

Dr. Tallián Attila—Dr. Krakovits Gábor

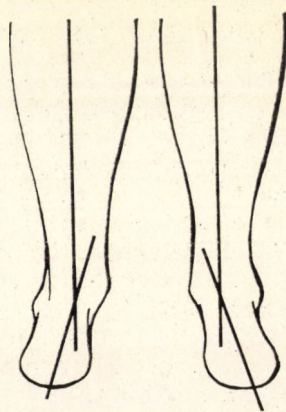
A fájós láb

A mindennapi orthopaediai gyakorlatban egyik leggyakrabban jelentkező panasz a láb statikai zavarai miatt létrejött lábfájdalom. Az anatómiai elváltozás, illetve a következményes fájdalom meghatározza a beteg fizikai teherbíróképességét, közérzetét, hangulatát (6) — azaz munkavégzőképességét. Különös tekintettel kell legyünk ezen panaszokra a sorköteles honvédeknel, mert a fizikai megterhelés a polgári élethez viszonyítva természetsszerűleg nagyobb, így azok is panaszossá válhatnak, akiknek előzőleg lábfájdalmuk nem volt. A lábon a boltozatok hiánya egyszerű rátekintéssel megállapítható. Nehezebb feladatot jelent annak eldöntése, hogy a meglévő pes planus hogyan korrigálható, és milyen mértékű fizikai megterhelést bír el panasz nélkül. Nem elhanyagolható szempont, hogy a fiziológiásnál nagyobb fizikai megterhelés milyen elváltozásokat okozhat, milyen következményekkel járhat. Az emberi láb a filogenezis kezdetén fogóláb volt. Ez változott, illetve fejlődött a két lábon járás következtében mai formájúvá. Fokozatosan elvesztette fogásra alkalmasságát, s mind inkább az új feladatoknak megfelelően alakult át. Mindez lényeges strukturalis és funkcionális változást jelentett. A lábtőcsontok megerősödtek, megnagyobbodtak; a bokaízület, illetve a bokavilla kialakulásával a láb a lábszárhoz képest derékszögben helyezkedett el, ez az állást, illetve a járást elősegíti. Az új feladatnak megfelelően a láb mozgása is megváltozott (1).

A láb 26 csontból és a sesam csontokból épül fel. Anatómiai felosztásában külön beszélünk lábtő, lábközép és lábujjcsontokról. Ezek egymással számos ízületet alkotva, formálják a láb alakját, alakítják ki a láb boltozatait, s biztosítják a gördülékeny járást, s a stabil állást (2). A bonyolult anatómiai szerkezetből következik, hogy már a legkisebb fejlődési károsodás, vagy egyéb elváltozás súlyos statikai zavarokhoz és következményes klinikai panaszokhoz vezethet.

A lábszárcsontok distalis vége alkotja a bokavillát, melybe a trochleatáli illeszkedik, ez képezi a felső ugróizületet. A talus a talp felé a calcaneussal képezi az ún. alsó ugróizületet. Distal felé haladva a többi lábtőcsont két sorban helyezkedik el. Ennek megfelelően 3 megközelítően párhuzamos és a láb hossz tengelyére merőleges ízületi vonalat találunk. Az ún. Chopart ízületi vonalat proximalisan, középen az os naviculare és cuneiform csontok

közi, míg a legdistalisabban a lábtőcsontok és a lábközépcsontok alkotta Lisfranc ízületi vonal helyezkedik el. 5 lábközépcsont van, melyek a láb hossz tengelyéhez viszonyítva azzal közel párhuzamosan, kissé legyezőszerűen terülnek szét. A csontok feji részei ízesülnek a lábujjcsontokkal. A láb csontjai a fent leírt anatómiai elhelyezkedésben két egymásra merőleges boltozatot képeznek, a hosszanti és a harántboltozatot. Az 5 lábközépcsont hossz tengelyének megfelelően 5 hosszanti boltozat van, melyeknek kiindulási pontja a tuber calcanei, a végpontjaik a lábközépcsontok fejecsei. A legnagyobb ívelésű hosszanti boltozat a II. lábközépcsont vonalában halad, míg a legalacsonyabb az V. lábközépcsont vonalában található. A hosszanti boltozatokra merőlegesen van a harántboltozat a lábközépcsontok bázisának vonalában. Legmagasabb pontja a II. lábközépcsont bázisának területe. A boltozatok tehát hosszanti és haránt irányban íveket alkotnak, mely három ponton érintkezik a talajjal, a tuber calcanei, az I. és V. lábközépcsont fejecsen.



1. ábra. A calcanei valgus irányú tengelyeltérése

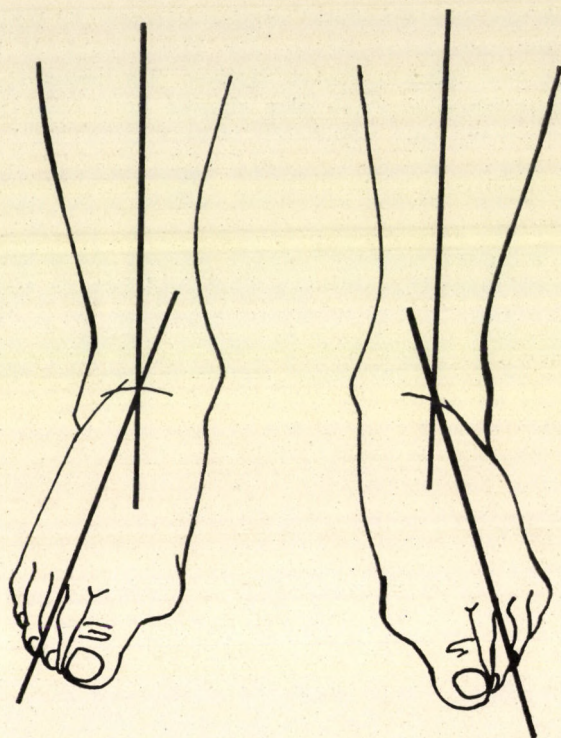
Az építészetben közismert, hogy a boltozatoknak lényegesen nagyobb a terhelhetősége a más formájú építési megoldásoknál. Ugyanezen célt szolgálja a láb boltozatos szerkezete is, azzal a többlettel, hogy rugalmas, a terhelés következtében annak mértékétől függően lelapul, majd a terhelés megszűnte után ismét visszaszerzi eredeti alakját. Ezen rugalmasságot biztosítja a láb szalag és izomrendszere. A szalagok egyes részei megerősödtek, és a láb normál állapotának biztosítékai, például a ligamentum deltoideum, mely a belső bokát a lábközéppel köti össze.

Az izmokat két csoportba oszthatjuk. Az első alkotja a láb saját izmait, melyek a láb csontjain erednek és tapadnak, a másik csoport olyan izmokból áll, melyek a lábszárcsontokon erednek, és a láb csontjain tapadnak. A terhelés következtében a leghosszabb II. boltozat lapul le a legerősebben, és a legalacsonyabban, V. a legkevésbé. A lapos talp legjellegzetesebb tünete a sarokcsont tengelyeltérése. A sarokcsont úgy helyezkedik el az egészségesen fejlett lábon, hogy a lábszárcsontok tengelyének meghosszabbított vonala felezi. Ettől a tengelytől való eltérés lehet varus, vagy valgus irányú. Varus tengelyeltérésnek nevezzük azt, hogy a test képzeletbeli középvonalához közeledik a sarokcsont, míg ettől való távolodás a valgus helyzet. A veleszüle-

tett lúdtalp vezető tünete a calcaneus valgus helyzete. Ez lehet olyan nagyfokú, hogy betéttel nem korrigálható, így kisgyerekeknél is szükségessé válik az orthopaed cipő felírása, illetve viselése. Természetes, hogy az ilyen lábú beteg teherbíróképesége minimális, állandó heves lábfájdalmakról panaszkodik, s az orthopaed cipő viselésével is csak lassan szűnnek fájdalmai.

A boltozatok hiánya esetén beszélünk lapos talpról, vagy lúdtalpról. Ennek különböző formái ismeretesek, mint például a pes planus — a hosszanti boltozatok; a pes transversus a harántboltozat; illetve a pes transversoplanus — mely mindkét boltozat hiányát jelenti. Az a kiváltó ok, mely végül is a boltozatok hiányához vezet, különböző lehet, de eredménye, hogy aránytalanság jelentkezik a láb teherbíró képessége és a rá háruló megterhelés között. Klinikai megjelenési formája a különböző mértékű lábfájdalom, és a fizikai megterhelhetőséggel szembeni csökkent értékűség. A láb boltozatok szerkezete az egyedi élet folyamán fokozatosan alakul ki. Minden újszülött „lúdtalpas”, s kb. 5 éves korára fejlődnek ki a boltozatok. Ekkorra erősödnek meg a láb saját és egyéb izmai olyan mértékben, hogy a csontos váz alkotta boltozatos szerkezetet kellő erővel tudják stabilizálni. Ezért helytelen 5 éves kor alatt betétet, vagy betétes cipőt viseltetni a gyerekekkel, mert ezzel akadályozzuk a láb izmainak fejlődését, így később azok alkalmatlanok lesznek feladatuk ellátására. (5) Velezületett nagyfokú lúdtalp esetében hiába várnánk az erősödő izomzattól, hogy a boltozatot megtartsa, mert a láb csontjainak fejlődési zavara miatt már eleve hiányzik a csontok boltozatos elhelyezkedése.

A lábat alkotó csontok olyan anatómiai elhelyezkedésűek lehetnek, hogy a láb hosszanti vagy harántboltozata a fiziológiásnál fokozottabb mértékű. Ezen elváltozásnak igen különböző fokozatait különíthetjük el. Az enyhe panaszokat alig okozó formától a súlyos lábdeformitást mutató alakig. Figyelmeseink kell legyünk az ilyen láb vizsgálatakor, mert nem mindig van összhangban a láb anatómiai képe a beteg által előadott panaszoknak. Egy másik veleszületett elváltozás, mely ugyancsak nagyon súlyos statikai zavarokhoz vezet a dongaláb, a pes equinovarus congenitusa. Az elváltozás okát pontosan ma sem ismerjük. Megjelenési formájában igen különböző fokú mértékeit láthatjuk. A láb csontjain látható alapvető structuralis eltérés a calcaneus varus állása, az I-es lábközepcsont az V-öshöz viszonyított megrovidülése, a lábfej adductios és supinatio helyzete. Felőtt korban az elváltozás súlyosabb formái szembetűnők. Kezelt, illetve a kisebb deformitások esetén is a fokozottabb fizikai megterhelés, például katonai szolgálat nagymérvű lábfájdalmat okozhat. Már 10—15 fokos equinus kontraktura orthopaed cipő állandó viselését teszi szükségessé. A lábdeformitások okai közt szerepelnek a gerincvelő betegségei, például spina bifida, myelosplesia, Littlekór stb. Ezekre a formákra jellemző, a láb mozgató izmainak atrophiaja, tónusfokozódása vagy csökkent volta és a láb equinus illetve donga állása. Bár a serdülőkor elején kezdődnek, hosszú időn keresztül általában tünetmentesek, a lábon található ún. asepticus csontnecrosisok. A fokozottabb fizikai megterhelés következtében manifesztálódnak a panaszok. A ma még tisztázatlan körülmények között bekövetkező érelzáródás eredményeként típusosan 2 asepticus csontnecrosis fordulhat elő a lábon. Az ún. Köhler I., mely az os naviculare és a Köhler II., mely a II-es, ritkán a III-as metatarsus fejecs necrosisát és deformálódását okozza. Következésképpen különböző súlyosságú lábdeformitás vagy merev lúdtalp alakulhat ki. (8).



2. ábra. Nagyfokú lúdtalp, a belbokák dőlése, következményes bűtyökképződés

A betegség egyúttal katonai szolgálatra alkalmatlanságot jelent. A gyerek, illetve a felnőttkor folyamán kialakult, ún. szerzett lúdtalpat a láb teherbíró képessége és a terhelés közti egyensúly megbomlása okozza. A láb teherbíró képességének csökkenése helyi és általános okra vezethető vissza. Általános ok a rachitis, osteo-malattia, rendszerbetegség, míg helyi okként trauma, inaktivitás vagy a láb egyéb betegségei szerepelnek. A láb túlzott igénybevétele jelentheti az elhízás, terhesség, állófoglalkozás, fizikai megterhelés. A lúdtalp megjelenési formái és a következményes panaszok igen változatosak. A betegség különböző fokozatait különböztetjük meg egymástól. Kezdetben csak lapos talpat találunk, az ízületek mozgása szabad és fájdalomtalan. Panasz csak fokozott megterheléskor jelentkezik. A meggyengült lábat a lábizmok tartani nem képesek, még túlműködéssel sem. Ez az ún. muscularis stadium. A boltozatok passzíve minden nehézség nélkül helyreállíthatók. Betéttel korrigált helyzetben a panasz megszűnik. Elkészített röntgen felvételen a boltozatok hiányát lehet látni, de a láb csontjainak alakja megtartott, és az ízületi rések is normális tágasságúak. Amikor az izomzat már kimerül, a szalagrendszerre tevődik át a terhelés. A szalagok megnyúlnak, a láb boltozatokat alkotó csontok sublaxálódnak. A sarokcsont valgus helyzete miatt elsősorban a talus sublaxalódik, le és befelé, így alakul ki az ún. kettős boka. Ez az ún. arthrogen stadium, a röntgen felvétel a láb alaki elváltozásán kívül az ízületi rések összeszűkülését, a csontoknak egymáshoz képesti elmozdulását mutatja. A boltozatok hiánya miatt hosszú időn keresztül a láb csontjai

és az általuk alkotott ízületek afiziológiás terhelés alatt állnak. Következésképpen ízületi gyulladások lépnek fel. A láb megduzzad, bőre meleg és pirosan elszínezett. A gyulladások, ha a beteg kezelésben nem részesül, gyakran megismétlődhetnek. Az ízületi tok és a csontok közti szalagok megvastagodnak és elvesztik rugalmasságukat. A lágyrészek rugalmasságának csökkenése miatt a láb ízületeiben a kivihető mozgások beszűkülnek, s fokozódó fájdalmat okoznak. A megváltozott erőviszonyok miatt az erővonalaknak megfelelően a szalagok és az ízületi tokok tapadási területén apositios csontosodás indul meg, mely a csontok deformálódásához vezet. (4).

A betegség utolsó stádiuma az ún. fixált vagy merev lúdtalp. A gyakori gyulladásos folyamatok miatt az ízületi tokok, szalagok is meszesednek, a láb ízületeiben sem aktíve, sem passzíve nem vihető ki mozgás. Mozgatókísérletre a beteg éles fájdalmat jelez. Röntgen felvételeken az ízületi rések beszűkülnek, esetleg teljesen eltűnnek, a láb csontjai deformálódnak. A csontok mésztartalma fokozódik, durva kondenzatio jelei láthatók. A beteg heves lábfájdalomról panaszkodik, csak sántítva tud járni. A beteg és az orvos részéről egyaránt igen nagy türelmet igényel a hosszú kezelés. Szükségessé válhat esetenként az alsó ugró és Chopart- ízületek műtéti porctalanítása, merevítése, mely a láb bizonyos mozgásának elvesztését jelenti. Ugyanakkor a fájdalmas panaszok megszűnése várható.

Hangsúlyozottan kell szót említeni a semmifixált vagy félmerev lúdtalpról. Jelentőségét az adja meg, hogy a katonai szolgálatot teljesítők között nagy számban észlelhető. A polgári életében csak időszakosan okoznak panaszt, viszont a katonai kötelemekkel járó megterhelés a panaszokat állandósítja.

A vizsgálat során a lábtő és lábközépcsontok alkotta ízületekben passzíve észlelhető nagyfokú mozgáskorlátozottság, melyet a fájdalom fokozódása követ. Röntgen felvételeken ugyanakkor csak a boltozatok hiányát észleljük, lényegesebb structuralis elváltozás nélkül. (10) A panaszok fektetésre, borogatásra, gyógyszeres és fizikótherápiás kezelésre megszüntethetők, de ismételt fokozott igénybevételre kiújulnak.

Ezért feltétlenül szükséges a katona beosztásának megváltoztatása, szakszolgálatos minősítése, ellenkező esetben olyan makacssá válhat a tünetegyüttes, hogy katonai szolgálatra alkalmatlansághoz vezet. Hangsúlyozzuk, hogy itt a lúdtalp egy olyan állapotáról van szó, melyben a panaszokat az váltja ki, hogy a láb teherviselő képessége, és a ráháruló terhelés közti arány a nagyobb mérvű terhelés miatt bomlik fel, míg ennek az egyensúlynak a helyreállítása panaszmentességet biztosít.

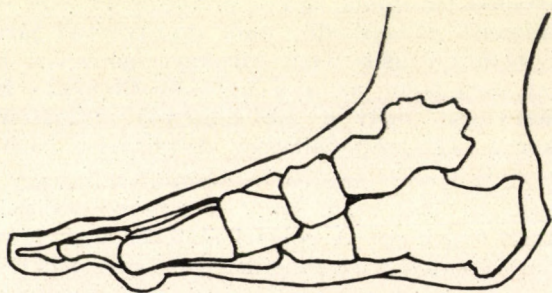
Differenciál diagnosztikai szempontból gyulladt láb esetén figyelemmel kell lenni az esetleges fertőzésekre. Gyakori az interdigitalis mykosisok talaján létrejövő orbánc, mely ha mitigált formában zajlik le, a következményes duzzanat, fájdalom a gyulladt lúdtalp tüneteit utánozza. (7)

A láb keringésének vizsgálata elengedhetetlen. Az artéria dorsalis pedis és tibialis posterior kellő működését tapintással megállapíthatjuk. Tapintással kórismézhető ugyancsak az esetlegesen fennálló tendovaginitis is, melynek fájdalmassága mindig követi az ín lefutását. Körülírt duzzanat a láb ízületeiből kiinduló ganglionra utal. Kemény alapú, el nem mozdítható termenagyobbodás, inak tapadási helyén, illetve szalagok körül exostosis jelentenek.

Körülrít, bizonytalan panaszok esetén tumorra specifikus gyulladásra is gondolnunk kell. Csak gondos vizsgálattal lehet a lábpanaszok okát megállapítani, a kezelést előírni, és az alkalmasság fokáról dönteni.

Az anamnézisnek nagy jelentősége van. Fontos annak megállapítása, hogy a beteg polgári életében részesült-e kezelésben. Viselt-e betétet, vagy orthopaed cipőt, mi volt a foglalkozása, sportolt-e, a szolgálat idején mikor, milyen megterhelésre jelentkeznek panaszai. Rá kell kérdezni, hogy vannak-e izomfájdalmai a lábszáron. Görcsös jellegű-e? Égő érzészavar, vagy lábduzzadás elfordul-e. A lábfej fájdalmán kívül egyéb panaszai vannak-e.

Nagyon gyakori a statikai zavar okozta derékfájdalom. Hiába alkalmazzunk bármilyen kezelést, ha a statikai okot nem szüntethetjük meg, a kezelés eredménytelen. Ugyanakkor csak betét viselésére megszűnhetnek a beteg derékpanaszai.



3. ábra. Nagyfokú lúdtalp, oldalirányú röntgen felvételének ábrája

A részletes anamnézis felvétele lehetővé teszi, hogy a katonai fizikai megterhelhetőségét is megállapíthassuk. A vizsgálat mindig mezítláb, rövid nadrágban történik. A beteg a vizsgáló orvos előtt, arccal felé áll, nem teljesen összezárt lábakkal. Ha a láb boltozatai megtartottak, jól ívelt lábakat látunk, melyek medialis oldala egymás felé közelítve egy kupot képez. A boltozat hiánya esetén a láb belső éle a talajra fekszik. A sarokcsont helyzetét háttal állva vizsgáljuk. A calcaneus valgus helyzete külön figyelmet érdemel, mert meghatározza a felírandó betét formáját. A láb ízületeinek mozgását aktívan és passzívan egyaránt meg kell vizsgálni. A felső ugróízületben történik a láb dorsal és plantar flexiója. Az alsó ugró- és Chopart- ízületben a pro- és suppinatio mozgás. A két ízület együttesen biztosítja a láb körkörös mozgását. A Lisfranc- ízületben aktív mozgás nincs. A vizsgáló orvosnak háttal álló beteg ezután lábujjhegyre áll. Ha a láb izomzat kielégítő funkciójú, úgy a boltozatok kirajzolódnak. Végül a beteg szemben állva a lábak külső szélére áll, amikor a láb kivájtta válik, ha ízületi kötöttség nincs. Ezután vizsgáljuk meg az ízületekben kivihető passzív mozgásokat. Majd ülve vizsgáljuk a Chopart- és Lisfranc- ízületekben kivihető mozgások mértékét, esetleges fájdalmasságát. A beteg járásának vizsgálata döntő jelentőségű. Mezítláb jobban észrevehető a sántítás, és annak formája, például kímélő, merev vagy kacsázó járás. Már az inspekciónál észrevehetőek az egyéb deformitások, melyek a lúdtalp következményei. (3)

A boltozat hiánya esetén az ujjak flexor és extensor izmai közötti egyensúly felborul, a talpi flexorok relative megrövidülnek, s elsősorban a II-es majd a III-as és IV-es ujjakat plantar-flexiós helyzetbe húzzák, és az ujjak erősen meggöbbsülnek. Az interphalangealis ízületben sublaxálódnak, és kialakul a kalapácsújj. A harántboltozat süllyedése miatt a metatarsusok legyezőszerűen szétterülnek. Az I. metatarsus varusba kerül, az öregújj mozgató ínai lateralizálódnak, működésük megváltozik: az öregújjak a II-es újj fele húzzák, tehát valgizálják s ugyanakkor az abduktor-in befele rotálja. Az I-es metatarsus fejecsen chondritis alakul ki, csontfelrakódással. (9) A kóros folyamat eredménye a bűtyökképződés.

A hiányzó boltozatok helyreállítását szolgálják a lúdtalpbetétek. Minden esetben feltétlenül szükségesnek tartjuk, hogy a betétet gipszminta után, egyedi formában készítsék. A boltozatok nagyfokú hiányával a beteg nem viseli el azt az emelést, melyre szüksége van, ilyenkor fokozatosan kell a betétet emelni. Külön kell beszélni a sorkötelesek betét ellátásáról. Az állandó bakancs viselése miatt a polgári életben bevált gipszminta utáni betétekkel nem érhetünk el panaszmentességet. A fokozott igénybevétel következtében ez a betét nem biztosít alátámasztást, nem támasztja meg a sarokcsontot. Ezért az ún. sajkabetétet javasoljuk, melynek külső saroktámasztása panaszmentességet biztosít a fokozott fizikai megterhelés esetén is, és biztosan helyezkedik el a bakancsban. Merev lúdtalp esetén a boltozatok nem korrigálhatók, a beteg a betétet nem képes viselni. Ilyen esetekben orthopaed cipő viselése szükséges. A betegség arthrogen vagy merev fázisában megfelelő konzervatív előkezelés után lehetséges csak az orthopaed cipő felírása, melynek lényege nem kizárólag a beépített betét, hanem a cipő kérének, kaplijának olyan megfelelő kiképzése és speciális megerősítése, mely a lábat megtámasztja, és biztosítja, hogy a betét csak a szükséges helyeken a hiányzó boltozatokat emelje. A minta után készített cipő lehetővé teszi a láb alaki elváltozásai (bűtyök, kalapácsújj) mellett is a katonai szolgálatra alkalmasságot.

Végezetül hangsúlyozzuk, hogy egy nagyon gyakori kórformáról van szó. A betegség klinikai diagnózisa könnyen, egyszerű vizsgáló módszerrel megállapítható. A klinikai panaszok, főleg a betegség kezdeti szakaszában egy gipszminta után készített, jól modellált betéttel tökéletesen megszüntethetők. Nem szabad a beteg panaszait könnyelműen venni, hiszen a láb-fájdalom a beteg közérzetét, munkaképességét, hangulatát meghatározza. Mindez a sorköteleséknél, akikre a polgári élethez viszonyítva fokozottabb fizikai megterhelés hárul, különös jelentőséggel bír.

I R O D A L O M

1. Actualités de médecine et de chirurgie de pied. IX. Congrès International de Podologie. Paris, 1971. Masson and C. Paris, 1973. — 2. *Bender Gy.*: A láb anatómiája. Budapest, 1967. — 3. *Crenshaw, A. H.*: Campbell's Operative Orthopaedics. C. V. Mosby, Saint Louis, 1971. — 4. *Cser I., Vizkelety T.*: Statikai és dinamikai hatások szerepe a láb arthrosis kialakulásában. Magyar Traumatológia, 1963. 6. 3. 180—184. — 5. *Ferciot, C. F.*: The Etiology of Developmental Flatfoot. Clin. Orthopaedics, 1972. 85. 7—10. — 6. *Glauber A.*: Orthopaedia Tankönyve. Budapest, 1968. — 7. *Holló M.*: A lábapolásról. Honvédervos, 1952. 4—5., 491—

498. — 8. *Lelievre, J.*: Lésions statique avant-pied. Acta Orthop. Belg. 1962. 28. 209. — 9. *Soulier, A.*: Le traitement chirurgical de l'hallux valgus. Acta Orthop. Belg. 1966. 32. 675—703. — 10. *Tanda Gy.*: Szűrővizsgálati adatok a lúdtalp kezelésében. Népegészségügy, 1964. 45, 5. 150—152.

A. Tallian, G. Krakovics:

БОЛЬНАЯ НОГА

Dr. A. Tallian, Dr. G. Krakovits:

ÜBER DEN SCHMERZHAFTEN BEIN

FTOROCORT

kenőcs

ÖSSZETÉTEL:

1 tubus (15 g) 0.015 g triamcionolon-acetonid-ot tartalmaz, lemosható kenőcs alapanyagban.

HATÁS:

Localisan alkalmazandó hormonkészítmény, amely erőteljes gyulladásgátló, antiallergiás és viszketéscsökkentő hatást fejt ki.

JAVALLATOK:

A chronikus és akut ekzema valamennyi megjelenési formája, localisatióra való tekintet nélkül.

ELLENJAVALLAT:

A kenőcs szemészeti alkalmazása.

ADAGOLÁS:

A kenőcsöt naponként kétszer-háromszor vékony rétegben a bőrelváltozásra kenjük (naponta legfeljebb 15 g kenőcsöt), vagy occlusiv kötés formájában alkalmazzuk (naponta legfeljebb 10 g kenőcsöt).

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná. Sugárdermatitis, dermatitis solaris kezelésére csak szakrendelések rendelhetik, illetve szakrendelés javaslatára rendelhető.

Lejáratí idő: 2 év.

Csomagolás: 1 tubus (15 g) – 28,20 Ft

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest X.

DEPERSOLON

kenőcs

A Depersolon kenőcs localisan alkalmazható, gyulladáscsökkentő és antiallergiás hatású glycocorticoid hormonszert.

Jó eredmény érhető el az ekzema különféle formáinál – allergénre és localisatióra való tekintet nélkül – valamint a dermatitis különféle változatai esetén. 1 tubus (10 g) 0,025 g depersolonum hydrochloricumot tartalmaz, lemosható kenőcsalapanyagban.

MEGJEGYZÉS:

Társadalombiztosítás terhére csak abban az esetben rendelhető, ha a beteg gyógykezelését más – szabadon rendelhető – gyógyszer megfelelően nem biztosítaná.

Ára: 21,90 Ft

KŐBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
Budapest X.

RELEASEC

TABLETTA, CSEPPEK

Tablettánként, illetve ml-enként (35 csepp) 2,5 mg diphenoxylatum hydrochloricumot és 0,025 mg atropinum sulfuricumot tartalmaz.

Javallt acut és chronikus diarrhoeák:

- fertőzőes,
- allergiás eredetű,
- gyógyszer okozta,
- röntgentherápia által okozott,
- idegi eredetű,
- utazás okozta,
- szervi laesiók miatti, továbbá
- incontinentia,
- az anyagcsere és a felszívódás zavarai miatt bekövetkező,
- a bélfőra egyensúlybomlásából beállott,
- gyomor- és bélresectio utáni,
- colitis ulcerosa okozta,
- csecsemőkori diarrhoea.

Ellenjavallt obstructio, illetve annak veszélye esetében.

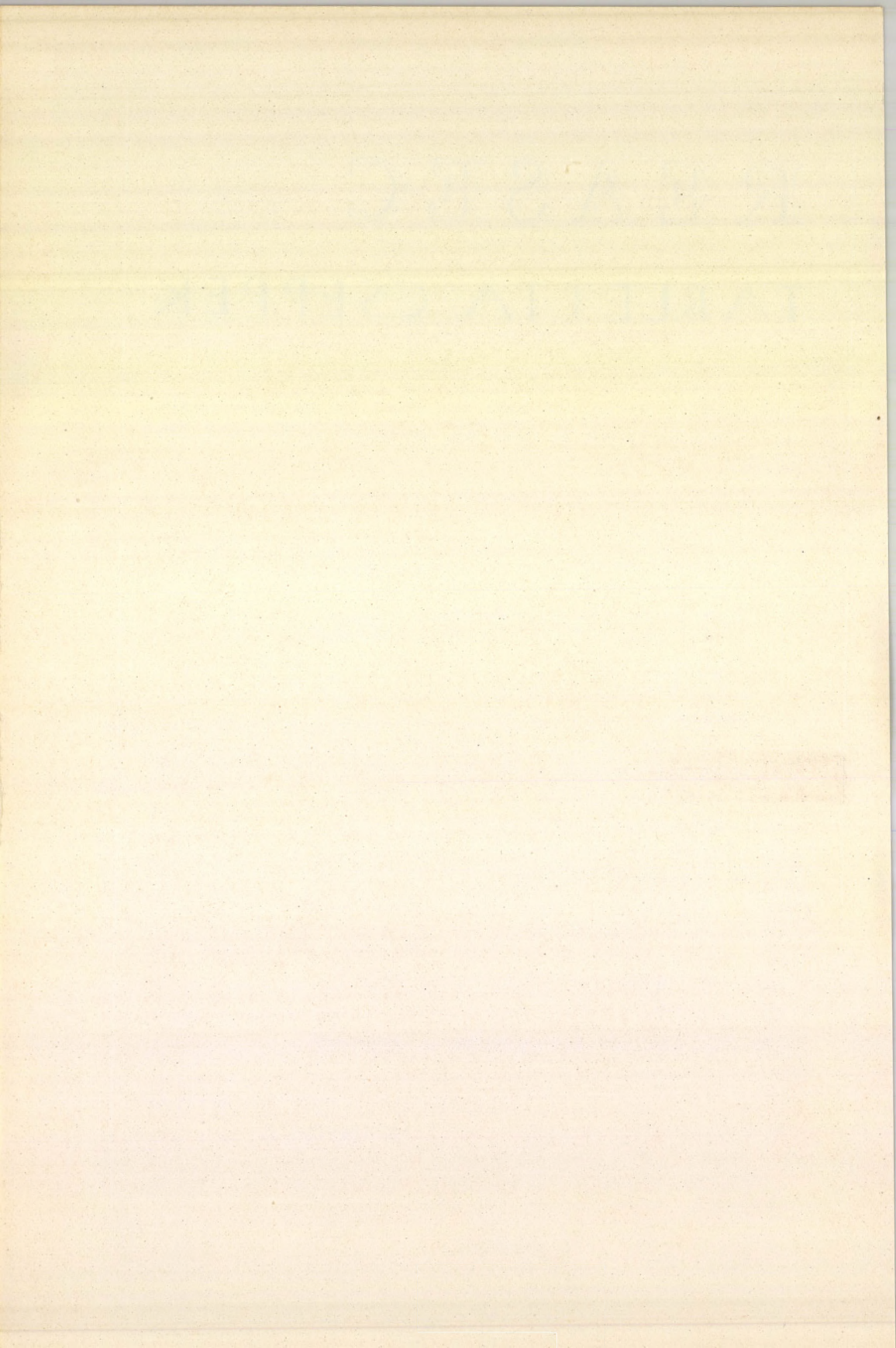
Adagolás a beteg korától és az eset súlyosságától függ.

Nagy adagok esetében ritkán előfordulhat émelygés, szédülés, aluszékonyság, nyugtalanság, bőrvizketés, puffadás.

*Megjegyzés: ***

Társadalombiztosítás terhére szabadon rendelhető.

KÖBÁNYAI GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST X.



honvédorvos

SZERKESZTI A SZERKESZTŐ BIZOTTSÁG

Főszerkesztő: D r. V á m o s L á s z l ó orvos ezredes, az orvostudományok kandidátusa.

Szerkesztőség:

Budapest XIII., Róbert Károly krt. 44. MN. Központi Kórháza.

Telefon: 405-744.

Kéziratok a szerkesztő bizottsági titkárnak küldendőek (dr. Wittek László o. alez.)
a szerkesztőség címén.

Kiadja a Zrínyi Katonai Kiadó, Budapest XIII., Dózsa György út 49.

Postacím: 1553 Budapest, Pf. 31.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető a Posta hírlapüzleteiben és a Posta Központi Hírlap Irodánál (Bpest V., József nádor tér 1. Telefon: 180-850. Postacím: Posta Központi Hírlapiroda, 1900 Budapest) közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a KHI 215-96162 pénzforgalmi jelzőszámra.

Előfizetési díj: 1 évre 64,— Ft; ¼ évre: 16,— Ft

Lapengedély száma 9031/1948. T. M.

Megjelenik negyedévenként

Egyes szám ára 16,— Ft.

Index: 25376

