



NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának és a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság hivatalos tudományos folyóirata

Főszerkesztő: Bősze Péter dr. Szerkesztő: Barabás Terézia

TARTALOM

ELNÖKI KÖSZÖNTŐ	<i>Ungár László dr.</i>	3
FOLYAMATOS ORVOSTOVÁBBKÉPZÉS	A petefészek egyéb csírasejtes daganatainak szövettana képekben <i>Magyar Éva dr.</i>	6
	A nemi érintkezéssel terjedő fertőzések laboratóriumi molekuláris vizsgálatai <i>Nagy Károly dr.</i>	16
	A herpes simplex vírusfertőzés szerepe a meddőség kialakulásában <i>Mészáros Gyula dr.</i>	20
	Tudományos közlemények írása, szerkesztése: útmutató szerzők és az olvasók számára <i>Bősze Péter dr.</i>	22
KITEKINTÉS A VILÁGBA	Európai Rák Iskola (European School of Oncology, ESO): rákgyógyászati oktatás több mint 20 éve <i>Wolfgang Gatzemeier, MD., Alberto Costa, MD.</i>	51
KÖNYVISMERTETÉS	Bősze Péter (szerk): Endometrial cancer <i>Kovács László dr.</i>	68

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. Szánthó András

PÉNZTÁROS

Dr. Karácsony István

TAGOK

Dr. Adorján Gusztáv
Dr. Berkó Péter
Prof. Dr. Borsos Antal
Dr. Göcze Péter
Dr. Kneffel Pál
Dr. Krivácsy Gábor
Prof. Dr. Paulin Ferenc
Prof. Dr. Pál Attila
Dr. Pete Imre
Dr. Póka Róbert
Dr. Szepesi János
Dr. Wenczl Miklós



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

Az oktagon, vagyis a nyolcas szám az átváltozást (megújulást, újrászületést), 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 és a

Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság hivatalos tudományos folyóirata

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. Krivácsy 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
and the Hungarian Society of Cervical Pathology and Colposcopy

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

CONTENTS

PRESIDENTIAL ADDRESS	<i>László Ungár, MD.</i>	3
CONTINUING MEDICAL EDUCATION	Other germ cell tumours of the ovary in illustrations <i>Éva Magyar, MD.</i>	6
	The role of molecular laboratory in diagnosing sexually transmitted diseases <i>Károly Nagy, MD.</i>	16
	The role of herpes simplex virus infection in infertility <i>Gyula Mészáros, MD.</i>	20
	Writing and editing scientific articles: guide for authors and readers <i>Péter Bősze, MD.</i>	22
THE WORLD AROUND US	European School of Oncology (ESO): more than 20 years of cancer education <i>Wolfgang Gatzemeier, M.D., Alberto Costa, M.D.</i>	51
BOOK REVIEW	Péter Bősze (ed): Endometrial cancer <i>László Kovács, MD.</i>	68



**június 5-én,
szombaton**

Magyar  Rákellenes Liga

**Tegyünk
együtt lépéseket
az emlőrák ellen,
a nőkért!**



**1 NAPOS
GYALOGLÁS
AZ ÉLETÉRT**

A regisztrációs adatlapokat
keresse a nagyobb postákon.

www.gyaloglas.hu

(06 1) 236 40 80

AVON
the company for women
Az esemény kizárólagos támogatója.

ELNÖKI KÖSZÖNTŐ

2003. novemberében, a Magyar Nőgyógyász Onkológus Társaság kongresszusán vettem át az alapító és 7 évig elnöklő Bősze Péter professzortól a társaság elnöki tisztségét. Következő elnökké (3 éves ciklus leteltével) Pálfalvi László főorvost választottuk. Megújult az elnökség is, úgy gondolom lelkes és tevékeny tagok kerültek a társaság vezetésébe.

Egy ilyen kicsi ország egészen kicsi szakterületének (a nőgyógyászati onkológiának) minden művelője valamilyen módon szakmai, tanár-diák, baráti vagy egyéb kapcsolatban áll a többiekkel. Mint egy tágabb rokonságban, pozitív és negatív töltéssel bírnak (bírhathatnak) a szakmai kapcsolatok és persze változnak napról napra. Mégis fontosnak érzem ezt a tisztséget (pünkösdi királyságot). Merre haladunk, haladjunk a következő 3 évben? Adjuk meg a királynak (királyok hosszú sorának) ami a királyé (törekedjünk a hazai hagyományok ápolására, simuljunk a meglevő társaságok, klinikák, szakvizsga rendszerek, miniszteri, országos intézeti, Egészségügyi Tudományos Tanácsi intelmek rendszerébe) vagy keressünk új utakat, kövessünk példákat a mienknél jobb (jobbnak vélt) egészségügyi rendszerekből? Hogyan igyekezzünk jobbá, korszerűbbé tenni a képzést, a klinikai tudományt és mindezek végső céljaként a betegek ellátását Magyarországon? Nincsenek általános érvényű, minden kérdést jól megoldó sémák, és ezért fontos, hogy 3 évente új felfogásban, új elnök irányítsa a társaságot!

A most kezdődő időszakban három célt szeretnék megvalósítani:

1. A társaság ügyvitelét és pénzügyeit, a tagsággal való kapcsolattartást, a rendezvények szervezését, a társaság fizikai központjának a működtetését egy erre a feladatra szerződött kongresszusszervező cégre szeretném bízni.
2. A nőgyógyászati onkológiai képzést 2004-ben a társaság a saját hatáskörében, rendszerezett formában elindítja. Az első, minden gyakorló nőgyógyásznak ajánlott, továbbképzési pontot is biztosító egyhetes tanfolyamot 2004 májusában rendezzük.
3. A társaság a továbbképzés feladata mellett nőgyógyászati onkológiai képzettséget igazoló képesítést is ad 2004-től. A képesítés több fokozatú lesz, külön formaként az emlőbetegségek sebészi kezelését is magába foglalja.

A kitűzött céloknak és a megvalósítás tervezett lépéseinek is előzményei vannak, évek óta készítgettük véghezvitelét az alapító elnökkel. Fursán hangzik, ha olyasvalakit magasztalunk, akivel 15 év közös munka, személyes barátság és számtalan együtt megvívott küzdelem köt össze. Így aztán, a köszöntő sorain keresztül csak integetek Péternek, itt vagyok, és a most következő 3 évben vigyázok a közös társaságunkra.

Dr. Ungár László
Osztályvezető főorvos
Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály
Fővárosi Szent István Kórház, Budapest

Fáradtság, stressz, menopausa - akármi is
legyen a háttérben, segítsen páciensének
búcsút
mondani
a hüvely-
szárazságnak!



**A K-Y Jelly síkosító gél gyors és hatékony megoldást kínálva
pótolja a nők természetes hüvelynedveit**

- Higiénikus, vízalapú síkosító gél, amely könnyen leöblíthető
- Hormon-mentes formula
- Alkohol-, szín- és illatanyagmentes; úgy fejlesztették ki, hogy ne irritálja az érzékeny bőrt
- pH-értéke megfelel a természetes hüvelyi környezetnek
- Könnyen és biztonságosan használható gumióvszerrel
- Nincs fogamzásgátló hatása



Amennyiben a termékkel és a problémával kapcsolatos tájékoztató anyagot szeretne kapni, kérjük, adja meg nevét és címét:

Név: _____

Cím: _____

/Beleegyezem, hogy regisztrált adataim alapján ingyenes termékmintát, illetve tájékoztató anyagot küldjenek nekem. Hozzájárulok, hogy adataim a Johnson & Johnson Kft. számítógépes nyilvántartásába kerüljenek, melyet a cég bizalmasan kezel. Postacím: Johnson & Johnson Kft. Fogyasztási cikk részleg - Szakmai Programok, 2045 Törökbálint, Tó Park/

KY
BRAND

A HÜVELYSZÁRAZSÁG

A beteg csak a válasza vár, azonban sokszor túlságosan zavarban van, hogy feltegye a kérdést!

A Johnson & Johnson postájából

BEVEZETÉS Sok szó esik mostanában a férfiak merevedési nehézségeiről, az ennek megfelelő, a nőknél előforduló hüvelyi nedvesedés elmaradásáról azonban a megérdemeltnél jóval kevesebb. Talán azért, mert ez a kérdés nem látható, a nők részt tudnak venni a nemi együttlétben e nélkül is, a kapcsolat azonban fájdalmas, rossz élményt vált ki, de legalább ennyire kellemetlen lelki is, mert a nem megfelelő működés érzetét kelti. Ez utóbbi a legfőbb oka annak, hogy még a nagyon szenvedő nők sem hozzák szóba, kérdezik orvosukat, azt hiszik, bennük van a hiba.

A normális hüvelyváladék több helyről származik: a Bartholin-mirigyekből, a méhnyakban és felsőbb nemi szervekben található hengerhamból, illetve a hüvelyfalban futó erekből közvetlenül kiválasztódó váladékból. Összetételében megtalálható a többi testnedvben résztvevő anyagok legtöbbször, életszakaszonként változó összetételben. Vegyhatása élettani körülmények között pH 4,5 alatt van. A szerelmi együttlét első, ún. izgalmi szakaszában ez a váladék megsokszorozódik, amely elősegíti a későbbi egyesülést, védi a hüvelyfalat a behatástól keletkező sérüléstől. A váladék mennyiségének növekedésében szerepe van az agyban lezajló érzékelési folyamatoknak – szagok, hangok, látvány feldolgozása –, a közvetlen, testi kapcsolatból eredő ingereknek és hormonális, idegrendszeri hatásoknak.

A HÜVELYSZÁRAZSÁG OKAI Sok tényező idézheti elő a hüvelyi nedvesedésének elmaradását. Ezek lehetnek gyógyszerek, pl. antidepresszánsok, vérnyomáscsökkentők, allergia elleni szerek, fogamzásgátlók, antibiotikumok, melyek gyakran alkalmazott készítmények. A gyógyszerek használati utasításban a hüvelyszárazság, mint mellékhatás nincs kihangsúlyozva, legfeljebb „szájszárazság okozása” olvasható, ezért használójuk nem hozza összefüggésbe hüvelyi panaszát a készítményekkel.

A hüvelyszárazság leggyakoribb oka a hormonhiány, amelynek több oka lehet: 1. élettani állapot, mint pl. a szoptatás ösztrogénszegény időszaka, 2. fogamzásgátló szedése, 3. leggyakrabban a változások utáni állapot – hormonpótlás nélküli esetekben hozzávetőlegesen a nők 45%-ában, a hormonokat szedők 25%-ában fordul elő hüvelyszárazság. Ebben az időszakban ez további lelki megterhelést jelent az amúgy is sérülékeny önértékelésben. Hüvelygyulladások esetén a bőséges folyás ellenére az együttlét kellemetlen, égő, száraz érzéssel jár. A kezelést követően is megmarad a hüvelyszárazság mindaddig, amíg a normális hüvelyflóra nem áll helyre, ami hosszú ideig tarthat. Ezalatt a magukat gyógyultnak vélt betegek nem értik, miért kellemetlen a házasság; türelmetlenné, elkeseredetté és bizalmatlanná válnak.

A hüvelyszárazság egy másik nagyon gyakori oka az oly sokat említett stressz. Az egész napi megfeszített munka, család, háztartás után elvárják az asszonyoktól, hogy varázsütesre odaadó szeretővé váljanak. Nem is ez a nehéz. Testük nem mindig képes követni, amit agyuk elhatároz. Ekkor a szokásos előjáték vagy a megszokott társ kevésnek bizonyul ahhoz, hogy a nedvesedés kialakuljon, és ezt a nők kudarcaként élik meg. Elmarad az öröm, sőt a piciny sérülések égő érzése még hosszan emlékezteti őket a számukra sikertelen együttlétre. Az sem javít sokat, ha a férfi elég figyelmes, érzékeli a gondot, hiszen a nem megfelelő érzete belül már megszületett. Súlyos stressz hatást idült betegség vagy műtét utáni állapot is kiválthat.

1. táblázat. A hüvelyszárazság okai (United States NPD 1998. februári számából, A&U tanulmány)

Változások	19,0%	Menstruáció	6,0%
Hormonális változások	15,2%	Fogamzásgátló tabletták	5,4%
Stressz	15,2%	Gyermekezés	4,3%
Nem kielégítő nemi előjáték	13,0%	Szoptatás	2,2%
Méheltávolítás	8,2%	Hüvelyöblítés	1,1%
Gyógyszerszedés	7,1%	Egyéb	3,3%

A KEZELÉS LEHETŐSÉGEI Nagyon kevés az olyan nő, akit az eddig felsoroltak közül még egyik sem érintett. A kérdés tehát nagyon széleskörű, ennek ellenére nem kap elég figyelmet. Fontos lenne, ha a nőgyógyászati vizsgálatkor ez is szóba kerülne, az orvos rákérdezne, hiszen a nők döntő többsége egyedülálló, hiszi gondját, saját magát vagy kapcsolatát okolja, és éppen ezért titkolja.

A hüvelyszárazság kezelésében természetesen az oki kezelés a legfontosabb. Vannak azonban esetek, amikor a célzott kezelés nem elég vagy nem lehetséges, például a hüvelygyulladások kezelése utáni helyreállási időszak, hétköznapi stresszhatások, szoptatás, fogamzásgátlók szedése, nem elhagyható gyógyszerek. Ilyenkor fontos a kiegészítő kezelés, a hüvelyt sikeresen zselék alkalmazása.

A megfelelő hüvelyzseléknek a következő feltételeknek kell eleget tenniük: 1. legyenek semleges megjelenésűek és illatúak és használat után könnyen eltávolíthatók, 2. az óvszer használatakor, annak anyagát ne károsítsák. A vazelin nem jó, mert az óvszert károsítja.

A legtöbb beteg miután rájön, hogy gondja nem egyedüli, a megoldás pedig igen egyszerű, „hálásan hagyja el a rendelőt az ott dolgozó orvos szakmai tudásáról és empátiájáról ódat zengve”. Vajon nem ez a cél?!

A petefészek egyéb csírasejtes daganatainak szövettana képekben

MAGYAR ÉVA DR.

Országos Gyógyintézeti Központ, Patológiai Osztály, Budapest

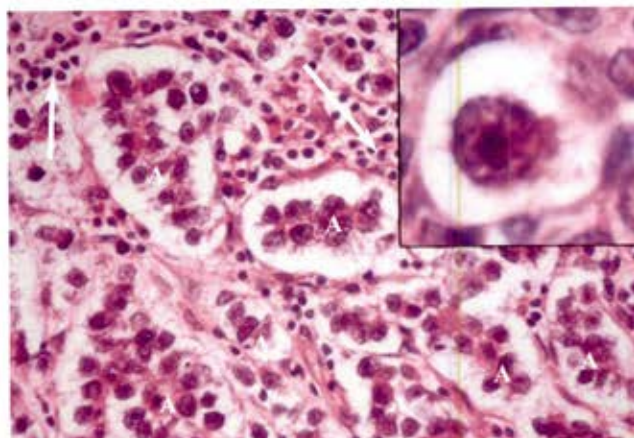
BEVEZETÉS A lap előző számában látott napvilágot a petefészek elsődleges daganatainak szövettanát bemutató új rovat első része a teratomákról, a leggyakrabban előforduló csírasejtes daganatokról. A sorozatot a többi csírasejt eredetű daganat ismeretével folytatjuk.

A csírasejtes daganatokra jellemző, hogy gyakran egymással együtt fordulnak elő, vagyis egyazon daganaton belül különböző csírasejtes daganatfélések jelennek meg. Ennek magyarázata a csírasejtes daganatok szövetfejlődésében, a csírasejtek minden irányú fejlődésképeségében rejlik (1).

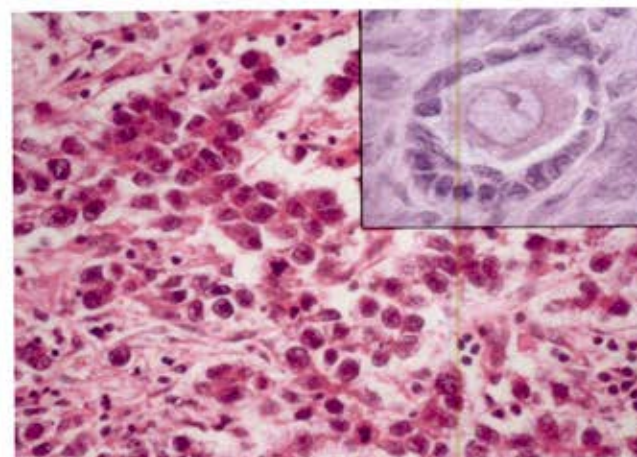
CSÍRASEJTES DAGANATOK

DYSGERMINOMA A dysgerminoma a leggyakrabban előforduló rosszindulatú csírasejtes daganat, amely többnyire tiszta formában jelentkezik, de más csírasejtes daganattal, illetve daganatokkal is előfordulhat (2-3). Szabad szemmel vizsgálva tokba zárt, többé-kevésbé dudoros felszínű, rugalmas, tömör képlet, amelynek metszéspapjai fehérek vagy vöröses-fehérek, jellemzően velősek. A daganat ös csírasejtekből és nyiroksejtekből beszárt kötőszövetes nyálábokból áll.

Szövettani képe jellegzetesen egyhangú. A daganatsejtek – az ös csírasejtek – lényegében a kezdetleges (primordiális) tüszőkben helyet foglaló nagyméretű elsődleges csírasejtekhez hasonlóak: plazmájuk bőséges és eozinofil festődésű, a sejtmag nagy, többnyire sötét, kromatindús, a maghártya éles. A daganatsejtek, illetve a daganatsejt csoportok körül világos udvar mutatkozik (1., 2. ábra). Sajátságos immunhisztokémiai festődés nincs. A dysgerminoma sejteinek DNS tartalma kétszerese a testi sejtek DNS tartalmának (4). Az osztódó sejtek száma esetenként változik. Benne mintegy 6-8%-ban syncy-



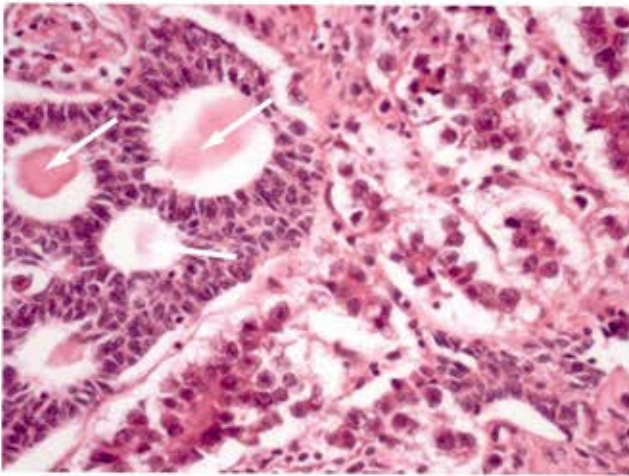
1. ábra A dysgerminoma nagyméretű daganatsejtjei csoportokba, kötegekbe rendeződnek (A). A kötőszövetes alapállományt nyiroksejtek szűrik be (nyílal jelölve). A nagyítás a daganatsejt képét mutatja, amely némileg emlékeztet a kezdetleges (primordiális) tüszőben található csírasejtre, de plazmája eozinofilebb, a sejtmag kromatin tartalma nagyobb. A sejtet világos udvar veszi körül (HE, 100x, beszártas eredeti nagyítás 400x).



2. ábra A fenti daganat más részlete, a daganatsejtek között tömegesebb kötőszövet látható. A nagyítás a kezdetleges tüsző képét mutatja. A tüszőt granulosa sejtek övezik, és ezen belül látható a világos udvarral körülvett ép csírasejt. A csírasejt plazmája halvány, a sejtmag nagy, laza szerkezetű, benn egy nagy magvacskó foglal helyet. (HE, 100x, a beszártas eredeti nagyítása 400x).

Levelezési cím:

Prof. dr. Magyar Éva
Országos Gyógyintézeti Központ
Patológia Osztály
1135 Budapest, Szabolcs u.35.
Távbeszélő, távmásoló: 350-4730
Villanyposata: magyare@hiete.hu

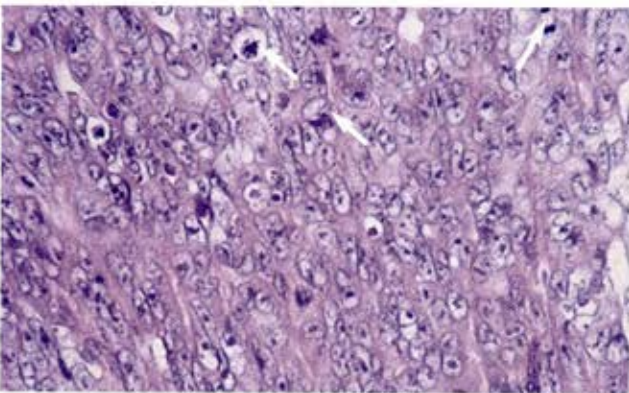


3. ábra Dysgerminómba ágyazottan jellegzetes granulosa-sejtes daganat részlete látható, benne Call-Exner-test szerű üregekkel (nyílak) (HE, 200x)

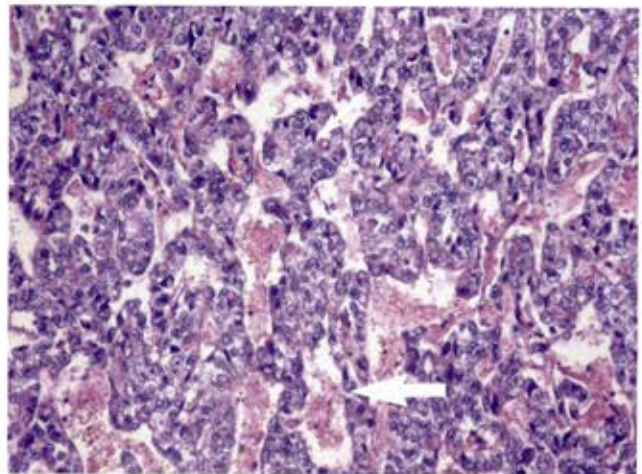
trophoblast sejtek is előfordulnak; ez azonban nem befolyásolja a kórjóslatot. A yolk sac tumor és dysgerminoma együttes előfordulása szokványos. Dysgerminómában viszonylag gyakran láthatók sex cord elemek, elsősorban granulosa-sejtek, jellegzetes granulosa-sejtes daganatrészletek (3. ábra). Ezekben az esetekben a dysgerminoma nem újonnan, hanem gonadoblastomából keletkezett.

EMBRIONÁLIS RÁK (CARCINOMA EMBRYONALE) A petefészekben önmagában igen ritkán fordul elő, többnyire más csírasejtes – elsősorban yolk sac – daganatokkal együtt jelenik meg (2).

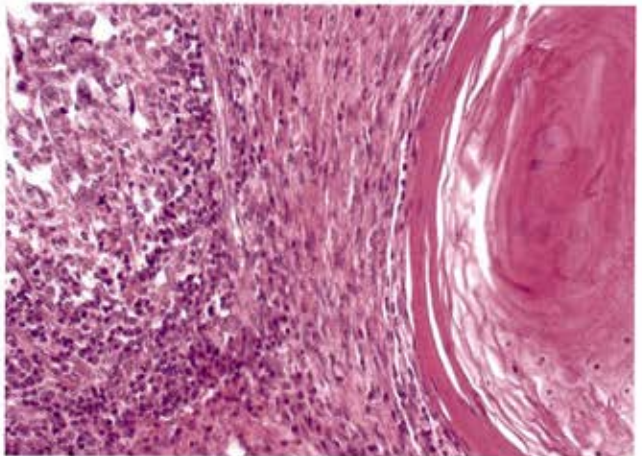
Szövettani képe a szövetmintázattól függően változatos: tömör, szemölcsös, gerendázott vagy a kettő keveréke. A daganatsejtek nagyok, szögletesek, hámsejtekre emlékeztetnek. A sejtmagok nagyok, hólyagosak, bennük több magvacska is lehet. Az osztódási arány kifejezett, szabálytalanul osztódó sejtek is gyakoriak (4., 5. ábra). A 6. ábrán teratómával együtt előforduló embrionális rák látható. Kórisme értékű immunhisztokémiai festődés nincs.



4. ábra Embriionális rák. Az igen sejtdús, tömör szerkezeti képet mutató daganatot szorosan egymás mellé rendeződő daganatsejtek tömege alkotja. A hólyagos sejtmagokban nagy magvacskák vannak. Sok az osztódó sejt, köztük kóros osztódások is láthatók (nyílak) (HE, 200x).



5. ábra A szemölcsös (vékony nyíl), köteges (vastag nyíl) (papillaris-trabecularis) mintázatú embrionális rák sejtei kevésbé sokalakúak (HE, 100x)



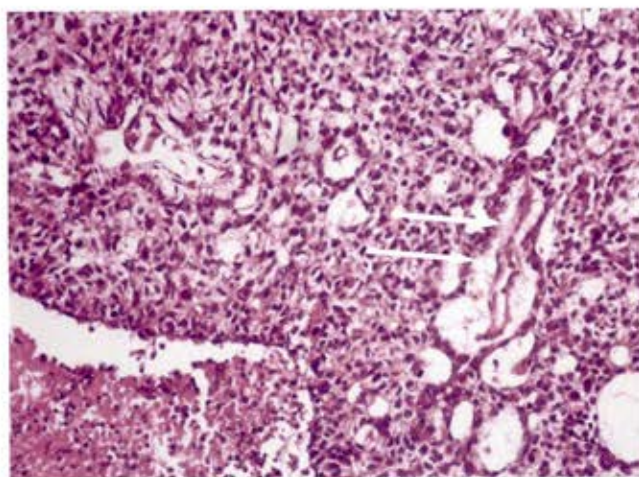
6. ábra A kép jobb oldalán elszarusodó laphámtömeg látható, amely a daganat alkotásában résztvevő grade 2 teratoma részlete. Mellette, baloldalon kevert formájú embrionális rák részlete figyelhető meg, a kettőt kötőszövet választja el (HE, 100x).

YOLK SAC DAGANAT Igen gyorsan növekedő daganat. Szabad szemmel vizsgálva kerek vagy ovális, lebenyezett képlet, tapintata lágy.

Szövettani képe változatos. A daganatsejtek sejttani jellemzői és az egymástól lényegesen eltérő szövetmintázat szerint a yolk sac daganatnak tízféle változata ismert (1-2, 5-6). Ezek többnyire kevert formában jelentkeznek, tehát egyazon daganatban többféle forma figyelhető meg. Viszonylag ritkán fordul elő, hogy a yolk sac daganat egységes mintázatot mutat. Immunhisztokémia: a daganatsejtek alacsony molekulásúlyú citokeratinnal és csaknem minden esetben α -fetoproteinnel is erősen festődnek, aminek kórismézési értéke van.

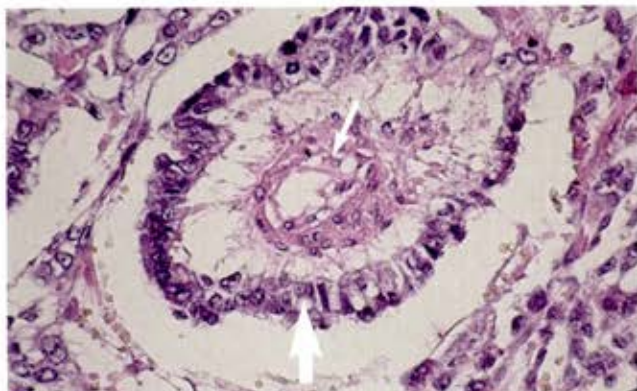
A YOLK SAC DAGANAT KÜLÖNBÖZŐ FORMÁI

1. Endodermális sinus daganat. Könnyen felismerhető, jellegzetes forma: laza kötőszövetes állományban vékonyfalú erek hossz- és keresztmetszetei köré rendeződő köb vagy henger

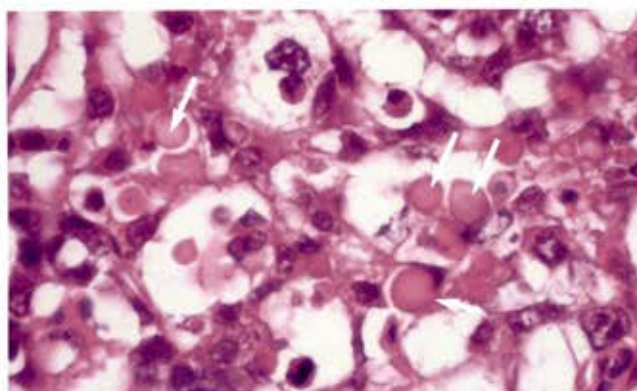


7. ábra Endodermális sinus daganat jellegzetes képe: a köbalakú daganatsejtek vékonyfalú erek köré (nyílal jelölve) rendeződtek (HE, 100x)

alakú, hámjellegű sejtekből álló egységek, az ún. Schiller–Duval-testek alkotják. A sejtek víztiszta vagy halvány eozinofil plazmájúak, a sejtmagok nagyok. Az osztódó sejtek száma esetenként változó. Jellemzőek a sejten belül vagy kívül látható, változatos méretű hialingyöngyök. (7., 8., 9. ábra)

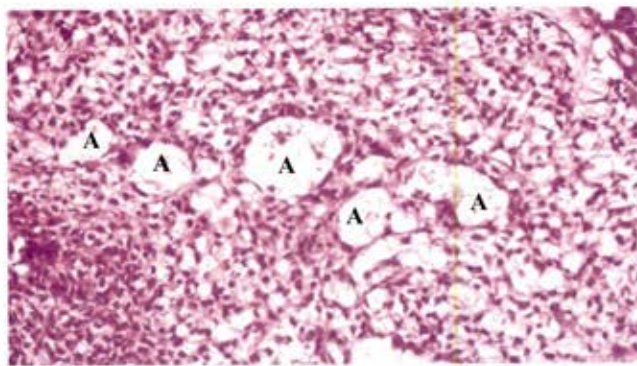


8. ábra Az előbbi daganatból származó nagy nagyítású képen jól látható a daganatot képező egység, a Schiller–Duval-test haránt metszete. A test közepén futó eret (vékony nyíl) gyűrűszerű udvar veszi körül, és ezt szegélyezik az 1-3 sorba körkörösen rendeződő, köbalakú daganatsejtek (vastag nyíl) (HE, 200x).



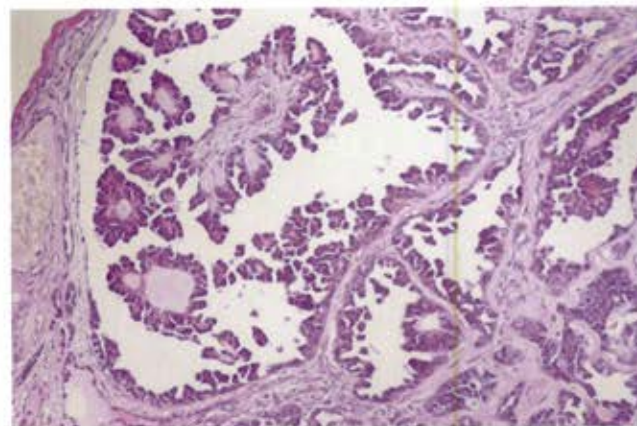
9. ábra Változatos nagyságú hialingyöngyök (nyílakkal jelölve) tömege foglal helyet a daganat bemutatott részletében (HE, 200x).

2. Kistömlős (mikrocisztás) forma. Üreges daganatsejtek lépes mézszerű képet mutatnak. Hialingyöngyök itt is gyakran mutatkoznak. Sok az osztódó sejt. (10. ábra)

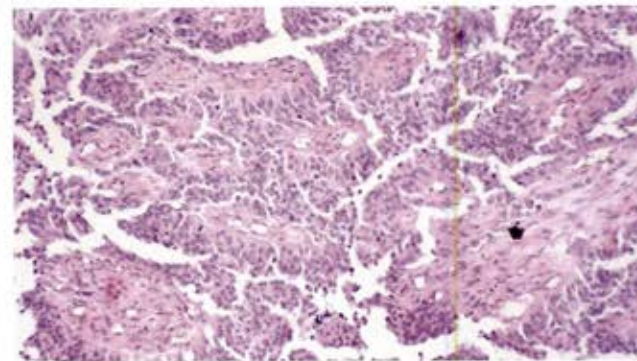


10. ábra A yolk sac daganat kistömlős (mikrocisztás) (A) formája. Az egymás mellé rendeződő hólyagos plazmájú daganatsejtek miatt a szöveti kép csipkészerű vagy lépes méz-szerű rajzolatot mutat (HE, 100x).

3. Szemölcsös mintázatú yolk sac daganat. Elágazódó eres, kötőszövetes vázon ülnek a hámsejtekre emlékeztető, változatos méretű daganatsejtek. A kötőszövetes váz gyakran hialinosan átépül. (11., 12. ábra)



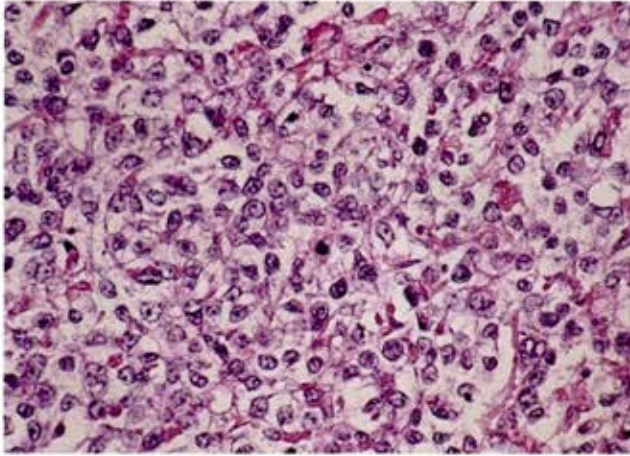
11. ábra Szemölcsös mintázatú yolk sac daganat. A faagszerűen szétágazódó rostos kötőszövetes vázon kerek vagy köbalakú daganatsejtek burjánzanak (HE, 100x).



12. ábra A szemölcsös formájú daganat másik változata, amikor a papillák vastak, hialinosak, a szerkezet tömöttebb, de itt is jól látható a papillákon ülő daganatsejtek burjánzása (HE, 100x).

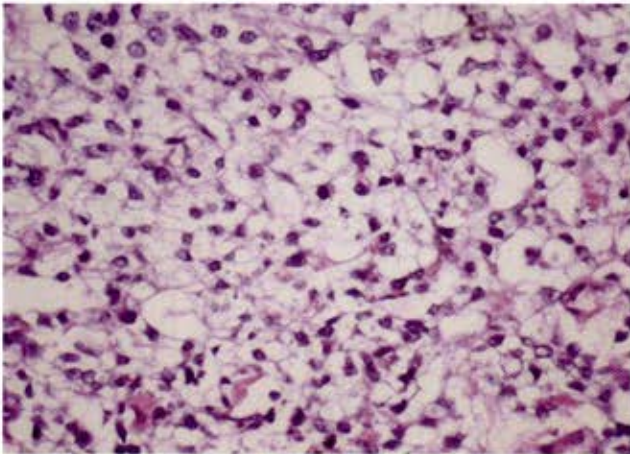
4. Glanduláris-alveoláris forma. A köb alakú vagy erősen lelapult daganatsejtek szabálytalan alveolusokat és mirigyszerű képleteket formálnak. Rendkívül ritka.

5. Szolid forma. A sokszögű, közepes méretű, hámsejtekre emlékeztető daganatsejtek kisebb-nagyobb csoportokba tömörülnek, a szöveti kép egységes. Fontos megjegyezni, hogy az AFP-immunreakció ebben a formában mindig negatív eredményt ad. (13. ábra)



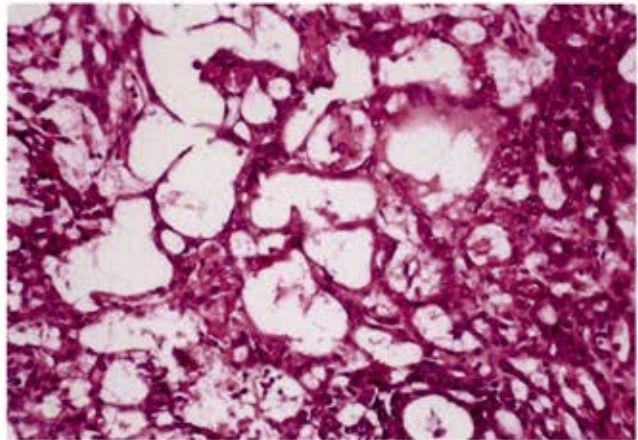
13. ábra A szolid forma képe egyhangú: változatos alakú daganatsejtek tömege mutatkozik a szövettani képen (HE, 100x).

6. Myxomatousus forma. Jellegtelen, vizenyős és nyákos alapállományban hám jellegű daganatsejtek csoportjai jellemzik. Sejtszegénysége és említett jellegtelen volta miatt tévesen jóindulatú kötőszöveti daganatnak ítélné a gyakorlatlan vizsgáló. A daganatsejtek AFP pozitivitása nagyban segíti felismerését. (14. ábra)



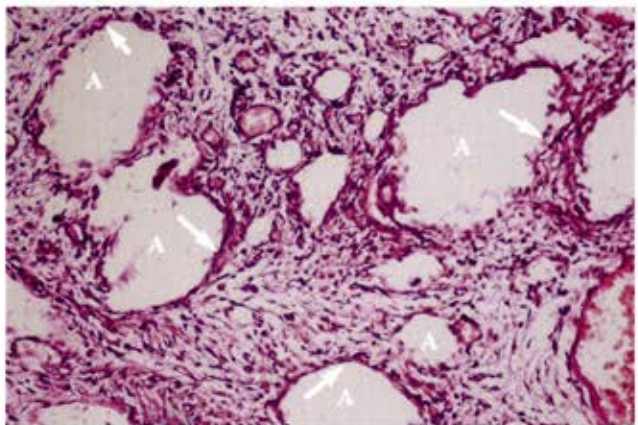
14. ábra: A myxomatousus forma sejtjei a szolid embrionális rák sejtjeihez hasonlítanak, de itt a szerkezet laza. A kép itt is egyhangú (HE, 100x).

7. Nagytömlős (makrocisztás) forma. Csipkeszerű mintázatot mutató szöveti kép, egymás mellé rendeződő vékonyfalú tömlők tömegéből áll. A tömlőket lelapult daganatsejtek bélelik, ezek AFP pozitivitást mutatnak. (15. ábra)



15. ábra A nagytömlős (makrocisztás) forma ugyancsak csipkeszerű rajzolatot mutat. A vékonyfalú tömlőket bélelő hám lelapult, alig azonosítható (HE, 100x).

8. Sokhólyagos (polyvesicularis) vitellin forma. Ritka és nehezen azonosítható formája a yolksac daganatnak. Tömött vagy laza, vizenyős kötőszövetes alapállományban szétszórtnak, egymástól változatos távolságban különböző nagyságú hólyagok vannak. A hólyagokat lelapult vagy köb alakú daganatsejtek bélelik. (16. ábra)

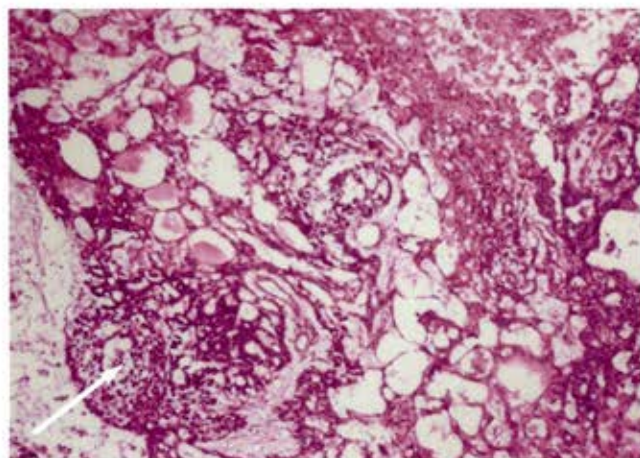


16. ábra Sokhólyagos (polyvesicularis) vitellin formájú yolksac daganat. Jellegtelen szöveti kép. Laza, vizenyős, rostos alapállományban különféle alakú és változó méretű üregek (A) foglalnak helyet. Az üregeket alig látható lapos daganatsejtek bélelik (nyílak) (HE, 100x).

9. Hepatoid forma. A daganatsejtek májsejtekre emlékeztetnek, eozinofil plazmájuk tömeges és szemcsézett. A daganat változatos nagyságú hialingyöngyöket is tartalmaz. A kerekded sejtmagok a sejt közepén helyezkednek el. Sok az osztódó sejt, közöttük kóros osztódó alakok jellemzően gyakoriak.

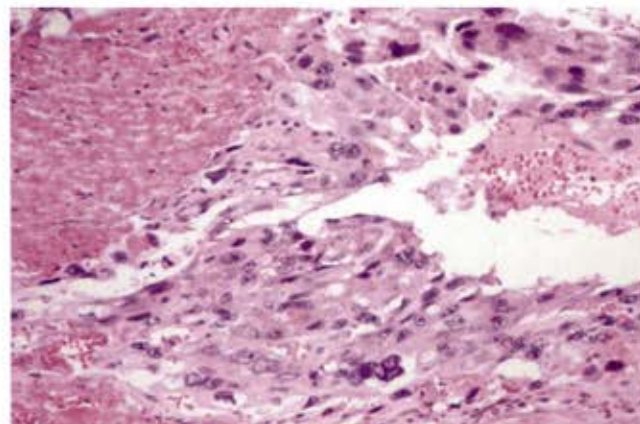
10. Primitív intestinális (enterikus) forma. Tömött vagy laza, gyakran hialinos kötőszövetbe ágyazottan változatos átmérőjű, kerekded mirigyek láthatók, amelyeket köb alakú, hámsejtekre emlékeztető daganatsejtek bélelnek, a mirigyek üregében eozinofil festődésű váladék van. Az osztódási gyakoriság esetenként változó.

Amint ezt a fentiekben hangsúlyoztam, a yolk sac daganatban többnyire a daganat különféle elemei keverednek (17. ábra).



17. ábra A yolk sac daganat különféle formái szokásos módon keverednek egymással, így igen változatos képet mutathatnak. Az ábrán nagy- és kistöm-
lős forma uralja a képet, de Schiller-Duval-test is látható (nyíl) (HE, 100x).

CHORIOCARCINOMA A gesztációs choriocarcinomával szerkezeti-
leg azonos daganat, biológiai viselkedése azonban eltérő; a
petefészekben csirasejtes daganatként keletkező choriocarci-
noma nagyon rosszindulatú, gyorsan növekszik és gyorsan ad
áttéteket (7). A petefészek más csirasejtes daganataival együtt
jelentkezik, önmagában, tiszta formában rendkívül ritka. Ben-
ne vérzések és elhalások szabályszerűen megtalálhatók. A da-
ganatot nagyméretű, egy- vagy több magvú syncytiotro-
phoblastok és közepes nagyságú cytotrophoblastok képezik
(18. ábra). A daganat a szérumszint emelkedésével árul-
ja el magát, és természetesen a HCG-immunreakció is pozitív
a metszetekben.

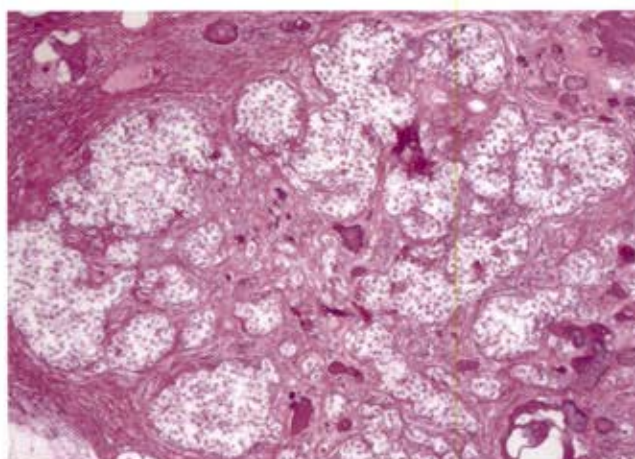


18. ábra Choriocarcinoma szokványos szöveti képe. Bevérzett, elhalt daga-
natszövetben alig egy-egy látótérnyi értékelhető állapotban lévő daganatszö-
vet mutatkozik. Ebben trofoblaszt sejtek azonosíthatók (HE, 100x).

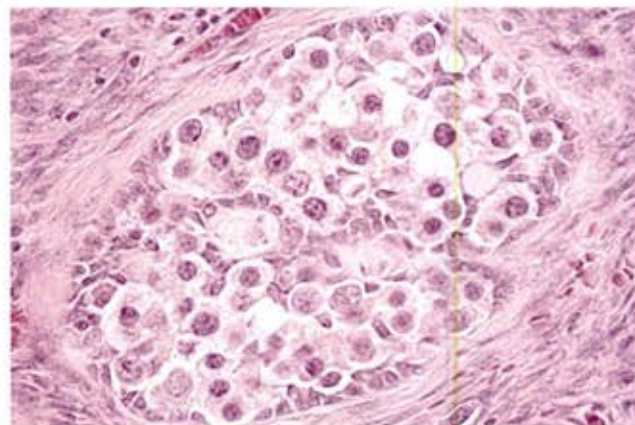
**CSIRASEJTEKBŐL ÉS SEX CORD STROMA ELEMÉKBŐL ÁLLÓ DAGANA-
TOK** Külön csoportot képeznek azok a ritkán előforduló elsőd-
leges petefészek daganatok, amelyek csirasejt eredetű és sex
cord stroma eredetű daganatsejtekből épülnek fel. Két formá-

juk ismert. Önmagukban ezek a daganatok szinte mindig jóin-
dulatúak, veszélyük, hogy belőlük dysgerminoma vagy más –
a fentiekben részletezett – csirasejtes daganat indulhat ki (1, 7).

GONADOBLASTOMA Az esetek többségében csikgonádból, va-
gyis hibásan fejlődött petefészekből kiinduló daganat. Turner-
szindrómás betegekben gyakoribb, mint az átlagos népesség-
ben. A betegekben különféle kromoszóma eltérések mutatko-
znak, leggyakoribb kariotípus a 46 XY és a 45X/46XY, illetve
az Y kromoszómát tartalmazó mozaicizmus különféle formái.
A daganat nem nő nagyra, tömör és több-kevesebb meszet tar-
talmaz. Szövettena jellegzetes, semmivel össze nem téveszthe-
tő. A dysgerminoma sejtjeihez hasonló csirasejtek csoportjai-
ból és granulosa sejtekből álló, hialin gyöngyöket tartalmazó
és hialinos tokkal körülvett, kerek vagy ovális testek láthatók
tömött, mészfelrakódásokkal tarkított alapszövetben. Ezek
mellett Leydig-sejtek, esetleg granulosa-sejtek csoportjai azo-
nosíthatók. (19., 20. ábra)



19. ábra Gonadoblastoma. A daganat alapállományát tömött, hialinos és sok
meszet is tartalmazó kötőszövet képezi. Ebbe ágyazottan jellegzetes, élesen
körülhatárolt kerek vagy ovális testek foglalnak helyet, egyesével vagy cso-
portosan (HE, 100x).



20. ábra A gonadoblastomában látható testet vékony hialingyűrű övezi. Ennek
belső oldalát granulosa-sejtek bélelik, és tartalma a dysgerminoma sejtjeivel
azonos, nagy csirasejtekből, granulosa-sejtekből és hialinos gömböcskékből áll
(HE, 200x).

KEVERT CSÍRASEJTES SEX CORD STROMA DAGANAT A gonadoblastomában látható csírasejtekkel azonos sejtek és sex cord eredetű sejtek, elsősorban kezdetleges Sertoli-sejtek keverednek a daganatban. Általában sok az osztódó sejt.

IRODALOM

1. Jacobsen GK, Talerma A. Atlas of germ cell tumors. Histogenesis of germ cell tumours. Munksgaars, Copenhagen 1989.
2. Talerma A. Germ cell tumors of the ovary. In Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract (Kurman ezerk) 5th ed. Pringer-Verlag, New York 2002:967-1033.
3. Bjorkholm E, Lundell M, et al. Dysgerminoma. The Radiuhemmet Series 1927-1984. Cancer 65, 38-44, 1990.
4. Asadourian LA, Taylor HB. Dysgerminoma. An analysis of 105 cases. Obstet Gynecol. 1969; 33:370-379.
5. Prat J, Bhan Ak, et al. Hepatoid yolk sac tumor of the ovary (endodermal sinus tumor with hepatoid differentiation). A light microscopic, ultrastructural and immunohistochemical study of seven cases. Cancer 1982; 50:2355-2368.
6. Cohen MB, Talerma A, et al. Gonadal endodermal sinus (yolk sac) tumor with pure intestinal differentiation: a new histologic type. Pathol Res Pract 1987; 182:609-616.
7. Pathology and Genetics. Tumours of the breast and female genital organs. WHO Classification of tumours. IARC Press, Lyon 2003.

FELHÍVÁS

EAGC-AVON tudományos pályázatok

Az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia (EAGC) az AVON Cosmetics Hungary Kft. támogatásával 10 pályázatot hirdet „Az emlőrák molekuláris kórjóslati jelzői” címmel. A pályázatok célja olyan molekuláris tényezők (prognosztikai faktorok) tanulmányozása, amelyek esetleg majd beépíthetők a klinikai gyakorlatba. A kutatások nemzetközi együttműködésben is végezhetők. További célkitűzés az emlőrák molekuláris genetikai vizsgálatait végző hazai kutatók munkájának elősegítése, összehangolása – különös tekintettel az örökletes emlőrákra. Ennek érdekében egy országos gén- és adatbank létrehozása és az örökletes emlőrák genetikai vizsgálata is a tervek között szerepel.

Egy-egy pályázat futamideje legfeljebb 1,5 év. A kutatás eredményeit tudományos közlemény formájában kell összefoglalni, és egy nemzetközi (impakt faktorral rendelkező) valamint hazai folyóiratban megjelentetni. A közlemény(ek)ben fel kell tüntetni, hogy a kutatás az EAGC-AVON pályázat támogatásával valósult meg.

A pályázatok beadása folyamatos. A pályamunkákat egy független szakbizottság értékeli 3 hónaponként – 2004 májustól kezdve.

A támogatás összege pályázatonként 2–5 millió forint.

Jelentkezés és pályázati nyomtatvány beszerzése: Krivácsy Eszter, AVON Cosmetics Hungary Kft. 2100 Gödöllő, Haraszi u. 3. Telefon 06-28-530-000/2012 mellék.
Telefon: 06-28-530-000/2012 mellék.

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

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



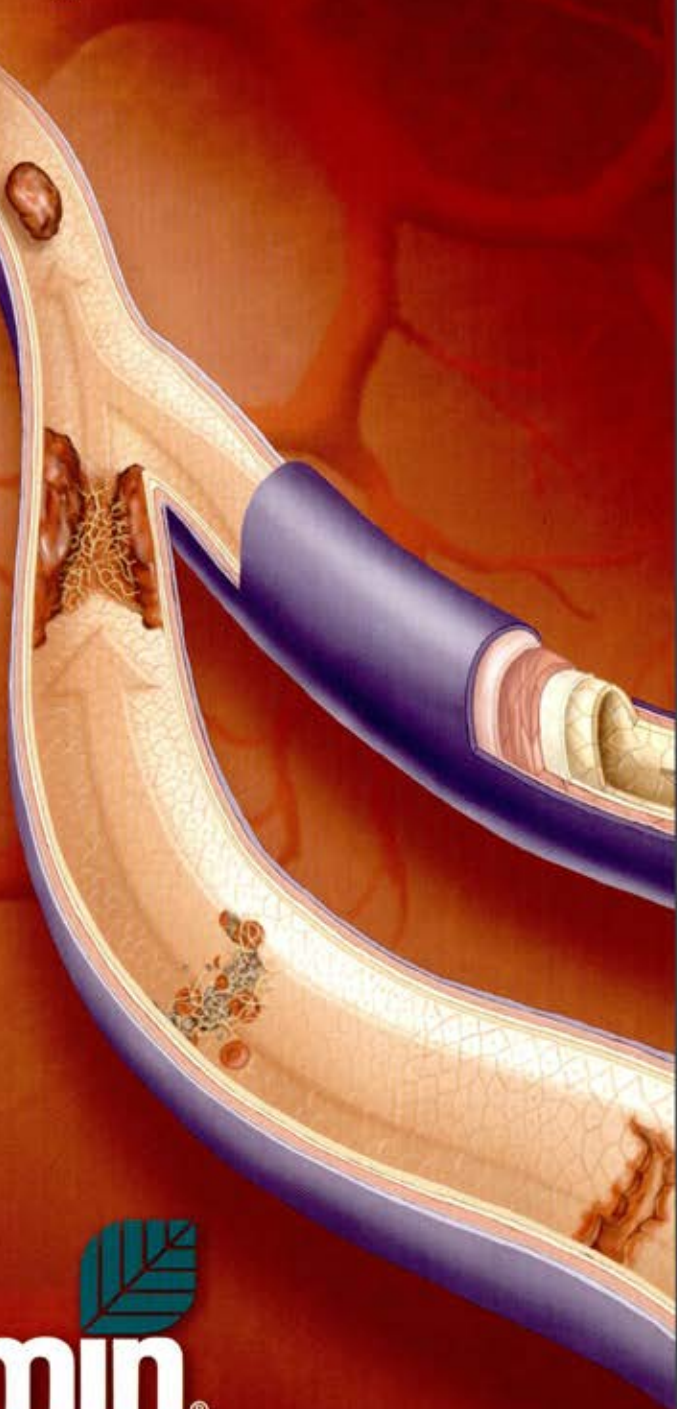
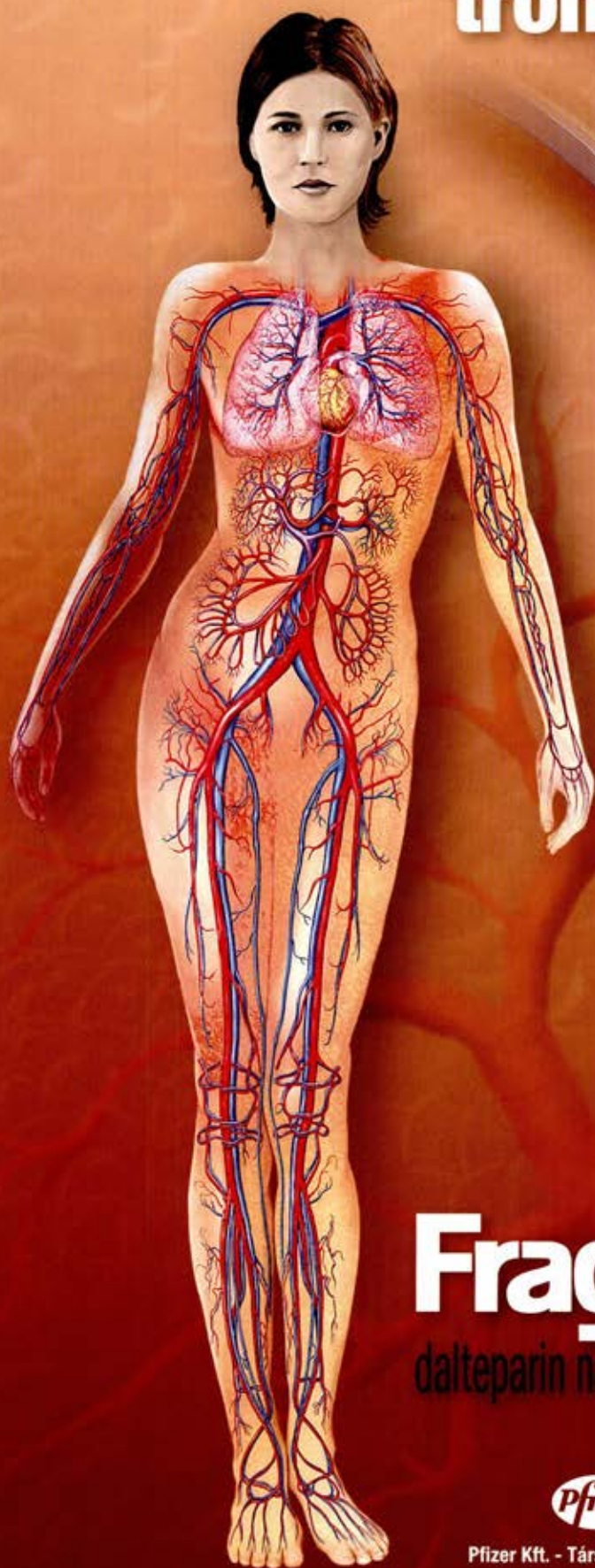
ÚJ S40. ÍZIG-VÉRIG VOLVO.

VALÓDI BIZTONSÁG. A NAGYOBB KATEGÓRIÁS MODELLEKÉT IS MEGHALADÓ ÜTKÖZÉSI BIZTONSÁG. KATEGÓRIÁJÁBAN PÁRATLAN, NÉGYFÉLE ACÉLBŐL KÉSZÜLT KAROSSZÉRIA. **HAMISÍTATLAN SKANDINÁV DESIGN.** VÉGLETEKIG LETISZTULT VONALAK. ULTRAMODERN, SZABADON LEBEGŐ KÖZÉPKONZOL. **IGAZI VEZETÉSI ÉLMÉNY.** 1.8 125 LE, 2.4 140 LE, 2.4i 170 LE, T5 220 LE, 2.0D 136 LE TELJESÍTMÉNYŰ MOTOROKKAL. **VOLVO INFO-VONAL: (06 1) 238 8150, WWW.VOLVOCARS.HU**

VOLVO
for life



Ambulánsan is egyszerűen alkalmazható tromboprofilaktikum




Fragmin®
dalteparin nátrium



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 nemi érintkezéssel terjedő fertőzések laboratóriumi molekuláris vizsgálatai

NAGY KÁROLY DR.

Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest

BEVEZETÉS Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 250 millióra becsüli a nemi érintkezéssel terjedő fertőzések (sexually transmitted infection: STI) számát évente. A havivérzés beköszöntéhez képest a házasságkötés ideje világszerte kitolódott, ennél fogva a nemi kapcsolatok száma növekszik, ez pedig a nemi érintkezéssel terjedő fertőzések évről évre gyakoribb előfordulásához vezet. E fertőzések következménye, illetve szövődménye a felső nemi szervek fertőzése, az idült kismedencei fájdalom, a méhkürt eredetű meddőség, a koraszülés, a vetélés, a veszélyes fertőzések, az idült visszatérő nemi szervi betegségek, valamint a nemi szervek rosszindulatú daganatai, amelyeket nagyszámú kórokozó okoz vagy vált ki. A nemi érintkezéssel terjedő tünetmentes fertőzések száma nem ismert, illetve nagy részben alábecsült, ami egyebek mellett a szülőről az újszülötthez való terjedés veszélyét is magában rejti. A nemi szervek fertőzése a HIV- (humán immunhiányos vírus-) fertőzés létrejöttének és terjedésének kockázatát is fokozza.

A nemi érintkezéssel terjedő fertőzések közegészségügyi jelentősége egyre nagyobb figyelmet kap. A legtöbb európai országban jogilag szabályozzák a bejelentést, a kezelést és a partnerkutatót, de mivel ez nem vonatkozik az összes országra, a fertőzések előfordulása változó. A fertőzés feltárása, a tanácsadás, a fertőzött személyek és nemi partnereik kezelése nagyon fontos lépések a nemi érintkezéssel átvitt fertőzések terjedésének csökkentésére. Jelenleg számos olyan gyógyszer áll rendelkezésünkre, amely alkalmas a legtöbb, baktérium, gomba, egysejtű és külső élősködő (ektoparazita) okozta, a nemi érintkezéssel terjedő fertőzések klinikai és mikrobiológiai gyógyítására. Vírusfertőzések esetén azonban nem ilyen kedvező az eredmény: vírusellenes gyógyszerekkel ugyanis a klinikai tünetek csökkenthetők, sőt néhány esetben gyógyíthatók is, de a vírusok kiirtása nem lehetséges. Az oltásokkal megelőzhető, vírusos eredetű nemi érintkezéssel terjedő fertőzések számának

csökkentése érdekében ajánlott a kockázatnak kitett személyek fertőzés előtti (pre-exposure) oltása.

A LABORÁTORIUMI VIZSGÁLATOK LEHETŐSÉGEI Jelenleg hat olyan laboratóriumi eljárással rendelkezünk, amelyek alapvetők a nemi úton átvitt fertőzések kórismézésében: a mikroszkópos vizsgálat, a tenyésztés, a szerológia, az enzimek és anyagszertermékek mérése, továbbá az antigének és nukleinsavak kimutatása.

Egyes módszereket jelenlegi vagy más formájukban már 120 éve is alkalmaztak. Az 1880–1910 közötti harminc évben a mikroszkópos megfigyelések hozzájárultak a *Treponema pallidum*, a *Neisseria gonorrhoea*, a *Haemophilus ducreyi*, a *Calymatobacterium* és a *Trichomonas vaginalis* azonosításához. Ekkor vált tenyésztethetővé a gonococcus, és ekkor dolgozták ki a vérbaj szerológiai kimutatásának módszerét. A következő harminc évben új módszerek – az immunfluoreszcencia, az immobilizálás, az adherencia és az agglutináció – bevezetése révén a mikroszkópia és a szerológia egyre érzékenyebbé vált, és egyre több baktérium vált tenyésztethetővé. Az 1940 és 1970 közötti időszakban olyan sejtenyésztési módszerek jelentek meg, amelyek lehetővé tették a legtöbb vírus, a *Chlamydia* és a nemi szervi mycoplasma kimutatását. A laboratóriumi eljárások robbanásszerű fejlődését éljük át 1970 óta. Ez az antigén-felismerési módszerekkel – EIA (enzyme immunoassay), ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay), DFA (direct fluorescent antibody) – kezdődött (*Chlamidia trachomatis*) (1), majd olyan molekuláris eljárásokkal folytatódott, mint a nukleinsav-hibridizáció és -sokszorosítás (amplifikáció). Napjainkban már molekuláris eljárásokkal vizsgáljuk a *Chlamydia trachomatis*-t, a *Neisseria gonorrhoea*-t (2), a *Treponema pallidum*-t, a HSV- (herpes simplex vírus-), a *Haemophilus ducreyi*-t, a *Trichomonas vaginalis*-t (3), a mycoplasma-, a sarjadzógomba- (*Candida*-) (4), a HBV- (hepatitis B vírus-), a HPV- (humán papillomavírus-) és a HIV-fertőzéseket.

A molekuláris vizsgálatok bevezetése a klinikai laboratóriumokba kétségtelenül az utóbbi két évtized legfontosabb fejlődése volt. A nukleinsav-sokszorozási eljárások fokozott érzékenysége a tünetmentes nemi fertőzések kórmeállításának

Levelezési cím:

Prof. dr. Nagy Károly

Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet

1096 Budapest, Mária u. 41.

Távbeszélő (36 1) 266-0465, távmásoló (36 1) 267-6974

Villanyposta: nagkar@bor.sote.hu

új lehetőségeit eredményezte, amely a hatékony kezelés és a megelőzés alapvető követelménye.

AZ EGYES KÓROKOZÓK ELTERJEDTSÉGE ÉS KIMUTATÁSA Az utóbbi évtizedben Európában a HIV-, a nemi szervi herpeszvírus- (HSV-2 és HSV-1) (5), a humán papillomavírus- (HPV) és a Chlamidia trachomatis- (1) fertőzésnek a legnagyobb a közegészségügyi jelentősége a nemi úton terjedő fertőzések közül.

HIV, AIDS A betegség összesített gyakorisága Spanyolországban, Svájcban, Portugáliában, Franciaországban és Olaszországban a legmagasabb. Nagy-Britanniában, a skandináv országokban és Közép-Európában (így Magyarországon is) homoszexuális kapcsolat útján történik a legtöbb fertőzés. A mediterrán országokban a gyűjtőeres kábítószeres élvezete kapcsán a fertőzött tű közös használata, a kelet-európai országokban a nőről férfira terjedés a HIV-fertőzés fő forrása. A HIV-fertőzés szűrésére negyedik generációs ELISA-tesztek szolgálnak, amelyek a vírus ellen képződött ellenanyagokat már a fertőzést követő 10-14. napon kimutatják. Ezek az immunoesszék a HIV-antigén kimutatásának lehetőségével társítva a még korábbi kórismézést szolgálják. A HIV-antigén-immunoesszék elsősorban a vírus magproteinjét (p24) és a burokfehérjét (gp41, gp120) mutatják ki (érzékenységük 10 ng alatt van). A vérplazma vírus-RNS-mennyiségének (úgynevezett kópia-szám) meghatározására fajlagos céleljárasokat (házánkban a Nasba-módszert) (6) alkalmaznak. Az immunoesszék Western blot eljárással erősítik meg, igazolják. A HIV-fertőzés laboratóriumi kórismézésében nem terjedt el a HIV polimeráz láncreakcióval (PCR) való kimutatása. Nagyszerű érzékenységű molekuláris módszereket (génpolimorfizmus, DNS-hibridizáció, rekombináns deléció mutánsok) használnak viszont a vírus iránti fogékonyság genetikai meghatározására (7) és a HIV gyógyszer-érzékenységének kimutatására: a virális reverz transzkriptáz (8) és proteáz enzimek működését gátló és a hatékony, aktív antiretrovirális kezelés (HAART, highly active antiretroviral therapy) legfontosabb gyógyszerei hatékonyságának ellenőrzésére.

HERPES SIMPLEX A nemi szervi herpeszvírus-fertőzés klinikai eseteinek száma az utóbbi években állandósult (5), de a HSV-2 ellenanyag-pozitivitás mértéke az átlagnépességben (5% a tizenévesekben, 10% a 20-29 évesekben és 20% a 35 éven felüliekben) jelzi a tünetmentes fertőzések jelentőségét.

HUMÁN PAPILOMAVÍRUS A nemi szervi humán papillomavírus- (HPV) fertőzés (13) a leggyakoribb a vírus eredetű STI-k közül, és gyakrabban fordul elő, mint a legtöbb más nemi úton terjedő betegség. A humán papillomavírusok (HPV) a vírusok olyan nagy családját alkotják, amelynek több mint ötven tagja játszhat kóroki szerepet a nemi szervek fertőzéseiben. Attól függően, hogy a méhnyakrákból kimutathatók-e, magas, illetve alacsony daganatkeltő besorolást kaptak. A HPV 16 és 18 társul leggyakrabban rákkal, míg a HPV 6 és 11 található leg-

inkább a jóindulatú nemi szervi szemölcsökben. Az egészséges – nyilvánvaló sejtkeneteltérés nélküli – nők nagy részében a HPV 16 a leggyakoribb, egyedül előforduló fajta.

A HPV-fertőzések nagyrészt tünetmentesek. A felnőtt nők 3-10%-a fertőzött a nagy kockázatú HPV-fajtákkal (HPV 16 és 18), míg 10-35%-uk az egyéb HPV-fajtákkal. Olyan szűrő-rendszert kell kialakítani, amelyben a méhnyakrákszűrésre alkalmazott Papanicolaou-vizsgálatot a daganatkeltő HPV-fajták kimutatásával egészítik ki.

A HPV-fertőzés megállapítása a vírus-DNS kimutatásán alapszik. Olyan PCR alapú eljárásokat dolgoztak ki, amelyekben szabvány primereket alkalmaznak a legtöbb ismert genitális HPV számára. Az amplikonokat (PCR-termékek) vagy általános, bármely HPV-t igazoló próbákkal vagy fajlagos próbákkal azonosítják. A Hybrid Capture teszt nem amplifikáló eljárás, a HPV bázissorrendjének meghatározásán (szekvenálás) alapul, és magas, illetve alacsony kockázatú HPV-próbákat tartalmaz. Számos laboratórium ELISA-t használ a HPV-ellenanyagok kimutatására. Ezek a tesztek a HPV-kapszidot használják cél antigénként, amely mint víruszerű részecske (VLP – virus-like particle) ismert. Az eljárás csak típusfajlagos választ tud kimutatni, de alkalmas korábbi HPV-fertőzés kimutatására is. A sejtkenet, a szövettan, a kolposzkópia vagy cervikográfia a HPV-fertőzés nem specifikus bizonyítására alkalmas.

A ritka, szülés körüli fertőzéseket a HPV 6 és 11 okozza, laryngealis papillomatosiszt váltva ki a gyermekekben. Gyermekkorban más nemi HPV-fertőzés nem igazolható, a szexuális érés során azonban egyre gyakrabban találkozunk vele. Olyan, 18-20 éves amerikai lányoknál, akik körében más nemi úton terjedő betegségek prevalenciája alacsony volt, de egy-egy több szexuális partnerről számoltak be, a HPV-DNS 39%-ban volt kimutatható. A HPV-DNS előfordulása egyenes arányban emelkedett a szexuális partnerek számával: az öt vagy több szexuális partnerrel rendelkező nők 85%-ánál volt kimutatható.

A HPV-DNS a vírusfertőzést követően körülbelül egy évig mutatható ki PCR-rel, az után már nem. Nem ismert, hogy milyen mértékben tűnik el a HPV a fertőzött nők szöveteiből. Egy felmérés, amelyet szervátültetésen vagy sugár-, illetve kemoterápián átesett betegeken végeztek, arra mutatott, hogy az immunrendszer elégtelensége esetén a HPV szubklinikai állapotban megmarad. A HPV-fertőzés nemi szervi szemölcsös kinövéséket vagy kistokú, illetve nagyfokú laphámlelváltozások formájában (LSIL és HSIL) klinikailag is megnyilvánulhat.

A HPV elleni ellenanyagok lassan alakulnak ki a fertőzött egyénekben, általában 6-12 hónappal a HPV-DNS első kimutatását követően. Az ellenanyagok HPV-fajlagosak, és legalábbis az ellenanyagválasz egy része vírussemlegesítő hatású. Ezek az ellenanyagok valószínűleg védenek az ugyanazzal a típusú fertőző újraterjedéssel szemben, de a HPV más fajtá-

jával szemben nem. Az ellenanyagok kis mennyiségben még évtizedekig jelen vannak, majd – megmaradó, idült HPV-fertőzés hiányában – lassan eltűnnek. A gazdaszervezet sejt közvetítette immunválasszal is válaszol a HPV-fertőzésre, de ennek közvetítő anyagai ma még nem ismertek pontosan. A méhnyak laphámrákjának a HPV-val való társulása magas fokú, a HPV DNS-e a méhnyakrákok 80-100%-ában kimutatható. Továbbá a HPV E6 és E7 virális onkoproteinjei minden esetben kifejeződnek és kimutathatók. Az összes végbél és nemi szervi rákos elfajulás, a méhnyak mirigyrákja, a szeméremtest, a hüvely, a végbél és a himvessző laphámrákjai ugyanazokkal a HPV-csoportokkal társulnak. A méhnyakrák viszonylag alacsony előfordulásához képest a fertőzések száma ennek többszöröse. Ezért rendkívül fontos azoknak a kockázati tényezőknek a feltárása, amelyek rosszindulatú elfajuláshoz vezethetnek. A daganat kialakulásának folyamata kétségtelenül nagyon összetett: virális tényezők (nagy kockázatú HPV-fajták), gazdaszervezeti tényezők (például a HLA-rendszer vagy más genetikai faktorok) és környezeti tényezők (dohányzás, nemi szervi fertőzések, táplálkozás) egyaránt tartalmaz. A HPV-fertőzések megelőzésére a laboratóriumi eljárások érzékenysége fokozása mellett a megelőző védőoltás kidolgozása a legígéretesebb lehetőség.

CHLAMYDIA-FERTŐZÉS A Chlamydia-fertőzések jelentősen csökkentek azokban az országokban, ahol korszerű ellenőrző-programokat dolgoztak ki – például Svédországban –, míg másutt magas maradt a fertőzési arány. Így Nagy-Britanniában a nők körében a következőképpen alakult az átlagos előfordulási gyakoriság: a járóbeteg-rendeléseken 4,5%, a várandósgondozókban 4,6%, a nőgyógyászati rendeléseken és családtervezési tanácsadáson 4,8–5,1%, a terhesség-megszakítást kérők között 8% és az STD-klinikák betegei között 16,4%. A gyakorisági arányok emelkedése a korszerű, nagy érzékenységu molekuláris vizsgálatmódszerek elterjedésének is tulajdonítható.

KANKÓ ÉS VÉRBAJ A kankós és a vérbajos megbetegedések száma Nyugat-Európában az 1990-es évek elején alacsony volt, ám ekkor lépett fel egy nagy vérbaj-, valamint más a nemi érintkezéssel terjedő fertőzések okozta járvány a Szovjetunió utódállamaiban, amely 1997-98-ban tetőzött. A vérbaj előfordulását Magyarországon 2002-ben a 3,8/100 000 lakos adat jellemezte; Nyugat-Európában jelenleg 5/100 000 lakos, míg a kelet-európai országokban még most is 100-300/100 ezer lakos a gyakoriság. A nyugat-európai országokban – elsősorban a nagy városok, Amszterdam, Párizs, Manchester, Oslo, Brighton, Antwerpen, Dublin – homoszexuális közösségeiben időközben helyi vérbajjárványok ütötték fel a fejüket, amelyek nagy arányban (45–80%-ban) társultak HIV-fertőzéssel. Az új vérbajfertőzések száma Magyarországon nem változott drámaian az utóbbi években (305–425 új eset/év az utóbbi öt évben) (9). Egyre gyakrabban alkalmazzák a mikrobafajlagos eljárásokat (TPHA, ELISA-k, LIA-Line immunoesszé), és bevezetésre került a Western blot (10) és a PCR-módszer (11) a *Treponema pallidum* kimutatására.

B TÍPUSÚ MÁJGYULLADÁS (HEPATITIS B) A májgyulladások B-formája (12) az egyetlen olyan nemi úton is terjedő betegség, amellyel szemben hatékony oltással rendelkezünk. A gyermekek és serdülők általános HBV (hepatitis B-vírus) elleni vakcinációja a közép- és dél-európai országokban a HBV-fertőzés, mint a nemi érintkezéssel terjedő fertőzés, közel teljes megszüntetéséhez fog vezetni az elkövetkező évtizedben.

ELŐNYÖK ÉS KORLÁTOK A nemi úton terjedő fertőzések modern kórismezésében ma már olyan tényezőket is figyelembe kell venni, mint a tünetmentes fertőzések nagy száma, a kezeletlen alsó nemi szervi fertőzések következményei, a nemi kapcsolatok szabadossága, az antibiotikumok szerepe, az egyszerű mintavétel, továbbá az életveszélyes fertőzések.

A molekuláris diagnosztikai esszék előnye a nagy érzékenység, a magas fokú fajlagosság, a tünetmentes fertőzések szűrése, a beavatkozást nem igénylő észlelés, a gyors eredményközlés, a mintaszállítás biztonsága, a helyszínen való használhatóság, a költségkímélés, továbbá az a lehetőség, hogy egy mintából, egyszerre, egy időben több kórokozó is kimutatható.

Számos oka van azonban, hogy a molekuláris kórismzési eljárások ma még nem váltak széles körben elterjedté. Hátrányuk az esetleges gátlók (inhibitorok) jelenléte, továbbá az, hogy nem alkalmasak az antibiotikum-érzékenység, illetve -érzékletlenség vizsgálatára, a viabilitás meghatározására; sokszor hiányoznak a vizsgálati tesztet megerősítő, „konfirmáló tesztek”, és a kis mennyiségű génmintából eredő kimutathatósági határértékeket még nem határozták meg.

Mindezek ellenére várható, hogy az elkövetkező évtizedben a molekuláris módszereken alapuló kórismzési vizsgálatok egyre elterjedtebbé válnak a klinikai előírásokban és a mindennapi laboratóriumi gyakorlatban, és az is megjósolható, hogy az eljárások – beleértve a mikroesszéket, a proteomikát, az automatizálást, a mennyiségi meghatározások lehetőségét és az antibiotikum-érzékletlenség genetikai meghatározását – gyors ütemben fejlődnek tovább.

IRODALOM

1. Sziller I, Bardóczky Zs, Molnár Gy, Sembery K, Ujházy A, Papp Z. A szexuális úton terjedő fertőzések és a koraszülés. *Magy Venerol Archiv* 1997; 1:7-10.
2. Ongrádi J, Horváth A. A *Neisseria gonorrhoeae* fertőzések diagnosztikájának, kezelésének és megelőzésének újabb szempontjai. *Magy Venerol Archiv* 2002; 5:94-101.
3. Szénási Zs, Veréb I, Jae-Sook R, Orvos H, Mészáros Gy, Kovács L. et al. A trichomonosis epidemiológiai, diagnosztikai és klinikai aspektusai. *Magy Venerol Archiv* 1999; 4:215-222.
4. Simon Gy, Széll A, Várkonyi V, Horváth A. A sarjadzógombák szerepe a genitális fertőzésekben. *Magy Venerol Archiv* 1999; 2:75-86.
5. Várkonyi V. Genitoanalízis herpes simplex fertőzés. *Magy Venerol Archiv* 1999; 2:87-92.

6. Gyuris Á, Segesdi J, Jelenik Zs, Bánhegyi D, Minárovits J. A NASBA-módszer alkalmazása plasma HIV-1 RNS kópiaszám-meghatározásra. *Magy Venerol Archiv* 1998; 2:141-146.
7. Kemény B, Nagy K, Horváth A. CCR5 and SDF1 gene polymorphism in HIV infected and healthy individuals in Hungary. *Magy Venerol Archiv* 2000; 4:89-92.
8. Nagy K, Kemény B, Horváth A. Transmission of drug resistant HIV variants to therapy naive individuals in Hungary. *Int J STD and AIDS* 2002; 13:24.
9. Berecz M, Horváth A. *VenInfo* 2002
10. Nagy K, Horváth I, Várkonyi V, Horváth A. Syphilis Western blot: egy új, mikrobaszpecifikus diagnosztikai módszer. *Magy Venerol Archiv* 2000; 4:33-35.
11. Talha E, Kemény B, Horváth I, Várkonyi V, Horváth A, Nagy K. Syphilis PCR: *T. pallidum* molekuláris kimutatása szeronegatív esetekben. *Bőrgyógy Venerol Szemle* 79:65-68.
12. Telegdy Gy. Virushepatitis mint STD. *Venerol Archiv* 1998; 2:158-162.
13. Tisza T. Mit tudunk a genitális humán papillomavírus-fertőzésről? *Magy Venerol Archiv* 1997; 1:27-33.

A herpes simplex vírusfertőzés szerepe a meddőség kialakulásában 1. rész

MÉSZÁROS GYULA DR.

Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Szegedi Tudományegyetem
Szent-Györgyi Albert Orvosi és Gyógyszertudományi Centrum, Szeged

BEVEZETÉS A meddőség a világ legalacsonyabb, illetve legmagasabb születési arányt mutató országaiban is egyaránt hasonló gyakorisággal előforduló gond. Sterilitás – amikor az utód születése csak orvosi segítséggel lehet – a párok körülbelül egy százalékában figyelhető meg. Infertilitás miatt – amikor rendszeres nemi élet mellett egy éven belül nem következik be fogamzás – a gyermeket várók 8-10%-a fordul orvoshoz. A meddőség oka 30-35%-ban a férfiaknál, 40-45%-ban a nőknél mutatható ki. A meddő párok aránya 15-30%. A leggyakoribb kiváltó tényezők a hormonális eltérések és a fertőzések. A meddő párok 20%-ában az okot nem sikerül tisztázni (ismeretlen eredetű meddőség, unexplained infertility).

MEDDŐSÉG ÉS A HSV-FERTŐZÉS Az utóbbi évtizedek kutatásai megváltoztatták a fertőzéses eredetű meddőségről alkotott elképzeléseinket. Mind gyakrabban kerülnek látóterbe korábban nem vagy csak nehezen igazolható fertőzések. A mára jól kezelhető, nemi érintkezéssel átvihető bakteriális fertőzések mellett előtérbe kerülnek a különböző vírusfertőzések által kiváltott eltérések. Ezek közül az infertilitás kialakulásában a nemi szervekben kimutatható humán papilloma vírus, az Epstein-Barr-vírus, a cytomegalovírus és herpes simplex vírusok (HSV 2) esetén az utóbbi szerepét sikerült legtöbbször igazolni. A HSV-fertőzés megoszlása a két nemből nem egyforma; a férfiről a nőre történő átvitel gyakrabban fordul elő. A fertőzésnek két fő formáját különíthetjük el. A jellegzetes tünetekkel járó esetekben a kiújulás lehetősége nagyobb, és a fertőzőképesség kifejezettebb. A könnyebb felismerhetőség időben elkezdett, sikeres kezelést eredményezhet. A tünetmentes forma fő veszélye éppen a nehéz felismerhetőség és a kisebb fokú, de tartós szórás.

Levelezési cím:

Dr. Mészáros Gyula
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
Szegedi Tudományegyetem
Szent-Györgyi Albert Orvosi és Gyógyszertudományi Centrum,
6715 Szeged, Semmelweis u. 1.
Távbeszélő: (36 62) 545493 Távmásoló: (36 62) 545711

A meddőség miatt vizsgált nők esetében a nyakcsatorna nyakjából a HSV 4-5%-ban volt kimutatható. Bár a vírus jelenlétében a nyakcsatorna nyakjának sűrűsége fokozódik, ez nem befolyásolja a spermiumok áthatoló képességét (penetranciáját). A felismert fertőzések kezelése a születendő magzatra jelentett veszély miatt ajánlatos. Infertilis nők menstruációs váladékában viszont 55%-ban észleltek HSV-t, és ugyanezen nők társainak ondójában 24%-ban fordult elő a kórokozó. A vírusellenes kezelés utáni növekvő fogamzási gyakoriság biztató jelnek tekinthető. A gyermektelenség miatt vizsgált férfiak esetében, amennyiben az ondóban emelkedett számú fehérvérsejtet találunk igazolt bakteriális fertőzés nélkül, elsősorban HSV-fertőzésre kell gondolni, a vírusvizsgálatot és pozitív esetben a kezelést ajánlatos elvégezni.

SZERKESZTŐI MEGJEGYZÉS (PROF. DR. BÓRZE PÉTER) A nemi szervi herpes simplex vírusfertőzés (HSV) egy nemi érintkezéssel terjedő betegség, melyet a HSV 1 és HSV 2 okoz. A lakosság 5-10%-ában fordul elő tüneteket okozó HSV-fertőzés, a tünetmentes fertőzések – ellenanyag pozitív nők – száma ennél lényegesen nagyobb. A HSV-fertőzések elterjedtsége fokozódik; számítások szerint a tizenévesek egyötöde fertőzött, és a életkor előrehaladásával is gyakoribb.

A herpes simplex vírusfertőzések jól ismertek a nőgyógyászok előtt. Az utóbbi időben azonban – elsősorban a molekuláris biológiai vizsgálómódszerek elterjedése miatt – számos új, gyakorlati jelentőségű megfigyelés látott napvilágot. Ezek közül az egyik legfontosabbra, a HSV-nek a fogamzási nehézségekben játszott szerepére hívja fel a figyelmet Mészáros Gyula dr. Az ismertetés két okból is gyakorlati jelentőségű: 1. a HSV-fertőzések szerepe ebben a vonatkozásban nem eléggé ismert, és 2. a betegség megfelelő kezelésével elősegíthetjük a fogamzást. Feltételezhetően a legtöbb HSV-fertőzöttséggel összefüggő fogamzási zavar nem kerül felismerésre, és ezért az ún. nem ismert meddőség csoportjába sorolják. Erre mindig gondolni kell. HSV-vizsgálattal könnyen kimutatható a vírus jelenléte, és megfelelő vírusellenes kezeléssel ezeknél az asszonyoknál is elősegíthetjük fogamzásukat.

MINDEN 5. FELNŐTT HSV-2 FERTŐZÖTT¹



A TELVIRAN® 94%-KAL CSÖKKENTI A HSV-2 VÍRUS ÜRÍTÉSÉT²



**Az első választás
a szisztémás
antivirális kezelésben**

ACICLOVIR
Telviran®
800 mg, 400 mg, 200 mg filmtableta, 5% krém, 3% szemkenőcs

¹ Fleming DT, McQuillan GM, Johnson RE, et al. Herpes simplex virus type 2 in the United States, 1976 to 1994. *N. Engl. J. Med.* 1997;337:1005-1011

² Wald A, Corey L, Cone R, et al. Frequent genital herpes simplex virus 2 shedding in immunocompetent women. Effect of acyclovir treatment. *J. Clin. Invest.* 1997;99:1092-1097

Tudományos közlemények írása, szerkesztése: útmutató a szerzők és az olvasók számára

BŐSZE PÉTER DR.

Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, Budapest

A tudományos közlemény írása tudomány, művészet és nyelvészet is.

BEVEZETÉS A tudományos közlemények írása minden szakma művelésének alapja, a tudás, a szakismeret továbbadásának legjelentősebb módja. A történelem során a tudás, az ismeretek terjesztése nem mindig volt kívánatos a „kiváltságos” helyzet elvesztésének félelme miatt. Ma mindenki törekszik szakismereteit továbbadni, az oktatás rangot nyert, a „kiváltságos” helyzetet nem az „amit tudok” elrejtése adja.

A tudományos cikkek áttekinthetetlen módon megsokasodtak, ezért a közleményeket rendszerező, értékelő rendszerek (indexek) jöttek létre, azok minden előnyével és veszélyével. Ezek ismertetése nem tartozik a jelen munkába, a Nőgyógyászati Onkológia című folyóiratnak egy egész száma foglalkozik velük (1).

Tanulmányok, tudományos cikkek írása a szakmai előmenetel feltétele is. Az előmenetel itt jó és rossz értelemben is szerepel. A jó értelem az oktatás, az ismeretek bővítése, a tudás gyarapítása, a rossz értelem a dolgozatírás hajszolása „pontoszerzés” miatt; egy mindenáron való muszáj, ami nem mindig eredményez nívós munkát. Ebből fakadó torzajtás az ún. „felvágott közlés” (salami publication, más néven SPU – smallest publishable units) is, egyetlen közleménybe tartozó kutatás több, apró részletben történő közlése.

A közleményírás mai rendszere az elmúlt 300 év alatt csiszolódott ki, folyamatosan formálódott és alakult ki az ún. előbíráló rendszer (peer-review process). Ennek értelmében egy mérvadó folyóiratban (peer-review journal) csak olyan közlemény jelenhet meg, amelyet két független szakbíráló értékelt és elfogadott, közlésre alkalmasnak talált. Az elmúlt két évtizedben egy jelentős egységesítés is történt. Rangos nemzetközi folyó-

iratok főszerkesztői találkoztak, és egy bizottságot hoztak létre (International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE) azzal a feladattal, hogy a tudományos munkák szerkesztésére, összeállítására szabályokat dolgozzanak ki. Előírások születtek egyebek mellett a közlemények beküldését, elbírálását és javítását, a szerzők szakmai és erkölcsi felelősségét, a betegek, a szerzők és a tudományos folyóiratok jogait illetően is. A Bizottság által megfogalmazott szabályok címe: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (2).

Az ICMJE megalakulása folyamatosan történt. Először csak néhány szerkesztő gyűlt össze nem hivatalosan Vancouverben, 1978-ban – Vancouver csoport –, akik tanulmányozták és némileg módosították az Amerikai Nemzeti Orvostudományi Könyvtár szakemberei által megfogalmazott kézírás szerkesztési irányvonalakat. Megállapodtak abban, hogy a módosított változatot saját folyóirataikban alkalmazzák. A kidolgozott útmutatót 1979-ben tették közzé. Az ICMJE az évek folyamán (1999, 2000 és 2001) számos módosítást hajtott végre, a szabályokat a kéziratok előkészítésén túl, a szaklapok szerkesztésének más területeire is kiterjesztette. Ma több mint 500 folyóirat szerkesztőse alkalmazza ezeket a szabályokat, szerkeszti folyóiratát ezeknek megfelelően.

A tudományos közlemények mindennapi munkánk részévé váltak. Megfelelő értékelésük, hasznosíthatóságuk csak akkor lehetséges, ha a szerkesztésükkel, megírásuk követelményeivel stb. is valamelyest tisztában vagyunk. Ezek ismerete kutatók és orvosok számára egyaránt kívánatos, de még azok számára is fontos, akik csak olvassák a közleményeket. Különösen jelentős azonban a szerzők számára nemcsak azért, hogy a dolgozataikat elfogadják, hanem azért is, hogy rengeteg felesleges, idegörlő munkától, csalódástól és idővesztéstől kíméljék meg magukat. Nem megfelelően tervezett munka óhatatlanul kudarchoz vezet. Bármilyen korszakalkotó is egy felfedezés, kutatási eredmény, ha nem közöljük, homályba vész, egy rossz közlemény pedig a legnagyobb jelentőségű munkának is kóporsója lehet.

Ezek a gondolatok vezették a szerzőt ennek az összefoglalónak megírására. Tanulva saját képzetlenségéből, hibáiból, főszerkesztőség vezető rendkívül göröngyös, kiábrándulásokkal te-

Levelezési cím:

Prof. Dr. Bösze Péter
Fővárosi Szent István Kórház
Nőgyógyászati Osztály
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.
Távbeszélő: (36 1) 275-2172 Távmásoló: (36 1) 275-2172
Villanyposta: bosze@axelero.hu

li útjából, úgy gondolta sokat segíthet, ha áttekinti, és az olvasónak átadja, amit a tudományos közleményekkel kapcsolatban hasznos tudni. Tisztában van azzal, hogy még sok százan írhattak volna hasonló vagy még sokkal jobb útmutatót ebben a témában, és talán nem is jogosult arra, hogy egy személyben erre vállalkozzék. Mégis, mint három tudományos folyóirat alapító-főszerkesztője, számos folyóirat szerkesztőbizottsági tagja, az európai szülészeti és nőgyógyászati lap fogadó közepkelet európai szerkesztője és az európai nőgyógyászati onkológiai folyóirat főszerkesztője, úgy érezte, rendelkezik annyi tapasztalattal, amelyeket már érdemes másokkal is megosztani. Hiányosságok, hibák elkerülhetetlenül előfordulhatnak, ezek kiküszöbölésére bírálókat kért fel, és tanácsaik, megjegyzéseik alapján a kéziratot módosította.

A TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK TÍPUSAI Sokféle tudományos közlemény létezik, amelyek közül egyesek gyakorlatilag mindegyik tudományos folyóiratban megtalálhatók, mások csak egyikben-másikban. Az előbbieket alaptípusoknak is nevezhetnénk, és három alapvető csoportba sorolhatjuk: 1. *eredeti közlemények*, 2. *összefoglaló közlemények* és 3. *esetismertetések*. Ugyanazon közleménytípusok megnevezései is nagyon változók, folyóiratonként mások és mások lehetnek. A szemléltető táblázat a közlemények különböző típusairól ad áttekintést a teljesség igénye nélkül.

A tudományos közlemények gyakoribb típusai:

Eredeti közlemények

- változatok: Sürgős közlemények
Tudományos levelek
Betegség-kifejlődés
Metaanalízis

Összefoglaló közlemények

- változatok: Útmutatók
Szerkesztőségi közlemények
Gyökerek (történelmi témájú összefoglalók)

Esetismertetések

- változatok: Klinikai kép

Egyéb típusok:

- Elnöki köszöntő
Levél a szerkesztőséghez/szerkesztőhöz
Véleménynyilvánítás
Kerekasztal-megbeszélés
Továbbképző közlemények
A művészet és a tudomány kapcsolatát tárgyaló írások
Írásmóddal, nyelvi kérdésekkel foglalkozó cikkek
Arcképek
A lelke békéje
Hírek, bejelentések, könyvismereteseik, beszámolók stb.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK Ezekben a szerzők saját munkájukat mutatják be: a kutatók kísérleteik, a gyakorló orvosok eseteik kiértékelésének és a klinikai vizsgálatainak az eredményeit. Eredeti közleménynek számítanak a különböző felmérések –

betegséggyakoriság, népességi vizsgálatok stb. – eredményeit bemutató cikkek is. A közlemények döntő többsége ebbe a csoportba tartozik.

Az *eredeti közlemények* egyik típusa a *sürgős közlemények* (Rapid communication). Erre rendkívül fontos és új felfedezés, kísérleti eredmény ismertetésekor kerül sor. Sokszor a világlétezőség kérdése is fennáll.

Ugyancsak az *eredeti közlemények* egyik változatának tekinthető a *Tudományos levél* (Science vagy Research letter). Lényegében egy szabályos szerkesztésben megfogalmazott eredeti közlemény rövidített változata vagy kiegészítése, az eredeti, már közölt tanulmány egyik pontjának külön részletezése. Általában csak a vizsgálatok, felmérések stb. lényegére összpontosít, az eredmények összevetése az irodalmi adatokkal visszafogott; az irodalmi hivatkozások száma szigorúan korlátozott. Nem mindegyik tudományos folyóirat közöl ilyeneket, pedig nagyon hasznosak. Leggyakrabban olyan eredeti munkákról van szó, melyek érdekesek és hasznosak is az olvasó számára, de nem túl nagy horderejűek, már ismert dolgokhoz adnak további adatokat. Egy másik szempont a helykihasználás; rövidített cikkekről van szó, ezért ezekből több közölhető.

Szintén az *eredeti közlemények* egy válfaja a betegségek kialakulásával foglalkozó közlemények; angolul Mechanisms of disease rovatcímmel jelennek meg, amit magyarul *Betegség-kifejlődés* vagy *Körkifejlődés* elnevezéssel illethetnénk. A cikkekben a szerzők saját vizsgálati eredményüket ismertetik.

Külön kell szót ejteni az ún. metaanalízis (meta-analysis) vizsgálatokat ismertető cikkekről, mert ezeket sokszor összetévesztik az *összefoglaló közleményekkel*. A metaanalízis egy adatelemzési módszer az egyazon témával és módon végzett, kis esetszámú (mintaelemszámú) vizsgálatok tudományos összegezésére és elemzésére. A szerzők az irodalomban közölt eseteket gyűjtik össze, és azokat – mint nagy esetszámú vizsgálatot – tanulmányozzák. Nem összehasonlítják az irodalmi adatokat, hanem a vizsgálati mintákat együttesen számolják, elemzik. Ezek tehát eredeti – adatelemzési – közlemények.

ÖSSZEFOGLALÓ KÖZLEMÉNYEK Az *összefoglaló közleményekben* (review articles, seminars, series) egy-egy témakörrel kapunk – saját tapasztalatok és az irodalmi adatok alapján összeállított – átfogó képet. Ellentétben a metaanalízissel, ezekben a dolgozatokban a szerzők következtetéseiket – saját tapasztalataikon túlmenően – a közölt tudományos cikkek eredményeinek, következtetéseinek alapján fogalmazzák meg és nem az irodalomban közölt esetek összesített újrászámolásával.

Az *összefoglaló közleményeket* egy-egy szakterület rangos képviselői írják általában gyakorló szakembereknek, gyakorló orvosoknak, illetve határterületeken dolgozóknak, kutatóknak. Haszonnal olvashatják azonban az adott szakterület szakemberei is. Több ízben felkérésre születnek az ún. Tekintélyes pro-

fesszor” (Kiemelkedő szaktekintély) sorozat – Distinguished Professor (Expert) series – rovatcím alatt. A legtöbb folyóiratban azonban egyszerűen *Összefoglaló közlemény* (Review article) megjelölés alatt közlik.

Az *összefoglaló közleményeknek* napjainkban egyre nagyobb a jelentőségük, mert a tudomány felgyorsult, nap mint nap halmozódva jönnek az új eredmények, és az irodalom áttekinthetetlen mértékben felduzzadt – folyóiratok százai láttak napvilágot. A mindennapi rohanásban, teljes időt lekötő gyakorlati munkában megfáradt orvosok nem képesek a szakmájuk egészére kiterjedő irodalmat böngészni, tanulmányozni. Még az egyetemi intézetekben dolgozók is legfeljebb saját szűkebb kutatási területük irodalmának tanulmányozására tudnak időt szánítani.

Az *összefoglaló közleményekben* általában útmutató is található. Úgy is fogalmazhatnánk, hogy irányvonalul szolgálnak, támpontot adnak a gyakorló szakembereknek, például a betegek kezelésére. Ennek jelentősége nagyon nagy, a szerző felelőssége óriási. Az írástudók felelőssége történelmi távlatokban is kikristályosodott, évszázadok óta megfogalmazódott, az *összefoglaló munkák szerzőinél* azonban hatványozottá vált.

A túl hosszú *összefoglalók* szokás szerint több részletben kerülnek közlésre.

ÚTMUTATÓK Az *összefoglaló közlemények* válfajának tekinthetők az *útmutatók*, melyeket irányelveknek, idegen szóval protokolloknak is neveznek. Ezek tömören összefoglalt, szabályrendszer-ábrákkal (algoritmusokkal) bemutatott kezelési elvek, munkaterv. Ellentétben az általános *összefoglaló közleményekkel*, az *útmutatókban* a szerzők nem elemzik az irodalmi adatokat részletesen, hanem csak az elemzésből levont következtetéseket adják meg, ezek alapján alakítanak ki állásfoglalásokat, állítják össze az irányelveket és készítik el a szabályrendszer-ábrákat.

Példa: Szabályrendszer-ábra (algoritmus): az IA1 stádiumú méhnyakrák kezelése



SZERKESZTŐSÉGI KÖZLEMÉNYEK (EDITORIALS) Ezek is az *összefoglaló közlemények* egyik formájának tarthatók. A folyóirat szerkesztősége vagy a szerkesztőség felkérésére egy szakterület kiemelkedő alakja foglal állást az adott szakterülethez tartozó témában. Ritkán egy teljesen önálló témában, szokás szerint azonban ugyanabban a számában megjelenő egyik közleményével kapcsolatban fejt ki véleményét a szerkesztőbizottság. Máskor sokkal általánosabb kérdésekről, elvi dolgokról vagy éppen gyakorlati megfontolásokról teszi közzé véleményét a folyóirat szerkesztősége.

GYÖKEREK (HISTORY, TÖRTÉNELMI TÉMAJÚ ÖSSZEFoglalók) A régmúlt eseményeit a kezdetektől napjainkig tekintik át a fellelhető adatok és saját tapasztalat alapján. Lényegében a múltba tekintő *összefoglaló közlemények*, amelyek útmutatót, a betegek ellátására irányelveket nem adnak. Céljuk a gyökerek megőrzése, a múlt feltárása. Mint ahogy az egyén sem, úgy a tudomány sem létezhet múlt nélkül; jelentőségük már csak ezért is nagy. Sajnos kevés van belőlük, pedig minden tiszteletet megérdemelnek.

ESETISMERTETÉSEK (CASE REPORTS) Ezekben a közleményekben a szerzők egy vagy több, ritka, az orvosi irodalomban csak elvétve előforduló vagy még nem közölt érdekes esetről számolnak be, olyan betegekről, akiknek a betegsége ritkaságszámba megy, illetve akiknek betegségével kivételes összefüggést, szokatlan szövödményt stb. figyeltek meg. Az *esetismertetések* egyik célja segíteni másoknak, ha hasonló beteggel találkozunk, másrészt azért fontosak, mert csak így remélhető, hogy az irodalomban elég sok eset gyűlik össze, lehetővé téve, hogy érdemi következtetéseket vonjunk le. Az sem szokatlan, hogy a betegség felismerése, kezelése során előforduló tanulságos tévedés miatt ismertetünk egy esetet mások okulására. Ilyen közlemények néha *A hét leckéje* (Lesson of the week) címszó alatt jelennek meg. A szerzők rendszerint az eset ismertetésén kívül az irodalomban található hasonló esetekről is beszámolnak, átfogó irodalmi képet adnak. Ilyenkor a *Esetismertetés és irodalmi áttekintés* rovatcím is használatos.

KLINIKAI KÉP Egyik válfaja az *Esetismertetéseknek* a *Klinikai kép*, amelyben a betegről egy-két képet közlünk a beteg hozzájárulásával, és egy rövid – általában 150 szónál nem több – magyarázó szöveggel egészítjük ki.

EGYÉB KÖZLEMÉNYTÍPUSOK Az egyéb közleménytípusok valamilyen módon – néha csak közvetve – kapcsolatba hozhatók a három alaptípussal, és a folyóiratoknak szerves részét képezik.

ELNÖKI KÖSZÖNTŐ (PRESIDENTIAL ADDRESS) A tudományos szaklapok nagy része egy, ritkábban több tudományos társaság tulajdonát képezi, vagy fennhatósága alatt kerül kiadásra. Szokásos, hogy a társaság újonnan megválasztott elnöke – többnyire elnökségének kezdetén – egy közleményben fejt ki állásfoglalását a Társaság feladataival, teendőivel, illetve az adott szakterülettel kapcsolatban. Nem határozták meg pontosan, hogy az elnök köszöntőjében miről írhat, a Társaságra azonban mindig kitér.

LEVÉL A SZERKESZTŐSÉGHEZ/SZERKESZTŐHÖZ Ezek rövid írások, az olvasók gondolatait, megjegyzéseit tartalmazzák. A megjegyzések lehetnek általánosak, sokszor azonban egy-egy, a folyóiratban megjelent közleményt bírálják, egészítenek ki. Az utóbbi esetekben a szerkesztőség a bírált közlemény szerzőinek válaszát is közreadja. A szerkesztőséghez írt levelek kritikusak, kellemetlenek is lehetnek.

VÉLEMÉNYNYILVÁNÍTÁS (COMMENTARY) Rövid közlemények, amelyek szakemberek véleményét, tapasztalatait, jövőbeni elképzeléseit ismertetik egy-egy témával kapcsolatban. Sokszor felkérésre készülnek.

KEREKASZTAL-MEGBESZÉLÉS Sok formája van és az elnevezések is sokfélék: *Kerekasztal-megbeszélés, Érvek és ellenérvek, Nyájas beszélgetések*. A nemzetközi irodalomban legtöbbször „tribute” néven szerepelnek. Egy-egy szakterület kiemelkedő képviselői fejtik ki nézetüket egymással vitatkozva vagy vita nélkül (nyájas beszélgetések). Tulajdonképpen ide sorolhatók az *Egyetértő megállapítások* (Konszenzus állásfoglalások, rendezvények), amelyek a vita részleteit nem, csak a kikristályosodott állásfoglalásokat ismertetik.

TOVÁBBKÉPZŐ KÖZLEMÉNYEK Műteti leírások, kezelési módszerek, eszközök ismertetése, alapfogalmak felelevenítése, új eredmények bemutatása. A továbbképzés a szaklapokban is egyre nagyobb hangsúlyt kap. A szaklapok többségének van külön *Továbbképzés* című rovata, de megjelentek csak továbbképzéssel foglalkozó folyóiratok is, mint pl. a CME (continuing medical education) Journal of Gynecologic Oncology.

A MŰVÉSZET ÉS A TUDOMÁNY KAPCSOLATÁT TÁRGYALÓ ÍRÁSOK Alapvetően színesítik a folyóiratokat, és az általános műveltséget gyarapítják. Jóleső érzéssel olvassuk az ilyen munkákat, épülésünkre szolgálnak, gondolatokat ébresztenek. A tudomány és a művészet nem elválasztható, nem árt ezt példákon is bemutatni.

ÍRÁSMÓDDAL, NYELVI KÉRDÉSEKKEL FOGLALKOZÓ CIKKEK Ezek nem gyakoriak, sokszor szerkesztőségi közlemények. A hazai irodalomban azonban egyre gyakrabban találkozunk velük. A magyar orvosi irodalomban nagy szükség van rájuk, mert meglehetősen nagy az összevisszaság.

ARCKÉPEK (SZEMÉLYEKEL FOGLALKOZÓ MUNKÁK) Alapvetően a folyóiratot kívánják érdekesebbé, az olvasó számára vonzóbbá tenni. Többnyire a szakma élő alakjaival folytatott párbeszéd. Ha a szerkesztő jól választ, szakmailag kiemelkedő egyéniségeket kérdez, az olvasó magvas gondolatokkal találkozhat. Ezek a munkák feltétlenül figyelemfelkeltők, a törekvés dicséretes.

A LELKEM BÉKÉJE (PEACE OF MY MIND) Olyan közlemények találó neve, amelyekben adósságot törlesztünk, a múltban nem közölt írásokat, megfigyeléseket, tanulmányokat, véleményeket adunk közre. Sokszor már nem élő, máskor már közölni nem tudó, nem akaró személyek előtt tisztelgünk, akiknek nem állt mód-

jukban – politikai, személyes stb. okok miatt –, hogy gondolataikat kifejtssék.

HÍREK, BEJELENTÉSEK, KÖNYVISMERTETÉSEK, BESZÁMOLÓK STB. Ezek tájékoztató ismertetések, nem tudományos munkák. A folyóiratok alapvető tartozékai.

MEGJEGYZÉS A közlemények típusainak felsorolása távolról sem teljes, és naponta körvonalazódnak újabbak. A Lancet különösen élenjár, a szerkesztők a fentiekben ismertetteken kívül különlegességeket, mint *Feltételezés, Tanuljunk a hibákból, Más osztályok, Az osztályunk hibái* is közreadnak. A rövid és érdekes rovatcím alatt megjelenő dolgozatokra igény van a folyóiratok színesítése, minél több szerző bevonása és dolgozat közzétele, helykihasználás stb. miatt. A legkiemelkedőbb lapok válogatnak még a nagyon jó közlemények közül is, és elkeseredett harcot folytatnak a helyért. Valószínű, hogy a különleges rovatcímek ezért is születnek.

Egy másik új irányzat a közlemény lényegi részének ismertetése és utalás arra, hogy a részletek a világhálón olvashatók a folyóirat honlapján. Egy hagyománykövető szerző számára ez szokatlan és talán visszás is; majd az idő mondja meg, hogy beválik-e vagy sem.

A TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK SZERKEZETE ÉS SZERKESZTÉSE A közlemények szerkezete a közlemények típusa szerint némileg változik, egy-egy rész azonban állandó, pl. minden közleménynek van címe. Alapvetően minden dolgozat három részre tagozódik: a fejléc, a tartalmi rész és az irodalom. A fejléc és az irodalom egy-egy folyóirat minden közleményében egyformán szerkesztett, a különféle közlemények a tartalmi részben térnek el egymástól. Az ICMJE által kidolgozott szabályok a közlemények szerkezeti egységeit is alapvetően meghatározták, ismertetésük ennek szellemében történik.

FEJLÉC A fejléc a dolgozat címét, a szerzők nevét és munkahelyét tartalmazza, hozzátartozik még egy rövidített cím és gyakran egy lábjegyzet is. Ezek írásmódját az egyes folyóiratok pontosan meghatározzák.

A cím megfogalmazásának fő szempontjai:

Pontosan fejezze ki a dolgozat tartalmát
Legyen érdeklődést felkeltő
Legyen rövid
Ne tartalmazzon „nagy” szavakat,
túlzó jelzőket
Ne legyen harsány

A KÖZLEMÉNY CÍME A közlemény címe az olvasók és a szerzők első találkozási pontja – a közlemény „belépője” –, fontosságát sokszorosan alá kell húzni. A cím jelenik meg az irodalmi nyilvántar-

tó rendszerekben (Index Medicus, Current Contents stb.), a világhálón, irodalmi hivatkozásokban. Mindig olyan legyen, amely megragadja az olvasó figyelmét, és pontosan kifejezi a közlemény tartalmát.

Példák: Korai méhnyakrákos betegek kezelésének eredményei
 A petefészek csirasejt daganatainak DNS tartama
 Méhtrákos betegek kiegészítő sugárkezelése:
 előnyök, szövődmények
 Cytokeratin-20 kifejeződése méhtrákból
 Új hámeredetű petefészekrák sejtvonal: első megfigyelések
 A kiegészítő sugárkezelés szerepe méhnyakrákban
 – 200 eset tanulmányozása
 Cisplatin/taxol-kezelés helye az emlőrákban:
 3. szakasz vizsgálat

Találkozhatunk azonban – elsősorban a tengerentúli szerzők cikkeiben – a közlemény legfontosabb következtetését is tartalmazó címekkel.

Példák: A P53 túlzott kifejeződése kedvezőtlen kórházi jel
 méhtrákok eseteiben
 Szarkómás betegek kiegészítő hormonkezelése
 hatástalan
 MR-vizsgálat hasznos a méhnyakrák stádiumának meg-
 állapításában

A cím soha ne legyen hosszú, az egész dolgozatot nem fejezheti ki. Utána pontot nem teszünk, legfeljebb csak akkor, ha több mondatból áll, ami viszont nem szerencsés és kerülendő. A túl hosszú cím megzavarja az olvasót, és a nyilvántartási rendszerekbe is nehezen illeszthető. A fenti példák közül is kiderül, hogy vannak összetett címek, amikor az alaptípus egy toldalékot ragasztunk. Ez utóbbi történhet kettősponttal (pl. Méhtrákos betegek kiegészítő sugárkezelése: előnyök, szövődmények), gondolatjellel (pl. A kiegészítő sugárkezelés szerepe méhnyakrákban – 200 eset tanulmányozása) és vesszővel is, de erre csak hébe-hóba kerül sor. Tulajdonképpen bármelyik forma elfogadható, a kettőspont a leggyakoribb.

A harsány címek kerülendők, ne használjunk nagy szavakat, túlzó jelzőket, mert az ilyen címek visszatetszést keltenek.

Példák: A bcl2-gén, mint új kezelési célpont: világszerte megfigyelés
 Calcitonin és a lépszarkóma: a legrosszabb kezelési forma

A cím megválasztásában az adott folyóirat olvasótáborát is cél szerű figyelembe venni. A tudományos szaklapok nagy többségében a dolgozat címével kapcsolatban nem találunk követelményeket, csak egy-egy európai folyóirat ragaszkodik a leíró jellegű címekhez. Végeredményben mindkét címforma – csupán a dolgozat tartalmát kifejező (leíró), illetve a tanulmány következtetését is magába foglaló (kinyilatkoztató) – elfogadható, a leíró jellegű megszokottabb, gondolkodásunkhoz közelebb álló.

RÖVIDÍTETT CÍM (RUNNING TITLE, RUNNING FOOT) A rövidített cím tulajdonképpen az eredeti cím kivonata, a nyomtatott oldalak aljára vagy tetejére kerül. A rövidített cím valóban rövid legyen, általában 40 betűnél (leütésnél) nem hosszabb.

A SZERZŐK Az ICMJE állásfoglalása szerint szerző az lehet, aki a közlemény elkészítésében érdemi munkát végzett, és fordítva, aki érdemi munkát végzett, a dolgozat szerzője legyen. Érdemi munkának tekinthető: 1. lényeges szerep a vizsgálat ötletének kialakításában és a tanulmányterv kidolgozásában, vagy jelen-

tős közreműködés a vizsgálatok végzésében vagy az eredmények kiszámításában és értékelésében, 2. számottevő részvétel a közlemény megírásában vagy annak kritikai átnézése, lényegi kiegészítése, 3. a dolgozat végső, közlésre küldendő formájának jóváhagyása. Az ICMJE álláspontja szerint a közlemény szerzőitől elvárható, hogy a három pontban felsoroltak mindegyikében részt vegyenek. Úgy vélik, hogy az anyag gyűjtése egymagában vagy csupán a munkához szükséges pénz előteremtése vagy a kutatásnak, a dolgozat elkészítésnek távoli felügyelete nem elegendő a szerzőséghez. Azoknak a nevét, akik nem szerzők, de közreműködtek a tanulmányban, a dolgozat megszületésében a „köszönetnyilvánításban” kell felsorolni, megemlítve az általuk végzett munkát.

A dolgozatban foglaltakért a szerzők felelősek. Ez kivétel nélkül mindegyik szerzőre vonatkozik. A szerzők közül egy vagy több azonban a munka egészéért, összehangolásáért, összefogásáért is felelős. A részvételt és a munka hitelességét, a felelősségvállalást a szerzők aláírásukkal igazolják.

A szerzők közül az egyik az ún. kapcsolattartó vagy levelező szerző, akinek az elérhetőségét (postacímét és/vagy távmásoló és telefonszámát, valamint egyre inkább a villanyposta – e-mail – címét) is megadják, legtöbbször a dolgozat végén. A kapcsolattartó szerző általában az első vagy az utolsó szerző. Az első szerző az, aki a munka döntő többségét végezte, a közlemény megszületésében meghatározó szerepet játszott. A második, harmadik stb. szerzőket az általuk végzett munka, a dolgozat létrejöttében játszott szerepük arányában rangsoroljuk, és nem abc-szerint. Az utolsó szerzői hely leggyakrabban egy rangos szerzőt jelöl, többnyire annak az intézménynek a vezetőjét, ahol a munka készült. Természetesen kivétel van, például, amikor a munkahelyi vezető az első szerző.

A szerzők rangsorolása mindig a közlemény szerzőinek a feladata, a társszerzők közös döntése. A besorolás sokszor nem könnyű, és nem is mindig érdektelen. Ez egyrészt az emberi tulajdonsággal magyarázható, másrészt nehéz eldönteni, hogy egy-egy szerző valóban milyen mértékben vett részt a munkában, illetve melyik munkája – a kísérletet végző, a statisztikus stb. – fontosabb. A szerkesztők szükség esetén magyarázatot kérhetnek a szerzőktől a sorrendet illetően.

Az „ajándék szerzőség”. Régi hagyománya van, hogy barátságból, szükségből, tiszteletből vagy más okból a szerzőkhöz írjuk munkatársunk nevét, jóllehet számottevően a dolgozat elkészítésében nem vett részt. Legtöbbször a főnök neve került így a dolgozatba. Az „ajándék szerzőséget” a legtöbb jelentős szaklap nem tartja erkölcsösnek, elfogadhatónak.

Vezető folyóiratok szerkesztői továbbléptek az „ajándék szerzőség” visszaszorításában, a szerzőkkel szemben támasztott követelmények betartásában, és kéri a szerzőket, hogy írásban nyilatkozzanak az általuk végzett munkáról. A nyilatkozatot közzélik.

A szerzők száma. Egy-egy közlemény szerzőinek neve a szerzők számától függően jelenik meg a közlemények szöveges részében, a nyilvántartó rendszerekben és az összefoglalókban. Egy- vagy kétszerős közleményeknél a szerzők nevét mindig kiírjuk, háromnál több szerző esetén azonban már csak az első szerzőt, amely után „és mtsai” – angol nyelvű közleményekben: „et al.” – kiegészítést írunk. Hatnál több szerzős közleményeknél a hetedik, nyolcadik stb. szerző neve csak a közlemény fejlécében jelenik meg, egyébként még az irodalmi felsorolásokban sem.

Sokszerzős klinikai tanulmányok – pl. sokközpontú vagy nemzetközi gyógyszerkipróbálások – esetén is csak azok lehetnek szerzők, akik megfelelnek a szerzőkkel szembeni elvárásoknak. A többi közreműködőt – hozzájárulásukkal – a köszönetnyilvánításban vagy egy függelékben kell felsorolni. Régen a résztvevők felsorolása gyakran a lábjegyzetben történt.

A MUNKAHELYEK ÍRÁSMÓDJA Ezt a folyóirat pontosan meghatározza; a szerzőknek csak az utasításokat kell követni. Egyetlen dologra érdemes felhívni a figyelmet, nevezetesen az angol és a magyar írásmód különbözőségére. Angol nyelvű közleményekben az osztály (department, division stb.) kerül előre, ezt követi a kórház/egyetem stb. Például: Department of Gynecology, Saint Stephen Hospital. A magyar nyelv felülről építkezik, ezért a sorrend fordított: Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály. A munkahelyek címét a városnév és nemzetközi folyóiratokban rendszerint az ország neve is követi. Több és különböző helyen dolgozó szerző esetén felsőindexbe tett számokkal, írásjelekkel jelöljük, hogy melyik szerző, melyik intézethez tartozik:

Példa: A petefészek csírasejtes daganatainak szövettana képekben
MAGYAR ÉVA DR.¹, NAGY GÁBOR DR.²
Országos Gyógyintézet Központ, Patológiai Osztály¹,
Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály²

A LÁBJEGYZET Alkalmanként a fejléchez egy megjegyzést kell fűzni (pl. a kutatást támogató pénzügyi alap stb.). Ezt *lábjegyzet* formájában adjuk meg közvetlenül a fejléc végén vagy – és ez a gyakoribb – az első oldal alján. A *lábjegyzet*re a fejlécben valamilyen írásjellel (pl. *-gal) hívjuk fel a figyelmet. A *lábjegyzet* „alcímét” nem feltétlenül szükséges kiírni.

Példa: A petefészek csírasejtes daganatainak szövettana képekben*
MAGYAR ÉVA DR.¹, NAGY GÁBOR DR.²
[...]

* A szövettani felvételeket Kulcsár dr. készítette.

TÖMÖRÍTETT KÖVETKEZTETÉS Újabban egyre több folyóirat kér egy rövid, hozzátétőlegesen 25 szóból álló, jelen időben írt összefoglalót, ami nem más, mint a munka egy-két soros – egy, legfeljebb kétmondatos – lényegi mondanivalója, következtetése. Azt tartalmazza, amit a szerzők találtak, megállapítottak és nem azt, hogy milyen vizsgálatok történtek és miért. Angol megfogalmazás szerint ez a „take-home message”, a hazavien-

dő üzenet, a legfontosabb következtetés. A *tömörített következtetés*ben pontosan kell meghatározni a közlemény mondani valóját, olyan kifejezések, mint „ezt és ezt tárgyaljuk”, „egyéb tényeket is közlünk” stb. nem használhatók.

A nemzetközi irodalomban a francia eredetű „précis” illetve az angol „condensation” kifejezések jelölik a *tömörített következtetést*, amely a tartalomjegyzékbe kerül, a közlemény címe alá. Lényegileg az olvasó nagyon gyors tájékoztatására szolgál – úgy is mondhatnánk, hogy a cím kiegészítése –, egyfajta időkimélés: az olvasónak nem szükséges megkeresnie a közleményt, elolvasni összefoglalóját, hogy megtudja a közlemény lényegi mondanivalóját, üzenetét.

Példa:

Cím:	Méhestrákos betegek petefészekáttétei
Szerzők:	Kovács P. [...]
Tömörített következtetés:	Méhestrákos betegekben a petefészekáttétek minden bizonnyal két úton keletkeznek: a ráksejtek a méhkürtön keresztül jutnak a petefészek felszínére vagy a nyirokereken keresztül a petefészek állományába.

A tartalomjegyzékben így szerepel:

Előrehaladt méhnyakrákos betegek tartós Etoposid kezelése: klinikai második szakasz vizsgálat
Morris M, Kovács L, Vermorken JB.
Az Etoposid tabletták önmagukban, még hosszú ideig adva sem hatásosak előrehaladt méhnyakrákos esetekben.

A humán papilloma vírus (HPV) szerepe a méhnyakrák kialakulásában: a G₁ sejtszakasz szabályozásának szerepe
Tsuda H, Cheng IO, Hashimoto L, [...]
A G₁ sejtszakasz szabályozásának eltérései fontos szerepet játszanak a HPV negatív méhnyakrákok keletkezésében.

ÖSSZEFOGLALÁS ÉS KULCSSZAVAK Az *összefoglalást* a nemzetközi irodalomban abstract-

Az *összefoglalás* megírásának irányelvei:

Tömören foglalja össze a dolgozatot

Önállóan is teljesen érthető legyen

Szerkezeti részei tükrözzék a közlemény szerkezeti egységeit

Eredeti közleményeknél: bevezetés, anyag és módszerek, eredmények, következtetések

Esetismertetések: bevezetés, esetleírás, következtetések

Ne legyen hosszú; terjedelmét általában a folyóiratok szabályozzák

nak, ritkábban summary-nek nevezik. *Összefoglalás* nélkül tekintélyes folyóirat ma már nem szerkeszthető; a megfelelő *összefoglalás* követelmény, a nemzetközi nyilvántartó rendszerekbe kerülés alapfeltétele. Szokványos közlemények *összefoglalás* nélkül nem jelenhetnek meg, bizonyos közlési formáknál (pl. *szerkesztőségi közlemény, vélemény, levél a szerkesztőséghez* stb.) azonban nem szükségesek.

Az *összefoglalás* a „dolgozat kicsiben”, önállóan tükröznie kell azt, ami a közleményben van. Tömören foglalja össze egy nagy munka legfontosabb részeit. Önálló egység, önmagában is ke-
rek egész.

Jelentőségét nem lehet eléggé hangsúlyozni. A cím után az *összefoglalás* a közlemények leggyakrabban – néha egyedüli – elolvasott része, a szerkesztők és a bírálók is ezt tanulmányozzák először. Ha zavaros, a közlemény azonnal elutasításra kerülhet. Az olvasó is az *összefoglalást* nézi át elsőként, és ennek alapján dönt, hogy szentel-e időt a közlemény elolvasására. Szokásos az *összefoglalások* másolása emlékeztetés, irodalmi feldolgozás végett. Ezeket olvashatjuk a világhálón a tudományosirodalom-rendező-feldolgozó rendszerekben a földkerekség bármely pontján, könyvtárakban és a lakásunkban is a számítógépeken. Ellentétben a dolgozatok teljes szövegével, amely a világhálón is legtöbbször csak előfizetés után látható, az *összefoglalások* térítésmentesen érhetők el. A rendszerező programok válogatási mutatóiban is lényeges szerepe van az *összefoglalásnak* és a hozzátartozó *kulcsszavaknak*.

A múltban ez volt a közlemények legmostohább része; a szerzők már befejezték a dolgozat megírását, az egészről elegendő volt, amikor még gyorsan egy *összefoglalást* kellett készíteni. „No írjunk gyorsan valamit, és fejezzük be”. A túlkínálat, a közlemények áttekinthetetlen ezrei – több élet sem elegendő elolvasásukhoz – és a nyilvántartó rendszerek (Medline, PubMed stb.) azonban áttették a hangsúlyt az *összefoglalásokra*.

Az *összefoglalás* fontossága és könnyebb áttekinthetősége miatt egyre több rangos folyóirat határozza meg az *összefoglalások* szerkezetét (structured abstract), terjedelmét, és adja meg elkészítésének irányvonalait. A szerkezet általában tükrözi a dolgozat elrendezését, például eredeti közleményeknél a négyes beosztást (*Bevezetés, Anyag és módszerek, Eredmények, Megbeszélés*) az *összefoglalásban* is követjük, de a *Megbeszélés* helyett a *Következtetések* megjelölést használjuk. Ezeket a folyóirat előírásaitól függően írhatjuk alcímek alatt vagy csupán új bekezdésekben. Bizonyos dolgozatoknál azonban nehéz az *összefoglalás* szerkezeti beosztását előírni; a szerzők saját belátásuk szerint készítik azokat (standard abstract). A szerkesztett *összefoglalás* 250 szónál, a szabvány 150-nél lehetőleg ne tartalmazzon többet.

Az *összefoglalások* egységesítése a szaklapok közös törekvése világszerte (1). Az egységes formájú *összefoglalások* elősegítik a szerkesztők, a bírálók munkáját, az olvasók tájékozódását, könnyebbé teszik a közlemények rendszerezését és az irodalomkeresést. Egyre inkább a három vagy négy részből álló szerkesztett *összefoglalás* a követelmény az *esetismertetéseknél*, illetve *Eredeti dolgozatok*nál. *Összefoglaló és más típusú dolgozatok* esetében is helyesebb részekre bontott, tagolt – azaz szerkesztett – *összefoglalásokat* írni. Egyes folyóiratok, pl. a Gynecologic Oncology, az *összefoglaló közleményeknél* is a négyes tagolódást írja elő. Az *összefoglalások* egyes részei rövidiek, tömörek legyenek, legfeljebb néhány mondatból álljanak, és mindegyik rész lehetőleg egy bekezdést képezzen.

a.) A *Bevezető* részt az angol nyelvű irodalomban Objective, Purpose, Introduction, Aims, Background stb. nevekkkel illetik,

magyarul a *Bevezetés* vagy *Célkitűzés* (Célkitűzések) alcím tűnik a legmegfelelőbbnek. A *Bevezetés* talán helytállóbb, mert ebben a bekezdésben nemcsak a dolgozat céljáról, hanem témájáról is szólni kell. A téma bemutatásához cirádás mondatokra nincs szükség, a célirányos, egyszerű szövegezés a legjobb; a vizsgálat céljának meghatározása teljesen egyértelmű legyen.

b.) A *Módszerek* (Methods) részben is csak a leglényegesebbeket foglaljuk össze, egy-két rövid mondatban a vizsgált népeséget, mintákat határozzuk meg. Az alkalmazott módszerekről csak érintőlegesen írunk, név szerint említve azokat, a részleteket a dolgozatban fejtjük ki.

c.) Az *Eredmények* (Results, Findings) bekezdés általában a leghosszabb. Külön gondot kell kiválasztani a feltüntetni kívánt adatokat, ügyelve arra, hogy azok teljes összhangban legyenek a dolgozatban írottakkal. Túl sok adat, statisztikai érték elvonja az olvasó figyelmét, árt a könnyű áttekinthetőségnek. Az eredményeket a vizsgált csoportoknak megfelelően, áttekinthető formában tüntessük fel a vonatkozó statisztikai értékekkel együtt. A tényszerű értékek hiánya az *összefoglalás* (a dolgozat) hitelességét kérdőjelezi meg.

d.) A *Következtetések* (Conclusions) részben a megállapítások egyértelműek legyenek, a közlemény üzenetét tartalmazzák. Az *összefoglalásban* a következtetések értékelését, megbeszélését mellőzzük. Kijelentő mondatokat írunk.

Példa: Egy szerkesztett *összefoglalás* vázlatosan

BEVEZETÉS A nyirokcsomóáttét a méhtrák legfontosabb kórosító tényezője. A molekuláris biológia előretörésével a nyirokcsomóáttétek kimutatására új, a szövettani vizsgálatoknál érzékenyebb lehetőségek nyíltak. Jelen, „berépülő” tanulmányunkban azt vizsgáltuk, hogy [...]

ANYAG ÉS MÓDSZER A tanulmányba olyan I-II stádiumú méhtrákos betegeket vontunk be, akiknél szövettani vizsgálattal a nyirokcsomókban áttétet nem lehetett igazolni. A citokeratin-festést a [...] módszer szerint végeztük. Pozitívnak értékeltük az eredményt [...] Összehasonlítottuk a citokeratin-festés eredményeit a méhtrák klinikai és szövettani mutatóival [...] stb.

EREDMÉNYEK A nyirokcsomóáttéteket a műtét alatt végzett gyorsvizsgálat és a későbbi szokványos, haematoxinil és eosin festett szövettani metszetek értékelése egyforma pontossággal mutatta. Két olyan esetben azonban, amikor a szövettani vizsgálat nem igazolt áttétet, a citokeratin festés ráksejtek jelenlétére utalt, ún. szubmikroszkópos áttétet igazolt. Ezek közül az egyik esetben a daganat kiújult, és a beteg az első műtétet követő 3 évre meghalt.

KÖVETKEZTETÉSEK A nyirokcsomóáttétek kimutatásában a citokeratin-festés érzékenyebb, mint a hagyományos szövettani vizsgálat. Megfigyeléseink arra utalnak, hogy a citokeratin-festéssel igazolt, szubmikroszkópos áttéteknek is kórosító jelentőségük van. Ennek alapján a citokeratin-festés alkalmazása a méhtrákos betegek gyakorlati ellátásában is indokoltnak tűnik.

Kulcsszavak méhtrák, nyirokcsomóáttét, szubmikroszkópos áttét, citokeratin, kórjellet.

(A szerkesztett *összefoglalás* alcímek nélkül is összeállítható. A bemutatott példa szerkesztett marad akkor is, ha az alcímeket elhagyjuk, mindegyik részt új bekezdésben tárgyaljuk.)

Az esetismertetéseknél még ma is többnyire nem szerkesztett összefoglalásokkal találkozunk. A szerkesztett összefoglalások három részből állnak: *Bevezetés*, *Esetleírás* és *Következtetés*. Ezekben az összefoglalásokban a *Módszerek* és az *Eredmények* helyett az *Esetleírás* szerepel. A *Bevezetésre* és a *Következtetésre* a fentebb kifejtett megfontolások a mérvadók, az utóbbi az esetből levonható legfontosabb tanulságot tartalmazza. Az *Esetleírás* szakaszban csak a leglényegesebb adatokat ismertetjük, mindig csak azokat, amelyek miatt az adott eset ismertetését fontosnak véljük. Részadatok, mellékletek mellőzendők. Ez a rész is legyen rövid, ne akarjuk az egész esetet az összefoglalásban is részletesen leírni. A szerkesztők az összefoglalás terjedelmét rendszerint megszüntetik.

Általános szabály, hogy az összefoglalásban nem írunk irodalmi hivatkozásokat, és nem használunk rövidítéseket, kivéve, amikor elengedhetetlenül fontosak. Célszerű az összefoglalást múlt időben írni – kivéve a következtetéseket –, és, hasonlóan a *Tömörített következtetéshez*, az olyan kifejezések, mint „ezt és ezt fogjuk tárgyalni”, „ennek részletezése képezi a dolgozat tárgyát” stb. kerülni; jóllehet gyakorta használtak. Az összefoglalásnak – a közlemény átnézése nélkül is – teljességgel kell az olvasót tájékoztatnia már csak azért is, mert a közlemény számos alkalommal nem áll az olvasó rendelkezésére. Ne sajnáljuk az időt, energiát, és az összefoglalást elkészítése után még egyszer vessük össze a közlemény szövegével, győződjünk meg az adatok pontosságáról.

KULCSSZAVAK A kulcsszavak (Key words) a dolgozat tárgyát, lényegét meghatározó szavak vagy rövid kifejezések, tárgymutatók. Elsősorban a nagy szakirodalmi nyilvántartó rendszerek számára szükségesek, mert ezek alapján csoportosítják, rendezik a dolgozatokat. Az érdeklődők, a rendszerben pástázók is ezek alapján lelhetnek a dolgozatra. A kulcsszavak megválasztása nagy gondosságot igényel; soha ne találomra történjék. Célszerű, ha irányvonalnak az Index Medicusnak a Medical Subject Headings (MeSH) rovatában megadott kulcsszavakat tekintjük (1). Megadhatók azonban a MeSH-ben nem szereplő kulcsszavak is. Az Index Medicus kulcsszótár a jelentősebb könyvtárakban és a világhálón is fellelhető. A kulcsszavak száma az egyes folyóiratokban meghatározott, általában 3-10. Minél több kulcsszót adunk meg, annál valószínűbb, hogy a keresőrendszerekben a közleményre ráakadnak.

ANGOL NYELVŰ ÖSSZEFoglalás Gyakran látjuk, hogy nem angol nyelvű folyóiratokban angolul is közlik a közlemények összefoglalóját. Ezzel a gyakorlattal hazai folyóiratainkban is egyre inkább találkozunk. Az összefoglalás ismertetése angolul is két okból ajánlatos: 1. a magyarul nem tudók is elolvashatják, megtudhatják, hogy a dolgozat miről szól, 2. a nemzetközileg is használt nyilvántartó rendszerbe a cikk csak így kerülhet be.

A TARTALMI RÉSZ Ezt a különböző típusú közlemények szerint tárgyaljuk, kivéve az irodalmi hivatkozásokat, azokat ugyanis mindegyik közleménytípusban egyformán írjuk.

A dolgozatban az irodalmi hivatkozásokat zárójelbe tett arab számokkal jelöljük, mindig a megjelenés sorrendjében és nem ábécé szerint. Az egyes számú közlemény az, amelyre a szerzők legelőször hivatkoznak, és így tovább. Az ábrákban, táblázatokban szereplő irodalmi hivatkozások az ábrák, táblázatok elhelyezése szerinti rákövetkező számokat kapják; a számozás tehát folyamatosan halad, függetlenül, hogy a szövegben vagy táblázatban, ábrán idézett adatokról van-e szó. Számozni kell minden nyomtatásban megjelent hivatkozást és azt a közleményt is, amely még nem jelent meg, de már elfogadták.

Ha a szövegben az irodalmi hivatkozások szerzőinek nevét kiírjuk, a vonatkozó szám a szerző neve után jön zárójelbe. Ha a szerző neve nem szerepel a mondatban, a hivatkozási szám a mondat végére, a pont elé kerül. A hivatkozási számot csak akkor tesszük a pont után, ha az egész bekezdésre vonatkozik.

Nem előírás, de javasolt, hogy összefoglalásokat, leveleket, hozzászólásokat stb. ne idézzünk, legfeljebb csak nagyon szükséges esetben. Nem szerencsés olyan közleményt idézni, amelyet, jóllehet már elküldtünk a szerkesztőségnek, de még nem fogadták el. Ha erre mégis sor kerül, a szerzők neve után zárójelben megadjuk a dolgozat adatait: szerzők, cím, folyóirat, amit az „elbírálás alatt” (in progress, unpublished observations) megjegyzés követ. Az ilyen hivatkozásokat nem számozzuk, az irodalomjegyzékben nem tüntetjük fel; a szerzők engedélye minden esetben szükséges. Személyes közlésekre ne vagy csak kivételesen – lényegi mondanivaló esetén – hivatkozzunk. A közleményben fel kell tüntetni, hogy nem dolgozatról, hanem valakinek szóban – előadásban, személyes beszélgetésben stb. – kifejtett véleményére utalunk. Ilyenkor a közlemény szöveges részében a „személyes közlés” (personal communication) megjelölést a közlés időpontjával együtt írjuk zárójelben a hivatkozás után; ezeket a hivatkozásokat sem számozzuk, és az irodalomjegyzékben sem tüntetjük fel. A szerkesztőségek a „személyes közlés” hivatkozáshoz az idézett személy írásos hozzájárulását kérik.

EREDETI KÖZLEMÉNYEK Az eredeti közlemények teljes szerkezetét

Az eredeti közlemények szerkezeti részei:

Fejléc
Tömörített következtetés*
Összefoglalás és kulcsszavak
Tartalmi rész
Bevezetés
Anyag és módszerek
Eredmények
Megbeszélés
Köszönetnyilvánítás
Irodalom

* Csak azokban a folyóiratokban, amelyek kéri

a szemléltető ábra mutatja. A tartalmi része négy egységből áll: *bevezetés*, *anyag (betegek)* és *módszerek*, *eredmények* és *megbeszélés*.

1. *Bevezetés*. Ez a dolgozat – a tartalmi rész – felvezetője. Legelőször össze-

foglalva rámutat a témával kapcsolatos fontosabb ismeretekre, ellentmondásokra, hiányosságokra; felhívja az olvasó figyelmét a téma fontosságára. Ennek alapján megmagyarázza a ta-

nulmány, a vizsgálatok végzésének célját, a közlemény megírásának indokát. Egyértelművé teszi, hogy a tudományos munka milyen kérdésre, kérdésekre keresett választ, milyen feltételezést akart igazolni, és – szükség esetén – bemutatja a tanulmány formáját. A tanulmány célját a lehető legpontosabban kell meghatározni. A *bevezető* legelső mondata különös hangsúlyt kap, mert az olvasó figyelmét kell megragadnia.

A dolgozatok általában a bevezetésben „úsznak el”. A szerzők alapos munkát akarnak végezni, és egy teljes irodalmi áttekintést adnak, aminek köszönhetően ugyanazon témával foglalkozó dolgozatok *bevezetői* kísértetiesen hasonlítanak egymásra, szinte egymás másolatai. A *bevezető* nem irodalmi áttekintés! Soha ne legyen hosszú, csak a legfontosabb irodalmi hivatkozásokat tartalmazza, és azok közül is csak azokat, amelyek indokolták tették a dolgozat megírását, a kutatás elvégzését. Az irodalmi adatok elemzésére a *megbeszélés* részben kerül sor. Gyakori hiba, hogy a *bevezetésben* és a *megbeszélés* részben írtak ismétlések, nemegyszer teljesen egyformák. Óhatatlanul van hasonlóság a két rész között, és nem nagyon lehet szabályt adni; a szerzők ítéletképessége a legfontosabb.

A bevezetés rész megírásának irányelvei:

Az irodalmi ismeretek tömör, számszerű adatok nélküli összefoglalása

A tanulmány céljának és indokának pontos meghatározása

A tanulmány formájának leírása

Soha ne legyen hosszú

Ne tartalmazza a saját vizsgálatok részleteit, számadatait és következtetéseit sem

Utmutatásként a *bevezetőt* két részre lehet osztani: az elsőbe az irodalmi ismeretek velős, rövid összefoglalása, a másodikba a tanulmány, a közlemény céljának, indokának és a tanulmány formájának bemutatása tartozik. Az utóbbiban a szerzők összefoglalóan, egy vagy két mondatban – mindig múlt időben – leírják, hogy a dolgozat miről szól, milyen vizsgálatok történtek, és hogy a tanulmány milyen formájú (előretekintő, visszatekintő, találmányra beválasztott stb.). A *bevezetésben* saját vizsgálati eredmény soha ne szerepeljen és következtetés sem (ICMJE követelmény). A két rész egyetlen bekezdésbe is kerülhet. *Eredeti dolgozatok bevezetésében* olyan fogalmazásokat, mint: „és az irodalmat áttekintjük” vagy „eredményeinket az irodalmi adatokkal összevetjük” stb. nem helyes írni, mert az irodalom áttekintése, a szerzők eredményeivel való összevetése a dolgozat alapeleme, követelménye. Lényegre törően szövegezzünk, csak a legszükségesebbeket tárgyaljuk.

1. példa: (a *bevezetés* első része: az irodalmi adatok) A nyirokcsomók eltávolításának helye a méhestrák kezelésében ellentmondásos. A nyirokcsomóáttétek éretlen és/vagy a méhfalát mélyen beszűrő rákok esetén sokkal gyakoribbak (1-4), ezért sokan a medencei nyirokcsomók eltávolítását csak ezekben az esetekben tartják szükségesnek. Más megfigyelések arra utalnak [...] (5-6). Sokkal kevesebb adat áll rendelkezésünkre a főerek körüli (paraaorticus) nyirokcsomóáttétek gyakoriságát, eltávolításuk klinikai jelentőségét és javallatát illetően.

[...] A folytatás a vonatkozó irodalom további ellenmondásainak, hiányosságainak hasonló tömör körvonalazása.

(a második rész: a tanulmány célja stb.) Jelen munkánkban a medencei és a főerek körüli nyirokcsomóáttétek gyakoriságát tanulmányoztuk, megnéztük, hogy előfordulnak-e áttétek a főerek körüli nyirokcsomókban olyan esetekben is, amikor a medencei nyirokcsomókban a szövettani vizsgálat ráksejteteket nem tudott kimutatni. Tanulmányoztuk továbbá az összefüggést a nyirokcsomó áttétek gyakorisága és a daganat szövettani jellemzői között. Osztályunkon műtött méhestrákos betegek kórlapjait néztük át visszamenőleg. [...]

vagy

Jelen munkánkban arra a kérdésre kerestünk választ, hogy van-e összefüggés a főerek körüli nyirokcsomó áttétek előfordulása és a méhestrák szövettani mutatói között. Ezért tanulmányoztuk az osztályunkon műtött méhestrákos betegek kórlapjait [...]

vagy

Feltételeztük, hogy a főerek körül nyirokcsomóáttét csak akkor fordul elő, ha a méhestrák a méhfalát legalább 80%-ban beszűrte. Ennek igazolására a méhestrákos betegek kórlapjait utólagosan néztük át. [...]

(Helytelen így fogalmazni: Az osztályunkon, 1997 és 2001 között műtött, 234 méhestrákos beteg kórlapját [...] A szövettani metszeteket újra átnézte két független szövettanász [...]) Ezek a részletek az *anyag és módszerek* részhez tartoznak. A *bevezetésben* általánosan, számszerű adatok nélkül fogalmazunk, ellenkező esetben ugyanazt ismételtjük.)

2. példa: (az első rész: az irodalmi ismeretek) A hámreredetű petefészekrák kórjósolata még ma is nagyon rossz, évente [...] Előrehaladt esetekben az ötéves túlélés 30% körül van (1-4). [...] Nem ismerjük pontosan, hogy az érképződésnek (angiogenesis) milyen szerepe van a hasi szóródás, a hasüregi áttétek kialakulásában.

Az érképződés a daganat által képzett új erek kialakulása – érjáraképződés (neoangiogenesis) – amelyben meghatározó szerepe van az érbelhártya növekedési faktornak (vascular endothelial growth factor, VEGF). A VEGF [...]

(a második rész: a tanulmány célja stb.) Tanulmányunk célja az volt, hogy igazoljuk, hogy az előrehaladt petefészekrákos betegek szérums VEGF-értékei emelkedtek, magasabbak, mint a korai petefészekrák esetében.

vagy

Jelen tanulmányban azt vizsgáltuk, hogy [...]

vagy

Feltételeztük, hogy az érképződésnek szerepe van a petefészekrák előrehaladásában, ezért megvizsgáltuk a szérums VEGF-értéket előrehaladt és korai petefészekrákok esetében. Az eredményeket a két csoport szerint elemeztük, és egészséges asszonyokban mért értékekkel is összevetettük. [...]

(Természetesen másként is fogalmazhatunk, de mindig a legfontosabb célt emeljük ki, azt a megfogalmazást válasszuk, amely a legjelentősebb kérdésre világít rá.)

Az eredeti közlemények négy része közül a *bevezetés* a legrövidebb, egy gépelt oldalnál ritkán hosszabb; jó megfogalmazása azonban semmivel nem könnyebb, néha még nehezebb, mint a többi. A további három rész elkészítése után a *bevezetés* nem ritkán módosul.

2. *Anyag és módszerek*. Ez a része a közleménynek meglehetősen jól körülhatárolt, arról szól, hogy milyen vizsgálatok tör-

téntek, milyen anyagon (pl. szövettani minták), illetve kiknél (vizsgált népesség), milyen módszerekkel és az eredményeket miként értékelték (statisztikai számítások). Indoklást is kell adni, hogy miért az alkalmazott módszereket, ismertetett szempontokat választottuk. A leírás múlt időben történjék, a lehető legtömörebb legyen – a kevés és a sok is rossz –, ne használjunk szokatlan kifejezéseket (tolvajnyelvet), mozaikszavakat, és az irodalmi hivatkozásokat a legszükségesebbre korlátozzuk.

Ha a vizsgálatokat nem embereknél végezték, az „anyag” megjelölés (*anyag és módszerek*), ha betegeknél, a „betegek” kifejezés szükséges (*betegek és módszerek*). A hazai irodalomban sokszor szerepel a „beteganyag” megjelölés, ami visszatetsző – az emberek nem vizsgálati anyagok – és kerülendő. Használatos még a *Vizsgálatok és módszerek* rész cím is.

Szerkezetileg több alegységre tagolódhat, attól függően, hogy milyen szempontok szerint csoportosítottuk a vizsgálatokat, illetve a vizsgált eseteket. A tagolás célja mindig a jobb megértés, átláthatóság. Három alapvető rész azonban többé-kevésbé mindegyik dolgozatban elkülönül: a.) vizsgálat tárgya és a tanulmányozott népesség (anyag, betegek), b.) az alkalmazott módszerek és c.) az értékelés módja. Célszerű az egyes részeket nemcsak külön bekezdésekben, hanem külön alcímek alatt tárgyalni a könyvnyelvi áttekinthetőség végett. Ha az *anyag és módszerek* rész rövid, alcímek nem szükségesek, bekezdésekkel is jól áttekinthető leírást adhatunk.

Az *anyag és módszerek* rész alapvető egységei:

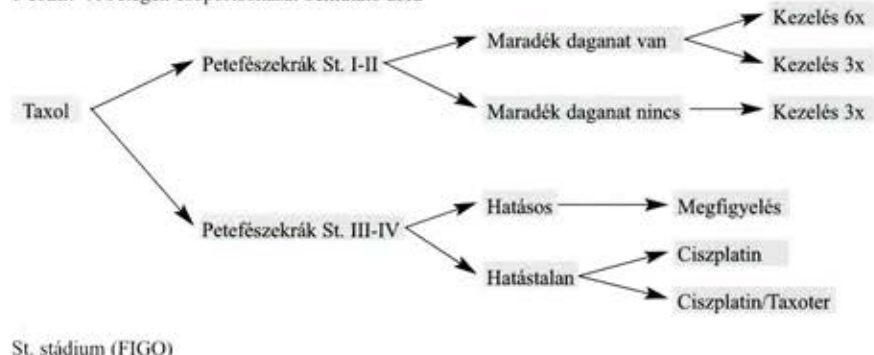
A vizsgálat tárgya és a tanulmányozott népesség

Az alkalmazott módszerek

Az értékelés módja

a.) A vizsgálat tárgya és a tanulmányozott népesség. Részletesen le kell írni, hogy mi képezte a vizsgálatok anyagát (szövettani metszet, sejtkenet, szérumminták, DNS-minták stb.), azokat miként gyűjtötték, tárolták, kezelték; illetve milyen állatokon történtek a vizsgálatok vagy milyen betegeket vizsgáltak, kik képezték az ellenőrző csoportot, hogyan történt a klinikai adatok gyűjtése stb. Pontosan adjuk meg a vizsgált esetek, tanulmányozott minták számát. Ismertetni kell a vizsgálatok fajtáját (ellenőrzött tanulmány, kettős vak kísérlet stb.), a beválasztás és kizárás, a csoportosítás (randomizáció) feltételeit. Indoklás is szükséges, pl. miért csak bizonyos életkorú betegeket választottunk, miért döntöttünk a csoportosítás, bevétel, kizárás stb. választott szempontjai mellett. Az utóbbiakat néha külön egységként ismertetik, különösen, ha előretételező klinikai vizsgálatok – például gyógyszerkipróbálás – történtek. Többkarú tanulmányokban vizsgált személyek három, négy csoportba is kerülhetnek; bonyolult csoportosításnál a magyarázó ábrák nagyon hasznosak.

Példa: A betegek csoportosítását bemutató ábra



A betegek követésére alapozott tanulmányoknál – pl. túlélés – a követés idejét és a követésből kikerült (elköltözött és elvezett stb.) betegek számát meg kell adni.

A betegek vizsgálata, kezelése kísérleti célból csak azok írásban igazolt jóváhagyásával lehetséges; ezt nevezzük beleegyező nyilatkozatnak (informed consent). A beleegyező nyilatkozat aláírása előtt a vizsgálatok természetéről stb. a betegeket fel kell világosítani. A betegek beleegyezésén kívül rendszerint a helyi, területi etikai bizottság engedélye is szükséges – az orvoskerületi bizottságok a Helsinki Nyilatkozat szellemében foglalkoznak állást. Ezekről a közleményeknek ebben a részében kell említést tenni. Olyan adatok, amelyek alapján a vizsgált, kezelt betegek felismerhetők (név, kezdőbetű, kórlapszám stb.) nem közölhetők.

A vizsgált betegek jellemzése nem mindig egységes: vannak, akik ebben a részben csak azt határozzák meg, hogy, pl. 250 első stádiumú méhtrákos beteget vizsgáltunk, a betegek más jellemzőit, mint életkor megoszlás, milyen népcsoport, panaszok szerinti besorolás stb. azonban már az *eredmények* részben ismertetik. Mások ezeket is ebben a részben adják közre. Az eltérő megítélés háttérében egy elvi kérdés húzódik, nevezetesen, hogy a betegek jellemzői mennyire tarthatók eredménynek. Felfoghatjuk úgy is, hogy egy meghatározott szempont alapján kiválasztott betegek életkorát vizsgálva ezt és ezt találtuk – eredmény –, de gondolkozhatunk úgy is, hogy a betegek életkora nem képezte a vizsgálat tárgyát, sőt inkább a csoportosítás egyik meghatározója – nem eredmény. Végül is mindkét álláspont elfogadható; a mérvadó talán az lehet, hogy egy adott dolgozatban melyik szempont a hangsúlyosabb.

Állatkísérletek szintén csak szigorú előírások alapján végezhetők; ezekről is nyilatkozni kell.

b.) Az alkalmazott módszerek. Itt ismertetjük, hogy milyen vizsgálatok történtek és milyen módszerekkel, megindokolva, hogy miért azokat a módszereket választottuk. Ha vizsgálatokhoz gépeket használtunk, azok adatait (név, gyártó stb.) adjuk meg. Az alkalmazott módszerek korlátaira, hátrányaira is hívjuk fel a figyelmet. Az ún. „vakon végzett” vizsgálatoknál min-

dig ismertessük a részleteket: milyen módszerekkel biztosítottuk, hogy a vizsgálok ne ismerjék a minták eredetét stb.. Kérdőíveknél ismertessük a benne foglalt meghatározásokat, csoportosított, előzetes vizsgálatoknál a tanulmányterv (protokoll) minden elemét: célkitűzéseket, végcélakat stb.

A módszerek részletes ismertetése elengedhetetlen még akkor is, ha unalmasnak tűnik. Nyilván egy kifinomult laboratóriumi módszer leírása a gyakorló orvos számára nemcsak érdektelen, de nem is mond sokat. A tudományos munka azonban kutatóknak is szól; ők a leírásból azonnal felfedezik a buktatókat, és hogy azok mennyire befolyásolhatták a kapott eredményeket, vagyis, hogy a következtetések az alkalmazott módszerek alapján valóban levonhatók-e. A módszerekről adott tájékoztatásnak olyannak kell lennie, hogy annak alapján más kutatók is tudják azokat alkalmazni, tudjanak további vizsgálatokat végezni. A módszerek végzésének módja a tárgyszerűség kulcsa; az alkalmazott módszerek adják a vizsgálat értékét, következésképpen a tudományos munka jelentőségét is. Csak az a közlemény tekinthető jól megírtnak, amelynek alapján a tudományos kutatás megismételhető.

Klinikai vizsgálatoknál az alkalmazott műtéti eljárás részletes leírása a sebészt igazítja útba, vajmi keveset mond az elméleti kutatóknak, ennek ellenére elengedhetetlenül fontos.

Azonnal felmerül a kérdés, hogy a laboratóriumi vizsgáló módszerekben nem jártas klinikus mennyire fogadhatja el az eredményeket, keressen egy laboratóriumi szakembert, és kérje véleményét; illetve miként értékeljék az elméleti kutatók a klinikai témájú közleményeket, kérjék ki a gyakorló orvosok álláspontját. Egyikre sincs szükség, a folyóirat szerkesztői az előbírálok felkérésével megteszik helyettük. Ennek alapján az olvasó tudja, hogy az alkalmazott eljárások megfelelőek voltak, a vizsgálatok eredményei elfogadhatók.

A vizsgáló módszerek részletezése hely- és időigényes. Óhatatlanul ismétlést jelent, ha egyazon kutatócsoport különböző betegcsoportoknál – anyagon – ugyanazon módszerekkel végzett vizsgálatairól több közleményben számol be. Ilyenkor nem szükséges a módszereket részletesen ismertetni, elegendő a módszerek leírását tartalmazó korábbi közleményre hivatkozni – pl. „a vizsgálatokat a korábban ismertetettek szerint végeztük (5)”. Ha a korábban ismertetett módszereknél módosítás történt, elegendő a módosítások leírása és utalás a korábbi munkára. A hivatkozás akkor is elegendő, ha más szerzők alkalmaztak pontosan olyan módszert, amellyel a vizsgálatok történtek, például: „a vizsgálatokat Nagy és mtsai. (7) által leírtak szerint végeztük”. Nem eléggé ismert módszereknél azonban az irodalmi hivatkozás mellett azok vázlatos ismertetése is szükséges. A lényeg, hogy az alkalmazott módszerek pontos leírása a bíráló és a kutatók számára hozzáférhető, megismerhető legyen.

Gyógyszervizsgálatoknál pontosan meg kell adni a gyógyszer nevét, hatóanyagát, mennyiségét és adásának módját.

c.) Az értékelés módja. Itt az alkalmazott statisztikai módszereket kell ismertetni, tisztázva, hogy az egyes vizsgálatokat melyik módszerrel értékeltük és miért. A legtöbb statisztikai módszer annyira elterjedt, hogy részletes leírása szükségtelen, másoknál irodalmi hivatkozás történik – elsősorban a szabvány könyvekre célszerű utalni és nem a nehezebben hozzáférhető irodalmi adatokra. Számítógépes statisztikai módszereknél azok egészen pontos azonosítása szükséges. A statisztikai módszerek részletesebb ismertetésére nagyon ritkán kerül sor. Az irányadó mindig az olvasó megfelelő tájékoztatása; ellenőrizhesse az alkalmazott módszert, könnyen hozzáférjen. Az alkalmazott számítási módszerek hibaforrásaira, megbízhatósági szintjére (megbízhatósági szint, confidence interval) szórárs, becslés szórása (standard error) stb. is utaljunk, kerüljük a „feltételezést ellenőrző” (hipotézist tesztelő) számítások, pl. P-érték egyedüli használatát. A közleményben szereplő statisztikai kifejezéseket pontosan határozzuk meg (pl. a különbséget a $p > 0,05$ értéknél tekintettük szignifikánsnak), és az alkalmazott rövidítések, jelek jelentését is egyértelműen adjuk meg.

Példák az anyag és módszer rész szerkesztésére:

1. példa: BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

Harminc méhtrákos, 43 méhnyakrákos és 19 petefészekrákos beteg-től vett szövettani mintákat vizsgáltunk. A betegek életkora 31 és 67 év között volt (átlagérték: 54 év). [...]

A metszeteket két független szövettanász [...]

vagy

Betegek

Harminc méhtrákos, 43 méhnyakrákos és 19 petefészekrákos beteg-től vett szövettani mintákat vizsgáltunk. A betegek életkora 31 és 67 év között volt (átlagérték: 54 év). [...]

Szövettani vizsgálat

A metszeteket két független szövettanász [...]

Immunohisztokémiai elemzés

A parafinba ágyazott mintákból 5 mikron vastagságú metszeteket készítettünk [...]

Statisztikai számítások

A különböző csoportok vizsgálati eredményeit statisztikai számításokkal hasonlítottuk össze, amihez a [...] módszereket használtuk.

2. példa: ANYAG ÉS MÓDSZER

Alcímek: *A betegek kiválasztása [...]*

A stádium meghatározására használt módszerek [...]

Alkalmazott kezelés [...]

A kezelés hatásosságának értékelési szempontjai [...]

A mellékhatások súlyosságának meghatározása [...]

A vizsgált daganatjellemzők [...]

Statisztikai módszerek [...]

3. példa: ANYAG ÉS MÓDSZER

Alcímek: *Szövettani minták [...]*

A DNS előállítás [...]

Immunohisztokémia [...]

In situ hybridizáció [...]

A BRCA, P53 és apoptózis vizsgálatok értékelése [...]

Statisztikai elemzések [...]

(Az Anyag és módszer alcímek nélkül is leírható, különösen akkor, ha nem hosszú. Az alcímek csak a könnyebb megértést segítik.)

3. Eredmények. Ez a rész a bevezetőben feltett kérdésre, megfogalmazott célokra adott válasz. Ez a legkézenfekvőbb eleme a közleménynek, egyszerűen a kapott vizsgálati eredményeket tartalmazza. Múlt időben írandó. A számítások eredményeit számokban adjuk meg, százalék vagy más további számítás zárójelbe kerül a számszerű adatok után. Ismertessük, amit találtunk, de azt is, amit ugyan vártunk, de nem kaptunk, mindent, ami a kutatás érdemi részéhez tartozik. Az érdemi részhez nem tartozó eredményeket csak akkor tárgyaljuk, ha azoknak az eredmények értékelése szempontjából – pl. hibaforrásra mutat rá – jelentőségük van. Helytelen „magában álló”, a dolgozat értékelésében szükségtelen – „melléktermék” – vizsgálati eredményeket feltüntetni csak azért, mert azokat is kiszámoltuk. Az *eredmények* rész is mindig rövid, tömör és következetes legyen, az olvasót az elejétől a végéig vezesse. Ne ismételjük az *anyag és módszerek* részben elmondottakat.

Az *eredmények* rész megírásának legfontosabb szempontjai:

Csak a munka szempontjából fontos eredményeket tartalmazza, az érdemi részhez nem tartozó eredmények mellőzendők

Az eredményeket számokban fejezzük ki; %, p-érték stb. zárójelben legyen

Legyen tagolt – alcímekkel vagy csak új bekezdésekkel –, tömör és rövid

Ne ismételjük az *Anyag és módszerek* részben írtakat

Értékelést nem tartalmazzon

Múlt időben írandó

Betegcsoportok vizsgálatakor mindig térjünk ki arra, hogy az egyes csoportok mennyire hasonlíthatók össze, a beválasztás feltételei alapján mennyire sikerült hozzávetőlegesen azonos (számítások szempontjából összeilleszthető) csoportokat létrehozni. Megfelelő adatelemzés csak a számítás-csere szabatos csoportok összevetésénél lehetséges. Ez vonatkozik két vagy több betegcsoport egymással történő vagy betegek és egészségesek (ellenőrző csoport) összehasonlítására egyaránt.

A jobb áttekinthetőség végett célszerű a vizsgálatokat ésszerű sorrendben, bekezdésekkel tagoltan, vagy alcímek alatt ismertetni. Ez távolról sem mindig azonos az *anyag és módszerek* részben megadott csoportosítással.

Példa: (vö. az *anyag és módszerek* 3. példájával)

EREDMÉNYEK

Alcímek: P53 immunohisztokémia [...]
BRCA gének [...]
Apoptosis [...]

Ha a tanulmányozott betegekre vonatkozó adatokat is ebben a részben ismertetjük, az mindig a legelejére kerül; az eredmények ismertetése azzal kezdődik.

Példa: EREDMÉNYEK

A betegek életkora 31 és 67 év között volt (átlagérték: 54 év), 56 beteg (40%) volt a változókór után [...]

Az eredmények bemutatására a megfelelően szerkesztett – önállóan is értelmezhető – ábrák, táblázatok jól használhatók, de

mindig csak a szöveges leírással együtt. Az eredményeket csak táblázatokban, ábrákban bemutatni elfogadhatatlan. Egyszerű eredmények szöveges formában mutathatók be legjobban. Tartózkodjunk az ábrák, táblázatok részletesen ismertetett eredmények ismételt részletes szöveges leírásától, az *eredmények* szöveges részében azokat csak összegezve írjuk.

Példa: EREDMÉNYEK

Az eredményeket az 1. táblázatban és az 1. ábrán ismertetjük. [...]

1. táblázat. TNF- α , TNFR-2 koncentrációk és a TNFR-2/TNF- α hányados (X $\pm$ SD) alakulása méhnyakrákos betegekben és az ellenőrző csoportban

	n	TNF- α pg/ml	TNFR-2	TNFR-2/TNF- α
Méhnyakrák	91	2,70 $\pm$ 0,69*	3,85 $\pm$ 1,05*	1,49 $\pm$ 0,53*
FIGO I stádium	39	3,29 $\pm$ 0,39*	4,60 $\pm$ 0,68	1,42 $\pm$ 0,30*
FIGO II stádium	33	2,52 $\pm$ 0,33*	3,75 $\pm$ 0,78*	1,50 $\pm$ 0,39*
FIGO III stádium	14	1,81 $\pm$ 0,26*	2,68 $\pm$ 0,39*	1,47 $\pm$ 0,33***
FIGO IV stádium	5	1,45 $\pm$ 0,22*	1,91 $\pm$ 0,18*	1,35 $\pm$ 0,27
ErbB-2 pozitív	16	1,58 $\pm$ 0,38**	2,55 $\pm$ 0,57**	1,68 $\pm$ 0,49
ErbB-2 negatív	75	2,82 $\pm$ 0,62	4,06 $\pm$ 0,87	1,48 $\pm$ 0,37
Ellenőrző csoport	64	4,32 $\pm$ 0,36	4,85 $\pm$ 0,82	1,12 $\pm$ 0,18

* p < 0,0001 az ellenőrző csoporthoz viszonyítva (Mann-Whitney teszt)

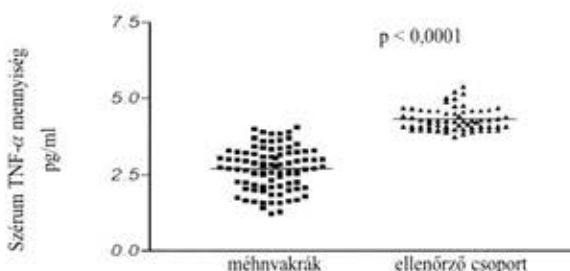
** p < 0,0001 az erbB-2 negatív betegekhez hasonlítva

*** p = 0,0002 az ellenőrző csoporthoz viszonyítva, TNF- α : FIGO I-II stádium: p < 0,0001, I-III stádium: p < 0,0001, III-IV stádium: p = 0,01, TNFR-2: I-II stádium: p < 0,0001, II-III stádium: p < 0,0001, II-IV stádium: p = 0,0002, III-IV stádium: p = 0,0026

A táblázatban feltüntetett adatok szöveges leírása:

Egyenes arányú összefüggést találtunk a szérumban TNF- α és a TNFR-2 szintjei között a betegekben és az ellenőrző csoportban is. A TNFR-2/TNF- α hányados jelentősen emelkedett volt a daganatos betegekben az ellenőrző csoporthoz képest (1. táblázat).

1. ábra. A szérumban TNF- α mennyisége méhnyakrákos betegeknél



Az ábrán látható adatokat a szövegben a következőképpen fogalmazhatjuk meg:

A méhnyakrákos betegekben lényegesen alacsonyabb TNF- α értékeket találtak (X $\pm$ SD: 2,7 $\pm$ 0,69 pg/ml), mint az ellenőrző csoportban (X $\pm$ SD: 4,3 $\pm$ 0,32 pg/ml) (1. ábra).

(Ebben a szövegezésben az összefoglaló számadatokat megadjuk, mert azok az ábrán nem szerepelnek. A szignifikancia értéket (p < 0,0001) azonban már nem, mert azt az ábra mutatja.)

Az ábrák, táblázatok változatossá teszik az eredmények ismertetését, és azok megértését, megjegyzését is segítik. Átvitt értelemben azt is mondhatjuk, hogy a szöveges rész vezeti az olvasót, a táblázatok, görbék stb. mutatják a részleteket, és a képek szemléltetik a mondanivalót.

Sok szerző már az *eredmények* rovatban értékeli, viszonyítja a saját eredményeket az irodalomban megadott adatokhoz. Ez nem jó, mert az eredmények értékelése a *megbeszélés* részhez tartozik. Az itt is, ott is értékelés óhatatlanul átfedéshez, ismétléshez vezet. Olyan mondatkezdések, mint pl. „Ellentétben *Barna és munkatársai* (12) adataival, a mi eseteinkben csak 2%-ban fordult elő [...]” gyakran olvashatók. Ezek kerülendő, az *eredmények* részben a vizsgálatok eredményeinek legegyszerűbb, számszerű ismertetésére kell törekedni.

Az eredmények pontos ismertetésének jelentőségét nem lehet túlhangsúlyozni. Tévedés, elírás a legjobb munkát – és a szerzők megbízhatóságát – is végzetesen alááshatja. Újra és újra ellenőrizzük, hogy a kapott számok, eredmények a szövegben, a táblázatokban, ábrákban is egyeznek-e, és hogy a számítások eredményei a kéziratba is pontosan kerültek-e be.

4. *Megbeszélés.* Általában ez a közlemények leghosszabb része. A *megbeszélésben* kerül sor a vizsgálattal kapcsolatos irodalmi adatok átnézésére, az irodalom és a dolgozat adatainak összev-

A *megbeszélés* rész összeállításának főbb szempontjai:

A dolgozat tárgyra, témájára vagy lényegére rávilágító rövid, első bekezdés

A legjelentősebb saját eredmények rövid összefoglalása (az eredményben közölt adatokat ne ismételjük)

Saját eredmények összevetése az irodalmi adatokkal

A bevezetőben megfogalmazott célok megvalósításának értékelése

Rávilágítás az alkalmazott módszerek, vizsgálatok korlátaira

Az eredmények klinikai jelentőségeinek megbeszélése

Javaslat további vizsgálatokra

(A különböző szempontok szerinti megbeszélést általában, de nem mindig külön-külön bekezdésekben tárgyaljuk, sokszor, a dolgozat szerkezetétől függően, alcímek alatt.)

tésére, a kutatás során kapott eredményeknek az irodalmi adatok tükrében történő elemzésére. Mindig emeljük ki a kapott eredmények gyakorlati, klinikai jelentőségét, mennyire tekinthetők újnak a megfigyelések, és hogy a bevezetőben leírt vizsgálati célokat mennyire sikerült megvalósítani. Ugyanakkor mutassunk rá a tanulmány gyenge pontjaira is – nincs tökéletes tanulmány; beválasztási, vizsgálati, módszertani stb. fogyatékoságok mindig előfordulnak. Hívjuk fel a figyelmet a még tisztázásra szoruló részletekre, és ezek szerint – a következő lépések körvonalazásával – javasoljunk további vizsgálatokat.

Szerkezete, megjelenési formája az ICMJE ajánlásait elfogadó folyóiratokban meglehe-

megállapítások az *összefoglalás* utolsó részében is, a legfontosabb következtetés pedig a *tömörített következtetésben* is megjelent. Ma egyre ritkábban találkozunk vele, de még használatos, jóllehet az ismétlés miatt nem mindegyik szerkesztő fogadja el. Talán csak akkor van értelme, ha a dolgozatban még nem szereplő, új gondolatokat, megállapításokat tartalmaz.

A *megbeszélés* szerkesztésének legfontosabb szempontjai:

a.) Az első bekezdés. A *megbeszélés* első rövid bekezdése általánosságban mutasson rá a dolgozat témájára, tárgyára vagy lényegére. A saját eredmények tárgyalása csak ezután jön.

1. példa: Az érképződés a rosszindulatú daganatok egyik kórjósati meghatározójának tűnik, jelentősége petefészekrákban azonban még nem tisztázott, a vonatkozó irodalmi adatok ellentmondók.

Höckel és mtsai (5) számoltak be [...]

(Ebben a példában az első bekezdés általánosságban szól a dolgozat témájáról – ez esetben az érképződésről –, az irodalmi adatok elemzése csak a másodikról kezdődik.)

2. példa: Ez az első olyan tanulmány, mely a szulfatidokat vizsgálja petefészekrákban szenvedő betegeknél. A szulfatidok klinikai jelentőségét más daganatoknál is csak elvéve vizsgálták (8).

Petefészekrákban szenvedő betegeknél [...] találtunk. Hasonló megfigyelésekről méhtrákrákban számoltak be, [...] (9).

(Ebben a példában az első bekezdés általánosságban fogalmaz, ugyanakkor a közleményre is utal)

3. példa: A mi vizsgálatunk a legnagyobb előretérítő, találmányra beválasztott tanulmány, amely a [...] vizsgálja. Megállapíthattuk, hogy [...] és hogy ennek fontos kórjósati jelentősége van.

(Ebben a példában az első bekezdésben a saját következtetés is szerepel; mindig általánosságban, számadatok, irodalmi összevetés nélkül.)

b.) A legfontosabb eredmény. A *megbeszélésben*, egy-két mondatban, tömören fogalmazzuk meg a legfontosabb eredményeket. Tanácsos az eredmények értékelésénél legelőször ezt megírni; nem könnyű gyakorlat.

Példa: A szérum CA 125 a petefészekrák legjobb daganatjelzője. Sajnos korai esetek felismerésére nem nagyon használható, nagyon hasznos viszont a daganat kiújulásának előrejelzésében. Az irodalomban elvéve találunk adatokat [...]

Vizsgálataink azt mutatják, hogy a műtét előtti szérum CA 125 értékek alapján kiválaszthatjuk azokat a petefészekrákos betegeket, akiknél a daganat megfelelően eltávolítható. Ennek alapján dönthetünk, hogy azonnali műtétet végezzünk, vagy inkább bevezető gyógyszerkezeléssel indítsunk [...]

A legfontosabb eredményt, következtetést a szerzők nem ritkán a *megbeszélés* első bekezdésébe foglalják (lásd 3. példa), mások külön taglalják, nemegyszer a második bekezdésben. Befejező összefoglalót, következtetéseket tartalmazó közleményeknél a legfontosabb eredményt rendre ebben olvashatjuk.

Régen szokásos volt, hogy a *megbeszélés* a következtetések ismételt, rövid, összefoglaló leírásával végződött *következtetések* (conclusions) alcím alatt. Ezek a röviden egybegyűjtött

Általános gyakorlat, hogy az első bekezdés a dolgozat témájáról, a második a fő eredményről tájékoztat.

c.) Saját eredmények összevetése az irodalmi adatokkal. Ez képezi a *megbeszélés* gerincét. Józan mérlegelésre van szükség, és nagyon átgondoltan kell kiválasztani azokat az irodalmi adatokat, amelyekkel saját eredményeinket hasonlítjuk össze. Ha minden, nem túl lényeges részt tárgyalunk, könnyen elveszíthetjük az áttekinthetőség fonalát – magunk is belebonyolódhatunk az irodalmi elemzésbe –, az olvasót pedig összezevarjuk. Gyakori hiba, különösen kezdőknél, hogy túlzásba viszik a megbeszélést. Ne akarjunk könyvtári irodalmat egyetlen dolgozatban átfogni. Egy közlemény akkor jó, ha a *megbeszélés* rész is tömör, jól áttekinthető és szigorúan csak a vizsgált témára összpontosít, csak a lényegbevágó irodalmi adatokat elemzi. Egy-egy szempont tárgyalásakor elegendő az odavágó legfontosabb irodalmi munka idézése, a többi vonatkozó irodalmat legfeljebb csak említjük, ismertetésük csak akkor célszerű, ha új adattal szolgálnak. Fontos azonban, hogy ne csak a dolgozat eredményeit alátámasztó irodalomra, hanem az eredményeinkkel nem egyező adatokra is felhívjuk a figyelmet. Ne ismételjük a *Bevezetőben* írt irodalmi hivatkozásokat. Az irodalomból idézett hangzatos mondatok, különösen, ha nem teljesen a témába vágók, csak mérgezik a dolgozatot. A hasonló témájú dolgozatok elkerülhetetlenül ugyanazokat a szempontokat tárgyalják; rengeteg az ismétlés, ami bizonyos fokok az irodalmi hivatkozások megadásával elkerülhető.

Saját eredményeink tárgyalása az irodalmi adatokkal történő összevetésben a lehető legtömörebb legyen, egy-egy külön szempont mindig külön bekezdésben, kivételesen alcím alatt. Ne ismételjük szó szerint az *eredmények* részben leírtakat, következtetésszerűen, összefoglalóan értékeljük.

Példa: Az *eredmények* részben: Az agyi áttétek topotecan kezelése a CT-vizsgálatok szerint a betegek 40%-ában eredményezett daganat-visszaféjlődést: 7 esetben (15%) az áttét teljesen eltűnt, 13-ban (25%) részben féjlődött vissza, és további 8 betegben (17%) növekedése megállt. [...]

A *megbeszélés* részben: Vizsgálataink azt mutatják, hogy az agyi áttétek topotecan kezelése elég hatásos; az esetek közel felében várható CT-vizsgálattal igazolt válasz, a betegek egy kis részében (15%) a daganat teljesen visszaféjlődik. [...] (ne ismételjük a számszerű adatokat!!) Ezek a megfigyelések összhangban vannak másokéval (76-80), de ellentétben Szabó és mtsai (81) adataival, akik [...]

Súlyos hiba a hivatkozott irodalom helytelen idézése. Erre leginkább akkor kerül sor, amikor az irodalmi idézést nem az eredeti dolgozatról vesszük, hanem a más szerzők által történt idézésre hagyatkozunk. A eredeti munkák alapos áttanulmányozása alapvető kötelesség. A más szerzők által leírt idézések akkor megfelelőek, ha az adott témában azoknak a szerzőknek – és nem az eredeti szerzőknek – az álláspontját akarjuk megadni.

d.) Rávilágítás az alkalmazott módszerek, vizsgálatok korlátaira. A közleményben megfogalmazott és az olvasóban kiala-

kult következtetések mérséklésére szolgál. Az olvasó éberségét hivatott felkelteni, óvja, hogy elhamarkodott döntést hozzon, pl. egy új gyógyszeres kezelést vezessen be még nem teljesen megalapozott irodalmi adatok alapján.

e.) Értékelés. Két arculata van: egyrészt a bevezetőben megfogalmazott célok megvalósítása szerint értékeljük, másrészt az eredmények klinikai jelentőségét tárgyaljuk. Az eredmények értékelése a legszigorúbb mértéktartást igényli; a tényszerűség mindenekfelett. Minden szerző hajlamos vágyai szerint értékelni, belemagyarázni az eredményekbe azt, amit szeretett volna bizonyítani; ez emberi gyarlóság, a dolgozat értékét csökkentő hiba. Lehet találgatásokba bocsátkozni, kifejezni a vizsgálatok lehetséges értékét, de mindig annak hangsúlyozásával, hogy további megerősítés szükséges. A képzeletünket azonban ne eresszük el, az egyensúlyt a lehetséges és a valós között nem szabad elvéteni. Különösen fontos a visszafogottság az ajánlások, a gyakorlati következtetések megfogalmazásánál, mert a legkézenfekvőbb következtetés is módosulhat a későbbi vizsgálatok tükrében.

Példa: Ennek alapján ezt a kezelési módszert kell a méhestrák szabványkezelésnek tekinteni.

(Ez a megfogalmazás nem szerencsés, túlzottan kijelentő.) Helyesebben: Ennek alapján megfontolandónak tartjuk, hogy ezt a kezelési módszert a méhestrák szabványkezelésének tekintsük.

A c–e szakaszok alatt tárgyalt szempontok nem önálló részei a *megbeszélésnek*. Általában nem külön bekezdésekben fejtegetjük azokat, hanem együtt tárgyaljuk. Utalhatunk, pl. az irodalmi és saját eredményeink összehasonlításánál a vizsgálati eredményeink gyakorlati jelentőségére, de ugyanebben az összevetésben a vizsgáló módszerek hibáit is taglalhatjuk. Máskor a következtetések értékelésekor utalunk az alkalmazott módszerek hibalehetőségeire és így tovább.

AZ EREDETI KÖZLEMÉNYEK VÁLFAJAI Ezek írásmódját, terjedelmét a szerkesztési utasítások nagyon pontosan meghatározzák. Közülük a *tudományos levelek* a leggyakoribbak, amelyek mindig rövidek, az eredeti közlemények szokásos szerkezetét nem mutatják, egyes folyóiratokban csak bekezdésekkel, másokban egy-két alcímmel (pl. résztvevők, módszerek és eredmények és Megjegyzés két alcím) tagoltak. Címük jellegzetesen a közlemény következtetését tartalmazza.

ÖSSZEFoglaló közlemények válfajai Az *összefoglaló közlemények* és válfajainak tartalmi része az *eredeti közlemények* és az *esetismertetések* tartalmi részétől is alapvetően különbözik. A szerzők nem előírás szerint, hanem elgondolásaik, a tárgyalt résztémák szerint tagolják a dolgozatot, egy bevezető rész azonban rendszerint van. Minden külön tárgyalandó szempont új bekezdésbe kerül, a részmunkák külön alcím alatt. Nem ritkán összefoglaló táblázatok, ábrák teszik áttekinthetőbbé a dolgozatot. *Megbeszélés* legtöbbször nincs, de egy gyakorlati rövid összegezés a dolgozat végén – *Következtetések*, *Zárógondolatok* stb. címszavak alatt – rendszerint található.

Az összefoglaló közlemények szerkezeti részei:

Fejléc
Tömörített következtetés*
Összefoglalás és kulcsszavak
Tartalmi rész
Bevezetés
Alegységek a szerzők
összeállítására szerint
Következtetések,
zárógondolatok
Köszönetnyilvánítás
Irodalom

* Csak azokban a folyóiratokban, amelyek kéri

Egy-egy témakör irodalmi áttekintése, összefoglalása lehet módszeres (systematic review) vagy leíró jellegű (narrative review). Az előbbi jól körvonalozódott témáknál lehetséges, melyeknél megfelelő tapasztalat, ismeretanyag áll rendelkezésre következtetések levonásához, határozottabb állásfoglalások, gyakorlati előírások megfogalmazásához. A módszeres összefoglaló közlemény egy témakör összegező elemzése vezérfonalak kidolgozásával. Leíró

jellegű összefoglalók viszonylag új témáknál készülnek, olyan esetekben, amikor az ismeretanyag még nem elegendő gyakorlati következtetésekre, támpontok kialakítására. A leíró összefoglaló közlemények az irodalmi adatok naprakész áttekintését adják irányelvek meghatározása nélkül.

Mint említettük, az összefoglaló közlemények leginkább szerkesztői felkérésre születnek; a dolgozatot közlő szaklap tehát eleve adott. A folyóirat olvasóközönségét azonban már ajánlatos körbejárni, mert csak ennek ismeretében tudjuk a közlemény helyes szerkezetét, írásmódját megválasztani, és eldönteni, hogy az adott témakört milyen mélységig elemezzük. Vannak azonban nem felkérésre készült összefoglalók is, amikor a „mit akarunk mondani? miért akarjuk megírni? mi a szándékunk? kinek szól a mondanivalónk? érdemes-e közölni?” kérdéseket még a munka elkezdése előtt válaszoljuk meg. Célravezető előre kiválasztani a folyóiratot, amelyben közölni akarjuk, már csak az olvasóközönségének megismerése miatt is, és nem haszontalan a folyóirat szerkesztőjével előre felvenni a kapcsolatot, hogy megtudjuk, vajon érdekli-e őket a tervezett közleményünk.

A szerzők megfelelő irodalmi tájékozottsága és tapasztalatokra épített szakismerete minden jó összefoglaló közlemény záloga. Ez az oka annak, hogy kezdők ritkán képesek megfelelő összefoglalók megírására, a tapasztaltabbak, jártasabbak segítségét igénylik. Irodalmi elemzést kezdők is sikerrel végezhetnek, ez azonban még nem összefoglaló közlemény; az adatokból egy átfogó egységes rendszert kell kialakítani iránymutató, mértéktartó, könnyen érthető, világos következtetések megfogalmazásával, gyakorlati útmutatókkal. Egy irodalomhalmazt következtetésekké kell átalakítani.

A kézirat elkészítése a dolgozat vázlatának körvonalazásával, papírra vetésével és az irodalmi adatok gyűjtésével kezdődik. Az irodalom átnézése lehetőleg teljes legyen; súlyos felelőtlenség részlegesen összegyűjtött irodalmi adatok alapján megírni egy összefoglaló közleményt. Az irodalom gyűjtésének módját (számítógépes rendszerek stb.) is indokolt megadni. A dolgozat

bevezetése, első mondatai az összefoglaló közleményeknél is meghatározók – az olvasó érdeklődését kell felkelteni –, ezek soha ne legyenek általánosak, semmitmondók. A bevezetésben tájékoztassuk az olvasót, hogy az összefoglaló közlemény miről szól, és hogy miért fontos elolvasni.

A legnehezebb az átnézendő, tanulmányozandó irodalmi adatok kritikus elemzése két szempontból: 1. A fontos közlemények kiválasztása, a helyes arány megtalálása az elemzésre méltó és a kevésbé vagy nem méltó dolgozatok között, 2. Az egyes közlemények megállapításainak tárgyyszerűsége. Mennyire tekinthetők a dolgozatok következtetései megfellebbezhetetlennek, vannak-e személyes nézetek, szempontok vagy „rejtett” hibák, melyek a szerzők figyelmét elkerülhették, a tényszerűséget megkérdőjelezhetik. Annak ellenére, hogy minden szerző elviekben a teljes irodalmat szeretné áttekinteni és közreadni, bőséges irodalommal rendelkező témák összefoglaló cikkeinek írásánál helyesebb csak a jelentősebb megjelent közleményekkel foglalkozni, a jelentéktlenebb munkák elemzésével ugyanis aránytalanul megnyújtjuk, és zavarossá tehetjük a dolgozatot. Az utóbbiakat legfeljebb hivatkozás formájában említsük, például: „hasonló megfigyelésekről mások is beszámoltak (77-82)”, vagy „hasonló megfigyeléseket Pál és mtsai. (77) is tettek.” vagy táblázatokban tüntessük fel. Helyén valók a kritikai megjegyzések:

Példa: Kis és mtsai (7) megállapították, hogy (...). A szerzők azonban csak nyolc mintát elemeztek, ezért következtetéseik megerősítése további vizsgálatokat igényel.

vagy (...) a hormonokat szedők csoportjában lényegesen gyakrabban (30%-ban) figyelték meg az emlőrák kialakulását. A hormont szedők azonban sokkal kövőbbek voltak (...), és a családjukban is gyakoribb volt az emlőrák, következésképpen egyáltalán nem biztos, hogy az emlőrák gyakoribb előfordulása csak a hormonszedéssel függött össze.

A mértékletesség a jó összefoglaló közlemények írásának is elengedhetetlen feltétele. Ne engedjünk ellenőrizetlenül teret személyes véleményünknek, hanem a tapasztalataink alapján, gyakorlati munkák során kialakult nézeteinket szörszálhasogatón vessük össze másokéval, az irodalomban megfogalmazottakkal, és ha kell, módosítsuk; ez saját épülésünkre is szolgál. Az olvasót felelősséggel és nem elfogultan kell tájékoztatni. A tárgyilagosság mindenek felett; ne felejtjük, hogy sorainkat a világ minden táján olvashatják. Ellentmondások, bizonytalanságok könnyen áthidalhatók, például: „Véleményünk szerint (...), ezzel ellentétben mások álláspontja szerint (...)”.

Meghatározó irányelv, hogy minden érdemi szempontot külön bekezdésben, lehetőleg alcím alatt tárgyaljunk, és olyan mélységben, hogy azt az általános szakember is megértse. Egybefolyó, hosszú szövegrész követhetetlen. Nagyon hasznosak az összefoglaló, egy-egy kisebb rész, témakör vonatkozó irodalmát és azok kapcsolatos adatait bemutató, rendszerező táblázatok. Jól használhatók azonban a dolgozat tárgyához tartozó

alapfogalmakat bemutató táblázatok is; az olvasó könnyen megtalálja, nem kell a szöveget pásztázni. Az alapfogalmak – tankönyvi adatok – felelevenítése nemcsak a régtanultakat hozza vissza, hanem félreértéseket is eloszlat.

Az összefoglaló közleményeket rövid összegezéssel fejezzük be, amelyben a dolgozat mondanivalóját tömörítve hozzuk az olvasó tudomására. Zárógondolatok nélkül egyetlen összefoglaló dolgozat sem teljes.

ESETISMERTETÉS Szerkesztésük a szokásos alapkérdésekkel kezdődik: miért akarjuk az esetet ismertetni? mi indokolja? milyen új adattal szolgálunk? mit teszünk hozzá a már meglévő ismeretekhez? Az *Esetismertetés* az esetről, a betegről szól, és nem a szerzők „nagyságát” hivatott bemutatni. Válasz az alapkérdésekre csak az irodalom megfelelő ismeretében lehetséges. Helyes azonban idősebbek és néha más intézetekben dolgozók véleményét is kikérni; a betegek megoszlása ugyanis a beutalási rendszerek miatt más és más, és ami ritka az egyik intézetben, gyakoribb lehet a másikban. Ha eldöntöttük, hogy az eset valóban ritka, vagy egy betegség megértését, kórisméjét, kezelését új megvilágításba helyezi, ritka részletre hívja fel a figyelmet, az olvasó számára hasznos, hogy melyik folyóiratban szeretnénk a dolgozatot megjelentetni. A választás legfontosabb szempontja: melyik szaklap olvasóinak mond a legtöbbet az ismertetésre kerülő eset.

Az Esetismertetések szerkezeti egységei:

Fejléc
Tömörített következtetés*

Összefoglalás és kulcsszavak

Tartalmi rész

Bevezetés
Esetleírás
Megbeszélés

Köszönetnyilvánítás

Irodalom

* Csak azokban a folyóiratokban, amelyek kéri

Az *esetismertetéseknél* a tartalmi rész általában három szakaszra tagozódik: *bevezetésre, esetleírásra és megbeszélésre*. Az *eredeti közleményektől* eltérően tehát az *anyag és módszerek* és az *eredmények* részek általában nincsenek, helyettük az eset leírása szerepel. Előfordulhat azonban – például, ha egy molekuláris genetikai eltérés miatt történik az eset leírása –, hogy az alkalmazott molekuláris vizsgálati módszerek *Anyag és módszerek* vagy *Módszerek* külön címszó

alatt kerülnek ismertetésre, máskor a betegnél végzett vizsgálat-sorozat eredményeit foglaljuk össze *Eredmények* címszó alatt. Ezek azonban kivételek.

a.) *Bevezetés*. Elméletileg ugyanazok a megfontolások érvényesek, mint az *eredeti közleményeknél*. Szokás volt egy rövid irodalmi bevezetést adni, ez azonban szükségtelen, mert a *megbeszélés* részre tartozik. Leghelyesebb csupán megindokolni, hogy miért szükséges az eset ismertetése. Vannak azonban, akik ezt is elhagyják, a dolgozatot az eset leírásával kezdik, nem írnak bevezetést. Nincs egyértelmű szabály, egy-két jól megfogalmazott magyarázó, az eset érdekességére, tanulságára utaló mondat azonban minden bizonnyal nagyon hasznos;

az olvasó és a szerkesztő figyelmét is jobban felkelti. Egyes folyóiratok előírják a *bevezetést* esetismertetéseknél is.

b.) *Esetleírás*. Ez a lényegi része a dolgozatnak. Meghatározott – időrendi – sorrendet követ: életkor, kórelőzmény, vizsgálati lelet (amely a beteg vizsgálatán kívül a laboratóriumi, képalkotó vizsgálatok leleteit is tartalmazza), feltételezett vagy igazolt kórisme, kezelés és a kezelés formájától függő egyéb leletek, pl. szövettani vizsgálat. Külön hangsúlyt kap az a rész, amelyre az esetismertetés összpontosít, vagyis amiért az esetet ismertetjük. A részletek leírásánál kritikusnak kell lenni, kerüljük a dolgozat szempontjából felesleges részleteket – ezek csak nyújtják a közleményt és az olvasót is untatják – a lényegeseket viszont emeljük ki. Nem könnyű azonban eldönteni, hogy mi igazán fontos, és mi az, ami kevésbé, nem beszélve arról, hogy egy kevésbé fontos részlet újabb, hasonló esetek ismertetésekor fontossá válhat. Segíthet, ha mindig feltesszük azokat a kérdéseket, amelyeket az olvasó kérdezhet. Ábrákat gyakran mutatunk be, táblázatokat ritkábban, időnként azonban nagyon hasznosak.

Erkölcsei szempont (etikai követelmény), hogy a beteg személye ne legyen azonosítható, felismerhető. Név, azonosítási szám kerülendő; fényképnél az arc eltakarása szükséges. Csak annyit mutassunk a betegből, amennyire szakmailag szükség van. Helyes, ha a beteget is tájékoztatjuk a dolgozatról, hozzájárulását kérjük, különösen, ha fényképet is készítünk. Egyes folyóiratokban követelmény a beteg írásos hozzájárulása esetének ismertetéséhez.

c.) *Megbeszélés*. Szerkezete attól függ, hogy egyidejűleg történik-e irodalmi áttekintés, ha igen, az *eredeti közleményeknél* ismertetett elvek érvényesülnek. Részletes irodalmi elemzés azonban csak nagyon ritka betegségek esetében indokolt. Csak azokat az irodalmi adatokat tárgyaljuk, amelyek alátámasztják megfigyeléseinket, kezelésünket stb. vagy azokkal ellentétesek. A *megbeszélésben* a legfontosabb az eset tanulságának megfogalmazása és a „mi miért”, pl. a kezelés kiválasztásának milyen szempontjai voltak, a kórismét milyen adatok támasztották alá stb. Világosan írjuk le a dolgozat üzenetét és hogy a jövőre nézve milyen gyakorlati következtetések vonhatók le. Óvakodjunk az „elsőség” határozott kijelentésétől, pl. „ez az első ilyen megfigyelés a világon”, mert ezt soha nem tudhatjuk, és szerénytelen is. Tetszetősebb úgy fogalmazni, hogy „tudomásunk szerint – vagy – a rendelkezésünkre álló irodalmi adatok alapján úgy tűnik, hogy hasonló megfigyelésről még nem számoltak be.” Gyakorlati tanács: Az *esetismertetés* megírását az eset leírásával kezdjük, gondosan ügyelve a részletekre, majd a közlemény megbeszélését fogalmazzuk meg az összeállított irodalmi hivatkozások tükrében. Ezután a *bevezetés* és legutoljára az *összefoglalás* következik. A cím legyen érdeklődést felkeltő, rövid; soha ne tartalmazza a következtetést.

Az *esetismertetések* rendszerint rövidebbek, mint az *eredeti közlemények*. Terjedelmük legtöbbször meghatározott. A na-

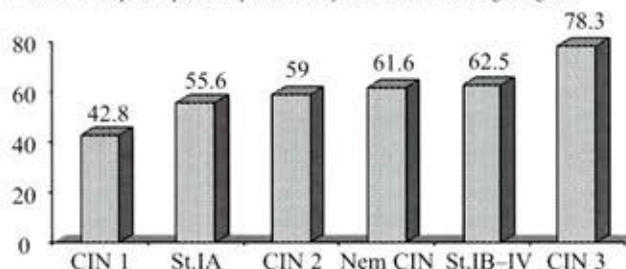
gyon rövid esetismertetések *tudományos levelek* formájában kerülnek közlésre.

EGYÉB KÖZLEMÉNYEK (szerkesztőségi közlemények, levél a szerkesztőséghez, vitaforum, véleménynyilvánítás) Ezek szerkesztése teljesen egyedi, a szerzők elképzeléseit követi. *Összefoglalás, kulcsszavak* nem szükségesek. A szerkesztőséghez, szerkesztőnek írt leveleknél is mindig világosan határozzuk meg, hogy mit akarunk mondani, érdemes-e azt leírni, és megfelel-e az adott folyóirat követelményeinek. A levelek rövidek, részletek kifejtésére nincs lehetőség. Már az első mondatban térjünk a tárgyra, mondjuk meg, hogy miért küldjük a levelet. A további szerkesztésben sokat segít, ha az adott folyóiratban megjelent szerkesztőségi leveleket gondosan elolvassuk, azok szellemében fogalmazzuk mondanivalónkat. Mindig tömören, röviden írjunk, szem előtt tartva, hogy a kritizált közlemény szerzői miként fogadhatják megjegyzéseinket, és vajon mit válaszolnak.

TÁBLÁZATOK, ÁBRÁK Nem képezik a közleménynek külön részét, a tartalmi rész egy vagy több egységébe kerülnek. Szerkesztésüket nemzetközi előírás nem szabályozza, a folyóiratoké azonban gyakran, ilyenkor az utasításait pontosan kell követni. A táblázatokat, ábrákat külön-külön számozzuk megjelenésük sorrendjében.

Az adatok táblázatban történő bemutatása nagyon előnyös, mert jól áttekinthetők. Hasonlóan szerencsések a rajzszerű ábrák (görbék, hasábok stb.) is, a képeket (szövevény, műtői felvétel stb.) bemutató ábrák pedig magukért beszélnek.

1. ábra. A kolposzkópos lelet pozitív előrejelző értéke: 300 beteg vizsgálata

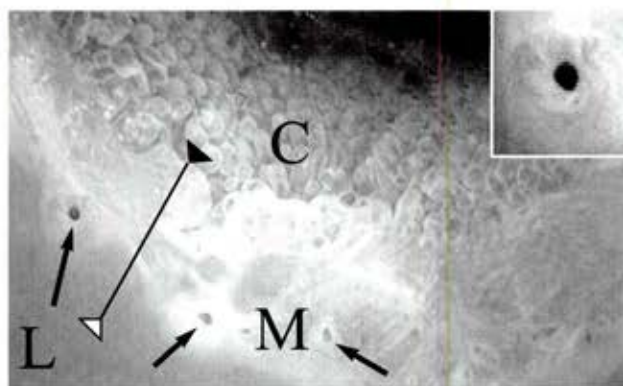


Sajnos a színes ábrák költségesek, ezért a folyóiratok csak azokat nyomják színesben, amelyek színes ábraként meghatározóan jobbak, mint fekete-fehérben. A költségeket, sokszor a szerzőkre ruházzák. Térbeli ábrák tudományos szaklapokban kivételesen találhatók, nem nyertek létjogosultságot, nem tájékoztatnak jobban, mint a hagyományosak.

Képeken mindig jelöljük (nyilakkal stb.), amit hangsúlyozni akarunk, még akkor is, ha nekünk magától értetődőnek tűnik. Tetszetősek a kis *beszúrások* (Insertiók), az alapábrába illesztett, annak egy részletét kiemelten mutató kis képek.

Példa: Mirigynyílások (nyilak). A laphám (L) és a mirigyhám (C) között helyezkedik el az átmeneti sáv – transzformációs zóna (↔) jelölés,

amelyben metaplázias (M) hám található. A kiemelés egy mirigynyílás kinagyított képe – megfigyelhető a nyílás körüli hámfel-szaporodás.



A közlemény szöveges részében az ábrákra, táblázatokra utalni kell, pl. (1. táblázat) vagy az 1. táblázatban foglaltuk össze [...] stb. Legtöbbször a bennük található adatok összefoglalóan a dolgozat szövegében is megjelennek, de feleslegesen ne ismételjünk (lásd fentebb). Sem a táblázat, sem az ábra nem önmagáért van, mindkettő a szövegben leírt mondanivalót emeli ki, jöllehet mindkettőt úgy szerkesszük, hogy önállóan is értelmezhetők legyenek. A táblázatok, ábrák magyarázó szövege olyan legyen, hogy az olvasó mindkettőt megértse anélkül, hogy a dolgozat szövegébe kellene elmélyednie. Nem előnyös táblázat- ábraaláírásként „lásd a dolgozatban, szövegben” megjelölést írni. Ha az ismétlés elkerülhetetlennek látszik, a táblázatoknál, ábráknál adjuk meg a részleteket, és inkább a szövegben hivatkozunk azokra. Úgyes fogalmazással azonban erre vajmi ritkán kerül sor.

Alapszabály, hogy egy táblázat egy témát, témakört mutasson be. Sokan javasolják, hogy a táblázatban feltüntetett változásokat balról jobbra és nem fentről lefelé adjuk meg; az olvasók többsége – szokásalapon – balról jobbra követi az eseményeket. Ennek azonban határt szab a táblázatban tárgyalandó csoportok, számadatok, értékek száma. A táblázatszerkesztésben is az áttekinthetőség az elsődleges szempont – az adatok felsorolásának melyik a legegyszerűsebb módja. Tapasztalás szerint a vízszintes táblázatok jobban követhetők, mint a hosszú függőlegesek.

A táblázatok, ábrák számát is a józan ítélőképesség határozza meg; túl sok belőlük a dolgozat kárára megy. Rövid, egy-két soros táblázatoknak nincs értelme, a benne foglaltak a szövegben egy mondatba sűrítethetők. Hasonlóan, a szövegezéssel könnyen helyettesíthető ábrák szükségtelenek. Túl bonyolult táblázatok legfeljebb a „vált fülszám” számára érthetők, az olvasóknak áttekinthetetlenek, zavarók. Jól ismert dolgokat nem érdemes ábrákon bemutatni. Ha az adatok ábrákon és táblázatokban is jól bemutatathatók, az ábrákat csak akkor válasszuk, ha azok lényegileg jobbak.

Minden táblázatnak, ábrának egy rövid, találó címet kell adni. A táblázatok oszlopainak is adjunk rövidített címet, a táblázat-

tokon belül ne húzzunk függőleges vagy vízszintes elválasztó vonalakat. A rövidítéseket a táblázat, ábra alatt (lábjegyzet) meg kell magyarázni. Azokat elsősorban helytakarékosági célból használjuk, túl sok rövidítés azonban zavaró. A jól ismert, szabványrövidítések előnyösen alkalmazhatók. A táblázatokban, ábrákban szereplő adatok pontossága alapvető, szenteljünk időt azok többszörös ellenőrzésére. Az ábrákban látható képeket, görbéket, ábrákat az ún. ábraszöveg formájában, szövegesen is fogalmazzuk meg, kiemelten rámutatva, hogy az ábrán található jelzések (nyílak stb.) mire vonatkoznak.

Ha a táblázatban, ábrán az irodalomból származó adatokat közlünk, a forrást pontosan adjuk meg irodalmi hivatkozás formájában. Más közleményből, munkából átvett ábra, táblázat csak az eredeti szerzők írásos engedélyével használható, és ezt a táblázat, ábra lábjegyzetében fel kell tüntetni, pl. „az ábrát Nagy és mtsai. (8) közleményéből, a szerzők engedélyével közöljük.”.

Szerkesztési szempont: az ábrák, táblázatok helyigényesek – több helyet foglalnak, mint a szöveges rész –, és a nyomtatási költségeket is emelik.

AZ IRODALMI ADATOK GYŰJTÉSE, ÁTNÉZÉSE A világhálón fellelhető nagy irodalomrendszerező adattárak végtelenül megkönnyítik az irodalom átnézését, ezek azonban soha nem teljesek. Sokszorosan megtérül, ha kiegészítésként az irodalomkeresés hagyományos módszereit (korábban olvasott irodalmi adatok, folyóiratok böngészése, a témában közölt dolgozatok irodalomjegyzékének tanulmányozása stb.) is felhasználjuk. Igényes szerzők mindkét módszert alkalmazzák, annak ellenére, hogy egyre inkább olvashatunk kizárólagosan a szakirodalmi adattárak alapján megírt összefoglaló közleményeket. Az irodalom gyűjtésének módját a szerzők újabban megadják, például: „az irodalom elemzése a MedLine-ban, EMBASE-ben és a PubMed-ben (...) kulcsszavakkal keresett angol nyelvű közlemények alapján végeztük”; ezt nem ritkán a szerkesztők is kéri. Sokan más szaktekintélyeket személyesen is megkeresnek, és érdeklődnek – különösen a nem közölt – adatok iránt.

Az EMBASE, Cochrane Library irodalomrendezők egyre inkább hozzáférhetőek a világhálóval összekötött otthoni számítógépeken is, de a leggyakrabban használt MedLine, PubMed is széles körben rendelkezésre áll. Használatuk gyakorlatot, időt és ítélőképességet igényel, különösen, amikor a rendszer, keresésünkre több ezer szakirodalmat ajánl fel. Képzett könyvtárosok felbecsülhetetlen segítséget jelentenek.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A megbeszélés után következik, írásmódja nem igazán meghatározott. A köszönetnyilvánítás legtöbbször a tanulmányt anyagilag támogatónak (pénzügyi alap, ösztöndíj, kereskedelmi cégek stb.) szól. Erkölcsei kötelesség minden támogatónak nyilvánosan is köszönetet mondani a tanulmány megvalósulásába fektetett költségeikért. A támogatás ténye és formája a szerkesztőket és az olvasókat is tájékoztatja, utal arra is, hogy a szerzők mennyire lehettek anyagilag is érdekelve.

Köszönet illeti azokat is, akik a munkában, tanulmányban részt vettek, azt segítették, de nem olyan mértékig, hogy szerzők legyenek (lásd szerzők). A határt nem mindig könnyű meghúzni a társszerző és a segítő munkája között. *Esetismertetések*nél azoknak mondunk köszönetet, akiknek közreműködése nélkül a beteget nem láthattuk volna el, illetve a dolgozatot nem írhattuk volna meg.

Hangsúlyozni kell, hogy a köszönetnyilvánításban megjelent személyek is kapcsolatban vannak a közleménnyel, és ez adott esetben a felelősség kérdését is felveti. Ezért is fontos, hogy ne csak tájékoztassunk mindenkit előre, akinek nyilvánosan köszönetet akarunk mondani, hanem jóváhagyásukat is kérjük. A régi szokás, a „meglepetés” köszönetnyilvánítás – a szóban forgó személy csak a cikk megjelenése után értesül róla – ma már nem igazán fogadható el. Személyi és felelősségi vonatkozások miatt egyre több szaklap ebben a vonatkozásban is állást foglal a „szerkesztői utasításban”, és írásbeli hozzájárulást kér azoktól is, akiknek a neve a köszönetnyilvánításban megjelenik. Az írásbeli hozzájárulást az ICMJE-követelmények is előírják.

Szerzőknek nem minősülő közreműködő csoportok – pl. gyógyszerkipróbálásoknál – tagjait célszerű külön alcím (alcímek) alatt felsorolni, és a végzett munkájukat is részletezni: pl. klinikai vizsgálok, résztvevő kutatók, tudományos tanácsadó, stb., illetve: ellenőrizte a tanulmányt, részt vett az adatok gyűjtésében és így tovább.

A nyomtatott köszönet-kifejezés közeli hozzátartozónak viszás lehet, sok szerkesztő nem javasolja. Előfordul – a saját gyakorlatomban nap, mint nap –, hogy a szerkesztőnek a dolgozat végső megformálásában oroszlánrésze van. Ennek a *köszönetnyilvánításban* hangot adni nem helyes; a szerkesztő maradjon homályban.

IRODALOM (REFERENCES) Irodalmi hivatkozás csaknem minden dolgozatban van, az *eredeti és összefoglaló közlemények*nél mindig és rendszerint az *esetismertetések*nél is. Az irodalom részben csak a közleményben tárgyalt, említett irodalmi adatokat soroljuk fel, kivéve az *összefoglaló közleményeket*, amelyeknél további irodalmi hivatkozások alcím alatt nem idézett irodalmi adatok is – a folyóiratoktól függően – felsorolásra kerülhetnek. Az irodalomjegyzékben minden nyomtatásban megjelent vagy megjelenő – már elfogadott – hivatkozást felsorolunk, a még el nem fogadott közleményeket és a személyes közléseket azonban nem.

Régen az irodalmi adatok jegyzéke folyóiratunként nagyon különböző volt: egyesek ábécé-sorrendben, mások a dolgozatban történő hivatkozás sorrendjében kérték az irodalmi összeállítást, és az írásmód is nagyon sokféleképpen történt.

Példák:

Webb, M.J., Symmonds, R.E.: Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 138: 813-818.

Webb, M.J., Symmonds, R.E.: (1980) Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 138: 813-818.

Webb, M.J., Symmonds, R.E.: (1980) Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 138: 813-818.

Webb, M.J., Symmonds, R.E.: Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* (1980) 138:813-818.

Webb MJ., Symmonds RE: Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1980, (138), 813-818.

Webb MJ, Symmonds RE. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138: 813-8.

Az összevisszaságot az Index Medicus rendszerét követő ICMJE-útmutató oldotta meg. Az útmutató eredeti leírását Vancouver írásmódnak nevezik; a megjelölés ma is használatos. Az eredeti útmutatót az idők folyamán azonban sokszorosan módosították. A nemzetközi és a helyi folyóiratok többsége követi a megfogalmazott szempontokat, jelentősen megkönnyítve az irodalmi adatok összeállítását.

Az ICMJE előírása szerint az irodalmi jegyzékben az irodalmi adatokat, a közlemény szöveges részében, táblázataiban és ábráin feltüntetett számozás szerint, arab számokkal jelölve csoportosítjuk. Írásuk: szerzők, cím, folyóirat, a megjelenés éve, kötet- és oldalszám. Ettől azonban kisebb eltérések előfordulnak. Ha olyan közleményt tüntetünk fel, amelyet még nem közöltek, de már elfogadtak, a hivatkozás végére megjelenés alatt, angol nyelvű folyóiratokban in press vagy forthcoming megjelölést kell tenni. A szerzőknek szigorúan követni kell az adott folyóiratban előírtakat.

Takarékosság a hellyel az *Irodalomra* is vonatkozik, ezért ha túl sok egy dolgozat szerzője, rendszerint csak hatot – néha csak hármat – kell felsorolni, és utána az „és mtsai.” (munkatársai) – idegen nyelvű közleményeknél az „et al.” – rövidítést tesszük. Egyszavas folyóiratok nevét teljesen ki kell írni, egyébként a folyóiratok nemzetközileg elfogadott, az Index Medicusban megadott rövidítéseit alkalmazzuk. A rövidítések jegyzékét az Index Medicus minden év januári számában közli, de a világhálón (<http://www.nlm.nih.gov>) is megtalálható. A folyóiratok neveinek rövidítése után pontot nem teszünk. Egyes folyóiratok előírják, hogy a hivatkozott irodalom kezdő és utolsó oldalának számát is adjuk meg, mások beírják a kezdőoldal számával.

Egyik részben sem fordul elő annyi írásmódhiba, mint az irodalmi felsorolásban. Az *Irodalom* pontos írása hiteles szerzőkre utal; ennek a bírálók véleményalkotásánál is szerepe van. Általános, hogy a szerzők nem vetik mindig össze az idézett irodalmi mutatókat az eredeti közleményekkel – jöllehet ez ICMJE előírás –, sokkal inkább másolják más közleményekből, bíznak másokban, ami óhatatlanul hibát eredményezhet.

Példák: Az irodalmi hivatkozások írása az ICMJE előírása szerint megjegyzésekkel, kiegészítésekkel:

FOLYÓIRAT ÉS KÜLÖNSZÁM Hat szerzőig minden nevet soroljunk fel, hét vagy több szerző esetén csak az első hatot, utána „et al.” következik. Egyes folyóiratok hét vagy több szerzős közleményeknél csak az első három nevét felsorolást kéri. Magyar nyelvű közleményeknél hazai folyóiratban az „és mtsai.” megjelölést tesszük. A folyóiratok adatainak jelölésénél az első szám a folyóirat megjelenésének évet, a második a kötetszámot, a harmadik pedig az oldalszámot (számokat) jelöli. Egyszavas folyóiratok nevét teljesen ki kell írni, egyébként a folyóiratok nemzetközileg elfogadott, az Index Medicusban megadott rövidítéseit – pontok nélkül – alkalmazzuk.

1. Idegennyelvű folyóiratok

Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. *CME J Gynecol Oncol* 1996;1:116-23.

Webb MJ, Symmonds RE. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1980;138:813-9.

Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Dargent D, Ungár L, Póka R, et al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. *Cancer* 1987;60:2035-9.

Magrina JF. Belsőszervi elemek a nőgyógyászati onkológiában. *Magy Nőorv L* 1995;58 Suppl 2:55-63.

Eckhardt S. Current trends in breast cancer chemotherapy. *Eur J Cancer* 2004 (in press vagy „forthcoming”)

2. Hazai folyóiratok

Gáti I, Török M, Fülöp V, Kovács L, Pálfalvi L, Bösze P, és mtsai. Az elsődleges petefészek-elégtelenség. *Orv Hetil* 2001;6:234-45.

3. A közlemény formáját is megjelöljük (összefoglalás – abstract – levél a szerkesztőhöz stb.)

De Chatel R, Sótönyi P. The role of DNA testing. [abstract] *Lancet* 2002; 112:33.

Pál A. Vaginal infections. [letter to the editor] *Nature* 2003;333-5.

4. Nincs szerző

Cancer in South Africa [editorial] *S Afr Med J* 1994;84:15.

5. A tudományos társaság vagy szervezet, mint szerző:

EORTC Gynaecological Group. Taxol in ovarian cancer: phase III study. *Eur J Gynaecol Oncol*

European Academy of Gynaecological Cancer, EAGC. Treatment guidelines for endometrial cancer. *CME J Gynec Oncol* 2004;2:199-223.

KÖNYV

László J, Gaál M. Nőgyógyászati patológia. 2. kiadás. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 1976. (ha az oldalszámot is jelöljük: 1976:33. vagy 1976:33-53.)

Bösze P. Endometrial cancer. 1st ed. Paris: Elsevier; 2003.

KÖNYV FEJEZET

Bösze P. A petefészekrák kezelése. In: Gáti I. szerk. A szülészeti és nőgyógyászati időszerű kérdései. 2. kiadás. Budapest: OTKI; 1980.

Allen H. Surgical elements in gynecologic oncology. In: Allen H, Höckel M, Hacker N, editors*. *Gynecologic Surgery*. 2nd ed. Budapest: ** Primed-X Press; 2004:22-43.

* az editors. helyett eds. rövidítés is alkalmazható

** néha az ország megjelölésére is szükség lehet, pl. Oxford, England:

TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYEK KIADÁSAI A rendezvényeken elhangzó előadások összefoglalóit – ritkábban teljes szövegét – többnyire folyóiratokban jelentetik meg, de az is előfordul, hogy külön könyv, vagy füzet formájában.

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

SZABADALOM

Larsen CE, Trip R, Johnson CR, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures related to the electrophysiology of the heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

ÉRTEKEZÉS

Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

SZÓTÁR

Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

ELEKTRONIKUS SZAKLAP Egyre gyakrabban kerül rá sor. Írásmódja messzemenően nem egységes a különböző folyóiratokban.

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

AZ EREDETI KÖZLEMÉNYEK ÉS A KUTATÁS TERVEZÉSÉNEK SAJÁTSÁGOS SZEMPONTJAI

A tudományos kutatások eredményeit ismertető közlemények – *eredeti közlemények* – megírása a kutatás tervezésével kezdődik. Ezt a mondatot kétszer is aláhúzzhatnánk. A szerző a hetvenes években kutatási ösztöndíjjal Skóciában dolgozott. Meghatározva a kutatás témáját, azt az utasítást kapta, hogy írja meg a közleményt; értetlen nézésére ezt többször is megismételték. Csakhamar világossá vált, hogy kutatómunkát csak így lehet tervezni, és felöltött az a rengeteg felesleges munka, hiányosság, amellyel korábbi kutatásaink során bajlódunk iskolázatlanságunk miatt.

A legelső lépés az irodalmi adatok tanulmányozása és a *Megbeszélés* részhez feljegyzések készítése. A kutatás egy-egy részletére vonatkozó irodalmi megjegyzéseket úgy fogalmazzuk meg és írjuk le, ahogy azok a *Megbeszélés*ben megjelennek. Ezeket később, a vizsgálatok elvégzése után, saját eredményeinkkel fogjuk összevetni. Végezzünk alapos irodalmi kutatást, mindig az eredeti közleményeket tanulmányozzuk, de – mint korábban már említettük – csak a legfontosabbakat írjuk le, az egyforma megállapításokat tevő irodalmi hivatkozásokat csoportosítva foglaljuk össze. Nem kevésbé fontos az sem, hogy az átnézett irodalmi adatokat, az irodalmi jegyzék előírásai szerint már ebben a szakaszban összeállítsuk. Csak ezek után lehet eldönteni, hogy milyen kérdésekre keressünk választ (*Bevezetés*) és hogy milyen vizsgáló módszereket alkalmazzunk, hány esetet vizsgálunk. Így kerülhetjük el, hogy a vizsgálatból valami fontos – olyan, amire eredetileg nem is gondoltunk – kimaradjon, illetve ismert dolgokat szükségtelenül ne vizsgáljunk újra – hihetetlen sok hibát, kudarcot, bosszúságot kerülhetünk el.

Ezután következik az *anyag és módszerek (betegek és módszerek)* rész megírása. Határozzuk meg, hogy hány esetet vizsgálunk, a bevonásnak, a kizárásnak feltételeit, a vizsgálandó anyag gyűjtésének, kezelésének, tárolásának és feldolgozásának módját, meg azt, hogy ki végzi. Mindent pontosan, a közleményírás szabályai szerint írunk le. Hasonlóan pontosan írjuk meg, hogy milyen vizsgálatokat akarunk végezni, azokat részletesen – ahogy a cikkben megjelenik – ismertetjük. Döntünk a vizsgálatokat végzők személyéről, és velük egyeztetünk.

A szükséges statisztikai módszereket is mindig a vizsgálat tervezésekor kell kiválasztani, a kezdet kezdetén kell eldönteni, hogy az adott tanulmányhoz mely módszerek a legmegfelelőbbek. A választandó módszer nemcsak a vizsgálat tárgyától függ, hanem a kiértékelés szempontjaitól is; különösen klinikai vizsgálatoknál, mert a tanulmányozandó betegjellemzőktől függően, különböző számítási módszerekre van szükség. Célszerű egy statisztikussal a vizsgálatok megkezdése előtt értekezni, közösen dönteni az alkalmazandó adatértékelő módszerek felől, és ennek függvényében megállapítani a vizsgálandó minták számát, az esetszámot. A mintaszám, esetszám alapvetően befolyásolja az értékelés súlyát, jelentőségét (statistic power). Statisztikai számításoknak csak akkor van értelme, ha az esetszám elég nagy, a kapott statisztikai értéknek nyomatéka van. Tíznel kevesebb eset százalékos elemzése nagyon félrevezető lehet, jóllehet a tíz körüli esetszámok is nagyon kevésnek számítanak. Nem célja ennek a munkának a statisztikai módszerek kiválasztásának szempontjait tárgyalni, hagyatkozzunk a szakemberre. A megfelelő statisztikai módszerek kiválasztása és megfelelő alkalmazása a dolgozat elfogadásának egyik alapfeltétele; a közlemények elbírálásának egy külön szempontja.

Ne felejtjük azonban, hogy a statisztikai különbség (szignifikancia) és a klinikai jelentőség nem mindig azonos. Az adatértékelés meghatározóan függ az esetszámtól, aminek azonban – különösen, ha kevés esetet tanulmányoztunk – nem biztos, hogy klinikai jelentősége is van.

1. példa: „Sok száz emlőrákos beteg összehasonlítása azt mutatta, hogy a változókor utáni esetekben gyakoribbak a tejjáratrákok”.

Ennek a megállapításnak a betegek kezelése szempontjából sok gyakorlati jelentősége nincs, jóllehet a vizsgálat egy statisztikailag szignifikáns különbséget tárt fel.

2. példa: „Méhnyakrákos betegek kétféle műtéti kezelésének összehasonlításakor 20-20 esetet elemeztünk. Az egyik csoportban két beteg meghalt, a másikban egy sem; a különbség statisztikailag nem szignifikáns.”

Ebben az esetben számszerű esetértékelésben nem volt meghatározó eltérés, a különbség klinikailag azonban óriási, lényegi.

A közleménynek az *Anyag és módszerek* részét meg lehet írni anélkül, hogy egyetlen vizsgálat történt volna.

A *bevezető* megírása már körülményesebb. Alapjaiban ezt a részt is fogalmazzuk meg, írjuk meg a célkitűzéseket és hogy mi indokolja a közlemény megírását. A bevezetés végső formája azonban biztosan módosulni fog.

Célszerű a munka tervezésekor meghatározni, hogy kiket akarunk tájékoztatni, és ennek alapján kiválasztani azt a szaklapot, amelyben a közleményt szeretnénk megjelentetni. A választás főbb szempontjai: a kutatás témája illik-e a választott folyóirat szakterületébe, van-e jó esély a közlemény elfogadására, mennyire rangos a folyóirat – előbíró rendszer, idézettség, hatásszám (impaktfaktor), olvasótábor stb. – és milyen hosszú a közlési idő. Ha választottunk, az egyes részek elkészítése már az adott szaklap előírásai szerint történjék.

A dolgozatot ebben a szakaszában mindegyik közreműködő tanulmányozza át, véleményezze, és ezek alapján a szükséges kiegészítéseket, módosításokat végezzük el. Lényeges, hogy a szerzők sorrendjét a kutatás megkezdése előtt tisztázzuk; sok kellemetlenséget kerülhetünk el. A szerzők sorrendjének megállapítása után a fejléc megírása következik, és adjuk meg a *kulcsszavakat* is. Teljes egyetértést követően kezdhetjük a kutatómunkát, a vizsgálatokat.

A tudományos kutatások, közlemények tervezésének ez a módja egyeseknek biztosan szokatlan, másoknak – elsősorban nemzetközi munkacsoportokban dolgozóknak – talán természetes. Bárhogy is legyen, a módszert áldás kíséri.

A vizsgálatok befejeztével és az eredmények kiértékelése után következik az *eredmények* rész megírása, a *megbeszélés* kiegészítése, a *bevezető* végső megformálása, és mindezek után az *összefoglalás* gondos megszerkesztése, majd a *tömörített következtetés* megfogalmazása. A dolgozat csak akkor tekinthető késznek, ha mindegyik szerző átnézte és jóváhagyta.

A KÖZLEMÉNYEK ÍRÁSMÓDJÁNAK ÁLTALÁNOS MEGFONTOLÁSAI Minden szerzőnek van saját írásmódja, nyelvhasználati szokása, egyéni kifejezőmódja. Ezek adják egy dolgozat sajátos ízét, arculatát. Megbocsáthatatlan hiba lenne, rosszul értelmezett vagy szándékos egységesítési törekvésekkel az egyéni jelleget háttérbe szorítani. Általános, a közlemények jobbítását célzó szempontok érvényesülése azonban elengedhetetlen; az alábbiakban a legfontosabbakat villantjuk fel a teljesség igénye nélkül. Az orvosi nyelv helyesírásának kérdéseivel, helyesírási, fogalmazási szempontokkal nem foglalkozhatunk.

KIEMELÉSEK A kiemelésekkel egyrészt a közlemények egyes részeit választjuk el – ezeket a kiemeléseket alcímeknek is nevezhetjük – és a közlemények áttekinthetőségét segítjük elő, másrészt valamilyen fontos mondanivalót hangsúlyozunk. Az egyes részek elválasztásának sok módja van, folyóiratonként azonban mindig egyforma kiemeléseket használunk.

A közlemények egyes részeit elválasztó kiemelések néhány példája:

1. példa 1. (...)
1.1 (...)
2. (...)
2.2. (...)
2.2.1. (...)
2.2.1.1. (...) stb.

2. példa Első fokozat **AZ MNOT MUNKÁJA**
Második fokozat **A KÖZGYŰLÉS**
Harmadik fokozat **A KÉPESÍTÉS**
Negyedik fokozat 1. (...)

3. példa Első fokozat **AZ MNOT MUNKÁJA**
Második fokozat **A KÖZGYŰLÉS**
Harmadik fokozat **A KÉPESÍTÉS**
Negyedik fokozat 1. (...)

4. példa Első fokozat **AZ MNOT MUNKÁJA**
Második fokozat **A KÖZGYŰLÉS**
Harmadik fokozat *A képesítés*
Negyedik fokozat 1. (...)

Az áttekinthetőséget segíti elő, ha pl. a szövegben bárhol előforduló kiírt irodalmi hivatkozást dőltbetűvel kiemeljük:

Példa: Kovács és munkatársai (2) áttekintették az irodalmat, és megállapították, hogy a (...)

Sokat vitatott a kiemelés használata valamilyen megállapítás nyomatékosítása végett. Egy tudományos közleményben a kiemelésnek akkor van jelentősége, ha bizonyos fokig „egyedüliséget” élvez, vagyis következetesen azzal a kiemelési móddal (dőlt betű, félkövér, aláhúzás stb.) mindig csak az együvé tartozókat hangsúlyozzuk. Ha ugyanazt a kiemelési módot túl sok, más-más szövegegységre is alkalmazzuk, a kiemelés elveszti jelentőségét; sokszor inkább zavaró. Az sem jó, ha sokféle kiemelési formát használunk – ezt is, azt is különböző módon kiemeljük –, mert a dolgozat áttekinthetetlenné válik. Sok kiemelés az áttekinthetőség koporsószege.

Példa: **MAGYARÍTÁS** A Magyar Értelmező Kéziszótár (1982) meghatározása szerint a „magyarít” ige azt jelenti, hogy valaki „egy idegen szót, kifejezést magyarral helyettesít. A „magyarítás” az a tevékenység, hogy valaki magyarít (vmit)”, de jelenti az „... idegen szó, kifejezés helyébe alkotott magyar szót” is. Ennek értelmében a „magyarítás” új magyar szavak, kifejezések képzésére és a magyar kifejezéseknek az idegen szavak helyett történő alkalmazására is vonatkozik. Másképpen mondva, „magyarítás” az a törekvés, hogy magyar kifejezéseket használjunk. A „magyarosít” ige jelentése az értelmező szótár megfogalmazásában: „(más nemzetiségű, anyanyelvű személyeket) nyelvben, érzésben magyarrá igyekszik változtatni.” Keszler Borbála (2) szerint a „magyarosítás” szó egy idegen szónak magyaros formájává alakítását is magában foglalja.

A példában az idézést, és az irodalmi hivatkozást – a folyóirat szerkesztési szokásai szerint – dőltbetűvel, a kihangsúlyozandó

megállapítást félkövérrel emeltük ki. A szerkesztésnek ez a formája küllemében is zavaró, és a megértést sem segíti elő; majd minden sorban kiemelünk valamit. Az idézést az idézőjel jelzi, teljesen felesleges a dőltbetűs írással is jelezni. A félkövér kiemelés ugyan szembeötlő, de zavarja a szerkesztést. Hosszabb szövegben alkalmazva nagyon zavaróvá válhat, mert egy-egy oldalon akár tíz vagy még több sor, mondatrész is kiemelésre kerülhet. Helyesebb, ha a példában bemutatott bekezdést az alábbiak szerint írjuk – a kiemelés csak a szerkesztési előírásokat követi.

MAGYARÍTÁS A Magyar Értelmező Kéziszótár (1982) meghatározása szerint a „magyarít” ige azt jelenti, hogy valaki „egy idegen szót, kifejezést magyarra helyettesít. A „magyarítás” az a tevékenység, hogy valaki magyarít (vmit)”, de jelenti az „... idegen szó, kifejezés helyébe alkotott magyar szót” is. Ennek értelmében a „magyarítás” új magyar szavak, kifejezések képzésére és a magyar kifejezéseknek az idegen szavak helyett történő alkalmazására is vonatkozik. Másféleképpen mondva, „magyarítás” az a törekvés, hogy magyar kifejezéseket használjunk. A „magyarosít” ige jelentése az értelmező szótár megfogalmazásában: „(más nemzetséggű, anyanyelvű személyeket) nyelvben, érzésben magyarra igyekszik változtatni.” Keszler Borbála (2) szerint a „magyarosítás” szó egy idegen szónak magyaros formájává alakítását is magában foglalja.

A MAGYAROS ÍRÁSMÓD ÉS MAGYARÍTÁS A „magyarítás” új magyar szavak, kifejezések képzése, és a magyar kifejezéseknek az idegen szavak helyett történő alkalmazása. A „magyarosítás” szó – nyelvi értelemben – egy idegen szónak magyaros formájává alakítása. A fogalomkörbe azonban a magyaros mondat-szerkesztés és a megfelelő helyesírás is beletartozik. A helyesírás szabályait nem tárgyaljuk; utalunk az érvényben lévő helyesírási szabályzatra (3).

Elviekben általános az egyetértés – ez ugyanis nagyon jól hangzik –, hogy a magyar nyelvű közleményeket magyar nyelven, az idegen szavak lehető kerülésével írjuk. A „hol a határ” kérdésében azonban messzemenően nem egységes az álláspont; vannak, akik mindent csak magyarul akarnak írni, másokat pedig az idegen kifejezésektől hemzsegető dolgozat sem zavar. A szerző a magyarítás híve, elkötelezettje azzal a meggyőződéssel, hogy magyarul többé-kevésbé minden kifejezhető. Szép számmal vannak azonban magyarul csak körülírással, bonyolult szerkezettel megfogalmazható idegen kifejezések, idegen szóval meghatározott fogalmak. Kézenfekvő a gondolat: a fogalmak magyar megfelelőinek megalkotása, ez azonban nem témája ennek a közleménynek.

A magyarítással, magyaros írásmóddal kapcsolatban a következő szempontokat célszerű szem előtt tartani: 1. A túlzásoktól óvakodni kell, az ésszerűség és a józan mérlegelés az iránymutató. 2. A magyarítás nem mehet a megértés rovására – ez a legfontosabb alapelv, minden magyarítási törekvés mérceje. 3. Ha egy általánosan elfogadott, elterjedt idegen kifejezés helyett a kevésbé használatos, vagy egy újonnan megalkotott, de megfelelő magyar kifejezést használunk, a magyar szakszó első leírása után az idegen kifejezést is adjuk meg zárójelben. 4. Tévhit, hogy az idegen kifejezések nélkül megírt közlemény sokkal inkább ismeretterjesztő munka, mint tudományos közlemény – ez inkább ellenséges hozzáállás. 5. A

magyaros mondat-szerkesztés talán még fontosabb, mint az idegen kifejezések mellőzése.

Miért használjuk előszeretettel az idegen szavakat, kifejezéseket? Lustaságból, pongyolaságból, igénytelenségből, érdektelenségből, divatból, idegenmajmolásból, a műveltség látszatának keltése, rossz értelmezése vagy az általános műveltség hiánya miatt, a tömegtájékoztató eszközök káros hatásaként, idegen nyelv tudásának hiánya, felületes volta miatt; aki jól beszél egy vagy több nyelvet, ritkábban használ idegen kifejezéseket. Vannak azonban más okok is: 1. Idegen nyelven megtanult, használt fogalom nagyon mélyen, „anyanyelvi” szinten ivódhat tudatunkba, és ezért elsőként ez jut eszünkbe. Szakmai fogalmakat idegen nyelven nemcsak külföldi tanulmányok, tudományos értekezések során fogadunk be, de egyetemi tanulmányaink során is nagyon sok így rögzült bennünk, így tanultuk; ezek különösen mélyen gyökereznek nyelvhasználatunkban. Idegen nyelven meghatározott új fogalmakkal azonban szakmán kívüli életünk hétköznapijaiban is lépten-nyomon találkozunk. 2. Bizonyos fogalmaknak, megnevezéseknek nincs magyar megfelelője. Mint említettük, körülírással ezek kifejezhetők, de ez körülményes és nem is mindig szerencsés. Ezeket az idegen nyelvű kifejezéseket, szavakat csak akkor cserélhetjük magyarra, ha megalkottuk magyar megfelelőiket. 3. Bizonyos esetekben a pontos szakismeret hiányát hidaljuk át idegen kifejezéssel. Erre talán nem is gondolunk, mert az adott idegen kifejezés annyira általánosan használt, hogy azt „mindenki érti”. Csak magyarra fordításakor szembesülünk azzal, hogy teljesen nem értjük az adott kifejezést, és ezért még körülírással sem tudjuk magyarul megfogalmazni. Ismereteink hiányát a „jól bevált” idegen kifejezéssel – sokszor anélkül, hogy tudatosulna bennünk – leplezzük.

A magyar nyelven írt dolgozatok szerzőitől elvárható, hogy valóban anyanyelvünk szavaival és írásmódjának szabályai szerint írják tudományos dolgozataikat. Messzemenően figyelembe kell azonban venni, hogy a magyar szavak, kifejezések használata nem mehet a mondanivaló megértésének rovására, és hogy képes legyen teljes egészében és tömören kifejezni a szerző gondolatait. Ha ez megvalósítható idegen kifejezések nélkül, az idegen szavak használatának vajmi kevés a jogosultsága.

A „magyarul írás” nem könnyű, mindenek előtt akarat és sok-sok gyakorlat kérdése. Nagyon gyakran szorulunk a szótárakra; meg kell nézni és tanulni az idegen kifejezés magyar megfelelőjét, vagyis az anyanyelv területén is képezni kell magunkat. A próbálkozás azonban meghozza gyümölcsét: a szép magyarsággal megfogalmazott, írt tudományos munka nemcsak könnyen érthető, szabatos, hanem gyönyörködtet is.

Négy példa a magyarításra, magyaros írásmódra

1. példa. Eredeti szövegezés: A betegekben előforduló progresszívebben nagyobb számú érintett nyirokcsomó, valamint a timuszkortex megnövekedett vastagsága akkor egyeztethető össze, ha a megnövekedett kortikális vastagság a nagyobb számú szuppresszor

sejtnak köszönhető; amelyek kifejezett aktivitása, a rosszindulatú daganat kialakulásával társul.

Magyarított változat: A betegek nyirokcsomóáttéteinek gyakorisága és a csecsemőmirigy kéregállományának vastagsága között csak akkor mutatkozik összefüggés, ha a kéregállomány megvastagodását azoknak a gátlósejteknek a felszaporodása okozza, amelyeknek fokozott működése a rosszindulatú daganat kialakulásával társul.

2. példa. Eredeti szövegezés: A percután cryosebészet illetve percután radiofrekvenciás abláció a nem rezeálható daganatok esetén hasonló kezdeti terápiás eredményt, illetve szövődemény rátát eredményez.

Magyarított változat: A sebészeti el nem távolítható daganatok eseteiben a bőrön keresztül végzett fagyasztásos, illetve rádiófrekvenciás daganatrontólás egyformán hatásos. A kezelések kezdeti eredményei hasonlóak, úgyszintén a szövődemények fajtái és gyakorisága.

3. példa. Eredeti szövegezés: Az emlő daganatok adjuváns kemoterápiás kezelésére alkalmazott protokollok, úgy tűnik, nem befolyásolják a visszaeső betegek metasztatikus pattern-jét.

(Ebben a példában az angol már átvette az uralmat)

Magyarított változat: Az emlő daganatos betegeknél a daganat kiújulásának gyakoriságát és helyét – úgy tűnik – nem befolyásolja a kiegészítő kezelésként alkalmazott szokásos kemoterápiák egyik fajtája sem.

4. példa. Eredeti szövegezés: A kórlapokat átnézték a szerzők 1940-től 1980-ig. (Ez a példa a mondat szerkesztési hibára hívja fel a figyelmet, utalva a magyaros mondat szerkesztés fontosságára.)

Magyarított változat: A szerzők átnézték az 1940 és 1980 között írt kórlapokat. (A szerzők nem 40 évig nézték a kórlapokat.)

HOGY ÍRJAM: „ÉN” VAGY „A SZERZŐ”? A múltban az egyes szám első személyt – „én úgy gondolom” – szerénységi okokból a tudományos közleményekben nem használtuk, de a többes szám első személyben fogalmazott – „mi azt vizsgáltuk” – mondatokat sem tartották szerencsének. Helyettük „a szerző”, „a szerző véleménye szerint” vagy „a szerzők azt vizsgálták” kifejezéseket írtuk. Egyre inkább terjed azonban a közvetlen, az egyes és többes szám első személy használata is; az utóbbi már teljesen elfogadott – pl. „290 esetből négyben találtunk áttétet”. Az egyes szám első személy azonban sokaknak még ma is visszatetsző – „ezekben az esetekben nem javaslom a műtétet” fogalmazás helyett „ezekben az esetekben a műtétet nem javasolt” mondat szerkesztés tetszetősebb. Úgy tűnik, hogy mindkét forma elfogadható, váltogatva is használható; magam egyes szám első személyben ritkábban fogalmazok. „A szerző”, „a szerzők” kifejezések értelmezése szövegkörnyezet függő, zavaró is lehet – a dolgozat szerzője vagy egy más, valahol idézett szerző –, ezért csak körültekintéssel alkalmazzuk, az olvasó számára egyértelmű legyen, hogy melyik szerzőről van szó. Az angol nyelvű irodalomban ezt a fogalmazási formát – „the authors believe (...)” – számos folyóirat nem tartja szerencsésnek. Helytelen, amikor egy egyszemélyes közleményben többes szám első személyben fogalmazunk – „a dolgozatban ezeket is részletesen ismertettük” – az „(...) ismertetem” szövegezés a helyes.

A RÖVIDÍTÉSEK HASZNÁLATA Egyre jobban terjed – elsősorban az Egyesült Államokban – a rövidítések használata, szinte minden új fogalomnak van rövidítése. Következésképpen a helyzet áttekinthetetlen, még a szűkebb szakterületek rövidítéseit is nehéz az adott szakma művelőinek követni, nagyobb szakterületeknél pedig lehetetlen.

Közleményekben is gyakran találhatók rövidítések. Ezeket két csoportra oszthatjuk: 1. Egy-egy fogalmat, nevet jelölő, nemzetközileg elfogadott, ismert, állandó rövidítések, pl. interferon (INF). 2. A dolgozatban előforduló kifejezések alkalmi rövidítései, amelyeket a kifejezések első leírása után zárójelbe írva adunk meg. Az első csoportba tartozók alkalmazása elfogadott és helyes, a másodikba tartozóké viszont nem szerencsés, zavarja a közlemény áttekinthetőségét; az olvasónak újra meg újra vissza kell keresni a rövidítés első leírását, a fogalmat, amelyet takar. Ennek megkönnyítésére sokszor a dolgozat elején vagy végén az alkalmazott rövidítések táblázatba szedve találhatók.

Az alkalmi rövidítéseket helytakarékoság miatt használjuk, tapasztalás szerint azonban túl sok helyet nem nyerünk. Mindenféleképpen kerülendő a rövidítések túlzott használata, kerülendő az olyan rövidítés, amely legfeljebb még egyszer – néhányszor – fordul elő. Alkalmi rövidítést legfeljebb csak az egész dolgozatban mindenütt és gyakran előforduló kifejezéseknek adjunk, és csak néhányat. Helyesebb azonban a fogalmak teljes kiírása, az alkalmi rövidítések mellőzése.

Külön nehézséget jelent a rövidítések alkalmazása a magyar nyelvű dolgozatokban. Elviekben a fenti szempontok érvényesülnek, a nehézséget maga a rövidítés jelenti. Általánosan kezd elfogadottá válni, hogy a magyarul írt fogalmak esetében is a nemzetközileg jóváhagyott, szabványrövidítéseket használjuk, különben áttekinthetetlen összevisszaság alakul ki; az angol rövidítéseken kívül a magyarok is megjelennek, és nem is mindig következetesen.

Példák: Nemi érintkezéssel terjedő betegségek (sexually transmitted diseases).
Nemzetközi rövidítés: STD, amely elterjedt, az NÉTB vagy NTB rövidítések zavarók lennének.

B-sejt-kötőhely, B-sejt-receptor (B cell receptor).
Nemzetközi rövidítés: BCR, amely elterjedt, a BSK vagy BSR rövidítések zavarók lennének.

A MÉRTÉKEGYSÉGEK ÍRÁSA A hosszúságot, magasságot, súlyt és térfogatot méterrendszerű egységekben (méter, kilogramm, liter vagy ezek tízeses egységei) adjuk meg. A hőmérsékletet jelölésére Celsius fokot (°C) használunk, a vérnyomást higany-milliméterben (Hgmm) fejezzük ki. A vérkép, vérkémiai vizsgálatok eredményeit méterrendszerű SI egységekben fejezzük ki. Az SI egységek mellett a szerkesztők az értékeket hagyományos egységekben kifejezve is kérhetik.

A KÉZIRAT ELLENŐRZÉSE Mindennapi jelenség, hogy egy dolgozat, tudományos munka vagy bármilyen más írásmű nyelvhe-

lyességét a munka szerzője, az író, nem tudja megfelelően át-olvasni. Ismeri a mondatokat, benne él azokban, és ezért nem mindig veszi észre a helyesírási, mondat szerkesztési hibákat, elsiklik felettük. Többszerzős munka esetén a szerzőtársaknak kell átnézni a dolgozatot; ennek során a hibák gyakorlatilag kijavításra kerülnek. Nem így, amikor a közleménynek csak egyetlen szerzője van. Jó tanács: ne sajnáljuk az időt, és mindig ellenőriztessük a cikket egy másik személlyel; meglepetve fogjuk látni a sok elnézett hibát.

A VÉGSŐ KÉZIRAT Az alkotás, a mű – a tudományos közlemény – mielőbbi közreadása mindig fontos. Ennek ellenére a késznek hitt dolgozatot tegyük félre néhány napra, majd olvassuk el újra, próbáljuk rövidíteni, tömöríteni. Csaknem mindig eredményesek leszünk; bámulatos, hogy a már befejezettnek vélelmezett kéziratban is milyen sokat lehet még javítani, rövidíteni.

A végső kéziratot a folyóirat előírásai szerint kell összeállítani; legtöbbjük követelményrendszere egyforma. A gépelés, szövegszerkesztés formája rendszerint előírt – kettős sortávolság, soronként, oldalanként bizonyos számú leütés stb. –, és az ábrák, táblázatok szerkesztésének is meghatározzák a formáját. Általában szükség van egy ún. címlapra (title page), amely a fejléccet (cím, szerzők, munkahely, rövidített cím, lábjegyzet) tartalmazza. Az összefoglalás (a kulcsszavakkal) és a tömörített következtetés is külön-külön oldalra kerül. A tartalmi részt a köszönetnyilvánítással és az irodalomjegyzékkel folyamatosan írjuk, de a táblázatokat és az ábrákat egyenként, külön-külön oldalra nyomtatjuk. Egyes folyóiratok a köszönetnyilvánítást és az irodalmat is külön lapokon kérik. Külön oldalon kell felsorolni az ábraaláírásokat is. A folyóirat előírásait pontosan kövessük.

A SZERKESZTŐ ÉS A SZERZŐK KAPCSOLATA A szerző és a szerkesztő kéz a kézben dolgozik, a szerző megírja a dolgozatot, a szerkesztő biztosítja, hogy az eljusson az olvasókhoz, a nagyközönséghez. Lehetett volna többes számban (szerkesztők) is foglalkozni, mert a legtöbb kiadó folyóiratonként is sok szerkesztőt foglalkoztat, mindegyiknek más-más feladata van: ügyvezető, fogadó-, olvasószervező, főszerkesztő és így tovább. Másként mondva szerkesztőségek dolgoznak szakmai, kereskedelmi, terjesztési stb. feladattal; a szerkesztők egy része a folyóirat egészével foglalkozik és csak áttételesen vagy egyáltalán nem az egyes dolgozatokkal. A sok szerkesztő közül a szerző rendszerint eggyel, a dolgozatát fogadó, a cikk elbírálását irányító szerkesztővel van szoros kapcsolatban, vele levelez közvetlenül vagy a szerkesztőségen keresztül; nagy nemzetközi folyóiratoknál az utóbbi egyre gyakoribb. Más, a közleménnyel közvetlenül is foglalkozó szerkesztő, pl. olvasószervező, nyelvi szerkesztő, háttérben marad.

Minden folyóirat szerkesztőjének ragaszkodnia kell a szerkesztési előírásokhoz, a tudományos lap irányelveihez, elbírálási szokásaihoz, még akkor is, ha a szerzők esetleg másként

gondolják. A szerkesztők javaslatot tehetnek a dolgozat szerkezeti felépítésével, jobb áttekinthetőségével – alcímek, kiemelések stb. – és az írásmódjával, nyelvezetével kapcsolatban. Tapasztalás szerint, a szerkezeti változtatásokat a szerzők rendszerint elfogadják, a nyelvhasználatra vonatkozókat is többé-kevésbé. Angol és magyar nyelvű közleményeknél is célszerű hagyatkozni a nyelvi bírálókra. A szerkesztők megfelelően szerkesztett dolgozatoknál is kérhetnek változtatásokat a folyóirat saját arculatának (house style) megőrzése miatt, például a folyóiratban használt kifejezések, rövidítések, azok írásmódjának stb. megváltoztatása. A dolgozat rövidítése a leggyakoribb ütközőpont. A szerkesztők fenntartják maguknak azt a jogot, hogy a számítások ellenőrzésére a szerzőktől a vizsgálatok alap eredményeit – aminek alapján a számítások történtek – bekérjék; erre azonban csak kivételesen kerül sor.

Külön megítélést igényel az ún. magyarító szerkesztő, az a szerkesztő, aki elvárja a szerzőktől, hogy a magyar kifejezéseket használják, és adott esetben, a közleményekben magyarításokat is végez. Bármilyen változtatás is történjen a közleményben, az csak a szerzők egyetértésével lehetséges.

A szerkesztők magyarítási munkája rendkívül fáradtságos, időigényes és távolról sem ütközésmentes. Egy-egy, még jó tollú szerző közleményének magyarítása is napokat vehet igénybe, néha olyan sok időt, amely alatt egy másik közleményt megírhatnánk. A változtatásokat – tapasztalás szerint – a szerzők háromféleképpen fogadják. Vannak, akik rém hálások és nagyon köszönik. A többség elfogadja, legfeljebb néhány helyen kéri az eredeti idegen kifejezés használatát. Köszönetet nem nagyon mond, inkább csak belenyugszik, és talán egy kicsit mérges is, de azt mondja, hogy neki is tiszteletben kell tartania a folyóirat szerkesztési előírásait, írásmódtörekvéseit. Talán az is lehet, hogy a szerkesztő iránti tisztelete, barátsága készteti beleegyezésre. A szerzők egy nagyon kis része, nem fogadja el a magyarítást, és közli, hogy csak akkor járul hozzá dolgozatának közléséhez, ha az eredeti formájában történik. Ilyenkor a szerkesztő két lehetőség közül választhat: vagy elutasítja a közleményt vagy egy szerkesztőségi megjegyzéssel az eredeti szövegnek megfelelően, változtatás nélkül közli. Vitatható, hogy a szerkesztési elveknek nem teljesen megfelelő cikket szabad-e elfogadni, hol van a kiadó joga. Mindig a közlemény tudományos értéke a meghatározó. Nagy hiba lenne egy jelentős tudományos közleményt csak azért nem közölni, mert idegen kifejezéseket tartalmaz. Nem kisebb hiba azonban egy kétértelmű tudományos értékű munkát magyarítva megjelentetni. Nagyon fontos, hogy a szerző mindig tisztában legyen azzal, hogy a szerkesztő az ő érdekében is dolgozik, és amit változtat, azt nagyon meggondolja, meggyőződéssel teszi.

A DOLGOZAT SZERKESZTŐSÉGBE KÜLDÉSE ÉS ELBÍRÁLÁSA A legtöbb folyóirat szigorúan meghatározott formában – rendszerint az ICMJE irányvonalaival összhangban – kéri a dolgozatokat, azoknak teljesnek kell lenni, egyetlen részt sem hagyhatunk el.

Beküldési jegyzék:**Kísérő levél****Címoldal**

(a dolgozat címe, szerzők, munkahelyek, levelező szerző elérhetőségi címmel, rövid cím)

Tömörített következtetés
(nem mindegyik folyóirat kéri)

Összefoglalás kulcsszavakkal
A dolgozat tartalmi része
(pl. bevezetés, anyag és módszer, eredmények, megbeszélés)

Köszönetnyilvánítás**Irodalomjegyzék****Táblázatok****Ábrák****Ábraalírások**

Kétszeresen is ellenőrizzük, hogy valóban semmi nem maradt ki, mert a szerkesztőség a hiányos kéziratokat rendre visszaküldi. Az ellenőrzés megkönnyítésére gyakran egy beküldési jegyzék (checklist) áll a szerzők rendelkezésére. A dolgozatok szerkesztési elveit, összeállítását korábban már ismertettük, most csak néhány kiegészítő szempontot tárgyalunk.

KÍSÉRŐ LEVÉL Egy kísérő levelet (cover letter) mindig mellékelni kell. Ebben igazolni kell a dolgozat eredetiségét – a dolgozat

vagy annak számottevő része más folyóiratban nem jelent meg, és a szerzőknek nincs is szándékukban megjelentetni (a két nyelvű közlés külön elbírálás alá esik, a részleteket nem tárgyaljuk) – továbbá, hogy a munka eredeti kutatás, összefoglalás, nem mástól átvett eredmény, és mindegyik szerző a munkában tevékenyen részt vett. Nyilatkozni kell arról is, hogy a szerzők mindegyike és a kutatásban résztvevő intézet (intézetek) is beleegyezik a cikk közlésébe. Ugyancsak a kísérő levélben kell feltüntetni a dolgozat típusát (eredeti közlemény, szerkesztőségi közlemény, esetiismertetés stb.), amelyet a folyóiratban meghatározott közleménytípusok közül lehet kiválasztani. Fontos része a kísérő levélnek az ún. érdekeltségi nyilatkozat (conflict of interest), amelyben a szerzők egyértelművé teszik, hogy munkájukat pénz vagy más juttatás semmilyen módon nem befolyásolta. Támogatott kutatások természetéről is felvilágosítást kell adni. Embereken vizsgálatok, mint erről már szó volt, csak a Helsinki Deklaráció szellemében, a helyi erkölcsi, emberi vizsgálatokat elbíráló bizottságok engedélyével történhetnek, de állatokkal végzett kísérletek is csak az illetékes bizottságok hozzájárulásával végezhetők. A kísérő levélben ezekről is tájékoztatni kell a szerkesztőséget. Célszerű – udvariassági cselekedet – egy-két mondatban megindokolni, hogy miért az adott folyóiratban szeretnénk közleményünket megjelentetni; a szerkesztők jó néven veszik. A kísérő levelet vagy minden szerzőnek vagy csak a kapcsolattartó szerzőnek kell aláírni, aki viszont aláírásával a többiek nevében is nyilatkozik. Egyre inkább azonban az előbbi terjed, a szerkesztőségek a szerzők mindegyikének aláírását megkövetelik.

A CÍMOLDAL Az ICMJE 2001-es megfogalmazása szerint a címoldal a következőket tartalmazza: 1. a közlemény címe, 2. a szerzők neve, legmagasabb tudományos fokozatuk, munkahelyük címe, 3. osztály (osztályok), intézet (intézetek) ahol a munka készült, 4. nyilatkozat a szerzői jog átruházásáról – ha szükséges, 5. a kapcsolattartó szerző neve és címe (telefon, távmásoló, villanyposta), 6. annak a szerzőnek neve és címe, akitől különnyomat igényelhető, vagy egy nyilatkozat kapható,

miszerint különnyomat a szerzőktől nem áll rendelkezésre, 7. a támogatások megjelölése (pályázat, műszer, gyógyszer stb.), és 8. rövidcím (40 leütésnél nem hosszabb).

Egyes szaklapok a szerzők teljes nevét, mások csak a családnevet és a többi név kezdőbetűit kéri.

Példák: Jan B Vermorken
Vermorken JB.
Nagy Károly
Nagy K.
Nagy Cs. Károly
Nagy CsK.
Z. Szabó László
Z. Szabó L.

A név után – a folyóiratok előírásaitól függően – a legmagasabb végzettségi fokozatot írjuk: orvosoknál Dr. vagy dr. (angolul MD vagy M.D.) biológusok stb. esetében PhD. angolul Ph.D. Egyes hazai szaklapok a Dr.-t vagy Prof. dr. jelölést a név elé írják.

A KÉZIRAT ELKÜLDÉSE A SZERKESZTŐSÉGBE A kéziratokat szokásosan két vagy három példányban (hard copy) kéri – egyet egyet a bírálóknak, egy pedig a szerkesztőségben marad. Az utóbbi évtizedben a szöveget – gyakran az ábrákat is – elektronikus formában, lemezen, CD-n is igénylik, hogy ne kelljen az egészet újra begépelni. Ma már azonban egyre több folyóirat csak elektronikus úton fogadja a közleményeket, pl. villanypostán (pl. CME Journal of Gynecologic Oncology: mail@cme.hu) vagy a saját honlapon keresztül (pl. ELSEVIER folyóiratok: <http://euro.edmgr.com>).

A KÉZIRAT A SZERKESZTŐSÉGBEN A szerkesztőség a kézirat beérkezését azonnal visszaigazolja, nyilvántartásba veszi, és kezdődik az elbírálás folyamata. Általános szempont, hogy a szerkesztőségek csak kizárólagossággal fogadják el a dolgozatokat, vagyis csak azokat, amelyek teljes egészükben vagy érdemi részükben nem kerültek és nem is kerülnek máshol közlésre. Ezért kell a szerzőknek erről nyilatkozni a kísérő levélben.

Gyakori, hogy a nem megfelelően szerkesztett dolgozatokat azonnal elutasítják. A szerkesztési hibák közül az „összefoglalás” nem megfelelő szerkesztése a leggyakoribb. A tudományos közlemények nagy része két független bírálóhoz kerül, akiknek illik záros határidőn – két-négy héten – belül azokat elbírálni, és véleményüket a szerkesztőségnek megküldeni. Az előbírálás részleteire nem térhetünk ki, csak a függetlenség tényét (a bírálók és a szerzők között semmilyen érdekeltségi kapcsolat nincs) emeljük ki. Az előbírálás (peer review) után három lehetőség van: 1. A dolgozatot a bírálók közlésre nem javasolják. A szerkesztőség ennek alapján nem fogadja el, és a szerzőket a döntésről, valamint annak indoklásáról tájékoztatja. Ritkán előfordul, hogy csak az egyik bíráló ellenzi a közlést, a másik kedvezőbb véleményt fogalmaz meg. Ha az elutasító bíráló érvei nem teljesen meggyőzőek, egy harmadik bíráló

ló felkérésére is sor kerül. 2. A közleményt ugyan javasolják megjelentetésre, de több-kevesebb javítást szükségesnek gondolnak. A szerkesztőség kéri a szerzők állásfoglalását és a javasolt változtatások lehető teljesítését. A javított közlemények az esetek többségében – különösen, ha lényeges javításokra volt szükség (major revision) – újra visszakérülnek a bírálókhoz második véleményre. Ez a folyamat ismétlődhet, amíg a bírálók elfogadják a kéziratot, vagy nem javasolják annak közlését. 3. A bírálók javasolják, hogy a szerkesztőség a dolgozatot változtatás nélkül fogadja el, ami gyakorlatilag mindig meg is történik, és a szerzők eszerint kapnak tájékoztatást. Elméletileg a szerkesztő a bírálókat felülbíráhatja, bármilyen vitás kérdésben dönthet, a bírálat elhúzódsakor maga határozhat.

Ha a dolgozat elfogadásra kerül, a szerzőknek alá kell írni a kiadójogi megállapodás (copyright) formanyomtatványát, amelyben a közlemény kiadásával, terjesztésével kapcsolatos minden jogot a szerzők a kiadóra ruháznak.

A közlemény elutasítása senkit ne bántortalanítson el. A dolgozatok többsége helyszűke miatt kerül elutasításra. Jóllehet, a kiemelkedően jó munkákat általában elfogadják, az átlagosan jó cikkek elfogadása függ a bírálók és a szerkesztők személyétől is. Nincs két egyforma bíráló, és a bírálók is emberek. Előfordulhat, hogy ugyanazt a dolgozatot egyesek alkalmasnak, mások nem megfelelőnek ítélik; szerencse kérdése, hogy melyikhez kerül. A bírálók nem ellenségeink. Nagyon gondoljuk át kifogásait, megjegyzéseiket, javaslatokat, és – ha egyetértünk velük – azokat építsük be a közlemény újabb változatába, így jobb reményekkel küldhetjük egy másik folyóirathoz. Helytelen dacosan, lemondóan fogadni az elutasítást, ebből is inkább tanulni kell; önfejlés miatt már számos hasznos dolgozat nem jelent meg.

A BÍRÁLÓ ÉS A SZERZŐ KAPCSOLATA A szerkesztők által felkért bírálók nincsenek közvetlen kapcsolatban a szerzőkkel, számukra ismeretlenek. Levélváltásuk áttételes, a szerkesztőségen keresztül történik.

A névtelen bírálat gyakorlatának hosszú múltja van, célja, hogy a bíráló tényszerűen ellenőrizze és mondjon véleményt a dolgozatról, ne befolyásolja, hogy a szerzők mit szólnak hozzá. Voltak és vannak is törekvések ennek megváltoztatására. Egyes álláspontok szerint a szerzőknek is jogukban áll tudni a bírálók nevét, mondván: az „egyoldali” ismeretség lehetővé teszi, hogy a bíráló a „nem szeretem” szerzők munkáját ne elfogulatlanul véleményezze. Ez valós lehetőség, kiküszöbölése alapvetően erkölcsi kérdés, de szabály is. A bíráló köteles nyilatkozni arról, hogy közte és a szerzők között nincs nézeteltérés stb.; összeférhetetlenség esetén nem vállalhatja a bírálatot. Bizonyos folyóiratok bírálói maguk dönthetnek arról, hogy felfedik-e személyüket a szerzőknek, vagy inkább homályban maradnak. A gyakorlatban a névtelen bírálat rendszerre terjedt el.

A közlemények elbírálása nem túl hálás feladat, fáradságos és időigényes munka, amiért nem is fizetnek. A megfelelően képzett szakemberek íratlan kötelessége tudásuk legjavát adva értékelni a tudományos munkákat a szakma, a szakemberek fejlődése, előrehaladása érdekében. A bíráló egy kicsit adósságot is törleszt, hiszen az ő dolgozatait is bírálták és bírálják. Egy-egy rangos folyóirat bírálójának lenni elismerés is – a tudományos élettrajzban feltüntethető –; a szerkesztők ugyanis bírálóknak csak a legkiválóbb szakembereket kérik fel, így biztosítják a magas színvonalat.

A dolgozatelbírálás alapelve az elfogulatlan, tárgyyszerű véleményezés. Irányvonalait, szabályait nem ismertethetjük, csak annyit jegyzünk meg, hogy a bíráló mindig segíteni akar a szerzőknek, javaslatai, kritikái mindig a dolgozat jobbítását célozzák. A negatív, elmarasztaló vélemény is segítség, még akkor is, ha annak alapján a dolgozatot elutasítják. Hasznos, mert a szerzők épülésére szolgál, és megóvjaa őket, hogy nevük alatt nem megfelelő munka lásson napvilágot, melyet az évek múlásával esetleg szégyellnének. Természetesen a bíráló is tévedhet, illetve a szerzők és a bíráló között az adott témában nézetkülönbség lehet. A szerzők a bírálatra adott válaszukban ennek hangot adhatnak, továbbiakban pedig a szerkesztőség dönt.

A bírálók pontokba szedve fejtik ki véleményüket, a szerzők is ennek megfelelően javítsanak, és válaszlevelükben mindegyikre térjenek ki. Pontokba szedve tájékoztassák a bírálót, hogy a javítás megtörtént-e vagy nem, mert javaslatával nem értenek egyet.

ZÁRÓGONDOLATOK A tudományos közlemények írásában is jelentős változások történtek az elmúlt két évtizedben; az egységesítési és tömörítési törekvések kerültek előtérbe. Ezek határozottan üdvözlendők, mert könnyítik a közlemény áttekintését, megértését és az adatok, következtetések megjegyzését is, időt takarítanak meg és helykimélik. A közlemény-túlkínálat világában a folyóiratok minden sornyi helye sokat ér. A túlzott egységesítés azonban kerülendő, acretalan dolgozatokat szül.

A közleményírás alapelve azonban nem változott. Minden közlemény megírása előtt – mint arra az egyes közleménytípusok szerkesztésénél már utaltunk – világosan fogalmazzuk meg a célját annak, hogy mit akarunk mondani, miért akarjuk megírni, mi a szándékunk, és hogy érdemes-e közölni, azt, amit akarunk. Ha ezt eldöntöttük, határozzuk meg a közlemény legfontosabb szempontját, mi az a legjelentősebb kérdés, amire választ keresünk, mi az a legfontosabb szempont, amiért „tollat veszünk kezünkbe”. Majd állapítsuk meg, hogy melyik a legmegfelelőbb közlési típus, kinek szól a közlemény és melyik a legalkalmasabb folyóirat, amelyikbe elküldhetjük.

Ez az útmutató – nevéből adódóan is – nem szabályokat, csak irányelveket fogalmaz meg. Eltérések mindig lehetnek, új és új ötletek naponta születnek. Az ismertett szempontok köve-

tése azonban kezdőknek és tapasztaltaknak egyaránt ajánlatos, az útmutatás mindig sokat segít. Bárhogy is fogalmazunk, mindig képzeljük magunkat az olvasó helyébe, az ő szemén keresztül ellenőrizzük írásunkat; vajon megérti, amit mondani akarunk?

A tudományos közlemény tudomány, művészet és nyelvészet. A tudomány a közlemény tartalma, a kutatás eredménye és értékelése, százszorosan ellenőrzött adatokkal, a kutatásnak, az irodalmi adatok elemzésének és az esetek ismertetésének pontosságával. Nincs tudomány pontosság nélkül. A művészet a közlemény világos megfogalmazása, könnyen megérthető szerkezetének megalkotása, vagyis a dolgozat megjelenésének megformálása. Ha a közlemény nem világos, nem könnyen áttekinthető, nem érthető meg azonnal, csak zavart kelt, az olvasó nem fogja értékelni, más szerzők nem fogják idézni, és a legjobb munka is kárba veshet. A legvalószínűbb, hogy közölni sem fogják. A nyelvészet a helyes, olvasmányos és rövid fogalmazás. Minden felesleges szó csak a terjedelmet bővíti és homályosít. Az ismétlés mindig felesleges; ez a dadogás írásos formája. A nem teljesen fontos, úgymond színező mondatok pedig az olvasmányosság rovására mennek; a tudományos közlemény tájékoztatás és nem szórakoztatás céljából készül. Nyelvtani helyesség és a megfelelő mondat szerkesztés az írástudomány alapkövetelménye, a jó fogalmazás pedig tömörített írásmódot jelent.

A tudományos közlemények írásának tudománya, művészete és nyelvészete mélyreható ismereteket igényel. Ezek megtanulása, elsajátítása hosszú idő, nehéz munka, tapasztalás és gyakorlás, gyakorlás, gyakorlás. Leghelyesebb a tanulást esetismertetések írásával kezdeni, ami egyébként nem más, mint a mindennapi szóbeli gyakorlat – a betegek bemutatásának, a körlefolyás stb. elmondásának – írásos változata. Ezt a tanulmányok, eredeti közlemények írása követi; az összefoglaló közlemények hátul vannak a sorban.

A mi időszűk nemzedékünknek kötelessége a tapasztalatok átadása, a fiatalok, fiatalabbak tanítása. Ennek szellemében született ez a dolgozat abban a reményben, hogy hasznos lesz, esetleg hiányt pótol, jóllehet a szervezett oktatást – amire égetően szükség lenne – nem helyettesíti. Ez az útmutató egy ember fogalmazása, de sokaknak hangja, egy kicsit közös gondolkodás. Mindnyájan tudunk mondani valamit, de együtt jobban.

IRODALOM

1. Nőgyógyászati Onkológia 2000;6:109-142.
2. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals (Vancouver style). Ann Intern Med 1988;108:258-265 és N Engl J Med 1991;324:424-428.
3. A magyar helyesírás szabályai. 11. kiadás. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1994.

ST20043/NO

Használni fogja!

13

forint napi kezelési költség*

STADALAX®

draszté

STADA 5 mg bisacodylum drasztéknél

LAX

A

GAZDASÁGOS

HASHAJTÓ

A STADALAX® draszté hashajtó kedvező áron, családi kiszerelésben 649 Ft-ért, recept nélkül kapható a gyógyszertárakban.

BIO

GIL

TEVA

STADA

*Napi egy drasztéval számolva.

A bisacodyl-t tartalmazó Stadalax® draszté kíméletes hashajtó. Felnőtteknek este vagy reggel 1-2 drasztét összerágás nélkül, 1/2 pohár vízzel javasolt bevenni, gyermekeknek 6 éves kor felett 1 draszté ajánlott. A készítmény alkalmazása ellenjavallt a készítmény bármely összetevője iránti túlérzékenység, tisztázatlan eredetű hasi panasz, bélelzáródás, valamint a gyomor-bélrendszer akut gyulladásos betegségei esetén.

AMAR® Kétféle gyógyszer

A TENA MÁR TÖBB MINT 10 ÉVE PARTNER

A PROFESSZIONÁLIS INKONTINENCIA ELLÁTÁS TERÉN.

A TENA SÚLYOS INKONTINENCIA ELLÁTÁSÁRA KIFEJLESZTETT TERMÉKEI
BIZTOSÍTJÁK A PÁCIENS KÉNYELEM- ÉS BIZTONSÁGÉRZETÉT.

TENA *comfort*



TENA *fix*



A TENA *comfort* betétek dupla cellulóz magja és körgumírozása biztosítja a szivárgásmentességet. Rögzítésükre a TENA *fix* hálós szerkezetű rögzítőnadrág szolgál.

TENA *slip*



A TENA *slip* vizelet-, és székletviusszatartási problémákra alkalmas nadrágpelenka, aktív és fekvő betegek számára.

TENA *pants*



A TENA *pants* különleges, betéttel egybeépített nadrág főleg olyan páciensek számára, akik a védőeszköz cseréjét önállóan is el tudják végezni.

TENASET



A TENASET bőrápoló termékcsalád tagjai gondoskodnak az érzékeny bőr ápolásáról és védelméről.

TENA *flex*

A TENA *flex* a legkorszerűbb technológiával készült nadrágpelenka. Sajátos légáteresztő szerkezete miatt különösen bőrbarát. Különlegessége, hogy a csípőn kell rögzíteni övvel egy speciális tépőzár segítségével. Leginkább aktív páciensek számára ajánlott.



MIT NYÚJT MÉG A TENA A PÁCIENSEK RÉSZÉRE?

- Telefonos ügyfélszolgálat, szakszerű tanácsadás
- Rendszeres Hírlevél
- Folyamatos akciók

A TENA inkontinencia védőeszközöket az Országos Egészségbiztosítási Pénztár támogatja, felirhatók; gyógygyógyellátásra jogosultak a termékek nagy részét térítésmentesen vehetik igénybe. A TENA védőeszközök beszerezhetők gyógyszerárakban és gyógyászati segédeszközboltokban.



INFORMÁCIÓ:

INKO-INFO TELEFON: 06-80-20-10-20

- termékinformáció
- ingyenes tájékoztató anyag és
- TENA termékkoffer küldése

SCA Hygiene Products Kft., 1525 Budapest, Pf. 178



...egyszerre

visszatér

a gondtalanság

öröme

MYCOSYST®

Gyno

*Nőgyógyászati és urológiai
gombás fertőzések kezelésére.*



RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 44.

Nőgyógyászati Marketing Osztály: 431-4394

További részletes információt az alkalmazási előírat tartalmaz!

KITEKINTÉS A VILÁGBA

Az Európai Rák Iskola (European School of Oncology, ESO): rákgyógyászati oktatás több mint 20 éve

WOLFGANG GATZEMEIER, M.D., ALBERTO COSTA, M.D.

European School of Oncology, Milan



TÖRTÉNELMI ÁTTEKINTÉS

AZ ÖTLET Az Európai Rák Iskola (European School of Oncology, ESO), mint kulturális és tudományos szervezet felállításának terve Umberto Veronesi ötlete volt. Akkoriban Veronesi professzor volt a milánói Nemzeti Rákgyógyászati Intézet (National Cancer Institute of Milan, NCIM) tudományos igazgatója.

Terveit az 1980-ban, Lausanne-ban tartott Európai Sebészeti Onkológiai Társaság (European Society of Surgical Oncology, ESSO) tudományos rendezvényén adta elő. Az elgondolás hátterében az a riasztó felismerés állt, amelyre az amerikai és európai daganatgyógyászok jutottak az 1980-as években, nevezetesen, a rák okozta halálozások igen jelentős részben nem a különböző daganatok rosszindulatúságának volt az eredménye, hanem annak, hogy túl későn ismerték fel, vagy helytelenül kezelték azokat. Ennek következtében meggyőződésévé vált, hogy a rák elleni küzdelemben jelentős előrelépést jelentene egy átfogó képzés kidolgozása, és a rákos betegekkel foglalkozó orvosoknak, egészségügyi személyzetnek folyamatos továbbképzése. Céljának elérésére a legjobb eszközt Veronesi professzor egy állandó, több tudományágat magában foglaló nemzetközi iskola megteremtésében látta, amely illeszkedik Európa orvosi hagyományaihoz. Több tekintetben hasonlóan kell lennie az amerikai hagyományokhoz is, sok más vonatkozásában azonban jelentősen különbözőnek, különösen az orvos-beteg közötti viszonyhoz való hozzáállásában. Mivel egyetlen európai ország sem rendelkezett megfelelő tudással, tapasztalattal és oktatási szerkezettel ahhoz, hogy egy ilyen nagyszabású tervet teljesen megvalósítson, Veronesi úgy gondolta, hogy a követelményeknek csak egy újonnan felállított, állandó, egész Európát átfogó iskola tud megfelelni.

Levelezési cím:

Wolfgang Gatzemeier, M.D.

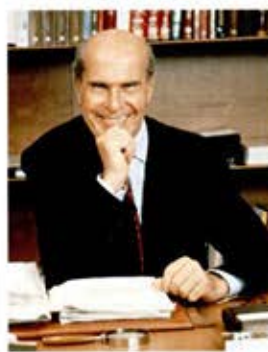
European School of Oncology

Viale Beatrice d'Este 37, 20122 Milan, Italy

Távbeszélő: (39 02) 4335 9611 Távmásoló: (39 02) 4335 9640

Villanyposta: WGATZEMEIER@aol.com

AZ EURÓPAI RÁK ISKOLA SZÜLETÉSE Az Európai Rák Iskolát végül Umberto Veronesi és Laudomia del Drago hercegnő alapította meg 1982-ben ingyenes és önkéntes, nem nyereségközpontú szervezatként, amelynek ideiglenes elnöke az első adományozó magánszemély, Laudomia del Drago hercegnő lett. A további támogatók Franco Cavalli (Bellinzona), Louis Denis (Antwerpen), Bob Pinedo (Amszterdam), Michael Peckham (London), Jerzy Einhorn (Stockholm), valamint Emmanuel van der Shueren (Leuven) voltak. Az Európai Rák Iskola 1982. októberi, alakuló tanácsülésén Alberto Costát választották meg igazgatónak.



Umberto Veronesi

Umberto Veronesi
Founder and Chairman
of the Scientific Committee



Alberto Costa

Alberto Costa
Director
European School of Oncology

Felállították a Tudományos Bizottság első magját (tagjai az antwerpeni Louis Denis, az esseni Carl Schmidt, valamint a londoni Michael Peckham voltak), s a csatlakozó olasz akadémikusok, tudósok és politikusok első csoportját hamar követték a gazdasági- és pénzügyi képviselői.

AZ ELSŐ KÉT ÉVTIZED

A KEZDETEKTŐL A STATUS QUO ELÉRÉSÉIG – AZ EURÓPAI RÁK ISKOLA KÜLDETÉSE, TEVÉKENYSÉGE ÉS EREDMÉNYEI A rák elleni küzdelemben egy ilyen tudományos oktatási-kulturális képzési tervezet központjának kezdetektől fogva Milánót tekintették, ezért a milánói Nemze-

ti Rákgyógyászati Intézetet választották ki a szervezet központjának. Innen tudtak minden Olaszországban és másutt zajló, kapcsolódó tevékenységet irányítani és megvalósítani. Az intenzív oktatás első tanfolyama, amelyet a „teljes belemerülés” jegyében tartottak, 1983-ban kezdődött a Como-tó melletti ősi kastélyban, Pomerióban.

A helyreállított, majd korszerű és kényelmes szállodává átalakított kastély kiváló helyszínnek bizonyult, intenzív tudományos és kulturális tapasztalatcserére adott lehetőséget; a hallgatóknak egész napos elfoglaltságot biztosított. Az akadémiai oktatás mintájára a „bentlakásos tanfolyam” műfajára esett az első választás, a módszer pedig a rákbetegség szervek szerinti (bőr melanóma, emlőrák, húgyúti, vastagbél és végbél daganatok) tárgyalása volt. Elgondolás szerint a résztvevőknek átfogó képet kellett kapniuk minden egyes rosszindulatú elváltozásról, beleértve az epidemiológiai, szűrési, elsődleges és másodlagos megelőzési, molekuláris-biológiai, kórismézési eljárásokat, a több tudományágat magába foglaló kezeléseket és a rehabilitációs, tünetenyhítési, valamint pszicho-onkológiai szempontokat is. Az elképzelés lényegi elemét képezte továbbá az a szándék, hogy a résztvevőket meggyőzzék a betegek előzetes beleegyezésével folytatott, véletlenszerűen beválasztott, ellenőrzött klinikai daganatgyógyászati vizsgálatok szükségességéről.

A daganatgyógyászati ismeretek és elvek ilyen jellegű, előadásokat és csoportmunkát is ötvöző, s ezáltal közösségi tanulási élményt teremtő átadása a résztvevők számára egészen újszerűnek bizonyult, és a következő években az Európai Rák Iskola sikerének egyik legfőbb kulcsává vált. A résztvevők száma kezdetben 50-re korlátozódott, minden országból nagyjából tanfolyamonként 10-10 résztvevőt engedélyeztek. Ezzel egy időben az előadások kiegészítésére megkezdődött a kórismézési és sebészeti eljárások oktatására szolgáló mozgóképanyagok előállítás is. Egészen a kezdetektől fogva a résztvevők átlagéletkora 35-37 év körül mozgott, és ma is hasonló az összetétel. Alapvetően tehát olyan, pályafutásának lényeges, kezdeti pontján álló fiatal orvosokat aktáltak, akik már eldöntötték szakmai előmenetelük irányát.

Már a kezdetektől célja az Európai Rák Iskolának az is, hogy hatást gyakoroljon a különböző, kutatásért felelős osztályokra, szervezetekre és ezáltal a kutatási irányzatokra. Elmélyültebb daganatgyógyászati képzést kínál a klinikai kutatóknak, hogy a rák kórismézésében és gyógyításában elért eredményeik biztosan javuljanak. E cél megvalósítását olasz és más nemzeti szervezetek tették lehetővé, amelyek saját anyasorságukból több orvosnak kínálták föl a részvételi lehetőséget az Európai Rák Iskola tanfolyamain. Értelmeszerűen a következő lépésként az Európai Rák Iskola megteremtette „A daganatgyógyászat területén végzett kutatási tevékenységért” -díjat (az első ilyen díjat az egyesült királyságbeli Paul Workman nyerte el). Emellett más országokban is indultak képzések az ott dolgozó orvosok számára. A következő években az Európai Rák Iskola és az

EORTC közötti kapcsolat felerősödött, az utóbbi szervezet mind több előadást tartott a tanfolyamokon.

Az 1985-ös esztendő egyik fontos eseménye volt az Európai Rák Iskola és az Európai Bizottság együttműködésével létrejövő „Európa a rák ellen” program, amelyet Mitterrand francia elnök indított el a Milánóban tartott csúcstalálkozón. Elsőként a Bizottság és az Európai Rák Iskola szakértőinek egy közösen tartott tanácskozásában egyeztek meg a különböző foglalkozási ártalmakból eredő daganatok keletkezésének átfogó megtárgyalásáról. Az Európai Rák Iskola tevékenységi köre megsokszorozódott: a helyileg tartott tanfolyamok mellett más országokban is rendeztek tanfolyamokat, a „Munkacsoportokat” alkotó szakértők több tudományágat átfogó kutatásokat folytattak, és úgynevezett „Városközi (Intercity) tanácskozásokra” került sor. Ezek célja többek között annak tanulmányozása volt, hogy egy-egy ország helyi kulturális viszonyai és nemzeti nyelve milyen módon befolyásolja a rák felismerésének és kezelésének lehetőségeit.

Az Iskolának egy másik új tevékenysége a „látogató professzorok” rendszerének megteremtése volt. A látogató professzorok olyan Európai Rák Iskolai oktatók, akik különböző országokban mennek és előadások, kerekasztal-megbeszélések, kiscsoportos foglalkozások és személyes beszélgetések útján elemzik és megvitatják az adott országokban előforduló nehézségeket, oktatási kérdéseket.

A nemzetközi elismerés szempontjából az 1987. év volt az Európai Rák Iskola első évtizedében a legfontosabb. Áttekintették az első 5 év munkáját, és Milánó szerepét, mint ennek a tudományos és kulturális kezdeményezésnek a központját, megerősítették. Más országok is felajánlották, hogy váltakozó rendszerben ők adjanak otthont a központnak. Ezt a lehetőséget számos nemzetközi rendezvényen vitatták meg, és végül úgy döntöttek, hogy Olaszország kezében marad az Iskola átfogó irányítása. A döntést leginkább Velence tartománya mozditotta elő, hiszen felajánlotta, hogy az ősi San Servolo szigeten tartásuk a képzéseket és tanácskozásokat.

A rákövetkező 5 évben az Európai Rák Iskola még tovább fejlődött. Svájcban megalakult az Európai Rák Iskola Alapítvány. Megerősödött az Európai Rák Iskola és az Európai Bizottság közötti együttműködés. Az Európai Rák Iskola ösztöndíj lehetőséget hirdetett azon orvosok számára, akik részt kívántak venni az oktatási rendezvényeken. Elmélyültek a lyoni International Agency for Research on Cancer-rel (IARC), a New York-i Memorial Sloan Kettering Cancer Center-rel (MSKCC), valamint más európai, egyesült államokbeli és latin-amerikai szervezetekkel végzett közös tevékenységek.

Végeredményben az Európai Rák Iskola földrajzi terjeszkedés és a tudományos tevékenység kiszélesítése vonatkozásában is sikeres első 10 évet tudhatott magáénak. Ez alatt az évtized alatt 61 ország 10744 tudósa és klinikai orvosa vett részt az Eu-

rópai Rák Iskola által szervezett rendezvényeken. 1991-ben 15 ország 323 nemzetközi szaktekinetelye működött együtt számos kezdeményezésben az Európai Bizottsággal, ipari vállalatokkal és más intézményekkel az akkori idők legellentmondásosabb daganatgyógyászati témáival kapcsolatos tudományos értekezések és közlemények kiadásában. A következő évtized kihívása az volt, hogy az Iskola egy európai daganatgyógyászati oktatási hálózat irányítója legyen, amelynek végső célja a rákos betegek eredményesebb gondozása, gyógyítása volt.

Ma, a több mint 20 éve fennálló Európai Rák Iskola a legidősebb és legátfogóbb olyan szervezet, amelynek kizárólagos célja az, hogy különböző nemzetközi tudományos és tanácsadó bizottságok védnöksége alatt a rákgógyászat minden területén dolgozó egészségügyi személyzet tudását bővítse. Ezen kívül az Európai Rák Iskola tökéletes tudományos és kulturális függetlenséget élvez, hála az egyéni európai adományozók, a testvérszervezetek és tagsági hálózatok folyamatos és megkötések nélküli támogatásának.

Az Iskola „Gazdasági Intézményét” három alapítvány képezi, amelyek biztosítják az Európai Rák Iskola pénzügyi függetlenségét. Ezek az alapítványok a következők: European School of Oncology Foundation (ESOF, székhelye Lugano, Svájc), Fondazione per la Formazione Oncologica (székhelye Milánó, Olaszország), valamint az American Italian Cancer Foundation (AICF, székhelye New York, Egyesült Államok).

Az Iskola „Partnerei” olyan szervezetek, amelyekkel az Európai Rák Iskola pénzügyi vonatkozásokat is magába foglaló együttműködési szerződést írt alá. Ezek az alábbiak: European Institute of Oncology (EIO, székhelye Milánó, Olaszország), Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC, székhelye New York, Egyesült Államok), European Oncology Nursing Society (EONS), valamint a Fondazione Salvatore Maugeri (FSM, székhelye Pavia, Olaszország).

Az Iskola „Társult Szervezetei” olyan társulások, amelyekkel az ESO hivatalosan együttműködik. A társult szervezetek: International Union against Cancer (UICC, székhelye Genf, Svájc), European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC, székhelye Brüsszel, Belgium), South European New Drug Organization (SENDO, székhelye Milánó, Olaszország), valamint a National Cancer Institute (székhelye Milánó, Olaszország).

Az Európai Rák Iskola világszerte több hivatalban is képviselti magát. A központok: Milánó, a spanyolországi Barcelona (Ambito Ibérico – a spanyol és portugál nyelvterületen folyó tevékenységek átfogására), St. Gallen, Svájc (ESO-D: Deutschsprachiges Programm – a németül folytatott tevékenységek számára), Genolier, Svájc (Expression Française – a francia nyelvű tevékenységek számára), Ionnina, Görögország (a Balkán és a Közel-Kelet számára), Moszkva (Oroszország és a Független Államok Közössége számára), Buenos Aires, Ar-

gentina, illetve New York Város, Egyesült Államok (US Office).

ÚJABB TEVÉKENYSÉGEK

FOLYAMATOS ORVOSTOVÁBBKÉPZÉS (CME) Az Európai Rák Iskola folyamatos orvostovábbképzési tevékenysége, illetve együttműködése az Európai Ráktársaságok Szövetségével (Federation of European Cancer Societies, FECS) nagyon lényeges. Annak tudatában, hogy az orvostudomány, a technológia és a kutatások gyors fejlődési üteme 10 éven belül az orvosi tudás csaknem 50%-át elavulttá teszi, az Európai Rák Iskola fokozottan felelősnek érzi magát egy európai szintű folyamatos orvostovábbképzési program megvalósításában. Miután a daganatgyógyászati folyamatos orvostovábbképzés az orvosok folyamatos továbbképzésének egyik legjobb példája, alkalmas arra, hogy irányvonalakat fektessen le és más szakmák számára is alapul szolgáljon. Ezért is nagyjelentőségű az Európai Rák Iskola hatalmas tapasztalata.

Az Iskola 1995-ben és 1997-ben kezdeményezte a daganatgyógyászati folyamatos orvostovábbképzés szervezeti formájának megvalósítását, és a két nemzetközi találkozón az Európai Közösség tagállamai megegyezésre jutottak abban, hogy a különböző európai daganatgyógyász szervezetek és tudományos társaságok felállítanak és összehangolnak egy daganatgyógyászati CME-rendszert.

A daganatgyógyászat terén megteremtett jelentős, szerteágazó kapcsolatrendszere miatt az Európai Ráktársaságok Szövetségét (FECS) jelölték ki, hogy hozzon létre egy egységes, összehangolt európai akkreditációs rendszert. Felállították a FECS oktatási tevékenységeinek irányítására és nyilvántartására a FECS oktatási egységét, valamint az Európai Onkológiai Akkreditációs Tanácsot (Accreditation Council of Oncology in Europe, ACOE) a folyamatos orvostovábbképzés területén beérkező kérelmek elbírálására (2).



THE CHALLENGE FUND

THE FIGHT AGAINST CANCER
IN COUNTRIES WITH LIMITED RESOURCES

A KIHÍVÁS PROGRAM (THE CHALLENGE PROJECT)

Kihívás – rákellenes küzdelem a korlátozott forrásokkal rendelkező országokban

HÁTTÉR A Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) jelentése szerint a fejlődő világban a daganatos megbetegedések előfordulási aránya magasabb, mint a fejlett ipari országokban. A WHO az elkövetkezendő két évtizedre a daganatos megbetegedések járványszerű terjedését vetítette előre. Ráadásul ezekben az országokban a jelenlegi 2,5 millió fős évenkénti halálozás 2015-re elérheti az évenkénti 6,5 mil-

lió főt, és várhatóan tovább növekszik az emelkedő várható életkor, az életmódváltás, valamint a környezetkárosítás következményei miatt. Ezen kívül a világméretű rákellenes küzdelem forrásainak mindössze 5%-a fölött rendelkezik a fejlődő világ, holott a megbetegedések 50%-a itt fordul elő. S minthogy a baj nem jár egyedül, a jelenleg rendelkezésre álló, rákmegelőzéssel, felismeréssel és kezeléssel kapcsolatos információ- és tudásanyag nem alkalmazható a fejlődő világ országaiban.

Mindezekkel szembesülve az 1994 novemberében az indiai Új-Delhiben tartott XVI. Rák Világtalálkozó (World Cancer Congress) kezdeményezését követően 1995-ben az Európai Rák Iskola meghirdette „Kihívás (Challenge)” című programját azon daganatgyógyászattal foglalkozó egészségügyi szakemberek számára, akik korlátozott erőforrásokkal rendelkező országokban dolgoznak. Később hat elkötelezett orvos és tudós találkozott a tunéziai Dzszerbában, ahol aláírták a csoport megalkotásának céljait tartalmazó Nyilatkozatot. A Dzszerbai Nyilatkozat a fejlődő világban előforduló megbetegedések számának növekedésével foglalkozik. Több neves folyóiratban megjelent munkájuk számos szervezet figyelmét felkeltette (3-4). 1996-ban egy 10 országot képviselő nagyobb csoport találkozott Kairóban, Egyiptomban, ahol módosították és kibővítették a Dzszerbai Nyilatkozatot, és hét világos célkitűzést fogalmaztak meg. Az alapvető cél az eredeti és az alkalmazott kutatás elősegítése a fejlődő országokban.

A Challenge programot jótékonyági szervezetként jegyezték be Londonban The Challenge Fund: the Fight Against Cancer in the Emerging World néven (Kihívás Alap: a Rák Elleni Küzdelem a Fejlődő Világban). Mindez annak köszönhető, hogy az Európai Rák Iskola védnöksége alatt önkéntesen összeült egy rákgyógyászati szakemberekből álló csoport. Ugyanekkor az Iskola megkezdte Challenge című hírlevelének kiadását is, hogy még inkább ráirányítsa a figyelmet a fejlődő világban felmerülő, daganatos megbetegedésekkel kapcsolatos gondokra. A csoport tervbe vette, hogy a közeli jövőben társírodákat hoz létre Ázsiában, Afrikában és Dél-Amerikában is. Az Challenge által szervezett első tanulmány egy ún. „beprepülő” vizsgálat, amely a Kairóban előforduló emlőrák korai felismerésével foglalkozik. A kairói Olasz Kórházban az egészségügyi dolgozók jelenleg is dolgoznak rajta.

THE CHALLENGE FUND Ezt az Alapot nem azért hívták életre, hogy gyógyszerkutatásokat vagy alapvető rákkutatásokat végezzen. A Challenge meghagyja a hosszabb távú gyógyítási kutatóprogramokat a már fennálló szervezeteknek, és helyett inkább a közvetlen segítségnyújtásra összpontosít: gyakorlati segítséget, tájékoztatást és kutatási adatokat nyújt.

A CHALLENGE CÉLJAI 1. ösztöndíjak adása orvosoknak és tudósoknak, hogy a világ fő rákkutatási központjaiban tanulmányozhassák a betegséget, 2. a fejlődő világ tájékoztatása rákbetegség megelőzésének és kezelésének módszereiről, 3. a Challenge című hírlevél kiadása és széles körben való terjesztése,

4. tanácskozások és találkozók megszervezése a tájékoztatásra leginkább rászoruló helyeken.

Az Európai Rák Iskola mindazon szervezetekkel együttműködik, amelyek a rák elleni küzdelemre kötelezték el magukat. Forrásait olyan területekre összpontosítja, amelyeket együttesen határoztak meg a Rómában, 2001 januárjában tartott találkozón, az olasz Egészségügyi és Külügyi Minisztérium védnöksége alatt.

2002 decemberében újabb nemzetközi kerekasztal-megbeszélésre került sor Abu Dhabi-ban, az Egyesült Arab Emírátsokban.



EUROPA DONNA

AZ EURÓPAI EMLŐRÁK KOALÍCIÓ (THE EUROPEAN BREAST CANCER COALITION) Az európai emlőrák képviselői szervezet felállításának ötlete 1992-ben, Umberto Veronesitől származott, és egy elkötelezett hölgyekből álló, a londoni Mrs. Gloria Freilich által vezetett csoport képében rögtön támogatóra is talált. A szervezetet EUROPA DONNA névre keresztelték, és az Európai Rák Iskola keretein belül kezdte meg működését.

Az Europa Donna az Európai Rák Iskola egyik oktatási csoportjaként működött, egészen 1996. december 31-ig az Iskolától kapta az alapvető pénzügyi támogatást. 1997. január 1-jétől az Europa Donna az Iskolától független szervezatként folytatta tevékenységét, de szoros kapcsolatban maradtak egymással. Az Europa Donna a politika berkein és az oktatáson keresztül igyekszik egyéneket, szervezeteket és intézményeket összehozni a mellrák elleni együttes küzdelem érdekében, megcélózva az információk terjesztését, a korai felismerést, a kezelési és ápolási módszerek fejlesztését, valamint a kutatások előmozdítását. Az Europa Donna képviseli az európai asszonyok aggodalmait és érdekeit a helyi és nemzeti hatóságokkal és kormányzatokkal szemben, felhívva a figyelmet az alapvető, emlőrák elleni programok és szolgáltatások fejlesztésének, illetve bevezetésének szükségességére.

A pontos és érthető tájékoztatás továbbra is az Europa Donna fő célkitűzése maradt. A Koalíció olasz és angol nyelven adott ki saját füzetecskéket is, és reméli, hogy talál támogatókat a bennük lévő anyagok más nyelvekre való lefordítására és kiadására. Ezen kívül egyfajta szűrőállomásként működik a különböző forrásokból beáramló, emlőrákkal kapcsolatos adatokat illetően. Kisebb csoportjai gyakran terjesztenek közleményeket az orvosi rendelőkön, gyógyszerterákon és más csatornákon keresztül.

AZ EURÓPAI RÁK ISKOLA SZERKESZTŐSÉGI TEVÉKENYSÉGEI

Az European Journal of Cancer (EJC) az Európai Rák Iskola, a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC), a Federation of European Cancer Societies (FECS), a European Association for Cancer Research (EACR),

valamint a European Society of Mastology (EUSOMA) hivatalos folyóirata.

EURÓPAI RÁK ISKOLA ÖSZTÖNDÍJAI

Az Európai Rák Iskola által kínált ösztöndíjakon kívül a tanfolyamokon és találkozókra résztvevő egészségügyi szakemberek az adott országokban tevékenykedő testületek és szervezetek által kínált ösztöndíjakra is pályázhatnak, hiszen az Európai Rák Iskola világszerte számos szervezettel működik együtt.

A HARMADIK ÉVTIZED QUO VADIS – A JÖVŐ IRÁNYVONALAI (2003-2007)

Megalakulása óta az Európai Rák Iskola saját maga határozhatta meg a célkitűzéseit anélkül, hogy bármilyen kereskedelmi jellegű támogatástól függött volna pénzügyileg. Emiatt sikerült megvalósítania a tudásanyag áramlásának elősegítését az ipar által legkevésbé támogatott területeken (pl. sebészet), a ritka kórkepek esetében (pl. gyermekkori daganatos megbetegedések), valamint azon földrajzi területeken, ahol korlátozottak a gazdasági források (pl. a fejlődő országokban). A magánadományozók, akik az Iskolát támogatták az évek során, mindig is elismeréssel adóztak ennek a megközelítésnek, hiszen nem elég csupán pénzügyileg támogatni a rákkutatásokat, de a kutatások eredményeit be is kell ültetni a mindennapok gyakorlatába – mindenhol a világon. Az Európai Rák Iskola mindig is támogatta a tudományágak és a különböző szakmák átfogó együttműködését. Küldetése világosan visszaköszön jelmondatában is („Tanuljunk meg gondoskodni” – Learning to Care), amely szerint nem csak a betegséget kell tanulmányozni és kezelni, de átfogó értelemben törődni kell magával a beteggel is.

CÉLKITŰZÉSEK A KÖVETKEZŐ 5 ÉVRE Az Iskola fennállásának 20. évére rendezett 2002-es ünnepségen méltatták az Európai Rák Iskola komoly hozzájárulását ahhoz, hogy a rákellenes küzdelem is „globalizálódni” kezdett immáron közel 10 éve. Hozzájárulása főként abban nyilvánult meg, hogy igyekezett kiterjeszteni a rák leküzdésében elért európai és amerikai sikereket a világ más területeire, és ezáltal csökkenteni világviszonylatban is a rákhalálozások számát.

Annak az örömdetes ténynek ellenére, hogy immár világszerte több mint 20000, korábban Európai Rák Iskolai képzést kapott szakember gyakorolja hivatását, az Iskola még mindig a rák kezelésének világsszintű kiterjesztését tartja az egyik legfőbb célkitűzésének. Ennek bizonyítéka az is, hogy az Iskola tevékenységét már régóta kiterjesztette Európa határvonalain túlra.

A célkitűzés megvalósítása érdekében az Európai Rák Iskola forrásait és figyelmét az elkövetkezendő 5 évben a következő hét fontos területre összpontosítja: 1. az oktatás szerkezeti felépítése, 2. az elektronikus úton való oktatás fejlesztése, 3. új kulturális, földrajzi és szakmai területek, 4. szerkesztőségi tevékenység, 5. a klinikai képzés nemzetközi programja, 6. tudományos és kulturális együttműködések, 7. a pénzügyi források előteremtésének megszervezése.

AZ OKTATÁS SZERKEZETI FELÉPÍTÉSE Az Iskola 4 különböző módon igyekszik a daganatgyógyászati tudásanyagot terjeszteni. Annak érdekében, hogy a világ minden tájáról érkező, daganatos betegekkel foglalkozó egészségügyi szakemberek különféle képzésbeli igényeinek meg tudjon felelni, az Európai Rák Iskola igen sokfajta, különböző megközelítésű és összetettségi szintű tevékenységi kört kínál.

– Az ún. „Inside Track” („belterjes”) találkozók az azok számára rendezik, akik már rendelkeznek klinikai gyakorlattal, és így csak egy gyors, sűrített és lényegre törő tudásfrissítésre van szükségük.

– A „Mesterkurzusok” egy hetes időtartamú, teljesen átfogó témakörű képzések, ahol a hallgatók (legfőleg 60 fő) és az oktatók (legalább 20 fő) közvetlen kapcsolatban állnak egymással. Ezt a képzési formát azok számára alakították ki, akik éppen szakmai pályafutásuk jövőjének irányvonalait határozzák meg.

– A „Haladó tanfolyamok és tanácskozások” angol nyelvű oktatási rendezvények, haladó szintűek, és mindig az adott földrajzi térség sajátos oktatási igényeinek megfelelő szerkezetűek.

– A „Képzések” az adott ország nyelvén zajló, alapvető ismereteket nyújtó tanfolyamok olyan orvosok és ápolók számára, akik pályájuk kezdetén állnak vagy csak most léptek a daganatgyógyászati területre. Ilyen képzéseket francia, spanyol, német és olasz nyelven szerveznek, illetve bármilyen más nyelven is, amennyiben az Európai Rák Iskola az éves programról megállapodásra jut a képzést megszervezni kívánó tudományos partnerrel.

Az Európai Rák Iskola nem csak ezen képzési formák fenntartását tervezi a következő néhány évben, bővítésüket és oktatási hatékonyságuk növelését tervezi a leadott anyag számonkérésével, a klinikai eseteknek a beteg részvételével történő megvitatásával, valamint olyan daganatgyógyászati központokban tartott képzések szervezésével, amelyek ugyancsak a gyakorlati oktatást fektetik a hangsúlyt.

Az Iskola tervbe vette továbbá oktatási tevékenységének az egyetemi rendszerekéhez hasonló órarendbe gyűjtését is. Már ma is szabályos rend szerint zajlanak a főbb Európai Rák Iskola rendezvények (Milánói Emlőrák Találkozó minden évben, Vastag-végbélrák Találkozó minden másfél évben, Gyermekdaganatok Rendezvény minden második évben stb.), a továbbiakban azonban még több rendezvényt fognak egyfajta rendszerben megszervezni (például a különböző nyelveken tartott tanfolyamokat minden év ugyanazon hónapjában és ugyanazon helyszínen fogják megrendezni).

Végül a szakértő partnerekkel közösen szervezett, jól körülhatárolt képzési programok támogatása is fontos részét képezi az Európai Rák Iskola tevékenységének. Ennek segítségével je-

lentősen csökkenthetők a milánói központ vállára nehezedő rendezvényszervezési terhek, és lehetővé válik, hogy az iskola mint „egyfajta daganatgyógyászati ügynökség” csak a tanfolyamok anyagának meghatározásában, az előadók kiválasztásában és a tanfolyamok szervezési szabályainak kidolgozásában vegyen részt, továbbá a tanfolyamokat szakmailag ellenőrizze.

Ez a terv már bizonyította sikerességét, hiszen remekül működött az Iskola 20 éves fennállásának ünneplésére, a helyi társ-szervezetek által szervezett ingyenes oktatási rendezvénysorozatokon. A költségeket az Európai Rák Iskola oktatási alapjából elkülönített, meghatározott pénzügyi keretből, az előzetes megállapodásoknak megfelelően fedezték. 2002-ben Cipruson, Buenos Airesben, Nis-Belgrádban és Johannesburgban szerveztek ilyen ingyenes rendezvényt.

AZ ELEKTRONIKUS ÚTON VALÓ OKTATÁS FEJLESZTÉSE Az Iskola tevékenységének ezen részét mintegy öt évvel ezelőtt indította el a genfi Dr. Aapro, aki előteremtette az Európai Rák Iskola hivatalos honlapja, a www.cancerworld.org megteremtéséhez szükséges pénzforrásokat. Ezen a honlapon több más fontos daganatgyógyászati szervezet is képviselteti magát, például: a European Oncological Nursing Society (EONS), az Europa Donna (Breast Cancer Advocacy Group), az International Society for Geriatric Oncology (SIOG), a Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), az EUROPA UOMO (Prostate cancer advocacy group), valamint a Challenge (az Iskola által Londonban alapított jótékonyági szervezet, amely a fejlődő országokban való továbbképzéseket támogatja (ld. korábban).

www.cancerworld.org *The Website on Cancer Care*

Az elektronikus úton való tanulás várhatóan még igen sokat fog fejlődni, hiszen ez a fajta műszaki fejlesztés a világ minden tájára eljuthat viszonylag alacsony költséggel. Az Európai Rák Iskola nem maradhat közömbös a fejlődés iránt, és céljaiba bele kell foglalni a legkorszerűbb, személyre szabott tananyag leadását távoktatási kereteken belül.

Ez a korszerűsítés minden bizonnyal maga után vonja azt, hogy a korábbi munkamódszerek (például tudományos értekezéseket vagy sebészeti eseteket bemutató videók leadása) egy része használhatatlanná válik, hiszen a CD-rom vagy a DVD elterjedése minden eddigi módszernél hatékonyabban ötvözi a képet és mozgóképet a szöveganyaggal.

Végül a barcelonai hivatal nemrég javaslatot tett arra, hogy elindítsa a honlap spanyol nyelvű változatát, amely a nagyközönség számára is tájékoztatást nyújt a különféle daganatokról. Az első kísérleti felmérés kimagasló eredményekről számolt be, részben annak köszönhetően, hogy igen sok, spanyol ajkú

amerikai kereste föl a honlapot, hogy megismerkedjék az európai nézőpontokkal.

ÚJ KULTURÁLIS, FÖLDRAJZI ÉS SZAKMAI TERÜLETEK

KULTURÁLIS TERÜLETEK A kulturális szempontból az Európai Rák Iskola négy fő területen munkálkodik. Először, az Europa Donna megalapításával, a megindításához és kezdeti lépéseihez szükséges anyagi források megadásával az Iskola bizonyította, hogy az érdekképviseltek világában is helyt tud állni. Az Europa Donna sikerének hatására az Europa Uomo, a dülmírgy daganataival foglalkozó, Europa Donnához hasonló mozgalom támogatását is magára vállalta. Ez utóbbi mozgalom 2002. októberében indult, s az Európai Rák Iskola elkötelezte magát, hogy az első három évben támogatást nyújt a csoport működéséhez. Más, például a vastagbél és a tüdő daganataival foglalkozó érdekképviselői csoportok is felkérték az Európai Rák Iskolát támogatónak, az Iskola szerepvállalása ezen a téren egyelőre a rendelkezésére álló pénzügyi forrásoktól függ.

A másik, nem orvosi természetű kulturális terület, amelyben az Európai Rák Iskola hosszú ideje szerepet vállal, a daganatgyógyászati ápolás. Az első, nővéreket is képző tanfolyamot 1985-ben tartották a Pomerio Kastélyban, és azóta is fennáll az EONS és az Iskola közötti együttműködés. Több tanfolyamon vettek részt nővérek is oktatóként, az EONS is része az Európai Rák Iskola hivatalos honlapjának, nem utolsósorban pedig 2003-tól kétfévente közösen rendeznek meg egy tanácskozást (ECCO). Az Iskola az egyetlen olyan, orvosi képzést nyújtó szervezet, amely szoros kapcsolatban áll a nővéri szakmával. Mivel ez utóbbinak korlátozottak a pénzügyi lehetőségei, nincs elegendő szervezetük, és még az orvosoknál is inkább szenvednek a különböző országok különböző nyelvei által felállított korlátoktól, az Iskolának fontos szerepe van abban, hogy ösztönözze a szervezetalapítási kedvet, előmozdítsa a nővérek szakképzését és fenntartsa szakmájuk kulturális továbbfejlődését.

A harmadik olyan kulturális terület, amelyben az Európai Rák Iskolának jelentős szerepe lehet, a „Világháló-jelenséghez” kötődik: az Európai Rák Iskola volt az első szervezet, amely „Rákgyógyászat a Világhálón” címmel 2003 júniusában, New Yorkban találkozót tartott. Közismert, hogy több ezer orvosi és több száz, kifejezetten a rákkal foglalkozó honlap működik a Világhálón. Bárki létrehozhat egyet különösebb szakmai ellenőrzés nélkül, ezért fennáll a lehetősége, hogy a honlapok tudományos tartalmával kapcsolatban gondok merülnek föl. Nehézséget jelent például a nyelvi korlát (a honlapok 80%-a angol nyelvű), az egészségügyi rendszerek különbözősége, valamint a kereskedelmi érdekek befolyása. Ugyanakkor a Világháló súlya igen jelentős, ha figyelembe vesszük, hogy nem csak könnyen hozzáférhető tájékoztatást nyújt világszerte, de lehetőséget ad arra is, hogy világméretben szolgálja a kölcsönös adatáramlást, hogy kérdések és válaszok összetalálkozzanak, amely nagy segítséget nyújt a magános, távoli területeken dolgozó orvosok és nővérek számára.

Végül a negyedik legfőbb kulturális terület, amely iránt az Európai Rák Iskola elkötelezte magát, a tüneti, az enyhítő célú (palliatív) kezeléssel kapcsolatos képzés. Európában, de még inkább Észak-Európában igen nagy hagyományai vannak ennek a szakterületnek, és jócskán hozzájárultak a fejlődéséhez. Ez a daganatgyógyászati ágazat akkor fordult az Európai Rák Iskola irányába, amikor a Soros Alapítvány közel egy évtizednyi elkötelezettség után úgy határozott, hogy más szakterületeket részesít előnyben. Egyre szorosabb a stockholmi Karolinska Intézettel és más szervezetekkel való erősebb együttműködés is, amely arra irányul, hogy felmérjék, milyen módon járulhatna hozzá az Iskola a különféle kezdeményezésekhez.

FÖLDRAJZI TERÜLETEK Földrajzi szempontból az Európai Rák Iskola öt területre összpontosít az elkövetkezendő fél évtizedben. Az első terület az Európai Unióba tartó Kelet-Közép-Európa. Az Európai Rák Iskola a kezdetektől fogva tartott tanfolyamokat Budapesten, támogatta továbbá a Varsói Alapítvány (Polska Fundacja ESO) megteremtését. A Prágai Egyetemmel való együttműködést tovább bővítik majd, különösen a fej- és nyakdaganatok területén. A szegényebb peremországokban való tevékenység több nehézségbe ütközik, itt elsősorban az enyhítő és fájdalomcsillapító célzatú kezelés az elsődleges szempont. Ilyen téren az (elsősorban Ukrajnában, Romániában és a korábbi Jugoszláviában) indított kezdeményezések megegyeznek a Karolinska Intézettel való együttműködésnél leírtakkal.

A másik, az Európai Rák Iskola számára kiemelten fontos földrajzi terület a Balkán, különösen a 2001 októberében, valamint 2003 áprilisában Szarajevóban tartott, nem várat módon nagy sikert arató emlőrák-tanfolyamok tükrében (ahol a Bosznia-Hercegovinával határos országok képviselőiben több mint 250 klinikai szakember vett részt).

A harmadik földrajzi terület a korábbi Szovjetunió területe. A moszkvai Európai Rák Iskola iroda már több mint 10 éve működik, és pár hónappal az alapító, Trapeznikov professzor halála után az együttműködést ismét felújították az Onkológiai Intézet új igazgatójának beleegyezésével. A nyelvi korlát továbbra is nagy gondot jelent az orosz orvosi világban, inkább a német az elterjedtebb az angol helyett az orvosi körökben, s ez szükségessé teszi a párhuzamos fordítást. A fejlődés jelei azonban már tapasztalhatóak, és várhatóan nem lesz nehéz évi két tanfolyamot megszervezni Moszkvában, ahol fokozatosan állnak majd át az angol nyelvre.

A negyedik terület a Közel-Kelet, ahol az Iskola feladata az elmúlt 10 évben végzett munka eredményeinek megszilárdítása, főként Egyiptomban és Izraelben, ahol az Onkológiai Intézet és a nicosiai Bank of Cyprusszal való együttműködésnek köszönhetően megalakult egy, a szomszédos országok által is üdvözölt klinikai képzési központ. Ugyancsak nem elhanyagolandó az Iskola és az Egyesült Arab Emírátsok együttműködése, különösen Abu Dhabival, ahol a legutóbbi, „Harc a rák ellen a fejlődő országokban” témájú találkozót szervezték 2002

decemberében. Ennek a rendezvénynek a programját teljes egészében az Európai Rák Iskola tervezte meg.

Végül az ötödik, az Iskola számára kiemelten fontos földrajzi terület Latin-Amerika, különös tekintettel Brazíliára és Argentínára, hiszen az ott dolgozó daganatgyógyászokat is egyre inkább vonzza Európa, kulturális és szakmai szempontból is. A 2002-es év folyamán közös elhatározás született arra nézve, hogy bezárják a Buenos Aires-i és a Port Alegre-i ESO irodákat, mindkettőt gazdasági okokból, valamint a két országban az iroda fenntartóinak szerteágazó elfoglaltságai miatt. A tevékenységek összehangolását ezután a Buenos Aires-i Pavlovsky professzor, illetve a Fundaleu Alapítvány kapta feladatul. Ennek az Európai Rák Iskola együttműködésnek a célja az, hogy legalább évente egy, színvonalas oktatótanfolyamot tartson, méghozzá ingyenes részvétellel. Az első próba igen sikeresnek bizonyult, hiszen több mint 300 orvos sereglett össze a fehérvérűségről és a nyirokdaganatokról tartott találkozón 2002 augusztusában, Buenos Airesben. Ugyanez a feltétel vonatkozik a 2003 novemberében, Brazíliában tartandó képzés előkészítésére is, ahol nővérek és a betegek képviselői is szerepet kapnak a tudományos programban.

SAKMAI TERÜLETEK A szakmai területeket illetően korábban már szó esett arról, hogy az Európai Rák Iskolának milyen jelentős szerepe van nővérképzésben és az érdekképviseleti csoportokkal történő együttműködés terén. Ez utóbbival kapcsolatosan az Iskola tevékenysége nagyon jó példája annak, hogy miként lehet daganatgyógyászati képzést szervezni a betegeket képviselő nem szakemberek, érdekképviseletek számára azzal a céllal, hogy a betegeket felkészültebben tudják képviselni.

Egy harmadik szakterület a családorvosok képzése. Az Iskola Tudományos Bizottsága már tett lépéseket a Luccában tartott találkozón. Sajnos még a mai napig nem sikerült megfelelő társszervezetet találni ehhez a kezdeményezéshez. Lehetséges, hogy 2004-ben változik a helyzet, mivel a világ családorvosi együttműködési szervezetének európai tagozata már bejelentette azt a szándékát, hogy megszervezze az első közös találkozót.

A negyedik tudományos terület a végzős orvostanhallgatók képzése. Határozottan felmerült az igényt egy olyan tanfolyam iránt, amely segít a végzős diákokat eligazítani és felkészíteni az érdeklődési körükbe tartozó daganatgyógyászati szakterületeken. Egy ilyen képzés megszervezése, illetve a legelső nyári találkozó megvalósíthatóságának terve már folyamatban van, és valószínűleg valamelyik európai egyetem bevonásával fog zajlani.

Végül pedig az Európai Rák Iskola nemrég felismerte, hogy a katonasorvosok is jelentősen érdekeltek a daganatgyógyászatban. Egy kísérleti képzést szervezett olasz nyelven a La Maddalena tengerészeti támaszponton, amelyen 130 orvos vett részt. Ez olyan sikeres volt, hogy még a szigeten tartózkodó NATO fegyveres erőkhöz tartozó munkatársak figyelmét is

fölkeltette. Ennek alapján az Iskola tervezi egy angol nyelvű, európai katonatorvos-tanfolyam megtartását 2004-ben.

SZERKESZTŐSÉGI TEVÉKENYSÉG Mára már több szempontból is megtérült a 10 éve indított, European Journal of Cancer (EJC) című tudományos folyóiratba fektetett energia. Ez a hivatalos újság megkönnyíti a szakmai közlemények terjesztését, együttműködési lehetőséget nyújt a legbefolyásosabb európai daganatgyógyászati szervezetek között (Federation of the European Cancer Societies, FECS), valamint gazdasági forrásként szolgál az éves tiszteletdíjak kifizetéséhez.

Cancer futures

EDUCATION & KNOWLEDGE
THROUGH PEOPLE & FACTS

Ez a kedvező tapasztalat vezetett egy képes tudományos folyóirat, a Cancer Futures megtervezéséhez és elindításához. A Cancer Futures kéthavonta jelenik meg, és a párizsi székhelyű Springer Franciaország kiadóval közösen kerül kiadásra. A folyóirat kielégíti az Iskola sok hallgatójának igényét; többnyire interjúkat és beszámolókat közöl, és nem hagyományos, tudományos közleményeket. A folyóirat jelmondata is tükrözi ezt az alapelvet: „Oktatás és tudás embereken és tényeken keresztül”.

Kicsit több mint egy évvel az első kiadás után a Cancer Futures már széles körben ismert az európai daganatgyógyászati körökben, híres címlaptörténetéről, amelyek a rák ellen vívott küzdelem sikeres élharcosairól szólnak. Az ESO 2003-tól ítéli oda a 10 000 Euróval járó „Kiváló Tudósítói Díjat” (Ace Reporter award) olyan, nem a tudományos sajtóban közlő újságíróknak, akik a legjobb közleményeket jelentetik meg a daganatos betegségekről. A díjazottat egy nemzetközi bírálóbizottság választja ki.

A KLINIKAI KÉPZÉS NEMZETKÖZI PROGRAMJA Ez a program az iskola egyik legfontosabb terve. Megvalósítása nagyban függ attól, hogy az elkövetkezendő 5 évben milyen pénzügyi erőforrások főlött fog rendelkezni az Iskola. Átmenetileg hívhatjuk „Európai Rák Iskola klinikai ösztöndíj alapnak”, hiszen alapvetően az lesz a végső célja, hogy a legtehetségesebb tanulóknak az Iskola tanfolyamain elsajátított elméleti tudás elmélyítése érdekében hathónapra vagy egy évre szóló ösztöndíjat adjon, amely lehetővé teszi, hogy Európa valamelyik kiváló klinikai daganatgyógyászati központjában további képzést kapjanak.

Az Európai Rák Iskola ösztöndíjakat a daganatgyógyászat számos területén dolgozóknak ítélik oda, és olyan személyekről kapják a nevüket, akik az Iskola létrehozását és terjesztését támogatták (ilyen például a jelenlegi Hans Wyder-ösztöndíj, amely mára már világszerte ismertté vált), vagy akik nagy lelkesedéssel és elkötelezettséggel tanítottak az Iskola tanfolyamain, de ma már nem lehetnek közöttünk (pl. Emmanuel van der Schueren vagy Jerzy Einhorn stb.)

Az elsőként kiválasztott, kiváló központok, amelyek az Európai Rák Iskola ösztöndíjasait fogadhatják, az Iskola eddigi tudományos partnerei közül kerülnek ki.

TUDOMÁNYOS ÉS KULTURÁLIS EGYÜTTMŰKÖDÉSEK Egészen a kezdetek óta mind Európában, mind világszerte az Iskola kereste a lehetőségeket a főbb daganatgyógyászati intézményekkel való együttműködésre és a kulturális támogatásra. Az Iskola összekapcsolódott az Európai Daganatgyógyászati Intézettel (European Institute of Oncology), – amely hasonló területen működik a milánói Nemzeti Rákgyógyászati Intézet – és mindkettővel élénk tudományos tapasztalatcserét folytat. Svájcban a fő partner a svájci ESO Alapítvány elnöki tisztét is ellátó Franco Cavalli által vezetett IOSI, vagyis a Svájci Olasz Daganatgyógyászati Intézet, ennek központjai Bellinzona és Lugano.

A többi partner mind olyan adottságokkal rendelkező intézmény, amely megfelel az Európai Rák Iskola kulturális követelményeinek. A társintézetek nem kizárólagosan csak tudományos szempontok alapján kerültek kiválasztásra, hanem az intézetek együttműködési szándéka alapján is. Ezek közé tartozik a spanyol nyelvterületen az újonnan alapított, madridi székhelyű Spanyol Nemzeti Rákintézet (CNIO), a német nyelvterületen a St. Gallen-i Daganatmegelőzési Központ (Zetup), a francia nyelvterületen a monte carloi Princess Grace Kórház, valamint az új gyógyszerek fejlesztése területén a South European New Drug Organization, amely milánói székhelyű.

Mint már korábban említettük, ezek a társintézetek fogják először vendégül látni az Európai Rák Iskola ösztöndíjakban részesülő legjobb tanulókat, akiknek a gyakorlati képzését az Iskola támogatja. Az együttműködési megállapodásokat az Európai Rák Iskola minden harmadik évben értékeli, hogy fenn tarthassa és megerősítse az Iskola tudományos és klinikai társintézeteinek hálózatát.

A PÉNZÜGYI FORRÁSOK ELŐTEREMTÉSÉNEK MEGSZERVEZÉSE Az Európai Rák Iskola tevékenységét 2001 második fele óta jellemző jelentős fellendülés annak az igen jól sikerült, „Tanuljunk meg törődni” – Learning to Care elnevezésű hároméves programnak köszönhető (2001. július 1-2004. június 30.), amelynek égisze alatt nyolc gyógyszeripari vállalat együttesen 2,4 millió amerikai dolláros támogatást gyűjtött össze az Iskola számára a hirdetési és reklámozási kötelezettségvállalás minden terhe nélkül.

Ezt a programot 2000 nyarán vázolták föl, és egy 13 vállalatból álló csoportnak mutatták be ugyanazon év októberében, Bécsben. Legfőbb célja az volt, hogy a támogatók által egy ún. „Fenntartó Tag”-csoportot hozzanak létre, amelynek résztvevői teljes egészében támogatnák pénzügyileg a programot anélkül, hogy a különféle eseményeken fel kéne tüntetni nevüket vagy márkaneveiket. A program magában foglalja évi egy,

60 ösztöndíjas részére szóló Mesterkurzus megszervezését (több mint 300-an jelentkeztek a Montereatiniben tartott kurzusra 2002 augusztusában), s ugyancsak része a Cancer Futures című folyóirat támogatása, valamint több, az Iskola 20. évi fennállásának tiszteletére rendezett, a résztvevők számára ingyenes tanfolyam és tanácskozás is.

Az Európai Rák Iskola működését személyzet jól megbirkózott a tevékenységek ilyenén megszorodásával mind a milánói főhadiszálláson, mind a külső irodákban. A fenntartó személyzet létszámának növelése azonban mindinkább sürgetővé válik, s a milánói központ kibővítése helyett az Iskola fontolgatja egy második általános irányítóközpont felállítását a svájci Ticino-kantonban.

Szükségessé vált, hogy az Európai Rák Iskola csapatában daganatgyógyászok és más szakemberek, pl. könyvtárosok is részt vegyenek. Ezek az iskola igazgatójával együtt dolgoznak. Munkájuk elengedhetetlennek bizonyult a Mesterkurzusok és más új tevékenységek megszervezésében.

A központban 8 tagú személyzet dolgozik, mindenkinek pontosan meghatározott feladatköre van: két fő az ügyvitellel foglalkozik, ketten felelnek a tanfolyamok és találkozók megszervezéséért, egy a hivatalos honlappal és a Mesterkurzusokkal, egy a népszerűsítéssel és a szemléltető anyagokkal foglalkozik, egy pedig a külső kapcsolatokért felelős. Végül az Igazgató

asszisztense hangolja össze az iroda tevékenységeit és tartja a kapcsolatot a külső intézményekkel.

Hála többek erőfeszítéseinek és támogatásának, az Európai Rák Iskola immár világszerte ismerik és elismerik főként tudományos függetlenségéért, amelyet az ipari szponzorok támogatásának szükségessége mellett is fenn tud tartani. Természetesen mindannyian reméljük, hogy ez a függetlenség és önrendelkezési szabadság tovább bővül, még inkább tiszteletre méltó intézménnyé téve ezzel az Iskola, amely elkötelezetten küzd a rák ellen és azért, hogy a daganatos betegek kezelésének minősége emelkedjék.

IRODALOM

1. Armand JP, Costa A, Geraghty J, O'Higgins N, Broe PJ, Holmberg L, Sleijfer DT, de Toeu J. Continuing medical education in oncology in Europe. *Eur J Cancer* 1996; 32A(8):1296-1299.
2. Eileen Barrett. A Common Accreditation System for Oncology in Europe. Education Manager, Education Unit, Federation of European Cancer Societies. <http://www.fecs.be>
3. Costa A, Saracco A, Pavlidis N, Plesnicar S. The fight against cancer in countries with limited resources. The Djerba Statement, August 9, 1995. *Ann Onc* 1995; 6:965-966.
4. Mittra I. Challenge: Fighting Cancer in Countries with limited resources: The Djerba Statement. *Eur J Cancer* 1997; 33:511.
5. Fighting Cancer in Countries with limited resources: The Abu Dhabi Statement, March 2003. *Eur J Cancer* 2003; 39:857.

Új, D-vitaminnal



Kalcium + D₃-vitamin az erős csontokért!

- 600 mg kalcium, 400 NE D₃-vitamin
- kombinált D₃-vitamin és kalcium hiány megszüntetésére
- D₃-vitamin és kalcium bevétel osteoporosis adjuváns kezelésére

Calcium-D-Sandoz® • Az egészséges csontok szakértője.

Vény nélkül kapható gyógyszer.

Bővebb információ az alkalmazási előiratban. • OGYI-T: 8951/01

Novartis Hungária Kft. • Consumer Health

1027 Budapest, Horvát utca 14-24. • Tel: 4576-656 • E-mail: info.hungary@ch.novartis.com • www.novartis.hu



CORSODYL

...ami a mosoly mögött van

Gingivitis, Parodontitis

A *chlorhexidin-glukonát* az általános fogászatban, a szájsebészetben és a parodontológiában a legáltalánosabban használt antiszeptikum. A pozitív töltésű molekula a szájüreg minden negatív töltésű felületéhez hozzákötődik, 8-12 óráig antiszeptikus filmréteg borítja a fogakat és a nyálkahártyát.



Corsodyl szájöblögető oldat (300 ml, 0,2% chlorhexidin-glukonát)
A Corsodyl szájfertőtlenítő, szájöblögető oldat, mely antibakteriális hatása révén több órán keresztül védi a fogakat és a fogínyt a káros baktériumoktól. Használata az esetlegesen előforduló mellékhatások (fogelszíneződés, átmeneti ízérzékszavar) miatt orvosi ellenőrzés mellett javasolt.



Chlorhexamed szájöblögető oldat (200 ml, 0,1% chlorhexidin-glukonát) Antibakteriális szájfertőtlenítő, szájöblögető oldat alacsonyabb hatóanyag koncentrációval.



Corsodyl dental gél (50 mg, 1% chlorhexidin-glukonát)
Alkalmazás: nedves fogkefére egy ujjnyi zselét nyomni, majd körülbelül egy percig finoman az ínyre dörzsölni! A szájüregi elváltozások helyén koncentráltabban alkalmazható, ezáltal hatékony segítséget nyújthat a szájüregi betegségek kezelésében.

A fogelszíneződés elkerülhető: alapos fogmosás használat előtt, használat után több órán keresztül kerülendő a színezőanyagokat tartalmazó ételek és italok, ezért praktikus az esti fogmosás után alkalmazni!



GlaxoSmithKline Kft. 1538 Budapest, Pf.: 586.
Tel.: (06 1) 22 55 800
www.gsk.hu

ELSŐ ÉRTESÍTŐ

A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság

I. NAGYGYŰLÉSE

IDŐPONTJA: 2004. november 26-27.

HELYE: Semmelweis Egyetem II. számú Női Klinika tanterme

Tisztelt Kollegák!

A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság többek között azzal a céllal alakult meg, hogy állást foglaljon a méhnyak és az alsó női nemi szervek betegségeinek ellátását és a kolposzkópiai vizsgálat irányelveit illetően, és azokat, a nemzetközi szabványokkal egyeztetve, országos szinten próbálja összehangolni. Lehetőséget teremtsen nemzetközi kapcsolatok létrehozására, és elősegítse a méhnyak és az alsó női nemi szervek betegségeinek és a kolposzkópos vizsgálatnak egyetemi, szakképzési és továbbképzési oktatását. Meggyőződésem, hogy az I. Nagygyűlés a célok megvalósításának egyik fontos lépése lesz.

Örömmel és tisztelettel küldöm a Társaság I. Nagygyűlésének meghívóját abban a reményben, hogy egy jelentős országos tudományos tanácskozásnak lehetünk majd részesei. Mindenkit szeretettel várunk.

Prof. dr. Bősze Péter

A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság
és a Nagygyűlés elnöke

Fő témák: Kolposzkópos képzés (szervező: *Prof. dr. Paulin Ferenc*)

HPV-fertőzések: klinikai vonatkozások
(szervező: *Prof. dr. Bősze Péter*)

Chlamidia-fertőzések: klinikai vonatkozások
(szervező: *Dr. Hetényi Gábor*)

Kúpkímetszés: helye, javallata és módszerei
(szervező: *Dr. Siklós Pál*)

A szeméremtest elváltozásai: klinikai vonatkozások
(szervező: *Dr. Kiss Csitári István*)

A posztterek bemutatása
Tanulságos esetek ismertetése

Tudományos Bizottság:

ELNÖK: Prof. dr. Paulin Ferenc

TAGOK: Dr. Artner Attila, Prof. Dr. Borsos Antal, Prof. Dr. Bódis István, Dr. Hetényi Gábor,
Prof. Dr. Horváth Attila, Dr. Kiss Csitári István, Dr. Kornya László, Dr. Krivácsy Gábor, Dr. Pálfalvi László,
Prof. Dr. Rákóczi István, Dr. Siklós Pál, Dr. Ungár László, Dr. Vass László

Részvételi díj: 7000 Ft, fiataloknak (35 év alatt) 5000 Ft.

Jelentkezés: Dr. Siklós Pál, Fővárosi Szent István Kórház, Nőgyógyászati Osztály, 1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.

Távmásoló: 36 1 215-9502,

Villanyposta: siklos10@axelero.hu

● ● ● **Fraxodi**®
nadroparin kalcium injekció

**A mélyvénás
trombózis
terápiájára**

**A tromboembólia
profilaxisára**

Fraxiparine®
nadroparin kalcium injekció

sanofi~synthelabo

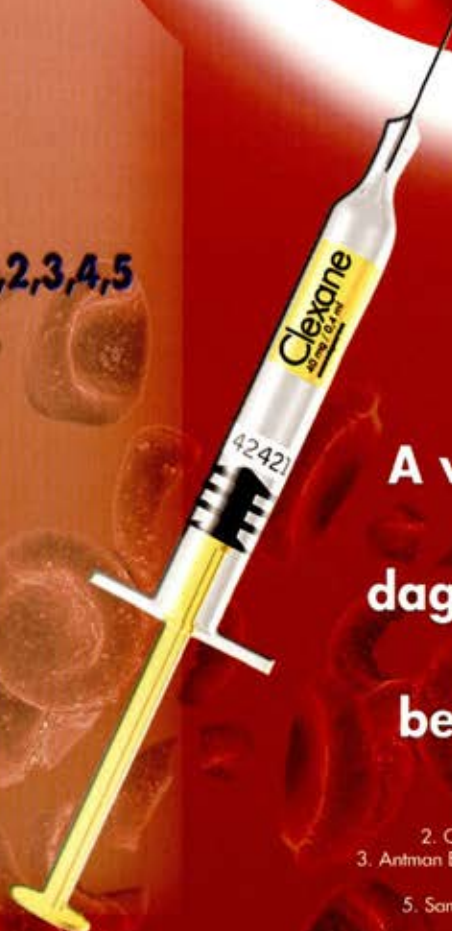
1045 Bp. Tó u. 1-5, tel.: 370-0805, fax: 369-1390
További információ: lásd az alkalmazási előíratot

**A világon
leggyakrabban
alkalmazott
kis molekula-
tömegű heparin⁶**

- **Klinikai
vizsgálatokkal
bizonyított
hatékonyság és
biztonságosság^{1,2,3,4,5}**
- **Egyszerű
alkalmazás⁷**
- **Pontos
adagolhatóság⁷**

**A TÉNYEKEN
ALAPULÓ
VÁLASZTÁS**

**CLEXANE 40 mg sc.
naponta egyszer:
ENOXACAN II.
vizsgálat⁽⁴⁾**



**A vénás trombózis
megelőzése
daganatos betegség
miatt operált
betegek esetében.⁴**

1. Planes A., The Lancet 1996; 348:224-228.

2. Cohen M. et al., NEJM 1997; 337(7): 447-452.

3. Antman E. M. et al., Circulation 1999; 100:1593-1601.

4. Bergquist D., NEJM 2002; 346:975-980.

5. Samama M. M. et al., NEJM 1999; 341:793-800.

6. IMS MAT Q3 2003.

7. Alkalmazási előírás: 12.694/41/2001.

MEGHÍVÓ

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA ALAPTANFOLYAM SZAKORVOSOK RÉSZÉRE

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának képesítő tanfolyama

IDŐPONTJA: 2004. május 24–28.

HELYE: Budapest, Semmelweis Egyetem, I. sz. Szülészeti és
Nőgyógyászati Klinika (VIII., Baross u. 27.)

NYELVE: magyar

Tudományos előadások:

2004. MÁJUS 24. HÉTFŐ

- 10.00–10.20 Megnyitó
Prof. Dr. Papp Zoltán, Dr. Ungár László
- 10.20–10.40 A nőgyógyászati tumorok helyzete hazánkban
Dr. Gőcze Péter
- 10.40–11.00 Nőgyógyászok perspektívája az emlő-
betegségek kezelésében
Prof. Dr. Borsos Antal
- 11.00–11.20 Regionális vezető intézetek szerepe
a nőgyógyászati onkológiai betegellátás
minőség kontrolljában.
Prof. Dr. Pál Attila
- 11.20–11.40 A gyógyszeres kezelés jövője a nőgyógyászati
onkológiában
Prof. Dr. Eckhardt Sándor
- 11.40–13.00 Ebédszünet
- A petefészek rosszindulatú daganatainak
komplex kezelése
- 13.00–13.20 Örökletes petefészekrák a gyakorló orvos
szemszögéből
Prof. Dr. Bősze Péter
- 13.20–13.40 A petefészekrák epidemiológiája, stádium
beosztása, szövettani típusai
Dr. Szánthó András
- 13.40–14.00 A petefészekrák sebészeti kezelése
Dr. Pálfalvi László

- 14.00–14.20 A petefészekrák első vonalbeli gyógyszeres
kezelése
Prof. Dr. Hernádi Zoltán
- 14.20–14.40 A petefészekrák második vonalbeli
gyógyszeres kezelése
Prof. Dr. Krommer Károly
- 14.40–15.00 Kávészünet
- 15.00–15.20 A képalkotó eljárások szerepe a petefészekrák
kezelésének tervezésében és a nyomon
követésben
Prof. Dr. Repa Imre
- 15.20–15.40 A color doppler ultrahang vizsgálat helye
a nőgyógyászati onkológiában
Dr. Szabó István
- 15.40–16.00 Tumor markerek alkalmazása nőgyógyászati
rosszindulatú daganatos betegeknél
Dr. Gőcze Péter
- 16.00 Petefészek rákkal és a mai előadásokkal kap-
csolatos kérdések, hozzászólások.

MÁJUS 25. KEDD

- 8.30–9.00 Csírasejt eredetű petefészek daganatok típusai,
kórismézése, sebészeti és gyógyszeres kezelése
Dr. Pulay Tamás
- A vulva és a hüvely rosszindulatú daganatai és azok kezelése
- 9.00–9.20 A vulva és a hüvely daganatok szövettana, a
szövettani típusok klinikai jelentősége
Prof. Dr. Bodó Miklós
- 9.20–10.40 A vulva és hüvely kórképek cytológiája és
kolposzkópiája (esetismertetések)
Dr. Szalay László

10.40–11.10	Kávészünet
11.10–11.30	Vulva és hüvely dysplasiák kezelése és nyomon követése Dr. Bánhidó Ferenc
11.30–12.00	Kemoterápiás lehetőségek a vulva- és a hüvelyrák kezelésében Dr. Szántó István
12.00–13.30	Ebédészünet
13.30–14.00	A vulvárak radikális sebészi kezelése Prof. Dr. Papp Zoltán
14.00–14.30	Vulva- és hüvelyrák sugárkezelése Prof. Dr. Mayer Árpád
14.30–15.00	Atípusos és kiújult vulvárakok sebészi kezelése Dr. Ungár László
15.00–15.20	A vulva melanómák epidemiológiája, diagnosztikája, stádiumai, gyógyszeres kezelése és prognózisa Dr. Mónos Zsuzsa
15.20–15.35	Vulva melanómák sebészi kezelése Dr. Udvarý János
15.35–15.50	Kávészünet
15.50–16.10	A hüvelyrák előfordulása, diagnosztikája, stádium beosztása Dr. Csapó Zsolt
16.10–16.30	A vulvárak sebészi kezelésével szerzett hosszú távú tapasztalatok az OOI-ben Dr. Sárosy Zsuzsanna
16.30	A vulva- és hüvelyrákkal illetve a mai előadásokkal kapcsolatos kérdések, hozzászólások

MÁJUS 26. SZERDA A méhnyakrák és kezelése (I.)

9.00–9.20	A méhnyak cytológia leírása (Bethesda rendszer) és klinikai értelmezése Dr. Vass László
9.20–9.40	Kolposzkópos alapfogalmak Dr. Patkós Péter

9.40–11.10	Méhnyak cytológia és kolposzkópia (esetismertetések) Dr. Szalay László
11.10–11.30	Kávészünet
11.30–11.50	A méhnyak HPV diagnosztika módszerei és a vizsgálatok klinikai jelentősége Dr. Pete Imre
11.50–12.10	A méhnyak dysplasiák epidemiológiája és kezelése Prof. Dr. Tóth Zoltán
12.10–12.30	I/A stádiumú méhnyakrák prognózisa, prognosztikus faktorai és kezelése Dr. Csömör Sándor
12.30–13.30	Ebédészünet
13.30–13.50	A méhnyakrák sajátosságai fiatal korban Dr. Garadnay Béla
13.50–14.10	Korai (IA2–IIB) stádiumú méhnyakrák kemo-sugárkezelése Dr. Nemeskéry Csaba
14.10–14.30	Indokolt-e a praecoperatív sugárkezelés méhnyak- és méhtrákban? Prof. Dr. Ésik Olga
14.30–15.00	A Wertheim műtét története és mai változatai a sebészeti anatómia tükrében Dr. Pálfalvi László
15.00–15.30	Kávészünet
15.30–16.00	Nyirokcsomó pozitív méhnyakrák és a LEP műtét Dr. Ungár László
16.00–16.20	Méhnyakrák műtétet megelőző bevezető kemoterápia Dr. Póka Róbert
16.20–16.40	Terhesség és méhnyakrák Dr. Siklós Pál
16.40–17.00	Kiegészítő kemo-sugárkezelés rossz prognózisú méhnyakrák műtétje után Dr. Patyánik Mihály
17.00	A méhnyakrák elsődleges ellátásával kapcsolatos kérdések és hozzászólások

MÁJUS 27. CSÜTÖRTÖK A méhnyakrák és kezelése (II.)

9.00–9.30	IA–IIB stádiumú méhnyakrák radikális sebészeti kezelése Prof. Dr. Papp Zoltán
9.30–10.00	Fertilitás megőrzése korai stádiumú méhnyakrák eseteiben Abdominalis radicalis trachelectomia Dr. Pálfalvi László
10.00–10.30	Sugárkezelés után kiújult méhnyakrák kezelése, a „Budapest pouch”. Dr. Ungár László
10.30–11.00	Kávészünet A méhtestrák
11.00–11.20	A méhtestrák epidemiológiája és diagnosztikája Dr. Kneffel Pál
11.20–11.50	A méhtestrák sebészi kezelése Dr. Berkő Péter
11.50–12.10	II. stádiumú méhtestrák sebészi kezelése Dr. Adorján Gusztáv
12.10–13.10	Ebédészünet
13.10–13.30	Konzervatív kezelés (fertilitás megőrzése) korai stádiumú méhtestrákban Dr. Póka Róbert
13.30–13.50	Sugárkezelés méhtestrákban Dr. Szücs Miklós
13.50–14.20	Hormonkezelés, kemoterápia méhtestrákban Prof. Dr. Thurzó László
14.20–14.50	Kávészünet
14.50–15.10	A méhtest kötőszöveti és kevert daganatai Dr. Babarczy Edit

15.10–15.30	A méhtest sarcomák nem sebészi kezelése Dr. Patonay Péter
15.30–15.50	A méhtest daganatok differenciál diagnosztikája ultrahanggal Dr. Szabó István
15.50–16.10	A trofoblaszt tumorok ellátásában szerzett hazai tapasztalatok. Dr. Szepesi János
16.10	Méhnyak- és méhtestrák előadásokkal kapcsolatos kérdések, hozzászólások

MÁJUS 28. PÉNTEK Az emlőrák

9.00–9.30	Az emlőrák szűrése Dr. Péntek Zoltán
9.30–9.50	Az emlő cytológiai vizsgálata Dr. Járny Balázs
9.50–10.10	Emlő elváltozások diagnosztikus kimetszése Dr. Artner Attila
10.10–10.40	Az emlőrák sebészi kezelése Dr. Pálfalvi László
10.40–11.10	Az emlőrák gyógyszeres kezelése Dr. Szántó István
11.10–11.30	Kávészünet
11.30–12.10	Tesztvizsga a tanfolyam anyagából
12.10–13.10	Ebédészünet
13.10–13.40	Az emlőrák szövettani vizsgálata Dr. Kulka Janina
13.40–14.10	Minőség biztosítása az emlőrák sebészetében Prof. Dr. Besznyák István
14.10	A tanfolyam értékelése, zárása Prof. Dr. Papp Zoltán, Dr. Ungár László

A TANFOLYAM RÉSZVÉTELI DÍJA: 8000 Ft

Az összeget a Társaság bankszámlájára / 10900028-00000007-74500131/ illetve a helyszínen kérjük befizetni.

JELENTKEZÉS: Dr. Siklós Pál, Fővárosi Szent István Kórház, Szülészeti és Nőgyógyászati Osztály, 1069 Budapest, Nagyvárad tér 1.
Távmásoló: 36 1 215 9502, Villanyposta: siklos10@axclero.hu

Bösze Péter (Szerk.): Endometrial cancer

Elsevier B. V., 2003

A Szülészeti-Nőgyógyászati Európai Gyakorlata (European Practice in Gynaecology and Obstetrics) könyvsorozat legutóbbi kiadása Bösze Péter professzor szerkesztésében a méhbelhártyák kezelésével foglalkozik angol nyelven. Az Európai Szülész-Nőgyógyász Szövetség (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, EBCOG) által elindított könyvsorozat célja, hogy a minél egységesebb európai gyógyító tevékenység számára a szakorvosképzés és folyamatos továbbképzés érdekében a szakma legfontosabb területein a betegellátás korszerű gyakorlatát összefoglalja és bemutassa. Az orvosi tevékenység minél harmonikusabbá tétele, a minőségbiztosítás javítása, az egységes gyakorlat megvalósítása az európai országok közötti orvoscsera elősegítéséért is fontos. A sorozat kötetei bemutatják a jelenlegi, országonként sokszor különböző módszereket, és összefoglalják azokat az eljárásokat, melyekben egyetértés van a különböző iskolák között. Hiányzó konszenzus esetén megismertetik és megvitatják az eltérő nézeteket.

A sorozatban eddig, az utóbbi 3 évben, a méhnyakrák gyógyításáról, a medencevége szülés vezetéséről, a meddőség kezeléséről, a várandósság alatti vírusfertőzésekről és a gyermeknőgyógyászatról jelent meg egy-egy kötet, és a sorozat folytatódik többek közt a fogamzásgátlás, a magzati diagnosztika és a genetika köteteivel.

A könyvben 270 oldalon 20 fejezetben olvashatunk a méhbelhártyák számos vonatkozásáról: epidemiológiájáról, tünettanáról, stádiumbeosztásáról, szövettani, molekuláris biológiai és immunológiai vonatkozásairól. Több fejezet foglalkozik a műtéti kezelés kérdéseivel a radikális műtéti megoldások és a nyirokcsomó-eltávolítás szükségességével. Tárgyalják a kiegészítő sugárkezelés, a kemoterápia és hormonális kezelés kérdéseit.

Hazai szerzők közül Artner Attila és Szalai Klára a képalkotó eljárások diagnosztikai szerepével foglalkozik, Pálfalvi László és Ungár László a műtétek kiterjesztésének kérdését elemzik, és a lymphadenektómiával kiegészített egyszerű méheltávolítást jelölik meg a standard kezelésnek a ritkán indokolt kiterjesztett méheltávolítással szemben. Bösze Péter a bevezetés fejezetén kívül a könyv záró fejezetében a kezeléssel kapcsolatos új szempontokat, különböző véleményeket, illetve még nem

European Practice
in Gynaecology and Obstetrics

Endometrial Cancer

P. Bösze (Hungary)

A. Artner (Hungary)
H.G. Bender (Germany)
P. Bösze (Hungary)
J. Burton (UK)
D. Dargatzis (France)
P. Dargatzis (France)
S. Kötter (Germany)
D. Orlitz (Germany)
B.H. Oryman (Switzerland)
B. Lindholm (Sweden)
T. Maggioni (Italy)
S. Muta (Romania)
J. Pálfalvi (Hungary)
P. Pharoah (UK)
E. Rappaport (Hungary)
A. Ullrich (Spain)
M. van Eekeren (Netherlands)
J.B. Vermorel (Belgium)
M. Vermeulen (Belgium)
B. Weber (Australia)



eldönthető kérdéseket foglalja össze (nyirokcsomó-eltávolítás, műtéti kiterjesztettség, sugárkezelés alkalmazása), és gyakorlati útmutatót ad a kezeléshez.

A könyv széleskörűen „európai”, a 20 fejezetet 14 ország szerzői írták. A méhtrák kezelésének korszerű szemléletét kiválóan bemutató fejezetek a gyakorló nőgyógyászok és nőgyógyász onkológusok érdeklődésére egyaránt rászolgálnak.

Prof. dr. Kovács László
Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika
Szegedi Tudományegyetem
Szent-Györgyi Albert
Orvosi és Gyógyszertudományi Centrum

A kézirat kapcsolatos tudnivalók

A KÉZIRATOK ELKÜLDÉSE A kéziratok teljes anyagát ábrákkal, táblázatokkal együtt, oldalszámozva, egy példányban és lemezen vagy elektronikus formában (villanyposta) a főszerkesztő címére (Prof. Dr. Bősze Péter, 1301 Budapest, Pf. 46. Távmásoló: 36-1 275 2172, villanyposta: bosze@axelero.hu) kérjük küldeni a kísérő levéllel együtt.

KÍSÉRŐ LEVÉL A kísérő levél tartalmazza a szerzők nevét, a közlemény címét és a levelező szerző adatait (név, munkahely, postacím, távbeszélő, távmásoló, villanyposta). A kísérő levél aláírásával a levelező szerző kijelenti, hogy a kézirat közlését a társszerzők a kéziratban foglaltak szerint jóváhagyják, "személyes közlésbe" (personal communication) az idézett szerző beleegyezett, a köszönetnyilvánításban feltüntetett személyek, szervezetek stb. arról tudnak és nevük feltüntetéséhez hozzájárulnak, valamint, hogy a szerzők a szerkesztőség jogait áttruházzák a szerkesztőségnek.

KÉZIRATTAL KAPCSOLATOS FORMAI KÖVETELMÉNYEK A kézirat formája feleljen meg az International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE, által megfogalmazott – Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals (Ann Intern Med 1988;108:258-265, N Eng J Med 1991;324:424-428) – előírásoknak.

CÍMOLDAL A címlap tartalmazza a közlemény címét, a szerzők teljes nevét, a szerzők munkahelyét (az osztály vagy intézet vezetőjének nevét nem kell külön megadni) és a levelező szerző elérhetőségét: munkahely, postacím, távbeszélő, távmásoló, villanypostacím.

MÁSODIK OLDAL Minden dolgozathoz mellékelni kell egy magyar nyelvű összefoglalót és 3-10 kulcsszót. A kulcsszavak lehetőleg az Index Medicus Medical Subjects Headingsben megadottaknak feleljenek meg.

HARMADIK OLDAL A nemzetközi nyilvántartó rendszerekhez (indexek) történő kapcsolódás miatt az összefoglalónak és a kulcsszavaknak angol nyelvű változatát is kérjük. Ebben szerepeljen a dolgozat angol címe is.

A KÖZLEMÉNY TARTALMI RÉSZÉ

Az eredeti közleményeket hagyományos módon, bevezetés, anyag és módszer (vagy betegek és vizsgáló módszerek/kezelések stb.), eredmények, megbeszélés, irodalom kell tagolni. Esetismertetés esetén a közleményt bevezetés, esetismertetés, megbeszélés, valamint irodalom részekre bontjuk. Minden más esetben a közlemény felépítését a szerzők választják meg. Az irodalmi hivatkozások jegyzéke („Irodalom”) azonban mindig a közlemény végére kerüljön.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A megbeszélés után, az „irodalom” rész elé írjuk. Formája nem meghatározott.

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 hivatkozási szám a szerző neve után jön. Ha a szerző neve nem szerepel a mondatban a hivatkozási számot a mondat végére, a pont elé írjuk. A hivatkozási számot csak akkor kell a pont után tenni, ha az irodalmi hivatkozás az egész bekezdésre vonatkozik. Az irodalmi adatokat az „irodalom” részben az idézés sorrendjében és nem abc-besorolásban írjuk az alábbiak szerint:

FOLYÓIRAT ÉS KÜLÖNSZÁM Hat szerzőig lehetőleg minden nevet soroljunk fel, hét vagy több szerző esetén csak az első hatot, utána „és mtsai” illetve „et al.” következik. A folyóiratok adatainak jelölésénél az első szám a folyóirat megjelenésének évét, a második a kötetszámot, a harmadik pedig az oldalszámot (számokat) jelöli; ezeket egymáshoz zárva – szóköz nélkül – írjuk. Egyszavas folyóiratok nevét teljesen ki kell írni, egyébként a folyóiratok nemzetközileg elfogadott, az Index Medicusban megadott rövidítéseit – pontok nélkül – alkalmazzuk.

1. Idegen nyelvű folyóiratok:

Monaghan JM. The role of surgery in the management of granulosa cell tumours of the ovary. CME J Gynecol Oncol 1996;1:116-23.

Webb MJ, Symmonds RE. Site of recurrence of cervical cancer after radical hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 1980;138:813-9.

Creasman WT, Morrow CP, Bundy BN, Dargent D, Ungar L, Póka R, et

al. Surgical pathologic spread patterns of endometrial cancer. Cancer 1987;60:2035-9.

Magrina JF. Belsőszervi elemek a nőgyógyászati onkológiában. Magy Nőorv L 1995;58 Suppl 2:55-63.

Eckhardt S. Current trends in breast cancer chemotherapy. Eur J Cancer 2004 (in press vagy „forthcoming”).

2. Hazai folyóiratok: Gáti I, Török M, Fülöp V, Kovács L, és mtsai. Az elsődleges petefészek-elégtelenség. Orv Hetil 2001;6:234-45.

3. A közlemény formáját megjelöljük (abstract – levél a szerkesztőhöz) De Chatel R, Sótónyi P. The role of DNA testing. [abstract] Lancet 2002;112:33.

Pál A. Vaginal infections. [letter to the editor] Nature 2003;333:5.

4. Nincs szerző: Cancer in Africa [editorial] S Afr Med J 1994;84:15.

5. Tudományos társaság vagy szervezet, mint szerző: EORTC Gynaecological Group. Taxol in ovarian cancer: phase III study. Eur J Gynaecol Oncol

European Academy of Gynaecological Cancer, EAGC. Treatment guidelines for endometrial cancer. CME J Gynec Oncol 2004;2:199-223.

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

Bősze P. Endometrial cancer. 1st ed. Paris: Elsevier; 2003.

KÖNYV FEJEZET Bősze P. A petefészekrák kezelése. In: Gáti I. szerk. A szülészet, nőgyógyászat időszerű kérdései. 2. kiadás. Budapest: OTKI; 1980. Allen H. Surgical elements in gynecologic oncology. In: Allen H, Höckel M, Hacker N, editors*. Gynecologic Surgery. 2nd ed. Budapest: Primed-X Press; 2004:22-43.

TUDOMÁNYOS RENDEZVÉNYEK KIADÁSAI Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

SZABADALOM Larsen CE, Trip R, inventors; Novoste Corporation, assignee. Methods for procedures (...) heart. US patent 5,529,067. 1995 Jun 25.

ÉRTEKEZÉS Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation]. St. Louis (MO): Washington Univ.; 1995.

SZÓTÁR Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 119-20.

ELEKTRONIKUS SZAKLAP Egyre gyakrabban kerül rá sor.

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[24 screens]. Available from: URL:

TÁBLÁZATOK ÉS ÁBRÁK A szövegben a táblázatok számozását megjelenésük sorrendjében, zárójelbe tett arab számokkal írjuk (pl. 1. táblázat vagy Table 1, 1. ábra vagy Figure 1). A táblázatok, a táblázat felett számozva 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. Mindig az eredeti ábrákat, fényképeket kell beküldeni, lehetőleg elektronikus formában lemezen vagy villanypostán. 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 hosszmetert, magasságot, súlyt és térfogatot méterrendszerű egységekben (méter, kilogramm, liter vagy ezek tízedes egységei) adjuk meg. A hőmérséklet jelölésére Celsius fokot (°C) használunk, a vérnyomást higanymilliméterben (Hgmm) fejezzük ki. A vérkép, vérvizsgálatok eredményeit méterrendszerű SI egységekben adjuk meg.

RÖVIDÍTÉSEK A rövidítéseket lehetőleg kerüljük, legfeljebb csak az általános elfogadottakat használjuk. A rövidítéseket a szövegben először teljes kiírása után zárójelben adjuk meg.

HELYESÍRÁS A folyóirat – szakmai elkötelezettsége mellett – a magyartást is célul tűzte ki, ezért kérjük a szerzőket, hogy törekedjenek a magyar orvosi kifejezések használatára, az idegen kifejezéseket lehetőleg kerüljék. (Az orvosi kifejezések magyarosítása kívánatos.) Nem magyar eredetű szavak írása az eredeti írásmód szerint történjék. Magyaros helyesírással csak a köznyelvben meghonosodott szakkifejezéseket írjuk. Egyazon közleményben következetesen kell alkalmazni a magyaros vagy klasszikus írásmódot. Angol nyelvű szövegben az angol és az amerikai helyesírás is alkalmazható.

