ÉRBETEGSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2006./Suppl. 2.

Fiatal Angiológusok V. Országos Fóruma Balatonkenese, 2006. október 26-28.

Köszöntők

Részletes program

Előadás és poster összefoglalók

Szimpóziumok

A Belgyógyászati Angiológia Képesített Orvosa minősítés feltételei

Kongresszusok, rendezvények

Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság

detralex®

Mikronizált tisztított flavonoid frakció

A VILÁG VEZETŐ VENOTONIKUMA[1]

Az egyetlen mikronizált venotonikum

- gyors felszívódás[2,3]
- nagyobb klinikai hatékonyság[2,4]

Komplex védelem az első tünetektől a súlyos szövődményekig[2,5]

Aranyérbetegségben
2-6 tabletta naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tabletta naponta

1. IMS International MAT 2005.03. **2.** Lyseng-Wiliamson KA, Perry CM Drugs 2003;63 (1):71-100. **3.** Garner RC J Pharm Sci 2002;91:32-40. **4.** Cospite M Int Angiol 1989; 8 (suppl 4):61-65. **5.** Takase S et al. Eur J Vasc Endovasc Surg 2004;28:484-493.

Detralex filmtabletta
Rövidített alkalmazási előirat: ATC:C05CA53 bioflavonoid. **Hatóanyag:** Tisztított és mikronizált flavonoid frakció 500 mg (450 mg diosminum és 50 mg hesperidinum-ban kifejezett egyéb flavonoid) filmtablettánként. **Terápiás javallatok:** Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének kezelése (nehézláb érzés, feszülés, fájdalom, éjszakai lábikragörcs). Haemorrhoidalis vénák betegségei, akut haemorrhoidalis krízis kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** Napi 2 tabletta 2 részletben, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tabletta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tabletta. **Ellenjavallatok:** A készítmény összetevőivel szembeni túlérzékenység. Szoptatás időszaka. **Különleges figyelmeztetések:** Akut haemorrhoidális epizódban a gyógyszer adása nem helyettesíti az analis betegségekben alkalmazott egyéb specifikus gyógyszerek adását. A kezelés csak rövid ideig tarthat. Ha a tünetek a rövid távú kezelés hatására nem javulnak, proctológiai vizsgálatot kell végezni, és a terápiát felül kell vizsgálni. **A készítmény alkalmazása a terhesség és szoptatás időszakában:** Terhesség: Eddig káros mellékhatást emberben nem jelentettek. Szoptatás: A készítmény anyatejbe való kiválasztódásáról nincs adat, ezért a szoptatás a gyógyszer szedése alatt nem ajánlott. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Gyakran előforduló enyhe gastrointestinalis és neurovegetatív panaszok, melyek nem teszik szükségessé a kezelés leállítását. **Farmakodinámiás tulajdonságok:** Gátolja a vénák kitágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén csökkenti a capillaris permeabilitást, és növeli a capillaris ellenállást. **Csomagolás:** 30 db/60 db filmtabletta PVC/AL blisztterben és faltkartonban. **Megjegyzés:** ⊛ **Kiadhatóság:** Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszerkészítmények (VN) Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 1993/41/2005. A Gyógyszer javaslata vagy felírása előtt kérjük, tanulmányozza a részletes alkalmazási előíratot! Fogyasztói ár: Detralex 30x: 2540 Ft, Detralex 60x: 4762 Ft (Eü. Közlöny LIV. Évf.1.sz.2004.jan.5.)

06DET09 ADERB

SERVIER

Servier Hungária Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. Telefon:1-238-7799, Fax:1-238-7966

Védnöki köszöntők

Kedves Fiatal Barátaim!

Sok szeretettel köszöntök minden résztvevőt a Fiatal Angiológusok V. Országos Fóruma alkalmából. A kongresszus mindig a szakma ünnepe, amikor lehetőségünk van arra, hogy rohanó világunkban egy pillanatra megálljunk, méltassuk a múltat, tervezzük a jövőt.

Az érgyógyászatban az elmúlt évtizedben jelentős szemléletváltozás történt. A belgyógyászati angiológia fejlődését elsősorban a gyógyszeripar, az érsebészetét a katéter technika tette lehetővé. A kongresszuson lehetőség nyílik arra, hogy ezt a fejlődést nyomon kövessük, fiatal kollégáink előadáskészségét csiszoljuk, támogassuk. Az utóbbi évtizedekben szakmánk presztízse jelentősen romlott, amely nem jogosít fel bennünket arra, hogy szakmai igényességünkből engedjünk, sőt inspiráció az orvoslás méltóságának visszaállítására. Ne feledjük, hogy más sikerszakmákkal ellentétben csak az orvos, egészségügyi dolgozó tapasztalhatja meg azt a semmihez nem hasonlítható érzést, amit a beteg szeretete jelent. A tudományos programokon túlmenően a kenesei találkozó kiváló lehetőség a szakmai barátságok elmélyítésére, baráti eszmecserékre.

Köszönöm elsősorban a fiatal előadóknak a felkészülést, a rendezőknek a szervezéssel járó fáradságos munkát. Minden résztvevőnek hasznos és kellemes időtöltést kívánok.

Dr. Kollár Lajos
a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
elnöke

Kedves Kollégák!

Nagy megtiszteltetés, hogy a Fiatal Angiológusok V. Országos Fórumának védnökeként köszönthetem Önöket, a magam és Honvéd Vezérkar nevében.

Őszintén nagy öröm számomra, hogy évekkel ezelőtt munkatársaim, a Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Érsebészeti Osztályának lelkes orvosi gárdája életre hívta ezt az országos fórumot. Ez a tudományos konferencia mára hagyománnyá vált, és szolgálja az érbetegségekkel foglalkozó szakemberek oktatását és önképzését. A medicina különböző szakterületein tevékenykedők nagyszámú jelentkezése és a beérkezett számos magas színvonalú előadás, poszter azt mutatják, hogy a szervezők elképzelése országos visszhangra talált. Az érbetegségek kezelésében érdekelt gyártók és forgalmazók segítségével ismét olyan interdiszciplináris fórum készül, amely a korszerű ismereteket csokorba kötve, tapasztalt, kiváló szakemberek közreműködésével nyújtja át a konferencia résztvevőinek.

A vascularis medicina töretlen, hatalmas ütemű fejlődésének eredménye új vizsgáló módszerek, az alapkutatási eredmények révén új gyógyszerek megjelenése, új intervencionális radiológiai és műtéti eljárások alkalmazása, amelyek jelentősen csökkentik a betegek megterhelését, és javítják a kezelés sikerét. Hazánk lakosságának cardiovascularis állapotát csak a társszakmák – angiológiai belgyógyászat, radiológia, érsebészet – szoros együttműködésével javíthatjuk. Ezt a célt szolgálja a fiatal angiológusok interdiszciplináris fóruma is.

Őszintén remélem és kívánom, hogy a balatonkenesei honvédüdülő és a gyönyörű balatoni táj méltó környezetet kínál a fiatal szakemberek ötödik hazai seregszemléjéhez, amelyhez sok sikert kívánok.

Dr. Svéd László orvos vezérőrnagy
a Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnöke

A Szervező Bizottság köszöntője

Kedves Barátunk, Kollégánk!

Szeretettel köszöntünk a Fiatal Angiológusok V. Országos Fórumán. Az 1998. októberében sikerrel megrendezett első fórum után már hagyománnyá vált, hogy kétévenként, abban az évben, amikor Angiológiai Napokra nem kerül sor, összegyűjtjük e gyorsan fejlődő diszciplína iránt érdeklődő fiatal szakembereket. A rendezvény keretében műtősnői fórumot is tartunk.

Minden alkalommal nagy érdeklődés kíséri a fórumot, amelynek célja az érrendszeri betegségekkel foglalkozó fiatal (45 év alatti) szakemberek tudományos továbbképzése, főbb szakmai kérdésekben az egységes hazai szemlélet kialakítása. Rendezvényünk – jól szervezett szakmai és társasági programok keretében – az egyes társszakmákat érintő közös kérdések alapos megvitatását, a hazai gyakorlat, valamint az új diagnosztikus és terápiás eljárások bemutatását és a személyes kapcsolatteremtést kívánja szolgálni. A korábbi fórumok ezeket a célokat sikerrel valósították meg, és minden résztvevő felejthetetlen emlékekkel távozott tudományos rendezvényünkről. Számítunk az érrendszeri betegségekkel foglalkozó belgyógyászok, radiológusok, interwencionális szakemberek, érsebészek, sebészek, patológusok, bőrgyógyászok, háziorvosok és minden érdeklődő fiatal szakember aktív részvételére.

A kongresszus oktató, továbbképző jellegét felkért neves hazai szakemberek referátumai biztosítják. A konferencia megadott fő témában a referensek áttekintik a hazai és nemzetközi gyakorlatot, megfogalmazzák a fő irányelveket. A résztvevők számára adott a lehetőség, hogy ezekkel kapcsolatban saját munkájukról előadásokban, posztereken és kerekasztal-megbeszéléseken beszámoljanak. A referátumok és az előadás-összefoglalók az *Érbetegségek* ezen számában megjelennek.

A rendezvény keretében társasági programokat (fogadás, esti zenés vacsora, hajókirándulás) is szervezünk a személyes kapcsolatok kiszélesítésére, illetve elősegítésére.

A Szervező Bizottság minden résztvevőnek értékes eszmecserét és jó időtöltést kíván!

Dr. Diustus Béla
a Szervező Bizottság elnöke

Fiatal Angiológusok V. Országos Fóruma: tudományos programtervezet

2006. október 26., csütörtök

12.00-14.30 Élő videokonferencia
Moderátorok: *prof. dr. Nemes Attila, dr. Nemes Balázs, dr. Szentpétery László*

14.30-15.00 Megbeszélés

15.00-15.30 Hivatalos megnyitó. A veszprémi légierő zenekarának műsora, Katona József vezényletével.

15.30-18.00 I. szekció: intervenciós szekció.
Üléselnökök: dr. Hüttl Kálmán, dr. Kasza Gábor, dr. Lázár István

R-1. Dr. Lázár István (Miskolc): A perifériás erek intervencióinak eredményessége. *(20 perc.)*
R-2. Dr. Kasza Gábor Pécs): Intraoperatív intervenció és a hagyományos érműtétek együttes lehetőségeiről. *(20 perc.)*
R-3. Dr. Hüttl Kálmán (Budapest): A perifériás erek intervenciói során észlelt szövődmények és ellátásuk. *(20 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-1. Dr. Jakab Lajos (Eger): Tapasztalataink Cutting Balloon-nal alsó végtagi artériás obstrukciókban. *(8 perc.)*
E-2. Dr. Kevei Péter (Szombathely): Vena cava superior syndroma megoldása vénás stent implantációval. *(8 perc.)*
E-3. Dr. Hardi Péter (Pécs): Stentgraft implantált betegeink utánkövetése. *(8 perc.)*
E-4. Dr. Darabos Gábor, dr. Simó Gábor (Budapest): Femoro-poplitealis régióban végzett intervenciók középtávú eredményei gyakorlatunkban. *(8 perc.)*
E-5. Dr. Garab Gergely (Győr): UH vezérelt vena cava filter implantáció és kivétel. *(8 perc.)*

Vita, hozzászólások.

18.15-19.00 I. Szponzori szimpózium
GlaxoSmith Kline
Dr. Phfiegler György: Trombózis profilaxis és terápia – 2006. *(45 perc.)*

19.30-tól Állófogadás a Honvédüdülőben

2006. október 27., péntek

08.00-10.00 II. szekció: Obliteratív artériás betegségek és a Raynaud-szindróma belgyógyászati kezelési lehetőségei.
Üléselnökök: dr. Farkas Katalin, dr. Landi Anna, dr. Pécsvárady Zsolt

R-4. Dr. Landi Anna (Budapest): Az arteriosclerosis obliterans antilipidaemiás kezelése. *(20 perc.)*
R-5. Dr. Farkas Katalin (Budapest): A Raynaud-szindróma diagnosztikája, kezelési lehetőségek. *(20 perc.)*
R-6. Dr. Pécsvárady Zsolt (Budapest): Az atherosclerosis korai eltéréseinek vizsgálata és kezelése; az angiogenezis helye az érbetegségek kezelésében. *(20 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-6. Dr. Jassó István (Budapest): Perifériás verőérbetegek rizikóprofilja. *(8 perc.)*
E-7. Dr. Imre Mihály (Nagyvárad): Laser Doppler áramlásmérés a primer és secunder Raynaud jelenség elkülönítő diagnózisában. *(8 perc.)*
E-8. Dr. Szabó Nóra Anna (Debrecen): Laser Doppler képalkotás Raynaud-szindrómában és poliszisztémás autoimmun kórképekben. *(8 perc.)*
E-9. Dr. Kepess Balázs (Tatabánya): A thoracoscopos thoracalis sympatectomia alkalmazása osztályunkon. *(8 perc.)*

Vita, hozzászólások.

10.00-10.30 Szünet

10.30-12.30 III. szekció. Új rizikótényezők az atherosclerosisban és kezelésük. Diabetes mellitus.
Üléselnökök: dr. Karádi István, dr. Dósa Edit, dr. Schandl László.

R-7. Dr. Karádi István (Budapest): Statinok és az atherosclerosis regressziója. *(20 perc.)*
R-8. Dr. Dósa Edit (Budapest): A komplement aktiváció szerepe az atherosclerosis kialakulásában. *(20 perc.)*
R-9. Dr. Kiss Miklós, dr. Schandl László (Budapest): A vérképző őssejt átültetés szerepe az atherosclerosis kezelésében – a jövő útja? *(20 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-10. Dr. Bangó Rita (Budapest): A hyperhomocysteinaemia és az atherosclerosis kapcsolata. *(8 perc.)*
E-11. Dr. Hirschberg Kristóf (Budapest): A carotis műtét utáni 4. napon mért VEDF- és PDGF-szérumszintek prediktív szerepe a restenosis kialakulásában. *(8 perc.)*
E-12. Dr. Kerekes György (Debrecen): Endothel diszfunkció, a gyulladás laborparaméterei korai atherosclerosis rheumatoid arthritisben. *(8 perc.)*
E-13. Dr. Dér Henrietta (Debrecen): Endothel diszfunkció longitudinális vizsgálata primer antifoszfolipid szindrómában. *(8 perc.)*
E-14. Dr. Timár Orsolya (Debrecen): Inflammatorikus cyzokinek és lymphocyta-subpopulációk vizsgálata akut coronaria szindrómában (ACS), valamint stabil coronaria betegekben (CAD). *(8 perc).*

Vita, hozzászólások.

12.30-14.00 Ebéd

14.00-16.00 IV. szekció. Krónikus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája.
Üléselnökök: dr. Apor Asztrid, dr. Varga Eszter, dr. Tóth Gyula

R-10. Dr. Apor Asztrid (Budapest): Perifériás artériás ultrahang vizsgálatok. *(20 perc.)*
R-11. Dr. Varga Eszter (Miskolc): A krónikus alsó végtagi ischaemia konzervatív kezelése. *(20 perc.)*
R-12. Dr. Tóth Gyula (Budapest): Érsebészeti kezelési taktika. *(20 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-15. Dr. Simó Gábor – dr. Darabos Gábor (Budapest): Térd alá vezetett áthidaló érműtétek középtávú eredménye anyagunkban. *(8 perc.)*
E-16. Dr. Nemcsik János (Budapest): Az intracardialis calcificatio mint a generalizált atherosclerosis markere. *(8 perc.)*
E-17. Dr. Szabó Géza (Nyíregyháza): Cruralis rekonstrukciók során elért eredményeink. *(8 perc.)*
E-18. Dr. Lassu Péter (Pécs): Rövid szakaszú FSA occlusio megoldási taktikája. *(8 perc.)*

Vita, hozzászólások.

16.00-16.30 Kávészünet

16.30-17.30 V. szekció. Poszter szekció.
Üléselnökök: dr. Juhász György, dr. Tóth Csaba.

R-20. Dr. Juhász György (Miskolc): Tanulságos esetek a hasi aorta aneurysma témaköréből. *(15 perc.)*
R-21. Dr. Tóth Csaba – dr. Papp László (Debrecen): Aorto-biilicalis anastomosisában kialakult álaneurysma sikeres kezelése stent-grafttal. *(15 perc.)*
R-22. Dr. Tóth Csaba – dr. Papp László (Debrecen): Rupturált carotis aneurysma: technikai siker, klinikai kudarc: mit tehettünk volna másképp? *(15 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-19. Dr. Szokoly Miklós (Budapest): Érvarratok speciális esetekben. *(3 perc.)*
E-20. Dr. Hódi Zoltán (Szeged): Vesetranszplantáció vascularis szövődményeinek érsebészeti ellátása az SZTE Sebészeti Klinika 5 éves anyagában. *(3 perc.)*
E-21. Dr. Darabos Gábor (Budapest): Carotis communis területi rupturált, szeptikus álaneurysma sikerrel operált esete. *(3 perc.)*
E-22. Dr. Mészáros László (Budapest): Perzisztáló arteria lienalis aneurysma (esetismertetés). *(3 perc.)*
E-23. Dr. Barta László (Budapest): Diagnosztikus melléklelet értékelése tanulságos esetünk kapcsán. *(3 perc.)*
E-24. Dr. Kovács László (Szombathely): Koleszterin embolizáció gyógyult esete. *(3 perc.)*

Vita, hozzászólások.

17.45-18.30 II. Szponzori szimpózium
Servier-Hungaria
Dr. Meskó Éva: Fókuszban az endothel. *(25 perc.)*
Dr. Kristóf Vera: A Detralex hatása a krónikus vénás elégtelenség molekuláris folyamataira. *(20 perc.)*

20.00-24.00 Gálavacsora a Marina Port Szállodában.

2006. október 28., szombat

08.30-09.15 III. Szponzori szimpózium
Novartis
Prof. dr. Gianni Belcaro: Vénás trombózis és elégtelenség: összefüggések és terápiás konzekvenciák. *(20 perc.)*
Dr. Farkas Katalin: Új evidenciák és eljárások a vénás betegségek kezelésében. *(15 perc.)*
Dr. Markovics Gyula: Súlyos CVI (CEAP3+) gyógyszeres kezelése: Venoruton forte. *(5 perc.)*

09.20-11.00 VI. Szekció. Varicositas, mélyvénás trombózis.
Üléselnökök: dr. Bihari Imre, dr. Menyhei Gábor

R-13. Dr. Bihari Imre (Budapest): Huszonöt év tapasztalata az alsó végtagi visszeresség injekciós sclerotherápiájában. *(15 perc.)*
R-14. Dr. Vallus Gábor (Budapest): A crossectomia jelentősége, a stripping indikációja és veszélyei. *(15 perc.)*
R-15. Dr. Szatmári Ferenc (Veszprém): Mélyvénás thrombosis radiológiai kimutatása és szelektív lízise. *(15 perc.)*
R-16. Dr. Madách Krisztina – prof. dr. Pénzes István (Budapest): A súlyos mélyvénás thrombosisok fibrinolysis kezelése. *(15 perc.)*
R-17. Dr. Menyhei Gábor (Pécs): A krónikus vénás elégtelenség kezelési lehetőségei. *(15 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-25. Dr. Szokoly Miklós (Budapest): A sclerotherapia szövődményei. *(8 perc.)*
E-26. Dr. Puskás Attila (Marosvásárhely): Az előrehaladott stádiumú (C4-C6) krónikus vénás elégtelenség: klinikai ultraszonográfiás jellegzetességek. *(8 perc.)*
E-27. Dr. Sándor Tamás (Budapest): A gyulladás jelentősége a krónikus vénás betegség és a varicosus vénák kialakulásában. *(8 perc.)*

Vita, hozzászólások.

11.00-11.20 III. Szponzori szimpózium
Pfizer szimpózium
Dr. Landi Anna: A mélyvénás trombózis diagnózisának és szűrésének lehetőségei daganatos betegeknél. *(20 perc.)*

11.20-11.30 Szünet

11.30-13.00 VII. szekció. VARIA.
Üléselnökök: dr. Bíró Gábor, dr. Nyíredi Géza

R-18. Dr. Bíró Gábor (Budapest): Haemodialysis fistulák és gondozásuk. *(20 perc.)*
R-19. Dr. Nyíredi Géza (Budapest): A pedalis bypassok jelentősége, különös tekintettel a diabeteses betegeknél. *(20 perc.)*

Csatlakozó előadások:
E-28. Dr. Munka István (Salgótarján): Haemodialysis fistulák képzésével szerzett tapasztalataink (esetismertetés). *(8 perc.)*
E-29. Dr. Nagy Imre (Vác): Akut érsebészeti ellátás a váci Jávorszky Ödön Kórház Sebészet-Érsebészeti Osztály anyagában. *(8 perc.)*
E-30. Dr. László Andrea (Budapest): Fallot-tetralógiás betegekben az arteria carotis tágulékonysága csökkent. *(8 perc.)*
E-31. Dr. Pintér Alexandra (Budapest): A nagyerek transzpozíciója esetén a carotis érfal rugalmassága csökkent. *(8 perc.)*
E-32. Dr. Szabó Géza (Nyíregyháza): Cimino-shunt műtéteink hosszútávú eredményei, tapasztalataink. *(8 perc.)*

Vita, hozzászólások.

13.00-14.00 Ebéd

14.00-15.00 TESZTVIZSGA

15.30 A kongresszus zárása

Ultrahangos Work Shop. 2006. október 27-én, 10.00-12.00 között (Telecom üdülőben)

Műtősnői Fórum.
Üléselnökök: Ács Lászlóné, Iskum Leila
2006. október 27-én, 15.00-17.00 között (Honvédüdülőben).

M-1. Szekeres Piroska (Budapest): Carotis interna stentelés proximalis occlusiós ballon védelemben.
M-2. Bettenbuch Tünde (Budapest): A különböző típusú embóliavédő eszközök és alkalmazásuk az intervenciók során.
M-3. Tiboldi Sándorné (Budapest): Percutan epeúti intervenciós lehetőségek a műtősnő szemszögéből.
M-4. Vavrekné Szabó Marianna (Miskolc): Hibrid műtétek az érsebészetben a műtősnő szemszögéből.
M-5. Andó Andrea (Szeged): Az intervenciós radiológiai beavatkozások és a „hagyományos" érsebészeti műtétek: különbözőségek, azonosságok.

17.00-20.00 Hajókirándulás

Ezen program alapján a kongresszus akkreditált, 34 kredit pontot ér, a tesztvizsgával.
A Műtősnői Fórum 10 kredit ponttal jár.

Krónikus Vénás Betegségben (CVB)

Miért ne alkalmazna egy gyors és tartós kezelést?

doXium® 500

✓ Közgyógy listára rendelhető!

DOXIUM 500 mg kapszula **C05BX 01**
HA: Calcium dobesilate. **JA:** Microangiopathiák, különösen retinopathia diabetica. Alsó végtagi krónikus vénás elégtelenség. Adjuvánsként thrombophlebitis superficialis, postthrombotikus szindroma, arterio.venosus eredetű microcirculatios zavarok, aranyeres panaszok esetén. {**F:** 500-100 MG/NAP ÉTK. KÖZBEN, MAX. 1500-200 MG /NAP}. **EJ:** Gy. túlérz. **RE:** Grav. Lact. **MH:** Gastrointestinalis panaszok, hányinger, hasmenés, bőrkiütés, láz.
Fizetendő fogyasztói ár {TB támogatással}:
Doxium 500 mg kapszula **30x** - **742.-** {TB támogatás összege: 579.-}
Doxium 500 mg kapszula **60x** - **1157.-** {TB támogatás összege: 1158.-}
Közgyógylistára rendelhető!
A termék vényköteles! Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

OM PHARMA

Képviselet:
Medisan Hungary Kft.
1021 Budapest, Budakeszi út 51/d.
Tel: 06 1 392 3144, Fax: 06 1 392 3143,
E-mail: medisan@medisan.hu

MEDISAN HUNGARY KFT.

Mi újság a Compri-Med Kft.-nél?

Új termékeink:

☞ ***BODYFORM harisnyanadrág***

– annyiban különbözik a szokásos harisnyanadrágoktól, hogy a kompresszió nem ér véget a combtőnél, hanem egyre csökkenő mértékben egészen derékig tart. Már most igen népszerű lett a lipödémás hölgyek körében.

☞ ***VENO-LEG Creme***

– gél állagú, kellemes illatú, gyorsan beszívódó testápoló, amely csökkenti a láb bőrének szárazságát, (ez gyakran előfordul kompressziós harisnyák hordásakor), enyhe mentol tartalma hűsíti a lábat, és a krém nem károsítja a kompressziós harisnyát, sőt, segíti a harisnya felvételét.

☞ ***LIQUACARE folyadékos talpbetét***

– folyékony gél tartalmú, szövet borítású, mosógépben is mosható talpbetét, amelyben a folyadék anatómiailag megtervezett „csatornákban" áramlik, folyamatosan masszírozva a talpat állás és járás közben. Alkalmazható álló vagy megterhelő munka esetén, fáradt lábra, visszeresség, avagy cukorbetegség és terhesség esetén is. Az állás és a járás szenzációs élménnyé válik, a betét hatékonysága vetekszik a prevenciós harisnyákéval.

A Compri-Med Kft. internetes elérhetőségei:
e-mail: info@compri-med.hu; weblap: www.compri-med.hu
A SIGVARIS honlapja: www.ganzoni.com
COMPRI-MED KFT., 1062 Budapest, Aradi u. 41. Telefon/fax: 311-1883.
Nyitva tartás: hétfőtől péntekig 9-17 óra között.

Címváltozás:

Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy cégünk új címe:
1037 Budapest, Erdőalja út 38.

Perifériás artériás obliteratív érbetegség (PAOD) terápiája Fontaine III. és IV. stádiumban, ha a lumentágító terápia nem lehetséges, illetve sikertelen:

Alprostapint®

alprosztadil, PGE_1 hatóanyag tartalmú ampulla (5x20 µg/ml).

Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy
gyógyszerünk kórházi ára nem változott:
5x1 ampullás csomagolásban **18.522,-Ft.**
Érvényben van korábbi **rabat akciónk** is: a felhasználók minden két doboz megvásárolt Alprostapint® injekció után egy doboz gyógyszert ingyenes minta formájában ajándékba kapnak, amelyet képviselőink juttatnak el Önökhöz.
Kérjük, hogy felírás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást, illetve esetleges kérdése esetén cégünket felkeresni szíveskedjék:
Wipharma Kft.
1037 Budapest, Erdőalja út 38., telefon: 06-20-927-9727,
e-mail: wiedemann@wipharma.t-online.hu

– Allergiás reakció a vizsgálatok 2-4%-ában fordul elő. A szövődmények elhárítására fel kell készülni, a gyógyszeres kezeléstől a mesterséges lélegeztetésig.

Mechanikus szövődmények:

A szúrás helyén kialakulhat haematoma; álaneurysma, thrombosis keletkezhet. Álaneurysma kialakulásában thrombin injekció lett az elsődlegesen választandó módszer. Helytelen manőverezés vagy kontrasztanyag beadás paravazációt, dissectiót vagy perforációt eredményezhet. Tágítás során, kiváltképp, ha meszes falú artériák tágítását túlméretezett ballonnal végezzük, az artéria rupturája következhet be. E szövődmények jó része stentek vagy stentgraftok alkalmazásával ellátható. A manőverezés, a ballonos tágítás során az obstrukciót létrehozó anyag embólussá válhat. Az embólia megelőzése és kezelése gyógyszeres és eszközös úton történhet. Carotis stentelése során az embóliák száma 2-3%-kal csökkent e módszerek együttes használatával.

A vizsgált szervtől függően különböző szövődményekkel kell számolnunk. Fontos, hogy az angiográfiákat, az intervenciót ezzel rendszeresen foglalkozó, az egész vizsgálatért felelős szakember végezze. A kialakult szövődmények súlyosságától függően kell a további teendőket meghatározni.

E1

Tapasztalataink Cutting Balloon-nal alsó végtagi artériás obstrukciókban

DR. JAKAB LAJOS, DR. FAZEKAS PÉTER
Eger, Megyei Kórház, Röntgen Osztály

A Cutting Balloon (Boston Scientific) egy izgalmas, új lehetőség az angioplasztika terén. Esetében a ballonra rögzített pengék (a ballon méretétől függően három vagy négy) irányítottan végzik az intima bemetszését, ezért az angioplasztika lokálisan megfigyelhető szövődményei, mint például a dissectio és az intramuralis haematoma előfordulási gyakorisága és mértéke csökken.

Osztályunkon a 2004. 07. 30. és 2006. 06. 08. közötti időszakban 13 beteg (8 nő és 5 férfi) esetében alkalmaztunk Cutting Balloon-t; egy eset kivételével a femoro-poplitealis rendszer szűkületeiben és elzáródásaiban. A betegek átlagos életkora 71,9 év volt. 10 esetben a felhasznált ballon 5x10 mm nagyságú volt. 5 esetben a Cutting Balloon-os tágítást hagyományos ballonos utótágítás követte, 2 esetben pedig stent beültetésre került sor.

A beavatkozások során sebészeti ellátást igénylő szövődményt nem észleltünk.

Előadásunkban át kívánjuk tekinteni, miben is hozott újat a Cutting Balloon, illetve eseteinken keresztül azt, hogy mikor alkalmazzuk.

E2

Vena cava superior szindróma megoldása vénás stent implantációval

DR. KEVEI PÉTER, DR. KIRÁLY ISTVÁN, DR. KULCSÁR IMRE
Vas Megyei és Városi Markusovszky Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Nephrológiai Részleg, Intervenciós Kardiovaszkuláris Radiológiai Osztály, B/Braun Avitum Hungary Zrt., 6. sz. Dialízis Központ, Szombathely

A haemodializált betegek mortalitása és morbiditása összefügg a dialízishez használható ércsatlakozás típusával és az azon elérhető vérvolumen nagyságával. A natív fistula hiányában tartós centrális kanülön kezelt betegek aránya 2002-ben 15%-os volt, ez az arány 2005-re 25%-ra nőtt. A jelenleg haemodializált 190 betegünk közel 60%-ának több Cimino fistula kialakítására is szüksége volt az elégtelen vérhozam, vagy elzáródás miatt.

2006 májusától „fistula szervizt" indítottunk el az ércsatlakozás élettartamának meghosszabbítása érdekében. Az azóta eltelt rövid idő alatt 14 betegnél történt angiográfia a Cimino fistula occlusiójának tünetei vagy elégtelen vérhozam miatt. A kezdeti tapasztalatok mellett két esetünk tanulságait szeretnénk bemutatni előadásunkban.

Első betegünknél centrális kanül miatt kialakult vena sub-clavia thrombosis, lymphoedema miatt került sor intervenciós radiológiai beavatkozásra, amely során a vena subclavia angioplasztikáját követően stent implantáció történt. A látványos klinikai javulás mellett az azonos karon kialakított Cimino fistula újra használhatóvá vált.

A második esetünkben szintén centrális kanül okozta a vena brachiocephalica thrombosisát, ám ezúttal mindkét oldalon. Betegünket vena cava superior szindróma súlyos tüneteivel vettük fel részlegünkre. A jobb oldali vena brachiocephalica angioplasztikája, majd a thrombotizált érszakaszon stent behelyezése történt, amely jelentős klinikai javulást eredményezett.

E3

Stentgraft implantált betegeink utánkövetése

DR. HARDI PÉTER, DR. MENYHEI GÁBOR, DR. KOLLÁR LAJOS
POTE ÁOK, Sebészeti Tanszék, Pécs

Bizonyos betegcsoport számára a stentgraft implantáció hasi aorta aneurysma esetén, különösen rupturált esetben, az egyetlen túlélési esélyt jelentő beavatkozás lehet. Peri-, illetve korai postoperatív morbiditási és mortalitási mutatók egyértelműen bizonyítják az eljárás létjogosultságát.

Tekintettel arra, hogy viszonylag új eljárásról van szó, hosszútávú eredményekről még csak most kezdünk tapasztalatot szerezni. Vizsgálatunkban az osztályunkon stentgraft implantáción átesett betegek folyamatos nyomon követése alapján, valamint a postoperatív kontroll CT-vizsgálatait elemezve jutottunk arra a következtetésre, hogy az eljárás nem csak a perioperatív mortalitás csökkenéséhez vezet, hanem tartós, biztonságos megoldást jelenthet ezen potenciálisan halálos megbetegedés ellátásában.

E4
Femoro-poplitealis régióban végzett intervenciók középtávú eredményei gyakorlatunkban

DR. DARABOS GÁBOR, DR. SIMÓ GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészeti Profil, Budapest

Retrospektív vizsgálatunkban a femoro-poplitealis régióban végzett intervencióink középtávú eredményeit értékeljük.

Anyag, módszer. Az elmúlt 33 hónapban 53 esetben végeztünk intervenciót a femoro-poplitealis régióban. A beavatkozás típusának megválasztása a preoperatív DSA, illetve az elváltozás TASC Klasszifikációja alapján történt.

Régiónkénti megoszlás. AFS: 37 (69%), poplitea: 9 (18%), korábbi bypass anastomosis szűkülete: 7 (13%).

2 esetben kényszerültünk sebészi konverzióra (3%).

Eredmények. Átlagos utánkövetési időnk 13 hónap. Korai reocclusiót két esetben észleltünk (3,7%). A késői reocclusiók aránya 12/53 (23%), de ezen esetek közül csak 7 ízben kényszerültünk reoperatióra a relatív panaszmentesség, illetve status alapján. 3 végtagot veszítettünk el: amputációs rátánk 5,6%.

Következtetés. A TASC Klaszifikáció alapján végzett intervenciók középtávú eredményei megközelítik a rekonstrukciós érműtétekét, megtartva további beavatkozások lehetőségét. További utánkövetések szükségesek az anastomosis stenosisok, illetve a bypass + distalis intervenció esetén.

E5
UH-vezérelt vena cava filter implantáció és kivétel

DR. GARAB GERGELY, DR. BARTEK PÉTER, DR. SZABÓ ANDREA, DR. TAMÁS LÁSZLÓ JÁNOS, DR. POHÁRNOK LÁSZLÓ
Petz Aladár Megyei Kórház, Röntgen Osztály, Győr

A graviditás során igazolt mélyvénás thrombosisok egyre gyakrabban felismerésre kerülnek.

Esetünkben egy 12 hetes terhesség mellett fellépő, vena cavába beterjedő, lebegő iliacalis thrombosis miatt kényszerültünk cava filter beültetésre. A röntgen sugárzás csökkentése érdekében UH-vezérelten végeztük a beavatkozást, csak a filter végleges helyzetét ellenőriztük minimális időtartamú sugárbehatás alatt.

A kivétel is UH-vezérlés mellett történt, amelyet a filterben lévő elfogott thrombus miatt local anaesthesiában elvégzett kis műtét követett.

A szerzők a buktatókat és a szerzett tapasztalatokat szeretnék a hallgatóságnak bemutatni.

II. szekció
Obliteratív artériás betegségek és a Raynaud szindróma belgyógyászati kezelési lehetőségei

R4
Az arteriosclerosis obliterans antilipidaemiás kezelése

DR. LANDI ANNA, DR. JASSÓ ISTVÁN
Szent István Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály, Budapest

Az arteriosclerosis obliterans (ASO) az atherosclerosis egyik fő manifesztációja, főleg az idősebb kor betegsége, és jelentős az egyéb atheroscleroticus betegségekkel való együttes előfordulása. A perifériás obliteratív érbetegek halálozása az átlagos populációhoz viszonyítva kétszer-háromszor nagyobb. A kórkép kialakulásában és progressziójában fő szerepe van a dyslipidaemiának. Az antilipidaemiás kezelés nem statinnal történő végzése során főleg angiográfiai változásokat értékeltek. Nagy számú beteget magukba foglaló tanulmányok beszámolói szerint az alkalmazott statinok a morbiditási és mortalitási mutatókat csökkentették az ASO betegekben, hasonlóan az egyéb atheroscleroticus betegségeknél tapasztaltakhoz. A statinok speciálisan az ASO betegek alsó végtagi funkcionális kapacitását, életminőségét is javították. E betegcsoportban is detektálható volt a statinok pleiotrop hatása. Ezen eredmények alapozták meg a II. Magyar Terápiás Konszenzus Konferencia azon határozatát, amely szerint a tünetmentes súlyos rizikófaktorokat a <0,9 boka/kar indexszel bővítették, s így tünetmentes ASO betegek is bekerültek a cardiovascularis események vonatkozásában a magas rizikójú kategóriába, következésképpen csökkentett lipid célértékek ajánlatosak.

R5
A Raynaud szindróma diagnosztikája, kezelési lehetőségek

DR. FARKAS KATALIN
Szent Imre Kórház, Angiológiai Profil, Budapest

A Raynaud jelenség az ujjpercek, ritkán egyéb acralis részek rohamokban jelentkező, fájdalommal járó keringészavara, amelyet a digitalis artériák epizodikusan jelentkező vasospasticus rohama okoz. Többnyire három fázisban zajlik (elfehéredés, cyanosis, hyperaemia). Két formája a primer (idiopathiás), melynek hátterében egyéb betegség nem mutatható ki, és a secunder, amelynek esetében betegség vagy gyógyszer oki tényezőként kimutatható. A diagnosztika célja a primer és secunder kórformák elkülönítése, amely a prognózis és a terápia szempontjából alapvető. Raynaud szindróma gyanúja esetén a beteg alapos, célzott kivizsgálása szükséges a leggyakoribb kiváltó okok (kötőszöveti betegség, gyógyszerhatás, vibrációs ártalom, mellkasi kimeneti és carpalis alagút szindróma) irányában. A diagnózisban különböző laboratóriumi és műszeres vizsgálatok, noninvazív képalkotó eljárások segítenek. A terápia alapja az alapbetegség kezelése, amely lehet gyógyszeres vagy műtéti. A tünetek csökkentésében fontos szerepe van a nem gyógyszeres, életmód-terápiának. A gyógyszeres kezelésben a kalcium csatorna blokkolók és alfa adrenerg blokkolók hatását klinikai vizsgálatokban igazolták, emellett számos más vasodilatator hatással is rendelkező szer alkalmazásáról ismertek adatok. Súlyos, necrosissal járó esetekben intravénás prostaglandin terápia alkalmazható.

R6
Az atherosclerosis korai eltéréseinek vizsgálata és kezelése és az angiogenesis helye az érbetegségek kezelésében

DR. PÉCSVÁRADY ZSOLT
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat-Angiológia, Kistarcsa

Az atherosclerosis kialakulásának pontosabb részleteit megismerve újabb vizsgálatok váltak a korai elváltozások javasolt tesztjeivé (például LDL-C, Doppler index, vizelet mikroalbumin, GFR, CRP, endothel diszfunkció, artéria merevség). Ezzel párhuzamosan számos gyógyszerről (például antihypertenzívumok, lipidcsökkentők) bebizonyosodott, hogy képesek a kezdődő folyamatokat megállítani, sőt visszafordítani. Eredményesebben igazolhatunk haemostaseológiai eltéréseket, s újabb anticoagulánsok, thrombocyta aggregációt gátló készítményeink vannak.

A járáspanaszok csökkentésére is alkalmas gyógyszerekről születtek végre korrekt evidenciát nyújtó nemzetközi vizsgálatok. Az előrehaladottabb esetekben a gyógyszerrel bevont stentek a korai, „instent" stenosisok kialakulását akadályozzák. Jelentős sikert ígér az a felismerés, hogy a vascularis betegségeket több szakterület együttműködésével lehet és kell megelőzni, és egyre nagyobb hangsúlyt kap az egészséges életmód is a gyógyszeres és intervenciós kezelések mellett. (A II. Magyar Terápiás Konszenzus Ajánlás a Kardiovaszkuláris Betegségek Megelőzéséről és Preventív Kezeléséről.)

A génterápia az eddig reménytelen, végstádiumú érbetegségek kezelésére nyújthat lehetőséget az angiogenesis segítségével. Összességében a vascularis medicina területén óriási a fejlődés mind a diagnosztikát, mind a megelőzést és a terápiát tekintve. Széleskörű, ajánlásoknak megfelelő alkalmazása segíthet a a morbiditási és mortalitási adataink javításában.

E6
Perifériás obliteratív verőérbetegek rizikóprofilja

DR. JASSÓ ISTVÁN, DR. LANDI ANNA, DR. BLÁZOVICS ANNA, DR. HAGYMÁSI K., DR. DINYA ELEK
Szent István Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály, Semmelweis Egyetem, II. Belgyógyászati Klinika, EGIS Gyógyszergyár Rt., Budapest

250 személy: 168 perifériás obliteratív verőérbeteg (átlag-életkor: 66,1 év, férfi 54,8%) és 82 kontroll (átlagéletkor 46,2 év, férfi: 40,2%) adatait dolgoztuk fel. Dohányzott a betegek 51%-a, a kontrollok 32%-a, hypertóniája a betegek 78, a kontrollok 46%-ának volt. A betegek közt az ISzB 47, a cerebrovaszkuláris megbetegedés 13, a diabetes 30%-os előfordulású volt. A lipid paraméterek közül az össz-, az LDL- és HDL-koleszterint, a trigliceridet, az ApoA1-szintet és az ApoB-szintet, valamint az Lp(a)-t mértük. A gyulladásos faktorok közül a hsCRP-t, a fibrinogént, a fehérvérsejtszámot vizsgáltuk; ezen kívül a redox homeosztázist jellemző plazma szabad SH-csoport tartalmat is megmértük. Meghatároztuk a vizsgált személyek vér- és plazmaviszkozitását, valamint homocisztein-, húgysav-, folsav- és B12-vitamin szintjét is. A betegek triglicerid szintje szignifikánsan magasabb (1,96 vs. 1,62 mmol/l), ApoA1 és HDL-koleszterin szintje szignifikánsan alacsonyabb volt a kontrollokénál

(1,18 vs. 1,24; 1,28 vs. 1,34 mmol/l). A fehérvérsejt-szám, a fibrinogén, a hsCRP egyaránt számottevően magasabbnak bizonyult a betegekben (7,62 vs. 6,87 g/l; 4,15 vs. 3,54 g/l; 5,93 vs. 2,62 mg/l). A betegek között alacsonyabb szabad SH-csoport koncentrációt mértünk a kontrollokhoz képest (0,51 vs. 0,58 mmol/l). Matematikailag jelentős különbség adódott a betegek és a kontrollok között a plazmaviszkozitás (1,41 vs. 1,36 mPas), a húgysav-szint (329 vs 293 μmol/l) és a homocisztein (14,25 vs. 10,82 μmol/l) tekintetében is.

E7

Laser-Doppler áramlásmérés a primer és szekunder Raynaud jelenség elkülönítő diagnózisában

DR. IMRE MIHÁLY, DR. MAKÓ KATALIN, DR. KÓSA KATALIN, DR. PUSKÁS ATTILA
Nagyvárad

A Raynaud jelenség kórélettani háttere az orvostudomány és a vizsgálati módszerek rohamos fejlődése ellenére máig vitatott. Jelen tanulmányban 85 Raynaud jelenségben szenvedő beteg laser-Doppler vizsgálatából szerzett tapasztalatainkat összegezzük, rávilágítva a primer és szekunder Raynaud jelenségben észlelt különbségekre. A betegek 37,64%-ánál (26 nő és 6 férfi) nem volt kimutatható a Raynaud tünetcsoportot kiváltó alapbetegség. A szekunder Raynaud jelenséggel diagnosztizált páciensek esetében (45 nő és 8 férfi) mikrocirkulációs zavarokat okozó alapbetegség (leggyakrabban valamilyen kötőszöveti ártalom, például scleroderma) volt kimutatható. A két betegcsoportnál laser-Doppler áramlásmérés segítségével követtük a felső végtagi ujjvégen, illetve a tenyéren az alapáramlást, valamint a különböző provokációs próbákra (például posztokkluzív reaktív hyperaemia PORH-tesztre, pszichofiziológiai reaktivitás tesztre, hideg tesztre) adott mikrocirkulációs választ. Az alapáramlás átlagértékeinek összehasonlítása nem mutatott jelentős eltérést a két betegcsoport között. A PORH-teszt alatt alkalmazott leszorítást követő reaktív-csúcsáramlás a szekunder Raynaud jelenségben szenvedők esetében szignifikánsan alacsonyabb volt a primer csoporthoz viszonyítva ($p < 0,01$). A primer csoport esetében ugyanakkor a reaktív hyperaemia maximumáig eltelt idő (time to peak) szignifikáns növekedését észleltük ($p < 0,05$). A pszichofiziológiai reaktivitás teszt és a hideg teszt által kiváltott áramláscsökkenés a primer csoportban jelentősen meghaladta a szekunder csoportnál észleltet ($p < 0,01$). Tekintettel arra, hogy a Raynaud jelenség a szisztémás autoimmun betegségek korai, gyakran egyetlen előhírnöke lehet, fontos, hogy a laser-Doppler vizsgálat mint kiegészítő diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai módszer szerepeljen Raynaud-os páciensek gondos utánkövetésében.

E8

Laser-Doppler képalkotás Raynaud szindrómában és poliszisztémás autoimmun kórképekben

DR. SZABÓ NÓRA ANNA
DE OEC III. Belgyógyászati Klinika, Klinikai Immunológia Tanszék, Debrecen

A laser-Doppler képalkotás egy egész régió mikrocirkulációjának megjelenítését teszi lehetővé azáltal, hogy a bőr mikrocirkulációját rögzíti 1 mm mélységben, egy 670 nanométeres laser fény segítségével. A mikrokeringést Perfusion Unit-ban (PU-ban) adja meg, amely egyenesen arányos az adott terület vérátáramlásával.

Módszerek. Vizsgálatainkat a PERIMED OIMII laser imagerrel végeztük, eredményeink kiértékeléséhez a Periflow software-t használtuk.

Betegek. Vizsgáltuk

1./ 32 primer Raynaud szindrómás betegnél a nyugalmi, az arteria brachialis 4 perces leszorítását, majd a felengedést követő hyperaemiás fázist;

2./ 25 primer szindrómás betegnél a a pentoxiphyillin terápiára adott válaszkészséget és

3./ a nyugalmi kézperfúziót poliszisztémás (30 Sjögren szindrómás és 30 poly/dermatomyositises) betegek esetében.

Eredmények.

1./ Szobahőmérsékleten a primer Raynaud szindrómás betegeknél szignifikánsan alacsonyabb kézperfúziós értékeket mértünk az egészségesekhez képest ($p < 0,05$).

2./ A 25 primer Raynaud szindrómás betegből 9 esetben volt szignifikáns mértékű ($p < 0,05$) javulás mérhető a kúraszerűen alkalmazott pentoxiphyllin tartalmú infúzió hatására.

3./ A Sjögren szindrómás és a poly/dermatomyositises betegeknél is alacsonyabb nyugalmi kézperfúziót észleltünk a kontroll csoporthoz képest ($p < 0,01$ és $p < 0,001$).

Konklúzió. Eredményeink alapján a laser-Doppler képalkotást alkalmasnak tartjuk autoimmun betegek kézkeringésének megítélésére, amely a nem differenciált kollagenosis – azaz a poliszisztémás autoimmun betegségek előfázisában – gyakori Raynaud szindrómás betegek vizsgálata mellett alkalmas a poliszisztémás betegek mikrocirkulációjának non-invazív vizsgálatára. Segíthet a mikrocirkuláció károsodásának korai felismerésében, így még a súlyos trophikus

zavarok megjelenése előtt elkezdhető az adekvát terápia. Emellett alkalmasnak tartjuk ezen eljárást a betegek utánkövetésére, a terápia hatékonyságának mérésére is.

E9
A thoracoscopos thoracalis sympatectomia alkalmazása osztályunkon

DR. KEPESS BALÁZS, DR. SZABÓ GÁBOR
Szent Borbála Megyei Kórház,
Sebészeti és Érsebészeti Osztály, Tatabánya

A szerzők feldolgozták osztályukon a Raynaud-kór és szindróma miatt négy év alatt minimál invazív beavatkozással végzett thoracalis sympatectomiás 46 esetüket. A meglehetősen ritka és sokszor fel ismert betegség bevált műtéti megoldása a thoracalis sympatectomia, amely hagyományos műtéti eljárással viszonylag nagy beavatkozásnak számít és jelentős postoperatív fájdalmakkal jár.

Az endoszkópos műtéti megoldások a sebészet korszerű irányzatába tartoznak, amelyek válogatott esetekben mind szélesebb körben terjednek el, alkalmazási körük folyamatosan bővül. A thoracalis sympatectomia műszerigénye nem nagyobb az elterjedt laparoscopos beavatkozásokénál, és aránylag egyszerű műtéti megoldás révén elsősorban választandó műtéti eljárásnak kell tartanunk a Raynaud-kórban.

A szerzők előadásukban szólnak a thoracoscopos thoracalis sympatectomia műtéti indikációiról, az ehhez kapcsolódó preoperatív diagnosztikus eljárásokról, az osztályukon elvégzett beavatkozások eredményeiről, miközben a műtéti eljárást video-demonstrációval is bemutatják.

III. szekció
Új rizikótényezők az atherosclorisban és kezelésük. Diabetes mellitus.

R7
Statinok és az atherosclerosis regressziója

DR. KARÁDI ISTVÁN
Semmelweis Egyetem, III. Belgyógyászati Klinika

Az elmúlt évtizedekben több, statinokkal végzett intervenciós vizsgálat igazolta az antilipidaemiás kezelés egyértelmű klinikai hasznát, a kardiovaszkuláris rizikó szignifikáns csökkenését. Egyes, nagyszámú klinikai vizsgálatok a statinkezelés alkalmazása során csökkenő vaszkuláris eredetű klinikai jelenségek mellett az összhalálozás szignifikáns mérséklődését is bizonyították. (Például: Scandinavian Simvastatin Survival Study, 4S vizsgálat.)

Az atherosclerosis progressziójában különös szerepet játszó rizikóhelyzet, a diabetes mellitus esetében is beigazolódott a tartós statinkezelés összhalálozást csökkentő hatása (Heart Protection Study, Oxford vizsgálat). Az atherosclerosis morfológiai változásainak követése egyes vizsgálatok során az érelmeszesedés progressziójának egyértelmű lassulását tudta igazolni. Az egyre hatékonyabb statin készítményekkel történő intenzív kezelés, amely közel maximális hidroximetil-glutaril-koenzim-A (HMG-CoA) reduktáz gátlást biztosított, további látványos eredményeket hozott.

Az atorvastatin maximális, napi 80 mg-os adagjával történő kezelés során, acut coronaria szindrómában szenvedőkben a coronarográfia mellett intravaszkuláris ultrahang alkalmazásával, 18 hónapos kezelés során az atherosclerosis progressziójának teljes leállását tudták igazolni (REVERSAL vizsgálat). A kezelés során a szérum LDL-koleszterin szintjét 1,8 mmol/l alá csökkentették. Egy új, nagy hatású statin, a rosuvastatin maximális adagjának (40 mg/die) két éven keresztül való adagolásával az atherosclerosis megállítását és a betegek túlnyomó többségében a plakkok regresszióját sikerült elérni (ASTEROID tanulmány).

A modern angioplasztikával és a regressziót is biztosító antilipidaemiás kezeléssel, valamint az egyéb rizikóhelyzetek (diabetes, hypertonia, metabolikus szindróma stb.) mérséklésével reményteljesen küzdhetünk az eddig feltartóztathatatlannak hitt atherosclerosis ellen.

R8
A komplement aktiváció szerepe az atherosclerosis kialakulásában

DR. DÓSA EDIT
Semmelweis Egyetem,
Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Az atherosclerosis kialakulásában a gyulladásos faktorok fontos szerepet játszanak. Az arterialis intima gyulladásos folyamatainak egyik oki tényezője a komplement rendszer aktivációja marad. A komplement rendszer mintegy 30 komponensből áll, amelyek a szervezet mikrobák elleni védekezésében, a szövetek gyulladásos válaszreakcióiban, illetve azok regenerációjában nélkülözhetetlenek.

Humán vizsgálatok az atheroscleroticus plakkokban lokálisan szintetizálódó komplement komponenseket, illetve

azok működését szabályozó úgynevezett reguláló proteineket mutattak ki. Az arterialis intimában a komplement rendszer aktivációjáért az immunkomplexek, a C-reaktív protein, a módosult lipoproteinek, az apoptotikus sejtek és a koleszterin kristályok tehetők felelőssé. A komplement aktiváció anaphylatoxinok felszabadulásához vezet, amelyek receptorai az atheroscleroticus plakkokban is azonosíthatók.

Génmanipulált hyperlipidaemiás egerekben a komplement rendszer központi szerepét az atherosclerosis pathogenesisében eddig nem sikerült igazolni, emberben – közvetett bizonyítékok alapján – azonban úgy tűnik, hogy a komplement aktiváció eredményeként felszabaduló proteinek szintje megnő a szérumban. A myocardialis infarctus során a komplement aktiváció eredményeként felszabaduló proteinek szintje megnő a szérumban. A myocardialis infarctusban elhunyt egyének myocytáiban pedig komplement fehérjéket (C3, C4 és C5b-9) mutattak ki.

A komplement komponenseknek az atherosclerosis progressziójára gyakorolt pathofiziológiás hatása, illetve e komponensek plakkon belüli regulációjának pontos mechanizmusa azonban további vizsgálatokat igényel.

R9

A vérképzőszervi őssejt átültetés szerepe az atherosclerosis kezelésében – a jövő útja?

DR. KISS MIKLÓS, DR. SCHANDL LÁSZLÓ
Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház, Budapest

Az acut coronaria, cerebrovaszkuláris és perifériás artériákat érintő események mögött közös pathológiai kockázati tényezők, közös megelőzési módok állnak.

Az artériás érbetegségek kezelésére az utóbbi években egy forradalmian új eljárás kezd kibontakozni – a vérképző őssejt átültetés és az őssejt átültetés – és az őssejtekkel kapcsolatos egyéb, például őssejt-mobilizációs és molekuláris genetikai, szövettenyésztéses és molekuláris mérnöki eljárások speciális alkalmazása.

Az őssejteket direkt módon a csontvelőből, vagy mobilizáció után a perifériás vérből nyerhetjük. Ma már klinikai alkalmazásokkal találkozunk a coronaria, a cerebrovaszkuláris és a perifériás érbetegségek esetében egyaránt.

Mindezt egyrészről az őssejt átültetés különböző formáinak elterjedése, szinte a klinikai rutinba emelése, az őssejtekről, köztük a vérképző őssejtekről és a hemopoetikus növekedési faktorokról szerzett tudásunk elmélyedése, az úgynevezett őssejt-plaszticitás elméleti, experimentális és gyakorlati megalapozása tette lehetővé. Másrészt az angiogenesis, a vasculogenesis, a neoangiogenesis részleteinek, a vaszkuláris növekedési faktorok és receptorok jelentőségének megismerése, a kardiológiai technikák kifinomultsága járult hozzá az eljárás kidolgozásához.

Az előadás a téma elméleti alapjait és a megértéshez nélkülözhetetlen fogalmakat, az experimentális bizonyítékokat, a kezdeti biztató gyakorlati eredményeket és a tudásunkkal bővülő új kérdéseket egyaránt taglalja.

E10

A hyperhomocysteinaemia és az atherosclerosis kapcsolata

DR. BANGÓ RITA, DR. LIPTAY LÁSZLÓ, DR. SZENTKERESZTY BALÁZS, DR. VALLUS GÁBOR, DR. SCHANDL LÁSZLÓ
Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház, Budapest

A szerzők ismertetik a homocystein metabolizmus lényegét, a plazma homocystein koncentráció normál értékét, a hyperhomocysteinaemia okait. Összefoglalják az eddig ismert irodalmi adatokat a homocystein érkárosító hatásairól, az atherosclerosisban játszott szerepéről.

A szerzők három eset (egy 50 éves, stroke-on átesett férfi beteg, egy 60 éves, recidív mélyvénás thrombosisos férfi beteg, egy 54 éves, alsó végtagi obliteratív érfolyamat miatt Y-anastomosist szükségessé tevő, 10 évvel később coronaria bypasst igénylő ISZB-s nő beteg) kapcsán mutatják be a hyperhomocysteinaemia, valamint a coronariasclerosis, a stroke és a thrombosis közötti összefüggéseket, ismertetik a kóros plazma homocystein koncentráció csökkentésének lehetőségeit. A harmadik beteg esetének elemzése során megállapítják, hogy a több éve tartó adekvát folsav kezelés a folyamat progresszióját megállította. Végül felhívják a figyelmet e kevéssé ismert rizikótényező jelentőségére.

E11

A carotis műtét utáni 4. napon mért VEGF- és PDGF-szérumszintek prediktív szerepe a restenosis kialakulásában

DR. HIRSCHBERG KRISTÓF, DR. DÓSA EDIT, DR. SZABÓ ATTILA, DR. CERVENAK LÁSZLÓ, DR. PROHÁSZKA ZOLTÁN
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés, célkitűzés. Kísérleti és klinikai adatok szerint a carotis endarteriectomia után fellépő korai restenosist

myointimális hyperplasia okozza. Kutatócsoportunk korábban kimutatta egy szérumfehérje, a mannózkötő lektin (MBL) szerepét a restenosisban, miszerint a homozigóta normál MBL-genotípusúaknál – akiknél magas az MBL szérumszintje – szignifikánsan gyakrabban alakul ki restenosis, mint a mutáns allélt hordozóknál. Jelen tanulmányban a vascularis endothel növekedési faktor (VEGF) és a thrombocyta növekedési faktor (PDGF) szerepét vizsgáltuk a restenosis kialakulásában, illetve ezek korrelációját az MBL-genotípussal.

Betegek, módszerek. A vizsgálat 82 carotis eversiós endarteriectomián átesett beteg bevonásával történt, akiknél a restenosis fokát duplex ultrahang vizsgálattal detektáltuk 7 és 14 hónappal a műtét után. A VEGF- és PDGF-szintet műtét előtt és 4 nappal utána ELISA módszerrel mértük, az MBL genotípusát PCR technikával határoztuk meg.

Eredmények. A VEGF- és PDGF-szérumkoncentráció emelkedés mértéke csak a homozigóta normál MBL-genotípusúakban jelezte előre az 50%-ot meghaladó restenosist. A 7, illetve 14 hónapos ultrahang-kontrollok során a magas VEGF-szérumkoncentrációt mutató betegekben tizenhatszoros, illetve húszszoros esélyhányadost (odds ratio) kaptunk az alacsony VEGF-szérumszintű csoporttal összevetve. PDGF esetében hasonló eredmények születtek.

Következtetések. Eredményeink arra utalnak, hogy a korai restenosis kialakulását részben genetikai faktorok befolyásolják (MBL-genotípus), részben a magas növekedési faktorkoncentrációhoz vezető pathológiai folyamatok is meghatározzák.

E12
Endothel diszfunkció, a gyulladás laborparaméterei és korai atherosclerosis rheumatoid arthritisben

DR. KEREKES GYÖRGY, DR. DÉR HENRIETTA, DR. SZEKANECZ ZOLTÁN, DR. SÁNDOR ZSUZSANNA, DR. CSÍPŐ ISTVÁN, DR. SIPKA SÁNDOR, DR. MUSZBEK LÁSZLÓ, DR. SZOMJÁK EDIT, DR. SZEGEDI GYULA, DR. SOLTÉSZ PÁL
DE OEC, III. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Rheumatoid arthritis (RA) esetében ismert az akcelerált atherosclerosisra való fokozott hajlam, a magas cardiovascularis morbiditás és mortalitás. A szerzők 52 RA-s és 40 korban és nemben összeillesztett kontroll személy esetében végezték el – nagy felbontású B-mód ultrahangos képalkotó módszer segítségével – az arteria carotis communis intima-media falvastagság (IMT) mérését, illetve az arteria brachialison nyugalomban, majd reaktív hyperaemiát (FMD), illetve sublingualis nitroglycerin adagolását követően (NMD) az érátmérő meghatározását. Az angiológiai eredményeket az immunszerológiai és gyulladásos paraméterekkel, egyéb laboratóriumi és klinikai adatokkal vetették össze. Az endothel-dependens vasodilatatio (FMD) az RA-s betegcsoportban szignifikánsan kisebb, az arteria carotis IMT szignifikánsan nagyobb volt, mint a kontroll csoportban. A carotis IMT és az összkoleszterin ($p < 0,041$), a carotis IMT és az anti-DNS szintek között pozitív, a carotis IMT és és az IL-1 szintek között negatív korrelációt találtak. Az RA-s betegpopuláción belül a károsodott FMD-vel rendelkező betegek esetében szignifikánsan nagyobb volt az átlagéletkor, a betegségtartam, szignifikánsan alacsonyabb volt a γ-IFN szint. A magasabb carotis IMT-s betegek esetében szignifikánsan magasabb életkort, anti-DNS szinteket, szignifikánsan alacsonyabb γ-IFN és IL-1 szinteket észleltek. A kimutatott endothel diszfunkció és a nagyobb carotis IMT rámutat az RA-s betegpopuláció magas cardiovascularis rizikójára.

E13
Endothel diszfunkció longitudinális vizsgálata primer antifoszfolipid szindrómában

DR. DÉR HENRIETTA, DR. KEREKES GYÖRGY, DR. VERES KATALIN, DR. SZOMJÁK EDIT, DR. SOLTÉSZ PÁL
DE OEC, III. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

A szerzők 25 primer antifoszfolipid szindrómás (APS) beteg esetén végezték el az arteria brachialison reaktív hyperaemia indukálta endothel-dependens (FMD), illetve sublingualis nitroglycerin adagolását követően a nitrát-mediált vasodilatáció (NMD), az augmentációs index (AIx) és a pulzushullám terjedési sebesség (PWV) meghatározását. Az endothel funkciós mérések HP Sonos 5500 nagy felbontású UH-készülékkel, az érfali merevséget jelző paraméterek meghatározása TensioClinic arteriográffal történtek. A társuló egyéb cardiovascularis szövődményektől függően, a vizsgált betegeket különböző terápiás ccoportokba osztották: statin, ACE-gátló, β-blokkoló, immunszuppresszív szer. Havonta, illetve 3 havonta kontrollálták az angiológiai paraméterek változását. Két, primer antifoszfolipid szindrómás terhes nő esetében lehetőségük volt követni az endothel funkciós, valamint az érfali merevséget jelző angiológiai paraméterek változását terhességük alatt. Az előadásban ezen két esetet ismertetik, valamint az egyes gyógyszerek endothel funkcióra gyakorolt hatását.

E14
Inflammatorikus citokinek és lymphocyta-szubpopulációk vizsgálata akut coronaria szindrómában (ACS), valamint stabil coronaria betegekben (CAD)

DR. TIMÁR ORSOLYA
DE OEC, III. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Célkitűzés. Vizsgálatunk célja az volt, hogy egy akut coronaria szindrómás (ACS, n = 33) és egy stabil coronaria betegcsoporton (coronary arterial disease, CAD, n = 62) tanulmányozzuk bizonyos immunológiai paraméterek változásait, valamint ezek összefüggését a betegség kimenetelével és a mortalitással.

Módszerek. A betegcsoportokon általános gyulladásos markerként CRP-t és granulocyta aktivitást, lymphocyta szubpopulációkat és azok aktiváltságát, valamint szolubilis és intracitoplazmatikus citokinszinteket határoztunk meg, az eredményeket egy kontrollcsoporttal (n = 58) vetettük össze. A perifériás vér lymphocyta alcsoportjait flow citometriával, a solubilis citokineket és az autoantitesteket ELISA-val, míg az intracelluláris citokinszinteket flow citometriával mértük ic. festést követően.

Eredmények. ACS-ban emelkedett CRP-szintet és fokozott granulocyta aktivitást észleltünk a stabil CAD-hoz képest ($p < 0,001$, illetve $p = 0,017$). ACS-ban (a teljes lymphocyta-számhoz viszonyított) NK sejt arány emelkedett volt, míg a T-sejt arány a kontroll csoporttal összevetve csökkent ($p < 0,0001$, illetve $p = 0,012$). HLA-DR3 és CD69+ aktivációs markereket vizsgálva azt figyeltük meg, hogy a coronaria atherosclerosis mindkét formája az aktivált T-sejtek szignifikánsan magasabb arányát mutatta a kontroll mintákhoz képest (ACS: $p < 0,0001$, $p = 0,002$, illetve CAD: $p < 0,0001$, $p = 0,018$). Az IL-1, IL-4 és IL-10 szint szignifikánsan magasabb volt ACS-ban a kontrollhoz képest ($p = 0,036$, $p = 0,01$, illetve $p < 0,0001$). A Th1 / Th2 arány a Th1 dominancia irányába tolódott mindkét betegcsoportban.

Összefoglalva: coronaria arteria betegségben általános proinflammatorikus marker emelkedés mellett T-sejt aktiváció figyelhető meg, amelyek alapján a gyulladásos kaszkád jelentős szerepet játszik a betegség kialakulásában.

IV. szekció
Krónikus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája

R10
Perifériás artériás ultrahang vizsgálatok

DR. APOR ASTRID
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

A perifériás erek ultrahang vizsgálata non-invazív, könnyen megismételhető, jól tolerálható és a többi radiológiai képalkotó vizsgálatnál (DSA, CTA, MRA) jóval olcsóbb. A perifériás érbetegségek operatív és nem operatív kezelési lehetőségeinek szélesedésével, valamint az ultrasonographia technikai fejlődésével az elmúlt évtizedben igen megnőtt az igény ezen vizsgálatokra, mivel gyors állapotfelmérést, diagnosztikát, majd a későbbiekben a terápia hatékonyságának lemérését és utánkövetését teszi lehetővé.

Az alsó végtag artériás rendszerének komplett vizsgálata igen időigényes (1-2 óra), és az abdomino-pelvicus, valamint a cruralis szakasz csökkent vizualizálhatósága miatt magas az inkomplett vizsgálatok aránya. Mindazonáltal az ultrahang technika alkalmas az atheroscleroticus folyamatok akut (embólia) és krónikus folyamatainak diagnosztizálására, és ábrázolhatóak a ritkább nem atheroscleroticus elváltozások is, mint például vasculitisek, kompressziós szindrómák, cysticus adventitia degeneratio stb. Az artériás dilatatív folyamatok esetében (aneurysmák, álaneurysmák, AV-fistulák) gyors és pontos diagnózis állítható fel, és a thrombus köpeny megjeleníthetősége, valamint a könnyű reprodukálhatóság révén ez az első számú vizsgálati forma az utánkövetésben. Nagy tapasztalatot igényel a heamodialysis fistulák és graftok vizsgálata. Az intervenciós és sebészi beavatkozások után az ultrahang technika alkalmas az eredményesség megítélésére, a szövődmények felismerésére és a hosszútávú utánkövetésre.

A normál nyugalmi artériás Doppler spektrum úgynevezett magas rezisztenciájú, trifázisos görbe: a gyors systolés anterográd áramlást rövid idejű diastolés revers flow, majd alacsony sebességű, késő diastolés anterográd áramlás követi. Szűkületet okozó falvastagodás vagy lument redukáló plakk magasságában az áramlás turbulenssé válik, a csúcs áramlási sebesség megemelkedik, és a Doppler-görbe bifázisos jelleget ölt. Hasonló jeleket látunk a poststenoticus szakaszon is, teljes occlusio utáni érszakaszon pedig a monofázisos áramlás jellemző a kollaterális felőli telődésre.

Többszörös szűkületek esetén a proximalis stenosistól distalisan felvett spektrum utal a proximalis laesióra, de további információt a lokális laesióról kevésbé hordoz, ezért kevésbé bízhatjuk magunkat a szűkület megítélésében az intrastenoticus sebesség-mérésekre. További buktatót jelent az obliteratív folyamatok diagnosztikájában a pulzus normalizáció jelensége, valamint az, hogy a kollaterálisok jelenléte, a keringés kompenzáltsága nagy mértékben befolyásolja a stenosisok direkt és indirekt ultrahang jeleit. Figyelembe véve ezen korlátozó tényezőket és az egyes érszakaszok vizualizálhatóságát, az ultrahang elsődleges szereppel bír az állapot-felmérésben, ha nem tervezünk intervenciót, izolált, rövid szakaszú, femoro-poplitealis stenosisok esetén (például profunda plastica előtt), az infrainguinális anastomosisok kiválasztásában, a katéteres behatolás helyének megválasztásában, az aneurysma sebészetben és a vénás graft mappingben. Egyéb esetekben a rekonstruktív beavatkozás előtt további képalkotó vizsgálatokra van szükség, bár a műtéti terv felállításánál a DSA alapú protokollokat mindinkább felváltják az UH alapú protokollok, a radiológusok és a sebészek mind kifinomultabb együttműködése következtében. Ezt a folyamatot segíti elő a virtuális döntéshozatali terv készítése, amelynek során a komplett duplex vizsgálat eredménye alapján készít artériás térképet és rekonstrukciós tervet az ultrahang specialista, ami a DSA felvétel után kerül elfogadásra vagy módosításra. Így az egyéni sebészi preferenciák megismerésével lehetséges a csak ultrahang vizsgálaton nyugvó, költséghatékony kivizsgálások számának növelése.

Az intraoperatív vizsgálatok mintegy 17%-ban fednek fel azonnali revízióra szoruló elváltozást – és tapasztalat, hogy a későbbi graft stenosisok helyére is utalnak már discret korai ultrahang jelek. Kiemelkedő jelentőségű a graftok hosszútávú ultrahangos utánkövetése, ami az infrainguinális vénás graftok esetében került eddig a legrészletesebb kidolgozásra. A vénás graftok elégtelenségének, elzáródásának leggyakoribb oka az első félévben technikai jellegű, az első két évben a neointimális hyperplasia, később pedig az atheroscleroticus folyamat további progressziója és a graft degeneratiója. Mindezek specifikus ultrahang jeleit jól ismerjük. A csak klinikai paraméterek alapján figyelt graftok 5 éves túlélése 60-70%, míg az ultrahangos követés esetén 82-93%! A graft veszélyeztetettségének specifikus ultrahang jeleit ismerve profilaktikus revízió végezhető, és az így megmentett graftoknak mintegy háromszoros az 5 éves túlélése, az occlusiót követően reoperált graftokhoz viszonyítva. A reguláris UH kontrollok során elemezzük az anastomosisok és a focalis laesiók 2D képét, valamint az áramlási viszonyokat, és graft thrombosis rizikó stratificatiója alapján állapíthatjuk meg a kontroll vizsgálatok gyakoriságát, illetve a revízió szükségességét. A postoperatív vizsgálatokkal felfedhetők a szövődmények: például perigraft terimék (haematoma, seroma, abscessus), AV-fistulák, valamint a valódi és álaneurysmák.

Az intervenciós radiológiai beavatkozások előtt a diagnosztikában és a behatolási kapu megtervezésében van szerepe az ultrahang technikának, a beavatkozás alatt monitorizálásra alkalmas, intervenció után pedig ugyanúgy alkalmazzuk, mint műtéteket követően. Percutan transluminalis angioplastica után a fali egyenetlenségek thrombogén felszínként működhetnek, és az esetleges reziduális stenosis, dissectio, ruptura ultrahanggal jól megítélhető. Stent implantálás esetén a pozicionálás, felfekvés rendellenességei, a következményes reziduális stenosis és a későbbiekben a neointimális hyperplasia kiváltotta restenosis mutatható ki. Intraarterialis lysis során a normál áramlási minta megjelenése utal az ér megnyílására, és felfedezhető lesz a thrombosist kiváltó focalis áramlási akadály, illetve a reziduális thrombus is. A beavatkozások eredményességének megítélésében ma még döntően a hagyományos ultrahang technikákra támaszkodunk, azonban a drágább, de rendkívül részletgazdag képet adó intravascularis ultrahang vizsgálatok számának növekedése várható. Stent-graftok beültetésénél a különböző típusú endoleakek azonosításában igen magas az ultrahang szenzitivitása és negatív predektív értéke, különösen kontrasztanyag adásával kombinálva. Ma már széles körben elterjedtek az ultrahang vezérelt intervenciók is, például femoralis pseudoaneurysmák zárása localis thrombin injektálásával. Ultrahanggal kiválaszthatjuk a beavatkozásra alkalmas eseteket, és a 2D kép ellenőrzéssel a thrombin biztonsággal injiciálható az álaneurysma üregébe, így kiváltható a több napos hospitalizációt igénylő, nagyobb kockázatú sebészi beavatkozás.

A perifériás artériás elváltozások vizsgálatában igen nagy jelentőségű a mind morfológiai, mind funkcionális információ nyújtására alkalmas ultrahang technika, amely tapasztalt vizsgáló kezében a pre-, az intra- és a postoperatív vizsgálatokkal hatékonyan támogatja az angiológus, a sebész és az intervenciós radiológus munkáját.

R11

A krónikus alsó végtagi ischaemia konzervatív kezelése. Múlt, jelen és (remélhetőleg) jövő az angiológiai betegellátásban.

DR. VARGA ESZTER
B.-A.-Z. Megyei Kórház,
III. Belgyógyászati-Angiológiai Osztály,
Miskolc

Az atherothrombosis lappangó – az első tüneteket sok évvel megelőző – kezdete, multifaktorialis és multilocularis jellege, a sokszínű, ám gyakran csak tüneti kezelési lehető-

ségek alátámasztják a tényt: nem véletlen, hogy a következtében kialakuló cardiovascularis betegségek a halálozási statisztikák élén járnak. A téma fontosságát erősíti, hogy e betegségcsoport egyre fiatalabb életkorban jelentkezik, s a rizikófaktorok szűrését, kezelését célzó terápiás protokollok ellenére egyre nagyobb számban okoz korai halált, maradandó vagy átmeneti egészségkárosodást, munkaképtelenséget – fokozva ezzel a beteg ember és a társadalom szociogazdasági terheit. A perifériás verőérbetegség az érrendszeri betegségek viszonylag szűk területe, azonban éppen multilocularis jellegéből adódóan a betegek rendkívül veszélyeztetettek, az alsó vagy felső végtagi manifesztáció mellett súlyos társbetegségekkel is számolnunk kell (coronaria, cerebralis, anyagcsere betegségek).

Jelen előadás céljai a következők:

1./ A krónikus végtagi ischaemia kezelésére szóba jövő elméleti terápiás lehetőségek áttekintése után összefoglaljuk a gyakorlatban alkalmazott módszereket.

2./ A B.-A.-Z. Megyei Kórház Angiológiai Osztályának tizennyolc éves fennállása alapján valós képet adjunk a megye érbeteg-ellátásának múltjáról és jelenéről.

3./ Egy ideálisnak mondható együttműködés, angiológiai-érsebészeti centrum munkája és a jelenlegi finanszírozási rendszer mellett előre vetítse az érbeteg-ellátás jövőjét.

R12
Érsebészeti kezelési taktika

DR. TÓTH GYULA
Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház, Budapest

Az obliteratív érbetegség gyakorisága a magyar lakosság körülbelül 2%-át érinti, míg a „perifériás érbetegség" előfordulása 11-12%-ra tehető az irodalmi adatok szerint. Ez körülbelül kétszázezer-egymillió lakost jelent hazánkban. Az érbetegek körülbelül 30%-a alkalmas érműtétre, a többi beteg belgyógyászati kezelést igényel, illetve végső esetben csak végtag amputáció végezhető a tűrhetetlen fájdalom, a kiterjedt szövetelhalás és a fertőzés okozta életveszély miatt.

A mindenkori kezelési taktikát a panaszok és a tünetek alapján állapítjuk meg. Erre jelenleg is a Fontaine-féle stádium-beosztást használjuk legáltalánosabban, de használatban van a II. Európai Konszenzus (1991) és a TransAtlantic InterSociety Consensus (TASC, 1999) konferenciák által javasolt claudicatio intermittens (CI) és kritikus végtag ischaemia (CLI) megnevezés is. Lényegében a claudicatio intermittens (CI) a Fontaine II. stádiumot jelenti, a kritikus végtag ischaemia (CLI) a Fontaine III.-IV. stádiumba sorolható. A Fontaine I. stádiumban a beteg panaszmentes, de eszközös vizsgálattal a betegség jelei kimutathatók (duplex scan érfali plauqe-ok, Doppler index csökkenés).

A sebészeti kezelés során megkülönböztetünk *életmentő műtétet („vitalis javallat"), sürgős műtétet* és választható időpontban végezhető úgynevezett *elektív műtétet*. Krónikus alsó végtagi ischaemia miatt Fontaine II.-III.-IV. stádiumban jön szóba invazív beavatkozás. Azért használom ezt a kifejezést, mert az intervenciós radiológiai lehetőségek kiteljesedésével egyre ritkább ez az elsődlegesen választandó kezelési taktika (ha erre lehetőség van), de ennek kivitelezhetetlensége esetén (technikai és morfológiai akadályok) a hagyományos érsebészeti műtéti megoldásokat alkalmazzuk. A betegek kisebb megterhelése és a műtéti eredmények javítása érdekében gyakran a két módszert egyidejűleg, egymást követően, egy műtéti beavatkozás során végezzük. Krónikus végtagi ischaemia (Fontaine III.-IV. stádium, nyugalmi fájdalom és/vagy gangraena) esetén a végtag megtarthatósága érdekében az invazív kezelés indokolt, és gyakran életveszélyes állapotot megelőző beavatkozás. A Fontaine II. stádiumban a kezelés megválasztása gyakran nehéz, és sok veszélyt rejt magában. Az alsó végtagi obliteratív érbetegség lefolyása, a gyors progresszió és a stagnáló állapot váltakozása az ezzel foglalkozó, a betegeket éveken keresztül gondozó szakemberek számára ismeretes. Korunkban egyre nagyobb nyomás nehezedik a kezelő orvosra a minél tovább „meghosszabbítható" tünetmentes élet biztosítására. Ezért nagy tapasztalatot és megfontolást igényel, hogy 100-150 m körüli járásképesség esetén az invazív kezelést javasoljuk-e a betegnek. Ugyancsak nagy önmérséklet szükséges sebészeknek és radiológusoknak ahhoz, hogy a látott angiográfiás képen csak a „legoptimálisabb" beavatkozást végezzük el, és tartózkodjunk az egyébként jelentős morfológiai és funkcionális átmeneti sikerrel járó kezelés kiterjesztésétől. Ennek érdekében fontos a szoros, szakmai elveken alapuló együttműködés a belgyógyász-angiológus, az intervenciós radiológus és az érsebész között. Jelenleg több érsebészeti centrumban az intervenciós radiológiai beavatkozást érsebészek végzik a műtőasztalon a műtéti feltárással egyidőben, vagy anélkül. Érsebészeti részlegünkön az intraoperatív intervenciót mindig radiológus végzi, ha az preoperatíve a diagnosztikus angiográfiával egyidőben nem megvalósítható. Befejezésül idézem prof. dr. Soltész Lajosnak, a magyarországi érsebészet megalapítójának jelenleg is helytálló tudományos megállapítását: „Korszerűtlen vitatkozni, hogy az obliteratív érbetegségek a sebészet vagy a belgyógyászat hatáskörébe tartoznak-e. A sebészeti kezelésre megállapított *palliatív* jelző nem vitatható el a belorvosi kezeléstől sem. A belorvosi kezelés általános jellegű, a sebészeti célzott. A kettőt elkülöníteni nem szabad, csak összehangolni."

E15

Térd alá vezetett áthidaló érműtétek középtávú eredménye anyagunkban

DR. SIMÓ GÁBOR, DR. DARABOS GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészeti Profil, Budapest

Célkitűzés. Retrospektív vizsgálatunk célja a térd alá vezetett áthidaló érműtétek középtávú eredményének vizsgálata a graft anyagának (autológ vs. heterológ) függvényében.

Anyag, módszer. 2003. január 1-jétől 2005. december 31-ig 125 betegnél 132 bypass műtétet végeztünk térd alá terjedő perifériás occlusio miatt.

A distalis anastomosis helye szerint a műtétek megoszlása a következő:

- popl. III. szegmentum: 82,
- truncus tibiofib.: 7,
- ATA: 23,
- ATP: 8,
- peronea: 2,
- dorsalis pedis: 10.

A conduit anyaga szerint

- retrograd vena saphena magna: 77,
- vena cephalica: 3,
- composit: 5,
- PTFE: 45,
- Dacron: 1,
- Silver (ezüst impregnált Dacron): 1.

Az átlagos utánkövetési idő 21 hónap volt. A statisztikai számítást (az elsődleges, illetve másodlagos nyitvamaradási, valamint végtagmegtartási arányt) life-table analízissel végeztük.

Eredmények. Az összesített (a distalis anastomosis helyétől független) retrospektív kumulatív elsődleges 3 éves nyitvamaradás a heterológ graft csoportban 36%-os, az autológ csoportban 63%-os ($p < 0,05$). A végtagmegtartás az előbbiekben 38%-osnak, az utóbbiakban 72%-osnak ($p < 0,05$) bizonyult. A PTFE bypassok reocclusiójának 82%-a az első 12 hónapban következett be.

Következtetés. A térd alá vezetett PTFE bypass középtávú eredménye jelentősen alacsonyabb az autológ megoldáshoz képest. A műér bypass reocclusiót a legtöbb esetben inoperabilis, incurabilis, komplett ischaemia követi (a kiáramlási pálya thrombosisa), míg az autológ reocclusiók jelentős számban kompenzált formában következtek be.

Véleményünk szerint, minden áron törekedni kell az autológ megoldásra (ellenoldali vena saphena magna, vena cephalica), műér implantáció csak ultimum refugiumként indokolt.

E16

Az intracardialis calcificatio mint a generalizált atherosclerosis markere

DR. NEMCSIK JÁNOS, DR. FARKAS KATALIN, DR. KOLOSSVÁRY ENDRE, DR. EGRESITS JÓZSEF, DR. KISS ISTVÁN, DR. LENGYEL MÁRIA,
Szent Imre Kórház, Belgyógyászati Mátrix Intézet, Angiológiai-Nephrológiai Profil, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

Az aorta billentyű meszesedés (AVS), valamint a carotis calcificatio (CAC) a kiterjedt atherosclerosis elfogadott markere. A bárhol látott intracardialis calcificatio (ICC) és a generalizált atherosclerosis szoros összefüggése nem ilyen egyértelmű. Célunk az volt, hogy vizsgáljuk a CAC, az ICC, a cardiovascularis rizikófaktorok és az atherosclerosis klinikai manifesztációi közötti kapcsolatot. Retrospektív módon válogattuk ki osztályunk betegei közül azokat, akiknél 2001-2003 között egy hónapon belül mind a nyaki erek carotis duplex ultrahang vizsgálatára (CUS), mind pedig echo-cardiographiás (echo) vizsgálatra sor került. Kizártuk a krónikus veseelégtelen, a szignifikáns aorta stenosisos, valamint a carotis occlusiós betegeket. A pozitív CUS minden súlyosságú CAC, míg a pozitív echo mind az AVS, mind a mitralis anulus calcificatio (MAC), illetve mindkettő pozitivitásaként lett definiálva. 343 beteget találtunk, ICC 201 esetben, AVS 131 esetben, MAC szintén 131 esetben, míg mindkettő 82 betegnél volt megtalálható. A CUS 249 esetben volt pozitív. A CUS eredményére az AVS, MAC, mindkettő vagy bármelyik pozitivitása 52, 52, 32, illetve 72%-os szenzitivitással, míg a CAC jelenlétére 84, 88, 94, illetve 78%-os specificitással utalt. Többváltozós logisztikus regresszió analízissel a kor (10 éves emelkedésekkel, odds ratio [OR]: 2,0), valamint az ICC (OR: 2,0) bizonyultak a CAC önálló prediktorának.

Következtetések: az ICC a CAC-t nagy specificitással jelöli; az ICC a CAC független prediktora, így az atherosclerosis markere; jóllehet, az ICC hiánya nem zárja ki az atherosclerosist.

E17

Cruralis rekonstrukciók során elért eredményeink

DR. SZABÓ GÉZA
Jósa András Megyei Kórház, Sebészeti Osztály, Nyíregyháza

Bevezetés. Az izolált cruralis arteriákra vezetett bypass műtétek nem túl gyakoriak az érsebészet során. Ezen műté-

teknél a bypass késői átjárhatósága sokkal alacsonyabb, mint a proximálisabb bypassoké. Ezért csak végtagmentés céljából (kritikus végtagi ischaemiában, gangraenában, nyugalmi fájdalomban) indikált a műtét. A fogadó artéria kis mérete és az egyenes kiáramlási pálya miatt e műtéti típus mindig kihívás az érsebész számára.

Anyag és módszer. Osztályunk érsebészeti részlegén az utóbbi kilenc év során (1997. január 1. és 2005. december 31. között) 3500 rekonstrukciós érműtét közül 141 rekonstrukció (4%) során vezettük a bypasst a lábszári artériákba.

Eredmények. Az indikációt 49 esetben gangraena, 57-ben nyugalmi fájdalom, 35-ben rövid távú claudicatio jelentette. A férfi-nő arány: 9:1. Diabeteses 34 beteg volt.

A felső anastomosis helye az esetek 78%-ában az arteria femoralis communis volt. A többi az arteria iliaca, a femoralis superficialis, illetve a poplitea volt. Számos alkalommal kellett az úgynevezett több szakaszos rekonstrukció miatt graftról indítani az áthidalást. A distalis anastomosis megközelítően azonos arányban volt a tibialis anterioron és posterioron, míg az izolált peronealis bypass csak 5% volt. A bypass anyaga 72%-ban volt saját véna, 22%-ban composit bypass, 6%-ban PTFE áthidalás történt.

Postoperatív szövődményeink általános sebészeti okai között 2 sebgennyesedés, 1 graft-infekció volt, és 1 exitus következett be kardiális elégtelenség miatt. Korai reocclusio 24 betegnél mutatkozott, major amputációt 7 betegnél kényszerültünk végezni. A korai szak graft-átjárhatósági rátája 83%-osnak bizonyult.

E18
Rövid szakaszú FSA occlusio megoldási taktikája

DR. LASSU PÉTER, DR. KASZA GÁBOR,
DR. KOLLÁR LAJOS
POTE ÁOK, Sebészeti Tanszék,
Pécs

A diagnosztikus lehetőségek fejlődésével a femoralis elzáródások pontosabb diagnózisához lehetett jutni, ennek következtében a megoldási lehetőségek száma is megszaporodott. Az elzáródások típusának megfelelően nemzetközi konszenzus alapján új beosztás jött létre (TASC), amely meghatározza a megoldási lehetőségeket, és a hasonló típusú elzáródások megoldási eredményeit összehasonlíthatóvá teszi. Előadásunkban történeti áttekintést adunk a diagnosztika és rekonstrukció változásairól, a nemzetközi irodalmi adatokat és a saját beteganyag eredményeit összevetve.

V. szekció
Poszter szekció

R20
Tanulságos esetek a hasi aorta aneurysma témaköréből

DR. JUHÁSZ GYÖRGY,
DR. SZENTESI SZABOLCS,
DR. MÁTYÁS LAJOS
B.-A.-Z. Megyei Kórház
és Egyetemi Oktató Kórház,
Érsebészeti Osztály,
Miskolc

A nagyobb számú műtétet végző intézményekben előbb-utóbb mindig előfordulnak olyan tanulságos esetek, amelyek vagy indikációs döntési vagy műtéttechnikai szempontból, esetleg ritka, nem várt szövődmények jelentkezése miatt megvitatásra különösen érdemesek. Jelen előadásunkban három tanulságos esetet mutatunk be, hasi aorta aneurysmák nyitott műtéti és endovascularis megoldásával kapcsolatosan.

Első betegünk infrarenalis, iliacákra nem terjedő hasi aorta aneurysma miatt konvencionális műtéti kezelésben részesült, tube interpozitum beültetésével. (Az igen rövid nyak miatt endovascularis megoldás nem jöhetett szóba.) Néhány hónappal a műtét után a beteget az alsó anastomosis infekciós eredetű vérzése miatt kellett sürgősen megoperálnunk, amely után röviddel kivérzéses shock miatt a beteget elvesztettük.

Második és harmadik betegünket endovascularis protézis beültetésével kezeltük. Geometriai okok miatt mindkét esetben uni-iliacalis graft típust alkalmaztunk, Silver crossover bypassal kiegészítve.

Mindkét crossover bypass suppurált, az egyik esetben többszörös infect vérzés, saphenára való crossover csere után, kétoldali, egymást követően beültetett axillo-femoralis graft implantációra kényszerültünk. A másik betegnél mélyvénára cseréltük a suppurált crossovert, ezt követően a műtéti sebek ps. gyógyultak.

Mindhárom esetnek több tanulsága van a szakmai művelői számára, amelyeket az előadásban részletezünk.

R21

Aorto-biiliacalis bypass iliacalis anastomosisában kialakult álaneurysma sikeres kezelése stent-grafttal

DR. TÓTH CSABA, DR. PAPP LÁSZLÓ,
DR. LITAUSZKY KRISZTINA,
DR. BODNÁR FRUZSINA, DR. KOSZTYU LÁSZLÓ,
DR. OLVASZTÓ SÁNDOR, DR. TÓTH J.
DE OEC Érsebészeti Tanszék,
Radiológiai Klinika – Nemzetközi Egészségügyi Központ, Debrecen

A szerzők elemzik egy 63 éves, korábban aorto-biiliacalis bypasson átesett férfi beteg jobb oldali iliacalis anastomosisban kialakult álaneruysmájának kezelési lehetőségeit.

A bypass átjárható volt, az álaneurysma septicus eredetét megnyugtatóan ki tudtuk zárni. A korábban többször operált has és a szűk medence technikailag nehéz konvencionális sebészeti beavatkozást sugallt, ezért a szerzők az endovascularis kezelést favorizálták, annak kockázatát felmérve.

Második vélemény kérése céljából a beteget az ország egyik vezető szakintézményébe küldtük, ahol a konzíliumot adó, nagy tapasztalattal bíró kolléga az arteria iliaca communis ép szakaszát stent-graft beültetéshez rövidnek találta, és hagyományos sebészi feltárást javasolt, a beteget a küldő intézménybe visszautalva.

A beteg óhaját is figyelembe véve, részletes felvilágosítás után, mégis az endovascularis beavatkozás mellett döntöttünk, és az eredeti tervnek megfelelően az álaneurysmát 12 mm átmérőjű stent-grafttal (Boston Scientific) műtői körülmények között, kis femoralis feltárásból kirekesztettük. Szövődményt nem észleltünk. A beteg hat hónappal a beavatkozás után panaszmentes, ellenoldali végtagján kis távolságú claudicatio miatt femoro-poplitealis bypasst készítettünk.

Az eset ismertetése után interaktívan elemezzük az alternatív kezelési lehetőségeket.

R22

Rupturált carotis-aneurysma: technikai siker, klinikai kudarc – mit tehettünk volna másként?

DR. TÓTH CSABA, DR. PAPP LÁSZLÓ,
DR. LITAUSZKY KRISZTINA,
DR. BODNÁR FRUZSINA, DR. MAGYAR T.
DE OEC Érsebészeti Tanszék, Neurológiai Klinika, Debrecen

Egy 68 éves férfi beteg a Neurológiai Klinika érintésével került érsebészeti tanszékünkre. A beteg – felvételét néhány nappal megelőzően – a nyak jobb oldalán fájdalmas, pulzáló terimére lett figyelmes. Sürgős CT angiográfia a jobb oldali carotis villában ülő aneurysmát mutatott, paravasatum egyértelmű jelei nélkül, bár az utóbbit a color UH felvetette.

A beteg állapota stabil volt, légzési, nyelési nehezítettséget nem észlelt, így a műtétet sürgősséggel, de a nappali programban végeztük el, tapasztalt, érsebészetben jártas anaesthesiológus és műtői team bevonásával. A műtét során a carotis-oszlás elülső falának teljes hiányát okozó aneurysma rupturát és 4x3 cm-es álaneurysmát találtunk. Technikai nehézségek miatt az arteria carotis interna lekötése is felmerült, de végül – tekintettel a preoperatíve intakt interna-keringésre – arteria carotis communis-arteria carotis interna interpositiumot ültettünk be, az externát pedig a PTFE graftba szájaztattuk. Pulzáló interna-visszavérzés miatt shuntöt nem használtunk.

A beteg a műtőasztalon neurológiai deficit nélkül ébredt, de fél órával a műtét után az ITO-n hemiplegiássá vált, tiszta tudattal. A klinikai tünetek embolizációra utaltak, amelyet neurológus konzílium is megerősített. (Forrás: carotis?, aorta?, szívüregi thrombus + pitvar-fibrilláció?). A beteg állapota 24 óra múltán jelentősen javult, egy héttel a műtét után érintett felső végtagját használni tudta, lábát mozgatta, ágy szélére leültethető volt. Rehabilitációs intézetbe adását már megszerveztük, amikor a postoperatív 11. napon a nyakon pulzáló haematoma jelent meg. Bár a color UH aktív vérzést nem igazolt, csak az ipsilateralis ACI elzáródását, műtéti feltárás során a beszájaztatott ACE-graft disruptióját találtuk, amelyet később a tenyésztés alapján diagnosztizált pseudomonas fertőzéssel magyaráztunk. A műtét után a beteg stroke tünetei rosszabbodtak, rehabilitációra alkalmatlanná vált, állapota ápolási intézményben történő elhelyezést indokolt.

A szerzők elemzik a beteg ellátásának tanulságait, és interaktív módszerrel, a hallgatóság bevonásával vitatják meg a kezelés különböző stádiumaiban felmerülő alternatív lehetőségeket.

E19

Érvarratok speciális esetekben

DR. SZOKOLY MIKLÓS, DR. SZOKOLY MIKLÓS
Budapest

A szerzők ismertetik a traumatológiai érvarratok speciális jellegét, különös tekintettel az alkar és a csukló régióban elvégzett beavatkozásokra.

Három klinikai eset bemutatásával elemzik a hazai ellátás – főként a szervezés és a magas időfaktor – nehézségeit.

Körfűrészes, alkari conquassalt, illetve septicus betegeik műtéti eseményeit, postoperatív szövődményeit dolgozták fel – mindezt részben mozgóképekkel prezentálják.

E20

Vesetranszplantáció vascularis szövődményeinek érsebészeti ellátása klinikánk 5 éves anyagában

DR. HÓDI ZOLTÁN, DR. MIHALOVITS GÁBOR, DR. PALÁSTHY ZSOLT, DR. SZENOHRADSZKY PÁL, DR. SZEDERKÉNYI EDIT, DR. MAROFKA FERENC, DR. SIPKA RÓBERT
SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés. A cadaver vesetranszplantáció standardizálható sebészi technikája lehetővé teszi a műtéti szövődmények alacsony szinten tartását. Az angiológiai kivizsgálás hiánya miatt azonban a műtőasztalon felismert érbetegség nehezen megoldható szituációk elé állíthatja az operáló teamet. A recipiens betegsége mellett időnként a graft ereinek számbeli, lefutási anomáliái, renalis aneurysma, véna sérülés miatt kell ex vivo rekonstruktív műtétet („tailoring") végezni.

Beteganyag és módszerek. Betegeink a Nemzeti Várólistáról kerülnek behívásra. A listára kerülést részletes belgyógyászati és egyéb szakirányú kivizsgálás előzi meg. A betegek előrehaladott kora, súlyos perifériás érbetegség, gangraena a transzplantációt kizáró okok. DSA-val igazolt súlyos érbetegek – érsebészeti rekonstrukció után – ismét várólistára kerülhetnek.

Preoperatív kivizsgálásuk részeként angiológiai anamnézis felvétel, fizikális vizsgálat történik, ennek során a femoralis és perifériás pulzusokat kontrolláljuk, emellett 2005 márciusa óta rutinszerűen elvégeztetjük az aorto-iliacalis duplex ultrahang vizsgálatot.

2001. január 1. és 2006. május 31. között 262 esetben végeztünk cadaver, 1 esetben élő donoros veseátültetést. Intraoperatív rekonstrukció (iliaca interna, externa TEA, graft interpositio, femoro-femoralis crossover bypass, renalis arteriotomia embolectomiával, vena iliaca rekonstrukció) 10 esetben (3,8%) történt, reoperáció során érsebészeti jellegű beavatkozást 3 esetben (1,1%) végeztünk. 1 esetben ültettünk be cadaver vesét aorto-bifemoralis graftra. Műtéti exploratiót igénylő postoperatív vérzést 8 esetben (3%) észleltünk. (Ezekben az esetekben a vérzés forrása általában nem azonosítható.) A vizsgált időszakban vese véna és vese artéria thrombosis nem fordult elő. Végtagvesztés a vesetranszplantációval összefüggésben nem történt.

Eredmények. A declampage-t megelőző intraoperatív rekonstrukciók, tervezett műér beültetés után végzett vesetranszplantációk, tervezett redo-rekonstrukciók eredménye kiváló. A felengedés után észlelt keringészavar esetén a graft újrakirekesztése jelentős meleg ischaemiás károsodással és korai graft vesztéssel járhat. Egy éven belüli graft vesztés ilyen okból 2 esetben történt (0,7%).

Megbeszélés. Vesetranszplantáció során kialakuló vascularis szövődmény miatt érsebészeti rekonstrukcióra ritkán került sor. Az intraoperatíve észlelt érbetegség miatt rögtönzött rekonstrukciók után a várható graft túlélés romlik, illetve kritikus végtag ischaemia alakulhat ki. Azóta, hogy részletes angiológiai status rögzítés és duplex UH vizsgálat történik, jelentősen csökkent a graft túlélést negatívan befolyásoló ad hoc érrekonstrukciók száma.

E21

Carotis communis területi rupturált, septicus álaneurysma sikerrel operált esete

DR. DARABOS GÁBOR, DR. SIMÓ GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészeti Profil, Budapest

A 65 éves férfi beteget egy hónapos jobb nyaki fájdalom, négy napos progrediáló duzzanat – parotis tumor gyanúja miatt utalták intézetünkbe.

A duplex- és CT angiourgens kivizsgálás jobb carotis bifurcatio táji rupturát igazolt. A műtét során septicus környezetben a submandibularis régió abscessusát, ennek talaján kialakult abscedáló arteritist, rupturát találtunk.

Resectiót és ACC-ACI VSM interpositum beültetést végeztünk. A postoperatív szak zavartalan volt, a beteg a 7. napon láztalanul távozott. Szövettani eredmény: acut suppuráló arteritis. A bakteriológiai tenyésztés eredménye: E coli.

A betegnél neurológiai tünet a preoperatív CT-n észlelt jobb oldali parietalis subcaut lézió ellenére sem jelentkezett.

E22

Perzisztáló arteria lienalis aneurysma (esetismertetés)

DR. MÉSZÁROS LÁSZLÓ, DR. BENEDEK GYÖRGY
Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Érsebészeti Részleg, Budapest

Aneurysma előfordulása a zsigeri artériás rendszeren belül az arteria lienalison a leggyakoribb. Érsebészeti, illetve angio-radiológiai kezelési stratégiák bemutatása után egy kórházunkban kivizsgált 80 éves nő beteg kórtörténetét ismertetjük, nyitva hagyva a kérdést a kórkép legmegfelelőbb kezelési módszerének kiválasztására. Ön melyiket választaná?

A

SERVIER HUNGÁRIA Kft.

Szimpóziuma

2006. október 27. (péntek) 17^{45}-18^{30}

Balatonkenese,

TELECOM-Üdülő Kongresszusi Központ

Program:

Dr. Meskó Éva

Fókuszban az endothel

(Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa)

Dr. Kristóf Vera

Detralex hatása a krónikus vénás elégtelenség molekuláris folyamataira

(Semmelweis Egyetem, Ér-és Szívsebészeti Klinika, Budapest)

Servier Hungária Kft. 1062 Budapest, Váci út 1-3.
Telefon:(1) 238-7799 Fax: (1) 238-7966

60x Súlyos visszérbetegségben A legjobb ajánlással[1]

oxerutin
Venoruton® forte

TERÁPIÁS EVIDENCIA A[1] SZINT

Új!

60 tablettás változat

- folyamatos hatékonyság, akár 60 napon át
- szöveti oxigenizáció emelés[2] hosszú távon

RA GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE: Venoruton Forte 500 mg tabletta MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 500 mg O-â-hidroxietil-rutozid (oxerutin) tablettánként. GYÓGYSZERFORMA: Tabletta: zöldes-sárga színű, pettyes, korong alakú, domború felületű, egyik oldalán mélynyomású Zyrna logo, másik oldalán "CV" jelzéssel ellátott tabletta. Törési felülete zöldes-sárga színű. KLINIKAI JELLEMZŐK: Terápiás javallatok: A krónikus vénás elégtelenség következtében kialakuló, (gyakran jelentős) visszér tágulat, valamint együtt jelentkező vénás keringési zavar, vénás eredetű trophikus bőrelváltozások, lábszárfekély kezelésére. A kísérő oedema csökkentésére. A vénás elégtelenség során fellépő tünetek [pl. fáradt, nehéz lábak, görcsök, paraesthesia, és "nyugtalan" lábak (restless leg)] enyhítésére. A krónikus vénás elégtelenség kezelése során alkalmazott rugalmas kötés hatásának javítása. Aranyér tüneteinek megszüntetése. Diabeteses retinopathia. Adagolás és alkalmazás: Krónikus vénás elégtelenség: Kezdő adag: naponta 2 x 1 tabletta. A fenntartó kezelés: naponta 1 x1 tabletta tabletta. Aranyér-betegség: megegyezik a krónikus vénás elégtelenség és komplikációi kezelésére javasolt adagokkal. Diabeteses retinopathia: 1800-3000 mg oxerutin naponta. Kiadhatóság: II/1 csoport Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). Ellenjavalatok: ismert túlérzékenyseg a termék bármely összetevojére. A terhesség első trimesztere (ld. 4.6. pont). Szív, vese- illetve májbetegség következtében kialakuló alsó végtagi oedema kezelésére nem javasolt. Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók: gyógyszerkölcsönhatást nem jelentettek. Terhesség és szoptatás: a terhesség első három hónapjában történő alkalmazását kerülni kell. A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre: nincs arra utaló adat, hogy a készítmény befolyásolná a gépjárművezetést, vagy a gépek kezelését. Nem kívánatos hatások, mellékhatások: Ezek főként gasztrointesztinális zavarok (flatulencia, hasmenés, gyomor fájdalom, gyomorrontás), fejfájás, szédülés, fáradékonyság, bőrkiütés, hőhullám és pruritus voltak, melyek gyorsan megszűnnek a kezelés abbahagyásakor. Túladagolás: tünetekkel járó túladagolást nem jelentettek.GYÓGYSZERÉSZETI JELLEMZŐK: Segédanyagok: makrogol 6000, magnézium-sztearát. Inkompatibilitás: nem ismeretes.Felhasználhatósági időtartam: 5 év. Különleges tárolási előírások: legfeljebb 30°C-on. Nedvességtől védve tartandó. Csomagolás típusa és kiszerelése: 30db, 60 db tabletta PVC/Al blisztерben és faltkartonban. Megjegyzés: (egy kereszt) A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY JOGOSULTJA: Novartis Hungária Kft., Consumer Health, Budapest. A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA: OGYI-T 5299/01/02, Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 15.624/55/2003 Bruttó fogyasztói ár: 2130 Ft, TB támogatás 0 Ft, beteg által fizetendő 2130 Ft. Az árak 2006.október 01-től a következő árváltoztatásig érvényesek. Kérjük olvassa el a részletesebb alkalmazási előírást is!

VRT 304/SEP06

1- G.B. Agus, C. Allegra, G. Arpaia, G. Botta et al.: Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Venous Insufficiency, International Angiology, 2001. vol. 20.suppl. 2 to No.2.

2- G.Golden, H.A.M. Neumann: Compression stockings & venous drugs: their relative role. Phlebology Digest (2005);18,2:4-7)

3- M. MARSHALL, D. LOEW, AND C. SCHWAHN-SCHREIBER: Hydroxyethylrutosides (oxerutins) in the treatment of CVI stage I an II (CEAP 3 and 4)

NOVARTIS

Novartis Hungária Kft. 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.
Tel.: +3614576656, +3614576678, www.novartis.hu,
infoch.hungary@novartis.hu

Novartis Szimpózium
2006. október 28., 08.30-tól 09.15-ig

Üléselnökök:
DR. PÉCSVÁRADY ZSOLT, DR. JÁRAI ZOLTÁN, DR. BALLAGI FARKAS

Postthromboticus szindróma: megelőzés a vénás oedema és a mikroangiopathia kezelésének segítségével – tíz éves utánkövetésű, regisztrációs tanulmány

PROF. DR. GIANNI BELCARO
PAP/PEA Project, San Valentino, Olaszország

A postthromboticus szindróma a mélyvénás thrombosist követő billentyű destrukció kifejlődésével az esetek többségében néhány év alatt kialakul. Ennek hátterét a progresszíven romló vénás nyomásviszonyok és vénás mikroangiopathia adják, amelyek súlyosságát jól jelzi a kapcsolódó oedema, kapilláris szivárgás, illetve a bőrben mérhető áramlási fluxus. E paramétereket kedvező irányban befolyásoló terápiával a súlyos krónikus vénás elégtelenség – így például a vénás kifekélyesedés is – jó eséllyel megelőzhető.

Jelen utánkövetéses tanulmányban 560 mélyvénás thrombosison átesett beteg esetén vizsgáltuk a thrombosist követően alkalmazott terápiás eljárások eredményességét.

A Venoruton hatékony gyógyszeres kezelést jelent az oedema és a vénás mikroangiopathia ellen, mono- és kombinációs terápiában egyaránt. A gyógyszeres kezelés magasabb költségei a komplikációk csökkent előfordulása révén nyert megtakarításokkal jól összemérhető (48% vs. kontroll). A Venoruton csoportban – a kontrollhoz képest – a betegek életminősége is jelentősen javult.

Új evidenciák és ajánlások a vénás betegségek kezelésében

DR. FARKAS KATALIN
Szent Imre Kórház, Angiológiai Profil, Budapest

A vénás thromboemboliák és a krónikus vénás elégtelenség okozta morbiditás és mortalitás világszerte jelentős népegészségügyi probléma. A krónikus vénás elégtelenség konzervatív kezelésében a kompressziós terápia szerepe változatlan. A venoaktív gyógyszerek (VAD) alkalmazásáról 2005-ben jelent meg új nemzetközi ajánlás 72 randomizált, kontrollált vizsgálat értékelése alapján. A venoaktív gyógyszerek biztonságosnak és hatékonynak bizonyultak az oedema és a vénás elégtelenség egyéb tüneteinek kezelésében, a betegség minden stádiumában. Ezen szerek fokozzák a kompressziós terápia hatékonyságát, és válogatott esetekben (meleg éghajlat, intolerancia, perifériás érszűkület, neuropathiák) helyettesíthetik azt.

Venoruton forte 60x helye a súlyos krónikus vénás elégtelenség (CVI) (CEAP3+) gyógyszeres kezelésében

DR. MARKOVICS GYULA
Novartis

Bevezetés. A CVI súlyos formáinak standard kezelésére vonatkozóan a legutóbbi nemzetközi és hazai útmutatásokban (Clinical Hemorheology and Microcirculation, 2005.; Magyar Angiológiai Útmutató, 2005.) egyöntetűen a venokaktív szereket javasolják mint alapvető gyógyszeres terápiát (például a vénás eredetű oedema, lábfájdalom stb. csökkentésére). A Venoruton forte ezekben az ajánlásokban a legjobb minősítéseket kapta.

A Venoruton forte terápiás hatásai. Egy tanulmányban a CVI betegek TcPo2 szintjeiben megfigyelhető változásokat elemezték. Azt találták, hogy a kompressziós kezelés mellé négy hétig 1000 mg Venorutont kapott csoportban mérhető TcPo-szintek szignifikánsan magasabbak voltak a placebo csoporthoz képest.

Egy arany standard tanulmányban – szintén a kompressziós kezelés kiegészítéseként adva napi 1000 mg Venorutont, három havi adagolással – a gyógyszer oedemára gyakorolt terápiás hatásait vizsgálták. Azt találták, hogy a Venoruton csoportban elért oedema csökkenés mértéke kétszerese volt a kompressziós terápia + placebo segítségével realizálhatóénak. A kompressziós terápia elhagyásakor jellegzetes „oedema-rebound" a Venoruton csoportnál legalább hat héten keresztül nem jelentkezett.

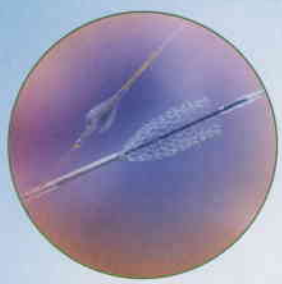
Összefoglalás. A Venoruton forte a nemzetközi és hazai terápiás irányelvekben a legjobb ajánlásokkal rendelkezik, rövid- és hosszútávú hatékonyságát számos tanulmány bizonyítja a CVI súlyosabb formáiban. A *Venoruton forte új, 60 szemes* kiszerelése a súlyos krónikus vénás elégtelenség huzamos gyógyszeres kezelését teszi egyszerűbbé.

Medtronic

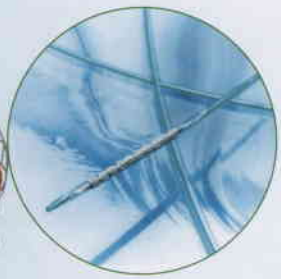
VASCULAR

Testreszabott megoldásokat kínálunk a vasculáris intervenció számos területén

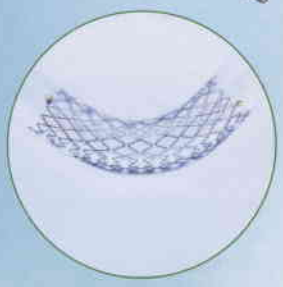
Talent TAA és AAA
sztentgraftok



Exponent + Interceptor
carotis rendszer



Racer
kobalt-króm vesesztent



Aurora SE
perifériás nitinol sztent

Bridge Assurant
ballontágítású acél csípőérsztent

Medtronic Hungária Kereskedelmi Kft.
Budapest 1123 Alkotás utca 50. Tel: 06-1-8890600 Fax: 06-1-8890699
www.medtronic.hu

E23
Diagnosztikus melléklelet értékelése egy tanulságos esetünk kapcsán

DR. BARTA LÁSZLÓ, DR. VALLUS GÁBOR
Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház, Általános és Érsebészeti Osztály, Budapest

Bizonyos cardiovascularis betegségek, mint a mitralis szűkület (60-70%), az acut myocardialis infarctus utáni állapot, pitvar-fibrillatio (30-40%) gyakori szövődménye az artériás embolizáció. Ennek 70-80%-a a végtagokra, 20%-a a cerebrovascularis, 10%-a a visceralis erekre lokalizálódik. A visceralis erek közül a leggyakrabban érintett az arteria mesenterica superior, ami az aortából történő hegyesszögű eredésének tudható be. Alsó végtagi és mesenterialis embolizáció egyidejű előfordulása igen ritka, ezért ennek felismerése és diagnózisa próbára teszi a klinikust, de enyhe hasi panaszok esetén mindig gondolni kell rá.

Jelen esetismertetésünkben egy 79 éves nő beteg sikeresen operált mko. AV-i és arteria mesenterica superior embolizáció esetét mutatjuk be. 1 hetes mko. AV-i embolizáció talaján kialakult bizonytalan hasi fájdalommal került felvételre. Az elvégzett DSA mellékleletként igazolta az arteria mesenterica superior embóliáját. Egy ülésben arteria mesenterica superior és mko. AV-i embolectomiát végeztünk. Bélresectióra nem volt szükség.

Összefoglalás: a végtagok embóliája kapcsán, hasi panaszok jelentkezésekor gondolni kell a visceralis erek elzáródására, s amennyiben ez igazolódik, megoldása elsőbbséget élvez.

E24
Koleszterin embolizáció gyógyult esete

DR. KOVÁCS LÁSZLÓ, DR. RIBA MÁRIA, DR. LŐCSEI Z.
Vas Megyei és Városi Markusovszky Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Nephrológiai Részleg, Intervenciós Kardiovaszkuláris Radiológiai Osztály, Szombathely

A szerzők egy 51 éves, generalizált arteriosclerosisban szenvedő beteg esetét ismertetik, akinél a jobb arteria renalis stenosisának gyanúja, következményes hypertonia, dysbasiás panaszok és color Doppler vizsgálattal a bal ACI szignifikáns stenosisának gyanúja miatt történt angiográfia. Ezt követően a talált, fentieknél kiterjedettebb, szignifikáns mértékű áramlási zavart okozó elváltozások közül a jobb arteria renalis szegment stenosisának stent implantációját és a jobb arteria iliaca externa szegment szűkületének stent implantációját végeztük el. A vizsgálat napján fellépő tartós hányingert másnap egyre kifejezettebbé váló jobb oldali vesetáji és enyhébb epigastrialis fájdalom követte. Kontroll color Doppler vizsgálat a jobb veseartéria elzáródását valószínűsítette, emellett jelentős proteinuriát, microhaematuriát, kifejezett transaminase- és LDH-emelkedést, enyhébb szérum amylase-emelkedést és leukocystosist észleltünk. A mellkas-röntgen jobb oldali pneumonia gyanúját írta le. Antibiotikum, parentális folyadék és kalóriapótlás, preventív dózisú LMW heparin kezelést alkalmazva a laboreltérések gyors, 3-5 napon belüli teljes regresszióját észleltük, a beteg teljes panaszmentessé válása mellett. Kontroll color Doppler vizsgálat pedig a jobb arteria renalis recanalisatióját igazolta.

A fenti tüneteket koleszterin embolizáció következményének tartottuk, amely az angiográfiás beavatkozások ritka, de lehetséges, esetenként nagy mortalitású szövődménye.

VI. szekció
Varicositas, mélyvénás thrombosis

R13
Huszonöt év tapasztalata az alsó végtagi visszeresség injekciós sclerotherápiájában

DR. BIHARI IMRE
Budapest

Bevezetés. A szerző az alsó végtagi visszeresség injekciós sclerotherápiáját huszonöt évvel ezelőtt, egy beteg műthetőnél kisebb visszértágulatainak kezelése kapcsán kezdte el, és azóta is folyamatosan alkalmazza.

Beteganyag. Összesen 3107 beteg 4025 alsó végtagjának kezelése kapcsán, mintegy 115 ezer injekció beadására került sor. A betegek átlagéletkora 41,7 év, a nők aránya 80,3%.

Módszer. A beavatkozáshoz szükséges speciális gyógyszerek (polidocanol, tetradecyl-szulfát) már évtizedek óta hazánkban is beszerezhetők. A feldolgozott időszakban a diagnosztika és a kezelés mind nemzetközi, mind hazai vonatkozásban jelentősen fejlődött. A beteg a tű beszúrásakor a korábbi standard álló helyzet helyett gyakrabban ül, vagy fekszik. Az oldat beadásakor régebben a beteget lefektettük

és lábát megemeltük, ma már a beszúrás helyzetében folytatjuk a kezelést. Kisebb lett a használt tű mérete, viszont nagyobb a beadott gyógyszer mennyisége, kezdetben 1x0,2 ml, majd 4x, később 6x0,5 ml, jelenleg a megengedhető maximális dózisként egy ülésben akár 28 ml 0,5%-os oldat is beadásra kerülhet.

Eredmények. A kezelések minden esetben sikeresek voltak. A módszer a kis méretű, úgynevezett intracutan venectasiák és reticularis varicositasok terápiájában kiemelkedő jelentőségű, de az oldalág, valamint a kisebb perforans varixok kezelésében is jó eredménnyel alkalmazható. Mint ismeretes, a varicositas egy progresszív betegség, e sajátsága alapján karbantartására a szinte korlátlanul ismételhető sclerotherapia jól bevált. Előfordultak túl erős reakciók és szövődmények is. Túl erős reakcióknak nevezzük a kezelés következtében esetenként fellépő, spontán rendeződő kellemetlenségeket: collapsus, suffusio, visszérgyulladás és pigmentáció. Szövődmények: elvétve kisebesedés, irodalmi ritkaságként allergia és mélyvéna thrombosis. Ez utóbbi megelőzésére fokozott figyelem javasolt, ezért fontos thrombophylia irányában az anamnézis ismerete. Saját eredményeink – a hazai felméréssel egyezően – 1,5%-ban mutattak szövődménynek tekinthető eltérést, amelybe egy enyhe lefolyású mélyvéna thrombosis is beletartozik.

Hab sclerotherapia. A nemrég bevezetett ultrahang irányított hab sclerotherapia a nagy törzs varicositasok gyógyítását is lehetővé teszi.

Egyéb sclerotherápiák. A lábon kívül felső végtagi és szájszéli vénatágulat, valamint érfejlődési rendellenességek kezelése, továbbá nodus haemorrhoidalis sclerotherapia is történt, amelyekben ez a módszer szintén hatásosnak bizonyult.

Sclerotherapia és műtét viszonya. A két eljárás inkább kiegészíti egymást, mint rivalizál.

Következtetés. Az injekciós sclerotherapia alkalmasnak bizonyult elsősorban a népbetegségnek számító alsó végtagi varicositas, továbbá más természetű vénatágulatok kezelésére.

R14
A crossectomia jelentősége, a stripping indikációja és veszélyei

DR. VALLUS GÁBOR
Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház, Budapest

Az 1970-es évek közepéig a visszérműtét a sebészeti osztályokon végzett egyik leggyakoribb operáció volt. Ma már tudjuk, hogy a Trendelenburg VSM varicectomia szakmailag nem korrekt megoldás, ezért a recidiva kialakulása szinte törvényszerű. A laikus köztudatban ezért vált általánossá, hogy a „a visszerességet nem szabad operáltatni, mert úgyis kiújul".

A 70-es évek második felében a korrekt crossectomia, stripping kidolgozásával a postoperatív eredményesség jelentősen javult, viszont a közvetlen postoperatív szakban gyakorlattá vált tartós immobilizálás, a thrombosis profilaxis nem kellő ideig történő alkalmazása és mindkét alsó végtag együttes műtéte továbbra is magas szinten tartották a szövődmények kialakulását.

Az 1980-as évek közepétől kialakult szemléletváltás, amely magában foglalja a korrekt crossectomia, a beteg szakaszokra kiterjedő stripping, a mielőbbi postoperatív mobilizálás, a jó hatású venotonikumok alkalmazását, jelentősen javította a műtéti eredményességet.

Manapság azonban az „egynapos" sebészi beavatkozások bevezetésével, a nem kellően indokolt sclerotherapia elterjedésével újra gyakrabban találkozunk a recidiva kialakulásával. A szakmai vezetőség felelőssége, hogy kontroll alatt tartsa ezeket az intézményeket és beavatkozásokat.

Hogyan kell a korrekt crossectomiát biztonsággal elvégezni? A duplex scan diagnosztika segítségével feltérképezhető, hogy mely VSM szakaszok betegek, az insufficiens főtörzsi szakaszokat strippinggel kell eltávolítani. A venotonikumok és az LMWH kellő ideig történő alkalmazása a betegek biztonságát és mielőbbi munkaképességét szolgálja.

Milyen feltételek mellett lehet biztonságosan és korrekten elvégezni a VSM crossectomia, varicectomia, stripping műtétet egynapos keretek között? Ennek kidolgozása és széles szakmai körben való elfogadtatása napjaink feladata. Ezek révén mondhatjuk a betegeknek, hogy a visszeresség jó eredménnyel gyógyítható.

R15
Mélyvénás thrombosis UH diagnosztikája

DR. SZATMÁRI FERENC
Veszprém

A vénás thromboembóliás betegségek leggyakoribb, legjelentősebb csoportja a vena cava rendszer thrombosisából származó pulmonalis embóliák (PE) köre. A pulmonalis embóliák 70-90%-a az alsó végtag térd feletti mélyvénás thrombosisaiból (MVT) ered, ezért a végtagi thrombosisok és a PE diagnosztikája, terápiája szorosan összefügg.

Az MVT diagnosztikájának jelentőségét lehetséges szövődményei adják:

– a PE és ismétlődésének megelőzése az időben elkezdett kezeléssel,

– a következményes krónikus vénás elégtelenség megelőzése,

– a felesleges anticoagulans terápia és szövődményeinek elkerülése.

Az MVT kimutatására optimális módszer az UH vizsgálat.

R16
A súlyos mélyvénás thrombosisok fibrinolysis kezelése

DR. MADÁCH KRISZTINA,
DR. PÉNZES ISTVÁN
Semmelweis Egyetem,
Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika,
Budapest

A diagnózis és terápia fejlődése ellenére a mélyvénás thrombosis (DVT) továbbra is potenciálisan életet veszélyeztető betegség maradt mind a hospitalizált betegek, mind a látszólag egészséges emberek között.

A DVT terápiájának négy fő célja van:

1./ az alsó végtagi tünetek súlyosságának és fennállásának csökkentése,

2./ a tüdőembólia (az esetek 50%-ában szövődmény) elkerülése,

3./ a vénás thrombosis újbóli kialakulásának (2-10% gyakoriság) elkerülése,

4./ a postthromboticus szindróma kialakulásának (a betegek 20-50%-ánál jelentkezhet) megelőzése.

Bár az antikoagulálás megelőzheti a thrombus propagáció, tüdőembólia, rethrombosis kialakulását, de nem tudja csökkenteni sem a kiáramlási obstrukciót, sem a thrombust feloldani.

E célokat a sebészeti thrombectomián kívül a fibrinolysis képes biztosítani. A szerzők – saját tapasztalataikat is ismertetve – áttekintik a jelenleg rendelkezésre álló fibrinolytikus gyógyszereket, indikációikat, adagolási lehetőségeiket, alkalmazásuk várható eredményességét, illetve IVC filterekkel, percutan thrombectomiás módszerekkel történő kombinált használatukat.

Intenzív osztályos betegellátás során leggyakrabban a DVT szövődményes eseteket kezeljük, ennek megfelelően a szisztémás lysisterápia kerül előtérbe. Szisztémás fibrinolysis különösen indokolt kétoldali vena iliaca thrombosisának, a vena cava inferior (több esetben a vena renalisokat is befogó) thrombosisának kezelésekor, illetve DVT és tüdőembólia egyidejű fennállásakor.

R17
A krónikus vénás elégtelenség sebészeti kezelési lehetőségei

DR. MENYHEI GÁBOR
POTE, Sebészeti Tanszék,
Pécs

Az elmúlt évtized „endovascularis forradalma" a vénák sebészetét is érintette. Az előadás célja az, hogy áttekintést adjon a krónikus vénás elégtelenség korszerű műtéti kezelési lehetőségeiről, alkalmazásuk fő elveiről, valamint elemezze a szerző intézetében végzett beavatkozások tapasztalatait.

Primér epifascialis elégtelenség következtében kialakult vénabetegség műtéti kezelésére a korrekt preoperatív diagnosztika alapján végzett saphena magna crossectomia vagy a parva magas lekötése és a főtörzs strippingje hosszú távon is kiváló eredményt ad.

Perforans véna insufficiencia esetén az endoszkópos perforans dissectio jó eredménnyel alkalmazható súlyos, postthromboticus esetekben is. Fő előnyei: minimális invazivitás, alacsony szövődmény arány, rövid kórházi ápolási idő, jó költséghatékonyság.

Krónikus vena iliaca elzáródás kezelésének jól ismert módszere a Palma által leírt femoro-femoralis crossover saphena bypass, amely megfelelő indikáció alapján végezve tartósan jó eredményt ad. Új nem-invazív kezelési lehetőség a ballonkatéteres tágítás és stent-beültetés, amelyről több szerző közölt kedvező tapasztalatokat.

Primér mélyvéna billentyű elégtelenség kezelésére hatásos műtéti módszer a külső vagy belső billentyű-plasztika, ugyanakkor postthromboticus billentyű károsodás esetén végzett vénaszegment transzplantáció és transpositio általában csak rövid távon ad jó eredményt.

E25
A sclerotherapia szövődményei

DR. SZOKOLY MIKLÓS, DR. SZOKOLY MIKLÓS
Budapest

A szerzőtársak magánrendelés keretein belül foglalkoznak sclerotherápiával. Az elmúlt évtizedek alatt észlelt szövődményeket taglalják, amelyek részben lokálisak, részben az egész szervezetre ható elváltozásokat okoztak. Hangsúlyozzák a módszer veszélyeit a várható előnyök mellett, és a lehetséges megelőzés, a sebészeti (phlebológiai) biztonság kérdéseit. Több eset bemutatásával illusztrálják a kezelések folyamatát és a szövődmények elhárítását.

E26
Az előrehaladott stádiumú (C4-C6) krónikus vénás elégtelenség: klinikai és ultraszonográfiás jellegzetességek

DR. PUSKÁS ATTILA, DR. BALOGH ZSOLT, DR. ORBÁN ENIKŐ, DR. IMRE MIHÁLY, DR. HADADI LÁSZLÓ
II. sz. Belgyógyászati Klinika, Marosvásárhely

A marosvásárhelyi angiológiai profilú II. számú Belgyógyászati Klinika szakambulanciáját felkereső, előrehaladott stádiumú (C4-C5-C6) krónikus vénás elégtelenségben (KVE) szenvedő 100 beteg részletes anamnézis felvételét (megfelelő kérdőív alapján kitöltve) követően célzott klinikai vizsgálat, majd CW Doppler és echo duplex ultrahangos vizsgálatok segítségével választ kerestünk ezen népbetegség súlyos fokozatainak rizikótényezőire, klinikai tüneteire, CEAP-stádiumaira, az ezen paraméterek közötti korrelációkra, valamint a terápiás lehetőségekre egyaránt. Olyan anatómiai (érintett vénaszegmens, saphena törzsátmérők, perforansok) és haemodinamikai (a reflux legproximálisabb pontja, az érintett vénaszakasz hossza) paraméterek előfordulását vizsgáltuk, amelyek vélhetően jellemzik ezeket a stádiumokat, és amelyeknek prediktív értékük lehet a műtéti indikáció felállításában vagy a nagyobb fokozatú kompressziós kezelés előírásában.

A női nem enyhe dominanciáját találtuk. A klinikai tünetek stádiumok szerint változtak. A KVE etiológiáját illetően a primér varicositas volt túlsúlyban (az esetek kétharmada!), amelynek leggyakoribb rizikófaktorai az örökletes tényezők, obezitás, álló-ülő életmód voltak. A postthrombosist súlyosabb C-stádiumok jellemezték. Primér varicositas esetén a vena saphena magna comb feletti szakasza volt a leggyakrabban érintett, nem volt elhanyagolható azonban a vena saphena parva érintettsége sem. Valamilyen szinten az 1 secundumot meghaladó kóros reflux mindig megtalálható volt. A különböző szinteken B-mód ultrahanggal mért saphena magna átmérők növekedése (5-7 mm felett) jól korellált a reflux jelenlétével primér varicositasban. Az előrehaladott primér varixos betegek kezelése döntően műtéti volt. A megfelelően kiválasztott kompresszív harisnya és a phlebotonikumok állandó részei voltak valamennyi beteg terápiájának.

Előadásunk fő mondanivalója az, hogy megfelelő anamnézis felvétellel, helyes klinikai ítélkezéssel, a kötelező kiegészítő ultraszonográfiás vizsgálatokkal és interdiszciplináris megközelítéssel az előrehaladott stádiumokban szenvedő krónikus vénás elégtelen betegek ellátása nagy mértékben javítható, szenvedésük enyhíthető és a kezelő orvos frusztrációja feloldható.

E27
A gyulladás jelentősége a krónikus vénás betegség és a varicosus vénák kialakulásában

DR. SÁNDOR TAMÁS
Semmelweis Egyetem, II. Sebészeti Klinika, Budapest

Régebbi tanulmányok főleg a makrocirkulációban észlelt nagy vénás nyomást és azokat a haemodinamikai változásokat vizsgálták, amelyek a vénák falára kihatással lehetnek, azonban nem magyarázták kellően a vénás elégtelenség alapvető okát.

Áttekintettük a legújabb szövettani és ultrastrukturális kutatási eredményeket, amelyek arra utalnak, hogy nem csak a nagy vénás nyomás, hanem biokémiai változások sorozata okozza a billentyű károsodást és a vénafal átépülését. Ezek a biokémiai jelenségek előrehaladó gyulladásnak felelnek meg.

Krónikus vénás betegségben (KVB) a saphena billentyűkön és a véna falában fehérvérsejt infiltrációt mutattak ki. A vénás hypertonia és a fokozott nyírási feszültség hatására ugyanis fvs-endothel interakció jön létre, a leukocyták aktiválódnak, és az endothelen átjutva a vénafalat felépítő extracellularis mátrixban enzimkárosodást okoznak.

A vénafal átépülése komplex gyulladásos folyamat. Ebben a mátrix metalloproteinázok (MMPs) és szöveti inhibitoraik (TIMPs) megváltozott aránya, valamint a cytokinek és növekedési faktorok emelkedett szintje játszik döntő szerepet. Ezek hatására a szabadgyök-képződés és a kollagén szaporulat mellett az elasztin-szálak és a simaizomsejtek disruptiója jön létre, ez okozza a billentyű károsodást, valamint a vénafal fibrosisát és hypertrophiáját.

A KVB minden stádiuma a CEAP-osztályoknak megfelelően egy progrediáló gyulladásos kaszkáddal van kapcsolatban. Egyre inkább bizonyítható, hogy a KVB és a varixok kialakulását két tényező okozza: a vénás áramlási zavar és a krónikus gyulladás.

VII. szekció
Varia

R18
Haemodialysis fistulák és gondozásuk

DR. BÍRÓ GÁBOR
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

A művi arteriovenosus fistulák képzésének lehetőségei ma már jóval szélesebb skálán mozognak, habár az 1960-as években kidolgozott Cimino-Brescia fistula még mindig a leggyakrabban végzett standard műtét.

Ma már az úgynevezett standard műtétek száma is nagyobb; legalább három-négy megoldás sorolható ide.

A fistula műtéteket több szempont szerint csoportosíthatjuk, úgymint natív és protézis fistulák, vagy új fistula készítése és revíziós műtétek, de lehet az eredményesség alapján is akár két jelentős csoportot meghatározni. Az 1990-es évek közepéig jelentős különbség mutatkozott az európai és az észak-amerikai műtéti stratégiában. Előbbi a natív fistulák prioritását hangsúlyozta, és teszi most is, habár ezek technikailag igényesebb megoldások, utóbbi az ott szokásos, mankószerűen használt „guideline-ok" következtében bizonyos betegcsoportokat eleve kizárt a natív fistula készítésből, és jelentős számú volt a primér protézis fistulák aránya. Ez mostanra megváltozott.

A Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinikáján shunt-sebészettel 1994 óta foglalkozunk, 1997 óta vezetünk adatbázist a műtétekről. Jelenleg 900-nál is több beteg 1300-nál is több műtétjének adatai szerepelnek benne. Felméréseink szerint a natív fistulák, úgymint a Cimino, az alkari reanastomosis, a könyök-shunt és a basilica fistula igen jó nyitva maradási arányt biztosít, 85%-os, 93%-os, 92%-os és 78%-os három év után.

Mind a revíziós megoldások, mind a műér fistulák ennél lényegesen rosszabb eredményt produkáltak (50%-os nyitva maradás egy év után). Ezek alapján a magunk részéről továbbra is a natív fistulák készítését és azok ésszerű sorrendjének tervezését követjük és javasoljuk.

R19
Pedalis bypassok eredményessége, különös tekintettel a diabeteses betegeknél

DR. NYÍREDY GÉZA
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés. A boka alá vitt áthidalásos műtéteket kizárólag végtagmentésre alkalmazzuk. Ilyenkor a fogadó ér vagy az ADP vagy a plantaris oszlás. A nemzetközi szakirodalom a műtétek eredményességét rendkívül jónak találja, és ez a diabetes mellitusban szenvedő betegeknél még erősebben érvényesül. Jelen előadásunkban a rekonstrukciók indikációit, a műtéti eljárás sajátosságait, az utókezelést és nem utolsó sorban a betegek utánkövetését foglaljuk össze, saját tapasztalataink alapján.

Módszer. Osztályunkon az elmúlt 13 évben 131 boka alá vitt áthidalást végeztünk 110 betegnél. Ebből 94 esetben fordult elő diabetes mellitus a rekonstrukción átesett betegek között (ez a műtétek közel 72%-a). Minden műtétünket kizárólag végtagmentésre alkalmaztuk.

A betegek az idősebb korosztályból kerültek ki (átlagos életkor: 68,3 év), és a diabeteses betegek még idősebbek voltak (átlagos életkor: 69,5 év). Főleg férfiak kerültek erre a műtétre, s míg a diabeteses betegeknél a férfi-nő arány 67/27 (tehát 72% férfi) volt, addig a nem diabeteseseknél ez az arány 25/12 (67% férfi) értéket mutatott.

A műtétek mindegyikénél vénás áthidalást végeztünk, és csak 8 esetben (6%-ban) került sor műanyag graft alkalmazására mint kompozit megoldásra. Legtöbbször természetesen az azonos oldali vena saphena magna került felhasználásra (108 esetben, 82%-ban), de vena saphena parvát, basilicát, cephalicát, sőt még vena femoralis superficialist is alkalmaztunk, megfelelő hosszúságú és kaliberű vena saphena magna hiányában. A legtöbb esetben (90%) elektív műtét történt, és ez a diabeteses betegeknél még szembetűnőbb arányt, 96%-ost mutatott. A betegek nagy többségénél egy vagy több lábujjra, lábhátra vagy a sarokra lokalizált gangraena, necrosis súlyosbította a helyzetet (87%-os arányban) – diabetes mellitus esetén pedig ez az arány 94%-os volt.

Eredmény. A perioperatív halálozás 3,2%-os, a diabetes mellitusban szenvedőknél 3%-os volt; 4, illetve diabetes esetén 3 beteget veszítettünk el. Korai graft-occlusio 10,6%-ban fordult elő; a diabeteses betegeknél ez az arány 7,4% volt! Az elzáródások után 7 végtagot kényszerültünk amputálni, a korai amputációs ráta 5,3%-ot ért el. Ugyanez a diabetesesek-nél csak 3%-ot tett ki. Az utánkövetés átlagosan 76 hónap volt. Ez alatt a betegek közel fele halt meg (49%), a diabetesben szenvedő betegek közül pedig 43%. A vég-

Egyedülálló, új indikáció!

CSÖKKENTSE A REKURRÁLÓ TROMBÓZIS VESZÉLYÉT DAGANATOS BETEGEINÉL!

Fragmin CLOT - Mérföldkő jelentőségű klinikai vizsgálat[1]

- **52%** relatív rizikó csökkenés a rekurráló vénás tromboembólia előfordulásában az orális antikoaguláns terápiához képest (*p=0,002*)
- **Egyedülálló, bizonyítékokon alapuló kezelési séma** daganatos betegek számára: napi egyszeri, testtömeghez igazított monoterápia 6 hónapon át sc.
  - **1. hónap**: naponta egyszer 200 NE/ttkg
  - **2-6. hónap**: naponta egyszer kb. 150 NE/ttkg
- Orális antikoaguláns kezeléshez hasonló vérzési kockázat (FRAGMIN 14% vs. 19%, *p=0,09*)

RÖVIDÍTETT ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁS

– Fragmin (dalteparin-nátrium) – A Fragmin antithrombotikus szer, mely dalteparin-nátriumot tartalmaz.

JAVALLATOK: (Új) Daganatos betegek visszatérő vénás thromboemboliájának hosszabb időtartamú preventív kezelése.

ALKALMAZÁS MÓDJA: Subcutan (sc.) injekcióként vagy intravénásan (iv. bolus injekcióként és/vagy folyamatos iv. infúzió formájában) adagolható. Intramuscularisan nem alkalmazható.

ADAGOLÁS: Az adagolás az indikációtól függően változik. Daganatos betegek visszatérő vénás thromboemboliájának kezelése és prolongált profilaxisa: Első hónap: naponta egyszer 200 NE/ ttkg sc. alkalmazva. A maximális napi adag 18 000 NE. 2-6 hónap: naponta egyszer kb. 150 NE/ttkg.

Dóziscsökkentésakemoterápiaokoztathrombocytopenia esetén: Ha a kemoterápia miatt a vérlemezkeszám 50 000/mm^3 alá csökken, a dalteparin-kezelést fel kell függeszteni addig, amíg újra 50 000/mm^3 fölé nem emelkedik. 50 000-100 000/mm^3 közötti vérlemezkeszám esetén a dalteparin dózisát a testtömegtől függő kezdő adag 17-33%-ával kell csökkenteni. Amennyiben a vérlemezkeszám visszatért 100 000/mm^3 fölé, folytatható a teljes dózisú kezelés.

ELLENJAVALLATOK: Dalteparin-nátriummal szembeni ismert túlérz. Súlyos vérzésre hajlamosító szervkárosodások (pl. heveny gastroduodenális fekély). Koponyaűri vérzés, központi idegrendszeri, szemészeti, fülészeti (jelentős vérzéssel járó) sérülések és azok műtéti ellátása. Súlyos véralvadási rendellenességek (kivéve a heparinnal nem összefüggő DIC). Szeptikus endocarditis (kivéve, ha mechanikus billentyűprotézis esetén lép fel). A benzinalkohollal tartósított 10 ml-es 10.000 NE/ml hatáserősségű többadagos Fragmin injekciót terhesek esetében nem szabad alkalmazni. Szoptatás ideje alatt nem ajánlott.

FIGYELMEZTETÉSEK: A különféle kis molekulatömegű heparinok (LMWH) egymástól eltérő vegyületek, specifikus anti-Xa aktivitásuk, farmakokinetikai paramétereik, biológiai aktivitásuk szempontjából, ezért kölcsönösen nem helyettesíthetőek, és specifikus alkalmazási előírásaik betartása feltétlenül szükséges. Túladagolás esetén protamin adása javasolt.

MELLÉKHATÁSOK: Más heparin-készítményekhez hasonlóan vérzés előfordulhat, különösen nagyobb adagok alkalmazása esetén, ill. egyéb gyógyszerekkel való együttadáskor (ld. gyógyszerkölcsönhatások). Gyakran (1-10%): az injektálás helyén keletkező bőr alatti haematoma. Ritkán (0,1-1%): thrombocytopenia (adott esetben súlyos is lehet), bőrnecrosis, allergiás reakció.

Megjegyzés: ✻ (egy keresztes). Kiadhatóság: II/L csoport. Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V).

OGYI-eng.száma: 31 012/55/2003, 22 870/41/2004 A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2005. november 18.

Kérjük, alkalmazás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást! Forgalombahozatali engedély jogosultja a Pfizer Kft.

Rendelhetőség: Az Egészségügyi Közlöny LVI. Évfolyam 2. szám (2006 Jan. 23.- 486. oldal) 4.a. rendelete szerint.

Árak: Megnevezés/Kiszerelés/Beteg által fizetendő, normatív támogatással (50% tám.)/Beteg által fizetendő összeg, Eü rend. Alapján (90% tám.) - Fragmin 2500 NE/0,2 ml injekció/10x0,2 ml/2293 Ft/573 Ft, Fragmin 5000 NE/0,2 ml injekció/10x0,2 ml/4335 Ft/1134 Ft, Fragmin 7500NE/0,3 ml injekció fecskendőben/10x0,3 ml/6279 Ft/1565 Ft, Fragmin 10.000NE/0,4ml injekció fecskendőben/5x0,4 ml/4139 Ft/1949 Ft, Fragmin 12.500NE/0,5 ml injekció fecskendőben/5x0,5 ml/4956 Ft/2000 Ft, Fragmin 15.000NE/0,6 ml injekció fecskendőben/5x0,6ml/5738 Ft/1982 Ft, Fragmin 18.000NE/0,72 ml injekció fecskendőben/5x0,72ml/6653 Ft/1913 Ft.

Referencia: 1.) Lee AYY, Levine MN, Baker RI, és mtsai for the Randomized Comparison of Low-Molecular-Weight Heparin Versus Oral Anticoagulant Therapy for the Prevention of Recurrent Venous Thromboembolism in Patients With Cancer (CLOT) Investigators. Low-molecular-weight heparin versus a coumarin for the prevention of recurrent venous thromboembolism in patients with cancer. N Engl J Med. 2003;349:146-153.

napi egyszeri **Fragmin®**
dalteparin natrium

Egyedülálló kezelési séma. Bizonyított eredmények.

Pfizer Onkológia

Pfizer Kft. - Társ az onkológiában
1123 Budapest, Alkotás u. 53. MOM Park "F" épület, Tel.: +36 1 488 3700 Fax: +36 1 488 3777
A Fragmin védjegyzett név. További információért forduljon a Pfizer Kft.-hez.
www.pfizer.com
FRAG-2006/IL/7.

Pfizer Szimpózium
2006. október 28., 11.00-tól 11.20-ig

A mélyvénás thrombosis diagnózisának és szűrésének lehetőségei daganatos betegeknél

DR. LANDI ANNA
Szent István Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály, Budapest

Az 1980-as évek óta – a kiterjedt erőfeszítések ellenére – világszerte a vénás thromboembólia (VTE) előfordulása nem változott. Hazánkban a VTE-ből származó halálozás igen magas. Malignus tumoros betegek esetében a második halálozási ok a VTE. A daganatok procoagulatiós irányba tolják el a haemostasist, a különböző invazív beavatkozások – katéterek, radioterápia, kemoterápia – thrombogen hatása, az immobilizáció, az infekciók elősegítői a VTE-nek. A VTE diagnosztikáját nehezíti, hogy e kórfolyamatokhoz gyakran csatlakozik kismedencei thrombosis, és ennek észleléséhez többször nem elegendő az UH vizsgáló eljárás; CT- vagy MR-vizsgálat szükséges. A D-dimer specificitását csökkentik a különböző szövettani traumát okozó beavatkozások.

A felmérések szerint a malignus daganatos betegek VTE szempontjából az eddig ismert és elfogadott hajlamosító tényezőkön és helyzeteken túl különösen veszélyeztetettek a daganat diagnosztizálását követő első néhány hónapban, távoli metastasis megjelenése esetén, az ambulanter alkalmazott radioterápia, kemoterápia, esetleg erytroprotein adása alatt, a sebészi beavatkozások utáni 1-4. hét során, az antitumoros kezelés során kialakult cardialis decompensatio kapcsolódásakor, mikor is egyelőre hiányzik a kötelező LMWH prevenció.

tagmentés 74%-os volt, a diabeteseseknél 79%, míg az összes nyitva maradási arány 63,7%-os volt, szemben a diabeteseseknél mutatkozó 69,5%-os aránnyal.

Összefoglalás. A pedalis bypass mint műtéti eljárás végtagmentésre jól alkalmazható, s bár a műtét ideje az átlagos bypass műtétek idejét jelentősen meghaladja, megfelelő kiáramlás, alkalmas véna esetén sokszor az egyetlen végtagmentő megoldás, különösen a diabeteses betegeknél, ahol mind a nyitva maradás, mind a végtagmegtartás esetén az eredmények szembetűnően jobbak.

E28
Haemodialysis képzésénél szerzett tapasztalataink (esetismertetés)

DR. MUNKA ISTVÁN, DR. GELLÉRT GÁBOR,
Szent Lázár Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Salgótarján

A szerzők előadásukban bemutatják az osztályuk működése során kialakított AV fistula műtéteket. Ismertetik egy 76 éves nő betegnél vérnyomás-csökkenés és perifériás keringési zavar szövődményeként ismételten fellépett distalis Cimino fistula-elzáródás esetét. Rámutatnak a vena basilica felhasználásával kialakított fistula előnyeire, a HD kezelésnél fellépő punkciós szövődmények ellátására, valamint felhívják a figyelmet a kísérő betegségek felismerésének és hatékony kezelésének fontosságára, amelyek adott esetben eldönthetik a kialakított AV fistula működését.

E29
Akut érsebészeti ellátás osztályunk anyagában

DR. NAGY IMRE, DR. BERTA MIHÁLY,
DR. HERR GYÖRGY, DR. SZENYKOV IGOR,
DR. SZENTLÉLEKI KÁROLY,
DR. KELENFFY GÁBOR,
DR. JAKAB ZOLTÁN, DR. ZSIGMOND ANDRÁS
Jávorszky Ödön Kórház, Sebészeti Osztály, Vác

Előadásunk felöleli a sebészeti osztályunkba integrált érsebészeti részlegünkön végzett akut beavatkozásokat, illetve a traumatológiai osztállyal közösen kezelt érsérüléses eseteket. Részletesen kitérünk a pulmonalis embólia prevenciójaként elvégzett, lágyékhajlatig terjedő, ascendalo jellegű varicophlebitises esetekre, az alsó és felső végtagi akut verőér elzáródásokra. Az egyéb csontsérülésekhez társuló nagy sérülések keletkezési mechanizmusai mellett ismertetjük a műtéti megoldásokat.

E30
Fallot-tetralógiás betegekben az arteria carotis tágulékonysága csökkent

DR. LÁSZLÓ ANDREA,
DR. PINTÉR ALEXANDRA,
DR. MERSICH B., DR. KÁDÁR KRISZTINA,
DR. TEMESVÁRI ATTILA,
DR. SZENTPÁLI ZSÓFIA, DR. KOLLAI MÁRK
Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti Kutató- és Humán Élettani Intézet, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

Előzmények. A Fallot-tetralógia komplex szívfejlődési rendellenesség, amelynek részét képezi a kamrai szeptumdefektus. Állatmodellben ismert, hogy az embrionális fejlődés során a velőcső ugyanazon sejtjei indukálják a kamrák szeptációját, mint a szív közeli nagyerek elasztikus lamelláinak fejlődését. Feltételezzük, hogy a kamrai szeptáció és az elasztogenezis humán embrióban is összefüggő folyamatok. A kérdés jelentőségét hangsúlyozza, hogy az arteria carotis rugalmasságának csökkenése a kardiovaszkuláris mortalitás független rizikófaktora.

Kérdés: különbözik-e a Fallot-tetralógiás betegekben az arteria carotis tágulékonysága a kontroll alanyokhoz viszonyítva?

Módszer. A Fallot-tetralógiás 8-56 éves betegeket (8 nő, 13 férfi; a rekunstrukciós műtét átlagosan 10 ± 3 éves korban történt) és életkorban, nemben egyeztetett kontroll alanyokat vizsgáltunk. Az arteria carotis falátmérőt falmozgáskövető UH készülékkel, az arteria carotis vérnyomást lokálisan tonométerrel mértük, és számítottuk a disztenzibilitási koefficienst (DC) és a stiffness indexet.

Eredmények: (átlag ± SD): A betegcsoportban a kontrollhoz képest a carotis átmérőváltozása (565 ± 230 vs. 700 ± 205 μm), a DC (4,5 ± 1,5 vs. 5,9 ± 2,7 10^{-3}/Hgmm) jelentős csökkenést mutatott, a stiffness index (6,5 ± 3,0 vs. 5,3 ± 3,3) jelentősen nőtt.

Következtetés. Fallot-tetralógiás betegekben tapasztalt csökkent carotis rugalmasság alapján feltételezhető, hogy a kamrai szeptáció és a nagyerek elasztogenezise a humán speciesben is összefüggő folyamat. A centrális nagyerek rugalmasságának csökkenése a fejlődési rendellenesség részét képezi.

E31
A nagyerek transzpozíciója esetén a carotis érfal rugalmassága csökkent

DR. PINTÉR ALEXANDRA,
DR. LÁSZLÓ ANDREA,
DR. MERSICH B., DR. KÁDÁR KRISZTINA,
DR. HARTYÁNSZKY LÁSZLÓ,
DR. KOLLAI MÁRK
Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti Kutató- és Humán Élettani Intézet, Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet, Budapest

Előzmények. A nagy artériák teljes transzpozíciója aortico-pulmonalis szeptumdefektus következménye, amely avian modell szerint együtt jár a nagy artériák elasztogenezisének károsodásával. Az alkalmazott Senning (S)-műtét helyreállítja a keringés folytonosságát, az aorta azonban továbbra is a jobb kamrából ered. Idővel „szisztémás" jobbkamra-elégtelenség alakul ki, amelyhez kamrai aritmiák jelentkezése társul. Balszívfél-elégtelenségben az elasztikus nagyerek rugalmasságának csökkenése – amelynek következtében az utóterhelés nő, kamrai hipertrófia alakul ki, amely aritmiák kialakulásához vezet – a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás független rizikótényezője.

Kérdés: hogyan változik S-műtéten átesett betegekben az arteria carotis tágulékonysága?

Módszer: S-műtéten átesett 9-19 éves gyermekeket (9 lány, 23 fiú), illetve életkorban, nemben egyeztetett kontroll alanyokat vizsgáltunk.

Az arteria carotis átmérőt falmozgáskövető UH készülékkel, az arteria carotis vérnyomást tonométerrel mértük, és számítottuk a disztenzibilitási koefficienst (DC), stiffness indexet.

A jobb kamra ejekciós frakció (EF) meghatározása MRI-vel történt.

Eredmények: (átlag ± SD): a betegcsoportban a kontrollhoz képest az a. carotis DC (5,6 ± 1,9 és 8,7 ± 2,7*10^{-3}/Hgmm, $p<0,05$ – páratlan t-próbával) jelentősen csökkent, a stiffness index (5,6 ± 1,9 és 3,1 ± 1,0) jelentősen nőtt. A jobb kamra EF a betegcsoportban csökkent volt a normál értékhez képest (49 ± 9 vs. 70 ± 4%).

Következtetés. S-műtéten átesett gyerekekben az arteria carotis csökkent rugalmassága feltehetően hozzájárul a jobb kamrai funkció romlásához, így a késői, fokozott mortalitáshoz.

E32
Cimino-shunt műtéteink hosszútávú eredményei, tapasztalataink

DR. SZABÓ GÉZA
Jósa András Megyei Kórház, Sebészeti Osztály, Nyíregyháza

Bevezetés. A krónikus veselégtelenségben szenvedő betegek populáció szinten is megjelenő nagy száma, valamint az utóbbi években a hemodialízis programba vételük jelentős liberalizálódása az érsebész számára is újabb kihívást jelentenek. Mind több Cimino típusú shunt elkészítését várják tőlünk, természetesen minél hosszabb távú nyitvamaradási időtartammal.

Betegek és módszer. Sebészeti osztályunk érsebészeti részlege kb. 650 ezer beteg ellátásáért felel. A 2000. január 1. és 2005. december 31. között eltelt hat év folyamán nephrológiai javallatra 479 urémiás betegnek készítettünk Cimino-shuntöt, ezek eredményeit vizsgáltuk retrospektív módon.

Eredmények. A posztoperatív időszak reoperációi, illetve a későbbi, úgynevezett redo műtétekkel együtt összesen 765 beavatkozást végeztünk. Munkámban ismertetem a rövid és hosszabb távú nyitvamaradási eredményeinket is, utóbbit 4 és 69 hónap között átlagosan 17 hónapos utánkövetéssel. Kitérünk a fistulaképzési hely kiválasztásának és a shunt készítésének technikai buktatóira. Jelentős tényezőt jelent az operatőr gyakorlottsága is.

Megbeszélés. A Cimino-műtétről, a sebészeti-érsebészeti tevékenység „mostohagyermekéről" méltatlanul kevés szót ejtünk. A veselégtelenségben szenvedők életminőségét alapvetően befolyásolja, lényegesen javítja egy jól működő fistula. A hosszútávú eredmény több tényező (megfelelő indikáció, jó műtéttechnikai kivitelezés, normotenzív állapot elérése, jó compliance stb.) eredőjéből alakul. Munkámmal, az oszályunk érsebészei által végzett műtétek tapasztalataival szeretném az urémiás betegek érdekében felhívni a figyelmet a kérdéskör fontosságára.

Műtősnői fórum

M1
Carotis interna stentelés proximalis occlusiós ballon védelemben

SZEKERES PIROSKA
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

A carotis stentelés legnagyobb kockázatát a distalis embolizáció jelenti, ezért szükségünk van valamilyen védőeszköz használatára. Klinikánkon a filter használatával jó eredményeket értünk el. Nagyfokú, filiformis szűkületek, a carotis interna elongációja esetén eddig inkább műtétet javasoltunk. Ezekre az esetekre fejlesztették ki a proximalis occlusiós ballon katétert. Ennek előnye, hogy nem kell átvezetni a szűkületen vagy kanyargós érszakaszon. A beavatkozás után a lesodródott törmeléket szívással távolítjuk el. Előadásomban az occlusiós ballon katéter használatáról és a vele szerzett tapasztalatainkról szeretnék beszámolni.

M2
A különböző típusú embóliavédő eszközök és alkalmazásuk az intervenciók során

BETTENBUCH TÜNDE
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Az embóliavédő eszközök a thromboembólia megelőzésére szolgálnak, amelyeket intervencionális terápiás eljárások során alkalmazunk, mind az artériás, mind a vénás érrendszer valamely területén.

Ezen eszközök több típusa használatos, mint a distalis, proximalis occlusiós ballonok, valamint a filterek. A proximalis occlusiós ballon előnye, hogy nem kell a kezelendő szűkületből átvezetni, viszont a mögötte lévő terület a vérellátásból ki van rekesztve. A filterek előnye, hogy a beavatkozás során a vérellátás végig biztosított.

Intézetünkben döntően az arteria carotis intervenciója során használjuk az embóliavédő eszközöket. Számos, különböző eszközt próbáltunk ki, ezek előnyeit és hátrányait mutatjuk be.

M3
Percutan epeúti intervenciós lehetőségek a műtősnő szemszögéből

TIBOLDI SÁNDORNÉ
Magyar Honvédség, Központi Honvédkórház, Röntgen Osztály, DSA laboratórium, Budapest

A szerző az obstruktív epeúti betegségek alternatív kezelési lehetőségeit mutatja be műtősnői szemszögből.

Az endoszkópos vagy sebészi technikák mellett, illetve azok sikertelensége vagy nagy rizikója esetén általában palliatív céllal szükség van intervenciós radiológiai megoldásokra. A percutan UH és/vagy fluoro vezérelt diagnosztika után minimál invazív technikával a főleg tumoros eredetű elzáródások, szűkületek megoldásának lehetőségeit mutatja be az előadás. Az eljárás az általában igen legyengült, ledált májfunkciójú betegeknél is kivitelezhető. A cél az életminőség javítása. Részletes bemutatásra kerülnek a felhasználható eszközök, illetve a speciális műtősnői technikák.

M4
Hibrid műtétek az érsebészetben a műtősnő szemszögéből

VAVREKNÉ SZABÓ MARIANNA, BURKUS ANDREA, RÓZSÁNÉ LUKÁCS ÁGNES
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Érsebészet, Miskolc

Az utóbbi években jelentősen változtak az érrekonstrukciók. Ez a hagyományos nyitott érműtétek mellett az intervenciós technikák elterjedésének, illetve műtéti körülmények között a kombinált, hibrid módszerek bevezetésének tudható be.

Mind az akut, mind az elektív beavatkozásoknál ötvözhetők a sebészi és intervenciós technikák (thrombectomia, TEA, bypass módok ötvözve intraoperatív DSA kontroll melletti ballonkatéter tágítással, stent, endograft beültetéssel).

Ezért napjainkban felértékelődik a mindkét módszerben jártas, mind elméletileg, mind a gyakorlatban jól képzett műtősnő szerepe is a kellő intervenciós jártasságú sebész mellett. A korszerű betegellátás tárgyi feltételeihez napjainkban hozzá kell, hogy tartozzon a mobil DSA készülékkel, eltolható lappal rendelkező műtőasztallal felszerelt műtőhelyiség, a megfelelő intervenciós eszközökkel (katéterek, ballonok, stentek, drótok, endograftok) együtt.

M5
Az intervenciós radiológiai beavatkozások és a „hagyományos" érsebészeti műtétek: különbözőségek, azonosságok

ANDÓ ANDREA
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály, Központi Műtő, Szeged

A hagyományos érsebészeti műtéti tevékenységben közreműködő műtősnő számára az új, intervenciós radiológiai technikák megjelenése, az úgynevezett hibrid műtétekben való közreműködés nagy kihívást jelent. A beavatkozásra való felkészüléstől az izolálás technikáján át az új eszközök, anyagok sokaságának ismeretéig számos ponton újra kell értelmezni, tanulni a szakmánkat.

Az SZTE ÁOK Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztályán technikai korlátok miatt eddig viszonylag kevés (19) hibrid beavatkozás történt.

Bízva a lehetőségek javulásában, megkezdtük a felkészülést nagyobb számú beavatkozás elvégzésére. Ennek jegyében mind az érsebész szakorvosok, mind a műtősnők rövidebb-hosszabb idejű gyakorlatokon vettek részt intervenciós radiológiai műtőben. Az ennek során szerzett műtősnői tapasztalatokról számol be a szerző prezentációjában.

FIBRO-VEIN™ 3 1 .5 .2 %

Véna-átmérő és javasolt koncentráció táblázat

Az alábbi táblázatban összefoglaltuk, hogy milyen átmérőjű vénához melyik koncentrációjú szklerotizáló ágens használata javasolt. A táblázat adatai csak hozzávetőleges értékek

Véna átmérő	Fibro-Vein™ koncentráció
< 0.5 mm	0.1 %
0.5-1 mm	0.15 %
1-2 mm	0.3 %
2-3 mm	0.5 %
3-5 mm	0.75 %
> 5 mm	1-3 %

Fibro-Vein™ hígítása

Az egyik legfontosabb koncepció a szkleroterápiában, hogy a szklerotizáló szer lehető legkisebb koncentrációjával fel lehessen oldani az erek falát. A túl magas koncentrátum, káros következményekkel járhat.

Ez a táblázat a folyékony injekciókhoz készült, a hab Fibro-Vein™ sokkal hatékonyabb a nagy erekben. Thibault szerint.

1. **Az ajánlott hígítószer injekcióhoz való desztillált víz** (Aqua Dest. pro Inj.). Izotóniás steril sóoldattal is lehetséges, de nem szükséges.
2. Ajánlott a fent említett hígítást fecskendőben végezni, a fel nem használt oldatot pedig meg kell semmisíteni.
3. Ne tárolja a hígított Fibro-Veint™ két kezelés között. Ez veszélyes lehet, mert az injekció tartósítószerét (benzil-alkohol) is felhígítottuk.

Véna-átmérő és véna-térfogat

A vénában található vértérfogat									
Véna átmérője (mm)	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vérmennyiség egy 10cm hosszúságú vénában ml (átmérő mérete szerint)	0.3	0.7	1.3	2.0	2.8	3.8	5.0	6.4	7.9

Fibro-Vein™ kiszerelési formái

Koncentráció	Kiszerelés
0.2%	10x5ml fiolák
0.5%	5x2ml ampullák
1%	5x2ml ampullák
3%	5x2ml ampullák
3%	10x5ml fiolák

Thibault szerint (2001)

Szklerotizáló ágensek átváltási arányai

Véna-átmérő	Fibro-Vein™ koncentráció	körülbelüli polidocanol koncentráció
< 0.5 mm	0.1%	0.25%
0.5-1.0 mm	0.2%	0.5%
1-2 mm	0.3%	0.75%
2-3 mm	0.5%	1%
3-5 mm	0.75%	2%
> 5 mm	1-3%	3-5%

Forgalmazó: **VICIS Pharma Kft.**
1027 Budapest, Kapás u. 11-15.
info: (1) 457-9922
www.vicispharma.com
info@vicispharma.hu

Gyártó: **STD Pharmaceutical Products Ltd.**
Egyesült Királyság

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló megírásához

A folyóirat célja: artériákkal, vénákkal és nyirokutakkal foglalkozó közlemények publikálása – beleértve a határterületeket is. Új, önálló, klinikai vagy kísérletes munkát előnyben részesítünk. Javasoljuk az alaptudományok eredményeinek közlését éppúgy, mint műszerek, gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök bemutatását és a velük szerzett tapasztalatok ismertetését. Összefoglaló referátumokat és történeti közleményeket is megjelentetünk. Az „Érbetegségek" gyűjteménye kíván lenni a téma hazai irodalmának, ezért már megjelent közleményeket, aktualizálás után, ismételten közöl. Lehetőleg rövid, kb. 10-12 gépelt oldalas cikkeket várunk.

Kitekintést kívánunk adni a nemzetközi szakirodalomra, referátumok formájában. Szívesen látunk beszámolókat külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a rendezvényen megismert szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezzük a hangsúlyt.

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat két példányban kiprintelve kérjük elküldeni. A gépelés 2-es sorközzel (a lap egyik oldalán) történjen, egy-egy oldal 30 sort, soronként kb. 60 betűhelyet tartalmazzon. A szerzők teljes nevét kérjük kiírni, a doktori címmel együtt, egyéb rang, tudományos cím ne legyen feltüntetve. A szerző(k) munkahelyéről informáló fejlécet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadunk számítógépes lemezt a következő rendszerekben: XyWrite, ASCII, 8-bit ASCII, WordStar 3., 4.0, 5.0, MS-Word, WordPerfect; elsősorban ezek Ventura kiterjesztéseivel, de anélkül is megfelel. Ez esetben a kéziratra vonatkozó általános szabályok érvényüket vesztik, de az optimális terjedelmet kérjük figyelembe venni. A lemez mellett is kérjük két kinyomtatott példány elküldését, mert a lemezek esetenként sérülten érkeznek.

A cikkekről részletes, kb. egy gépelt oldalnyi *összefoglalást* kérünk, amely kiemeli a közlemény (1) alapgondolatát és célját, (2) a munka alanyait és módszertanát, (3) az eredményeket és (4) a következtetéseket. Az összefoglalót négy példányban kérjük elküldeni, ebből kettőt lehetőleg angolul. Legföljebb hat, az Index Medicusban használt *kulcsszót* kérünk feltüntetni, a magyar összefoglalóban magyarul, az angol összefoglalóban angolul.

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást igyekszünk kerülni. A közleményben következetesen azonos fogalom megjelölésére egyformán írt szavakat elfogadjuk. Lehetőleg csak az általánosan elfogadott *rövidítéseket* használjuk, mert az újak megnehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetők.

Az *ábrák és fényképek* hátlapján *ceruzával* az első szerző nevét és a cím első szavait, valamint a kép felső szélét nyíllal kérjük jelölni. A színesen küldött képeket külön költség nélkül színes nyomással közöljük. Az ábra, táblázat és fénykép aláírásokat lehetőleg angolul is kérjük beküldeni.

Köszönetnyilvánítás a dolgozat végére kerüljön, amelyben a szerző(k) köszönetet mondanak a munkában való részvételért, vagy a munkához nyújtott anyagi vagy szellemi segítségért.

Az irodalomjegyzékben vagy az idézés sorrendjében, vagy névsor szerint kérjük megszámozni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát föltüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám és végül az évszám zárójelben pl.: Bihari I., Meleg M.: A végtaglymphoedema konzervatív kezelése. Orv. Hetil. 132: 1705-8. (1991). Könyv idézésekor az idézett részlet oldalszámát is kérjük megjelölni, pl.: Tomcsányi I.: Nem szívsebész által is (sürgősséggel) elvégezhető beavatkozások. In.: Sebészeti műtéttan, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon.A cikk végén *az első szerző levelezési címét* kérjük megadni. Javasoljuk, hogy a szerző egy példányt őrizzen meg saját magának. Folyóirat cikkének *referátumában* kérjük feltüntetni a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal (2-es sorközzel) legyen. Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

A kéziratokat az alábbi címre kérjük küldeni: *dr. Bihari Imre, 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.*

A „Belgyógyászati angiológia képesített orvosa" minősítés megszerzésének feltételei

A belgyógyász angiológus minősítés megszerzésének jelentősége

A WHO felmérése alapján a perifériás obliteratív érbetegség prevalenciáját férfiaknál 15%-nak, nőknél 12%-nak találták. Hazai felmérések szerint a 45-74 éves korcsoportban az obliteratív érbetegség prevalenciája 6,9% (ebből 22% tünetmentes).

Statisztikai tény, hogy az érbetegségek 30%-a alkalmas érsebészeti beavatkozásra, míg 70%-a csak belgyógyászati ellátással kezelhető. Az invazív beavatkozást követően a betegek utógondozása és szekunder prevenciós kezelése is a belgyógyászok feladata. Jelentős szerepe van a belgyógyásznak az érbetegségek preklinikai felismerésében, a rizikótényezők feltárásában és eliminálásában.

Az érbetegek adekvát ellátásához *jól képzett belgyógyász angiológusok* feladatvállalása szükséges. Az eddigiekkel ellentétben egyetemeinken elkezdődött a szervezett és tanrendszerű angiológiai oktatás.

A *Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága* kidolgozta az angiológiai ellátás szakmai és szervezeti feltételrendszerét. Ennek szerves része az angiológiai képesítés. Jelenleg hazánkban csak érsebészeti szakvizsga létezik, s az angiológiai belgyógyászati minősítés teszi lehetővé a megfelelő szakmai irányelvek betartását, a korszerű angiológiai betegellátás ellenőrzött végzését.

Az angiológiai *minősítés megszerzésének célja:*

– az angiológiai ismeretek elterjedésének segítése,

– az érbetegek ellátásának magasabb szintű megszervezése,

– a belgyógyászati angiológia képesített orvosa cím megszerzésével az orvosok eziránvú képzettségének, magasabb szintű elismertségének hangsúlyozása és biztosítása.

Az angiológiai minősítés megszerzésének feltételeit az Angiológiai Bizottság a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségével egyeztetve határozta meg, a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően.

1998-ban a Magyar Belgyógyász Társaság, a MAÉT és a Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága 25 főre limitálta a honoris causa angiológus belgyógyász minősített orvosok számát.

A belgyógyászati angiológia képesített orvosa cím megszerzésének feltételei 2006-tól

A *Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága* a vizsgafeltételeket évente megbeszéli és szükség szerint módosítja. A feltételeket közzé teszi az Érbetegségek című folyóiratban, illetve az Egészségügyi Közlönyben.

A vizsgára bocsátás feltételei

1. Belgyógyász szakképesítés.

2. Másfél év gyakorlat angiológiai profilú belosztályon, ezen belül:

– 1 hónap érsebészeti osztályon,

– 1 hónap angiographiás laboratóriumban (katheteres diagnosis és therapia),

– 1 hónap non-invasiv műszeres diagnosztika (UH vizsgálatok, plethysmographia, laser Doppler, rheológiai vizsgálatok, capillarmikroscopia, terheléses vizsgálatok).

– 6 hónap angiológiai szakambulancia.

3. Kötelező tanfolyamok:

– 1 hét klinikai angiológia (ezen belül vascularis fiziológia),

– 1 hét vascularis UH (akkreditált helyen).

4. Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társasági tagság.

5. Az előírt másfél év alatt 50 angiológus kreditpont megszerzése.

Ebben foglaltatik:

– kötelező tanfolyam: 25-32 pont,

– egyéb akkreditált angiológiai tanfolyam,

– angiológiai témájú PHD (5 éven belül): 15 pont,

– angiológiai témájú közlemény: 5 pont (első szerző), társszerző 3 pont, hazai vagy nemzetközi kongresszuson előadás vagy poszter: 5, illetve 3 pont,

– angiológiai kongresszuson a megadható maximális pontszám,

– bármely más kongresszuson angiológiai tárgyú előadás 5, illetve 3 pont (első vagy társszerzőként).

A képesítés megszerzésének rendszere

1. *A jelölt írásban jelentkezik* az Angiológiai Koordinációs Központban (SE I. Belgyógyászati Klinika, dr. Járai Zoltán, Budapest, Korányi S. u. 2/a.). Itt történik a regisztrálás, gyakorlati hely és tutor, illetve mentor kijelölése, információk, konzultációk megszervezése.

2. A Koordinációs Központ az írásban jelentkező jelölt részére – előzetes egyeztetéssel – *kijelöli az angiológiai gyakorlati akkreditált helyet* (kórházi, illetve ambuláns). *Megjelöli* a helyi képzést irányító *tutort,* és a teljes képzést figyelemmel kísérő *mentort.*

A Központ évente két alkalommal megfelelő konzultációs napot biztosít a jelölteknek a Központban a helyi tutorok jelenlétével.

A Központ egységes nyilvántartásban regisztrálja a jelöltek pontértékeit, a képzési helyekről évente kapott összefoglaló szakmai véleményt. Ezt követően a Központ engedélyt ad a soron következő vizsga letételére.

A Koordinációs Központ *tanácsadó szerve* az Angiológiai Bizottság, amely az akkreditált képzőhelyek, tutorok és mentor kijelölését felügyeli.

3. Az Angiológiai Koordinációs Központhoz benyújtandó *vizsga iránti kérelem* (az 1. pontban megjelölt néven és címen) is szükséges, amelynek a másfél éves képzési idő végén tartalmaznia kell:

– részletes, az eddigi ténykedést tartalmazó szakmai önéletrajzot,

– a belgyógyászati szakvizsga fénymásolati példányát,

– az előírt gyakorlatok végzésének igazolását (a tutor által),

– az előírt továbbképzéseken való részvételt tanúsító igazolások fénymásolati példányait.

4. A Vizsgáztató Bizottság tagjai:

– a Magyar Belgyógyász Társaság elnöke vagy az általa kijelölt helyettes,

– a Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága által delegált tag,

– az Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnöke vagy kijelölt helyettese.

A gyakorlati vizsga helyszíne: a Bizottság által kijelölt akkreditált központ.

Az elméleti vizsga helyszíne: a Koordinációs Központ.

A vizsga 1 nap elméleti és 1 nap gyakorlati részből áll.

A vizsgák időpontja minden évben egy alkalom, általában november vége, december eleje.

A vizsgák időpontját az Angiológiai Bizottság a Koordinációs Központtal és a vizsgáztatókkal egyeztetve határozza meg.

5. A vizsgákról a Koordinációs Központ jegyzőkönyvet készít, s a vizsgázók által benyújtott dokumentumokkal együtt archiválja.

6. A sikeres vizsgát követően a vizsgázó minősítő oklevelet kap.

A Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága közreműködésével számos *szakirodalmi segédanyag* áll a képzés rendelkezésére;

– Belgyógyászati angiológia (szerk. Meskó É., Farsang Cs., Pécsvárady Zs., Medintel, 1999.),

– Vascularis medicina (szerk. Meskó É., Therápia, 2004.),

– Bihari I.: Visszérbetegség és kezelése (A+B, Budapest),

– Angiológiai Útmutató (Medition, 2005.)

A fenti szakirodalom tartalmazza az angiológiai betegellátás feltétel- és követelményrendszerét, a protokollokat, irányelveket is.

Szakmai gyakorlat végzésére akkreditált osztályok, illetve intézetek

1. Belgyógyászati angiológia:

– B.-A.-Z. Megyei Kórház Belgyógyászati Angiológiai Osztály és szakambulancia, Miskolc,

– Bajcsy-Zsilinszky Kórház III. Belgyógyászati Osztály és szakambulancia, Budapest,

– Debreceni Orvostudományi Egyetem Cardiovascularis Centrum,

– Fehérvári úti Szakrendelő (angiológiai szakambulancia), Budapest,

– Flór Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztály és szakambulancia, Kistarcsa,

– Jahn Ferenc Kórház II. Belgyógyászati Osztály és szakambulancia, Budapest,

– Jósa András Kórház I. Belgyógyászati Osztály és szakambulancia, Nyíregyháza,

– Lumniczer Sándor Kórház Angiológiai Rehabilitációs Osztály és szakambulancia, Kapuvár,

– Markusovszky Kórház Angiológiai Belosztály és szakambulancia, Szombathely,

– OGYK Cardiovascularis Centrum és szakambulancia, Budapest,

– Péterfy Sándor utcai Kórház – Erzsébet Kórház, II. Belgyógyászati Osztály, Budapest,

– Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika Angiológiai Osztály és szakambulancia, Budapest,

– Szent Imre Kórház I. Belgyógyászati Angiológia és szakambulancia, Budapest,

– Szent István Kórház IV. Belgyógyászati Angiológiai Osztály és szakambulancia, Budapest.

2. Érsebészet

– B.-A.-Z. Megyei Kórház Érsebészet, Miskolc,

– Bajcsy-Zsilinszky Kórház Érsebészet, Budapest,

– Budai MÁV Kórház Érsebészet, Budapest,

– DEOEC Cardiovascularis Centrum, Érsebészet, Debrecen,
– HM Központi Kórház Érsebészet, Budapest,
– Jósa András Kórház Érsebészet, Nyíregyháza,
– Markusovszky Kórház Érsebészet, Szombathely,
– Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Érsebészet, Kistarcsa.
– Petz Aladár Kórház Érsebészet, Győr,
– POTE Érsebészeti Klinika, Pécs,
– SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest,
– Semmelweis Egyetem I. Sebészeti Klinika, Budapest,
– Szent György Kórház Érsebészet, Székesfehérvár,
– Szent Imre Kórház Érsebészet, Budapest,
– SZOTE, Érsebészet, Szeged,
– Zalaegerszegi Kórház Érsebészet, Zalaegerszeg.

3. *Angiographiás, intervenciós radiológiai labor*
– B.-A.-Z. Megyei Kórház, Radiológia, Miskolc,
– Bajcsy-Zsilinszky Kórház Radiológia, Budapest,
– DEOEC Cardiovascularis Centrum, Debrecen,
– HM Központi Kórház Radiológia, Budapest,
– Markusovszky Kórház Radiológia, Szombathely,
– OGYK Cardiovascularis Centrum, Budapest,
– Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Radiológia, Kistarcsa,
– Petz Aladár Megyei Kórház, Radiológia, Győr,
– POTE Radiológiai Klinika, Pécs,
– Radiológiai Klinika, Szeged,
– SE Ér- és Szívsebészeti Klinika Radiológia, Budapest.

4. *Ultrahang érdiagnosztika*
– Bajcsy-Zsilinszky Kórház Radiológia, Budapest,
– DEOEC Cardiovascularis Centrum, Debrecen,
– Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Radiológia és II. Belgyógyászati Osztály, Kistarcsa,
– Markusovszky Kórház Radiológia, Szombathely,
– OGYK Cardiovascularis Centrum, Budapest,
– SE Ér- és Szívsebészeti Klinika Radiológia, Budapest,
– Szent Imre Kórház Radiológia és Belosztály, Budapest,
– Szent István Kórház Radiológia, Budapest,
– SZOTE Radiológiai Klinika, Szeged.

A képzőhely akkreditálásának feltételei

– A képzőhely rendelkezzen a témához kapcsolódó legalább két szakorvossal.
– Az osztály vagy intézmény rendelkezzen legalább tíz éves szakmai gyakorlattal érsebészet, radiológia vagy belgyógyászati angiológia tárgykörből.
– Jelentkezés az Angiológiai Koordinációs Központban a teljes szakmai profil leírásával.

A „Belgyógyászati angiológia minősített orvosa" gyakorlati vizsgafeltételei

Gyakorlat a Belgyógyászati Angiológiai szakambulancián:
– részletes angiológiai anamnesis felvétel (200 eset),
– rizikófaktorok felmérése (200 eset),
– CW Dopplerrel segmentalis nyomásmérés (100 eset),
– pletizmográffal mérés és eredmények kiértékelése (30 eset),
– treadmillel dysbasiás távolság mérése (200 eset),
– bőrhőmérséklet mérés (10 eset),
– vénás rendszer fizikai vizsgálata és reflux vizsgálat (100 eset),
– thoracic outlet syndroma irányában vizsgálat (30 eset).

A belgyógyász angiológus képzés duplex ultrahang gyakorlatának irányelvei

A cél, hogy a belgyógyász a gyakorlatban is megismerje a duplex ultrahang vizsgálat alapfogalmait, a különböző vizsgálatok lehetőségeit és korlátait, az indikációs területeket és a leletek értékelését.

Alapfogalmak

– 2-D kép értékelése: anatómia, szűkületek, plakk analízis,
– Doppler-effektus, color Doppler alapelv,
– haemodinamika, spektrum-analízis, Doppler-indexek,
– vizsgálati protokollok,
– dokumentáció.

Agyat ellátó erek vizsgálata

A cél az agyat ellátó erek haemodinamikailag jelentős szűkületeinek vagy elzáródásainak kimutatása, illetve az érfalat érintő elváltozások anatómiai jellemzése.

1. Carotis-vertebralis duplex UH
– indikációk (vascularis tünetek, szűrés),
– anatómia-haemodinamika (görbetípusok),
– metodika,
– stenosis mértékének meghatározása, szignifikáns stenosis.

2. Transcranialis erek vizsgálata

Perifériás artériák duplex vizsgálata

Cél a végtagi artériák szűkületeinek felismerése, kiterjedésük, lokalizációjuk pontos leírása, az elváltozás súlyosságának, a stenosis mértékének jellemzése.
– Indikációk (stenosis, occlusio, aneurysma, pseudoaneurysma, AV-fistula, műtét, illetve PTA utáni ellenőrzés),
– anatómia-haemodinamika (érátmérő, sebesség),
– metodika,
– stenosis mértékének meghatározása, szignifikáns stenosis.

Vénák duplex vizsgálata

Legfontosabb feladat a mélyvénás thrombosis kimutatása az alsó, illetve felső végtagban. Krónikus vénás elégtelenségben billentyűelégtelenség, thrombosis utáni elváltozások tisztázása.
– Indikációk (klinikai tünetek, emboliaforrás kimutatása),
– anatómia-haemodinamika (vénás áramlás ismérvei),
– metodika (kompressziós próbák),
– akut-szubakut-krónikus thrombosis jellemzői.

Budapest, 2006. szeptember

Belgyógyász Szakmai Kollégium
Angiológiai Bizottsága

Kongresszusok – rendezvények

21. Berlini Érsebészeti Szimpózium. 2006. november 8-12., Berlin, Németország.

Információ: profhepp@aol.com, www.gefass-chirurgie.ost-west.de

Phlebológusok és Sclerotizálók Klubja. 2006. november 17., 15-18 óra között, Budapest, Grandhotel Hungaria.

Információ: dr. Bihari Imre, tel.: 06-1-3345-468.

Angol Érsebész Társaság Éves Kongresszusa. 2006. november 22-24., Edinburgh, Egyesült Királyság.

Információ: email: office@vascular-society.org.uk

Carotis Angioplastica és más Cerebrovascularis Intervenciók 6. Nemzetközi Kurzusa. 2006. november 23-25., Frankfurt, Németország.

Információ: www.iccaonline.org

Aorta Sebészeti Kongresszus. 2006. december 15-16., Milánó, Olaszország.

Információ: website: www.congress.spr.it/aorticsurgery, email: aorticsurgery@spr.it

Viták és Újítások az Érsebészetben. 2007. január 19-20., Párizs, Franciaország.

Információ: website: www.cacvs.org.; www.aphenix.com; www.lemeridien-paris.com

Endovascularis Intervenciók 20. Nemzetközi Kongresszusa. 2007. február 11-15., Scottsdale, Arizona, USA.

Információ: email: info@endovascularcongress.org., abstracts@endovas-cularcongress.org

Carotis Betegség és Stroke. 2007. március 8-10., Stockholm, Svédország.

Információ: website: www.congrex.se/vascular2007; email: vascular 2007@congrex.se

21. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop. 2007. március 16-17., Frankfurt, Németország.

Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123., Frankfurt am Main, 60313, Deutschland. Website: www.venenklinik-frankfurt.de; email: profvarady@aol.com

Diabeteses Láb Globális Konferencia. 2007. március 22-24., Los Angeles, USA.

Információ: conference@dfcon.com

29. Nemzetközi Charing Cross Symposium. 2007. április 14-17., London, Egyesült Királyság.

Információ: website: www.cxsymposium.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 17. Európai Kongresszusa. 2007. április 26-29., Nicosia, Ciprus.

Információ: www.eurochaptercyprus.com

Európai Ér-kurzus: Endovascularis Vagy Nyitott Beavatkozás? 2007. május 10-12., Marseille, Franciaország.

Információ: website: www.eve-meeting.org; email: papawasiliou@hotmail.com

Véna Betegségek 6. Északi Tengeri Találkozója. 2007. május 11-12., Antwerpen, Belgium.

Információ: webside: www.phlebologybenelux.org; email: gina.clerx@uza.be

Kardiovaszkuláris Sebészeti Társaság (ESCVS) 56. Nemzetközi Kongresszusa. 2007. május 17-20., Velence, Olaszország.

Információ: webside: www.escvs.org

Nemzetközi Phlebológiai Egyesület (UIP) 16. Világkongresszusa. 2007. július 18-20., Kyoto, Japán.

Információ: www.js-phlebology.org/english

Európai Vénás Fórum 8. Találkozója. 2007. június 29.–július 1., Isztambul, Törökország.

Információ: website: www.evf2007istambul.org; email: metlevkurt@superonline.com

Kardiovaszkuláris Betegségek Diagnosztikájának, Kezelésének És Intervencióinak Vitái. Első Világkongresszus. 2007. június 28.–július 1., Berlin, Németország.

Információ: email: ccare@comtecmed.com

Extrém Vaszkuláris Beavatkozások 2008-as Velencei Kurzusa. 2008. április 17-18., Velence, Olaszország.

Információ: website: www.evivenice.com

ÉRBETEGSÉGEK ● HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES
A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság tudományos folyóirata
Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery and of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Hungary
FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE ● ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinich Csaba, dr. Hüttl Kálmán, dr. Jámbor Gyula, dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre, dr. Entz László
Rovatvezetők: Artériák: dr. Nemes Attila ● Vénák: dr. Menyhei Gábor ● Endovascularis beavatkozások: dr. Kollár Lajos
Alaptudományok: dr. Monos Emil ● Haemorheológia: dr. Pécsváradi Zsolt ● Belgyógyászat: dr. Meskó Éva
Radiológia: dr. Battyáni István ● Gyermekkori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza
(A szerkesztőbizottság átalakítása még nem zárult le.)

Kiadja az ANGIOLÓGIAI Kft. Felelős kiadó az ANGIOLÓGIAI Kft. ügyvezető igazgatója.
Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./fax: 3345-468.
Tervezőszerkesztő: dr. Sébor József ● Nyomdai munkák: Black Print Kft.

A ***Pharmatextil Kft kompressziós kar- és lábharisnyái*** nélkülözhetetlenek a vénás- és nyirokrendszeri betegségek kialakulásának megelõzésében, a kialakult betegségek kezelésében és a rehabilitációban. Használatuk során megfelelõ nyomást gyakorolnak a kötõszövetekre és a vénafalakra, ezáltal fokozódik a vénás visszafolyás, csökken az ödéma, segít megõrizni a mozgásképességet és csökkenti a betegséggel fellépõ fájdalmat.

A II. kompressziós **ELASTOMED**, a III. kompressziós **ELASTOBAR** és a IV. kompressziós **ELASTOLIM** lábharisnyák az érrendszeri betegségek kezelésének és a rehabilitációnak az eszközei:

- Az **ELASTOMED** márkanév a hagyományos minõséget jelenti.
- Az **ELASTOMED STRETCH** termékek vékonyak, áttetszõek.
- Az **ELASTOMED KOMFORT** és az **ELASTOBAR KOMFORT** harisnyák pamuttartalmuknak köszönhetõen magasabb komfortérzetet biztosítanak.
- Az **ELASTOMED S** és **ELASTOBAR S** karharisnyák, valamint az **ELASTOLIM** lábharisnyák **síkkötéssel készülnek.**

E termékek árát az OEP 85%-kal támogatja.

- Az I. kompressziós **ELASTOFIT, ELASTOFIT STRETCH** és **ELASTOFIT SPORT** egészségvédõ harisnyák viselése a láb elnehezülése és dagadása esetén, sok mozgást igénylõ munkákhoz, sport és szabadidõs tevékenységekhez, valamint kismamáknak a terhesség 5-6. hónapjától ajánlott.
- Az I. kompressziós **ELASTOBOL** embóliamegelõzõ harisnya használata mûtéti beavatkozás elõtt, alatt és után ajánlatos, az **ELASTOBOL FLY** térdharisnya használatával a hosszú idõtartamú utazások alatt könnyen kifejlõdõ mélyvénás trombózis kockázata csökkenthetõ.
- Sportsérülések megelõzésére illetve kezelésére kör- és síkkötött boka-, térd-, csukló- és könyökszorítók kaphatók **ELASTOMED** és **ELASTOBAR S** márkanéven.

További Információval szívesen állunk rendelkezésére: ***Pharmatextil Kft***
1116 Budapest, Fonyód u. 2. • Tel: 208-0195 • Fax: 208-0197
E-mail: pharmatx@pharmatextil.hu • Web: www.pharmatextil.hu

Pharmatextil

A Semmelweis Egyetem

és a Pest Megyei Flór Ferenc Kórház szervezésében

Belgyógyászati Angiológia

tanfolyamot tartunk

(Pontszerző továbbképzés, valamint a

„Belgyógyászati angiológia képesített orvosa" minősítés

megszerzésének feltétele.)

A tanfolyam ideje: 2006. november 13-17.

A részvétel ingyenes.

Helyszín: Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa, tanácsterem (I. emelet).

A tanfolyamra a Humánpolitikai Osztályon lehet jelentkezni:

Hódi Henriett, telefon: 06-28-507-621, email: hhodi@florhosp.hu

Névmutató

Andó Andrea 37
Dr. Apor Astrid 16

Dr. Balogh Zsolt 30
Dr. Bangó Rita 14
Dr. Barta László 27
Dr. Bartek Péter 10
Dr. Belcaro, Gianni 25
Dr. Benedek György 22
Dr. Berta Mihály 34
Bettenbuch Tünde 36
Dr. Bihari Imre 27
Dr. Bíró Gábor 31
Dr. Blázovics Anna 11
Dr. Bodnár Fruzsina 21, 21
Burkus Andrea 36

Dr. Cervenak László 14

Dr. Csípő István 15

Dr. Darabos Gábor 10, 19, 22
Dr. Dér Henrietta 15, 15
Dr. Dinya Elek 11
Dr. Dósa Edit 13, 14

Dr. Egresits József 19

Dr. Farkas Katalin 11, 19, 25
Dr. Fazekas Péter 9

Dr. Garab Gergely 10
Dr. Gellért Gábor 34

Dr. Hadadi László 30
Dr. Hagymási K. 11
Dr. Hardi Péter 9
Dr. Hartyánszky László 35
Dr. Herr György 34
Dr. Hirschberg Kristóf 14
Dr. Hódi Zoltán 22
Dr. Hüttl Kálmán 8

Dr. Imre Mihály 12, 30

Dr. Jakab Lajos 9
Dr. Jakab Zoltán 34
Dr. Jassó István 10, 11
Dr. Juhász György 20

Dr. Karádi István 13
Dr. Kasza Gábor 8, 20
Dr. Kádár Krisztina 34, 35
Dr. Kelenffy Gábor 34
Dr. Kepess Balázs 13
Dr. Kerekes György 15, 15
Dr. Kevei Péter 9
Dr. Király István 9
Dr. Kiss István 19
Dr. Kiss Miklós 14
Dr. Kolossváry Endre 19
Dr. Kollai Márk 34, 35
Dr. Kollár Lajos 9, 20
Dr. Kosztyu László 21
Dr. Kovács László 27
Dr. Kósa Katalin 12
Dr. Kristóf Vera 23
Dr. Kulcsár Imre 9

Dr. Landi Anna 10, 11, 33
Dr. Lassu Péter 20
Dr. László Andrea 34, 35
Dr. Lázár István 8
Dr. Lengyel Mária 19
Dr. Liptay László 14
Dr. Litauszky Krisztina 21, 21
Dr. Lőcsei Z. 27

Dr. Madách Krisztina 29
Dr. Magyar T. 21
Dr. Makó Katalin 12
Dr. Markovics Gyula 25
Dr. Marofka Ferenc 22
Dr. Mátyás Lajos 20
Dr. Menyhei Gábor 9, 29
Dr. Mersich B. 34, 35
Dr. Meskó Éva 23
Dr. Mészáros László 22
Dr. Mihalovits Gábor 22
Dr. Munka István 34
Dr. Muszbek László 15

Dr. Nagy Imre 34
Dr. Nemcsik János 19

Dr. Nyíredi Géza 31

Dr. Olvasztó Sándor 21
Dr. Orbán Enikő 30

Dr. Palásthy Zsolt 22
Dr. Papp László 21, 21
Dr. Pécsvárady Zsolt 11
Dr. Pénzes István 29

Dr. Pintér Alexandra 34, 35
Dr. Pohárnok László 10
Dr. Prohászka Zoltán 14
Dr. Puskás Attila 12, 30

Dr. Riba Mária 27
Rózsáné Lukács Ágnes 36

Dr. Sándor Tamás 30
Dr. Sándor Zsuzsanna 15
Dr. Simó Gábor 10, 19, 22
Dr. Sipka Róbert 22
Dr. Sipka Sándor 15
Dr. Soltész Pál 15, 15

Dr. Szabó Andrea 10
Dr. Szabó Attila 14
Dr. Szabó Gábor 13
Dr. Szabó Géza 19, 35
Dr. Szabó Nóra Anna 12
Dr. Szatmári Ferenc 28
Dr. Szederkényi Edit 22
Dr. Szegedi Gyula 15
Dr. Szekanecz Zoltán 15
Dr. Szenohradszky Pál 22
Dr. Szentesi Szabolcs 20
Szekeres Piroska 36
Dr. Szentkereszty Balázs 14
Dr. Szentléleki Gábor 34
Dr. Szentpáli Zsófia 34
Dr. Szenykov Igor 34
Dr. Szokoly Miklós (id.) 21, 29
Dr. Szokoly Miklós (ifj.) 21, 29
Dr. Szomják Edit 15, 15

Dr. Tamás László János 10
Dr. Temesvári Attila 34
Tiboldi Sándorné 36
Dr. Timár Orsolya 16
Dr. Tóth Csaba 21, 21
Dr. Tóth Gyula 18
Dr. Tóth J. 21

Dr. Vallus Gábor 14, 27, 28
Dr. Varga Eszter 17
Vavrekné Szabó Marianna 36
Dr. Veres Katalin 15

Dr. Zsigmond András 34

Aethoxysklerol®

worldwide N° 1 of sclerosing agents

Aethoxysklerol®
1% és 2%-os injekció
5 mg, 10 mg és 20 mg
polidocanolum milliliterenként
5 x 2 ml-es ampullákban

A felületi varixok és haemorrhoidok szklerotizációjához.

+ Csak vényre rendelhető „Sz" jelzés.

Aethoxysklerol®
1% F injekció
5 mg és 10 mg
polidocanolum milliliterenként
30 ml-es flakonban

Az oesophagus-varixok szklerotizációjához.

+ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézetekben.

Előállító:
Chemische Fabrik
Kreussler & Co. GmbH
D-65203 Wiesbaden (Germany)
Tel.: (++49 611) 9271-0
Fax: (++49 611) 9271-111

Képviselet és információ:
REPHARMA
1132 Budapest,
Victor Hugo u. 35. V. 36.
Tel./Fax: 320-3203

Részletes információt lásd a gyógyszeralkalmazási előiratban!

kreussler PHARMA

REPHARMA

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

(Aki a Belépési Nyilatkozatot kitöltve visszaküldi szerkesztőségünk címére, mint a MAÉT tagja, díjtalanul kapja – ugyanígy a MACIRT tagjai is – folyóiratunkat.)

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságba. A tagdíjat **(2006-ban 2000,-Ft)** a **megküldendő csekken** befizetem. KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefon- és faxszám: .....

Munkahely neve: .....

Munkahely címe, telefonszáma: .....

Beosztás:.....

Szakterület:.....

.....

aláírás

MEGRENDELŐLAP

(Azok számára, akik nem tagjai a MAÉT-nak vagy a MACIRT-nak, például könyvtárak, kórházak, rendelőintézetek.)

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című, negyedévenként megjelenő folyóirat 2006. évi számait egy példányban, 2000,-Ft előfizetési díjért. KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Megrendelő neve: .....

Címe (város): .....

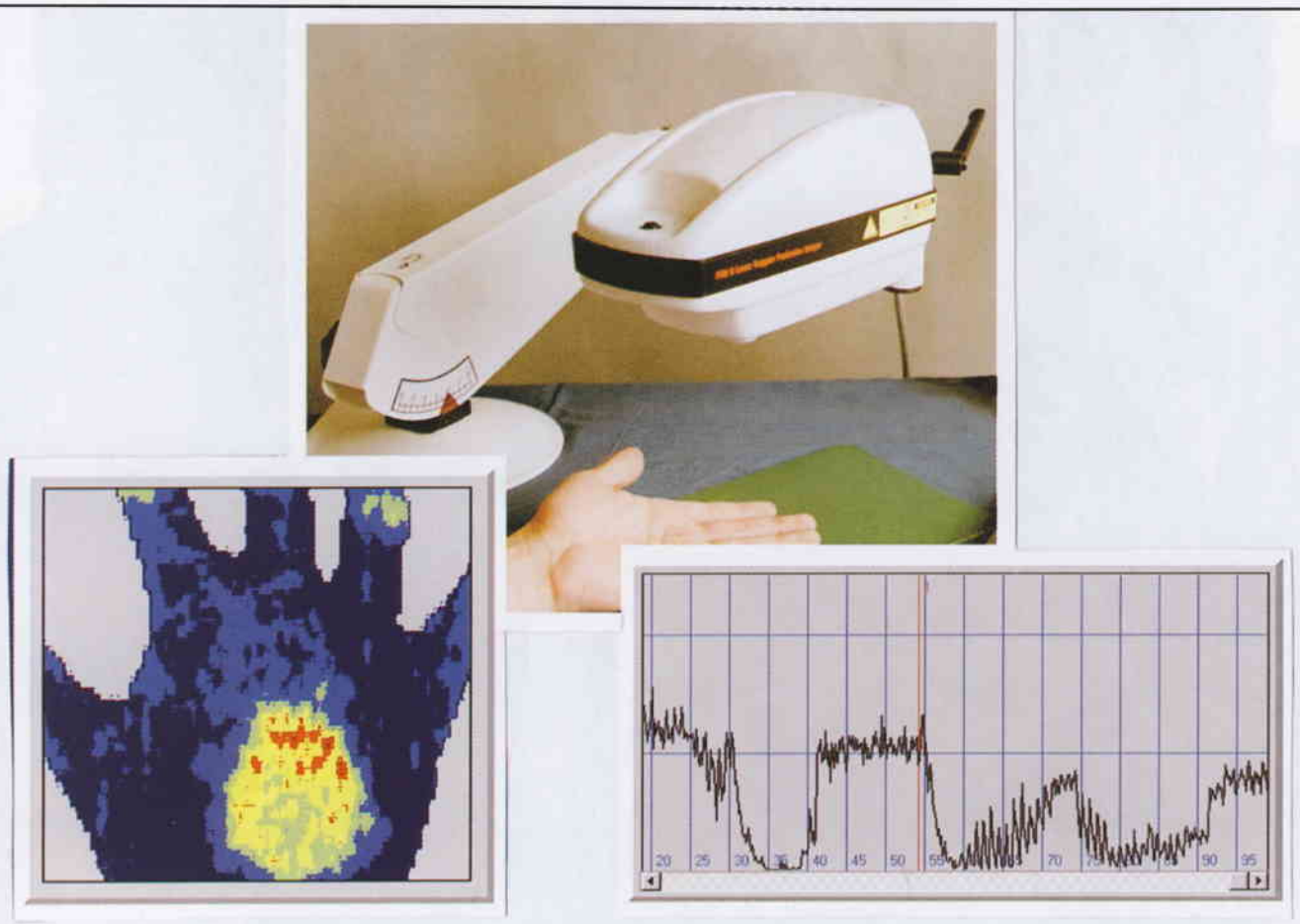
Utca, tér, házszám: .....

Irányítószám:.....

Az előfizetési díjat jelen megrendeléssel egyidejűleg belföldi postautalványon a szerkesztőég címére **(1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.)** vagy átutalással az **OTP Budapest, I. ker., Alagút u. 3. sz. alatti fiókjában vezetett 501-11701004-201158002 számú számlára** befizetem.

.....

aláírás



Ön hogyan méri a mikrocirkulációt?

A mikrokeringés (perfúzió) pontos mérése és folyamatos monitorozása egyedül laser dopplerrel lehetséges. A Stockholmban működő *PERIMED* cég *PeriFlux 4000 System* és *PeriFlux 5000* laser dopplerei a csúcsminőséget jelentik e területen.

Mi az, amit csak a PeriFlux laser dopplerek tudnak?

– a vizsgálófejek (probe-ok) rendkívül nagy választéka széles alkalmazási lehetőségeket biztosít (pl. bőrfelszínen, izomban, fogon, agyban stb.);
– a moduláris felépítés lehetővé teszi az igény szerinti konfiguráció kialakítását: a használó igényei szerint lehetőség van többcsatornás kiépítésre, pl. melegíthető probe használatára, iontoforézis egység csatlakoztatására;
– a Windows alapú számítógépes program az adatok folyamatos rögzítését, elemzését, tárolását biztosítja rendkívül könnyen kezelhetően és áttekinthetően;
– az egyetlen készülék, amely beépíthető modullal transcutan O_2 és CO_2 telítettség mérésre alkalmas!

Újdonság: laser doppler scanner

A laser doppler scanner (perfúzió imager) a vizsgált terület perfúziós „térképét" készíti el: a jól ismert Doppler elv alapján megjeleníti a letapogatott terület két dimenziós mikrokeringés képét, majd a software segítségével lehetővé teszi az adatok értékelését és kinyomtatását.
Nincs fizikai kontaktus a készülék és a vizsgált szövet között, ezért az eljárás nem befolyásolja a perfúziót, azaz a mérés pontosságát. Ez egyben azt az előnyt is biztosítja, hogy a kényes és fájdalmas területek (pl. gyógyuló sebek. lábszár fekélyek) ismételt vizsgálata során nem áll fenn szennyeződés, fertőzés kockázata és a vizsgálat igen kíméletes a beteg szempontjából is.

PERIMED

További felvilágosítás (magyar nyelven is): Mr. Stefan Skottvik, e-mail: stefan.skottvik@perimed.se
Tel.: 00-46/8 580 11990. Fax: 00-46/8 580 10028. Website: www.perimed.se

60x Súlyos visszérbetegségben A legjobb ajánlással[1]

oxerutin

Venoruton® forte

Új!

60 tablettás változat

- folyamatos hatékonyság, akár 60 napon át
- szöveti oxigenizáció emelés[2] hosszú távon

RA GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE: Venoruton Forte 500 mg tabletta MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 500 mg O-â-hidroxietil-rutozid (oxerutin) tablettánként. GYÓGYSZERFORMA: Tabletta: zöldes-sárga színű, pettyes, korong alakú, domború felületű, egyik oldalán mélynyomású Zyma logo, másik oldalán "CV" jelzéssel ellátott tabletta. Törési felülete zöldes-sárga színű. KLINIKAI JELLEMZŐK: Terápiás javallatok: A krónikus vénás elégtelenség következtében kialakuló, (gyakran jelentős) visszér tágulat, valamint együtt jelentkező vénás keringési zavar, vénás eredetű trophikus bőrelváltozások, lábszárfekély kezelésére. A kísérő oedema csökkentésére. A vénás elégtelenség során fellépő tünetek [pl. fáradt, nehéz lábak, görcsök, paraesthesia, és "nyugtalan" lábak (restless leg)] enyhítésére. A krónikus vénás elégtelenség kezelése során alkalmazott rugalmas kötés hatásának javítása. Aranyér tüneteinek megszüntetése. Diabeteses retinopathia. Adagolás és alkalmazás: Krónikus vénás elégtelenség: Kezdő adag: naponta 2 x 1 tabletta. A fenntartó kezelés: naponta 1 x1 tabletta tabletta. Aranyér-betegség: megegyezik a krónikus vénás elégtelenség és komplikációi kezelésére javasolt adagokkal. Diabeteses retinopathia: 1800-3000 mg oxerutin naponta. Kiadhatóság: II/1 csoport Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). Ellenjavalatok: Ismert túlérzékenység a termék bármely összetevőjére. A terhesség első trimesztere (ld. 4.6. pont). Szív, vese- illetve májbetegség következtében kialakuló alsó végtagi oedema kezelésére nem javasolt. Gyógyszerkölcsönhatások és egyéb interakciók: gyógyszerkölcsönhatást nem jelentettek. Terhesség és szoptatás: a terhesség első három hónapjában történő alkalmazását kerülni kell. A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre: nincs arra utaló adat, hogy a készítmény befolyásolná a gépjárművezetést, vagy a gépek kezelését. Nem kívánatos hatások, mellékhatások: Ezek főként gasztrointesztinális zavarok (flatulencia, hasmenés, gyomor fájdalom, gyomorrontás), fejfájás, szédülés, fáradékonyság, bőrkiütés, hőhullám és pruritus voltak, melyek gyorsan megszűnnek a kezelés abbahagyásakor. Túladagolás: tünetekkel járó túladagolást nem jelentettek.GYÓGYSZERÉSZETI JELLEMZŐK: Segédanyagok: makrogol 6000, magnézium-sztearát. Inkompatibilitás: nem ismeretes.Felhasználhatósági időtartam: 5 év. Különleges tárolási előírások: legfeljebb 30°C-on. Nedvességtől védve tartandó. Csomagolás tipusa és kiszerelése: 30db, 60 db tabletta PVC/Al blisztерben és faltkartonban. Megjegyzés: (egy kereszt) A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY JOGOSULTJA: Novartis Hungária Kft., Consumer Health, Budapest. A FORGALOMBA HOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA: OGYI-T 5299/01/02, Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 15.624/55/2003 Bruttó fogyasztói ár: 2130 Ft, TB támogatás 0 Ft, beteg által fizetendő 2130 Ft. Az árak 2006.október 01-től a következő árváltoztatásig érvényesek. Kérjük olvassa el a részletesebb alkalmazási előírást is!

VRT304/SEP06

1. G.B. Agus, C. Allegra, G. Arpaia, G. Botta et al.: Guidelines for the diagnosis and treatment of Chronic Venous Insufficiency, International Angiology, 2001. vol. 20.suppl. 2 to No.2.

2. G.Golden, H.A.M. Neumann: Compression stockings & venous drugs: their relative role. Phlebology Digest (2005);18,2:4-7)

3. M. MARSHALL, D. LOEW, AND C. SCHWAHN-SCHREIBER: Hydroxyethylrutosides (oxerutins) in the treatment of CVI stage I an II (CEAP 3 and 4)

NOVARTIS

Novartis Hungária Kft. 1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.
Tel.: +3614576656, +3614576678, www.novartis.hu,
infoch.hungary@novartis.hu