

Plenck „zseniális” eszméje (5) az volt, hogy ezt az osztályozási rendszert a bőrgyógyászatra is alkalmazta, csak morfológiai kritériumokat, nyilvánvaló jellegzetességeket használt fel a bőrbetegségek elkülönítésére, semmiféle más osztályozási elvet nem követett. Így definiálja ő elsőként az elemi jelenségeket: a foltokat, a gennyhólyagokat, a hólyagcsákat, a hólyagokat, a göbcséket, a pörköket, a szarupikkelyeket, a bőrkeményedéseket, a kinövéseket, a fekélyeket, a sebeket.

Hozzáfűz tehát ehhez még 3 olyan betegségcsoportot, amelyet vagy a kórok, vagy a megtámadott szervrész alapján különít el, a *rovarok* okozta betegségek, a *körmök* és a *szőrzet* betegségei, kétségtelenül megbontja ezzel a nozológiai koncepciójának az egységét.

Könyve 5 új kiadást élt meg, lefordították latinra, olaszra, japánra is (8), *Plencknek* e művével kezdődött az a kor, amikor a bőrgyógyászatban már diagnózist lehetett felállítani, rendszerezni lehetett a bőrbetegségeket és racionális nozológiai érvényesülhetett abban.

Így tehát felismerték a morfológia fontosságát, kidolgozták a bőrbetegségek lényegesebb diagnosztikai kritériumait, és megteremtették az első olyan módszert, amelynek segítségével felismerhetők azok, több mint 2000 évvel aztán tehát, hogy már léteztek az alapvető bőrgyógyászati kifejezések. Egy olyan diszciplínánál, amely szemmel látható elváltozásokat vizsgál, különös jelenség a diagnosztikai elvek ily késői megszületése, ugyanakkor nagy vívmány a medicinában, amely már a felvilágosodás racionális gondolkodásmódja javára írható.

IRODALOM: 1. *Blunt, W.*: Linné, Belin, Paris, 1986. 2. *Brodier, L.*: J. L. Alibert, Médecin de l'Hopital Saint-Louis, 1768—1837, Maloine et Fils Paris, 1923. — 3. *Darier, J., Civatte, A., Flandrin, A., Tzanck, A.*: Nouvelle pratique dermatologique, tome 1. Masson et Cie, Paris, 1936. — 4. *Holubar, K., Frankl, J.*: Joseph Plenck, 1735—1807: a forerunner of modern european dermatology. J. Am. Acad. Dermatol., 1984, 10, 326. — 5. *Lane, J. A.*: Joseph-Jacob Plenck, 1738—1807. Arch. Derm. Syph., 1933, 28, 193. — 6. *Linné, C.*: Systema naturae. Editio secunda. Apud G. Kiesenwetter, Stockholm, 1740. — 7. *Plenck, J. J.*: Doctrina de Morbis Cutaneis. Qui hi morbi in suas classes, genera et species regiduntur. Apud Rodolphum Graeffer, Vienna, 1776. — 8. *Radbill, S. X.*: Pediatric dermatology: chronologic excursions into the literature. Part III: Dermatologic texts. Int. J. Dermatol., 1987, 26, 394.

Gérard Tilles dr.,
Daniel Wallach dr.
(Paris)

(Fordította Nagy Gyula dr.)

Megjegyzés a korrektúráról: A közlemény megírása óta eltelt időben az említett cikkekben foglaltak könyv formájában is napvilágot láttak: G. Tilles: La naissance de la dermatologie (1776—1880), 320 oldal, 90 színes kép, Dacosta Kiadó, Paris, 1989. A „bőrgyógyászat évszázadának” Plenck híres műve megjelenésétől Ferdinand Hebra haláláig terjedő időszakot számítja a szerző, amely eltelte alatt megszületett és felnövekedett a modern értelemben vett dermatológia.

Szerkesztőségi megjegyzés. Még csak néhány éve, hogy a magyar Frankl József és az osztrák K. Holubár professzoroknak sikerült kideríteniük, hogy Plencknek az összes forrásokban szereplő 1739-es születési adata téves, a helyes évszám: 1735. Ez az Orvosi Hetilapban 1987-ben jelent meg. (Frankl J.: Plenck J. J... 1987, 128, 8, 420)

Az elkerülhető, idő előtti halál megelőzése

„Felix qui potuit rerum
cognoscere causas”
(Vergilius)

A Korányi Sándor Társaság azért alakult, hogy az egyre kisebb részletekre specializálódó orvosi kutatási irányokat a mindennapi gyakorlat és az ember egészségének társadalmi és szociális szemlélete érdekében összefogja. Az idei nagygyűlésre — 1991. február 15-én — a társaság Petrányi Gyula professzor, akadémikus javaslatára a minden orvos és orvosi szakma legjelentősebb, társadalmi célszerűségében leghasznosabb feladatát: a megelőzést, ezen belül annak végső célját, az idő előtti halál megelőzését, kivédését választotta.

Az ember szellemi fejlődése kb. 30—40-es éveire érik be és — bár utódlási(fajfenntartó) képességét a nők klimaktériuma behatárolja —, az egészséges biológiai élet tartama — genetikailag determinált különbségekkel — 90—120 évre tehető. Nemcsak a költség/haszon (cost/benefit) arányt tekintve, de humanitáriusan is óriási pazarlás, ha egyre többen éppen csak beérve távoznak az élők sorából.

Aki megszületett, annak meg is kell halnia. Bár folynek kísérletek az élet fiziológiás végső határának a meghosszabbítására — a sejt-órak ketyegésének a késleltetésére —,

mégis az, amire reálisan törekedni lehet, az a *biológiai korhatár előtti*, „*idő előtti halál*” (untimely death) kivédése.

Természettudományi ismereteink fejlődésével világossá vált, hogy a *megelőzés* nem egy-egy orvosi beavatkozás, hanem az ún. primer és szekunder prevención kívül *állandó folyamat*. Beletartozik számos tényező a megfogamzástól, a prenatális „genetic screening”-től a sikertelen reanimációig. Feladata, hogy kutassa, kivédje a halál idő előtti bekövetkezésének feltételeit, a rizikótényezők és kezelhető okok (manageable causes) láncolatában az idő előtti halált kiváltó „végső” okot.

Ebben a szemléletben minden orvosi ténykedés a megelőzést szolgálja, így a gyógyítás is azzal, hogy megelőzi a szövődményeket és a költséges, hosszadalmas rehabilitációt, utóbbi pedig azzal, hogy kivédi a rokkantságot, a fiatalkori nyugdíjba kényszerülést, a testi-szellemi elnyomorodást, amelyben a *várható halált* már könyörületes megváltásnak szokás mondani. Ehhez képest szokás — relative per se — a *váratlan hirtelen halált* szépnek mondani, pedig hát mindkettő törekvéseink és tudományunk csődje.

Témaválasztásunk aktualitását aláhúzza, hogy hazánk-

ban az idő előtti halálozás nagyon nagy és arányában messze meghaladja a nyugat-európai átlagot. Még ezen belül is rossz orvosainké (l. az O. H. „Halottaink” rovatában az életkorokat).

Az Egészségügyi Világszervezet (EVSZ, WHO, OMS), ill. a World Health Assembly 1977 májusában meghirdette az alapmegelőzést szolgáló „Egészséget mindenkinek 2000-re” felhívását. Hamar kiderült azonban, hogy ez hiú ábránd, és az EVSZ Európai Regionális Irodája már 1983-ban bejelentette, hogy az elképzelés számos okból veszélyben van. A fő ok azonban nyilvánvalóan az, hogy *egyrészt* a nyomorban lévő afrikai és más országok kormányai nem is csekély jövedelmüket lakosságuk ellátása helyett fegyvervásárlásokra és háborúskodásokra pocsékolják, *másrészt* pedig, hogy még a leggazdagabb kultúrnemzetek sem képesek megküzdeni a környezetszennyezéssel, a mai háborúk embervesztését meghaladó gépjármű-balesetekkel és egy összefoglalóan „*életmód betegség*” („lifestyle disease”) diagnózissal, melynek összetevői: a dohányzás, az alkoholizmus, kábítószerélvezet, farmakofágia, túltápláltság, túlhajszoltság, szuicídium, gyilkosságok (az USA-ban minden 27. fekete férfi gyilkosság áldozata), szex-aberrációk...

Justinianus keletrómai császár életkilátási statisztikákat készíttetett és ezekből kiderül, hogy a múlt század végéig, tehát kb. 1300 éven át nem volt javulás. Ekkor kezdett javulni a csecsemőhalandóság, századunk közepétől a gyermekkori fertőző betegségek és a huszonévesek tbc halálozása szorult vissza, ezzel az átlagéletkor jelentősen meghosszabbodott, de alig javultak a 40–60 évesek kilátásai, hogy a 80. életévüket megérjék.

A váratlan és idő előtti halál szempontjából a legveszélyesebbek a *hosszú ideig panaszmentes „néma”* — „*silent*” betegségek, mint az atherosclerosis és a rosszindulatú daganatok, a tudományok fejlődésével azonban egyre több az olyan diagnosztikai eljárás, melyekkel az epidemiológiai adatok alapján életkor- („age”), sex- és terület- („area”)-specifikusan egyre gazdaságosabban noninvasíve kiszűrhetők és ezzel gyógyításukra, progressziójuk gátlására egyre nagyobb a siker reménye.

A társadalom egészségének szervezett védelme (health care, medical care) sokoldalú állami feladat, erre létesült intézményrendszerrel, melynek tárgya és célja a legcsodálatosabb, de egyben a legbonyolultabb, az ember, az egyén és család lakóhelyi, munkahelyi és szociális környezetével. A feladat általában szintekre osztható. A földszint az *egészségügyi alapellátás* a sokoldalúan összeszövődő közegészségügyi — gyógyító — megelőző — gondozó — munkaképességet elbíráló tevékenységével. Az első emelet a *Rendelőintézet-Kórház*. A második emelet a *szuperspecializált* kutató-oktató-továbbképző és országos szakintézetek. A gúla csúcsa, a *rendszer feje az irányító-finanszírozó kormány-szerv*, mely adminisztrációjával, törvénnyel, rendeletek, utasítások könyvtárnyi halmazával az egésztest ideg- és érrendszerként átfogja. Rendkívül fontos a *szintek közti kapcsolat és kiszolgáló apparátus*: mentőszolgálat, gyógyszergyárak, gyógyszerárak, a fizioterápia különböző módjai stb., azután a külső segítők, mint pl. a Vöröskereszt, végül a *nemzetközi összefogás* a maga szervezeteivel, ajánlásaival.

Az idő előtti halál megelőzése — elhárítása szempontjából minden szinten található hibák, elégtelenségek. A kiemelkedően legtöbb és legjelentősebb hibát az emberek követik el nemtörődomségükkel, indolenciával; nem veszik igénybe a nem kötelező,

de az érdekükben ajánlott szűrővizsgálatokat; tünetek semmibevétele — türesem; babonák; megtevesztő reklámok és félretájékoztatottság az ún. médiák (rádió, tv, sajtó) részéről, és a már említett életmódhibák. Az *alapellátás* (primary care) részéről hiba lehet az orvosképzésben, -továbbképzésben, rossz lehet az orvos-beteg-család kapcsolat, hiányos a gondozás (follow up), sok a polipragmázia és iatrogen ártalom stb. A *RI-Kórház hibái*: túlszűfolttság, rossz általános higiéné, sok beteg WC-mosdó-fürdő-fekvőhely szempontjából rosszabb körülmények közé kerül, mint az otthonában volt; nosocomialis infekciók; ápoló- és takarítónőhiány; ellátási hiányok a munkaszüneti napokon; kórlapok hiányos vezetése; rossz beutalási rendszer; rossz kapcsolat a rendelőintézzel, alapellátással, konziliáriusokkal stb. A *specializált* legfelsőbb szinteken nálunk elsősorban a felszerelési hiányok a jellemzők: tudni, hogy mit kellene tenni, de nincs mivel. A *legfelsőbb irányítás* túladminisztrált, bürokratikus, kezdeményező és szervezőképessége hiányos; túri az egészségre nevelés hiányosságait; milliókat költ valutában egyes betegek — gyakran reménytelen — külföldi kezeltetésére, amikor ebből itthon sokak számára lehetne ilyen gyógymódokra felkészülni és berendezkedni; alig reagál téves és káros irányzatokra a különböző médiákban (rádió, tv, sajtó) stb. stb. ... igaz, hogy az egészségügy finanszírozására keveset kap a nemzeti jövedelemből, de azzal is gazdálkodhatna értelmesebben...

Az egyes országok egészségügyi rendszerei és ezek teljesítményei különbözőek és különböző az is, hogy a nemzeti össztermék (GNP) hány %-át fordítják az egészségügyre — nevelésre — népjólétre (HEW = health — education-welfare). *Az hatékonyság összehasonlító lemerésére legjobban éppen az elkerülhető, kivédhető, de ennek ellenére mégis bekövetkező halálozás mértéke szolgál.*

A megelőzés szempontjából a halálozás epidemiológiáját a következőképpen érdemes csoportosítani:

1. Elkerülhető halál: halálozás megelőzhető, kivédhető, kezelhető okok, körülmények, betegségek következtében, amelyek miatt manapság már nem volna szabad meghalni (preventable and manageable causes, diseases).

2. Halálozás, melynek kivédése a fenyegetés diagnosztizálhatósága idején ma még a gyógyítás jelenlegi teljesítő-képességét meghaladja és megelőzési lehetőségei is nagyrészt ismeretlenek.

3. Végül halál az emberi élet biológiailag programozott végső határideje körül.

Az elkerülhető halál, mint az egészségügyi szolgálatok minőségének, teljesítő-képességének a mértéke, jól kiválasztott ún. „index” vagy „indikátor” körképek halálozásával jellemezhető. Előzetes törekvések (Rutstein, Charlton) után a legjobb európai összefoglalás erre a Commission of the European Communities (EC) Health Services Research Series keretében *W. W. Holland* szerkesztésében 1988-ban megjelent „*European Community Atlas of Avoidable Death*”, melyben az értékeléshez a következő körképek szolgáltak (ICD8 = BNO kódszámokkal pontosítva): *TBC, méhnyak-rák, Hodgkin-kór, rheumás szívbetegségek, légzőszervi betegségek — asthma, appendicitis, hernia abdominalis, cholecystitis — cholelithiasis, hipertenziós és cerebrovascularis körképek, maternális és perinatális mortalitás.*

Bár az összeállítás vitatható és talán 1–2 körképpel még bővíthető lenne, orvosok számára nem szorul magyarázatra, hogy milyen jól megfontolt ez a minőség-index összeállítás, amely még az egyes országokon belüli areák

közti különbségek monitorozására is alkalmas. Fontos az is, hogy nem vettek föl az egészségügyi kvalitás-indexek közé olyan halálokokat, mint a tüdőrák, májcirrózis és gépjármű, mert ezek halálozásáért — megelőzhetőségéért sokkal inkább életmódtényezők (cigaretta, alkoholizmus stb.) a felelősek. Sok idő előtti, elkerülhető halál ugyanis nemcsak az időbeni megfelelő egészségügyi beavatkozások elmulasztására, hanem sokkal inkább sok nem egészségügyi intézkedés hiányának a terhére róható. Szerencsére 1988-ban még nem tartoztunk Európához, mert nem bírjuk el az összehasonlítást, de nagyon-nagyon itt az ideje, hogy a kormányzat a mulasztásait pótolja.

A halálozási statisztikák összeállítása természetesen a statisztikai hivatal szakfeladata, valamint az eredmények feldolgozása és közreadása a nemzetközi kívánalmaknak megfelelően, de az már az egyes kórképek, korcsoportok orvosszakértőinek a feladata, hogy a mai katasztrofális halálozási helyzetünkben a teendőket megállapítsák, össze-

foglalják és ezekre az egészségügy minden szintjén a sürgősséget meghirdessék. Cavete! Vigyázat: életveszély!!! Periculum in mora!!! Az elsőség a két fő gyilkost illeti meg *orvosilag*: a cardiovascularis és a malignus neopláziás halálozást, ezek kivédését — késleltetését, abban a reményben, hogy a gyógyítás módszereinek a tökéletesedése még előben éri utol a ma még halálos betegségeket.

IRODALOM: 1. *Vergilius*: Georgica II. 490. — 2. *Justinianus*: cit. Petrányi Gy.: Az öregedés és az öregség problémái a belgyógyászatban. M. Belorv. Arch., 1954, 7, 33. — 3. *Charlton, J. R. H. et al.*: Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales, Lancet, 1983, I, 691. — 4. *Rutstein, D. D. et al.*: Measuring the quality of medical care: sec. revision of tables and indexes. N. Engl. J. Med. 1980, 302, 1146. — 5. *Holland, W. W.*: European Community Atlas of Avoidable Death. Oxford Med. Publ., 1988.

Petrányi Gyula dr.

LIPOIC ACID Lipotropicum drazsé Hepatoprotectivum

ÖSSZETÉTEL

1 drazsé 25 mg acidum thiocticumot tartalmaz.

HATÁS

A liponsav a piroszólósav és más alfa-ketosavak oxidatív dekarboxilezésében kofermént funkciót tölt be. Központi helyet foglal el a szénhidrát-, fehérje- és zsírsanyagcserében, előnyösen befolyásolja a koleszterin-anyagcserét.

Detoxikáló hatású nehézfémek és altatószerek okozta mérgezésekben.

Gyorsan felszívódik és kiválasztódik a szervezetből, kevéssé toxikus.

JAVALLATOK

Terápiás és profilaktikus céllal:

lezajlóban levő akut hepatitis,
krónikus perzisztáló hepatitis,
toxikus (alkoholos) májkárosodás,
májcirrózis inaktív stádiuma,
polyneuropathia diabetica.

Forgalomba hozza: HUNGAROPHARMA



ADAGOLÁS

Orálisan, étkezés után naponta 2–3-szor 25–50 mg, 20–30 napon keresztül.

A folyamatos kezelés időtartama függ a betegség súlyosságától és lefolyásától.

A kúrát szükség esetén 1–6 hónapon keresztül lehet folytatni.

MELLÉKHATÁSOK

Orális adagolás hatására esetleg gyomorégés, émelygés jelentkezhet, amelyek a dózis csökkentésével vagy a kezelés félbeszakításával megszűnnek.

FIGYELMEZTETÉS

Ambuláns beteg laboratóriumi ellenőrzése szükséges.

RENDELHETŐSÉG

Drazsé: Csak vényre adható ki, egyszeri alkalommal. Az orvos csak akkor rendelheti, ha azt a területileg, ill. szakmailag illetékes fekvőbeteg-ellátó osztály, szakrendelés (gondozó) szakorvosa javasolja.

CSOMAGOLÁS

100 drazsé.

Információ: MEDEXPORT Iroda

1055 Budapest V., Balassi Bálint u. 25.

Telefon: 1-122-867, 1-316-531. Telefax: 131-65-31

Exportálja: V/O MEDEXPORT USSR, Moszkva

A SPRINGER KÖNYVSZALONBAN (Budapest, VII. Wesselényi u. 28.,

Tel.: 251-5755) kapható, illetve megrendelhető:

— **Siewert, J. E. et al.:** **CHIRURGISCHE GASTROENTEROLOGIE.** 2. vollst. überarb. u. erw. Aufl. 1990. 1816 S. 1185 Abb. In 3 Bänden. (DM 798,—) 35 910,— Ft.