

NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

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

Alapító: **Dr. Bősze Péter** ■ Főszerkesztő: **Dr. Rigó János Jr.**

Szerkesztő: **Dr. Hruby Ervin** ■ Szerkesztőségi titkár: **Barabás Terézia**

TARTALOM

KÖSZÖNTŐK	Elnöki köszöntő – <i>Novák Zoltán dr.</i> 1
	Előszó – <i>Rigó János Jr. dr.</i> 2
	Negyedszázados a Nőgyógyászati Onkológia című folyóirat (NOK) – <i>Bősze Péter dr., Rigó János Jr. dr.</i> 3
EREDETI KÖZLEMÉNYEK	A hámeredetű petefészek-daganatok sebészeti ellátása és annak hatása a betegségmentes túlélésre a Debreceni Egyetem adatai alapján – <i>Molnár Szabolcs dr., Maka Eszter dr., Damjanovich Péter dr., Török Péter dr., Lampé Rudolf dr., Krasznai Zoárd dr.</i> 7
	Méhnyakrákban és petefészekrákban érintett betegek életminőségének vizsgálata – <i>Kiss Katalin, Nagy-Tóth Ildikó Icó, Szerencsés Dóra</i> 13
FOLYAMATOS ORVOS-TOVÁBBKÉPZÉS	Az adnexképletek ultrahang-diagnosztikája – Út a hüvelyi ultrahang-vizsgálattól a matematikai modellekig – <i>Erdődi Balázs dr., Krasznai Zoárd dr., Lampé Rudolf dr., Jakab Attila dr.</i> 21
ESETISMERTETÉS	Leiomyosarcomák ivarérett korban – <i>Vrecenár László dr., Kiszely Péter dr.</i> 28
ORVOSI NYELV	A magyar orvosi nyelv szükségtelen idegen szavainak kérdésköréhez – <i>Bősze Péter dr.</i> 32
TÁRSASÁGI HÍREK	A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának (MNOT) és a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság (MMKT) munkája – <i>Bősze Péter dr., Gőcze Péter dr., Koiss Róbert dr.</i> 46

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának vezetősége

ÖRÖKÖS TISZTELETBELI ELNÖK

Prof. dr. Bősze Péter

ELNÖK

Dr. Novák Zoltán

JÖVENDŐBELI ELNÖK

Dr. Krasznai Zóárd

TISZTELETBELI ELNÖK

Prof. Dr. Göcze Péter

TITKÁR

Dr. Papp Szilárd

VEZETŐSÉGI TAGOK

Dr. Bálega János
Dr. Koiss Róbert
Prof. dr. Koppán Miklós
Dr. Lampé Rudolf
Dr. Lintner Balázs
Dr. Máté Szabolcs
Dr. Molnár Balázs
Dr. Pete Imre
Prof. dr. Rigó János Jr.
Dr. Vrecenár László

PÓTTAGOK

Dr. Bózsza Szabolcs
Dr. Kalmár László
Dr. Kiarash Bahrehmand

A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság (MMKT) vezetősége

ÖRÖKÖS TISZTELETBELI ELNÖK

Prof. dr. Bősze Péter

ELNÖK

Dr. Koiss Róbert

ELNÖKSÉGI TAGOK

Dr. Kornya László
Prof. dr. Rigó János Jr.

VEZETŐSÉGI TAGOK

Dr. Artner Attila,
Prof. dr. Bánhidny Ferenc
Prof. dr. Bódis József
Dr. Járay Balázs
Dr. Joó József Gábor,
Dr. Horányi Dániel
Dr. Mészáros Gyula,
Dr. Pálfalvi László
Dr. Siklós Pál
Dr. Vass László



NŐGYÓGYÁSZATI ONKOLÓGIA

Hungarian Journal of Gynecologic Oncology

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága és a

Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság hivatalos tudományos folyóirata

A *Nőgyógyászati Onkológia* című folyóiratot a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának hivatalos lapjaként hoztuk létre, azzal az céllal, hogy a nőorvosi daganatgyógyászatnak, mint a szüléset-nőgyógyászat önálló szakmájának hazánkban is tudományos szaklapot teremtsünk. Hasonló folyóiratok más országokban és nemzetközi szerkesztésben is már évtizedek óta léteznek, így a *Nőgyógyászati Onkológia* megjelenítése hiánypótló volt, a nemzetközi felzárkózást jelentette. Később ez a szaklap a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaságnak is a hivatalos tudományos szakfolyóirata lett. A tudományos célkitűzések mellett a magyar orvosi nyelv művelése, jobbitása is a lap alapvető feladata.

A nőorvosi daganatgyógyászat (nőgyógyászati onkológia) a női nemi szervek, az emlők és a határterületek daganatos megbetegedéseit, az ezekhez kapcsolódó általános, elméleti és gyakorlati kérdéseket foglalja magába. A *Nőgyógyászati Onkológia* is foglalkozik ezekkel, de tárgyalja a nőgyógyászati onkológiát, mint szakmát, beleértve a szervezési, a képzési és az anyagi megfontolásokat is.

A folyóirat eredeti összefoglaló és szerkesztőségi közleményeket, esetismertetőket és beszámolókat közöl. Különös hangsúlyt fektet az elméleti és a gyakorlati képzésre. Orvostörténeti ismereteket ad annak tudatában, hogy nincs jelen és jövő a gyökerek ismerete nélkül. Társasági hírek, kritikák, megemlékezések, események ismertetése és más hírmondás a folyóirat szerves részét képezik. Határterületi kérdések és betegajánlatok szintén a célkitűzések közé tartoznak.

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

ALAPÍTÓ Prof. dr. Bősze Péter

FŐSZERKESZTŐ Prof. dr. Rigó János Jr.

SZERKESZTŐ Dr. Hruby Ervin

NYELVI SZERKESZTŐ Dr. Vincze Judit

SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR Barabás Terézia

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG Dr. Artner Attila, Dr. Adorján Gusztáv,
Prof. dr. Bánhidny Ferenc, Dr. Berkő Péter,
Prof. dr. Bódis József, Prof. dr. Bodó Miklós,
Dr. Dancsó János, Prof. dr. Göcze Péter,
Prof. dr. Hernádi Zoltán, Dr. Kalmár László,
Dr. Kazocsay László, Dr. Kiss Csitári István,
Dr. Kneffel Pál, Prof. dr. Koppán Miklós,
Dr. Kornya László, Dr. Kovács Lajos, Dr. Krasznai Zóárd,
Dr. Lampé Rudolf, Prof. dr. Pajor Attila,
Prof. dr. Paulin Ferenc, Prof. dr. Pál Attila,
Dr. Pálfalvi László, Dr. Pete Imre, Prof. dr. Póka Róbert,
Dr. Siklós Pál, Dr. Szánthó András, Prof. dr. Tóth Zoltán,
Prof. dr. Török Miklós, Dr. Ungár László

A *Nőgyógyászati Onkológia* (ISSN 1219-9079) 4 havonta jelenik meg. Kiadó: NOK Kiadó. Cím: 8245 Vászoly, Tánicsics M. u. 3. Telefon: 36-20-359-7792. E-posta: bosze@eagc.eu. Nyomdai kivitelezés: VISIT Kft., Budapest, telefon: (36-1) 399-0135. A folyóiratot honlapkiadvánnyként a www.MNOT.hu honlapon jelentetjük meg. A lapszámokat e-postán szívesen elküldjük mindenkinek.

Honlap. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának honlapja:

www.MNOT.hu

Szerzői jog és másolás. A lapban megjelent valamennyi írásos és képi anyag a szerkesztőség és a szerzők engedélyével szabadon másolható.



ELNÖKI KÖSZÖNTŐ

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságát (MNOT) 1991-ben alapította Bősze Péter professzor és munkatársai. Örömmel elmondhatjuk, hogy ez a patinás, lassan harmincas éveibe lépő szakmai társaság továbbra is vezető helyet tölt be a hazai nőgyógyászati daganatos betegségekkel foglalkozó orvosok közötti párbeszéd, együttműködés és együttgondolkodás elősegítésében. Úgy érzem, büszkék lehetünk arra, hogy társaságunkat a magas színvonalú szakmai munka mellett mindig is kiváló hangulatú baráti légkör jellemezte. Köszönöm a társaság vezetőségének és tagságának bizalmát, melynek köszönhetően 4 évig én lehetek az MNOT elnöke.

Engedjétek meg, hogy néhány gondolatban leíriam, milyen tervekkel vágunk neki ennek az időszaknak.

- Az elmúlt évek nagy eredménye a nőgyógyászati daganatsebészet szakképzés elfogadtatása. Nem kérdés, hogy ez a lépés a fiatalok sebészeti képzését, ezáltal a betegeink hatékonyabb ellátását elősegíti, viszont vigyáznunk kell arra, hogy a képzés ne váljon tömegessé. Ne kerüljenek ki a rendszerből feleslegesen nagy számban félig kiképzett szakemberek, és ezáltal ne akadályozzuk a daganatos betegek központokban való ellátását. A szakképzés minőségének biztosítása elsősorban egyetemi feladat, de úgy érzem, az MNOT-nak is hallatnia kell a hangját a szakképzésben is.
- A petefészekrákos, illetve a nőgyógyászati daganatos betegek sajátos tudást igénylő, összetett ellátásának megszervezése szakmánk egyértelmű feladata. El kell indítani olyan központosított folyamatot, amely biztosítja, hogy a fent említett betegek ellátása csak megfelelő tapasztalattal és megfelelően kiképzett szakemberrel rendelkező intézetekben történjék.

- A magyarországi méhnyakszűrés korszerűsítésre több tervezet is született. Kilátásban van a HPV-alapú méhnyakszűrés elindítása. Ezzel – a kezdeti tapasztalatok alapján – a méhnyakszűrés egészének átszervezése várható. Ebben társaságunk is szívesen részt vesz, erre vonatkozóan kaptunk felkérést is.
- A méhnyakszűrésen kiszűrt nők elváltozásának pontos megállapításához friss szakszerű kolposzkópos tudás szükséges, ezért társaságunk részt fog venni a magyar fiatal és kevésbé fiatal nőgyógyászok kolposzkópos képzésében is.
- A 4 éves időszak alatt szeretném, ha társaságunk felgyorsítaná a szakmánkra vonatkozó magyar útmutatók frissítését. Célunk továbbá szakmailag és jogilag is alaposan ellenőrzött közös beleegyezők és betegtájékoztatók elkészítése.
- Végezetül az is célom, amely talán inkább még csak álom, hogy a magyar kiváló nőgyógyászati daganatközpontok összefogásával olyan közös tudományos vizsgálatokba kezdjünk; amely megmutatja, hogy összefogással milyen nemzetközileg is jegyzett eredményt tudunk elérni.

Remélem, négy év múlva büszkén tudunk majd a fenti eredményekből minél többet bemutatni, amikor a következő elnöknek átadom a váltóbotot. Köszönöm, hogy időt szántál arra, hogy elolvassd a gondolataimat, terveimet.

Baráti üdvözléssel:

Dr. Novák Zoltán

Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának elnöke



ELŐSZÓ

A Nőgyógyászati Onkológia első száma megjelenésének 25. évfordulóját ünnepeljük. Ebből az alkalomból *Prof. dr. Bősze Péter* a folyóirat alapító szerkesztője és *Prof. dr. Rigó János* a lap jelenlegi főszerkesztője emlékezett meg a kiadvány múltjáról, beöltött szerepéről és jelentőségéről.

A Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Intézetének munkatársai a IIIB vagy annál magasabb stádiumú hám eredetű petefészekrákban szenvedő betegek esetében a teljes és a részleges tumor eltávolítás hatását vizsgálták a progressziómentes túlélés szempontjából. A maradék nélküli daganat eltávolítás esetén csaknem 19 hónappal hosszabb volt a progressziómentes túlélés időtartama, mint a nem teljes daganatredukció után. Érdekes, hogy a szöveti mintavételben részesült betegek és a részleges tumor eltávolításon átesett betegek esetében nem találtak szignifikáns különbséget a progressziómentes túlélés időtartamában. A közlemény felhívja a figyelmet a teljes daganat eltávolítás jelentőségére előrehaladott petefészekrákban szenvedő betegeknél.

A *Mályvavirág Alapítvány* nagyon fontos felmérést végzett több mint 500 petefészekrákban és méhnyakrákban szenvedő betegnél. Önkitöltős kérdőíves módszert alkalmazva azt tapasztalták, hogy a betegek életminősége jelentősen megváltozott a kórkép diagnosztizálása és kezelése után. Kiemelendő, hogy a megkérdezettek 70%-a jelezte, hogy a betegség befolyásolta a nőiességet, ami közel 20%-ban jelentősen csorbul. A betegek közel 30%-a igényelt lelki támogatást. A közlemény többek között felhívja a figyelmet a lelki segélynyújtás fontosságára.

Életkortól függetlenül gyakran találkozunk a függelékek különböző elváltozásaival. Kiváló összefoglaló közlemény te-

kinti át az adnexepletek ultrahangvizsgálatának jelentőségét a rizikóbecslésben. Ma már a tumormarkerek alkalmazása önmagukban nem elégséges a malignus folyamat felismeréséhez. Különösen a CA 125 tumormarker változó kor előtt történő alkalmazása félrevezethet a rosszindulatúság felismerésében. Az áttekintő közlemény hasznos lehet az ultrahangvizsgálatok területén kevesebb tapasztalattal rendelkező szakemberek számára is, mivel könnyen érthető módon ismerteti az IOTA (International Ovarian Tumor Analysis) modelleket.

A myomagöbök szövettani feldolgozása során ritkán találkozunk leiomyosarcomával, azonban ennek lehetősége nem zárható ki. Három esetismertetés hívja fel a figyelmet myomagöb eltávolítása után, szövettani vizsgálattal igazolt leiomyosarcomára. Különösen fontos, hogy laparoszkópos műtét során ügyeljünk a szövetek szétszóródásának veszélyére. A morzellirozást csak műanyag zsákban (endobag-ben) biztonságos elvégezni. A myomagöb kiemelését megkönnyítheti a hasüreg kis metszésből történő megnyitása.

Végül, érdekes cikket olvashatunk *Bősze* professzor rovatában a magyar nyelv és az európai orvosi nyelv történetéről, a magyar orvosi nyelv kialakulásáról, amit történelmünk is befolyásolt. Véleménye szerint orvosi nyelvünk jelentős idegen szókészletét meghatározza hazánk múltja is, ami „több évszázados tudományos elfojtottságunkat” tükrözi. A közlemény felhívja a figyelmet arra, hogy a szükségtelen olyan idegen szavakat használni, melyeknek van magyar megfelelője és azokkal helyettesíthetők.

Prof. Dr. Rigó János Jr.
főszerkesztő

KÖSZÖNTŐ

Negyedszázados a *Nőgyógyászati Onkológia* című folyóirat (NOK)

Az alapító- és az utódfőszerkesztő gondolatai

BŐSZE PÉTER DR.¹, RIGÓ JÁNOS DR. JR.²

¹ Dél-pesti Centrumkórház Nőgyógyászati Osztály, Budapest

² Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

E-levél: bosze@eagc.eu; rigojanos31@gmail.com

■ BŐSZE PÉTER

Egy nyomtatott folyóirat életében 25 év a mai e-világban – ahol minden a számítógépeken jelenik meg, és a felhőkben tárolódik – jelentős évforduló. A kezdetről és a korábbi történekekről megjelentek beszámolók a lap előző számaiban. A folyóirat gazdát cserélt, most már jogilag is a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának (MNOT) tulajdonába került; kiadásáról a vezetőség gondoskodik.

Nem kenyerem a visszatekintés; a következő teendő foglalkoztat. A negyedszázad mégis kíván valamiféle számvetést: az elvégzett munka mérlegre tevését. 1996-ot írtunk, amikor az első szám megjelent, benne sokak köszöntésével, a születendő folyóiratra vonatkozó gondolataikkal. Ezekből villantok fel néhányat.

Lampé László írta, hogy „*Aligha vitatható, hogy válságban van Magyarországon a nőgyógyászati onkológia.*” Valamint, hogy joggal reméljük, hogy az új folyóirat ezen változtatni fog. Hasonlóan, Boros Antal is a meginduló lapban látta a nőorvosi daganatgyógyászati fellendülését.

Gáti István: „*A női nemi szervek daganatos megbetegedéseinek komplex kezelése és a radikális sebészeti beavatkozások elterjedése szükségessé tette, hogy a nőgyógyászati onkológiával foglalkozó orvosok, a szülészeti és nőgyógyászati képzésen túlmenően speciális képzésben részesüljenek.*” Kiemelte, hogy a nőgyógyászati onkológiát, mint a szülészeti-nőgyógyászati önálló szakágát először az Egyesült Államokban fogadták el közel fél évszázada. Hazánkban ez a kérdés: „*hivatalos fórumon csak 1990-ben került megtárgyalásra Prof. dr. Bősze Péter, az Országos Onkológiai Intézet osztályvezető főorvosának előterjesztése alapján. Az előterjesztést a Szülészeti és Nőgyógyászati Szakmai Kollégium tárgyalta, és az Országos Szülészeti és Nőgyógyászati Intézettel együtt önálló diszciplinának fogadta el.*” Hangsúlyozta továbbá a nőgyógyászati onkológiai szakképesítés fontosságát.

László János kiemelte, hogy a nőgyógyászat megbonthatatlan, és kívánta, hogy a NOK „*hasznos szerepet töltsön be a női betegségek elleni küzdelemben.*”

Papp Zoltán úgy vélte, hogy az akkor már öt éves MNOT azért jött létre, hogy „*összefogja a női daganatos betegségekkel foglalkozó kollégák mind népesebb táborát.*” A társaság ülései, rendezvényei azonban nem elegendők a hazai eredmények bemutatására, noha szükséges, hogy azokat mindenki megismerje. Remélte, hogy új lap ebben nyújt segítséget. Hozzátette: „*nagyon reméljük, hogy csak lektorált, tudományos igényű közlemények látnak napvilágot. Ellenkező esetben ugyanis többet árthat a lap az ügynek, mint használhat.*”

Eckhardt Sándor, rámutatva az orvostudomány rohamos fejlődésére, így írt: „*A lépéstartás az adott szakmában napról-napra nehezebbé válik és az orvosi informatika segítségével is legfeljebb általános áttekintésre van lehetőség. Ugyanakkor továbbra is fennáll az az igény, hogy a részleteket és a kutatás egyes eredményeit megismerjük. ez teszi szükségessé olyan szaklapok indítását és folyamatos szerkesztését, mely fórumot biztosít ezek közlésére.*”

de Châtel Rudolf hangsúlyozta: „*Nyilván a képzést-továbbképzést is szolgálni fogja ez az új kiadvány és ez fontos feladata is kell, hogy legyen a jövőben.*”

Gardó Sándor a lap feladatát a következőkben látta: „*Az új folyóiratra nagy feladat vár. Hirt kell adnia az emlő- és a női nemi szervek daganatai megelőzésének és szűrésének a lehetőségeiről, a tumorbiológiai és a genetikai kutatások legújabb eredményeiről, a legújabb diagnosztikai eljárásokról és műtéti lehetőségekről, valamint a sugár- és kemoterápia fejlődéséről.*”

Marton István: „*Ha igaz, hogy korunk legnagyobb vívmányának az információs szupersztráda kialakulása tekinthető, akkor meggyőződésem, hogy ezen szupersztrádának egy fontos sávja lehet a most meginduló folyóirat, mely mind a hazai, remélhetőleg mielőbb a nemzetközi onkológia aktuális információit jutattja el az olvasóhoz.*”

Kovács László példákkal támasztotta alá, hogy „feltétlenül van alapja egy nőgyógyászati onkológiai szakfolyóirat megjelenésének”, valamint kívánta: „*hogy a lapnak ne csak jelene, de sikeres jövője is legyen*”.

Ezzel ellentétben Ungár László sorozatos kételyeinek adott hangot: Lesz-e közönsége egy ilyen szűk területet érintő folyóiratnak? A nőgyógyászati onkológiával foglalkozó maroknyi magyar szakember meg tud és meg akar-e tölteni értékes mondani- valóval egy rendszeresen megjelenő folyóiratot? Helyes-e a meg- lévő, igen színvonalas Magyar Nőorvosok Lapjának szerző, olva- sós és szponzoráló táborát megosztani? Ha lesz fontosnak vélt mondanivalója bármelyikünknek a női rákkal kapcsolatban, melyik fórumot hagyjuk cserbe? Ha a nálunk sokkal nagyobb euró- pai országokban néhány nemzetközi folyóiratot elegendőnek tar- tottak mindmáig, és nem indítottak hasonló nemzeti folyóiratot, vajon Magyarországnak nem lenne-e helyesebb ezt a modellt kö- vetni? A kétségek számbavételekor el kellett azonban képzelnem a kajánul mosolygó utódokat, akik a ma még meg sem született folyóirattól kapnak talán maradandó értéket ebben a kis ország- ban.”

Pálfalvi László szerint: „...*az új folyóirat egyszerre jelent kihí- vást, elégtételt és kételyt. Kihívást, hiszen egy szűk területtel, a nőgyógyászati onkológiával foglalkozó társaság először lép a nyilvánosság elé egy folyóirattal, mely arra hivatott, hogy a szak- területet képviselje. Elégtételt, hiszen a folyóirat megjelenése egy újabb lépés a nőgyógyászati onkológia önálló szakterületként való elismerésében.*” A kételyei hasonlóak az Ungár László által megfogalmazottakhoz.

Gógl Árpád azt reményét fejezte ki, hogy a lap a daganatgyógy- ászat népszerűségi kérdéseivel is fog foglalkozni.

Vízi E. Szilveszter azt kívánta, „*hogy az új folyóirat minőségével, időszínterítésével bizonyítsa, hogy nemcsak az információs igénye- ket elégíti ki, hanem teljesíti azokat a minőségi elvárásokat, ame- lyek egy ilyen laptól elvárhatók*”.

A folyóirat célját így határoztuk meg: A NOK

„*azzal a céllal jött létre, hogy a nőgyógyászati onkológiának, a szülész-nőgyógyászat és az onkológia önálló szakmájának, ha- zánkban is tudományos fórumot teremtsen. Nőgyógyászati onko- lógiai folyóirat más országokban és nemzetközi szerkesztésben már évtizedek óta létezik, ezért a Nőgyógyászati Onkológia meg- jelenése az orvostudománynak ezen a területen a haladó világhoz történő felzárkózásunkat jelenti. A szakmai célkitűzések mellett a magyar orvosi nyelv művelése, jobbítása is a lap alapvető felada- ta.*

A Nőgyógyászati Onkológia a női nemi szervek, az emlők és a ha- tárterületek daganatos betegségeivel, valamint azbezekhez kap- csolódo általános, elméleti és gyakorlati kérdésekkel foglalkozik. Tárgyalja továbbá a nőgyógyászati onkológiát, mint szakmát, be- leértve a szervezési, a képzési és anyagi megfontolásokat is. A lap eredeti, összefoglaló és szerkesztőségi közleményeket, esetis- meretéseket és beszámolókat közöl. Külön hangsúlyt fektet a képzésre... Orvostörténeti ismereteket ad annak tudatában, hogy nincs jelen és jövő a gyökerek ismerete nélkül. Társasági hírek, kritikák, megemlékezések, események ismertetése a folyóirat szerves részét képezik. Határterületi kérdések és betegjátékozta- tók szintén a célkitűzések közé tartoznak.”

SZÁMVETÉS

Végiglapoztam a sok ezer oldalnyi szöveget. Az első, ami szembeötlött, hogy a folyóirat hihetetlenül tükrözi főszerkesz-

tője személyiségét. Sokat változtam a folyóirat első két évti- zedében, ez beszédesen benne van a kiadványokban. Indulás- kor a nemzetközi szerepléseken volt a hangsúly, ezekről tudó- sítottunk, az itthon megrendezett, például az Európai Rák Isko- la tanfolyamainak előadásait közlemények formájában közöl- tük angolul. Miután a szakma világának legjobb vezető szak- embereit hívtam meg, a kiadványok nemzetközileg is jelentő- sek voltak. Előfordult 160 oldal terjedelmű szám is. Abban a hitben éltem, hogy angolul mindenkinek kell tudni, függetle- nül attól, hogy hajózik-e nemzetközi vizeken. Jó barátok fi- gyelmeztettek, hogy a magyar szövegeket szívesebben olvas- nánk. Ez ébresztett rá arra, hogy a magyar nyelvű orvosi tudo- mányírás jelentősége meghatározó, mert:

- A magyar orvostudomány alapja, vagyis hazai közlemények nélkül nem lehet magyar orvostudomány. Ekként a magyar nyelvű közlés erkölcsi kérdés is.
- A hazai orvostársadalom továbbképzésének, tájékoztatásának a legfontosabb módja.
- Meghatározó az orvosi társaságok tudományos és tájékoztató tevékenységében, egymás munkáinak jobb megismerésében.
- Lényeges a magyar nyelv versenyképességének megőrzésé- ben.

Angol nyelvű közlemény nem is jelent meg többet. A nemzet- közi kapcsolódásra a tartalomjegyzéket angolul is megjelen- tettük, de később világossá vált, hogy a folyóirat a magyar or- vostársadalomnak szól, ezért elhagytuk.

Csakhamar tudatosult bennem a magyar nyelvű magyar tudo- mányírás meghatározó jelentősége. A felismerést a folyóirat is azonnal tükrözte: elkezdtem a közleményeket magyarítani. Igen sok nehézségbe ütköztem: mélyen gyökereznek az idegen nevezetek, és sokan úgy vélték, hogy a magyar nyelvű írásokat a szakma megmosolyogja.

Mi valósult meg a köszöntők felvetéseiből és a célkitűzésekből?

A rövid válasz: minden.

- A hangsúly a továbbképzésen volt; ezt tartom a folyóirat legfontosabb feladatának. Nemcsak a magyar szü- lész-nőgyógyász társadalom egészének folyamatos to- vábbképzése volt a cél, hanem a határterületen tevé- kenykedőké is.

Megjegyzés. Kezdetben előfizetéses rendszerben képzeltem a lapot, hogy tudjam a költségeket fedezni. Ám csakhamar kiderült, hogy a folyóirat fenntartható a hirdetések- ből, és et- től kezdve ingyen küldtük 1500 példányban két évtizeden át. Az összes szülész-nőgyógyász, számos sebész, urológus, da- ganatgyógyász stb. kapta meg.

- Az összefoglaló közlemények értelemszerűen tájékoztatók, szintén a továbbképzést szolgálták; naprakész képet festve a tárgykör hazai és nemzetközi helyzetéről.
- Kutatásközlemény kevés jelent meg. Ez adódik abból, hogy a tudomány nemzetközi, és az új eredményeket

nemzetközi szinten kell közreadni. Nem gondolom, hogy a magyar nyelvű folyóiratoknak a hazai kutatási eredmények közvetlen közlése lesz az arculata. A hazai eredmények ismertetése rendkívül lényeges – az orvostársadalomnak illik tájékozottnak lenni kutatóink tevékenységéről. Ezt valósítják meg az összefoglaló közlemények, és előfordultak másodközlések is.

- Az esetismertetésekben nem szűkölködtünk. Ezeknél kettősség van: a nemzetközi tudomány számára érdekeseket angolul kell közölni, magyarul elsősorban a hazai tudomány kiegészítését célzókat.

Megjegyzés. Néhányan úgy vélik, hogy azt érdemes hazai folyóiratban közölni, amit nem lehet a nemzetközi lapokban. Mások pedig a fiatalok gyakorlatának, a cikkírás megtanulásának tekintik a magyar nyelvű közlést; mondván, nem baj, ha nem tökéletes az írás. Az efféle gondolkodás jellem kérdése. A közlemény pedig bárhol is jelenik meg, a szerzőjének tükre.

- Alapvetőnek véltem részletesen beszámolni a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának tevékenységéről. Részben az orvosok tájékoztatására, másrészt az utókor számára: *a szó elrepül, az írás megmarad*. Az érdeklődő végigkövetheti a társaság majd három évtizedes tevékenységét. A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság megalapítását követően a folyóirat ennek a társaságnak is a hivatalos lapja lett, és beszámolt a tevékenységéről is.
- Rendszerezések voltak és azok ma is az orvostörténeti írások – a múlt ismeretének birtoklása az orvostól elvárható műveltség alapja.
- Az utóbbi évtizedben előtérbe kerültek az orvosi nyelvvel és az anyanyelvvel kapcsolatos írások. Alapvető nyelvismeretek, orvosi nyelvi helyesírási elvek tudása elengedhetetlen, ezeket egyetlen orvos sem nélkülözheti, hiszen – az orvosi tevékenységet általánosan nézve – a nyelv az orvos legfontosabb munkaeszköze.
- Egyéb híradások (beszámolók, tájékoztatások), népszerű kérdések tárgyalása (pl. szűrési útmutató), köszöntések, megemlékezések szokványosak, de előfordultak írások az orvoslás és a képzőművészet kapcsolatáról, sőt irodalmi vonatkozások is.
- Végezetül, és erre büszke vagyok, ez a folyóirat indította el a magyar nyelvű magyar orvosi nyelv újratemetését. A magyarítás elkötelezett nyomtatványa lett.

Valóságok voltak-e a kételyek?

A múltban nem: volt megfelelő közönsége a folyóiratnak, és sikerült tartalommal is megtölteni, noha az induláskor évi négy számot háromra csökkentettük, és volt, hogy összevont számok jelentek meg. A *Nőorvosok Lapjában* semmi szín alatt nem fért volna el. A benne felhalmozódott szellemi tőke hihetlenül nagy. Más „nálunk nagyobb” országok gyakorlatát kö-

vetni pedig csak akkor helyes, ha az a gyakorlat előremutató. A *Nőgyógyászati Onkológia* a hazai nőorvosi daganatgyógyászati továbbképzés letéteményese volt, és az ma is.

Két nagy változás a folyóirat életében

- 2012-ben áttértünk honlapkiadványra, a NOK e-folyóirattá alakult, de 300 példányban nyomtatva is megjelent. Az átálláskor többek között ezek a gondolatok jutottak eszembe:

„Vigasztalom magam: rengeteg az orvosi folyóirat, megoldhatatlan a tárolásuk; átnézhetetlenül sok, ami bennük van; korábbi cikkek visszakeresése nehéz és időigényes; az adatkezelés körülményes; és még sok más. A világ is megváltozott: a mai fiatalok a számítógép használatán nevelkednek, talán számukra ez még természetesebb közeg is, mint a nyomtatott szakirodalom. A világhálózathoz, az adatok végtelenjéhez mindenhol és mindenkor hozzáférnek, az adatok összegyűjtése kulcsszavakkal igencsak könnyű, és a kikeresettek egyszerűen tárolhatók is. Ez mind igaz, mégis sajnálom a nyomtatott folyóiratot.

Az átállás azonban nem döntés, hanem pénz, korunk mértékének kérdése. Am ha már így alakul, akkor a honlapkiadványok minden lehetőségével, előnyével élünk. Bízást remélem, hogy ebben a formájában is betölti küldetését.”

Az azóta eltelt idő bizonyította a kényszerű változtatás helyességét. A folyóirat az MNOT honlapjáról ingyen letölthető, benne tetszés szerint kereshetünk stb. Örömmel állapíthatom meg, hogy a folyóirat továbbra is betöltötte küldetését.

- 2013-ban átadtam a főszerkesztést Rigó János egyetemei tanár úrnak. Idézek a váltóbot átadásakor írtakból.

„Az alkotó álma, hogy a műve tessék, és megmaradjon, túlélje őt, mint a gyermeke. Ez jutott eszembe, amikor hosszas keresés után megtaláltam azt az embert, aki utánam fogja meg a Nőgyógyászati Onkológia kezét, és vezeti tovább, hogy terjessze a tudományt a következő nemzedékeknek; jóval azután is, amikor az alapító már valahol máshol jár. Igen, fogja a kezét, noha a folyóirat már nagykorú, hiszen most tölti be a 18. évét. Nagyon hosszú idő ez a 18 év, és mégis, csak úgy elrepült.

Most, hogy átadom a folyóiratot, óhatatlanul felötlik: mi minden történt az elmúlt 18 évben, miféleket tapasztaltam? A legfontosabb a szerkesztés tudománya. Ez is külön tudomány; meg kell tanulni, és miként a műtéteket, ezt is folyton folyvást művelni kell. A nagy tudós nem biztos, hogy jó szerkesztő, és az igazgatói címekhez sem csatolják a szerkesztés tudományát. Legelőször is alázat kell hozzá, az orvostudomány tisztelete és végtelen felelősség. Felelősség a betegekért, hogy a leírtak a betegek hasznára legyenek, és ne a kárukra. A nil nocere! elve a szerkesztőre is vonatkozik. Felelősség a tudományért: bármelyik szakma folyóirata műveli annak tudományát, formálja időről időre újra meg újra, nagyon nem mindegy az, hogy miként. Felelősség az orvosokért, az olvasókért is, hiszen hatással van rájuk, amit olvasnak, és ha ez nem ösztönző, jobbitó, csak rosszat teszünk. Felelősség továbbá a szerzőkért is, a tudományos közlemények íróiért, hogy munkájuk a lehető legjobb formában jelenjen meg, és legyen szakmailag is támadhatatlan. A főszerkesztő nemcsak közread, de bírál is, sőt ő a legfőbb bíró, a szakmának talán ő a legfőbb őre...

Végül a felelősség az orvosi szaknyelvért, a magyar nyelvért. A szaknyelv az iskolázott nyelv alapja, a szakfolyóirat pedig annak tanítója. Ez óhatatlanul kötelezi a főszerkesztőt a magyar orvosi szaknyelv pallérozására, már csak azért is, mert honi tudományunk csak hazai nyelvünkön létezhet, de a betegek érdekében

és orvosi nyelvünk ápolása végett is. A legfontosabb a magyar szak kifejezések használata, a felesleges idegen szavak kerülése. Hangsúlyozom a felesleges jelzőt. Ha eleget tesz ebbéli feladatának, a szerkesztő nyelvművelő, nyelvújító is.

A tudományos folyóirat és a főszerkesztés hatalom, és mint minden hatalomhoz, ehhez is csak alázattal és szerénységgel szabad közeledni. Én vagyok érte, hogy szolgáljam, és nem fordítva. A szerénység a nagy ember sajátja, megvédi a hatalom részegesítésétől; ez vonatkozik a főszerkesztőre is.”

Rigó János elkötelezetten, temérdek nehézséggel küzdve szerkeszti a folyóiratot; munkájáról csak a legnagyobb elismeréssel szólhatok. Természetesen a lap most már az ő szellemiségét is tükrözi.

■ RIGÓ JÁNOS JR.

Egy születésnap alkalmat nyújt arra, hogy visszatérjünk a múltba, értékeljük munkánkat, a megtörtént eseményeket, levonjuk a következtetéseket, azaz számvetést készítsünk. Az előzőekben Bősze professzor áttekintette a Nőgyógyászati Onkológia negyedévszázados történetének első 18 évét. Visszaemlékezéséből kitűnik, hogy a folyóirat megszületését sokan örömmel, bizakodva köszöntötték, míg egyesek kételkedéseiket, fenntartásaikat fogalmazták meg. Úgy gondolom, hogy az első csaknem két évtizedben a lap a legmagasabb szintű elvárásoknak is megfelelt, tartalmi és formai szempontból egyaránt.

Nagy megtiszteltetés számomra, hogy Bősze professzortól átvehettem a főszerkesztői feladatot. Értéktételünk közel áll egymáshoz, ezért a korábbiakhoz hasonlóan az elmúlt hét évben is a jól bevált szempontok alapján jelent meg a folyóirat. Az elsődleges szándék továbbra is a korszerű nőgyógyászati onkológia művelésének támogatása volt naprakész, szakmai ismereteket tartalmazó közlemények formájában. A daganatgyógyászat mellett egyéb a nőgyógyászati határterületeket érintő írások, cikkek is megjelentek szép számmal. Bár a folyóirat fő célja a továbbképzés, amit leginkább az összefoglaló tanulmányok, az útmutatók, az irányelvek segíthetik, fontosnak tartottuk, hogy egy-egy munkacsoport saját kutatási eredményeit ismertesse hazai környezetben. Tisztában vagyunk azzal, hogy a legértékesebb tudományos felfedezéseket tartalmazó eredeti közleményeket magas hatásmutatójú (impakt-faktorú) angol nyelvű folyóiratban kell közölni, hogy minél

többen olvassák. Ennek ellenére fontos és hasznos, hogy az új felismerésekről, eredményekről a hazai munkatársak is tájékozódjanak, hiszen gondolatébresztő ismeretek birtokába juthatnak, amelyekkel akár tudományos együttműködések is születhetnek. Az elmúlt években számos tanulságos esetismertetés is megjelent. Kiemelést érdemel, hogy az utóbbi években hazánkban bevezetett, több új műtési módszer ismertetése, leírása, melyeket a szerzők kiváló fényképsorozattal szemléltettek. Hasonló közlemények a hazai szakirodalomban ritkán találhatók.

Mindemellett a lap rendszeresen beszámolt a hazai nőgyógyászati onkológia eseményeiről, például az első nőgyógyászati daganatsebészeti szakkonferenciáról, a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága és a Magyar Méhnyakkórtani Társaság tudományos üléseiről, vezetőségi üléseiről, híreiről és más rendezvényekről. Úgy gondolom, hogy a két társaság munkájáról, tevékenységéről szóló tájékoztatások, beszámolók jelentősen erősítették a nőgyógyász onkológusok közösségét. Büszkék lehetünk arra, hogy a közel 10 különböző hazai szülész-nőgyógyász társaság közül rajtunk kívül csupán a Magyar Nőorvos Társaság rendelkezik önálló folyóirattal.

A Nőgyógyászati Onkológia egyik fontos célkitűzése a magyar orvosi nyelv művelése. Ehhez kapcsolódóan rendszeresen jelentek meg az orvosi nyelvhasználatról foglalkozó cikkek.

Huszonöt éven keresztül kevés tudományos folyóirat kerül kiadásra változatlan formában. A Nőgyógyászati Onkológia igényes, elegáns, visszafogott külleme számos szempontból egyedülálló. A lap egységes, könnyen áttekinthető a szerkezete és kitűnő nyomdaeljárással készül. Mindez megkönnyíti az olvasást és a tájékozódást az egyes számok közleményei között. Számos pozitív visszajelzést kaptunk az újság arculatáról, ezért a jövőben sem kívánjuk megváltoztatni.

Végül szeretném megköszönni valamennyi közlemény szerzőjének értékes munkáját, amely hozzájárult a lap megjelenéséhez. Köszönet illeti „A korszerű szülészeti és nőgyógyászati Alapítvány” kuratóriumát is, mely az elmúlt hét év során folyamatosan támogatta a folyóirat kiadását és eljuttatását az olvasókhoz.

Bízom benne, hogy a *Nőgyógyászati Onkológia* az elmúlt sikeres 25 évet követően még hosszú időn át fogja eredményesen szolgálni a magyar nőgyógyászati onkológia fejlődését.

„Igazán csak az anyanyelvén tud az ember tanítani. Csak ebben tudja átadni azokat a rendkívül finom érzelmi tartalmakat, ami a tanítással jár. Enélkül egyszerűen nem érdemes belekezdeni.”

Csermely Péter, biokémikus

A hámeredetű petefészek-daganatok sebészeti ellátása és annak hatása a betegségmentes túlélésre a Debreceni Egyetem adatai alapján

MOLNÁR SZABOLCS DR., MAKÁ ESZTER DR., DAMJANOVICH PÉTER DR., TÖRÖK PÉTER DR., LAMPÉ RUDOLF DR., KRASZNAI ZOÁRD DR.

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Debrecen

E-lel: molnar.szabolcs@med.unideb.hu

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A petefészekrák a női nemi szervek rosszindulatú daganatai közül a legrosszabb kórjóslatú betegség. Az utóbbi évtizedben a betegség genetikai hátterének feltárása (alacsony és magas grádusú daganatok) és a genetikai mintázatához illeszkedő célzott terápiák alkalmazása mellett elsődleges maradt a sebészeti ellátás jelentősége. A műtéti ellátás kritériumait az ESGO (European Society of Gynaecological Oncology) irányelvei és algoritmusai határozzák meg. Retrospektív vizsgálatunkban a Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Intézetében 2014.01.01 és 2017.12.30 között újonnan felismert és műtéten átesett petefészekrákos betegek progressziómentes túlélési adatait vizsgáltuk stádium megoszlás szerint, illetve az előrehaladott stádiumú betegeknél ($\geq$ FIGO IIIB) a tumorredukció mértéke és a stádiummeghatározás céljából végzett nyirokcsomó-eltávolítás megtörténte szempontjából. Vizsgálatunk alapján előrehaladott stádiumban teljes tumorredukció esetén a progressziómentes túlélés mediánja (26,6 hónap) szignifikánsan magasabb volt, mint a maradványtumorral operált betegek esetében (7,1 hónap, $p=0,03$) és a csak biopszián átesett betegek esetében (6 hónap, $p<0,001$). Utóbbi két eset között a progressziómentes túlélésben nem észleltünk különbséget ($p=0,673$). A sebészeti stádiummeghatározás céljából végzett rutin nyirokcsomó eltávolítás elvégzése a progressziómentes túlélésben nem okozott szignifikáns növekedést ($p=0,053$). Vizsgálataink eredményei a petefészekrák műtéti és gyógyszeres kezelésében nagy esetszámmal résztvevő egyik magyarországi központként is alátámasztják azon nemzetközi irányelvekben megfogalmazott állásfoglalást, miszerint a betegség kezelésének egyik meghatározó lépése a komplett sebészeti tumorredukció kivitelezése. A részleges tumorredukció értelmetlen és kerülendő, eredményei nem voltak jobbak az egyszerű biopsziás mintavételen átesett betegeknél. Hasonlóan fontosnak tartjuk (minőségbiztosítási okokból is) a betegek műtéti és egyéb terápiás eredményeinek pontos rögzítését és utánkövetését.

Kulcsszavak: petefészekrák, teljes tumorredukció, progressziómentes túlélés, sebészeti ellátás, nyirokcsomó-eltávolítás

■ SUMMARY

SURGICAL TREATMENT OF EPITHELIAL OVARIAN TUMORS AND ITS EFFECT ON PROGRESSION-FREE SURVIVAL – A SINGLE CENTER'S EXPERIENCE

Of all gynaecological malignancies, ovarian cancer has the worst mortality. Despite the new discoveries of the past decade, regarding the genetic background of the disease (low and high grade type) and the targeted therapies available in some genetic alterations, the quality of operative care still is the most important factor of survival. The quality indicators and algorithms of surgical care are defined by the ESGO (European Society of Gynaecological Oncology). In our retrospective study we have evaluated the progression-free survival results of newly diagnosed and operated ovarian cancer patients at the Department of Obstetrics and Gynaecology of the University of Debrecen between 01.01.2014 and 31.12.2017. We have analysed the progression-free survival of the advanced stage patients ($\geq$ FIGO IIIB) according to the rate of tumour reduction and the staging lymphadenectomy. In our study in case of complete tumour reduction the median progression-free survival of the patients was significantly better (26.6 months) than those operated with residual tumour or the patients who underwent only biopsy (7.1 months, $p=0.03$ and 6.0 months, $p<0.001$ respectively). There was no significant difference in the progression-free survival of later two groups, the patients operated with incomplete tumour reduction or just biopsy ($p=0.673$). The routine staging lymphadenectomy of advanced stage patients had no significant effect on progression-free survival ($p=0.053$). As one of the Hungarian centres treating large number of patients, our results are in concordance with the international guidelines, which state that the goal of

ovarian cancer debulking surgery be complete tumour reduction, as it is one of the most important factors of survival. Performing incomplete tumour reduction is pointless, and has no better survival results than just a biopsy. As far as we are concerned the proper administration of the operative steps and follow up of patients is essential for quality control purposes as well.

Keywords: ovarian cancer, complete tumour reduction, progression-free survival, surgery treatment, lymphadenectomy

RÖVIDÍTÉSEK

AUC	area under the curve
BRCA1 gén	breast cancer, type 1
BRCA2 gén	breast cancer, type 2
CA125	cancer antigen 125
CI	konfidencia intervallum
ESGO	European Society of Gynaecological Oncology
FDA	Food and Drug Administration
FIGO	International Federation of Gynecology and Obstetrics
HE4	human epididymis protein 4
HNPCC	hereditaer non-polyposis colorectalis carcinoma szindróma
IQR	interkvartilis tartomány
PFS	progression free survival, progressziómentes túlélés
PFS 0-1 év	1 évtől kevesebb betegségmentes túlélés
PFS 1 év+	1 évet meghaladó betegségmentes túlélés
R0	teljes tumorredukció
R1	szuboptimális tumorredukció
NI	nem ismert, nem számolható
STIC	serosus tubal intraepithelial carcinoma

■ BEVEZETÉS

A petefészek-daganat a világon a nők között a 7. leggyakoribb daganattípus, és a 8. leggyakoribb halálok (1). Világszerte közel 239,000 nő betegszik meg és 152,000 hal meg minden évben rosszindulatú petefészek daganatban (2). A Nemzeti Rákregiszter információiból leolvasható, hogy a magyar nők körében 2015-ben 1555 petefészekrákos megbetegedés volt, míg a Health for All explorer (HFA) adatbázisa ugyanebben az évben 739 halállal végződő petefészekrákos esetet jelöl meg (3, 4).

A petefészekrák gyakrabban fordul elő a menopausa után, a leggyakrabban érintett az 55–64 éves korosztály, a diagnózisakor a medián életkor 63 év. Ugyanakkor a halálozás a 65–74 éves korosztályban a legmagasabb, tekintetben a medián életkor 70 év (5). Az életkor, mint rizikótényező azonosítható a betegség kapcsán (6). Mint kockázati tényező említést érdemel még a genetikai háttér is, a családi halmozódást mutató esetek az összes petefészekrákos eset kb. 10–15%-áért felelősek. A kialakulás hátterében leginkább a BRCA1 és BRCA2 gének mutációi állnak (7). A genetikai háttérrel rendelkező petefészekrák része lehet az örökletes emlő- és petefészekrák szindrómának és a Lynch szindrómának (hereditaer non-polyposis colorectalis carcinoma szindróma – HNPCC). A Lynch-szindrómás betegeknek emelkedett kockázat figyelhető meg a vastagbél-, méhtest-, petefészek-, húgyúti és egyéb emésztőszervi daganatok kialakulása szempontjából is (8-10).

Fontos megjegyezni, hogy a családi halmozódást mutató petefészekrákok esetén megfigyelhető fenti genetikai eltéréseken túl a szerózus daganatok esetén nagyon gyakran fordulnak elő magában a daganatban (szomatikus mutációként) a homológ DNS javítórendszer egyéb zavarai (7, 11). A fejlődő országokban a malignus petefészek daganatok 90%-a hámeredetű, 5–6%- az ivarléc-stroma daganatok és 2–3% a csírasejtes daganatok aránya. A hám eredetű petefészek-daganatok, azaz a petefészekrákok 5 fő szövettani típusból állnak össze: magas grádusú szerózus (HGSOC; 70%) endometrioid (ENOC; 10%) világos sejtes (CCOC; 10%), mucinózus (MOC; 3%) és alacsony grádusú szerózus daganatok (LGSOC; <5%) (2).

A klinikai gyakorlatban nemcsak a daganat szövettani típusát határozzák meg, hanem a gradust is, amellyel tulajdonképpen a differenciáltsági fokot adják meg, így egy petefészek rosszindulatú daganata lehet jól differenciált (G1), közepesen (G2) és rosszul differenciált (G3).

A petefészek-daganat genetikai hátterének feltérképezése kimutatta, hogy a betegség nem tekinthető egységes entitásnak, az úgynevezett alacsony és magas grádusú (low-grade és high-grade) folyamatok molekuláris háttere merőben más. Az alacsony grádusú daganatoknál (kb 30%: világos sejtes, endometrioid és alacsony grádusú szerózus daganatok) az ARID1A, BRAF, CTNNB1, KRAS, PIK3CA, ERBB2, PTEN gének mutációi azonosíthatóak leggyakrabban, így ezek genetikailag meglehetősen stabilnak tekinthetőek. Ezzel szemben a magas grádusú daganatokat (kb. 70%: magas grádusú szerózus, magas grádusú endometrioid, kevert Müller-cső eredetű tumorok) a p53, BRCA1/2 gének mutációi jellemzik, ami nagyfokú genetikai instabilitáshoz vezet (12, 13). Előbbieknek a lassabb növekedés és progresszió, illetve relatív platinaérzékenység a jellegzetessége, míg a második csoportot a gyors és agresszív terjedés és a platinaérzékenység jellemzi (14).

■ A SEBÉSZI STÁDIUMMEGHATÁROZÁS KIVITELEZÉSE

A tumor kiterjedtségének meghatározására végzett hasi feltárást egy fontos és értékes eszköze a betegség kezelésének. Amennyiben a műtét rosszindulatú daganat gyanúja miatt történik, azt hasi feltárásból kell végezni. Amennyiben nincs látható vagy tapintható áttét a következő lépések elvégzése feltétlenül szükséges (15-17):

1. Az összes hashártyai felszín gondos vizsgálata.
2. A hasüri folyadék összegyűjtése, amennyiben nincs folyadék a mintavételt a mosófolyadékból kell elvégezni.
3. A harántvastagbél alatt végzett cseplesztávolítás.
4. Kismencedei és a hasi főerek melletti nyirokcsomók eltávolítása, egyoldali tumor esetében legalább a tumornak megfelelő oldalon. Minden gyanús elváltozás, daganat okozta összenövés eltávolítása vagy mintavétel végzése.
5. Az egészséges hashártyai felszínekről is mintavételt kell végezni (jobb rekeszi felszín, hólyagáthajlás, Douglas-üreg, fel- és leszálló vastagbél melletti árok és mindkét oldali medencefal).
6. Kétoldali méhfüggelék eltávolítással végzett teljes hasi méheltávolítás javasolt a legtöbb esetben (fertilitás megtartó műtétek kivételével).

7. Mucinózus daganatban a férégnýúlvány eltávolítása elvégzendő (18).

Amint azt korábban említettük rosszindulatú folyamat megalapozott gyanúja esetén a műtétet hasi feltárással kell végezni, a hastükrözés akkor megengedhető, ha a folyamat az előzetes vizsgálatok alapján inkább jóindulatúnak tűnik. Minden gyanús területről a mintavételt el kell végezni és a rosszindulatú folyamat kizárása érdekében műtét közben szövettani vizsgálat javasolt: ennek igazolódása esetén a sebési stádium-meghatározás minden esetben elvégzendő (17).

**■ CITOREDUKTÍV MŰTÉT ELŐREHALADOTT STÁDIUMÚ PETEFÉSZEK-DAGANATBAN
ELSŐDLEGES TUMORELTÁVOLÍTÓ MŰTÉT (PRIMER
DEBULKING MŰTÉT-PDS)**

A betegek legalább kétharmada előrehaladott stádiumban kerül felismerésre (FIGO III-IV), amely kihatással lehet a teljesítőképességre, általános állapotra, és a műtetre való alkalmasságra. A kórjóslatot meghatározó legfontosabb tényező azonban ebben a daganattípusban a műtét után visszamaradó maradványdaganat, ezért mindenkinél, akinek általános állapota megengedi, hasmegnyitásból végzett műtéttel kell eltávolítani a belső nemi szervek mellett a csepleszt és a valamennyi daganatos elváltozást, mely során cél a teljes daganatmentesség elérése (15, 19). Ehhez szükséges lehet bélresectio végzése, esetenként egyéb hasúri szervek részleges vagy teljes eltávolítása is. A szisztematikus kismedencei és hasi főerek melletti nyirokcsomó-eltávolítás, amennyiben a nyirokcsomó szemmel láthatóan nem érintett tumorosan, nem javítja a betegek túlélését, ezért nem javasolt (20). A tumoreltávolítás sikeressége szempontjából a kismedencei daganat mennyisége nem meghatározó, mivel az bélresectióval, illetve a hashártya lenyúzásával végzett (ún. extraperitonealis) méheltávolítással gyakorlatilag mindig eltávolítható. A teljes tumoreltávolítás sikere szempontjából a daganat felhási kiterjedtsége a meghatározó. A daganat eltávolítása során törekedni kell a teljes tumormentességre, azaz minden szemmel látható daganat eltávolítására, és ehhez komplex eljárások ismeretére (pl. májmobilizáció) vagy szerv eltávolításra/ csonkolásra (pl. lépeltávolítás, hasnyálmirigyfárok-csonkolás) lehet szükség (21).

**IDŐKÖZI TUMORELTÁVOLÍTÁS (INTERVALLUM
DEBULKING MŰTÉT)**

Válogatott esetekben, IIIC–IV. stádiumú folyamat esetén, amennyiben a beteg általános állapota (inoperábilis) vagy a tumor elhelyezkedése (irrezekábilis) alapján nem alkalmas az elsődleges műtetre, bevezető kemoterápia (neoadjuvant chemotherapy, NACT) alkalmazható, melyet időközi tumoreltávolító műtét (Interval Debulking Surgery, IDS), majd további műtét utáni kiegészítő kemoterápiás kezelés követ. A bevezető kemoterápiát követő időközi tumoreltávolító műtéten átesett betegek túlélése randomizált többközpontú vizsgálatok alapján hasonló volt azokéval, akiknél elsődleges tumoreltávolító műtétet végeztek, azonban a műtét körüli szövődmények aránya alacsonyabb volt. Az előzetes kemoterápia után alkalmazott időközi műtét azon betegek számára jelent előnyt, akiknek az általános állapotuk a betegség felismerésekor nem megfelelő, jelentős egyéb társult betegségeik vannak vagy je-

lentős hasúri folyadékkal járó kiterjedt zsigeri áttétek és/vagy mellúri folyadékgyülemük van. Válogatott esetekben is alkalmazható lehet a kemoterápiák közötti műtét, amennyiben elsődleges műtéttel a daganat a kiterjedtsége miatt nem távolítható el maradvány nélkül vagy az elsődleges daganateltávolító műtét során nem sikerült a teljes tumoreltávolítás és a műtétet nem képzett nőgyógyász daganatsebész végezte (22; 23).

■ BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

A továbbiakban a hám eredetű petefészek-daganat sebési kezelésével kapcsolatosan szerzett tapasztalatainkat kívánjuk ismertetni az intézetünkben 2014. január 1. és 2017. december 31. között felismert és kezelt eseteink részletes ismertetésén és elemzésén keresztül. Az általunk végzett retrospektív vizsgálatba újonnan felismert, hámeredetű petefészekdaganattal diagnosztizált betegek kerültek bevonásra. Részletesen elemeztük a betegek életkorbeli megoszlását, a folyamat differenciáltsági fokát, szövettani altípusát. A stádiummeghatározás a frissített 2018-as FIGO ajánlásnak (1. táblázat) megfelelően történt, ennek fényében az esetek stádiumait visszamenőlegesen módosítottuk a patológiai és a klinikai eredmények alapján. Minden stádiumban meghatározásra került a komplett onkológiai terápiát követően a betegségmentes túlélési időszak (progression-free survival – PFS). Kiemelt figyelmet szentelünk az előrehaladott stádiumú betegeinknek, mivel ebben a csoportban a teljes daganateltávolításnak a kimenetel szempontjából kiemelt jelentősége van. Az adott csoportban elkülönítettük a visszamaradó látható daganat, tehát reziduum nélkül műtött betegek csoportját (R0), illetve a reziduummal operáltakét (R1); mindkét alcsoportban összehasonlításra került a betegadatok, illetve a progressziómentes túlélési adatok. Betegeink progressziómentes túlélését Kaplan–Meier-statisztika szerint vizsgáltuk és ábrázoltuk. A statisztikai analízist IBM SPSS statistics program (verz. 21.1) segítségével végeztük. A normalitás eloszlás vizsgálatához a Kolmogorov–Smirnov-próbát, statisztikai tesztként Mann–Whitney U-tesztet, illetve t-próbát használtunk.

■ EREDMÉNYEK

Klinikánkon 2014 és 2017 között összesen 158 újonnan felismert epithelialis petefészek daganatos beteg műtéti kezelésére került sor. A betegek átlagos életkora a felismeréskor 56,1 év volt. Az esetek többségében szerózus (93,04%) és alacsony differenciált (high grade – 89,24%) folyamattal találkoztunk. Mivel a IIIA stádiumú betegeknél gyakorlatilag mindig kivitelezhető a teljes tumorredukció előrehaladott stádiumú csoportba a IIIB stádiumtól soroltuk be betegeinket. Az eseteink több mint fele így is a fenti meghatározás szerint előrehaladott stádiumban (>FIGO IIIB) került felismerésre (55,06%). 11 esetben csak biopsia indikációjával történt műtét a betegeknél. Az előrehaladott stádiumú betegek között azon csoportban, ahol tumorredukciós műtét kísérlete történt (76 beteg), az esetek felében sikerült optimális állapotot elérnünk, tehát nem maradt vissza szemmel látható daganat a hasüregben (2. táblázat).

Annak érdekében, hogy teljes képet kapjunk betegeinkről az általános jellegzetességeken kívül megvizsgáltuk a progressziómentes túlélés, mint legfontosabb prognosztikai faktor

I. táblázat A petefészekrák stádiumbeosztása - FIGO 2018 (Berek et al. 2018)		
I	A daganat a petefészerekre vagy a petevezetőre korlátozódik	T1-N0-M0
IA	A tumor csak az egyik petefészerekre vagy petevezetőre korlátozódik, a tokja intakt, nincs daganat a petefészek vagy a petevezető felszínén, az ascitesben vagy peritonealis mosófoliadékban nem találhatók daganatos sejtek	T1a-N0-M0
IB	A daganat mindkét petefészeket (intakt tokkal) vagy petevezetőt érinti, nincs daganat a petefészek vagy a petevezető felszínén, az ascitesben vagy peritonealis mosófoliadékban nem találhatók daganatos sejtek	T1b-N0-M0
IC	A daganat az egyik vagy mindkét petefészeket vagy petevezetőt érinti, az alábbiak valamelyikével	
IC1	A daganat kapszulája a műtét alatt sérül, megreped	T1c1-N0-M0
IC2	A daganat tokja a műtét előtt megrepedet vagy a tumor érinti a petefészek vagy petevezető felszínét	T1c2-N0-M0
IC3	Daganatsejtek találhatók az ascitesben vagy a peritonealis mosófoliadékban	T1c3-N0-M0
II	A daganat beszűri az egyik vagy mindkét petefészeket vagy petevezetőt kismencedei terjedéssel vagy peritonealis carcinosissal a medencebemenet síkja alatt	T2-N0-M0
IIA	A folyamat aterosusra és/vagy a petevezetőre és/vagy a petefészerekre terjed vagy implantálódott	T2a-N0-M0
IIB	Az egyéb kismencedei szövetekre terjed a folyamat	T2b-N0-M0
III	A daganat beszűri az egyik vagy mindkét petefészeket vagy petevezetőt vagy peritonealis carcinoma áll fenn citológiai vagy szövettanilag igazolt kismenceden túli terjedéssel és/vagy metastasisal a retroperitonealis nyirokcsomó felé	
IIIA1	Pozitív retroperitonealis nyirokcsomók (szövettanilag igazolt)	T1/2-N1-M0
IIIA1(i)	Legfeljebb 10 mm legnagyobb átmérőjű metastázis	
IIIA1(ii)	Több mint 10 mm legnagyobb átmérőjű metastázis	
IIIA2	Mikroszkópikus kismenceden túli peritonealis terjedés függetlenül a nyirokcsomóstátustól	T3a2-N0/N1-M0
IIIB	Makroszkópikus kismenceden túli peritonealis terjedés függetlenül a nyirokcsomóstátustól legfeljebb 2 cm-es legnagyobb átmérőig	T3b-N0/N1-M0
IIIC	Makroszkópikus kismenceden túli peritonealis terjedés függetlenül a nyirokcsomóstátustól legalább 2 cm-es legnagyobb átmérővel	T3c-N0/N1-M0
IV	Távoli metastázis, peritonealis terjedés kivétel	T1-3c-N0/1-M1
IVA	Pleuraérintettség citológiával megerősítve	
IVB	Parenchimális áttét és metastázis a hasüregen kívüli szervekre (inguinalis és hasüregen kívüli nyirokcsomó-metastázis is távoli áttétnek minősül)	

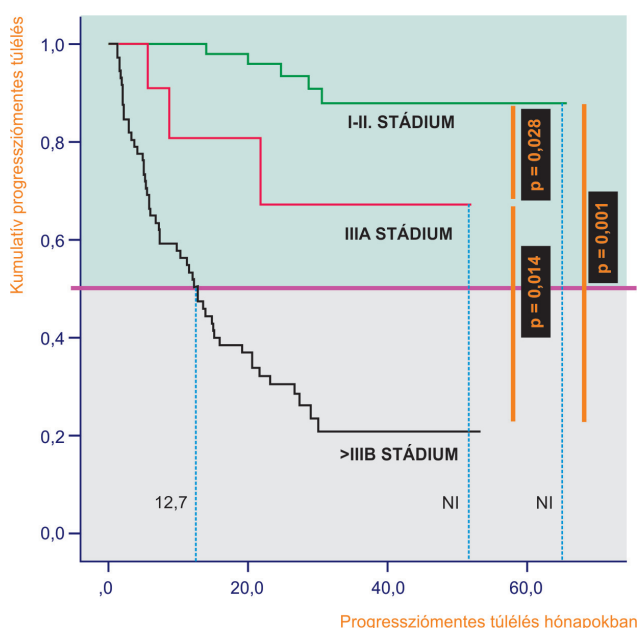
alakulását a stádium függvényében Kaplan–Meier-statisztika szerint. Amint az várható volt a betegek az előrehaladott stádiumú betegeink medián betegségmentes túlélése 12,7 hónap (IQR: 4,9–28,9) szignifikánsan rosszabb volt, mint a korai stádiumú betegeké (medián érték nem számolható) ($p < 0,001$). A IIIA és IIIB stádiumú betegeink progressziómentes túlélése között is igen jelentős és szignifikáns különbség adódott ($p = 0,014$) (1. ábra).

Ezt követően az előrehaladott stádiumú betegeknél vizsgáltuk meg a tumoreltávolítás mértékének hatását a betegségmentes időszakokra. Az előrehaladott stádiumú, tehát magas rizikójú betegeinknél a betegségmentes időszak hossza nagymértékben

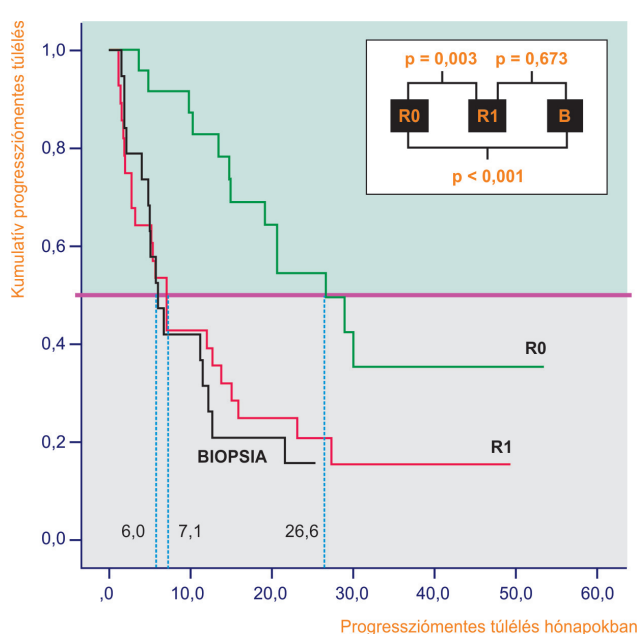
különbözött a tumoreltávolítás műtéti sikerességének függvényében. Azon előrehaladott stádiumú betegeinknél, akiknél teljes tumorredukciót sikerült elérnünk a kiterjesztett műtét során (R0), a progressziómentes túlélés medián értéke 26,6 hónap (IQR: 14,8 –NI) volt, szemben azon betegek 7,1 hónapos (IQR: 2–15,9) medián progressziómentes túlélésével, akiknél a kiterjesztett műtét kísérlete során daganat maradt vissza. Szintén figyelemre méltó, hogy a radikális műtét céljával, de nem teljes tumorredukcióval megoperált utóbbi betegcsoport és a csak biopszián átesett betegek medián progressziómentes túlélése között gyakorlatilag nem volt különbség, utóbbi mediánja 6 hónap (IQR: 4–12,7) volt ($p = 0,673$) (2. ábra). A teljes tumoreltávolítás kedvező prognosztikai hatása közis-

2. táblázat A betegek megoszlása	
	Összesen (%)
Esetszám	158 (100%)
Átlagéletkor	56,1 év
Szöveti típus	
Szerózus	147 (93,04%)
Egyéb	11 (6,96%)
Grádus	
Magas	141 (89,24%)
Alacsony	17 (10,76%)
Stádium	
Korai (<FIGO IIIA)	71 (44,94%)
Előrehaladott (≥FIGO IIIB)	87 (55,06%)
Korai stádiumban	
Komplett staging	59 (83,10%)
Inkomplett staging	12 (16,9%)
Debulking műtét előrehaladott stádiumban	
Optimális tumorredukció (R0)	38 (50%)
Szuboptimális tumorredukció (R1)	38 (50%)
Biopsia – inoperábilis státusz előrehaladott stádiumban	11

mert tény, beteganyagunkon az előrehaladott stádiumú optimális tumoreltávolításon átesett betegek csaknem négyszeres túlélési előnye a betegek műtét utáni valós daganatmentességét támasztja alá.

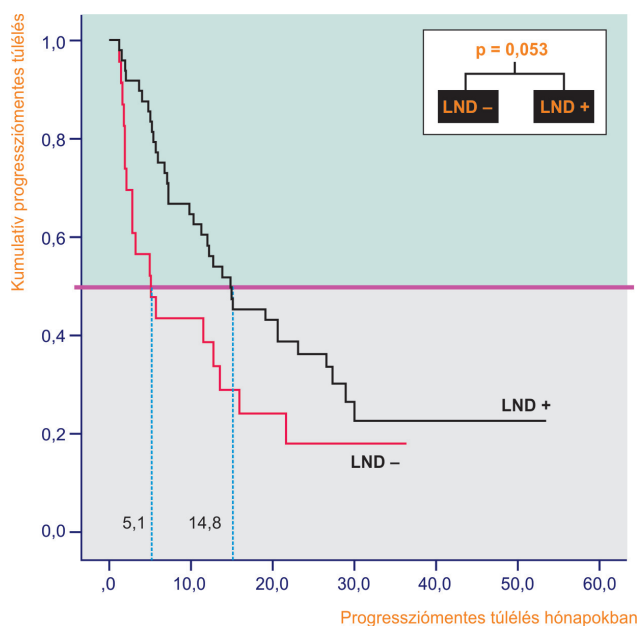


1. ábra A betegek progressziómentes túlélése stádiumok szerint



2. ábra Előrehaladott stádiumú (>FIGO IIIB) betegek progressziómentes túlélési görbéi a tumorredukció mértéke szerint

A fentiekben kívül megvizsgáltuk, hogy a szisztematikus nyirokcsomó-eltávolítás befolyásolta-e a betegség kimenetelét előrehaladott stádiumban. Eredményeink alapján bár a nyirokcsomó eltávolításon is átesett betegeknél a betegségmentes időszak medián értéke hosszabb volt (14,8 hónap, IQR: 6,7–30) mint a nyirokcsomó-eltávolítás nélküli csoport esetén (5,1 hónap, IQR: 1,9–15,9), azonban a statisztikai értékelés szerint az eredmény nem volt szignifikáns ($p=0,053$) (3. ábra). A progressziómentes túlélésbeli különbség abból is adódhat a két csoport között, hogy a nyirokcsomó eltávolításon átesett



2. ábra A progressziómentes túlélés előrehaladott stádiumú betegeknél a stádiummeghatározás céljából végzett nyirokcsomóeltávolítás (LND) megtörténte szerint

betegeknél a sebészi radikalitás foka is különböztethető, így ez nem független prognosztikai tényező volt.

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A molekuláris biológiai ismeretek bővülésével vált ismertté, hogy a hámeredetű petefészek-daganatok agresszivitását a bennük található genetikai eltérés határozza meg, és eszerint alapvetően két csoportba sorolhatóak: magas és alacsony grádusú daganatokat különböztetünk meg. A magas grádusú daganatokra jellemző az előrehaladottabb stádiumban történő felismerés, ugyanakkor ezen daganatok általában a kemoterápiára nagyobb válaszkésztséget mutatnak. Az előrehaladott stádiumú betegek esetén alapvetően meghatározó a betegségmentes túlélés szempontjából a daganat eltávolításának mértéke: ideálisnak a műtét során elért teljes szemmel látható tumormentességet tekintjük, ami meghatározza a műtétben történő ténykedésünket is. Petefészekrák esetében végzett műtétnek akkor van értelme, ha ezt az állapotot sikerül elérnünk: az ESGO petefészekrák sebészeti ellátására vonatkozó irányelvei szerint is a műtét célja a teljes tumorredukció elérése kell, hogy legyen. A saját beteganyagunkon végzett vizsgálat is azt igazolja, hogy ebben az esetben betegeink csaknem négyszeres betegségmentes túlélésre számíthatnak. Amennyiben nem sikerül a műtét során teljes tumormentességet elérnünk és maradványdaganatot hagyunk vissza, a betegek túlélése csak minimálisan jobb és statisztikailag nem különbözik azon betegektől, akiknél a kiterjedt betegség miatt eleve csak biopsziát végzünk. Saját beteganyagunkon igazolt megfigyelésünk egybevág az irodalmi adatokkal, és egyrészt a teljes tumoreltávolítás fontosságát igazolja, másrészt fontos minőségi visszajelzés, hogy a teljes tumorredukciónak elkönyvelt műtétek esetén valóban megtörtént a daganat teljes eltávolítása. A nyirokcsomó-eltávolítás tekintetében az előrehaladott stádiumban nem rendelkezünk egyértelmű, erős bizonyítékokkal, evidenciákkal annak kötelező érvényű elvégzése szempontjából. A mi beteganyagunkban a szisztematikus nyirokcsomó-eltávolítás esetén a betegségmentes túlélés irányvonalában javulás mutatkozott, statisztikailag meggyőző különbség azonban nem volt igazolható. A fenti elemzések közül talán ez az egy eredményünk nevezhető váratlannak, azonban vizsgálatunk értékét mindenképpen limitálja a relatíve kis esetszám, illetve a retrospektív jelleg. A nyirokcsomó-eltávolítás szükségességéről, illetve annak hatásáról a túlélési eredmények vonatkozásában a nemrég lezárult, nemzetközi, többközpontú prospektív LION vizsgálat eredményei adnak pontosabb képet (20). A LION vizsgálat eredményei a saját beteganyagunk elemzéséből levont következtetést megerősítik és alátámasztják azt, hogy előrehaladott stádiumban a szisztematikus nyirokcsomóblokk eltávolítás nem javítja a betegek progressziómentes túlélését. Természetesen ez nem vonatkozik a szemmel láthatóan vagy a képalkotók alapján kórosnak tűnő nyirokcsomókra, melyek eltávolítása a teljes tumorredukció miatt mindig indokolt.

■ IRODALOM

1. The World Ovarian Cancer Coalition Atlas Global Trends In Incidence, Mortality And Survival, 2018.
2. Reid BM, Permuth JB, Sellers TA, et al. Epidemiology Of Ovarian Cancer: A Review. *Cancer Biol Med* 2017;14(1):9-32.

3. Nemzeti Rákregiszter: A Petefészek Rosszindulatú Daganata, 2015, Országos, Nők Körében. <http://www.onkol.hu/hu/rakregiszter-statisztika>
4. European Health Information Gateway, Health for All explorer (1979–2015): Malignant neoplasm of ovary- female (number of deaths). <https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/#jbnb0zhlab>
5. Noone AM, Howlader N, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975–2015, National Cancer Institute. Bethesda, MD, https://seer.cancer.gov/csr/1975_2015/, Based On November 2017 SEER Data Submission
6. Gates MA, Rosner BA, Hecht JL, et al. Risk Factors For Epithelial Ovarian Cancer By Histologic Subtype. *Am J Epidemiol.* 2017;171(1):45-53.
7. Bell D, Berchuck A, Birrer M, et al. Integrated Genomic Analyses of Ovarian Carcinoma *Nature*; 2011;474(7353):609–15.
8. Norquist BM, Harrell MI, Brady MF, et al. Inherited Mutations In Women With Ovarian Carcinoma. *JAMA Oncol* 2016;2(4):482-90.
9. Watson P, Lynch HT, et al. Extracolonic Cancer In Hereditary Non-polyposis Colorectal Cancer *Cancer* 1993;71(3):677-85.
10. Pál A. A szülészeti-nőgyógyászati egyetemi tankönyve. Medicina Zrt. Budapest, 2012.
11. Ledermann J, Harter P, Gourley C, et al. Olaparib Maintenance Therapy in Platinum-Sensitive Relapsed Ovarian Cancer *N Engl J Med* 2012;366(15):1382-92.
12. Jayson GC, Kohn EC, Kitchener HC, et al. Ovarian cancer *Lancet* 2014;384(9951):1376-88.
13. Shih Ie M, Kurman RJ. Ovarian tumorigenesis: a proposed model based on morphological and molecular genetic analysis *Am J Pathol* 2014; 164(5),1511-8.
14. Ricciardi E, Baert T, Ataseven B, et al. Low-grade Serous Ovarian Carcinoma *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2018;78(10):972–6.
15. Berek JS, Friedlander M, Hacker NF, et al. Epithelial Ovarian, Fallopian Tube, And Peritoneal Cancer. *Gynecologic Oncology*, 6th Ed Philadelphia: Lippincott Williams And Wilkins; 2015:464–529.
16. Lataifeh I, Marsden DE, Robertson G, et al. Presenting Symptoms Of Epithelial Ovarian Cancer. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 2005; 45(3):211–4.
17. Berek JS, Kehoe ST, Kumar L, et al. FIGO CANCER REPORT 2018 Cancer of the ovary, fallopian tube, and peritoneum *Int J Gynecol Obstet* 2018;143(Suppl.2):59–78.
18. Zanetta G, Chiari S, Rota S, et al. Conservative surgery for stage I ovarian carcinoma in women of childbearing age *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104(9):1030–5.
19. Chan JK, Tian C, Fleming GF, et al. The Potential Benefit Of 6 vs. 3 Cycles Of Chemotherapy In Sub- Sets Of Women With Early-Stage High-Risk Epithelial Ovarian Cancer: An Exploratory Analysis Of A Gynecologic Oncology Group Study *Gynecol Oncol* 2010;116(3):301–6.
20. Harter P, Schouli J, Lorusso D, et al. A Randomized Trial of Lymphadenectomy in Patients with Advanced Ovarian Neoplasms *N Engl J Med* 2019;380(9):822–32.
21. Querleu D, Planchamp F, Chiva L, et al. European Society Of Gynaecological Oncology (ESGO) Guidelines For Ovarian Cancer Surgery *Int J Gynecol Cancer* 2017;27(7):1534–42.
22. Vergote I, Tropea CG, Amant F, et al. Neoadjuvant Chemotherapy Or Primary Surgery In Stage IIIC or IV Ovarian Cancer *N Engl J Med* 2010;363(10):943–53.
23. Kehoe S, Hook J, Nankivell M, et al. Primary Chemotherapy Versus Primary Surgery For Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer (CHORUS): An Open-Label, Randomised, Controlled, Non-Inferiority Trial *Lancet* 2015;386(9990):249–57.
24. NCCN Clinical Practice Guidelines In Oncology (NCCN Guidelines®) Ovarian Cancer, Including Fallopian Tube Cancer And Primary Peritoneal Cancer Version 1. 2019 — March 8, 2019.

Méhnyakrákban és petefészekrákban érintett betegek életminőségének vizsgálata

KISS KATALIN, NAGY-TÓTH ILDIKÓ ICÓ, SZERENCSES DÓRA

Mályvavirág Alapítvány és Inspira Healthcare Research

E-lel: info@malyvavirag.hu

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A méhnyak- vagy petefészekrák miatt kezelt nők életminősége tartósan megváltozik a betegség következtében. A betegségek testi és lelki értelemben egyaránt befolyásolják a hölgyeket: anyaként, munkavállalóként vagy nőként betöltött szerepüket, nőiességüket. A kutatás eredményei is utalnak rá, de a Mályvavirág Alapítvány munkája során is gyakran szembesülünk az- zal, hogy a megváltozott élethelyzetekről, a házassági kérdésekről beszélni nehéz, és kerüendő, pedig sokan igényelnék a támogatást, és segítséggel az életminőség javítható! Összességében megállapítható, hogy a jelenlegi ellátórendszer munkáját dicséri a tény, miszerint a legtöbb nő pozitív hozzáállással és életszemlélettel „lép túl” a betegségen, pozitív várakozásokkal tekint élete további fejezeteire. A tünetek kapcsán nagyon fontos kiemelni, hogy a sok esetben enyhének vagy más jellegű szervi kérdésnek álcázott panaszok jelentős részben hozzájárulnak ahhoz, hogy a betegek csak későn részesülnek megfelelő kezelésben. Kiemelt szerepe van tehát a felvilágosításnak, és fontos, hogy időben gondoljunk a lehetséges veszélyállapotra. A felmérésünk által azonosított fejlesztési pontok egyértelműen rávilágítanak arra, hogy a méhnyakrákkal és petefészekrákkal szembeni győzelem nem kizárólag a betegen, vagy az őt kezelő orvoson, hanem hosszú távon a társszakmák, az egészségügyi szakdolgozók, a közvetlen családi és a szélesebb értelemben vett társadalmi-munkahelyi környezet együttműködésén is nagyban múlhat.

Kulcsszavak: méhnyakrák, petefészekrák, életminőség, hármas funkcióvesztés, Mályvavirág, helyreállítás, HPV, kemo- terápia, sugárkezelés, GYSP, gyógyulást segítő tevékenység

■ SUMMARY

THE QUALITY OF LIFE OF WOMEN WITH CERVICAL OR OVARIAN CANCER

The life quality of women affected by cervical or ovarian cancer changes in the long term due to the illness. Both diseases have a huge impact on patients' life quality. The

diseases influence the ladies both physically and mentally: their roles as mothers, employees or women, their femininity. The results of the study also indicate, but also in the everyday work of the Mallow Flower Foundation we often face the experience, that women find it hard to talk about changed physiological functions or sexual problems, these are taboos, however, many patients feel the need for support and this support can improve life quality. Altogether it can be concluded and it also to the credit of the current health care system that most women 'overstep' the disease with a positive attitude and approach to life, and have positive expectations for the following chapters of their lives. Regarding the symptoms, it is extremely important to point out that the often mild symptoms or those disguised (as related to other organs) contribute greatly to patients getting proper treatment too late. Education therefore has an essential role and it is important that even as non-professionals we should keep the possibility of the diseases in mind. The improvable points that our study identified clearly highlight that the victory against cervical or ovarian cancer does not exclusively depend on the patient or the doctor, but in the long term, on the co-operation of the peer professions, the health care specialists, the direct family and social-workplace environment in a wider sense.

Keywords: cervical cancer, ovarian cancer, life quality, triple function loss, Mallow flower, rehabilitation, HPV, chemotherapy, radiation therapy, RSP, recovery support program

■ BEVEZETÉS

A Mályvavirág Alapítvány célja a nőgyógyászati daganatokban érintett nők gyógyulásának támogatása és a méhnyakrák megelőzésének elősegítése. Az évről évre egyre több tagot számláló szervezetünk munkáját a jó értelemben vett megszállottság jellemzi, a vállalt feladatok jellege pedig nagyon széles: része a betegút-irányítás, a lelki támogatás, az orvosokkal történő kapcsolatfelvétel támogatása, felvilágosítás, események szervezése vagy akár a helyreállítás segítése is. Lényeges, hogy

működésünk minden területén szorosan együtt dolgozunk a szakmával, mindenben kikérjük az érintett orvosok, egészségügyi szakemberek véleményét, kiadott anyagaink minden esetben általuk ellenőrzöttek.

Az elmúlt 6 évben számos „színes és nagyon feltűnő” eseményt tudhattunk maguk mögött, tudatosan megcélózva a méhnyakrákkal (illetve ma már petefészekrákkal, méhtestrákkal, szeméremtest- és hüvelyrákkal) szembeni tilalmasságok ledöntését, a széles körű felvilágosítást és a megelőzés elősegítését.

Az elsősorban lelki alapokon nyugvó tevékenységünk mellett 2019-ben valós alapokon nyugvó vizsgálatot kezdeményeztünk, megcélózva azt, hogy a mindennapi működés során halott tényekről, illetve a betegséggel kapcsolatos adatokról a számok tükrében is lehessen beszélni, értekezni. Ennek eredményeként kezdtünk tavaly februárban a Mályvavirág Alapítvány, az Inspira Healthcare Research piackutató és a Big Data együttműködésében egy egészségügyi kutatás. Az említett ügynökségek tevékenységében egyébként is kiemelt területet jelent a társadalmi felelősségvállalás (CSR), így azonnali volt a nyitottság a felmérés lebonyolítására. A maga nemében egyedülálló és hiánypótló vizsgálat nagy mintán átfogóan és rendkívül részletesen vizsgálja a betegséggel kapcsolatos fizikai és lelki élményeket, tapasztalatokat. Jelen összefoglalónk ennek eredményeit mutatja be.

A Mályvavirág Alapítvány célja, hogy a kapott eredményeket a támogató, az orvos és egészségügyi szakma, valamint a lakosság felé bemutassa, és felhasználja az ellátás javítására, fejlesztési pontok megfogalmazására, felvilágosításra – tovább erősítve és tudományosabb alapokra helyezve ezzel a Mályvavirág márka felelős építkezését.

■ MÓDSZEREK

A kutatás kérdőíves megkérdezéssel végeztük elektronikusan küldött önkitöltős (CAWI) kérdőívekkel. A válaszadókat két forrásból véletlenszerűen kérdeztük: (1) részben a Mályvavirág Alapítvány saját Facebook-közösségében nyilvántartott hölgyek kaptak egyedi felkérést, (2) másrészt pedig néhány magyarországi egészségügyi intézmény segítségével az ott megforduló, a betegségben érintett hölgyeket az őket gondozó orvosok, nővérek hívták meg a kutatásban való részvételre. A felmérés 2019 februárjában és márciusában zajlott. A kérdőívünket 425 méhnyakrákban és 96 petefészekrákban érintett hölgy töltötte ki.

A közel 170 kérdéses kérdőív kitöltési ideje átlagosan 30–40 percet vett igénybe, és döntően egyszerűbb, zárt kérdéseket tartalmazott. A kapott válaszok visszatekintők, vagyis az eredmények az érintettek visszaemlékezésén alapulnak. A felmérésünknek nem volt célja (és technikailag sem lett volna kivitelezhető), hogy a felidézett tapasztalatokat a tényleges gyakorlattal vessük össze.

Az országos lefedettségű minta területileg vegyes eloszlású, és a módszertan jellegéből adódóan a közép- és felsőfokú vég-

zettséggel rendelkezők túlsúlyban vannak. Fontos tehát leszögezni, hogy a minta – összetétele alapján – nem tekinthető jellemzőnek, ugyanakkor kellően nagy merítést biztosít ahhoz, hogy a célcsoportra vonatkozóan általánosabb érvényű következtetéseket vonjunk le. Mindemellett módszertani szempontból ez a kitöltési arány kiemelkedően magasnak tekinthető az alábbi okok miatt:

- Az érintett célcsoport sajátos, a szokványos felmérésekben rendkívül nehezen elérhető betegcsoport, ezért támogató háttér (pl. egy betegszervezet segítsége) hiányában nehezen és igen költségesen lenne megvalósítható ilyen mértékben.
- A kérdőív kifejezetten hosszúnak tekinthető, így komoly kihívás az érdeklődés folyamatos fenntartása, lévén, hogy a válaszadók önkéntesen és személyes kapcsolat nélkül (világhálón) vettek részt a felmérésben.
- Figyelembe véve az előbbieket és azt a tényt, hogy az adatfelvétel alig egy hónapig tartott, elmondható, hogy az érintetteket nagyon érdekelte a felmérés – jelzi ezt a sok kitöltés is.

Az esetleges korlátok figyelembe vétele mellett is elmondható, hogy a kutatás a maga nemében hiánypótló, hiszen ekkora mintán, ilyen részletességgel nem készült még vizsgálat az érintettek betegútjáról, érzéseiről.

Az elemzés során alkalmazott statisztikai módszereink között leíró alapstatisztikák, keresztbontások és a jelentőség vizsgálata szerepelt.

■ EREDMÉNYEK

A MINTA ÖSSZETÉTELE, NÉPESSÉGI JELLEMZŐK

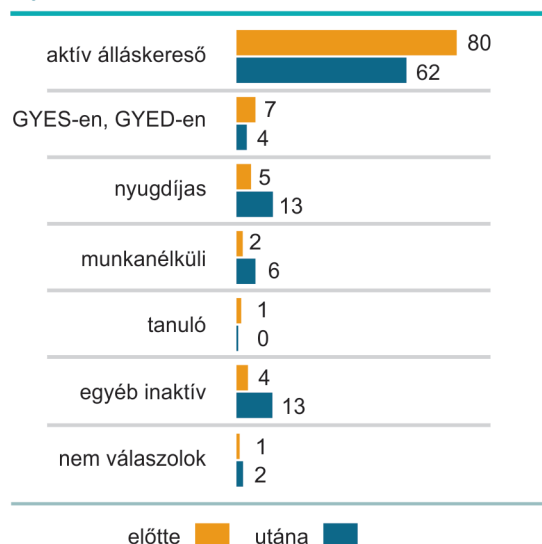
A méhnyakrákban érintett hölgyek átlagos életkora 44 év, míg a petefészekrákban érintetteknél ez valamivel magasabb, 49 év. Végzettség alapján a kitöltők jelentős többsége felsőfokú (40%) vagy legalább középfokú (40%) végzettséggel rendelkezik. A minta településforma szerinti eloszlása vegyes, legmagasabb arányban a városban élők képviseltetik magukat 38%-kal, míg a kitöltők 23%-a Budapesten, 17%-uk pedig megyeszékhelyen él. A válaszadók 5%-a külföldről (legtöbbször Ausztriából és Romániából) válaszolt a kérdésekre. Az érintettek családi állapota nem változott jelentősen a betegség előtti állapothoz képest, a hölgyek átlagosan háromnegyede társas kapcsolatban él. Összességében a megkérdezettek 50%-ának van a családjában rákos betegség női vonalon.

FOGLALKOZTATÁSI ADATOK

A daganat erőteljesen kihatott a nők tevékenységére: a betegség előtt átlagosan 80%-uk volt aktív kereső, míg a betegség után már csak 62% (1. ábra)! Ezzel egy időben nőtt az inaktív vagy nyugdíjas státuszban élők aránya 4–5%-ról 13%-ra.

A betegség után az érintettek 57%-a 3 hónapon belül, további 28%-uk pedig 3 hónapon túl tért vissza ugyanarra a munkahelyre dolgozni. Mintegy 10% körül alakul azok aránya, akik betegségük miatt munkahelyváltásra kényszerültek. A megkérdezettek 9%-a biztosan tervezi a leszázalékolást, míg 16%-uk már élt is vele. A kérvényezőik aránya lényegesen ma-

teljes minta, N = 521



1. ábra Foglalkoztatottság a kezelések előtt és után

gasabb (29%) a petefészekrákban érintettek körében (méhnyakrákban 13%-uk kezdeményezte). A leszázalékolt hölgyek átlagos életkora mindössze 50 év, míg a lehetőséggel tervezők alig 47 évesek!

GYERMEKVÁLLALÁSI HAJLANDÓSÁG

A válaszadók 80%-ának van gyermeke, míg 9%-uknak (elsősorban a petefészekrákban érintetteknek) nem volt és már nem is lehet. A gyermekek kb. egyötöde (22%) szeretett volna még utódot, de a betegség miatt erre többet nincsen lehetősége, ez elsősorban a méhnyakrákban érintettek körében gyakoribb, 25%. Az örökbefogadás gondolata csak nagyon keveseket foglalkoztat (2%). Összességében elmondható, hogy az érintett nők 26%-a (!) bár szeretett volna gyermeket, a betegség miatt nem lehet (2. ábra). A lehetőségtől megfosztott hölgyek átlagos életkoruk mindössze 40-45 év között alakul.

Az alkalmazott fogamzásgátlás tekintetében a válaszadók többsége, 44%-a hormonális tablettát, 27%-uk gumióvszert, 23%-uk pedig semmit nem alkalmaz. A használt módszerekben jelentősebb különbségek életkor alapján vannak, mert míg a 45 év alattiak körében a hormonális tabletta (53%) és a gumióvszer vezet (33%), az idősebbeknél a méhen belüli eszköz (16%) vagy a megszakításos (15%) módszer népszerű, vagy sokan (29%) semmit nem alkalmaznak.

TÜNETEK ÉS KÓRISME

A méhnyakrákban érintettek átlagos életkora a kórisme felállításakor 40 év, míg a petefészekrákban érintettek esetében 45 év volt. A jelentkező tünetek jellege egészen eltérő a két betegség formája szerint. A méhnyakráknál gyakrabban, 35%-ban fordul elő, hogy egyáltalán nem tapasztalnak tüneteket, ha mégis előfordul, akkor a kapcsolat utáni pecsételő vérzés (30%), a havi vérzések közötti vérzések (25%) vagy a rendellenes hüvelyi folyás (23%) a legjellemzőbbek. Ezzel szemben a petefészekrákban szenvedők leggyakoribb panaszai a puffadás (54%) és alhasi fájdalom (48%).

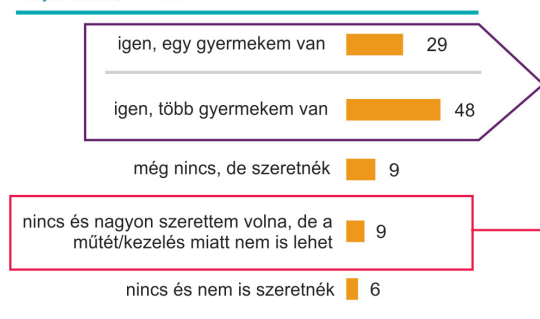
A kezdeti állapotban felismert méhnyakrákos betegeknél lényegesen nagyobb, 53% a panaszmentesek aránya, míg az előrehaladottabb (IIB.) stádiumban felfedezett betegek jellemző tünetei között találjuk az esemény utáni pecsételő vérzést (43%), az alhasi fájdalmat (28%), a folyamatos vérzést (22%) és a véres hüvelyi folyást (15%) (3. ábra).

Leginkább a petefészekrák tünetek kapcsán nagyon fontos kiemelni, hogy a sok esetben enyhének vagy más jellegű szervi eltérésnek álcázott panaszok jelentős részben hozzájárulnak ahhoz, hogy a betegek csak későn részesülnek megfelelő kezelésben. Fontos tehát, hogy akár nem hozzáértőként is szem előtt tartassuk a betegség lehetséges veszélyét.

A tünetek megjelenését követően az érintettek fele kb. 1 hónapon belül kereste fel orvosát. A szakemberhez fordulás után a megkérdezettek felénél egy hónapon belül felismerték a bajt, ez a petefészekrákosoknál valamivel több (59%), mint a méh-

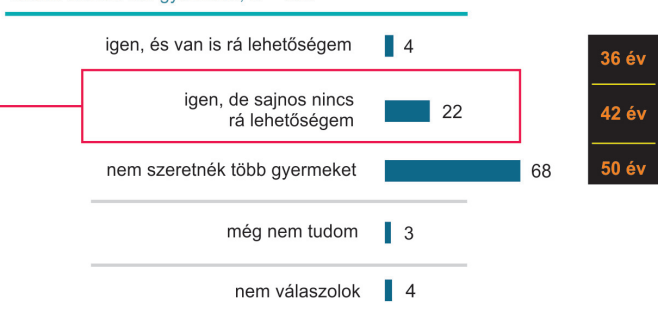
adott %-ban VAN GYERMEKED?

teljes minta, N = 521



adott %-ban SZERETNÉL MÉG GYERMEKET?

szűrő: akinek van gyermeke, N = 398



36 év
42 év
50 év
átlagos életkor

A teljes mintában (n=521) az érintett nők összesen 26%-a(!) bár szeretett volna gyermeket, a betegség miatt nem lehet.

2. ábra Gyermekvállalási lehetőségek

adott %-ban	Méhnyakrákban érintett	Petefészekrákban érintett
teljes minta	N = 425	96
nem voltak tüneteim, szűrővizsgálaton derült fény	35	19
aktus utáni pecsételő vérzés	30	7
menzeszek közötti vérzések	25	14
rendellenes hüvelyi folyás	23	10
derékfájdalom	18	27
alhasi fájdalom	17	48
aktus közbeni fájdalom	11	15
(folyamatos) vérzés	10	3
puffadás	8	54
véres hüvelyi folyás	8	2
székelési nehézségek	4	19
elnehezült érzés a hüvelyben	3	3
hányinger	1	9
szédülés	1	2
hosszas gyomorrontás	0	1
egyéb tüneteim voltak	8	28

3. ábra Az első tünetek

nyakrákban (48%). A keresztbontások elemzése alapján az 1-3 hónapon belül orvoshoz fordultak körében lényegesen gyakoribb volt a közötti vérzés, az esemény utáni pecsételő vérzés, illetve a rendellenes hüvelyi folyás. Bármely betegség-típust tekintjük, a legjellegzetesebb tünetek, amivel a nők akár 6 hónapnál is később fordultak orvoshoz az alhasi, valamint a derékfájdalom!

A kórismét követően a gyakorlatban legtöbbször a nőgyógyász szakorvos irányítja tovább a beteget daganatsebészhez. A méhnyakrák érintettség esetén gyakoribb, hogy magánrendelésen keresztül (22%), a petefészekrák esetén pedig, hogy egyéb módon (27%) került kezelésre a beteg.

ÉLETTANI MŰKÖDÉSEK VÁLTOZÁSA – „HÁRMAS MŰKÖDÉSVESZTÉS”

Felmérésünkben kiemelt figyelmet szenteltünk a műtétek és az egyéb kezelések következményeiként lehetségesen fellépő tevékenységváltozások vizsgálatára, amelyek jelentős hatással vannak/lehetnek az érintettek életminőségére. Ennek során részletes kérdeztük őket arról, befolyásolták-e és ha igen, miként az alkalmazott kezelések a vizelet-, székelési és házaséleti szokásaikat.

A betegség következményei jelentős hatással voltak a hölgyek vizelet- és székelési szokásaira. A válaszadók mintegy 70%-a jelezte, hogy a kezeléseket követően megváltozott a vizelet ürítési módja, és 54% egyáltalán nem vagy másképpen érzékeli a vizelet-ingeret. A két betegcsoport közötti különbségeket vizsgálva megállapítható, hogy a vizelet- és székelési szokások főként a méhnyakrákkal érintettek körében okoztak jelentős változásokat.

Legtöbbször (28%) csak haspréssel ürítik vizeletüket, míg további 17% a vizelet-ürítést egészíti ki ezzel a módszerrel (4. ábra). A méhnyakrákban érintettek körében lényegesen magasabb, 33% a haspréssel vizezők aránya. Az érintettek 21%-ánál vizeletcsepegés alakult ki a betegség következtében, míg a sürgős vizelet-ingerrel járó vizeletzavar 5% volt. Mindkét vizelet-ürítési nehézség elsősorban a méhnyakrákos betegeket érinti. Ritkán katéter alkalmazására volt szükség a vizelet-ürítéséhez.

teljes minta, N = 521

úgy pisilek, mint korábban	43
haspréssel pisilek	28
stressz-inkontinenciám alakult ki (hirtelen mozdulatra, köhögésre)	21
spontán és haspréssel pisilek	17
sürgős vizelet-ingerrel járó inkontinenciám alakult ki (rendszeres)	5
mindig önkátétezem magam	1
néha használok önkátétet	1
önkátét mellett haspréssel pisilek	1
szuprapubikus katéterem van	1
egyéb	7
nem válaszolok	2

4. ábra Vizelet-ürítési szokások változása

adott %-ban	TOTAL	MÉHNYAKRÁK	PETEFÉSZEKRÁK
szűrő: akinél változtak	N = 323	280	43
nehezen távozik	 40	 43	 23
néha szorulásom van	 27	 26	 30
állandó szorulásom van	 25	 28	 12
bogyós a székletem	 25	 28	 12
hol szorulásom van, hol megy a hasam	 17	 16	 23
fájdalmas a székelés	 10	 11	 2
néha megy a hasam	 9	 7	 21
nem érzem időben az ingert	 8	 9	 2
olykor véres a székletem	 7	 7	 5
kevés a székletem	 5	 5	 2
állandóan megy a hasam	 3	 3	 2
egyéb	 8	 8	 7
nem válaszolok	 0	 0	 2

5. ábra Székelési szokások változása

A betegség következtében a válaszadók mintegy kétharmadának változtak meg a székelési szokásai, 38%-uknak jelentősen, 23%-uknak pedig valamelyest, és ez a jelenség a méhnyakrákban érintettek körében lényegesen gyakoribb, 66% (petefészekrákban 45%). Jellemző panasz lett a kisebb-nagyobb mértékű szorulás, de a fájdalmas székelés, az alkalmankénti hasmenés és az inger érzetének hiánya is nehézséget jelent a hölgyek mindennapjaiban (5. ábra). A székelési zavarokról beszámolóknak körében segítő eszközt a hölgyek közel 60%-a alkalmaz, legtöbbször hashajtó készítményeket (40%), de viszonylag sokan (14%) kézzel segítenek rá a széklet ürítésére, vagy önbeöntést (8%) alkalmaznak.

teljes minta, N = 521

igen teljesen, és ma is nagyon nehéz kezelnem	 20
igen, változott, de jól tudom kezelni	 18
igen, egy kicsit	 15
nem változott	 15
nem élek szexuális életet a kezelések óta	 23
a kezelés előtt és most sem élek szexuális életet	 4
egyéb	 3
nem válaszolok	 2

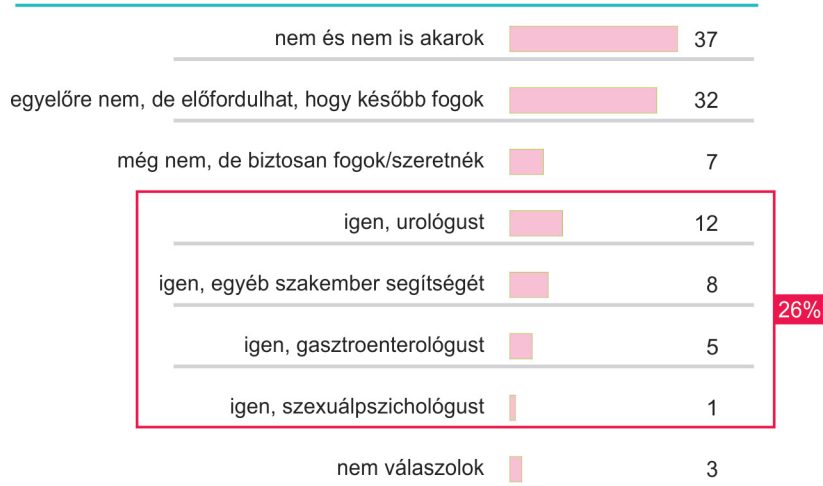
6. ábra A nemi élet változása

A nemi élet változása az érintett hölgyek közel 50%-ánál következett be, és többeknek (20%) nagyon nehéz kezelni a kialakult helyzetet. Az érintettek jelentős aránya, 23%-a (!) a kezelésektől egyáltalán nem él nemi életet, és míg betegség alapján nem tapasztalható jelentős különbség, életkor szerint döntően a 45 év felettiek életéből maradnak el teljesen az együttlétek (esetükben 31% ez az arány, míg a fiatalabb hölgyek esetén 17%) (6. ábra). Segítő eszközt a megkérdezettek közel 40%-a alkalmaz, legtöbbször (31%) sikositót.

A zavarok megoldásához viszonylag kevesen vették igénybe a szakember segítségét. 32% ugyan nem zárja ki annak lehetőségét, hogy a jövőben segítséghez forduljon, ugyanakkor 37% kifejezetten elzárkózik ettől. Leginkább 45 év alatt jellemző, hogy biztosan tervezik a jövőben a szaktámogatás felkeresését, míg az idősebb sorstársak egyedül igyekeznek megbirkózni a helyzettel. Összességében az érintettek 26%-a keresett fel valakit, legtöbbször (12%) urológust vagy gasztroenterológust (5%) (7. ábra).

A szakemberhez fordulás igényét megvizsgáltuk aszerint, hogy az egyén tapasztalt-e bármilyen változást az életfunkciókban, hiszen a szakemberhez fordulás valószínűségét csökkenheti, ha valaki egyáltalán nem, vagy csak csekély mértékben kényszerült alakítani eddigi tevékenységét. Ebben a tekintetben valóban elmondható, hogy a változást tapasztalók körében nagyobb a segítséget várhatóan vagy már biztosan

teljes minta, N = 521



7. ábra Szakemberhez fordulás

san igénybe vevők aránya. Ugyanakkor az nem befolyásolja jelentősen a segítség iránti igényt, hogy mely élettani működésben tapasztalt változást, vagyis ezek mindegyike egyformán zavaró, és rontja az életminőséget.

VÁLTOZÓKORI TÜNETEK

A betegség következtében a nők 45%-ánál alakult ki a változókori, és az előfordulás jóval magasabb a petefészekrákban érintettek körében (59%). A betegség típusokon belül életkor alapján is megfigyelhetők különbségek, hiszen míg a méhnyakrák esetén inkább 45 év felett, a petefészek-daganatban inkább 45 éves kor alatt jellemzőbbek a kezelések következményeként kialakuló változókori tünetek. A változást viszonylag kevesen (a panasszal küzdők kb. 30%-a) kezelik, viszont sokan, 19%-uk érzi úgy, hogy szüksége lenne valamilyen megoldásra. A természetes szerek alkalmazása (17%) a leggyakoribb, de ettől nem sokkal marad el (13%) az orvosi vényre váltható hormonkészítmények használata sem. Ez utóbbiak említése 45 év alatt közel kétszer nagyobb (16%), mint idősebb korban (9%).

NYIROK PANGÁS, VIZENYŐ

A kezelést követően tízből 2 nőnél alakult ki vizenyő (22%), leginkább a méhnyakrákban szenvedőknél (25%; petefészekrákban érintetteknel 7%-ban). A vizenyő 57%-ban enyhe, 36%-ban közepesen súlyos volt, leggyakrabban combtőben, combon, bokán és az alsó lábszáron alakult ki. Az érintettek 59%-a egyáltalán nem használ szorítóharisnyát, 18% alkalmasszerűen, 13% sokszor, de nem minden nap, míg közel 10% szinte mindennapos jelleggel.

A vizenyő kezelése műtéttel kivételes, noha a betegek 17%-a szükségét érezné. Ebben a tekintetben jelentős különbség van életkor alapján, hiszen 45 év alatt 10% igényelné, míg ennél idősebb életkorban 27%! Szakembert a panasszal küzdők 30%-a keresett fel, legtöbbször

(22%) gyógytornászt vagy vizenyőszakost, avagy orvost (17%), de minden 10. érintett a gyűrő segítségét. Összességében a betegek 21%-ának sokat, 41%-ának inkább keveset használt a kezelés. 12% azok aránya, akik jelentős mértékű javulást tapasztaltak, de ez nem bizonyult tartósnak, és hasonló arányban vannak azok, akiknek egyáltalán nem hozott javulást (8. ábra).

TÁMOGATÁS IGÉNYBEVÉTELE, LELKI SEGÍTSÉG

Külön kérdésben megvizsgáltuk a lelki segítők igénybevételének gyakorlatát. Összességében a teljes mintára vetítve a nők mintegy 30%-a vette igénybe lélekgyógyász vagy egyéb lelki segítő munkáját, és arányuk a petefészekrákban érintettek körében magasabb, 42% (méhnyakrák esetén 26%). A pszichológus felkeresése a betegség elején (8%), a betegút közepén (5%) és a betegség elmúltával (6%) hasonló arányban fordul elő. Az érintettek mintegy egyharmada (28%) érzi úgy határozottan, hogy nem szeretne élni a lelki támogatás lehetőségével, míg 22% tervezte lélekgyógyász, elmegyógyász vagy szexuál-

Felkerestél-e nyirokódéma szakembert?

szűrő: akinél kialakult ödéma, N = 114



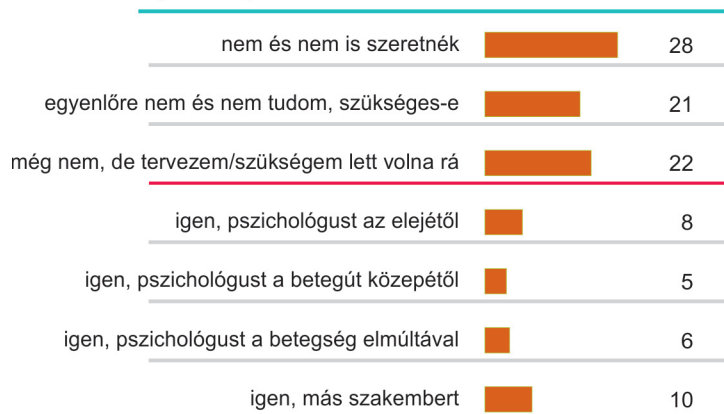
8. ábra Nyirokódéma kezelése

Hozott-e javulást a nyirokódéma terápia?

szűrő: aki alkalmazott terápiát, N = 34

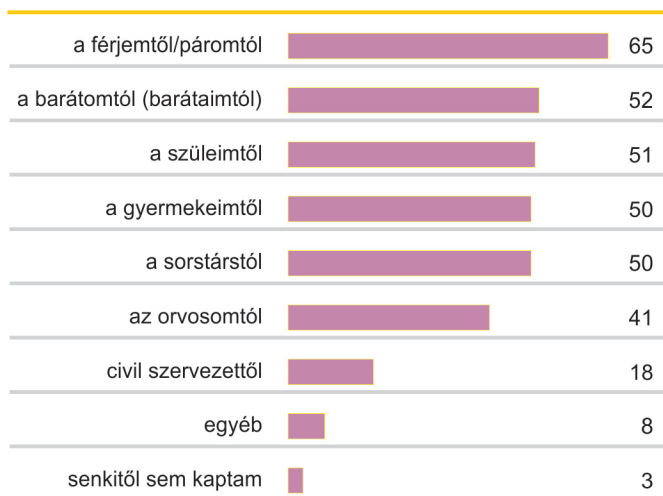


teljes minta, N = 521



9. ábra Lélekgyógyász vagy egyéb lelki segítő igénybe vétele

teljes minta, N = 521



10. ábra Az érintettek támogatói

pszichológust felkeresését. Minden ötödik nő (21%) bizonytalan egyelőre ebben a kérdésben (9. ábra).

A kérdés erős lelki érintettségét jelzi, hogy a hagyományos orvoslás mellett az érintettek 55%-a kiegészítő kezelést is igénybe vett: 34% valamilyen készítményt, 17% lelki gyógyászatot, 16%-uk pedig egyéb megoldást. A betegség vagy az életkor alapján nem tapasztalható jelentős különbség.

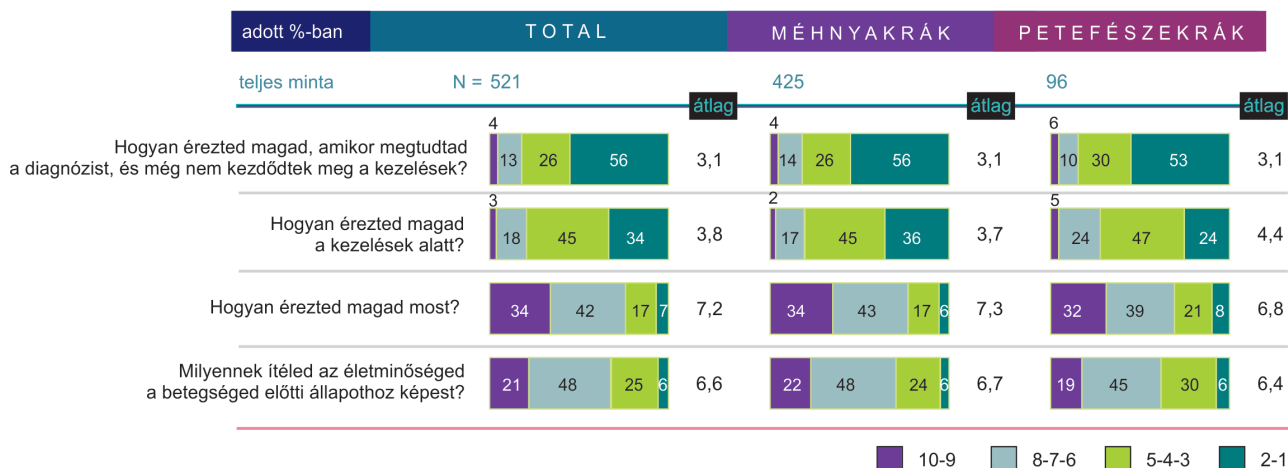
Mindkét betegcsoportban jellemző, hogy a szűkebb családi, ismerősi körtől jelentős támogatást kaptak a hölgyek, 45 év alatt inkább a szülőktől, 45 év felett pedig a gyermekektől. Minden második érintettnek (50%) sortársak voltak segítői, és 10-ből 4 hölgy kezelőorvosától is jelentős együtterzést kapott. Az érintettek mintegy egyötöde (18%) segítőszervezettől is kapott támogatást, ez inkább Budapesten és megyeszékhelyen volt jellemzőbb (10. ábra).

A támogatási lehetőségek formáját tekintve szinte kizárólagosan a személyes találkozást kéri a legtöbben (75%), de 54%-ban megjelenik az interneten szerveződő zárt közösségben megvalósuló kapcsolattartás is. 10-ből 4 érintett a világhálón elérhető nyilvános fórumokat részesíti előnyben, míg kisebb arányuk (12%) az elektronikus levelezést. Életkor és földrajzi elhelyezkedés alapján nem tapasztalható lényegi különbség.

AZ ÉRINTETTEK LELKI ÁLLAPOTA A BETEGSÉG UTÁN

A betegség „megélése” – annak bármely időszakát tekintve – hasonló a két betegcsoportban. A betegség „megélése” – annak bármely időszakát tekintve – hasonló a két betegcsoportban. Egy 1 és

egy 1-10 közötti skálán jelölve hogyan érezted magad összességében (testileg-lelkileg) ... (1 = nagyon rosszul ... 10 = nagyon jól)



11. ábra Életminőség értékelése

Kérjük, jelöld meg, mennyire értesz egyet az alábbi állításokkal? (1 = egyáltalán nem ... 10 = teljes mértékben)

adott %-ban	ATTITÜD			
teljes minta	N =	521		
A betegség döbbsentett rá arra, hogy másképpen kell élnem	9		7,4	45
Ha nehéz is volt, valahogy jobb ember lettem a betegség által	10		7,0	32
A betegség után kerültem saját magam számára előtérbe	14		6,5	27
A betegségemnek köszönhetően a nőiességem csorbult	33		4,8	19
Folyton keresem a választ, hogy „miért” történt velem	43		4,1	14
A sok veszteség teljesen megtört engem	47		3,5	7
A betegség elvette tőlem az esélyt, hogy édesanya lehessenek	52		3,2	13
Nem tudom megbocsátani az életnek, hogy megbetegedtem	54		3,0	7
Feldúlt, dühös és csalódott vagyok a betegség óta	55		2,8	5

Egyáltalán nem ért egyet (10) - bottom2box (1-2) **MEAN** Top2box (9-10) - teljes mértékben egyetért (10)

12. ábra Viselkedésvizsgálat

10 közötti mércén értékelve a betegség testi-lelki állapotra gyakorolt hatása a kórismézéstől kezdve a pillanatnyi állapotig emelkedik, a kórismézéskor átlagosan 3,1-re, a kezelések alatt valamelyest magasabbra, átlagosan 3,8-ra értékelték, míg mostani állapotukat tekintve már 7,2. Az érintett hölgyek jelenlegi életminőségi mutatója a 10-es mércén mérve valamivel alacsonyabb, átlagosan 6,6-os (11. ábra). (A kutatásban nem került sor az átlagos osztályzat szintjének válaszadók általi értelmezésére, de a korábban bemutatott testi változások és a lelki támogatás iránti igény sokat sejtet annak okairól.)

A betegség az érintettek többségénél változást indított el az élethez való viszonyulásuk tekintetében: 45% határozottan egyet ért azzal az állítással, hogy a daganatos megbetegedés következtében kezdett el másképpen élni, és mintegy egyharmaduk érzi úgy, hogy saját magát előtérbe helyezve válhatott ezáltal jobb emberré is. A nőiességre gyakorolt hatása kapcsán

elmondható, hogy az érintettek közel 70%-a érzi úgy, a rák ebben is befolyással volt az életére, és minden ötödik (19%) érintett határozottan egyet ért azzal, hogy jelentősen csorbult a nőiessége (12. ábra). Betegség típus alapján hasonlóan alakulnak a viselkedési állításokra kapott eredmények.

■ ÖSSZEGZÉS

Felmérésünk bizonyos tekintetben űrt tölt be: hasonlóan sok méhnyak- vagy petefészekrákos betegnél és ilyen sokirányúan még nem vizsgálták az életminőségük kezelés utáni alakulását. Megállapíthatjuk, hogy mindkét betegség jelentősen megváltoztatja a betegek életét. Az érintettek számos nehézséggel találják szemben magukat. Ezek tanácsokkal és segítséggel orvosolhatók, lehetővé téve, hogy a betegek teljes értékű életet élhessenek. A Mályvavirág Alapítvány ebben segít, működésünknek ez a célja.

„A »művelt Nyugat« (?) úgyis azt hiszi, hogy minden kultúrát, tudást tőlük kaptunk, és nélkülük még nyereg alatt puhítanak a »kaiserfleischt«, holott az igazság az, hogy még a nyelvünket is megrövidítették – nem maguknak ugyan, de az enyészetnek –, és mi jóhiszemű bámulással kotlottunk az idegen szavak kakukktójásain, ki is költöttük őket, és csak most vesszük észre, hogy az édes gyerekek a fészek szélére kerültek, ha ugyan le nem zuhantak a megsemmisülés bozótjába.”

Fekete István

Az adnexképletek ultrahang-diagnosztikája – Út a hüvelyi ultrahangvizsgálattól a matematikai modellekig

ERDŐDI BALÁZS DR., KRASZNAI ZOÁRD DR., LAMPÉ RUDOLF DR., JAKAB ATTILA DR.

Debreceni Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet

E-posta: erdodibalazs@gmail.com

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A rosszindulatú petefészek-daganatok igen kedvezőtlen kimenetele szempontjából a tumor mihamarabbi észlelése és a beteg megfelelő ellátóhelyre irányítása kiemelten fontos szereppel bír és bizonyítottan javítja a túlélést. Ezen folyamatban nyújtanak jelentős diagnosztikai segítséget az *IOTA (International Ovarian Tumor Analysis)* munkacsoport által létrehozott egy- séges terminológián alapuló matematikai modellek és diagnosztikai algoritmusok. A modellek segítségével helyesen alkalmazhatjuk a rendelkezésre álló és a legtöbbször túl sokra értékelt tumormarker eredményeket, melyek megfelelő használata szintén javíthatja a diagnosztikai teljesítményt. A kifejlesztett modellek mindegyike a fejlesztő nemzetközi munkacsoport által többszörösen validált, magas diagnosztikai hatékonyságú tesztek, melyek kiváló segítséget nyújtanak a különböző tapasztalattal rendelkezők vizsgálók számára. A modellek többsége a jó- és rosszindulatú daganatok közötti differenciálásban segít, de a legfejlettebb modell a malignitás különböző fokozatai között is képes különbséget tenni, ezzel pontosítva a műtét előtti diagnózist.

Kulcsszavak: IOTA, ovariumtumor, ultrahang, biomarkerek, ADNEX modell

■ SUMMARY

ULTRASOUND BASED DIAGNOSIS OF ADNEXAL MASSES - THE ROAD FROM TRANSVAGINAL ULTRASOUND TO MATHEMATICAL MODELS

According to the poor outcome of malignant ovarian tumors the earliest and most accurate diagnosis is crucial to increase the survival rate by being managed by the right person at the right place. Mathematical models and diagnostic algorithms based on terms and definitions created by the International Ovarian Tumor Analysis group give perfect support for the evidence based detection of adnexal lesions. Overestimated role of serum biomarkers such as CA125 and HE4 is also put in the correct context and using them in these models and

methods can also increase the diagnostic accuracy. All mathematical models are validated by the developer international group and offer high-level diagnostic efficiency for all examiners. Majority of these mathematical models can differentiate between benign and malignant lesions but the most advanced model is capable of differentiating between different stages of malignant tumors including borderline and metastatic tumors making preoperative classification accurate.

Keywords: IOTA, ovarian tumor, ultrasound, biomarkers, ADNEX model

Közismert tény, hogy az adnexumokat érintő elváltozások igen gyakoriak. Mivel ezen eltérések jelentős része élettani folyamat részeként jelentkezik és malignitási hajlamot nem mutat (1, 25), a rosszindulatú folyamatok szempontjából kockázatos esetek hatékony kiemelése a petefészek-daganatok kifejezetten rossz kórjólata miatt kiemelt jelentőségű. Ahhoz, hogy a beteg lehető legrövidebb idő alatt a legmegfelelőbb ellátásban részesüljön a hatékony képalkotó diagnosztika elengedhetetlen. A hüvelyi ultrahangvizsgálat a megjelenése óta az első és legfontosabb módszer az petefészek képletek felismerésében és differenciálásában. A jóindulatúnak ítélt elváltozások esetén a konzervatív kezelés vagy termékenységet megőrző, hastükrözéssel végzett műtétek javasoltak, míg a rosszindulatúnak vélt adnexumok daganatsebészeti centrumban történő műtéti ellátása a páciens legjobb túlélési esélyeinek biztosítása érdekében elengedhetetlen.

■ BIOMARKEREK

A hüvelyi ultrahang megjelenése mellett a petefészek képletek dignitásának megállapítására számos tumormarker került bevezetésre, melyekhez kapcsolatosan diagnosztikai algoritmusok is megalkotásra kerültek. Ezek közül az egyik legszélesebben körben alkalmazott módszer az *RMI (Risk of Malignancy Index, Malignitási Kockázatot becsülő Index)*, mely a napjainkig is széles körben alkalmazott CA125 tumormarker-értékeken és

a páciens reprodukciós státuszán alapul (2). Az algoritmus számos UH-paramétert is alkalmaz, mégis a szérumszint-CA125-érték igen erőteljesen befolyásolja a kimenetet. Számos országban a mai napig a fenti algoritmust alkalmazzák az onkológiai centrumba irányítandó esetek kiválasztásához. Sajnálatos, hogy az előrehaladott folyamatok detektálásában elért jó eredmény ellenére a korai stádiumban levő daganatok, valamint a változókori előtt lévő nők esetén a rendszer igencsak alulteljesít, tehát emiatt megbízhatósága megkérdőjelezhető (3).

1999-ben fedezték fel a HE4 (*Human Epididymis Protein 4*) fehérje emelkedett szintjét hám eredetű petefészek daganatok esetén, melyet normál esetben a férfi reprodukciós szervek szövetei és a légzőrendszer szövetei termelnek (4). Hellstrom javaslatára a fehérje tumormarkerként való alkalmazása 2003 óta lehetséges (5), ugyanakkor a klinikai gyakorlatba a *Risk of Malignancy Algorithm (ROMA)* score megalkotásával vonult be. Ezen érték kiszámolása során a HE4-értéken kívül a páciens szérumszint-CA125-értékére és menopausalis státuszára van szükség (6). Az eredeti szerzők által vezetett validálási vizsgálat során a magas kockázatú esetek kiemelése a változókori utáni betegek esetén 75%-os specificitással és 92,3%-os szenzitivitással, míg a változókori előtti esetek kiemelése 74,8%-os specificitás mellett 76,5%-os szenzitivitással történt (7).

■ IOTA (INTERNATIONAL OVARIAN TUMOR ANALYSIS) VIZSGÁLATOK

A rendelkezésre álló egyre nagyobb mennyiségű adat ellenére az egységes nevezéktan hiánya és ezáltal metaanalízisekhez ténylegesen használható közlemények alacsony száma adta az igényt egy nemzetközi, több központú vizsgálat indításához, melynek első célja az adnexképleteket érintő szaknyelv megalkotása volt, melynek alkalmazásával nagy esetszámú több központú vizsgálatsorozat végezhető egy hatékony képalkotó diagnosztikai modell megalkotásához. Az egységes nyelvezetet és fogalomrendszert leíró közlemény 2000-ben jelent meg (8), melynek alkalmazásával megkezdődtek a multicentrikus IOTA vizsgálatok. Az első vizsgálatban 1066, nem várandós páciens tartósan fennálló adnexképletét elemezték. A nyert adatok alapján alkották meg az első két matematikai modellt, melyek az LR1 és LR2 nevet kapták (Logistic Regression Model 1, 2). Mindkét modell ultrahang- és klinikai változókat használt és a validáló vizsgálatok során kiváló diagnosztikai teljesítményt nyújtott (9).

Az LR1 által használt változók:

1. petefészekrák az előzményben,
2. jelenleg is alkalmazott hormonkezelés,
3. a beteg életkora,
4. a képlet legnagyobb átmérője,
5. a vizsgálat alatt érzett fájdalom,
6. hasúri folyadék (ascites),
7. a papillaris növedéken belül észlelt véráramlás,
8. szolid daganat,
9. a szolid rész legnagyobb átmérője,
10. szabálytalan belső tömlőfal
11. hangárnyék jelenléte
12. véráramlás mértéke.

A két matematikai modell tesztelése során derült fény arra, hogy a két modell diagnosztikai hatékonysága elhanyagolható mértékben különbözik egymástól, tehát szélesebb körben a jóval egyszerűbb és könnyebben használható LR2 modell alkalmazása javasolt (10, 11), melyet nagyban megkönnyít annak mobiltelefonos applikációban és webes felületen elérhető ingyenes verziója.

Az LR2 alkalmazásához szükséges hat változó a következő:

1. a páciens életkora
2. az ascites jelenléte
3. a papillaris növedéken belül észlelt véráramlás
4. a szolid alkotórész legnagyobb átmérője
5. szabálytalan belső tömlőfal
6. hangárnyék jelenléte.

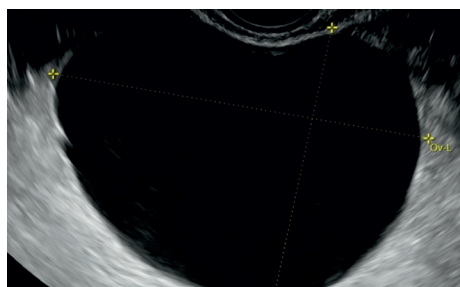
Érdekes megjegyezni, hogy a klinikai gyakorlatban igen nagyra értékelt és a döntést gyakran befolyásoló legnagyobb daganat átmérő kiesett az LR2 algoritmusból, tehát ezen modell alkalmazása esetén a kórjóslat szempontjából nem meghatározó. A modell által elért diagnosztikai teljesítmény 10%-os malignitási küszöböt alkalmazva: szenzitivitás: 92%, specificitás: 86%, AUC: 0,95.

■ AZ EGYSZERŰ SZABÁLYOK RENDSZERE (M- ÉS B-KRITÉRIUMOK)

Az IOTA vizsgálatok célja az egységes nyelvezetten alapuló leletezésen túl a minél szélesebb körben alkalmazható modellek és diagnosztikai algoritmusok megalkotása volt. A megalkotott matematikai modellek validálása és egyéb diagnosztikai rendszerekkel történő összehasonlítása (RMI, CA125) során derült fény arra a tényre, hogy az adnexképlet tapasztalt vizsgáló általi elfogult megítélése, az ún. mintázat felismerés („pattern recognition”) bír a legnagyobb diagnosztikai hatékonysággal (12). Ez a tény az alapja annak a jelenségnek, hogy a legtöbb adnexképlet igen jellegzetes megjelenéssel bír és akár egy kevesebb tapasztalattal rendelkező vizsgáló számára is könnyen felismerhető. Felhasználva ezen tulajdonságokat került megalkotásra, elsősorban a kevés tapasztalattal bíró vizsgálok számára, az egyszerű szabályok rendszere (13). A könnyű használhatóságot 5 rosszindulatúság szempontjából gyanús, valamint 5 az elváltozás jóindulatú jellege mellett szóló, könnyen felismerhető ultrahang jellemző biztosítja (1. ábra).

A modell által használt, malignitás mellett szóló, ún. M-kritériumok:

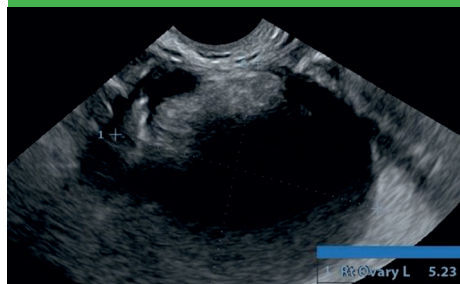
1. szabálytalan szolid daganat,
2. ascites (szabad hasúri folyadék) jelenléte,
3. legalább 4 db papillaris növedék,
4. szabálytalan többrekeszű, szolid részt is tartalmazó daganat, melynek a legnagyobb átmérője a 100 mm-t meghaladja,
5. kifejezett véráramlás a képletben.



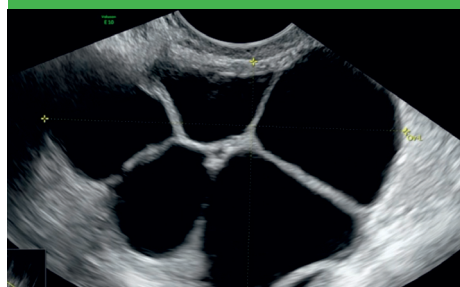
B1: Egyrekesű cysta



B2: 7 mm-nél kisebb átmérőjű szolid komponens jelenléte



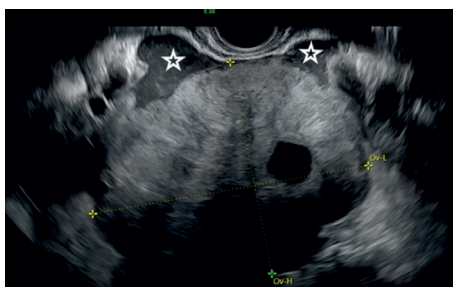
B3: Akusztikus árnyék jelenléte



B4: Sima felszínű többrekesű tumor, mely legnagyobb átmérője 100 mm-nél kisebb



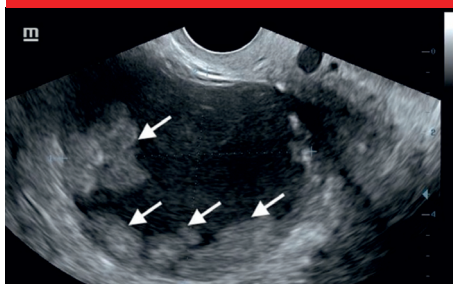
B5: A véráramlás hiánya



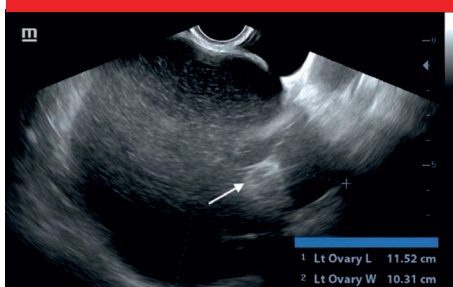
M1: Szabálytalan szolid tumor



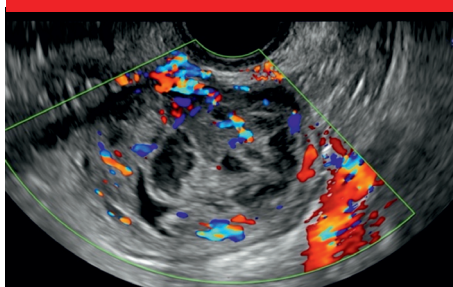
M2: Ascites jelenléte



M3: Legalább 4 papillaris növedék



M4: Szabálytalan, többrekesű szolid részt is tartalmazó tumor, melynek legnagyobb átmérője a 100 mm-t is meghaladja



B5: Kifejezett véráramlás

1. ábra Az egyszerű szabályok (M- és B-kritériumok) rendszere. Zöld szín jelöli a B-, azaz benignus kritériumokat, míg piros szín jelöli az M-, azaz malignus kritériumokat (Kaijser *et al.* Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;41:9–20. közleménye alapján. Az ultrahangfelvételeket Dr. Erdődi Balázs készítette.

Jóindulatú képletre utalnak az alábbi ultrahangjellemzők (B-kritériumok):

1. egyrekeszű cysta,
2. 7 mm-nél kisebb átmérőjű szolid alkotórész jelenléte,
3. hangárnyék jelenléte,
4. sima felszínű többrekeszű daganat, mely legnagyobb átmérője 100 mm-nél kisebb,
5. véráramlás hiánya.

A fentiek alapján, ha legalább egy B-kritériumot találunk M-kritérium nélkül, akkor a képlet jóindulatúnak mondható. Ennek analógiájára egyetlen M-kritérium jelenléte B-kritérium nélkül rosszindulatúság mellett szól. Amennyiben mindkét típusú kritériumból látunk akár egyet, akár többet egyszerre, a rendszer nem alkalmazható, vagyis az M-B szabály nem egyértelmű benignitás/malignitás kérdésében. Ilyen esetekben a képlet tapasztalt vizsgáló általi elemzése javasolt, hiszen ennek a diagnosztikai hatékonysága a legnagyobb. A feltételrendszer alkalmazásával a petefészek-daganatok 77%-a első körben besorolható valamelyik kategóriába (14), és nem kell hozzá nagyfokú ultrahang jártasság. Az elvégzett validálások során az M- és B-feltételrendszer diagnosztikai hatékonysága megegyezett az LR2 matematikai modellével. Amennyiben a fenti kétlépeses algoritmust követjük (első lépésben az egyszerű szabályok alkalmazásával, míg a fennmaradó esetekben a tapasztalt vizsgáló általi vizsgálattal), az petefészek eredetű rosszindulatú folyamatok felismerése során 90%-os szenzitivitás mellett 93%-os specificitás érhető el (14).

■ EGYSZERŰ JELLEMZŐK

Az egyes képletek igen jellegzetes és egyedi megjelenését kihasználva az eredeti IOTA adatbázis segítségével megállapításra került 6 olyan paraméter, amelyek tapasztalattól függetlenül minden vizsgáló számára egyértelműen felismerhetők, ugyanakkor igen nagy biztonsággal azonosítják a jó vagy rosszindulatú képletet (15).

Ez alapján egyértelműen jóindulatú képletet takarnak a:

1. egyszerű tömlők, amelyek egyrekeszűek, echomentes bennékűek, szabályos belfelszínnel bírnak,
2. típusos endometriómák: egyrekeszű, szabályos fallal, homogén echodús, ún. tejüveg („ground glass”) bennékkel bíró képletek,
3. típusos dermoid cysták: egyrekeszű, szabályos fallal bíró, vegyes echogenitású képletek, melyek jellemzően hangárnyékokat adnak,
4. minden olyan szabályos, sima belfelszínű petefészek-tömlő, mely az előbbi három kategóriába nem sorolható be.

Egyértelműen rosszindulatú daganatot jelez:

1. a tumorban legalább mérsékelt véráramlás mutatkozik, valamint egyértelmű az ascites jelenléte,
2. a páciens 50 év feletti és a szérum-CA125-érték 100 IU/ml feletti.

Az egyszerű jellemzők alkalmazása mindenki számára igen egyszerűen és igencsak nagy biztonsággal alkalmazható. Azokban az esetekben, ahol ezt a hat változót egyértelműen használni tudjuk, a rosszindulatú képleteket 98%-os szenzitivitás mellett 97%-os specificitással tudjuk elválasztani a jóindulatú képletektől (15.). Az M- és B-kritériumrendszerhez hasonlóan, ez a szabályrendszer sem alkalmazható olyan képleteknél, ahol egyik egyszerű jellemzőt sem tudjuk rámondani a daganatra valamint az olyan esetekben sem, amikor mindkét csoportból igaznak bizonyul legalább egy jellemző. Ilyen esetekre javasolják az ún. három lépcsős megközelítést, melynek első foka az egyszerű jellemzők alkalmazása, második a már ismertetett M- és B-feltételrendszer alkalmazása, míg harmadik lépcsőként a tapasztalt vizsgáló által végzett ún. mintázat felismerés szerepel. A háromlépcsős modell segítségével egyaránt 92%-os szenzitivitás és specificitás érhető el a malignus-benignus differenciálás kapcsán.

Az IOTA csoport eredeti, kitűzött célja volt a tumormarkerek szerepének pontos tisztázása is a jó és rosszindulatú képletek elkülönítésében. Jól látható hogy az egyszerű jellemzők algoritmusában jelenik meg először a CA125-érték, mint klinikai viselkedést befolyásoló tényező. Bizonyításra került, hogy az LR1, LR2, valamint az M- és B-kritériumrendszer diagnosztikai képességét a szérum-CA125 mérése nem segíti, éppen ezért annak értéke diagnosztikai döntést alapozni nem érdemes (16). Ezt leginkább befolyásoló tényező, hogy a termékeny életkorban lévő nők esetében emelkedett lehet a tumormarker szintje endometriosis, gyulladás és tályogképződés esetén, és klinikai viselkedés szempontjából csak az előrehaladott, II–IV. stádiumú petefészekrákok esetén segít a differenciálásban, tehát korai és a leginkább kérdéses esetekben nem (17). A HE4 tumormarker és a ROMA-értékek klinikai gyakorlatban történő megjelenésével felcsillant a remény a tumormarkerek pontosabb és szélesebb körű használatára a klinikai viselkedés eldöntésében. Több vizsgálat elemzésével egyértelművé vált, hogy az RMI diagnosztikai képességét a ROMA algoritmus felülmúlja ugyan, de a tapasztalt vizsgáló által nyújtott mintázat felismerést biztosan nem (18).

■ AZ EGYSZERŰ SZABÁLYOK RENDSZERÉN ALAPULÓ RIZIKÓBECSLŐ MODELL (SIMPLE RULES RISK CALCULATION MODEL)

Az M- és B-kritériumrendszer egyszerű és könnyen használható volta adta az ötletet arra, hogy pusztán ezen modell alkalmazásával is számszerű értékekhez jussunk a rosszindulatúság esélyét illetően. A már említett 10 változó (1. ábra) mellett itt jelent meg az onkológiai központ, mint befolyásoló tényező az algoritmusban. Eszerint alapvetően megnöveli a rosszindulatúság esélyét, amennyiben onkológiai centrumban vizsgáljuk a beteget (19). A rendszer használatához szükségünk van a táblázathoz (1. táblázat), mely az egyes M- és B-feltételek egyedi, rosszindulatúság mellett szóló együtthatója alapján nagyon alacsony / alacsony / közepes / magas / és nagyon magas kategóriába sorolja az egyes képleteket. Az onkológiai központban jelentkező esetek emelkedett kockázata miatt ezekre külön táblázat vonatkozik. A rendszer diagnosztikai hatékonysága a választott malignitási határértéktől függ, vagyis attól hogy

I. táblázat Az egyszerű szabályok rendszerén alapuló rizikóbecslő modellhez használható táblázat, mely az egyes kritériumok együttes előforduláskor jelentkező kockázatokat tartalmazza onkológiai és egyéb centrumokban (Simple Rules Risk Calculation Model) *Timmerman et al.* Simple ultrasound rules to predict risk of malignancy in adnexal masses. Am J Obstet Gynecol 2016. közleménye alapján.

		M-kritériumok száma							
Onkológiai centrumok		0	1 (M4)	1 (M3)	1 (M5)	1 (M1)	1 (M2)	2	>2
B-kritériumok száma	0	48,7	71,7	81,4	81,7	89,5	93,1	92,1–99,2	98,2–99,9
	1 (B3)	15,2	Együttes előfordulásuk ritka, tekintsük gyanúsaknak (A kockázat becsült érték 12,9–71,9% közé tehető, attól függően, hogy mely kritériumok vannak jelen)					Ritka lelet, tekintsük nagyon gyanúsaknak	
	1 (B5)	12,8							
	1 (B2)	9,1							
	1 (B4)	5,7							
	1 (B1)	3,1							
	2	0,49–2,7	Ritka lelet, tekintsük gyanúsaknak						
	>2	0,09–0,29							

		M-kritériumok száma							
Egyéb centrumok		0	1 (M4)	1 (M3)	1 (M5)	1 (M1)	1 (M2)	2	>2
B-kritériumok száma	0	27,5	50,2	63,6	64	77,2	84,3	82,3–98,0	95,6–99,7
	1 (B3)	6,7	Együttes előfordulásuk ritka, tekintsük gyanúsaknak (A kockázat becsült érték 12,9–71,9% közé tehető, attól függően hogy mely kritériumok vannak jelen)					Ritka lelet, tekintsük nagyon gyanúsaknak	
	1 (B5)	5,6							
	1 (B2)	3,8							
	1 (B4)	2,4							
	1 (B1)	1,2							
	2	0,19–1,1	Ritka lelet, tekintsük gyanúsaknak						
	>2	≤0,01–0,12							

Sötét zöld: nagyon alacsony kockázat, zöld: alacsony kockázat, sárga: mérsékelt kockázat, narancs: magas kockázat, piros: nagyon magas kockázat. A táblázatok az eredeti M- és B-kritériumrendszerrel együtt használandók!

hány százalékos érték felett tekintjük rosszindulatúnak az esetet. Azonban az összesített adatok alapján az AUC-értékek mind onkológiai, mind nem onkológiai centrumokban 0,92-nek adódtak, tehát egy kiváló hatékonyságú teszthez jutunk, melynek előnye, hogy nem szükséges semmilyen elektronikai eszköz, számológép az alkalmazásához (19).

■ AZ ADNEX (ASSESSMENT OF DIFFERENT NEOPLASIAS IN THE ADNEXA) MODELL (20)

Az IOTA munkacsoport eddigi legfejlettebb matematikai modellje az ADNEX nevet kapta. Egyediségét az adja, hogy a nemcsak jó- és rosszindulatú tumorokat képes nagyon jó hatásfokkal differenciálni, hanem képes a benignus laesiótól elkülöníteni a borderline, I. stádiumú, II–IV. stádiumú, valamint átté-

tes daganatokat is, mindegyikre számszerű adatot szolgáltatva. Ezzel nemcsak a beteg számára tudjuk az eredményt könnyebben tolmácsolni, de a stádiumok közötti elkülönítéssel a betegutat is hatékonyabban befolyásolhatjuk. Kilenc változó ismerete szükséges a rendszer használatához. Ezek közül három klinikai változó mellett hat ultrahangmarker ellenőrzése szükséges:

Klinikai változók:

1. a beteg életkora
2. a centrum típusa (onkológiai centrum-e?)
3. szérum-CA125-érték.

Ultrahang-markerek:

1. a képlet legnagyobb átmérője (mm),
2. a szolid rész legnagyobb átmérője (mm),
3. a papillaris képletek száma (0, 1, 2, 3, 3-nál több),
4. több mint 10 rekesz van-e? (igen/nem),
5. hangárnyék jelenléte (igen/nem),
6. hasüri folyadék (ascites) jelenléte (igen/nem).

Az adatokat lehetőségünk van mobiltelefonos applikációban, ultrahang-készülékbe épített szoftveren keresztül vagy mindenki számára ingyenesen elérhető világhálós alkalmazáson keresztül kiszámolni (21). A számított eredményeket radar és oszlop diagramokon kapjuk meg, melyek értelmezéséhez tudni kell, hogy mit keressünk. Minden esetben a megkapjuk a páciens alapkockázatát és az ehhez viszonyított számolt kockázatokat. Ezek közül meg kell keresnünk azt a csoportot, amelyben a relatív kockázatemelkedés a legnagyobb az alapkockázathoz képest. Természetesen kapunk egy összesített malignitási kockázatot is, de a rendszer legfőbb előnye, hogy ezt szétbontja stádiumok szerinti alcsoportokra. Ily módon könnyen lehet, hogy egy határeseti, más néven borderline daganat esetén is igen magas malignitási összrizikót kapunk, de ennek nagy részét a borderline egyéni kockázata teszi ki. Nagyon fontos megjegyezni, hogy a kockázatszámítás CA125-érték beírása nélkül is működik, tehát így is tudunk számolni, ám ilyenkor el kell, hogy fogadjuk, hogy a rendszer az egyes alcsoportok közötti differenciálást nem fogja tudni olyan pontosan elvégezni (mivel a CA125-érték a II–IV. stádiumú petefészek-daganatok kiemelésében fontos, nem pedig a jóindulatú/rosszindulatú daganatok közötti differenciálásban), ahogyan arra a tumormarker-eredmény birtokában képes lenne (20). A rendszer diagnosztikai képessége szintén malignitási határérték függő, melynek kapcsán minden vizsgálónak magának kell az adott cut-off értéket kiválasztani, amivel már onkológiai központba küldi a beteget. Általánosan 10%-ot javasolnak, de ettől természetesen el lehet térni. Különösen javasolt a magas határérték (akár 20–30%) kiválasztása onkológiai központban, hiszen a megoperált esetek nagy részének itt invazív tumornak kell lennie, tehát a szenzitivitásnak nagyon magas értéket kell beállítanunk. A járóbeteg-szakrendelőkben viszont mindenképpen el kell kerülni az invazív tumorok követését, tehát itt alacsony, akár 1–3%-os malignitási határértékkel kell dolgoznunk. Ezzel tudomásul vesszük, hogy a specificitás csökkenni fog, vagyis jónéhány álpozitív eset is továbbküldésre kerül, de a beteg szempontjából ez a választandó eljárás (22–23).

■ KÖVETKEZTETÉSEK

A méh függelékeit érintő elváltozások igen gyakoriak és minden korosztályt érintenek. Ezen elváltozások igen kis hányada rosszindulatú, ugyanakkor az arra gyanús esetek hatékony kiemelése mind a megbetegedések és a halálozás, mind pedig gazdasági szempontból kiemelten fontos. Az elmúlt 20 évben az IOTA nemzetközi munkacsoport bizonyította, hogy az adnexképletek diagnosztikájában az egységes nevezéktanra épülő nőgyógyászati ultrahangvizsgálat elengedhetetlen a minőségi, bizonyítékon alapuló gyógyításhoz. A mai napig ez a

legnagyobb esetszámú vizsgálatssorozat, melyben minden egyes bevont képlet azonos elvek szerint került leírásra, tehát összehasonlítható, belőlük nagy esetszám miatt használható és bizonyító erejű következtetés vonható le. A megalkotott diagnosztikai algoritmusok és matematikai modellek a különböző jártasságú vizsgálóknak is megfelelő eszközt adnak a megbízható diagnózishoz, ugyanakkor a vizsgáló részéről az alapelvek és a nevezéktan ismerete elengedhetetlen. A fentebb részletezett algoritmusok mindegyike kiváló diagnosztikai hatékonysággal bír, melyet csak a nagy tapasztalattal rendelkező vizsgáló általi egyedi mintázatfelismerés tud felülmúlni. A rendelkezésre álló két évtizednyi adat alapján kimondható, hogy a tapasztalt vizsgáló esetén a szérumszám CA125-értéke nem jár előnnyel a képlet rosszindulatúságának felismerésében, de kevésbé tapasztalt vizsgálók esetén sem javasolt a diagnosztikai döntést csak erre alapozni, különösen a változókor előtti nőbetegek esetén (24). Az említett tumormarker szerepe az előrehaladott folyamatok további elkülönítésében van, és a fenti algoritmusok közül az ADNEX modell diagnosztikai hatékonyságát növeli, ám ott is csak a rosszindulatúnak ítélt elváltozások további osztályozásában. Ez utóbbi módszer alkalmazása igen fejlett, és biztos hatékonysága miatt minden vizsgáló számára javasolt, ám számítógépes program igénye miatt a használat nem minden esetben adott. Ilyenkor lehet jó alternatíva háromlépcsős diagnosztikai algoritmus alkalmazása. Első lépésben az egyszerű jellemzőkkel a vizsgált képletek fele osztályozható, amennyiben ez nem alkalmazható úgy második lépésben a M- és B-kritériumok rendszeréhez folyamodhatunk, mely a képletek 75%-ában nyújt segítséget a besoroláshoz. A fennmaradó képletek tapasztalt vizsgáló általi mintázat felismerése javasolt, ezzel gondoskodva az egyedi, atípusos képletek megfelelő ellátásáról.

■ IRODALOM

1. Menon U, Gentry-Maharaj A, Hallett R, et al. Sensitivity and specificity of multimodal and ultrasound screening for ovarian cancer, and stage distribution of detected cancers: results of the prevalence screen of the UK Collaborative Trial of Ovarian Cancer Screening (UKCTOCS). *Lancet Oncol* 2009;10:327–40.
2. Jacobs I, Oram D, Fairbanks J, et al. A risk of malignancy index incorporating CA 125, ultrasound and menopausal status for the accurate preoperative diagnosis of ovarian cancer. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 922–9.
3. Dearing AC, Aletti GD, McGree ME, et al. How relevant are ACOG and SGO guidelines for referral of adnexal mass? *Obstet Gynecol* 2007;110:841–8.
4. Schummer M, Ng WV, Bumgarner RE, et al. Comparative hybridization of an array of 21 500 ovarian cDNAs for the discovery of genes overexpressed in ovarian carcinomas. *Gene* 1999;238:375–85.
5. Hellstrom I, Raycraft J, Hayden-Ledbetter M, et al. The HE4 (WFDC2) protein is a biomarker for ovarian carcinoma. *Cancer Res* 2003;63:3695–700.
6. Moore RG, Brown AK, Miller MC, et al. The use of multiple novel tumor biomarkers for the detection of ovarian carcinoma in patients with a pelvic mass. *Gynecol Oncol* 2008; 108:402–8.
7. Moore RG, McMeekin DS, Brown AK, et al. A novel multiple marker bioassay utilizing HE4 and CA125 for the prediction of ovarian cancer in patients with a pelvic mass. *Gynecol Oncol* 2009;112:40–6.
8. Timmerman D, Valentin L, Bourne TH, et al. Terms, definitions and measurements to describe the sonographic features of adnexal tumors: a

- consensus opinion from the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) Group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000;16:500–5.
9. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, et al; International Ovarian Tumor Analysis Group. Logistic regression model to distinguish between the benign and malignant adnexal mass before surgery: a multicenter study by the International Ovarian Tumor Analysis Group. *J Clin Oncol* 2005;23:8794–801.
 10. Van Holsbeke C, Van Calster B, Bourne T, et al. External validation of diagnostic models to estimate the risk of malignancy in adnexal masses. *Clin Cancer Res* 2012;18:815–25.
 11. Timmerman D, Van Calster B, Testa AC, et al. Ovarian cancer prediction in adnexal masses using ultrasound-based logistic regression models: a temporal and external validation study by the IOTA group. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:226–34.
 12. Valentin L, Hagen B, Tingulstad S, Eik-Nes S. Comparison of 'pattern recognition' and logistic regression models for discrimination between benign and malignant pelvic masses: a prospective cross-validation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18:357–65.
 13. Timmerman D, Testa AC, Bourne T, Ameye L, Jurkovic D, Van Holsbeke C, Paladini D, Van Calster B, Vergote I, Van Huffel S, Valentin L. Simple ultrasound-based rules for the diagnosis of ovarian cancer. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;31:681–90.
 14. Timmerman D, Ameye L, Fischerova D, et al. Simple ultrasound rules to distinguish between benign and malignant adnexal masses before surgery: prospective validation by IOTA group. *BMJ* 2010;341:c6839.
 15. Ameye L, Timmerman D, Valentin L, et al. Clinically oriented three-step strategy to the assessment of adnexal pathology. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;40:582–91.
 16. Timmerman D, Van Calster B, Jurkovic D, et al. Inclusion of CA-125 does not improve mathematical models developed to distinguish between benign and malignant adnexal tumors. *J Clin Oncol* 2007; 25:4194–200.
 17. Van Calster B, Valentin L, Zhang J, et al. A novel approach to predict the likelihood of specific ovarian tumor pathology based on serum CA-125: a multicenter observational study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:2420–8.
 18. Jacob F, Meier M, Caduff R, et al. No benefit from combining HE4 and CA125 as ovarian tumor markers in a clinical setting. *Gynecol Oncol* 2011;121:487–91.
 19. Timmerman D, Van Calster B, Testa A, et al. Predicting the risk of malignancy in adnexal masses based on the Simple Rules from the International Ovarian Tumor Analysis group. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214(4):424–37.
 20. Van Calster Ben, Van Hoorde Kirsten, Valentin Lil, et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model to differentiate between benign, borderline, early and advanced stage invasive, and secondary metastatic tumours: prospective multicentre diagnostic study *BMJ* 2014; 349:g5920
 21. <https://www.iotagroup.org/sites/default/files/adnexmodel/IOTA%20-%20ADNEX%20model.html> (letöltve: 2020.10.10.)
 22. Sayasneh, A, Ferrara L, De Cock B, et al. Evaluating the risk of ovarian cancer before surgery using the ADNEX model: a multicentre external validation study. *Br J Cancer* 2016; 115:542–8.
 23. Meys EMJ, Jeelof LS, Achten NMJ, et al. Estimating risk of malignancy in adnexal masses: external validation of the ADNEX model and comparison with other frequently used ultrasound methods. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017
 24. Kaijser J, Bourne, T, Valentin L, et al. Improving strategies for diagnosing ovarian cancer: a summary of the International Ovarian Tumor Analysis (IOTA) studies. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;41:9–20.
 25. Froyman W, Landolfo C, De Cock B, et al. Risk of complications in patients with conservatively managed ovarian tumours (IOTA5): a 2-year interim analysis of a multicentre, prospective, cohort study. *Lancet Oncol* 2019;20(3):448–58.

Tájrnyelv

Gyönyörű szeptemberi nap. A hónap második hete, hétfőn reggel nyolc óra. Kissé korai az idő fürdésre, de biztosan jobb volna a tőserdői Holt-Tiszában lubickolni, mint itt, ebben a félhomályos tanyai iskolában okosodni.

Belép a jóságos arcú tanító úr a csöppnyi terembe. A gyerekek talpra ugranak, és egyszerre kívánnak neki jó reggelt. Alighogy elül a helyfoglalás zaja, a tanító úr odafordul az ablaknál ülő, jól öltözött gyerekekhez.

– Ahogy szombatn mondta, a mai napot élettannórával kezdjük. Ferkó, fiam! Megmondanád-e nekünk, hogy vajon hány-szor pössentünk naponta?

Ferkó tétován feláll. Fejét jobbra hajtja, a jobb vállát felhúzza, a szája két sarkát lefelé görbíti, és arcán a bizonytalansággal így áll hosszú másodpercekig, aztán kinyögi a választ.

– Háát...

– Mennyit mondtál? Hatot vagy hetet?

– Egyiket sem, tanító bácsi. Én valójában hatot mondtam.

– Hát ezzel nem sokra megyünk. De azt, ugye, meg tudod mondani, hogy ma már pössentettél-e?

Ferkó megint felhúzza a jobb vállát, ráhajtja a fejét, de most a homlokát is ráncosra gyűri, majd némi gondolkodás után elhagyja a sarkainál lefelé görbített ajkát a felelet.

– Háát...

Ferkó igencsak apró legényke. A második osztályt a városban végezte. Népiskolai értesítő könyvecskéje szerint az első és második osztály végén beszéd- és értelemgyakorlatból, olvasásból egyaránt kitűnőt kapott, szorgalma dicséretes volt. Ilyen szép tanulmányi eredményekkel nyáron költöztek ebbe a faluba, ahol számára fölöttébb rosszul kezdődött a tanév. A tanító úr csóválta a fejét.

– Ilyen egyszerű kérdésre nem tudsz válaszolni, hogy hány-szor pössentünk naponta? Hát ha városi gyerek létedre ezt sem tudod, ülj le, de otthon majd kérdezd meg az apádat, hogy ő hány-szor szokott!

Ferkó feneke még le sem ér a padig, ismét feláll. A többi gyerek mosolyogva nézi.

- Tanító bácsi! Tessék nekem megmutatni, hogyan kell pössenteni, mert mi a városban soha nem pössentettünk!

Berényi Mihály

Leiomyosarcomák ivarérett korban

VRECENÁR LÁSZLÓ DR.¹, KISZELY PÉTER DR.²

¹ Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház II. Sz. Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály

² Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktatókórház II. Sz. Patológiai Osztály

E-posta: vrecenar60@gmail.com

■ ÖSSZEFOGLALÁS

A méhsarcoma ritka, a rosszindulatú nőgyógyászati daganatok <1%-át teszi ki. Azért jelentős, mert már a kezdeti állapotban felismert esetekben is sokszor végzetes. Elsősorban idősebb korban fordul elő, de a fiatalabbaknál is kialakulhat; három ivarérett korú esetünk is ezt példázza. Kettőben a sarcoma az izomdaganatban rejtve volt; a szövettani vizsgálat fedezte fel.

Az utóbbi évtizedekben elterjedtek a hastükrözéssel végzett műtétek a szervek, daganatok darabolással való eltávolításával. Ilyenkor a rejtett rosszindulatú daganatok szóródhatnak, növelve a stádiumfokozatot. Ezért felhívjuk a figyelmet az alapos műtét előtti vizsgálat fontosságára, kivált gyanús esetekben. Ha a rosszindulatúság felmerül, a hagyományos műtétet kell előnyben részesíteni. Hastükrözéskor pedig a szervzacskó használata, vagy gomblyukmetszés végzése javasolt.

Kulcsszavak: hastükrözés, szövettarabolás, méhsarcoma

■ SUMMARY

LEIOMYOSARCOMAS IN FERTILE AGE

The sarcoma of the uterus is a rare disease that makes up less than 1% of gynecological malignancies. Its significance lies in the fact that it has an extremely poor prognosis even from its early stage. It is primarily detected in the elderly, however the example of three of our pre-menopausal patients show that the possibility of the presence of the disease must be taken into consideration in younger patients as well. After myomectomy the postoperative histological examination verified the presence of occult sarcoma in two patients.

In recent decades the spread of laparoscopic surgical techniques are noticeable world wide, during which the parts of organs and tissue are being removed by dissection - morcellation. During such procedures the dissemination of malignancies and the likely risk of up-staging have to be taken into consideration. Due to this, please note the importance of careful pre-operative examination in a reasonably suspicious

case. If the possibility of malignancy arises, a traditional ablative surgery is advised. In case the laparoscopic technique is applied, the use of endobag or mini-laparotomy may be a method to follow.

Keywords: minimally invasive surgery, morcellation, uterine sarcoma

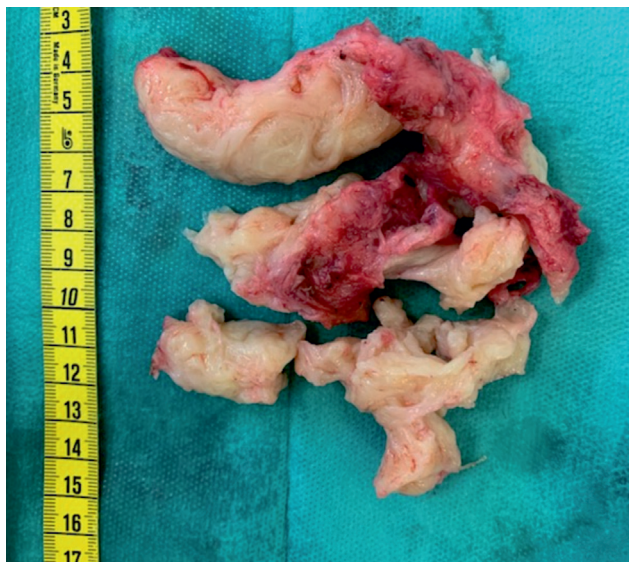
■ BEVEZETÉS

A méhsarcoma ritka, a rosszindulatú nőgyógyászati daganatok <1%-át teszi ki (1). Az Amerikai Egyesült Államokban az évente 52 630 újonnan felismert rosszindulatú méhdaganatból 1600 méhsarcoma (2). Mégis jelentősek, mert rossz a kórjóslatuk: a kezdeti állapotban felismert esetek is sokszor végzetesek. A legnagyobb esetszámú tanulmányban az ötéves túlélés I. stádiumban 75,8%, II. stádiumban 60,1% volt (3). Az előrehaladt esetekben 8–12%.

Az elmúlt évtizedekben elterjedtek a hastükrözéssel végzett műtétek számos előnyük miatt. Jól alkalmazhatók az izomdaganatok darabolással való eltávolítására és a méhcsomók elvégzésére is (1. ábra).

Az utóbbi időkben többen is beszámoltak olyan esetről, amelyben a rejtett sarcomát a hastükrözéskor darabolással távolították el (4–9). Az American College of Obstetricians and Gynecologists 1/500-ra becsüli a rejtett sarcomák előfordulását (10). Az eltávolítandó daganat darabolásakor a sarcoma szét-szóródhat a hasüregben, rontva a beteg életkilátását (11–13). Lényeges az is, hogy a darabolt daganat szövettani feldolgozása is nehezített, előfordulhat, hogy a sarcomát nem fedezik fel (14).

Osztályunk műtéti gyakorlatában szokványos a méhizomdaganatok hastükrözéssel való eltávolítása. A közelmúltban, viszonylag rövid alatt volt három ivarérett korú méhsarcomás betegünk. Ennek alapján tekintettük át a vonatkozó irodalmat azzal a céllal, hogy felhívjuk a figyelmet a korszerű műtét



1. ábra Hastükröszéssel eltávolított, feldarabolt izomdaganat

módszerek alkalmazása előtti részletes, célzott kivizsgálás fontosságára.

■ A KIVIZGÁLÁS NEHÉZSÉGEI

A méhsarcomák műtét előtti kórimézése rendkívül nehéz feladat, nagyjában függ attól, hogy a daganat hol helyezkedik el. A méhnyálkahártyai kiindulási, illetőleg a méh ürege, a nyakcsatorna irányába terjedő esetekben klinikai jelek is észlelhetők, vérzészavar vagy látható szövetszaporulat képében. Ilyenkor szövettani anyagvétellel (kimetszés, méhkaparás) megállapíthatjuk a rosszindulatúságot. Azonban ez csak a sarcomák 15%-ban fordul elő.

Azt a közismert és elfogadott véleményt, miszerint a rövid idő alatt gyorsan növekvő méhizomgöbök gyanúsak rosszindulatú elfajulásra, az irodalmi adatok nem igazolják. *Parker és munkatársai* (15) 371 esetből 1, *Leung és munkatársai* (16) 155 esetből 2, egy 26 tanulmány feldolgozó összeállításban pedig 580 esetből csupán 15 esetben (2,6%) fordult elő a gyorsan növekvő méhizomdaganatban sarcoma.

A kórmegállapításban a képalkotó vizsgálatok is korlátozott értékűek. Az ultrahang vizsgálat érzékenysége és fajlagossága a méhnyálkahártyarák felismerésében jó, a sarcomák felfedezésében azonban nem. Felvetheti a gyanút a képlet kevert hangeloszlása, a központi elhalás, a szabálytalan érrajzat, kóros Doppler ellenállási mutató és csúcshízós sebesség. Az MR pontossága sem egyértelmű. Hasznos lehet a jeladás mértékének, a rosszul elkülönült széleknek és az LDH-súlyozott áramlásnak az értékelése (17). A PET-CT költséges, ezért szokványosan nem alkalmazzák, irodalma is szegényes. Az eddigi megfigyelések korlátozott értékűnek vélik (18–20).

Nehézség az is, hogy a műtét alatti fagyasztásos szövettani vizsgálat sem megbízható.

■ ESETISMERTETÉSEK

I. ESET

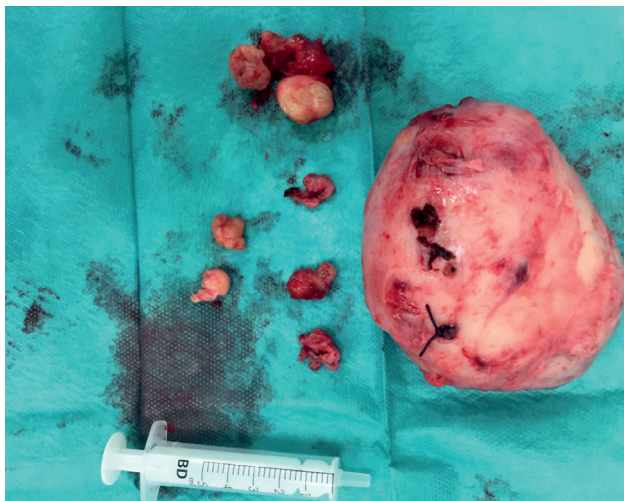
42 éves, lényeges betegsége nem volt. Egy egészséges gyermeket szült. 2001-ben sejteltérés miatt kúpkimetszést végeztek; a szövettan CIN2-t állapított meg. 2017-ben vérzészavar miatt méhkaparása volt, lényeges eltérést nem találtak. 2018-ban vérzészavar és cseresznyéni megszületőben lévő izomgöb miatt, göblecsavarást és méhkaparást végeztünk. A szövettani lelet: G2-es leiomyosarcoma volt. A szokványos kivizsgálás (mellkasi, és has-kismencedei CT, labor) áttétet nem igazolt. Hasi méh- és kétoldali függelékeltávolítást végeztünk, gyanús elváltozást a hasüregben nem észleltünk. Szövődmény nem volt. A méh szövettani vizsgálata egy helyen a méhfalba terjedő, G3-as leiomyosarcomát véleményezett, az osztódási arány 10/10 volt. A beteget daganat- bizottsághoz irányítottuk, további sorsáról nem tudunk.

II. ESET

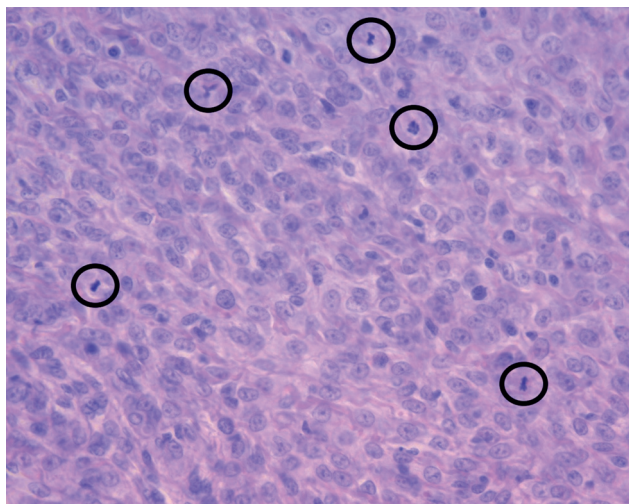
37 éves, lényeges betegsége és állapotos sem volt. 2011-ben a panaszokat okozó méhgöbét hasműtéttel eltávolítottuk. A szövettani vizsgálat méhizomdaganatot állapított meg. 2018-ban jelentkezett ismét alhasi panaszok miatt. UH-vizsgálattal a méhben egy 6 cm-es és több kisebb izomgöböt láttunk. A has megnyitásával kivettük az göböket és csontoltuk a bal oldali petefészket (2. ábra). A szövettani lelet epithelioid G2-es leiomyosarcomát véleményezett, az osztódási arány 20/10 volt (3. ábra). Négy hónappal később, a szokványos műtét előtti vizsgálatok után – áttétet nem igazolódott – eltávolítottuk a méhet és a függelékeket. A hasüregben áttétre utaló elváltozást nem találtunk. Szövődmény nem volt. A szövettani vizsgálat nem talált maradék daganatot. A daganatbizottság további kezelést nem tartott szükségesnek. Rendszeresen ellenőrizzük, kiújulást nem fedeztünk fel.

III. ESET

45 éves, lényeges betegsége nem volt, nem szült, egyszer elvetélt 2018-ban más intézményben hasműtétet végeztek: méh-



2. ábra Eltávolított daganatok, a legnagyobb göb tartalmazta a sarcomás elfajulást



3. ábra Szöveti kép HE-festéssel, 400x nagyítással: epithelioid leiomyosarcoma, G2. A képen 5 osztódás látható

göböt távolítottak el, amely szövettanilag leiomyosarcomának bizonyult. A szokványos műtét előtti kivizsgálás a tüdőben párányi felrakódásokat fedezett fel, ezért hatszori TAX–CBP kezelésben részesült, hatására a tüdőelváltozások visszafejlődtek. 2019-ben hasi méh- és kétoldali függelékeltávolítást végeztünk, a hasüregben kóros elváltozást nem láttunk. Zavartalanul gyógyult. A szövettani feldolgozás maradékdaganatot nem igazolt. A beteg rendszeres jár ellenőrzésre, jelenleg is daganatmentes.

■ MEGBESZÉLÉS

A leiomyosarcoma ritka, a méh rosszindulatú daganatainak 3%-át teszi ki. Az USA-ban 3,3 esetet rögzítenek évente 100 000 lakosra vonatkoztatva (2). Kialakulásában szerepet játszhat az 5 éven túli tamoxifenkezelés, a gyermekkori retinoblastoma, az örökletes leiomyomatosis, a veserák és a kismendecei besugárzás.

Elsősorban az idősebb korosztály betegsége, de eseteink is azt példázzák, hogy ivarérett korban is előfordul. Jelentősége abban van, hogy már korai stádiumban is képes, elsősorban vérerek útján, áttétet adni (19% tüdő), de a nyirokúti terjedés sem elhanyagolható. Műtéti + gyógyszeres kezelést követően is korai, 18 hónapon belüli kiújulással kell számolnunk az esetek 45–73%-ában, ezért nagy a halálozási aránya (1).

A sarcomás betegek műtét előtti vizsgálata nagy kihívás. Tankönyvi adatok szerint a mintavétellel a sarcomáknak csak 15%-át sikerül felfedezni. Így érthető, hogy az esetek nagy hányadában szinte „véletlenül”, a műtét utáni szövettani vizsgálat fedezi fel a simaizom-daganatnak vélt képletben.

A műtét előtti kivizsgálásra nincs útmutató. Ha a kórelőzmény, a beteg vizsgálata vagy az ultrahang-, sejt- és laborvizsgálat felveti a sarcoma lehetőségét, végezzünk más képalkotó (CT, MR, PET-CT) és célzott laboratóriumi vizsgálatokat is, esetenként célzott mintavételt. Bizonytalan esetekben, a has-

tükrözéssel végzett műtétkor kerülendő az eltávolítandó szerv, szövetrész darabolása, inkább szervzacskó vagy gomblyuk-metszéssel vegyük ki.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Megköszönjük Sági Zoltán professzor úrnak (Simmelweis Egyetem I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet) a szövettani kórisme pontosításához nyújtott szakmai segítségét.

■ IRODALOM

1. Forney JP, Buschbaum HJ. Classifying, staging, and treating uterine sarcoma. *Contemp Obstet Gynecol* 1981;18:47-69.
2. American Cancer Society. Uterine sarcoma Atlanta (GA): ACS; 2013. Available at: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003145-pdf.pdf>. Retrieved March 27, 2014.
3. Shin JY, Chan JK, Kapp DS. Prognostic factors and survival in 1396 patients with uterine leiomyosarcoma: emphasis on impact of lymphadenectomy and oophorectomy. *Cancer* 2008;112:820-30.
4. Rowland M, Lescnok J, Edwards RP, et al. Occult uterine cancer in patients undergoing laparoscopic hysterectomy with morcellation. *Gynecol Oncol* 2012;127:S29.
5. Seidman MA, Oduyebo T, Muto MG, et al. Peritoneal dissemination complicating morcellation of uterine mesenchymal neoplasms. *PLoS One* 2012;7:e50058.
6. Oduyebo T, Rauh-Hain A, Meserve EE, et al. The value of re-exploration in patients with inadvertently morcellated uterine sarcoma. *Gynecol Oncol* 2014;132:360-65.
7. Anapuma R, Ahmad SZ, Kuriakose S, et al. Disseminated peritoneal leiomyosarcomas after laparoscopic „myomectomy” and morcellation. *Minim Invasive Gynecol* 2011;18:386-89.
8. Della Badia C, Kanini H. Endometrial stromal sarcoma diagnosed after uterine morcellation in laparoscopic supracervical hysterectomy. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;17:791-93.
9. Rekha W, Amita M, Sudeep G, Tongaonkar H. Unexpected complication of uterine myoma morcellation. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2005;45:248-49.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Power morcellation and occult malignancy in gynecologic surgery. (A Special Report) 2014. May. pp. 1-6.
11. Perri T, Korach J, Sapetzki S, et al. Uterine leiomyosarcoma: does the primary surgical procedure matter? *Int J Gynecol Cancer* 2009;19:257-60.
12. Park JY, Park SK, KimDY, et al. The impact of tumor morcellation during surgery on the prognosis of patients with apparently early uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol* 2011;122:255-59.
13. George S, Barysaukas C, Serrano C, et al. Retrospective cohort study evaluating the impact of intraperitoneal morcellation on outcomes of localized uterine sarcoma. *Cancer* 2014; 120: 3154-8.
14. Rivard C, Salhadar A, Kenton K. New Challenges in detecting, grading, and staging endometrial cancer after uterine morcellation. *J Minim Invasive Gynecol* 2012;19:313-16.
15. Parker WH, Fu YS, Berek JS. Uterine sarcoma in patients operated on for presumed leiomyoma and rapidly growing leiomyoma. *Obstet Gynecol* 1994;83:414-8.
16. Leung F, Terzibachian JJ, Gay C, et al. Hysterectomies performed for presumed leiomyomas: should the fear of leiomyosarcoma make us

apprehend non laparotomic surgical routes? (French) Gynecol Obstet Fertil 2009;37:109-114.

17. Goto A, Takeuchi S, Sugimura K, Maruo T. Usefulness of Gd-DTPA contrast-enhanced dynamic MRI and serum determination of LDH and its isozymes differential diagnosis of leiomyosarcoma from degenerated leiomyoma uterus. Int J Gynecol Cancer 2002;12:354-61.

18. Sadeghi R, Zakav SR, Hasanazadeh M, et al. Diagnostic performance of fluorine-18-fluorodeoxyglucose positron emission tomography

imaging in uterine sarcomas: systematic review and meta-analysis of the literature. Int J Gynecol Cancer 2013;23:1349-56.

19. Yamane T, Takaoka A, Kita M, et al. 18F-FDG PET in differentiating malignant uterine corpus tumors from benign leiomyoma. Ann Nucl Med 2012;26:478-84.

20. Nagamatsu A, Umesaki N, Li L, Tanaka T. Use of 18F-fluoro-deoxyglucose positron emission tomography for diagnosis of uterine sarcomas. Oncol Rep 2010;23:1069-76.

Nyáry Szabó László

TORZAZSÍRSAV – TORZOLAJSAV

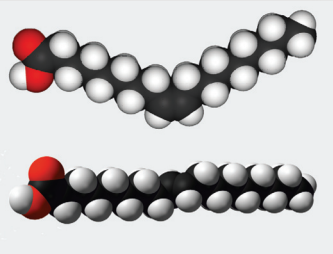
a zsírsavak transzvesztitája

A tömegétkezdék befülledt olajsütőiben punnyadva tobzódó roncsolajok, roncs(a)-zsírok, meg bennük a roncs(a)-zsírsavak vagy inkább torzazsírsavak (transz-zsírsavak) rendkívüli módon rontják életkilátásainkat. Ezekhez adódik még az évtizedeken át hazudva hirdetett – ma már tudottan kétes egészségességű – művajak rengetege. Butítanak is, rákkeltőek is, meg ondórontóak, minthogy roncsolják az ondósejtjeinket, így a termékenységünket is. (A „Termő-Meddő” [Fertil Steril] lap egy tanulmányában már egy évtizede igazolta és hírlete is ezt.¹)

A leggyakoribb **roncsazsírsav** az elaidinsav (olaj-mint-sav), a „**torzolaajsav**” vagy „**roncsolajsav**” a telítetlen **olajsavból** (oleinsavból) **képződik** olajban való (túl) sokszori sütéskor vagy szándékolt ipari átalakításkor, például margarinosításkor. Az olajban való sütés(ek) számával gyakoribbodik a „**korcs**()**olajsav**”-vá. A „**roncsolajsav**” szójátéka e gyilkos hajt **roncsoló** képességével is igen beszédes. Valójában a „**torzolaajsav**” jobban jelzi e szerkezeti különbséget, amelyet a **transz-zsírsavak szótörzéből** magyarítottam a létrehozás roncsolóan gyötrelmes elvén. Ez utóbbi bevett „transzvesztita” szó-khimaira tükörfordítottam az angol **trans fatty acid** kifejezés **korcsa**.

A természetes olajokkal szemben a zsírszerű (szerkezetű)vé váló torz olajokra összegképletük alapján illik az „**olajsav**”, de szerkezeti képletük és térbelileg is valóságos modelljeik képe alapján a „**zsírsav**” név is. Minthogy természetellenes és káros, mi több, nyomorító gyilkos anyagok, így méltán illik a „**roncs**”, a „**torz**” vagy a „**korcs**” előtag is neveikbe.

Az **olajsav** (oleinsav) természetes térdes, vagy képletesebben talán inkább „derekas” hajlatú „**cisz**” alakja a kettős, avagy a telítetlen kötést nem rejtegeti, hanem a **hájpálcika** tisztos töretésében is büszkén viseli.



A telítetlen **olajsavból** (oleinsavból) **képződik** ipari átalakításkor, mint például margarinosításkor vagy sokszori sütéskor a legközönségesebb **roncsazsírsav**, láthatóan **torzazsírsav**, a „**torzolaajsav**” (elaidinsav), a „**roncsolajsav**”...

A gombóc-modellen vagy **bogyó(s)modellen** (Sz.) a zúr maga a göcs, az enyhe töretés a szénlánc közepén, amely egészségesetben a lánc éles hajlását adja, itt azonban mint egy rossz ficam jelentkezik. Nevezhető ez alapján akár „**göcs(ös)olajsav**”-nak vagy „**olajgöcs(ös)sav**”-nak is, de bizony még „**olajficamsav**”-nak is... Az angolmán gölemi szókörökhez képest ezek persze mind csak bájos, szelíd szócsibék.

A torzolaajak bűnjegyzéke megdöbbenően hosszú... A zabolá(za)tlan multikulti mindannyiunkat mérgez a **hulladételeivel**. No persze: „Mindenkinek maga dönt!” Állítólag... Szabad világban élünk.

A kérdés csak az, hogy tudjuk-e egyáltalán, mit eszünk, vagy hogy mit etetnek meg velünk?!

¹ Chavarro JE, Furtado J, Toth TL, Ford J, Keller M, Campos H, Hauser R. *Trans-fatty acid levels in sperm are associated with sperm concentration among men from an infertility clinic* Fertil Steril 2011;95(5):1794–7. doi: 10.1016/j.fertnstert.2010.10.039. Epub 2010. nov 11.

A magyar orvosi nyelv szükségtelen idegen szavainak kérdésköréhez

BŐSZE PÉTER DR.

Dél-pesti Centrumkórház Nőgyógyászati Osztály, Budapest

E-posta: bosze@eagc.eu

„Önfia vágta sebé.”
Kisfaludy Károly: Mohács

■ ÖSSZEFOGLALÁS

Idegen szavak nyelvünkbe állandóan kerültek, hiszen a magyarság mindig kapcsolatban volt más nyelvű népekkel. Ezek zöme évezredek át gyarapította szókincsünket, olyannyira, hogy az idegenségük réges-régen homályba tűnt. Nyelvépítő idegen szavakat ma is befogad a magyar nyelv is, ez természetes folyamat. A jövővényszavak tehát a magyar nyelv jelentős részét képezik, ezek már nem idegenek, és nem tévesztendők össze az idegen nyelvűséggel, azokkal az idegen szavakkal, amelyeket ma is idegennek érzünk, és amelyek között vannak szükségtelenek is, mert magyar megfelelőikkel tökéletesen kifejezhetjük magunkat. Ellenkezőleg: kiszorítják a magyar szavakat, és sokszor nehezebben érthetők, jegyezhetők meg.

Az idegen nyelvűség – amennyire az idők távlatából megítélhető – a honfoglalással, a latin írásbeliséggel kezdődött. Az újlatin nyelvek talán az Árpád-ház kihalásával kezdtek beköltözni nyelvünkbe: először a francia. Jóval nagyobb hatása volt azonban a németnek, amely az udvar, a magyar főnemesség (értelmiség) nyelvhasználatában terjedt el. Mátyás államában a magyar nyelv szabadon élt, együtt létezett az akkori nemzetközi nyelvvel, a latinnal, mindegyik a maga helyén, nem keveredve.

Az idegen nyelvi hatás Habsburg Ferdinánd magyar királlyá koronázásával vált meghatározóvá, és tartott közel fél évezredig. A magyar nyelv tudatos visszaszorítása, németesítése többféleképpen zajlott:

- Más nyelvűek, idegenek, főleg németajkúak betelepítésével.
- A magyar szellemiség, függetlenségi törekvések kegyetlen elfojtásával.
- A német nyelv közvetett ránk erőltetésével, a magyar nyelv használatának bizonyos területeken való tiltásával.

- A magyar közművelődés, egyetemes tudomány és kultúra fejlődésének több évszázados fékezésével.

Célja az osztrák hatalom megerősítése volt, kiterjesztése a Kárpát-medencére a magyar nemzet megszüntetésének részeként. Schwarzenberg miniszterelnök így nyilatkozott: „*Ugyan, mi az a magyar nemzet! Ezek mindig is lázadók voltak, akiket meg kell semmisíteni, és egyszer s mindenkorra ártalmatlanná kell tenni.*”

Végeredményben a szükségtelen idegen szavak a megszállsunkkal, elnyomásunkkal vonultak nyelvünkbe. Úgy is mondhatjuk, hogy a szükségtelen idegen szavak a nyelvünkben a magyar szellem történelmi hódoltságának, az ország elnyomtatásának nyelvi lenyomatai.

ORVOSI NYELVI IDEGEN SZAVAK

A tudományokat a XVI–XVII. században az erős nemzetállamok a latin mellett egyre inkább a nemzeti nyelveken is művelték, megalkották az anyanyelvi szak kifejezéseket; művelődött a társadalom, mivel megteremtődött a közművelés feltétele, a könyvnyomtatás: anyanyelven lehetett olvasni az irodalmat, a művészetekről és a tudományt is. Egyetemek már mindegyik államban működtek.

Hazánkban a nemzetállamosodás nem következett be: Magyarország nagy részére kiterjedt török hódoltsági területen a létezésért kellett küzdeni, a harcokban megfogytunk. A királyi országgrészen németesítés folyt. Később a gyarmattá tett Magyarországon a Habsburgok gátolták, tiltották a magyar művelődést: a közművelődés és a magyar szaknyelvek lemaradtak, noha szórványos erőfeszítéseket tudomány nyelvünk fejlesztésére tettek néhányan, mint *Szenczi Molnár Albert*, *Apáczai Csere János*, *Pápai Páriz Ferenc* stb. Kiesett az a 200 év, a XVI–XVII század tudományfejlődése, amely alatt a nemzetál-

lamok a középkori görög–latint nemzeti nyelvükre cserélték. A magyar orvosi szaknyelvben ezért maradt meg a görög–latin szókészlet, méghozzá olyan mélyen rögzült, hogy orvosi nyelvünk kétnyelvűségéről is beszélhetünk. Az erősödő németesítés az orvosi nyelvben is nyomott hagyott, tetézve az idegen orvosi szavak sokaságát.

Megállapíthatjuk tehát, hogy orvosi nyelvünk tetemes idegen szókészlete, beleértve a görög–latin szakszavakat is, több évszázados tudományos elfojtottságunk maradványa.

Kulcsszavak: felesleges nem anyanyelvi szókincs, magyar nyelv, történelmi perspektíva, magyar orvosi nyelv

■ SUMMARY

UNNECESSARY NON-NATIVE WORDS IN THE HUNGARIAN MEDICAL LANGUAGE

During its history, Hungarian has continually been enriched by loanwords as the Hungarian population has always been in contact with speakers of other languages. Most of these loanwords have proved welcome additions to the Hungarian word stock, so much so that their being of foreign origin fell into oblivion a long time ago. The use of foreign words that contribute to the richness of the Hungarian lexicon is still on the increase, and this is a natural process. Loanwords constitute a significant and organic part of Hungarian and are not felt to be foreign any more. They should not be confused with the large numbers of other non-native words that are still felt foreign and that include unnecessary additions since their native equivalents are completely adequate for expressing what we mean to say. On the contrary: they might eventually supplant native words and are often more difficult to understand and memorize.

The mass influx of foreign lexical items, as far as can be established in hindsight, started with the Hungarian Conquest, in particular with the use of Latin for written communication that ensued. Romance languages perhaps started to affect Hungarian after the extinction of the Árpád dynasty: with French in the lead. German, however, had an even stronger effect; it became well spread both in the royal court and in the language use of the Hungarian aristocracy and other literate sections of the society. Even so, in the time of King Mathias, Hungarian was unconstrained and coexisted with Latin, the lingua franca of the period: both existed on their own, not mixing with the other.

The influence of foreign languages became dominant upon the coronation of King Ferdinand of the Habsburg dynasty and remained so for half a millennium afterwards. The conscious restraint of the use of Hungarian, and its Germanization, took several forms:

- With the deliberate settling of foreign population, especially speakers of German.
- With cruel repression of all signs of the pursuit of independence.

- With indirect enforcement of the use of German, by prohibiting the use of Hungarian in certain areas of life.
- With several centuries of curbing Hungarian cultural, educational, and scholarly endeavours and development.

The overall aim was the strengthening of Austrian rule, its extension to the whole of the Carpathian Basin, and the elimination of the Hungarian nation. Prime Minister Schwarzenberg once said, “What is the Hungarian nation? A pack of rebels to be annihilated and disposed of once and for all!”

Unnecessary foreignisms can be seen to have invaded Hungarian due to the nation being conquered and repressed. We can conclude that unnecessary foreign words are a linguistic imprint of the historical thralldom and submission of the country.

FOREIGN WORDS IN THE MEDICAL LANGUAGE

In the sixteenth and seventeenth centuries, in strong national states the sciences started to be conducted in the national idiom, in addition to Latin. Native technical terms were coined; the society became increasingly educated as the prerequisites were created by the advent of book printing. Literature could be read in one’s native language, including fiction, works on art, and scholarly works, too. Universities were in operation in practically all European countries.

In Hungary, the country’s transformation into a national state did not take place: in the areas conquered by the Turks, meaning a substantial part of the country, people had to fight for survival and their numbers decreased. In the area where the Habsburgs ruled, Germanizing tendencies prevailed. Later on, in the colonized country, the Habsburgs prohibited and curbed Hungarian cultural life: public education and the specialized vocabularies of the various branches of science failed to develop, even though sporadic efforts were made by scholars like Albert Szenczi Molnár, János Apáczai Csere, Ferenc Pápai Páriz, and others. Two hundred years elapsed without participation in the development of sciences that took place in other parts of the world in the sixteenth and seventeenth centuries, during which other countries exchanged their use of medieval Greco-Latin for that of their own national languages. Hungarian medical language thus retained its Greco-Latin vocabulary to such an extent that we can justly refer to bilingualism in the medical language of Hungary. Increasing Germanization left its mark on the Hungarian medical language, too, making the proliferation of foreign medical terms even worse.

In conclusion, we can say that the substantial extant non-native vocabulary of Hungarian medical language, including a plethora of Greco-Latin terms, is a legacy of several centuries of severe suppression in the country’s scientific life.

Key words: unnecessary non-native vocabulary, Hungarian language, historical perspective, Hungarian medical language

■ BEVEZETÉS

A magyar szókészlet eredet szerint három csoportra osztható: az alapnyelvi eredetű szavakra, a belső szóalkotásból eredőkre és a más nyelvekből átvett szavakra (jövevényszavak) (28a).

Megjegyzés. Szókészletünknek vannak olyan szavai, amelyek eredetét eddig nem sikerült kideríteni (ismeretlen eredetű szavak). Ennek számos oka lehet, amelyekre nem térhetek ki. Természetesen ezek a szavak is a szókészletünk három csoportjának valamelyikébe tartoznak, csak nem tudjuk, hogy melyikbe. Ilyen szó például a szekér: lehet ősi, ugor kori szó, vagy honfoglalás előtti iráni jövevényszó (8).

ALAPNYELVI SZAVAK

A legrégebbi szavaink, öröklött, ősi szókészletünk. „...*Többsége az egykori emberek és közösségeik számára legfontosabb tárgyfogalmakat, cselekvéseket és tulajdonságokat jelölte*” (ló, nyíl, fej) (28a). Az alapnyelvi szavaink kisebb része csupán „*tőalakban maradt fenn*” – ezek származékaikban élnek tovább. Alapnyelvinek tehát csak a tőalak tekinthető, például: fa; a mai szóalak (farag, fazék) már belső keletkezésű (28a).

BELSŐ SZÓALKOTÁS

Ez „a szókészlet gyarapodásának fő forrása” (28a). Szóteremtéssel és szóalkotással létrejött szavak tartoznak a belső keletkezésű szavak közé. Az előbbieik érzelmi hangkitörésekre és „*a tartalom hanggal való kifejezésének szándékára vezethetők vissza*” (baba, jaj, zúg). Az utóbbiak származékszavak (tő + képző, szóösszetétel stb.): tárgyak, események, fogalmak megnevezésére alkotott szószármazékok. Ide tartozik a tudatos szóalkotás, amely a szaknyelvek jellemzője. A tudománynyelvekben – így az orvosi nyelvben is – tetemes a „*kifejezési szükséglet kielégítésére*” a tudatosan létrehozott új szó (műtő, nővér). A tudatos szóalkotás tömegesen a nyelvújítással jelentkezett, és napjainkban is eleven.

JÖVEVÉNYSZAVAK

A más nyelvből származó szavaink a jövevényszavak: olyan idegen eredetű szók, amelyek beépültek nyelvünkbe, változatlanul vagy több-kevesebb hangmódosulással „magyar” szóvá váltak. Legtöbbjüket annyira megszoktuk, hogy idegen eredetűk már elfelejtődött (templom), másokon még érződik némi idegenség (kód), de mégis otthonosak; és vannak olyan jövevényszavaink is, amelyekről érezzük, hogy idegenek, ennek ellenére elfogadtuk magyar szónak (neutron) – minden bizonnyal, mert szükségeseink: hiányzik a magyar megfelelőjük, vagy jelentéstöbbletet hordoznak. A jövevényszókat nem tartjuk idegennek, legfeljebb szótörténeti szempontból kezeljük annak. Ezek magyar szókincsünk tetemes részét képezik, nyelvünk szerves részei.

Kontra Miklós „direkt kölcsönzésnek” nevezi azt, „amit a hazai nyelvészek általában jövevényszavak, illetve idegen szavak átvételén értenek” (18). A direkt kölcsönzés eredménye a kölcsönzó, amely a legtöbb esetben az átadó nyelvi jelentésével együtt kerül az átvevő nyelvbe, például új idegen tárgy vagy fogalom megnevezéseként (18). Ilyenek az orvosi nyelvben a stressz vagy a molekulák neveinek sokasága (interferon, interleukin stb.).

Kerülhetnek nyelvünkbe olyan kölcsönzések is, amelyek ismert tárgyat, fogalmat jelölnek (neurológia [ideggyógyászat]). Ezeket

Bárczi Géza „főlöszleges idegenszerűségnek” nevez, amelyeknek „nem jár ki a védelem” (2).

VÁNDORSZAVAK

Előfordult, hogy valamely szó nem az eredeti nyelvből került a nyelvünkbe, hanem egy vagy több nyelv közvetítésével. Ezeket nevezik vándorszavaknak, mivel terjedésük az egyik nyelvből a másikba követi azt a tárgyat, fogalmat, amelyet jelöl, azzal vándorol (28a). A vándorszavak szóbeli továbbadással jutnak nyelvekből nyelvekbe.

NEMZETKÖZI SZAVAK

Azokat a szavakat, amelyeket több nyelv is átvett, a nyelvész nemzetiközi szavaknak nevezi. Ilyenek például a sportnyelv angol szavai (korner, taccs); ezek számos európai nyelvben elterjedtek, kisebb-nagyobb módosításokkal, avagy változatlan formában.

Megjegyzés: magam nemzetközi orvosi szónak az olyan szakkifejezést nevezem, amelyet több nemzetből összeállított, tehát nemzetközi bizottság alkotott. Ezek angol szavak, a jelentésük nemzetközileg meghatározott.

Más nyelvekből szavak folyton folyvást érkeztek, érkeznek a nyelvünkbe. Legtöbbjük valószínűleg nem talált helyet magának, elfelejtődött.

A jövevénnyé válás általában hosszú folyamat, de hogy mennyire, nem tudjuk. Sok minden befolyásolja (az érintkező népek viszonya, a kétnyelvűség, egyéb nyelvhasználati szokások stb.); ezekről Kontra Miklós értekezett részletesen (18). Minden bizonnyal történelmi koronként is lehettek eltérések; amíg hiányos a nyelv, és az idegen eredetű szavak ürt töltöttek be, gyorsan gyökeret ereszhetnek. Az új tárgyak, fogalmak elnevezéseit nyelvünk rendszerint azonnal átveszi, és ha nem hozzuk létre vagy nem alakul ki a magyar megfelelője, meg is maradnak, jövevényszóvá válnak. Ha meggyökeresedtek, már nehéz harcolni ellenük.

Más kölcsönzések már meglévő szavaink fogalomkörét bővítették. Azok pedig, amelyeknek már volt/van magyar megfelelőjük, sokkal nehezebb helyzetben voltak/vannak, és voltaképpen főlöszlegek.

IDEGEN SZÓ

Idegen szónak az olyan, más nyelvből származó szót nevezem, amely már bejött nyelvünkbe (használjuk), érződik rajta az idegenszerűség, de még nem honosodott meg, nem vált jövevényszóvá.

SZÜKSÉGTelen IDEGEN SZAVAK

Szükségtelennek azokat az idegen szavakat tartom, amelyeknek már van magyar megfelelője; azokkal tökéletesen helyettesíthetők. Nem szükséges, hogy a magyar változat az idegen szó mindegyik jelentését kifejezze; a különböző jelentésekre más-más szót is használhatunk (11) – ez csak színesíti a szöveget.

Egészséges nyelvi körülmények között – amikor a nyelvi közösség szabadon dönthet a nyelvhasználatról – a szükségtelen idegen szavak nem honosulnak meg a nyelvben, és a nyelvhasználatban is alig-alig fordulnak elő. Ám, erőszakos ráhatás, oda nem figyelés (felelőtlenség) elősegítheti elterjedésüket a nyelvhasználatban.

Nemzetiközi eszmeáramlatok hatására a közösségek társadalmi és művelődési fejlődése általában felgyorsul, idegen szavak sokasá-

ga jut a nyelv szókincsébe, mint például a reformáció idején. „A nagy szellemi áramlatok és a nagy politikai változások egyúttal nagy nyelvteremtő korszakok is, és a szókincsben mindig igen jelentős nyomokat hagynak. Ezek a nyomok az idegen szavak szempontjából igen különböző fokozatokat képviselnek, a legszélsőségesebb, minden idegent kerülő purizmustól a legszélsőségesebb, minden idegent önfeláldozó befogadó liberalizmusig.” (11)

A tudomány gyors fejlődésével – mint napjainkban – az idegen szakszavak özöne lepi el nyelvünket, amelyeket ha nem magyaráztunk, átvesz a nyelvhasználat – legtöbbjüket fölöslegesen, mert könnyen lehetne teljes értékű magyar szóval helyettesíteni (9).

NYELVÜNK IDEGEN SZÓKÉSZLETE

A magyar nyelvben nagyon sok az idegen szó: Tolcsvai Nagy Gábor: *Idegen szavak szótárában* ~55 000 idegen szó található, amelyek többsége a szaknyelvekhez tartozik, de a köznyelvi idegen szóképlet is számottevő. A felsorolt idegen szavak tetemes részének van magyar megfelelője, tehát fölösleges. Azonban, ha azonos is a jelentésük, közöttük legalább stilisztikai különbség mégis szokott lenni, lásd például: teátrum : színház.

■ AZ ÖSSZEÁLLÍTÁS CÉLJA ÉS FORMÁJA

Alapvető szándékom az volt, hogy kiderítsem, miért van, hogyan került a szükségtelen idegen szavak tömege a magyar orvosi nyelvbe. Lévnem, hogy a tudomány nyelv – esetünkben az orvosi nyelv – az anyanyelv része, először arra voltam kíváncsi, hogy miként került nyelvünkbe, és maradt meg ilyen sok szükségtelen idegen szó. A kérdést a nyelvközösségünk történelmi sorsának alakulása szerint vizsgáltam; a nyelvközösség sorsa és nyelve ugyanis összefügg:

„Tudjuk...– írta Kiss Jenő (16) –, hogy a nyelv és a társadalom egymást föltételez, tehát szoros kapcsolatban van, s hogy a társadalmi változások így vagy úgy nyomot hagynak a nyelv életében. Az a nyelvközösség, amely műveltségváltáson megy keresztül (ahogy történt a magyarsággal is például a kereszténység felvétele után), annak a nyelvén is következnek be változások. S minél intenzívebbek a nyelvközösséget érő új (gazdasági, politikai, művelődési) hatások, annál nagyobbak a nyelvi változások is. Ez azt jelenti, hogy a nyelvek változása nem eleve meghatározott és azonos ütemű módosulás, hanem a mindenkori nyelvközösség életétől megszabott, hol gyorsabban, hol lassabban, a nyelvet hol mélyebben, hol csupán felszínesen érintő változások láncolata.”

Nyelvtörténeti korszakolásunk ezen az elven alapszik: nyelvünk négy korszakának mindegyike meghatározó történelmi eseménnyel kezdődött. Az *ősmagyar kor* a magyar nyelv kezdetével (kb. Kr. e. 1500-tól), az *ómagyar kor* a honfoglalással, a *középmagyar kor* a mohácsi vésszel, az *újmagyar kor* korai szakasza a magyar felvilágosodással, kései szakasza pedig a trianoni békediktátummal kezdődik.

Nem történelmi tanulmányról van szó, hanem történelmi tükrőről, amely az idegen szavak beáramlását tükrözi a nyelvközösségünk történetének szakaszai szerint, kivetítve a magyar orvosi nyelvre. A tanulmányban kizárólag ezzel foglalkozom, nyelvünk jelen változásaival, és az idegen szavak használatával, nyelvi hatásaival, a purizmus kérdésével stb. nem.

■ AZ IDEGEN SZAVAK NYELVTÖRTÉNETÜNK TÜKRÉBEN

Más népek hatása, az idegen eredetű szavak bejövetele nyelvünkbe végig kíséri történelmünket.

ŐSMAGYAR KOR

Az idegen eredetű szavak a nyelvünk ősmagyar korában rendre beépültek nyelvünkbe, „magyar” szóvá váltak, gyarapították nyelvünket; a nem megfelelőek pedig – ha egyáltalán voltak – elmaradtak. „Az ősmagyar kori jövevényszavak között messze a legnagyobb arányban a török elemek vannak jelen”, származóan abból, hogy a magyarság hosszú ideig Kelet-Európa déli részén tartózkodott, törökül beszélő népekkel érintkezett (28a).

ÓMAGYAR KOR

A honfoglaláskor főként szláv nyelvekkel és részben a némettel találkozott a magyarság, a latin hatás a kereszténység fölvétele után, a nyugati írásbeliséggel való kapcsolat révén kezdődött. Ez jellemezte a korabeli Európa írásosságának egészét (12). A XI–XIII. században a keresztény Európában mindenütt latinul írtak, ugyanazt tanulták, és ugyanúgy gondolkodtak. A szerzetesrendek terjedése, a kolostorok, templomok sokasága az egyházi latin egyeduralmát hozta, kiváltképpen a vallás, a művészet és a tudományok területén. A magyar nyelv a nép ajkán bővült és gyarapodott, a korai magyar egyházi nyelvet pedig a szerzetesek formálták: csak magyarul szólhattak a néphez. Nyelvi kettősség volt, mint Európa más részein: latin írásbeliség és nemzeti (magyar) nyelvű szóbeliség. Ekkori jövevényszavaink leginkább szláv és latin eredetűek, az utóbbiak a keresztény vallási kifejezésekkel kezdték, és többnyire tükörszók: az átvett „a szó tartalmát a saját nyelvi elemeivel tükrözteti vissza” (28b). Átvettünk továbbá német, román, francia és török szavakat is; a törökül beszélő népekkel ugyanis nem szűnt meg a kapcsolat: az Etelközben kiszorult besenyők egy részét a X–XI. században Magyarország fogadta be, később pedig a kunok települtek köztük (28b).

A német befolyás már Istvánnál elkezdődött, de jelentősen az Árpád-ház kihalásáig nem bontakozott ki, sőt, inkább visszaszorult. Szent László és Könyves Kálmán (XI–XII. század) megteremtette a „történelmi” Magyarországot. Az élet virágzott, minden gazdagodott, és „házánk időazonosságban élt a római liturgiájú Európával” – írta Nemeskürty István (25a).

A legkorábbi leírt magyar szavak személy- és helynevek (szórványemlékek), ezek latin nyelvű oklevelek, alapítólevelek, adománylevelek szövegeiben fordultak elő. Az első megmaradt magyar szövegemlék a *Halotti Beszéd*, a 12. század utolsó negyedében íródott. Ma is érthető, gondosan szerkesztett szöveg, és a fogalmazása, mondatszerkesztése is hasonló a maihoz. Nyelvünk tehát már 900 évvel ezelőtt fejlett állapotban volt. Erre utal még a három másik korabeli írásemlékünk (*Königsbergi Töredék és Szalagjai*, *Ómagyar Mária Siralom*, *Gyulafehérvári Sorok*) is (19). Olyan idegen szavak, amelyeket ma annak érzünk, nem igen található bennük, noha fordítások latinból. A fordítók célja az volt, hogy a latinul nem tudó olvasók megértsék a szöveget.

Az Anjou-ház beköltözésével a Magyar Királyságban megnőtt az idegen kulturális hatás a XIV. század kezdetétől. Legkorábbi jelei már királyaink neveiben is fellelhetők: „francia mintájuk (*Károly, Lajos*); német csengésűek (*Zsigmond, Albert*), szlávva formálódtak (*Ulászló*)...” (25b). Nagy Lajos korában Magyarország európai hatalom volt; de szétesett a király halálával. Az udvarban a francia szellem élt. Zsigmond alatt újra virágzott az ország, de nem neki köszönhetően; az azonban az ő bűne, hogy „Magyarország eltéphetetlen szálakkal” összehozódott „a német nyelvtérrel, lényegében a Német-római Birodalommal, ezzel párhuzamosan pedig elhalványult a független magyar állam Árpád-kori eszménye...” (25c). Zsigmond nemzetközivé torzította a magyar királyságot (6). Szilágyi András – Mátyás nagybátyja – azt írta, hogy „idegenből koldulták” a királyokat (6).

A független magyar államot Mátyás állította helyre, megvédte határait, kiterjesztette hatalmát, megteremtette a középkori Magyarországot. A Habsburgokkal már uralkodása kezdetén szembekerült: Garai és Újlaki pártja, mintegy húsz főúr, ugyanis nyíltan ellene fordult „és az országnak a török mellett legveszedelmesebb ellenségét a Habsburg Frigyes császárt hívta meg a magyar trónra” – írta Dümmerth Dezső (6). Ez „a magyar nyelvet beszélő nemzet nyílt védelmezésére ösztönözte Mátyást [...] az ellen a Habsburg Frigyes ellen, aki a »magyar nyelv« ellensége” (6).

Mátyás a császárral egyenrangúnak vallotta magát, és Magyarország a Római Birodalomnak sincs alávetve – írta a pápának. Az ország felvirágzott, beleértve a kultúrát, tudományokat is. Könyvtára a kor teljes műveltségét átfogta: a Corvinák latin nyelvűek voltak, tükrözve a kor európai szellemiségét közvetítő latin műveltséget. A nép ajkán a magyar nyelv használata virágzott. „A magyarok ugyanis, akár nemesek, akár parasztok, egyazon módon, ugyanazokat a szavakat használva beszélnek, nincs különbség a beszédükben” – írta Galeotto Marzio, Mátyás egyik történetírója (25c). A kettő: a magyar és az európai eszmeiség egymást kiegészítve fejlődött, nem keveredve. Beszédes példája ez annak, hogy a kettő nemcsak jól megfér egymással, hanem termékenyítőleg is hat egymásra.

KÖZÉPMAGYAR KOR

A XVI. század sorsfordító volt. Meghalt Mátyás és vele a független magyar királyság. A városfejlődés, az emberszemű művészet és a hűbéri államiság vedlése azonban – mátyási hagyatékként – még folytatódott egy darabig (6). Fenyegetett a török, Mohácsnál csatát veszítettünk, mégsem ez volt a sorsfordító – a török még évtizedekig nem volt az országban. Kéttucatnyi megvesztegetett nyugat-magyarországi főúr kikiáltotta Habsburg Ferdinándot Magyarország királyának; ellenkirálynak az utolsó nemzeti királyunk, I. János mellett.

Ferdinándnak „többszörösen ígéretet kellett tennie a nyelv, és ami ezzel együtt jár... a nemzeti szabadság megővésére” (7), de ő ezeket nemcsak, hogy nem tartotta meg, hanem arra törekedett, hogy „emléküket maga a nemzet is felejtse el” (7). Nem vett tudomást „a nemzet királyválasztó szabadságáról..., azonnal koronázása után elhagyta az országot, s nem tért vissza” (7).

Az első Habsburg királlyá válásával 400 évre megpecsételődött a függetlenségünk – „önfia vágta sebé”! A megszállásból a török is kivette részét – ez is a Habsburg-uralkodóház bűne volt – és az ország három részre szakadt. A Ferdinánd az általa uralt országrészt – az Adriától a Felvidékig – gyepűnek tekintette, senki földjének, mely elvérzik a birodalom igazi határainak védelmében (25d). Nem törődött a magyar területekkel, zsoldos katonái jártak oda fosztogatni. Sőt – miként Bethlen Gábor hadjárata idején keletkezett, titkos bécsi tanácskozás leírásából kiderül – a magyarság kiirtását, idegenek betelepítését tervezte (7).

Az Erdélyi Fejedelemség vazallus állam volt, adót fizetett a töröknek, és nem is volt teljesen magyar: ide tartoztak a szász (német) székek és a románok is.

A török a közigazgatást uralta, adók sokaságával sanyargatott, fosztogatott, gyilkolt, rabolt, pusztított, de nem erőltette ránk sem az iszlámot, sem a nyelvét – lehetett a magyar nyelvet a közigazgatásban is használni, már amennyire volt közigazgatás.

Európát ekkor megrázta a reformáció. Luther tanai megmenették a keresztény szellemiséget: szembeszálltak az akkori római katolikus egyházban tomboló bűnökkel (inkvizíció). A reformáció eszméi feltartóztathatatlanul terjedtek Európa jelentős részén; Közép-Kelet-Európában elsősorban Magyarországon; részben egyszerűsége, közérthetősége miatt, másrészt mert a birtokos nemesség felkarolta, remélve a katolikus egyházi birtokok megszerzését. Hihetetlen, hogy a három részre szakad ország egységesen és csodálatos fogékonysággal fogadta be az új tanokat, mintegy „a szent istváni keresztény eszme megújított folytatását” (25e).

A reformáció magával hozta a magyar népi műveltség fellendülését, annak ellenére vagy talán éppen azért, hogy a megfigyelt magyarság helyére más, elsősorban német, illetőleg szlovák, Erdélyben pedig román nemzetiségűeket telepítettek hazánkba. Iskolák sokasága nyílt, nyomdák létesültek országszerte, fellendült a magyar nyelvű irodalom, könyvnyomtatás. Nemeskürty (25e) így írt erről: „Soha olyan plebejusi indíttatású magyar költészet és irodalom nem volt, mint a magyar reformáció és reneszánsz török–német–tatar zaklatta évszázadában.” A magyar nyelvű műveltség meghatározó volt. Ékes példája ennek Heltai Gáspár, aki idős korában cserélte fel német anyanyelvét a magyarral, tette gondolkodását magyarrá, hogy irigylésre méltó magyarsággal fejezhesse ki magát – olyan magyar nyelvű környezetben élt, amelyben ennek szükségét érezte.

Megjegyzés: A Nádasdyak birtokán, a Sárvár melletti Újszigeten, felépült az első nyomda 1537-ben; munkájában Sylvester János is közreműködött: itt adta ki *Grammatica Hungarolatina* című könyvét. A könyv az első rendszeres magyar nyelvtan, kísérlet a magyar nyelv szabályszerűségeinek szakszerű (tudományos) feldolgozására. Nyelvünk írásos szaknyelvi kezdetét a könyv előszavának aláírási időpontjához (1536. november 18.) költjük (27). Hamarosan megjelent Sylvester János Újtestamentum fordítása, az első hazai nyomtatású magyar nyelvű könyv. Sylvester János

műveinek megjelenésével elkezdődött az írásos magyar nyelv használata; ezért nevezik anyanyelv-felfedezőnek (26).

Sylvester így írt: „A mi kincsünk – hazai nyelvünk – mind a mai napig véka alá volt rejtve, most azonban, mihelyt rátaláltunk, felfedeztük és a napvilág fényességére hoztuk; ha vele élni nem vonakodunk, rövidesen (ahogy remélem és óhajtom) szűkölködőből a remélnél is jobban felvergődünk. Meg nem foghatom ugyanis, hogy lehet az, hogy számba se veszik a sajátunkat, ha mindjárt kincsek is azok, míg más nemzetekét tetszéssel és kedvezéssel fogadják, ha az jelentéktelen is. Ez bizony valóban méltánytalan volt; ha az mereven nem hárítjuk el, nemcsak a magunk nyelvét hanyagoljuk el és tanulunk idegent, hanem azokat is, amelyen minden jó írások napvilágot láttak. ...” (10)

Természetesen nem a mai értelemben vett tudományos művek születtek: „szépirodalom, tudomány, tudománypopularizáció egybemosódik bennük” (13). Mégis egy-egy tudományág magyar nyelvű megfogalmazásának kezdeti kísérletei.

1590-ben Vizsolyban megjelent az első teljes magyar Biblia Károli Gáspár „csodálatos fordításában. [...] A Károli-Biblia veretes és képekben gazdag magyar nyelve mindenképpen befolyásolta az egész nép szóhasználatát, de még nyelvtani szerkesztését, mondatfűzését is” (26). Elkezdődött a magyar nyelv „tudatosan szabályozott, standard változatának kialakulása, amely „a XIX. század második felétől érvényesül teljes mértékben” (28e).

„Vagyis tehát a magyar nyelv, kihámozva a középkor latin nyelvű tudományosságának gubójából, az ezerötszáz éves tökéletessé fejlődött, és egy megszűnt állam helyett átvette a nemzetfenntartó szerepet.” (25e).

Megszületett a magyar nyelvű írás, a szájhagyományokkal örökölt történeteket papírra vetették, kialakult a történelmi azonosságtudat, a bibliafordítások sokasága (Sylvester János, Heltai Gáspár, Szenczi Molnár Albert, Károli Gáspár) pedig a magyar elvont fogalmi gondolkodást fejlesztette. Lezárult a középkori (vallásos latin) irodalom, felváltotta a nemzeti. A magyar szókincs messze meghaladta Mátyás korának határait. „A XVI. században tehát anyanyelv – irodalom – vallás (reformáció) – hazaszeretet – történelmi azonosságtudat egymást kölcsönösen feltételező fogalmakká ötvöződnek a magyar társadalom gondolkodás- és érzésvilágában.” (16e) Nem volt viszont egyetemünk, diákjaink külföldön szereztek diplomát latin, német vagy más nyelven. A magyar tudomány nyelv nem formálódott – szerepét a népnyelv vette át, talán ezért is oly gazdag a szókincsünk.

A XVII. század elején folytatódott a magyar nyelv szárnyalása. Bocskai István rendet teremtett a hajdúival; a rendek pedig Magyarország fejedelmévé választották. Tárgyalt Rudolf-fal a török kiűzéséről, de rá kellett döbbsennie, hogy a Habsburg-házi magyar király elárulta a magyar népet. Az Erdélyi Fejedelemségben virágzott az élet, a kultúra, irodalom, művészet; diákok sokasága ment külföldi egyetemekre. Bocskai korai halálával megtorpant, de nem szakadt meg a fejlődés: Bethlen Gábor – aki bizalmi viszonyban volt a törökkel – vezette tovább a hajót. A Habsburg-uralkodó oldalán Pázmány Péter – a jezsuita szerzetesből lett esztergomi bíboros érsek – szorgoskodott az országért. Rendkívüli hatalmát a haza javára kamatoztatta, még egyetemet is alapított jogi és teológiai karral Nagyszom-

batban, 1635-ben. Mindemellett Pázmány egyik legnagyobb prózaírója is volt. Az „érsekprímás-kancellár”, miként a fejedelmek is, gondosan törődött a magyar nyelvvel; a szókincs hihetetlenül gyarapodott. Zrínyi Miklós személyében „megszületett az első, magyar nyelven író államelméleti és hadtudományi szerzőnk”; a magyar nyelvű fogalmi gondolkodás tudatosan formálódott (25g). Megkezdődött a tudatos szóalkotás: Szenczi Molnár Albert a tudományok nyelvét magyarította a szótárában (15). A magyar nyelv ereje még a török pasákat is magyarul levelezésre kényszerítette, „miközben az országban keresztül-kasul kószáló német, svéd, francia, olasz, spanyol, cseh, flamand zsoldosok zaklatták a rémült, kiszolgáltatott parasztokat”, a világ pedig eszement háborúkat vívott, gyarmatosított; a harmincéves háború Közép-Európát sem hagyta érintetlenül (25f). A Habsburg királyok még csak magyar földre sem léptek, de kegyetlenül vérbefojtottak minden önállósulási törekvést, törökkeresztényi igyekezetet – gátolták az ország felszabadulását! Meggyilkolták Zrínyi Pétert, Nádasdy Ferencet, Frangepán Ferencet (Wesselényi-féle összeesküvés) és nagyon sok mást.

A XVIII. század elejére az ország kivérzett, lakossága töredéke volt a korábrinak, hatalmas területek üresen álltak, németek, szerbek, szlovákok, zsidó kereskedők és románok tömege telepedett le. A magyarságot – mai kifejezéssel – majdnem „leírták”. Ismert Herder írása: „a mások közé ékelt kisszámú magyaroknak századok múltán talán a nyelvét sem lehet majd felfedezni.”

Megjegyzés: A jóslata voltaképpen az ugyancsak magyarellenessé Kollár Ádámtól származik, és nem felelt meg a keletkezése kori magyarországi állapotoknak. Ez a fenyegetett helyzet a törökök megszállását követően alakult ki (7).

Természetesen a magyar szellem is elhalványult, és még ezt is igyekeztek elfojtani: a megszületett magyar írások (Faludi Ferenc, Mikes Kelemen stb.) csak a század második felében láthattak napvilágot. Komáromi Csipkés György, református hit-tudós *Bibliafordítását* pedig, amelyet emberfeletti közdelem és sokéves keserv után nyomtattak ki Hollandiában, a császári határőrség a magyar határon elkobozta és elégette (25e).

Mária Terézia magyar királlyá választásával (1741) fordult a kocka, ő volt az egyetlen Habsburg uralkodó, aki szerette és tett a magyarokért; igaz, hatalmát is csak így tudta megőrizni, tehát érdekében állt. A gazdaság, a felvilágosodás, a polgárosodás, az oktatás, az egészségügy rohamosan fejlődött, hihetetlen ütemben épült az ország; a kor szellemének terjesztését csupán a magyar rendek akadályozták. Ennek leküzdésére hozta létre az egyébként teljesen szükségtelen magyar nemesi testőrséget – a rendekkel nem helyezkedhetett szembe: „hű magyarjait” nem sérthette meg. A magyar nemesi testőrségbe minden vármegyéből két nemesi sarj került, akik az európai felvilágosodás szellemét szívhatták magukba. Nagy szerepük volt a magyar felvilágosodás elindításában. Mária Terézia minden eszközzel szorgalmazta és segítette a magyar nyelvű műveltséget, és ezzel a magyar nyelvet, irodalmat; Bessenyei György magyar nyelvű irodalmi tevékenységét még személyesen is támogatta (25h). Létrehozta a magyar iskoláztatást

(I. Ratio Educationis), az egyetemet pedig Nagyszombatból Budára, majd Pestre telepítette (lásd lejjebb). Tudta, hogy a birodalomnak művelt, egészséges, polgárosodott magyarságra van szüksége: jó tetteit tehát önös szándék is sarkallta. Nem kérdéses, hogy hálások lehetünk Mária Teréziának, de azért Ausztriának való alárendeltségünk megmaradt.

Igaza van Kossuthnak – írta Dümmerth Dezső –, hogy Mária Terézia nem volt hálás. „A népjóléti és gazdasági intézkedések, a nemesség Bécshez kötése csak finomabb eszközökkel való folytatása volt a korábban véresen erőszakos alárendelési törekvéseknek” (7).

A középmagyar korban a kedvezőtlen történelmi változások növelték a magyar és más nyelvek kapcsolatának lehetőségét, az idegen (szláv, latin francia, olasz, román, török német) szavak bejutását nyelvünkbe. A Habsburg-uralom kezdetével erősödött a német nyelv hatása: Bécs vált a művelődés központjává, Nyugat-Magyarországra a németajkúak sokasága költözött (28c). Sopron, Pozsony, Kassa, Buda és Pest stb. lakosságának jelentős része német volt, és „nagyreszt német volt a Magyarországot évszázadokon át dúló idegen katonaság nyelve is” (28c). Nem csoda, hogy ebben a korszakban sok, leginkább német kölcsönszó került a magyar nyelvbe.

ÚJMAGYAR KOR – KORAI SZAKASZ

A magyarság Európába visszatérését segítő magyar királynő (Mária Terézia) felvilágosult, a közjó ügyét segíteni akaró fia, II. József császár csúfosan megbukott, fennakadt a nyelv pókhálójában, amikor elrendelte, hogy a hivatalos nyelv a birodalomban mindenütt a német: az oktatás, a közügyek intézése német nyelvű, oktató pedig csak az lehet, aki jól beszél németül. Volt a rendeletben ésszerűség: egyrészt a birodalom legyen egynyelvű, másrészt a német nyelv fejlődjék, hogy ennek megfeleljen. Az osztrák és a magyar nemes urak ugyanis franciául beszéltek, olvastak, francia nyelvű könyvtáraik voltak; a zene nyelve pedig olasz volt, olyannyira, hogy Mozart operáinak eredeti szövege olaszul íródott. Mi több még Mária Terézia sem beszélt tökéletesen németül. És még egy szempont: a német váltsa fel a soknyelvű birodalom közvetítő nyelvét, a „holt” latin nyelvet. A rendelet mégis természetellenes volt. A császár nem értette meg, hogy a nemzet és nyelve elválaszthatatlan, egymást feltételezi: a magyar nemzet magyarul magyar, idegen nyelven nem. A rendelet a magyarságot léteben fenyegette, az érzelmek áradata, az ellenállás szelleme kiszabadult a palackból, és noha hívei igyekeztek mentetetni, a császár meghátrált: halálos ágyán visszavonta a rendeletet. (25i)

A magyar nyelvű irodalom ekkor már jelentős volt, és kialakult az írott köznyelvi változat is (28c), a nyelvújítás pedig kezdett szárba szökkeni. Nemeskürty István (25i) írta:

„Barczafalvi Szabó Dávid, a *Magyar Hirmondó* egyik szerkesztője, csak az 1786-os évfolyamban olyan új szavak özönét alkalmazta, »találja ki«, mint az addig nem használt, nem létezett: *olvasmány, mondat, tünemény, előzmény, következmény, felület, társadalom, tábornok, ügyész, körülmény, iromány, lelemény, vetemény, tanítvány, birodalom*, bizonyítván a magyar nyelv képességét a felvilágosodás kora irodalmi és bölcséleti, természettudományos és művészeti szókincsének alkalmazására.”

Az országgyűlésben magyarul kezdtek tanácskozni, az egyetemen először a magyar nyelvet tanították, majd létrejött a magyar nyelv és irodalom tárgya, és szorgalmazták a nemzeti iskolákat is.

A század végén – minden erőfeszítés ellenére – szembe kellett néznünk azzal, hogy a magyar nyelv, mindenekelőtt a szaknyelv, nem felelt meg a kor elvárásainak, ami nem csoda, hiszen ilyen rövid idő alatt évszázadok nyelvi hódoltságát nem lehetett megszüntetni. A hivatalos nyelv a latin volt, ugyanakkor a német szavak is hemzsegték a nyelvünkben, főleg a szakszavak voltak idegenek. Érdekes, hogy a németesítés (II. József rendelete) a latin nyelvű oktatást kevésbé befolyásolta: meghatározóan a latin maradt az oktatás nyelve, de német nyelvű előadások is bőven voltak. II. Lipót kezdeményezte a magyar nyelvű oktatást is 1790-ben. Főleg a sebészhallgatóknak tartottak magyar nyelvű előadásokat, mivel latin tudásuk kívánnivalót hagyott maga után. Tartottak még szlovák nyelvű sebész- és bábatanfolyamokat. Külön magyar nyelvű csoportok még nem voltak.

A magyar értelmiség, Kazinczy vezetésével, a rosszul feltett kérdésre – német vagy latin? – a magyar nyelv megújításával válaszolt (16). Ebben jelentős szerepe volt Mária Terézia magyar nemesi testőrségének, kivált Bessenyei Györgynek. *Egy Magyar Társaság iránt való jámbor szándék* című munkájában ezt írta:

„Az ország boldogságának legfőbb eszköze a tudomány, és ez minél inkább elterjed a társadalomban, a nemzet annál boldogabb. A tudomány kulcsa pedig a nyelv, mégpedig minden országnak a maga nyelve, mert ezen lehet terjeszteni a tudományt a népességben. A legfontosabb tehát a nyelv tökéletessé tétele...”

A nyelvújítás kezdetét (1772) Bessenyei György: *Ágis tragédiájának* megírásával kötik össze. Tudatosult – Bessenyei szavaival élve –, hogy minden nemzet a maga nyelvén lett tudós, de idegenen sohasem. A nyelvújítás a nyelvünk újmagyar korszakának kezdete, a felvilágosodás magyarországi megindulásának jelképes határvonala. A hivatalos nyelv még mindig a latin volt, de a németet is használták. A kor Európáját hatalmas ipari és szellemi fellendülés jellemzi; tömegesen keletkeztek új szaknevek, fogalmak. Nyelvújításunk ennek folyománya volt, ugyanis felismerték, hogy a szellemi élet csak akkor lendülhet fel hazánkban, ha művelése mindenki számára érthető anyanyelvű, és hogy a magyar nyelv erre nem elég árnyalt. Megfogalmazódott, hogy a magyar nyelv mindenki közös ügye. A nyelvművelés a magyar tudomány tudatos művelésével együtt haladt; példázva a nyelv és a tudomány összetartozását. A nyelvújítás a nyelvészek, írók, költők és a tudósok, a tudományok szakíróinak közös erőfeszítéseként valósult meg.

A nyelvújítás negyedszázados szárnyalása I. Ferenc trónra lépésével torpant meg, ő mindent elfojtott, sőt vérbefojtott: lefejeztette Martinovics Ignácot és társait. Ferencel ismét a magyart elnyomó, megalázó Habsburg géneket koronázták meg. A franciák és Napóleon azonban megnyirbálta hatalmát, megszűnt a Habsburgok német császársága, Ferenc cseh és magyar király maradt, és önmagát nevezte ki „szépségtapaszként” (25i) Ausztria császárának. Magyarország és a magyar hadse-

reg súlya felértékelődött, jelentős volt a magyarok szerepe számos diadal kivívásában. Mindez jelentősen fékezte Ferenc császár, illetőleg a birodalmat voltaképpen irányító Metternich kártékonyágát. Nyilván ennek is köszönhető, hogy a nyelvújítás folytatódott az ellenállás nyelvi megnyilvánulásként. Hasonlóan fejlődött a magyar kultúra és művelődés is; irodalmi remekiek sokasága látott napvilágot; az ország polgárosodott.

Történezmérccével a nyelvújítás mintegy 100 évig, a *Magyar Nyelvőr* megjelenéséig (1872) tartott, és kiterjedt az egész nyelvközösségre, a nyelv egész rendszerére.

Néhány fontosabb eseménye:

- Bessenyei György 1779-ben megalapította a Hazafiúi Magyar Társaságot. Célkitűzése: „a tudomány az ország minden rendű lakójára kiterjedjen”. Bessenyei: *Magyarság* című művében így fogalmaz: „Minden nemzet a maga nyelvén lett tudós, de idegenen sohasem”.
- 1788 – a *Magyar Museum* (Kazinczy-Batsányi-Baróti Szabó szerkesztők) című folyóirat alapítása; fontos szerepe volt a nyelvújításban.
- 1792 – a magyar nyelvet kötelező tárgyként bevezették a közép- és felső iskolákban.
- 1817 – A *Tudományos Gyűjtemény* című folyóirat már országos hatáskörű.
- 1825 – A *Magyar Tudós Társaság* (Magyar Tudományos Akadémia) megalapítása.

A nyelvújítással hatalmas új szókészlet jött létre, megteremtődött az egységes köznyelv, a nyelvi norma, és kiszorult a – hűbéresség szellemét jelző – latin. Ez a korszak az európai felzárkózás és egyúttal a nemzeti ébredés, a nemzeti öntudat és önazonosság megfogalmazásának ideje volt; némi túlzással a második honfoglalásunk kora. Megakadályozta, hogy a Habsburg magyar király, aki még magyarul sem tudott, németté tegye a magyarságot.

Jelentőségéről Hadrovics László (11) így írt: „Visszatekintve nyelvújításunkra, ma már szinte fel sem tudjuk mérni, nem tudjuk érzékelni igazi jelentőségét, mert a rengeteg új szó, ami az első évtizedekben még szokatlan volt, ma már régóta meggyökeresedett, képzések, összetételek, jelzős szerkezetek, átvitt értelmű használatok ezernyi hajszályökekével kapaszkodik a szókincs talajába.”

A reformkor. A magyar történetírás és köztudat a felvilágosodás korában megkezdett felvirágoztatás, nemzeté válás és polgárosodás megvalósulásának időszakát, az 1825-től 1848 márciusáig terjedő éveket nevezi reformkornak. A polgárság gyenge volt, ezért a nemesi értelmiség (Széchenyi, Wesselényi, Kossuth stb.) vitte végbe az átalakulásokat, ádáz harcot folytattak a rendi országgyűléseken (1832–36, 1839–40, 1843–44, 1847–48) a hűbéri jogaihoz váltig ragaszkodó nemességgel és a magyarságot nem pártoló császári hatalommal. Az utóbbi a fegyverkezés és a magyar katonaság megszerzése érdekében kényszerült engedményekre. A legtöbb eredményt a nyelvkérdésben érték el: a magyar vált az iskolákban és a közéletben is a hivatalos nyelvvé (1844); ez azonban feszültséget teremtő ellenállást váltott ki a nemzetiségekben, kivált a horvátokban. A Magyar királyságot – mondták – nemcsak a

magyarok hozták létre. Magyarország ekkor soknemzetiségű állam volt: éltek itt szlovákok, románok, szerbek, horvátok, németek stb., számuk az ország lakosainak tetemes részét tette ki; őket sértette a magyar nyelv használatának törvényesítése. A bécsi udvar úgy ítélte meg, hogy a magyar nyelvhasználat nem fenyegeti a császár érdekeit, sőt megosztja a nemzetiségeket, és ez kedvező az udvarnak.

A reformkor végére a magyarságtudat, a nemzeti szelleműtlenség tetőpontra hágott: megszületett és megzenésítették a himnusz, a szózatot – nem kormányrendeletre –, születtek magyar operák, színművek, színházak hálózta be az országot, és vitték a magyar szót.

Megelégtelve a császárság gáncsoskodásait, Európa-szerte, Bécsben is, forradalmak törtek ki, mindenütt folyt a vér, kivéve Magyarországot, ahol békében, az uralkodóház kényszerű jóváhagyásával megalakult a független magyar kormány. A Habsburgok most is családok voltak, ezúttal először „álruhában” támadtak ránk, majd nyíltan is meggátolták a magyar törekvéseket. A védekező szabadságharc elkezdődött. Ki tudja mivé lett volna nyelvünk, ha győz az 1848-as forradalom. Ám – mint 1956-ban – az oroszok leverték. A megtorlás példátlan kegyetlensége mellett Ferenc József császár elrendelte a német nyelv kötelező használatát, megszüntette az iskolákat, a cégtáblákról, utcatáblákról eltüntette a magyar neveket (25j). Nem csoda, hogy „nyelvünk a szabadságharc leverése után súlyos válságba jutott. 1849 után a németesítésnek erős hulláma öntötte el az országot. Nagy számban terjedtek el német szakszavak a nyelvünkben. Az Akadémia sem folytatta tovább a reformkorban megkezdett tevékenységét, a szaknyelvek fejlesztését.” (15).

Ferenc József és Schwarzenberg herceg nem tudhatta, hogy ez volt a Habsburg-ház utolsó kísérlete a magyarság és az azzal azonos magyar nyelv megszüntetésére (25j). A hatalmi eszközökkel, mindenkivel kegyetlenkedő császárral szemben a nyelvelenállás hihetetlen gyorsasággal kovácsolódott össze: irodalmi remekiek születtek, többek között Arany, Jókai, Madách, Széchenyi, Tompa, Vörösmarty tollából. A nemzet egy emberként szállt szembe a hatalommal; igaza volt az Angliába menekült, a császárt féltőn intő Metternichnek: „A magyar nemzetiséget lehetetlenség eltörölni”. Hozzájött ehhez, hogy Ausztria egyre-másra csatát veszített, és romokban hevert, éhezte a magyar segítséget – a kiegyezés (1867) elkerülhetlenné vált, a császár kénytelen volt tudomásul venni, hogy Magyarország a birodalmon belül önálló királyság – meg is koronáztatta magát magyar királynak. A magyar nyelv fejlődését sem lehetett megállítani: a magyar nyelv használata lehetővé vált minden téren. A Szarvas Gábor által létrehozott Magyar Nyelvőr a nyelvművelés közvetítője. A folyóirat elérte, hogy a magyar nyelv megtisztult a helytelenül képzett és az idegen, elsősorban német szavak legtöbbjétől, és visszatért a nyelv fejlődését a maga természetes medrébe. A nyelvújítás után a szavak tömeges képzése folytatódott, de nyelvtanilag kifogástalan eszközökkel. Sikeres volt az idegenszerűség elleni küzdelem is. A köztudatba bekerült a nyelvhelyesség megőrzésének fontossága. Az idegen szavak mégsem koptak

ki teljesen a nyelvünkéből: már túl sok volt benne. Jó példája ez a mennyiségi változás minőségbe csapásának.

A kiegyezéssel béke és párját ritkító szellemi fellendülés született; nagy kár, hogy csak egy-két évtizedre. A Habsburg akarat a fegyverkezési hajzával sanyargatta az országot, és vitte a nagyháborúba.

Minden törekvés ellenére, hogy „a szókészletet belső forrásból kívánták gyarapítani, nem csökkent a jövevényszavak száma sem. Azzal a nagy tömegű új ismerettel, amely a polgárosult Nyugat-Európa felől, az ott lezajlott társadalmi, politikai, gazdasági és művelődésbeli változások nyomán Magyarországot is elérte, a nyelvújítás csak részben tudott megbirkózni. Az új fogalmak (legnagyobb részt német közvetítéssel érkező, de általában nemzetközi elterjedtségű) idegen nyelvű megnevezéseinek egy része meghonosodott, sőt olykor jövevényszavak szorították ki a nyelvújítással keletkezett magyar neologizmusokat is” (28d).

Ausztria uralma következtében a német hatás hihetetlenül felerősödött – kivált a szabadságharc leverése után –, „olyan mértékig átítatta a mindennapi életet, hogy következményeit nem lehetett kiküszöbölni” (28d). Okairól Zsilinszky Éva (28d) a következőket írta:

- „Továbbra is érvényesült Bécs kultúraközvetítő szerepe”: a polgárosodó világ vívmányai Bécsen át jutottak hozzánk, természetesen német nyelven.
- Buda, Pest, Óbuda egyesítésével megnőtt Budapest lakossága, túlnyomórészt korábbi német nyelvű polgárok lakták, akik könnyen alkalmazták és vették át a német szavakat, folyvást beépítve a mindennapi beszédbe.
- „A középfokú oktatásban általánossá vált a német nyelv oktatása”, ezáltal a német nyelvi hatás azokban az országrészekben is érvényesült, amelyekben egyébként nem volt közvetlen német kapcsolat.

Ugyanakkor az írott köznyelvre vigyáztak: „az átvett elemek közül csak keveset fogadott be” (28d). A német jövevényszavak leginkább a bizalmas nyelvhasználatban, a nyugati nyelvjárásokban, de főleg a szaknyelvekben eresztettek mély gyökereket (28d).

Egyéb jövevényszavak jóval ritkábbak voltak: a szláv hatás már halványult, miként a latin is. Újlatin (francia, olasz, román) szavak még kerültek a nyelvünkbe, és megjelentek az angol szavak is, főleg a reformkor után. Anglia nagyhatalommá vált, újítások sokasága onnan indult, ezért a magyar arisztokrácia figyelme rájuk is terelődött: utaztak a Szigetországba. Az angol szakszókészlet terjedt Európában (nemzetközivé vált), sok közülük közvetítő nyelvekkel jutott hozzánk.

ÚJ MAGYAR KOR – KÉSEI SZAKASZ

A XX. században sötét felhők telepedtek Európára, ránk különösen. A világháborúk felrúgtak minden emberi mértéket. A nyugati világ, amit nem tudott egy évezreden keresztül ármánykodásokkal, harcokkal elérni, megtette egy tollvonással: Trianonban szétszakították Magyarországot. Az első világháborúval nyelvünkre a német nyelvűség szakadt, hagyott is bő-

ven nyomot, jóllehet az ország feldarabolása miatt a magyarság – mint annyiszor a történelmében – a nyelvben látta a menedékét. Hangyaszorgalommal, talán eltúlozva is látott neki a nyelvtisztításnak, megjelent például Pintér Jenő és munkatársainak tollából a *Magyar nyelvvedő* könyv a „tisztá anyanyelv = jó magyarság” gondolatával (1). 1938 után országunk és nyelvünk is Németország árnyékában és kegyeiből élt (25k).

Aztán a szovjet megszállás nyomorított fél évszázadnál is tovább, ám a nyelvünkre ez nem volt hatással: orosz szavakat (zabrál, davaj csasz, bárizsnya, kombajn, málenkij robot, nacsalnyik) alig fogadtunk be, noha kötelező tantárgy volt az orosz nyelv.

A korszak döntő nyelvi hatása az angol nyelv nemzetközivé válása, az Egyesült Államok világhatalma miatt. Kiterjedt jóformán a föld egészére; a nyelvi határok egyre kevésbé érvényesültek. Az angol jövevényszavak beáramlása a nyelvekbe, így a magyar nyelvbe is, robbanásszerűen megerősödött. Fokozta/fokozza a nyelvi hatást a jövevényszavak képzett változatainak sokasága, például főnév-ige változatok (lizing, lizingel). A német hatás a Habsburgoktól való megszabadulásunk után érvényesült még kis ideig, majd visszaszorult. Az angol (nemzetközi) szavak hatásának részletezése túl lép az összefoglaló keretein.

■ ORVOSI NYELV

AZ EURÓPAI ORVOSI NYELV

Az európai orvostudomány a Görög Birodalomban született az időszámításunk előtti V. században; nyelve görög volt. Az orvoslás görög nyelve megőrződött a Római Birodalomban is, az orvosokat ugyanis kézműveseknek tartották – fizetésből éltek –, az orvoslást sem értékelték tudományként (*ars liberalis*), hanem gyakorlati tevékenységnek (*ars mechanica*), ezért az orvosi nyelvet sem méltatták annyira, hogy latinra fordítsák. A Keletrómai Birodalomban a görög orvosi nyelv még ezer évig virágzott, a nyugati birodalom területén azonban csupán tengődött, a formálódó kolostori orvoslásban pedig nemzeti nyelvivé vált. A Benedek-rend megalakulásával kezdődött a kolostori orvoslás a VI. században, a volt nyugati birodalom területén. Ezek a szerzetesek még a népi gyógyászat hagyományain álltak, annak nyelvéből táplálkoztak, amiben közrejátszott az is, hogy szegényes volt a latintudásuk. Ők gyógyítottak: a magyarázatokat, a gyógyszerhasználati tájékoztatásokat természetesen csak a nemzeti nyelveken adhatták. Maradtak is fent nemzeti nyelveken íródott emlékek ebből a korból, például a *Lorschi gyógyszerkönyv*, az első német orvosi nyelvemlék. (21)

A VII. századtól az arabok által megszállt területeken arab lett az orvosi nyelv. Az arabok az ókori görög orvostudományt arabra fordították – ezzel megmentették az utókornak.

Az európai orvosi nyelv a XII. századi reneszánsz idején született újjá, vált a középkori keresztény latinná Európa-szerte, felváltva a koraközépkori kolostori orvoslás nemzeti nyelvűségét is. Az orvosi nyelv újjászületése mintegy kétszáz évvel megelőzte a kultúra és más tudományok újjáéledését (21). Részben

Bizáncból, például a keresztes hadjáratokkal beszivárgott orvosi ismeretekből, valamint a bizánci orvosok Európába menekülésének következtében, továbbá az arab fordítások visszafordításából keletkezett. A görög eredete azonban valamelyest megőrződött: görögös latin lett, ezért mondjuk görög–latinak. Évszázadokig ez volt az orvostudomány nyelve Európában mindenhol, a közvetítő nyelv (lingua franca) az orvoslásban is.

A XIV–XV. századra, az ókori eszmék újrafelfedezésének virágkorára, az orvosi nyelv újjáválása gyakorlatilag befejeződött. A reneszánsz végére az ókor alkotásai történelemmé váltak, a tudományokban és a művészetekben is, és nem különbözött ettől az orvostudomány sem: az orvoslás görög klasszikusain túllépett az idő, de feledésbe nem merültek. A középkori orvosi görög–latin fogalmazásában is az ókor nyelvén pallérozódott: a kor szerzői, fordítói az ókori írásgyakorlatot, szövegést tartották példaképüknek (21).

A görög–latin orvosi nyelv kialakulásában a szerzetesek jeleskedtek, hiszen ők fordítottak latinra, ők tudtak írni, olvasni, mi több fűvészkedtek és „gyógyítottak” is. Ők képviselték az orvoslást a maguk latin nyelvén. Nem csoda, hogy az első orvosi iskolák, egyetemek a kolostorokból nőttek ki, az egyház kötelékében, a XI–XIII. században. Ezekben is latinul oktattak, és a tananyag is latinul volt. Végeredményben a katolikus egyház szorította leginkább háttérbe az ókori görög orvosi nyelvet a latin javára, de az sem volt mellékes, hogy az európai általános közvetítő nyelv is a latin volt, továbbá, hogy könnyebb volt megtanulni a latin, mint a görög szavakat.

Megjegyzés: Sajátos, hogy a pestisjárvány átmenetileg fellendítette az anyanyelvi orvosi irodalmat a XIV. században. A pestissel kapcsolatos óriási irodalom a néphez szólt, ezért írták a nemzeti nyelveken (21).

A XVI. században kényszerűségből a nemzeti orvosi nyelvek is előtörtek, elsősorban a köznépi gyógyászatokban (sebkezelések [borbélyok], szüléset, életviteli tanácsok [dietetika], gyógyszerészet [füveskönyvek] stb.), mivel szót érteni a néppel csak a nemzeti nyelveken lehetett. A nemzeti orvosi szaknyelv kibontakozása tehát a „kézműves” orvosi szakmákban kezdődött. A nemzeti nyelvűség kialakulásában lényeges szerepe volt még a világi élet felé fordulásnak, a reformációnak, és az ebből fakadó nemzeti nyelvű hitoktatásnak, bibliáknak, valamint a valláserkölcson alapuló egészségre nevelésnek (22), továbbá, a könyvnyomtatásnak, a nemzeti nyelvű irodalom kibontakozásának, a polgárosodó társadalomnak (a polgárok kevésbé vagy egyáltalán nem tudtak latinul), amelynek olvasási igényeit a nemzeti nyelvű könyvek nyomtatásával lehetett kielégíteni. Nem mellékes az sem, hogy a tudományok is robbanásszerűen fejlődtek. Ez az időszak már a szakfogalmak (terminológia), a nevezéktanok (nomenklatura) egységesítésének, rögzülésének és bővülésének a kora (22).

Fel is erősödtek a nemzeti nyelvi törekvések, például Franciaországban, a Németalföldön és az angoloknál is. Egyre-másra készültek orvosi szakkönyvek – nem csak ismeretterjesztők – a nemzeti nyelveken is. Az angoloknál Francis Bacon a saját ko-

rábbi munkáit fordította angolra, de a tudományok anyanyelvűsítésére szórványos egyedi kísérletekre is van példa (Paracelsus, Van Helmont) (22).

Nincs új a nap alatt: a nemzeti nyelvi munkák kiadása gyakran ellenállásba ütközött. Például Ambroise Parénak, a sebészet talán legnagyobb hatású alakjának, a sebészet atyjának sebészeti könyveit, amelyeket franciául írt, a párizsi orvosi kar dékánja (Etienne Gourmelen) támadta, akadályozta, mert „borbély” létére írta és még hozzá franciául, vagyis „vulgáris”, nem pedig a tudomány latin nyelvén. Paré seb orvos volt, és csak idős korában tanult meg latinul.

„A nemzeti orvosi nyelvek kialakulásának és virágzásának legfontosabb feltétele azonban az orvosi oktatás nemzeti nyelvűvé válása volt” (21). Az orvoslás tudománnyá vált; az egyetemeken is oktatott tárgy lett. Ennek – írta Magyar László András (21) – azonban ára volt, az orvostudománynak meg kellett szabadulni az alantas tárgyaktól: a XVI. századra már mindenütt kitiltották a sebészeket, a szüléseteket és a gyógyszerészeket az egyetemekről, és a mesteremberekhez illő céhekbe száműzték őket. Nem latinul iskoláztattak, nem is írtak latinul, hanem anyanyelvükön.

A XVI. századot Európában tehát az egyetemi, szerzetesi görög–latin, és a bontakozó nemzeti orvosi nyelvek jellemezték. Megkezdődött a szakszavak egységesítése: az ugyanazon szón ugyanazt kell érteni rendszer, az ún. kanonizált orvosi nyelv. Megjelennek a szótárak és a lexikonok is.

A XVII–XVIII. században a tudományos orvosi irodalom szintén kezd a nemzeti nyelven írni, kiváltképpen a katolicizmustól eltávolodó protestáns országokban (Anglia, Németalföld, Svájc, Észak-Németország, Franciaország). Megjelenik például az első angol nyelvű (*Cowper* 1697), ezt követi a francia (*Lieutaud* 1742), majd az első német nyelvű (*Mayer* 1783) anatómiai tankönyv (5). Az orvostudomány oktatásában mégis megmaradt a latin, de nem kizárólagosan. A latin nemcsak a szakkifejezések görög–latin eredete és a hagyománytiszteltet miatt tartotta magát, de szerepe volt ebben annak is, hogy az egyetemeket többnyire az idegen hallgatók tartották el, őket pedig a nemzetközi nyelven, azaz latinul kellett oktatni (21).

A XIX. századtól azonban az anyanyelvek válnak uralkodóvá; az egyetemi oktatás már jóformán nemzeti nyelven folyik – legalábbis az erősebb nemzetállamokban. Az orvosi karokon a XIX. század második felére a latin már végkép háttérbe szorul.

Az első egyetemek Európában. Az első orvosi iskolák/egyetemek a XI–XIII. században jöttek létre az arabról latinra fordított arab, és Bizáncból beszivárgott görög orvosi művek hatására. Mivel a szerzetesek fordítottak, tanítottak, nem véletlen, hogy a középkori orvosiskolák is a kolostori szerzetesek munkájára épültek. Az első középkori orvosi egyetemet vagy inkább orvosiskolát (*Schola Medica Salernita*) Salernóban létesítették a X–XI. században. Létrejöttében meghatározó volt a mintegy 100 km-re fekvő monte cassino-i bencés kolostor, de

az iskolát nem a szerzetesek alapították. Ez volt a kora középkor legfontosabb egészségügyi oktatási intézménye, különös hangsúlyt a sebészet kapott. A salernói orvosiskola teremtette meg, és hozta a bizánci és az arab orvoslás szintjére a keresztény nyugati orvostudományt. Salernót követte Toledo. Itt nem alakult szokványos orvosi egyetem; fordító és oktató központok létesültek. A monpellier-i egyetemet a XII. század vége felé hozták létre, leginkább a toledói fordításokra épült – jelentősége a XIII. századtól fokozódott (22). A párizsi orvosi egyetem gyökerei is a XI. századra nyúlnak vissza, de egyetemmé formálódása a XIII. századra tehető. II. Frigyes 1224-ben írta elő az orvosok nyilvános „államvizsgáját”, az 5–6 éves orvosképzés befejezéséeként (23).

A XIV. századtól egyre másra jönnek létre az egyetemek Európa nyugati nemzetállamaiban; a XVI. századra jóformán mind-egyikben volt egyetem.

MAGYAR ORVOSI NYELV

Ősi orvoslási nyelvünkről nem sokat tudunk, legkorábbi orvosi szavaink a sámánizmusról árulkodnak. Az orvosi nyelv körébe tartozó legkorábbi kifejezéseket a régi nyelvemlékekben találjuk, főleg XVI. századi írásokban: szójegyzetekben, szótárakban, füveskönyvekben és recipékben (Szikszai Fabricius Balázs szójegyzéke, Calapinus Latin–magyar szótára, Melius Juhász Péter Herbárium stb.) (15).

A XVI. században néhány külföldi vagy külföldön tanult magyar orvos tevékenykedett, őket latinul képezték. Az orvosi feladatokat nagyrészt a füvesek vagy fürjesek, tudós asszonyok, javasasszonyok, bábák látták el, de részt vettek még különféle vándorló (gyakran külföldi) kuruzslók, mint az olejkárok (azaz az olajokat, balzsamokat árusítók), a sérvmetező, a kőmetező, a borbélyok, a vándorsebészek, a csontrákók, a szemoperálók, sőt a hóhérok is, akiknek a köznép gyógyító képességet tulajdonított. A magyar orvoslásnak tehát volt egy tudós, akadémiát végzett, orvosok által művelt ága. Ennek az orvostudománynak a nyelve alapvetően a latin. Volt azonban egy népi ága is, mely tüneti észrevételen, tapasztalaton alapuló magyar kifejezéseket (gyakran körülírtas kifejezéseket) alkalmazott. A kétféle orvoslás és a kétféle orvosi nyelv azonban nem vált el élesen egymástól, inkább sajátosan egymásra rétegződött. (15)

Az első magyar nyelvű, tudományos igényű könyvet (Egész orvosságról való könyv, azaz *Ars Medica*) Váradi Lencsés György írta 1577-ben, de csak 300 évvel később adták ki, az eredeti kézirat 300 évig hánykódott. Nagyon sok orvosi szó ebben fordul elő először; korának egyik legrangosabb munkája, a magyar orvosi szókincs kincsestára. Szabó T. Attila (27) írta:

„Csodálatossá vált a népi orvosi nyelv szókincse is, miként jól mutatja azt Melius Juhász Péter *Herbárium*a, ám mindenekfelett Váradi Lencsés György *Az egész orvoslásról való könyv*, azaz *Ars Medica* című könyve, az első megmaradt magyar orvosi könyv bámulatos magyar szókincse, amelybe idegen szavak nem ágyazódtak be.”

A XVII. században változatlanul latin volt az orvostudomány nyelve, már ha egyáltalán volt orvostudomány, hiszen nem volt egyetemünk, nem volt orvosképzés. Ez a hátrányos helyzet késztetett nagy gondolkodókat nyelvünk, tudomány nyelvünk tudatos fejlesztésére. Szenczi Molnár Albert nyelvtanai-ban és szótáraiban megkezdte a tudományok nyelvének magyarosítását, alkotott új szakszavakat is. Tette ugyanezt Apáczai Csere János az Enciklopédiájában. Pápai Páriz Ferenc már tudományos ismeretterjesztő könyveket írt, például a Pax corporis a magyar népi orvosi nyelvet gazdagította, Comenius Ámos pedig az elemi oktatás számára készített, magyar nyelven is magyarázott anatómiai ábrákat. Megannyi lelkes egyedi erőfeszítés.

A XVIII. század a felvilágosodás kora, a magyar szakkifejezések térnyerésének és az egyetemi orvosi kar megalakulásának százada.

Az első magyar egyetemet Pázmány Péter alapította Nagyszombatban 1635-ben; bölcsészeti és teológiai karral működött, majd kiegészült a jogi karral 1667-ben. Alapja a jezsuita oktatási rendszer volt – ez tiltotta az orvosképzést. Ez az állapot a XVIII. századra tarthatatlanná vált. A magyarországi orvosképzésről az 1723-i országgyűlés fogadott el határozatot, de az önálló orvosi kar létesítése csak 1770-ben valósult meg Nagyszombaton; Mária Terézia 1769-ben járult hozzá. A leendő orvosok korábban külföldi egyetemeken tanultak latinul, németül. Az egyetem 1777-ben Budára, 1784-ben Pestre költözött.

Megjegyzés: A XVI–XVII. században jezsuita főiskolák alakultak Közép-Európában is. Hazánkban szintén a korábbi jezsuita kolostorból jött létre, és emelkedett egyetemi rangra az első felsőoktatási intézmény Báthory István rendeletével Kolozsváron 1581-ben. Orvosi kara nem volt. A protestáns többségű Erdélyben azonban nem maradt életképes, 1588-ban meg is szűnt.

Az orvosi karon az oktatás nyelve latin volt, de az alsóbb szintű képzések (sebész-, szülész-, szemész-, fogászmesterség) magyar és német nyelven folytak 1770-től. A színvonal rendkívül alacsony volt: a szülésmesterséghez például elég volt az írni-olvasni tudás (16, 22).

Kiegészítés: hazánk legrégebbi egyetemei az 1367-ben alapított pécsi egyetem és az 1395-ben létrehozott óbudai egyetem volt, de ezek csupán néhány évtizedig működtek. Mindkettőben szerzetesek tanítottak latinul.

Noha a tudományok nyelve még mindig latin volt, a magyar nyelv használata a tudományos életben mégis kezdett kibontakozni. Elsősorban orvosi és egészségügyi témájú könyveket fordítottak magyarra; ezzel váltak elérhetővé a korszerű ismeretek a gyógyításban részt vevők számára, és segítették a lakosság egészségre nevelését. Hősies munka volt a fordítás: az idegen nyelv ismerete mellett küzdöttek a magyar nyelvű szakkifejezések megalkotásával is. Jellegzetes volt, hogy a latin vagy német szakkifejezések magyar megfelelőjét zárójelben vagy a kötet végén, szótárszerűen jelölték, valamint, hogy a fordítók saját tapasztalataikkal is kiegészítették a mondandót. Eredeti magyar orvosi szakkönyvek csak a század utolsó évti-

zedeiben jelentek meg; legelsőként Rácz Sámuel A borbélyi tanításoknak első és második darabja című munkája – még a költők is dicsőítették. Ő a magyar orvosi nyelv és szakirodalom rendszerező művelője, őt tekintjük a magyar nyelvű orvosi tankönyvirodalom megteremtőjének.

A kor másik legjelesebb egyénisége kétségtelenül Weszprémi István volt. Nevéhez fűződik többek között az első magyar nyelvű bábakönyv és az első igazi gyermekorvoslással foglalkozó könyv kiadása, valamint a négykötetes orvosi életrajzgyűjtemény, amely „az ország addig megszerzett eszmei értékeinek kincsestára” (14). Sokat foglalkozott még az egészségneveléssel, a himlőoltással és a nyelvészettel; kiemelkedő Sylvester János grammatikájának többszöri ismertetése. A kor orvosi nyelve ebben az időben még a népnyelv teremő erejére támaszkodott; Ady szavaival: a mélyről jött, gyökös és nemes nyelvre – ez a nyelv a maga tiszta, hamisítatlan, eredeti és kifejező erejével hatott mindenkire (24).

A XIX. század az *egyetemes magyar orvosi nyelv* létrejöttének százada. Vezéregyénisége Bugát Pál volt, de sokan mások is részt vettek benne. Például a magyar anatómiai szaknyelv megteremtője Mihálikovics Géza, aki 1881-ben lefordította Carl Krause munkáját. E munkában bámulatra méltó, hogy minden latin anatómiai fogalom magyarul szerepel, míg a latin vagy görög terminus technicus csak utána, dőlt írással zárójelben. 5000-6000 fogalomról van szó, ha nem számoljuk hozzá az ugyancsak használatos, ugyanannyi rokon értelmű szót (5). Külön kiemelem Markusovszky Lajost, aki – egyebek közt – megalapította az *Orvosi Hetilapot*, és ezzel meghonosította a magyar nyelvet a hazai szakirodalomban a korábbi latin, illetve német nyelv helyett; a Bugát Pál és Toldy Ferenc által korábban alapított *Orvosi Tár* című szaklap kiadása 1848-ban megszűnt. Hosszú időn át az *Orvosi Hetilap* volt a magyar orvostudomány egyetlen folyóirata, és ma is a legrangosabb. Büszkéek lehetünk az *Orvosi Hetilapra*, mert a világ hatodik, ma is létező legrégebbi orvosi folyóirata; nem véletlen, hogy „magyar örökség”. E század kétségtelenül a magyar orvosi szaknyelv megszületésének és használatának a százada. „György Lajos 1995-ben végzett vizsgálataiban átnézte az *Orvosi Hetilap* 1859. évi III. évfolyamának cikkanyagát, és azokban úgyszólván nem talált idegen szavakat. Az anatómiai struktúrák magyar szakszóval szerepeltek, zárójelben a megfelelő latinnal. Például: hólyagfenék (fundus vesicae), behüvelyződés (invaginatio)” (5).

A magyar egyetemen 1808-tól váltak rendszeressé a magyar nyelvű előadások; ezt a II. Ratio Educationis tette lehetővé, de az oktatás hivatalosan is magyar nyelvű csak 1848-ban lett. Kivételt egyszer-egyszer még tettek azoknak, akik nem tudtak elég jól magyarul, és néhány alapszakmában, például élettan, kórtan, gyógyszer-tan, megmaradt a latinul oktatás (21). Ám nemcsak ezért dőcögött a magyar tannyelv, hanem azért is, mert a magyar orvosi szaknyelv nem volt megfelelő, meg kellett újítani. Ez volt a magyar orvosi tannyelv megteremtésének kora. A lelkes szaknyelvújítók közül Bugát Pál neve áll az első helyen. Az első magyar nyelvű értekezés Flór Ferenc tollából származott 1835-ben, de a latin nyelvű értekezések még 1848

után sem voltak ritkák. A szabadságharc leverése után ismét németté vált az orvostudomány oktatása is, a magyar háttérbe szorult. 1860-tól, valójában a kiegyezéstől (1867) állították vissza a magyar nyelvű tanoktatást. 1872-ben egységesítették az orvosképzést, megszüntették a mesterképzéseket, megszületett az egyetemes orvosi oklevél (medicus universalis) (22). Ezzel a latin nyelvű oktatás is megszűnt a nemzet tudat erősödése, az egyetemi megújulások és a halványodó latintudás következtében (21).

A XX. század első felében a német hatás az orvosi nyelvünkben is érezhető volt, az idegen szavak, főleg a görög–latin, használata újra elkezdődött. György Lajos megállapította, hogy az *Orvosi Hetilap* „fokozatosan már csak a latin kifejezéseket használja, még olyan általános magyar szakfogalmak is eltűntek, mint gümőkör, megelőzés stb.” (5).

A kommunista uralom a magyar orvosi nyelv fejlődését voltképpen nem akadályozta. Ebben az időszakban az angol nyelv lett a világnyelv, és mint nemzetközi nyelv szóáradataival beférkőzött a nemzeti, így a magyar orvosi szaknyelvbe is.

Összefoglalóan megállapítható, hogy a magyar orvosi nyelv együtt sodródott a nyelvünkkel és történelmünkkel az 1600-as évektől a XIX. századig. Fejlődését sok-sok balszerencse hátráltatta; el is maradt a kívánalmaktól. Bugát (4) a XIX. század első harmadának végén még azt írta, hogy fejletlen volt a magyar tudományos nyelv, mert a tudományokat nem művelték a honi nyelven. Igen, két évszázad tétlensége – a magyar tudományok mostohakora – szomorú bizonyítéka annak, hogy a szaknyelvek is csak állandó használatukkal fejlődnek, a nyelvhasználat a szaknyelveknek is a lélegzése. Orvosi nyelvünk a XIX. században Bugát vezetésével született újjá, bőségesen táplálkozva a 400 éves, a XVI. századi népi magyar orvosi nyelv bővizű forrásából. Az 1900-as évek elejétől azonban feltámadt az idegenszó-használat.

■ ÖSSZEGZÉS – AHOGY AZ ORVOS LÁTJA

Idegen szavak nyelvünkbe állandóan kerültek, hiszen a magyarság mindig kapcsolatban volt más nyelvű népekkel. Ezek zöme évezredek át gyarapította szókincsünket, olyannyira, hogy az idegenségük réges-régen homályba tűnt. Nyelvépítő idegen szavakat ma is befogad a magyar nyelv is, ez természetes folyamat. A jövevényszavak tehát a magyar nyelv jelentős részét képezik, ezek már nem idegenek, és nem tévesztendőek össze az idegen nyelvűséggel, azokkal az idegen szavakkal, amelyeket ma is idegennek érzünk, és amelyek között vannak szükségtelenek is, mert magyar megfelelőikkel tökéletesen kifejezhetjük magunkat. Ellenkezőleg: kiszorítják a magyar szavakat, és sokszor nehezebben érthetők, jegyezhetők meg.

Az idegen nyelvűség – amennyire az idők távlatából megítélhető – a honfoglalással, a latin írásbeliséggel kezdődött. Az újlatin nyelvek talán az Árpád-ház kihalásával kezdtek beköltözni nyelvünkbe: először a francia. Jóval nagyobb hatása volt azonban a németnek, amely az udvar, a magyar főnemesség (értelmiség) nyelvhasználatában terjedt el. Mátyás államában a magyar nyelv szabadon élt, együtt létezett az akkori nemzet-

közi nyelvvel, a latinnal, mindegyik a maga helyén, nem keveredve.

Az idegen nyelvi hatás Habsburg Ferdinánd magyar királlyá koronázásával vált meghatározóvá, és tartott közel fél évezredig. A magyar nyelv tudatos visszaszorítása, németesítése többféleképpen zajlott:

- Más nyelvűek, idegenek, főleg németajkúak betelepítésével.
- A magyar szellemiség, függetlenségi törekvések kegyetlen elfojtásával.
- A német nyelv közvetett ránk erőltetésével, a magyar nyelv használatának bizonyos területeken való tiltásával.
- A magyar közművelődés, egyetemes tudomány és kultúra fejlődésének több évszázados fékezésével.

Célja az osztrák hatalom megerősítése volt, kiterjesztése a Kárpát-medencére a magyar nemzet megszüntetésének részeként. Schwarzenberg miniszterelnök így nyilatkozott: „Ugyan, mi az a magyar nemzet! Ezek mindig is lázadók voltak, akiket meg kell semmisíteni, és egyszer s mindenkorra ártalmatlanná kell tenni.” (25j).

Végeredményben a szükségtelen idegen szavak a megszállsunkkal, elnyomásunkkal vonultak nyelvünkbe. Úgy is mondhatjuk, hogy a szükségtelen idegen szavak a nyelvünkben a magyar szellem történelmi hódoltságának, az ország elnyomásának nyelvi lenyomatai.

Hibások vagyunk ebben mi magyarok is. A „rendek” önös érdekből szívesen nem tettek ellene, sőt kiszolgálták az elnyomókat: folyvást az idegen szavakat használták, ezért maradtak meg – önfia vágta sebét. A Habsburg-uralom, a Habsburg-gyarmattá lett Magyarország (24) 400 évében az idegen szavak végképp elterjedtek a magyar köznyelvben is. Véleményemmel nem vagyok egyedül: Berényi Mihály is utalt rá, hogy az idegen szavakat a megszállóink hagyták ránk (3).

ORVOSI NYELVI IDEGEN SZAVAK

A magyar orvosi nyelv népi elemei a magyar nyelvvel együtt formálódtak a kezdetektől; az új idegen szavak beépülése mindkettőt gazdagította. A tudományos orvosi nyelv a XII. századtól hazánkban is a középkori görög–latin volt, és semmiben nem különbözött a többi európai nép orvosi nyelvétől. Így volt ez egészen a XVI. századig, egyetlen kivétellel. Hazánkban nem voltak orvosi egyetemek, noha épült kettő is (Pécs, Óbuda) a XIV. században, ám tisztavirág-életűnek bizonyultak. A középkori egyetemek meghatározóan kötődtek a keresztény szerzetesekhez, hazánkban pedig ezek még nem voltak elég erősek.

A tudományokat a XVI–XVII. században az erős nemzetállamok a latin mellett egyre inkább a nemzeti nyelveken is művelték, megalkották az anyanyelvi szak kifejezéseket; művelődött a társadalom, mivel megteremtődött a közművelés feltétele, a

könyvnyomtatás: anyanyelven lehetett olvasni az irodalmat, a művészetekről és a tudományt is. Egyetemek már mindegyik államban működtek.

Hazánkban a nemzetállamosodás nem következett be: Magyarország nagy részére kiterjedt török hódoltsági területen a létezésért kellett küzdeni, a harcokban megfogytunk. A királyi országreszen németesítés folyt. Később a gyarmattá tett Magyarországon a Habsburgok gátolták, tiltották a magyar művelődést: a közművelődés és a magyar szaknyelvek lemaradtak, noha szörványos erőfeszítéseket tudomány nyelvünk fejlesztésére tettek néhányan, mint Szenczi Molnár Albert, Apáczai Csere János, Pápai Páriz Ferenc stb. Kiesett az a 200 év, a XVII–XVIII. század tudományfejlődése, amely alatt a nemzetállamok a középkori görög–latint nemzeti nyelvükre cserélték. A magyar orvosi szaknyelvben ezért maradt meg a görög–latin szókészlet, méghozzá olyan mélyen rögzült, hogy orvosi nyelvünk kétnyelvűségéről is beszélhetünk.

Az 1700-as évek végére tehát kikerült a középkori görög–latin az európai országok orvosi nyelvéből. Nem így hazánkban: ezekben az években még csak odáig jutottunk, hogy végre megalakult az első egyetemi orvosi kar Nagyszombaton, és az egyetem, bő egy évtizedre rá, Pestre költözött. Micsoda áldatlan helyzet! Nem teremthettük meg saját egyetemünket és az anyanyelvi oktatásunkat, mert Bécs nem engedélyezte.

Az erősödő németesítés az orvosi nyelvben is nyomott hagyott, tetézve az idegen orvosi szavak sokaságát.

A XIX. század végén ugyan erőteljes magyarítási mozgalom bontakozott ki az orvosi nyelvben is meg is teremtdött a magyar nyelvű orvosi tudományírás, de a német nyelvű közéleti szereplés bővülésével háttérbe szorult. Ami elmaradt a XVI–XVIII. században, a középkori görög–latin orvosi szókészlet magyarra cserélése, később már nem valósulhatott meg.

Megállapíthatjuk tehát, hogy orvosi nyelvünk tetemes idegen szókészlete, beleértve a görög–latin szakszavakat is, több évszázados tudományos elfojtottságunk maradványa.

Ma az angol (nemzetközi) nyelvi hatás érvényesül a magyar orvosi nyelvben. Ennek elemzésétől eltekintek: külön dolgot tárgya.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet fejezem ki *Madas Edit* nek a kódexekkel kapcsolatos felvilágosításáért, továbbá *Berényi Mihálynak*, *Kiss Jenőnek*, *Magyar László Andrásnak* és *Szabó T. Attilának* a kézirat átnézéséért és segítségükért.

■ IRODALOM

1. Balázs Géza. Nyelvészeti viták az idegenszerűségről. *Magyar Orvosi Nyelv* 2005;5/1:8–16.
2. Bárczi Géza. *Nyelvművelésünk*. 1974, Budapest

3. Berényi Mihály. Hozzászólás. Magyar Orvosi Nyelv 2016;2:97.
4. Bősze Péter, Kapronczay Katalin. Bugát Pál munkássága. Magyar Orvosi Nyelv 2013;13:104–24.
5. Donáth Tibor. Hogyan is állunk a magyar anatómiai nyelvvel? Magyar Orvosi Nyelv 2003;3:31–4.
6. Dümmerth Dezső. A két Hunyadi. Budapest, Panoráma. 1985:144–6.
7. Dümmerth Dezső. Írástudók küzdelmei. Panoráma 1987:216–219.
8. Eöry Vilma. Értelmező szótár+ Budapest, Tinta Könyvkiadó 2007.
9. Fábíán Pál, Lőrincze Lajos. Az idegen szavakról. Magyar Nyelvőr 1977;101:129–141.
10. Grétsy László, Kiss Gábor. A magyar nyelvről. Budapest, Tinta Kiadó 2018.
11. Hadrovics László. 1979. Az idegen szavak és a purizmus. Magyar Nyelv 1979: 1–7.
12. Hoffman István. „Látjátok feleim...” magyar nyelvemlékek. Országos Széchényi Könyvtár, Budapest, 2009.
13. Kabán Annamária. A magyar nyelvű tudományosság kezdetei. In: Pétek János (szerk.) Magyarul megszólaló tudomány. Budapest, Lucidus Kiadó, 2004.
14. Kapronczay Károly. A magyarországi orvostörténet-írás története. In: Bősze Péter (szerk.) A magyar orvosi nyelv tankönyve Budapest, Medicina 2009:147–56.
15. Keszler Borbála. A magyar orvosi nyelv története. In: Bősze Péter (szerk.) A magyar orvosi nyelv tankönyve Budapest, Medicina 2009:87–118.
16. Kiss Jenő. Az értelmiség és a szaknyelvek. Magyar Orvosi Nyelv 2007;7:60–2.
17. Kiss Jenő. Általános kérdések. In: Kiss Jenő–Pusztai Ferenc (szerk.) Magyar nyelvtörténet Budapest, Osiris. 2003:15.
18. Kontra Miklós. A nyelvek közötti érintkezés néhány kérdéséről, különös tekintettel „elangolosodó” orvosi nyelvünkre. Nyelvtudományi Értekezések. 1981, 109. sz.
19. Korompay Klára. A középkori magyar nyelv évszázadai. Látjátok feleim...33–49.
20. Magyar László András. Az európai nemzeti orvosi nyelvek történetéhez. Magyar Orvosi Nyelv 2010;10:23–6.
21. Magyar László András. Az európai orvosi nyelv története. In: Bősze Péter (szerk.) A magyar orvosi nyelv tankönyve Budapest, Medicina 2009:73–86.
22. Molnár László. Az oktatási nyelv a pesti orvoskaron. Magyar Orvosi Nyelv 2014;14:50–2.
23. Nemes Csaba. Orvostörténelem. Debrecen, Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum 2008:94.
24. Nemes Csaba. Vörösmarty és a magyar orvosi szaknyelv a reformkorban. Magyar Orvosi Nyelv 2002;2:28–35.
25. Nemeskürty István Mi magyarok. Dóvin Művészeti Kft. Budapest 1989: a62; b123; c153–88; d210; e234–50; f272; g277; h324; i326–38; j373–4; k456
26. Pannon enciklopédia (főszerkesztő: Halmos Ferenc). Budapest, Pannon Könyvkiadó, 1993:570–9.
27. Szabó T. Attila. http://orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/6.2.2.2/szabot_mony_2011_01_lencses.pdf, http://real.mtak.hu/19487/1/MONY_2013_02_Varadi_Szabo_u_110015.532907.pdf, http://orvostortenet.hu/tankonyvek/tk-05/pdf/6.2.2.2/szabot_mony_2010_01.pdf
28. Zsilinszky Éva. Szókészlet-történet. In: Kiss – Pusztai (szerk.) Magyar nyelvtörténet Budapest, Osiris. 2003: a174, b372, c618–27, d725–37, e804

*„Magyar nyelv! Vándorutakon kísérőm,
sértett gögőmben értőm és kísértőm,
kínok közt, gondjaimtól részegen,
örököld földem és egész egem,
bőröm, bérem, bírám, borom, míg bírom
és soraimmal sorsom túl a síron,
kurjongó kedv, komisz közöny, konok gyász:
mennyei poggyász.”*

Faludy György

A Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának (MNOT) és a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság (MMKT) munkája

BŐSZE PÉTER DR.¹, GŐCZE PÉTER DR.², KOISS RÓBERT DR.³

¹ Dél-pesti Centrumkórház Nőgyógyászati Osztály, Budapest

² Pécsi Tudományegyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

³ Dél-pesti Centrumkórház Szülészet Nőgyógyászati Osztály, Budapest

E-levél: bosze@eagc.eu

■ BESZÁMOLÓ A II. INTERDISZCIPLINÁLIS HPV KONGRESSZUSRÓL (Dr. Koiss Róbert)

A II. Interdiszciplinális HPV Kongresszust a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság szervezte Budapesten a Hotel Hungary City Centerben 2019. március 8–9-én.

Az I. Interdiszciplinális HPV Kongresszus 2016-ban rendezték. Ennek pozitív visszhangja és az azóta eltelt idő tette szükségessé a következő megszervezését.

A tudományos előadásokban a HPV-fertőzés okozta betegségek kimutatására és kezelésére fektettünk nagy hangsúlyt. A szakmák közül a nőgyógyászok mellett a szövettanászok, sejtanászok, végbélszakosok bőrgyógyászok és orr-fül-gégészek is tartottak előadást.

A HPV, mint a méhnyakrák kialakulásában oki szerepet betöltő kórokozó kimutatásáról több előadás is elhangzott. A sejtanászok bemutatták a szűrésben bekövetkezett szemléletváltást, ismertették a hagyományos sejtkenetszűrés korlátait, rámutattak a 30 év feletti nők HPV-alapú elsődleges szűrésnek jelentőségére. Több előadás is foglalkozott a HPV-pozitív nőknél a további kórismézési módszerek elemzésével. Egyértelművé vált, hogy ezekben az esetekben a molekulajelzők biztosabban jelzik a rákelőtti állapotot, mint a hagyományos sejtkenetvizsgálat. A kolposzkópos vizsgálat jelentősége is felértékelődik a HPV-pozitív esetekben, bár a klinikai vizsgálatok arra világítottak rá, hogy több indokolatlan szövettani mintavétel történt, ami elsősorban óvatosságból adódó túlkezelés következménye.

A HPV-fertőzés okozta szemölcsös elváltozásokat testterületi felosztásban tárgyaltuk. A végbél körül előforduló függőlyök hagyományos és sebészeti kezelése újdonságokat is tartogatott. Kiemelték, hogy sebészeti módszertől függetlenül, csak a fertőzött hámszövetet kell eltávolítani, a kötőszövet éppen hagyása mellett. Ellenkező esetben a sebgyógyulás zavart szenved, ami ezen a területen súlyos következményekkel járhat.

Külföldi előadóink, akik Csehországból, Szlovákiából és Lengyelországból érkeztek hozzánk, a szeméremtest rákelőtti állapotainak, valamint a szeméremtestrák többszakmás kezeléséről tartottak előadást. *Robert Jach professzor*, aki a *Lengyel Kolposzkópos Társaság* elnöke, önműködő kolposzkópos vizsgálatok több éves tapasztalatairól számolt be. A vizsgálat lényege, egy olyan méhszájmegtekintő eljárás, amely könnyen kivitelezhető, és kolposzkópiában nem jártas szakember részére azonnali kórismét állít fel a távgyógyászat segítségével.

Az utolsó nagy tárgykör, amellyel a tudományos ülés foglalkozott, a HPV elleni védőoltás eddigi tapasztalatait, valamint a fiúk oltásának jelentőségét mutatta be. Igazolást nyert, az ausztráliai vizsgálatok eredményeire hivatkozva, hogy népességi szinten csökkent az oltottak körében a súlyos rákelőtti állapotok előfordulása, és várhatóan ebben a csoportban a méhnyakrák kialakulási kockázata is jelentősen kevesebb lesz a nem oltott nőkkel szemben. A fiúk oltásának jelentősége a fej-nyaki daganatok megelőzésében van. Igazolódott, hogy a 40 éves férfiak körében az elmúlt 10 évben fokozódott a HPV-fertőzéshez köthető mandula és a hátsó nyelvgyök daganatának száma. A fiúk népességi szintű HPV elleni oltásának



bevezetése remélhetőleg jelentősen csökkenti fogja ezen daganatok előfordulását.

A rendezvény utolsó előadása gyakorlati útmutatóként szolgált a kolposzkópiában nem jártas szakembereknek. Az előadók a kolposzkópia alapjain túl, olyan eseteket is bemutatnak felvételeken, amelyeken a HPV okozta súlyos rákelőtti állapotok kolposzkópos megjelenési formái voltak láthatók.

A rendezvényre 160-an jelentkeztek, és 14 cég támogatását sikerült megnyerni.

A tudományos ülés jó hangulatban telt, értékes viták és eszmecserék zajlottak az előadásokat követően.

Remélhetőleg újabb 3 éve eltelté után ismételt megrendezheti a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság a III. Interdiszciplinális Kongresszust. Sok sikert kívánok mindenkinek, és remélem, a rendezvényen hallottak szerint folytatják tovább munkájukat.

■ A MAGYAR MÉHNYAKKÓRTANI ÉS KOLPOSZKÓPOS TÁRSASÁG (MMKT) 2019. ÉVBEN MEGTARTOTT KÖZGYŰLÉSÉNEK BESZÁMOLÓJA (Dr. Koiss Róbert)

A társaság közgyűlését a II. Interdiszciplinális HPV Kongresszus keretében hívtuk össze 2019. március 08-án. A résztvevők először meghallgatták a Társaság elnökének, *Koiss Róbert*nek, a 2018-as évet összefoglaló, valamint a 2019-es évre tervezett beszámolóját.

Az MMKT 2018 szeptemberében, a Szülészeti-Nőgyógyászati Szakmai Kollégiummal egyetértésben, új méhnyakszűrési eljárásrendi javaslatot nyújtott be *Kásler Miklós* Miniszter Úrnak. Sajnos a közgyűlés időpontjáig válasz még nem érkezett.

A társaság az EFC (European Federation of Colposcopy) tagjaként képviseltette magát az EFC tudományos rendezvényén. Ismertettem a Visegrádi 4-ek beindításával kapcsolatos terveket. A V4-ek összehívásának a célja annak kiderítése, hogy európai közép-keleti országokban miért gyakori a méhnyakrák és miért nagy a halálozása. Közös érdekünk a méhnyakrák megelőzési lehetőségeinek ismertetése az egészségügyi dolgozók és a lakosság körében. Fontosnak tartjuk az orvosok tájékoztatást az elsődleges megelőzés és a kapcsolatos szűrési módszerről. A Visegrádi 4-ek életre hívása lehetőséget biztosítana a

klinikai vizsgálatok együttes elvégzésére, biztosítva ezáltal, hogy a térség is véleményformáló szerepet tudna betölteni egy új megelőzési módszerek kidolgozásában. A V4-ek társaságát az IFCPC (International Federation of Cytopathology and Colposcopy) támogatásával hoznánk létre.

A Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság pénzügyileg megfelelő évet zárt.

Terveim között szerepel, hogy a Magyar Nőgyógyász Onkológus Társasággal közös tudományos ülést szervezzünk, mert a két társaságnak a hallgatósága azonos, valamint a rendezvények támogatottsága a cégek részéről korlátozott. Fontosnak tartom, hogy hazánkban is megvalósuljon a méhnyakszűrés korszerűsítése, és annak állami támogatottsága.

■ BESZÁMOLÓ MAGYAR NŐGYÓGYÁSZ ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGÁNAK (MNOT) 2019-ES Vezetőségi üléséről (Prof. dr. Gőcze Péter)

Az ülést 2019. május 17-én tartottuk a Magyar Nőorvosok Társaságának siófoki Szakmai Továbbképző Tanfolyamának keretében. Az ülés témája a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága és a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság I. Közös Kongresszusának szervezési kérdései voltak. A MNOT vezetőségének és az MKKT elnökségének jelenlevő tagjai és a kongresszust szervező Congressline képviselője véglegesítették a kongresszus időpontját és helyszínét. Döntöttünk a rendezvény kiemelt témáiról és a külföldi előadók meghívásáról.

■ ELNÖKI BESZÁMOLÓ A MAGYAR NŐGYÓGYÁSZ ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGÁNAK 2015–2019. ÉVEI TEVÉKENYSÉGÉRŐL (Prof. dr. Gőcze Péter)

A Társaság elnöki teendőit 2015 októberében, Harkányban rendezett X. nagygyűlésen vettem át Póka Róbert professzor úrtól. A tisztújító rendezvényen megválasztottuk az új 10 tagú vezetőséget, a leendő elnököt *Dr. Novák Zoltán* személyében, valamint a társaság titkárának *Dr. Pete Imrét*. Külön köszönettel tartozom mindkettőjüknek a kitartó támogatásukért, amelyet a 2017-es sikeres gárdonyi és a mostani, 2019-es budapesti nagygyűlés szervezéséhez nyújtottak.

Örökös tiszteletbeli elnök:

Prof. dr. Bősze Péter

Elnök:

Prof. Dr. Gőcze Péter

Jövendőbeli elnök:

Novák Zoltán

Tiszteletbeli elnök:

Prof. dr. Ungár László

Dr. Pálfalvi László

Prof. dr. Póka Róbert

Titkár:

Dr. Pete Imre

Vezetőségi tagok:

Dr. Koiss Róbert
Dr. Kovács Kázmér
Dr. Krasznai Zóárd
Dr. Kovács Lajos
Dr. Novák Zoltán
Dr. Papp Gyula
Dr. Papp Szilárd
Dr. Pete Imre
Prof. dr. Rigó János Jr.
Dr. Szánthó András

Póttagok:

Dr. Bálega János
Dr. Lintner Balázs
Dr. Vrecenár László

Ügyintézési nehézségek. A korábban bevezetett új társasági törvény előírásai nehézségeket okoztak Társaságunk bejegyzésében és törvényes működésében. Több mint 2 éves hosszas levelezés után, a 2017-es gárdonyi rendezvényt követően tudtuk teljesíteni a törvények által megkövetelt feltételeket *Dr. Stelzer Viktor* ügyvéd úr hathatós közbenjárásával. Neki is köszönöm az eddig végzett munkáját és azt, hogy a tisztújítással kapcsolatos feladatokat most is elvállalta.

A Társaság pénzügyeinek intézésére felkértem *Hajdu Lajosné, Borikát*, mérlegképes könyvelőt. Sok bosszúságot okozott, hogy két éven át nem sikerült hozzáférni a Társaság pénzéhez ügyintézési okok miatt. Ezt megoldva az idei évben újabb bonyodalmat jelentett a pénzműködés elleni törvényi előírások teljesítése. Közben kiderült, hogy a korábbi időszakban biztosítottak számára a bank nem tiltotta le a hozzáférést ügyviteli hiba miatt. Végül ezt is sikeresen megoldottuk!

Rendezvények. Elismeréssel kell szólnom a *Congressline* rendezvényszervező cégről, akik segítségével és jó kapcsolataikkal mindhárom rendezvényünket sikeresen és nyereséggel megszervezték. A mai világban komoly siker, ha a tudományos eredményesség mellett a kellemes környezet, a jó ellátás és némi anyagi haszon is kitermelhető. Segítségükkel a Társaság pénzügye helyzete állandósult, majd javult. A szűkülő céges támogatások miatt a társaságok egyre nehezebb pénzügyi helyzetbe kerülnek, noha rendezvényeik változatlanul jó színvonalúak.

Korábbi kedvező tapasztalatom alapján javasoltam a három hasonló irányultságú nőgyógyász társaságnak a közös nagygyűlés szervezését. A MMKT-vel és elnökével sikerült megállapodni a közös szervezésről, amit ezúttal is köszönök *Dr. Koiss Róbertnek* és csapatának. Pozitív mérleg esetén a két társaság 2/3 és 1/3 arányban osztozik a nyereségen. Veszteség esetén ugyanígy a befizetésen. Remény van arra, hogy a Citopatológiai Társaság is csatlakozni fog a jövőben. Ebben az esetben a jogi helyzet bonyolultabb, mivel ez a társaság a Magyar Nőorvosok Társaságához tartozik.

Az elnökségem alatt a vezetőség javaslatára az MNOT és a színvonalas Nőgyógyászati Onkológia című folyóirat alapító-

ját, nemzetközileg elismert *prof. dr. Bősze Pétert* tiszteletbeli örökös elnököt a XI. gárdonyi rendezvényen köszöntöttük és munkásságának elismeréseként létrehoztuk a *Bősze Péter-díjat*, amelyet a szokásosan szervezett nagygyűléseken a legeredményesebb 35 év alatti fiatal előadó kapja meg.

Társaságunk más tudományos rendezvényen is képviseltette magát előadásokkal: az Országos Onkológiai Intézet által szervezett *Petefészekrák Konszenzus Konferencián*, a Magyar Nőorvosok Társaságnak kongresszusán külön részlegben mutatkoztunk be, legutóbb pedig Siófokon illetve Visegrádon a Magyar Nőorvosok Társaság Szakmai Továbbképző tanfolyamain, továbbá több külföldi tudományos ülésen is szerepeltünk.

Az orvoshiány és a nagy intézeti leterheltség miatt egyre nehezebb a vezetőség minden tagjának személyesen részt venni az évenkénti megbeszéléseken, ezért minden tagnak megküldtük az ülések részletes jegyzőkönyvét.

A Nőgyógyászati Onkológia folyóirat és a társaság honlapjának (MNOT.hu) helyzete. A *Bősze professzor* által alapított Nőgyógyászati Onkológiai folyóirat helyzete ingatlaggá vált, mivel az a NOK Kiadó nevében lett bejegyezve, mely megszűnt. A folyóirat az MNOT tulajdonába került, főszerkesztője *Prof. dr. Rigó János* lett, átmenetileg biztosítani tudta a megjelenés költségeit. Mára az újság további fenntartásának nehézségeiről számolt be. Jelenleg 300 példányban nyomtatják, ez közel 600 000 Ft-ba kerül. Évi két megjelenés ~1–1,2 millió Ft lenne, amelyet a jövőben a három nőgyógyászati daganatokkal foglalkozó társaságnak kellene előteremtenie. A vezetőség javasolja, hogy továbbra is *Rigó professzor* legyen az újság főszerkesztője, és a mindenkori főszerkesztő legyen tagja az MNOT vezetőségnek.

A Társaság honlapja megújításra szorul. *Dr. Krasznai Zóárd* eddig is sokat tett a honlap megjelenéséért, sikeresen beszervezett egy új céget. *Dr. Krasznai Zóárdot* a vezetőség megbízta a honlap gondozásával, és hogy tegyék fel a *Nőgyógyászati Onkológia* eddig megjelent és a jövőben megjelenő új számait is. A folyóiratban úgy lehet majd lapozni, mint egy valós újságban. Ezzel megfelelve a mai kor kihívásainak, széles körben és ingyenesen elérhetővé válik a számítógépeken. Nálunk sokkal nagyobb és gazdagabb társaságok is ezt a formát részesítik előnybe, sikerrel (például Orvosi Hetilap); a legtöbb azonban nem ingyenes.

A Társaság vezetősége a jelenlegi bevételek és tagdíjak mellett nem lát lehetőséget arra, hogy évi 2–3 alkalommal 100–100 nyomtatott példányban is megjelenjen a lap, ezért a közgyűlés elé bocsátjuk annak eldöntését, hogy a Társaság tulajdonába került Nőgyógyászati Onkológia, 100 nyomtatott példányban is jelenjen-e meg. Így a köteles példányok is meglesznek és az intézetek is megkaphatják. Ebben az esetben az éves tagdíj emelése elkerülhetetlen lesz. A közgyűlés elé szavazásra bocsátom, hogy nyomtatásban is jelenjen-e meg a lap, vagy csak e-folyóiratként.

A nőgyógyászati daganatsebészeti szakvizsga kérdése. Komoly fejlődést jelentett a társaság életében a daganatsebészeti

szakvizsgarendszer kidolgozása. Dr. Pálfi László, Dr. Ungár László és munkatársaik rendszeresen felkészítették az elhivatott jelölteket. Prof. dr. Bősze Péter és Dr. Novák Zoltán pedig kijárták a szakvizsga törvényesítését. Négy éve néhány tagtársunk megszerezte a daganatsebészeti szakvizsgát, és nagy öröm, hogy egyre több elhivatott nőgyógyász tűzte ki célként ennek megszerzését. Ezzel a hazai nőorvosi daganatgyógyászati ellátás nagyot lépett előre. Fontos lenne, hogy 2020-ban a MNOT kötelező, pontértékű tanfolyamot szervezzon az egyetemeken bevonásával, mivel az első nőgyógyászati daganatsebészeti szakvizsgák 5 éves érvényessége lassan lejár, és az érintetteknek továbbképzésen kell részt venni. Ennek előkészítését a társaság megkezdte Dr. Szánthó András vezetésével az egyetemeken bevonásával.

Végezetül: mindenkinek köszönöm az elmúlt évek munkáját.

■ SZEMÉLYES HANGVÉTELŰ BESZÁMOLÓ A MAGYAR NŐGYÓGYÁSZ ONKOLÓGUSOK TÁRSASÁGA ÉS A MAGYAR MÉHNYAKKÓRTANI ÉS KOLPOSZKÓPOS TÁRSASÁG I. KÖZÖS KONGRESSZUSÁRÓL

(Prof. dr. Bősze Péter)

A rendezvényt Budapesten a Mercur Budapest Buda hotelben tartottuk 2019. november 8–9-én.



Az előadások jegyzékét a következő oldalak mutatják.

■ MŰSOR

2019. NOVEMBER 8.

09:00–09:10 Megnyitó, üdvözlések

09:10–11:00 ÁTTEKINTŐ ELŐADÁSOK

Üléselnökök: Göcze Péter, Póka Róbert

09:10–09:30 Örökletes petefészekrák

Bősze Péter az MNOT Örökös Tiszteletbeli Elnöke

09:30–10:10 A felhási sebészet szerepe a petefészekrákos betegek kezelése során a sebész-onkológus és a nőgyógyász onkológus szemével

Tóth Lajos Barna¹, Bálega János

¹ SZSZBMK Jóna András Oktatókórház, Sebészet, Nyíregyháza, ² Pan-Birmingham Gynaecological Cancer Centre

10:10–10:20 Még egyszer a LACC trial-ról

Pálfalvi László

DPC Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Budapest

10:20–10:30 Robotsebészet a nőgyógyászati onkológiában

Bóza Szabolcs, Németh Zoltán

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Abteilung für Gynäkologie

10:30–10:40 Nőgyógyászati Tru-cut biopsziák onkológiai pácienseknél

Lengyel Dániel¹, Vereczkey Ildikó³, Horváth Katalin², Novák Zoltán¹

¹ Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály, ² Onkológiai Képző és Invazív Diagnosztikai Központ, ³ Molekuláris Patológiai Osztály, Budapest

10:40–10:50 Hogyan változunk a kor szakmai kihívásai alapján? (Igények és lehetőségek a végeken)

Molnár Balázs, Pap Károly

Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Kórházak és Egyetemi Oktatókórház, Jóna András Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Nyíregyháza

10:50–11:00 Diskusszió

11:00–11:15 Kávészünet

11:15–13:00 HPV ÉS A MÉHNYAKRÁK

Üléselnökök: Ungár László, Lintner Balázs

11:15–11:25 A magas kockázatú HPV genotípusok prevalenciája Magyarországon: egy populáció alapú földrajzilag reprezentatív keresztmetszeti vizsgálat első eredményei (n 4000)

Fogarasi András

Synlab Hungary Kft.

11:25–11:35 Innováció a cervix kóros eltéréseinek kiegészítő kezelésében – Q Pharma szponzorált előadás

Sóbel Gábor

Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

11:35–11:45 CIN bizonyítékokon alapuló ellátás a terhességben

Bóza Szabolcs

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien, Abteilung für Gynäkologie

11:45–11:55 A méhnyakrákos és a petefészekrákos nők átfogó betegút-kutatási eredményei

Tóth Icó

Mályvavirág Alapítvány

11:55–12:00 A VEGF, mint potenciális célpont a méhnyakrákok kezelése során

Bohonyi Noémi, Stefanovits Ágnes, Gőcze Péter, Papp Szilárd, Koppán Miklós, Gőcze Katalin

PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, és PTE Sportmedicina Tanszék, Pécs

12:00–12:10 Sentinel nyirokcsomó vizsgálattal kapcsolatos tapasztalataink cervix daganatok esetében

Tóth Richard, Tabányi Ádám, Lintner Balázs

SE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

12:10–12:20 UH-vizsgálatok cervix daganat kapcsán

Lintner Balázs, Tóth Richárd, Tabányi Ádám

SE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Budapest

12:20–12:25 A személyre szabott terápia új lehetőségei méhnyakrákos betegek ellátása során

Stefanovits Ágnes, Bohonyi Noémi, Gőcze Péter, Papp Szilárd, Bárdos Nikolett, Koppán Miklós, Gőcze Katalin

PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, és PTE Sportmedicina Tanszék, Pécs

12:25–12:35 A méhnyakrák várandósság alatti diagnosztikája és kezelése

Bárdos Nikolett, Gőcze Péter, Kalincák Judit, Stefanovits Ágnes, Bohonyi Noémi, Koppán Miklós, Papp Szilárd

PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

12:35–12:40 A Carter nedves stoma, mint rekonstrukciós lehetőség total exenteratiót követően: kezdeti tapasztalataink egy új módszerrel

Echim Timea, Kiarash Bahreman, Mersich Tamás, Novák Zoltán

Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Budapest, Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály, Budapest

12:40–12:50 Paraaortic lymphadenectomy osztályozása, indikációja és saját tapasztalatok bemutatása

Kiarash Bahreman, Novák Zoltán

Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály, Budapest

12:50–13:00 Diskusszió

13:00–14:00 Ebédszünet

14:00–14:20 „Szép új világ” méhnyakrák elimináció a horizonton – MSD szponzorált előadás

Krasznai Zóárd

Debreceni Egyetem Klinikai Központ, Szülészet és Nőgyógyászat

14:20–15:20 FELKÉRT KÜLFÖLDI ELŐADÁSOK

Üléselnökök: Novák Zoltán, Papp Szilárd

14:20–14:45 Sentinel node evaluation in early cervical cancer

Patrice Mathevet

CHUV, Lausanne, Switzerland

14:45–15:10 Primary HPV DNA Screening and Results of 4 Million Ladies

Murat Gultekin

Hacettepe University, Ankara, Turkey

15:10–15:25 Diskusszió

15:25–15:40 Kávészünet

15:40–16:25 A CITOLÓGIAI KENETEK ÚJ SZÍNEINEK HELYE A NŐGYÓGYÁSZOK PALETTÁJÁN - Roche Magyarország szponzorált előadás

Üléselnökök: Szántó András, Krasznai Zóárd

Erős Mónika

Medserv Kft., ÉKBC Új Szent János Kórház, Budapest

Novák Zoltán

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

16:25–16:45 Fontos újdonságok az ESGO 2019 kongresszusáról

MNOT Vezetőség előadása

16:45–17:40 A SZEMÉREMTEST ÉS PETEFÉSZEK DAGANATAI

Üléselnökök: Koppán Miklós, Pete Imre, Kovács Kázmér

16:45–16:55 Vulva carcinoma neoadjuváns kemoterápiája - kedvező tapasztalataink és az irodalmi adatok áttekintése

Krascenits Géza, Máté Szabolcs

Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai részleg Onkológiai és Daganatsebészeti Osztály, Budapest

16:55–17:00 Ritka szövettani típusú szeméremtesti daganatok

Nyíri Sándor

Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai részleg Onkológiai és Daganatsebészeti Osztály, Budapest

17:00–17:10 PAPR inhibitorok szerepe a petefészekrák terápiajában

Pete Imre¹, Máté Szabolcs²

¹Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály, Budapest, ²Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai Részleg Onkológiai és Daganatsebészeti Osztály, Budapest

17:10–17:20 Borderline petefészek daganatok korszerű kezelése

Szatmári Erzsébet

Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai részleg Onkológiai és Daganatsebészeti Osztály, Budapest

17:20–17:25 Malignus kevert Müller-cső eredetű tumor esetbemutatás és kezelés kérdései

Baross Gábor¹, Pelylach Anna², Babarczy Edit², Koiss Róbert¹

DPC ¹Szülészeti Nőgyógyászati Osztály, ²Patológia, Budapest

17:25–17:35 Hormonpótló kezelés a petefészek daganattal kezelt betegeknél

Szabó Katalin, Máté Szabolcs

Semmelweis Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika Baross utcai részleg Onkológiai és Daganatsebészeti Osztály, Budapest

17:35–17:50 Diskusszió

18:30 Autóbuszos kirándulás, vacsora Etyeken

2019. NOVEMBER 9. SZOMBAT

08:30–09:10 Közgylés

09:10–09:25 Kávészünet

09:25–09:45 A phase II study of the safety and efficacy of OTL38 for the intraoperative imaging of folate receptor-alpha positive ovarian cancer

Tanyi János

University of Pennsylvania, USA

09:45–10:25 A méhtest daganatai

Üléselnökök: Rigó János, Pálfalvi László

09:45–09:55 A regionális lymphadenectomy jelentősége corpus carcinoma esetében

Papp Szilárd, Varga Tamás, Göcze Péter, Szegedi Sarolta, Kalincák Judit, Stefanovits Ágnes, Bárdos Nikolett, Bohonyi Noémi, Koppán Miklós

PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

09:55–10:05 A méhtestrák műtéti kezelése és eredményei 2013–2019 között Póka Róbert

Debreceni Egyetem ÁOK, Nőgyógyászati Onkológiai nem önálló tanszék

10:05 – 10:15 Leiomyosarcomák fertilis korban

Vrecenár László

B-A-Z Megyei Központi Kórház és Egyetemi Oktató Kórház - Semmelweis Tagkórház Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Miskolc

10:15–10:25 Diskusszió

10:25–10:50 FELKÉRT KÜLFÖLDI ELŐADÁSOK

Üléselnökök: Koiss Róbert, Vrecenár László

10:25–10:50 Artificial intelligence in colposcopy

Marcin Weksler

Mobile SCANMED Systems Ltd., Wroclaw, Poland 5

10:50–11:00 Kávészünet

11:00–12:30 AZ EMLŐ ÉS A PETEFÉSZEK DAGANATAINAK TERÁPIÁJA

Üléselnökök: Papp Gyula, Kalmár László, Kollár Ákos

11:00–11:10 Az emlőrák sebészetének változása az elmúlt 10 évben osztályunkon

Koiss Róbert, Pálfalvi László

DPC Kórház, Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály, Budapest

11:10–11:40 Surgical treatment of recurrent ovarian cancer

Giovanni Scambia

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Catholic University of The Sacred Heart, Rome

11:40–11:50 A primer citoreduktív műtét szerepe és a dedikált daganatsebész team jelentősége az előrehaladott stádiumú petefészek-daganat kezelésében

Molnár Szabolcs

Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Intézet, Nőgyógyászati Onkológia Tanszék

11:50–12:00 Az intraperitoneális kemoterápia helye az előrehaladott petefészekrák adjuváns kemoterápiájában

Göcze Péter, Papp Szilárd, Varga Zsuzsa, Lőcsei Zoltán, Kalincák Judit, Stefanovits Ágnes, Bárdos Nikolett, Bohonyi Noémi, Koppán Miklós,

Deáky Zsolt, Krommer Károly

PTE KK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, PTE ÁOK Onkoterápiás Intézet, Pécs

12:00–12:05 Növekvő teratoma szindróma petefészek éretlen teratoma esetében –ritka, de fontos klinikai kép bemutatása 2 eset kapcsán

Lukács Edina¹, Bíró Krisztina², Géczi Lajos², Gyergyay Fruzsina², Bagaméri Andrea¹, Novák Zoltán¹

¹ Országos Onkológiai Intézet, Nőgyógyászati Osztály, ² „C” Belgyógyászati-Onkológiai és Klinikai Farmakológiai Osztály, Budapest

12:05–12:15 CA125 és HE4 szerepe előrehaladott petefészekrákos betegek primer műtéti szelekciójában és a komplett tumorredukció igazolásában

Maka Eszter

Debreceni Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Laboratóriumi Medicina Tanszék

12:15–12:25 Her-2 pozitív áttétes emlőrák kezelése trastuzumab emtanzinnal 9 évvel az időközben gyógyult áttétes petefészekrák után

Wenczl Miklós

Markusovszky Egyetemi Oktatókórház, Onkoradiológiai Osztály

12:25–12:40 Diskusszió

12:40–13:00 Kongresszus zárása

Bősze Péter-díj átadása

A megnyitót követően az első előadást, az örökös tiszteletbeli elnöknek kijáróan, én tartottam. Töprengtem, hogy elfogadjam-e a felkérést, hiszen 80 felett az ember már inkább vonuljon vissza, adja át a helyét az utána következő nemzedékeknek. Az elmúlt két évtizedben tudományunk átírása a molekulák szintjére már hatalmasra duzzadt, egészében követhetetlen, de a szakágak szerinti ismeretek sokasága is feszegeti az emberi agy befogadóképességének határait. Ez szemléletváltással jár; nemcsak az ismeretek rendszerezését, fellelhetőségét illetően, hanem elsősorban a molekulacélzó kórismézési módszerek és kezelések területén. Minden tevékenységünk más megvilágításba kerül, átalakul, és ez alól még a sebészet sem kivétel. No, nem a szike tartására, a metszésre gondolok, hanem a szike elővétele: mikor és meddig. Ezt akartam nyomatékosítani a hallgatóságban, ezért vállaltam az előadást.

A rendezvény a nőorvosi daganatgyógyászat csaknem egészét átfogta rangos, tapasztalt, idősödő és lelkes fiatal előadókkal. Nemzedékek – ha magamat is számítom – négy nemzedék találkozója volt ez a tudományos ülés, és ez önmagában felemelő. A szervezőket (Gőcze Péter, Koiss Róbert, Novák Zoltán) már csak ezért is a legnagyobb elismerés illeti, de ugyanez mondható a szervezésre, a tudományos előadások összeállítására, valamint a társasági eseményekre is.

Természetesen az egész rendezvényt részleteiben nem mutathatom be – a műsor tájékoztat róla –, csupán érdekességeket emelek ki, és fűzöm hozzá gondolataimat.

- Szokatlan, de nagyon sikeres volt a párbeszéd formájú előadás: Bálega János és Tóth Lajos mutatta be petefészekrákos betegek teljes daganattávolító műtétének felhasi elemeit. A műtéti felvételeket egymást váltva magyarázták. Egyértelműsítették, hogy ez a beavatkozás a nőgyógyászati daganatsebészet része; a nőgyógyász daganatsebész végzi.
- A LACC vizsgálat (ClinicalTrials.gov, NCT00614211) eredményeiről, a MIS alkalmazhatóságáról értekezett Pálfalvi László.

LACC = Laparoscopic Assessment of Cervical Cancer
MIS (minimally invasive surgery) ebben a vizsgálatban a hastükrözéssel (hagyományosan és robottal) végzett kiterjesztett méheltávolítás nemzetközi betűszója.

A National Comprehensive Cancer Network és a European Society of Gynaecological Oncology ajánlása szerint a kiterjesztett méheltávolítás az IA2–IIA méhnyakrákoknál hastükrözéssel ugyanolyan hatékonyan végezhető, mint a has megnyitásával. Nem több a kiújulás, az életkilátások egyformák, a megterhelés viszont kisebb, és az életminőség is kedvezőbb. Az ajánlást az irodalmi adatokra, metaelemzésekre alapozták.

A LACC vizsgálat véletlenbeválasztásos, nyílt jelölésű, 33 központos vizsgálat, amelyben a két módszert hasonlították össze. Azt tapasztalták, hogy a hastükrözéssel végzett műtéteknél több a kiújulás, rövidebb a túlélés, ezért a vizsgálatot idő előtt lezárták. Az eredmények gyorsan terjedtek, és számos daganatközpont felhagyott hastükrözéssel végzett kiterjesztett méheltávolítással. Az ellentmondás a LACC vizsgálat eredményei és korábbi eredmények, metaelemzések között meglepő volt. Kiterjedt vita indult a nemzetközi irodalomban. A *The Journal of Minimally Invasive Gynecology* szerkesztőségi közleményben foglalt állást. Rámutatott a LACC vizsgálat buktatóira, például a központok szabadon dönthettek, hogy II-es vagy III-as formájú kiterjesztett műtétet végeznek, és azt javasolják, hogy a LACC vizsgálat eredményeit fenntartással kell fogadni, és újabb, sokkal részletesebben kidolgozott vizsgálat szükséges a kérdés eldöntésére. *Frumovitz és munkatársai* (1) a LACC vizsgálatnak a betegek életminőségével foglalkozó eredményeiről számoltak be. Rámutattak arra, hogy – noha a has megnyitásával végzett műtéteknél valamivel több volt a vérvesztés, ez a betegeket jobban megterhelte, és hosszabb volt a kórházi tartózkodás – a szövődményekben nem volt különbség, és a betegek távlati életminősége sem különbözött. Határozott állásfoglalásuk, hogy ameddig újabb vizsgálat nem igazolja a kétféle megközelítés egyforma hatékonyságát, a hasmegnyitással végzett műtét a helyénvaló, mondván: a hastükrözés előnyei eltörpülnek a hátrányok (gyakoribb kiújulás, rövidebb túlélés) mellett. Pálfalvi László is ezzel a végkövetkeztetéssel zárta előadását.

- Nőgyógyászati robotműtétekről Bózsa Szabolcs és Németh Zoltán tartott előadást. Ezeket a műtéteket Bécsben végezték. Előnyeit hangsúlyozták.
- A méhnyakrák és a HPV kérdésének külön részt szenteltek. Ebben nemcsak a szűrésről, a rákelőző állapotokról volt szó, hanem nyirokcsomók eltávolításáról (őrszemnyirokcsomó, főerek körüli nyirokcsomók), sőt a bél-vizelet kivezetések viszonylag új formájáról, a Carter-stomáról is. Ennek lényege a széklet és a vizelet egy szájadékon való kivezetése. Az előadók rámutattak,

hogy a méhnyakszűrés egyértelműen a HPV-szűrés felé halad, és hogy előtérbe kerülnek a molekulajelzők.

- *Marcin Weksler* Lengyelországból *Artificial intelligence in colposcopy* címmel tartott előadást, amelyben bemutatta a Mobile SCANMED Systems Ltd. rendszerét. Lényege: kolposzkóppal felvételt kell készíteni a méhnyakról, és azt eljuttatni a világhálón egy központba elemzésre. A számítógépes elemzés sok ezer felvételt alapján kidolgozott rendszeren alapszik: azonosítja a beküldött képen láthatókat a sajátrendszerében lévő valamelyikével, és ennek alapján mond véleményt. Feltalálták a spanyolviaszt: a kolposzkópia hihetetlen értékét. A módszert szűrésre is alkalmazzák.

Töprengve hallgattam az előadást, azon gondolkozva, hogy ez a módszer nekünk közel egy évszázada rendelkezésünkre áll azzal, hogy a kolposzkópiai vizsgálat a nőgyógyászati vizsgálat része. Csodálatos és felbecsülhetetlen hagyomány, amelyet eszemment nyugatmajmolás végett fel akarunk adni. Pályafutásom vége felé, mint „küszött király országa széléről”, üzenem orvostársaimnak: ne adják fel ezt a gyakorlatot, és tanulják meg a kolposzkópiát! Előnyei a mindennapi munkájukban óriási. Messze a világ előtt vagyunk. Volt alkalmam a kolposzkópia tudományának vezető szakembereivel együtt tevékenykedni, például a nevezéktan kidolgozásánál, az Európai Kolposzkópiai Szövetség (EFC) főtítkáráként stb. Megsúgták, hogy magánrendeléseiken a nőgyógyászati vizsgálatukhoz hozzátartozik a kolposzkópia, noha ezt nem vallják be, mert ellentétes azzal a gyakorlattal, amelyet balgán utánozni akarunk.

- Ismét szóba került a hengeres mintavétel (TRU-CUT biopsy). Régi vita: megbízhatóbb-e mint a vékonytű mintavétel? *Lengyel és munkatársai* Nőgyógyászati Tru-cut biopsziák onkológiai pácienseknél címmel tárgyalták a kérdést. Rámutattak arra, hogy a hengeres mintavétellel szövettani vizsgálatra is alkalmas mintát nyerünk, és hogy a vizsgálat érzékenysége és fajlagossága is megfelelő. Képletek (medencei, emlő stb.) szerkezetének tisztázására ajánlják. Ez összhangban van az irodalmi adatokkal.

A *Nőgyógyászati Tru-cut biopsziák onkológiai pácienseknél* címet olvasva a tudományok magyar nyelvűért küzdők hosszú sora jelent meg a képzeletemben. Megannyi nemzedék jeles tagjának sok évszázados hihetetlen erőfeszítése az elmaradottság leküzdésére, nyelvünket sújtó ádáz rendeletek ártó hatásának mérséklésére. Ők világosan látták, hogy nincs magyar tudomány magyar tudománnyelven nélkül.

Apáczai Csere János már 1655-ben írta:

„nyomorult az a nemzet, mely tudományt csak idegen kútfőktől meríthet”

Bessenyei György a *Magyarság* című röpiratában (1778) megjelent, híressé vált mondatával indította el a nyelvújítást:

„Jegyezd meg a nagy igazságot, hogy soha e földnek gyöbisán egy nemzet sem tehetette addig magává a bölcsességet, mélységet, valamennyi a tudományokat a maga anyanyelvébe bé nem húzta. Minden nemzet a maga nyelven lett tudós, de idegenen sohasem.”

A tudomány magyar nyelvűségének körvonalazója, *Decsy Sámuel* a *Pannoniai Féniks avagy hamvából fel-támadott Magyar Nyelv* című írásában (1790) hangsúlyozta:

„A hol idegen nyelven tanítatnak a tudományok, lehetetlen ottan azoknak, és a szép s hasznos mesterségeknek illendőképpen virágozni, és leg-jobb természeti talentumok-is örök-kévaló műveletlenségben maradnak ottan.”

„Európai virágzó birodalmak [...] mostani boldogságokat egyedül nemzeti nyelvek serény művelésének köszönhetik.”

A XVIII. végére az anyanyelvűség kérdése teljesen közügygé vált. Erdélyben olyannyira, hogy 1793-ban megalakult *Erdélyi Magyar Nyelvmívelő Társaság*, egyesítve jeles fők sokaságát a tudományok magyar nyelvű megszólalására. Szerepe meghatározó volt.

1825-ben létrehozták a Magyar Tudós Társaságot (a Magyar Tudományos Akadémiát) a magyar nyelv ápolására, és hogy a tudományok magyar nyelven szólaljanak.

1831-ben *Bugát Pál* és *Schedel Toldy Ferenc* létrehozta *Orvosi Tár* című folyóiratot, a legelső magyar orvosi szaklapot azzal szándékkal, hogy megteremtse az egyetemes magyar orvosi nyelvet. *Bugát* kiadta a 42 000 vonatkozó szót tartalmazó Természettudományi szótárművet.

Markusovszky Lajos az *Orvosi Hetilap*ot a „Honi és külföldi gyógyászat és kór bűvárlat közlönye”-ként, a magyar tudomány megőrzése, az orvostársadalom tájékoztatása mellett, a magyar orvosi nyelv megteremtésére, az orvostudomány magyar nyelvűvé tételére hozta létre. Az *Orvosi Hetilap* 1857-ben jelent meg; ez az első olyan magyar folyóirat, amely ma is megjelenik; hazánk legrangosabb orvosi folyóirata, magyar örökség díjas. Ez a világon a hatodik legrégebbi orvosi szaklap, amely ma is létezik. A XIX. század végére a közlemények szabatos magyar nyelvűek voltak, idegen szakkifejezések alig fordultak elő – magyar lett a szakirodalom a latin és a német helyett.

Elgondolkodtatók az *Orvosi Hetilap* nagy hírű főszerkesztőjének, *Vámossy Zoltán*nak a gondolatai:

„A tudomány maga nemzetközi közkinccs, de a közlési módja feltétlenül nemzeti, és írójának arra kell törekednie, hogy minél tökéletesebben az legyen. Magyarul írjunk tehát, ha magyar nyelven írunk, mert magyarságunk csak annyit ér, amennyi értéket mi magunk tulajdonítunk neki.”

A nyelvész *Szabó T. Attila*, aki az *Erdélyi Magyar Szótörténeti Tár* szerzője, és akiről intézetet is elneveztek, figyelmeztetett, hogy az idegen szavak nem gyarapítják a nyelvet, hanem inkább szegényítik, mert magyar szavak sokaságát szorítják ki.

Sorakoztak még vagy harmincan, akik küzdöttek a magyar orvosi tudománnyelvért; a névtelenek sokaságáról nem is beszélve. Többen egész életüket szentelték a magyar orvosi nyelv művelésének.

Mélyen tisztelt Uraim!

Elismerésemet fejezem ki, remek munkát végeztek: az öt szóból álló címben már van egy magyar szó is. Örömről azonban nem legyen felhőtlen. Nem sikerült tudatni az orvosokkal, hogy nincs magyar orvostudomány magyar orvosi nyelv nélkül. Hogyha nem a magyar orvosi szakkifejezéseket használjuk, a magyar orvosi nyelv nem lesz versenyképes, alkalmas arra, hogy az orvostudományt magyarul fejezzék ki. Ha pedig a tudományok magyar nyelvre nem megfelelő, előbb-utóbb a köznyelv sem lesz az, és jöhet az angol a magyar helyébe. A nemzetközi angol nevezetáradatával ez ma valós veszély. Nem úgy van az, hogy az angolok, a franciák stb. is így mondják, miért nem mondjuk mi is. Jó tudni, hogy az angol és a körülöttünk lévő európai nyelvek latinra épült középkori indoeurópai nyelvek (~1500 évesek); természetes, hogy kisebb változtatásokkal jószerivel egyformán mondják a szakkifejezéseket. A magyar nem indoeurópai, hanem ókori (>3000 éves) európai nyelv; hasonló alig van a világon. Talán érdemes lenne vigyázni rá azzal, hogy használjuk. Amelyik nyelvet nem használnak folyvást, az sorvad – miként izmaink is lötytyedni válnak, ha nem tornáztatjuk őket. A nyelv sorvadását, a nyelvet beszélő közösség sorvadása követi, a kettő egymást feltételezi. Nincs magyar közösség magyar nyelv nélkül. Mi magyar nyelven vagyunk magyarok, más nyelven nem. Idézem Kányádi Sándort:

„Addig vagyunk magyarok, amíg magyarul beszélünk, magyarul gondolkodunk, magyarul tanulunk.”

Sokan vélekednek így:

„Vedd el a nemzet nyelvét, s a nemzet megszűnt az lenni, ami volt: nyom nélkül elenyészik, beleolvad, belehal az őt körülvevő népek tengerébe.”

Tolnai Vilmos (1870–1937) nyelvész, irodalomtörténész, egyetemi tanár

Ördögi körbe kerülünk az idegen szavak használatával: az idegen szóval helyettesített magyar szavak előbb-utóbb elfelejtődnek, régiessé válnak a nyelvben; használatuktól ódzkodnak, mondván „régies”. Az eredmény: „ezt csak az idegen szó fejezi ki pontosan, nincs magyar megfelelője, ezért azt kell használni”. Pedig volt rá jó magyar szavunk, csak az idegen szó használatával kitöröltük – „önfia vágta sebét”. Ha az efféle folyamat nagyban zajlik – márpedig ennek vagyunk tanúi –, a magyar szakszókincs egésze is megfogytokozik; satnyul a honi szaknyelv es ezzel nyelvünk versenyképessége.

„A »művelt Nyugat« (?) úgyis azt hiszi, hogy minden kultúrát, tudást tőlük kaptunk, és nélkülük még nyereg alatt puhtanánk a »kaiserfleisch«-et, holott az igazság az, hogy még a nyelvünket is megrövidítették – nem maguknak ugyan, de az enyészetnek –, és mi jóhiszemű bámulással kotlottunk az idegen szavak kakukktójásain, ki is költöttük őket, és csak most vesszük észre, hogy az édes gyerekek a fészek szélére kerültek, ha ugyan le nem zuhantak a megsemmisülés bozótjába.”

Fekete István (1900–1970) író

Nem tudom megérteni, hogy a hengeres (vastagtű) mintavétel miért nem jó Tru-cut biopsia helyett, a beteg miért paciens stb.; mi ez a hihetetlen nemtörődomség, felelőtlenség a nyelvünkkel szemben.

A tudományok minden művelője számadással tartozik anyanyelve használatáról!

Igazán kár, hogy ezt a nagyszerű rendezvényt ez beárnyékolta. A Magyar Nőgyógyász Onkológusok társasága kezdettől elkötelezett a magyar orvosi nyelv ápolása mellett. Kérem a mindenkori elnököt és vezetőséget, hogy ezt ne veszítse szem elől.

E gondolatsor zárásként idézem Lampé Lászlót:

„elvárjuk orvosainktól, valamint egyéb tudósainktól is, hogy irodalmi közleményeiket elsősorban magyar nyelven tegyék közzé. Erre szükségünk van, hogy itt minálunk egészséges, pezsgő tudományos élet, nemzeti tudomány s a tudományok ápolására kiművelt, hajlékony nyelv fejlődjék.”

• Nagyon sok, a gyakorlati szempontból is lényeges előadást hallottunk még, többek között a méhtest-, szeméremtest-, petefészek- és méhnyakrákról, a személyre szabott kezelésről, a daganatos betegek további életéről stb. Rangos meghívott előadók tolmácsolásában is. Egyszeri hallásra ennyi minden nem fogható fel, és ez nagy kár. Ezért javaslom, hogy a jövőben mindegyik előadó küldjön összefoglalót, amelyek a rendezvény műsorával stb. együtt a Nőgyógyászati Onkológia egyik számában jelenjenek meg. Ez legyen a rendezvényfüzet. Buzdítok továbbá mindenkit, hogy közlemény formájában tegye maradandóvá tartalmas előadását, és tisztelje meg azzal társaságunk folyóiratát.

• Végtelen kedves záróesemény, a győztes életre szóló emléke, a legjobb fiatal előadónak járó díj átadása. Szavakkal nem igen kifejezhető, hogy milyen érzés a rólam elnevezett díjat átadni: láthatom utóéletemet. Az idei díj győztese Lukács Edina, az Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati Osztályának munkatársa volt.



A zárás előtt néhány gondolatot osztottam meg a hallgatósággal:

• Meghatottan hallgattam a petefészekrák megfelelő műtétéhez szükséges teljes hasi sebészetről szóló személyes tapasztalatokat, beszámolókat az ország számos nőorvosi daganatsebészeti központjából. Eszembe jutott a kezdett. Mikor úgy döntöttem, hogy megpályázom az Országos Onkológiai Intézet Nőgyógyászati Osztályának osztályvezető főorvosi állását, hazánkban a kiterjesztett méheltávolítást elvégeztek. Debrecenben a női klinikán Piver-II-szerint műtöttek, nagyon gondosan. Még két intézetben állították, hogy szoktak kiterjesztett méheltávolítást végezni; ezeket a műtéteket legfeljebb bővebb méheltávolításnak nevezhetném. Léven szülész-nőgyógyász, a műtési képzettségem az egyszerű méheltávolításig terjedt. Ha a hasban más beavatkozásra volt szükség, sebészt hívtunk. A méhnyakrák kezelésére műtét előtti sugárkezelés, méheltávolítás, majd több hetes szünettel teljes hasi besugárzásból állt.

A kiterjesztett méheltávolítás műtétét önképzéssel tanultuk: a világ számos műtőjében lestem el a gyakorlati fogásokat. A koszorúereket megviselő göröngyös út volt. Aztán jöttek a bélsebészeti elemek, a fő erek körüli nyirokcsomók eltávolítása, érsebészeti elemek és még hosszú a sor. Az újdonságokat gyakorta értetlen-

ség, ellenállás fogadta. Elevenen él bennem: mikor hazánkban először zártam a hasat a hashártya egyesítése nélkül, egyszerűen a bőnye és a bőr összevarráásával, vagy hagytam fedetlenül a műtéti területet, még az orvosi tevékenységem felfüggesztését is rebesgették. A betegek tökéletesen gyógyultak, így maradtam a pályán. Kinek jutna ma eszébe, másként zárni a hasat, bajlódni a műtéti terület fedésével stb.

Remek munkatársaim voltak, kivált *Artnér Attila, Pálfalvi László* és *Ungár László* személyében. Nélkülük nem jutottunk volna messze. Ők vették át a váltóbotot, és vitték világszínvonalra a megkezdett iskolát, amelyet a nemzetközi világ Budapest schoolnak nevez, s hozzáuk jöttek tanulni. Egy emberöltő telt el a kezdetek óta, és már három nemzedék szakképzett nőorvosi daganatgyógyászai végzik a kiterjesztett hasi műtétek minden elemét, a máj, a rekeszizom stb. sebészetét is. A negyedik nemzedék pedig most tanulja. A hazai nőgyógyászati daganatsebészet útjáról Ady sorai jutottak eszembe.

„Akarom, mert ez bús merészség,
Akarom, mert világ csodája:
Valaki az Értől indul el
S befut a szent, nagy Oceánba.”

- A teremben ülőknek természetes, hogy szakképesítést tettek a nőgyógyászati daganatsebészetből, sőt sokan már le is tették, és büszkén írják a nevük alá: nőgyógyász daganatsebész (szakorvos/főorvos). Ez is egy álom vagy inkább küldetés beteljesülése. Negyedszázad folyton folyvást küzdelme, számtalan sikertelen nekifutás után a politikai szerencse tette lehetővé megvalósulását. Magasra jutott onkológiai vezető személyes gyűlölete akadályozta évtizedeken át, példázva alkalmatlanságát a daganatgyógyászat irányítására. Az orvostudományért felelős ember erkölcsi kötelessége mindent megtenni a betegek jobb ellátása érdekében – személyes érdekek nem vezethetik.

Európában is meg kellett küzdenem a nőorvosi daganatgyógyászat tudományszakág elismertetésért. 1999-et írtunk, az Európai Közösség és csatlott országainak szakorvosszövetsége, az UEMS (Union of Medical specialists) csak teljes tudományszakokat tartott nyilván, tudományszakágakat nem. A European Society of Gynecologic Oncology elnökeként feladatommak éreztem az átörözt, amelyet az UEMS-ügyekben jártasok lehetetlennek tartottak. Lévény versenyzőalkat, lehetetlen nem ismertem. Brüsszeli ádáz küzdelmekben erkölcsik érvekkel – elfogadhatatlan, hogy nem kellőképpen képzett orvos végezze a műtétet – az UEMS meghajolt, és 50 évvel az Egyesült Államok után, a nőorvosi daganatgyógyászat Európában is a szülészeti és nőgyógyászat hivataltos szakágává vált.

A nőorvosi daganatgyógyászati szakképesítés szüntette meg azt az áldatlan állapotot, hogy ugyan a legjobb szándékú, de nem megfélelően képzett nőgyógyász kezelje a nőgyógyászati daganatos beteget, és hozta létre azt a hatalmas változást, amelyet előzőleg vázoltam. Az Egyesült Államokhoz viszonyítva 70–80 év lemaradás szűnt meg a szakképesítéssel; hazánk ezen a területen is teljesíti a kor követelményeit. Bénultan gondolok a gáncsokdásokra, és kérek minden vezetőt: csak a betegek, a szakma érdekében tartsa szem előtt, minden más vétek.

KÖZGYŰLÉS

- Az elnöki beszámolóval kezdődött – ezt a fentiekben ismerttettem –, majd a pénzügyi beszámoló következett; lényege az, hogy a társaság anyagi helyzete megfelelő. A beszámolókat a jelen lévők egyhangúan elfogadták.

- Vita bontakozott ki a társaság folyóiratával, a Nőgyógyászati Onkológiával kapcsolatban, amelyet a jövőben a társaság

ad ki. Felmerült, hogy csak e-folyóirat legyen, de ezt a nagy többség elutasította. A folyóirat a társaság honlapjáról szabadon letölthető, de korlátozottan nyomtatva is megjelenik; első sorban könyvtáraknak, intézeteknek küldjük ingyen.

Az utóbbi években a folyóirat főszerkesztői teendőit Rigó János látta el. Nehézségei nagyok voltak, és nemcsak a kiadás anyagi fedezetének előteremtésében, hanem az értékes közlemények szerzésében is. Sajnálatos jelenség, hogy a készítés a tudományos közlemények írására igencsak csökkent, hatványozottan a magyar nyelvű cikkek megírására. Az orvostársadalom zöme elfordult a pénzkeresés irányába, érdektelennek látja tudományoskodást. Veszedelmes tévedés. Utalok a világvezető Mayo klinika alapelvére: amelyik intézetben oktatnak és tudományt is végeznek, eredményesebb a gyógyítás. Ezen az elven hozták létre a Mayo fivérek a XIX. század közepén azt a gyógyító intézetet, amely mára várossá nőtte ki magát.

Végzetes, hogy a magyar nyelvű tudományírás vakvágányra jutott: a tudományos fokozatok megszerzésének, a vezető állások betöltésének nem feltétele a magyar nyelvű közlemények írása. Sorvad is a magyar nyelvű tudományos tevékenység; számában és minőségében is. Nemcsak kevés a tudományos cikk, de részben másodrendű is: amit a nemzetközi irodalom nem fogad be, azt írják meg magyarul, ha egyáltalán. Természetes következmény a közlemények nyelvi színvonalának esése is.

A magyar nyelvű tudományírás mindnyájunk kötelessége. Érdekes eseteink, lényeges részletek, tapasztalataink megosztása magyar orvostársainkkal elemi elvárás. Ezekből lesz a magyar orvosi tudományirodalom. Összefoglaló, továbbképző közlemények a magyar orvostársadalom tájékoztatásának, tudásuk naprakészen tartásának alapja. Nem várható el, a túlterhelt gyakorló orvosoktól, hogy az angol nyelvű világirodalmat böngésszék, már csak ezért sem, mert hozzáférésük korlátozott. Ez az egyetemeken, vezető intézetekben, osztályok élén stb. dolgozók felelőssége. Hosszan sorolhatnám még, hogy miért szükséges a magyar nyelvű tudományírás, például nyelvművelés stb. Csak annyit teszek hozzá, hogy a tudományos közlemények írásával magunkat is pallérozzuk.

Rigó János kiváló munkát végzett és végez, a legnagyobb elismerés illeti.

- Következő kérdés az MNOT részvétele a nőorvosi daganatgyógyászati pontértékű továbbképző tanfolyamok szervezésében volt. *Szánthó András* kifejtette, hogy ez hivatalosan az egyetemek hatáskörébe tartozik, ezért a társaság csak társként működhet közre. Egyetértés volt ennek fontosságáról.

Napirendi pont volt az új vezetőség megválasztása. Szempont volt, hogy a társaság honlapjának felelőse és a Nőgyógyászati Onkológia folyóirat főszerkesztője a vezetőségben legyen. A jelölőbizottság javaslata alapján a közgyűlés a MNOT vezetését az alábbiak szerint választotta meg:

Elnök:

Dr. Novák Zoltán

Jövendőbeli elnök:

Dr. Krasznai Zóárd

Titkár:

Dr. Papp Szilárd

Vezetőségi tagok:

Dr. Koiss Róbert
Dr. Pete Imre
Prof. dr. Rigó János Jr.
Dr. Lampé Rudolf
Dr. Molnár Balázs
Dr. Bálega János
Dr. Máté Szabolcs
Dr. Lintner Balázs
Dr. Vrecenár László
Prof dr. Koppán Miklós

Vezetőségi póttagok:

Dr. Kiarash Bahrehmand
Dr. Kalmár László
Dr. Bózsa Szabolcs

Tiszteletbeli elnök:

Prof. dr. Göcze Péter

Örökös tiszteletbeli elnök:

Prof. dr. Bősze Péter

- Zárszóként a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társaságának új elnöke, *Novák Zoltán*, és a Magyar Méhnyakkórtani és Kolposzkópos Társaság elnöke, *Koiss Róbert*, megállapították, hogy a közös rendezvény sikeres volt, és a jövőben is így szervezik a rendezvényeket.

■ IRODALOM

1. Michael Frumovitz M, Obermair A, Coleman RL, et al. Quality of life in patients with cervical cancer after open versus minimally invasive radical hysterectomy (LACC): a secondary outcome of a multicentre, randomised, open-label, phase 3, non-inferiority trial *Lancet Oncol* 2020;21:851–60.
2. Juhász I. Tudományos Gyűjtemény 1817–1841. Budapest, Magvető Kiadó 1985;2:243–56.
3. Kiss L. A két Pál – Balogh és Bugát – pennaharca a magyar orvosi nyelv érdekében. *Magyar Orvosi Nyelv* 2016;16:70–4.
4. Kiss L. Kísérlet az id. Lenhossék Mihály körüli rejtélyek feloldására – születésének 225. évfordulóján. *Orv Hetil* 1998;139/6:311–3.

ELEMNEVEK MAGYARUL

A kémiai elemek hivatalosan használandó angol nevet az International Union of Pure and Applied Chemistry szervezet fogadja el. A Magyar Tudományos Akadémia 7., Kémiai Tudományok Osztálya, 11., Fizikai Tudományok Osztálya, illetve Magyar Nyelvi Osztályközi Állandó Bizottsága a 104.118-as rendszámú elemek magyar nevére a magyar hangtani szabályok és a korábbi elnevezési gyakorlat figyelembevételével az alábbi javaslatot fogadta el, és ezek használatát ajánlja magyar szövegekben.

RENDSZÁM	JEL	MAGYAR NÉV
104	Rf	raderfordium
105	Db	dubnium
106	Sg	sziborgium
107	Bh	bohrium
108	Hs	hasszium
109	Mt	meitnérium
110	Ds	darmstadtium
111	Rg	röntgénium
112	Cn	kopernícium
113	Nh	nihónium
114	Fl	fleróvium
115	Mc	moszkóvium
116	Lv	livermórium
117	Ts	tenesszium
118	Og	oganeszon

A KÉZIRATOKKAL KAPCSOLATOS TUDNIVALÓK

A KÉZIRATOK ELKÜLDÉSE A kéziratok teljes anyagát ábrákkal, táblázatokkal együtt, oldalszámozva, egy példányban és lemezen vagy elektronikus formában (e-posta) a főszerkesztő címére (Prof. Dr. Rigó János Jr., Semmelweis Egyetem, I. Sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, 1088 Budapest, Baross u. 27.; e-posta: rigo.janos@noi1.sote.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, telefon, e-posta). A kísérő levél aláírásával a levelező szerző kijelenti, hogy a kézirat közlését a társszerzők a kéziratban foglaltak szerint jóváhagyták, a szerzőséget vállalják, továbbá, hogy a „személyes közlésbe” (personal communication) az idézett szerző beleegyezett, a köszönetnyilvánításban feltüntetett személyek, szervezetek stb. arról tudnak, és nevük feltüntetéséhez hozzájárulnak.

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 az intézet vezetőjének nevét nem kell külön megadni) és a levelező szerző elérhetőségét: munkahely, postacím, telefon, e-posta cím. Ha a közlemény valamilyen formában máshol már megjelent, arról a címlapon nyilatkozni kell.

ÖSSZEFOGLALÁS Az eredeti közleményekhez mellékelni kell egy magyar nyelvű összefoglalót és 3–10 kulcsszót. A kulcsszavak lehetőleg az Index Medicus Medical Subjects Headingsben megadottaknak feleljenek meg. A továbbképző közleményekhez, különösen szerzőtáknál, ez nem szükséges.

A KÖZLEMÉNY TARTALMI RÉSZE Az eredeti közleményeket hagyományos módon: bevezetés, anyag és módszer (vagy betegek és vizsgálat módszerek/kezelések stb.), eredmények, megbeszélés, irodalom, kell tagolni. Esetismertetésnél a közleményt bevezetés, esetismertetés, megbeszélés, valamint irodalom részekre bontuk. Minden más esetben a közlemény felépítését a szerző választja meg. Az irodalmi hivatkozások jegyzéke („Irodalom”) azonban mindig a közlemény végére kerüljön.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS A megbeszélés után, az *Irodalom* rész elé írjuk. Formája nincs meghatározva. Köszönet csak annak mondható, aki abba beleegyezett.

IRODALOM Az irodalmi hivatkozásokat az ICMJE előírásait követve írjuk. Az *Irodalom* részben csak a közleményben tárgyalt, említett irodalmi adatokat soroljuk fel, kivéve az összefoglaló közleményeket, amelyeknél „További irodalmi hivatkozások” alcím alatt nem idézett közlemények is felsorolhatók. Az irodalomjegyzékben minden nyomtatásban megjelent vagy megjelenő – már elfogadott – hivatkozást felsorolunk, a még el nem fogadott közleményeket és a személyes közléseket azonban nem. Az irodalmat a szövegben zárójelbe tett arab számokkal idézzük a hivatkozás előfordulásának sorrendjében és nem ábécé 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 vagy a vonatkozó rész végére 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 ábécébesorolásban írjuk az alábbiak szerint:

FOLYÓIRAT ÉS KÜLÖNSZÁM Négy szerzőig lehetőleg minden nevet soroljunk fel, öt vagy több szerző esetén csak az első hármat, utána „és mtsai”, idegen nyelvű közleményeknél „et al.” következik. A folyóiratok adatainak jelölésénél az első szám a folyóirat megjelenésének az évét, a második a kötetszámot, a harmadik pedig a „től-ig” oldalszámokat jelöli; ezeket egymáshoz zárva – szóköz nélkül – írjuk. Az 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 ez a világhálón (<http://www.nlm.nih.gov>) is megtalálható. A folyóiratok neveinek rövidítése után pontot nem teszünk.

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

Medeiros LR, Fachel JM, Garry R, Stein AT. Laparoscopy versus laparotomy in benign ovarian tumors. Cochrane Database Syst Rev 2005;3:CD004751.

A FOLYÓIRAT HONLAPJÁRÓL IDÉZETT KÖZLEMÉNYEK

Special Editorial. HPV vaccine: not immune to controversy. Doi:10.1016/j.ijgo.2008.01.009

HAZAI FOLYÓIRATOK

Gáti I, Török M, Fülöp V, et al. Az elsődleges petefészek-elégtelenség. Orv Hetil 2001;6:234–45.

Magrina JF. Belsőszervi elemek a nőgyógyászati onkológiában. Magy Nőorv L 1995;58 (suppl2):55–63.

NINCS SZERZŐ

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

HIVATKOZÁS ÖSSZEFOGLALÁSRA (ABSTRACT) ÉS SZERKESZTŐI LEVELEKRE (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.

TUDOMÁNYOS TÁRSASÁG VAGY SZERVEZET, MINT SZERZŐ

EORTC Gynaecological Group. Taxol in ovarian cancer: phase III study. Eur J Gynecol Oncol 2001;89:56–78.

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

MEGJELENÉS ALATT ÁLLÓ, MÁR ELFOGADOTT KÖZLEMÉNYEK

A szerzőket, a címet és a folyóiratot a fentiek szerint írjuk, de a hivatkozás végére „megjelenés alatt”, idegen nyelvű folyóiratokban „in press” megjelölést kell tenni. Ha a megjelenés éve már ismert, azt is kiírjuk.

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

Artner A, Szalay K. Az ultrahang szerepe a méhnyak kiterjedésének megállapításában. Nőgyógy Onkol 2007 (megjelenés alatt).

KÖNYV ÉS KÖNYVFEJEZETEK Az ICMJE a könyvekre és a könyvfejezetekre való hivatkozást is szabályozza.

KÖNYVEK

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

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

KÖNYVFEJEZETEK

Böszö P. A petefészekrák kezelése. In: Gáti I., szerk. A szülészeti és nőgyógyászati időszaki kérdései. 2. kiadás. Budapest: OTKI; 1980. (Ha az oldalszámot is megadjuk: 1980:45–67.)

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 megjelölése is szükség lehet, pl. Oxford, England.

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, 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 hivatkozunk elektronikus szaklapokra. Ezek 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>.

Megjegyzés: Az elektronikus szaklapok idézésénél mindig adjuk meg az elektronikus forrás formáját (type of medium) – például: serial online, computer program, CD-ROM, monograph online stb. –, a honlapi megjelenésének időpontját (ha lehetséges), továbbá, hogy hol található az idézett irodalom, ezt az URL (uniform resource locator) betűszóval jelezzük, és azt az időpontot, amikor megnéztük a közleményt, összefoglalót stb.

Tóth A. [...] CANCER [monograph online] 1997;79:3–23. Available from URL: <http://www.interscience.wiley.com/cancer> [accessed Dec 1, 1998].

Magyarul ez a hivatkozási forma egységesen még nem fogalmazódott meg. Az „Available from” helyett nyugodtan írhatjuk, hogy „megtalálható” (Megtalálható: az URL: <http://www.interscience.wiley.com/cancer>), az „accessed” helyett pedig, hogy „a letöltés ideje” (1998. dec. 1.). Az honlapi közleményre hivatkozást akkor is meg kell tartani, ha időközben a nyomtatott változat is megjelent.

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

ÁBRÁK Mindig az eredeti ábrákat, fényképeket kell beküldeni, lehetőleg elektronikus formában lemezen vagy villanypostán. A szövegben az ábrák számozását megjelenésük sorrendjében, zárójelbe tett arab számokkal írjuk dőlt betűvel (2. ábra). Az ábrák számozása és iránya egyértelmű legyen. Az ábralaírások egyértelműek legyenek, 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 hosszmetret, magasságot, súlyt és térfogatot méterrendszerű egységekben (méter, kilogramm, liter vagy ezek tizedes egységei) adjuk meg. A hőmérséklet jelölésére Celsius-fokot (°C) használunk, a vérnyomást higanymilli-méterben (Hgmm) fejezzük ki. A vérpék, vérkémiai vizsgálatok eredményeit méterrendszerű SI-egységekben adjuk meg.

RÖVIDÍTÉSEK A rövidítéseket lehetőleg kerüljük, legfeljebb csak az általánosan elfogadottakat alkalmazzuk. A rövidítéseket a szövegben először teljes kiírása után zárójelben adjuk meg, és csak ezután írjuk önállóan.

NYELVI ELKÖTELEZETTSÉG, HELYSÍRÁS A Nőgyógyászati Onkológia – szakmai feladatai mellett – a magyarítást is célul tűzte ki, a magyar orvosi nyelv művelésére kötelezte el magát. Következésképpen kérjük a szerzőket, hogy törekedjenek a magyar orvosi kifejezések használatára, az idegen kifejezéseket lehetőleg kerüljék. Az orvosi kifejezések magyarítása kívánatos. Nem magyar eredetű szavakat az eredeti (a forrásnyelv szerinti) formában írjuk. Magyarosan csak a köznyelvben meghonosodott szakkifejezéseket írjuk. Egyazon közleményben következetesen kell alkalmazni a magyaros vagy a klasszikus írásmódot.

