

rendszerint hónapok múlva következtek be.

A szerzők felhívják a figyelmet, hogy a proton sugár kezelése előnyösen versenyez más eljárásokkal. Nem okozott mortalitást, liquor csorgást, inféctiót és diabetes insipidust. Szövődményeket, beleértve az átmeneti főfájást, véletlenül diplopiát és egy esetben hypophysis első lebeny elégtelenséget, észleltek.

Péter Károly dr.

LEVELEK

A SZERKESZTŐHÖZ



Diabetesek késői sulfanylurea resistenciájának okáról.

T. Szerkesztőség! Nagy érdeklődéssel olvastuk *Angeli István dr.* „Cukorbetegek késői sulfanylurea resistenciájáról” írott beszámolóját és az irodalommal körülbelül egyező, a szerzőtől megszokott körültekintéssel és pontossággal feldolgozott adatokat igen értékeseknek és irányadóknak tartjuk. *Angeli dr.* azon ténymegállapításához, mely szerint a késői resistenciák 64,4%-ában az ok a diétahibák melletti testúlygyarapodásban keresendő, szeretnénk korrekcióit fűzni.

A sulfanylurea terapia mellett észlelt testúlygyarapodás nem csupán és elsősorban nem diétahibára vezethető vissza. A sulfanylureák mind pancreas β sejt stimuláló anyagok az inzulin szekréciót fokozzák (1, 2), a plazma inzulin szerű aktivitását kifejezeten emelik. (3). Az emelkedett plazma inzulin szint szubjektive csaknem állandó, nehezen csillapítható éhségérzetet kelet, mely fokozott táplálékfelvételtel vezet, objektive fokozza a lipogenezist és súlyosbítja az elhízást. Ismeretes, hogy már normális glucose toleranciájú elhízottaknál is magasabb a plazma inzulin szintje (4) és ennek az obesitas progressziójában, majd circulus vitiosus szerűen a diabetes manifestációjában szerepe van. A sulfanylurea terapia elhízott cukorbetegeken csak a már meglévő kóros anyagcsereállapotot rontja és előbb vagy utóbb késői resistenciához vezet (5). Ily módon a késői resistencia kialakulásáért nem a diétahiba folytán kifejlődő vagy fokozódó elhízást, illetve a diétahibát elkövető beteget, hanem a sulfanylureát ténnek felelőssé. A késői resistencia tényében pedig nem csupán az eddigi hazai gyakorlat szerinti inzulinadás szubjektív kényelmeltségéért tartjuk elsősorban kiemelendőnek, hanem azt, hogy az exogen inzulin a késői resistens elhízott diabetesekben az obesitas további fokozódásához, a lefogás teljes keresztvílhetetlenséghez vezet, amely a beteg

életét a diabetesnél lényegesen jobban veszélyezteti és az elhízás mértékétől függően megrovídit.

Ily módon a megoldást nem a diéta minden eszközzel való — gyakorlatilag az említett okok miatt kivihetetlen — szigorításában, hanem a sulfanylurea készítmények biguanidokkal való helyettesítésében látjuk, mely az esetek többségében sikerül. Ugyanis utóbbiak, így a hazai „Adebit” nevű butilbiguanid készítmény is, csökkentik a plazma inzulin szintjét (3, 6), gátolják a lipogenezist (7), fokozzák a lipolízist, csökkentik az étvágyat — ezáltal lehetővé teszik a diéta betartását — a további elhízást megakadályozzák, illetve az esetek többségében elősegítik a fogyást (8, 9, 10). Ezen és még számos, e helyen nem részletezendő hatások miatt elhízott vagy házira hajlamos cukorbetegek kezelésében a sulfanylureáknál mindenképpen előnyösebben alkalmazhatók, miáltal a késői resistenciák jelentős ritkulása, a diabetes hosszabb időn át való egyensúlyban tartása és a betegek életének meg hosszabbítása érhető el.

IRODALOM: 1. Vallance—Owen, J., Jopkin, J. F., Frazer, R.: *Lancet* 1959, 2, 584. — 2. Loubatieres, A.: *Diabetes* 1957, 6, 408. — 3. Abramson, E., Arky, R. A.: *Metabolism* 1967, 16, 204. — 4. Karam, J. H., Grodsky, G. M., Forsham, P. H.: *Diabetes* 1963, 12, 106. — 5. Sadow, H. S.: *Metabolism* 1963, 12, 533. — 6. Grodsky, G. M., Karam, J. H., Pavlatos, F. C., Forsham, P. M.: *Metabolism* 1963, 12, 278. — 7. Weller, C.: *Lancet* 1965, 1, 13. — 8. Patel, D. P., Stowers, J. M.: *Lancet* 1964, 2, 282. — 9. Pedersen, J.: *Acta Endocrin.* 1965, 49, 479. — 10. Creutzfeldt, W., Appels, A., Kattermann, R., Friedrichs, H., Prosechek, H., Hubrich, K., Söling, H.-D.: 2. Inter. Biguanid Sympos. Szerk.: Oberdisse, K., Daweke, H., Michels, G. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1968. 94. o.

Fővényi József dr.

★

T. Szerkesztőség! Mindenekelőtt megköszönni szeretném *Fővényi dr.* kiegészítő sorait még akkor is, ha észrevételeinek nem mindegyikével értek egyet.

Az orális antidiabetikumok hatásmechanizmusa és így a secundær sulfanylurea resistencia kialakulásának az oka még ma sem tekinthető lezártnak. A problémához a tartós megfigyelő, a gyakorlati belgyógyász szemszögéből próbáltam hozzájárulni egy nagyszámú beteganyag közel 10 éves megfigyelése alapján. Ilyen körülmények között nem lehetett céloz az elméleti megfontolások és lehetőségek részletes tárgyalása, valamint a biguanid-kérdés érintése, annál is inkább, mivel a dolgozat megírásakor biguanid készítmény hazánkban még nem is volt forgalomban.

Fővényi kollégával abban egyetértünk, hogy a resistencia kialakulásában a testúlygyarapodásnak fontos szerepe van. Szerinte viszont ez a testúlygyarapodás elsősorban nem diétahibákra, hanem magukra a sulfanylureákra vezethető vissza.

A késői resistencia kialakulásáért nem a diétahibát elkövető beteget, hanem magát a sulfanylureát teszi felelőssé. A megoldást nem a szorított levele kivihetetlen diéta szigorításában, hanem gyögyeszeresen, nevezetesen biguanid-készítmények adásában látja.

Fővényi dr.-nak abban igazra van, hogy elhízottakban magasabb a plazma inzulin szintje, ami a fokozottabb éhségérzés révén az elhízást tovább fokozza és így szinte circulus vitiosusként a diabetes manifestációjához, β -sejteket stimuláló sulfanylureák adása esetén pedig azok resistenciájához vezethet. Véleményem szerint koncepciója abban hibás, hogy nem veszi számításba az egész megváltozott endokrin milieu, a kövérég alapját és indítóokát. Ez pedig a legtöbb esetben nem más, mint a mai kor helytelen életmódja, helytelen étkezési szokásai, más szóval a részéről nem eléggé értékelt diétahibák. A civilizált mozgásszegény életmódja és táplálékozása miatt ma több az elhízott és több a diabetezes is. E cukorbeteg további sorsa sulfanylurea kezelés mellett és anélkül is elsősorban azon múlik, hogy mennyiben képes előző életmódján és étkezési szokásain változtatni. A cukorbeteg testúlygyarapodása — mégha sulfanylurea kezelés mellett és miatt történik is — mindenképpen diétahiba. A cukorbetegdiétának e kövér betegek esetében ugyanis nemcsak szénhidrátszegénynek, hanem mindenképpen fogyasztónak is kell lennie. Természetesen nem állítom és nem is állítottam, hogy redukált testúly és megtartott diéta mellett a sulfanylurea resistencia nem következhet be, létrejötté azonban bizonylan hátráltatja.

A helyes életmód és diéta volt és maradt a diabetes megelőzésének és kezelésének az alapja és ez alól semmilyen elméleti megfontolás nem adhat felmentést, legyen az bármennyire tetszetős és igaz. Ez nevelés és akaratör kérdése és ezt nem helyettesíthetik a már általunk is előszeretettel alkalmazott és valóban fogyasztó hatású biguanid-készítmények sem. Másokkal is egyetértésben úgy vélem, hogy a biguanid-preparátumok mind a diabetes, mind a késői sulfanylurea resistencia kezelésében inkább kombinált formában van jövőjük.

Angeli István dr.

★

Heveny hasi tünetekkel járó időskori Schönlein—Henoch-syndroma.

T. Szerkesztőség! Az Orvosi Hetilap 1969. 15. számában megjelent közleményben *Ballagi Farkas dr.* a Schönlein—Henoch syndroma abdominalis alakját figyelembe véve 62 éves férfibeteg. Egyetértünk a szerzővel abban, hogy a betegség idős korban ritka, és ezért különös

figyelmet érdemel. Viszont a közlöt klinikai adatok nem gönyöznek arról, hogy az eset chronikus glomerulonephritisszel szövődött, és a prednisonon a vesebetegséget nem befolyásolta kedvezően. Az acut glomerulonephritis gyógyulása megfigyelésünk szerint két évig várható. A beteget 58 napig ápolás után bocsátották haza. A rövid megfigyelés és a kontrollvizsgálat során spontán írtett vizelet 1016 fajsúlya, fehérjeje: op. és az üledékben 7–8 vvt, szemcsés cylinderek nem elegendők a chronikus glomerulonephritis kimondásához. A szerző sajnálatos módon nem közölte a prednisonon terapia időtartamát és a napi adagokat.

Összegezve: a szerző diagnosztikai és terapiás megállapításai a Schönlein-Henoch purpurát kísérelő veseelváltozásokra vonatkozólag nem fogadhatók el.

Hátori Artur dr.

★

T. Szerkesztőség! Köszönjük prof. Hátori Artúr dr. hozzászólását, amelyre a következőket válaszolhatjuk. A beteg bentfekvésekor első célunk a purpura megszüntetése volt, ennek megfelelően napi 50 mg Prednisonolt kapott, melyet elbocsátásig fokozatosan csökkentettük, otthonra steroidot nem adtunk. Vesetüneteit az idült nephritis hypertoniás formájának fogtuk fel, gyógyszeresen elsősorban a vérnyomáscsökkenést tartottuk fontosnak.

Legutóbbi ellenőrzések (1969. VI. 28.) vizelet: fs. 1015, vti: savi, a: enyhe op. p, s. ubg.; o, üli: 1–1 fvs., gombák; terhelés után: alb. +, üli: látóterenként 1–2 kilógózt, vvs., 1–2 fvs., cylindertörmelések, oxalátkrystalok, elvete hámsétek. RN: 43 mg%, Kreatinin clearance: 93 ml/perc. RN: 210/120 Hgmm. Szemfenék: Kifejezett keresztetűs tünet látható. EKG: Laevogram.

Elfogadjuk, hogy az észlelési idő rövid, a beteget továbbra is megfigyeljük és a kórkép alakulásáról megfelelő módon tájékoztatást küldünk.

Ballagi Farkas dr.

Szerkesztőségi megjegyzés: Két-három hónap valóban nem elegendő a chr. nephritis kimondásához, de ennek elnézésében a szerkesztő is felelős (T. T.).



KÖNYVISMERTETÉS

Ch. Müller: **Alterspsychiatrie.** 251 oldal, ebből 47 oldal irodalom, 33 ábra. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1967. Ára. 45,— DM.

Nyugat-Európában és az USA-ban a nagyfokú iparosodással pár-

huzamban a század eleje óta sajátosság demográfiai változás következett be, amelynek lényege a születések számának meredek csökkenése, az átlagos életkor igen lényeges, 50 év alatt mintegy 20 évvel való növekedés, és ennek következtében a 65 év feletti, eltartásra szoruló öregek számának nagyfokú emelkedése. Ez Angliában és az USA-ban 1900–1950 között érte, sőt kissé meghaladta a 100%/o-ot, ami pl. az USA-ban azt jelenti, hogy a 65 éves felüli lakosság abszolút száma az említett időszak alatt négyszeresére, az elmúlt években első ízben felvetésre kerülő öregek száma pedig kilencszeresére nőtt. Utóbbi adat természetesen nem jelenti szükségszerűen az öregkori elmebetegségek hasonló arányú szaporodását, hiszen a beutalások számának az alakulásában számos egyéb tényező is közrejátszik. Ez a demográfiai változás a felszabadulás után gyors tempóban iparosodó közép-európai államokban is fokozatosan bekövetkezett. Hazánkban pl. 1965-ben a 65 éves felüli személyek száma az összlakosság 10,6%/o-át tette ki, ami az 1950-es angliai arányszámnak felel meg. Gould úgy vélekedik, hogy a következő évtizedekben a munkaképtelen idős emberek számáránya tovább növekszik és számítási szerint 1990 körül az összlakosságnak kb. 25%/o-ánál fog megállapodni. A közlöt adatok után nyilvánvaló az öregedés és az öregkori elmebetegségek rendkívül nagy egészségpolitikai, szociális és gazdasági jelentősége és nem csodálkozhatunk azon sem, hogy a gerontopsychiatriának, az elmekórton egyik legfiatalabb hajtásának az irodalma máris csaknem áttekinthetetlenül duzzadt. Ch. Müller könyve hiányt pótol, amikor mai tudásunknak megfelelő áttekintést nyújt az öregkor pszichiatriai betegségeiről. A munka tárgyának jelentőségét és kiterjedt problémakörét tekintve igen rövidre szabott, mintegy tankönyvszerű, szerzője kitűnő munkáját dicséri azonban az adott keretek közötti rendkívüli információbőség és a világos szerkesztés. Az általános részben a módszertani, demográfiai, statisztikai és szociológiai kérdéseket tárgyaló rövid, de sok értékes adatot és útmutatást tartalmazó fejezetek után a szerző részletesebben foglalkozik az öregkor pszichológiájával és testi zavaraiival, majd ismerteti mind a normális öregkor, mind a senilis és presenilis demenciák jellegzetes EEG és PEG változásait, továbbá makro- és mikroszkopos anatómiáját. A részletes részben systematikus tárgyalva az öregkor és az öregedés teljes klinikumát. A felsorolt fejezetcímek szerző rendszerezési koncepciójának ismertetése mellett tartalmi áttekintést is nyújtanak: valamelyik személyiségvariánsok — túlnyomóan psy-

chogen zavarok — öngyilkosság és öngyilkossági kísérletek — kideríthető organikus zavarok nélküli fellépő „endogen psychosikós” és psychotikus reakciók — organikus feltételezett psychosikósok. Az utolsó című alatt szerző elsősorban az akut exogen reakciós típusú zavartársági állapotokat és psychosikósokat, a senilis, vascularis és presenilis demenciákat foglalja össze. A különböző nosológiai képeket egy-egy jól megválasztott eset körtérletén szemlélteti. Külön fejezet foglalkozik az öregek és az öregkori elmebetegség gondozási problémáival és elhelyezésükkel. Miután röviden érinti az öregkori elmebetegségek törvényszerű vonatkozásait, szerző a geriátriában és a gerontopsychiatriában alkalmazott gyógyszeres és psychoterápiás kezelése ismertetésével zárja munkáját.

Külön kiemelendők tartom a munka világos szerkesztését, tiszta stílusát, a rendelkezésre álló keretökönök felhasználását, az imponáló adatgazdagságot és végül az átfogó tudás mellett azt a mélységes humanitást, amely az egész művet áthatja és amelyet már szerző apjának, M. Müllernek a munkáiban is alkalmunk volt értékelni. Új a könyvben a mélypsychologiai kutatási eredmények figyelembevétele, továbbá az öregedés befolyásának katamnestikus vizsgálata a már korábban fennálló psyches betegségekre. A munka értékét emeli a 47 oldalnyi terjedelmű, a könyv egyes fejezeteinek megfelelően témánként csoportosított igen gazdag bibliographia, amely az egyes résztemák iránt különösen érdeklődő olvasók számára az irodalmi tájékozódást nagymértékben megkönnyíti.

Összefoglalva Ch. Müller könyve igen értékes, hasznos és időszerű munka, amely nemcsak a psychiaterek, hanem a belgyógyászok érdeklődésére is méltán számot tarthat, mivel részükre idős betegek problémáinak a megértéséhez komoly segítséget nyújt.

Angyal Lajos dr.

★

Fritz Zöllner: Hals, Nasen, Ohren-Heilkunde. Ein Kompendium für Studierende und Ärzte. 253 oldal, 147 ábra, 2 színes tábla. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 9,80 NSZK márk.

A szakmai ismeretanyag tetemes növekedése világszerte felveti azt a kérdést, vajon mennyit és mit kell megtanítani a fiatal orvosnallgatóknak egy-egy klinikai tárgyból. Milyen mérvű tájékozottsággal kell rendelkeznie az általános orvosnak? A kutatások legújabb és a mindennapos gyakorlatban már felhasználható eredményei az ismeretanyag igen nagyfokú bővüléséhez vezetnek. Feltehetően szükségesség válik