

## Diabetológia

**2-es típusú diabeteses betegek glykaemiás kontrolljának és cardiovascularis eredményeinek utánkövetése (Follow-up of glycemic control and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes)**

Hayward, R. A., Reaven, P. D., Wiitala, W. L., et al. (Dr. R. A. Hayward, Robert Wood Johnson Foundation Clinical Scholars Program, 2800 Plymouth Rd., North Campus Research Complex, Bldg. 10, Rm. G016, Ann Arbor, MI 48019-2800, Amerikai Egyesült Államok; e-mail: rhayward@umich.edu): **N. Engl. J. Med.**, 2015, 372(23), 2197–2206.

A „Veterans Affairs Diabetes Trial” már korábban megjelent eredményei azt mutatták, hogy 1791 háborús veterán esetében (átlagos követési idő 5,6 év) az intenzív vércukorcsökkentés – összehasonlítva a standard terápiával – nem mérsékli szignifikánsan a nagy cardiovascularis események arányát. Ebben a tanulmányban e vizsgálat utánkövetésének eredményeit ismertették.

A veteránok többségét a központi adatbázis, a hospitalizációs adatok, illetve további felmérések segítségével figyelték meg. Az elsődleges végpont az első nagy cardiovascularis esemény (myocardialis infarctus, stroke, új vagy progrediáló congestív szívbetege, ischaemiás gangraena miatti amputáció vagy a cardiovascularis betegséggel összefüggő halál) volt. A másodlagos végpont a cardiovascularis mortalitás és az összmortalitás volt.

Az átlagos utánkövetés 9,8 év volt. Az intenzív kezelési csoportban az elsődleges végpont előfordulási aránya szignifikánsan alacsonyabb volt a standard terápiás csoporthoz képest (95% CI: 0,70–0,99;  $P = 0,04$ ). Ez 8,6 nagy cardiovascularis esemény-különbséget jelent 1000 betegre vonatkoztatva. Ennek ellenére két csoportnál a cardiovascularis mortalitás (95% CI: 0,64–1,20;  $P = 0,42$ ) és az összmortalitás (95% CI: 0,89–1,25;  $P = 0,54$ ) előfordulása között nem volt lényeges különbség.

Ábel Tatjana dr.

## Kardiológia

**A kardiális rehabilitáció Japánban (Current state of cardiac rehabilitation in Japan)** Goto, Y.

(Department of Cardiovascular Medicine, National Cerebral and Cardiovascular Center, 5-7-1 Fujishiro-dai, Suita, Osaka 565-8565, Japán, e-mail: ygoto@hsp.ncvc.go.jp): **Prog. Cardiovasc. Dis.**, 2014, 56(5), 557–562.

Japánban a cardiovascularis halálozás 2009-ben 38/100 000, Koreában 37, míg az Amerikai Egyesült Államokban 128, Kanadában 123, Németországban 110 – de emelkedőben van a szíveredetű halálozás, míg a stroke-mortalitás csökken az 1960 körüli 180-as csúcstről 100/100 000 körülire. Az idősödő japán lakosság korhoz illesztett halálozása 1980-tól 50-ről 30/100 000-re csökkent 2006-ra – a vérnyomás és a dohányzás csökkenésével. Mindemellett még mindig sok a dohányzó japán, és a koleszterinszint az 1960-as évektől 3,9-ről 5,1-re nőtt a férfiaknál, és hasonló mértékű a glükóztolerancia, az obesitas gyakoriságának emelkedése.

Az infarktus-előfordulásról két népességi és három kórházi adatbázisuk van, amelyek a növekvő gyakoriságot mutatják a ’60-as évektől, de 2000 után megfordulni látszik a tendencia – akárcsak Koreában. Ez ellentmond a rizikófaktorok sokasodásának, talán az aszpirin és a statinok hatását tükrözi.

A rehabilitációt AMI, PCI, CABG, angina, szívelégtelenség eseteiben fedezi a biztosítás, az eseményt követő 5 hónapon belül, 70 éves kor alatt 70%-ban, e feletteknek 90%-ban. Egy alkalom így a betegnek 18, illetve 6 dollárjába kerül. A CR csak egészségügyi intézményben végezhető, ahol teljes időben elérhető gyakorlott kardiológus-sebész; legalább két gyakorlott fizioterapeuta vezeti a CR-t, csak e célra szolgáló helyiségben, és lehetőség van operatív-katéteres beavatkozásra. Ezek a túl szigorú kritériumok korlátozzák a rehabilitáció terjedését.

Először 2004-ben mérték fel Japánban a rehabilitációt, 859 kórházat kérdezve, majd 2009-ben megismételték a

felmérést. A kórházak 55–64%-ában volt bennfekvő és 9–21%-ában ambuláns rehabilitáció. Átlagban évi 600 koronarográfiát, 200 PCI-t végeztek, évi 60–65 AMI-beteggel láttak el 15–19 napos bennfekvés során. A regisztrált CR-helyek száma egy nő, 2005-től 186-ról 608-ra hat év alatt. PCI-t viszont 1240 intézetben végeznek. Az Amerikai Egyesült Államokban 2621 helyen folyik főleg ambuláns kardiális rehabilitáció. Japánban nincs is küldő rendszer, hiszen az AMI-t ellátó helyen zajlik a rehabilitáció – ha van. A becslések szerint a betegek 3,8–7,6%-a kerülhet rehabilitációra. Hasonlítással a rehabilitáltak aránya az Amerikai Egyesült Államokban AMI után 35%, CABG után 31%, Kanadában 41%; az Egyesült Királyságban AMI után 29%, Franciaországban 23% a rehabilitáltak aránya.

(Ref.: Teendők: A japánokra specifikus rizikóstatus jobb megismerése, az optimális edzés módok keresése, különösen az igen idős emberek számára, a rehabilitációra küldés megszervezése, a mozgásprogram élethosszig tartó fenntartása.)

Apor Péter dr.

## Szülészet-nőgyógyászat

**Az echogén tüdőelváltozások és a magzati hydrothorax jelenlegi kezelésének áttekintése és kimenetelének adatai**

(Review on current management and outcome data of echogenic lung lesions and hydrothorax of the fetus) Degenhardt, J., Kohl, T., Enzensberger, C., et al. (Department of Obstetrics and Gynecology, Justus-Liebig University, 35385 Giessen, Németország): **Z. Geburtsh. Neonatol.**, 2013, 217(6), 204–210.

A leggyakoribb tüdőfejlődési rendellenességeknek a magzat fejlődését illetően kedvezőtlen a prognóza a funkcionáló tüdőparenchyma hiánya vagy a tüdőhypoplasia miatt. Az ultrahangkészülékek tökéletesítése lehetővé tette a cysticus adenomatoid malformatio, a hydrothorax, a broncho-

pulmonalis sequestratio és a magas légúti elzáródás következményének kimutatását.

A bronchopulmonalis sequestratio (BPS) olyan nem funkcionáló tüdőszövet, amelynek nincs tracheobronchialis összeköttetése, és független vérellátását az aortából kapja vagy ritkábban a tüdőartériából egy aberráns ér látja el. A BPS-nek van intra- és extralobalis alakja. Az intralobalis a gyakoribb, és a normális tüdőszövetben helyezkedik el. Az extralobalisnak külön pleurája van, bal oldalon helyezkedik el a mellkason belül vagy a rekesz alatt. Az intrathoracalis homogén echogén árnyékot adva különül el a körülvevő tüdőszövetről. Világrajövetel előtt nehéz a két alakot elkülöníteni. A BPS 6–10%-a egyoldali pleuralis effúzióval társul. Ilyen esetekben hydrops

foetalis következhet be kedvezőtlen terhességi kimenetellel. A BPS antenatalis kimenetele függ az elhelyezkedéstől és a hydrops jelenlététől. A pleuralis effusio és a mediastinum eltolódása a tüdőhypoplasia miatt kedvezőtlen kimenetelű. A folyamat progressziója hydrops foetalisba perinatalis halálózással társul, ezért méhen belüli beavatkozás indokolt. Polidicanolinjekciók, ultrahangvezérelt lézeres artériaelzárás, thoracocentesis vagy thoracoamniális sönt jöhet számításba. A BPS praenatalis kezelésénél kulcskérdés a hydrothorax jelenléte vagy hiánya.

A congenitalis cystás adenomatoid malformatio (CCAM) ritka fejlődési rendellenesség: sok cisztás képlet van a magzat mellkasában. A mikrocisztás alak szolid

echogén képlet. A makrocisztás forma egy nagy, folyadékkal telt ciszta vagy többszörös, 5 mm-es átmérőnél nagyobb tömlő. A CCAM rendszerint egyoldali és egy lebenyben fordul elő. Vérellátását egy tüdőartéria biztosítja. A betegség lefolyása a hydrops jelenlététől vagy hiányától függ. Az esetek 15–20%-ában a CCAM nagysága csökken, más adatok szerint 50%-a eltűnik. Hydrops esetén a magzatok mindegyike elhal. A vascularis ablatio sikere 100%-os, az interstitialis 25%-os. Ha a betegnek tüneteinek vannak, a postnatalis műtét az első életévben javallt.

*Jakobovits Antal dr.*

## A rendezvények és kongresszusok híryanagának leadása

a lap megjelenése előtt legalább 40 nappal lehetséges, a 6 hetes nyomdai átfutás miatt.  
Kérjük megrendelőink szíves megértését.

A híryanagokat a következő címre kérjük:  
**Orvosi Hetilap titkársága: Budai.Edit@akkrt.hu**  
**Akadémiai Kiadó Zrt.**

*Tulassay Zsolt (szerk.):*

## A belgyógyászat alapjai, 1–2.

5. átdolgozott kiadás  
Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2015

### Gondolatok egy szakkönyv megjelenése kapcsán

Régi szólásmondás szerint egy írásmű szerzői munkájuk során kétszer örülnek, először a gondolat megszületésekor, másodszor akkor, amikor az olvasó kezébe kerül a létrehozott szellemi termék. A két esemény közötti idő a tudatos és a következetes munka folyamata. „A belgyógyászat alapjai” monográfia megjelenésére ez különösen igaz lehet. Az olvasó a *Tulassay Zsolt* szerkesztésében megjelent mű bővített, 5. kiadását veheti a kezébe. A két kötet terjedelmes anyagot foglal magában. A 18 fejezetből és 179 alfejezetből álló szakkönyv 2261 oldal terjedelmű. Az egyes fejezeteket más-más szerkesztő jegyzi. A szerzők száma is figyelemre méltó: 186. A fejezetek tartalmi sorrendje: 1. Bevezetés a belgyógyászatba. 2. A belgyógyászati kórisme elemei. A betegségek tünetei és vizsgálati módszerei. 3. A genetikai tényezők a belgyógyászati betegségekből. 4. Fertőző betegségek. 5. A szív betegségei. 6. Hipertónia és érbetegségek. 7. A légzőrendszer betegségei. 8. Az emésztőrendszer betegségei. 9. A vese és a húgyutak betegségei. 10. Immunológia. 11. Vérbérlő rendszer betegségei. 12. Endokrin rendszer betegségei. 13. Anyagcsere-betegségek. 14. Daganatos megbetegedések. 15. A vészes állapotú betegek. 16. Mozgásszervi betegségek. 17. Határterületi kérdések. 18. Laboratóriumi elkülönítő kórisme. Függelék a klinikai toxikológiai és szerológiai vizsgálatok referenciataimányairól, a Rövidítések magyarázata, valamint a Tárgymutató zárják a monográfiát. A szerkesztők és a szerzők az 5. kiadásban is következetesen arra törekedtek, hogy a szakmai ismeretanyagot jól áttekinthető és megfelelően tagolt formában adják közre. A terjedelmes tudásanyag szakmai feldolgozása minden valószínűség szerint csak a szerkesztők és a szerzők zavartalan együttműködésével valósulhatott meg. Következésképpen ez nem lehetett egyszerű feladat, mert a belgyógyászat bizonyosan ma is az orvostudomány egyik legvibrálóbban és legprogresszívebben fejlődő ága. A tartalmi mondanivaló súlyozása és kiemelése előnyösen

segítik a kórképek folyamatainak és összefüggéseinek áttekinthető megértését. Az egyes témakörök szerzői a fontos elméleti anyagot úgy tárgyalták, hogy sikerült megtalálni az elmélet és a gyakorlat helyes arányát. Az új szakmai ismeretanyag rendezett közreadása a bizonyítékokra alapozott gyógyítás alapelveire épült.

A magyar nyelvű orvosi szakirodalom szükségessége és létjogosultsága nem kérdéseljezhető meg. A magyar belgyógyászatnak, jól tudjuk, jelentős hagyományai vannak. A különböző korszakokban változó, elsősorban nyugati, német, majd angol-szász eszméáramlatok gazdagították. A magyar belgyógyászat művelői korábban a 2. bécsi iskolán nevelődtek, Bene Ferencről Korányi Frigyesig. A munkásságukkal méltók voltak az alapítók iskolájához. Az is tény, hogy Korányi Sándor, aki a modern kísérleti-élettani alapozású belgyógyászat és vesekörtan nemzetközi híré mestere volt, létrehozta az úgynevezett magyar iskolát. A magyar belorvostan fejedelmének keze alatt felnőttek azok a tanítványok, akik maguk is új, nemzetközi szinten mérhető szellemi műhelyeket hoztak és hoznak létre. A könyv szerkesztőjének, Tulassay Zsoltnak egyik kiváló mestere az a Magyar Imre volt, aki tanártársával, az európai híré Korányi-iskola hagyományait folytatva, a magyar belgyógyászatot az európai élvonalban tartotta. A múlt példái szükségszerűen kötelezik az utódokat arra, hogy magyar nyelvű tankönyvek is megjelenjenek. A monográfia szerzői ennek tettek eleget. A magyar nyelv ugyanis egyszerre egyéni, személyes és közösségi. A gondolatok kifejezésének és a társadalmi érintkezésnek eszköze. A magyar nyelven megjelent tankönyv nemcsak szakmai, hanem szellemi érték is. A monográfia írásmódja egységes az Orvosi helyesírási szótárt abban követve, hogy „Az egységes írásmód többet ér az ingatag egyéni ízlések sokféleségénél”. Számomra az nem lehet kérdéses, hogy a XXI. század elején nemzeti nyelven lehet-e vagy szabad-e monográfiát írni. A monográfia összességében a hagyományokra épülő, új ismereteket összefoglaló, kiváló szakmai tudással rendelkező közösség orvosi gondolkodásának szellemi alkotása.

Az egyetemi tanulmányaim során (1957–1963) a belgyógyászat hivatalos tankönyve Magyar Imre–Petrányi Gyula: „A belgyógyászat alapvonalai” (1959) volt. A belgyógyászati szigorlatra, illetve az államvizsgára akkor korszerű és kifogástalan tankönyvből jól fel tudtunk készülni. Az Előszóban a következőt olvashattuk: „A belgyógyászatot előadni, sem tan-

könyvben megírni nem lehet. A megfigyelés, a vizsgálat és a gyógyítás alapján végül is kialakult a betegre vonatkozó ismeretek összessége, a belgyógyászati tudás. E folyamatban a könyv segédeszköz, kiegészítője az előadásnak és a gyakorlatnak.” Akkor ez teljességében igaz lehetett és részben ma is az. Az orvostudomány nagyívű fejlődésével az úgynevezett tudásalapú információs társadalomban ez az ismeretanyag úgy minőségében, mint szemléletében és a gyakorlatban is szükségszerűen változott és folyamatosan változik. A gyógyítás korábban elfogadott tételei átalakulnak, megváltoznak. A hatékonynak minősített gyógyítás cselekvési irányai bővülnek. A tények és az új ismeretek állandóan gazdagodnak. Ma már biztos, hogy egyetlen orvos sem képes áttekinteni a belgyógyászat egészét a maga teljességében. Egyet kell tehát értenem a szerkesztő, Tulassay Zsolt megállapításával: „A kézikönyvek, monográfiák egyébként is csak kiindulási alapokat nyújtanak a belgyógyászati alaptudás elsajátításának és átélésének folyamatában.” Az orvosi gondolkodás egyik lényeges szókapcsolatát, a mondanivaló szakmai és eszmei tartalmát érhettem tetten. A monográfia eszmeiségében ez a kettősség folyamatosan megjelenik. Abból az olvasó levonhatja, hogy az orvosi átélés a tapasztalás eredménye, része az orvos szellemi tevékenységének. Ez a tény is befolyásolja és biztosítja a döntések helyességét. Az átélés tapasztalatából, a cél elérése érdekében le lehet vonni azt a következtetést, ami valójában biztosan benne van. Az átélés tehát képesség az események helyes kezelésére és így része az orvosi gondolkodásnak.

Az a meggyőződésem, hogy az olvasó számára a közöltnivalók összessége és a tudásanyag nagy mennyisége ellenére nem válik fölöslegessé. Azért merem ezt állítani, mert teljességében kinyitják az olvasó előtt a belgyógyászat tudásanyagának sokszínű gazdagságát úgy, hogy a tartalom befogadását feltételekkel teszik. Nem sürgetnek, ellenkezőleg, megfelelő alapozás utáni építkezésre ösztönöznek. Azt ugyanis valószínűleg jól tudják, hogy a világban mindennek, így a belgyógyászat alapjainak és az új ismeretek elsajátítási idejének is megvan a maga kihordási ideje, amit nem célszerű siettetni. Az olvasó a terjedelmes anyag felületes elsajátításának kockázatával saját jövőbeni csapdáját előre előkészítheti. Az kétségtelen, hogy a tudásanyag befogadása az olvasótól erőfeszítést, nagy türelmet és folyamatos figyelmet kíván. A monográfia és a fejezetek szerkesztése azért érdemel figyelmet, mert az olvasóra finoman rákényszerít egy meghatározott, az ismeretek

befogadásához szükséges tempót. A fejezetek szerkesztési módszere olyan környezetet teremt, hogy folyamatosan le tudja kötni az olvasó érdeklődését és a figyelmét. Azt hiszem, hogy aki cselekvően olvassa a rendszerbe foglalt monográfia fejezeit, az valószínűleg új szakmai alaptudás birtokába jut. A monográfia szellemi alapelve, hogy a szakmai feldolgozással egyidejűleg az orvosi gondolkodás eszmei sajátosságait is közreadja. Azokból indokoltnak tartok néhányat kiemelni, természetesen nem törekedve a teljességre. A gyakorló orvos tudása akkor válik a beteg érdekében végzett cselekvés részévé, ha az a beteg és betegség gyógyítását szolgálja. A gyógyítás folyamatában minden várható eseményt előre biztosan nem lehet megmondani. A tudás határait ajánlatos számításba venni, amit legjobban talán a következő hasonlattal lehetne szemléltetni: „Az orvosi tudás is csak egy aprócska, de nagyon fontos sziget az ismeretlen hatalmas óceánjában.” A megszerzése önmagában még nem szavatolja az orvossá válás tényét. A szakmai ismeretek mellett az orvos–beteg kapcsolatában egyidejűleg el kell sajátítani a kölcsönös bizalom elvének gyakorlati módszertanát. A kettő együtt teszi az orvost alkalmassá arra, hogy az embert és a betegségét egységben tudja szemlélni. A monográfiának ez az üzenete határozottan, mint általános szemlélet kerül kiemelésre. A jelentőségét az adja, hogy mélyreható tanulságokat hordoz. A belgyógyászat művelésének következetesen kialakított szemléletét, a cselekvés menetrendjét, a gyógyítás algoritmusát akkor lehet teljessé tenni, ha erről az egyes fejezetek meg is győznek – és az szervesen kapcsolódik az emberi élet etikájának és méltóságának teljes körű tiszteltéhez.

A szerzők terjedelmes csapata sokszínű gondolkodásra készíti az olvasót. A közös szándék egyértelmű, a célravezető, színvonalas magyar nyelvű belgyógyászati monográfia megalkotása sikerült. A figyelmes olvasó a szerzőkben kiváló személyiségeket ismerhet meg, akik mélyebb betekintést engednek az orvosszakmai tudásukba és gondolkodásukba. Az olvasó számára – függetlenül attól, hogy milyen szakterületet művel – tanulságos következtetések vonhatók le. Nekem, aki ennek a nagy terjedelmű tudományterületnek tulajdonképpen laikus ismerője vagyok, azt kell megállapítanom, hogy ennek ellenére mégis olyan általános gondolkodásbeli következtetések levonására kényszerítettek, amelyek, úgy ítélem meg, határozottan gazdagították orvosi gondolkodásom tartalmát.

A korunk orvostudománya egyszerre tár a gyógyító orvos elé széles körű lehetősé-

geket, ugyanakkor magas kockázatokat és veszélyeket is. A ma orvosának ismernie kell a folyamatosan alakuló etikai és jogszabályi környezetet. Az orvos a tudása megszerzése érdekében legyen fanatikus, a tárgyilagosság és egyidejű önképzés kényszerével. Az orvosi gondolkodást mindenekelőtt a tényeknek a szakma szabályai szerinti feldolgozása biztosíthatja. Az előrehaladást a helyes megoldáshoz vezető úton az ismeretek megszerzésének átgondolt fokozatossága teszi lehetővé. A teljes körű tárgyilagosság megszerzéséhez, úgy tűnik, tökéletes módszer nem áll rendelkezésre. A gyógyítás helyénvaló algoritmusával azonban jó esély nyílik arra, hogy az orvosi cselekvés lendülete a helyes irányba haladjon. A cselekvés útjának nehézkes, hit nélküli meghatározása általában idegen az orvosi gondolkodástól. A hit ugyanis önmagában nem pótolja a cselekvést, mert maga is annak része. Az orvos hitét a cselekvése valósítja meg. A hit akkor válik hatékonyá, ha gyakorlóját a beteg érdekében az eredményes cselekvésre bírja. A monográfia fejezetei arra is felhívják az olvasó figyelmét, hogy a betegség rendkívül bonyolult tud válni csupán azáltal is, hogy lefolyásának folyamatában történései egymásból, egymástól függetlenül is következhetnek. Az ok-okozati kapcsolat elemzése során azt a gyakorlatot kell folytatni, hogy a cél elérése érdekében csak a kapcsolatot bizonyító eseményeket lehet elfogadni. Az a megállapítás igaz tehát, hogy az okra akkora hatással van az okozat, mint amennyire az ok kiváltója az okozatnak. A határozott és energikus orvosi gondolkodásnak egyik fontos tulajdonsága a folyamatos kíváncsiság. A véleményemet a monográfia abban erősítette meg, hogy a tudás igazi forrása valójában nemcsak a kétkedés, hanem a kíváncsiság is. Az ugyanis lényeges ismérve az ismeretek megszerzésének és megújításának. Helyes orvosi gyakorlat, hogy az orvos időnként kérdőjelezze meg ismereteit, elsősorban azokat, amelyekben már hosszú ideje hisz, de azok idővel új ismeretanyaggal gyarapodtak. Az új ismeretanyagot indokolt a saját tapasztalatok megszerzéséig óvatosan kezelni. A helyes cselekvés gyakorlata akkor erősödhet meg, ha az új befogadást a tapasztalás már igazolta. Amennyiben a korábbi gyakorlat folyamatosan jól működik, akkor az az alkalmazhatóság mellett szól. Ugyanakkor önmagában egy elméleti vagy gyakorlati tapasztalat, azért nem tekinthető bizonyítottnak, mert azt korábban nem vonták kétségbe. A monográfia szerzőinek az az üzenete, hogy gondolkodjunk kritikusan,

cselekvő emberként és cselekedjünk gondolkodó emberként.

A monográfia egésze bizonyítéka annak, hogy napjaink orvostudományát a korábban soha nem látott ütemű fejlődés jellemzi. A folyamat jelentőségét tekintve részlegesen megváltozott a gyógyítás belső logikája. A gyógyító orvoslás a szakmák szerint tovább atomizálódott. A jellegében módosult az orvos–beteg kapcsolata is. A beteg aktív jogokkal és etikai elvárásokkal rendelkező résztvevővé vált. Az egyik kiindulási pont az lett, hogy a XX. század második felétől az orvos–beteg kapcsolatában az úgynevezett mellérendeltségi jogviszony alakult ki, amit a megbízási típusú szerződés és nem az eredménykötelem jellemmez. Az orvosi felelősség kérdése ebben az új szerkezetben szükségszerűen előtérbe került. A betegek jogainak sérelmét jogvédelem illeti meg. A jogrendszerünkben, az orvosi tevékenységgel kapcsolatban, bevezetésre került az elvárhatóság, a jogellenesség vizsgálata az egészségügyi rendszer működésében. A nagyívű fejlődés ellenére azonban egyre határozottabban tetten érhetők a hátrányok is, mint például az orvoslás szinte megállíthatatlan, külső okokra visszavezethető elszemélytelenedése, határozott tárgyiasulása. A fejlődés önkorlátját valószínűleg a robbanásszerűen emelkedő egészségügyi kiadások mellett az a tény is befolyásolhatja, hogy a gyógyítótevékenységet végzők fokozatosan új kihívások és igények teljesítésének kényszerével szembesülnek, biztos lépésekkel haladnak előre a teljesítőképesség határai felé. A társadalom számára az új elvárások teljesítésének biztosítása valószínűleg a legnagyobb kihívás. A belgyógyászat alapvonalai monográfia kikristályosodott szakmai, etikai és jogi ismereteken túlmegegy, mert a működéshez kapcsolódó erkölcsi háló normáinak összességét és az elvárható orvosi magatartást is tartalmazza. Az írott alkotás a belgyógyászati orvoslás úgy szakmai, mint foglalkozási szabályainak nagyívű összefoglalása, kézikönyv és egyetemi tankönyv.

A monográfia áttanulmányozása során mégis abban a hitemben erősödtem meg, hogy azok az orvosgenerációk, akik a mű objektív tartalmával azonosulni fognak, a társadalmi kihívásokra jó eséllyel találhatják meg a helyes megoldást. Ebben szinte biztos vagyok. Arra alapozom ezt, hogy a monográfia tartalmának minősége, a szerzők által bevitt szakmai és szellemi értékek együtt megadják majd az ehhez szükséges municiót és cselekvési szabadságot. A monográfia arra ösztönzi az olvasót, hogy maga tegyen szert folyamatos önképzéssel

az új ismeretek befogadására. A szerzők joggal bízhatnak abban, hogy az 5. kiadás is hatékony segítséget nyújt az egyre fokozódó, az egészségüggyel szemben támasztott társadalmi igények kielégítésére is. Ahhoz azonban a jelenleg rendelkezésre álló pénzügyi források nem látszanak elégségesnek. A monográfia szerkesztője, Tulasay Zsolt stílust adott. Márai Sándor szavai jutnak önkéntelenül eszembe: „A stílus eleven energia, amely a szavak médiumán át

érzékiesen lüktető érvelésekkel továbbít egy személyiséget.”

A monográfia érdekében végzett kitűnő csapatmunkáért köszönet illeti a Medicina Könyvkiadó mindazon munkatársait, akik részt vettek a magas színvonalú, esztétikus és kiváló kiállítású könyv létrehozásában. Természetesen e helyen is méltatni kell *Farkasvölgyi Frigyesné* vezérigazgatónak a monográfia megírásához nyújtott segítségét, így a jó ügyhöz való elkötelezett és

méltó buzgalmát. Az átdolgozott alkotás hasznos ismereteket nyújt mindazoknak, akik a belgyógyászati tudásuk további gyarapítását tűzték ki, így az orvostanhallgatók, szakorvosjelöltek és a szakorvosok számára biztos bázisanyagot nyújt. A monográfiát minden magyar orvos figyelmébe ajánlom, legyen az az orvosi pályafutásnak bármely állomásán.

Sótonyi Péter dr.

Az *Orvosi Hetilap* egyes számai megvásárolhatók a Mediprint Orvosi Könyvesboltban.

Cím: Budapest V., Múzeum krt. 17. – Telefon: 317-4948