



FÓKUSZBAN A GASTRO- INTESTINALIS BETEGSÉGEK SEBÉSZI VONATKOZÁSAI

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol



A téma szakértője
prof. dr. Jakab Ferenc,
Fővárosi Önkormányzat
Uzsoki Utcai Kórház

– A colorectalis tumorok műtétje során gyakran szükséges állandó vagy ideiglenes stoma kialakítása. Mitől függ, hogy a kialakított anus praeternaturalis reverzibilis vagy sem?

– A vastagbél-tumorok miatt készített colostoma végleges:

– ha sebésztechnikai okból abdominoperinealis rectumexstirpációt kell végezni (hiszen ekkor a végbelet a záróizomzattal együtt távolítjuk el),

– ha ileus vagy perforáció miatt végzett műtét során irrezekábilis szigma-, illetve rectumtumort találunk,

– ha a rossz általános állapotú betegnél a bal colonfelet érintő disszeminált és stenotizáló tumor esetében meg akarjuk előzni az ileus kialakulását. Ilyenkor elektív műtét kapcsán kétnyílású colostomát helyezünk fel.

Számos esetben a stomát ideiglenes céllal készítjük el:

– a rectum alsó-középső harmadát érintő tumor esetében végzett sphinctertermegtartó műtét során, amikor székletdeviáció céljából protektív stomát alakítunk ki (a stoma nem véd meg az anasztomózis-éltelenségtől, de segít kivédeni az esetleges fatális következményeket),

– a bal colonfél ileust okozó tumor miatt végzett Hartmann-műtétnél (a tumoros bélszakaszt az onkológiai alapelveknek megfelelően reszekáljuk, a distalis bélvéget buktatjuk, az orális bélvéggel colostomát képezünk).

Az ideiglenes stoma zárása előtt:

– ki kell zárni az esetleges onkológiai progressziót (hiszen a daganatos betegség kezelése elsőbbséget élvez),

– át kell vizsgálni a teljes colont (például, hogy a sphincterhez közeli anasztomózis nem inszufficiens-e, nem alakult-e ki a stomától distalisan olyan stenosis, amely passzázsavart okozhat),

– fel kell mérni a beteg általános állapotát a műteti terhelhetőséget illetően, hiszen a Hartmann-műtét után végzett rekonstrukció sebésztechnikailag általában nehezebb, mint maga a Hartmann-műtét.

Számos olyan esettel szembesülünk, amikor az elvileg ideiglenesen készített colostoma zárását a beteg általános állapota, a műtéttől való félelem vagy a daganatos betegség progressziója akadályozta meg.

A stoma reverzibilis vagy irreverzibilis voltáról a beteget minden esetben szóban tájékoztatni kell, a reverzibilis stoma megszüntetésének tervezett idejére a sebészeti zárójelentésben külön ki kell térni.

– Várandós asszonynál kialakuló akut hasi tünetek esetén – például akut appendicitis, ileus – milyen műtéti megoldást kell választani? Esetükben melyek a műtét végzésének, illetve a laparoszkoós beavatkozásnak az indikációi és korlátai?

– A várandós asszony akut hasi katasztrófáinak elhárítása, sebészeti megoldása semmiben sem tér el ezen betegségek szokásos kezelésétől. A diagnosztikai lehetőségek tárháza ugyan némileg szűkül (például kerülendő – amennyiben lehetséges – a natív hasi felvétel készítése a sugárterhelés mi-

att). Természetesen a műtéti indikáció felállításakor a sebész maximális körültekintéssel dönt.

Laparoszkoós beavatkozások csak a harmadik trimeszterben nem indikálhatók. Az első és második trimeszterben – a kisebb műtéti sebzés, a gyorsabb felépülés, a kisebb fájdalom miatt – a laparoszkoós úton biztonságosan ellátható sebészeti kórképek esetén ezt a megoldást kell választani.

– Laparoszkoós cholecystectomiát követően előfordulhat epecsorgás. Hogy lehet ezt a szövődményt szanálni?

– A laparoszkoós cholecystectomia elterjedését követően a beavatkozás során nagyobb az epeúti sérülések aránya, mint amelyet a hagyományos, nyitott műtéteknél észlelünk – ez ad aktualitást ennek a kérdésnek. A megoldás sokféle lehet, nem is feltétlenül sebészeti, ám számos tényezőt kell figyelembe venni:

– az epeútsérülés felismerésének idejét: a műtét alatt vagy azt követően észlelték-e,

– az epecsorgás mértékét: 300 ml/nap alatti (úgynevezett kis volumenű) vagy e feletti (nagy hozamú) epefolyásról van-e szó,

– az epeútsérülés, epecsorgás helyét (ductus choledochus, egyik ductus hepaticus vagy a májagyból származó epecsorgás),

– a beteg általános állapotát, peritonitis meglétét vagy hiányát.

A laparoszkoós cholecystectomia során intraoperatív észlelt epeútsérü-



léseket a primer műtét során kell ellátni. A műtét után észlelt epecsorgás esetében döntő tényező az epefolyás mennyisége, illetve, hogy kialakult-e peritonitis vagy sem. Nagy hozamú epesipoly vagy diffúz peritonitis esetében nem célszerű várni a sebészi megoldással, azonban kis mennyiségű epecsorgásnál van lehetőség a várakozásra, amennyiben a beteg általános állapota, hasi statusa (nincs epés peritonitis) ezt megengedi. Törekedni kell arra, hogy képalkotó vizsgálatokkal (ERCP – endoszkópos retrográd kolangiopankreatográfia, CT-kolangiográfia, MRCP) pontosan meghatározzuk az epeútsérülés helyét, hiszen ennek alapján állítható fel a korrekt műtéti terv. Kis hozamú epesipoly esetén az epeúti rekonstrukció elvégzése akár hónapokkal is halasztható, addigra a proximális epeutak kellően feltágulhatnak ahhoz, hogy a velük készített anasztomózist technikailag könnyebben lehessen elkészíteni. Természetesen ilyenkor kiemelkedően fontos a beteg gondozása, hiszen nem sok beteg tűri türelmesen a várakozást és viseli el, hogy esetlegesen hónapokon át hasi drénnel kell élnie.

Osztályunkon az epeútsérülés miatt végzett műtétek során döntően a Roux szerint kialakított jejunumkacsccsal készítjük a hepatico- vagy choledochojejunostomiát. Anasztomózist minden esetben jó vérellátású epeútszakasz között kell készíteni feszülésmentesen.

Mindenképpen kerülni kell az átvágott choledochusvégek közötti anasztomózisképzést, ugyanis a choledochus vérellátása hosszanti irányú, tehát az átvágás helyének rosszabb keringése következtében törvényszerű az anasztomózis hegesezése, szűkülete, amely mechanikus icterus képében jelentkezik, hosszabb távon biliaris cirrhosishoz vezethet.

A májagyból származó epecsorgás esetén a Vater-papilla sphincterének endoszkópos bemetszése – az epeutakban uralkodó nyomásviszonyok megváltoztatása miatt – megszüntetheti az epecsorgást. A ductus choledochus részleges átmetszése stentbeültetéssel áthidalható.

– Mi Magyarországon az állásfoglalás a kóros elhízás esetén alkalmazott gyomorszűkítő műtétek létjogosultságáról? Támogatja-e az egészségbiztosítás ezt a beavatkozást?

sultságáról? Támogatja-e az egészségbiztosítás ezt a beavatkozást?

– A morbid obesitas fogalma általánosan elfogadottá vált az elmúlt 20–25 évben. Igen sokféle és változatos műtéti megoldás született, amelyek vagy malabsorptiós vagy restriktív mechanizmussal érik el a kívánt hatást. Magyarországon leggyakrabban a gyomorgyűrűzést, a „gastric banding”-et végzik. A módszer előnye, hogy laparoszkópos úton elvégezhető, hogy a gyomorgyűrű állítható, és a költségei a többi módszerhez képest mérsékeltebbek. A műtéti indikációt endokrinológusból, sebészből és a társszakmák képviselőiből álló team állítja fel. A National Institute of Health 1991-es konszenzuskonferenciája alapján a következő feltételeknek kell teljesülniük a műtéti indikáció felállításához:

– a testtömegindex (BMI) ≥ 35 ttkg/m² és az elhízáshoz kapcsolódó kísérő megbetegedések; 45 kg-mal vagy az ideális testsúlynál 100%-kal nagyobb testsúlyfelesleg,

– a nem műtéti kezelési lehetőségek sikertelensége, a kezelési lehetőségek kimerülése,

– a kóros elhízást okozó endokrin zavarok hiánya,

– a pszichés stabilitás (például a műtét testsúlycsökkenést kiváltó hatásának, valamint annak megértése, hogy a sebészi beavatkozás önmagában nem eredményes, a beteg együttműködésére is szükség van).

Jelenleg a betegnek a gyomorgyűrű árát kell kifizetni (körülbelül 450 000 Ft), a műtét többi költségét a társadalombiztosítás állja. A beavatkozásokat mindenképpen olyan centrumban érdemes elvégezni, ahol gyakorlott, összeszeszközt csapat áll rendelkezésre, valamint évente legalább 50 beavatkozást végeznek. Fontos, hogy a gyomorgyűrűzött betegek rendszeres ellenőrzés alatt álljanak, hiszen kezelésük nemcsak a műtétre szorítkozik, hanem diétás, sokszor pszichés tanácsadásra is szükség van.

A téma iránt jobban érdeklődőknek ajánlom a www.gyomorgyuru.hu betegtájékoztató oldalt, amelyet a „gastric banding” hazai bevezetője, a Péterfy Sándor Utcai Kórház Sebészeti, Plasztikai Sebészeti Osztályának csapata működtet.

(A szerző ezúton mond köszönetet dr.

Medgyesy Gábornak a finanszírozással kapcsolatban adott információkért.)

– A GERD egyre gyakoribb szövődésének a Barrett-oesophagus kialakulása. Az alapbetegséget protonpumpagátlóval kezeljük. Létezik-e sebészeti megoldás?

– A Barrett-oesophagus konzervatív, gyógyszeres kezelése lényegében megegyezik a GERD III-IV. stádiumának kezelésével. Azonban – tekintettel arra, hogy a Barrett-anómia a nyelőcső-carcinoma kialakulásának jelentős rizikójával jár – indokolt a betegek félévenkénti rendszeres endoszkópos ellenőrzése. Súlyos dysplasia kimutatása esetén endoszkópos mucosectomia vagy a nyelőcső sebészi reszekciója javasolt.

– Pancreasdaganat miatt szükséges-e való pancreatectomia esetén hogyan és hova ültethető be az esetleg megóvható mirigyszövet?

– A pancreasszal készített anasztomózis a műtét „Achilles-sarka”. Pancreasmegtartó reszekció esetén a maradék pancreaszövet beültethető a gyomorba vagy egy izolált jejunumkacsba. A két módszer között – megfelelő technika esetén – nincs lényeges különbség. A legkomolyabb, akár fatális kimenetelű szövődés az anasztomózis elégtelensége.

– Milyen a székletben ismételtén kimutatott vér diagnosztikus ereje az intestinalis malignomát illetően? Milyen biztonsággal és mely tumormarkerek alkalmazhatók erre a célra? Készült-e tanulmány ezzel kapcsolatban?

– A székletvér vizsgálata önmagában 16%-kal csökkenti a colorectalis carcinoma halálozását, a teszt szenzitivitása (annak a valószínűsége, hogy a diagnosztikus teszt értéke pozitív lesz egy colorectalis carcinomás betegben) 82–92% között mozog, pozitív prediktív értéke (azon betegek aránya, akik esetében a diagnosztikus teszt pozitív lett, és valóban colorectalis carcinomában szenvednek) 0,9–18,7% között mozog.

A tumormarkerekről általánosságban elmondhatjuk, hogy a PSA – prosztataspecifikus antigén – kivételével nem alkalmazhatók szűrésre, csak a betegség lefolyásának követésére.



Természetesen igazolt colorectalis carcinoma esetén, a kezelés megkezdése előtt érdemes a szérumszintet (CEA - carcinoembrionális antigén), illetve CA19-9-szintet meghatározni.

– A hasi ultrahangvizsgálatok szaporodásával párhuzamosan egyre többször mutatunk ki májcsisztát. Mikor, milyen elhelyezkedés, illetve nagyság esetén szükséges sebészi beavatkozás?

– Valóban jelentősen megnőtt a mellékletként felfedezett májcsiszták száma, amelyek csak az esetek 15-20%-ában okoznak tüneteket. Műtéti indikációt az igazolt panasz, a rupturaveszély (tehát perifériás elhelyezkedés), inficiált ciszta, illetve cystadenoma gyanúja képeznek. A műtétet egyre gyakrabban laparoskopos módszerrel végzik, amely lehet a ciszta marsupialisatiója, úgynevezett „deroofting”-ja, fenestratiója.

– Cirrhotikus nőbetegem oesophagusvarix-ruptura következményeként kialakult vérhányás miatt került kórházba. A vérző nyelőcsővéna szklerotizációja után, jó általános állapotban engedték haza. Milyen az újbóli varixvérzés reális veszélye? Milyen időközönként ajánlatos státusát ellenőrizni?

– A betegek közel harmadánál az első tápcsatornavérzést követő első héten újra fellép a vérzés. Mire otthonába kerül, ennek valószínűsége csökken, mindazonáltal a vérzés esélye továbbra is fenyeget. A varixruptura a májcirrhosis rosszabbodásának, a portalis hypertensio növekedésének egyértelmű jele, mindenképpen rossz prognózist sejtet. Egyes szerzők szerint egy évvel az első varixrupturát követően a betegeknek mindössze körülbelül egyharmada van életben.

A szkleroterápia után három hónappal javasolt megismételni az oesophagogastroszcopiát. A másodjára végzett vizsgálat során ugyanis lehetőség nyílik a varixok elektív szklerotizációjára. Ezt követően háromhavonta javasolt a további ellenőrzés. Ehhez természetesen a beteg megfelelő együttműködésére is szükség van.

– Középkorú férfi betegem étkezései során fellépő gyakori csuklást panaszol. A felső traktus képalkotó vizsgálata során diverticulum jelenlétét igazolták az oesophagus alsó harmadában. Szükség lehet-e sebészi beavatkozásra?

– A nyelőcső-diverticulumok esetében ezek elhelyezkedése határozza meg elsősorban a műtéti javallatot. Míg Zenker-diverticulum esetén a be-

tegek döntő többsége a kifejezett panaszok miatt előbb-utóbb műtétre kerül, addig a középső és alsó harmad diverticulumok esetében csak kivételes esetben indikálunk műtéti beavatkozást, elsősorban súlyos panaszok (dysphagia, a táplálék regurgitációja, légúti szövődmények, fogyás) esetén. A nyelőcső diverticulumainak esetében jelenleg nem áll rendelkezésünkre hatásos konzervatív kezelés. Az említett beteg esetében a műtéti indikáció csak kifejezett panaszok esetén állítható fel.

– Mennyire elterjedtek Magyarországon az előrehaladott stádiumban lévő májcirrhosis esetében végzett különböző söntműtétek? Mi a tendője a házi orvosnak a söntbehelyezést követően hazabocsátott beteg követésében? Milyen gyógyszereket adunk az encephalopathia és a söntelzáródás megakadályozására?

– Söntműtéteket leginkább a májtranszplantációra váró, portalis hypertensiótól szenvedő betegek esetén alkalmazzuk átmeneti megoldásként. Gyakorlatilag elvételre végzik akut vagy profilaktikus szándékkal. A söntképzésnél is előtérbe kerültek az invazív angiológiai megoldások (például a TIPS – transjugular intrahepatic portosystemic shunt).



ESETTÁR

Colitis ulcerosa gyermekkorban

A családorvosi hálózat létrehozásakor számos familia felnőtt és gyermek tagjai számára közös orvost választott. Így történt, hogy egy körzetembe tartozó család gyermekeinek is én lettem a háziorsosa.

Az akkor 12 éves, jól fejlett, normális testsúlyú fiú édesanyja azzal keresett föl, hogy a kisfiúnak négy napja kízó görcsökkel kísért, véres-nyákos hasmenése van. A diéta és a tüneti szerek alkalmazására a székürítés ritkult, megszűntek a görcsök, de továbbra is tompa hasi fájdalomról panaszkodott. Az elvégzett fizikális vizsgálat során enyhe, bal oldali alhasi nyomásérzékenységet jelzett, láza nem volt, nyelve nedves, nem lepedékes. Székletbakteriológiai vizsgálatot rendeltem, mert Salmonella okozta gastroenteritisre gondoltam.

A gyermek másnap reggeli széklete azonban szinte kizá-

rólag élénkpiros színű vért tartalmazott, ezért a tervezett vizsgálat helyett a gyermeket a Szent László Kórház gyermekosztályára utaltam.

Kolonoszkópiával és szövettani vizsgálattal egyértelműen nagy kiterjedésű colitis ulcerosát igazoltak. Az elkezdett szteroid-, szulfasalazin- és folsavkezelés hatására a gyermek panaszai fokozatosan megszűntek, széklete normális konzisztenciájú lett és vérmentessé vált.

A fiatalember a továbbiakban rendszeresen részt vett a kontrollvizsgálatokon, amelyeken minden esetben a klinikai remisszió állapotát véleményezték. Emiatt a gyógyszerek mennyiségének csökkentésére is lehetőség nyílt.

A betegségnek ebben az időszakában történt, hogy a fiatalember elesett, és bal csuklóját eltörte. Néhány nappal később a bal térde kezdett fájni, enyhe ízületi duzzanatot tapasztalt, amelynek a család – a néhány napja történt elesés miatt – nem tulajdonított jelentőséget. Ám a helyi kezelés (antiflogisztikus kenőcs, borogatás) nem enyhítette a fájdalmat, a duzzanat sem csökkent. Ekkor jelentkeztek a rendelőben.

A térdízület duzzadt, a környezeténél melegebb tapinta-



A házi orvos teendői közé elsősorban az alapbetegség kezelése, illetve a szövődmények megelőzése tartozik hepatológus bevonásával. Söntműtét után az elzáródás megelőzésére anti-coaguláns kezelés javasolt (a műtétet követően általában a májfunkció javulását észleljük). A hepatopathia kivédésére diuretikumok óvatos adása, valamint a belek dekontaminációjának elősegítésére laxatívumok (például laktulóz, laktitol) adása javasolt. Az encephalopathia klinikai tüneteinek jelentkezése, illetve kóros szérummamónia-szint esetén indokolt a bélből fel nem szívódó rifaximint (Normix) adni.

– Egyik betegemet a nyelőcső proximális harmadában kialakult Zenker-diverticulum miatt operálták. Egy évvel később ismét jelentkeztek a korábbi panaszok, és a röntgen-, valamint a képalkotó vizsgálatokkal ismét hasonló méretű diverticulumot igazoltak. Lehetséges, hogy nem tökéletesen távolították el? Indokolt-e félelme az újabb műtétől, kételkedése annak eredményességében? Van-e konzervatív kezelési alternatíva?

– A Zenker-diverticulum a pharyngo-oesophagealis szakaszon a felső nyelőcső-záróizom fokozott tónusa, diszfunkciója következtében a cricopharyngealis izom és musculus const-

riCTOR pharyngis inferior között alakul ki. Konzervatív kezelésre gyakorlatilag nincs lehetőség, az általában egyre fokozódó panaszok miatt sebészi ellátást igényel. A megoldást a diverticulum reszekciója és oki terápiaként a cricopharyngealis izomcsoport átmetszése jelenti. A beavatkozás leggyakoribb késői szövődménye a diverticulum újbóli kialakulása (aránya körülbelül 5–10%), amelynek a hátterében, az esetek zömében, a cricopharyngealis izomcsoport elégtelen myotómia áll. Betegének nyugodt szívvel javasolhatja az újabb műtétet, annak morbiditása ugyanis nem tér el lényegesen a primer műtét morbiditásától, a korrekt myotómia pedig megelőzi az újabb recidíva kialakulását.

– Betegemet vastagbél tumor miatt operálták. A daganat eltávolításával egyidejűleg kisméretű, multiplex májjátétek is igazolódtak. A műtétet követő kombinált citosztatikus kezelés hatására a metasztázisok mind a kontroll hasi ultrahanggal, mind CT-vel igazolhatóan teljesen eltűntek. A jövőben kinek a feladata – onkológus, sebész, hepatológus vagy házi orvos – a beteg követése? Maradhat-e terápia nélkül?

– A beteg követése egyértelműen az onkológus feladata.

A második kérdésre – úgynevezett „komplett downstaging”, azaz a metasztázisok eltűnése esetén – már lényegesen nehezebb válaszolni. Ugyanis jelenleg nem állnak rendelkezésünkre kellő klinikai evidenciák, amelyek alapján meghatározható lenne, hogy igényel-e további onkológiai kezelést a beteg, vagy elég-e a rendszeres, szoros utánkötés, esetleg indokolt-e a stádiummegállapításra laparotomiát végezni. Sajnálatos, hogy az onkológiai kezelés befejeztét követően fél-egy évvel sokszor észleljük disszeminált daganatos betegség klinikai képét.

Jelen esetben a morfológiát és a funkciót egyesítő PET-CT vizsgálatot javasolnám elvégezni, csak ezt követően nyilatkoznék a „komplett downstaging” meglétéről vagy hiányáról. Amennyiben ezzel a vizsgálattal sem tudnak tumorrecidívára, metasztázisra gyanús eltérést kimutatni, a szoros utánkötést javaslom.

– Vastagbél daganat májjátéte esetén vannak-e újabb onkológiai – kemoterápiás szerek, neoadjuváns terápia – lehetőségek, ha igen, milyen eredménnyel alkalmazhatók?

– Operábilis májmetasztázisok esetén az ellátás úgynevezett „gold standard”-je a sebészi reszekció, ez biztosítja a

tú, nyomásérzékeny volt, mozgásában korlátozott, fájdalmas. A laboratóriumi leletekben gyorsult vörösvérsejtsüllyedést, leukocytosist, mérsékelt anaemiát találtunk. A reumatológiai konzílium a bal térd arthritisét (synovitis) véleményezte.

„A kezelés lényege az alapbetegség mielőbbi rendezése kell, hogy legyen” elvet követve a fiatalembert kórházba utaltam, ahol igazolódtott a colitis aktivizálódása. Az azonnal megkezdett kezelés (Metypred, Salazopyrin, Folsav majd Salofalk) a folyamat gyors remisszióját eredményezte.

A beteg kezelése azóta is folyamatos, állapota kiegyensúlyozott, ritkán enyhe gasztroenterológiai panaszai vannak, térdizületi gyulladás nem ismétlődött.

A beküldő házi orvos

Kommentár

A hirtelen kezdődő, véres-nyákos székürítéssel járó enterális betegségek esetében a helyes kórisme felállításához gasztroenterológiai (szükség esetén infektológiai) szakkonzílium, illetve megfelelő műszeres vizsgálatok szükségesek. A diéta és a beállított gyógyszeres terápia a betegség gyors remisszióját és hosszan tartó tünetmentességet eredményezhet. A rendszeresen végzett kontrollvizsgálatokkal idejekorán kimutatható a betegség kiújulása.

Az adekvát kezelése ellenére bekövetkezett aktivizálódásra nem egyszer vastagbélben kívüli szövődmények (bőrelváltozások, szemtünetek, aphtosus szájnyalkahártya-fekély, alsó végtagi arthritis) hívhatják fel a figyelmet. Ezeknek a tüneteknek az alapbetegséggel való összefüggésére – amelyet igazol az, hogy az alapbetegség kezelésével megszűnnek – relatív ritkaságuk ellenére is gondolni kell.

dr. Nemesánszky Elemér



legjobb túlélési eredményeket. Az operabilitás meghatározása nemcsak a betegség kiterjedésén, hanem az operátor jártasságán is múlik. Sajnos ma Magyarországon nem minden olyan beteg, akinél rezekábilis májmetasztázist mutattak ki, kerül májsebész elé!

Az elmúlt néhány évben számos új hatásmechanizmusú tumorelles

szer vált hozzáférhetővé a gyakorló orvos számára.

Elsőként említeném a sejtosztódásban szerepet játszó, a tumorsejtek felszínén overexpresszált EGFR (epithelial growth factor receptor) -ellenes monoklonális antitestet, a cetuximabot (Erbix).
Szintén megemlítendő a tumorok

keletkezésének egyik kulcsfontosságú lépését jelentő angiogenezist gátló VEGFR (vascular endothelial growth factor) -ellenes antitest, a bevacuzimab (Avastin).

Másod- és harmadvonalbeli kezelésként jó eredménnyel használják az oxaliplatint (Eloxatin, Oxaliplatin) és az irinotecant (Campto, Irinotecan) is.

VÁRJUK KÉRDÉSEIKET ÉS ESETLEÍRÁSAIKAT!

Tisztelt Olvasóink!

Továbbra is várjuk kollégáink röviden összefoglalt esetismertetőit. Az optimális terjedelem hozzávetőleg 2000 karakter, azaz egy-másfél kéziratoldal. Szívesen közlünk illusztrációként egy-két képet is, a beteg identifikálására alkalmas adatok mellőzésével.

A kórtörténetek bemutatását esetleges hiányosságaikkal együtt a szerkesztőség tudatosan vállalja. Célunk nem a szakmai irányelvek hí tükrözése, hanem a mindennapi

gyakorlat tanulságainak levonása és továbbgondolása. Az eseteket név és cím nélkül jelentetjük meg.

Számítunk kérdéseikre és esetleírásaikra!
dr. Kramer Imre rovatvezető

Kérjük, hogy levelüket az alábbi címre küldjék:
DR. KRAMER IMRE
Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Postafiók 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu

Tervezett témák és szakértőik:

Incontinentia,
prof. dr. Romics Imre,
prof. dr. Rákóczi István
Kardiológia: szívelégtelenség,
dr. Czuriga István

A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.



HÍR

A MAGYAR DERMATOLÓGIAI TÁRSULAT 80. NAGYGYŰLÉSE

Időpont: 2007. december 12–15.

Helyszín: 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4. Semmelweis Egyetem, Nagyvárad téri Elméleti Tömb.

Fő témák: Általános bőrgyógyászat, dermatoonkológia, bőrgyógyászati immunológia, dermatoinfektológia.

Tudományos információ és szervezés: dr. Gyulai Roland, Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika; 6720 Szeged, Korányi fasor 6. Telefon: (62) 545-254.