

sling operation for the repair of enterocele and vault prolapse. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 68, 471 (1961). — 4. Greenhill, J. P.: Year Book 1966/1967, S. 483. (1967). — 5. Hendee, A. E., Berry, C. M.: Abdominal sacropepy for vaginal vault prolapse. Clin. Obst. Gyn. 24, 1217 (1981). — 6. Hayden, R. C., Lewison, J. M.: Total vaginectomy, vaginal hysterectomy and colpoceleis for advanced procidentia. Obstet. and Gynec. 16, 564 (1960). — 7. Hochuli, E.: Geburtshilfe, Gynäkologie und Grenzgebiete. Verlag Hans Huber, Bern—Stuttgart—Wien 1980. — 8. Kahr, H.: Ein einfaches Operationsverfahren zur Zurückhaltung des Gebärmuttervorfalles bei Matronen. Zbl. Gynäk. 61, 2106 (1937). — 9. Käser, O., Iklé, F. A., Hirsch, H. A.: Atlas der gynäkologischen Operationen. Stuttgart, G. Thieme 1973. — 10. Kruschwitz, S.: Operative Behandlung des Vaginalprolapses nach Totalexstirpation des Uterus. Zbl. Gynäk. 100, 45 (1978). — 11. Kyank, H.: Prophylaktische Gesichtspunkte bei der Indikationsstellung gynäkologischer Operationen. Zbl. Gynäk. 95, 833 (1973). — 12. Labhardt, A.: Kolpoperineokleisis subtotalis. Prolapsoperation bei alten Frauen. Zbl. Gynäk. 56, 834 (1932). — 13. Le Fort, L.: Nouveau procédé pour la guérison du prolapsus uterin. Bull. gén. Ther. Paris. 92, 337 (1877). — 14. Neugebauer, L.: Einige Worte über die mediane Vaginalnaht als Mittel zur Beseitigung des Gebärmuttervorfalls. Zbl. Gynäk. 3, 25 (1881). — 15. Nitzsche, M.: Prophylaxe und Therapie des Scheidenstumpfprolapses. Zbl. Gynäk. 104, 805 (1982). — 16. Percy, N. M. u. Mitarb.: Total colectomy. Surg. Gynec. Obstet. 113, 175 (1961). — 17. Randow, H.: Zur operativen Behandlung des Scheidenstumpfprolapses. Zbl. Gynäk. 101, 203 (1979). — 18. Richter, K.: Die operative Behandlung des prolapsierten Scheidengrundes nach Uterusexstirpation. Geburtsh. u. Frauenheilk. 27, 942 (1967). — 19. Richter, K.: Die chirurgische Anatomie der Vaginaefixatio sacrospinalis vaginalis. Geburtsh. u. Frauenheilk. 28, 321 (1968). — 20. Symmonds, R. E., Pratt, J. H.: Vaginal prolapse following hysterectomy. Amer. J. Obstet. Gynec. 79, 899 (1960). — 21. Turner, S.: Complete prolapse of female genital organs,

repair with vaginal conservation. Obstet. and Gynec. 17, 69 (1961). — 22. Wagner, G. A. zitiert nach H. Martius, Die gynäkologischen Operationen. Stuttgart, Thieme-Verlag 1954. — 23. Wunderlich, M.: Beitrag zur Vaginalfixatio sacrospinalis (Amrecih II) beim Scheidenstumpfprolaps. Zbl. Gynäk. 102, 1136 (1980). — 24. Williams, G. A., Richardson, A. C.: Transplantation of external oblique aponeurosis: An operation for prolapse of the vagina following hysterectomy. Am. J. Obstet. Gynec. 64, 552 (1952).

Ласло Лампэ: Новый оперативный метод лечения выпадения влагалища  
Авторы выработали новый оперативный метод лечения выпадения влагалища, выпавшего после удаления матки. Этот метод отличается от описанных в литературе оперативных методов. После лапаротомии вскрывают влагалище, резецируют 2—4 см отрезок и культю влагалища фиксируют 2—2 круглыми связками, воронко-тазовыми и крестцово-маточными связками. За прошедшие 10 лет проведено 14 операций, как анатомические, так и функциональные результаты которых очень хороши.  
Ключевые слова: Выпадение влагалища, операция.

Lampé, L.: A new surgical technique for vaginal prolapse

A new operative technique for a rare complication following hysterectomy — vaginal prolapse — has been worked out by the author, which is quite different from other surgical interventions described in the literature.

Following laparotomy, the vagina is incised, a 2 or 4 cm section is resected and the vaginal stump is fixed by 2 ligamentum rotundum infundibulopelvicum and sacrouterinum, respectively. The 14 operations performed during the past 10 years show good results both anatomically and functionally.

Key words: vaginal prolapse, surgical technique.

Közlésre elfogadva: 1982. nov. 1.

Magyar Nőorvosok Lapja 46. 203—209. 1983.

## Középidős terhességek megszakítása extraamniálisan alkalmazott rivanollal\*

SZEVERÉNYI MIHÁLY dr., LAMPÉ LÁSZLÓ dr., TÓTH ZOLTÁN dr. és PAPP ZOLTÁN dr.

A Debreceni Orvostudományi Egyetem Szülészeti és Nőgyógyászati Klinikájának (igazgató: Lampé László dr. egyetemi tanár) közleménye

**Összefoglalás:** A szerzők 425 középidős terhesség-megszakításának tapasztalatait elemzik. A megszakítás módszereként extra-ovuláris (extraamniális) rivanolos feltöltést, majd 24 óra múlva intravénás oxytocinos infúziót alkalmaztak. A módszer veszélytelen, hatásos, olcsó, alkalmazása egyszerű. A vetélés során nyert anyag egészben, sértetlenül távozik, a szövetek nem károsodnak, nem hálnak el, így az abortum embriopatológiai feldolgozásra alkalmas. A fentiek miatt a módszer szélesebb körű alkalmazása kívánatosnak látszik.

**Kulcsszavak:** terhességmegszakítás, Rivanol.

A prenatális genetikai diagnosztika alkalmazása során a szülésznek nemcsak az amniocentézis vagy a fetoszkópia során fellépő szövődmények elhárítására, hanem genetikai betegség diagnózisa esetén, a terhesség megszakítására is fel kell készülnie. Az amniocentézis ideális időpontja a gestáció 15—16. hete. Fetoszkópiára sem kerül ennél korábban sor. Ha ezen kívül tekintetbe vesszük a magzatvízsejtek tenyésztési idejét és az elvégzendő genetikai vizsgálat jellegét, a terhesség megszakítására konkrét diagnózison alapuló genetikai javallat alapján, általában a 19—20. terhességi hét előtt nem szokott sor kerülni.

\* Dr. Árvay Sándor professzor úr 80. születésnapjára.

Az Egészségügyi Minisztérium 1. és 9. számú kutatási főirányához elfogadott témákban végzett kutatómunka alapján Számjelek: 01/2—29/100, ill. 09/2—29/112.)

A 12. hét előtti interrupciós módszerek (műszeres vagy kémiai cervix-dilatáció után aspiráció vagy abrázió) jellegüknél fogva nem alkalmasak a középidős terhességek megszakítására. A terhesség 12. hete után más szülészeti eljárásra van szükség, hiszen a prenatális genetikai diagnosztika örvedetes fejlődésével az erre szoruló terhességek száma is egyre növekszik.

A szociális indikáció alapján végzett középidős terhesség-megszakítások során szerzett szülészeti tapasztalatok azt mutatják, hogy a gestációs kor előrehaladtával a terhesség megszakításának szövődményeit jelző anyai morbiditási és mortalitási számadatok is emelkednek. A nagyobb kockázat különösen vonatkozik az idősebb nőkre és mindezek még inkább mutatják a genetikai javallat alapján végzett terhesség-megszakítás céljára megfelelő veszélytelen eljárás kidolgozásának szükségességét. Nem lenne

kívánatos, hogy a beteg magzat megszületését az anya egészségének károsodása árán akadályozzuk meg, hiszen az anyát a genetikai amniocentézis során sem veszélyeztetjük.

A középidős terhesség-megszakítás számos technikai nehézséget is jelent, hiszen a méhszaj ilyenkor még éretlen, az uterus izomzat és a szervezet pedig felkészületlen a vetélésre, és a szüléssel szinte egyenértékű eseményekre.

Tehát minden kockázattól mentes, de hatásos, a fetoplacentáris szövetek elhalásával és roncsolódásával nem járó módszerre van szükség. További elvárás, hogy a magzat lehetőleg egészben távozzék, hogy az anyag a prenatalis diagnózis alátámasztása céljából genetikai és embriopatológiai vizsgálatok számára alkalmas legyen.

Klinikánkon különböző eljárásokkal nagyszámú anyagon végeztünk középidős terhesség-megszakítást.

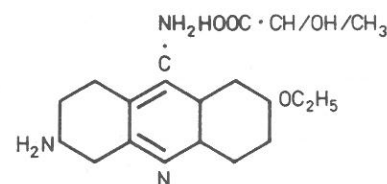
Jelen közleményünkben az általunk legideálisabbnak tartott módszerrel, az extraovulárisan alkalmazott rivanollal szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

#### Anyag és módszer

Klinikánkon 1976. március 1. és 1982. július 31. között 425 középidős (13–28. hetes) terhességet szakítottunk meg a Terhesség-megszakítást Elbíráló Bizottság által kiadott érvényes jegyzőkönyv birtokában ezen módszerrel. A megszakítás javallatául szolgáló indokokat az I. táblázat tartalmazza.

A terhesség-megszakítást az alábbi módszer szerint végeztük: általános anesztézia és a nyakcsatorna tágítása nélkül hüvelyi feltárás után tompa végű gumi kanült (Nelaton katéter) vezetünk fel a méhfal és a magzatburok közé az extraovuláris (extraamniális) térbe. A feltöltésre 0,1%-os Rivanol (Chinoin) oldatot használtunk (1. ábra). Ennek mennyiségét a terhesség nagysága határozza meg, amit a II. táblázatban foglaltunk össze. A befecskendezésre szánt rivanolt farkas-fecskendőbe szívjuk. Ennek végére illesztjük a katétert, amit légtelenítünk. A gyógyszert egyenletesen fecskendezzük az extraamniális térbe, a katéter helyét többször változtatva. Ezzel az a célunk, hogy az oldat minél nagyobb

területen válassza le a burkot (2. ábra). A kívánt mennyiségű oldat befecskendezése után a katétert zártuk, és a hüvelybe helyezett géztamponád segítségével rögzítettük. A művelet befejezése után a terhes mozgásában nem korlátozott, de intézeti megfigyelést mindenképpen indokoltnak tartunk, jóllehet megfigyeléseink szerint a feltöltésnek közvetlen szövődménye nem volt. A befecskendezés ideje alatt rosszullétet egyetlen esetben sem tapasztaltunk. Az esetleges alhasi fájdalom, az ún. „feszítő érzés” néhány perc múlva elmúlik. Ekkor



1. ábra. A rivanol (acrinol) szerkezeti képlete (6,9-diamino-2-oxietil akridin laktát)

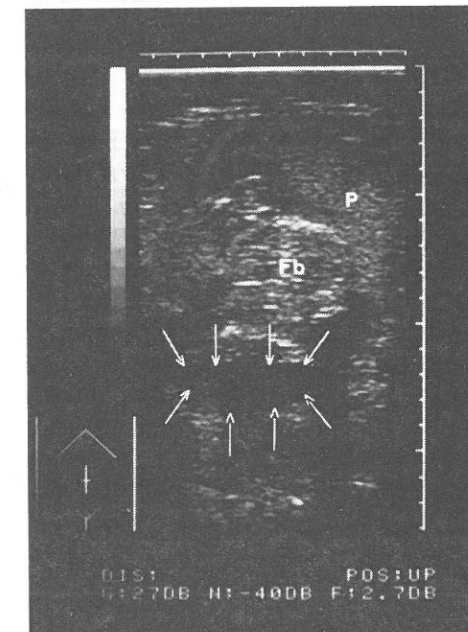
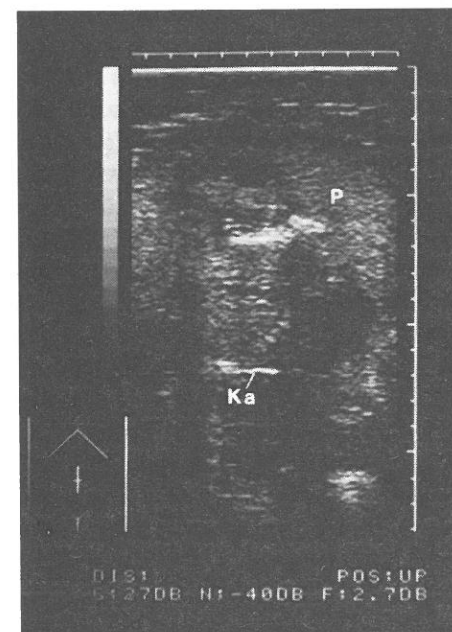
II. táblázat

Az alkalmazott rivanol mennyisége terhességi hetek szerint

| Terhességi hét | Extraovulárisan alkalmazott rivanol mennyisége (ml) |
|----------------|-----------------------------------------------------|
| 13–16          | 80–90                                               |
| 17–20          | 91–120                                              |
| 20– <          | 121–150                                             |

I. táblázat  
Az extraamniális rivanollal történt 425 középidős terhességmegszakítás javallatai

| A terhességmegszakítás javallata                                                                  | Esetszám     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Szociális indok (18 éven aluliak terhessége a 18. hétig megszakítható)                            | 202 (47,55%) |
| A terhes belgyógyászati megbetegedése (vitium, nephrosis stb.)                                    | 43 (10,12%)  |
| Ideggyógyászati indok (debilitás, suicidium kísérlete, illetve annak veszélye stb.)               | 98 (23,05%)  |
| Genetikai javallat (prenatálisan diagnosztizált fejlődési rendellenesség vagy genetikai betegség) | 71 (16,7%)   |
| Egyéb orvosi indikáció (szemészeti, bőrgyógyászati infekció stb.)                                 | 11 (2,58%)   |
| Összesen:                                                                                         | 425 (100%)   |



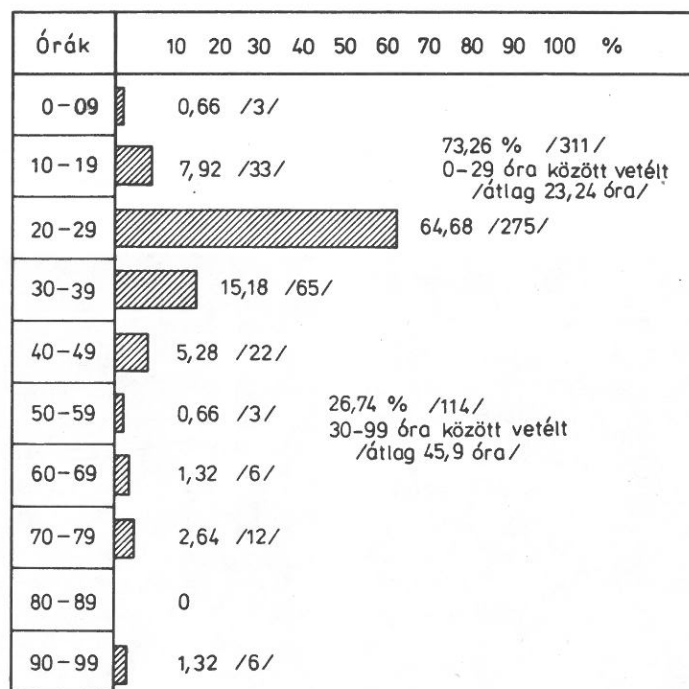
2. ábra. a) Az extraamniálisan felvezetett katéter (Ka) ultrahangvizsgálat során a méh hátsó fala és a burok között látható. b) Rivanol befecskendezés után a folyadék – a hurkot a méhfaltól leválasztva – mint echomentes terület (nyilak) ábrázolódik (P = placenta, Fb = magzati törzs)

az indukció után 20–22 órával) rutinszerűen cseppinfúziót alkalmaztunk. Az infúzió 500 ml oldatban 25–30 NE oxytocin tartalmazott, amiből percnként 10–25 cseppet adagoltunk (50–60 mU/min). Az esetek 73,2%-ában (311 terhes) a vetélés az indukciót követő 29 órán belül lezajlott, átlagban 23, 24 óra alatt. A szoros értelemben vett vajúdás átlagban 4,84 óráig tartott. Az esetek 26,84%-ában (114 eset) a vetélés 30–99 óra (átlagban 45,9 óra) alatt zajlott le (3. ábra).

Amennyiben a rivanol instillációt követően a vetélés a következő napon két

ziónal igyekeztünk kontrakciókat indukálni. Ha a beavatkozás ekkor is eredménytelen volt, a következő napon (az indukciót követő 70–76. órában) ismételt rivanolos feltöltést végeztünk és a korábbi terápiát addig alkalmazzuk, míg a vetélés lezajlik. Ascendáló méhúri fertőzéstől nem kell tartani, hiszen a rivanol kiváló antiszeptikus hatással rendelkezik.

A terhesség befejezésének módjait a 4. ábrán tüntettük fel. Vákuumaspiráció (kürettázs (VA/Cu) dilatáció nélkül, illetve dilatáció + vákuumaspiráció/kürettázs (D + VA/C) csupán kisebb II. trimeszteri



3. ábra. A terhességek megszakadásának időtartama indukció után

palack 500 ml-es oxytocinos infúzió (összesen 50–60 NE oxytocin) hatására sem szakadt meg, este újabb tüszőhormon szenzibilizálást végeztünk a korábban leírt módon, majd a következő napon ismételt az előzőekhez hasonlóan oxytocinos infú-

terhességek (13–15 hetes) megszakítása során történt, amikor megfelelő gyakorlattal rendelkező operatőr a terhességet kürettákkal, illetve és abortuszfogóval dilatáció nélkül, vagy minimális további tágitással befejezte. Természetesen ezen terhességek-

| A terhesség megszakadásának módja | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | %             |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|---------------|
| VA dilat. nélkül                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 3,3 % /14/    |
| Cu dilat. nélkül                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 8,58 % /37/   |
| További dilat. + VA               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 1,98 % /9/    |
| További dilat. + Cu               |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 8,58 % /37/   |
| Inkompl. ab. + Cu                 |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 69,83 % /295/ |
| Kompl. ab. + Cu                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 7,26 % /31/   |
| Kompl. ab. Cu nélkül              |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 0             |
| Sectio parva                      |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     | 0,47 % /2/    |

4. ábra. A középidős terhességek megszakadásának módja feltöltés után

nél a vetélést csak akkor ajánljuk így befejezni, ha az oxytocinos infúzió hatására 48–72 órán belül a vetélés nem fejlődik be. Ezek közül egy sem tartozott a genetikai javallat miatt megszakításra kerültek közé, mert azok részben nagyobb terhességek, másrészt ott igyekeztünk az abortumot épen, érintetlenül nyerni, hogy további utánvizsgálatokra, embriopatológiai feldolgozásra alkalmas legyen. A VA dilatáció nélkül és a D + VA módszeréhez megjegyezzük, hogy a vákuumaspiráció itt csak egy fázisa a megszakításnak, amit nagy átmérőjű vákuum kanüllel végzünk. Természetesen a nagyobb magzati elemeket abortusz fogóval és tompa kürettákkal távolítjuk el. Az esetek túlnyomó többségében (77,09%, 326 eset) a magzat mellékreszeivel in toto távozott.

Két esetben (0,47%) nem sikerült hüvelyi úton befejezni a vetélést, hanem sectio parva végzésére kényszerültünk. Mindkét esetben placenta praevia totalis miatt volt szükség a beavatkozásra, mert bármilyen egyéb indukció megítélésünk szerint az anya életét veszélyeztette volna. Mindkét esetben a rivanolos feltöltést követően kialakult kontrakciók hatására vérzés kezdődött.

A magzat és a lepény távozása után minden esetben tompa kürettákkal méhúri betapintást végeztünk, eltávolítva ezáltal a több-kevesebb choriodecidualis reziduomot. A terhesek 2–3 nap múlva távoztak klinikánkról. Nagyobb terhességek (16 hét fölött) esetén Parlodellel ablaktációs profilaxist alkalmaztunk.

A „vajúdás”, illetve a vetélés folyamán és után lázas szövődmenyeket, vérnyomásgingadozást vagy atóniás vérzést nem tapasztaltunk. A módszer alkalmazása után késői szövődmenyt (a terhesség befejezése utáni 24 óra és 6 hét között) három esetben (0,66%) tapasztaltunk (5. ábra). Ezek közül kettő 8–10 napig tartó elhúzódó vérezgetés, míg a harmadik hőemelkedés miatt került felvételre intézetünkbe. Mindhárom esetben a panaszok gyógyszeres kezelésre megszűntek.

#### Megbeszélés

Az akridinfestékek méhizomzatot stimuláló hatása régóta ismert [15]. A rivanolt középidős terhességek megszakítására először japán szerzők javasolták, miután a középidős terhesség-megszakításra használt hipertóniás NaCl-feltöltés során számos anyai halálesetet írtak le [18]. Eredmé-



| A terhességmegszakítás szövődményei | 10         | 20 | 30 | % |
|-------------------------------------|------------|----|----|---|
| Közvetlen szövődmények              | 0          |    |    |   |
| Késői szövődmények                  | 0,66 % /3/ |    |    |   |

5. ábra. A rivanolos középídiós terhesség-megszakítás utáni szövődmények

nyekik elsősorban *Manabe* munkái nyomán váltak ismertté [6]. Az extraovuláris rivanol feltöltés módszerét rajtuk kívül, még skandináv szülészek alkalmazták széles körben [1, 13, 14] és a 12. gesztációs hétnél fiatalabb terhességek megszakításával a debreceni szülészeti intézetek is kedvező tapasztalatokat szereztek [10, 11, 16, 17].

Bár néhány elképzelés született a rivanol hatásmechanizmusának indirekt magyarázatára vonatkozóan, a jelenleg is elfogadott nézet az, hogy a miometrium stimuláló hatása az elsődleges [5, 9]. Nem elhanyagolható a miometrium stimuláló hatásban az sem, hogy a befecskendezett rivanol az amniot nagy területen leválasztja az uterus felszínéről [6]. Fontos megfigyelés, hogy a rivanolos feltöltés nem okoz csökkenést az anya szérumának progeszteron-, ösztriol- és HPL szintjében [2, 6, 12], tehát nem idéz elő szövetkárosodást, nem pusztítja el a magzatot, a fetoplacentáris egységet lényegesen nem károsítja. Így az abortum genetikai feldolgozásra (a szövettenyésztést is beleértve) kitűnően alkalmas.

A Nelaton katéter jelenléte is mechanikus hatás révén közvetlen miogén effektussal rendelkezik [6].

Tapasztalataink alapján a módszert az alábbi tulajdonságok miatt tartjuk igen kedvezőnek:

1. *Veszélytelen.* Kockázat nélkül alkalmazható súlyos anyai megbetegedések esetén is. Az anya vérpályájába jutva sem okoz melléktüneteket. Ezt támasztja alá, hogy a rivanolt az antibiotikumok elterjedése előtt bakteriosztatikus hatásánál fogva intravénás antiszeptikumként alkalmazták [3, 7].

2. *Hatásos.* Az ilyen módon indukált vetélés időtartama nem hosszabb, mint a többi – az idevágó irodalom által jónak tartott – eljárás esetén és ismételt indukcióra csak 18 esetben (4,24%) volt szükség.

3. *Olcsó.* A 0,1%-os rivanol oldat akár gyógyszerárilag is előállítható a sterilitás szabályainak betartásával. Hazánkban kezdeményezésünkre a Chinoi Gyógyszergyár ampullázott formában előállítja és bármelyik intézet számára olcsón hozzáférhető.

4. *Alkalmazása egyszerű.* Az alkalmazás módja könnyen elsajátítható, akár kezdő szülész is alkalmazhatja, bár megfelelő jártasság megszerzése nélkül az indukció gyakrabban lehet sikertelen. A módszer eszköz-igényessége minimális, bármelyik szülészeti osztályon kivitelezhető.

5. *A vetélés során az anyag egészben, sértetlenül távozik, a szövetek nem károsodnak,* nem halnak el, így az abortum embriopatológiai feldolgozásra igen alkalmas. A burok citromsárga beivódása nem akadályozza a patológiai feldolgozást.

A fentiek alapján az extraovuláris rivanolos feltöltés, – mint a középídiós terhességek megszakításának egy lehetséges módszere – szélesebb körű elterjedése feltétlen kívánatos.

#### Irodalom

1. Bistoletti, P. és mtsai.: Gynecol. Obstet. Invest. 13, 184 (1982).
2. Pylling, P. és Refsdal, A.: Arch. Gynäk. 215, 359 (1973).
3. Gentschitsch, M. és Petschitsch, R.: Zbl. Chir. 81, 734 (1956).
4. Himmelmann, A. és mtsai.: Contraception 12, 645 (1975).
5. Lewis, B. V. és mtsai.: J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 78, 838 (1971).
6. Manabe, Y. és mtsai.: Amer. J. Obstet. Gynec. 103, 232 (1969).
7. Manabe, Y.: Obstet. Gynec. Survey. 27, 701 (1972).
- 8.

Manabe, Y. és Manabe, A.: Contraception 23, 621 (1981). – 9. Martin, J. N. és mtsai.: Contraception 11, 523 (1975). – 10. Máthé I. és mtsai.: Hajdú-Bihar megyei Tanács Kórház Jubileumi Tudományos Évkönyve, Szerk.: Kiss-Szabó A., Debrecen, 1975, 123. – 11. Máthé I. és mtsai.: Orv. Hetil. 116, 2782 (1975). – 12. Nabriski, S. A. és mtsai.: Amer. J. Obstet. Gynec. 110, 54 (1971). – 13. Ölund és Larsson, B.: Acta obstet. gynec. scand. 57, 333 (1978). – 14. Ölund, A. és mtsai.: Prostaglandins 19, 791 (1980). – 15. Sepetka, N.: Quart. J. Pharm. 44, (1934). – 16. Szeverényi M. és Lampé L.: Orvostudományok 54, 377 (1979). – 17. Veress L. és mtsai.: Magy. Nőorv. L. 40, 224 (1979). – 18. Wagatsuma, T.: Amer. J. Obstet. Gynec. 93, 743 (1965).

М. Севереньи, Л. Лампэ, З. Тот, З. Папп: Прерывание беременностей поздних сроков экстраамниальным введением раствора риванола. Авторы оценивают опыт прерывания 425 беременностей поздних сроков. Метод прерывания: экстраамниальное введение риванола, затем через 24 часа внутривенная инфузия окситоцина. Метод безопасен, эффективен, дешёвый, прост в применении. Абортующий ма-

териал рождается целиком, ткани не повреждаются, не наступает некроз, т. е. материал пригоден для эмбриопатологического исследования. Из-за вышесказанного применение этого метода. Ключевые слова: Прерывание беременности, риванол.

Szeverényi, M., Lampé, L., Tóth, Z. and Papp, Z.: Interruption of mid-trimester pregnancies by extraamniol Rivanol treatment

The authors analyze their experiences gained from 425 interruptions of mid-trimester pregnancies. Interruption was performed by extraovular (extraamniol) filling up with Rivanol, followed – 24 hours later – by intravenous oxytocin infusion. The procedure is harmless, efficient, inexpensive and simple to apply. The abortion material remains undamaged and the tissues undergo no impairment or necrosis. Thus, the material lends itself well to embryopathological study.

On the basis of the foregoing, a wider use of the method is recommended.

Key words: interruption of pregnancy, Rivanol

Közlésre elfogadva: 1983. jan. 3.

#### KÖNYVISMERTETÉS

A Miskolci Központi Orvosi Könyvtár kiadásában megjelent a 15. sz. könyvtári tájékoztató, amely az orvosi gyakorlatban előforduló szindrómákat foglalja össze Vértés László dr., Czier Zsuzsa és Gyárfás Ágnes dr. összeállításában.

A kiadvány hazai és külföldi szerzők, magyar és idegen nyelvű, Magyarországon 1971–80 között megjelent szindromatológiai munkáinak felsorolását tartalmazza.