

SANO

JARKOLEKTO 1992

NUMERO 2

ĈEĤA ESPERANTO-ASOCIO

SANO – jarkolekto 1992 – numero 02 - Ĉeĥa Esperanto-Asocio

Cirkulero de medicinistoj, farmacistoj, geflegistoj kaj ruĝkrucaoj kaj de tiuj, kiuj interesiĝas pri medicino

Eldonas: Ĉeĥa Esperanto-Asocio, medicinista sekcio, Jilská 10, Praha 1 – kvarfoje jare kiel aldono de asocia gazeto Starto

Redaktas: MUDr Josef Hradil, Družstevní 1161, 29501 Mnichovo Hradiště 718, ĈSFR
Grafika kunlaboranto : Jiří Hanousek, Liberec

KIAMANIERE ABONI NIAN CIRKULERON ?

Vi povas mendi nian bultenon ĉe la perantoj en viaj landoj, aŭ rekte ĉe la eldonanto - Ĉeĥa Esperanto-Asocio.

Abonprezo en Ĉeĥoslovakio - 32,- Kč/jaro

Abonprezo en eksterlando - 10,50 NLG/jaro aŭ egalvaloro

PERANTOJ:

BULGARIO: Stojĉo CANKOV, p.k. 208, BG-7000 RUSE

ĈSSR: ĈEĤA ESPERANTO-ASOCIO, Jilská 10, 110 00 PRAHA

HUNGARIO: VIGH Lájosné, Tabnorhély ut. 4, H-1149 BUDAPEST

JAPANIO : Saburo YAMAZOE, 371 Maebashi-shi, Iwagami-Machi 4/8/9 GUNNA-KEN

POLLANDO: Helena Wegrzyn, ul. Barbary i Bogumila 15/6, PL-62-800 KALISZ

SOVETUNIO: N. SIGAJEV, Posadskaja 18-3, SU-450014 UFA

UEA : UNIVERSALA ESPERANTO_ASOCIO. Nieuwe Binenweg 179, BJ 3015 ROTTERDAM, NEDERLANDO

USA : BERN WHEEL, BOOKS, 834 WENOAH, Oak park, IL 60304

Redaktas: MUDr Josef Hradil Družstevní 1161, CS-29501 Mnichovo Hradiště ĈSFR

RECENZOJ

Fleischmann R., k.a. Stresa ulkuso Chir. Praxis 43,1991,1,11-20

Stresaj lezoj de stomaka epitelio estas akutaj, surfacaj difektoj, pliparte multoblaj, kiuj troviĝas kutime en la areo de fundo aŭ stomaka korpo, malpli ofte en antro kaj duodeno. La ĉefa simptomo estas sangumado en stomakon kaj duodenon, kiuj nur malofte manifestiĝas per hematemezo. Karakteriza estas cirkulada nesufiĉeco, gudroaspekta fekaĵo, en aspiraĵo de stomako sondilo oni trovas hematinon aŭ freŝan sangon. Amplekso de sangumado estas grava prognoza faktoro. La stresa ulkuso aperas preskaŭ ĉe 100% da malsanuloj kun vastaj brulvundoj (pli ol 1/3 da korpa surfaco). Granda risko de ĝia apero estas malsanuloj priŝarĝitaj per politraŭmo, ŝoko, organa nesufiĉeco, vundoj de kranio kaj cerebro kaj sepo.

Profilakso kaj terapio:

1. redukto de agresivaj faktoroj kaj plialtiĝo de PH de stomaka suko super 3,5.

2. Ŝirmo de protektivaj mekanismoj per intensiva kuracado.

3. Klopodo la plej ebla frua apliko de entera nutrado. / Estas uzataj antacidoj kaj H2 blokatoroj. Kontinua apliko de infuzoj ŝajnas esti pli efika, tamen ĝi estas priŝarĝita per apudaj pli oftaj simptomoj. Kombinaĵo de ranitidino kaj antiĥolinergiko ŝajnas subpremi stomakan sekreciacion kaj acidon pli bone ol la sola substanco. Sucralfato ŝirmas epitelon. Ĝi estas aplikata en likva formo dum 6horaj intervaloj. Pirenzepino estas aktiva antiĥolinergiko specifa por M1-receptoroj. Dum profilakso de sangumado estas ĝia efiko pli malgranda. Ei pruvigis precipe ĉe altigita enkrania

premo. Prostaglandinoj havas eble la saman efikon kiel antacidoj. Nove estas provataj saloj de bismutio. Kuracado de sangumantaj stresaj ulkuso: tiujn limigitajn oni povas kuraci endoskopie per fibrina gluaĵo kun sekva altigo de pH al 7 kaj pli. Tion oni atingas plej bone per omepraŭolo en dozo de 80 mg envejne kaj sekva apliko de 40 mg en okhoraj intervaloj. Pli frue estis aplikataj grandaj dozoj de antacidoj. Se oni ne sukcesas, oni povas provi somatostatinon, glicilpresinon aŭ sekretinon. Unuopajn lezojn oni povas ĉirkaŭinfiltri per enpiko kaj realigi selektan vagotomion proksimalan. Ĉe multlokaj sangumantaj lazoj iam estas necesa gastrektomio aŭ sen vazigo de stomako. Iam oni povas sukcesi per embolizo de maldekstra stomaka arterio. Al komplikajoj de tiu kuracado apartena risko de penŭmonio, tamen eble kun uzo de sucralfato estas malpli granda.

Braun al. Ĥirurgia kuracado de ĥronika obstipo, Chirurĝ / Berlin/ 62,1991,2,103-109.

Idiopata ĥronika obstipo estas plejparte regebla konservative. Soleckaze necesas interveni ĥirurgie. La aŭtoroj operaciis 70 malsanulojn /26 virojn kaj 44 virinojn/ de meza aĝo 44,7 jĵ (16-79). Anamnezo laŭ malfacilaĵoj daŭris meze pli ol 18 jarojn. Meza frekvenco de defekado estis 1,2-1,4 semajne. Ĉe 26 malsanuloj oni faris hemikolonektomion ĉe 25 subtotalan kolonektomion kun cekorektumostomio kaj ĉe 4 internan musklotomion. La plej ofta komplikajjo ileuso el ileorektumostomio (37,5%) kaj ĉe cekorektumostomio (28%). Kun la rezulto de la operacio ne estis kontentaj post resekcio de sigmoido 6 (29%). post maldekstra hemikolonektomio plu daŭris obstipo ĉe 5 el 24 (21%), ĉe cekorektumostomio ĉe duono. Post ileorektumostomio estis kontentaj pri la rezulto ĉiuj (n7). Operacia morteco estis 3,3%. Parta resekcio de sigmato estas rekomendebila nur ĉe malgravaj formoj de obstipo aŭ en kazo de reĉidivoj de sigmata volvulo. Ĉe gravaj formoj estas metodo de elekto ŝajne kolonektomio kun ileorektumostomio. Memkomprene alta morteco postulas zorgeman elekton de la paciento.

Kaizer W, Gerstenberg E. **Volvulo en gastrointesta traktuso.** Chir. Praxis,43,1991,1,21-32

Tordo de abdomenaĵoj estas en landoj de okcidenta Eŭropo kaj en Usono tre rara okazaĵo. tamen ĉe 50% de ĉiuj intestaj stopiĝoj estas de tia deveno. Mankas spertoj ĉirilataj kaj surpriza operacia konstato povas poste gvidi al neadekvata operacia procedo. Kiel volvulo de stomako estas signataj ĝiaj abnormalaj rotacioj pli grandaj ol 180gr. Volvulo povas en malpli granda nombro da kazoj sin prezenti kiel primara formo, sed plikaze ĝi estas sekundara. Simptomoj: naŭzo aŭ vomito, fortaj epigastiaj doloroj, grandiĝo de epigastrio. Enkonduko de stomaka sondo estas maksimume problema ĝis nebla kaj definitiva diagnozo baŭas en rentgena esploro. Pro ebleco de strangulo ĝis obstrukco apartenas volvulo al aubitaj abdomenaj okazaĵoj, kiuj postulas tian laparatomion. Eblaj komplikajoj de volvulo: stomakfermo, ĝia iskemio, sangumado, event. perforo kun sekva peritonitito, pulmaj atelektazoj ĝis penumonitoj, rupturo de lieno ĝis ŝoko. Ĉe volvulo de maldika intesto venas malfacilaĵoj laŭ lokiĝo malrapide aŭ akute, difuze aŭ loke. Apartenas al ili leŭkocitozo, febro kaj taĥikardio, kiuj en tiu komplekso pova jam atesti pri iskemio. Reskeci oni devus nur devinitive iskemiajn partojn de la intesto. Ĉe volvulo ni diferencas gangrenozan, obstrukcan kaj recidivantan formon kaj 80% da ĉiuj volvuloj de dika intesto trairas akute. Kuracado bazas enkonduke en endoskopia detordo, kiun oni povas realigi nur post eligo de perforacio. Tamen detordon sekvas ĉe 40% da kazoj poste recidivo, kaj poste rezultas metodo de elekto nur operacio.

Siewert J.R. al. **Ŝanĝo de frekvenco de operacioj en ĝenerala ĥirurgio.** Chirurĝ. Berlin,61,1990,12,855-863

Estis farita enketo, kiu realiĝis en klinikoj kaj hospitaloj, kiuj havas rajton eduki en BRD kaj temis pri la stato en la jaroj 1969,1979 kaj 1989. La plej oftaj operacioj estis en la jaro 1969 - 39787. 1979 - 41206. 1989 - 40602.

Per analizo oni povas konstati, ke nombro da operacioj restas proksimume sama. Okulfgrapa estas malgrandiĝo de nombro da apendektomio, sekve pro kritiko de ofte neserioza starigo de diagnozo kaj indiko, plue plibonigo de diagnozo, precipe sonografia. Daŭre estas pinte operacioj de hernio, kion evidente kaŭzas plilongiĝo de vivaĝo kaj per tio ĝia pli ofta apero. Ne ŝanĝiĝas frekvenco de ĥolecistektomioj, ĉar la novaj ebloj de kuracado per litripsio kaj litolizo ankoraŭ ne kutimas. Malgrandigon de nombro da mamektomio kaŭzas transgvido de tiaj operacioj al ginekologoj.

Malgrandiĝis ankaŭ nombro da operacioj pro stomakulkusoj, precipe distala resekcio, sekve de pliboniĝantaj ebloj de ilia konservativa kuracado. Paralele grandiĝas nombro da operacioj pro karcinomo de sigmato aŭ rektumo. Ĝi epidemiologie kreskas. Okulfrappe nombriĝas ankaŭ operacioj de peritonitito, kiu atestas pri pli grada radfikaleco ĉe tiu malsano. La frekvenco de operacioj dum la sama tempoperiodo en hospitaloj kun rajto de edukado estis sekva:

1969 - 409537. 1979 454187 . 1989 473692.

Ĉi tie jam la ŝanĝoj ne estas tiom evidentaj. Interesas, ke nombro da ĥolecistektomioj pligrandiĝas. Ĥirurgio de mamo restas ankoraŭ taga pano de la ĥirurgo. Evidente grandiĝas la nombro da kolonorektumaj operacioj. Kresko da nombro da operacioj de galvojoj eble dependas de manko da endoskopologoj. Sume oni povas konstati, ke prognoze favoraj operacioj ĉe benignaj kazoj enkadre de gastroenterologia ĥirurgio (ulkuso, galveziko) maloftiĝas. Tio povas kaŭzi pli malgrandajn spertojn de novaj ĥirurgoj. Aliflanke kreskas urĝentaj operacioj de peritonititoj aŭ pankreatitoj (cca 2,5ĉ) kaj en kvanto kaj en kvalito. Eĉ ĉi tie gravas la sperteco de la ĥirurgo. tio ĉio gvidas al grandiĝanta bezono de kuracado intenzive-ĥirurgia, tamen ĝi devas esti planata por la estonteco.

Bockmann U. aliaj - **Substituo de stomako post gastrektomio - spertoj kun Roux-Y-anastomozo.**

Akt.Chir.25,1990,6,254-256

Ĉe 134 malsanuloj pro karcinomo de stomako pliparte, realiĝis reconstruo de pasaĝo per Roux-Y-anastomozo. Postoperacia morteco estis 14,1% kaj ĝia kaŭzo estis steba malsufiĉeco (6), kardiorespira malsufiĉeco (5), pulma embolio (4) kaj solece aliaj kaŭzoj. Komplikaĵoj estis observataj en 47% . Temis precipe pri pnemonito (16,4%), pankreatito 5,9% , enabdomenaj abscesoj (5,9%), malfgrua sangumado kaj malsufiĉeco de duodena stumpo (po 3,8%) kaj rare aliaj. Moreteco kaj frekvenco de komplikaĵoj respondas al apero de ili dum realiĝo de aliaj reconstruoj. Tamen ĉar la tekniko de Roux-Y-operacio (anastomozo) estas la plej simpla, ĝi estas preferata.

Moschinski D. aliaj : **Kritiko al resekcio de stomako kaj gastroenterostomio laŭ Roux dum kuracado de ulkusa malsano.** Akt. Chir.25,1990,6,249.

Dum resekcio de stomako kun mallonga alkonduka maŝo (Polys-Reichel) ofte aperas karcinomo de stumpo. tia oni preferas anastomozon laŭ Roux-Y. Tamen post ĝi aperas ulkusoj. La aŭtoroj operaciis per tiu metodo 30 malsanulojn, el kiuj povis esti kontrolataj 29. Unu mortis pro alia malsano. Kontrolo realiĝis meze post 4 jaroj. Ĉe 7 oni konstatis recidivon de ulkuso endoskopie kaj histologie. El tio estis 5 fumantoj. Laŭ anamnezo estis konstatita abuzo de salicilaj analgetikoj. Unu malsanulo kun konstatita peptika ulkuso de duodeno post operacio antaŭ 6 jaroj estas plene sen malfacilaĵoj. Ĉe 4 malsanuloj oni konstatis relative grandan reston de stomako. Laŭ klasifikado de Visick oni povis 66% vicigi en la grupon Visick I/II, ĉe unu temis pri Visick III kaj 31% apartenis en grupo Visick IV. Ĉe neniuj el 29 estis manifestiĝo de dumpinga sindromo. El la cititaj sep estis kvar operaciitaj. Dufoje realiĝis re-resekcio kun konservo de Roux-Y-anastomozo kaj dufoje okazis transformo al BII kaj enteroanastomozo laŭ Braun. Ĉe tri aliaj estis recidivo sukcese kuracita konservative. Ofteco de 24% recidivoj ne kontentigas. El konstatoj konkludas la aŭtoroj-

1. Roux-Y-anastomozo ne konvenas ĉe ulkusoj kun hiperacideco
2. se oni jam faras ĝin, necesas realigi subtotalan reskecon ev. eventualan aldonan vagotomion por limigo de sekrecio de acido en resto de stomako
3. sporade oni povas post pli fruaj operacioj malkovri ekeston de gastrito kiel sekvon de plialtigita reflukso de galacidoj. Roux-Y-anastomozo povas mildigi tiajn malfacilaĵojn.
4. Malferma restas problemo de apero de karcinomo de la duodena stumpo kaj ĝia prevento. Necesas postuli, ke 15 jarojn post la operacio oni faru regule jare endoskopian kontrolon kaj nur tiam oni povos diagnozi fruajn stadiojn de la tumor.

Schmidt-Decker S. aliaj : **Frekvenco kaj lokiĝo de kolonorektumaj karcinomoj kaj adenomoj ĉe 4109 pacientoj.** Dtsch.med.Wachr,115/1990,19,1819-1824.

Karcinomo de dika intesto en industriaj ŝtatoj de okcidenta Eŭropo estas la plej ofta kaŭzo de

morto. Spite altiĝantan kaj morbecon kaj mortecon oni versimile jam ne plu povas tre plibonigi iamaniere prognozon de tiu malsano, ĉar terapio per helpo de ĥirurgio, aktinoterapio kaj ĥemoterapio jam montras fiksitajn nivelojn. Tiam hodiaŭ same kiel pli frue decidanta signifon havas frua diagnozo, ĉe kiu ĉefrolas diagnoza kaj terapia kolonoskopio. Dum lastaj jaroj daŭre pli ofte troviĝas en centro de atento ebleco de maligna degenero de adenomo. ZTerapia kolonoskopio kun forigo de adenomo signifas tiom, kiom profilakso de kracinomo. La esploro temis pri 2257 virinoj kaj 1852 viroj de meza aĝo 60 j., ĉe kiuj estis realigita dum la jaroj 1982 ĝis 1987 alta kolonoskopio. Ĉiuj pacientoj estis retrospektive taksataj: antaŭ ĉio temis pri klarigo de lokiĝo de kolonorektumaj adenomoj kaj karcinomoj kaj ĉefe pri taksado de rilato inter karcinomo kaj adenomo. Ĉefa indiko por kolonoskopio estis ĉe ambulanca kolonoskopio en 15,4% konstatitaj polipoj kun 11,3% abdomenaj doloroj kaj 11,2% ŝanĝoj de defekadaj kutimoj. Ĉe 752 pacientoj estis diagnozitaj entute 1273 kolonorektumaj adenomoj kaj ĉe 354 karcinomoj. Entute 21,6% de adenomoj kaj 21,4% de karcinomoj estis lokiĝintaj proksimale de dekstgra fleksuro/ ĉe 75 (42,4%) pacientoj el 177 kun samtempe ĉeestanta adenomo kaj karcinomo lokiĝis ambau mneoplasmoj en la sama parto de la intesto. Kun pligrandiĝanta grandeco de adenomoj altiĝis graveco de tiu displazio, 52 (41%) jam montris signojn de maligna degenerado, el tio 7,7% da adenokarcinomoj estis 5 ĝis 10 mm grandaj. Altiĝanta frekvenco de dekstre lokiĝintaj tumoroj atestas por primara uzo de totala kolonoskopio por diagnozado de kolonorektumaj tumoroj.

Ragusa T. Ademek L. : **Divertikulito - patogenetikaj kaj epidemiologiaj aspektoj.**
Akt.Chir.25,1990,5,198-204

Malsaniĝo de intesto per divertikulozo havas kvar gradojn de graveco: divertikulozo - divertikulito - peridivertikulito kiel signo de surmura flegmono - perikolonito surbaŭe de perforiĝo. La unuajn du gradojn oni kuracas konservative, aliajn du ĥirurgie. En patogenezo de divertikulito oni povas observi sekvajn karakterizajn stadiojn: 1. plifortigon de musklotavolo de kolona muro
2. pligrandiĝon de motileco de tenioj
3. malvastiĝon de divertikula kolo kaj enŝtopiĝon per fekaĵo en ĝi
4. penetron de inflamo per epitela bariero kaj ĝia disvastiĝo en perikolonon eĉ ascende en laŭlonga direkto.

Homoj kun divertikulozo ekmalsanas per divertikulito dum 5 jaroj, post 10j ĉe 25% kaj post 20j ĉe pli ol 35%. El la malsanuloj eble 25% subiĝas al la operacio. Kiam la malsano transiras en la trian stadion, ĝi ne povas esti haltigata kaj per dieto kaj per medikamentoj. Jam en kadro de la unua atako ĉe 20-22% aperas komplikaĵoj kaj en kazo de pliaj atakoj estas tio jam pli ol 50%. La plenan sanstaton post traire de la unua atako oni povas atingi nur ĉe 10% da liracotak/ Ĵrpgredp daŭras kaj la stato ne boniĝas eĉ post fondo de stomio. Eĉ ĉe tiuj malsanuloj, kie fondo de stomio sukcese stabiliĝis post ĝia enmergiĝo en 65-75% aperas denove signoj de divertikulito kaj komplikaĵoj. Ili komencas jam per peridivertikulito, kiu en sukcesa kaŭzo manifestiĝas kiel ileuso, fistulo, absceso aŭ (rare) kiel sangumado. En nefavora kazo ni vidas sepsan staton post perforaĵo, kaj nerare post unua atako. Komplikaĵoj okazas precipe ĉe junaj homoj. 20-25% da ĉiuj operaciaj indikoj trafas malsanulojn en la aĝo 35-50j, kvankam divertikulozo estas trovata nur en 1-10% . Dum ĉe pli maljunaĝaj ol 50j estas meza intervalo inter konstato de diagnozo kaj apero de komplikaĵoj pli ol du jaroj, ĉe pli junaj personoj temas pri 5,4 monatoj. Spite ĉiujn progresojn en tekniko, materialo kaj tutecaj kuracmetodoj, la risko de operacioj de divertikulozo dum lastaj 22j tute ne ŝanĝiĝis. Morteco de alte aktuaĵaj kaj sepsaj statoj ja malgrandiĝis, tamen la stato ne ŝanĝiĝis ĉe ordinaraj kazoj. Risko pligrandiĝis dank' al tio, ke al ĥirurgo venas ĝis statoj urĝaj. Rilato de elektitaj intervenoj al urĝaj malgrandiĝis de 5:1 al 2:1, sekve morteco transiris 5% . El la citita konkludiĝas, ke resekcio devus esti farata jam en stadio de predivertikulito. Por konstato de la diagnozo kontribuas hodiaŭ krom rentgeno ĉefe sonografio (fenomeno de kokardo). Operacia kuracado baŭas en resekcio de trafita parto. Kutime oni operacias unuetape sen fondo de stomio. Se okazis en direkto al rektumosigmoida transiro malvastiĝo, necesas tutan musklaron sen epitelo transtranĉi en loko de libera tenio. Grava estas eltranĉo de neinflamitaj divertikuloj en proksimeco de anastomozo. Grava estas eltranĉo de neinflamitaj divertikuloj en proksimeco de la anastomozo. Tiujn oni

envertas internan kaj ligaturas. samtempe oni faras transverson musklotomion de liveraj tenioj en distanco de 2cm. Per tio oni atingas normalan haŭstradon kaj motilecon kaj oni tiel baras ekeston de malfacilaĵoj. Risko de selektiva operacio samas al ĥolecistektomio. Spite ĉiujn klopodojn tamen restas ĉe 5% de malsanuloj operaciitaj malfacilaĵoj. Ĉe 14% okazas plua kreado de divertikuloj kaj ascendo de la inflamo. En 10% -11% kazoj okazas dum 5-10jj nova operacio.

Sauer R. Popp F.: **Kuracado per radiado de malgrandaj karcinomoj de mammo post konservativaj operacioj de mammo pro karcinomo.** Akt.Chir,42,1990,4,585-598

Konservativa terapio de malgrandaj mamaj karcinomoj estas nun egalvalora alternativo por mastektomio. Necesas distranĉi aksilon kaj procedi ekzakte, realigi detalan histologian esploron kaj plani terapion per radiado. Indiko por konservativa operacio, kiu plenforme respektas mamon, estas tumoroj malpli grandaj ol 3cm. Klinike per palpado manifestiĝantaj limfonodoj ne limigas indikon por konservativa operacio. Absoluta kontraŭ indiko estas multicentra karcinomo kaj trovo de difuzaj mikrokalcifaĵoj. Relativa kontraŭindiko estas nefavora situo de la tumor (suv areolo, malgranda mammo) kaj mammo tro granda, ĉe kiu oni ne povas sukcese traradiadi. El kosmetikaj kaŭzoj elektas iuj virinoj prefere mastektomion kun sekva plastiko de la nova mammo. Riĝsko de recidivo post nura tumorektomio sen iradiado estas 30% . Problemo de sekura limparto ankoraŭ ne estas unuece pritaksata. Ŝajnas, ke tro ampleksa sekura limparto ĉe kvadranta reskecio ne havas pizitivan influon por problemo de transvivo sen recidivo. Por bona kosmetika aspekto estas la plej favora solvo simpla aŭ vasta eltranĉo. Se dum histologia ekspertizo oni konstatas, ke la tumor atingas ĝis la rando, necesas realigi retranĉon - tial la limo de tumora situaĵo estas signita per klipsoj. Post resanigo de la vundo necesas starti kuracadon per radiado dum 2-6 semajnoj. Kutime oni aplikas 50 Gy en dozoj po 2 Gy tage kvinfoje semajne, ĉe histologie riskaj faktoroj oni aldonas ankoraŭ 10 Gy perhaŭte per elektronoj aŭ per implanto de iridio.

Ell Ch. kol. - **Piezoelektra litotripsio: disbato de ŝtonoj kaj observo de rezultoj ĉe malsanuloj kun simptomaj galŝtonoj.**

Gastroenterologio99,1950,5,1439-1444

Oni povas disbati galŝtonojn per eksterkorpa litotripsio per ŝoka ondo. La ŝoka ondo povas esti kaŭzita piezoelektre aŭ elektromagnete. Cento da simptomaj pacientoj kun nekontrastaj ŝtonoj laŭ rtg esploro de glaveziko estis kuracitaj helpe de piezoelektra litotriptoro. Disfalo de la ŝtono okazis en 99%. Maksimuma grandeco de fragmentoj estis 5,1mm. Se unu ŝĝtono estis pli granda aŭ egalis al 20mm estis fragmentoj 5,8mm kaj multoblaj ŝtonoj havis fragmentojn 6,2mm. Neniu el pacientoj bezonis anestezion, analgetikon, eĉ ne sedativon antaŭ la kuracado aŭ dum ĝia trauro. La pacientoj senigitaj de ŝtonoj estis observitaj dum 4-12 monatoj. Pli gravaj apudaj reakcioj (ĵolestazo kaj pankreasito) ĉeestis en 3%. Temis pri ŝtopiĝo de komuna ĥoledoĥo. Ĉe tiuj 2 malsanuloj estis necese realigi ERCP Ĥendoskopia retrograda biligrafio) lige kun endoskopia sfinkterotomio. Piezoelektra ondo estas sendanĝera, efika por disbato de galŝtonoj ĉe homoj. Perorala kuracado de glaŝtonoj post litotripsio estas rekomendata ĉe sliteroj de 2cm kaj pli grandaj.

Moy C.S. aliaj: **Morteco ĉe insulinda diabeto** Ciruclation,82,1990,1,37-43

Fumado da cigaredoj estas granda riska faktoro por morto, ĉefe surbaze de korvazaj malsaniĝoj. Validecon de tiu faktoro observis la aŭtoroj prospective de la jaro 1981. Tiuj estis registritaj pro sia malsano en la tempoperiodo inter 1950-64j. La sanstato povis esti taksata ĉe 98% el 548 pacientoj, kiuj vivis la 1-an de januaro 1982. Dum 6jara periodo mortis 54 pacientoj (32 viroj kaj 22 virinoj). Forta fumado prezentis signife sendependan prognozon ĉe virinoj, tamen ne ĉe viroj. El tio rezultas, ke necesas bari al granda fumado ĉe cititaj diabetikuloj, precipe ĉe virinoj.

Hueblein R. aliaj: **korkrona vazomalsano post transplantado de la koro**

Z.Kardiolo79,1990,75

Longtempa transvivo post kortransplanto estas pliparte dependa de ekesto de ŝanĝo de 144 transplantitaj pacientoj, kiuj estis observitaj minimume dum 4jaroj, esti korkrongrafe observita apero, prognozo kaj tipo de tiuj ŝanĝoj. Apero kreskis kun elkreskanta tempa distanco ek de la

transplanto kaj faris post 3 jaroj 29%. Entute 37,5% da pecientoj tute ne havis tiujn ŝanĝojn, ĉe 12,6% estis tiuj ŝanĝoj minimumaj, tamen ĉe 50% tre gravaj. Dominantis lezo de ĉiuj tri korkronaj areterioj. Nombro da akutaj rejektoj de la koro estis ankaŭ ĉe korkronaj vazopatioj altigita. Kontraŭe tiuj vazaj okazaĵoj estis neniel influitaj de eventuala citomegalovira infektiĝo, kiu gvidus al neceso de kortransplanto.

Simoons M. J. aliaj: **Longdaŭra efiko de frutempa trombolizo ĉe pacientoj kun akuta infarkto de miokardio**: Kvinjara observado de nederlanda interuniversitata kardiologia instituto. J. Amer. Coll. Caridol 14,1989,7,1609-1615.

Malsanuloj (n=533) kiuj partoprenis en cititia studo estis observataj dum kvin jaroj. Kvinjaran transvivan post trombolizo per enkoronaria streptokinazo oni notis ĉe 81% (269) pacientoj, kompare kun 71% pacientoj kuracataj per konvenciaj metodoj. La plej granda nombro da transvivoj estis notita ĉe pacientoj kun antaŭa infarkto (64%), ĉe pacientoj kun kora misfunkcio dum akcepto en hospitalon, kaj ĉe pacientoj kun vastampleksa reinfarkto dum hospitaligo. Ejekcia frakcio de maldekstra kamero estis pli bona ĉe pacientoj kun kuracado de trombolizo ĉe dimisio ol ĉe konvencia kuracado. en hospitalo ĉe transvivantulo estis la longdaŭra rezulto dependa de funkcio de maldekstra korkamero ĉe dimisio, kaj nur malgrandparte de tio, kiu koronaria arterio estis trafita. Komeca terapio, t.e. trombolizo aŭ konvencia kuracado ne estis dependa faktoro dum transvivo, ĝis kiam estis konsiderata stato de koronariaj arterioj kaj funkcio de malsekstra kamero dum dimisio. Oni povas diri, ke efikeco de trombolizo estas donita per savo de miokardio. Reinfarktoj dum 3 sekvaj jaroj estis pli oftaj ĉe pacientoj kuracitaj per trombolizo, precipe ĉe pacientoj kun infarkto de posta muro kaj ĉe tiuj kun pli 90% per stenoza trafitaj arterioj dum dimisio. Angioplastiko kaj ĥirurgia kuracado estis ĉe pacientoj kuracitaj per trombolizo. Dum 5jj proksimume 40% da pacientoj en ambaŭ grupoj vivis sen reinfarktoj aŭ aliaj necesaj revaskularazacioj. La observado atestas pri tio, ke la efiko de trombolizo postrestas je pluaj 5 jaroj. La kuracado de trombolizigitaj pacientoj post dimisio ne devas diferencii de kuracado de "konvenciaj" pacientoj.

Mohasci P. aliaj: **Citomegalovirusa infekto - ofta kaj timiga komplikaĵo ĉe pacientoj kun kortransplanto**. Ther. Umsch,47,1990,2,157-163.

Infektoj estas apud rejektoj la plej ofta kaŭzo de morbeco kaj morteco dum unuaj du jaroj post transplanto. Frekvenco de tiuj infektoj rekte proporcias al intenseco de samtempe aplikita imunosupresiva terapio. Infektaĵo povas enkorpiĝi kune kun la transplantita koro aŭ per transfuzo, aŭ ĝi povas okazi kiel reaktivado de endogenaj bakterioj. Studaĵo el 12 transplantaj centroj kompilis entute 385 pacientojn kun kortransplanto, kuracataj per imunosupreso inkluzive ciklosporino A. Komplikitaj infektaj malsanoj estis konstatitaj ĉe 58% da malsanuloj kaj en 5,2% ili finiĝas per morto. El bakterio estis la plej oftaj stafilokokoj, gramnegativaj enterokokoj kaj nokardioj, el ŝimoj aspergilo, kandido kaj kriptokoko, kaj el virusoj citomegaloviruso, simpla herpeso kaj "penŭmocistis carinii". Citomegalovirusa infekto apartenas en la populacio al la plej oftaj kaj oni supozas, ke pro ĝi ekmalšanas dum vivo proksimume 80% da homoj. Antaŭ nuraj 20 jaroj estis citomegaloviruso konata preskaŭ nure an ginekologio kaj pediatrio, ĉar gravedulinoj eligas tiun viruson per urino aŭ per cervika sekreto kadre de graveda hormona ednogeno reakcio. Grandiĝo de signifo de tiu ĉi viruso datiĝas ekde kresko de nombro da kortransplantoj kaj ĉefe ekde komenco de AIDS erao. Laboratoria identifiĝo de tiu ĉi patogeno estas tre malfacila. Pruvo okazas aŭ per rekta ekkono de la viruso, aŭ nerekte: histologie, citologie aŭ serologie. Antaŭ nuraj kelkaj jaroj estis morteco pro tiu malsano alta. Pliriĉigon de terapio alportis "Ganciklovir", kiu estas en histaj kulturoj 100ĉ pli aktiva ol "acilovir" kaj krome efikas ankoraŭ 5 pliaj virusoj el herpesa grupo. Spite mjelotoksan aktivecon estas apliko de "ganciklovir" ĉe citomegalovirusa infekto rajtigita, ĉar ĝi priminacas vivon. Tamen dum lastaj jaroj estis ekkonitaj en tiu vidpunkto jam rezistaj genoj. Terapian efikon havas ankaŭ CMF-hiperimuna globulino kaj "citotest".

rememoriga ceremonio pri D-ro Hideo Shinoda.

La 1-an de decembro 1991 okazis la 90-a datreveno de la naskiĝtago de D-ro Hideo Shinoda, forpasinta antaŭ ses jaroj. Li estis antaŭa honora prezidanto de Universala Medicina Esperanto-

Asocio (UEA), direktoro de Shinoda ĝenerala hospitalo en Yamagata (Japanio) kaj fondinto de Shinoda UMEA-premio. Li prezure vojaĝis eksterlanden kaj ofte prelegis esperantlingve. Tiel li ne nur popularigis la plej novajn metodojn kaj inventojn en medicino, ne nur propagandis la internacian lingvon, sed li klare montris ĉiajn eblecojn esprimi la plej grandajn kaj nuntempajn detalaĵojn en kampo de medicino.

Admirante la grandegan kontribuon de D-ro Hideo Shinoda por la medicina Esperanto-movado, la japanaj membroj de UMEA organizis la ceremonion. Kunorganizantoj estis Yamagata esperanto-klubo kaj subtenantoj - urbo Yamagata, medicinaj asocioj de Gubernio Yamagata kaj de urbo Yamagata. La kunvenon, la 8an de decembro, dimanĉe, gvidis D-ro Kunii Hyotaroo. Vaste, konvinke kaj bonkore akceptite de ĉiuj ĉeestantoj, pri Esperanto-movado en Yamagata kaj pri esperanta aktiveco de D-ro H. Shinoda, parolis s-ro Nagaoka Ziro, prezidanto de Nord-orienta Esperanto-Ligo, estrarano de Japana Esperanto-instituto, prezidanto de Yamagata Esperanto-klubo kaj delegito de UEA. Oni tralegis skrtibe senditajn salutparolojn de prof. S. Yamazoe, kasisto de UEMA kaj de D-ro Wl. Opoka, ĝenerala sekretario de UMEA. Sinjorino T. Shinoda, la edzino de D-ro H. Shinoda, malkovris la memortabulon. La ĉeestantoj kliniĝis antaŭ la memoro de bedaurata D-ro H. Shinoda. Post la paŭzo prelegis esperantlingve kun paralela japana traduko: D-ro Imre Ferenczy - prezidanto de UMEA: "Kontribuo de D-ro Hideo Shinoda al medicina fako en Esperantujo". Sekvis prof. D-ro H. Shinoda 0 ekzemplo sekvi la Zemenhofan testamenton. Post la tagmanĝa-bankedo okazis amika kunsido, dum kiu estis prezentitaj lumbildoj pri Bulgario.

INFORMOJ

Nove aperis "SANFAVORA VIVMANIERO" - kolekto da sciencaj prelegoj eldonita kaj havebla ĉe Bulgara Esperanto-Asocio, presita en firmao "pres/Esperanto" en Sofio, BG-1303, "Ĥr. Botev" 97.

Informo kaj propono el Belgio" post anonco en "Esperanto", oficiala organo de Universala Esperanto Asocio (febr.89,p.39) pri lia teksto "La estonteco de la medicina profesio je la servo de la homo", D-ro Ph. Schepens, ĝenerala sekretario de Monda Federacio de Kuracistoj, kiuj respektas la Homan Vivon (MFKRHV), mire ricevis plurajn informpetojn el diversaj landoj. MFKRHV estas 250000/membra organizo, kies trimonata bulteno estas eldonata trilingve (angle, france, hispane). D-ro Schepens pretas dediĉi al esperanto angulon en ĝi, se sufiĉe da esperantistoj interesiĝos pri tiu bulteno. Eblas alskribi lin en Esperanto. Tamen medicinisto, kiu kontaktos D-ro Schepens bonvolu ĉiam mencii, kiun el la tri lingvoj li kapablas legi. Kunlaborante kun neesperantista medio, ni neniel klopodu fanatike esperantigi ĝin. Male, ni strebu vekti intereson per aktiva pozitiva kunlaboro uzante i.a., sed ne nur, Esperanton. Lasta demando: kiu pretus transpreni la prizorgadon de E-angulo en la MFKRHV-bulteno, se vigla reago de E/medicinistoj konkretigus ĝin? Petu ekzempleron de tiu bulteno kaj de la teksto "La estonteco de la medicina profesio je la servo de la homo", aldonante laueble 2 internaciajn respondkuponojn, ĉe: D-ro Ph. Schepens, MFKRHV, Serruyslaan 76, B-8400 Costende, Belgio. (Informis Germain Pirlot, Belgio en Medicina Kuriero).

Pri Esperanta stenografio. Dum monato majo 1991 d-ro Slavĉo Strezov kaj d-ro Nikola Donev el Sofio, membroj de Medicina Sekcio de Bulgara Esperanto Asocio prezentis en la redakcio de "Medicina kuriero" verkitan de ili "Esperantan stenografion". La gvidlibro estas konstruita sur bazo de konata stenografia sistemo de F. K. Gabelsberger kaj ĝi estas adaptita al gramatiko kaj leksiko de Esperanto. Eldono de tiu ĉi verko antaŭstaras.

Korespondi deziras: D-ro Vojko Stasmenov, neŭrologo. Med. Akademio, 1431 Sofio, katedro pri neŭrologio kaj psikiatrio. BG.

D-ro Edison Matos de Oliviera, pediatro, Rua Engelheiro Schamber, 470 apto 42, CEP 84040 Ponta Grossa, Parana, Brazilo.

D-ro Slavĉo Strezov pri apliko de stenografio en medicino kaj Esperanto, T. Tarnovski, 9A, 1421 Sofio, Bulgario

J E L A F I N O

Karaj legantoj, kion vi faris por subteno de esperantista medicinista movado? Almenaŭ niajn gazetojn: Jen abonprezoj: SANO - mendu ĉe ĈEA aŭ via landa peranto - 32 K4s aŭ 10,50 NLG / Medicinja internacia revuo kaj Kuriero 30 NLG, en orientaj landoj 15 NLG.

Český esperantský svaz
110 00 PRAHA 1, Jilská 10

NOVINY

Dohlédací pošta Praha 07
Snížený poštovní poplatek povolen
Ředitelstvím pošt Praha
J. ZN. P/1-1267/79 ze dne 6.4.1979