

Úti beszámolók

Beszámoló svédországi tanulmányútról

Az Országos Ösztöndíj Tanács támogatásával, a magyar—svéd államközi egyezmény keretében, 1984-ben öt hónapos tanulmányúton vettem részt Stockholmban, a Karolinska Intézetben.

Az 1810-ben alapított Karolinska Intézet (KI) az orvostudomány különböző területein folyó oktató és kutató munkában, a fogorvostudományban és a fizioterápiában tölt be kiemelkedő szerepet.

A KI alap kutatással és klinikai alkalmazott kutatással foglalkozó osztályain számos külföldi kutató dolgozik, a WHO-n és egyéb nemzetközi szervezeteken keresztül a fejlődő országokban folyó kutatást is támogatja. A KI-nek megközelítőleg 3500 alkalmazottja van. Ebből kb. 600 az egyetemi tanárok és kb. 500 a kutatók száma. A hivatalos adatok szerint a KI fenntartási költségeinek kb. 70%-át az állam fedezi, 30%-ot pedig részben külföldi, részben hazai alapítványok.

A KI átlag 370 orvostanhallgatót vesz fel évente. A felvételi követelményrendszer speciális matematikai, fizikai és kémiai, valamint biológiai ismereteket ír elő. 1977 óta az egyetemi felvételt megelőző munkavégzés külön érdemként nyer értékelést, akárcsak nálunk. Ennek következtében megnövekedett a felvételekre kerülő orvostanhallgatók átlagos életkora. 1976-ban az átlagéletkor 23 év alatt volt, 1980-ban 29 év.

Az orvostudományi egyetem 11 szemeszterből áll. Az első két szemeszter az egészségügy és az orvostudomány általános tudnivalóival, az orvos szerepének és feladatának ismertetésével veszi kezdetét. Külön foglalkoznak az etikával, a betegekkel való bánásmód pszichológiájával. Négy szemeszter szolgál alapismeretek elsajátítására, öt szemeszter a klinikai képzésre, mely után a hallgatók megkapják orvosi diplomájukat. Ezt követően 21 hónapot kell eltölteni az általános gyakorlatban és csak ezután szakosodhatnak. A részletes tantervet az ábra mutatja be. Gyakori jelenség, hogy az egyetemi hallgatók megszakítják tanulmányaikat tudományos munkavégzés céljából, vagy azért, hogy egy bizonyos szaktárgy továbbképző kurzusán vehessenek részt.

A KI könyvtára rendkívül gazdag, kb. fél millió könyvet tartalmaz. 3000 folyóirattal rendelkezik, melyek közül 2500 külföldi. A KI könyvtára volt az első az Amerikai Egyesült Államok után, amely megvalósította az év szerinti orvosi biblio-

A KI Orvosi Fakultásának tanterve

Sze- meszter					Hetek száma	
1.	2 hét	Rendszeres anatómia 2 hét	Orvospszicho- lógia és szo- ciálmedicina	Sejtbiológia Orvosi ge- netika	Szövettan	
	Bevezetés	3 hét				
		7 hét			11 hét	18
2.	ANATÓMIA					
		Orvosi statisztika	és	Adatfeldolgozás		
		2 hét		16 hét		18
3.	Szervetlen kémia	Orvosi és szerves kémia		Orvosi fizika		
		16 hét		2 hét		18
4.	Élettan			Immunológia		
		16 hét		2 hét		18
5.	Kórélettan	Bakteriológia, virológia		Orvosi pszichológia Közegészségügy		
		12 hét	5 hét	3 hét		20
6.	Gyógyszertan	Klinikai genetika	Előkészítő tanf. a klinikai tárgyakhoz	Klinikai élettan és kémia		
		8 hét	1 hét	11 hét		20
7.	BELGYÓGYÁSZAT					
						20
8.	SEBÉSZET					
						20
9.	Bőrgyógyászati és nemí betegségek	Akut ellátás		Pszichiátria		
		9 hét	2 hét	9 hét		20
10.	Közegészség- tan	Szociál- medicina	Ideggyó- gyászat	Onkológia	Orr-fül-gégé- szet	
		2 hét	6 hét	3 hét	7 hét	20
11.	Szülészet Nőgyógyászat Gyermekgy.	Gyermek- gyógyászat	Szülészet Neonatalógia	Szülészet-nőgyógy. Gyermekgyógy.		
		1 hét	9 hét	9 hét	1 hét	20
					Összesen:	212 hét

gráfiának, az Index Medicusnak a komputeres feldolgozását az ún. MEDLARS-program formájában. Ma már a MEDLARS-nak 50 terminálja van Svédországban, más skandináv és európai országban.

Tanulmányutam során alapkutatással és új klinikai diagnosztikai módszerek elsajátításával foglalkoztam. Tudományos kutatásom tárgya a vasopressin és a vasopressin-blokkoló szerek hatása volt az újszülöttek vérnyomás-szabályozására. Az arginin-vasopressin (AVP) vérnyomás szabályozásában betöltött szerepét vizsgáltuk komplett diabetes insipidusban szenvedő patkányokon.

Számos tanulmány alapján valószínű, hogy az AVP-nek kettős hatása érvényesül a vérnyomás szabályozásában: egy perifériás vérnyomáselő és egy centrális vérnyomáscsökkentő hatás. A kísérleti adatok egyértelműen bizonyítják az AVP életleni szerepét haemorrhagias hipotenzio megelőzésében, és azt a tényt, hogy az AVP-nek sokkal nagyobb a jelentősége fiatal állatokban létrejövő haemorrhagiás hipotenzio megelőzésében, mint felnőtt állatokban. Valószínű, hogy az AVP perifériás vérnyomáselő, vazokonstriktív és centrális vérnyomáscsökkentő hatása közötti egyensúlyban bekövetkező változások a posztnatális élet során alakulnak ki.

Vizsgáltuk továbbá az arginin-vasopressin blokkolók hatását haemorrhagiás hipotenzioában. A centrális vérnyomáscsökkentő hatás nem volt blokkolható, míg a perifériás vérnyomáselő hatás blokkolhatónak bizonyult.

Tekintettel arra, hogy a kutató laboratórium a gyermekklinika területén belül volt, alkalmam nyílt arra, hogy rendszeresen részt vegyek a viziteken, és így betekintést nyerjek az ott alkalmazott diagnosztikai módszerekbe és elsajátítsam a kezelési elveket. A klinikai nefrológia területén számos vizsgálóeljárást láttam és tartok szélesebb körű alkalmazására érdemesnek:

— ⁵¹Cromium — EDTA clearance a glomerulus filtráció mérésére. Ez ⁵¹Cromium EDTA injekció egyszeri adásával történik,

— „Diuresis renographia” alkalmazása felső húgyúti megbetegedésekben,

— a jobb és bal vese funkciójának külön-külön való felmérése 131-Hippuran, 99—DMSA (technéciummal jelzett acid) segítségével, gammakamera használatával, — ultrahangvezérelt vesebiopszia.

Tapasztalataim szerint a krónikus vesebeteg gyermekek kezelésében előnyben részesítették a folyamatos peritoneális dialízis kezelést. Ezáltal a gyermek életmódja jobban közelíthető egészséges társaiéhoz. A vesetranszplantáció elvégzésében elsőbbséget élveznek.

Tanulmányutam tapasztalataiból a következőket emelem ki:

— jól identifikálható kórkepek esetén a beteget az intézet vezetője által jóváhagyott kezelési sémák alapján látják el, melyek természetesen a tudomány, illetve az újabb kutatások eredményeinek megfelelően módosulnak. (Különösen a fiatal orvosok számára láttam ennek kedvező jelentőségét.) Ez egyben azt is jelenti, hogy a betegeket minden időben az akkori legmagasabb szintű „up to date” kezelésben részesítik.

— A technikai munka jelentős részét (iv. injekció beadása, infúzió, transzfúzió bekötése, intubálás) egészségügyi főiskolát végzett, jól képzett és vizsgázott szakasszisztensek végzik el az orvos utasításai alapján. Így mód és lehetőség nyílik arra, hogy az orvos valóban képzettségének megfelelő munkát végezzen.

— Az orvosok adminisztrációs munkát gyakorlatilag nem végeznek. Az előírt követelményeknek megfelelően a dekurusokat, illetve zárójelentéseket az orvos a diktafonba mondja, erről egy központi leíró iroda készíti el a dokumentációt.

Dr. Kereszthy Mária

Beszámoló ausztriai tanulmányútról

Állami ösztöndíj elnyerésével lehetőségem volt 1985. szeptember-októberében a bécsi Lorenz Böhler Unfallkrankenhaus-ban két hónapot dolgozni. Tanulmányutam során a sérültfelvétel rendszerét, az ellátás objektív feltételeit, műszerezettségét, személyi normákat, munkarendet, a politraumatizált sokkos sérültek ellátását, a műtéti eljárásokat, az interdiszciplináris munkát, utókezelést kívántam tanulmányozni.

Az intézet, amelyet Böhler a harmincas években alapított, a legrégebbi műltra visszatekintő sérültellátó központ Közép-Európában. A jelenlegi, korszerűen berendezett, felszerelt intézet tizennégy éve működik. Vezetője J. Poigenfürst professor.

Az intézet ágy száma 122, ebből intenzív terápiás ágy 8, szeptikus ágy 28. A sérültfelvételi ellátó, utókezelő és betegfektető részek jól különválaszthatóan helyezkednek el. Az intézet az elmúlt év folyamán 5500 sérültet látott el fekvőbetegként, átlagos ápolási idejük 8,8 nap volt. Járóbetegként 58 000 sérültet kezeltek.

Munkavállalóinak száma 365 fő, ebből 38 orvos, szakképzett ápolószemélyzet és 155 műtősnő. A gazdasági ellátást 55 fő dolgozó biztosítja. Rajtuk kívül még 117 egyéb munkás dolgozik (segédápoló, segédműtős, takarító, kertimunkás, különféle szakmunkás stb.).

Az intézet folyamatosan vesz fel és lát el friss sérülteket. Hétfőtől péntekig végeznek utókezelést, betegellenőrzést. A folyamatos munkát az orvosok teamben való működtetése biztosítja. Négy team van, 8-8 orvossal. Tevékenységük meghatározott forgó szerint történik, a következőképp: első nap ügyeleti felvétel, második nap ún. ugrónap, itt a csoport csak fél napot dolgozik, harmadik nap műtéti tevékenység, a negyedik nap kontroll és utókezelő munka. Az egyes csoportok egymást váltják, tehát amíg az egyik felvételes, a többi hasonló sorrendben 1-1 nap eltolódással végzi a munkát. Felvételtkor a nyolc orvostól álló csoport reggeltől este 1/2 9-ig teljes létszámmal bent van, majd éjszakára négy fő látja el a feladatot. Az ügyeletet a team főnöke vagy helyettese vezeti, egyikük nappal, másikuk éjszaka.

A friss sérültek ellátása az első emeleten történik. A járóbeteg vagy ülőkoocsival érkező sérültek a felvételi helyiség előterében levő tolóablaknál jelentkeznek, ott őket regisztrálják, és a felvételi helyiségbe név szerint szólítják be. A fekvőbetegeket a mentők egyenesen a nagy felvételi helyiség négy vizsgálófülkéjének egyikébe tolják, ahol a részletes klinikai vizsgálat és a sérült felvételi adminisztrációja történik. A járóbetegek ugyanide jönnek (beszólításuk után). Valamennyi egyéb kiegészítő vizsgálat ezen az emeleten végezhető el (rtg, laboratórium, szükség szerint angiographia, EKG).

A súlyos sokkos politraumatizált sérülteket a mentők a felvételi rendelőn át a sokkaltanítóba viszik, ahol lehetőség van a klinikai vizsgálattal egyidejűleg a szükséges beavatkozásokat elvégezni, a vizsgálóasztalon képerősítő, rtg segítségével átvilágítani vagy felvételt készíteni. Közvetlenül a sokk-szoba mellett található az ún.

felvételi műtő, ahol az újonnan beszállított sérültek műtéti ellátása történik, beleértve a koponya-trepanációt, laparotómiát, egyszerűbb osteosynthesiseket, pl. boka, kéz velőűrsínezése stb.

A felvételi részlethez tartozik még az ún. sebellátó, amelyben három, egymástól elfüggetlen köztöző áll rendelkezésre a járóbetegek ellátására. Az ambuláns műtétekhez egységes sebellátó csomagot használnak, amely tetszés szerint kiegészíthető egyedileg csomagolt eszközökkel, mint pl. légsűrítéssel fűrókészülék, különféle csontfogók, infógók, speciális varróanyag stb. Minden egyes ellátóhelyen központi sűrített levegő, altatógáz, szívó csatlakozó és koagulációs lehetőség áll rendelkezésre. A megvilágítás tolható lámpával történik, ennek fényét az ellátó sebész steril fogantyú segítségével maga tudja irányítani. Ha az ellátás helyi érzéstelenítéssel nem oldható meg, az ügyeletes aneszteziológus asszisztensnő a sérültet elaltatja.

A sebellátó mellett van a nagy gipszelő, három ellátó egységgel, mellette külön gipszelőhelyiség, ahol a speciális kötéseket helyezik fel, mint pl. gipszkorzett, különféle műanyag kötések stb. A gipszelőben nemcsak a járóbetegek ellátását, hanem az osztályon fekvő sérültek gipszrögzítését is végzik. Az egyik gipszelő egységhez beépített képerősítő rtg készülék is csatlakoztatható.

Valamennyi helyiségben a legkorszerűbb, egyszer használatos eszközanyag áll rendelkezésre, papír műtőruha, a végtag izolálásához szükséges különféle csőtrikók, egyszer használatos katéterek, leszívók stb.

Külön említést érdemel a sérült dokumentációjának megoldása. A felvételi helyiséghez csatlakozó irodában napközben két gépirónő folyamatosan veszi fel a vizsgálatra beérkező járóbetegek és fekvőbetegek adatait. A mentővel beszállított sérültek adatfelvétele a sérült hordágya mellett történik. A legélt szöveg computerbe kerül, melynek a televíziós képernyőjén látható a leírt szöveg. Ezt a dokumentációt használják aztán fel ambuláns lapként vagy kórházi felvétel esetén. A sérülteknek a mi fogalmaink szerinti kórlapja nincs. Mindent külön lapon rögzítenek, a dekurzust, a különféle ellátást. Műtéti lap, altatási jkv. stb. mind külön lapon van. A beteg benntartózkodásának idején egy keményfedelű dossziében őrzik a dokumentációt, távozását követően az irattárban a teljes anyagot mikrofilmezik.

A sebellátóban is van televíziós képernyő, ahol azoknak a sérülteknek a nevei szerepelnek, akik odajárnak ellátásra. Így az ott dolgozó orvos pontosan tudja, hogy melyik pillanatban hány sérült vár még kezelésre. Az orvosok mindenféle dokumentációt diktafonba mondanak, ezt a gépirónő leírja és a szöveg szintén a komputerbe kerül. Típusellátásnál, mint pl. típusos radius törés repozíciója, bizonyos gipszkötések elkészítése, elegendő egy bizonyos jelet beütni, és ezt a gép automatikusan bejegyzi.

A járóbetegek az első ellátás után már a földszinten levő utókezelőben jelentkeznek, ahol a sérülések folyamatos ellenőrzése, varratszedés, gipszlevétel stb. történik. Ugyanide térnek vissza az osztályról kibocsátott, ellenőrzésre, utókezelésre visszarendelt sérültek is. Itt tartják őket táppénzállományban. A földszinten található a fizioterápiás utókezelő, ahová kötelesek az előírt időpontban utókezelésre bejárni. Az utókezelést gondosan nyilvántartják, ennek alapján kaphatnak táppénzt.

A kórházi felvételre kerülő sérültek a felvételi részleghen frissen húzott ágyba kerülnek, és ezen tolják őket a megfelelő helyre, amely lehet osztály, intenzív terápiás részleg vagy műtő. Az ambulancián a felvételkor egyszer használatos papírruhát kap a beteg, saját ruháit az ágy alatt levő tartóba helyezik, ezt vele együtt a kórterembe viszik és ott ruháit a kórteremben levő szekrényben helyezik el. Kórházi ruhát ugyancsak az osztályon kap.

Az osztályok egymás mellett levő négyzetes, 28 ágyas ápolási egységekben vannak elhelyezve, ezek közül az egyik a szeptikus osztály. Egy-egy 28 ágyas ápolási

egységben 10 szakképzett nővér, két segédápolónő, egy takarítónő dolgozik. A nyolc ágyas intenzív részlegben 17 nővér, két segédápolónő, két takarítónő teljesít szolgálatot. Az intenzív részleget az aneszteziológus orvosok látják el, a sérülteket ellátó sebészekkel együtt. Az intenzív terápiás osztályon valamennyi ágy ellátott a respirátor terápiához szükséges felszereléssel. Az intenzív részlegben történik a szeptikus betegek kezelése is, amennyiben intenzív kezelésre szorulnak.

A rtg osztályon 18 asszisztensnő dolgozik, külön rtg orvos nincs. A leleteket az illetékes baleseti sebész készíti el. CT az intézetben nincs. A legközelebbi nagy baleseti intézetben (ez kb. 5 km távolságra van) rendelkezésre áll CT-lehetőség, még ügyeleti időszakban is. Ezt rendszeresen igénybe is veszik, úgyszólván naponta készítenek CT-vizsgálatot. Minden bizonytalan koponyasérülnél, gerinctörésnél, bizonytalan végtagsérüléseknél (mint pl. a comb alsó harmadának zúzódása) CT-vel igazolják, van-e az izomzatban szakadás, és ha igen, milyen kiterjedésű.

Az intézetben dolgozók heti munkaideje 40 óra. Túlórát nem engedélyeznek. Az ún. ügyelet műszakban történik, tehát beleszámít a heti 40 órás munkaidőbe. Évente kb. 10 főt jutalmaznak, de minden dolgozót minden évben automatikusan fizetésben előre sorolnak. Hasonlóan a mi kinevezett polgári alkalmazottjainkhoz, itt is bizonyos munkaidő után teljes fizetés jár, ha az illető munkavállaló beteg. Így:

5 évi folyamatos munka után	3 hónap
5 év után	6 hónap
10 év után	12 hónap
25 év után	18 hónap

Az intézetben függetlenített szakszervezeti titkár működik, aki a jutalmazást, a sportrendezvényeket, a kirándulásokat, a kedvezményes üdülést stb. intézi (szervezi).

Az egész intézet kulturáltan berendezett, tiszta. Az épület padlófelületének takarítását naponta takarító vállalat végzi, délutánonként és este, az osztályokon is. Ablakot évente kétszer tisztítanak (ugyancsak vállalat), és valamennyi helyiségben a falfelületet, kivéve a mennyezetet, hathetenként lemosás. A lemosás egyszerű, mert a falfelület műanyag lappal borított.

A napi munkarend az orvosok számára reggel fél 8-kor konferenciával kezdődik. Hajnalban az ügyeletes vizitel az egész kórházban, a reggeli konferencián beszámol az éjszaka történeteiről. A konferenciára a rtg-asszisztensnő elkészíti az előző napi valamennyi rtg-felvételt, a mozgatható nézőszekrényekre ezeket elhelyezi. Először az intenzív terápiás osztályon fekvők képeit, majd a műtőre kerülők felvételeit, ezt követően a friss sérültek röntgenképeit mutatják be. Végezetül az osztályon fekvő betegek kontrollfelvételeit nézik át. A napi műtéti program bemutatása után a konferenciáról az aneszteziológiai osztály orvosai a műtőbe mennek, és megkezdik a műtéti előkészítést. A műtőben a munkaidő a műtősnők, segédműtősök részére 7 óraker kezdődik.

A munkaidő általában du. 2 óraker befejeződik, ezt követően már csak az ügyeletes csoport tartózkodik az intézetben. Professzori nagyvizit hetenként egyszer van, hétfőn délelőtt. Minden csütörtökön a délutáni órákban ún. betegbemutató van az ambulancián. Hétfőtől péntekig a déli órákban, a professzor vezetésével, a teamvezetők együttes műtéti megbeszélést tartanak, ahol referálják az addig beérkezett sérülteket, az elvégzett műtéteket és megtárgyalják a másnapi műtéti programot.

A program szerinti műtéti tevékenység négy műtőben zajlik. Ezek közül az egyik az ún. kabinműtő (túlnyomásos), ahol a nagyüzleti műtéteket végzik. Valamennyi beteg előkészítése, altatása a műtő előterében történik. Cserélhető tönksztalokkal már anesztetizált betegek kerülnek a műtőbe. Ennek ellenére a betegcsere a következő

műtéti mintegy fél órát vesz igénybe. Az anesztéziát orvos vagy asszisztens végzi. Orvos az asszisztenssel együtt soha nem dolgozik. A nehezebb műtéteket általában orvos altatja, rövidebb műtéteket asszisztensök, de ők is önállóan intubálnak stb.

A napi műtéti program általában 8—12 műtétből áll. A szepikus műtőt hetenként 1—2 alkalommal veszik igénybe. A műtétek jórészt vértelenségben zajlanak, a műtét alatti rtg-kontrollt képerősítővel végzik. A képerősítőt rtg-asszisztens kezeli. A záró rtg-felvételt még a sebzés előtt elkészítik.

Kiterjedten végzik a gerincsérültek műtéti ellátását. A műtéti indikációt képezi minden instabil törés, jelentős diszlokációval járó törés, valamint neurológiai tünetek megléte. Nyaki és magas háti törések esetén a Halo-féle extenziót alkalmazzák repozícióhoz, műtéti előkészítésként. Mielográfia nem történik, viszont minden sérültnél CT-vizsgálatot végeznek. Az osteosynthesisek zömét lemezzel végzik. Nyaki csigolya osteosynthesise lemezzel, ventrál felől történik, dens-törés ellátása két csavarral. A csigolya osteosynthesiseket kiterjedten négy éve végzik, évenként mintegy 60—80 esetet látnak el. A csigolyatörések műtéti ellátása aprólékos radiológiai kontroll mellett zajlik.

Az utókezelésre bejáró sérültek délelőttönként 1—3 órát töltenek el az intézetben. Ebből egy órát valamelyik csoportban vagy egyénileg tornáznak, és a szükséges kiegészítő elektroterápiát kapják meg. A kezelés reggel 8 órakor kezdődik, az egyes csoportos foglalkozásokon 15—20 fő vesz részt.

Végignézttem a kórház műszaki szolgálatának tevékenységét is. A különféle elektromedikai készülékek karbantartása folyamatosan történik, így pl. valamennyi rtg-készüléket hat hetenként vizsgálják át. A klímaberendezéseket hetenként kétszer ellenőrzik, a szűrőket évente kétszer cserélik. A műtőben a levegő bakteriológiai vizsgálatát a központi higiénias laboratórium évente kétszer végzi el. Az intenzív terápiás részlegen a lélegeztető készülékek karbantartása 1000 óra után történik meg. Valamennyi megelőző karbantartást az intézet műszaki szolgálata végzi, külső szerviz nem vesznek igénybe, mert ez, ahogyan tájékoztattak, megfizethetetlen. Egy szerviz munkaóra kb. 850,— Sch-be kerül.

Dr. Záborszky Zoltán orvos ezredes

Cavinton[®] tableta

ÖSSZETÉTEL

1 tableta 5 mg vinpocetinomot tartalmaz.

HATÁS

A Cavinton javítja az agyi perfúziót és ezáltal az agy oxigénellátását.

JAVALLATOK

Ordlisan: különböző eredetű (postapoplexiás, posttraumás vagy sclerotikus), agyi keringészavarok psychés vagy neurológiai tüneteinek: emlékezőszavarok, aphasia, apraxia, mozgászavarok, szédülés, fejfájás csökkentésére, a klimakterium szindróma vasovegetatív tüneteinek kezelésére.

Hypertensív encephalopathia, intermittáló vascularis cerebri Insufficiencia, angiospasticus agyi körképek, továbbá endarteritis cerebri. Ischaemiás agyi károsodásokban, előrehaladott agyi arteriosclerosisban a kollaterális keringés javítására.

Szeméretben az érhártya és ideghártya vascularis, elsősorban arteriosclerotikus, ill. angiospasmus okozta maculadegenerációk, partialis

thrombosisok, érelzáródás következtében kialakuló másodlagos zöldhályog. Fülészetben korral járó vascularis vagy egyes toxikus (gyógyszeres) halláscsökkenés, labyrinth eredetű szédülés.

ELLENJAVALLAT

Terhesség.

ADAGOLÁS

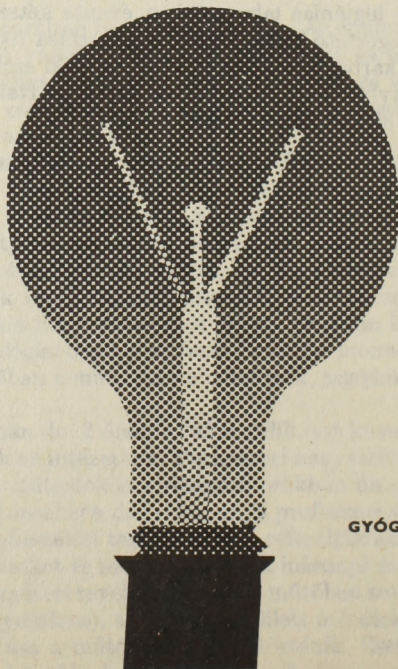
Naponta 3 x 1-2 tabl., a fenntartó adag napi 3 x 1 tabl., hosszabb időn keresztül.

GYÓGYSZERKÖLCÖSNHATÁS

Az eddigi tapasztalatok szerint a tabl. interakciót nem okoz, ezért kombinációs kezelésre is alkalmas.

MELLÉKHATÁS

Kismértékű vérnyomáscsökkenés, ritkán tachycardia, extrasystole fordulhat elő. Tartós kezelés esetén a vérképet ellenőrizni kell időnként.



KÖBÁNYAI
GYÓGYSZERÁRUGYÁR
BUDAPEST