

Hepatológia

A kávéfogyasztás védőhatása az össz-mortalitásra francia, HIV-HCV koinfekcióban szenvedő betegekben (Protective effect of coffee consumption on all-cause mortality of French HIV-HCV co-infected patients) Carrieri MP, Protopopescu C, Marcellin F, et al. (Aix Marseille Univ, INSERM, IRD, SESSTIM, 27 bd Jean Moulin, 13385 Marseille Cedex 5, Franciaország; e-mail: pmcarrieri@aol.com): **J. Hepatol.** 2017; 67: 1157–1167.

Korábban kimutatták, hogy a HIV-HCV koinfekció a májbetegség gyorsabb progressziójával jár. Mióta pedig a HIV-ben a hatékony ART-kezelés elérhető, a végstádiumú májbetegség gyakoribb oka a mortalitásnak, mint a HIV. A direkt ható antivirális szerek (DAA) a HCV gyors eliminációjához vezetnek, ami a májeredetű halálozást csökkenti HIV-HCV koinfekcióban. Mégis, a HCV eliminálása után az ilyen betegekben is fennáll a gyorsabb öregedés, a cardiovascularis szövődmények, daganatok és a diabetes okozta halálozás magas kockázata.

A kávéban található polifenolok májvédő sajátosságát, a napi 3 vagy több csésze kávé fibrosist gátló és inzulinrezisztenciát csökkentő hatását HIV-HCV betegekben is leírták. Azt is közölték, hogy az általános populációban a fenti kávé mennyiség elfogyasztása 13%-kal csökkentette az össz-mortalitást, a carcinoma és a diabetes kockázatát.

A szerzők HIV-HCV fertőzött betegek adatait elemezték a kávéfogyasztás hatására vonatkozóan. A vizsgált betegpopuláció átlagéletkora 49 év volt, 70%-uk férfi, iv. droghasználó 63%. A betegek 53%-a még nem kapott HCV elleni terápiát, 93% kapott ART-kezelést, 82%-ban nem volt kimutatható a plazmában HIV-RNS. A betegek 26,6%-a fogyasztott naponta ≥ 3 csésze kávé (51%-a ennél kevesebbet).

A 2005 és 2014 közötti periódusban a programba bevont 1028 beteg közül 77 halt meg; az átlagos követési idő 5 év, a mortalitás aránya 1,64%/év volt. A meghaltak 42,8%-ában HCV-eredetű (köztük 14,3% HCC okozta) volt a mortalitás, míg az AIDS-szel kapcsolatos 10,4% volt. Az egyéb okok között cardiovascularis betegség, öngyilkosság, gyógyszer-túladozolás, légúti betegség szerepelt, és 14%-ban ismeretlen volt a halál oka.

Eredmények: Multivariáns analízis alapján a jelentős mennyiségű kávé fogyasztók mortalitáskockázata 50%-kal csökkent (HR: 0,50), a HCV-t eliminálókban ez az arány 80% volt (HR: 0,20). A kockázat csökkent a HCV miatt kezelt, de nem gyógyultakban is (HR: 0,4), azokhoz képest, akiket egyáltalán nem kezelték. A mortalitás kockázata nőtt azokban, akikben a bevonáskor súlyos fibrosis, HCC vagy a HIV C-stádiuma volt jelen, illetve $<200/\text{mm}^3$ CD4-sejtszám esetén.

Következtetés: A kávéfogyasztás védőhatásának bizonyult HIV-HCV koinfekcióban, egy olyan kórformában, amelyben különösen nagy a máj-, a cardiovascularis és a daganatos mortalitás kockázata. A szerzők további vizsgálatokat javasolnak ebben a populációban a kávé kivonatok hatására vonatkozóan.

Pár Alajos dr.

A jövő medicinája

A robotsebészet rövid története (A short history of robotic surgery)

Lane T. (Lister Hospital, Coreys Mill Lane, Stevenage SG1 4AB, Egyesült Királyság): **Ann R Coll Surg Eng.** 2018 (Suppl): 5–7.

Példátlan az a gyors folyamat, amellyel a sebészek közössége befogadta a robotsebészetet. Mára a robottal végzett műtétek a sebészet új standardjaivá váltak.

A robotsebészettel foglalkozó cikkek közül igen sok a cseh íróról, Karel Čapekról is megemlékezik, aki *R. U. R. – Rossum Univerzális Robotjai* című színművében először használta mai értelemben a szláv eredetű „robot” szót. A cseh nyelvben a „robota” szó kényszermunkát jelent. A mai ipari szóhasználatban a „robot” olyan gépet jelent, amely képes rendkívül pontos, ismétlődő és előre programozott műveleteket végezni.

A sebészetben jelenleg három különböző típusú robotot használnak. Az *aktív* robotok autonóm módon működnek, és előre beprogramozott műveleteket hajtanak végre (például PROBOT és ROBODOC). A *félaktív* robotok esetében az előre beprogramozott műveletek végrehajtásába beavatkozhat a sebész is. A „*master-slave*” (mester-szolga) rendszereknél nincs előre beprogramozott művelet, hanem ezen robotokat teljes egészében a sebész működteti (például ZEUS és da Vinci). Ez utóbbiaknál a munkaállomáson ülő sebész kézmozdulatai teljes egészében áttevődnek

a test belsejében lévő laparoszkópos sebészi műszerekre.

A legtöbb robotsebészeti cikk szerzője egyetért abban, hogy az első robotsebészeti műtétet *Kwob és mtsai* végezték. Ennek során egy PUMA 560 robottal nagy pontosságú agyi biopsziát hajtottak végre. Ugyanezzel a robottal *Davies és mtsai* az ureteren keresztül prosztataeltávolítást (TURP) végezték. Ez utóbbi eljárásból fejlesztették ki ugyanezen műtét végzésére a PROBOT sebészeti robotot. További, történetileg kezdeti rendszer a ROBODOC aktív robot, amelyet teljes csípőízületi protézis beültetéséhez hoztak létre. Egy további, korai rendszer a PAKY, vesekőműtét céljára.

Az említett korai robotok már jól demonstrálják, hogy mechanikus eszközökkel javítani lehet a sebészeti műtétek precizitását. A további fejlesztések megértéséhez ismerni kell a „távjelenlét” (telepresence) fogalmát. Ezen elv sebészeti alkalmazásának koncepciója a NASA és a Stanford Egyetem közötti munkakapcsolat során alakult ki. Az elgondolás iránt az amerikai hadügy is érdeklődött, mivel azt vizionálták, hogy a távjelenlét lehetőséget nyújt a harctéren megsebesült katonák távolból (például az Egyesült Államokból) történő műtétjeire. Ezen elgondolást azután a kutatók átvitték a polgári életbe, és olyan cégek alakultak, amelyek távjelenlétben alapuló, „master-slave” típusú sebészeti robotok fejlesztéséhez fogtak. A két legismertebb, kezdetben egymással vetélkedő, később egyesülő cég egyike a ZEUS, a másik pedig a da Vinci robotot fejlesztette ki.

A ZEUS három karja közül kettő a sebészeti műszereket tartja, egy pedig az AESOP nevű, hanggal irányítható kamera-rendszert. Mára a gyártását teljesen leállították. Az Intuitive Surgical cég által kifejlesztett, gyártott, kereskedelmileg forgalmazott, világszerte ismert és elterjedt, immáron negyedik generációs rendszer a da Vinci nevet viseli. 1997-ben ezzel vezettek először epehólyag-eltávolítást Belgiumban, majd a következő évben mitralisbillentyű-beültetést. Ezt követte az első, zárt mellkas mellett, működő szíven végrehajtott bypassműtét (*Douglas Boyd és mtsai*). A ZEUS-szal kapcsolatos, a média által nagyon felkapott esemény volt, hogy 2003-ban ezzel a robottal végezték az első transzatlanti epehólyag-eltávolítást, amelynek során a beteg Strasbourgban, az operáló orvos pedig New Yorkban volt.

A da Vinci-rendszer közel két évtizede uralja a robotsebészetet. Csak az elmúlt néhány évben jelentek meg további cégek, amelyek révén a robotrendszerek piacán

vetelkedés várható. Ezt serkenti, hogy időközben lejárnak a da Vinci-vel kapcsolatos szabadalmak is.

Dervaderics János dr.

Sportorvostan

Állóképességi edzés cardiovascularis betegeknek – gyakorlati szempontok (Endurance training in cardiovascular patients – practical aspects)

Mayer-Berger W.

(Ärztlicher Direktor, Klinik Roderbirken, Rehabilitationsklinik für Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankungen und Psychokardiologie der Dt. Rentenversicherung Rheinland, Roderbirken 1, 42799 Leichlingen, Németország; e-mail: wolfgang.mayer-berger@klinik-roderbirken.de): **Dtsch Z Sportmed.** 2018; 69: 87–92.

Az állóképességi edzés a szívbetegkezelesének elengedhetetlen része. „A rendszeres edzés mindent javít – magas vérnyomást, diabetest, lipidprofilt, endothelfunkciót, szívelégtelenséget, diasztolés diszfunkciót, csökkenti a testsúlyt, szabályozza a catecholaminkiráramlást, a testmobilitást, az egyensúlymegtartást, az erőt, az állóképességet, a mentális működéseket...” (Lance Gould, K. Circulation 2016 April; JACC 2016; 67: 316–329; AHA Scientific Statement: Circulation 2016; 134: e653–e699; Circulation 2016; 133: 2297–2313) Az edzést a diagnosztikus útmutatók alapján végzett terheléses vizsgálattal kell megtervezni (Trappe HJ, Löllgen H. Leitlinien zur Ergometrie. Z Kardiol. 2000; 89: 821–837), a magas kockázatot fel kell ismerni, stabil állapotot kell elérni az edzésprogram megkezdése előtt. A terheléses tesztet – tü-

net híján – a maximumig (annak közelébe) kell fokozni, amit a '220 – évek' pulzusszám legalább 85%-a (szuboptimális), illetve a 100% elérése jelez. Az oxigénfelvétel ilyenkor tetőzhet, a RER (CO₂/VO₂ – légzési hányados) 1,1-et elér – jelezve a jelentős acidózist. Használják nőkre a '206 – 0,7 × évek', férfiakra a '208 – 0,7 × évek' formulát is. A Borg-skálán a szubjektív nehézség 18–20, a 'talk teszt' („csevepróba”) csak egyes szavak kiejtésére ad lehetőséget.

Ennek az intenzitásnak a 40–60%-a felel meg a „könnyű”, az első laktátküszöb („aerob küszöb”) nehézségnek, 11–13-as Borg-skála-értékkel. A német rehabilitációs útmutató javaslata a heti 5 × 21–30 percnyi vagy heti 100–150 percnyi intenzívebb, a maximális pulzusszám 60–75%-át kiváltó testmozgás – ami a pulzustartalék 40–60%-a (a pulzustartalék a nyugalmi és a maximális pulzus különbsége). Egy 70 kilós személynek ez 50–100 watt, heti 550–1000 kalória, 500–1000 MET-perc (1 MET a nyugalmi oxigénfelvétel). Aki alkalmas az intenzívebb terhelésre, rövidebb idő alatt teljesítheti a heti feladatot: heti 75 perc 6–8 MET (kb. 100–150 watt a biciklin) 14–16-os Borg-skála-értékkel. A stabil coronariabetegek a maximális pulzusszámuk 80–85 százalékával is biztonságosan edzhetnek, ambuláns rehabilitációs csoportokban is (Dtsch Z Sportmed. 2016; 67: 244–248). A 75 évnél idősebbek az elesések, a törekeny állapot és a tüledzés szélsőségségei között lehetnek: „kezdj lassan, haladj óvatosan” az edzéssel az addig inaktívakkal: heti 3–4 alkalommal 10–15 perces programokkal. Ugyanez áll a coronariabetegek nőkre, akik többnyire idősebbek, több az együtt járó betegségük – de ha óvatosan elérik a 4 MET körüli aerob kapacitást, bátrabban fokozhatják a mozgástartamot, majd az intenzitást is.

A szívelégtelen betegek is többnyire ebben a teljesítőképesség-sávban vannak, eh-

hez az alacsony vérnyomás, a béta-blokkolók miatt gátolt pulzusválasz is társul. A 9 ml/kg/perc alatti első ventilációs (aerob) küszöb, a 14 ml/kg/perc alatti aerob kapacitás, a 36-nál meredekebb VE/VCO₂ emelkedés és a terhelés alatt oszcilláló légzés rossz prognózist jelez: a gyógyszeres kezelést optimálissá kell tenni. Ez mind a csökkent, mind a megtartott ejekciós frakciójú betegekre áll.

A megtartott ejekciós frakciójú betegeknek is az első küszöb (az aerob kapacitás 40–60%-a táján) a kezdet, de sok tapasztalás utal arra, hogy a második („anaerob”) küszöb rövid időkre: harmad-fél-egy-egy percre megközelíthető. Ez az aerob kapacitásnak körülbelül a 60–70%-a az edzetleneken. Ha 10 watt/perc protokollt használunk, 10 wattal a küszöb alatt legyen – ez az arany szabály. A maximális edzés pulzust a ventilációs küszöbhez szokás mérni – ha nincs spiroergometriára lehetőség, akkor a hatperces gyaloglásteszt és a Borg-skála ad támpontot az intenzitás beállítására.

Újabban a nagy intenzitású intervallum-edzés (HIIT) terjed a szívbetegkezelesében is, főleg a leuveni Santex CAD (coronariaartéria-betegség) tanulmányok alapján. A maximális pulzusszám 70–80%-át is elérő fél-egy perces „spurtok” változnak alacsonyabb intenzitású, hosszabb szakaszokkal – persze csak akkor, ha tünet (angina, EKG-eltérés, vérnyomáscsökkenés stb.) nem korlátozza az intenzív terhelést. Az edzés perifériás vascularis hatását használja ki nagyobb mértékben ez az edzés mód, ami hatásában nem különbözik, de 30–40%-kal rövidebb idő alatt teljesíthető – ennek szerepe van az edzésfacilitások kihasználhatóságában.

Expert Flowchart segíti az európai preventív-rehabilitációs kardiológusokat (EJPC 2017; 24: 1017–1031).

Apor Péter dr.

Az Orvosi Hetilap 2018, 159, 1452. oldalán (35. szám) megjelent OH-Kvízre egy helyes megfejtés érkezett.

A beküldő: *Dr. Bíró László* (Budapest).

A nyertesnek szívből gratulálunk.

A nyereményét – egy, az Akadémiai Kiadó webáruházában kedvezményes vásárlásra jogosító kupont – e-mailen küldjük el.

Kiss László

Égnek legszebb ajándéka

Barangolás a himlő elleni védőoltás magyarországi kultúrtörténetében

Magyar Tudománytörténeti és Egészségtudományi Intézet, Budapest, 2017
141 oldal, ármegjelölés nélkül

Barangolás a himlő elleni védőoltás magyarországi kultúrtörténetében

Az orvostörténészek és más, história iránt érdeklődők jól ismerhetik a felvidéki (szlovákiai) szerzőt. Kiss László legújabb kötetére is jellemző az alapos, gondosan dokumentált, közérthető, könyvtárakból, levéltárakból gyűjtött szöveg. Az egyes oldalak alján kaptak helyet az irodalmi források (mellőzhető a hátralapozás).

E sorok íróját két ok is serkenti az érdeklődésre. Több közleményt írt Raymannról, értékes aktivitásáról. A másik: sok évvel ezelőtt az egyik televíziós csatorna fontos életkérdésről számolt be. Az egyik (nem magyar) riporter beszélgetett az Egészségügyi Világszervezet munkatársával a himlőről. Közölték ugyanis, hogy a himlő megszűnt. A kérdés: „Tényleg ellenőrizték az egész világon?” A válasz: „Csak Tibetben nem.” Azóta nem értesültem kedvező bizonyítékokról!

A kötet előszavát Kovács László gyermekgyógyász, pozsonyi egyetemi tanár írta (sajnos már néhai). Említi: 1796-tól kezdtek Európában alkalmazni a Jenner-féle himlőoltást. Elkészítők: „Legnehezebb volt legyűrni a társadalmi ellenállást.” A professzor megjegyzi: „emléket állít Kiss László”.

Nagy fejezetek:

Az első variolációk Európában – Lady Montagu és Raymann János

Angliában indult a védekezés; az európai szárazföldön, Magyarországon volt az első oltási kísérlet 1721-ben – Raymann eperjesi városi orvosnak köszönhetően.

A varioláció nyolcvan éve Magyarországon (1721–1801) – Raymanntól Hell Jánosig

Az évtizedek során cikkek, könyvek foglalkoztak a himlő elleni védekezés első formájával, a himlőnyirokkal történő oltással, a variolációval. A fejezet a modernebb, hatékonyabb forma, a vakcináció megjelenéséig tartó évtizedek fontosabb eseményeit emeli ki – többször hivatkozva az ugyan-csak neves pozsonyi orvostörténész, a néhai Duka Zólyomi Norbert úttörő jellegű közleményeire.

Egy felséges ötlet – XII. Károly, svéd király hozzájárulása a varioláció európai megismeréséhez

A király – személyes, himlő okozta családi tragédiák miatt is – segítette a himlőoltás megismerését, terjedését. A fejezetből megtudjuk, hogyan ismerkedett meg a híres katonakirály – Lady Montagut megelőzően – a himlő elleni védőoltás törökországi gyakorlatával.

„Azon lelkesedéssel fogva”, avagy ki volt a magyar Jenner?

Neves magyar szaktekintélyek – Magyar-Kossa Gyula, Győry Tibor, Gortvay György – keresték a választ a fejezet címében szereplő kérdésre. Kiss László meggyőzően bizonyítja, hogy a „Honunk Jennere Bene Ferenc” állítás ma már módosításra szorul: nálunk először Hell Nepomuk János és Pellegrini József oltott tehénhimlővel 1801-ben, Sopronban.

„Csak botot ne!” A védhimlőoltás hatósági megszervezése Magyarországon a 19. század első felében, avagy a megyék viszonyulása a himlő elleni védőoltáshoz

A szerző jogosan jelöli „izgalmas”-nak, mióta lett országosan kötelező a védőoltás? Összehasonlítást kapunk az akkori közgazgatási területek küzdelmeiről. Különösen érdekesek az epizódok! Ezek közül kiemeljük a Tolna megyeit. Amikor a himlőoltást erőszakkal, „bottal” bevezető megyei főorvos, Mosetig 1817-ben lemondott hivataláról, az új tisztiorvos Babits Mihály (1768–1830) – nagy költőnk dédapja – lett. Személyében a himlőoltást felügyelő Deputatio olyan orvos tagot kapott, aki „a Kis Gyermekes Asszonyokhoz, a kisdedekkel való bánásban magát mindennek tetszése szerint viselvén” új lendületet adott a himlőoltásnak Tolna megyében.

A magyarországi himlő elleni oltóintézetek és az oltóanyaggal való ellátás története 1890-ig

A fejezetben olvashatunk Oesterreicher Manes Józsefről is. Balatonfüred neves fürdőorvosa volt. (Gyönyörű városunkban emléktáblája van.) Tekintettel arra, hogy ezen recenzió írásakor – 2018-ban – emlékezünk minden idők egyik legnagyobb orvosára, Semmelweis Ignác Fülöp szülészprofesszorra, kiemelünk egy részletet: „Az országos középponti ojtintézet (!) igazgatóságáról Poor tr. lemondott... az intézet további igazgatását Semmelweis (!) tr., érdemes egyetemi r. tanár – az ojtás kezelését pedig Patrubány Gergely tr. ügyfelünk (ki himlő- és ojtástanból magántanítói jogot kért egyetemünkön) voltak szívesek magokra vállalni. – T. Ügytársaink tehát, kiknek ojtanyagra szükségük van s azt az orsz. Középp. Ojtintézettől kívánják nyerni, forduljanak ezentúl Semmelweis Ignác tr. Úrhoz (Pest, Váczi utca 7. sz.) ebbeli kérelmekkel.” Közli a Gyógyászat 1862. március 15-én. Néhány héttel később, az április 12-i szám már gyakorlati tudnivalókat közöl a Gyógyászat olvasóival: „Az országos középponti védhimlőojtó-intézet igazgatósága részéről ezennel közudomásra hozatik, hogy védtehénhimlő-beoltások f.évi ápril hó 13-tól kezdve, minden héten kétszer, u.m., vasárnap és csütörtökön az orvosi egyetem Ujvilág utczai épületében délután 3 órakor fognak végeztetni. A felnőttek újra beoltása (revaccinatio) szintén ekkor eszközöltetik.” A közleményt Semmelweis mint igazgató és Patrubány mint ojtó-orvos írta alá. Sokáig nem tudtuk, meddig állt a ma legnagyobb magyar orvosnak tekintett s a gyermekágyi láz megelőzhetőségének bizonyításával „az anyák megmentője” címet kiérdemelt Semmelweis az oltóintézet élén. A könyvből kiderül, hogy Semmelweis nem évekig, hanem csupán pár hónapon át volt igazgatója az oltóintézetnek.

Az antivakcinás mozgalmak Magyarországon

Sajnos szinte általános szokás: a felfedezések sorsa nemritkán az ellenkezés, ellenállás stb. – rövidebb-hosszabb ideig. Ezeknek a napjainkban is dívó oltásellenes megnyilvánulások megértését is segítő eseteknek, véleményeknek az ismertetője ez a fejezet. (Jó, hogy helyet kaptak jellemzések a „homo sapiens”-ről.)

Emberi vagy állati oltóanyag – ez itt a kérdés

Sok vita, ajánlás, érvelés.

„Rossz keresztény, rossz felebarát és rossz hazafi”. Az egyházak szerepe a himlő elleni védőoltás elterjedésében

Nagyon helyes, elismerésre méltó a fejezet közlése. Előbb utalás nem túl régi ideológiákra, politikai helyzetre a téma támogatását illetően. Akadtak lelkes hívek és kevésbé támogatók... Hadd citáljuk a befejező sorokat: „Bizonyára a megyei levéltárak, a korabeli lapok még sok ismeretlen dokumentumot rejtenek a papságnak a himlőoltás meghonosodásában vitt szerepéről. Úgy érezzük azonban, hogy az eddig bemutatottak is egyértelműen bizonyítják, hogy ez a szerep többnyire pozitív, azaz a védőoltást támogató szerep volt.”

A himlőoltási küzdelem kevésbé ismert szereplői

Elismerésre méltó egyéniségek – Cseh-Szombathy Sámuel, Szentgyörgyi József – életművéről szól a fejezet.

A vakcináció kezdetei Pozsonyban – Kolbány Pál és Schönbauer Mihály elfeledett érdemei.

Idézzük a fejezet zárómondatát: „A vakcináció pozsonyi hőskorának történetében – mint cseppben a tenger – jól láthatók a tehénhimlővel való oltás buktatói, akadályai, de sikerei is.”

A könyv utolsó fejezete a precíz összeállítású Függelék, amely a Jelenkor 1835. július 25-i számában jelent meg, közölve a „himlőoltásban kiváló” 34 személy nevét, szakterületét. A kötetet betűrendes névmutató zárja.

A hatalmas ívű könyv bemutatását részletesebben nem tehetjük. A tisztelt Olvasó sokat tudhat meg a múlt századok emberi, egészségi viszonyairól.

Feltétlenül hangsúlyozzuk: a Szerző számos olyan közleményt írt, amely az Orvosi Hetilap hasábjain jelent meg.

Vértes László dr.

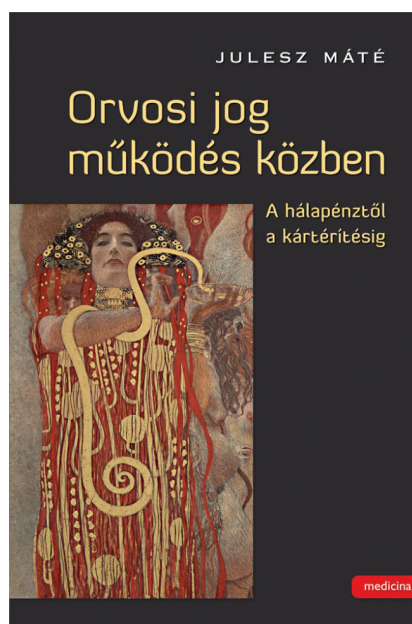
Julesz Máté

Orvosi jog működés közben

A hálapénztől a kártérítésig

Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2018

Az elektronikus és a közösségi média dinamikus fejlődésével gomba módra szaporodnak és kerülnek napvilágra az orvosok működését elmarasztaló vagy egy-egy kényes, nemkívánatos egészségügyi eseményt taglaló cikkek, blogbejegyzések, melyek miatt a klinikusokban okkal merül fel napról napra az igény, hogy meglévő szakmai



tudásukat jogi ismeretekkel is bővítsék. Amíg az elmúlt évtizedekben az egészségügyi működést szabályozó törvények és rendeletek ismerete csupán pár orvos privilégiuma volt, addig napjainkra egyre nagyobb mértékben nő azon klinikusok száma, akik évről évre önszántukból keresik a lehetőséget, hogy jogi továbbképzéseken vegyenek részt. Függetlenül a széles körben elérhető segédanyagoktól, a jogszabályok helyes értelmezése és egy-egy konkrét esetre való kivetítése nem lett könnyebb a gyakorló orvos számára. Mint a legtöbb területen, itt is érvényes, hogy a laikus az ismeretlen területhez a számára könnyen értelmezhető példákon keresztül kerül közelebb; egy-egy kiragadott, konkrét eset bemutatásán keresztül egyszerűbb és érthetőbb az út, amely a megismeréshez vezet. Julesz Máté idén tavasszal megjelent könyve éppen ezzel tűnik ki a gyakorló orvos számára gyakran száraznak tűnő, jogi témákat boncolgató művek közül. A könyv egyes fejezetei a napjainkban leggyakrabban felmerülő, problémásnak számító orvosi kérdések jogi hátterét járják körbe színes hazai, valamint nemzetközi példák és esetismertetések felsorakoztatásával. Az utóbbiak segítenek abban, hogy a gyakorló orvos a tapasztalataira hagyatkozva, akár a saját eseteire vetítse ki az újonnan elsajátított ismereteket.

A szerző jogász végzettségű, a Szegedi Tudományegyetem Igazságügyi Orvostani Intézetének tudományos munkatársa, ahol munkája során nap mint nap találkozik az orvoslás és a jog határterületeinek legfőbb kérdéseivel. A fentiek révén rálátással bír az

aktualitásnak számító problémákra, most megjelent munkája is ennek szellemében készült. Az alábbiakban a könyv egyes fejezeteit ismertetem röviden.

Az olvasó az általános, bevezető rész után a *hálapénz* jogi aspektusairól tájékozódhat. Ennek során többek között a büntető-, a munka- és a polgárjogi kapcsolatokat, a gyógyszerekkel kapcsolatos korrupciót, valamint a hálapénz „borraváló” jellegét ismerhetjük meg. A hazai sajtóságokon túl többet tudhatunk meg arról is, hogy az Európai Unió (EU) tagállamként milyen nemzetközi megfontolásokat kell figyelembe venni a probléma elemzésekor.

A következő fejezet az *eutanáziát és az ehhez kapcsolódó asszisztált öngyilkosságot* taglalja. Történelmi és napjaink híradásából kiragadott példákon át ismerhetjük meg ezt a hazánkban kevésbé ismert és feldolgozott, azonban időszerűen felmerülő és számos etikai, vallási és jogi problémát magában rejtő témát.

Ezt követően a *transzszexualizmus* emberi és orvosi jogi vonatkozásairól olvashatunk. Megismerhetjük az ezzel kapcsolatos hazai kártérítési gyakorlatot, tájékozódhatunk a témával kapcsolatos rágalmaszokról és a civil szervezetek munkájáról, végül információt kapunk a fejlődő és a fejlett világ transzszexualizmussal kapcsolatos attitűdjeiről.

A könyv ötödik fejezete a *transzplantációs joggal* foglalkozik, ennek alkotmányos feltételeivel, a donor és a recipiens jogállásával, a büntetőjogi vonatkozásokkal, mindezek hazai és EU-s szabályozásával.

Az *AIDS/HIV* problematikáját taglaló rész a betegség szűrésével, a jogi és egészségügyi prevencióval foglalkozik, ennek során az önkéntesség, az anonimitás és az orvos gondossága, valamint a megfertőzés szankcionálása is kiemelt figyelmet kap.

A könyv zárófejezete a *kártérítéssel* foglalkozik, kiváltképp ennek az orvos–beteg kapcsolatra gyakorolt hatásait elemzi. Ennek során számos esetismertetéssel keresztül sző esik többek között a fogantatás és a születés mint az orvosi tevékenység miatti „káresemény” aspektusáról; továbbá ez a fejezet hivatott a személyiségvédelem, a sérelemdíj kérdéskörét is tisztázni.

A fentiek alapján jól látható, hogy a könyv magyar nyelven eddig kevésbé feldolgozott témákat, igen széles körben boncolgat, mely ekként méltóvá teszi arra, hogy helyet kapjon minden, a jog iránt érdeklődő orvos polcán.

Dr. Szécsi András