

объема работы традиционного терапевтического консилиума и в более тесной связи с оперирующим хирургом. Имея ввиду увеличения сектора медицинской активности в том числе и произведение дооперационных исследований, имеется постоянная необходимость в наличии терапевтического консилиума на отделениях хирургического профиля.

Автором трактуются вопросы развития послеоперационной пневмонии из ателектаза, а также дифференциальная диагностика инфаркта легких у оперированных больных. В отражении до сих пор полученных данных ранняя мобилизация не уменьшает в значительной степени число постоперативных тромбоэмболий, а благоприятное ее действие на общее состояние больного нельзя оспаривать.

Знание послеоперационного заболевания и нарушений ионного обмена имеет еще большее значение для терапевта при таких больных, которые подвергаются хирургическому вмешательству по поводу нарушения ионного обмена, или склонных к декомпенсации заболеваний сердца и почек. Трактуются отдельные вопросы калиевого обмена и замещения ионов. Автор занимается также проблемой противогипертензивного лечения в дооперационном периоде.

Dr. K. Rényi:

INNERE MEDIZINISCHE VERSORGUNG BAUCHOPERIERTER

Nach einer eingehenden Analyse des inneren medizinischen Konsiliums, sowie der Anästhesiologie, ferner ihrer Rolle bei der chirurgischen Krankenversorgung verhandelt Verfasser über einige konkreten Probleme der postoperativen Lungen-, Herzen- und Nierenkomplikationen. Die Erweiterung des Aufgabenkreises traditionellen inneren medizinischen Konsiliums, sowie die engere Zusammenarbeit mit dem operierenden Chirurgen ist durch die raschen Entwicklung und Umwandlung klinischer Medizin in der letzten zwei Jahrzehnten notwendig geworden. Die Ergänzung der Tätigkeit medizinischen Sektors einschliesslich auch der Verlauf der präoperativen Untersuchung, benötigt die ständige Anwesenheit des Internisten als Konsilient an den chirurgischen Abteilungen.

Es wird ferner die Ausbildung postoperativer Pneumonie aus Atelektasie, sowie die differentialdiagnostischen Probleme des Lungeninfarktes beim operierten Kranken erörtert. Im Lichte der bisherigen Angaben vermindert die frühzeitige Mobilisation die Anzahl der postoperativen Thromboembolien nicht wesentlich, es steht jedoch über allen Zweifel ihrer günstige Effekt auf den allgemeinen Zustand der Operierten. Es kommt der Kenntnis der postoperativen Krankheit und der Störungen des Ionhaushaltes eine besondere Bedeutung für den Internisten zu, insbesondere betreffs deren Kranken, die mit sich ausgebildeten Veränderungen des Ionhaushaltes oder sich zur Dekompensation neigenden Herzen-, bsw. Nierenerkrankungen vor der Operation stehen. Über einige Probleme des Kaliumhaushaltes und des Ionersatzes ist es ebenso verhandelt worden. Man beschäftigt sich zum Abschluss mit der Frage, inwieweit bedürfen die zur Operation kommenden Kranken einer antihypertensiven Behandlung in der präoperativen Periode.

A spondylarthritis ankylopoetica kezdeti szakának kórismzéséről

Írta: Pál István dr.

Az utóbbi években a gerinc pathológiás elváltozásainak mind nagyobb figyelmet szentelnek. A lakosság nagy hányadának ilyen irányú érintettsége, az ennek következtében gyakorta szükségessé váló pályaváltoztatás, idő előtti rokkanosítás egyéni és társadalmi következményei szükségsszerűvé tették, hogy az egyes betegségek kezdeti szakával kapcsolatos kérdések mind jobban tisztázódjanak; lehetővé váljon azok korai felismerése és ennek folytán racionális el-látásuk. Hogy mennyire indokolt ez a törekvés, ezzel kapcsolatban egy szám-

adatra utalunk: *Gschwend és Tschui* munkájában olvasható, hogy Svájcban 1962-ben, 1254 hadköteles vizsgálatkor 241 főnél (19,2%) találtak különböző gerincbántalmakat. A gerincbántalmak gyűjtőfogalomban a spondylarthritiss ankylopoetica (Sp. a.) is bennefoglalatik, amelyről mind többen állapítják meg, hogy nem is olyan ritka betegség, mint azt sokáig gondoltuk. Ezzel kapcsolatban utalunk *Otto* munkájára, aki a lipcei egyetem polyklinikájának 6 éves anyagát áttekintve arra a meggyőződésre jutott, hogy a Sp. a. ma gyakoribb, mint azelőtt volt. Hasonló tapasztalatokról számolhatunk be mi is. 1957 tavaszától vizsgált betegeinknél közel 170 esetben találtunk Sp. a.-t, ami gyakoriságát tekintve beteganyagunk megközelítően 2 ezrelékét teszi ki.

Javakorabeli hivatásos egyéneinknél nem ritka jelenség, hogy jelentéktelennek tartott panaszaiakkal akkor jelentkeznek csak vizsgálatra, amikor a betegség klasszikus tünetei már kifejezetteké váltak, állapotuk irreversibilis lett. Az ekkor eszközölt komplex kezelés a beteg szolgálatképességét még hosszabb-rövidebb időre kitolhatja, de a bajmegállapítás után aránylag rövid idő alatt bekövetkezik az az állapot, amely már rokkantositást, szolgálatból való elbocsátást tesz szükségessé. Így pl. a közelmúltban is vizsgáltunk egy 35 é. tisztet, aki kórházunk szemészeti osztályán iritissal állott kezelés alatt és időnként fellépő deréktáji fájdalmai miatt kérte rheumatológiai vizsgálatát. Részletes anamnézisre kiderült, hogy időnkénti derékfájása 10 éve van, az utolsó 3 évben pedig fájdalmai állandósultak. Az elvégzett klinikai vizsgálat Sp. a. előrehaladott stádiumát kétségtelenné tette. A kiegészítő Rtg. vizsgálat az ágyéki csigolyákon tiposus bambuszbot képet mutatott a sacroiliacalis ízületek egyidejű ankylosisával. Ilyen és ehhez hasonló esetek, továbbá az a helyzet, hogy intézetünk beteganyagának többségét sorkatonák teszik ki, tették kézenfekvővé a Sp. a. kezdeti szakasza kóriszési lehetőségeinek tanulmányozását.

A betegség kezdetének pontos ideje gyakorta alig határozható meg. Az első tünetek ugyanis kevésbé kifejezettek, rövid ideig tartanak, amelyeket a beteg többnyire elfelejt. Beteganyagunkban a betegség kezdete 12—40 é. életkor közti időkre esett.

A megbetegedés első tünetei lokalizációjuk szerint két nagy csoportra oszthatók. Az első csoportba a gerincbántalmak tartoznak, míg a második csoportot a perifériás ízületek bántalmai alkotják. *Gladürevszkij* szovjet szerző irodalmi adatok alapján az első csoport gyakoriságát 36,5—67⁰/₀-ra, a másodikat 13—75⁰/₀-ra teszi. A gerincbántalmak közül első helyen a *fájdalom* említendő meg. Erre jellemző, hogy kezdeti szakban átmeneti jellegű, a beteg sem tulajdonít neki jelentőséget, mivel kezelés nélkül is rövid idő alatt megszűnik. Az idő előrehaladtával a fájdalmas szakok gyakrabban lépnek fel és tovább tartanak. A beteg ekkor már orvoshoz megy, különböző fizioterápiás kezeléseket részesül, amelyekre jól reagál. Még később a fájdalmak állandósulnak, egyes esetekben főleg éjszaka jelentkeznek fokozottan, ami miatt a beteg majd ugyanazon órában felébred, fájdalomcsillapítót kell bevennie, ritkábban járni is kényszerül ahhoz, hogy újra el tudjon aludni. A betegek fájdalmát rázás (pl. buszperonon utazás), időjárásváltozás erősen befolyásolja (*Matzen, Mohing*). *De Séze* a betegségre tiposusnak tartja az enyhítő tartást, amikor is a beteg gerincét kímélni akarván, a fartájékra helyezett kezeivel tehermentesíti. A gerincfájdalom a betegekben többnyire nem kelt betegségerzést: időjárásváltozással, munkakörükkal, rossz fekvéssel, megfázással stb. indokolják meg maguknak. Az ezen szakban végzett vizsgálat a fájdalommasságon kívül lényegesebb eltérést nem mutat. Alaki eltérés nincs vagy csak a lordosis csökkent, a mozgás megtartott, legfeljebb óvatosan végzi.

A másik leggyakrabban fellépő panasz a reggeli *gerincmerevség*, ami szintén ritkán kelt betegségérzést. A betegek maximális leleményességgel iktatják ki a hajlással kapcsolatos mozdulatokat. Így pl. a zokni-, cipőhúzást felemelt lábbal végzik. Ez a spontán korrigált öltözködési mód a beteg vizsgálatakor is megfigyelhető.

A harmadik leggyakrabban előforduló korai jel a *fartól a térdhajlatokig kisugárzó, főleg a comb hátsó felszínén jelentkező fájdalom*, amelyet pseudoischias névvel is szoktak illetni. A ritkán észlelhető *hasi fájdalmak* megtévesztők lehetnek. A folyamat előrehaladtával, a háti gerinc érintettségével előtérbe kerülnek a *mellkasi fájdalmak*, amelyek a bordaközökben, a borda-szegycsont ízesülésekben és a szegycsonton jelentkeznek külön-külön vagy együttesen. Megtévesztésre akkor adhatnak okot, ha velük egyidőben az ágyéki gerinc nem fájdalmas.

Nem szükségszerű, hogy az első jelek gerinctünetek legyenek. Így pl. *Forestier* 131 esetből 42 főnél, *Böni* 28 esetből 14 főnél első jelként perifériás ízületi bántalmakat talált. A perifériás ízületi bántalmakat két szempontból is jelentősnek tartják:

1. A megfigyelések szerint ilyenkor a betegség prognózisa rosszabb,
2. a végtagizületek kezelése eltereli a figyelmet a gerincről.

A kezdeti tünetek másik nagy csoportját alkotó extravertebralis tünetek közül leggyakrabban a *mono-oligo-polyarthritissel* találkozunk. Főleg a nagyizületek (váll, csípő, térd, boka) szoktak érintettek lenni. Ezekre jellemző, hogy a szokásos analgetikumokra rosszul, rheopyrinre viszont jól reagálnak. Ilyen esetekben *Dihlmann* szükségesnek tartja a sacroiliacalis ízületek Rtg. vizsgálatát.

Az extravertebralis algiaák közül megemlítyük az *ülögumók fájdalmát*, amelynek Rtg. vizsgálatakor steril csontnecrosisra emlékeztető képet lehet látni. További ilyen jellegű tünet a *tendinitis Achillei*, *sarokcsont* és *halluxfájdalom*.

Pár szóval meg kell emlékeznünk a *Reiter syndromáról* is, amelynek a Sp. a.-val való összefüggését mindjobban hangoztatják. Bár a kérdés még minden tekintetben nem tisztázódott, mégis indokoltnak látszik az ilyen esetek observálása.

Végül, de nem utolsó sorban a kezdeti klinikai tünetek közül rá kell mutatnunk az *iritis iridocyklitis* jelentőségére. Ezen betegség semmilyen más rheumás betegségben nem olyan gyakori, mint a Sp. a.-nál. *Brocher* irodalmi adatok alapján az iritis gyakoriságát 10—50⁰/₀-ra teszi. Ha ezzel összevetjük azt, hogy a betegség nem ritkán a Sp. a. kezdeti szakában lép fel, egyet kell értenünk *Gladürevszkij*vel, aki az iritist „rávezető tünet”-nek nevezi. Intézetünkben minden iritises beteg rheumatológiai vizsgálaton is átesik és nem ritka jelenség, hogy ez alkalommal verifikálódik az addig latensen fennálló, nem diagnosztizált Sp. a.

Az adatgyűjtés stádiumában levő sorköteles fiatalok és sorkatonák Sp. a.-jának kezdeti tünetei, amelyek még végleges következtetés levonására nem alkalmasak, figyelemre méltó képet mutatnak. A kezdeti tünetek legkorábbiáknak az ágyéki gerinc fájdalma mutatkozik az esetek többségében és csak akkor nem fordult elő, amikor a betegség polyarthritissé képében kezdődött és csak évek múltán vált fájdalmassá az ágyéki gerinc is. Ritkán találoztunk a háti gerinc korai fájdalmasságával, amennyiben előfordult, úgy az ágyéki gerinc egyidejű fájdalmasságával járt együtt. A nyaki gerinc korai fájdalmasságát csak egy esetben észleltük, akkor is polyarthritises klinikai kép részjelenségeként. Eseteinkben a gerincbántalom következményes tünetei az elmondottaknak megfelelő képet mutatnak. Így nem ritka a pseudoischias, míg a mellkasi fájdalom

az egész korai szakban alig fordult elő. Ugyanez vonatkozik a szegycsont fájdalomra is. Alig láttunk polyarthritist valódi képében kezdődő Sp. a.-t, míg a perifériás ízületek és a gerinc egyidejű érintettsége aránylag gyakrabban fordult elő. A két csoport együtt az esetek 1/3-át teszi ki eddigi anyagunkban. Még ritkábban találkoztunk az egészen korai szakban az általános állapot érintettségével. Úgy tűnik, hogy ez később, a florid szakban lép fel.

Az elmondottakból kitűnik, hogy a Sp. a. kezdeti szakának polymorph képe van. Az említett tünetek egyenként, vagy a legkülönbözőbb kombinációban előfordulhatnak. A legnagyobb gondot a korai kórismezésben azon esetek jelentik, ahol egyedüli korai tünet a derékfájás. Eddigi adataink szerint az esetek felében ez a helyzet. Nagy jelentőségű ilyen esetben a részletes anamnézis. *Dihlmann* gyanú-triaszt állított össze: eszerint fiatal férfinál, éjszakai derékfájás és nem tisztázott süllyedés fokozódás esetén Sp. a. lehetőségére kell gondolni. Ha a beteget observálva gondozásba vesszük, tapasztalatunk szerint, nem sokáig kell várni ahhoz, hogy egyéb tünetek fellépésével a kérdés közelebb jusson a tisztázáshoz.

Az elmondottak érzékeltetése végett ismertetjük egyik esetünket:

C. B., jelenleg 26 é. esztergályos 1956 tavaszán jelentkezett először vizsgálatra. Akkor előadta, hogy 2 évvel megelőzőleg medence zúródást szenvedett, ami miatt a sportolást (ökölvívás) is abba kellett hagynia, j. csípője fáj. 15 mm/óra süllyedés mellett a Rtg. felvétel eltérést nem mutatott. Jó 1 év múlva már mindkét csípője fájt, vizsgálatkor érzékenynek mutatkoztak, mozgásuk nem volt korlátozott. Panaszai ekkor hónapokon át fennálltak, süllyedése állandóan fokozódott (43—32—40 mm/óra) volt. Betegségét polyarthritist chr. atypicának tartották. 1957 őszén tényleges katonai szolgálatra vonult be. — Fokozódó mozgásszervi panaszai miatt 1958 ápr.-ban kórházba került. Beküldő dg. rheumás láz, felvételi dg. pr. chr. polyarthritist volt. A betegnek akkor már csípőin kívül térdjei is fájtak és pár hét alatt ágyéki-háti gerince, mellkasa, szegycsontja is fájdalmassá váltak. Sorozatosan végeztek süllyedést, fvs. szám, AST érték vizsgálatok következetesen kóros értékeket mutattak. Fog extractio, majd tonsillektomia történt góc sanálás céljából. Az alkalmazott salycil, amidasophen, penicillin kezelés javulást nem hozott: AST érték tovább emelkedett, mozgásszervi panaszok progrediáltak, szivárványhártyagyulladás lépett fel. ACTH kezelést is végeztek. Az elvégzett háti-lumbosacralis gerinc Rtg. felvétel eltérést nem mutatott. Bár a hallgatódzasi lelet és az ismételten elvégzett Ekg. vizsgálat eltérést nem mutatott, mégis a beteget — akinek évek óta csípő-térd, majd háti-ágyéki gerinc, mellkas, szegycsont fájdalmai voltak és kórházi ápolása alatt iritise zajlott le — rheumás láz dg.-sal szerelték le. — Állapota lezserelése után sem változott, süllyedése továbbra is magas volt. Fürdőházi kezelésben részesült, kibocsátó dg. sec. chr. polyarthritist. 1959 dec.-ben lordosisa kiegyenesedett volt, az ágyéki gerinc kissé kötöttnek bizonyult. Rtg. vizsgálat után orthopädia véleményezte: spondylarthrosis, spondylolisthesis, fűző, betét viselést javasoltak. Ez évben még másodszor is iritise lett. 1960 tavaszára a beteg munkaképtelenné vált, ágyéki gerince már kötött volt. Fürdőkórházi kezelésre nyert előjegyzést, ahol a Sp. a.-t diagnosztizálták. — 1963 nov.-ben a beteg harmadszor is fellépett iritise miatt kórházunkba került, amikor Sp. a. előrehaladott stádiumát találtuk nála. — Ez az eset példa a végtagizületek fájdalmasságával kezdődő Sp. a.-ra, amikor is a gerinc csak 3 év múlva vált fájdalmassá. Ugyanezen időben fellépő iritis sem vezetett a kórkép tisztázására. Újabb 2 év alatt — intercurrentis iritis után — az ágyéki gerinc kötötté vált, ekkor nyert a betegség identifikálást. Napjainkig, 8 év alatt, a betegség klinikailag, Rtg.-leg teljesen kifejlődött.

A kezdeti szakban a laboratóriumi vizsgálatok sem adnak biztos támpontot. A vérsejtsüllyedés többnyire normális, inkább csak a két órás érték szokott fokozott lenni (Böni). Többen leírták az AST értéket (Tichy), az alfa 2, gamma globulin (Dihlmann, Falch) fokozódását, amit eseteinkben csak elvétve észleltünk. Falch az eosinophyliát 10⁰/₀-ra teszi. Mi leggyakoribb kóros leletként a két órás süllyedés értéket és az emelkedett fvs. számot említhetnénk meg.

A Sp. a. kezdeti szakának kórismezésében a többnyire bizonytalan egyéb tünetek miatt jelentősége van a Rtg. vizsgálatnak is. Scott szerint az elváltozások kifejlődéséhez szükséges időt 2¹/₂ évre lehet tenni, ezért a negatív lelet nem mindig szól a betegség ellen. Eseteinkben a legkorábbi Rtg. elváltozás a sacroiliacalis ízületek ízfelszíneinek kontúr elmosódása, finom felületes erosiók megjelenése, melyek az ízfelszínt egyenetlenné, hullámossá teszik, majd az erosiók környezetében reaktív sclerotisatio indul meg.

Befejezésül megemlítjük, hogy Gladürevszkij is a súlyos betegség korai kifejlődése megelőzésének leghatásosabb módját a korai kórismezésben látja. Ezért szükségesnek tartja, hogy a betegség korai jeleivel a betegséggel legtöbbit foglalkozó reumatológusokon és röntgenológusokon kívül más szakorvosok is (belgyógyászok, ideggyógyászok, szemészek, urológusok, sebészek stb.) megismerkedjenek. Szorgalmazza ezen betegek gondozói ellátása és racionalis foglalkoztatásuk kérdését. Ezekkel a törekvésekkel a legmesszebbmenőkig egyet lehet és kell érteni.

IRODALOM

1. Böni, A.: Idézet Brochertől. — 2. Brocher, J. E. W.: Die Wirbelsäulenleiden und ihre Differentialdiagnose. 2. Aufl. Stuttgart. Georg Thieme Verlag. 1959. — 3. De Seze S.: Schweiz. med. Wschr. 1959. 89. 745. — 4. Dihlmann, W.: Fortschr. Röntgenstr. 1962. 97. 716. — 5. Falch, I. és mtsai: Z. Rheumaforsch. 1962. 21. 256. — 6. Forestier, J.: Idézet Brochertől. — 7. Gladürevszkij, N. L.: Szovj. Med. 1957. 21. 93. — 8. Gschwend, N. és Tschui, F.: Schweiz. med. Wschr. 1963. 93. 1387. — 9. Matzen, P. F.: Lehrbuch der Orthopädie. Bd. II. Berlin. Volk und Gesundheit Verlag. 1959. — 10. Mohing, W.: Med. Klin. 1951. 46. 565. — 11. Otto, W. Z.: Rheumaforsch. 1959. 18. 27. — 12. Scott, S. G.: Idézet Brochertől. — 13. Tichy, H.: Beiträge zur Rheumatologie. Bd. V. Berlin. Volk und Gesundheit Verlag. 1961.

Д-р И. Пал.

О ДИАГНОСТИКЕ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ АНКИЛОПОЭТИЧЕСКОГО СПОНДИЛАРТРИТА

Dr. I. Pál:

ÜBER DIE DIAGNOSE DES ANFANGSSTADIUMS DER SPONDYLARTHRTIS ANKYLOPOETICA
