

ÉRŐBETEGSÉGEK

ORVOSTUDOMÁNYI SZAKFOLYÓIRAT



TARTALOM

ARTÉRIÁK BETEGSÉGEI

Dr. Kasza Gábor, dr. Kollár Lajos, dr. Rozsos István:
Femoro-poplitealis thrombendarterectomiák
videoangioscopes kontroll mellett

VÉNÁK BETEGSÉGEI

*Dr. Szabó Éva, dr. Páldeák László,
dr. Kósa Ágnes, dr. Hunyadi János:*
Curiosin additív kezelés ulcus cruris
transzplantációja során

ESETISMERTETÉS

*Dr. Papp László, dr. Andrew R. L. May,
dr. Farrukh Bajwa:*

A visceralis artériák aneurysmáiról –
sikeresen operált rupturált truncus coeliacus
aneurysma-esetünk kapcsán

TOVÁBBKÉPZÉS

*Dr. Gurzó Zsuzsanna, dr. Gyimesi András,
dr. Zámori Csaba, dr. Iványi János:*

Változások a diabeteses betegek végtag gangraena
miatti amputációjának megítélésében

BESZÁMOLÓ

Dr. Wéber György:
Harmadszor a Harvardon

1999

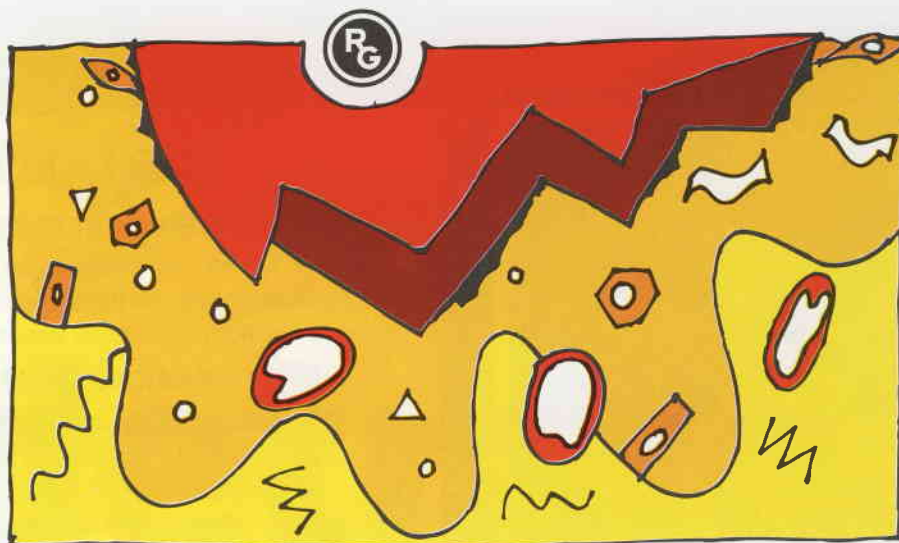
1.

A Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság
lapja



PÓTOLJA A HIÁNYT!

Kuriózum a sebgyógyításban




CURIOSIN

20,5 mg cink-hyaluronát

10 ml oldat

Hazai kutatók által kifejlesztett originális gyógyszerkészítmény.

Természetes anyagokból előállított hatóanyaga
**a lábszárfekélyek, felfekvések és
nehezen gyógyuló sebek gyógyulásának
oki terápiáját jelenti.**

Összetételében a hyaluronsav mellé rendelt cink-komponens
bakteriosztatikus hatása révén jelentősen csökkenti
a sebek gyógyulási idejét.



RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21.

Orvoslátogató Hálózat: 431-4010 Orvostudományi Főosztály: 431-5780

További részletes információt az alkalmazási előírat tartalmaz.

Femoro-poplitealis thrombendarterectomiák videoangioscopos kontroll mellett

DR. KASZA GÁBOR, DR. KOLLÁR LAJOS, DR. ROZSOS ISTVÁN

ÖSSZEFOGLALÁS

Az artéria femoralis elzáródások revascularisatio műtéti megoldásai között, választott esetekben, helye van a zárt és a félig nyílt thrombendarterectomiának. Közleményünk ezen módszer ismert hátrányait jelentősen csökkentő eljárást ismertet. A beavatkozások ellenőrzésére videoangioscopot használtunk, amelynek segítségével az elért eredmények azonnal láthatók és a hibák korrigálhatók voltak.

1992. októbertől 1997. októberéig 57 femoro-poplitealis thrombendarterectomia során alkalmaztunk videoangioscopos kontrollt. Retrográd (zárt) femoralis TEA (thrombendarterectomia) 21 (nyitvamaradási ráta 66%), félig nyílt femoralis thrombendarterectomia 46 (nyitvamaradási ráta 69%) esetben történt. Véleményünk szerint ezzel a módszerrel a femoro-poplitealis thrombendarterectomiák nyitvamaradási rátája növelhető.

KULCSSZAVAK

endarterectomia, videoangiografia, intraoperatív kontroll, nyitvamaradási ráta

Intraoperative videoangiographic control checkup during femoro-popliteal thromboendarterectomy

GÁBOR KASZA M. D., LAJOS KOLLÁR M. D.,
ISTVÁN ROZSOS M. D.

Closed and semiclosed thromboendarterectomy are possible methods for reconstructive surgery of occluded superficial femoral artery.

Our study presents a procedure reducing different problems of entarterectomy. Videoangiography was applied for control of vascular surgery procedure using early visualisation of the results. Unsuspected complications can be corrected intraoperatively as well.

From October 1992 to October 1997 videoangiography was performed in 57 femoro-popliteal thromboendarterectomies including 21 retrograde femoral thromboendarterectomies (patency rate 66%) and 36 semiclosed thromboendarterectomies (patency rate 69%). These results suggest that the patency rate of femoro-popliteal thromboendarterectomy can be improved by videoangiography.

KEYWORDS

endarterectomy, videoangiography, intraoperatively quality control, patency rate.

Bevezetés

Az orvosi gyakorlatban a technika fejlődésével párhuzamosan mindig kiemelt szerepet játszott a szervezeten belüli elváltozások és a terápiás eredmények direkt képi megjelenítésének kérdése. A cardiovascularis terület – anatómiai sajátosságai miatt – más szervekhez képest nehezebben közelíthető meg.

Már a század elején *Rhei* és *Walker* próbálkozott merevcsöves cardioscopiával. *Vollmar* 1963-ban vetette fel az endoscopia lehetőségét az intraoperatív diagnosztikában, majd a fiberoscopes technika fejlődésével és a száloptika méretének csökkentésével lehetőség nyílt az angioscopiára alkalmas fiberoscop megalkotására és alkalmazására, először a vénás thrombectomia utáni kontrollvizsgálatra (1, 2). Ezen előzményeket követően számos publikáció jelent meg az angioscopia cardiovascularis sebészeti alkalmazhatóságáról (8, 9, 12, 13, 15).

Az arteria femoralis elzáródása miatt végzett helyreállító érműtétek sorában választott esetekben helye van a zárt és a félig zárt thrombendarteriotomiának (TEA) a bypass műtétek mellett. A felmerülő ellenérvek, melyek szerint a femoro-poplitealis szakaszon végzett bypass műtétek nyitvamaradási rátája jobb, mint az itt végzett thrombendarteriotomiáké, reálisak, és ezt irodalmi adatok is alátámasztják (4, 5, 6, 7, 11).

A rövidebb távú nyitvamaradás okai az alábbiak:

- a részlegesen eltávolított intimahenger – mint stenosis,
- a lebegő, az áramlás hatására felperdülő intimarészlet,
- a collateralis keringés károsodása (hóke-effektus),
- a sérült felszín miatti fokozott thrombosishajlam.

Munkánkban arra a kérdésre kerestünk választ, hogy az általunk használt módszer alkalmas-e a thrombectomizált szakasz pontos megismerésére, továbbá beszámolunk az angioscop alkalmazásával szerzett tapasztalataink-

Nem volt	11
Hypertonia	23
Diabetes	13
ISZB	12
Ictus cerebri	7
Arrhythmia	3
Tumor	1
PTS	2

I. táblázat.**A kísérőbetegségek megoszlása.**

ról és elért rövid távú eredményeinkről.

Anyag és módszer

Munkacsoportunk 1992 óta rendelkezik videoangioscopes rendszerrel, amelyet az ismert alkalmazási területen kipróbáltunk és alkalmaztunk. A kezdeti időszakban a POTE I. sz. Sebészeti Klinika Érsebészeti Részlegén, majd 1995 októberétől a Baranya Megyei Kórház III. sz. Sebészeti Tanszékének Érsebészeti Osztályán végeztünk és végzünk angioscopes beavatkozásokat, az arra alkalmas beteganyaggon. Az electiv és acut műtétek alatt mint intraoperatív diagnosztikai eszközt használtuk az angioscopot a beavatkozások minőségének ellenőrzésére. A legtöbb esetben a femoro-poplitealis szakaszon végzett thrombendarteriectomiák során alkalmaztuk.

Az osztályunkon bevezetésre került módszerrel a thrombectomizált érszakaszt videoangioscoppal kontrolláltuk, mely lehetővé tette tapasztalati alapon a jó beáramlás igazolását és az esetleges eltérések (lebegő intimarészlet, tapadó thrombus, maradék intimahenger) korrigálását, melyhez felhasználtuk az érsebészeti thrombectomiás eszközök mellett az endoscopiában használatos fogóeszközöket is.

1992. októberétől 1997. októberéig 57 femoro-poplitealis TEA során végeztünk angioscopes intraoperatív kontrollvizsgálatot. A betegek átlagéletkora 60,4 év volt. A férfi-nő arány és az átlagéletkor megoszlása 42 : 15

Átlagéletkor	60,4 év
Férfi-nő arány	42 : 15
Férfi-nő átlagéletkor	58,7 : 65 év

II. táblázat.**Életkori és nemi megoszlás.**

Fo II.	42
Fo III.	9
Fo IV.	6

III. táblázat.**Műtéti indicatio megoszlása.**

1. ábra. Thrombendarteriectomia után jó, emelő pulsushullám volt tapintható, de az elvégzett angioscopia a képen látható lebegő intimarészletet mutatta.

(58,7 év : 65 év) volt (II. táblázat). A műtéti indicatio 42 esetben 200 m alatti járástávolság, 9 esetben nyugalmi fájdalom és 6 esetben gangréna volt (III. táblázat). A kísérőbetegségek megoszlása a vizsgált betegcsoportban az I. táblázatban látható. A kivizsgálás során minden betegnél angiographia történt. A betegek hypervolaemias haemodilutiot követően kerültek műtetre.

Retrograd (zárt) femoralis TEA 21 esetben történt.

A poplitea I. szakaszának kipreparálása után arteriotomia történt, ezt követte a media és az elastica interna hátán történő elválasztás, ezután az intimahenger ring stripperrel történő leválasztása, majd eltávolítása. Ha a megajánlás jó ütemű és az érpálya szabadon szondázható volt, videoangioscopiát végeztünk.



2. ábra.
Tapadó thrombus
az érfalon.



3. ábra.
Fogarty-katéter
az érben.



4. ábra.
Gyűrűs intima-leválasztó, amely
elsiklik a lebegő intima felett

Retrográd (zárt) femoralis TEA + angioscopia (21 beteg)		Félig nyílt femoralis TEA + angioscopia (36 beteg)	
Tapintható perifériás pulzus post op.	17	Tapintható perifériás pulzus post op.	32
<i>Reoperatio</i>		<i>Reoperatio</i>	
<i>Korai elzáródás miatt</i>	2	<i>Korai elzáródás miatt</i>	1
<i>Késői elzáródás miatt</i>	3	<i>Késői elzáródás miatt</i>	5
Átjárható	14 (66%)	Átjárható	25 (69%)
Amputatio	2	Amputatio	3

IV. táblázat.

Ezen beavatkozásnál ellenőrizhető volt az intimahenger leválása az oszlás magasságában, az AFP szabad átjárhatósága és a femoralis artéria thrombectomizált fala (rest thrombus, intima-plakk, lebegő intimarészlet.)

Félig nyílt femoralis TEA 36 esetben történt.

A regio femoris anteriorban kiperaráltuk az AFC-AFS-AFP oszlását, majd a poplitea I. szakaszát. Az arteriotomiákat követően az intimahenger leválasztása és eltávolítása történt, majd angioscopiát végeztünk.

Ezekben az esetekben, ha a thrombectomia nem volt teljes és az angioscopia során tapadó thrombust, vagy lebegő intimarészletet találtunk, eltávolításukra nemcsak az érsebészetben használt eszközeink, mint a Fogarty-ballonkatéter vagy a ring stripper voltak használhatók, hanem az endoscopiában használatos fogóeszközök is. Az angioscoppal látott elváltozást az ellenkező arteriotomián keresztül bevezetett fogóval vagy dissektorral szem-

kontroll mellett lehetett leválasztani és eltávolítani. A műtétek végén a distalis intimalépcső levárása után az arteriotomiákat GORE vagy Haemoshild folttal zártuk.

A thrombectomizált érszakasz vizsgálatához OLYMPUS AF type 28C 2,8 mm átmérőjű, öblítőcsatornás angiofiberscopot használtunk, mely szintén OLYMPUS videorendszerhez csatlakozott. Az általunk használt felszerelésben az angiofiberscop, a fénycsatlakozás és kamera egybeépített egységet képez, ez sterilítási szempontból lényeges kérdés. Az öblítés kétszáz ml roller pumpával (80 ml/min – 200 ml/min) történt. Az öblítőfolyadék fiziológiás sóoldat volt, átlagos mennyisége 1500 ml.

Az első műtéti típusnál figyelembe kellett venni a beteg keringésének terhelhetőségét, mivel az öblítés áramlással szemben, csak distalisán kirekesztett érszakaszon történhetett.

A második típusnál a teljes kirekesztés miatt az öblítőfolyadék

mennyisége nem okozott keringésmegterhelést.

Az eredmények megbeszélése

A műtéti beavatkozások alatt az angioscopot, mint intraoperatív diagnosztikai eszközt alkalmaztuk a beavatkozások minőségének vizsgálatára és az észlelt elváltozások szemkontroll melletti korrigálásának ellenőrzésére. A műszer alkalmazási gyakorlatának megszerzése után a műtéti időtartam nem növekedett meg jelentősen. Műtéti szövődmény, halálozás nem volt.

A retrográd femoralis TEA + angioscopia és félig nyílt femoralis TEA + angioscopia során nyert műtéti eredményeinket a IV. táblázatban foglaltuk össze. Postoperatív tapintható pulzus az első esetben 17, a második esetben 32 betegnél jelent meg. Korai reoperatio (1 hónapon belül) az első esetben 2, a második esetben 1, késői reoperatio az első esetben 3, a második esetben 5 alkalommal került sor. Irodalmi adatok alapján az artéria fe-

moralis superficialison végzett thrombendarterectomiák cumulativ 5 éves nyitvamaradási rátája 45-74% között van (7).

Az angioscopia mint intraluminalis képalkotó eljárás előnyei:

- háromdimenziós in vivo ábrázolás,
- a műtéti szituáció videóra vehető, analizálható, reprodukálható és demonstrálható,
- magas sensibilitással rendelkezik,
- lehetővé teszi a szemkontroll melletti manipulációt,
- korrektebbé tehető a zárt és félig nyílt thrombendarterectomia,
- a technológiai hibák azonnal kiderülnek és ezáltal korrigálhatók,
- lehetőség van histológiai mintavételre,
- gyakorlott alkalmazás mellett kisebb a megterhelés és szöveti károsodás.

Az általunk alkalmazott angioscopolos felszerelés (10):

- angiofiberscop,
- 0,5-3,0 mm külső átmérő,
- munka- és/vagy öblítőcsatorna,
- két sebességtartományban működő roller pumpa,
- fényforrás,
- kamera (chip, CCD),
- nagyfelbontású monitor,
- video a dokumentációhoz,
- endovascularis eszközök.

A perifériás erek angioscopiájának indicatioja lehet:

Diagnosztikus:

- Sebészi beavatkozások ellenőrzésére:
- bypass, endarteriectomia, thrombectomia, embolectomia után,
 - angioplastica, stent behelyezés után,
 - graft-elégtelenség endoscopyás lelete.

Terápiás:

Sebészi:

- endoluminalis graft előkészítése, in situ VSM bypasshoz,
 - a valvulotomia ellenőrzése,
 - mellékágak felkeresésére,
 - intraoperatív stent implantatio.
- Percután:
- coronaria stent implantatio,
 - endoluminalis graft beültetése,
 - thrombolysis.

Összefoglalás

Az electív és acut műtétek alatt az angioscopot, mint intraoperatív diagnosztikai eszközt jó eredménnyel alkalmaztuk a beavatkozások minőségének ellenőrzésére. Feltevésünk szerint ezzel a módszerrel a femoro-poplitealis TEA-k nyitvamaradási rátáját növelni lehet, azért, mert a műtét alatt végzett videoangioscopiaival a thrombectomizált érszakasz ellenőrizhető és a lebegő intímarészletek, tapadó thrombusok, reszt plakkok eltávolíthatók, és így relatíve egyenletes belső érfal hozható létre. Ezzel a kiegészítő diagnosztikai metodikával elkerülhető vagy inkább késleltethető a műanyag bypass beültetése az adott érszakaszra. Ez mind anyagi szempontból, mind pedig az idegen anyag beültetésének szövődésményei szempontjából figyelemreméltó tény.

A tartós átjárhatóság elemzéséhez és hosszú távú következtetések levonására vizsgált eseteink száma még kevés és az utánkövetési idő rövid. Irodalmi adatok alapján a késői átjárhatóság kisebb azokban az esetekben, ahol a perifériás pulzus nem jelent meg közvetlenül a műtét után. Ennek okaként a talpi artériás ív károsodása játszik szerepet, és erről általában az angiographia sem tájékoztat a műtét előtt.

Sajnálatos módon egy éven keresztül szüneteltetni kényszerültünk vizsgálatunkat a száloptika elhasználódása miatt. A jövőben tervezzük a vizsgált beteganyagunk kibővítését és az egyéb angioscopolos beavatkozások rendszeres alkalmazását az endovascularis sebészetben. A későbbiek során eredményeinkről beszámolunk.

Irodalom

1. Vollmar, J., Storz, L.: Vascular endoscopy. Surg. Clin. North Am. 54: 111-112, 1974.
2. Vollmar, J., Hutschenreiter, S.: Vascular endoscopy for venous thrombectomy, In Ahn, S. S., Moore, W. S., editors: Endovascular surgery. ed. 2, Philadelphia, 1992. W. B. Saunders.
3. Inahara, T., Scott, C. M.: Endarterectomy for segmental occlusive disease of the superficial femoral artery, Arch. Surg. 116: 1547-1553, 1981.

4. Cannon, J. A., Barker, W. F.: Successful management of obstructive femoral arteriosclerosis by endarterectomy: experience with a semiclosed technique in selected cases. Surgery 38: 48-59, 1955.
5. Vercellio, G. et al: Semiclosed thromboendarterectomy on femoropopliteal-tract revisited after fourteen years experience on 595 cases. Int. Surg. 71: 59-61, 1986.
6. Van der Heijden, F. H. W. M. et al: Long term results of semi-closed endarterectomy of the superficial femoral artery and outcome of failed reconstruction. J. Vasc. Surg. 18: 271-279, 1993.
7. Van der Heijden, F. H. W. M. et al: Endarterectomy of superficial femoral artery: a procedure worth reconsidering. Eur. J. Vasc. Surg. 6: 651-658, 1992.
8. White, G., White, R., Kopock, G. et al: Endoscopic intravascular surgery removes intraluminal flaps, dissections, and thrombus, J. Vasc. Surg. 11: 280-288, 1990.
9. Miller, A., Campbell, D., Gibbons, G. et al: Routine intraoperative angiography in lower extremity revascularization. Arch. Surg. 124: 604-608, 1989.
10. Miller, A., Salenius, G. P.: Angioscopy: Instrumentation, Techniques, and Application.
11. Veith, F. J., Gupta, S. K., Ascer, E., et al: Six-year prospective multicenter randomized comparison of autologous saphenous vein and expanded polytetrafluoroethylene grafts in infrainguinal arterial reconstruction. J. Vasc. Surg. 3: 104-114, 1986.
12. Mátyás, L., Sipka, R., L., Storz, L. W.: Angioskopie beim In-situ-Bypass. Act. Chir. Austriaca 25: 322-325, 1993.
13. Mátyás, L.: Perioperative Komplikationen als Folge des (in situ) Bypass der V. saphena magna. Angio archiv Bd. 26: 157-160, 1994.
14. Belkin, M. et al: Preferred strategies for secondary infrainguinal bypass: Lessons learned from 300 consecutive reoperations. J. Vasc. Surg. 21: 282-295, 1995.
15. Stonebridge, P. A., Murie, J. A.: Vascular endoscopy: useful tool or interesting toy. Br. J. Surg. 81: 633-634, 1994.

Dr. Kasza Gábor

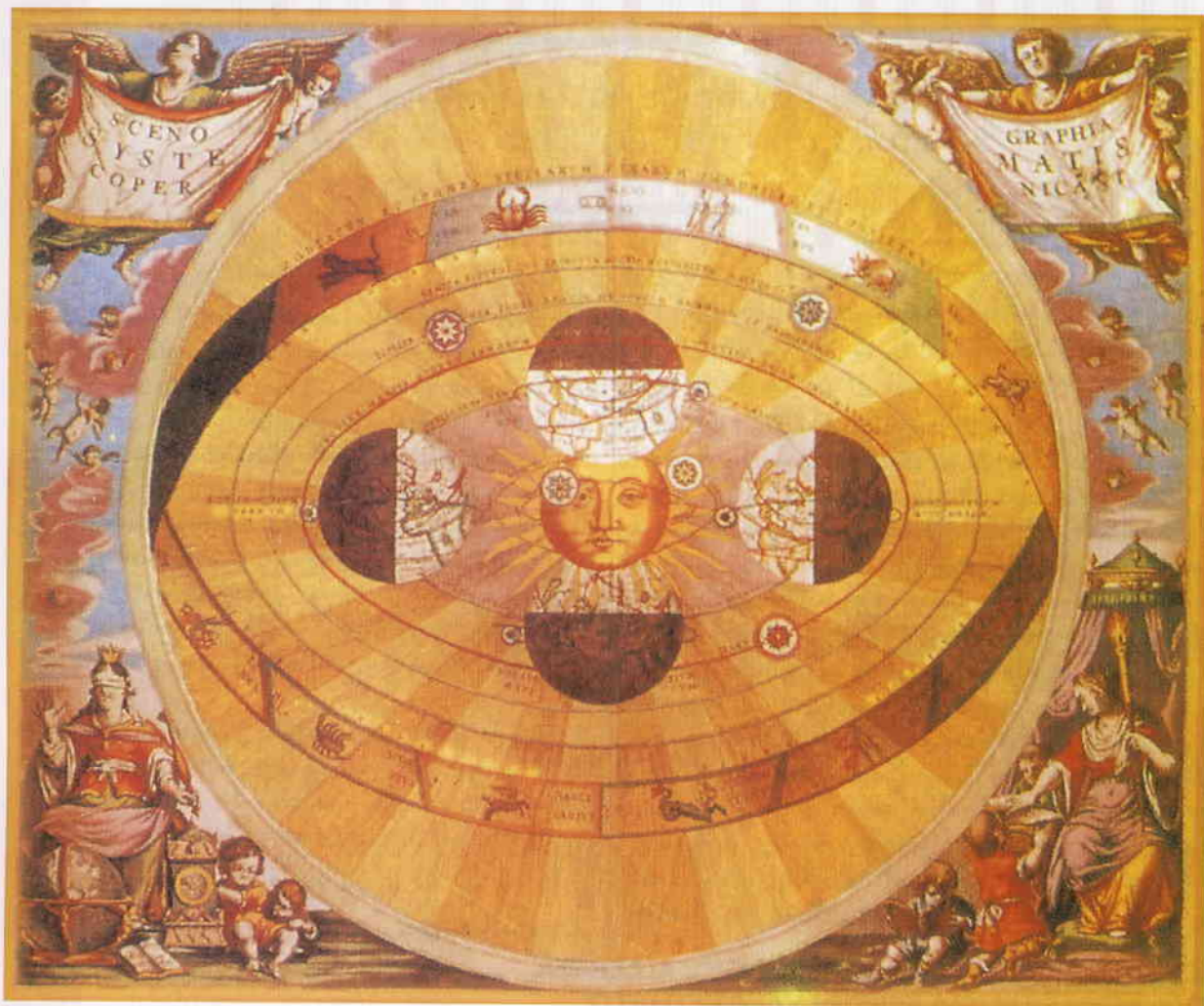
Baranya Megyei Kórház, POTE
7623 Pécs, Rákóczi út 2.

Trental®

Pentoxifyllin

draszté és injekció

**Eppur si muove!
És mégis „kering”!**



Fokozza a károsodott keringésű területek microcirculatióját.
Közgyógyellátásra jogosultak részére térítésmentesen rendelhető.

Hoechst Marion Roussel

Trental draszté 400mg 100x

Trental injekció 100mg 25x

Kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot.

További információ kérhető:

1036 Budapest, Lajos u. 48-66. Tel.: 250-8320, Fax: 250-8325

Hoechst ■

Hoechst Marion Roussel
a Hoechst gyógyszervállalata

TICLID[®]

250 mg filmtabletta (ticlopidin)



**AZ ACETILSZALICILSÁV NONRESPONSIO, ALLERGIA,
ILLETVE INTOLERANCIA ESETÉN VÁLASZTHATÓ
THROMBOCYTA AGGREGATIO GÁTLÓ SZER**

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI TÁMOGATÁS

Ischémiás eredetű cerebro és cardiovascularis betegségek secunder prevenciójában, igazolt ASA allergia, valamint igazolt ASA rezisztencia esetén a neurológus vagy belgyógyász szakorvos 90 %-os támogatással rendelheti (NM 2/1995 (II.8.) 3. sz. mellékletéhez az NM 37/1997. (XII. 5.) 2. sz. melléklet 9/c pont).

ADAGOLÁS: napi 2-szer 250 mg filmtabletta

Curiosin additív kezelés ulcus cruris transzplantációja során

DR. SZABÓ ÉVA, DR. PÁLDEÁK LÁSZLÓ,
DR. KÓSA ÁGNES, DR. HUNYADI JÁNOS

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők 15 krónikus vénás keringési elégtelenség talaján kialakult ulcus crurisban szenvedő beteg eredményes kezeléséről számolnak be. Az ulcus feltisztítása után a beteg azonos oldali combjáról vett félvastag hálósított bőrrel autotranszplatációt végeztek. A graft felhelyezése előtt a tiszta sebalapra 1 csepp/cm² dózisban Curiosin oldatot csepegtettek. A graft rögzítő kötése felett kompressziós pólyát alkalmaztak. A napenkénti kötéscsere során a graft lumeneibe 1-1 csepp cink-hyaluronát (Curiosin) oldatot használtak. Egy hét után 10 esetben teljes, 5 esetben 90%-os gyógyulást értek el.

Megfigyelésük alapján a bőrtranszplantáció előtt és a kötözések során a teljes gyógyulásig alkalmazott Curiosin kezelés gyorsítja a transzplantátum megtapadását, a bőrháló lumeneiben az epitelizáció folyamatát.

KULCSSZAVAK

bőrtranszplantáció, sebgyógyulás, cink-hyaluronát

Curiosin additive treatment

during transplantation of leg ulcer

ÉVA SZABÓ M. D., LÁSZLÓ PÁLDEÁK M. D.,
ÁGNES KÓSA M. D., JÁNOS HUNYADI M. D.

Authors report their experiences in the treatment of 15 patients with leg ulcer of chronic venous insufficiency. After debridement meshed skin grafts were transplanted onto the ulcers harvested from the thigh of the patients. Before placing the meshgraft 1 dropp/cm² of Curiosin (Zn-hyaluronate) solution was placed on the ulcer. The skin grafts were fixed with impregnated gause, and compression bandage. They changed the bandage daily when 1 drop/cm² of Curiosin was routinely placed into the holes of the mesh graft. After one week healing was complete in 10 patients, and 90 percent epithelization was observed in 5 patients. Authors found that the use of Curiosin before autologous grafting and during dressing changes reduces the healing time of skin grafts.

KEYWORDS

transplantation, epithelization, Zn-hyaluronate

Bevezetés

A krónikus vénás keringési elégtelenség (KVE) talaján kialakult ulcus cruris kezelése jelentős egészségügyi probléma. A bőrgyógyászati betegek igen nagy részét teszik ki a lábszárfelekben szenvedők (3). Ideális esetben

a kezelés célja az ulcus tökéletes gyógyítása (11). A hatékony kezelés érdekében fontos, hogy az első vizsgálat alkalmával az anamnézis, a körültekintő betegvizsgálat alapján megállapítsuk az ulcus okát, korrekt diagnózist állítsunk fel (6, 10, 13).

Az ulcus komplex kezelése a következőket foglalja magába: megfelelően kiválasztott lokális terápia (4), a kötés fölött alkalmazott kompressziós pólya (5), vénás keringésvajító gyógyszer rendszeres szedése (1), szükség szerint sebészeti terápia.

A helyi kezelés függ az ulcus állapotától (7). Necrosis, pörk esetén ezek eltávolítása szükséges, és csak a feltisztító kezelés után javasolt hámosító szerek alkalmazása, például Curiosin oldat, vagy az ulcus autotranszplantátummal történő fedése (2, 8, 12). A Curiosin oldat, mely cink-hyaluronátot tartalmaz, gyorsítja a kollagén rosthálózat kialakulását, az epitelizáció folyamatát, dezinficiáló hatással is rendelkezik (9).

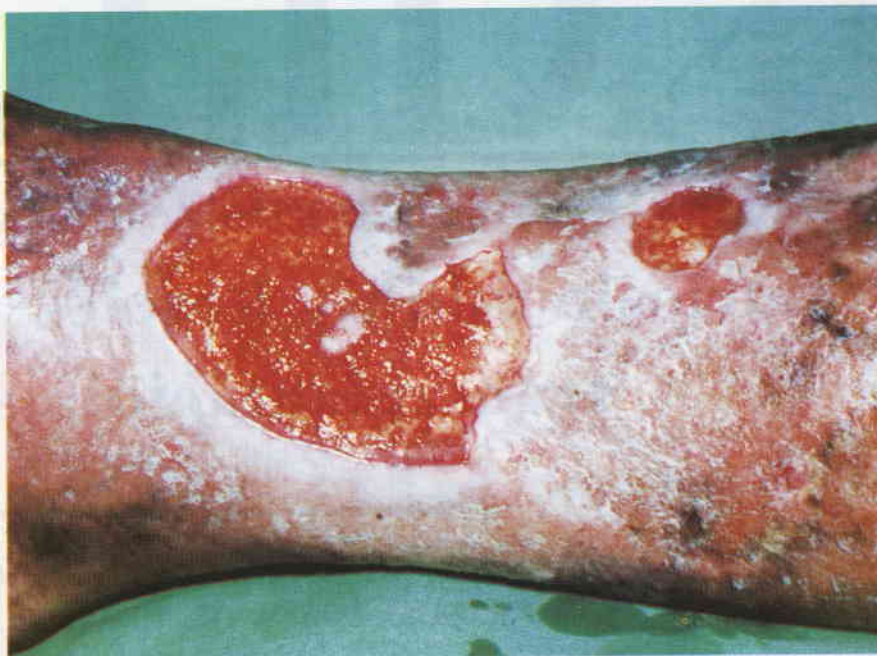
Vizsgálatunk során arra voltunk kíváncsiak, hogy az előzetesen a sebalapra csepegtetett Curiosin befolyásolja-e a mesh graft megtapadását, illetve a naponkénti kötőcsere során a graft lumeneibe csepegtetett oldat elősegíti-e a lumenek hámosodását.

Anyag és módszer

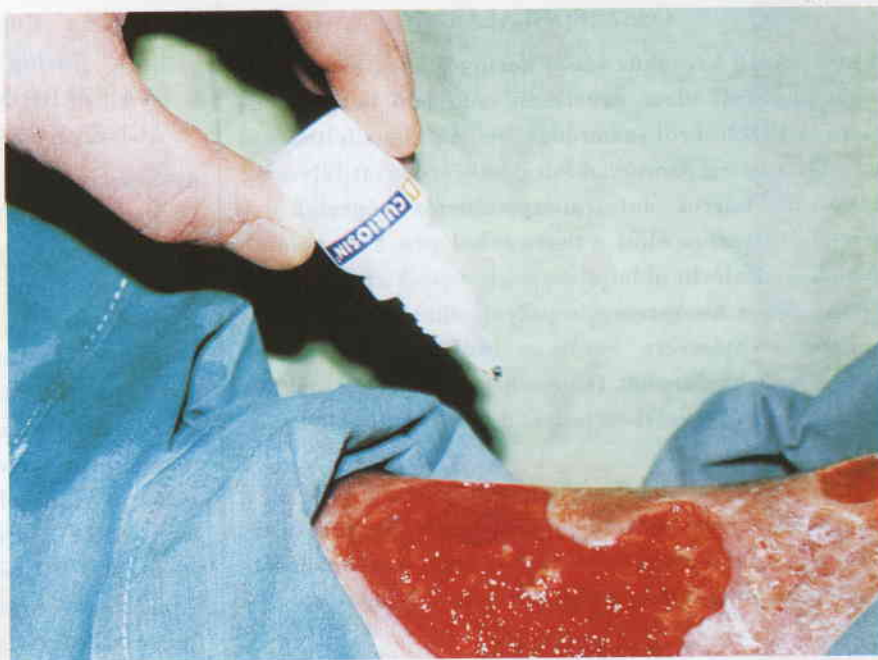
Beteganyag: a DOTE Phlebológia Szakrendelésén járt, anamnézis, fizikális és doppler vizsgálat alapján diagnosztizált, KVE talaján kialakult ulcus crurisban szenvedő betegekből a transzplantációra alkalmasak közül véletlenszerűen kiválasztott 15 beteg (8 nő, 7 férfi). Átlagéletkor 60 év (51 év – 69 év).

A transzplantáció előfeltétele volt a tiszta sebalap. Az ulcusok mérete: 3 cm x 8 cm-től 5 cm x 10 cm nagyságú volt.

A következő műtéti módszert alkalmaztuk: a feltisztított ulcusra Lidocain gélt helyeztünk a műtét előtt fél órával. Ezt követően Volkmann-kanállal vérzékeny sebalapot készítettünk. Az ulcussal azonos oldali combról előzetesen 0,5%-os Lidocainnal infiltrált területről a papillaris dermis-reticularis dermis határáig terjedő mélységben úgynevezett félvastag bőrt vettünk, melyet hálósítottunk. Az előzőekben leírt módon előkészített sebalapra Curiosin oldatot csepegtettünk 1 csepp/cm² dózisban. A transzplantátumot impregnált lappal fedtük, kötéssel rögzítettük, majd a lábszárra rövidre nyújtható kompressziós pólyát helyez-



1. ábra. A transzplantációhoz előkészített sebalap.



2. ábra. A sebalapra Curiosin oldat csepegtetése (1 csepp/cm²).

tünk, mely nyugalomban is rajta maradt a betegen. Per os vénás keringésjavító gyógyszert alkalmaztunk. A donor területre Omidermet és impregnált lapot helyeztünk. A betegeknek ágynyugalmat javasoltunk 3 napig. A transzplantált területet naponta kezeltük Curiosin oldattal, a fent leírt dózisban.

Eredmények

A transzplantátumok átlagosan 7 nap alatt gyógyultak, vagyis a teljes bőrmegtapadás mellett a hálósítással képződött lumenek is behámosodtak. Tíz esetben teljes, öt esetben 90%-os gyógyulást értünk el. A betegek az ulcus hámosodása után is használják a kompressziós pólyát. A transzplantált terület megerősödése után felajánlot-



3. ábra. A mesh-graft ráhelyezve a sebalapra.



4. ábra. A transzplantátum rögzítése impregnált lappal.



5. ábra. A kötés fölött kompressziós pólya alkalmazása.

tuk, hogy a fásli helyett rugalmas harisnyát viseljenek. Ezt tíz beteg kérte, öt továbbra is fáslit használ. A betegek rendszeres kontroll alatt állnak a klinika phlebológia szakrendelésén. Hat esetben fél év múlva recidiva alakult ki egy-egy kis területen, de ez konzervatív kezelésre (Curiosin oldat), három esetben gyógyult, három esetben az ulcus jelentősen megkisebbedett. Három beteg a műtét után 6-9 hónappal jelenleg is tünetmentes.

Megbeszélés

Az ulcus cruris kialakulásának számos oka lehet: KVE, occlusiv artériás megbetegedés, kevert típusú artériás és vénás keringési zavar, anyagcsere betegség (diabetes mellitus), infekció, tumor exulceráció, fizikai (égés, fagyás) vagy traumás okok, illetve vasculitis. A leggyakoribb a krónikus vénás keringési elégtelenség talaján kialakult ulcus. Ezen esetekben a következő kezelés ajánlott: vénás keringésvajtó gyógyszer, kompressziós pólya, lokális terápia, sebészeti kezelés.

A kompressziós pólya használatával a billentyűelégtelenségből eredő vénás nyomásfokozódás csökken, a keringés, a szövetek oxigénellátottsága javul. A helyi kezelés megválasztásánál fontos, hogy milyen a sebalap. Necrosissal, pörkkel fedett ulcusoknál először ezek eltávolítása a cél, ez történhet enzim, hidrokolloidok alkalmazásával, vagy sebészi úton. Hámosító kezelés csak tiszta sebalapon eredményes. Erre többféle készítmény alkalmas, így igen hatékony a cink-hyaluronát tartalmú Curiosin oldat. A fekély gyógyításának további lehetséges módja a bőrtranszplantáció (autotranszplantátum).

A feltisztult alapú ulcus transzplantátummal végzett fedése rutin eljárás. Elsősorban olyan esetekben alkalmazzuk, amikor az ulcus nagy kiterjedése miatt a konzervatív kezelés nem vagy csak nagyon lassan eredményezhet teljes gyógyulást. A bőrátültetés tapasztalataink szerint 5-60%-ban eredményes, 10-14 nap alatt jön létre a teljes hámosodás. A terápia hatékonyságát



6. ábra. Kezelés előtt.



7. ábra. Kezelés után, gyógyultan.

az önmagában is hatékony hámosító szer használatával, Curiosin oldattal kívántuk növelni. Tapasztalataink szerint a sebalap Curiosinnal történt kezelése után alkalmazott bőrháló hamarabb és nagyobb valószínűséggel tapad meg, és a további kötéscserék során a Curiosin oldat ismételt alkalmazása gyorsítja a bőrháló lumeneinek hámosódását. Ezzel a módszerrel 7 nap alatt teljes gyógyulást értünk el 10 esetben, 5 esetben pedig 90%-os gyógyulást.

Az ismertetett terápiás eljárás lépései tehát a következők:

1. Az ulcer előkészítése a transzplantációhoz. Sebalap feltisztítása (1. ábra).

2. Az előkészített sebalapra Curiosin oldat csepegtetése (1 csepp/cm²) (2. ábra).

3. A mesh-graft ráhelyezése a sebalapra (3. ábra).

4. A transzplantátum rögzítése impregnált lappal (4. ábra).

5. A kötés fölé kompressziós pólya felhelyezése (5. ábra).

A kezelés előtti ulcust, majd a kezelés utáni gyógyult állapotot a 6., 7. ábra demonstrálja.

A kis esetszám ellenére kedvező eredményeink alapján úgy gondoljuk, hogy a Curiosin oldattal való kezelés előnyösen befolyásolja a transzplantátum megtapadását és az ulcer gyógyulását.

Irodalom

1. Acsády, Gy., Laczkó, Á., Nemes, A.: A postvaricectomiás oedemák Detralex kezelésével szerzett klinikai tapasztalatok. *Érbetegségek* 3: 27-29 (1996)
2. Christiansen, J., Ek, L., Tegner, E.: Pinch grafting of leg ulcers. A retrospective study of 412 treated ulcers in 146 patients. *Acta Derm. Venerol.* 77: 471-73 (1997)
3. Daróczy, J.: A krónikus vénás elégtelenség – ulcus cruris betegség korszerű szemlélete. *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2: 58-62 (1997)
4. Eaglstein, W. H., Falanga, V.: Chronic wounds. *Surg. Clin. North. Am.* 77: 689-700 (1997)
5. Fletcher, A., Cullum, N., Sheldon, T. A.: A systemic review of compression treatment for venous leg ulcers. *BMJ.* 315: 576-80 (1997)
6. Goodfield, M.: Optimal management of chronic leg ulcers in the elderly. *Drugs Aging* 10: 341-8 (1997)
7. Hubert, A., Gheeraert, P.: Local treatment of leg ulcers. *Rev. Med. Brux.* 18: 252-4 (1997)
8. Kirsner, R. S., Eaglstein, W. H., Kerdel, F. A.: Split-thickness skin grafting for lower extremity ulcerations. *Dermatol. Surg.* 23: 85-91 (1997)
9. Lansdown, A. B. G.: Zinc in the healing wound. *The Lancet.* 347: 706-7 (1996)
10. McGuckin, M., Stineman, M., Goin, J., Williams, S.: The road to developing standards for the diagnosis and treatment of venous leg ulcers. *Ostomy Wound Manage.* 42: 62-66
11. Nelzen, O., Bergqvist, D., Lindhagen, A.: Long-term prognosis for patients with leg ulcers: a postoperative cohort study. *Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg.* 13: 500-8 (1997)
12. Ruffieux, P., Hommel, L., Saurat, J. H.: Long-term assesment of chronic leg ulcer treatment by autologous skin grafts. *Dermatology.* 195: 77-80 (1997)
13. Wautrecht, J. C.: Diagnosis and general treatment of leg ulcers. *Rev. Med. Brux.* 18: 249-51 (1997)

Dr. Szabó Éva

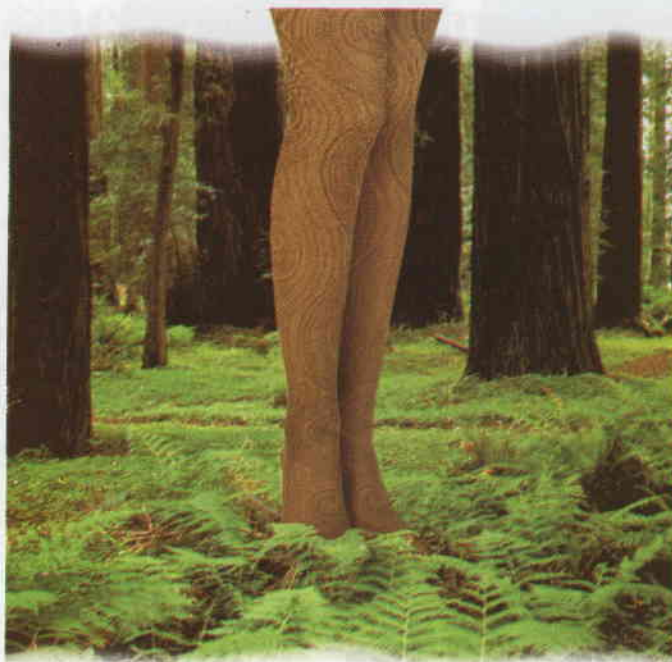
DOTÉ Bőrklinika

4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

SIGVARIS®



500



Copyright ©

**Érezze magát természetesen SIGVARIS
gyógyharisnyában!**

**A SIGVARIS 500 gyógyharisnya-család
rugalmasságát – az elsők között a világon –
valódi, természetes gumi (Elatodien)
biztosítja.**

*** Természetes alapanyag.**

*** Tartósság.**

*** Rugalmasság.**

**A SIGVARIS gyógyharisnyák vényre írhatók!
(Karharisnyáinkat a gyógyellátottak ingyen
kaphatják.)**

Forgalmazó: Compri-Med Kft.

1134 Budapest, Csángó u. 8.

Tel.: 06-30-493700, 06-60-301525.

Fax: 129-1656.



Opra-trió

A háromfázisú sebellátási rendszer az ulcus cruris kezelésére

1. Fázis:

Exudáció



Opratorb

*Abszorbeál és
tisztítja a sebet*



2. Fázis:

Sarjszövet
képződés



Opragel

*Serkenti
a granulációt*



3. Fázis:

Epithelizáció



Opraflex

*Védi az új
hámot*



A háromfázisú sebellátás nagyon hatékony és
gazdaságos sebbekezelést biztosít.

Az OPRA trió tagjai:

OPRASORB szívópárna,
OPRAGELhidrogél,
OPRAFLEX filmkötszer
egészségügyi rendel-
kezés alapján 95 %-
os TB támogatás-
sal rendelhető



SALUS Kft.
1119 Budapest,
Than K. u. 20.
Tel.: 204-3846,
204-3847, 203-3379.
Fax: 204-3851.



A sebbekezelés mellett a terápia
másik fontos eszköze a kom-
pressziós kötés, melynek elkészí-
tésére a Lohmann ROSIDAL K
vagy DURELAST rövidmegnyú-
lású rugalmas pólyát ajánljuk.
Mindkét pólya gyógyászati se-
gédesszköz vényen 85 %-os tá-
mogatással irható.
Közgyógyellátottak részére a
Rosidal K térítésmentesen ren-
delhető.

Az utókezelésre használható
MEDI kompressziós harisnyákat
85%-kal támogatja a TB, illetve
közgyógyellátottaknak
térítésmentesen rendelhetők.

A visceralis artériák aneurysmáiról – sikeresen operált rupturált truncus coeliacus aneurysma-esetünk kapcsán

DR. PAPP LÁSZLÓ, DR. ANDREW R. L. MAY, DR. FARRUKH BAJWA

ÖSSZEFOGLALÁS

A visceralis artériák aneurysmái ritkán fordulnak elő, gyakran tünetmentesek, vagy atípusos tünetekkel járnak, diagnózisuk sok esetben rendkívül nehéz, számos alkalommal csak célzott diagnosztikus módszerekkel sikerül. Utóbbi vizont azt feltételezi, hogy a beteget kivizsgáló és kezelő belgyógyász, radiológus és sebész ezen aneurysmák klinikumának ismeretében végzik munkájukat. A diagnosztikus és terápiás nehézségek ellenére a visceralis aneurysmák potenciális életveszélyt jelentenek, és az esetek egy részében korai elektív, ruptúra esetén pedig akut sebészeti ellátást igényelnek. A szerzők sikerrel operált, rupturált truncus coeliacus aneurysma-esetük kapcsán rövid áttekintést adnak a visceralis erek aneurysmáinak aetiológiájáról, tünettanárról, diagnosztikájáról és a terápiás lehetőségekről. Felhívják a figyelmet a különböző lokalizációjú aneurysmák kezelésében megnyilvánuló különbségekre.

KULCSSZAVAK

aneurysma, visceralis artériák, ruptúráveszély, célzott diagnosztika, sebészi kezelés

Aneurysm of the visceral arteries – a review on the occasion of a successfully operated ruptured coeliac trunk aneurysm

LÁSZLÓ PAPP M.D., ANDREW R. L. MAY M. D., FARRUKH BAJWA M. D.

The aneurysms of the visceral (splanchnic) arteries are uncommon. These aneurysms are often asymptomatic or produce atypical symptoms only, therefore their diagnosis sometimes is very difficult. Frequently it can be achieved only by means of special diagnostic methods. To use special diagnostics, it is supposed that those colleagues involved in the diagnostic procedures and the treatment of these cases, investigate and treat the patients in the knowledge of the clinical features of the visceral aneurysms. These aneurysms mean a potential life danger, and require early elective surgical treatment in selected circumstances, or urgent surgical intervention in case of a real or supposed rupture.

The authors present a short review on the etiology, symptoms, diagnostic and therapeutic possibilities of these aneurysms, and emphasize the different policies in treatment of visceral aneurysms of different locations.

KEYWORDS

aneurysm, visceral arteries, risk of rupture, sophisticated diagnostic methods, surgical treatment

Bevezetés

A visceralis aneurysmák ritkák: az összes aneurysmára vonatkoztatott előfordulási arányuk 1% alatt van. Az aneurysmák lokalizációja érdekes eloszlást mutat: a 4 „fő” artéria aneurysmája felelős a visceralis artériák aneurysmáinak 90%-áért, míg a másodlagos („ág-”) artériák adják a további 10%-ot (1) (1. ábra). Legritkébbak az a. mesenterica inferior-aneurysmák (2).

A visceralis artériák aneurysmái többnyire a hatodik életévben, illetve ezután jelentkeznek. Ez alól két kivételt ismerünk: az a. lienalis aneurysmája már a 30. életévet követően is előfordulhat, az a. mesenterica superior mycoticus aneurysmája pedig típusosan az 50 éves életkor előtt jelentkezik (1).

Aetiológiájukat tekintve, a korábbi kizárólagos arterioscleroticus, illetve mycoticus eredet-teóriák mellett ma már sokkal árnyaltabb a kép, és a különböző artériák esetében eltérő faktorok is szerepet játszhatnak.

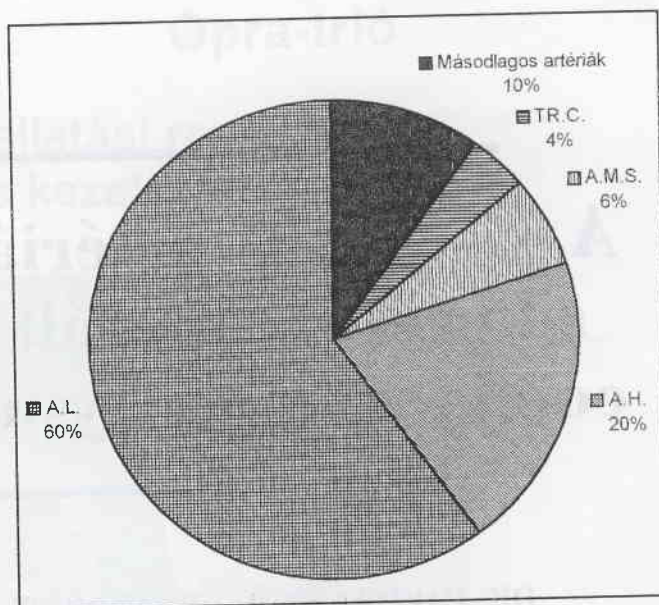
Az a. mesenterica inferior aneurysmák oly ritkák, hogy eredetükről csak teóriák ismeretesek, de mégis az arteriosclerosis tűnik a legvalószínűbb kiváltó oknak (3). Egyes szerzők az a. mesenterica inferior kezdeti szakaszának aneurysmáját az infrarenalis aorta aneurysmájával hozzák összefüggésbe.

A kisebb mesenterica-ágak és az aa. gastricae valamint az aa. gastroepiploicae aneurysmáit 50%-ban congenitalisnak tekintik (4). A gyakoriságban következő (4%) truncus coeliacus-aneurysma kialakulásában a media-degeneráció és az arteriosclerosis tekinthető a legfontosabbnak, utóbbi esetben az aneurysma ténylegesen a poststenoticus dilatatio képeben jelentkezhet (1,5).

A 6%-os gyakorisággal következő a. mesenterica superior tágulatainak létrejöttében fentiek mellett a fertőzés is szerepet játszhat, leggyakrabban endocarditist vagy septicaemiát követően (6).

A második leggyakoribb visceralis aneurysma, az a. hepatica aneurysmája kialakulásában az arteriosclerosis és a media degeneráció mellett a trauma is jelentős szerepet játszik. Ennek módja lehet közvetlen epigastriális-jobb hypochondriális trauma, vagy deceleratio sérülés. A rögzített máj gyakorlatilag nem képes elmozdulásra, míg a nagy sebességcsökkenés (ütközések) esetén az a. hepatica kis amplitudójú, gyors, antero-posterior irányú elmozdulása intima-, esetleg mediaszakadáshoz vezethet. Az 1950-es és 60-as években a syphilis is fő kóroki tényezőként szerepelt (7), ma jelentősége már csak elméleti. Több szerző az Ehlers-Danlos syndromát is az előidéző tényezők közé sorolja.

A leggyakoribb az a. lienalis aneurysma (60%), (1), kialakulásában elsődleges tényezőnek a media-degeneratio (congenitalis formában a fibrodysplasia; Ehlers-Danlos) tekinthető, bár egyes szerzők szerint az ismételt terhesség, és valószínűleg a portalis hypertensio is jelentős szerepet játszik (1,8).



1. ábra. A visceralis artériák aneurysmáinak gyakorisága.

„Fő” artériák:

A. L. – Arteria lienalis, A. H. – Arteria hepatica,
A. M. S. – Arteria mesenterica superior,
Tr. C. – Truncus coeliacus.

„Másodlagos” artériák:

Arteriae colicae

Arteriae gastricae

A. pancreaticoduodenalis

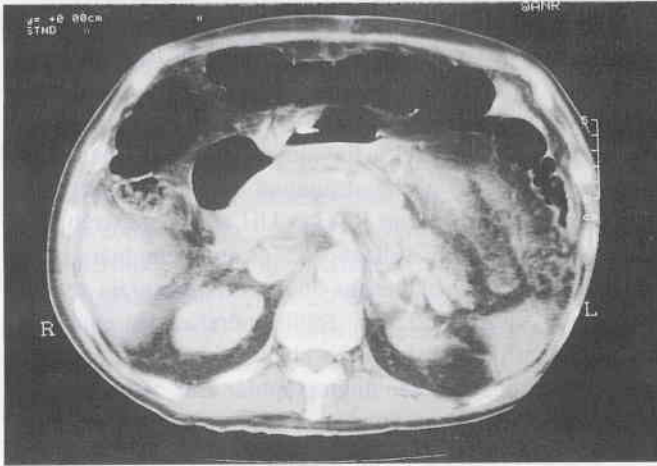
Egyéb ág-artériák.

Az aneurysmák incidenciájáról néhány érdekes adat: korábban már említettük, hogy a visceralis aneurysmák részesedése kb. 1%-a, az összes aneurysmát tekintve 100%-nak. Moore és mtsai. csaknem 20 000 boncolási jegyzőkönyvet áttekintve a leggyakoribbnak az a. lienalis-aneurysma előfordulását 0,098%-nak találták, ami azt jelenti, hogy a normál populációban kb. minden tízezredik egyénben található a. lienalis aneurysma (9). Egy másik tanulmányban az a. lienalis aneurysma incidenciáját azoknál a betegeknél, akiknél selectív visceralis angiographiát végeztek, 0,78%-nak találták. Ezeknek a betegeknél azonban már ismert vagy feltételezett artériás megbetegedése volt, emiatt készült az angiographia (10).

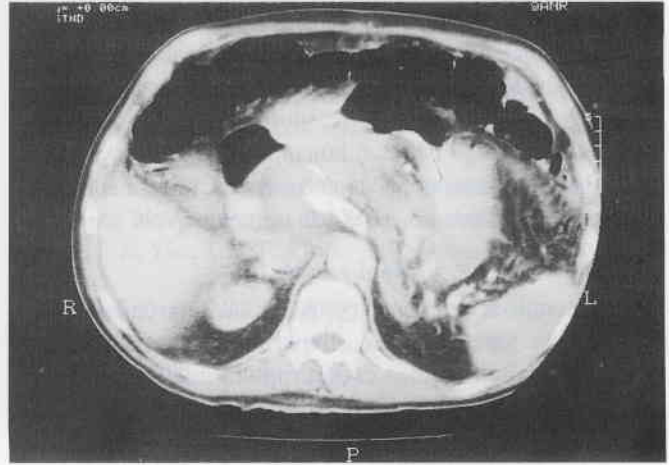
Truncus coeliacus aneurysmát 1994-ig 48 esetben közöltek (5).

Esetismertetés

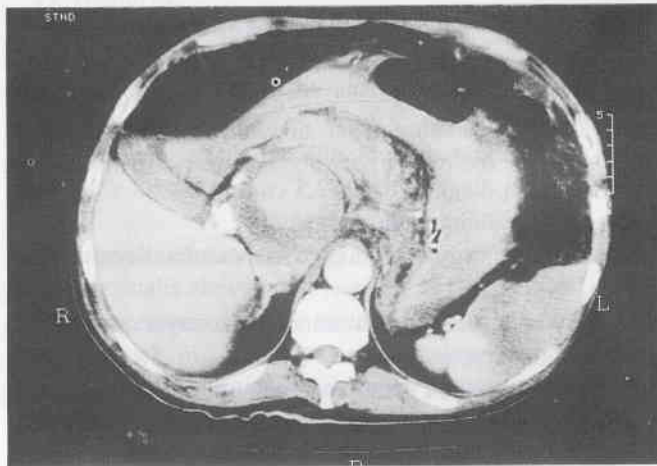
R. B. 69 éves férfibeteg 1996 októberében, előzetesen diagnosztizált, a flexura lienalisban elhelyezkedő colon carcinomával, elektív műtét céljából került felvételre a Colchester General Hospital Sebészeti és Érsebészeti Osztályára. A műtét során az operátor a vastagbél-tumor mellett két, diónyi májattétet és a pericoecalis régióban kb. 6-800 ml-nyi, nem friss haematomát talált. Utóbbi eltávolítása után



2. ábra. A felvétel középpontjában az aorta, az aortából kiinduló meszes, aneurysmaticus truncus coeliacus, és körötte a hatalmas álaneurysma.



3. ábra. 2 cm-rel distalisabb síkban készült CT-felvétel: az aorta előtt szembetűnő a meszes, táguult truncus coeliacus (fehér), ettől jobbra (a felvételen balra) a thrombussal kitöltött álaneurysma.



4. ábra. További 2 cm-rel distalisabban készült felvétel. Az aorta keresztmetszete normális, az aortától jobbra a vena cava inferiort is comprimáló, 8-10 cm átmérőjű álaneurysma.

sem lokális, sem távoli vérzésforrást igazolni nem sikerült a hasüreg revisioja során. A haematómát kisebb csepleszvé-nából bekövetkezett korábbi vérzésnek tulajdonítva, az ope-ráló kollega a műtétet folytatta, palliatív bal oldali hemicol-ectomiát végezve. A műtét komplikációmentesen zárult, és a beteg zavartalan postoperatív szak után, a 9. napon tünet-mentesen, jó általános állapotban elhagyta a kórházat. A tá-vozását követő 8. napon sürgősséggel került újrafelvételre, közepes intenzitású epigastriális-jobb bordaív alatti fájda-lommal, sápadtan, verejtékezve, praeshockos-shockos álla-potban. Tensioja 95/60 Hgmm, pulzusa 110/min volt. A fi-zikális vizsgálat során hasüri perforációra utaló jelet nem ta-láltunk, és ezt az elvégzett RTG-vizsgálatok sem igazolták.

Pozitívum volt azonban az epigastriális érzékenység (izomvédekezés nélkül) és a bélhangok hiánya. A hemicol-

ectomia után, a távozás napján a beteg Hgb értéke 10,9 g/l volt, az újrafelvételkor 5,8 g/l. A klinikai tünetek és a Hgb-érték ismeretében intenzív shock-ellenes folyadékterápiát és transfúziót kezdtünk. Tekintettel arra, hogy a beteg sem hae-matemesisről, sem melaenáról, illetve rectalis vérzésről nem számolt be, és a fentiekre utaló tüneteket a vizsgálat során sem találtunk, intraabdominalis vérzés gyanújával sürgős hasi UH-vizsgálatot kértünk, mely a has jobb felében, sub-hepaticusan, illetve a colon ascendens mentén több száz ml-nyi szabad hasüri folyadékot igazolt (Dr. Gould). Az intra-abdominalis vérzés diagnózisával sürgős laparotomiához készültünk. Az előkészítés alatt az intenzív folyadékterápia és a transfúziók hatására a beteg haemodinamikailag stabi-lizálódott, s miután az előző műtét során semmiféle poten-ciális vérzésforrást nem sikerült találni, a laparotomia előtt, a folyadékterápiát folytatva, sürgős CT-vizsgálatot végez-tünk (dr. Gould). Ez egyértelműen kimutatta a vérzésforrást: meszes, aneurysmaticus truncus coeliacus, körülötte álane-urysma, hatalmas thrombussal. (2. ábra.)

A következő felvételen (3. ábra) még egyértelműbben látszik a képletek egymáshoz való viszonya, míg a 4. ábrán a truncus coeliacus már nem látható, csak az aorta kereszt-metszete, és az átmérőjében ennél kb. háromszor nagyobb, hatalmas álaneurysma.

A pontos diagnózis birtokában sürgős thoracolaparotómi-át végeztünk (dr. May). A truncus coeliacust felkeresve és az aortát a rekesz fölött kirekesztve, a truncus coeliacus-a. hepatica communis határán lévő sacciform aneurysmát rese-caltuk és endoaneurysmorrhaphiát végeztünk. Interpositum beültetésére vagy bypassra nem volt szükség. A haematoma (1500 ml) kiürítése után gondos hasüri revisiot végeztünk, meggyőződünk arról, hogy a máj keringése intact maradt, majd a thoracolaparotomia sebét mellkasi és hasüri drain hátrahagyásával zártuk.

A beteg a postoperatív szakban haemodinamikailag végleg stabil maradt, és a műteti sebben kialakult MRSA (Methycillin Resistens Staph. Aureus)-fertőzéstől eltekintve, egyéb komplikáció nélkül, a postoperatív 10. napon elhagyta a kórházat. 4 héttel, 6 hónappal és egy évvel a műtét után mind a truncus coeliacus-aneurysma, mind a colon-tumor vonatkozásában tünet- és panaszmentes volt.

Megbeszélés

A visceralis artériák aneurysmái ritkák, a krónikus szakban gyakran tünetmentesek, illetve aspecifikus tünetekkel jelentkeznek. Sok esetben csak a ruptura miatt végzett sürgős műtét során kerülnek felismerésre, további jelentős számban csak kórbonctani diagnózisként, mellékleteként szerzünk tudomást a teljesen tünetmentes zsigeri artéria-aneurysmáról.

Bár a tünetek nem specifikusak, célszerű azokat az aneurysmák lokalizációja szerint tárgyalni. Általánosságban elmondható, hogy a hasi fájdalom, később az intraabdominalis vagy gastrointestinalis vérzés a vezető tünetek közé tartozik.

A truncus coeliacus-aneurysmák leggyakrabban postprandialis fájdalommal hívják fel magukra a figyelmet (1). Bár az étkezés után jelentkező, kólikaszerű hasi fájdalom az a. mesenterica superior stenosisának is vezető tünete lehet, bármelyik diagnózis gyanúja esetén a szelektív visceralis angiographia elvégzendő, amely azonnal tisztázza a kórismét.

A gyakoriságban következő a. mesenterica superior-aneurysma az esetek felében mint kisméretű (az aorta-aneurysmához viszonyítva), érzékeny, pulzáló rezisztencia jelentkezik (1). Természetesen az aneurysma tapinthatósága a beteg alkatanak és az aneurysma méretének is függvénye. A postprandialis fájdalom az arterioscleroticus eredetű aneurysmák jellemzője, míg a mycoticus vagy a bakteriális endocarditist követően kialakult tárgulatok esetén ez egyáltalán nem vezető tünet. Az arteriosclerosis talaján kialakult aneurysmák elmeszesednek, és így a natív hasi RTG-n is láthatóak, bár a pontos diagnózist ebben az esetben is csak angiographiával állíthatjuk fel.

A 20%-ban előforduló a. hepatica-aneurysmák az esetek nagy részében symptomaticusak. Meglepő módon több mint 40%-ban a ruptura az első tünet (7). Az ezt megelőző stádiumban epigastriális, jobb hypochondriális fájdalom, icterus, haemobilia, esetleg haematemesis vagy melaena lehetnek a tünetek. Icterust és haemobiliát szinte kizárólag csak az intrahepaticus aneurysmák okoznak. Fizikális vizsgálattal az a. hepatica tárgulatai alig észlelhetők, mivel rendszerint nem érik el a 2 cm-es nagyságot. Diagnózisukban a célzott visceralis, vagy még inkább a célzott tr. coeliacus-angiographia nyújthatja a legnagyobb segítséget (utóbbira intrahepaticus aneurysma gyanúja esetén feltétlenül szükség van), bár 0,5-1 cm, vagy e fölötti méret esetén már a hasi CT vagy NMR is egyértelmű diagnózist ad.

A leggyakoribb a. lienalis-aneurysmák kórismézése is nehéz. Ezek a tárgulatok mintegy 50%-ban teljesen tünetmentesek, és ezért alig kerülnek felismerésre, esetleg más célból végzett natív hasi RTG-n a típusos helyen látható meszesedés hívhatja fel a figyelmet. Utóbbi esetben, vagy ha a beteg a bal hypochondriumban észlelt fájdalom miatt kerül kivizsgálásra, a hasi RTG és UH, szükség esetén a CT vagy NMR biztosítja a diagnózist, és angiographiára ritkán kényszerülünk. Az a. lienalis-aneurysma rupturája relative ritka (2%), viszont a 2,5 cm fölötti méret esetén ennek veszélye szignifikánsan nagyobb (11). Több szerző az a. lienalis aneurysmája esetén angiographiát csak a sebészi ellátásra kerülő esetekben javasol, a műtét technikai részleteinek megtervezéséhez (1, 8, 9, 11).

Amennyiben felállítottuk valamelyik visceralis artéria aneurysmájának a diagnózist, a következő kérdés: műtét vagy a beteg nyomonkövetése. Akárcsak az aorta-aneurysmák esetében, a pusztá diagnózis itt sem jelent egyértelmű műteti indikációt.

Az irodalmi adatok alapján a műteti javallatot az alábbiak képezik:

1. A. hepatica-aneurysma (40%-nál nagyobb spontán ruptura-arány!) (12)

2/a. Fertilis korban lévő nők a. lienalis-aneurysmája. A terhesség alatt diagnosztizált, 2,5 cm-nél kisebb a. lienalis-aneurysma továbbra is vita tárgya (1).

2/b. 2,5 cm, vagy ennél nagyobb méretű a. lienalis-tárgulat.

2/c. Symptomaticus, tehát minden bizonnyal „stretching” a. lienalis-aneurysma.

3. A többi esetben műtét progresszív növekedés és/vagy fokozódó tünetek esetén jön szóba.

4. Értelmszerűen azonnali műtét indikált ruptúrára utaló tünetek esetén, tekintet nélkül a lokalizációra.

Intermediér kezelési megoldásként jön szóba a katéter-embolizáció. Ennek lehetőségei meglehetősen korlátozottak. Nem jöhet szóba, mint definitív megoldás, végartériák és az a. mesenterica superior esetében. Utóbbi esetben kizárólag az életet veszélyeztető progresszív vérzés esetén, gyakorlatilag csak az angiographia közben, életmentés céljából kerülhet sor rá, amit – mivel az a. mesenterica superior akut elzáródása az élettel összeegyeztethetetlen állapot – azonnali revascularisációnak kell követnie.

A katéter-embolizáció létjogosultsága az a. hepatica tárgulatai esetén egyértelműen bizonyított: haemobiliát okozó kis, intrahepaticus aneurysmák esetén definitív megoldásként szerepelhet (13).

Végül egy rövid áttekintés a lehetséges műteti megoldásokról (a kérdés részletes tárgyalása e cikk keretei között, a terjedelmi korlátok miatt nem lehetséges).

A. lienalis:

– splenectomy (kiegészítve hosszú távú penicillin-V profilaxissal a későbbi OPSI-syndroma veszélye miatt),

– az aneurysma-zsák kiiktatása (ligatura) és az a. linealis reimplantatioja (főleg proximalis elhelyezkedésű aneurysmák esetén van létjogosultsága).

A. hepatica:

– ha az aneurysma az a. gastroduodenalistól és az a. gastrica dextra eredésétől proximalisan van: egyszerű ligatura, előzetes kompresszióval meggyőződve arról, hogy a kollerális keringés útján a máj keringése megfelelő,

– distalisabb aneurysma esetén: resectio, v. saphena interpositummal, vagy (amennyiben technikailag lehetséges) endoaneurysmorrhaphia, szükség esetén vénafolt-plasztikával kiegészítve.

A. mes. sup.:

– endoaneurysmorrhaphia, ha technikailag kivitelezhető,
– aorto-mesenterialis saphena-bypass, az aneurysma-zsák ligatúrákkal történő kirekesztése után. Utóbbi esetben az aneurysma el is távolítható, ha a műtét során úgy találjuk, hogy a bypassot komprimálja (14).

Tr. coeliacus:

– endoaneurysmorrhaphia
– aneurysma-resectio és revascularisatio (aorta-coeliacalis saphena-bypass) (5, 14).

Feltétlenül megemlítenéd, hogy endoaneurysmorrhaphia csak saccularis aneurysmák esetén végezhető.

Összefoglalás

A visceralis aneurysmák ritkák, de a ruptura lehetősége miatt potenciális életveszélyt jelentenek. Diagnózisuk gyakran nehéz, részben a relatív tünetmentesség, részben az atipikus tünetek miatt. Diagnosztikai fegyvertárunkban továbbra is a legspecifikusabb módszer a szelektív angiographia, bár egyes esetekben ultrahanggal, CT-vel, vagy NMR-rel is pontos diagnózishoz juthatunk. Műtéti megoldás ajánlott az a. hepatica aneurysmái esetén, az a. linealis tágulatainak jelentős százalékában, valamint a többi arteria progresszíven növekvő, tüneteket okozó aneurysmája esetén, mérettől függetlenül. Minden más esetben a betegek nyomkövetése, rendszeres kontrollja javasolt, UH-vizsgálattal egybekötve, 3, 6, esetleg 12 hónapos időközönként.

Köszönetnyilvánítás

A szerzők ezúton fejezik ki köszönetüket dr. J. Gould konzultáns radiológusnak, akinek segítségével felbecsülhetlen értékű volt a pontos diagnózis felállításában.

Megjegyzés

A szerző állandó munkahelye: DOTE I. Sebészeti Klinika, Debrecen, Pf. 27. 4012.

A közleményben szereplő műtét időpontjában a Colchester General Hospital Sebészeti és Érsebészeti Osztályán dolgozott. (Colchester General Hospital, Turner Road, Colchester, Essex, CO4 5JL, Anglia.)

Irodalom

1. Clyne, C. A. C.: Operations for splenic artery aneurysm. In: Surgical management of vascular disease Eds.: Bell, P. R. F., Jamieson, C. W., Ruckley, C. V., W. B. Saunders, London, 1992. 883-888.
2. McNamara, M. F., Bakshi, K. R.: Mesenteric artery aneurysms. In: Aneurysms, diagnosis and treatment. Eds.: Bergan, J. J., Yao, J. S. T., Grune & Stratton, New York, 1982. 385.
3. Graham, L. M., Hay, M. R. R., Cho, K. J., Stanley, J. C.: Inferior mesenteric artery aneurysms. Surgery 97: 158. (1985)
4. McNamara, M. F., Grinska, L. B.: Superior mesenteric artery branch aneurysms. Surgery 88:625. (1980)
5. Graham, L. M., Stanley, J. C., Whitehouse W. M. et al.: Coeliac artery aneurysms. J. Vasc. Surg. 2:757. (1985)
6. De Bakey, M. E., Cooley, D. A.: Successful resection of mycotic aneurysms of superior mesenteric artery. Ann. Surg. 19:202. (1953)
7. Welch, G. H., Anderson, J. R., Liebermann, D. P.: Aneurysms of the hepatic artery: a report of three cases. J. R. Coll. Surg. Edinb. 31:91. (1986)
8. Trastek, V. F., Pairolero, P. C., Joyce, J. W., Hollier, L. H., Bernatz, P. E.: Splenic artery aneurysms. Surgery 91: 694. (1982)
9. Moore, W. S., Guida, P. M., Schumacher, H.: Splenic artery aneurysms. Bull. Soc. Int. Chir. 29:210. (1970)
10. Stanley, J. C., Fry, W. J.: Pathogenesis and clinical significance of splenic artery aneurysms. Surgery 76:898. (1974)
11. Stanley, J. C., Wakefield, T. W., Graham, L. M., Whitehouse, W. M., Zelenock, B. and Lindenauer, S. M.: Clinical importance and management of splanchnic artery aneurysms. J. Vasc. Surg. 3:836. (1986)
12. Stanley, J. C., Thompson, N. W., Fry, W. J.: Splanchnic artery aneurysms. Arch. Surg. 101:689. (1970)
13. Goldblatt, M., Rad, F. F., Goldin, R. A. et al.: Percutaneous embolisation for the management of hepatic artery aneurysms. Gastroenterology 73:1142. (1977)
14. Dzsini Cs.: A visceralis és renalis artériák megbetegedései. In: Angiologia. Szerk.: Szabó Z., Solti F., Nemes A., Medicina, Budapest, 1990. 197-192.

Dr. Papp László

The Royal Infirmary of Edinburgh,
Vascular Surgery Unit
Lauriston Place, Edinburgh,
EH3 9YW, Scotland



VENOSAN®

kompressziós harisnyák
és harisnyanadrágok

- a II. III. és IV. kompressziós fokozatban kaphatók az OEP támogatásával
- standard és egyéni méretben
- közgyógyellátottak részére térítésmentesen
- különböző anyagösszetételben és színekben
- a "Tactel klímahatás" tökéletesen megakadályozza az izzadást

forgalmazó: Veno- Med Kft.
1042 Budapest,
Árpád u. 56.
Tel/fax: 390-2312.

Aethoxysklerol®

worldwide No 1 of sclerosing agents

Aethoxysklerol® Újdonság

0,5%, 1% és 2%-os injekció
5 mg, 10 mg és 20 mg
polidocanolum milliliterenként
5 x 2 ml-es ampullákban

A felületi varixok és haemorrhoidok szklerotizációjához

Előállító:

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



Aethoxysklerol®

0,5% és 1% injekció
5 mg és 10 mg
polidocanolum milliliterenként
30 ml-es flakonban

Az oesophagus-varixok
szklerotizációjához

Képviselőt és információ:

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



Részletes információt lásd a gyógyszeralkalmazási előíratban.
✱ Csak vényre rendelhető „Sz” jelzés

Változások a diabeteses betegek végtag gangraena miatti amputációinak megítélésében

DR. GURZÓ ZSUZSANNA, DR. GYIMESI ANDRÁS,
DR. ZÁMORI CSABA, DR. IVÁNYI JÁNOS

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők 10 év alatt (1987–1996) érsebészeti osztályon 805 esetben végeztek végtag amputációt. Közöttük 239 (29,6%) volt diabeteses. Ezen beteganyagot elemezték részletesen. Az átlagéletkor 66 év (nő: 68 év, férfi: 64 év). A férfi–nő arány 56% : 44%. A betegek túlnyomó többsége II-es típusú diabeteses volt (I-es típusú mindössze 2 beteg volt). A diabetes fennállásának ideje átlagosan 10,3 év (friss – 48 év). 127 beteg per os antidiabetikummal, 62 beteg állandó inzulinnal, míg a többi diétával volt egyensúlyban. A műtét előtti legmagasabb vércukorértékek átlaga 14,32 mmol/L, a műtét utáni érték 13,16 mmol/L. Az első 5 évben 30 beteg, a második évben 134 beteg kapott a perioperatív szakban frakcionált inzulint (korábban Actrapid MC, újabban humán inzulin), a műtét napján GIK infúzióval. A szerzők elemzik az amputációra kerülő diabetesesek kísérőbetegségeit (hypertonia 71,5%, ISZB 50,2%, szem érintettség 23,4%, agyi vascularis laesio 10,9%), a megelőző érsebészeti beavatkozásokat (rekonstrukív műtét 35, lumbalis sympathectomia 96, distalisabb amputáció 31 esetben). Az utóbbi 5 év anyagában az előzőhöz viszonyítva a végtagmegtartó úgynevezett kis amputációk száma emelkedett szembe-ötlően: 6-ról 91-re, miközben a nagyamputációk száma 62-ről 98-ra nőtt. A kis amputációk így 8,8%-ról 48,15%-ra emelkedtek. 16 beteg exitált (7%), a

Changing trends in the indication of amputation
due to extremity gangrene in diabetics:

results of a 10 year survey
ZSUZSANNA GURZÓ M. D.,
ANDRÁS GYIMESI M. D.,
CSABA ZÁMORI M. D., JÁNOS IVÁNYI M. D.

805 amputations of the lower extremities have been carried out in the Dept. Vasc. Surg. County Hosp. between 1987–1996. 239 (29,6%) out of those patients undergoing amputation had diabetes mellitus. Data of this patient group have been analysed in details. Mean age was 66 ys (in females 68, and in males 64 ys, respectively). The male-female ratio was 56:44. The vast majority of patients had NIDDM, whereas only 2 patients had IDDM. The mean duration of diabetes mellitus was 10,3 ys (ranging from newly discovered cases to 48ys). 127 patients were treated with oral antidiabetic drugs, 62 received insulin, while the remaining patients were only on diet. The mean of the highest preoperative value was 14,32 mmol/L, whereas the postoperative value was 13,16 mmol/L. During the perioperative period, in the first 5 years only 30 patients, however in the next 5 years 134 were given fractionated insulin (earlier Actrapid MC, recently human insulin). On the first day of operation insulin was administered together with GIK (glucose-insulin-potassium) infusion.

nagyamputációk után bekövetkezett halálozás az ápolási idő alatt 10%-os volt. Az eredmények javulásában a szerzők hangsúlyozzák az érsebész és a diabetológus szoros együttműködését.

KULCSSZAVAK

diabetes mellitus, gangraena, alsóvégtagi amputáció

Complications associated with diabetes mellitus of these patients were the following: hypertension 71,5%, ischemic heart disease 50,2%, retinopathy 23,4%, and stroke 10,9%. In 162 cases previous surgical interventions were also carried out, i.e. vascular reconstructions in 35, lumbar sympathectomy in 96, and distal amputations in 31 cases. Compared to previous 5 year period, during the last 5 years the number of minor amputations conserving the extremities has increased considerably from 6 to 91 cases. During the last 5 years the number of major amputations also increased but at a slower rate (from 62 to 98 cases). Thus the ratio of minor amputations has risen from 8,8% to 48,15%. 16 patients (7%) died and the mortality among patients with major amputations was 10% during the hospitalisation. The improving results can be contributed to close cooperation between vascular surgeons and diabetologists.

KEY WORDS

diabetes mellitus, gangrene, amputation of lower extremity

Bevezetés

A diabeteses láb patogenezisében neuropathiás, vascularis, infectiós és ossealis tényezők is szerepet játszanak. Békés megyében 1996 végéig 26 608 cukorbeteget regisztráltak a gondozókban. Osztályunk a betegség érsebészeti vonatkozásában évek óta nagyszámú cukorbeteg vizsgálatát és ellátását végzi. Azon cél érdekében vizsgáltuk egy 10 éves periódusban (1987–1996) a diabeteses, gangraenás, amputációra került betegeket, hogy az adatokból képet kapjunk a gangraena kialakulásához vezető tényezőkről, és közelebb kerülhessünk az amputációk csökkentésének lehetőségéhez. Több kérdés merült fel (diabeteses és nem diabeteses gangraenások aránya, az amputációk számbeli alakulása, a csonkolás magasságának szintje, a diabetesesek esendősége), amelyekre feldolgozásunk során választ kerestünk.

Beteganyag és módszer

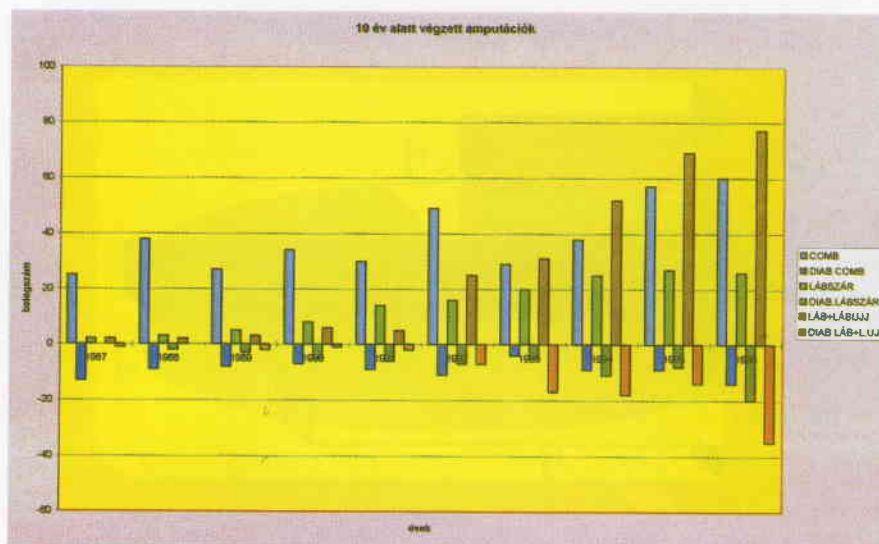
A Békés Megyei Gyulai Pándy Kálmán Kórház Érsebészeti és diabetológus

Betegszám	239
Férfi	134
Nő	105
Átlagéletkor (év)	66
Férfiaknál	64
Nőknél	68
A diabetes fennállásának ideje (év)	10,27
Kis amputáció	10,8
Nagy amputáció	19,2
A diabetes preoperatív beállítási módja (betegszám)	
– friss	18
– diéta	221
– tableta	127
– inzulin	62
Laboratóriumi adatok	
Vércukor (átlag, mmol/L)	
– műtét előtt	14,32 (norm: 3,6-6,0 mmol/L)
– műtét után	13,16
Karbamid N (műtét előtt, átlag)	8,46 (norm: 2,5-8,5 mmol/L)
Serum kreatinin (műtét előtt, átlag)	89,32 (norm: 50-100 mmol/L)
Haemoglobin (műtét előtt, átlag, g/L)	122,3 (norm: 120-180 g/L)
Szeptikus esetek	114,7
Inzulin-adás időtartama a perioperatív szakban (nap)	5,5
– a vizsgált időszak első felében	6,5
– a vizsgált időszak második felében	5,1

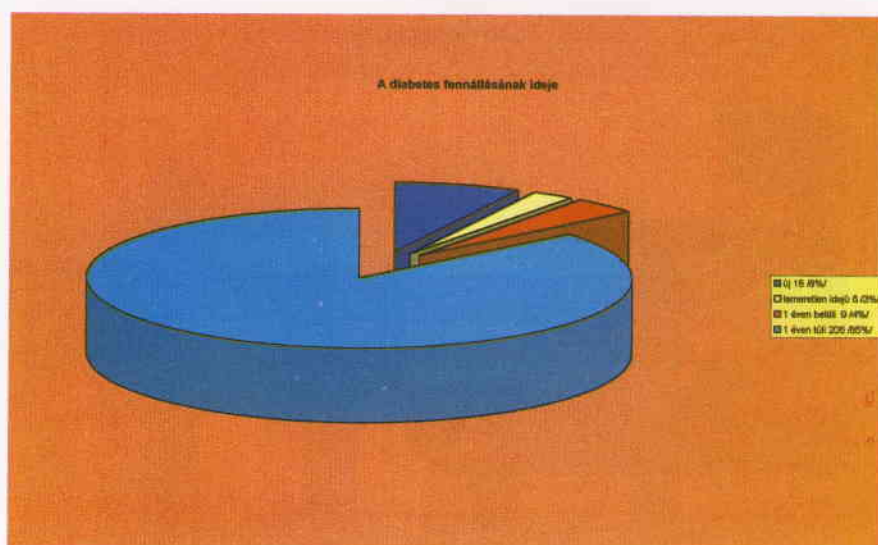
I. táblázat. A betegek főbb előzményei és klinikai adatai.

giai profilú I-es Belosztálya folyamatosan együttműködik a diabeteses ér-betegek ellátásában. A diabeteses betegek, hasonlóan a nem diabeteses betegekhez, nagyrészt az érsebészeti amputációról, kisebb részben a háziorvostól közvetlenül vagy más osztályról kerültek érsebészeti osztályunkra, közöttük sokan kezdődő vagy már kialakult gangraenával. Vizsgálataink a 10 éves periódus során a betegek legutolsó kórházi felvételének alapján történtek, tehát az előrement gangraenás folyamatot tükrözik. A cukorbetegség diabetológiai szempontból gondozott, ha nem, akkor az osztályos felvétel után röviddel megtörtént a diabetológiai konzultáció és ennek szükség szerinti ismételése. A diabetes beállítása 87%-ban osztályunkon történt (42%-ban diabetológiai konzíliumot követően) és 13%-ban a diabetológiai profilú belgyógyászatban. Retrospektív elemzésünk során átnéztük érsebészeti osztályunk 10 éves beteganyagának kórlapjait, a rendelkezésre álló dokumentáció szerint a következő szempontok alapján: kor, nem, diabetes típusa, időtartama, a kezelés módja, kísérőbetegségek, a betegek általános állapota, testsúlya, az érintett végtag angiológiai jellemzői, korábbi műtéti beavatkozások, az ellenoldali végtag állapota, az érrendszer egyéb területének állapota, egyes laborértékek (vizelet, vérkép, éhomi vércukor, esetenként profil is, vese- és májfunkciók). Felhasználtuk ezeken kívül a betegek korábbi zárójelentéseinek adatait (**I. táblázat**). Diabeteses betegeink fősorolt adatait összehasonlítottuk az osztály nem diabeteses, műtetre került betegeinek adataival. Az amputációra kerülő diabetesesek (221) mindegyike tartotta az előírt diétát, csak a frissen felfedezettek (18) nem.

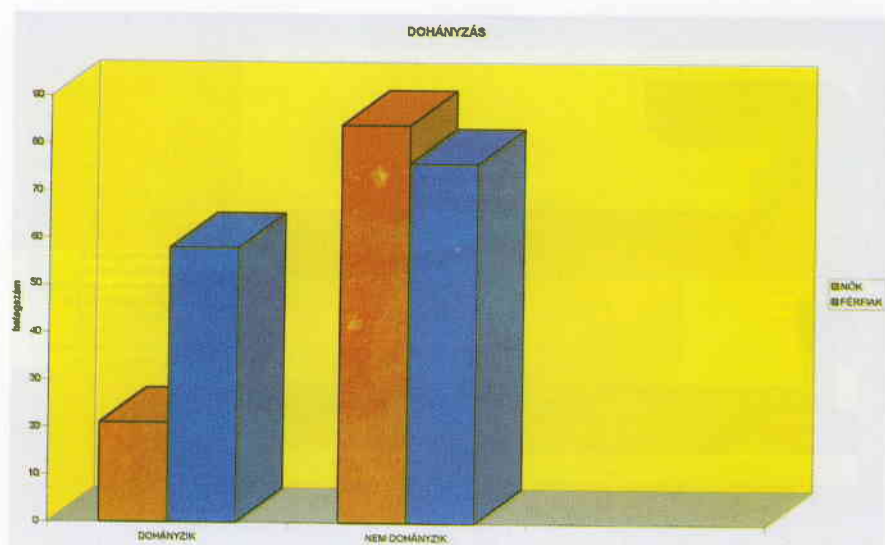
127 beteg szedett per os antidiabetikumot és 62 állandó inzulin kezelésben részesült. A perioperatív szakban 164 betegnél volt szükség átmeneti frakcionált inzulinra, tehát több mind duplájára emelkedett az inzulint igénylők



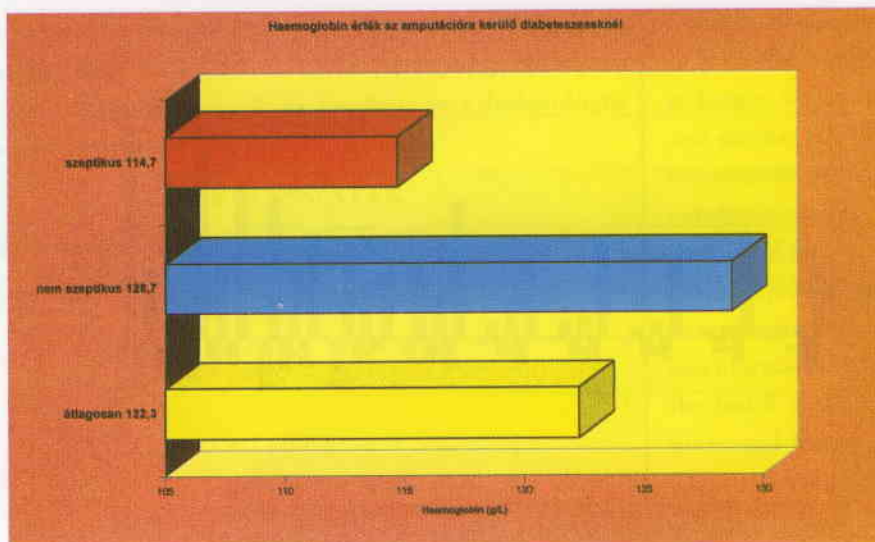
1. ábra.



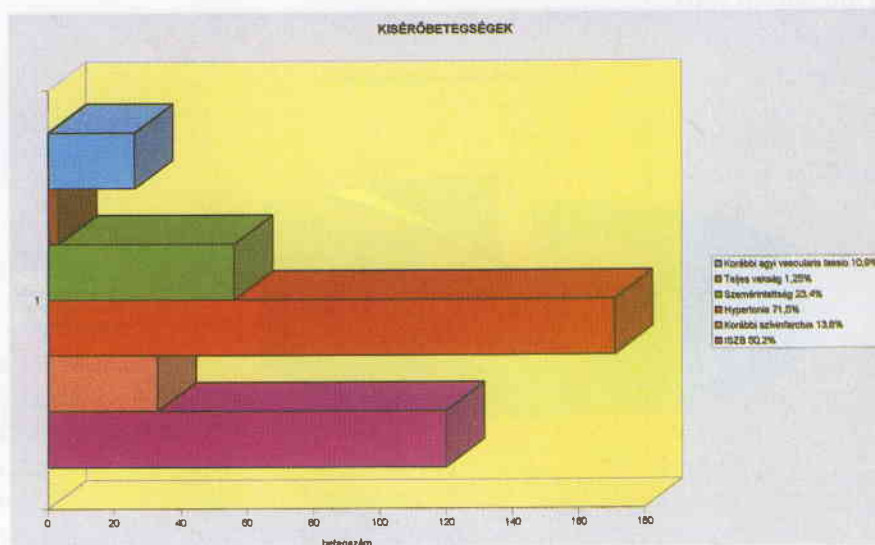
2. ábra.



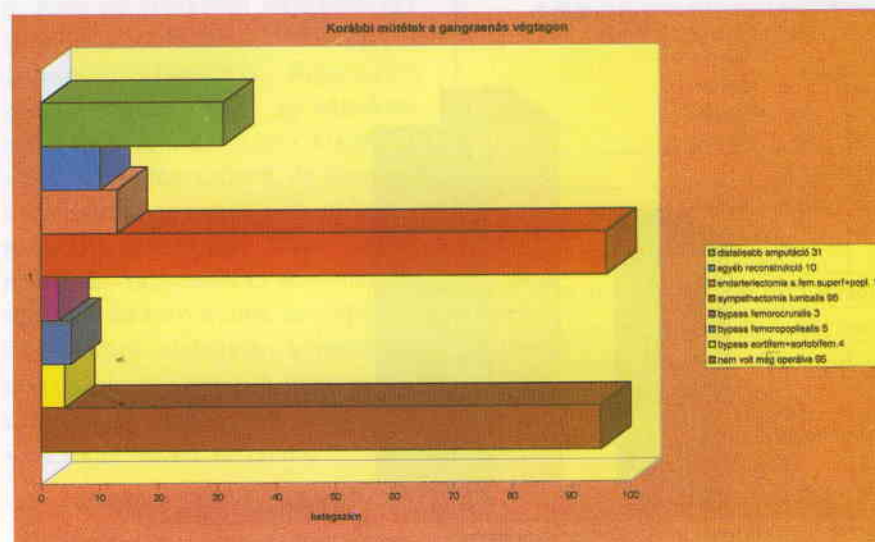
3. ábra.



4. ábra.



5. ábra.



6. ábra.

Glukóz	500 ml 5%-os Isodex 30-60 ml 40%-os glukóz
Inzulin	8-16 E HUMÁN inzulin (Humulin R, Actrapid HM)

II. táblázat. GIK-infúzió (naponta 1-4 alkalommal 33 csepp/perc).

száma. Erre a célra az első 5 évben Actrapidot, míg a második 5 éves periódusban humán inzulint (Actrapid HM, Humulin R) alkalmaztunk, a műtét napján 1-4 alkalommal adott GIK (glukóz, inzulin, kálium) infúzióval. (II. táblázat). A kórházi tartózkodásuk alatt a betegek a már beállított egyéb gyógyszereiket folyamatosan szedték.

Az elvégzett műtét és a betegség kimenetele szempontjából elemeztük betegeinket.

Eredmények

A 10 év alatt végzett összes amputáció szintjeinek megoszlása (806) látható az 1. ábrán, melyből kitűnik, hogy a nagy amputációk száma lassan, de folyamatosan növekszik. Ezzel szemben a kis amputációk – láb, lábujj – száma az utóbbi 5 évet tekintve nőtt jelentősebben. A grafikon alsó részén látható, hogy a diabetesesek között szintén növekedett a nagy amputációk száma – ezen belül jobban a lábszár amputációké –, és itt is lényegesen nőtt a kis amputáció száma az utóbbi 5 évben.

Az amputációt igénylő gangraena a cukorbetegség bármely idejű fennállása esetén előfordulhat. Ezt bizonyítja, hogy 18 betegünkön csak az amputáció előtt derült ki a cukorbetegség, azonban az esetek 85%-ában egy éven túli volt a diabetes ideje – a kis amputációt igénylőknél 10,8 év, a nagy amputáció eseteiben pedig 19,2 év. (2. ábra.)

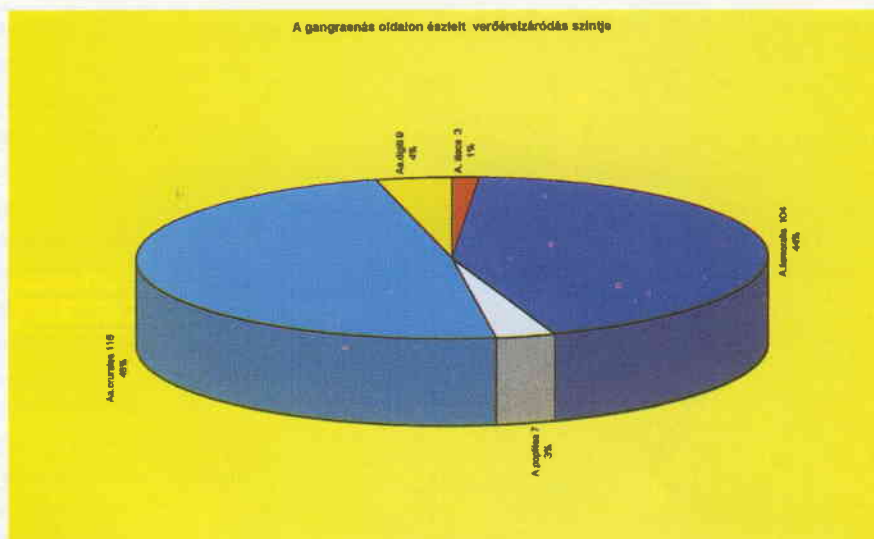
A férfi-nő arány anyagunkban 56%:44%, ami a nem diabeteses nők vonatkozásában a kockázat növekedését jelenti, mert a nem diabeteses arte-

riosclerosisban 75% körüli a férfiak aránya. Az átlagéletkor 66 év, nőknél 68 év, férfiaknál 64 év. A betegek kétharmada állította, hogy nem dohányzik, a dohányzók között a férfiak aránya háromszoros volt. (3. ábra.) A dohányzás előfordulása a nem cukorbetegеккез képest kevesebb volt.

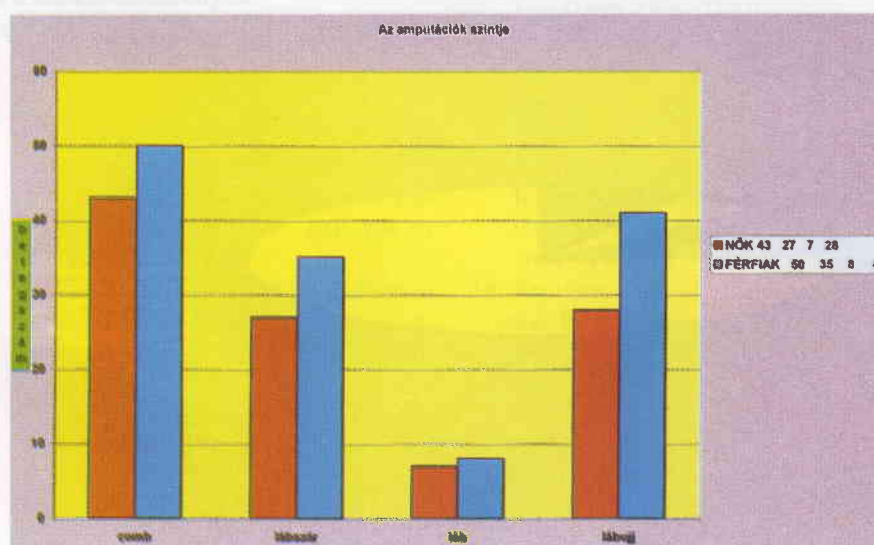
A műtét előtti átlagos vércukorérték 14,32 mmol/L, míg a posztoperatív 13,16 mmol/L volt.

Az amputációra kerülő betegek igen súlyos általános állapotúak voltak, akiknél gyakran nagyfokú anaemiát észleltünk. A műtét előtti átlagos haemoglobin érték 122,3 g/L. A nem szeptikusoknál normális érték volt: 128,7 g/L, míg a szeptikusoknál csak 114,7 g/L. Ez esetenként 60 g/L körüli értéket jelentett. (4. ábra.) (A haemoglobin normál értéke laboratóriumunkban: 120-180 g/L.) A betegek testsúlyukból 5-10 kg-ot is veszítettek, amíg a gangraenás folyamat fennállt, a nagy amputációra kerülő nőknél: 64 kg, a férfiaknál: 71 kg, míg a kis amputációnál nőknél: 68 kg, férfiaknál: 78 kg volt az átlagos testsúly. Igen gyakori volt a kísérő betegségek előfordulása. (5. ábra.) Leggyakoribb a hypertonia: 71,5%, az ischaemiás szívbetegség: 50,2% (korábbi szívinfarktus: 13,8%). Gyakori volt a szem érintettsége és a korábbi súlyos agyi vascularis laesio. A gangraenás végtagon gyakran az amputáció az első beavatkozás (95 eset). Előzőleg lumbalis sympathectomia történt 96 esetben, distalisabb kis amputáció 31 esetben, azonban reconstructív érműtét csak 35 esetben előzte meg az amputációt. (6. ábra.)

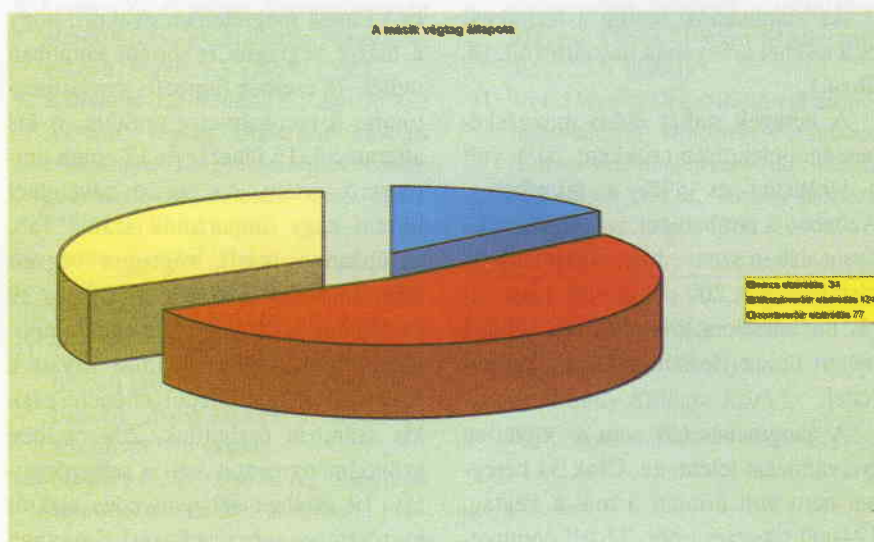
A gangraenás végtagon észlelt verőérelzáródás szintje a korábban ismert tényről, miszerint a cukorbetegекnél az érelzáródás distalisán alakul ki, anyagunkban eltérést mutatott, mert a valóban distalis – ujj: 4%, lábszár: 48%, arteria poplitea: 3% – mellett 44%-ban találtunk femoralis szintű elzáródást. A medencei occlusio csupán 1% volt. (7. ábra.)



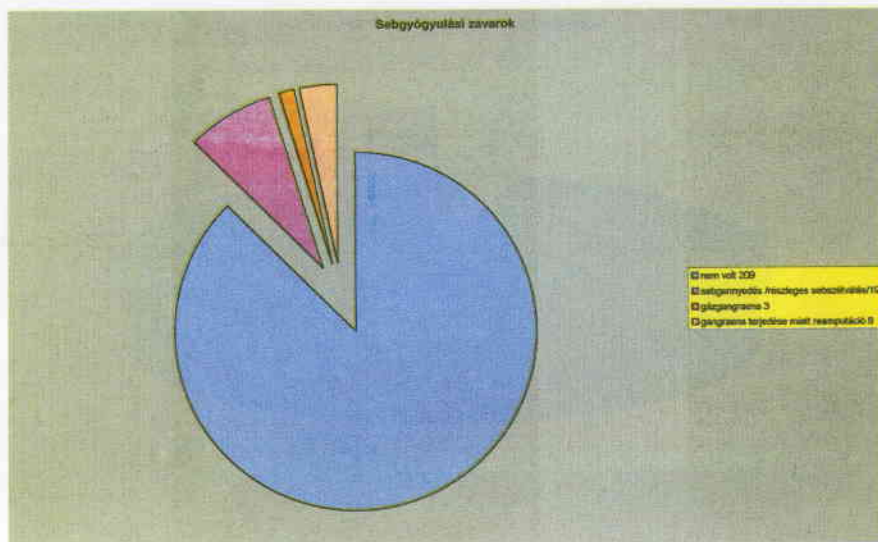
7. ábra.



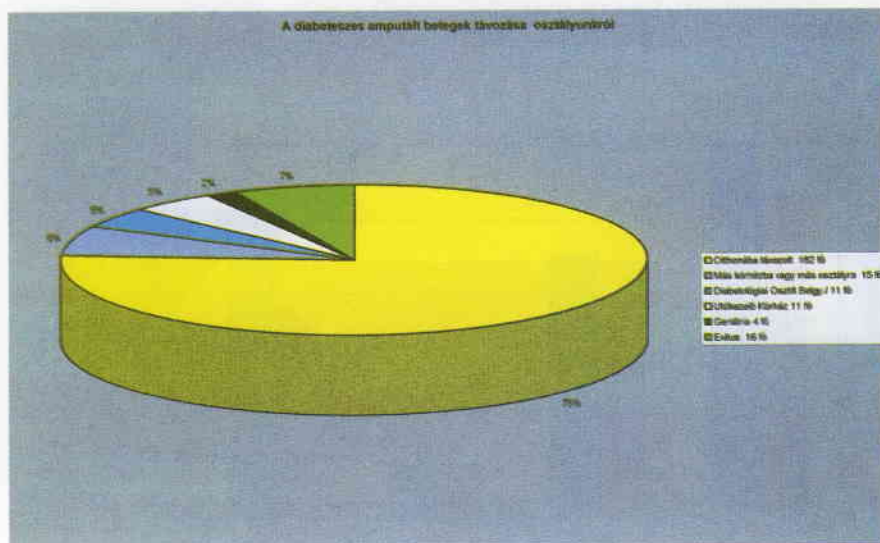
8. ábra.



9. ábra.



10. ábra.



11. ábra.

Az amputációk szintje a férfiaknál és a nőknél arányában hasonló volt. (8. ábra.)

A betegek műtét előtti mozgásképessége jelentősen csökkent. 51% volt a járóbeteg és 49% a fekvőbeteg. Azonban a járóbetegek is jelentős fokú dysbasiában szenvedtek, maximális járástávolságuk 200 méter volt, lassú járás mellett, de a többség csak néhány métert tudott járni bottal vagy járőrökkel.

A gangraenás láb nem az egyetlen érelváltozást jelentette. Csak 34 betegnél nem volt érintett a másik végtag, 124-nél lábszárverőér, 77-nél combverőér elzáródás volt igazolható. (9. áb-

ra.) Ennek megfelelően gyakori, hogy a másik végtagon is történt korábban műtét: 78 esetben lumbalis sympathectomia, 8 rekonstruktív érműtét, 6 kis amputáció, 16 lábszár és 17 comb amputáció történt. Az utolsó felvételnél történt nagy amputációk száma 155, korábban a másik végtagon végzett nagy amputációk száma 33. Sajnos 29 esetben mindkét végtagon nagy amputáció történt. Sebgyógyulási zavart a súlyos általános állapot ellenére csak kis számban észleltünk, 209 esetben szövődéyménymentes volt a sebgyógyulás. 19 esetben sebgennyedés alakult ki, részleges sebszétválással, 8 esetben a gangraena terjedése miatt reamputá-

cióra került sor, 3 esetben gázgangraena alakult ki (közülük 2 exitált. (10. ábra.)

Betegeink 75%-a a műtétet követően – varratokkal – általában az 5-7. napon otthonába távozott. Más osztályra került cardiopulmonalis okok miatt 15 fő, nehezen beállítható diabeteze miatt diabetológiára 11 fő, ápolási problémák miatt utókezelő kórházba 11 fő és geriátriára 4 fő. (11. ábra.) 16 betegünk exitált. A halál oka a gangraenához vezető súlyos érelváltozásokra, illetve a kialakult intercurrents betegségekre vezethető vissza. Az exitus aránya az amputációra kerülteknél 7%, ha a 155 nagy amputációra vonatkoztatjuk, akkor 10%, ami jelentős, azonban a korábbi 20-50%-os irodalmi adatokhoz viszonyítva mégis alacsonyabb. Az utóbbi években az amputációt követő protézis javuló állapotokat tükröz, azonban a rehabilitáció kellő szakember hiányában zömmel a betegek családjára hárul.

Megbeszélés

Adatainkból a következőket állapíthatjuk meg a vonatkozó legfrissebb irodalmi adatok egybevetésével:

1. A dohányzás előfordulása kevesebb, mint a nem diabeteseseknél (2).
2. A súlyos diabeteses gangraena nemek közötti aránya kiegyenlített, mint a nem diabeteseseknél (10, 12, 18).

3. Adataink alapján a Saint-Vincent-i deklaráció amputációra vonatkozó elvárásai még nem teljesültek, a diabeteses végtag amputáció előfordulása az elmúlt években is növekedett (13, 16, 21).

4. Szintén növekedett azonban a térdízületet megtartó nagy amputációk száma a magasabb szinten történt csonkolással szemben és jelentősen nőtt a végtagmegtartó kis amputációk száma (9, 14).

5. A diabeteses gangraena miatti amputációk korábbi életkorban történnek, mint a fejlettebb európai országokban (13, 17, 19).

A láb önvizsgálata naponta (horzsolás, elszíneződés, kiütés, berepedés).
Fokozott láb higiéné.
Óvatos körömvágás (a sarkokat ne vágjuk le).
Bőrkeményedés és tyúkszem szakszerű kezelése.
Kényelmes lábbeli (puha bőr, lapos sarok).
Meleg, laza, nem gumis pamutzokni.
Rendszeres lábtorna, séta.
Rizikófaktorok kiiktatása (diéta).
Rendszeres angiológiai ellenőrzés.
Orvosi utasítás nélkül kenőcsök, tapaszok használata ne történjen.
Lábgombásodás megelőzése hintőponrral, ha mégis kifejlődik, azonnali orvosi ellátás.
Soha, semmilyen formában ne dohányozzon!
Ne használjon forróvizet palackot lábmelegítésre.
Aki rosszul lát, a családtagoknak mutassa meg a lábát naponta, még akkor is, ha teljesen panaszmentes.

III. táblázat. Ajánlások a lábszövődmények megelőzésére.

6. A gangraenás végtagon a verőér elzáródás gyakorisága a combon és a lábszáron közel azonos (11).

7. A perioperatív szakban adott frakcionált inzulin (GIK) a betegek cukoranyagcseréje biztonságosan uralható (7).

8. A diabeteses láb ellátásában elsődleges a megelőzés (1,3-6,8, 15, 20).

A diabeteses láb egyre inkább önálló klinikai probléma, ellátásában diabetológus, neurológus, bőrgyógyász, reumatológus, orthoped és érsebész is szerepet kap, új önálló disciplina, a podiátria kialakulásának lehetünk tanúi.

Mivel a megelőzésre esik a fő hangsúly, szakrendelésünkön az újonnan felfedezett diabeteseseket azonnal szűrjük, panaszmentesség esetén is rendszeresen kontrolláljuk, és minden beteg frásban ellátunk a betegségére vonatkozó tanácsokkal. (III. táblázat.)

Irodalom

1. Angiológiai Kollégium: Módszertani levél. A diabeteses láb (különös tekintettel a diabeteses lábgangraena) kezeléséről. Orv. Hetil. 134:21. 1167-8 (1993).
2. Bailey, T. S. et al.: Pattern of foot examination in a Diabetes Clinic. The Am. J. Med. 78:3.371-4 (1985).
3. Caputo, G. M. et al.: Assessment and management of foot disease in pati-

ents with diabetes. N. Eng. J. Med. 331. 854-60 (1994).

4. Enderle, M. D., Harling, H. U., Luft, D.: Das diabetische Fussyndrom Aetiologie und Differentialtherapie. Deutsch Med. Wschr. 121:1236-42 (1996).
5. Fövényi J.: A neuropátiás diabeteses lábproblémák körfejlődése és megelőzési lehetőségei. Kórház III. 8.36-39 (1996).
6. Horváth A. Szalka A.: A diabeteses láb. Medicus Universalis 28/1. 11-5 (1995).
7. Iványi J.: Műtét és diabetes. In.: Halmos T., Jermendy Gy.: Diabetes mellitus. Medicina. Budapest, 1997, 600.
8. Kerényi Zs. és mtsai: A cukorbetegség előfordulása, gyakorisága Magyarországon. Praxis 5:3.57-63 (1996).
9. Kullmann L., Belicza É., László G.: Az alsó végtag amputáció kétéves eredményei Magyarországon, országos adatbázis alapján. Orv. Hetil. 138:37.2327-32 (1997).
10. Lehto S. et al.: Incidence of lower limb amputations and diabetes. Diabetes Care. 19:9. 1006-9 (1996).
11. Lelkes J., Tátrai I., Radics É.: Érsebészeti problémák diabetes mellitusban. (A „diabeteses láb”). Orvostudományok 66.457-73 (1991).
12. Lithner, F., Törnblom, N.: Gangrene localized to the feet in diabetic patients. Acta Med. Scand. 215.75-9 (1984).

13. Morris, A. D. et al.: Diabetes and lower limb amputations in the community. Diabetes Care. 21:5.738-43 (1998).
14. Mueller, M. J., Allen, B. T.: Sinacore D. R. Incidence of skin breakdown and higher amputation after transmetatarsal amputation - implications for rehabilitation. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 76: 1.50-4 (1995).
15. Pecoraro, R. E., Reiber, G. E., Burgess, E. M.: Pathways to diabetic limb amputation. Basis for prevention. Diabetes Care. 13: 513-21 (1990).
16. Roksztin T. és mtsai: Egy évtized érműtétei. In: Jubileumi tudományos Évkönyv. MMKT. Pándy K. Kórház, Gyula 1996, 212-9.
17. Scionti, L. et al.: Epidemiological survey for the detection on non - traumatic lower extremity amputations in diabetic patients in the Umbria, (region Italy). Abstracts of the 16th International Diabetes Federation Congress Helsinki, 20-25. July 1997. 1834. A 467.
18. Trautner, C. et al.: Incidence of lower limb amputations and diabetes. Diabetes Care. 19:9. 1006-9 (1996).
19. Van Houtum, W. H., Lavery, L. A.: Autcomes associated with diabetes related amputations in the Netherlands and in the state of California USA. J. Intern. Med. 240. 227-31 (1996).
20. Winkler G.: A diabeteses láb - Interdisziplináris feladatok a terápiában. Magyar Orvos. Forum Medicorum. 5:11. 25-7 (1997).
21. World Health Organization (Europe). International Diabetes Foundation (Europe): Diabetes care and research in Europe: The St. Vincent Declaration. Diabet. Med. 7.360 (1990).

Dr. Gurzó Zsuzsanna

Békés Megyei

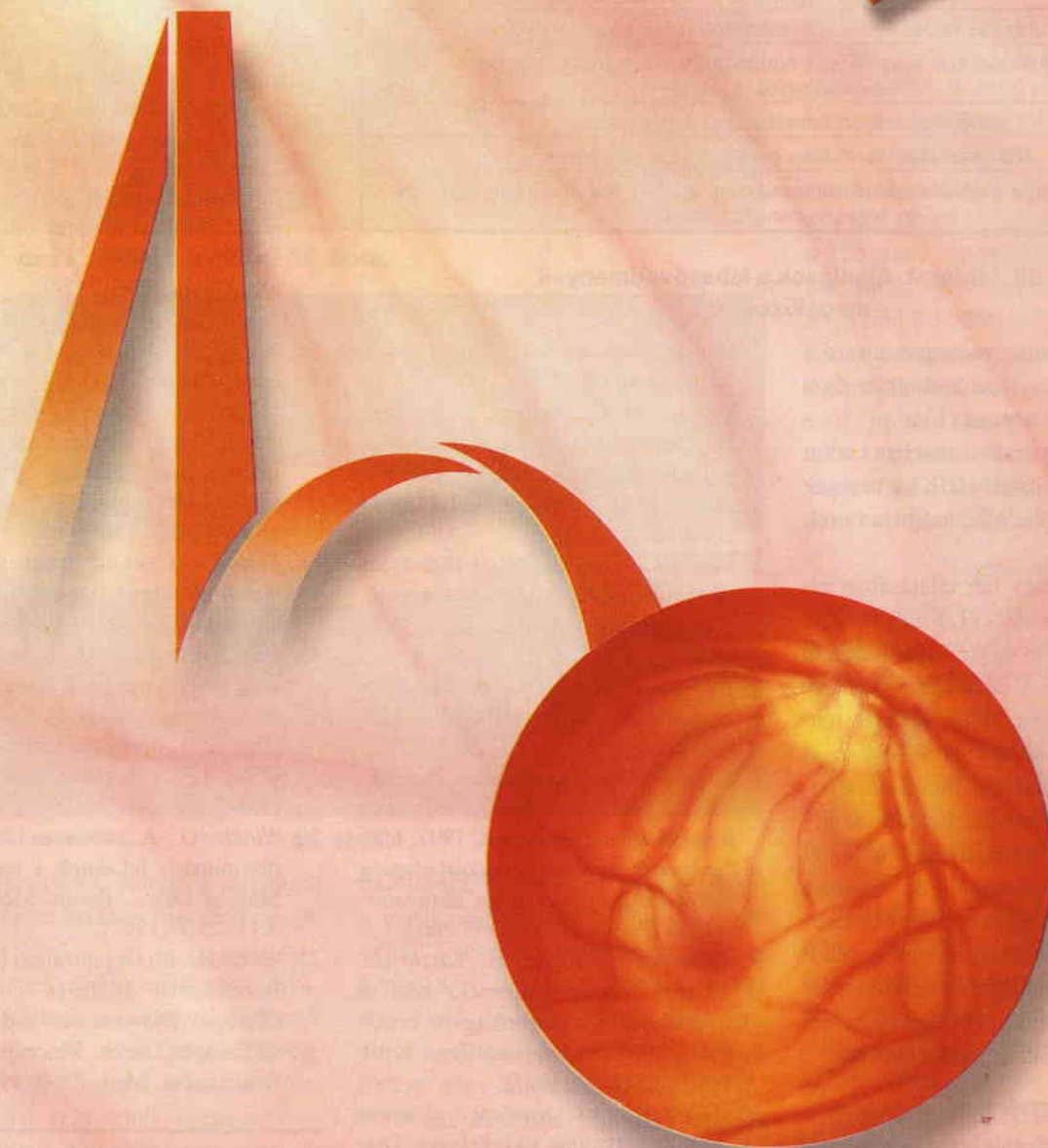
Pándy Kálmán Kórház

5700 Gyula, Semmelweis u. 1.

DIAPREL®

glicazide

2 tabletta naponta



DIAPREL tabletta Rövidített alkalmazási előírat

ATC: A 10B B 09 Hatóanyag: 80 mg gliclazidum tablettaként. Hatás: Vércukorszint csökkentő hatású szulfonilurea származék, fokozza az inzulin szekréciót, erősíti a glükóz inzulin elválasztást stimuláló hatását. Alkalmazása mellett a hipoglikémia kialakulásának veszélye csekély. A gliclazide trombocita adhéziót és aggregációt csökkentő hatását, valamint az endothelialis fibrinolízis normalizálását valamennyi klinikai vizsgálat megerősítette. Lassítja a nem proliferatív stádiumban lévő diabéteszes retinopátia progresszióját. Diabéteszes nefropátiában a Diaprel tartós alkalmazása nem rontja a veseműködést, a proteinuria csökkenhet. A metabolitok hipoglikémiás aktivitással nem rendelkeznek, az egyik metabolit hemobiológiai szempontból aktív. Javallatok: II. típusú diabetes mellitus, amennyiben az diétával nem tartható egyensúlyban. Ellenjavallatok: I. típusú diabetes mellitus, diabetes ketoacidosis, terhesség, szoptatás, súlyos vese- vagy májelégtelenség, ismert túlérzékenység a hatóanyag iránt. Adagolás: A dózis az egyéni szükségletnek megfelelően változhat ½–1 tablettától, 3–4 tablettáig. Az esetek többségében napi 2x1 tabletta reggel és este étkezés közben. Mellékhatások: Enyhe gasztrointesztinális panaszok, melyek a gyógyszer étkezés közben történő bevitelével elkerülhetők. Néhány esetben közölték a gyógyszer elhagyására megszűnő bőrreakciókat, hematológiai eltéréseket. Gyógyszerkölcsönhatás: Nem adható együtt azol típusú gombaölő szerekkel. Óvatosan adható szalicilátokkal, nem szteroid gyulladásgátlókkal, Béta-blokkolókkal, kumarin származékokkal, MAO-inhibitorokkal, barbiturátokkal, szteroidokkal, thiazid diuretikumokkal, tetraciklinekkel.

Csomagolás: Dobozonként 60 db tabletta, OGYI eng. sz.: 5474/41/98, Törzskönyvi sz.: K 1564

Részletes információ: Servier Hungária Kft. 1146 Budapest, Abonyi u. 31. Telefon: 344-0590, fax: 344-0588



Harmadszor a Harvardon

Beszámoló a „Progress in Angioscopy 1998,
Minimal Invasive and Endovascular Surgery” kurzusról

DR. WÉBER GYÖRGY

Arnold Miller és Frank W. LeGerfo kollégák – a hagyományokhoz híven – az elegáns bostoni Ritz-Carlton hotelben szervezték meg a Harvard Medical School érsebészeti továbbképző kurzusát, 1998. december 6-8. között.

A szervezők célja előadásokon, illetve állatokon végzett beavatkozások során megismertetni napjaink érsebészeti újdonságait a résztvevőkkel, akik elsősorban az Egyesült Államokat képviselték, de jöttek Ausztriából, Finnországból, Hollandiából, sőt Szaud-Arábiából is. A tanfolyam vaskos kézikönyvében megjelentek a gondosan összeállított diagnosztikai és terápiás algoritmusok, az előadások kivonatai.

A programban 36 meghívott, a szakmát jól reprezentáló előadó szerepelt. Az első szekció a varrat nélküli anastomosis készítés lehetőségeit (lézer, VCS stb.) tárgyalta, és az előadók beszámoltak az „one-shot” érvarrógéppel végzett multicentrikus klinikai vizsgálatok első tapasztalatairól is. A következő részben a minimál invazív és laparoszkópos technikák kerültek

bemutatásra. Az előadók között *Gloviczki Péter* a subfascialis endoszkópos perforans ligatúra technikai részleteit ismertette. A Mayo Klinikán 1993 óta alkalmazzák ezt a módszert. A több mint 60 beteg átlagosan 14 hónapos utánkövetése során 95%-ban észlelték a lábszárfekély gyógyulását, s csak egy esetben a klinikai állapot romlását. Az általuk irányított NASEPS tanulmány, amely 17 USA-beli és kanadai centrumban végzett 158 ilyen típusú beavatkozás eredményeit értékelte, hasonlóan pozitív képet mutatott.

B. Timothy Baxter az aorta aneurysma (5 eset), *Carlos R. Garcia* pedig az aorto-iliacalis elzáródások (12 beteg) sebészi megoldásának laparoszkópos lehetőségeiről és a kezdeti klinikai eredményekről beszélt. Az előadásokat követő élénk vita egyrészt felvetette az érsebészek videoendoszkópos képzésének igényét, másrészt az is megfogalmazódott, hogy e módszer várhatóan a holnapután technikája, mert a műszertek feltételek egyelőre nem

adottak az aorta-anastomosis korrekt elkészítéséhez, illetve az esetleges nagy vérzés megbízható ellátásához.

Előadásom során az immár öt éve, közel száz betegen végzett ún. MIDAS-műtét (Minimal and Direct Access Aortic Surgery) tapasztalatairól számoltam be. Az előadást – elsősorban technikai részleteket feszegető – vita követte, és ebben jó volt hallani *Gaetano de Donato* nápolyi érsebész professzor elismerő szavait. Ő tavaly márciusban három napot Pécsen töltött, s látogatása során két MIDAS-műtétet végeztünk, majd május végén egy hétre ő hívott meg intézetébe, ahol három bemutató műtetre került sor egy általa szervezett „workshop” keretében. Az eltelt fél év alatt 22 beteget operált ezzel a módszerrel, teljes sikerrel. Értékelése szerint Olaszországban nagy népszerűségnek örvend a MIDAS-technika, és várható a módszer széleskörű elterjedése.

A következő napon hallhattunk a génterápia izgalmas lehetőségeiről és az alap kutatások trendjeiről, valamint

az endovascularis sebészet aktuális fejleményeiről. *Thomas J. Fogarty* a moduláris endovascularis graft (AneuRx) technikai részleteiről szólt, *Rodney A. White* pedig az endovascularis technika szövődményeinek diagnosztikai és terápiás lehetőségeit tárgyalta. E szövődmények rendszerint indikációs hiba miatt alakulnak ki, de jelentős részük az anatómiailag nem megfelelő behelyezés következményei. Kizárólag a technika nehezen kezelhető problémája az aneurysmából eredő oldalágak visszatöltése által előidézett ún. endoleakage.

*Dieter Raithe*l professzor – immár több mint 300 implantáció után – a szövődmények aktív sebészi kezelése fontosságát hangsúlyozta. Ezen betegek közül 27 esetben volt szükség konverzióra, 15 betegnél sürgősséggel. Ennek okai: a graft nem megfelelő behelyezése (5 eset), a graft mechanikai problémái (4 eset), a medencei erek ruptúrája (3 eset), 2 betegnél pedig graft thrombosis. Késői reoperációt 12 esetben végeztek, döntően a persistáló endoleakage (8 eset) miatt.

Mintegy összefoglalásként hangzott el *Frank J. Veith* nagyszerű előadása, amely az elmúlt hat év tapasztalatait elemezte, rendkívül kritikusan. Ők eddig 219 betegnél (67 esetben elzáródás kezelésére) 337 alkalommal helyeztek fel endograftot. Mint megállapította, a módszer igen ígéretes, de számos szempontból további finomításra szorul, és korrekt megítéléséhez további, hosszútávú eredmények szükségesek.

A harmadik napon következett a kurzus „hands-on” része: a nemrég épített Harvard Center for Minimally Invasive Surgery, valamint a Beth Israel-Deaconess Hospital Kísérletes Sebészeti Intézetében kialakított 10 állomáson a résztvevők délelőtt és délután,



1. ábra. Bemutató a MIDAS-állomáson.

rotációs rendszerben gyakorolták a különböző technikákat. Az igényesen kialakított állomásokon lehetőség volt a legmodernebb endovascularis diagnosztikai eszközök használatára (angioszkóp, ultrahang stb.), stentek, illetve stent-graftok behelyezésére, valamint az endoszkópos perforáns ligatúrára is. Én az ún. MIDAS-állomás munkáját vezettem, ahol minilaparotómiás feltárásból végzett aortobifemorális bypass implantáció technikai részleteit demonstráltam sertésen (1. ábra), ezt követően pedig maguk a résztvevők végezték el a műtetet. *Raithe*l professzor is megtisztelt érdeklődésével, és meghívott az idén általa, Nürnbergben szervezendő hasonló jellegű kurzusra. Mivel a laparoszkópos és a MIDAS-állomás egy műtőben volt, sajátos verseny alakult ki a műtőasztalok között: míg a laparoszkópos csoport még az aorta kipreparálásával volt elfoglalva, csoportunk a rendelkezésre álló idő alatt elkészítette az aorta-anastomosist. Az érdeklődést és a sikert jól jelzi a tanfolyamot értékelő ún. „evaluation sheet” eredménye, mely szerint a résztvevők a MIDAS-előadást és külö-

nösen a gyakorlati bemutatót kiemelkedően tartották, s ennek alapján a szervezők a témát felvették az idei kurzus programjába is, engem pedig meghívtak a kurzus fakultásába.

Bár a tanfolyam részvételi díja a magyar és különösen a fiatal érsebészek számára kissé magas (975 USD), a kurzuson való részvétel nagyon hasznos és szponzori támogatással talán nem lehetetlen.

Dr. Wéber György

Pécsi Orvostudományi Egyetem

I. Sebészeti Klinika

7643 Pécs, Ifjúság u. 13.

Nyílt levél a Főszerkesztőhöz

Kedves Imre!

Bocsásd meg nekem, hogy az általad szerkesztett lapban e nyílt levél Veled kíván vitatkozni. 1999. január 19-én a Magyar Televízió 2-es programjában támogatón nyilatkoztál a Sonotherápiáról, és ez adta az indítékot e levél megírásához.

Szeretnék biztosítani arról, hogy tiszteletben tartom hitedet az új eljárás alkalmasságát illetően, amennyiben itt hitről van szó. Biztosítani szeretnék arról is, hogy tiszteletben tartom tapasztalataidat, melyeket e módszerrel kapcsolatban szereztél, annál is inkább, mert nekem nincsenek tapasztalataim. Messzemenően tiszteletben tartom jogodat is, hogy véleményedet a nagy nyilvánosság előtt is elmondod. Vitatkozni a bizonyítékokról, azaz az evidenciákról, még pontosabban ezek hiányáról szeretnék.

A XX. század végének orvostudománya szakított az empirián alapuló orvoslással. Kialakult az ún. „evidenced based medicine”. Azt kell tegyük, amire bizonyíték van, és amire nincs, azt fenntartásokkal kell kezeljük. A bizonyíték megszerzésének módja a randomizált kettős-vak placebo kontrollált orvosi vizsgálat. Mit jelent ez a Sonotherápiát illetően? Olyan nagy számú vizsgálatot, amely során a betegek egyik, randomizált része kezelést, másik része álkezelést (pl. be nem kapcsolt készülékkel) kap, az értékelő orvos pedig úgy értékeli, hogy nem tudja, ki részesült valódi sonotherápiás kezelésben, és ki nem.

Kedves Imre!

Biztos belátod, hogy efféle bizonyítékkal jelenleg nem rendelkez, mi orvosok pedig éppen ezt kérjük számon. A medicinában annak kell bizonyítani, aki állít valamit, vagyis Neked kellene. Másként működik a természetgyógyászat, amely a tapasztalatokra, empiriára épít. Ha azt mondod, a Sonotherápia természetgyógyászati eljárás és dr. Bihari Imre természetgyógyásként végzi e tevékenységet, működésedet elfogadom, ha nem is foglak követni. Sajnos azonban nem ezt teszed. Orvosként, érsebészként, a HIETE munkatársaként, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tagjaként, az Érbetegségek című lap főszerkesztőjeként hangzanak el megnyilatkozásaid, melyek hitről, tapasztalatról szólnak, minden evidencia, bizonyíték nélkül.

Barátsággal:

dr. Káli András

Válasz dr. Káli András levelére

Kedves András!

Ha röviden kellene válaszolnom, azt mondanám, részben igazad van és egyetértek Veled. Ezzel a válasszal azonban eddig senki sem elégedett meg, ami természetesen érthető. Térjünk tehát rá a részletekre.

1. Miért merül fel az igény valamely újabb konzervatív eljárásra az arteriosclerosis kezelésében? A legóvatosabb becslések is mintegy 200.000 érszűkületes betegről beszélnek hazánkban, míg a végzett műtétek nem érik el a 20.000-ret. A nem invazív kezelés iránti igény ennek alapján nyilvánvaló. Aki tehát ilyen módszerről tudomást szerez, annak kötelessége is annak kivizsgálása vagy a vizsgálatok előmozdítása.

2. Mi a szóbanforgó kezelés lényege? Az általam ismert Sonotherápia elődje a Szegheő-féle infrahang kezelés. Ezzel ta-

pasztalatom nincs, azonban tudjuk, hogy a Magyar Angiológiai Társaság égisze alatt vizsgálatok történtek, amelyek során két fontos megállapításra jutottak:

- a./ a kezelésnek gyógyító hatása nincs,
- b./ a kezelésnek ártalmas hatása sincs.

Az újabb kezelés, a Sonotherápia intermittálva computer vezérléssel a szív szisztolés fázisában adja a rezgéseket. Elképzelhető, hogy a talpra adott rezgések reflektorikusan fokozzák az alsó végtag keringését, az értörzsek elzáródása esetén a kollaterális keringést.

3. Saját beteganyag:

Mindenekelőtt le kell szögezmem, hogy az alábbi vizsgálatok nem a HIETE Szív- és Érsebészeti Klinikán, hanem a Népszínház u. 42-44-ben lévő magánrendelőmben történtek. Összesen 309 beteget vizsgáltunk és kezeltünk, majd kontrolláltunk másfél éves időtartam alatt, akiknek alsó végtagi verőér szűkületük volt, jól tapintható arteria femoralis pulzus mellett. Életkori megoszlásuk, kísérő betegségeik és nikotin abususuk a szokásos, érszűkületes betegek jellemző mértékét mutatta. A betegek járástávolsága 1-600 méterig terjedt, átlagosan 112 méter volt. A betegek gyógyszerelésén nem változtattunk.

Vizsgáltuk a bőrhőmérsékletet, a Doppler-indexet és a dysbasiás távolságot.

A kezelések előtt a betegek többsége az 50-100 m-es dysbasia kategóriába tartozott, a kezelés után a betegek többsége a 250-500 m-es kategóriába került át. A fenti paramétereket értékelve azt láttuk, hogy a kezelés során a betegek 56,3%-a javult, 2,6%-a romlott és 41,1%-a nem változott. A jól reagálók között sok volt a perifériás típusú keringési zavarban szenvedő (diabeteses angiopathia, Buerger-kór).

4. Mi az, ami hiányzik? Az, amit Te is hiányolsz: egy kontrollált randomizált prospektív tanulmány annak vizsgálatára, hogy az észlelt javulás valóban a Sonotherápia hatására következett-e be. Ezt a vizsgálatot én magam is hiányolom.

5. A Sonotherápia nem egyszerűen egy gyógyító eljárás, hanem egy pénzkereső üzletág lett, amelyben a betegkiválasztás tisztasága csorbát szenvedett, az információk, azaz a hirdetések gyakran megalapozatlanok, és mindez tudtom és beleegyezésem nélkül az én nevem mögé helyezve jelent meg. Nem ritkán olyan betegeket is kezeltek, akiknek semmilyen betegsége nem volt, és olyanokat is, akiknél előrehaladott gangraenájuk miatt nem is volt remény az állapot javítására. Igaz, hogy az érszűkület hangkezelése csaknem két évtizede ismert, megtűrt vagy engedélyezett hazánkban, sőt más országokban is, ennek ellenére magam sem helyeslem, hogy egy vizsgálati stádiumban lévő eljárást rutinszerűen alkalmazzanak és azt a természetgyógyászok felügyelet nélkül végezzék. A helyzet tehát már jóval megnyilatkozásaim előtt adva volt, s ezekre azért került sor, mert indokoltnak éreztem a téves ismeretek (plakk felszívódás vagy rekanalizáció a hangkezelés hatására stb.) korrekcióját épp úgy, mint annak hangoztatását, hogy az orvosi felügyeletet egyértelműen javaslom.

Egyetértek azzal, hogy bizonyítani annak kell, aki egy új eljárást szeretne bevezetni. Ennek ellenére úgy látom, itt egy sajátos helyzet alakult ki, hiszen ez már csaknem két évtizede alkalmazott módszer és a közvélemény joggal ragaszkodhat a hatástalanság igazolásához is.

Mindezek alapján mindaddig, ameddig a megfelelő tudományos vizsgálatok a kezelés hatását nem tisztázzák, erről a terápiáról nem nyilatkozom, és saját vizsgálataimat is abahagyom, nehogy azokra ismét hivatkozzanak, mert nem kívánok a továbbiakban a harcok ütközőpontja lenni.

Dr. Bihari Imre

Kongresszusok – rendezvények

Stabil és instabil atherosclerotikus plakok vizsgálata ultrahanggal (tanfolyam). 1999. április 10., London, Anglia.

Információ: prof. A. N. Nicolaides, Irvine Laboratory for Cardiovascular Investigation and Research, St. Mary' Hospital, 10th floor, QEOM Wing., London, W2 1NY, England.

Amerikai Phlebológiai Társaság 18. Kongresszusa. 1999. április 15-21., Denver, Colorado, Amerikai Egyesült Államok.

Információ: J. B. Chang, 1050 Northern Boulevard, Roslyn, New York, 11576, USA.

Német-Magyar Angiológiai Kongresszus. 1999. május 7-9., Győr, Konferencia Hotel.

Információ: dr. Gunther Tamás, Petz Aladár Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Győr, Vasvári P. u. 2-4., 9023.

Endovascularis Terápiás Kurzus – Coronaria és Periféria. 1999. május 18-21., Párizs, Franciaország.

Információ: Europe Organisation, 5. rue St. Panthéon, BP 844, 31015. Toulouse Cedex 06., France.

Európai Lymphológiai Társaság (GEL) Kongresszusa. 1999. május 21-22., Thessaloniki, Görögország.

Információ: D. Kiskinis, 53 Ermou, GR 546 23, Thessaloniki, Greece.

Vénás Betegségek Robert May Kongresszusa. 1999. június 18-20., Innsbruck, Ausztria.

Információ: Tirol Congress, Renweg, 3, A-6020 Innsbruck.

Nemzetközi Sebész Kollégium (ICS) 21. Európai Kongresszusa. 1999. június 2-4., Prága.

Információ: Czech Medical Ass., I. E. Purkine P.O.B. 88, Sokolska 31. CZ 120 16 Prague 2., Czech Republic.

Európai Élettani Társaságok Szövetségének (FEPS) II. Kongresszusa. 1999. június 30. - július 4., Prága, Csehország.

Információ: prof. Eva Syková, Institute of Experimental Medicine ASCR, Vydenská 1083, 142 20 Prague 4., Czech Republik.

II. Európai Farmakológiai Kongresszus. 1999. július 3-7., Budapest.

Információ: prof. dr. Vizi E. Szilveszter, MTA KOKI, 1083 Budapest, Szigony u. 43.

Nemzetközi Angiológiai Kollégium (ICA) 41. Világkongresszusa. 1999. július 3-10., Sapporo, Japán.

Információ: J. B. Chang 1050 Northern Boulevard, Roslyn, New York, 11576, USA.

Magyar Élettani Társaság (MÉT) LXIV. Vándorgyűlése. 1999. július 5-8. Budapest.

Információ: prof. dr. Monos Emil, SOTE II. sz. Élettani Intézet, 1082 Budapest, Üllői út 78/a.

Nemzetközi Cardiovascularis Társaság (ISCVS) 24. Világkongresszusa. 1999. szeptember 12-17., Melbourne, Ausztrália.

Információ: ISCVS Administrativ Offices, 13. Elm str., Manchester, MA, 01944 USA.

XVII. Magyar Kísérletes Sebészeti Kongresszus. 1999. szeptember 16-18., Szeged.

Információ: prof. Boros Mihály, SZOTE Kísérletes Sebészeti Intézet, 6720 Szeged, Pécsi u. 4.

Nemzetközi Phlebológiai Unió (IUA) Európai Kongresszusa. 1999. szeptember 26. - október 1., Bréma, Németország.

Információ: dr. Eberhardt Rabe, Univ. Bonn, S. Freud str. 25., 53105 Bonn, Deutschland.

Gyulai Angiológiai Napok. 1999. szeptember 30. - október 2., Gyula.

Információ: dr. Zámori Csaba, Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház, Érsebészeti Osztály, 5700 Gyula, Semmelweis u. 1.

Amerikai Angiológiai Kollégium (ACA) 46. Világkongresszusa. 1999. október 3-8., Hawaii, USA.

Információ: Joan Shaffer, American College of Angiology, 295. Northern Bld., Ste. 104., Great Neck, N. Y. 11021-4701 USA.

Atherosclerosis, Hypertonia és Coronaria Betegség Nemzetközi Kongresszusa. 1999. október 14-16., Új Delhi, India.

Információ: dr. R. B. Singh, International College of Nutrition, Heart Res. Lab. Civil Lines, Moradabad 10., UP, 244001, India.

Magyar Sebész Társaság Endoszkópos Szekciójának 6. Kongresszusa. 1999. október 29-31., Gyöngyös.

Információ: prof. dr. Gál István, Bugát Pál Kórház, 3200 Gyöngyös, Dózsa Gy. u. 20-22.

3. Csendes-óceáni Vénás Szimpózium. 1999. november 3-6., Hawaii, Usa.

Információ: Straub Foundation, 1100 Ward Ave., Suite 1045, Honolulu, HI 96814-1617, USA.

14. Berliini Érsebészeti Szimpózium. 1999. november 11-13., Berlin.

Információ: prof. W. Hepp, St. Josef Krankenhaus, Robert Koch str. 16., D-42781, Haan, Deutschland.

Nemzetközi De Bakey Sebészeti Társaság 13. Kongresszusa. 2000. május 12-16., Moszkva, Oroszország.

Információ: prof. Renat S. Akchurin, Cardiology Research Center, 121552 3rd Cherepovskaya, 15-a, Moscow, Russia.

Pánamerikai Phlebológiai és Lymphológiai Kongresszus. 2000. május 31. - június 3., Córdoba, Argentína.

Információ: Alvear 327., 5000 Córdoba, Argentína.

Magyar Sebész Társaság 55. Kongresszusa. 2000. június 14-17., Győr.

Információ: dr. Oláh Attila, Petz Aladár Megyei Kórház, Győr.

Echocardiographia és Vascularis Ultrahang VI. Világkongresszusa. 2000. június 29. - július 2., Berlin, Németország.

Információ: Lindy Chapman, Univ. Alabama at Birminham, Heart Echo Lab., SWS 102., Birmingham, AL 35233, USA.

ÉRBETEGSÉGEK • VASCULAR DISEASES

A Magyar Angiológiai Társaság tudományos folyóirata • Scientific Journal of Hungarian Society for Angiology

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE

ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinih Csaba, dr. Horváth László, dr. Hüttl Kálmán, dr. Jámor Gyula, dr. Kádár Anna, dr. Nemes Attila, dr. Papp Sándor

Rovatvezetők: *Artériák:* dr. Szabó Imre • *Vénák:* dr. Hetényi András • *Nyirokutat:* dr. Daróczy Judit • *Alaptudományok:*

dr. Monos Emil • *Haemorrhologia:* dr. Kollár Lajos • *Haemostaseologia:* dr. Váci István • *Belgyógyászat:*

dr. Káli András • *Radiológia:* dr. Molnár Ferenc • *Bőrgyógyászat:* dr. Várkonyi Viktória • *Neurológia:*

dr. Szegedy Norbert • *Gyermekekori érbetegségek:* dr. Tasnády Géza •

Szervezés, továbbképzés: dr. Meskó Éva • *Közlemények:* dr. Mátyás Lajos

Kiadja az ANGIO Bt. Felelős kiadó az ANGIO Bt. ügyvezető igazgatója.

Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./fax: 1345-468.

Tervezőszerkesztés: dr. Sébor József

Nyomás: Egyetemi Nyomda, Budapest

ISSN: 1218-3636

Eddig megjelent számaink tartalmából

Aktuális: dr. Nemes Attila: Az érsebészet helyzete Magyarországon ● dr. Robiczsek Ferenc: Tünetmentes arteria carotis szűkület – operáljunk vagy nem? ● dr. Dormándy János: Európai Egyeztetett Dokumentum a krónikus és kritikus lábischaemiáról ● A. N. Nicolaides: A tünetmentes arteria carotis szűkület és a stroke kockázata. ● dr. Meskó Éva: A belgyógyászati angiológia helyzete Magyarországon ● dr. Szegedi János – dr. Ballagi Farkas – dr. Farkas Katalin – dr. Landi Anna – dr. Meskó Éva – dr. Nádas Iván – dr. Váczi István: A belgyógyászati angiológia feltétel- és követelményrendszere ● **Alaptudományok:** dr. Káli András: Vascularis integritás és vascularis remodeling ● dr. Monos Emil – dr. Bérczi Viktor – dr. Nádas György: A vena tonus localis szabályozásának biomechanikai szempontjai ● dr. Nádas György L. – dr. Monos Emil – dr. Bérczi Viktor: A vénák tónusának metabolikus kontrollja ● ifj. dr. Szentiványi Mátyás – dr. Monos Emil: Adrenomedullin: egy új értágító, vérnyomáscsökkentő peptid ● dr. Tóth Mária – dr. Nádas György L. – dr. Monos Emil: Agyi aneurizma modellek ● dr. Solti Ferenc: Az érfali nyirokeringés elégtelenségének szerepe a verőérbetegségek patogenezisében és progressziójában ● Visontai Zsuzsanna Zsófia – ifj. dr. Rigó János – dr. Dézsi László: Endothelsejt diszfunkció és a praeclampsia összefüggései ● dr. Tóth Mária – dr. Nádas György L. – dr. Nyáry István – dr. Monos Emil: Agyi aneurizmás betegek intra- és extracranialis artériáinak biomechanikai tulajdonságai ● dr. Monos Emil: Az érrendszeri krónikus adaptáció mechanizmusai ● dr. Szombathelyi Tibor – Yves Goffin: Humán aorta és pulmonális szívbíllentyű immunhisztokémiai vizsgálata ● dr. Hamar János: A vékonybél véráramlásának szabályozása fiziológiai körülmények között és súlyos stresszel járó állapotokban ● dr. Székács Béla – dr. Kakucs Róka – dr. Ács Nándor – dr. Nádas György – dr. Monos Emil: Szexuálszteoridok akut hatásai noradrenalin in vitro kiváltott kísér-összehúzóásra ● dr. Bari Ferenc: K^+ -ioncsatornák szerepe az érsi-maizom szabályozásában ● dr. Meződy

Melitta: Az endothelialis dysfunctio szerepe az acut respiratorikus distress syndromában ● **Artériák betegségei:** dr. Laczkó Ágnes – dr. Acsády György – dr. Nemes Attila: Érsebészeti beavatkozások a felső végtagok artériáinak megbetegedései miatt ● dr. Acsády György – dr. Járányi Zsuzsanna – dr. Pintér László – dr. Laczkó Ágnes – dr. Nemes Attila: Az aorto-duodenalis fistulákról ● dr. Entz László – dr. Járányi Zsuzsanna – dr. Nemes Attila: Az eversió és a hagyományos carotis endarteriectomia perioperatív eredményeinek összehasonlítása ● dr. Tamás László – dr. Gunther Tamás – dr. Tarr Miklós – dr. Németh József – dr. Jakab Lajos – dr. Czigány Tamás: Tapasztalataink öt év alatt az arteria carotis interna (ACI) sebészetében ● dr. Olvasztó Sándor – dr. Koszlovsky Bertalan – dr. Bánfy Csaba – dr. Papp László – dr. Litauszky Krisztina – dr. Nagy Judit: A kiáramlási pálya preoperatív megítélésének komplex módja és jelentősége femoro-distalis rekonstrukciókban ● dr. Horváth Tibor – dr. Erdélyi Béla – dr. Ádám Attila – dr. Semlyén Judit: A betegek követésének jelentősége carotis rekonstrukció után ● dr. Nádor György: Az agyi aneurizmák CT-vizsgálatáról ● dr. Tamás László – dr. Gunther Tamás – dr. Németh József – dr. Jakab Lajos dr. Czigány Tamás – dr. Szatmári Ferenc: Tapasztalatok és eredmények a posztoperatív álaneurizmák sebészeti kezelésében ● dr. Tarr Miklós – dr. Gunther Tamás – dr. Tamás László – dr. Németh József – dr. Czigány Tamás – dr. Jakab Lajos – dr. Szatmári Ferenc: Acut alsó végtagi ischaemiát okozó poplitea aneurysmákról ● dr. Mózes Géza – dr. Kádár Anna – dr. Illyés György – dr. Kulka Janina – dr. Schönfeld Tibor – Szik Lászlóné – Tőkés Annamária: Fia-talkori érelmeszesedés a koszorúerekben és az aortában ● dr. Baranyai Árpád – dr. Dlustus Béla – dr. Tóth Gyula – dr. Vallus Gábor: Akut carotis revaszkularizáció progresszív stroke esetén ● Rodek Eszter: A hyperlipidaemiák diétás kezelése ● dr. Simonfalvi Imre – dr. Tomcsányi István – dr. Nagy Eszter – dr. Somogyi András: Mérsékelt és mély hipotermia alkalmazása akut aorta ascendens

dissectio miatt végzett műtéteknél ● **Vénák betegségei:** dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Bíró Gábor – dr. Entz László – dr. Hüttl Kálmán – dr. Nemes Attila: A vena cava superior syndroma érsebészeti kezelése: A „T” formájú interpositum bevezetése ● dr. Hetényi András: Új műtéti eljárás: a feltárt mélyvéna védelme külső PTFE-spirállal ● dr. Sándor Tamás: Új lehetőségek a vénás thromboembóliák profilaxisában: kis molekulásúlyú heparinok ● dr. Kollár Lajos – dr. Maria Elisabeth Scholz – dr. Rozsos István: A nátrium-pentoszanpoliszulfát és a Fragmin hatékonyságának összehasonlítása ● dr. Hetényi András: Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének klasszifikációja és a súlyosság mértékének megállapítása ● dr. Bihari Imre: Az alsó végtag seprű- vagy pókvénáinak klinikai képe és előfordulása ● dr. Horváth Katalin – dr. Hetényi András – dr. Nagy Imre: A lábszár izomvénáinak jelentősége a flebológiai gyakorlatban ● dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Pintér László – dr. Repa Imre – dr. Nemes Attila: A vénák aneurizmái ● dr. Bihari Imre – dr. Magyar Éva: Arterio-venosus mikroschuntók egyes pókvénák hátterében ● dr. Bihari Imre: Varicectomy mélyvénás keringés hiányában ● dr. Sándor Tamás: A mélyvénás trombózis otthoni kezelése ● dr. Vizsy László – dr. Kelemen Ottó – dr. Bodnár Szabolcs – dr. Bátorfi József: A kryovaricectomiával elért eredményeink ● dr. Bihari Imre: A felületes phlebitis kezelési lehetőségei ● dr. Jose Alemany: Az ilioacavalis vénás segment rekonstrukciója tumoros esetekben ● **Belgyógyászat:** dr. Vértés András – dr. Káli András – dr. Kolonics István dr. Sitkei Éva – dr. Palik Imre: Alsó végtagi artériás occlusio kezelése systémás accelerált thrombolysissal ● dr. Nieszner Éva – dr. Nádas Iván – dr. Simon Judit – dr. Baranyi Éva – dr. Préda István: Macroangiopáthiás szövödményekkel kezelt 2. típusú cukorbetegség anyagcsere-helyzetének értékelése ● dr. Meskó Éva: Mit tehet egy megyei kórház angiológiai belgyógyászata az ér-betegekért? ● dr. Nieszner Éva – dr. Nádas Iván – dr. Baranyi Éva – dr. Tóth Károly – dr. Vereczkei Kata-

lin – dr. Préda István: Balkamra-funkció értékelése diabetes mellitus okozta microangiopathiában ● dr. Farkas Katalin – dr. Kolossváry Endre – dr. Járai Zoltán – dr. Dolgos László – dr. Farsang Csaba: Diabeteses microangiopathia kimutatása laser Doppler vizsgálattal ● dr. Marschalkó Izabella: Perifériás érbetegségek gondozása – tíz év tapasztalatai ● **Lymphológia:** dr. Daróczy Judit: A krónikus nyirokódéma szövődményei ● dr. Daróczy Judit: Mikromorphológiai elváltozások krónikus nyirokódémában ● dr. Bihari Imre – dr. Tasnádi Géza – dr. Domján Gyula – dr. Tomcsányi István: Chylascos kezelése peritonea-venosus műanyag shunt beültetésével ● **Radiológia:** dr. Balázs György – dr. Hüttl Kálmán: A carotis rendszer duplex ultrahang vizsgálata ● dr. Palkó András: A vesetumorkok vascularisatiójának és vénás terjedésének komputer tomográfiás vizsgálata ● **Bőrgyógyászat:** dr. Várkonyi Viktória: A lábszárfekély differenciál diagnosztikája ● dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Turbók Eszter – dr. Nemes Attila: Iruxol monoval szerzett klinikai tapasztalatok a krónikus sebek kezelésében ● dr. Daróczy Judit – dr. Majthényi Piroska – dr. Réd-

ling Marianne – dr. Bagó Andrea: Sebkezelő program krónikus vénás elégtelenségben kialakult ulcus crurisban ● **Haemostaseológia:** dr. Sas Géza – dr. Kunz Gabriella: A thrombophilia klinikai vonatkozásai ● dr. M. A. Lateiwish – dr. Kuncz Gabriella – dr. Csurgay Eszter – dr. Sas Géza: Az antiphospholipid antitestek angiológiai vonatkozásai ● dr. Kollár Lajos, dr. Rozsos István, dr. Forgács Sándor: A haemodilutio hatása perifériás érbetegségek kezelésében ● **Gyermekkori érbetegségek:** dr. Tasnádi Géza: A perifériás erek anomáliái, I. rész: Epiedemiológia, etiológia ● dr. Tasnádi Géza: A perifériás erek anomáliái (II. rész) ● **Esetismertetés:** dr. Kozlovsky Bertalan – dr. Vaszily Miklós – dr. Szabó Zoltán – dr. Bánfi Csaba – dr. Szeráfin Tamás – dr. Péterffy Árpád: Az aorta dissectio mai kezelési lehetőségeiről – A-típusú acut dissectio sikerrel operált esete ● dr. Horváth Péter: Carotis keringési zavar kivizsgálása során diagnosztizált Eagle (stylohyoid) szindróma ● dr. Tarr Miklós – dr. Czigány Tamás – dr. Gunther Tamás: Acut alsó végtagi ischaemiát okozó artéria poplitea álaaneurysma sikerrel operált esete ● **Továbbképzés:** dr. Várady Zoltán: Az esztétikus varicec-

tomia technikája ● dr. Ballagi Farkas: A szénsavgázfürdő jelentősége a perifériás érbetegségek rehabilitációjában ● dr. Tagányi Károly: Kémiai lumbális sympathectomia ● dr. Rozsos István – dr. Kollár Lajos – dr. Horváth Örs Péter: Krónikus érbetegségek tartós fájdalomcsillapítása (pozitív kontrollos klinikai tanulmány) ● dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Nemes Attila: A postvaricectomiás oedemák Detralex kezelésével szerzett klinikai tapasztalatok ● dr. Forgács Sándor – dr. Rozsos István – dr. Kollár Lajos: Antibiotikum profilaxis szerepe az érsebészeti műtéteknél ● dr. Ballagi Farkas: Az érbetegségek rehabilitációjának eszközei ● dr. Olvasztó Sándor – dr. Jenes Erzsébet – dr. Mész Mária: Fontos-e a thrombocytá aggregatio gátlása már az érműtét előtt is? ● **História:** dr. Bihari Imre: 150 éve született Friedrich Trendelenburg ● dr. Bihari Imre: A scleroterápia története ● dr. Radó György: Az ulcus cruris fogalmának kialakulása ● dr. Radó György: A lábszárfekély terápiajának története ● dr. Meskó Éva: Urai László, a belgyógyász angiológus ● dr. Vezendi Klára: Emlékezés Géza de Takátsra ● dr. Bihari Imre: Az első éranasztomosis és annak megalkotója – 120 éves az Eck-fistula.

Örömmel értesítjük, hogy forgalomba került Magyarországon az

Alprostapint 20 µg/ml

alprostadil, PGE₁ hatóanyag tartalmú ampulla.

A készítmény fő indikációs területe a peripheriás arteriás occlusiós betegségben, Fontaine-III-as és IV-es stádiumban, ha lumentágító terápia nem lehetséges vagy nem eredményes.

A gyógyszer a nagykereskedőknél (Hungaropharma, Humantrade, Medimpex) beszerezhető, kórházi ára 5x1 ampullás csomagolásban 16.382,-Ft.

Kérjük, hogy felírás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást, illetőleg esetleges kérdése esetén cégünket megkeresni szíveskedjen.

Wipharma Kft.

1147 Budapest, Miskolci u. 50.

Telefon: 221-83-81. Fax: 20-927-9727.

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló megírásához

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

Kitekintést kívánunk adni a nemzetközi szakirodalomra, referátumok formájában. Szívesen látunk beszámolókat hazai és külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeken a szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezzük 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 két példányban kérjük elküldeni. A gépelés 2-es sorközzel (a lap egyik oldalán) történjen, egy-egy oldal 30 sort, soronként kb. 60 betűhelyet tartalmazzon. A szerzők teljes nevét kérjük kiírni, a doktori címmel együtt, egyéb rang, tudományos cím ne legyen feltüntetve. A szerző(k) munkahelyéről informáló fejléctet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadunk számítógépes lemezt a következő rendszerekben: XyWrite, ASCII, 8-bit ASCII, WordStar 3., 4.0, 5.0, MS-Word, WordPerfect; elsősorban ezek Ventura kiterjesztéseivel, de anélkül is megfelel. Ez esetben a kéziraatra vonatkozó általános szabályok érvényüket veszítik, de az optimális terjedelmet kérjük figyelembe venni. A lemez mellett is kérjük két kinyomtatott példány elküldését, mert a lemezek esetenként sérülten érkeznek.

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

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

Az *ábrák és fényképek* hátlapján *ceruzával* az első szerző nevét és a cím első szavait, valamint a kép felső szélét nyíllal kérjük jelölni.

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

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

Folyóirat cikkének *referátumában* kérjük feltüntetni a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal (2-es sorközzel) legyen. Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

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

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tisztelettel meghívja Önt
a **Gyulai Angiológiai Napokra**

Időpont: 1999. szeptember 30. – október 01-02.

Előzetes program:

Szeptember 30. (csütörtök) 15 órától:

Megnyitó

Emlékelőadások

Fogadás (20 órától)

Október 01. (péntek, egész nap):

Tudományos előadások

Közgyűlés

Vacsora

Október 02. (szombat délelőtt):

Tudományos előadások

A tudományos ülés kiemelt témaköre:

Sürgősségi ellátás az angiológiában.

Fakultatív programok:

- Fürdés a gyógyfürdőben (a szállodával fedett folyosóval összekötött, grófi kastélyparkba telepített termálfürdő).
- Gyalogos városnézés (idegenvezetővel: Erkel szülőháza, középkori téglavár, Százéves cukrászda stb.).
- Mezőhegyesi kirándulás busszal, vacsorával (szombat délután). Látnivalók: II. József császár alapította katonai méneshirtok.
- Napoleon háttéréből kitenyészett „nóniusz”. Monarchia korabeli épületegyüttes a városközpontban.

Résztvételi díj:

- 35 év fölött: 6000,-Ft,
- kíséreknek: 3000,-Ft,
- 35 év alatt: 3000,-Ft,

– szakdolgozóknak és nyugdíjasoknak ingyenes.

A résztvételi díj magába foglalja a szeptember 30-án tartandó nyitófogadás, valamint az október 01-jei zenés vacsora költségét.

Szállás: Hotel Erkel, 5700 Gyula, Várkert u. 1.

Elhelyezés: „A” épület (háromcsillagos, fürdőszobás) szobáiban reggelivel.

„D” épület (egycsillagos, zuhanyozós) szobáiban reggelivel.

A szálláshelyek elosztása a jelentkezés sorrendjében történik.

A szervezőbizottság elnöke: **dr. Zámori Csaba**
osztályvezető főorvos, Békes Megyei Pándy Kálmán Kórház, Érsebészeti Osztály,
5700 Gyula, Semmelweis u. 1.

Telefon: 06-66-361-833 / 2351, 2314.

FIBRO-VEIN 1%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.
FOR INTRAVENOUS USE IN THE TREATMENT OF
VARICOSE VEINS BY COMPRESSION SCLEROTHERAPY

FIBRO-VEIN 0.5%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.

FIBRO-VEIN 0.2%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.

FIBRO-VEIN 3%
SODIUM TETRADECYL SULPHATE
INJECTION B.P.
FOR INTRAVENOUS USE IN THE TREATMENT OF
VARICOSE VEINS BY COMPRESSION SCLEROTHERAPY

S.T.D. PHARMACEUTICAL PRODUCTS LTD.,
Fields Yard, Plough Lane, Hereford, England, HR4 9EL

További információk:
SALUS Kft. 1119 Budapest, Thá
Tel.: 204-3846, 204-3847, 203-33
Fax.: 204-3851

Forgalmazza
a Hungaropharma Rt.

Fizessen elő az

ÉRBETEGSÉGEK

című, negyedévenként megjelenő

folyóíratra, szakmánk első magyar nyelvű, rendszeresen jelentkező lapjára!

Egy lapszám ára: 350,-Ft. Előfizetési díj egy évre: 1400,-Ft.

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tagjai számára ezen folyóírat díjtalan.

A Társaság 1999. évi tagdíja 500,-Ft.

A lap példányonként vagy egész évre a szerkesztőség címén rendelhető meg:

1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.,

postai utánvétellel, a postai költség felszámításával.

MEGRENDELŐLAP

(azok számára, akik nem tagjai a Magyar
Angiológiai és Érsebészeti Társaságnak,
pl. könyvtárak, kórházak, rendelőintézetek)

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című
folyóírat 1999. évi számain egy példányban, 1400,-Ft
éves előfizetési díjért.

Megrendelő neve:

.....

Címe (város):

.....

Utca, tér, házszám:

Emelet, ajtó: Ir. szám:

Az előfizetési díjat jelen megrendeléssel egyidejűleg
belföldi postautalványon a szerkesztőség címére
(1081 Bp., Népszínház u. 42-44.)* vagy átutalással
az OTP Bp. I., Alagút u. 3. 501-11701004-
20158002 sz. számlára* befizettem.

.....

aláírás

* Kérjük a megfelelő szöveget aláhúzni.

A MAÉT tagsági díj (500,-Ft) befizetésére
szolgáló csekkek dr. Jámbor Gyulától,
a Társaság pénztárosától (SOTE I. sz.
Sebészeti Klinika, Bp. VIII. ker. Üllői út 78.),
valamint szerkesztőségünk címén
igényelhetők.

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

(Aki a Belépési Nyilatkozatot kitöltve
visszaküldi szerkesztőségünk címére,
mint a MAET tagja,
díjtalanul kapja folyóíratunkat.)

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti
Társaságba. A Társaság 1999. évi tagdíja 500,-
Ft. A tagdíjat a megküldendő csekken befizetem.
KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:

Cím:

Telefonszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

.....

Beosztás:

Szakterület:

.....

aláírás

Amitől a patak folyóvá válik...

SP54[®]

drazsé,
injekció



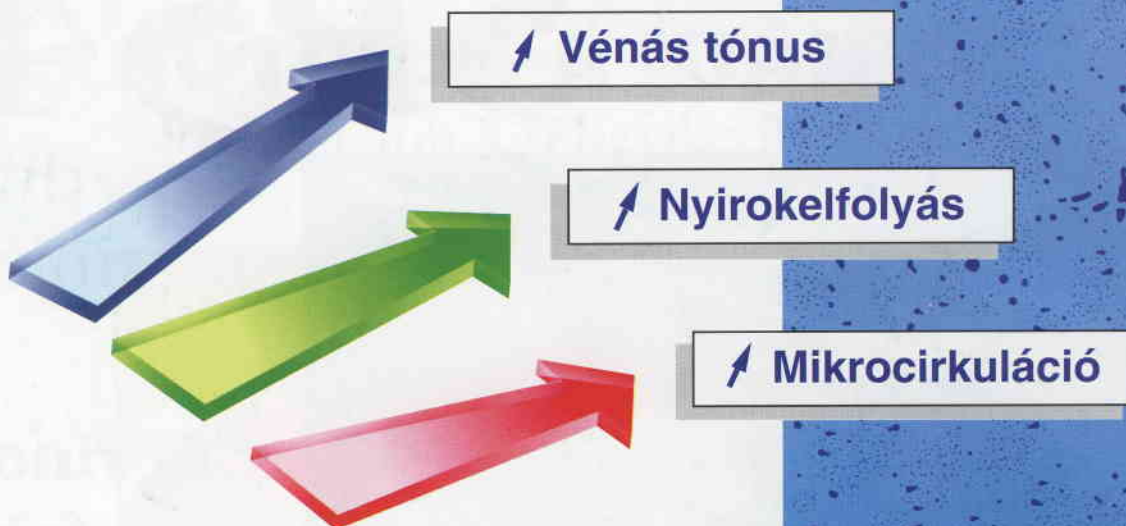
- **fibrinolysis
fokozás**
 - **vér-
viszkozitás
csökkentés**
 - **húgy-
hólyag GAG
védőréteg
növelése**

FIBRINOLYTICA

tb-támogatás:
70%

Szakmai információ kérhető: Kéri Pharma Kft.

H-4032 Debrecen, Bartha B. u. 7. Tel.: (52) 431-313, 431-314 Fax: (52) 431-315



detralex

Mikronizált, tisztított flavonoid frakció

mikronizált

ATC: C 05 CA bioflavonoid

Hatóanyag: 450 mg diosmin és 50 mg hesperidin filmbevonatú tablettáként. **Hatás:** Vénatonizáló és érhalózat védő hatását a vénás rendszeren fejti ki. Gátolja a vénák tágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén normalizálja a hajszálerek átteresztőképességét és erősíti a kapilláris ellenállást. Farmakológiai aktivitását kettős vak klinikai vizsgálatokkal igazolták a gyógyszernek a vénás pleizmográfia paramétereire (vénás kapacitás, tágulékonyág, kiürülési idő) kifejtett hatása alapján. Megállapították, hogy a gyógyszer fokozza a vénás tónust és csökkenti a vénák kiürülési idejét. Angiosterrometriás mérések igazolták, hogy kapilláris fragilitás fennállása esetén a gyógyszer fokozza a hajszálerek ellenállását. Felezési ideje 11 óra. Kiürülése főként a széklettel, és kb. 14%-ban vizelettel történik. **Javallatok:** Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelenségének mind organikus, mind funkcionális formájában;

– feszülés, nehézség érzés
– fájdalom

– éjszakai lábikra görcsök

a haemorrhoidális vénák megbetegedéseiben. **Ellenjavallatok:** A készítmények anyatejben való kiválasztódásáról nincs elég adat. Ezért szoptatás alatt a gyógyszer adását kerülni kell. **Adagolás:** Napi 2 tabletta elosztva, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tabletta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tabletta. **Mellékhatások:** Ritkán előforduló, enyhe gasztrointesztinális és neurovegetatív panaszok, melyek nem teszik a kezelés leállítását szükségessé. **Csomagolás:** Dobozonként 30 db filmbevonatú tabletta.

Eltartási utasítás: Szobahőmérsékleten tartandó.

OGYI eng. sz.: 2001/41/91.

Rövidített alkalmazási előírát.

Részletesebb információ: Servier Hungária Kft.

1146 Budapest, Abonyi utca 31.

Tel.: 344-0590 Fax: 344-0588



↗ Vénás tónus

↗ Nyirokelfolyás

↗ Mikrocirkuláció

**Döntő terápiás előny a betegeknek
a következő esetekben:**

Krónikus vénás elégtelenség:

napi 2 tabletta

Akut aranyeres krízis:

6 tablettáig naponta