



Schering-Plough

NETROMYCINE

(Netilmicine sulfate) injekció

- **A LEGBIZTONSÁGOSABB, HATÉKONY AMINOGLIKOZID**
- **GYORS BAKTERICID HATÁS A GRAM-NEGATÍV KÓROKOZÓKKAL, STAPHYLOCOCCUS AUERUS TÖRZSEKKEL SZEMBEN**

Alkalmazási területe:

- **Monoterápia:** húgyúti infekcióban
- **Kombinált terápia:** (béta laktám antibiotikumokkal) légzőrendszer súlyos fertőzései, bőr, lágyszövet, csont és ízületi fertőzések, égési sérülések, gyomor, bélrendszeri fertőzések, infekció csökkent immunitású betegeknél
- **Anaerob fertőzések kezelése:** metronidazol, clindamycin kombinációval

Minimális oto- és nephrotoxicitása következtében javasolt újszülöttek és kisgyermek kezelésére is.

Kiszerezés: 150 mg/1,5 ml

Előállító: Schering-Plough USA/Essex Chemie Svájc

Csomagolja: Humán Intézet, Gödöllő

Forgalmazza: Hungaropharma

Részletes információ: Essex Chemie East AG
1011 Budapest, Fő utca 14-18.
Telefon: 201-3619

Magyar Urológia V. évfolyam 2. szám 175. oldal (1993)

Debreceni Orvostudományi Egyetem, Urológiai Klinika
(Igazgató: Pintér József dr.)
Debreceni Orvostudományi Egyetem, I. Sz. Sebészeti Klinika
(Igazgató: Balázs György dr.)*

Hólyagképzés vékonybélből Bricker műtét után

Szokoly Viktor dr., Varga Attila dr., Bartha Iván dr.*

ÖSSZEFOGLALÁS: Közlekedési baleset során medencetörést, húgycsőszűkítést szenvedett fiatalabban súlyos posztoperatív szövődmények miatt supravésicális vizeletdiverzió történt ileum conduittal. Állapotának rendeződése után undiversionra került sor Hautmann-féle ileum hólyag kialakításával. Ismertetik műtéti technikájukat és értékelik az eredményt.

Kulcsszavak: ileum conduit, undiversion, ileum-hólyag

URINARY UNDIVERSION WITH ILEAL NEOBLADDER AFTER ILEAL CONDUIT

SUMMARY: In a young male patient supravescical urinary diversion was performed with ileal conduit because of the late postoperative complications of pelvic fracture and urethral rupture after a traffic accident. After 3 years he underwent undiversion with an ileal neobladder. Operation technique and clinical experiences are discussed.

A húgyhólyag vizelettároló és ürítő funkciójának pótlására szolgáló különféle hólyagképző és hólyagnagyobbító műtétek ma az urológiai gyakorlat részét alkotják. Klinikánk idevonatkozó anyagából egy betegünk körlefolását és annak tanulságait ismertetjük.

Esetismertetés

V. Z. 18 éves fiatalabban 1985. okt. 4-én teherautó ütötte el, medencetörést és húgycsőszakadást szenvedett. Ügyeletben sectio alta útján körkörös húgycsőszűkítés mellett epicystostomiát létesítettünk. A későbbiekben az alábbi szövődményeket észleltük.

1986. febr. – j. o. epididymitis

1986. máj. – j. o. vesekő és j. o. ureter zárókő okozta pyelonephritis, lázas állapot miatt ureterotomia, pyelotomia, circularis nephrostoma

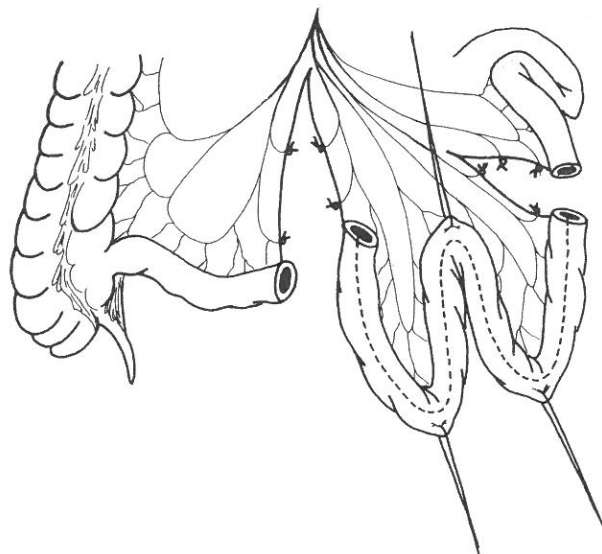
1986. júl. – urethrotomia interna után tartósan tud vizelni

1987. márc. – hasfali vizeletfistula, húgycsőve beszűkült, állandó katéter ellenére fistulája nem záródott.

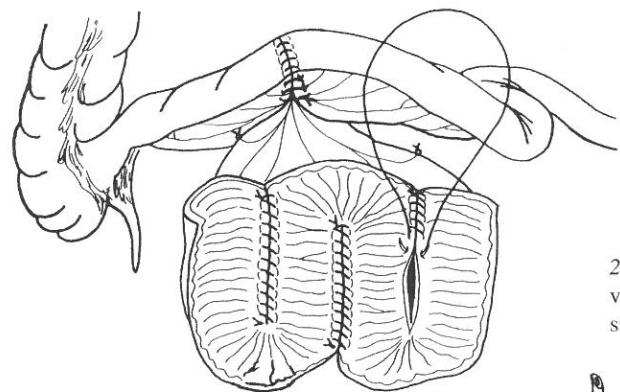
1987. aug. – Solovov-féle invaginációs húgycsőplasztika, 3 hétig zavartalan körlefolás, a katéter eltávolítása után újra vizeletes ázás, zsugorhólyag, vesico-ureteralis reflux, lázas állapotok, erős gáttáji fájdalmak, teljes testi-lelki leromlás.

1987. nov. – kétoldali uretero-ileo-cutaneostomia Bricker-szerint

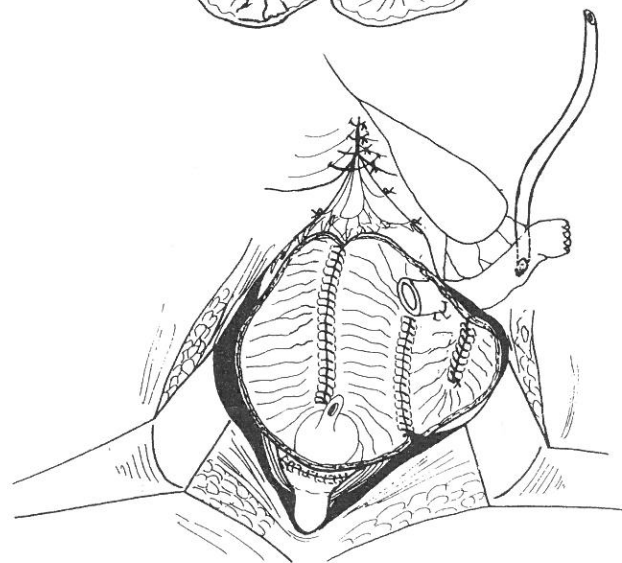
1988. dec. – j. o. recidív vesekövesség, percutan kőeltávolítás.



1. ábra. A kirekesztett 60 cm-es ileumszakasz.



2. ábra. A hátsó falon tova futó varratsorral egyesítjük a széleket.



3. ábra. Az ileum conduitot a rezervoárba ültetjük.

1990. máj. – j. o. nephrectomia néma vese miatt, vesefunkció 10% alatt (DMSA).

1990. okt. 14. – ileum hólyag képzés (undiversion)

Műtéti leírás: alsó és kp. median laparotomia, az ileumból 60 cm-es szakaszt rekesztünk ki, a bél folytonosságát vég a véghez kétrétegű anastomosissal állítjuk helyre. A kirekesztett ileumot antimesenterialisan végigvágjuk, W betű alakban egymás mellé rendezzük és az egymással érintkező szabad széleket tova futó varrattal egy rétegben összevarrjuk. (3) A korábbi conduitot a hasfalról leválasztjuk és bimbószerűen szabadon belógó véggel az ileumhólyagba ültetjük. A zsugorhólyagot a trigonumig kettévágjuk, majd egyesítjük az ileumhólyaggal. Húgycsókatéter és epicystostomia.

Sima kórlefolyás, a katéterek eltávolítása után per urethram jó sugárban vizek. Nappal ébrenlét alatt tökéletes kontinencia, éjjel enyhe, időszakos inkontinencia, melyet elviselhetőnek tart.

1991. febr. – teljes vizeletrekedéssel több mint 1000 ml-es vizeletretentióval kerül felvételre. Állandó katéterviselés után intermittáló katéterezések – de továbbra is retentiója van, noha húgycsöve szabadon átjárható.

1991. máj. – hólyagnyaki TUR – ezt követően retentio nélkül jól vizek, éjszaka is kontinens! – testileg-lelkileg rendben – nyáron külföldi társasutazáson vett részt.

1993. márc. – panaszmentes, jól vizek, állapotával elégedett.

Megbeszélés

A húgycsősérüléssel szövődött medencecsonttörés mindig súlyos trauma, mely számos korai és/vagy késői szövődménnyel járhat. Betegünk esetében a szövődmények egész sora jelentkezett.

A vizeletfistula zárására és a visszatérő húgycsőszűkület megszüntetésére tett műtéti kísérleteink – beleértve a Solovov-féle invaginációs húgycsóplasztikát is –, sikertelennek bizonyultak. Betegünket végül már csak kábító fájdalomcsillapítókkal enyhíthető heves gáttáji fájdalmak kínozták, gyakran volt lázas, testileg-lelkileg teljesen leromlott. Ebben a kritikus állapotban a Bricker szerint végzett supravescalis vizeletdeviáció életmentő volt. A hasfali vizeletfistula és a lázas állapot megszűnt, a beteg megerősödött, hízott, lelkileg rendeződött. Három év elteltével a vizeletdeviáció megszüntetését kérte. Betegünk fiatal kora, kifogástalan általános állapota és kifejezett kérése alapján vállalkoztunk a vizeletdeviáció megszüntetésére.

Az ileumhólyag jó műtéti megoldásnak bizonyult. Az eljárás technikailag relatíve egyszerű, alacsony nyomás mellett jó kapacitást biztosít, a korábban készített ileum conduit is felhasználható volt. A hólyagnyaki TUR – a kimeneti resistencia csökkentésével – tartósan jó funkcionális eredményt biztosított és nemcsak a vizeletretenció, hanem az enyhe éjszakai inkontinencia is megszűnt. A több éven át tartó beavatkozások sorozata végül a beteg testi és lelki rehabilitációját eredményezte, melyben betegünk fegyelmezett türelme, gyógyulni akarása és kockázatvállalása is igen lényeges szerepet játszott.

A Bricker-féle uretero-ileo-cutaneostomia rutin műtét klinikánkon. A gyakorlat során kifinomult műtéti technika, a korszerű varróanyagok és az egyre tökéletesebb vizeletgyűjtő rendszerek alkalmazása az eljárást egyre népszerűbbé teszik. Az ILCO mozgalom segítséget jelent a stomaviselő betegeknek szociális és psyches gondjaik leküzdésében (6). Ennek ellenére a kontinencia hiánya, a külső vizeletgyűjtő alkalmazása hátrányos lehet elsősorban gyermekeknél és szexuálisan aktív fiatal felnőtteknél (2, 4).

Felmerül az igény más, kontinens módszerek alkalmazására, ami lehet hólyagpótlás vagy kontinens rezervoár képzés (1, 5).

Esetünkben az ileumból képzett hólyag alkalmasnak bizonyult a hólyagfunkciók pótlására. A hazai urológiai irodalomban hasonló műtéti megoldásról eddig nem olvastunk. Közreadott tapasztalataink reméljük mások számára is tanulságosak és hasznosak lehetnek.

IRODALOM

1. Egghart, G. et al.: Umwandlung einer supravasikalen Harnableitung in Ileumneoblase. *Urologe/A/* 29, 141 (1990).
2. Gonzales, R., Sidi, A. A., Zhang, G.: Urinary undiversion: indications, technique and results in 50 cases. *J. Urol.* 136, 13 (1986).
3. Hautmann, R. E., et al.: Die Ileum-Neoblase. *Urologe/A/* 26, 67 (1987).
4. Hendren, W. H.: Reconstruction of previously diverted urinary tracts in children. *J. Ped. Surg.* 8, 135 (1973).
5. Pow-Sang, J. M., et al.: Conversion from external appliance wearing or internal urinary diversion to a continent urinary reservoir/Florida pouch I and III: surgical technique, indications and complications. *J. Urol.* 147, 356 (1992).
6. Varga A.: Ileum conduittal szerzett tapasztalataink. *Magy. Urol.* II, 2, 243 (1990).

KÖNYVKRITIKA

Frang Dezső–Magasi Péter–Pintér József UROLOGIA

Medicina Könyvkiadó

Budapest, 1991

(486 oldal, ára 1800 Ft)

Nem könnyű és hálásnak sem nevezhető feladatra vállalkoztak a Medicina gondozásában most megjelent *Urológia* c. tankönyv második változatlan kiadásának szerzői, akik az előszóban olvasható szándékuk szerint olyan munkát kívántak kézbe adni, mely egyaránt szolgálja az egyetemi oktatás, valamint a továbbképzés céljait. A könyv megújítására a modern diagnosztikában, az urológia műszeres lehetőségeiben és az urológiai sebészetben tapasztalt rohamos fejlődés okozta változások késztették az írókat. A könyv terjedelme az újabb ismeretek, eredmények beépítése ellenére szerencsés módon nem változott, bár néhány újabb fejezettel bővült a kiadás és változtatásokat találunk az egyes fejezetek elrendezésében is.

A könyv számos értéke ellenére nem tud teljes mértékben megfelelni a szerzők azon törekvésének, hogy kielégítse úgy az orvostanhallgatók, mint a továbbképzésben részt vevő orvosjelöltek igényeit. Az orvostanhallgatók számára ez az anyag lényegesen bővebb a szükségesnél, még ha figyelembe is vesszük azt a szomorú tényt, hogy az urológia egyetemi oktatásának feltételei meglehetősen szerények s ezt egy új tankönyv némileg ellensúlyozhatja. De talán ez a kisebbik gond. A könyv jó néhány fejezete sajnos nem nyújt elegendő korszerű ismeretanyagot a postgradualis képzésben részt vevő s most már az európai mércével mérendő szakorvosi felkészüléshez. A könyvben felölelt anyag tehát egyrésztől sok, másrésztől kevés és ez az ellentmondás nehezen feloldhatóan látszik. A postgradualis képzésben a könyv legfeljebb olyan alapként szerepelhet, melyből a szakorvosjelölt rekapitulálhatja korábban szerzett ismereteit.

Talán szerencsésebb lett volna, ha a szerzők megelégednek csupán az egyetemi hallgatóság számára összeállított, valamivel szűkebb terjedelmű ismeretanyag közlésével és a postgradualis képzés gondját nem vállalják fel. Így a közel százoldalmi műtéttani rész racionálisan rövidíthető lett volna s a közeljövőben előtérbe kerülő házi orvosi tevékenységhez igazodó gyakorlati vonatkozású ismeretek nagyobb teret nyerhettek volna. Egyébként talán éppen a műtéttani rész az egyik demonstrabilis példája a hallgatói és szakorvosjelölti igények közötti előbb említett ellentmondásnak.

Tiszteletreméltó törekvése a szerzőknek, hogy folytatni kívánják a magyar urológia haladó tradícióit s szellemiségben igyekeznek megőrizni az iskola értékeit. Ez a szakmai elvek és gyakorlat folyamatos revízióját, az elévültek elhagyását, a korszerűek felkarolását jelenti. A könyv új kiadása több, valóban korszerű, modern szemléletű fejezet mellett azonban szerepeltet ma már meglehetősen idejétmúlt eljárásokat, elveket is. Így pl. szó van az indigókarmin próbáról, kromoszkópiáról, a szeparált vizelet fagyáspontcsökkenésének vizsgálatáról, melyeknek ma már legfeljebb történeti érdekessége van. Nemkülönböztetünk olyan ma már aligha végzett műtéti eljárásokkal, mint pl. a Hryntschak, vagy Küster-féle vesemedence-plasztika vagy a vaginalis cystostomia, melyet nőknél kizárólag kövek vagy idegentestek eltávolítására ajánl a könyv s mely eljárásnak még az is előnye lenne, hogy az előbb említettek eltávolítása után a hólyag áttapintása is lehetséges. Az antireflux műtétek között olvashatjuk a Bischoff-félét, melyről rég kiderült alkalmatlansága. Ezzel szemben méltánytalanul nem nyer említést a Cohen-féle eljárás. Eminens példája a ma már igazán korszerűtlennek tekintett műtéteknek a hátsó húgycső hosszú szűkületét megoldani kívánó beavatkozás – valaha Kroiss nevéhez fűződő eljárás – melyet ma már nem szabad végezni. Ugyanakkor adós marad a könyv a modern húgycsősebészet elveinek, műtéteinek ismertetésével. Míg a Bergmann–Israel-féle behatolási mód ap-