

Dr. Lukács György orvos százados, **dr. Takács Mihály** orvos őrnagy,
dr. Szklenárik György po.

Nodi haemorrhoidaleshez társult végbél schistosomiasis

A szerzők nodi haemorrhoidaleshez társult végbél schistosomiasist észleltek, amely alapján fontosnak tartják megjegyezni, hogy schistosomiasis endemiás területen, vagy onnan érkező betegnél nodusos panaszok esetén mindig gondolni kell a schistosomiasis lehetőségére.

A schistosomiasis (bilharziasis, bilharzia disease, vérmétely betegség) a trópusok legelterjedtebb és legsúlyosabb helminthiasisa. Potentialisan többféle Schistosoma-faj is előidézhet emberi megbetegedést, de a leggyakoribb kórokozó három faj: a Schistosoma haematobium, a Schistosoma mansoni, a Schistosoma japonicum.

A betegség elterjedtsége fajonként különböző. Az általunk észlelt Schistosoma mansoni a leggyakrabban Afrikában és az Arab-félszigeteken fordul elő. Számuk az öntözéses gazdálkodás elterjedésével párhuzamosan nő.

Aetiológiáját tekintve a betegség kórokozói a Schistosomatidae családba tartozó lapos férgek. A schistosoma mansoni hímje 6,4—12,0 mm, nősténye 7,2—17,00 mm hosszú. Szokványosan a széklettel ürül, ürüléskor érett lárvát tartalmaz. Kifejlett egyedei a vastagbélből összeszedődő mesenterialis venulában találhatóak. Ritkábban a felső mesenterialis vénákban, a portalis rendszerben vagy a hólyag körüli vénákban is megtelepednek.

A vizelettel, illetve széklettel távozó peték csak akkor tudnak tovább fejlődni, ha köztigazdának alkalmas vízcsigákba tudnak behatolni. A Schistosoma mansoni terjedésében Afrikában a Biomphalaria alexandrina és pfeifferi nevű csigafajok szerepelnek a leggyakrabban köztigazdaként. A lárv a csigában bonyolult fejlődési folyamaton megy át, majd a köztigazdából kizajzik és 24—72 óráig fertőzőképes. A vízben tartózkodó emberbe a bőrön át fúródik be.

A schistosomiasis pathogenesisa a következő. A sértetlen kültakarón át activ invasióval behatoló fertőzőképes lárvák a jobb szívfélbe, majd a pulmonális capillarisokba jutnak. Néhány nap alatt behatolnak a pulmonális venulákba, majd a bal szívfélén át a nagyvérkörbe, és a mesenterialis capillarison át a portalis keringésbe lépnek. Itt a lárvák fejlődésnek indulnak. A fiatal féreg kb. három hét alatt kifejlődik, majd miközben a végső

letelepedési helyére vándorol ivréretté válik. A fertőzéstől a peteürítésig eltelt incubatio idő a *Schistosoma mansoni* esetében 7—8 hét.

A schistosomiasis pathogenesisében három egymást követő szakasz van: az incubatio, a peterakás, és a kötőszövet-szaporodás stádiuma.

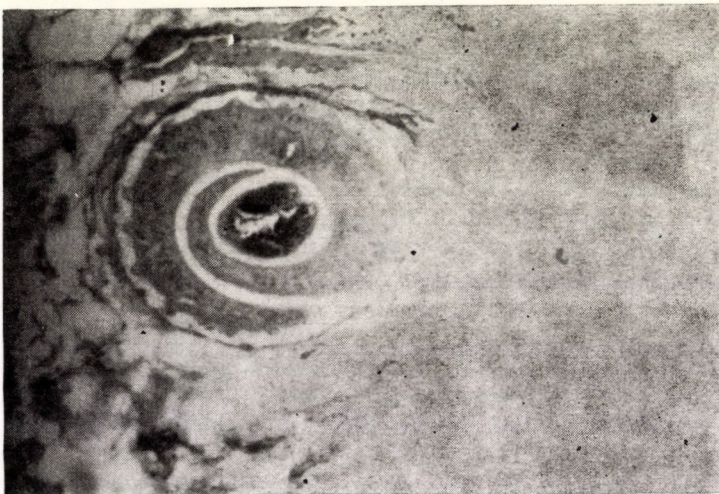
Az incubatio a lárvák behatolási helyén keletkező dermatitissel kezdődik, később a véráramba kerülő carcariák a tüdőben és a májban perivascularis infiltratiót okoznak. A lárvák, majd a férgek anyagcseretermékei részint cytotoxikus hatást fejtenek ki, részint sensibilizálják a szervezetet, ennek jeleként a keringő vérben jelentős eosinophilia mutatható ki.

A peterakás szakaszában a peték áthatolnak az érfalon és a perivascularis szöveteken, miközben környezetükben jelentős szöveti reactiót váltanak ki. Hatásukra pseudotuberculum vagy pseudoabscessus képződik.

A betegség utolsó stádiumában kötőszövet-szaporodás keletkezik, amely annál kifejezettebb, minél tovább tart a fertőzöttség.

A megbetegedés klinikai képét általános gyulladási jelek uralják a férgek behatolásának idején és az incubatio időszak végén. A további tünetek a kórokozó fajától és localisatiójától függenek.

A Manson-schistosomiasis második szakaszában a tünetek főként a bélfalra, a májra és a lépére localisálódnak. A vastagbél fala gyulladt, megvastagodott, nyálkahártyája szemcsés, majd papillomatosus. Rectum prolapsus, analis fissura, perinealis, glutealis, hólyagfistula fejlődhet ki.



1. ábra

Schistosoma mansoni nősténye a bélnyálkahártya alatti vénában.
Haematoxylin-eosin festés. 125-szörös nagyítás.

A különböző *Schistosoma*-faj által okozott elváltozások carcinoma képződésre hajlamossítanak.

Az általunk észlelt esetben, A. S. harmincéves férfi beteg kb. két éve fennálló aranyérbetegségre jellemző panaszok miatt került felvételre osztályunkra.

Korábban komolyabb megbetegedése nem volt. Általános fizikális vizsgálá-

Iattal említésre méltó nem észlelhető. Rectalis digitalis vizsgálattal: három, hat és kilenc óra irányában elhelyezkedő babnyi nódusok észlelhetők az anus nyílásban. Kb. három centiméter magasságban a rectum falán jobb oldalon cseresznyéni, bal oldalon lencséni, széles alapon ülő polypusnak imponáló képletek tapinthatók, amelyek látótérbe nem hozhatók.

Rectoscopiát végeztünk: huszonkét centiméterig feljutva a tapintási letnek megfelelő kép látható, egyébként ép nyálkahártya észlelhető.

A laboratóriumi vizsgálatok eredményei: fehérvérsejtszám 4000, vörösvérsejtsüllyedés 5 mm/óra, haemoglobin 75⁰/₀. Vizelet: negatív. Székletben entamoeba histolytica. Mellkas röntgen negatív. Eosinophil: 18⁰/₀

Tekintettel amoebiasisára Furamid kezelést kezdtünk (3×1 tabletta tíz napon át), majd háromszor ismételt negatív széklet után műtétet végeztünk.

Szabályos előkészítés, inhalatios narcosis. Recamier-féle tágitás után kitűnik, hogy a digitalis vizsgálattal észlelt két kb. három centiméter magasságban észlelt képlet mállékony, vérzékeny, malignus tumornak imponáló küllemű. Mindkét képletet alapjával együtt extirpaljuk, helyükön a nyálkahártyát csomós öltésekkel egyesítjük.

Az aranyeres tárgulatokat Langenbeck-szerint látjuk el, az anusba parafinos-csíkot helyezünk.

A beteg a műtét után panasz és tünetmentes volt, a műtétet követő harmadik napon spontán székletet ürített.

A végbélből kivett anyagot hystologiai vizsgálatra küldtük, amelynek lelete: macroscoposan egy 2×1, 5×1 cm-es és egy 1,5×0, 5×0,5 cm-es puha szövetdarab.

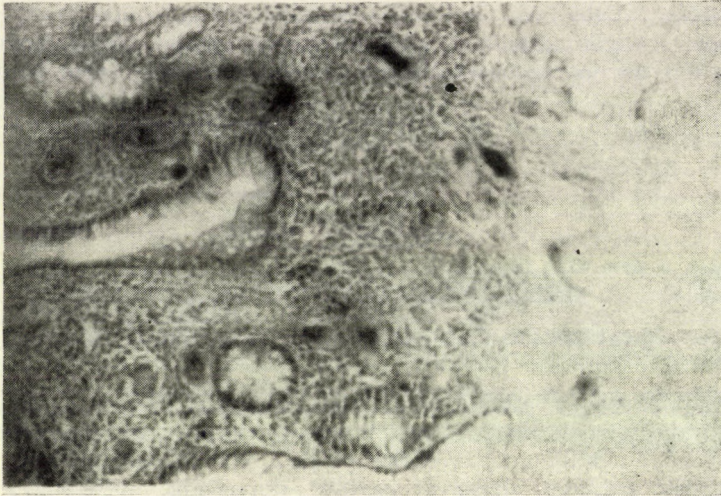
Mikroszkóp alatt a vastagbélnyálkahártya strómája mindenütt erősen kiszélesedett és neutrophil, eosinophil leukocytákkal, kevesebb lymphocytával és plasmasejttel beszűrődött. A stroma kötőszöveve többnyire rostgazdagabb és erősen felszaporodott. A mirigycsövek (Lieberkühn mirigyek) egyenetlen tágak. A mirigyház secernál, a lumen felé élesen határozódik el. A stróma mélyebben elhelyezkedő tágult vékonyfalú vénáinak egyrészében Schistosoma hosszanti vagy harántmetszetei láthatók. A strómában egyenetlen sűrűségben, számtalan schistosoma pete található részben kötőszöveti rostokkal is körülfogva. Olykor a Lieberkühn kryptákban is megtalálhatók a peték. A peték a sch. Mansoni és Sch. Haemotobium alakjainak megfelelőek és vegeesen található a nyálkahártyákban.

A szövettani diagnosissal bizonyított schistosomiasis gyógykezelését Ambilhar (3×2 tabletta tíz napon át, mellékhatásainak csökkentésére Sedusen 3×1 tabletta) adásával végeztük.

A macroscopos kép alapján az elváltozás rosszindulatú daganatot utánozhat, szövettani vizsgálata kötelező, különös tekintettel arra, vagy valóban melignus el-fajuláshoz vezethet.

A diagnosis felállítását nehezíti, hogy a betegség harmadik stádiumában az el-tokolt kórokozó a székletből és a vizeletből nem mutatható ki.

Esetükben a valódi diagnózist a szövettani vizsgálat adta meg.



2. ábra.

Számos pete a gyulladással, kiszélesedett vastagbél nyálkahártya stromában.
Haematoxylin-eosin festés, 125-szörös nagyítás.

I R O D A L O M J E G Y Z É K

1. Cook J. A., Jordan P. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.*, 64.793. 1970.
2. Gold R., Rosen F. S., Weller T. H. *Am. J. trop. Med. Hyg.*, 18.545. 1969.
3. Jordan P. *Tropical Medical Conference 1967*. London: Pitman Medical.
4. Lees R. E. M., Jordan P. *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*, 62.630. 1968.
5. Lowert R. M., Yogore M. G. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.*, 63.343. 1969.
6. Lie K. J., Basch P. F., Heyneman D., Beck W. P., Audy J. R. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.*, 62.299. 1969.
7. Lucas A. O., Adeniyi—Jones C. C., Cockshott W. P., Gilles H. M. *Lancet*, i, 631. 1966.
8. Macdonald G., Forsyth D. M. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.* 62.755. 1968.
9. Mansons, *Tropical Disease*, 285—319. 1972.
10. McMahon J. E. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.*, 63.545. 1969.
11. Pellegrino J., Katz N. *Adv. Parasit.*, 6.233. 1968.
12. Powell S. J., Engelbrecht H. E., Welehman J. M. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.* 62.231. 238. 1968.
13. Várnai F. *Trópusi betegségek* 232—243. 1977.
14. Wolstenholme B. *Trans. R. Soc. trop. Med. Hyg.* 62.729. 1968.
15. Yokogawa M. *Adv. Parasit.*, 7.375. 1969.

Лукач Д. капитан м/с, Такач М. майор м/с, Скленарик Д.:

ШИСТОСОМИАЗ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙ NODI HAEMONOIDALE ПРЯМОЙ КИШКИ

Авторы наблюдали шистосомиаз, сопровождающий nodi haemonoiale прямой кишки и считают необходимым отметить, что если с жалобами на геморроидальные узлы находится на эндемичной территории шистосомиаза или прибыл оттуда, то нельзя исключать возможность этого заболевания. Макроскопическая картина может напоминать злокачественную опухоль, необходимо провести гистологическое исследование, особенно учитывая то обстоятельство, что в самом деле может произойти малигнизационное перерождение. Установление диагноза затрудняется тем, что на третьей стадии заболевания нельзя обнаружить возбудителей в кале и моче.

Dr. G. Lukács, Hptm. Arzt, *Dr. M. Takács*, Major Arzt, *Dr. G. Szklenarik*, zivil Arzt:

ZU NODI HAEMORRHOIDALE GESELLTE ENDDARM SCHISTOSOMIASE.

Verfasser haben zur Nodi hemorrhoidale angeschlossene Enddarm Schistosomiase beobachtet. Deswegen fanden sie wichtig zu bemerken, dass auf durch Endormie-Infektion gefährdeten Gebiete, wie auch im Falle Pazienten, die aus einem solchen Gebiet hergekommen sind, bei Nodus Beschwerden man stets an die Möglichkeit einer Schistosomiase denken soll.

Die Macroscop—Aufnahme kann die Deformation stets leicht eine bösartige Schwulst imitieren. Demnach soll das Anordnen einer serologischen Untersuchung schon deswegen obligatorisch sein, weil der Ablauf tatsächlich zu einer boshaften Degeneration führen kann. Die Diagnostizierung wird dadurch erschwert, da der im dritten Stadium der Krankheit eingekapselte Krankheitserreger in den Exkrement und Harn nicht nachweisbar ist. —

OVIDON^R

tabletta

ÖSSZETÉTEL: 1 tabletta 0,25 mg d-norgestrelt és 0,05 mg aethinyloestra-diolumot tartalmaz.

HATÁS: Az OVIDON két komponensű, oralisán alkalmazható anticóncipiens, amely az ovuláció gátlásával hat. Optimálisan alacsony hatóanyag-tartalma miatt ritkán okoz mellékhatást, a szervezetet nem károsítja, a későbbi — már kívánt — terhességet nem befolyásolja.

ALKALMAZÁS ÉS ADAGOLÁS: Az OVIDON tablettát szedését a menstruatio első napjától számított 5. napon kell elkezdni, és 21 napon át napi 1 tablettát kell azonos napszakban, lehetőleg este bevenni. Ezt követően 7 nap szünetet kell tartani, ami alatt menstruatio-szerű megvonásos vérzés jelentkezik. Függetlenül ennek bekövetkeztétől és tartamától az 1 hetes szünetet követő napon az újabb 21 napos kúra megkezdhető. A fenti adagolási mód mindaddig folytatható, amíg a terhesség megelőzése kívánatos. Rendszeres szedés esetén a fogamzásgátló-hatás az 1 hetes tablettaszedési szünetre is kiterjed.

ELLENJAVALLATOK: Hepatitis utáni állapotok, súlyos idiopathiás terhességi icterus és súlyos terhességi pruritus az anamnesisben, Dubin—Johnson- és Rotorsyndroma, májműködési zavarok, cholecystitis, thrombosis-készség, súlyos organikus szívbetegség, chronikus colitis, az endocrin mirigyek betegségei, malignus tumorok, elsősorban emlő-carcinoma, továbbá lactatio és intolerantia.

MELLÉKHATÁSOK: A kúra kezdetén esetleg jelentkező gastrointestina-lis tünetek, mellfeszülés, testsúlynövekedés a folyamatos kezelés során rendszerint csökkennek vagy megszűnnek. Varicositasban, epilepsiában, hypertoniában, depressióval járó psychiatriai kórképekben, diabetes mellitusban a készítmény alkalmazása körültekintést igényel.

MEGJEGYZÉS: ✘ Rendelhetőségét a 23/1973. és módosítása, a 13/1974. eü. miniszteri utasítás szabályozzák.
„Csak vényre kiadható, és az orvos rendelkezése szerint (legfeljebb három alklommal) ismételhető.”

CSOMAGOLÁS:

21 tabletta

tértéti díj: 2,20 Ft

GYÁRTJA:

Kőbányai Gyógyszerárugyár, Budapest.