

Az örvényjel szerepe a malrotáció talaján kialakult vékonybélvolvulus ultrahang-diagnosztikájában

Várkonyi Ildikó, Kis Éva, Verebély Tibor, Mátyus István, Bókay János

The value of the „whirlpool sign” in the sonographic diagnosis of midgut volvulus

BEVEZETÉS – A malrotációnak rettegett, életveszélyes szövődménye a vékonybélvolvulus, amely a betegek kétharmadában újszülöttkorban alakul ki. A malrotáció talaján kialakult volvulus jellegzetes ultrahangjele az úgynevezett whirlpool-jel, azaz örvényjel. A szerzők saját eseteik és az irodalom áttekintése alapján azt tanulmányozták, hogy az ultrahangvizsgálat önmagában alkalmas-e a malrotáció talaján kialakult volvulus diagnózisának felállítására.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK, EREDMÉNYEK – Hét beteg (életkor: 4 napos–33 hónapos) kilenc esetét dolgozták fel retrospektíven, akiknél malrotáció talaján kialakult volvulus miatt műtetre került sor. Valamennyi betegnél az ultrahangvizsgálat (2D és színes Doppler) során észlelt örvényjel alapján állították fel a műtéti indikációt. Hat esetben készült natív hasfelvétel, és két betegnél végeztek felső passzázsvizsgálatot.

KÖVETKEZTETÉS – Az örvényjel valamennyi betegnél önmagában elegendő volt a volvulus kimutatásához és a műtéti indikáció felállításához.

INTRODUCTION – Midgut volvulus is a life-threatening complication of intestinal malrotation, presenting in two-third of the patients in the neonatal period. The typical sonographical sign of midgut volvulus complicating malrotation is the „whirlpool sign”. The primary role of the ultrasound in diagnosing midgut volvulus in acutely ill children has been investigated by analysis of these cases and by a literature review.

PATIENTS AND METHODS, RESULTS – In 7 patients (age: 4 days-33 months) 9 midgut volvulus complicating intestinal malrotation has been diagnosed and operated on based on the whirlpool sign seen at abdominal ultrasound and colour Doppler sonography. In 6 cases abdominal plain film has been made and in 2 cases upper gastrointestinal study has been carried out.

CONCLUSION – Detection of the „whirlpool sign” was a sufficient indicator of volvulus and for indication of surgical intervention.

belek, malrotáció, volvulus, gyermek, ultrahang

intestines, malrotation, midgut volvulus, infant, ultrasound

DR. VÁRKONYI ILDIKÓ (levelező szerző/correspondent), DR. KIS ÉVA, DR. VEREBÉLY TIBOR, DR. MÁTYUS ISTVÁN, DR. BÓKAY JÁNOS: Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I. Sz. Gyermekklinika/1st Department of Pediatrics, Faculty of Medicine, Semmelweis University; H-1083 Budapest, Bókay u. 53.

A malrotáció ritka, az esetek mintegy kétharmadában az újszülöttkorban manifesztálódó fejlődési rendellenesség, amelynek előfordulási gyakorisága körülbelül 1/500 élveszületés¹. Lényege az, hogy a beleknek az intrauterin fejlődés során az arteria mesenterica superior mint tengely körüli normális, 270 fokos, az óramutató irányában végbe menő forgása elmarad, illetve hibás irányban következik be. Három formáját különböztetik meg: a nonrotációt, az inkomplett rotációt és az inverz rotációt^{1, 2}.

A malrotáció képkalkotó diagnosztikája a radiológus számára mind a mai napig kihívást jelent, s megoszlanak a vélemények arról, hogy gyanúja esetén melyik az elsődlegesen választandó képkalkotó módszer^{1, 3-5}. E rendellenesség rettegett szövödménye a vékonybélvolvulus (a továbbiakban volvulus), amelynek típusos ultrahangejele a *Pracros* által 1992-ben leírt „whirlpool”- vagy örvényjel⁶. A típusos ultrahangképet az arteria mesenterica superior körül spirálszerűen megtekeredő vena mesenterica superior, a belek és a mesenterium

hozzák létre. Az örvényjel a 2D-képen is felismerhető, de igazán jól színes Doppler-vizsgálattal láttható. Hasonló képet CT-tünetként több szerző is leírt.

Kilenc esetünk retrospektív feldolgozásával és az irodalom áttekintésével azt kívántuk vizsgálni, hogy az ultrahangvizsgálatnál észlelt örvényjel önmagában alkalmas-e a malrotáció talaján kialakult volvulus diagnózisának felállítására.

BETEGEK ÉS MÓDSZEREK

Klinikánkon 1997 és 1999 között 9 esetben 7 betegnél (5 fiú és 2 leány; életkor: 4 napos–33 hónapos; átlag: 5,4 hónap, medián: 2 hónap) került sor műtetre malrotáció talaján kialakult volvulus miatt. Két esetben a primer műtét ellenére a volvulus recidivált.

A leggyakoribb tünet az epés hányás volt. Legidősebb betegünknel a vizsgálatokat ismétlődő hányás, hasi görcsök miatt végeztük el. Betegeink kli-

1. táblázat. Betegeink klinikai adatai

Beteg/eset, nem	Tünet	A beteg kora a tünetek jelentkezésekor	A beteg kora a műtét idején	Szövödmény	Egyéb képkalkotó vizsgálatok az ultrahangon kívül:	
					NH	FP
1./1. fiú	sugárhányás	5 napos, majd 2 hónapos	I. műtét: 2 hónapos	chylascos	+	-
1./2. fiú	epés hányás	6,5 hónapos	II. műtét: 6,5 hónapos	-	+	+
2./3. fiú	bukás, majd hányás	2 napos	I. műtét: 11 napos	-	+	-
2./4. fiú	hányás	5,5 hónapos	II. műtét: 5,5 hónapos	-	-	-
3./5. leány	epés hányás	3 napos	4 napos	-	+	-
4./6. fiú	gyakori hányás	születés óta hány, egyszer véres széklet, utóbbi fél évben hányás, görcsök	33 hónapos	-	-	+
5./7. leány	epés hányás	1 napos	2 hetes	-	-	-
6./8. fiú	epés hányás	1 hetes	1 hetes	-	+	-
7./9. fiú	epés hányás	2 hetes	2 hetes	chylascos	+	-

NH: natív hasfelvétel; FP: felső passzázsvizsgálat

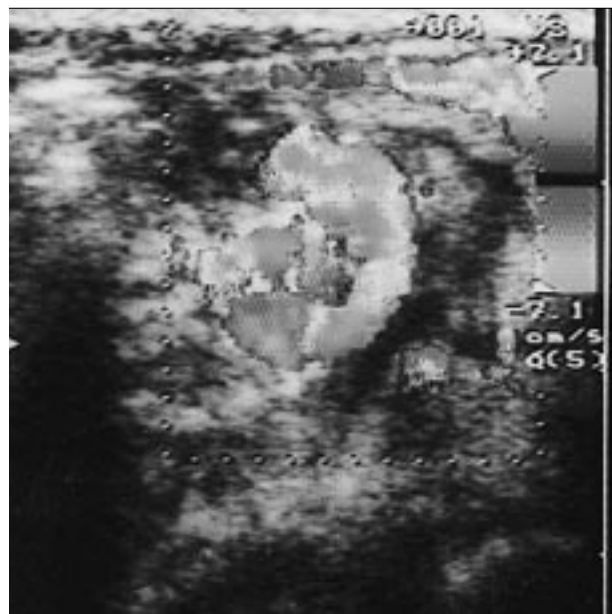
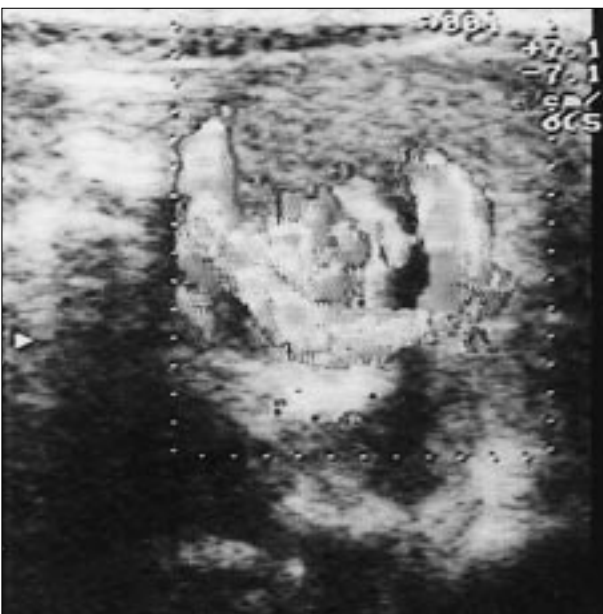
+/-: vizsgálatot végeztünk/nem végeztünk. Az ultrahangvizsgálatot/színes Doppler-vizsgálatot külön nem jelöltük, ezeket valamennyi esetben első vizsgálatként végeztük el.



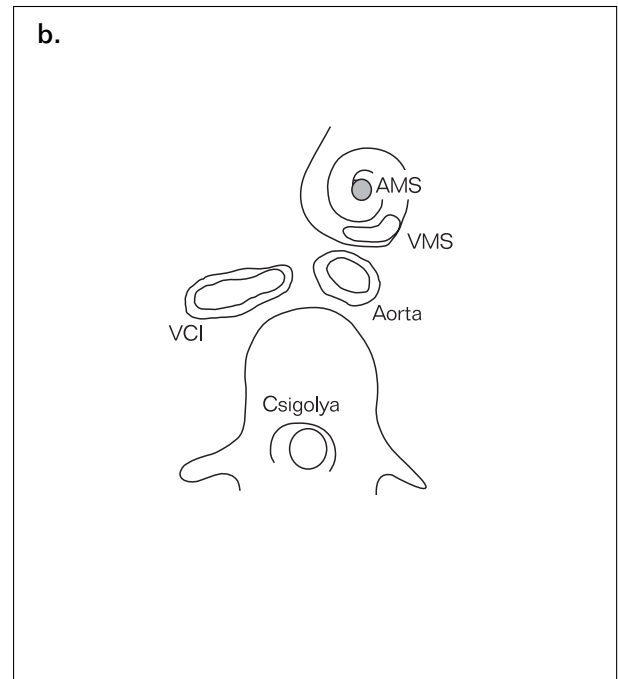
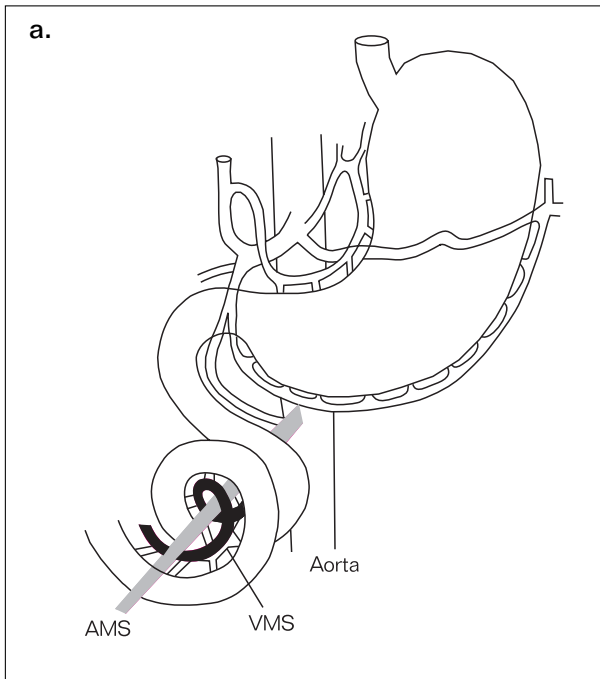
1. ábra. 2D-ultrahangkép. Az epigastrium magasságában készült harántmetszet: volvulus, típusos örvényjel (1. beteg)

nikai tüneteit, a tünetek jelentkezési idejét, a műtétek idejét, az ultrahangon kívül elvégzett egyéb képalkotó vizsgálatokat és a szövődményeket az 1. táblázatban foglaltuk össze. Valamennyi betegnél a

2D-ultrahangvizsgálatot színes Doppler-vizsgálat követte; a vizsgálatokat Hitachi-EUB-515 és -555 típusú készülékeken, 5 MHz-es konvex és 7,5 MHz-es lineáris transzducerrel végeztünk. Az esetek egy



2. ábra. Az örvényjel színes Doppler-képe (1. beteg)



3. ábra. a. A malrotatio talaján kialakult volvulus sémás rajza. **b.** Ultrahangkép sémás rajza: örvényjel. A keresztmetszeti ultrahangképen a típusos örvényjelet az arteria mesenterica superior körül spirálszerűen megtekeredő vena mesenterica superior, mesenterium és belek hozzák létre (Pracros sémás ábrája nyomán)

részében röntgenvizsgálat is történt: 6 esetben natív hasfelvételt készítettünk, illetve 2 esetben felső passzázsvizsgálatot végeztünk.

EREDMÉNYEK

Az elsőként elvégzett ultrahangvizsgálat során mind a 9 esetben már a 2D-képen is látható volt az epigastriumban a típusos örvényjel (1. ábra), amelyet a színes Doppler-vizsgálat egyértelművé tett (2. ábra).

A műtéti indikációt a sebész minden alkalommal az ultrahanglelet alapján állította fel. Hat esetben (öt betegnél) natív hasfelvétel készült, amely egyetlen betegnél sem adott kiegészítő információt; valamennyin gázszegény beleket lehetett látni, ileusra utaló eltérést nem találtunk. Az első beteg recidiváló volvulusánál – felszívódó kontrasztanyaggal – elvégzett felső passzázsvizsgálatnál a gyomor és a duodenumpatkó igen tág volt, innen a kontrasztanyag tovább nem ürült. A legidősebb (33 hónapos) betegünkönél végzett felső passzázsvizsgálat erőteljes gastrooesophagealis refluxot igazolt. A duodenum mérsékelten tágabb volt, a duodeno-

jejunalis átmenet a gerincoszlop jobb oldalán helyezkedett el. A háromórás felvételen a kontrasztanyag a colonig jutott, a caecum bal oldalon, magasan helyezkedett el. A lelet megerősítette a malrotáció diagnózisát.

Valamennyi betegnél Ladd-műtét történt. A műtétnél a belek 360–720 fokos megcsavarodását találtuk. A két recidiváló volvulusos esetben a második műtétnél derotációt, adhaesiolysist és a belek fixálását végeztük. Bélreszekcióra egyetlen esetben sem volt szükség. A betegek jelenleg tünet- és panaszmentesek.

MEGBESZÉLÉS

A malrotációk 50%-át az első élethéten diagnosztizálják, mintegy 80%-át az első hónapban⁷, míg más adatok szerint a felismert malrotációk 64%-a az újszülöttkorra tehető¹. Ez a fejlődési rendellenesség gyakran egész életen át tünetmentes marad, esetleg más okból végzett vizsgálatnál derülhet ki mellékleletként. Rettegett szövödménye a volvulus, amely a betegek 50–95%-ában bármikor kialakulhat⁸. Ugy jön létre, hogy a belek, a mesenterium

és a vena mesenterica superior az arteria mesenterica superior körül megcsavarodnak és kóros kórdát alkotnak (3. ábra). Klinikailag magas bél-obstrukció esetén epés hányás, meteorismus, hasi görcsök lépnek föl. A kialakuló strangulatio következménye a bél ischaemiája miatt fellépő véres széklet; később peritonitis, sokk jöhet létre. Beavatkozás hiányában rövid idő alatt a megcsavarodott, strangulált bél elhal, ami a beteg számára végzetes lehet, vagy a szükséges kiterjedt műtéti reszekció miatt rövid bél szindrómához vezet-het.

Krónikus vagy intermittáló volvulusban a belekben a nyirok- és vénás pangás malabszorpciót okoz. A mesenterialis nyirokcsomók megnagyobbodnak, ismételt hasi fájdalmak jelentkeznek. Intermittáló volvulus állhatott legidősebb betegünk (6. beteg) hosszú anamnézise hátterében is.

A képalkotó diagnosztikában – bár szorosan összefüggenek – fontos elkülönítenünk egymástól a malrotáció és a szövődményként kialakuló volvulus diagnosztikáját. A malrotáció önmagában ugyanis nem vezet bélobstrukcióhoz, csupán két esetben: amikor a peritonealis kötegek a beleket leszorítják, illetve, amikor volvulus jön létre.

Malrotációban a natív hasfelvétel igazolhatja a belek atípusos helyzetét, illetve az esetleges ileust, de gyakran aspecifikus. A gyomortartalom leszívása szondán át megnehezítheti a felvétel értékelését. Az úgynevezett radiológiai Dance-jel (a jobb alhasban a gázos coecum hiánya) magasan fekvő coecumra utal⁹.

A felső passzázsvizsgálatból nyerhető legfontosabb információ a duodenojejunalis átmenet atípusos elhelyezkedése¹⁰. A duodenum II. és III. szakaszának obstrukcióját, illetve a distalis duodenum és proximalis jejunum Z-konfigurációját okozhatják az azokat leszorító Ladd-féle peritonealis szalagok¹¹. A passzázsvizsgálat késői felvételein vagy irrigoszkópiával a colon atípusos lefutására derülhet fény. Az irrigoszkópia az irodalmi adatok szerint a malrotáció diagnosztikájában a felső passzázsvizsgálattal szemben másodlagos szerepet játszik, elsősorban distalis bélobstrukció tünete esetén lehet rá szükség. Értékelését nehezíti például az a tény is, hogy az úgynevezett coecum mobile a gyermekek hozzávetőleg 16%-ánál normális variáns¹⁰, ugyanakkor a normális helyzetű coecum a malrotációt nem zárja ki. Long tanulmányában 69 malrotációs beteg között négy esetben normális helyzetű coecumot talált, míg normális lefutású duodenumot csak egy esetben³. A volvulus a rövid

mesenterium miatt gyakoribb azoknál, akiknek a coecum a felső hasi kvadránsokban van³.

Malrotációra utalhat az arteria mesenterica és a vena mesenterica superior (VMS) inverz helyzete, a „vena mesenterica superior rotációs jel”, amit mind ultrahanggal^{6, 8, 12, 13}, mind CT-vel és MR-rel¹⁴⁻¹⁶ is leírtak. Ez a lelet normális variációként is előfordul, illetve hiánya a malrotációt nem zárja ki^{13, 17}. Zerin gyermekeken végzett CT-tanulmánya felhívta a figyelmet arra, hogy VMS-rotációs jelet okozhatnak az ereket diszlokáló hasi tumorok is¹⁸. Szintén Zerin szerint azoknak a betegeknek, akiknél ultrahanggal mesenterialis inverziót találtak, csupán 25%-ánál állt fenn valóban malrotáció¹⁹.

Már a duodenum obstrukciójának jele lehet a disztendált, hiperperisztaltikus proximalis duodenum²⁰, míg a duodenum csörszerű vagy nyílhegyszerű végződése külső kompresszióra utal²⁰⁻²². Fontos megjegyezni, hogy hányó betegnél a tág duodenum hiányozhat⁶.

Amennyiben a malrotáció igazolódik, a legtöbb szerző szerint a műtét mindenképpen indokolt, tekintettel arra, hogy a „malrotáció időzített bomba a beteg hasában”¹⁰.

Volvulus kialakulásakor a fenti tünetek mellé ileusos jelek társulnak. Súlyos esetben a natív hasfelvételen látható pneumatosis intestinalis már a bélhalál jele⁷.

Felső passzázsnál a duodenum teljes obstrukcióját láthatjuk, mint első betegünk második volvulusakor (1. beteg/2. eset). Amennyiben a kontrasztanyag mégis továbbhalad, a belek spirális vagy dugóhúzóyszerű lefutást mutatnak.

A volvulus ultrahang-diagnosztikájában korábban számos jelet használtak fel. Ilyenek voltak a proximalis duodenum tágulata és a már ismertett VMS-rotációs jel. Ezek mellett jellemzőek lehetnek a has jobb oldalán látható, disztendált, vastag falú bélkacsok, amelyek a malrotált helyzetben lévő, strangulált belek oedemáját tükrözik. Belső vérzésre utalhat a bélfal hiperreflektivitása²¹. A későbbiekben peritonealis folyadék jelenhet meg²¹. Smet 1991-ben figyelte meg, hogy az arteria mesenterica superior volvulusban fokozott pulzációt mutat²³.

A volvulus diagnosztikájában áttörést hozott az úgynevezett whirlpool- vagy örvényjel, amelyet CT-vizsgálatnál is leírtak^{7, 15, 24-27}. Az irodalomban az elmúlt időben számos közlemény jelent meg az örvényjelről. Shimanuki (1996) tanulmánya szerint az óramutató irányába mutató örvényjel szenzitivitása 92%, specificitása 100%²⁸. Érdekes, hogy azoknak a betegeknek, akikben az óramutató irányával ellen-

tétesen „tekeredő” örvényjelet láttak, nem volt sem volvulusuk, sem malrotációjuk, hanem enteritisben szenvedtek. Korábban *Pracros* is leírt egy hasonló esetet, ahol a betegnek recidiváló volvulusa volt⁶. *Van Winckel*²⁹ két betegről számolt be, akiknél a típusos örvényjel ellenére sem találtak volvulust. Mindkét betegnek malrotációja volt. Magyarázatként felvetette az intermittáló volvulus lehetőségét.

Malrotációs betegeknél a volvulus lehet intermittáló, de néhány esetben beszámoltak krónikus volvulusról is. *Mori* 1987-ben két esetet ismertett, akiknél a CT-vizsgálat az örvényjel mellett a vena és arteria mesenterica proximalis elzáródása miatt kialakult mesenterialis kollaterálisokat mutatott¹⁵.

A malrotáció talaján kialakult volvulus hagyományos megoldása a Ladd-műtét, amelynek során a belek megcsavarodását megszüntetik és a peritonealis kötegek oldása után a duodenumot mobilizálják, kiegyenesítik, és a vékonybelekkel együtt a jobb hasfélbe, illetve a coecumot a bal hasfélbe helyezik. A belek fixálását ennél a műtétnél nem végzik el.

Recidiváló volvulusról több szerző is beszámolt^{5, 6}. Az elsődleges műtét fentebb leírt technikája, a belek fixálásának hiánya magyarázza a recidíva kialakulásának lehetőségét. Két betegünkönél mi is megfigyeltünk recidívát. Mindkét beteg esetében a második műtét során a derotációt és adhaesiolyist a belek fixálásával egészítettük ki.

Összefoglalásul elmondhatjuk, hogy a malrotáció talaján kialakult volvulus diagnózisának megállapításához és a műtéti indikáció felállításához az

ultrahanggal (színes Doppler-vizsgálattal) észlelt örvényjel valamennyi betegünkönél önmagában is elegendő volt. Az ultrahang elsődleges jelentősége ezeknél az akut állapotoknál az, hogy könnyen hozzáférhető, gyors, és a betegnek nem megterhelő. Technikai korlátot jelenthet az, ha a színes Doppler-vizsgálatot a gyermek nyugtalansága nem teszi lehetővé, vagy ha a mesenterialis képletek ábrázolását a gázos belek akadályozzák. Ezeket az akadályokat kellő türelemmel, illetve az epigastriumra gyakorolt gyengéd, de tartós kompresszióval kiküszöbölhetjük, valamint a vizsgálatot a – szükség esetén szondán át – gyomorba juttatott, majd a vizsgálat után leszívott folyadékkal segíthetjük. Fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet az akut állapotú, hányó, elsősorban újszülött- és csecsemőkorú gyermekek hasi ultrahangvizsgálata során a mesenterialis erek ábrázolására.

A röntgenvizsgálatok eseteinkben a volvulus szempontjából többletinformációval nem jártak, a malrotáció diagnózisát erősítették meg. A malrotáció röntgendiagnosztikájának vizsgálata nem képezte tanulmányunk célját. A CT-vizsgálatnak – amelynek során az örvényjel az ultrahangvizsgálattal analóg módon ábrázolódik – az irodalmi adatok szerint inkább a felnőttekben kialakuló, krónikus volvulus következményeinek (érelzáródások, kollaterálisok) tisztázásában van jelentősége. Az akut volvulus diagnosztikájában időigényessége és nem utolsósorban a beteget érő ionizáló sugárzás²⁶ alkalmazása miatt a CT szerepe másodlagos. Saját betegeinknél CT-vizsgálatot nem végeztünk.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk dr. Kálmán Attilának a rajzok elkészítéséért.

Irodalom

1. Torres AM, Ziegler MM. Malrotation of the intestine *World J Surg* 1993;17:326-31.
2. Peitz HG. Der Volvulus im Kindesalter. *Radiologe* 1997;37:439-45.
3. Long FR, Kramer SS, Markowitz RI, Taylor GE. Radiographic patterns of intestinal malrotation in children. *Radiographics* 1996;16:547-56.
4. Schey WL, Donaldson JS, Sty JR. Malrotation of bowel: variable patterns with different surgical considerations. *J Pediatr Surg* 1993;28:96-101.
5. Seashore JH, Touloukian RJ. Midgut volvulus. An ever-present threat. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;148:43-6.
6. Pracros JP, Sann L, Genin G, Tran-Mihn VA, Morin de Finfe, et al. Ultrasound diagnosis of midgut volvulus: the „whirlpool” sign. *Pediatr Radiol* 1992;22:18-20.
7. Fukuya T, Brown BP, Lu ChC. Midgut volvulus as a complication of intestinal malrotation in adults. *Digestive Diseases and Sciences* 1993;38:438-44.

8. Loyer E, Egli KD. Sonographic evaluation of superior mesenteric vascular relationship in malrotation. *Pediatr Radiol* 1989;19:173-5.
9. Berdon WE. The diagnosis of malrotation and volvulus in the older child and adult: a trap for radiologists. *Pediatr Radiol* 1995;25:101-3.
10. Stringer DA. Pediatric Gastrointestinal Imaging. Toronto, Philadelphia: B. C. Decker Inc.; 1989. p. 235-49.
11. Ablow RC, Hoffer FA, Seashore JH, Touloukian RJ. Z-shaped duodenojejunal loop: sign of mesenteric fixation anomaly and congenital bands. *AJR* 1983;141:461-4.
12. Gaines PA, Saunders JS, Drake D. Midgut malrotation diagnosed by ultrasound. *Clin Radiol* 1987;38:51-3.
13. Weinberger E, Winters WD, Liddell RM, Rosenbaum DM, Krauter D. Sonographic diagnosis of intestinal malrotation in infants: importance of the relative positions of the superior mesenteric vein and artery. *AJR* 1992;159:825-8.
14. Nichols DM, Li DK. Superior mesenteric vein rotation, a CT sign of midgut malrotation. *AJR* 1983;141:707-8.

15. Mori H, Hayashi K, Futagawa S, Uetani M, Yanagi T, et al. Vascular compromise in chronic volvulus with midgut malrotation. *Pediatr Radiol* 1987;17:277-81.
16. Shatzkes D, Gordon DH, Haller JO, Kantor A, De Silva R. Malrotation of the bowel: malalignment of the superior mesenteric artery-vein complex shown by CT and MR. *J Comput Assist Tomogr* 1990;14:93-5.
17. Dufour D, Delaet MH, Dassonville M, Cadranet S, Perlmutter N. Midgut malrotation, the reliability of sonographic diagnosis. *Pediatr Radiol* 1992;22:21-3.
18. Zerin JM, DiPietro MA. Mesenteric vascular anatomy at CT: normal and abnormal appearances. *Radiology* 1991;179:739-42.
19. Zerin JM, DiPietro MA. Superior mesenteric vascular anatomy at US in patients with surgically proved malrotation of the midgut. *Radiology* 1992;183:693-4.
20. Hayden CK, Boulden TF, Swischuk LE, Lobe TE. Sonographic demonstration of duodenal obstruction with midgut volvulus. *AJR* 1984;143:9-10.
21. Leonidas JC, Magid N, Soberman N, Glass TS. Midgut volvulus in infants: diagnosis with US. *Radiology* 1991;179:491-3.
22. Cooper J, So H, Cohen HL. Ultrasound diagnosis of midgut volvulus. *J Ultrasound Med* 1991;12:178.
23. Smet MH, Marchal G, Ceulemans R, Eggermont E. The solitary hyperdynamic pulsating superior mesenteric artery: an additional dynamic sonographic feature of midgut volvulus. *Pediatr Radiol* 1991;19:156-7.
24. Fisher JK. Computed tomographic diagnosis of volvulus in intestinal malrotation. *Radiology* 1981;140:145-6.
25. Paul AB, Dean DM. Computed tomography in volvulus of the midgut. *BJR* 1990;63:893-4.
26. Ai VHG, Lam WWM, Cheng W, Chan FL. CT Appearance of midgut volvulus with malrotation in a young infant. *Clin Radiol* 1999;54:687-98.
27. Yeh WCh, Wang HP, Chen Ch, Wang HH, Wu MSh, et al. Preoperative sonographic diagnosis of midgut malrotation with volvulus in adults: the „whirlpool” sign. *J Clin Ultrasound* 1999;27:279-83.
28. Shimanuki Y, Aihara T, Takano H, Moritani T, Oguma E, et al. Clockwise whirlpool sign at color Doppler US: an objective and definite sign of midgut volvulus. *Radiology* 1996;199:261-4.
29. Van Winckel M, Voet D, Robberecht E. „Whirlpool sign”: not always associated with volvulus in intestinal malrotation. *J Clin Ultrasound* 1996;24:367-70.

TÁRSASÁGI HÍREK

AZ MRT ELNÖKSÉGÉNEK ÁLLÁSFOGLALÁSA A SZAKMÁT ÉRINTŐ PRIVATIZÁCIÓS FOLYAMATOKRÓL

A Magyar Radiológusok Társaságának vezetősége és elnöksége a járó- és fekvőbeteg-finanszírozás rendszerének bevezetése óta különös figyelmet fordít a jövőnkét alapvetően befolyásoló és meghatározó szakmapolitikai, finanszírozási és – a megváltozott helyzet következtében jelentősen előtérbe került – egzisztenciális kérdésekre.

Társaságunk alapvető céljának tekinti a radiológia szakmai színvonalának megőrzését és folyamatos növelését, amely az egészségügy jelenlegi helyzetében jelentős erőfeszítéseket és harmonikus együttműködést igényel mind a tulajdonosi oldal, mind pedig a radiológusok részéről.

Évek óta tisztában vagyunk azzal a ténnyel, hogy – hasonlóan a fejlett országokéhoz – hazánkban sem kerülhető meg új utak keresése a betegellátás területén, amelyből a radiológiai ellátás az első között kerül a privatizációs folyamatok látókörébe.

Társaságunk mindig is hangsúlyozta, hogy szakterületünk sajátosságainál fogva a radiológiai szolgáltatások privatizációjánál kiemelt figyelmet kell fordítani a szakmai képviselő véleményére, illetve törekedni kell arra, hogy ezek a folyamatok a szakma által irányított, végrehajtott és felügyelt folyamatok legyenek.

Társaságunkat aggodalommal töltik el az ettől eltérő törekvések, amelyek szükségtelen feszültségeket keltenek szakmánkon belül, várható hatásai pedig – megítélésünk szerint – egyértelműen negatívak lesznek.

Ezért társaságunk nem helyesli és nem támogatja azokat a folyamatokat, amelyek révén a radiológia működtetése nem szakmai alapokon nyugszik.

Ismételten hangsúlyozzuk, hogy társaságunk határozott véleménye és egyben állásfoglalása is, hogy a radiológia területén a szakma által irányított és végrehajtott privatizáció legyen az egyetlen elfogadható és követendő út.

Budapest, 2000. október 30.

Prof. dr. Makó Ernő
az MRT elnöke