

Potesept[®] TABLETTA SZIRUP Potesetta[®] TABLETTA

Potencírozott hatású szulfonamid S 300

ÖSSZETÉTEL:

	POTSEPT [®]	POTESSETA [®]
	tablet- tánként	50 ml szirupban
Trimethoprimum	80 mg	400 mg
Sulfadimidinum	400 mg	2000 mg

Hatás: A két antibakteriális hatású komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsavszintézisét gátolja. A szulfadimidin a paraaminobenzo-sav-dihidrofolsav, a trimethoprim a dihidrofolsav-tetrahidrofolsav fázisban gátolja a folsavszintézist. E kettős fermentblokkát útján 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 kifejlődésére 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.

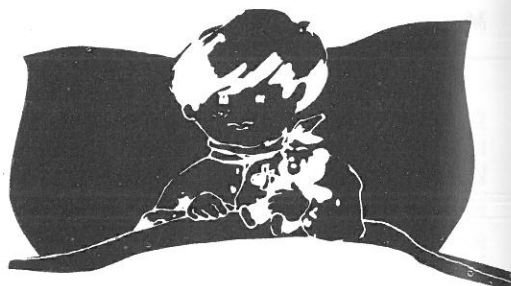
Bőrfertőzések: pyoderma, furunculus, abscessus, sebfertőzés.

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 eléréseig.

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

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



Ennek megfelelően a gyermekek részére ajánlott adagolás:

	POTSEPT [®] tabletta naponta 2 x	POTESSETA [®] szirup naponta 2 x	POTESSETA [®] tabletta 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.

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

3 hónapos kor alatt a gyógyszer adagolása megfontolandó.

Mellékhatások: Rossz közérzet, fejfájás, gyógyszer-exanthema, gyomorpanaszok. Ritkán múló jellegű vérvérzésrendszeri 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 vérkép (a trombocitaszám is!) rendszeres ellenőrzése szükséges.

A kezelés ideje alatt megfelelő mennyiségű folyadék beviteléről gondoskodni kell.

Ha a kezelés alatt exanthema keletkezik, a gyógyszer szedését meg kell szüntetni.

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

Gyógyszerköcsönhatások: Együtt adása kerülendő (a szérumszintjéhez 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 III. évfolyam 3. szám 249. oldal (1991)

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

A módosított retroperitonealis lymphadenectomia helye a II. stádiumú nem seminomás heretumoros betegek gyógykezelésében

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

ÖSSZEFOGLALÁS: Szerzők 30, II. stádiumú nem seminomás heretumoros betegnél végeztek retroperitoneális nyirokcsomó-dissectiót (RLA). 23 betegnél radikális bilaterális RLA, 7 betegnél módosított lymphadenectomia történt. Kezdetben minden esetben teljes radikálisra törekedtek, később megismerve a retroperitoneális nyirokutak lefutását és a nyirokmetasztázisok leggyakoribb lokalizációit — ha a praeeoperatív ultrahang és CT-vizsgálat nem mutatott metasztázist, ha a beteg marker-negatív volt, s az intraoperatív készített fagyasztott metszetekben tumort nem tudtak kimutatni, vagy csak mikrometasztázisok jelenléte volt bizonyítható — módosított retroperitoneális lymphadenectomiát végeztek.

Kulcsszavak: heretumor, nem seminoma, II. stádium, módosított RLA.

MODIFIED RETROPERITONEAL LYMPHADENECTOMY IN THE TREATMENT OF STAGE II. NON-SEMINOMATOUS TESTIS TUMOURS

SUMMARY: Retroperitoneal lymphadenectomy was performed in 30 cases of stage II. non-seminomatous testis tumours. Radical bilateral RLA was performed in 23 patients and modified lymphadenectomy in 7 cases. At the beginning the authors tried to reach total radicality, later in the knowledge of the localisation of lymph vessels and the most frequent localisations of metastases — in the absence of metastases using preoperative sonography and CT, in marker negative cases and without tumour tissue in intraoperative frozen sections, or in cases of only micrometastases — modified retroperitoneal lymphadenectomy was performed.

Klinikai vizsgálódásaink során arra a kérdésre kerestünk választ, hogy a retroperitoneum minimális tumoros érintettsége esetén lehetséges-e az RLA redukciója, azaz a rutinszerűen végzett bilaterális radikális lymphadenectomiát bizonyos esetekben felválthatja-e a módosított RLA ismert előnyeivel anélkül, hogy a beteget bármilyen veszélynek tennék ki.

Beteganyag és módszer

1979. január 01-től napjainkig 93 különböző stádiumú nem seminomás betegnél végeztünk RLA-t, ezek közül 30 II. stádiumú volt. A betegek átlagos életkora a betegség felfedezésekor 26,1 év volt.



ALKALOIDA VEGYÉSZETI GYÁR
Tiszavasvári

A primer tumor 18 esetben jobb oldali, 12 betegnél bal oldali volt. A primer tumorok pontos stádium-beosztását nem tudjuk megadni, mivel a semicastratiók egy része más intézményekben történt. A szövettani megoszlást az I. táblázat mutatja.

I. táblázat

A II. STÁDIUMÚ NEM SEMINOMÁS HERETUMOROS BETEGEK SZÖVETTANI MEGOSZLÁSA (n = 30)

Embrionalis carc.	18
Embrionalis carc. + seminoma	7
Embrionalis carc. + choriocarcinoma	2
Embrionalis carc. + Yolk sac tumor	1
Embrionalis carc. + teratoc. + choriocarc.	1
Teratocarcinoma	1

A 18 jobb oldali heretumoros betegnek összesen 34, míg a 12 bal oldali heretumoros betegnek 23 retroperitonealis metasztázisa volt.

7 betegnél történt módosított RLA, akiknél mikrometasztázisok voltak. 2 betegnél a műtét alatt készített fagyasztott metszetek sem mutatták ki a tumort, csak a későbbi szisztematikus anyagfeldolgozás bizonyította a metasztázisokat. Mind a hét beteg a műtét előtt markernegatív volt, CT-vel és ultrahangvizsgálattal metasztázist nem tudtunk kimutatni.

Az RLA módozatától függetlenül, a retroperitonealis metasztázis tényéből kiindulva, mind a 30 beteg citosztatikum-kezelésben részesült, részben az Országos Onkológiai Intézet C Belgyógyászati Osztályán, részben kisebb számban klinikánkon.

Eredmények

A 23 radikális bilaterális RLA-n átesett beteg átlagosan 52 hónapja van megfigyelésünk alatt, a legrövidebb idő 2 hó, a leghosszabb 116 hónap. 19 beteg tünet- és panaszmentes. Egy betegnek emelkedett az AFP-értéke, kimutatható tumora nincs, 3 betegnél lépett fel relapsus (2 tudómetasztázis, 1 retroperitoneális metasztázis); ez utóbbiak közül 2 a további kezelést nem fogadta el, valószínűleg exitáltak.

A 7 módosított RLA-n átesett beteg átlagosan 19 hónapja van megfigyelésünk alatt, a legrövidebb idő 4 hó, a leghosszabb 24 hónap. Valamennyi beteg jelenleg tünet- és panaszmentes.

A két betegcsoport nem hasonlítható össze, részben a különböző megfigyelési idő miatt, részben a kezdeti tumornagyság miatt. A második csoport betegének minimális nagyságrendű metasztázisai következében alig lehet rosszabb a prognóza, mint a patológiailag I. stádiumú, nem seminomás betegeknek.

Megbeszélés

A 80-as évek első felében a radikális, bilaterális RLA-t rutinszerűen végeztük, függetlenül attól, hogy volt-e kimutatott retroperitonealis metasztázisa a betegnek vagy nem (1, 9, 10). Később, a biztosan retroperitonealisan tumormentes betegeknek módosított RLA történt, elsősorban azért, mert ejaculációs zavarok jelentkeztek (8). Mint más közleményeinkben már beszámoltunk róla, a retroperitonealisan tumormentes betegeknek bevezetett módosított RLA 30% alá szorította az ejaculációs problémákat (4, 5). A módosított RLA során a paravertebralis sympathicus ganglionsort kíméljük meg, legalábbis az egyik oldalon. Műtéttechnikánk további finomításával az a.iliaca

comm.-ok felett haladó, azokon átbukó plexus hypogastricus alkotó rostokat próbáljuk megőrizni (7). Műtéti tapasztalataink növekedésével és a retroperitonealis nyirokutak lefutásának, ill. a típusos metasztázis lokalizációk megismerése adta azt a gondolatot, hogy egyetlen nyirokcsomóra lokalizálódó, vagy mikrometasztázisok esetében is csak módosított RLA-t végezzünk (2, 3, 6, 11).

A retroperitoneum nyirokútjai a bal vese hílusa alatt, a bal oldali a. renalis és aorta szögletében szedődnek össze, miközben a nyirokutak jobbról balra haladnak. Ellenkező irányú kereszteződés alig található, így bizonyos aszimmetria alakul ki, aminek eredményeként a jobb és bal oldali heretumorok metasztázisai másként rendeződnek (2, 6).

Jobb oldali heretumoros betegeink nyirokcsomó áttéteinek döntő többsége a középvonalban, interaorta-cavalisan és a v. cava inf. bal oldalán helyezkedett el. Anyagunkban meglepően kevés tumoros nyirokcsomót találtunk a bal oldali vesehílus magasságában, s ezenkívül csak egyetlenegy metasztázis helyezkedett el bal oldalon, az a.mesenterica inf. eredése alatt. A levonható következtetés az, hogy jobb oldali heretumorok a vesehílusok magasságát kivéve alig adnak bal oldali metasztázist, a műtét során el lehet kerülni a bal oldali paravertebralis ganglionokat és a bal oldali a.iliaca comm. területét.

Bal oldali heretumoros betegeink metasztázisainak legnagyobb része a bal oldali vesehílus magasságában és az aorta bal oldalán helyezkedett el, csak egy-egy érte el a középvonalat, s csak egyetlenegy haladta azt meg a vesehílusok magasságában.

A vesehílusok magassága felett bármely oldali heretumor esetében is csak kivételesen található metasztázis. A folyamat előrehaladtával ezek a jellegzetességek már alig ismerhetők fel.

Mindezen ismérvek birtokában arra a következtetésre jutottunk, hogy a II. stádiumú, nem seminomás heretumoros betegek egy részénél a radikális bilaterális lymphadenectomiát felválthatja a módosított RLA. Ha az alábbi feltételek megvalósulnak, lehetségesnek tartjuk a műtét redukcióját:

1. Markernegatív beteg
2. Képkeltő eljárással (UH, CT) retroperitonealis metasztázist nem tudtunk kimutatni.
3. A feltárás során az oldaliságtól függően a frekvenciált helyekről vett szövetszövetminták negatívak, vagy egyetlen régióban max. 2-3 mikrometasztázis kórismézhető.

IRODALOM

1. Az urológiai rosszindulatú daganatok. Szerkesztette: Pintér, J., Wabrosch, G., Eckhardt, S. Medicina, Budapest 1987.
2. Donohue, J. P. et al.: Topographie von Lymphknotenmetastasen bei nichtseminomatösen Hodentumoren. Akt. Urol. 14,7 (1983).
3. Donohue, J. P., Zacharz, J. M., Maznard, B. R.: Distribution of nodal metastases in nonseminomatous testis cancer. J. Urol. 128,315 (1982).
4. Fehér, M., Bányai, B.: Heretumoros betegek impotentia ejaculandi-ja retroperitonealis nyirokcsomó dissectio során. Orv. Hetil. 122,43 (1981).
5. Fehér, M., Kéry, S.: Az ejakulációs képesség megőrzésének lehetősége a retroperitoneális limfadenektomia során. Urol. Nephrol. Szle. 12/1,38 (1985).
6. Fossa, S. d. et al.: Distribution of retroperitoneal lymph node metastases in patients with non-seminomatous testicular cancer in clinical stage 1. Eur. Urol. 17,107 (1990.)

7. Javadpour, N.: Nerve sparing retroperitoneal lymphadenectomy for non-seminomatous testicular cancer J. Urol. 139,435 (1988).
8. Leiter, E., Brenler, H.: Loss of ejaculation following bilateral retroperitoneal lymphadenectomy. J. Urol. 98,375 (1967).
9. Pintér, J., Fehér, M., Szokoly, V.: Heredaganatok. Urol. Nephrol. Szle. 11,23. (1984).
10. Szokoly, V., Pintér, J., Szomor, L.: Lymphadenectomy in urology. Int. Urol. Nephrol. 12,59 (1980).
11. Weissbach, L., Boedefeld, E. A.: Localization of solitary and multiplex metastases in stage II. non-seminomatous testis tumor as basis for a modified staging lymph node dissection in stage I. J. Urol. 138,77 (1987).

Magyar Urológia III. évfolyam 3. szám 253. oldal

Magyar Honvédség Központi Katonai Kórháza, Urológiai osztály
(főorvos: Ruszinkó Barnabás dr.)

Tapasztalataink a változtatható síkokban leképező rectalis ultrahangtranszducerrel

Engert Zoltán dr., Ruszinkó Barnabás dr., Kovács József dr. *

ÖSSZEFOGLALÁS: A szerzők beszámolnak egy, a közelmúltban kifejlesztett, változtatható síkokban leképező rectalis ultrahang szektortranszducerről 137 férfi beteg vizsgálata és 38 transperineális, UH-vezérelt, célzott tűbiopszia elvégzését követően. A Brüel and Kjaer cég által gyártott eszköz a hazánkban használt bármely típusú készülékükhöz adaptálható. A korábbi UH transzducerekhez képest jobb felbontást, precízebb strukturális analízist és méretmeghatározást tesz lehetővé transperineális és transrectalis biopsziavétel mellett.

Kulcsszavak: változtatható síkú rectaltranszducer, finomabb strukturális elemzés, pontos prostata méretmeghatározás, célzott prostatabiopszia.

EXPERIENCES BY USING TRANSRECTAL ENDOSONIC MULTIPLANE TRANSDUCER

SUMMARY: The authors report about a recently developed transrectal endosonic multiplane transducer and examination of 137 male patients and 38 perineal prostate biopsies guided by ultrasound. The transducer brought in by Brüel and Kjaer Co., may be connected to the ultrasound instruments all type of these Co. usually used in Urological Departments in Hungary. Not only exact examination and measurement but also perineal and per rectum biopsy may be carried out.

Bevezetés

Az 1960-as évek végétől jelentek meg az első publikációk a 3,5 és 5 MHz-es, forgófejú, *transzverzális* síkban leképező rectalis transzducerekkel végzett klinikai vizsgálatok eredményeiről (6, 7, 3, 5). Ezen eszközökkel a prostatáról jól értékelhető keresztmetszeti képet kapunk, mely felvilágosítást nyújt a dűlmirigy szélességéről, magasságáról, a parenchyma echostruktúrájáról, a tok állapotáról, lehetővé tesz célzott transperineális tűbiopsziát is. A prostata hosszának meghatározása ezen eljárással azonban nem, vagy csak igen körülményesen lehetséges csak (2).

1982-ben számolt be *Sekine* (4) a *longitudinális* leképezést biztosító lineáris transzducerrel végzett transrectalis ultrahangvizsgálatról. E módszerrel kiválóan megítélhető a hólyagalap, a hólyagnyaki régió, a prostata hossza, állománya, viszont a

* Országos Társadalombiztosítási Főigazgatóság Egészségügyi Főosztály