

## Esetismertetés

**Nem cirrhoticus, encephalopathiát okozó extrahepaticus portosystemás sönt kezelése endovascularis beavatkozással (Noncirrhotic extrahepatic portosystemic shunt causing adult-onset encephalopathy treated with endovascular closure)**  
*Elnekave, E., Belenky, E., Van der Veer, L.* (Department of Radiology and Oncology, Rabin Medical Center, 49100 Petah Tikva, Izrael;  
 e-mail: eldad.elnekave@gmail.com)  
**Case Rep. Radiol.**, 2015, 2015, Article ID 852853.

Az 54 éves nő 6 hónap óta időnként zavartsággal és fokozódó mozgáskoordinációs zavarral járó panaszok miatt jelentkezett vizsgálatra. Kórelőzményében 5 évvel korábban pancreasadenocarcinoma miatt Whipple-műtét, kemoterápia és sugárterápia szerepelt. A laboratóriumi vizsgálat emelkedett alkalikus foszfatázt (161 U/l), összbilirubint (1,5 mg% = 25,5 μmol/l) és 300 μmol/l szérumammónia-szintet (normális tartomány 9–47) mutatott ki. A hepatitispanel, a releváns szerológiai vizsgálatok, a tumormarkerek (CA-19-9, CEA) és a karbamidciklus-enzimek vizsgálata nem mutatott ki kóros eltérést. A laktulóz- és a rifaximinterápia nem normalizálta a szérumammónia-szinteket. A hasi CT-vizsgálat sima kontúrú májat és a Whipple-műtétnek megfelelően fémklipeket mutatott ki. Portalis hypertensio jeleit nem észlelték, azonban a tárgult vena mesenterica inferior és a bal vena renalis között egy kanyargós érképlet ábrázolódott. Congenitalis extrahepaticus portosystemás sönt diagnózist vélelmeztek, és a söntöt 22 mm-es Amplatzer II érdugóval zárták. A betegnél a műtét után egy nappal a szérumammónia-szint normálissá vált, a konfüzió és az ataxia is oldódott. A közleményt angiográfiás felvételek és CT-kép illusztrálják.

*Gáspárdy Géza dr.*

## A perinatológia kérdései

**Virginia Apgar (1909–1974) és az Apgar-értékelés [Virginia Apgar (1909–1974) und der Apgar-Score]**

*David, M., Ebert, A. D.* (Klinik für Gynäkologie, Campus Virchow Klinikum, Berlin, Németország):  
**Geburtshilfe Frauenheilkd.**, 2014, 74(11), 992–994.

Virginia Apgar 1909-ben a New Jersey állambeli Westfieldben született egy muzikális családban. Hatéves korában kezdett hegedülni, később saját maga is készített hegedűt. Az orvosi tanulmányai (1929–1933) után a teratológia klinikai professzora lett. 1936-ban szakot váltott és elkezdte az aneszteziológiai képzést. A Columbia Egyetemen 1949-ben önálló aneszteziológiai osztályt alapított. Megállapította az 1 és 5 perces Apgar-pontozást (score). 1955-ben az új-zélandi James gyermekgyógyászal a sav-bázis háztartást, a normális és a kóros asphyxiás újszülöttek oxigénellátását vizsgálta. Részt vett a perinatológia és az aneszteziológia fejlődésében. Halálának 20. évfordulóján az arcképe postabélyegen jelent meg a „Nagy amerikaiak” sorozatban.

*Jakovovits Antal dr.*

## Pulmonológia

**Kis légúti diszfunkció és kóros terheléses válasz: szénbányászok vizsgálata (Small airway dysfunction and abnormal exercise responses: A study in coal miners)**  
*Petsonk, E. L., Stansbury, R. C., Beeckman-Wagner, L. A., et al.* (Section of Pulmonary and Critical Care Medicine, Department of Medicine, West Virginia University School of Medicine, Box 9166, Morgantown, WV 26506, Amerikai Egyesült Államok;  
 e-mail: epetsonk@hsc.wvu.edu):  
**Ann. Am. Thorac. Soc.**, 2016, 13(7), 1076–1080.

A dohányzás vagy egyéb inhalált anyagok okozta légúti áramláskorlátozottságban a kis légúti elváltozása is szerepel. A szénbányászok jelentős porexpozíciónak vannak kitéve. A szerzők a funkciókárosodás mechanizmusát vizsgálták olyan bányászokon, akik átlagosan 25 évet dolgoztak a föld alatt. Nyugalmi légzésfunkciót, vala-

mint mellkas-CT-t végeztek. Kiegészítettek kerékpár-ergométerrel történő szubmaximális kardiopulmonális terheléses vizsgálatral. Hat bányász esetben állapították meg kis légúti funkciózavart a következő módszereket alkalmazva: Hat esetben a vitálkapacitás 50%-ánál mért maximális áramlás nem emelkedett levegő helyett hélium-oxigén keverék belégzésére. Ezek közül ötnél légköri levegő légzése mellett a vitálkapacitás 25 és 75%-a közötti maximális kilégzési áramlás a referenciaértéknél kisebb volt. Kishörgőfunkció-zavart 14 páciensnél nem tudtak kimutatni. E két csoportot hasonlították össze.

A két csoport életkor, testsúly, COPD, emphysema, pneumoconiosis szempontjából összehasonlítható volt. Nem volt különbség a dohányzásban, csomagévben, köhögés, köpet és sípólás előfordulásában sem. Egyedül a HRCT-emphysema pontszáma volt a kis légúti csoportban valamivel magasabb, de azonos volt a fibrosis. Pleuraelváltozás nem állt fenn. A kis légúti diszfunkciónál kisebb volt a FEV<sub>1</sub> és a FEV<sub>1</sub>/FVC. A kis légúti zavaroknak megfelelően nagyobb a residuális térfogatnak a totálkapacitáshoz mért aránya. A diffúzió valamint rosszabb volt.

Szubmaximális terhelésnél a kis légúti csoportban magasabb volt az oxigén és a szén-dioxid légzési ekvivalense, amelyek a ventiláció rosszabb hatásfokát mutatták. A légzési tartalék kisebb, a végkilégzési szén-dioxid alacsonyabb, a végkilégzési oxigén magasabb volt. A szubmaximális szinten a szívfrekvencia nem tért el a két csoport között. A kis légúti funkciózavar mellett 27%-kal volt kisebb az elért csúcs-oxigénfogyasztás. A percventiláció–szén-dioxid-termelés összefüggés grafikonja 26%-kal volt meredekebb. A regressziómodellezés szerint a terhelés alatti ventiláció korlátozottság a kis légúti funkciózavarral mutatott összefüggést, a diffúzióval és a FEV<sub>1</sub> beszűkülésével nem. Ez arra utal, hogy a csökkent terhelhetőséget nem az emphysema vagy a nagy légúti obstrukció okozta.

*Következtetés:* Porexponált személyeken a nyugalmi légzésfunkció enyhe zavara vagy mérsékelt CT-elváltozás esetén a kardiopulmonális terheléses teszt fontos információt ad a beteg terhelési intoleranciájának mechanizmusáról.

*Nagy László Béla dr.*