

BESZÁMOLÓ

a Magyar Honvédség Orvosi Tudományos Tanácsa
2004. évi Tudományos Konferenciájáról

*2004. március 17.
Budapest*

- 09.00–09.10 *Megnyitó* Prof. Dr. Hideg János ny. o.vőrgy.
Üléselnök: Dr. Hetei Péter o.ddtbc.,
Dr. Grósz Andor o.ezds., egyetemi magántanár
- 09.10–09.30 Dr. Svéd László o.vőrgy. (HVK Eü.CSF-ség):
A katonaegészségügy hadtudományi kapcsolatrendszere
- 09.30–09.45 Dr. Vekerdi Zoltán o.alez.,
Dr. Schandl László o.alez.
(HVK Eü.CsF-ség, KHK I. Belgyógyászat):
A Magyar Katonai Egészségügyi Kontingens
(MEK) tapasztalatai Afganisztánban
- 09.45–10.00 Dr. Kopcsó István o.ezds. (HVK Eü.CSF-ség):
A NATO-békepartnerségi gyakorlatok tervezése és
végrehajtásának tapasztalatai
- 10.00–10.15 Dr. Grósz Andor o.ezds., egyetemi magántanár,
Dr. Benedek Krisztina,
Dr. Benedek György,
Dr. Kéri Szabolcs,
Dr. Tóth Erika
(KHK, SzTE Élettani Int., Neur. Klinika, Pszich. Klinika):
Kontraszt-érzékenység vizsgálata hosszan tartó
hypobarikus hypoxia körülményei között
Üléselnök: Dr. Liptay László ny.o.ezds.,
Dr. Gonda Ferenc ny. o.ezds.
- 10.15–10.30 Dr. Brassányi Pál o.örgy.,
Dr. Rókusz László o.ezds.,
Dr. Paróczai Klára o.alez.
(KHK I. Belgyógyászat, Kórházhigiéné):
Vírusok okozta nosocomialis gastroenteritisek
- 10.30–10.45 Dr. Kolozsvári Ferenc o.örgy.,
Dr. Suri Csilla o.alez.,
Dr. Vajda Adrienne o.alez.,
Dr. Liptay László ny. o.ezds
(KHK I. Belgyógyászat, Szájsebészet, Bőrgyógyászat):
Határterületi diagnosztika jelentősége malignus
hematológiai betegségekben
- 10.45–11.00 Dr. Jász Judit (KHK I. Belgyógyászat):
Új és régi lehetőségek a vékonybél betegségek diagnosztikájában
- 11.00–11.20 Dr. Gonda Ferenc ny. o.ezds. (KHK II. Belgyógyászat):
Az akut coronaria szindróma új, pontosított diagnosztikai
és terápiás elvei
- 11.20–11.35 Dr. Bernát Sándor Iván o.alez.(KHK II. Belgyógyászat):
Új szempontok a thromboembóliás betegségek megelőzésében

11.35–12.00 K á v é s z ü n e t

Üléselnök: Dr. Faludi Gábor o.ezds.,
Dr. Szilágyi Zsuzsanna o.ezds.

12.00–12.15 Dr. Szenkovits Adeodát,
Kovács Péter őrgy. (EVI):
A fizikai alkalmasság vizsgálatának időszerű kérdései
az önkéntes haderőre történő áttérés küszöbén

12.15–12.30 Kovács Péter őrgy. (EVI):
A fizikai alkalmasság vizsgálat és az állapotfelmérés szerepe
és felhasználásának lehetőségei az egyénre szabott életmód
programok alkalmazásában

12.30–12.45 Dr. Dóri Csaba o.alez.,
Dr. Lakatos Gabriella o.örgy. (EVI):
A KFOR MEL laboratórium tevékenysége és vizsgálati eredményei

12.45–13.00 Kugler Gyöngyi alez.
Dr. Urbán Róbert,
Dr. Oláh Attila,
Dr. Szilágyi Zsuzsanna o.ezds. (EVI, ELTE):
A dohányzás összefüggése a szocioökonómiai státusszal, a depressz-
zióval és a szorongással sorkatonákon végzett felmérés alapján
Üléselnök: Dr. Fűrész József o.ezds., egyetemi magántanár,
Dr. Gachályi András ny. mk. ezds.

13.00–13.15 Dr. Fent János,
Dr. Lakatos Zsuzsanna,
Dr. Veszely Gizella,
Dr. Fűrész József o.ezds. egyetemi magántanár (EVI):
Az áramlási citometria szerepe a mikrobiológiában

13.15–13.30 Dr. Kelemen Péter o.fhdgy., Dr. Veszely Gizella,
Dr. Fűrész József o.ezds., egyetemi magántanár (EVI):
Antigén prezentáció és a dendritikus sejtek

13.30–13.45 Karvaly Gellért, Boldis Ottó,
Némethné K. Natália szds.,
Kocsis György mk. őrgy.,
Dr. Mátyus Mária o.örgy.,
Dr. Gachályi András ny. mk. ezds.,
Dr. Fűrész József o.ezds., egyetemi magántanár (EVI):
Kénmustár minőségi és mennyiségi meghatározása
biológiai mintákból

13.45–14.30 E b é d s z ü n e t

Üléselnök: Dr. Orgován György o.ezds., egyetemi magántanár,
Végh Attila ny. o.ezds.

- 14.30–14.45 Dr. Pécsi Ferenc o.szds.,
Dr. Tóth Attila o.örgy.,
Dr. Török Lehel (KHK Idegsebészet):
Intracranialis nyomásmérés traumás esetekben
- 14.45–15.00 Dr. Markó Gábor o.örgy.,
Dr. Aczél Klára,
Dr. Deák György ny. o.ezds. (KHK Szemészet):
Digitális fényképezés és angiográfia jelentősége a szemfenéki diagnosztikában
- 15.00–15.15 Dr. Fekete Attila o.örgy.,
Dr. Tamás Róbert o.alez.: (KHK Plasztikai sebészet):
Új lehetőségek a helyreállító sebészetben a mikrosebészeti technika alkalmazásával
- 15.15–15.30 Dr. Sárvári Géza o.örgy.,
Dr. Várhelyi Levente o.örgy.,
Péter Csilla fhdgy. (KHK Baleseti sebészet):
A minimál invazív csípőízületi endoprotetika sebészeti és korai rehabilitációs előnyei
- 15.30–15.45 Dr. Záborszky Zoltán o.örgy.,
Dr. Fekete László o.örgy.,
Dr. Orgován György o.ezds., egyetemi magántanár,
Dr. Bakity Boldizsár o.alez.,
Dr. Nagygyörgy Ádám o.szds.,
Szacszy Mihály,
Dr. Tauzin Ferenc ny. o.alez.
(KHK Ált. és Érsebészet, Bp-i Műszaki Egyetem):
Colorectalis máj metasztázisok laparoszkóppal asszisztált interszticiális lézer kezelése
- 15.45–16.00 Dr. Végh Attila ny. o.ezds.,
Dr. Ács Tihamér ny. o.alez.,
Dr. Szabó János,
Dr. Földesi János o.örgy.,
Dr. Hegedüs György o.szds.,
Dr. Szepesváry Zsolt (KHK Urológia):
A radikális retropubikus prosztatektómia szövődményei, megoldásuk
- 16.00–16.15 Z á r s z ó Dr. Svéd László o.vörgy.
- 16.15– Á l l ó f o g a d á s

A katonaegészségügy hadtudományi kapcsolatrendszere

Dr. Svéd László o.vőrgy., Ph.D.

A mai ismeretink alapján a katona-orvostan, mint tudományág átfogja a Magyar Honvédség háborús és béke egészség védelmének elméleti és gyakorlati ismeretanyagát. Foglalkozik a háborús sérülések és megbetegedések megelőzésével, kórházi kezelésével és a gyógykezeléshez szükséges elméleti és gyakorlati ismeretekkel.

A katonai orvostan a hadtudomány és az orvostudomány ötvözéséből áll, az orvostudomány önálló tudományága. Az egészségügyi szolgálat alaprendeltetéséhez kapcsolódó feladat alapvetően a különböző műveletekben, feladatokban keletkező sérültek mennyisége és minősége határozza meg. Ezek a minőségi és mennyiségi arányok egyértelműsíthetően az alkalmazott harc eljárásoktól, fegyverfajtáktól, geológiai, és meteorológiai viszonyoktól, azaz a hadművelet éppen legaktuálisabb és legkorszerűbb elméleti tézisei alapján kiművelt gyakorlati megoldás függvénye.

Az így keletkezett sérültek ellátása, osztályozása és kiürítése azonban az orvostudomány éppen aktuális legmodernebb eljárásai alkalmazásával kerülnek végrehajtásra.

Ez az öt fontos elem dialektikus egységet képez, arányaik egymásra szignifikánsan hatást gyakorolva változnak. Az I. világháborúra jelképesen az „álló mobilitás” volt a jellemző. Az orvostudomány számára új kihívást az akkor először alkalmazott vegyi fegyverek által keletkezett sérültek ellátása jelentette. A háború után *Oppel* szentesítette a szakaszos gyógykezelés elvét, amely

alapvetően a különböző egészségügyi ellátási szintekhez tartozó beavatkozási követelményeket határozta meg.

A II. világháborúban a szakaszos gyógykezelés elvéhez a rendeltetészerű kiürítés kapcsolódik. A háború vége újabb erőpróba elé állítja a világ orvostudományát. A Japánban ledobott két atombomba egészségügyi következményei kiszámíthatatlan és addig soha nem látott kórképek sokaságát idézte elő és paradox módon teremtett meg számtalan új orvosi disciplinát, kórképet és eljárást (sugár biológiai, sugár higiénia, kombinált sérülések, stb.)

Korea és Vietnám: az új harc eljárások mellett és azokkal összefüggésben a légi kiürítés új és eddig nem alkalmazott formáját a helikopteres sérült kiürítés megszületését eredményezte.

Az első Öböl-háború során a XX. századi tapasztalatok tudományos tapasztalatok feldolgozása miatt, szervezett és megalapozott egészségügyi biztosítást tesz lehetővé.

A terrorizmus ellen vívott afganisztáni és iraki háborúkra a fantasztikus gyorsaság volt a jellemző, ami hadművészeti oldalát érinti a kérdésnek. Ehhez az egészségügyi szolgálatokat flexibilissé, azaz a kockázatokkal arányos reagálóképességűvé, valamint a gyorsan mozgó csapatokkal egyenértékűen mobilissá kellett tenni.

Az áttekintés rövid összegzéseként magabiztosan jelenthetjük ki, hogy a katonaorvos-tudomány, mint önálló diszciplína fejlődésének mérföldköveit a háborúk tapasztalatai jelentik.

A Magyar Katonai Egészségügyi Kontingens (MKEK) tapasztalatai Afganisztánban

Dr. Vekerdi Zoltán o.alez.

Az előadás az alábbi főbb gondolatok köré épül fel:

- Afganisztán fekvése, katonapolitikai jelentősége,
- Az MKEK célja, előkészítése,
- Az állomány integrálódása az ISAF misszió egészségügyi biztosításában részvevő intézetek működésébe,
- A működés során szerzett tapasztalataink.

A hallgatóság bepillantást nyer az Észak-Atlanti Szövetség afganisztáni

missziójának egészségügyi biztosítási rendszerébe, megismerkedik a főbb kihívásokkal, az ellátás folyamatosságát és progresszivitását biztosító egészségügyi biztosítási szintekkel, s rövid áttekintést kap az MKEK működéséről, az alkalmazás során nyert gyakorlati tapasztalatainkról, a befogadó intézmények (kabuli német tábori kórház, holland sebészeti ellátó egység) életéről. A képekkel gazdagon színesített előadás egyben figyelemfelkeltő szerepet is betölt a nemzetközi feladatvállalás iránt érdeklődő kollégák és egészségügyi tiszthelyettesi állomány részére.

A NATO-békepartnerségi gyakorlatok tervezése és végrehajtásának tapasztalatai

Dr. Kopcsó István o.ezds.

A NATO Joint Command South (Verona, Olaszország) egészségügyi szolgálatának vezetőjeként a szerző feladata volt többek között a parancsnokság által szervezett gyakorlatok egészségügyi biztosításának megtervezése, majd a kivitelezési fázisban vezetése és irányítása. A címben szereplő tapasztalatok levonását a szerző egyrészt a fenti beosztásából adódó ismeretei, másrészt az Örményországban lebonyolított Cooperative Best Effort (CBE) '03 gyakorlat egészségügyi biztosítási rendszerén, valamint az idén ősszel Azerbajdzsánban sorra kerülő CBE '04 kezdeti tervezési szakaszán keresztül próbálja meg ismertetni.

Az előadás bevezetőjében röviden felsorolásra kerül a NATO gyakorlatok tervezésének menete és fázisai, (Kezdeti Nyitó, Nyitó, Fő, és Záró Tervezői Konferenciák) a fontosabb tervezési dokumentációk (Gyakorlat Jellemzők, Gyakorlat Tervező Instrukciók, Gyakorlat Konceptió, Gyakorlat Hadműveleti Terv, Gyakorlat Hadműveleti Parancs), illetve azok egészségügyi részei.

A továbbiakban a szerző röviden ismerteti a fenti dokumentációkat már a CBE'03-re lebontva, felvázolja a gyakorlat helyszínét, körülményeit és az azokból adódó kihívásokat, összefoglalja a tervezési és a végrehajtási fázisok egészségügyi feladatait és pri-

oritásait, a gyakorlat forgatókönyvét, vezetési struktúráját, szakaszait és azok egészségügyi biztosítási súlypontjait.

A továbbiakban bemutatásra kerül a gyakorlattal párhuzamosan futó, azonban a közös egészségügyi vezetéstől eltekintve attól teljesen független ún. MEDCAP program, ami a NATO-PfP gyakorlatok fontos eleme.

A MEDCAP (Medical Civic Action Project) program lényege, hogy a gyakorlaton részt vevő nemzetek, vagy azok egy csoportja valamilyen humanitárius jellegű segítséget nyújt a házigazda ország civil lakossága részére. Így módon az adott országban viszonylag kis ráfordítással, óriási hatásfokkal és kézzelfogható módon lehet népszerűsíteni a NATO-t, a NATO-PfP programot és magát a gyakorlatot.

Az előadás utolsó részében a szerző összefoglalja az említett gyakorlatok tervezési és végrehajtási fázisainak tapasztalatait, amelyek egy része az adott gyakorlattól függetlenül (valószínűleg a NATO eljárási és strukturális rendszerébe kódolt) állandóan visszatérő és ismétlődő hibák. Ennek tipikus példája, hogy a tervezési fázis elején az egészségügyi biztosítást a gyakorlat vezetése nem kezeli súlyának megfelelően, ami a későbbiekben az egészségügy állandó fáziskésé-

séhez és kapkodásához, ezen keresztül esetleg szakmailag nem mindig megalapozott és a legoptimálisabb megoldásokhoz vezet(het).

Az adott gyakorlattal összefüggésbe hozható hiányosságra a CBE'03 esetében példaként említhető a házizagadák kezdetben nagyfokú rugalmat-

lansága, aminek következtében bizonyos preventív egészségügyi felmérések és vizsgálatok elvégzését az egészségügyi törzs részére nem tették időben lehetővé, ily módon az utolsó pillanatig kétségessé téve több nemzet részvételét és ezen keresztül az egész gyakorlat sikerét.

SZTE ÁOK Repülő- és Űrorvosi Tanszék¹,
Neurológiai Klinika², Élettani Intézet³,
Pszichiátriai Klinika⁴,
MH Kecskeméti Repülőkórház⁵

Kontrasztérzékenység vizsgálata rövid ideig tartó hypobarikus hypoxia körülményei között

Dr. Grósz Andor^{1,5} o.ezds., egyetemi magántanár, Ph.D.,
Dr. Benedek Krisztina²,
Dr. Benedek György³,
Dr. Kéri Szabolcs⁴,
Dr. Tóth Erika⁵

Bevezetés: A hypoxia korai vizuális funkciókra gyakorolt hatása ma is elmentmondásos terület a kutatásban.

Módszer: e kérdés egy szegmensének tanulmányozása céljából számítógépes teszttel (Venus, Neuroscientific Co., USA) hypobárikus barokamrában mértük a statikus és dinamikus kontrasztérzékenységet 14 egészséges önkéntes vizsgálati alanyon, normál O₂ nyomáson (alapállapot), 5500 m-es szimulált magasságon, illetve közvetlen az O₂ nyomás normalizálódását követően. Az ingerészleléshez szükséges minimális kontraszt meghatározásához számítógéppel generált eltérő tér- és időfrekvenciájú horizontális rácsokat használtunk.

Eredmények: Az alapállapottal (artériás oxigén-szaturáció középértéke:

98,4%) való összehasonlításban a kontrasztérzékenység szignifikánsan emelkedett a hypoxia 5., 10. és 15. perce után (szaturáció: 82,9%, 77,0%, 74,3%, rendre). 10 perc elteltével e javulás kifejezett volt dinamikus feltételek között. A nulla méteres magasságra visszatérve (szaturáció: 97,7%), a kontrasztérzékenység többnyire alacsonyabb térfrekvenciákra tért vissza. Szignifikáns negatív korreláció volt az artériás oxigén-szaturáció és az alacsony és közepes térfrekvenciánál tapasztalt kontrasztérzékenységi értékek között (0,5–4,8 c/deg).

Konklúzió: Ezek az eredmények is arra engednek következtetni, hogy rövid idejű hypoxiás terhelés során a korai vizuális feldolgozás javul.

MH Központi Honvédkórház I. Belgyógyászati Osztály, Kórházhygiéne¹

Vírusok okozta Nosocomialis gastroenteritisek

**Dr. Brassányi Pál o.örgy.,
Dr. Rókusz László o.ezds.,
Dr. Paróczai Klára o.alez.¹**

A szerzők összefoglalják a vírusok okozta nosocomialis gastroenteritisek etiológiáját és epidemiológiai jellemzőit hazánkban. Elemzik a Magyar Honvédség Központi Honvédkórházában 2002. február 8. és 2003. február 23 között lezajlott nyolc ilyen esetet, melynek során összesen 130 személy betegedett meg. (A megbetegedettek 29,2 %-a a kórházi személy-

zethez tartozott.) Ismertetik az epidemiológiai teendőket. Felhívják a figyelmet a megbetegedettek izolációjának fontosságára és arra a tényre, hogy ma már több fejlett országban a calicivirusok okozta kórházi hasmenések gyakorisága megelőzi a klasszikus enterális fertőzések (salmonellosis, dizentéria) incidenciáját.

*MH Központi Honvédkórház I. Belgyógyászati Osztály,
Szájsebészeti Osztály¹,
Bőrgyógyászati Osztály².*

Határterületi diagnosztika jelentősége malignus hematológiai betegségekben

**Dr. Kolozsvári Ferenc o. örgy.,
Dr. Suri Csilla¹ o. alez.,
Dr. Vajda Adrienn² o. alez.,
Dr. Liptay László ny. o.ezds.**

A szerzők AML, illetve NHL miatt kezelt betegek esetét ismertetik, ahol a diagnózist szájsebészeti beavatkozás során észlelt gyanújelek miatti speciális vizsgálatok igazolták. 8 év alatt 5 betegnél találtak orális, ill. gingivális manifesztációval induló hematológiai malignomát. Egy esetben belgyógyászati osztályról ügyeleti idő alatt utalták a beteget Szájsebészeti osztályunk-

ra. Egy alkalommal bőrgyógyászati patológiai feldolgozás eredményezett diagnózist. Egy AML-es betegnél sikeres csontvelő átültetés történt, akit azonban késői szövődés következtében elvesztettek. Két esetben HG-NHL miatt alkalmazott HD kemoterápiát követően 2, illetve 6 évvel teljes remissziót, betegségmentes állapotot regisztráltak.

Fentiek alapján hangsúlyozzák a határterületi diagnosztika és ezen belül a bőrgyógyászati, fogászati, illetve szájsebészeti vizsgálatok

során észlelt gyanújelek megfelelő értékelésének jelentőségét lymphoma és egyéb haematológiai malignomák korai felismerésében.

MH Központi Honvédkórház Belgyógyászati Osztály

Új és régi lehetőségek a vékonybélbetegségek diagnosztikájában

Dr. Jász Judit

Ismertetem a capsulás endocop működési elvét, indikációját és kontra-indikációját.

Felhívom a figyelmet a hagyományos

rtg.diagnosztika hatásosságára.

Röviden ismertetem az új terápiás lehetőséget súlyos, fisztulázó, más kezelésre nem reagáló Crohn betegségben.

MH Központi Honvédkórház II. Belgyógyászati Osztály

Az akut coronaria szindróma új diagnosztikai és terápiás elvei

Dr. Gonda Ferenc ny. o.ezds.

Az elmúlt két évtizedben a kardiológia nevesen az invazív kardiológia jelentős előrehaladásán ment keresztül. Megjelent az akut coronaria szindróma gyűjtőfogalma, amely magában foglalja az instabil angina pectorist, a kialakulóban lévő és a már definitív miokardiális infarctust.

Az akut coronaria szindróma gyógyításában, úgy az ST elevációval, mint bizonyos esetekben a nem ST elevációval járó formáknál a revaszkularizációs terápia elsőbbséget nyert.

Ezen terápián belül, ha erre idő és megfelelő hely (intézet) van a perkután coronaria intervenció (PICA, STENT, aterectomia) élvez elsőbbséget. Ezzel a módszerrel mód van az elhalással fenyegetett szívizomzat megmentésére és a beteg életkilátásainak javítására.

Más oldalról a primer és szekunder prevenció tökéletesítésével elérhető a mortalitási listán vezető alapbetegség visszaszorítása.

Új szempontok a thromboembóliás betegségek megelőzésében

Dr. Bernát Sándor Iván o.alez.

Új ajánlás: a szívinfarktus primer prevenciója esetén ma már kötelező a hipertóniás, 50 év feletti betegek thrombocyta aggregáció-gátló kezelése. A diabétesz megléte azt jelenti, mintha a beteg nem primer, hanem szekunder prevencióban részesülne, tehát ebben az esetben is ajánlott a thrombocyta aggregáció-gátló kezelés beállítása.

Mára többszörösen igazolódott az aszpirin és a thienopyridin csoport (ticlopidin, clopidogrel) non-reszponzió, illetve rezisztencia. Ezért fontossá vált a kezelés laboratóriumi kontrollja. Egyénre szabottan választjuk ki a gyógyszert és meghatározzuk a legkisebb, de hatásos dózist. Szintén bizonyított, hogy a nem megfelelően beállított és kontrollált kezelés esetén szignifikánsan több beteg hal meg kardiovaszkuláris betegségben, il-

letve kap újabb miokardiális infarktust, mint az optimális thrombocyta aggregáció-gátló kezelés esetében

Az aszpirin mellé adott pravastatin szignifikánsan csökkenti az infarktus okozta halálozást, a nem fatális infarktus rizikóját a koronária by-pass műtét és a PTCA szükségességét.

Bizonyos gyógyszerek csökkentik a thrombocyta aggregáció-gátló vegyületek hatékonyságát. Ennek ismerete és igazolása is fontos a szívinfarktust megelőző kezelés során.

Kórházunkban ma már rutin vizsgálat a thrombocyta aggregáció, amely alkalmas a gátló kezelés monitorozására, a non-reszponderek kiszűrésére, a rezisztencia igazolására, a kompetitív gyógyszer hatás kimutatására.

A fizikai alkalmasság vizsgálatának időszerű kérdései az önkéntes haderőre történő áttérés küszöbén

**Dr. Szenkovits Adeodát,
Kovács Péter őrgy.**

A gyakorlatban 1998-tól beszélhetünk a Magyar Honvédség egész állományára kiterjedő fizikai alkalmasság vizsgálatokról, illetve fizikai állapot felmérésről.

Az fizikai alkalmasság témakörének kutatásakor elengedhetetlen az alapfogalmak pontos meghatározása.

A részletes történeti áttekintésnek érintenie kell a jogi szabályzókat, a vizsgálat folyamatát, valamint a statisztikai adatokat és a vizsgálati

tapasztalatokat egyaránt.

A részletes és célirányos történeti áttekintés alapján jól meghatározhatók a fizikai alkalmasság vizsgálatának időszerű kérdései napjainkban, az önkéntes haderőre történő áttérés küszöbén.

Az alkalmasság vizsgálatban felmerülő aktuális kérdések alapján, jól körvonalazhatóak a továbbfejlesztés lehetséges irányai.

A KFOR MEL laboratórium tevékenysége és vizsgálati eredményei

**Dr. Dóri Csaba o.alez.,
Dr. Lakatos Gabriella o.örgy.,
Dr. Horkay Béla őrgy.**

A KFOR Megelőző Egészségügyi Laboratórium 2001. február 26-án kezdte meg tevékenységét a NATO felkérésére az Országgyűlés 86/2000. (X. 20.) OGY határozata alapján a KFOR Főparancsnokságon (Film City) Pristinában, Koszovóban. A határozat értelmében a laboratórium a NATO számára felajánlott egység, ezért személyi állománya egyszerre van jelen a MH Őr- és Biztosító Zászlóalj és a NATO KFOR Főparancsnokság állománytáblájában. A laboratórium hadműveleti

irányítását, lőkiképzését és teljeskörű logisztikai biztosítását a MH ŐBZ végzi, míg szakmai feladatait helyben a KFOR Főparancsnokság JMED (Joint Medical Center) részlege határozza meg és irányítja, Magyarországról pedig a HM HVK Egészségügyi Csoportfőnökség felügyeli.

A kettős irányítás gyakori problémaforrás volt és maradt a laboratórium eredetileg 14 fős állománya részére, amely 2 orvosból, 5 asszisztensből és 7 logisztikusból állt.

A létszámot a Koszovóban állomásozó NATO reguláris erők általános létszámredukciója keretében 2004. januárjától 10 főre csökkentették. A laboratórium gerincét alkotó, az AFOR misszióból származó 2 mobil konténert – a hosszasan tartó exploatáció és a szélsőséges klimatikus viszonyok miatt – külső felépítménnyel bővítették és 2003. március végére teljesen zárttá alakították.

A laboratórium megalakulásától kezdődően a Koszovó és Macedónia területén található összes KFOR és UNMIK (ENSZ) alakulat részére végez mikrobiológiai vizsgálatokat és szoros munkakapcsolatban áll a pristinai Közegészségügyi Intézettel is. Három fő működési területe: klinikai mikrobiológia, higiénés vizsgálatok, epidemiológiai és állategészségügyi konzultáció.

A szerzők rövid összefoglalót adnak

a laboratórium felépítéséről, berendezéséről és működéséről. Részletezik a fő tevékenységi köröket, a KFOR részéről felmerült új igényeket és feladatokat, továbbá tömör formában közlik az elvégzett vizsgálatok adatait. A 3 év alatt elvégzett több, mint 30 000 különböző vizsgálat egy maroknyi, de annál lelkesebb csapat összehangolt munkájának eredménye. A laboratórium aktívan részt vett és részt vesz a Koszovóban jelentkező regionális járványok (Szalmonellózis, brucellózis, tularémia, Q-láz, stb.) etiológiai felderítésében és meghatározó szerepet játszik Koszovó közegészségügyi biztosításában. A tevékenységi kör 2003 folyamán környezeti minták vételével és vizsgálatával is bővült az újonnan beszerzésre került filter fotométer segítségével.

*MH Egészségvédelmi Intézet,
ELTE Személyiség és Egészségpszichológiai Tanszék¹*

A dohányzás összefüggése a szocioökonómiai státusszal, a depresszióval és a szorongással sorkatonákon végzett felmérés alapján

**Dr. Urbán Róbert¹ Ph.D.,
Kugler Gyöngyi alez.,
Dr. Oláh Attila¹ Ph.D.,
Dr. Szilágyi Zsuzsa o.ezds., Ph.D.**

Az egészségpszichológiai szakirodalom alapján a szocioökonómiai státusz, a dohányzás és a mentális egészség összefüggéseit egy modellbe rendezhetjük, amelyben még egy lehetséges harmadik változó is helyet kap, amelyet feltételezésünk szerint a co-

ping mechanizmusok testesítenek meg. A pszichológiai immunrendszer alrendszerei közül ebből a szempontból kiemelt szerepet tölt be a mobilizálás, alkotás, végrehajtás, valamint az önszabályozás képessége.

Kutatásunkban a dohányzás összefüggéseit vizsgáltuk a fõnt vázolt modell alapján.

Módszertan: Önbeszámolás, önjellemzõs kérdõívek alapján kaptuk az adatokat.

A kérdõívek három területet vizsgáltak: 1. Szocioökonómiai státusz mutatói 2. A mentális egészség mutatói (*Beck* depresszió skála, *Spielberger* vonásszorogás skála, *Beck* önértékelési skála, *Campbell* étellel való elégedettség skála), 3. Megküzdési (coping) potenciál dimenziók (Pszichológiai immunrendszer kérdõív), 4. Dohányzásra vonatkozó kérdések.

A vizsgált minta: 574 frissen bevonult férfi. Életkori átlag: 20,7 év.

Logisztikus regressziós módszerrel vizsgáltuk a dohányzás, a szocioökonómiai státusz, a depresszió és a megküzdési potenciálok összefüggéseit.

Eredmények: A dohányzás és az iskolai végzettség szignifikáns összefüg-

gést mutatott, ez megerõsítette a szakirodalomból ismert összefüggést. Ugyanígy kimutatható volt a kapcsolat a dohányzás és a depresszió között. A megküzdési képességek közül az önszabályozó rendszer mutatott szignifikáns összefüggést a dohányzással: feltehetően az önszabályozó rendszer deficittel rendelkező személyeknél megnõ a dohányzás kockázata.

A mentális egészség és a dohányzás összefüggésében a depresszióknak kiemelt szerepe van. A dohányzás és a depresszió kapcsolatát részben a megküzdési potenciálok, különösen az önszabályozó rendszer elemei közvetítik. A dohányzás és a mentális egészség közötti kapcsolat oki viszonyai nem tisztázottak. Nem kizárható és fontos vizsgálni azt, hogy a dohányzás rontja a mentális egészséget, növeli a depressziót és erodálja a megküzdési képességeket.

MH Egészségvédelmi Intézet

Az áramlási citometria szerepe a mikrobiológiában

Dr. Fent János,

Dr. Lakatos Zsuzsanna Ph.D.,

Dr. Veszely Gizella,

Dr. Fúréz József o.ezds., egyetemi magántanár, Ph.D.

Az áramlási citométerek érzékenysége az utóbbi évtizedekben jelentõsen javult. A mai készülékekben már nem csak eukarióta sejtek mérhetõk, hanem a jóval kisebb méretû baktériumok, sõt, a korszerû fluoreszcens festékeknek köszönhetően akár vírusok is. Laboratóriumunkban a spóráképzõ *Bacillus subtilisen*, mint

modell baktériumon történnek áramlási citometriai mérések. A mérési körülmények optimalizálásához a thiazol orange, 7-aminoactinomycin-D, hexidium jodid, Syto-9, Syto-10, SybrGreen I, Dead-red, valamint a propidium jodid DNS festékek használhatóságát teszteltük.

A vegetatív alak jól elkülönülő populációként azonosítható a fényszórási képen. A bakteriális DNS megfestése SybrGreen I. festékkel lehetővé teszi a spórák azonosítását is. Fluoreszkáló kalibráló gyöngyök jelenlétében a baktériumok koncentrációja meghatározható.

Az élő és nem élő baktériumok propidium jodidos jelölés segítségével jól elkülöníthetők. Ez lehetőséget ad a fertőtlenítő szerek hatékonyságának

gyors tesztelésére, a tenyésztéshez szükséges néhány napot órákra rövidítve. Hasonló elven baktericid antibiotikumok hatása is mérhető.

Készülékünkkel megoldható a fényszórási, illetve fluoreszcens tulajdonságaikban különböző populációk (pl. a spóras illetve vegetatív alak) külön kémcsőbe gyűjtése. Ez lehetővé teszi az egyes populációk más irányú, pl. mikroszkópos, illetve tenyésztéses vizsgálatát is.

MH Egészségvédelmi Intézet

Antigén prezentáció és a dendritikus sejtek

Dr. Kelemen Péter o.fhdgy,

Dr. Veszely Gizella,

Dr. Fűrész József o.ezds., egyetemi magántanár, Ph.D.

Kísérleteinkben monocita eredetű, *in vitro* tenyésztett dendritikus sejtek (DC) felszíni markereinek expresszióját vizsgáltuk áramlási citométerrel, valamint antigén prezentációs képességüket kevert sejttes reakcióval (MLR). Hat egészséges donor perifériás vérből készült fehérvérsejt-koncentrátumból izoláltunk CD14+ monocitákat immunmágneses pozitív és negatív szelektációs szeparálással (*Miltenyi*). A monocitákat GM-CSF-et és IL-4-et tartalmazó médiumban tenyésztettük 3 napig, majd TNF-alfa, IL-6, PGE2, IL-1béta citokineket tartalmazó maturációs koktéllal (MK) érleltük a sejtek egy részét további 3 napon át.

A tenyésztés során fénymikroszkópos vizsgálattal jól nyomon követhető volt a sejtek morfológiájának változása. A sejt méret megnőtt, csomókba rendeződtek a sejtek, és megindult a nyúlványosodás, amely a maturációs koktél adása után igen kifejezetté vált.

A hatodik napon megvizsgáltuk az éretlen és az érett DC-k sejt felszíni antigénjeit. Megállapítható, hogy a professzionális antigén prezentáló DC-k az érési állapotuknak megfelelően egymástól jól megkülönböztethetőek voltak a sejt felszíni markerek segítségével. A tenyésztés során a monociták felszínéről eltűnt a CD14 antigén, megjelent a CD123 (IL-3 Receptor), és nagy mennyiségben expresszáldott az éretlen DC-re jellemzően a CD1a antigén és a Mannóz-Receptor.

Az érlelő koktél adása után fokozottabban expresszáldottak az aktivációs markerek (CD25, CD71), a kostimulációs (CD80, CD86) és HLA-DR molekulák, csökkent a CD1a és a Mannóz-Receptor expressziója, valamint megjelent a CD83 antigén az érett DC-re jellemző módon.

A DC-k antigén prezentációja a kevert sejttes reakcióval (MLR) jellemezhető.

A 96 lyukú plate-re kiültetett sejtek DNS-szintézisét BrdU beépülésen alapuló, ELISA technikájú metodikával kvantitatív módon mértük, melynek mértéke arányosnak tekinthető a DC-k által aktivált és limfoblastosan transzformált T-sejtek proliferációjával. Stimulátor sejteknek besugárzott (3000 Rad) éretlen és érett DC-ket, respondernek allogen mononukleáris sejteket (MNC) használtunk. Pozitív kontrollnak IL-2-vel kezelt saját MNC-t, negatív kontrollnak nem kezeltet használtunk, funkcionális kontrollnak pedig autológ rendszert mértünk. Össze-

hasonlítva az érett és az éretlen dendritikus sejtek, valamint a monociták stimulációs képességét azt találtuk, hogy az éretté nagyobb volt, mint az éretlené, a monocitáké pedig kisebb, mint a DC-ké. Allogen rendszerben nagyobb proliferáció volt mérhető, mint autológban. A DC-ket az antigén prezentációban betöltött központi szerepe alkalmassá teszi arra, hogy aktív immunizációra használjuk fel. Távlati terveink között szerepel a sürgősségi aktív immunizáció megvalósítása, különös tekintettel a fertőzőbetegségeket okozó ágensekkel szemben.

MH Egészségvédelmi Intézet

Kénmustár minőségi és mennyiségi meghatározása biológiai mintákból

Karvaly Gellért gy. fhdgy.,
Boldis Ottó,

Némethné K. Natália szds.,

Kocsis György mk. őrgy.,

Dr. Mátyus Mária o.örgy.,

Dr. Gachályi András ny. mk. ezds.,

Dr. Fűrész József o.ezds., egyetemi magántanár, Ph.D.

A kénmustár (2,2'-diklór-dietil-szulfid) a hólyaghúzó típusú mérgező harcanyagok csoportjának fontos képviselője. Az általa okozott mérgezés igazolására vér és vizelet matrixokban fejlesztettek ki korszerű analitikai módszereket, a perifériás szövetekben történő megoszlásának vizsgálatára pedig *in vitro*, illetve *in vivo* invazív eljárások ismeretesek. Nem áll rendelkezésre azonban olyan metodika, amely a vegyület vagy átalakulási termékei gyors és szelektív kimutatását a barrier szervekben *in vivo* körülmények között, nem-invazív módon lehetővé tenné. Laboratóriumunkban e probléma megoldása céljából folyta-

tunk vizsgálatokat. Ezek első lépéseként kénmustárnak patkányok bőrére történő felvitelét követően, intradermálisan behelyezett mikrodialízis katéter segítségével kinyert tiodiglikol (2,2'-dihidroxidietil-szulfid) meghatározására fejlesztettünk ki analitikai módszert. A mikrodialízis technika előnye, hogy hosszú ideig, jelentős szöveti reakció kiváltása nélkül teszi lehetővé kisméretű molekulák szöveti koncentrációjának mérését. A kísérletek során a kénmustár feljuttatása után 6 órán keresztül folytattuk a mintavételt. A levett minták tiodiglikol-tartalmát gázkromatográfiás módszerrel értékeltük.

MH Központi Honvédkórház Idegsebészeti Osztály

Intracranialis nyomásmérés traumás esetekben

Dr. Pécsi Ferenc o.szds.,**Dr. Tóth Attila o.örgy.,****Dr. Török Lehel**

A súlyos koponyasérülések ellátásában bekövetkezett szemléletváltozás az intenzív terápia fejlődésével, a többparaméteres monitorozás elterjedésével a mindennapi gyakorlatban egyre nagyobb jelentőségre tesz szert. Az intracranialis nyomásmérés lehetővé teszi az agyi vérátáramlás folyamatos monitorozását, így alkalmat ad az eszméletlen vagy szedált beteg ál-

lapotváltozásainak azonnali észlelésére. Ennek gyakorlati következménye, hogy az agyödéma miatt végzett dehidráálás mértékét az aktuális állapot határozza meg, hirtelen állapotromlást szedált betegen is képesek vagyunk észlelni, így a kontroll koponya CT és az esetlegesen szükségessé váló műtéti ellátás késedelem nélkül elvégezhető.

MH Központi Honvédkórház Szemészeti Osztály

Digitális fényképezés és angiográfia jelentősége a szemfenéki diagnosztikában

Dr. Markó Gábor o.örgy,**Dr. Aczél Klára,****Dr. Deák György ny. o.ezds.**

A szerzők áttekintik a TOPCON TR-C50IX digitális fundus kamerával szerzett tapasztalataikat közel 800 betegről készített színes felvétel, illetve angiográfiai vizsgálat alapján.

Az új technika számos előnyt nyújt a hagyományos fototechnikai eljáráshoz képest, egyrészt a képszerzés, illetve szerkesztés, másrészt az adattárolás és rendszerezés terén.

A felvételek elkészítésénél azok számát csak a tárolóegység kapacitása korlátozza, az elkészült képeket a monitoron látni lehet, így az esetleges pontatlan beállítások „menet közben” korrigálhatók. A felvételek rögtön érté-

kelhetőek, a betegeknek azonnali diagnózis adható, a kezelés megkezdését nem kell késleltetni a filmkidolgozás miatt. A megfelelő képszerkesztő programokkal a képek utólagosan alakíthatók, rajtuk mérések végezhetőek, a kvalitatív mellet kvantitatívan is értékelhetőek, a különböző időben készített fényképek egymással összehasonlíthatóak, a további feldolgozás számára előkészíthetőek. Az adatok digitális adattároláson tárolhatók, hozzájuk különböző megjegyzések fűzhetőek, a későbbi munka során részben ezek és más ismérvek szerint csoportosítva visszanyerhetőek.

Új lehetőségek a helyreállító sebészetben a mikrosebészeti technika alkalmazásával osztályunkon

**Dr. Fekete Attila o.örgy.,
Dr. Tamás Róbert o.alez.,**

A mikrosebészeti technika kifejlődése, kifejlesztése a világon először az 1960-as években történt meg. Ekkor vált lehetővé, hogy az új eljárás segítségével nagyobb kiterjedésű szövetátültetéseket, ill. replantációt lehessen végezni. Magyarországon a hetvenes években történt meg az első mikrosebészeti technikával elvégzett szabadlebens átültetés és az első replantáció is. Az azóta eltelt időben feltérképezésre került az emberi test abból a szempontból is, hogy hol vannak olyan jó vérellátású, preformált érrel ellátott területek, amelyek eltávolítása esetén azok más testtájon lévő szövethiányok pótlására felhasználhatók lesznek. Ennek alapján napjainkra mintegy 200 lebeny áll rendelkezésre, amelyek jól körülhatároltak és közülük adott esetben kiválasztható a legideálisabb lebeny méret és minőség.

Osztályunkon egy éve állnak rendelkezésünkre mindazon személyi és tárgyi feltételek, amelyek elengedhetetlenül szükségesek az osztályon megteremtett mikrosebészeti tevékenység hatékony végzéséhez. Operációs mikroszkóp, nagyító szemüvegek, mikrosebészeti speciális műsze-

rek megléte mellett rendszeres operációs szintentartó tréninget kell folytatni ahhoz, hogy a technika tökéletesedjen és azonosan magas szinten váljon alkalmazhatóvá. A posztoperatív időszakban a beteg állapotát posztoperatív őrzőben kísérjük figyelemmel, szükség szerint azonos intenzív terápiás háttér biztosított.

A mikrosebészeti ellátást igénylő pácienseket szakambulancián fogadjuk az ország minden területéről.

Tevékenységünk első évében 13 mikrosebészeti technikával elvégzett beavatkozást végeztünk. Az ezirányú tevékenység hiánypótló, eddig az ideig a fenti technikát igénylő esetek más intézményben kerültek ellátásra. Egy rekonstrukciós sebészeti profillal bíró osztály szakmai megítélését nagymértékben meghatározza, hogy van-e lehetősége mikrosebészeti beavatkozások végzésére. A mikrosebészeti műtétek jónak mondható finanszírozása mellett emiatt is tervezzük szakmai munkánk színvonalának további emelését, a megkezdett szakmai munka folytatását. Előadásunkban a bemutatkozás mellett néhány esetünket prezentáljuk.

A minimál invazív csípőízületi endoprotetika sebészeti és korai rehabilitációs előnyei

**Dr. Sárvári Géza o.örgy.,
Dr. Várhelyi Levente o.örgy.,
Péter Csilla fhdgy.**

Mindnyájan tudjuk, hogy a sebészeti jellegű szakmákban egyre inkább terjednek az úgynevezett perkután technikák.

A mozgásszervi sebészetben ilyenek a fedett tűzések, perkután Achilles ínvarrat, áttolt lemezek, artroszkópiák, combnyak csavarozások.

Ezen módszerekkel, minimalizált feltárásokkal kisebb műtéti terhelésnek, kevesebb vérvesztésnek, ritkábban előforduló széptikus szövődménynek tesszük ki a beteget. A műtét utáni zavaró hegek nagysága csökken, posztoperatív fájdalom kisebb, a betegnek kevesebb időt kell kórházban töltenie, és gyorsabb a rehabilitáció.

Osztályunkon nem sokkal lemaradva az ország vezető ortopédiai intézeteitől, a 70-es évek közepétől végzünk csípőízületi artroplastikákat.

Kezdetben több órán át, nagy feltárásokból történtek ezek a műtétek. Műtéti technikánk fejlődésével csökkent a feltárás nagysága, a műtéti idő, a vérvesztés, ezzel párhuzamosan a szövődmények száma is.

Azonban még a közelmúltban is lehetetlennek tűnt, hogy ezen kifejezetten nagy méretű implantátumokat perkután, helyesebben minimál invazív technikával is be lehet ültetni.

Magyarországon minimál invazív csípőprotézis beültetés először az

Uzsoki úti kórházban történt. A műtétet két metszésből, képerősítő ellenőrzésével végzik, csak cement nélküli technikára alkalmas.

Egy metszésből hazánkban először a MH KHK Baleseti Sebészeti Osztályán történt magyar ortopédsebészek által végzett perkután csípőprotézis beültetés. Ezen minimalizált hátsó csípőízületi feltárás nagy előnye, hogy a műtét egy metszésből, képerősítő alkalmazása nélkül végezhető, és bármilyen protézis beültethető.

A beavatkozást oldalt fekvésben végezzük. A 6–8 cm hosszú metszés a nagytoppor kontúrját antero–posterior irányban harmadolja. A fascia lata átmetszése és a musculus gluteus maximus rostjainak szétválasztása után a kirotátorokat, fonalra véve választjuk le. Az ízületi tokot szintén fonalra véve nyitjuk meg. Ezt követi a combfej eltávolítása, a vápa előkészítése, művi vápa behelyezése, a femur előkészítése, a szár behelyezése, majd a repozíció.

A műtét végén a fonalra vett ízületi tokot, kirotátorokat visszavarrjuk. Kisebb műtéti explorációt, az intra- és posztoperatív vérzés csökkenését, rövidebb kórházi tartózkodást, gyorsabb mobilizációt, kevesebb posztoperatív fájdalmat, optimálisabb heget eredményez a műtét.

*MH Központi Honvédkórház Általános Sebészeti Osztály,
Budapesti Műszaki Egyetem¹*

Colorectalis máj metasztázisok laparoszkóppal asszisztált interszticiális lézer kezelése

Dr. Záborszky Zoltán o.örgy.,

Dr. Fekete László o.örgy.,

Dr. Orgován György o.ezds., egyetemi magántanár, Ph.D.

Dr. Bakity Boldizsár o. alez.,

Dr. Nagygyörgy Ádám o.szds.,

Szacsky Mihály¹,

Dr. Tauzin Ferenc ny. o.alez.

A máj colorectalis metasztázisainak sebési eltávolítása több módszerrel lehetséges. A reszekciók mellett elfogadott eljárások a lokális alkoholos, cryo-, illetve lézeres roncsolás. A lézeres roncsolás előnye a többi lokális eljárással szemben a pontosan kontrollálható teljesítmény és a minimális invazivitás lehetősége. Ennek egyik formája az „interstitial laser photocoagulation” (ILP), melynek során a metasztázisba vezetett diffuzorszál segítségével a tumormassza coagulálható.

Osztályunkon 5 betegen végeztünk laparoszkóppal asszisztált ILP kezelést, a primer tumor eltávolítása során észlelt, a májfelszínen elhelyezkedő, nem szélképző kis metasztázis miatt. Eseteinkben a primer műtétnél a preoperatív UH vizsgálat metasztázist nem jelzett, a posztoperatív CT vizsgálat 4 esetben, 1 betegnél pedig MRI igazolta a tapintási leletet. Kivizsgálást követően – tekintettel a máj-

elváltozások diagnosztikus nehézségére – a beavatkozások laparoszkópos kontroll mellett történtek. A korábbi műtétek egy esetben sem hiúsították meg a behatolást. A beavatkozás előtt minden esetben percutan core biopszia történt. A kezelést dióda lézer készülékkel a tumor méretétől függően 10–15 percig végeztük. A hőmérsékletet a diffuzor szálba épített termoelektrodával, míg a koagulációs zóna kiterjedését termokamerával kontrolláltuk. A beavatkozás után ismételt core biopszia történt a metasztatikus elváltozás mellől a megfelelő termikus effektus igazolása céljából. Beavatkozásaink szövődménymentesek voltak.

A colorectalis tumor miatt operált betegek követésében és komplex kezelésében – megfelelő indikáció mellett – a bemutatott eljárás alkalmas és megfelelő módszernek bizonyult tapasztalataink szerint.

MH Központi Honvédkórház Urológiai Osztály

A radikális retropubikus prosztatektómia szövődményei, megoldásuk

Dr. Végh Attila ny. o.ezds., Ph.D.,

Dr. Ács Tihamér ny. o.alez.,

Dr. Szabó János,

Dr. Földesi János o.örgy.,

Dr. Hegedűs György o.szds.,

Dr. Szepesváry Zsolt

Magyarországon a radikális prosztatektomiák száma növekszik. 1991-ben 16, 1992-ben 22, 1997-ben 78, 1999-ben 121, 2002-ben 252. Az oka ennek a relatív alacsony műtéti számnak: nehéz műtéti technika, hosszú tanulási folyamat, súlyos korai és késői komplikációk, költségek.

1991 és 2004 között osztályunkon 350 radikális retropubikus prosztatektómiát végeztünk.

A műtéti technika javulását mutatja a komplikációk számának csökkenése.

Eredmények, intraoperatív komplikációk: transzfúzió (Műtétenként 1240 ml-ről 300 ml-re csökkent), rectumsérülés (3 eset - 1%, 2 esetben sikeres fisztulazárás), uretersérülés nem volt, posztoperatív vérzés miatt reoperáció (2 eset - 0.66%).

Posztoperatív komplikációk: inkontinencia (1997-ig 12 beteg - 15%, 2003-ig 16 beteg - 6.5%) Az inkontinencia alacsony számának oka: hosszan preparált hátsó húgycső és a záróizom alsó harmadának megőrzése. Az inkontinencia 1 évig javulhat. Anasztomózis hegesedés (a 44 betegnél az anasztomózist Paulson szerint végez-

tük, a hólyagnyakat lehúztuk a medencefenékre. Hegesedés 7 eset - 15.9%, 258 betegnél direkt egyesítettük a húgycsövet a hólyagnyakkal. Hegesedés 15 eset - 6%). Impotencia: a neurovascularis köteg reszekciója vagy megőrzése 2000 elejétől kezdődött. 1991 és 2000 között 141 betegnél jött létre impotencia (84%). Az utóbbi 4 évben 92 betegből 70-nél (76%) diagnosztizáltunk impotenciát. Pyuria: a katéter eltávolítás a 10-121. posztoperatív napon, 4 hetes antibiotikum kezelés. A pyuria a 4-7. hét között szűnik meg. Sebfertőzés 15 beteg - 5%. Exitus 2 eset - 0.66%. Oka: agyi metasztázis, tüdőembolia. Understaging: 35%. Pozitív reszekciós szél: 26%

A betegek 98%-a jó általános állapotban van.

Következtetés: A radikális retropubikus prosztatektómia sikere függ a tumor korai felismerésétől, a pontos stádiumbeosztástól, negatív csontszintigráfiától és lymphadenectomiától, az alacsony PSA értéktől (kisebb mint 10 ng/ml), valamint a műtéti technikától. A szűrés, ezáltal a műtéti szám növelése fontos feladat.

Szerzőink figyelmébe!

Az utóbbi években Szerzőink, különböző szerkesztési elvek szerint összeállított formában küldik be közleményeiket.

Az egységes kivitelezés érdekében kérjük a közlemény összeállításakor az alábbiak figyelembe vételét:

Munkahely megnevezése,

A dolgozat címe,

Szerző(k) neve (katonai és tudományos fokozat megjelölésével),

Kulcsszavak (a közlemény lényeges fogalmait, új megállapításait tükrözze),

Összefoglalás (a dolgozat érdemi részének összefoglalása - magyar és angol nyelven),

Közlemény,

Irodalom (számozott, külön sorokban történő felsorolás, szerző(k) ABC sorrendben a folyóirat kötetszám, oldalszám feltüntetésével, illetve könyv idézésekor – évszám és a kiadó megnevezését is kérjük.

Ábrák és ábramagyarázatok külön lapon, (fénykép, röntgenfelvétel, stb.)

Táblázatok külön lapon, (nyomdai feldolgozásra alkalmas kivitelben).

A dolgozat végén kérjük feltüntetni az első szerző postai címét a különlenyomat küldés megkönnyítése céljából.

E szerkesztési elvek betartása mind az átfutási időt, mind a szerkesztési munkát meggyorsítja lapunk számára.

Kéziratokat a szerkesztőség címére kérjük 2 példányban és floppy/CD-én is megküldeni.

