

MK Kétfelcsős Kétszékű Közp.
Érdeklődés
XXXIV. ÉVFOLYAM



HONVÉDORVOS

1982./2.

1982. APRILIS—JŰNIUS

Digoxin

injekció · tableta · csepp

ÖSSZETÉTEL

1 amp. (2 ml) 0,5 mg digoxin.-ot tartalmaz propilénlikol tartalmú szeszes-vizes oldatban.

1 tabl. 0,25 mg digoxin.-ot tartalmaz.

1 üveg 15 mg digoxin.-ot tartalmaz propilénlikol tartalmú szeszes-vizes oldatban.

JAVALLATOK

A keringési elégtelenség (cardialis decompensatio) helyreállítása és a compensatio fenntartása.

Sajátos gyermekgyógyászati javallat: Tachycardiával járó szívelégtelenség valamennyi formája, amelyben gyors digitalis-hatás kívánatos.

ADAGOLÁS

A compensatio helyreállítására az első (esetleg a második) napon nagyobb adag 2—2½ ampulla i. v., illetve 40—60 csepp, illetve 4—6 tableta alkalmazható, amit a következő napokban csökkenteni helyes akkor is, ha semmi toxikus jelenség nem mutatkozik. A helyreállított compensatio fenntartására általában napi 10—20 csepp, illetve 1—2 tableta szükséges. Tekintettel arra, hogy a Digoxin gyorsan eliminálódik és nem kumulálódik, a fenntartó kezeléskor szünetek beiktatása nem indokolt, csak intoxicációs jelenségek fellépésekor.

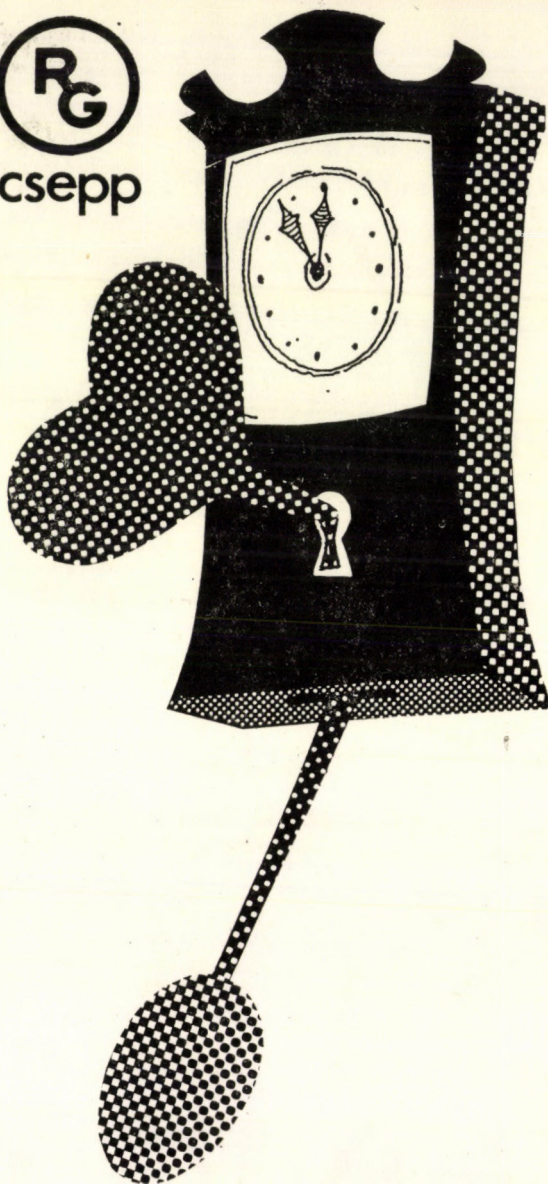
Gyermekadagok:

Digitalizáló v. telítő adag (2 hónapos kortól 14 éves korig): Per os: 2-1 csepp/kg. i. m. vagy i. v.: 0,1—0,08 ml/kg.

Gyors digitalizáláshoz a fenti összmenyiséget általában 48 óra alatt adjuk be úgy, hogy az első adag az összmenyiségnek kb. egyharmada (esetleg fele), a fennmaradt mennyiséget pedig egyenlő adagokra elosztva alkalmazzuk, 6—8 óránkénti adagokban.

Lassú digitalizáláshoz a telítő adag összmenyiségét 5—7 nap alatt adjuk be, napi 3-4 egyforma adagban.

Fenntartó adag: Mindhárom korcsoportban általában a telítő adag egynegyede.



MELLÉKHATÁS.

Hányás, szédülés, látászavar, bradycardia, bigemin pulzus, extrasystolia.

**KŐBÁNYAI GYÓGYSZERGYÁR
BUDAPEST**

A Magyar Néphadsereg katonatorvostudományi folyóirata
 XXXIV. ÉVFOLYAM, 1982. ÁPRILIS—JÚNIUS

- 83 Nekrológ.
- 85 *Dr. Dallos György o. alez., dr. Farkas József o. ezds., dr. Sugár Béla o. ezds.:* A szocialista egészségügyi etika érvényesítése a katonaegészségügyben. II. rész.
- 95 *Dr. Kovács Ottó o. alez.:* A morbiditási statisztikák pluridiagnosztikus feldolgozási rendszerének lehetőségei.
- 101 *Dr. Lux Ottó o. alez.:* Égési sebkezelés a csapat-egészségügyi tagozatban.
- 105 *Dr. Merkel Dagmar:* Az égési seb műtéti kezelése.
- 117 *Dr. Bernát Sándor Iván:* A szérum ferritin koncentráció meghatározásának klinikai értéke.
- 127 *Dr. Wittek László o. ezds., dr. Bucšina Olivér o. alez., dr. Szabó Zsuzsa, dr. Kürti József o. fhdy.:* Hasi katasztrófa tüneteivel jelentkező cardiogen shock.
- 132 *Dr. Takáts László ny. o. ezds.:* Az új magyar hadsereg szerepe a Magyar Vöröskereszt újjászervezésében.
- 143 Könyvismertetés.
- 147 Külföldi katonatorvosi folyóiratok közleményei.
- 157 Szerzőink figyelmébe.

СОДЕРЖАНИЕ

- 83 Некролог
- 85 Даллош Дь., подполковник м/с, Фаркаш Й., полковник м/с, Шугар Б., полковник м/с: Осуществление врачебной этики социалистического здравоохранения в практике военной медицины. II.
- 95 Ковач О., подполковник м/с: Система для обработки статистических данных по заболеваемости в многодиагностическом подходе
- 101 Лукс О., подполковник м/с: Обработка ожоговых ран на уровне войсковой медицинской помощи
- 105 Меркел Д.: Оперативное лечение ожоговой раны
- 117 Бернат Ш. И.: Клиническое значение определения концентрации ферритина в сыворотке
- 127 Виттек Л., полковник м/с, Бучина О., подполковник м/с, Сабо Ж., Кюрти Й., старший лейтенант м/с: Кардиогенный шок, возникающий вместе с симптомами брюшной катастрофы
- 132 Такач Л., полковник м/с в отст.: Роль новой венгерской армии в реорганизации Венгерского Красного Креста
- 143 Рецензия
- 147 Обзор зарубежных военно-медицинских журналов
- 157 Обращение к авторам



DR. CSATÁRY ZOLTÁN

orvos ezredes

1920—1982

1982. január 23-án elhunyt dr. Csatóry Zoltán orvos ezredes, idegsebész osztályvezető főorvos. 31 éves katonai orvosi szolgálat állt mögötte.

Orvosegyetemi tanulmányait a II. világháború megpróbáltatásai és zűrzavara közt végezte, ami azonban hozzájárult hivatástudata korai formálódásához, ugyanis a háborús egészségügyi körülmények arra kényszerítették a fiatal medikust, hogy a szokásosnál hamarabb kerüljön betegközelbe. Tanulmányai befejezése után általános sebészeti és traumatológiai osztályokon dolgozott. 1951-ben lépett hivatásos katonai orvosi pályára. 1954-től a Magyar Néphadsereg Központi Katonai Kórházában dolgozott, és 1957 óta ő irányította az idegsebészeti osztály munkáját.

Nevéhez fűződik a Központi Katonai Kórház idegsebészeti osztályának újjászervezése és a neurotraumatológiai ellátás magas szintre emelése. A korábbi években a Magyar Idegsebészeti Társaság vezetőségi tagja volt. Szakmai érdeklődésének középpontjában speciális agydaganatfajták, a központi idegrendszer lövési sérülései és a háborús tömegsérülések egészségügyi ellátása biztosításának megszervezése álltak. Egyszerre volt ő a betegek sebésze, emberséges orvosa és az egészségügyi ellátást magas szinten szervező vezető. Kollégái és az osztályán kiképzésen megfordult orvosok megcsodálhatták sajátos egyéni munkastílusát, színes egyéniségét, megalkuvást nem ismerő szokimondását, széles körű általános műveltségét és ezen belül is alapos történelmi ismereteit, s megtanulhatták tőle a sebészt jellemző szigorú rendet.

Tevékenységének megszámlálhatatlan beteg köszöni életét, gyógyulását. Előljárói számos kitüntetéssel — köztük két alkalommal a „Haza Szolgálatáért Érdemérem” arany fokozatával fejezték ki elismerésüket.

Emlékét kegyelettel megőrizzük.



FÄLLER JÁNOS
nyá. gyógyszerész alezredes
1912–1981

Hosszú, súlyos betegség következtében 1981. július 24-én elhunyt Faller János nyugállományú gyógyszerész alezredes.

1912. január 16-án Seregélyesen született. Középiskolai tanulmányait Debrecenben, egyetemi tanulmányait a budapesti egyetemen végezte és 1934-ben szerezte meg a gyógyszerészi oklevelet. Ezt követően 1939 júniusáig polgári gyógyszerészként dolgozott, majd ettől kezdve folyamatosan, különböző katonagyógyszerészi beosztásokban teljesített szolgálatot. 1946-tól a debreceni, 1957-től az MN Központi Katonai Kórház gyógyszerétárát vezette. 1972-ben nyugállományba vonult. Kapcsolata ezután sem szakadt meg velünk, amíg egészsége megengedte, de még ezután is betegen, gazdag tapasztalatával rendelkezésünkre állt. A szolgálatban együtt eltöltött 16 év alatt szerény, lelkiismeretes embernek ismertük, aki beosztottjait segítette, de saját érdekében egy szót sem ejtett. Fiatal munkatársai szakmai fejlődését mindig támogatta. A Központi Katonai Kórházban eltöltött munkás éveinek egyik jelentős eredménye az új gyógyszerétár telepítése és az országban elsők között a korszerű infúziós laboratórium beindítása.

Eredményes munkásságát 5 kormány- és 3 miniszteri kitüntetés, számos parancsnoki dícséret tükrözi. Szakmai munkáját az Egészségügyi Miniszter is elismerte, amikor számára 1948-ban az „Egészségügy Kiváló Dolgozója”, 1958-ban az „Érdemes Gyógyszerész” kitüntető címet adományozta.

Tevékenységét követendő példának tekintjük. Élete tartalmát, gazdag tapasztalatait igyekszünk átvenni és felhasználni, kamatoztatni az egészségügyi ellátás fejlesztése érdekében. Köszönjük mindazt, amit tett a szolgálat érdekében — az emberséget, a barátságot.

Visszatekintve Faller János életútjára. — bátran és becsülettel mondhatjuk: megtette mindazt, amit a kötelesség, a család, a beteg ember elvárt tőle. A 69 év mögött egy igaz ember sorsa rejlik minden örömeivel, bánatával és gondjával.

1981. augusztus 15-én kísértük utolsó útjára.

Dr. Dallos György orvos alezredes, **dr. Farkas József** orvos ezredes,
dr. Sugár Béla orvos ezredes

A szocialista egészségügyi etika érvényesítése a katonaegészségügyben. II. rész

IV.

A katonaeorvosok egymáshoz való viszonya

Munkánk első fejezetében írtunk az orvosi erkölcs tárgyát összefoglaló három fő kérdésről. Közülük e fejezetben a második kérdéssel, vagyis az orvosnak orvostársaihoz és az egészségügyi dolgozókhöz való viszonyával foglalkozunk. E kérdés tárgyalásánál elkerülhetetlenül érintenünk kell olyan tételeket is, melyek az egészségügy egészére igazak, de igyekszünk rámutatni ezen belül a katonaegészségügyi sajátosságokra is.

Szolgálatunk gyógyító-megelőző munkájában fejlesztési törekvéseink elvi alapja a katonaegészségügyben megvalósítandó integráció. Lényegében ez mind az egyes ellátó tagozatokon belül, mind azok között az együttműködést és a szerves kapcsolatot helyezi előtérbe. Erkölcsi vonatkozásban most egy tételt kívánunk kiemelni. Orvosaink az egyes tagozatokon belül is különbözőek. A csapattagozatban az ott eltöltött évek száma és az elért beosztás szintje ad meg főlé és alárendeltségi viszonyokat, és ad meg a tapasztaltságból adódó differenciákat. Az intézeti tagozatban a szakképesítés megléte vagy hiánya, illetve itt is a főlé- és alárendeltségi viszonyok jelentenek különbségeket. A két tagozat között pedig egyrésztől döntően jelentkezik a laktanyaélet és az intézeti élet közötti különbség ténye, és e különbség helyes vagy helytelen túlzott értékelése. Másrésztől reális tényként jelentkezik a szakmai fejlődés lehetőségének kérdése.

Amikor a katonaeorvosok egymáshoz való viszonyát vizsgáljuk, ezen előbbi különbségekből kell kiindulni. E különbségek adottak és reális valóságot jelentenek. Helytelen értékelésük az objektív gondokon túlmenően szubjektív vonatkozásban súlyosbíthatja gondjainkat. A helyes és etikus álláspont kialakításakor alaptételnek kell tekinteni azt a tényt, hogy minden katonaeorvos célja szolgálati helyétől függetlenül közös. E cél pedig a személyi állomány egészségének megóvása és helyreállítása. Ha közös célért dolgozunk, akkor e munkánk során együtt is kell működnünk. Ennek előfeltétele pedig az, hogy minden ka-

tonaorvos, ismét csak beosztásától függetlenül, lássa tisztán saját helyzetét, felkészültségét és beosztásából adódó feladatait. Minden katonaeorvos lássa tisztán és értse is meg, hogy minden beosztásnak a maga helyén lényeges feladata van, és hogy az egyes beosztásokat betöltő katonaeorvosok munkája egymást kiegészíti és feltételezi. Úgy gondoljuk, ezen állításunkat egyértelműen el lehet fogadni, és ha ez így van, akkor az is egyértelmű, hogy a katonaeorvos valamennyi beosztás munkájának nehézségeit és szépségeit ismerve a közös cél érdekében segítőkészen, kollégialisan és etikusan fog eljárni katonaeorvos társával szemben.

Az eddig elmondottak lényegében tehát azt jelentik, hogy a katonaeorvosi hivatásban a fölé- és alárendeltségi viszonyokból adódó jogokat alkalmazni kell, az egyes beosztásokra előírtakat végre kell hajtani annak érdekében, hogy jól szervezeten lehessen dolgozni. Ezen alaptételen belül pedig az egymáshoz való kapcsolatban a másik munkáját tisztelve és segítve kell együttműködni, segíteni és tanítani. Úgy gondoljuk, hogy az eddig leírtak alapján alakulhat ki olyan együttműködés, olyan hangnem, olyan kollégialis viszony valamennyi katonaeorvos között, ami egyrészlől a leghatékonyabban segítheti elő szolgálatunk feladatainak magas szinten történő végrehajtását, másrészlől pedig olyan munkahelyi légkört képes teremteni a katonaegészségügyi szolgálaton belül, amely erősíti a katonaeorvos néphadsereghez tartozásának érzését, és ezen keresztül a katonaeorvosi hivatástudatot. Úgy látjuk, hogy a katonaeorvosok egymás közötti kapcsolatában ez jelenti a szocialista etikának megfelelő magatartást.

Elsősorban az egészségügyi intézeteken belül alapvető fontosságú az egészségügyi szakdolgozók (ápolónők, asszisztensek) helye, szerepe és munkája. Az orvostudomány mai fejlettségi fokán a műszerezettségi mutatók folyamatos emelkedése mellett a szakdolgozók tevékenysége egyre szélesebb körű, egyre több feladat hárul rájuk. Mindezek mellett elsődleges az a munka, ami tevékenységük fő területe, a betegek melletti munkájuk, a betegekkel való kapcsolatuk.

Mindez a szolgálat egészére, az egyes intézetek és ezen belül az egyes osztályok vezetőire azt a feladatot rója, hogy folyamatosan biztosítsák a hozzájuk beosztott szakdolgozók képzését, felkészítését az előttük álló és egyre növekvő feladatokra. Ugyanakkor mindez azt is jelenti, hogy az egészségügyi szakdolgozók az osztály munkájában kiemelkedően fontos szerepet töltenek be, s így a munkahely kollektívájának szerves és rendkívül fontos részét képezik.

A betegek gyógyításának előfeltétele az osztályon folyó munka szervezete és ezen belül az a követelmény, hogy mindenki a szervezetségből adódó helyén megfelelő felkészültséggel és teljes odaadással dolgozzék. Ez pedig akkor érhető el, ha — a továbbképzés kérdésén túl — az adott munkahelyen belül olyan emberi kapcsolatok alakulnak ki, amelyek a valóban áldozatkész és odaadó munkát elősegítik. Mindebből következik, hogy az orvos és egészségügyi szakdolgozó közötti kapcsolatot akkor tekinthetjük jónak, akkor tekinthetjük etikusnak, ha az egymás munkáját, egymás személyét megbecsülve a fegyelmezett és elvtársias együttműködésen alapul. Ez az előfeltétele annak, hogy egy munkahelyen, egy osztályon a betegek gyógyítása érdekében történjék minden. Hadd idézzük itt a katonaeorvosi hivatástudatról megrendezett 1977. évi kerekasztal-beszélgetés egy mondatát: „Mindazoknak, akik a betegeket körülveszik, olyan munkahelyi légkört kell kialakítaniuk egymás között, hogy ebből a beteg felé is a hivatástudat, a megértés, a szeretet, a biztonság érzete áradjon...” Nem lehet szocialista stílusú munkáról beszélni egy kórházban ott, ahol meg-

sértik a betegellátás, a gyógyítás, az ápolás írott és íratlan törvényeit, ahol nem figyelmesek, nem szívélyesek, odaadók a beteggel szemben.

E fejezetben igyekeztünk összefoglalni azokat a tételket, melyek a katonarvosok egymás közötti és az egészségügyi szakdolgozókkal való kapcsolatát kell hogy jellemezzék. Úgy gondoljuk, hogy a katonaegészségügyre jellemző körülmények szem előtt tartásával a fegyelmet kívánó és ezen belül elvtársias, kollégialis hangvétel jelentheti az etikai követelmények teljesítését.

V.

Továbbképzési kötelezettség

Az orvosetikában ma is igaz alaptétel, melyet már *Hippokratész* megfogalmazott, hogy az orvos minden tevékenységének betege érdekében kell hatnia. A beteg érdekében végzett valóban jó munka előfeltétele a megfelelő szakmai színvonalon végzett tevékenység. Az orvostudomány mai fejlődési üteme mellett ez nem kis feladat, de ugyanakkor elengedhetetlen a folyamatos tanulás, a továbbképzés, az önképzés annak érdekében, hogy az orvos mindenkor a tőle elvárható legmagasabb szinten legyen képes betegét gyógyítani.

Mindez általánosan igaz, itt tehát még nincs különbség a polgári orvos és a katonarvos között. A polgári egészségügyben a továbbképzést egészségügyi miniszteri intézkedés szabályozza, és ez biztosítja minden orvos számára, hogy saját szakterületén hozzájusson a korszerű ismeretanyaghoz. A katonarvossal szemben ezt szintén kötelezőnek kell tekinteni, de ezzel még nem elégedhetünk meg. Az eddigiek során már kifejtettük, hogy a katonarvos sokkal szorosabb kapcsolatban áll a rábízottakkal, mint a polgári orvos. Rámutatunk már arra is, hogy a katonai élet sajátosságai, a szolgálat támasztotta követelmények milyen szoros kapcsolatban állnak a katona egészségével, következésképpen milyen fontos szerepet játszanak a katonák egészségének megóvásában, illetve a megbetegedettek gyógyításában. Az elmondottakból következik, hogy a katonarvosokkal szemben követelményként kell támasztani első lépésként a katonai élet, a szolgálatból adódó pszichikai és fizikai tényezők ismeretét, második lépésként pedig ennek továbbfejlesztését, vagyis a katonai munka-higiéne ismeretét. A katonai munka-higiéne alatt azt értjük, hogy az előbb elmondott, a katonai dolgozni és el kell sajátítani az egyes fegyverfajták, az egyes kiképzési formák egészségre ható speciális tényezőit is. Ez természetesen nagy munkát jelent, melynek ma még csak az elején tartunk, de úgy gondoljuk, hogy ezt a feladatot el kell végeznünk, mert ez teszi lehetővé az egyes betegek célzottabb gyógyítását, sőt ez teszi lehetővé az egyes csoportok megbetegedésének célzottabb megelőzését. Ezen keresztül érhető el a komplex értelemben vett magas szakmai szintű megelőzés és ellátás biztosítása.

A katonarvosok képzését, továbbképzését tárgyalva még egy sajátos körülményre kívánunk röviden rámutatni. Elsősorban a katonaegészségügyi szolgálat, a katonarvosok feladata felkészülni a háborús sérültek ellátására. E felkészülés előfeltétele az egészségügyi harcászati elvek ismerete, és előfeltétele az egyes fegyverfajták okozta sérülések, illetve megbetegedések ismerete. Enélkül háborús körülmények között elképzelhetetlen a jó diagnosztikai munka, tehát a megfelelő osztályozás, és elképzelhetetlen a megkívánt színvonalú célzott kezelés.

Munkánk e fejezetében a továbbképzés speciális vonásaira igyekeztünk rámutatni. Úgy gondoljuk, hogy a katonaeorvosnak szakmai ismeretei folyamatos bővítése mellett a speciális katonai munka-hygiéne és a háborús sérült- és betegellátás tételeit is ismernie kell, ezeket is folyamatos továbbképzések tárgyává kell tennie, annak érdekében, hogy betegeit a foglalkozási erkölcs előírásainak megfelelően a lehető legmagasabb szinten legyen képes ellátni.

VI.

A katonaeorvosok igazgatási feladatai

Minden orvosnak vannak igazgatási feladatai. Ez alatt a különböző, esetenként hatósági szintű igazolások kiadására, munkaképesség meghatározására és egyéb, elsősorban hygiénés vonalon jelentkező intézkedésekre gondolunk.

A katonaeorvos hasonló jogokkal, illetve kötelességgel rendelkezik, ugyanakkor a munkaterületen számos katonai sajátosságot találunk. Elsőnek a csapatorvos parancs előkészítő munkáját említjük. A csapatorvos mint szakember, egysége életét befolyásoló parancsajavaslatokat tehet az egységparancsnoknak, aki ezen javaslatokat, lévén azok a szakember javaslatai, elfogadja és parancs erőre emeli. Az ilyen parancsajavaslat elkészítése komoly felelősséget jelent, ami feltételezi a javaslattevő megfelelő szakmai indokoltságát és az alakulat életére kifejtett hatását. Lényegében ugyanez a felelősség jelentkezik az egyes katonával kapcsolatban is, amikor a katonaeorvos — a csapatorvos és az intézeti orvos egyaránt — a szolgálatképességről, a korlátozásokról vagy a szolgálatképtelenségről nyilatkozik. Ez a tevékenység a beteg állapotának szakmailag helyes megítélése és a kérdéses katona szolgálati körülményeinek ismerete alapján e két tényező mérlegelésének és összevetésének alapján történik. A helyes eljáráshoz elengedhetetlen az előbb leírt két tényező, de ugyanakkor más szempont figyelembe vétele az etikai követelmények megsértésének lehetőségét rejti magában.

Külön kell néhány szót szólni a katonai egészségügyi alkalmasság meghatározásáról, illetve a felülvizsgálati tevékenységről.

A katonai egészségügyi alkalmasság lényegében időszakonként változó tétel. Az alkalmasság szabályainak meghatározásakor két alapvető adatot kell figyelembe venni. Az egyik az adott évben vagy időszakban behívás előtt álló sorvány létszáma, általános egészségügyi jellemzői és megbetegedési viszonyai. A másik a hadsereg évenként jelentkező létszámigénye, technikai szintje, és a technikájából adódó kiképzési, illetve munka-hygiénés követelmények. E két fő tétel összevetéséből kell kialakítani az adott időszakra igaz tételleket, melyek meghatározzák a katonai egészségügyi alkalmasságot. Ezek alapján kell most már az egyes emberre vonatkoztatva eldönteni az alkalmasság fokát. Úgy látjuk, hogy ez jól példázza azon fő tételt, hogy a katonae egészségügyben közös nevezőre kell hozni az egészségügyi és a katonai követelményeket. E közös nevező előfeltétele, mint minden téren, úgy a katonae egészségügyi alkalmasság meghatározásánál is az, hogy az egyes ember alkalmassági fokának meghatározásánál elengedhetetlen feltétel, hogy döntésünk egészségsromlást nem okozhat.

A már szolgálatot teljesítő katonáknál a felülvizsgáló tevékenység szintén az egészségügyi alkalmasság fokát határozza meg. E munkánál is ismerni kell a felülvizsgált személy élet- és szolgálati körülményeit, annak érdekében, hogy további alkalmasságát megfelelően lehessen elbírálni. Hivatásos állományúaknál

ez a munka természetesen kiegészül egy igen lényeges szemponttal. Szemben a sorállománnyal, a hivatásos állományúak alkalmassági kérdésének eldöntésénél egy életpálya továbbvitelének kérdésére is választ kell adni. Ilyenkor a felülvizsgáló tevékenység összetettebb és ebből eredően felelősségteljesebb.

Ebben a fejezetben igyekeztünk áttekinteni a katonaeorvosok parancselőkészítő és -minősítő tevékenységét, vagyis igazgatási munkájukat. Úgy látjuk, hogy ezt a tevékenységet magas fokú felelősségérzettel, szakmai és katonai tudásra támaszkodva lehet végezni, mert csak ilyen alapon mondható el, hogy a munka ezen részét jogilag szabályozott formában és az erkölcsi elvárásoknak megfelelően hajtjuk végre.

VII.

A katonaeorvosok titoktartási és tájékoztatási kötelezettsége

Az orvosi titoktartás az orvos egyik fontos kötelessége, a felelősség sajátos formája. A katonaeorvos hivatásának teljesítése közben találkozik páciensének magántitkával, továbbá egyes esetekben szolgálati és állami titkokkal is.

A magántitok az általánosan elfogadott meghatározás szerint minden olyan, csak kevesek által ismert tény, körülmény, amelynek megőrzéséhez az érintett személynek méltányolható érdeke fűződik. A titok tehát bármilyen személyi, családi, vagyoni vonatkozású bizalmas adat lehet.

Valamely tény titokjellegét mindig a konkrét összefüggések alapján kell megítélni. A titok tehát relatív fogalom. Adott esetben pl. valamely fogyatékoság — testi, szellemi fogyatékoság egyaránt — titoknak minősülhet, amennyiben feltárása sértheti az érintett személy érdekeit. (Btk. miniszteri indokolás).

A magántitok védelmében a törvény (Btk. 177. §) úgy intézkedik, hogy aki a foglalkozásánál vagy közmegebiztatásnál fogva tudomására jutott magántitkot alapos ok nélkül felfedi, vétséget követ el.

Az orvos titoktartási kötelezettsége alól a következő esetekben nyer felmentést: népmozgalmi adatok, közegészségügyi események és fertőző betegségek bejelentése, hatósági felszólításra végzett vizsgálatok eredményének jelentése az illetékes hatósághoz, továbbá abban az esetben, ha a beteg az orvost titoktartása alól felmenti.

Katonaeorvosi szempontból fontos az az intézkedés, hogy katonabeteg esetében annak parancsnokát arról kell tájékoztatni, hogy mikorra várható a beteg gyógyulása és várható-e katonai alkalmasságában változás. (23/1974. HM utasítás).

A titoktartással kapcsolatban felmerülő esetleges problémáknál figyelembe kell venni azt is, hogy egyes esetekben a társadalmi érdek szembe kerülhet a beteg személyes érdekével. Ilyenkor természetesen mindig a társadalmi érdekeknek kell döntőnek lennie.

A felvilágosítási kötelezettség területén a katonaeorvos előtt nem állnak speciális problémák. A beteget és hozzátartozóját a beteg állapotáról tájékoztatni kell és ettől az orvos csak indokolt esetben tekinthet el. Lényegében mást nem hallgathat el az orvos, csak a gyógyíthatatlan betegséget. Ezzel kapcsolatban minden esetben egyedileg kell mérlegelni és határozni. A hozzátartozó tájékoztatásával más lehet a helyzet. A beteg és hozzátartozója között ugyanis el-

képzelt érdekelletét. Ilyenkor az orvosnak mindig a betege érdekét kell védenie.

A katonai orvosi munka során, mint már említettük, az orvos állami és szolgálati titok birtokába is juthat. A Btk. 224. § szerint államtitok minden olyan adat, amelynek illetéktelen személy tudomására jutása a Magyar Népköztársaság biztonságát, vagy más fontos érdekét veszélyezteti. Szolgálati titok az állami szervre, társadalmi szervezetre vagy szövetkezetre, úgyszintén ezek működésére vonatkozó olyan adat, amelynek illetéktelen személy tudomására jutása az állami szerv, a társadalmi szervezet, vagy a szövetkezet zavartalan működését, illetve az államigazgatás, a honvédelem, az igazságszolgáltatás vagy a gazdaság működését veszélyezteti.

Lényeges, hogy az államtitkot, illetve szolgálati titkot az sérti meg, aki a titkot jogosulatlanul megszerzi, vagy a tudomására, illetőleg birtokába jutott titkot jogosulatlanul felhasználja, illetéktelen személy részére hozzáférhetővé teszi.

Az említett törvény szövegéből különösen kiemelésre méltó, hogy a bűntettet az is elköveti, aki az államtitkot, illetve szolgálati titkot jogosulatlanul megszerzi. A gyakorlatban ez azt jelenti, hogy a titkot képező körülmények közül az orvosnak mindig csak annyit szabad tisztázni, amennyi a beteg kórelőzményének megértéséhez, gyógykezeléséhez, illetve rehabilitációja körülményeinek meghatározásához szorosan hozzátartozik. Tehát ebben a kérdésben is a beteg érdeke szabja meg a határokat.

Munkánk e fejezetében a titoktartással kapcsolatos előírásokat igyekeztünk áttekinteni. Úgy látjuk, hogy az etikuss magatartás alapja e téren is az, hogy a beteg érdeke az elsődleges, amiért a titkot is ismerni kell, de csak annyit, amennyi a gyógyításhoz szükséges.

VIII.

A magasszintű és ingyenes egészségügyi ellátáshoz való jog biztosítása

„Az állami egészségügyi szolgálatnál munkaviszonyban vagy megbízásos jogviszonyban álló orvosnak e munkakörében a gyógykezelést (ellátást) ingyen kell biztosítani.” Ezt szögezi le az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló 11/1972. EüM számú rendelet. Ennek értelmében fegyelmi, súlyosabb esetben büntető eljárást von maga után, ha az orvos bármikor anyagi vagy egyéb előnyt kér. Ennél is szigorúbb a vonatkozó HM utasítás, amely szerint a katonai egészségügyi szolgálat dolgozójának tilos anyagi juttatást elfogadnia a betegtől, vagy hozzátartozójától. (23/1974. HM utasítás.)

Tárgyilagosan meg kell állapítani, hogy ennek az utasításnak a végrehajtása nem valósult meg maradéktalanul. Ennek okát kutatva többféle tényezővel kell számolnunk, melyek részben az orvos, részben a beteg vagy hozzátartozója részéről jelentkeznek.

Az anyagi juttatás elfogadásának megtiltásakor az egyik alapvető feltétel, hogy az, akinek ezt megtiltjuk, olyan anyagi helyzetben legyen, hogy számára az anyagi előny elfogadása ne jelentsen legyőzhetetlen kísértést. E helyzet kialakítása érdekében már eddig is hathatós erőfeszítések történtek, de ezeknek természetesen határt szab a népgazdaság teljesítő képessége. A jelenlegi illetmény-, illetve bérrendszer kielégítő voltát igazolja, hogy azoknak az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak is biztosítva van a tisztességes megélhetése, akik beosztásuk, munkakörük folytán egyéb jövedelemre nem számíthatnak. Figye-

lembe kell azonban venni, hogy egyeseknél az anyagi szemlélet előtérbe kerülése olyan igényeket hozhat létre, melyeknek kielégítése etikusan már nem lehetséges.

Nehezíti a probléma megfelelő rendezését az a körülmény, hogy az etikai vétségek felderítése rendkívül nehéz. Az anyagi vagy más természetű juttatás nyújtásának tanúja rendszerint nincs. Ráutaló jelek, mint pl. túlzott méretű költsékezés jelentkezhetnek ugyan, de ezek csak gyanút kelthetnek, bizonyítékul nem szolgálnak. Ilyen körülmények között hatékony ellenőrzésről alig lehet szó, és ez kétségtelenül elősegíti az ilyen jellegű cselekmények elkövetését.

Nem elhanyagolható szempont a betegek morálja sem. Az anyagi szemlélet terjedése nemcsak az orvosokra, hanem az egész társadalomra jellemző. Hozzájárul ehhez az a körülmény is, hogy a polgári egészségügyben a „hálapénz” elfogadása nem tiltott. A betegek nagy többsége a katonai egészségügyre érvényes szigorúbb rendelkezést nem ismeri, és ezért általánosít. Figyelembe kell venni azt is, hogy a katonai kórházak jó hírnévnek örvendenek. A betegek, ha módjukban áll, szívesen veszik igénybe a katonai kórházakat, és onnan általában megelégedéssel távoznak. Ez az önmagában örvendetes helyzet alkalmas a betegekben a hálaérzet felkeltésére, és gyakran ez vezet az anyagi vagy egyéb előnyök felajánlásához és adásához.

Az ezen a téren előforduló etikai hiányosságok felszámolása az okok sokrétősége miatt csak célratoró, folyamatos és több irányú munkával érhető el.

Elsősorban arra kell törekedni, hogy fokozzuk az orvosok és egészségügyi dolgozók szakmai öntudatát. Tudatosítani kell, hogy a gyógyítás hivatás, melynek ellenértéke anyagi juttatással nem fejezhető ki. Ennek elfogadása azt a láttszatot kelti, mintha a beteg az orvost „megvásárolta” volna, és ez a helyes orvos—beteg viszony súlyos eltorzulásához vezet. Ez a megállapítás általánosságban érvényes, de külön hangsúlyt kap a katonaeorvos—katonabeteg viszonya.

Nevelő munkán túl természetesen szükség van a megfelelő szervezői munkát szabályozó intézkedésekre és a rendszeres ellenőrzésekre. Ez körültekintő munkaszervezést és nagyfokú éberséget igényel, és nem nélkülözheti a következetességet. Ez is hozzátartozik a szocialista orvosi etika, a katonaeorvosi etika tisztaságának megőrzéséhez és a súlyosabb események megelőzéséhez.

A nevelő munkának feltétlenül ki kell terjednie a betegekre és hozzátartozóikra is. A tömegkommunikációs eszközök által nyújtott és nem mindig kielégítő általános jellegű tájékoztatáson túlmenően a katonai gyógyintézetek betegeit külön is tájékoztatni kell arról, hogy ezekben az intézetekben a hálapénz elfogadása tilos. Azt kell hangsúlyozni, hogy a juttatás elfogadója ellenfelegyelmi, sőt kirívó esetekben büntető eljárás is indulhat. Amennyiben a beteg indítéka valóban a hálaérzete, meg kell gondolnia, hogy az általa nyújtott juttatással éppen azt sodorja hátrányos helyzetbe, aki iránt háláját akarta tanúsítani.

Az anyagi és egyéb juttatások kérdése az egészségügyi etikának csak egyik és talán nem alapvető problémája. Ugyanakkor tisztában kell lenni azzal, hogy ez az a kérdés, amely a leginkább szembevetendő. Azt, hogy adott esetben az orvosnak megelégedéssel kapcsolatosan mennyi szakmai és etikai problémája van, hogy ez hány álmatlan éjszakát okoz neki, azt a beteg soha sem tudja meg. Azt viszont, hogy az orvos munkájáért mit fogadott el, vagy kirívóbb esetben mit kért, az döntően meghatározza a betegnek róla alkotott képét. Tovább menően ez a tapasztalat nem csak az illető orvosra, hanem az egész testületre, a katonae-

egészségügyi szolgálatra fog az illető beteg és környezete szemében fényt vagy árnyékot vetni. Ez indokolja, hogy ezzel a kérdéssel állandóan és intenzíven foglalkozzunk.

Munkánkban e fejezetben az egészségügyi ellátás ingyenességének kérdését tekintettük át. Úgy látjuk, hogy ezen igen összetett problémában elsődleges szerepet játszik a tudati tényező, a szocialista etikai követelmények maradéktalan érvényesülése érdekében végzendő nevelőmunka, melynek az orvosok és egészségügyi dolgozók mellett széles körű, a betegekre és családtagjaikra is kiterjedő propaganda munkával kell szélesednie.

IX.

Egészségügyi anyagi kérdések etikai vonatkozásai

Minden magyar állampolgárnak alkotmányos kötelessége a nép vagyonának védelme. Erre a törvényben is szereplő kötelességre külön kitér a katonai eskü is. Kimondja, hogy „a fegyveres erők vagyonát és más népi vagyont megőrzöm és megőriztetem”.

Az orvostudomány fejlődésével párhuzamosan egyre több nagy értékű berendezés, felszerelés használata válik szükségessé. Ezeknek alkalmazása feltétlenül fontos az orvosi munka korszerűségének és magas színvonalának biztosítása érdekében. A beszerzési és üzemeltetési költségek igen magasak, és ez határt szab a beszerzési lehetőségeknek. Az anyagi fegyelem szempontjait meghaladóan alapos mérlegelésre, etikusan megszabott döntésre van szükség az igények bejelentésénél, és azok indokoltságának elbírálásánál. A különböző gyógyintézetek közötti és az egyes intézeteken belül az osztályok közötti együttműködésnek egyik sarkalatos pontja a nagy értékű orvosi berendezések használatának megszervezése. A katonaegészségügyi szolgálat szervezettsége és a polgárinál szigorúbb fegyelme lehetővé, az etikus megítélés pedig szükségessé teszi a párhuzamos beszerzések megelőzését és a meglévő géppark gazdaságosabb kihasználását. Az anyagi jellegű kérdésekkel kapcsolatban kívánjuk megemlíteni azt is, hogy a korszerűbb és drágább berendezések a régieknél mindig bonyolultabbak. Éppen ezért az ilyen készülékek használata tábori körülmények között általában nem jöhet számításba. Feltétlenül fontos ezért, hogy a katonae orvosok körében az egyszerűbb eljárások, melyek nemcsak komoly intézeti háttérrel alkalmazhatók, ne menjenek feledésbe.

Az egészségügyi anyagi kérdések tárgyalásánál arra a következtetésre jutottunk, hogy a korszerű lehetőségek biztosítását célzó törekvések helyesek, de megfelelő mérlegelést igényelnek, melynek során gazdasági lehetőségek mellett a jól szervezett kihasználás is alapvetően fontos. A katonae egészségügy szempontjából szem előtt kell tartani a tábori körülmények között alkalmazható eljárások előtérben maradását.

X.

Az Etikai Tanácsok feladatai és lehetőségei

Az intézeti Etikai Tanácsok feladata általában az egészségügyi törvényben, az egészségügyi dolgozók rendtartásában és egyéb hivatalos állásfoglalásokban lefektetett etikai irányelvek, követelmények egységes értelmezésének és alkal-

mazásának, az etikai akcióprogram végrehajtásának segítése. Katonai egészségügyi intézetekben ezen túlmenően az ilyen tárgyú HM utasítások végrehajtását is elősegítik.

Az orvosi kar érdeke, becsülete, az egyes orvos érdeke és becsülete általában ugyanazt jelenti, a kettő kölcsönösen együtt jár és eredményezi egymást. Ebből a szemléletből kell az Etikai Tanácsnak kiindulnia, a hibák felfedése és kijavítása érdekében. „Ha az orvos bármely orvos orvosi tevékenységében nyilvánvaló hibát észlel, köteles erre megfelelő módon az orvos figyelmét felhívni, szükség esetén annak felettes szervét tájékoztatni”. (11/1972. EüM.) Kétségtelen, hogy ez az intézkedés nemcsak a szakmai tevékenységre, hanem az etikai magatartásra is érvényes. Erre éppen az a felelősség kötelez, melyet az orvosnak éreznie kell az iránt a testület iránt, amelynek tagja. A súlyosabb megítélés alá eső cselekményeket általában kisebb vétségek előzik meg. Az ezekre időben történő figyelmeztetés egyrészt magának a vétkesnek az érdekét szolgálja, aki ezáltal ráébred arra, hogy hibás, etikátlan útra lépett, másrészt természetesen a testület érdekét is szolgálja.

Az ilyen munka nagyon megfontolt tevékenységet igényel. Az Etikai Tanács tagjainak nyitott szemmel, a problémákra érzékenyen kell munkájukat végezni. Közelebbről meg kell vizsgálni minden olyan apró jelenséget is, amely etikai jellegű rendellenességre utal. E közben magának az Etikai Tanácsnak is gondosan kell ügyelnie saját eljárásának etikus voltára. Nem alakulhat ki „besúgórendszer”, és ügyelni kell arra is, hogy bizonytalan értesülések alapján végzett tájékoztató tevékenységgel ne keltsenek kedvezőtlen látszatot senkiről.

A feltárt rendellenességek nyílt, elvtársi és kollégialis hangnemben történő megbeszélése megjavítja az együttműködést és a munkahelyi légkört. Ugyanígy hat a kollektíva rendszeres tájékoztatása is. A megalapozatlan híreszteléseket és találgatásokat csak gyors és nyílt információval lehet megelőzni.

Az Etikai Tanácsok tevékenységével kapcsolatban meg kell jegyezni azt is, hogy a hadseregben belül az egyszemélyi felelős parancsnoki vezetés elve érvényesül. Saját intézetének etikai helyzetéért így természetesen a parancsnok felelős. Az Etikai Tanácsok lényeges feladata a parancsnok ezirányú munkájának hathatós segítése.

*

I R O D A L O M

1. Az Egészségügyi Törvény és végrehajtási rendeletei. Egészségügyi Minisztérium, Budapest, 1972.
2. Büntető Törvénykönyv. Közgazdasági és Jogi K., Budapest, 1979.
3. *Buda B.*: Ellentmondások korunk medicinájában és ennek tükröződése az orvos személyiségében. *Orv. Hetil.* 1977, 118, 2379.
4. *Buda B.*: Az orvos—beteg-kapcsolat pszichológiája és a psychotherapia alapjai. In: *Trencsényi T.* (szerk.): A gyakorló orvos enciklopédiája. I. köt. Medicina, Budapest, 1973. 39.
5. *Budvári R.*: Az orvosi hivatás és gyakorlati tevékenység törvényes és etikai vonatkozásai. In: *Somogyi E.* (szerk.): Igazságügyi orvostan. Medicina, Budapest, 1964. 31.

Dr. Kovács Ottó orvos alezredes

A morbiditási statisztikák pluridiagnosztikus feldolgozási rendszerének lehetőségei

A szerző az általa ismert és az MN egészségügyi szolgálatban meglévő vezetésorientált számítógépes morbiditási—betegforgalmi statisztikai rendszer morbiditáshoz kapcsolódó területének kritikáját adja.

Arra a következtetésre jut, hogy a vezető, illetve záródiagnózis gyakoriságának vizsgálata nem lehet végleges cél, és ezt fel váltania a többi elváltozást is tartalmazó értékelő rendszernek. Reprezentatív statisztikai adatokkal alátámasztott bizonyítása a klinikus számára is sokatmondó.

Valamennyi egészségügyi szerv, intézmény, intézményrendszer, így egészségügyi szolgálatunk munkájának is legfontosabb minőségi mutatói közé tartoznak a morbiditási adatok, az egyéb, az egyes intézmény tevékenységére jellemző adatokkal együtt.

A Magyar Néphadsereg integrált egészségügyi ellátási rendszere minden intézményre kiterjesztett, egységes szűrési rendszere lehetővé teszi, hogy nyilvánított morbiditási adatainkat a tényleges morbiditással megegyezőnek tekintsük. Rendelkezésünkre állnak különböző adatok, melyek az egészségügy tervezéséhez, fejlesztéséhez, vezetéséhez, a személyi állomány egészségi állapotának egészségügyi ellátottságának, az egészségügyi intézmények munkájának, hatékonyságának, egymáshoz való viszonyának tanulmányozásához lehetőséget biztosítanak.

A meglévő adatok kellő szintű feldolgozása, értékelése, adatszolgáltatási rendszerünk további korszerűsítése a hagyományos, manuális módszer alkalmazása mellett elképzelhetetlen. A számítógépes feldolgozási lehetőségek, illetve a lehetőségek várható bővülése segít gondjainkon. A lehetőségek kihasználása érdekében több munkacsoport folytat előkészítő tevékenységet részben az alapellátás, részben az intézeti betegstatisztika számítógépes feldolgozásával kapcsolatban. Elgondolással az ő munkájukhoz szeretnék csatlakozni.

A számítógép adta lehetőség nem végtelen. Mivel a gép csak a betáplált adatokat képes feldolgozni, nagy körültekintéssel kell a gyűjtendő, majd feldolgozásra kerülő adatokat meghatározni. Olyan és annyi adatot célszerű és szükséges gyűjteni, amilyen és amennyi kellő információt ad a helyes követke-

tetések levonására. Felmerül azonban a kérdés, hogy elegendők-e a rendelkezésünkre álló adatok arra, hogy a gépi lehetőségek optimális felhasználásával kellő, a korszerű követelményeknek megfelelő információhoz jussunk, vagy szükséges-e az adatgyűjtés kiterjesztése, kibővítése.

Jelenlegi morbiditási statisztikánk monodiagnosztikus. A megfigyelés egysége a megbetegedés, illetve a betegségi eset. Ez az intézeti és az alapellátás betegforgalmának statisztikai feldolgozására egyaránt vonatkozik. A szűrővizsgálatokról készített statisztikákban már több betegség együttes fennállásáról is kapunk adatokat, de egészségügyi statisztikai rendszerünk alapvetően csak egy, a vezető diagnózisról ad felvilágosítást.

Közismert, hogy gyakran több betegségből eredő, szuperponált panaszaival jelentkezik az orvosnál a beteg, vagy egy adott akut megbetegedés kapcsán olyan második, vagy harmadik elváltozással is találkozunk, amely szintén kezelést igényel, vagy a későbbiekben lesz szükség a kezelésre. A kezelőorvos a kezelés során valamennyi elváltozás figyelembe vételével határozza meg a terápiát, a legtöbb esetben dokumentálja is az észlelteket, de statisztikai feldolgozásra csak egy, a „vezető” diagnózis kerül. Így például nem ismeretlen az idegrendszer és a keringési rendszer betegségei közti összefüggés, vagy egyéb megbetegedés mellett előforduló korai idegrendszeri elváltozás, melyről azonban még értékelhető adatokkal nem rendelkezünk, pedig már lehet, hogy ekkor találhatunk olyanokat, amelyek a későbbi cardiovascularis betegségekre utalnak. A mozgásszervi megbetegedések számának napjainkban tapasztalható emelkedésére is voltak már előzetes jelek. A hatvanas évek első éveiben szolgáló csapatorvosok az újoncbevonulások során már tapasztalták a lapostalppal bíró újoncok egyre nagyobb arányát. Ezzel kapcsolatos adatgyűjtésre nem került sor, tehát az elváltozás következményeivel sem számoltunk, de ennek a generációnak a statikai eredetű mozgásszervi betegségeit már kezeljük napjainkban. Amennyiben nem rendelkezünk a várható megbetegedésekről kellő adatokkal, a gyógyszerellátás tervezése is csak illuzórikus lehet. A vezető diagnózist feldolgozó betegstatisztika nem adott — korlátozott lehetőségei miatt nem is adhatott — időben kellő információt.

Az elmondott néhány példával a monodiagnosztikus betegstatisztika hiányosságait igyekeztem szemléltetni. A hiányosságok megszüntetése, a lehetőségek kibővítése érdekében került kidolgozásra pluridiagnosztikus betegstatisztikánk.

Elképzelésünk helyességének bizonyítására kísérletképpen intézetünk 1980. első félévi betegforgalmát pluridiagnosztikus módszerrel dolgoztuk fel.

Feldolgozásunkban az ok szerinti csoportosítás alapját a „betegségek nemzetközi osztályozása” (BNO) képezte, korcsoport, ezen belül állománycsoport bontással. Célszerűnek és kellően informatívnak látszik a BNO három számjegyű (999) rendszerének alkalmazása úgy, hogy minden beteg három diagnózisának regisztrálására legyen lehetőség. (1. táblázat.)

Mielőtt rátérnék a feldolgozott adatok ismertetésére, a tanulságok levonására, előre kell bocsátanom, hogy nem a számszerűséget, hanem a tendenciát tartom figyelemre méltónak. Az intézet profiljából adódik ugyanis, hogy vannak olyan betegségek, melyek kizárják a hozzánk történő beutalás lehetőségét, illetve az intézet profiljába tartozó betegségek aránytalanul nagyobb számmal szerepelnek, mint egy általános kórház beteganyagában.

Betegeink kor szerinti megoszlását a 2. sz. táblázat szemlélteti.

BETEGSÉGEK SZÁZALÉKOS MEGOSZLÁSA
TÖBB DIAGNÓZIS ALAPJÁN

KORCSO- PORT		0—30 év	31—40 év	41—45 év	46—50 év	51—55 év	56—60 év	61—70 év	70 év.	ÖSSZE- SEN:
		1	2	3	1	2	3	1	2	
BETEGSÉGEK MEGOSZLÁSA %-BAN	1	100	100	100	100	100	100	100	100	100
	2	27,45	31,9	54,00	56,40	61,00	57,30	65,87	90,9	56,09
	3	3,92	7,63	14,28	16,9	19,24	13,33	22,2	43,18	16,8
ÖSSZES BETEG %-ban		3,39	8,73	9,76	32,26	25,83	10,00	7,6	2,67	

A legérintettebb korosztály a 46—50 éves. Betegeink 32,26%-a tartozik ide, 25,83% pedig a következő 51—55 éves korosztályhoz. Ugyanakkor a 41—50 évesek beutalt betegeink 42,02%-át, az 51—60 évesek pedig 35,83%-át alkották.

Magasnak tartom azok arányát, akik több betegséggel bírnak. Betegeink 56,09%-ánál legalább két, illetve 16,8%-nál legalább három betegséget állapítottunk meg.

Az egyes korosztályokon belül is kedvezőtlenek az arányok. Természetesnek tarthatjuk azt, hogy 70 év felett a betegek 90,9%-ánál két és 43,18%-ánál legalább három betegség fordul elő, de 30 év alatt kevésbé természetes, hogy 27,45%-nál legalább két, 3,92%-nál három betegség található.

Arra számítottunk, hogy a kritikus 46—50 évnél kiugróan nagyobb arányban jelentkeznek a második és a harmadik betegség megjelenése. A nagyarányú emelkedés azonban előbb jelentkezett. Míg a 31—40 évnél 31,9%-nál legalább két és 7,63%-nál legalább három, addig a 41—45 évnél már 54%-nál legalább két és 14,28%-nál legalább három megbetegedéssel találkozunk. A többi korcsoportban az emelkedés egyenletes.

Jelen saját adatainkból még talán nem, de ha a kórházaink azokat megerősítik, akkor le kell vonnunk azt a következtetést, hogy a betegségek számának emelkedése már néhány évvel korábban megelőzi az állomány egészségi állapotának romlását. Ha ez igaz, akkor már eleve bizonyított a pluridiagnosztikus morbiditási statisztika létjogosultsága.

Az egyes betegségeknel nyert adatok egyértelműen mutatják a monodiagnosztikus feldolgozás korlátait. Diabetes mellitus (BNO 280) vezető diagnózis-ként betegeink 0,8%-ánál szerepelt. Három diagnózis feldolgozása során kiderült, hogy beutaltjaink 3,1%-ra szorul cukorbetegsége miatt kezelésre, illetve megfigyelésre. Hasonló a helyzet neurotikus zavarok (BNO 300) esetében. Az 1,7%-kal szemben a pluridiagnosztikus feldolgozás szerint 5,9%-nál találkozunk ezekkel a panaszokkal. Nem közömbös a korcsoport szerinti megoszlásuk sem. A neurotikusok 12,4%-a 31—40 év, 18,5%-a 41—45 év, 45,4%-a 46—50 év,

18,5⁰/₀-a 51—55 év között található. Hypertonia (BNO 403) 1,15⁰/₀-kal szemben valójában 5,45⁰/₀-nál fordult elő.

Gondoltunk arra is, hogy mivel ezek a betegségek nem alapvetően az intézet profiljába tartoznak, adataink nem valóságok. Ellenkezőjéről győzött meg a mozgásszervi betegségeknel végzett értékelés. Példaként az „Osteoarthritis és rokon állapotok” (BNO 715) diagnózist emelem ki. Itt kitűnik, hogy 8,67⁰/₀-kal szemben betegeink 28,14⁰/₀-ánál találtunk ebbe a csoportba tartozó betegséget.

Az elmondottak alapján felmerül a kérdés, mely területeken biztosíthat bővebb lehetőséget a **pluridiagnosztikus egészségügyi** statisztika alkalmazása? Egyik legfontosabb területének a hivatásos állomány szűrésének feldolgozását tartom. Ebben az esetben a korcsoportokon belül nem állománycsoport (1. táblázat), hanem beosztás szerinti csoportbontást végezhetnénk, melynek kapcsán felvilágosítást kaphatunk arról, hogy mely beosztásoknál kell számítanunk nagyobb fokú egészségkárosodásra. Az évek során nyert adatok összehasonlításával képet kaphatunk arról is, hogy mely beosztásokban, mely életkorban, milyen betegségek jelentkeznek, de feleletet kapunk arra is, hogy egyes betegségek együttes előfordulása esetén milyen későbbi következményekkel kell számolnunk.

Az alapellátás, a szakrendelő és a kórházi betegstatisztika készítésénél, illetve a feldolgozásnál is tájékoztatóbbnak tartom a többdiagnózisos feldolgozási rendszert a jelenleginél. Ennek alapján lehetőség nyílik a csapatorvos és a szakrendelő, a csapatorvos és a kórház betegellátó tevékenységének összehasonlítására, az együttműködési hiányosságok okainak felderítésére. Példaként emlitem az alapellátás és a szakrendelői adatok összehasonlításából felmérhető lehetőség egyikét. E két intézmény adatainak összehasonlításából kiderül, hogy a betegségek mely csoportját látja el az alapellátás és melyeket küldi szakrendelésre. Kiderül, hogy ezek közül mely betegségekkel nem kellett volna igénybe venni a szakellátást, s melyek voltak azok, amelyeket nem az alapellátásnak kellett volna kezelnie. A felállított diagnózisok eltéréséről is informálódhatunk.

A pluridiagnosztikus kórházi betegstatisztika — az intézet belső tevékenységét elemezve — tágabb lehetőséget biztosít az egyes osztályok nagyságának, profiljának, gyógyszerfogyasztásának tervezéséhez. A kapott adatok folyamatos feldolgozása pedig lehetővé teszi, hogy a betegségek alakulását, a változásokat figyelemmel kísérjük, szükség esetén újabb összefüggéseket keressünk, illetve a szükséges intézkedéseket megtegyük.

A tárgyalt, több diagnózist feldolgozó betegstatisztikai rendszer, számítógép alkalmazásával, olyan összefüggések kimutatására is alkalmas lehet, amelyeket jelenleg még nem ismerhetünk, mivel kellő számú adat nem áll rendelkezésünkre.

Intézetünk beteganyagának több diagnózist figyelembe vevő statisztikai feldolgozásából, nemcsak intézetünkre vonatkozó következtetéseket igyekeztem röviden ismertetni. Az ismertetett módon, szélesebb területről nyert adatok a vázolt lehetőségeket módosíthatják, kiterjeszhetik. Egyes, már kidolgozott, vagy kidolgozás alatt levő módszerekkel történő kombinálással további hasznos ismeretekre tehetünk szert. Az adatok számítógépes feldolgozása pedig biztosítaná a gyors, pontos, értékelésre kész adatszolgáltatást. Ehhez a munkához elengedhetetlen a rendszerszervező segítsége, a kapott adatok folyamatos értékeléséhez pedig a jól képzett szervező-orvos, aki a következtetésekről a vezetést rendszeresen tájékoztatja, a további tennivalókkal kapcsolatos javaslatát megteszi.

Tudom, hogy az ismertett rendszer tényleges lehetőségeiről, előnyeiről csak évek múltán kaphatunk teljes képet. Biztos, hogy hiányosságai is felszínre kerülnek, de alkalmazhatóságával, sőt szükségességével kapcsolatban nincsenek kételyeim.

Ковач О., подп. м/с:

СИСТЕМА ДЛЯ ОБРАБОТКИ СТАТИСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ ПО ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В МНОГОДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПОДХОДЕ

Автор критически освещает раздел по заболеваемости системы, применяемой в медицинской службе ВНА для машинной обработки статистических данных по заболеваемости-оборачиваемости больных. Устанавливает, что исследование частоты водного и заключительного диагноза не может быть окончательной целью, на смену его должен появиться оценочная система, содержащая и другие изменения.

Аргументация, подкрепленная репрезентативными статистическими данными, представляя определенный интерес и для клинициста.

Dr. Ottó Kovács, Obstl. d. Med. Dienstes:

MÖGLICHKEITEN EINES PLURIDIAGNOSTISCHEN BEARBEITUNGSSYSTEMS DER MORBIDITÄTSSTATISTIKEN.

Es wird eine Kritik des dem Autoren bekannten und im medizinischen Dienst der Ungarischen Volksarmee vorhandenen Morbiditätsteilgebietes des leitungsorientierten elektronischen Datenverarbeitungssystems der Morbidität-Patientenumlauf-Statistik gegeben. Man kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Untersuchung der Häufigkeit der führenden, bzw. Schlussdiagnose nicht das Endziel sein kann und dieses durch ein Bewertungssystem abgelöst werden muss, das auch die übrigen Veränderungen enthält. Der mit repräsentativen statistischen Daten unterstützte Beweis ist auch für den Kliniker vielsagend.

Égési sebkezelés a csapat-egészségügyi tagozatban

A sebellátás a szakszerű elsősegéllyel kezdődik. A lokális hűtés alkalmazása után száraz, steril kötést helyeznek fel a sebre. Későbbiekben elvégzik a steril sebitoiletet, majd nyitott vagy zárt kezelési eljárást alkalmaznak. Mély nagy-kiterjedésű égési sérülés esetén az aktív sebészeti terápia jelenti a végleges megoldást (tábori sebészeti kórházban). Lényege: az elhalt szövetek műtéti eltávolítása, majd az autolog fedés. Átmeneti megoldást a bológiai kötés alkalmazása jelent.

A korszerű háború körülményei között a sérültek több mint 70%-a termikus károsodást is szenved. Termionukleáris csapás esetén az élő erőket többek között fototermikus károsodás is éri, elsősorban a fedetlen testfelszíneken. Másodlagos sérülés keletkezik az égő ruházattól, forró, szétfreccsenő, folyékony vagy szilárd anyagoktól.

A bőr hőkárosodása a felvett termikus energia mennyiségétől függ, amely a hőbehatás *intenzitásának* és az *expozíciós* időnek a függvénye. A sérülés megítélésénél alapvetően két szempontot kell figyelembe venni: a kiterjedést, ill. a sérülés mélységét. Az előbbire a Wallace-féle 9-es szabályt alkalmazzuk (bár hozzávetőleges értéket ad, de első megítélésnél mégis a legcélszerűbb módszer).

Az égés mélységére vonatkozóan a gyakorlat számára három csoportot célszerű elkülöníteni:

1. felületes,
2. részleges bőrelhalással,
3. teljes vastagságú bőrelhalással járó mély égéseket.

Ezek részletes tárgyalására ehelyütt nem térünk ki.

Égési sérülést elszenvedett sérültnél figyelembe kell venni, hogy a helyi károsodás nagyságától, helyétől és még egyéb tényezőktől függően, az egész szervezetet érintő, súlyos kórkép alakul ki, amelyet *égésbetegségnek* nevezünk.

Az égésbetegség korszerű kezelése komplex feladat, amelynek természetesen integráns része a sebkezelés.

A helyes sebkezelést lehetőleg már a harcmezőn, ill. az ezredsegélyhelyen el kell kezdeni, másszóval az első sebkezelés is az elsősegély fogalmába tartozik. A továbbiakban csak a sebkezeléssel foglalkozunk.

Elsősegély: az égő ruházat, a napalm, vagy egyéb hőkárosító anyagok gyors eltávolítása. A napalm vagy más gyújtókeverék esetén a láng elfojtása csak az

oxigén megvonásával érhető el, vagyis azonnal valamilyen anyaggal zárt fedést kell alkalmazni.

Az elsősegélynyújtás egyik legfontosabb eleme a sérült rész tiszta vízzel történő lehűtése. Lehűtés után a sebet célszerű száraz, steril kötéssel befedni (egyéni sebkötözőcsomag, esetleg kontúrkötés). Nagykiterjedésű sérülés esetén, vagy körkörös törzségésnél a sérültet lepedőbe burkoljuk. Egyben akadályozzuk meg a sérült teljes lehűlését.

Első orvosi és szakorvosi ellátás (ezred-, ill. hadosztálysegélyhelyen).

Kellő általános fájdalomcsillapítás után a sebellenítés első mozzanata a sebitoilette. A sebfelszint (ill. az egész beteget) megfürdetjük valamilyen detergenst tartalmazó oldatban. Természetesen a tiszta vizes, szappanos lemosás is célszerű lehet.

A maradék bullákat csipesszel és ollóval, lehetőleg sterilen eltávolítjuk. A sebekkel kapcsolatos minden művelet a lehető legkíméletesebben és sterilen történjék. Minden helyi beavatkozást (a kötést kivéve) csak a shock-fázis lezajlása után végezhetünk el.

A bitumen eltávolítását parafin olajjal célszerű elvégezni. Megjegyezzük, hogy kisebb kiterjedésű bitumen-sérülésnél nem feltétlenül szükséges az anyag eltávolítása, mert kellő lehűtés után a bitumen alatt spontán hámosodásra számíthatunk.

Egyéb vegyi anyagok által okozott sérülésnél lehetőleg a vízzel történő gyors lemosás javasolt, amely egyébként természetesen a hűtést is szolgálja.

A sebitoilette után a sebkezelésnek a következő három formáját különböztetjük meg:

1. A sebfelszín *nyitott* (kötés nélkül történő) kezelése háborús körülmények között ritkán valósítható meg; kisebb kiterjedés esetén megkísérelhető. A sebre gyulladáscsökkentő, ill. pörkképző anyagot fújunk spray formájában. Számos előnye, ill. hátránya van, ezek mérlegelése az adott szituációtól függ.

2. A sebkezelés konzervatív sebészi módszere a *zárt*, vagyis a kötéssel történő sebkezelés. Legcélszerűbb száraz fedőkötést alkalmazni. Másik formája a kenőcsös kötésekkel történő fedés. A kenőcs alapanyaga lehetőleg vízben oldódó krém legyen, tartalmazhat antiszeptikumot, antibiotikumot, esetleg szteroidot. A kötést csak akkor célszerű cserélni, ha váladékpangásra, vagy egyéb szövődeményre gyanakszunk. Itt is érvényes az alapvető szabály, amely szerint a gyógyuláshoz elengedhetetlen a nyugalom.

Mindkét konzervatív sebkezelési módot csak felületes, esetleg kisebb kiterjedésű részleges mélységű égéseknél alkalmazhatjuk, ill. átmeneti megoldásként, ha pillanatnyilag az aktív sebészi módszerek kivihetetlenek.

3. Nagy kiterjedésű, részleges mélységű, vagy teljes mélységű égéseknél végleges megoldást csak az *aktív sebészi* terápiától nyerhetünk. Ennek lényege, hogy az elhalt szöveteket *in toto*, vagy tangentialisan kimetszük. A keletkezett bőrhiányt autolog lebenyekkel fedjük. Ennek számos módszere van, a rotációs lebenyektől a félvastag rácsplasztikákig. (Ezek részletes tárgyalásától eltekintünk.)

Felmerül a kérdés, mi történjék a sebekkel a sérülés és a műtét közötti időben? Átmeneti megoldásként az általános kezelés mellett az időnkénti kötésváltást javasoljuk. Ilyenkor az eltávolítható necrotikus szövetek egy részét csipesszel és ollóval kimetszhetjük. Felhívjuk a figyelmet a gondos sebrevízióra, az elhalt részek alatt gyakran bújnak meg rejtett tályogok!

A kiterjedt aktív sebészi terápia elsősorban a „Többprofilú Tábori Seb-

szeti Kórházak" épési osztályain valósítható meg, amennyiben a tárgyi és személyi feltételek biztosítottak.

Itt említjük meg a sebek *biológiai fedésének* kérdését. Biológiai kötést részleges mélységű égéseknél a teljes hámosodás elérése céljából, vagy átmeneti megoldásként alkalmazunk. Ez utóbbi esetben a sebalap feltisztítása, vagy nagy kiterjedés esetén a végleges autolog fedésig az időnyerés a cél. Elvileg három lehetőség áll rendelkezésre:

1. homoiolebenyek (cadaver-bőrrel),
2. alloplastikus anyagok (fólia, szivacs stb.)
3. xenograftok.

Az utóbbi időben a sertésbőr került alkalmazásra natur, vagy tartósított formában. A sertésbőr morfológiailag hasonlít az ember bőréhez, megfelelő vékonyságú lemezek könnyen készíthetők; a lyophilezett készítmény, gamma-sugárral csírátlanítva, kellően csomagolva, hosszan eltartható, alkalmazása egyszerű.

A sertésbőr xenograft a következő előnyökkel rendelkezik:

1. Csökkenti a seb párolgását és ezzel a hőveszteséget.
2. Csökkenti a sebfájdalmat és lokális nyugalmat biztosít.
3. Megakadályozza a folyadék- és elektrolitvesztést.
4. Megvédi a mélyebb képleteket.
5. Csökkenti a baktériumok elszaporodását.
6. Elősegíti a sarjszövet kialakulását, ill. a sebek feltisztulását.
7. Ép hámelemek esetén gyorsítja teljes hámosodást.

A hadosztálysegélyhelyen, azonnal elvégzendő sebészi beavatkozás az ún. *necrotomia*. Mély mellkasi vagy körkörös végtagégések esetén a kiszáradt bőrnecrosis légzési, ill. keringési zavart okozhat, ezért érzéstelenítés nélkül, hosszirányú, többszörösön megtört bemetszéseket ejtünk a bőrön. Ezzel a testtájék körfogata megnő, a mélyebb szervek, ill. képletek „felszabadulnak”.

Végül említést kell tennünk izolált, és biztosan mélyebb szöveteket érintő végtagégések esetén a csonkolásról.

Külön fejezetet képez *a kombinált égési sérülések ellátása*. Itt elvként csak annyit jegyzünk meg, hogy csonttörésekkel kombinált égési sérülésnél (ha a feltételek adottak) zárt csonttrögzítést kell alkalmazni (az osteosynthesis különböző formái).

Radioaktív anyagokkal szennyezett sérülteknél a műtét időpontjának megválasztása külön hangsúlyt kap. Lehetőleg a sugárbetegség kifejlődése *előtt* kell elvégezni a műtéti beavatkozásokat.

Végezetül megállapíthatjuk, hogy a korszerű sebkezelés minden formája, főleg tömeges sérültáramlásnál csak akkor valósítható meg, ha biztosítjuk a kellő osztályozást, és a futószalagszerű ellátást a kiürítés megfelelő szakaszain.

Лука О., подполковник м/с:

ОБРАБОТКА ОЖОГОВЫХ РАН НА УРОВНЕ ВОЙСКОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

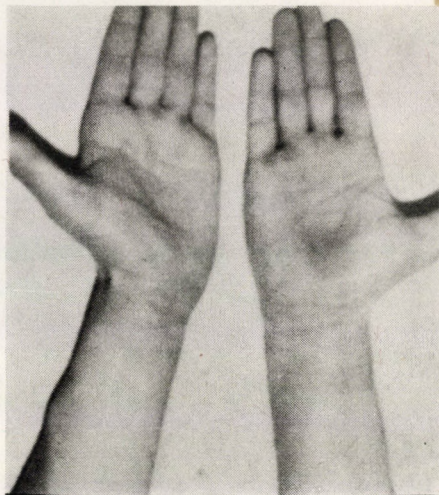
Обработка ран начинается с первой помощи. После локального охлаждения следует наложение сухой стерильной повязки. В дальнейшем проводится стерильный туалет окружающей раны и применяется открытый или закрытый метод лечения. При наличии обширных глубоких ожогов, окончательное лечение заключается в активной хирургической терапии (в полевом хирургическом госпитале). Сущность хирургического лечения: удаление некроти-

Dr. Merkel Dagmar

Az égési seb műtéti kezelése

A szerző a részleges és teljes bőrelhalással járó égések kezelésének műtéti vonatkozásait tárgyalja. Leszögezi, hogy a mély égés eredményes kezelése sebészi beavatkozást igényel, és hangsúlyozza az elsődleges kimetszés és sebzárás (bőrpótlás) alapvető szerepét. A bőrpótlás központi problémája, hogy nagy kiterjedésű égésnél nem áll rendelkezésre elegendő adóterület. Ezen nehézség megoldására javasolt eljárások ismertetésével fejeződik be a cikk.

Az égési seb helyi sebészi kezelése elsősorban a seb mélységétől és kiterjedésétől függ. Az égés mélységét illetően mind a mai napig nem alakult ki egységes nemzetközi nomenklátúra, hazánkban is többféle beosztás használatos (bár ezek a lényegét tekintve nem térnek el egymástól); négy fokozatot különböztetnek meg, melynek második vagy harmadik fokát még két alcsoportra



1. ábra. Nyílt láng okozta felületes égési sérülés: a) közvetlenül a bullektomia után és b) gyógyultan 3 héttel a baleset után

osztják. A modern irodalom világszerte a mélységbeosztásban inkább sebészeti szempontokat követ (Feller), hiszen a seb gyógyulása szempontjából a sebészi teendők szerint (az egészen felületes égésektől eltekintve, melyek nem is igényelnek speciális kezelést) elegendőnek tűnik két csoportot megkülönböztetni: a részleges és a teljes bőrelhalással járó égési sérülést. Részleges bőrelhalásról akkor beszélünk, ha az irha alsó rétege ép maradt és így spontán hámosodás várható (1. ábra). Mély égésnél, a bőr teljes vastagságú pusztulásánál, spontán hámosodásra csak a sebszélek felől lehet számítani, így feltétlenül szükséges a műtéti bőrpótlás, kérdéses csak annak időpontja lehet (2. ábra).



2. ábra. Mély égési sérülés kontaktégéstől: a) átvételkor, 3 héttel a baleset után és b) 6 nappal a bőrpótló műtét után

Természetesen a részleges mélységű égési sérüléseknél is megfontolandó a bőrpótló műtét, ha az életben maradt bőrelem nagyon kevés, és így a spontán hámosodás nagyon elhúzódik, két-három hét alatt nem fejeződik be. Az elhúzó hámosodás a tapasztalat szerint hipertrófiás hegképződéssel jár, amely

nemcsak szubjektív panaszokat okoz (húzódás, viszketés, fájdalom), hanem ízületek közelében kifejezett funkciózavarokkal is jár és a kontraktúrák később feltétlenül helyreállító műtétet tesznek szükségessé. Ha tehát a kétes esetekben nem várjuk meg a spontán hámosodást, hanem már a baleset utáni harmadik héten végzünk bőrpótló műtétet, akkor nemcsak a hosszabb bőrgyógyulással járó szenvedésnek vesszük elejét, hanem megelőzzük a szövődményeket, a későbbi helyreállító műtétet, valamint a hosszabb ideig tartó munkaképtelenséget.

Az égési sérülés kiterjedése ugyan nincs befolyással arra, hogy kell-e egyáltalán műtétet végezni, viszont meghatározó lehet a műtéti időpont megválasztásánál. Mi a műtétek időpontját illetően Frank beosztását használjuk (1. táblázat).

1. táblázat

Műtétek beosztása *Frank* szerint

Elsődleges műtétek

Elsődleges kimetszés a sérülés után azonnaltól 12 óráig terjedő időben
Késleltetett elsődleges kimetszés a sérülés utáni 12—48 óra között

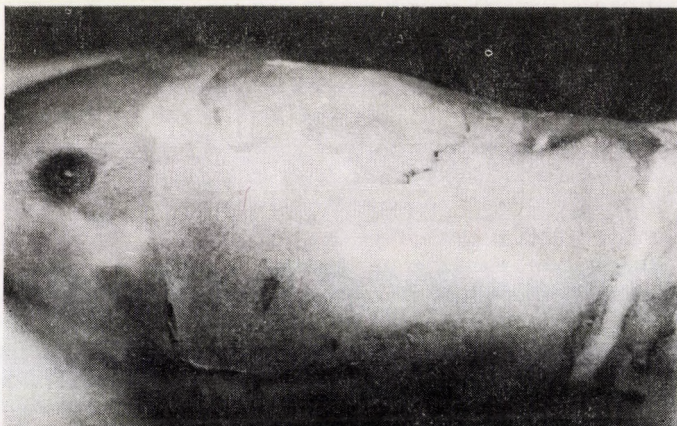
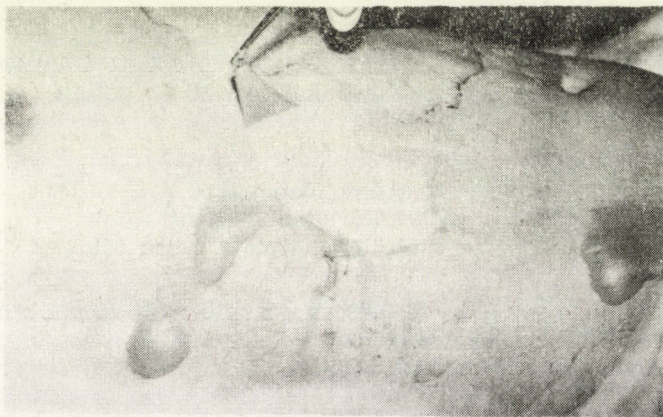
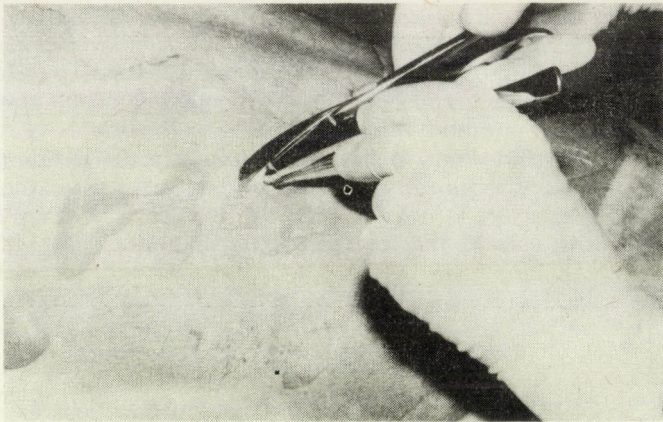
Másodlagos műtétek

Gyorsított korai kimetszés a sérülés utáni 2—14. nap között
Halasztott korai bőrátültetés a sérülés utáni 3—6. hét között
Elkésztett bőrátültetés a sérülést követő 6. héten túl

Meggondolva, hogy az égési sérülés tulajdonképpen hasonlít ahhoz a mechanikai sérüléshez, ahol a nekrotikus szövetek különlegesen nagy tömegével állunk szemben, világos, hogy itt még fontosabb a *Friedrich*-féle elvet követni: az elhalt részeket eltávolítani és a sebet zárni, ami ebben az esetben természetesen bőrpótlást is jelenthet. Ezáltal megelőzzük először a nekrozis, később pedig a nyílt seb által okozott összes szövődményt: az égésbetegséget; valamint megrovidítjuk a gyógyulást, a kórházi ápolást. A primer kimetszés fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni. Az azonnali műtétnek sajnos éppen a kritikus égéseknél szab határt a beteg általános állapota, a fenyegető sokk, valamint tömeges égési sérüléseknél a felvevő osztály személyi és tárgyi adottságainak esetleges korlátozottsága, az égési sérültek primer műtétjéhez szükséges tapasztalatok hiánya. [Közbevetve megjegyzendő, hogy a primer műtétek műszerigénye megegyezik a bőrpótló műtétekével (v. ö. 6. ábra).]

Mi a magunk részéről a testfelület 30 százalékáig terjedő égéseknél feltétlenül primer kimetszésre és azonnali fedésre törekszünk. Tapasztalatainkról több cikkben számoltunk be (*Novák* és *mtsai*, *Nádai* és *mtsai*). Itt szeretnék ennek ismétlésétől eltekinteni, hangsúlyozva azonban azt, hogy a primer kimetszés minél szélesebb körben való elterjedését tartjuk a jövő útjának.

Az égés helyi kezelése tulajdonképpen az első pillanattól kezdve sebészi kezelés akkor is, amikor az elsődleges kimetszés nem lehetséges, illetve nem szükséges (felületen égés). Az első ellátás ekkor is műtéti aszepszist igényel. A sebet antiszeptikus oldattal mossuk le és steril csipesszel távolítunk el minden fájdalommentesen lehúzható elhalt hámot (3. ábra). Ezután a sebet a gyógyulásig, illetve az első műtétiig nyitottan vagy kötéssel kezeljük.



3. ábra. Forrázásos égési sérülés első ellátása. Steril körülmények között: a) bevágjuk a hólyagokat, b) eltávolítunk minden elhalt hámrészletet, c) a sérült terület a bullektomia befejezése után

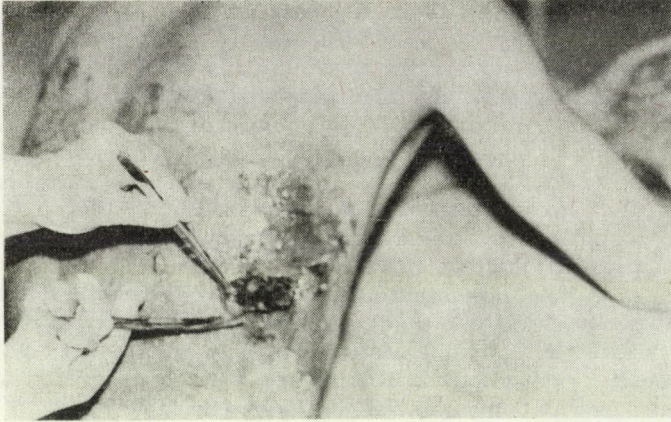
Itt kell megemlíteni egy olyan sebészi beavatkozást, amelyet közvetlenül a sérülés után kell elvégezni, teljesen függetlenül a beteg általános állapotától, illetve az égés kiterjedésétől. Amennyiben ugyanis valamely végtag vagy a törzs körkörös mélyen megégett, úgy a kemény nekrosis az alatta fekvő szövetekre páncélszerűen ráfeszül. A körkörös végtag-égésnél ehhez a baleset utáni első négy napban nagyfokú ödéma képződés járul, ami által a szövetek közötti nyomás tovább fokozódik. Ez beavatkozás nélkül a végtag keringésének leszorításához, a disztálisan fekvő részek trofikus károsodásához, illetve a mellkason az amúgy is rossz légzés mechanikus akadályozásához vezet. Ilyenkor a nekrosis bemetszésével szabadítjuk fel a szöveteket a feszülés alól, tesszük könnyebbé a légzőmozgásokat. A 4. ábrán látható, hogy a nekrotomia pillanatában a nekrosis alatt fekvő szövetek milyen nyomással feszítik szét a bevágott nekrosis széleit. A bemetszéshez általában érzéstelenítés nem kell, hiszen a bőrrel együtt az idegvégződések is elpusztultak. Komolyabb vérzéssel sem kell általában számolni, sőt a nekrosis alatt trombotizált hajszálereket lehet látni.



4. ábra. Körkörös mély égési sérülés ruhatűztől. A szike az ábrán jobbra halad, a bemetszésben jól látható a nagy nyomással előbukkanó zsírszövet

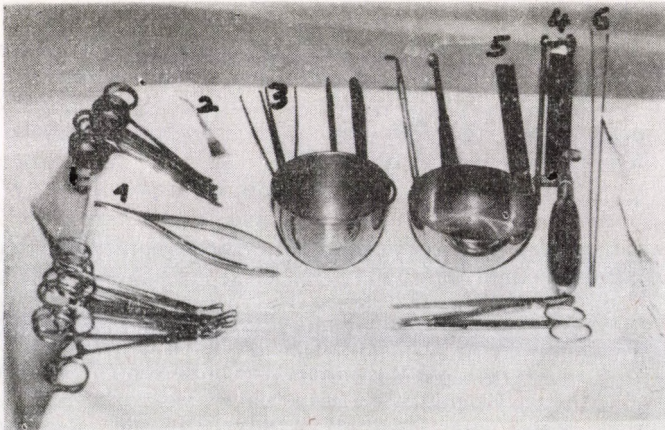
A másodlagos műtét időpontja sok oldalról vizsgálendő kérdés. Az elsődleges műtét előnyeiből kiindulva több szerző (*Janzekovic, Sorensen*) foglalt állást amellet, hogy a beteg általános állapotának stabilizációja, a sokkveszély elhárítása után azonnal (azaz a negyedik napon) megkezdhetjük már a nekrosis kimetszését. *Zellner* viszont arra törekszik, hogy az égési seb felett antiszeptikus szerekkel (*Betaisodona*), nyitott kezeléssel száraz pörköt képezzen és a beteget aszeptikus körülmények között izoláltan ápolva a kimetszéseket a beteg állapota szerint akár csak az 5. vagy 6. héten megkezdve igen kis lépésekben végezze és a bőrhiányt azonnal pótolja.

Mi magunk, ha a primer kimetszésről lemondunk, akkor a nekrolízist kötés alatt helyi szerek alkalmazásával gyorsítjuk meg, a leváló, fájdalommentesen levágható nekrotikus részeket minden kötözésnél ollóval és csipesszel gondosan eltávolítjuk (5. ábra) és a 10. nap után még tapadó nekrolízist narkózisban élesen kimetszük (*Humby*-késsel vagy szikével). A nekrotomiánál a vérveszteség csökkentésére diatermiás (*Baksa*) vagy lézer kések (*Jackson, Zellner*) használatát is ajánlják.



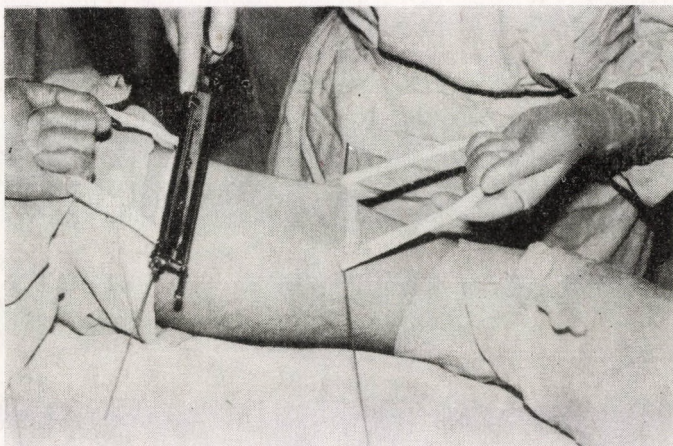
5. ábra. Részleges és mély égési sérülés ruhatűztől 10 nappal a sérülés után. Kötésváltásnál a nekrozis fájdalommentesen eltávolítható részeit ollóval levágjuk.

A nekrektomia után vagy vele egy ülésben következik a bőr pótlása, amely tulajdonképpen az égésbetegség oki terápiája. Nagy kiterjedésű égéseknél viszont az adóterülettel megnövelt sebfelület már meghaladhatja a beteg tűrőképességét. Itt tesznek kitűnő szolgálatot az utolsó években Magyarországon is meghonosodott biológiai és szintetikus bőrpótló, illetve sebfedő anyagok. Jelenleg a biológiai bőrpótlás céljára a liofilezett sertésbőr felel meg legjobban. Ennek alkalmazását illetően *Baksa* és *mtsai* összefoglaló cikkére utalok. A xenograft beszerzése nem ütközik nehézségbe, amióta annak hazai előállítása megindult és „Porciderm” név alatt kereskedelmi forgalomban kapható. Szintetikus bőrpótló szerek egyelőre csak importból szerezhetők be, jelenleg Sys-purderm és Epigard kapható. Segítségükkel, ha csak átmeneti időre is, mindazt el tudjuk érni, amit a bőrpótlástól elvárunk: megvédjük a szövetet a seben keresztüli fertőzéstől és a seben át történő folyadék-, fehérje- és energiavesztéstől.



6. ábra. A bőrpótló műtétekhez szükséges minimális műszerkészlet: 1. plasztikai tűfogó, 2. szövetragasztó, 3. finom fogazású csipesz, 4. Humby-kés, 5. penge a Humby-késhez, 6. Kirschner-drótok

A bőrpótló műtétek nem igényelnek különös műszerezettséget (6. ábra). Az egyszerű kéziműszerekkel a lényegét tekintve ugyanolyan sikeresen vehetünk bőrt, mint a sűrített levegővel, illetve a villanymotorral hajtott dermatommal, ha a bőr megfelelő megfeszítéséről alkalmas módon gondoskodunk. Bár a bőrvétel technikája a plasztikai sebészeti tankönyvekben részletesen le van írva, mégis szeretnék a bőrvétel általunk használt módjáról szólni, mivel a bőrfeszítésének megoldása, úgy gondolom, hogy figyelmet érdemel. A tervezett adóterület két szélén a 7. ábrán látható módon Kirschner-drótokat szúrunk át közvetlenül a bőr alatt, majd gézzel meghúzva azokat a köztük levő bőr megfeszül és így egyenetlen vagy puha alapú testfelületeken (bordák felett, hason) is tudunk bőrt metszeni.



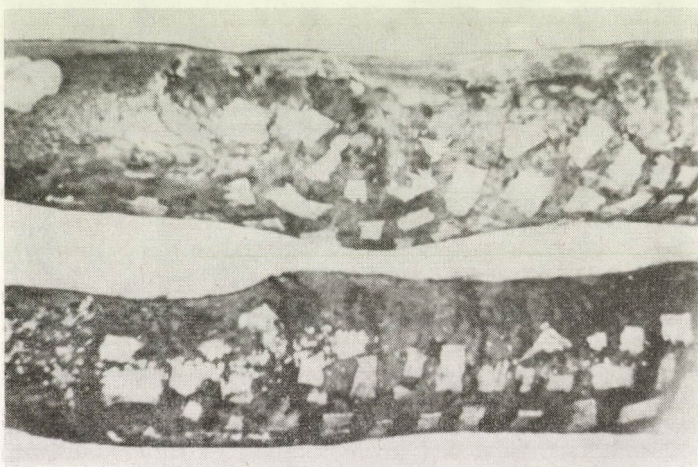
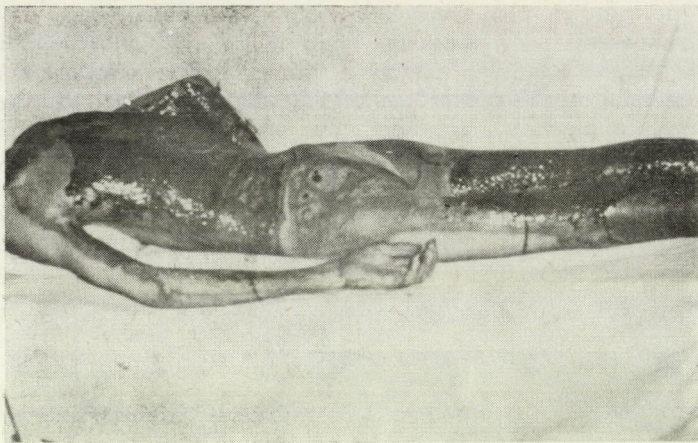
7. ábra. Bőrvétel Humby-késsel, feszítés Kirschner-drótokkal

A bőrpótlásnál természetesen kozmetikailag és funkcionálisan akkor várható a legjobb eredmény, ha egyenetlen vastagságú nagy transzplantátumokat úgy varrunk a sebre, hogy a varratvonalak iránya a korszerű sebészet követelményeinek feleljen meg. Nagy terjedelmű égési sérüléseknél sajnos erre csak a legkritikább esetben van mód, sőt sokszor a rendelkezésünkre álló adóterület jóval kisebb a befedendő sebfelületnél. Ezt az ellentmondást a következő módon lehet feloldani:

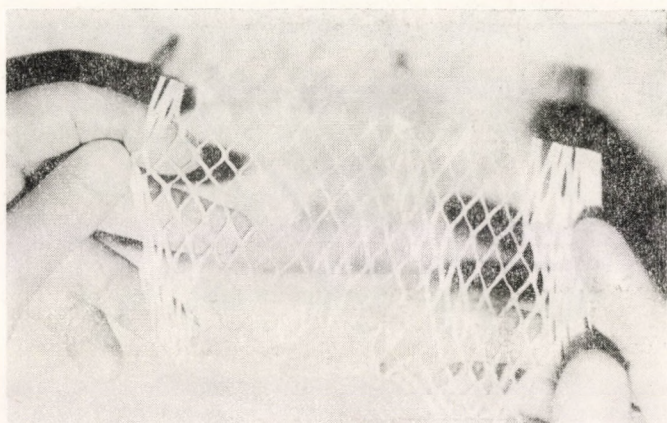
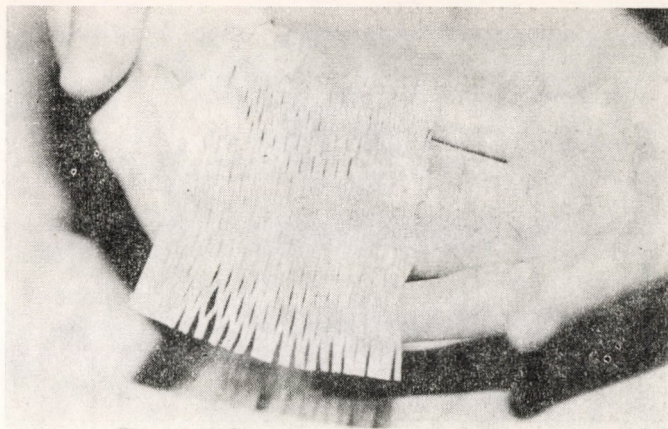
— Amennyiben a bőrvételnél csak nagyon vékony réteget metszünk, két hét múlva ugyanaz az adóterület alkalmas újabb bőrvételre.

— Abból kiindulva, hogy a transzplantált bőr széleiből is elindul a spontán hámosodás, a fedendő felülethez szükséges bőrt azáltal is csökkenthetjük, hogy a kis bélyegekre vágott bőrt elszórtan helyezzük el (8. ábra). A széli hámosodás folytán a bélyegek közti területek is begyógyulnak. A kozmetikai eredmény ugyan kívánni valókat hagy maga után, de a beteget kis műtéti megterhelésekkel sikerül megmenteni.

— Ennek az eljárásnak egy továbbfejlesztett változatában az autotranszplantátumok közti hézagokat homoiotranszplantátumokkal töltjük ki, így a sebet arra az időre is teljesen fedjük, amíg befejeződik az autotranszplantátumok széleiből induló végleges gyógyulás. Amióta rendelkezésünkre állnak biológiai



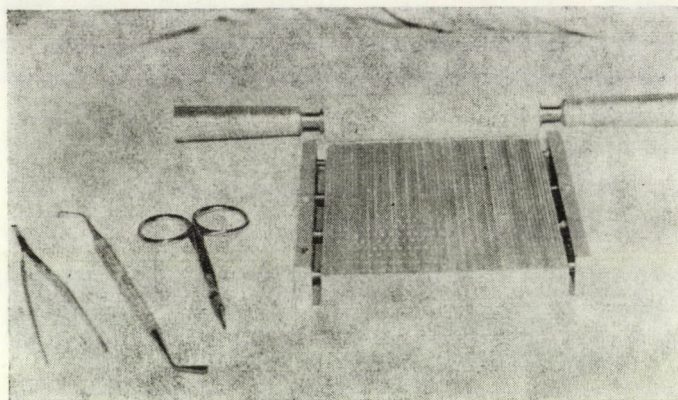
8. ábra. Ruhatűz által okozott részleges és mély égési sérülés, összesen a testfelület kb. 50%-ára terjedően a) 3 héttel a baleset után, b) frissen telepített bélyegek, c) teljes gyógyulás után



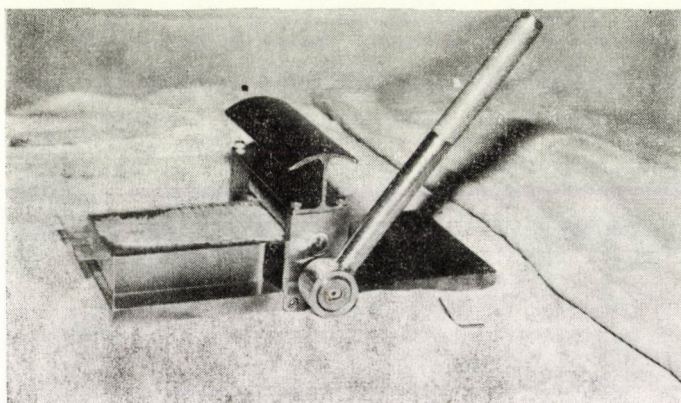
9. ábra. Bórháló nyújthatósága a) a levett bőr közel eredeti nagyságban, b) széthúzással mintegy 2,5–3 szorosára nyújtható

és szintetikus bőrpótlószerek, ezeket részesítjük a homoiotranszplantátumokkal szemben előnyben.

— A bélyegplasztikánál jobb megoldásnak tűnik az utolsó évtizedben hazánkban is meghonosodott rácsplasztika. Ennek viszont feltétele a bőrnújtó készülék. Minden ilyen mesh-dermatomnak az a lényege, hogy a félvastag bőrlebenyben kis metszéseket ejt és így bórhálót állít elő, amelyet a sebfelületen kifeszítve az adóterületnél lényegesen nagyobb területet tudunk befedni (9. ábra). A mesh-dermatómoknak több kiviteli formája ismeretes aszerint, hogy bennük a kések állanak (10. ábra) vagy mozognak (11. ábra). Használhatóságukat természetesen növeli, ha a bemetszések közti távolság változtatásával ugyanazon készülékkel különböző mértékben nyújtható bőrrácsokat tudunk előállítani. Ezt az egyes típusoknál az alátét, illetve a késrendszer cseréjével lehet el-



10. ábra. Mesh-dermatom álló késekkel, amelyeken a bőrt elhelyezzük, majd a teflonhengerral áthengereljük

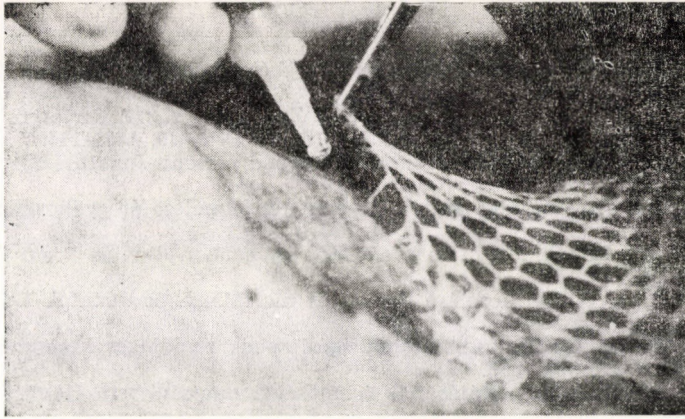


11. ábra. Forgókéssel működő mesh-dermatom. Különböző méretű alátétekkel szabályozható a bőrháló nyújthatósága

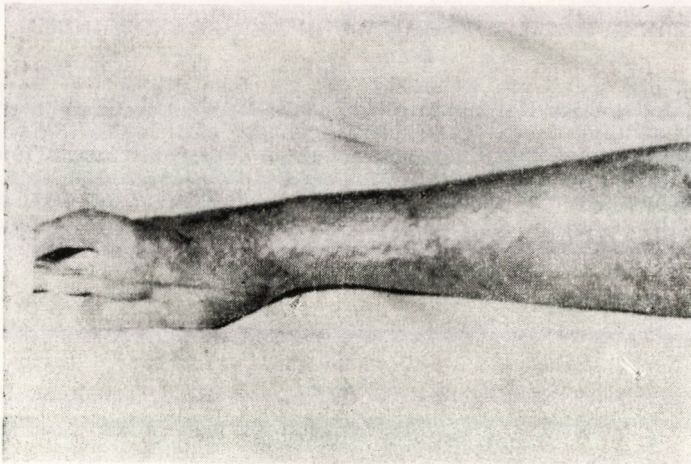
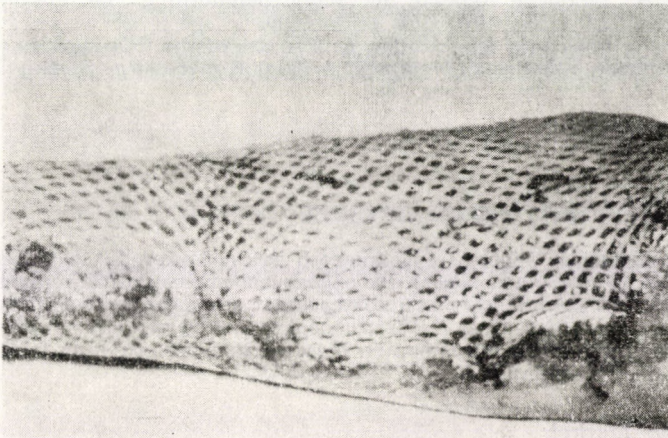
érni. A rácspasztyika hazai elterjedését elősegíti, hogy rövidesen magyar gyártmányú bőrnújító készülék kerül kereskedelmi forgalomba.

A bőrhálót ajánlatos nemcsak felsimítani a sebre, hanem kifeszítve rögzíteni is, hogy a nyújtást a legteljesebben kihasználhassuk. Mivel a kivarrás a műtési időt nagyon meghosszabbítja, az utóbbi időben sikeresen váltottuk fel a kivarrást pontszerű szövetragasztással (12. ábra). A felhelyezett bőrhálót és a rácspasztyika utáni gyógyulást a 13. ábra mutatja.

Az elmondottakat összefoglalva megállapíthatjuk, hogy az eredményes sokktalanítás módszerének elterjedése után a súlyos égések kezelésének kritikus eleme az elhalt bőrrészek eltávolítása és a bőrhiány pótlása lett. Mély égéseknél az időben (a lehető legkorábban) végzett műtét és a műtési technika helyes megválasztása a siker kulcsa, bár a legjobb technikai lehetőségek mellett is óriási marad a különbség a baleset előtti és a gyógyult állapot között mind kozmetikai, mind pedig funkcionális tekintetben.



12. ábra. Bőrháló kifeszítése ragasztással.



13. ábra. Ruhatűz által okozott mély égés: a) rácsplasztika, b) gyógyult

1. *Baksa J., Weiss I.*: Operative Versorgung bei Verbrennungen im Kindesalter. Előadás. Égési Konferencia, Rostock, 1975.
2. *Baksa J., Simon J., Demeczky M., Békésy Zs., Dósa K.*: A sertésbőr (xenograft) alkalmazása égett betegeken. *Magy. Traumatol.* 1976, 19, 138—145.
3. *Feller, I., Archambeault, C.*: Nursing the burned patient. Institute for Burn Medicine, Michigan, 1974.
4. *Frank Gy.*: Az égési sérülés műtéti kezelésének elmélete és gyakorlata. *Medicina, Bp.*, 1961.
5. *Jackson, D. M., Cason, J. S.*: Burn excision by carbon-dioxide laser. *Lancet*, 1977, 1, 1081—1984.
6. *Janzekovic Z.*: Az égés kezelése tegnap és ma. *Magy. Traumatol.* 1975, 18, 260—264.
7. *Nádai E., Merkel D.*: Tapasztalataink égési sebek elsődleges kimetszésével. *Honvéddorvos*, 1976, 28, 329—335.
8. *Novák J.*: Égettek tömegellátásának lehetőségei napjainkban. *Honvéddorvos*, 1975, 27, 247—261.
9. *Novák J., Nádai E., Merkel D.*: Égési sebek primaer kimetszése. *Magy. Traumatol.* 1975, 18, 173—184.
10. *Sörensen, B.*: Moderne Aspekte der Schockbehandlung bei ausgedehnten Verbrennungen. *Zbl. Chir.* 1976, 101, 1495—1500.
11. *Zellner, P. R., Lazaridis, Ch., Möller, I.*: The use of the CO₂-laser in the treatment of burn injuries. *Előadás. 5. Nemzetközi Égési Kongresszus, Stockholm*, 1978.
12. *Zellner, P. R.*: Személyes közlés, 1980.

Меркел Д.:

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОЖОГОВОЙ РАНЫ

Автор рассматривает вопросы оперативного лечения ожоговых ран с частичным или полным некрозом кожи. Устанавливает, что эффективное лечение глубокого ожога возможно лишь хирургическим вмешательством и подчеркивает основную роль первичного иссечения и закрытия раны (замещения кожи). Главная проблема замещения кожи в том, что при обширных ожогах донорских участков не хватает. В заключение предлагаются различные методы для решения данной проблемы.

Dr. Dagmar Merkel:

DIE OPERATIVE BEHANDLUNG DER BRANDWUNDE.

Es werden die operativen Relationen bei der Behandlung von Verbrennungen mit partieller und totaler Hautnekrose behandelt. Es wird festgestellt, dass zur erfolgreichen Behandlung der tiefen Brandwunden der chirurgische Eingriff notwendig ist, und die grundlegende Rolle von primärem Ausschnitt und Wundverschluss (Hautersatz) wird betont. Das zentrale Problem des Hautersatzes ist, dass bei ausgedehnten Verbrennungen nicht genügend grosse Spendergebiete zur Verfügung stehen. Der Artikel schliesst mit der Beschreibung von Verfahren, mit denen dieses Problem gelöst werden kann.

Dr. Bernát Sándor Iván

A szérum ferritin koncentráció meghatározásának klinikai értéke

A szérum ferritin szint immuno-radiometriás módszerrel végzett meghatározása lényeges haladást jelentett a diagnosztikában, mert a szérum ferritin koncentrációjából következtetni lehet a szervezet vastartalékának nagyságára.

A vizsgálat értékét azonban több tényező korlátozza. A normális érték alsó határa tisztázatlan. A szérum ferritin szintnek jelentős spontán ingadozása van. A vastartalékkal nem rendelkező emberek egy részében a szérum ferritin koncentráció normális marad. A latens és a prelatens vashiányt a szérum ferritin koncentrációja alapján nem tudjuk a normális vas-státustól megbízhatóan elkülöníteni. A szérum vaskötő kapacitása a vashiánynak érzékenyebb indikátora, mint a szérum ferritin koncentrációja. Az utóbbi eljárás ezért epidemiológiai vizsgálatokra kevésbé alkalmas. A ferritin szintjét néhány idült betegség úgy befolyásolja, hogy ennek folytán a meghatározást az egyidejűleg fennálló vashiány kimutatására nem lehet felhasználni.

A ferritin szint meghatározása a hyposiderosissal ellentétben kiválóan alkalmas a szervezet vastartalékának megbízható megítélésére hypersiderosisokban.

A ferritin koncentráció meghatározás immuno-radiometriás eljárásának kidolgozása (*Addison és mtsai, 1972*) lehetővé tette, hogy ennek a vastartalmú fehérjének mennyiségét a vérszérumban és a keringő vörösvérsejtekben is (*Summers és mtsai, 1974*) pontosan megállapítsuk.

A szérum ferritin szintje szoros korrelációt mutat a reticuloendothel rendszer sejtjeiben tárolt vas mennyiségével. Ez az összefüggés egyaránt megállapítható a szervezet vashiányos állapotában és nagymértékű vastárolása esetén is (*Jacobs és Worwood, 1975*).

A keringő ferritin koncentrációja híven követi a vastartalék mennyiségi változásait. Ezért a szérum ferritin szintjének meghatározása értékes felvilágosítást nyújt a szervezett vas-státusáról.

Az utóbbi esztendő kiterjedt vizsgálataiból azonban megtudtuk, hogy a szérum ferritin meghatározásának számos negatív vonása is van és ezek a fogyatékoságok az eljárás gyakorlati értékét bizonyos mértékben csökkentik.

A szérum ferritin szintjének normális értéke

A keringő ferritin koncentrációja egészséges embereknél is széles határok között váltakozik (1. táblázat), annak következtében, hogy az egyedi értékek jól tükrözik az egészséges szervezet tényleges vastartalékában lévő különbségeket. Ennek megfelelően a férfiak normális értékei általában nagyobbak, mint a nők értékei, de a normális és a kóros értékek határa bizonytalan és nem ritka, hogy a „normálisnál” kisebb vagy nagyobb ferritin koncentrációt találunk olyankor is, amikor biztosan egészséges emberekről van szó (Jacobs és Worwood, 1975).

1. táblázat

A különböző szerzők által megállapított normális értékek

k.é.	férfiak		nők		szerzők
	k.é.	sz.é.	k.é.	sz.é.	
69	6—186	34	3—162	Jacobs, A. et al., 1972.	
	12—128		10—56	Addison, G. M. et al., 1972.	
69	6—186	34	3—162	Jones, P. A. E. et al., 1973.	
103	36—224	35	2—83	Walters, G. O. et al., 1973.	
94	27—329	34	9—125	Cook, J. D. et al., 1974.	
83	31—135	55	25—85	Worwood, M. et al., 1974.	
57	18—180	34	10—143	Halliday, J. W. et al., 1975.	
	15 felett			Worwood, M. et al., 1980.	

k.é.: közép érték sz.é.: szélső értékek
Az értékek $\mu\text{g/l}$ -ben vannak kifejezve

A normális értékek alsó határa tisztázatlan (2. táblázat) és ezért a szervezet vashiányának megállapítása a szérum ferritin szint alapján sokszor nem is lehetséges.

2. táblázat

A normális szérum ferritin koncentráció alsó határa ($\mu\text{g/l}$) az irodalom adatai alapján

férfiak	nők	szerzők
6	3	Jacobs, A. et al., 1972.
12	10	Addison, G. M. et al., 1972.
36	2	Walters, G. O., et al., 1973.
27	9	Cook, J. D., et al., 1974.
21	21	Lipschitz, D. A. et al., 1974.
18	10	Halliday, J. W. et al., 1975 és 1977.
31	4	Seiler, M. et al., 1978.
15	15	Lipschitz, D. A., 1980.
30	28	Wohlenberg, H. et al., 1980.

A gyakorlati munka számára egyesek mégis ajánlanak ilyen feltételes) határt, de ez a határ is lényegesen változik a különböző szerzők felfogása szerint (3. táblázat).

A szérumban a ferritin koncentrációjának feltételezett normális alsó határa ($\mu\text{g/l}$)

férfiak	nők	szerzők
	12	Jacobs et al, 1972.
	12	Pipschitz et al., 1972.
20	10	Halliday et al., 1977.
	15	Worwood et al., 1980.
30	28	Wohlenberg et al., 1980.

A nagy különbségek különféle okokra vezethetők vissza:

(1) A határérték megvonása függ attól, hogy milyen paraméterek alapján állapítják meg az egyes szerzők a vashiányt.

Egyesek ezt a szérumban a vaskoncentrációja és a transferrin vastelítettsége (a szaturációs koefficiens) (Addison és mtsai, 1972.), mások a csontvelő vizsgálata (Kaltwasser, 1980, Wohlenberg és mtsai, 1980, és mások), vagy a radiovas felszívódásának mértéke (Heinrich, 1970.) alapján teszik.

(2) Függetlenül a határérték megállapítása attól is, hogy mit tekintenek a szerzők az összehasonlítás alapjául szolgáló vizsgáló eljárás alapján kóros értékek.

Egyesek csak azokat az embereket tartják vashiányosnak, akiknek a szérumban a vas koncentrációja nem haladja meg a $36 \mu\text{g/dl}$ -t és a szaturációs koefficiens nem nagyobb 11% -nál (Addison és mtsai, 1972), mások még a 9% -os (férfiak), illetve a 7% -os (nők) szaturációs koefficiens is normálisnak tekintik (Jacobs és mtsai, 1972).

Biztosan normálisnak tartják azokat, akiknek a szérumban a vas koncentrációja 76 és 206 (férfi), illetve 78 és $196 \mu\text{g/dl}$ (nők) közé esik és a transferrin vastelítettsége 17 – 54% , illetve 15 – 43% között van!

A csontvelő citokémiai vizsgálata alapján egyesek a berlini-kék-negatív eredményt tekintik a vashiány jelének (Lindstedt és mtsai, 1980.), mások olyankor is vashiányról beszélnek, ha a csontvelőben bizonyos mennyiségű vas mégis található („csökkent vasraktár”) (Lipschitz és mtsai, 1974.). Előbbi esetben a szérumban a ferritin koncentrációja 1 – $37 \mu\text{g/l}$, utóbbi esetben 21 – $163 \mu\text{g/l}$ között váltakozott.

(3) Függetlenül a normálisnak tekintett alsó határérték attól is, hogy milyen metodikával végezték a szérumban a ferritin koncentráció meghatározását.

A gyári, illetve a laboratóriumi anyagokkal végzett vizsgálatok eredménye között kisebb-nagyobb különbség lehet az eljárás eltérő érzékenysége, a mérési tartomány különböző felső határa és más tényezők miatt.

Az ajánlott normális alsó határérték csak viszonylagos értékű. Amennyiben a csontvelőben haemosiderin egyáltalában nem mutatható ki, úgy a szérumban a ferritin szintje a különböző szerzők szerint:

1— $37 \mu\text{g/l}$	(Lipschitz et al., 1974.)
1— $140 \mu\text{g/l}$	(Lindstedt et al., 1980.)
1— $80 \mu\text{g/l}$	(Wohlenberg et al., 1980.)
1— $80 \mu\text{g/l}$	(Kaltwasser et al., 1980.)

Ha a vashiány (negatív berlini-kék reakció a csontvelőben) más betegséggel kombinálódik, úgy a szérumban a ferritin szint még szélesebb határok között váltakozik (4. táblázat).

A szérumban lévő ferritin koncentráció alakulása a csontvelői haemosiderin hiánya esetén

átlag	sz. é.	diagnózis	szerzők	évszám
6	1—37	vashiány	Lipschitz et al.	1974
21	16—28	vashiány+infekció	Lipschitz et al.	1975.
61	25—91	vashiány+májbetegség	Lipschitz et al.	1974.
42	10—125	vashiány+vesebetegség	Hussein et al.	1975.
40	1—200	nem válogatott esetek	Lindstedt et al.	1980.
9	1—70	nem válogatott esetek	Ali et al.	1978.
10	1—80	nem válogatott esetek	Kaltwasser et al.	1980.
	6—136	vashiány+idült vesebeteg	Milman et al.	1980.

Worwood és mtsai (1980) szerint a szérumban lévő ferritin szint a vashiány legtöbb esetében $15\mu\text{g}/\text{l}$ alatt van. Lipschitz és mtsai (1974), valamint Jacobs és mtsai (1972) szerint $12\mu\text{g}/\text{l}$ alatt van. Még leginkább reálisnak az tűnik, ha kórosan alacsonynak a $20\mu\text{g}/\text{l}$ alatti szérumban lévő ferritin szintet tekintjük.

Még az utóbbi esetben is nyilvánvaló azonban, hogy a vastartalékkal egyáltalán nem rendelkező ember a szérumban lévő ferritin szint alapján sokszor egészségesnek fog minősülni. Az irodalmi adatok alapján úgy tűnik, hogy a szérumban lévő vas-kötő kapacitásának növekedése a vashiánynak érzékenyebb indikátora, mint a szérumban lévő ferritin koncentrációjának a csökkenése.

A szérumban lévő ferritin koncentrációt befolyásoló tényezők

a következők:

- idült infekciók,
- gyulladással járó megbetegedések,
- heveny és idült májbetegségek,
- daganatos megbetegedések,
- leukaemiák,
- lymphomák,
- haemolysissel járó megbetegedések,
- szövetszéteséssel járó megbetegedések.

A fenti kóros folyamatok mindegyike növeli a szérumban lévő ferritin koncentrációját. Ez azt eredményezi, hogy azokban az esetekben, amelyek vashiánnyal szövődnek, a hiányállapotot nem tudják kimutatni. A vizsgálat eredménye „hamisan” magas még azokban az esetekben is, amelyekben például a daganatos megbetegedés okozta krónikus vérvzés miatt a szervezet vasraktárai teljesen kiürültek. A kialakult hyposiderosis tovább súlyosbíthatja a kialakult vérszegénységet, illetőleg a beteg általános állapotát. Ezért ilyen esetekben a vashiány kimutatása kívánatos lenne.

Konijn, A. M. és Herskho, C. (1977) nőstény patkányokban vizsgálta a szérumban lévő vas, a szérumban teljes vaskötőképesség és a szérumban lévő ferritin koncentráció alakulását terpentin injekció okozta gyulladással járó folyamatban. Azt találták, hogy az injekció beadását követően az állat ferritin szintje már két óra múlva megkétszereződött, míg a szérumban lévő vas-szintje és vaskötőképessége még négy órával a beadás után sem változott lényegesen.

Lipschitz, D. A. és mtsai is azt találták (1974), hogy a szérumban lévő ferritin szint

még azokban a fertőzésekben is a „normális” tartományba esett (47—296 µg/l), amelyekben a csontvelőben egyáltalán nem lehetett kimutatni haemosiderint, vagy az csak minimális mennyiségben volt jelen.

A májbetegségek még az infekciónál is nagyobb mértékben befolyásolják a szérumban a ferritin szintjét, mert a széteső májsejtekből kiszabaduló ferritin jelentősen emeli a szérumban a ferritin koncentrációját.

Rákos betegekben szignifikáns különbséget találtak az egészséges kontrollok és a betegek szérumban a ferritin szintje között (*Hisao Ito és mtsai, 1980*). A kontroll csoportban a szérumban a ferritin szint átlagosan 34 µg/l volt, míg a méhnyak-carcinomás csoportban az átlagérték 149 µg/l-nek adódott. A daganat kiterjedésével fokozatosan nőtt a szérumban a ferritin koncentrációja.

Hasonló eredményeket kaptak *Jacobs, A. és mtsai (1976)*, akik korai emlőrákos betegek szérumban a ferritin koncentrációját vizsgálták. A kontrollként vizsgált 250 egészséges nő szérumban a ferritin szintje csak 5%-ban volt magasabb, mint 120 µg/l. A carcinomás nőbetegek esetében ez az arány 25% volt.

Jones, P. A. E. és mtsai (1973) különböző malignus megbetegedésekben vizsgálták a szérumban a ferritin koncentráció alakulását. A következő értékeket észlelték:

5. táblázat

A szérumban a ferritin koncentráció különböző malignus megbetegedésekben

diagnózis	átlagérték	sz. é.
heveny myeloid leukaemia	589	155—2200
krónikus myeloid leukaemia	278	250—305
krónikus lymphoid leukaemia	234	25—880
Hodgkin kór	215	66—720
non-Hodgkin lymphoma	61	33—90
myeloma multiplex	336	73—800

sz.é.: szélső értékek
az értékek µg/l-ben vannak kifejezve

A krónikus lymphoid leukaemiás (szaturációs koefficiens: 5—34%) és a Hodgkin kóros (S. K.: 7—34%) és a non-Hodgkin lymphomás (S. K.: 6—38%) csoportban sok biztosan vashiányos beteg is volt és a vashiányt a szérumban a ferritin szint nem jelezte.

Worwood, M. és mtsai (1974) heveny és idült fehérvérűségben azt találták, hogy még azokban az esetekben is, amelyekben a szérumban a vaskoncentráció jelentősen csökkent, a szérumban teljes vaskötőkapacitása meghaladta a 400 µg/dl-t, a transferrin telítettsége pedig 16% alatt volt, a szérumban a ferritin szintje meghaladta a 100 µg/l-es értéket.

A lymphoblastos leukaemiás gyermekek szérumban a ferritin koncentrációja a relapsusban az amúgy is magas szintről tovább emelkedik (*Siimes és mtsai, 1974.*).

Milman, N. és mtsai (1980) idült vesebetegeket vizsgáltak. A betegek három csoportját alakították ki a csontvelő haemosiderin tartalma alapján: (O = nincs kimutatható vas; 1+ = normális mennyiségű vas mutatható ki a csontvelőben; 2+ = kissé emelkedett mennyiségű vas mutatható ki a csontvelőben berliniké-reakcióval).

Az első csoportban a szérumban a ferritin szint :	6—136 $\mu\text{g/l}$,
a második csoportban	: 112—1120 $\mu\text{g/l}$,
a harmadik csoportban	: 480—960 $\mu\text{g/l}$.

Ezek alapján a szerzők úgy vélik, hogy a krónikus vesebetegekben, akiknek a szérumban a ferritin koncentrációja kisebb mint 110 $\mu\text{g/l}$, csökkent vastartalmú ételt lehet feltételezni, míg azokban a betegekben, akiknek a szérumban a ferritin-szintje meghaladja a 135 $\mu\text{g/l}$ értéket, normális mennyiségű vasraktár feltételezhető.

Heinrich, H. C. másképpen vélekedik: szerinte krónikus veseelégtelenségben a szérumban a ferritin-szint vizsgálata nem alkalmas az egyidejű vashiány kimutatására (Heinrich, 1980).

A szérumban a ferritin szint spontán ingadozása

Pilon és mtsai (1981) 13 egészséges férfit és nőt vizsgáltak meg. Egy hónapon keresztül mérték a vér haemoglobin szintjét, a szérumban a vaskoncentrációját és teljes vaskötőképességét, kiszámították a transferrin szaturációját és meghatározták a szérumban a ferritin koncentrációját, valamint megállapították ezeknek az értékeknek a nap nap utáni ingadozását.

Ugyanazon egyén értékei között a legnagyobb ingadozást (28,5%) a szérumban a vaskoncentrációja mutatta, a legkisebbet a szérumban a vaskötőképessége (4,8%). A szérumban a ferritin koncentrációjának ingadozása (14,5%) megbízhatóság szempontjából közbülső helyet foglal el a szérumban a vaskoncentrációja és vaskötőképessége között.

A szérumban a ferritin szint nagy ingadozása azt eredményezte, hogy a vizsgálati idő alatt ugyanannak a betegnek mind kóros, mind normális értékei is adódtak.

Worwood, M. és mtsai (1979) szerint a szérumban a ferritin variációs koefficiense átlagosan: 15% (szélső értékek: 6—28%).

Dawkins, S. és mtsai (1979) ugyancsak a szérumban a ferritin koncentráció variabilitását vizsgálták (24 óra, 1 hét, 7 hét folyamán). Huszonnégy óra alatt 9 betegből egyben észleltek szignifikáns változást. A variációs koefficiens 18% volt. Egy hét alatt 9 betegből négyben találtak 22—28%-os variabilitást, 7 hét leforgása alatt pedig 16 betegből 6 esetben volt a variációs koefficiens 11—23%.

Összehasonlításként: A kifejezetten nagy ingadozást mutató szérumban a vaskoncentráció variációs koefficiense Statland és mtsai (1977 és 1976) vizsgálatai alapján 26,6%-nak, illetve 29,3%-nak bizonyult.

Bowie és mtsai szerint a szérumban a vas variációs koefficiense: 21,3%.

Ebből a szempontból tehát megállapítható, hogy a szérumban a ferritin koncentrációja csak kevéssel megbízhatóbb paraméter, mint a szérumban a vasszintje.

Epidemiológiai vizsgálatok

Leyland, M. J. és mtsai (1979) 194 férfit és 220 nőt vizsgáltak meg. A vizsgálatokat panaszmentes „egészséges” felnőtteken végezték. Közülük 15 férfinak a szérumban a ferritin koncentrációja 30 $\mu\text{g/l}$ alatt, 35 nőnek pedig 20 $\mu\text{g/l}$ alatt volt.

A kóros értékek előfordulási gyakorisága tehát normál populációban mindössze 7—8% férfiak, illetve kb. 15% nők.

Hasonló populáción belül (800 nőn) végzett radiovas-felszívódási vizsgálattal a kórosan fokozott absorpció 40%-os gyakorisággal fordult elő. Azaz a vasfelszívódás vizsgálata érzékenyebben jelzi a hiposiderosist, mint a szérumban a ferritin szintjének vizsgálata.

Fairbanks, V. F. és Beutler, E. (1972) szerint a reprodukív életkorú nők 50—60%-a vashiányos a szérum vasszintje és vaskötőkapacitása, illetve a szaturációs koefficiens alapján. Vagyis ezek a paraméterek is érzékenyebbek, mint a szérum ferritin szintje.

A szérum ferritin koncentráció a vashiánybetegség kimutatásában

A szérum ferritin koncentrációjának meghatározása kiválóan alkalmas a súlyos vashiány (vashiányos anaemia) kimutatására. Alkalmas a vashiányos és az infekciós hypochrom anaemia elkülönítésére, mivel ez utóbbiban a fokozott vasraktározásnak megfelelően a szérum ferritin koncentrációja nem csökken, hanem a normális határok között marad, vagy éppen magas értéket mutat.

A vashiányos *anaemiás* gyerekek szérum ferritin koncentrációja minden esetben kóros értéket mutat (Siimes és mtsai, 1974). Átlag érték: 3,4; szélső értékek: 1,5—9,3 $\mu\text{g/l}$.

A *latens* vashiányban szenvedő gyermekek egy részében ugyanezek a szerzők normális szérum ferritin koncentrációt találtak. Átlag érték: 10,6; szélső értékek: 4,5—41 $\mu\text{g/l}$. Az *egészséges* gyermekek között akad olyan is, akinek kórosan alacsony a szérum ferritin szintje, bár egyéb laboratóriumi vizsgálat a vashiánybetegséget nem támasztja alá.

A *közepesen súlyos vashiánybetegségben* (szaturációs koefficiens: 16—28%) a szérum ferritin koncentráció vizsgálata eléggé bizonytalan eredménnyel jár. Ezekben az esetekben gyakran kaphatunk nemcsak alacsony, de a normális tartományba eső értékeket is.

A prelatens vashiány kimutatására a szérum ferritin szint vizsgálata nem alkalmas.

A szérum ferritin koncentráció nagy variabilitása miatt a 15—35 $\mu\text{g/l}$ közötti értékeket fenntartással kell értékelnünk és célszerű ezekben az esetekben a vizsgálatot megismételni, különösen ha az egyéb adatok, vagy a klinikai tünetek vashiány mellett szólnak.

A szérum ferritin koncentrációját, hasonlóan a többi vizsgáló eljárás eredményéhez, *csak több vizsgáló eljárással együtt* szabad értékelnünk a vashiánybetegség diagnózisának felállításakor.

A szérum ferritin koncentráció értéke a vashiánybetegség kimutatásában körülbelül megegyezik a szérum teljes vaskötőképességének a vizsgálatával, bár több szerző szerint annál kevésbé érzékeny.

A szérum ferritin koncentráció meghatározása a vashiánnyal szövődött krónikus megbetegedésekben

Mint azt az előzőekben részletesebben elemeztük, a szérum ferritin koncentráció vizsgálata nem alkalmas az egyidejűleg fennálló vashiány kimutatására a krónikus betegségekben. Ezekben a betegségekben egyértelmű vashiány esetén is normális, vagy kórosan magas értékeket mérünk.

A szérum ferritin koncentráció vizsgálata hypersiderosisban.

A szérum ferritin koncentráció vizsgálata kiválóan alkalmas az endogen és exogen hypersiderosis kimutatására. Ezekben az esetekben mindig kórosan magas értéket kapunk.

Magasabb koncentrációt mérünk az endogen hypersiderosisos betegek érintett családtagjai körében is.

Halliday és mtsai (1977) 43 család 242 tagját vizsgálták meg. Ezek között haemochromatosisos betegeket is találtak. Azokban a családtagokban, akikben kóros vasfelhalmozódás volt, a szérumszintje 76%-ban volt emelkedett, a szaturációs koefficiens minden esetben, a szérumszintje pedig 98%-ban volt emelkedett.

Azokban a családtagokban, akiknek a vasraktára normálisnak bizonyult, a szérumszintje 10%-ban, a szaturációs koefficiens 33%-ban, a szérumszintje pedig 3%-ban volt emelkedett. Így az eljárás a haemochromatosisos betegek családtagjainak szűrővizsgálatára is alkalmas.

A szérumszintje vizsgálatának vizsgálata a vastherapia eredményességének ellenőrzésére.

Az eljárás nem teljesértékű a vaskezelés monitorozására. Per os és intravénás kezelés alatt ugyanis már néhány nappal, illetve egy héten belül a vastherapia megkezdése után (Siimes és mtsai, 1974) a szérumszintje koncentrációja normalizálódik és a kezelés alatt végig a normális tartományban marad.

E jelenség feltehető oka, hogy a beadott vas azonnal szintézist provokál és ez a tény természetesen emeli a szérumszintjét is. Így ekkor nem a szervezet valóságos vaskészletének megfelelő szérumszintje koncentrációt mérünk.

Ha felfüggesztjük a kezelést, az esetek döntő többségében, bár nem minden esetben, a szérumszintje koncentrációja fokozatosan csökken és a normális érték alá esik. A szérumszintje koncentráció csökkenése a különböző betegekben nem azonos sebességgel következik be. A legtöbb esetben azonban 2 és 6 nap között eléri az adott egyénre igaz tényleges értéket (Wheby, M. S. és mtsai, 1980.).

Egészséges kontrollok szérumszintjét a vaskezelés nem befolyásolja (Siimes, M. A., 1974).

I R O D A L O M

1. Addison, G. M., Beamish, M. R., Hales, C. N., Hodkins, M., Jacobs, A., Llewellyn, P.: An immunoradiometric assay for ferritin in the serum of normal subjects and patients with iron deficiency and iron overload. *J. clin. Path.* 1972, 25, 326—329.
2. Ali, M. A. M., Luxton, A. W. Walker, W. H.: Serum ferritin concentration and bone marrow iron stores: A prospective study. *Canad. med. Ass. J.* 1978, 118, 945—946.
3. Bothwell, T. H., Finch, C. A.: Iron metabolism. Little Brown, Boston, 1962.
4. Cook, J. D., Lipschitz, D. A., Miles, L. E. M., Finch, C. A.: Serum ferritin as a measure of iron stores in normal subjects. *Amer. J. clin. Nutr.* 1974, 27, 681—687.
5. Dawkins, S. J., Cawill, I., Ricketts, C., Worwood, M.: Variability of serum ferritin concentration in normal subjects. *Clin. Lab. Haemat.* 1979, 1, 41—46.
- 5/a) Fairbanks, V. F., Beutler, E.: Iron deficiency. In: Williams, W. J., Beutler, E., Erslev, A. J.: Hematology. McGraw-Hill, New York, 1972.
6. Halliday, J. W., Cowlshaw, J. L., Russo, A. M., Powell, L. W.: Serum-ferritin in the diagnosis of haemochromatosis. *Lancet*, 1972, 2, 621—624.
7. Heinrich, H. C.: Intestinal iron absorption in man—methods of measurement, dose relationship, diagnostic and therapeutic application. In: Vanotti, A. (ed.): Iron deficiency. Academic Press, New York, 1970.

8. *Heinrich, H. C.*: Diagnostischer Wert der Radioeisen-Absorption und des Serum-Ferritins bei Eisenmangel und Eisenüberladung. *Med. Welt*, 1979, 30, 89—97.
9. *Heinrich, H. C.*: Serum-Ferritin-Bestimmung bei renaler Anämien. *Dtsch. med. Wschr.* 1980, 105, 522—523.
10. *Hussein, S., Prieto, J., O'Shea, M., Hoffbrand, A. V., Baillard, R. A., Moorhead, J. F.*: Serum ferritin assay and iron status in chronic renal failure and haemodialysis. *Brit. med. J.* 1975, 1, 546—548.
11. *Ito, H., Takagi, Y., Ando, Y., Kubo, A., Hashimoto, S., Tsutsui, F., Kurihara, S.*: Serum ferritin levels in patients with cervical cancer. *Obstet. Gynec.* 1980, 55, 358—362.
12. *Jacobs, A., Miller, F., Worwood, M., Beamish, M. R., Wardrop, C. A.*: Ferritin in the serum of normal subjects and patients with iron deficiency and iron overload. *Brit. med. J.* 1972, 4, 206—208.
13. *Jacobs, A., Worwood, M.*: Ferritin in serum. *N. Engl. J. Med.* 1975, 292, 951—956.
14. *Jacobs, A., Jones, B., Ricketts, C., Bulbrook, R. D., Wang, D. Y.*: Serum ferritin concentration in early breast cancer. *Brit. J. Cancer*, 1976, 34, 286—290.
15. *Jones, P. A., Miller, F. M., Worwood, M., Jacobs, A.*: Ferritinaemia in leukaemia and Hodgkin's disease. *Brit. J. Cancer*, 1973, 27, 212—217.
16. *Kaltwasser, J. P., Werner, E.*: Die radioimmunologische Messung von Ferritin in Serum und ihre klinische Bedeutung. *Klin. Wschr.* 1977, 55, 1102—1107.
17. *Kaltwasser, J. P.*: Indikation zur Serumferritin-Bestimmung. *Dtsch. med. Wschr.* 1980, 105, 319—321.
18. *Konijn, A. M., Herschko, C.*: Ferritin synthesis in inflammation. *Brit. J. Haemat.* 1977, 37, 7—16.
19. *Leyland, M. J., Harris, Brown, P. J.*: Iron status in a general practice and its relationship to morbidity. *Brit. J. Nutr.* 1979, 41, 291—295.
20. *Lindstedt, G., Lundberg, P., Rasmussen, E. B., Magnussen, B.*: Serum-ferritin and iron-deficiency anaemia in hospital patients. *Lancet*, 1980, 1, 205—206.
21. *Lipschitz, D. A., Cook, J. D., Finch, C. A.*: A clinical evaluation of serum ferritin as an index of iron status. *N. Engl. J. Med.* 1974, 290, 1213—1216.
22. *Lipschitz, D. A., Allegre, A., Cook, J. D.*: The clinical significance of ferritinuria. *Blood*, 1980, 55, 260—264.
23. *Milman, N., Christensen, T. E., Pedersen, N. S., Visfeldt, J.*: Serum ferritin and bone marrow iron in non-dialysis, peritoneal dialysis, and hemodialysis patients with chronic renal failure. *Acta med. scand.* 1980, 207, 201—205.
24. *Pilon, V. A., Howanitz, P. J., Howanitz, J. H., Domres, N.*: Day-to-day variation in serum ferritin concentration in healthy subjects. *Clin. Chem.* 1981, 27, 78—82.
25. *Seiler, M., Alfrey, C. P., Whitley, C. E.*: Differentiation of iron deficiency from anaemia of chronic disorders: The use of serum ferritin assay. *Nucl. Compact.* 1978, 9, 160—163.
26. *Siimes, M. A., Addiego, J. E., Dallman, P. R.*: Ferritin in serum: Diagnosis of iron deficiency and iron overload in infants and children. *Blood*, 1974, 43, 581—590.
27. *Statland, B. E., Winkel, P., Bokelund, H.*: Variation of serum iron concentration in young health men. *Clin. Biochem.* 1976, 9, 26—29.
28. *Statland, B. E., Winkel, P.*: Relationship of day-to-day variation of serum iron concentrations to iron-binding capacity in healthy young women. *Amer. J. clin. Path.* 1977, 67, 84—90.
29. *Walters, G. O., Miller, F. W., Worwood, M.*: Serum ferritin concentration and iron stores in normal subjects. *J. clin. Path.* 1973, 26, 770—772.
30. *Walters, G. O., Jacobs, A., Worwood, M., Trevett, D., Thomas, W.*: Iron absorption in normal subjects and patients with idiopathic haemochromatosis: Relationship with serum ferritin concentration. *Gut*, 1975, 16, 188—192.
31. *Wheby, M. S., Crosby, W. H.*: The gastrointestinal tract and iron absorption. *Blood*, 1963, 22, 416—428.
32. *Wheby, M. S.*: Effect of iron therapy on serum ferritin levels in iron-deficiency anaemia. *Blood*, 1980, 56, 138—140.
33. *Wohlberg, H., Paritz, N., Wacheck, W.*: Hypoferraemia und Serumferritin. *Dtsch. med. Wschr.* 1980, 105, 1527—1530.
34. *Worwood, M., Summers, M., Miller, F., Jacobs, A., Whittaker, A.*: Ferritin in blood

- cells from normal subjects and patients with leukaemia. Brit. J. Haematol. 1974, 28, 27—35.
35. *Worwood, M.*: Serum ferritin and iron deficiency anaemia in hospital patients. Lancet, 1980, 1, 375—376.

Бернат Ш. И.:

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ

Определение иммуно-радиометрическим методом уровня ферритина в сыворотке было значительный шаг вперед в диагностике, так как концентрация ферритина в сыворотке информирует о резерве железа организма.

Однако, диагностическая ценность данного показателя ограничивается рядом факторов. Уровень ферритина сыворотки показывает значительные спонтанные колебания. В некоторых случаях он остается нормальным даже при полном отсутствии резерва железа. На основании его невозможно достоверно отдифференцировать скрытый недостаток железа (или предшествующее ему состояние) от нормальных величин железа в сыворотке. Для определения дефицита железа более чувствительным показателем является способность связывания железа. Таким образом данный метод для целей эпидемиологических исследований менее пригоден. Ряд хронических заболеваний влияет на уровень ферритина так, что он не отражает одновременный недостаток железа.

В отличие от гипосидероза, определение уровня ферритина прекарсно применимо для надежной оценки резерва железа организма при гиперсидерозе.

Dr. Sándor Iván Bernát:

DER KLINISCHE WERT DER BESTIMMUNG DER SERUMFERRITINKONZENTRATION.

Die Bestimmung des Serumferritinspiegels mit der immuno-radiometrischen Methode war ein wesentlicher Fortschritt in der Diagnostik, denn aus der Ferritinkonzentration kann man auf die Eisenreserven im Organismus schliessen. Den Wert der Untersuchung schränken aber mehrere Faktoren ein. Die untere Grenze des Normalwertes ist ungeklärt. Der Serumferritinspiegel unterliegt erheblichen spontanen Schwankungen. Bei einem Teil der Personen ohne Eisenreserven bleibt die Ferritinkonzentration des Serums normal. Den latenten und prälatenten Eisenmangel kann man aufgrund der Ferritinkonzentration des Serums nicht zuverlässig vom normalen Eisenstatus unterscheiden. Die Eisenbindungskapazität des Plasmas ist ein empfindlicherer Indikator des Eisenmangels als die Serumferritinkonzentration. Letzteres Verfahren eignet sich deshalb weniger für epidemiologische Untersuchungen. Der Ferritinspiegel wird von einigen chronischen Erkrankungen so beeinflusst, dass infolgedessen seine Bestimmung zum Nachweis des gleichzeitig bestehenden Eisenmangels nicht benutzt werden kann. Die Bestimmung des Ferritinspiegels eignet sich dagegen ausgezeichnet zur zuverlässigen Beurteilung der Eisenreserven des Organismus bei Hypersiderose.

Dr. Wittek László orvos ezredes, dr. Bucšina Olivér orvos alezredes
dr. Szabó Zsuzsa, dr. Kürti József orvos főhadnagy

Hasi katasztrófa tüneteivel jelentkező cardiogen shock

A klinikai lefolyás alapján hasi katasztrófa következményének tartottunk egy olyan shockállapotot, amely valószínűleg cardiogen eredetű volt és szokatlan módon hasi katasztrófa tüneteit okozta. A megtevesztő klinikai jelek nemcsak a shock terapiáját vitték téves útra, hanem — bár jórészt érthető szubjektív motívumok alapján — olyan műtéti beavatkozásra is indítottak, amely extrém kockázatán túl fölöslegesnek is bizonyult.

T. J. 23 éves honvéd 1980 júniusában vonult be alakulatához. Bevonulásakor egészségesnek találták, panasza nem volt. Az alapkiképzéssel járó fizikai megterhelést jól bírta, ebből a szempontból nem maradt el társai mögött.

1980. aug. 4-én jelentkezett a *gyengélkedőn* nehezebb tárgy megemelése után felépett deréktáji fájdalmai miatt. A gerincoszlop lumbosacralis tája ütögetésre kifejezetten érzékeny volt, a paravertebralis izomzat a lumbalis tájon jobb oldalon kötöttebbnek imponált. Fizikai vizsgálattal a mellkasi és hasi szerveken kóros eltérés nem volt megállapítható, sülyedése 6 mm/h, vérnyomása 120/80 Hgmm volt. Therapia: 3 × 1 tbl. Mydeton, 3 × 1 tbl. Scutamyl C, 3 × 1 tbl. Algopyrin; fekvés kideszkázott derékaljon. Erre a terapiára 5—6 nap alatt panaszmentessé vált. Augusztus 8-án már panaszmentesen véradáson vett részt, az itt elvégzett vizsgálatok szerint véradásra alkalmas volt. Augusztus 12-én bocsátották el szolgálatképesen a gyengélkedőről.

Három nap múlva, augusztus 15-én az esti órákban jelentkezett *ismét a gyengélkedőn*. Panaszai: gyengeségérzés, belégzéskor mellkaszúrás, köhögés, torokkaporás érzése. Láza ekkor 39 Celsius-fok, fizikális vizsgálattal a bal tüdőfélen a basis felett érdekesebb légzés hallható, egyébként negatív mellkasi lelet. A garatívek erősen belövelltek, a tonsillák normálisak. A has fizikálisan ugyancsak negatív. Vérnyomása 130/80 Hgmm. Labor.: vizelet: negatív, We: 8 mm/h. A felvételtkor 1 tbl. Amidazophent és 2 tbl. Kalmopyrint kapott, amire láza nem csökkent. Ezután 1 tbl. Demalgonilt és állottvízes borogatást alkalmaznak, amire subfebrilissé vált. Másnap, aug. 6-án reggel a terapiás terv 3 × 2 tbl. Erythromycin, 3 × 1 tbl. Chinacisal. Ebből a reggeli adagokat megkapja, azonban a Chinacisal allergiás jellegű kiütéseket okoz, ezért ennek adását megszüntetik. A bőrjelenségek 2 × 1 amp. Suprastin és Calcimusc hatására megszűnnek. Az Erythromycint tovább kapja. A következő napon, aug. 17-én jó közérzet mellett ugyancsak subfebrilis. Aug. 18-án délig panaszmentes, majd a déli étkezés után gyomortáji görcsös fájdalmak lépnek fel. Ekkor a has vizsgálatánál nyomásérzékenységet és izomvédekezést találnak, ezért a Központi Katonai Kórház általános sebészetre szállítják.

A *kórházi felvételtkor* elmondja, hogy három napja nem volt széklete és úgy találta, hogy a vizelete is kevesebb volt. A felvételi vizsgálatnál a bőr és látható nyálkahártyák közepesen vérteltek, nyelv nedves, bevont. A tarkó szabad, az agyidegek épek. A mellkas részarányos, a j. o. rekesz renyhében tér ki. Tensio: 130/80 Hgmm,

P: 92/min, láz: 38,1 Celsius-fok. Hasi status: jobb bordaív alatt és az epigastriumban erős nyomásérzékenység és izomvédekezés. A has többi része puha, betapintható, kóros resistentiát nem észlelni.

Felvételi laborleletek SI egységekben: Htk: 0,46, Hgb: 9,62, Fvs: 9,4; vizelet: fehérje halványan op., genny:+; üledék: 15—20 fvs, sok hámsejt, igen elv. 1—1 vvt.

Felvételi mellkas és natív hasi átvilágítás: a jobb lat. sinusban kevés fluidum. Beszűrődés nem látható, szív aorta normális. A rekesz jól tér ki. A hasban szabad levegő, vagy nivóképződés nem látható, a has közepén egy-egy gázos vékonybélkacs.

A kórképet fedett gyomor- vagy duodenum perforationak tartjuk, ezért étkezési és ivási tilalmat rendelünk el és szoros observatiót, bár a mellkasi folyamathoz társuló reflectorikus hasi érzékenység is szóba jön.

Aug. 19-én reggel statusa gyakorlatilag változatlan. **Mellkas és üres hasi rtg.-kontroll:** A jobb rekesz kissé magasabban áll, sinusában kevés folyadék. A jobb basison a rekesz felett vastkosabb kötegek, melyek kezdődő bronchopneumonia képének megfelelőhetnek. Mindkét oldalon igen kiterjedt centralis pulmonalis érrajzolat. A szív egészében kissé nagyobb, a szívből elsimult, aorta rendben. Az előző napi vizsgá-lathoz viszonyítva a gyomorban közepesen tág légólyag nívóval, a hasban szabad levegő nincs, közepén néhány gázos vékonybélkacs.

Labor leletei aug. 19-én: Htk: 0,43, Hgb: 8,97, We: 5 mm/h, Fvs: 12,1. Májfunctio: Se. bi: 16,6, Thy: 2,8, Mallen: negatív. Se. kreatinin: 107, Se. UN: 4,5, Vércikuoer: 9,0 Se.alfa amylase: 1660. Se.K: 4,8, Se.Na: 137, Se.összfehérje: 52,7.

Pulsus: 100/min., vérnyomás: 100/60 Hgmm, hőmérséklet: 38,1 Celsius-fok.

Therapia: 3000 ml Rindex infúsiót kezdünk, 2 × 500 mg Tetránt adunk és gyomorszondát vezetünk le. Minthogy a jobb bordaív alatt is érzékeny a has, esetleges cholecystitis miatt jegelést végzünk.

A **belgyógyászati vizsgálat** a jobb oldalon a rekesz felett 2 ujjnyi tompulatot talál, a szív balra kissé nagyobb, tachycardia nincs. A has kissé feszes, betapintható, jobb bordaív alatt izomvédekezés. A hallgatósági és kopogtatási leletet egybevetve a mellkas rtg. lelettel, a jobb oldali bronchopneumonia igazolva látszik.

Délután a beteg jól érzi magát, spontán fájdalom megszűnt, de az epigastriumban és a jobb bordaív alatt a nyomásérzékenység továbbra is megvan. Délután 200 ml vizelet ürül spontán.

Este 21.55 perckor a beteg hirtelen igen éles gyomortáji fájdalomról panaszkozik (kiabál a fájdalomtól!), légszomjról számol be, elsápad, verejtékezik. Perceken belül súlyos shock alakul ki, a vérnyomás systolés értéke 80/60 Hgmm-re esik, pulsus filiformis, 140/min. feletti. Az állapot hirtelen romlásának okaként az eddig fedett perforatio kinyílását és az ennek következtében kialakult ún. peritonealis shock állapotot tételezünk fel.

A **shocktalanítást Rheomacrodex** infúsióval kezdjük, amit a továbbiakban **Ringer-dextrose**, ill. **Ringer-lactat** infúsiókkal folytatunk. A fájdalom csillapítására és egyben a nyílttá vált perforatio műtétéhez műtéti praemedicációként 100 mg Dolargant 50 mg Pipolpent, 0,5 mg Atropint adunk. A Dolargan hatására az eddig szinte tűrhetetlen fájdalom gyakorlatilag megszűnt, de a défense továbbra is fennáll. A jobb oldali vena jugularis externát kiproparáljuk, hogy azon keresztül kanült vezetünk a vena cava superiorba. Ez bizonyos nehézségbe ütközik, ezért csak a legvékonyabb kanült tudjuk bevezetni, amelyen keresztül centrális vénás nyomást mérni nem tudunk, ill. olyan magas értéket mérünk, amit technikai hiba következményének tartunk.

A hatékony fájdalomcsillapítás és az adaequat volumen bevétel ellenére (2300 ml) a shock nem javult, ezért az eddigi terapiát **lytikus cocktail** adásával **egészítjük ki**. Ez a próbálkozás sem hoz eredményt, a shock továbbra is fennáll.

A beteg kétségbeejtő állapotban van. Erre való tekintettel, valamint arra, hogy a shockot az eddig fedett perforatio kinyílása következményének tartjuk, továbbá a beteg 23 éves korára, konzílium alapján úgy döntünk, hogy ultimium refugiumként az extrém kockázat ellenére **elvégezzük a laparotomiát** abban a reményben, hogy a shock kiváltó okának sebészeti ellátásával esetleg maga a shock is hozzáférhetővé válik a terapia számára (1., 5.).

A **műtéti lelet feltételezett** diagnosisunkat megcáfolta, minthogy semmiféle **perforatio** nem volt található, az egyetlen kóros lelet a hasban talált mintegy 1400—1500 ml víztiszta, szalmasárga **folyadék** volt és a kismedencéig leérő extrém módon **megnagyobbodott**, makroszkóposan épnek látszó **máj**. Ezzel szemben igazolódott agodal-munk az extrém kockázatra vonatkozólag, minthogy a narkózis bevezetése után rö-

viddel *szívmegeállás* lépett fel, amit csak direkt szívmasszázsral sikerült megindítani, a külső szívmasszázs előtte eredménytelen maradt.

A műtetre éjfél tájban került sor és 20-án kb. 2 óraker kísértük ki a beteget a benthagyott tubussal az őrzőbe. Itt kézi mesterséges lélegeztetést végeztünk, minthogy a gépi lélegeztetés a nagy légúti ellenállás miatt megbízhatatlan volt. *További 2 szívmegeállás* következett még az őrzőben, amelyeket ugyancsak direkt szívmasszázsral lehetett kezelni. Végül is a beteg 20-án reggel 7 óraker meghalt.

A *boncolás* (bjk. sz.: 13484) és a *histologiai vizsgálat* (125062) alapján részletes tárgyalásra érdemes elváltozás a szíves volt: 450 g súlyú (norm.: 300—320 g) extrém mértékben tágult, igen vékony falú (kb. 3 mm) jobb szívféllel, valamivel mérsékeltebben tág, hypertrophiás falú bal szívféllel. Az endocardium teljesen ép. Az aorta eredésénél 57 mm kerületű (norm.: 80 mm), a thoracalis szakaszon 54 mm (norm.: 74—76 mm). Hypoplasiásak a coronariák is, a bal oldalinak tágassága kb. a normális fele, a jobb oldalié kb. egyharmada. A foramen ovale kisujj számára átjárható. A rendkívül petyhűt myocardiumban már subendocardiálisan is látható halvány, sárgás-vörös márványozottság.

A belső szerveken súlyos fokú chronikus pangás jelei láthatók. A jobb oldalon hydrothoraxot, a hasüregben 1500 ml ascitést találtunk.

A myocardium metszeteiben súlyos, diffúz gyulladós infiltratio van, amelynek sejtjei nagyobb részben lymphocyták, plasmasejtek, kevés leukocytá és kötőszöveti típusú gyulladós sejtjelem (1. ábra).

Ennek alapján egyértelművé vált, hogy az egész drámai lefolyású klinikai kép mögött diffúz myocarditis állt.



1. ábra

MEGBESZÉLÉS

Augusztus 18-án délutántól 19-én estig a feltételezett diagnosis a gyomornak vagy duodenumnak fedett perforatiója volt, esetleg cholecystitis, vagy jobb oldali pleuropneumonia diaphragmatica, amely pregnáns hasi tüneteket okoz (5). A három közül az első látszott valószínűnek. A kórkép 19-én 21.55 percker hirtelen óriási hasi fájdalommal színeződött, amit shock állapot követett. Ekcker kialakult egy feltételezett diagnosis: az eddig fedett perforatio megnyílása és egy biztos diagnosis: a shock. A fedett perforatio feltételezése, úgy tűnik, a hasi tünetek alapján utólag sem mondható megalapozatlannak. Az, hogy a májtompulát megtartott volt és szabad levegőt a hasüregben a rtg. sem mutatott ki, a vélt perforatio fletételezett fedettsége mellett nem szól e diagnosis ellen. Az aug. 19-én esti események tengelyében a beteg óriási hasi fájdalomra állt. Ezt

magyarázhatta az esetleges perforatio nyitottá válása, bár kétségtelen, hogy a továbbra is megtartott májtompulat már a diagnózis (*megnyílt, nem fedett!!* perforatio) ellen szólhatott volna. Rtg.-vizsgálat ekkor a beteg súlyos általános állapota miatt már nem történt, így negatív rtg.-tünet (szabad levegő hiánya a hasüregben) nem állt rendelkezésre.

A shock kiváltó okának a feltételezett perforatiót tartottuk. Esetleges cardiogen eredetére nem állt rendelkezésre megbízható paraméter, minthogy a centrális vénás nyomás (továbbiakban CVNy) értéke elfogadhatatlannak tűnt. Ennek a paraméternek a shock diagnosiséban rendkívül nagy jelentősége van. Híven tükrözi az érpálya aktuális kapacitása és az aktuális keringő volumen közötti arányt *abban az esetben, ha a szív képes a nagyvénákon keresztül érkező vért maradéktalanul továbbítani.* A legtöbb shock-formánál ez az arány negatív és ezért alacsony CVNy értéket mérünk (5 vízcml alatt). Cardiogen shockban viszont a 25—35 vízcml-es CVNy érték nem tartozik a ritkaságok közé. Mi azonban kb. 50 vízcml-es értéket találtunk. A bonclelet ismeretében már feltehető, hogy a jobb szív elégtelenség mellett a bal szívfél is dekompenzálódott, ezzel együtt megnőtt a bal pitvari nyomás is. Ez utóbbi azonban nem járt a szokásos tüdővizenyővel, minthogy a fokozott pitvari nyomás nem a véna pulmonalisokra tevődött át, hanem a tág foramen ovalén keresztül a jobb pitvarra, onnan pedig az eleve magas nyomású véna cavákra, többletnyomásként. Így akkori feltételezésünkkel ellentétben a levezetett centralis vénás katheter akár korrekert helyzetben is lehetett, és ebben az esetben valós értéket jelzett.

A normálisnál magasabb CVNy értéket abban az esetben találunk, ha a jobb kamra kimerülése miatt nem képes a véna cavákon érkező vér maradéktalan továbbítására. A kapott eredmény értékeléséhez alapvető követelmény, hogy bizonyosak legyünk a bevezetett katheter helyzetéről, vagyis arról, hogy vége a véna cavában van. A katheter bevezethető percutan módon a véna subclavia, vagy a véna jugularis interna punctiójával; ha ehhez hiányzik a gyakorlat, akkor véna praeparálás útján. Esetünkben a jobb oldali véna jugularis externa kikészítésével vezettük be a katheret, mégpedig technikai nehézségek miatt igen vékonyat. *A katheter elhelyezkedéséről legmegbízhatóbb módon rtg.-felvétellel, vagy átvilágítással győződhetünk meg,* egyszerűbb esetben akkor, ha árnyékot adó katheret használunk, ha nem, a katheret kontrasztanyaggal történt feltöltése útján. Erre csak úgy lett volna lehetőség, hogy röntgen szakembert hívunk be az éjszakai órákban, amire a beteg rendkívül súlyos állapota mellett az idővesztés miatt nem vállalkozhattunk, másfelől, a klinikai tünetek alapján a shock cardiogen eredetére senki nem gondolt.

Szólnunk kell arról a döntésünkről, hogy az eredménytelen shocktalanítás ellenére, vállalva az extrém mértékű kockázatot, műtétre határoztuk el magunkat. Meg kell mondani, hogy a döntés helyessége akkor is kétséges, ha természetesen a műtétnél perforatiót találunk. *A döntés motívumai messzemenően szubjektívek, érzelmi jellegűek: szerepet játszott benne a beteg jelen betegsége előtti látszólag teljesen egészséges állapota, fiatal kora és a klinikus tehetetlensége a shock-állapottal szemben,* amely a maga progresszivitásával a beteg közeli halálát tette nagyon is valószínűvé. Ezzel szemben hittük utolsó lehetőségnek — szerencsés esetben — a shock feltételezett okának sebészi megoldását (1, 5).

Más kérdés — igen súlyos —, hogy a szakma klasszikus szabályaitól (először shocktalanítani, azután operálni) való eltérés okozta-e a beteg halálát. Szerencsére nem. Amennyiben ugyanis a műtét helyett a shocktalanítás folytatása mellett döntünk, minthogy annak cardiogen eredetére értékelhető adat nem állt

rendelkezésünkre, a terapiát nyilván további volumen bevitellel és depresszor kiegészítéssel folytattuk volna. Ez pedig a cardiogen eredet miatt semmi esetre sem hozhatott eredményt.

Annak a kérdésnek a megválaszolása pedig, hogy a shock cardiogen jellegének felismerése esetén követett therapia megmenthette volna-e a beteg életét, ma már csak spekuláció marad. Nem valószínű, minthogy a myocarditis a congenitalisan súlyosan beteg szíven alakult ki.

Tanulságok:

1. Hasi tüneteket követő shock állapot is lehet cardiogen eredetű, vagy mászóval cardiogen shock is okozhat hasi szenzációkat (1, 2, 3, 4, 5).

2. Gyomor (duodenum) perforációjának gyanúja esetén a mellette szóló tünetek észlelése (izomvédekezés, nyomásérzékenység) megléte, egyes tünetek igen kifejezett volta (fájdalom) mellett figyelmet kell szentelni az ellene szóló tünetekre is (megtartott májtompulat, szabad levegő hiánya a hasi röntgenvizsgálat során), bár egyes esetekben ezek sem zárják ki a perforációt.

3. Célszerű ragaszkodni a szakma klasszikus szabályához: shockos beteget csak eredményes shocktalanítás után operáljunk (kivéve a fedett vérzést követő és volumenbevitelre rövid időn belül nem javuló haemorrhagiás shockot és a sebészileg szanálható septikus góc fenntartotta septikus shock esetét).

4. Az akut decompensatio következtében hirtelen és rendkívül nagymértékben megduzzadt máj tokjának feszülése olyan intenzív fájdalmat okozhat, ami hasi katasztrófa gyanúját keltheti. A fájdalom annál hevesebb, minél gyorsabban alakul ki a pangásos duzzanat (6, 7).

5. Az ilyen és hasonló természetű súlyos kórképek korszerű diagnosztikája és terapiája ma már nem nélkülözheti a jól felszerelt, begyakorlott személyzettel és begyakorlott hatékony standard módszerekkel működő intenzív terapiás osztály lehetőségeit.

I R O D A L O M

1. *Ladányi J., Kós R., Szécsény A.*: Sebészeti diagnosztika. Medicina, Bp., 1980. 421. p.
2. *Lázár D.*: A hasüreg sebészeti diagnosztikája. Medicina, Bp., 1964. 21. p.
3. *Magyar I., Petrányi Gy.*: A belgyógyászat alapvonalai I—II. Medicina, Bp., 1977. 987. p.
4. *Petrányi Gy.*: Belgyógyászati diagnosztika. Medicina, Bp., 1975. 152. p.
5. *Stefanics J.* (szerk.): Sebészet 2. Részletes sebészet. Medicina, Bp., 1977. 331. p.
6. *Hegglin, R.*: Differentialdiagnose innerer Krankheiten. 12. Aufl. Thieme, Stuttgart, 1972. 614. p.
7. *Harvey, A. B., Bordley, J.*: Differential diagnosis. Saunders, Toronto, Philadelphia, London. 1972. 118. p.

Виттек Л., полковник м/с, *Бучина О.*, подполковник м/с, *Сабо Ж.*,
Кюрти Й., старший лейтенант м/с:

КАРДИОГЕННЫЙ ШОК, ВОЗНИКАЮЩИЙ ВМЕСТЕ С СИМПТОМАМИ БРЮШНОЙ КАТАСТРОФЫ

Авторы сообщают о случае кардиогенного шока, который по клиническому течению был признан последствием брюшной катастрофы. Обманчивые клинические симптомы привели не только к ошибочной протившоковой терапии, но и к оперативному вмешательству, которое — хотя и объяснимо субъективными мотивами — представляет сверхвысокий риск, и в данном случае оказалось даже излишним.

Obst. Dr. med. László Wittek, Obstl. Dr. med. Olivér Bucsiná, Dr. med. Zsuzsa Szabó, Olt. Dr. med. József Kürti:

CARDIOGENER SCHOCK MIT DEN SYMPTOMEN DES AKUTEN BAUCHES

Aufgrund des klinischen Verlaufes wurde ein Schockzustand, der in Wirklichkeit cardigenen Ursprungs war und ungewöhnlicherweise die Symptome einer Bauchkatastrophe zeigte, für die Folge einer solchen gehalten. Die täuschenden klinischen Zeichen leiteten nicht nur die Schocktherapie in die falsche Richtung, sondern führten auch — zwar aufgrund verständlicher subjektiver Motive — zu einem operativen Eingriff, der sich ausser dem extremen Risiko auch als überflüssig erwies.

Dr. Takáts László ny. orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa

Az új magyar hadsereg szerepe a Magyar Vöröskereszt újjászervezésében

A szerző levéltári adatok alapján ismerteti, hogy a felszabaduláskor született demokratikus honvédségnek milyen szerepe volt az új, demokratikus Magyar Vöröskereszt életrekelésében és fejlődésének megindításában. Az egyesület történetéről készült tanulmányok ezt a kérdést csak érintőleg tárgyalják. A Magyar Vöröskereszt jelenkori története nem nélkülözheti a honvédség történelmileg is értékes tevékenységének megörökítését.

A 100 éves Magyar Vöröskereszt jelenkori történetéről megjelent részben tudományos igényt is kielégítő, részben olvasmányos jellegű megállapításokat óhajtom néhány, levéltárilag igazolható adattal kiegészíteni¹. Teljességre való törekvés nélkül, de mégis kissé részletesebben szándékozom kifejteni, hogy a felszabaduláskor született magyar honvédség mit tett az új típusú Magyar Vöröskereszt újjászervezése érdekében.

A későbbiekben ugyan néhányszor utalni fogok az egyesület háború előtti és alatti tevékenységére, mégis szükségesnek látom, hogy már bevezetésként néhány konkrétumot előrebocsássak. Azzal, hogy a régi vezetőség nyugatra távozott, hozzájárult a vöröskeresztes intézmények és anyagok külföldre hurcolásához, ugyanakkor segítség nélkül hagyott az országban közel 8 milliónyi magyart, köztük rengeteg beteget és sebesültet, a régi Vöröskereszt elveszítette társadalmi megbecsülését. Tisztán kell azt is látnunk, hogy a régi Vöröskereszt nem nyugodott széles társadalmi alapokon, szervezettsége a felső tizezrektől legfeljebb a középosztály egy rétegéig hatolt le. Azt viszont elfogulatlanul megállapíthatjuk, hogy az „igazi vöröskeresztes eszmét” jelentő humanizmus és gyakorlati segítő készség a magyar nép többségében mélyen gyökerezett.

Már a debreceni ideiglenes kormány felismerte, hogy hazai és nemzetközi szempontból milyen nagy a jelentősége a Vöröskereszt mielőbbi talpraállításának. A Nemzeti Főtanács *Kisházi Iván Györgyöt* 1945. február 20-án megbízta* (egyres irat szerint „kinevezte”) a szerv ideiglenes ügyvezető igazgatójának. A részfeladatok megoldására egy *ötös bizottságot* rendelt mellé². Helyesen értékelte ugyanakkor azt is a kormány, hogy a szétzilálódott és anyagi javak nél-

* *Hantos J.* szerint a megbízatás már 1944. decemberben történt.

küli Vöröskereszt újjászervezése hosszabb időt vesz igénybe, már pedig az égető hazai szükséglet azonnali és hatékony segítséget igényelt. A Magyar Kommunista Párt kezdeményezésére erre a célra jött létre 1945 első hónapjaiban a Nemzeti Segély (NS) mozgalom. A kommunisták dinamikus szervező erővel, a Nemzeti Bizottságok, a régi vöröskeresztes és vörös-segély aktívák, a népfront pártjainak, a Magyar Nők Demokratikus Szövetségének (MNDSZ) és egyházi karitatív szervek bevonásával pár héten belül országossá tették a mozgalmat. *Sárkány J.* szerint az akció a „...népi összefogás és szolidaritás megtestesítője volt, célja és szelleme pedig antifasiszta és harcosan demokratikus volt”³. A Nemzeti Segély mozgósította az egész társadalmat, azon belül elsősorban az egészségügyi szerveket az éhínség és járványok megelőzésére, kallódó gyermekek, tüdőbetegek és hontalanok megmentése érdekében végzendő munkára. — Nem óhajtom az NS tevékenységét bővebben tárgyalni, helyette utalnék *Kárász Gy.* 1947-ben megjelent munkájára⁴.

A honvédség és a Vöröskereszt viszonya a felszabadulás után

Midőn a debreceni kormány 1945 tavaszán rendeletet hozott egy új és demokratikus Magyar Vöröskereszt (MVK) létrehozására⁵, egyidejűleg fenntartotta a Horthy korszakban kialakult rendszert és a honvédelmi minisztert megerősítette az egyesület feletti felügyeleti jogkörében⁶. Az újjáalakítandó Vöröskereszttel kapcsolatban a következő fő feladatokat kapta a HM.

— Harcolnia kellett az új MVK-nak a Nemzetközi Vöröskeresztes Bizottság (Comité International de la Croix Rouge) által történő elismertetéséért és egyszersmind az Ausztriában és Németországban gomba-módra megszaporodott ún. vöröskeresztes kirendeltségek felszámoltatásáért.

— Az itthon maradt és igazolt, valamint az újonnan toborzott tagokkal kellett munkálkodnia az új és demokratikus MVK alapjainak lerakásán. Szívós harcot kellett folytatnia a vöröskeresztes gondolat társadalmi megbecsülésének újra kivívásáért.

— Létre kellett hoznia a békeidők vöröskeresztes munkájának szervezeti alapjait.

I. Nemzetközi síkon folytatott harcok

A Nemzetközi Vöröskereszt egy képviselője már 1945 március végén — április elején megjelent a debreceni kormány honvédelmi miniszterénél tájékoztató és a legégetőbb szükségletek felmérése céljából (*Kéry K.*). Az akkoriban alakuló új MVK vezetőség még nem tudta áttekinteni, hogy milyen egészségügyi erők és eszközök maradnak az ország területén, hiszen még folytak a harcok az ország felszabadításáért. A kitelepült régi vezetőség és a hozzájuk csapódott jónéhány „úri” kalandor viszont már 1945 elejétől, de még erőszakosabban a német fegyverletétel után nagy aktivitással ostromolta a svájci központot saját jogfolytonosságának elismertetése érdekében. Nem vonjuk kétségbe, hogy a kitelepített háromszáz-ezernyi személy, köztük betegek, sebesültek, családok és gyermekek is segítségre szorultak, de 1945 márciustól a régi MVK jogi helyzete megszűnt.

A honvédelmi miniszter időben jelentést tett a minisztertanácsnak, hogy „... a honvéd és vöröskeresztes egészségügyi intézetek pótolhatatlan anyaga csak a Vöröskeresztet megillető kiváltságok védelme alatt menthető meg és

szállítható haza”⁸. A kormány közbelépésére, ill. kérésére a Nemzetközi Vöröskereszt a kihurcolt javak őrzését a megszálló hatalmak útján szervezte meg. A kitelepült egykori hivatalos, vagy magukat hivatalossá előléptető „ügyintézők” 1945 első felében még jelentős szerepet játszottak. Felelőtlen személyek útján sok érték került illegálisan ausztriai és német feketepiacokra.

Az itthon egymásután jelentkező svájci, svéd, dán, amerikai, szovjet és más vöröskeresztes, vagy segélyező intézmények (JOINT, UNRRA, UNICEF) elsősorban az MVK-án keresztül akarták tevékenységüket folytatni. Sürgősen el kellett tehát ismertetni az új MVK nemzetközi jogi helyzetét. A Bécsben folyó nemzetközi tárgyalásokon *Irányi Jenő* orvos alezredes indította meg a harcot a nemzetközi jogfolytonosság elismertetéséért és egyben a külföldön működő „vöröskeresztes kirendeltségek” illetéktelenségének elfogadtatása érdekében. A Nemzetközi Vöröskereszt elismerte az új életre kelt szervünket és így a magyar kormány, ill. az MVK megkapta a külföldi „központok” feletti rendelkezési jogot is. Maga diszponálhatott a hazatelepítésre váró betegek, családok és gyermekek külföldön történő segélyezéséről. Az elért eredmény egyaránt öregbítette a demokráciát építő ország és fiatal hadseregének nemzetközi tekintélyét. A honvédség kezdeményezése joggal követel magának helyet a Magyar Vöröskereszt történetében⁹.

Az MVK új vezetőségébe bevonták a népfront pártjainak egy-egy képviselőjét. Az ügyek gyakorlati intézése azonban egyre inkább az itthonmaradt és újra színre kerülő régi vezetőségi tagok kezébe ment át. Az 1945 júliustól meginduló nemzetközi segélyszállítmányok körül már veszélyessé kezdett válni az „ügyeskedők”-nek a nyüzsgése. Jónéhány korrupt vezetőségi tag megszédte a maga sápját, de kezükön a hivatalos, különösen a névreszóló küldemények (cigaretta, csokoládé, kávé, cukor, konzervek, sőt penicillin is) egy része a fekete kereskedelembe kötött ki. A visszaélésekre az MKP hívta fel a honvédelmi miniszter figyelmét, aki — katonapolitikai osztálya útján — azonnal vizsgálatot rendelt el. Ugyanakkor javaslatot tett a belügyminiszternek, hogy függesse fel az MVK önkormányzati jogát. A két tárca pedig együttesen javasolta a kormánynak, hogy az egyesület élére miniszteri biztost nevezzen ki. Augusztus 8-án megtörtént *Irányi Jenő* orvos alezredes ügyvezető igazgatóvá, majd rövidesen miniszteri biztossá történő kinevezése¹⁰.

A katonai vizsgálati szerv indítványára váltottak le 15 vezetőségi tagot, akik ellen korruptció, dőzsölés, feketézés, reakciós személyeket bujtató és segélyező tevékenység, sőt még fegyverrejtegetés miatt is bűnvádi, ill. fegyelmi eljárást indítottak¹¹. Az MVK új, demokratikus vezetőségének kialakítása 1947 végére fejeződött be. Kompromisszumos megoldásként eleinte igénybe kellett venni a korábban nem kompromittált, igazolt és a vöröskeresztes ügyintézésben jártas, nemzetközi kapcsolattal és nyelvtudással rendelkező régi vezetőségi tagokat. Vagyis „... azoknak az embereknek a segítségét, akik felajánlották nekünk szolgálataikat és akik a régi időkben szerzett ismeretekkel rendelkeztek” (*Lenin*)¹².

Az 1945/46-ban felszámolt visszaélések, de még 1946/47-ben is előfordult ügyviteli és anyagkezelési mulasztások jó ideig vöröskereszt-ellenes hangokat váltottak ki a sajtóban. Ilyen megállapítások szerepeltek: „... jobboldali segélyező szervvé alacsonyodott”, „... a reakció fellegvára”, „... a reakciós elemek búvóhelye”, „... a népjóléti minisztérium mellett egy reakciós szociálpolitikai és egészségügyi alminisztérium szerepét akarja betölteni”, „... varró, szabó, vagy főző tanfolyamok leple alatt összegyűjtötték a község, vagy körzet

reakciós elemeit” stb. Jobb esetben az éledező Vöröskereszt munkáját az újságok agyonhallgatták¹³.

1945 második felétől külföldön már csak azok a kirendeltségek működhettek, amelyek elismerték az új MVK szupremáciáját. A külföldi központok felszámolása 1947 végéig történt meg. Igaz, hogy ekkor már nem tartozott az egyesület a HM felügyelete alá. A külföldi kirendeltségek az új MVK irányításával sok emberen segítettek, nagy mennyiségű értéket mentettek meg és szállítottak haza. A történelmi objektivitás ellen vétenénk, ha ezek felett a kirendeltségek felett sommásan elmarasztaló ítéletet mondanánk ki. Az értelmetlenül, vagy bűnös felelőtlenségből kitelepített régi vöröskeresztes vezetők között nem kis számú jóindulatú és becsületes ember is volt.

II. A honvédség szerepe a vöröskeresztes munka hazai szervezésében

A honvédség tisztában volt azzal, hogy az országban a háború romjain keletkezett súlyos egészségügyi, szociális és szociálpolitikai gondok megoldására sem maga, sem a szétfeláldott Vöröskereszt nem képes. Reálisan ítélte meg a gyorsan kibontakozó Nemzeti Segély (NS) megnevezésű társadalmi tömegmozgalom jelentőségét, ezért kezdettől támogatta annak munkáját. A katonáorvosok beléptek az NS-be, sőt néhány helyen vezető szerepet is tölthettek ott be¹⁴. Koncedálnunk kell, hogy az MVK újjászervezésében és demokratizálásában az NS a honvédségnek politikai és társadalmi-szociális vonatkozásban hatékony támogatást nyújtott.

Utaltam már arra, hogy a magyar társadalomban azokban a kritikus években is mély gyökerekkel rendelkezett az emberbaráti segítőkészség. Ezért találjuk a régi VK aktívákat az újonnan felállított katonakórházak első ápoló-, műtősnői és laboratóriumi asszisztensei között, a hadifogoly fogadó és üdítő állomásokon, a kallódó vagy hadifogságba került személyek után kutató irodákban. A szervezés időszakában természetesen az új honvédség igénybe vette a megmaradt vöröskeresztes szükségkórházakat saját beteget elhelyezésére (Debrecen, Hatvan u. 60., Szeged, Arany J. u. 14., Budapesten a Győri úti VK. kórházat, a volt Pajor szanatóriumot, Pécsen és más városokban a kórházak és klinikák fiókjaiként működő szükség-intézményeket). — A pályaudvari hadifogoly és menekült üdítő állomások előbb csak a HM segítségével tartották fenn magukat, de hamarosan megindult ebbe az irányba is a társadalmi adakozás. A HM katonáorvosokat rendelt ki a nagyobb pályaudvarokra és határ-belépi állomásokra, akik a kórházi kezelésre szorulókat az újonnan létesült helyi kórházakba utalták¹⁵.

A felszabadulást követő másfél-két évben fellángoló hatalmas egészségügyi társadalmi megmozdulásban részt vett a honvédség és az éledező MVK is, de túlzás lenne bármelyikük vezető szerepéről is beszélni. A korabeli újságokban is egyéb sajtókiadványokban nem, vagy csak elvétve történik említés arról, hogy a Nemzeti Segély az MVK-tól, ill. annak aktíváitól mennyi segítséget kapott. Sajnos, nem egyszer történtek olyan diszkriminációs megállapítások, mintha a vöröskeresztes szervezet elvesztette volna létjogosultságát. Az eszme és az azt képviselő alkalmatlan, vagy éppen bűnös személyek közé nem lehet egyenlőség jelet tenni!. Még az 1962-ben megjelent MVK történet is arról szól, hogy a régi-ből ittmaradt vezetőségi tagok országosan az „úri” Vöröskeresztet akarták volna létrehozni. Nem kétséges, hogy a koalíciós időben ilyesmi is előfordult, az általánosítás azonban nélkülözi a történelmi objektivitást. Nem történt meg a sajtó-

ban annak méltatása, hogy a demokratikus honvédség milyen eréllyel és eredménnyel számolta fel 1945/46-ban az egyesületben leleplezett visszaéléseket, de arról sem sok szó esett, hogy mit tett a fiatal honvédség az MVK demokratikus alapjainak lerakása terén¹⁶.

Az ismertetett és nagyrészt az NS-sel közösen végzett egészségügyi és szociális tevékenység ismét hitelt kezdett szerezni a „vöröskeresztes” megnevezésnek és a munkásosztály és a parasztság milliói előtt eddig ilyen néven ismeretlen eszmének. A HM állásfoglalása egyértelmű volt. Újabb lehetőséget biztosított a szimpátia felkeltésére az a német kapituláció utáni SZEB döntés, hogy az 1. sz. katonai kórház (ma Központi) kivételével a már felállított, vagy még szervezés alatt álló helyőrségi kórházakat a Vöröskereszt kezelésébe kellett átadni. Miután akkor még nem volt működőképes Vöröskereszt, az „átadás” csak formális volt és így — felügyeleti joga alapján — az intézményeket tovább is a HM tartotta fenn. A személyi állomány hivatásos és tartalékos orvosokból, gyógyszerészekből és nagyobb részben volt vöröskeresztes ápoló- és műtősnökből állott. *Vöröskeresztes hadikórház* néven működtek az intézetek az 1946. őszi szervezésig, amikor újra helyőrségi kórházak lettek. Hasonlóan, csak névlegesen került átadásra a Gyógyfürdőkórház és a Budapesti Honvéd Rendelő Intézet¹⁷. A hazatért volt hadifoglyok, hontalanok és menekültek életében mély nyomot hagyott a vöröskeresztes fogadó állomásokon, hadikórházakban, honvéd, vöröskeresztes, vagy a Nemzeti Segély rendelőkben, intézményekben kapott ellátásuk, majd az otthonukban élvezett szociális támogatásuk. Mindez újabb lépéseket jelentett a vöröskeresztes gondolat társadalmi megbecsüléséhez.

A honvédségnek és egyben az általa képviselt MVK-nak további társadalmi elismerést jelentett, hogy a HM a volt Honvéd Orthopediai és Gyógyvégtagpótló Intézetet, a Győri úti, a kecskeméti, a miskolci volt vöröskeresztes kórházakat fenntartás nélkül az MVK rendelkezésére bocsátotta. Az egyesület akkor még nem rendelkezett megfelelő számú személyzettel és anyagiakkal, ezért a Népjóléti Minisztériumtól kért és kapott működtetésükhöz segítséget. — A honvédség gyermekotthonok számára, tüdőbetegek és rokkantak elhelyezésére rendbehozott kórházat (Szolnok), laktanyákat és egyéb katonai objektumokat, valamint felszerelési cikkeket adott át az MVK-nak, az NS-nek, tehát lényegében a magyar polgári egészségügynek¹⁸. Segített a HM a vöröskeresztes ápolói tanfolyamok szervezésében, előadókat, segédleteket és kórházi gyakorlati lehetőséget biztosított a hallgatók részére¹⁹. — A felsorolt körülmények mindinkább sürgették az MVK felügyeleti jogkörnek a békeviszonyok által megkívánt rendezését.

Úgy gondolom, hogy ma már értelmetlen lenne afelől diszkutálni, vajon az NS által szervezett akción belül, vagy amellett milyen napköziket, étkeztető álmásokat, gyermeküdültetést stb. szervezett az MVK. Nagyon is reálisan fogalmazta meg az akkori népjóléti miniszter (*Molnár E.*), amidőn a Nemzetközi Vöröskereszt számára küldött beszámolójában vöröskeresztes jellegű tevékenységnek minősítette mindazt, amit az éhező-nyomorgó országban 1945/46-ban az NS, társadalmi karitatív szervek és az éledező-erősödő MVK végzett²⁰.

A honvédség, a társadalmi szervek és a kommunista párt segítségével újra megbecsülést kezdett élvezni a vöröskeresztes eszme. Az 1945 második felétől egyre tömegesebben érkező külföldi segélyküldemények a kívántnál is nagyobb mértékben fordították az érdeklődést a Vöröskereszt felé. A vezetőség és a hálózat 1945—1946. évi politikai-erkölcsi állapot és szervezetségi foka miatt a segélyezés országos szervezése meghaladta az MVK akkori képességeit.

Az új Vöröskereszt egyesület a Nemzeti Segély és nem kis mértékben a

honvédség közreműködésével, a *néptömegek között éledt újra* és telítődött demokratikus tartalommal. Nem lehet eléggé hangsúlyozni a társadalom hatását, amelyből, Antheusként erőt merítve, izmosodott meg 1947 végéig az új és demokratikus MVK²¹.

III. A honvédség közreműködése a Vöröskereszt munkájának béke időszakra történő átállításában

Már említettem, hogy ennek a tanulmánynak nem célja, hogy az MVK háború előtti és alatti működését tárgyalja, mégis a *felügyeleti jogkörrel kapcsolatos viták*, majd a végleges rendezés jobb megértése érdekében, szükségesnek mutatkozik egy kis történelmi visszapillantást tenni.

Az első világháború után kritikus évek következtek az MVK életében. Vagyonának tekintélyes része a szomszéd államok területén maradt. Gyűjtésekből tengette életét, jóformán csak egy-egy karácsonyi segélyezési akció volt szerény megnyilvánulása. Az első világháborút követően az egyesületet a miniszterelnökség főfelügyelete alá rendelték, szakfelügyeletére pedig az akkori népjóléti-munkaügyi minisztériumot jelölték ki.²²

Az 1929. évi gazdasági világválság az egyesület teljes fizetéseképtelenségét vonta maga után. A HM vállalta magára 1930–31-ben szanálását, a további években pedig évi 100 ezer pengő szubvencióval beleszólási jogot is biztosított magának. A második világháború alatt még inkább a hivatalos politika uszályába került: az 1940-es MVK országos közgyűlés 1941. január 1-től a HM-nek való alárendeltségét mondta ki. Az akkor módosított alapszabály szerint (9. §), a miniszterelnökség a honvédelmi miniszterre ruházta a felügyeleti jogkört. A 8. §-t pedig azzal toldották meg, hogy az alárendeltség a majdani békekötés után még hat hónapig fog tartani.²³

1. Az MVK hovatartozásának, másszóval a felügyeleti jogkör szabályozásának kérdése első ízben 1945 júliusban vetődött fel az akkori NM (*Molnár E.*) részéről. A minisztertanács részére összeállított felterjesztésében hivatkozott a már feljebb említett SZEB döntésre, amelynek alapján akár a vöröskeresztes katonai hadikórházak átadását is kérheti. Mondanivalójából kiérzik, hogy szorgalmazni óhajtja a Vöröskereszt fölötti felügyeleti jogkör rendezését. Azt írja továbbá, hogy állítólag a Nemzetközi Vöröskeresztes Bizottság és a Nemzetközi Vöröskeresztes Liga állásfoglalása szerint, a Vöröskereszt csak a háború tartama alatt tartozhat a HM alárendeltségébe. — A minisztertanács az igényt nem ismerte el, miután az MVK szervezését már korábban a HM-re bízta és azt is megállapította, hogy a szervezés alatt álló új honvédségnek nemcsak a vöröskeresztes kórházakra, hanem magára az MVK-ra is szüksége van. Sokkal többre vezetett a két tárca között ugyanakkor megindult közvetlen tárgyalás. A HM maga is céltalannak látta, hogy a békeszerződés várható közeli megkötése után bármeddig is az ő kompetenciájába tartozzék az egyesület²⁴. Kinyilvánította, hogy a nyugatról visszatérő honvédségi és vöröskeresztes egészségügyi anyagok 2/3-át, ill. 1945 novemberi megállapodásuk után 3/4 részét átengedi a polgári egészségügynek. 1946 elején nem emelt az ellen sem kifogást, hogy a tárgyban a népjóléti minisztérium a Gazdasági Főtanácstól (GT) újabb döntést kérjen. Az utóbbi eredményeként minden nyugatról visszaérkező egészségügyi anyag, a kimondottan katonai jellegűek kivételével, 1946 elejétől az NM égisze alatt alakult bizottság hatáskörébe került. Ebben a bizottságban az MVK és a HM képviselője is benne volt²⁵. Az MVK az 1945 végén érkező svájci, svéd és dán gyógyszerzállítmányok elosztási jogát átengedte a jelzett bizottságnak²⁶. A bi-

zottság útján a honvédség betegeinek is jutott olyan hiánycikkekből, mint az insulin, penicillin, arzenobenzol-, máj-készítmények, vitaminok stb.²⁷

Történelmi objektivitással meg kell állapítanunk, hogy az NM kezdeményezésében az ország egészségügyi intézményeinek kifosztott állapota, működő kórházainak háborús sérültekkel való megterhelése játszott elsődleges szerepet. Nem lehet azonban szó nélkül elmenni ama tendencia mellett sem, hogy a várható nemzetközi vöröskeresztes szállítmányok feletti intézkedési jogkör megszerzésével, az NM Szociálpolitikai osztálya keretében működő NS-nek kívánt anyagi eszközöket biztosítani. A társadalmi segítségen túlmenő nemzetközi segély hovaforodításának politikai jelentősége is volt.

Az illetékességi jogkör vitájának második hulláma 1945 novemberben keletkezett. A honvédség intézeteit, rendelőit az egyre nagyobb tömegben érkező volt hadifoglyok orvosi felülvizsgálata, kórházi elhelyezése megoldhatatlan feladat elé állította. A HM javasolta a kormány, hogy ezt a terhet vegye le vállairól és hatálytalanítsa Horthy honvédelmi miniszterének már a maga idejében is irreális vállalását. A kérés alapján jött létre a *Hadigondozó Bizottság* elnevezésű kormány szerv. A Bizottság a gondozás konkrét megszervezésével az NM Társadalompolitikai, ill. Hadigondozási főosztályát bízta meg²⁸. A honvédség helyt adott az NM azon kérésének, hogy a polgári hadigondozó hálózat kiépítéséig, maga gondoskodjék a nagy számban működő rokkantotthonról. Mind ezen felül vállalta a honvédség, hogy az Állami Rokkantotthon céljaira, rendbehozva, átadja a Németvölgyi út 41—43. sz. alatti, az Állami Hadirokkant Helyreállító Sebészeti Kórház céljára pedig a Karolina u. 25—27. — Daróczi út 24. sz. alatti objektumát. Az utóbbi részére személyi és anyagi segítséget is nyújtott²⁹. — Az *MVK* felügyelet jogköre ekkor még megmaradt a HM kezében.

A felügyeleti *jogkör végleges szabályozása* 1946 első felében már történelmi szükségszerűséggé vált. A HM április végéig végrehajtotta az egyesületben folyó visszaélések felszámolását, lerakta az *MVK* működésének alapjait. Az ország anyagi helyzete, de politikai okok is mindinkább sürgették a honvédség létszámának maximális csökkentését. A B-listázások folytán megfogyatkozott egészségügyi személyi állomány már nem tudott megfelelő szervező erőket biztosítani a VK központi és hálózati fejlesztéséhez. A főfelügyeletet 1946-ban a miniszterelnökség vette át, amely ezt a jogot hamarosan a belügyminiszterre, a szakfelügyeletet pedig a népjóléti miniszterre ruházta át. A kormány 1946. május 1-től *Antall József* volt újjáépítési miniszter személyében polgári kormánybiztost állított az *MVK* élére³⁰.

2. A felügyeleti jogkörön kívül *rendezni kellett a segélyezés kérdését* is. Az 1946 folyamán már tekintélyes tételekben érkező nemzetközi segélyszállítmányok átvétele, kezelése, raktározása, szétosztása messze meghaladta az *MVK* teljesítőképességét. A Nemzetközi Vöröskereszt Bizottság budapesti kirendeltségének egyetértésével, a kormány *Segélyező Bizottságot* hozott létre, amelyben az *MVK* részvétele mellett, a segélyügyeket lényegében a Közellátási, a Népjóléti minisztérium és a Nemzeti Segély látta el³¹.

3. Az *MVK* távlati feladatokra való előkészítésében részt vett a honvédség. — *Molnár Erik* 1945 végén készített összeállításában még elég tág keretekben körvonalazta a békefeladatokat. Fontos határállomást jelentett a felszabadulás után Szegeden 1946-ban tartott I. VK „kongresszus”, amely a társadalmi egészségügyi munka döntő feladatának jelölte meg a mozgalomnak a munkásosztály felé történő kiterjesztését: megalakították a *gyári vöröskeresztes csoportokat*. Az 1947. október 17—18-án tartott pécsi II. „kongresszus” már olyan békefeladatokat határozott meg, amelyek napjainkban is jelentős profilját képezik az

MVK-nak: társadalmi szociális és egészségügyi felvilágosítás és propaganda, elsősegély tanfolyamok tartása, országúti, vízi, balatoni mentőállomások fenn-tartása, önkéntes ápolónő képzés stb. Ezek megegyeznek a *Des Guettes* által jól megfogalmazott békebeli vöröskeresztes teendőkkel³².

Az 1948-ban történt első szabályozás után az 1955. évi tv. erejű rendelet és az akkori MVK alapszabály 2. §-a szerint „A nemzetközi egyezmények alapján a hadrakelt sereg sebesültjei, betegei, továbbá hadifoglyok és a polgári lakosság tekintetében látja el a ráháruló feladatokat”. A jelenlegi alapszabály az 1959. évi kongresszus határozata szerint az MVK feladatát inkább a polgári védelem területére szűkítette (II. fej. 5. p.). A honvédség igen nagyra értékelte mindig az önkéntes ápoló képzést, amelyhez 1950-es évek elejéig évi 100 ezer forinttal járult hozzá. A honvédség javaslatára történt 1948 óta az önkéntes és a hivatásos ápolóképzésben heti egy óra tartamban a katonaegészségügy oktatása. Az önkéntes tanfolyamok akkori előadói között sok katonaoorvost találunk. A honvéd-kórházak gyakorlási lehetőséget biztosítottak a növendékeknek³³.

Tanulmányomban a Magyar Vöröskereszt és a honvédség 1945—1947 közötti kapcsolatáról igyekeztem áttekintő képet adni. A 100 éves fennállását ünneplő MVK történetében ez az alig két év rövid időszak ugyan, de korántsem annyira jelentéktelen, hogy a jubileum kapcsán megjelent sajtókiadványok említésre is alig méltassák. Jelentősége pedig a 100 év előtti megalakulásával hasonlítható össze. Levéltári adatok bizonyítják, hogy a honvédség az ideiglenes kormánytól 1945 márciusban kapott feladatát becsületesen elvégezte. Az egyesület nemzetközi elismertetésében, működési alapjainak lerakásában, demokratikus fejlődésének megindításában és a vöröskeresztes eszme hazai újra felemelésében jelentős munkát végzett.

I R O D A L O M

1. *Gyűszű M.*: 100 éves a Magyar Vöröskereszt. Honvédorvos, 1981, 33, 3—6. — *Hantos J.*: A Magyar Vöröskereszt 100 éve. Akad. K. Bp., 1981. — *Magyar J., Tóth L.*: Történelmi ismertetés a Magyar Vöröskeresztről. Medicina, Bp., 1962. — *Pásztor I.*: A Magyar és Nemzetközi Vöröskereszt múltjából. Pécs, 1969. — *Rostás I.*: A Magyar Vöröskereszt 1954., 1959., 1964. évi kongresszusai. MVK évkönyv, Szikra, Bp., 1966. — *Tansley, D. Donald*: A Vöröskereszt szerepének újraértékelése (magyar kézirat kiadv.). MVK, Bp., 1975. — *Takáts L.—Füller J.—Leitner F.*: Katona-egészségügyi szolgálatunk megalakulása és működése a fel-szabadulás évében. — *Hadtört. Közl.* 1977, 24, 31—60. — *Vállay Gy.*: Az MVK 1974. évi 2. (pécsi) kongresszusa (kézirat). 1974.
2. *HL. HM. Eln.* 20 241, 23 285/1945. — *Nemzeti Főtanács* 2043/Elns. — 1945.
3. *Sárkány J.*: A Nemzeti Segély. Orvosok L. 1945, 1, 427.
4. *Kárász Gy.*: A Nemzeti Segély két éve. Szikra, Bp., Passim. 1947.
5. L. 2. sz. jegyz.
6. *HL. HM. Eln.* 33 520/1945.
7. *Kéry K.*: visszaemlékezései.
8. *HL. HM. Eln.* 96 581/1945.
9. *UMKL. NM. Molnár E. ir.* 2. dob. 84 154/1945., 4. dob. 1065/1946. — *Irányi J.* emlékirata és iratgyűjteménye.
10. *BM ir.* 259 690/IV. o. — 1945. — *HL. HM. Eln.* 34 075, 35 710/1945.
11. *Uo.* 37 124, 42 010/1945.
12. *Lenin*: A háborúról, a hadseregről és a hadtudományról. I—II. Zrínyi, Bp., 1958. II/517.
13. *Magyar J.—Tóth L.*: Történelmi ismertetés... i. m. 37. — *UMKL. NM. Molnár E. ir.* 2. dob. 13—45. p. — *Uo. Szoc. Pol. Ig. ir.* 59 683/1948. — *Délmagyarország* (napilap). V. 114. 123. p. 1948.
14. *HL. HM. Eln.* 35 793/1945., 474 033/1948. — *SZOT Klt. Eü. Szaksz. ir.* 54/F. csom. Szn. 1947. I. 13. — L. még az 1. sz. lábjegyz.!

15. *HL. HM. Eln.* 29 588, 32 328, 34 648, 37 277, 43 526, 46 118/1945. — *Pécsi All. Lt. MVK ir.* 224/1945.
16. *Kárász Gy.*: A Nemzeti Segély... i. m. — *Magyar J.—Tóth L.*: Történelmi ismeretetés... i. m. 37. p. — *Sárkány J.*: A Nemzeti... i. m. passim. — *Délmagyarország, Dunántúli Napló, Szabad Nép* (napilapok). Passim. 1945—1947.
17. *HL. HM. Eln.* 24 449, 25 682, 32 508, 32 927, 35 846, 43 526, 49 600/1945., 90 252. 410 469, 421 086, 425 593, 432 910, 455 729/1946.
18. *Uo.* 2378, 4387, 20 241, 22 966, 23 285, 29 588, 33 139, 40 235, 40 572, 41 705, 43 526. 43 616, 82 184, 82 210, 83 940/1945., 2686, 16 135, 78 206, 83 416, 403 695, 407 505, 421 086, 425 593/1916., 474 033/1948. — *Uo. I. ker. pság. ir.* 950/1945. — *UMKL. NM. Molnár E. ir.* 3. dob. 535/1946. — *Uo. GF. ir. XIX/1.* 3694, 5501, XIX/62, 7682/1946.
19. *HL. HM. Eln.* 64 042, 649 046/1949. — *UMKL. NM. Eln. ir.* 13 450/I. 3. o. — 1949.
20. *Uo. NM. Molnár E. ir.* 2. dob. 84 154/1946., 4. dob. 1065/1946.
21. *Magyar J.—Tóth L.*: Történelmi ismertetés... i. m. 24. p. — *HL. HM. Eln.* 11 448, 16 636, 415 283/1946., 15 737/1948. — *UMKL. Eln. ir.* 3828/1946. — *Uo. Szoc. Pol. Ig. ir.* 8. dob. 1065/1946.
22. *Miniszter Elns.* 1351/1. — 1928. — *HL. HM. VKF. ir.* 4061/1928.
23. *Divényi E.*: A Magyar Vöröskereszt alapszabályai, 1940. Bp., Attila ny. 1942. — *Vállay Gy.*: A Magyar Vöröskereszt jelentése 1937. júl. 1-től 1940. okt. 31-ig. Bp., Attila ny. 1940. — *HL. HM. Eln.* 33 520, 96 581/1945. — *NM. ir.* 22 562/IV. 3. o. — 1945.
24. *HL. HM. Eln.* 33 520/1945.
25. *UMKL. NM. Molnár E. ir.* 2. dob. 84 154/1945., 4. dob. 1065/1946. — *Irányi J.* emlékirata és iratgyűjteménye.
26. *UMKL. NM. OKT. ir.* 2. dob. 651/IV. o. — 1945. XI. 14.
27. *HL. HM. Eln.* 25 682, 25 690, 32 508, 32 927, 43 234, 43 526, 46 648, 49 600/1945., 20 296, 25 451, 31 828, 414 882/1946. — *Uo. I. sz. hőrs. kórh. ir.* 155, 192, 272, 305/sgt. 1945. — *UMKL. NM. Molnár E. ir.* 6. dob. 554/1946. — *NM. Eln. ir.* 212 125/VIII. — 1946.
28. *HL. HM. Eln.* 28 063, 39 190, 41 283/1945., 3341, 17 515/1946. — *UMKL. NM. OKT. ir.* 2. dob. 614, 838, 841, 849/VIII. — 1946. — *Uo. NM. Eln. ir.* 29 000/1945.
29. *HL. HM. Eln.* 23 500, 31 249, 33 394, 34 648, 39 190, 41 037, 69 869, 71 620, 102 194/1945. — *UMKL. NM. OKT. ir.* 614, 837—839, 843, 847/1945.
30. *Miniszter Elns.* 974, 3390, 7330/1946. — *HL. HM. Eln.* 11 448, 421 086/1946. — *UMKL. NM. Eln.* 8. dob. 59 683/I. 1. o. — 1947.
31. *Miniszter Elns.* 2320/1946. — *UMKL. NM. Molnár E. ir.* 3. dob. 629/1946., 7. dob. 601/1947.
32. *Ges Guettes, P.*: A Vöröskereszt és a Genfi Egyezmény nagy útjelző állomásai 1864—1939. (magy. ford.). Bp., Attila ny., 15. 1939. — *HL. HM. Eln.* 33 520/1945. — *UMKL. NM. OKT.* 4. dob. 1587/M—4. — 1947. — *Uo. NM. Szoc. Pol. Ig. ir.* 4. csom. 59 683/1948.
33. *HL. HM. Eln.* 629 861, 649 046/1949. — *Uo. KFCS.* 410 801/X. — 1949.

Такач Л., полковник м/с в отст.:

РОЛЬ НОВОЙ ВЕНГЕРСКОЙ АРМИИ В РЕОРГАНИЗАЦИИ ВЕНГЕРСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА

На основании архивных материалов, автор освещает роль венгерской демократической армии, родившейся после освобождения, в возрождении нового демократического Венгерского Красного Креста. В работах, посвященных истории Венгерского Красного Креста, данный вопрос разработан недостаточно. Современная история Венгерского Красного Креста не может быть лишена увековечения исторически ценной деятельности венгерской армии.

Obst. a. D. Dr. med. László Takáts:

DIE ROLLE DER NEUEN UNGARISCHEN ARMEE BEI DER NEUORGANISATION DES UNGARISCHEN ROTEN KREUZES.

Annand von archivarischen Daten wird beschrieben, welche Rolle die nach der Befreiung entstandene demokratische Honvédarmee beim ins Leben Rufen des neuen demokratischen Ungarischen Roten Kreuzes und dem Einleiten seiner Entwicklung spielte. Die Studien zur Geschichte des Verbandes berühren diese Frage gerade nur. Die heutige Geschichte des Ungarischen Roten Kreuzes kann die Verewigung der auch geschichtlich wertvollen Tätigkeit der Honvédarmee nicht entbehren.

BRICANYL

inj., tabl.

antiasthmaticum, tocolyticum

ÖSSZETÉTEL

0,5 mg terbutalinum sulfuricum (1 ml) ampullánként;

2,5 mg terbutalinum sulfuricum tablettánként.

JAVALLATOK

Asthma bronchiale, bronchitis chronica, emphysema és a tüdő hörgőspasmussal járó megbetegedései. Fenyegető koraszülés, abortus imminens tünettel (16. terhességi héttől), cervix-insufficiencia és cerclage-műtét esetén az idő előtti kontrakciók megszüntetésére.

ELLENJAVALLATOK

Hyperthyreosis. Tachycardiával járó szívritmuszavarok. Terhesség alatti erős vérzés, korai lepényleválás és intrauterin infekciók, pyelitis chronica.

ADAGOLÁS

Asthma bronchialében: felnőtteknek $\frac{1}{2}$ amp. (0,25 mg) sc., legfeljebb háromszor naponta, ill. naponta 2–3-szor 1–2 tabl.

A szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenység lehetősége miatt a betegek kezelését ajánlatos napi 2,5 mg-mal (1 tablettával) kezdeni. Ha megfelelő hörgőtágulat nem jön létre, az adag 2 tablettára növelhető.

Gyermekeknek: 3–7 éves korig $\frac{1}{4}$ – $\frac{1}{2}$ tabl., 7–15 éves korig $\frac{1}{2}$ –1 tabl., 15 év felett 1–2 tabl., naponta 2–3-szor.

Szülészetben a kezelést tartós iv. cseppinfúzióval kell bevezetni, amelynek ajánlott max. időtartama 8 óra lehet.

Az infúzió összeállításakor 5 mg Bricanylt (10 ampullát) 1000 ml izotóniás glukóz- vagy izotóniás nátriumklorid-oldattal elegyítünk. (Az oldat 1 ml-e 5 mikrogramm terbutalint tartalmaz.)

A gyógyszer adagolását egyénileg kell meghatározni a hatás és tolerancia figyelembevételével (7–10 mikrogramm/perc.)

Általában ajánlatos az infúziós kezelést 10 mikrogramm/perc sebességgel kezdeni. Ezután 10 percenként 5 mikrogrammmal növeljük az adagot a percenkénti 25 mikrogramm eléréséig. Ezt az adagolást 1 órán át kell folytatni, majd 30 percenként 5 mikrogrammal csökkentjük az adagot a legkisebb hatásos fenntartó adagig. Utókezelésre, újabb fájástevékenységi profilaxisára 3 napon keresztül sc. 250 mikrogrammot ($\frac{1}{2}$ amp.-t) adunk 4-szer naponta. Egyidejűleg 3X5 mg tabl.-t kap a beteg a tünetmentességig, max. a terhesség 37. hetéig.

A koraszülés egyes eseteiben használt, egyéb kombinációs kezelésre alkalmas gyógyszerekkel (prostaglandin-antagonistákkal, gesztagénnel, alkohollal stb.) együtt adható.

MELÉKHATÁSOK

A szimpatomimetikumokra érzékeny egyéneken tremor, palpitatio fordulhat elő. Ezek tartós orális kezeléssel folyamán rendszerint az első héten megszűnnek.

GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK

Tilos együttadni:

- halogénezett anesztetikumokkal (kardiális arrhythmia);
- MAO-bénítőkkel (hipertóniás krízis);
- adrenalinnal status asthmaticusban;
- béta-receptor-blokkolókkal (egymás hatását megfordítják);
- kortikoszteroidokkal glaucomában, tartósan (szembelnyomás fokozódása).

Kerüendő az együttadás:

- anyarozs-alkaloidokkal (extrém magas vérnyomás-emelkedés);
- egyes antihipertónikumokkal (guanethidin és származékai, reszerpin, alfa-metildopa; a hipotenzív hatás csökkenése);
- triciklikus antidepresszánsokkal (szimpatomimetikus aminok hatását fokozhatja); glaucomában együttes adásuk tilos.

Csak óvatosan adagolható:

- halogénezett anesztetikumokkal (kardiális arrhythmia);
- inzulinnal és orális antidiabetikumokkal (vércukorszint változása).

FIGYELMEZTETÉS

Adása óvatosságot igényel hipertónia, myocardialis insufficiencia esetén. A beteg szimpatomimetikus aminokkal szembeni érzékenységére figyelemmel kell lenni!

Diabetes mellitusban alkalmazva szükségessé válhat az inzulin vagy orális antidiabetikum adagjának újrateálítása.

Esetleges **túladagolás esetén** propranolol 1 mg/ml iv. inj. $\frac{1}{2}$ –1 ml/perc (max. 5 ml) adása ajánlott.

MEGJEGYZÉS

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

A tabl. csak vényre adható ki. Az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alkalommal) ismételhető.

Asthma bronchialében szenvedő betegeknek a tüdőbeteg-gondozó, belgyógyászati, gyermekgyógyászati szakrendelés szakorvosa, valamint a belgyógyász, gyermekgyógyász csoportvezető főorvos kórházi javaslat alapján térítésmentesen rendelheti.

CSOMAGOLÁS

10X1 ml amp. 3,70 Ft; 20X2,5 mg tabl. 2,90 Ft.

EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR — BUDAPEST

Könyvismertetés

Iván Bernát: Eisenstoffwechsel. Physiologie — Pathophysiologie — Klinik — Therapie. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1981., 483 oldal, 230 ábra, 42 táblázat.

A szakmai közvélemény egy évtizeddel ezelőtt — azt mondhatjuk — jogos türelmetlenséggel várta a szerzőnek a Medicina gondozásában 1973-ban megjelent „Vasanyagcsere” c. művét, amely nem csupán több évtizedes munkásságának összefogott közreadását jelentette, hanem valóban jelentős hiányt pótolta. Tárgyában, a vasnak minden ismert biológiai, élettani, kórélettani, klinikai vonatkozását felölelő, egységes szemléletet adott. Egmaga vállalkozott arra, amit elődei két, ténylegesen mérföldkövet jelentő munkában, a Keiderling szerkesztette 1959-es „Eisenstoffwechsel” és a Hallberg, Harwerth és Vannotti által kiadott „Iron deficiency” (1970) csak kiváló szerzők népes csoportja segítségével mertek formába önteni. E vállalkozás méreteire jellemző, hogy első kiadása megelőzte az egyik legalapvetőbb kézikönyvként számotartott, Jacobs és Worwood szerkesztésében kiadott „Iron in biochemistry and medicine” c. munkát, amely 1974-ben jelent meg. Ismerni kell e körvonalakat, ha Bernát könyvének igazi jelentőségét akarjuk felbecsülni. A vasanyagcsere különböző részproblémáiból napjainkban évente többezer publikáció lát napvilágot, így a szintézis, a biztosan használható kiérlelt ismeretek összefogása — gyakran a szakember számára is reménytelen vállalkozásnak tűnik. Bernát biztos kézzel, óriási anyagismerettel és megragadóan világos stílusban — az elméleti biológus és a gyakorló orvos számára egyaránt félreérthetetlen, kiváló logikával igazít el ebben a labirintusban.

Valóban nem túlzás azt állítani, hogy munkája jelentős, hézagpótló volt megjelenésekor. Igazolta ezt annak idején rendkívül kedvező fogadtatása is.

Az Akadémiai Kiadó gondozásában most megjelent, német nyelvű változat át-olvasásakor a munka érdemei talán még markánsabban tűnnek elő. Túl azon, hogy szerkesztési elvei áttekinthetőbbé tették a mondanivalót (decimális számozású tagolás); ábráit korszerűsítette és gondos grafikai munkával, sokkal jobb nyomdai technikával helyezte el — a feldolgozott óriási számú irodalmi hivatkozást illetően is képes volt lépést tartani a két kiadás között eltelt 8 év valódi eredményeivel. Kézikönyvről lévén szó — szigorú szűrőjén csak a legmegbízhatóbb, a téma ismeretkörébe véglegesen beépülő új felismerések maradhattak fenn. Így is közel 300 új, fontos adatot épített be a munkába és több mint 100 régebbit hagyott el.

A 27 fejezetre osztott kötet valóban felöleli a vasanyagcsere szinte minden lényeges vonatkozását, a vasnak az élettelen természetben való előfordulásától a vasanyagcsere valamilyen kóros eltéréssel járó ritka körképekig. Az eredeti magyar kiadáshoz képest egy fejezettel megrövidült a munka — kimaradt a vizsgáló eljárásokat tárgyaló utolsó rész, amely pedig — annak idején — hasznos támpontot adott egy-egy új eredmény értelmezésekor. Mégis — egyet kell érteni ezzel a szerkesztési döntéssel. A vasanyagcsere egyre részletesebb vizsgálata olyan számú új eljárást hívott életre és használ fel nap nap után, hogy ezek pusztá felsorolása is aránytalanul nagy helyet foglalna el — felbillentve a koncepció jól kialakított egyensúlyát. Bizonyos, hogy a vizsgáló metodikák érdembeni tárgyalása olyan integratív feladat, mely ma már csak külön kötetben lehetséges.

Kiemelkedően jó a mű gerincét képező, közel 80 oldalnyi fejezet, amely a vas-hiánybetegség korszerű szemléletének összefogott, világos, biztos vonalvezetésű feldolgozását adja.

A szinte teljes spektrumú áttekintésből talán csak a vasanyagcsere immunbiológiai és mikrobiológiai vonatkozásainak ismertetése hiányzik. Ez azonban a teljesség érzését semmiben sem csökkenti, és csupán az ilyen problémákban dolgozóknak tűnik fel.

Kitűnő a kötet német fordítása, kifogástalan a nyomdai munka.

A nyelvet használni tudó olvasó számára a könyv az 1973-as eredeti magyar kiadáshoz képest igen sok új, értékes ismeretét és szemléletét gazdagító ismeretet ad. Minden orvosnak és biológusnak, kutatónak és klinikusnak egyaránt ajánljuk.

Dr. Tabák Péter o. alez.

CAVINTON

tabletta

Összetétel: 1 tabletta 5 mg vinpocetinumot tartalmaz.

Hatás: A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

Javallatok: Különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus) agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimakterium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensiv encephalopathia, intermittáló vascularis cerebrialis insufficientia, angiospasticus agyi kórképek, továbbá endarteritis cerebri.
Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kolaterális keringés javítására.

Szemészetben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, illetve angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog.

Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

Ellenjavallat: Terhesség.

Adagolás: Naponta 3×1–2 tabl., a fenntartó adag napi 3×1 tabl., hosszabb időn keresztül.

Gyógyszerkölcsonhatás: Az eddigi tapasztalatok szerint a tabletták interakcióit nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

Mellékhatás: Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR,
Budapest

CAVINTON

Ftorocort[®]

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

15 mg triamcinolon-acetonidum (15 g) lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK

A krónikus és akut ekzema valamennyi megjelenési formája, lokalizációra való tekintet nélkül. Anogenitalis pruritus. Neurodermatitis. Kontakt dermatitis az etiológiára való tekintet nélkül. Pemphigus vulgaris, dermatitis herpetiformis Duhring, Erythema exsudativum multiforme. Erythemato-des. Lichen ruber planus és verrucosus. Psoriasis vulgaris. Pityriasis rosea. Fényérzékenység: napégés, fényurticaria. Rovarcsípés. Pityriasis rubra pilaris. Granuloma anulare. Erythrodermia exfoliativa (Ritter-kór). Leiner betegség, otitis externa, balanitisek, rtg-dermatitisek.

ELLENJAVALLATOK

Szemészeti alkalmazás.

ALKALMAZÁS

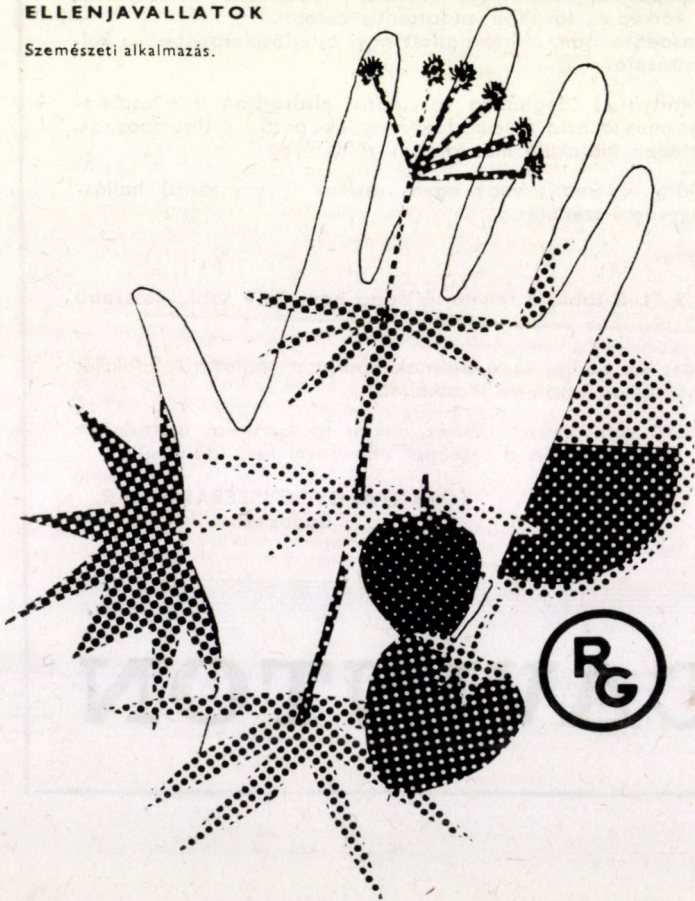
A kenőcsöt naponként kétszer-háromszor vékony rétegben a bőrelváltozásra kenjük vagy okkluzív kötés formájában alkalmazzuk.

MELLÉKHATÁS

A fellazult szarurétegen keresztül a kórokozók — elsősorban a gennykeltők — jobban behatolnak. Sarjadzógombás folyamatok is előfordulhatnak. Ritkán a zárt kötés alatt bevérzések is jelentkezhetnek. Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken atrophia alakulhat ki.

FIGYELMEZTETÉS

Arcra krónikusan alkalmazni veszélyes! Gyermkeknek csak kivételesen alkalmazható!



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST

Külföldi katoniorvosi folyóiratok közleményei

MÉDECINE ET ARMÉES

(Paris), 1980. 8. 7. sz.

- Demarchi, J. stb.*: A vírusos hepatitis „A” megelőzése polivalens immunglobulinokkal. 495. p.
- Doury, J. C. stb.*: A Hbs antigén kimutatása immunfluoreszcens módszerrel vírusos hepatitisben. Klinikopathológiai korrelációk. 503. p.
- Henane, R.*: Hőártalom a hadseregben. Meghatározás, megelőzés, védekezés, adaptáció. 509. p.
- Barabe, P. stb.*: Scabies után fellépő vesebetegségek. 5919. p.
- Rochat, G. stb.*: Tibialis anterior-szindróma. 425. p.
- Douchet, F. stb.*: Laryngotrachealis felső légúti scleroma. Esetismertetés. 529. p.
- Albert, J. P. stb.*: A járványos agyhártyagyulladás elleni védőoltás módozatai a hadseregben. 537. p.
- Bazot, M. stb.*: Klinikai alkoholológiai osztály a pszichiátriai szolgálaton belül. 545. p.
- Mailloux, M.*: Leptospirosisok a hadseregben. 555. p.
- Flocard, F. stb.*: Emberi pasteurellosisok. Pulmonális forma. Esetismertetés. 559. p.

MÉDECINE ET ARMÉES

(Paris), 1980. 8. 8. sz.

- Lefebvre, P. stb.*: A toxikománia epidemiológiája, megelőzése és kezelése a francia hadseregben. 585. p.
- Epardeau, B.*: Hodgkin-szindrómát követő megakaryoblastos leukémia: posttherápiás szövödmény? Irodalmi áttekintés. 593. p.
- Thomas, J. stb.*: A vérlipidek módosulása májbetegségekben. 599. p.
- Curtet, M. stb.*: Pulmonalis sequestratio. 607. p.
- Marquine, C. stb.*: Kettős appendix. Appendectomizált betegnél fellépő heveny appendicitis. 611. p.
- Fabritius, H. stb.*: Haemoglobin N Baltimore két Guadeloupe-i újoncnál. Családvizsgálat. 613. p.
- Guillotreau, J. stb.*: A prostata-üreg adenectomia utáni drenálása folyamatos leszívással. 617. p.
- Ott, D. stb.*: A résztérfogat meghatározása ultrahangos Doppler-sebességmérővel. 621. p.
- Laverdant, C. stb.*: Ranitidine — új antihisztamin a nyombélfekély gyógykezelésében. 623. p.

MÉDECINE ET ARMÉES

(Paris), 1980. 8. 9. sz.

- Algayres, J. P. stb.*: Cirrhosis alcoholica esetén fellépő anémiák. 681. p.
- Bourdais, A. stb.*: Heveny veseelégtelenség typhus abdominalisban. 689. p.

- Az alkoholológia és a fegyveres erők. Nemzetközi kollokvium. 699. p.
Capdevielle, P. stb.: Egy botladozó, zavaros és zavart okozó alkoholista (subduralis haematoma téves diagnóza) 715. p.
Bouvier, B. stb.: Appendicularis eredetű pseudomyxoma peritonei. 721. p.
Cazenave, J. C. stb.: Intramuralis haematoma az első jejunumkacsban. 727. p.
Moreau, F. stb.: A fizikai kiképzés és a sportfoglalkozások során manifesztálódó kóros állapotok a hadseregben 1979-ben. 731. p.
Ehrhardt, J. P.: A kép és az audiovizuális technika az orvostudományban. 737. o.
Timbal, Y. stb.: Terápiás indikációk heredaganatok esetén. 743. p.

MÉDECINE ET ARMÉES

(Paris), 1980. 8. 10. sz.

- Különszám — A francia katonaegészségügy története és hagyományai
Ronflet, R.: Az Egészségügyi Szolgálat Főnökének előszava. 779. p.
Fabre, A.: A tábori orvostan hagyományai. 781. p.
Curet, M. stb.: Tengerészeti orvostan. 787. p.
Curet, M. stb.: Kórházak a kikötőkben. 795. p.
Curet, M. stb.: Tengerészeti sebészeti és belgyógyászati iskolák. 797. p.
Niaussat, P. M.: A tengerészeti orvosainak és gyógyszerészeinek tudományos tevékenysége a XVII. századtól napjainkig. 800 p.
Voelckel, J.: A tengerentúli szolgálat hagyományai. 807. p.
Perdriel, G.: Repülőorvostan. 813. p.
Guillermant, J.: A katonai kórházi ellátás hagyományai. 817. p.
Lefebvre, P.: A katonaeorvosképzés hagyományai a szárazföldi fegyveres erőknél. 827. p.
Nauroy, J.: Anyagellátás és utánpótlás. 845. p.
Tournier-Lasserre, C.: A katonai egészségügyi szolgálat és a kutatás az idők sodrában. 851. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 4. sz.

- McDonald, P., T. stb.*: A carotis elzáródásának Doppler-vizsgálata. 239. p.
Spebar, M. J.: A nukleáris hadviselés egészségügyi aspektusa. Irodalmi áttekintés. 243. p.
Meirowsky, A. M. stb.: Az agy középvezetékén áthatoló lősérülések definitív ellátása. 246. p.
James, J. J. stb.: Pozitív tuberkulin-reakció a Nyugat-Németországban állomásozó amerikai katonák gyermekeinél. 251. p.
Edwards, E. A. stb.: Pneumococcus antigének gyors diagnóza köpetből és szérumból. Coagulációs teszt. 256. p.
Dayoub, M. B. stb.: Baktériumok dekontaminációja tábori fogászati egységeknél. 259. p.
Gaines, T. Jr. stb.: Öngyilkossági szándék értékelése a katonai alapkiképzés során. 263. p.
Scruggs, J. C. stb.: Vietnami veteránok. Pszichoszociális állapotok előzetes elemzése. 267. p.
Byrd, T. R.: Katasztrófamedicina: még ésszerűbb megközelítés. 270. p.
Massey, E. W.: A liquor sav-bázis egyensúlyának zavarai. Irodalmi áttekintés. 274. p.
Bronshvag, M. M.: A juhok szubakut haemorrhagiás shockjának klinikuma és hatása az EEG-re. 277. p.
Baker, B. H. stb.: Aortoenteralis fisztula diagnóza és kezelése. Esetismertetés. 282. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 5. sz.

- Vaughn P. B.*: Fagyási sérülések hadműveletek alatt. 305. p.
Kantor, R. J.: Az influenza A/USSR/77 (H1N1) megelőzése; az amantadin hatásának és mellékhatásának értékelése a Fort Sam Houston-i újoncköznél. 312. p.

- Rodriguez, A. R.*: Család a katonai közösségben: katonai pszichiáterek vitája. 316. p.
Corcoran, J. F. T. stb.: A légierő orvosainak pszichiátriai bántalma. 322. p.
Shields, C. E.: Az életkor és testsúly összefüggése a vérnyomással katonáknál. 326. p.
Saunders, J. R. stb.: Sebészek munkaterhelése kis katonai kórházak általános sebészetén. 329. p.
Panettiere, F. J. stb.: Belgyógyász katonaeorvosokhoz forduló betegek csoportjának elemzése. 331. p.
Rengsorf, R. H.: Katonai védőálarc és a szemüvegviselés együttes problémája. 334. p.
Cook, R. L.: Elkülönülés. A család felbomlásának jelentősége és a gondozás kérdése. 338. p.
Huget, E. F. stb.: Sebészeti eszközök ötvözetének elektrokémiai jellemzői. 340. p.
Vermilyea, S. G. stb.: A korona és a híd ideiglenes javítása gyantával. Laboratóriumi értékelés. 343. p.
Gordan, V. stb.: Légionárius betegség és heveny pancreatitis. Esetismertetés. 345. p.
Burger, M. stb.: Goodpasture-szindróma és polyarthrit. Esetismertetés. 348. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145. 6. sz.

- Duff, P. stb.*: Antibiotikus profilaxis császármetszés esetén. 377. p.
Spence, D. W.: A haditengerészek fizikai állóképességének és testsúlyának vizsgálata. 382. p.
Harrison, J. A. B.: Az angol katonaeorvostan. Hasonló és eltérő vonásai az Egyesült Államok és más NATO-szövetségesek viszonylatában. 388. p.
Wiatt, A. L. stb.: Egy katonai kórház betegeinek diazepam gyógyszerelése. 394. p.
Coker, D. D.: Okkult emlőkarcinóma mammographiás diagnózisa. 397. p.
Warren, S. E. stb.: Methyldopa okozta pancreatitis. Esetismertetés. 399. p.
Mattsson, J. L. stb.: Sérültellátás oktatása állatmodell segítségével. 401. p.
Steyn, R. W.: Visszatekintés: a tengerhajózási pszichiátria fejlődésének vázlata a II. világháború végéig. 407. p.
Leff, E. I.: Malignus carcinoid okozta intraabdominális vérzés. Esetismertetés. 413. p.
Hondrum, S. O. stb.: Fogászati beteganyag és a vesebetegség. Klinikai tanulmány. 415. p.
Brodkey, C. stb.: Az Egyesült Államok Hadseregének előírásai a csapatok tábori elszállásolására. Történelmi áttekintés. 418. p.
Birrer, R. B. stb.: Mycoplasma pneumoniae. 422. p.
David, J. R. stb.: Házasság- és családterápia. 431. p.
Tibbits, P. A. stb.: Kadmium-oxid gáz okozta tüdővízenyő. 435. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 7. sz.

- McCurley, W. S.*: Korszerű gyermekgyógyászat. 457. p.
Camp, F. R. Jr. stb.: Vértbankok igazgatói, felügyelői munkakörének kialakulása, valamint a katonai és polgári vértbankok személyzete. Működés, oktatás és kutatástörténet. 461. p.
Strange, R. E.: VIP-szindróma. 473. p.
Castell, D. O.: A VIP-szindróma egészségügyi problémái. 476. p.
Steyn, R. V.: A VIP-szindrómás betegek pszichiátriai problémái. 482. p.
Birrer, R. B. stb.: Penicillin-rezisztens gonorrhoea. Esetismertetés. 484. p.
Hastings, J. R.: Penicillinásét termelő Neisseria gonorrhoea. Irodalmi áttekintés. 486. p.
Bellizzi, R.: A fogat is érintő kisebb sérülések sínezése. 487. p.
Hays, G. L.: A „Hansa allé Fogászati Klinika” felszerelése. 490. p.
Coker, D. D.: A csontok folyamatos scintigraphiás vizsgálatának értéke operálható mellrák esetén. 492. p.
Cucinell, S. A.: A leptospirosis korai diagnózisa és kezelése. 495. p.
Currey, C. J.: Az orvosi vizsgálatokat végző katonaeorvosi asszisztensek munkájának értékelése. 498. p.
 Himlő elleni védőoltás — szükséges-e a hadseregnél? Szerkesztőségi közlemény. 504. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 8. sz.

- Jarstfer, B. S. stb.*: Dohányzás, lipidek, atherosclerosis. 521. p.
Zisli, T. stb.: Közép- és dél-amerikai trópusi betegségek orális manifesztációja. I. Protozoon- és féregfertőzés. 525. p. II. Bakteriális és gombás megbetegedés. 529. p.
Gossman, G. W.: Gyógyszertári szolgálat vizsgálata a légierő kórházaiban. 535. p.
Hawryluk, O. stb.: Több szempontú szűrés egy katonai közösségben. 539. p.
James, J. J.: Salmonellosis. Az Európában állomásozó amerikai csapatok megbetegedéséről készített „CY 78” tanulmány. 542. p.
Hendrickson, D. A. stb.: Szilánkeltávolítás a jobb infratemporalis üregből. 550. p.
Nadalo, L. A.: A temporális lebeny arachnoideális cisztájának kimutatása radioizotópos arteriográfia révén. Esetismertetés. 552. p.
Wilson, L. O. stb.: Az orvost helyettesítő személyzet munkájának értékelése egy járóbetegeket ellátó gyermekklinikán. 554. p.
Paulson, H. M.: Színvakság korrekciója „X-chrom” lencsével. 557. p.
Postic, B. stb.: A (New Jersey) 76 influenza elleni védőoltást követő Landry—Guilain—Barré syndroma. Esetismertetés. 561. p.
Patterson, J. F.: Törvényszéki elmekórtan a haditengerészetnél. 564. p.
A nővérek kutatómunkájának lehetőségei. Szerkesztőségi közlemény. 566. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 9. sz.

- Az Egyesült Államok egészségügyi vezetőinek beszámolója a fejlődésről és a tervekről.
Curtis, D. L.: Veteránügyek. 593. p.
Meyers, P. W.: A Légierő Egészségügyi Szolgálat. 595. p.
Richmond, J. B.: Egészségügyi Minisztérium. 598. p.
Pixley, C. C.: A Szárazföldi Hadsereg Egészségügyi Főnöksége. 601. p.
Moxley, J. H.: Hadügyminisztérium. 608. p.
Riley, T. L. stb.: Katonák pseudoepilepsiája. 614. p.
Hooper, R. stb.: Katonák coccidioidomycosisa Dél-Kaliforniában. 620. p.
Burke, D. S. stb.: A „febris agglutinin”-szűrők diagnosztikus értéke. 624. p.
Stek, M. Jr.: Utazók hasmenése (travelers' diarrhoea) mediterrán vidéken. 628. p.
Camp, T. stb.: Gyógyszergazdálkodási rendszer költségkihatása. 632. p.
Newman, R. K. stb.: Az akut sinusitis diagnózisa és terápiája. 638. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 10. sz.

- Southby, J. R.*: Az első ellátást végző (gyakorló) nővérek szerepe a Hadsereg Beteg-ellátó Rendszerében. 659. p.
Sherman, J. L. Jr. stb.: Gyakorló nővérek egy kórházi egységben. 666. p.
Cox, J. W.: A haditengerészet egészségügyi ágazatának fejlődése és tervei. 671. p.
Hales, R. E.: Haldokló betegek: viszonyuk a kezelőorvoshoz és a pszichiátriai konzultáció. 674. p.
Rodriguez, A. E.: Közösségi mentálhigiéne és a katonai pszichiátria. 681. p.
McCreary, M. L.: Az urethritis diagnózisának és kezelésének problémája hajón: a lehetséges megoldás. 686. p.
Farsad, R. H.: Elhanyagolt rekeszsérv sebészi kezelése. Esetismertetés. 695. p.
Livaudais, W. Jr. stb.: A bal alsó tüdőlebeny torziója miatt végzett gyors postoperatív thoracotomia. 698. p.
Massey, E. W. stb.: A carotis endarteriectomiát követő elváltozás a plexus brachialis. 700. p.
Huget, E. F. stb.: Fogászati aranyötvözetek elektrokémiai jellemzői. 701. p.
Gelbert, R. H. stb.: Endocarditis bacterialis (Listeria) szinergiás terápiája. Esetismertetés. 704. p.
Weled, B. J. stb.: Hypoglykaemia veszélye propranolollal kezelt cukorbetegknél. Esetismertetés. 705. p.

Brown, D. A.: A betegek véleménye a hivatásos katonák családjának létesített rendelőintézetéről: családok egészségügyi ellátásának alternatív módszere. 709. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 11. sz.

- Strong, D. M. *stb.*: Histocompatibilitási tesztek helye a katonaeorvostanban. Irodalmi áttekintés. 745. p.
- Hembree, S. C.: Malária az irreguláris polgári védelmi csoportokban a vietnami konfliktus idején: egy nagy járvány kiértékelése. 751. p.
- Driggers, D. A. *stb.*: Adatbázis ésszerű alakítása egy hivatásos katonák családjának létesített rendelőintézetben. 757. p.
- Howatt, J. W. *stb.*: Adatbázis számára tökéletesített tömeges szűrés elemzésének modellje: alkalmazási lehetősége a katonacsaládoknak létesített rendelőintézetekben. 761. p.
- Butler, M. L.: Varix okozta (gastrointestinalis) vérzések. Irodalmi áttekintés. 766. p.
- Burke, R. *stb.*: A Veteránügyek Gondozói Szolgálatában működő csoportgondozási rendszer fejlődésének áttekintése. 772. p.
- Rugg, J.: Érintkezési módok a széteső, alacsony szociális és gazdasági szinten élő családokkal. 776. p.
- Moe, J. B.: A rickettsiosis hatása a katonai hadműveletek alakulására. 780. p.
- Bellizzi, R. *stb.*: A lány szájpad fellatio okozta sérülése. 787. p.
- Georgoulakis, J. M.: A katonai élethez harci kiképzésük alatt alkalmazkodó újoncok. Három év áttekintése. 789. p.

MILITARY MEDICINE

(Washington), 1980, 145, 12. sz.

- Yun-Hsi Hsun *stb.*: A hasi aorta aneurysmája. Diagnózis és kezelés. 807. p.
- Farsad, R. H.: Az aorta ascendens saccularis aneurysmája — traumás vagy szifilisz eredetű? Esetismertetés. 814. p.
- Cavanaugh, D. G. *stb.*: Tüdőrezekció gyermekkorban. Esetismertetés. 819. p.
- Corcoran, J. F. T. *stb.*: Javaslat a légierő megrendült egészségi állapotú orvosainak rehabilitációjára. 821. p.
- Shale, J. H. *stb.*: Amobarbital. 825. p.
- Duda, F. C.: A környezet befolyásának lehetősége az abusus hatásos kezelésére. 829. p.
- DeVenuto, F. *stb.*: Tábori viszonyok között tengervízből, állóvízből és emberi vizeletből USP-(amerikai gyógyszerkönyv) minőségű, injekciókészítéshez szükséges víz előállítására szolgáló szűrőkészülék. 831. p.
- Dean, L. M. *stb.*: A II. világháború alatt japán fogságban élő amerikai katonák egészségügye. 838. p.
- Nitz, A. J. *stb.*: A tibia-„plato” fáradásos törésének korai felismerése ultrahang segítségével. 844. p.
- Jerman, A. C. *stb.*: Összehasonlító preventív fogászati munka a légierő három alosztagánál. 847. p.
- Strauss, L.: A gyászolók pszichoterápiájának hatásossága. 849. p.
- Weir, M. R.: Gyermekek fokozott nátrium-ürítéssel járó hyponatraemiás rohama. Esetismertetés. 851. p.
- Khokhar, N. *stb.*: Cimetidin okozta leukopenia. Esetismertetés. 853. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE DE MER ET DE L'AIR

(Liège), 1980. 53, 6. sz.

- Kush G. S.: Az amerikai légierő egészségügyi szolgálata. A vegyi hadviseléssel kapcsolatos védelmi elgondolások. 525. p.
- Habboushe, M. P.: Nagy sebességű lövedékek és szárazföldi aknák okozta csonthiányok ellátása. 537. p.
- Amaro Lasheras, J.: A spanyol szárazföldi hadsereg egészségügyi szolgálatának tevékenysége. 551. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE
DE MER ET DE L'AIR

(Liege), 1980. 53. 7—8. sz.

- Nayar, H. S.*: Milyen élettani hatása van a hirtelen nagy magasságnak nem akklimatizált személyeknél. 633. p.
Flaten, O. stb.: Morbiditás a II. világháborús ellenállók két csoportjában. 641. p.
Koskenvuo, K. stb.: Halálos kimenetelű ischaemiás szívbetegség 15—24 éves finn fiataloknál. 649. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE
DE MER ET DE L'AIR

(Liege), 1980. 53. 9—10. sz.

- Suleau, J. stb.*: A külső fül balesetes amputációjának kezelése során felmerülő problémák. 735. p.
Chohan, L. S. stb.: A hegyibetegség és a furosemid. 745. p.
Kim, H. S. stb.: Gyógyszer-abusus a koreai fegyveres erőknél. 755. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE
DE MER ET DE L'AIR

(Liege), 1980. 53. 11. sz.

- Katonaorvosok és Gyógyszerészek XXIII. Nemzetközi Kongresszusa, Santiago de Chile, 1980. december 1—6. (Napirend, tudományos program) 833. p.
Chile múltja és jelene (a Chilei Hadsereg Egészségügyi Szolgálat Főnökségének közleménye). 837. p.
Metges, P. J. stb.: Izolált tumor-szindróma röntgendiagnosztikája felnőtteknél. 861. p.
Bonilla, R. stb.: Enterális hiperalimentáció. Tapasztalatok a santiagoói katonakórházban. (Előzetes közlemény). 877. p.

REVUE INTERNATIONALE DES SERVICES DE SANTÉ DES ARMÉES DE TERRE
DE MER ET DE L'AIR

(Liege), 1980. 53. 12. sz.

- Mautalen*: Katonaorvosi gyorssegélyszolgálat (E. M. M. I. R.) Észak Kamerunban. Humanitárius misszió Csádban. 937. p.
Panagopoulos, Ch.: Háborús pszichiátriai veszteség. 947. p.
Dorolle, P.: Az Egészségügyi Világszervezet kibővített oltási programja. 953. p.
Jules Voncken-díj, 1982. A díj odaítélésének feltételei. 961. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 6. sz.

- Petlenko, V. P. stb.*: Az adaptáció-elmélet filozófiai alapjai az orvostudományban. 12. p.
Klocskov, N. D. stb.: A sepsis és a bacteriaemiás shock klinikai-anatómiai jellemzői. 27. p.
Serman, D. M. stb.: A sóoldatok infúziójának terápiás hatása a traumás shock késői szakaszában (kísérletes vizsgálat). 30. p.
Brazsenko, N. A.: A fiatalkori pleuritis tuberculosa sajátosságai. 32. p.
Parfenov, A. I.: A krónikus enteritis diagnosztikájának és gyógykezelésének aktuális problémái. 36. p.
Agafonov, V. I. stb.: A karantén- és egyéb fertőző betegségek behurcolásának megelőzése. 40. p.
Lev, M. I. stb.: A kullancs-encephalitis epidemiológiája és profilaxisa. 44. p.
Perepelkin, V. Sz. stb.: A tervezési dokumentáció szűrőpróbaszerű ellenőrzésének tapasztalatai. 47. p.

- Pal'csikov, P. A. stb.*: A magaslati viszonyok hatása a munkaképességre és az akklimatizálódás ideje. 51. p.
- Lukjanova, N. F. stb.*: A hajózó személyiségének pszichológiai sajátosságai gyomor- és bélrendszeri megbetegedések esetén. 54. p.
- Grigorenko, G. F. stb.*: Az analgészia hatékonysága a korai műtét utáni időszakban. 60. p.
- Fofanov, P. N. stb.*: Az oxigén parciális nyomása a szövetekben pneumoniás betegek-nél. 63. p.
- Omarov, Sz. I. stb.*: Az enuresis nocturna EEG-tünetei. 64. p.
- Karnauhov, Ju. N. stb.*: Villámcsapás okozta szívizom-sérülés. 65. p.
- Gorovenko, A. A.*: A rovarok és a kullancs elleni védekezés a BAM építési körzetében. 67. p.
- Kaleko, V. G.*: Urológiai betegek halaszthatatlan ellátása. 69. p.
- Blaga, M. stb.*: Vérsejt-szeparátumok felhasználása a klinikumban (CSSZSZK OTKI Katonaorvosi Kutatóintézete). 72. p.
- Ésszerűsítési javaslatok (kézfertőtlenítő berendezés, leszívó elevátor orrsövény-műtetekhez, angiográfiás autoinjektor stb.) 74. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 7. sz.

- Komarov, F. I.*: A katonakorvosképzés aktuális problémái. 3. p.
- Alekszanjan, I. V.*: Az oktatók szakmai felkészültségének fokozása az orvosgyetemek katonai tanszékein. 25. p.
- Liszicün, K. M. stb.*: Az aorta és a végtagi artériák heveny trombózisainak és emboliáinak diagnosztikája és gyógykezelése. 29. p.
- Ohrimenko, N. N. stb.*: Pseudotumoros lefolyású arteria carotis interna thrombosis diagnosztikája. 32. p.
- Brjusov, P. G.*: A magisztrális artériák sérülésekor fellépő akut szöveti ischaemia és postischaemiás szindróma. 34. p.
- Nguen Ngoc Thang*: Lőtt sérülések utáni krónikus mellhártyaempyema kezelése. 38. p.
- Ermakov, E. V. stb.*: Gyomor- és nyombélfekélyben szenvedők katonakorvosi szakvéleményezése (FÜV). 41. p.
- Hozsenko, V. A.*: A víztárolók szennyezésvédelmének közegészségügyi ellenőrzése. 48. p.
- Zaharov, I. V.*: A katonai szakemberek szakmai kiválogatásának egészségügyi aspektusai. 50. p.
- Parmenov-Trifilov, B. I. stb.*: A kardiális faktor jelentősége hajóznánál a kezdeti agyi keringési elégtelenség megnyilvánulásában. 53. p.
- Vartanov, Sz. A. stb.*: Körzeti honvédkórházban működő endoszkópiás részleg munkaszervezése. 58. p.
- Batkin, A. A. stb.*: Az égési shock gyorsdiagnosztikája a rectalis és a bőrön mért hőmérsékleti gradiens alapján. 59. p.
- Egorov, V. I. stb.*: A súlyos végbélsérülések sebészi ellátása. 59. p.
- Ivahnenko, A. G.*: A vesék funkcionális állapota pneumoniás betegek-nél, cor pulmonale szövődmény esetén. 61. p.
- Devjaterikov, A. I.*: Tüdőtuberkulózisos betegek sebészi gyógykezelésének távoli eredményel. 63. p.
- Teterin, P. N. stb.*: A gyógykezelés taktikája kálium-permanganát okozta égéseknél. 64. p.
- Indejkin, E. N.*: A leptomeningitis korai diagnosztikája és konzervatív terápiaja. 66. p.
- Popov, V. A. stb.*: Az elsődleges varrat alkalmazása a panaritium ossale gyógykezelésében. 67. p.
- Petrov, N. Sz. stb.*: Különböző etiológiájú haemorrhagiás szindróma és gyógykezelése. 72. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 8. sz.

- Dubrovin, L. N. stb.*: Fő irányok az orvostanhallgatók katonai képzésének tökéletesítésében. 22. p.
- Borodin, V. G. stb.*: Az orvostanhallgatók katonai-hazafias nevelése. 26. p.
- Sapoznyikov, Ju. G. stb.*: A műtéti sebek elektromos potenciálváltozásainak alakulása. 30. p.
- Derjabin, L. I. stb.*: Hasi sérüléseknél alkalmazott tartós periduralis blokád. 33. p.
- Krilov, N. L. stb.*: A pajzsmirigyrák diagnosztikája és gyógykezelése. 36. p.
- Tyihomirov, E. Sz. stb.*: Asthmás állapotok klinikuma és gyógykezelése. 39. p.
- Lebedev, G. I. stb.*: A dizentériás megbetegedések heti ciklikusságának sajátosságai. 43. p.
- Frolov, V. F. stb.*: A közegészségügyi felügyelet megszervezésének tapasztalatai a Távolsági Katonai Körzetben. 47. p.
- Vlaszov, V. D.*: A szövődménymentes gyomorfekély klinikumának és diagnosztikájának sajátosságai a hajózó állománynál. 49. p.
- Kalinyin, A. V. stb.*: A fekélybetegség és a rákot megelőző gyomorbetegségekben szenvedők gondozói ellátása. 54. p.
- Popov, Sz. D. stb.*: Lőtt lágyrész-sérülések elsődleges ellátása ultrahang késsel. 56. p.
- Gehman, B. Sz.*: Súlyos, zárt vesesérülések. 57. p.
- Trjaszkov, A. A. stb.*: Szemüregplasztika melanoblastoma miatti enucleatio után. 59. p.
- Lancov, V. F. stb.*: Ernyőképszűrés az ezredsegélyhelyen. 64. p.
- Ilinics, V. K. stb.*: Funkcionális és organikus gyomorelváltozások lamblialisos betegknél. 65. p.
- Lejkin, Ju. AN. stb.*: Gombamérgezések és megelőzésük. 67. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 9. sz.

- Galín, L. L.*: A csapatorvosok kórházi gyakorlatának és továbbképzésének megszervezése. 25. p.
- Komarov, F. I.*: Hozzászólás L. L. Galin cikkéhez. 25. p.
- Szuhanov, N. V.*: A katonai orvosi tanszékek oktatóinak képzése. 27. p.
- Kazancev, A. P.*: A szepszis (irodalmi áttekintés). 30. p.
- Apanaszenko, B. G. stb.*: A szepszis és a szeptikus shock. 35. p.
- Gembickij, E. V. stb.*: A klinikai laboratóriumi érvizsgálatok automatizálása. 39. p.
- Vaszilenko, I. Ja.*: A hasadási termékek okozta sérülések távoli következményei. 42. p.
- Lebedinszkij, V. A. stb.*: A zoonosis-fertőzések vaccino profilaxisának jelenlegi állása. 47. p.
- Hazarczenko, M. P. stb.*: A lakóhelyiségek levegőjének por- és mikrobasűrűségét befolyásoló tényezők. 51. p.
- Knyiga, V. V.*: A repülések közötti optimális szünetek pszichofiziológiai megalapozása a hajózó állománynál. 54. p.
- Petrov, V. P. stb.*: A vastagbél-kiboltosulások klinikumának sajátosságai és endoszkópos diagnosztikája. 59. p.
- Ivanov, B. A.*: A thoracoabdominalis sérülések ellátása. 61. p.
- Kalmükov, Z. A.*: Az elhízás dietoterápiája a fizikai aktivitás függvényében, sanatóriumi körülmények között. 62. p.
- Nahapetov, B. A. stb.*: Súlyfürdő a lumbo-sacralis radiculitisek komplex terápiájában. 65. p.
- Maskillejszon, A. L. stb.*: Adatok a psoriasis pathogeneziséhez. 66. p.
- Akimov, G. A. stb.*: Egyes heveny idegrendszeri megbetegedések diagnosztikája a kórház előtti szakaszokon. 68. p.
- Iskildin, M. I.*: A védőoltások megszervezése oltópisztollyal. 71. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 10. sz.

- Hablov, A. V. stb.*: A szakorvosképzés aktuális problémái a hadseregben. 25. p.
Kozminüh, V. V.: Az oktatói gárda szakmai képzésének néhány aspektusa a katonai tanszékeken. 27. p.
Tkacsenko, Sz. Sz.: A hosszú csöves csontok nyílt diaphysistöréseinek kezelése. 29. p.
Szenenko, A. N. stb.: A krónikus fertőzési góccok gyakorisága és klinikai jelentősége belbetegségeknél. 32. p.
Szpivak, L. I.: A pszichopathiák klinikuma és dinamikája. 36. p.
Korolev, M. F. stb.: Az orrgarat rosszindulatú daganatainak diagnosztikájában és gyógykezelésében előforduló hibák. 40. p.
Kazancev, A. P.: A salmonellosis gyógykezelése. 42. p.
Pusnja, V. V.: A salmonellosis pathogenetikai terápiája. 47. p.
Kurpita, P. N. stb.: A közegészségügyi felügyelet megszervezésének módszertana. 50. p.
Azsajev, A. N. stb.: A hajózók szervezetének funkcionális állapota forró égővi viszonyok között. 54. p.
Grabovoj, A. F. stb.: Tapasztalatok a krónikus osteomyelitis gyógykezelésében. 59. p.
Sapovalov, V. M.: A sebek vákuumdrenálása a krónikus posttraumás osteomyelitis komplex terápiájában. 61. p.
Golubcsikov, V. A. stb.: Uréterkőves betegek kórházi gyógykezelése. 63. p.
Dadaev, K. A. stb.: A petefészek germinatív daganatainak korai diagnosztikája és gyógykezelése. 64. p.
Ohrimenko, N. N. stb.: A gyógykezelés taktikája heveny neurológiai megbetegedéseknél. 66. p.
Zimovszkij, V. F.: Status asthmaticus. 68. p.
Ésszerűsítési javaslatok (szemészeti mikrosebészeti berendezés, fogtükrök sterilizálása, szögmérő a lúdtalp fokának mérésére, ballon a kilélegzett levegő összegyűjtésére).

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 11. sz.

- Derjabin, I. stb.*: A shocktalanítás megszervezése a kórház előtti szakaszon. 17. p.
Dolinjin, V. A. stb.: A traumás shock megelőzése farmakológiai eszközökkel. A kutatások fő irányai. (I. rész) 23. p.
Serman, D. M. stb.: A traumás shock aktuális kérdései. 28. p.
Kapitanenko, A. M. stb.: A duodenoszkópia lehetőségei a nyombélfekély lefolyásának előrejelzésében fiatal katonáknál. 30. p.
Koledenok, V. I. stb.: Az oxigénpróba jelentősége a tüdőbetegségekben fellépő légzési elégtelenség vizsgálatában. 33. p.
Agafonov, V. I. stb.: A gammaglobulin hatékonysága a hepatitis infectiosa megelőzésében. 36. p.
Gorovenko, A. A.: A fürdőmedencék üzemeltetésének egészségügyi ellenőrzése. 39. p.
Mozin, V. A. stb.: Az operator szellemi munkaképességének értékelése automata berendezéssel. 42. p.
Parmenov-Trifilov, V. I. stb.: Az agyi vérkeringés vizsgálata hajózáskor oftalmometriás módszerrel. 45. p.
Popov, Sz. D.: Gennyes sebek kezelése folyamatos átmossással. 51. p.
Vütriscsak, V. Ja.: Mandibula-törések és gyógykezelésük. 52. p.
Carev, N. I. stb.: A traumás csípőficam gyógykezelése. 53. p.
Szavina, L. Sz. stb.: Az erythrocyták csökkent acetylcholin-aktivitásával járó anémiák pathogenezise és terápiája. 54. p.
Egorov, E. A. stb.: A látóidegkorong és a szemfenék vérellátásának vizsgálata fotoelektronikus oftalmokomparátorral. 56. p.
Kosztrov, N. I. stb.: A csontvezetés felhasználásának lehetőségei a rádióösszeköttetésben. 57. p.
Grisko, A. Ja. stb.: Vezetékes anesztézia a lábszár és a lábfej sérüléseinek és megbetegedéseinek ellátásában. 59. p.
Rodionov, V. G.: Az articulatio talocruralis sérülések gyógykezelése. 60. p.

Umrihin, L. A.: A technikai folyadékok okozta mérgezések megelőzése a csapatoknál. 63. p.

Sziuhin, V. I.: Hogyan befolyásolja a bakancs bőre a katonáknál fellépő lábfeji ekzémák lefolyását. 63. p.

VOENNO-MEDICINSZKIJ ZSURNAL

(Moszkva), 1980. 12. sz.

Donszkih, Ju. I. stb.: Hogyan válik a fiatal orvos az egyetem elvégzése után igazi csapatorvossá. 15. p.

Zsukov, V. G. stb.: Az oktatóképzés néhány aspektusa az orvosegyetem katonai tanszékén. 17. p.

Baraskov, N. A. stb.: Szemléltetőeszközök alkalmazása a tábori belgyógyászat oktatásában. 19. p.

Arzsancev, P. Z.: A maxillofacialis sérülések szakosított ellátása. 23. p.

Utka, V. G.: A heveny obstruktív appendicitis klinikai-morfológiai sajátossága. 27. p.

Lobzin, V. Sz. stb.: A túlnyomásos oxigenáció alkalmazása az átmeneti agyi keringési zavarok komplex terápiájában. 29. p.

Ermakov, E. V. stb.: Túlnyomásos oxigenáció gyulladáshoz vezető tüdőbetegségeknél. 32. p.

Recskin, V. I. stb.: A hepatitis infectiosa epidemiológiája és profilaxisa. 36. p.

Varakszin, V. Sz. stb.: Szabványok alkalmazása a közegészségügyi-járványügyi intézményekben. 40. p.

Mel'niczenko, P. I.: Az impulzusszerű zaj hatása az emberi szervezetre. 44. p.

Csernjakov, I. N. stb.: Túlnyomásos oxigenáció magassági dekompresziós betegség és pulmonalis barotrauma esetén. 47. p.

Szokolov, A. M. stb.: Az articulatio temporomandibularis diszfunkciójának gyógykezelése. 54. p.

Szigajev, A. T. stb.: A kapilláris véráram értékelése tüdőtuberkulózisban. 55. p.

Hata, Z. I.: A vitaminok és a vitaminszerű anyagok farmakodinamikai hatása. 56. p.

Cserboatrev, K. Sz. stb.: Az echtyma klinikuma gyógykezelése és megelőzése. 60. p.

Alpatov, I. M.: A betegségek manifesztálódása pilótáknál repülőkatasztrófák esetén. 62. p.

Szerzőink figyelmébe!

A kéziratokat 2 példányban kérjük a szerkesztőségi titkár címére küldeni:

Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes
HONVÉDORVOS Szerkesztősége,
1553 Budapest, Pf. 1.
Központi Katonai Kórház
Róbert Károly krt. 44. sz.

A *dolgozatok formai előírása* a gyors és pontos közlést szolgálja. A közleményt gépeltessük A/4 méretű szabványos lapokra, 2-es sorközökkel, oldalanként 30 sorral, soronként 60 leütéssel. A dolgozat valamennyi összetevőjét (szerzők és a közlemény címe; összefoglalás; köszönetnyilvánítás; bibliográfia; táblázatok; ábrák, a számozott ábrákhoz és táblázatokhoz készített szöveg) különálló oldalakon kezdjük, de a fenti sorrendben folyamatosan oldalszámozzuk.

Az érdemi tudományos munkában résztvevő *szerzők* teljes nevükön, doktori címükkel (dr.), katonai rangjukkal, tudományos fokozatukkal szerepeljenek. A közlemény származási helyét — fejlécként — csak a polgári intézményeknél dolgozók esetében tüntessük fel, pl.: Országos Ideg- és Elmegyógyászati Intézet (főigazgató: dr. Tariska István).

A *dolgozat* címe legyen rövid és informatív, pontosan fedje a tartalmat.

A *cikk összefoglalása* 3 példányban készüljön. Terjedelme ne legyen több 15 sornál, rövidítést ne tartalmazzon és csak a lényegét foglalja össze. Célja a gyors tájékoztatás.

A *közlemény szövege* a mondanivaló logikai struktúráját kövesse. Hosszabb kéziratot tanácsos részekre osztani, fejezetcímekkel ellátni. Nyomdai szedésformák megválasztásával még szembetűnőbben tagolhatjuk a szöveget. Az aprószedést a szöveg bal oldalán mellé húzott vonal és a „petit” szó jelzi. A dőlt betűs szedés egyszeri, a félkövér kétszeri aláhúzással jelölendő.

Irodalmi hivatkozások („Irodalom” alcímmel jelöljük): Mivel a folyóirat-cikkeknek a legritkább esetekben (pl. ritka kórképeknél) feladatuk az adott témakör teljességére törekvő irodalmi feldolgozása, csak a dolgozat lényegi megállapításait, új diagnosztikai módszereket alátámasztó, illetve leíró és a valóban elolvasott munkákra hivatkozzunk. Gondoljunk arra, hogy az olvasó a fontosabb forrásművek alapján esetleg alaposabban szeretne tájékozódni, amit a terjedelmes és pontatlan bibliográfia megnehezít.

A szerkesztőség a bibliográfiai leírásra két lehetőséget nyújt:

1. A szerzők neve és a megjelenés adatai (az Orvosi Hetilap gyakorlata szerint): háromnál több szerző esetén csak az első nevet írjuk ki, a társszerzőkre az „és mtsai” rövidítéssel utalunk. A szerző(k) nevét egyszer aláhúzzuk (kurzív szedés), majd a kettőspont után a folyóirat rövidítése (lásd az Index Medicus orvosi bibliográfia januári számaiban) kerül. A megjelenés évszáma, kötet-száma (egyszer aláhúzva) után a kezdő oldalszámmal zárjuk az adatokat.

2. Ez esetben a szerzők neve után a közlemény címét és a záró oldalt is megadjuk. (Az Orvosi Folyóiratkiadók Nemzetközi Irányító Bizottsága előírásához igazodva.) Ügyeljünk arra, hogy a két változatot ugyanazon dolgozatnál sohase keverjük!

Könyvekre egységesen és az alábbi sorrendben hivatkozunk mindkét esetben: a szerző(k), illetve a szerkesztők neve — az utóbbinál zárójelben szerk. rövidítés szerepeljen —, a cím, a kiadó, a kiadás helye, éve és a vonatkozó oldalszám.

Példák: A) folyóiratokból, B) könyvekből:

A/1. *Egerváry O., Bódog Gy., Haits G.*: Honvédorvos 1967, 19, 241.

A/2. *Delano, B. G.* és mtsai: Home and medical center hemodialysis. JAMA 1981, 246, 230—234.

B) *Kovalevszkij, E. I.*: Glaznue bolezni. 2. izd. Medicina, Moszkva, 1980. 71. *Fáber V.*: A lőfegyver és hatása. In: Somogyi E. (szerk.): Igazságügyi orvostan. Medicina, Budapest, 1964. 171.

Az irodalmat a szerzők nevének alfabetikus rendjében, sorszámossal ellátva állítjuk össze. A közlemény szövegében csak az irodalomjegyzék sorszámára hivatkozunk zárójelben.

Táblázatok: A táblázatokat római számjellel jelöljük, folyamatosan, a cikkben kívánt megjelenés sorrendjében. Minden táblázatot külön lapra kell gépelni. A táblázat A/4 méretű legyen. A táblázat feliratát a lap tetejére írjuk.

Ábrák: Fehér-fekete hibátlan ábrák kerülhetnek kinyomtatásra, ésszerű számban. Számozásuk arab számjegyekkel történik. Kizárólag A/4 méretű, vagy annál kisebb ábrákat küldjünk be, amelyek akkor is szemléletesek, ha azokat megfelelő nagyságúra kicsinyítjük. Védjük az ábrákat postai szállításkor. Ne rongáljuk felszínüket csipeszekkel, tűszúrásokkal vagy erősen rányomott tollal végzett írással hátlapjukon. A hátlapon jelöljük a cikken belüli megjelenés sorrendjében az ábrák számát, a szerző nevét, és nyíl mutasson a kép felső része felé. Fényképek fényes papírra készüljenek, lehetőleg 9×12 cm-es méretben, legyenek szegélytelenek. Vonalas rajzok, diagrammok és grafikonok átlátszatlan fehér lapon homogén fekete vonalakkal készüljenek, vagy világos kézzel vonalazott koordináta papíron. Készülékek illusztrálására a vonalas rajz rendszerint jobb, mint a fénykép. Minden ábrán a betűjelzéseknek szakszerűeknek kell lennie, elég nagyoknak ahhoz, hogy olvashatók legyenek akkor is, ha a megfelelő nagyságra kicsinyítik őket és legyenek arányosak az illusztrált anyaggal.

Az ábrák helyét a szövegben külön sorban jelöljük; kézírás számára (például képlet részére) legalább két sort kell kihagyni.

Az ábrák szövegét egy külön lapon, sorszámossal ellátva gépeljük.

Levelek a szerkesztőhöz kézirat formájában küldendőek be.

A helyesírásnál is figyeljünk a következetes írásmód használatára! Az egységes orvosi helyesírás kidolgozásáig — amin az MTA Orvosi Szaknyelv- és Helyesírási Bizottság munkálkodik — latinus írásmód esetén a Terra kiadásában többször is megjelent Brencsán J.: Orvosi szótárt használhatjuk. A köznyelvben meghonosodott kifejezéseknél (pl. terápia, neuraszténia, krónikus, pozitív, kalcifikáció stb.) Bakos F. (szerk.): Idegen szavak és kifejezések szótárához folyamodhatunk.

Phlogosam[®]

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

1 tubus 0,6 g natr. disulfosalicylatosamarium anhydric.-ot tartalmaz 20 g lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK

Heveny dermatitis és ekzema, dermatitis solaris, dermatitis arteficialis (vegyszerektől, benzintől stb.), kisebb kiterjedésű I. és II. fokú égés, rovarcsípés. — Heveny, nem gennyes vagy gombás csecsemő- és gyermekkori bőrgyulladások. Intertrigo. Felületes thrombophlebitis adjuváns kezelése.

ADAGOLÁS

A bőrelváltozás területét naponta 2-3-szor a kenőccsel vékonyan bekenjük.

**KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST**



honvédorvos

SZERKESZTI A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG

Főszerkesztő: Dr. Németh István orvos vezérőrnagy
Szerkesztőségi titkár: Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes

Szerkesztő bizottsági tagok:

Dr. Bíró György orvos ezredes, az orvostudományok doktora,
Dr. Manninger Jenő orvos vezérőrnagy, az orvostudományok doktora,
Dr. Bernát Iván ny. orvos ezredes, az orvostudományok doktora,
Dr. Kurucz Tibor gyógyszerész alezredes, a gyógyszerésztudományok kandidátusa,
Dr. Sugár Béla orvos ezredes,
Dr. Benkő György gyógyszerész alezredes,
Dr. Tabák Péter orvos alezredes, az orvostudományok kandidátusa
Dr. Takáts László ny. orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa.

Szerkesztőség:

Budapest XIII., Róbert Károly körút 44. MN. Központi Kórháza. Telefon: 401-144.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 1.

Kéziratok a szerkesztő bizottság titkárának küldendőik (Dr. Giacinto Miklós orvos ezredes), a szerkesztőség címén.

Kiadja a Zrínyi Katonai Könyv- és Lapkiadó, Budapest VIII., Kerepesi út 29/A. Postacím: 1553 Budapest, Pf. 31.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Budapest V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850. Postacím: Posta Központi Hírlap Iroda. Budapest 1900) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámára.

Előfizetési díj: 1 évre 108,— Ft.

Lapengedély száma: 9031/1948. T. M.

Megjelenik negyedévenként.

Egyes szám ára: 27,— Ft

Index: 25376 HU ISSN 0133-879. X.

32.2708/2-02 — Zrínyi Nyomda, Budapest. Felelős vezető: Vágó Sándorné vezérigazgató

Mycosolon[®]

kenőcs



ÖSSZETÉTEL

A készítmény 2% miconazolomot és 0,25% mazipredon.-t tartalmaz.

JAVALLATOK

Dermatophyták vagy más által kiváltott, kifejezett gyulladással, illetve irritációval kísért bőr- és körömfertőzések: ekcémák, intertrigo, interdigitalis és különféle eredetű mycosisok.

ELLENJAVALLATOK

Bőr-tuberculosis, herpes-simplex, himlő, bárányhimlő.

ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS

Bőrinfekciók esetében: naponta 1-2 alkalommal kenjük be a kezelendő bőrfelületet.

Köröm-infekciók esetében: a megbetegedett körömrészek eltávolítása után occlusiv kötés formájában alkalmazzuk a készítményt. A kezelést megszakítás nélkül folytatjuk a köröm teljes regenerálódásáig.

Fülinfekció esetén: naponta kétszer vezetünk fel a külső hallójáratba a készítménnyel átitatott gaze-csíkot a teljes gyógyulásig.

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST



GRANDAXIN[®]

TABLETTA anxiolyticum

ÖSSZETÉTEL

50 mg tofizopamum tablettánként.

JAVALLAT

Feszültséggel, vegetatív zavarokkal, enyhe anxietással járó betegségek, azon neurózisok, amelyeket az előbbiek mellett indítékhiány, fáradtság, reaktív depresszió, apátia, inaktív állapotok jellemeznek. Pseudoanginás fájdalom tüneteinek adjuváns kezelése.

Alkoholelvonási szindróma, predeliriosus, deliriosus állapotok vegetatív és izgalmi tünetei.

A myorelaxans hatás hiánya miatt olyan kórképek esetén is alkalmazható, amelyekben az izom-relaxatio kontraindikált vagy nem kívánatos (myasthenia gravis, myopathiák, neurogén izom-atrophiák).

ELLENJAVALLAT

Eddig nem ismeretes. Bár teratogén hatást nem észleltek, alkalmazása a terhesség első harmadában nem ajánlatos.

ADAGOLÁS

Felnőtteknek általában naponta 1–3-szor 1–2. tabl. (50–300 mg/nap).

MELLÉKHATÁSOK

Gastrointestinalis panaszok, bőrvizketés, exanthera. Túlzott élénkség és aktivitás, esetleg feszültség, ingerlékenység, ami az adag csökkentésére vagy elhagyására megszűnik. Nagyobb esti adag után elalvási zavar.

FIGYELMEZTETÉS

Bőrkiütések jelentkezésekor a kezelést meg kell szakítani! Alkalmazása fokozott elővigyázatosságot igényel; főleg járművezetők, magasban vagy veszélyes gépen dolgozók csak az orvos által, az egyéni érzékenységnek megfelelően előírt adagban szedhetik.

MEGJEGYZÉS

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

Egyt

CSOMAGOLÁS 20 tabl. 2,20 Ft.

EGYT GYÓGYSZERVEGYÉSZETI GYÁR – BUDAPEST