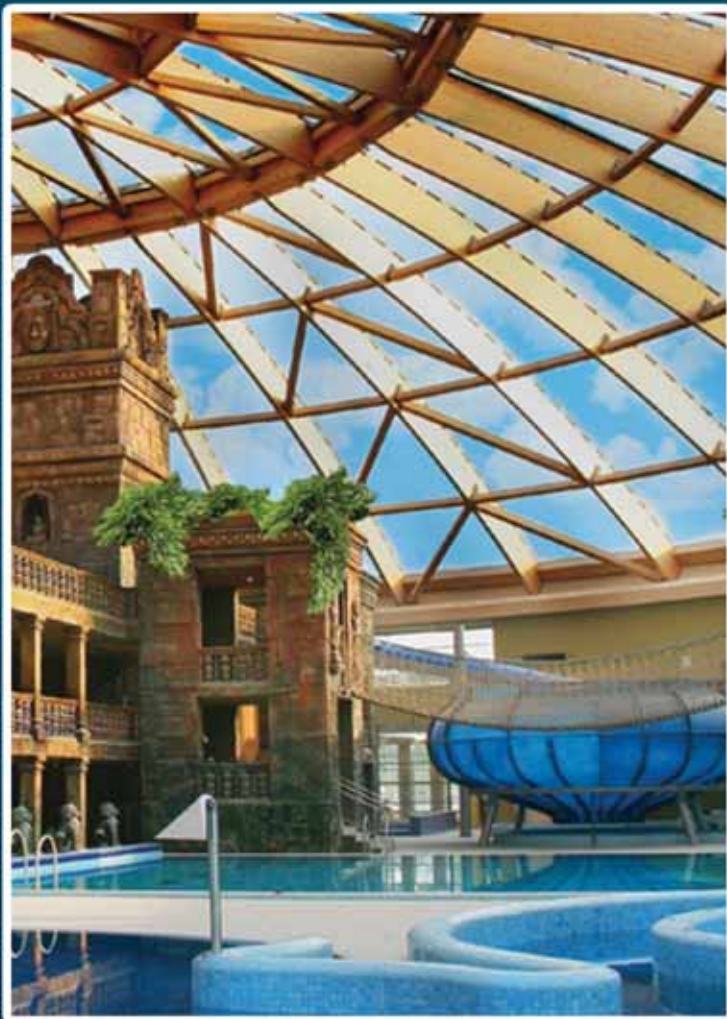


ÉRBE TE GSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2011/Suppl. 2.



Budapesti Angiológiai Napok

A Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság
(MAÉT),

valamint a

Magyar Cardiovascularis
és Intervenciós
Radiológiai Társaság
(MACIRT)

közös kongresszusa

Ramada Resort Budapest,
2011. október 20-22.

Előadás összefoglalók



Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság



SIGVARIS ULCER-X

új lehetőség a vénás lábszárfekély kezelésében



A vénás lábszárfekély gyakori kísérője a krónikus vénás megbetegedéseknek, gyakorisága kb. 2% a lakosság körében. A már kialakult fekély hatékonyan gyógyítható kiegészítő kompressziós terápia segítségével. A sienai egyetem sebészeti tanszéke által készített tanulmány szerint

- a SIGVARIS ULCER-X kit 96,2%-os gyógyulási rátát mutatott a pólyák 70%-os rátájával szemben,
- a mintegy 4 cm átmérőjű fekélyek kétszer gyorsabban gyógyultak a SIGVARIS termék használata esetén, mint a rugalmas pólyával,
- a fájdalom, a diszkomfort-érzet és a láb állapotából fakadó hétköznapi gátlások lényegesen csökkentek a SIGVARIS ULCER-X használata esetén,
- a SIGVARIS ULCER-X használatakor az éjszakai fájdalom teljesen megszűnt, míg a rugalmas pólyát használók 40%-a panaszkodott éjszakai fájdalomról.

Mi is hát ez a SIGVARIS ULCER-X kit?

A készlet tartalmaz 2 db igen csúszós fejjű, többi részén pamutból készült alsó harisnyát, mely hozzátéve I. kompressziós fokozatú, valamint 1 db II. kompressziós SIGVARIS Traditional (természetes gumi alapanyagú) térdharisnyát. Az alsó harisnya innovatív kötésmódja következtében segíti a felső harisnya felvételét valamint levételét, illetve a seben használt kötszert is biztonságosan helyén tartja.

A beteg bőrrel kizárólag pamut anyag érintkezik.

A tapasztalatok szerint az alsó harisnya használata éjszaka is szükséges, így ebből a harisnyából a készlet kettőt tartalmaz, egyet nappali, egyet éjszakai viseletre.

A II. kompressziós harisnya viselete kizárólag nappalra ajánlott.

Úgy az alsó, mint a felső harisnya méretezése megfelel a szokásos SIGVARIS mérettáblázatnak, azaz 12 standard méretben készül, anatómiailag követi a láb formáját.

A pólya megfelelő használatához hozzáértés, türelem és idő szükséges, míg az ULCER-X kitet a beteg egyedül, otthon is fel tudja venni.

A SIGVARIS ULCER-X KIT



Bővebb információért forduljon a SIGVARIS magyarországi hivatalos képviselőjéhez!

COMPRI-MED KFT.
1062 Budapest, Aradi u. 41.,
tel/fax: (1) 311-1883, mobil: (30) 949-3700.

Tisztelt Kolléganők és Kollégák! Kedves Vendégeink!

Nagy öröm számunkra, hogy a MAÉT és MACIRT vezetősége a 2011-es Angiológiai Napok rendezését Budapestnek és ezen belül a Fővárosi Szent Imre Kórház kollektívájának ítélte oda. A korszerű érbetegellátás, a diagnosztika és terápia a XXI. században már egyértelműen multidiszciplináris feladat, tehát az angiológus, intervenciós radiológus és érsebész közös munkáján nyugszik. Ez a három terület kórházunkban magas színvonalon biztosított és ennek az elvnek szeretnénk megfelelni a kongresszus lebonyolítása során is. Az utóbbi években számos külföldi kongresszuson nagy sikerrel alkalmazták egyes témákban az interaktív lebonyolítási formát, amely a 2011-es kongresszus egyik új érdekessége lesz. Terveink között szerepel néhány olyan külföldi előadó meghallgatása is, akik a kongresszus témáinak kimagasló szakmai képviselői. A Ramada Resort Hotel kiváló helyszín a lebonyolításra, míg a szomszédos Aquaworld pedig a felfrissülésre és a kevés szabad idő eltöltésére. Szeretnénk, ha az érbeteg ellátásban részt vevő kollégák minél nagyobb számban jelennének meg a rendezvényen és kívánunk mindnyájuknak nagyon hasznos, eredményes tanácskozást és maradandó élményeket.

Tisztelettel:

Szervezőbizottság**ÉRBETEGSÉGEK • THE 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. Dzsinih 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

Kiadja az ANGIOLÓGIAI Kft. Felelős kiadó: az ANGIOLÓGIAI Kft. ügyvezető igazgatója.

Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./Fax: 3345-468.

Tervezőszerkesztő: Kincses Gábor • Nyomdai munkák: Blackprint Kft.

Honlap: <http://www.erbetegsegek.com/>

Servier Hungária Kft. szimpózium

2011.október 20. (csütörtök) 15³⁰ –16³⁰ Hotel Ramada Resort Budapest

Prof. Pécsvárady Zsolt:

A Vein Consult Program első tanulságai 70 000 páciens szűrési eredményei alapján

Dr. Landi Anna:

A vénás fájdalom jellemzői - újraértékelés

Dr. Mátyás Lajos:

A magyar Vena Konzultációs Program
eredményei, tapasztalatai: 2010-11



120E11 ALPÉRBÉ SZ. Lezárás:2011.10.10.
Az anyag orvosok részére készült.



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

Az egészséges lábakért!



ELASTOMED®

KOMPRESSZIÓS GYÓGYHARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD

A II. kompressziós fokozatú standard és egyedi méretre készülő **ELASTOMED KOMFORT** és **ELASTOMED STRETCH** lábharisnyák, valamint az **ELASTOMED S** síkkötött karharisnyák a vénás és nyirokrendszeri betegségek kezelése során nélkülözhetetlenek. Használatuk széles körben elterjedt, a lábra és a karra az ideális eloszlásban fejtik ki a nyomást.

Az **ELASTOMED KOMFORT** és **ELASTOMED STRETCH** lábharisnyák, továbbá az **ELASTOMED S** karharisnyák szakorvosok által felírható, az OEP által támogatott termékek.

Az **ELASTOMED** kompressziós térdzoknik, harisnyák, harisnyanadrágok, karharisnyák és ízületi támaszok magyar termékek.

Kapható a gyógyászati segédeszköz boltokban és a gyógyszertárakban.
Méretvételhez és rendeléshez méretvételi lap igényelhető.

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát!



Gyártja és forgalmazza: Pharmatextil Kft
1116 Budapest, Fonyód u. 2.
Tel / fax: (+36-1)2080 195, Fax: (+36-1)2080 197
Web: www.gyogyharisnya.hu, www.pharmatextil.hu
E-mail: info@pharmatextil.hu

 **Pharmatextil**



Budapesti Angiológiai Napok - 2011

*Ramada Resort Budapest
2011. október 20-22.*

Program

2011. október 20. Csütörtök

10.00-11.45 DIAGNOSZTIKA

Üléselnökök: Bérczi V., Vallus G., Balázs Gy.

- E1 **A szubklinikus arteriosclerosis funkcionális és képalkotó diagnosztikája**
Kerekes Gy., Soltész P.
DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika
- E2 **Az arteria femoralis communis duplex scan vizsgálata proximalis sztenosis kimutatása céljából**
Bérczi V.^{1,2}, Bottmley J.², Thomas S.², Turner D.², Cleveland T.², Gaines P.²
¹Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest; ²Sheffield Vascular Institute, Sheffield, Egyesült Királyság
- E3 **A CTA és a katéteres angiográfia szerepe a perifériás érbetegségek diagnosztikájában és a terápiás algoritmus meghatározásában**
Molnár B.¹, Máté M.², Kollár A.², Landi A.³, Bányász Zs.⁴, Arany A.¹, Bérczi V.²
Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház - Rendelőintézet,
¹Központi Radiológiai Osztály,
³IV. Belgyógyászati Osztály,
⁴Sebészeti Osztály, Budapest,
²Semmelweis Egyetem, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Budapest
- E4 **A fenyegető hasi aorta aneurizma ruptúra CT jelei**
Csiszár M., Rizó M., Milics M., Nagy E., Nagy Gy.
Zala Megyei Kórház
- E5 **EKG vezérelt CT angiografia akut aorta szindrómában – tapasztalataink 256 szeletes CT-vel**
Balázs Gy., Pintér N., Szidony I.L., Maurovich Horváth P., Hüttl K.
Semmelweis EgyetemKardiologiai Központ

- E6 **Laser Speckle Imaging – a mikrocirkuláció real-time vizsgálatának lehetősége, potenciális klinikai alkalmazások**
Kolossváry E., Bánsághi Z., Farkas K.
Fővárosi Szent Imre Kórház,
Angiológia és Intervenció Radiológia Profil
- E7 **Real time mikrocirkulációs vizsgálat, mint lehetséges funkcionális feed-back periferiás revascularizáció során**
Bánsághi Z., Farkas K., Kolossváry E.
Szent Imre Kórház , KDO és Angiológiai Profil,
Budapest
- E8 **Transducer az érsebész kezében**
Sipka R., Palásthy Zs., Mihalovits G., Hódi Z., Lázár Gy.
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály
- E9 **A laparoskopos donornefrektómia radiológiai tervezése**
Deák P. Á., Doros A., Lovró Zs., Wagner L., Piros L., Toronyi É., Langer R.
Transzplantációs és Sebészeti Klinika

11.45-12.00 Kávészünet**12.00-13.00 VÉNÁS BETEGSÉGEK**

Üléselnökök: Pécsvárady Zs., Menyhei G., Nemes B.

- E10 **A visszerkezelés jelene és jövője**
Szabó A.
SE Érsebészeti Klinika, Budapest
- E11 **Új távlatok a vénás thromboembóliák kezelésében és megelőzésében**
Sándor T.
Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika
- E12 **Vena cava superior syndroma kezelése stent beültetéssel**
Nemes B., Slavka K., Rimely E., Hüttl K.
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ
- E13 **UH vezérelt endovascularis vénás RF VNUS Closure Fast thermoablatio**
Sipka R., Palásthy Zs., Mihalovits G., Hódi Z., Lázár Gy.
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika,
Érsebészeti Osztály

- E14 **Rutin műtét a varicectomia?
Életet veszélyeztető szövődmenysorozat
egy esetünk kapcsán**
Darabos G.¹, Simó G.¹, Bánsághi Z.¹,
Kisbenedek L.³, Banga P.¹, Mogán I.¹
¹Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház
Érsebészeti Osztály,
²Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház
Radiológiai Osztály,
³Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Urológiai Osztály
- 13.00-14.00 Ebédszünet**
- 14.00-15.30 VÉNÁS THROMBOEMBOLIÁK
KORSZERŰ KEZELÉSE**
Üléselnökök: Landi A., Acsády Gy, Bánsághi Z.
- E15 **Új antikoagulánsok
a vénás tromboembolia kezelésében**
Landi A.
Fővárosi Egyesített Szent István
és Szent László Kórház, IV. Belosztály
- E16 **A sebészi thrombectomia helye
a vénás thromboemboliák kezelésében**
Menyhei G.
PTE KK Érsebészeti Tanszék
- E17 **Vénás thromboemboliák intervenció
radiológiai ellátása**
Bánsághi Z.
Szent Imre KH. Képpalkotó Diagnosztikus Osztály
- E18 **Akut ilio-femorális vénás rt-PA
thrombolysisben szerzett korai tapasztalataink**
Sótonyi P.¹, Nemes B.², Oláh Z.¹,
Hüttl K.², Acsády Gy.¹
¹Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest
²Semmelweis Egyetem,
Kardiológiai Központ, Budapest
- E19 **Pulmonalis embóliák komplex ellátása
a Szent Imre Kórházban**
Rapsányi A., Nász H., Bornemisza N.,
Berényi T., Fejér Cs., Bánsághi Z.
Szent Imre Kórház
- E20 **A VCF indikációja**
Bartek P., Pohárnok L., Szabó A., Garab G.
Pamok
- E21 **Pre-peri-post procedural use of
anticoagulant medications for peripheral
vascular interventions**
Kudrnova S., Nemes B., Hüttl K.
Semmelweis Egyetem Kardiológiai Központ
- E22 **A cava filter alkalmazása mélyvénás thrombosisban**
Nagy E.
Szegei Tudományegyetem
ÁOK Radiológiai Klinika, Euromedic
Diagnostic Magyarország Kft., Szeged
- E23 **Mit tanulhatunk egy vénás thromboembolia
regiszterből? Beszámoló a Riete Nemzetközi
Regiszter magyarországi indulásáról**
Farkas K.
Szent Imre Kórház, Angiológia profil, Budapest
- 15.30-16.30 SERVIER SZIMPÓZIUM**
- 16.30-17.00 Kávészünet. A kiállítás megnyitása**
- 17.00-19.30 Ünnepélyes megnyitó**
- Emlékelőadások**
- Soltész Lajos emlékelőadás**
Mogán I.
- Bugár Mészáros Károly emlékelőadás**
Farkas K.
- MACIRT emlékelőadás**
Horváth L.
- 19.30 Nyitókoncert**
- Illényi Katica koncertje
a Budapesti Angiológiai Napok tiszteletére**
(Helyszín: VIII. emeleti Nílus terem)
- 20.00 Nyitófogadás**
(Helyszín: Étterem)
- 2011. október 21. Péntek**
- 08.00-11.00 ESVS SYMPOSIUM:
VASCULAR UPDATE (meghívott előadók)**
Üléselnökök: Gloviczki P., Hüttl K., Mogán I.
- 08.00-09.00 Stenosis of the carotid artery**
- Carotid Debate: Surgery is the best at
preventing stroke and remains
„gold standard”?**
For: Hans-Henning Eckstein (München)
Against: P. Gaines (Sheffield, UK)
- Asymptomatic carotid stenosis:
CAS or surgery**
Piergiorgio Cao (Peruggia)

- 09.00-10.00 **Treatment of critical limb ischemia**
- Ilio-femoral:**
Endovascular: J. Lammer (Wien)
Surgical: Hans-Henning Eckstein (München)
- Popliteo-crural occlusion:**
Surgical or endovascular treatment?
P. Gloviczki (Mayo Clinic, Rochester)
- 10.00-11.00 **VARIA**
- The role of the Palmaz stent in short and/or angulated necks in EVAR**
D. Raithel (Nürnberg)
- New methods of varicose vein surgery**
T. Noppeney (Nürnberg)
- Future of renal stenting**
T. Sos (New York)
- 11.00-11.30 **Kávészünet**
- 11.30-13.15 **KRITIKUS VÉGTAG ISCHAEMIA KEZELÉSE: MŰTÉT, INTERVENCIÓ**
Üléselnökök: Simó G., Lázár I., Sipka R.
- E24 **Kritikus végtagi ischaemiában végzett térd alatti intervenciók hosszú távú eredményessége**
Nemes B., Méhész A., Hüttl K.
Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem
- E25 **Térd alatti angioplastica kritikus végtag ischaemiában (egy éves klinikai follow up)**
Kuti F.², Ruzsa Z., Nemes B., Tóth K.¹,
Koncz I.², Szabó I.¹, Szelei B.¹, Hüttl K., Merkely B.
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ,
Budapest, BKMK Invazív Kardiológiai Részleg
- E26 **Kritikus végtagi iszkémia esetén végzett nyitott és hibrid rekonstrukciók összehasonlítása**
Vadász G., Kövesi Zs., Németh J., Czigány T.
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház,
Érsebészeti Osztály, Győr
- E27 **Hibrid infrainguinalis rekonstrukciók kritikus végtagi ischaemia esetén**
Banga P., Simó G., Darabos G., Mogán I.
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
Érsebészeti Osztály
- E28 **Cruralis bypassok érsebészeti gyakorlatunkban**
Juhász G.
BAZ Megyei Kórház, Érsebészet
- E29 **Akut végtagi ischaemiát okozó műérelzáródások rekonstrukciójával szerzett tapasztalataink**
Darabos G., Simó G., Banga P., Mogán I.
Fővárosi Önkormányzat Szt. Imre Kórház Érsebészet
- E30 **Az alsó végtagi kritikus ischaemia endovasculáris módszerrel történő kezelése kapcsán szerzett tapasztalataink diabeteses és nem diabeteses betegekben**
Fazekas G.
PTE KK Érsebészeti Tanszék
- E31 **Retrográd térd alatti behatolás sikertelen anterográd recanalisatio után térd alatti angioplasticában kórnikus teljes elzáródás esetén**
Ruzsa Z., Nemes B., Kuti F., Tóth K.,
Koncz I., Bánsághi Z., Merkely B., Hüttl K.
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ,
Bács-Kiskun Megyei Kórház Invazív
Kardiológiai Részleg
- E32 **Emeletes szűkületek ellátásának stratégiája**
Bánsághi Z.
Szent Imre Kórház, Budapest
- 13.15-14.00 **Ebédészünet**
- 14.00-15.00 **ANEURYSMA**
Üléselnökök: Dzsinih Cs., Mátyás L.,
Szentpétery L.
- E33 **Az akut, „A” típusú aorta dissectio komplex kezelése, különös tekintettel az akut végtag ischaemiával szövődött esetekre**
Szabolcs Z.¹, Hüttl K.², Entz L.³,
Paulovich E.⁴, Horkay F.¹
Semmelweis Egyetem
¹Szívsebészeti Klinika, ²Kardiológiai Központ,
³Érsebészeti Klinika, ⁴Intenzívterápiás és
Aneszteziológiai Klinika
- E34 **Komplex aorta aneurysmák kezelési lehetőségei**
Dzsinih C., Vallus G., Berek P.,
Tóth L., Barta L.
ÁEK HM
- E35 **Mellkasi aortába beültetett stentgraft eredményei és szövődményei klinikánk 10 éves anyagában**
Laczkó Á., Sarkadi H., Gósi G., Szabó A.,
Hüttl K.¹, Acsády Gy.
Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika,
¹Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ,
Kardiológiai Tanszék

- E36 **Eredményeink hasi aorta aneurysma miatt végzett bifurkációs stent-graft beültetések után**
Gósi G., Laczkó Á., Sarkadi H.,
Hüttl K.¹, Acsády Gy.
Simmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika,
¹Simmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ,
Kardiológiai Tanszék
- E37 **Arteria hypogastrica oclusio infrarenalis aorta a.iliaca communis és a.hypogastrica endovascularis kirekesztése során**
Mátyás L.¹, Lázár I.², Juhász Gy.¹,
Szentesi Sz.¹
B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
¹Ér- és Endovascularis Sebészeti Osztály,
²Képző Diagnosztikai – Intervenciós Intézet
- 15.00-16.00 Bayer Szimpózium**
A REKONSTRUKCIÓRA ALKALMATLAN KRITIKUS VÉGTAG ISCHAEMIÁS BETEG SORSA.
MIT TEHET A BELGYÓGYÁSZ?
Üléselnök: Kollár L.
- Diagnosztikus lehetőségek, prognózis**
Farkas K.
- Terápiás lehetőségek**
Pécsvárad Z.
- 16.00-16.30 Kávészünet**
- 16.00-16.30 POSZTER SZEKCIÓ I.**
Üléselnökök: Doros A., Soltész P.
- P1 **Preoperatív embolizáció ritka hypervascularisált tumorokban – mint komplementer eljárás sebészeti resectió előtt**
Mester T., Bánsághi Z., Bálint A.¹,
Bárdóczi E.², Nádor K.³
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház
Központi Diagnosztikai Osztály,
¹Sebészeti Osztály, ²Pathologia,
³Fővárosi Önkormányzat
Péterfy Sándor u. Kórház, Pathológia
- P2 **Elzáródott autológ vena saphena magna graft rekanalizációja – esetbemutató**
Bánsághi Z., Mester T., Dienes A., Simó G.
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház
Központi Diagnosztikai Osztály, Érsebészeti Osztály
- P3 **Epeúti kövesség következtében kialakult epeúti szűkület talaján pericardiális tamponád képében jelentkező pericardiumba törő májtályog – Avagy: a kis kő is nagy baj, esete**
Mester T., Bánsághi Z., Csurgai A.,
Topa L., Kóber Sz.
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház
Központi Diagnosztikai Osztály,
Központi Intenzív Osztály, Gasztroenterológia
- P4 **Raynaud-kór, az életet megkeserítő betegség haemorheológiai vonatkozásai**
Papp J., Koltai K.¹, Biró K.¹, Szabó Zs.²,
Tóth K.¹, Késmárky G.¹
¹Pécsi TudományegyetemKlinikai Központ I. sz.
Belgyógyászati Klinika,
²Országos Vérellátó Szolgálat, Pécsi Regionális
Vérellátó Központ
- P5 **A perifériás verőérbetegség hatása az életminőségre**
Brodzsky V., Gulácsi L., Landi A.,
Farkas K., Járari Z., Pécsvárad Zs., Baji P.,
Balogh O., Péntek M.
Budapesti Corvinus Egyetem, Fővárosi
Önkormányzat Egyesített Szent István és
Szent László Kórház, Fővárosi Önkormányzat
Szent Imre Kórház, Semmelweis Egyetem,
Általános Orvostudományi Kar I. sz. Belgyógyászati
Klinika, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
- P6 **Krónikus kritikus végtagischaemias betegek követése**
Gombos Z., Landi A., Nagy É., Bérczy V.,
Bányász Zs.
Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László
Kórház IV. Belgyógyászat Röntgen osztály,
SE Radiológiai és Onkoterápiás Klinika,
Fővárosi Egyesített Szent István
és Szent László Kórház Sebészeti osztály
- P7 **Alsó végtagi obliteratív verőérbeteggek középtávú követéses vizsgálata**
Jassó I., Landi A.
Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és
Szent László Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály
- P8 **Az érrendszeri rizikótényezők szerepe az arthritis psoriaticában**
Meskó É., Nemesné Sterba G., Eiben A.,
Péntek M., Tóth E.
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház,
Reumatológiai és Fizioterápiás Osztály

- P9 **Valóban primer Raynaud szindrómája (RS) van a betegünknek, vagy még nem találtuk a kiváltó okot?**
Diagnosztikus és terápiás lehetőségek RS-ban
Kristóf V., Laczkó Á., Süveges E., Szakály E., Tersztyánszky R., Varga E., Sásdi A., Acsády Gy.
- 16.30-18.00 MAÉT és MACIRT közgyűlés**
- 20.00 Bankettvacso**
- 2011. október 22. Szombat*
- „A” Szekció – Amazonas terem*
- 09.00-10.30 Főtéma az EGIS támogatásával: SZŰRÉS ÉS PREVENCIÓ**
Üléselnökök: Farkas K., Entz L.
- E38 **Kockázati tényezők kezelése periferiás érbetegségben**
Járai Z.
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Kardiológiai Profil
- E39 **A thrombocyta-aggregáció gátlás szempontjai a perifériás érbetegség kezelésekor**
Kolossváry E.
Fővárosi Szent Imre Kórház, Angiológia Profil
- E40 **Fokozott trombocita aggregáció cukorbetegségben**
Bernát S. I., Schweitzer K., Rókus L.
Honvédkórház - Állami Egészségügyi Központ, I. Belgyógyászat-Angiológia
- E41 **Kardiális emboliák kezelési elvei – a pitvarfibrilláció korszerű kezelési elvei**
Járai Z.
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Kardiológiai Profil
- E42 **Az életminőségmérés jelentősége periferiás verőérbetegségben**
Gulácsi L.¹, Brodszky V.¹, Landi A.², Farkas K.³, Járai Z.⁴, Pécsvárad Zs.⁵, Baji P.¹, Péntek M.^{1,5}
¹Budapesti Corvinus Egyetem,
²Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent László Kórház,
³Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
⁴Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar I. sz. Belgyógyászati Klinika,
⁵PestMegyei Flór Ferenc Kórház
- E43 **A tünetmentes érbetegség felismerése: Az ÉRV-PROGRAM és ÉRV-REGISZTER új eredményei**
Farkas K.¹, Kolossváry E.¹, Járai Z.², Ludányi A.³, Kiss I.⁴
Szent Imre Kórház, ¹Angiológia profil,
²Kardiológia Profil, ³EGIS Gyógyszergyár Nyrt,
⁴Szent Imre Kórház, Nephrologia-Hypertonia Profil Budapest
- E44 **Ki kezelje az érsebészeti műtéten átesett betegeket angiológiai szempontból?**
Entz L., Mogán I., Símó G.
Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest Főváros Szent Imre Kórház, Érsebészeti Részleg
- „B” Szekció – Nílus terem VII. em.*
- 09.00-10.30 AZ EREKEN TÚL... NEM VASCULARIS INTERVENCIÓK**
Üléselnökök: Batthyány I., Király I., Doros A.
- E45 **Kihívást jelentő epeúti intervenciók**
Doros A.
Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Radiológia
- E46 **Parciális lépembolizáció „splenic steal” szindrómában és hypersplenizmusban**
Doros A.
Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Radiológia
- E47 **TIPS up-to-date**
Lázár I.
B-A-Z Megyei Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc Képző Diagnosztikai-Intervenciók Intézet
- E48 **Ureter szövődmények intervenciók radiológiai ellátása veseátültetés után**
Hartmann E., Deák P.Á., Németh A., Kozma V., Doros A.
Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Radiológia
- E49 **Az a. uterina embolizációja a. brachialis behatolásból**
Harmat Z., Rostás T., Battyány I.
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Radiológiai Klinika

- E50 **Régi, egyszerű, de jó! – A percután drenázsról három speciális eset kapcsán**
Bánsághi Z., Mester T., Fejér Cs., Vitályos T., Rapcsányi A.
Szent Imre Kórház Központi Diagnosztikai Osztály, Sebészeti Osztály, Intenzív Terápiás Osztály
- E51 **Az embolizációról napjainkban – áttekintés, rendszerezés, lehetőségek**
Mester T., Bánsághi Z., Rapcsányi A., Kóber Sz.
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Központi Diagnosztikai Osztály
- E52 **Osteoid osteomák CT-vezérelt RF ablációja**
Kovács B.¹, Magyar P.¹, Karlinger K.¹, Kalina I.¹, Kiss J.², Szendrői M.², Bérczi V.¹
¹SE, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika;
²SE, Ortopédiai Klinika
- 10.30-11.30 Kávészünet**
- 10.30-11.30 POSZTER SZEKCÓ II.**
Üléselnökök: Kolossváry E., Kasza G., Harmat Z.
- P10 **Szokatlanul nagy arteria lienalis aneurysma mint melléklet**
Király L., Antal A., Renteria Z., Harkai Zs., Sebók P., Fógel K.
Toldy Ferenc Kórház Sebészeti Osztály
- P11 **Aneurismaticus Cimino-fistulák reconstuctiója**
Gergely M.
Kaposi Mór Oktató Kórház Általános Mellkas- és Érsebészeti Osztály
- P12 **Truncus coeliacus kompressziós szindróma laparoskopos műtéti megoldása**
Szeberin Z.¹, Vörös A.², Sugár I.², Petrovics A.³, Fehérvári M.¹, Nemes B.¹, Acsády Gy.¹
¹Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika,
²II. Sebészeti Klinika,
³Gyöngyöstarján Háziorvosi Rendelő
- P13 **Paradox embolizáció perzisztáló foramen ovale-n keresztül**
Fehérvári M., Madách K., Vándor L., Sótonyi P., Acsády Gy.
SE Érsebészeti Klinika, SE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika,
Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház
- P14 **Kritikus ischaemiát követő fatális kimenetű reperfüziós szindróma – esetismertetés**
Szabó J., Kaliszky P., Gyurkovics E., Turóczy Zs., Lotz G.¹, Szijártó A., Harsányi L.
Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest és ¹II. sz. Patológiai Intézet
- P15 **Tapasztalataink az egynapos sebészet keretében végzett varicectomiákkal**
Nagy I., Csepregi B., Marik Gy.
Misszió Egészségügyi Központ
- P16 **Carotis bifurkáció szeptikus ruptúrája – rheumatoid arthritis TNF gátló kezelésének ritka szövődménye**
Simó G.¹, Darabos G.¹, Ormos G.², Szalka A.¹, Banga P.¹, Mogán I.¹
¹Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály, ²Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet
- P17 **Traumás eredetű mellkasi aorta ruptúrák endovascularis ellátása – esetbemutatók**
Benkő L.
PTE KK Érsebészeti Tanszék
- P18 **Az egy napos sebészet térhódítása a visszér betegek műtéti kezelésében**
Szűcs I., Tóth D., Kathy S., Szendrői T., Kincses Zs., Tóth Cs., Dorner K., Kisbicskei E.
Egészségügyi Járóbeteg Központ Debrecen, Kenézy Kórház KFT Általános Sebészet Debrecen
- P19 **Traumás cruralis pseudoaneurysma sikeres kezelése endovascularis és nyitottműtéti technikával – esetbemutató**
Gellért G., Nemes B.
Szent Lázár Kórház Salgótarján Érsebészeti Osztály, SE Kardiológiai Központ
- P20 **Femoro-popliteo-cruralis sequentialis bypass sikerrel operált esete soliter végtagon**
Tóth G., Fauszt J., Bursics A.
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza, Sebészeti Érsebészeti Osztály
- P21 **Arteria poplitea sérülés ellátási taktikája**
Teknős D., Tóth Gy., Pantó T., Fauszt J., Bursics A., Hangody L.
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza Sebészeti Érsebészeti Osztály
- P22 **Az ascendalo VSM thrombophlebitis műtéte Kryosondával**
Vizsy L., Bálint I.B.

- P23** **Visszerműtét kapcsán kialakult paradox embolizáció esete**
Szabó I., Simó G., Radó J., Farkas K.
Szent Imre Kórház Angiológia, Érsebészet,
Kiemelt Hotelszolgálat, Budapest
- P24** **Véna iliaca sztentelés krónikus vénás elégtelenségben**
Kasza G., Benkő L., Fazekas G., Menyhei G.
PTE KK Érsebészeti Tanszék
- P25** **Izomrost-életképesség kísérletes vizsgálata akut kritikus alsó végtagi ischaemiában. Amputáció vagy embolectomia?**
Szijártó A., Turóczy Zs., Szabó J., Fülöp A., Gyurkovics E., Harsányi L.
Simmelweis EgyetemI. sz. Sebészeti Klinika
- P26** **Az artériás kalcifikáció mértéke összefügg a szérum hősokk protein 70 szinttel érbetaekben**
Fehérvári M.¹, Szeberin Z.¹, Krepuska M.¹, Rimely E.², Apor A.², Sarkadi H.¹, Acsády Gy.¹
¹SE Érsebészeti Klinika, ²SE Kardiológiai Központ
- P27** **Postconditionálás, egy ígéretes sebésztechnikai manőver vékonybél krónikus ischaemiás károsodása esetén?**
Ónody P.¹, Rosero O.¹, Pomizs I.¹, Dániel Á.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹
Simmelweis Egyetem,
¹I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest
²II. sz. Patológiai Intézet, Budapest
- P28** **Mesenterialis keringészavarok vizsgálata prolongált alsó végtagi ischaemiában – kísérletes modell**
Turóczy Z.¹, Szabó J.¹, Fülöp A.¹, Dudás E.¹, Lotz G.², Harsányi L.¹, Szijártó A.¹
Simmelweis Egyetem,
¹I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest
²II. sz. Patológiai Intézet, Budapest
- P29** **Myonephropathiás metabolikus szindróma, mint a prolongált végtagischaemia szövődménye – a megelőzés lehetősége postconditionálással**
Arányi P., Turóczy Zs., Garbaisz D., Dudás E., Lotz G.¹, Gyurkovics E., Szijártó A.
Simmelweis Egyetem,
¹I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest
²II. sz. Patológiai Intézet, Budapest
- Amazonas terem*
- 11.30-12.30 VARIA**
Üléselnökök: Járányi Zs., Biró G.
- E53** **Carotis interna rekonstrukciós műtéteink regionális érzéstelenítésben**
Szabó G., Kozlovszky B., Lakatos J., András Cs., Sylvester Z.
Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató Nonprofit Kft. Sebészeti Osztály, AITO
- E54** **Acut carotis rekonstrukciók**
Berek P., Dzsinih Cs., Tóth L., Beke G., Vallus G., Barta L.
Honvédkórház - Állami Egészségügyi Központ Szív- Ér- és Mellkassebészeti osztály
- E55** **Femoropoplitealis minimal invazív hibrid thrombendarterectomia – a disszekciós réteg hatása a hosszútávú nyitvamaradásra**
Simó G.¹, Banga P.¹, Darabos G.¹, Szarvas L.², Mogán I.¹
¹Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Érsebészeti Osztály,
²Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház Patológiai Osztály
- E56** **A krónikus zsigeri ischaemia sebészi kezelésének lehetősége**
Palásthy Z., Sipka R., Mihalovits G., Hódi Z., Lázár Gy.
SZTE, Sebészeti Klinika
- E57** **A diabeteses láb szindróma kezelési taktikája a kritikus végtag ischaemia tükrében**
Vallus G., Barta L., Tóth L., Beke G., Berek P., Dzsinih Cs.
Honvédkórház-ÁEK
- E58** **Első tapasztalatok hiperbár oxigén terápia alkalmazásával diabeteses, érszűkületes betegek sebkezelésében**
Olvasztó S.¹, Göbl A.², Ágoston V.², Galajda Z.¹
¹DEOEC Sebészeti Intézet Érsebészeti Tanszék,
²Budapesti Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Hiperbár Centrum
- 12.30-13.30 ALAPKUTATÁS**
Üléselnökök: Szeberin Z., Galajda Z., Járányi Z.
- E59** **Thrombotikus folyamatok immunopathológiája**
Soltész P.
DEOEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika

E60 **Új szemlélet a vena saphena magna morfofunkcionális tulajdonságairól és ezek jelentősége az áthidalások sebészetében**
Galajda Z.
DE OEC Sebészeti Intézet Érsebészeti Tanszék

E61 **Gén-polimorfizmusok szerepe és jelentősége az atherosclerosis kialakulásában**
Szabó G. V.
Simmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika

E62 **Akut kritikus ischaemia és postcinditionális kísérletes vizsgálata – a reverzibilitás határa**
Gyurkovics E., Turoczy Zs., Dudás E.,
Nánási R., Lotz G., Harsányi L., Szijártó A.
Simmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika

E63 **Oxidált LDL által stimulált limfocita aktiváció antifoszfolipid szindrómában**
Laczik R.¹, Szodoray P.², Veres K.¹,
Lakos G.³, Sipka S.³, Soltész P.¹
¹DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika,
Angiológia és Intenzív Terápiás Részleg,
²Institute of Immunology Rikshospitalet University
of Oslo, ³DEOEC Regionális Immunlabor

E64 **A fetuin-A kapcsolata az artériafal kalcifikációval**
Szeberin Z.¹, Fehérvári M.¹, Krepuska M.¹,
Szabolcs Z.², Apor A.³, Rimely E.³, Sarkadi H.³,
Széplaki G.³, Kalabay L.⁴, Acsády Gy.¹
¹Simmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika,
²Szívsebészeti Klinika, ³Kardiológiai Központ,
⁴Családorvosi Tanszék

13.45 KONGRESSZUS ZÁRÁSA, LEGJOBB ELŐADÓI DÍJAK ÁTADÁSA

Hollywood terem

15.00 EMERICK SZILÁGYI HUNGARIAN CHAPTER FOR THE SOCIETY OF VASCULAR SURGERY

Emerick Szilágyi - Ikon of Vascular Surgery
Robicsek F.

Középamerikai indián kultúrák
Robicsek F.

**Has the endovascular era improved outcome
of AAA repairs at the Mayo**
Gloviczki P.

**Változó koncepció a thoracoabdominalis
aorta aneurysmák sebészetében**
Dzsinih Cs., Vallus G., Berek P.,
Barta L., Tóth L., Beke G.

Előadás összefoglalók program szerint

Diagnosztika

A SZUBKLINIKUS ATHEROSCLEROSIS FUNKCIONÁLIS ÉS KÉPALKOTÓ DIAGNOSZTIKÁJA

Kerekes György, Soltész Pál

DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Az atherosclerosis primer prevenciók stratégiájának kulcsa a rizikóbecslés, mely napjainkban a klasszikus, úgynevezett "framingham"-i rizikófaktorok pontrendszerekbe való rendezésén alapul, ez azonban a valós cardiovascularis rizikót gyakran nem pontosan jelzi. Az elmúlt évtizedekben több olyan angiológiai vizsgálómódszer került kifejlesztésre, melyek a káros hatások végső közös útvonalát, az érrendszert vették célkeresztbe, így a rizikóbecslést pontosíthatják. A szubklinikus atherosclerosis in vivo jól jellemezhető az endothel diszfunkcióval, a generalizált atherosclerosis funkcionális és morfológiai jellemzőivel, valamint a célszervek szubklinikus plakkjainak a jelenlétével. Az in vivo endothel funkciók vizsgálatok fiziológiai alapját az képezi, hogy az endothel sejtek bizonyos ingerek (áramlás- növekedés, ischaemia, bizonyos transzmitterek) hatására simaizom relaxációhoz vezető anyagokat, döntően nitrogén-monoxid-ot (NO) szintetizálnak, ami vasodilatatiohoz vezet. Ez a vasodilatatio, vagy az ehhez társuló áramlás- vagy áramlási-sebesség növekedés invazív vagy nem invazív módszerekkel mérhető. A generalizált atherosclerosis az endothel funkcionális vizsgálatainál kevésbé érzékeny módon, de jóval stabilabban jellemezhető a carotis intima-media falvastagság (ccIMT) és a carotis plakkok meghatározásával. Az artériás merevség paraméterei közül a generalizált atherosclerosis becsülésére talán az aorta pulzushullám terjedési sebesség (PWV) a legalkalmasabb. Sem az invazív, sem a noninvazív mérés sem tekinthető standardizáltnak, ennek ellenére a kereskedelmi forgalomban többféle mérőmódszer is elérhetővé vált. A coronariák kalcium tartalmának lemérése computer tomográfiával kiváló prognosztikus markernek tekinthető, azonban a módszer jelentős sugárterhelése és drágasága miatt várhatóan nem képezi majd a primer prevenciók stratégia alapját. Az előadás során említett angiológiai vizsgálómódszerek helye a rutin diagnosztikában még pontosan nem definiált. Némelyikük azonban már kiegészítő módszerként jelenleg is alkalmazásra kerülhet, legtöbbjük azonban csak potenciális lehetőségnek tekinthető.

AZ ARTERIA FEMORALIS COMMUNIS DUPLEX SCAN VIZSGÁLATA PROXIMALIS STENOSIS KIMUTATÁSA CÉLJÁBÓL

**Bérczi Viktor, Bottomley J., Thomas S., Turner D.,
Cleveland T., Gaines P.**

Az intervenciók radiológiai gyakorlatban a femoropoplitealis és főleg a cruralis artériák endovascularis kezelésénél az ipsilateralis anterograd a. femoralis communis punctio a leggyakrabban választott módszer. Ezt akkor észszerű elvégezni, ha számottevő iliaca stenosis nincs. A pulzustapintás segít, de önmagában nem tekinthető bizonyító erejűnek. Hasznos lenne, ha olcsó és gyors vizsgálattal (UH) nagy biztonsággal ki lehetne zárni significans iliaca stenosis jelenlétét, és nem kellene a költséges, hosszú előjegyzési idővel rendelkező CTA vagy MRA vizsgálatot elvégezni minden esetben. Az UH vizsgálattal az iliaca artériák direkt vizsgálata sokszor bizonytalan.

Vizsgálataink célja az volt, hogy találjunk egy olyan határértéket az a. femoralis communis áramlási sebesség-görbéjén, ami nagy valószínűséggel kizár significans proximalis (iliaca) stenosis.

Hatvanhat alsó végtagon végeztünk duplex scan vizsgálatot a DSA angiographiát megelőzően. A systolés emelkedési időt manualisan mértük le minden végtagon két alkalommal, és a két érték átlagával számoltunk.

A diagnosztikus angiographiát két tapasztalt vascularis intervenciók radiológus értékelték. A legnagyobb iliaca stenosis alapján a betegeket 4 csoportba osztottuk: 0-49%, 50-69%, 70-99%, 100%). Receiver Operator Characteristic (ROC) elemzést végeztünk "Analyse-it" software (www.analyse-it.com) segítségével. A diagnosztikus szűrésnél a sensitivitást, specificitást, pozitív prediktív értéket és negative prediktív értéket számoltunk.

A ROC analízis során a 80 ms systolés emelkedési idő bizonyult optimális értéknek, mely az >50% iliaca stenosis 100%-os sensitivitással (95% CI 85-100%) és 100% negativ prediktív értékkel zárta ki. A specificitás 75% volt (95% CI 60-87%), a pozitív prediktív érték 66,7%.

Az a. femoralis communisban mért systolés emelkedési idő gyors és egyszerű kizárási módja az ipsilateralis, significans (>50% stenosis átmérőre számítva) iliaca stenosisnak.

A CTA ÉS A KATÉTERES ANGIOGRÁFIA SZEREPE
A PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉGEK
DIAGNOSZTIKÁJÁBAN ÉS A TERÁPIÁS
ALGORITMUS MEGHATÁROZÁSÁBAN

**Molnár B., Máté M., Kollár A., Landi A., Bányász Zs.,
Arany A., Bérczi V.**

Másfél éve angio munkacsoportunk interdiszciplináris konszenzus alapján alakítja ki az alsó végtagi atheroscleroticus betegek terápiás algoritmusát, emiatt természetes igény jelentkezett diagnosztikus eredményeink elemzésére.

A CTA vizsgálat során topogram és has-kismedencei natív sorozat után bólus követéssel indított, tisztán artériás fázisú sorozatot készítettünk a rekeszek szintjétől cranio-caudalis irányban a has-kismedence és az alsó végtagok teljes kiterjedéséről (120 ml Ultravist 370 kontrasztanyag, 4,5 ml/s kontrasztanyag áramlás, 1,5 mm-es kollimáció, 120 kV, dózis optimalizált 160-220 mAs, alacsony asztalsebesség). A leletezés célzott szoftver hiányában csont eltávolítás után MIP szeleteken és az axialis munkaszeletek alapján történtek. A fali meszesedések azonban sajnos nagyban nehezítették munkánkat.

A diagnosztikus kiegészítő DSA angiographia a CTA eredményeinek függvényében készültek: amennyiben iliaca betegség kizárható volt, úgy az esetek többségében a kezelendő végtagon végeztünk anterograd a. femoralis communis punctiot. Iliaca betegség gyanúja esetén retrograd a. femoralis communis punctio történt szintén ipsilateralis oldalon. A vizsgálatok és a terápiás beavatkozások Philips Allura készüléken történtek standard technikákat alkalmazva.

A CTA és a DSA diagnosztikai angiographiákat összehasonlítva az alábbi eredményeket kaptuk. AIC+AIE+AFC; n=55; ebből 27 egyforma (=); DSA mutatott nagyobb szűkületet (>) 5 betegnél; CTA mutatott nagyobb szűkületet (>) 23 esetben. AFS+AP; n=60; ebből 21 =; DSA > szűkület 13; CTA > szűkület 26 eset. ATA+ATP+AF; n=57; ebből 12 =; DSA > szűkület 13; CTA > szűkület 32 eset. Az esetek többségében a diagnosztikai különbség az endovascularis kezelés indikációját nem változtatta meg.

A CTA többnyire egyértelmű útmutatást adott abban a vonatkozásban, hogy sebészi vagy intervenciós radiológiai terápiára van-e szükség.

A FENYEGETŐ HASI AORTA ANEURIZMA
RUPTÚRA CT JELEI

**Csiszár Márton, Rizó Magdolna, Milics Margit,
Nagy Edit, Nagy Gyöngyi**
Zala Megyei Kórház

Bevezetés: Kórházunkban a CT vizsgálatokkal diagnosztizált rupturált hasi aorta aneurizmák száma évente 7-10 között van, melyek 50%-a minden igyekezet ellenére halállal végződik. Ezt az arányt a korai diagnózis

felállításával javíthatjuk. Számos esetben - egyéb betegség miatti CT vizsgálat során - korai fenyegető jeleket találunk az aorta aneurizmára, így időben az érsebészetre irányíthatjuk a beteget.

Módszer: Előadásomban a témával foglalkozó szakirodalmat áttekintve összefoglalom, melyek azok a jelek, amelyeket a CT vizsgálat során megfigyelhetünk. Emellett néhány, kórházunkban CT vizsgálatokkal felismert és kezelt beteg esetét ismertetem. A kiválasztott betegek mindegyikében natív és több fázisú kontrasztanyag hasi és kismedencei CT és CTA vizsgálat történt, több síkú rekonstrukciókkal kiegészítve, melyet két detektorsorral rendelkező Siemens Somatom Emotion Duo készülékkel végeztünk.

Eredmények: A bemutatott vizsgálatok során - az idézett cikkekkel összhangban - bebizonyosodott, hogy néhány egyszerű jel felismerése biztos támpontot nyújt, ennek az életet veszélyeztető kórképnek a diagnosztikájában.

Konklúzió: A legtöbb aorta aneurizma ruptura azonnali halálhoz vezet! Azokban az esetekben, amikor a fenyegető ruptura jeleit korán tudjuk diagnosztizálni érdemi esély adódik az érsebész számára a műtét elvégzésére, és a betegek túlélési esélye sokkal magasabb. Ehhez elengedhetetlen - az egyéb betegség miatt végzett CT vizsgálaton is- a típusos jelek gyors és biztos felismerése. Felmerülhet az UH vizsgálatlaltal történő szűrés fontossága is a magas kockázatú betegek esetében.

EKG VEZÉRELT CT-ANGIOGRÁFIA ACUT
AORTA SYNDROMÁBAN –
TAPASZTALATAINK 256 SZELETES CT-VEL
**Balázs György, Pintér Nándor, Szidonya László,
Maurovich-Horvát Pál, Hüttl Kálmán**
Semmelweis Egyetem Kardiológiai Központ

Bevezetés: acut aorta syndroma diagnosztikájában a CT vizsgálat lehetőségeit gyakran hátráltatják az aorta pulzációjából származó műtermékek. Ezek kiküszöbölése elsősorban 'A' típusú aorta dissectio felismerése és pontos karakterizálása szempontjából lényeges.

Módszer: 2011. novembere óta működik intézetünkben Philips iCT 256 típusú CT berendezés. Azóta acut mellkasi fájdalom esetén, amennyiben acut aorta syndroma klinikai gyanúja fennáll, ú.n. triple rule out protokoll alapján EKG-vezérléssel végezzük a mellkasi CT-angiográfiai vizsgálatát.

Eredmény: 19 vizsgálatból 4 igazolt acut aorta syndroma spektrumába tartozó eltérést, 3 esetben acut pulmonalis embolia igazolódott, 12 vizsgálat adott negatív eredményt. További 5 vizsgálat történt dissectio követése céljából.

Következtetés: a sokszeteles CT berendezéssel végzett CT-angiográfia alkalmas a teljes mellkasi együlésben történő pontos leképezésére, és egyazon vizsgálatlaltal acut mellkasi fájdalom háttérében álló eltérések differenciálására. Az aortagyök pulzációs műtermékektől mentes

leképezése kiküszöböli a fals negatív és fals pozitív diagnózist, érzékenyen detektálja a dissectio spektrumba tartozó diszkrétebb eltéréseket és pontos intervenció tervezést tesz lehetővé. A vizsgálat sikeres kivitelezése nagymértékben függ az optimális paraméter beállításon és kontrasztanyag beadási protokollon.

LASER SPECKLE IMAGING –
A MIKROCIRKULÁCIÓ REAL-TIME
VIZSGÁLATÁNAK LEHETŐSÉGE,
POTENCIÁLIS KLINIKAI ALKALMAZÁSOK

**Kolossváry Endre, Bánsághi Zoltán,
Farkas Katalin**

*Fővárosi Szent Imre Kórház, Angiológia
és Intervenció Radiológia Profíl*

Bevezetés: adott élő szövetfelület laser fénnel történő megvilágításakor a szövetből távozó fotonok interferenciaképet hoznak létre (speckle), amely kép kontrasztváltozása arányos a vörösvérsejtek sebességével. Mindezek alapján a lézeres szórás interferenciakép kontrasztelemezése (Laser Speckle Contrast Analysis, LASCA) az adott szövet véráramlásának valós idejű elemzését teszi lehetővé.

Célkitűzés: a lézeres szórás interferenciakép kontrasztelemezés potenciális klinikai alkalmazásainak vizsgálata, előzetes tapasztalatok bemutatása.

Módszer: kórházunkban az angiológiai és az intervenció radiológiai osztályon 2010. november és 2011. február közötti időszakban a Perimed cég PeriCam PSI rendszerének kipróbálására nyílt lehetőségünk. Olyan klinikai szituációkat igyekeztünk találni, amelyek során a mikrokeringés valósidejű változásainak objektív nyomkövetése az eddigi klinikai gyakorlathoz képest járulékos hasznot jelenthet.

Eredmények: a módszert kritikus végtagi iszkémia esetén alkalmazott prostanoid kezelés, valamint feltételezhető kéz kisérkeringési zavarok kivizsgálása során alkalmaztuk. A keringés változások képi és számszerűsített elemzéseit egyedi esetekre vonatkoztatva mutatjuk be.

Következtetés: Bár az eredmények kiértékelése során az esetszám részletes statisztikai elemzést nem tett lehetővé, azonban az egyes esetek prezentációja további vizsgálatok megalapozását segíti. A lézeres szórás interferenciakép kontrasztelemezése a vaszkuláris medicina klinikai gyakorlatának sokat ígérő új módszere.

REAL TIME MIKROCIRKULÁCIÓS VIZSGÁLAT,
MINT LEHETSÉGES FUNKCIONÁLIS FEED-BACK
PERIFÉRIÁS REVASCULARIZÁCIÓ SORÁN.

Bánsághi Zoltán, Farkas Katalin, Kolossváry Endre
Szent Imre Kórház, KDo és Angiológiai Profíl, Budapest

Az elmúlt évtizedben a térdalatti területek meghódításával óriási technikai előrelépést könyvelhet el az inter-

venciós radiológia a revascularizációs lehetőségek vonatkozásában.

Az eszközök és technikák nagy száma, a rendkívül jó eredmények igen nagyszámú perifériás vizsgálatot generálnak.

Bár technikailag az alsó végtagon gyakorlatilag minden területet elérünk, a vizsgálatokra fordított idő és eszközki költség rendkívül emelkedik.

Ennek oka, hogy nincs világos képünk a „minimálisan elég” beavatkozásról; nincs a beavatkozásaink során megfelelően gyors, a beavatkozást nem zavaró, vagy lassító, real time és funkcionális vizsgálat a beavatkozásunk során előidézett keringés változásról.

2010. szeptember és 2011. július között összesen 34 betegen használtuk a Pericam Laser elvű mikrocirkuláció mérésére alkalmas berendezést a perifériás intervenciók során.

Tapasztalataink szerint a módszer rendkívül szenzitív, alkalmas a beavatkozás megzavarása nélkül azonnali és tetszőleges számú mérést végezni, mely kezdeti tapasztalataink alapján alkalmas a jelenidejű, funkcionális visszajelzésre. Ezzel jelentősen optimalizálhatjuk a beavatkozás idő és eszközki költségét.

Ugyanakkor a berendezés és a módszer – *kisszámú esetünk alapján* – alkalmasnak látszik az intervenció funkcionális eredményességének előrejelzésére is.

TRANSDUCER AZ ÉRSEBÉSZ KEZÉBEN

Sipka R., Palásthy Zs.,

Mihalovits G., Hódi Z., Lázár Gy.

SZTE ÁOK Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztály

Az érrendszer duplex UH vizsgálata mind szélesebb körben elérhető. A vizsgálok döntő többsége radiológus, aki a nem megfelelő kérdésfeltevés és esetleg a megfelelő gyakorlat hiányában nem tud megfelelő szakvéleményt felállítani. Az elfogadható mértéket meghaladóan sok a fals pozitív és negatív eredmények aránya. A gyakorló érsebész megfelelő duplex UH tréninget követően korrekt választ kaphat kérdéseire, elsősorban a következő vonatkozásokban: 1: Vénás rendszer preoperatív mapping. 2: Vénás rendszer intraoperatív kontroll. 3: Artériás rekonstrukciók, véna graft lokalizáció, felmérés. 4: Artériás rekonstrukciók, intraoperatív kontroll. 5: Szövődmények intra és postoperatív kontrollja. A szerzők beszámolnak a fentiekre vonatkozó tapasztalataikról.

A LAPAROSZKÓPOS DONORNEFREKTÓMIA
RADIOLÓGIAI TERVEZÉSE

Deák Pál Ákos, Doros Attila, Lovró Zsófia, Wagner László, Piros László, Toronyi Éva, Langer Róbert

Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

A laparoszkópos donornefrektómia biztosította kisebb műtéti megterhelés, valamint a rövidebb kórházi benttartózkodás és a jobb kozmetikai eredmény tapaszt-

talataink szerint az elmúlt időszakban növelte a donációs kedvet. A donorok kivizsgálásának szerves részét képezi a radiológiai kivizsgálás, ebben a CT vizsgálat kiemelt jelentőségű. A donáció biztonságossága, a donorok változatlan életminősége elemi követelmény a "primum nil nocere" elvét követve. Ez a törekvés hívta életre a CT vizsgálat sugármennyiség csökkentésének igényét. Intézetünkben korábban natív, artériás és vénás sorozatot, valamint a késői scoutot magában foglaló vizsgálatokat végeztünk a vese vérellátásának, és ennek anatómiai variációinak feltérképezésére. 2010.11.11.-e óta a csökkentett dózsis natív vizsgálatot követően frakcionált intravénás kontrasztanyag adása utáni egyszeri kontrasztanyag sorozat készül a páciensekről. Az így készült sorozat a három fázist egyben képezi le, így a sugárdózis jelentősen csökken. Eddig 28 donor kivizsgálására került sor az utóbbi technikával. Az intraoperatív látott anatómia egyetlen esetben sem tért el a CT vizsgálatnál leírtakkal. Fentiek figyelembe vételével a frakcionált kontrasztanyag adással készült vizsgálat kisebb sugárterhelése miatt ajánlott vizsgálati mód az élődonorok számára.

Vénás betegségek

A VISSZÉRKEZELÉS JELENE ÉS JÖVŐJE

Szabó Attila

SE Érsebészeti Klinika, Budapest

Az endovascularis módszerek elterjedése az utóbbi években alapvetően megváltoztatta az alsó végtagi visszerek kezelésének stratégiáját. Az új eljárások célja a beteg minél kisebb megterhelése, a környező szövetek maximális kímélete, a munkaképesség gyors visszaállítása. Az új eszközök relatíve drágák, azonban ha a munkából kieső időt és a valós kórházi költségeket is számoljuk, akkor a költségek kiegyenlítődnek. Előadásomban rövid videókkal bemutatom az új eljárások lényegét, majd összehasonlítom azokat indikációs terület, terápiás hatékonyság, kezelési költségek alapján. A legfrissebb irodalmi adatok alapján külön kitérek a sok vitát kavarázó crossectomia kérdésre, ismertetve itt saját műtéti eredményeinket is az elmúlt évben végzett közel 150 lézeres visszérműtét adatainak felhasználásával. Ha gazdasági tényezők miatt nem is sikerül alkalmazni az ideálisnak vélt módszert, az ultrahang használatával, a tumescens anesztézia alkalmazásával, a szelektív varicectomiával nagyobb anyagi befektetés nélkül is jobb eredményeket érhetünk el a visszérbetegség kezelésében.

ÚJ TÁVLATOK A VÉNÁS THROMBOEMBÓLIÁK KEZELÉSÉBEN ÉS MEGELŐZÉSÉBEN

Sándor Tamás

Semmelweis Egyetem, II. Sebészeti Klinika, Budapest

Az elmúlt néhány évtizedben gyorsanható parenterális gyógyszereket, nem frakcionált heparint (UFH), vagy kismolekulasúlyú heparinokat (LMWH) használtak a vénás thromboembóliák (VTE) megelőzésére, vagy akut ellátására. A hosszantartó kezelést kumarinokkal végezték. Ezek hatásos gyógyszerek, alkalmazásuk mégis számos kellemetlenséggel jár. A heparinok csak injekcióban adhatók és thrombocytopeniát okozhatnak. Ha kumarinokat alkalmazunk a véralvadást gyakran kell monitorozni, interakcióba léphetnek étellekkel, gyógyszerekkel. 70 éve nem volt új peroralis antikoaguláns. Nemrégiben azonban olyan új gyógyszereket fejlesztettek ki, amelyek direkt gátolják az aktivált X-es faktort (FXa), vagy a trombint. A rivaroxaban és a dabigatran-etexilát per oralisan adhatók, rendkívül hatékonyak a VTE kezelésében és megelőzésében. Az előadásban azokat a jelenleg rendelkezésre álló bizonyítékokat foglaljuk össze, amelyek az új antikoagulánsok alkalmazását indokolják. Nem kétséges, hogy a rivaroxaban és a dabigatran alkalmazásával a VTE kezelésében és megelőzésében alapvető változások lesznek, új távlatok nyílnak.

VENA CAVA SUPERIOR SYNDROMA KEZELÉSE STENT BEÜLTETÉSEL

Nemes Balázs, Slavka Kudrnova, Rimely Endre, Hüttl Kálmán

Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Budapest

A vena cava superior syndroma a centralis vénás beáramlás akadályának klinikai tünetegyüttese, melyet leggyakrabban térfoglaló folyamat okozta külső kompresszió, illetve tartós centrális kanülök okoznak. Ez a súlyos, néha életveszélyes állapot gyors beavatkozást igényel, a keringés helyreállításával a panaszok megszűnnek, további diagnosztikus és terápiás beavatkozások válhatnak alkalmazhatóvá melyek a beteg élettartamát meghosszabbítják.

Beteganyag: 2002. novembere és 2010. decembere között 217 beteget kezeltünk (kor: 23-87 év) VCS stenteléssel intézetünkben (203 malignus és 14 benignus szűkület). A vena cava superior 205 esetben primeren stenteltük, ballonos tágítás 1 esetben történt. A beavatkozás sikertelen volt 11 esetben (5%).

Eredmények: Minden sikeres intervenció esetében a beteg panaszai megszűntek, halálos szövődmény nem volt. Egy esetben a VCS rupturált, melyet stentgraft beültetéssel kezeltünk, hemopericardiumot két esetben észleltünk, mely feltehetően a daganatos betegség közvetlen következménye volt. Reokklúzió 12 esetben alakult ki (egy-egy beteg esetében 5, illetve 3 alkalommal) a beavatkozás utáni második naptól 2,5 hónapig, minden

esetben thrombolysis és reintervenció történt. Restenosis 10 esetben észleltünk.

Következtetés: A vena cava superior stentelése hatékony, minimálisan invazív beavatkozás, melynek szövődményráta alacsony. A VCS stentelése terápiás alternatívája daganatos betegek esetében a radio- és kemoterápiának, illetve a nagyobb mortalitással járó sebészi rekonstrukciónak.

UH VEZÉRELT ENDOVASCULARIS VÉNÁS RF VNUS CLOSURE FAST THERMOABLATIO

**Sipka R., Palásthy Zs., Mihalovits G.,
Hódi Z., Lázár Gy.**

SZTE ÁOK Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztály

Az alsó végtagi visszeresség műtéti kezelésének alapelvei az elmúlt 100 évben számottevően nem változtak. A fő szempontok, a reflux megszüntetése, perforansok ellátása, az oldalágak ellátása, a főtörzs kezelése változatlanok. Jelentős változás a képkalkáló és a funkcionális diagnosztikában történt. Részletes UH mapping nélkül a recidiva arány 6-66%. A sebészi kezelés forradalmi változását az UH vezérelt endovenás beavatkozások jelentették, melyek ma már az OBVP /office based vein practice/ révén, akár a rendelőben történő ambuláns ellátást is lehetővé teszik.

Beteganyag és Módszer: 2010.09.02.-2011.05.05. között az SZTE Sebészeti Klinikán 33 UH vezérelt RF VNUS CLOSURE FAST vénás endovascularis thermoablátio történt. 29 nő, 4 ffi beteg. Átlagéletkor 46,5 év /24-73 év/ Indikáció: Szimptomatikus VSM, VSP területi varicositas. 11 RF ablátio, 9 RF ablátio + crossectomia, 6 RF ablátio+crossectomia+varicetomia, 6 RF ablátio + varicetomia, 1 RF ablátio+ perforans ligatura történt.

Eredmények: Occlusiós ráta: 32/33 97% Mélyvénás thrombosis: 0/33 0% Bőrégés: 1/33 3% Pigmentáció 1/33 3% Fájdalom 3/33 9% N. saphenus laesio 0/33 0% Munkába állás 7 napon belül 33/33 100%

Megbeszélés: Az UH vezérelt endovascularis thermoablátio az alsó végtagi visszeresség minimálisan invazív és hatékony kezelése.

RUTIN MŰTÉT A VARICECTOMIA? ÉLETET VESZÉLYEZTETŐ SZÖVŐDMÉNYSOROZAT EGY ESETÜNK KAPCSÁN.

**Darabos G.¹, Simó G.¹, Bánsághi Z.¹,
Kisbenedek L.³, Banga P.¹, Mogán I.¹**

¹Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály, ²Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Radiológiai Osztály,

³Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Urológiai Osztály

Bevezetés: A visszeresség miatt végzett invazív beavatkozások a lokális minor szövődményektől, illetve a helytelen technika miatt kialakuló recidívától eltekintve rutin beavatkozásnak számítanak. Esetbemutatásunk célja

a figyelem felhívása arra, hogy ennek ellenére életet veszélyeztető szövődmények előfordulhatnak.

Beteganyag: A 65 éves férfi beteg más intézetben végzett ambuláns visszérműtétet követően komplett mélyvénás thrombosis miatt került sürgősséggel felvételre. A diagnosztika eredménye alapján ennek oka a crossectomia magasságában a vena femoralis comunis ligatúrája volt. A sürgős mélyvénás rekonstrukció előtt cava filter felhelyezés történt, a femoro-poplitealis mélyvénás thrombózisból származó pulmonális embolia megelőzésére. A műtét során a ligatura eltávolítása, thrombectomia és foltpalsztika történt. Későbbiekben a filter eltávolítását megelőző CT angiographia a filter elfogó részének extravasalis elhelyezkedését, mellékletként bal oldali vesetumort, a bal véna renalist a cavaig kitöltő tumor masszát igazolt. Elektív nephrectomia és nyitott filter eltávolítást követően zavartalan post-operativum.

Eredmények: Fél évvel a primer műtét után a beteg jó általános állapotú, mélyvénás keringés zavartalan, klinikailag tumor mentes.

Összefoglalás: Közismert, hogy bármely invazív beavatkozásnak létezik kockázata. Minden hasonló eset bemutatásának a célja a figyelem ismételt felhívása arra, hogy sebészeti ténykedésünk során nem létezik "rutin", maximális odafigyeléssel a kockázat azonban csökkenthető.

Vénás thromboemboliák korszerű kezelése

ÚJ ANTIKOAGULÁNSOK

A VÉNÁS TROMBOEMBOLIA KEZELÉSÉBEN

Landi Anna

*Fővárosi Egyesített Szent István és Szent László Kórház,
IV. Belosztály, Budapest*

A vénás tromboembóliából (VTE) származó halálozás világszerte csökkenést mutat, de a kórkép előfordulása – a meghosszabbodott életkor, a tumoros betegségek számának megnövekedése, kezelésükre felhasznált gyógyszerek, eszközös beavatkozások sokasodása és egyéb kórképek diagnosztikájában és terápiájában alkalmazott invazív beavatkozások okán – növekszik. Az eddig alkalmazott VTE prevenciót és kezelést célzó gyógyszerek nem érték el az optimális tromboprofilaktikum kritériumát, új antitrombotikus molekulák keresése és kipróbálása történik. Ezen kipróbált molekulák egyike a rivaroxaban, amely az aktivált X faktort (Xa) direkt gátolja, szelektíve hat az Xa-ra, hatásához – a heparinokkal és fondaparinux-szal szemben – antitrombinra nincs szükség, a szabad és alvadékban lévő Xa gátlására is képes. Gyorsan kialakul és lezajlik a hatása, melyet táplálékok nem befolyásolnak.

Laboratóriumi kontrollt a terápia nem igényel. Azonos dózis jár férfinak, nőnek, életkor, testsúly széles skálájában azonos dózis adandó. Széles a terápiás ablaka. Legalább olyan hatékonyak bizonyult, mint az enoxaparin és a K-vitamin-antagonisták, VTE kezelése során. Magyarországon csípő- és térd műtétek VTE profilaxisára törzskönyvezték a szert. Ugyancsak az utóbbi évek terméke egy direkt thrombin inhibitor, a dabigatran. A kórkép kezelésére legalább olyan hatékony, mint a referencia LMWH, ill. K-vitamin-antagonista. Gyorsan, szelektíven és reverzibilisen kötődik a trombinhoz. A komparátor enoxaparinnal, ill. K-vitamin-antagonistákkal egyenrangú a VTE kezelésében és a stroke prevenciójában. Hazánkban jelenleg csípő- és térd protézisek prevenció indikációjával használható. Az új antikoaguláns gyógyszerek kiváló tulajdonságai paradigma váltás lehetőségét és szükségességét vetik fel a VTE gyógyításában.

A SEBÉSZI THROMBECTOMIA HELYE A VÉNÁS THROMBOEMBOLIÁK KEZELÉSÉBEN

Menyhei Gábor

PTE KK Érsebészeti Tanszék, Pécs

A heparin-kezelés hatásos módja a mélyvénás thrombosis propagációjának megakadályozására, ugyanakkor csupán minimális hatással bír a thrombus oldódására. Számos tanulmány bizonyította, hogy - különösen iliofemorális thrombosis után - jelentős számban alakul ki a billentyűfunkció elvesztéséből adódó súlyos post-thromboticus megbetegedés. Egyértelmű klinikai és kísérletes bizonyítékok támasztják alá, hogy a mielőbbi thrombus-eltávolítás jótékony hatású az endothelialis és billentyűfunkció megőrzésére és így javítja a késői kimenetelt. Több tanulmány igazolta a sebészi thrombectomia hosszú távú előnyeit iliofemorális thrombosis esetén, azonban invazív volta miatt az utóbbi években háttérbe szorult az egyre inkább terjedő katéteres módszerekkel (thrombolysis, pharmacomechanicus thrombectomia) szemben. Ezt tükrözik a legújabb irányelvek is (ACCP Guidelines 2008, MTHHT irányelvei 2010). Ugyanakkor fontos hangsúlyozni, hogy a thrombectomiának továbbra is fontos szerepe van a jó életkilátásokkal rendelkező, fizikailag aktív betegek acut iliofemorális mélyvénás thrombosisának kezelésében, ha bármilyen okból a thrombolysis nem végezhető vagy kontraindikált. Végtagfenyegető phlegmasia coerulea dolens esetén pedig abszolút indikáció áll fenn. Az előadás részletesen elemzi a sebészi thrombectomia indikációit, eredményeit és kockázatait, előnyeit valamint hátrányait más kezelési módszerekkel összehasonlítva.

VÉNÁS THROMBOEMBOLIÁK INTERVENCIÓS RADIOLÓGIAI ELLÁTÁSA **Bánsági Zoltán**

Szent Imre KH. Képpalkotó Diagnosztikus Osztály

A vénás thromboemboliák kialakulásának hátterében számos eltérő kórok illetve ezek igen nagyszámú kombinációja szerepel.

Az intervenciós radiológiai lehetőségek mind a korai/subacut thromboemboliák gyors és szisztémás mellékhatás nélküli megszüntetésében, mind szövődmények megelőzésében vagy elhárításában jelentős szerepet játszanak.

A referátumban áttekintjük a hosszú szakaszú alsó-végtagi mélyvénás thrombosis, pulmonális embolia megelőzésének, a PE létrejötté esetén annak elhárítása és a dialysis fistulák thromboemboliáinak valamint a centrális vénás stenosisok intervenciós kezelésének fontosabb szempontjait, az intervenciós radiológiai lépés helyét a fenti területek thromboemboliáinak ellátási algoritmusában.

AKUT ILIO-FEMORALIS VÉNÁS RT-PA THROMBOLYSISBEN SZERZETT KORAI TAPASZTALATAINK

**Sótonyi Péter¹, Nemes Balázs², Oláh Zoltán¹,
Hüttl Kálmán²**

¹*Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest,*

²*Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Budapest*

Bevezetés: 2005-2011 között a Semmelweis Egyetem Városmajori Klinikai Tömb Lysis Regiszterében 117 beavatkozás szerepel, melyből 25 a vénás rendszeren történt. Vizsgálataink során az ilio-femorális vénás szakasz akut vénás thrombosisa miatt 7 alkalommal végeztünk rt-PA lysis kezelést. A vizsgált intervenciók kivétel nélkül a 2010-2011 időszakra esnek.

Módszer: Négy nő és három férfibeteget kezeltünk, átlagéletkoruk 37,6±21 év volt (15-64). A tünetek kezdete a felvétel előtti 12 órától 10 napig terjedt. Terápiás dózisu Na-heparin adása mellett a thrombusba vezetett katéteren keresztül szelektív lysis indítottunk, melyet angiográfiával kontrolláltunk. Szükség esetén a lysis thrombus aspirációval, ballonos tágitással illetve stent beültetéssel egészítettük ki.

Eredmények: Az ilio-femorális thrombolysis minden esetben sikeres volt, a beavatkozások időtartama 6 és 48 óra között volt. Egy esetben a társult femoro-poplitealis occlusió javult, két esetben azonban érdemi változást nem tapasztaltunk. Egy esetben a lysis előtt thrombus aspirációt végeztünk, egy alkalommal a véna iliaca communis szűkülete miatt PTA és stent beültetés történt. Pulmonalis embolia, sebészi beavatkozást igénylő vérzés, anyagunkban nem fordult elő.

Megbeszélés: Eredményeink a nemzetközi irodalomhoz hasonlóan alátámasztják, hogy a szelektív intravénás

thrombolysis hatékony módszer az akut ilio-femorális szakaszt érintő mélyvénás thrombosisok esetén. Kellő intézményi háttérrel (invazív radiológia, érsebészet, intenzív terápiás részleg, esetleg szívsebészet) az eljárás biztonsággal végezhető.

PULMONALIS EMBÓLIÁK KOMPLEX ELLÁTÁSA A SZENT IMRE KORHÁZBAN

**Rapcsányi Andrea, Nász Heléna,
Bornemisza Nóra, Berényi Tamás,
Fejér Csaba, Bánsághi Zoltán.**

Szent Imre Korház

A pulmonalis embólia (PE) a vénás thromboembóliás betegség változatos klinikai képpel megjelenő életveszélyes, kezelés nélkül magas mortalitású formája, mely gyakran aluldiagnosztizált. A PE az akut ischaemiás szindróma és a stroke után a harmadik leggyakoribb cardiovascularis betegség. A PE incidenciája a populációban 50- 100/100 000 lakos/év. A kezeltlen PE 25- 30%- ban fatális, a halálozási arány adekvát kezeléssel 2-8%-ra csökkenthető. Referátumunkban retrospektív elemzés alapján beszámolunk korházunkban az elmúlt két és fél évben pulmonalis embólia klinikai iránydiagnózissal elvégzett 365 esetről. Mindenkinek készült CT angiográfiás vizsgálata, ebből 40 % pozitív, azaz 147 eset. Ezen belül a klinikai gyakorlat szempontjából, enyhe 50%, középsúlyos 35%, és masszív 15% kiterjedésű volt. Minden páciens pozitív D- dimerrel rendelkezett, az esetek kb. 30 %-á ban pozitív az EKG. A CT- vel igazolt embóliás esetek közül, csak mintegy 10 %- ban pozitív a mellkas RTG felvétel. Későbbiekben embólia forrás kivizsgálás kapcsán alsó végtagi Doppler és hasi UH készült. Szív UH valamint izotóp vizsgálat ritkában kerül elvégzésre. A páciensek közül intervenciós beavatkozásban 8-an részesültek, intenzív terápiás kezelést 12-en, sebészi kezelést 2-en igényeltek (más intézetben), a többiek mind antikoaguláns kezelésben részesültek. Előadásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a pulmonalis embólia kivizsgálásának és ellátásának multidiszciplináris jellegére. Szeretnénk kiemelni az összehangolt protokoll mentén történő szervezett ellátás jelentőségét.

A VCF INDIKÁCIÓJA

**Bartek Pétert, Pohárnok László,
Szabó Albert, Garab Gergely**

Pamok

Az elmúlt 15 év alatt több mint 150 cava filter beültetésre került sor, az osztályunkon. Az előző évek gyakorlatát és a jelenlegi indikációk megosztását tűztük ki feladatunknak.

PRE-PERI-POST PROCEDURAL USE OF ANTICOAGULANT MEDICATIONS FOR PERIPHERAL VASCULAR INTERVENTIONS

Kudrnova Slavka, Nemes Balázs, Hüttl Kálmán

Semmelweis Egyetem Kardiológiai Központ

The role of appropriate anticoagulant therapy for successful intervention is essential, complex and evolving due to the range and availability of anticoagulant agents as well as wide spectrum of interventional procedures, patients' co-morbidities and demographics. We review the current guidelines on the clinical use and indications of anticoagulant medications specific treatment algorithms considering patients' coagulation status evaluation, mechanisms, risks and benefits of individual anticoagulant agents before, during and after particular peripheral interventional procedures.

CAVA FILTER ALKALMAZÁSA MÉLYVÉNÁS THROMBOSISBAN

Nagy Endre

*Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Klinika,
Euromedic Diagnostic Magyarország Kft., Szeged*

A Mélyvénás thrombosis legsúlyosabb lehetséges szövődménye a pulmonalis embolisatio, mely kezelés nélkül gyakran vezet halálhoz. A pulmonalis embolia megelőzésének egyik lehetséges módszere a vena cava filter alkalmazása.

Cél: Előadásunkban a különböző filterek alkalmazásának lehetőségeit mutatjuk be saját anyagunk és nemzetközi tapasztalatok alapján.

Anyag és módszer: 1997. és 2011. között összesen 47 betegben alkalmaztunk különböző típusú vena cava filtert [Günther Tulip COOK (10), TRAPEASE J. & J. (10), OPTASE J. & J. (26), Temporary cava filter J. & J. (1),] jobb vena femoralis (11), bal vena femoralis (6), jobb vena jugularis (27) és bal vena jugularis (3) behatolásból. A beavatkozásokat 2004. decemberéig Polytron 1000 VR DSA berendezésen (Siemens), 2005. februárjától Innova 4100 DSA berendezésen (GE) végeztük.

Eredmények: A beavatkozások technikailag mind sikeresek voltak (100%). A filtereket 43 esetben tudtuk szabályosan a v. renalisok beömlésének szintje alatt kinyitni. Az időleges filtert, mivel a thrombus a vesevénákban volt, azok fölé helyeztük be, és 14 napos, a filter katéterén keresztül történt heparinizálás után a vénák megnyitáltak. Három betegben a jobb vesevénából betérjedő tumor thrombus miatt a vena renalisok szintje fölé helyeztük a filtert. Egy trauma miatt kezelt fiatal betegből négy hét múlva eltávolítottuk a filtert. Egy beteg, félve az esetleges késői szövődményektől, később sebészi úton távolított el a filtert. Komplikáció eseteinkben nem fordult elő.

Következtetés: A vena cava filter megfelelő indikációval biztonságosan alkalmazható eszköz. A beteget megvédi a

halálos tüdőembolisatiótól. Kellő körültekintéssel a szövődmények elkerülhetők. Felesleges alkalmazását azonban kerüljük.

MIT TANULHATUNK EGY VÉNÁS
THROMBOEMBOLIA REGISZTERBŐL?
BESZÁMOLÓ A RIETE NEMZETKÖZI REGISZTER
MAGYARORSZÁGI INDULÁSÁRÓL

Farkas Katalin

Szent Imre Kórház, Angiológia profil, Budapest

A vénás thromboembóliában (VTE) és valamilyen egyéb súlyos betegségben (pl.rosszindulatú daganat, veseelégtelenség, stroke) szenvedő betegek általában kizárásra kerülnek a klinikai vizsgálatokból az ellenjavallatok, a várható rövid élettartam, vagy az INR monitorozás nehézségei miatt. Emiatt a klinikai vizsgálatok eredményei alapján alkalmazott antikoaguláns kezelés gyakran nem alkalmazható ezekben a súlyos betegcsoportokban. A 2001-ben Spanyolországban indított RIETE (Registro Informatizado de la Enfermedad TromboEmbólica) Regiszter célja, hogy prospektív módon gyűjtse az akut VTE miatt kórházba került betegek adatait, és az adatok feldolgozása révén az interneten keresztül, segítse az orvosokat a kezelési lehetőségek kiértékelésében, ezáltal a megfelelő terápia kiválasztásában, saját betegek számára. Az adatok támpontot nyújthatnak speciális esetekben, a mortalitás, a visszaesés és a vérzéses szövődmények csökkentésének érdekében. A RITE Regiszterhez ma már további 14 ország csatlakozott és a feldolgozott esetek száma meghaladta a 37 000-t. 2011-ben Magyarországon is 4 centrumban elindulhat az adatgyűjtés, melynek révén értékes adatokat kaphatunk a hazai vénás thromboemboliák diagnosztikájáról és kezeléséről és remélhetőleg tovább javíthatjuk az Európai Unió átlagához képest még magas VTE halálozást.

Kritikus végtag ischaemia kezelése: műtét, intervenció

KRITIKUS VÉGTAGI ISCHEMIÁBAN VÉGZETT
TÉRD ALATTI INTERVENCIÓK HOSSZÚ TÁVÚ
EREDMÉNYESSÉGE

Nemes Balázs, Méhész Anita, Hüttl Kálmán

Kardiológiai Központ, Semmelweis Egyetem, Budapest

Beteganyag: 2005. májusa és 2010. decembere között 209 térd alatti beavatkozást végeztünk (életkor: 34-89 év) intézetünkben. A vizsgálatból kizártuk azokat a betegeket, akiknél működő femoropoplitealis bypass alatt végeztünk kiáramlási intervenciót. Minden olyan betegnél megkíséreltük a beavatkozást, akiknél legalább egy átjárható lábfeji artériát lehetett látni az angiográfián. Többosztós (femoropoplitealis + cruralis) tágtításra 112

esetben volt szükség, 32 esetben több térd alatti artéria PTA-ja történt.

Eredmények: A technikai sikeresség 92,3% volt. Sebészeti beavatkozást igénylő szövődményt 4 esetben észleltünk. Az utánkövetés átlagosan 18,6 hónap (min 4, max 88 hónap), ezalatt a halálozás 38% volt, végtag amputáció 25%-ban történt. Az amputációk negyedét 30 napon belül végezték.

Következtetés: Az intervenciók kezelésén átesett, generalizált érbeteg populáció mortalitása igen magas, ennek ellenére a kritikus végtagi ischaemiában végzett térdalatti intervenciók alacsony szövődmény gyakoriság mellett, jó technikai eredményességgel végezhető. Az amputációk számának csökkentésére megfelelő interdisziplinális együttműködésre van szükség, ami biztosítja, hogy a betegek idejekorán beavatkozásra kerüljenek és azt követően megfelelő belgyógyászati és sebészeti kezelést kapjanak.

TÉRD ALATTI ANGIOPLASTICA
KRITIKUS VÉGTAG ISCHAEMIÁBAN
(EGY ÉVES KLINIKAI FOLLOW UP)
**Kuti Ferenc, Ruzsa Zoltán, Nemes Balázs,
Tóth Károly, Koncz István, Szabó István,
Szelei Béla, Hüttl Kálmán,
Merkely Béla**

*Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ, Budapest,
BKMK Invaszív Kardiológiai Részleg*

Célkitűzés: A vizsgálat célja az volt, hogy térd alatti angioplastica esetén megvizsgáljuk a beavatkozás biztonságát és eredményességét krónikus KVI esetén.

Módszer: Vizsgáltuk az egy éven belüli és az egy éves major események számát (MAE), melybe bele tartozott a halál, a myocardialis infactus, a major nem tervezett amputatio, a sebészi revascularisatio szükségessége és a major vérzés. Vizsgáltuk a klinikai sikert, mely a nyugalmi fájdalom enyhülését, a fekély gyógyulását és a claudicatio javulását foglalta magában.

Eredmények: Térd alatti angioplastikát végeztünk 119 betegnek KVI miatt. Kiemelendő, hogy 74 betegnek volt diabeteses láb szindrómája (62%). 112 végtagban (94,1%) értünk el egyenes jó kiáramlási pályát legalább egy térd alatti artériában. Stent implantációt 17 betegben (14,2 %) végeztünk. Rotációs atherectomiát 1 betegben végeztünk (0,08%). A technikai siker 94,1 % volt de novo léziókban. A nyugalmi fájdalom csökkenése, a fekély gyógyulása 70 betegben (72.5 %) volt látható. Major amputatio az intervenció után 1 hónappal 12 betegben (10%) és egy évvel 25 betegben (21%) történt. A sikeres angioplastican átesett betegek között 11 betegben (9.8%) kellett amputatiót végezni egy hónappal az intervenció után és 23 betegben (20%) egy évvel az intervenció után. Az egyéves túlélés Kaplan-Meier függvény alapján 86%. Az egy éves túlélés sikeres beavatkozás esetén 87%. Az egy éven belüli major amputatiók elkerülésének valószínűsége 77.8% sikeres

beavatkozás esetén 78.3 %. A sikeres és sikertelen angioplastican átesett betegek egy éves MAE eredménye szignifikánsan különbözik (22% vs 42%)($p < 0.05$).

Következtetés: A térd alatti angioplastica jó eredményű és biztonságos technika KVI esetén. A MAE alacsony és az angioplastica jó alternatív terápiája a sebészi revascularizációnak.

KRITIKUS VÉGTAGI ISZKÉMIA ESETÉN VÉGZETT NYITOTT ÉS HIBRID REKONSTRUKCIÓK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

Vadász Gergely, Kövesi Zsolt, Németh József, Czigány Tamás

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti Osztály, Győr

Bevezetés: A kritikus végtagi iszkémia nemcsak a végtag, hanem gyakran az ember életét is veszélyeztető kórkép. A végtag megmentéséhez gyakran több anatómiai régiót együttesen kell rekonstruálni. Ez csupán perkután módszerrel nem mindig végezhető el. Hibrid műtétek során a hagyományos érsebészeti beavatkozások és az endovaszkuláris technikák előnyeit ki lehet használni azok hátrányainak csökkentésével. Arra voltunk kíváncsiak, hogy ezen beavatkozások sikere végtagmentésben és a korai posztoperatív halálozás csökkentésében vetélytársae a hagyományos, nyitott érsebészeti technikáknak.

Anyag és módszer: Retrospektív vizsgálat során 2007. január 1. és 2010. december 31. között 638 műtét történt kritikus végtagi iszkémia miatt. Nyitott műtétet 383 alkalommal, hibrid beavatkozást 255 esetben végeztünk, ebből 166 az ilio-femorális, 52 a femoro-poplitealis szakaszon, 37 esetben a cruralis érpályán.

Eredmények: Nyitott műtétek után korai posztoperatív halál 7 (1,83%), hibrid műtétek után 4 (1,57%) történt. Major amputáció nyitott műtétek után 52 (13,6%), hibrid műtétek után 26 (10,2%) esetben volt. A hibrid műtétek során az átlagos ápolási nap csak 9 volt, a másik betegcsoport esetében 12.

Konklúzió: Mindkét műtéti típusnak megvan a maga indikációs területe, ezért bármilyen összehasonlítás nehézkes. Jól megválasztott esetekben, az egyébként több feltárást, nagy műtéti megterhelést és a disztális érrekonstrukciók esetében szerény nyitvamaradást nyújtó, műrérel végzett, nyitott műtét eredményesebben oldható meg hibrid beavatkozással. A magyarországi egészségbiztosítási rendszerben ezen beavatkozások finanszírozása is megoldott.

HIBRID INFRAINGUINALIS REKONSTRUKCIÓK KRITIKUS VÉGTAGI ISCHAEMIA ESETÉN

Banga P., Simó G., Darabos G., Mogán I.

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály

Bevezetés: Kritikus végtagi ischaemia esetén első választandó módszer tekintetében nem alakultak ki

evidenciák. A választandó terápiát döntően befolyásolják az adott ellátórendszer adottságai, gyakran vagy csak nyitott vagy csak perkután módszerrel történik az érpálya helyreállítása. Infrainguinalis beavatkozásoknál kevésbé elterjedtek a hibrid beavatkozások, melyeknek indikációja az artéria femoralis communis (AFC), -profunda (AFP), illetve a . superficialis (AFS) kezdeti szakasznak szűkülete vagy elzáródása mellett a disztálisabb érszakaszok megbetegedése.

Beteganyag, módszer: 2006. január 1.-től 2010. december 31.-ig 59 esetben végeztünk hibrid infrainguinalis rekonstrukciót. Kritikus végtagi ischaemia esetén a betegeknek több mint a felénél diabéteszes angio- és nefropátia nehezítette az ellátást. Az átlag életkor $67 \pm 10,0$ év (43-87). Közel kétszer annyi férfinál történt beavatkozás (39-20). Negyven esetben végeztünk AFC-AFP thrombendarterektomiát (TEA), 13 esetben félig zárt ring-stripper dezobliterációt és 6 alkalommal AFS proximális szakaszának nyitott dezobliterációját, minden esetben endovaszkuláris terápia mellett.

Eredmény: postoperatív halál 2, major amputáció 8 alkalommal történt. A nyitvamaradás 1,2,3 évnél 84% (0,053), 74% (0,076), 62% (0,094).

Következtetés: A hibrid technika mindkét módszer negatív hatásait jelentősen csökkenti. A femoralis oszlás nyitott dezobliterációja jó beáramlás elősegítésével emeli az endovaszkuláris terápia nyitvamaradását, és alacsonyabb amputációs arányt biztosít hosszútávon, szükségtelessé téve számos reintervenciót. Az endovaszkuláris technika műtőben való alkalmazása napjaink érsebészeti kelléktárának elengedhetetlen része, amely nélkül érsebészeti centrum nem működhet.

CRURALIS BYPASSOK ÉRSEBÉSZETI GYAKORLATUNKBAN

Juhász György

BAZ Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály

Cél: Ér- és Endovascularis Sebészeti Osztályunkon végzett cruralis bypassok technikájának és eredményességének vizsgálata.

Anyag és módszer: 2005. januárja és 2011. júniusa között 31 betegnél 32 cruralis bypassot végeztünk. Betegeink átlagéletkora 67 év, nőbetegek száma: 6 (19%), férfiak: 25 (81%). A distalis anastomosisok csaknem fele a tibio-peronealis törzsre, közel harmada a proximális tibialis anterior szakaszra és a fennmaradó hányad a distalis posteriorra kerültek. Két esetben TA-ra vezetett lateralis bypassot készítettünk, egy esetben a peronea volt a distalis anastomosis helye.

Fontaine IV. stadium volt 22 esetben, nyugalmi fájdalom volt 4 esetben az indicatio, 6 betegnél acut ischaemia miatt történt cruralis bypass. 32 bypassból 21 esetben autolog saphenat használtunk.

16 műtét történt primer beavatkozásként, 16 redo műtétként.

Eredmények: 1 beteget perioperatív, 1 beteget még az első 1 hónapos kontroll előtt elveszítettünk. Átlagos követési idő: 13 hónap (1-68 hó).

Nyitvamaradás: Primer műtéteinknél átlagosan 13 hónap után 75% volt a nyitott graftok aránya. 2 amputáció történt, 1 graft elzáródott, de a végtag megvan.

Redo műtéteinknél átlagosan 15 hónap után csak 50% volt a nyitott graftok aránya, 5 amputáció történt, 3 graft elzáródott, de a végtag megmaradt.

Következtetések: Jól megválasztott, primer műtétként, saphena felhasználásával végzett cruralis bypassok lényegesen jobb korai és késői postoperatív eredményt adnak, mint a redo műtétként, acut ischaemia esetében, nem saphenával végzett áthidalások.

Cruralis bypassaink eredményességét még több szempontból is elemezzük, melyet a kongresszuson részletezünk.

AKUT VÉGTAGI ISCHAEMIÁT OKOZÓ MŰÉRELZÁRÓDÁSOK REKONSTRUKCIÓJÁVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Darabos G., Simó G., Banga P., Mogán I.

Főv. Önkorm. Szt. Imre Kh. Érsebészeti

Bevezetés: Az aorto-femorális és a femoro- poplitealis rekonstrukciók során elterjedt gyakorlat a műerek alkalmazása. A késői graftelzáródások okozta végtagi ischaemia esetén végzett revaszkularizáció eredményességét vizsgáltuk nyitvamaradás és végtagmentés szempontjából.

Beteganyag és módszer: 2006.01.01. és 2010.12.31. között, akut graftelzáródás következtében kialakult, kritikus alsóvégtagi ischaemia miatt 87 esetben végeztünk műtétet. Korábban aorto-femorális régióban végzett műéráthidalást követően 37 esetben, infrainguinalis áthidalások elzáródása után 50 alkalommal végeztünk rekonstrukciót. A választott műtéti megoldások az első betegcsoportban: interpositum beültetése (37%), foltplastica (24%), axillofemorális bypass (2). Az elmúlt években femoro-poplitealis bypass elzáródás esetén, thrombectomiát követően, megfelelő intraoperatív DSA kép alapján - a disztális anasztomózis szűkületének endovaszkuláris megoldásaira törekedtünk.

Eredmények: Az aorto-femorális rekonstrukciókat követően, a korai postoperatív szakban 2 beteget veszítettünk el, 4 (10,8%) major amputáció történt. A térd feletti műéráthidalások elzáródása esetén (24) a korai posztoperatív szakban észlelt amputációs ráta 20,8 % volt. A térd alatti műéráthidalások (21) elzáródása után 16 esetben lépett fel korai reokklúzió. Tizennégy major amputáció történt (66 %).

Összefoglalás: Az aorto-femorális graftelzáródások okaként elősorban a distalis anastomosis és a kiáramlási pálya betegségének progressziója szerepel. Ennek lokális megoldásával és a graft thrombectomiájával a nyitvamaradás sikeres. Infrainguinalis reokklúziók során a

disztális thromboembolizáció miatt jelentősen rosszabb eredményekre számíthatunk, a műtét disztális kiterjesztése sokszor nehézkes. A graft nyitvamaradásnak és a végtagmentésének aránya alacsony.

AZ ALSÓ VÉGTAGI KRITIKUS ISCHAEMIA ENDOVASCULÁRIS MÓDSZERREL TÖRTÉNŐ KEZELÉSE KAPCSÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK DIABETESES ÉS NEM DIABETESES BETEGEKBEN

Fazekas Gábor

PTE KK Érsebészeti Tanszék

Célkitűzés: Kritikus végtagischaemia miatt endovaszkuláris módszerrel operált diabeteses és nem diabeteses betegek rövid távú eredményeinek összehasonlítása.

Beteganyag és módszer: Osztályunkon 2008. január és 2010. december között 85 alkalommal (58 férfi - 27 nő, átlagéletkor: 67 év) végeztünk kritikus végtagischaemia miatt transluminális angioplastiát, az esetek többségében (57 alkalommal) a klasszikus műtétet egészítettük ki intervenciós módszerrel, stentet 21 alkalommal használtunk. 34 esetben nyugalmi fájdalom, míg 51-ben trophicus zavar adta az indikációt. Betegeink 35%-a ismert és kezelt diabeteses beteg, a náluk elért eredményeinket hasonlítottuk össze normál szénhidrát-anyagszerű páciensekével, fél éves utánkötésben, legfőképp az elvégzett minor és major amputációk ill. fizikális vizsgálati lelet változása tekintetében.

Eredmények: A diabeteseseknél 47%-ban elkerülhetetlen volt az előbb említett beavatkozások elvégzése, míg nem cukorbetegéknél csak az esetek 20%-ában kényszerültünk csonkolásos műtétre. 1 beteg a perioperatív szakban, további 3, hónapokkal a műtét után exitált. A fennmaradó betegek állapotában beavatkozást igénylő változás nem következett be a 6 hónap alatt.

Következtetés: Tapasztalataink alapján az ITA (hybrid vagy izolált) egyaránt jó hatásfokkal alkalmazható mindkét betegcsoport kritikus végtagischaemiájában, azonban a hosszabb távú eredményességben szignifikáns különbség mutatkozik a nem diabeteses populáció javára.

RETROGRÁD, TÉRD ALATTI BEHATOLÁS, SIKERTELEN ANTEROGRÁD RECANALISATIO UTÁN, TÉRD ALATTI ANGIOPLASTICÁBAN, KÓRNIKUS TELJES ELZÁRÓDÁS ESETÉN.

**Ruzsa Zoltán, Nemes Balázs, Kuti Ferenc,
Tóth Károly, Koncz István, Bácsághy Zoltán,
Merkely Béla, Hüttl Kálmán**

*Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ,
Bács-Kiskun Megyei Kórház Invaszív Kardiológiai Részleg*

Cél: Az akut siker és a klinikai hatás értékelése a retrográd térd alatti behatolásnak sikertelen anterográd femorális próbálkozás után, térd alatti artériák krónikus elzáródása esetén.

Módszerek: A klinikai és angiográfias adatok 28 egymást követő betegnek, melyeken retrográd transpedalis recanalisatio történt CLI-ben. A betegek aspirin és clopidogrel előkezelést kaptak. Vizsgáltuk az egy hónapos major események számát (MAEs). Klinikailag sikeresek voltak azok a beavatkozások, amelyben csökkent a nyugalmi fájdalom, az ulcus gyógyult, vagy elkerültük az amputációt. Azokban az esetekben mikor több próbálkozás után sem sikerült az eredeti lumenbe jutni anterograd punkcióval vagy guidewire-el sikertelen volt az occlusio passalása. A tibialis anterior vagy posterior arteria szúrását végeztünk egy transradialis tűvel. A szúrását fluoroscopiás segítséggel végeztük és coronaria guidewire-t használtunk az artériában.

Eredmények: A retrospectív vizsgálatba 28 beteget vontunk be, ebből 26 (92,8%) esetben történt technikailag sikeres intervenció és jó morfológiai eredménnyel végződött. A sikertelenségi ráta (7,2 %)(1 sikertelen punkció és 1 sikertelen recanalisáció). Az összes sikeres beavatkozás során végeztünk ballonos angioplasztikát és 7 (27%) esetben stent implantáció is történt. Egy intervenció során rotációs atherectomia történt. Nem történt nagy major esemény, bár 3 esetben megfigyeltek tranzienst spazmust. A technikai siker 26 (92,8%) esetben volt megfigyelhető a klinikai pedig 25 (89,2%) esetben. A MAE a vizsgált populációban 3,57% (2 major amputatio).

Konklúzió: sikertelen anterograd behatolás útján történő BTK-CTO rekanalizáció esetén alacsony komplikációval használható a térd alatti behatolás. Ez a technika igen értékes lehet poplitea és infrapopliteális krónikus totális occlusiók esetén kritikus végtag ischémiában. Nagy nemzetközi vizsgálatok szükségesek, hogy igazolják a technika klinikai hasznosságát.

EMELETES SZŰKÜLETEK ELLÁTÁSÁNAK STRATÉGIÁJA

Bánsághi Zoltán

Szent Imre kh.

Az ezredfordulótól a térdalatti artériás stenoocclusiók ellátása immár 3 emeletet jelenít meg. E három szinten atherosclerotikus és diabeteses elváltozások vegyesen, legtöbbször kombináltan fordulnak elő. A behatolási pontok (crossover, anterograd, transpedális/popliteális retro vagy anterograd) valamint a technikák (intra-luminális, subintimális) és az eszközök sokasodása a "bőség zavarát" kelti, -ezzel szemben a beavatkozás során jelenleg is döntően csak az angiográfiai képpel, mint alapvetően morfológiai információval rendelkezünk. Ez és a diabeteses érelváltozásokkal kapcsolatos kóreltani ismerethiányok mindaddig nem tették lehetővé a széles elfogadottságú, "minimálisan elég" vagy "optimális" ellátási stratégia kialakulását. A referátumban igyekszem a fent jelzett gazdag és egyben konfúzus helyzetben mind a lehetséges beavatkozási stratégiák, mind a hazai gyakorlatban használható eszközök vonatkozásában, a nemzetközi kitekintés alapján praktikus ajánlásokat tenni.

Aneurysma

AZ AKUT "A" TÍPUSÚ AORTA DISSECTIO
KOMPLEX KEZELÉSE, KÜLÖNÖS TEKINTETTEL
AZ AKUT VÉGTAG ISCHAEMIÁVAL SZÖVŐDÖTT
ESETEKRE.

**Szabolcs Zoltán¹, Hüttl Kálmán², Entz László³,
Paulovich Erzsébet⁴, Horkay Ferenc¹**

¹Semmelweis Egyetem Szívsebészeti Klinika,

²Kardiológiai Központ, ³Érsebészeti Klinika,

⁴Intenzívterápiás és Aneszteziológiai Klinika

Az akut "A" típusú aorta dissectio a legsúlyosabb kimenetelű érkatasztrófák egyike, háromszor gyakrabban fordul elő, mint a hasi aorta aneurysma rupturája. A jellegzetesen migráló jellegű, erős mellkasi, hasi fájdalom mellett, ritkábban TIA, stroke, de gyakrabban alsóvégtagi ischaemiás syndroma tünetei is jelen lehetnek, attól függően, hogy dissectio mennyire károsítja az aorta egyes oldalágainak, illetve a bifurcatiótól distalisabban elhelyezkedő kiáramlási pályák perfúzióját. Az akut "A" típusú aorta dissectio korábban egyértelműen a szívsebészeti ellátás kompetenciájába tartozott, de alsóvégtagi, esetleg zsigeri ischaemiával szövődött eseteiben nem ritkán igényel(t) érsebészeti együttműködést. Az intervencionális radiológia lehetőségeinek kiszélesedésével azonban egyértelmű paradigmaváltás következett be az akut aorta dissectio komplex kezelésében. A szerzők eseteken keresztül mutatják be azt a szemléletváltást, mely nélkülözhetetlen a dissectio szövődött eseteinek sikeres ellátáshoz, egyben ráirányítva a figyelmet arra, hogy a komplex kezelés feltételrendszere számos kiemelt centrumban továbbra sem tekinthető megoldottnak!

KOMPLEX AORTA ANEURYSMÁK KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

**Dzsinich Csaba, Vallus Gábor, Berek Péter,
Tóth Lajos, Barta László**

ÁEK HM, Budapest

Komplex aneurysmának nevezzük a több aorta szakaszra terjedő, illetve az egyidejűleg több szakaszon kialakult elváltozásokat. Ezen aneurysmák különleges kihívást jelentenek a cardiovascularis sebészet számára, rendszerint egyedi megoldásokkal kezelhetők. Pathomorphologiai változatai számosak: aorta ascendens-aortaív-, descendens (2 eset), aorta ascendens + thoracoabdominalis (2eset), aortaív-, thoracoabdominalis + iliaca occlusio (1 eset), thoracalis + abdominalis (4 eset), specialis thoracoabdominalis (2eset). Izolált aorta ascendens aneurysmák billentyűcserét nem igénylő elváltozásai Robicsek féle wrapping módszerrel oldhatók meg. A komplex mellkasi aneurysmák egyes esetekben

cardiopulmonalis bypass és hypothermia, cardiac arrest segítségével operálhatók. Az ívet érintő elváltozások teljes vagy részleges debranching után stentgraft behelyezéssel és nyitott műtét kombinációjával, hybrid megoldással kezelhetők. A thoracoabdominalis aorta egyes elváltozásai a visceralis ágak keringésének biztosításával ugyancsak hybrid kezelést tesznek lehetővé(1eset). A kettős, thoracalis és abdominalis aneurysmák megoldására együlésben végzett 2 segmentum pótlása thoracoabdomonalis megközelítés útján lehetséges. Separalt műtét előnye a kisebb sebészi megterhelés. Ilyen esetben a nagyobb, vagy a tünetképző aneurysma műtétje végzendő először. E specialis műtétek során beteget nem veszítettünk el. Átmeneti vesfunctio romlás 4 betegnél volt észlelhető, egy beteg alacsony szitú tartós kreatinin emelkedéssel dialysis igény nélkül jó állapotban van. 2 beteg igényelt 5 napon túl respiratio therapiát. Valamennyi beteget utánkövettük átlagosan 4 évig (1 és 7 év szélső értékekkel). Késői halálozás eddig nem fordult elő. A 6, majd 12 havonta végzett CTA során egy betegnél észleltünk proximális aneurysma képződést, amit részleges aortaív debranching után stentgrafttal fedtünk le. Eseteink rövid bemutatásával a komplex aneurysmák kezelési javallatát és lehetőségeit mutatjuk be, amit a hybrid megoldások jelentősen kiszélesítettek.

MELLKASI AORTÁBA BEÜLTETETT
STENTGRAFT EREDMÉNYEI ÉS SZÖVŐDMÉNYEI
KLINIKÁNK 10 ÉVES ANYAGÁBAN

**Laczkó Ágnes¹, Sarkadi Hunor¹,
Gósi Gergely¹, Szabó Attila¹,
Hüttl Kálmán², Acsády György¹**

¹*Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika,*

²*Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ,
Kardiológiai Tanszék*

A Semmelweis Egyetem Ér és Szívsebészeti Klinikáján 1998-ban történt az első stentgraft beültetés mellkasi traumát követően. Rendszeresen végzett mellkasi aorta stentgraft beültetésekről 2001 óta beszélhetünk. Azóta 129 esetben történt műtét 95 férfi és 34 nő esetében. A legfiatalabb paciens 17, a legidősebb 87 éves volt, átlagéletkoruk: 59,24. 26 esetben hybrid megoldást alkalmaztunk. Panaszokat okozó aneurysma miatt 43 beteg került műtétre akutan. 25 esetben rupturált aneurysma, 10 esetben dissectio vagy intramuralis haematoma, 8 esetben ál-aneurysma miatt végeztük a műtétet. A többi esetben elektív műtét történt 6 cm-t meghaladó, vagy gyorsan növekvő, panaszokat okozó thoracalis aneurysma miatt. Betegeinknél 15 esetben alakult ki endoleak, 11- 1.típusú, 1- 2.típusú, 2- 3.típusú és 1- 4. típusú. Akut konverzióra, későbbi intervencionális vagy műtéti korrekcióra 15 esetben kényszerültünk.

EREDMÉNYEINK HASI AORTA ANEURYSMA
MIATT VÉGZETT BIFURKÁCIÓS
STENT-GRAFT BEÜLTETÉSEK UTÁN

**Gósi Gergely, Laczkó Ágnes,
Sarkadi Hunor, Hüttl Kálmán,
Acsády György**

*Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Semmelweis
Egyetem, Kardiológiai Központ, Kardiológiai Tanszék*

A Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinikáján 2002. februártól 2011. júniusig 75 betegnél végeztünk hasi aorta aneurysma miatt stent-graft beültetést. Egy esetben az eszköz felvezetése sikertelen volt, így aorto- bifemorális bypassra kényszerültünk. A 71 férfi és 4 nő átlagéletkora 72,1 év volt. Az aneurysmák kivétel nélkül infrarenális elhelyezkedésűek voltak. A műtétek indikációja primer aneurysma volt egy kivétellel, amikor hasi aorta aneurysma miatt végzett interpozíció után kialakult álaneurysma ellátását végeztük el. Minden műtét elektív körülmények között történt és minden esetben bifurkációs graftot ültettünk be. Egy betegnél az iliaca oszlást is érintő aneurysma miatt elágazásos stent-graft implantációt is végeztünk. A hospitalizáció ideje átlagosan 9 nap volt, az intenzív osztályon a betegek átlagosan 2,4 napot töltöttek (a protokoll alapján a betegek a műtőből megfigyelésre az ITO-ra kerültek 2011 előtt, ezt követően az ITO- n töltött napok száma jelentősen csökkent). Az utánkövetési idő alatt 26 beteg hunyt el, egy közülük a korai posztoperatív szakban, de már hazabocsátása után. I. típusú endoleak miatt két betegnél történt reoperáció, mindkét esetben a centrális anasztomózist fedtük le egy egyenes stent-grafttal. II. típusú endoleak mellett az aneurysmazsák növekedése miatt egy betegnél történt reintervenció, katéteres embolizáció. III. típusú endoleaket egy betegnél észleltünk, ismételt beavatkozásra nem került sor. Egy alkalommal konverzióra kényszerültünk az aneurysma műtét közbeni ruptúrája miatt. Korai graft-elzáródás miatt aorto- bifemorális bypassst végeztünk egy betegnél, késői graftokklúziót pedig két esetben észleltünk, graftszár endovaszkuláris rekanalizációjára került sor mindkét alkalommal. Három betegnél történt sebészövődmény miatt lágyéki seb feltárás. A hasi aorta aneurysma miatt végzett bifurkációs stent-graft beültetések teljes időszakának áttekintése miatt eredményeinket bemutatásra érdemesnek tartjuk.

ARTERIA HYPOGASTRICA OCCLUSIO
INFRARENALIS AORTA, A. ILIACA COMMUNIS ÉS
A. HYPOGASTRICA ENDOVASCULARIS
KIREKESZTÉSE SORÁN

**Mátyás Lajos¹, Lázár István²,
Juhász György¹, Szentesi Szabolcs¹**

¹B-A-Z Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
Ér- és Endovascularis Sebészeti Osztály
²Képző Diagnosztikai – Intervenció Intézet

Ismeretes, hogy az arteria hypogastrica fontos szerepet játszik a kismedencei szervek és glutealis izomzat, valamint a distalis gerincvelő vérellátásában. Az arteria hypogastrica gyakran kihívást jelent az infrarenalis és iliacalis aneurysmak endovascularis kezelése során, mivel a dilatativ laesiok gyakran érintik az iliac communis és az arteria hypogastricát is, ezért ezekben az esetekben over stentelnünk kell a hypogastrica szájadékot. Fokozott kockázatot jelent a nyitott műtétekkel szemben, hogy itt nincs lehetőség az AMI reimplantationra, illetve a direkt sebészi intrapelvikus anastomosis képzésre. Technikailag két megoldás lehetséges, a hypogastrica occlusio (embolisatio) és a szájadék over stentelése vagy branched iliacalis endograft alkalmazása.

Jelen munkánkban az általunk végzett endovascularis beavatkozások során alkalmazott hypogastrica embolisatioval szerzett technikai és klinikai tapasztalatokat, eredményeket dolgoztuk fel a 2006. és 2011. között. 90 infrarenalis és iliac aneurysma endovascularis kezelése során 16 esetben fedtük le egy vagy mindkét oldali arteria hypogastricát. 11 esetben aorto-iliacalis szakaszt érintő, 3 esetben izolált iliac communis érintő és 2 esetben arteria hypogastricát érintő aneurysmat rekesztettünk ki.

Előadásunkban ismertetjük az általunk alkalmazott technikákat, terápiás stratégiát és a rövid, valamint középtávú klinikai eredményességet, tapasztalatokat.

Poszter szekció I.

PREOPERATÍV EMBOLIZÁCIÓ RITKA,
HYPERVASCULARISALT TUMOROKBAN –
MINT KOMPLEMENTER ELJÁRÁS
SEBÉSZETI RESECTIÓ ELŐTT

**Mester Tamás¹, Bánsághi Zoltán¹, Bálint András²,
Bárdóczi Erika³, Nádor Katalin⁴**

¹Föv. Önk Szent Imre Kh. Központi Diagnosztikai Osztály,
²Sebészeti Osztály, ³Pathologia, ⁴Föv. Önk. Péterfy Sándor
u. Kh. Pathológia

Bevezető: Hypervascularizált tumorokban, legyenek ezek benignus vagy malignus elváltozások, a preoperatív embolizáció, mint intervenció radiológiai eljárás, ismeretes és jól bevált módszer.

Módszer/Beteganyag: Az elmúlt év során a beteganyagunkból két olyan nagyon hasonló morfológiájú, de eltérő szövettanú, extrém ritka hasi, illetve kismedencei, kifejezetten hypervascularizált tumoros elváltozást mutatunk be amelyeket, multidiszciplináris konzílium után, preoperatív embolizációban részesítettünk. Az eljárás előtt MDCT vizsgálatokkal karakterizáltuk az elváltozásokat, mely során több fázisú sorozatokat készítettünk majd MIP, és 3D VR rekonstrukciókat végeztünk a beavatkozás tervezésére. Az embolizációt a műtéti resectió előtti napra időzítettük. Az elváltozásokat mikro katéterrel szuperszelektíven katéterezve "vértelenítettük", microspiral behelyezéssel.

Eredmények: Mindkét esetben az embolizáció eredményét a térfoglaló folyamatok kontrasztanyag telődési hiányával, mind a műtét után a sebészi visszajelzéssel, valamint a rezekátumok patológiai feldolgozásával igazoltuk. A kitűzött célt, a vérzéses komplikációk elkerülését a műtét során sikerült elérni. A szövettani feldolgozás során az eltávolított tumoros szövetekben előrehaladott ischemiás elváltozások voltak láthatók kiterjedt nekrotizáló területekkel kiegészítve.

Összefoglalás/Következtetés: Mindkét esetben a beavatkozást sikeresen és complicatio mentesen végeztük el. A műtéti resectió során vérzés, véradási kényszer nem lépett fel. Az embolizációnak köszönhetően a kisebbik elváltozást laparoscopiás resectióval lehetett eltávolítani. Tapasztalataink azt mutatják, hogy a preoperatív végzett embolizáció hypervascularizált tumorok esetén biztonsággal és igen jó eredménnyel végezhető el jelentősen megkönnyítve a sebészi resectiót és gyorsítva a beteg felépülését.

ELZÁRÓDOTT AUTOLÓG VENA SAPHENA MAGNA
GRAFT REKANALIZÁCIÓJA - ESETBEMUTATÓ

**Bánsághi Zoltán, Mester Tamás, Dienes Anna,
Simó Gábor**

Föv. Önk Szent Imre Kh. Központi Diagnosztikai Osztály,
Érsebészeti Osztály

Bevezetés: A femoro-distalis revascularizációk vonatkozásában, a számos önálló intervenció radiológiai módszer mellett a sebészi, vénás vagy műér bypass reocclusióját megelőzendő, a be- és kiáramlási pálya, illetve vénás graft esetén, a bypass stenosisainak megoldásában is van az intervenció radiológiai módszereknek szerepe. Az occludált graftok endovascularis szeletív lízise, aspirációja, tágítása mellett ritka beavatkozás a vénás graft hosszú szakaszú stentelése (natív, vénás "stentgraft kialakítás").

Módszer: A 72 éves férfi beteg 20 hónappal korábban - II. lábujj gangraena miatt - elvégzett, térd alá vezetett reverse VSM bypass reocclusioja, lábujj amputációs csomagtörés miatt került ismételt felvételre. Végtagmentés céljából további, alkalmas autológ conduit hiányában csak cruralis műér bypass jött volna szóba, emiatt az eredeti femoropoplitealis szakasz (TASC D) subintimalis revascularizációjának tervével intervenció beavatkozás

mellett döntöttünk. Ennek során a vénás bypasst kombinált technikával sikeresen recanalizáltuk, fekélye gyógyult. 12 hónapig panaszmentes páciensnél a stentelt graft jól működik, de a lábon hirtelen friss fekély jelent meg. Az elvégzett CT angió a lábszár alsó harmadában elzáródott kiáramlási pályákat talált. A nyitott, stentelt vénás grafton át BTK intervenciót végeztünk.

Következtetés: Sebészi graft occlusio esetén az intervenció radiológiai módszerek jól használhatók. Az emeletes, multidiscplináris, időben elhúzódo beavatkozások megtervezése és kivitelezése összetett szemléletet igényel.

EPEÚTI KÖVESSÉG KÖVETKEZTÉBEN KIALAKULT
EPEÚTI SZŰKÜLET TALAJÁN PERICARDIÁLIS
TAMPONÁD KÉPÉBEN JELENTKEZŐ
PERICARDIUMBA TÖRŐ MÁJTÁLYOG –
AVAGY: A KIS KŐ IS NAGY BAJ, ESETE

Mester Tamás, Bánsághi Zoltán,

Csurgai Annamária, Topa Lajos, Kőber Szilvia

*Föv. Önk Szent Imre Kh. Központi Diagnosztikai Osztály,
Központi Intenzív Osztály, Gasztroenterológia*

Bemutatásra szánt ritka esetünkben septicus shock-kal és pericardialis tamponáddal felvételre kerülő 50 éves nőnél az elvégzett szív ultrahang kiterjedt pericardialis folyadék gyülemet talált, mely sűrű gennynek bizonyult a lebecsajtása során. Az elvégzett CT vizsgálat a choledochusban a papillába ékelődött cholelith mellett, a máj bal lebenyében, magasan a pericardiummal érintkezően egy 7 cm-es tályogot látott. Az tályogüreg drenázsa során a kontrasztanyagot feltöltés alapján a májtályog a pericardiummal közlekedett. Az alkalmazott komplex terápia ellenére - pericardialis és tályog drainage, papilla bemetszés és choledocus stentelés, suportív gyógyszeres kezelés - a páciens rövid remisszió után, többszervi elégtelenségben exitált.

RAYNAUD-KÓR, AZ ÉLETET MEGKESERÍTŐ
BETEGSÉG HAEMORHEOLOGIAI VONATKOZÁSAI.

**Koltai Katalin¹, Biró Katalin¹, Szabó Zsuzsanna²,
Tóth Kálmán¹, Késmárky Gábor¹**

¹Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ I. sz.

²Belgyógyászati Klinika, ²Országos Vérellátó Szolgálat,
Pécsi Regionális Vérellátó Központ

A Raynaud-jelenség az életminőséget jelentősen rontó állapot, ami fiatal, közép- és idős korban egyaránt előfordulhat. Bár az esetek jelentős része ún. primér Raynaud- kórnak bizonyul, tehát háttérbetegség nem derül ki, a jól ismert tünetek a betegek mindennapi életét, munkáját megnehezítik, annál is inkább, mert egyszerűen kivitelezhető, hatékony kezelés egyelőre nem létezik.

Módszerek: Vizsgálatunkban az angiológiai szakrendelésre sorban beérkező 40 Raynaud- jelenséget mutató beteg adatait dolgoztuk fel. A fizikális vizsgálatokkal egy-

napon levett vérmintákat részletes laboratóriumi vizsgálatnak vetettük alá, amelyek a következőket tartalmazták: hideg agglutinin, krioglobulin, össz-fehérje, albumin, süllyedés, CRP, vérkép, fehérje és immun elektroforézis, plazma és teljes vér viszkozitás, vörösvérsejt aggregáció és deformabilitás. Meghatároztuk a vér áramlási képességét jellemző hematokrit / teljes vér viszkozitás hányadost.

Eredmények: A vizsgált betegek 2/3-a hideg agglutinin pozitívnak bizonyult, a krioglobulin pozitivitás 40% volt. A gyulladási értékek normálisak voltak. Antifoszfolipid szűrés 14%-ban mutatott eltérést. A hideg agglutinin pozitív és negatív betegek haemorheológiai paraméterei között nem volt eltérés a 37 C fokon elvégzett méréseknél. Egészséges kontroll csoporthoz képest azonos hematokrit mellett a betegek teljes vér viszkozitása szignifikánsan alacsonyabb ($p < 0,01$), hematokrit/viszkozitás hányadosa szignifikánsan magasabb volt ($p < 0,01$).

Összefoglalás: A Raynaud-kór kutatása közelebb vihet a jelenség jobb megértéséhez, ezáltal kezelési eljárások kidolgozásához. A panaszok kialakulása sok esetben hideg agglutininek megjelenéséhez köthető, melyek eredete nem tisztázott. A testhőmérsékleten mérhető alacsonyabb teljes vér viszkozitás kompenzációs mechanizmus lehet. A haemorheológiai méréseket a testhőmérsékletnél alacsonyabb hőmérsékleten is el kívánjuk végezni.

A PERIFÉRIÁS VERŐÉRBETEGSÉG HATÁSA
AZ ÉLETMINŐSÉGRE

**Brodsky Valentin, Gulácsi László, Landi Anna,
Farkas Katalin, Járai Zoltán, Pécsvárady Zsolt,
Baji Petra, Balogh Orsolya, Péntek Márta**

*Budapesti Corvinus Egyetem, Fővárosi Önkormányzat
Egyesített Szent István és Szent László Kórház,
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Semmelweis
Egyetem, Általános Orvostudományi Kar I. Sz.
Belgyógyászati Klinika, Pest Megyei Flór Ferenc Kórház*

Háttér: A kritikus végtagischaemia (Fontaine III.-IV. stádiumok) két meghatározó tünete, a nyugalmi fájdalom és a fekély, jelentős életminőség csökkenéssel jár. A megfelelő terápia eredményeként elérhető egészségnyereségre (életminőség javulás) vonatkozóan kevés szakirodalom áll rendelkezésre.

Célitűzések: Kritikus végtagischaemiában a terápiával elérhető életminőség-nyereség meghatározása, és annak vizsgálata, hogy a Fontaine stádiumbeosztás alkalmas-e az egészség-nyereség pontos mérésére.

Módszer: Négy centrumban kérdőíves vizsgálattal felmértük a 18 éven felüli, egymást követően megjelenő, kritikus végtag ischaemiás és Fontaine II. stádiumú verőérbetegek életminőségét EQ-5D módszerrel, adatokat gyűjtöttünk arról, hogy korábban történt-e amputáció, revaszkularizáció. A kutatás ETT- TUKÉB engedéllyel rendelkezik, 10793-0/2010- 1018EKU(502/PI/10).

Eredmények: A vizsgálatba összesen 103 beteget vontunk be. A Fontaine II. III. ill. IV. stádiumok közötti

megoszlásuk: 53 (51,5%), 21 (20,4%) ill. 28 (27,2%) beteg, átlagos (SD) életkoruk 71 (10), 71 (11) és 70 (10) év volt. Az EQ-5D érték a 3 csoportban átlag (SD) 0,67 (0,24), 0,36 (0,34) illetve 0,19 (0,27) volt. A Fontaine IV. stádiumon belül rosszabb életminőség értékeket mértünk azoknál a betegeknél, akiknek a fekély mellett nyugalmi fájdalmuk is volt, 0,33 (SD 0,36) versus 0,11 (SD 0,18).

Következtetések: A terápia eredményeként, az egyes Fontaine stádiumok közötti mozgással, jelentős életminőség nyereség érhető el, ami az egészségügy más területein elérhető eredményekkel összehasonlítva is számottevő. A definíció szerint a beteg csak akkor kerülhet alacsonyabb stádiumba a Fontaine IV. stádiumból, ha a nyugalmi fájdalom oldódik és a fekélye teljesen meggyógyul. Eredményeink alapján a beteg életminősége akkor is javulhat, ha csak a nyugalmi fájdalom oldódik, illetve ha csak a fekélye gyógyul. A jelenlegi Fontaine beosztás csak korlátozottan alkalmas az egészség-nyereség pontos leírására.

KRÓNIKUS KRITIKUS VÉGTAGISCHAEMIAS BETEGEK KÖVETÉSE

**Gombos Zita, Landi Anna, Nagy Éva,
Bérczi Viktor, Bányász Zsolt**

*Főv. Egyesített Szent István és Szent László Kh. IV.
Belgyógyászat. Röntgen osztály, SE Radiológiai és
Onkoterápiás Klinika Főv. Egyesített Szent István és
Szent László Kórház Sebészeti osztály*

Osztályunkon 2009.01.01. és 2011. 03.31. között 83 (51 férfi és 32 nőbeteg, átlag életkor $70,06 \pm 11,25$ év), krónikus kritikus végtagischaemias peripherias obliteratív érbeteg (PAD) követése történt átlagosan 9,6 ($\pm 13,02$) hónapon át. 58 Fontaine IV. stádiumba (38 férfi és 20 nő) és 25 Fontaine III. stádiumba (13 férfi és 12 nő) tartozott. A Doppler-index átlaga $0,52 \pm 0,39$ volt, 0,4 alatt 38 fő, 0,4-0,6 között: 23 fő, 1,3 felett 5 fő, 0,6-0,8 között 10 fő. CT angiographia vagy DSA vizsgálat történt a kritikus végtagischaemiát fenntartó szűkület anatómiai helyzetének meghatározására. Ismert coronariasclerosis 60fő (60,2%), stroke-on átesett 17fő (20,48%). diabeteses 45 fő (54,2%), hypertonias 72 fő (86,7%) volt. Dohányzik 31 (37,3%), leszokott 16 (19,2%) - összesen 47 (56,6%) dohányzott valaha. A követés adatai: Életben van 63 fő (75,91%), meghalt 20 fő (24,09%). Érsebészeti beavatkozás 32 betegen történt él 27 fő, meghalt 5 fő, amputatióra került sor közülük 9 esetben, 6 fő él, 3 meghalt. PTA-ra 32 beteg esetében került sor él 26 fő, meghalt 6 személy, érsebészeti műtétre került 5 fő, amputatio történt 11 esetben, akik közül él 9, meghalt 2. Kizárólag konzervatív kezelésben részesült 19 fő, meghalt 9 fő. Amputatióra került sor 23 beteg esetében, (16 major és 8 minor amputatio), közülük él 17, meghalt 6 fő.

ALSÓ VÉGTAGI OBLITERATÍV VERŐÉRBETEGEK KÖZÉPTÁVÚ KÖVETÉSES VIZSGÁLATA

Jassó István, Landi Anna

*Fővárosi Önkormányzat Egyesített Szent István és Szent
László Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály*

Munkánkban érambulanciánkon 6 éve követett alsó végtagi perifériás obliteratív verőérbetegek nem-fatális kardiovaszkuláris eseményeinek, rizikófaktorainak és az alsó végtagok funkcionális kapacitásának alakulását dolgoztuk fel. Az 50 betegből (átlagéletkor: 67,64 év 26 férfi) a vizsgálat kezdetekor a hipertóniások aránya 68%, az aktív dohányosoké 50%, a cukorbetegké 20% volt. Cerebrovaszkuláris betegségben 10%-uk, koronária-betegségben 38%-uk szenvedett. A treadmillen mért maximális járástávolság 35 esetben volt kivitelezhető: 10 beteg alsó végtagi funkcionális kapacitása javult, 8 rosszabbodott, 17 nem változott. A betegek Doppler indexének átlaga nem változott számottevően, 18%-ban észleltünk érdemi növekedést, 30%-ban csökkenést, a többiekénél értékelhető változás nem alakult ki. A megfigyelés alatt 10 új hipertóniát és 4 új cukorbetegséget regisztráltunk, 2 beteg szenvedett szívinfarktust, 3-nál észleltek szignifikáns ritmuszavart. Hat új cerebrovaszkuláris eseményt rögzítettünk, egy beteg esett át carotis intervención (PTA). A 6 év során keringésvajító infúziós kezelésben 18 beteg részesült, alsó végtagi bypass műtétre 3, trombektómiára 1, PTA-ra 3, lumbális szimpatektómiára 2 esetben került sor, 1 beteg 2 major amputáción esett át. A vizsgált laboratóriumi paraméterekben a kiindulási értékekhez képest az össz- és az LDL-koleszterin szignifikánsan csökkent, az ApoA1 koncentráció nőtt, a vér- és plazmaviszkózitási paraméterek - csökkent hematokrit mellett - számottevően javultak.

AZ ÉRRENDSZERI RIZIKÓTÉNYEZŐK SZEREPE AZ ARTHRITIS PSORIATICÁBAN

**Meskó Éva, Nemesné Sterba Gréta, Eiben Annamária,
Péntek Márta, Tóth Edit**

*Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Reumatológiai
és Fizioterápiás Osztály*

Az arthritis psoriatica (PsA) psoriasisal kísért krónikus ízületi gyulladás, mely belszervi manifesztációkkal is járhat. A vaszkuláris események meghatározóak lehetnek a betegség kimenetele szempontjából, ezért fokozott figyelmet igényelnek a páciensek gondozása során. Szakirodalmi adatok alapján az arthritisekre specifikus rizikófaktorok (hyperhomocysteinaemia, magasabb serum CRP szint, thrombocytaemia, emelkedett gyulladásos citokinek) mellett a nem betegség specifikus tényezők (diabetes mellitus, obesitas, dyslipidaemia, hypertonia, metabolikus szindróma, dohányzás) is számottevőek. A szerzők arthritis psoriaticában szenvedő betegek körében a fenti rizikófaktorok felmérését végezték,

kiegészítve az érrendszeri status/fizikai érvizsgálat, boka/kar index, IMT, carotis duplex/ rögzítésével.

A perifériás érbetegségek pathogenezisében szerepet játszó tényezők, s a jelenlévő rizikofaktorok ismerete az említett specialis rheumatológiai betegcsoportban, felhívja a figyelmet a gyulladáshoz vezető rheumatológiai kórkép érrendszeri riziko faktor szerepére, hangsúlyozva a multi-disciplinaris kezelést, gondozás jelentőségét

VALÓBAN PRIMER RAYNAUD SZINDROMÁJA (RS) VAN A BETEGÜNKNEK, VAGY MÉG NEM TALÁLTUK A KIVÁLTÓ OKOT?

Diagnosztikus és terápiás lehetőségek RS-ban

Kristóf Vera, Laczkó Ágnes,

Süveges Erzsébet, Szakály Eszter, Tersztyánszky Rita, Varga Erzsébet, Sásdi Antal, Acsády György

A RS okának kutatása időigényes, több szakterületet érintő, költséges feladat. Autoimmun betegségek, infekciók, szekunder immunreakciók, paraneoplazia, mozgásszervi betegségek, pszichés állapot változás, és még számtalan tartós vagy átmeneti kórállapot és egyéni vaszkuláris reaktivitás állhat RS hátterében. Kezelése két részből tevődik össze, a kiváltó ok kezeléséből és a kóros vaszkuláris reaktivitás mérsékléséből, mint tüneti kezelés. Ebből következik, hogy pontosabb diagnózis jobb kezelési eredményhez vezethet. Sajnos ugyanakkor nem felejtkezhetünk el a költség-hatékonyságról sem.

„A“ Szekció

KOCKÁZATI TÉNYEZŐK KEZELÉSE PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉGBEN

Járai Zoltán

Kardiológiai Profil

*Belgyógyászati Szakmák Mátix Intézete
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház*

A perifériás verőérbetegségben szenvedő betegek hosszútávú életkilátásait alapvetően a kockázati tényezők határozzák meg, ezért a betegség konzervatív terápiája során a tünetek enyhítése és a funkcionális státusz javítása mellett a kockázati tényezők kiküszöbölése, illetve kezelése is szükséges.

Az életmódbeli tényezők közül a legfontosabb kockázati tényező a dohányzás. Régóta ismert, hogy perifériás érbetegségben a dohányzás megnöveli az amputáció kockázatát, és rontja a bypass graftok nyitva maradásának esélyeit. Ugyanakkor a dohányzás abbahagyása nemcsak a perifériás érbetegség progresszióját, hanem a myocardialis infarctus és egyéb vaszkuláris halálozás kockázatát is csökkenti, melynek következtében a dohányzás abbahagyása után a perifériás érbetegség 5 éves túlélése a kétszeresére nő. A egészséges életmód fontos része a

megfelelő diéta, amely az ideális testsúly elérése mellett kedvezően befolyásolja a lipidszinteket, a vérnyomást és a szénhidrátház tartást. A rendszeres testmozgás csökkenti a testsúlyt, valamint a vérnyomást és a lipid profilt is javítja.

A perifériás verőérbetegség két legfontosabb kezelhető rizikófaktora a cukorbetegség és a hypertonia. A diabetesben szenvedő betegek kockázata claudicatio intermittens kialakulására a nem diabeteses populációnak kb. 2-4-szerese. A jelenlegi nemzetközi és hazai ajánlások a 7% alatti HbA_{1c} értéket tűzik célértéknek.

A hypertóniás betegek kockázata claudicatio intermittens kialakulására 2-3-szorosa a nem hypertóniás populációnak. Mivel nem történt nagy klinikai vizsgálat, ezért nincs egyértelmű adat annak igazolására, hogy az antihypertenzív kezelés befolyásolja a perifériás érbetegség kockázatát, vagy progresszióját. Annál több adat igazolja, hogy adekvát antihypertenzív kezeléssel a perifériás érbetegségben gyakoribb egyéb vaszkuláris szövődmények aránya jelentősen csökkenthető. Fontaine I. és II. stádiumú betegekben az antihypertenzív terápia alapelvei és célértékei nem különböznek az általános elvektől. Kritikus végtagischaemia (Fontaine III. és IV. stádium) esetén a végtagvesztés veszélye miatt a célvérnyomás értéket úgy kell megszabni, hogy a boka magasságában mérhető systolés nyomás érték ne csökkenjen 50 Hgmm alá. Ilyenkor fontos a sürgős revaszkularizáció, mely nemcsak végtagmentő beavatkozás, de egyben lehetőséget ad a hypertonia rizikó státuszának és kísérőbetegségeknek megfelelő kezelésére is.

A THROMBOCYTA-AGGREGÁCIÓ GÁTLÁS SZEMPONTJAI A PERIFÉRIÁS ÉRBETEGSÉG KEZELÉSEKOR

Kolossváry Endre

Fővárosi Szent Imre Kórház, Angiológia Profil

A thrombocyta-aggregáció az atherothrombosis kimenetelét meghatározó lépés, amelynek gyógyszeres gátlása döntő jelentőségű a kardiovaszkuláris kockázat csökkentésében. A thrombocyta-aggregáció gátlókkal kapcsolatban a perifériás (alsó végtagi, carotis területi) megbetegedések esetén kevesebb a randomizált tanulmányokon alapuló adat, összehasonlítva a kardiológiai betegségekkel. Mindazonáltal részben a kardiológiai tanulmányok eredményei alapján nyilvánvaló, hogy az aggregáció gátlás jótékony, azonban a tapasztalt kockázatcsökkenés mértéke rendkívüli variabilitást mutat. Az alkalmazott gyógyszer típusok farmakológiai, farmakokinetikai, valamint farmakodinamiai hatásai eltérnek egymástól. Mindemellett a gyógyszerek hatékonyságát befolyásolják genetikai tényezők, kísérő betegségek, valamint más klinikai tényezők. Az aggregáció gátlókkal szembeni rezisztencia rendkívül összetett jelenség, amelynek elemzése segítheti a terápia optimalizálását. Jelen összefoglaló előadás a fenti kérdéseket kívánja meg bemutatni, érintve a gyógyszerfejlesztés legújabb eredményeinek elemzését.

**FOKOZOTT TROMBOCITA AGGREGÁCIÓ
CUKORBETEGSÉGBEN**

**Bernát Sándor Iván, Schweitzer Katalin,
Rókus László**

*Honvédkórház - Állami Egészségügyi Központ,
I. Belgyógyászat-Angiológia, Budapest*

Háttér: Diabetésben gyakrabban fordul elő tromboembóliás esemény, fokozott a trombózis rizikó, gyakoribb az aszpirin, illetve clopidogrel rezisztencia.

Betegek/Módszer: Krono-Log aggregométer segítségével in vitro 10 perces 100 µg/ml aszpirin inkubációt követően vizsgáltuk teljes vérben a trombociták aggregációját egészséges személyben és cukorbetegben. Carat TX4 aggregométer segítségével 10 µM ADP, 2 µg/ml kollagén, 10 µM adrenalin hozzáadását követően vizsgáltuk 150 egészséges, trombocita gátló szert nem szedő beteg (A csoport) és 84 aggregáció gátló szert nem szedő diabetés beteg (B csoport) trombocitáinak maximális aggregációját.

Eredmények: Az egészséges kontroll személy esetében aszpirin inkubáció nélkül a trombocita aggregáció értéke 13,4 Ohm, a cukorbetegben 15,4 Ohm volt. Aszpirin inkubációt követően a kontroll személy esetében a trombocita aggregáció értéke 4,2 Ohm, míg cukorbeteg esetében 12,8 Ohm. A Magyar Trombocita Aggregációs Adatbázisban regisztrált 150 egészséges személy trombocita aggregációs értékének átlaga 76% (ADP), 78% (kollagén), 75% (adrenalin) volt. A szélső értékek 69-83% (ADP), 69-85% (kollagén), 67-83% (adrenalin) voltak. Fokozott trombocita aggregációt állapítottunk meg, ha az adott beteg aggregációs értéke meghaladta a referencia tartomány felső határát. Fokozott trombocita aggregációt a cukorbeteg 31,5%-ában (ADP), 20,4%-ában (kollagén) és 25,6%-ában (adrenalin) mutattunk ki.

Összefoglalás: Cukorbetegségben jelentősen fokozott a trombocita aggregáció az egészséges személyekben mérthez képest. Az egészséges és diabetés csoportban mért aggregációs értékek szignifikánsan különböztek. ADP esetében $p=0,048$, kollagén esetében $p=0,013$, adrenalin esetében $p=0,022$. A cukorbetegek között 20-30%-ban lehetett fokozott aggregációt igazolni. Diabetésben fokozottabban kell ellenőrizni a trombocita aggregáció mértékét a kezelés alatt, és a diabetés betegek egyharmadában hatékonyabb trombocita gátló kezelést kell alkalmazni.

**KARDIÁLIS EMBOLIÁK KEZELÉSI ELVEI –
A PITVARFIBRILLÁCIÓ**

KORSZERŰ KEZELÉSI ELVEI

Járai Zoltán

Kardiológiai Profíl

*Belgyógyászati Szakmák Mátix Intézete
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház*

A pitvarfibrilláció gyakran előforduló ritmuszavar: átlagos európai prevalenciája a populációban 0,5-1%, de a gyakoriság az életkor előrehaladtával drámaian nő és 80 év felett meghaladja a 10%-ot. A pitvarfibrilláció leg-súlyosabb szövődménye a kardiogén cerebrális, szisztémás embolizáció, ezért a kardiológiai gyakorlatban gyakran alkalmazott terápia az antikoaguláns kezelés a tromboembóliás szövődmények megelőzése céljából.

Az antikoaguláns kezelés alkalmazása gondos körültekintést igényel, elsősorban a vérzéses komplikációk miatt. Miután a kardiogén embolizáció kockázata nem azonos a betegekben, ezért az érvényben lévő hazai és európai ajánlások kockázatbecslő modellek alkalmazását javasolják. Ilyen a CHA2DS2-Vasc pontrendszer, amely több kockázati tényezőt (kongesztív szív-élgtelenség, hypertonia, életkor, cukorbetegség, megelőző stroke, vaszkuláris megbetegedés, női nem) is figyelembe vesz. Amennyiben a kapott pontszám 2, vagy annál nagyobb, az ajánlások szükségesnek ítélik az antikoaguláns kezelés beállítását. A kardiogén embolizáció kockázata mellett fontos a vérzési kockázat felmérése is, melyre a HAS-BLED pontrendszer szolgál (hypertonia, káros vese vagy májfunkció, megelőző stroke, vérzés, labilis INR érték, 65 év feletti kor, vérzési kockázatot növelő gyógyszer használat (NSAID és/vagy ASA), vagy alkoholfogyasztás). Jelentős vérzési kockázatot jelez, ha a kapott pontszám 3, vagy annál nagyobb.

Az antikoaguláns kezelésre legszélesebb körben mai napig a K-vitamin antagonisták készítményeket (hazánkban az acenocumarolt és warfarint) alkalmazzák, bár ezen szerek szűk terápiás spektruma és folyamatos monitorozás igénye nagy terhet ró a betegekre és az orvosokra egyaránt. Bizonyos esetekben szükség lehet terápiás dózisú frakcionált heparin készítmény adására (pl. perioperatív időszak). Ígéretes klinikai vizsgálatok történtek új támadáspontú orális antikoagulánsokkal, amelyek előnye az orális alkalmazhatóság és a monitorozás szükség-telensége. A direkt thrombin inhibitor dabigatran a RE-LY vizsgálatban, a Xa faktor gátló rivaroxaban a ROCKET-AF vizsgálatban, az ugyancsak Xa faktor gátló apixaban az AVERROES vizsgálatban igazolta hatékonyságát (bár a vizsgálati felállás eltérő volt mindhárom esetben). Mindezek alapján a jövőben bizonyosan szélesedni fog a terápiás paletta, amely az orvosok rendelkezésére fog állni.

AZ ÉLETMINŐSÉG MÉRÉS JELENTŐSÉGE
PERIFERIAS VERŐÉRBETEGSÉGBEN

**Gulácsi László¹, Brodszky Valentin¹,
Landi Anna², Farkas Katalin³,
Járai Zoltán⁴, Pécsvárady Zsolt⁵, Baji Petra¹,
Péntek Márta^{1,5}**

¹Budapesti Corvinus Egyetem, ²Fővárosi Önkormányzat
Egyesített Szent István és Szent László Kórház,

³Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,

⁴Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar
I. Sz. Belgyógyászati Klinika,

⁵Pest Megyei Flór Ferenc Kórház

Háttér: A kritikus végtagischaemia (CLI) beavatkozás nélkül az életet veszélyeztető állapot. A betegség két meghatározó tünete a nyugalmi fájdalom és a fekély miatt jelentős életminőség csökkenéssel is jár. A terápia eredményeként életminőség javulás érhető el. Ha nem mérjük a megbetegedés miatt jelentkező életminőség-deficitet, nem ismerjük a megbetegedés társadalmi terhet sem. Emiatt a betegség kevésbé fontosnak tűnhet, mint amilyen az a valóságban. Ha nem a terápiás eredmények összességét (életminőség is) állítjuk szembe a valóságban felhasznált vagy a szükségesnek gondolt anyagi forrásokkal, akkor a költség-hatékonyság is kevésbé kedvezőnek mutatkozik, mint az a valóságban lehet vagy lehetne. Ez szinte automatikusan vezet ahhoz a helyzethez, hogy az egészségpolitikai és finanszírozási döntéshozók a nem pontos illetve nem teljes információra támaszkodva, kedvezőtlenebb döntéseket eredményez, mint amikor a döntéshozó a megfelelő információ birtokában hozza meg döntéseit.

Céltűzések: A CLI-ben szenvedő betegek életminőségére vonatkozó adatok elemzése, más megbetegedésekben szenvedő betegek életminőségével való összehasonlítása, valamint a terápiával elérhető életminőség nyereség vizsgálata, nemzetközi és hazai kutatási eredmények alapján.

Módszer: Áttekintettük a hazai és nemzetközi szakirodalmat nem diabéteszes CLI-s betegek EQ-5D adataira vonatkozóan, indirekt összehasonlítást végeztünk más krónikus betegségekben (rheumatoid arthritis - RA, inzulinnal kezelt diabetes 1 és 2 típus) végzett hazai vizsgálatok eredményeivel.

Eredmények: Hazai közleményeket nem találtunk. Németországban [1] CLI-ben szenvedő betegek EQ-5D értéke a Fontaine II., III. és IV. stádiumban átlag 0,68, 0,58 illetve 0,53 volt. Két hazai RA vizsgálatban átlag (SD) 0,35 (0,33) illetve 0,46 (0,36) értéket találtunk, amelyek erősen függenek a betegség-súlyosság stádiumoktól, és az inzulinos 1-es illetve 2-es típusú diabéteszes betegek életminősége 0,83 (0,23) ill. 0,73 (0,29) volt, a szövőd-ményektől függően igen nagy eltérésekkel. [2, 3, 4] Németországi [5] szerzők kutatásai azt mutatják, hogy a gyógyszeres terápia során elérhető egészségnyereség számottevő – 2,92 QALY – amelyhez elfogadható

költség társul, így a költség/QALY arány is az elfogadható sávban van.

Következtetések: Az adott betegség súlyossága és a terápia eredménye életminőség mércékkel is jellemezhető. Lényeges szempont a kiindulási állapot és a lehetséges életminőség nyereség mértéke. Ezek a jellemzők, költség adatok hozzárendelésével fontos inputja az egészségpolitikai és a finanszírozási döntéshozásnak. Nemzetközi szakirodalmi adatok alapján a CLI okozta életminőség csökkenés más krónikus betegségekhez képest is jelentős, a terápiával számottevő életminőség nyereség érhető el és a költség-hatékonyság is szokásosan elfogadott sávban van. Magyarországi adatgyűjtéssel kaphatunk pontosabb képet a hazai betegek állapotáról.

Irodalom

- Holler D., Claes C., von den Schulenburg JM., Treatment costs and quality of life of patients with peripheral arterial occlusive disease – the German perspective, VASA 2004; 33:145-153.
- Péntek M., Szekanecz Z., Czirják L., Poór Gy., Rojkovich B., Polgár A., Genti Gy., Kiss CG., Sándor Zs., Májer I., Brodszky V., Gulácsi L.: Betegségprogresszió hatása az egészségi állapotra, életminőségre és költségekre rheumatoid arthritisben Magyarországon. Orv Hetil, 2008, 149(16), 733-741.
- Péntek M., Rojkovich B., Czirják L., Géher P., Keszthelyi P., Kovács A., Kovács L., Náfrádi L., Szanyó F., Szekanecz Z., Tamási L., Tóth EÁ., Ujfalussy I., Varjú T., Gulácsi L., és a BARAT kutatócsoport. Biológikumok Alkalmazása Rheumatoid Arthritisben – Terápia-felmérés (BARAT vizsgálat): biológiai terápiát kezdő betegek klinikai jellemzői és egészségügyi szolgáltatások igénybevétele. Immunológiai Szemle, közlésre elfogadva 2011.06.21.
- Péntek M., Brodszky V., Érsek K., Jelics N., Jermendy Gy., Winkler G., Gulácsi L.: Inzulinnal kezelt felnőttkori cukorbetegség egészségi állapota és életminősége; háziorvosi praxisokban, illetve szakellátóhelyeken gondozott 480 beteg keresztmetszeti vizsgálata. Diabetologia Hungarica, 2009, 17(3), 249-260.
- Holler D., Claes C., von den Schulenburg JM., Cost-utility analysis of treating severe peripheral arterial occlusive disease, International Journal of Angiology, 2006;15:25-33.

A TÜNETMENTES ÉRBETEGSÉG FELISMERÉSE:
AZ ÉRV-PROGRAM ÉS ÉRV-REGISZTER
ÚJ EREDMÉNYEI

**Farkas Katalin¹, Kolossváry Endre¹,
Járai Zoltán², Ludányi Andrea³,
Kiss István⁴**

*Szent Imre Kórház, ¹Angiológia profil, ²Kardiológia
Profil, ³EGIS Gyógyszergyár Nyrt., ⁴Szent Imre Kórház,
Nephrologia-Hypertonia Profil Budapest*

A perifériás érbetegség (PAD), az egész szervezetet érintő, generalizált atherosclerosis egyik megjelenési formája. Epidemiológiai adatokból ismert, hogy a PAD nagy kardiovaszkuláris mortalitással járó betegség, mely már korai, tünetmentes stádiumában is diagnosztizálható egy egyszerű, non-invazív vizsgálat, a boka/kar index (ABI) meghatározása révén. A 0,9, vagy az alatti boka/kar index érték nagy kardiovaszkuláris kockázatot jelent tünetmentes betegekben is. A Magyar Hypertonia Társaság 2007-ben országos szűrőprogramot indított 55 centrum részvételével, melynek célja a tünetmentes érbetegség felismerése a boka/kar index mérésével. A vizsgálat első periódusában 21892 hypertoniás beteg (9162 férfi átlagéletkor: 61,45 év) került beválasztásra. A beválasztott egyének 58%-a kis (0-1%) vagy közepes (2-4%) rizikó csoportba tartozott a SCORE becslés alapján. A csökkent ABI (d0,9) előfordulása 14,0% volt a teljes vizsgált populációban. A kis, közepes és nagy SCORE rizikó csoportokban a csökkent ABI prevalenciája 6,5%, 9,7% és 17,5% volt férfiakban, 8,7%, 11,9% és 17,4% nőkben. Az ÉRV program első eredményei alapján elindított ÉRV Regiszter keretében, 202 családorvosi praxisban, a perifériás érbetegség szempontjából veszélyeztetett egyének szűrése folyik. 54 772 betegben (23 752 férfi, átlagéletkor: 60,7 év) elvégzett boka/kar index mérés alapján, a PAD előfordulása ez esetben 16,5 %-nak bizonyult. 70 éves vagy idősebb férfiakban és nőkben a PAD prevalenciája 26,8% ill. 20,28% volt. Az ÉRV Program és az ÉRV-Regiszter eddigi eredményei alátámasztják, hogy a boka/kar index mérése egy egyszerű, olcsó módszer, mely széles körben alkalmazható a tünetmentes érbetegség kimutatására és ezáltal hatékony eszköze lehet a kardiovaszkuláris prevenciónak.

KI KEZELJE AZ ÉRSEBÉSZETI MŰTÉTEN
ÁTESETT BETEGEKET ANGIOLÓGIAI
SZEMPONTBÓL?

Entz László, Mogán István, Simó Gábor

*Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest
Főváros Szent Imre Kórház,
Érsebészeti Részleg, Tétényi út*

Háttér: az arteriosclerosisban szenvedő betegek gyógyszeres kezelése ma Magyarországon nem egységes. Több szakma képviselői vesznek részt a betegellátásban, de a szempontok nem mindig találkoznak a szakma által

elfogadott elvekkel. Tanulmányunk célja kimutatni, hogy az érsebészeti ellátás keretei milyen megoldást nyújtanak erre a kérdésre.

Anyag és módszer: Az Érsebészeti Klinika anyagából véletlenszerűen kiválasztott, egymást követő 200 beteg zárójelentését néztük át abból a szempontból, hogy van-e gyógyszeres kezelésre való utalás, ha igen akkor a rizikó faktorok kezelése milyen szerepet játszik a javaslatokban, illetve azt is megnéztük, hogy a koleszterin szint mennyire közelíti meg a célértéket.

Eredmények: azt találtuk összességében, hogy az esetek 95%-ában megtalálható egy részletes gyógyszer felsorolás, vagy utalás egy korábbi zárójelentés gyógyszerelésére: Részleteiben, a TAG kezelésre javaslat csaknem 100%-ban előfordult, a hipertonia kezelésre 80%-os utalás történt, a vér zsírsav szint beállítására viszont csak 50%-ban találtunk javaslatot. Ezzel összefüggésbe hozható a mintegy 40%-os kezelési eredmény, ami a koleszterin célértékeket illeti.

Következtetés: sokkal nagyobb figyelmet kell fordítani az érműtéten átesett betegek gyógyszeres kezelésére, mivel a vér zsírsav szint nem kellő beállítása a műtétek eredményességét nagyban befolyásolja. Úgy tűnik, hogy erre a feladatra az érsebész már nem képes. A rizikó faktorok következetes eliminációjában a háziorvosnak van döntő szerepe, illetve komplikációk esetén ideálisan angiológus belgyógyászra van szükség.

„B“ Szekció

KIHÍVÁST JELENTŐ EPEÚTI INTERVENCIÓK

Doros Attila

*Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti
Klinika, Radiológia, Budapest*

Az epeúti obstrukciók kezelésében szerepet játszó minimálisan invazív terápiás módszerek viszonylag kialakult indikációs területekkel rendelkeznek. Néhány kivételtől eltekintve az első választandó módszerrel általánosságban az endoszkópia vált, meghagyva a perkután drenázst (PTC-PTD) azokra az esetekre, amikor az endoszkópia sikertelen volt. Néhány terület továbbra is vizsgálatok tárgyát képezi, mind jóindulatú, mind malignus tumor okozta epeúti szűkületek, elzáródások eseteiben. Elsősorban a kóros területek elérhetősége határozza meg, várható-e sikeres kezelés az endoszkópiától, vagy eleve a perkután drenázs az elsődlegesen választandó módszer. A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján a speciális profil miatt rendszeresen kerül sor benignus és malignus epeúti szűkületek, posztoperatív szövődmények kezelésére. Az általában rendelkezésre álló katéterek, vezetődrótok, ballonkatéterek, stentek mellett esetenként koronária vezetődrótok és ballonok, mikrokatéterek,

valamint speciális öblítő, eltávolító, biopsziás és ablatív eszközök is használatba kerülnek. Bizonyos problémák megoldására endoszkópos szakemberrel, illetve sebésszel együttműködve került sor. A beavatkozások sikere összemérhető a tisztán műtéti, vagy tisztán endoszkópos megoldásokkal, szövődmenyrátájuk azonos, vagy kisebb. Sokszor csak a percutan intervenció a választható módszer. Előadásunkban ezen beavatkozások spektrumát, sikerességét ismertetjük, emellett egy-egy tanulságos esetet is bemutatunk.

PARCIÁLIS LÉPEMBOLIZÁCIÓ "SPLENIC STEAL" SZINDRÓMÁBAN ÉS HYPERSPLENIZMUSBAN

Doros Attila

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Radiológia, Budapest

A "splenic steal" szindróma vitatott eredetű kórkép májátültetés után. Igazolódott, hogy nem egyértelműen "steal" jelenségről van szó, hanem az arterioportalis puffer mechanizmus megváltozásáról: a megnövekedett vena portae áramlás következtében lecsökkent arteria hepatica áramlás alakul ki, mely a májátültetés késői, elsősorban epeúti szövődmenyeire van hatással, illetve korai szövődmenyként májműködés-zavar jelentkezik. Ez az állapot gyakran együtt jelentkezik hypersplenizmussal. Mindkét esetben a választandó kezelési módok között találjuk a lép parciális embolizációját. A Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján 13 esetben végeztünk parciális lép embolizációt, 5 esetben izolált hypersplenizmus, 2 esetben hypersplenizmus és "steal" jelenség együttese, 6 esetben domináns "steal" jelenség miatt. Az embolizációkhoz PVA-t, embolizációs gyöngyöket, sebészi szivacsot, fémspirálokat használtunk. Három betegnél többször kellett az embolizációt elvégezni. Egyiküknél többszörös distalis coil és plug embolizáció után sem mutatkozott kellő klinikai javulás, de a lépet ellátó kollaterális artériák katéterezése már nem volt lehetséges. Egy esetben a beteg pszichés okokból nem vállalta a második embolizációt. Többi betegünk esetében technikai és klinikai sikert értünk el. A parciális lépembolizáció megfelelő minimálisan invazív módszer a "splenic steal" szindróma és a hypersplenizmus kezelésében. Tapasztalatink alapján a részecske-embolizáció hatásosabb a spirállal, pluggal végzett embolizációkkal összevetve.

TIPS UP-TO-DATE

Lázár István

*B-A-Z. Megyei Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc
Képkalkotó Diagnosztikai-Intervenciók Intézet, Miskolc*

A transjugularis intrahepaticus portosystemás shunt beavatkozás a bevezetése óta eltelt több mint 20 év alatt a kiforrott indikációk és az azt gyakorló centrumokban összegyűlt jelentős esetszámok kapcsán világszerte egy

rutin intervenció radiológiai beavatkozássá vált. A komplikációk és a beavatkozási csapdák arányát a korrekt preoperatív diagnosztika, a szén-dioxid angiográfia használata, a remekül összeállított szettek, a biplan képalkotás elterjedése, valamint a stent-graftok elérhetősége minimalizálták. Az izgalmas kérdések napjainkban a költség/haszon számítások, a különböző protézisek eredményeinek összehasonlítása, valamint a beavatkozásból leginkább profitáló betegek kiválasztásának kérdései. Azelőtt ritka indikációk, mint pl. a Budd-Chiari syndroma, vagy a különböző stádiumú porta thrombosisok kezelése, ill. a transzplantált májon végzett beavatkozások váltak szinte mindennapossá. Gyermekekben is egyre több kórkép kezelésében alkalmazzák a módszert. Ugyanakkor a TIPS alternatív beavatkozásai, mint a retrograd transzvenás varix occlusió, a transhepaticus varix embolizáció, vagy a lép arteria részleges embolizációja is növekvő szerepet kapnak, véget ért a korszak, amelyben kalapáccsal a kézben minden szögnek látszott. Honi viszonyaink között továbbra is nagy jelentősége van e módszerek megfelelően árnyalt reklámozásának, a társ szakmák továbbképzésének. Az újabb centrumok kialakítása és ezzel párhuzamosan a finanszírozás anomáliáinak megszüntetése, az eseti keretösszeg növeléséért való lobbyszó, valamint az életmentő esetek ebből való kiemelése ugyancsak a közeljövő sürgető feladatai.

URETER SZÖVŐDMÉNYEK INTERVENCIÓS RADIOLÓGIAI ELLÁTÁSA VESEÁTÜLTETÉS UTÁN

**Hartmann Erika, Deák Pál Ákos, Németh Andrea,
Kozma Veronika, Doros Attila**

Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Radiológia, Budapest

A veseátültetés után leggyakoribb mechanikus jellegű szövődmenyítípus az uretereket érintő elfolyási akadály, illetve anastomosis elégtelenség. A sebészi revízió mellett az intervenció radiológiai megoldásoké a fő szerep a pontos diagnózis felállításában, illetve palliatív, vagy kuratív szándékú terápiás beavatkozás végzésében. A retrograd, cystoscopos módszerek ezen a területen ritkán eredményesek, mert a kétféle sebészi technika az anatómiai helyzetet jelentősen megváltoztatja: a világszerte legelterjedtebb módszer, az ureter direkt a hólyagba szájaztatása (uretero-neocystostomia) az anastomosis a hólyag ventralis falán van, a klinikánkon gyakrabban alkalmazott vég az oldalhoz uretero-ureterostomia során az anastomosis és a donor ureter éles szögei, kanyargós lefutása okoz nehézséget. Ezek a problémák anterograd úton, percutan nephrostoma járatán keresztül, szelektív katéterek és hidrofíli vezetődtrótok segítségével csaknem mindig áthidalhatók. 1995 óta klinikánk DSA laborjában 178 beteg transzplantált veséjébe helyeztünk drain. 93 betegben összesen 106 Double J ureter stentet helyeztünk be, 30 esetben ballonos tágítást is végeztünk.

A szövődmények között 2 vézést kell említeni, illetve egy-egy esetben alakult ki haemorrhagiás cystitis, illetve súlyos pyelonephritis. 3 esetben a már kezelt betegek retranszplantáción estek át és az újonnan beültetett vesét is kezelniük kellett. A tágitásokat 5-8mm átmérőjű ballonkatéterekkel végeztük. Tapasztalatunk szerint a jó minőségű anyagból készült ureter stentek 6-12 hónapig, esetenként még tovább is benn tarthatók. A különféle anatómiai variációk és klinikai helyzetek megoldása időnként kreativitást igényel, eredményeink ismertetése mellett ezekből mutatunk be egy csokorra valót.

**AZ A. UTERINA EMBOLIZÁCIÓJA,
A. BRACHIALIS BEHATOLÁSBÓL**

**Harmat Zoltán, Rostás Tamás,
Battyány István**

*Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ,
Radiológiai Klinika*

A női nemi szervek egyik leggyakoribb benignus daganata, a leiomyoma uteri. A betegek egy része panaszmentes, nem igényel kezelést. A tünetes betegeknél a leggyakoribb kezelés az uterus eltávolítása vagy myomectomy. A méheltávolításba nem beleegező, hasi műtétet nem kívánó nők kezelésének alternatívája az a.uterina superszelektív embolizációja. A világszerte alkalmazott terápiás eljárás, minimálisan invazív módon elzárjuk a myómát ellátó artériákat, minek következtében a képlet elhal. Ezt követően a betegek panaszai megszűnnek, terhességet is vállalhatnak. A módszer immár 4 éve hazánkban is a napi rutinban érhető el. Az elmúlt négy évben közel 500 beteg esetében végeztük el az a. uterina embolizációját. A beavatkozások egyik vagy mindkét a.femoralis punctióját követően történnek. Klinikánkon az első néhány, hasonló módon végzett embolizációt követően kizárólag a. brachialist használjuk behatolási kapuként. Az így végzett a. uterina embolizáció az esetek jelentős részében rövidebb idő alatt végezhető el, mint femoralis punctióból. A beavatkozás után törvényszerűen jelentkező alhasi görcsök könnyebben viselhetők, miután a beteg nincs ágyhoz kötve, azonnal felkelhet. Eseteinkben 1 sebészi beavatkozást igénylő occlusiós szövődmény lépett fel az a.brachialis területén, két esetben a részleges thrombus néhány hét alatt spontán megszűnt. A beavatkozások 98%-ban sikeresek voltak. A betegek panaszai minden esetben csökkentek. A myómák méretében csökkenés 95%-ban történt a követési periódusban, az átlagos méretcsökkenés mértéke 65%. Recidíva 3 esetben alakult ki. Reembolizációra 14 esetben került sor. Az a. uterina embolizációja méh leiomyomáinak hatékony kezelési módszere, melyet a világ nagy intervenciós radiológiai és nőgyógyászati társaságai a hagyományos műtéti eljárás egyenértékű alternatívájaként fogadnak el. Tekintettel e jóindulatú daganat gyakoriságára a módszer hazánkban is elérhető alternatíva kell, hogy legyen a myóma kezelésében.

**RÉGI, EGYSZERŰ, DE JÓ!...ÉS MÉG OLCSÓ IS –
A PERCUTÁN DRENÁZSRÓL
HÁROM SPECIÁLIS ESET KAPCSÁN.**

**Bánsághi Zoltán, Mester Tamás, Fejér Csaba,
Vitályos Tibor, Rapcsányi Andrea**

*Szent Imre Kórház Központi Diagnosztikai Osztály,
Sebészeti Osztály, Intenzív Terápiás Osztály*

Kórházunkban 2009. június 15. és 2011. július 15. között eltelt 25 hónap során 30 darab percután drenázt végeztünk. Anyagunk statisztikai feldolgozásából kiemelünk három speciális esetet. Ezek bemutatásával szeretnénk felhívni a figyelmet egy több ezer éves terápiás gyakorlat jelenkori, hazai jelentőségére. A három eset:

- Magasról esett, 38 éves férfi traumatológiai ellátása során nem felismert, két hónappal később septikus kahexiával jelentkező, májkontúzió mellett fennálló többszörös epeuti ruptura és következményes epetályogok kuratív, tartós drenázsa.

-Acut aorto-bicarotikus dissectio komplex sebészi grafitimplantációja után kialakult sipolyozó, tartós, mellkasi aortobicarotikus grafitinfectio drenázs-terápiája.

- Szintetikus morfinszármazék adása mellett is járás és fekvésképtelenséget okozó ovarium tumor eredetű hasi áttét palliatív fájdalomterápiája - off-label tumordrenázs.

**AZ EMBOLIZÁCIÓRÓL NAPJAINKBAN –
ÁTTEKINTÉS, RENDSZEREZÉS, LEHETŐSÉGEK**

**Mester Tamás, Bánsághi Zoltán,
Rapcsányi Andrea, Kóber Szilvia**

Föv.Önk Szent Imre Kh. Központi Diagnosztikai Osztály

Az intervenciós radiológiai gyakorlatban az embolizáció a neuro- a perifériás vaszkuláris és az onko-intervenció területén is mind nagyobb teret foglal el a napi feladatok közt. Az embolizációs gyakorlat és eszköztár az elmúlt 6-10 évben olyan rohamosan bővült, hogy jelenleg már évi két világ és két kontinentális kongresszus valamint számos kisebb esemény csak az embolizáció kérdéskörével foglalkozik. A céljában és célterületében, mélységében és tervezett időtartamában, eszközeiben és stratégiáiban országonként és világrészenként is rendkívül eltérő gyakorlat elkerülhetetlenné tesz az embolizációs gyakorlat lehetőleg egyszerű klasszifikációját. Jelen összefoglaló arra törekszik, hogy e szerteágazó tevékenységet céljai és stratégiái valamint a jelenleg használt anyagok tekintetében rendszerezze és - példákat hozva a napi tevékenységünkben - megpróbálja átlátható módon klasszifikálni.

OSTEOID OSTEOMÁK CT-VEZÉRELT
RF ABLÁCIÓJA

**Kovács Balázs¹, Magyar Péter¹, Karlinger Kinga¹,
Kalina Ildikó¹, Kiss János², Szendrői Miklós²,
Bérczi Viktor¹**

¹SE, Radiológiai és Onkoterápiás Klinika; ²SE,
Ortopédiai Klinika

Bevezetés: Az osteoid osteoma a csont jóindulatú daganatos elváltozása. Általában az első 3 évtizedben alakul ki, predilekciós helye a hosszú csöves csontok dyaphysise. Diagnózisa rendszerint a jellemző klinikai panaszokon és a típusos morfológián alapul. Kezelése sokáig csak műtéti volt, pár éve képpalkotó vezérelt rádiófrekvenciás melegítéssel, ún. ablálása történhet. Magyarországon RF-kezelés 2007. óta röntgenvezérléssel, 2009. június óta CT-vezérléssel is történik.

Módszer: 2009. júliusától 2011. júliusáig 35 beteg CT-vezérelt RFA kezelése történt klinikánk CT-laboratóriumában. A típusos klinikai panaszok és képpalkotók által feltárt morfológián alapuló diagnózis után - amennyiben hagyományos röntgen átvilágítással az elváltozás nem látható, vagy nehezen elérhető helyen van - plexus, spinalis vagy teljes anaesthesiában CT-vezérléssel történik a corticalis felfúrása, majd a rádiófrekvenciás elektróda behelyezése. Ezután általában 6 percig 90-92 Celsius fokon történik az osteoid osteoma ablálása. Szövődménymentes esetben a beteg másnap hazamehet, panaszai egy nap - egy hét után teljesen eltűnnek.

Eredmények: Az eljárás következtében szövődmény egyik esetben sem alakult ki. 33 esetben a beteg panaszmentessé vált. 2 esetben a panaszok nem szűntek meg, egyik betegnél hagyományos en bloc resectio történt, a másik beteg egy idő után nem jelentkező kontroll vizsgálaton.

Következtetés: Az osteoid osteoma hagyományos műtéti kezelése (en bloc resectio) nagy megterhelést jelent a betegnek, különösen a nem típusos helyen elhelyezkedő elváltozások esetében (pl. acetabulum), ahol a szövődmények kockázata nagy. CT-vezérelt RFA esetében a beteg másnap hazaengedhető, a beavatkozás kockázata csekély. Eseteinkben műtéti szövődmény nem alakult ki, 2 esetben ugyanakkor a kezelés nem járt sikerrel. A kisebb megterhelés, illetve alacsonyabb szövődmény kockázati ráta miatt az osteoid osteoma kezelésében eljárásunk sikeresnek mondható.

Poszter szekció II.

SZOKATLANUL NAGY ARTERIA LIENALIS
ANEURYSMA MINT MELLÉKLELET
ESETBEMUTATÁS

**Király László, Antal András, Renteria Zoltán,
Harkai Zsigmond, Sebők Pál, Főgel Kristóf**
Toldy Ferenc Kórház Sebészeti Osztály, Cegléd

70 éves nőbeteg Sürgősségi Osztályon jobb alhasi fájdalmak miatt jelentkezett. Fizikális vizsgálattal kizáródott jobb oldali inguinalis sérv igazolódott. Laborvizsgálat, hasi UH vizsgálat történt. Ez utóbbi a bal hasfél területén terimét irt le, amely miatt hasi CT-t készítettünk. A CT vizsgálat 10 cm átmérőjű, 3 cm szabad lumennel rendelkező, a lép hilusában elhelyezkedő, nem rupturált arteria lienalis aneurysmát mutatott és megerősítette a kizáródott sérv tényét.

Előkészítést követően sérve miatt urgens műtét történt.

A postoperatív második napon hasi érzékenység és a kontroll UH által jelzett hasüregi folyadék miatt reoperációt végeztünk. Ekkor a megelőzően tömlőben elhelyezkedő bélszakasz resectióját és a rupturát nem mutató aneurysma eltávolítását végeztük splenectomiával.

A postoperatív időszak zavartalan. 14 napos eseménytelen ápolást követően emittáltuk osztályunkról.

ANEURISMATICUS CIMINO FISTULÁK
RECONSTRUCTIÓJA

Gergely Mihály

*Kaposi Mór Oktató Kórház Általános.-Mellkas-
és Érsebészeti Osztály, Kaposvár*

Aneurismaticus Cimino fistulák reconstructiója

TRUNCUS COELIACUS KOMPRESSZIÓS
SZINDRÓMA LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTI
MEGOLDÁSA

**Szeberin Zoltán¹, Vörös Attila², Sugár István²,
Petrovics Antal³, Fehérvári Mátyás¹, Nemes Balázs¹,
Acsády György¹**

¹Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika, ²II. Sebészeti
Klinika, ³Gyöngyöstarján Háziorvosi Rendelő

Bevezetés: A truncus coeliacus kompressziós szindróma egy ritka elváltozás, mely krónikus posztprandiális fájdalommal, epigasztriális zörejvel, súlyvesztéssel jár. A panaszok megoldását a ligamentum arcuatum mediale átvágása jelenti, melynek elvégzése laparoszkópos úton is lehetséges. Tudomásunk szerint az első hazai esetet mutatjuk be.

Esetismertetés: Egy 34 éves nőbeteg régóta ismert hasi panaszai háttérében szignifikáns truncus coeliacus szűkületet igazoltunk (CTA, DSA). Egyéb vizsgálatok

laktóz intoleranciát, hiatus hernát vetettek fel, de ezek panaszait nem magyarázták teljesen, konzervatív kezelésük hatástalan volt. A megkísérelt PTA a külső kompresszió miatt eredménytelen volt. Laparoskopos módszerrel végeztük el a lig. med. arc. átvágását. Szövőményt nem észleltünk. A posztoperatív CTA a szűkület jelentős mérséklődését mutatta, posztprandiális görcsei megszűntek.

Megbeszélés: A laparoskopos lig. med. arc. átvágás biztonságos, hatékony módszer. A kevésbé invazív technika lényeges előnyöket jelent a nyitott műtéthez képest. A truncus coelicus szindróma pontos oki diagnózisa fontos a műtéti indikáció felállításakor.

PARADOX EMBOLIZÁCIÓ PERZISZTÁLÓ FORAMEN OVALE-N KERESZTÜL

Fehérvári Máttyás, Madách Krisztina,

Vándor László, Sóttonyi Péter, Acsády György

SE Érsebészeti Klinika, SE Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Jahn Ferenc Dél-Pesti Kórház

Bevezetés: A nyitott foramen ovale incidenciája boncolási jegyzőkönyvek alapján a teljes lakosság körében 25-35%-ra tehető. A rendellenesség legsúlyosabb szövődménye a különböző szerveket érintő artériás, paradox embolizáció.

Esetismertetés: Előadásunkban egy 56 éves, nem dohányzó férfi beteg esetét mutatjuk be, aki kritikus jobb alsó végtagi iszkémiát okozó artéria femoralis communis embólia miatt került felvételre klinikánkra. Anamnézisében fejfájás, multiplex agyi infarktus, insomnia, depresszió (halálfélelem), fulladásos panaszok, tüdőembólia szerepelt. Felvételét követően sürgősséggel jobb art. femoralis communis embolectomiát végeztünk. Tekintettel az anamnézisben többször előforduló, különböző szerveket érintő embolizációkra kivizsgálást kezdünk. Az elvégzett transthoracalis echocardiográfia extrém fokban tág jobb kamrát, diasztolés D jelet és aorta fali thrombust írt le. Transesophagealis echocardiográfiás (TEE) vizsgálattal perzisztáló foramen ovale-t mutattunk ki. A szív MR vizsgálat extrém fokban csökkent jobb kamra szisztolés funkciót, illetve a jobb kamra csúcsában egy kisebb és egy nagyobb thrombust látott. A műtéttől történő felépülést követően a nyitott foramen ovale-t endovascularis úton, amplatzerrel zártuk. Ezt követően reziduális shunt nem ábrázolódtott, a beteg panaszmentes volt. Egy év elteltével kontroll vizsgálat során a páciens továbbra is panaszmentes, az elvégzett kontroll TEE vizsgálat az ocludert jó helyzetben látta, bal-jobb shunt továbbra sem ábrázolódtott.

Megbeszélés: A nyitott foramen ovale az egészséges lakosság körében gyakran előforduló anatómiai rendellenesség. Esetbemutatásunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy fiatal korban előforduló, ismeretlen patogenezisű embolizáció, stroke, tüdő embólia

és ezek folyamodványaként jelentkező depresszió, insomnia, halálfélelem hátterében perzisztáló foramen ovale is állhat.

KRITIKUS ISCHAEMIÁT

KÖVETŐ FATÁLIS KIMENETŰ REPERFÚZIÓS SZINDRÓMA - ESETISMERTETÉS.

Szabó József, Kaliszky Péter, Gyurkovics Endre, Turóczy Zsolt, Lotz Gábor*, Szijártó Attila, Harsányi László

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest és *II. sz. Patológiai Intézet

Bevezetés: Alsó végtagi verőérműtéteket követő ischemiás-reperfüziós (IR) károsodások legsúlyosabb szövődménye a reperfüziós szindróma, mely a hipotenziót, akut légzési elégtelenséget (ARDS) és az akut veseelégtelenséget (ARF) foglalja magába.

Esetismertetés: 55 éves krónikus verőérbetegségben szenvedő férfi 3 napos súlyos mindkét oldali alsó végtagi fájdalom hátterében álló infrarenalis aorta abdominális thrombosis gyanújával került felvételre. Sürgősséggel elvégzett angiográfia az aorta abdominális oszlása feletti okklúziót igazolta. A műtét során a korábban már meglévő bypass graftok sikertelen desobliterációs kísérleteit követően ezeket áthidaló aorto-bifemorális bypass készült. Az operációt követő órákban a keringés stabil volt (MAP: 88 Hgmm). Tekintettel a hosszú idejű aorta-kirekesztésre a lábszáron fasciotómia történt.

Klinikai kimenetel: Az első posztoperatív napon fokozatosan progrediáló reperfüziós szindróma bontakozott ki. A szérumban nekroenzim szintek emelkedést mutattak (LDH: 28377U/l; GOT: 8110 U/l; CK-MB: 49260U/l), emellett az alvadási paraméterek eltulodása volt észlelhető (INR: 6,1; APTT: 180 sec.). A savbázisháztartás bikarbonát adásával se volt 7,3 fölé emelhető. Súlyosbodó veseelégtelenség jeleként a szérumban kreatinin szint a kezdő érték több mint háromszorosára emelkedett (t0: 76mmol/l; t1: 310µmol/l). A fokozatosan kialakuló oliguria és hiperkalémia miatt akut dialízis vált szükségessé. Szöveti metszeteken jól megfigyelhető a myoglobin akkumulációja a vese tubulusaiban, mely a nagymértékű rhabdomyolízisnek tudható be. A kialakult veseelégtelenség, ARDS és az uralhatatlan hipotenzio a beteg halálához vezetett a második posztoperatív napon.

Megbeszélés: Hasonló revaszkularizációs műtéteket követően a mortalitást döntően befolyásolja a reperfüziós szindróma létrejötte és súlyossága. A jelenség gyors progressziója okán korai felismerést és lehetőség szerint megelőzést tesz szükségessé, hasonló fatális kimentelek elkerülése érdekében.

TAPASZTALATAINK AZ EGYNAPOS SEBÉSZET KERETÉBEN VÉGZETT VARICECTOMIÁKKAL

Nagy Imre, Csepregi Beáta, Marik György*Misszió Egészségügyi Központ, Veresegyház*

A szerzők 4 év alatt végzett alsó végtagi varicectomiák tapasztalatait foglalják össze, amelyeket az egynapos sebészet keretében végeztek. Kitérnek a rövid observációs időkre, a kíméletes laringeális narcosisra a minimális postoperatív panaszokra, s az igen jó betegelégedettségi mutatókra. Hangsúlyozzák, hogy az egynapos kritériumoknak megfelelő betegek legoptimálisabb ellátási formája jelenleg a szakmailag jól kivitelezett, rövid kórházi observációt igénylő beavatkozás. Felméréseik szerint az általuk elvégzett varicectomiák a legkevesebb fájdalomcsillapítót igénylő egynapos beavatkozások. Költséghatékonyak, és egyben betegcentrikusak.

CAROTIS BIFURKÁCIÓ SZEPTIKUS RUPTÚRÁJA – RHEUMATOID ARTHRITIS TNF GÁTLÓ KEZELÉSÉNEK RITKA SZÖVŐDMÉNYE

Simó G.¹, Darabos G.¹, Ormos G.², Szalka A.¹, Banga P.¹, Mogán I.¹*¹Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály,**²Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet*

Bevezetés: A carotis ruptúra önmagában ritka, életet közvetlenül veszélyeztető állapot. Leggyakoribb etiológiája postoperatív állapot vagy regionális szeptikus folyamat propagációja. Irodalmi ritkaságnak számító esetbemutatusunk egyik csoportba sem sorolható.

Beteganyag: A 75 éves férfibeteg rheumatoid arthritisének hagyományos gyógyszeres kezelés eredménytelensége miatt certolizumab pegol (TNF± - gátló) kezelést alkalmaztak. Néhány napos progrediáló jobb nyaki fájdalom, duzzanat hátterében CT angiográfiával igazolt carotis bifurkáció ruptúra miatt került akut felvételre. Azonnali műtét során a bifurkáció rezekcióját, és vena saphena Y interpozíciót végeztünk. Shunt-öt nem alkalmaztunk, a teljes kirekesztési idő 55 perc volt.

Eredmény: Neurológiai szövődmény nem alakult ki. A műtéti területből származó bakteriológiai mintából Salmonella enteridis tenyésztett ki. Célzott antibiotikus kezelést alkalmaztunk egy hónapig. Hemokultura és széklet tenyésztés a kórokozóra nézve negatívnak bizonyult.

Megbeszélés: A certolizumab pegol egy Escherichia coli-ban expresszált, majd polietilén-glikollal (PEG) konjugált tumornekrózis-faktor-alfa (TNFα) elleni rekombináns, humanizált antitest Fab\ fragmentum. Mivel a tumornekrózis faktor (TNF) gyulladást vált ki és celluláris immunválaszt modulál, fennáll annak a lehetősége, hogy a TNF-antagonisták, köztük a Cimzia is, olyan fokú immunsuppressziót idéznek elő, ami befolyásolja a gazdaszervezet fertőzések és malignus folyamatok elleni védelmét. Esetünkben a kórfolyamat etiológiája a fentiek alapján hematogén kolonizáció következtében kialakult lokális szeptikus nekrozis.

TRAUMÁS EREDETŰ MELLKASI AORTA RUPTÚRÁK ENDOVASCULARIS ELLÁTÁSA – /ESETBEMUTATÁSOK/

Benkő László*PTE KK Érsebészeti Tanszék*

Az endovascularis technika folyamatos fejlődése lehetőséget teremt a traumás eredetű mellkasi aortaszakasz ruptúrájának minimál invazív, stentgraft implantációval történő ellátására, javítva ezzel a súlyos kórkép mortalitását. A Pécsi Érsebészeti Tanszéken 2003 és 2011 között összesen 24 betegnél történt thoracalis stentgraft implantáció, melyek közül 3 esetben, az indikációban traumás eredet szerepelt. Mindhárom betegnél a tompa mellkasi trauma előidézője közlekedési balesetben kialakult polytrauma volt. A betegek primer ellátása a területileg illetékes kórházakban történt, ahol állapotukat stabilizálták majd a kézpalkotó vizsgálatokat követően a fracturák osteosynthesist végezték el. 2 esetben a kontroll CT vizsgálaton növekvő mellkasi haematoma ill. a mellkasi aortaszakasz dissectioja, rupturája igazolódott a primér ellátást követő 2. (25 éves férfi) és 18. (20 éves férfi) napon. 1 esetben (28 éves férfi) a polytraumát követően 1 évvel alakultak ki mellkasi panaszok, az elvégzett CT mellkasi aorta aneurysmát igazolt friss haematomával. Intézetünkbe érkezéskor ITO-ra kerültek ahol biztosították a kontrollált hypotenziót, és a betegeket műtetre készítették elő. Két esetben (25 és 28 éves férfi) Medtronic Valiant thoracalis stentgrafttal sikerült fedni a rupturált szakaszt. Az egyik betegnél a ruptura anatómiai helyzetete miatt a bal subclavia részlegesen fedésbe került. A harmadik esetben (28 éves férfi) a rupturált szakasz kirekesztésére Bolton Relay thoracalis endograftot alkalmaztunk. A műtéti beavatkozás mindhárom esetben sikeres volt, kiegészítő érsebészeti műtéti beavatkozásokra nem került sor. A thoracalis aorta sebésze a cardiovascularis sebészet egyik nagy kihívása. A nyitott műtéti megoldása folyamatosan javuló eredményeik ellenére a mortalitási és morbiditási mutatóik igen magasak. Szerény saját adatainkat és a nemzetközi irodalmat összevetve elmondhatjuk, hogy a stentgraft implantáció jelentősen javítja ezen betegek túlélését.

AZ EGYNAPOS SEBÉSZET TÉRHÓDÍTÁSA A VISSZÉR BETEGEK MŰTÉTI KEZELÉSÉBEN

Szűcs István, Tóth Dezső, Kathy Sándor, Szendrői Tibor, Kincses Zsolt, Tóth Csaba, Dorner Krisztina, Kisbicskei Erzsébet*Egészségügyi Járóbeteg Központ Debrecen, Kenézy Kórház KFT Általános Sebészet Debrecen*

2008-ban került kialakításra az Egészségügyi Járóbeteg Központ Egynapos Sebészeti Osztálya a Kenézy Kórház területén. 2011. július 01.-ig 453 visszér műtét történt. A műtéteket túlnyomórészt érsebészeti szakorvosok ill. általános sebészeti szakvizsgával rendelkező szakorvosok

végezték. Valamennyi műtét narcosisban történt döntően laryngealis tubus használatával. Valamennyi beteg postop. szakban LMWH profilaxisban részesült. Operáltak egy beteg kivételével 24 órán belül távoztak, visszavétel nem történt (egy betegnél art. poplitea laesio miatt reconstructio műtét, osztályos felvétel történt). Postop. szakban 5 betegnél észleltünk sebgyógyulási zavart, mélyvénás thrombosis nem fordult elő. A Kenézy Kórház Általános Sebészeti Osztályon végzett műtétek túlnyomórészt spinal anaesthesiában történtek. 5 betegnél postspinalis fejfájás a kórházi tartózkodást meghosszabbította, műtéti szövődmény nem volt. Betegek LMWH profilaxisban részesültek. Postop. szakban 7 betegnél észleltünk sebgyógyulási zavart. Mélyvénás thrombosis nem fordult elő, visszavétel nem történt. Az egy napos sebészet "megjelenésével" a Kenézy Kórház Sebészeti Osztályán a visszer műtétek száma a korábbiak egy harmadára esett vissza. A perioperatív események követése alapján a szerzők megállapítják, hogy -a feltételek szigorú betartása mellett- az egynapos sebészet keretében végzett visszer-műtétek ugyanolyan biztonságosak a beteg számára mint a kórházi felvétel esetén.

TRAUMÁS CRURALIS
PSEUDOANEURYSMA SIKERES KEZELÉSE
ENDOVASCULARIS ÉS
NYITOTT MŰTÉTI TECHNIKÁVAL.
ESETBEMUTATÁS

Gellért Gábor, Nemes Balázs,

*Szent Lázár Kórház, Salgótarján Érsebészeti Osztály,
SE Kardiológiai Központ*

Szerzők beszámolnak 42 éves férfibetegük cruralis traumás álaneurysmájának kezeléséről.

Esetbemutató: betegünk 2010.07. hóban otthonában jobb belboka törést és magas fibula törést szenvedett. A belbokán csavaros osteosynthesis történt. A jobb lábszár- mélyvénás thr. gyanuja miatt per os anti-coagulálás lett beállítva. Ezt követően fokozatosan tovább duzzadt, feszült a lábszár, neurológiai tünetek, fokozódó peroneus paresis is kialakult a fájdalom mellett. Ekkor, 3 hónappal a traumát követően, került érsebészeti vizsgálatára sor. Rtg. kontrol a fibula felső harmad törvégek jelentős dislocatióját és duplex UH a megfelelő területen 9x10 cm-s rekeszes cystosus képletet, ezen belül az art. tibialis anteriorból telődő 6,5 cm-s álaneurysmát mutatott. A 3 nappal később elvégzett DSA a tibialis anterior artéria felső harmad, haematomával együtt 14x9 cm-s álaneurysmáját igazolta. A végtag nem volt ischaemias, az ATP pulsus jól tapintható volt, de a klinikai tünetek romlása mindenképpen beavatkozást indokolt. Tekintettel az érstatusra, a fibula törvégek közelségére, az életkorra, végül is az endovascularis megoldás kínálkozott a legmegfelelőbbnek. Ismételt DSA kapcsán az art. tibialis anterior 5\50 mm-s Viabahn stent graft- tal fedtük a traumás álaneurysmát. Az ér integritása helyreállt.

Ezt követően a beteg panaszai fokozatosan megszűntek, 4 héttel a stent-graft beültetés után nyitott műtét kapcsán kiürítettük a jelentős méretű haematomát is. A műtéti seb szövődménymentesen gyógyult. Képzővizsgálatokkal a kóros folyamat szanálódása volt igazolható. A láb mozgásai fokozatosan helyreálltak, a peroneus paresis oldódott, a fájdalmai megszűntek, járásképesége visszatért.

Következtetés: a súlyos tüneteket okozó cruralis pseudoaneurysma kezelésére megfelelő megoldást nyújtott az endovascularis technika. A rövid távú eredmény kiváló, a hosszútávú utánkövetés folyamatban van.

FEMORO-POPLITEO-CRURALIS SEQUENTIALIS
BYPASS SIKERREL OPERÁLT ESETE
SOLITER VÉGTAGON

Tóth Gyula, Fauszt József, Bursics Attila

*Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórháza Sebészeti
Érsebészeti Osztály*

Azok a betegek, akiknél végtag elvesztés veszély van, az angiographiával az arteria femoralis superficialis vagy az arteria poplitea occlusio igazolódott, az arteria poplitea continuitasa az occlusio alatt megtartott, és a három cruralis ág valamelyikében vagy mindháromban folytatódik, femoropoplitealis bypass készítése javasolt.

Ha valamilyen graftot egy arteria poplitea segmentbe ültetünk, amely distal felé occludalt, az ilyen *izolált poplitea szegmentbe* ültetett femoropoplitealis bypass lehet egy választandó megoldás válogatott esetekben végtag mentés céljából. Ha az izolált poplitea szegment rövidebb, mint 7 cm, a lábfejen kiterjedt gangrena vagy fertőzés van *femoro-popliteo-cruralis arteria bypass, vagy sequentialis bypass* készítése javasolt egy, vagy két ülésben. Minden femoropoplitealis bypass-t jellemezhetünk úgy, hogy milyen a térdzülethez való kapcsolata, és milyen a kiáramlási pálya, amely az angiographiával meghatározható a fenti kritériumok alapján. Bár minden angiographian a poplitealis kiáramlás bizonytalan, és csak a periferias vascularis resistenciával és a graft nyitvamaradási rátával együtt értékelhető.

A szerzők 68 éves beteg esetében készítettek femoro-popliteo-tibialis posterior sequentialis bypass gangrena miatt végtag mentés céljából soliter végtagon. A reconstructio fél évvel a műtét után jól működik, a gangrena gyógyul. Ezen, ritkán alkalmazható végtag mentő műtéti megoldás irodalmi áttekintésével szeretnénk esetünket bemutatni.

ARTERIA POPLITEA SÉRÜLÉS
ELLÁTÁSI TAKTIKÁJA

**Teknős Dániel, Tóth Gyula, Pantó Tamás,
Fauszt József, Bursics Attila, Hangody László**

A térdízület dislocatioival járó sérüléseihez gyakran társul az arteria poplitea sérülése. E miatt egyes traumatológiai osztályok ellátási protokolljában gyanú esetén az angiographia elvégzése kötelező vizsgálat. A szerzők a sérülést követően 3 nappal később jelentkező fiatal betegnél kísérelték meg a végtag megmentését, de 6 hetes kezelés után a kiterjedt izom necrosis, septicus tünetek miatt comb amputatióra kényszerültünk. Szeretnénk felhívni a figyelmet az időben végzett ellátás fontosságára, az „arany órák”-on belüli rekonstrukció szükségességére a sikeres ellátás, a végtag megmentése érdekében.

AZ ASCENDALO VSM THROMBOPHLEBITIS
MŰTÉTE KRYOSONDÁVAL
Vizsy L., Bálint I. B.

A kryotechnika alkalmazása a visszérsebészetben kb. 20 évvel ezelőtt jelent meg hazánkban. A pécsi munkacsoport vezette be, majd Tőlük megtanulva mi is elkezdtük alkalmazni. Eddig több, mint 2500 műtétet végeztünk ily módon. Az akkor újszerű módszer mára háttérbe szorult a LASER és radiofrekvenciás technika megjelenésével. Mi a varicectomiát továbbra is Kryosondákkal végezzük, ascendalo VSM thrombophlebitis esetén is. (Régebben csak crosssectomia történt.) Ezen műtéti technikát mutatjuk be intraoperatív felvételek segítségével. Egyértelmű előnye a thrombotisált saphena eltávolítása nyomán a rövidebb gyógyulási időszak.

VISSZÉRMŰTÉT KAPCSÁN KIALAKULT
PARADOX EMBOLIZÁCIÓ ESETE
**Szabó Ildikó, Simó Gábor, Radó Júlia,
Farkas Katalin**

*Szent Imre Kórház Angiológia, Érsebészet, Kiemelt
Hotelszolgálat, Budapest*

66 éves, jó általános állapotú betegnél elhúzódó, ascendáló thrombophlebitis, v. femoralisba lógó v. saphena magna thrombosis miatt thrombectomia és crosssectomia történt. Ezt követően bal oldali gyengeség, látótérkiesés jelentkezett, CT vizsgálat occipitalis lebeny területén kialakult ischaemiás stroke-ot igazolt. A stroke hátterének tisztázása céljából elvégzett echokardiographiás vizsgálat a jobb pitvarban lebegő thrombus igazolt és foramen ovale apertum gyanúját vetette fel, melyet a transoesophagealis echo vizsgálat igazolt. CT angiographia pulmonalis embolizációt is mutatott. Terápiás antikoagulálás mellett a pitvari thrombus feloldódott, későbbiekben a PFO transzkatéteres zárása is megtörtént. A betegnek a látótérkiesésen kívül más- maradványtünete nincs. Az eset felhívja a figyelmet

az ascendáló felületes thrombophlebitis ultrahang vizsgálatának ill. megfelelő antikoaguláns kezelésének jelentőségére.

VÉNA ILIACA SZTENTELÉS KRÓNIKUS VÉNÁS
ELÉGTELENSÉGBEN

Kasza G., Benkő L., Fazekas G., Menyhei G.
PTE/KK Érsebészeti Tanszék

A krónikus vénás elégtelenség a következmények és szövődmények tekintetében a betegek jelentős életmód és életminőség romlását okozza. A hagyományos sebészeti eljárások változó eredményeket hoztak átjárhatóságot illetően. Egy eset bemutatás kapcsán összefoglaljuk a jelenlegi alkalmazások átjárhatóságát, a részletes kivizsgálás menetét, és módszereit. Az ilacalis krónikus vénás obstrukciónál alkalmazható ballon angioplasztikát és a stent beültetést a stent kiválasztását, és a beavatkozás szövődményeit. Arra a következtetésre jutottunk, hogy az endovénás stent beültetés választott esetekben a jó módszer a krónikus magas vénás elzáródás kezelésére. A percután technikával szemben a műtéti feltárásból végzett beültetést látjuk jobbnak, mivel lehetővé teszi a sapheno-femoralis junctio ellátását és a spontán collateralis rendszer megszüntetését is.

IZOMROST-ÉLETKÉPESSÉG KÍSÉRLETES
VIZSGÁLATA AKUT KRITIKUS
ALSÓ VÉGTAGI ISCHAEMIÁBAN.

AMPUTÁCIÓ VAGY EMBOLLECTOMIA?

**Szijaártó Attila, Turóczy Zsolt, Szabó József, Fülöp
András, Gyurkovics Endre, Harsányi László**

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Kritikus hosszúságú akut alsó végtagi verőér-elzáródások során a postconditionálás (PostC) az ischaemia tolerancia növelésével képes lehet a végtag megtarthatóságának biztosítására. Az ischaemia tolerancia azonban csak bizonyos fokig növelhető, túl hosszú elzáródások esetében a postconditionálás sem biztosíthatja a végtag túlélését.

Célkitűzések: Célunk a postconditionálás izomkárosodás csökkentő hatásainak vizsgálata volt 8 és 9 órás ischaemiát követően.

Módszerek: Kísérleteinket hím Wistar patkányokon végeztük (n=40). Általános anaesthesiában 8 és 9 órás infrarenális aortakirekesztést hoztunk létre. A károsodás mértékét reperfüzió nélkül, valamint 2 óra reperfüzió után vizsgáltuk. Az állatok egy-egy csoportjában a 2 óra reperfüzió mellett postconditionálást alkalmaztunk. A kísérlet végeztével szövettani (m. tibialis anterior)- és vérmintavétel történt nekroenzim-szint, izomrost-életképesség meghatározás, valamint fény- és elektronmikroszkópos vizsgálatok céljából.

Eredmények: 8 óra ischaemia után kis mértékű izomkárosodás figyelhető meg, míg a 9 órás kirekesztés

jelentősebb károsító hatással bírt (mitochondriumok duzzadás, myofibrilláris szerkezet kis fokú dezorganizálódása, karyopyknosis). Mindkét ischaemiás időtartamot követően a reperfüzió nélküli csoporthoz képest a károsodás mértéke jelentősen nőtt a reperfüziós csoportokban (IR csoport). A 8 óra ischaemiát követően a postconditionálás képes volt a károsodás mértékének szignifikáns csökkentésére (CK- szintek: IR:703+/-124, PostC:505+/-155IU/l, $p=0,02$ életképesség: IR:12+/-5, PostC:29+/- 4%, $p=0,03$), 9 órát követően azonban a postconditionálás már nem bizonyult hatékonynak: a kvantitatív értékek szignifikánsan nem különböztek ($p>0,05$) a csoportok között. Ezen eredményeket a fény- és elektronmikroszkópos eredmények is megerősítik.

Következtetés: Míg 8 órás ischaemiát követően a postconditionálás képes az akut verőér- elzáródások által okozott károsodás mérséklésére, addig a 9 órás ischaemia már postconditionálás alkalmazása mellett is irreverzibilis károsodásokhoz vezet.

AZ ARTÉRIÁS KALCIFIKÁCIÓ MÉRTÉKE ÖSSZEFÜGG A SZÉRUM HŐSOKK PROTEIN 70 SZINTTEL ÉRBETEGEKBEN

Fehérvári Máttyás¹, Szeberin Zoltán¹, Krepuska Miklós¹, Rimely Endre², Apor Astrid², Sarkadi Hunor¹, Acsády György¹

¹SE Érsebészeti Klinika, ²SE Kardiológiai Központ

Célkitűzés: Az ateroszklerózis és az érfal kalcifikáció kapcsolata ismert, de nem pontosan értett jelenség. A szérumban hősokk protein 70 (Hsp 70) a sejtekre stressz hatására indukálódik. A jelenlegi vizsgálatban a plazma Hsp 70 szintjét hasonlítottuk össze a kalcifikáció mértékével perifériás típusú verőérbetegekben.

Módszer: Vizsgálataink során 180 műtétre vagy intervencióra váró érbetegben mértük a vaszkuláris kalcifikáció kiterjedtségét. A mérést duplex ultrahang vizsgálattal végeztük: a carotisok, a mitrális és aortabillentyű, a hasi aorta és a femoralis artériákban kimutatható meszesedést elemeztük. Felmértük a kardiovaszkuláris rizikófaktorkat, a body mass indexet (BMI), vizsgáltuk a C-reaktív protein (CRP) és homocisztein szinteket. Az éhomi Hsp 70 plazmaszinteket ELISA módszerrel mértük.

Eredményeink: A perifériás érbetegek átlagéletkora 64 (57-71) év. A férfiak aránya 69%, a diabéteszeseké 34,5%. A Hsp 70 szérumszintjének átlaga 0,63 (0,52-0,81) ng/ml. A kalcifikált területek számának átlaga 5 (4-6), a BMI 26,1 (23,9-29,0), a homocisztein szint 16,1 (13,20-19,30) $\mu\text{mol/l}$ volt. A Hsp 70 szint pozitívan korrelált a kalcifikált területek számával ($r=0,17$, $p=0,025$) és a homocisztein szinttel ($r=0,18$, $p=0,020$). Logisztikus regressziós analízis megerősítette a kapcsolatot a Hsp70 és a kalcifikált területek száma között (OR: 2,189, CI: 1,156-4,144, $p=0,016$), ez a korreláció szignifikáns maradt (OR: 2,264,

CI: 1,021-5,020, $p=0,044$) a kor, nem, GFR, dohányzás, CRP és homocisztein szintek adjusztálása után is.

Következtetés: Alsó végtagi perifériás verőérbetegekben a szérumban hősokk protein 70 szintek pozitívan korrelálnak az alapbetegség súlyosságának mértékével. További vizsgálatok szükségesek ateroszklerózisban a Hsp 70 diagnosztikus markerként való vizsgálatára.

POSTCONDITIONÁLÁS, EGY ÍGÉRETES SEBÉSZTECHNIKAI MANÓVER VÉKONYBÉL KRITIKUS ISCHAEMIÁS KÁROSODÁSA ESETÉN?

**Önody Péter¹, Rosero Olivér¹, Pomizs István¹,
Dániel Ádám¹, Lotz Gábor², Harsányi László¹,
Szijjártó Attila¹**

¹Semmelweis Egyetem I.sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, II.sz. Patológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: Az arteria mesenterica superior (AMS) embolizációja ischaemiás-reperfüziós (I-R) károsodáshoz, valamint a reperfüziót követően szisztémás gyulladáshoz vezethet. A postconditionálás egy ígéretes sebésztechnikai manóver, mely a reperfüzió kezdetén képes az I-R károsodás mérséklésére. Korábbi, AMS okklúzióját modellező patkánykísérleteinkben 6x10 mp-es postconditionálási ciklusok szignifikánsan csökkentették a kritikusnak tekinthető 60 perces bél ischaemiát követő reperfüziós károsodásokat.

Célkitűzés: Jelen kísérlet célját a postconditionálás lokális károsodáson túli, a szisztémás gyulladás csökkentésére kifejtett hatásnak vizsgálata volt.

Anyagok és Módszer: Hím Wistar patkányokon korábbi kísérleteink alapján az AMS kritikus 1 órás okklúzióját végeztük. Az állatokat három csoportra osztottuk: áloperált, I-R kontroll és postconditionált (PC). Az utóbbiban a kirekesztést követően 6x10 mp-es reperfüziós/reocclusió ciklusokban postconditionálást végeztünk. 6 óra reperfüziót követően szérumban necroenzim szintek (LDH, CK), illetve gyulladáshoz való válasz korai markereiként ismert IL-6 meghatározása történt. A vékonybél három szakaszából (duodenum, jejunum, ileum) vett szövettani minták kerültek elemzésre, a széles körben használt Chiu pontrendszer alapján. Vékonybél nyálkahártya kaparekból antioxidáns státusz meghatározásra, a mikrocirkulációt Laser Doppler flowmeterrel detektáltuk.

Eredmények: Hematoxylin-eosin festett szövettani metszeteken, a PC csoportban mindegyik vékonybél szakaszban kedvezőbb szövettani kép volt látható a kontroll csoporthoz képest. A Chiu-féle klasszifikáció alapján, a jejunum és az ileum károsodása szignifikánsan csökkent ($p=0,011$; $p=0,025$), mellyel jól korrelál a CK és LDH alacsonyabb szérumszintje ($p=0,0381$; $p=0,0276$) a PC csoportban. Javult a vékonybél nyálkahártya antioxidáns státusza ($p<0,01$) illetve mikrocirkulációja is a kontroll csoporthoz képest.

Következtetés: A postconditionálás képes csökkenteni a kritikus ischaemiás inzultust szenvedett vékonybél

ischaemias reperfüziós károsodását. Mérsékli a gyulladásos válasz mértékét, javítja a vékonybél mikrocirkulációs- és antioxidáns státuszát, ezzel hozzájárulva a súlyos szisztémás károsodások kivédéséhez.

MESENTERIÁLIS KERINGÉSZAVAROK
VIZSGÁLATA PROLONGÁLT ALSÓ VÉGTAI
ISCHAEMIÁBAN - KÍSÉRLETES MODELL
**Turóczy Zsolt¹, Szabó József¹, Fülöp András¹,
Dudás Emese¹, Lotz Gábor², Harsányi László¹,
Szijártó Attila¹**

¹Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest;
²Semmelweis Egyetem II. sz. Patológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: Prolongált alsó végtagi verőér-kirekesztések, -elzáródások során a kialakuló ischaemiás-reperfüziós (IR) károsodás lokális folyamatainak progressziójaként egy generalizált gyulladásos folyamat fejlődik ki, mely akár többszervi elégtelenségként is jelentkezhet. Ezen szisztémás károsodás tárgya és fenntartója is lehet a gastrointestinalis traktus. Károsodásának csökkentése túlélést meghatározó jelentőséggel bír, azonban a tüneti terápián túl valódi oki kezelésre jelenleg nincs mód. A postconditionálás (PostC) egy sebésztechnikai eljárás, mely képes lehet a verőér-kirekesztés szisztémás szövőd-ményeinek csökkentésére.

Célkitűzés: A postconditionálás gastrointestinalis rendszerre kifejtett protektív hatásának vizsgálata érkirekesztést követően.

Módszerek: Hím Wistar patkányokon (n=45) 3 órás infrarenális aortakirekesztést hoztunk létre, melyet 4, 24 és 72 órás reperfüzió követett. Az állatok egy-egy csoportjában a reperfüzió kezdetén postconditionálást (10/10s) alkalmaztunk 6 ciklusban. A bélmucosa mikrocirkulációs változásait laser-Doppler flowmeterrel regisztráltuk. A kísérlet végeztével szövettani (jejunum) mintát vettünk. A bél károsodásának megítélésére Chiu-score rendszert alkalmaztunk, valamint meghatároztuk a villusok hosszát és a crypták mélységét.

Eredmények: A jejunum szövettani károsodása szignifikánsan kisebb mértékű (Chiu-score: IR(4h):3,1±0,3, IR(24h):2,6±0,5 IR(72h):2,7±0,9; PostC(4h):1,4±0,8, PostC(24h):1,3±0,7, PostC(72h):1,2±0,6 p(4h)=0,02, p(24h)=0,01, p(72h)=0,03), a villusok hossza és a crypták mélysége szignifikánsan megtartottabb (p(villus): 4h:0,002, 24h:0,001, 72h:0,02 p(crypta): 4h:0,04, 24h:0,001, 72h:0,04) volt a PostC csoportban mindhárom időpontban az IR csoporthoz képest. A bélmucosa mikrocirkulációs paraméterei a mikrokeringés romlását jelezték az IR csoportban (reperfüziós terület, RT: 80±5%, plató maximum, PM: 74±8%), míg a PostC csoport áramlása szignifikánsan magasabb volt (RT: 89±5%, PM: 97±7%) a reperfüzió során (p(RT)=0,04, p(PM)=0,03).

Következtetés: A postconditionálás képes a távoli bélkárosodás mérséklésére prolongált alsó végtagi verőér-kirekesztést követően.

MYONEPHROPATHIÁS METABOLIKUS
SYNDROMA, MINT A PROLONGÁLT
VÉGTAISCHAEMIA SZÖVŐDMÉNYE –
A MEGELŐZÉS LEHETŐSÉGE
POSTCONDITIONÁLÁSSAL

**Arányi Péter¹, Turóczy Zsolt¹, Garbaisz Dávid¹,
Dudás Emese¹, Lotz Gábor²,
Gyurkovics Endre¹, Szijártó Attila¹**

¹SE, I. sz. Sebészeti Klinika, ²SE, II. sz. Patológiai Intézet

Bevezetés, célkitűzés: Kritikus idejű akut verőér-occlusiók, ill. hosszú idejű kirekesztésben végzett rekonstrukciós verőérműtétek súlyos szövőd-ménye az ún. myonephropathiás metabolicus syndroma, akár akut veselégtelenséggel. Kísérletes sebészeti eredmények szerint a postconditionálás módszerével eredményesen csökkenthetők az ischaemiás-reperfüziós károsodások. Jelen munka célkitűzése a postconditionálás alkalmazásának vizsgálata prolongált végtagischaemia kapcsán kialakuló rhabdomyolysis és a következményes postoperatív veselégtelenség megelőzésére.

Módszerek: Wistar patkányokon az infrarenális aorta kirekesztésével 3 órás alsó végtagi ischaemiát modelleztünk. Az állatok egyik csoportjában postconditionálást végeztünk (10s reocclusio, 10s reperfüzio, 6 ciklusban). Szérum, vizelet és szövettani mintavétel a revaszkularizációt követő 4.,24.,72. órában történt. A szisztémás sav-bázis háztartás vizsgálatára a reperfüzio első perceiben artériás vérmintákat (állatonként n=5 minta) vettünk. A szisztémás keringési paraméterek invazív artériás vérnyomásmérővel, a vese és alsó végtag mikrocirkulációs változásait laser-Doppler flowmeter alkalmazásával lettek regisztrálva.

Eredmények: Nitrotetrazolium-blue enzimhisztokémia kifejezett rhabdomyolysisre utalt, de érdemi különbség nem mutatkozott a postconditionált és a kontroll csoport között. Veszszövettan (Hematoxylin-eosin, Myoglobin immunhisztokémia) azonban kisebb fokú károsodást mutatott a postconditionált állatokban. Vesefunkciós laborparaméterek (óradiuresis, kreatinin-szint, frakcionált Na-excretio, BUN/kreatinin hányados) manifeszt tubuláris károsodást jeleznek a kontroll csoportban. A "Renal Failure Index" (RFI) tükrében minden vizsgált időpontban kisebb fokú vesekárosodás mérhető a postconditionált állatokban (4h:1,94±1,8 vs. 0,99±0,6, 24h:195,68±57,8 vs. 141,18±41,6, 72h:161,33±68,3 vs. 73,94±63,8 µmol/l a kontroll vs. postconditionált csoportokban). A veseperfüzió szintén kedvezőbben alakul a kezelt csoportban. (Plató maximum:78,56% vs. 97,52%). A revaszkularizációt követően kisebb fokú metabolikus acidózis alakul ki a postconditionálásban részesült állatokban.

Következtetés: A rekonstrukciós verőérműtétek során alkalmazott postconditionálás alkalmas módszernek tűnik a kritikus végtagischaemia szövőd-ményeként fellépő vesekárosodás mértékének a csökkentésére.

Varia

CAROTIS INTERNA REKONSTRUKCIÓS MŰTÉTEINK REGIONÁLIS ÉRZÉSTELENÍTÉSBEN

**Szabó Géza, Kozlovsky Bertalan, Lakatos József,
Andrási Csaba, Sylvester Zoltán**

*Jósa András Oktatókórház Egészségügyi Szolgáltató
Nonprofit Kft. Sebészeti Osztály, AITO*

Szignifikáns carotis interna sztenózis esetén a terápiás lehetőségek közül az endarteriectomia (CEA) prioritást élvez. Randomizált prospektív vizsgálatok az anesztézia technikája és a perioperatív morbiditási-mortalitási mutatók közötti összefüggéseket nem vizsgálták. A CEA műtete alatt a cerebrális perfúzió monitorozási módszereiről általában elmondható, hogy sem a specificitásuk, sem a szenzitivitásuk nem elég magas. A regionalis anesztézia mellett elvégzett endarteriectomiák (CEA-RA) során a tudatállapot, az ellenoldali motoros válasz és a verbális válasz vizsgálata megfelelő monitorizáló módszer. Osztályunk Érsebészeti Részlegén 2008. márciusától 442 CEA-RA műtétet végeztünk. Megvizsgáltuk a kialakult intraoperatív neurológiai eltéréseket, a szükségessé váló shunt behelyezési eseteinket (14%), az aneszteziológiai konverziós eseteket (általános anesztéziára - CEA-GA -való áttérés 2%-ban), a korai posztoperatív sebészi szövődeményeket, és a perioperatív stroke rátát. A korábbi, altatásban végzett műtétünk 3,3 %- s stroke rátájához képest a jelenlegi mutatónk 1,1 %-ra csökkent. A posztoperatív időszakban szívizominfarktus nem alakult ki, beteget nem veszítettünk el. A konkrét százaléokban kifejezett értékek mellett a CEA-RA a műtét team és a betegek általi szubjektív megítélése is rendkívül pozitívnak bizonyult. A regionalis anesztéziában végzett CEA műtétek a neuro-monitorizálás könnyen kivitelezhető, megbízható módszere, mely szoros csapatmunka mellett nagyobb biztonságot tud adni a betegeknek.

ACUT CAROTIS RECONSTRUCTIÓK **Berek P., Dzinich Cs., Tóth L., Beke G., Vallus G., Barta L.,**

*Honvédkórház - Állami Egészségügyi Központ Szív- Ért-
és Mellkasebészeti, Budapest*

2007. július 1.-től 2011. június 30.-ig osztályunkon 522 carotis rekonstrukció történt. Ebből az összműteti számból 111 carotis rekonstrukciót végeztünk acutan. Az acut carotis rekonstrukciók indikációja neurológiai instabilitás ill. morfológiai instabilitás alapján történt. Neurológiai instabilitás alapján 44 beteget indikáltunk (halmozott TIA, stroke in evolution). Ezen betegcsoportunkat kórházunk Stroke osztályáról ill. a Neurológiai klinikáról vettük át műtét céljából. Ezen a ponton szeretném megemlíteni a

példaértékű szakmai együttműködést osztályunk és a fenn említett osztályok között. Morfológiai instabilitás alatt a 90%-nál nagyobb stenosis ill. exulcerált plaque okozta stenosis értünk. E betegcsoportunkat kórházunk DSA laborjából vettük át. Az acutan átvett és műtetre indicált betegek mindegyikét 6 órán belül rekonstruáltuk. Mind a 111 esetben ACI eversiót, 2 esetben retrográd ACC TEA-t végeztünk. Postoperatív szövődeményt 2 esetben észleltünk, 1 betegünkönél átmeneti felső végtagi monoparézis jelentkezett ami 24 órán belül oldódott, másik betegünkönél affázia jelentkezett ami 6 órán belül oldódott. 1 betegünket veszítettük el, kamrai haemorrhágia miatt. Fontosnak és szükségesnek tartjuk a morfológiailag és neurológiailag instabil carotis stenosis acut rekonstrukcióját, mivel így csökkenthető a definitív agyi vascularis katasztrófa kialakulása és előfordulása.

FEMOROPOPLITEALIS MINIMAL INVAZÍV HIBRID THROMBENDARTERECTOMIA – A DISSZEKCIÓS RÉTEG HATÁSA A HOSSZÚTÁVÚ NYITVAMARADÁSRA

**Simó G.¹, Banga P.¹, Darabos G.¹,
Szarvas L.², Mogán I.¹**

*¹Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház. Érsebészeti
Osztály, ²Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház.
Patológiai Osztály*

Bevezetés: Az arteria femoralis superficialis (AFS) TASC C-D morfológiájú occlusióinak helyreállításában reális alternatíva az endovasculáris beavatkozással kiegészített hagyományos, félig zárt ring-stripper desobliteráció. Irodalmi adatok alapján a neointimális hyperplasia következtében a hosszútávú nyitvamaradás elmarad a vénás bypasshoz képest. Vizsgálatunk célja a középtávú eredmények vizsgálata, ha a teljes intima-média henger eltávolításra kerül.

Beteganyag, módszer: 2008. január 1.-től 2010. december 31.-ig 33 tervezett műtétből 28 beavatkozást végeztünk konverzió nélkül. Az átlag életkor 65 év (57-87). Az indikáció 22 (68%) esetben claudikáció, 4 (12%) betegnél nyugalmi fájdalom, 7 alkalommal gangréna volt. A műtétet izolált femorális feltárásból, az arteria femoralis communis (AFC) tomijából végeztük. A nyitott szakaszon a rétegképzés a lamina elastica externa mentén történt, majd intraoperatív angiographia segítségével a nyitott kiáramlás szintjéig hagyományos ring-stripper desobliterációt végeztünk. A distalis intima lépcsőt öntáguló nitinol stent beültetéssel rögzítettük. Az eltávolított intima-média henger szövettani vizsgálatával (van Gieson elasztika festés) ellenőriztük a disszekció rétegét. Az átlagos utánkövetési idő 11,5 (5-24) hónap.

Eredmény: Az eltávolított henger átlagos hossza 34cm (20-43 cm) volt. Korai elzáródás nem fordult elő. Az utánkövetés alatt 2 reocclusio alakult ki, kritikus ischaemia nélkül. Az elsődleges nyitvamaradás life-table analízis alapján $92.8 \pm 4.4\%$ (SE).

Következtetés: Kezdeti eredményeink alapján a teljes intima-média henger eltávolítása megelőzheti a

neointimalis hyperplasia következtében kialakuló reokklúziót. A térd feletti femoropopliteális helyreállító műtéti repertoárban a fenti beavatkozás elfogadható alternatívát jelent a műér implantációval szemben.

A KRÓNIKUS ZSIGERI ISCHEMIA SEBÉSZI KEZELÉSÉNEK LEHETŐSÉGE.

**Palásthy Zsolt, Sipka Róbert, Mihalovits Gábor,
Hódi Zoltán, Lázár György**
SZTE, Sebészeti Klinika

A krónikus mesenterialis ischemia a korszerű képalkotó eszköztár ellenére manapság is ritkán diagnosztizált megbetegedés, mely azonban jóval gyakoribb mint azt általában gondolják. Randomizált autopsziás anyagban, egy vagy több viscerális artéria 50% feletti szűkületét mintegy 10 %-ban igazolták. A tünetek sokszor atípusosak, emiatt komoly differenciáldiagnosztikai problémát jelenthet a diagnózis felállítása is. Enélkül azonban a kórkép egy hosszú, senyvesztő folyamatot követően a beteg halálához vezet. Sikeres kezelésének kulcsa a bélrendszer keringési zavarának megszüntetése. Napjaink minimálisan invazív acrájában elsődleges az endovasculáris technikák alkalmazása, megfelelő indicatios körben. A katéteres eljárás számos előnye mellett azonban ismert, hogy igen magas lehet a restenosisok aránya, emiatt gyakran többszöri reinterventiora kényszerülnek. Végül pedig további transluminális lehetőség híján műtét válhat szükségessé. Irodalmi ajánlások szerint azonban manapság bizonyos esetekben priméren is választandó lehet a nyitott érsebészeti helyreállítás. Ennek módjára vonatkozóan számos műtét ismert, mely önmagában azt sugallja, hogy nincs egy, a többit felülmúló, úgynevezett választandó módszer. A rekonstrukciók két csoportra oszthatóak, anterograde és retrograde típusúakra. Mindkettő számos előnnyel és hátránnyal bír. Célunk volt, hogy olyan műtéti megoldást dolgozzunk ki, mely ötvözi a különböző technikák előnyeit és lehetőleg kiküszöböli azok hátrányait. 2007-2010 között 5 betegünkönél alkalmaztuk az új megoldást, melynek lényege retrograde, kettős revascularisatio, rövid fix positiojú grafftal. Egy betegünket AMI kapcsán elvesztettük, négyen viszont azóta is gondozásunk alatt állnak és átlag 27 kg testsúlygyarapodást követően jelenleg is panasz és restenosis mentesek. Véleményünk szerint a krónikus mesenterialis ischemia kezelési stratégiája szigorúan egyénre szabott kell legyen csakis olyan vasculáris központokban végzendő ahol jól co-operáló, megfelelő jártasságú intervencios szakember és érsebész áll rendelkezésre.

**A DIABETESES-LÁB SYNDROMA KEZELÉSI TAKTIKÁJA
A KRITIKUS VÉGTAG ISCHAEMIA TÜKRÉBEN**
**Vallus Gábor, Barta L., Tóth L., Beke G.,
Berek P., Dzsini Cs.**
Honvédkórház-ÁEK, Budapest

Magyarországon a diabetes egyre szélesebb körben elterjed. Hazánkban a végtag amputációk száma rohamosan emelkedik. A betegek - a prevenció hiányában - kritikus végtagi keringési zavarokkal és diabeteses-láb syndromával kerülnek csak szakorvosok és így az érsebész látóterébe. Nincs egységesített kezelési taktika jelenleg országunkban ezen klinikai kép kezelésére, hiányoznak a diabeteses-láb centrumok is. Előadásomban a diabeteses-láb syndroma klinikai stadiumait elemzem. Minden betegnél egyedi kezelési taktikát kell felállítani. Intézetünkben a társszakmák együttműködése révén jó eredménnyel tudunk megküzdeni ezen nehéz feladattal. Elemzem a Kritikus végtagischaemiával Intézetünk SBO-jára került betegek kezelésének folyamatát, a társszakmák bevonásának lehetőségeit, és a kivizsgálás lépéseit. Ismertetem a sebészeti kezelési módokat és az érsebészeti műtéti lehetőségeket. Összegzésünkben elemzem azokat a minimum feltételeket, amelyekkel rendelkeznie kell egy egészségügyi intézetnek ahhoz, hogy jó eredménnyel tudjanak megbirkózni a kritikus végtagischaemiát okozó diabeteses láb syndromával.

ELSŐ TAPASZTALATOK HIPERBÁR OXIGÉN TERÁPIA ALKALMAZÁSÁVAL DIABETESES, ÉRSZŰKÜLETES BETEGEK SEBKEZELÉSÉBEN
**Olvasztó Sándor¹, Göbl Anna², Ágoston Viktor²,
Galajda Zoltán¹**

¹*DEOEC Sebészeti Intézet Érsebészeti Tanszék, Debrecen,*
²*Budapesti Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet
Hiperbár Centrum, Budapest*

Bevezető: A hiperbár oxigénterápia során az atmoszférikus nyomásnál magasabb értéken jut 100 %-os oxigén a szervezetbe. A magasabb nyomás hatására telítődik oxigénnel a hemoglobin és a Henry-törvény értelmében többszörösére nő a fizikailag oldott oxigén mennyisége a plazmában. Patológias állapotokban - ahol primer vagy szekunder keringésszavar következtében az adott terület vérkeringése károsodik - a normálshoz közelítő vagy azt meghaladó oxigén ellátottság érhető el. Nem új terápiás eljárásról van szó, csak Magyarországon még kevesen ismerik, és pillanatnyilag egyetlen hiperbár kamra működik Budapesten. Előadásunk célja, mivel csak egy pár esetről tudunk beszámolni, a módszer és hazai hiperbár kezelés lehetőségeinek bemutatása. Beteganyag: II. típusú indikáció alapján 3 beteget kezeltünk az elmúlt másfél évben. Ebbe az indikációs körbe tartozik a cukorbetegláb-szindróma, problémás bőrátültetés utáni állapot, osteoradionecrosis, sugárkezelést követő gyulladás és

necrosis, hirtelen hallásvesztés, ischaemias fekély, refrakter krónikus osteomyelitis, neuroblastoma IV. stádium. A kezelt betegek közül ketten súlyos diabetesesek, és mindkettőnek kritikus végtagi ischaemia miatt reconstructio végtagmentő műtét történt. Ezt követte a hiperbár oxigén terápia. A kezelések 1,5-2 bár jellemző kezelési túlnyomáson történtek, a "problémás seb" kezelési séma szerint. A harmadik betegünk súlyos állapotú PCP-s beteg, akinek lábszárfekélyét endovascularis revascularisatio után kezeltük ezzel a módszerrel. A hiperbár oxigén kezelés valamennyi betegben a Budapesti Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Hiperbár Centrumában történt. Az eredményeket a szerzők a több hónapos kezelést követően készített felvételekkel illusztrálják.

Konklúzió: Az eljárást világszerte alkalmazzák súlyos, nehezen gyógyuló sebek kezelésére. A kezelés pillanatnyilag OEP által nem támogatott, drága eljárásnak számít, melyre az indikációs területet és a hazai beteganyagot figyelembe véve, óriási szükség lenne.

Alap kutatás

THROMBOTIKUS FOLYAMATOK IMMUNPATHOLÓGIÁJA

Soltész Pál

DEOEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

A szervezetben zajló különböző trombotikus folyamatok pathomechanizmusa összetett. Ezen komplex folyamatokban fellelhetőek olyan patológias autoimmun mechanizmusok, amelyek esetenként alapvetően dominálják a trombotikus történéseket, mint például az antifoszfolipid szindróma trombotikus eseményeiben. Más esetben a meglévő atherotrombotikus folyamat gyulladásos mechanizmusába kapcsolódnak be és gyorsítják fel, mint például az oxidált LDL ellenes antitestek plakkon belüli hatásai. Más típusú, diffúz trombotikus folyamatok például a trombocytopeniás trombotikus purpura hátterében is tetten érhetőek olyan antitestes mechanizmusok, amelyek vagy az ADAMTS-13 enzimet vagy pedig a komplement aktivitást reguláló H fehérje ellenes hatással vesz részt a trombotikus folyamat kiterjesztésében. Igen érdekes a heparin indukálta trombocytopeniás trombózis IgG-antitestek által mediált folyamata. Az immunpatológiai folyamat ismerete alapvetően meghatározhatja ezen kórképek kezelési stratégiáját.

ÚJ SZEMLELET A VENA SAPHENA MAGNA MORFOFUNKCIONÁLIS TULAJDONSÁGAIRÓL ÉS EZEK JELENTŐSÉGE AZ ÁTHIDALÁSOK SEBÉSZETÉBEN

Galajda Zoltán

DE OEC Sebészeti Intézet Érsebészeti Tanszék, Debrecen

Bevezetés: A vena saphena magna a leggyakrabban alkalmazott graft úgy az érsebészetben, mint a szívsebészetben is. Ugyanakkor ismert tény, hogy a saphena graftok nyitva maradása rövidebb, mint az arterias graftoké. Ez részben a hemodinamikai változásoknak, részben a saphena morfológiai tulajdonságainak tulajdoníthatóak (pl. billentyűk). A saphena molekuláris biológiai tulajdonságai kevésbé ismertek.

Anyag és módszer: A kísérletek úgy humán anyagon, mint kísérleti állat anyagon történtek, és eredményeink több mint 5 éves munka eredménye. A humán saphena minták multidonoroktól származnak, kollaborációban a DEOEC Sebészeti Intézet Transzplantációs Központtal (Dr. Asztalos László), erre munkacsoportunk külön ETT engedéllyel rendelkezik. Az állatkísérleti kutatásainkat Újzelandi nyulakon végeztük, a DEOEC Légzés és Keringés Farmakológiai Laboratóriumában (Dr. Szentmiklósi József). A saphena mintákból gyűrűket és vena csíkokat készítettünk, melyeket izolált kamrákban, oxigenizált Krebbs oldatban vizsgáltuk különböző vazoaktív anyagok hatásának kitéve. A hisztamin hatása olyan szegmentális hatáskülönbségeket váltott ki a vizsgált mintákon, melynek jelentős szerepe lehet a graft hemodinamikájában és ennek következtében a nyitva maradásában is. A vizsgálatokat párhuzamosan elvégeztük más vénákon is, gyakorlatilag feltérképezve ezt a hatást úgy a humán, mint az állati vénás rendszeren.

Eredmény és konklúzió: A H1 hisztamin receptorokat vizsgálva úgy a humán, mint a nyúl saphenában, jelentős szegmentális különbségeket találtunk. A saphena hosszán teljes mértékben hisztaminnal kontrahálható szegmentumokat "nem kontrahálható" szegmentumok követik. Ez a tulajdonság található más vénás területeken is. A jelenség perifériás pompa tevékenységnek tulajdonítható, viszont a graftként használt saphena esetében szerepe lehet a későbbi graft nyitva maradásában.

GÉN-POLIMORFIZMUSOK SZEREPE ÉS JELENTŐSÉGE AZ ATHEROSCLEROSIS KIALAKULÁSÁBAN

Szabó Gábor Viktor

Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika, Budapest

Az atherosclerosis kialakulása multifaktoriális folyamat. Klasszikus rizikófaktorain kívül a betegség kialakulását az endothel sejtek funkcióját befolyásoló enzimek genetikai variánsai (génpolimorfizmus) is befolyásolhatják. A vizsgálat célja az anyagcsere folyamatokban résztvevő három génpolimorfizmus

vizsgálata volt. A három vizsgált fehérje mutációk az eNOS Glu298Asp, a MTHFR 677CT és a TNF- \pm 308GA. A vizsgálat során összesen 992 személy adatait elemeztük. A Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinikáján másfél év alatt kezelt 348 atherosclerosisos, nem cukorbeteg és 260 atherosclerosisos, diabeteses beteg adatait hasonlítottuk össze a 384 fő egészséges kontroll adataival. Vizsgáltuk betegcsoportokban a különböző polimorfizmusok esetén az infarctus, és a stroke gyakoriságát a kontroll csoporthoz viszonyítva. Myocardialis infarctus esetében mindkét betegcsoportban szignifikánsan gyakoribb: 1./ az eNOS Glu298Asp TT mutáns homozigóta variáns a heterozigóta GT és normál GG allélokot hordozó egyedekhez képest, 2./ A mutáns MTHFR 677CT heterozigóta variáns, mint a homozigóta mutáns vad CC allélokot hordozó egyedek közt, 3./ a TNF- \pm 308 AA homozigóta variáns az atherosclerosisos betegcsoportban. A stroke esetében az atherosclerosisos csoportban szignifikánsan gyakoribb: 1./ az eNOS Glu298Asp TT mutáns homozigóta variáns a heterozigóta GT és normál GG allélokot hordozó egyedekhez képest, 2./ mindkét betegcsoportban a mutáns MTHFR 677CT heterozigóta variáns mind a heterozigóta TT, mind a normál CC genotípushoz képest, 3./ a TNF- \pm 308 AA homozigóta variáns a diabeteses betegcsoportban. Mindhárom vizsgált fehérje polimorfizmusa, azaz normál, vad variánstól eltérése esetén változó mértékben, de megnő a cardiovascularis események kockázata. Fentiek ismeretében hosszú távon megfontolandó a veszélyeztetett, családirag terhelte anamnézisű rizikócsoportok szűrése. Az atherosclerosis gyulladásszerű mechanizmusainak megismerése újabb terápiás célpontokat biztosít a farmakológusok számára.

**AKUT KRITIKUS ISCHAMIAEMIA
ÉS POSTCINDITIONÁLÁS
KÍSÉRLETES VIZSGÁLATA –
A REVERZIBILITÁS HATÁRA.**

**Gyurkovics Endre, Turoczy Zsolt, Dudás Emese,
Nánási Rita, Lotz Gábor, Harsányi László,
Szijártó Attila**

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Akut végtagi verőér-elzáródások során az ischaemia ideje meghaladhatja azt a kritikus időtartamot, melyet követően a végtag megmentése már nem lehetséges. Ezen időhatár azonban jelenleg nem pontosan ismert, továbbá klinikailag az ischaemia időtartamának meghatározása sokszor nem lehetséges, így a terápiás döntés sem lehet objektív. A postconditionálás (PostC) egy sebészeti módszer, mely képes lehet az ischaemia tolerancia növelésére, így hozzájárulhat a súlyos szövődemények csökkentéséhez.

Célkitűzés: A postconditionálás ischaemia-tolerancia növelő hatásának vizsgálata - különös tekintettel az izomrostok életképességére - kritikus végtagi verőér-elzáródásban.

Módszerek: Hím Wistar patkányokon (n=3*15) infrarenális aorta okklúzióval 8 órás bilaterális alsó végtagi ischaemiát hoztunk létre, melyet 6, 12 és 24 óra reperfüzió követett. Az állatok egy-egy csoportjában postconditionálást alkalmaztunk (10/10mp., 6 ciklusban). A kísérlet végeztével vér és szövettani mintavétel (m. tibialis anterior) történt nekroenzim-szint (CK) és ödéma-index meghatározás, valamint rutin szövettani és izomrost életképesség vizsgálatok céljából.

Eredmények: A rutin szövettani metszeteken a reperfüziós idő növekedésével nagyobb mértékű izomsejtnekrózis volt jelen az ischaemiás-reperfüziós (IR) csoportokban, a reperfüzió 12. és 24. órájában neutrophil-sejtes infiltrációval. A PostC csoportokban a nekrózis mértéke csekélyebb volt, a gyulladás morfológiai jelei hiányoztak. A szérumban nekroenzim-szintekben szignifikáns különbség nem igazolódott a kezelt csoportok között. A PostC csoportok ödéma-indexe minden időpontban szignifikánsan (p<0,05) alacsonyabb szöveti nedvesség-tartalmat jelzett az IR csoporthoz képest. Az izomrostok életképessége az IR csoportokban a reperfüziós idő növekedésével fokozatosan csökkent (6h:12 \pm 3 12h:12 \pm 5 24h:8 \pm 2%), míg a PostC csoportokban nem változott (6h:28 \pm 9 12h:28 \pm 5 24h:30 \pm 4%). A két csoport között mindegyik időpontban szignifikáns (p<0,05) különbség tapasztalható. Következtetés: A postconditionálás alkalmas módszer lehet az alsó végtag ischaemia toleranciájának növelésére.

**OXIDÁLT LDL ÁLTAL STIMULÁLT LIMFOCITA
AKTIVÁCIÓ ANTIFOSZFOLIPID SZINDRÓMÁBAN
Laczik Renáta¹, Szodoray Péter², Veres Katalin¹,
Lakos Gabriella³, Sipka Sándor³, Soltész Pál¹**

¹DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinika, Angiológia
és Intenzív Terápiás Részleg,

²Institute of Immunology Rikshospitalet University of Oslo,

³DEOEC Regionális Immunlabor

Az oxidált LDL kulcsfontosságú molekula az atherosclerotikus plakk kialakulásában, ezen belül kiemelt jelentőséggel bír a "habos sejtek" képződésében illetve a társuló immunopathológiai folyamatok vonatkozásában. Antifoszfolipid szindrómában (APS) az oxLDL a beta2GPI-el komplexet alkot, az ellene irányuló autoantitestek kimutathatók a betegek szérumban is. Antifoszfolipid szindrómában az oxLDL autoantigén patogén szerepe, valamint a kórképhez társuló akcelerált atherosclerosis jelentősége jól ismert, azonban a járulékos immunopathológiai folyamatok részleteiben még nem teljesen feltérképezettek. Tekintettel erre, célul tűztük ki, hogy megvizsgáljuk az antifoszfolipid szindrómás betegekből szeparált lymphocyták in vitro oxLDL stimulációra adott aktivációs és proliferációs válaszát. 13 APS beteget és 9 egészséges önkéntes véradót vontunk be a tanulmányba. A perifériás mononukleáris sejteket szeparáltunk, melyeket az oxLDL immunogén epitópjának

jelenlétében sejtkultúrában proliferáltattunk. Az oxLDL által stimulált limfocita proliferációt és citokin szekréciót (TNF-alpha, IL-2, IFN-gamma, IL-4, and IL-10) ELISA esszével értékeltük. APS-ben az oxLDL hatására szignifikánsan emelkedett a limfocita proliferáció, szemben az egészséges kontrollokkal (PI /proliferációs index/ APS: 1,76 vs. PI kontroll: 0,56 $p = 0,032$). Oxidált LDL stimulációval jelentős IL-2 és IFN-gamma szekréciót kaptunk APS-ben a kontrollokhöz viszonyítva (IL-2 citokin szekréciós index (CSI) APS: 278,5, IL-2 CSI kontroll: 65,1 $p = 0,025$ IFN-gamma CSI APS: 163,2, IFN-gamma CSI kontroll: 77,4 $p = 0,025$). Eredményeink alapján feltételezhető, hogy az oxLDL a Th1 citokinek szekrécióján és a lymphocita proliferáció keresztül hozzájárul az immunpatomechanizmusok fenntartásához és az atherosclerosis akcelerációjához APS-ben.

A FETUIN-A KAPCSOLATA
AZ ARTÉRIAFAL KALCIFIKÁCIÓVAL

**Szeberin Zoltán¹, Fehérvári Mátyás¹,
Krepuska Miklós¹, Szabolcs Zoltán², Apor Astrid³,
Rímely Endre³, Sarkadi Hunor³, Széplaki Gábor³,
Kalabay László⁴, Acsády György¹**

*Semmelweis Egyetem ¹Érsebészeti Klinika,
²Szívsebészeti Klinika, ³Kardiológiai Központ,
⁴Családorvosi Tanszék*

Háttér: A fetuin-A egy májban termelődő glikoprotein, mely gátolja az extraosseális kalcifikációt. Szérumszintje alacsonyabb atherosclerotikus betegekben, mint egészségesekben, de aneurysmás betegekben szerepét még nem vizsgálták. Célul tűztük ki a fetuin-A szérum szintjének

vizsgálatát különböző etiológiájú aneurysmás betegekben (atherosclerotikus és Marfan szindrómás betegek). *Beteganyag és módszerek:* Egyetemi klinikán végeztük el keresztmetszeti vizsgálatunkat, 45 beteget vontunk be (30 atherosclerotikus és 15 Marfan szindrómás beteg). Éhomi szérumból mértük a fetuin-A szintet, a standard gyulladáshoz tartozó paramétereket, lipid profilt határoztunk meg, mértük a vese és májfunctiók értékeit, a szénhidrát anyagcserére jellemző tényezőket. A szisztémás atherosclerosis és az artériás kalcifikáció meghatározása céljából duplex ultrahang vizsgálattal határoztuk meg a carotis oszlasban az intima-média vastagságot (IMT) és különböző anatómiai pontokon értékeltük az artériás rendszer meszesedését (mindkét artéria femoralis és carotis, infrarenalis aorta). Echocardiographiával vizsgáltuk az esetleges kalcifikációt az aorta és a mitrális billentyűkben. A hét ponton felvett értékekből artériás kalcifikációs score-t határoztunk meg. Mann-Whitney U próbával hasonlítottuk össze a két csoportot.

Eredmények: Az atherosclerotikus csoportban szignifikánsan alacsonyabb volt a szérum fetuin-A szint (medián és interkvartilis tartomány), mint a Marfan szindrómás betegekben: 708 $\mu\text{g/ml}$ (612-780) és 756 $\mu\text{g/ml}$ (708-816), $p = 0,0428$. Az átlag és maximum IMT, a kalcifikációs score és a homocisztein szint szignifikánsan magasabb volt az atherosclerotikus csoportban: $p < 0,0001$, $p < 0,0001$, $p < 0,0001$ és $p = 0,0034$. A lipid profil és az akut fázis fehérjék tekintetében nem volt különbség a két csoport között.

Következtetés: Az atherosclerotikus eredetű aneurysmás csoport szignifikánsan alacsonyabb szérum fetuin-A szintje alátámasztja a fetuin-A protektív szerepét az artériás kalcifikáció kialakulásában.

Névmutató

Acsády György	22, 26, 32, 33, 37, 43	Farkas Katalin	13, 18, 24, 28, 29, 36	Koltai Katalin	24
Ágoston Viktor	40	Fauszt József	35, 36	Koncz István	18, 20
Andrási Csaba	39	Fazekas Gábor	20, 36	Kovács Balázs	32
Antal András	32	Fehérvári Mátyás	32, 33, 37, 43	Kozlovszky Bertalan	39
Apor Astrid	37, 43	Fejér Csaba	17, 31	Kozma Veronika	30
Arany A.	12	Fógel Kristóf	32	Kőber Szilvia	24, 31
Arányi Péter	38	Fülöp András	36, 38	Kövesi Zsolt	19
Baji Petra	24, 28	Gaines P.	11	Krepuska Miklós	37, 43
Balázs György	12	Galajda Zoltán	40, 41	Kristóf Vera	26
Bálint András	23	Garab Gergely	17	Kudrnova Slavka	17
Bálint I. B.	36	Garbaisz Dávid	38	Kuti Ferenc	18, 20
Balogh Orsolya	24	Gellért Gábor	35	Laczik Renáta	42
Banga P.	15, 19, 20, 34, 39	Gergely Mihály	32	Laczkó Ágnes	22, 26
Bánsághi Zoltán	13, 15, 16, 17, 20, 21, 23, 24, 31	Gombos Zita	25	Lakatos József	39
Bányász Zsolt	12, 25	Göbl Anna	40	Lakos Gabriella	42
Bárdóczi Erika	23	Gósi Gergely	22	Landi Anna	12, 15, 24, 25, 28
Barta László	21, 39, 40	Gulácsi László	24, 28	Langer Róbert	13
Bartek Pétert	17	Gyurkovics Endre	33, 36, 38, 42	Lázár György	13, 15, 40
Battyány István	31	Hangody László	36	Lázár István	23, 30
Beke G.	39, 40	Harkai Zsigmond	32	Lotz Gábor	33, 37, 38, 42
Benkő László	34, 36	Harmat Zoltán	31	Lovró Zsófia	13
Bérczi Viktor	11, 12, 25, 32	Harsányi László	33, 36, 37, 38, 42	Ludányi Andrea	29
Berek Péter	21, 39, 40	Hartmann Erika	30	Madách Krisztina	33
Berényi Tamás	17	Hódi Zoltán	13, 15, 40	Magyar Péter	32
Bernát Sándor Iván	27	Horkay Ferenc	21	Marik György	34
Biró Katalin	24	Hüttl Kálmán	12, 14, 16, 17, 18, 20, 21, 22	Máté M.	12
Bornemisza Nóra	17	Járai Zoltán	24, 26, 27, 28, 29	Mátyás Lajos	23
Bottomley J.	11	Jassó István	25	Maurovich-Horvat Pál	12
Brodzky Valentin	24, 28	Juhász György	19, 23	Méhész Anita	18
Bursics Attila	35, 36	Kalabay László	43	Menyhei G.	36
Cleveland T.	11	Kalina Ildikó	32	Menyhei Gábor	16
Czigány Tamás	19	Kalishky Péter	33	Merkely Béla	18, 20
Csepregi Beáta	34	Karlinger Kinga	32	Meskó Éva	25
Csiszár Márton	12	Kasza G.	36	Mester Tamás	23, 24, 31
Csurgai Annamária	24	Kathy Sándor	34	Mihalovits Gábor	13, 15, 40
Dániel Ádám	37	Kerekes György	11	Milics Margit	12
Darabos G.	15, 19, 20, 34, 39	Késmárky Gábor	24	Mogán István	15, 19, 20, 29, 34, 39
Deák Pál Ákos	13, 30	Kincses Zsolt	34	Molnár B.	12
Dienes Anna	23	Király László	32	Nádor Katalin	23
Dorner Krisztina	34	Kisbenedek L.	15	Nagy Edit	12
Doros Attila	13, 29, 30	Kisbicskei Erzsébet	34	Nagy Endre	17
Dudás Emese	38, 42	Kiss István	29	Nagy Éva	25
Dzsinich Csaba	21, 39, 40	Kiss János	32	Nagy Gyöngyi	12
Eiben Annamária	25	Kollár A.	12	Nagy Imre	34
Entz László	21, 29	Kolossváry Endre	13, 26, 29	Nánási Rita	42
				Nász Heléna	17
				Nemes Balázs	14, 16, 17, 18,

NÉVMUTATÓ

Nemesné Sterba Gréta	20, 32, 35	Schweitzer Katalin	27	Széplaki Gábor	43
Németh Andrea	25	Sebók Pál	32	Szidonya László	12
Németh József	30	Simó Gábor	15, 19, 20, 23, 29, 34, 36, 39	Szijártó Attila	33, 36, 37, 38, 42
Oláh Zoltán	19	Sipka Róbert	13, 15, 40	Szodoray Péter	42
Olvasztó Sándor	16	Sipka Sándor	42	Szűcs István	34
Ónody Péter	40	Slavka Kudrnova	14	Teknős Dániel	36
Ormos G.	37	Soltész Pál	11, 41, 42	Tersztyánszky Rita	26
Palásthy Zsolt	34	Sótonyi Péter	16, 33	Thomas S.	11
Pantó Tamás	13, 15, 40	Sugár István	32	Topa Lajos	24
Paulovich Erzsébet	36	Süveges Erzsébet	26	Toronyi Éva	13
Pécsvárady Zsolt	21	Sylvester Zoltán	39	Tóth Csaba	34
Péntek Márta	24, 28	Szabó Albert	17	Tóth Dezső	34
Petrovics Antal	24, 25, 28	Szabó Attila	14, 22	Tóth Edit	25
Pintér Nándor	32	Szabó Attila	22	Tóth Gyula	35, 36
Piros László	12	Szabó Gábor Viktor	41	Tóth Kálmán	24
Pohárnok László	13	Szabó Géza	39	Tóth Károly	18, 20
Pomizs István	17	Szabó Ildikó	36	Tóth Lajos	21, 39, 40
Radó Júlia	37	Szabó István	18	Turner D.	11
Rapcsányi Andrea	36	Szabó József	33, 36, 38	Turóczi Zsolt	33, 36, 38, 42
Renteria Zoltán	17, 31	Szabó Zsuzsanna	24	Vadász Gergely	19
Rimely Endre	32	Szabolcs Zoltán	21, 43	Vallus Gábor	21, 39, 40
Rizó Magdolna	14, 37, 43	Szakály Eszter	26	Vándor László	33
Rókusz László	12	Szalka A.	34	Varga Erzsébet	26
Rosero Olivér	27	Szarvas L.	39	Veres Katalin	42
Rostás Tamás	37	Szeberin Zoltán	32, 37, 43	Vitályos Tibor	31
Ruzsa Zoltán	31	Szelei Béla	18	Vizsy L.	36
Sándor Tamás	18, 20	Szendrői Miklós	32	Vörös Attila	32
Sarkadi Hunor	14	Szendrői Tibor	34	Wagner László	13
Sásdi Antal	22, 37, 43	Szentesi Szabolcs	23		
	26				

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló és nyílt levél 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 hazai és külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezük a hangsúlyt. A klinikai vagy kísérletes munka során szerzett személyes tapasztalatokat, észrevételeket, véleményeket és ellenvéleményeket nyílt levél formájában kívánjuk megjelentetni.

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat elegendő csak emailen, word file-ban elküldeni. A szerzők teljes nevét kérjük kiírni, a doktori címmel együtt, egyéb rang, tudományos cím ne legyen feltüntetve. A szerző(k) munkahelyéről informáló fejléccet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadunk számítógépes lemezt dokumentum formátumban, ebben az esetben 18-22 ezer leütést kérünk figyelembe venni. Az anyagokat mellékleteivel együtt tehát e-mailen is várjuk, a fotómellékleteket nem csak dokumentumba ágyazva, hanem külön jpg vagy tif kiterjesztéssel is kérjük megküldeni.

A cikkekről részletes *összefoglalást* kérünk, amely kiemeli a közlemény (1) alap gondolatát és célját, (2) a munka alanyait és módszertanát, (3) az eredményeket és (4) a következtetéseket. Az összefoglalót papíron való küldésnél öt példányban kérjük, ebből egyet lehetőleg angolul. Legfőbb hat, az Index Medicusban használt kulcsszót kérünk feltüntetni, a magyar összefoglalóban magyarul, az angol összefoglalóban angolul.

Az *írás mód* 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 nehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetők.

Az *ábrákat és fényképeket* ne a szövegbe ágyazottan, hanem külön JPG file-ként, szintén emailen vagy lemezen kérjük elküldeni.

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 az idézés sorrendjében kérjük megszámolni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát feltüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám, és végül az évszám zárójelben. Például: 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.

A *referátumban* kérjük feltüntetni az eredeti címet, a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal legyen (számítógépen 2-3000 leütés). Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

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

E-mail: bihari@erbetegsegek.com

Kongresszusok – rendezvények

Multidisciplinaris Európai Endovascularis Terápia (MEET) Kongresszus.

2011. október 27-29. Róma, Olaszország.
Honlap: www.meetcongress.com
Email: vbergeron@meetcongress.com

MAÉT Phlebológiai Szekciójának Vénás Fóruma.

2011. november 11. 15-18h,
Budapest, Best Western Gandhotel Hungária
Információ: dr. Bihari Imre 06-1-3345-468

Veith Szimpózium.

2011. november 16-20. New York, USA
Honlap: www.veithsymposium.org

Angiológia és Érsebészet Mediterrán Ligájának (MLAVS) XXI. Kongresszusa.

2011. december 1-3. Genova, Olaszország
Honlap: mlavs2011@aimgroup.eu

Multidisciplinaris Európai Endovascularis Terápia (MEET) Kongresszusa.

2011. december 1-3. Róma, Olaszország.
Honlap: www.meetcongress.com

Endovascularis Csúcstalálkozó.

2011. december 9-10. San Juan, Puerto Rico.
Honlap: www.endovascularsummit.net

Viták és Újdonságok az Érsebészetben.

2012. január 19-21. Párizs, Franciaország.
Honlap: www.cacvs.org

3. Balkán Vénás Fórum.

2012. január 20-22. Isztambul, Törökország.
Honlap: www.bvf2012.com

Európai Vasculáris Kurzus (EVC).

2012. március 11-13. Maastricht, Hollandia
Honlap: www.cascular-course.com
Email: info@vascular-course.com

26. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop.

2012. március 16-17. Frankfurt, Németország.
Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123,
Frankfurt am Main, 60313 Deutschland
Honlap: www.venenlinik-frankfurt.de
Email: profvarady@aol.com

Charing Cross 34. Szimpóziuma.

2012. április 14-17. London, Anglia.
Honlap: www.cxsymposium.com
Email: info@cxsymposium.com

Európai Vénás Fórum 13. Kongresszusa.

2012. június 28-30. Firenze, Olaszország
Honlap: www.europeanvenousforum.org
Email: evenousforum@aol.com

Nemzetközi Angiológiai Unio (IUA) XXV. Világkongresszusa.

2012. július 1-5. Prága, Csehország.
Honlap: www.iua2012.org

Sebgyógyulási Társaságok Egyesületének 4. Világkongresszusa.

2012. szeptember 2-7. Yokohama, Japán
Honlap: www.wuwhs2012.com

Aorta-betegségek 3. Nemzetközi Kongresszusa.

2012. október 4-6. Liège, Belgium.
Honlap: www.divine-id.com

Nemzetközi Ambuláns Sebészeti Társaság (IAAS) 10. Kongresszusa.

2013. május 5-8. Budapest
Honlap: www.convention.hu
Email: gamal13@gmail.com, zspapp@convention.hu

Phlebológiai Unió (UIP) Világkongresszusa.

2013. szeptember 8-14. Boston, USA
Honlap: www.uip-phlebologyonline.org

Európai Érsebészeti Társaság (ESVS) 27. Kongresszusa.

2013. szeptember 19-22. Budapest,
Kongresszusi Központ.
Információ: gabor.menyhei@aok.pte.hu

Nemzetközi Angiológiai Unio (IUA) XXVI. Világkongresszusa.

2014. Sydney, Ausztrália
Honlap: www.i.u.angiology.org

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érbézszereti Társaságba. A tagdíjat (**35 év felettiak részére 4000,- Ft, 35 év alattiak részére 2000,-Ft**) a Társaság bankszámlájára (OTP Bank Rt., 11712004-20004178) átutalom. **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 2009. évi számait egy példányban, 4000,- Ft előfizetési díjért. **KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!**

Megrendelő neve:

Címe:

Utca, tér, házszám:

Irányítószám:

Az előfizetési díjat jelen megrendeléssel egyidejűleg belföldi postautalványon a szerkesztőség címére (1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.) vagy átutalással az OTP Budapest, I. ker., Alagút u. 3. sz. alatti fiókjában vezetett 117010004-202144676 számú számlára befizetem.

.....
aláírás

ELVeS™ Painless

**A tökéletes
laseres megoldás
a vénás elváltozások
kíméletes kezelésére.**

Az **ELVeS™** továbbfejlesztett módszere forradalmasítja az endoluminális laserterápiát, és egy új lehetőséget ad a páciensnek és az orvosnak

- Minimálisan fájdalommentes beavatkozás
- Gyors postoperatív gyógyulás
- Kiváló orvosi és kozmetológiai eredmény
- „Egy napos” kezelési mód
- Kiváló páciens megelégedettség



Az ELVeS™ szet

- Új 1470nm hullámhossz
- Radiálisan sugárzó optika
- Egyszerű és biztos ellenőrzés az ultrahang segítségével
- Könnyen elvégezhető kezelés a cm-es beosztású katéterrel
- Vékony külső keresztmetszet, könnyen felvezethető
- 70 cm és 100cm katéter hossz

Az **ELVeS™** módszerrel fájdalommentesen és ambulánsan kezelhetők:

- Vena saphena magna
- Vena saphena parva
- Ulcus cruris venosum
- Oldalági varicositas
- Perforáns vénák

További információk:

www.biolitec.com

Antal Miklós
miklos.antal@biolitec.com
mobil: 06 30 606 5880
Budapest 1237
Dinnyehegyi köz 21/a

**bio
LITEC**
biomedical technology



A vezető vénavédő gyógyszer¹

detralex[®]
MIKRONIZÁLT tisztított flavonoid frakció

Kiemelkedő vénavédelem és tünetcsökkentés a kezdeti panaszoktól²⁻⁶

Krónikus vénás betegségben
Akut aranyérbetegségben



1 - IMS Dataview 2011.jún. LC Sales Ex-MNF 2 - Lyseng-Williamson KA, Perry CM. *Drugs*. 2003;63:71-100. 3 - Nicolaidis AN, et al. Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. *Int Angiol*. 2008;27: 1-59. 4 - Labropoulos N, Stansby G. *Venous and Lymphatic Diseases* New York: Taylor & Francis Group, LLC; 2006. Chapter 20: Conservative Treatments: Medical/Drug Therapies 5 - Pascarella L. *Curr Pharma Design*. 2007;13:431-444. 6 - Ramelet A-A and the experts of the international consensus symposium of Siena 2005. *Clin Hemorheol Microcirc*. 2005;33:309-319. 7 - www.ogyi.hu Gyógyszeradatbázis 2011.07.15.

Detralex 500 mg filmtabletta

Rövidített alkalmazási előírát: ATC: C05CA53 bioflavonoid. **Hatóanyag:** Tisztított és mikronizált flavonoid frakció 500 mg (450 mg diumán és 50 mg heszperidinben kiegészített egyéb flavonoid) filmtablettáinként. **Terápiás javallatok:** Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének kezelése (nehézláb érzés, feszülés, fájdalom, éjszakai lábizgatás). Akut haemorrhoidális krízis tüneti kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** Napi 2 tablettát, délután és este, 1-1 tét. étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tablettát, majd további 3 napon keresztül napi 4 tablettát, két részletben, étkezés közben. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések:** Akut haemorrhoidális epizódban a gyógyszer adása nem helyettesíti az anális 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. **Terhesség és szoptatás:** Terhesség: Általános óvatosságból, jobb elkerülni a készítmény alkalmazását terhesség esetén. Szoptatás: A készítmény anyatejbe való kiválasztódásáról nincs adat, ezért a szoptatás a gyógyszer szedése alatt nem ajánlott. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Ritka (≥ 1/10 000 - < 1/1000): fejfájás, szédülés, rossz közérzet, bőrirritáció, viszketés, csalánkiütés. Gyakori (≥ 1/100 - < 1/10): hányinger, hányás, hasmenés, emésztési zavarok. **Farmakodinámiai tulajdonságok:** Gátolja a vénák kitágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirculáció területén csökkenti a kapilláris permeabilitást, és növeli a kapilláris ellenállást. **Csomagolás:** 30 db/60 db filmtabletta PVC/AL buborékfóliában és dobozban. **Megjegyzés: Kiadhatóság:** Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN) Alkalmazási előírás DGYI-eng. száma: 19332/55/07 (2009. február 25.). Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását! A Detralex filmtabletta 30x javasolt bruttó fogyasztói ára 2009. október 1-től: 2866 Ft. A Detralex filmtabletta 60x javasolt bruttó fogyasztói ára 2009. január 1-től: 4881 Ft.



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