

# 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 komponenst tartalmazó gyógyszer a baktériumok folsavszintézisét gátolja. A szulfadimidin a paraaminobenzoosav-dihidrofolsav, a trimethoprim a dihidrofolsav-tetrahidrofolsav fázisban gátolja a folsavszintézist. E kettős fermentblokádnak új 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.

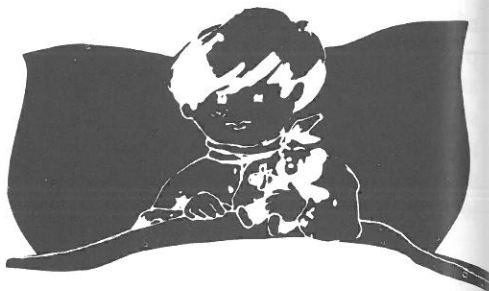
**Adagolás:** A készítményt akut infectio esetén legalább 4 napon át kell adni, általában 2 napi tünetmentesség eléréséig.

**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 elosztva.



ALKALOIDA VEGÉSZETI GYÁR  
Tiszavasvári



Ennek megfelelően a gyermekek részére ajánlott adagolás:

	POTESEPT®		POTESEPTA®
	tablettá naponta 2 x	szirup naponta 2 x	tablettá 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-exanthemea, gyomorpanaszok. Ritkán múló jellegű vérképzőrendszeri 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 exanthemea keletkezik, a gyógyszer szedését meg kell szüntetni.

Óvatosság ajánlatos a szer adásában: folsavhiányos anaemiában, krónikus alkoholisták, továbbá immunosuppressiv szerek szedő PCP-s betegek kezelésénél.

**Gyógyszerköölcsönhatások:** Együtt adása kerülendő (a szérumfehérjékhez való kötődésben kompetíció következhet bel 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 1. szám 65. oldal (1991)

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

## Ultrahangvezérelt veseüregrendszeri punkciók

Berényi Pál dr.

**ÖSSZEFOGLALÁS:** A vese üregrendszerének punkciója az elmúlt másfél évtizedben a modern urológia egyik legfontosabb beavatkozásává vált, mert számos diagnosztikus és terápiás módszer kulcs lépése. Az ultrahang alkalmazásának külön előnye, hogy a kivizsgálás, a beavatkozás és a későbbi ellenőrzés egy műszerrel megoldható. A szerző a DOTE Urológiai Klinikán 1987 óta végzett több száz ultrahangvezérelt punkció során nyert tapasztalatokat foglalja össze.

**Kulcsszavak:** UH-vezérelt punkció megtervezése; megfelelő helycsoport kiválasztása; szövődmények elkerülése

## ULTRASONIC GUIDED RENAL PUNCTIONS

**SUMMARY:** The renal puncture became one of the most important intervention in urology during the past one and a half decade, because it has a key-role in numerous diagnostic and therapeutic methods. The advantage of using ultrasonography is, that the examination, intervention and the later check-up can be performed with the same instrument. Experiences of more than 100 ultrasonic guided renal punctions having performed in the Clinic of Urology since 1987 are summarized.

A vese üregrendszerének punkciója napjainkban az egyik legfontosabb urológiai beavatkozás, melyet vagy röntgen képerősítő alatt, vagy ultrahangvezérléssel végezhetünk el, az utóbbi előnye, hogy lezárt vese, beszűkült vesefunkció mellett is alkalmazható, illetve jelentősen kisebb a sugárterhelés. Az indikációs terület igen széles, mind diagnosztikus, mind terápiás jellegű lehet, ahogy azt a Günther és Alken (1) által összeállított táblázatból láthatjuk. (I. táblázat)

A punkció technikai kivitelezése a következő: a beteg hason fekvő helyzetben fekszik, a hasi kiemelés az utóbbi egy évben elhagytuk, ennek alkalmazása szokás kérdés. A beszűrés helye, a leggyakoribb alsókehelypunkció esetében – a röntgenképerősítővel történő szűréshez hasonlóan – a hátsó hónaljvonalban 1–2 ujjnyival a XII. borda alatt van. Ha a punkciót követően a tű mandrinjának kihúzása után vizelet ürül, azonnal kontrasztanyagot juttatunk az üregrendszerbe, képerősítőn ellenőrizzük a helyzetünket és a beavatkozás további része (a drót bevezetése, tágtítás) röntgenellenőrzés alatt történik.

## I. táblázat

A veseüregrendszer perkután punkciójának, illetve perkután nephrostoma behelyezésének indikációi. (Günther és Alken után, módosítva)

### DIAGNOSZTIKA

1. Antegrad pyelográfia
2. Perfúziós nyomásmérés
3. A vesefunkció tartalékának megítélése tehermentesítés után
4. Perkután kefebiopsia
5. Perkután nephroscopia

### TERÁPIA

1. Posztrenális obstrukció dekompressziója
2. Vizeletdeviáció vizeletsipolyoknál
3. Antegrád uretersínezés
4. Endopyelolízis
5. Perkután katétereltávolítás
6. Perkután kőeltávolítás
7. Ureterszűkületek tágitása
8. Transzrenális ureterembolizáció

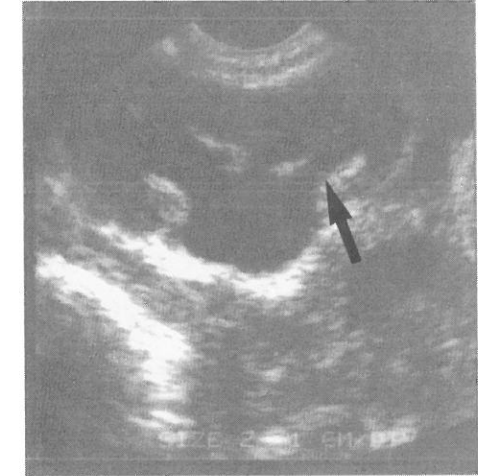
## Megbeszélés

Az ultrahangkészüléknek intervenciós célokra való felhasználására természetesen csak megfelelő diagnosztikus UH-jártasság után gondolhatunk. Első próbálkozásainkhoz olyan beteget válasszunk, akinél hosszabb ideje áll fenn az ureterocclusio. Ezt nemcsak a nagyfokú üregrendszeri tágulat jelzi, hanem a szokásosnál fokozottabb echogenitású parenchyma is. Ezek a nagy, duzzadt vesék kevésbé mobilisak, nem térnek ki a tű elől. Fontos, hogy gondoljunk arra, hogy az UH-vezérelt szúráshoz hosszabb tű kell, mert a vizsgálófej néhány cm-t felvesz. Mi a punkcióhoz a vesét sagittális síkban állítjuk be, így jól elkülönülve egyszerre láthatjuk mindhárom kehelycsoportot. Mások a megfelelő kehelycsoport kiválasztása után a transzducert 90°-kal elfordítják, és így a szúráskor a vese harántmetszete látható a képernyőn (2). Úgy tapasztaltuk, hogy a mi módszerünkkel kisebb a látott kép változása a légzés során, másrészt az iv. urográfia látványán felnőtt urológusnak nagyobb segítséget jelent, ha a vesét a három kehelycsoporttal hosszanti síkban látja. Ha beállítottuk a megfelelő képet, a transzducert az egész beavatkozás alatt egyenletesen, ugyanilyen nyomással kell tartanunk, mert különben elveszítjük a kívánt képet, illetve sítot és menet közben korrekcióra nincs lehetőség.

Általában az alsó kehelycsoportot szoktuk pungálni, de például, ha akutan tehermentesítő nephrostoma behelyezésre van szükség és később az ureterben akarunk majd manipulálni (antegrad URS, endopyelolysis stb.) érdemes rögtön a középső vagy a felső kehelycsoportot megszünni. Gyakran, különösen meredek alsó kehely esetén legkedvezőbb iránya a középső kehelynek van, ez a kehelycsoport azonban tapasztalataink szerint tartós deviáció létesítésére kevésbé alkalmas. Az ide behelyezett nephrostomás csövek – talán a rövidebb intrarenális lefutás miatt – sokkal hajlamosabbak a kicsúszásra.



1. ábra. Alsókehelypunkcióhoz jól beállított vese. A fehér nyíl a végig jól áttekinthető alsó kehely felől a pyelonba mutat

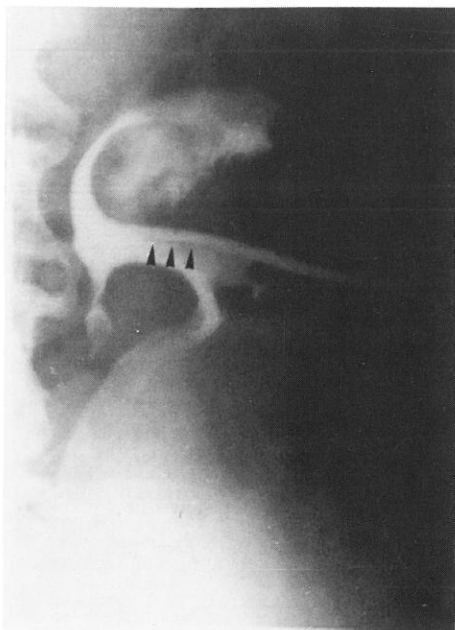


2. ábra. Alsókehelypunkcióhoz nem tökéletes beállítás. A fekete nyíl a kehelyfal bevetülő, kis echodusabb területként ábrázolódó szakaszára mutat

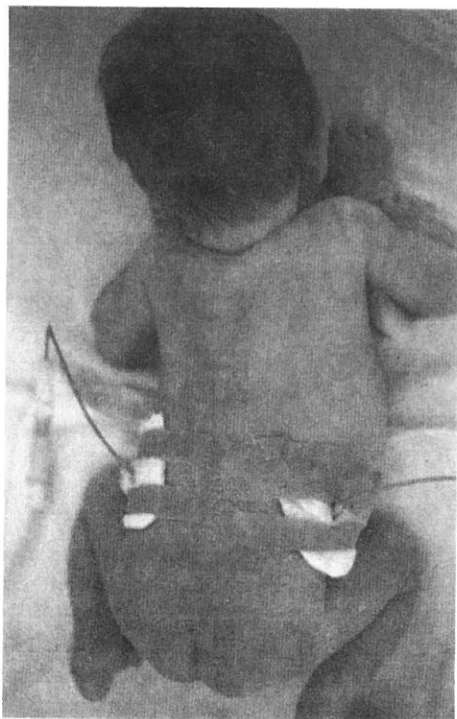
Nagyon fontos, hogy a punkciós tű a kehelytalpon hatoljon be az üregrendszerbe és a kehelyszár irányával egybeesve mutasson a pyelon irányába. A szúráskor csak akkor indítsuk el a tűt, amikor végig látjuk a kehelyet a kehelyvégtől a pyelonig. (1. ábra) Ha a kehelyszárban echodús terület van (2. ábra), azt jelenti, hogy közel vagyunk a falához, tehát nagy annak a veszélye, hogy a tű behatol ugyan az üregrendszerbe, de a kehelyet mintegy felöltve kimegy, majd újra visszatér az üregrendszerbe. Ha csak egy vékony tehermentesítő nephrostomát helyezünk be, ennek nincs nagyobb következménye (3. ábra), azonban ha kőműtéhez mért tágitást végzünk, akkor a „felöltött” rész ki is szakadhat. Erre a jelenségre figyelni kell a képerősítés ellenőrzéskor és a tű visszahúzásával és helyes irányba való billentésével a hiba korrigálható. Ilyenkor már bevezethető a drót a pyelonba, következhet a tágitás.

A nem krónikusan pangó vese – különösen az alsó kehely szúrása esetén könnyen lebillen, kitér a punkciós tű elől. Ilyenkor szúrhatunk két szakaszban. Először eljutunk a veséig, majd apró mozdulatokkal óvatosan befúrjuk a tű végét a parenchymába és a beteget mély belégzésre szólítjuk fel. Ekkor a lefelé mozgó vese szinte felszűrődik a türe.

Bár az irodalomban gyakran olvashatjuk, hogy a pyonephros onnan különböztethető meg az egyszerű pangástól, hogy az üregrendszer nem teljesen echomentes, csak echoszegény, ez nem mindig van így. Többször tapasztaltuk, hogy sűrű gennyel kitöltött üregrendszer is echomentesen ábrázolódott, mintha csak vizelet lett volna. Ennek az a gyakorlati jelentősége, hogyha egy jól végrehajtott punkció után, amikor a tű hegye echodenz pontként egyértelműen látható a pyelonban, a mandrin kihúzását követően nem jelenik meg rögtön a vizelet, ne húzzuk ki azonnal a tűt, hanem öblítsük át fiziológiás konyhasóval, mert a sűrű genny nem jön ki a relatíve vékony tűn. Az azonnali kontrasztanyagos rátöltés azért nem ajánlható, mert ha esetleg valóban nem töké-



3. ábra. Anterograd töltés. A három kis nyíl a nephrostoma kehelyszáron kívül futó szakaszát jelzi



4. ábra. A csecsemő a kétoldali, perkután nephrostomával

letes a szűrés, akkor a keletkező paravazátum jelentősen rontja a későbbi tájékozódást.

Az irodalom gyakran az ultrahang előnyeként emlegeti, hogy lemérhető a vese távolsága a testfelszíntől. Ezt mi rutinszerűen nem végezzük el, nagy jelentősége van viszont ennek a kisgyermeken, netán csecsemőkön végzett punkciónál. Legfiatalabb betegünk egy néhány órás újszülött volt, akinek mindkét oldali ureterelzáródás, anuria miatt mindkét vesében UH-vezérelt punkciót útján perkután nephrostomiát létesítettünk. Ezekben az esetekben érdemes olyan setet használnunk, ami csupán a punkciós tűre felhúzott nephrostomakatóterből áll, vezetődrót és tágitósor alkalmazását nem teszi szükségessé. Ezzel kivédhetjük a kis testméretből adódó szövődmenyveszélyeket (üregrendszer elvesztése stb.), illetve a sugárterhelés jelentősen csökkenthető (4. ábra).

Gyakran alkalmazzuk az ultrahangot perkután kőműtéteknél a kőre való direkt rászűrésre, illetve a kőnek a kehelyvégből a pyelumba való befecskendezésére. Az utóbbi négy évben az UH-vezérelt veseüregrendszeri punkciók klinikánkon mindennapos beavatkozássá váltak, komoly (feltárást igénylő) szövődmenyünk nem volt. Kedvező tapasztalataink alapján az ultrahangnak az urológiai intervenciókba való mind szélesebb körű bevonását bátran ajánlhatjuk.

#### IRODALOM

1. Günther, R., Alken, P.: Perkutane Nephropyllostomie. Therapiewoche. 31, 2172, (1981).
2. Korth, K.: Perkutane Nierenchirurgie. Punktion und Dilatation in der Hand des Operateurs. Urologe (A) 25, 315, (1986).