

Dr. Romhányi Imre orvos ezredes

Gasztroenterológiai megbetegedések korszerű szemléletének kérdései

A diagnosztika modern eszközeitől és módszereitől kapott egyre több és jobb információ a gasztroenterológiai betegségek szemléletében jelentős változásokat eredményezett. A szerző elsősorban az endoszkópia-nyújtotta új lehetőségeket ismerteti, a gyomorrák, a „korai rák”, a fekélybetegség, a heveny peptikus fekély és erózió, a vastagbél-polip, az epeút betegségek diagnosztikájában. Hangsúlyozza az akut felső pánendoszkópia fontosságát, arra is tekintettel, hogy az akut gyomorvérzés egyik kiváltója, az erozív gasztritisz gyakran a „korai rák” első jele. Részletezi a kolonoszkópia és a kolonoszkópiás polipektómia jelentőségét a vastagbélrák korai felismerésében és megelőzésében. Ismerteti a fekélybetegség kialakulásának egy jelenlegi elméletét. Az endoszkópiát és a röntgen vizsgálatot egymást kiegészítő diagnosztikus módszerként értékeli. Az ultrahangos echo-kolegráfiát mind a hazai, mind a külföldi szerzők véleménye alapján az epehólyag és az epeutak röntgen vizsgálatát megelőző első vizsgáló módszerként ajánlja.

A szemlélet valamilyen objektumról valamely nézet alapján kialakult látásmód. Ezért a szemléletben igen sok a szubjektív elem, mely a szemlélődő számára rendelkezésre álló információktól függ. Ha egy betegcsoport korszerű szemléletéről akarunk beszélni, a modern diagnosztikus eszközök és módszerek oldaláról kell a témát megközelíteni. Az emésztőrendszer betegségei az egyéb betegségekhez viszonyítva aránylag ritkábban vezetnek halálhoz, a morbiditás viszont igen nagy. Leggyakrabban a fekélybetegséggel találkozunk. Úgy vélem, hogy a polietiológia — multilaterális defenzíva dinamikus egyensúlyának megváltozásával jellemezhető modern ulkusz patogenezisről is említést kell tenni.

Kétségtelen, hogy *Hirschowitz* 1959-ben elkészített üvegszáloptikás endoszkópja forradalmasította a gasztroenterológiát. A hetvenes éveket az endoszkópia évtizedének is nevezik. Ma már ott tartunk, hogy az elvégzett endoszkópiák számából és azok eredményességéből következtetések vonhatók le valamely ország diagnosztikus kultúrájára (11). Ez főleg a rák diagnosztikáját illetően igaz.

Az emésztőrendszer talán legrosszabb hírű betegsége a *gyomorrák*, melynek

baljós lehetősége az emberiség jelentős részét fenyegeti. Különösen akkor, ha férfi, ha elmúlt 40 éves, ha anaemia perniciosája van, ha gyomornyálkahártya diszpláziában, Ménétrier gasztritiszben, polipózisban szenved, ha gyomorfekélyes, ha Billroth II. szerint csonkolták a gyomrát, ha anacid, és ha A-s vércsoportja van (9, 10).

Az endoszkópos éra előtt diagnosztizált és radikálisan operált gyomorrákosok 5 éves túlélése csak mintegy 10—20% volt. Japánban a gyomorrák morbiditása rendkívül nagy. Nem véletlen, hogy a gyomorrák korai felismerése érdekében az endoszkópiát világviszonylatban is a legmagasabb szinten itt művelték és művelik. A tömeges gasztrokamerás szűrésekkel a gyomor „korai rákját” az összes gyomorrák esetek 30—40%-ában felismerték, a „korai rák” stádiumában operáltak 5 éves túlélése 92—98%-os! (11).

A „korai rák” a gasztroszkópia segítségével tisztázott új fogalom: a gyomorráknak olyan megjelenési formája, amelyben a malignus átalakulás még csak a gyomor nyálkahártyára és a szubmukózásra korlátozódik, az izomréteget nem éri el. A korai rákot a Japán Endoszkópos Társaság a felülethez viszonyított viselkedése alapján előbultosuló, felszínes és kivájt alaptípusba sorolta be.

Az olyan korai ráknak felismerése még fontosabb lenne, melynek székhelye még csak a nyálkahártyában van. *Kobayashi* (14) írta le, hogy míg a csak nyálkahártyában elhelyezkedő gyomorrák 1429 esetéből 48-ban (3,36%), addig a szubmukózát is infiltráló rák 1516 esetéből 312-ben (20,6%) találtak a műtét során regionális nyirokcsomó-áttétet.

Az Európában 1968—1973 közt elvégzett mintegy 300 000 gasztroszkópia adatait feldolgozó *Miller* és *Kaufman* (15) szerint a kimutatott 19 000 gyomorrákból 1 170 (6,3%) korai ráknak bizonyult.

Feltétlenül megjegyzendő, hogy a részletezett endoszkópiás eredmények csak a biopsziával kiegészített gasztroszkópia segítségével érhetők el. Egyéb szerzők mellett *Dekker* és *Tijtgat* (7) kijelenti, hogy ha a gasztroszkópos biopszia találati valószínűsége 100%-os, akkor a biopszia nélküli gasztroszkópiát legfeljebb 70%-os lehet.

Gergely és *mtsai* (11) a közelmúltban hívták fel a figyelmet arra, hogy az akut gasztroszkópiás eredmények tükrében megváltozott a gyomorvérzések értékelése. A vérző erozív gasztritisz gyakran a korai rák első jele. Az akut gasztroszkópiát ezért lehetőleg mindig biopszia egészítse ki.

Még egy figyelemre méltó adat az endoszkópos diagnosztika lehetőségéről. A gyomorműtétek után a korai időszakban kialakult vérzés okának és helyének megállapítása nélkül igen nehéz a döntés a konzervatív kezelés, vagy az újabb műtéti beavatkozás között. A műtét után korán, akár az első posztoperatív napon elvégzett gasztroszkópia a szükséges felvilágosításokat meg tudja adni (19).

Az endoszkópia sikereinek tetőpontján, a hetvenes évek végén bizonyos szemléleti torzulások is jelentkeztek. Így pl. *Roesch* (17) kijelentette, hogy az emésztőszervek diagnosztikájának a röntgen már csak alkalmi segítséget tud nyújtani.

Ennek a nézetnek a tarthatatlanságára sokan, közülük hazánkban *Balogh*, *Wittmann* és *mtsai* (1) hívták fel a figyelmet. A helyes álláspont az, hogy az üreges szervekben, a nyálkahártya betegségeinek kiderítésében az endoszkópia valóban utolérhetetlen. Azonban a fal betegségeinek, a szervek helyzeti, alak-, nagyságbeli és működési viszonyainak megítélésében a röntgené a döntő szerep,

főleg, ha a legmodernebb vizsgáló eljárásokra, például a „kettős kontraszt”-technikára is gondolunk.

Érthető, hogy a közvetlen észlelés, a biopszia lehetősége, a vizsgálat ágy melletti, urgens elvégezhetősége az endoszkópiát sokak szemében „választott módszerre” avatja.

Ugyanakkor, az ésszerűen indikált és gondosan végzett röntgenvizsgálat a beteg számára kevesebb kényelmetlenséggel és veszéllyel jár, és olyan információkat is ad, amire az endoszkópia nem képes. A két vizsgáló eljárást nem két egymással szembeállítható, hanem egymást kiegészítő módszerként kell értékelni. Az endoszkópia hazai tárgyi és személyi adottságai miatt nálunk az első gasztroenterológiai vizsgáló eljárás változatlanul a röntgen.

Egy érdekes közlés a gyomorrákról: *Gubéran* (12) adatai szerint Svájcban a gyomorrák mortalitása 1921 és 1978 közt férfiaknál több mint háromnegyedevel, nőknél négyötödével csökkent. Ez annál is figyelemreméltóbb, mert 1921—1922-ben a gyomorrák mortalitása az összes egyéb rákok közt a legmagasabb volt. Ugyanezen időben a garat, a gége, a nyelőcső, a vékony- és vastagbél, a hasnyálmirigy, a primer májrák mortalitása főleg férfiaknál, — emelkedő irányzatú.

Ha a gyomor vagy a nyombél *fekélyéről* esik szó, sokszor talán nem is gondolunk arra a közismerten banális, de mégis szinte csodálatos körülményre, hogy a normál gyomornedv, mely a vasat is megtámadja, az egészséges gyomornyálkahártyát nem tudja kikezdeni. A fekély keletkezéséhez a gyomornedv agresszív és a nyálkahártya defenzív képességei dinamikus egyensúlyának az agresszivitás irányába történő eltolódása szükséges.

Clémençon (5) szerint a gyomornyálkahártya védekező rendszerének összetevői:

1. A nyálkahártyát egy poliszaharidokban gazdag nyálkahártya film fedi.
2. A nyálkahártya sejtjei állandóan újraképződnek, a regenerációt a szükség — diktálta módon automáciás mechanizmus gyorsíthatja — lassíthatja. Stressz állapotokban a regeneráció nagymértékben lelassul, ez elősegítheti a stressz-ulkusz kialakulását. Ha a regeneráció során nem kellően differenciált sejtek képződnek, krónikus atrofias gasztritisz jön létre.
3. A nyálkahártya kielégítő vérellátása. Vérzéses sokk állapotában, politraumatizáltnál a stressz-ulkusz a nyálkahártya vérellátási zavarának következménye.
4. A gasztrointesztinális hormonok, mint pl. a gasztrin és a szekretin, dinamikus egyensúlya.
5. A központi idegrendszer kiegyensúlyozott állapota a vágusz rendszeren át a nyálkahártya élettani viszonyainak egyik fenntartója. Az idegrendszer diszharmóniája viszont ugyancsak vágusz áttétellel, megzavarja a gyomorsav termelés gasztrin — sósav „feed-back”-szerű szabályozását. Ebben az esetben beszélhetünk *Szperanszkij* és *Bikov* értelmezése szerint a kortikoviszcerális dinamizmus zavaráról.

A legutóbbi idők sokat vitatott kérdése az endogén agresszió, a duodeno-gasztrális reflux. Ennek során a vékonybélből a gyomor nyálkahártyát károsító nedvek regurgitálnak a gyomorba. A károsító anyagok epesavak és lizolecitin. Az operált gyomor reflux gasztritiszét is ezzel magyarázzák.

A valaha egyeduralkodó „kein Säure, kein Ulkus” felfogás úgy módosult, hogy a fekély létrehozásában a sav csak egy lehetséges tényező. Csak a Zollinger-Ellison szindromában van a sósavnak döntő szerepe.

A fekély patogenezisének néhány új szempontja érdemel még említést.

Kóros hidrogén rediffúzió esetén szöveti acidózis alakul ki. Többek közt kapilláris sérülés, kóros hisztamin felszabadulás idéz elő ilyen állapotot. Ilyenkor a gyomor nyálkahártya védekező képessége hosszabb-rövidebb ideig megszűnik. A szalicilátok direkt gyomornyálkahártya károsító hatásának ez a mód-

a drága eszköz, a hozzávaló költséges apparatúra beszerzése nehéz, hanem a kolonoszkópia az endoszkópián belül is különleges és nehéz eljárás. Az említett kiváló találati arány és az esetleg életveszélyes szövődmények elkerülése csak tökéletes felszereléssel és avatott kézben érhető el.

Az endoszkópia szemléletváltoztató hatását látványosan bizonyítja a poszt-kolecisztektómiás szindróma fogalmának átértékelése az endoszkópos retrográd kolangio-pankreatográfia (ERCP) eredményei következtében. Kiderült, hogy az epeműtéten átesett betegek műtét utáni panaszait jelölő ezen semmitmondó diagnózis birtokosai nagy százalékban szervi betegségben szenvednek. *Tulassay, Papp és mtsai (21)* 542 poszt-kolecisztektómiás szindrómában szenvedő betegnél elvégzett ERCP vizsgálatuk során, a világirodalmi adatokhoz hasonlóan, 56%-ban találtak epeút-kövességet, epeút-szűkületet, Vater-papilla szűkületet vagy juxta-papilláris divertikulumot.

Az epehólyag és az epeutak *jódkontrasztos röntgen vizsgálata* az epekő-hordozók 50%-ában tudja csak az epekövességet kimutatni. Tehát, még epekő betegségben is, minden második kolegráfia negatív eredménnyel zárul. A többi, ja. Állatkísérletek tanúsága szerint a szalicilátok az endogén agresszió, az epe regurgitáció előidézésével indirekt módon is ártalmasak (8).

Az indometacin a prosztaglandin-szintetáze ferment bénításával okoz fekélyt. A prosztaglandin, amelyről kiderült, hogy a gyomornyálkahártyában is képződik, sokoldalú, főleg protektív hatást fejt ki az egész emésztőrendszerre. Elsősorban a nyálkahártya sejteinek életképességét biztosítja. A közelmúltban a prosztaglandint a fekély kezelésében sikerrel próbálták ki (4).

A nikotin a gyomorszekréciót és a hasnyálmirigy bikarbonát termelését csökkenti, és ezzel a duodenum nedv savközömbösítő képességét rontja. A nikotin a fekély gyógyulását jelentősen késlelteti (5).

Az akut felső panendoszkópia a fejlett endoszkópos kultúrával rendelkező országokban rutinvizsgálat. (Nálunk sajnos még nem az.) Segítségével igen sok adatot nyertek a *heveny peptikus fekélyről és erozióról*.

Ezek koponyasérülések, szepszis, légzési elégtelenség és nem utolsó sorban gyógyszerek (szalicil, steroid, rheopyrin, ketazon, prolixan) hatására alakulnak ki. *Iványi (13)* nagy boncolási anyagában gyakoriságuk 5,8—6,1%-os. Háromnegyed részben a gyomorban, elsősorban a funduszban és a korpuszban található. Gyorsan alakulnak ki, 10—30%-os gyakorisággal vérzést okoznak. Az akut, profúz vérzések 11%-a halálos volt. 6%-ban perforációhoz vezettek.

Elsősorban 60 év körüli férfiakon fordulnak elő, gyakoriak közöttük a kardiiovaszkuláris, kardiorespiratorikus betegek, akiknek heveny keringési katasztrófák miatt, intenzív részlegen történő kezelése során gyakran figyelték meg a heveny fekély és erozió kialakulását.

A heveny fekélyből vagy erozióból eredő vérzés speciális terápiás szempontjai, a műtét kérdése a minél gyorsabb diagnózistól függnék. Ez akut felső endoszkópia nélkül elképzelhetetlen.

A *vastagbélrák* világszerte egyre gyakrabban fordul elő. Hazánkban az elmúlt 25 év alatt gyakorisága megkétszereződött. Ismert, hogy a kolitisz ulcerosa, a vastagbél diffúz adenomatozisa erre hajlamosító tényező, azonban a legfontosabb prekancerózis a vastagbél polip. *Újszászi és mtsai (22)* szerint Magyarországon évente mintegy 30 000 új kolorektális polippal lehet számolni. A vastagbél polipok kb. 10%-a malignizálódik. Ezért a vastagbélrák megelőzésének, ill. korai felismerésének és ezzel az eredménnyel kecsegtető korai műtétnek legfontosabb feltétele a polipok minél korábbi kimutatása.

A vastagbél polipok nagyon kevés panaszt okoznak. Gyakran véletlenül

észlelik őket. Leggyakoribb tünetük a vérzés. Okkult vérzés esetén, egyéb lehetségek kizárása után, vastagbél polipra kell gondolni.

A rektum polipjai modern hidegfényes rektoszkóppal, gyakorlott kézben, szinte 100%-ban diagnosztizálhatók. A rektoszkópia óriási jelentőségét az is aláhúzza, hogy a vastagbél polipjainak 60–80%-a a rektumban és a rektumsigma határon található. A vastagbél felsőbb részeinek polipjai sokkal nehezebben mutathatók ki. Napjainkig az első lépés az irrigoszkópia, amely rutin-szerűen végezve, kb. 40–50%-ban téved. A kettős kontrasztos eljárással, hibaszázaléka 10–20%-ra csökkenthető. A kolonoszkópia viszont csak 2–5%-ban téved! (3)

A kolonoszkópia során elvégezhető (és ha lehet, mindig elvégzendő!) poli-pektomia, amellelt, hogy a szövettani diagnózist is lehetővé teszi, benignitás esetén a vastagbélrák megelőzésének hasmútét nélküli egyetlen lehetősége. Még malignitás esetén is, az endoszkópos polipektomia műtétet pótolhat. Letalitása messze alacsonyabb a műtétéknél.

Sajnos, a kolonoszkópia rutinszerű végzésétől még távol vagyunk. Nemcsak úgymond „szűrővizsgálat szerűen” végzett kolegráfia hatásfoka ennél jóval kisebb, gyógyszeres interakciók következményeként. Csak két körülményt említek:

— a diabetesz kezelésre használt szulfanilurea származékok hatására a kolegrafiás kontrasztanyag kétharmadát a vesék választják ki, a kolegrafiás hatásfok egyharmadára csökken; az epehólyag nem, vagy alig telődik.

— az antikoncepcienseket szedő nőknél tízszer gyakoribb epekövesség nélkül is a nem telődő epehólyag vagy epeút (2).

Mindezek ellenére az epehólyagot és az epeutakat mégis vizsgálni kell, hiszen kb. minden tizedik embernek epeköve van. Sőt minden tizedik epekőhordozónak nagy valószínűséggel epeút-kövessége is van.

Az *ultrahangos echo-kolegráfia* a legkevésbé invazív diagnosztikus eljárások egyike. Minden olyan esetben indikált, amikor az epekövesség gyanúja felmerül, kontraindikációja nincs. *Török* és *Harkányi* (20) az echográfia pontosságát 93%-osnak találták, hasonlóan a külföldi eredményekhez (6, 16).

Kívánatos lenne az epehólyag és az epeutak vizsgálatát echokolegrafiával kezdeni, hogy a röntgen csupán a teljes bizonyosság, ill. az epeút-kövesség vizsgáló eszköze maradjon.

Bármelyik betegcsoport, így a gastroenterológiai betegségek korszerű szemlélete is csak betegközpontú lehet. Bármekkora valóban értékes adathalmazt kínáljanak is a modern vizsgáló eljárások, azok csak a beteg ember egészét figyelembe vevő klinikai szintézist szolgálhatják.

Minden vizsgáló eljárás csak annyit ér, amennyi terápiás következtetést le lehet vonni belőle.

I R O D A L O M

1. *Balogh I., Toóth E., Csillag A., Loczka B., Székely M., Wittman I.*: Az öregkori óriás gyomorfekélyről. *Orv. Hetil.* 1979, 120, 2907–2910.
2. *Bartha L.*: A röntgenvizsgálatok eredményét vagy a röntgenvizsgálatra kerülő betegek állapotát hátrányosan befolyásoló gyógyszerek. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 1385–1389.
3. *Berci G., Panisch J. F., Schapiro, M.*: Complications of colonoscopy and polypectomy. Report of the Southern California Society for gastrointestinal endoscopy. *Gastroenterology* 1974, 67, 584–585.

4. *Bommelaer, G., Guth, P. H.*: Protection by histamine receptor antagonists and prostaglandin against gastric mucosal barrier disruption in the rat. *Gastroenterology* 1979, 77, 303—308.
5. *Cléménçon, G. H.*: Die konservative Therapie des peptischen Ulkus. *Schweiz. med. Wschr.* 1980, 110, 1474—1482.
6. *Daly, R., Arnaud, J. P., Turbelin, J. M., Adloff, M.*: Lithiase vésiculaire. *Nouv. Presse Méd.* 1980, 9, 1780.
7. *Dekker, W., Tytgat, G. N.*: Diagnostic accuracy of fiberoendoscopy in the detection of upper intestinal malignancy. A follow-up analysis. *Gastroenterology* 1977, 73, 710—715.
8. *Djhanguisi, B., Abtabi, F. S., Hemmati, M.*: Chronic gastric ulcer induced by Aspirin: an experimental model. *Gastroenterology*, 1973, 65, 630—634.
9. *Figus, A., Simon L., Bajtai A., Paksi A., Bánki Gy., Németh A.*: Gastroenterologiai gondozócentrum felépítése és szerepe a gyomorrák korai kórismezésében. *Orv. Hetil.* 1969, 110, 1717—1721.
10. *Figus I. A., Simon L.*: A korai gyomorcarcinoma diagnosztikája. *Magy. Belorv. Arch.* 1970. Suppl. (Kerekasztal konferencia, Jászberény, 1969. okt. 17.) 1—86.
11. *Gergely M., Csipő L., Benkó G.*: Korai gyomorrák eseteinkről két európai felmérés tükrében. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 265—271.
12. *Gubéran, E.*: Tendences de la mortalité en Suisse (3. Tumeurs: 1921—1978.) *Schweiz. med. Wschr.* 1980, 110, Suppl. 11.
13. *Iványi B.*: Heveny gastroduodenalis fekélyek és eroziók humán boncolási anyagban. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 1141—1143.
14. *Kobayashi, S., Yoshii, I., Kasugai, T.*: Biopsy and cytology in the diagnosis of early gastric cancer: 10 year experience with direct vision techniques at a Japanese institution. *Endoscopy* 1977, 8, 53—58.
15. *Miller, G., Kaufmann, M.*: Magenfrühkarzinom. *Endoskopie oder Radiologie?* *Dtsch. med. Wschr.* 1976. 101. 1006—1010.
16. *Paliard, P.*: Ultra-sonographie ou cholécystographie? *Nouv. Presse Med.* 1980, 9, 3271—3272.
17. *Roesch, W.*: Comparison entre les aspects macroscopiques et les données histologiques dans les ulcères gastriques, les cancers gastriques précoces et avancés. *Acta Endoscop.* 1978, 8, 53—59.
18. *Szántó I., Kun M., Bajtai A., Vámosi N. J., Rózsa I.*: Gyomorműtétek után a korai posztoperatív szakban kialakult akut intraluminális vérzések endoszkópos diagnosztikája. *Magy. Seb.* 1979, 32, 408—413.
19. *Török I., Harkányi Z., Makó E.*: Gray-scale echocholangiography. *Orv. Hetil.* 1980. 121. 251—253.
20. *Tulassay Zs., Papp I., Koller O., Kollin É.*: Az úgynevezett postcholecystectomiás syndroma endoscopyos vizsgálataink tükrében. *Orv. Hetil.* 1980, 121, 2003—2009.
21. *Újszászi L., Nagy Gy., Minik K., Prónay G.*: A vastagbélpolypok megítélésének gyakorlati kérdései. *Orv. Hetil.* 1981, 122, 147—150.

Ромхани И., полковник м/с:

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Современные средства и методы диагностики, дающие все больше и больше информации, значительно изменяют взгляды на болезни желудочно-кишечного тракта. Автор занимается в первую очередь новыми возможностями, предоставленными эндоскопической техникой в диагностике рака желудка, предраковых состояний, язвенной болезни, острой пептической язвы и эрозии, полипа толстой кишки, заболеваний желчных путей. Подчеркивает важность верхней панэндоскопии, учитывая и тот факт, что эрозивный гастрит, одна из причин острого желудочного кровотечения, в ряде случаев является первым признаком ранней стадии рака. Подробно занимается значением колоноскопии и колоноскопической полипэктомии в ранней диагностике и профилактике рака толстой кишки.

Излагает одну из настоящих теорий о развитии язвенной болезни. Эндоскопия и рентгеновское исследование оцениваются автором как дополняющие друг друга диагностические приемы. Исходя из данных отечественных и зарубежных авторов, эхохолеграфия рекомендуется автором как первый диагностический прием, осуществимый до рентгеновского исследования желчного пузыря и желчных путей.

Dr. Imre Romhányi Obst. d. Med. Dienstes:

FRAGEN DER MODERNEN ANSCHAUUNG DER GASTROENTEROLOGISCHEN ERKRANKUNGEN.

Die immer mehr und besseren Informationen durch die modernen Geräte und Methoden der Diagnostik haben in der Anschauung der gastroenterologischen Fragen grössere Veränderungen gebracht. Es werden in erster Linie die neuen Möglichkeiten durch die Endoskopie beschrieben, bei der Diagnose des Magenkrebses, des „frühen Krebses“, der Geschwüererkrankung, des akuten peptischen Geschwürs und der Erosion, des Dickdarmpolypes, der Erkrankung der Gallenwege. Es wird die Wichtigkeit der akuten oberen Panendoskopie betont, auch mit Hinsicht darauf, dass ein auslösender Faktor der akuten Magenblutung, die erosive Gastritis häufig das erste Zeichen des „frühen Krebses“ ist. Eingehend wird die Bedeutung von Koloskopie und koloskopischer Polypektomie bei der frühen Diagnose und Prophylaxe des Dickdarmkrebses behandelt. Es wird die derzeitige Theorie der Entstehung der Geschwürkrankheit beschrieben. Endoskopie und Röntgenuntersuchung werden als einander ergänzende diagnostischen Methoden bewertet. Die Ultraschall-Echo-Cholegraphie wird aufgrund der Meinung sowohl der einheimischen als auch der ausländischen Autoren als erste Untersuchungsmethode vor der Röntgenuntersuchung der Gallenblase und der Gallenwege empfohlen.

Ftorocort[®]

kenőcs

ÖSSZETÉTEL

15 mg triamcinolon-acetonidum (15 g) lemosható kenőcsben.

JAVALLATOK

A krónikus és akut ekzema valamennyi megjelenési formája, lokalizációra való tekintet nélkül. Anogenitalis pruritus. Neurodermatitis. Kontakt dermatitis az etiológiára való tekintet nélkül. Pemphigus vulgaris, dermatitis herpetiformis Duhring. Erythema exsudativum multiforme. Erythematodes. Lichen ruber planus és verrucosus. Psoriasis vulgaris. Pityriasis rosea. Fényérzékenység: napégés, fényurticaria. Rovarcípés. Pityriasis rubra pilaris. Granuloma anulare. Erythrodermia exfoliativa (Ritter-kór). Leiner betegség, otitis externa, balanitisek, rtg-dermatitisek.

ELLENJAVALLATOK

Szemészeti alkalmazás.

ALKALMAZÁS

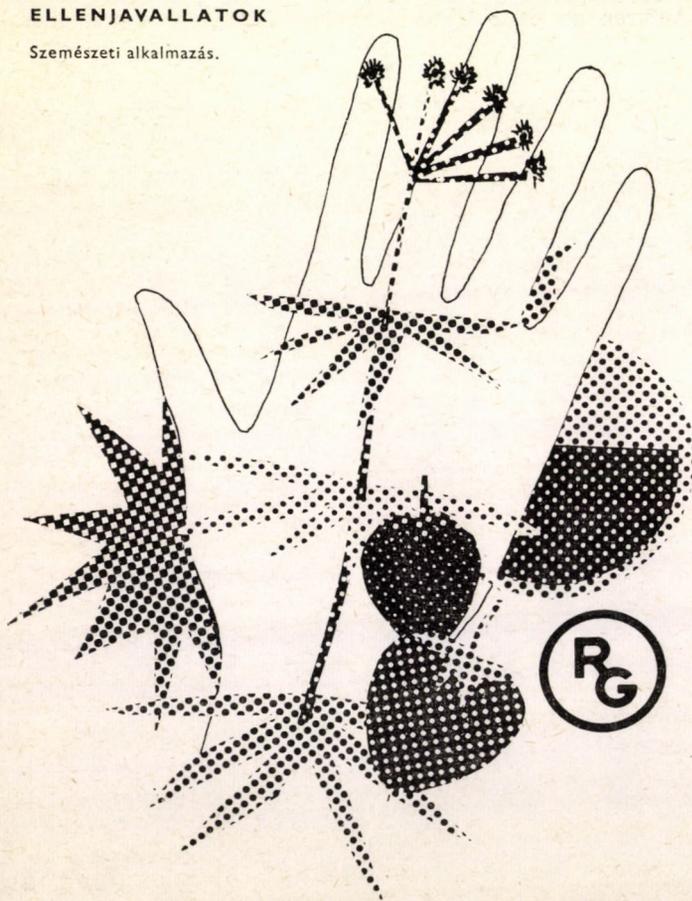
A kenőcsöt naponként kétszer-háromszor vékony rétegben a bőrváltozásra kenjük vagy okkluzív kötés formájában alkalmazzuk.

MELLÉKHATÁS

A fellazult szarurétegen keresztül a kórokozók — elsősorban a gennykeltők — jobban behatolnak. Sarjadzógombás folyamatok is előfordulhatnak. Ritkán a zárt kötés alatt bevézések is jelentkezhetnek. Sokáig azonos területen alkalmazva, különösen fiatal egyéneken atrophia alakulhat ki.

FIGYELMEZTETÉS

Acra krónikusan alkalmazni veszélyes! Gyermekeknek csak kivételesen alkalmazható!



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST