

# APPENDIX

Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Heves, Nógrád, Szabolcs-Szatmár-Bereg megyék  
ORVOSAINAK, FOGORVOSAINAK, GYÓGYSZERÉSZEINEK ÉS SZAKDOLGOZÓINAK LAPJA

*II. évf. 4., III. évf. 1. szám \* 1998.*

FŐSZERKESZTŐ:

**Katona Zoltán dr.**

FELELŐS SZERKESZTŐ:

**Túry Ferenc dr.**

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház I. Pszichiátriai Osztálya;  
3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76. ☎ 46/321-211

SZERKESZTŐBIZOTTSÁG:

**Dalmi Lajos dr.** (HAJDÚ-BIHAR M.), **Godó Béla dr.** (NÓGRÁD M.)  
**Gyevai Gyula dr.** (HEVES M.),  
**Kolozsy Zoltán dr.** (SZABOLCS-SZ.-B. M.),  
**Orosz Tóth Miklós dr.** (előző felelős szerk., HEVES M.),

\*\*\*

FELELŐS KIADÓ ÉS TERJESZTŐ:



Radó Nyomda Kft., ct.: R. Borsics Mária, Radó I.,  
3300 Eger, Balassa u. 30. ☎ 36/427-084, fax: 36/428-084  
E-mail: radonyom@mail.agria.hu

\*\*\*

HIRDETÉSFELVÉTEL:



É+L Kft., Várhegyi László ügyv. ig.  
1052 Budapest, Semmelweis u. 10. ☎ 118-1036, fax: 118-3418  
E-mail: l.varhegyi@mail.datanet.hu

\*\*\*

*Előfizetési díj 1 évre 600 Ft, példányonkénti ára: 400 Ft*  
*Számlaszám: Kereskedelmi Bank Rt. Eger 10403507-35016388-00000000*

# Differenciáldiagnosztikai megfontolások Gilles de la Tourette-szindrómában

GYENIS MARIANNA DR., DÁVID MÓNIKA DR. ÉS TÚRY FERENC DR.

## Összefoglalás

A Gilles de la Tourette szindróma komplex neuropszichiátriai zavar, amelynek fő tünetei a motoros és vokális ticek. A szerzők a zavar irodalmi áttekintése után egy 22 éves, Tourette szindrómában szenvedő férfit ismertetnek, akinek kezdeti tünetei szkizofréniára és kényszerbetegségre is utaltak, majd a vokális ticek megjelenése egyértelművé tette a kórismét. A tünetek haloperidol adására lényegesen enyhültek. A szerzők felhívják a figyelmet az atípusosan jelentkező szindróma differenciáldiagnosztikai nehézségeire.

**Kulcsszavak:** Tourette szindróma, differenciáldiagnózis, farmakoterápia.

A Malleus Malleficarum című inkvizíciós kézikönyvben, amely az ördög általi megszállottság identifikálására szolgált, található a Tourette szindrómának (TS) megfelelő első történeti említés (a szindróma általános leírását Lipcsey (4), Sandor (6), valamint Shapiro és Shapiro (8) közlése alapján foglaljuk össze). „Egy komoly pap minden excentricitás és örülttség jele nélkül, híján más mértéktelen, túlzó viselkedésnek, amikor belépett egy templomba és térdet hajtott a dicsőséges Szűz előtt, az ördög kinyújtatta a nyelvét messzire a szájából. Amikor megkérdezték, hogy miért nem tudja ezt megfékezni, így válaszolt: „Én nem tudok ezen segíteni, mert az ördög használja a végtagjaimat, nyakamat, nyelvemet, tüdőmet. Bármi is, ha tetszik neki, beszéltet engem, és sírásra késztet. Hallom a szavaimat, mintha én mondtam volna őket. Mindezzel együtt nem vagyok képes visszatartani őket. Amikor hozzáfogok az imához, sokkal erősebben tör rám, hogy kiöltsem a nyelvem.”

Itard 1825-ben írt le egy beteget multiplex motoros és vokális ticekkel. E beteggel együtt kilenc beteget ismertetve 1885-ben Georges Gilles de la Tourette írta le önálló betegségként ezt a komplex neuropszichiátriai zavart. Ugyanabban az évben Charcot adta a betegségnek a ma ismert nevet. Gilles de la Tourette úgy jellemezte a betegséget, mint krónikus, fluktuáló, örökletes, progresszív idegi szenvedést, mely gyerekkorban generalizált motoros inkoordinációval, hangokkal, echolaliával és végül coprolaliával jár. 1899-ben revideálta leírását. A ticet szisztémás és inkább koordinált mozgásként írta le. Felismerte, hogy a hangok nem mindig a mozgás végeredményei és az echolaliának kisebb jelentőséget tulajdonított. Az eredetileg fiúkban gyakoribbnak vélt betegséget később függetlennek találta a nemi hovatartozástól.

1900 és 1976 között a betegség okaként pszichológiai eredetet feltételeztek. Ez a megközelítés hibás kritériumok kidolgozásához és aluldiagnosztizáláshoz vezetett. 1902-ben Meige és Freindel (idézi Shapiro és Shapiro (8)) ticekről szóló fontos tanulmányukban a

TS-t, a dystoniás zavart és egyéb nem tic betegséget is a tic kategóriába foglaltak. TS-nek pusztán a progresszív, generalizálódó konvulzív mozgásokkal járó, coprolaliával, néha echolaliával végződő tünet-együttest tartották, melynek „valódi örület a kifejelete”.

Ezután a TS kritériumai változatosakká váltak. Magukba foglalták a gyerekkori kezdetet, a motoros, vokális, echolaliás és coprolaliás ticeket, kényszeres tüneteket és dementiát. A ticekkel csak alkalmilag foglalkoztak, mint olyan tünettől, amely a hisztériához, a neurózishoz, pszichózishoz és az organikus mentális betegségekhez kapcsolódik.

A szindróma tüneteit a manapság leginkább használatos két diagnosztikus rendszer alapján tekintjük át.

### ***A TS DSM-IV szerinti kritériumai (1):***

A. A zavar folyamán többszörös motoros, és egy vagy több vokális tic jelentkezik bizonyos időszakban, de nem szükségszerűen egyidejűleg.

B. Naponta sokszor fordul elő (rendszerint halmozottan), majdnem minden nap, vagy váltakozva egy több, mint egyéves időszak alatt, és ezen idő alatt nincs 3 hónapnál hosszabb egybefüggő tic-mentes időszak.

C. A zavar észrevehető szenvedést, vagy a szociális, foglalkozási, vagy más fontos működések jelentős romlását okozza.

D. Kezdet 18 éves kor előtt.

E. A zavar nem pszichoaktív szer (pl. stimulánsok), vagy valamilyen kóros egészségi állapot (pl. Huntington betegség, postviralis encephalitis) közvetlen élettani hatása.

### ***A TS BNO-10 kritériumai (12):***

Több motoros, és egy vagy több vokális tic együtt, egyszerre észlelhető. Serdülőkorban rosszabbodik és felnőttkorban is tart. A vokális tic-ek rendszerint többszörösek, kirobbanó (explozív), ismétlődő hangadással (vokalizációval), torokköszörüléssel és morgással. Obszcén szavak vagy kifejezések használata előfordul. A zavarhoz időnként gesztusok echopraxiája társul, ami lehet obszcén természetű (copropraxia).

A motoros tic jellemzői: a mozgás akaratlan, hirtelen, gyors, rövid; rekurráló, repetitív, sztereotíp; nem ritmusos és szabálytalan intervallumok vannak közte.

Szimpla tic például a pislogás, izomrángás, komplex tic a grimaszolás, érintgetés, szimatolás. A vokális tic akaratlan hangadást jelent, ami néha afáziás szókeresésnek tűnhet. Szimpla vokális tic az artikulálatlan hang: torokköszörülés, köhögés, visítás, kiabálás, morgás, rőfögés, ugatás, prüszkölés, horkantás. Komplex vokális tic: artikulált szó, kifejezés, mondat: echophilia, coprophilia, alkalmanként nem specifikus felkiáltás, kifejezések (4, 8). Néha kényelmetlenséget okozó szenzoros élmények jelentkeznek, amelyeket a tic enyhít. Ezeket az élményeket szenzoros tic-nek tartják (6).

A facialis tic megjelenése szokott az első tünet lenni. Az akaratlan mozgások innen a nyakra, vállra, majd a felső, s legutoljára az alsó végtagra terjednek át. A ticek mellé társulhatnak sztereotíp mozgások is. A vokális és motoros ticeket a betegek megpróbálják a konvencionális viselkedés elemeivé tenni, például a vállban jelentkező ticet nyújtózkodásba, a felkarra esőt hajsimitásba, a hangadást nevetésbe, csodálkozó felkiáltásba próbálják átvinni.

ni. A tüneteket az erős koncentráció csökkenti, emocionális megterhelésre kifejezettebbé válnak.

Coprolalia a ticek fennállását évek múlva követi, a betegek felénél megjelenik. Coprolaliájukat a betegeknek csupán kis százaléka tudja ellenőrizni, s általában egy elérhető WC-ben „öntik ki” magukból az obszcén szavakat. E szavak kimondása idején feszültséget élnék át, verbalizáció után a tünetekben kismértékű javulás észlelhető. Ez a tünetek kényszeres jellegére utal. Ezt a feltevést támasztja alá a fluoxetin adására észlelt tünetcsökkenés, mely alapján feltételezik, hogy a multiplex tic-ek TS-ben motoros kompulziók (9). Önkárosító viselkedésformák a betegek egyharmadában is előfordulnak. Ezeket naltrexon-kezelés csökkenti, ami a törzsdúcok dinorfin-abnormalitására utal (6).

A TS leggyakoribb kezdete 6–7 éves kor körüli, de mindenképp 21 év előtti (11 év alatt a TS 91%-a, 15 éves kor alatt a 99%-uk megjelenik). A TS epidemiológiájáról: USA-beli adatok alapján a TS incidenciája 0,05/év/10000 lakos volt. A prevalencia 18 éves kor alatti fiúkban 9,3 tizedezrelék, lányokban 1 tizedezrelék volt. Felnőtt férfiakban 0,77, nőkben 0,22 tizedezrelék volt ez az adat orvosoknak kiküldött kérdőíves felmérés alapján. Ezek az adatok alulbecslések lehetnek, mert a betegeknek csupán egyötöde fordul orvoshoz. Becslések alapján a teljes populációban 0,07% a TS, 0,7% a krónikus multiplex tic prevalenciája (6). Három epidemiológiai vizsgálat szerint gyerekek esetén tic betegségekben a TS élettartam-prevalenciája 16–25%. 1967 előtt a vizsgálatok alábecsülték a prevalenciát, mert diagnosztikai kritérium volt a coprolalia, echolalia és a demencia (8).

A TS múlt századi etiológiai magyarázata kézenfekvő módon a démoni megszállottság volt. Az 1960-as években terápiaként alkalmazott haloperidol az érdeklődést a betegség organikus eredetére irányította, s ez a szemlélet csak az 1970-es években vált széles körben elfogadottá. Jelenlegi tudásunk szerint a corpus striatum dopaminerg neuronjainak hiperaktivitása, vagy a posztoszínaptikus receptor szuperszenzitivitása lenne felelős a betegség tüneteierért. Mások szerint a basalis ganglionokban mutatkozik eltérés a dopaminerg és az endorfinerg rendszerekben (10). Sok neurofarmakológus szerint a dopamin hipotézis túlságosan leegyszerűsített. Ezt erősíti meg egy PET vizsgálat is, mely a pre- és posztoszínaptikus dopaminerg rendszert vizsgálta 11C raclopride-del. Az exogen levodopa striatalis anyagcseréje és a striatalis D2 receptorok denzitása normálisak voltak a TS betegeknél. A TS tehát nem a dopaminerg terminálok elsődleges diszfunkciójából jön létre (11). A liquor dinorfin-tartalma emelkedett volt TS-ben, naltrexon pedig némileg csökkentette a tüneteket, ezek alapján endorfin diszfunkció lehetősége merült fel TS-ben.

Néhány más etiológiai elméletet áttekintve: a TS pszichológiai irodalmában a gátolt agresszióknak tulajdonítanak igen nagy szerepet. Mahler a motoros tüneteket a károsodott kinetikus ego kifejezésének tartotta. Weisman a verbális tüneteket védekező mechanizmusnak minősítette. Pszichológiai etiológia ellen szól az, hogy a pszichoterápia a betegek mindössze 35%-ában hatékony, ez pedig megfelel a spontán gyógyulásnak vagy placebo-hatásnak. Specifikus pszicho-dinamikai konfliktus etiológiai szerepe nem nyert megerősítést (6, 8).

A TS neuropszichiátriai betegség, melyben nincs primer pszichológiai kapcsolat, inkább másodlagos pszichoszociális effektusok lehetnek. A tic betegségek közös alapú és etiológiájú betegségek, a kontinuumot erősíti meg a kezdő tünetek hasonlósága: életkori kezdet, nemi arány, jelek és tünetek, klinikai lefolyás, neuroleptikus terápiára adott válasz. A TS spekt-

rum betegségek közé sorolják magát a TS-t, a krónikus multiplex tic-et (amely csak motoros vagy csak vokális tic-et jelent), és az obsessiv-compulsiv zavart (OCD). A TS-ben szenvedő betegek közül nőkben gyakrabban jelentkezett az OCD. A családvizsgálat során a tic-spektrum betegségek közös etiológiájának bizonyultak (7). A krónikus multiplex tic ugyanazon genetikus defektus enyhébb manifesztációjának tekinthető, mint a TS (6). Az egy évnél rövidebb ideig fennálló tic-zavart tranziens tic zavarnak hívják.

A TS genetikájáról kiemelhető, hogy autoszomális domináns öröklésmentű, nemi specificitást mutató penetrancia jellemzi. Monozigótákban a konkordancia 53%, dizigótákban 8%. Ha a diagnosztikus kritériumok a krónikus multiplex ticet is magukba foglalták, a konkordancia-adatok 77%-ra és 23%-ra emelkedtek. Keveset tudunk arról, hogy pszichoszociális tényezők hogyan befolyásolják a TS expresszióját, attól a közismert megfigyeléstől eltekintve, hogy a stressz fokozza a tünetek intenzitását (2, 6, 10).

Strukturális léziót NMR-rel és CT-vel nem találtak. PET-vizsgálattal csökkentet glukóz felhasználás volt kimutatható a basalis ganglionokban, ami neuronális hipofunkcióra utalt a striatumban és a kortikális-limbikus területeken (6, 8).

A komorbiditást illetően néhány adat arra utal, hogy a hiperaktív szindróma a TS-ban szenvedő betegek felében-harmadában fordul elő (3, 6). Depresszióval 18%-os, generalizált szorongással 30%-os komorbiditást találtak (3). OCD TS-sel 7%-ban társul, ugyanakkor a TS-ben szenvedők 35%-a kimeríti az OCD diagnosztikai kritériumait (5). Egyes OCD-tünetek gyakorisága pedig igen nagy, a TS-betegek 55–74%-át érinti (6).

Prognózisát tekintve a TS spontán lefolyása nem rossz: nem jár intellektuális hanyatlással, nem okoz pszichózist, nem igényel krónikus hospitalizációt. Egyeseknél visszahúzó-dást okoz, jellemvonásuk fejlődésére befolyással lehet. Néhány ritka következmény is felléphet: ortopédiai komplikáció a nagy ízületeket is magába foglaló súlyos ticnél, ízületi kopás; temporomandibularis komplikáció léphet fel a fej, nyak, álkapocs ticjeinél. 27%-ban spontán remisszió léphet fel. A betegség tünetei bármilyen hosszú remissziós periódus után is visszatérhetnek. Általában pubertás, ritkán adolescens korban következik be a remisszió. Ez felnőtt korban már nem valószínű. Az adolescens korban eltűnt TS néhány páciens hatvanas éveiben visszatért. A betegek 97%-ában a tünetek spontán erősödnek és csökkennek, 96%-ukban változás lép fel a tünetek típusában. 18–21 év után e változások már kevésbé figyelhetők meg. Enyhe tünetek felnőttkorban rövid időre súlyosbodhatnak. A coprolalia egyharmada spontán megszűnik. A TS-betegek 8%-a teljes remisszióba kerül, ez töredéke az egyéb tic betegségekben tapasztalt arányoknak.

A következőkben egy férfibetegünk történetét ismertetjük, akinél a differenciáldiagnosztikai nehézségek kerültek előtérbe.

### ***Esetismertetés***

K. P. 22 éves férfi negyedéves egyetemi hallgató korában került osztályunkra. Másfél éve szórakozottságnak tűnő magatartásváltozás lépett fel, soha nem tudott elkészülni időben, sokat pakolgatott. Ez súlyosbodott, majd arcizmaiban bizarr rángatózások, a felső végtagban akaratlan mozgások jelentkeztek. Szülei biztatására jelentkezett orvosnál, amikor tünetei már a tanulásban is zavarták. Pszichiátriai osztályra került magatartási bizarrériák, pszichomotoros gátoltság, kataton jellegű mozgásösszkép (bizarr testtartás, a harmonikus

mozgás töredezettsége, a mozgás kivitelezésének megakadása, verbigeratio) miatt. Rorschach vizsgálat szkizofréniát valószínűsített. Koponya CT lelete: a cisterna magna felső kontúrja kissé tágabb a szokásosnál (arachnoidealis cysta?). A bal oldali nucleus lentiformisban apró hipodenzitás. Kataton szkizofrénia gyanújával naponta 500 mg Leponex-szel és több alkalommal elektrokonvulzióval kezelték, de érdemleges változás nem következett be.

A szüleitől származó heteroanamnézis szerint 18 évesen jelentkezett először mozgászavara, első és sikertelen párkapcsolata után. A lefekvés és felkelés körül sokat piszogott, órákig mosta a fogát. Húszévesen egy újabb szakítás kapcsán súlyosbodott mozgászavara, mely lelki megterhelésre mindig romlott. Arca kezdett rángatózni (szájzugból a szem irányába), majd vállát himbálta előre-hátra. A mozgások jelentkezésekor a megkezdett mondatot csak a mozgás lezajlása után tudta befejezni.

Önmaga nem tartotta kezelésre méltónak tüneteit. A mozgások és a hangok kiadása „csak úgy jött” számára. Háromnegyed éve jelentkező kézmozgásai figyelmeztették először arra, hogy ez nem megszokott mozgás. Belső kifejeződésnek tartotta mozgásait, az orr körüliek nyugtató hatással voltak rá. Koncentrációs nehézsége, szórtsága volt számára egyedül zavaró, mely már a tanulás meggátlásakor vezette orvoshoz. Fél éve vizeléskor a WC-re menelt halogatja, cipőfűzőjét tíz percig kötögeti.

Felvételkor pszichés statusa: magatartása bizarr, mozgási perservatiók észlelhetők. Méréselt anxieta. Gondolkodása alakilag töredezett, beszéde információszegény, túlzó általánosításokat tartalmaz. Lassult psychomotilitas.

Bizarr magatartása, képességéhez mérten információszegény gondolkodása szkizofrénias folyamat gyanúját keltette. Hosszú fürdései, körülményes lefekvései és felkelései obsessiv-compulsiv zavar (OCD – kényszerbetegség) mellett szóltak. Diagnosztikai bizonytalanságunkat a fürdések kapcsán tapasztalt vocalis ticek oszlatták el. Szobatársaitól tudtuk meg, hogy feje rángatózik, nyög, nyöszörög.

Napi 3 mg haloperidolt kezdünk, legnagyobb dózisban 6 mg-ot adtunk. Két nap múlva látványos mértékben csökkentek akaratlan mozgásai, beszéde gördülékenyebbé vált. Három hét után otthonába bocsátottuk, kezelését járóbetegként folytattuk. Másfél hónap alatt vokális ticjei teljesen elmúltak, motoros ticjei 5–10%-ra csökkentek, s ezek már nem zavarták. Kényszeres tünetei (hosszú fürdései, kéz- és fogmosás, vizelet visszatartása) számára alig jelentettek problémát, így ezek kezelésére nem került sor.

15 hónapos gyógyszeres terápia után saját kérésére elhagytuk a haloperidolt. Másfél évre rá szülei elmondták, hogy visszatértek szájzug, orrcimpa és szemöldök körüli mozgásai. Fürdése közben normális időtartamúvá vált. Tünetmentesnek írta le magát, lelki gondjai megoldófélben voltak, az egyetem befejezése előtt állt. Négyéves követés után állapota lényegében változatlanul kielégítő, gyakorlatilag panaszmentes volt.

### **Megbeszélés**

A TS tünetei meglehetősen egyértelműeknek tűnnek, sokszor azonban komoly nehézségeket okozhatnak az abortív, ritkán jelentkező, enyhébb, jó kompenzációval kísért tünetek. Az ismertett esetben is ezek a tényezők okozhatták azt, hogy a körjelzés meglehetősen későn vált egyértelművé, és azt a farmakoterápia (haloperidol) hatékonysága is igazolta. Kétes esetben az ex juvantibus gyógyszeres terápia is eldöntheti a kérdést, különösen akkor, ha

egy bizonyos szindrómának specifikus és hatékony farmakoterápiás lehetősége ismert. Ez a TS-ben is így van, mert a haloperidol hatékonysága szinte diagnosztikus értékű.

Esetünkben a helyes diagnózist megnehezítette a szkizofréniára emlékeztető bizarrériák jelenléte, a viselkedésbeli változások autizmusra utaló volta. A korábbi kezelés során is szkizo-fréniát állapítottak meg. A bizarr mozgások a kataton szkizofrénia tünetei között ismertek, extrapiramidális mozgásszavarok vagy tic-zavarok azonban – különösen kevert, nem egyértelmű, abortív formában – megtévesztőek lehetnek. A másik körülmény, amely diagnosztikus bizonytalanságot okozott, a kényszeres tünetek jelenléte. A kényszerbetegséggel, obsessiv-compulzív zavarral (OCD) való komorbiditás TS-ben gyakori (5, 6). Mivel esetünkben is a kényszerbetegség a TS komorbiditásaként jelent meg, nehézséget okozott a kényszertüneteken túli tünetek egyértelmű megállapítása. Segítségünkre volt azonban a patognosztikus tünetek jelentkezése: a vokális tic a TS egyik igen jellemző tünete. A TS és a kényszerbetegségek közötti klinikai hasonlóságok a következők: rekurrens, intruzív impulzusok; ezek elnyomására irányuló kísérletek; a viselkedések excesszívek, ok nélküliek, akaratlanok és elkerülhetetlenek, amelyeket belsőleg generálnak, nem kívülről vezérelnek tartanak, jelentős distresszt okoznak és a normális funkciókat interferálnak. Antiobsessiv farmakoterápia (clomipramin, fluoxetin) csökkenti a kényszertüneteket, de a ticet nem (6).

A TS differenciáldiagnosztikáját áttekintve kiemelhető, hogy azon mozgásos betegségektől kell elkülöníteni, melyek magukba foglalják a nem tic-jellegű extrapiramidális tüneteket (chorea, dystonia, athetosis, myoclonus, hemiballismus, spasmus, dyskinesia, sztereotíp mozgások), és olyan egyéb mozgásoktól, mint a körömrágás, hajtépkedés, hajtekergetés. Ezek elkülönítésében anamnesztikus adatok, laboratóriumi eredmények és a körlefolysis is segítenek. Más gyakoribb betegségek is szóba jönnek, mint például a stimulánsok, szedatív anyagok abususa, szkizofrénia, pervazív fejlődési zavarok, magatartászavarok (1–2. táblázat).

A terápiát tekintve: a TS kezelése egyenlő a ticek kezelésével. Farmakoterápia akkor indokolt, ha a tünetegyüttes a beteg pszichoszociális funkcióját, tanulmányait, életvitelét befolyásolja. Enyhe és közepes tünetek esetén a kezelés elektív. A betegség okozta distressz jellege határozza meg a beavatkozást. 150 féle gyógyszer kipróbálása után az általában antipszichotikumokként alkalmazott D2 receptor antagonisták szerepe bizonyultak a leghatásosabbnak: haloperidol, pimozid, fluphenazin, tiaprid, sulpirid. A haloperidol a betegek 80%-ában csökkentette a ticeket. A napi terápiás dózis 2–10 mg. Placebóra a betegek 30% javul, ugyanennyi változatlan, s ugyanennyi romlik. A tünetek otthon súlyosabbak (6, 8). A farmakoterápián kívül hatékony viselkedésterápiás programok is ismertek.

1. táblázat

**A Tourette szindróma differenciáldiagnosztikája**

Hyperkinesisek: chorea, dystonia, athetosis, myoclonus, ballismus, spasmusok, dyskinesia, sztereotíp mozgások.

Kényszerbetegség

Stimulánsok, szedatívumok abususa

Szkizofrénia kataton formája

Pervazív fejlődési zavarok

Magatartászavarok

2. táblázat

**A jellegzetes hyperkinesisek különböző neuropszichiátriai zavarokban**

(Shapiro és Shapiro (1988) nyomán)

<b>Betegségek vagy tünetegyüttesek</b>	<b>Mozgástúlsúly jellege</b>
Hallervorden-Spatz	chorea, athetosis, myoclonus
Wilson-kór	„szárnycsapás” tremor, dystonia
Chorea minor	choreiform
Huntington chorea	choreiform
Myoclonus betegség	myoclonus
Myoclonus dystonia	torsiós dystonia myoclonusos rándulással
Paroxysmalis myoclonus dystonia vocalisatióval	rendszeres, ismétlődő clonusos mozgáskitörés, vocalisatio
Dystonia musculorum deformans	dystonia
Neuroacanthocytosis	orofacialis dyskinesia, alsó végtagi
chorea,	
XXX kromoszóma	tic, vocalisatio
XXX és 9-es kromoszóma mozaicizmus	szimpla motoros, vocalis tic
Dystrophia musculorum progressiva „Duchenne”	szimpla motoros, vocalis tic
Törékeny X szindróma	motoros és vocalis tic
Encephalitis lethargica „Economo”	szimpla motoros és vocalis tic, coprolalia szimpla és komplex vocalis tic, coprolalia echolalia, echopraxia, palilalia szimpla motoros és vocalis tic,
Postinfekciós encephalitis	
echopraxia	
Petróleum, benzín inhalatio	szimpla motoros és vocalis tic
CO <sub>2</sub> mérgezés	szimpla és komplex motoros és vocalis coprolalia, echolalia, palilalia
tic,	szimpla motoros és vocalis tic, palilalia
Angiográfia utáni szövődmény	komplex motoros tic
Trauma utáni állapot	orofacialis dyskinesia, choreoathetosis, vocalisatio
Tardiv dyskinesia	
tic,	

A ritka kórképek általában csapdát állítanak a gyakorló orvos elé, felismerésük viszont igen lényeges, különösen akkor, ha komoly egészségügyi és pszichoszociális hátránnyal járó tünetek állnak előtérben. Minden ilyen esetben a korrekt differenciáldiagnosztika a klasszikus orvoslás hagyományainak megfelelően segít eligazodni az útvesztőben.

### ***Irodalom***

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition (DSM-IV). Washington, D. C. APA, 1994. –
2. Cardoso, F., Veadó CC de Oliveira JT: A Brazilian cohort of patients with Tourette's syndrome. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1996, 60:209–212. –
3. Chee K. Y., Sachdev P: The clinical features of Tourette's disorders: an Australian study using a structured interview schedule. Aust N. Z J Psychiatry 1994, 28:313–318. –
4. Lipcsey A: A Gilles de la Tourette szindrómáról. Ideggyógyászati Szemle 1983, 36:265–271. –
5. Németh A. (szerk.): Kényszerbetegség. Cserépfalvi, Budapest, 1995. –

6. Sandor P.: Gilles de la Tourette syndrome: a neuropsychiatric disorder. J. Psychosom Res. 1993, 37:211–226. –
7. Santangelo SL., Pauls DL., Lavori PW. és mtsai: Assessing risk for the Tourette spectrum of disorders among first-degree relatives of proband with Tourette syndrome. Am. J. Genet. 1996, 67:107–116. –
8. Shapiro AK., Shapiro E.: Tic disorders. In: Comprehensive textbook of psychiatry/V. (Szerk.: Kaplan HI, Sadock BJ.). Williams & Wilkins, Baltimore, 1988, 1865–1878. old. –
9. Silvestri R., Raffaele M., De Domenico P. és mtsai: Serotonerg agents in the treatment of Gilles de la Tourette's syndrome. Acta Neurol 1994, 16:58–63. –
10. Suchowersky O.: Gilles de la Tourette syndrome. Can J Neurol Sci 1994, 21:48–52. –
11. Turjanski N., Sawle GV., Playford ED. és mtsai: PET studies of the presynaptic and postsynaptic dopaminergic system in Tourette's syndrome. J. Neurol Neurosurg Psychiatry 1994, 57:688–92. –
12. WHO: BNO-10, 1994.

*Levelezési cím:*

**Gyenis Marianna dr.**  
3501 Miskolc, Pf.: 188.

---

## Kitüntetettjeink

„Pro Sanitate” kitüntetés

**Juhász Jánosné**, a Szabolcs-Sz.-B. megyei Pszichiátriai Szakkórház osztályvezető főnövére,

**Szombathy Imréné**, a miskolci Semmelweis Kórház Urológiai Osztálya osztályvezető főnövére

„A Népjóléti Miniszter Díszoklevele”

**Fekete Lászlóné**, a hatvani Albert Schweitzer Kórház Traumatológiai Osztálya osztályvezető főnövére

a berettyóújfalui Területi Kórház Ápolási Munkacsoportja:

**Szemes Imréné** ápolási igazgató,

**Dr. Kincsesné Szónya Katalin**, osztályvezető főnővér,

**Papp Anikó** szakápoló

# A foglalkoztató terapeuta-képzés megalapozása Magyarországon

DR. MOGÁNNÉ TÖLGYESY SZILVIA

A foglalkoztató terápia – angolszász nyelvterületeken occupational therapy – (Európa más országaiban ergoterápia) a fejlett országokban széles körben elterjedt önálló diszciplína, amely a komplex rehabilitáció szerves része. A terápia elterjedésével egyidejűleg létrejött a Foglalkoztató Terapeuták Világszövetsége a (World Federation of Occupational Therapists). Iránymutatásuk szerint:

A foglalkoztató terápia azokkal az emberekkel foglalkozik, akik testileg vagy szellemileg károsodottak, fogyatékosok, akadályozottak akár átmenetileg, akár véglegesen.

A foglalkoztató terapeuta az érintett embert olyan tevékenységekbe vonja be, amelyeknek célja a funkció helyreállításának és maximális használatának az előmozdítása – mindent annak érdekében, hogy segítse ezeket az embereket a munka, társadalmi, személyes és otthoni környezetük elvárásainak megfelelni és az életben a lehető legteljesebb mértékben részt venni.

A terápiának az egészségügyi ellátás területén helye van a kórházakban, rehabilitációs központokban, geriátriai intézményekben, házi betegellátó központokban, speciális iskolákban és rendelőkben valamint egyéb olyan szervezetekben, amelyek rehabilitációs szolgáltatásokat kínálnak. A foglalkoztató terapeuta hozzájárul a beteg komplex rehabilitációjához az ellátó team többi tagjával karöltve.

A Foglalkoztató Terapeuták Világszövetsége által kiadott indikációkatalógus szerint a következő betegség típusoknál van szerepe a terápiának (1) (1. ábra).

A foglalkoztató terápia első iskolája 1908-ban Amerikában, Chicagóban alakult. Angliában 1930-ban Elisabeth Casson nevéhez fűződik az iskola megszervezése. 1935-ben Dániában is létrejött a képzés, ezután a skandináv országokban, majd a Benelux-államokban, Franciaországban és más európai országokban is elterjedt ennek a humánus szakmának a tanítása. Felismerve, hogy a nemzetközileg elfogadható képzési alapok fontosak egy szakma fejlődéséhez a Foglalkoztató Terapeuták Világszövetsége elkészített egy nyilatkozatot, amely körvonalazta a terapeuták minimális képzési standardjait WFOT, 1993 (2).

Az utóbbi években hazánkban is egyre inkább nyilvánvalóvá vált a rehabilitációs szakemberek számára a foglalkoztató terápia jelentősége. Felmerült az igény a szakembereket képző hazai oktatás megszervezésére. Ennek lehetőségét a mozgásszervi rehabilitáció területén az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben már kialakult foglalkoztató terápiás tevékenység és az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetben az egészségügyi szakembereket képző oktatási múlt alapozta meg.

Bár ma még nem működik a nemzetközi színvonalal egyenértékű képzés, az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben azonban már több éve folyik olyan tevékenység, amely a foglalkoztató terápia mércéjéhez kíván igazodni.

A munkacsoport tagjai főként gyógypedagógusok, akiknek alapképzettsége segítette a fogyatékos emberrel való foglalkozásokat. A terapeuták munkájára hatással volt a nemzetközi rehabilitációban alkalmazott foglalkoztató terápia filozófiája, tartalma, terápiai módszerei. A nemzetközileg elismert terápiához való felzárkózás érdekében az Intézet jól felszerelt szakkönyvtára állt rendelkezésre. Az önképzésre külföldi tanulmányutakkal is lehetőséget biztosítottak. A terapeuták a foglalkoztató helyiségek berendezését a megismert szempontok alapján alakították ki, arra ügyelve, hogy az mintáértékű legyen az otthonába távozó fogyatékos ember számára is. A terápiához szükséges gyakorló és segédeszközöket sajátkezűleg készítették el, sok segítséget és ötletet merítve a külföldi foglalkoztató terápia osztályokon tett látogatásokból. Az elmúlt évek munkájáról továbbképzéseken, szakmai konferenciákon, rendszeresen beszámoltak, előadásokat tartottak, valamint publikáltak.

A hazai képzés előhírnökeként az 1980-as évektől kezdődően az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézetben megindult egy iskolarendszeren kívüli gyógyfoglalkoztató szakkasszisztens képzés. Ennek a képzésnek az érdeme elsősorban a pszichiátria területén a sérültek szocioterápiás foglalkoztatása. A cél az önkifejezési lehetőségek felfedezése, a kreativitás megélése volt, a pozitív pszichés hatás elérése érdekében. A különféle kreatív, művészeti és klubterápiák hatásaként a szociabilitás mértéke növekedett, miközben a tétlenség és a hospitalizáció ellen is hatott.

Az igazi áttörést a hazai foglalkoztató terapeuta képzés megalapozásában a Soros Alapítvány támogatásával létrejött tanárfelkészítő tanfolyam jelentette, amelyet a Népjóléti Minisztérium, az Egészségügyi Továbbképző Intézet és az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet írt ki és szervezett, külföldi előadók részvételével. Az előadók Angliából – Európában a foglalkoztató terápiát elsőként oktató országból – érkeztek nemcsak elméleti, hanem gyakorlati tapasztalatokkal a hátuk mögött. A hallgatók kiválasztásának szempontjait a megfelelő szakmai képzettség és kommunikációs képesség, az oktatásra való készség és az angol nyelvtudás határozták meg.

1. ábra

### **A foglalkoztató terápia indikációja**

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Pediátria és cerebrálpárizis</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>fejlődési zavarok</li> <li>funkcionális zavarok</li> <li>érzékelési zavarok</li> <li>végtagfejlődési rendellenességek</li> </ul> </li> <li>– <i>Ortopédia és traumatológia</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>ortopéd betegségek</li> <li>baleseti sebészet</li> <li>kézsebészet</li> <li>égési sérülés</li> <li>reumatológia</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>– <i>Neurológia</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>harántlézió</li> <li>koponya- és agysérülés</li> <li>szklerózis multiplex</li> <li>agyvérzés</li> </ul> </li> <li>– <i>Geriatría</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>agyvérzés</li> <li>Parkinson-kór</li> <li>hiperkinetikus, extrapiramidális károsodások</li> <li>primer krónikus poliarthritis</li> </ul> </li> <li>– <i>Pszichiátria, pszichoszomatikus megbetegedések</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>általános pszichiátria</li> <li>szenvedélybetegségek</li> <li>gyermek- és serdülőkori pszichiátria</li> <li>pszichoszomatikus megbetegedések</li> </ul> </li> </ul> |
|--|---|

Az első kéthetes képzésnek a Soproni Állami Szanatórium adott helyet, a második kéthetes oktatásra az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben került sor, felhasználva az ott már működő Ergoterápia Részleg gyakorló helyiségeit, valamint a terápiához szükséges anyagokat és eszközöket. A tanáralkészítési program tematikájában az elméleti anyag megismertetése mellett gyakorlati ismeretek is szerepeltek. Az elméleti felkészítésben a hallgatók megismerkedtek a terápia történeti kialakulásával, filozófiájával, terápiás módszereivel. Az előadók bemutatták azokat a tevékenységeket, amelyek a lehetőségekhez mért független életvitelt, a sérültnek az életben a legteljesebb mértékben való részvételét segítik. Mindez a motoros, a szenzoros, a kognitív, az önellátási funkciók javítása, valamint a produktivitás, a szociabilitás, és az aktivitás fejlesztése által érhető el, mindenkor alkalmazkodva a sérült egyéni elvárásaihoz. A tanárok irányítása mellett az Országos Orvosi Rehabilitációs Intézetben alkalmazott mindennapi élettevékenységeket segítő eszközök bemutatására is sor került, rávilágítva ezen eszközök hasznosságára, valamint arra, hogy a terapeutának fel kell ismernie, hol és mikor indokolt azok használata. A hallgatók a dokumentáció fontosságáról a terápia szervezési feladatairól, annak tárgyi és személyi feltételeinek szükségleteiről is hasznos iránymutatást kaptak. A kétszer-kéthetes kurzus befejezésével a résztvevőknek vizsgabizottság előtt szóban és írásban kellett beszámolniuk arról, hogy saját munkájukban hogyan tudnák érvényesíteni a megszerzett ismereteket. A magyarországi képzés bevezetésének következő lépése a szakmai vizsgáztatási követelmények kidolgozása, a gyakorlóterületek feltérképezése, majd a folyamatos képzés megszervezése.

Időközben a HIETE Egészségügyi Főiskola Fizioterápiás Tanszéke és a Bárcki Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Szomatopedagógiai Tanszéke, valamint az O. O. R. I. Ergoterápia Részleg közreműködésével elkészült egy négy féléves szakirányú továbbképzési anyag, gyógytornász és szomatopedagógus diplomára építve, amelyet akkreditáltak.

Az Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet az érettségire alapozott szakképzés bevezetését vállalta fel, ebben a munkában a kulcsemberek a tanáralkészítő programban részt vevő hallgatók lesznek...

### *Irodalom*

1. Verband der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) Member of World Federation of Occupational Therapists: Indikationskatalog Ergotherapie. Idstein: Schulz-kirchner Verlag, 1991. –
2. Minimum Standard for the Education of Occupational Therapists. h. n., The Council of The World Federation of Occupational Therapists, 1993. –
3. Dr. Mogánné Tölgyesy Szilvia: A foglalkoztató terápia szerepe a mozgásszervi rehabilitációban. Rehabilitáció 1996, 6, (3) 48–53.

Levelezési cím:

**Dr. Mogánné Tölgyesy Szilvia**

1529 Bp., Pihenő út 1.

## Miért népegészségügyi probléma még napjainkban is a tüdőtuberculosis?

SIMAI ERZSÉBET

*„Minél tovább gondolkodom rajta, annál inkább érzem, hogy nincs semmi, amiben nagyobb művészet lenne, mint szeretni az embereket.”  
(Van Gogh)*

### ***A tüdőgümőkór elleni küzdelem múltja, régi ápolási módszerek:***

A jelenkori tüdő TBC-s hullám kezdete a XIX század közepére tehető. A tetőzés Angliában és Németországban az 1870-es években következett be. Az 1900-as évek elején a TBC-t már magyar betegségnak, „morbus hungaricus”-nak nevezték. Innen jutott el Magyarországra és az 1900-as években csúcspontjára jutott a hazai TBC-járvány.

Hazánkban a tüdőgümőkór módszeres gyógyítása csak az 1900-as évek elején kezdődött. Korányi Frigyes erőfeszítései nyomán 1901-ben megnyílt a budakeszi TBC Szanatórium Erzsébet Királyné Szanatórium néven. 1945-ig ezen kívül néhány nagyobb intézmény létesült, azonban az akkor ágylétszám és az óriási tömegű megbetegedés teljesen megoldatlan feladat elé állította a szakembereket.

Igazán hatásos gyógykezelés csak a légmell volt, valamint az ún. Jacobeus műtét és meg kell említeni a thoracoplasticát is. Az egyéb gyógyító eljárások közül csupán a sanatórium klíma, illetve fekvő terápia érdemel említést.

Európa többi országaihoz viszonyítva a magyarországi TBC járvány igen rossz helyzetet mutatott. A TBC sanatóriumi ágyak a súlyos friss és fiatal betegek tizede számára sem voltak elegendők a „hárommillió koldus országában”. A szegények ezrei pusztultak el nyomorúságos körülmények között anélkül, hogy orvosi segítséghez jutottak volna.

1945-ig Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében nem volt sanatóriumi ágy. Az ország egyik legszegényebb megyéje volt.

A háború után a tüdőgümőkóros betegek gyógyítása terén nagy változások jöttek létre. 1946-ban Baktalórántházán nyitotta meg kapuit az első TBC kórház. 1949-ben Kocsordon, 1955-ben Nyírbélteken, 1958-ban Mándokon, később Gacsályban létesültek sanatóriumok. Kastélyokból és laktanyákból alakították ki őket.

Ebben az időben betegeink nagyon rossz szociális körülmények között éltek. Igen sok súlyos vérző és fiatal beteg került be sanatóriumba. Fontos volt a fertőző források kiemelése.

Gyógyszeres kezelésük nem volt megoldott. Az 1944-ben felfedezett streptomycinből ha-

zánkba kevés jutott. A PAS 1948-ban került forgalomba. Az Isonicidet 1952 óta alkalmazzuk a klinikai gyakorlatban. Az ezt követő időben számos új gátlószert állítottak elő, ami a gyógyulás szolgálatában állt.

Megyéink szanatóriumi ágyainak száma rohamosan növekedett. A lakosság szociális és higiénés helyzetének javulása, az új nagyhatású gyógyszerek és védőoltások alkalmazása a TBC leküzdése terén nagy előrelépést eredményezett.

Az 1960-as évi erre vonatkozó kormányrendelet kötelezővé tette a tüdőszűrő vizsgálatot, s a gyógyulás elősegítése érdekében a megbetegedettek részére számos kedvezményt biztosított. A tüdőszűrések száma 1963 óta 16%-kal emelkedett az 1980-as évek elejéig. A betegség korai felismerése mind a gyógykezelés, mind a fertőző forrás csökkenése szempontjából kedvezően hatott. Az új betegek száma évről-évre csökkent. A 60-as évek végére Magyarországon a TBC népbetegség jellege megszűnt. Az 1970-es évektől stagnált, az 1970 és 1990 között a TBC incidenciája 63,8%-kal csökkent. Ezzel szemben 1990 és 1994 között 17%-kal nőtt.

Napjainkban új kihívásnak kell megfelelni az egészségügynek a TBC-vel szemben. A megbetegedések számának emelkedése világjelenség, melyben Magyarország Közép-Kelet-Eu-



1. ábra

rópában az első helyet foglalja el. Ezen belül Szabolcs-Szatmár-Bereg megye helyzete nagyon rossz az országos átlaghoz viszonyítva statisztikai adatok elemzése alapján (1. ábra).

A TBC felszámolása érdekében folyó küzdelemben 1964-ben egy újabb bázis, a 300 ágyas nyíregyházi TBC Kórház kapcsolódott be.

A megelőzés eredményeképpen a beutalt TBC-s betegek tüdőfolyamata ritkán volt súlyos, fiatal, friss megbetegedés elvért fordult elő.

Az ápolási feladatok mégis nehezebbek lettek. Ennek okai:

1. A betegek idősebb kora
2. Kísérő betegségek kivizsgálása és ápolási feladatai
3. Új gyógyszerek és gyógyító eljárások
4. Betegségtudat nélküli, sokszor aszociális betegek psychés vezetése.

### ***A tüdőgümőkór elleni küzdelem jelene és a korszerű ápolási módszerek***

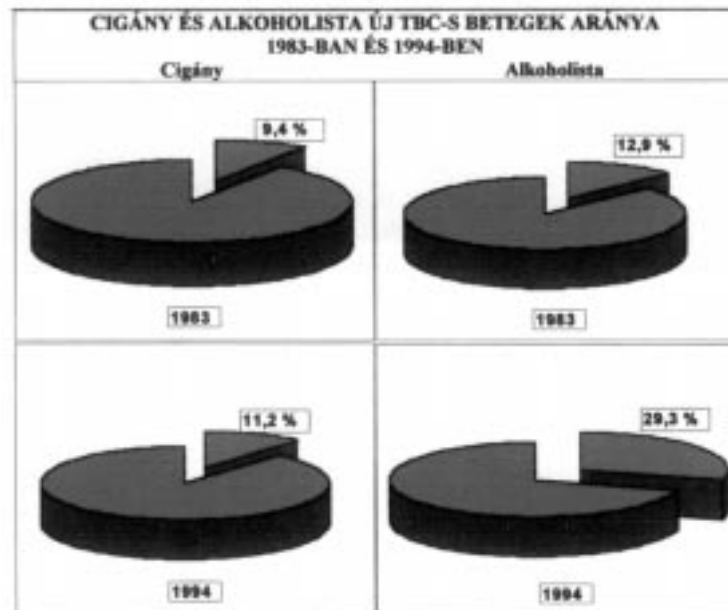
Az országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet szakmai kollégiuma protokollban dolgozta ki a TBC-s betegek kiemelését, modern gyógyszeres kezelését és gondozását. A kiemelését illetően döntő fontosságú a lakossági szűrési hatékonyságának az emelése. Az elmúlt évek lakossági szűrését vizsgálva Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében fokozatosan csökkent és 1995-ben kritikus 46%-ot ért el a szűrésen nem megjelenők száma.

Azt tapasztaljuk, hogy a szűréssel kiemelt TBC-s betegek aránya és a szűrésen részt vettek



2. ábra

3. ábra



**A tüdőtuberculosishoz társult betegségek:**

Diabetes mellitus 12,5%  
 Ulcus duodeni 8,0%  
 Spontán pneumothorax 6,1%  
 Pszichiátriai gondozott 2,0%  
 Krónikus alkoholizmus 30,6%

aránya 1989-ig emelkedett és 1990-től 1995-ig (tehát a rendszerváltozással) ez az arány lecsökkent. Ez nem korrelál azzal, hogy az új betegek száma egyre nő (2. ábra).

A cigány lakosságot nem mint populációt, hanem mint rossz szociális körülmények között élők arányát hasonlítva össze az alkoholistákéval, azt tapasztaljuk, hogy az alkoholisták aránya az új TBC-s betegek között nagyobb mint a cigányok aránya (3. ábra).

*Súlyosbító tényezők a régivel szemben:*

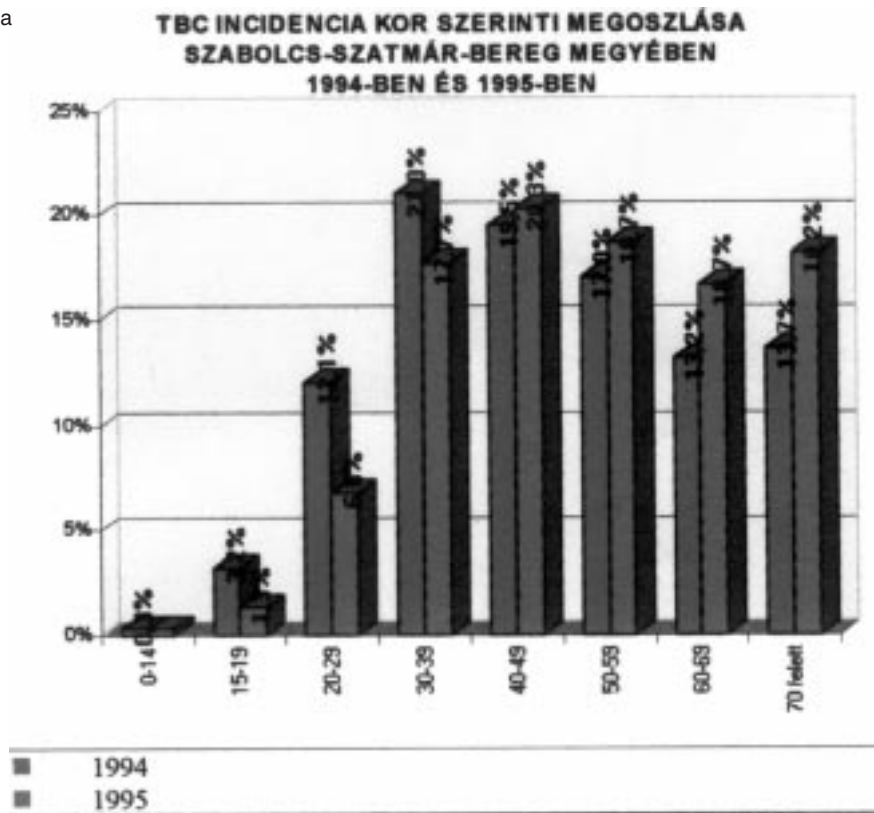
- A veszélyeztetett lakosság szűrése nem megoldott (fegyelem, ráfordítás, nemtörődöm-ség) a társadalom perifériáján a rossz körülmények miatt.
- Drogok megjelenése.
- A betegek személyes problémáival többet kellene foglalkozni. A krónikus betegek psychés vezetése időigényes és nehéz feladat.

Jelentősen növekedett a 30–59 éves korosztály, ezen belül is a férfiak morbiditása. Növekedett a súlyos és gyors lefolyású fertőző esetek száma. Személyes szabadságukban nem korlátozhatók. Nem megnyugtató a fertőzők izolálása és az ápoló személyzeté sem. A kellő jogi szabályozás sérti az emberi jogokat, nehezen tudunk vele élni. A legyengült immunrendszer és az AIDS növeli a hajlamot a TBC-vel szemben.

A 4. sz. ábrán 1995-ben gondozói bontásban Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében a TBC-prevalenciát, az összes nyilvántartott beteg arányát mutatjuk be a lakosságban.



5. ábra



A legfiatalabb operált betegünk 17 éves, míg a legidősebb 72 éves volt. A leggyakoribb előfordulás 31–55 éves korcsoportban és a férfiak között volt.

Az egész pulmonológiai hálózatnak, beleértve az ápolónőket, döntő fontosságú a lakosság felvilágosító munkája, a szűrésre való buzdítás.

Ezeket a betegeket meg kell gyógyítani, közös összefogással végezzük ezt a munkát, beleértve a gondozást, a felvilágosítást. A tüdőgyógyászatra háruló megnehezült feladat az ápolásban is változtatásért kiált. A régi és az új ápolás szempontjait mutatom be a 6. sz. ábrán.

*Nagyon fontos a TBC-s betegek psychés vezetése.*

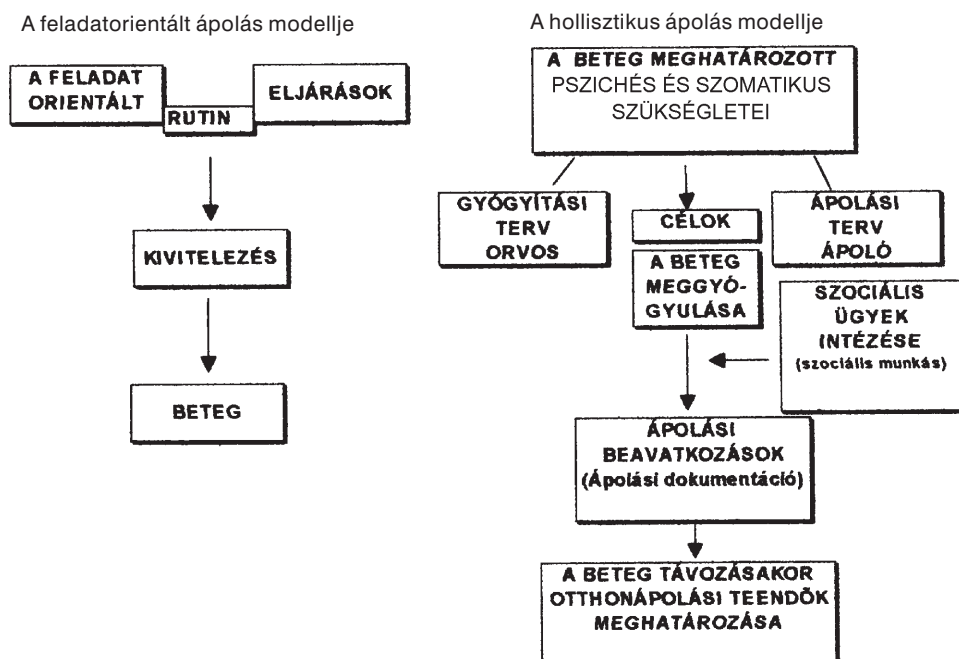
A beteg ember kilátástalanságát Tóth Árpád úgy fogalmazta meg:

*„Most itt ülök roppant hegyek közt,  
Betegen a többi beteg közt,  
Múlnak háttal, halálnak szemközt.  
Lesz-e másképp? Várjam? Ne várjam?”*

A mai ápolás a holisztikus ápolás, melyben az egész embert gyógyítjuk. Ez mutatja, mennyire megnőtt az ápolónők feladata. Jelenleg a beteg távozásakor az otthon ápolási teendőket is meg kell határoznunk. Ez a megnövekedett feladat az ápolóktól magas fokú képzettséget igényel. Tehát szükség van diplomás ápolókra, szociális munkásokra is, a kórhá-

6. ábra

### Az ápolási folyamat szakaszai — az új ápolás a régivel szemben



zunkban és az osztályunkon is egyaránt. A feltételek intézetünkben megfelelően alakulnak illetve biztosítottak. Minden reményünk megvan a TBC-s betegek meggyógyítására. Ha a beteg kórházból kikerül és hajléktalan, még gyógyulásra van szüksége, de nincs megfelelő környezete, amiben gyógyulna. Ezt nemcsak a kórháznak, hanem az egész társadalomnak kellene megoldania. Munkánkhoz megújuló erőt ad, ha a távozó betegről tudjuk, arcáról leolvashatjuk, hogy meggyógyultam.

Összegezve: a lakosság szűrésen való rossz megjelenési aránya, ennek következtében a szűréssel felfedezett TBC-s megbetegedések alacsony százaléka között összefüggés van. Bizonyítható, hogy a nem szűréssel felfedezett betegek már panaszokkal kerülnek gondozásba. Ők azok, akik nem járnak tüdőszűrésre éveken át. Továbbá feltételezésem az, hogy az alkoholizmus és a munkanélküliség következtében leromlott egészségi állapotú egyének körében jobban terjed a TBC. További romlással számolhatunk még akkor is, ha a megye állami vezetői mindent megtesznek a helyzet javításáért.

Javaslom szankciók bevezetését, részben a szűrővizsgálatról távolmaradókkal szemben, részben azokkal szemben, akik fertőző betegként nem hajlandók gyógykezeltetni magukat. Megyénkben a hálózat fejlesztéséhez hozzákezdünk, mert a jelenleginél is lényegesen rosszabb TBC járvánnyal kellene számolnunk.

A szakmai előírások teljesítésén felül a beteg ember lelkét is gyógyítani kell.

Egy arab bölcs mondása szerint:

„Ha más kínja szíved nem indítja meg,  
Nem érdemled akkor az ember nevet.”

## **Összefoglaló**

A tuberculosis nemzetközi, hazai valamint megyei epidemiológiai helyzete és a szakmában eltöltött 30 év tapasztalata arra készítetett, hogy jelen munkámban rövid történelmi áttekintést tegyek a TBC, mint fertőző betegség megváltozott arculatáról. A régen „morbus hungaricus” néven emlegetett betegség újra jelentős társadalmi problémává válhat.

Bizonyítható, hogy a nem megfelelő életmóddal és szociális körülményekkel rendelkező lakosság körében jobban terjed a TBC. Igazolható az is, hogy a felfedezett TBC-s betegek súlyos kórformákkal és rezisztens törzsekkel kerülnek intézetbe. Nehéz az ápolásuk és gyógyszeres kezelésük.

Összegezve megállapítható, hogy a megyénkben változatlanul magas a fertőző TBC-s betegek aránya az országos átlaghoz viszonyítva. Sürgős tennivaló a veszélyeztetett betegek folyamatos szűrése. Nagy kihívás az egészségügynek, de ez osztársadalmi feladat is. A háziorvosi rendszernek fontos szerepe van a megelőzésben.

Különösen hangsúlyozzuk a calmet védőnők szerepét a gondozandó TBC-s beteg esetében a kontrollált gyógyszerelést, a szájba gyógyszerelést illetően.

## **Irodalom**

1. Alon Pearson, Barbara Vanghan: Az ápolási gyakorlat modelljei. Medicina, Bp. 1995. –
2. Ajkay Zoltán: A tuberculosis helyzete Magyarországon. Medicina Thoracalis 1992, 11–12, sz. 605–611 o. –
3. Böszörményi Miklós, Katona László, Schweiger Ottó: A felnőttkori tüdőbetegségek klinikuma. Budapest, 1980, Medicina Könyvkiadó. –
4. Hutás Imre: A tuberculosis ma. Budapest, 1993. Springer Hungarica Kiadó KFT. –
5. Schweiger Ottó: A TBC megváltozott arculata. Népegészségügy, 1995. 76, 41–60. o. –
6. Schweiger Ottó: A gümőkór változó arculata. Valóság, 1994, 37, 11, 55–62. o. –
7. Szabolcs-Szatmár-Bereg Megye Statisztikai évkönyve KSH, 1993. –
8. A Szabolcs-Szatmár Megyei Tanács Jósza András Kórháza II évkönyve: A kórházalapító Korányi Frigyes születésének 150. évfordulója tiszteletére. Szerk.: Fazekas Árpád és Novák Zoltánné. Nyíregyháza, 1977. –
9. Szűk Béla: Alkoholizmus vagy cigány-kérdés a TBC terjedésének oka Szabolcs-Szatmár megyében? Pneumonológia Hungarica, 1987 (X) 437–445. o. –
10. Ungár Anna: A TBC kezelésének gondjai a fővárosban. A hajléktalanság, mint súlyosbító körülmény. Medicina Thoracalis, 1995, 48, 7, 293–296. o.

Levelezési cím:

**Sima Erzsébet**

4400 Nyíregyháza, Szent István u. 68.

## Amlodipin hatása időskori hypertoniában

KOVÁCS ANDREA DR., HALMOS BÉLA DR., KISS ANDREA DR.

### Összefoglalás

A magas vérnyomás kezelésében egyre több és korszerűbb gyógyszerrel lehet találkozni. Az időskori hypertonia külön szempont szerint kezelendő, de ugyanolyan fontosságú a szövődmények miatt, mint fiatalabb korban. A szerzők a harmadik generációs kalciumcsatorna-blokkoló amlodipint alkalmazták monoterápiában és kombinációban idős betegekben. Eredményeik szerint, döntően monoterápiában, lényeges mellékhatás nélkül az amlodipin jól csökkentette a vérnyomást. Véleményük szerint igen alkalmas az időskori hypertoniák kezelésére, már csak azért is, mert hatását lassan, kíméletesen fejti ki. Tárgyalják az amlodipin előnyeit az antitensiv terápiaiban.

#### **Kulcsszavak:**

***harmadik generációs kalcium csatorna-blokkoló, időskori multimorbiditás, időskori hypertonia, életminőség.***

Napjainkban az orvostudomány egyik legnagyobb kihívása a magas vérnyomás betegség kezelése. A kelet-európai országokban – így hazánkban is – az utóbbi évtizedekben drámaian nőtt az ischaemiás szívbetegség és a hypertonia előfordulása. Magyarországon a felnőtt lakosság 15–20%-a hypertoniás, ezek jelentős része időskorú (7, 17).

A Framingham tanulmány adatainak feldolgozása során kimutatták, s ezt több más tanulmány is alátámasztja, hogy a systolés vérnyomás a stroke és a cardiovascularis mortalitás fokával jobban korrelált, mint a diastolés nyomás. Ez kiemelten vonatkozik az időskori hypertoniára, azaz a systolés vérnyomást célszerű csökkenteni függetlenül a diastolés értéktől. A systolás nyomás a korrrelációval tovább emelkedik, a diastolés általában csak 55 éves korig. 1993-ban a JNC állapította meg a hypertonia egyes fokozatait, melynek értelmében 140/90 Hgmm feletti érték esetén már magas vérnyomásról van szó. Ha a systolés nyomás magasabb, a diastolés nem változik, vagy alacsonyabb, izolált systolés hypertoniáról beszélünk. Idős korban ez a forma a leggyakoribb és kezelést tesz szükségessé (4).

A hypertonia kezelésének célja a vérnyomás kedvező szinten való tartása, a szövődmények (ischaemiás szívbetegség, stroke, veseelégtelenség, stb.) mérséklése, ill. elkerülése. A vérnyomás drasztikus, gyors csökkentése veszélyes a cardiovascularis funkciók károsodása miatt, főként idős korban (2). A kezelés sarkalatos pontja a beteggel való együttműködés, ennek feltétele, hogy olyan gyógyszert kapjon, amely nem igényel napi többszöri bevételt. Ebből a szempontból előnyös a harmadik generációs kalciumcsatorna-blokkoló amlodipin – (Norvasc) (17, 19), amelyet idős hypertoniás betegek kezelésében próbáltunk ki és ezzel szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

## Beteganyag és módszer

Osztályunkon 32 idős betegnél vizsgáltuk az amlodipin (Norvasc) vérnyomáscsökkentő hatását. Betegeink közül 19 nő és 13 férfi volt. Átlagéletkoruk az osztály profiljának megfelelően magas, 76,6 év (47–83 év). Az átlagos ápolási napok száma is magas 32,2 nap (1–93 nap). 9 betegünket veszítettünk el a kezelés során (1. táblázat). Haláluk a magas vérnyomással közvetlenül nem függött össze, okként hypostaticus pneumonia vagy tüdőembolizáció szerepelt. Osztályunkra a betegek az akut belgyógyászati osztályokról kerültek utókezelés céljából. Minden beteg anamnézisében évek, sőt évtizedek óta fennálló magas vérnyomás szerepelt. Az otthonukban szedett gyógyszerekre vonatkozó adatok gyakran hiányosak voltak, részben a betegek feledékenysége, részben a hozzátartozó hiánya miatt.

Időskori multimorbiditás miatt számos kísérőbetegség állott fenn. Cardiopulmonalis, valamint cerebriális megbetegedések domináltak. Betegeink közel egyharmadánál szerepelt a CH-anyagcsere zavara társbetegségként. A kísérőbetegségek között szereplő agyi történések jelenleg nem álltak összefüggésben az emelkedett tensióval, régebben lezajlott történések voltak (2. táblázat).

Betegeink közül 11-nél lépett fel otthonukban a magas vérnyomás szövődményeként cerebrovascularis történések, mely a kórházba szállítást indokolta. 3 betegnél haemorrhagia cerebri, 8 betegnél hypertoniás encephalopathia volt a diagnózis. A többi (21) beteg egyéb okból került kórházba. Az átadó osztályon a betegek különböző hatásmechanizmusú antihypertensiv gyógyszereket szedtek. Leggyakrabban kalcium csatorna-blokkolót

1. táblázat

Nő	19
Beteg	
Férfi	13

Összesen: 32 beteg

Átlagos életkor: 76,6 év (47–83 év)

Átlagos ápolási nap: 32,2 nap (1–93 nap)

Meghalt: 9 beteg

2. táblázat

### Kísérőbetegségek

Arteriosclerosis cerebri: .....	26
Stroke: .....	16
Coronariasclerosis: .....	22
Krónikus aspecifikus légzési betegség: .....	10
Diabetes mellitus: .....	10
Arteriosclerosis obliterans extr. inf.: .....	3
Fractura colli fem.: .....	5
Alcoholismus chr.: .....	3
Ulcus ventriculi: .....	1
Infarctus myocardii (rég): .....	1

(Cordaflex) kaptak monoterápiában, vagy ACE inhibitorokkal, guanfacinnal (Estulic), vagy béta-blokkolóval (Betoloc) kombinálva. Csak 5 beteget vettünk át beállított Norvasc terápiával. Ebből 3 beteg monoterápiaként, 2 kombinációban kapta az amlodipint. A hipertóniát az V. Joint National Committee ajánlásának megfelelően osztályoztuk. Ez alapján 8 betegünk az 1. stádiumba, 18 betegünk a 2. stádiumba, 5 betegünk a 3. stádiumba, 1 betegünk a 4. stádiumba tartozott (3. táblázat).

3. táblázat

**Hypertonia súlyossági foka (JNC beosztás)**

1. stádium:	8 beteg (140–159/90–99 Hgmm)
2. stádium:	18 beteg (160–179/100–109 Hgmm)
3. stádium:	5 beteg (180–209/110–119 Hgmm)
4. stádium:	1 beteg (>209/>119 Hgmm)

Az amlodipin adásának megkezdése előtt etikai okokból kimosási periódust nem alkalmaztunk, tekintettel betegeink multimorbiditására, súlyos állapotára. Mivel betegeink egy része a társbetegségek miatt állás- és járásképtelen volt, a vérnyomást egységesen fekvő és ülő helyzetben mértük meg. A vérnyomás mérését naponta háromszor végeztük higanyos vérnyomásmérővel. Először a reggeli gyógyszerbevétel után 2 órával, majd 14 és 20 órakor. A vérnyomás mérésével együtt pulzusszámlálás is történt, naponta ellenőriztük esetleges bokaoedema, vagy egyéb mellékhatás felléptét. A betegek szubjektív panaszairól is naponta tájékozódunk.

A kezelés megkezdése előtt a fizikális vizsgálaton kívül EKG, szemfenék-, és mellkas rtg-vizsgálat is történt. A laboratóriumi paraméterek közül máj-, és vesefunkciós értékeket, elektrolitokat, összcholesterin, triglicerid és vércukor értékeket vizsgáltuk, vizelet vizsgálatot végeztünk, melyeket kezelés közben szükség szerint és hazamenetel előtt megismételtünk. Hazabocsátás után betegeink követésére módunk nem volt.

Osztályunkról a Norvasccal történt kezelés átlagos időtartama 24,4 napnak bizonyult. 23 betegünk napi 5 mg, 9 betegünk napi 10 mg amlodipin terápiában részesült (4. táblázat).

## ***Eredmények***

23 esetben monoterápiában adott Norvasc-kal sikerült a vérnyomást beállítanunk. 3 beteg már az átadó osztályról amlodipin monoterápiával érkezett. Átvételkor tensiójuk rendezett volt és kezelésünk során is végig normális értékeket mértünk.

4. táblázat

*Átlagos kezelési idő:* 24,4 nap  
(1–88 nap)

*Dózis*  
5 mg/nap: 23 beteg  
10 mg/nap: 9 beteg

A 23 betegből 18-nál 5 mg/nap, 5-nél 10 mg/nap dózist alkalmaztunk. 9 beteg esetében kombinált terápia adására kényszerültünk. Ezekben az esetekben már az átvétel kombinált terápiával történt, de a kombinációban kalciumcsatorna-blokkoló vagy nem szerepelt, vagy Cordaflex volt és az antihypertensiv hatás elégtelennek bizonyult. 5 beteg esetében kettős kombinációt adtunk, második szerként Estulic, Coverex, vagy Tensiomin szerepelt. Hármaskombinációt 2 beteg kapott, a kombinációban a Norvasc mellett Betaloc és Coverex, valamint Tensiomin és Estulic szerepelt. Ötös kombinációra 1 betegnél volt szükség. Ebben az esetben a Norvasc, Tensiomin, Ebrantyl, Estulic terápia mellett Hygroton adására is sor került. Egy betegünk pedig hatos kombinációt kapott. A kombinációban az előzőekben felsorolt gyógyszerek mellett Betaloc is szerepelt. A 9 beteg közül a Norvascból 5-nél 5 mg/nap, 4-nél 10 mg/nap dózist alkalmaztunk (5. táblázat).

5. táblázat

Monoterápia:	23 beteg
Kombinált terápia:	
Kettős kombináció:	5 beteg (+ Estulic – 2 beteg) (+ Coverex – 1 beteg) (+ Tensiomin – 2 beteg)
Hármaskombináció:	2 beteg (+ Betaloc, Coverex – 1 beteg) (+ Tensiomin, Estulic – 1 beteg)
Ötös kombináció:	1 beteg (+ Tensiomin, Ebrantyl, Estulic, Hygroton – 1 beteg)
Hatos kombináció:	1 beteg (+ Tensiomin, Ebrantyl, Estulic, Hygroton, Betaloc –
1 beteg)	

6. táblázat

**Eredmény:**

Tensio normalizálódott:	25 beteg
Tensio javult:	6 beteg
Tensio nem változott:	1 beteg

25 betegünkben sikerült a vérnyomást normalizálni. Ebbe a csoportba soroltuk azokat, akik tensiója 140/90 Hgmm ( $\pm 10/\pm 5$  Hgmm) értéken stabilizálódott. 6 betegben csak javulást értünk el. Ide azok tartoztak, akik systolés vérnyomása legalább 20, a diastolés legalább 10 Hgmm-rel csökkent, de a tensió 160/95 Hgmm fölött maradt. 1 esetben változást nem észleltünk (6. táblázat). A 9 betegből, akiknek kombinációs terápiát adtunk, a vérnyomást csak 2 esetben sikerült normalizálni. A 6 javult eset a beosztás szerint a 2. és 3. stádiumba tartozott. Egy betegünk, akinél 6-os kombinációjú 10 mg/napi dózisú Norvasc terápia ellenére sem sikerült változást elérnünk, a 4. stádiumba tartozott.

Megfigyelésünk során lényeges mellékhatást nem észleltünk. Csupán 1 beteg panaszkodott az első napokban enyhe szédülésről, mely 1–2 nap alatt megszűnt. A hazamenetel-

kor megismételt laborparaméterekben romlás nem fordult elő. A kezelés a kísérőbetegségeket nem befolyásolta negatív irányban. A terápia megszakítására egy esetben sem volt szükség.

## *Megbeszélés*

A kalciumcsatorna-blokkolók egyre nagyobb szerepet töltenek be a hypertonia kezelésében, gyakran elsőnek választott szerek az ACE-gátlókkal együtt. Az ún. második és harmadik generációs szerek már nem rendelkeznek az első generációsok korlátaival, hosszabb a hatástartamuk, nagyobb a szöveti szelektivitásuk, hatékonyabbak. Előnyük még az, hogy olyan betegségekben is alkalmazhatók, ahol más szerek kontraindikáltak (idült obstruktív bronchitis, diabetes mellitus, perifériás érbetegség). Ez lényeges szempont idős korban, ahol egyidőben több betegség áll fenn és már multimorbiditásról beszélhetünk. A második és harmadik generációs kalcium csatorna-blokkolóknak kedvezőbb a mellékhatás profiljuk, mert lassabban kötődnek receptoraikhoz és lassúbb a felszívódásuk. Essentialis hypertoniában ez igen fontos körülmény, mert a vasodilatator hatás lassú beállása időt enged a baroreceptorok átállítódására, így elkerülhető a reflexes tachycardia. Az életminőséget javítja, hogy napi egyszeri bevétele elég (17). A kalcium csatorna-blokkolók jelentős haemodinamikai hatásokkal rendelkeznek: csökkentik a teljes perifériás rezisztenciát; idősekben hatásuk növekszik, mert nő az aktív gyógyszer kötő receptorok száma: harmadik generációs szerek esetében (Norvasc, Lacipil) nem kell számolni szívfrekvenciát növelő hatással; a szisztémás vérnyomás csökkentése mellett nem csökkentik az életfontos autoregulációjú szervek vérátáramlását; gátolják a Na tubularis reabszorpcióját és az angiotensin II Na-transzportra gyakorolt hatását, így diuretikus és nátriuretikus hatásuk is van; nem befolyásolják a koleszterin- és a zsírsanyagcserét (8). Felezési idejük lényegesen megnőtt. Aktívan metabolizálódnak a májban. Idős korban a máj vérátáramlása csökken, ezért az amlodipin kivételével a többi dihydropyridin dózisát csökkenteni kell. Jól kombinálhatók béta-blokkolókkal, ACE-gátlókkal, diuretikumokkal. Mellékhatásaik a vasodilatációból adódnak (flush, émelygés, fejfájás, lébfejoedema), de ritkák (16). A dihydropyridinek idős hypertoniásokban 68%-ban hatásosak voltak Erdélyi anyagában (6).

A 65–74 éves korosztályban a hypertonia előfordulása mintegy 54%-os. Időskori hypertonia jellemzője a systolés nyomás izolált emelkedése, az arteriák rugalmasságának csökkenése, a megnőtt perifériás vascularis rezisztencia, az alacsony reninaktivitás. Az időskori hypertoniának 3 alcsoportja van: 1. izolált systolés hypertonia; 2. emelkedett diastolés vérnyomás; 3. a kettő kombinációja. A legtöbb idős embernek izolált systolés hypertóniája van, amelynek nagyobb a cardiovascularis rizikója, mint a diastolésnek, gyakoribb a szív-élégtelenség, heveny coronariatörténes, stroke, veseelégtelenség, perifériás érbetegség előfordulása és az ezekből adódó halál. Idős korban a hypertoniát ugyanúgy kezelni kell, mint a fiatalabb korosztályban. A gyógyszeres kezelésre szorulók 50%-a monoterápiában kezelhető (betegeink között hasonló megfigyeléseink voltak), 80% kettős, 10–15% hármas-négyes kombinációval. Az antitensiv terápia a SHEP-tanulmány szerint idős korban csökkenti a letális stroke-t, akut myocardialis infarktust, bal szívfél elégtelenséget. A kezelésben a diuretikumok, kalcium csatorna-blokkolók, ACE-gátlók a választandók, elsőként a harmadik generációs amlodipin ajánlható előnyei miatt, ezt vizsgálataink, eredményeink is alátá-

masztják (1, 3, 21). Idős korban – főként a kezelés kezdetén – a vérnyomást többször meg kell mérni ülő és álló helyzetben is. Tanácsos a kezelést lassan kezdeni, lassan folytatni és az adagokat emelni, a beteget gyakrabban kell ellenőrizni. Emellett szükség lehet életmód változtatásra is, pl. súlycsökkentésre, alkohol-, sóbevitel mérséklésére. Alapvető a már előzőekben említett compliance megvalósítása.

Az amlodipin alapvető tulajdonsága, hogy gátolja a Ca-ionok bejutását a sejtmembránon keresztül. Csökkenti a perifériás ellenállást, az afterload-ot. Idős korban alacsony reninszint esetén nagyobb vérnyomáscsökkenést okoz. Nem befolyásolja a koleszterin- és zsírsavanyagcserét és nem hat kedvezőtlenül a szénhidrátanyagcserére. Idős korban ezek szintén fontos tulajdonságok a már fennálló multimorbiditás miatt. Englert és mtsai (5) 74 beteg 95%-ában találták az amlodipint hatásosnak enyhe-súlyos hypertóniában. Mellékhatás miatt kezelést nem kellett felfüggeszteni. Kaplan (9) szerint az amlodipin kombinációban additív hatású volt diuretikummal, béta-blokkolóval, ACE-gátlóval. Idős korban erősen csökkentette a vérnyomást. Veseelégtelenségben a dózist nem kellett változtatni. Kiss és mtsai (10) 40 betegben alkalmazták az amlodipint I. és II. stádiumú hypertóniában és azt találták, hogy napi egyszeri adásban, monoterápiában enyhe és közép súlyos hypertóniában normalizálta a vérnyomást. Mellékhatás ritka volt és csak 10 mg adagnál fordult elő. Farmakokinetikai és farmakodinamikai hatása igen jó: kiürülése 60%-ban a vizelettel, 10–15%-a a széklettel történik, 10%-a változatlan formában ürül ki. Biológiai hasznosíthatósága orálisan igen magas, 60–65%, ezt az étkezés, digoxin, stb. nem befolyásolja. Kramsch (12) megfigyelése szerint antiaterogén hatású is az amlodipin, mert állatkísérletekben kimutatható, hogy gátolja az LDL oxidációját, a triglicerid felhalmozódását. Az amlodipinnel foglalkozó szerzők egyöntetűen megállapították, hogy napi egyszeri adásban (5–10 mg) jól csökkenti a tensiót a perifériás ellenállás csökkentése révén, reflexes tachycardia nélkül. Fő előnye a nifedipinnel szemben, hogy jóval hosszabb hatástartamú, lassabban alakul ki hatása, lassú a felszívódása, maximális plazmaszintet 6–12 óra múlva éri el. Felezési ideje 35–50 óra. Idős korban a clearance kissé csökken, de a dózist nem kell csökkenteni. Monoterápiában 5–10 mg-os adagban 73%-ban hatásos. Az 5 mg-os dózis is 24 órán kifejti hatását. Saruta (20) vizsgálatai szerint az amlodipin gátolja a vesék hypertenziós károsodását. Számos szerző foglalkozott a fentiekén kívül a hypertonia kezelésével, különös tekintettel az amlodipinre (1, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 23).

A magas vérnyomás kezelésének egyik sarkalatos pontja a beteg együttműködése, amely nagyrészt az életminőség függvénye. Ez a szempont manapság előtérbe került. Az amlodipinnek kevés a mellékhatása és azok is többnyire enyhék, ezért alkalmas idős korban is a megfelelő életminőség elérésére. Az előző évtizedekben a cél a magas vérnyomás hatékony kezelése volt és nem vették figyelembe ezt. Előtérbe került az individuális kezelés és ennek része az életminőség. A közérzet, a teljesítőképesség alakulása döntően befolyásolja a beteg compliance-ét. Ismert, hogy az enyhe és közép súlyos hypertóniás betegek nagy része panaszmentes és a kezelés során lépnek fel átmeneti panaszok, és gyakran a kezelés abbahagyását eredményezik. A kalcium csatorna-blokkolók, különösképpen az amlodipin nem rontják, sőt javítják az életminőséget (15, 17, 22).

Összefoglalva, vizsgálataink alapján megállapítható, hogy az amlodipin idős korban is igen hatásosan, döntően napi egyszeri adagban, lényeges mellékhatás nélkül, az életminőséget nem befolyásolva, biztonságosan csökkenti a magas vérnyomást.

## *Irodalom*

1. Barna, I.: Klinikai hipertónia. Springer, 1995, 55–56, 64–66. –
2. Belgyógyászati Szakmai Kollégium, Háziorvosi Szakmai Kollégium, Magyar Hypertónia Társaság: A hipertónia korszerű diagnosztikájának, terápiájának és gondozásának elve. Orv. Hetil., 1995., 136, 2, 79–88. –
3. Bennet, N. E.: Hypertonia in the elderly. The Lancet, 1994., 344, 8920, 447–449. –
4. Cushman, W. C.: Szisztolés hipertónia idős korban Orvostovábbképző Szemle, 1995., II 3. 137–145. –
5. Englert, R., Beressem, P., Von Manteuffel, E. és mtsai: Amlodipine compared to nitrendipine for the treatment of mild to moderate hypertension. Postgrad. Med. J. 67, Suppl., 1991., 5, S35–S37. –
6. Erdélyi, K., Kiss, J.: Corinfar monoterápia idős hipertenziós betegeknél. Gyógyszereink – Supplementum 1., 1994., S41–S44. –
7. Farsang, Cs.: A magas vérnyomás kezeléséről. Gyógyszereink, 1988, 38, 8, 161–165. –
8. Farsang, Cs.: Ca-csatorna blokkolók alkalmazása hipertónia betegségben. Gyógyszereink, 1994., 44, 2, 64–67. –
9. Kaplan, N. M.: Amlodipine in the treatment of hypertension Postgrad. Med. J., 1994., 67, Suppl. 5, S15–S19. –
10. Kiss, I., Farsang, Cs., Török, E. és mtsai: Amlodipin, új tartós hatású kalcium antagonistá a hipertónia terápiájában. Gyógyszereink – Supplementum 1., 1994., S26–S30. –
11. Kiss, I., Farsang, Cs.: Kalcium és vérnyomásszabályozás Medicina, 1994., 87–88. –
12. Kramsch, D. M.: Anti-Atherogenic Effects of Amlodipine in Primates. Official Satellite to the XV. Scientific Meeting of the International Society of Hypertension (ISH), 1994., 03. 19. 7. –
13. Lund-Johansen, P., Omvik, P., White, W. és mtsai: Long term haemodynamic effects of amlodipine at rest and during exercise in essential hypertension. Postgrad. Med. J. 1991, 67, Suppl., 5., 1991. S20–S23. –
14. Meredith, P. A., Elliot, H. L.: Amlodipine: Clinical Relevance of a Unique Pharmacokinetic Profile. J. of Cardiovasc. Pharm. 22, Suppl. A., 1993. S6–S8. –
15. Omvik, P.: Evaluation and Quality – of – Life Assessment of Amlodipine and Enalapril in hypertensive Patients. Official Satellite to the XV. Scientific Meeting of the International Society of Hypertension (ISH), 1994., 03. 19. 12. –
16. Opie, L. H.: Profiles of calcium antagonists in cardiovascular disease with special reference to second – generation agents and amlodipine. Postgrad. Med. J. 67, Suppl., 5., 1991. S2–S8. –
17. Purcell MB, H.: A kalcium-antagonisták jelenlegi és jövőbeli alkalmazása cardiovascularis betegségekben – különös tekintettel az amlodipinre. Orvostudomány Bulletin Melléklet 1., 1994, 1–12. –
18. Raftery, E. B.: Circadian variation in blood pressure considerations for therapy. Postgrad. Med. J. 67, Suppl., 5., 1991. S9–S14. –
19. Rudd, P.: Partial Compliance: Implications for Clinical Practice. J. of Cardiovasc. Pharm. 22, Suppl. A., 1993, S1–S5. –

20. Saruta, T.: Renal Effects of Amlodipine. Official Satellite to the XV. Scientific Meeting of the International Society of Hypertension (ISH), 1994., 03. 19. 9. –
21. Staessen, I., Ritz, N., Faulhaber, D. és mtsai: Isolierte systolische hypertonie in Alter. DMW, 1993., 118, 15, 554–558. –
22. Vajó, Z., Székács, B.: Életminőség és antihypertensiv kezelés Orv. Hetil., 1993., 134, 45, 2477–2479. –
23. Varrone, J. and the Investigators of study AML-NY-86-002: A study of the efficacy and safety of amlodipine for the treatment of hypertension in general practice. Postgrad. Med. J. 67, Suppl., 5., 1991. S28–S31.

Levelezési cím:

**Kovács Andrea dr.**, 3301 Eger, pf.: 15

---

## Az Egészségügyi Tudományos Tanács tagjai területünkről

Elnök: **Dr. Rák Kálmán** egyetemi tanár (DOTE II. Belklinika)  
Tagok: **Dr. Muszbek László** egyetemi tanár (a DOTE rektora),  
**Dr. Csiba László** egyetemi tanár (DOTE Neurológiai Klinika)

### Halottaink

**Dr. Fábián Sándor** (1925) TBC Gi., Nyíregyháza  
**Dr. Kirchknopf Márton** (1908) Almási Balogh Pál Kórház, Ózd  
**Dr. Medgyessy Béla** (1929) Tüdőgondozó Intézet, Gávavencsellő  
**Dr. Magyar András** (1949) Rendelőintézet, Mátészalka  
**Dr. Nahóczky Ferenc** (1941) háziorvos, Maklár  
**Dr. Pósta Gusztáv** (1930) körzeti gyermekorvos, Sátoraljaújhely  
**Dr. Szikszay Kálmán Sándor** (1905) körzeti orvos, Hejőpapi  
**Dr. Takács József** (1933) körzeti orvos, Szilvásvárad  
**Dr. Tolnai László** (1945) háziorvos, Balassagyarmat  
**Dr. Tóth Anna-Mária** (1935) Megyei Kórház, Miskolc

## Actinomycosis az urológiában

SZABÓ ZSOLT DR., KOCSIS ISTVÁN DR., KULCSÁR DÁNIEL DR.,  
VADNAY ISTVÁN DR.

### Összefoglalás

A szerzők három actinomycosis okozta elváltozást ismertetnek, melyek urogenitális szerveket érintettek. Bemutatják a relatíve ritka kórkép felismerésének nehézségeit és felhívják a figyelmet a szövettani vizsgálat fontosságára.

Az actinomycosis (A) idült fertőző betegség, mely gyakran sipolyképződéssel jár. Kórokozóját 1877 óta ismerik, jelenleg öt pathogen fajt tartanak nyilván. Klinikai szempontból nézve legjelentősebbek az *A. bovis*, az *A. israelii*, és az *A. eriksonii*. Az Actinomycesek anaerob, Gram-pozitív baktériumok. Az Actinomycosis szövettani képére jellemző a számos apró, egymással közlekedő tályogot tartalmazó beszűrődés, melyben jellegzetes tőkék láthatók. A folyamat a környező szövetekre terjed, ritkán haematogén úton szóródik. Újabban felmerült az intrauterin fogamzásgátló eszközök (IUD) kóroki szerepe is.

A betegségnek négyféle megjelenési formáját különböztetjük meg: az abdominális forma a beleket és a hashártyát, a cervicofacialis forma a száj nyálkahártyáját és a nyak bőrét, a thoracalis forma a tüdőt, a generalizált forma az egész szervezetet érintheti.

Az elmúlt 15 év hazai urológiai szakirodalmában urogenitalis szervben zajló, vagy azt érintő actinomycosisról szóló közleményt nem találtunk.

### Esetismertetések

A Heves Megyei Kórház Urológiai Osztályán az elmúlt 15 évben előfordult 3 esetet ismertetjük.

1.) Az 51 éves nőbeteg közel 1 éves recidiváló cystitises, pyelonephritises panaszok után lázas, szepikus állapotban jó vesetáji fájdalommal került felvételre osztályunkra 1982. márciusában. Haematuriaja nem volt.

Laboratóriumi leleteiből: vizelet: fs: 1030, pH: 6, üledék: 80–100 fvs, 5–6 vvt, serum: KN: 4,9 mmol/l, KR: 83 umol/l, K: 4,9 mmol/l, fvs: 10,6 G/l, We: 120 mm/óra. Kvalitatív vérkép: St: 8%, Se: 50%, Mo: 10%, Ly: 30%, Ly-id: 2%, néhány sejtben tox. gran.

Kivizsgálásunk alapján a beteg állapotát a jobb vese felső pólusában elhelyezkedő gyulladáshoz társuló tályogképződéssel magyaráztuk (kiválasztásos urographia történt). Jobb oldali vesefeltáráskor erősen gyulladáshoz társuló környezetet, a vese felső pólusának kiszélesedését és tömött tapintatát figyeltük meg. A kép alapján tumor, illetve specifikus folyamat gyanúja is felvetődött. Mérlegelve a körülményeket, nephrectomiát végeztünk. A szövettani eredmény actinomycosis volt. A zavartalan posztoperatív szakban Tetracyclint alkalmaztunk, jó sebgyógyulás zajlott. A beteg azóta is panaszmentes.



5, üledék: 2–3 lhs, serum: KN: 5 mmol/l, KR: 66 umol/l, K: 4,3 mmol/l, fvs: 7 G/l, We: 10 mm/óra.

Ultrahang és CT vizsgálatok a hólyag mellső falán, részben intramuralisan az elülső hasfallal összefüggő, meszesedést is tartalmazó tumort mutattak. Ezek alapján a urachusból kiinduló tumorra gyanakodtunk (2. kép).

A terimét, amely a peritoneummal és az uterusal összetapadt, hólyagfal resectiójával eltávolítottuk. A szövettani vizsgálat a hólyagfalon kívül actinomycosist, a hólyag nyálkahártyán pedig papillomát igazolt. Nagy dózisu Penicillin kezelést alkalmaztunk. A nőgyógyászati vizsgálat endometriosiszt igazolt, és az IUD-t eltávolították. A beteg gyógyult, 5 hónapos kontrollon panaszmentes.

### **Megbeszélés**

A fenti esetekben kérdéses a pathogenesis. Az első esetben (vese) haematogen szóródásra gondolhatunk, a másik két (kismencedei) esetben felmerül az IUD szerepe. Mindhárom betegnél differenciáldiagnosztikai nehézségek merültek fel. A malignus tumortól és TBC-s gyulladástól való elkülönítés még ultrahang, illetve CT segítségével sem sikerült. Jelen betegeknel a pontos diagnózis hiánya nem befolyásolt a terápiát (bármely esetben a terime eltávolítása lett volna szükséges), de tanulságként levonható, hogy tumorosnak látszó, esetlegesen inoperabilisnak ítélt esetekben is szükség van szövettani vizsgálatra, és gondolni kell a ritka actinomycosis előfordulási lehetőségére is. Betegeink gyógyulását a radikális műtétek és a megfelelő antibiotikum-terápiában tulajdonítjuk. Eseteink közlését a fenti tanulságok miatt tartottuk érdemesnek.

### **Irodalom**

1. Cvetkov, MC et al.: Renal actinomycosis complicated by renoduodenal fistula and diabetes mellitus. British. J. Urol. 1995, 73:104–105. –
2. Ozyurt, C. et al.: Actinomycosis simulating bladder tumour British. J. Urol. 1995, 76:263–264. –
3. Chatwani, A., et al.: Incidence of actinomycosis associated with intrauterin devices J. Reprod. Med. 1994, 39:585–587. –
4. Khalaff, H., et al.: Recognition of renal actinomycosis: nephrectomy can be avoided. Report of a case. Canadian J. Surgery 1995, 38:77–79. –
5. MSD Orvosi Kézikönyvtár 1994, Budapest, 130. –
6. Máté M., Szabó K., Berczi L.: Abdominalis actinomycosis. Magyar Sebészet 1995, 48:327–330. –
7. Koltai M., Barkai L., Hardonyi A.: Actinomycosis fertőzés okozta kismencedei gyulladások. Orvosi Hetilap. 1991, 132:227–231.

*Levelezési cím:*

**dr. Szabó Zsolt,**  
3301 Eger, pf.: 15

# A vastagbél- és gyomorrák gyakoriságának változása osztályunk elmúlt 10 éves anyagában

SIKE RÓBERT DR. ÉS SZELE KÁLMÁN DR.

## Összefoglalás

Az elmúlt évtizedekben Magyarországon az összhalálozás folyamatosan emelkedett. Ezen belül az összdaganatos halálozás, valamint a daganat incidenciája abszolút értelemben és százalékosan is növekedett. Az iparilag fejlett országokhoz hasonlóan hazánkban is a statisztikai adatok a colorectalis carcinoma incidenciájának fokozatos emelkedését mutatták, míg a gyomordaganatoknál lassú csökkenés észlelhető. Megállapítható, hogy vizsgált betegek között a coloncarcinomás esetek száma növekedett, ezzel szemben a gyomorcarcinoma incidenciája csökkent.

**Kulcsszavak:** *colorectalis carcinoma, gyomorcarcinoma, epidemiológia, incidenciája.*

## Bevezetés

Epidemiológiai tanulmányok szerint a colorectalis rák gyakorisága az ipari fejlettséggel arányosan változik (6, 12). Dán adatok szerint (8) 1943–1988 között a fenti daganatos megbetegedés száma többszörösére emelkedett. Olaszországi megfigyelések szerint a növekedés a jobb colonfélben észlelhető nagyobb számban (1).

A középkelet-európai országok az elmúlt évek során a legmagasabb incidenciájú országok közé kerültek (2). Magyarországon a colorectalis daganatos megbetegedések számának növekedése követi a nyugat-európai tendenciát (3, 12, 13). Lakatos 1965 és 1995 közötti időszakokra vonatkozó megfigyelése szerint a colorectalis rák halálozása 30 év alatt 2,5-szeresére növekedett, ezen belül a férfiak körében a növekedés háromszoros (10).

Újszászy és Simon felmérése szerint hazánkban a gyomorrák okozta halálozás 1970 óta folyamatosan csökken (12), mely egyezik a nyugat-európai és egyesült államokbeli adatokkal (4, 7). A gyomorrák halálozása csökkenése és a colorectalis carcinoma okozta mortalitás növekedése 1980-ban keresztezte egymást Magyarországon. 1995-ben több mint másfélszerese volt a colorectalis rák okozta mortalitás a gyomorrákénak (10). A keleti országrészben a gyomorcarcinomás halálozás a 90-es évek elejéig a második helyen állt és ezzel megelőzte a colorectalis rák okozta mortalitást (9, 12).

## Betegek és módszerek

Tanulmányunk célja az volt, hogy megvizsgáljuk, gasztroenterológiai ambulanciánk beteganyagában mennyire észlelhetők a bevezetőben említett változások. Vizsgálataink az incidenciára irányultak, a mortalitást nem tudtuk tanulmányozni. Az elmúlt 10 év, konkrétan

tan az 1987-től 1996-ig terjedő időszak endoscopos vizsgálati leleteit tekintettük át a gyomor és a colorectalis carcinomás megbetegedések előfordulása szempontjából. Egyéb vizsgálmódszerekkel (ultrahang, irrigoscopia, gyomor RTG) felfedezett, de endoscoppal nem igazolt daganatokat nem vettünk figyelembe. Szintén nem kerültek a tanulmányba az endoscopos vizsgálat nélkül műtétre került gyomor vagy colorectalis daganatos betegek sem. Csak a szövettanilag igazolt elváltozásokat vettük figyelembe. A bizonytalan, vagy csak a vizsgálat során a macroscopos kép alapján carcinomásnak tűnő, de szövettanilag nem igazolható eltéréseket kirekesztettük a tanulmányból. Ugyancsak nem vettük figyelembe a recidiváló, a gyomor bélrendszerbe metastatizáló daganatokat, valamint a praecancerosisokat sem. Összehasonlítottuk a gyomor-bélrendszeri carcinomában megbetegedettek évenkénti számát, a felfedezéskori átlagéletkorát, nembeli eloszlását. A vizsgálati szám évről-évre történő emelkedését az eredmények végső értékelésénél figyelembe vettük. A vizsgált időszakban osztályunk felvevőterületének nagysága, a társosztályok száma és az onnan érkező betegforgalom nem változott.

### ***Eredmények***

A felfedezett colorectalis carcinomás esetek számának első 3–4 évben észlelt lassú emelkedése után egy gyorsabb ütemű növekedés figyelhető meg. A gyomordaganatok esetében az első 5 növekedést mutató év után lassú esetszám csökkenés észlelhető (1. ábra).

Mind a colonoscopiás, mind a gastroscopiás vizsgálati szám a tíz év alatt kb. háromszorosára emelkedett (2. ábra).

Ha 1000 elvégzett vizsgálatra vonatkoztatjuk az újonnan észlelt daganatos megbetegedések számát, akkor jól látható, hogy a vastagbél daganatai erős szórás mellett csak az utolsó évben mutattak jelentős növekedést. A gyomordaganatok 1000 vizsgálatra vonatkoztatott számának az első 4 évben észlelhető stagnálása után egy évig tartó növekedés, majd dinamikus csökkenés észlelhető (3. ábra). Ha a felfedezett évenkénti esetszámokat összehasonlítjuk, akkor megállapítható, hogy az utolsó vizsgált évben már a colorectalis daganatok száma meghaladja a gyomortumorokét. Ha az 1000 vizsgálatra vonatkoztatott eredményeket vesszük figyelembe, akkor a colorectalis daganatok mindvégig nagyobb számban fordulnak elő, mint a gyomordaganatok.

A nemek szerinti megoszlást illetően a colorectalis carcinoma eseteiben a vizsgált időszak első éveiben a férfiak körében volt nagyobb a megbetegedések száma, később a nőknél jelentős növekedés látható, mely meghaladta a férfiaknál látható esetszámokat. A gyomordaganatoknál az utolsó év kivételével mindvégig jelentős férfitúlsúlyt észleltünk (4. ábra). Míg a férfiak esetében a colorectalis carcinoma felfedezésekor talált életkorátlagban a vizsgált 10 év alatt nincs számottevő változás, addig a nőknél jelentős életkorátlag csökkenés észlelhető. A gyomorcarcinoma felfedezésekor talált átlagéletkorokban nemtől függetlenül minimális emelkedés észlelhető (5. ábra).

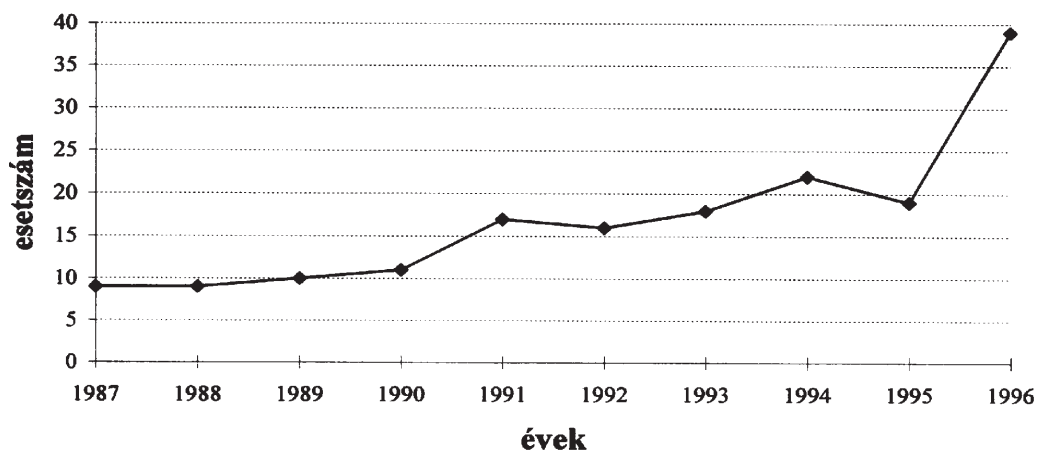
### ***Megbeszélés***

A daganatos megbetegedések között a colorectalis carcinoma Magyarországon a második leggyakoribb halálok. Ezen daganatféleség számának jelentős növekedése, ill. a gyomorrákos esetek számának utóbbi években észlelt lassú csökkenése indított arra az elhatá-

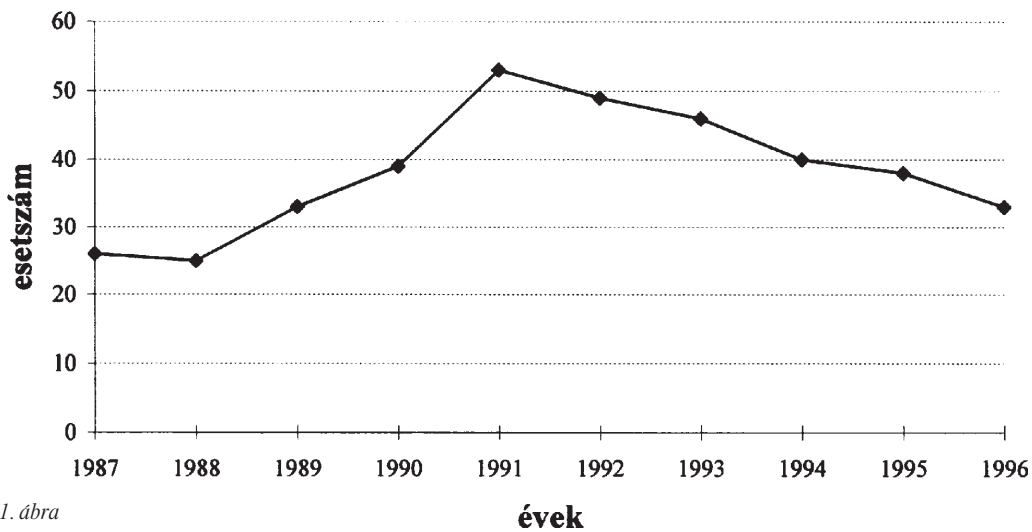
rozásra, hogy megvizsgáljuk a két daganatfeleség előfordulási arányát és epidemiológiai jellemzőit beteganyagunkban.

Megállapítottuk, hogy a vizsgált időszakban a colorectalis carcinomás esetek száma növekedett, míg a gyomorcarcinoma incidencia lényegesen csökkent. Ha egységnyi vizsgálat-számra vonatkoztatjuk a felfedezett új megbetegedéseket – mely alapján a vizsgálatszám nö-

### Felfedezett colorectalis carcinomás megbetegedések száma 1987-1996 között

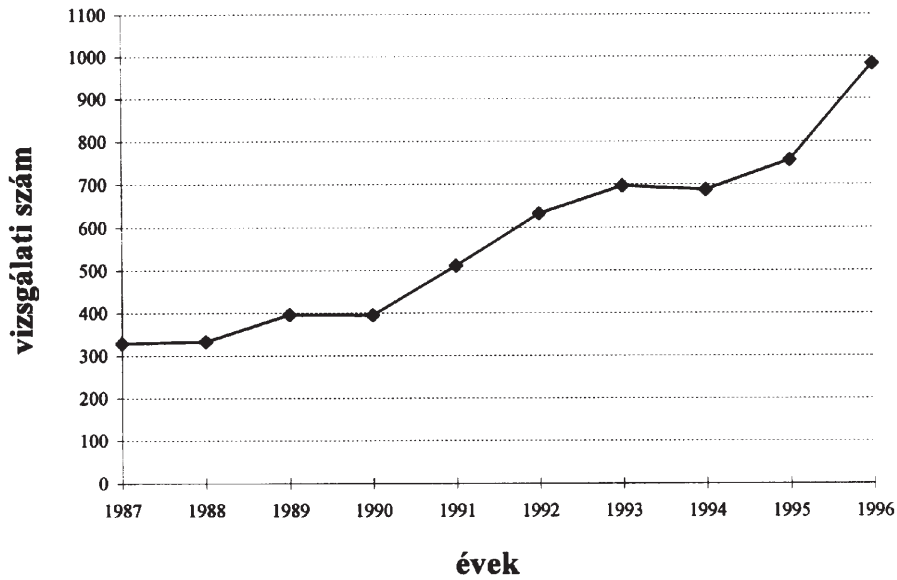


### Felfedezett gyomorcarcinomás megbetegedések száma 1987-1996 között

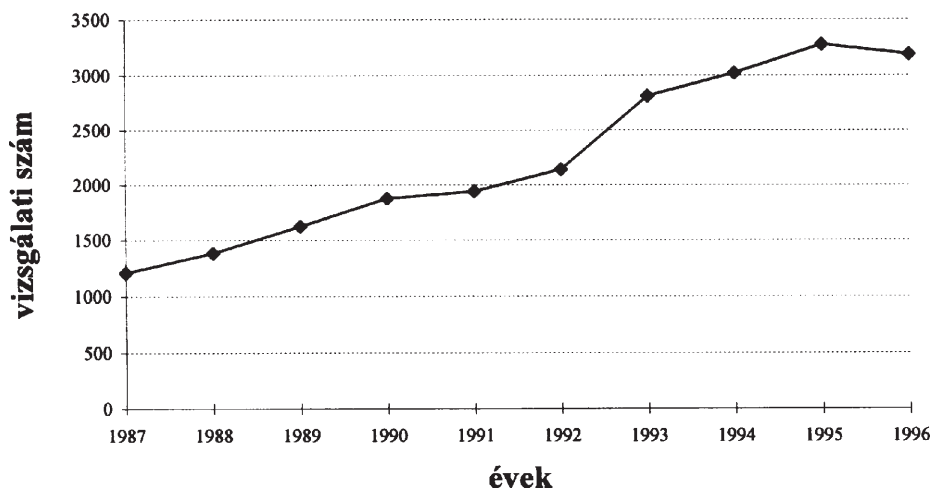


1. ábra

### 1987-1996 között végzett colonoscopiás vizsgálatok száma osztályunkon

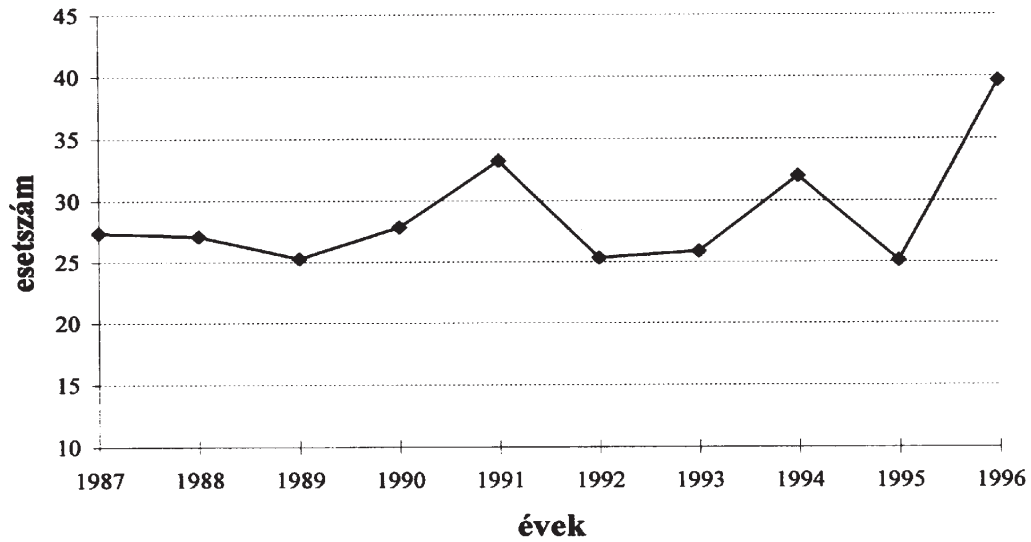


### 1987-1996 között végzett felső panendoscopiás vizsgálatok száma osztályunkon

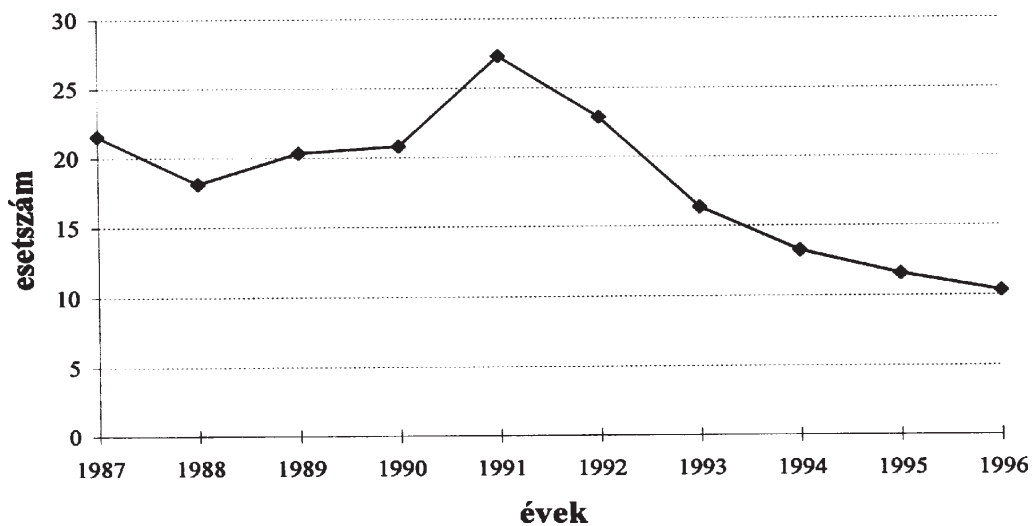


2. ábra

**Az 1000 vizsgálatra vonatkoztatott, újonnan felfedezett colorectalis carcinomás megbetegedések száma 1987-1996 között**

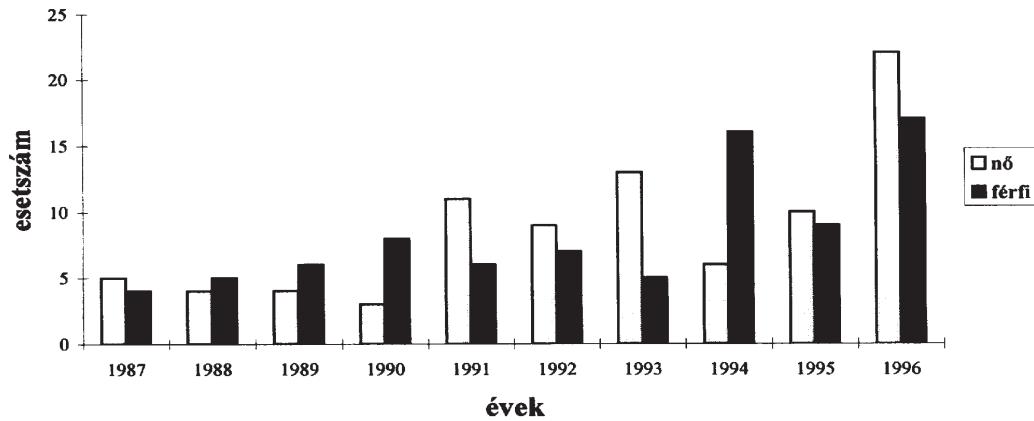


**Az 1000 vizsgálatra vonatkoztatott, újonnan felfedezett gyomorcarcinomás megbetegedések száma 1987-1996 között**

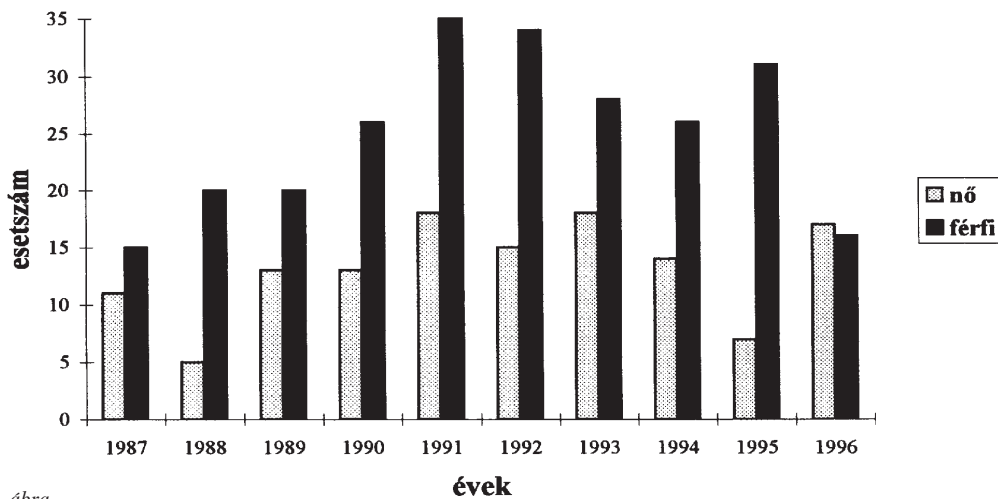


3. ábra

### A colorectalis carcinoma nemek közötti megoszlása 1987-1996 között



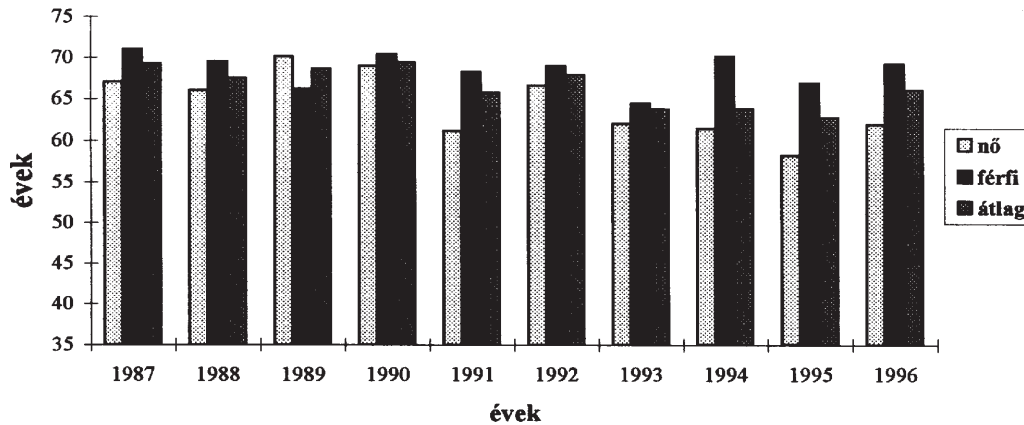
### A gyomorcarcinoma nemek közötti megoszlása 1987-1996 között



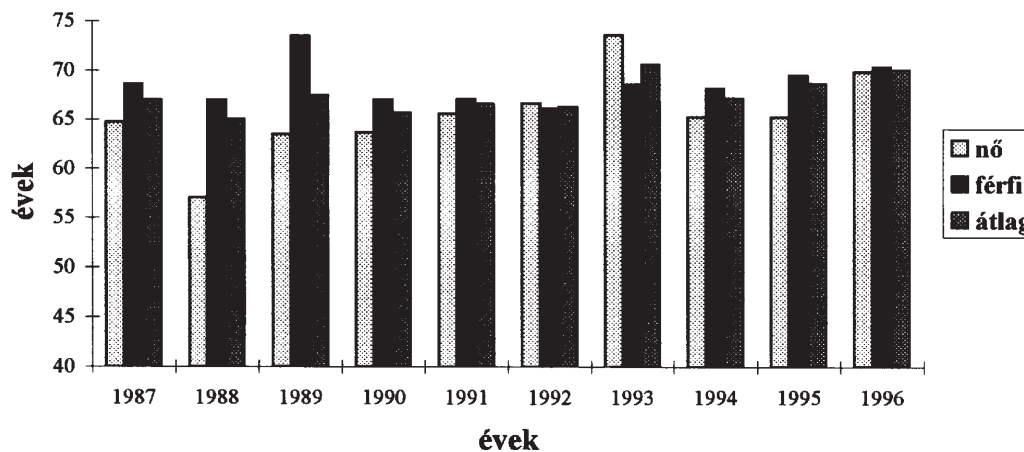
4. ábra

vekedésből adódó esetszám növekedés kiküszöbölhető – akkor megállapítható, hogy a colorectalis carcinomás megbetegedések számában évről-évre fluktuáció figyelhető meg, mely szignifikáns növekedést nem mutat, szemben az irodalmi adatok alapján várható növekedéssel. A gyomordaganatok száma a vizsgált időszak első felében kisfokban növekedett, majd egy csúcspont elérését követően szignifikáns monoton csökkenés észlelhető. A megfigyelt

### Colorectalis carcinomás betegek felfedezéskori életkorátalaga 1987-1996 között



### Gyomorcarcinomás betegek felfedezéskori életkorátalagai 1987-1996 között



5. ábra

időszak második felének tendenciája a gyomorrák esetében megegyezik az országos adatokkal.

Ha az egységnyi vizsgálatra vonatkoztatott abszolút megbetegedésszámokat tekintjük, akkor szembetűnik, hogy a gyomorcarcinomás esetek száma a vizsgált időszakban mindvégig kisebb mint a vastagbél-daganatoké. Ez azt jelenti, hogy az országos viszonylatban a 80-as évek első felétől észlelhető gyomorrákot meghaladó méretű colorectalis rák halálozás adatainak vizsgálatunk eredménye nem mond ellent.

Különösen szembetűnő az utóbbi években vizsgált anyagunkban a colorectalis carcinomás esetek számának növekedése a nők körében. Magyarországi statisztikai felméré-

rések szerint a colorectalis rák gyakorisága dinamikusabban növekedett a férfiak körében, mint a nők között. Ezen megfigyelések elsősorban a mortalitási adatokra vonatkoztak. Igaz, vizsgálatunk elsősorban az incidenciára irányult, de a nők körében észlelhető colorectalis carcinoma megbetegedési szám növekedés dinamikája feltehetően eltér az országos átlagtól.

A gyomordaganatok körében általunk észlelt férfitúlsúly lényegében megegyezik az irodalmi adatokkal.

Ha a felfedezéskori életkorátlagokat tekintjük, akkor szembetűnő, hogy a gyomordaganatok inkább az idősebb kor felé, míg a colorectalis daganatok a fiatalabb kor felé tolódtak.

### ***Irodalom***

1. Cartia-Q., Meo-G., Arico-A. et al.: I carcinomi del colon destro. Rivisione di 60 casi consecutivi. G-Chir. 1992 Oct., 13 (10):479-484. –
2. Correa P., Haenszel W.: The epidemiology of large-bowel cancer. Advances in cancer research. Academic Press. Volume 26, 1978. –
3. Demográfiai Évkönyvek 1963–1995 KSH. –
4. Dockerty-JD., Marshall-S., Fraser-J. et al.: Stomach cancer in New Zealand: time trends, ethnic group differences and a cancer registry-based case-control study. Int-J-Epidemiol. 1991 Mar., 20 (1):45-53. –
5. Fortner-JG., Lauwers-GY., Thaler-HT. et al.: Nativity, complications, and pathology are determinants of surgical results for gastric cancer. Cancer. 1994. jan. 1. 73 (1): 8-14. –
6. Goldbohm-RA., van-den-Brandt-PA., van-t-Veer-P. et al.: A prospective cohort study on the relation between meat consumption and the risk of colon cancer. Cancer-Res. 1994 Feb 1., 54 (3): 718-23. –
7. Jakab Z., Döbrönte Z., Márkus B. és mtsa: Korai gyomorrák Vas megyében. Orv. Hetil. 1995. jún. 4., 136 (23):1249-52. –
8. Johansen-C., Mellegaard-A., Skov-T. et al.: Colorectal cancer in Denmark 1943-1988. Int-J-Colorectal-Dis. 1993 Mar. 8 (1):42-7. –
9. Juhász L.: Cancer mortality in the countr Szabolcs-Szatmár-Bereg in Hungary, 1980-1989. Cancer Series Nor. 13., Nyíregyháza, 1992. –
10. Lakatos L.: A vastagbélrák epidemiológiája- A vastagbélrák. Orvostovábbképző tanfolyam 1998. Budapest. –
11. Rattan J., Arber N., Tiomny E. et al.: Gastric polypoid lesions – an eight-year study. Hepatogastroenterology. 1993. 40 (2):107-9. –
12. Újszászy L., Simon L.: Colorectalis carcinoma, Válogatott fejezetek a vastagbélrákról. 1994. Glaxo-Medicom. –
13. Újszászy L., Nagy Gy., Prónay G.: Környezeti hatások a vastagbélrák kialakulásában. Az orvostudomány aktuális problémái. 1987. 48:29-43. –
14. Vámosi Nagy I., Köves I.: Endoscopic diagnostics of colorectal cancers. Acta-Chir-Hung. 1992-93, 33 (1-2):149-56.

Levelezési cím:

***Sike Róbert dr.***, 3301 Eger, pf.: 15

# Nővérképzés Egerben a Forrásközpontban

FODOR ZSUZSANNA

Az Agria Medicina Stúdió Alapítvány Oktatási Forrásközpont, mint oktatóbázis, Heves megye területén az alapellátásban tevékenykedő egészségügyi dolgozók szakmai továbbképzésének biztosítása érdekében jött létre, 1996-ban. Megalakulásának célja a háziorvosok, az ápolónők, a védőnők által nyújtott szolgáltatások szakmai színvonalának emelése a hatékonyabb alapellátás biztosítása érdekében. Az oktatótestület az egyes szakterületeken kiemelkedő eredményt ért el az orvosok meghívásával, akik színvonalas előadásokat tartanak a különböző továbbképzéseken.

A klienskör az egészségügyi dolgozókból tevődik össze, orvos, nővér, védőnő, ifjúsági védőnő az előadások témájának és érdeklődési körének megfelelően. A PHARE pályázati nyeresémmel létrehozott oktatóbázisban menedzsment, titkárság, adminisztrációs, műszaki és takarító személyzet biztosított. A személyi feltételeken túl sikerült kulturált oktatótermet kialakítani, amelyben audio-vizuális berendezési tárgyak, számítástechnikai ismeretek bővítésére szolgáló gépek, különböző technikai eszközök találhatók.

Figyelemre méltó a könyvtár, mely alkalmas audio-vizuális programok megtekintésére, konzultációs forrásanyagok, valamint önképző anyagok tárolására. A Forrásközpont megalkulása óta foglalkozik családorvosok rendszeres továbbképzésével, védőnők és nővérek szakmai ismereteinek elmélyítésével, továbbképzések és konzultációk formájában.

Az Agria Medicina Stúdió Alapítvány Oktatási Forrásközpont, támogatja és szervezi a képzést az alapellátásban, hozzájárul a jobb egészségügyi ellátás megtervezéséhez és megvalósításához, tanácsadó forrásként szolgál az egészségügyi dolgozók számára a felmerülő szakmai kérdésekben, segíti a helyi kezdeményezések kibontakozását, az itt felmerülő igényeknek megfelelően. Az áprilisi és szeptemberi nővérképzés célja: az egynapos sebészeti ellátás területén olyan klinikai és szakápolástani elméleti és gyakorlati ismeretek nyújtása, melynek birtokában az ápolónők a beavatkozás után képesek lesznek a betegeket otthonukban ápolni. A pályázatot ezúttal a Soros Alapítvány írta ki, és a stúdió támogatást nyert el. Így 2x25 fő képzésére nyílt lehetőség a résztvevőknek teljesen ingyenesen – ami a nővér fizetéseket ismerve nagyon kedvező.

A továbbképzésen részt vehet az, akinek középiskolai végzettsége, felnőtt szakápolói, körzeti ápolói, általános betegápolói, OKJ ápolói, vagy diplomás ápolói képesítés és legalább 3 éves szakmai gyakorlata van. A továbbképzés 40 óra elméletből és 40 óra gyakorlatból áll. Az elméleti anyagrészhöz az ETI által kiadott jegyzeteket használhatják a résztvevők, melynek címe „Egynapos sebészeti ellátás és szakápolás”. A jegyzet az általános ápolói, etikai, jogi ismereteket követően az egyes sebészeti területeket (sebészet, fül-orr-gégészet, pacemaker kezelés, szemészet, nőgyógyászat, traumatológia, ortopédia, urológia és endoscopia) külön tárgyalja. Ahol szükséges, ott a korábbi anatómiai-élettani ismereteket újabbakkal egészíti ki, és az egyes kórképek és a beavatkozások rövid leírásán túl, rendszerezi az otthoni szakápolás feladatait is.

A jegyzet meghatározza az ápolási diagnózisokat és felvázolja a posztoperatív szakkal kapcsolatos ápolási teendőket. A jegyzetet Vízvári László az ETI főigazgatója szerkesztette, szerzői (Dr. Deák György, Dr. Drexler László, Dr. Drexlerné Solymos Mária, Dr. Farkas Iván, Dr. Ferenc János, Horváth Károlyné, Dr. Karászi Éva, Dr. Nagy Ferenc, Dr. Sziklay Levente, Dr. Tomcsányi István, Dr. Ungor Károly, Vízvári László és Dr. Winternitz Tamás) a komplexitásra törekedve megpróbáltak olyan információkat közvetíteni, amelyek a mai egészségügyi szakképzésben hiánypótlóak.

A gyakorlati képzés 40 óra, azaz 5 napig tartó szakmai feladatok elvégzése. Ez idő alatt 3 beteget kell a hallgatónak nyomon követnie a kórházba érkezéstől a beteg otthonába bocsátásáig, valamint egy beteg részletes ápolási tervét kell elkészíteni.

A gyakorlatra a Markhot Ferenc Kórházzal kötöttek együttműködési szerződést a pályázók, így a gyakorlati szakasz a kórház kijelölt osztályairól indul.

*Ezek az osztályok a következők:*

- Szülészeti-Nőgyógyászati
- Ortopédiai
- Sebészeti- Érsebészeti
- Szemészeti és
- Urológiai Osztály

Ezeken az osztályokon a kórház már a korábbi évek gyakorlatában is végzett egynapos beavatkozásokat, így kitűnő gyakorlóterületet adnak. Az említett osztályokon az egynapos sebészeti formában elvégezhető feladatokat, a 3/1997. (II 13.) NM rendelet 9. számú melléklete sorolja fel. Ez a rendelet az egészségügyi szakellátás társadalombiztosítási finanszírozásának egyes kérdéseiről szól és a 9/1993. (IV 02.) NM rendeletet módosítja.

Az elméleti és gyakorlati képzés végén a tanfolyamot vizsga zárja. Bizottság előtt tesznek vizsgát a hallgatók az elsajátított ismeretekből, előre megadott témakörök alapján.

*A továbbképzés végére szakmai követelmény, hogy a hallgató képes legyen:*

- meghatározni az egynapos sebészet körébe tartozó kórképeket
- a beteget és családját felkészíteni és előkészíteni a beavatkozásra ill. az otthoni ápolásra
- a beteg lakókörnyezetét az otthoni ápolásra előkészíteni
- ápolási folyamatban gondolkodni, ápolási tervet készíteni
- otthoni szakápolási feladatokat elvégezni
- a beteget a műtét után megfigyelni, állapotát megítélni
- sebkezelést végezni
- az esetleges szövődményeket felismerni és azokat elhárítani, illetve az elhárítás érdekében cselekedni

- közreműködni a beteg rehabilitációjában
- az etikai normákat és a jogi szabályokat betartani

Eredményes vizsga után a továbbképzésen résztvevők részére az ETI „Igazolványt” ad ki. Erre a továbbképzésre Heves megyéből jelentkezhetnek a szakdolgozók.

A felhívásra nagyarányú volt az érdeklődés, mert már a szeptemberben induló második tanfolyamon is „telt ház” van. A szervezők örülnek az ilyen pályázati lehetőségeknek és fontolgatják a Soros Alapítvány következő kiírásának megpályázását, melynek címe „Napi sebészet” lesz és már nemcsak az alapellátásban hanem az intézeti ellátásban közvetlenül résztvevő szakápolók is jelentkezhetnek a továbbképzésre.

Levelezési cím: **Fodor Zsuzsanna**, 3300 Eger, Klapka u. 11.

# Gyermekpszichiátriai szakrendelésünk feladatai: miskolci eredmények és tapasztalatok

SZABÓ EDIT DR.

## Összefoglalás

A szerző összefoglalja a gyermekpszichiátria hazai fejlődését, a határterületekkel való kapcsolatát. Bemutatja a gyermekpszichiátriai szakrendelésük kialakításának főbb állomásait, a rendelés szakmai szervezését és az aktuális teendőket. A legfontosabb gyermekpszichiátriai zavarok ismeretése után kiemeli a gyermekgyógyász-gyermekpszichiáter kapcsolat fontosságát.

**Kulcsszavak:** *gyermekpszichiátria, ambuláns ellátás, pszichoterápia.*

A gyermek- és ifjúságpszichiátria fejlődése világszerte azon felismerést követően kezdődött, hogy az epidemiológiai vizsgálatok szerint a gyermekkorú népesség 10–25%-a valamilyen pszichés eredetű rendellenességben szenved. Az 50-es évek ezen ráébredését követően gombamódra szaporodtak Európa-szerte és az Egyesült Államokban a gyermek- és ifjúságpszichiátriai intézmények. Ennek halvány fuvallata hazánkat is elérte ebben az időben, hiszen ekkorra tehető a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gondozóhálózat alapjainak a lerakása, majd lassú fejlődésnek indulása. Újabb lendületet vett 1980-at követően a szakterület, amennyiben az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztálya és a Szegedi Orvostudományi Egyetem Ideg- és Elmegyógyászati Klinikájának Gyermekpszichiátriai Osztálya mellett az ország több városában (Budapest, Debrecen, Szigetvár, Szolnok, majd Gyula) is létesítettek gyermek- és/vagy ifjúságpszichiátriai osztályokat. 1996-ban jelent meg Magyarországon az első európai színvonalú gyermekpszichiátriai tankönyv Vetró Ágnes, a SZOTE Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztályának egyetemi docense és William Parry-Jones, a Glasgow-i Egyetem Gyermek- és Serdülőpszichiátriai Osztálya professzorának szerkesztésében.

Megyénkben 1987-ben merült fel első ízben a gyermekneurológiai és gyermekpszichiátriai szakambulancia szétválásának gondolata. Ezt megelőzően a gyermekpszichiátriai teendőket is gyermekneurológusok látták el. A gondolattól a megvalósulásig hét év telt el. A gyermekpszichiátriai szakambulancia 1994. február 1-jén kezdte meg működését. A team két orvusból, két pszichológusból, egy logopédusból és egy asszisztensből áll. Heti 2X3 órás gyermekpszichiátriai rendelésünkön a város és a megye lelki zavarokban szenvedő gyermekeit fogadjuk előjegyzés alapján. Az orvosi munka a beteg vizsgálatából, a diagnózis felállításából, gyógyszeres kezelésből és/vagy pszichoterápiából áll. A pszichológusok pszichodiagnosztikai és pszichoterápiás munkát végeznek. A pszichoterápia a probléma jellegétől függően vagy egyéni terápia, vagy családi konzultáció formájában történhet. A családi konzultáció, családterápia különösen fontos helyet tölt be a pszichoterápián belül, mert

pácienseink családban nevelkedő gyermek- és serdülő korú fiatalok, akik sok esetben a családon belüli feszültségek, kommunikációs zavarok tünezhordozói csupán. A logopédus beszédhibák korrekciójával, gyógypedagógiai fejlesztő foglalkozásokkal segíti kis pácienseink gyógyulását. Az előjegyzési időpont kérése során a betegek, illetve szüleik először asszisztensnőnkkel kerülnek kapcsolatba, akik az időpont biztosítása mellett tájékoztatja őket arról is, hogy milyen korábbi leletekre, vizsgálati eredményekre van szükség, esetleg óvodai, iskolai, pedagógiai véleményezés szükségességére felhívja a figyelmüket. Szakambulanciánk profiljába nem tartozik bele a gyermekek iskolaérettségének elbírálása, tanulási problémák kezelése, ezek mind a nevelési tanácsadók kompetenciájába tartoznak.

Az elmúlt három év alatt 9075 megjelenést regisztráltunk szakambulanciánkon. Évekre lebontva a megjelenések számában lényegi különbség nem volt. 1994-ben a megjelent betegek 38%-ának enuresis nocturna, 13%-nak magatartászavar, 12%-nak mentális retardáció, 7,4%-nak cephalalgia volt a kórjelzése. 1995-ben a megjelentek 19,7%-át enuresis nocturna, 16,8%-át magatartászavar, 12%-át mentális retardáció, 11,4%-át szorongásos zavar, 3,9%-át hangulatzavar, 2%-át hyperkinetikus zavar miatt kezeltük. 1996-ban a rendelésen megjelentek 22,6%-a enuresis nocturna, 17,2%-a magatartászavar, 16%-a mentális retardáció, 9,2%-a szorongásos zavar, 4,1%-a hangulatzavar, 3,7%-a hyperkinetikus betegségben szenvedett. Szakambulanciánkon az elmúlt három év alatt nyolc pszichotikus gyermek folyamatos gondozását végezzük (pszichotikus tünetekkel járó oligophrenia, schizophrenia).

### ***Sürgősségi ellátás a gyermekpszichiátriában***

A gyermekpszichiátriában kevés olyan betegséget ismerünk, mely az életet közvetlenül fenyegeti, de a sürgősségi ellátásra mégis jelentős az igény.

A legtöbb gyermek alapvetően függő helyzetben van. A sürgősségi ellátás igényét a felnőtt fogalmazza meg. Ha a gyermekért felelős felnőtt úgy látja, hogy a helyzetet nem tudja kontrollálni, vagy nagyon aggódik, sürgős segítséget kér. Nagyobb gyermekek vagy serdülők maguk is felkereshetik az orvost, ha úgy érzik, a szülő nem támogató, nem törődik velük.

A sürgősségi esetekben a családi kapcsolatokat általában már hosszabb ideje rosszak, a gyermek alkalmazkodóképességének határán van. Ilyenkor valamilyen aktuális külső ok miatt a szülő képtelen megfelelni feladatának, és a gyermek (illetve az egész család) ettől hirtelen krízisba kerül. Előfordul, hogy ilyenkor a szülő hozza a gyermeket, de gyakori az is, hogy az iskola, a rendőrség, a gyámhatóság, a gyermekgyógyász, a családorvos utalja be.

A serdülők jelentős része, csaknem fele sürgősséggel kerül felvételre gyermekpszichiátriai osztályokra. Igen gyakori az auto- vagy heteroagresszió miatti beutalás. Mindkét esetben gyakran állapítható meg alkalmazkodási zavar, depresszió, vagy magatartászavar.

A sürgősségi esetekben azonnali vizsgálatra és gyors beavatkozásra van szükség. Ilyenkorra ugyanis a családtagokban már sok negatív érzés halmozódott fel, a család polarizálódik, a párbeszéd esélye igen kicsi, és ún. destruktív spirál indulhat be (a szülő kemény magatartása fokozza a serdülő ellenállását). A gyors beavatkozás mellett szól az is, hogy a krízis-helyzet idején átmenetileg fellazulnak a rigid családi interakciós minták, az interperszonális tanulás és viselkedésváltoztatás ilyenkor könnyebb. Ha ez az időszak elmúlik, a család újra tagadni fogja a problémák létezését és eltűnik a terápiából. Fontos, hogy felismerjük a család maladaptív működéseit, amelyek ilyenkor markánsan megjelennek. A tünet általában

csak a jéghegy csúcsa, a jelenlegi krízist már sok krízis előzte meg. Krízis esetén a leggyakrabban diagnosztizált zavar az alkalmazkodási zavar. Fontos tudnunk azonban, hogy a krízis társulhat más pszichiátriai zavarral is.

A kezelést tekintve az első és legfontosabb teendő a gyermek biztonságba helyezése, támogatása és megnyugtatósága (akár gyógyszeresen is). Vannak esetek, amikor ezt az otthoni környezetben is meg lehet oldani, de ha ez nem lehetséges, feltétlenül intézeti felvételt kell kérni (esetleg csak egészen rövid időre). A következő lépés a kapcsolat kialakítása a gyermekkel, a probléma megismerése, valamint a gyermek és a család viszonyának vizsgálata, ha lehet, megoldások keresése.

## ***Speciális sürgősségi állapotok***

### ***1. Depresszió és szuicid kísérlet vagy veszély***

Bár ritkán kisebb gyermekeknél is észlelhetjük, az öngyilkossági kísérletek száma 14 év felett emelkedik jelentősen. A kísérletezők között több a lány, akik az esetek nagy részében gyógyszereket vesznek be. Előfordul, hogy mire a serdülő vizsgálatra kerül, már tagadja, hogy meghalási szándéka volt. Máskor a vizsgáló érzi úgy, hogy a cselekedetet manipulatív szándék motiválta. Ennek ellenére minden ilyen eseményt komolyan kell venni, mert megzavart interperszonális kommunikációt és kapcsolatokat jelentenek. Lényeges az epizód időbeli környezetének vizsgálata (mi történt az esemény előtt), valamint annak megállapítása, hogy mennyire érzi magát a gyermek elhagyottnak és reményvesztettnek. Fontos kérdés, hogy fogyasztott-e a serdülő alkoholt a kísérlet előtt (ez ugyanis rontja az impulzus-kontrollt).

#### *Vizsgálati szempontok:*

- miért akart meghalni?
- milyen módszert választott?
- volt-e impulzus-kontrollt csökkentő faktor?
- mennyi ideje foglalkoztatja ez a gondolat?
- milyen mértékű a családban a zavar, az erőszak, abúzus, elhanyagolás, a támogatáshiány?
- mennyire érzi magát a gyermek nem kívántnak?

### ***2. Pszichotikus állapot***

A serdülőkori schizofrenia kezdődhet heveny állapottal, de jelentkezhet így affektív betegség, vagy szomatikus betegséget kísérő delirózus állapot is. Drogok hatására rövid pszichotikus reakció keletkezhet.

### ***3. Agresszív, fenyegető állapotok***

Első teendőnk ilyenkor a megfelelő biztonság kialakítása mind a gyermek, mind a környezet számára. A megnyugtatósítás fő eszköze a szó kell, hogy legyen, de szükség esetén gyógyszer, vagy fizikai rögzítést is alkalmaznunk kell. A gyógyszerek közül minden akut állapot ellátásában szóba jön a haloperidol. A diagnózis megállapítása után az ennek megfelelő gyógyszert alkalmazzuk.

### ***4. Magatartászavar***

Ez is gyakori beutalási ok. Ilyen esetben mindig meg kell vizsgálnunk, hogy nem áll-e fenn más betegség is. A magatartászavar diagnózisához a tüneteknek legalább 6 hónapja fenn kell állniuk. A sürgősségi beutalással jelentkező gyermekeknél gyakran inkább stressz-helyzetre kialakult akut normasértő viselkedésről van szó.

### **5. Szorongásos állapotok**

Gyermekeknél a közösségbe kerülést, vagy közösségváltást követően akut szeparációs szorongás alakulhat ki. Serdülőkorban előfordul pánikbetegség.

### **6. Evési zavarok**

Súlyos, életet veszélyeztető esetekben akár kényszerrel is sürgősségi felvétel indokolt (cachexiával járó anorexia nervosa esetében).

### **7. Disszociatív zavarok**

Ebben az esetben a tünet a környezet számára ijesztő, ez sürgetheti a felvételt (pl. amnesia, mozgás- és érzékszavarok).

### **8. Konverziós zavarok**

Komplex, gyorsan kifejlődő, drámai tüneteket látunk. A heveny állapot lezajlása után a fiatal meglepően jól érzi magát, rendezett. Serdülő lányoknál fordul elő gyakrabban. Általában gyermek- vagy belgyógyászhoz kerülnek, aki kizárja a szomatikus betegséget és ezután gyermekpszichiáterhez utalja tovább őket. Gyakran előfordul, hogy a szülők, vagy maga a gyerek a funkcionalitást nem fogadja el, nem egyezik bele a vizsgálatba vagy kezelésbe és további organikus kivizsgálást szeretne.

### **9. Alkohol- vagy drogabúzus**

Ezeknek az eseteknek az ellátása általában speciális intézményekben történik. Fontos azonban annak az ismerete, hogy más betegséggel együtt is előfordulhatnak, ezért a szer eliminálása után újabb vizsgálatot kell végeznünk.

### **10. Gyűjtogatás**

Ez az állapot főleg a szülők krízisét váltja ki, különösen, ha nagyobb anyagi kárról van szó. Gyakran a rendőrség is érintett az ügyben. A sürgősségi felvételt ezek a körülmények indokolják. A gyermek általában tartós betegségben szenved (hiperaktivitás – figyelemzavar szindróma, magatartászavar) és máskor is volt gyűjtogató vagy egyéb normasértő viselkedése. Kiskorában a szülők elhanyagolták, engedték a tüzzel játszani. A családban jelentős zavarokat szoktunk észlelni.

### **11. Elszökés otthonról**

Általában serdülőkori jelenség, gyermekkorban csak ritkán, súlyos családi helyzetben fordul elő. A fiatal napokta eltűnik otthonról és nem önként jön gyermekpszichiáterhez, hanem a szülő hozza vagy a gyámhatóság küldi. Ilyenkor a rapport megteremtése nagyon nehéz lehet, ugyanakkor ez a legfontosabb kérdés, mert ha a gyerek elmarad a terápiából, a viselkedési minta krónikussá válhat és szociális hátrányokhoz, személyiségzavar kifejlődéséhez vezethet. A krízis-intervenció elveit alkalmazzuk, reális terápiás cél a serdülő kommunikációjának javítása.

*A betegségre és kórházi felvételre adott reakciók:*

A betegségre adott normális reakció a gyermek fejlődési szintjétől függ. Típusai a következők:

- a kötődési viselkedés fokozódása;
- regresszió (pl. ujjszopás, bevizelés);
- passzivitás (reménytelenség, a kompetenciaérzés csökkenése);
- szorongás, fenyegető fantáziák;

– pszichobiológiai tünetek: fájdalmak, rossz közérzet, ingerlékenység, alvás- és étvágyzavarok;

– az elhárító mechanizmusok mobilizálódása: tagadás, konverziós tünetek, fóbiák.

A szülők, akik eddig a gyermeket ellátták, a felvételkor szorongást, büntudatot, haragot éreznek és mutatnak. A stressz befolyásolja a gyermek betegségre való érzékenységét is, valószínűleg pszichoimmunológiai folyamatokon keresztül.

*A kórházi felvételre adott pszichés reakciókat súlyosbító tényezők:*

– előzetes pszichopatológia jelenléte;

– rossz szülő-gyerek kapcsolat;

– a szülő pszichiátriai betegsége;

– csecsemőkor;

– a szomatikus betegség súlyossága;

– a kórházi felvételre való felkészítés hiányosságai;

– a betegség kognitív megértésének hiányosságai.

Azok a gyermekek, akik 5 éves koruk előtt kétszer vagy ennél többször kerültek kórházba, valószínűbben mutatnak pszichiátriai tüneteket, tanulási problémákat vagy magatartási zavarokat, mint a kórházba nem, vagy csak egyszer került társaik. Ha a gyermek sokáig van kórházban, vagy krónikus betegsége alakul ki, a szülők gyászt és veszteséget élnek meg. Módosítani kell terveiket, lehetőségeik korlátozódnak, terheik viszont megnőnek. Sokszor kimerültek, szorongóak, büntudatosak, vagy a kórháztól erősen dependenssé válnak. Az egész család, a testvérek is izolálódhatnak a közösségtől.

A kezelő személyzet hosszú bentfekvés vagy krónikus betegség fennállása esetén elégedetlen lehet a javulással, visszaesések alkalmával frusztráció keletkezik bennük, kompetencia-érzésük csökken és haragjukat a szülőre zúdíthatják. Az is előfordulhat, hogy úgy gondolják, azok a szülők és gyermekek, akik már többször megfordultak az osztályon, ismerik a körülményeket, ezért nem szükséges őket a felvételre újra felkészíteni. A család és a beteg számára azonban minden felvétel egyedi és igénylik a felkészítést.

### ***A gyermekgyógyász és a gyermekpszichiáter kapcsolata (liaison munka)***

Az élet folyamán egyik periódusban sem áll olyan közeli kapcsolatban egymással a test és a lélek, mint gyermekkorban. Érthető tehát, hogy a gyermekgyógyász és a gyermekpszichiáter munkája sok szállal kapcsolódik egymáshoz. Ugyanakkor a két szakma gyökerei nagyon különbözőek, fejlődése és nézőpontja eltérő és a köztük levő kapcsolat sokszor ambivalens. A gyermekgyógyászokról azt tartják, hogy konkrétabbak, célratörőbbek és kevésbé érdekli őket a családi dinamika. A gyermekpszichiáterek ezzel szemben túl elméletiek, meditatívok, bizonytalan és lassú folyamatokról beszélnek, sokat foglalkoznak saját érzéseikkel és a betegre adott saját reakcióikkal.

A szakmai együttműködésnek különböző formái lehetnek: konzílium, továbbképző csoport, liaison. A leghagyományosabb forma a konzílium. Ezt a betegért felelős gyermekgyógyász írásban kéri a gyermekpszichiátertől. Ilyenkor a következőket kell vizsgálnunk:

– mi a kérdés? (legyen explicit és egyértelmű);

– mikor kérdezték? mennyi idő van a munkára? (előfordul, hogy a konzíliumra közvet-

lenül hazabocsátás előtt kerül sor. Ilyenkor más lehetőségeink vannak, mint a befekvés első időszakában);

– miért kérdezték? (néha mögöttes indokok derülnek ki, pl. jogi ügy vagy az ellátó team belső vitája);

– mennyit foglalkoztak már a beteggel? (a gyermekpszichiáter számára kedvező, ha előzetesen már felderítették a lényegesebb problémákat, így kevesebb idő szükséges a konzíliumhoz);

– tudják-e a gyermek és a szülők, hogy erre a vizsgátra sor kerül? (előfordul ugyanis, hogy elutasítják a vizsgálatot).

*A konzílium okai:*

– Gyermekpszichiátriai sürgősségi állapotok;

– Differenciáldiagnosztikai kérdések;

– Pszichoszomatikus betegségek pszichés komponensei;

– Súlyos gyermekbetegségek vagy beavatkozások által kiváltott reakciók kezelése;

– Kevésbé súlyos betegségek aránytalanul súlyos pszichés reakcióval (pl. a hospitalizációra adott súlyos szeparációs szorongás);

– Egyéb (pl. viselkedési problémák az osztályon).

A liaison-munka során a gyermekpszichiáter rendszeresen és hosszabb időt tölt a gyermekgyógyászati osztályon. A multidiszciplináris team tagja lesz, akinek az a fő feladata, hogy szakmája alapvető szempontjait bevigye az osztály hétköznapi működésébe, mind szervezeti, mind egyéni ellátási szinten. Ehhez mindkét szakma képviselőinek részéről biztos szakmai identitás, elegendő tapasztalat, a határok és kompetenciák egyértelmű kijelölése, valamint nyílt kommunikáció szükséges. Nem szabad átvenni a felelősséget a gyermekgyógyásztól (pl. átvállalni egy súlyos diagnózis közlését), de segíteni kell őt (pl. a közlésre adott reakciók megértésében és kezelésében).

### ***Szakrendelésünk távlati tervei***

Terveink között szerepel egy 10–12 ágyas gyermekpszichiátriai osztály létesítése. Ennek létrejötte a város és a megye gyermekpszichiátriai ellátásának színvonalát jelentősen javítaná, tekintettel arra, hogy a gyermekkorú pszichiátriai betegek vizsgálatában – koruk miatt – különösen fontos szerepet tölt be a vizsgálat gyermek megfigyelési része. Terveink megvalósításához, szakmai munkánk szintjének további emeléséhez természetesen elengedhetetlenül szükséges a team létszámának jelentős emelése. Nem szabad elfelejteni, hogy ez a szakma nem annyira eszköz-, mint amennyire ember- és időigényes. Nem kell hangsúlyozni, hogy mennyire fontos a felnövekvő generáció minél jobb esélye arra, hogy egészséges felnőtt legyen.

### ***Irodalom***

1. Gádos J.: A hazai gyermek- és ifjúságpszichiátria. Helyzetkép és javaslat. *Psychiatria Hungarica* 1992, 7:193–203. –
2. Mérei F., V. Binet Á.: *Gyermeklélektan*. Gondolat, Budapest, 1993. –

3. Szilárd J., Vetró Á.: Gyermek- és ifjúságpszichiátria (jegyzet). SZAOTE, Szeged, 1990. –
4. Vetró Á., Parry-Jones, W.: Gyermekpszichiátria. Szeged, 1996. –
5. Wender, P. H.: A hiperaktív gyermek, serdülő és felnőtt. Medicina, Budapest, 1993.

Levelezési cím:

Szabó Edit dr. 3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 72-76.

---

## Lapszemle

*A Szerkesztőbizottság az alábbiakban ad áttekintést néhány hazai folyóiratban a területünkön dolgozók tollából megjelent cikkekről, illetve az érintett öt megye egészségügyével foglalkozó, az utóbbi időben megjelent trásokról. Sajnos, az Orvosi Hetilap periodicitása nem teszi lehetővé, hogy forrásként felhasználjuk, ezért az érintett szerzők és a Markusovszky Lajos Alapítvány Tudományos folyóirata Szerkesztő Bizottságának szíves elnézését kérjük.*

*(Az Appendix Szerkesztőbizottsága az egyes cikkekben és azok részleteinek folyóiratunkban való kiemelésével „csak” lapszemlét ad, az abban foglaltakkal nem feltétlenül ért egyet. Az újságok egy része a <http://www.pro-patiente.hu/md> címen az Interneten is elérhető. Kérjük olvasóinkat, hogy járuljanak hozzá a szemle minél teljesebbé tételéhez!)*

### **BŐRGYÓGYÁSZATI ÉS VENEROLÓGIAI SZEMLÉ** (1997. évi 5. szám)

*Erős Nóra dr., Károlyi Zsuzsanna dr., Molnár Erzsébet dr.* (Semmelweis Kórház Bőrgyógyászati Osztály, Miskolc): Microsporia capitis

(1997. évi 6. szám) -

1998. évi 1. szám

*Remenyik Éva dr., Thomácz Vilmos dr., Wikondál Norbert dr., Fésűs László dr., Horkay Irén dr.* (DOTE, Debrecen): Apoptózis és psoriasis

*Nagy Gabriella dr., Károlyi Zsuzsanna dr.* (Semmelweis Kórház, Miskolc): Cutan provokációs teszttel szerzett tapasztalataink pollensishoz társult gyümölcs-zöldség túlérzékenységben

*Károlyi Zsuzsanna dr., Fazekas Katalin dr.* (Semmelweis Kórház, Miskolc): SAPHO-syndroma

*Simics Enikő dr., Thoma Mónika dr., Horkay Irén dr.* (DOTE, Debrecen): Keskeny hullámsávú (TL-01) UVB fototerápiával szerzett tapasztalatok psoriasis vulgárisban

### **CEPHALALGIA HUNGARICA** (1998. évi 2. szám) -

### **DIABETOLOGIA HUNGARICA** (1997. évi 3. szám)

*Juhász Elek dr.* (Markhot Ferenc Kórház, Eger): Az American Diabetes Association (ADA) 57. Kongresszusa

**ÉRBETEGSÉGEK** (1997. évi 4. szám) -

**FARMAKOTERÁPIÁSZ SZEMLE** (1997. évi 2. szám) -

**GYÓGYSZER PIAC** (1997. évi 8-9. szám)

*Dr. Bakó Gyula, Dr. Szegedi Gyula* (DOTE III. Belgyógyászati Klinika, Debrecen): Az immunbetegségek terápiájának költségvonzatai

(1998. évi 1. szám)

*Rák Kálmán dr., Udvardy Miklós dr.* (DOTE II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen): Megjegyzések az 'Életkép az antikoaguláns kezelésről' című íráshoz

(1998. évi 3. szám) -

**GYÓGYSZEREINK** (1997. évi 5. szám)

*Poór Gyula dr., Szathmári Miklós dr., Balogh Ádám dr.* (\*DOTE Nőgyógyászati Klinika, Debrecen): Osteoporosis 1997

(1997. évi 5. szám) -

(1998. évi 1. szám Melléklete)

*Rapi Judit dr., Győri Imre dr.* (Bugát Pál Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Gyöngyös): Moxonidin vérnyomáscsökkentő hatásának vizsgálata enyhe és közép súlyos hypertoniában

(1998. évi 2. szám) -

**KONZÍLIUM HÍRLEVÉL** (1997. évi 14. szám, Főszerkesztő: Dr. Láhner Mária, Kiadja a Geomédia Kiadói Rt., 1037 Budapest, Bojtár u. 64-66.)

(10. oldal) „A kormány a sugárterápiás eszközök hároméves fejlesztési tervét 1999 végéig ötmilliárd forinttal támogatja, mindez fokozatosan érinti az ország tizenkét sugárterápiás centrumát... A Debreceni Orvostudományi Egyetem a megkezdett fejlesztés folytatásaként 50 millió forint értékben szerezhet be kollimátort... egy after-loading készüléket és egy besugárzóegységet vásárolhat a Nyíregyházi Megyei Kórház 220 millió forint értékben...”

„Módosították a Népjóléti Minisztérium által 1997. augusztus 5-én kiírt Regionális Modernizációs pályázatot... 3. 'Egészségért' Északkelet Magyarországi Regionális Konzorcium (Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg megye) 4. Budapesti és Pest Megyei Regionális Konzorcium (Budapest, Pest, Heves, Nógrád megye)...”

„Október végén a miskolci közgyűlés úgy döntött, hogy integrálják a város tulajdonában lévő két kórházat. Dr. Csiba Sándor, az önkormányzat egészségügyi bizottságának elnöke elmondta, hogy a döntést a helyi önkormányzatok 1998. évi új címzett támogatásának előkészítéséről szóló kormányhatározat alapján hozták meg...”

(11. oldal) „A négy orvostudományi egyetem 1992-ben elnyert egy TEMPUS pályázatot, melynek célja az egészségügyi menedzserképzés megszervezése az orvostudományi egyetemeken... A Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetemen... felkértük *dr. Belicza Évát*, a DOTE TOT EMIKK vezetőjét...”

(12. oldal) „A debreceni Népegészségügyi Iskola új, immár állandó épületbe költözött... *dr. Ádány Róza*, az iskola igazgatója a következőket nyilatkozta: - A másoddiplomás képzés világbanki támogatással valósult meg, a képzés az ezredfordulóig ingyenes...”

(1997. évi 15. szám)

(2. oldal) „...a HospNET egészségügyi informatikai rendszer fejlesztője és tulajdonosa ez év áprilisában részt vett a ‘Gazdasági kihívások az egészségügyben’ c. országos konferencián (*rendezői lapunk hirdetés-szervezőjének, az É+L Kongresszus- és Kiállítás-szervező Kft-nek munkatársai voltak - a Szerk.*), amelyen kihirdetésre került a Magyar Egészségügyi Informatikáért Alapítvány pályázatának eredménye, amelynek fődíja egy ötmillió forint értékű HospNET egészségügyi informatikai rendszer volt. A közel ötven pályázó közül a balassagyarmati Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet nyerte a rendszert... Az ajándék átadására november végén, a kórház 100 éves évfordulójának alkalmából rendezett centenáriumi ünnepségen került sor...”

(7. oldal) „Magyarországon évente több mint háromezer ember hal meg öngyilkosság következtében, és ennek mintegy tízszerese lehet a kísérletek száma. Ez derül ki abból a vizsgálatból, amelyet az év első felében Gönczöl Katalin, az állampolgári jogok országgyűlési biztosa hivatalból rendelt el... A vizsgálatok helyszíne ... az alacsony szuicid rátájú Nógrád megyéből Balassagyarmat ... volt.”

(8. oldal) „A hatvani Albert Schweitzer Kórház szinte teljes orvosi kara - ... - a ki nem fizetett ügyeleti díjak miatt keresetet nyújtott be a Heves Megyei Munkaügyi Bíróságon. Mint azt *Dr. Tímár Tamás*, a Magyar Orvosi Kamara Hatvani Szervezetének elnöke elmondta, az ügy már február óta húzódik, és a kórház ugyan a ki nem fizetett ügyeleti díjak megtérítésének jogszerűségét nem vitatta, fizetni azonban mégsem tud többet, mint a az alapösszeg 30 százalékát...”

(9. oldal) „A Nógrád Megyei Közgyűlés 30 millió forint visszatérítendő támogatást, a salgótarjáni önkormányzat pedig 10 millió forintos működési támogatást nyújt a salgótarjáni Madzsar József Megyei Kórháznak... *Dr. Szabó Márta főigazgató* ... mindannyiszor fontosnak tartotta hangsúlyozni, hogy a kórház működőképes, a betegellátás ‘az elvárható színvonalon folyik’...”

(10. oldal) „A British Council (BC) 1995-ben indult hároméves kutatási programjának célja, hogy a magyarországi idős népesség ellátására mindenfajta szociális és egészségügyi intézményben egységesen alkalmazható módszert alakítsanak ki. A program során Egerben, Debrecenben ... működő intézményektől gyűjtöttek adatokat, valamint azokat a gondozási technikákat, amelyeket fel kívánnak használni az egységes rendszer kialakításához...”

(11. oldal) „Magyarországon az első telefonos lelkiségély-szolgálat 1970-ben Debrecenben indult...”

(1997. évi 15. szám)

(2. oldal) „Az alapellátás hatékonyságának javítása érdekében a Phare Egészségügyi Szerkezetátalakítási Program keretében működő Innovációs Alap 164 pályázatot támogatott. A legtöbb pályázat (a 121 budapestit nem számítva) Baranyából (54) és Borsodból (47) ... érkezett...”

(1998. évi 1. szám)

(6. oldal) „December 30-án új részleg alapkövét helyezték el a debreceni Kenézy Gyula Kórházban... egy 200 ágyas pszichiátriai és egy 50 ágyas fertőző osztályt helyeznek el... Ugyanezen a napon a Debreceni Orvostudományi Egyetemen adták át a Gyermekgyógyászati Klinika új sebészeti részlegét...”

(7. oldal) „... a parádi önkormányzat a tárgyalás során javasolta, hogy a megye, a minisztérium és az önkormányzat hozzon létre közhasznú társaságot a szanatórium gyógyszállóként való üzemeltetésére...”

„A hatvani Albert Schweitzer Kórház még karácsony előtt kifizette orvosainak az elmaradt ügyeleti díjak egyharmadát, mintegy 6,7 millió forintot. A kórház ezt annak ellenére tette, hogy az orvosok

nem vonták vissza a bírósági keresetet... A gyöngyösi Bugát Pál Kórház, amelybe a közelmúltban önkormányzati biztost nevezetek ki, 72 orvosának csaknem 20 millió forinttal tartozik... Az egri kórházban az orvosok többségének akik elfogadták az intézmény ajánlatát, már ki is fizették az elmaradt ügyeleti díjakat, igaz, a kamatok nélkül. Ezt az aneszteziológiai osztály 70 dolgozója nem fogadta el, és keresetüket még mindig nem vonták vissza.”

„December végén adták át a 357 ágyas ózdi Almási Balogh Pál Kórház 1,5 milliárd forintos beruházás után felújított régi épületét... Borsod-Abaúj-Zemplén megyében tizenkét kórház működik, az ózdi közel ötvenéves kórház, amelyre szerintem igenis szükség van, hiszen a peremrészen ugyanúgy szükség van fekvőbeteg-intézményre, mint a megye központi részén...”

(8. oldal) „A Heves megyei Markhot Ferenc Kórház diagnosztikai osztályainak - röntgen, központi- és az izotóplaboratórium - funkcionális privatizációját tervezi az intézmény tulajdonosa, a megyei önkormányzat...”

(1998. évi 2. szám)

(2. oldal) „A Világbank által kiírt ellátási fejlesztési pályázaton eddig öt régió jelezte, hogy indulni kíván. A pályázat egyetlen nyertes régiója hatmilliárd forintot kap. Az egyes konzorciumok egymás után adnak hírt eddigi munkájukról, így legutóbb... a Borsod-Abaúj-Zemplén, Hajdú-Bihar és Szabolcs-Szatmár-Bereg megye Egészségéért Északkelet-Magyarországi Regionális Konzorciuma... Példaértékű az az együttműködés, amely az egészségügyi intézmények között az északkeleti régióban kialakult a pályázati munka kidolgozása során. Nyerni szeretnénk, de ha mégsem sikerülne, már akkor is megérte a munka, hiszen együtt gondolkodva hosszú távon folytatódhat a térség betegellátásának és egészségégi állapotának javítása - mondja *Muszbek László* akadémikus, a DOTE rektora... Konzorciuma elnöke...”

(11. oldal) „Január közepén adták át a Debreceni Orvostudományi Egyetem III. sz. Belgyógyászati Klinikáját, valamint a Radiológia Klinika számára egy világszínvonalúnak számító... lineáris gyorsítót. A 130 ágyas belgyógyászati klinikán egy immunológiai és haematológiai osztály, valamint egy intenzív osztály kap helyet...”

(1998. évi 3. szám)

(6. oldal) „A Vám- és Pénzügyőrség Országos Parancsnokságának ellenőrzési hivatala átfogó vizsgálatot indított az emberi testszövetek külföldre szállításával összefüggésben. Mindeközben a szaktárcánál vizsgálják, betartották-e a szakmai előírásokat és a vonatkozó egészségügyi jogszabályokat. Így egy darabig még csak találgathatjuk, hogy mi is történt valójában a Miskolci Semmelweis Kórházban, az emberi szövetek és szervek kivétele és az országból való kivitele során ki, mikor és mit sértett meg, ha megsértett egyáltalán.”

(7. oldal) „A Népjóléti Minisztérium lézersebészeti készülékre kiírt pályázatát - a helyi önkormányzat hozzájárulásával - a Miskolci Semmelweis Kórház nyerte...”

(8. oldal) „Lehet, hogy vihart kavart egy saját kiadásban megjelent könyv, melynek a címe: „Hogyan építkezett a DOTE?”. A szerző, *Dr. Nagy Attila*, a Debreceni Orvostudományi Egyetem urológiai klinikájának adjunktusa. A kiadvány szerzője a DOTE-n az utóbbi években megvalósult beruházások kapcsán támadást intéz különböző személyek, nagy tekintélyű orvosok, professzorok és egyetemi testületek ellen. *Muszbek László* akadémikus, a DOTE rektora és az egyetem vezetése szerint az adjunktus méltatlanná vált egyetemi oktatói státusára, ezért hat hónapi felmondási idővel megszüntetik egyetemi oktató státusát és közalkalmazotti munkaviszonyát...”

(10. oldal) „A Digitális radiológiai képalkotás és szerepe a röntgenrekonstrukcióban című tanácskozássra január 23-án került sor Debrecenben...”

(1998. évi 4. szám)

(10. oldal) „Mátrafüreden február 13. és 15. között 250 orvos részvételével harmadik alkalommal rendezték meg a „vállalkozó házi orvosok országos konferenciáját...”

(1998. évi 5. szám)

(9. oldal) „A kórházi rekonstrukciós programokhoz címzett támogatásként kapta a salgótarjáni, illetve a pásztori kórház azt az összesen csaknem 6 milliárd forintot, amelynek elnyeréséről maga Kökény Mihály tájékoztatta az intézetek vezetőit közelmúltbeli salgótarjáni látogatásán...”

„A gyöngyösi önkormányzat képviselő-testülete felhatalmazta a város polgármesterét pályázat kiírására a Bugát Pál Kórház teljes vagy részleges üzemeltetésére, és egyidejűleg megbízta a pályázat feltételrendszerének kidolgozásával...”

(1998. évi 6. szám)

(9. oldal) „Az ország legnagyobb regionális konzorciuma a Budapest, illetve Pest, Nógrád és Heves megye által alakított társulás. Mint Kincses Gyula, a konzorcium által létrehozott közhasznú társaság ügyvezető igazgatója érdeklődésünkre elmondta, pályázataik elkészítése előtt előbb felmérték a régió lakosságának egészségügyi állapotát, illetve a térség egészségügyi rendszerének állapotát...”

(1998. évi 7. szám)

(7. oldal) „A hazai egészségügyi intézmények közül elsőként a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat Nagykállói Pszichiátriai Szakkórháza dolgozta ki és alkalmazza az ISO 9002 minőségbiztosítási rendszert. Az ezt igazoló tanúsítványt, amelyet a TÜV Bayern tanúsító cég állított ki, Kökény Mihály népjóléti miniszter március végén adta át *Vágvölgyi Jánosnak*, a kórház főigazgatójának...”

(7-8. oldal) „Miskolcon április első hetében három kórház elé inkubátorokat helyeznek el, hogy a gyermekükről lemondó anyák minden következmény nélkül ezekbe helyezték el a kicsiket... A legegyszerűbb inkubátorokat vesszük meg (390 ezer forint plusz áfa), amelynek fenntartása és nem utolsósorban a kezelése egyszerű lesz az anyák számára - mondja a kezdeményező, *dr. Csiba Gábor*, a miskolci önkormányzat egészségügyi bizottságának elnöke, a megyei kórház igazgatóhelyettes főorvosa... Amennyiben nagy lesz az adakozó kedv a megyében, Ózdon és Sátoraljaújhelyen is elhelyeznek egy-egy inkubátort, az ottan kórházak elé. BAZ Megye Betegeiért Alapítvány, gyermekmentő inkubátor: 11994002-02403382 (Postabank-számla)”

(8. oldal) „Magyarországon évente 20 és 30 ezer közé tehető az új stroke-betegek száma. Tavaly 51 ezer szélütöttet kezeltek az országban, az ebben meghaltak száma 18 ezer volt. A régiókon belül Nógrád és Bács-Kiskun megyében halnak meg évente a legtöbben...”

(1998. évi 8. szám)

(6. oldal) „A Magyar Gyógyszerész Kamara (MGYK) és az ... Rt. elvi megállapodásra jutott a nógrádi patikaprivatizáció feltételeiről...”

(7. oldal) „Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében éppen csak befejeződött egy kórház-rekonstrukció, miközben elkezdődött egy másik. Egyrészt befejeződött a megyei Jósa András Kórház négyéves, 3,5

milliárd forintos rekonstrukciója... Másrészt elindul a Szatmár-Bereg Kórház teljes rekonstrukciója, ami hároméves projekt és 3,4 milliárd forintba kerül, ebből 100 millió forint a megyei önerő, a többi állami támogatás...”

(1998. évi 9. szám)

(7. oldal) „A Heves Megyei Közgyűlés április 24-én arról döntött, hogy nyilvános közbeszerzési eljárás keretében pályázatot ír ki a megyei Markhot Ferenc Kórház diagnosztikai osztályainak funkcionális privatizációjára...A győztes pályázóval tízéves szerződést kötnek...”

(9. oldal) „Egerben április 17. és 19. között rendezték meg a Magyar Diabetes Társaság XIV. kongresszusát, amelyen 820 orvos regisztráltatta magát...”

(1998. évi 10. szám)

(7. oldal) „Az Inkubátor Koraszülött Gyermekekért Alapítványtól 2,5 millió forint értékű műszert kapott a Miskolci Megyei Kórház koraszülött-újszülött osztálya...”

„Hajdúszoboszlón május 8-án immáron nyolcadik alkalommal rendeztek egészségügyi minőségfejlesztési konferenciát...”

#### **MAGYAR BELORVOSI ARCHÍVUM** (1997. évi 4. szám)

*Barkai László dr., Szabó László dr.* (Megyei Kórház, Miskolc): A cardiovascularis és urogenitalis autonóm idegrendszeri diszfunkció vizsgálata gyermek- és serdülőkorú cukorbetegekben

(1997. évi 5. szám)

*Édes István dr., Kristóf Éva dr., Bódi Annamária dr.* (DOTE Szív- és Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen): A krónikus szívelégtelenség kialakulásának patomechanizmusa

*Czuriga István dr.* (DOTE Szív- és Tüdőgyógyászati Klinika, Debrecen): A pozitív inotrop szerek és diuretikumok szerepe a krónikus szívelégtelenség kezelésében

*Hetey Margit dr.* (Markhot Ferenc Kórház I. Belgy.-Kardiol. Osztály, Eger): Szisztémás emboliák nyomán

*Ádám Attila dr., Szamaránszky Júlia dr.* (Markhot Ferenc Megyei Kórház Sebészeti O., KAITO, Eger): Felismerésre került megelőző myocardialis infarctusok bal kamrai thrombussal

(1997. évi 6. szám) -

#### **MAGYAR NŐORVOSOK LAPJA** (1997. évi 5. szám)

*Dienes József dr., Nagy Gábor dr., Gaál József dr.* (Megyei Kórház, Miskolc): A magzati erek áramlásvizsgálata egészséges terheseknél a 36-38. terhességi hetek között és szülés után

*Bacskó György dr., Borsos Antal dr.* (DOTE Szül.-Nőgyógy. Klinika, Debrecen): Appendectomya nőgyógyászati okból végzett laparoszkópia során

(1997. évi 6. szám)

*Póka Róbert dr., Czeglédi Judit dr.* (DOTE): HPV- és nyirokcsomó-státusz méhnyakrákban. Hosszútávú eredmények.

(1998. évi 1. szám)

*Hagymássy László dr., Gaál József dr.* (Megyei Kórház, Miskolc): Vertikális és horizontális szülés összehasonlító vizsgálata együttműködő házaspároknál

*Kálmánzhey Albert dr., Smid István dr.* (Kenézy Kórház, Debrecen): A terhességi candidiasis kezelése Pimafucin vaginalis tablettával és/vagy Pimafucort kenőccsel

**MEDICUS UNIVERSALIS** (1997. évi 6. szám)

*Gulácsi László dr., Kovács Attila dr.* (ÁNTSZ Sz.-Sz.-B. Megyei Intézete, Nyíregyháza): A biztosítottak véleménye 1995-1996; minőségbiztosítás az alapellátásban

(1998. évi 1. szám) -

**MRE-INFO** (1997. évi 4. szám) *Agyagási Dezső dr.* (Eger): Éveim

**OSTEOLOGIAI KÖZLEMÉNYEK** (1997. évi 3. szám) -

(1997. évi 4. szám)

*Lázár István dr., Soós László dr., Gombos János dr., Alex Akoto Yeboah dr., Gyarmati János dr.* (Megyei Kórház, Miskolc): A Gorham-betegség képalkotó jellegzetességei

**TRANSZFÚZIÓ** (1997. évi 3. szám)

*Rák Kálmán dr.* (DOTE II. Belgyógyászati Klinika, Debrecen): Hogyan mondjuk, hogyan írjuk?

(1997. évi 4. szám)

*Takács István, Berkes Enikő, Melegh György, Kázár Ágnes, Fodor Bertalan, Radványi Gáspár, Sipka Sándor* (Miskolc, Debrecen): Szerzett von Willebrand-betegség tüneteit utánzó myeloma multiplex esete

---

## Kongresszusi felhívások

Szeretettel meghívjuk Önt a **Magyar Sebkezelő Társaság I. Kongresszusára** (Budapest, 1998. szeptember 25-26.). Elnökök: **Prof. Faller József** és **Prof. Horváth Attila**, a Szervezőbizottság titkára: **Dr. Baksa József**

*Helyszín:* Grand Hotel Hungária\*\*\*\* (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)

*Fő témák:* **Sebkezelés - sebgyógyulás** (kutatások, klinikai eset-tanulmányok, szervezési kérdések, paramedicina)

A program úgy kerül összeállításra, hogy lehetőség szerint feldolgozásra kerüljön a témakör egésze (lábszárfekély, felfekvés, diabeteses ulcus, égési seb, lézer-kezelés, különböző kötszerek stb.).

A témakör interdiszciplináris jellegéből adódóan a kutató orvosok, klinikai farmakológusok, sebekkel foglalkozó szakorvosok, családorvosok, egészségügyi dolgozók, ápolók, gondozók és mindazok részvételét várjuk, akik érdeklődnek a sebkezelés és a sebgyógyulás összefüggései iránt.

További információk: É+L Kongresszus- és Kiállításszervező Kft., Várhegyi László ügyv.

ig. 1052 Budapest, Semmelweis u. 10., 1364 Budapest 4., Pf. 354, Tel.: 118-1036, Fax: 118-3418, E-mail: l.varhegyi@mail.datanet.hu.

A rendezvény Internet-elérése: <http://www.pro-patiente.hu/md/soc/congrex/0004/18/>

A DOTE Szülészeti-Nőgyógyászati Klinikája Dr. Csapó Árpád emlékére rendezi meg a **IV. International Symposium on the Pregnant Uterus** konferenciát *Debrecenben, 1998. október 16-18. között.*

*Fő szervezők:* **Prof. Dr. Borsos Antal** és **Prof. Dr. Lampé László** (4012 Debrecen 12, Pf. 37, Tel.: 52/417-144, Fax: 52/417-171, E-mail: ITOROK@obgyn.dote.hu)

*Fő témák:*

- Myometrial physiology
- Biochemistry of the pregnant uterus
- Uterine aspects of fertility regulation
- Research on PG effects on the uterus
- Clinical implications of PG research
- Clinical research of management of labor
- Uterine effects of steroid and peptide hormones in pregnancy
- Uterine aspects of early fetal loss
- Progesterone, antiprogesterone and other hormones in human reproduction
- Teenage pregnancy (clinical and social aspects)
- Pregnancy and genital malignancy
- Assisted reproduction

---

## A Népjóléti Minisztérium által 1997-ben egyszeri kiegészítő támogatásban részesített témavezetők

### 1. KLINIKAI ÉS KÍSÉRLETES ONKOLÓGIA (összesen 17 fő)

Molnár Péter Pál - DOTE Patológiai Intézet

Szöllősi János - DOTE Biofizikai Intézet

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (15 fő) -*

### 2. ANYAGCSERE FOLYAMATOK, GASTROENTEROLÓGIA, TÁPLÁLKOZÁSTUDOMÁNY

(17 fő)

Góth László - DOTE Klinikai Kémiai Intézet

Kozma László - DOTE Patológiai Intézet

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (11 fő)*

Péter Mózes - DOTE Radiológiai Klinika

### 3. GYÓGYSZERKUTATÁS, GYÓGYSZERTERÁPIA (19 fő)

Hernádi Ferenc - DOTE Gyógyszertani Intézet

Szenthalmi J. András - DOTE Gyógyszertani Intézet

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (3 fő)*

Galuska László - DOTE Nukleáris Medicina Központ

**4. AZ IDEGI TEVÉKENYSÉG KÍSÉRLETES ÉS KLINIKAI KUTATÁSA (19 fő)**

Antal Miklós - DOTE Anatómiai Intézet, Székely György - DOTE Anatómiai Intézet

Trón Lajos - DOTE PET Centrum

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (12 fő) -*

**5. KLINIKAI ÉS KÍSÉRLETES IMMUNOLÓGIA (15 fő)**

Fachet József - DOTE Kórélettani Intézet, Nemes Zoltán - DOTE III. Belgyógyászati Klinika,

Szondy Zsuzsanna - DOTE Biokémiai Intézet, Zeher Margit - DOTE III. Belgyógyászati Klinika,

Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (8 fő)

Gáspár Rezső - DOTE Biofizikai és Sejtbiológiai Intézet

**6. KARDIOPULMONÁRIS ÉS VESEBETEGSÉGEK KUTATÁSA, HYPERTONIA (16 fő)**

Bányász Tamás - DOTE Élettani Intézet

Nánási Péter Pál - DOTE Élettani Intézet

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (10 fő)*

Lőrincz István - DOTE I. Belgyógyászati Klinika

**7. ÉRRENDSZERI ÉS VÉRKÉPZŐRENDSZERI MEGBETEGEDÉSEK KUTATÁSA (15 fő)**

Csiba László - DOTE Neurológiai Klinika, Kovács Péter - DOTE Gyógyszertani Intézet

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (6 fő)*

Nagy Katalin - DOTE Gerontológiai Tanszék, Pfliegler György - DOTE II. Belgyógyászati Klinika

Udvardy Miklós - DOTE II. Belgyógyászati Klinika

**8. KÖRNYEZETI TÉNYEZŐK EGÉSZSÉGHÁROSÍTÓ HATÁSAI ÉS AZOK MEGELŐZÉSE**

(19 fő)

Gergely Judith - DOTE Gyógyszertani Intézet, Márián Teréz - DOTE PET Centrum

*Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (6 fő) -*

**9. MAGZATI ÉS ÚJSZÜLÖTTKORI MEGBETEGEDÉSEK KUTATÁSA (7 fő) -**

Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (2 fő) -

**10. FERTŐZŐ ÉS NEM FERTŐZŐ BETEGSÉGEK EPIDEMIOLÓGIÁJA (11 fő)**

Gergely Lajos - DOTE Mikrobiológiai Intézet, Lehel Frigyes - Jósa András Megyei Kórház

Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (5 fő) -

**11. KLINIKAI ÉS KÍSÉRLETES ENDOKRINOLÓGIA (19 fő)**

Balázs Csaba - Kenézy Gyula Kórház, Barkai László - B.A.Z. Megyei Kórház

Semsei Imre - DOTE III. Belgyógyászati Klinika, Sipka Sándor - DOTE III. Belgyógyászati Klinika

Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (3 fő) -

**12. TÁRSADALOMORVOSTUDOMÁNY ÉS ORVOSETIKA (13 fő)**

Szagos Erzsébet - B.A.Z. Megyei Kórház, Szluha Kornélia - DOTE Radiológiai Klinika

Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (10 fő)

Angyal János - DOTE Stomatológiai Klinika, Fónay Mihály - DOTE Egészségügyi Főiskolai Kar,

Szabó Mária - DOTE Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Túry Ferenc - B.A.Z. Megyei Kórház

**13. MOZGÁSSZERVI, ÉRZÉKSZERVI, FOG- ÉS SZÁJBETEGSÉGEK (16 fő)**

Buzás Edit Irén - DOTE Anatómiai Intézet

Új pályázatra egyszeri támogatásban részesítettek (11 fő)

Dobó Nagy Csaba - DOTE Stomatológiai Klinika

Facskó Andrea - DOTE Szemészeti Klinika, Módis László - DOTE Szemészeti Klinika.