

Strausz Pál dr. orvos alezredes

## Adatok a fiatal felnőttkori intraventricularis vezetési zavarok gyakoriságához és klinikai jelentőségéhez

Szerző 2 év alatt 3300 fiatal felnőtt vegyes katona beteganyagból 82 különböző intraventricularis vezetési zavart talált. Az anamnesis és a vizsgálatok alapján 5 főnél következtetett organikus szívbetegségre. Ezen egyének megfigyelésre és gondozásra szorulnak.

A Tawara-szár blockokat és okait Eppinger és Rothenberger (3) ismertették 1909-ben. Rosenbaum és Lepschkin (11), Grant (4), Pryor (10), és mások a fascicularis blockok diagnosztikáját új alapokra helyezték. A három fasciculushoz megfelelően a block lehetőségeket minden variánsát ismertették. Rosenbaum (12, 13) osztályozása szerint a vezetési zavaroknak 12 variánsa ismeretes aszerint, hogy a két szárban a block permanens, átmeneti ill. az egyikben permanens a másikban múltó jellegű.

Néhány év óta a magyar irodalomban is számos közlés látott napvilágot, ismertette a fascicularis blockok elméleti és gyakorlati jelentőségét (6, 7, 9, 14, 16, 18).

A közlemények általában az idősebb korban előforduló szívbetegségekkel kapcsolatban tárgyalják a fascicularis blockokat, holott a fiatal felnőttkorban sem tartoznak a ritkaságok közé (6). Ezeknek hátterében azonban csak ritkábban lehet organikus szívelváltozást kimutatni.

### *Anyag és módszer.*

Az intraventricularis vezetési zavarok gyakoriságának és okainak tisztázására intézetünkben 2 év alatt 3300 fő 18—26 éves vegyes katona beteganyagon végeztünk Ekg. vizsgálatot. Ezen beteganyag zömében egészséges katonákból adódott. A vizsgálatokra részben szűrés, részben panaszok miatt került sor.

Belgyógyászati szakrendelésünkön általában minden harmadik főnél történik Ekg. vizsgálat. A szűréseknél rutin eljárásként, egyébként, már

\* Elhangzott: A Magyar Kardiologusok Társasága és a Magyar Sebész Társaság Kardiovasculáris Szakosztálya 1976. május 13—15-én rendezett bala-tonfüredi tudományos ülésén.

csékély panasz esetén is — mint szívszűrés, szívdobogás, mellkasi fájdalom, légzési panaszok, továbbá, ha carditis szerepel az anamnesisben és fertőző betegségek után — Ekg. felvételre kerül sor.

Az átvizsgált 3300 fiatal felnőttél 82 esetben (2,48%) találtunk különböző intraventricularis vezetési zavart a következő megoszlásban:

Incomplett jobb Tawara-szár block	44 eset
Complett jobb Tawara-szár block	2 eset
Incomplett jobb Tawara-szár block + bal anterior hemiblock	3 eset
Incomplett jobb Tawara-szár block + bal posterior hemiblock	4 eset
Jobb Tawara-szár block + bal posterior hemiblock	4 eset
Jobb Tawara-szár block + bal anterior hemiblock	5 eset
Bal anterior hemiblock	10 eset
Bal posterior hemiblock	9 eset
Bal Tawara-szárblock	1 eset
	<hr/>
	82 eset

Az anamnesis és a vizsgálatok alapján 5 főnél következtettünk organikus szívbetegségekre (kamrai, ill. polytop Es-ek és bifascicularis block, mitralis insuffitientia, ill. pitvar sövény defectus). 79 esetben a vezetési zavar melléklelet volt. Ezen esetekben a következő alapbetegséget találtuk:

Hypertonia	3 fő
Neurosis	38 fő
Vizsgálat panasz miatt	14 fő
Szűrés panasz nélkül	22 fő
	<hr/>
	77 fő

Huszonkét katonánál részletes és gondos kivizsgálással — anamnesis erőnléti tájékozódás, status, süly. vérkép, vizelet, se. cholesterin, se. K, se. Na, ASO, vércukor, mellkas rtg. — sem tudtunk a fasciculus blockra vonatkozó magyarázatot találni.

A blockok megítélésében Rosenbaum (12, 13) munkáit vettük alapul, melyet a magyar irodalomban is számosan ismertettek.

### Megbeszélés

Az intraventricularis vezetési zavarok idős szívbetegknél mindennapos megszokott leletet képeznek. Holzmann (5) ambuláns anyagon 2,2%-ban, kórházi anyagon 7,3%-ban adja meg a complett Tawara-szár blockok gyakoriságát. Fiatal felnőttkorban ritkábban, általában mellékleletként észleljük. Az általunk hazzárféhető irodalomban alig találunk ilyenekre utalást. Vizsgálataink alapján fiatal felnőttkorban vegyes ambuláns beteganyagban 2,48%-ban találtunk fascicularis blockot.

Idős korban leggyakoribb a bal anterior hemiblock (12). Ritkább az izolált bal piosterior hemiblock (12, 14). Lasser és munkatársai (8) szerint a jobb szár block kombinálódása a bal elülső szárblockkal lényegesen gya-

koribb, mint a hátsó blockkal. Belgyógyászati cardiológiai anyagon ez kb. 7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban fordul elő. Ezt az anatómiai helyzet magyarázza, mivel a jobb szár és a bal elülső fasciculus rövid ideig együtt fut, s vérellátásuk is közös. Fiatal felnőttkori anyagunkban az incomplett jobb Tawara-szár blockot láttuk leggyakrabban. Izoláltan 44 (53,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), bifascicularisan 51 (62,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) esetben, majd a bal anterior és posterior hemiblock következett. A bal anterior hemiblock izoláltan 10 (12,1<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), bifascicularisan 17 (20,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), a posterior izoláltan 9 (10,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) bifascicularisan 17 (20,7<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) főnél fordul elő. A bal posterior blockot felnőttkorban ritkán észlelik. Fiatal felnőttkori anyagunkban azonban a bal anterior és posterior hemiblock előfordulásában nem találtunk különbséget. 82 blockosunk közül bifascicularis blockot 16-szor (19,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), complett jobb Tawara-szár blockot 11-szer (13,4<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) láttunk, ebből 2-szer volt a jobb Tawara-szár block izolált. A legritkább a complett bal szárblock, anyagunkban 1 eset (1,2<sup>0</sup>/<sub>0</sub>).

Észlelésünk szerint a jobb szár 62 (75,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), a bal szár 36 (43,9<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), mindkét oldali szár 16 (19,5<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) esetben volt érintve. A jobb szár és a bal anterior ill. posterior fasciculus blockjának kombinálódásában nem láttunk különbséget.

A blockok diagnosztikájában nehézség csak a bal posterior hemiblocknál merül fel. Idős korban a cor pulmonale, fiatal korban pedig az asthenia okoz diagnosztikus nehézséget.

A fascicularis blockok az esetek többségében organikus megbetegedéshez társulnak. Castle és Keane (2) 80<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban bal kamra megbetegedést talált. A myocardialis infarctuson kívül olyan megbetegedésben fordulnak elő, melyben a myocardium primeren, vagy sekunder módon érintett (10,17). Az incomplett ill. a bifascicularis blockok a teljes blockok előfutárjai (1, 6). Előfordul az is, hogy semmit sem lehet háttérükben kimutatni (6, 14). Scanlen (15) az esetek 13,6<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-ban nem talált organikus eltérést. Mi 82 fiatalkori fascicularis block esetből 5 betegnél (6,0<sup>0</sup>/<sub>0</sub>) következtettünk organikus elváltozásra. Az 5 esetben kamrai ill. polypok Es-ek, és bifascicularis block, mitralis insuffitientia ill. pitvari septum defectus szolt organikus eltérés mellett. Fel lehet tételezni, hogy olyan kis elváltozás — heg, degeneratio, sclerosis — képezi a block alapját, melyet csak az Ekg. regisztrál.

A fiatal felnőttkorban a szív tetemes tartalék erővel rendelkezik, mely nagyobb organikus szívhibát is képes kompenzálni. Mégsem mehetünk el az intraventricularis blockok mellett még akkor sem, ha azok panaszmentesen, mellékleletként kerülnek elénk. Prognosztikailag a fascicularis blockokat jelentőseknek kell tartanunk (6), ezért ezen egyének megfigyelésre és gondozásra szorulnak (14, 18), 3300 fős anyagunkban a 2,48<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os vezetési block előfordulás ill. a 0,15<sup>0</sup>/<sub>0</sub>-os morbiditás nem elhanyagolható arány.

#### I R O D A L O M

1. Beck, O. A., Hochrein, H.: Dtsch. m. Wschr. 1973. 98. 409.
2. Castle, C. H., Keane, W. M.: Circulation. 1965. 31. 403.
3. Eppinger, R., Rothenberger, T.: Z. Klin. Med. 1910. 1. 70.
4. Grant, R. P.: Circulation. 1956. 14. 233.
5. Holzmann, M.: Klinische Elektrokardiographie. G. Thieme. Stuttgart 1952.
6. Kenedi, I., Kenedi, P., Sebők, J. Magyar, É.: Cardiol. Hung. 1972. 1. 43.
7. Kenedi, P., Tóth, K., Major, K.: Magyar Belorv. Arch. 1972. 25. 272.
8. Lasser, R. P., Haft, C. K., Friedberg, J. J.: Circulation. 1968. 37. 429.
9. Mázsár, M., Sármán, P., Buday, G., Kerkovics, Gy.: Cardiol. Hung. 1972. 1. 3.

10. Pryor, R., Blount, G.: Am. Heart. J. 1966. 72. 391.
11. Rosenbaum, M. B., Lepeschkin, E.: Am. Heart. J. 1955. 50. 38.
12. Rosenbaum, M. B.: Am. Heart. J. 1969. 78. 450.
13. Rosenbaum, M. B.: Electrocardiol. 1969. 2. 197.
14. Ruzsák, M.: Orv. Hetil. 1974. 115. 385.
15. Scanlen, P. J.: Circulation. 1970. 42. 1123.
16. Veress, G., Kisfalvi, I., Szentkláray, J., Telek, L.: Orv. Hetil. 1976. 117. 211.
17. Watt, T. B., Pruitt, R. D.: Am. Heart, J. 1969. 77. 460.
18. Zulik, R. Kassay, F. S.: Orv. Hetil. 1973. 114. 2791.

*Штраус П.*, подполковник м/с:

#### ЧАСТОТА И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ВНУТРИЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПРОВОДИМОСТИ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

В течение 2 лет, среди 3 800 молодых солдат с различными заболеваниями, автором выявлены различные нарушения внутрижелудочковой проводимости у 82 лиц. Судя по данным анамнеза и проведенных исследований, органическая сердечная болезнь установлена у 5 случаев. Эти лица нуждаются в наблюдении и диспансерном лечении.

Dr. P. Strausz, Oberstltn. des Med. Dienstes:

#### BEITRÄGE ZUR HÄUFIGKEIT UND KLINISCHEN BEDEUTUNG DER INTRAVENTRIKULÄREN LEITUNGSSTÖRUNGEN IN JUGENDLICHEN ERWACHSENENALTER

Während zwei Jahre hat Verfasser im einen gemischten Krankengut von 3300 jugendlichen Soldaten 82 Fälle verschiedener intraventrikulärer Leitungsstörungen gefunden. Anhand der Anamnesen und Untersuchungen konnte er bei 5 Personen auf organische Herzkrankheit einen Schluß ziehen. Diese Personen bedürfen einer Beobachtung sowie Fürsorge.