

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos tudományos folyóirata

Főszerkesztő: Bősze Péter dr. Szerkesztő: Barabás Terézio

TARTALOM

MEGEMLÉKEZÉS	Id. Lehoczky Győző dr.	219
EREDETI KÖZLEMÉNY	Másodlagos májdaganatok sebészi kezelése radiofrekvenciás daganatronsolással <i>Dubecz Sándor dr., Fehér István dr., Török Klára dr., Vasas Norbert dr., Péley Gábor dr., Monostori Zsuzsa dr., Búza Natália dr., Köves István dr.</i>	225
ÖSSZEFOGLALÓ DOLGOZAT	Hormonpótló kezelés és az emlőrák <i>Páczai István dr., Almási János dr., Forrai Zoltán dr.</i>	231
FOLYAMATOS ORVOSTOVÁBBKÉPZÉS	A petefészkek teratomáinak szövettena képekben <i>Magyar Éva dr., Bősze Péter dr.</i>	237
SZÓCSISZOLÁS	Javašlat az immunológiával és határterületeivel kapcsolatos angol és latin kifejezések magyar megfelelőinek kialakítására, megalkotására <i>Bősze Péter dr., Erdei Anna dr., Falus András dr., Fábián Pál, Gergely János dr., Grétsy Zsombor dr., Kacskovics Imre dr., Keszler Borbála, Ladányi Andrea dr., Pálóczi Katalin dr., Petrányi Győző dr., Rajnavölgyi Éva dr., Szegedi Gyula dr., Szekeres Bartó Júlia dr., Uher Ferenc dr.</i>	243
MNOT MUNKÁJA		263

**A Magyar
Nőgyógyász
Onkológusok
Társaságának
vezetősége**

ÖRÖKÖS TISZTELETBELI ELNÖK

Prof. Dr. Eckhardt Sándor
Prof. Dr. Gáti István

ELNÖK

Dr. Ungár László

JÖVENDŐBELI ELNÖK

Dr. Pálfalvi László

VOLT ELNÖK

Prof. Dr. Bösze Péter

FŐTITKÁR

Dr. Szántó András

PÉNZTÁROS

Dr. Karácsony István

TAGOK

Dr. Adorján Gusztáv
Dr. Berkő Péter
Prof. Dr. Borsos Antal
Dr. Götze Péter
Dr. Kneffel Pál
Dr. Krivácsi Gábor
Prof. Dr. Paulin Ferenc
Prof. Dr. Pál Attila
Dr. Pete Imre
Dr. Póka Róbert
Dr. Szepesi János
Dr. Wenczl Miklós



A logot Mátyássy László tervezte. Egy nyolcszögből (octogon) és egy mandula alakú részből, ún. mandorlaból áll.

Az oktagon, vagyis a nyolcas szám az átváltozást (megújulást, újraszületést), a mandorla pedig a szeméremtestet jelöli. A logo a női nemi szervek átváltozásának (pl. ismeretlen kimenetelű rákos megbetegedés) jelképe.

The emblem, designed by László Mátyássy, symbolizes a transition related to the female genital system, such as gynecologic cancer of unknown outcome. It is composed of an octagon and a mandorla.

Octagon means eight, which is the number of transition (renewal, rebirth), the mandorla is an almond-shape aureole representing the vulva.

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja
Official Journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists

ALAPÍTÓ ÉS FŐSZERKESZTŐ Prof. Dr. Bösze Péter
Founding Editor and Editor-in-Chief

TISZTELETBELI FŐSZERKESZTŐ Prof. Dr. Gáti István
Honorary Editor-in-Chief

SZERKESZTŐ Barabás Terézia
Editor

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG
Editorial Board

Dr. Artner Attila, Dr. Berbik István,
Prof. Dr. Bodó Miklós, Dr. Borsi Máté,
Prof. Dr. Doszpod József,
Prof. Dr. Eckhardt Sándor, Prof. Dr. Gardó Sándor,
Prof. Dr. Hernádi Zoltán, Dr. Karácsony István,
Dr. Kornya László, Prof. Dr. Kovács László,
Dr. Krivácsi Gábor, Prof. Dr. Krommer Károly,
Prof. Dr. László János, Prof. Dr. Papp Zoltán,
Prof. Dr. Paulin Ferenc, Dr. Pálfalvi László,
Dr. Ungár László, Dr. Vass János

A **Nőgyógyászati Onkológia** (ISSN 1219-9079) 3 havonta jelenik meg 1600 példányban. Kiadó: Primed-X Kiadó. Cím: 1301 Budapest, Pf. 46. Tel./Fax: (36-1) 275-2172. Tervezőszerkesztő: Kardos Gábor. Nyomdai kivitelezés: VISIT Kft., Budapest, Telefon: (36-1) 399-0135

Előfizetés. Előfizetési díj magánvállalkozók részére egy évre 20 000 Ft + áfa.

A folyóiratot 1600 példányban térítésmentesen adjuk közre.

Hirdetés. Tájékoztatásért forduljon a kiadóhoz.

Honlap. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának honlapja:
<http://www.nogyogyaszationkologia.hu>

Szerzői jog és másolás. Minden jog fenntartva. A lapban megjelent valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyagnak – vagy részének – bármilyen formában történő másolásához, felhasználásához, ismételt megjelenéséhez a szerkesztőség írásbeli hozzájárulása szükséges.

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

Official Journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists

Editor-in-Chief: **Péter Bősze, M.D.** Editor: **Terézia Barabás**

CONTENTS

CONTENTS	In memoriam Győző Lehoczky (sen), M.D.	219
ORIGINAL ARTICLE	The role of radiofrequency tumour ablation in the management of liver metastases <i>Sándor Dubecz, M.D., István Fehér, M.D., Klára Török, M.D., Norbert Vasas, M.D., Gábor Péley, M.D., Zsuzsa Monostori, M.D., Natália Búza, M.D., István Köves, M.D.</i>	225
REVIEW ARTICLE	Hormone replacement therapy and breast cancer <i>István Pácz, M.D., János Almási, M.D., Zoltán Forrai, M.D.</i>	231
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	Teratomas of the ovary in illustrations <i>Magyar Éva dr., Bősze Péter dr.</i>	237
WORD FORMATION	<i>Péter Bősze, M.D., Anna Erdei, M.D., András Falus, M.D., Pál Fábán, János Gergely, M.D., Zsombor Grétsy, M.D., Imre Kacs Kovics, M.D., Borbála Keszler, Andrea Ladányi, M.D., Katalin Pálóczi, M.D., Győző Petrányi, M.D., Éva Rajnavölgyi, M.D., Gyula Szegedi, M.D., Júlia Szekeres Bartó, M.D., Ferenc Uher, M.D.</i>	243
REPORTS		263

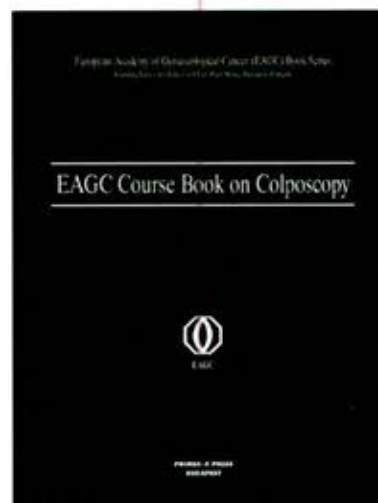
Megjelent!

Örömmel tudatjuk, hogy megjelent az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia (European Academy of Gynaecological Cancer, EAGC) könyvsorozatának első kötete az

EAGC Course Book on Colposcopy

Szerkesztők: *Bősze Péter*, az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia elnöke és az Akadémia könyvsorozatának alapító főszerkesztője; *David M. Luesley*, a nőgyógyászati onkológia professzora, City Hospital NHS Trust, Birmingham, UK.

A könyv, mely angol nyelven jelent meg, egy merőben új formában és teljességében tárgyalja a kolposzkópiai ismereteket, és gyakorlati útmutatót ad. Harmincöt nemzetközileg elismert szakember írta. A benne lévő ismeretek az European Certificate in Colposcopy vizsgaanyagának felelnek meg. Szakvizsgára készülőknek és szakorvosoknak egyaránt ajánlott. Több mint 200 színes ábrát tartalmaz és 220 oldal terjedelmű (ISBN 963-00-7356-0, honlap: www.CME.hu) Ára: 21 000 Ft.



TARTALOMJEGYZÉK

Foreword	<i>Joe A. Jordan</i>
Introduction to EAGC Book Series	<i>Péter Bősze, David M. Luesley</i>
Preface and history	<i>Ian D. Duncan</i>
Chapter 1. The scope of colposcopy	<i>David M. Luesley and Péter Bősze</i>
Chapter 2. Colposcopic techniques, instruments and new advances	<i>Montse Cararach, Santiago Dexeus and Andrea Sas</i>
Chapter 3. Colposcopic findings and nomenclature	<i>Ellen H. Hopman and Theo J. M. Helmerhorst</i>
Chapter 4. Grading system for abnormal colposcopic findings	<i>Mahmood I. Shafi and Saloney Nazeer</i>
Chapter 5. Colposcopic appearances of mature squamous, metaplastic and glandular epithelium	<i>Carl Chow and Albert Singer</i>
Chapter 6. Colposcopic appearances during pregnancy, the menopause and the effects of exogenous hormones	<i>Margaret Cruickshank</i>
Chapter 7. The histology and cytology of atypical colposcopic lesions	<i>Hellmuth Pickel</i>
Chapter 8. Colposcopic appearances of benign cervical diseases	<i>Giuseppe de Palo</i>
Chapter 9. The colposcopy, cytology and histology of genital HPV infections	<i>Kari J. Syrjänen</i>
Chapter 10. The colposcopic appearances of CIN	<i>Ian J. Etherington</i>
Chapter 11. The colposcopic appearances of glandular and invasive lesions	<i>Santiago Dexeus, Maria Teresa Cusidó and Montse Cararach</i>
Chapter 12. Treatment of CIN	<i>Walter Prendiville, Maria Jose de Camargo</i>
Chapter 13. Colposcopy of the vagina	<i>Brett Winter-Roach, John M. Monaghan and Alberto de B. Lopes</i>
Chapter 14. Colposcopy of the vulva, perineum and anal canal	<i>Vesna Kesic</i>
Chapter 15. Psychosocial aspects of colposcopy	<i>Theresa Freeman-Wang and Patrick Walker</i>
Chapter 16. Colposcopy: information and audit	<i>Valerie Harper</i>
Chapter 17. Colposcopy: establishing and running a service	<i>Anne Tomlinson and Henry C. Kitchener</i>
Chapter 18. Colposcopy: education, training and accreditation	<i>Charles W. E. Redman</i>
Chapter 19. Digital imaging	<i>Victor N. Skladnev, Karen Canfell, Swee Chong Quek and Fraser Tully</i>
Glossary	<i>Kari J. Syrjänen</i>
Index	

Kiadó: PRIMED-X KIADÓ, BUDAPEST

Cím: 1301 Budapest, Pf. 46. Távfesztélő: 36 1 4290316, Távmásoló: 36 1 4290318, Villanyposta: mail@primed-x.hu

MEGEMLEKEZÉS

Dr. Lehoczky Győző (1903–2003)

Megrendüléssel vettük a hírt, hogy id. dr. Lehoczky Győző nyugalmazott osztályvezető főorvos, életének századik esztendejében, 2003. november 22-én véglegesen elaludt, megvált földi életétől.

ÉLETÚTJA Dr. Lehoczky Győző Budapesten született 1904. január 13-án. Édesapja köztisztviselő volt. A budapesti Piarista Gimnáziumban érettségizett, és a budapesti Pázmány Péter Tudományegyetemen avatták orvosdoktorrá 1928.-ban.

Orvosi pályáját a budapesti Szent Rókus Kórházban kezdte bentlakó gyakornokként a sebészeti, majd a szülészeti osztályon. Ezután a Szent Margit Kórházba került alorvosként a szülészeti osztályra. Érdeklődése korán a rákgyógyítás felé fordult, ezért 1936-ban, megalapításakor belépett a Báró Eötvös Lóránd Rádium és Röntgen Intézetbe. Ez akkor Kelet-Európa egyik legkorszerűbb, legjobban felszerelt daganatkezelő intézete volt, amelyet a stockholmi Rádiumhemmet mintájára hoztak létre. Nem voltak szakma szerint elkülönült osztályok, hanem a különböző szakorvosok együttműködve végezték valamennyi szervi elhelyezkedésű daganat sugárkezelését, Dr. Manninger Vilmos sebészprofesszor és dr. Czunft Vilmos radiológus professzor vezetésével. A kor műszaki színvonalának megfelelő mélybesugárzásos és felszíni röntgenterápiás készülékekkel, rádiumágyúval és rádium üregi kezeléssel és tűzdeléssel. Igen széleskörű sugárkezelési, sugárbiológiai és sugárvédelmi gyakorlatra tett itt szert. Csak, hogy érzékeltessem az akkori munka színvonalát, megemlítem Bozóky László professzort – a híres sugárvédelmi szakembert – aki szintén a kezdetektől a Rádiumintézetben dolgozott, és már akkor alkalmazta a ma is használatos filmdozimétert. Nem csak alkalmazta, hanem meg is őrizte azokat az eredményekkel együtt, és nem sokkal halála előtt az Orvosi Hetilapban közzé is tette. Ennek alapján Dr. Lehoczky Győző összesített élet-sugárterhelése a mai megengedett határérték háromszorosa volt! A háború alatt, mint katonaeorvos frontszolgálatot teljesített, a háború után tevékeny részt vállalt a súlyosan sérült intézet munkájának újraindításában.

A rákgyógyítás ekkor még igen szerény eredményeket ért el, aminek az egyik fő oka az volt, hogy a daganatok túlnyomó többségét olyan előrehaladott állapotban fedezték föl, amikor már a teljes gyógyulás esélye igen csekély. Ezt felismervén Dr. Lehoczky Győző érdeklődése érthetően a korai kórismezés és a rákszűrés felé fordult. Bevezette a Magyarországon addig alig ismert új műszert, a kolposzkópot a méhnyakrák korai főlismerésére. 1948-ban (!) megszervezi az első magyarországi nőgyógyászati rákszűrést, munkahelyi alapon. Ne gondoljunk



Lehoczky főorvos úr életének 100. évében

a mai fogalmaink szerinti korszerű lakossági szűrésre, de annak alapját és kiindulópontját jelentette, és a maga korában korszakos jelentőségű lépés volt. Ekkor kezdtek viszonylag nagyobb számban megjelenni a valóban gyógyítható korai méhnyakrák esetek.

A fejlődés szervezeti változásokat és bővítést követelt, ezért 1952-ben az intézetből megalakult az Országos Onkológiai Intézet, és jelenlegi helyére költözött a Ráth György utcába. Az átalakulás munka- és hatásköri bővülést és jelentős ágyszám-növekedést jelentett, valamint lehetőséget nyújtott a szakmák szerinti tagozódásra, így létrejöttek a lényegében ma is működő osztályok.

Az Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati osztályának első vezetője dr. Lehoczky Győző lett, és ő vezette az osztályt egészen nyugállományba vonulásáig, 1975-ig. Vezetése alatt vált az osztály a magyarországi nőgyógyászati onkológia egyik oktatási és módszertani központjává. Elévülhetetlen érdemeket



Lehoczky főorvos úr (középen, szemüveget visel) munkatársaival a műtőben a 70-es évek elején. A kép jobb oldalán – szintén szemüveget visel – a közvetlen utódja, Töttössy Béla főorvos úr látható.

szerzett a kolposzkópia magyarországi elterjesztésében és oktatásában. Új műtéti és sugaras eljárásokat vezetett be. Életre szóló barátjával, a már említett dr. Bozóky László fizikusprofesszorral vezették be a rádiumnál hozzáférhetőbb mesterséges radioaktív elem, a kobalt-60 használatát az üregi kezelésben, és ők építettek és használtak Magyarországon először utántöltő (after-loading) készüléket. A méhnyak helyreálló képességének nagy jelentőséget tulajdonított a méhnyakrák kialakulásában, és a megelőzést szolgáló méhszájplasztikai eljárást dolgozott ki. A sugárkezelés korabeli színvonalának megfelelően ekkor még a mainál sokkal nagyobb számban fordult elő – egyébként gyógyult, daganatmentes betegekben – a sugársipoly. A hólyag-hüvely-végbél sipolyok mellett, hogy a beteg életét megkeserítették, a sugársérült szövetek miatt a szokványos sipolyzáró műtétekkel kezelhetetleneknek bizonyultak. Kidolgozta az „ablakos plasztikát”, ami egy sugárhatást nem szenvedett nyeles lebeny beforgatásával sikeresen oldotta meg a kérdést.

Nagyon sokat tett a kolposzkópia hazai elterjedéséért. Hosszú éveken keresztül tartotta a szinte legendás kolposzkópos tanfolyamokat, ahol a módszer megismertetése mellett igyekezett a hazai nőgyógyászok körében elterjeszteni az „onkológiai szemléletet” is.

Tagja volt a Magyar Nőorvos Társaságnak, a Magyar Radiológusok Társaságának, alapító tagja a Magyar Onkológusok és a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának; az előbbinek tiszteletbeli tagja. A kor, amelyben működött, nem kedvezett a nemzetközi kapcsolatok építésének, mégis a lehetőségekhez képest aktívan részt vett számos külföldi kongresszus munkájában is.

1975-ben nyugállományba vonult, de amíg ereje engedte, továbbra is tevékeny részt vállalt a szakorvos-továbbképzésben. Rendkívül szuggesztív előadó volt. Munkatársai és nem utolsósorban betegei nagyon szerették.



Lehoczky főorvos úr búcsúztatása nyugdíjazásakor, 1975-ben. Mellette balra Eckhardt Sándor akadémikus és Venkei Tibor főorvos úr látható.

Hosszú élete szinte átfogta az onkológia kialakulását és fejlődését 1936-tól 1975-ig. Csaknem negyven évig lényegében ugyanazon a munkahelyen dolgozván szinte minden energiáját a rákbeteg nők gyógyítására, a rákbetegség kérdéseinek megoldására fordította, és életének utolsó napjáig – kora miatt csak távolról – figyelemmel kísérte a daganatgyógyászat helyzetét és fejlődését.

*Ifj. dr. Lehoczky Győző
főorvos*

EGY PATOLÓGUS EMLÉKEI HAZÁNK NŐGYÓGYÁSZ DOYENJE, LEHOCZKY GYŐZŐ FŐORVOS ÚR MUNKÁSSÁGÁRÓL Szigorlóorvos koromban ismertem meg a főorvos urat a mai Schöpf-Mérey kórházban, amely akkor (1950-ben) még Eötvös Lóránd Rádium és Röntgen Intézetként a rákos betegek gyógyítását szolgálta. A főorvos úr a Nőgyógyászati Osztályt vezette, én meg ingyenes bentlakó és kosztos voltam a kórházban. Akkoriban ez általános jelenség volt, minden kórház bentlakást és ellátást nyújtott néhány felsőbb éves orvostanhallgatónak, illetve szigorló orvosnak.

Nem dolgoztam ugyan az osztályán, a kórház ebédlőjében azonban úgyszólván naponta láttam, s egy távolabbi asztalnál ülve – bocsássa meg nekem – mindig fületem hegyezve nagy érdeklődéssel hallgattam, amint a vele ebédelő kollégáinak az-napi diagnosztikus vagy műtéti élményiről (sikereiről és kudarcairól egyaránt) beszélt. E beszélgetésekből kitűnt, hogy számára minden egyes beteg ellátása mindig mély együttérzéssel átélt és lelkületében maradó nyomot hagyó, pozitív vagy negatív „élmény” volt, sohasem egyszerű, rutinszerűen végzett munka. Az is kitűnt elbeszéléseiből, hogy a beteg sem volt sohasem számára pusztán egy megoldandó „eset”, hanem mindig a leküzdendő betegségtől sújtott „ember”.

Elmondhatom, hogy ezt, az ebédői elbeszélések alapján, róla bennem kialakult képet aztán később sokéves munka-kapcsolat során szerzett közvetlen tapasztalataim mindenben megerősítették. 1954-ben ugyanis már fiatal patológusként a mai Országos Onkológiai Intézetbe kerültem a Kellner Béla professzor által alapított és vezetett Onkopatológiai Intézet munkatársaként. Lehoczky főorvos úr pedig az Intézet – akkoriban még igen nagy forgalmú – Nőgyógyászati Osztályát vezette. Ilyen módon az általa nagy gonddal vett, és nem kisebb gondal kezelte mintavételi anyagok kórszövettani vizsgálata révén napi munkakapcsolatba kerültem a főorvos úrral.

Több mint félévszázados patológusi tevékenységem után elmondhatom, hogy a szövettanászok munkájában mindig sok gondot okozott és bizony sok helyen még ma is okoz az, hogy a kórszövettani vizsgálatkérő lapokon igen kevés adatot közöl a beteget kezelő klinikus. Sokszor a helyes kórisme kialakításához nélkülözhetetlen alapvető tájékoztatás is elmarad. Nem így volt ez Lehoczky főorvos úr esetében. Ő – amellet hogy gondosan kitöltött, gyakran a kolposzkóppal észlelt elváltozás elhelyezkedését, kiterjedését is ábrázoló rajzot is tartalmazó vizsgálatkérő lapot küldött – bizony sokszor még telefonált is, és szóban is tájékoztatást adott a vizsgálandó „eset”-ről. Arról már nem is szólva, hogy az általa kezelte betegek esetében bizony nem késlekedhetett a szövettani lelet, mert ha késett, jött az udvarias, de mégiscsak számonkérő telefon. Szóval, nála a műtét után sem estek ki emlékezetéből, nem maradtak magukra és nem veszték el, hanem gondosan követve lettek a betegek.

Emlékeim szerint a főorvos úr a rákellenes küzdelem, a rákos megbetegedések minél korábbi stádiumban történő felderítésének, csakúgy, mint a csak akkoriban kezdeményezett onkológusképzésnek élharcosa, és az ezzel kapcsolatos munkának szorgos napszámosa volt. A kolposzkópos vizsgálat hazai bevezetésének úttörőjeként, alkalmazásának nagymestereként tisztelhetjük őt. E terület későbbi kiváló művelői tőle tanultak, nála nőttek fel. Az is közismert hazai orvostörténeti tény, hogy a fokozatosan kiépülő onkológiai hálózat szakemberei – nem véletlenül – elsősorban a nőgyógyászok soraiból kerültek ki. Akkoriban még nem volt Orvostovábbképző Intézet, nem voltak és nem lehettek szaktársaságok sem. A folyamatos továbbképzés szükségét azonban a vezető magyar orvostársadalom mindig érezte, és igen fontos feladatának tartotta. Különösen fontos volt a képzés és továbbképzés egy korábban nem létező, hivatalosan nem jegyzett szakma, az onkológia területén. Természetesen az újonnan létrehozott Országos Onkológiai Intézet főorvosi kara az onkológiai irányú képzésnek, az onkológus szak- és továbbképzésnek élharcosa és bázisa volt. Ezt akkoriban az Egészségügyi Szakszervezet ún. szakcsoportjai keretében lehetett végezni és végezték. Az Onkológus Szakcsoport továbbképző előadásai igen nagy rendszerességgel havonta egy, olykor két alkalommal, szombatonként az Egyetem I. sz. Szemklinikájának tantermében zajlottak igen népes részvétellel – emlékeim szerint interaktív módon –, nem egyszer élénk vagy inkább éles viták közepette.

Ezeknek a továbbképzéseknek Lehoczky főorvos úr egyik kulcsembere volt. Sokszor, szinte szenvedélyes hangú előadásai mély nyomokat hagytak a résztvevőkben.

Akkoriban még nem volt ráksűrűs, a méhnyakrákos betegek többsége sajnos a betegség igen előrehaladott stádiumában fordult orvoshoz, jutott megfelelő felkészültséggel rendelkező szakember kezébe, megfelelő kórházi osztályra. Sok volt az elhanyagolt és a szövődményes, különböző sipolyok kialakulásával járó eset. Természetesen az ilyen betegek jelentős hányada az újonnan alapított Országos Onkológiai Intézetbe, a nőgyógyászati Osztályra került. Így az élet Lehoczky főorvos urat új, sokszor hősies műtéti eljárások kimunkálására kényszerítette. Ezek azonban ritkán jelentettek tartós megoldást. Nem volt ritkaság az előrehaladott méhnyakrák és szövődményei miatt elhunyt betegek boncolása sem. Lehoczky főorvos úr minden eset boncolásánál végig ott volt, és részleteiben igyekezett megismerni a kórboncolás során feltáruló leleteket. Az akkoriban rendszeres kliniko-patológiai konferenciákon pedig részletes megvitatásra kerültek a legtöbb tanulság levonására alkalmas „esetek”.

A főorvos úr nem volt író ember; tudását, tapasztalatait szavakban, előadásokban osztotta meg környezetével, a továbbképző előadásorozatok résztvevőivel. Minősítés megszerzésére sem törekedett. Talán sajnálta is erre fordítani idejét, úgy érezhette, hogy azt a betegeitől vonná el, ő pedig mindenekelőtt a betegekért és perszer a családjáért élt...

Szerkesztőségi megjegyzés: e sorok Lehoczky főorvos úr 100. születésnapjának megünneplésére íródtak halála előtt egy pár héttel. Lapis Károly akadémikus úr így folytatta: ... „és nagy örömköze él a mai napig. Örüljünk együtt, hogy a magyar onkológia élő nagy alakja, hála Istennek itt van közöttünk. Tiszteljük hát őt életében és azután is a hazai rákellenes küzdelem kiolthatatlan fáklájaként.”

*Prof. dr. Lapis Károly
akadémikus*

EGY UTÓD GONDOLATAI Ha valakiről egy megemlékezést próbálunk megfogalmazni, emlékeinkben keresgélünk, régi, elhomályosult történetek, közös élmények után kutatunk, vagy éppen élénken megmaradt emlékeket összegezzük. A megemlékezés azonban nem csak a múltban gyökerezik, hanem a jelenben is él, és a jövő felé is mutat. Ezek a gondolatok minden embertársunkra vonatkoznak, és hatványozottan azokra, akik tetteikkel, eszmeiségükkel messze túlléptek kis közösségeiken, és országos, európai vagy nemzetközi nagyságrendben hagytak üzenetet maguk után. Lehoczky főorvos úr az utóbbiak közé tartozott.

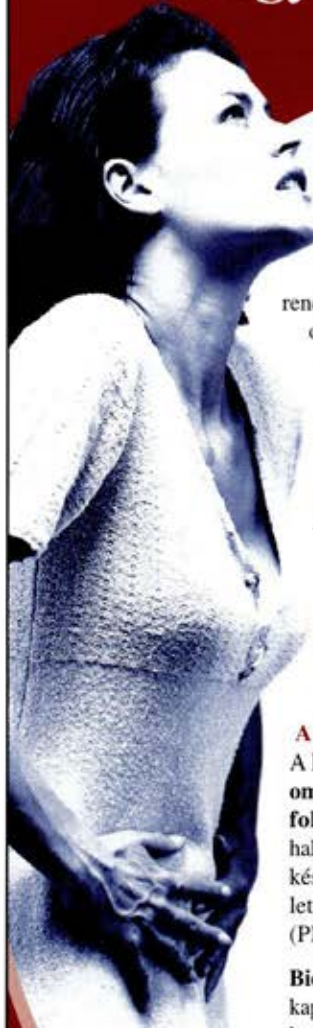
A rákgyógyítás megszállottja volt, tántoríthatatlanul hitt a gyógyítás sikerében annak ellenére, hogy a felborult sejtszabályozás, a daganatbetegség, az ő idejében sokkal nagyobb számban szedte áldozatait. Talán ezért is érzett minden megmentett em-

ber esetében lelki sikert is. A küzdelem a gyilkos kórral szemben úgy tűnt, hogy varázs volt számára, lelkesedését, megingathatatlan hitét ebből merítette, ezért volt szenvedélyes előadó, és ezért beszélt magával ragadó hévvel minden egyes betegről. Rájött, hogy a rákot is csírájában kell elfojtani, és elindította a rákszűrést, amelyben a nőgyógyászok mindig úttörők voltak és azok ma is. Érdemei ezen a téren is elévülhetetlenek, és, ha az egészségügyet, a betegellátás tudományát, művészetét leginkább aláadó szempont, a gazdaságosság – költséghatékonyság – oldaláról közelítünk, akkor azt mondhatjuk, hogy Lehoczky főorvos úr azt is tudta, hogy a szűrésbe, a rákbetegség korai felismerésébe fektetett pénz messze megtérül. Nem tudom, mennyire érdekelte a külvilág, a társadalmi „érvényesülés”, azt azonban tudom, hogy a gyógyítás útjáról nem lehetett letéríteni.

Nem emlékszem, hogy a fentiek testet öltöttek-e gondolataimban, vagy csak homályosan éltek a háttérben, amikor átvettem – második utódjaként – osztályának vezetését 1989-ben. Az azonban világos volt előttem, hogy egy, még az életében legendává vált előd nyomdokait követem. Megadta a sors, hogy a volt osztályának vezetőjeként is találkozhattam, és hosszasan beszélhettem vele. Ekkor már jóval 80 felett volt, de változatlan szenvedéllyel mesélte a múltat, az osztály történéseit és a rákgyógyítás művészetét. A tudomány művészi művelése érződött ki szavaiból. Képtelen vagyok visszaidézni, hogy adott-e tanácsot; inkább úgy tűnik, hogy nem. A nagy emberek tanácsával szolgált, példát mutatott. Az utódok feladata, hogy kövessék.

Bősze Péter

Menstruációs diszkomfort -természetes módon is legyőzhető



Szorongás, feszült idegállapot, energiahány, álmatlanság, mellfeszülés, puffadás, indokolatlan súlygyarapodás, végül alhasi görcsök? Ismerős tünetek, melyek havi rendszerességgel nagyon sok nőnek okoznak gyötrelmet.

Mi lenne a megoldás?

A kínzó panaszok megszüntetésére ma még legtöbbször fájdalomcsillapítót szednek, amelyek csak átmenetileg segítenek. Dán kutatási eredmények szerint az omega-3 zsírsavak természetesen jó irányba befolyásolják a prosztaglandin szintézist és a B₁₂ és folsav tovább növeli ezt a jótékony hatást.

A Bio-Marine Plus:

A Pharma Nord által kifejlesztett omega-3 zsírsavat, B₁₂-vitamint és folsavat tartalmazó természetes halolaj alapanyagú étrend-kiegészítő készítmény sok más probléma mellett a menstruációs diszkomfortra (PMS) is jelenthet megoldást.

Bio-Marine Plus étrend-kiegészítő kapszula 30 és 60 darabos kiszerelemben is kapható.

Keresse az **Arany Mozsár**-ral jelölt minőségi Pharma Nord étrend-kiegészítő terméket a gyógyszerárakban és a gyógynövényboltokban!



Pharma Nord Kft. 1139 Budapest,
Váci út 95. Info-vonal: (1)-239-
2310 H-Sz-P: 9-12 óráig

 **Pharma Nord**

Természetes segítség a PMS szindrómára

A PMS szindrómaként ismert tünetegyüttes a dán nők körülbelül 25 %-ának okoz havonta visszatérő kellemetlen panaszokat.

A dán Aarhus egyetem kutatói egy kettős vak placebo kontrollal ellenőrzött vizsgálatot végeztek, fertilis korú nőknél omega-3 zsírsav és B₁₂-vitamin együttes adásával és megfigyelték, hogy ezen kombináció jelentős segítséget nyújtott azok számára, akik dysmenorrhoeában szenvedtek.

Ezt a tanulmányt egy tápanyagkutatással foglalkozó tudományos folyóiratban publikálták és leírták, hogy az omega 3 zsírsavak, és B₁₂-vitamin kombinációja mellékhatások nélkül csökkenti a menstruációs diszkomfort érzést*.

A PMS tünetegyüttes kialakulásért a 2-es típusú prosztaglandin tehető felelőssé, melynek képződését az omega-3 zsírsavak természetes úton jó irányba befolyásolják. Jelenleg még nem ismert módon a B₁₂-vitamin tovább erősíti ezt a hatást. További kutatások folynak annak tisztázására, hogy milyen módon befolyásolja a női szervezet működését a telítetlen zsírsavak és vitaminok kombinációja.

A vizsgálat:

* Dániai nők egy korábbi epidemiológiai felmérése során azt találták, hogy a menstruációs fájdalom prevalenciája (dysmenorrhoea) fordított viszonyban áll az étrendben szereplő halolaj-tartalommal (N-3 zsírsav) és B₁₂-vitamin felvétellel. Ezen eredmények azt a hipotézist támasztották alá, hogy a táplálékkal elfogyasztott zsírsavak befolyásolhatják a prosztaglandin által közvetített menstruációs görcsöket, és azt sugallták, hogy halolaj-tartalmú étrendkiegészítők esetleg felhasználhatók lennének a dysmenorrhoea kezelésében vagy megelőzésében. A vizsgálat célja e hipotézis tesztelése volt. A vizsgálatot kettős vak, placebo-kontrollált formában végezték el. 78 dysmenorrhoeás fiatal nő kapott naponta halolajat vagy halolajat B₁₂-vel vagy főkaolajat vagy „átlagos” dán zsirból készült placebo egy 3-4 hónapos, legalább 3 menstruációs ciklust lefedő intervenció időszakon át. A compliance-t a vér és a glutealis zsír lipid-profiljának révén követték. Körülbelül 3 hónapnyi kezelés után az említett menstruációs tünetek száma, valamint a napi tevékenységekre gyakorolt zavaró hatása jelentősen csökkent mindhárom csoportban (p < 0,05) azok között, akik tengeri állatoktól származó olajat kaptak. Magasan szignifikáns csökkenésekről számoltak be a fájdalom fokát illetően is (kategorikus és vizuális analóg skálák) a B₁₂-es csoportban, míg a csak halolajat, illetve csak főkaolajat éppen a szignifikancia határán lévő hatásairól az adott csoportokban. A B₁₂ folyamatos alkalmazása halolajjal jobb volt a többi kezelésnél, magasabb szignifikancia szintet mutatott (p < 0,01), és a tünetcsökkentő hatás legalább három hónapos kiürülési időszakig tartott. E klinikailag kontrollált próba eredményei így módon megerősítik a korábbi epidemiológiai eredményeket, és azt vetik fel, hogy a hal- vagy főkaolajat tartalmazó, B₁₂-vitaminnal javított vagy azzal kombináltan fogyasztott étrendkiegészítők lényegesen csökkenthetik a menstruációval járó diszkomfort érzetet.

Menstrual discomfort in Danish women reduced by dietary supplements of omega-3 pufa and B₁₂ Nutrition Research, Vol.20 No.5pp.621-631,2000

Minőségi halolaj- és vitamintartalmú étrendkiegészítők kaphatók a gyógyszerárakban.

Mit veszíthetünk 28 nap alatt?

- a narancsbőr látható jeleit,
- a kollagén és elasztin rostok közé lerakódott zsírpárnákat
- és a fölösleges centimétereket!

4 hét elteltével
60%-kal csökken a narancsbőr, és
2,5 cm-rel csökken a kezelt
testrész kerülete.

Cellu-Sculpt
Anti-Cellulite
Slimming Treatment


AVON
Solutions

200 ml 6.7 fl. oz.

100 %-os
eredmény a jól ismert
Avon garanciával

Hatóanyagok: mentol, escin, zsurló, repkény, Macrocytis Pyfera alga, mangó, alma, citrom, almakéreg, karnitin, borostyán, kamilla, aloe, koffein, glükóz-aminoglukán, zöld tea, ginkó, hegyi árnika, sariós buvákfű, kínai növénykeverék, propilén-glikol, butilén-glikol, glicerin, hársfa, szőlő, búza, panthenol, C-, E-vitamin, élesztő, mirtuszofaj, ginszenggyökér, szőjafehéjje.

AVON
1 NAPOS
GYALOGTAS
AZ ELETERT

A jótékony célú Avon programok keretében eddig 150 millió forinttal támogattuk a magyarországi emlírák elleni küzdelmet.



AVON
Solutions

Beszéljünk róla...

**Narancsbőr elleni
krémzselé**

Keresse fel
Avon tanácsadónőjét!

www.avon.hu

Avon 1439 Budapest, Pf. 626.

Mivel az Avon termékek boltban nem kaphatók, küldje vissza ezt a kupont, és mi elküldjük Önnek legújabb katalógusunkat.

Vezetéknév _____

Keresztnév _____

Lakcím _____

Telefonszám _____

Ha érdekli a tanácsadónői munka,
kérjük, x-elje be a négyzetet!

46

Másodlagos májdaganatok sebészi kezelése rádiófrekvenciás daganatroncsolással

DUBECZ SÁNDOR DR.¹, FEHÉR ISTVÁN DR.², TÖRÖK KLÁRA DR.⁴, VASAS NORBERT DR.⁴,
PÉLEY GÁBOR DR.¹, MONOSTORI ZSUZSA DR.², BÚZA NATÁLIA DR.³, KÖVES ISTVÁN DR.¹

Országos Onkológiai Intézet, Általános- és Mellkassebészeti Osztály¹, Radiológiai Diagnosztikus Osztály²,
Daganatpatológiai Osztály³, Semmelweis Egyetem Budapest, Általános Orvosi Kar⁴

ÖSSZEFOGLALÁS A rádiófrekvenciás daganatroncsolás (rádiófrekvenciás tumorabláció) olyan „minimálisan invazív” sebészi beavatkozás, mely az elsődleges és másodlagos májdaganatok esetén további kezelési lehetőséget nyújt, ha az elsőként választandó sebészi daganattávolítás valamilyen okból nem kivitelezhető. Vizsgálataink során arra kerestük a választ, hogy az elsődleges nőgyógyászati (és egyéb eredetű) daganatok máj-áttétei esetén az eljárás mely esetekben, milyen módszerrel és hatékonysággal végezhető el, növeli-e az átlagos túlélési időt, javítja-e a betegek életminőségét.

A rádiófrekvenciás daganatroncsolás fizikai alapját a bőrön keresztül, hastükrözéssel vagy hasfeltárással a daganatba vezetett tülelektrod által kiváltott hőhatás (elektrokoaguláció) adja.

Az Országos Onkológiai Intézetben 10 betegnél (6 nő, 4 férfi) összesen 23 máj-áttétet kezeltünk ezzel a módszerrel. Az elsődleges daganatok fajtája szerint 7 vastag-végbél és 3 nőgyógyászati eredetű volt. A betegek átlagos életkora 55,4 év volt (46-72 év). A beavatkozásokat UH-vezérléssel, műtéti körülmények között, altatásban végeztük. Öt esetben hasmegnyitás, ötben pedig a hasfal bőrönkeresztüli beavatkozás történt. Az UH-vezérelt tübevezetés módját (hasműtét vagy bőrön keresztüli beszúrás) a májgócok elhelyezkedése határozta meg, melyet a beavatkozás előtt végzett máj MR-, UH-vizsgálatokkal állapítottunk meg. A felszínes elváltozást a környező szervek hőkárosításának veszélye miatt hasműtétből, az ép májszövetet fedett vízzel a bőrön át végzett módszerrel kezeltük. A kezelés időtartamát a daganat nagysága befolyásolta. A máj-áttétek mérete 1–5 cm között változott. A betegek követése során (az 1., 7. és 30. műtét utáni na-

pon) laboratóriumi, tumormarker-, UH-, CT- és MR-vizsgálat történt. Hét betegnél a daganat nem újult ki. A nőgyógyászati eredetű máj-áttétes esetek száma kevés, emiatt a sebészi szövődeményeket a vastag-végbél eredetűekkel együtt tárgyaltuk.

Kezdeti tapasztalataink alapján úgy véljük, hogy a rádiófrekvenciás daganatroncsolás nem helyettesítheti a sebészi daganattávolítást, de hatékonyan alkalmazható azoknál a betegeknél, akiknél ez a sebészi beavatkozás nem kivitelezhető. A módszer a daganat eltávolításához képest a betegeknek kisebb megterhelést és rövidebb kórházi tartózkodást jelent. A daganatgyógyászati eredmények részletesebb megítélése csak nagyobb esetszám esetén lehetséges.

Kulcsszavak rádiófrekvenciás daganatroncsolás, máj-áttét, nőgyógyászati és vastagbél-daganatok

SUMMARY Radiofrequency tumour ablation (RFTA) is a minimally invasive loco-regional treatment, which can be used in cases when the „gold standard” surgical method, the resection is not possible. The aims of this study were to define the feasibility, the indications and the effectiveness of this method for the treatment of liver metastases of gynaecological and other primaries. The physical principle of RFTA is based on a needle, which makes electro coagulation in the centre of the tumour.

Ten patients (6 females and 4 males) were operated on for 23 hepatic metastases at the National Institute of Oncology, Budapest. The primary tumours were breast (2 patient) ovarian (1 patient) and colorectal cancer (7 patients). Mean age of the patients was 55,4 years. The procedure was performed under general anaesthesia with ultrasonographic guidance (in 5 cases by open surgery and in 5 cases percutaneously). The duration of the RFTA procedure depends on tumour size. Tumours ranged in size from 1 to 5 cm. Ultrasonography, CT and MR scans were performed on postoperative days 1, 7 and 30.

Levelezési cím:

Dr. med. habil. Dubecz Sándor

Országos Onkológiai Intézet

Általános- és Mellkassebészeti Osztály

1122 Budapest, Ráth György u. 5-9.

Távbeszélő: (36 1) 224-8600 Távmasoló: (36 1) 224-8620

Villanyposta: dub@oncol.hu

Tumour necrosis was achieved in 7 patients who are still free of hepatic recurrence. On the basis of our first experiences we can conclude that although RFTA doesn't replace surgical resection, this method can be used in some cases as effectively as metastasectomy. RFTA can reduce the length of hospitalisation and the patients' inconvenience. For determining the role of RFTA in the treatment of hepatic metastases further controlled clinical trials are needed.

Key words RFTA, hepatic metastases, colorectal and gynaecological tumours

BEVEZETÉS Hazánkban évente kb. 2200 májjátét kerül felfedezésre. Az „arany standard” kezelésük napjainkban is a sebészi eltávolítás, ami azonban nem mindig végezhető el. Ennek oka lehet az áttétek száma és az elhelyezkedése, vagy a beteg általános állapota nem engedi meg a nagy megterhelést jelentő sebészi beavatkozás elvégzését. Ezekben az esetekben jönnek szóba az egyéb, az ún. minimálisan invazív sebészi beavatkozások, mint a rádiófrekvenciás daganatroncsolás (rádiófrekvenciás tumorabláció). A májjátétek többnyire tápcsatorna eredetűek; kétharmaduk vastag-végbélrák, egyharmaduk emlő, hasnyálmirigy, gyomor, pajzsmirigy, dűlmirigy, húgyhólyag, méh, petefészek, tüdő, ill. epehólyag daganataiból keletkezik. A betegek 10-30%-ának már az elsődleges műtétnél májjátéte van, ami 60%-uknál ekkor még nem is fedezhető fel (1). A klinikai vizsgálatok szerint a gyomor, vastagbél, emlő, hasnyálmirigy és a tüdő eredetű májjátétek kezeletlen eseteinél nincs 5 éves túlélés. A vastag-végbél és a petefészek eredetű májjátétek sebészi eltávolítása jelentősen javítja a túlélést. Ezekben az esetekben a várható 5 éves túlélés 30-35%, amennyiben nem áll fenn májsugorodás, az áttétek egy lebenyben vannak, nincs májon kívüli szóródás és az elsődleges daganat teljesen eltávolításra került (2-3). Az emlőrák – a tüdő és a hasnyálmirigy daganataihoz hasonlóan – rendszerint egyidejűleg több szervbe adhat áttétet (2, 4-5). Emlőrák kezeletlen májjátéte esetében az átlagos túlélés 2-14 hónap (6), a helyi kemoterápia és a sugárkezelés a hosszú távú túlélést lényegesen nem befolyásolja (7). Az egyéb nőgyógyászati rosszindulatú daganatok májjátéteinek eseteiben az 5 éves túlélés 20% (8-9). Ebben szerepe van az elsődleges daganat szövettani szerkezetének és az elsődleges sebészi kezelés és az áttét-eltávolítás között eltelt tünetmentes időszak hosszának is (10-12). A sebészi beavatkozás a kemoterápia utáni visszafejlődés esetén javasolható.

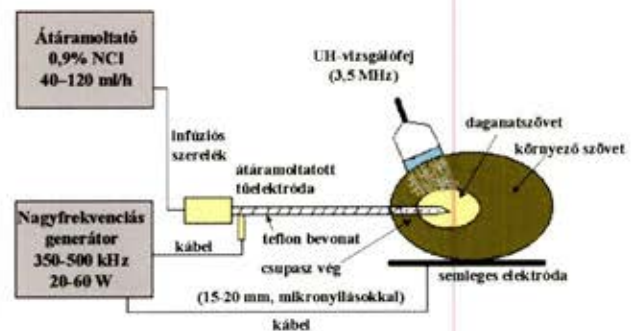
A májjátétek sebészi kezelésére az eseteknek csak hozzávetőlegesen 25%-ában kerülhet sor. A műtéti halálozás 1-5% közötti (5). A halálozás sokkal gyakoribb, a kórjóslat sokkal rosszabb egyidejűleg fennálló májsugorodás esetén. Ezen betegeknél további kockázatot jelent a véralvadási zavar, a májműködéstartalék és a máj helyreállító képességének beszűkülése.

Amennyiben az áttét sebészi eltávolítása ellenjavallt (daganatgyógyászati, klinikai, sebészi, altatási okokból) csak valami-

lyen kevésbé megterhelő beavatkozást jelentő, sebészi eljárás – mint a rádiófrekvenciás daganatroncsolás – alkalmazható.

ANYAG ÉS MÓDSZER A rádiófrekvenciás daganatroncsolást az Országos Onkológiai Intézet Általános és Mellkassebészeti Osztályán 2002 márciusa óta alkalmazzuk. Eddig 10 beteg (6 nő, 4 férfi) 23 májgócának roncsolását végeztük el. A betegek életkora átlagosan 55,4 év (46–72 év) volt. Hét vastag-végbél és 3 nőgyógyászati elsődleges daganat májjátéteit kezeltük. A nőgyógyászati daganatok műtéteit követően a betegek először szisztémás kemoterápiában részesültek (21). A petefészekrákos betegünk többgócú májjátéteinek rádiófrekvenciás kezelése mellett egy ülésben a májgyűjtőérbe helyezett szűrővel védtett, máj-átáramoltatós gyógyszerkezelés (kemoperfúzió) is történt – a szűrő a sejtpusztító gyógyszereknek az általános keringésbe jutását akadályozza meg. A kezelt elváltozások mérete 1-5 cm között volt.

A beavatkozások műtéti körülmények között, gépi altatásban történtek, a tüelektródát ultrahang-vezérelten bőrön keresztül illetve has megnyitásával helyeztük a daganatba. A rádiófrekvenciás daganatroncsolás fizikai alapja a sebészetben régóta használt egyfólyusú elektrokoagulációval egyezik meg. A nagyfrekvenciás elektromos energiát (350–500 kHz) egy számítógéppel vezérelt áramfejlesztő szolgáltatja, mely 20-60 Watt teljesítményű. Ezt az eljárást korábban szívsebészeti beavatkozásként is használták; a szív szabálytalan idegvezető nyálábjaikat roncsolták. Az eljárás során UH, spirál CT által vezérelten lehet a tüelektródát a daganat közepébe vezetni (1. ábra) (13).



1. ábra. Az rádiófrekvenciás daganatroncsolás elve

A tüelektród egyik bemeneti nyílásához az átáramoltatásból érkező élettani sóoldat szerelékét, a másikhoz a steril elektromos vezeték csatlakoztatjuk. A beteg bőrére a célterület közelében nagyfelületű semleges elektródát helyezünk. A tű hegyén a felületkülönbség hatására hő képződik, mely a környező szövetekben kicsapódásos elhalást (koagulációs nekrozist) hoz létre (13-15). Szövettani vizsgálatok igazolták, hogy a kívánt 50-100°C közötti hőmérsékleten a sejtplazma fehérjéinek szerkezete károsodik (denaturálódnak), a sejtmag és kromatinállománya szétesik, a sejthártya zsírrétege elfajul, sejthalál következik be.

Több tüelektródfajta van forgalomban, mint pl. az egynyalábos elektród a tengelyében vízhűtéssel (Cool-tip, Radionics) és a 3 illetve ötágú, esernyőszerűen kinyíló elektródok (RITA), melyek a hőhatás forrásainak számát növelik. Az összehasonlító klinikai vizsgálatok szerint nagyobb elhalás érhető el a tengelyében vízhűtéses tüelektróddal (16-17). A tüelektródot körülvevő szövet a hőhatásra kiszárad, ezzel az elektromos vezetőképessége lecsökken. A kívánt szövetkárosodás a tű átmérőjénél kb. hatszor nagyobb sugarú területen következik be. Ezért a tüelektródokat újra kell pozícionálni, nem egyszer ismételtén. Az esernyőszerű tű ugyan nagyobb átmérőjű szövetet pusztít, ezt a fajta tűt azonban áthelyezni nem lehet. Az általunk használt tüelektród végének 15 mm hosszú szakaszán lézerekkel mikronyílásokat, ún. víztároló tasakokat alakítottak ki. A tű további részeit a szűrőszatoma elektromos védelmére teflonnal vonták be (2. ábra). A tüelektródot behelyezhetjük a bőr átszúrásával vagy a has megnyitásával, illetve hastükrözés útján (18-20).



2. ábra. A tüelektróda

A rádiófrekvenciás kezelés megkezdésének pillanatában az ultrahangképernyőn jól látható hangvisszaverődés-fokozódás (hyperreflektivitás) és az egynemű daganatszerkezet felbomlá-



3. ábra. Műtét alatti UH-kép. Látható, hogy a daganatroncsolás ultrahangos ábrázolását a rádiófrekvenciás áram zavarja

sa (inhomogenitás) keletkezik, amellyel a kezelés alatt követjük a roncsolt terület kiterjedését (3. ábra). A kezelés idejét és az alkalmazott teljesítményt a daganat mutatóitól függően választjuk meg. Általában 40-50 Watt teljesítményt alkalmazunk 5-10 perces behatási idővel. A daganatroncsolást addig folytatjuk, amíg az ultrahang képernyőjén kirajzolódó fokozott hangvisszaverődési mező az eredeti daganatnagyságot 0,5-1 cm-rel meg nem haladja.

EREDMÉNYEK A rádiófrekvenciás daganatroncsolás eredményességének szövettani igazolásához egy 48 éves, emlőrák miatt végzett műtéten (emlő- és hónaljji nyirokcsomó-eltávolításon) átesett és kemoterápiát kapott nőbetegünk két májjáttétének eltérő sebési kezelése szolgált alapul. A beavatkozás előtt mind a két daganatból (S5, S8) kimetszést végeztünk. Ezt követően mindkét áttétből a rosszindulatúság igazolására a műtét alatt szövettani mintát vettünk, majd az áttéteket eltávolítottuk. Az S8-ban lévő gócot az áttét kivétele előtt rádiófrekvenciás daganatroncsolással kezeltük. Az eltávolítás előtti szövettani és a rádiófrekvenciával nem kezelt áttét (S5-ös szegmens) szövettani tejjárat (ductalis) emlőrák áttétét igazolta. A rádiófrekvenciás kezelést követően eltávolított minta (S8-minta) szövettani vizsgálata elhalt szövetállományt azonosított, ép daganatszövetet nem lehetett látni.

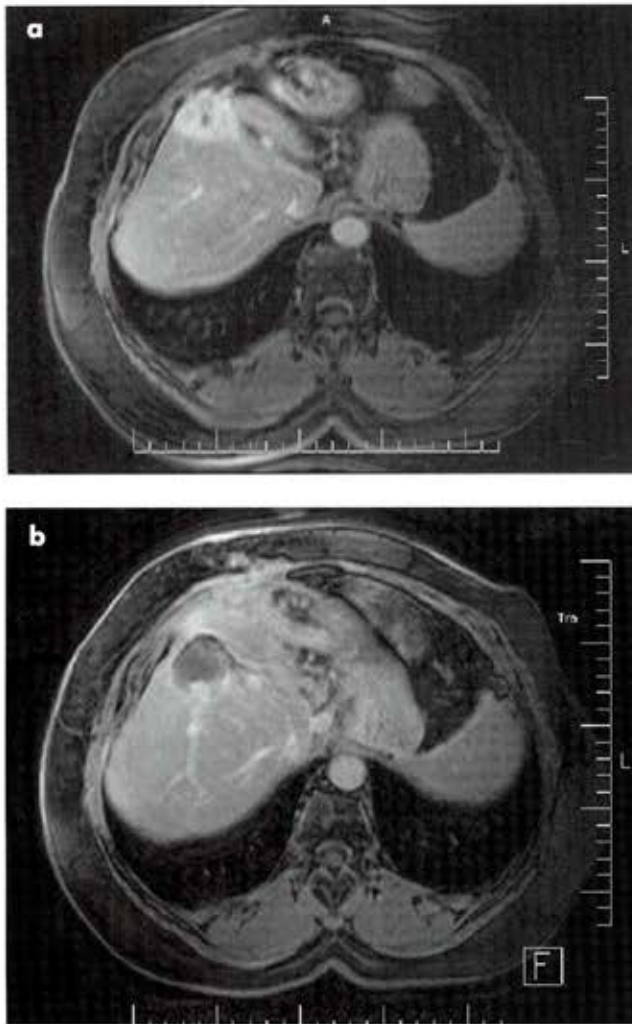
Az irodalmi adatok szerint a beavatkozást követően az alábbi szövődmények fordulhatnak elő: hasi fájdalom, vérzés, lázas állapot, epesipoly, májtályog, légmell, a környező szervek hőkárosodása, a májkapu visszereiben vérrögképződés (vena portae trombózis) (22-25). A 10 betegünk közül 1 esetben észleltünk epesipolyt, amely hasüregi szivódrénkezésre gyógyult, és az összes betegünkönél 2-3 napig szeptikus lázmenet lépett fel.

MEGBESZÉLÉS A rádiófrekvenciás daganatroncsolás javallatai és ellenjavallatai az irodalmi adatok és a saját tapasztalataink alapján a következőkben adhatók meg:

1. Elsődleges májdaganatok esetén a rádiófrekvenciás kezelés szóba jön, ha: a daganat sebési eltávolítása ellenjavallt, nincs májon kívüli szóródás, a májban legfeljebb 3 daganat van, előrehaladott májsugorosodás, amikor a daganateltávolítása nem jön szóba, és ha daganatmentes sebési szél nem várható.

2. Májjáttétek esetén akkor alkalmazható, ha: az elsődleges daganat eltávolítható volt, illetve a tervezett rádiófrekvenciás kezelés idején az elsődleges daganat területe daganatmentes, a májjáttét sebési eltávolítása ellenjavallt, nincs májon kívüli áttét, hatnál több áttétgóc nincs és a legnagyobb áttét átmérője sem haladja meg az 5 cm-t, a korábbi részleges májeltávolítás után újabb daganat lép fel.

A kezelés ellenjavallatai: májelégtelenség, 5 cm-nél nagyobb daganat, 3-nál több elsődleges májdaganat, illetve hatnál több májjáttét, portális hipertónia vagy májkapuyűjtőér-rögösödés, egyidejű várandósság, fennálló fertőzés, véralvadási zavar, a



4. ábra. Az MRI-vizsgálat eredményei. a. beavatkozás előtt, b. beavatkozás után 1 héttel

daganat májon kívülre terjedése és, ha a túlélési esély kevesebb mint 6 hónap.

A betegek követése során a műtét utáni 1., 7. és 30. napokon vérkép-, májműködés-vizsgálat, szérum ion és tumormarker-meghatározás történik. Hasi ultrahangvizsgálatra a műtét előtt, majd utána a 7. és 30. napon, illetve 3 havonta kerül sor 1 évig. A kezelt májdaganatokat a műtétet követő 30. napon, majd 3 havonta dinamikus CT, vagy MR-vizsgálattal ellenőrizzük. Az utánkövetésben a legnagyobb gyakorlati haszna a CT- illetve MR-vizsgálatoknak van. A műtét előtti felvételeken a daganat területén kontrasztanyag halmozás észlelhető, a műtét utáni képsorokon ez a halmozás már nem jelenik meg. A kezelt daganatok kismértékű jelerősséget mutatnak, jelezve a terület elhalását. Ugyanakkor a beavatkozást követően a képeken az elváltozások kiterjedtebb volta észlelhető, mely megfelel a 1 cm-rel nagyobb roncsolásnak (4. ábra).

Az általunk kezelt betegek követési ideje 10-225 nap, átlagosan 118 nap volt. Jelenleg a két emlőrákos betegünkél a máj-

áttét elhalt, a petefészekrákos betegünk rádiófrekvenciás kezelését kismencedei kiújulás miatt függesztettük fel.

A rádiófrekvenciás daganatroncsolás klinikai hatékonyságát illetően megoszlanak a vélemények. Rossi és mtsai (18-19) 50 májráttét (az elsődleges daganatok között petefészekrák, emlőrák és a tápcsatorna rosszindulatú daganatai szerepeltek) sikeres rádiófrekvenciás kezeléséről számoltak be. Az 1, 3 és 5 éves túlélést 94, 68 és 10%-ban adják meg. Súlyos műtét utáni szövődeményt nem észleltek. Livraghi és mtsai (16) rádiófrekvenciás kezeléssel elért 83%-os teljes daganatlehalást írtak le. A kezelt májráttétek mérete 1,1-3,5 cm között volt. Rhim és mtsai (17) 42 beteg összesen 67 májdaganatának kezelés esetén az előbbi szerzőkkel ellentétben 13%-os kiújulási és 69%-os teljes daganatlehalási arányról számoltak be.

Lorenz és Raab (26-28) nőgyógyászati daganatok májráttéteinek sebészi eltávolításával szerzett tapasztalataikról adtak hírt. Ruth és mtsai (2) elsődleges petefészekrák esetén 14 hónapos, emlőrák esetén 26 hónapos átlagos túlélésről számoltak be részleges májtávolítást követően. Az 5 éves túlélést Elias és mtsai (5) hasonló esetekben 36%-osnak találtak (5).

A rádiófrekvenciás daganatroncsolással szerzett tapasztalatok zömmel a vastag-végbélrák eredetű májráttétek kezeléséből származnak. Megállapítható azonban, hogy a nőgyógyászati eredetű májráttétek rádiófrekvenciás kezelésével a sebészi áttételtávolításhoz közelítő gyógyulási eredmények érhetők el. Ez a kezelés a „nem eltávolíthatóknak” minősített esetekben is alkalmazható, javítja a betegek életminőségét, kisebb műtéti megterhelést jelent, és a kórházi bentfekvés is rövidebb. A beavatkozás könnyen ismételhető és jól társítható más eljárásokkal. Nem ajánlott azonban a májkapu visszérnél lévő daganatoknál, és nagy óvatosság szükséges a felszínen elhelyezkedő daganatok rádiófrekvenciás kezelésével a környező szervek hőkárosodásának veszélye miatt.

Véleményünk szerint a májdaganatos betegek túlélési idejének, életminőségének javításához szoros többszakiságos együttműködésre, azaz a lehetséges legkisebb megterhelést jelentő kezelési eljárások együttes alkalmazására van szükség. Nőgyógyászati daganatok esetén a túlélés szempontjából jelentős szerepe van az elsődleges daganat és az áttét megjelenése között eltelt időnek, az elsődleges daganat kezelhetőségének, illetve az áttétek kiterjedésének. Az egyes helyi (kemoembolizáció, hypoxiás kemoperfúzió, etanolos befecskendezés) és általános kezelési lehetőségeket egymással együtt alkalmazva jelentős javulás érhető el mind a vastag-végbél, mind más daganatokból származó májráttétek esetében.

IRODALOM

1. Foster J, Lundy J. Liver metastases. *Curr Probl Surg* 1981; 18:157-202.
2. Ruth S, Mutsaerts E, Zoetmulder FAN, et al: Metastasectomy for liver metastases of noncolorectal primaries. *Eur J Surg Oncol* 2001; 27:662-667.

3. Berney T, Mentha G, Roth A, et al. Results of surgical resection of liver metastases from non-colorectal primaries. *Br J Surg* 1998; 85:1423-1427.
4. Elias D, de Albuquerque A, Eggensteiner P, et al. Resection of liver metastases from noncolorectal primary: indications and results based on 147 monocentric patients. *J Am Coll Surg* 1998; 187:487-493.
5. Elias D, Lasser P, Montrucoli D, et al. Hepatectomy for liver metastases from breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 1995; 21:510-513.
6. Zinser J, Hortobagyi G, Buzdar A, et al. Clinical course of breast cancer patients with liver metastases. *J Clin Oncol* 1987; 5:773-782.
7. Maksan S-M, Lehnert T, Bastert G, et al. Curative liver resection for metastatic breast cancer. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26: 209-12.
8. Wolf R, Goodnight J, Krag D et al. Results of resection and proposed guidelines for patient selection in instances of noncolorectal hepatic metastases. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 173: 454-60.
9. Benevento A, Boni L, Frediani L et al. Results of liver resection as treatment for metastases from noncolorectal cancer. *J Surg Oncol* 2000; 74:24-29.
10. Lindell G, Ohlsson B, Saarela A, et al. Liver resection of noncolorectal secondaries. *J Surg Oncol* 1998; 69:66-70.
11. Harrison L, Brennan M, Newman E, et al. Hepatic resection for non-colorectal, nonneuroendocrine metastases: a fifteen-year experience with ninety six patients. *Surgery* 1997; 121:625-632.
12. Seifert J, Juninger T. Leberresektionen bei metastasen nichtcolorectaler primærtumoren. *Chirurg* 1996; 67:161-168.
13. Lufkin R, Teresi L, Chiu L, et al. A technique for MR guided needle placement. *Am J Radiol* 1998; 151:193-196.
14. Allgaier H P, Deibert P, Zuber I. Percutaneous radiofrequency interstitial thermal ablation of small hepatocellular carcinoma. *Lancet* 1999; 353:1676-1677.
15. Dodd G D, Halff G A, Rhim H. Thermal ablation of liver tumors by radiofrequency, microwave, and laser therapy. In: Clavier (ed) *Malignant Liver Tumors*, 1st edn., Mosby, London 1999:170-180.
16. Livraghi T, Goldberg S N, Monti F, et al. Saline-enhanced radiofrequency tissue ablation in the treatment of liver metastases. *Radiology* 1997; 202:205-210.
17. Rhim H, Dodd GD. Radiofrequency thermal ablation of liver tumors. *J Clin Ultrasound* 1999; 27:221-229.
18. Rossi S, Buscarini E, Garbagnati F, et al. Percutaneous treatment of small hepatic tumors by an expandable RF needle electrode. *American Journal of Roentgenology*. 1998; 170:1015-1022.
19. Rossi S, Di Stasi M, Buscarini E, et al. Percutaneous RF interstitial thermal ablation in the treatment of hepatic cancer. *AJR* 1996; 167:759-768.
20. Solbiati L, Ierace T, Goldberg SN, et al. Percutaneous US-guided radiofrequency tissue ablation of liver metastases: treatment and follow-up in 16 patients. *Radiology* 1997; 202:195-203.
21. Dubez S, Köves I, Péley G, Mátrai Z. Újabb eljárás a májmetasztázisok sebészi kezelésében: RFTA. *Sebészeti Konferencia 2002*. 6. 12-14.
22. Dodd GD, Halff GA, Rhim H. Thermal ablation of liver tumors by radiofrequency, microwave, and laser therapy. In: Clavier (ed) *Malignant Liver Tumors*, 1st edn., Mosby, London 1999:170-180.
23. Rhim H, Goldberg SN, Dodd GDIII, et al. Essential techniques for successful radio-frequency thermal ablation of malignant hepatic tumors. *RadioGraphics* 2001; 21:S17-39.
24. Siperstein A, Garland A, Engle K, et al. Local recurrence after laparoscopic radiofrequency thermal ablation of hepatic tumors. *Ann Surg Oncol* 2000; 7:106-113.
25. Péter M, Tóth J, Péter M. jr. és mtsai. A máj rosszindulatú daganatainak kezelése RFTA-val *Orv Hetil* 2002; 143:2229-2234.
26. Pocard M, Pouillart P, Asselain B, et al. Hepatic resection in metastatic breast cancer: results and prognostic factors. *Eur J Surg Oncol* 2000; 26:155-159.
27. Lorenz M, Wiesner J, Staib-Sebler E, et al. Regional therapy for liver metastases of breast carcinoma. *Zentralbl Chir* 1995; 120:786-90.
28. Raab R, Nussbaum KT, Behrend M, et al. Liver metastases of breast cancer: results of liver resection. *Anticancer Res* 1998; 18:2231-2233.

Szakítsunk a konvenciókkal!

Livial®

tibolone



2,5 mg	tibolone
0 mg	ösztrogén
0 mg	progeszteron

A tibolont tartalmazó Livial tabletta az egyetlen olyan **szövetspecifikus** készítmény Magyarországon, amely egyszerre alkalmas a menopauzális tünetek kezelésére és az osteoporosis prevenciójára.



„Rövid- és hosszútávra tervezett MHT esetén egyaránt ajánlott az alkalmazott hagyományos dózisok csökkentése, a parenterális alkalmazási módok preferálása és a szövetspecifikus készítmények beillesztése az MHT rendszerébe.”

... hosszútávú MHT esetén 5 év után számolni kell oncológiai és cardiovascularis kockázat kismértékű növekedésével, újra kell értékelni az MHT folytatásának előnyeit és hátrányait, indokoltságát, szükség esetén alternatív kezelés beállítását (raloxifene, tibolone, fitofarmakonok, alendronate, stb).

(Részlet a Magyar Menopauza Társaság 2002. augusztus 10-én kelt hivatalos Nyilatkozatából, forrás: www.mmt.hu)

(*27bsz kategória: osteodenzitometriával igazolt osteopeniában és osteoporosisban centrálisan vagy perifériásan mért T-score -1,0 érték alatt)

Organon Hungary Kft. 1134 Budapest, Róbert Károly krt. 64-66. Telefon: 339-9400



www.organon.hu

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNY

Hormonpótló kezelés és az emlőrák

PÁCZI ISTVÁN DR., ALMÁSI JÁNOS DR., FORRAI ZOLTÁN DR.

Orvosi Osztály, Organon Magyarország Kft., Budapest

ÖSSZEFOGLALÁS 2002 nyara óta a hormonpótlás, mint kezelési mód sorozatos támadásoknak van kitéve. A Women's Health Initiative vizsgálat eredményei után világszerte fejvesztettség uralkodott el, elsősorban a közcsatornákon, de az orvos-szakmai körökben is. A 2003 augusztusában megjelent Million Women Study újra felkorbácsolta a kedélyeket, megmozgatta a szakembereket és a betegeket egyaránt.

Cikkünk célja, hogy ismertesse a jelenleg elfogadott álláspontokat, véleményeket, vizsgálati eredményeket a hormonpótlás és az emlőrák kapcsolatáról. Szeretnénk olvasóinkban valós, tiszta és egyszerű képet kialakítani a nemzetközi irodalom legfrissebb anyagának felhasználásával ebben a témában. Hazánk lakosságának egyötödét érinti, érintheti ez a kérdés, ezért kiemelten fontos, hogy a témában dolgozók napra késznek legyenek minden lényeges adatot illetően.

Kulcsszavak hormonpótlás, emlőrák, változókör

ABSTRACT Since summer 2002, hormone replacement as a treatment has been under a continuous attack. After stopping the Women's Health Initiative study, a panic was created all around the world, mainly in the press, but also among specialists. In August 2003, the results of the Million Women Study recreated the situation we had one year ago. Our aim was to provide information on current concepts, opinions, studies and statements concerning hormone replacement therapy and breast cancer.

We want to draw a simple, clear and real view concerning this field using the most up-to-date literature. One fifth of the Hungarian population is involved, so it is very important for health professionals to know what to do under the new circumstances.

Key words hormone replacement, breast cancer, menopause

Levelezési cím:

Dr. Pácz István

Organon Kft.

1134 Budapest, Róbert Károly Krt 64-66

Távbeszélő: (36 1) 339-9400 Távmásoló: (36 1) 339-9401

Villanyposta: istvan.paczi@organon.hu

BEVEZETÉS A hormonpótlás és az emlőrák kapcsolatát napjainkig több mint 200 klinikai vizsgálat kutatta. Az elmúlt 15 évben meglepő, sokszor ellentmondásos eredményeket hoztak ezek a vizsgálatok. Egyik legfontosabb tanulságuk az, hogy nincs mindenható, mindent eldöntő vizsgálat. Csak kerülgetjük az igazságot, egyre közelebből, az igaz, de meg még nem találtuk.

Miért olyan fontos téma ez ma Magyarországon? Számtalan előadásban, cikkben találkozhatunk a születéskor várható élettartam kitolódásával, a társadalom előregedésével, az idősök életminőségének javítását célzó erőfeszítésekkel. Mégsem vagyunk igazából tisztában azzal, hogy mit jelent mindez számunkra a jelenben. 2002 januárjában 1 975 653 ötven év feletti nő élt hazánkban (1). Ez a magyar népesség majdnem egyötöde. Nem kérdéses, hogy ez a népesség hatalmas terhet ró az egészségügyre, anyagilag és munkában egyaránt.

Európában általában a rászoruló kb. 30-40%-a részesül valamilyen hormonpótló kezelésben. Jellemző, hogy a 60 millió lakosú Egyesült Királyságban gond nélkül találtak 550 172 hormonpótló kezelésben részesülő nőt a Million Women Studyhoz.

Ezzel szemben ma Magyarországon az 50 év feletti nőknek mindössze 4,47%-a részesül valamilyen (helyi vagy általános) hormonpótlásban (IMS adatok alapján). Ez mindössze 88 312 főt jelent, pedig a valóságban a 2 millió érintett hölgynek több mint fele szenved a változókör tüneteitől. Ebből világosan látszik, hogy majdnem egymillió magyar nő marad ellátatlanul. Ezért időszerű nagyon az a kérdés: ártunk vagy használunk, ha kezeljük őket?

A MÉRLEG EGYIK SERPENYŐJE Röviden, a teljesség igény nélkül felsorolom a mérleg egyik oldalán található tüneteket: először a hőhullámok, éjszakai verejtékezés, álmatlanság, ingerlékenység, feledékenység, az összpontosító képesség csökkenése, viselkedési változások jelentkeznek a havivérzés elmaradása körül, később házassélet- és kielégülési zavarok, vizeletürítési zavarok, hüvelyszorvadás, szív-érrendszeri betegségek és csonttritkulás fenyegeti ezeket a hölgyeket. Mivel 50 éve még mindössze 46 év volt a születéskor várható élettartam a Földön, ezek a gondok a ma orvoslásától várják a megoldást, és nem véletlen, hogy ez az egyik legkutatottabb terület. Ma már meg-

különböztetünk várható élettartamot és várható egészségtartamot. Sajnos, ez a kettő nem fedi egymást, az angol nők esetében, pl. 10 év az az idő, amit várhatóan betegen kell leélniük.

Ha saját magunkra gondolunk, a saját életminőségünket nézzük, mi sem olyan öregkora képzelünk magunknak, amit nyomorult, betegen, kiszolgáltatottként akarunk eltölteni. Ezen segíthet jelentősen a hormonpótlás – ha adjuk. Érdekes, hogy pajzsmirigy-elégtelenség esetén adunk thyroxint, ha a mellévesekéreggel van baj, azonnal prednizolont kap a beteg, a diabetesek inzulinnal szúrják magukat, de ha a petefészek mellől ki, akkor gondolkodóba esünk, adjunk-e ösztrogént.

A MÉRLEG MÁSIK SERPENYŐJE A hormonpótlás veszélyei mindenki számára ismertek, nincs, aki ne hallott volna a 2002 nyarán leállított Womens Health Initiative vizsgálat kombinált hormonpótlót alkalmazó ágáról, az azóta újra és újra fellángoló vitákról, a hatására meghozott állásfoglalásokról, irányelvekről (2). Az elmúlt évek klinikai kutatásai nagyjából kirajzolják, milyen valós veszélyt vállal fel az, aki hormonpótlót szed, sőt, manapság külön tájékozódhatunk az egyes módszerekre (a folyamatos-kombinált – ösztrogén/progeszteron kezelés, a szakaszos kombinált, csak ösztrogén, tibolone stb.) jellemző kockázatnövekedést illetően (1. táblázat).

1. táblázat. Hormonpótló kezelés és az emlőrák gyakorisága

Tanulmány	Gyakoriság*	Viszonyított kockázat
The Heart and Estrogen/Progestin Replacement Study	34/25	1,38 (0,82-2,31)
Women's Estrogen for Stroke Trial	5/5	1,00 (0,30-3,50)
Women's Health Initiative vizsgálat	166/124	1,26 (1,00-1,59)
Összesen	205/154	1,27 (1,03-1,56)

* Az első szám a hormont szedők, a második a hormont nem tartalmazó tablettákat szedők közötti gyakoriságot mutatja

Ezzel szemben a 2003. augusztus 9-én megjelent Million Women Study azt állítja, hogy az 5 évnél hosszabb hormonpótló kezelés kétszeresére növeli az emlőrák kockázatát (3). Ha ezt az adatot elfogadjuk és a mérleg másik serpenyőjének tekintjük, nagyon hamar bele kell törődnünk, hogy a hormonpótlást sokkal kevesebben vehetik igénybe, mint azt eredetileg gon-

2. táblázat. Az emlőrák viszonyított kockázata a hormonkezelés fajtája szerint

	Million Women vizsgálat	Allen és mtsai (8)
Megfigyelt időszak	1996–2001	1992–1998
Emlőrákok	7140	7192
	Viszonyított kockázat [95% megbízhatósági tartomány]	
ÖPK	2,00 [1,88–2,12]	1,21 [1,12–1,30]
ÖK	1,30 [1,21–1,40]	0,97 [0,86–1,08]
Tibolone	1,45 [1,25–1,68]	1,02 [0,78–1,33]

ÖPK ösztrogén-progeszteron kezelés ÖK ösztrogén kezelés

doltuk. A Million Women Study eredményeit azonban a hozzá nem értő közcsatornákon (médián) kívül senki nem vette azonnal kézzé. A Lancet hasábjain azóta is parázs vita folyik a szerzők és a szakma egyéb jeles képviselői között. Rengeteg helyen támadható ez a vizsgálat, nagyon sok hibája, gyenge pontja van, ezeket most nem részletezzük (2. táblázat).

Ha csak egyszer is megpróbáljuk ésszerűen, „józan paraszti ésszel” megvizsgálni a rendelkezésünkre álló számokat, meglepődünk. Jól mutatja ezt az, amit David Purdie professzor mondott a Magyar Menopausa Társaság legutóbbi kongresszusán: „Krisztust letartóztatták. Tanítványainak 8,33%-a elárulta Őt a getzemáni kertben.” Itt Júdás, egy a 12 apostolból jelenti a 8,33%-ot, de ez ebben a formában vagy nem mond semmit a hallgatónak, vagy félrevezető. Hasonlóan félrevezető mindig csak a viszonyított kockázatnövekedést ismertetni velünk, illetve a beteggel. Nézzük meg a kockázatnövekedést abszolút számokban. A 3. táblázatból látható, hogy 10 év hormonszedés háromszoros emlőrákkockázat-növekedést jelent az 5 éves hormonszedéshez képest, míg ez egyszerűen csak azt jelenti, hogy a kettővel több emlőrákos eset helyett hatalmian több emlőrákos esetet várhatunk 1000 nőre vetítve. Kiszámolható az is, hogy a hormont sosem szedőkhöz képest 10 év alatt az abszolút kockázat 4,5-ről 5,1%-ra, azaz 0,6%-kal növekszik (4).

3. táblázat. 50-70 éves nők egyesített emlőrák gyakorisága

Hormonpótló kezelés időtartama	Emlőrák/1000 nő	Az emlőrákok számának emelkedése hormonok szedése miatt
Hormont nem szedett	45	–
5 év	47	2
10 év	51	6
15 év	57	12

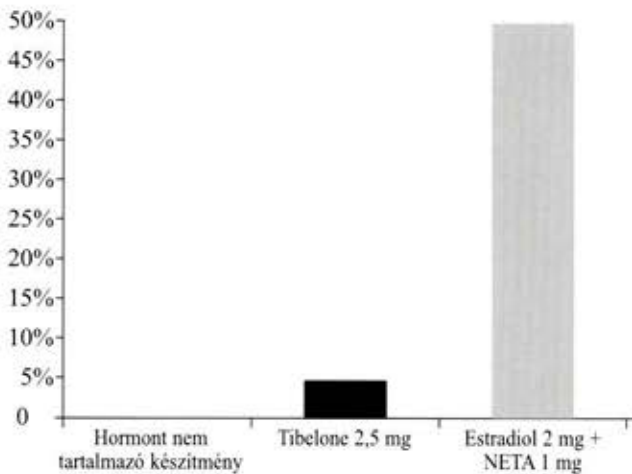
De játszhatunk a számokkal tovább is! Fogadjuk el a Women's Health Initiative vizsgálat eredményeit, reálisnak tűnnek, valós veszélyre hívják fel a figyelmet. Ott a viszonyított kockázatnövekedés 1,26 EPT alkalmazása mellett. Soknak tűnik ez is. Van, aki már emiatt sem mer hormonpótló kezelést indítani a betegeknek. Nézzük, hogyan befolyásolja az emlőrák kockázatát néhány más tényező (4. táblázat).

4. táblázat. Az emlőrák kockázati tényezői (5)

Hagyományos kockázati tényezők	Kockázati csoport		Viszonyított kockázat*
	Alacsony	Magas	
Nem	férfi	nő	150
Életkor (év)	30-34	70-74	17,0
Életkor az első vérzés idején	>14	<12	1,5
Életkor az első szüléskor	>20	>30	1,9-3,5
Szoptatás tartama (hónap)	>16	0	1,4
Szülések száma	≥5	0	1,4
Petefészek-eltávolítás	35 év alatt	nem történt	3,0
Életkor a változók kezdetén	<45	≥55	2,0
BMI a változók után	<22,9	>30,7	1,6
Emlőszövet-sűrűség	nincs	≥75%-os növekedés	6,05

* A viszonyítási alapot az alacsony kockázati csoport képezi BMI (body mass index) testtömegmutató

Láthatjuk, hogy a nagyobb (>30,7) testtömegmutató 1,6-szoros, a változókor kezdetének életkora (>55 év) kétszeres, életkor az első szüléskor (>30 év) háromszoros, életkor az első vérzés kezdetén (<12 év) másfélszeres kockázatnövekedést jelent (5). Ennek a fényében az 1,26 már nem is tűnik olyan ijesztőnek! Nem beszélve a súlyosan fokozott emlőszövet-sűrűségről, ami akár hatszoros kockázatnövekedést jelenthet. Azt persze tudjuk, hogy a hormonpótlás (a tibolone-t kivéve) megnöveli az emlőszövetek sűrűségét, de azt még nem sikerült egyértelműen igazolni, hogy az ilyen módon megnövelt emlőszövet-sűrűség is jelent-e fokozott emlőrákkockázatot. Ezt 1987 óta időnként bebizonyítják, majd hasonlóan meggyőzően bebizonyítják az ellenkezőjét is (1. ábra). Tény, hogy a mamográfias vizsgálat értékelhetőségét csökkenti, és ez veszélyt jelenthet a betegre (6).



1. ábra. Emlőszövet-sűrűség 6 hónapos kezelés után – százalékos növekedés (6)

Az elmúlt másfél év során, az oly sokat emlegetett két vizsgálat erősen elbillentette a mérleg nyelvét az emlőrákkockázat túlértékelésének irányában. Ez elsősorban a közcsatornáknak köszönhető, de sajnos a szakemberek egy része is áldozatul esett. 2003 októberében felmérték Angliában ezen vizsgálatok hatását, és megdöbbentő eredményeket tettek közzé: Angliában a háziorvosok 9%-a nem ad többé hormonpótlást a betegeknek, 34%-uk átállította a betegeit valamilyen másfajta készítményre. Ezek nagyon nagy számok egy olyan országban, ahol a rászoruló kb. 40%-a részesült eddig hormonpótlásban. Még ennél is rosszabb, amit magukkal a betegekkel művelt a (tényleg) szakképzetlen tömegtájékoztatás. A hormonpótlásban részesülő betegek 54%-a nem ment el a következő havi hormonjáiért! A betegek 92%-a gondolkodik azon, hogy inkább valamilyen más kezelésre vált. De! Azoknak, akik visszamentek orvosukhoz – megfelelő tájékoztatás után – 91%-a boldogan szedi tovább a hormonpótlóját (7)!

Ez az, ami fontossá teszi a szakemberek számára a folyamatos tájékozódást, a naprakész tudást ezen a téren. Hiszen a betegek rajtuk keresztül kaphatnak csak valós tájékoztatást a hormon-

pótlás kockázatait illetően, a segítségükkel dönthetnek mellette vagy ellene.

A mai napig nem sikerült kiderítenünk, ki támogatta a Million Women Study-t. Volt alkalmunk a szerzők egyikének is feltenni ezt a kérdést, de ő sem válaszolt rá. Kinek állt ez érdekében? Mi volt a vizsgálat eredeti célkitűzése induláskor?

Napjainkban, ha egy nagy, nemzetközi vizsgálat elindul – legyen az az orvostudomány bármely területe – előre lehet tudni: ki, mikor, hol, terv szerint hány betegen, milyen körülmények között kezdi a vizsgálatot, mi a célja a vizsgálatnak, mikor lesznek közzétehetőek az eredményei. Ilyen például a tibolonnal most induló LIBERATE vizsgálat, amiről már most, induláskor tudjuk, hogy mely országokban zajlik, tudjuk továbbá, hogy 2600 beteget vonnak be (akiknek a közelgő vizsgálatában emlőrák szerepel). A betegek fele placebo-t, fele tibolont kap, s azt vizsgálják, befolyásolja-e a tibolont az emlőrák kiújulását. Öt év múlva kapjuk majd meg a választ, amely kedvezőtlen eredmények esetén is közzé kerül. Ez remélhetőleg így lesz a jövőben is, és nem a „titkos” vizsgálatoknak a hozzá nem értő tömegtájékoztatások csatornáin keresztül történő terjesztése fogja irányítani a szakorvosok tollait.

HOGYAN TOVÁBB EZEK UTÁN? A nemzetközi nőgyógyász társadalom eddig azonnal és érzékenyen válaszolt minden hormonpótlással kapcsolatos eredményre. A JAMA-ban 2002 júliusában megjelent Women's Health Initiative vizsgálat eredményére már augusztusban a legtöbb nemzetközi szervezet meghozta állásfoglalását, kiadta a jövőre vonatkozó irányelveket. A Magyar Menopausa Társaság és a Magyar Szülészeti-Nőgyógyászati Szakmai Kollégium is kiadta a hazánkra érvényes irányvonalat. Hasonló válaszok követték a Million Women Study-t is; két héten belül a kezünkben volt a Brit Menopausa Társaság véleménye, a Royal College of Physicians of Edinburgh is egy „Final Consensus Statement”-et adott ki, egy angol betegvédelmi szervezet, a Women's Health Concern is megírta a maga levelét a brit hatóságoknak. Érdekes, hogy ezek a válaszok nem elsősorban szakmai irányelvek voltak, hanem inkább a vizsgálat eredményeit megkérdőjelező, a hatóságok válaszát túlzónak tartó, a betegek félretájékoztatása ellen tiltakozó nyílt levelek. Mivel hazánkat ez a botrány ennyire közelről nem érintette, a magyar szervezetek ez alkalommal nem siettek véleményt alkotni, inkább meglepetten figyelték, mi történik a világban. Mára bebizonyosodott, hogy nekik volt igazuk, hiszen a tavaly megalkotott irányelvek mit sem változtak, a lényeg világszerte ugyanaz maradt.

Tájékoztatni kell a beteget, őszintén, tisztességesen és alaposan, majd vele együtt meghozni a közös döntést a kezelés módjáról, időtartamáról, az ellenőrzés gyakoriságáról. Egy jól felkészült orvos ma is ugyanúgy használhatja a hormonpótlást, mint korábban, nem jelentenek különösebb változást a Million Women Study eredményei. Mérlegelni kell, hogy a hagyomá-

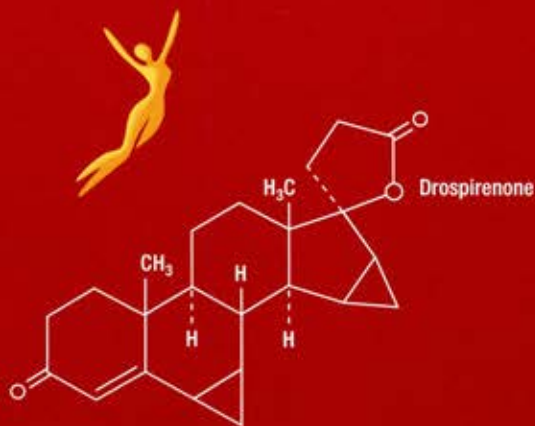
nyos hormonpótlást, más kezeléseket, tibolont, szelektív ösztrogén receptor modulátorokat (SERM) vagy biszfoszfonátokat jobb-e az adott betegnek javasolni, és ha igen, milyen mennyiségben és meddig. Ez eddig is így volt.

Nietzsche mondta: „Aki tisztában van saját mélységével, az világgosságra törekszik; aki a tömeg előtt akar mélynek látszani, az a homályosságra; ugyanis a tömeg mindent mélynek tart, aminek nem látja az alját.”

IRODALOM

1. Magyar Statisztikai Évkönyv 2001 (Központi Statisztikai Hivatal, 2002)
2. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomised controlled trial. *JAMA* 2002; 288; 321-33.
3. Million Women Study Collaborators: Breast Cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet*, 2003; 362; 419-27
4. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer: Breast cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer ; *The Lancet*, Volume 350, Issue 9084, Pages 1041-1108 (11 October 1997)
5. Clamp A, Danson S, Clemmons M. Az emlőrák hormonális kockázati tényezői: felismerés, kemoprevenció és egyéb kezelési stratégiák. *The Lancet Onkology-HU* 2003; 2:43-52.
6. Lundstroem E, Christow A, Kersemaekers W, Svane G, Azavedo E, Soederqvist G, Mol Arts M, Barkfeldt J, Von Schoultz B. Effects of tibolone and continuous combined hormone replacement therapy on mammographic breast density. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:717-722.
7. <http://www.womens-health-concern.org/news.html>.
8. Allen et al. Pharmaceutical Content and Regimen of Hormone Replacement Therapy and Risk of Breast Cancer. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2002; 11:(S1):296.

Látszik rajta a nyugalom



Egy tableta, amelynek megjelenése óta még gyakrabban tapasztalhatja páciensei elégedettségét, és amelyet Ön is nyugodt szívvel ajánlhat akár a legfiatalabbaknak is! Amellett, hogy megbízhatóan véd a nem kívánt terhességtől, számos más előnyös tulajdonsággal is rendelkezik: a hormonszint szabályozásával pozitív hatást gyakorol a bőrre, eltüntetve annak kisebb-nagyobb szépséghibáit; összetételénél fogva megakadályozza a menstruációt megelőző kellemetlen változások kialakulását; a vízháztartás szabályozásával enyhe fogyást is eredményezhet.

Yadine a Scheringtől. Hogy jól érezze magát!



További információval készséggel állunk rendelkezésére:
SCHERING KFT. 1037 Budapest, Szépvölgyi út 35-37. Tel.: (06 1) 453 8010, Fax: (06 1) 453 8011
www.schering.hu

HUMAGLOBIN

Egyértelmű választás: alacsony ár – magas minőség!

A minőség legfontosabb eleme a BIZTONSÁG.
A Human Rt. hazai önkéntes véradók plazmájából állítja elő a vérkészítményeit.

- Több mint szubsztitúció
- Hazai antigének legjobb felismerője
- Magas CMV ellenanyag titer (min. 25 U/ml)

*A vírus inaktiváció hőkezeléssel történik.
Kémiai adalékanyagokat a vírus inaktiváció során nem használunk, így szennyezés sem maradhat vissza.
HCV-re nukleinsav amplifikációs technikával (NAT, PCR) szűrt alapanyagból készül.*



50 éve a gyógyítás szolgálatában

a **TEVA** csoport tagja

Human Rt. Orvostudományi és Marketing Főosztály, 2100 Gödöllő, Táncsics M. u. 82.
Telefon: (28) 532-126, 532-127, fax: (28) 432-043, e-mail: marketing@human.hu, www.human.hu

A petefészek teratomáinak szövettana képekben

MAGYAR ÉVA DR.¹, BŐSZE PÉTER DR.²

Országos Gyógyintézeti Központ, Patológiai Osztály¹, Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály²

SZERKESZTŐSÉGI BEVEZETÉS A petefészek-daganatok szinte áttekinthetetlen változatosságot mutatnak. Ennek megfelelően osztályozásuk is nehéz. A gyakorló orvostól nem kívánható, hogy ezeknek a daganatoknak szövettanát jól ismerje, a szövettani metszetek alapján a daganatokat azonosítani tudja. Általános ismeretekre azonban szükség van; az alapvető szövettani meghatározásokkal tisztában kell lenni. A szövettani fogalmak, meghatározások nem szövettanász szakemberek számára gyakran nem is érthetőek. Ezért indítjuk ezt a rovatot, amelyben nem akarunk részletes szövettani leírásokat adni, csupán az egyes daganatfélések szövettanát villantjuk fel. Meggyőződésünk, hogy ezzel a gyakorló orvos számára szükséges szövettani ismeretek jobb megértését és talán megjegyzését is elősegítjük. Hisszük, hogy az egymást követő közleményekben bemutatott képek egy nagyon színes világot fednek fel, és lehet hogy még művészi élményt is jelentek. Nem célja ennek a rovatnak a különböző daganatok tüneteinek, kórismézésének és kezelésének ismertetése; kizárólagosan azok szövettani vonatkozásait tárgyaljuk anélkül, hogy a részletekbe mennénk.

A CSÍRASEJTDAGANATOK FELOSZTÁSA A petefészek elsődleges daganatainak egyharmada csírasejt eredetű. Ebből 95% érett teratoma (dermoid tömlő), és csupán 5% a többi csírasejtes daganat. A csírasejtdaganatok jellegzetesen fiatal életkorban fordulnak elő, csaknem mindig rosszindulatúak, igen változatos megjelenésűek, és jellemző módon gyakran keverednek egymással. Ez utóbbi körülmény a csírasejtes daganatok eredetével magyarázható, amely szerint a minden irányba fejlődni képes (totipotens) csírasejtek egy daganaton belül egy időben több irányba is deifferenciálódhatnak. Felosztásukat az 1. táblázat mutatja.

1. táblázat. A csírasejtdaganatok felosztása

Dysgerminoma
Embriónális rák
Yolk sac daganat
Choriocarcinoma
Teratomák

A PETEFÉSZKEK TERATOMÁI: A petefészek teratomák a csírasejt eredetű daganatok közé tartoznak és két, vagy három csirale-

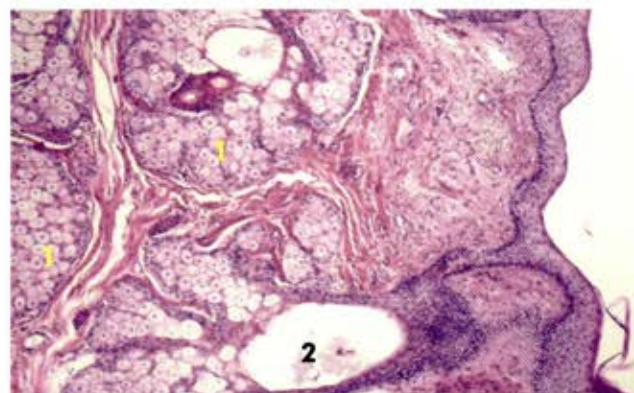
mezből (endoderma, ektoderma és mezoderma) származó szövetekből épülnek fel, ezért szövettani képük jellemzője a változatosság. Két jól meghatározott csoportot különítünk el, attól függően, hogy a teratoma alkotóelemei érett (adult) vagy éretlen (embriónális) szövetből állnak. Előbbi esetben érett teratomáról (teratoma adultum), utóbbi esetben pedig embriónális teratomáról (teratoma embryonale) van szó. Külön csoportot képeznek az egyetlen csiralemezből képződő, magasan dif-

2. táblázat. A teratomák felosztása

Érett teratomák
Éretlen teratomák
Monodermális teratomák

ferenciált ún. monodermális teratomák. Ilyenek a petefészek golyva (struma ovarii) és a carinoid daganat (2. táblázat).

ÉRETT TERATOMÁK Az érett teratomák jóindulatú daganatok, többnyire tömlős formában jelennek meg, csak nagyon ritka esetben szolidak (1-2). Az érett tömlős teratoma közismert neve dermoid tömlő, ez nevének megfelelően bőrrel bélelt üreges daganat, amelynek üregét a bélelő elszarusodó laphámról levált, faggyútól kenőcsös szaruanyag tölti ki, a hám alatt pedig szokványos bőrfüggelék vannak. Ezen kívül változatos mennyiségű egyéb érett szövetfélések is fellelhetők a tömlő falában, elsősorban porc, idegszövet és pajzsmirigy. A dermoid tömlő jóindulatú, de alkotóelemei néha rosszindulatú elfajulást mutatnak, pl. a bélelő laphámból elszarusodó laphámrák, a pajzsmirigy szövetből tüszős vagy szemölcsös rák alakul ki (3). A szolid formában megjelenő érett teratomában gyakorlatilag minden szervünk szövetei előfordulnak, akár szervszerű szöveti szerkezettel.



1. ábra. Érett /grade 0/ teratoma jellegzetes alkotó elemei a szabályos többretegű laphám, a szervszerű faggyúmirigyek csoportjai (1) és néhány szabályos szőrtüsző (2). (HE, 100x)

Levelezési cím:

Prof. dr. Magyar Éva

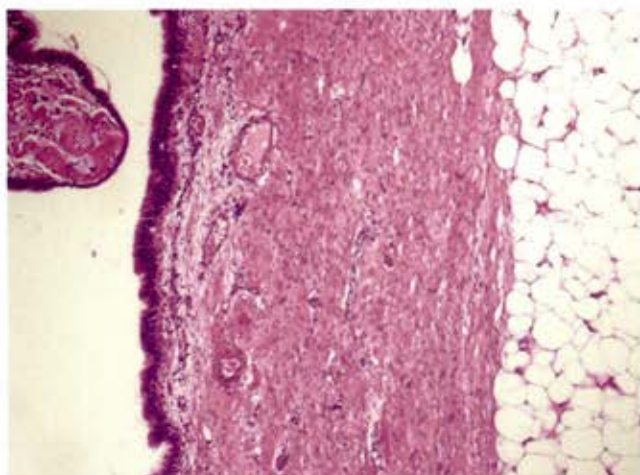
Országos Gyógyintézeti Központ

Patológiai Osztály

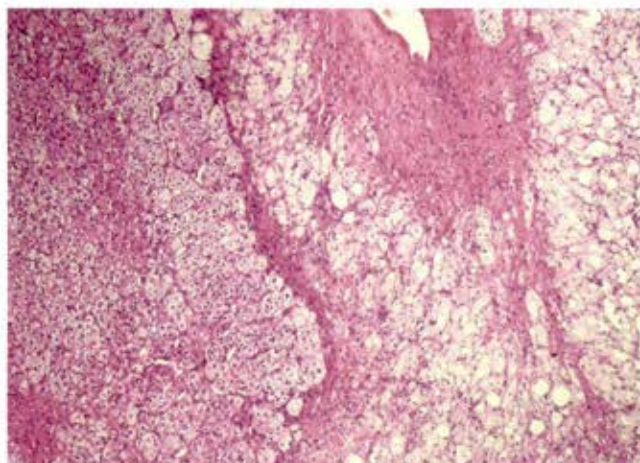
1135 Budapest, Szabolcs u.35.

Távbeszélő: (36 1) 350-4730 Távmásoló: (36 1) 350-4730

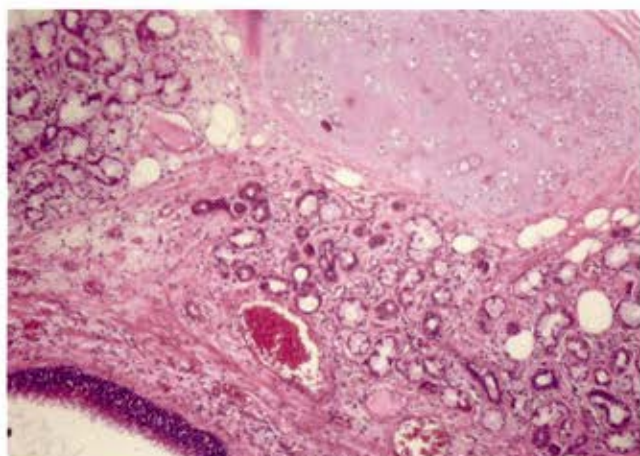
Villanyposta: magyare@hiete.hu



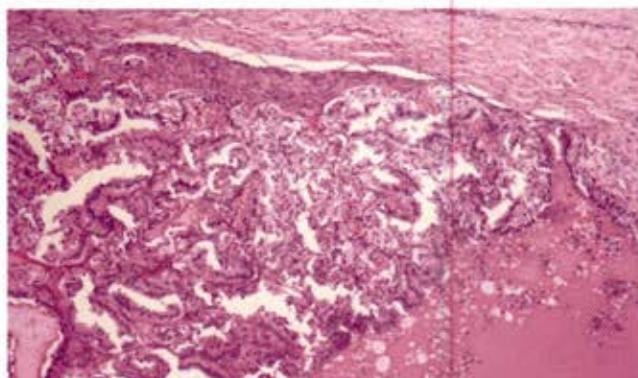
2. ábra. Érett /grade 0/ teratómában zsírszövetbe ágyazott tömlő részlete. A tömlő falát jól érezett rostos kötőszövet képezi, és érett csillószerűs hengerhám béleli. Az üregébe türemkedő szemölcsös növedék szabályos harántcsikolt izomrostokat és kötőszöveti rostokat tartalmaz, felszínét ugyancsak csillószerűs hengerhám borítja. (HE, 100x)



3. ábra. Az előbbi teratómában szervszerű mellékvese kéreg is volt, ennek részlete látható. (HE, 100x)



4. ábra. Érett /grade 0/ teratoma részlete, amelyben a hörgők szokásos alkotó elemei ismerhetők fel: csillószerűs hengerhámmal bélelt üreg részlet, nyáktermelő mirigyek csoportjai, közöttük izomrostok és hialin porc. (HE, 100x)

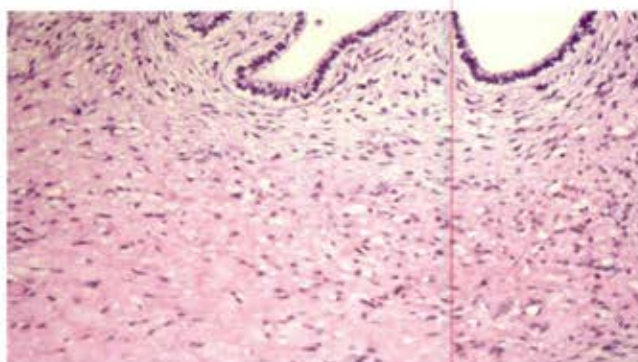


5. ábra. A teratómák szokásos alkotó eleme a pajzsmirigy szövet is. A kép ereendőően érett teratómában lévő pajzsmirigy részletből kiinduló szemölcsös pajzsmirigygrák részletét mutatja. (HE, 100x)

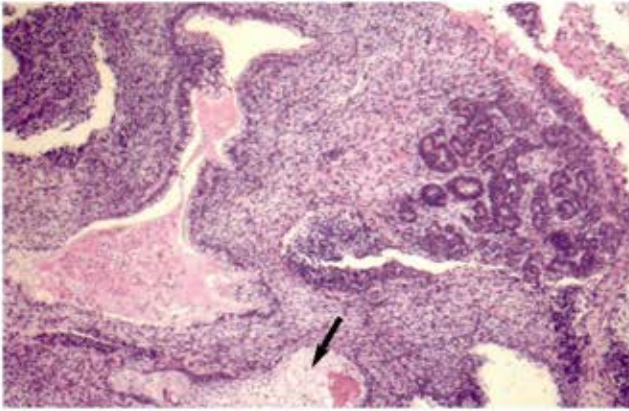
3. táblázat. A teratómák érettségi fokának (grading) meghatározása

Fokozat (grade)	Meghatározás
0	érett szövetek, érett teratoma
1	<30% éretlen szövet, kevés osztódó sejt éretlen ideghám egy 40x-es látótérnyi/lemez
2	> 30% éretlen szövet, közepes osztódási aktivitás éretlen ideghám két-három 40x-es látótérnyi/lemez
3	legnagyobb részét/kizárólagosan éretlen szövet, sok osztódó sejt, éretlen ideghám >3 40x-es látótérnyi/lemez

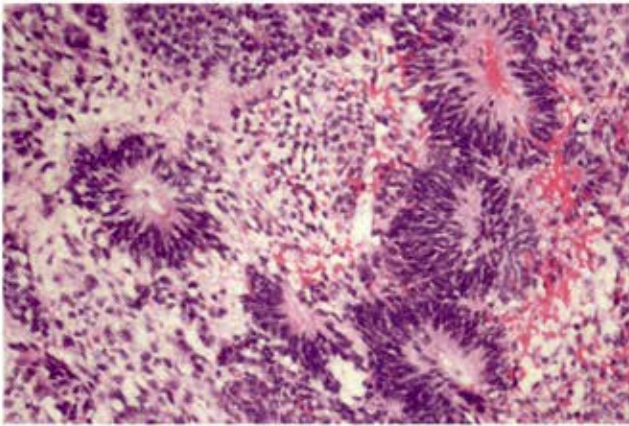
ÉRETLEN TERATOMÁK Az éretlen teratómák érett és éretlen – nem differenciálódott, vagyis embrionális szöveteket egyaránt tartalmaznak, ritkábban kizárólag embrionális szövetekből állnak (4). Előbbi esetben az érett és éretlen szövetek mennyiségének arányától függ a daganat biológiai viselkedése. A beteg kezelése és a kórjóslat szempontjából fontos, hogy a szövettani kórisme az adott teratoma fokozati beosztását (grading) is tartalmazza. A fokozat megállapításának pontossága miatt a daganatból számos mintát kell vizsgálni. Ez három szempont szerint történik: 1. az érett és éretlen szövetek viszonyított aránya, 2. az éretlen elemek között a neuroektoderma mennyisége, 3. a daganatsejtek osztódási aktivitása. Ilyen módon 0-3 fokozat különíthető el. (3. táblázat) (1, 5).



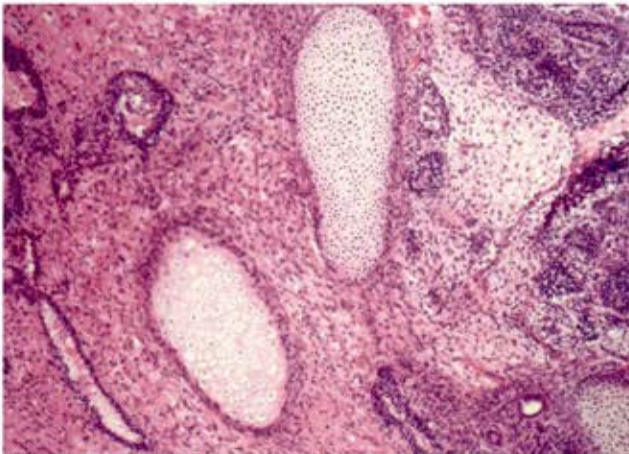
6. ábra. Kisfokban éretlen (grade 1) teratoma. Minimális mennyiségű éretlen szövet mellett többségében érett, szervszerű szövetek alkotják a daganatot. A képen méhnyak típusú mirigyhám sejtekkel bélelt üreg részlete mellett agyszövet látható. (HE, 200x)



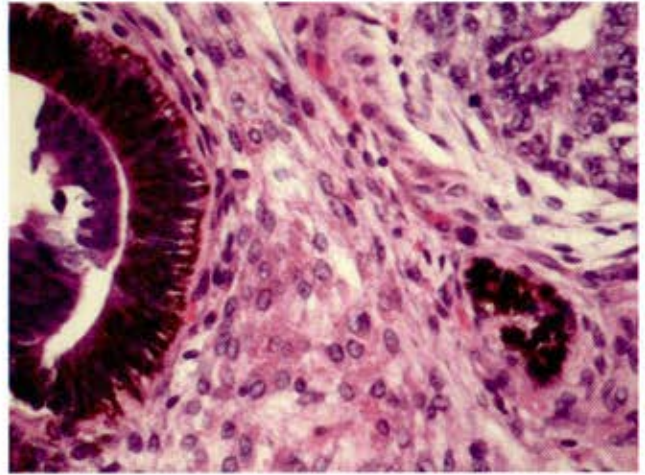
7. ábra. Mérsékeltén érett (grade 2) teratoma. Érett és éretlen elemek keverednek. Az alapállomány éretlen kötőszövet, sok osztódó sejttel. A kép alján érett, elfajuló laphámzsiget van (nyíl), fölötte részben érett, részben éretlen mirigyhámmal bélelt tömlő. Jobb oldalon váltakozó alakú és nagyságú mirigyüregek, amelyeket részben érett, részben kevésbé érett hám képez. (HE, 100x)



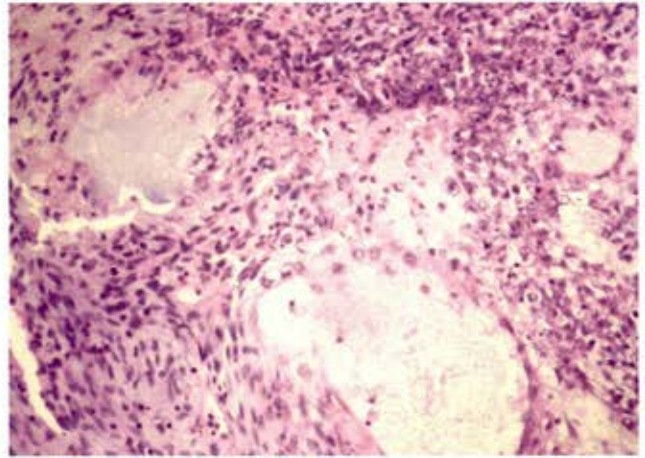
8. ábra. Éretlen (grade 3) teratoma jellegzetes részlete. A differenciálatlan kötőszövetből álló alapállományban neuroectodermális elemek csoportja megjelenik: jellegzetes rozettaszerű képletek, amelyeket pallisad elrendeződésű sejtek alkotnak. A rozetták közepe üres, vagy halvány eozinofil anyagot tartalmaz. (HE, 200x)



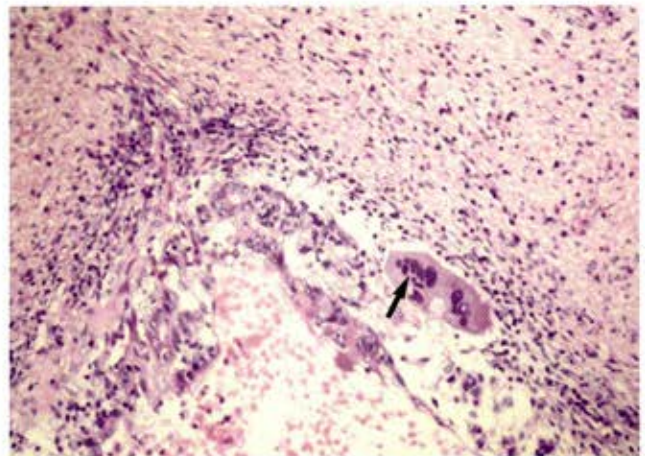
9. ábra. Az előbbi teratoma más részlete különböző érettségi fokú porc szigetekkel. (HE, 100x)



10. ábra. Ugyancsak egy éretlen (grade 3) teratoma részlete, amelyben retina irányába átalakult festékes neuroectodermális részletek láthatók. (HE, 400x)



11. ábra. Éretlen (grade 3) teratoma. A daganat állományát nagyrészt éretlen, nem differenciált kötőszövet képezi, egy-egy tökéletlen mirigyüreg színezi a képet. Kérett sejtek, illetve szerveszerű szövet nincs. Helyenként porc irányú átalakulás sejthető. (HE, 200x)



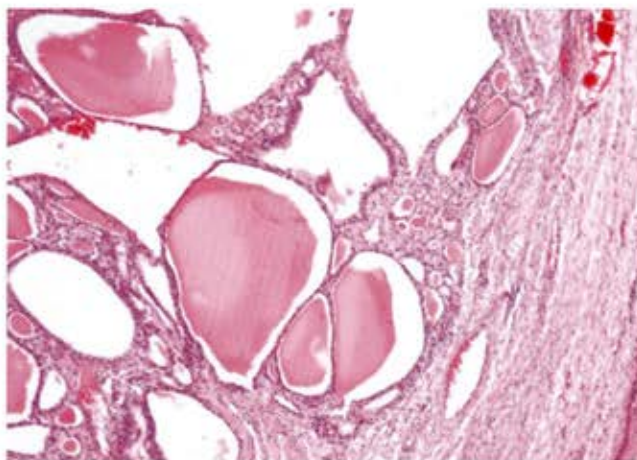
12. ábra. Előfordul, hogy az embrionális /grade 3/ teratoma más rosszindulatú csirasejtes daganattal keveredik. A bemutatott részletben trofoblaszt sejtek csoportjai azonosíthatók (nyíl). (HE, 100x)

MONODERMÁLIS TERATOMÁK A monodermális teratomák egyetlen magas fokban differenciált szövetből álló daganatok (4. táblázat).

4. táblázat. Monodermális teratomák formái

Petefészekgolyva (struma ovarii)
Carcinoid
Strumális carcinoid
Neuroektodermális daganatok
Sebaceous daganat

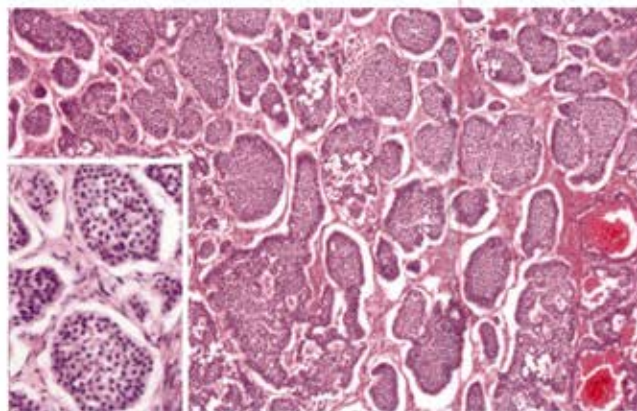
PETEFÉSZKEGOLYVA (STRUMA OVARIUM) A petefészekgolyva az ép pajzsmiriggyel azonos vagy a pajzsmirigyben jelentkező golyvával megegyező szöveti képet mutat. Jóindulatú daganat, ritkán, de előfordul, hogy benne – csakúgy, mint a pajzsmirigyben – a pajzsmirigyrák valamelyik formája kialakul (13. ábra).



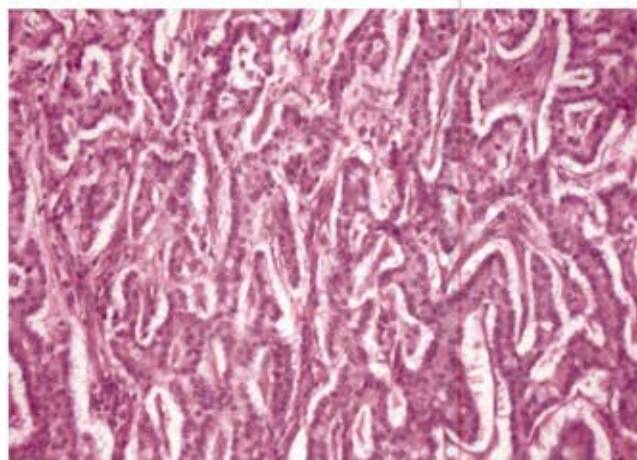
13. ábra. Petefészekgolyva. Az összenyomott, szerkezetét vesztett petefészek maradvány tokként jelenik meg a kép jobb oldalán. Mellette pajzsmirigy szövetből álló daganat van, amelynek acinusai változatos méretűek, többségükben jelentősen kitágultak, üregükben cozinofil, egynemű kolloid foglal helyet. A szöveti kép mindenben megegyezik a pajzsmirigyben szokásos golyva képevel. (HE, 80x)

PETEFÉSZKEK CARCINOID DAGANATAI A petefészek carcinoid daganatainak szöveti képe attól függ, hogy a magzati középbélből vagy az ősbélből származik-e. Az inzuláris carcinoid a középbélből ered, és ez a leggyakoribb forma, gyakorlatilag mindig jóindulatú (7). Az ősbélből keletkező trabekularis carcinoid biológiai viselkedése bizonytalan, míg a nyákos (mucinosus) carcinoid az esetek többségében rosszindulatú és igen gyorsan terjed (8-9). Ismeretes, hogy a petefészekgolyva és a carcinoid együtt is alakíthat daganatot, ez az ún. strumális carcinoid (9). A 4. táblázatban felsorolt további monodermális teratomák igen ritkák.

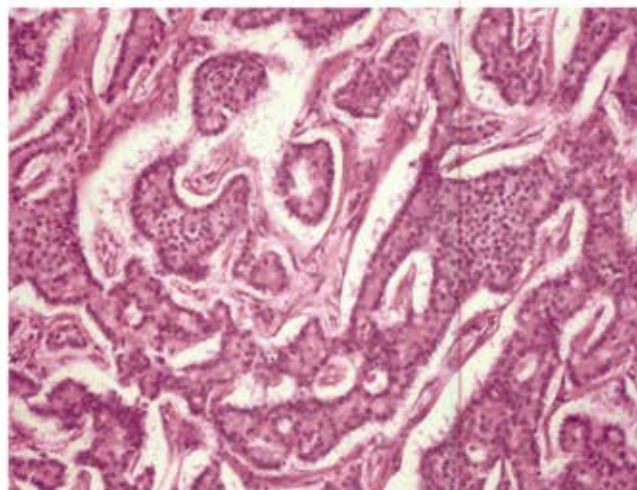
A petefészek elsődleges carcinoid daganatai alapvetően különböznek, a gyomor-bélrendszer carcinoid daganatainak petefészekéitől. Az utóbbiak általában kétoldaliak, kórjóslatuk sokkal rosszabb. Az ún. „carcinoid tünetcsoport” is sokkal gyakrabban fordul elő a petefészek áttétes carcinoid daganataiban. A petefészek elsődleges carcinoid daganatainak egyharmada termel polipeptideket, amelyek közvetlenül a gyűjtőeres keringésbe jutva carcinoid tünetegyüttest váltanak ki.



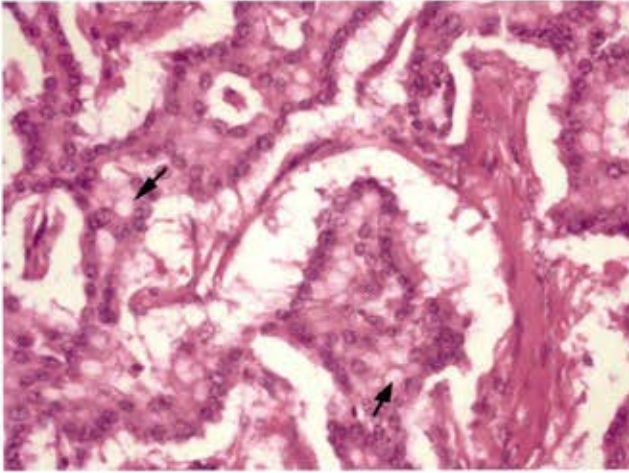
14. ábra. Inzuláris carcinoid. Az alakra és méretre azonos daganatsejtek kerek, szorosan egymás mellé rendeződve kisebb-nagyobb fészkeket (inzulákat) képeznek, amelyeket kötőszövetes rostállomány fog körül. A beszűrás (HE, 200x) jól mutatja a jellegzetes sejtképet. (HE, 100x)



15. ábra. Trabekularis carcinoid. A sejtek itt is egyformák, megnyúltak, kerek, laza szerkezetű magjuk a sejt alapjára nyomott. A daganatsejtek egysoros kötegekbe rendeződtek, ezért a daganat gerendázott mintázatot mutat. (HE, 200x)



16. ábra. A nyákos (mucinosus) carcinoid szövetmintázata jelen esetben részben a fészkes, részben a gerendázott carcinoid sajátosságait ötvözi. A sejtek kis nagyítással itt is egyformák, a sejtmagok is egyformák, kerek. (HE, 200x)



17. ábra. A 16. ábra kinagyított részlete. Ezen jól látható, hogy a sejtek jelentős részének plazmája puffadt, halvány, a sejt ballonszerűvé vált. Ezt a jelenséget a sejtplazmába termelődő és ott felhalmozódó nyák okozza (nyílak). (HE, 400x).

IRODALOM

1. Jacobsen GK, Talerman A. Atlas of germ cell tumours. Chapter 13: Teratoma. Munksgaard, Copenhagen 1989.
2. Talerman A. Germ cell tumors of the ovary. In: Kurman RJ. (szerk) „Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract” (5th kiadás), Springer Verlag, New York. 2002:967-1033.
3. Stamp GWH, McConnell EM. Malignancy arising in cystic ovarian teratomas. Br J Obstet Gynecol 1984; 90:671-675.
4. Talerman A. Carcinoid tumors of the ovary. J Cancer Res Clin Oncol 1984; 107:125-135.
5. Tumours of the Breast and Female Genital Organs. WHO Classification of Tumours. IARC Press, Lyon, 2003.
6. Norris HJ, Zirkin HJ, Benson WL. Immature (malignant) teratoma of the ovary: a clinical and pathologic study of 58 cases. Cancer 1976; 37:2359-2372.
7. Robboy SJ, Norris HJ, Scully RE. Insular carcinoid primary in the ovary: a clinico-pathologic analysis of 48 cases. Cancer 1975; 36:404-418.
8. Talerman A, Evans ML. Primary trabecular carcinoid tumor of the ovary. Cancer 1982; 50:1403-1407.
9. Altenghat E, Okagaki T, Talerman A. Primary mucinous carcinoid of the ovary. Cancer 1986; 58:777-783.



a petefészekrák másodvonalbeli kezelésére

Bizonyított hatékonyság:

paclitaxel rezisztens ⁽¹⁾ és
platina refrakter ⁽²⁾ esetekben is

Egyszerű adagolás:

100 mg/m², egyórás infúzióban, 3 hetenként ⁽³⁾

Jobb életminőség:

kedvező mellékhatásprofil ⁽⁴⁾

1: Verschraegen, C. F.: Docetaxel for patients with paclitaxel-resistant Mullerian carcinoma. JCO 18: 2733-2739, 2000
2: Kaye, SB.: Phase II trials of docetaxel (Taxotere) in advanced ovarian cancer-an update review. EJC 33: 2167-2170, 1977
3: Alkalmazási előirat OGYI engedélyszáma: 8383/41/2001.
4: Vasey, PA: Docetaxel carboplatin as a first line chemotherapy for epithelial ovarian cancer BJC 84(2) 170-178, 2001
Kérjük, felhasználás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előiratot! Alkalmazási előirat OGYI engedélyszáma: 8383/41/2001.

A TÉNYEKEN
ALAPULÓ
VÁLASZTÁS

Vénás profilaxis
daganatos betegség miatt
operált betegeknél:

CLEXANE

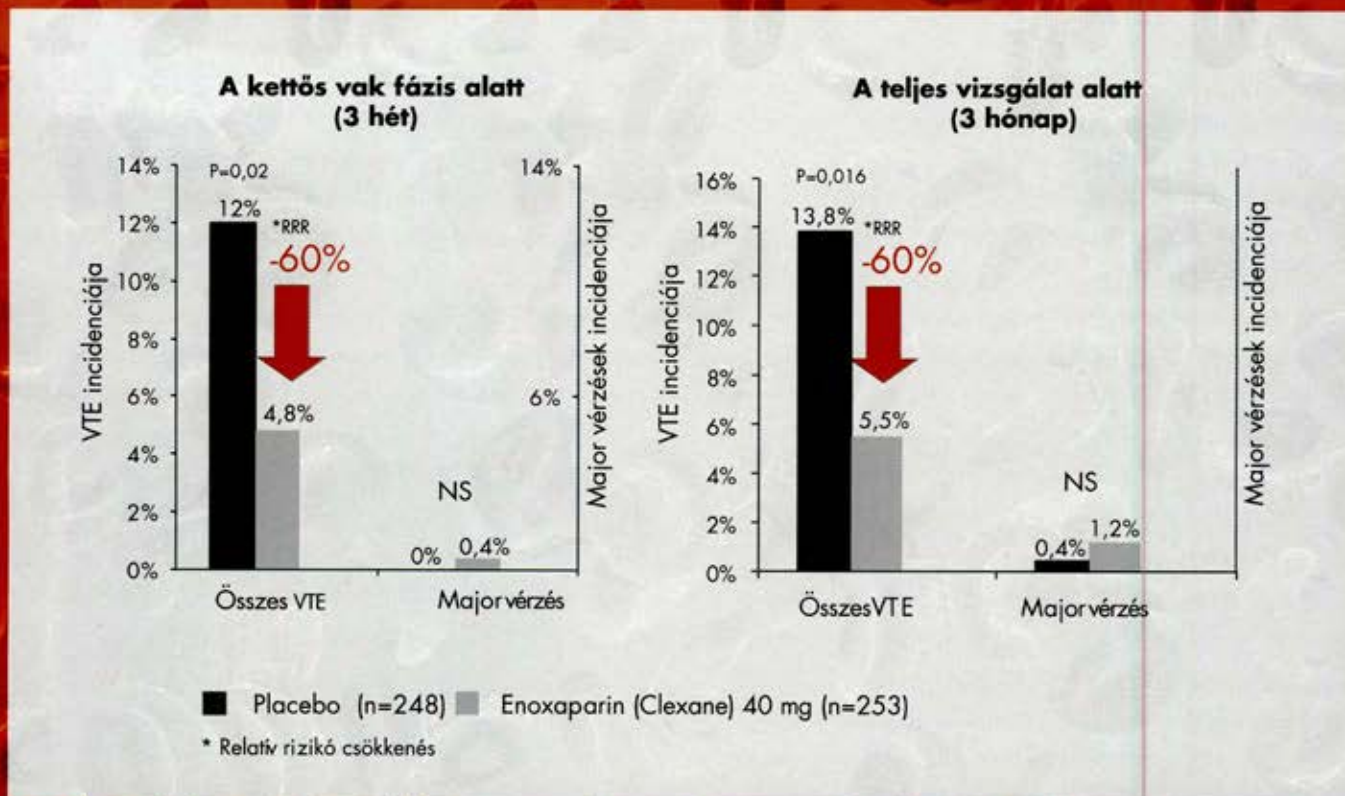
Általános előnyök: ^{1,2,3,4,5,6}

- Óriási klinikai tapasztalat
- Klinikai vizsgálatokkal bizonyított hatékonyság
- Biztonságos alkalmazás
- Egyszerű, pontos adagolhatóság
- Optimális hatás a trombózis megelőzésében és kezelésében
- Eü. 90%-os támogatásra is felírható



**ENOXACAN II. vizsgálat eredményei szerint
a DVT megelőzésére alkalmazott
Clexane (enoxaparin) a tumoros betegek
elektív hasi és kismedencei műtete után:**

a 3 hetes prolongált profilaxis során **60%-kal
csökkentette a rizikót placebóhoz képest,
amely hatás 2 hónap múlva is megmaradt,
ugyanakkor a major vérzés gyakorisága
nem különbözött szignifikánsan a placebótól. ⁴**



1. Planes A. The Lancet 1996; 348:224-228.
2. Cohen M. et al., New England Journal of Medicine 1997; 337(7); 447-452.
3. Antman E. M. et al., Circulation 1999; 100:1593-1601.
4. Bergqvist D., New England Journal of Medicine J 2002; 346:975-980.
5. Samama M.M. et al., New England Journal of Medicine 1999;341:793-800.
6. Az 1/2003. (I. 21.) ESZCSM rendelet

OGYI-eng. szám: 12.694/41/2001

SZÓCSISZOLÁS

Javaslat az immunológiával és határterületeivel kapcsolatos angol és latin kifejezések magyar megfelelőinek kialakítására, megalkotására

A közreműködőket meghívta és az anyagot összeállította: Bősze Péter dr.

Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Budapest

SZERKESZTŐI BEVEZETÉS Ebben a rovatban korábban angol és latin kifejezések magyar megfelelőire tettünk javaslatot, és mindig egy-egy téma köré csoportosuló szójegyzéket adtunk közre. Kértük az olvasókat, tegyenek javaslatokat, közöljék észrevételeiket stb. Sajnos túl sok választ nem kaptunk – minden bizonnyal a mindennapos túlterheltség miatt. Szeretnénk, ha a magyarítási törekvéseink nem pusztába kiáltott szavak lennének, ezért alapvető, hogy az ország kiemelkedő szakembereit bevonjuk ebbe a munkába. Ennek szellemében küldtük el az alábbi levelet, és ismertetjük eredeti javaslatainkkal együtt a válaszokat is, amelyért kimondhatatlanul hálásak vagyunk. Ez a felmérés a Magyar Orvosi Nyelv című folyóirat számára készült, amelyben hamarosan megjelenésre kerül. Tekintettel azonban arra, hogy a Nőgyógyászati Onkológia olvasótáborában más és, mert az immunológiai kifejezésekkel a nőgyógyászok, daganatgyógyászok is lépten-nyomon találkozhatnak, a szerkesztőség úgy gondolja, hogy a szakemberek gondolatai a Nőgyógyászati Onkológia olvasói számára is nagyon hasznosak.

FELKÉRŐ LEVÉL „Tisztelt ... A Magyar Orvosi Nyelv című folyóirat következő számának „Szócsiszolás” rovatában az immunológiával és határterületeivel kapcsolatos angol és latin kifejezések magyar megfelelőinek kialakítására, megalkotására tesszünk javaslatot, amelyet csatoltan küldök. Szeretnénk, ha az ország vezető szakemberei is kifejteneik ezzel kapcsolatos véleményüket, amelyeket szintén közlünk. Reméljük, hogy egy közös álláspontot ki tudunk alakítani. Nagyon kérem, a javaslattal összefüggő meglátásaidat, illetve az olyan nehézségeket, amelyek még eszünkbe sem jutottak, a remélhetőleg megszű-

Levelezési cím:

Prof. Dr. Bősze Péter
Fővárosi Szent István Kórház
Nőgyógyászati Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.
Távbeszélő: (36 1) 2752172 Távmasoló: (36 1) 2752172
Villanyposta: bosze@axelero.hu

lő vagy már meglévő ötleteket, javaslatokat, hasznosnak tűnő alapelveket, akárcsak egy-egy rész kérdésben hasznos szempontokat juttasd el hozzám. Fáradozásod, együttgondolkodásod előre is hálásan köszönöm. (Bősze Péter)

MEGJEGYZÉS A szöveges válaszokat teljes terjedelmükben közöljük, a szójegyzéket és a rövidítéseket, írásmódot illetően pedig, értelemszerűen, csak azokat a szavakat, kifejezéseket, rövidítéseket és helyesírási módot ismertetjük, amelyekkel kapcsolatban a válaszoló megjegyzést, javaslatot tett.

EREDETI JAVASLAT (Bősze Péter dr. és Grétsy Zsombor dr.) Hangsúlyozzuk, hogy az alábbi javaslatsor megvitatást igényel, és csak a szakma támogatásának, egyetértésének megszületése után tekinthetjük általános használatra ajánlottnak az alábbi magyarításokat. Az összeállítás a teljesség igénye nélkül történt. Az „immunológia” kifejezésre nem találtunk alkalmas magyar szót, ez egyébként teljesen átment a köztudatba. Sok esetben az írásmód összevisszasága miatt is szerencsés a magyarítás. Pl. a T-helper lymphocyte/cell a következő formákban fordul elő a magyar irodalomban: T-helper sejt, T-helper-sejt, T-helper nyiroksejt, T-helper-nyiroksejt, T-helper limfocita, T-helper-limfocita, T-helper lymphocyta, T-helper-lymphocyta stb.

SZÓ- ÉS KIFEJEZÉSJEJYZÉK

Antigen presenting cells (antigénprezentáló sejt) sejt (APC)	antigénbemutató sejtek
Antigénprezentáció	antigénbemutató
Antigén	?
Antitest	ellenanyag
Antibody dependent (antitestfüggő)	ellenanyagfüggő
Antigén-antibody complex	antigén-ellenanyag-együttes
Apoptózis (programozott sejthalál)	tervezett sejthalál/sejtpusztulás
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó

Granulocyte (granulocita, granulocyta)	szemcsés fehérvérsejt	Autoimmunitás	sajáttal szembeni, öntámadás, öntámadási folyamat/immunfolyamat
Bazofil granulocita	bazofilszemcsés-fehérvérsejt	Immunmemória	immunemlékezet
Eozinofil granulocita	eozinofilszemcsés-fehérvérsejt	Immunreakció	immunválasz, immunfolyamat
Neutrofil granulocita	neutrofil szemcsés-fehérvérsejt	Reakció	válasz/folyamat
Granulum	szemese	Reakciókészség	válaszkészség
B cell, B lymphocyte	B-sejt, B-nyiroksejt	Immunogén	immunválaszt kiváltó, immunválasz-kiváltó
T cell, T lymphocyte	T-sejt, T-nyiroksejt	Immuntolerancia	immuntűrés/elfogadás
T-helper lymphocyte/cell	segítő T-nyiroksejt, segítő T-sejt	Cellularis immunitás	sejtimmunitás, sejtes immunitás/védekezés
Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejtmérgező T-sejt/nyiroksejt	Humorális immunitás	testnedvi immunitás
T inhibitor cell	gátló T-sejt	Adaptív immunitás	szerezett/alkalmazkodó immunitás
T cell clones	T-sejt klónok, T-utódsejt halmazok, T-utódsejtek	Szenzibilizálódás	érzékenyebbé válás, érzékenyülés
T cell dependent	T-sejt-függő	Bronchus associate lymphoid tissue (BALT)	hörgőrendszeri nyirokszövet (BALT?)
Dendritikus sejtek	nyúlványos sejtek	Gastrointestinal tract associated lymphoid tissue (GALT)	gyomor-bélrendszeri/bélrendszeri nyirokszövet (GALT?)
Keratocita, keratocyta	szarúsejt	Mucosa associated lymphoid tissue (MALT)	nyálkahártya nyirokszövet (MALT ?)
Mast cell (mastocyta, masztocita)	hízósejt	MHC (major histocompatibility complex)	fő szövetmegfelelési molekularendszer
Monocyte (monocita, monocyta)	egymagúsejt, egymagúsejt	HLA (human lymphocyte antigen)	embernyiroksejt antigén
Natural killer cells (NK cells)	természetes ölösejt (NK-sejtek?)	HLA protein	HLA-fehérje
Phagocyte (fagocita, phagocyta)	falósejt	Membrane attac complex, MAC	sejthártyafuró-együttes
Microphage (mikrofág)	kisfalósejt	Antagonista	ellentétes hatású, ellenható
Macrophage (makrofág)	nagyfalósejt	additív	hozzáadódó/összeadódó
Phagocytosis (fagocitózis)	sejtfalás, sejtbekebelezés	szinergista	összeható, együttható, veleható
Fagolizozóma	emésztő/oldó	endogén	belső, belsőleges, saját, öneredetű
Receptor	testecske/szervecske/hólyagosa kötőhely	Diverzitás	szerteágazóság, sokféleség
B cell receptor (BCR)	B-sejt-kötőhely, BCR-kötőhely	Variabilitás	változatosság
T cell receptor (TCR)	T-sejt-kötőhely, TCR-kötőhely	Autocrine	saját sejtre ható, önmagára ható
Membrane receptor (membrán receptor)	sejtfelszíni kötőhely, sejtfelszín kötőhely, sejthártyai kötőhely, sejthártya kötőhely	Paracrine	szomszédos sejtre ható, környezetre ható, környezetható
Antigen receptor	antigénkötőhely	Endocrine (endokrin)	távoli sejtre ható, általános(an) ható, távolható
Complement receptor	komplementkötőhely	Parazita	élősködő
Mannóz recetor	mannózkötőhely	Pulpa	puhaállomány, masszallomány, masszaris
Lipopoliszaharid receptor	lipopoliszaharid-kötőhelyek	Diszulfidhid (diszulfidkötés)	kén-kén hid/kötés
Co-receptorok	társ kötőhely	Preformált	előalakított, előformált
Fc receptor	Fc-kötőhely	Haptén	félantigén
Ig-E receptor	Ig-E-kötőhely	C1 inhibitor	gátló C1
Ligand	?	CD (cell surface determinant)	??
Mediátorok, mediátor anyagok	közvetítők, közvetítő anyagok, átvivők	Inhibitor factor	gátló tényező
Transport protein/molekula	szállító/átszállító fehérje/molekula	Allergén	
Messenger	hírvivő	Blasztos transzformáció	
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	hevenyszakfehérjék	Enzim	
Heatschock protein	hő sokkfehérje	Citokin	
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	tapadómolekulák, tapadásimolekulák, ragasztómolekulák	Domén	
Intercellular adhesion molecules (ICAM)	sejtek közötti, sejtközötti tapadómolekulák	Endotoxin	
Allergia	túlérzékenység		
Anafilaktikus	?		

Immunológia
 Immunglobulin
 Immunglobulin-M,
 Interferon
 Izotípus
 Kemotaktikus
 Kemoatraktikus
 Komplement enzimrendszer
 Lipid
 Plazmasejt

RÖVIDÍTÉSEK ÉS HELYESÍRÁS Elgondolkoztató, hogy egy-egy magyarított fogalomnak milyen rövidítését használjuk, a nemzetközileg elfogadott, vagy a magyar kifejezésből adódót, pl. natural killer cell (NK cell), melyet „természetes ölösejt”-nek fordíthatunk, és a javasolt rövidítés „NK-sejt” vagy „TÖ-sejt” legyen. Kérjük a tisztelt olvasót, hogy írja meg szerkesztőségünknek, hogy melyik formát tartja helyesnek.

Ig-M, IgM, Ig M, Ig-G, IgG, Ig G stb. Ig-alfa, Ig- α , Ig α
 Immunglobulin-G, immunglobulin G, immunglobulinG
 B-sejt, B2-sejt, T-sejt, T2-sejt
 MHC-II, MHC II, MHCII, MHC-2, MHC II kötőhely mintázatúak
 CD5+ T-sejt, CD5+T-sejt
 CD4+-MHC II, CD4+MHC II, CD3-negatív
 TNF-béta, TNF- β , TNF β , TNF β , β TNF, β -TNF
 Gamma-INF, γ -INF, INF γ , INF- γ
 IL-2, IL-2 stb.
 Fc-kötőhely, Fc-epsilon, Fce, Fc-e, Fc-kötés
 Bazofil, eozinofil, neutrofil; miért így????

Falus András dr.

Semmelweis Egyetem, ÁOK Genetikai, Sejt- és Immunbiológiai Intézet, Budapest

... nem értek egyet az ennyire erőltetett kimagyarításokkal. Gyakorlatilag a javaslatok egy tizedével értek egyet. Mellékelem a jelzett változtatásokat.

Antigén	?
Antitest	ellenanyag (v. antitest)
Antigén-antibody complex	antigén-antitest-komplex
Apoptózis (programozott sejthalál)	programozott sejthalál/ sejtpusztulás
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-darab, epitóp (maradhat)
Granulocyte (granulocita, granulocyta)	
Bazofil granulocita	bazofil-fehérvérsejt
Eozinofil granulocita	eozinofil-fehérvérsejt
Neutrofil granulocita	neutrofil-fehérvérsejt
B cell, B lymphocyte	B-sejt, B-nyiroksejt (limfocita jobb)
T cell, T lymphocyte	T-sejt,
T-helper lymphocyte/cell	segítő T, segítő T-sejt

Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejtölő T-sejt/
Monocyte (monocita, monocyta)	monocita
Natural killer cells (NK cells)	természetes ölösejtek, (NK-sejtek, igen!) nem használt szó!
Microphage (mikrofág)	kötőhely (kevés!) receptor jobb
Receptor	B-sejt-, BCR- T-sejt-, TCR- sejtfelszíni, sejtfelszín, sejthártyai, sejthártya antigén
B cell receptor (BCR)	komplement
T cell receptor (TCR)	mannóz
Membrane receptor (membrán receptor)	lipopoliszaharid- koreceptor
Antigen receptor	Fc- IgE- akut fázis fehérjék
Complement receptor	
Mannóz recetor	
Lipopoliszaharid receptor	
Co-receptorok	
Fc receptor	
Ig-E receptor	
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	adhéziós molekulák, molekulák, ragasztómolekulák (kevés) allergia
Allergia	autoimmunitásfolyamat/immun- folyamat
Autoimmunitás	sejt-közvetített immunitás, sejtes immunitás/védekezés antitest-közvetített immunitás fő szövettűrési molekularendszer
Cellularis immunitás	
Humorális immunitás	
MHC (major histocompatibility complex)	emberi fehérvérsejt antigén sejthártyaronszó-együttes ellentétes hatású, ellenható – nem kell fordítani
HLA (human lymphocyte antigen)	puhaállomány, masszaállomány, masszarés (jaj!!)
Membrane attack complex, MAC	antigén elem
Antagonista	C1 gátló
Pulpa	sejtfelszíni jelzőanyag
Haptén	
C1 inhibitor	
CD (cell surface determinat cluster of differentiation)	allergiát kiváltó antigén sejtosztódás kiváltás
Allergén	enzim
Blasztos transzformáció	citokin
Enzim	szerkezeti egység
Citokin	u.az
Domén	u.az
Endotoxin	u.az
Immunológia	u.az
Immunglobulin	u.az
Immunglobulin-M,	u.az
Interferon	u.az
Izotípus	u.az
Kemotaktikus	u.az
Kemoatraktikus	kemotaktikus
Komplement enzimrendszer	u.az
Lipid	u.az
Plazmasejt	u.az

RÖVIDÍTÉSEK

pl. natural killer cell (NK cell), melyet „természetes ölösejt”-nek fordíthatunk, és a javasolt rövidítés „NK-sejt” vagy „TÖ-sejt” legyen. NK maradjon

Ig-M, Ig-G, Ig-a, Immunglobulin-G

B-sejt, B2-sejt, T-sejt, T2-sejt

TNF-b

IL-2 Fc-e,

Gergely János dr.¹, Erdei Anna dr.¹, Kacs Kovics Imre dr.²

ELTE, Immunológiai Tanszék¹, Szent István Egyetem, Állatorvos-tudományi Kar², Budapest

ÁLTALÁNOS MEGJEGYZÉSEK 1. A magyar immunológiai szaknyelvben számos, elsősorban görög-latin, ill. az angol-amerikai szaknyelvből átvett kifejezés, és főként rövidítés honosodott meg, amelyek nem helyettesíthetők magyar kifejezésekkel anélkül, hogy jelentős félreértések forrásaivá válnának. Ezek megtartása feltétlenül indokolt. 2. Minden olyan „idegen szó”, amely már teljesen vagy többé-kevésbé beépült a magyar szókincsbe a szaknyelvben megtartható. (Példák: prezentáció). 3. Orvosi szakkifejezésként latinos-görögös ortográfia használható, egyébként a fonetikus írásmódot tartjuk helyesnek (pl. limfocita, granulocita)

Antigen presenting cells (antigénprezentáló sejtek (APC))	<i>Antigénbemutató sejtek</i>	Az APC rövidítés megtartása indokolt
Antigénprezentáció Antigén	<i>Antigénbemutató</i>	Egyenértékű Mással nem helyettesíthető különös tekintettel arra, hogy magyar immunológus alkotta
Antitest	<i>Ellenanyag</i>	Egyenértékű
Antibody dependent Antigén-antibody complex	<i>nem használjuk</i> <i>nem használjuk</i>	antitestfüggő, ellenanyagfüggő immunkomplex, antigén-antitest komplex, antigén-ellenanyag komplex, egyenértékű
Apoptózis	<i>programozott sejthalál</i>	egyenértékű, a javasolt: sejthalál/sejtpusztulás mást fejez ki
Epitóp	<i>antigéndetermináns</i>	egyenértékű, a javasolt „antigén-meghatározó” nem használható
Granulocyte Granulocita	<i>nem használjuk</i>	így használjuk (l. általános megjegyzések)
B cell, B lymphocyte B-sejt,	<i>Nem használjuk</i>	Széleskörben használjuk éppúgy, mint az ezzel egyenértékű B-limfocita kifejezést

B-nyiroksejt	<i>Ritkán használjuk</i>	Elfogadható
T cell, T lymphocyte	<i>Nem használjuk</i>	Lásd B-sejt
T-helper lymphocyte/cell	<i>Nem használjuk</i>	
segítő T-nyiroksejt,	<i>Általában nem</i>	T-helper sejt
segítő T-sejt	<i>használjuk</i>	az általánosan elfogadott, annál is inkább, mivel rövidítése T _H nemzetközi és mással nem helyettesíthető
Cytotoxic T cell/lymphocyte	<i>Nem használjuk</i>	
sejtmérgező T-sejt/nyiroksejt		Citotoxikus T-sejt általánosan elfogadott
T inhibitor cell	<i>Nem használjuk</i>	gátló T-sejt elfogadható
T cell clones	<i>Nem használjuk</i>	
T-sejt klónok,		Általánosan használt (a klón kifejezést átvette a szaknyelv)
T-utódsejt halmazok, T cell dependent	<i>Nem használható</i>	T-sejt-függő (elfogadható, de rövidítése, pl. T-sejt függő antigén = TD antigén)
Dendritikus sejtek	<i>Definícióként használandó</i>	nyúlványos sejtek –, a dendritikus sejtek jellemzésére alkalmazható
Mast cell mastocyt, masztocita	<i>Nem használjuk</i> <i>Általában nem használjuk</i>	Hízósejt általánosan használt Megfelelő környezetben használható
Monocyte	<i>Nem használjuk</i>	Monocita általánosan elfogadott
egymagúsejt, egymagúsejt		Monocita helyett nem használható
Natural killer cells (NK cells)	<i>Az angol kifejezést nem használjuk</i>	
természetes ölösejtek	<i>Mindkettő</i>	
NK-sejtek	<i>használatos</i>	

Ladányi Andrea dr.

Országos Onkológiai Intézet, Tumor Progressziós Osztály, Budapest

Az immunológiai szójegyzékkel kapcsolatos véleményem a következő (fontossági sorrend nélkül):

1. A szavak egy része már elterjedtnek mondható (lásd. pl. „Immunbiológia”, szerk. Gergely János és Erdei Anna, Medicina, 1998). Erre példák: ellenanyag, B-sejt, T-sejt, segítő T-sejt, sejtölő (nem sejtmérgező!) T-sejt, hízósejt, természetes ölösejt, hősokkfehérje, immunválasz, válasz-készség, sejtes immunitás, élőködő.

2. Kevésbé elterjedt, de tetszik a falósejt és változatai, és jó a MALT, GALT, stb. magyarázata is.

3. Hibás a szarúsejt (helyesen rövid u-val írandó). A ligand nem kapcsolás, kötődés, hanem valami, ami kötődik (én még ligandumnak tanultam, de meglepetésemre az Orvosi Helyesírási Szótárban ligandként szerepel).

4. Furcsán hangzik, és így biztosan nem fog elterjedni pl. a hevenyszakfehérje, vagy az utódsejthalmaz (jobb, és már ismert is a klón). Nehézkes és felesleges a rövid és jól ismert MHC és HLA fordítása, ugyanígy az autokrin, parakrin, endokrin körülírása.

5. Az allergia jelentése árnyaltabb, mint a túlérzékenységé, aminek többféle megnyilvánulási formája ismert (pl. az anafilaxia is).

6. Értelmezhetetlen a BCR- ill. TCR- (nem TRC!) kötőhely, mivel ezek a rövidítések magát a receptort (kötőhelyet) jelölik.

7. Azokra a szavakra, amelyekre nincs javaslat, én sem tudok, csak rész megoldást (pl. transzformáció helyett átalakulás). Túlnyomó részüknél azonban nem is érzem indokoltnak a magyarázást, mivel ezek a szavak rövidek, jól kimondhatóak és nagyrészt jól ismertek.

8. A rövidítések közül helyesnek tartom: IgM, IgG, B-sejt, T-sejt, MHC II, CD5⁺ T-sejt (a + felső indexbe téve), CD3-negatív (hosszú í-vel), TNF-β, ugyanígy IFN-γ (nem INF), IL-2.

MEGJEGYZÉS Az összes „szótár” már közben meg is jelent, tet-szenek a javaslatok.

Pálóczy Katalin dr.

Semmelweis Egyetem, Immunológiai-Haematológiai-Transzfúziológiai Tanszék, Budapest

... nagyon szokatlanok egyes kifejezések, vagy csak körülírás-sal fejezik ki a lényegét. Szeretném kiemelni, hogy a hazai immunológiai kézikönyvek megadják a gyakran használt kifejezések értelmezését (glosszárium), ami nagy segítség az olvasó számára. Ettől függetlenül nem vitatható, hogy a kigyűjtött szó- és kifejezésjegyzék rendkívül hosszú, amely arra figyelmeztet, hogy foglalkozni kell a kérdéssel.

Antigén	Antigén (a magyar Detre László alkotta kifejezés, az antisomatogén (ellenanyag termelést kiváltó) szó rövidített formája – az egész világ elfogadta
Apoptózis (programozott sejthalál)	sejt önmegsemmisítés/ütemezett sejthalál
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó? antigéndetermináns
Cytotoxic T cell/lymphocyte	Sejtpusztító T-sejt/nyiroksejt

Natural killer cells (NK cells)	NK-sejtek
Phagocytosis (fagocitózis)	Falósejt általi bekebelezés?
Membrane receptor (membrán receptor)	sejtfelszíni kötőhely,
Co-receptorok	társ kötőhelyek
Ligand	(a kötőhelyhez) kapcsolódó molekula
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	hevenyszak fehérjék?
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	tapadó molekulák,
Allergia/anafilaxia	túlérzékenység/azonnali túlérzékenység
Anafilaktikus	azonnali túlérzékenységet kiváltó
Autoimmunitás	a sajátot támadó immunfolyamat
Immunogén	immunválaszt kiváltó,
Cellularis immunitás	sejtes immunitás/védekezés
Bronchus associate lymphoid tissue (BALT)	(BALT)
Gastrointestinal tract associated lymphoid tissue (GALT)	(GALT)
Mucosa associated lymphoid tissue (MALT)	(MALT)
Membrane attack complex, MAC	sejthártyaátfúró-együttes
Paracrine	környezetre ható,
Pulpa	puhaállomány,
CD (cell surface determinant??)	?? ???
CD (cluster of differentiation)	fejlődési antigének csoportja
Allergén	túlérzékenységet kiváltó antigén
Blasztos transzformáció	antigénnel kiváltott sejttálatlakulás
Enzim	enzim
Citokin	keringő sejtermék
Domén	
Endotoxin	baktérium mérgeanyag
Immunglobulin	ellenanyag
Immunglobulin-M,	M típusú ellenanyag
Interferon	interferon (vírus vagy aktivált sejt eredetű szabályozó molekula
Izotípus	ellenanyag osztály
Kemotaktikus	irányított sejtmozgást kiváltó
Kemoatraktikus	irányított sejtmozgást hívó (jel)
Komplement	kiegészítő
Lipid	??
Plazmasejt	ellenanyag termelő B-sejt

RÖVIDÍTÉSEK ÉS HELYESÍRÁS

Ig-M, Ig-G, Ig-a, Immunglobulin-G,
B-sejt, B2-sejt
T-sejt, T2-sejt
MHC-II,
CD5⁺ T-sejt
CD4⁺ MHC-II
CD3 negatív
TNF-β,
INF-γ
IL-2
Fc-kötőhely
Fc-e

Petrányi Győző dr.

*Semmelweis Egyetem, Immunológiai-Haematológiai-
Transzfúziológiai Tanszék, Budapest*

A megjegyzések csak a legfontosabb alapkifejezéseket érintik, ezeket kellene először rendbe tenni és utána a részleteket. Azokat a kifejezéseket, melyek közhasználatban vannak nem érdemes erőltetetten változtatni, pl. antigén, komplex stb.

Antigen presenting cells (antigénprezentáló sejtek (APC))	antigénbemutató sejtek
Antigénprezentáció	antigénbemutatás
Antigén	?
Antitest	ellenanyag
Antibody dependent (antitestfüggő)	ellenanyagfüggő
Antigén-antibody complex	antigén-ellenanyag-komplex
Apoptózis (programozott sejthalál)	tervezett sejthalál
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-jellemző
Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejttoxikus T-sejt/nyiroksejt
Membrane receptor (membrán receptor)	sejtmembrán kötőhely
Ligand	kapcsolóhely
Mediátorok, mediátor anyagok	közvetítő anyagok
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	hevenyfázisfehérjék
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	tapadó molekulák
Autoimmunitás	sajátta szemben immunitás
Cellularis immunitás	sejtközvetített immunitás
Humorális immunitás	humorális immunitás
Adaptív immunitás	szerzett immunitás
Szenzibilizálódás	érzékenyebbé válás
Bronchus associate lymphoid tissue (BALT)	hörgőrendszerhez kötött nyirokszövet
Gastrointestinal tract associated lymphoid tissue (GALT)	gyomor-bélrendszeri/ bélrendszeri
Mucosa associated lymphoid tissue (MALT)	nyirokszövet (GALT?) kötött nyálkahártya
MHC (major histocompatibility complex)	nyirokszövetkötött (MALT?) fő szövetösszeférhetőségi molekularendszer
HLA (human lymphocyte antigen)	emberifehérvérsejt antigén
Membrane attac complex, MAC	sejthártyatámadó-komplex
Diverzitás	sokféleség
Variabilitás	változatosság
Autocrine	önmagára ható
Paracrine	környezetre ható
Endocrine (endokrin)	távolható
Preformált	előformált
Haptén	antigén kiegészítő
CD (cell surface determinant)	sejtfelszíni meghatározó
Inhibitor factor	gátló /faktor

Rajnavölgyi Éva dr.

Debreceni Egyetem, OEC, Immunológiai Intézet, Debrecen

Általánosságban a nyelvi zűrzavar és sok magyartalan kifejezés miatt fontos dolognak érzem az egységesítést, de ahol erőltetett a dolog, ott feltétlenül az angolból vagy latinból átvett idegen, de történetileg vagy egyéb okból egyértelmű kifejezéseket tartanám meg.

Antigén	ez is átmént a köztudatba
Antigén-antibody complex	antigén-ellenanyag-együttes – komplex, ez a kémiában is használatos, az együttes nem fejezi ki a molekuláris kapcsolatot, a komplex szó igen
Apoptózis (programozott sejthalál)	programozott sejthalál
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó – nem jó, epitóp és antigéndetermináns elfogadott
Granulocyte (granulocita, granulocyta)	granulocita
Bazofil granulocita	bazofilzsemcsés-fehérvérsejt
Eozinofil granulocita	eozinofilzsemcsés-fehérvérsejt
Neutrofil granulocita	neutrofilzsemcsés-fehérvérsejt
Granulum	szemcse – ez lényegében csak a látszat, ténylegesen membrán vezikulumok, ezért nem tükrözi a tényleges képződést, erőltetett
B cell, B lymphocyte	B-sejt, (B-nyiroksejt) – a nyiroksejt nem szerencsés, nem logikus
T cell, T lymphocyte	T-sejt, (T-nyiroksejt)
T-helper lymphocyte/cell	segítő T-sejt, (segítő T-nyiroksejt)
Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejtmérgező T-sejt/nyiroksejt – ölü T sejt,
T cell clones	T-sejt klónok, T-utódsejt halmazok – túl bonyolult, a klón elfogadott T-utódsejtek
Dendritikus sejtek	nyilvános sejtek ez ugyan szó szerinti fordítás, mégis jobban felhívja arra a figyelmet, hogy rengeteg nyilvános sejt van, a dendritikus sejt ma egy settípust definiál, ez elfogadható
Keratocita, keratocyta	szarusejt – erőltetett
Monocyte (monocita, monocyta)	egymagúsejt, egymagúsejt – a legtöbb sejt egymagú, ez nagyon megtévesztő, a monocita, hasonlóan a dendritikus sejt kifejezéshez, egyértelműen egy sejtípust jelent
Natural killer cells (NK cells)	természetes ölösejtek – mindkettő jó (NK-sejtek?)
Microphage (mikrofüg)	kisfalósejt – ez nem használt kifejezés

Macrophage (makrofág)	nagyfalósejt – ez nem fedi az adott sejtpopulációt, a méret nem jellemző
Fagolizoszóma	emésztő/oldó testecske
Receptor	kötőhely – a kötőhely a receptor része, legfeljebb kötőmolekula, de a receptor elfogadott, tág értelemben fed egy jól értelmezett fogalmat
Membrane receptor (membrán receptor)	sejtfelszíni receptor
Antigen receptor	antigénkötő receptor
Complement receptor	komplement kötő receptor
Mannóz receptor	mannózkötőhely
Lipopoliszaharid receptor	lipopoliszaharid-kötőhelyek
Co-receptorok	társ kötőhely
Fc receptor	Fc-kötőhely
Ig-E receptor	Ig-E-kötőhely – ezek mind mást jelentenek
Mediátorok, mediátor anyagok	közvetítők, közvetítő anyagok, átvivők – egyik sem elfogadható
Ligand	a receptor kötőhelyébe illeszkedő molekula, de ez túl bonyolult, a ligand is elfogadott más területen is (kémia, biokémia, biológia)
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	hevenyszakfehérjék – nem jó
Intercellular adhesion molecules (ICAM)	sejtek közötti, sejtközötti tapadó molekulák – ezt sem tartom szerencsésnek, az adhézió kémiai fogalom is és jól jelzi a folyamatot sajátjal szembeni, öntámadás – a támadás csak néha igaz, akkor önpusztító folyamat
Autoimmunitás	immunológiai emlékezet – esetleg választékosság
Immunmemória	immunválaszt kiváltó
Reakciókészség	immuntűrés/elfogadás – a tolerancia a viselkedéstudományban is elfogadott, mindenki érti
Immunogén	sejtes immunitás
Immuntolerancia	testnedvi immunitás – ez nem jó
Cellularis immunitás	szerzett immunitás
Humorális immunitás	érzékenyítés, érzékennyé válás
Adaptív immunitás	hörgőrendszerhez kapcsolódó nyirokszövet
Szenzibilizálódás	bélrendszerhez kapcsolódó nyirokszövet
Bronchus associate lymphoid tissue (BALT)	nyálkahártyához kapcsolódó nyirokszövet
Gastrointestinal tract associated lymphoid tissue (GALT)	fő szövetmegfelelési, fő szövetössze-
Mucosa associated lymphoid tissue (MALT)	férhetőségi géneket kódoló komplex
MHC (major histocompatibility complex)	Molekularendszer – a komplex a génekre és nem a molekulákra vonatkozik
HLA (human lymphocyte antigen)	emberi limfocita antigén
Membrane attac complex, MAC	sejtkárosító komplex
Antagonista	ellentétes hatású – ellenható leggyakrabban a gátló értelemben használt

additív	összeadó
szinergista	együthető,
endogén	belső, belsőleges, saját, a lényeg, hogy mihez képest (szervezethez, sejthez stb.)
Diverzitás	öneredetű
Variabilitás	sokféleség
Autocrine	változatosság
Paracrine	visszaható
Endocrine (endokrin)	közelmű
Diszulfidhid (diszulfidkötés)	távolható
Haptén	kén-kén hid/kötés – ez a biológiában két cisztein közötti kovalens kapcsolat, cisztein hid, kén-kén kötés
CD (cell surface determinant)	félantigén – ez nem az
Inhibitor factor	C1 gátló
Allergén	CD = Cluster of Differentiation – ez egy nemzetközi Workshop által javasolt angol nomenklatura, nem lehet magyarra fordítani és nem is kell
Blasztos transzformáció	gátló faktor
Enzim	allergiát kiváltó antigén
Citokin	osztódó sejtek létrejötte
Domén	enzim
Endotoxin	sejtek által termelt oldott faktor
Kemoatraktikus	szervezetileg rendezett fehérje egység
Komplement enzimrendszer	sejten belüli mérge/toxin – szűkebb értelemben a Gram-baktériumokra jellemző lipopoliszaccharidot jelenti
Lipid	ezt nem használjuk
Plazmasejt	köztudatban elfogadott
	zsír
	ellenanyag termelő sejt,
	segítő T sejt/limfocita

RÖVIDÍTÉSEK ÉS HELYESÍRÁS

... pl. natural killer cell (NK cell), melyet „természetes ölösejt”-nek fordíthatunk, és a javasolt rövidítés „NK-sejt” vagy „TÖ-sejt” legyen. Csak az NK-sejtet tartom elfogadhatónak

IgG, IgM – az Ig-a nem ide tartozik logikailag, de van IgA is. B-sejt, T-sejt (T2 sejt szerintem nincs), MHC-II, CD5+ T-sejt, CD4+-MHC II, CD4+MHC II

– ezek együtt nem fordulnak elő, csak ha a kapcsolatról beszélünk, ezért csak az első variáció fordulhat elő a szövegben

TNF β vagy TNF- β mindkettő elfogadott

IFN γ vagy IFN- γ

csak az IL-2 jó

csak az Fce jó

MHC II kötőhely mintázatúak

– MHC mintázat de nem MHC kötőhely mintázat

Bazofil, eozinofil, neutrofil; miért így????

– ez a festődésükre utal, milyen típusú festéket kötnek

Szegedi Gyula dr.

Debreceni Egyetem, OEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika,
Klinikai Immunológiai és Allergológiai Koordinációs Intézet,
Debrecen

1. Nem változtatnám meg (nem indokolt a magyarosítás) a következők esetében:

antigén (Detre László által alkotott elnevezés), epitóp (antigén-determináns) receptor (nemcsak receptor tud kötni), allergia, anafilaktikus, autoimmunitás (ugyanis van: fizioiógias és patológias autoimmunitás is – fizioiógias ~~önt~~átadás?), immunmemória, immunreakció, reakció, reakciókészség, Immunogén, tolerogén, immuntolerancia, celluláris immunitás, humorális immunitás, szenzibilizálódás, haptén, allergén, blasztos transzformáció, enzim, citokin, domén, endotoxin, immunglobulin, immunglobulin-M, interferon, izotípus, kemotaktikus, kemoatraktikus, komplement enzimrendszer, lipid, plazmasejt.

2. A javasoltak, amivel egyetértek:

antigénbemutató sejtek, antigénbemutatás, ellenanyag, ellenanyagfüggő, antigén-ellenanyag együttes, B-sejt, T-sejt, segítő T-sejt, gátló T-sejt, T-sejt klónok, T-sejt függő, nyúlványos sejt, szarusejt, hízósejt, természetes ölösejt, falósejt, kistfalósejt, nagyfalósejt, sejtfalás, emésztő testecske, ligandum, közvetítők, közvetítő anyagok, szállító fehérje/molekula, hírvivő, akut fázis fehérjék, hőszokfehérje, tapadási molekulák, sejt közötti tapadási molekulák, szerzett immunitás, hörgőrendszeri nyirokszövet, gyomor-bélrendszeri nyirokszövet, nyálkahártya nyirokszövet, HLA-fehérje, ellentétes hatású – antagonista, hozzáadódó – additív, egyútható – szinergista, belső – endogén, sokféleség – diverzitás, változatosság – variabilitás, gátló tényező – inhibitor factor.

3. Egyéb javaslatok:

szemcsés-plazmájú fehérvérsejt, bazofil szemcsés-plazmájú fehérvérsejt, eozinofil szemcsés-plazmájú fehérvérsejt, neutrofil szemcsés-plazmájú fehérvérsejt, sejtölő T-sejt (immunocyt), veleszületett immunitás (innate immunity), fő szövetegyező antigének, human-leukocyt antigének, sejtmembrán hasító komplex, önmagára visszaható – autocrine, szomszéd sejtre ható – paracrine, belső elválasztású – endokrin, puhaállomány – pulpa, előformált – preformált, C₁ gátló – C₁ inhibitor.

4. A rövidítésekkel kapcsolatos javaslataim:

- NK-sejt, és ne legyen a TÖ-sejt
- Ig-M, Ig-G, Ig-A, ...
- Ig-alfa lánc
- T-sejt, T₁-sejt, T₂-sejt
- MHC-II
- MHC-I
- MHC-III
- CD₃⁺ T-sejt
- CD₄⁺ MHC-II sejtek (CD₄⁺ DR⁺-sejtek)
- CD₃-negatív sejtek
- TNF-β, INF-?, IL-2, Fc-receptor (Fc-R – Fc-RI, Fc-RII, Fc-RIII)
- Immunglobulin-G,...
- B-sejt, B₁-sejt, B₂-sejt
- Thelper₁-sejt, Thelper₂-sejt, T₀-sejt

Szekeres Bartó Júlia dr.

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Immunológiai és Biotechnológiai Intézet, Pécs

Általánosságban az a véleményem, hogy nem kell feltétlenül mindent magyarosítani. Egyrészt vannak olyan kifejezések, amelyek ma már a használt magyar nyelv részei, mint pl. a memória, másrészt vannak dolgok, amelyek kizárólag szigorúan szakmai társaságot érdekelhetnek, akik jobban értik az eredeti latin kifejezést (pl. antigen), mint egy erőltetett körülírást.

Apoptózis (programozott sejtihal)	tervezett sejtihal/sejtpusztulás – szerintem a programozott sejtihal megfelelő, a program szó átment a magyar nyelvbe
T-helper lymphocyte/cell	segítő T-sejt (segítő T-nyiroksejt)
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó hely
Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejtpusztító/ölő/gyilkossejtmérgező
Keratocita, keratocyt	szarusejt – ez félreérthető, nem kell feltétlenül magyarítani
Phagocytosis (fagocitózis)	sejtbekebelezés
B cell receptor (BCR)	(B sejt) antigénkötő hely
T cell receptor (TCR)	(T-sejt-) antigénkötő hely (kötőhely)
Transport protein/molekula	szállító (át szállító) fehérje/molekula
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	ragasztómolekulák
Immunmemória	immunemlékezet – az immunológiai memória megfelelő, a memória már átment a magyar nyelvbe
Cellularis immunitás	sejt-közvetítette immunitás
Pulpa	velőállomány
Diszulfidhid (diszulfidkötés)	kén-kén hid/kötés – nem kell a diszulfidot magyarosítani, csak szakmabeli használja

Uher Ferenc dr.

Országos Gyógyszerészeti Központ, Budapest

ÁLTALÁNOS JAVASLOK 1. A rövidítéseket illetően nagyon szerencsétlennek tartanám, ha mindenáron el akarnánk térni a nemzetközi szakirodalomban (nem csak az angolban) használt és mindenki számára érthető rövidítésektől. Pl: az NK sejt legyen „természetes ölösejt”, rövidítve azonban mindenképpen „NK” és nem „TÖ”.

2. A túlzásokat azért jó lenne kerülni. Szerintem túlzás például a sejtek: „makrofág, granulocita” és egyes kifejezések: „fagocitózis, apoptózis” mindenáron történő magyarítása. Ezek a szavak és kifejezések már teljesen beépültek a magyar nyelvbe, fordításuk sokszor nehézkes, ráadásul félrevezető. Az apoptózis például legfeljebb „programozott sejtihal”, de semmiképpen sem „tervezett”.

NÉHÁNY TOVÁBBI JAVASLAT 1. T-sejt, B-sejt, segítő T-sejt stb., 2. GALT – gyomor-bélrendszerhez kötött (vagy kapcsolódó) nyirokszövet, MALT – nyálkahártyához kötött (vagy kapcsolódó) nyirokszövet, 3. BCR – B-sejt antigén-felismerő kötőhely, TCR – T-sejt antigén-felismerő kötőhely.

VÉGÜL EGY KÉRDÉS Mi legyen ha egy szónak több jó magyar megfelelője van? Pl: SC (stem cell) – általában „őssejt”-nek fordítjuk, de néhány kiváló kolléga ragaszkodik a szó szerinti (és valóban nem rossz) „törzssejt” kifejezéshez.

SZERKESZTŐSÉGI ZÁRÓGONDOLATOK Az immunológiai kifejezések magyarításával kapcsolatos gondolatokhoz kiegészítő szerkesztőségi állásfoglalást nem teszünk. Úgy gondoljuk, hogy a fentiekben közölt vélemények egyértelműen rávilágítanak arra, hogy még sokféle álláspont van. Bizonyos neveknél és főleg a rövidítéseknél azonban eléggé egységes az írásmód. A további teendők miatt, tisztelettel kérjük az olvasókat, szakembereket, hogy írják meg véleményüket, amelyet örömmel közreadunk.

Az összeállítással kapcsolatos vélemények

SZERKESZTŐI BEVEZETÉS A fenti összeállítást elküldtük a résztvevőknek és más szakembereknek, nyelvészeknek is. Az alábbiakban ismertetjük az eddig beérkezett válaszokat. A további véleményeket is folyamatosan közöljük.

Fábián Pál

ELTE BTK Mai Magyar Nyelvi Tanszék

Mellékelten küldöm a szójegyzékkel kapcsolatos észrevételeimet, hogy ezzel is előbbre legyünk. Az átfogó rendezést (ettől függetlenül) nagyon fontosnak, az ilyen kisebb hibajavításoknál feltétlenül lényegesebbnek tartom.

Antigén – nem tudnék jobbat ajánlani; bevett szó lett mára
Antigén-ellenanyagegyüttes (vö. ...)
Bazofilzemesítés fehérvérsejt (stb.) (nem kötőjellel)
T-utódsejt-halmazok (kötőjellel – vö. T-sejt-függő!)
Egymagú sejt, egymagvú sejt (külön)
Kisfalósejt, nagyfalósejt (így jó, értelemi okokból)
A hólyagcsa lenne a legjobb, de kiabálóan nyelvújítási szó
B-sejt-kötőhely, T-sejt-kötőhely – értelmezőbb lenne: B-sejt-kötő hely, de a javaslat maradjon)
BRC-kötőhely (stb.) – lehetne-e: BRC-kötő hely
A „sejtfelszíni kötőhely” a jobb szó és persze „sejthártyai kötőhely” – bár ez furcsa; esetleg antigénkötő hely, komplementkötő hely, mannózkötő hely, lipopoliszacharidkötő helyek a jó
társ kötőhely – társ-kötőhely (így jó)
Tapadási molekulák; de ragasztómolekulák (?) – a tapadó-molekulák a jó
Sejtek közötti – lehetne/legyen sejtközi

Autóimmunitás – immunfolyamat – a többi nem jó
Immunválasz – kiváltható (!)
Gastrointestinalis – gyomor-bél rendszeri – nyálkahártya-nyirokszövet (?)
HLA – emberinyiroksejt-antigén (kötőjellel)

Keszler Borbála

ELTE BTK Mai Magyar Nyelvi Tanszék

Keszler professzor asszony, aki az MTA Nyelvi Bizottságának elnöke is, a kéziratot nyelvtanilag nézte át, a fogalmak írásmódjára tett javaslatot:

Antigénmeghatározó, Antigénjellemző, Emberinyiroksejt-antigén, Bazofilzemesítés fehérvérsejt (stb.),
Sejtfelszínkötőhely, Sejthártyakötőhely, Sejtmembránkötőhely, Komplementkötő receptor,
Membránvezikulum, Tapadási molekulák,
Nyálkahártya-nyirokszövet, Sejtközvetített immunitás, Sejt közvetítette immunitás, Sejthártyaátfúró együttes, Sejthártyaronszó-együttes (lehetne külön is), Sejtostódás-kiváltás, Fehérjeegység,
Hevenyszakfehérjék (Jó lenne tudni, hogy az „akut fázis fehérvérjék” mit jelent! Ha akut fázisra jellemző fehérvérjék, akkor így írnam: akutfázis-fehérvérjék)
Baktérium-méreganyag,
Ellenanyagostály, Ellenanyag termelő B-sejt

Ladányi Andrea dr.

Országos Onkológiai Intézet, Tumor Progressziós Osztály, Budapest

... Hogy érdemileg is hozzászóljak a véleményekhez, leginkább a Gergely János-Erdei Anna-Kacsokovics Imre trió, valamint Rajnavölgyi Éva javaslataival és nézeteivel értek egyet. ... Az összes véleményt nézve, bár tényleg sokféle álláspont van, abban teljesen egységesek a vélemények, hogy ellenzik az erőltetett magyarítást, a már meghonosodott, részben a köztudatba is átment kifejezések megváltoztatását. Véleményem szerint ez szerepelhetne a szerkesztőségi zárógondolatok között is.

Szegedi Gyula dr.

Debreceni Egyetem, OEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Klinikai Immunológiai és Allergológiai Koordinációs Intézet, Debrecen

... Az eredeti és az általam javasolt listához hozzáírtam a kollégák véleményét is (1. táblázat). Ezekből megpróbáltam a számomra a legjobbat, a legelfogadhatóbbat kiválasztani (2. táblázat).

EREDETI	BŐSZE PÉTER	FALUS ANDRÁS	GERGELY JÁNOS, ERDEI ANNA, KACSKOVICS IMRE	LADÁNYI ANDREA
Antigen presenting cells (antigénprezentáló sejtek) (APC)	antigénbemutató sejtek		<i>Antigénbemutató sejtek</i> Az APC rövidítés megtartása indokolt	
Antigénprezentáció	antigénbemutatás		<i>Antigénbemutatás</i> Egyenértékű	
Antigén	?	?	Mással nem helyettesíthető különös tekintettel arra, hogy magyar immunológus alkotta	
Antitest	ellenanyag	ellenanyag (v. antitest)	<i>Ellenanyag</i> Egyenértékű	ellenanyag
Antibody dependent (antitestfüggő)	ellenanyagfüggő		<i>nem használjuk</i> antitestfüggő, ellenanyagfüggő	
Antigén-antibody complex	antigén-ellenanyag-együttes	antigén-antitest-komplex	<i>nem használjuk</i> immunkomplex, antigén-antitest komplex, antigén-ellenanyag komplex, egyenértékűek	
Apoptózis (programozott sejthalál)	tervezett sejthalál/sejtpusztulás	programozott sejthalál/sejtpusztulás	<i>programozott sejthalál</i> egyenértékű, a javasolt: sejthalál/sejtpusztulás más fejez ki	
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó	antigén-darab, epitóp (maradhat)	<i>antigéndetermináns</i> egyenértékű, a javasolt: „antigén-meghatározó” nem használható	
Granulocyte (granulocita, granulocyta)	szemcsés fehérvérsejt		granulocita	
Bazofil granulocita	bazofil szemcsés-fehérvérsejt	bazofil-fehérvérsejt		
Eozinofil granulocita	eozinofil szemcsés-fehérvérsejt	eozinofil-fehérvérsejt		
Neutrofil granulocita	neutrofil szemcsés-fehérvérsejt	neutrofil-fehérvérsejt		
Granulum	szemcse			
B cell, B lymphocyte	B-sejt, B-nyiroksejt	B-sejt, B-nyiroksejt (limfocita jobb)	B-sejt – <i>Széleskörben használjuk éppúgy, mint az ezzel egyenértékű B-limfocita kifejezést</i> B-nyiroksejt – <i>Ritkán használjuk</i> Elfogadható <i>ua, mint a B-cell-nél</i>	B-sejt
T cell, T lymphocyte	T-sejt, T-nyiroksejt	T-sejt	<i>Általában nem használjuk.</i> T-helper sejt az általánosan elfogadott, annál is inkább, mivel rövidítése TH nemzetközi és mással nem helyettesíthető	T-sejt
T-helper lymphocyte/cell	segítő T-nyiroksejt, segítő T-sejt	segítő T, segítő T-sejt		segítő T-sejt
Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejtmérgező T-sejt/nyiroksejt	sejtölő T-sejt	citotoxikus T-sejt általánosan elfogadott	sejtölő (nem sejtmérgező!!) T-sejt
T inhibitor cell	gátló T-sejt		gátló T-sejt	
T cell clones	T-sejt klónok, T-utódsejt halmazok, T-utódsejtek		T-sejt klónok általánosan használt (a klón kifejezést átvette a szaknyelv)	T-sejt klónok
T cell dependent	T-sejt-függő		T-sejt függő (elfogadható, de rövidítése, pl. T-sejt függő antigén = TD antigén	
Dendritikus sejtek	nyúlványos sejtek		<i>definióként használandó</i> nyúlványos sejtek-, a dendritikus sejtek jellemzésére alkalmazható	
Keratocita, keratocyta	szarusejt			szarusejt (helyesen rövid u-val írandó)
Mast cell (mastocyta, masztocita)	hízósejt		<i>Hízósejt</i> általánosan használt. A <i>mastocyta, masztocita</i> megfelelő környezetben használható, de általában nem használjuk.	hízósejt
Monocyte (monocita, monocyta)	egymagúsejt, egymagúsejt	monocita	Monocita általánosan elfogadott, de az <i>egymagúsejt, egymagúsejt</i> a monocita helyett nem használható	
Natural killer cells (NK cells)	természetes ölösejtek (NK-sejtek?)	természetes ölösejtek (NK-sejtek, igen!)	természetes ölösejtek, NK-sejtek	természetes ölösejt
Phagocyte (fagocita, phagocyta)	falósejt			falósejt
Microphage (mikrofág)	kisfalósejt	nem használt szó!		kisfalósejt

PÁLÓCZI KATALIN	PETRÁNYI GYÓZŐ	RAJNAVÖLGYI ÉVA	SZEGEDI GYULA	SZEKERES BARTÓ JÚLIA	UHER FERENC
	antigénbemutató sejtek		antigénbemutató sejtek		
	antigénbemutató		antigénbemutató		
Antigén (a magyar Detre László alkotta kifejezés, az antisomatogen (ellenanyag termelést kiváltó) szó rövidített formája (az egész világ elfogadta)	antigén	ez is átment a köztudatba	antigén (Detre László által alkotott kifejezés)		
	ellenanyag		ellenanyag		
	ellenanyagfüggő		ellenanyagfüggő		
	antigén-ellenanyag-komplex	antigén-ellenanyag-együttes-komplex, ez a kémiában is használatos, az együttes nem fejezi ki a molekuláris kapcsolatot, a komplex szó igen	antigén-ellenanyag-együttes		
sejt önmegsemmisítés/ütemezett sejthalál	tervezett sejthalál	programozott sejthalál		tervezett sejthalál/sejtpusztulás – szerintem a programozott sejthalál megfelelő, a program szó átment a magyar nyelvbe	apoptózis (programozott sejthalál)
antigén-meghatározó? Antigéndetermináns	antigén-jellemző	antigén-meghatározó – nem jó, epitóp és antigéndetermináns elfogadott	epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó hely	
		granulocita	szemcsés-plazmájú fehérvérsejt		granulocita
		bazofilszemcsés-fehérvérsejt	bazofil szemcsés-plazmájú fehérvérsejt		
		eozinofilszemcsés-fehérvérsejt	eozinofil szemcsés-plazmájú fehérvérsejt		
		neutrofil szemcsés-fehérvérsejt	neutrofil szemcsés-plazmájú fehérvérsejt		
		szemcse – ez lényegében csak látszat, ténylegesen membrán vezikulumok, ezért nem tükrözi a tényleges képződeményt, erőltetett	granulum		
		B-sejt, (B-nyiroksejt) – a nyiroksejt nem szerencsés, nem logikus	B sejt		
		T-sejt (T-nyiroksejt)	T sejt		T-sejt
		segítő T-sejt (segítő T-nyiroksejt)	segítő T sejt	segítő T-sejt (segítő T-nyiroksejt)	segítő T-sejt
Sejtpusztító T-sejt/nyiroksejt	sejtitoxikus T-sejt/nyiroksejt	sejtmérgező T-sejt/nyiroksejtölő T-sejt	sejtölő T-sejt (immunocyt) gátló T-sejt	sejtpusztító/ölő	
		T-sejt klónok, a T-utódsejt halmazok – túl bonyolult, a klón elfogadott	T-sejt klónok		
			T-sejt függő		
		nyúlványos sejtek ez ugyan szó szerinti fordítás, mégis jobban felhívja arra a figyelmet, hogy rengeteg nyúlványos sejt van, a dendritikus sejt ma egy sejttípust definiál, ez elfogadható	dendritikus sejtek, nyúlványos sejtek		
		szarusejt – ez erőltetett	szarusejt	szarusejt – ez félreérthető, nem kell feltétlenül magyarítani	
			hízósejt		
		egymagúsejt, egymagúsejt – a legtöbb sejt egymagú, ez nagyon megtévesztő, a monocita, hasonlóan a dendritikus sejt kifejezéshez, egyértelműen egy sejttípust jelent			
NK-sejtek		természetes ölösejtek – mindkettő jó (NK-sejtek?)	természetes ölösejtek		természetes ölösejt, NK-sejt
			falósejt		
		kisfalósejt – ez nem használt kifejezés	kisfalósejt		

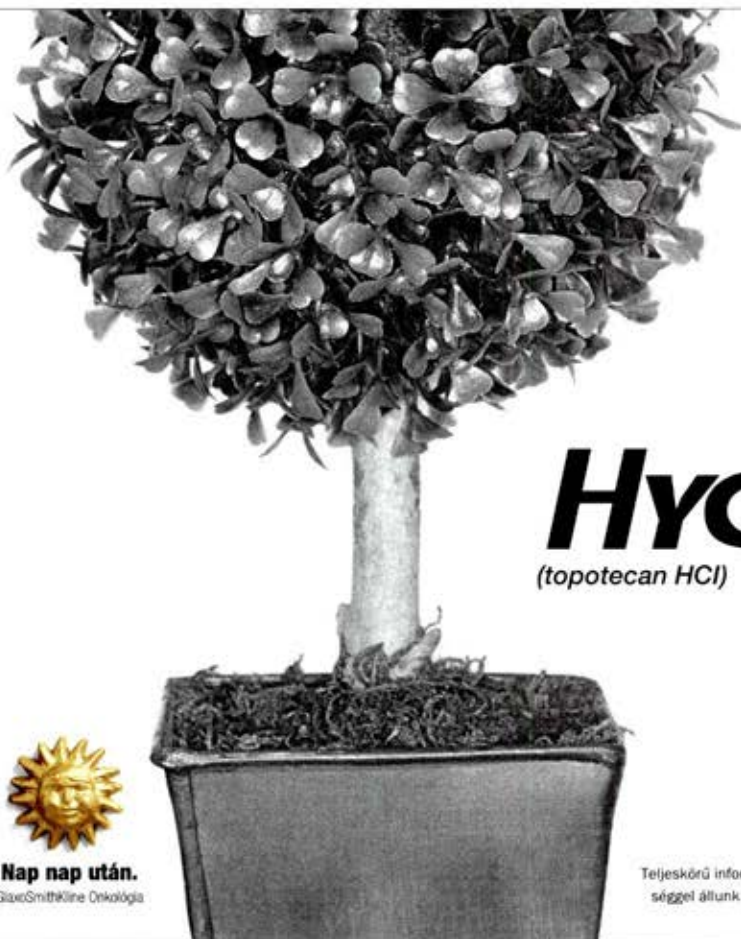
EREDETI	BŐSZE PÉTER	FALUS ANDRÁS	GERGELY JÁNOS, ERDEI ANNA, KACSKOVICS IMRE	LADÁNYI ANDREA
Macrophage (makrofág)	nagyfalósejt			nagyfalósejt
Phagocytosis (fagocitózis)	sejfalás, sejtbekebelezés			sejfalás, sejtbekebelezés
Fagolizoszóma	emésztő/oldó testecske/szervecske/ hólyagocska			
Receptor	kötőhely	kötőhely (kevés!) receptor jobb		
B cell receptor (BCR)	B-sejt-kötőhely, BCR-kötőhely	B-sejt-, BCR-		értelmezhetetlen a BCR- ill. a TCR-kötőhely, mivel ezek a rövidítések magát a receptort (kötőhelyet) jelölik.
T cell receptor (TCR)	T-sejt-kötőhely, TCR-kötőhely	T-sejt-, TCR-		
Membrane receptor (membrán receptor)	sejtfelszíni kötőhely, sejtfelszín kötőhely, sejtártái kötőhely, sejtártái kötőhely	sejtfelszíni, sejtfelszín, sejtártái, sejtártái		
Antigen receptor	antigenkötőhely	antigen-receptor		
Complement receptor	komplementkötőhely	komplement		
Mannóz receptor	mannózkötőhely	mannózt kötő receptor		
Lipopoliszaharid receptor	lipopoliszaharid-kötőhelyek	lipopoliszaharidot kötő receptor		
Co-receptorok	társ kötőhely	koreceptor		
Fc receptor	Fc-kötőhely	Fc-receptor		
Ig-E receptor	Ig-E-kötőhely	IgE-receptor		
Ligand	?			valami, ami kötődik
Mediátorok, mediátor anyagok	közvetítők, közvetítő anyagok, útvivők			
Transport protein/molekula	szállító/át szállító fehérje/molekula			
Messenger	hírvivő			
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	hevenyszakfehérjék	akut fázis fehérjék		a hevenyszakfehérje fúrcsán hangzik
Heatshock protein	hő sokkfehérje			hő sokkfehérje
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	tapadómolekulák, tapadási- molekulák, ragasztómolekulák	adhéziós molekulák, molekulák, ragasztómolekulák		
Intercellular adhesion molecules (ICAM)	sejtek közötti, sejt közötti tapadómolekulák			
Allergia	túlérzékenység	(kevés) allergia		jelentése árnyaltabb, mint a túlérzékenységé, aminek több megnyilvánulási formája ismert (pl. anafilaxia is).
Anafilaktikus	?			
Autoimmunitás	saját szembeni, öntámadás, öntámadási folyamat/ immunfolyamat	autoimmunitásfolyamat/ immunfolyamat		
Immunmemória	immunemlékezet			
Immunreakció	immunválasz, immunfolyamat			immunválasz
Reakció	válasz/folyamat			
Reakciókészség	válaszkészség			válaszkészség
Immunogén	immunválaszt kiváltó, immunválasz-kiváltó			
Immuntolerancia	immuntüres/elfogadás			
Cellularis immunitás	sejtimmunitás, sejtes immunitás/védekezés	sejt-közvetített immunitás, sejtes immunitás/védekezés		sejtes immunitás
Humorális immunitás	testnedvi immunitás	antitest-közvetített immunitás		
Adaptív immunitás	szerzett/alkalmazkodó immunitás			
Szenzibilizálódás	érzékenyítés, érzékenyülés			
Bronchus associate lymphoid tissue (BALT)	hörgőrendszeri nyirokszövet (BALT?)			hörgőrendszeri nyirokszövet

PÁLÓCZI KATALIN	PETRÁNYI GYÓZÓ	RAJNAVÖLGYI ÉVA	SZEGEDI GYULA	SZEKERES BARTÓ JÚLIA	UHER FERENC
		nagyfalósejt – ez nem fedi az adott sejtpopulációt, a méret nem jellemző	nagyfalósejt	sejtbekebelezés	makrofág
falósejt általi bekebelezés?			sejfalás		fagocitózis
		emésztő/oldó testecske	emésztő testecske		
		kötőhely – a kötőhely a receptor része, legfeljebb kötő molekula, de a receptor elfogadott, tág értelemben fed egy jól értelmezett fogalmat	receptor (nemcsak receptor tud kötni)		
			B-sejt receptor	(B sejt) antigénkötő hely	BCR – B-sejt antigén-felismerő kötőhely
			T-sejt receptor	(T-sejt-) antigénkötő hely (kötőhely)	TCR – T-sejt antigén-felismerő kötőhely
sejtfelszíni kötőhely	sejtmembrán kötőhely	sejtfelszíni receptor			
		komplement kötő receptor			
		mannózkötőhely			
		lipopoliszaharid-kötőhelyek			
társ kötőhelyek		társ kötőhely			
		Fc-kötőhely			
		Ig-E-kötőhely – ezek mind mást jelentenek!!			
(a kötőhelyhez) kapcsolódó molekula	kapcsolóhely	a receptor kötőhelyébe illeszkedő molekula, de ez túl bonyolult, a ligand is elfogadott más területen is (kémia, biokémia, biológia)	ligand		
	közvetítő anyagok	közvetítők, közvetítő anyagok, átvivők – egyik sem elfogadható	közvetítők, közvetítő anyagok		
			szállító fehérje/molekula	szállító (átszállító) fehérje/molekula	
			hársvívó		
hevenyszak fehérjék?	hevenyfázisfehérjék	hevenyszakfehérjék – nem jó	akut fázis fehérjék		
			hősokkfehérje		
tapadó molekulák	tapadó molekulák		tapadási molekulák	ragasztó molekulák	
		sejtek közötti, sejtközötti tapadó molekulák – ezt sem tartom szerencsésnek, az adhézió kémiai fogalom is, és jól jelzi a folyamatot	sejtközötti tapadási molekulák, sejtközötti adhéziós molekulák		
túlérzékenység (anafilaxia=azonnali túlérzékenység)			allergia		
azonnali túlérzékenységet kiváltó			anafilaktikus		
a sajátot támadó immunfolyamat	sajátjal szemben immunitás	sajátjal szembeni, öntámadás – a támadás csak néha igaz, akkor önpusztító folyamat	autoimmunitás (ugyanis van: fiziológiás és patológiás autoimmunitás is – fiziológiás öntámadás?)		
		immunológiai emlékezet – esetleg	immunmemória	immunemlékezet – az immunológiai memória megfelelő, a memória már átment a magyar nyelvre	
			immunreakció		
			reakció		
immunválasz kiváltó		válaszképesség	reakciókészség		
		immunválaszt kiváltó	immunogén, tolerogén		
		immuntűrös/elfogadás – a tolerancia a viselkedéstudományban is elfogadott, mindenki érti	immuntolerancia		
sejtes immunitás/védekezés	sejtközvetített immunitás	sejtes immunitás	celluláris immunitás	sejt-közvetítette immunitás	
	humorális immunitás	testnedvi immunitás – ez nem jó	humorális immunitás		
	szerzett immunitás	szerzett immunitás	szerzett immunitás		
	érzékenyválas	érzékenyítés, érzékenyválas	szenzibilizálódás		
BALT	hörgőrendszerhez kötött nyirokszövet	hörgőrendszerhez kapcsolódó nyirokszövet	hörgőrendszeri nyirokszövet		

EREDETI	BŐSZE PÉTER	FALUS ANDRÁS	GERGELY JÁNOS, ERDEI ANNA, KACSKOVICS IMRE	LADÁNYI ANDREA
Gastrointestinal tract associated lymphoid tissue (GALT)	gyomor-bélrendszeri/ bélrendszeri nyirokszövet (GALT?)			gyomor-bélrendszeri/ bélrendszeri nyirokszövet
Mucosa associated lymphoid tissue (MALT)	nyálkahártya nyirokszövet (MALT?)	fő szövettérési molekularendszer		nyálkahártya nyirokszövet
MHC (major histocompatibility complex)	fő szövetmegfelelési molekularendszer	emberi fehérvérsejt antigén		MHC
HLA (human lymphocyte antigen)	emberinyiroksejt antigén			HLA
HLA protein	HLA-fehérje			HLA-fehérje
Membrane attack complex, MAC	sejthártyafürő-együttes	sejthártyaronszó-együttes		
Antagonista	ellentétes hatású, ellenható	ellentétes hatású, ellenható - nem kell fordítani		
additív	hozzáadódó, összeadódó			
szinergista	összeható, egyútható, veleható			
endogén	belső, belsőleges, saját, öneredetű			
Diverzitás	szerteágazóság, sokféleség			
Variabilitás	változatosság			
Autocrine	saját sejtre ható, önmagára ható			Autokrin
Paracrine	szomszédos sejtre ható, kör- nyezetre ható, környezetható			Parakrin
Endocrine (endokrin)	távoli sejtre ható, általános(an) ható, távolható			Endokrin
Parazita	elősködő			elősködő
Pulpa	puhaállomány, masszaállomány, masszarés	puhaállomány, massa- állomány, masszarés (jaj!!)		
Diszulfidhid (diszulfidkötés)	kén-kén hidkötés			
Preformált	előalakított, előformált			
Haptén	félantigén	antigén elem		
CI inhibitor	gátló CI	CI gátló		
CD (cell surface determinant)	??	sejtfelszíni jezőanyag		
Inhibitor factor	gátló tényező			
Allergén		allergiát kiváltó antigén		
Biasztos transzformáció		sejtosztódás kiváltás		
Enzim		enzim		
Citokín		citokín		
Domén		szerkezeti egység		
Endotoxin		u.a.		
Immunológia		u.a.		
Immunglobulin		u.a.		
Immunglobulin-M		u.a.		
Interferon		u.a.		
Izotípus		u.a.		
Kemotaktikus		u.a.		
Kemoattraktikus		kemotaktikus		
Komplement enzimrendszer		u.a.		
Lípíd		u.a.		
Plazmasejt		u.a.		
RÖVIDÍTÉSEK				
NK-sejt, TÖ-sejt		NK-sejt		
Ig-M, IgM, Ig M		Ig-M		IgM
Ig-G, IgG, Ig G		Ig-G		IgG
Ig-alfa, Ig-a, Iga		Ig-α		
Immunglobulin-G, Immunglobulin G, ImmunglobulinG		Immunglobulin-G		
MHC-II, MHC II, MHCII, MHC-2, MHC II kötőhely mintázatauk				MHC II
B-sejt, B2-sejt, T-sejt, T2-sejt		B-sejt, B2-sejt, T-sejt, T2-sejt		B-sejt, T-sejt

PÁLÓCZI KATALIN	PETRÁNYI GYÓZÓ	RAJNAVÖLGYI ÉVA	SZEGEDI GYULA	SZEKERES BARTÓ JÚLIA	UHER FERENC
GALT	gyomor- bélrendszeri nyirokszövet (GALT?) kötött nyálkahártya nyirokszövet kötött (MALT?)	gyomor-bélrendszerhez kapcsolódó nyirokszövet nyálkahártyához kapcsolódó nyirokszövet	gyomor-bélrendszeri nyirokszövet		BALT – gyomor-bélrendszerhez kötött (vagy kapcsolódó) nyirokszövet MALT – nyálkahártyához kötött (vagy kapcsolódó) nyirokszövet
	fő szövetösszetérhetőségi molekularendszer	fő szövetmegfelelési, fő szövetösszetérhetőségi géneket kódoló komplex molekularendszer – a komplex a génekre és nem a molekulákra vonatkozik	fő szövetegyező antigének		
	emberifehérvérsejt antigen	emberi limfocita antigen	human-leukocytá antigének		
			HLA-fehérje		
sejthártyaátfúró-együttes	sejthártyaátmadó-komplex	sejtkárosító komplex ellentétes hatású – ellenható leggyakrabban a gátló értelemben használt	sejtmembrán hasító komplex		
		összeadódó egyútható	hozzáadódó, additív egyútható, szinergista		
		belső, belsőleges, saját, a lényeg, hogy mihez képest (szervezethez, sejthez, stb.) öneredetű	belső, endogén		
	sokféleség változatosság	sokféleség változatosság	sokféleség, diverzitás változatosság, variabilitás		
	önmagára ható	visszaható	önmagára visszaható		
környezetre ható	környezetre ható	közlele ható	szomszéd sejtre ható		
	távolható	távolható	belső elválasztású		
puhaállomány			puhaállomány	velőállomány	
		kén-kén híd-kötés – ez a biológiában két cisztein közötti kovalens kapcsolat, cisztein híd, kén-kén kötés		kén-kén híd-kötés – nem kell a diszulfidot magyarosítani, csak szakmabeli használja	
	előformált antigen kiegészítő	félantigen- ez nem az CI gátló	előformált haptén CI gátló		
???? - CD (cluster of differentiation) = fejlődési antigének csoportja	sejtfelszíni meghatározó	CD=Cluster of Differentiation – ez egy nemzetközi Workshop által javasolt angol nomenklatura, nem lehet magyarra fordítani, és nem is kell			
	gátló faktor	gátló faktor	gátló tényező, inhibitor factor		
túlrézkénységet kiváltó antigen antigénnel kiváltott sejttálatakulás		allergiát kiváltó antigen	allergén		
enzim		osztódó sejtek létrejötte	Blasztos transzformáció		
keringő sejtermék		enzim sejtek által termelt oldott faktor szerkezetileg rendezett fehérje egység	enzim citokin domén		
baktérium mérgeanyag		sejten belüli mérge toxin – szűkebb értelemben a Gram-baktériumokra jellemző lipopoliszacharidot jelenti	endotoxin		
ellenanyag			immunológia		
M típusú ellenanyag			immunglobulin		
interferon (virus vagy aktivált sejt eredetű szabályozó molekula)			immunglobulin-M		
ellenanyagosztály			Interferon		
irányított sejtmozgást kiváltó irányított sejtmozgást hívó (jel) kiegészítő		ezt nem használjuk köztudatban elfogadott zsír	Izotípus Kemotaktikus Kemoattraktikus		
??			Komplement enzimrendszer Lipid		
ellenanyag termelő B-sejt		ellenanyag termelő sejt, segítő T-sejt/limfocita	Plazmasejt		
		NK-sejt – csak!!	NK-sejt		NK-sejt
Ig-M		IgM	Ig-M		
Ig-G		IgG	Ig-G		
Ig-α		az Ig-α nem ide tartozik logikailag, de van IgA is	Ig-alfa lánc		
Immunoglobulin-G			Immunoglobulin-G		
MHC-II		MHC-II	MHC-I, MHC-II, MHC-III		
B-sejt, B2-sejt, T-sejt, T2-sejt		B-sejt, T-sejt (T2-sejt szerintem nincs)	B-sejt, B ₁ -sejt, B ₂ -sejt, T-sejt, T ₁ -sejt, T ₂ -sejt, Thelper ₁ -sejt, Thelper ₂ -sejt, T ₀ -sejt		

EREDETI	BŐSZE PÉTER	FALUS ANDRÁS	GERGELY JÁNOS, ERDEI ANNA, KACSKOVICS IMRE	LADÁNYI ANDREA
CD5+ T-sejt, CD5+T-sejt				CD5+T-sejt (a + felső indexbe téve)
CD4+-MHC II, CD4+MHC II				
CD3-negatív				CD3-negatív (bosszú i-vel)
TNF-béta, TNF-β, TNFβ, TNF β, βTNF, β-TNF		TNF-β		TNF-β
Gamma-INF, γ-INF, INFγ, INF-γ				INF-γ (nem INF)
IL-2, IL-2		IL-2		IL-2
Fc-kötőhely, Fc-epsilon, Fce, Fc-e, Fc-kötés		Fc-e		
Bazofil, eozinofil, neutrofil; miért így????				



ED/EDH/1002/DAH

Ovariumcarcinoma
(metasztázisos) és kissejtes
tüdőcarcinoma kezelésére,
az előzetes kemoterápiák
sikertelensége esetén
- 4 mg por infúzióhoz

HYCAMTIN™

(topotecan HCl)

Időben gondoljon rá!



Nap nap után.
GlaxoSmithKline Onkológia



GlaxoSmithKline

Teljeskörű információval kész-
séggel állunk rendelkezésre:

1124 Budapest, Csörsz utca 43.
Telefon: (06 1) 2255 300, Fax: (06 1) 2255 302

PÁLÓCZI KATALIN	PETRÁNYI GYÓZŐ	RAJNAVÓLGYI ÉVA	SZEGEDI GYULA	SZEKERES BARTÓ JÚLIA	UHER FERENC
CD5+ T-sejt		CD5+ T-sejt	CD ₅ ⁺ T-sejt		
CD4+ MHC-II		CD4+MHC II, CD4+MHC II – ezek együtt nem fordulnak elő, csak ha a kapcsolatról beszélünk, ezért csak az első variáció fordulhat elő a szövegben	CD ₂ ⁺ MHC-II sejtek (CD ₄ ⁺ DR ⁺ -sejtek)		
CD3 negatív			CD ₂ ⁻ negatív sejtek		
TNF-β		TNFβ, TNF-β – mindkettő elfogadott	TNF-β		
INF-γ		IFN _γ vagy IFN-γ	INF-γ		
IL-2		IL-2 – csak!!!	IL-2		
Fc-kötőhely, Fc-e		Fce – csak!!!	Fc-receptor (Fc-R, Fc-RI, Fc-RII, Fc-RIII)		
		ez a festődésükre utal, milyen típusú festéket kötnek			
		MHC II kötőhely mintázatuk – MHC mintázat de nem MHC kötőhely mintázat			
			EGYÉB		
			veleszületett immunitás (innate immunity)		

**Önök több mint 350 ezer esetben választották
– több mint 350 ezer kezelés tapasztalata¹**

Legszélesebb választék gyógyszerformákban – rugalmas, egyénre szabható adagolás (injekció, tablettá*, kúp*, osztyatabletta, szirup)

10 éve Magyarországon

Zofran™
ondansetron



Nap nap után.

GlaxoSmithKline Onkológia

Teljeskörű információval készséggel állunk rendelkezésre:

¹ MS adatok alapján * Az 1./2003.(121) ESZCSM rendelet szerinti a közfinanszírozás alapjúl elfogadott ár 100%-os támogatásával rendelhető, a terápia emetogénitásától függetlenül.



GlaxoSmithKline

1124 Budapest, Csörsz utca 43.

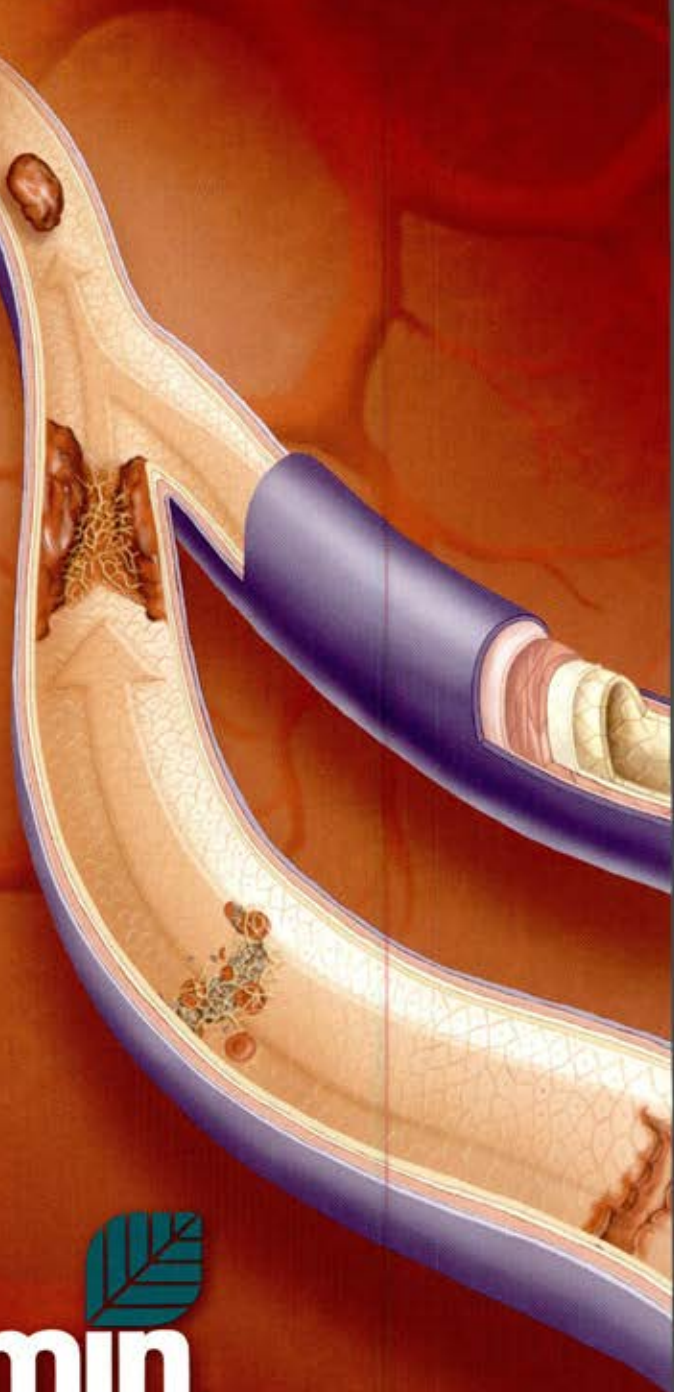
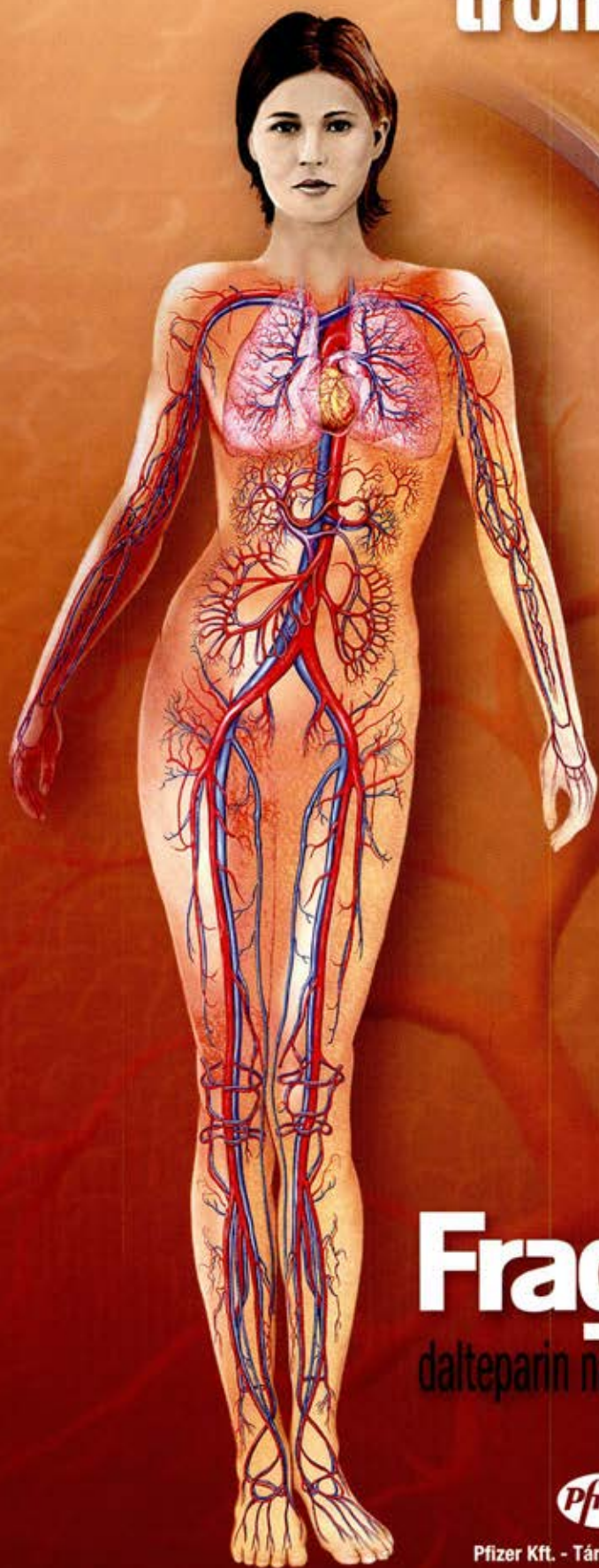
Telefon: (06 1) 2255 300, Fax: (06 1) 2255 302

2. táblázat. Az immunológiával kapcsolatos kifejezések összesítése

EREDETI	BŐSZE PÉTER	KÖZÖS
Antigen presenting cells (antigénprezentáló sejtek) (APC)	antigénbemutató sejtek	antigénbemutató sejtek
Antigénprezentáció	antigénbemutatás	antigénbemutatás
Antigén	?	antigén (Detre László által alkotott kifejezés)
Antitest	ellenanyag	ellenanyag
Antibody dependent (antitestfüggő)	ellenanyagfüggő	ellenanyagfüggő
Antigén-antibody complex	antigén-ellenanyag-együttes	antigén-ellenanyag-komplex
Apoptózis (programozott sejthalál)	tervezett sejthalál/sejtpusztulás	programozott sejthalál
Epitóp (antigéndetermináns)	antigén-meghatározó	epitóp (antigéndetermináns)
Granulocyte (granulocita, granulocyta)	szemcsés fehérvérsejt	granulocita
Bazofil granulocita	bazofilszemcsés-fehérvérsejt	bazofil-fehérvérsejt
Eozinofil granulocita	eozinofilszemcsés-fehérvérsejt	eozinofil-fehérvérsejt
Neutrofil granulocita	neutrofilszemcsés-fehérvérsejt	neutrofil-fehérvérsejt
Granulum	szemcse	granulum
B cell, B lymphocyte	B-sejt, B-nyiroksejt	B sejt
T cell, T lymphocyte	T-sejt, T-nyiroksejt	T sejt
T-helper lymphocyte/cell	segítő T-nyiroksejt, segítő T-sejt	segítő T sejt
Cytotoxic T cell/lymphocyte	sejtmérgező T-sejt/nyiroksejt	sejtölő T-sejt (immunocyta)
T inhibitor cell	gátló T-sejt	gátló T-sejt
T cell clones	T-sejt klónok, T-utódsejt halmazok, T-utódsejtek	T-sejt klónok
T cell dependent	T-sejt-függő	T-sejt függő
Dendritikus sejtek	nyúlványos sejtek	<i>Dendritikus sejtek-definícióként használandó</i> nyúlványos sejtek-, a dendritikus sejtek jellemzésére alkalmazható
Keratocita, keratocyta	szarusejt	szarusejt – ez félreérthető, nem kell feltétlenül magyarítani
Mast cell (mastocyta, masztocita)	hízósejt	hízósejt
Monocyte (monocita, monocyta)	egymagúsejt, egymagúsejt	monocita – egymagúsejt, egymagúsejt – a legtöbb sejt egymagú, ez nagyon megtévesztő, a monocita, hasonlóan a dendritikus sejt kifejezéshez, egyértelműen egy sejtípust jelent
Natural killer cells (NK cells)	természetes ölösejtek (NK-sejtek?)	természetes ölösejtek, NK-sejtek
Phagocyte (fagocita, phagocyta)	falósejt	falósejt
Microphage (mikrofág)	kisfalósejt	nem használt szó!
Macrophage (makrofág)	nagyfalósejt	nagyfalósejt – ez nem fedi az adott sejtpopulációt, a méret nem jellemző
Phagocytosis (fagocitózis)	sejtfalás, sejtbekebelezés	sejtfalás, sejtbekebelezés
Fagolizoszóma	emésztő oldó testecske/szervecske/hólyagocska	emésztő/oldó testecske
Receptor	kötőhely	kötőhely (kevés!) receptor jobb
B cell receptor (BCR)	B-sejt-kötőhely, BCR-kötőhely	B-sejt receptor, T-sejt receptor –
T cell receptor (TCR)	T-sejt-kötőhely, TCR-kötőhely	<i>értelmezhetetlen a BCR- ill. a TCR-kötőhely, mivel ezek a rövidítések magát a receptort (kötőhelyet) jelölik.</i>
Membrane receptor (membrán receptor)	sejtfelszíni kötőhely, sejtfelszín kötőhely, sejthártyai kötőhely, sejthártya kötőhely	sejtfelszíni receptor
Antigen receptor	antigénkötőhely	antigén-receptor
Complement receptor	komplementkötőhely	komplement kötő receptor
Mannóz receptor	mannózkötőhely	mannózkötőhely, mannózt kötő receptor
Lipopoliszaharid receptor	lipopoliszaharid-kötőhelyek	lipopoliszaharid-kötőhelyek, lipopoliszacharidot kötő receptor
Co-receptorok	társ kötőhely	koreceptor
Fc receptor	Fc-kötőhely	Fc-receptor, Fc-kötőhely
Ig-E receptor	Ig-E-kötőhely	IgE-receptor
Ligand	?	ligand
Mediátorok, mediátor anyagok	közvetítők, közvetítő anyagok, átvivők	közvetítő anyagok
Transport protein/molekula	szállító/átszállító fehérje/molekula	szállító fehérje/molekula
Messenger	hírvivő	hírvivő
Acute phase proteins (akut fázis fehérjék)	hevenyszakfehérjék	akut fázis fehérjék
Heatshock protein	hő sokkfehérje	hő sokkfehérje
Adhesion molecules (adhéziós molekulák)	tapadó molekulák, tapadásimolekulák, ragasztómolekulák	adhéziós molekulák, molekulák, ragasztómolekulák
Intercellular adhesion molecules (ICAM)	sejtek közötti, sejtközötti tapadó molekulák	sejtközötti tapadási molekulák, sejtközötti adhéziós molekulák
Allergia	túlérzékenység	allergia
Anafilaktikus	?	azonnali túlérzékenységet kiváltó
Autoimmunitás	sajátval szembeni, öntámadás, öntámadási folyamat/immunfolyamat	autoimmunitás (ugyanis van: fizioiógias és patológiás autoimmunitás is – fizioiógias öntámadás?)
Immunmemória	immunemlékezet	immunmemória
Immunreakció	immunválasz, immunfolyamat	immunreakció
Reakció	válasz/folyamat	reakció
Reakciókészség	válaszkészség	reakciókészség
Immunogén	immunválaszt kiváltó, immunválasz-kiváltó	immunválaszt kiváltó
Immuntolerancia	immunműrés/elfogadás	immuntolerancia
Cellularis immunitás	sejtimmunitás, sejt immunitás/védekezés	sejt-közvetített immunitás, sejt immunitás/védekezés
Humorális immunitás	testnedvi immunitás	humorális immunitás
Adaptív immunitás	szerzett/alkalmazkodó immunitás	szerzett immunitás
Szenzibilizálódás	érzékenyvé válás, érzékenyülés	érzékenyvé válás
Bronchus associate lymphoid tissue (BALT)	hörgőrendszeri nyirokszövet (BALT?)	hörgőrendszeri nyirokszövet

EREDETI	BŐSZE PÉTER	KÖZÖS
Gastrointestinal tract associated lymphoid tissue (GALT)	gyomor-bélrendszeri/bélrendszeri nyirokszövet (GALT?)	gyomor-bélrendszeri nyirokszövet
Mucosa associated lymphoid tissue (MALT)	nyálkahártya nyirokszövet (MALT?)	nyálkahártya nyirokszövet
MHC (major histocompatibility complex)	fő szövetmegfelelési molekularendszer	fő szövetösszeférhetőségi molekularendszer
HLA (human lymphocyte antigen)	embernyiroksejt antigén	emberifehérvérsejt antigén
HLA protein	HLA-fehérje	HLA-fehérje
Membrane attack complex, MAC	sejthártyafürő-együttes	sejtkárosító komplex
Antagonista	ellentétes hatású, ellenható	ellentétes hatású – antagonist
additív	hozzáadódó, összeadóó	összeadóó
szinergista	összeható, egyűthható, veleható	egyűthható
endogén	belső, belsőleges, saját, öneredetű	belső, endogén
Diverzitás	szerteágazóság, sokféleség	sokféleség, diverzitás
Variabilitás	változatosság	változatosság, variabilitás
Autocrine	saját sejtre ható, önmagára ható	önmagára ható
Paracrine	szomszédos sejtre ható, környezetre ható, környezetható	közlele ható
Endocrine (endokrin)	távli sejtre ható, általános(an) ható, távolható	távolható
Parazita	élősködő	élősködő
Pulpa	puhaállomány, masszállomány, masszérés	puhaállomány
Diszulfidhid (diszulfidkötés)	kén-kén hidkötés	kén-kén hidkötés – ez a biológiában két cisztein közötti kovalens kapcsolat, cisztein hid, kén-kén kötés
Preformált	előalakított, előformált	előformált
Haptén	félantigén	antigén elem
C1 inhibitor	gátló C1	C1 gátló
CD (cell surface determinant)	??	CD=Cluster of Differentiation – ez egy nemzetközi Workshop által javasolt angol nomenklatura, nem lehet magyarra fordítani, és nem is kell
Inhibitor factor	gátló tényező	gátló faktor
Allergén	allergén	allergén
Blasztos transzformáció	sejtosztódás kiváltás	sejtosztódás kiváltás
Enzim		enzim
Citokin		citokin
Domén		szerkezeti egység
Endotoxin		endotoxin
Immunológia		immunológia
Immunglobulin		immunglobulin
Immunglobulin-M		immunglobulin-M
Interferon		Interferon
Izotípus		Izotípus
Kemotaktikus		Kemotaktikus
Kemoattraktikus		kemotaktikus
Komplement enzimrendszer		Komplement enzimrendszer
Lipid		Lipid
Plazmasejt		Plazmasejt
RÖVIDÍTÉSEK		
NK-sejt, T ₀ -sejt		NK-sejt
Ig-M, IgM, Ig M		Ig-M
Ig-G, IgG, Ig G		Ig-G
Ig-alfa, Ig-α, Igα		Ig-alfa lánc
Immunglobulin-G, Immunglobulin G, ImmunglobulinG		Immunglobulin-G
MHC-II, MHC II, MHCII, MHC-2, MHC II kötőhely mintázatauk		MHC-I, MHC-II, MHC-III
B-sejt, B ₂ -sejt, T-sejt, T ₂ -sejt		B-sejt, B ₁ -sejt, B ₂ -sejt, T-sejt, T ₁ -sejt, T ₂ -sejt, Thelper ₁ -sejt, Thelper ₂ -sejt, T ₀ -sejt
CD5+ T-sejt, CD5+T-sejt		CD ₄ T-sejt
CD4+MHC II, CD4+MHC II		CD4+ MHC-II
CD3-negatív		CD ₃ -negatív sejtek
TNF-béta, TNF-β, TNFβ, TNF β, βTNF, β-TNF		TNF-β
Gamma-INF, γ-INF, INFγ, INF-γ		IFN _γ vagy IFN-γ
IL-2, IL-2		IL-2
Fc-kötőhely, Fc-epsilon, Fcε, Fc-ε, Fc-kötés		Fc-receptor (Fc-R, Fc-RI, Fc-RII, Fc-RIII)
Bazofil, cozinofil, neutrofil; miért így????		
		EGYÉB
		veleszületett immunitás (innate immunity)

Ambulánsan is egyszerűen alkalmazható tromboprofilaktikum




Fragmin[®]
dalteparin natrium



Pfizer Kft. - Társ a gyógyításban

Forgalombehozatali engedély jogosultja: Pharmacia, a Pfizer csoport tagja.

1123 Budapest, Alkotás u. 53., MOM Park, F épület / Telefon: 488 3700 / Fax: 488 3777 / www.pfizer.hu / Felírás előtt kérjük tanulmányozza az alkalmazási előírást!

FRAG - 2003/11/27

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának munkája

BÓSZÉ PÉTER DR.

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának volt elnöke

A MAGYAR NŐGYÓGYÁSZ ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGÁNAK IV. NAGYGYŰLÉSE A Társaság IV. Nagygyűlése Szombathelyen, 2003. október 24-25-én került megrendezésre. A tudományos rendezvény szervezője Dr. Kneffel Pál osztályvezető főorvos, akinek nagy hálával és köszönettel tartozunk. Nemcsak kiváló tudományos előadásokat élvezhettünk – nagyon sokat tanulhattunk –, hanem nagyszerű és nagyvonalú vendéglátásban is részünk volt, amelyből még a kultúra sem hiányzott. A nagyszerű szervezésen is túltett, hogy a kongresszus kivételesen kellemes, „baráti” hangulatban zajlott. Előadót, hozzászólót, hallgatót egyaránt az összefogás, az együttműködés szelleme vezette a betegek jobb ellátása érdekében. Kneffel Pál főorvos úrnak ezúton is szívből gratulálunk, és legnagyobb elismerésünket fejezzük ki.

A Nagygyűlés tudományos előadásai öt fő részre tagozódtak. Az első a rákgenetikai tanácsadás sürgető szükségességével, a második a méhestrák időszzerű kérdéseivel, a harmadik az emlőbetegségekkel, a negyedik a gyorsan növekvő myomák kérdésével, az ötödik a nőgyógyászati onkológiai betegutakkal foglalkozott. Mindegyikben nagyszerű előadásokat és hozzászólásokat hallhattunk. A részletes másort a Nőgyógyászati Onkológia előző számában már ismertettük.

AZ MNOT ÚJ TISZTELETBELI TAGJA A Társaság új tiszteletbeli tagot választott Michael Höckel professzor személyében. Michael Höckel professzor 1950-ben született Németországban. Orvosi diplomáját Mainzban szerezte, PhD értekezését is itt védte meg. Orvosi tanulmányai mellett kémiát is tanult. Jelenleg a Lipcei Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Osztálynak vezető professzora.



Michael Höckel
professzor

A szülészeti-nőgyógyászati szakképesítés megszerzését követően kutató gyakornokként (research fellow) dolgozott a Harvard egyetemen (Harvard Medical School) Bostonban, az Egyesült Államokban. Itt igazolta azt az elméletét, miszerint az

Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának

**IV.
NAGYGYŰLÉSE**



SZOMBATHELY
2003. október 24-25.



érújráképződés kezelési módszerként (therapeutic angiogenesis) alkalmazható a daganatos betegek gyógyításában. Kísérletes körülmények között igazolta, hogy az átültetett lebenyek citokinek által kiváltott érképződés segítségével megmaradnak, nem halnak el.

Németországba visszatérve már betegeket is kezelt az általa kidolgozott CORT- (Combined Operative and Radiotherapeutic Treatment) műtéttel, amely az érújráképződés elméletén alapszik. Ez a műtéti eljárás mérföldkövet jelentett a nőgyógyászati daganatsebészetben. Segítségével sok olyan, biztosan végze-

tes kimenetelű kiújult méhnyakrákos beteget lehet megmenteni, akiknek daganata a medence falán jelentkezett újra. A CORT-műtéttel szerzett tapasztalatai alapján dolgozta ki másik korszakos műtéti módszerét az ún. LEER- (Laterally Extended Endopelvic Resection) műtétet. Rájött ugyanis, hogy a medencefali kiújulások egy jelentős részében legfeljebb tüneti kezelés lehetséges, gyógyítási reménnyel még a CORT-műtét sem alkalmazható. Ha azonban az exenteráció során a daganat és a környező szervek eltávolításakor a kimetszés szélét kiterjeszti az ízületi vápa belső széléig, a záróizomra, a keresztcsont-csípőtővis (sacrospinalis) szalagig és a keresztcsonti idegfonatig, a műtét ilyen esetekben is gyógyulást eredményezhet. Ezeknek a műtéteknek a gondolatát vitte tovább a nemrég ismertetett ún. TMMR- (Total Mesometrial Resection) műtéti eljárás kidolgozásakor. Ennek lényege, hogy az elsődleges méhnyakrák sebészi kezelése során az embriológiaiilag meghatározott Müller-csőből eredő szövetrendszer egészét eltávolítja, miközben gondosan megkíméli a medence autonóm idegrendszerét, aminek következtében a medencei szervek beidegzése nem szenved kárt. A másik óriási előnye, hogy az a szövetrendszer, amelybe a méhnyakból a ráksejtek sodródhatnak, teljesen eltávolításra kerül, ezért kiegészítő sugárkezelésre még nagy kockázatú esetekben sincs szükség. Előadásában ezt a műtéti eljárást ismertette. A módszert részletesen a CME Journal of Gynecologic Oncology-ban is olvashatjuk.



Michael Höckel professzor (a kép jobb oldalán) tiszteletbeli taggá avatása. A kép bal oldalán Ungár László főorvos, középen Bösze Péter látható.

Behatóan foglalkozott a rosszindulatú daganatok biológiájával is. Megállapította, hogy a daganatokban kialakult oxigénhiánynak jelentős szerepe van a daganatok növekedésében és burjánzásában. Az oxigénhiány és a szövetek újbóli oxigéntelítődése nemcsak fehérjevaltozásokat vált ki, hanem a sejtkiválasztódásnak is kedvez. Ennek során ugyanis a megváltozott körülményekhez alkalmazkodni képes sejtek keletkeznek genetikai átalakulások eredményeként, és létrejönnek az oxigénhiányra már érzéketlen daganatsejtek. Azt is megfigyelte, hogy ugyanazok a folyamatok, amelyek az oxigénhiányos környe-

zetben is létezni tudó sejtek kialakulását eredményezik, játszanak szerepet az áttétek keletkezésében és a daganatellenes gyógyszerekkel szembeni ellenállás kialakulásában. Jelenleg a helyi kiújulások folyamatát kutatja, és hogy ezt a daganatsebészet miként befolyásolja.

Höckel professzor személyében korunk Brunswick-jét üdvözölhetjük. Munkásságának gyümölcseként sok rákbeteg végzetes sorsa vált megfordíthatóvá. Tisztelettel köszöntjük Társaságunkban.

A KÖZGYŰLÉS A Társaság elnökének (Prof. dr. Bösze Péter) megbízatása lejárt, helyét a választott elnök, Dr. Ungár László főorvos vette át. A közgyűlés az új vezetőséget is megválasztotta:

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának jelenlegi vezetősége:

Örökös tiszteletbeli elnökök: Prof. Dr. Eckhardt Sándor
Prof. Dr. Gáti István

Elnök: Dr. Ungár László

Jövendőbeli elnök: Dr. Pálfalvi László

Volt elnök: Prof. Dr. Bösze Péter

Főtitkár: Dr. Szánthó András

Pénztáros: Dr. Karácsony István

Tagok: Dr. Adorján Gusztáv

Dr. Berkő Péter

Prof. Dr. Borsos Antal

Dr. Götze Péter

Dr. Kneffel Pál

Dr. Krivácsi Gábor

Prof. Dr. Paulin Ferenc

Prof. Dr. Pál Attila

Dr. Pete Imre

Dr. Póka Róbert

Dr. Szepesi János

Dr. Wenczl Miklós

A sorok írója személyében is gratulál a Társaság új elnökének, Dr. Ungár Lászlónak. Jókívánságaimat abban a nyugodt tudatban fejezem ki, hogy a Társaság jó kezekbe került, és az első 10 évet továbbiak fogják követni. Ennek jó bizonyítéka Ungár doktor által tett első előterjesztés a Társaság képzési programjáról.

A MAGYAR NŐGYÓGYÁSZ ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGÁNAK (MNOT) KÉPZÉSI PROGRAMJA A Társaság négyszintes sebészi képzési programot ajánl:

„A” – ALAPSZINTŰ KÉPESÍTÉST ADÓ TANFOLYAM ÉS VIZSGA Évente egy alkalommal kerül megrendezésre, 2 hetes időtartamú. A tanfolyam minden gyakorló nőgyógyásznak ajánlott képzés, illetve továbbképzés. Feladata átfogó ismeretet adni: 1. a női nemi szer-

vek és az emlők rosszindulatú daganatainak epidemiológiájáról, 2. az egyes kórképek szűrésének lehetőségeiről és ajánlott módszereiről, 3. az egyes daganatokkal kapcsolatos ajánlott vizsgálatokról és a stádium meghatározásáról, 4. a kezelés lehetőségeiről, a kezelések várható hatásáról és mellékhatásairól, 5. az elsődleges kezelés után ajánlott nyomon követésről, és 6. a kiújult daganatok kezelésének lehetőségeiről. A tanfolyamot írásbeli vizsga követi. A sikeres vizsgát az MNOT támogató ajánlásával ellátott bizonyítvány igazolja, mellyel a gyakorló szülész-nőgyógyász szakorvos „A” fokozatú nőgyógyász-onkológus képesítést kap.

A KÉPESÍTÉS Az „A” fokozatú nőgyógyászati onkológiai képesítéssel rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvos nőgyógyászati daganatok szűrése valamint az emlődaganatok fizikális szűrése terén szerzett jártasságát a Társaság igazolja, illetve ilyen szakmai feladatokra a képesített kollégát ajánlja. A képesítés igazolja, hogy a kolléga rendelkezik a nőgyógyászati rosszindulatú betegségben szenvedők felvilágosításához, az egyes kezelési lépéseket végző szakintézmény kiválasztásához, kezelés/kezelések utáni nyomon követéshez szükséges ismeretekkel.

A SZERVEZÉS A tanfolyam szervezése és lebonyolítása az MNOT mindenkor elnökének a feladata. A Társaság elnökét ebben a munkában a társaság főtitkára segíti. A tanfolyam előadói a szakterület elismert képviselői, függetlenül attól, hogy melyik egészségügyi intézetben dolgoznak. A tanfolyam és a vizsga térítésköteles. A tanfolyam díjazásából befolyt bevételt a tanfolyam költségeinek fedezésére, illetve a társaság alapszabályában meghatározott célokra lehet fordítani.

„B” - NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIAI KÉPZÉS A tanfolyam 4 intézetben (Debreceni Orvostudományi Egyetem Női Klinikája, Semmelweis Egyetem I. sz. Női Klinikája, Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati Osztálya, Szent István Kórház Nőgyógyászati Onkológiai Osztálya) végezhető. Időtartama 3 év. A tanfolyam teljes időtartamát a jelölt a képző intézetben tölti teljes munkaidőben. Az elméleti képzést és a képzési tervben előírt gyakorlati (műtéti) képzést az intézet vezetője irányítja, illetve a képzési terv teljesítését igazolja. Amennyiben a képzési terv 3 év alatt nem teljesült (hiányzik a megkívánt műtétszám), a képzési idő meghosszabbítását javasolja az intézetvezető. A 3 éves képzési időszakban ajánlott, hogy a jelölt a képzést adó intézetek mindegyikében tekintszen meg onkológiai műtéteket, valamint vegyen részt a daganatgyógyászok (onkoteam) megbeszélésein. A képzés időszakában szerezzen megfelelő jártasságot: 1. a nőgyógyászati daganatok kórismezésében, stádium meghatározásában és a kezelés tervezésében, 2. a beteg, illetve a hozzátartozók felvilágosításában, 3. a műtéti kezelés előkészítésében, 4. a szeméremtest, méhnyak, méhtest, petefészkek rosszindulatú daganatainak műtéteiben, 5. a műtéti szövődmények ellátásában, 6. a műtét utáni betegellátásban, 7. a kiegészítő kezelések tervezésében, 8. a kiújult betegség ellátásában, 9. a betegek nyomon követésében, 10. az adott intézet onkoló-

giai eredményeinek felmérésében, értékelésében és közlésében, és 11. a szakirodalom (beleértve az angol nyelvű szakirodalmat) folyamatos követésében.

A képzési terv teljesítése esetén a képzési időszak befejezését vizsga követi. A vizsga elméleti és gyakorlati részből áll. A gyakorlati vizsgát a képzést végző intézetet kivül, a felsorolt 4 intézet egyikében kell teljesíteni. A sikeres gyakorlati vizsga feltétele az elméleti vizsgának. Az elméleti vizsgát a 4 felsorolt intézet mindegyikéből küldött bizottsági tagok előtt kell teljesíteni. A vizsga eredménye megfelelő vagy nem megfelelő lehet. A vizsga eredményét a 4 vizsgáztató egyszerű szótöbbséggel dönti el. Egyenlő számú megfelelő és nem megfelelő vélemény esetén a vizsgabizottság elnökének a véleménye mérvadó. A vizsgabizottság a vizsga előtt maga választja meg elnökét. Sikertelen vizsga esetén a vizsga legfeljebb egy alkalommal ismételtet megkísérelhető.

A KÉPESÍTÉS „B” fokozatú nőgyógyászati onkológiai képesítéssel rendelkező szülész-nőgyógyász szakorvos nőgyógyászati daganatok szűrése, kivizsgálása, sebészi kezelése, műtét előtti és utáni ellátása, a sebészi szövődmények ellátása, a betegek nyomon követése, kiegészítő kezelés tervezése, a kezelési módszerek tudományos értékelése terén szerzett jártasságát az MNOT igazolja, illetve ilyen szakmai feladatokra a képesített kollégát a Társaság ajánlja.

A SZERVEZÉS A képzésben résztvevőt (résztvevőket) a jelöltek közül a képzést biztosító intézetek vezetői közös megegyezéssel választják ki. Várható, hogy lesznek olyan jelöltek, akik munkahelyet, lakóhelyet kell változtatásnak a képzés időszakára. A képzést végző intézet tegyen meg mindent a képzésben résztvevő anyagi terheinek csökkentése érdekében (munkahely, szálláshely, szakkönyvek, kongresszusi részvétel, tanulmányút stb. biztosítása). Javasoljuk, hogy a küldő intézet támogassa anyagilag a jelöltet. A Társaság hozzon létre olyan anyagi alapot, amely kifejezetten a képzésben résztvevők anyagi támogatását szolgálja. A Társaság minden igyekezetével tegye a legtehetségesebbek számára vonzóvá a „B” képzést.

A KÉPZÉSHEZ ELŐÍRT MŰTÉTI GYAKORLAT Tizenöt szeméremtestrákos beteg kiterjesztett műtétében, illetve 15 lágyéki nyirokcsomó-eltávolításban való aktív részvétel. A jelölt legalább 3 esetben maga végezzen el kiterjesztett szeméremtest-eltávolítást és legalább 5 esetben az egyik oldali lágyéki nyirokcsomó-eltávolítást.

Ötven méhnyakrákos beteg (IA2-IIIB stádium) kiterjesztett műtétében legyen aktív résztvevő. Legalább 5 esetben a kiterjesztett méheltávolítást és legalább 10 esetben egyik oldali kismencedei nyirokcsomó-eltávolítást ő maga végezzen.

Ötven méhtestrákos beteg műtétében legyen aktív résztvevő. Legalább 10 esetben a méheltávolítást, és legalább ugyancsak

10 esetben az egyik oldali kismedencei nyirokcsomó-eltávolítást ő maga végezzen.

Harminc petefészekrákos beteg műtétében legyen aktív résztvevő. Legalább 5 esetben a méh- és a cseplesz-eltávolítást ő maga végezzen el, és legalább 5 esetben az egyik oldali kismedencei nyirokcsomó-eltávolítást ő maga végezzen.

AJÁNLÁS A jelölt legalább egy olyan közleménynek legyen a szerzője (társ szerzője) amely nőgyógyászati onkológiával foglalkozik, és amely impakt faktorral rendelkező folyóiratban jelent meg.

Az MNOT a nőgyógyászati onkológiai sebészetben jártasságot igénylő szakmai állások betöltésénél kifejezetten ajánlja a „B” szakképesítéssel rendelkezőt, illetve ilyen jelölt esetén kifejezetten nem ajánlja a képesítéssel nem rendelkező kinevezését.

„C” NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIAI KÉPZÉS A nem nőgyógyászati sebészi módszerek alkalmazását igénylő állapotok (exenteratív kezelést igénylő kiújult daganatok, urológiai, ér, bél, általános hasi sebészeti eljárások alkalmazását igénylő szövődmények) kezelésében szerzett jártasságot a Társaság „C” fokozatú nőgyógyászati onkológiai képesítéssel igazolja. A képesítést a négy képzési központ vezetői egybehangzó ajánlására adományozza az MNOT. Ilyen képesítést a „B” képesítésű nőgyógyász onkológusok közül az kaphat, aki több év alatt bizonyította, hogy az exenteratív sebészetben, a sebészi és sugárkezelések szövődeményeinek sebészi ellátásában jártasságot szerzett. A képesítés feltétele, hogy a jelölt a nőgyógyászati onkológia területén első szerzős közleménnyel rendelkezzen, amely impakt faktorral rendelkező folyóiratban jelent meg. A Társaság álláspontja, hogy nőgyógyászati onkológiai központ vezetésére kiírt álláspályázatot elnyerő szakorvosnak „C” képesítéssel kell rendelkeznie.

„E” NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIAI KÉPZÉS Az emlőbetegségek sebészi kezelésében szerzett jártasságot az MNOT az „E” jelű képesítéssel igazolja.

A képesítés elnyerésének feltétele: a jelöltnek az emlőbetegségek epidemiológiájában, felismerésében, kezeléstervezésben, a sebészi kezelés módszereiben jártasságot kell szereznie. A sebészeti eljárásokban szerzett jártasságot az MNOT akkor igazolja, ha a jelölt legalább 50 rosszindulatú emlődaganat műtétének aktív résztvevője volt. Legalább 10 esetben az emlő részleges vagy teljes eltávolítását és legalább 10 alkalommal a hónalji nyirokcsomók kiirtását ő maga végezte.

Az emlőbetegségek körmegállapításában, a kórjósati tényezők értékelésében, a kezelés tervezésében szerzett jártasságot a Társaság akkor igazolja, ha a jelölt legalább egy éven keresz-

tül, hetente legalább egy alkalommal részt vett valamelyik emlőbetegségekkel foglalkozó központ daganattesztületének munkájában.

A gyakorlati ismeretek megszerzését vagy a Szent István Kórház Nőgyógyászati-Onkológiai Részlegén, vagy olyan intézetben ajánlott megszerezni, ahol az emlőbetegségek diagnosztikája, sebészi és nem sebészi kezelése terén nagy jártassággal rendelkező munkacsoport dolgozik.

A képesítés megszerzéséhez szükséges elméleti tudását a jelöltnek vizsgán kell igazolnia. A vizsgáztató bizottságot az MNOT vezetősége hívja össze úgy, hogy abban négy, az emlőbetegségek kezelésében elismert szakember vegyen részt. A vizsgáztatók között nőgyógyász onkológusnak (onkológusoknak) is kell lennie. A vizsga eredménye megfelelő vagy nem megfelelő lehet. A vizsga eredményét a 4 vizsgáztató egyszerű szótöbbséggel dönti el. Egyenlő számú megfelelő és nem megfelelő vélemény esetén a vizsgabizottság elnökének a véleménye mérvadó. A vizsgabizottság a vizsga előtt maga választja meg elnökét. Sikertelen vizsga esetén a vizsga legfeljebb két alkalommal ismételtel megkísérrelhető.

AZ MNOT KÉPZÉSI PROGRAMJÁNAK TERVEZETT KEZDÉSI IDŐPONTJA

Az „A” Nőgyógyászati Onkológiai tanfolyamot a Társaság 2004 tavaszán tartja első alkalommal. A tanfolyam ezt követően minden év tavaszán kerül megszervezésre. A „B” képzési programra 2004 januárjában lehet először jelentkezni, a négy képző intézet valamelyikének vezetőjénél. 2004 februárjában dönt a 4 intézetvezető a képzésbe ajánlottak személyéről. Mivel a képzésbe kerülők anyagi támogatásának feltételeit részben helyileg, részben a Társaság szintjén pályázatokkal, támogatók meggyőzésével stb. kell előteremteni, a képzési időszak kezdetét és részletes feltételeit egyénileg, helyileg kell, illetve lehet meghatározni. „C” képesítést a Társaság először a 2004 őszén rendezendő kongresszusán adományoz. Az „E” képesítés elnyeréséhez szükséges képzés történhet nem nőgyógyászati intézményben, így a képzésbe történő jelentkezést, a képzési időszak kezdetét, tervezett tartamát a Társaság tudomásul veszi. A Társaság elvárja a képzésbe jelentkezőktől, hogy képzésük megkezdésekor az MNOT mindenkori elnökénél a képzési tervüket nyilvántartásba vetessék.

SZERKESZTŐSÉGI MEGJEGYZÉS A fenti vizsgarendszer, mint arra már korábban is rámutattunk, nincs kapcsolatban a – remélhetőleg mihamarabb megszülető – hivatalosan elfogadott, nőgyógyászati onkológiai szakvizsgával.

AZ MNOT-HONLAP Örömmel adunk hírt, hogy az MNOT-honlap elkészült, <http://www.nogyogyaszati-onkologia.hu> név alatt megtekinthető. Kérjük az olvasókat, hogy véleményükkel, javaslatokkal segítsék a honlap továbbfejlesztését.

TAXOL[®]
(paclitaxel)

Choose life



- ▶ **Első választás petefészekrákban**
- ▶ **Az előrehaladott emlőrák másodlagos kezelésére - előzetesen eredménytelen kemoterápia esetén is**
- ▶ **Az első választás nem-kissejtes tüdőrák inoperábilis eseteiben**

További információ az alkalmazási előírásban található. Alk. előír. száma: 12493/41/2002



Bristol-Myers Squibb
Worldwide Medicines Group

Bristol-Myers Squibb Kft. 1054 Budapest, Szabadság tér 7. Tel.: 301-9702 Fax: 301-9701

A Genodia Molekuláris Diagnosztikai Laboratórium és partnerei, a Prodia Diagnosztikai Rt. és a Biorep Marketing és Logisztikai Kft. szolgáltatásai



Hormonvizsgálatok:

- Pajzsmirigypanel
- Fertilitási panel
- Osteoporosispanel

Tumormarker-vizsgálatok:

- Emlő, nőgyógyászati
- Prostatata, csírasejt
- Tüdő, gyomor-bélrendszer

Autoimmun vizsgálatok

Allergia vizsgálatok:

- 40 inhalatív allergén
- 40 nutritív allergén

Mikrobiológiai vizsgálatok:

- bakteriológia
- mikológia
- parazitológia

Hemosztázis, hematológia

Cardiovascularis vizsgálatok

Anyagcsere-vizsgálatok

- Lipidstátusz
- Diabetesmonitorozás

Menedzserszűrés

Gyógyszerkipróbálások

Mikrobiológiai vizsgálatok genitális mintákból:

- Chlamydia trachomatis antigén ELISA
- Mycoplasma hominis és Ureaplasma urealyticum tenyésztés
- Neisseria gonorrhoeae PCR
- Chlamydia trachomatis PCR
- Mycobacterium tuberculosis PCR
- Humán papillomavírus (HPV) hybrid capture II. (high risk típusok)

Genetikai vizsgálatok:

- Mélyvénástrombózis-panel (V-ös faktor Leiden, Prothrombin G20210A, MTHFR C677T, CBS 844ins68)
- Cardiovascularis panel (ACE ins/del, Angiotenzinogén M235T)
- Férfi infertilitási panel (Y-kromoszóma-mikrodeléciók, Cisztikus fibrózis, X- és Y-kromoszóma-aneuploidiák)
- Duchenne muscularis dystrophia (DMD)
- BRCA 1 és BRCA 2 (5 leggyakoribb mutáció)
- Haemochromatosis (C282Y, H63D)
- Zigótaság, kromoszomális nem meghatározása

Apasági vizsgálat DNS-profil alapján

Szerológiai vizsgálatok:

- Toxoplasma gondii
- Rubeola
- Cytomegalovírus
- Herpes simplex vírus 1,2
- Chlamydia trachomatis
- Epstein-Barr-vírus
- Varicella zoster vírus
- Parvovirus B19
- Borrelia burgdorferi ELISA, Western blot

Ügyfélszolgálat, mintaszállítás:

- A vizsgálatok túlnyomórészt OEP-finanszírozottak
- A mintavételi eszközöket díjmentesen bocsátjuk a kollégák rendelkezésére
- A mintákat az ország bármely pontjáról díjtalanul szállítjuk laboratóriumunkba, ugyanígy gondoskodunk a leletek visszajuttatásáról is
- Területi képviselőnk készséggel felkeresi Önt, és szolgáltatásainkról részletes tájékoztatást nyújt

Amennyiben szolgáltatásunk felkeltette érdeklődését, várjuk szíves jelentkezését.

Ügyfélszolgálat, szakmai konzultáció, mintaszállítás, területi képviselői látogatás kérése:

425 7735, 06/40-200 484

INVITATION BY THE EUROPEAN ACADEMY OF GYNAECOLOGICAL CANCER (EAGC)

International Congress on Gynaecological Malignancies: Answers to Controversial Questions (2nd EAGC Educational Congress) November 19-21, 2004 Larnaca, Cyprus

CHAIRMAN OF THE CONGRESS: *Vasilios Tanos*

CHAIRMAN OF EAGC: *Péter Bősze*

Organized and subsidized by the Cyprus Anticancer Society

Registration: TOP KINISIS TRAVEL LTD (2. Leonidou Street & Acropoleos Avenue, 2007, Strovolos – Cyprus, Fax: 357 22869735, E-mail: c.distra@topkinisis.com)

Preliminary Program Overview (For constant updates please visit: www.topkinisis.com)

November 19, Friday	November 20, Saturday	November 21, Sunday
<p>Session 1. APPLIED SURGICAL ANATOMY 14.00-16.00</p> <p>Step by step approach in clearing the pelvis</p> <p>Elements in removing a fixed pelvic mass and abdominal metastases</p> <p>How to prevent and manage bleeding during pelvic surgery</p> <p>Surgical approach to vulvar cancer: applied anatomy</p> <p>Uterus preservation in invasive cervical carcinoma</p> <p><i>Plenary lecture</i> NEW DEVELOPMENTS IN IMAGING TECHNIQUES IN PELVIC MALIGNANCIES 16.30-17.10</p> <p>Session 2. VULVA AND CERVICAL CANCER 17.30-19.00</p> <p>Atypical colposcopic findings: recognition and clinical implications</p> <p>How to perform cone biopsy (LEETZ, Cold knife etc)</p> <p>Vulvoscopy: practical hints</p>	<p>Session 3. ENDOMETRIAL CANCER 09.00-10.30</p> <p>Role of lymphadenectomy in endometrial cancer</p> <p>Molecular findings as predictive and prognostic factors in endometrial cancer</p> <p>Endometrial cancer: asymptomatic endometrial findings and ovarian cysts during menopause</p> <p>EUROPEAN GIANTS IN ONCOLOGY AWARD 11.00-11.20</p> <p>Award lecture: Twenty fifth year anniversary of the European Journal of Gynaecological Oncology (EJGO) <i>Antonio Onnis, M.D.</i></p> <p>GREAT EUROPEAN TEACHERS IN ONCOLOGY AWARD 11.20-11.40</p> <p>Award lecture: Over 20 years of the European School of Oncology: message for the future <i>Alberto Costa, M.D.</i></p> <p>Session 4. OVARIAN CANCER 11.40-13.00</p> <p>Surgical staging in early ovarian cancer</p> <p>Role of lymphadenectomy in ovarian cancer</p> <p>Neoadjuvant chemotherapy versus primary debulking surgery in advanced ovarian cancer</p> <p>Borderline tumours of the ovary: Safety of conservative management and fertility outcome, new pathological entities and molecular markers</p> <p>The place of conservative surgery: limitation in pathological evaluation</p> <p>Session 5. SCREENING, EARLY DIAGNOSIS AND PREVENTION OF GYNAECOLOGICAL CANCERS 15.00-16.00</p> <p>Sonography, hysteroscopy and evaluation of high risk factors: can they prevent endometrial cancer?</p> <p>Chemoprevention of endometrial cancer in high risk patients</p> <p>Pap test: the Cyprus experience</p> <p>HPV vaccination in the prevention of cervical cancer</p> <p>Ovarian cancer: sonography with or without molecular markers for early diagnosis – mass screening</p> <p>The role of genetic testing for breast and ovarian cancer – is it for research or a clinical tool?</p> <p>Familial breast-ovarian cancer syndrome: an update on prophylactic oophorectomy – who, when and how?</p> <p>GALA DINNER 20.30</p>	<p>Session 6. HRT AND GYNECOLOGICAL CANCERS 09.30-11.00</p> <p>Non hormonal alternatives for HRT following breast and endometrial cancer: the risks and benefits of HRT in breast cancer patients</p> <p>HRT: different modes of hormonal treatment</p> <p>Hormone replacement therapy: to bleed or not to bleed. (Pills, Dermal jell or patches?)</p> <p>HRT in patients with gynecological cancer</p> <p>Session 7. BREAST CANCER 11.30-13.00</p> <p>Adjuvant therapy for hormone-dependent breast cancer</p> <p>Adjuvant chemotherapy and gene therapy of breast cancer</p> <p>Which patients should we offer BRCA testing?</p> <p>Management of patients with BRCA mutation</p> <p>Session 8. ENDOSCOPIC SURGERY IN GYNAECOLOGICAL ONCOLOGY 15.30-17.15</p> <p>Transvaginal laparoscopy as an investigation method for patients in high-risk ovarian cancer</p> <p>Borderline ovarian tumors: Should they be treated by laparotomy or laparoscopy? (laparoscopic surgery in suspicious adnexal masses, risk of tumour dissemination)</p> <p>Laparoscopic surgery in endometrial cancer</p> <p>Laparoscopy for surgical staging of cervical cancer</p> <p>CLOSING REMARKS 17.15</p>
<p>WELCOMING CEREMONY 19.00-19.30</p> <p>COCKTAIL PARTY 19.30-22.00</p>		

Instructions to authors

The original manuscript – together with a cover letter – must be submitted to the Editor-in-Chief (Péter Bősze, M.D., 1301 Budapest, P.O.Box 46, Hungary, Tel/Fax (36 1) 275-2172, E-mail address bosze@axclero.hu). Authors are encouraged to e-mail their manuscripts or submit them on a floppy disk with adequate labeling and information (3 1/2 diskette in IBM MS-DOS). In either case, an accurate hard-copy printout must be sent (v.c.), as well. The Editor-in-Chief requires the original manuscripts and cover letters. By signing the cover letter, the authors certify that the same work has not been published, and is not under consideration for publication elsewhere, that its submission for publication has been approved by all of the authors, and that any person cited as a source of personal communication has approved such citation. By signing the cover letter, the authors transfer the copyright to the Publisher. Manuscript decisions will be based on peer review.

Articles and any other material published in the *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology* (Hu J Gynecol Oncol) represent the opinions of the author(s) and should not be construed to reflect the opinions of the Editors or the Publisher.

FORM OF A MANUSCRIPT

The *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology* guidelines are based on instructions set forth in the **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals** (Ann Intern Med 1988; 108:258-265).

TITLE PAGE The title page should contain the article title followed by the author's first, middle and last names, residence of the author(s) (the name of the head or director of the department or institution is not required), a short running head of not more than 50 characters, and the complete mailing address including e-mail and telephone numbers of the single author to whom correspondence should be sent. **Page 2** should contain a short abstract followed by 3 to 4 key words for index purposes.

TEXT Original articles should incorporate the following sections: Introduction, Patients and Methods, Results, Discussion and References. The organization of the text of review papers is up to the author(s). However, all articles should contain References. *Acknowledgements* follow the References. Pages should be numbered in succession, the title page being page one.

REFERENCES These should be numbered in the order in which they are cited in the text by Arabic numerals in brackets (1), (2-5). When the name(s) of the author(s) is in the text, the reference number comes right after it, e.g. *Onnis* (7), or *Gorins et al.* (5); if not, it should be written at the end of the sentence before the full stop. References are listed in a separate section as illustrated in the following examples:

JOURNAL ARTICLE AND SUPPLEMENT Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. *CME J Gynecol Oncol* 1996; 1:116.

Webb MJ, Symmonds RE. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138:813.

Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. *Cancer* 1987; 60:2035.

Magrina JF. Intestinal surgery in gynecologic malignancies. *Magy Nőorv L* 1995; 58 (Suppl. 2):55.

BOOK DiSaia PJ, Creasman WT. *Clinical Gynecologic Oncology*. 3rd edn. St. Louis, The C. V. Mosby Company, 1989: 211.

CHAPTER IN A BOOK Schwartz PE, Naftolin F. Hormone therapy. In: Berek JS, Hacker NF, eds. *Practical Gynecologic Oncology*. 2nd edn. Baltimore, Williams and Wilkins, 1994: 613.

Accuracy of reference data is the responsibility of the author(s). All authors should be listed when there are six or less; with seven or more the first six should be given followed by "et al.". Single word journal titles should be spelled out, all authors should be abbreviated according to the instructions of Index Medicus.

TABLES Tables are numbered consecutively using Arabic numerals in brackets (*Table 1*), in the order cited in the text. They should be typed double-spaced on separate pages and should be accompanied by a short caption. All abbreviations should be explained in a footnote.

FIGURES The original illustrations and line drawings should be submitted and numbered using Arabic numerals in brackets (*Figure 1*) consecutively as they appear in the text. Line drawings should be in black ink on a white background or clear glossy prints, with lettering of high standard and large enough to be legible when reduced. Color or black-and-white photographic prints must be glossy and provide sharp contrast. Color illustrations are accepted when appropriate. On the back of each illustration or on a label affixed to the back of each figure indicate the author's last name, figure number and the "top" with an arrow. Never use labels on color figures, and never use ink on the front or back of any figures. Captions should be on a separate page and should include the figure number and a brief description of the illustration. Explain all symbols used in the illustration. Scale bars (when appropriate) should be provided on the photographs. Figures that are reproduced from another published source require written permission from the authors and copyright holders. Submitted illustrations are returned on request only.

UNITS All measurements should be in metric, SI units.

ABBREVIATIONS Abbreviations must be written in full when first mentioned in the text.

SPELLING Both American and English spelling are accepted.

EDITORIAL ASSISTANCE This courtesy will be extended to authors who have difficulty with the English language. Corrected manuscripts will be returned to the authors for their approval. The aim of the English Language Editorial Service is to ensure a uniformly high standard of presentation for all published material.

ADVERTISEMENT For information about advertising in the *Hungarian Journal of Gynecologic Oncology*, please contact the Editor-in-Chief (Péter Bősze, M.D., 1301 Budapest, P.O.Box 46, Hungary, Tel/Fax (36 1) 275-2172, E-mail address bosze@axclero.hu).

A kéziratokkal kapcsolatos tudnivalók

A KÉZIRATOK ELKÜLDÉSE A kéziratok teljes anyagát ábrákkal, táblázatokkal együtt két példányban a főszerkesztő címére (Prof. Dr. Bősze Péter, 1301 Budapest, Pf. 46. Tel/fax (36 1) 275-2172, e-posta: bosze@axelero.hu) kérjük küldeni. Amennyiben erre a szerzőknek lehetőséjük van, a kéziratok anyagát a számítógépes szerkesztés megkönnyítése és a szerkesztésből eredő hibaforrások csökkentése céljából egy megfelelően jelzett mágneslemezen (3 1/2 disk, IBM MS-DOS) is küldjék el. Mágneslemez helyett a kéziratok anyaga e-postán is küldhető. Az eredeti kézirat minden esetben szükséges. A kéziratokat kísérőlevéllel együtt kell küldeni.

KISÉRŐLEVÉL A kísérőlevél tartalmazza a szerzők nevét, a közlemény címét és a levelező szerző adatait (név, munkahely, postacím, távbeszélő, távmásoló, e-posta). A kísérőlevél aláírásával a levelező szerző kijelenti, hogy a mellékelt munka más helyen nem került és nem is fog közlésre kerülni. Ugyanannak a közleménynek idegen nyelvű folyóiratban történő megjelentetése csak a szerkesztőség írásbeli beleegyezésével történhet. A levelező szerző a kísérőlevél aláírásával kijelenti továbbá, hogy a kézirat közlését a társszerzők a kéziratban foglaltak szerint jóváhagyták, a „személyes közlésbe” (personal communication) az idézett szerző beleegyezett, és hogy a szerzők a szerzői jogot átruházzák a szerkesztőségre.

A KÉZIRATTAL KAPCSOLATOS FORMAI KÖVETELMÉNYEK A kézirat formája feleljen meg a nemzetközileg elfogadott, Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (Ann Intern Med 1988; 108:258-265) előírásoknak.

GÉPELÉS Ha a kézirat szövegszerkesztővel készült, a kívánt jelölések, pl. kiemelés, dőlt betű stb. a szövegszerkesztővel megoldhatók. Magyar ékezetes betűket használjunk. Hagyományos gépelés esetén kérjük a megfelelő részt aláhúzni és a szöveg szélén a kívánalmakat írásban megadni, pl. apró, félkövér vagy dőlt betű, aláhúzni stb. Gépelés vagy nyomtatás mindig csak egy oldalon történjen.

CÍMOLDAL A címlap tartalmazza a közlemény címét, alatta a szerzők teljes nevét, a szerzők munkahelyét (az osztály vagy intézet vezetőjének nevét nem kell külön megadni), egy 50 karakternél nem hosszabb, rövidített címet és a levelező szerző postacímét, telefonszámát.

MÁSODIK OLDAL A második oldal egy magyar nyelvű összefoglalót és 3-4 kulcsszót tartalmazzon. A kulcsszavak csak az Index Medicus Medical Subject Headings szavai közül kerülhetnek ki. A harmadik oldalon az összefoglalónak és a kulcsszavaknak az angol nyelvű változatát kell megadni. Az angol nyelvű összefoglalóban szerepeljen a dolgozat angol címe és a szerzők neve is.

SZÖVEG Az eredeti közleményeket hagyományos módon: Bevezetés, Anyag és Módszer (vagy betegek és vizsgáló módszerek/kezelések stb.), Eredmények, Megbeszélés, Irodalom részre kell tagolni. Esetismertetés esetén a közleményt Bevezetés, Esetismertetés, Megbeszélés és Irodalom részre bontjuk. Minden más esetben a közlemény felépítését a szerzők választják meg. Az irodalmi hivatkozások azonban mindig a közlemény végére kerüljenek.

IRODALOM Az irodalom idézése a szövegben zárójelbe tett arab számokkal történjen a hivatkozás előfordulásának sorrendjében, és nem abc szerint. A szövegben a szerzők nevét dőlt betűvel írjuk, ilyenkor a vonatkozó szám a szerző neve után jön. Ha a szerző neve nem szerepel a mondatban, a hivatkozási szám a mondat végére, de még a pont elé kerül. A hivatkozási számot csak akkor kell a pont után tenni, ha az egész bekezdésre vonatkozik. Az irodalmi adatokat az „irodalom” részben, amely a szöveges rész után következik, az idézés sorrendjében írjuk, az alábbiak szerint.

FOLYÓIRAT ÉS KÜLÖNSZÁM Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. CME J Gynecol Oncol 1996; 1:116.

Webb MJ, Symmonds RE. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1980; 138:813.

Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. Cancer 1987; 60:2035.

Magrina JF. Intestinal surgery in gynecologic malignancies. Magyar Nőorv L 1995; 58 (Suppl. 2):55.

KÖNYV László J, Gaál M. Nőgyógyászati patológia. 2. kiadás, Budapest, Medicina Könyvkiadó, 1976: 33.

KÖNYVFEJEZET Egyed J. Diabetes és terhesség. In: Doszpod J, szerk. A szülészet és nőgyógyászat aktuális kérdései. Budapest, OTKI, 1982: 87.

Az irodalmi hivatkozások pontosságáért a szerzők felelősek. Ha a szerzők száma hat vagy annál kevesebb, az összes szerző nevét soroljuk fel. Ha hatnál több, csak az első hatét, és utána az „és mtsai” (idegen nyelvű közlemény esetén „et al”) kifejezést írjuk. Egyszerűsített folyóiratok nevét teljesen ki kell írni, egyébként a folyóiratok nemzetközileg elfogadott rövidítéseit alkalmazzuk, amelyet az Index Medicus tartalmaz. A Nőgyógyászati Onkológia rövidítése: Nőgyógy Onkol.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A köszönetnyilvánítást az irodalom után írjuk.

TÁBLÁZATOK A szövegben a táblázatok számozását megjelenésük sorrendjében, zárójelbe tett arab számokkal írjuk, pl. (1. táblázat, Table 1). A táblázatokat a táblázat felett megszámozva, külön oldalon kérjük. A számozás után a táblázat címe következik. A táblázat alá rövid magyarázó szöveg kerül. Ide írjuk megfelelő jelöléssel a táblázatban előforduló rövidítések magyarázatát is. Más szerzőktől vett táblázatok csak az eredeti szerzők vagy a szerzői jog tulajdonosának engedélyével idézhetők.

ÁBRÁK Mindig az eredeti ábrákat, fényképeket kell beküldeni két példányban. A szövegben az ábrák számozását megjelenésük sorrendjében, zárójelbe tett arab számokkal írjuk, pl. (1. ábra, Figure 1). Az ábrák hátoldalán vékony ceruzával vagy ragasztható cédulán tüntessük fel a sorszámot, a szerző nevét és az ábra irányát kis nyíl segítségével. Kontrasztos, jó minőségű fekete-fehér fényképeket kell küldeni. Szükség esetén színes képet is elfogadunk. A rajzolt ábrák fekete tintával fehér háttér előtt készüljenek. Az ábraaláírásokat külön lapon kérjük. Ebben az ábrán használt jelzések magyarázatát is adjuk meg. Más szerzőktől vett ábrák csak az eredeti szerzők vagy a szerzői jog tulajdonosának engedélyével idézhetők. A beküldött ábrákat csak a szerzők külön kérésére küldjük vissza.

MÉRTÉKEGYSÉG A mértékegységeket „méter rendszerben”, SI egységekben kell megadni.

RÖVIDÍTÉSEK A rövidítéseket a szövegben először jelentésük teljes kiírása után zárójelben adjuk meg, és csak ezután használjuk önállóan. Az összefoglalóban (Abstract) ne legyen rövidítés.

HELYESÍRÁS Törekedjünk magyar orvosi kifejezések használatára, az idegen kifejezéseket, amikor csak lehet, kerüljük el. Az orvosi kifejezések magyarítása kívánatos. Nem magyar eredetű szavak írása az eredeti írásmód szerint történjen. Magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosodott (pl. krónikus, akut) szakkifejezéseket írjuk. Egyazon közleményben következetesen, egységesen kell alkalmazni a magyaros vagy a klasszikus írásmódot. Angol nyelvű szövegben az angol és az amerikai helyesírás is alkalmazható.

●
●
● **Fraxodi**[®]
nadroparin kalcium injekció

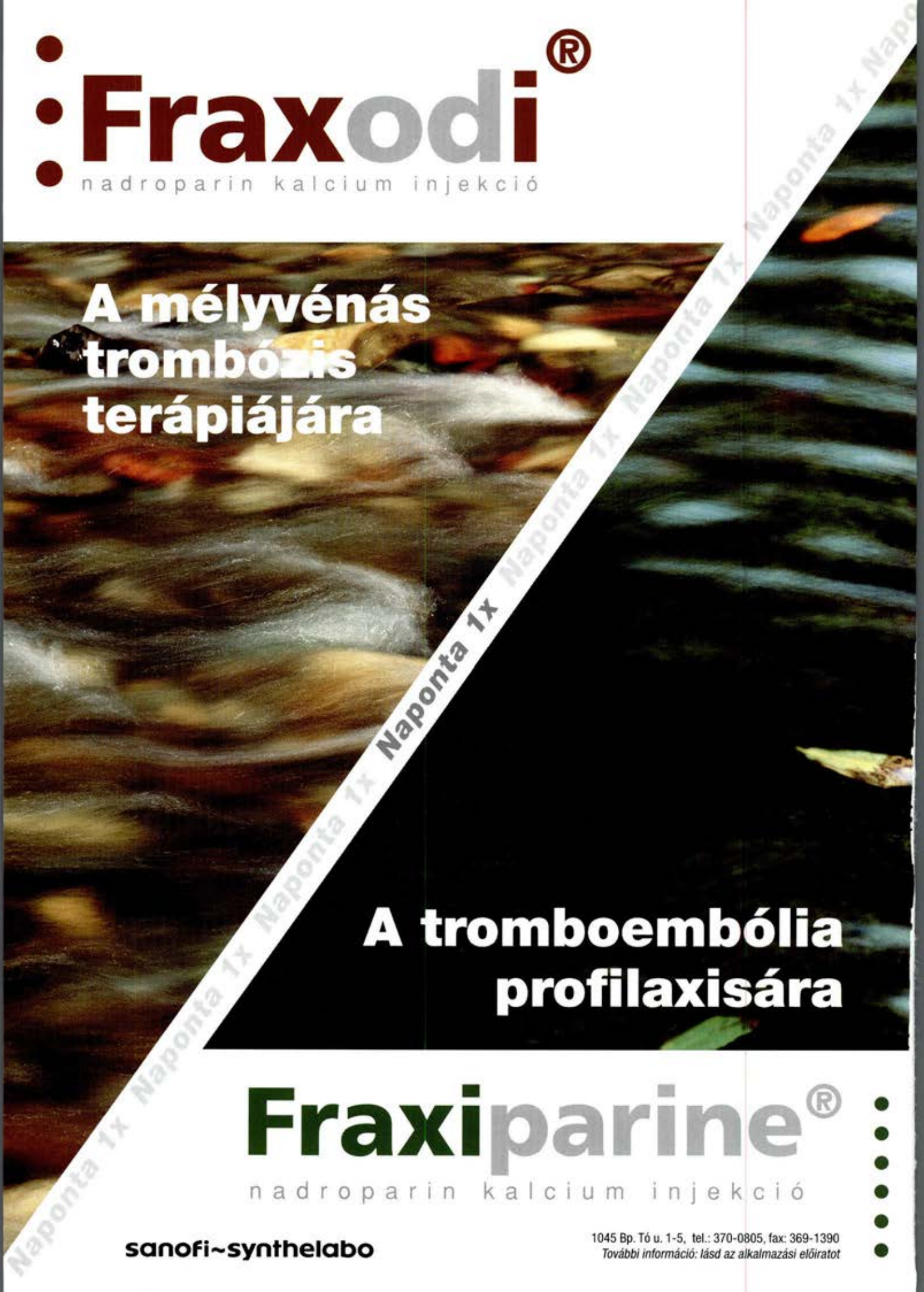
**A mélyvénás
trombózis
terápiájára**

**A tromboembólia
profilaxisára**

Fraxiparine[®]
nadroparin kalcium injekció

sanofi~synthelabo

1045 Bp. Tó u. 1-5, tel.: 370-0805, fax: 369-1390
További információ: lásd az alkalmazási előíratot



CÉLKITŰZÉS ÉS INFORMÁCIÓ A **Nőgyógyászati Onkológia** a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja. Azzal a céllal jött létre, hogy a nőgyógyászati onkológiának, a szülész-nőgyógyászat és az onkológia önálló szakmájának hazánkban is tudományos fórumot teremtsen. Nőgyógyászati onkológiai folyóirat más országokban és nemzetközi szerkesztésben már évtizedek óta létezik, ezért a **Nőgyógyászati Onkológia** megjelentetése az orvostudománynak ezen a területén a haladó világhoz történő felzárkózásunkat jelenti. A szakmai célkitűzések mellett a magyar orvosi nyelv művelése, jobbítása is a lap alapvető feladata.

A **Nőgyógyászati Onkológia** a női nemi szervek, az emlők és a határterületek daganatos megbetegedéseivel, valamint az ezekhez kapcsolódó általános, elméleti és gyakorlati kérdésekkel foglalkozik. Tárjalja továbbá a nőgyógyászati onkológiát, mint szakmát, beleértve a szervezési, a képzési és az anyagi megfontolásokat is. A lap eredeti összefoglaló és szerkesztőségi közleményeket, esetismertetőket és beszámolókat közöl. Különös hangsúlyt fektet a képzésre, amelyet nemcsak elméleti, de gyakorlati szinten is meg kíván valósítani. Orvostörténeti ismereteket ad annak tudatában, hogy nincs jelen és jövő

SCOPE AND INFORMATION With the rapid advances of radical surgery, clinical technologies, anesthesia, modern blood banks, antibiotics, medical oncology and radiotherapy, and with the explosion of molecular biology, it has been recognized that the usual training of gynecologists-obstetricians was insufficient to provide optimal care for patients with malignancies of the female genital tract and breast cancer. This recognition has led to the development of the subspecialty of gynecologic oncology with board certification in many countries worldwide.

Since the establishment of our specialty, a plethora of information has been accumulated with the recognition that in the rapidly expanding field of gynecologic oncology it is becoming almost impossible to be up-to-date with issues of concern. The spectrum of gynecologic oncology is broadening each day and includes among others advanced surgery, fundamental understanding and practice of drug and radiation therapy and an in-depth knowledge in pathology and molecular biology. The gynecologic oncologists should keep pace with these exciting basic and clinical advances. The explosion of scientific information brought about by molecular and cellular biology should be reflected in patient's care at bedside. Cancer treatment and molecular biology cannot be separated any longer. These are some of the major reasons of establishing national and international journals devoted to gynecologic oncology.

In Hungary, gynecologic oncology has been officially recognized as a specialty of obstetrics and gynecology. This was followed by the foundation of the Hungarian Society of Gynecologic Oncology in 1991. During the last 5 years, there has been a growing need for a national venue for publications focusing on clinical and basic gynecologic oncology, thus, the foundation of the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** with the aim of providing a sole forum for gynecologic oncology in Hungary. The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** is the official journal of the Hungarian Society of Gynecologic Oncologists.

The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** will provide a national archive to high quality papers that deal with tumors of

the gyökerek ismerete nélkül. Társasági hírek, kritikák, megemlékezések, események ismertetése és más hírdetés a folyóirat szerkesztés részét képezik. Határterületi kérdések és beteg tájékoztatók szintén a célkitűzések közé tartoznak. A **Nőgyógyászati Onkológia**, mint a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapja, a Társaság állásfoglalásait, hírleveleit és más kiadványait is közli.

A felkért közlemények kivételével minden közlést két bíráló véleményez. Ennek alapján a **Nőgyógyászati Onkológia** is az ún. „bírálóan átnézett” (peer-reviewed) folyóiratok közé tartozik. A bírálók javaslatot tesznek módosításokra és a közlemény elfogadására vagy elutasítására, amelyet a szerkesztőség messzemenően figyelembe vesz. A bírálók személyét nem fedjük fel. **A közleményekben megfogalmazott vélemények, javaslatok nem a szerkesztőség, hanem a szerzők véleményét, állásfoglalását jelentik.**

A **Nőgyógyászati Onkológia** alapvetően magyar nyelvű. A kis népek létezése azonban megköveteli a kétnyelvűséget, ezért a lapban a közlemények összefoglalóját és a fontosabb adatokat angol nyelven is ismertetjük. Elfogadjunk angol nyelvű közleményeket, egy-egy nemzetközi rendezvény előadásait pedig teljes egészében angolul adjuk közre.

female genital tract and related organs, and with the benign and malignant diseases of the breasts. Reports of investigations relating to any aspect of these fields, including etiology, epidemiology, pathology, diagnosis, treatment, follow-up and basic science will be considered. Such contributions may come from any of the disciplines with interests in gynecologic oncology.

The **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** will publish original articles, invited reviews, brief reports, papers focusing on the history and on the professional aspect of the specialty, news, comments, critique, book reviews and letters. Education with particular emphasis on continuing medical education is one of the major aims of the journal.

The language of the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** is basically Hungarian. However, papers written in English will also be accepted.

The original manuscript together with a cover letter must be submitted to the Editor-in-Chief (Péter Bösze, M.D., 1301 Budapest, P.O.Box 46, Hungary. Tel/fax (36 1) 275-2172, E-mail address bosze@matavnet.hu). The authors are encouraged to e-mail their manuscript or submit the article on a floppy disk with adequate labelling and information (3 1/2 diskette in IBM MS-DOS). In either case, an accurate hard-copy print-out must accompany. The Editor-in-Chief requires the original manuscripts and the cover letters. By signing the cover letter, the authors certify that the same work has not been published, that it is not under consideration for publication elsewhere, that its submission for publication has been approved by all of the authors, and that any person cited as a source of personal communication has approved such citation. By signing the cover letter, the authors transfer the copyright to the Publisher. Manuscript decision will be based on peer review.

Articles and any other material published in the **Hungarian Journal of Gynecologic Oncology** represent the opinions of the author(s) and should not be construed to reflect the opinions of the Editors and the Publisher.

