

IV. BARANYAI ORVOSNAPOK

PÉCS, 1974

csak néhány gyógyszerünkre vonatkozóan ismert többé-kevésbé, hogy a kapcsolódás, a conjugatum-képződés a gyógyszer-lebomlás milyen fázisában, a teljes gyógyszermolekulának pontosan melyik származékán megy végbe. A tulajdonképpeni antigen tehát nem, vagy csak igen ritkán áll rendelkezésünkre. A teljes gyógyszermolekulával végzett bőrpróbák, vagy in vitro eljárások *negatív eredménye tehát távolról sem feltétlenül bizonyítéka annak, hogy a vizsgált gyógyszer iránti túlérzékenységgel nem kell számolnunk.* Jól ismert példa: biztosan penicillin-allergiásoknál penicillin-G-vel végzett bőrpróbák mindössze 26–28⁰/₀-ban pozitívak (több helyről származó vizsgálatok szerint is), míg ugyanezen egyéneknél a penicilloyl-polylysinnel végzett cutan próbák 75–80⁰/₀-ban adnak pozitív eredményt (de ezzel sem 100⁰/₀-ban).

Viszonylag problémamentes a *lokálisan*, a bőrre–nyálkahártyára alkalmazott gyógyszerek túlérzékenység verifikálása. A szokásos bőrpróbák (epicutan) jól és eredményesen használhatók; ugyanis ezekben az esetekben a verifikálás útja a sensibilizálás útjával teljesen azonos.

A gyógyszerérzékenység igazolásának említett nehézségeit az immunológiai *in vitro módszerek* tágulása és tökéletesedése sem küszöböli ki. Az alapfeltétel lényegében ezekkel kapcsolatban is az, hogy a *megfelelő antigen* rendelkezésünkre álljon. Még további feltétel pl. az immuncytológiai módszerekkel kapcsolatban, hogy az antigen a sejttenyészet mediumában oldódjon, de a sejttenyészetet primeren ne károsítsa. A modern vizsgálóeljárások sora tehát a gyógyszer-túlérzékenység verifikálását pontosabbá, megbízhatóbbá teheti ugyan, de az allergológiai-immunológiai laboratóriumokkal szemben a klinikus által oly sokszor támasztott igényt, elvárást teljesen nem, vagy csak ritkán elégítheti ki. *A verifikálásnak gyakorlatilag legmegbízhatóbb módszere volt és marad is: eliminatio és expositio logikusan társított, és a követelmények szigorú betartásával alkalmazott, kombinált eljárása, ami azonban kizárólag ezen feladatra megfelelően felkészült intézetben és mindenkor a legnagyobb körültekintéssel végezhető el.*

Pécsi Orvostudományi Egyetem II. sz. Belgyógyászati Klinika

Az allergiás vesebetegek gondozásának újabb szempontjai

GOFMAN LJUBOV, SÜLE TAMÁS, NÉMETH LÁSZLÓ,
SZILÁRD ISTVÁN és HÁMORI ARTÚR

Klinikánkon 1959 óta több mint 500 vesebeteget gondoztunk. Első eredményeinkről, a gondozás elvi és szervezeti kérdéseiről 5 évvel ezelőtt ezen a fórumon már beszámoltunk. Amint akkor jeleztük, anyagunk főleg a glomerulonephritis formaköréből és pyelonephritisből állt. Jelenleg gondozott betegeink többsége allergiás nephropathiában szenved.

Ismeretes, hogy az allergiás glomerularis laesiók gyógyításában immun-suppressioval érhetőek el a legjobb eredmények. Ugyancsak tartós immun-suppressiora szorulnak vesetranszplantált betegek is. Ez a terapia azonban a mellékhatások miatt igen komoly veszélyekkel jár. Az immun-suppressiv kezelés indicatioja felállításakor, a gyógyszeradagok megválasztásakor és a kezelés időtartamának a meghatározásakor a kórfolyamat aktivitását mesz-szeménőn figyelembe kell venni. Ezért fejleszteni kívántuk az immunolo-giai aktivitás diagnosztikáját.

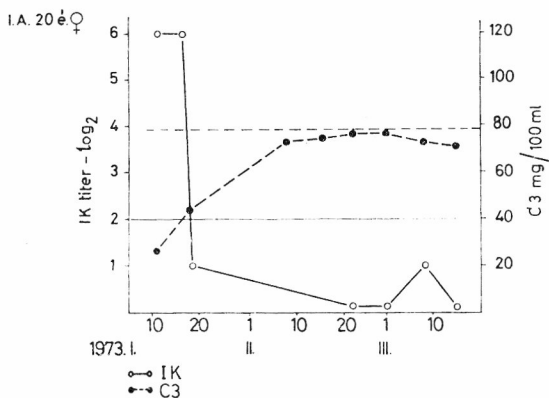
Az alkalmazott módszerek:

1. A serum-complement (CH_{50}) meghatározása *Lange* szerint;
2. A complement harmadik componensének (C3) meghatározása *Man-cini* szerint;
3. Az immunoconglutinin vizsgálata *Coombs* és *Coombs* szerint;
4. A glomerulus basalmembran-ellenes antitestek titerének megállapi-tása complement kötési módszerrel;
5. Leukocya-migratiós test *Soborg* és *Bendixen* szerint (antigen a so-lubilis glomerulus basalmembran).

A serum complement szint és a klinikai lefolyás között egészen szoros kapcsolatot nem láttunk, de az bizonyos, hogy tartósan alacsony comple-ment rossz prognosist jelent. Különösen LED nephritisre jellemző az ala-csony complement szint.

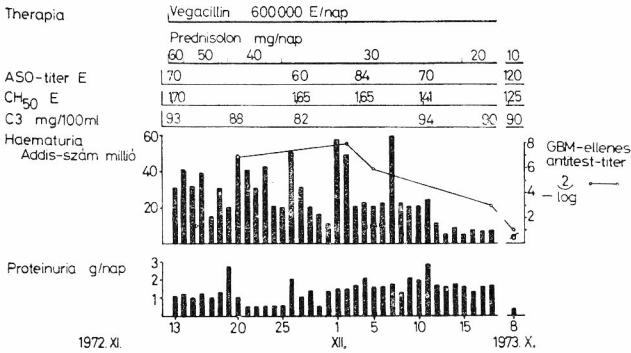
Az immunoconglutinin autoantitest az aktivált C3 és C4 ellen. Az im-munoconglutinin titer emelkedése szintén értékes jel az immunologiai akti-vitás megítélésben. Illusztratív példa: I. A. 20 éves nőbeteg. Szövetteni diag-nosis: membranoproliferatív glomerulonephritis. Az immunoconglutinin titer magas, a C3 szint alacsony volt, később az immunoconglutinin a normális értékre csökkent, míg a C3 szint megközelítette azt (1. ábra). Vizsgálataink szerint a két parameter változása nem mindig mutat ilyen párhuzamot.

Beteganyagunkban bizonyos összefüggést találtunk a persistáló glome-rulus basalmembran-ellenes autoantitest titer és a klinikai lefolyás között. Ezt szemlélteti következő betegünk: P. F. 18 éves férfi. Szövetteni diagnosis:



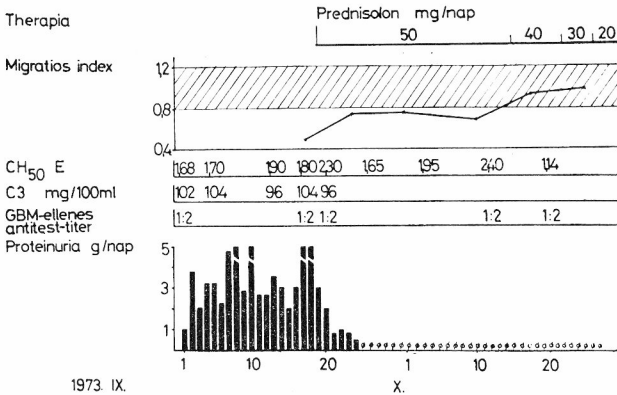
1. ábra

proliferatív glomerulonephritis. A klinikai aktivitási jelek mellett magas glomerulus basalmembran ellenes antitest-titert találtunk. Prednisolon terapiára a klinikai tünetek jelentősen javultak és az antitest-titer is normális lett (2. ábra). A módszer korlátait mutatja, hogy keringő autoantitesteket csak 5–8⁰/₀-ban sikerült kimutatni vesebeteg anyagunkban. Ez azzal magyarázható, hogy más immunológiai mechanizmus is mediálhatja a vesefolyamatot.



2. ábra

A cellularis immunitás szerepét csak szórványosan vizsgálták. Megfigyelésünk szerint a migrációs index, antigénként használva a solubilis glomerulus basalmembrant, indikátora lehet a cellularis szinten lejátszódó immunológiai folyamatnak. Erre példa Sz. I. 50 éves férfibetegünk. Szöveti diagnózis: minimal change. Prednisolon terapiára klinikai aktivitási tünetek visszafejlődtek, de a pozitív migrációs index még jelezte az immunológiai folyamat aktivitását. A prednisolon terapiát addig folytattuk, amíg a migrációs index nem normalizálódott. A vonalkázott terület a normális értékek tartományát jelzi (3. ábra).



3. ábra

Befejezésül bemutatjuk klinikánk nephrologiai ambulanciáján használatos új nyomtatványt, amely a korábbihoz képest az immunológiai vizsgálatokkal bővült (1. táblázat). Mint látjuk, a vizsgálatok úgy vannak összeválogatva, hogy választ kapjunk a kórfolyamat immunológiai és klinikai aktivitására, valamint a vese teljesítőképességére. A nyomtatvány hátlapján (2. táblázat) látható, hogy betegeink coagulációs statusát is rendszeresen figyelemmel kísérjük, mivel az alvadási zavar az allergiás vesebetegségek essentialis vonása. A szív állapotát EKG-val és BKG-val ellenőrizzük. Intenzív steroid therapia idején háromhetenként gyomorröntgen vizsgálatot végzünk.

VESEBETEGEK AMBULANS LAPJA

Név	Kor	Lakcím	Dátum
Anamnesis			
Fizikális vizsgálat			

Laboratóriumi leletek

RR	Vizelet:
Vvt-süllyedés	Fajsúly
CN	pH
Se-Na	Fehérje
Se-K	Esbach
Se-Cl	Donne
Se-cholesterin	Cukor
Vércukor	Addis-szám:
Se-összfehérje	vvt
LE-sejt	fvs
Papirelectrophoresis	cyl
Endogen creatinin clearance	Csíraszám
Se-creatinin	Antibiogram
ASO	Testsúly:
Serum-complement (CH ₅₀)	Haematologiai vizsgálat:
C3	Vvt
Immunoconglutinin	Hgb
GMB-ellenes antitestek titere	Haematocrit
Leukocyta-migratiós test	Fvs
	Qualitív vérkép
Capillaris resistentia	Coagulogram
Rumpel-Leede-phenomen	Euglobulin-lysis idő
Thrombocyta-functio	Thrombelastogram r. k. mE.

Electrocardiogram	
Ballistocardiogram	
Gyomorröntgen-vizsgálat	
Szemfenék	
Garat-leoltás	Orr-leoltás
Therapia	
Megjegyzés	

Összefoglalva: Allergiás vesebetegségekben a klinikai aktivitási tünetek mellett elengedhetetlen az immunológiai aktivitás rendszeres és árnyalt ellenőrzése.

*Baranya megyei Tanács Kórháza, Pécs, Belosztály,
és Megyei Kardiológiai Gondozó*

Adatok a szívinfarctuson átesett betegek rehabilitációjának kérdéséhez

**BOKOR ZSUZSA, BOHENSZKY GYÖRGY, MAROS MÁRIA
és SZABÓ RENÁTA**

A szívinfarctusban szenvedő betegek megfelelő kautélák mellett történő korai mobilizálása, majd a lehetőség szerinti mielőbbi rehabilitációja, ha sok vitát követően is, de már világszerte polgárjogot nyert. Számos fiziológus kísérleti adatai és nagyszámú beteganyagon nyert tapasztalattal rendelkező klinikusok véleménye szerint a tartós ágynyugalom többek között keringés-regulációs zavarokat, thromboemboliás és gastrointestinalis komplikációkat, valamint igen kedvezőtlen psychés tüneteket idéz elő.

A kérdés aktualitását bizonyítják azok a statisztikai mutatók is, melyek a myocardialis infarctus esetek számának növekedését és az ezzel párhuzamosan jelentkező egyéni és népgazdasági problémákat fejezik ki. Az új therapiás irányzat ezen okok miatt is olyan gyorsan fejlődött és oly sok kutatót készítetett állásfoglalásra, hogy ma már szinte nem lehet áttekinteni azon irodalmi adatokat, amelyek a betegek korai mobilizációját, ill. rehabilitációját javasolják.

Jóval kisebb azon közlemények száma, melyekben az összehasonlító lehetőségek figyelembevételével nyilatkoznak azon kérdésben, hogy hogyan zajlik le a kórkép a rutin diagnosztikán túlmenő vizsgálatok tükrében, hogyan alakul a rehabilitált betegek sorsa munkaképességük vonatkozásában, továbbá, hogy nem befolyásolja-e a korai mobilizáció a későbbi szövődmények létrejöttét.