

A spontán légmell katonai orvosi értékelése

A spontán légmell katonai orvosi jelentőségét részben aránylag gyakori előfordulása jelzi, részben pedig az a tény, hogy típusosan a sorköteles fiatalokat érinti, annyira, hogy az irodalom „regrutapneumothorax” néven is említi. A körkép lényege az, hogy a tüdőfelszín (a pleura visceralis) megrepedése következtében levegő kerül a pleura két lemeze közé. Ezáltal az érintett tüdőfél többé-kevésbé összeesik (collabál) és részvétele a légzésben csökken. Kórokként a régebbi hiedelemmel szemben a tuberculosis csak ritkán szerepel, a nagy tüdőbeteg-intézetek statisztikái is 20% körül jelölik meg. Saját anyagunkban ilyet kimutatni nem tudunk. Az esetek döntő többségében a tüdőfelszín (rendszerint a csúcsi területen elhelyezkedő) borsónyi-babnyi emphysemás bulláinak a megrepedése okozza. Ismeretes az ún. idiopathiás ptx. is, ahol semmilyen okot nem sikerült kimutatni. Anyagunkban három ilyen eset szerepel az operáltak között. Az egyéb (traumás, tumoros stb.) eredetű légmellekkel jelen dolgozatunkban nem foglalkozunk, mert azok a katonai alkalmasság megítélése szempontjából — az alapbetegségtől függően — más elbírálás alá esnek.

A spontán ptx. rendszerint hirtelen, szűrő mellkasi fájdalommal jelentkezik, amit intenzitásában és időtartamában igen változó nehézlégzés kísér. A légszomj rendszerint átmeneti jellegű és utána a beteg panaszmentessé válik. Volt betegünk, aki gyakorlaton jelentkezett átmeneti panaszai-val, nem is fordult orvoshoz csak három nappal későbbi lefúvás után. Kiváltó okként fizikai megterhelés tapasztalataink szerint a legritkábban fordul elő. Az esetek tekintélyes részében a beteg álmából ébredt a fájdalomra, többségük semmilyen okra nem tudja panaszait visszavezetni. A relatív panaszmentesség érthetővé válik, ha a tuberculosis régi gyógyításában annyira elterjedt légmellkezelésre gondolunk, amit a betegek évekig jól tűrtek, időnkénti ambuláns „töltésekkel”. Az elmondottaknál több tünetet, sőt akut életveszélyt jelenthet a feszülővé váló, vagy az egy időben kétoldalt fellépő ptx. Ezért, valamint a szövődmények lehetőségéért a ptx. fellépését akutan életveszélyes állapotnak tekintjük.

A kórisme felállítása már egyszerű fizikális vizsgálattal sem okoz nehézséget a beteg oldalon észlelhető dobos kopogtatási hang és a gyengült, ill. egyáltalán nem hallható légzés alapján. Egyértelmű választ kapunk a

mellkas átvilágításnál, vagy rtg. felvételnél. A feszülő légmell felismerése sem jelent túlzott nehézséget a fokozódó nehézlégzés, a nyaki vénákon észlelhető fokozódó pangás és a mediastinum kikopogtatható vagy rtg.-vel látható, az ép oldal felé való áttolódása alapján.

Az orvosi elsősegély feszülő légmellnél egy nagyobb record-tűnek az érintett oldalon (lehetőleg elől, a II. bordaközben) való beszúrásából áll, ezzel a feszülés azonnal megszűnik. Egyébként a beteg nyugalomba helyezése és minél gyorsabban kórházba, lehetőleg mellkassebészeti osztályra történő szállítása a feladat. Morphium és származékai, Dionin adása — az esetleg fellépő feszülés elfedése miatt — tilos! A therápiás lehetőség a klinikai képtől függően egyszerű fektetés, tüvel történő levegő-leszívás, mellúri drenázs állandó szívással, vagy thoracotomia tüdővarrattal, nagyon ritkán resectióval. A therápiás effectus áttekintésére szolgál táblázatunk, amelyen összehasonlítottunk két, a beérkezés sorrendjében szereplő 100—100 betegből álló csoportot. A két csoport felvétele között kb. 10 év telt el.

A táblázatból, ill. a két csoport összehasonlításából bizonyos következtetések vonhatók le:

Spontán ptx ellátása

Első 100 eset

	Eredményes	Eredménytelen
Csak fektetés	17	1
Leszívás tüvel	28	15
Mellúri drenázs	45	10
Műtét	10	

Második 100 eset

	Eredményes	Eredménytelen
Csak fektetés	13	0
Leszívás tüvel	6	3
Mellúri drenázs	68	10
Műtét	13	

1. Az egyszerű fektetésnek indokolt és jól megválasztott eseteknél ma is van helye a therápiás tervben.
2. A tüvel való leszívások számát erősen csökkentettük.
3. Hamarabb nyúlunk az állandó szíváshoz.
4. Műtetre változatlanul az esetek 10 százalékában kényszerültünk.
5. A recidiva gyakorisága mindkét csoportban 20 százalék.
6. Műtét utáni recidivát nem találtunk, illet az irodalomból sem ismerünk.

Ezen therápiás tanulságokon kívül anyagunkból másféle tanulságot nem tudunk levonni. A feldolgozás technikai nehézségei miatt nem tudjuk megállapítani ugyanis, hogy első, vagy másodízben konzervatív kezelt be-

tegeink közül leszerelésük után hány recidivált, valamint azt sem tudjuk pontosan visszakeresni, hogy a nálunk felvett betegeknek bevonulásuk előtt volt-e és hányszor spontán légmellük. Ezért a katonai alkalmasság kérdésében sem tudunk kizárólag a saját tapasztalatainkra támaszkodni.

A közelmúltig az volt a gyakorlatunk, hogy minden beteget az első légmell fellépése után békében alkalmatlannak minősítettünk, tekintet nélkül az alkalmazott therápiás eljárásra.

Az alkalomszerűen, egészségesen visszatérő betegekkel, valamint a polgári vonalon dolgozó mellkasbészekkel való tapasztalatcsereből az derült ki, hogy a betegek az alkalmazott therápiától és a recidivák számától függetlenül eredeti foglalkozásukat folytatják. Egyébként erre vonatkozó statisztikát nem sikerült találnunk.

Ha az elmondottakhoz hozzá tesszük, hogy saját eseteinket alaposan elemezve sem találtunk olyan adatot, ami akár a spontán légmell fellépését, akár a recidiva kialakulását elősegíti — és ilyenre sem a polgári orvosokkal való konzultálás, sem irodalmi utalás során nem találkoztunk —, indokoltnak látjuk, hogy eddigi álláspontunkat indokolatlanul liberálisnak minősítsük.

A katonai szolgálat kérdésében elfoglalt mai álláspontunk kifejtésénél abból indulunk ki, hogy a minden esetben kórházban kezelt akut folyamat lezajlása — tehát a klinikai gyógyulás után — a szokásos záróvizsgálatokon kívül elengedhetetlennek tartjuk a tüdők részletekbe menő rtg. vizsgálatát, beleértve az érintett, de a legkisebb gyanú esetén mindkét oldal rétegvizsgálatát is.

Konzervatív megoldott légmell gyógyulása után a katonát 2 hétig osztályunkon tartjuk megfigyelés alatt, elsősorban Valsalva típusú terheléstől kímélve (székrendezés!), majd 30 nap eu. szabadságra küldjük otthonába, kellően kioktatva — és ezt eu. könyvébe is rögzítjük —, hogy a legkisebb panasz esetén is, de legkésőbb a szabadság letelte előtt, osztályunkat ellenőrző vizsgálatra keresse fel. Az a tapasztalatunk, ugyanis, hogy a recidivák nagy része az első két hónapban lép fel. Műtéti megoldás után kívárujuk a 3. hét leteltét az osztályon, és kibocsátás előtt a záróvizsgálatot légzésfunkctios vizsgálattal egészítjük ki. A 30 napos eu. szabadság utáni ellenőrző vizsgálat a sebgyógyuláson és a rtg. kontrollon kívül a légzés-funkciók megítélését is magában foglalja. A műtéten átesett beteg a műtét időpontjától számított másfél-két évi szolgálati halasztást kap.

A katonai szolgálatra való minősítés ezek után a következő:

Konzervatív megoldott, első esetben fellépő spontán légmell után, amennyiben a beteg statusában semmilyen más eu. fogatkozás nem szerepel, és kétoldaliság sem mutatható ki, a minősítés „Alkalmas”, fegyvernemi megszorítással. Nem alkalmas az ilyen katona a légierő hajózá állományába, könnyű vagy nehéz búvárnak, valamint víz alatti átkelésre. Ezt a minősítést gyakran befolyásolja, hogy az ilyen betegek gyakran astheniások, gyengén fejlettek. Ezek megítélése az általános állapottól függ, mindig a szervezet egészét tartva szem előtt.

Az előzőkhöz hasonló feltételek mellett első recidiva után, valamint mindkét oldalon kimutatott bulláknál a minősítés „Alkalmas, fizikai korlátozással és fegyvernemi megszorítással”.

Ugyanígy minősítjük a tüdőfelszín elvarrásával operált, de más kóros

elváltozást nem mutató eseteket, amennyiben az ellenőrző légzésfunkciós vizsgálatnál a VC és a FEV₁ 80⁰/₀ fölött van és az ergospirometria 60 W terhelésnél nem mutat O₂ deficitet.

Resectióval megoldott esetek minősítése a mellkasi műtétekkel meg-egyezően, a csonkolás kiterjedése és a légzésfunkciók alapján történik. Az operálttal ellenoldali csúcsban kimutatott bulla vagy nem kielégítő légzésfunkciók esetében a sor alatt álló csak saját, a polgári életben folytatott szakmájában vehető igénybe katonai szolgálatra.

Dolgozatunk célja az volt, hogy egy jól körülhatárolt kórformáról, amely nem mindig kerül az azt kellő alapossággal ismerő szakorvos kezébe, segítséget és tájékoztatást adjunk mind a sorozást végző, mind pedig a csapatorvosok részére.

Ремете Т., полковник м/с, *Таллош Я.*, подполковник м/с:

Военно-медицинский подход к спонтанного пневмоторакса

Dr. T. Remete, Oberst des Med. Dienstes, Dr. J. Tallós, Oberstltn. des Med. Dienstes:

MILITÄRÄRZTLICHE BEWERTUNG DER SPONTANEN PNEUMOTHORAX