

1996

Magyar szerzők külföldi szakfolyóiratokban
publikált közleményeinek
magyar nyelvű kivonatai

Különbségek a lokálisan és a szisztémásan adott ciszteamin hatásában a gyomor vérátáramlására, a gyomorsav-szekrécióra és a gyomorfekély kialakulására patkányban. *Differences in action of topical and systematic cysteamine on gastric blood flow, gastric acid secretion and gastric ulceration in the rat*

Abdel-Salam Omar M. E., Szolcsányi János
Pécsi OTE, I. Sz. Belgyógyászati Klinika
7643 Pécs, Szigeti út 12.

J Physiol Paris 1996;90(2):63-73.

Munkánkban a ciszteamin hatását vizsgáltuk a gyomor vérátáramlására, valamint az indometacin indukálta gyomornyálkahártya-károsodásra.

Altatot patkányban a sc. adott 280 mg/kg dózisú ciszteamin csökkentette a gyomor vérátáramlását lézer Dopplermódszerrel mérve. Ezzel ellentétben a gyomornyálkahártya felszínén lokálisan alkalmazott ciszteamin (1-60 mg/ml) koncentrációfüggően és hosszú hatástartammal megnövelte a gyomor vérátáramlását. 60 mg/ml koncentrációnál a vérátáramlás 166±26,1%-kal nőtt az alapértékhez képest. Indometacin (20 mg/kg sc.), atropin (1 mg/kg iv.), propranolol (1 mg/kg iv.), kombinált H₁- és H₂-blokádd, bilaterális vagotómia önmagában, illetve guanetidinnel (8 mg/kg) együtt, valamint a kapszaicinanalóg reziniferatoxinnal való előkezelés nem csökkentette a ciszteaminra adott vazodilatátorválaszt. A lokális kapszaicin által kiváltott vazodilatációt a sc. ciszteamin (280 mg/kg) -előkezelés nem csökkentette. Éber piloruslekötött patkányokban a sc. ciszteamin (100 és 280 mg/kg) egyidejűleg adva indometacinnal csökkentette a gyomorsav-elválasztást, de nem volt egyértelmű hatása az indometacin indukálta gyomornyálkahártya-léziókra. 4 órával a sc. indometacinkezelés előtt adott sc. ciszteamin (100 és 280 mg/kg) fokozta a nyálkahártya sérülését, de nem befolyásolta a kapszaicin gasztroprotektív hatását. Ezzel ellentétben az orálisan alkalmazott ciszteamin (60 mg/ml) csökkentette a sc. indometacin és intragastricus HCl károsító hatását.

Ezek az eredmények először bizonyítják azt a tényt, hogy a ciszteamin befolyásolja a gyomor mikrocirkulációját patkányban, lokálisan adva pedig direkt vazodilatátor hatású fejt ki. A ciszteamin microvasculáris hatása nagymértékben felelős a kísérletes gyomorfekélyben tapasztalt különbségekért.

A centrális relációs mandibulahelyzet ellenőrizhető meghatározása nyílhegy-regisztrációs módszerrel. *Verifiable method for registering the centric relation position in dentulous arches with a central bearing point*

Angyal János, Keszthelyi Gusztáv
Debreceni OTE, Stomatológiai Klinika
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

J Prosthet Dent 1996;75(5):579-580.

A temporomandibularis ízület és az okklúzió viszonyának funkcionális szempontból legfontosabb tényezője a centrális reláció. Egy olyan, nagymértékben reprodukálható maxillo-mandibularis viszony, amelynek meghatározása szempontjából az ízületeknek és az azokkal kapcsolatos neuromuscularis funkcióknak van döntő szerepe.

Módszerünk egy, az intraoralis nyílhegy-regisztráció elvén alapuló eljárás a centrális reláció meghatározására, amellyel kontrollálhatjuk a mandibularegisztráció ideje alatt elfoglalt helyzetét. A nyílhegyrajzolat készítéséhez szükséges támcapot – amelynek helyzetét legpontosabban artikulátoros begipszeléssel határozhatjuk meg – a felső fogívre készített mélyhúzott fólialemekre rögzítettük. A fóliát az okklúzális felszínen a szemfogak, valamint a második molárisok mesiobuccalis csücskének megfelelően kivágtuk. Ily módon az elkészítendő centrális regisztrátum csak ezeken a helyeken fog érintkezni a felső fogívvlel, elősegítve a minták pontosabb illeszthetőségét. Miután a centrális reláció vertikális dimenzióját beállítottuk, az alsó fogívre készített regisztrálólapra a támcappal megrajzoltatjuk a nyílhegyrajzolatot a mandibula előre-hátra és oldalirányú mozgásával. Ezt követően a regisztrálólapra – a nyílhegyrajzolatot szélesen fedően – átlátszó addíciós típusú, szilikonbázisú regisztrációs anyagot juttatunk, és a lapot visszahelyezzük az alsó fogívre. A mandibulát kezünkkel gyengéden, de határozottan centrális relációs helyzetbe vezetjük, a beteget pedig felszólítjuk, hogy tartsa stabilan ezt a pozíciót, miközben regisztrációs anyagot injektálunk a fogívek közé. Az anyag kötését követően a felső és az alsó regisztrálólapokat a centrális regisztrátummal együtt eltávolítjuk a beteg szájából. A nyílhegyrajzolatra rétegzett szilikonbázisú anyagot a támcap a mandibula rögzítés alatti pozíciójától függő helyen perforációt ejt. Amennyiben a perforáció a nyílhegy csücsében van, a

Rovatunk célja, hogy a Magyarországon végzett, és nem itthon publikált igen értékes és eredeti – ugyanakkor a külföldi szakfolyóiratokban nehezebben hozzáférhető és csak idegen nyelven olvasható – tudományos vizsgálatokról a szakma lehetőleg minél teljesebb képet kapjon. Gyűjtésünk külföldi forrásból a Medline-t választottuk, és úgy határoztunk, hogy a magyar egyetemek intézeteiből és klinikáiról, a közokmányokból, valamint az orvosi elméleti intézetekből külföldi szaklapokban megjelent valamennyi munka szerzőjét megkeressük, és az általa lefordított és belátása szerint kibővített összefoglalást automatikusan közreadjuk. Kihagyjuk az ismertetésből a Magyarországon megjelent lapokban közölt idegen nyelvű cikkeket. Természetesen tudjuk, hogy nem minden színvonalas folyóirat kerül be a Medline-ba, ezért készséggel közlünk minden olyan absztraktot is, amely nem Magyarországon megjelenő, független szakértőt alkalmazó folyóiratban megjelent cikket ismertet. A beérkezett anyagok közlését a beérkezés sorrendjéhez igazítjuk, és az éppen közölt összefoglalókat az első szerző neve szerint névsorba szedve rendezzük. A benyújtás és a közlés módjára vonatkozó részletes ismertetés megtalálható a LAM 1995. júliusi számában, a 654. oldalon.

regisztrátumot korrektnek tekintjük, és felhasználhatjuk azt a fogak gipszmintáinak artikulátorba történő begipszeléséhez.

Emlőrák Magyarországon: a budapesti Országos Onkológiai Intézet tapasztalatai. *An analysis of breast cancer in Hungary: experience of the National Institute of Oncology, Budapest*

Besznyák István, Svastics Egon

Országos Onkológiai Intézet, Sebészeti Osztály

1122 Budapest, Ráth György u. 7-9.

Surg Today, Jpn J Surg 1996;26:362-367.

A szerzők közleményük bevezetésében vázolják azt a tényt, hogy az emlőrákos megbetegedések gyakorisága Magyarországon – éppúgy, mint a világ legtöbb országában – folyamatosan emelkedik. A kezelésükre alkalmazott sebészeti módszerek változását az Országos Onkológiai Intézet Sebészeti Osztályán 1980–1994. között kezelt emlőrákban szenvedő betegek alapján mutatják be.

Míg a Halsted által bevezetett radikális mastectomia az intézet anyagában 1953-ban az emlőrák miatt végzett műtétek 87%-át alkotta, s az emlőmegtartó műtétek csupán 4%-ban fordultak elő, addig ez utóbbiak aránya 1993-ra 54%-ra nőtt, 1996-ban már 72%. A Halsted-féle radikális mastectomiára pedig 1983 óta nem került sor.

Tárgyalják az emlőrák miatt operált betegek komplex kezelésének módjait, az ellenőrzés, a betegkövetés, a kockázati tényezők problémáit, az emlőmegtartó műtétek pszichoszociális hatásait. Körvonalazzák az emlőrák kezelésében az intézetben kialakult gyakorlatot.

Gyomorpatológia a Meckel-diverticulumban – 1965 és 1995 között reszekált esetek áttekintése. *Gastric pathology in Meckel's diverticulum. Review of cases resected between 1965 and 1995*

Cserni Gábor

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Patológia

6000 Kecskemét, Nyíri út 38.

Am J Clin Pathol 1996;106:782-785.

A szerző áttekintette a munkahelyén 1965 és 1995 között kórszövettanilag leletezett Meckel-diverticulumok (vagy egyéb, a ductus vitellointestinalis maradványainak) adatait és anyagát.

Összesen 149 ductus vitellointestinalis maradvány került vizsgálatra; ezek közül 140 eset metszeteinek ismételt vizsgálata során 25 alkalommal lehetett ektópiás gyomornyálkahártyát is kimutatni. Hat heterotópiás szövet esetében a vizsgálati anyag nem tartalmazott értékelhető foveolaris hámot, így csupán 19 anyagban történt meg a gyomornyálkahártyára jellemző kórszöveti eltérések vizsgálata. „Gastritis” minden esetben fennállt, azonban a domináló formája a reflux típusú gastritis vagy gastropathia volt, amelyet ebben a lokalizációban ez ideig nem írtak le. Az esetek 58%-ában volt jelen, és feltételezhető az is, hogy néhány esetben ez állt azoknak a tüneteknek a hátterében, amelyek miatt szövettanilag lobmentes appendixeket távolítottak el. Krónikus vagy aktív krónikus „gastritis” szintén előfordult néhány esetben. A mérsékelt vagy kifejezett aktivitást mutató esetek fekélyhez vagy macroerosiókhoz társultak. *Helicobacter pylori*-szerű organizmust egyik ektópiás gyomornyálkahártyában sem lehetett kimutatni módosított Giemsa-, illetve haematoxinin-eosin festésekkel. Arra az esetleges szerepre vonatkozóan, amelyet a nem szteroid gyulladáscsökkentők játszhatnak a Meckel-diverticulumok erozív „gastritisében”, a tanulmány nem adott felvilágítást, mivel hiányoztak az

ilyen típusú gyógyszerek szedésével kapcsolatos anamnesztikus adatok. Az a tény, hogy a heterotópiás gyomornyálkahártya aránya Meckel-diverticulumban a jelen és több más tanulmány szerint is alulmarad a tankönyvi adatokkal szemben, a diverticulumok részletesebb feldolgozását teszi indokolttá. Az ektópiás gyomornyálkahártyában, ha az jelen van, az ortotópiás gyomornyálkahártya mindenféle szövettani elváltozását érdemes keresni. Ezen elváltozások közt a gyakran normális nyálkahártyának nézett és dokumentált reflux típusú kémiai gyulladás azonosítása is fontos.

Hosszú szénláncú, többszörösen telítetlen zsírsavak elhízott gyermekek plazmalipidjeiben. *Long-chain polyunsaturated fatty acids in plasma lipids of obese children*

Décsi Tamás, Molnár Dénes, Berthold Koletzko

Pécsi ÖTE, Gyermekgyógyászati Klinika

7623 Pécs, József A. u. 7.

Lipids 1996;31:305-311.

A plazmafoszfolipidek, trigliceridek és szterin-észterek zsírsavösszetételét határozták meg a szerzők a magas felbonthatépségű, kapilláris gáz-folyadék kromatográfia módszerrel 22 elhízott gyermekben (életkor: $13,7 \pm 1,4$ év, testsúly az ideális testsúly százalékában: $170 \pm 24\%$, átlag \pm SD), és vetették össze 25, azonos életkorú kontrollgyermek adataival. Az elhízott gyermekek és a kontrollok között nem volt különbség a linolsav (C18:2 ω -6) értékeiben. Az elhízott gyermekekben a kontrollokénál szignifikánsan magasabb arachidonsav (C₂₀:4 ω -6) -értékeket találtak mind a foszfolipid- [12,6 (2,4) versus 8,3 (1,4), medián (interkvartális távolság)], mind pedig a szterin-észter frakcióban [7,3 (1,8) versus 6,0 (1,1); $P < 0,05$]. Az elhízott gyermekekben a dihomog-linolénsavnak (C₂₀:3 ω -6) – az arachidonsav-szintézis közvetlen intermedier metabolitjának – az értékei is szignifikánsan magasabbak voltak, mint a kontrollokban, mind a foszfolipidek [4,0 (0,5) versus 3,0 (0,6); $P < 0,001$], mind pedig a triglicerid- [0,4 (0,1) versus 0,2 (0,1) – $P < 0,001$] és szterin-észter [0,9 (0,1) versus 0,7 (0,1) $P < 0,001$] frakciókban. Az arachidonsav/linolsav produktum/szubsztrátum hányadosa magasabb volt az elhízott gyermekekben, mint a kontrollokban a foszfolipid [0,68 (0,16) versus 0,41 (0,19); $P < 0,0005$] és szterin-észter [0,16 (0,04) versus 0,12 (0,02), $P < 0,05$] -frakciókban egyaránt. Az arachidonsav/dihomog-linolénsav arány viszont az elhízott gyermekek trigliceridlipidjeiben alacsonyabb volt a kontrollokénál [3,40 (0,64) versus 5,10 (1,75); $P < 0,005$]. A plazmacukor-koncentrációk fordított összefüggésben voltak a trigliceridfrakció arachidonsav-tartalmával ($r = -0,53$; $P < 0,05$). A triglicerid plazmakoncentrációi szintén fordított összefüggésben voltak mind az arachidonsav-értékekkel a foszfolipid ($r = -0,49$; $p < 0,05$) és szterin-észter lipidekben ($r = -0,48$; $p < 0,05$), mind pedig az arachidonsav/dihomog-linolénsav hányadosal a foszfolipid ($r = -0,57$; $P < 0,01$), triglicerid ($r = -0,56$; $P < 0,01$) és szterin-észter ($r = -0,56$; $P < 0,01$) -frakciókban.

Az eredmények alapján a szerzők arra következtetnek, hogy az elhízott gyermekekben a kontrollokénál magasabb ω -6 hosszú szénláncú, többszörösen telítetlen zsírsavértékek a $\Delta 6$ -deszaturáció fokozott aktivitásával magyarázhatóak. Feltételezik, hogy a fokozott enzimaktivitás az emelkedett plazmainzulin-koncentrációk (éhgymri: $19,4 \pm 8,0$ μ U/ml) következménye.

A plazmalipidekben észlelt, az egészséges kontrollokénál nagyobb mennyiségű hosszú szénláncú, többszörösen telítetlen zsírsavak az elhízott gyermekek lipidperoxidációval szembeni fokozott veszélyeztetettségére utal. Ez az elhízott