Margaret*: Férfi és nő. A két nem viszonya a változó világban. Gondolat, Budapest. (1970). – 8. *Milton, L.*: idézve: *Sarbin, Allen*. (1957). – 9. *Sarbin, T. R.*: Role Theory. In: *Lindzey G.* (ed.) Handbook of Social Psychology. Addison–Wesley, Cambridge, Mass. 223–258. o. (1954). – 10. *Sarbin, T. R., Allen, V. L.*: Szerepelmélet. In: *Pataki F.* (szerk.) Szociálpszichológia. Szöveggyűjtemény. Tankönyvkiadó, Budapest. 452–474. (1974). – 11. *Schmidbauer, W.*: Sensitivitástraining und analytische Gruppen-dynamik. Piper, München (1973). – 12. *Terman, L. M., Miles, C. C.*: Sex and Personality. McGraw-Hill, New York. (1936).

Л. Трингер: Вопросы трудоспособности при неврозе у женщин

L. Tringer: Gesichtspunkte der Arbeitsfähigkeit bei der Neurose der Frauen

TÁJÉKOZTATÓ

A Magyar Rehabilitációs Társaság Pszichiátriai Szekciója 1980. augusztus 28–30-ig Szegeden tartja IV. tudományos konverenciáját.

A konferencia lebonyolítása vitafórumok, szemináriumok és rövid előadások formájában történik. A vitákon a fő témák referátumai kerülnek megbeszélésre, melyeket a szervező bizottság előzetesen megküld a résztvevőknek.

I. fő téma: (A személyzet és beteg közötti kapcsolat, mint a rehabilitációs folyamat közvetítője)

Fő referensek: Maxwell Jones, Jerzy Aleksandrowicz, Kun Miklós, Tringer László

Vitavezetők: Mérei Ferenc és Füredi János

II. fő téma: (Gyermek és serdülőkori pszichiátriai rehabilitáció)

Fő referensek: Hans Szewczyk, Vargha Miklós

Vitavezetők: Szilárd János és Popper Péter

III. fő téma: (A kórházon kívüli ellátás szerepe a rehabilitációban)

Fő referensek: V. Volovik, Ehring Lange, Kézdi Balázs

Vitavezetők: Paneth Gábor és Horváth Szabocs

A szemináriumok angol (Maxwell Jones), német (H. Weise) és orosz (A. Csurkin) nyelven folynak a fő témához kapcsolódóan.

Részvételi díj: MOTESZ tagoknak 500,- Ft, nem tagoknak 600,- Ft, pártoló tagoknak (ápolók és egyéb szakdolgozók) 150,- Ft. A részvételi díj magában foglalja a fő referátumok és a program megküldését, a fogadáson és a hangversenyen való részvétel jogát.

A szervező bizottság előadásokra való jelentkezést már nem tud elfogadni, azonban az érdeklődő orvosok, pszichológusok és szakdolgozók minél nagyobb számú jelentkezését várja.

Információ: dr. Pető Zoltán
6701 Szeged
PF 397

*A Debreceni Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmegyógyászati Klinikájának
(igazgató: Molnár László dr. egyetemi tanár) közleménye*

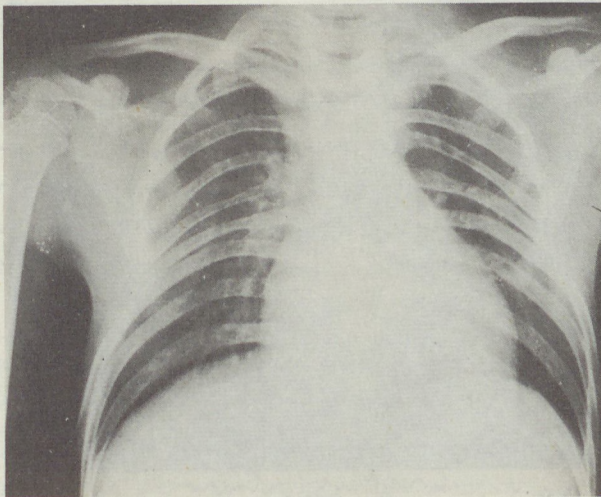
Adatok a corpus callosum agenésia klinikumához és radiológiai jellegzetességeihez

CSENKÉR ÉVA dr. és TURY FERENC dr.

A corpus callosum agenésiről (a továbbiakban c. c. a.) *Reil* [28] írt először 1812-ben. Azóta számos közlemény jelent meg, amelyek a klinikai tünetekkel, a társuló fejlődési rendellenességekkel és a jellegzetes radiológiai leletekkel (PEG, angiográfia) foglalkoznak. A magyar szerzők közül *Kárpáti* és *mtsai* (1970), valamint *Barton* (1975) közöltek klinikai, radiológiai és neuropatológiai leleteket. *Frey* (1971) részletesen elemezte egy c. c. a-s nő cerebális elektromos tevékenységét (nyugalmi aktivitás, korrelációs analízis, vizuális kiváltott potenciálok). Az eddigi adatokat szeretnénk kiegészíteni egy általunk vizsgált beteg ismertetésével.

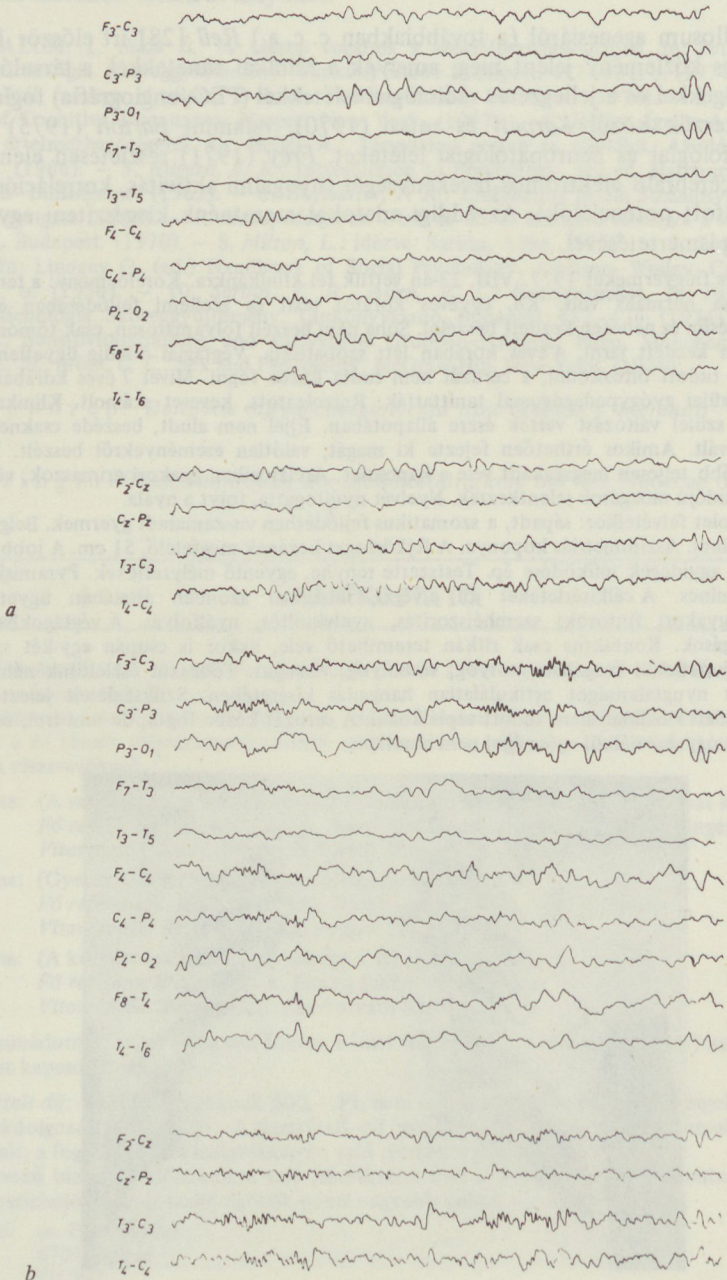
Ö. Z. 7 éves fiúgyermeket 1977. VIII. 23-án vettük fel klinikánkra. Kórelőzmény: a terhesség és a szülés lefolyása normális volt. Kb. egyéves korától testi és szellemi fejlődésében elmaradt a kortársaitól. Későn és nehezen kezdett beszélni. Soha nem beszélt folyamatosan, csak tömondatokban. 2 éves korában kezdett járni, 4 éves korában lett szobatiszta. Végtagjai mindig ügyetlenek voltak. Önállóan nem tudott öltözködni, a ceruzát nem tudta kézbe fogni. Mivel 7 éves korában nem vált iskolaéretté, szülei gyógypedagógussal taníttatták. Rajzolgatott, keveset számolt. Klinikai felvétele előtt 2 héttel szülei változást vettek észre állapotában. Éjjel nem aludt, beszéde csaknem teljesen érthetlenné vált. Amikor érthetően fejezte ki magát, valótlán eseményekről beszélt. Kezdetben időnként, később teljesen megszakadt vele a kapcsolat. Arcizmaiban gyakori grimaszok, végtagjaiban változó amplitúdójú mozgások jelentkeztek. Nyelvét nyújtogatta, folyt a nyála.

Vizsgálati lelet felvételkor: sápadt, a szomatikus fejlődésben visszamaradt gyermek. Belgyógyászati kóros eltérés nincs. Aszimmetriás koponya. A fejkörfogat korának megfelelő, 51 cm. A jobb mellkasfél deformált. Az agyidegek működése ép. Testszerte renyhe, egyenlő mélyreflexek. Pyramisjel, paresis, tónus-eltérés nincs. A célkísérleteket jól elvégzi, mozgásai azonban általában ügyetlenek. Az arcizmokban gyakori fintorok; szemhéjszorítás, nyelvkiöltés, nyálfolyás. A végtagokban choreoathetoid mozgások. Kontaktus csak ritkán teremthető vele, akkor is csupán egy-két szót mond. Többnyire érthetetlenül magában motyog, mosolyog, visogat. Többször észleltünk néhány percig tartó motoros nyugtalanságot artikulátlan hangadás kíséretében. Szükségeit jelezte. Végtag-ügyetlensége miatt önállóan nem tudott táplálkozni. A ceruzát kézbe fogta, de sem írni, sem rajzolni nem tudott. Gyógyszer nélkül egész éjjel nem aludt.



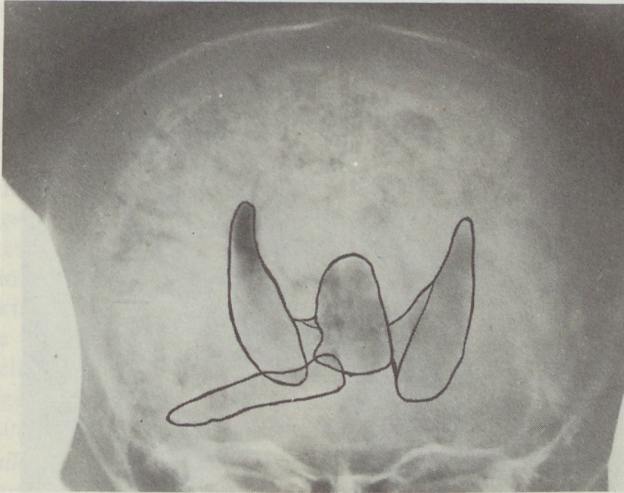
1. ábra

Kiegészítő leletek: a liquor elfo-ban enyhe gamma globulin-szaporulat van (13,4%), egyébként a lumbalis liquor összetétele normális. Rtg-felvételek: *a csontos thorax deformált (1. ábra)*. Az V., a VI. és a VII. borda elsősorban jobb oldalon gracilis; átmérőjük a többinek mintegy fele. Az V-VI. borda között a fejecs magasságában kb. 1 cm-es szakaszon csontos híd képződött, s így ezek a bordák együttesen ízesülnek a gerinchez. *A thoracalis gerincen S alakú scoliosis. A koponya csontjai vékonyak. EEG (mixture chloralo-bromatával történt alátásban):* diffúz lassú, 5-6 c/s theta és 2-3 c/s delta frekvenciákkal jellemzett háttértevékenység, főként b. o.. A két félteke között disszociációs jelenségek (2a, b ábra). PEG: az a-p irányú felvételen az oldalkamrák eltávolodtak



2. ábra

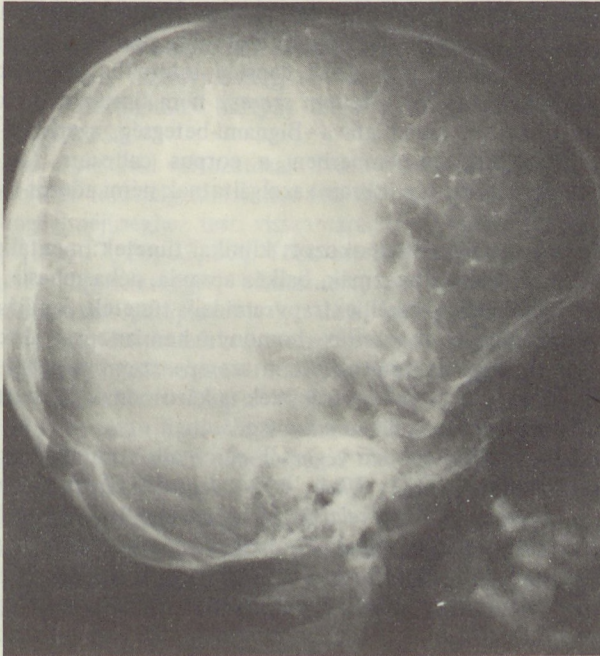
egymástól, mediális kontúrjaik konkávak. Bazálisan tágultak, dorsalisán kihegyezettek. A III. kamra a normálisnál dorsalisabban helyezkedik el (3. ábra). *Jobb oldali carotis angiogram*: az a-p felvételen az arteria cerebri anterior a genu corporis callosi várható vetületének megfelelően a középvonaltól kissé jobbra ível. Az oldal felvételen az oszlás nívója kissé felemelt. Az arteria cerebri anterior a megszokottnál dorsalisabban helyezkedik el és íveltsége a genu corporis callosi várható vetületének



3. ábra

magasságában torzult, szögletesebb. Az arteria pericallosa kezdeti harmada a megszokottnál mélyebb helyzetű (4. ábra). A phlebogramokon a vena cerebri interna felemelt (5. ábra).

Értékelhető pszichológiai vizsgálatot a kooperáció hiánya miatt nem lehetett végezni. – A gyerek magatartását, mozgásait Sevenalettával (15 mg phenobarbital) próbáltuk befolyásolni, eredménytelenül. Ejjel 2–3 tabl. Sevenalettával (30–45 mg) aludt. Állapota a klinikáról távozása óta változatlan.



4. ábra



5. ábra

Megbeszélés

A corpus callosum a magzati élet 3–4. hónapjában alakul ki a lamina terminalisból. Rostjai összekötik a két féltékének homológ és heterológ pontjait, projekciós rostjainak egy része mindkét féltékéből az ellenoldali capsula internába húzódik (Wilson, 1964; Hamilton, 1885; Mingazzini, 1926). Élettani szerepe nem tisztázott. A corpus callosum léziók (tumorok, infarktuskok, Marchiafava–Bignami-betegség, agenésia) kapcsán észlelt tünetek, valamint állatokban és emberben a corpus callosum (és más cerebraлис commissurák) sebészi átmetszése (split brain) szolgáltatnak némi adatot a corpus callosum élettani szerepéhez.

A corpus callosum betegségei által okozott klinikai tünetek: mentális és emocionális hanyatlás, apátia, hallucinációk, doxazmák, balkéz apraxia, néha aphasia, distalis túlsúlyú hemiparesis ellenoldali pyramis-jelekkel, extrapyramidalis tünetek, fejfájás, papilla-ödéma, a végtagok közötti dyssynergia, fogóreflex, homonym hemianopsia, alexia és epilepsziás rohamok. Értékelésük a corpus callosum élettani szerepe szempontjából nehéz, mert az esetek döntő többségében a szomszédos képletek is károsodnak és ezért a tünetek nem tulajdoníthatók kizárólag a corpus callosum károsodásának.

Zinn (1749) első közlése óta többen végeztek cerebraлис commissurotomiát állatokon és emberen (Lafora és Pravos, 1923; Bikov, 1924; Ironside, Guttmacher, 1929; Dandy, 1931; Van Wagenen, Herzen, 1940; Akelaitis, 1944; Myers, 1956; Meikle, 1960; Bogen, Vogel, 1962; Sperry, Gazzaniga és mtsai, Trevarthen, 1965; Wilson, Reeves, Gazzaniga, 1977; 1978). Emberen a cerebraлис commissurotomiát a gyógyszeresen befolyásolhatatlan epilepsziás rohamok csökkentése céljából végezték. A műtéti megfigyelésekből az a következtetés vonható le, hogy a split brain-nel rendelkezők, felszínesen vizsgálva, ugyanolyannak látszanak, mint műtét előtt. Azonban finomabb pszichopatológiai vizsgálatokkal funkciózavar állapítható meg a két féltéke közötti *sensoros információk*

átvitelében. Az információ-átvitel hiánya az egyik féltekéből a másikba különösen közvetlenül a műtét után kifejezett. Később kompenzáció jön létre az épen maradt összeköttetések révén. Az eddigi megfigyelések szerint a személyiség, értelmi teljesítmények, emócionális nem változtak meg.

A corpus callosum károsodásának hatása a *motoros funkciókra* szintén nem egyértelmű. *Gazzaniga* a corpus callosum átmetszése után a kétkezes feladatokban néhány esetben a két kéz közötti együttműködés hiányát észlelte. Hasonló megfigyeléseket írt le *Akelaitis* és állatkísérletben *Trevarthen*. Ugyanakkor az az általános tapasztalat, hogy a corpus callosum betegségeiben ha van apraxia, enyhe és átmeneti. *Geschwind* és *Kaplan* (1962) leírása szerint, ha a corpus callosum károsodása apraxiát okoz, általában megtalálható a domináns félteke járulékos bántalma is.

Bogen és *Vogel* együttműködve *Gazzanigával* és *mtsai-val*, valamint *Sperry* és *mtsai-val*, akik speciális tesztekkel dolgoztak ki, kimutatták, hogy commissurotómia után a két félteke különálló agyként működik, saját külön gondolatokkal és érzésekkel. Az egyik féltekében elraktározott emlékképeket a másik nem tudja felidézni. A jobb féltekének nincs szerepe a beszédben és az írásban, de a vizuális ingerek alapján nyert térbeli összefüggések felidezésében nagyobb a jelentősége, mint a bal féltekének (*Wilson*, 1977).

Számos vizsgáló szerint a commissuralis mechanizmus felelős a 2 félteke közötti *funkcionális aszimmetria* kifejlődéséért (*Bogen, Gazzaniga*).

A *corpus callosum agenesise* lehet teljes, vagy részleges. Bármelyik forma társulhat cerebrális és extracerebrális defektusokkal. A *társuló cerebrális anomáliák* lehetnek: kérgi heterotópia, gyrus-abnormitások, porencephalia, hydrocephalus, Dandy–Walker szindróma, diencephalis cysta, lipoma, meningeoma, gliosis, a sutura sagittalis korai záródása, multiplex cerebrális artéria fejlődési rendellenesség, a normálnál kisebb pons, a tractus és bulbus olfactorius hiánya, septum pellucidum málformációk, sinus sagittalis superior és falx cerebri málformációk, vermis cerebelli agenesia, oldalkamra papilloma, teratoid tumor a III. kamra tetején, polycystás agykárosodás, a fornix hiánya [4, 6, 12, 14, 15, 17, 21, 22, 23, 24, 25, 35, 36, 37]. A különböző szerzők által észlelt *extracerebrális defektusok*: középvonali archasadék, szájpadhasadék, nyúlajak, craniofacialis dysostosis, ocularis málformációk, rectus diastasis és a külső genitálék fejletlensége, syndactylia, interdigitalis hártya, csigolya rendellenesség, makroglossia, pes excavatus [5, 13, 23, 32, 35].

A *klinikai tünetek* rendkívül változatosak. Normális intelligenciától az enyhe mentális retardáción keresztül az idiótiáig szinte minden fokozatot leírtak [17, 26, 33, 34, 35]. Sok esetben a gyengeelműséghez testi visszamaradottság társul. Gyakori tünetként írják le az epilepsziát [5, 10, 17, 20, 33, 35]. Több esetben figyelték meg a mozgatórendszer zavarát; a mozgások ügyetlenségét, kéztremort, athetosist, choreo-athetosist, hemiparesist, lassan progrediáló paraparesist, kétoldali pyramis-jeleket [5, 22, 36]; nervus opticus atropiát [5, 32], látótérdefektust, strabismus convergenst vagy divergenst, később kezdődő szobatisztaságot, pszichotikus tüneteket [38], generalizált hypotoniát [33]. Az utóbbi tíz év irodalmában több vizsgáló [25, 31, 34] a c. c. a. tüneteként a Shapiro szindrómát (ismétlődő spontán hipotermia + mentális retardatio) írja le. C. c. a.-val társul az Aicardi szindróma is (csak nőbetegeken fordul elő: c. c. a. + infantilis spasmusok + chorioretinopathia [18, 20, 29, 39]). Egyes észlelések szerint a c. c. a. tünetmentes maradhat az élet folyamán [16, 3].

A szerteágazó klinikai tünetek miatt a diagnózis inkább a radiológiai vizsgálatokra, mint a klinikai tünetekre támaszkodik. A c. c. a. jellegzetes pneumoencephalográfiás képét először *Davidoff* és *Dyke* (1934) írta le. Az anomáliát carotis angiogramok alapján először *Sheldon* és *Peyman* [35] diagnoszkálták. A carotis angiogramok segítségével bizonyította *Reschke* [30] a c. c. a. partialis jellegét. Ezek alapján különítette el

Weickmann [40] a c. c. a.-t a corpus callosum tumoraitól. Az angiogramok jelentőségére az utóbbi években több szerző felhívta a figyelmet [1, 16, 37].

Betegünk c. c. a.-ja extracerebralis defektusokkal – borda- és csigolyafejlődési rendellenességgel – társult. A klinikai tünetekben a bizarr pszichés kép és a choreoathetoid mozgás a legfeltűnőbb. A tünetek akut rosszabbodása miatt panencephalitis lehetőségére is gondoltunk. A laboratóriumi leletek ezt nem erősítették meg. A típusos PEG és az angiográfias kép c. c. a.-t igazolt.

Esetünk ismertetésével szeretnénk felhívni a figyelmet a c. c. a. klinikai megnyilvánulásának egyik formájára és a típusos radiológiai leletek fontosságára.

Összefoglalás

A szerzők egy 7 éves corpus callosum agenesiás fiú klinikai tüneteit és jellegzetes radiológiai (PEG, angiográfia) leleteit közlik. Az irodalmi adatok alapján összefoglalják a corpus callosum agenesiához társuló cerebralis és extracerebralis defektusok típusait.

IRODALOM: 1. *Banerjee, T., Sayers, M. P.*: J. Neurosurg. 37, 479 (1972). – 2. *Barton, A.*: Magyar Radiológia 27, 39 (1975). – 3. *Bianchi, A.*: Arch. di anat. e di embriol. 3, 3 (1904). – 4. *Brocklehurst, G.*: J. Neurosurg. 38, 47 (1973). – 5. *Carpenter, M. B., Drukemiller, W. H.*: Arch. Neurol. Psychiat. 69, 305 (1953). – 6. *Castroviejo, P.*: Radiológia 68, 189 (1969). – 7. *Davidoff, L. M., Dyke, G. A.*: Amer. J. Roentgenol. 32, 1 (1934). – 8. *Elliott, F. A.*: In: Handbook of clinical Neurology 2, 758 (1969 New York). – 9. *Erdélyi A.*: Ideggyógy. Szemle 31, 469 (1978). – 10. *Ettlenger, G., Blakemore, C. B., Milner, A. D., Wilson, J.*: Brain 95, 327 (1972). – 11. *Ettlenger, G., Blakemore, G. B., Milner, A. D., Wilson, J.*: Brain 97, 225 (1974). – 12. *Ferry, Jr. D. J., Mylander, K., Hardman, J.*: J. Neurosurg. 36, 231 (1972). – 13. *Francois, J., Eggermont, E., Evens, L. et al.*: Amer. J. Ophthal. 76, 241 (1973)., *Frey, Z.*: Z. EEG-EMG 2, 131 (1971). – 14. *Gardner, E., O'Rahilly, R., Prolo, D.*: Arch. Neurol. 32, 393 (1975). – 15. *Handa, J., Teraura, T., Imai, T., Handa, H.*: Radiology 92, 1301 (1969). – 16. *Kárpáti M. és mtsai*: Ideggyógy. Szemle 23, 124 (1970). – 17. *Lehmann, H. J., Lampe, H.*: Europ. Neurol. 4, 129 (1970). – 18. *Masson, A., Nirrengarten, A., Gerhard, J. P. et al.*: Pédiatrie 28, 527 (1973). – 19. *McCord, G. M., Goref, J. A., Jimenez, J. P.*: Amer. J. Roentgenol. 122, 511 (1974). – 20. *Michalowicz, R., Wiszczor, Adamczyk, B.*: Neurol. Neurochir. Pol. 23, 785 (1973). – 21. *Mizukawa, Amano, Nagai, Shimada*: Brain Develop. 8, 409 (1976). – 22. *Mueller, C. F.*: Radiology 94, 357 (1970). – 23. *Neuhauser, G., Kaveggia, E. G., Opitz, J. M.*: Eur. J. Pediat. 123, 15 (1976). – 24. *Nixon, G. W., Ravin, C. E.*: Amer. J. Roentgenol. 122, 44 (1974). – 25. *Noel, P., Hubert, J. P., Ectors, M. et al.*: Brain 96, 359 (1973). – 26. *Persson, G.*: Psychiat. Neurol. Med. Psychol. 22, 448 (1970). – 27. *Probst, F. P.*: Acta Radiol. Ser. Diagn. 15, 595 (1974). – 28. *Reil, J. C.*: Arch. Physiol. 2, 31 (1812). – 29. *Renier, W., Gabreels, F., Mol, L., Korten, J.*: Psychiat. Neurol. Neurochir. 76, 39 (1973). – 30. *Reschke, H.*: Acta Neurochir. 19, 241 (1969). – 31. *Sadowsky, C., Reeves, A. C.*: Arch. Neurol. 32, 774 (1975). – 32. *Saroux, H., Biats, B., Chatellier, P.*: Ann. Oculist. 202, 241 (1969). – 33. *Shapira, Y., Cohen, T.*: J. Med. Genet. 10, 266 (1973). – 34. *Shapiro, W. R., Williams, G. H., Plum, F.*: Brain 92, 423 (1969). – 35. *Sheldon, P., Peyman, A.*: J. Neurol. 16, 117 (1953). – 36. *Swett, H. A., Nixon, G. W.*: Radiology 114, 641 (1975). – 37. *Szdzuy, D., Lehmann, R., Nickel, B.*: Radiol Diagn. 12, 629 (1971). – 38. *Unterharnscheidt, F., Jacknik, D., Göff, H.*: Der Balkenmangel, Springer Verlag, Berlin. 1968. – 39. *Varloteaux, C. H., Bost, M., Rossignol, A. M. et al.*: Rev. Pédiat. 9, 421 (1973). – 40. *Weickmann, H.*: Zbl. Neurochir. 15, 38 (1955). – 41. *Wilson, D. H., Reeves, A., Gazzaniga, M., Culver, C.*: Neurology 27, 708 (1977). – 42. *Wilson, D. H., Reeves, A., Gazzaniga, M.*: Neurology 28, 649 (1978).

Е. Ченкер, Ф. Турги: Данные к клинической картине и к радиологическим особенностям агенезии мозолистого тела

Авторы сообщают о клинических симптомах и характерных радиологических данных (ПЭГ, ангиография) 7-летнего мальчика с агенезией мозолистого тела. На основании литературных данных они подытоживают типы церебральных и экстрацеребральных дефектов, присоединяющихся к агенезии мозолистого тела.

Éva Csenkér und F. Túry: Zur Klinik und Radiologie der Balkenagenese

Im Anschluss an die Befunde (einschliesslich PEG und Angiographie) eines 7 Jahre alten Jungen werden auf Grund der Literatur die Typen der eventuellen zerebralen und extrazerebralen Begleitdefekte der Balkenagenese geschildert.

ORAP

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tableta 1 mg, ill. 4 mg pimozid.-ot tartalmaz.

JAVASLAT: Schizophreniás betegek tartós utókezelése elsősorban kórházi elbocsátásukat követően rehabilitációjuk idején (u. n. fenntartó kezelés). Enyhe tünetekkel zajló akut schizophreniás betegek egy részében az Orap alkalmazása a kórházi felvételt elkerülhetővé teheti és önmagában is remissiót eredményezhet. Súlyosabb izgalmi állapotok és produktív tünetek fennállásakor az Orapot erősebb psychosedatív hatású nem fluorozott neuroleptikumokkal kell kombinálni.

ELLENJAVALLAT: Extrapramidális körképek, depressív állapotok minden formája.

ADAGOLÁS: A kezdő adag általában napi 2–6 mg, amely szükség szerint 8, legfeljebb 10 mg-ig emelhető. A gyógyszert legcélszerűbb reggel, egy adagban beadni. Minthogy a készítmény íztelen és szagtalan, szükség esetén a beteg ételébe keverve is beadható. Ha az Orap alkalmazását erősebb „potens” neuroleptikum adagolás után kezdjük el, akkor a szükséges adag beállítása mellett az előző gyógyszer adagját fokozatosan kell csökkenteni. Az optimális hatás elérése után az Orap adagját lassan és fokozatosan csökkentjük az egyénileg megállapítandó optimális fenntartó adagra, amely a legtöbb esetben 2–3 mg. A kúra időtartama 3–12 hónap.

KOMBINÁLT KEZELÉS: Nem fluorozott neuroleptikumokkal és szükség esetén néhány relaxációban végzett elektrokokk kezeléssel jól kombinálható.

MELLÉKHATÁS: Nagyobb adagok alkalmazásakor, különösen a kúra kezdetekor, enyhébb extrapramidális tünetek (akathisia, tremor) előfordulhatnak. E tünetek a kezelés megszakítását soha nem teszik szükségessé; Parkan, Pipolphen hatására, de rövid idő alatt spontán is megszűnnek. — Tartós kezelés néhány esetben gyengeséget, fáradékonyságot, étvágytalanságot és enyhe hangulati nyomottságot okoz. E mellékhatások thymoleptikus szerekkel és roboránsokkal jól befolyásolhatók. Előfordulhat továbbá bőrkiütés, nagyon ritkán hypotensio.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS: Csak óvatosan adható: — központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel: barbitálokkal, opiátokkal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszer szedésekor fokozott elővigyázatosság szükséges. A gyógyszer bevétele után 8–10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra folyamán járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni és szeszes italt fogyasztani tilos.

RENDELHETŐSÉG: ✕✕ Az 1 mg-os tablettát az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja. A 4 mg-os tablettát az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes. — Csak vényre adható ki. Az orvos rendelése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSONAGOLÁS:

50 × 1 mg tabl.
20 × 4 mg tabl.

tértítési díj: 2,— Ft
tértítési díj: 2,30 Ft



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



TRISEDYL

inectió, tableta, cseppek



ÖSSZETÉTEL: 1 ampulla (1 ml) 2,5 mg triflupe-ridol. hydrochlor.-ot, 1 tableta 0,5 mg triflupe-ridol. hydrochlor.-ot 1 üveg (10 ml) 10 mg triflupe-ridol. hydrochlor.-ot tartalmaz.

JAVALLAT: Motoros és psychés nyugtalansággal járó kórképek, a paranoid — hallucinatoros syndromák különböző formái — delirium tremens — lázas, infekciós és toxikus eredetű deliriumok. Más anti-emeticummal nem befolyásolható hányás.

ELLENJAVALLAT: Extrapyramidalis pályarendszer és a pyramis-pálya organikus megbetegedései és funkciózavarai.

ADAGOLÁS: A parenteralis alkalmazás elsősorban súlyosabb psychosokban indokolt, ha kifejezett a psychomotoros nyugtalanság, vagy más okból az orális adagolás keresztülvihetetlen.

Átlagos egyszeri adagja a felnőtteknek 1/2–1 ampulla im. Ezt az adagot szükség esetén intézeti kezelésben emelni lehet és 24 órán belül 3–4-szer is meg lehet ismételni. 0,5 mg-os per os kezdő adag után az egyéni szükséglet és tűrőképesség figyelembevételével fokozatosan 1,5–2 mg-ig lehet emelni felnőttek napi adagját. Intézeti körülmények között előbbinél lényegesen magasabb adagok is adhatók.

Gyermekeknek az életkor és testsúly figyelembevételével 5 éves korig általában a felnőtt adag egynegyede, 5–15 éves korig a felnőtt adag fele adagolható.

MELLÉKHATÁSOK: Extrapyramidalis tünetek, elsősorban akathisia, fokozott izomtónus, tremor, izomgörcs, álmoság, anorexia, izzadás, túlzott nyáladzás, bőrreakciók, sárgaság, nagyon ritkán hypotensió és vér-dyscrasia.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁS:

Csak óvatosan adható:

— központi idegrendszerre ható gyógyszerekkel: barbitálokkal, ópiátokkal, benzodiazepinokkal (hatásfokozódás).

FIGYELMEZTETÉS: E gyógyszerrel történő kezelés folyamán gépjárművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni és szeszes italt fogyasztani tilos.

RENDELHETŐSÉG: ✕ Az a szakrendelés (gondzó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes. — Csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS:

5x1 ml amp.

50 tabl.

1 üveg (10 ml)

tértítési díj: 2,10 Ft

tértítési díj: 2,— Ft

tértítési díj: 2,30 Ft



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR

*A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiatriai Klinikája
(igazgató: Juhász Pál dr. egyetemi tanár) közleménye*

Az antiepileptikumok akut toxikus mellékhatásának és szérumszintjének összefüggései

MOLNÁR GYULA dr.

Az epilepsiás betegek gyógyszeres kezelésének hosszantartó állandó, rendszeres és összetett jellege miatt számolnunk kell toxikus mellékhatások nem ritka előfordulásával.

Az akut és krónikus mellékhatások kialakulása eddigi ismereteink alapján csak részben magyarázhatók az antiepileptikumok farmakológiai sajátjaival. Keveset tudunk a felszívódott gyógyszer mennyiségével arányos szérumszint-koncentrációk és a toxicitás összefüggéseiről. Az akut toxikus tünetek észlelésekor meghatározott gyógyszerek fontos adatokkal szolgálnak ezekhez az összefüggésekhez és közvetlen segítséget nyújtanak a toxikus szövődmények megelőzésére, az optimális adagoláshoz. Amióta elterjedt az antiepileptikumok meghatározása a különböző testnedvekből, azóta egyre több adat ismeretes a mellékhatások és szintek kapcsolatáról. Elsősorban difenilhidantoin (DPH) és a fenobarbital (PHB) szérumszint-koncentrációira vonatkozó elemzések ismeretesek, eléggé kisszámú betegvizsgálat alapján. Két vagy több gyógyszerszint együttes értékelésén alapuló mellékhatás elemzésekkel pedig alig találkozunk (*Diehl*, 1978).

A DPH és PHB akut mellékhatásai jól ismertek; részletes irodalmi áttekintés helyett utalunk *Meinardi* és mtsa (1974) és *Wilder* és mtsa (1978) összefoglaló tanulmányára.

A DPH számos mellékhatása között a leggyakoribbak: a tompultság, szédülés, nystagmus, ataxia, dysarthria, fejfájás, bradykinesia, esetleg stupor, pszichotikus epizódok stb. A PHB hasonló akut mellékhatásokat okozhat, de a kábultság, a kezelés kezdetén a hipnotikus hatások előterében állhatnak. A primidon, (P, Sertan, Mysolin) lényegében ugyanezeket a toxikus tüneteket válthatja ki. Ehhez hozzájárul az is, hogy a P nagyrészt PHB-vé alakul a lebomlás során (*Butler*, 1956, *Olesen*, (1967). A szukcinimidek, oxazolidinek akut mellékhatásai: gastrointestinális tünetek, irritabilitás, fotofóbia, kábultság, somnolentia. Kisebb toxicitással hasonló tüneteket okozhat a carbamazepin; előtérben vannak a gastrointestinális mellékhatások.

A benzodiazepinek mellékhatásai meglehetősen dózisdependensek, – sokkal inkább, mint az eddig említett antiepileptikumok. Így érthető, hogy enyhe „tompaságtól” kezdve a mély alvásig, minden tudatszint változás előfordulhat amellet, hogy az izomrelaxációval és az inkoordinációs funkciózavarral kapcsolatos számos szimptomával találkozhatunk. Ha a betegek összetett kezelést kapnak – (gyakorlatilag hosszú időtartamú kezelés alatt minden beteg), akkor a felsorolt mellékhatások legváltozatosabb tüneti megjelenésével kell számolnunk.

Anyag és módszer

Ezúttal 369 epilepsiás betegre vonatkozó több irányú klinikofarmakológiai elemzésből kiemelt mellékhatás-vizsgálatokról számolunk be.

A vizsgált betegek különböző típusú epilepsiások heterogén, két vagy többes összetételű antiepilepsiás terápiával. Az összes vizsgált betegnél DPH és PHB meghatározást végeztünk. A meghatározás alapján észlelt akut mellékhatások alapján került sor utólagos adat-csoportosítására és feldolgozására.

A DPH és PHB mérését az *Olesen*-féle u. v. spektrofotometriás (1967) után kialakult adatsorokat – ahol az elemzés alapján erre lehetőség volt – statisztikai próbákkal értékeltük.

Eredmények

A kiértékelések során az akut tüneteket a következő súlyossági fokok szerint csoportosítottuk:

1. Kábultság, álmoság, enyhe szédülés; 2. nystagmus; 3. nystagmus + ataxia; 4. fentiek egyikéhez aluszékonyság vagy ennél mélyebb tudatszint csökkenés társult.

A toxikus tüneteket mutató betegek nagy részénél nem-toxikus állapotukban is történt szintmérés. Így önkontrollos összehasonlításokat is végezhetünk. A szintekkel történő összehasonlíthatóság kedvéért különválasztottuk a DPH-t, PHB-t, P-t szedő betegeket a szukcinimidet, szulthiamot is szedő betegektől. Az így összegyűjtött terápiás csoportokban toxikus tünetek előfordulását mutatja az I. táblázat:

I. táblázat

Akut toxikus tünetek előfordulása összetett antiepileptikus kezelés alatt

	Nem toxikus		Toxikus		Összesen
	n	%	n	%	
DPH, PHB P kezelés	274	69,19	30	7,57	304
A fenti + szukcinimid, szulthiam	69	17,42	23	5,80	92
Összesen:	343	86,61	53	13,39	396 100%

n: a betegek számát jelenti, függetlenül attól, hogy a tünetek egyszer fordultak elő, vagy ismétlődtek.
 $\chi^2 = 13,95$, $p < 0,001$

Látható, hogy a gyógyszer meghatározására küldött betegeink közül 53-nál, tehát 13%-ban fordul elő toxikus mellékhatás. Szukcinimidet és/vagy szulthiamidot is szedő betegeknél ez gyakoribb (69 betegből 23-nál).

Viszonylag nem nagy a súlyos fokú toxikus tünet gyakorisága (a 3. és 4. tüneti fokozatban 12 beteg):

1. Kábultság, álmoság, enyhe szédülés	32
2. Nystagmus	9
3. Nystagmus + ataxia	8
4. Fentiek egyikéhez aluszékonyság, vagy ennél súlyosabb tudatszint csökkenés társult	4

Vizsgált betegeink között az akut toxikus tünetek előfordulása nem ad teljes képet a mellékhatások gyakoriságáról, mert csak azoknak a betegeknél az adatait dolgoztuk fel, akiknél szint-meghatározások is voltak.

II. táblázat

Az akut toxikus esetek megoszlása az antiepileptikus gyógyszerösszetétel jellege szerint

Összetételek	DPH és/vagy PHB (1)	1 + pirimidon (2)	2 + egyéb	Összesen
----	2	21	9	31
Szukcinimid	3	5	6	14*
Szulthiam	3	3	–	6
Szukcinimid + szulthiam	3	–	–	2*
Összesen:	11	29	13	53 beteg

Megjegyzés: * = a 14 + 2 megfelel az összes szukcinimidet is szedő beteg 29,6 %-ának!

Nagy epilepsia populációra érvényes következtetések igénye nélkül betegeinknél a toxikus tünetek előfordulási gyakoriságából megállapítható, hogy DPH és/vagy PHB mellett szukcinimidet is szedő epilepsiásoknál a toxikus tünetek előfordulása viszonylag nagy. A szukcinimidet is szedő betegek 29,6%-ánál észleltünk mellékhatást a meghatározás napján (II. táblázat).

Ha a DPH-, PHB-, P-vel kezelteteket csak a szukszinimideket és/vagy szulthiamot is szedő betegcsoporttól választjuk külön és az egész anyag százalékos megoszlását tekintjük, a két csoport toxikus tüneti megoszlása közel áll egymáshoz (I. táblázat). A szukcinimidet és/vagy szulthiamot is szedő 92 beteget tekintve, a 23 toxikus eset magas előfordulási százalékot jelent (25%). Ha a táblázatot négymezős kontingencia táblaként kezeljük, a toxikus tünetek előfordulása, valamint a szukcinimiddel és/vagy szulthiammal kombinált terápia között szignifikáns összefüggés van.

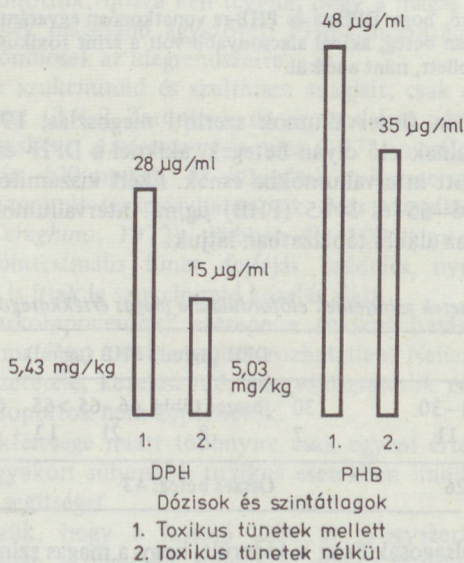
A DPH-t és PHB-t, P-t szedő betegek közül 21, illetve 20 olyan beteget elemeztünk, akiknek toxikus tünet nélkül és toxikus tünetek mellett is meghatároztuk PHB-, ill. DPH-szintjét. Önkontrollos t-próbával, a toxikus szintek mellett mért PHB és DPH szérumszint koncentráció szignifikánsan magasabb, mint a mellékhatásmentes időszakban (II. táblázat).

III. táblázat

A szérumszint DPH és PHB szintjei akut toxikus tünetek mellett és toxikus tünetek nélkül

	Toxikus tünetek		t próba*
	mellett	nélkül	
DPH (µg/ml) n = 21	28,20	15,00	P < 0,01
PHB (µg/ml) n = 20	48,40	35,30	P < 0,02

Megjegyzés: * A „közös” $S_{\bar{x}}$ DPH-ra: 0,1321, PHB-ra: 0,1456



1. ábra

A toxikus esetek elemzésében fontosnak tartottuk, hogy túladagolásról vagy farmakokinetikai értelemben vett „relatív, túladagolásról” van-e szó a vizsgált betegcsoportban. Ez utóbbi jelenség átlagos, vagy célzottan adott magas adagok esetére vonatkozik akkor, ha a kombinációk, interakciók, metabolikus abnormalitási faktorok együttes hatása eredményez toxikus tüneteket.

Betegeinknél toxikus tünetek mellett magasabb ugyan az átlagos DPH-dózis, de a nem toxikus állapotban kapott adagokhoz képest a különbség kicsi, a szintek különbsége ennél nagyobb (*l. ábra*).

A PHB-dózist testsúly kg-ra nem számítottuk ki, mert a P-ből metabolizált PHB-hányadot nem tudjuk összehasonlítani a P-dózissal (a P-ből metabolizált P-hányadot nem tudjuk meghatározni, a csak PHB-t szedő toxikus esetek száma minimális). A toxikus tünetek P-ből és PHB-ból egyaránt származhatnak; magas PHB esetén, ha ez P-ből és PHB-ből származik, nincs különbség a kétféle eredetű PHB toxicitása között. Egyes szerzők szerint a P-t szedő betegeknél az észlelt toxikus tünetek elsősorban a P direkt toxikus hatása lehet akkor is, ha a P szintje nem magas ($< 15 \mu\text{g/ml}$) és a PHB is terápiás intervallumban van (*Booker, 1970*).

A toxicitás súlyossági fokának megoszlása az alábbiak szerint alakult a vérszintekkel is jellemzett 21 (DPH), illetve 20 (PHB) betegnél. Ebben a megoszlásban csak a változás iránya szerint csoportosítottuk a szinteket (ha több meghatározás volt, akkor az átlagokat vettük figyelembe).

IV. táblázat
A szintek változásának iránya a nem toxikus állapothoz képest

Súlyossági fok	DPH magasabb	DPH változatlan vagy alacsonyabb	PHB magasabb	PHB változatlan vagy alacsonyabb
1	10	2	12	1
2	3	—	3	—
3	2	1	1	1
4	2	1	2	—

Látható, hogy DPH-ra és PHB-ra vonatkozóan egyaránt kevés az olyan beteg, akinél alacsonyabb volt a szint toxikus tünetek mellett, mint anélkül.

Előzős vizsgálatainkban (intervallumok szerinti megoszlás, 1973) azt találtuk, hogy jelentős számban fordulnak elő olyan betegek, akiknél a DPH- és PHB-szintek magasak, vagy a toxikusnak tartott intervallumokba esnek. Ezért kiszámítottuk, hogy a 21–30 és > 30 (DPH), illetve 46–65 és > 65 (PHB) $\mu\text{g/ml}$ intervallumokba hány toxikus eset tartozik. A megoszlást az alábbi táblázatban látjuk:

V. táblázat
Toxikus esetek szintjeinek előfordulása a magas érték kategóriákban

	DPH ($\mu\text{g/ml}$)		PHB ($\mu\text{g/ml}$)			
Szintek	21–30	30	összes többi	46–65	> 65	összes többi
N	11	7	8	21	12	10
Összes beteg:	26		Összes beteg: 43			

A fenti számok tanulságosak és az is kiderült, hogy a magas szint-intervallumokba DPH esetében 71 beteg került, s közülük csak 18-nak volt akut toxikus tünete, 53 betegnél

pedig a magas szintek ellenére nem volt semmilyen mellékhatás. A magas PHB-intervallumokban pedig 104 beteg közül csak 33-nál észleltünk toxikus mellékhatást a meghatározás napján. toxikus mellékhatást a meghatározás napján.

A többi nagyszámú beteg a magas PHB-szinteket toxikus mellékhatás nélkül tolerálta.

Megbeszélés

Az összetett epilepszia ellátás és gondozás feltételei mellett az antiepileptikumok vérszintjének meghatározása fontos korrelációs klinikai-laboratóriumi adatokat tár fel. Az irodalmi adatokkal egybehangzóan megállapítottuk, hogy 20 µg/ml DPH felett számolni kell a DPH toxikus mellékhatásával.

Buchtal és mtsa (1960), majd *Kutt* és mtsa (1964) vizsgálatai szerint a nystagnus, ataxia és a mentális meglassubbodás korrelált a szérumszintekkel. Oldalra tekintésnél megfigyelhető nystagmust 15 µg/ml szintek felett észleltek. 30 µg/ml szérumkoncentráció fölött már 45°-os bulbos elmozdulás mellett is, 50 µg/ml felett pedig nyugalmi, előretekintő szemállás mellett is nystagmust regisztráltak. Ataxiát észleltek 25 µg/ml felett és mentális meglassubbodást 40 µg/ml felett. Hasonló szint-korrelációkat figyeltek meg más szerzők is (*Jensen*, 1966; *Harrer*, 1969; *Gallagher*, 1973 és mások).

Az egyedi tolerabilitás igen különböző. Egyes betegek 30 µg/ml szint mellett ataxiások, de még 40 µg/ml DPH mellett is van egyenesen járó beteg; 40 µg felett azonban gyakorlatilag minden betegnél látunk valamilyen mellékhatást (*Kutt*, 1972).

A PHB-szintek toxikus tünetek észlelése esetén is széles intervallumokban mozognak. Elsősorban a felső határok magassága s ezzel együtt a tolerabilitás foka igen jelentős és különböző lehet (*Mark*, 1971; *Parke*, 1971; *Svensmark*, 1972).

Buchtal és mtsa (1968) 30 µg/ml PHB-szint alatt nem észlelt mellékhatásokat. Kábultság, dysarthria, inkoordinációs tünetek és nystagmus észlelhető 50–90 µg/ml PHB-szint mellett. Mi azt tapasztaltuk, hogy toxikus eseteink nagy többségének PHB-értékei 45–65 µg/ml és > 65 µg/ml szintkategóriákba esnek, viszont ugyanezek a szinteken sok betegünknel semmilyen fizikális vizsgálattal vagy panaszok alapján felismerhető mellékhatás nem volt. Ez szintén a krónikus kezelés alatt kialakuló és régen ismert PHB-tolerancia mellett szól (*Kutt*, 1978). Amikor ezt betegeinkkel kapcsolatban is megelégedéssel megállapítottuk, hozzá kell tennünk, hogy a magas szintek a jó tolerancia ellenére ekkora vagy még magasabb agyszöveti PHB-koncentrációra utalnak, amelyek hosszú időn át nem különböznek az idegrendszerre.

Áttekintve betegeink szukcinimid és szulthiam adagjait, csak egy betegnél találtunk magas szukcinimid dózist (3 × 2 Zarontin), de az irodalmi adatok alapján még ez is elfogadható terápiás dózisként. *Andermann* és mtsa (1972) megfigyelései szerint 2 g/nap ethosuximid adása után (20 mg/kg) 70–80 µg/ml gyógyszer szint mérhető. Közölt esetüknél ez a szint bizonyult terápiás hatásúnak. Más vizsgálatok szerint a „hatásos szint” 40–80 µg/ml (*Cereghino*, 1972), újabban 40–100 µg/ml (*Kutt*, 1978), 100 µg felett gyakori a gastrointestinális tünet, fejfájás, szédülés, nyugtalanság, alvászavar. Pszichotikus epizódokat is írtak le szukcinimid kezelés alatt.

Az egyes „gyógyszerkomponensek” szerepe a toxikus hatásokban megnyilvánuló additív interakció folyamatában szinte meghatározhatatlan. Nehezíti a vizsgálatokat az, hogy a kombináció összetétele, kezelési idő, adagváltoztatások és mellékhatások tüneti képe alapján homogén csoportok nem képezhetők.

A fenti tényezők sokfélesége miatt többnyire csak egyéni értékelésre van lehetőség. A szerencsére nem túl gyakori súlyosabb toxikus esetekben mindig az egyéni értékelés nyújt közvetlen terápiás segítséget.

Ha figyelembe vesszük, hogy a hosszú időn át gyógyszert szedő betegeknél a mellékhatások tekintetében is egyfajta tolerancia alakul ki, akkor nyilvánvaló, hogy másként kell értékelnünk a toxikus tüneteket, ha a beteg a gyógyszert hosszú idő óta

szedi és másként, ha az antiepileptikum összetételében eddig nem szedett, új vagy csak a beteg számára új antiepileptikumot iktattunk be. Az előbbi esetben az akkumuláció veszélye fennáll, és igen magas gyógyszer szintet mérhetünk. Az utóbbi esetben a mellékhatás átmeneti lehet, legfeljebb addig tarthat, amíg a gyógyszer felszívódási és eliminációs arányai alacsonyabb terápiás szintet alakítanak ki. Mindezekben az esetekben a szintek mérése fontos tájékoztatást nyújt. Eseteinkben különösen nehéznek bizonyult a toxikus mellékhatások követése akkor, ha a beteg DPH-n és PHB-n kívül harmadik és negyedik antiepileptikumot kapott kombinációban. Ha ilyenkor a DPH és PHB nem éri el a toxikus szintet, a mellékhatás tulajdonítható ugyan az újonnan beállított gyógyszernek, de abban nem lehetünk biztosak, hogy ez utóbbi önmagában okozott mellékhatást, mert nem tudjuk, hogy a többi gyógyszer nélkül ugyanolyan mellékhatást észleltünk volna-e. Az ismert interakciók ugyanis toxikus vér- és szöveti szintek esetén nemkülönbön érvényesülhetnek, hiszen valamelyik compartmentban történő telítődés meghatározza a kompetíció irányát és határait. Ez elsősorban vérfelhérjékhez és szövetekhez történő gyógyszerkötődésre vonatkozik, de nem elhanyagolható a metabolikus elimináció szintjén feltételezhető interakció sem. Míg a szöveti megoszlás gyors változásai az akut tünetek mértékét, lefolyását határozza meg elsősorban, addig az elimináció viszonylag lassú folyamatában bekövetkező interakciós jelenségek egyik irányban a krónikus gyógyszerakkumuláció körülményeit hozzák létre. Ilyenkor a kötődési, illetve megoszlási, valamint lebomlási, kiürülési folyamatok egyensúlya dönti el, hogy akut vagy krónikus mellékhatások alakulnak-e ki. Valószínűleg nem ritkán az akut mellékhatások utáni átmeneti mellékhatásmentes időszakot lassú mérgezési folyamat követi, amelynek már csak a végeredményét észleljük.

Összefoglalás

Szerzők a rendszeresen ellenőrzött epilepsziás betegek 13%-ánál észleltek akut mellékhatásokat. Ezek egy része enyhe és átmeneti volt. 396 betegből 12 esetben tapasztaltak súlyosabb toxikus tüneteket. Összetett kezelés alatt álló betegeknél – elsősorban a szukcinimiddel és/vagy szulthiammal kombinált kezelések alatt – az akut toxikus mellékhatások előfordulási aránya viszonylag nagy. Az antiepileptikumok vérszintje és a toxikus tünetek korrelációja fontos adatokat szolgáltatnak a rendszeresen ellenőrzött kezelés gyakorlati szempontjaihoz. A gyógyszer szint-követés lehetővé teszi az optimális terápiás vezetést, a toxikus mellékhatások és következményeik megelőzésében pedig elengedhetetlen.

IRODALOM: 1. *Andermann, F. and Robb, J. P.*: Absence status. A reappraisal following. Review of 38. patients. *Epilepsia (Amst.)* 13, 147 (1972). – 2. *Booker, H. E., Hosokowa, K., Burdette, R. D., Darcey, B.*: A clinical study of serum primidone levels. *Epilepsia* 11, 395 (1970). – 3. *Booker, H. E., and Darcey, B. A.*: Enzymatic immunoassay vs. gas/liquid chromatography for determination of phenobarbital and diphenylhydantoin in serum. *Clin. Chem.* 21, 1766 (1975). – 4. *Buchthal, F., and Svensmark, O.*: Aspects of the pharmacology of phenytoin (Dilantin) and phenobarbital relevant to their dosage in the treatment of epilepsy. *Epilepsia* 1, (Amst.) 5. *Buchthal, F., Svensmark, O., and Simonsen, H.*: Relation of EEG and seizures to phenobarbital in serum. *Arch. Neurol.* 19, 567 (1968). – 6. *Buttler, T. C., and Vaddel, W. J.*: Metabolic conversion of primidone (Mysoline) to phenobarbital. *Proc. Soc. Exp. Med.* 93, 544 (1956). – 7. *Cereghino, J. J.*: Epilepsy: Problems and Therapy. Public Health Reviews. pp. 59–81. (1972). – 8. *Diehl, L. W.*: Treatment of Complicated Epilepsies in Adults. *Bibliotheca Psychiatrica* 158, 57 S. Karger, Basel. (1978). – 9. *Gallagher, B. B., Baumel, I. P., Mattson, R. H., and Woodbury, D. M.*: Primidone, diphenylhydantoin and phenobarbital aspects of acute and clinic toxicity. *Neurology.* 23, 145 (1973). – 10. *Harrer, A. F., and Grace, J. B.*: Studies of anticonvulsant levels in epileptics. Serum diphenylhydantoin concentrations in a group of medically indigent out patients. *Acta Neurol. Scandinav.* 45, 18 (1969). – 11. *Jensen, B. N., and Gryderup, V.*: Studies on the metabolism of phenitoin. *Epilepsia (Amst.)* 7, 238 (1966). – 12. *Kutt, H., Winters, W., Kokenger, R., and McDowell, F.*: Diphenylhydantoin metabolism, blood levels, and toxicity. *Arch. Neurol.* 11, 642 (1964). – 13. *Kutt, H.*: Diphenylhydantoin. Relation of plasma levels to clinical control. *Antiepileptic Drugs.* Raven Press. New York. N. Y. pp. 211–218. (1972). – 14. *Kutt, H.*:

Anticonvulsant Blood Levels in the Management of epileptic Patients. *Clinical Neuropharmacology*, 3, 1–11. edited by H. L. Klawans. Raven Press, New York 1978. 15. *Mark, L. C.*: Pharmacokinetics of barbiturates. In: H. Matthew: Acute barbiturate poisoning. Amsterdam, Excerpta Medica 1971. pp. 75–83. 16. *Meinardi, H.*, and *Magnus, O.*: Drug therapy. Handbook of Clinical Neurology. 15, The epilepsies. North-Holland Publishing Comp. Amsterdam. 664–672 (1974). – 17. *Molnár, Gy., Marosfi, S., Karczag, I., Fodor, A., és Halász, P.*: Antiepilepticumok vérszintjének vizsgálata epilepsziás betegeknek. *Ideggyógyászati Szemle* 26, 546 (1973). – 18. *Olesen, O. V.*: Determination of phenobarbital and phenytoin in serum by ultraviolet spectrophotometry. *Invest.* 20, 63 (1967 c). – 19. *Parke, D. V.*: Biochemistry of the barbiturates. In: H. Matthew: Acute barbiturate poisoning. Amsterdam, Excerpta Medica 1971. p. 7–53. 20. *Svensmark, O.*: Absorption, distribution, metabolism, and excretion of antiepileptic drugs. The international Encyclopedia of Pharmacology and Therapeutics. 19th section, Ch. 8: Anticonvulsants. Oxford, Pergamon Press 1972. 21. *Wilder, B. J.*: Anticonvulsant Drug Toxicity in Clinical Neuropharmacology Vol. 3, 57 (1978).

Д. Молнар: *Взаимосвязи между острыми токсическими побочными действиями антиэпилептических средств и их содержанием в сыворотке*

Авторы обнаружили у регулярно контролируемых эпилептических больных в 13% случаев острые побочные действия. Часть из них была легкой и преходящей. Из 396 в 12 случаях авторы наблюдали более тяжелые токсические симптомы. У больных, получавших комбинированное, в первую очередь сукцинимидом и султиамом процент встречаемости острых побочных действий сравнительно большой. Содержание антиэпилептических средств в крови и его связь с токсическими симптомами предоставляют важные данные для практического проведения регулярно контролируемого лечения. Наблюдение за содержанием медикаментов в крови делает возможным проведение оптимальной терапии и в деле профилактики токсических побочных действий и их последствий это является обязательным.

Gy. Molnár: *Zusammenhang zwischen den akuten toxischen Nebenwirkungen und dem Serumspiegel der Antiepileptika*

Autor fand bei 13% der systematisch kontrollierten Epileptiker akute Nebenwirkungen. Zum Teil waren diese mild und vorübergehend; jedoch zeigten sich bei 12 von 396 Kranken schwere toxische Symptome. Bei kombinierter Behandlung – vorwiegend bei Kombinationen mit Succinimid und/oder Sulthiam – kommen akute toxische Nebenwirkungen verhältnismässig häufig vor. Die Korrelation des Blutspiegels der Antiepileptika und der toxischen Symptome liefert wichtige Richtlinien für die systematisch kontrollierte Behandlung.

TÁJÉKOZTATÓ

A MOTESZ-nek 1980. április 12-én megválasztott Elnöksége

Elnök:	Dr. Zoltán Imre
Alelnök:	Dr. Magyar Kálmán
Főtitkár:	Dr. Nyerges Gábor
Főtitkárhelyettesek:	Dr. Farsang Csaba
	Dr. Riskó Tibor
	Dr. Zalai Károly
Elnökségi tagok:	Dr. Aczél György
	Dr. Bánóczy Jolán
	Dr. Botta Ádám
	Dr. Csépanyi Attila
	Dr. Juhász Jenő

A főtitkár fogadó órája hétfőn 13–15 és csütörtökön 14–16 (MOTESZ Titkárság, Bp. V. Kossuth Lajos tér 4, IV emelet 60)

Liquorzytologische Befunde bei intrakraniellen Tumoren

V. WIECZOREK u. G. SCHOCK, Jena (DDR)

Neben den klassischen und modernen Verfahren zur Diagnostik intrakranieller Geschwülste, insbesondere der Computertomographie, hat die Liquorzytologie nur die Bedeutung einer ergänzenden Untersuchung. Auch wenn ein positiver Tumorzellnachweis das diagnostische und therapeutische Vorgehen entscheidend bestimmen kann, wird dies dadurch eingeschränkt, weil tumorspezifische Zellen nur in etwa 8–10% der Fälle bei primären malignen und ca. 20% bei metastatischen Hirngeschwülsten im Liquorzellsediment nachgewiesen werden. Das ist abhängig vom Grad der Malignität, der Beziehung des Tumors zum liquorführenden System u. a. Faktoren. Dennoch ist die Kenntnis der zytologischen Befunde wichtig. Das betrifft einerseits die tumorspezifischen Zellarten, zum anderen die unspezifischen Zellreaktionen bedingt durch lokale Gewebsalterationen besonders bei ventrikel- und oberflächennahen Geschwülsten, die das Bild einer Meningitis oder begleitenden Blutung vortäuschen können.

Für Tumorzellen im Liquor gelten die gleichen Kriterien wie sie in der Geschwulstdiagnostik allgemein üblich sind. Eine Unterscheidung von Geschwulstzellen gegenüber den regulären Zellformen im Liquor ist in den meisten Fällen möglich. Liquorzellbefunde im Sinne einer Meningosis neoplastica sind besonders zu erwarten bei Lokalisation des Tumors im Bereich des Subarachnoidalraumes und des Ventrikelsystems. Das betrifft insbesondere die Karzinose und Sarkomatose der Meningen, Liquormetastasierungen beim Medulloblastom, Glioblastoma multiforme (*Abb. 1*), dem immunoblastischen malignen Lymphom, Ependymom (*Abb. 2*), Melanoblastom, beim Adeno-Ca. (*Abb. 3*) u. a. metastatischen Geschwülsten.

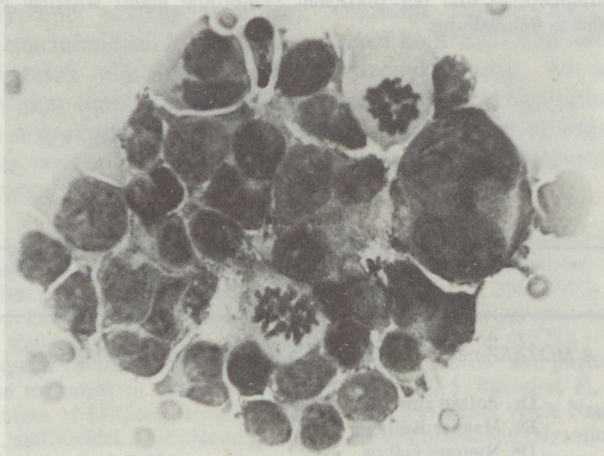


Abb. 1. Polymorphe Tumorzellen bei Glioblastoma multiforme (Pappenheim-Färbg; Vergr. 510fach)

Bei einiger Erfahrung und kritischer Wertung der Ergebnisse ist eine Qualitäts- bzw. Artdiagnose aus dem Liquorzellbefund mit großer Wahrscheinlichkeit möglich:

1. zwischen primären und metastatischen Hirngeschwülsten
2. beim Medulloblastom, Glioblastoma multiforme und beim immunoblastischen malignen Lymphom, mit gewisser Einschränkung auch beim Ependymom
3. in einem hohen Prozentsatz bei den Adeno-Ca und dem Melanoblastom.

Auch *Bischoff, Sayk, Wieczorek, Schmidt, Peter, Oehmichen, Kölmel, Engelhardt* u. Mitarbeiter u. a. sind der Ansicht, daß eine Artdiagnose aus dem Liquorbefund teilweise möglich ist. Die Angaben zu den unspezifischen Zellveränderungen bei intrakraniellen Tumoren sind in der Literatur nicht einheitlich (*Locoge u. Cumings, Wieczorek, Böcker* u. *Gross* u. a.). Extreme Pleozytosen von mehreren 1000 Zellen/mm³ sind jedoch äußerst selten.

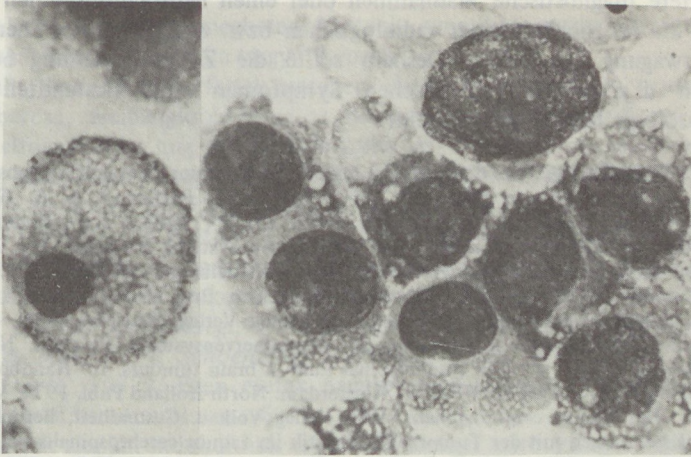


Abb. 2. Unterschiedliche Tumorzellen beim anaplastischen (a) und differenzierten (b) Ependyom (Pappenheim-Färbg; Vergr. 900fach)

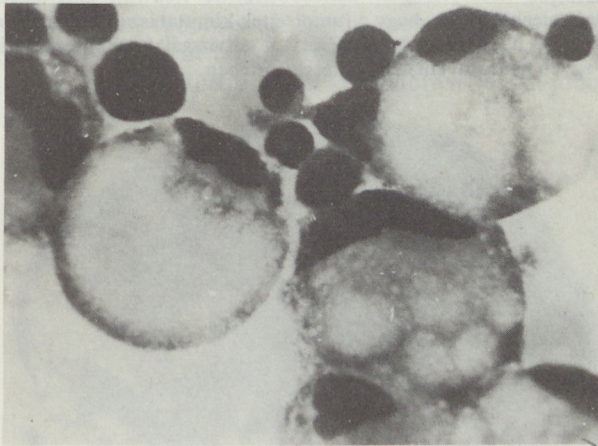


Abb. 3. Typische Tumorzellen bei Siegelring-Ca. (Pappenheim-Färbg; Vergr. 900fach)

Bei den unspezifischen Zellreaktionen handelt es sich um Veränderungen im Sinne einer Reizmeningitis. Im Zellsediment können neben Lymphozyten, monozytären Zellen, neutrophilen Granulozyten, Speicherzellen, auch Hämatomakrophagen und bisweilen atypische Zellformen (Riesenzellen) vorkommen. Deutliche Zellerhöhungen von mehr als 50 Zellen/mm³ sind fast nur bei malignen Hirngeschwülsten und praktisch nie bei Meningeomen nachweisbar. Das trifft im wesentlichen auch für die begleitende Blutung zu.

Zusammenfassung

Die Liquorzell Diagnostik kann eine wertvolle Ergänzung der übrigen Untersuchungsverfahren darstellen und mitunter wesentlich, ja sogar entscheidend zur diagnostischen Klärung beitragen.

Die klinische Bedeutung besteht zunächst darin, dem Kranken bei einem Tumorzellnachweis weitere diagnostische Maßnahmen oder einen neurochirurgischen Eingriff zu ersparen und die Möglichkeit einer radiologischen bzw. zytostatischen Therapie bereits primär in Erwägung zu ziehen. Deshalb sollte die Zelluntersuchung bei unklaren Herdstörungen u. a. neuropsychiatrischen Symptomen stets Bestandteil einer umfassenden neurologischen Diagnostik sein.

LITERATURVERZEICHNIS: 1. *Bischoff, A.*: Erfahrungen mit der Tumorzell Diagnostik im Liquor cerebrospinalis. Acta neurochirur. (Wien) 9, 510 (1961). – 2. *Böcker, F. u. G. Gross*: Liquorveränderungen bei Hirntumoren. Acta neurochirur. (Wien) 15, 28 (1966). – 3. *Engelhardt, P., H. Zobl u. K. Richter*: Die Artdiagnose von Tumoren des Zentralnervensystems. J. Neurol. 211, 203 (1976). – 4. *Kölmel, H. W.*: Liquorzytologie. Springer-Verlag Berlin-Heidelberg-New York 1978. – 5. *Locoge, M. and J. N. Cumings*: Cerebrospinal fluid in various diseases. Brit. med. J. Nr. 5071 (1958). – 6. *Oehmichen, M.*: Cerebrospinal Fluid Cytology. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1976. – 7. *Peter A.*: Liquorzytologische Probleme bei Karzinomen des Zentralnervensystems. Psychiat. Neurol. (Basel) 152, 327 (1966). – 8. *Sayk, J.*: The cerebrospinal fluid in brain tumours. In: Handbook of clinical Neurology. Vinken, P. J., Bruyn, G. W. (eds.) Amsterdam: North-Holland Publ. 1974, Vol. XIII. – 9. *Schmidt, R. M.*: Der Liquor cerebrospinalis. VEB Verlag Volk u. Gesundheit, Berlin 1968. – 10. *Wieczorek, V.*: Erfahrungen mit der Tumorzell Diagnostik im Liquor cerebrospinalis bei primären und metastatischen Hirngeschwülsten. Dtsch. Z. Nervenheilkunde 186 (1964), 410 u. Habilschrift: Jena 1969.

V. Wieczorek és G. Schock: Intrakranialis daganatok liquorcytológiai lelete.

A liquorsejtdiagnosztika egyéb vizsgálati leleteknek értékes kiegészítője lehet és alapvető felvilágosítást nyújthat.

Klinikai jelentőségét meghatározza, hogy a tumorsejtek kimutatása egyéb vizsgálati eljárásokat vagy idegsebészeti beavatkozást feleslegessé tehet. Ezért a sejtvizsgálat nélkülözhetetlen nem tisztázott gócos folyamatok és egyéb neuropsychiátriai tünetek esetében.

Cisztás kisagydaganat két fiútestvérben

MÉSZÁROS ISTVÁN dr., MÉREI F. TIBOR dr. és BODOSI MIHÁLY dr.

Az idegrendszer daganatos megbetegedéseinek genetikai meghatározottsága – s így öröklésük lehetősége – ma is vita tárgyát képezi.

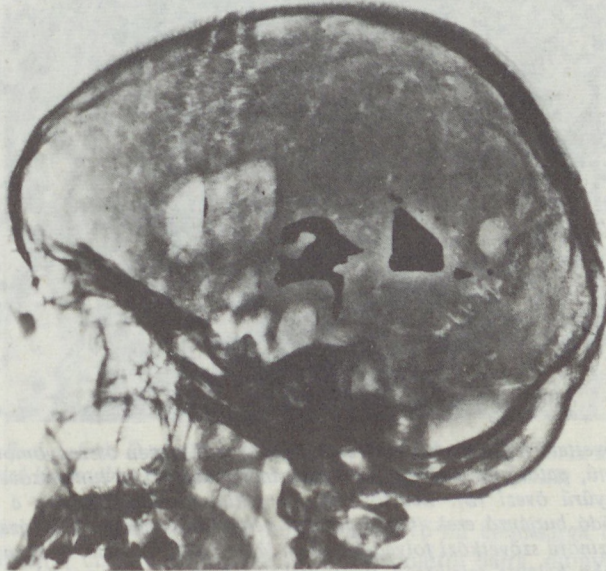
Úgy tűnik, bizonyos tumorfajták esetében, mint a retinoblastoma, neurofibromatosis, sclerosis tuberosa, haemangioblastoma az autoszomális domináns, változó penetranciájú öröklődés elfogadható, míg medulloblastoma és meningeoma esetében – genetikai bizonyosság hiányában – csupán halmozott családi előfordulásról beszélhetünk (*Bickenstaff, Conolly és Woolf, 1967; Armstrong és Hanson, 1969; Cooper, 1971; Julow, Pásztor és Váczi, 1972; Julow és Pásztor, 1975; Yamashita, 1975; Jänisch, Schreiber és Götert, 1976; Horváth, 1979*). A fentiekén túl azonban számos daganattípus – elsősorban gliomák – családon belüli gyakoriságáról található közlés az irodalomban (*Parkinson és Hall, 1962; Gödény és Sorszegi, 1968; Kaufman és Brisman, 1972; Isamat, Miranda, Bartumeus és Prat, 1974; Schoenberg, Glista és Reagan, 1975; Motz, 1977; Thomas, Adams és Doyle, 1977*). Ezen esetek nagyrésztében az egyes családtagok különböző szöveti szerkezetű tumorairól van szó.

Az említettek alapján indokoltnak véljük két kisgyermeki astrocytomás fiútestvér esetének ismertetését, ahol a családi előforduláson túl azonos lokalizációjú és szöveti tulajdonságú cisztás tumort találtunk, s ez ilyen összeállításban az irodalomban egyedülállónak tűnik.

Esetismertetés

A családi anamnézis minden vonatkozásban negatív, sem daganatos, sem fejlődési zavarra utaló megbetegedés, tudomásunk szerint, nem fordult elő. A szülők és a másik három testvér egészségesek. Az öt testvér közül az alább ismertetendő két fiút vizsgáltuk:

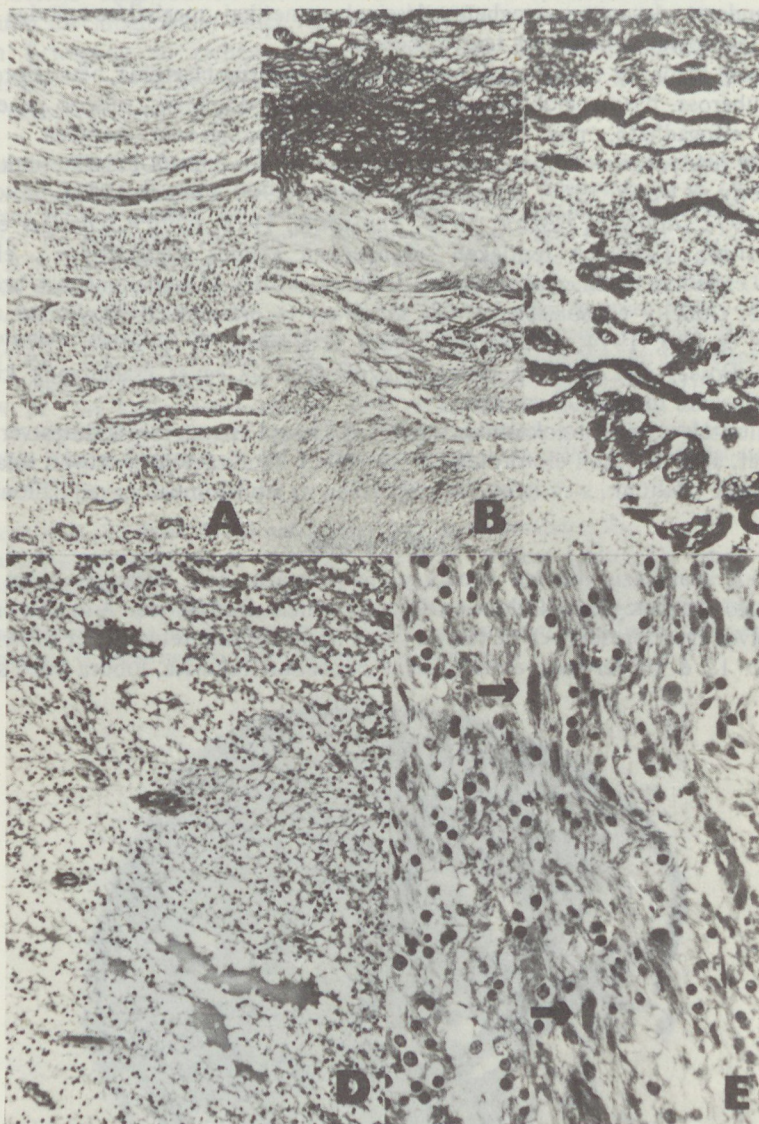
1. O. L. 12 é. fiú felvétele előtt 3 héttel kezdődött fejfájása, jobbra húzó szédülése.



1. ábra. 1. eset (O. L. 12 é. fiú). Frontalis katéteres Myodilventriculográfia: az aqueductus tágult, előrehelyezett, középmagasságban elzárt

A fejfájás rövidesen kifejezetté vált, melyhez hányinger, hányás társult, pár nap múlva járása bizonytalan lett. A kaposvári Megyei Kórház Gyermekosztályára került, ahonnan hátsó koponyagödri térfoglalás gyanúja miatt küldték a pécsi Idegsebészetre.

Vizsgálatakor a szokottnál nagyobb, duzzadt emlőkön kívül belszervi eltérés nincs. RR: 120/80 Hgmm, P: 68/min. Idegrendszer: tarkó szabad, fejét jobbra döntve tartja,



2. ábra. 1. eset szövettani feldolgoása. A cisztás daganat széli részén összenyomott kisagyállomány, alatta laza szerkezetű, patológiás erekben gazdag daganatszövet (A). A tumorszövetet az ép és kóros határán astrocyta-gyűrű övezi (B). Ezüstözéssel jól feltűnethetők a kóros, a „tumorfelszínnel” párhuzamosan húzódó burjánzó erek (C). A daganat néhol laza szerkezetű, hálózatos, astrocytákból álló, helyenként eozinofil szövetközi folyadékgyülem látható (D). A széli részeken a sejtek hosszanti rendezettségük, több helyütt található Rosenthal-rostok (nyíl) a spongioblastomára emlékeztető daganatállományban (E). (A, D, E: hematoxilin-eozin festés) (B: Gallyas-féle reaktív glia ezüstözés) (C: Gallyas-féle kötőszöveti ezüstözés) (A, B és C 125 ×, D 200 × E 400 ×)

szemfenéken mk. o. 2 D-nyi pangás. Testszerte hipotónia, a j. o. felső végtagon adiadochokinesis. Romberg-helyzetben jobbra-hátra dől, vakjáráskor jobbra tér el. Bárány kísérletnél jobbra félremutat. Enyhén somnolens.

A koponyáról készített röntgenfelvételeken kífokú varrat-diastrasis látható. A felvételt követő napon ventriculográfiát végeztünk (1. ábra), amelyen az aquaeductus középmagaságban elzárt és előrehelyezett volt.

A lelet értelmében suboccipitális feltárást készítettünk és zömmel a jobb kisagyféltekében elhelyezkedő, 30 ml élénksárga, hamar megalvadó cisztafolyadékot tartalmazó tumorra találtunk; a zölddiónyi szürkés-vörhenyes murális csomó a középvonalhoz közel, az orális vermis táján helyezkedett el.

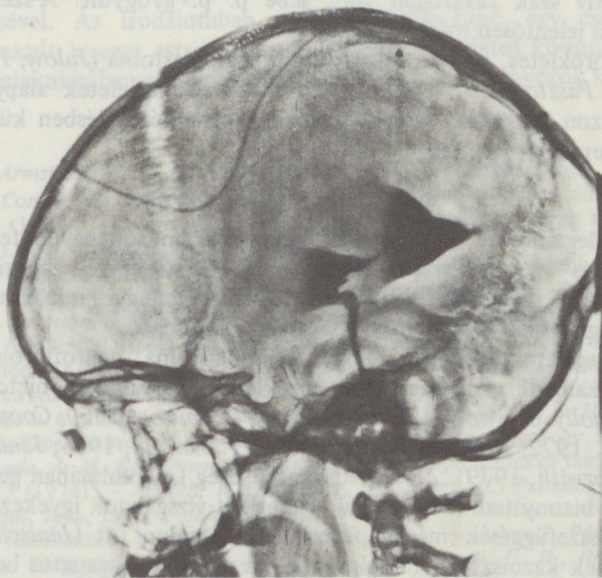
A daganat szöveti készítményekben kisagyi astrocytomának bizonyult (2. ábra).

A posztoperatív lefolyás zavartalan volt, sebe szövődménymentesen gyógyult. Szédüléssel panaszai, mozgászavara hamarosan megszűnt. A beteg 3 évvel műtete után panaszmentes.

2. O. B. 6 é. fiúnak (előző beteg testvére) két hónappal felvétele előtt időszakosan hányingere volt, szédült, majd átmeneti panaszmentesség után állapota rohamosan romlott, fejfájás, hányinger, hányás jelentkezett. Ekkor a nagyatádi kórház gyermekosztályára került, ahonnan kisagyi térfoglalás gyanújával küldték a pécsi idegsebészetre.

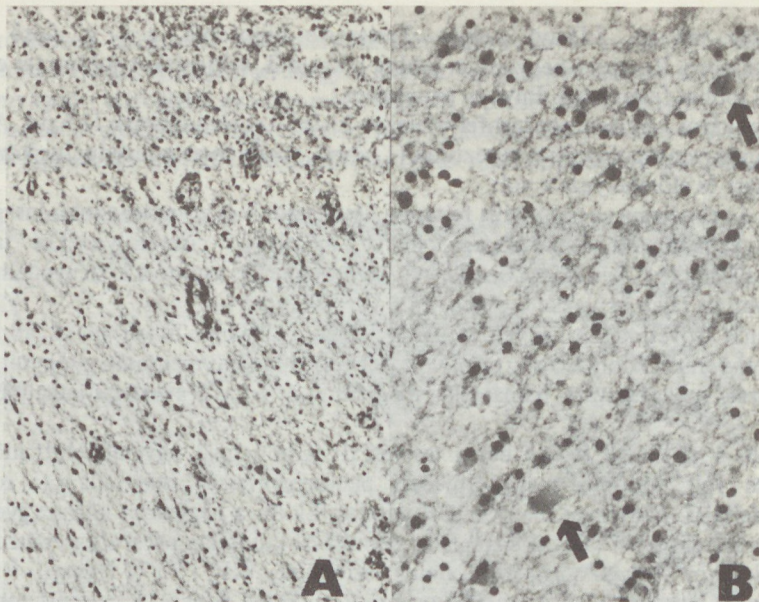
Vizsgálatakor belszervi eltérést nem észleltünk, RR: 90/70 Hgmm, P: 74/min. Idegrendszer: tarkó szabad, szemfenéken mk. o. 2 D-nyi pangás. Kifejezett törzs ataxia, mk. o. adiadochokinesis, széles alapú járás. Éber, kissé meglassult.

A koponyáról készített röntgenfelvételeken kífokú varrat-diastrasis látható. Ventriculográfiát végeztünk, szimmetrikus, tágult kamrarendszer rajzolódott ki, az aquaeductus szögletben tört, előre helyezett, középmagasságban elzárt (3. ábra).



3. ábra. 2. eset (O. B. 6 é. fiú). Frontális katéteres Amipaque ventriculográfia: az aquaeductus tágult, előre helyezett, az alsó harmadban fokozatos elzáródás, a IV. kamra nem telődik

Műtét alkalmával a j. kisagyfélteke punkciójánál 15 ml élénksárga cisztafolyadékot nyertünk. A kisalmányi cisztát megnyitva, a középvonaltól balra, diónyi barnás murális csomót találtunk és távolítottunk el. A daganat szöveti vizsgálatok során kisagyi astrocytomának felelt meg (4. ábra).



4. ábra. 2. eset biopsziás anyagában a laza szerkezetű daganatszövetben (A) több helyütt láthatók a szöveti kóristémát megerősítő Rosenthal-rostok (nyíl) (B). (A és B hematoxilin-eozin festés; A 200 ×, B 60 ×)

A posztoperatív szak zavartalan volt, sebe p. p. gyógyult. A szemfenéki pangás megszűnt, ataxiája jelentősen mérséklődött.

Az igazoltan örökletes, azonos lokalizációjú angioblastoma (Julow, Pásztor és Váczi 1972; Julow és Pásztor, 1975) lehetősége a szövettani leletek alapján biztonsággal kizárható. Mindazon tényezők, melyeket ma a daganatképződésben külső tényezőként említenek meg, nem merültek fel.

Megbeszélés

A központi idegrendszer daganatainak képződésében sok egyéb feltételezett, vagy igazolt endogén és exogén kiváltó tényező mellett, az egyre szaporodó kazuisztikai közlések és az átfolyó családi statisztikai felmérések adatai egyre inkább előtérbe helyezik egyed daganatok genetikai meghatározottságának lehetőségét.

Az eddigi vizsgálatok igazolták, hogy retinoblastoma, neurofibromatosis, sclerosis tuberosa és haemangioblastoma esetében örökletes tényezőknek biztosan szerepe van (Bickenstaff, Conolly és Woolf, 1967; Armstrong és Hanson, 1969; Cooper, 1971; Julow, Pásztor és Váczi, 1972; Julow és Pásztor, 1975; Yamashita, 1975; Jänisch, Schreiber és Götert, 1976; Horváth, 1979). A többi daganatféleség kialakulásában genetikai tényezők szerepét ez ideig bizonyítani nem sikerült. Kiterjedt vizsgálatok igyekeznek ezt a kérdést tisztázni s az összefüggések megállapítása több vonalon fut (Jänisch, 1976); családi előfordulású esetek kazuisztikai feldolgozása, ikerkutatás, daganatos betegek rendszeres családvizsgálata és epidemiológiai vizsgálatok (ethnikai csoportok prediszpozíciójának tisztázása) révén.

Az idegsebészeti patológiával is foglalkozó intézetek ezen témakörrel kapcsolatos elsődleges feladata az esetek kazuisztikai ismertetése.

A gliomák családi előfordulásáról nagyszámú közlemény jelent meg, legtöbb esetben gliomához társuló glioblastomákról történik említés. Mindezekről igen értékes összefoglaló munkát közöltek Schoenberg és mtsai (1975).

Van der Wiel (1959) és Metzel (1964) adatait több szerző idézi (Kaufman és Brisman, 1972; Isamat és mtsai, 1974; Schoenberg és mtsai, 1975; Yamashita, 1975); ők gliomás betegek családvizsgálatai során – az átlag populációhoz képest – négy, ill. tízszeres gyakoriságúnak találták az agydaganatos megbetegedést. Ezen szám adatok is endogén tényezők jelenléte mellett szólnak. Ugyancsak erre utal különösen ikerpárok eseteiben a tumorok azonos életkorban történő jelentkezése. A vércsoportok és agytumrok összefüggéseiről is jelentek meg közlések (Selverstone és Cooper, 1961; Garcia és mtsai, 1963).

A cisztás kisagyi astrocytomák szövettani jellegzetességeiről, a daganatképződés helyéről (Kuhlendahl, 1975), valamint a késői utánvizsgálatok eredményeiből levonható következtetések (Gjerris és Klinken, 1978; Gjerris, 1978) irodalma közismert.

Családi előfordulású cisztás kisagyi astrocytomáról az általunk elérhető irodalomban nem találtunk adatot (DeLong és Adams, 1975). Egyetlen hasonló esetről számol be Kaufman és Brisman, (1972), akik testvérpárnál malignus pontin astrocytomát, ill. kisagyi astrocytomát írtak le (mindkettő a mai értelemben pilocytás astrocytomának – régi megfogalmazás szerint poláris spongioblastomának – tartható).

Esetünkben két fiútestvérnél azonos lokalizációjú és szöveti szerkezetű kisagyi astrocytomát találtunk. Mindkettő vércsoportja „A” Rh poz. A testvérek hátsó koponyagödri daganatának kialakulásában – a tumorok nagymértékű hasonlatossága miatt – sokkal inkább felmerül a genetikai faktorok szerepe, mint a véletlen egybeesés lehetősége.

Összefoglalás

Szerzők fiú-testvérpár azonos elhelyezkedésű és szöveti szerkezetű cisztás kisagyi astrocytomájának ismertetése kapcsán foglalkoznak az idegrendszeri daganatok örökletes voltának kérdésével. Az irodalomban egyedülállónak tűnő, egy családon belül két gyermeknél kialakult kisagyi astrocytoma ismertetésével adatot kívánnak szolgáltatni az agydaganatok kialakulásában esetleg szerepet játszó genetikai tényezők kérdéséhez.

IRODALOM: *Armstrong, R. M., Hanson, C. W.*: Familial gliomas. *Neurology* 19, 1061 (1969). – *Bickerstaff, E. R., Conolly, R. C., Woolf, A. L.*: Cerebellar medulloblastoma occurring in brothers. *Acta Neuropath.* 8, 104 (1967). – *Cooper, J. R.*: Brain tumors in hereditary multiple system hamartomasis (tuberous sclerosis). *J. Neurosurg.* 34, 194 (1971). – *DeLong, G. R., Adams, R. D.*: Clinical aspects of tumors of the posterior fosse in childhood. In: *Handbook of Clin. Neurol.* Edit.: P. J. Vinken, G. W. Bruyn. Vol. 18. Part III. pp. 387–411. North Holland Publ. Co., Amsterdam–Oxford, 1975. – *Garcia, J. H., Okazaki, H., Aronson, S. M.*: Blood group frequencies and astrocytomata. *J. Neurosurg.* 20, 397 (1963). – *Gjerris, F.*: Clinical aspect and long term prognosis of infratentorial intracranial tumours in infancy and childhood. *Acta Neurol. Scand.* 57, 31 (1978). – *Gjerris, F., Klinken, L.*: Long term prognosis in children with benign cerebellar astrocytoma. *J. Neurosurg.* 49, 179 (1978). – *Gödény, S., Sorszegi P.*: Connatalis medulloblastoma? *Ideggyógy. Szle* 21, 283 (1968). – *Horváth Z.*: Adatok a kisagy angioblastomájának szövettanához: családi előfordulás kapcsán. *Ideggyógy. Szle* 32, 172 (1979). – *Isamat, F., Miranda, A. M., Bartumeus, F., Prat, J.*: Genetic implications of familial brain tumors. *J. Neurosurg.* 41, 573 (1974). – *Jänisch, W., Schreiber, D., Götert, H.*: Pathologie der Tumoren des Zentralnervensystems. Jena, 1976. – *Julow, J., Pásztor E., Váczi P.*: Lindau tumor két nemzedéken át következő családi előfordulása. *Ideggyógy. Szle* 25, 82 (1972). – *Julow J., Pásztor E.*: Cerebellaris haemangioblastoma. *Ideggyógy. Szle* 28, 371 (1975). – *Kaufman, H. H., Brisman, R.*: Familial gliomas. *J. Neurosurg.* 37, 110 (1972). – *Kuhlendahl, H., Stockdorph, O., Hübner, G.*: Zur nosologischen Stellung und histologischen Herleitung des sogenannten Kleinhirnastrocytoma. *Acta Neurochir* 32, 235 (1975). – *Motz, I. P.*: Astrocytoma in three sisters. *Neurology* 27, 1038 (1977). – *Parkinson, D., Hall, C. W.*: Oligodendrogliomas simultaneous appearance in frontal lobes of siblings. *J. Neurosurg.* 19, 424 (1962). – *Selverstone, B., Cooper, D. R.*: Astrocytomas and ABO blood groups. *J. Neurosurg.* 18, 602 (1961). – *Schoenberg, B. S., Glista, G. G., Reagan, T. J.*: The familial occurrence of glioma. *Surg. Neurol.* 3, 139 (1975). – *Thomas, M., Adams, I. H., Doyle, D.*: Neuroectodermal tumors in the cerebellum in two sisters. *J. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 40, 886 (1977). – *Yamashita, J.*: Medulloblastoma in two brothers, *Surg. Neurol.* 4, 225 (1975).

И. Месарош, Т. Ф. Мереи, М. Бодоши: *Кистозная опухоль мозжечка у двух братьев*

В связи с описанием кистозной астроцитомы мозжечка тождественной локализации и гистологической структуры у двух братьев, авторы рассматривают вопрос наследственности опухолей нервной системы. Изложением — кажется — беспримерного в литературе случая астроцитомы мозжечка у двух детей в одной семье, авторы желают представить данные к вопросу генетических факторов, возможно играющих роль в деле возникновения опухолей мозга.

I. Mészáros, F. T. Mérei und M. Bodosi: *Zystische Kleinhirngeschwulst bei zwei Brüdern*

Bei zwei Brüdern wurde zystisches Kleinhirnatrozytom in gleicher Lokalisation und von gleicher histologischer Struktur gefunden. Diese Beobachtung scheint in der Literatur über die Rolle von genetischen Faktoren bei Hirngeschwülsten allein zu stehen.

HALOPERIDOL

injekció, tableta, cseppek

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

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

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

ELLENJAVALLATOK: Izomtónus fokozódással járó extrapyramidalis megbetegedések és az anamnezisben megismert ilyen jellegű mozgászavarok. Depressiók és depressív hangulattal járó elmeegógyászati tünetcsoportok.

ADAGOLÁS: Az injekció alkalmazása általában akkor javallt, amikor az orális adagolás valamilyen okból lehetetlen (pl. nagyfokú agitatio). Adagja ilyenkor intramuscularisan 1 ampulla (5 mg). Felnőttek átlagos orális napi adagja 4,5—18,0 mg (3—12 tabl.), az egyéni türeklépesség és szükséglet figyelembevételével, egyenlő részekre elosztva.

Gyermekek napi orális dózisa 5 éves korig (1/3—2/3 tableta vagy 5—10 csepp); 6—15 korig 1—2 mg (10—20 csepp).

Krónikus hányásban általában 2×10 cseppet (2 mg) adnak naponta.

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

A Haloperidolt ne alkalmazzuk; együtt:

- anticholinerg készítményekkel (növekedhet az intraocularis nyomás)
- központi idegrendszeri bénítókkal (hatásfokozódás)
- MAO inhibitorokkal (hatásfokozódás)
- antihipertenzívumokkal (hatásfokozódás)
- Tricyclikus, depressió elleni szerekkel
- Orális anticoagulansokkal együtt adva újra be kell állítani a beteg anticoagulans adagját.

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

MEGJEGYZÉS: ✕ A tablettát és a cseppeket az orvos akkor rendelheti, ha azt a területileg, illetőleg szakmailag illetékes fekvőbetegellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

Az injekciót az a szakrendelés (gondozó) szakorvosa rendelheti, aki a gyógyszer javallatai szerinti betegség esetén a beteg gyógyszerelésére területileg és szakmailag illetékes.

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

CSOMAGOLÁS:

5 ampulla (1 ml)

50 tableta

1 üveg (10 ml)

téritési díj: 2,20 Ft

téritési díj: 2,10 Ft

téritési díj: 2,60 Ft



KŐBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR



EUNOCTIN[®]

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 10 mg nitrazepam.-ot tartalmaz.

HATÁS: A limbicus rendszerben, elsősorban a hippocampuson át ható altató, mely ezen központi idegrendszeri functionális központok ingerküszöbét emelve akadályozza az élettani alvást gátló emotionalis ingerek érvényre jutását, így elősegíti a physiologiai alvást. Elaltató hatása 30—50 perccel az oralis adagolás után fejlődik ki és 6—8 óráig tart. A polysynapticus gerincvelői reflexek gátlása útján izomrelaxans-hatást is kifejt. A harántcsikolt izmok tónusos-clonusos görcsét oldja, anticonvulsiv hatása is van.

JAVALLATOK: Különböző eredetű alvászavarok, álmatlanság. Izomtónus-fokozódással járó organicus neurológiai megbetegedések. Fokozott psychés feszültséggel, szorongással járó psychiatriai kórképek, fekvőbeteg-gyógyintézetben kiegészítő kezelésére.

ELLENJAVALLAT: Myasthenia gravis.

ADAGOLÁS: Felnőtteknek este $\frac{1}{2}$ —1 tabletta (5—10 mg) — idős, legyengült egyéneknek $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ tabletta (2,5—5 mg) —, csecsemőknek és gyermekeknek 0,25 mg/kg. Az organicus neurológiai és psychiatriai kórképekben alkalmazandó dosist esetenként kell meghatározni.

FIGYELMEZTETÉS: Az Eunoctin hatását az alkohol potenciálja, ezért az Eunoctin-kúra során az alkoholfogyasztást kerülni kell. Más, központi idegrendszerre ható szerekhez hasonlóan a terhesség első harmadában az Eunoctin tabletták alkalmazása nem ajánlatos. Eunoctin bevétele után 10—12 óráig gépkocsit vezetni, magasban, veszélyes munkahelyen dolgozni nem lehet.

MEGJEGYZÉS: $\frac{17}{21}$ Csak vényre kiadható és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

CSOMAGOLÁS: 10 tabletta. Térítési díj: 2,— Ft.



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST



A Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Kórház (Miskolc, Szentpéteri kapu) I. Pszichiátriai Osztályának (osztályvezető főorvos: Pisztor Ferenc dr.) közleménye

Szociálpszichiátriai szempontok Schwartz Ferenc és Babarcsi Schwartz Ottó etiopatogenetikai szemléletében, összefüggésben a XIX. század és a monarchia időszakának hazai társadalmi életével és eszmevilágával*

I. rész

PISZTORA FERENC dr.

Schwartz Ferencnek és fiának, Ottónak az élete, tevékenysége, valamint közéleti működése egybeesett hazánk XIX. századi és XX. század eleji – társadalmi, gazdasági előrelépésekben és megrázkódtatásokban egyaránt oly gazdag – történetével.

Az idősebbik Schwartz egyszerű uradalmi kádár gyermekeként 1818. nov. 24-én született a Baranya megyei Babarcon. Nem egészen 71 évre terjedő életének (+ 1889. márc. 2.) első harminc évében tanúja lehetett a magyar köznemesség ismételt szembefordulásainak a Habsburg uralmi törekvésekkel, számos parasztmozgalomnak és zendülésnek, s egyben a tőkés ipari fejlődés kibontakozásának is.

De Schwartz Ferenc nemcsak a hazai belpolitikai élet viharos eseményeiről szerezhett személyes élményeket. *Horánszky* [19] a két Schwartzerről írt – mindeddig a legkimerítőbb, legalaposabb, közvetlenül forrásanyagokra támaszkodó – tanulmányából tudjuk, hogy Schwartz Ferenc a Bécsi Egyetemen nyert orvosi oklevelet 1844-ben, s 1848. ápr. 4-étől júl. 9-ig államköltségen tanulmányozott számos cseh, német, belga, angol és francia elmeógyógyintézetet. Nyitott szemmel utazva Európában, s beszélve latinul, németül, franciául, olaszul és szerbül, módja nyílt tájékozódni a monarchián belüli és kívüli országok politikai helyzetéről és társadalmi fejlődéséről, s problémáiról is.

Magánelmeógyógyintézetének kezdeti időszaka (Vác, 1850. nov. 13-i megnyitással, majd a budai Kékgolyó utcában 1852. jan. 1-i folytatással) az önkényuralom korszakára esik. Ezt követően – a politikai konszolidálódással szinte párhuzamosan – Schwartz Ferenc egyéni tudományos és közéleti karrierje is nekilendült: 1855-ben a Helytartótanács kinevezte az állandó Közegészségügyi Bizottság tagjává, amelynek a későbbiekben elmeügyi előadója is volt; 1861-ben a pesti egyetem magántanára lett, s ezen minőségében egészen 1866-ig ő adta elő az elmeógyógyászatot, nem kötelező tantárgy formájában (*Szinnyei* [64]); 1864-től Buda város tanácsának a tagja, s *Horánszky* [23] szerint később a fővárosi törvényhatóságba is beválasztották. Intézete vezetését 1877-ben átengedte a fiának, s 1889-ben át is íratta Ottóra.

Életpályája utolsó 22 évét már a kiegyezés után létrejött monarchia társadalmában élte le. Ezen időszakban tanúja lehetett a kiegyezés ellenfelei által szított ádáz politikai harcoknak, az egyházpolitikai küzdelmeknek, a fokozódó iparosításnak, a vasúti fővonalak kiépítésének, a nagybankok és takarékpénztárak létrejöttének, valamint a szocialista munkásmozgalom kezdeteinek, az 1878-as balkáni háborúnak, s Bosznia és Hercegovina okkupációjának.

A közélet akkori pezsgését, a belpolitika mozgalmasságát szemléletesen írja le *Kolossa* [31]: „Az önkényuralom hosszú évei után az alkotmányos szabadság bevezetése a társadalmi-politikai élet gyors megélénküléséhez vezetett. Tömegesen alakultak különféle társadalmi egyesületek, körök, gyakoriak voltak a népgyűlések. A közélet fellendülése során egyre erősebben nyilvánult meg a kiegyezés ellenzéke. A politikai szabadság légkörében sok elfojtott keserűség, elszenvedett sérelem tört felszínre...” Mindennek eredményeképpen – *Török* [67] megállapítása szerint – „... az idegen uralom átka, a szenvedélyes ellenzéki pártlan hevességű összeütközésekre vezetett a parlamentben.”

* A Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága és a Magyar Orvostörténelmi Társaság által közösen rendezett Babarcsi Schwartz Ferenc és Ottó emlékülésen, Budapesten, 1979 V. 24-én elhangzott előadás alapján írt tanulmány

A Schwartzter családban honos közéleti és társadalomtudományi érdeklődést mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy a dinasztia alapító atya mindkét fia döntően humán érdeklődésű volt, s ez határozta meg pályaeorientációjukat is.

A korán, 22 éves korában elhunyt Schwartzter Géza a budapesti egyetemen a török, a perzsa és az arab nyelveket tanulmányozta. A másik fiú, s egyben a későbbi szakmai örökös, Schwartzter Ottó először rövid ideig jogot hallgatott – ami egész későbbi tudományos pályafutása során érezte a hatását, amennyiben mindvégig előszeretettel foglalkozott törvényszéki és közigazgatási elmekörtannal –, s csak azután lett orvostanhallgató.

Schwartzter Ottó hatvan évet felölelő élete (szül. Budán, 1853. dec. 22-én, meghalt Budapesten, 1913. okt. 21-én) során tüneményesnek mondható szakmai és közéleti karriert futott be. Gyógyító, tudományos, szervező és adminisztrátori tevékenységében egyaránt atyja hű és eredményes követőjének bizonyult.

A Schwartzter-féle magánelmeógyógyintézetet nem sokkal orvosdoktori oklevele elnyerése és rövid berlini tanulmányútja után, 1877-ben vette át, s eleinte atyja egy másik tanítványával – és egyben sógorával –, Lechner Károllyal, a későbbi híres kolozsvári professzorral együtt irányította. Az intézet vezetésétől csak 1910-ben vált meg, amidőn is az egy részvénytársaság tulajdonába ment át.

Tudományos téren számos tanulmány és néhány úttörő jelentőségű monográfia szerzője, ezenkívül 1885 óta a budapesti egyetem jogi fakultásán magántanári habilitációval a törvényszéki lélek- és elmekörtan előadója. A szakértői, a szakmapolitikai és a közéleti tevékenységből – atyjához e téren is hasonlóan – alaposan kivette a részét.

Schwartzter Ottó életének 60 évéből 47 esett a XIX. század második felére, s érett férfikorából 13 esztendő a XX. század kezdetére. Ily módon észlelője lehetett a monarchia bel- és külpolitikai eseményekben oly gazdag évtizedeinek, így pl. a magyarországi monopol-kapitalizmus kifejlődésének, a nagyüzemi munkásság létszáma megháromszorozódásának 1890 és 1912 között (*Unger-Szabolcs* [68]), a századforduló agrárszocialista mozgalmainak és harcainak, továbbá több százezer paraszt kivándorlásának, a nemzetiségi feszültségeknek, a századforduló minden eddigénél hevesebb parlamenti küzdelmeinek stb. (A politikai szenvedélyek hevességét mutatja e korszakban többek között a parlamenti ülésterem bútorzatának szétrombolása a Tisza Istvánnal szembekeverülő ellenzéki képviselők által 1904. dec. 13-án).

Apa és a fiú élettörténetének a tanulmányozása nyilvánvalóvá teszi tehát számunkra, hogy a két Schwartzter nemcsak a kortárs személyes tapasztalataiból ismerhette a monarchia közéleti eseményeit és mindennapi életét, de mint kiterjedt praxisú pszichiáterek, nap mint nap találkozhattak betegeik kórtörténeteinek az elemzése kapcsán koruk társadalmi, nemzetiségi stb. problémáival, feszítő ellentéteivel. Ezen túlmenően, mint fontos társaságokban irányító, vezető szerepet játszó *tudósoknak*, mint aktív *közéleti férfiaknak* és nem utolsó sorban, mint olyan *kivételezett helyzetű értelmiségieknek*, – akik a széles körű társadalmi kapcsolatokon és elismerésen kívül a legfelsőbb helyről jövő kegyekkel is el voltak halmozva –, feltétlenül betekintéssel kellett, hogy bírjanak a dualizmus kori magyar társadalom mélyebb összefüggéseibe, helyel-közel annak „műhelytitkaiba.”

Tudjuk, hogy Schwartzter Ferenc munkássága elismerésül magyar nemességet kapott, ezenkívül Ferenc József-rendet és magyar királyi udvari tanácsosi címet. Fia, Ottó még többre vitte: a legfelsőbb helyen is méltányolt érdemeire való tekintettel a III. osztályú vaskorona rendet kapta meg, majd 1900-ban szintén az udvari tanácsosi címet. Ezt követte 1905-ben főrendiházi tagsága, végül 1910-ben a bárói méltóságra való emelése. E főnemesítés súlyát és jelentőségét a monarchia társadalmi hierarchiájában akkor tudjuk igazán értékelni, ha figyelembe vesszük, hogy a bárói rangot értelmiségiek – s azok között is orvosok – csak egészen kivételesen kapták meg.

Tekintettel a kor gazdasági és technikai fejlődésben, valamint társadalmi átalakulásokban rendkívül gazdag történetére, továbbá figyelembe véve a két Schwartzternek az ezekkel kapcsolatos – fentebb vázolt – sokféle információs lehetőségeit, könnyen érthetővé válik a számunkra, hogy e kitűnő megfigyelő képességgel rendelkező klinikus-pszichiáterek, e mély elemzésekre képes tudósok és bőséges politikai tapasztalattal is

rendelkező közéleti férfiak érdeklődését nem kerülték el a pszichopatológia és az elmeorvoslás társadalmi vonatkozásai sem. Schwartzter Ferenc szociálpszichiátriai szemléletének és gyakorlatának – mert hiszen joggal beszélhetünk arról – a kialakításában azonban konkrét szereppel bírt még az 1848. évi, háromhónapos nyugat-európai tanulmányútja, s ennek során a kor néhány pszichiátriai kiválóságával való személyes találkozása.

Külön kiemelő e vonatkozásban K. A. Ideler-rel – akit jelentésében „a legelsőbb lélekvizsgálók egyikének” nevez (Horánszky [20]). – történt megismerkedése, Halle–Berlin-i útja kapcsán. K. A. Ideler 1839 óta volt professzor, s 1840-ben lett a Berlini Pszichiátriai Klinika igazgatója. Leibbrand és Wettley [34] 1818-ban publikálta „Der Wahnsinn in seiner psychologischen und sozialen Bedeutung”-című művét, és egy évvel Schwartzter Ferenc látogatását megelőzően, 1847-ben, Hallében a „Der religiose Wahnsinn”-t. K. A. Ideler szerint a „lélekgyógyászatban” mindenekelőtt a hangulati étlettel kell foglalkozni. A pszichiátriai megbetegedések az ő etiopatogenetikai koncepciójában rendszerint a megfélemlen, rendetlen szenvedélyekre vezethetők vissza, a szenvedélyek pedig végső soron a hangulati, a kedélyélet eltéréseire utalnak. (Moravcsik [36] is utal rá, hogy „... még a XVIII. században is a nagynevű Ideler az elmebántalmakat csupán elvadult szenvedélyeknek tartotta...”). A különféle heves szenvedélyek, s mindazok a szociális adottságok, amelyek illyesfajta szélsőséges és krónikus affektív-emotív feszültségeket produkálnak és tartósítanak, Schwartzter Ferenc kóroktani szemléletében is kiemelt jelentőséggel bírnak.

Schwartzter Ferenc és Ottó életművének átfogó és kimerítő méltatása még egy több órás akadémiai emlékbeszéd keretében is úgyszólván lehetetlen volna. Életművük oly sokrétű, érdemeik oly gazdagok, hogy azok későbbi méltatói joggal beszélnek szuperlatívuszokban róluk.

Moravcsik [35] pl. az idősebbik Schwartzterre így hivatkozott: „Schwartzter Ferenc, aki hazánkban nemcsak az első számottevő elmeorvosintézet megalapítója, de sokáig a hazai pszichiátria egyedüli irányítója és tudományos művelője is volt...” Egy másik tanulmányában [37] pedig ezeket írta róla: „... hogy ezen nagy tudású és széles látókörű szakember iránt mily nagy hálára van kötelezve a hazai orvosi tudomány, bizonyítja nemcsak azon körülmény, hogy elmebetegügyünk sorsát éveken át egymaga irányította, az elmekörtant tudományos alapon művelte, de hogy intézetében a hazai pszichiáterek egész sorát képezte ki, akik még most is a szakma legkiválóbb oszloposai. Itt nyerte szakismereteinek alapját a többi közt Bolyó Károly, Niedermann Gyula, Borosnyai L. Béla, Laufenauser Károly, Lechner Károly, Babarcsi Schwartzter Ottó, Konrád Jenő.” Hasonló szellemben nyilatkozik Szinnyei [65] is, aki mint az „elmeorvosászat tudományának magyarországi megalapító-járó” emlékezik meg róla. Horánszky [25] értékelése: „Schwartzter Ferenc a magyar pszichiátria megeremtője... Tanítványainak során végigtekintve pedig méltán mondhatjuk, hogy a magyar elmeorvosászat terebélyes fájának gyökere Schwartzter Ferenc volt.”

Babarcsi Schwartzter Ottóról pedig ugyancsak Moravcsik [39] mint „... a hazai pszichiátria egyik oszloposáról” beszél. Más helyen, a törvényszéki elmekörtant hazai fejlődését tárgyalva Moravcsik [38] ezt az értékelést adja: „De ezen szakma legkiválóbb fejlesztője Babarcsi Schwartzter Ottó volt nálunk, úgy az irodalom, mint a tanítás terén.” Horánszky [27] lényegében már csak megismétli az előbbi véleményt, amidőn így ír: Babarcsi Schwartzter Ottó úttörő munkása volt a magyar törvényszéki elmekörtantnak és az elmebetegügyi törvényhozásnak.” Parádi [44] emlékbeszédében a fiatalabbik Schwartzter közéleti működését taglalva kiemeli, hogy e téren az „... súlyos és nagy horderejű munkákat végzett.”

Felmérve a két Schwartzter életpályájának rendkívül széles horizontját, szükségzerű a következtetés, hogy egy dolgozat keretében le kell határolódni ezen életművek egyik vagy másik lényeges szektorának a tanulmányozására. Figyelembe véve a kort, amelyben éltek, s e két tudományos és közéleti férfiú aktív társadalmi érdeklődését, de nemkülönben a magyar pszichiátria szociokulturális klinikai szemléletben és praxisban meglehetősen szegényes történetét, számomra kézenfekvő, hogy ezúttal a két Schwartzter *szociálpszichiátriai nézeteire* (I.), majd *szocioterápiás gyakorlatára* (II.) irányítsam az érdeklődés reflektorfényét.

Schwartzter Ferenc szociálpszichiátriai szemléletének legértékesebb, legmaradandóbb és – egyben az utókor számára legérdekesebb – tanúbizonysága egyrészt az elmebetegségek etiopatogenezisére, másrészt a pszichopatológiai szindrómák és kórfarmák előfordulási gyakoriságának szociokulturális feltételezettségére vonatkozó nézeteiben található. Ezek a

nézetek tézis-szerű megfogalmazását az 1858-ban kiadott pszichiátriai tankönyvében (Schwartzter [52]) nyertek, amely, mint tudjuk, az első magyar nyelvű elmegyógyászati kézikönyv volt. A szociokulturális tényezők kóroktani és preformatív szerepét, valamint pszichiátriai epidemiológiai összefüggéseit illetően a szerző tanításaiból most csupán három, különösen lényegesnek tűnő vonatkozást emelnék ki:

Így mindenekelőtt a *kormányalak, a politikai mozgalmak és az uralkodó eszmék* jelentőségére kell rámutatni az elmebetegségeket „előkészítő” és „gerjesztő” okok között. Schwartzter, F. [54] értékelése szerint „... a legkevesebb elmebetegségek fordulnak elő Törökországban, Chinában és Mexicóban, mivel ezek legnagyobb zsarnokság alatt állnak, mely minden vitatkozást, és szenvedélyt elfojt. Másrészt a köztársasági és képviselői kormányforma, minthogy a szenvedélyeket szabadon ereszt, leginkább kedvez az elmebetegségek keletkezésének.” Míg a kormányalak csak előkészítő, „azaz preformatív okként lett értékelve, „... a politikai mozgalmak, valamint az uralkodó eszmék már nem előkészítő, hanem gerjesztő okok... Franciaországban a régi egyeduralkodás megszűntével több egyének az ijedség és javadalmaik elvesztése miatt lettek elmekórosakká. Mikor Napóleon trónokat alkotott és döntött meg, királyok és királynék is találtak a tébolydában. Franciaország (ti. németek általi) megszállásakor a rettegés sok elmekórt idézett elő, különösen vidéken.” És: „Nem kevésbé hatnak a nép mozgalmak, s államfelforgatási változások, mivel az értelmi erőt ingerlik, a szenvedélyeket felizgatják, felsarkantyúzzák a dicsvágyat, becsületérzetet, hirtelen változtatják a szerencsét és szerencsétlenséget, s oly sok egyén társadalmi állását felforgatják! Így volt ez Francia-, Angolország és Amerikában a forradalmak alkalmával; honunkból csak gróf Széchenyi István esetét említjük fel!”

Hasonlóképpen, az „egyes téboly, vagy részletes Órultság” („Monomanie”, „fixer, partieller Wahnsinn”) kóroktanában is Schwartzter, F. [56] döntő jelentőséget tulajdonít a túlzott ambícióknak és a megfékezetlen szenvedélyeknek. Így ír erről: „A részletes órultság oly megjegyzésre méltó tünet, melyet mindenkor csodálunk, hogy ember, ki mint a többi érez, ítél, cselekszik, egyetlen pontra nézve másképp érez, ítél és cselekszik... Az egyes tébolynál a szenvedélyek felmagasztaltak.... Az egyes tébolyiak barátai, s rokonaikhoz kevés hajlammal viseltetnek, mivel úgy vallási, mint politikai vakbuzgalom, s szerelmi szenvedélyek, vagy pedig képzelt szerencse, melyre magukat érdemesnek tartják, kormányozza őket.”

Schwartzter, F. az „egyes tébolyra” predisponáló alkati sajátosságokat, s a kiváltó okokat is felsorolja: „A vérmes és idegvérmes vérmérsékmenyű egyének, kik eleven túlzott képzelő erővel bírnak, vagy olyanok, kik csak bizonyos meghatározott eszmékkel vannak elfoglalva, vagy kik önzés, hiúság, kevélység, vagy önbecsből túlzott vágyakat, s ki nem vihető terveket táplálnak magukban, sokkal inkább hajlandók az egyes tébolyra, mint mások. Megjegyzendő, hogy az ily egyének valahányszor szép reményükben csalatkoznak, vagy szerencsétlenség érte őket, mindannyiszor megbetegülnek. Azért az valóban szerencsés ember, ki mérsékelt vágyakkal bír, s ki bármely gerjesztő ok által elmekóros lesz, nem fog egyes tébolyba esni, míg a nagyravágyó, kevély, vagy szerelmes, ki szerencsétlenségbe esett, vagy ki szerelme tárgyát elveszté, egyes tébolyba esik.”

A felfokozott érzelmi és indulati élet patogén szerepének, s a lelki egyensúlyt biztosítani hivatott egyéni és közéleti moralitás fontosságának ez az előtérbe állítása leginkább Schwartzter Ferenc személyes szakmai, közéleti és politikai tapasztalataiban gyökerezhetett, de nem szabad figyelmen kívül hagynunk a korabeli európai pszichiátria neves képviselőinek (Ideler, Rush, Müller, Heinroth, Guislain stb.) ilyen irányú – már említett – indíttatásait, szellemi befolyását sem (Kraepelin [32]).

Schwartzter Ferenc úgy az 1867-es kiegyezést megelőző évtizedekben, mint az azt követő esztendőkből szemtanúja lehetett a megütköző társadalmi osztályérdekek, a politikai pártharcok, a nemzeti és nemzetiségi küzdelmek szenvedélyeket felkorbácsoló és nem ritkán elmekóros reakciókhoz vezető hatásának. (Monarchia korabeli kórrajzanyagok feldolgozása alapján pl. a nőkérdés, a nemzetiségi problematika, valamint a tipikus társadalmi konfliktusok pszichopatológiai tükröződésével foglalkozik Pisztora és Farkas [47], Pisztora és Gál [49], s Pisztora, F. [51] tanulmánya.

Szemléletesen tárja elénk e korból a parlamenti és vármegyei szinten dúló belpolitikai harcok hevességét Szeberényi [63] leírása: „1867 után... nemsokára megindultak a választási harcok. A lenyűgözött politikai szenvedélyt – az új választási küzdelem bőségesen kárpótolta. A kortesvilág gyönyörűségeit most már nemcsak a nemes származású honfiak élvezték, hanem a falu egyszerű lakói is. Felújult a régi világ, kissé bővített kiadásban és fellendült a – talán sehol másutt annyira nem virágzó zászlóipar!”

A teljesség kedvéért mindenesetre meg kell említeni, hogy a politikai indulatok kórnmező hatására már Schwartzer Ferenc kortársai is felfigyeltek. Pándy [43] pl. a nagyszabedényi m. kir. állami elmegyógyintézet történetét ismertette, a következőket írta: „Az elmebetegségek okai között 1871-től kezdve az eddigi rendes tétel: „a politikai túlhajtások” (politische Überspannungen) többé nem szerepelnek.” A szociális etiológia és általában a „szociális elmeorvoslás” azután ismét különös hangsúlyt nyer a századforduló után Oláh [42] pszichiátriai koncepciójában és gyakorlatában. Mint írja: „... az elmebetegségek legvégső okai rejtettebbek, mint sejtenők... ellenszenvvel kötött házasságok több nemzedéken át megismételve, rossz terméseket követő inséges évek, megannyi távolabbi tényezői lehetnek az elmebetegségeknek. Közlebbi okoknak tekinthetők mindazon körülmények, melyek az elődök szervezetében mint az egészséget károsító faktorok szerepeltek: hiányos táplálkozás, túlfeszített munka, alkati idült betegségek, krónikus mérgezések, ezek között elsősorban az idült szeszmegezés, továbbá az elődök organikus fertőzése, végül az előre ment nemzedék szellemi élete, tartós bánat, meddő életküzdelem, nagy csalódások, szenvedélyek stb. – Ezen távolabbi és közlebbi okok sokféleségéből következik, hogy az elmebetegségek szociális prophylaxisát a gyakorlatban igen tágra kellene fogni és hogy az elmebetegség okai ellen való küzdelem tulajdonképpen együtt jár az általános jólét, művelődés, fejlett közegészségügy utáni törekvéssel...”

Szociálpszichiátriai szempontból a Schwartzer Ferenc-féle szellemi hagyaték másik fontos része a XIX. századi társadalom nőtagjaival, s azok pszichiátriai körképeivel kapcsolatos megállapításai. Ezekben az affektivitás döntő etiopatogenetikai szerepéről vallott nézetei még fokozottabb hangsúlyt nyernek. Könyvében így ír [53] e kérdésről: „A különböző nem szintén nem csekély befolyással van a kóralakra nézve; így a férfiaknál, hol a lélek amúgy is túlnyomóbb, több lelki betegségek, nőknél hol inkább az indulat uralkodik, inkább kedélyi betegségek lépnek fel.” Esquiról nyomán ő is vallja, hogy a „a nők a tébolyodottságra, vallási örültségre, szerelmi örvöngésre hajlandóbbak...” A „szerelmi örültséget, vagy szerelmi tébolyt” („Erotomanie, „Liebeswahnsinn”) világosan elkülöníti a „méhdühtöt” („Nymphomania”) és a „bujázkodástot” („satyriasis”). Schwartzer, F. [57] szabatosan definiálja a „szerelmi örültség” tünetani képét, s egyben rámutat arra is, hogy e körkép mely társadalmi rétegekben gyakoribb: „A szerelmi téboly oly idült agy bántalom, mely valamely ismert vagy ismeretlen egyén iránti túlzott szenvedélyű szerelem által jellemzi magát... Más esetben... oly személyekhez hajlanak, kik rangjuk, vagyonuk, vagy egyéb oknál fogva szenvedélyüket nem viszonozhatják, vagy nem is akarják, avagy nem is gyanítják, hogy ily érzet tárgyai, s gerjesztői... A szerelmi téboly a képzelőerő játéka által támad... itt a képzelő erő sériült, az ítélet ferde; oly kór ez, melynél a szerelmi eszmék megrögzének, s teljesen uralkodóvá lesznek... A heves szenvedélyek, s a kétségbeesés afőlött, hogy szerelmük tárgyát nem bírhatják, még is gyakran öngyilkosságra vezet i őket. A szerelmi téboly fiataloknál, és városokban fordul ugyan leginkább elő, de kivételkép meglepi az öregeket is, s néha a vidéki földművelő osztálynál is előfordul.”

Mindennek az okát abban látja, hogy az elmebetegségek a nőknél „... nagyobb érzékenységük által vannak igen elősegítve, és az által, hogy vágyaik, érzelmeik szűkebb korlátok közé szorítják; továbbá náluk elterjedtebb oly művek olvasása által, melyek képzelődésüket fölizgatják a nélkül, hogy elméjük hasonló mértékben fejlődnek, továbbá az ő inkább lankasztó, mint edző foglalkozásuk által.”

A nők társadalmi helyzete és paralysis progressívában való megbetegedésük gyakorisága között fennálló összefüggést taglalja a Schwartzer-féle magánelmegyógyintézet egy orvosának (Kiss [30]) már későbbi időszakból származó tanulmánya: „Az intézet az 1900. év közepétől 1903. év végéig felvett 608 beteget, kik közt paralysis 251 esetben fordult elő... Férfi-paralysis 243, női 8, a kettő közötti viszony 30,3 : 1. E két nembeli viszonyszám az alsóbb néposztályoknál nem ennyire elütő. Ott, ahol a nő létért való küzdelemben tevékeny részt vesz, nem vonhatja ki magát a vele járó azon vészhozó eshetőségek alól sem, melyeket a paralysis okai közé sorolunk. Míg a kedvezőbb szociális sorsban levő nők távol állván a mindennapi élet küzdelmeitől, mindazon tényezők befolyásának kitéve nincsenek.”

Schwartzter Ferenc helyesen látta meg, hogy a XIX. századi magyar nők vágyai és érzelmei, szakmai és társadalmi ambíciói ugyancsak korlátok közé voltak szorítva. Ezt mindennél meggyőzőbben bizonyítják a korabeli statisztikai adatok.

Így pl. még az 1880-as népszámlálás is a „Magyar korona országában” élő 7,9 millió nőből 5,8 millió családtagot, vagyis nem dolgozó nőt és gyermeket tartott nyilván. A dolgozó nők túlnyomó többsége is legfeljebb csak egyszerű, szolgai munkát végzett: 973 000-en voltak földművesek, 503 000-en napszámosok, s 384 000-en háziasszonyok. Az össznépszerűség százalékában megadva, a nők 63,21%-a sem írni, sem olvasni nem tudott. 1890-ben az értelmiségi keresetágakban dolgozó nők az értelmiségiekhez sorolható összes keresőnek csupán 15%-át tették ki.

Ami pedig a valóságos élettől elvonó, s csupán a szertelen fantáziát tápláló regényhabzsolást illeti, az a XIX. századi nők Európa-szerte észlelhető szenvedélye lehetett. Olyannyira, hogy *Kraepelin* [33] is hivatkozik a kór azon pszichiátereire, akik a regényolvasást a különböző pszichés kóroktani tényezők között sorolják fel. Így pl. *Vering* 1817-ben megjelent művében [69] egyenesen sajnálkozik azon, hogy „*néhány szerencsétlen nő agyát milyen nagy mértékben megzavarhatják a rossz regények, helyrehozhatatlanul megrontva saját életük józan használatát és élvezetét...*” *Müller* pedig 1824-ben fejti ki azon nézetét, mely szerint a leány-, és nőszobákban folyó túlbuzgó regényolvasás sokszorosan elmezavarokhoz vezethet [41].

A harmadik jelentősebb szociálpszichológiai vonatkozás, amellyel most foglalkozni kívánok, *Schwartzter Ferencnek* [55] az egyes mesterségekkel és foglalkozásokkal összefüggésben álló körülmények kór-előkészítő és kór-nemző szerepéről vallott felfogása. Ezzel kapcsolatban szó szerint a következőket írja: „*Minden mesterségnél az a kérdés, hogy mily fokban veszi igénybe a szenvedélyek izgatását, vagy a test megerőltetését. Az üzletvivők előbb egy jómódú osztályt képeztek a polgári társaságban, s ezért nem igen voltak kitéve az elmebetegség okainak. De most, midőn a kereskedő a legmerészebb vállalatokban bocsátkozik, s pár nap vagy meggazdagítja, vagy tönkre teheti, midőn minden politikai változás félelemmel vagy reménnyel tölti el – ez által ez osztály elveszté előbbi nyugalmát, s ép annyi elmekórost tud felmutatni, mint a művészek – és tudósoké.*”

A kézművesek és a művészek között különösen gyakorinak találta az elmebetegségek előfordulását. Ennek okát részben abban látta, hogy „*...csak kevesen részesülnek közülük oly nevelés és műveltségben, mely értelmi erejüket támogatná, míg képzelődésük folytonosan tevékeny és izgatott*”, részben pedig ismét a szenvedélyek gyakori és erős hullámszerűségét tartja felelősnek.

„*Alig van szenvedély – mint írja – mely behatásának a kézműves és művész alá ne volna vetve, s a legveszélyesebbek leginkább ostromolják őket, névszerint az irigység, sértett hiúság, bosszúság. Színészek, énekesek, zenészek annyiban vannak leginkább kitéve a kártékony befolyásoknak, amennyiben mindennapi felleptők viszálykodásba helyezik őket a szakértőkkel; de írók és költők is képzelődő erejük megerőltetéséért, s túlzott hiú vágyaikért gyakran lakolnak örültséggel.*”

Érdekes továbbá, hogy a takácsok körében különös hajlamot észlelt a „*komorkórra*” és az öngyilkosságra. Ennek oka szerinte az ülő életmódban, az észnek semmi változatosságot nem nyújtó egyforma foglalkozásban, s az üzlet bizonytalanságában rejlik. Részben ma is érvényes, amit a bányászok szociálpszichológiájáról és pszichiátriájáról ír: „*Különös figyelmet érdemel a bányászok kedély hangulata; ők a bányákban mindent nélkülöznek, mi életüket csak némiképp is kellemessé tenné, gyakran az egész napot egyedül töltvén, nélkülözik a társasélet kellemeit, s csak a felettük lebegő veszélyt ismerik; a folytonos ridegség andalgóvá, s komorrá teszi őket.*” Figyelemre méltó munkaegészségügyi megfigyelése még, hogy az indigóval dolgozó festők szomorúak és kedvetlenekké lesznek.

Az elsősorban törvényszéki pszichiátriai és közigazgatási elmeorvostani érdeklődéssel bíró Babarczy Schwartzer Ottó szociálpszichiátriai tudományos munkássága — érthetően — főképpen az elmeegészségügyi statisztika, s a szociális és kultúrepidemiológia felé irányult. E téren figyelmre méltó munkája [3] a hazánkban a nem hospitalizált elmebetegek és gyengeelműjük létszámára, s földrajzi, nemzetiségi, nemek stb. szerinti megoszlására vonatkozó összeállítás. A tanulmány célját tekintve a bevezetésben rámutat arra, hogy „... *míg az intézetekben elhelyezett elmebetegek statisztikája elsősorban is a szaktudománynak szolgál, addig az intézeteken kívül levő elmebetegek és hülyék statisztikája leginkább közigazgatási értékkel bír, s mint ilyen megállapítja a hiányokat és ellenőrzi a tett intézkedések eredményét.*”

Tanulmányában megállapítja, hogy az 1880-i népszámlálás alkalmával hazánkban 12 809 elmekóros (közülük 1322 volt intézetekben elhelyezve), s 18 000 hülye iratott össze. Az 1000 lakosra eső hülyék számában élen jártak *Fogaras* [45], *Pozsony* [32] *Moson* [30], *Szeben* [29] és *Győr* [26] megyék, feltehetően a „*vízrajzi helyzettel*” összefüggő endémiás cretenizmusnak betudhatóan. A legtöbb elmebeteg ugyanakkor a Duna–Tisza közén adódott. Nemzetiségi szempontból a két legműveltebb népcsoport, vagyis a magyarok és a németek között találták a legnagyobb számú pszichotikust, míg a tótok és a szerb-horvátok között a legkevesebbet. Hitfelekezetek szerint a zsidók között mutatkozott a legtöbb elmebeteg, ugyanakkor a legkevesebb gyengeelműjű; ennek pont a fordítottja érvényes a görög keleti ortodoxokra és a görög katolikusokra. A nemek terén a férfiak kisebb túlsúlya mutatkozott a pszichiátriai kórképekben, s erősebb az oligophréniákon belül. Feltűnő magas volt továbbá az elmebeteg özvegyek, s azokon belül is főleg a férfiak érintettsége.

A Schwartzer szociálpszichiátriai szemléletének tanulmányozásához — valamint általában a történeti szempontú szociokultúrpszichiátriai kutatásokhoz — továbbá felbecsülhetetlen értékű forrásanyagot jelentene a hét év híján közel száz évig működött (1852–1945) budai „*Magán Elme- és Idegyógyintézet*” kórrajztárának a feldolgozása. Miután azonban 1945-ben, a Buda azon részén különösen heves harcok során az intézet teljes irattára megsemmisült, ez a lehetőség végképpen lezárult a számukra. Mindazonáltal — más intézményekbe küldött és ott megőrzött kórlapmásokon révén — legalább tájékozódni tudunk a Schwartzer kórrajzszerkesztési elveiről, s azokon belül is a szociálpszichiátriai nézőpontokról.

Horánszky Nándor pszichiáter főorvos és kitűnő orvostörténész — akivel az 1976-ban bekövetkezett halálát megelőző év során volt alkalmam beható beszélgetést folytatni — úgyis, mint a Schwartzer családot és intézetet rokoni és munkatársi kapcsolatai folytán jól ismerő „beavatott”, elmondotta, hogy az 1880-as évektől kezdődően vezették be az előnyomatott kérdésekkel ellátott kórlapokat. Ezekből módomban volt egy 1884-ből, egy 1902-ből és egy 1916-ból származót (mindháromnak a nyomtatott szövege más!) tanulmányozni. Szociálpszichiátriai szempontból a legrészletesebb és legfigyelemreméltóbb az 1884-es minta. A kórelőzményre vonatkozó 51 kérdésből kb. 20 volt szűkebb vagy tágabb értelemben vett szociálpszichiátriai jellegű (pl. a szülőket vagy a beteget nem érték-e izgalom, lelki felindulás? Boldog volt-e a házasság? A terhesség alatt az anyánál fordult-e elő szellemi izgalom, bűn, gond, vagy kicsapongás? A meglett korban milyen volt a beteg jellege, temperamentuma, családi és szociális állapota, életmódja? A jelen betegsége házasságnak, foglalkozásnak s életmódnak volt-e befolyása? stb.); míg a „*jelen állapotot*” puhatoló további 42 kérdés között ilyenek is akadnak: Alvás, étkezés; Ethnikai öntudat? Ítélet? Felfogás? stb.

Tekintettel arra a körülményre, hogy a Schwartzer-intézetet túlnyomórészt az előkelőbb és a vagyonos osztályok pszichózisban megbetegedett tagjai keresték fel, s miután maguk a betegek, s hozzátartozóik is rendszerint értelmesebbek voltak, továbbá, mert a beküldő orvos részéről a beutalás is nagyobb gonddal, precízebb dokumentáció kíséretében történt, e fenti kérdések többnyire kitöltésre is kerültek, mégpedig a valóságnak megfelelő módon.

Ф. Пистора: *Социально-психиатрические установки в этиопатогенетическом воззрении Ференца Шварцера о Отто Бабарци—Шварцера в связи с общественной жизнью и с идейным кругозором XIX века и эпохи монархии. I часть*

F. Pisztora: *Sozialpsychiatrische Gesichtspunkte in den ätiopathogenetischen Ansichten von Franz Schwartzer und Otto Babarczy-Schwartzer im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Leben und der Ideenwelt der Monarchie und des XIX. Jahrhunderts I. Teil*

*A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Pszichiatriai Klinikájának
(igazgató: Juhász Pál dr. egyetemi tanár) közleménye*

A litium ion hatása a szérumban lévő fehérjék fluoreszcenciájára

MOLNÁR GYULA dr., DAJKA KLÁRA, BARACZKA KRISZTINA dr.

A litium sók terápiás indikációja az elmúlt évben tovább bővült. A kutatások pedig egyrészt a biokémiai hatásmechanizmus fel nem tárt részleteire, a nem várt hatásokra és az interakciókra irányulnak.

A litium sók idegrendszeri hatásain túlmenően ma már számos olyan biokémiai-farmakológiai effektus ismeretes, amelyek a litium krónikus adásának következményei. Ezek között sok feltárt jelenség nem függ össze a litium sók terápiás hatásával, vagy nem ismeretes a közvetlen összefüggés az elvárt klinikai hatással. Az ionháztartás változásain túl olyan endokrin effektusok is megfigyelhetők, melyek már mellékhatásként korlátozzák a terápiás indikációt, vagy a terápiás összehatás értékének rovására irandók.

Újabban enzimekre, a fehérjékre gyakorolt hatások feltárása is meggyorsult (Sun és mts. 1975, és Rosenbaum 1979).

Feltételezésünk szerint a litium sóknak a vér-fehérjékre gyakorolt hatásaival is számolnunk kell a hosszú időtartamú krónikus kezelések alatt.

A hipotézis megközelítésének egyik módja a fehérjék natív fluoreszcenciájának vizsgálata. A fluoreszcencia fiziko-kémiai karakterét ugyanis nagymértékben befolyásolják a tirozin és triptofán fehérjékhez kötött és szabad komponensei (Galley, 1976).

Ezt pedig – a fehérjék ion- és víztér interakcióján túl – összefügg a prekursorok, köztük a triptofán biogén hozzáférhetőségével, amelyet a litium is befolyásol.

Anyag és módszer

Vizsgálatainkat 24–63 éves korú olyan pszichiátriai betegcsoporton végeztük, amelyben mind a 26 beteg klinikailag kivizsgált és a profilaktikus litium kezelés terápiás céllal indokolt. A kivizsgálások során a vizsgálati csoportban kizártuk a kardiális dekompenzációt, a veseelégtelenséget és a hipotóniát.

A kezelés megkezdése előtt teljes hematológiai- és vizeletkontroll történt. A terápiás periódus alatt csak egy betegnél észleltünk fvs-emelkedést (lázás bronchitis). A kezelés előtt, majd a kezelés megkezdését követően kéthetenként, ill. a rövidebb kezelési időtartamú 4 betegnél hetenként 4–4 ml vért vettünk. A vérvételek számát elsősorban a kezelési időtartam határozza meg, a hónapok óta kezelés alatt álló betegknél 6–24 vizsgálat történt.

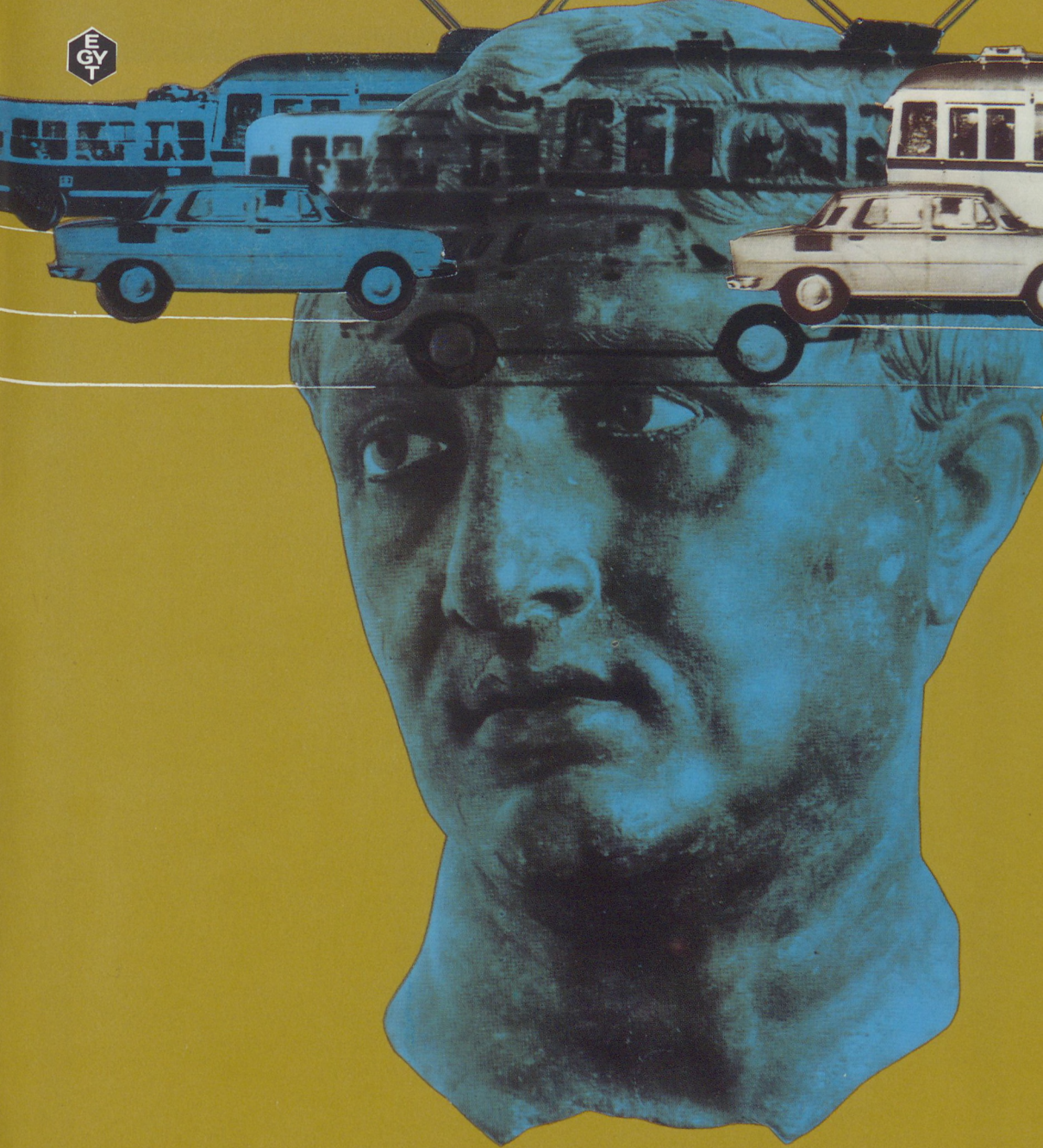
Minden betegnél a litium szint mérésével egyidejűleg szérumban lévő fehérje fluoreszcencia vizsgálatokat végeztünk. A fluoreszcencia vizsgálatokhoz a szérumban lévő litium koncentráció átlagai mellett kiszámítottuk a testsúly kg-ra számított napi dózisokat (I. táblázat).

A szérumban lévő litium szint méréseket Flapho-4 lángfotométerrel végeztük, a fluoreszcencia spektrumokat pedig Hitachi A-204 fluoriméterrel vettük fel.

Tekintettel arra, hogy a natív fluoreszcenciát a szabad és kötött víztér diffúzióbilis ionkoncentrációja befolyásolhatja, modellkísérletben megvizsgáltuk a litium ion „akut” hatását a különböző fehérjék alapfluoreszcenciájára meglehetősen eltérő lehet, a fokozatosan emelkedő litium koncentráció azonban kisfokú, mégis határozott tendenciájú quenching effektust fejt ki.

„Terápiásnak” tartott alacsonyabb litium koncentrációk mellett ez az effektus minimálisnak látszik.

E
GY
T



TRIOXAZIN[®]

tabletta

anxiolyticum

Az intellektus és a mozgáskészség
befolyásolása nélkül szünteti meg a szorongást,
a túlfeszített idegállapotot és a pszichés nyugtalanságot.

TRIOXAZIN[®]

tabletta

anxiolyticum

ÖSSZETÉTEL:

1 tabletta 0,3 g trimetozinumot tartalmaz.

JAVALLATOK:

Szorongás, túlfeszített idegállapot, pszichés nyugtalanság, neurotikus vegetatív tünetek (hypertonia, climax), külvilági emócionális tényezőkön alapuló izgalmi állapot (lámpaláz stb.).

Sajátos gyermekgyógyászati javallat: neuropathia.

ADAGOLÁS:

Egyéni; a beteg állapotától és egyéni reagálóképességétől függ. Napi átlagos adagja felnőtteknek 0,60–1,80 g (2–6 tabl.), de ez az adag a kórformától függően napi 2,4–3,0 g-ig (8–10 tabl.) növelhető.

Gyermekeknek a kornak megfelelő csökkentett adag rendelhető.

GYERMEKADAGOK:

2 hónapos kortól 14 éves korig 40–20 mg/kg/die, 3–5 adagra elosztva, vagy 2–12 hónapos korig 3–5-ször $\frac{1}{4}$ tabl./die; 1–6 éves korig 3–5-ször $\frac{1}{2}$ tabl./die; 7–14 éves korig 3–5-ször 1 tabl./die.

MELLÉKHATÁSOK:

Álmosság, fáradtságérzés.

Főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által – az egyéni érzékenységnek megfelelően – előírt adagban szedhetik, ill. alkalmazhatják.

MEGJEGYZÉS:

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

CSOMAGOLÁS:

20 tabletta 2,— Ft.

Egyt

**GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR,
Budapest**

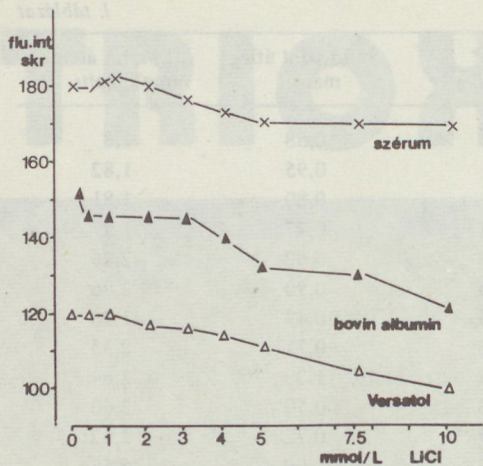
Sorsz.	Név	Kor	Kezelési idő (hó)	Dózis* ts. mg/kg	Se Li-szint átlag maeq/l	Li-szint átlag mmol/nap/ts. kg
1.	G. L.	33	9	18	0,58	1,8
2.	J. E.	36	9	19	0,95	1,82
3.	Sz. A.	25	8	13	0,80	1,81
4.	L. A.	33	8	14,4	0,77	1,97
5.	T. Z.	56	7	8,3	0,62	2,26
6.	F. J.	55	7,5	12,5	0,90	2,96
7.	M. M.	35	3,5	14,6	0,47	1,28
8.	Sz. J.	35	4,5	12,3	0,71	2,33
9.	N. G.	60	4,5	14,5	1,03	2,64
10.	M. L.	35	4,5	7,3	0,50	2,60
11.	W. I.	35	4,5	11,7	0,72	2,32
12.	V. I.	52	3	6,7	1,00	5,55
13.	R. A.	44	3	10,7	0,68	2,50
14.	G. G.	55	3	5,1	0,73	5,60
15.	S. A.	63	2,5	10,0	0,56	2,07
16.	M. P.	30	2	10,6	0,81	2,89
17.	B. J.	52	2	5,8	0,93	7,15
18.	Gy. M.	35	2	15,0	0,87	2,17
19.	S. G.	40	2	6,7	0,47	2,61
20.	T. J.	33	1,5	10,0	0,60	2,22
21.	H. T.	24	1,5	12,3	0,33	1,00
22.	F. G.	32	2,5	16,5	0,56	1,30
23.	R. Gy.	34	1,5	8,4	0,60	2,95
24.	T. J.	60	4,5	10,7	1,06	3,78
25.	S. K.	24	1,5	16,3	0,90	2,25
26.	P. L.	45	1,5	8,4	0,34	1,54
Átlag:		40	4	11,6		

Megj.: 400–1200 mg Lithium carbonikum (lassu felszívódású EGYT készítmény).

A vizsgálati szérumbintákat pH = 7,24 Britton–Robinson pufferral 100-x-ra hígítottuk. A mérést 285 nm gerjesztéssel 335 nm-en végeztük (rés: 10 nm, érzékenység és erősítés: 3/0,3).

Eredmények

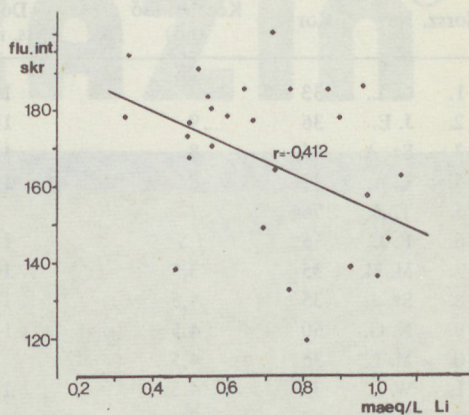
Az in vitro kísérletek eredménye alapján nem volt kizárható a litium szintek nagyságával összefüggő fluoreszcencia változás. Ezért a 26 betegnél kiszámítottuk az összes, egyedenkénti litium koncentrációjából adódó szintátlagokat és megvizsgáltuk ennek regresszióját az ugyanazon szérumbinták fluoreszcenciájának átlagára (2. ábra). A fluoreszcencia átlagok negatív szintátlagot mutatnak a szintátlagokkal, az összefüggés azonban nem szignifikáns (p 5% fölött). A regressziós egyenesből látható tendenciát a litium dózisok oldaláról is tanulmányoztuk. Ha minden betegnél a vizsgálati periódusban a testsúly kg-ra vonatkoztatott napi átlagdózisok és a fluoreszcencia kapcsolatát vizsgáljuk, akkor a negatív korreláció szignifikáns (p 1%), (3. ábra). Azoknál a betegeknél tehát, akik magasabb átlagú litium adagokat kaptak a fehérje fluoreszcencia csökkenésében a quenching effektus nem kizárható.



1. ábra

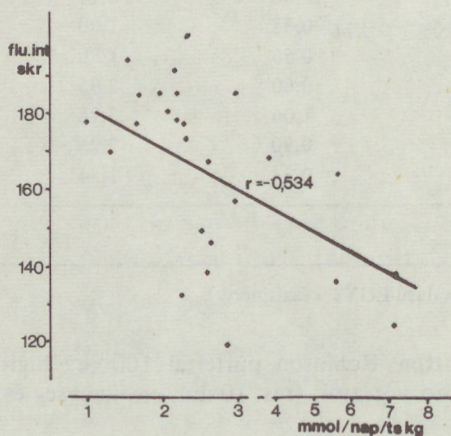
1. ábra. Három fehérjeminta fluoreszcenciája emelkedő koncentrációjú lítium közegben

Megj.: Az emberi vérszérum és a Versatol standard szérum, valamint a 7,0 g%-os bovin albumin oldatot 100-szorosra hígítottuk (három párhuzamos mérés szórás nélküli adatai)



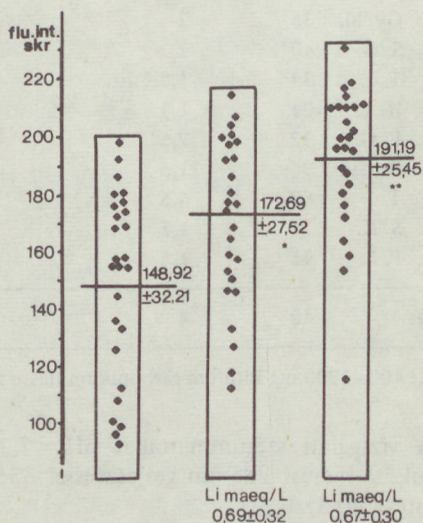
2. ábra

2. ábra. Megj.: $p > 0,05$ (nem szignifikáns)



3. ábra

3. ábra. Megj.: $p > 0,01$ (szignifikáns)



4. ábra

4. ábra. A szérum fehérjék fluoreszcencia intenzitása a lítium kezelés különböző szakaszaiban
Megj.: I. kezelés kezdetén, II. kezelés félidejében, III. a terápiás követés végén

Tekintettel arra, hogy sem az átlagszint, sem az átlagdózis nem tartalmaz időtényezőt, a fehérjékre gyakorolt krónikus lítium effektus a fenti összefüggésekkel nem tárható fel. Ezért összehasonlítottuk a kezelés előtti, a vizsgálati periódus félidejében és a vizsgálatok végén mért fluoreszcencia értékeket (4. ábra). A diagramokból látható, hogy a kezelés kezdetén mért natív fluoreszcencia értékekhez viszonyítva mind a kezelési félidő, mind a terápiás periódus végén mért fluoreszcencia átlagok magasabbak. Az is látható, hogy a két lítium mérési periódusban az átlagkoncentrációk alig különböznek. Ez esetben tehát nem

lehet szó quenching effektusról. Az észlelt fluoreszcencia változások oka így feltehetően olyan tényezőkkel függ össze, amely a krónikus litium kezelés alatt jelentkezik, azzal közvetve vagy közvetlenül összefügghet.

Megbeszélés

A litium ion eddig elismert sok irányú biológiai hatásai a fehérjék fiziko-kémiai tulajdonságainak kisebb nagyobb mértékű változásaiban is megnyilvánulhatnak. Az in vitro kísérlet alapján megállapítható volt az emelkedő litium koncentrációk fluoreszcencia-quenching effektusa. Litiummal kezelt betegeinknél, az elfogadott terápiás tartományon belül mért litium koncentrációk mérhető befolyást gyakorolnak a fehérjék natív fluoreszcenciájára. A fluoreszcencia intenzitás csökkenés kevésbé a szintekkel, sokkal inkább a testsúly kg-ra számított adagokkal függnek össze. A fluoreszcencia intenzitást csökkentő effektus oka nem ismeretes, feltételezhető, hogy a fehérjék hidrát burkának litium koncentrációja tompítja a triptofán és tirozinból származó fluoreszcencia intenzitást.

A krónikus gyógyszerhatás összetettebb farmakológiai hatásaira utal az a „váratlan” észlelés, hogy a tendenciózus quenching effektus ellenére a krónikus litium kezeléssel létrehozott tartós iontér változás már egy másfajta fiziko-kémiai jelenséget hív elő. A fluoreszcencia intenzitás emelkedése lehet közvetett litium hatás is. Lehetséges, hogy a natív fluoreszcencia változás többfaktoros áttétellel tükrözi a triptofán koncentrációnak a litium sók által kiváltott plazma és szöveti emelkedését. Igaz, eddig ezt a litium okozta triptofán koncentráció emelkedést csak patkány kísérletekben igazolták (Tagliamonte, 1971). A jelenség magyarázatában további feltételezhető tényező az enyhe konformációs változás a fehérjék harmadlagos szerkezetében, az albuminnak a kismolekulákra vonatkozó kötőkapacitás változása. Az sem kizárható, hogy a sérülékeny fiziológiás tulajdonságok (pl.: transzport működések) a litium kezelés során labilisabbakká válnak. Lehetséges, hogy ez a labilitás csak az „afiziológiásan” nagymértékű hígítás során, esetleg a gerjesztő energia mennyiségek hatására manifesztálódik. Nem zárható ki azonban, hogy a natív fehérjék fluoreszcencia növekedése közvetve összefügg a litium ionnak a terápiás vagy méginkább a krónikus mellékhatásaival.

Összefoglalás

Szerzők 26 litium sóval kezelt beteg szérum fehérjének natív fluoreszcenciáját tanulmányozták. Megállapították, hogy a kezelési időtartam növekedésével emelkedik a szérum fehérjék fluoreszcencia intenzitása. A különböző fehérjékkel végzett előkísérletekben a magas litium koncentrációk ún. quenching effektusát figyelték meg. A terápiás litium koncentrációk fluoreszcencia csökkentő hatása nem mutatható ki, a magasabb átlagdózissal kezelt betegeknél azonban ilyen tendencia megfigyelhető. A fluoreszcenciára gyakorolt in vivo hatásban fontosnak látszik a kezelési időtartam, de a jelenség oka és klinikai farmakológiai jelentősége nem tisztázott.

IRODALOM: 1. Galley, W. C.: Heterogeneity in protein emission spectra. 409–436. in Biochemical fluorescence by R. F. Chen, H. Edelhoch. Vol. 1. 1976. – 2. Rosenbaum, A. H., Moruta, T., Richelson, E.: Drugs that alter mood II. Lithium. Mayo Clin. Proc. 54, 401 (1979). – 3. Sun, S. F., et al.: Bovine serum albumin in lithium chloride solutions. Changes in conformation. Int. J. Pept. Proteins Res. 7, (2) 103 (1975). – 4. Tagliamonte, A., Tagliamonte, P., Perez-Cruet, J. and Gessa, G.: Increase of brain tryptophan caused by drugs which stimulate serotonin synthesis. Neure New. Biol. 229, 125 (1971).

Д. Молнар, Клара Дайка, Кристина Барацка: Действие лития на флуоресцентность сывороточных белков.

Gy. Molnár, Klára Dajka, Krisztina Baraczká: Die Wirkung des Lithiums auf die Fluoreszens der Serumproteine

A gerincvelői sérültek sebészi és rehabilitációs ellátása

Az Országos Idegsebészeti-, Orvosi Rehabilitációs-
és Traumatológiai Intézet együttes metodikai levele

A balesetből származó gerincvelői sérültek legeredményesebb ellátása idegsebész, traumatológus és rehabilitációs szakember együttes kezelésétől várható.

Ma még nem valószínűsíthető meg az akut haránt-laesiót szenvedett beteg rehabilitációjának az a módszere, hogy az ország bármely területéről, a baleset színhelyéről a sérült közvetlenül olyan paraplegia rehabilitációs osztályra kerülhessen, ahol az intenzív therapiás ellátástól a teljes rehabilitációig mindent egy helyen megkaphat.

Az Országos Traumatológiai Intézet 4. számú metodikai levelében (1968) a gerincvelői sérülések kezelését részletesen ismertette. Ezért jelen metodikai levelünkben a sebészi szempontokat csak összefoglaljuk, a sérülést követő kezdeti időszak rehabilitációs teendőit részletesebben ismertetjük.

A sebészi kezelési alapelvek, amelyeket a későbbi eredményes rehabilitáció érdekében az idegsebészeti és traumatológiai osztályokon követni kell, a következők:

1. Nyílt gerincsérülés feltétlen műtéti ellátást igényel.

2. Zárt sérülés esetén a korábban részleges gerincvelői haránt-laesio progressziója műtéti indikációt képez. Ilyen esetekben célszerű myelográfiát végezni, de a műtéti beavatkozás enélkül is megtörténhet.

A klinikai tünetegyüttesek értékelése alapján a részleges gerincvelői haránt-laesio képezi leggyakrabban a műtéti beavatkozás indikációját.

3. A sérüléskor bekövetkezett *azonnali* teljes, cervicalis vagy thoracalis haránt-laesio eseteiben dekompresziós célú laminectomiától eredmény nem várható. Dexamethason adása viszont a legkorábbi időszakban megindítandó.

Az ilyen sérültek ügyében célszerű korán felvenni a kapcsolatot az ORSZÁGOS ORVOSI REHABILITÁCIÓS INTÉZET-tel. Ha a bénulásos tünetek néhány órán belül maradéktalanul nem múlnak el, vagy érdemben nem oldódnak, az esetet jelteni kell az O.O.R.I. Paraplegia Rehabilitációs Osztályának, amely a paraplegiás sérülteket lehetőleg napokon belül átveszi. A tetraplegiás sérülteket – csak 2–3 héttel a sérülés után képes átvenni, mivel az esetleges légzési szövődmények elhárítására az intézet még nincs felkészülve. A polytraumát szenvedett betegek átvételének időpontja csak egyéni elbírálás alapján határozható meg.

Az O.O.R.I. távlati tervezésének elősegítése céljából az akut szak alatt meghalt gerincvelői haránt-sérülteket is kívánatos bejelenteni.

4. Lumbális magasságban a cauda gyökök szintjében kialakult harántlaesio esetében viszont a dekompresziós műtét indikált.

5. Luxációval járó cervicális törés esetén Crutchfield-kengyel felhelyezésétől várható érdemleges repozíció. A beteg izomzatától függően 12–18 kg-os húzást célszerű alkalmazni 6–12 óránként végzett röntgenkontroll mellett. A repozíció bekövetkezésekor a húzóerő 4–5 kg-ra csökkenthető. Erőszakos, zárt, röntgen-kontroll nélküli repozíció a gerincvelői sérülésének lehetősége miatt a gerinc egyik szakaszán sem kívánatos.

6. A cervicális luxációs törés esetében különböző fixációs műtétek is végezhetők. A fixációs műtét indikációjáról ajánlatos a sérülést követő 24–48 órában dönteni, hogy az kellő időben megtörténhessen.

Ha a felvevő osztály a Crutchfield-kengyellel történő trakciót elkezdte, de további kezelés céljából a beteget szakintézetbe áthelyezi, a kengyelt nem szabad eltávolítani és a szállítás időtartama alatt is kívánatos a húzást fenntartani.

A gerincvelői sérülést szenvedett betegek akut ellátásakor mindent el kell követni a fenyegető szövődmények kivédése érdekében, hogy a rehabilitációs kezelést elősegítsük, vagy egyáltalán lehetővé tegyük.

Az akut gerincvelői sérülést követő leggyakoribb fenyegető szövődmények: légzési deficit, thrombo-embólia, decubitus, urológiai szövődmények és sepszis.

Kizárólagos rekeszlégzés mellett és a csaknem mindig fellépő meteorizmus figyelembe vételével 4–5 óránként Stigmosan-t célszerű adni, emellett lehetőleg óránként kívánatos e beteget inhalátatni és asszisztált felkőhögést végeztetni. Átmeneti megoldásként nasotracheális tubus alkalmazása szóba jöhet. Szükség esetén tracheotomia, vagy gépi lélegeztetés végzendő.

A decubitusok kivédése érdekében a beteget vastag habszivacs matracon, vagy vízágyon ajánlott elhelyezni, és kezdetben kétóránként, később 3 óránként szükséges éjjel-nappal forgatni. A teljes gerincvelői haránt-sérülés esetén a forgatásnak az esetleges instabil gerinc sem akadály. Részleges haránt-sérülés esetén viszont még a decubitusok kialakulásának veszélye árán is indokolt a nagyfokú óvatosság, nehogy a korán megkezdett forgatás az inkomplett gerincvelői sérülést komplettálja.

A vizelet-elvezetés legcélszerűbb módja a naponta 3–4 alkalommal végzett – maximális sterilitással végrehajtott – katéterezés. Az ápoló személyzet számára viszont kisebb megterhelést jelent a Foley-féle ballon-katéter bevezetése, amelyet vizeletfelfogó tartállyal lehet összekötni. A katétert legalább hetenként kétszer szükséges cserélni. Akár infúziók adásával is biztosítani kell, hogy a napi vizeletmennyiség elérje a 2000 ml-t. A katétert a penissel együtt a kacsába helyezni a decubitus veszélye miatt nem szabad. A hasfalon keresztül a hólyagba katétert vezetni csak abban az esetben szabad, ha az egyidejű urethra sérülés miatt a katéter felvezetése lehetetlen.

Cysto-pyelitis lehetősége még ilyen körülmények között is fennáll, ezért szükséges gondoskodni a bőséges folyadékbevitelről, a rendszeres vizeletvizsgálatról (a rutin labor vizsgálaton kívül baktérium tenyésztési és antibiotikum érzékenységi vizsgálatokról is) és a korai szakról lehetőleg célzott antibiotikus kezelést kell alkalmazni.

Gyógyszeres kezelési javaslat az akut szakban: Dexamethason 0,5 mg/testsúlykg 4 napon át, majd csökkentett adagban további 6 napig. 500 ml Rheomacrodex naponta, 7 napon át. Az akut szakban jó hatású lehet a 4 óránként adott 0,5 mg Atropin. Calciparin profilaxist minél korábban célszerű elkezdeni a thrombo-embóliás szövődmények kivédése érdekében.

A rehabilitációhoz szükséges gyógyászati segédeszközt szakintézeti osztály rendelje.

IN MEMORIAM

Dr. Szepesi János osztályvezető főorvos 1980. január 29-én elhunyt. 1907. május 19-én született Kajdacson. Orvosi diplomát 1932-ben nyert, majd szakképesítést szerzett ideg- és elmeorvosként. 1942-től 1970. december 31-ig, nyugdíjbavonulásáig volt a szekszárdi kórház ideg- és elmeosztályának főorvosa, illetve átmenetileg a kórház megbízott igazgatója majd, igazgatóhelyettese. Odaadó munkáját az egészségügyi kormányzat „az Egészségügy kiváló dolgozója”, „Kiváló Orvos” és 1970-ben a Munka Erdemrend ezüst fokozatával jutalmazta.

Dr. Faragó István osztályvezető főorvos 1980. április 10-én váratlanul elhunyt.

Tanulmányait Budapesten végezte. Orvosi diplomát 1938-ban, idegyógyászati szakképesítést 1946-ban, elmeorvosit 1953-ban szerzett. 1945-től 1954-ig a budapesti ideg-, elmeklinika munkatársa, és annak könyvtárosa volt. 1954-től 1964-ig a Budapest I. kerületi Szakorvosi Rendelőintézet idegyógyász szakfőorvosaként működött. 1964-től haláláig a Péterfy Sándor utcai kórház ideggyógyászati osztályának volt a vezetője.

Előbb a Pavlov Ideg-, Elmeorvosok Szakcsoport, majd 1966. évi megalakulása óta a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága vezetőségi tagja és pénztárosaként működött.

Az egészségügyi törzsgárda aranykoszorús tagja, az egészségügy kiváló dolgozója és a Felszabadulási Jubileumi emlékérem kitüntetettje volt.

Dr. Pectorini Rezső az orvostudományok kandidátusa, osztályvezető főorvos 1980. április 19-én váratlanul elhunyt.

1927-ben Kőszegen született. Orvosi diplomát 1951-ben kapott. Ezt követően Angyal professzor munkatársa lett a Róbert Károly körüli elmeorvosintézetben, majd 1958-tól a Debreceni Ideg- és Elmeklinika adjunktusa. 1963-ban nyert kinevezést mint osztályvezető főorvos az Országos Ideg- és Elmeorvosok Társaságának Klinikai Pszichológiai Szekciójának előbb titkára, majd elnöke lett.

A Magyar Pszichológiai Társaság Klinikai Pszichológiai Szekciójának előbb titkára, majd elnöke lett. Tagja volt a Société Internationale de Psychopathologie de l'Expression-nak, valamint a Magyar Ideg- és Elmeorvosok Társasága Pszichoterapiás Munkacsoportja vezetőségének, és hazánk képviselője volt Szocialista Országok Pszichoterapiás Munkacsoportjában. Nekrológ később jelenik meg.

SCLEROSIS MULTIPLEX: Szerk. dr. Juhász Pál. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1980. – 151 oldal. Ára: 59,- Ft.

A könyv szerkesztője a sclerosis multiplex kutatások ismertetésével komoly igényt elégít ki, mert a magyar ideggyógyászati szakirodalomban ebben a témában nem jelent meg ilyen összefoglaló munka. A betegség kutatásában az utóbbi két évtizedben jelentős eredményeket értek el, ami szintén indokolta tette azoknak ismertetését. A könyv egyes fejezeteit olyan szerzők írták, akik e témában jártasak vagy évtizedek óta végeznek kutatómunkát. A fejezeteknek logikai sorrendje van: az immunpatológiai ismereteket a kutatási irányzatok, majd etiológiai, patogenetikai és morfológiai ismertetések követik. Ezek után kerül sor a klinikai tünetekre, diagnosztikai módszerekre, végül a terápiára. A teljesség igénye nélkül, néhány mondatban érdemes az egyes fejezeteket ismertetni.

Szegedi Gyula: Az autoimmunitással kapcsolatos szemléletváltozás. A fejezet megismertet bennünket az autoimmun betegségekből észlelt alapvető zavarokkal, a szuppresszor T-sejtek működési gyengeségével, HLA antigének és vírusok szerepének a jelentőségével. A kutatások eredményei alapján körvonalazza az ideális terápiát is, ami egyelőre még várat magára.

Dr. Petrányi G. Győző: A nagy hisztokompatibilitási rendszer immungenetikai jelentősége a sclerosis multiplex betegségben. Részletesen ismerteti a HLA-rendszert és az azt meghatározó géneket (HLA B 7, HLA D 2), amelyeknek előfordulása megmagyarázza többek között azt is, hogy egyes földrajzi területeken miért gyakoribb a sclerosis multiplex. Rámutat a HLA és egy feltételezett vírus közötti viszony lehetőségeire is, de felveti egyes komplement-tényezők (properdin B és C₃ komponens) alacsonyabb szintjének esetleges szerepét is.

Dr. Szegedy László: A sclerosis multiplex kutatás különböző irányai. Szakavatottan, részletesen foglalkozik a lassú-vírus és azzal kapcsolatos késleltetett hyperszenzitivitással, ami végül a velőtlenedést okozza. A szerző jól felhasználja és helyesen mérlegeli Carp, Fraser, Knight, Caspary, Wisniewski, Lance kutatásait, amiket saját tapasztalataival is egyeztetve immunreakciónak minősíti a sclerosis multiplex elváltozásait. A bonyolult mechanizmusok könnyebb megértését azzal is elősegíti, hogy bemutatja Davison és Czuner sémáját.

Dr. F. Seitelberger: Multiple Sklerose – zum Problem ihrer Ätiologie und Pathogenese. Az egyetlen külföldi szerző a tőle ismert elsőrendű szintetizáló készséggel foglalja össze az autoimmun- és vírusfertőzés által indukált autoimmunopátiás-elmélet morfológiai kérdéseit. Saját vizsgálatait felhasználva kiváló összehasonlítást ad a virális központi idegrendszeri fertőzéseknél látható velőtlenedés (kísérletes allergiás encephalomyelitis, subakut sklerotizáló panencephalitis, lassú vírusfertőzések) és a sclerosis multiplexes velőtlenedés jellegének megismeréséhez. Kétségbe vonja a vírusnak vagy vírus-részecskéknek a patogenetikai jelentőségét és meggyőzően tárja elénk a lassú vírus-elmélettel szembeni kételyeit is. Vizsgálatai alapján három fázist lát sclerosis multiplex-ben (encephalitogén tényező extracerebrális szenzibilizáció-folyamattal, intraneurális amelyeket röviden ismert. Tanulmányos a konklúziója: a patogenezis-autoimmunopátia- „plauzibilis”, de az etiológia még nem tisztázott.

Dr. Csanda Endre: Humán és kísérleti adatok a sclerosis multiplex patológiájához. Szép ábrákkal mutatja be a velőtlenedéses göcök morfológiáját, dinamikáját (aktivitás, növekedés). Wisniewski kísérletének összefoglalása után a béta-sugárzás (Yttrium 90) által kiváltott nekrozis elemzi. A nekrozis középpontjában másodlagos, távolabbi területekben elsődleges velőtlenedést mutat be és az utóbbit – bizonyos vonatkozásban – összehasonlítja a sclerosis multiplex ún. aktív foltjaival. A szellemes modell bátorít a demyelinisatio elsődleges jellegének további kísérletes bizonyítására.

Dr. Pálffy György: A disszeminált encephalomyelitis kórjelzése. A többi fejezethez képest rövid tanulmány a kórisme nehézségeire hívja fel a figyelmet és kiemeli a különböző klinikai jelek (tüneti, szerológiai) együttes értékelésének fontosságát a Bauer-féle kritériumok értelmezésében.

Dr. Huszár Ilona és dr. Szegedy László: Pszichopatológiai eltérések sclerosis multiplexben. Újszerű a lelki tünetek háromféle organikus pszichoszindrómába sorolása, amit a szerzők meggyőző esetismertetésekkel is alátámasztanak. Mivel a neurotikus tünetek is gyakoriak a pszochoterápiát is lényegesnek tartják.

Dr. Molnár Gyula: A sclerosis multiplex laboratóriumi diagnosztikája. Gyakorlati szempontból nagyon hasznos fejezet, mivel az olvasó elé tárja az összes korszerű lehetőséget és tanácsot ad azoknak használhatóságáról, megbízhatóságáról, de nem mellőzi a módszerekkel kapcsolatos felszerelések egyes ellátási szinteken való alkalmazhatóságát sem. Saját tapasztalatai mellett felhívja a figyelmet Kerényi agargél-elfő módszerére, amihez néhány mikroliter liquor is elegendő. Nagyon tanulságos a 101. oldalon található táblázat, amiben csaknem minden módszer diagnosztikai értékelését mutatja be. Az előző szerzőkkel egybehangzóan az oligoklonális IgG diagnosztikus jelentőségét hangsúlyozza ki, de foglalkozik a kanyaró-ellenes antitest-titer-emelkedés értékével is.

Dr. Guseo András: A liquor citológiai vizsgálatának jelentősége a sclerosis multiplex kórismézésében. A citológiában jártas szerző nagy biztonsággal ismerteti az egyes liquor-típusokat kiemelve a

transzformált limfociták és plazmasejtek és relatív limfocitózis elsőrendű fontosságát a betegség felderítésében. Lényeges megállapítás az, hogy a szövettani vizsgálatnál látott sejtes beszűrődések összefüggésbe hozhatók a folyamat aktivitásával és a liquor-kép pozitívásával. Az egyetlen transzformált sejt leletének kiemelése optimistának tűnik.

Dr. Marosfi Sándor, Czobor Pál, Vitrai József, dr. Tóth Ignác: Elektrofiziológiai módszerek jelentősége a sclerosis multiplex diagnosztikájában. A szerzők jól foglalták össze a nehéz és vitatott kérdést. Összegezve megállapították, hogy a betegek 50%-nál várható kóros eltérés, de ez nem függ össze a betegség tartalmával vagy fázisaival és nincs specifikus eltérés egyik klinikai formánál sem. A kiváltott válasz vizsgálatának ismertetése már régen váratott magára, mivel ennek az opticus pálya károsodásának felderítésében igen nagy fontossága van és nagy segítséget jelenthet a betegség korai diagnózisában. Kissé leverő a módszer bonyolultsága és drágasága.

Dr. Szobor Albert: A sclerosis multiplex immunszuppresszív terápiája. A fejezet írója foglalkozik a sclerosis multiplex korszerű – az immun-zavarnak megfelelő – gyógymódjaival ismertetve saját eredményeit. Az immunszuppresszív kezeléstől egyes formáknál igen jó hatást ír le. Érdemes lett volna a kezelésnél kívánatos klinikai és laboratóriumi ellenőrzésekről is írni, valamint a kezelés költségeiről is. A tünetek javulásának megállapítását az ismert „betegési tünet-fokozatokkal” (DSS) objektivizálja.

A könyv egyes fejezeteinek rövid áttekintése már magában is mutatja, hogy a szerkesztő elérte azt a célt, amit kívánt, azaz a sclerosis multiplex-kérdés minden vetületét bemutatta. A betegség máig is tisztázatlan eredetének megfelelően árnyaltan érvelni jutnak egyes ellentmondások (immunszuppresszív kezelés, egyes diagnosztikus módszerek megbízhatósága), de ezek még élvezetesebbé teszik a könyv olvasását, hiszen az olvasó is képviselheti egyik vagy másik álláspontot. Egységesnek tekinthető a könyv abban, hogy a szerzők autoimmun betegségek közé sorolják a sclerosis multiplexet és vizsgálódásaikat ennek bizonyítására irányítják. Ezért talán a patogenetikai fejtegetések több fejezetben ismétlődnek. A rövidebb klinikai tünetelemzés arra utal, hogy ebben a vonatkozásban kevesebb új adat van. Az ún. benignus lefolyási forma említése kívánatos lett volna, de a főbb klinikai típusokkal is érdemes lett volna röviden foglalkozni. Az irodalomból hiányzik Lehoczky, aki igen sokat foglalkozott a sclerosis multiplex allergiás patogenezisével.

Dicséretes az, hogy a szerzők többsége egységes és következetes ortográfiát használ.

A 11 tanulmány átolvasása után úgy érezzük, hogy a könyv eléri azt a célt, amit a szerkesztő kitűzött, mivel a sclerosis multiplex-kutatás jelentős mérföldkövével – az autoimmun és lassú vírus-elmélet kidolgozásánál – áttekinti a hatalmas irodalmi anyagot, bemutatja azt, hogy ebben a témában jelentős kutatások folynak hazánkban is. A könyv azt is érzékelteti, hogy egyes továbbképzések anyagát érdemes megjelentetni.

Feltétlenül dicséretet érdemel a Medicina Könyvkiadó rendkívül gondos munkája, ami mind az izléses kiállításban, mind a szép ábrákban és hibátlan nyomtatásban megnyilvánul. A tetszetős, tartalmilag gazdag könyv ára figyelemreméltóan olcsó.

A könyvet nemcsak szakorvosoknak, hanem minden kutatóknak és általános orvosnak ajánlom.

dr. Leel-Össy Lóránt

Bronisch, F. W.: Reflex vizsgálatok. – Medicina. Budapest. 1980. Fordította: Dr. Irányi Jenőné

A Medicina Könyvkiadó gondozásában jelent meg szerző monográfiájának harmadik kiadása. A munka hiánytörlő jellegű. Leírja az ismert és kevésbé ismert reflexeket, tájékoztat az irodalomban előforduló első leírásokról, ismerteti topikai-diagnosztikai jelentőségüket. Olyan elméleti és gyakorlati ismeretanyagot nyújt az olvasónak, melyek összefoglaló leírása a rendelkezésre álló tankönyvekben, kézikönyvekben nem szerepel. A munka nemcsak a reflexek precíz leírásában ad tájékoztatást és a reflexvizsgálatok elsajátításához nyújt nélkülözhetetlen segítséget, hanem a klinikai tapasztalatokban gazdag szerző értékes leírást ad a neurológiai vizsgálat menetéről, az egyes részvizsgálatok szempontjairól is. Szerző mondanivalóját jól megszerkesztett szemléltető ábrák teszik könnyen érthetővé. Az ismertetett monográfia jelen kiadása hasznos segítséget adhat nemcsak az ideg-elmegyógyászok, hanem a gyakorló orvos számára is. Az egyetemi oktatásban igen értékes segédeszközként hasznosítható.

Szegedy László dr.

BESZÁMOLÓ

Európai Gyermekpszichiáterek Unio-nak (UEP) VI. Kongresszusa

Az UEP VI. Kongresszusát 1979. június 25–29. között Madridban tartotta.

A Társaság nevéből és célkitűzéseiből következik, hogy európai résztvevőkre számít és ennek megfelelően néhány a spanyol nyelvterületről származó résztvevőn kívül az európai gyermekpszichiáterek találkozója volt. A szocialista országok közül Lengyelország és Románia képviselői hiányoztak. Sajnálatos, hogy Magyarországról csak ketten vettünk részt.

A kongresszus témája: „0–6 életév pszichiátriája, a korai kórisme és a megelőzés szempontjából”. Valószínű e tág téma megadásából következett az előadások nagy száma és divergáló jellege.

A kongresszus referálások, szimpozionok és szabadelőadások keretében zajlott.

A referálásokat meghívott előadók tartották. Ilyenek voltak: A szociális kommunikáció befolyása a gyermek fejlődésére (*Duche*). Pszichológiai faktorok hatása a pszichomotorium fejlődésére (*Cravioto*). Posztnatális szociális tényezők hatása a gyermek fejlődésére (*Vargha*). Encephalopathiások kontrollja: a biológiai és a psychosocialis rizikófaktorok (*Göllnitz*). Deprivatio és az affektív kapcsolat hiánya (*Seva-Diaz*). A terhesség és szülés rizikója (*Fuente-Pérez*). Agyfejlődés biokémiája (*Ballbriga*). Az első életévek jelentősége a felnőtt kor skizofréniájában (*Lempp*). Cromosoma anomaliák befolyása a gyermeki fejlődésre (*Spiel*). Magatartási problémák preventioja az iskolás kor előtt (*Graham*). Az iskoláskor előtti tanulás-aktivitás hatása a gyermek neuropsychiatriai fejlődésére (*Ottó*). „Broken-home” szituáció (*Müller-Küppers*). Kóros posztnatális tényezők a pszichomotoros zavarok keletkezésében (*Campos-Castello*).

Magyarországról bejelentett referálás volt még „Peri- és posztnatális faktorok kölcsönhatása a fejlődés első 6 évében” (*Szilárd*).

A szimpozionok foglalkoztak a gyermekpszichiátriái betegségek klasszifikációjával és dokumentációjával, a „minimális cerebrális diszfunkció”, az epilepszia, az ikerkutatás kérdéseivel, a gyermekkori bűnözés problémáival.

A nagy számú ún. szabad előadások párhuzamosan 4 teremben folytak. Magyar előadó „Néhány adat a korai gyermekkori hypermotilitás etiológiájához” címen tartott előadást (*Gusztos*). Egyéb előadások a pszichés zavarok és a környezet kölcsönhatásával, a terápia kérdéseivel, köztük a mentális retardáció gyógyszeres kezelésével foglalkoztak, de előadások hangzottak el genetikai és epidemiológiai kérdésekről, továbbá autizmusról is.

Ez a nem teljes, de terjedelmes felsorolás mutatja milyen tág témakörben számoltak be az európai gyermekpszichiáterek a 4 évenként sorra kerülő kongresszusokon.

Vezetőségi ülésén Svájc és Bulgária között dőlt el az, hogy a sorra kerülő (1983-ban) kongresszus rendezőségi joga kit illet. Ezt csekély szavazat többséggel Svájc kapta meg és így a következő kongresszus Lausanne-ban lesz.

A népi demokratikus országok közül csak Magyarország nem tagja még az UEP-nek (holott a tagdíj konvertibilis Rubelben fizethető), ennek ellenére újabb 4 évre helyet kaptunk a vezetőségben.

Vargha Miklós

VASALGIN

tabletta

Összetétel: 1 tabl. 0,1 g acid. 5-allyl-5-(β -hydroxypropyl)-barbitur.-ot tartalmaz.

Javallatok: Vasomotoros fejfájás, migraine, posttraumás fájdalmak, Raynaud-kór, illetve acrocyanosis.

Ellenjavallatok: Súlyosabb máj- vagy vesebetegségek.

Adagolás: Átlagos adagja felnőtteknek naponta 3-szor 1 tablettára kúraszerűen. Súlyosabb esetekben a kezdő adag naponta 3-szor 2 tablettára. Ez az adag 6—8 nap után fokozatosan csökkenthető napi 3-szor 1 tablettára. Egy kúra általában 4—6 hétig tart. Szükség esetén a kúraszerű adagolás megismételhető. A javulás első jelei legkorábban 1—2 hét után várhatók.

Mellékhatások: Többnyire még tartós alkalmazás után sem mutatkoznak, de egyéni túlérzékenység esetén kismértékű szédülés, álomságérzés előfordulhat.

Csomagolás: 50 db à 0,1g tablettára
térítés: 3,20— Ft

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

Chinoi  Budapest

SEDUXEN®

tabletta

ÖSSZETÉTEL: Tablettánként 5 mg diazepam-ot tartalmaz.

HATÁS: A Seduxen a limbikus rendszeren át ható tranqüillisedatívum, mely antikonvulzív és izomrelaxáló hatással is rendelkezik.

JAVALLATOK: Neurosisok bármely formájának kezelése — főként előtérben álló szorongás esetén.

Psychosomatikus megbetegedésekben a feszültség, szorongás oldása.

Endogén psychosisok gyógykezelésének kiegészítésére — főként egyes antidepresszánsok alkalmazásakor a feszültség, szorongás befolyásolása.

Epilepsia adjuváns kezelése. Delirium tremens. Belgyógyászati kórképeket kísérő nyugtalan állapotok.

Spasmusok, izomrigiditások, contractúrák oldása.

ELLENJAVALLATOK: Myasthenia gravis. Akut glaucomás roham. Adását a terhesség első harmadában nem ajánljuk.

ADAGOLÁS: Átlagos napi adagja felnőtteknek 5—15 mg.

Gyermekeknek: 3 hónapos—1 évesnek $\frac{1}{4}$ tabl. naponta 1—4-szer (1,25—5 mg).

1—6 évesnek $\frac{1}{2}$ tablettát naponta 1—3-szor (2,5—7,5 mg).

6—14 évesnek 1 tablettát naponta 1—3-szor (5—15 mg) fél adaggal kezdve és fokozatosan emelve a teljes adagig.

Gyermekeknek célszerűbb a pontosabban, könnyebben adagolható Seduxen szuszpenzió alkalmazása.

Idős vagy legyengült betegeknek naponta 2,5—7,5 mg ($\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ tabl.).

Delirium tremensben, endogén psychosisoknál indító kezelésnek naponta 20—40 mg, fenntartó adagnak 15—20 mg.

Izom-contractúrákban naponta 5—20 mg, az adagot célszerű fokozatosan emelni.

A napi adagot 2—3 részre elosztva kell bevenni.

Célszerű a napi dózis kétharmad részét este, míg egyharmad részét napközben bevenni.

MELLÉKHATÁS: A kúra kezdetén esetleg fellépő fáradékonyág, álmoság az esetek többségében néhány nap alatt spontán megszűnik, az adag csökkentésével pedig minden esetben kiküszöbölhető.

Gyógyszerköölcsönhatások:

Amennyiben a Seduxent gyógyszerkombinációban adják a nem kívánatos interakció elkerülése érdekében a Seduxent ne alkalmazzuk együtt:

- hypnoticumokkal és analgeticumokkal (hatásfokozás);
- anticoagulánsokkal (anticoaguláns hatás csökkentése);
- diphenylhydantoinnal (a Seduxen gátolja a diphenylhydantoin metabolizmusát);
- triciklikus antidepresszánsokkal (sedatív és atropinszerű hatás);
- izom-relaxánsokkal (kiszámíthatatlan hatás az izomtónusra, esetleg apnoe).

FIGYELMEZTETÉS: A gyógyszer alkalmazása alatt fokozott elővigyázatosság szükséges! A gyógyszer bevétele után 8—10 órán belül, vagy folyamatos szedése esetén a kúra alatt járművet vezetni, magasban vagy veszélyes gépen dolgozni tilos!

Szoptató anya Seduxen-kezelésekor a tejbe átjutó gyógyszer miatt fokozott figyelemmel kell kísérni a szoptató csecsemőt (aluszékonyág, szopási gyengeség).

Glaucomás betegeknek óvatosan adandó.

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

CSOMAGOLÁS: 20 tabl. térítési díj: 2,— Ft
200 tabl. térítési díj: 20,— Ft

GYÁRTJA:

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR, BUDAPEST X.