

Potesept® TABLETTA SZIRUP

Potesepta® TABLETTA

Potenciózott hatású szulfonamid S 300

ÖSSZETÉTEL:

	POTESEPT®		POTESEPTA®
	tablet-tánként	50 ml szirupban	tablet-tánként
Trimethoprimium	80 mg	400 mg	20 mg
Sulfadimidinum	400 mg	2000 mg	100 mg

Hatás: A két antibakteriális hatású komponenset tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsavszintézisét gátolja. A szulfadimidin a paraaminobenzoosav-dihidrofolsav, a trimethoprim a dihidrofolsav-tetrahidrofolsav fázisban gátolja a folsavszintézist. E kettős fermentblokádján ható kombináció a Gram-negatív és Gram-pozitív baktériumok jelentős részének növekedését egyaránt gátolja. A baktericid hatás a szinergizmus következtében alacsonyabb gyógyszeradagokkal és biztonságosabban elérhető, rezisztens baktériumpopuláció kifejlesztésére kevésbé van lehetőség. Az epében magas koncentráció alakul ki, a vizelettel nagyrészt aktív formában ürül ki a gyógyszer.

JAVALLATOK:

A felső és alsó légutak fertőzései: akut és krónikus bronchitis, bronchiectasia, pneumonia, tonsillitis, sinusitis, pharyngitis.

A vese és húgyutak fertőzései: akut és krónikus cystitis, pyelitis, pyelonephritis, urethritis.

Nemi szervek megbetegedései: gonococcus urethritis, prostatitis.

A gyomor-bél rendszer fertőzései: enteritis typhus abdominalis, paratyphus, dysenteria.

Bőrfertőzések: pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

Ellenjavallatok: Máj- és veseelégtelenség, vér-dyscrasia, trimethoprim- és szulfonamid-túlérzékenység, valamint terhesség (az első harmadban és a szülést megelőző hetekben). Koraszülötteknek, továbbá csecsemőknek 6 hetes korig nem adható. Lactatio ideje alatt nem adható.

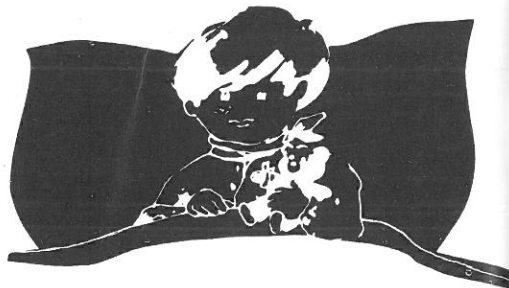
Adagolás: A készítményt akut infectio esetén legalább 4 napon át kell adni, általában 2 napi tünetmentesség eléréséig.

Felnőtteknek: terápiás adag napi 2 x 2 Potesept® tablettát fenntartó adag napi 2 x 1 Potesept® tablettát maximális napi adag 2 x 3 Potesept® tablettát (reggel és este étkezés után).

Gyermekeknek: a szokásos napi adag 6 mg trimethoprim és 30 mg sulfadimidin/testsúly kg, két egyenlő részre osztva.



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári



Ennek megfelelően a gyermekek részére ajánlott adagolás:

	POTESEPT®	POTESEPTA®
	tablettá naponta 2 x	szirup naponta 2 x
1/2 éves korban	—	2,5 ml = 1/2 ak. 1 tbl.
1–2 éves korban	1/4 tbl.	2,5–5,0 ml = 1/2-1 ak. 1–2 tbl.
3–6 éves korban	1/2 tbl.	5,0–7,5 ml = 1-1 1/2 ak. 2–3 tbl.
7–12 éves korban	1 tbl.	7,5–10,0 ml = 1 1/2 ak. 3–4 tbl.

(reggel és este étkezés után)

1 adagolónál (5 ml szirup) 40 mg trimethoprimet és 200 mg sulfadimidint tartalmaz.

3 hónapos kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

Mellékhatások: Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exantheme, gyomorpanaszok. Ritkán múló jellegű véréképzőrendszeri károsodás észlelhető (leukopenia, thrombocitaszám- és folsavszintcsökkenés), mely elváltozások folsav adására gyorsan rendeződnek. Májkárosodás, örökletes gyógyszerérzékenység előfordulhat.

Figyelmeztetés: Korlátozott vesefunkció esetén — a kumuláció veszélyének elkerülése végett — csak redukált adagok adhatók. (A plazmakoncentráció meghatározása ajánlatos.) Hosszan tartó kezelés alatt a vércép (a trombocitaszám is!) rendszeres ellenőrzése szükséges.

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodni kell. Ha a kezelés alatt exantheme keletkezik, a gyógyszer szedését meg kell szüntetni.

Ovatosság ajánlatos a szer adásában: folsavhiányos anaemiában, krónikus alkoholisták, továbbá immunsuppressív szereket szedő PCP-s betegek kezelésénél.

Gyógyszerköölcsönhatások: Együtt adása kerülendő (a szérumfehérjékhez való kötődésben kompetíció következhet be) orális antikoagulánsokkal (antikoaguláns hatás fokozódása), fenitoinnal (a fenitoin szérumszintje toxikusig emelkedhet), orális antidiabetikumokkal (hipoglikæmia veszélye), metotretaxattal (ennek szintje a szérumban toxikusig emelkedhet), szalicilátokkal, fenilbutazonnal és naproxennel (a szulfonamid komponens szérumszintjét toxikus értékre emelhetik). Antacidák a Potesept felszívódását gátolják.

Megjegyzés: ☒ ☒ Csak vényre adható ki, és csak egyszeri alkalommal.

Magyar Urológia IV. évfolyam 1. szám 73. oldal

Debreceni Orvostudományi Egyetem Urológiai Klinika
(igazgató: Pintér József dr.)

A retroperitoneális lymphadenectomiák történeti áttekintése

Fehér Miklós dr., Korányi László dr., Flaskó Tibor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők áttekintést adnak a heretumor miatt végzett retroperitoneális lymphadenectomiák kialakulásáról, majd a kombinált kezelési eljárások megjelenéséről. Röviden ismertetik az RLA-k hazai történetét.

Kulcsszavak: heretumor, RLA, történeti áttekintés.

HISTORICAL REVIEW OF RETROPERITONEAL LYMPHADENECTOMY

SUMMARY: The history of retroperitoneal lymphadenectomy is reviewed in patients having testicular tumors. Beside the surgical interventions the combined treatment including chemotherapy is discussed. The first lymphadenectomies performed during the past decades in Hungary are reported.

A heretumor radikális műtéti eltávolítását elsőként 1882-ben Kocher kísérelte meg. 1895-ben Bergman és Staenger, majd Bland-Sutton heretumor hatalmas retroperitoneális áttétjét próbálta meg eltávolítani. 1897-ben Stinson a funiculus magas átvágásáról és az inguinális nyirokcsomók profilaktikus eltávolításáról számolt be. Roberts lumbalis lymphaticus nyirokcsomóexcíziót végzett (13, 17). Villar az inguinális és iliacalis nyirokcsomókat távolította el, de ezeknek a kísérleteknek az eredménye alig volt jobb, mint az egyszerű semicastratio (10, 12).

Donohue 1982-ben megjelent közleményében a nem seminomás heretumoros betegek retroperitoneális nyirokcsomó-metasztázisainak megoszlásával foglalkozik. Ebben találtak az első történelmi hivatkozásokat, s végül lépésről lépésre, szerzőtől szerzőig haladva arra a következtetésre jutottunk, hogy valószínűleg Hinman és munkatársai végezték az első igazi retroperitoneális lymphadenectomiát, vagy legalábbis az első leírások egyike tőlük származik 1923-ból (10, 12). Talán nem is a szerzői elsőség a legérdekesebb, sokkal inkább az a tény, hogy már századunk első évtizedeiben történtek retroperitoneális nyirokcsomó-dissectiók. A 20-as években az eljárás nem terjedhetett el széles körben, mert a többórás műtét magas szintű anaesthesiológiai háttérre még nem volt biztosítható, s a posztoperatív időszakban hiányoztak a hatásos antibiotikumok.

Már ebben az időben kezdtek foglalkozni a retroperitoneális nyirokutak lefutásával, amelyek anatómiai feltérképezése a későbbi sikeres műtétek elméleti alapjait jelentette (4, 8). A retroperitoneális nyirokcsomó-dissectió felelevenítéséhez és újólagos alkalmazásához Nagamatsu munkássága is hozzájárult (16). A vesetumorok eltá-

volítására kialakított ún. dorso-lumbalis feltárás a retroperitoneum oly jó megközelítését tette lehetővé, hogy ez féloldali retroperitoneális nyirokcsomó-dissectió végzésére is alkalmassá vált. *Sargent* az Amerikai Urológus Társaság 1951-ben megtartott közgyűlésén a retroperitoneális nyirokcsomó-dissectióról, *Vallett* pedig a NAGAMATSU-féle feltárás adaptációjáról mutatott be filmet (23).

A transthoracalis feltárás *Chute* nevéhez fűződik (2, 12). Ezzel a feltárással lehetővé vált, hogy a vesehilus és a funiculus hasüregi belépése közötti területen a retroperitoneális nyirokcsomók eltávolításra kerüljenek, szükség esetén ebből a behatolásból a vesehilus és a diaphragma közötti terület is elérhető. A semicastratióval és lymphadenectomiával kezelt első nagyobb beteganyagról *Lewis* számolt be (11).

A továbblépést *Mallis és Patton* 1958-as közleménye jelentette, kifejtették, hogy csak a bilaterális nyirokcsomó-dissectió jelenthet gyógyulást, mert az esetek jelentős százalékában a retroperitoneális folyamat kétoldali. Közlik, hogy ezt a műtétet a washingtoni Walter Reed Army Hospitalban 1954 óta rutinszerűen végzik (13, 15, 22).

Az 50-es évek végén, a 60-as években megjelent közlemények időnként már több százas szériákról számolnak be. A sebészi tapasztalatok növekedtek, de a túlélési eredmények még messze elmaradtak a jelenlegiektől, mivel az RLA-t csak irradiatio követte. Ezekben a tanulmányokban a szerzők mindenütt a radikális retroperitoneális nyirokcsomó-dissectió kifejezést alkalmazzák, ill. megjelenik az egy- vagy kétoldali lymphadenectomia elnevezés is. Egyes szerzőknél a terápia szempontjából nem különül el élesen a seminoma és a nem seminoma csoport (3, 14, 17, 20, 21). Az igazi előrelépés és fellendülés a 70-es években következett be. Az évtized elején megjelentek az első platinatartalmú citosztatikumok (9). Forradalmi változást a platina kombinációkban történő felhasználása jelentett, valamint az a felismerés, hogy sikeres RLA után adjuváns terápiaként kell alkalmazni (5, 6).

A 80-as évek eleje az összegzés és a következtetések levonásának ideje. Kialakultak bizonyos alapelvek, véglegessé vált, hogy a terápia szempontjából alapvetően két csoportra oszlanak a rosszindulatú heretumorok. A seminomák kezelésében a sugárterápia, a nem seminomák gyógyításában a platinatartalmú kombinált citosztatikus kezelés élvezett prioritást. A seminomák kezelésében a retroperitoneális lymphadenectomiáról alig esett szó. A nem seminomás csoport gyógyításában viszont a radikális RLA-t a lehetőségek és igények szerint más típusú RLA-val váltották fel. Mindezen terápiás lehetőségek alkalmazása tovább javította a betegek túlélési lehetőségeit.

Több mint 50 évnek kellett eltelnie ahhoz, hogy az első retroperitoneális lymphadenectomiát hazánkban is elvégezzék és újabb 10 év szükségeltetett széles körű elterjedéséhez. Az 50-es évek közepén csak a heretumoros betegek gyógyításában elért sikertelenségek eredményezhették az alábbi mondatokat (1):

„...Egyesek a daganatos here eltávolítása mellett heroicus beavatkozásokra vállalkoznak: nevezetesen eltávolítják a lumbalis és az iliacalis nyirokcsomókat is. ... Mi az ilyen beavatkozást nem tartjuk helyesnek, éppen ezért nem is végezzük...”

Az első beavatkozást 1972-ben extraperitoneális behatolásból *Gerlőczy és Mohácsi* végezte, majd 1974-ig kellett várni az első transperitoneális nyirokcsomó-dissectióra (7). Ezt követően az események felgyorsultak, s 1977-től Miskolcon végeztek sorozatban RLA-kat (18). A 80-as évek elején már legalább egy tucat urológiai osztályon történtek RLA-k. A heretumoros betegek gyógykezelésében minőségi változást hozott az Országos Onkológiai Intézetben elkezdett citosztatikus kezelés. Az urológiai osztályok és az OOI közötti több mint egy évtizedes együttműködés igazi haszonélvezői a betegek lettek.

IRODALOM

1. *Balogh, F., Mátyus, E.*: Heredaganatokról *Magy. Seb.* 8, 253 (1955).
2. *Chute, R., Soutter, L., Kerr, W. S.*: *New Eng. J. Med.* 241, 951 (1949). [cit.: *Lewis, E. L., Johnston, R. E. et al.*: Retroperitoneal lymph node resection: the intercosto-inguinal approach *J. Urol.* 67, 338 (1952).]
3. *Dodw, J. B., Chute, R., Weinert, S. D.*: Retroperitoneal lymph node dissection for testicular cancer *J. Urol.* 81, 448 (1959).
4. *Donohue, J. P., Zachary, J. M., Maynard, B. R.*: Distribution of nodal metastases in nonseminomatous testis cancer *J. Urol.* 128, 315 (1982).
5. *Einhorn, L. H., Donohue, J. P.*: Cis-diamminodichloroplatinum, Vinblastine and Bleomycin combination chemotherapy in disseminated testicular cancer *Ann. Inter. Med.* 87, 293 (1977).
6. *Einhorn, L. H., Williams, S. D.*: Chemotherapy of disseminated testicular cancer. A random prospective study *Cancer* 46, 1339 (1980).
7. *Gerlőczy Gy., Mohácsi L.*: A retroperitoneális lymphadenectomia jelentősége a rosszindulatú here-tumorok kezelésében *Orv. Hetilap* 121, 283 (1980).
8. *Jamieson, J. K., Dobson, J. F.*: The lymphatics of the testicle *Lancet* 1, 493 (1910). [cit.: *Donohue, J. P., Zachary, J. M., Maynard, B. R.*: Distribution of nodal metastases in nonseminomatous testis cancer *J. Urol.* 128, 315 (1982).]
9. *Highy, D. J., Wallace, H. J. jr., Albert, D., Holland, J. F.*: Diaminodichloroplatinum in the chemotherapy of testicular tumors *J. Urol.* 112, 100 (1974).
10. *Hinman, F., Gibson, T. E., Kutzmann, A. A.*: *Surg. Gynec. and Obst.*, 37, 429 (1923). [cit.: *Lewis, E. L., Johnston, R. E., Rowe, R. B., Kimbrough, J. C.*: Retroperitoneal lymph node resection: the intercosto-inguinal approach *J. Urol.* 67, 338 (1952).]
11. *Lewis, E. L.*: Testis tumors: report on 250 cases *J. Urol.* 59, 763 (1948).
12. *Lewis, E. L., Johnston, R. E., Rowe, R. B., Kimbrough, J. C.*: Retroperitoneal lymph node resection: the intercosto-inguinal approach *J. Urol.* 67, 338 (1952).
13. *Lowry, E. C., Beard, D. E., Hewit, L. W., Barner, J. L.*: Tumor of testis. 100 cases *J. Urol.* 55, 373 (1946). [cit.: *Mallis, N., Patton, J. F.*: Transperitoneal bilateral lymphadenectomy in testis tumor *J. Urol.* 63, 569 (1958).]
14. *Maier, J. G., van Buskirk, K. E., Sulak, M. H., Perry, R. H., Schamber, D. T.*: An evaluation of lymphadenectomy in the treatment of malignant testicular germ cell neoplasms *J. Urol.* 101, 356 (1969).
15. *Mallis, N., Patton, J. F.*: Transperitoneal bilateral lymphadenectomy in testis tumor *J. Urol.* 80, 501 (1958).
16. *Nagamatsu, G.*: Dorso-lumbar approach to the kidney and adrenal with osteoplastic flap *J. Urol.* 63, 569 (1950).
17. *Patton, J. F., Mallis, N.*: Tumors of the testis *J. Urol.* 81, 457 (1959).
18. *Pintér J., Szokoly V., Sallai Zs.*: Treatment of testicular tumours *Act. Chir. Acad. Scient. Hung.* 20, 369 (1979).
19. *Roberts, J. B.*: Excision of the lumbar lymphatic nodes and spermatic vein in malignant disease of the testicle *Am. J. Surg.* 36, 539 (1902). [cit.: *Mallis, N., Patton, J. F.*: Transperitoneal bilateral lymphadenectomy in testis tumor *J. Urol.* 80, 501 (1958).]
20. *Skinner, D. G., Leadbetter, W. F.*: The surgical management of testis tumors *J. Urol.* 106, 84 (1971).
21. *Staubitz, W. J., Magoss, I. V., Grace, J. T., Schenk, W. G.*: Surgical management of testis tumors *J. Urol.* 101, 350 (1969).
22. *Thomas, G. J., Bischoff, A. J.*: Tumors of the testis: Analysis of 80 cases *J. Urol.* 72, 411 (1954).
23. *Vallett, B. S.*: The Nagamatsu technique applied to retroperitoneal dissection in testis tumor *J. Urol.* 68, 337 (1952).