

## Konszenzust vagy káoszt? Konszenzust!

- A *Lege Artis Medicinae* 2001. évi áprilisi számában olvashattuk Grétsy Zsombor figyelmet érdemlő, aktuális, s egyben provokatív írását az orvosi nyelv használatának szabályairól, közelebbről az idegen szavak toldalékos alakjainak írásáról, s az idegen és magyar szavak egybe- vagy különírásának a kérdéséről. A gyakorlat nem egységes, kérdés, hogy a vonatkozó szabályozás megfelelően eligazít-e?

Magam 1996 óta évi rendszerességgel felvetem ezeket és az orvosi szaknyelv használatával kapcsolatos más kérdéseket a Magyar Belorvosi Archívum „Nyelvőr” rovatában, utoljára a lap 2001. évi 3. számában. A két, megbeszélésre érdemesnek minősített „szabály” a rovatnak szinte állandó szereplője. Örülök, hogy Grétsy Zsombor éppen ezekkel foglalkozik.

„Gyakori tévedés, hogy a latin *-icus* végződést magyarnak vélik, s következetesen *-ikus* formában alkalmazzák. Igaz, az átvett és a magyarban meghonosodott jövevényszavakban átírjuk az *-icus* végződést, de természetesen már magát a szó egészét is magyarosan írjuk (például *szangvinikus*). Ellenben a latinosan-görögösen írt szavaknál (*gastricus*, *lymphaticus*, *acusticus*, *splanchnicus* stb.) marad az eredeti, az »igazi« latin végződés is: *erythropoeticus* és nem *erythropoetikus* – ez utóbbi bizarr és illogikus hibridírás lenne. Ennek mintájára más latin végződéseket is »magyaríthatnánk«, mondjuk az *amyloidosis* *amyloidózissá* torzítva.”

Ha kissé naivul ugyan, de arra gondolnék, hogy marad a latin *-icus* az eredeti összetételben (*status asthmaticus* vagy *ductus cysticus*), akkor teljes az egyetértés. A kiejtés is – természetesen – latinos (*asztmatikus* és *cisztikus*). De, ha megfordul a sorrend, melléknévképzővé válik a *-cus*, magyar jelzőként használjuk az idegen szót, s ha (még) ragaszkodunk az idegen írásmóddhoz, akkor *asthmaticus* állapotról, *cysticus* vezetékéről írunk, s *asztmatikusnak*, *cisztikusnak* ejtjük a „magyarított” jelzőt. Az *anaemia haemolytica* lehet *haemolyticus* (mondva: *hemolitikus*) *anaemia*? A latin egyeztet, a magyar nem. Az idegen szavakhoz csatlakozó ragozók, végzések, jelek írásmódja legyen magyaros – írja mássutt Grétsy Zsombor is, példái a *sclerotizált*, *stenotizált* stb. Hibrid szavak, de követnek egy elfogadható szabályt. Helyesíthető tendencia az, hogy a magyaros jelzőként használt idegen szavakat írjuk mindenestől magyarul (inkább *eritropoetikus*, mint *erythropoeticus* túlsúly, a példa kedvéért). De kerüljük a *gastricus*, *aplasticus*, *chronicus* (!) jelzők használatát, ahogy ma már azt sokan teszik is.

Ha egy konszenzuson alapuló szabály előírja az idegen és a magyar szavak egybeírását, akkor feladom eddigi nézetemet. Az akadémiai Orvosi helyesírási szótár a vitaminhiány, az atomsúly és a molekulamodell mintájára ajánlja a labirinthmütét, a pancreasmírgy, Grétsy Zsombor példája szerint a *bypassmütét* írásmód alkalmazását. Mert „nehéz meghúzni a határt a magyar és az idegen szavak között”. Ahol, és akinek nehéz, ám írja egybe. Magam – egyelőre *endothel-sejtről* és *lym-*

*phocyta*-számról írnék. Ebben a kérdésben is közös nevezőre kellene jutnunk.

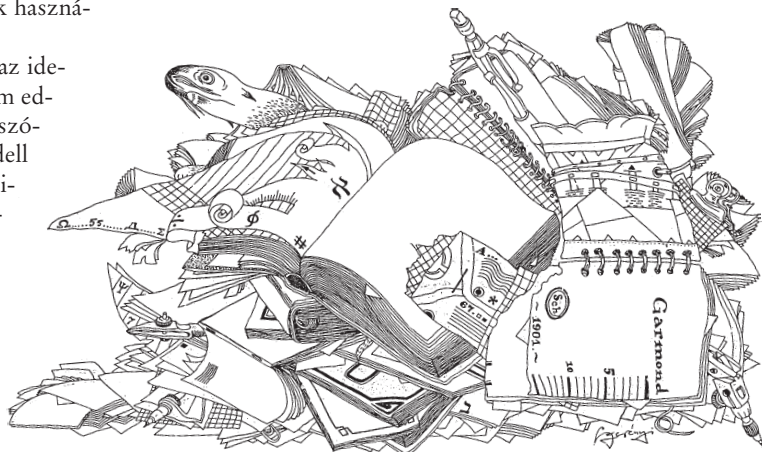
Hálás vagyok Grétsy Zsombornak a gondolatébresztő írásért. A címben feltett kérdésre a válaszom: *konszenzust!*

dr. Rák Kálmán

- Először is: hadd fejezzem ki afeletti nagy örömet, hogy végre nemcsak szóban vagy telefonon kapok visszajelzést egy-egy szaknyelvről foglalkozó írásomra, hanem az a megtiszteltetés ért, hogy Rák Kálmán professzor úr írásban is megfogalmazta nézeteit, ellenvéleményét. E rovatnak voltaképpen ez is lenne a célja: az együttgondolkodás, a vita, a véleménycsere.

Rák professzor úr így fejezte be írását: „... *konszenzust!*” Nos, ennek a konszenzuskeresésnek a szellemében folytassuk a polémiát!

Professzor úr levelének utolsó bekezdéséhez csupán annyit fűznék hozzá, hogy az idegen és a magyar szavak közti különbségtétel nehézségeit csak azért említettem, mert „A magyar helyesírás szabályai” is utal erre a problémára, tehát nekem magamnak nem ez a fő érve az idegen-magyar összetételek egybeírása mellett – szemben a Professzor Úr sugalmazásával –, hanem egyszerűen maga a szabályzat, amely ezt előírja. Ám hozzáteszem, vállalom, hogy nem vagyok oly magabiztos az idegenség eldöntésének kérdésében, mint Professzor Úr: sok esetben valóban elbizonytalanodom... Különösen a latinos szavak esetében van erre okom, holott – Rák Kálmán egy másik cikkében már utalt klasszikus nyelvi műveltségére, amely jogos alapot szolgáltat kritikus elemzéseihez – bencés tanárain jóvoltából magam is belekóstolhattam a latin és az ógörög nyelv szépségeibe. Itt van példaként a latin, az orvosi nyelvben kizárólag latinosan írható „*canalis*” szó. De mi van akkor a köznyelvi „kanális”-sal? Hasonló helyzet: „*corpus*” – nyilván latin. De egy művészettörténész számára, aki ezen egy műformát ért, vagy egy zenésznek, aki a hangszekekrényt nevezi így (szótározott szó!), nem biztos, hogy az... Nem sorolom tovább a furcsaságokat, csak kérdelem: vajon feltétlenül szellemi renyhesség jele, hogy úgy érzem, „nehéz meghúzni a határt a magyar és az idegen szavak között”? A „*show*” – hogy a köznyelvből is hozzak példát – magyar szó? Nem írjuk át „*só*” formában, mert zavaróan egybecseng a nátrium-klorid magyar nevével. Rák professzor ezeket a „magyar vagy nem magyar” kérdéseket is mind kapásból megoldaná?



Szerényi Gábor grafikája

De most térjünk a legizgalmasabb felvetésre, az „-icus” és „-ikus” problémára!

A fejtegetés logikája tiszta, világos és helyes (csak mellékes megjegyzésem, hogy „-cus” képzőről is szó esik, pedig emlékeim szerint ilyen nincs is a latinban, csak „-icus”...). Lényege – ha jól értem – az, hogy ha egy latin szó mintegy „átcsúszik” a magyarba (elveszti a nemekhez való igazodás képességét, jelzőként a jelzett szó előtt használjuk – tehát: „magyarított” a jelző), akkor ezt célszerű avval is kiemelni, hangsúlyozni, jelezni, hogy a latin „-icus” végződést az „-ikus” váltja föl.

No de miért? Miért csak a szó végét akarja Rák professzor magyarosan írni: hiszen a hibridszavaktól egyformán irtó-zunk? Két lehetőségünk van. Vagy teljesen latinosan, vagy teljesen magyarosan írunk. (Én ez utóbbit támogatnám vagy legalábbis javasolnám az orvosi helyesírás gazdáinak, egy esetleges új szótár készítésekor – s úgy vélem, ez elfogadható kompromisszum lenne.) „Az anaemia haemolytica lehet haemolyticus (mondva: hemolitikus) anaemia?” – teszi föl a kérdést a Professzor. A válasz – az előzőek után – írásban igen, persze semmiképpen nem ilyen kiejtéssel! (E kiejtés Professzor Úr magyaros javaslata lenne? A hemolitikus, a hemolítikus szerintem inkább szóba jöhet: hagyományosan „s” leírással és kiejtéssel vesszük át az efféle latin szavakat, már századok óta – politikus, optikus, intrikus; ráadásul mind használható hölgyekkel kapcsolatban is!)

„Az idegen szavakhoz csatlakozó ragok, végződések, jelek írásmódja legyen magyaros.” – idéz engem Rák professzor úr. Legyen is! Ezt sem én találtam ki, hanem „A magyar helyesírás szabályai” című könyvben olvasható. Természetesen itt az idegen szavak magyar toldalékolásáról van szó. Csakhogy egy biztos: a hibridírást nem tudom támogatni, márpedig az „-ikus” végződés használata ez lenne – ugyanis *a magyar nyelvben ilyen képző egyszerűen nincs, és soha nem is volt!* (Más a helyzet a magyarosodott „-izál” képzővel: ez már igazi magyar toldalékká vált, ahogy arról már egy korábbi cikkemben részletesebben írtam.) Az „-ikus” végű szavak nem magyar toldalékolás eredményei, hanem a már régen „-icus”-odott szavak magyar átírásai, szokás szerint „s” szóvégi ejtéssel, írással. Tehát előbb jött az „-icus”, s csak utána a magyarosodás: bizony, a sorrend se mindegy!

Még egy kis nyelvi érdekesség. Több esetben azért a magyar is megtartotta a szavak nemre utaló végződését. Van „medikus” és „medika”, „masször” és „masszöz”, „dublör” és „dublöz”. Ami pedig nyelvünk csodálatos voltát még jobban bizonyítja, az az, hogy a magyarban felesleges, különböző nemre utaló formák azért megtalálják a helyüket, a nyelv nem hagyja kihasználatlanul a szóvariációkat, hanem felhasználja azokat, saját jelentést adva nekik: mást-mást jelent a „komikus” (‘férfi színész’, ‘humoros’), a „komika” (‘színésznő’), „komikum” (‘humor’); más a „praktikus”, a „praktika” meg a „praktikum” – és még sok-sok példát bemutathatnánk.

Végül ismét nyomatékosítom: köszönöm Rák professzor úr figyelmét és visszajelzését. Kérem őt, fontolja meg gondolataimat és kívánom: minél aktívabban, lelkesebben dolgozzon (és írjon!) közös célunk érdekében, az egységes, csiszolt magyar orvosi szaknyelv kialakításáért!

dr. Grétsy Zsombor

## A magzati veszélyeztetettségéről

- Olvastam a LAM 2001. augusztus-szeptemberi számában Boda professzor úr cikkét, amely kiválóan összefoglalja a

magzati veszélyeztetettséget, ám saját szakterületem, a toxikológia szempontjából mégis kissé hiányosnak érzem az anyagot.

Az elmúlt nyolc-tíz év újabb kihívása volt – és lesz – hazánkban a kábítószerrel kapcsolatos egészségkárosodás, amelyről sajnálatosan nem sokat beszélünk. A drogok elterjedése komoly szociológiai és egészségügyi problémát okoz, s erre még nincs felkészülve a hazai egészségügyi ellátórendszer. Osztályomon az elmúlt években jelentősen emelkedett a drogtúladagolásban szenvedők száma, közöttük is elsősorban az intravénás szert használók aránya. Ezeknek a – főleg fiatal – betegeknek 28%-a nő. A hazai statisztikák, ha nem is pontosak teljesen, de következtetések levonhatók belőlük. A betegek 95%-a nem fog lemondani a heroinról, és ha terhes lesz, drogfüggő gyermeket fog szülni.

A természet azonban védekezik, mivel az opiátfüggő leányok 70%-a vagy amenorrhoeás, vagy rendszertelen a vérzése. Ez azonban lehetőséget ad egy „észrevétlen” terhességre is. Eddig csak néhány opiátfüggő gyermekről szereztem tudomást, de ez a bomba is robbanni fog. Az USA-ban a terhes nők 3%-a opiát- vagy metadonfüggő. Sejtve a hazai adatokat, ha csak ezrelékes nagyságrendre becsüljük a kábítószerfüggő és terhes nők számát, évente ez is 50-100, drogfüggő gyermeket jelenthet.

A gyermekvállalás állampolgári jog, ám ezeknél a betegeknél a terhességük vezetése, a szülés és az újszülött kezelése speciális, több szakterületet érintő feladat, így a magzati veszélyeztetettség kategóriájába is beletartozik. Ezeknek a terheseknek a gondozása, a szülés és az újszülött ellátása csak centrumokban képzelhető el, ezért jó lenne, ha az érintett szakmai kollégiumok döntést hoznának erről.

A heroin- és metadonfüggő anyák gyermekei alacsonyabb testsúllyal, kisebb testhosszal és kisebb fejkörfogattal születnek. Egyéves korukra testsúlyuk és -magasságuk, kétéves korukra fejkörfogatuk eléri a normális szintet. A függő anyák gyermekeinek Apgar-értéke mind egy-, mind ötperces korukban 20%-kal kisebb a normális populációénál. Érdekes, hogy a hialinmembrán-betegség előfordulása jóval ritkább, amelynek feltételezhetően az az oka, hogy az opiát mint enzimiduktor fokozza a surfactant termelését, valamint a megvonásban lévő újszülöttnél az első napon respiratorikus alkalózis áll fenn, amely szintén védőfaktor lehet. A hirtelen csecsemőhalál szindróma ötször-tízszer gyakoribb a függő anyák gyermekeinél. Az opiátfüggő anyák gyermekeinek mérsékeltén visszamarad a mentális fejlődése is. Több vizsgálat foglalkozott az opiátok teratogén potenciáljával, a függő anyák gyermekei körében mérsékelt emelkedést tapasztaltak. A kancsalság egyértelműen jelentősen nagyobb számban fordul elő függő anyák gyermekeinél (21% versus 2,8–5,3%).

Kokainhasználat esetén nő a spontán abortusz és az abruptio placenta valószínűsége, amelynek oka a placenta és az uterus fokozott kontraktilitása, az emelkedett anyai vérnyomás, a méh csökkent vérátáramlása, a következményes magzati hypoxia. Hasonlóan az opiátfüggőkhöz, a kokainfüggő anyák gyermekeinek is alacsonyabb születéskor a testsúlya, kisebb a testhossza és a fejkörfogata, s körükben gyakrabban fordul elő neurológiai abnormalitás. A hirtelen csecsemőhalál szindrómát a vizsgálatok alapján a kokain lényegesen nem befolyásolja.

A kábítószerrel azok közé az önként vállalt veszélyek közé számíthatnak, amelyeknek használata, ártalmasságuk mellett, még törvénybe is ütközik. Természetesen a kezelésre kerülő betegek adatai nem kerülhetnek ki az egészségügyi ellátórendszerből.

Sajnálatos tény az is, hogy a vénás kábítószerrel függők 40%-a hepatitis C-pozitív, és évek kérdése, hogy a HIV-bomba is felrobbanjon ezek között a betegek között, továbbá a nemi úton terjedő betegségek száma is emelkedik körükben.

Lehet, hogy kicsit sok témát említettem, de még így is, felületesen érintve az eredményeket, lényegesnek tartanám, hogy az orvosi szakma jobban felkészüljön erre a komoly kihívásra.

dr. Zacher Gábor

- Örömmel értesültem Zacher Gábor doktor hozzászólásáról. Elsőként azért, mivel a gyors reflexió jó előjel arra, hogy további hasonlókra számíthatunk, ami a téma jellegénél és a közlemény célkitűzésénél fogva igen kívánatos. Másrészt

üdvözlendő a hozzászóló által kiegészítésre szánt igen aktuális témakör. Az így is hosszú kéziratból számos téma maradt ki, így éppen az addiktológia prototípusa, az alkoholos magzati ártalom is, amelyre mindössze csak egy félmondatos utalás történt. Pedig milyen nagy horderejű, igen széleskörűen tanulmányozott magzati károsodásról van szó. Zacher doktor példaértékű hozzászólásának tartalmával teljes mértékben egyetértek, ami egyébként részletesebb tárgyalást igényel. Úgy tervezem, hogy a beérkezett reflexiókra a választ később, összesítve, hosszabb szerkesztőségi levél formájában adom meg. A most felvetett kérdésre is vissza kívánok térni, azzal a céllal, hogy az ilyen esetekben szükséges állásfoglalásra az irányadó nemzetközi szakirodalmi források alapján javaslatot alakítsak ki.

dr. Boda Domokos

## GYÓGYSZERVIZSGÁLATOK

### CAPE (Circadian Anti-ischemic Program in Europe)

Deanfield JE, Detry JM, RG, Lichtlen PR, Magnani B, Sellier P, Thaulow E for the CAPE Study Group: Amlodipine reduces transient myocardial ischemia in patients with coronary artery disease: double-blind circadian anti-ischemia program in Europe (CAPE trial). *J Amer Coll Cardiol* 1994;24:1460-67.

Detry J-M. Amlodipine and the total ischemic burden: circadian anti-ischemia program in Europe (CAPE) trial – methodology, safety and toleration. *Cardiology* 1994;85(suppl.2):24-30.

**Kezelés:** Amlodipin, először 5 mg/nap per os, majd egy hónap múlva 10 mg/nap, napi egyszeri adagban.

**Kísérő kezelés:**  $\beta$ -receptor-blokkoló (63%), acetilszalicilsav (56%). A betegek ingyen kaptak gyors hatású nitroglicerint, azt kérve tőlük, hogy angina pectoris esetén alkalmazzák azt, de profilaktikusan ne vegyenek be.

**Kezelt személyek:** A vizsgálatban részt vevő 10 európai ország 63 központjában 1989 júliusa és 1992 januárja között 315, stabil angina pectorisban szenvedő beteget soroltak be, akiknek hetenként legalább három alkalommal zajlott anginás rohama és a 48 órás Holter-monitorozás során legalább négyszer volt ischaemiás időszaka, vagy legalább 20 percig regisztráltak ST-depressziót.

A betegek valamennyien férfiak voltak (életkor: 35–80 év); 202 került az amlodipin-, 113 a placebo csoportba. A 315 beteget 1160 beteg szűrése után sikerült besorozni, és végül 250 esetet sikerült értékelni.

**A vizsgálat célja** annak tanulmányozása, hogy a hosszú hatású kalciumantagonista amlodipin milyen mértékben képes krónikus, stabil angina pectorisban szenvedő betegek Holter-monitorozással észlelt ischaemiás tüneteinek napszaki ingadozását befolyásolni.

**Vizsgálati terv:** multicentrikus, randomizált, kettős vak, placebóval kontrollált; két, párhuzamos csoport összehasonlítására.

**Vizsgálati időszak:** 8 hét.

**Eredmények:** A placebóhoz hasonlítva az amlodipin szignifikánsan csökkentette az ST-depresszió gyakoriságát (amlodipin 60%, placebo 44%;  $p=0,025$ ) és a teljes, integrált ST-depressziós terület (mm-min) nagyságát (62% vs 50%;  $p=0,042$ ). Az ischaemiás események napszaki ritmusát az amlodipin nem változtatta meg, viszont az ischaemia szempontjából 24 órán át hatékonyan bizonyult. A betegnaplók tanúsága szerint a készítmény ezenkívül jelentősen csökkentette az anginás rohamok gyakoriságát (amlodipin 70%, placebo 44%;  $p = 0,0001$ ), valamint a rövid hatású nitroglicerint használatát (67% vs 22%;  $p=0,0006$ ).

A nemkívánatos események előfordulásában a két csoport között értékelhető különbséget nem találtak (amlodipin 17,3%, placebo 13,3%); mellékhatás miatt a kezelést az amlodipincsoportban a betegek 2%-a, a placebóval kezeltéknek 4,4%-a hagyta abba.

dr. Matos Lajos

Fővárosi Szent János Kórház