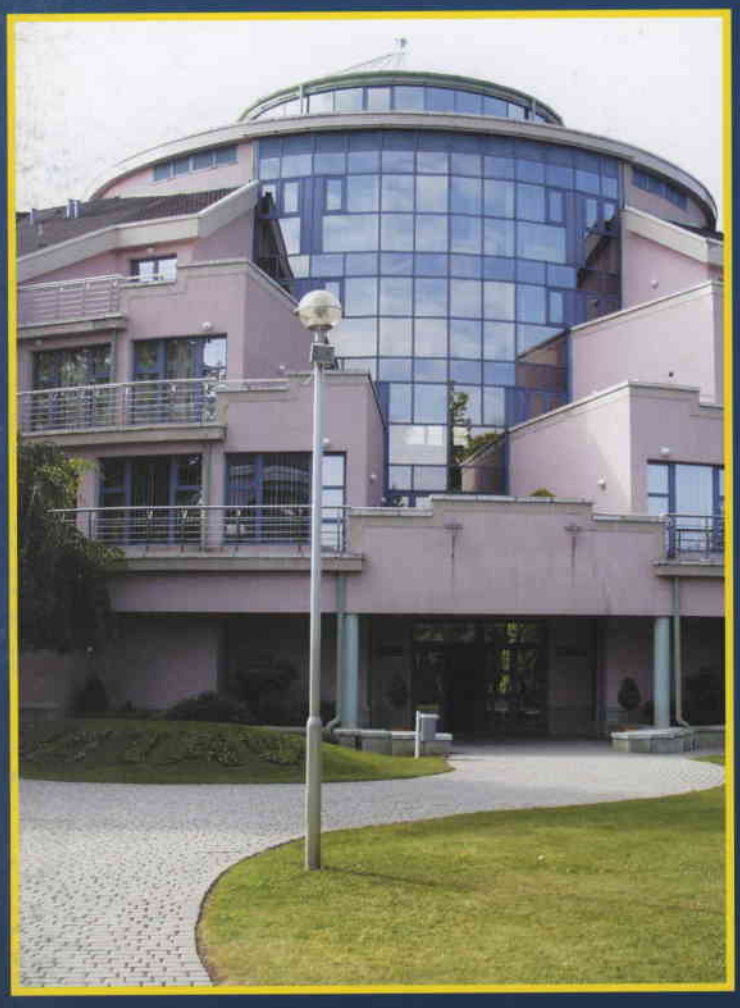
ÉRBETEGSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2004/suppl.

Fiatal Angiológusok IV. Országos Fóruma Balatonkenese, 2004. október 29-30.



Köszöntők

Referátumok, előadás-összefoglalók, poszterek az alábbi fő témakörökben:

– anyagcserezavarok és az atherosclerosis, rizikófaktorok szerepe,

– a cerebrovascularis betegségek ellátásnak aktuális kérdései,

– endovascularis technikák alkalmazása az érbetegségek kezelésében,

– érbetegségek invazív ellátásnak szövődményei és gyógyításuk,

– atípusos érsebészeti megoldások,

– érsérülések ellátása a mindennapi gyakorlatban,

– vénás betegségek: varicositas, varicophlebitis, krónikus vénás elégtelenség, vénás thrombosis.

Servier szimpózium

Sanofi szimpózium

Novartis szimpózium

Műtősnői Fórum

Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság lapja

mikronizált, tisztított flavonoid frakció

detralex®

MIKRONIZÁLT FORMA

Már 60 tablettás változatban is!

Az egyetlen mikronizált venotonikum
– gyors felszívódás
– nagyobb klinikai hatékonyság

Komplex védelem
az első tünetektől
a súlyos szövődményekig.

ÚJ!

Aranyérbetegségben
2–6 tabletta naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tabletta naponta

Részletesebb információ:

SERVIER

Servier Hungária Kft.
1062 Budapest, Váci út 1-3. • Telefon: 238-7799 Fax: 238-7966 • E-mail: servierh@elender.hu

A MAÉT elnökének köszöntője

PROF. DR. ACSÁDY GYÖRGY

Kedves ifjú Kolléganők és Kollégák!

Szinte hihetetlennek tűnik számomra, hogy két év telt el a Fiatal Angiológusok III. Országos Fóruma óta, ahol is nekem adatott a megtiszteltetés, hogy köszönthettelek Benneteket. Aggódom azért, mert az idő múlása annyira felgyorsult, hogy néhány év múlva nem tudjuk folytatni ezt a rendezvénysorozatot, hiszen a fiatal angiológusok száma nem növekszik párhuzamosan az idő felgyorsulásával.

Bár a szakmai ismeretanyag is fokozatosan bővül, időtök jelentős részét most már egy új feladattal, nevezetesen a finanszírozási kérdésekkel kell tölteni. Fokozatosan és kényszerűségből előtérbe került a különböző jelentési és elszámolási technikák minden részletre kiterjedő elsajátítása, hiszen ma már csak az tud talpon maradni, aki meg tudja termelni a működéséhez szükséges anyagi fedezetet. Az egyre inkább előtérbe kerülő menedzser szemlélet korunk szükséges velejárója, de még nem tartunk ott, hogy ezt erre a feladatra kiképzett szakemberek vegyék le a gyógyító orvosok válláról. Ezért iktattuk be a tudományos program záróakkordjaként a finanszírozási kérdésekkel foglalkozó kerekasztal megbeszélést.

Két év rövid idő, mégis bízom benne, hogy sikerült szakmai tapasztalataitokat ez idő alatt is gyarapítani, s most ismételten tudtok újat hozni és azt megosztani velünk. Az orvostechnikai berendezések tökéletesedése lehetőséget ad a pontosabb kivizsgálás, a biztonságosabb terápia kivitelezéséhez és a szakszerűen dokumentált, gondos utánkövetéshez. Tisztában vagyok azzal, hogy hazánk jelenlegi gazdasági helyzetében ezek az új berendezések csupán kevés helyen állnak a gyógyítás szolgálatában, de bízom benne, hogy az ilyen és ehhez hasonló tudományos rendezvényeken kialakuló kollegiális kapcsolatok segítenek abban, hogy betegeiteket eljuttathassátok azokra a helyekre, ahol ezek már működnek. Biztos vagyok benne, hogy ez több szervezést, adminisztratív terhet jelent mindannyitoknak, mégis, ha a beteg gyógyulása ezt kívánja, fel kell vállalni a velejáró többletmunkát.

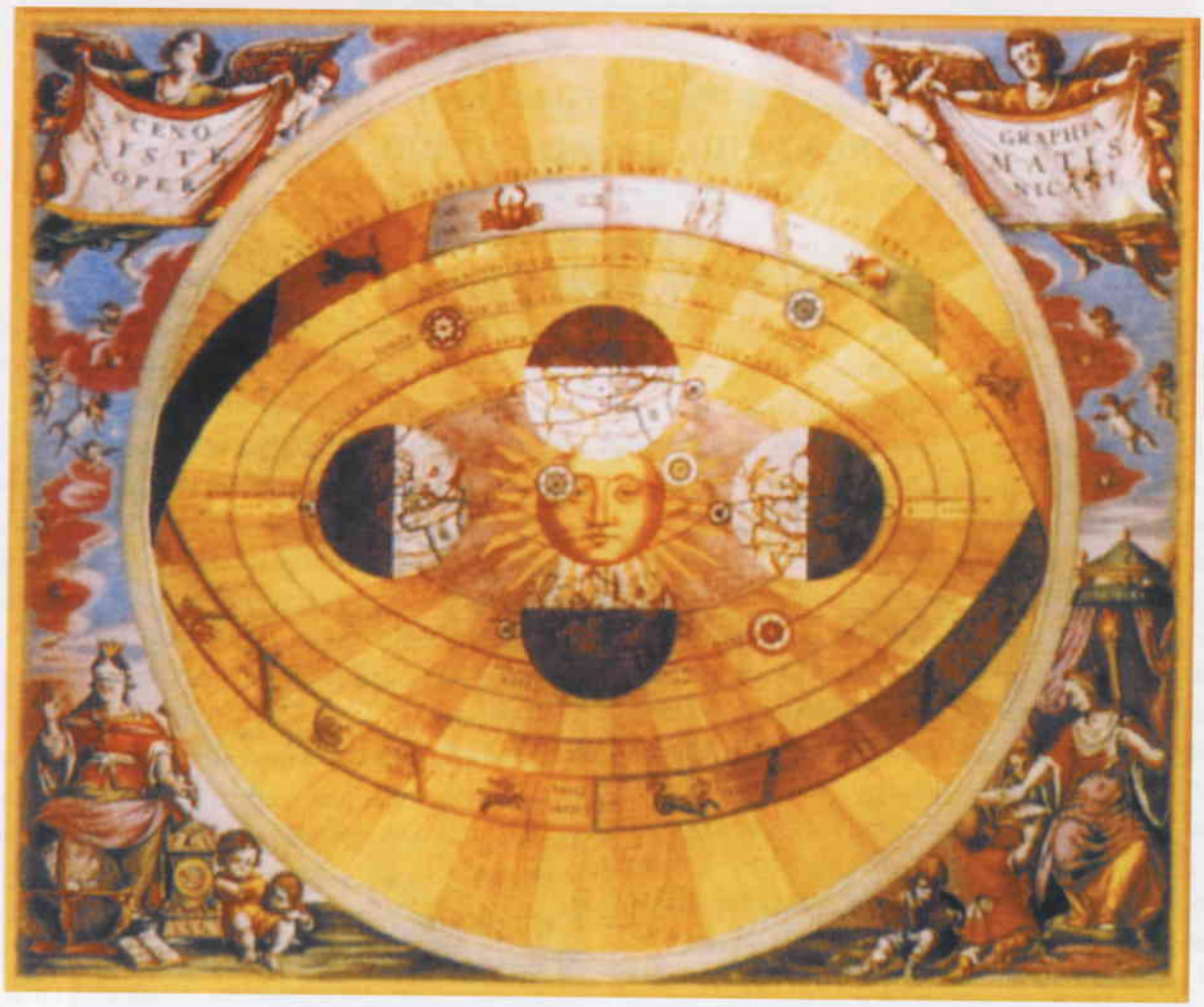
Kérlek Benneteket, hogy a fentebb említettek ne szegjék kedveteket, ne törjék meg szakmai lendületeteket, de – mint a két évvel ezelőtti köszöntőmben is írtam – kötelességünk mindenről őszintén beszélni. Az őszinteség azt kívánja, hogy most erről szóljak, megtartva azt a reményt, hogy az Európai Közösséghez való csatlakozásunk idővel olyan gazdasági fellendülést fog eredményezni, amelynek következtében az egészségügy finanszírozására is nagyobb összeg fordítódhat.

Az elkövetkező két napra kívánok valamennyiőtöknek a mindennapi gondokból való kellemes kikapcsolódást, hasznos, baráti légkörű eszmecserét, amely megerősíti Bennetek azt az elhatározást, hogy a fórumok sorát tovább folytatjátok.

Trental®
Pentoxifyllin
drazsé és injekció

Aventis

Eppur si muove!
És mégis „kering”!



Fokozza a károsodott keringésű területek mikrocirkulációját

Bővebb felvilágosításért kérjük forduljon irodánkhoz:

Aventis Pharma Kft. · 1036 Budapest, Lajos u. 48–66.
Tel.: 4545 400, Fax: 4545 401 · e-mail: hungary@aventis.com · www.aventis.hu

A Honvéd Vezérkar Egészségügyi Csoportfőnökének köszöntője

DR. SVÉD LÁSZLÓ ORVOS VEZÉRŐRNAGY

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

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

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

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

Mi újság a Compri-Med Kft-nél?

A Compri-Med Kft.
új internetes elérhetőségei:
e-mail: info@compri-med.hu
weblap: www.compri-med.hu
Weblapunkat ajánljuk a betegeknek,
részletes információkat találhatnak
harisnyákról, árakról;
s természetesen ajánljuk az orvosoknak is
a céggel kapcsolatos új információk
beszerzésére, a már ismert
Compression Bulletin megrendelésére,
ajánljuk a kereskedőknek is,
akik megtalálják termékismertetőnket
és a kapcsolatfelvétel lehetőségeit is.

Új termékek:

Phlebo press pelották,

külön jobb és bal lábra külső, illetve belső
pelotta. Főleg lábszárfekélyes betegek vagy
nyiroködémás betegek kompressziós
kezeléséhez nyújthatnak hathatós segítséget,
anatómiailag pontosan illeszkedve a külső,
illetve a belső bokacsonthoz.

Venoped talpbetétek:

36-tól 45-ös lábméretig.
A talpbetétekben kialakított dudorok
a talp akupresszúrás pontjait stimulálják
járás közben, javítják a keringést
és a vénás visszaáramlást.

Bővebb információért, katalógusért
forduljon hozzánk bizalommal:
COMPRI-MED Kft.,
1062 Budapest, Aradi u. 41.
Tel./fax: 311-1883.
Nyitvatartás:
hétfőtől péntekig, 9-17 óra között.

A Szervező Bizottság elnökének köszöntője

DR. DLUSTUS BÉLA

Kedves Barátunk, Kollégánk!

A Fiatal Angiológusok IV. Országos Fórumát (FAOF IV., 2004.), a tudományos programot ezúttal – a nagy érdeklődésre tekintettel – két helyszínen, a MATÁV balatonkenesei menedzserközpontjában és a Honvédüdülőben rendezzük.

Hagyománnyá vált, hogy kétévenként – azon időszakokban, amikor az Angiológiai Napok nem kerülnek megrendezésre – összegyűlnek e gyorsan fejlődő diszciplina iránt érdeklődő fiatalok. A rendezvény keretében műtősnői fórumot is tartunk.

Tanácskozásunk célja a vascularis betegségekkel foglalkozó fiatal (45 év alatti) szakemberek tudományos továbbképzése, főbb szakmai kérdésekben az egységes hazai szemlélet kialakítása. Rendezvényünk – jól szervezett szakmai és társasági programok keretében – az egyes társszakmákat érintő közös kérdések alapos megvitatását, a hazai gyakorlat, valamint az új diagnosztikus, terápiás eljárások bemutatását és a személyes kapcsolatteremtést kívánja szolgálni. A korábbi fórumok ezeket a célokat sikerrel valósították meg, s minden résztvevő felejthetetlen élményekkel távozott.

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

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

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

Fiatal Angiológusok IV. Országos Fóruma Program

2004. október 29., péntek

10.00 - 13.00 Videokonferencia: élő közvetítés a Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinikájáról (moderátor: *dr. Nemes Balázs* és *dr. Vallus Gábor*)
13.00 - 14.00 Állófogadás. (A kísérőzenét a Veszprémi Légierő zenekara szolgáltatja)
14.00 - 14.30 Megnyitó. *(Prof. dr. Acsády György, dr. Svéd László, prof. dr. Orgován György, dr. Dlustus Béla, dr. Vallus László)*

Az érbetegségek endovascularis kezelése
14.30 - 16.00

R1 *Prof. dr. Kollár Lajos:* Az endovascularis beavatkozások szövődményei az érsebész szemszögéből
R2 *Dr. Nemes Balázs:* Intervenciós beavatkozások az érbeteg ellátásban
E1 *Dr. Kapus Zoltán:* Graftokon végzett intervenciós beavatkozások
E2 *Dr. Fürtös András:* Percutan transluminalis angioplasticák során bekövetkezett iatrogén sérülések és azok ellátása három eset kapcsán
E3 *Dr. Hardi Péter:* Infrarenalis AAA miatti stentgraft műtétek eredményei a rizikófaktorok függvényében
E4 *Dr. Turcsán Erik:* Az infrainguinalis ITA szerepe a multifokális atherosclerosis műtéti kezelésében

16.00 - 16.30 Kávészünet

A cerebrevascularis betegségek modern kezelése
16.30 - 18.00

R3 *Dr. Pongrácz Endre:* A neurológus szemszögéből
R4 *Dr. Mogán István:* Az érsebész szemszögéből
E5 *Dr. Juhász György:* Carotis intervenció vagy konvencionális sebészi rekonstrukció? A két módszer összevetése tapasztalataink alapján
E6 *Dr. Szabó Gábor Viktor:* Bilateralis carotis interna aneurysma (esetismertetés)
E7 *Dr. Dósa Edit:* Az akut fázis fehérjék kapcsolata az atherosclerosissal és a restenosissal
E8 *Dr. Szabó Attila:* Carotis endarteriectomia után kialakuló restenosis pathofiziológiája

Servier-szimpózium
18.00 - 18.45

Dr. Rozsos István: Krónikus vénás elégtelenség: a korai diagnózis és terápia fontossága

Poszter-szekció
16.00 - 16.50

P1 *Dr. Kaliszky Péter:* Akut kritikus végtag ischaemia miatt végzett aorto-iliacalis rekonstrukcióink
P2 *Dr. Bárdos Petra:* A slow-flow jelenség vizsgálata laser Doppler módszerrel
P3 *Dr. Berek Péter:* Hypercholesterinaemia kezelése az érsebészeten
P4 *Dr. Rózsa Szilveszter:* Varicositas – thrombosis – postthromboticus syndroma – recidiv varicositas – PS-aktivitás csökkenése (esetismertetés)
P5 *Dr. Nagy Zsuzsanna:* Mélyvénával végzett pedalis bypass (esetismertetés)
P6 *Dr. Darabos Gábor:* Cruralis és pedalis rekonstrukciók eredménye anyagunkban
P7 *Dr. Regáli László:* A Hand Assisted Laparoscopic Surgery (HALS) alkalmazása az aorto-iliacalis rekonstrukcióknál
P8 *Dr. Kababik Erika:* Acut mélyvénás thrombosis előfordulása krónikus obliteratív verőérbetegségben szenvedő betegeknél
P9 *Dr. Kolossváry Endre:* AV-fistula kialakulásának két esete intravénás injekció beadását követően

Gálavacsora a Marina Port szállodában
(Vendéglátónk a Novartis Hungária)
20.00 - 24.00

2004. október 30., szombat

Sanofi szimpózium
08.30 - 09.15

Dr. Meskó Éva: A perifériás artériás érbetegség (PAD), annak diagnosztikus és kezelési guideline-ja.
Dr. Blaskó György: Clopidrogel és a CASCADE program

08.30 - 09.15 Szünet

Angiológiai szekció I.
09.15 - 09.30

R5 *Dr. Landi Anna:* Az érbetegségek aethiopathogenesisének aktuális kérdései
R6 *Prof. dr. Karádi István:* Az atherosclerosis mint anyagcserebetegség
E9 *Dr. Nemcsik János:* Az endothelfunkció noninvazív vizsgálata laser Dopplerrel esszenciális hypertoniában és dializált hypertoniás betegekben
E10 *Dr. Kolossváry Endre:* Óriássejtes arteritis eseteinek retrospektív vizsgálata (1998-2004)
E11 *Dr. Puskás Attila:* Óriássejtes arteritis (temporalis) két tanulságos esete
E12 *Dr. Imre Mihály:* A pulzushullám terjedési sebesség és egyéb haemodinamikai tényezők változásai dializált krónikus veseelégtelen betegek körében

11.00 - 11.10 Kávészünet

Érbetegségek invazív szövődményei, az érsérülések ellátása
11.10 - 13.00

R7 *Prof. dr. Nemes Attila:* Érsebészeti műtétek és ellátásuk; igazságügyi megítélésük
R8 *Dr. Entz László:* Az atípusos érsebészeti megoldások. Lehetőségek és perspektívák.
R9 *Dr. Dlustus Béla:* Az érsérülések ellátása a mindennapi gyakorlatban
E13 *Dr. ifj. Bulyovszky István:* Nagyér sérülések kórházunk 9 éves anyagában
E14 *Dr. Martis Gábor:* Nagyér sérülések rekonstrukciója után kialakult szövődmények műtéti megoldásai
E15 *Dr. Hódi Zoltán:* Graft infekciók diagnosztikája, különös tekintettel a leukocyta scintigráfiára
E16 *Dr. Minorics Csaba:* Plakkruptura talaján kialakult, perifériás embolizációval szövődött aorta ascendens thrombus sikeresen operált esete
E17 *Dr. Simon Gizella:* Gyermekkori érsérülések, avagy team munka gyermeksebész és érsebész között
E18 *Dr. Sótonyi Péter:* Vesetranszplantáció aorto-iliacalis keringészavar esetén

13.00 - 13.50 Ebéd (a MATÁV-üdülő éttermében)

13.50 - 14. 30 Novartis szimpózium

Angiológiai szekció II.
14.30 - 16.00

R10 *Dr. Pécsvárady Zsolt:* Génterápia – ígéretes, új lehetőség a cardiovascularis betegségek kezelésében
R11 *Dr. Schandl László:* Atherosclerosis és diabetes
R12 *Dr. Rozsos István:* A diabeteses láb szövődményeinek kezelési elvei
E19 *Dr. Farkas Andrea:* Myeloperoxidáz bénítók pro-atheroscleroticus hatása állatkísérletes modellben
E20 *Dr. Járai Zoltán:* Endogen cannabinoidok: a vascularis tónus szabályozásának újonnan felfedezett szereplői
E21 *Dr. Kőszegi György:* Nanotechnológia a medicinában

16.00 - 16.15 Kávészünet

Vénás szekció
16.15 - 17.30

R13 *Dr. Apor Asztrid:* UH-diagnosztika az érbeteg ellátásban
R14 *Dr. Sándor Tamás:* A vénás thromboembóliák epidemiológiája, a thromboprofilaxis időszerű kérdései, perspektívái
R15 *Dr. Bihari Imre:* Varicositas, varicophlebitis, a sclerotherápia helye a varicositas kezelésében
E22 *Dr. Nagy András:* Subfascialis endoscopos műtéti kezelés (SEPS) insufficiens perforáns vénák és ulcus cruris együttes előfordulása esetén
E23 *Dr. Gyevnár Zsuzsa:* Betegelégedettség vizsgálata visszérműtét után
E24 *Dr. Banga Péter:* Vena portae resectio jelentősége Whipple-műtét kapcsán

17.30 - 17.45 Kávészünet

Finanszírozás
17.45 - 18.20

R16 *Prof. dr. Kollár Lajos*
R17 *Kiss Zsolt – Gerendai Péter* (OEP)

18.30 A kongresszus zárása, díjkiosztás
19.00 - 22.00 Hajókirándulás a GORE cég támogatásával

Műtősnői Fórum
2004. október 30., szombat, 10.00 - 12.00

1. *Kiss Anita:* Intervenciós radiológiai módszerek az aneurysma kezelésében
2. *Szvitek Csabáné:* Érsebészeten használt műszerek és tálcák szerinti elrendezése. Érsebészeti speciális műszerek
3. *Merse Anita:* Az iliaca szintű stent implantáció és az iliofemoralis bypass műtétek a műtősnő szemszögéből
4. *Tóka Katalin:* Endovascularis szövődmények ellátása – új kihívás a műtősnő számára
5. *Kazekas Györgyné:* A magyarországi szívtranszplantáció szervezése
6. *Vasali Istvánné:* A szervbeültetés speciális műszerelése

Servier szimpózium
2004. október 29., 18.00 – 18.45

Előadás:
dr. Rozsos István:
Krónikus vénás elégtelenség:
a korai diagnózis és terápia fontossága

Sanofi szimpózium
2004. október 30., 08.30 – 09.15

Előadások:
Dr. Meskó Éva:
A perifériás artériás betegség (PAD), annak diagnosztikája és kezelési guideline-ja
Dr. Blaskó György:
Clopidrogel és a CASCADE program

Novartis szimpózium
2004. október 30., 13.50 – 14.30

A Műtősnői Fórumot
a Vascutec támogatta

Időpontja:
2004. október 30., 10.00 – 12.00
Helyszíne:
Honvédüdülő, IV. épület, étterem

Tudta Ön, hogy az alábbi, Ulcus Cruris kezelésére alkalmas nedves sebfedők **85%-os OEP-támogatást* élveznek?**

régi név: Cutinova Thin

Allevyn Thin
szelektív vízmegkötő poliuretán mátrix kötszer

Jelonet
paraffinnal impregnált lap

Opsite Flexigrid
poliuretán filmkötszer

Intrasite Conformable
Intrasite géllel impregnált lap

Cuticerin
Eucerittel impregnált lap

Bactigras
Klórhexidin alapú impregnált lap

85%

Allevyn Adhesive
háromrétegű hidrocelluláris, öntapadó poliuretán kötszer

régi név: Allevyn Hydrocellular

Allevyn Non-Adhesive
háromrétegű hidrocelluláris poliuretán kötszer

Cutinova Hydro
szelektív vízmegkötő, öntapadó poliuretán mátrix kötszer

régi név: Allevyn LM

Allevyn Lite
háromrétegű hidrocelluláris poliuretán kötszer

* A termékek felírhatóságát a 19/2003. (IV. 29.) ESZCSM rendelet szabályozza. A 85%-os támogatás a rendeletben meghatározott méretekre érvényes. 85%-ban támogatott termékeink a közgyógyellátásra jogosultak részére térítésmentesen rendelhetők.

BDF Beiersdorf

smith&nephew

1126 Budapest, Tartsay Vilmos utca 3.
Telefon: 457-3976 • Telefax: 457-3941

Az érbetegségek endovascularis kezelése

R1
Endovascularis beavatkozások szövődményei az érsebész szemszögéből

PROF. DR. KOLLÁR LAJOS
Pécsi Tudományegyetem, OEC / ÁOK / Sebészeti Tanszék

Az utóbbi években az intraoperatív endovascularis beavatkozások száma világszerte megnőtt. Ez a trend a hazai érsebészetet sem hagyta érintetlenül. A sebészeti műtőkben endovascularis beavatkozások – az intraoperatív ballonkatéteres dilatáció, stent implantáció, stentgraft implantáció és mindezek számos kombinációja – sokaságát végzik. Az érsebészek új kihívással találkoztak, el kellett sajátítani az invazív radiológusok által rutinszerűen alkalmazott katétertechnikát. A leggyakoribb beavatkozások: femoro-poplitealis rekonstrukcióval iliaca területi tágítás vagy stentelés, proximalis rekonstrukció mellett a distalis pálya biztosítása endovascularis technikával, carotis területi kombinált beavatkozás: TEA + stent, thoracalis vagy hasi aorta aneurysma kirekesztése stentgrafttal.

A szerző a PTE / OEC / ÁOK Sebészeti Tanszékén végzett endovascularis műtétekről és a lehetséges szövődményekről számol be. A katétertechnikával együtt járó ismert szövődmények, mint a subintimális drótfelvezetés, dissectio, plaque-ruptura, embolisatio ugyanúgy előfordulhatnak, mint a percutan beavatkozásoknál. Az aorta aneurysma kirekesztése miatt végzett stentgraft implantációnál problémát jelenthet stenoticus vagy kanyargós, megtört iliaca rendszer mellett az eszköz felvezetése. Ismert szövődmény az endoleak kialakulása, továbbá bifurcatiós stentgraftnál a kontralaterális szár illesztési nehézsége. A szerző saját tapasztalatai szerint taglalja a szövődmények elhárításának lehetőségeit.

R2
Intervenciós beavatkozások az érbeteg ellátásban

DR. NEMES BALÁZS, PROF. DR. HÜTTL KÁLMÁN
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

A percutan angioplasztika és más revaszkularizációs módszerek robbanásszerű fejlődésen mentek át az utóbbi évtizedben. A beavatkozások mostanra széles körben elfogadottá váltak a kardiovaszkuláris területen dolgozó kollégák körében és népszerűek a betegek között is. A gyors fejlődés szükségessé teszi a beavatkozások indikációjának és hatékonyságának rendszeres áttekintését, valamint összevetését a sebészeti beavatkozásokkal.

A PTA technikai sikeressége összefügg a kezelt elváltozás tulajdonságaival. Általánosan: minél rövidebb a lézió, annál sikeresebb a beavatkozás. Azonos hossz mellett szűkület kezelése több sikerrel kecsegtet, mint az elzáródásé. Excentrikus szűkületek, meszet tartalmazó plakkok tágítása gyakran igényel stent beültetést. Technikailag kihívást jelent az oszlásban elhelyezkedő stenosis kezelése.

A beavatkozás hosszú távú eredménye, az átjárhatóság döntően a lézió elhelyezkedésétől és kiterjedésétől függ. Az átjárhatóság kedvezőbb a nagyobb átmérőjű erek és rövidebb szakaszú megbetegedések esetében. Az indikáció mérlegeléséhez négy kategória állítható fel, amely a PTA-ra ideális elváltozástól (I. kategória) az ultimum refugiumként szóba jövő lehetőségig (IV. kategória) terjed. Annak ellenére, hogy egyes csoportokban a perkután beavatkozás hosszú távú eredményessége elmaradhat sebészi megfelelőjétől, az ismételt beavatkozás alacsony költsége és morbiditása ezt ellensúlyozva egyenértékűvé teheti a műtéttel.

Előadásunkban röviden áttekintjük a perifériás érterületek intervencionális revaszkularizációs lehetőségeit.

E1
Graftokon végzett intervenciós beavatkozások

DR. KAPUS ZOLTÁN, DR. NYIREDY GÉZA,
DR. BARANYAI ÁRPÁD, DR. NAGY ZSUZSANNA
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés. Az intervenciós radiológiai eljárások alkalmazhatók a graftok és anastomosisok területén is a szekunder beavatkozások során. 2002. január 1. és 2004. június 30. között a Budai MÁV Kórház érsebészetén 328 intervenciós beavatkozást végeztünk, rekonstrukcióval egy ülésben. 152 esetben stentet is implantáltunk. Ebből 13 esetben kritikus végtag iszkémia mellett az intervenció a graft, illetve az anastomosis területén történt, és ezek közül 5 alkalommal stent beültetést is alkalmaztunk. Jelen előadásunkban ezt a 13 együttes beavatkozást szeretnénk bemutatni.

Beteganyag és módszer. Betegeink 70%-a férfi volt, átlagos életkoruk 61 év (44-82 év). Ezeket a műtéteket acutan 5 betegnél (38%) végeztük. Indikációnk 85%-ban gangréna, 15%-ban nyugalmi fájdalom volt. 5 esetben az intervenciót vénában alkalmaztuk. Az intervenciót aorto-bifemoralis bypass bifurkációban (3 eset), ilio-femoralis crossover bypass proximalis anastomosisban (1 eset), femoro-poplitealis I. dacron bypass distalis anastomosisban (4 eset), femo-

ro-poplitealis III. vénás bypass distalis anastomosisban (1 eset), femoro-poplitealis III. vénás bypassban (1 eset), poplietalis III. pedalis vénás bypassban (2 eset), poplitealis III. pedalis vénás bypass proximális anastomosisban (1 eset) alkalmaztuk.

Eredmények. A primer sikeresség aránya 85%-os volt. A sikertelen beavatkozásoknál 1 esetben a bifemoralis graftszár restenosisát grafto-profundalis crossover interpozitummal, a másik esetben poplitealis III. pedalis véna restenosisát vénás interpozitummal oldottuk meg. Egy hónapos nyitvamaradás 100%, hat hónap után 73% volt. Három reoperáció történt reocclusio miatt. Egy betegünknél kényszerültünk amputációra. Beteget nem vesztettünk el. A szövődmények közül dissectio, nyirokcsurgás, compartement syndroma 1-1 esetben fordult elő.

Következtetés. A rekonstrukciók után jelentkező szövődmények ellátásában, a minél további nyitvamaradás érdekében az intervenció eredménnyel alkalmazható az anastomosisokban, graftokban. Különösen többszintű és hosszú szakaszú graft elzáródások esetében jelent előnyt az intervenció együttes végzése.

E2

Percutan transluminalis angioplasticák során bekövetkezett iatrogén sérülések és azok ellátása három eset kapcsán

DR. FÜRTÖS ANDRÁS
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti Osztály, Győr
Erzsébet Kórház, Sebészeti Osztály, Sopron

A percutan végzett transluminalis angioplasticák (PTA) számának emelkedésével a iatrogén szövődmények is szaporodnak.

A szerző 2004-ben, a győri PAMOK-ban 3 beteg kezelése kapcsán bekövetkezett érsérülést és azok ellátását elemzi. Az első betegnél bal arteria brachialis felől végzett jobb arteria iliaca communis PTA és stent implantatio történt. Az arteria brachialis punctiós nyílásán keresztül kialakult feszülő haematoma miatt kellett műtétet végezniük; az érfolytonosságot suturával állították helyre. A második esetben jobb arteria renalis szegmentális, praeocclusív stenosisa miatt végeztek PTA-t és stent implantatiót. Közvetlenül a beavatkozás után kialakult vérzéses shock, hasi fájdalom miatt végzett műtét során észleltük a vese arteria eredésénél a – stent által okozott – perforatiót; aorto-renalis interpositiót végeztek. A harmadik betegnél bal arteria iliaca communison történt azonos oldali femoralis behatolásból PTA és stent implantatio. Fokozódó hasi fájdalom, retroperitoneális haematoma, néhány óra múlva kialakuló vérzéses shock oka az intervenció során kialakult arteria iliaca externa hátsó fali szakadás volt; aorto-femoralis rekonstrukciót végeztek.

A terápiás radiológiai eljárás súlyos szövődmények forrása lehet, így az intervenciós radiológus és az érsebész szoros együttműködése nélkülözhetetlen.

A szerző egyúttal beszámol az elmúlt öt év során bekövetkezett hasonló iatrogén szövődményekről, valamint az osztályon alkalmazott diagnosztikus és terápiás protokollról.

E3

Infrarenalis AAA miatti stent graft műtétek eredményei a rizikófaktorok függvényében

DR. HARDI PÉTER
Baranya Megyei Kórház, PTE ÁOK, Sebészeti-Érsebészeti Tanszék

Célkitűzés. Az infrarenalis hasi aorta aneurysma műtéti megoldása jelentős kockázatot rejt a hagyományos „nyitott" műtét esetén. Különösen igaz ez a magas rizikójú betegcsoportot illetően. Számukra biztonságosabb lehet a stent graft implantatio. Tanulmányunkban arra a kérdésre keressük a választ, hogy vajon a magasabb rizikócsoportba történő besorolás (ASA III-IV.) befolyásolja-e a műtét utáni szövődmények alakulását, szemben az alacsonyabb rizikócsoporttal (ASA II.).

Módszer. Osztályunkon 2003 júniusa és 2004 májusa között 52 stent graft implantatiót végeztünk, amelyből 44 történt elektív hasi aorta aneurysma, 3 rupturált hasi aorta aneurysma és 5 thoracalis aorta aneurysma esetén. Retrospektív módszerrel vizsgáltuk ezen betegeknél a beavatkozás utáni, műtéti technikától független szövődmények megoszlását.

Eredmények. Vizsgálataink azt mutatták, hogy nincs jelentős különbség a két csoport között a kórházi, intenzív osztályos ápolási időt, illetve a műtét utáni szövődményeket illetően.

Következtetés. Az aorta aneurysmák endovascularis módszerrel történő keringésből való kirekesztése hasonló biztonsággal végezhető magas rizikójú betegek esetén is.

E4

Az infrainquinalis ITA szerepe a multifocalis atherosclerosis műtéti kezelésében

DR. TURCSÁNY ERIK
Fejér Megyei Szent György Kórház, Érsebészet, Székesfehérvár

Míg az iliacalis ITA eredményessége a multifocalis alsó végtagi laesiók kezelésében nem kétséges, továbbra is ellentmondásos a femoro-poplitealis segment ITA-ja.

Osztályunkon 2002 novembere és 2004 szeptembere között 39 ITA-t végeztünk az infragenualis érterületen a következő megoszlásban: AFS 24, poplitea 11, cruralis 1, többszintű 3 eset.

A beavatkozások 1 betegnél aneurysma miatt (stent prothesis), a többinél rövid szakaszú stenosis vagy occlusio miatt (dilatáció + stent) történtek. A technikai eredményesség 100%-os volt. Műtéti szövődmény nem fordult elő. A műtéti kombinációkról és az utánkövetés eredményéről részletesen beszámolunk.

Megítélésünk szerint az infrainquinalis ITA eredményes hybrid műtét az ischaemiát okozó multifocalis atherosclerosis kezelésében.

A cerebrovascularis betegségek modern kezelése

R3

A neurológus szemszögéből

DR. PONGRÁCZ ENDRE
BM Központi Kórház és Intézményei, Neurológiai-Stroke Osztály, Budapest

A referátum első részében ismertetjük azokat az epidemiológiai adatokat, amelyek szerint hazánkban a *Nemzeti Stroke Program* beindításával – nemzetközi összehasonlításban – a stroke mortalitás összességében csökkent, ugyanakkor az 50 év alatti korosztályban sajnálatos módon növekedett. Bizonyítékok támasztják alá, hogy a stroke-központokban kezelt betegek mortalitása és neurológiai státusza szignifikánsan jobb a belgyógyászati osztályokon kezelt betegekhez képest. Az újabb és eredményesebb kezelés fő elve a *sürgősségi szemlélet,* a stroke centrumban minél hamarabb elkezdett kezelés, amely lehetővé teszi a stroke speciális kezelését, a recanalisatiót, valamint szubintenzív körülmények között maximális figyelmet fordít a szövődmények megelőzésére, amely megkönnyíti az akut rehabilitációt és ezáltal a minél teljesebb önellátásra vezethet.

Hazánkban az utolsó felmérés szerint a betegek kórházba kerülésének átlagos időtartama 12 óra. Jelenleg a betegeknek csak 40%-a kerül stroke centrumokba, a többieket belgyógyászati osztályokon kezelik. Hatékony kezelés megkezdése szisztémás rtPa esetén 3 óra, intraarterialis kezelés esetén maximum 6 óra. Újabb kezelési formák ischaemiás stroke esetén a fenti terápiás ablakban megkezdett lízis terápia, intracerebralis vérzéses kórformákban a hagyományos idegsebészeti beavatkozásokon kívül a haematoma lokális lízis kezelése, valamint a malignus arteria cerebri media occlusio esetén, fiatal betegekben, a dehidratáló kezeléssel hatástalannak mutatkozó esetekben a nagy kiterjedésű craniectomia és dekompressziós műtét elvégzése. Akut ischaemiás stroke esetén az agyszövet további károsodásának megelőzése szempontjából fontos a gondos lázcsillapítás és a mérsékelt hipotermia; ezek jelenleg zajló multicentrikus vizsgálatai ígéretesek. Az akut stroke sikeres kezelésében több szakma (idegsebész, érsebész, intenzív szakorvos) együttes közreműködésének vannak újabb eredményei, de a kooperáció feltételei csak jól felkészült stroke centrumokban valósíthatók meg.

R4

Az érsebész szemszögéből

DR. MOGÁN ISTVÁN
Szent Imre Kórház, Érsebészet, Budapest

A stroke változatlanul az egyik vezető morbiditási és halálozási kórok hazánkban, már több, mint 20 esztendeje. Az arteriosclerotikus plaque sebészi úton történő eltávolítása effektív stroke profilaxist nyújt a tünetes és az asymptomatikus betegcsoportban 70%-osnál nagyobb carotis stenosis esetén. Az elmúlt 10 évben hazánkban a carotis műtétek száma örvendetesen emelkedik, és lassan eléri az európai átlagot. Kétségtelen tény azonban, hogy a műtéti eredményességet számtalan tényező befolyásolja, például a preoperatív diagnosztikai módszerek, a beteg tünettana, a műtéti típus és nem utolsósorban a sebészi jártasság. A műtéti indikáció felállításában az első lépés a betegség tünettanának stádiumbesorolása. Az amaurosis fugax egyértelműen TIA ekvivalens állapot és sürgető műtétet tesz szükségessé. A minor stroke-on átesett betegeknél – súlyos relevans subocclusiv carotis stenosis fennállása esetén – még pozitív CT-leletnél sem kell feltétlenül kivárni a korábban indokoltnak tartott 4-6 hetet, a műtét hamarabb is elvégezhető.

Az elmúlt években a hagyományos DSA 4 érangiográfia – invazív volta miatt – számos érsebészeti centrumban gyakorlatilag teljesen lekerült a preoperatív diagnosztikai palettáról. A korszerű duplex scan és a CT-, valamint MR-angiográfia tökéletesen helyettesítheti a sokszor nem kevés szövődménnyel járó katéteres angiográfiát.

A sebészeti technikát illetően az eversiós és konvencionális endarteriectomia terjedt el Magyarországon; mindkét módszer – megfelelő rutinnal végezve – hasonlóan jó perioperatív, illetve postoperatív eredményt ad. Az előbbi módszer előnye, hogy a normális anatómiai szituáció állítható helyre, nem kell idegen anyagot felhasználni (folt), és talán a postoperatív restenosis előfordulása is ritkább.

Hazánkban – más országokhoz hasonlóan – az utóbbi években egyre jobban elterjed a betegség kezelése intervenciós radiológiai módszerekkel (stent és PTA). A módszer

kétségtelen előnyei mellett azonban változatlanul nincs megbízható, nagy szériás anyag a hosszú távú eredményeket illetően. A stent implantatio indikációs területe elsősorban a restenosis, a magasan elhelyezkedő stenosis, a postirradiatiós stenosis és a magas műtéti rizikójú betegek kezelésében elsődleges. A primer carotis stenosisok intervenciós kezelése változatlanul konzultációt igénylő alternatív beavatkozás, amelyet a tünetek és plaque-analízis gondos mérlegelése után tartunk indokoltnak elvégezni.

E5

Carotis intervenció vagy konvencionális sebészi rekonstrukció? A két módszer összevetése tapasztalataink alapján

DR. JUHÁSZ GYÖRGY, DR. MÁTYÁS LAJOS, DR. LÁZÁR ISTVÁN
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

A vizsgálat célja: közel 80 carotis intervenció és egyidejűleg végzett csaknem 170 carotis műtét alapján összehasonlítani a két megoldást, elemezni az eljárások előnyeit, hátrányait.

Módszereink: 2001 szeptembere és 2004 májusa között összesen mintegy 250 carotis helyreállító beavatkozást végeztünk. Ezek egyharmada PTA + stentelés volt. A carotis stentet femoralis punctióból, local anaesthesiában, guiding introduceren át helyeztük be, általában utódilatációval, válogatott esetekben protektív eszközt használva.

A konvencionális műtétek intratrachealis narcosisban, TEA + foltplasztika vagy eversiós endarteriectomia alkalmazásával történtek, válogatott esetekben intraluminalis shunt behelyezése mellett.

Eredményeink: a konvencionális, nyitott műtétek indikációi jól ismertek, nem részletezzük.

Intervenciót az alábbi indikációk alapján végeztünk:
- műtéti vagy poststent restenosis,
- előzetes más nyaki feltárás,
- multilocularis supraaorticus elváltozás,
- coronaria intervenció előtt (instabil angina),
- nagy kockázatú narcosis.

Mindkét módszernek vannak hasonló intra-, illetve postoperatív szövődményei, továbbá alapvetően eltérő, a lézió megközelítések más-más módjából adódó komplikációi. A műtéti feltárás következményeként utóvérzéssel, perifériás idegsérülésekkel, illetve a narcosis szövődményeivel kell számolnunk. PTA + stent módszer esetén postpunctiós haematoma alakulhat ki a tágítás alkalmával, vagy ezt követően bradycardia, hypotonia léphet fel. Az intra-, illetve post-operatív átmeneti vagy végleges neurológiai deficitek előfordulási aránya mindkét betegcsoportban azonos, 2-3% arányú. Stentelés kapcsán beteget nem veszítettünk el, a nyitott műtétek során 1 betegünk halt meg.

Következtetéseink: az előbbiekben részletezett indikációs körbe tartozó betegek számára a carotis oszlás stenosisának intervencióval történő gyógyítása kisebb kockázatot jelent, így a „gold standard" nyitott műtétek hasznos alternatívája. A neurológiai szövődmények aránya gyakorlatilag azonos. Stentelés után nincs nyaki seb, elmarad annak összes kellemetlensége. Lényeges kérdés azonban a hosszú távú nyitvamaradás és a restenosis problémája. Ezért megfelelő indikáció esetén szeretnénk olyan betegeket is választani, akiknél az egyik oldalon műtétet, a másik oldalon stent implantatiót végzünk az azonos biológiai rendszerben való összehasonlíthatóság végett. Jelenleg 6 ilyen páciensünk van.

E6

Bilateralis carotis interna aneurysma – esetismertetés

DR. SZABÓ GÁBOR VIKTOR, DR. DZSINICH CSABA
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

A szerzők ismertetik egy 68 éves nőbeteg esetét, akinél neurológiai kiesési tüneteket nem adó, kétoldali carotis interna aneurysmát diagnosztizáltak. A kivizsgálás alapján jobb oldalon legnagyobb átmérőjében 4 cm-es, bal oldalon 1,5 cm-es tágulat igazolódott. Első lépésben – előkészítés után – a jobb oldalon végeztek műtétet, az aneurysmát resecalták és a carotis internán end-to-end anastomosist készítettek. A műtét szövődménymentes volt, neurológiai tünet nélkül a beteg a postoperatív harmadik napon gyógyultan távozott. A szövettani feldolgozás az érfal rétegeinek szétesése hátterében atherosclerotikus eredetet igazolt. A carotis aneurysma magas kockázatú szövődményei (compressio, ruptura, embolisatio) miatt a műtéti megoldás abszolút indikált.

E7

Az akut fázis fehérjék kapcsolata az atherosclerosissal és a restenosissal

DR. DÓSA EDIT, DR. SZABÓ ALBIN, DR. SELMECI LÁSZLÓ, DR. PROHÁSZKA ZOLTÁN, DR. FÜST GYÖRGY, DR. TAMÁS LÁSZLÓ, DR. ENTZ LÁSZLÓ
Ér- és Szívsebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Kutató Labor, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem, Budapest, Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti Osztály, Győr

Vizsgálatunk célja: a carotis műtéteket követő korai restenosis ráta meghatározása, valamint két akut fázis fehérje:

a CRP-szérum és a fibrinogén plazma szintjében bekövetkező változások nyomonkövetése volt.

Anyag és módszer: megfigyeléseinket 117, az Ér- és Szívsebészeti Klinikán 2001-2003 között carotis eversiós endarteriectomián átesett betegen végeztük. A betegek a műtét előtt, valamint a műtét után 6 héttel, 6 és 12 hónappal kontrollvizsgálaton vettek részt, amelynek során vérvételre, valamint carotis colour duplex scan vizsgálatra került sor. A kontrollcsoportot 145 egészséges véradó alkotta. A hsCRP meghatározás ultraszenzitív, részecskékkel erősített immunturbidimetriás módszerrel, míg a plazma fibrinogén szintjének meghatározása Clauss-féle módszerrel történt.

Eredmények: 1. A carotis csoportban a preoperatív hsCRP értékek szignifikánsan magasabbak voltak a kontrollcsoportban mért koncentrációkhoz képest ($p<0,0001$). 2. A műtétet követően a hsCRP értékek gyorsan – már a postoperatív 6. hétre – szignifikánsan csökkentek ($p<0,0001$), míg a fibrinogén értékek lassan – csak a postoperatív 12. hónapra – mutattak szignifikáns csökkenést ($p<0,001$). 3. A 12 hónapos nyomonkövetési idő alatt 7 betegnél alakult ki szignifikáns (≥70%) restenosis. 4. A restenosis csoportban a műtétet követő vérvételek során az akut fázis fehérjék koncentrációja szignifikáns változást nem mutatott.

Következtetés: az atheroscleroticus plaque-ok sebészi eltávolításával az általunk vizsgált akut fázis fehérjék szérum- és plazma-koncentrációja szignifikánsan csökkent, s ez megerősíti a gyulladásos folyamatok feltételezett szerepét az atherosclerosis kialakulásában és progressziójában.

E8

Carotis endarteriectomia után kialakuló restenosis pathofiziológiája

DR. SZABÓ ALBIN
Semmelweis Egyetem ÁOK,
Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Célok: munkánk célja a klinikánkon eversiós carotis műtéten átesett betegek postoperatív restenosis rátájának és a restenosisos betegcsoportban a CRP, plazma fibrinogén és MBL genotípus prognosztikus értékének meghatározása volt.

Módszerek: prospektív módon vizsgáltunk 137 beteget, akiknél 2000 januárja és 2003 januárja között carotis endarteriectomia történt. A carotis szűkület mértékét duplex scan vizsgálattal mértük. Az MBL allélok meghatározása PCR módszerrel történt. A szérum-CRP koncentrációját immunoassy-vel, a fibrinogén-szint meghatározását pedig Clauss módszere szerint végeztük.

Eredmények: 14 hónappal a műtét után a restenosis-mentes csoportban a CRP szérumszintje szignifikánsan alacsonyabb volt a preoperatív értékekhez képest. A fibrinogén plazmaszintje a restenosis-mentes csoportban a CRP-hez hasonlóan változott. 7 beteg esetében, akiknél 50%-nál nagyobb mértékű restenosis alakult ki, a preoperatív és a 14. havi CRP- és fibrinogén-szintek csaknem azonosak voltak. Az utánkövetés során a homozigóta normál MBL allélt hordozó betegek duplex scan értékei szignifikánsan magasabbak voltak, míg ez az emelkedés nem volt tapasztalható a variáns allélt hordozóknál. Eredményeink azt jelzik, hogy a gyulladásos markerek és a komplement rendszer fontos szerepet játszhat a korai restenosis kialakulásának pathomechanizmusában carotis endarteriectomiát követően.

Poszter szekció

P1

Akut, kritikus végtag ischaemia miatt végzett aorto-iliacalis rekonstrukcióink

DR. KALISZKY PÉTER, DR. GYURKOVICS ENDRE, DR. NAGY ANDRÁS, DR. NAGY ZOLTÁN
Semmelweis Egyetem, ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Az akut, azonnali beavatkozást igénylő aorto-iliacalis elzáródás kezelése sokszor nem könnyű. 1996 és 2004 között munkacsoportunk 670 verőér rekonstrukciót végzett e diagnózis alapján. Ezek közül 73 beavatkozás (11%) extraanatómiás bypass volt. Összességében 36 műtétet (5,4%) végeztünk urgens indikáció alapján. Ezek közül 14 beavatkozás (39%) volt extraanatómiás áthidalás (8 crossover, 4 axillo-femoralis, 2 axillo-femoralis bypass). A 22 anatómiás rekonstrukció közül 5 aorto-bifemoralis, 12 ilio-femoralis bypass, 5 pedig thrombendarteriectomia volt. 2 alkalommal a műtétet stent felhelyezés szövődménye miatt végeztük.

Az extraanatómiás áthidalással kezelt betegek átlagos életkora szignifikánsan magasabbnak bizonyult, mint az anatómiás bypassal kezelt betegeké. 4 esetben a beteg általános állapota nem tette lehetővé, hogy regionális érzéstelenítésben vagy narkózisban végezzük el a műtétet, így helyi érzéstelenítésben készítettünk crossover bypasst. 2 alkalommal ismert vagy tapintható hasi tumor miatt nem jött szóba a hasüreg, illetve a retroperitoneum megnyitása. Az anatómiás műtéteket követően 4 beteget vesztettünk el (18,2%), 6 reoperációt végeztünk (27,3%) és 1 beteget kellett amputálnunk (4,5%). Az extraanatómiás áthidalások után 3 beteg halt meg (21,4%), 3 reoperáció történt (21,4%) és 1 ampu-

táció (7,1%). A két műtéti megoldás korai postoperatív eredményei között szignifikáns eltérést nem találtunk. Az extraanatómiás áthidalással kezelt betegek műtéti kockázata – magas átlagéletkoruk és súlyos kísérőbetegségeik miatt – jóval nagyobb volt, így a korai postoperatív eredményeket ennek ismeretében kell értékelni.

P2

A slow flow jelenség vizsgálata laser Doppler módszerrel

BÁRDOS PETRA PANNA,
DR. NIESZNER ÉVA, DR. PRÉDA ISTVÁN
Semmelweis Egyetem, ÁOK, VI. évfolyam,
Országos Gyógyintézeti Központ,
Kardiológiai és Belgyógyászati Osztály, Budapest

Klinikánkon 2001-2003 között n=90 beteget észleltünk típusos angina pectorissal, közülül n=36 esetben a coronarographia „slow flow" jelenséget mutatott.

Vizsgálatunk célja olyan protokoll kidolgozása volt, amely lehetővé teszi a laser Doppler (LD) vizsgálómódszerként való felhasználását a „slow flow" jelenség diagnosztikájában, a háttérben álló lehetséges pathomechanizmus megközelítésében.

Vizsgált csoportok: egészséges kontrollcsoport (n=10), negatív coronarogrammal bírók (n=16) és „slow flow-s" betegek (n=12).

Módszer: LD-vizsgálat az alkaron postocclusiv reaktív hyperaemia (PORH) teszttel és melegítéssel.

Eredmények: PORH-tesztnél: Peak flow $_{\text{slow flow}}$,vs. Peak flow $_{\text{kontroll}}$: 450 ± 49,5% vs. 680 ± 70,9%. Az elektróda melegítésével elért vazodilatáció mértéke a „slow flow-s" és a kontrollcsoportban nem különbözött szignifikánsan, azonban a „slow flow-s" csoportban a reakció elhúzódónak bizonyult. (Tmax 9,03 ± 1,75 min., vs. kontroll: 2,58 ± 0,85 sec.) A negatív coronarographiásoknál a reakció megközelíti az egészséges emberekét.

Következtetések: eddigi vizsgálataink alapján a laser Doppler módszer alkalmazható a „slow flow" jelenség diagnosztikájában. A tapasztalt eltérések alapján a valószínű pathomechanizmus a kiserek diasztolés rezerv kapacitásának csökkenése, illetve a vazomotoros reakciók működési zavara.

P3

Hypercholesterinaemia kezelése az érsebészeten

DR. BEREK PÉTER
Szent György Kórház, Érsebészet, Székesfehérvár

Irodalmi adatok szerint a hypercholesterinaemia megfelelő gyógyszeres kezelésével az atherosclerosis progressziója lényegesen lassítható. Felmerül az igény, hogy a műtéti kezelésre felvett érbetegek ezirányú terápiája is megkezdődjön.

2003. szeptember elseje és 2004. május elseje között az osztályunkra atherosclerosis miatt felvett betegek 18,5%-ának volt 5 mmol/l-nél magasabb összkoleszterin szintje. A sclerosis megoszlása és a klinikai stádium nem mutatott összefüggést az emelkedett koleszterin szinttel. A felvétel napján ezen 100 betegnél – átlagosan 6,33 mmol/l összkoleszterin mellett – statin kezelést indítottunk. Az első heti érték átlagosan 5,52 mmol/l volt. A postoperatív kontrollok eredményei: 4. hét: 5,09, 12. hét: 4,75 mmol/l.

A fenti eredmények azt mutatják, hogy már a statin kezelés első hete után lényeges összkoleszterin szint csökkenés érhető el, a normális szint elérése pedig a 12. héttől várható. Az érsebészeti terápia optimalizálásához hozzátartozik a koleszterin szint rendezése, amely a sebészeti kezeléssel és ellenőrzésekkel szimultán megoldható.

P4

Varicositas – thrombosis – postthromboticus syndroma – recidiv varicositas – PS-aktivitás csökkenés (esetismertetés)

DR. RÓZSA SZILVESZTER
SZILEN Bt., Varsány Háziorvosi Szolgálat,
Balassagyarmat

A beteg anamnézisében 1977-ben végzett bal oldali visszérműtét szerepel. 1988-ban recidiv varicositas miatt ismételt műtétre került sor. Crossectomia, perforáns ligatúrák. A műtét után mélyvénás thrombosis alakult ki. Palma-műtétet végeztek, majd pulmonalis embolisatio miatt intenzív osztályon ápolták. Syncumar terápiát indítottak, de a dokumentáció alapján korrekt INR szintet elérni nem tudtak.

A beteg panaszokat okozó recidiv varicositas miatt műtéti megoldás érdekében kereste fel rendelőmet, de a fizikális vizsgálat, gondos anamnézis felvétele, a dokumentáció áttekintése után felmerült bennem a haematológiai megbetegedés lehetősége.

A budapesti, Szabolcs utcai Országos Haemophilia Központba irányítottam további vizsgálatra. A genetikai vizsgálatok nem igazoltak olyan öröklődő kockázati tényezőket, amelyek jelentősen emelik a mélyvénás thrombosis kialakulásának kockázatát. PS-aktivitás csökkenését találták, Syncumar terápiát javasoltak: cél: INR 1,8-2,6.

Megmenekült volna-e a beteg a szövődményektől, ha hamarabb került volna haematológiai vizsgálatra? Recidiv varicositas kialakulása esetén, korrekt műtétet követően haematológiai megbetegedés is felmerülhet!

P5

Mélyvénával végzett pedalis bypass esetismertetése

DR. NAGY ZSUZSANNA, DR. NYIREDI GÉZA,
DR. BARANYAI ÁRPÁD, DR. KAPUS ZOLTÁN
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

A pedalis bypass a Fontaine IV. stádiumú betegek végtagmentő műtétje lehet. Ezen műtéthez a legalkalmasabb áthidalás a v. saphena magna. Jelen esetünk raritását az adja, hogy a felhasznált bypass femoralis mélyvéna volt.

A 63 éves férfi beteg progrediáló jobb hallux gangrénája miatt került ismételt műtétre. Anamnézisében az a. poplitea III. szegmenséről az ATP cruralis szakaszára vezetett rövid, retrograd VSM áthidalás, illetve annak reocclusiója szerepel. Az elvégzett UH sem az ellenoldali alsó végtagban, sem a két felső végtagban bypassnak alkalmas vénát nem talált. A jobb vena femoralis superficialis felhasználásával végeztük el az a. poplitea III.–pedalis (ATP) bypass műtétet az a. femoralis superficialis angioplasticájával egy ülésben.

A beteg jelenleg, fél évvel a műtétet követően panaszmentes. A hallux amputáció sebe gyógyult, a jobb alsó végtagi ödéma mérsékelt.

P6

Cruralis és pedalis rekonstrukciók eredménye anyagunkban

DR. DARABOS GÁBOR, DR. SIMÓ GÁBOR
DR. BOGNÁR JÁNOS
Szent Imre Kórház, Érsebészeti Részleg, Budapest

Végstádiumú obliteratív verőér betegség esetén a végtag megtartásának egyetlen lehetősége alkalmas kiáramlási pálya meglétekor a cruralis és/vagy pedalis revascularisatio.

Beteganyag. 2002. szeptember 1-jétől 2004. augusztus 31-ig 29 cruralis, illetve pedalis rekonstrukciót végeztünk. A nemek aránya: 22 férfi, 7 nő, az átlagéletkor 68 év volt. Diabetes 55%-ban fordult elő. 8 betegnél egy, 6 betegnél kettő, 3 betegnél három esetben végeztünk azonos végtagokon rekonstruktív műtétet korábban.

Módszer. A műtéti indikáció 10 esetben súlyos kritikus ischaemia, 19 esetben végtagot veszélyeztető gangréna volt. A preoperatív angiographia alapján cruralis egyeres kiáramlás 13 esetben, kéteres kiáramlás 7 esetben, pedalis fogadópálya 9 esetben volt észlelhető. Utóbbiak esetén a pedalis arcus ábrázolódása feltétele a műtéti indikációnak. A proximalis anastomosis 14 esetben AFC, 7 esetben AFS, 8 alkalommal poplitea volt. A distalis anastomosisok megoszlása: 16 ATA, 4 ATP, 1 peronea, 8 ADP. A graft anyaga szerint 8 PIFE (csak cruralis ágra, Taylor-patch felhasználásával), 3 composit, 18 vénás (16 VSM, 2 chephalica) bypasst készítettünk. A műtét végén DSA-val ellenőriztük a kiáramlást.

Eredmények. Az átlagos műtéti idő 190 perc volt (130-250). Perioperatív halálozás nem fordult elő. Korai (30 napon belüli) reocclusio 3 esetben fordult elő (2 PTFE, 1 véna), sikertelen revízió következtében mindhárom esetben a végtag amputációjára kényszerültünk. Az átlagos utánkövetési idő 13 hónap (1-24). A PTFE + composit bypass csoportban a 12 hónapra számított primer nyitvamaradási arány 37%, a secunder nyitvamaradás 54%, az amputációs arány 54%. A vénás bypass csoportban ugyanezen arányok: 83%, 88%, illetve 11%.

Következtetés. Vénás áthidalás alkalmazásával a cruralis és pedalis rekonstrukció alkalmas a végtag megmentésére. A műérrel végzett műtétek eredménye messze elmarad a kívánatostól.

P7

A Hand Assisted Laparoscopic Surgery (HALS) alkalmazása az aorto-iliacalis rekonstrukcióknál

DR. REGÁLI LÁSZLÓ, DR. GYURKOVICS ENDRE,
DR. KALISZKY PÉTER, DR. MORVAY KRISZTINA
Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Az elmúlt évtizedekben az aorto-iliacalis rekonstrukciókat rutinszerűen vagy transabdominalis, vagy retroperitonealis megközelítésen keresztül végezzük. Az elmúlt évek megközelítése lehetővé tette a minilaparotomia alkalmazását. A későbbiekben kialakultak a laparoscopos technikák, majd végül ezek keveréke, a HALS. Megfelelő sebészi, laparoscopos és érsebészeti jártassággal az operáló orvos biztonsággal tud tájékozódni a hasüregben és a retroperitoneumban, a kezünk és szemünk kontrolljával. A nagyítás nyújtotta vizuális és a nem-domináns kéz által szerzett taktilis élmény visszaadhatja a sebésznek a HALS során a 3 dimenziós tájékozódás lehetőségét.

Az elmúlt két évben 10 beteget operáltunk klinikánkon a HALS-technika segítségével. Az aortán a proximalis anastomosis helyét, az a. iliacákat, valamint tunneleket preparáltunk ki ezzel a technikával. Kilenc beteg aorto-bifemoralis bypass, egy pedig egyoldali aorto-iliacalis bypass műtétben részesült, amelyek során egy kisebb aorta aneurysma resectióját is elvégeztük. Nem volt sem intra-, sem postoperatív szövődményünk. Átlagosan a postoperatív ötödik napon emittáltuk a betegeket.

A HALS során használt minilaparotomia, a retroperitonealis tér kisebb sebzése, a korai mobilizáció és a rövid postoperatív kórházi tartózkodás mind a betegnek, mind a kezelő intézetnek előnyt jelentenek.

P8

Acut mélyvénás thrombosis előfordulása krónikus obliteratív verőérbetegségben szenvedő betegeknél

DR. KABALIK ERIKA, DR. KISÉRY CSABA, DR. SIPOS GYULA
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

A belgyógyászati angiológiai betegellátás, gondozás kapcsán az ismert lokalizációjú verőérelzáródásban szenvedő betegek egy része konzervatív terápia mellett is egyensúlyban tartható, a mindennapi életvitelüket illetően elegendő járástávolsággal rendelkeznek, így az invazív beavatkozás sokszor évekig halasztható.

A fenti betegcsoportból az alábbiakban olyan esetet ismertetünk, ahol a sürgős hospitalizációt a krónikus tünetek acut rosszabbodása, a járástávolság csökkenése, nyugalmi fájdalom megjelenése indokolta, s amelynek hátterében a már ismert artériás eltérésekre mintegy rárakódó acut mélyvénás történés állt.

Következtetés: a fenti komplikációk együttes előfordulása nem túl gyakori, azonban megfelelő diagnosztikus háttér (pl. color UH) hiányában, különösen nem speciális ellátóhelyeken (például általános belgyógyászat, alapellátás) mindez diagnosztikus nehézségeket okozhat. A tüneteket illetően felmerülő „gyanújelek" (enyhe végtagduzzanat, a végtag lógatása kapcsán inkább erősödő, mintsem csökkenő lábszárfájdalom) esetleg segíthet a helyes diagnosztikus irányvonal megállapításában.

Részben ez, részben a terápiás ténykedések különbözősége adta az esetismertetés ötletét, hiszen az adekvát anticoaguláns terápia bevezetése mellett a vénás recanalisatio megjelenését követően a panaszok is jelentősen csökkenhetnek, így esetleg a műtéti beavatkozás is elkerülhetővé válik.

P9

AV fistula kialakulásának két esete infravénás injekció beadását követően

DR. KOLOSSVÁRY ENDRE, DR. SIMÓ GÁBOR
Szent Imre Kórház, I. Belgyógyászati Osztály, Érsebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: a felső végtag fájdalmas duzzanata gyakran jelent diagnosztikus feladatot az angiológiai, érsebészeti ellátásban. A kiváltó okok közül gyakoriságuk alapján kiemelhető a felső végtag mélyvénás thrombosisa, a felületes vénás rendszer gyulladása, esetlegesen korábbi beavatkozásokkal összefüggő lympoedema, felső végtagi kompresszió okozta vénás elfolyási akadály, a bőr- és bőr alatti kötőszövetre lokalizálódó infekciók, traumákat követő haematoma, esetlegesen társuló compartement szindróma.

Megfigyelés: a ritka esetek közé tartozik az ambulanciánkon két alkalommal észlelt, intravénás injekciót követően az arteria radialis felső szakasza és a cubitalis felületes vénás rendszer között kialakult fistula jelentkezése. A diagnózis a color duplex UH vizsgálaton alapult. A vizsgálat során kimutatható volt az arteria és a felületes véna közötti fistula területén kifejezetten gyorsult, turbulens áramlás, a tágabb felületes vénás rendszerben detektálható arteriás áramlás komponens. Utánkövetés során mindkét esetben 7-8 hét elteltével spontán záródás volt megfigyelhető.

Következtetés: a felső végtagi fájdalmas duzzanat ritka oka lehet az intravénás injekció adását követően kialakult AV fistula. A color duplex vizsgálat a diagnózis és a nyomonkövetés hatékony eszköze. Tekintettel a várható spontán záródásra a nyomonkövetés mellett érsebészeti beavatkozást az eltérés nem igényel.

Angiológiai szekció I.

R5

Az érbetegségek aethiopathogenesisének aktuális kérdései

DR. LANDI ANNA
Fővárosi Szent István Kórház, Budapest

Az atherosclerosis multifaktoriális, komplex hatásmechanizmusú megbetegedés. A kórfolyamatot befolyásoló számos fontos kockázati tényező közül néhány kerül kiemelésre. A rendszeres fizikai mozgás – növelve a nyomásgrádienst, indukálva az ischaemiás területeken a preformált kollaterálisok megnyílását – növeli a végtag funkcionális kapacitását, fokozza az endothelium NO-szintézisét, így csökken a thrombocyták és leukocyták aktiválódása és a simaizom proliferáció. Csökkenti az LDL-koleszterin szintet, növeli a HDL-koleszterin szintet. Csökken a vér viszkozitása, ezáltal redukálódik a perifériás retisztencia, ami növeli az izomzat csúcskapacitását. Javítja az endotheliumnak az antithrombotikus működését. Fertőzés, gyulladás szerepére utal a léziókban a makrofágok jelenléte, amelyek cytokineket, selektineket termelnek, az inflammációs folyamatok részt vesznek az extracelluláris mátrix átalakításában és a plakkok kialakulásában.

A hyperhomocysteinaemia az érrendszert és a haemostasist több ponton atherogén irányba befolyásolja; endothel dysfunctiót hoz létre, az LDL-molekulákat oxidálja, LDL-homocystein-tiolacton aggregátumok képződnek. Csökkenti az NO-szintézist, felgyorsítja a remodellinget. A dyslipoproteinaemia és az atherogenesis kapcsolata régóta ismert, azonban nemrég zárultak le a statinokkal kapcsolatos intervenciós vizsgálatok, amelyek adatai egyértelműen bizonyították a statinok érprotectív, antiatherosclerotic hatását.

R6
Az atherosclerosis mint anyagcsere betegség

DR. KARÁDI ISTVÁN
Semmelweis Egyetem, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Az elmúlt két évtized igazolta a koleszterin- és lipidanyagcsere, valamint az atherosclerotic érbetegség közötti szoros kapcsolatot. A nagy epidemiológiai vizsgálatok egyrészt adatokat szolgáltattak az emelkedett koleszterinszint és a fokozott atherosclerotic rizikó közötti összefüggésre, másrészt az intervenciós, követéses vizsgálatok bizonyították a lipidcsökkentők előnyös hatását a plakk-képződésre. Az LDL-koleszterin 1%-os csökkenése 1%-kal mérsékeli a kardiovaszkuláris rizikót és a védőfaktor HDL-koleszterin 1%-kal történő emelése 3%-os kardiovaszkuláris rizikócsökkenést eredményez.

Az intervenciós vizsgálatok egyben igazolták azt is, hogy az ischaemiás szívbetegség mellett a perifériás atherosclerotic elváltozások is eredményesen mérsékelhetők, a lipidcsökkentők típusától és adagolásától függően 20-40%-kal. Külön említést érdemel az ischaemiás cerebrovaszkuláris eredetű érelváltozások eredményes mérséklődése lipidcsökkentők, elsősorban a statin típusú gyógyszercsoport alkalmazása mellett.

Rendkívül érdekes következtetésre adott okot az a jelenség, hogy a statinok alkalmazása során a kardiovaszkuláris jelenségek csökkenése nem mutatott arányosságot a koleszterinszint csökkenésének mértékével.

Ma már pontosan tudjuk, hogy a statinok – de részben egyéb lipidcsökkentők is – közvetlenül hatnak az endotheliumra és az atherosclerosis folyamatát számtalan fontos mechanizmus előnyös befolyásolásával állítják meg, illetve fordítják vissza.

Összefoglalóan a statinok ilyen típusú hatását pleiotróp hatásnak nevezzük. A pleiotróp hatás valójában vazodilatatív, antifibrinolitikus, lipáz aktiváló, plakk stabilizáló, gyulladáscsökkentő, antithrombogén hatások összességének tekinthető.

E9
Az endothel-funkció noninvazív vizsgálata laser Dopplerrel esszenciális hypertoniában és dializált hypertoniás betegekben

DR. NEMCSIK JÁNOS, DR. JÁRAI ZOLTÁN, DR. KOLOSSVÁRY ENDRE, DR. FARSANG CSABA, DR. KISS ISTVÁN, DR. FARKAS KATALIN
Fővárosi Szent Imre Kórház, I. sz. Belosztály, Semmelweis ÁOK, 1. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Az endothelialis dysfunctio a cardiovascularis betegségek pathogenezisében foglal helyet, ezért korai kimutatásának nagy jelentősége van a betegek kezelésében.

Tanulmányunk során 34 esszenciális hypertoniás (EHT), 21 dializált hypertoniás (DHT) és 22 nem hypertoniás kontroll egyénben (NT) laser Dopplerrel mértük az alkaron a post-occlusív reactív hyperaemiát (PORH), az iontophoresissel az alkar bőrébe vitt acetilcholin (ACh) és nitroprussid-Na (SNP) mikrocirkulációra gyakorolt hatását, valamint különböző endotheliális károsodást jelző markerek szérumszintjét.

A PORH átlagos csúcsértéke az EHT csoportban 284 ± 26%, a DHT csoportban 234 ± 48%, míg a kontrollcsoportban 434 ± 36% volt ($p<0,05$ EHT, DHT vs. NT).

Az ACh által kiváltott átlagos áramlásfokozódás az EHT csoportban 531 ± 47%, a DHT csoportban 360 ± 67%, az NT csoportban 836 ± 97% volt ($p<0,05$ EHT, DHT vs. NT; DHT vs. EHT).

Az SNP által kiváltott vasodilatatio nagyságában az EHT (660 ± 72%) és az NT (782 ± 81%) csoport között szignifikáns különbség nem volt, míg a DHT csoportban ez az érték is csökkent (379 ± 63%, $p<0,05$ mind az NT, mind az EHT csoporthoz képest).

Az endothelin és a big-endothelin szintje mind az EHT (0,80 ± 2,04; 1,29 ± 1,20), mind a DHT (1,40 ± 2,87; 2,67 ± 2,61) csoportban a normál érték felett volt, valamint a DHT csoportban az EHT-hoz képest is szignifikánsan magasabb volt ($p<0,001$).

A vWF szintje a DHT csoportban (174,4 ± 89%) szignifikánsan magasabb volt az NT csoporthoz képest (90,57 ± 16%, $p<0,001$).

Eredményeink alapján dializált hypertoniás betegekben az endothelfüggő az endothelfüggetlen vasodilatatio mértéke egyaránt szignifikáns mértékben csökkent, valamint az endothelkárosodást jelző markerek szintje emelkedett, ami az érkárosodás progressziójára utalhat.

E10

Óriássejtes arteritis eseteinek retrospektív vizsgálata (1998-2004)

DR. KOLOSSVÁRY ENDRE
Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Budapest

Bevezetés: az óriássejtes arteritis a közepes és nagy méretű arteriák tisztázatlan eredetű gyulladásos betegsége. Az elmúlt években az immunológiai háttér, a diagnosztika és a terápia területén több új megfigyelés vált ismertté.

Módszer: a Szent Imre Kórház patológiai és betegnyilvántartási regisztereinek vizsgálatával összegeztük az 1998-2004 közötti időszakban felismert óriássejtes arteritis esetek klinikai jellemzőit.

Eredmények: a vizsgált időszakban azonosított 12 esetből 8 beteg típusos cranialis megjelenést, 4 eset nagyér manifesztációra jellemző klinikai képet mutatott. 7 esetben az utánkövetés során polymyalgia rheumatica tünetei is észlelhetők voltak. A diagnózis során a klinikai kép, a szövettani vizsgálat mellett a color duplex vizsgálat is nagy segítséget adott. A kortikoszteroid terápia kezdetben hatékonynak bizonyult, azonban maximum 29 hónapos nyomonkövetés esetén a több alkalommal észlelt relapsus miatt a dózis emelése, illetve más immunszupressziós terápia (metotrexate) bevezetése vált szükségessé.

Összefoglalás: az óriássejtes arteritis a közgondolkodással ellentétben feltehetően jóval gyakoribb, széles spektrumot mutató kórkép. A betegség diagnózisában a klinikai megjelenés mellett a vaszkuláris UH-vizsgálatnak fontos szerepe lehet, mindazonáltal arany standardnak változatlanul a szövettani vizsgálat tekinthető. A krónikus kortikoszteroid terápia nehézsége a nem kellő hatékonyságban, valamint a potenciális mellékhatásokban áll.

E11

Óriássejtes arteritis (temporalis) két tanulságos esete

DR. PUSKÁS ATTILA, DR. SZALMAN KRISZTINA, DR. IMRE MIHÁLY, DR. EGYED IMRE, DR. BRASSAI ZOLTÁN
II. sz. Belgyógyászati Klinika, Marosvásárhely

Esetbemutatónk során két, óriássejtes arteritisben szenvedő betegünk kórtörténetét vázoljuk, különös hangsúlyt fektetve a diagnosztikai buktatókra, illetve mindkét eset bizonyos partikularitásaira. Kezdve a gyakorló angiológus klinikai judiciumától egészen a vascularis diagnosztikában előkelő helyen található duplex ultrahang technikáig, illetve a szövettani vizsgálatokig, valamennyi nem invazív és invazív módszer szükséges lehet a helyes diagnózis felállításához. A diagnózis birtokában a terápiás siker elmaradhatatlan.

E12

A pulzushullám terjedési sebesség és egyéb haemodinamikai tényezők változásai dializált krónikus veseelégtelen betegek körében

DR. IMRE MIHÁLY, DR. MAKÓ KATALIN, DR. PUSKÁS ATTILA, DR. BRASSAI ZOLTÁN, DR. NEMCSIK JÁNOS, DR. FARKAS KATALIN, DR. KISS ISTVÁN
II. sz. Belgyógyászati Klinika, Marosvásárhely,
Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály, Budapest

Irodalmi adatok szerint az érfal rugalmasságának csökkenése és az azt jelző megnövekedett pulzushullám terjedési sebesség (pulse wave velocity – PWV) a cardiovascularis események független előrejelzője krónikus veseelégtelen betegek körében.

Pilot vizsgálatunkban 6 krónikusan dializált betegen követtük a PWV és egyéb haemodinamikai paraméterek (vérnyomás, szívfrekvencia, pulzusnyomás, pulzusnyomás-index, balkamrai ejekciós idő, diastoles idő) változását, haemodialízis kezelés előtt és után.

A dialízis kezelés előtt 4 betegben találtunk gyorsult PWV-t az arteria femoralison (13,23; 13,23; 7,24, illetve 19,35 m/s), 1 esetben volt a PWV a normál tartományban (6,77 m/s [N = 4-6 m/s]), míg 1 esetben volt csökkent (2,19 m/s – ez a páciensünk többszöri aorta abdominalist is érintő rekonstrukciós érműtéten esett át).

A radialis PWV 4 esetben volt emelkedett (N = 6-8 m/s), ebből 3 páciensnél a femoralis érték is nagyobb volt, és 2 esetben esett a normális tartományba.

Haemodialízis kezelés után abból a 4 betegből, akiknél kezelés előtt magasabb volt a femoralis PWV, 3 esetben csökkent, míg 1 esetben nőtt az érték.

Ugyanez az arteria radialis kezelés utáni értékeire nézve: 4 esetből 3 esetben csökkent, míg 1 esetben nőtt a PWV.

Érdekes módon, a többi haemodinamikai paraméter nem mutatott látványos változást a dialízis előtti értékekhez képest.

Megfigyeléseink alapján a PWV mérésének egyszerű, non-invazív módszerével végzett nagyobb számú beteganyag vizsgálata hozzásegíthet a dialízis kezelés során fellépő haemodinamikai változások jobb megértéséhez.

Érbetegségek invazív kezelésének szövődményei, az érsérülések ellátása

R7

Az érsebészet szövődményei, ellátásuk és igazságügyi orvostani megítélésük

PROF. DR. NEMES ATTILA
Országos Érsebészeti Intézet, Budapest

Az angiológia (érbetegségek ellátása) három módszerrel rendelkezik: konzervatív (belgyógyászati), intervencionális radiológiai (semi-invasiv) és érsebészeti. A kockázat és az orvosi felelősség szempontjából az elsőnél két tényező jön szóba: felismerés hiánya, tehát téves diagnózis, illetve a késedelmesség. A másik két kategória a beavatkozás veszélyessége miatt lényegében azonos megítélés alá esik. A harmadik területtel foglalkozunk részletesebben.

Az Országos Érsebészeti Intézet felmérései szerint hazánkban az alábbi adatok közölhetők az érsebészeti tevékenységről: évente 11-13.000 verőér rekonstrukció; a halálozás 2-7%; reoperációk 3-7%; amputatio (rekonstrukció után, illetve anélkül) 3-4.000 fő; redo, illetve szerviz műtét (késői reintervenció) 18-22%; álaneurysma kialakulása varratvonalban (műtéti típustól függően) 1-4,5%; infectio (műtéti típustól függően) 1-5%.

Típusai szerint (az általános szövődményeket, például a pneunómiát nem számítva) a korai szövődményeket így sorolhatjuk fel: postoperatív vérzés; korai reocclusio; korai infectio (felületes és mély, graftot érintő); hasi sebészeti szövődmény (bélelhalás, perforáló ileus stb.); rekonstrukciót követő neurológiai (stroke, eszméletlenség, gerincvelő ischaemia); egyéb (szervspecifikus eredménytelenség). A késői szövődmények: késői reocclusio (progresszió); varrat insufficientia (pulsalo haematoma); késői infekció (másodlagos betegség).

Az előadásban a szövődmények igazságügyi orvostani osztályozása és definíciója is elhangzik. (Reoperáció – szerviz műtét – redo beavatkozás, illetve: eredménytelen műtét – vitás műtét – műtéti kockázat – műtéti hiba – felróható és fel nem róható hiba.)

A szerző országos adatokat mutat be. A fenti adatok és megítélés alapján összefoglalóul elmondhatjuk, hogy a „műhiba perek" száma nő. Ennek okai: a beteg nem kellő tájékoztatása, felvilágosítása; a dokumentáció olykor hihetetlen pontatlansága; nem biztosíthatók az előírt feltételek; az orvos, az ápolók felelőtlen, megalapozatlan fecsegése (a beteg számára a szó is árthat); végül külföldi példára nyereséggel kecsegtető, specializált jogi tevékenység alakult ki a vélt vagy valós sérelmek orvoslására.

R8

Atípusos érsebészeti megoldások, lehetőségek, perspektívák

DR. ENTZ LÁSZLÓ,
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Az atípusos sebészi megoldás az érsebészetben annyit jelent, hogy nem a megszokott, anatómikus úton vezetett áthidalást készítjük el, hanem a normál struktúrák megkerülésével, „extraanatómikusan" végezzük a beavatkozást.

Az elv, miszerint egymásnak nem megfelelő átmérőjű erek összekapcsolhatók a többi szerv ellátásának károsodása nélkül, *Blalock*tól származik, aki állatkísérletekben igazolta a negyvenes évek közepén, hogy ha coarctatio aortae esetén az arteria subclaviát thoracalis aorta szakaszra vezetik, az képes az alsó testfél vérellátását biztosítani. Az 1950-es évek elejétől kezdve lassan kibontakoztak a különféle extraanatomikus áthidalási formák.

Az extraanatomikus bypass műtét leggyakoribb indikációja a korábban beültetett műér infekciója, ami a graft eltávolítását vonja maga után. Mivel a graft infekciók legnagyobb százalékban az inguinális régióban fordulnak elő, érthető, hogy az aorto-iliacalis érrendszer területén végezzük a legtöbb extraanatómikus áthidalást. Az axillo-(bi)-femoralis áthidalások eredménye a legrosszabb: egy éves átjárhatóság 30-60%; öt éves: 20-50%); femoro-femoralis crossover bypass: egy éves átjárhatóság: 80-95%; öt éves: 60-85%. E két leggyakoribb extraanatomikus műtét mellett még az obturator csatornán vezetett iliofemoralis bypass vezethet tartós eredményre. Ezeken kívül irodalmi adatként néhány extrém megoldást is végeztek, mint például a csípőlapát megfúrásával kapott lyukon keresztül vezetett iliaca communis-femoralis bypass. A felső testfélen elsősorban nem az infekció miatt, hanem a mellkas, mediastinum megnyitás elkerülése érdekében végzett extraanatómikus áthidalások kerülnek sorra.

Az arteria subclavia I. szakaszának, vagy a. anonyma elzáródásának megoldása céljából subclavio-subclavia, később axillo-axillaris bypassokat végeztek. A carotico-subclavialis bypass vagy transpositio bal oldalon extraanatomikusnak számít, jobb oldalon az anatómiát követi. Ugyanígy a bal carotis communis eredési szűkületének megoldása lehet a bal subclaviába történő implantatio vagy bypass. Carotido-carotideális crossover bypass valamelyik carotis communis obliterációjának megoldása lehet. Újabban, az aorta stent graftok világában az aortaív aneurysma endovas-

cularis megoldásához nyújthat hasznos segítséget az aneurysmából eredő nyaki erek előzetes, extrathoracális lekötése és a megfelelő extraanatomikus áthidalás elkészítése, így a stent graft már az agyi keringés károsodása nélkül az aortaívbe is felhelyezhető. A szívsebészetben a mammaria bypass extraanatomikus megoldás.

Az extraanatomikus áthidalások sokszor kényszerszülte megoldások, de más esetekben a beteget kímélő, a modern endovascularis terápia hasznos kiegészítői lehetnek.

R9
Az érsérülések ellátása

DR. DLUSTUS BÉLA
MH Központi Honvédkórház,
Általános és Érsebészeti Osztály, Budapest

Az erek sérülései – *súlyos következményeik,* úgymint a vérzés és a szöveti vérellátási zavar, ischaemia miatt – a sérült életét, illetve egyes szervek vagy végtag életképességét veszélyeztethetik. Az ellátás sikerességét jelentősen befolyásolja a hatékony elsősegélynyújtás és a gyors, korrekt, végleges ellátás. Az érsérülések a sérültek 0,9-4%-ában fordulnak elő. A multiplex sérüléseknél, polytraumákban és katasztrófa-körülmények között szaporodik a vascularis trauma.

Az érsérülések felosztása:

– artériás – vénás – kapilláris,

– erőbehatás (trauma) jellege szerint direkt (90%-a éles, penetráló vagy tompa, nem penetráló sérülés) és indirekt (10%-a) érsérülés lehet,

– pathomorphológiai elváltozások szerint részleges vagy teljes érszakadás, érfal rongálás, contusio, intima-, media ruptura, thrombosis, occlusio; társsérülések kialakulása (csont, ízület, ideg, lágyrészek, mellkasi és hasi szervek laesiója); korai és késői szövődmények (akut thrombosis, infectio, pulzáló haematoma, álaneurysma, a-v fistula),

– a sérülések lokalizációja (testtájak) szerint.

Az érsérülések klinikai értékelése:

Változatos pathomorphológia kétféle klinikai tünetcsoportot idézhet elő: *külső és belső vérzést vagy ischaemiát* (végtagok, testrészek keringési zavara). A kórismézés alapja az anamnézis és a fizikális vizsgálat: az artéria-sérülés specifikus jelei, illetve a gyanújelek. A diagnosztika további eszközei: UH-vizsgálat (Doppler-vizsgálat, duplex scan), angiographia az érpálya megítélésére (akutnál válogatott esetekben, krónikusnál mindig).

Haemodinamikailag instabil sérültet közvetlenül a műtőbe kell szállítani!

Az érsérülések *felismerése* gyakran nehézséget jelent. Irodalmi adatok szerint az érsérültek mintegy 10-12%-a krónikus betegként kerül ellátásra.

Az *acut érsérülések kezelését* három szakaszra osztjuk: preoperatív kezelés, műtéti ellátás és műtét utáni kezelés. Jelentős szerepe van az *ideiglenes vérzéscsillapításnak* az érsérült ellátásában. Az arteria laesio okozta ischaemia károsodás csökkentése érdekében az érsérülést 6-8 órán belül („gold period") el kell látni.

A műtéti ellátás szempontjai:

1. széles feltárás, exploráció,
2. sérült, roncsolt szövetek eltávolítása,
3. distalis érpálya megítélése,
4. érrekonstrukció, revaszkularizáció elvégzése,
5. érrekonstrukció fedése lágyrészekkel,
6. társsérülések (törés, ficam, idegsérülés, lágyrészek, szervsérülések) ellátása, ehhez kapcsolódó *ellátási terv!*,
7. A sérült ér lekötése (mikor?).

Sikeres érrekonstrukció esetén a beteg, illetve a végtag funkcionális állapotát nem elsősorban az érsérülés, hanem a társsérülések gyógyulása határozza meg.

A műtét utáni kezelés során alapvető fontosságú a beteg szoros obszervációja, monitorizálása, a szövődmények észlelése és ellátása.

Szövődmények:

– graft-hiba, thrombosis, reocclusio következtében distalis ischaemia alakul ki, reoperációt igényel,

– fertőzés, artériás rekonstrukció disruptiója, szeptikus vérzés reoperációt igényel,

– kiterjedt izomnecrosis, idegkárosodás, compartement szindróma – fasciotómia, funkcionálisan súlyosan károsodott végtag kialakulása,

– késői szövődmények: traumás álaneurysma, arteriovenosus fistula, krónikus occlusio; mindezek hónapokkal később kerülnek felismerésre, ellátásra. A pontos topográfiát angiographiával tisztázzuk, majd elektív műtéttel oldjuk meg a krónikus vaszkuláris elváltozást.

Az érsérültek sikeres ellátása érdekében *a társszakmák* (oxyológus, anaesthesiológus, traumatológus, idegsebész és érsebész) *szoros együttműködése szükséges.*

E13
Nagyér sérülések kórházunk 9 éves anyagában

DR. IFJ. BULYOVSZKY ISTVÁN,
DR. MARTIS GÁBOR, DR. BORÓK LEVENTE,
DR. SZABAD ZOLTÁN, DR. BODNÁR ZSOLT,
DR. SZENDRŐI TIBOR
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, DEOEC Oktatókórház, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

Bevezetés. A szerzők előadásukban az 1994. 01. 01. – 2003. 12. 31. között előfordult 37 nagyér sérüléssel járó ese-

tük vizsgálatát szeretnék bemutatni. Céljuk a nagyér sérülésekkel járó diagnosztikus protokoll, operációs lehetőségek, operációt befolyásoló tényezők, hosszú távú szövődmények és eredmények vizsgálata és értékelése volt.

Betegcsoport, módszerek. A betegek közül 32 volt férfi, 5 nő, átlagéletkoruk 35 év. A sérülések típusa szerint közvetlen artériás sérülés 29, indirekt artériás sérülés 8 volt; polytraumatizáció 28, izolált artériás sérülés 5 esetben fordult elő.

Az akut ellátásban alkalmazott általános irányvonalak közé tartoznak a centrális véna biztosítása, folyamatos monitorozás, Glasgow kóma-skála rögzítése, megfelelő folyadék- és vérpótlás.

A betegek vizsgálata során alapvető a fizikális, Doppler és/vagy color Doppler, labor- és röntgenvizsgálat végzése, illetve – ha szükséges – Seldinger angiographiához, valamint CT- vagy MR-vizsgálathoz kell folyamodni. A sebészi ellátáshoz szükséges előkészületek során fontos a törés stabilizálása, a pontos debridement és a profilaktikus antibiotikum terápia indítása.

Az érsérülések ellátására a következőket alkalmazták:

– direkt varratot 19 esetben,
– analóg vena saphena interpozíciót 10,
– vena saphena foltot 6 alkalommal,
– műér graft beültetését négyszer.

Posztoperatív sebészeti szövődmények között hatszor fordult elő sebfertőződés, kétszer reocclusio. Kompartment szindrómát 2 betegnél, ischaemiás necrosist, utóvérzést 1-1 esetben észleltek. 5 beteget vesztettek el.

A posztoperatív ellátás során harmadik generációs cefalosporin vagy karbapenem származékokat alkalmaztak, trombózis megelőzésre minden esetben Na-Heparint használtak perfúzorral.

Eredmények. Beteganyagukban 3 óránál rövidebb ischaemiás idő esetén a szövődmények száma 3 volt, míg a 3-9 órás periódusban 14 fordult elő, s ezek közül 6 exitushoz vezetett. Késői szövődmények közül klaudikáció intermittens három, késői reocclusio, perifériás ideg- és érsérülés, hasfali hernia kétszer szerepelt, aneurysma egy esetben alakult ki.

Megbeszélés. Fontos a gyors vizsgálat az ischaemiás idő csökkentéséhez; ha az artériás sérülés nem egyértelmű, angiographiát kell végezni; egyszerű és gyors helyreállítás szükséges; Na-Heparin antikoagulációt ajánlott alkalmazni, de nem LMWH-t; megfelelő antibakteriális profilaxist és kezelést kell végezni.

E14
Nagyér sérülések rekonstrukciója után kialakult szövődmények műtéti megoldásai

DR. MARTIS GÁBOR, DR. SZENDRŐI TIBOR,
DR. SZABAD ZOLTÁN,
DR. IFJ. BULYOVSZKY ISTVÁN,
DR. BORÓK LEVENTE
Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

Bevezetés. A szerzők retrospektív vizsgálatuk során az általuk ellátott nagyér-sérültek további korai és késői műtéteit elemzik. Tapasztalataik szerint a nagyér sérülések primér ellátása után számos esetben kell számítani további korai (30 napon belüli) és késői (30 napon túli) műtéti beavatkozásra. Tíz éves periódusban vizsgálták az összesen 34 nagyér-sérült további műtéteit.

Betegek és módszer. A 34 beteg közül 22 páciensnél további érsebészeti beavatkozásra nem volt szükség, azonban 12 sérültnél további műtétekre került sor, összesen 20 esetben. A korai postoperatív szakban a graft, illetve saját ér occlusiója, valamint reocclusiója és sebfertőzés volt a leggyakoribb műtétet igénylő szövődmény, összesen 8 esetben. A késői szövődmények közül az inficiált graft, illetve a korábbi műtéti területen kialakult fistulák és vérzések miatti műtétek, esetlegesen sorozat-műtétek voltak a leggyakoribbak, de késői occlusio, graftcsere, bypass műtét, cross-over bypass beavatkozás, thrombenderteriectomia és foltplasztika is előfordult.

Megbeszélés. A szerzők vizsgálata alapján a nagyér sérülések primér ellátását követően a korai és késői, az érműtéttel összefüggő műtéti megoldások gyakorlatilag a teljes érsebészeti beavatkozási skálát felölelik, s ezekre a szövődményekre gyakran – mintegy 30%-os arányban! – kell számítani, gyakrabban fordulnak elő, mint a normál érsebészeti beavatkozásokat követően.

Következtetés. A nagyér-sérültek viszonylag fiatal életkora és aktív életvitele miatt ezen betegek még szorosabb érsebészeti ellenőrzést igényelnek, mert a primér beavatkozás jellege miatt potenciálisan magukban hordozzák az akár több évvel később elvégzendő érműtétek lehetőségét, s ez a műtét lehetőleg ne végtag amputáció legyen. A szerzők többek között a szoros betegkövetésre hívják fel a figyelmet, hogy ne elkésve történjenek az említett beavatkozások.

E15

Graft infekciók diagnosztikája különös tekintettel a leukocyta scintigráfiára

DR. HÓDI ZOLTÁN, DR. PALÁSTHY ZSOLT, DR. MIHALOVITS GÁBOR, DR. SIPKA RÓBERT, DR. PAPÓS MIKLÓS
SZTE, Sebészeti Klinika, Nukleáris Medicina Intézet

A graft infekció az érsebészet súlyos szövődménye, amely a revaszkularizáció eredményét, súlyos esetben a beteg életét veszélyezteti. Retrospektív vizsgálatunkban az utóbbi négy év anyagából 10 olyan graft infekciós esetet dolgoztunk fel, ahol a diagnosztikában a leukocyta scintigráfia szerepet kapott. A diagnosztika teljes fegyvertára (képalkotó vizsgálatok: UH, CT, MR, fistulográfia, labor vizsgálatok, gyulladásos paraméterek, sepsis markerek, tenyésztés, haemocultura stb.) mellett válogatott esetekben alkalmaztuk a leukocyta scintigráfiát. Ez a vizsgálat régóta jól ismert, irodalmi adatok szerint szenzitivitása és specificitása kiváló. Hátránya a magas költség.

A graft infekció diagnózisának felállításakor beteganyagunk átlagos életkora 55,9 év volt. 6 ABBB, 1 ilio-femoralis bypass, 3 femoro-poplitealis bypass műtét történt. Általában 2-3 érműtét előzi meg a graft sepsis kialakulását. Feldolgoztuk még a betegség stádiumát, a társbetegségeket, vizsgáltuk a graft típusát. Adataink elemzése, a műtéti leletekkel való összevetés alapján a következő tanulságokat fogalmazhatjuk meg a leukocyta scintigráfia szerepét illetően: 1. a vizsgálat akkor indokolt, ha a diagnózis kétes, vagy az infekció kiterjedésének pontosítása befolyásolja a műtéti tervet; 2. a vizsgálat szenzitivitása magas, de specificitása nem várt módon elmarad a kívánalomtól (találkoztunk olyan esettel, ahol incorporált graft területen is magas jelintenzitást kaptunk, illetve scintigráfián pozitív, konzervatív terápiára jól reagáló esetünk is volt); 3. a magas költségek miatt ajánlott az ambulanter vizsgálat.

E16

Plakkruptura talaján kialakult, perifériás embolizációval szövődött aorta ascendens thrombus sikeresen operált esete

DR. MINORICS CSABA, DR. DARÓCZI LÁSZLÓ
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Az atheroscleroticus plakk talaján kialakult, aortafalhoz tapadó thrombusok a szisztémás embolizáció gyakori forrásai. 2004. augusztusában 54 éves férfi beteg került sürgősséggel felvételre intézetünkbe „A" típusú aorta dissectio feltételezett diagnózisával. Felvételekor ismert volt zajló myocardialis infarktusa, a bal arteria renalis heveny elzáródása, valamint a bal alsó tüdőlebeny tumorra gyanús elváltozása. Az elvégzett CT-, DSA-, MRA-vizsgálatok az aorta dissectio lehetőségét kizárták, és egy embóliaforrásként szóba jövő, az aorta ascendensben helyet foglaló intraluminalis terimére derítettek fényt. Műtéti előkészítést követően extracorporalis perfusio és ezen belül izolált cerebralis perfusio védelmében eltávolítottuk az aorta ascendensben helyet foglaló, 4x2 cm terjedelmű, morzsalékony thrombust. A műtétet követően a beteg állapota stabilizálódott, a thromboembolizáció nem ismétlődött. A prezentáció során bemutatjuk a diagnosztikus vizsgálatok dokumentumait és a műtét során készített felvételeket.

E17

Gyermekkori érsérülések, avagy team munka gyermeksebész és érsebész között

DR. SIMON GIZELLA, DR. KISS ÁKOS LEVENTE, DR. MÁTYÁS LAJOS
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

Kórházunkban a Gyermekegészségügyi Központon belül önálló Gyermeksebészeti Osztály működik, ahol folyamatos traumatológiai ellátást is biztosítanak. Az egyszerű ligaturákat kivéve (valamelyik cruralis vagy radialis, ulnaris) gyermeksebész – érsebész team látja el az érsérüléseket.

Előadásunk célja, hogy az 1999-2003 között 27 betegen végzett 30 műtét alapján elemezzük az anyagunkban leggyakrabban előforduló sérüléseket és azok ellátását.

Az aetiológiát tekintve, részben traumás, részben iatrogén érsérüléseket láttunk el. Ezen időszak alatt hasi és mellkasi érsérülés nem volt, a betegek életkorából adódóan a végtagi érsérülések a dominánsak.

Traumás nyílt sérülés 14, zárt sérülés 11 volt. Iatrogén a. brachialis kanülálás 1, a. renalis ligatura (tumor eltávolítás közben) szintén 1 fordult elő. Reoperációra 3 esetben került sor.

A gyermeksebész kollégák gondos vizsgálatának köszönhetően már a felvételkor észlelték az artériás keringészavart, az ellátás nem késlekedett, így végtagot nem veszítettünk el. A műtétek során nehézséget jelent az erek igen kicsiny mérete és a nagyon kifejezett spasmusra való hajlam. Végül 2 eset kapcsán szeretnénk bemutatni, hogy van, amikor csak többszörös rekonstrukció vezet el a végtag keringésének rendezéséhez, de időnként a természet is segítségünkre siet

a jó kollaterális hálózat meglétével, annak ellenére, hogy nagyér sérülés alakult ki.

E18

Vesetranszplantáció aorto-iliacalis keringészavar esetén

DR. SÓTONYI PÉTER, DR. GŐSI GERGELY, DR. SZABÓ ATTILA, DR. NEMES BALÁZS
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Semmelweis Egyetem, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés. A vesetranszplantáció során a graft heterotop pozícióba, a recipiens artéria iliacájára kerül beültetésre. A jó áramlási viszonyok elengedhetetlenek a megfelelő graftműködéshez. Egy esetleges alsó végtagi keringészavaron tovább ronthat a „mesterséges steal-szindrómát" létrehozó veseátültetés. Kifejezett dysbasiás panaszok nélkül a transzplantációs listára helyezéshez szükséges rutin vizsgálatok során az ilio-femoralis keringészavar néma maradhat.

Anyag és módszer. Tanulmányunkban 3 olyan esetet vizsgáltunk, amelyekben érsebészeti és endovaszkuláris rekonstrukcióra a transzplantációt követően kialakult alsó végtagi keringészavar és a beültetett vese működésének elégtelensége miatt került sor.

Esetismertetés. 1. Ismételt, másodlagos transzplantáció után vesefunkciós zavar miatt graft biopsia történt, amely iszkémiás elváltozásokat mutatott. A CT-angiographia az arteria iliaca communis stenosisát igazolta. Azonnali percutan transluminaris angioplasticát (PTA) követően a keringés javult és a vesefunkció normalizálódott. 2. Transzplantációt követően végzett ultrahang vizsgálat, emelkedett szérum kreatinin értékek hátterében, az arteria renalis stenosisának gyanúját vetette fel. Abdominalis aortographia a distalis aortánál jelentkező, illetve kétoldali ilio-femoralis occlusiót írt le. Eredményes aorto-iliacalis endarteriectomiát követően a transzplantált vese működése helyreállt. 3. Ismételt, másodlagos transzplantáció esetén az alsó végtag nyugalmi fájdalma miatt az első posztoperatív napon angiographiát végeztünk, amely az artériás anasztomózis felett az arteria iliaca communis eredésénél szignifikáns szűkületet igazolt. Azonnali PTA hatására mind az alsó végtag, mind a vese keringése gyorsan javult.

Következtetés. Az aorto-iliacalis szakasz stenosisának diagnózisához – az alsó végtagi keringészavarok kifejezett fizikális jeleinek hiányában – szükséges lehet color duplex scan, angiographia, esetleg CT- vagy MR-angiographia elvégzése. Tanulmányunkkal szeretnénk felhívni a figyelmet a transzplantációs listára helyezés előtti kivizsgálás és – szükség esetén – a transzplantáció előtt elvégzett ilio-femoralis rekonstrukció fontosságára.

Angiológiai szekció II.

R10

Génterápia – ígéretes, új lehetőség a cardiovascularis betegségek kezelésében

DR. PÉCSVÁRADY ZSOLT
Flór Ferenc Kórház, II. sz. Belgyógyászat, Kistarcsa

Az arteriosclerosis obliterans kialakulásának egyre korábbi történései kerültek megismerésre, amelyek közül nagy jelentőséget tulajdonítanak az endothelialis és vascularis diszfunkciónak. Az érrekonstrukciós beavatkozások (műtétek, PTA-k, stentbeültetések) is olyan terápiás lehetőségeket igényelnek, amelyek segítenek az elért eredmények fenntartásában. A géntechnológia fejlődése jelentős segítséget adhat ehhez, részben a kóros endothel funkció lokális vagy szisztémás módosításával, részben az érújdonképződés megfelelő növekedési faktorokkal történő serkentésével, részben pluripotens őssejtek angiogenesis irányában történő differenciálásával. Az előadás összefoglalja e módszerek lehetőségeit és korlátait, kiemelve, hogy igen ígéretes eredmények vannak krónikus kritikus végtagi ischaemia olyan eseteinek kezelésében is, amelyeknek korábban csupán az amputáció volt a megoldása.

R11

Atherosclerosis és diabetes

DR. SCHANDL LÁSZLÓ

A cukorbetegség incidenciája és prevalenciája világszerte exponenciálisan növekszik. A WHO előrejelzései szerint 2025-re kb. 300 millió cukorbeteg (90%-uk 2. típusú diabeteses) lesz.

A cukorbetegség óriási egészségügyi terhét egyrészt a betegek nagy száma, másrészt a korán megjelenő, a betegek életét szignifikánsan megrövidítő atheroscleroticus szövődmények jelentik. Cukorbetegségben a vascularis katasztrófáknak nemcsak a gyakoriságuk nagyobb, hanem a kimenetelük is szignifikánsan súlyosabb, mint a nem diabeteses személyekben.

A diabeteses macroangiopathia lényegében korán kifejlődő atherosclerosis. Fő rizikótényezői a hyperglykaemia, hypertonia, dyslipidaemia, hypercoagulabilitás, magas homocystein- és leptinszint, bár ez utóbbi két tényező károsító hatásának mechanizmusa még nem kellőképpen tisztázott.

Az atheroscleroticus elváltozások már a kompenzált inzulin rezisztencia fázisában megjelennek. Ezt a fázist normális vércukorszint, az inzulin anyagcsere hatásaival szembeni rezisztencia és kompenzatórikus hyperinsulinaemia jellemzi. A vascularis morbiditás és mortalitás veszélye tovább nő a diabetes manifesztációjával, elsősorban a postparandialis vércukorszint növekedésével.

A tartósan emelkedett vércukorszint leggyakrabban a következő mechanizmusok révén fejti ki atherogén érfalkárosító hatását:

– hosszú felezési idejű fehérjék glikációja,
– oxidatív stressz,
– polyol/sorbitol anyagcsere mellékút.

A hosszabb életidejű fehérjék glikációi során advanced glycosilated endproducts (AGEs)-nak nevezett végtermékek keletkeznek, amelyek specifikus membránreceptorokhoz (RAGE) kötődve komplexeket alkotnak. A RAGE komplexek felszaporodása és aktiválódása számos olyan folyamatot indít el, amelynek szerepet tulajdoníthatunk az atherosclerosis kialakulásában: például szabad gyökök keletkezése, növekedési faktorok indukálása, cytokinek aktiválása.

A szabad gyökök felszaporása nemcsak a szövettani struktúrák roncsolódását okozza, hanem perioxibitrinné alakítja az NO-t. Az egyik legfontosabb vasodilatator hatástalanításával pedig a vasoconstrictor elemek túlsúlyba kerülnek a vasodilatatiót kiváltókkal szemben.

A RAGE komplexek a proteinkinasok (MAPK, PKC) aktiválása révén elősegítik növekedési és mitogén faktorok expresszióját, s ez szintén az érfal strukturális károsodását és a permeabilitás fokozódását segíti elő. Tartósan magas vércukorszint esetén a feleslegben lévő glukóz egy része sorbitollá alakul át, amely fructossá oxidálódik tovább. Ennek a polyol anyagcsere mellékútnak a pathogenetikai jelentőségét elsősorban a diabeteses microangiopathia kialakulásában igazolták. A folyamat lényeges szerepet játszhat mind a coronaria események, mind pedig az alsó végtagi obliteratív folyamatok diabetesben megfigyelt szignifikánsan rosszabb kimenetelében.

Az adipocyták által termelt leptin stimulálja a simaizomsejtek proliferációját és elősegíti a subendothelialis mészlerakódást.

A diabeteshez társuló hypertonia és dyslipidaemia atherogen szerepének fontosságát mindennél jobban hangsúlyozza az a tény, hogy a tensio a lipidszintek megfelelő beállításával a cardiovascularis halálozás és a cardiovascularis események gyakorisága szignifikánsan csökken.

R12

A diabetes mellitus lábszárszövődményeinek kezelési elvei

DR. ROZSOS ISTVÁN
PTE / AOK, Baranya Megyei Kórház, Sebészeti Tanszék Pécs

A NIDDM következményei jól ismertek, a vascularis és neuropathiás elváltozások a rendelkezésünkre álló diagnosztikai eszközökkel definiálhatók. Mindezek ellenére a diabetes lábszárszövődményeinek kezelése számos esetben nem megfelelően történik, szerencsétlen kimenetel esetén nagyvégtagi amputációval végződik. E tények indokolják a kérdés átfogó, kezelési alapelveket érintő tárgyalását.

1. *Az első találkozás* alapvetően meghatározza a beteg későbbi sorsát, betegségének kimenetelét. A szövődményes eseteknél az első észlelő orvosnak a cukorbetegség irányában szükségszerű tájékozódnia, tekintve, hogy a kórfolyamatok e betegcsoportban teljesen más szabályok szerint zajlanak.

2. *Az anyagcsere* legbiztonságosabb kontrollját az inzulin terápia beállítása adja, ezért ezt minden szövődményes esetben el kell végezni.

3. *A trofikus elváltozás* pontos meghatározása és szisztémás hatásainak rögzítése után a sebellátás, antibiotikus kezelés, heparin kezelés és a *kísérőbetegségek* pontos kontrollja szükséges. A sebleoltások (akár sebészi mély mintavételi helyek) eredménye ismeretében általában szükséges az antibiotikus kezelés megfelelő módosítása.

4. A *vascularis állapot* pontos felmérése: a cardivascularis rendszer összetett károsodása miatt a pumpa és csőrendszer mellett a keringő vér minőségének a meghatározása is alapvető.

5. A *neuropathia* és a manifesztálódó szervi zavarok feltárása és kezelése.

A felsorolás és a tételes elemzés folytatható, azonban az alapelvek a terápiás lépéseken kívül még számos tényezőt érintenek szükségszerűen: ide sorolhatók a szűrés-gondozás elemei, a segédeszközök és kötszerek labirintusa, a gyógytornászok, podológusok szerepe, a fizikai deficitet kísérő pszichiátriai nehézségek korrekciója.

A még jelentős trofikus zavartól nem szenvedő, de már végtagpanaszos betegek csoportjától a nagyvégtag-vesztett betegcsoportig számtalan variáció megtalálható a klinikai gyakorlatban. A kórfolyamatok elemei azonban következetesen megjelennek a következmények, a szövődmények aránya mellett rengeteg szociális és egyénfüggő paraméter befolyásában is, így homogén betegpopulációról és egyszerű terápiás receptről nem eshet szó.

E19

Myeloperoxidáz bénítók pro-atheroscleroticus hatása állatkísérletes modellben

DR. FARKAS ANDREA, DR. BÉKÉSI GÁBOR, DR. SZOMBATH DEZSŐ, DR. ILLYÉS GYÖRGY
Semmelweis Egyetem ÁOK, II. Pathológiai Intézet, II. Belklinika és Kórélettani Intézet, Budapest

Bevezetés. A myeloperoxidáz (MPO) a szabadgyök generálási reakciók terminális fázisában jut szerephez, s így gátolni képes az atherogén szabadgyökök képződését. Előző vizsgálataink szerint egyes szexuál szteroidok növelik a granulocyták MPO-termelését. Ennek plazmaszintje alacsony postmenopauzában. Feltételezhető, hogy az ösztrogén hormonpótlás az MPO stimulációjával fejti ki kedvező antiatheroscleroticus hatását.

Célkitűzés. Az MPO-bénítók pro-atheroscleroticus hatásának kísérletes igazolását kívántuk elvégezni.

Anyag és módszer. Nyolc hétig koleszterin dús diétával tartott felnőtt hímnyulakat vizsgáltunk. Öt kontroll állat mellett ezen időszak alatt MPO-gátlószerek – 4-aminobenzoidacid-hydrazide (ABAH) 40 mg/nap, illetve indometacin 15 mg/nap – adagolása is történt 5-5 másik állatnál. A nyulakat a kísérlet végén leöltük, az aortát kipreparáltuk. Minden esetben intima plakkok alakultak ki az aortában. Szövettani, morphometriai vizsgálatokat végeztünk. Mértük az aorta plakkal fedett területét, illetve az aorta vastagságot mind a plakkal fedett, mind a plakkmentes aortaszakaszokon. A media simaizom denzitásának és a media peroxidáz aktivitásának meghatározására is sor került.

Eredmények. Az aorta mediája a koleszterin + ABAH és a koleszterin + indometacin csoportban a kontroll – csak koleszterinnel táplált – nyulakhoz képest megvastagodott: 230,5 (± 37,1), illetve 271,5 (± 75,7) μm, kontroll: 189,2 (± 31,7 μm ($p<0,05$). A plakkal fedett területek az MPO-gátlószerekkel kezelt csoportokban növekvő tendenciát mutattak. A peroxidáz aktivitás a mediában indometacin kezelésre szignifikánsan csökkent, míg ABAH adásra szintén csökkenő tendenciát mutatott. Ez arra utal, hogy a pro-atheroscleroticus szabadgyök képződést a granulocyta MPO-bénítók, simaizom vagy macrophag eredetű MPO-szerű peroxidázokra kifejtett hasonló hatása is előidézheti. A simaizomdenzitásban nem találtunk eltérést, ezért a media vastagodás hyperplasia következménye.

Következtetés. Az MPO-bénítók pro-atheroscleroticus hatásúak. A kórral csökkenő peroxidáz aktivitás serkentése – például a szexuál szteroidok ilyen irányú hatásának kihasználásával – az atherosclerosis kivédésére szolgálhat.

A tanulmányt a Mecenatura Alapítvány, az OTKA 037832 és az OMFB 801/2001. pályázatai támogatták.

E20

Endogén cannabinoidok: a vascularis tónus szabályozásának újonnan felfedezett szereplői

DR. JÁRAI ZOLTÁN, DR. KÚNOS GYÖRGY
Semmelweis Egyetem, I. sz. Belgyógyászati Klinika, Budapest, NIAAA / NIH, Bethesda, USA

Elméleti háttér. A cannabis sativa kivonatának, a marihuánának biológialig aktív hatóanyagai, a cannabinoidok központi idegrendszeri és cardiovascularis hatásaikat specifikus receptorokon (cannabinoid receprtorok, CB1 és CB2) keresztül hozzák létre.

A szervezetben termelődő úgynevezett endocannabinoidok (anandamid és 2-arachydonoyl-glycerol, azaz 2-AG) a cannabinoidokhoz hasonló hatásokkal rendelkeznek, azonban e hatások élettani jelentősége viszonylag még csak részben ismert.

Célkitűzés. Az endocannabinoidok direkt vascularis hatásainak jellemzése izolált érpreparátumokban.

Eredmények. Az anandamid és stabil analógja 40-60 percig tartó, reprodukábilis, reverzibilis és dózisdependens vazodilatációt okoznak a patkány arteria mesenterialis készítményben (ED50: 79 ± 3 nmol [28 μg ± 1 μg]), a maximális vazodilatáció 77 ± 2% volt.

A másik ismert endogén cannabinoid, a 2-AG, a növényi eredetű THC, valamint a szintetikus HU-210 és WIN 55212 ebben a preparátumban nem mutatkozott hatásosnak.

CB1 receptor antagonista hatására az endothelium intakt preparátumban az anandamid hatása csökken, míg az endothelium fosztott preparátumban a residualis anandamid hatás megmarad. CB1-receptor „knock-out" egerekben az anandamid, valamint a nem pszichoaktív cannabinoid abn-cdb hatása megmaradt, amelyet CB1 receptor antagonistával gátolni lehetett. Patkányban 100 μM L-NAME és 10 μM indometacin, valamint 5 μM capsazepin sem befolyásolta, míg az endothelialis denudáció, valamint a CB1 antagonista (μM) és 100 nM apamin és 100 nM charybdotoxin kombinált adása erős gátlást eredményezett.

Összefoglalás. A cannabinoidok jelentős vazodilatátor hatásai részben endothelfüggő, részben attól független mechanizmussal jönnek létre. E hatásuk részletes jellemzése fiziológiai szerepükre világít rá.

E21

Nanotechnológia a medicinában

DR. KŐSZEGI GYÖRGY, DR. ATKÁRI BENCE
Fővárosi Önkormányzat Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti és Érsebészeti Osztály, Budapest

Az elmúlt évtizedek technológiai fejlődése, az atomfizikai, atomkémiai megközelítések és alapkutatások, nem utolsósorban a számítógép hihetetlen fejlődése, eszközeink méretének csökkenése, ugyanakkor méréshatáraink kiterjesztése és egyre pontosabbá válása lehetővé tette a biológiailag felhasznált anyagok („biomaterials") alkalmazásának lehetőségét, a nanotechnika megjelenését, valamint a szövetépítés („tissue engineering") tudományának megjelenését.

Nem kivétel a gyakorlati megvalósítás terén az érsebészet sem, hiszen számos szerves és szervetlen, felszívódó és nem felszívódó műanyagot, stentet, graftot, varróanyagot, implantatumot, diagnosztikai és terápiás eljáráshoz szükséges anyagot használunk nap mint nap. Természetesen ezt az alapkutatásokhoz, anyagi erőforrásokhoz, sőt nemzeti-nemzetközi projektekhez kötődő ígéretes technológiát számos fórumon szabályozzák, úgy az Egyesült Államokban, mint Európában. A COST (European Cooperation in the Field of Scintific and Technical Research) kongresszusa az EU égisze alatt meghatározta a tudományos alapkutatások irányát, és elsősorban a nanotechnológia fejlesztése mellé állt.

A nanotechnológia ígérete, hogy a számítógép segítségével atomról atomra, molekuláról molekulára tervezhetjük meg a felhasználandó anyagot, annak fizikai tulajdonságait már a tervezőasztalon meghatározva. Számítógépet építhetünk, amely akár a maiak nagyságának ezredrésze, így az bárhová implantálható lehetne. Már most is képesek vagyunk olyan nanomotorok előállítására, amelyek a vörösvérsejtek nagyságának századrészét teszik ki. 1-5 nanométernyi vagy akár 1 atomnyi filmréteget képezhetünk különböző anyagokon, amelyek tulajdonságai szabadon variálhatók. Minél kisebb részekből építünk fel egy anyagot, hasznos felülete annál nagyobb lesz, így biokapszulákat hozhatunk létre az implantátumokon belül, szűrőrétegeket képezhetünk, a tárolt anyagok felszívódásának mértékét, időtartamát megváltoztathatjuk, az idegen szövet kilökődést és az immunválaszt befolyásolhatjuk. Természetesen nem hagyható figyelmen kívül, hogy ezek az anyagok igen érzékenyek, akár olyan egyszerű eljárás is, mint a sterilizálás tönkre teheti azokat. Kidolgozandók tehát azok a kezelési módszerek, amelyek segítségével a legjobb hatásfokkal hasznosíthatjuk a nanotechnológia segítségével készült anyagokat.

Az előadás célja mindössze teoretikus, egy ígéretes technológia fejlődését szándékozik aláhúzni egészségügyi-technikai környezetünkben. A nanotechnológia – mind a bioanyagok, mind a szövetépítés technológiájának alkalmazása – gyökeresen fogja megváltoztatni életünket, mindennapi munkánkat, valamint az érsebészet-sebészet tevékenységi területét is.

Vénás szekció

R13

UH-diagnosztika az érbeteg ellátásban

DR. APOR ASZTRID

A kibernetika fejlődése soha nem remélt, beláthatatlan gyorsaságú és perspektívájú fejlődést hozott az UH-diagnosztikában az elmúlt két évtizedben. A teljesség igénye nélkül vázolom a vascularis alkalmazhatóságok közül a perifériás artériás és vénás, valamint a carotis UH-diagnosztika jellemzőit.

Az UH-vizsgálat alkalmas az alsó végtagi artériás megbetegedések helyének, kiterjedésének, súlyosságának megítélésére, ezért fontos szűrővizsgálattá vált és részben helyettesíti a preoperatív kontraszt angiographiát. Pontos helyét a diagnosztikus algoritmusban, az invazív terápia megtervezésében akkor határozhatjuk meg, ha ismerjük az egyes érszakaszok vizualizálhatóságát (pevicus szakasz: 70%, femoralis régió (95% stb.), ennek korlátait (aponeurosisok, obesitas...), a laesio súlyosságának megítélésében a vizsgálat pontosságát (occlusiv folyamatok: 80%, aneurysmák: 95%) és annak korlátait (többszörös szűkületek...).

Legfőbb indikációs területek: obstructiv betegségek acut és krónikus formái (embolia, atherosclerosis, vasculitisek), dilatatív megbetegedések (aneurysmák, AV-fistulák...).

Igen fontos az endoluminalis és sebészeti beavatkozások utánkövetése, valamint a postintervencionális szövődmények diagnosztikája és kezelése (álaneurysmák zárása UH-vezérelt thrombin injekcióval).

A technikailag gyorsan fejlődő UH-vizsgálati módokkal progresszíve reprodukálható az angiographiák száma. UH alkalmazható az intervencióra alkalmas betegek kiválasztására, a beavatkozás eredményességének mérésére (stent pozicionálás, residaulis stenosis mérése...), az utánkövetésre, valamint néhány UH-paraméter prognosztikai értékkel bír az ér nyitvamaradás szempontjából is.

Bővül azon sebészi rekonstruktív beavatkozások száma, amelyek elvégezhetők noninvazív UH-diagnosztikára támaszkodva, érfestés nélkül (például profunda plastica, stenoticus bypass anastomosisok revíziója, aneurysmák kezelése). Az érsebész munkáját hatékonyan támogatja az UH-vizsgálat bypassok készítésénél (vénás mapping, infragenualis anastomosisok optimális helyének kiválasztása stb.), valamint az utánkövetésnél (például a veszélyeztetett vénás graftok felismerhetőek, ami az öt éves primér átjárhatóságot 90%-ra emelte).

Az artériás hálózat mellett az UH-vizsgálat alkalmas a vénás hálózat elemeinek vizsgálatára is (felületes vénák, mélyvénák, perforansok). Lehetőség van a kórfolyamatok anatómiai ábrázolására (acut, krónikus trombózisok, AV-malformációk stb.), funkcionális tesztek elvégzésére (például provokációs próbák, Van Bemmelen teszt), valamint semiquantatív mérések végzésére (reflux flow volumen). A konzervatív kezelést igénylő kórképeknél a diagnosztikában, a sebészeti kezelést igénylő kórképeknél, a sebészi terv felállításában nélkülözhetetlen az UH-vizsgálat (például perforans ligatura).

A NESCET, ECST, ACAS és ACST tanulmányok elkészülte óta rendkívüli jelentőséggel bírnak a carotis szűkületek minél pontosabb meghatározására alkalmas invazív és noninvazív diagnosztikai módszerek. A carotis keringés UH-val mérhető haemodynamikai paramétereinek (csúcssebesség értékek és hányadosaik, pulzatilitási indexek, ophtalmica keringés) komplex értelmezésével meghatározhatók a 95%-os confidentia intervallumon belüli stenosis értékek, ami kiegészítheti, illetve kiválthatja az egyéb képalkotó eljárásokat (MRA). A nagy felbontású B-módú képek, a B-flow, a power doppler, kontrasztfokozott képalkotás és a 3D rekonstrukció megjelenésével mind pontosabb plaque-analízis végezhető, felismerhetők a vulnerabilis plaque-ok és kiválaszthatók az aszimptomatikus betegek közül az igen magas cardiovascularis rizikójúak.

R14

A vénás thromboembóliák epidemiológiája, a thrombosisprofilaxis időszerű kérdései, perspektívái

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

Svéd és amerikai adatok alapján 100.000 lakosra számítva 160 esetben alakul ki a tüneteket okozó mélyvénás thrombózis. A tüdőembólia a cardiovascularis halálokok között a harmadik helyet foglalja el. Miközben a VTE-k mortalitása 1970-1990 között világszerte csökkent, Magyarországon 10,8-ról 19,8/100.000-re növekedett, gyakorlatilag megduplázódott. 1990-1999 között már hazánkban is megfigyelhető a VTE-k okozta halálozás lassú, de folyamatos csökkenése. A kedvező trend ellenére az eredmények messze elmaradnak az elfogadható adatoktól.

Napjainkban a profilaxis hatékonysága evidencia. Ezért a folyamatos haladás, a thrombosis-kutatás új eredményeinek figyelembevételével konszenzus konferenciákat szerveznek. Ezek ajánlásai segítenek az adott klinikai helyzetben, az adott betegnek megfelelő, bizonyítottan legjobb preventív eljárás kiválasztásában. Visszatérő kérdések: a laparoscopos műtétek thromboprofilaxisa, a profilaxis időtartama, az első dózis időpontja, az ITO-n alkalmazható stratégia.

A thrombosisprofilaxis-kutatás jelenleg három irányban halad előre:

1. a rizikófaktorok mélyebb elemzése, új rizikófaktorok felismerése;
2. a kombinált profilaxis alkalmazása;
3. új profilaktikus módszerek alkalmazása.

Az új antithrombotikus gyógyszerek közül az sc. adható Fondaparinux és Idraparinux várhatóan a kismolekulasúlyú heparinok, az oralisan adható Ximelagatran pedig a kumarinok helyére léphet.

R15

Varicositas, varicophlebitis, a sclerotherapia helye a varicositas kezelésében

DR. BIHARI IMRE
SOTE Főiskolai Kar, Klinikai Tanszék, Budapest

Az alsó végtagi *varicositas* népbetegség, hazánkban a felnőtt népesség felének van visszeressége. Ez egy progresszív állapot, a súlyosbodás esetenként lassúbb, máskor gyorsabb és a kórkép fokozata is változó, lehet enyhébb és súlyosabb. A súlyos visszeresség szövődményekkel fenyeget, ezek egyike a *varicophlebitis*. Ezek egyike egy többarcú kórkép, amely rendszerint ártalmatlan, gyakran fájdalmas, kellemetlen, fő veszélye, hogy mélyvénás thrombózist okozhat – ennek esetenkénti szövődménye a pulmonalis embólia. Kezelése tehát minden esetben indokolt, ennél jobb megoldás a szövődmény-sorozat kialakulásának meglőzése.

A *sclerotherapia* elsősorban a kis fokú visszeresség kezelésében vált be. Sok esetben az ismételten megjelenő értágulatok kezelésére alkalmazzuk. Újabban a jelentősen tágult értörzseket is kezelik ezzel a módszerrel, még ulcussal szövődött esetekben is, és itt is jó eredményt lehet elérni. Jól bevált az ultrahang irányítással végzett sclerotherapia. Az ultrahang irányítás a nem látható, mélyen elhelyezkedő forrás erek kezelésére alkalmas. A folyékony sclerotizáló oldat helyett habbal végzett sclerotherapia fokozza az eljárás hatásosságát, ugyanakkor megjegyzendő, hogy a szövődmények valószínűségét is növeli, tehát óvatosságot igényel. A sclerotherapia egyik további speciális eszköze a laser sugár. Ennek segítségével ugyanazt a hatást, azaz az intima károsítását érjük el, mint amit a sclerotizáló folyadékkal tettünk. Előnyének mondható, hogy adagolása, pozícionálása precízebb, mint a folyadéké. Ezekkel az újabb módszerekkel hosszútávú eredmények még nincsenek, tehát összevetésük a műtéttel – bár nemzetközi fórumokon is megtörténik – még nem időszerű.

E22

Subfascialis endoscopos műtéti kezelés (SEPS) insufficiens perforáns vénák és ulcus cruris együttes előfordulása esetén

DR. NAGY ANDRÁS
Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A SE I. sz. Sebészeti Klinikáján 1998 óta végzünk SEPS műtéteket. Az eltelt hat év alatt 68 betegen 71 műtét történt. A betegek több mint 50%-át egy évnél hosszabb ideig kezelték gyógyhajlamot nem mutató lábszárfekély miatt. 15 beteg esetében a fekély tíz évnél hosszabb ideje állt fenn. 34 beteg anamnézisében szerepelt mélyvénás thrombosis, további 10 esetben a klinikai kép ez alapján valószínűsíthető volt.

39 esetben a SEPS mellett varicectomia is történt. A műtétek során átlagosan 3-4 perforáns vénát láttunk el, elektrokoaguláció vagy klipp segítségével. A lokalizációt preoperatív duplex UH-vizsgálat segítette.

Egy alkalommal postoperatív phlegmone feltárást tett szükségessé. Az ápolási napok száma hasonló volt, mint a primer varicositas miatt végzett varicectomiák esetén. A postoperatív ápolási idő és rehabilitáció gyorsabb volt, mint a korábban nyíltan operált ulcus crurisok esetében.

Tapasztalataink ulcus crurissal szövődött perferáns elégtelenség esetén a SEPS előnyben részesítendő a nyílt műtéttel szemben, kisebb a kockázata, a fekélyt elkerülő technikája, rövidebb rehabilitációs ideje miatt.

E23

Betegelégedettség vizsgálata visszérműtét után

DR. GYEVNÁR ZSUZSANNA
Baranya Megyei Kórház, PTE / ÁOK, Sebészeti-Érsebészeti Tanszék, Pécs

Célkitűzés. A visszérműtét az egyik leggyakrabban végzett beavatkozás. Eredményét nemcsak szakmai szempontok alapján szükséges elemezni, hanem a betegek szubjektív megítélése alapján is.

Módszer. Klinikánkon 2003. II. félévében primer varicositas miatt műtéten átesett 141 betegnek küldtünk ki kérdőívet. A kérdések kiterjedtek a műtéti körülményekre, a postoperatív panaszokra és az esetleges recidivára.

Eredmények. Összességében a betegek 22%-a kiválónak, 59%-a jónak, 15%-a elfogadhatónak ítélte meg a visszérműtét eredményét, és mindössze a betegek 4%-a volt elégedetlen a műtéttel. A betegek közel 90%-ának teljesen megszűntek vagy jelentősen csökkentek a panaszai.

Következtetés. Betegeink nagy része mind a kórházi kezelés körülményeivel, mind a műtét eredményével alapvetően elégedett volt. A felmérés eredménye alapján bizonyos – elsősorban esztétikai – következmények számának csökkentésére a műtéti technika javítása szükséges.

E24

Vena portae resectio jelentősége Whipple-műtét kapcsán

DR. BANGA PÉTER, DR. ZSOLDOS PÉTER, DR. ISSEKUTZ ÁKOS
Petz Aladár Megyei Kórház, Sebészeti és Érsebészeti Osztály, Győr

Pancreatoduodenectomia során a vena portae, illetve a vena mesenterica superior resectiójának számos indikációja lehet.

Az érfal tumoros infiltrációja esetén a vénafal részleges vagy teljes excisiója növeli a resecabilitási arányt. A tumorosan érintett érfal azonban gyakorlatilag minden esetben májmetastasis későbbi kialakulásával jár, így a műtét palliatív beavatkozásnak tekinthető.

A korábban nagy számban végzett, elsősorban japán sebészek által preferált elvi porta resectio nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket, a hosszútávú túlélést a módszer nem növeli.

Osztályunk gyakorlatában csupán a tumorosan érintett vénafal excisióját végezzük, amennyiben az eljárással elvileg elérhető az R0 resectio.

Az elmúlt öt év során 4 ilyen műtétet végeztünk, jelentős szövődmény és halálozás nélkül. Előadásunkban a módszer indikációját és technikai lehetőségeit taglaljuk. A pathológiai feldolgozás során két esetben valódi tumoros infiltráció helyett csupán az érfalra terjedő gyulladásos folyamatot találtunk.

A vena portae tumoros érintettségét mind preoperatív képalkotó eljárásokkal, mind intraoperatív tapintással sokszor nehéz biztosan igazolni.

Véleményünk szerint a vénafal részleges excisiójának és pótlásának adott esetben lehet létjogosultsága. A módszer elsősorban azon betegek számára lehet kedvező, akiknél a valódi tumoros érintettség helyett csupán peritumorális gyulladás áll fenn, és így a palliatív beavatkozás helyett végzett resectióval hasonló túlélési esélyt tudunk biztosítani.

Műtősnői fórum

Intervenciós radiológiai módszerek az aneurysma kezelésében

KISS ANITA, ISKUM LEILA, DR. HÜTTL KÁLMÁN
Semmelweis Egyetem ÁOK, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Röntgen Labor, Budapest

A technikai fejlődés lehetővé tette bizonyos aneurysmák nem sebészi úton, hanem intervenciós radiológiai módszerekkel történő rekonstrukcióját. A fém stent műanyag borítása, az úgynevezett stentgraft az aneurysma keringésből történő kizárását teszi lehetővé endovascularis úton. Jelenleg a beavatkozáshoz a behatolási kapu sebészi feltárása szükséges. A két technika ötvözésével, a behatolási pont sebészi feltárásával és az érprothesis katheterrel való pozicionálásával létrejött beavatkozást mutatjuk be.

Tapasztalatainkat ismertetjük 26 thoracalis, 2 bifurcatiós, 2 uniiliacalis beültetés (21 férfi és 9 nő beteg) kapcsán.

Endovascularis szövődmények elhárítása – új kihívás a műtősnő számára

TÓKA KATALIN
Baranya Megyei Kórház, PTE / ÁOK, Sebészeti Tanszék

Az endovascularis sebészet a tradicionális érsebészeti gyakorlattal rendelkező műtéti team számára új szemléletet hozott. A katétertechnika bevezetése a sebészeti műtőkben szükségessé tette az ezzel kapcsolatos eszközök műszeres ismeretét és technikai alkalmazását. El kellett sajátítani a digitalis substractiós képerősítő mellett végzett endovascularis és nyitott műtéti technika együttes alkalmazását. További kihívást jelent az endovascularis technikával végzett beavatkozások szövődményeinek elhárítása. A PTE/ÁOK Sebészeti Tanszékén nagy számú endovascularis és hybrid beavatkozás történik. Az endovascularis beavatkozásoknak ugyanúgy, mint a nyitott technikának megvannak az ismert szövődményei. A stent implantációknál előfordulhatnak subintimalis drótvezetések, dissectiók, perforatiók, amelyek sürgősségi ellátást, esetenként konverziót igényelnek. A hasi aorta aneurysma stentgraft műtéteinél előfordulhat felvezetési nehézség, a contralateralis szár illesztési problémái, pozicionálási hiba, ruptura, amelyek során azonnali konverzió vagy hybrid megoldás (endovascularis + hagyományos érsebész technika) együttes alkalmazása szükséges. A szerző beszámol az endovascularis beavatkozások szövődményeinek ellátásával szerzett műtősnői tapasztalatairól.

Pályázat

Folyóiratunk, az *Érbetegségek* pályázatot ír ki

Ph. D. hallgatók legjobb publikációja

címen.

A pályázat feltételei:

– igazolás arról, hogy az első szerző valamelyik „Doktori Iskola" hallgatója,

– a cikk témaválasztásában és dokumentációiban megfelel a folyóirat szerzőihez írott „Útmutató..." előírásainak,

– az adott eredményt tartalmazó cikk magyarul egyik társszerző tollából sem jelent meg.

Nyeremény:

I. díj 40.000,-Ft, II. díj 30.000,-Ft, III. díj 20.000,-Ft értékű vásárlási utalvány.

Díjak átadása:

kétévenként, a Fiatal Angiológusok Országos Fórumán.

Tehetetlen a hajszálerekkel szemben?
Sikeres szkleroterápia után elégedetlen a beteg a megmaradt apró erek miatt?
Drágállja a lézerkészülékeket?

A megoldás: LASER-RENT KFT.

Iridex Diolite 532nm vascularis dióda-lézerkészülék bérbe adása akár egy napra.
Kérjen ingyenes kipróbálást!

LASERENT

LASER-RENT Orvosi Műszer Kölcsönző Kft.
1112 Budapest, Kőérberki út 36., IV. em. 401.
Tel./fax: 06-1-246-0672. Mobil: 06-30-9717-880.
E-mail: laserrent@laserrent.hu Web: www.laserrent.hu
Várjuk hívását!

LASERENT

Aethoxysklerol®

worldwide N° 1 of sclerosing agents

Aethoxysklerol®
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.

+ Csak vényre rendelhető „Sz" jelzés.

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

Az oesophagus-varixok szklerotizációjához.

+ Kizárólag fekvőbeteg gyógyintézetekben.

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

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

Részletes információt lásd a gyógyszeralkalmazási előiratban!

kreussler PHARMA

REPHARMA

A ***Pharmatextil Kft kompressziós kar- és lábharisnyái*** nélkülözhetetlenek a vénás- és nyirokrendszeri betegségek kialakulásának megelőzésében, a kialakult betegségek kezelésében és a rehabilitációban. Használatuk során megfelelő nyomást gyakorolnak a kötőszövetekre és a vénafalakra, ezáltal fokozódik a vénás visszafolyás, csökken az ödéma, segít megőrizni a mozgásképességet és csökkenti a betegséggel fellépő fájdalmat.

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

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

E termékek árát az OEP 85%-kal támogatja.

- Az I. kompressziós **ELASTOFIT, ELASTOFIT STRETCH** és **ELASTOFIT SPORT** egészségvédő harisnyák viselése a láb elnehezülése és dagadása esetén, sok mozgást igénylő munkákhoz, sport és szabadidős tevékenységekhez, valamint kismamáknak a terhesség 5-6. hónapjától ajánlott.
- Az I. kompressziós **ELASTOBOL** embóliamegelőző harisnya használata mûtéti beavatkozás előtt, alatt és után ajánlatos, az **ELASTOBOL FLY** térdharisnya használatával a hosszú időtartamú utazások alatt könnyen kifejlődő mélyvénás trombózis kockázata csökkenthető.
- Sportsérülések megelőzésére illetve kezelésére kör- és síkkötött boka-, térd-, csukló- és könyökszorítók kaphatók **ELASTOMED** és **ELASTOBAR S** márkanéven.

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

Pharmatextil

Kongresszusok – rendezvények

Fiatal Sebészek Angol Nyelvű Kauzisztikai Fóruma. 2004. november 5., Győr.

Információ: website: www.fiatalsebész.hu

Egynapos Sebészeti Anesztézia, 2004. november 5-6., Novotel, Budapest.

Információ: www.convention.hu

19. Érsebészeti Szimpózium. 2004. november 9-13., Berlin, Russisches Haus, Németország.

Információ: Prof. Wolfgang Hepp, St. Joseph Krankenhaus, Robert Koch str. 16., D-42781 Haan, Deutschland. Email: profhepp@aol.com. Website: www.gefasschirurgie.ost-west.de

Szkletorizálók Klubja. 2004. november 12., 15-18 óra. Budapest, Grandhotel Hungaria.

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

Thromboembólia szövődményeinek bőrgyógyászati vonatkozásai. Továbbképzés. 2004. november 12., 9-16 óra. TIT-stúdió, Budapest, XI. ker. Zsombolyai u. 6.

Információ: prof. dr. Daróczi Judit, tel.: 06-1-280-1368.

Nagy-Britannia és Írország Érsebészeti Társaságának 38. évenkénti Kongresszusa. 2004. november 24-26., Harrogate, Egyesült Királyság.

Információ: Miss J. Robey 35-43., Lincoln Inn's Fields, London, WC2A 3PE.

Amerikai Vénás Fórum 17. Kongresszusa. 2005. február 10-13., San Diego, Kalifornia, USA.

Információ: www.venous-info.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) Észak-Afrikai és Közel-Keleti 3. Kongresszusa. 2005. március 2-5., Asszuán, Egyiptom.

Információ: www.misr2000online.com. E-mail: misr.2000@hotmail.com.

19. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop. 2005. március 4-5., Frankfurt, Németország.

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

27. Nemzetközi Charing Cross Szimpózium. (Towards Vascular and Endovascular Consensus) 2005. április 9-12., London, Egyesült Királyság.

Információ: website: www.cxsymposium.com, e-mail: info@cx-symposium.com.

Eurochap 2005., Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) Kongresszusa. 2005. április 27-29., Glasgow, Egyesült Királyság.

Információ: Institut of cardivasc. Res. Ninewells Hosp., Dundee, Scotland, UK. E-mail: transatlantic@dundee.ac.uk.

Közép-Európai Vascularis Fórum (CEVF) 2. Nemzetközi Oktató Kurzusa: érbetegségek kezelése. 2005. május 4-7., Padova, Olaszország.

Információ: CEVF2005@sistema-congressi.com

Angiológia és Érsebészet Mediterrán Ligájának 15. Kongresszusa. 2005. május 19-22., Ajaccio, Korzika, Franciaország.

Információ: Octopus Communication, 7. rue Alfred Curtel, 13010 Marseille, France. E-mail: contact@octopus-communication.fr.

Európai Vénás Fórum 6. Kongresszusa. 2005. június 24-25., Kréta, Görögország.

Információ: castellani@med-univ-tours.fr, contact@octopus-communication.fr

Nemzetközi Phlebológiai Egyesület (UIP) 15. Világkongresszusa. 2005. október 2-7., Rio de Janeiro, Brazília.

Információ: Angelo Scuderi M. D. Website: www.flebologiabrasil.com.br.

Email: angelo.scuderi@flebologia-brasil.com.br

ÉRBETEGSÉGEK ● HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES
A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tudományos folyóirata
Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE ● ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinich Csaba, dr. Horváth László, dr. Hüttl Kálmán, dr. Jámbor Gyula, dr. Kádár Anna, dr. Nemes Attila, dr. Papp Sándor
Rovatvezetők: Artériák: dr. Szabó Imre ● Vénák: dr. Hetényi András ● Nyirokutak: dr. Daróczy Judit
Alaptudományok: dr. Monos Emil ● Haemorrheológia: dr. Kollár Lajos ● Belgyógyászat: dr. Káli András
Radiológia: dr. Molnár Ferenc ● Bőrgyógyászat: dr. Várkonyi Viktória
Neurológia: dr. Szegedy Norbert ● Gyermekkori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza
Szervezés, továbbképzés: dr. Meskó Éva ● Közlemények: dr. Mátyás Lajos

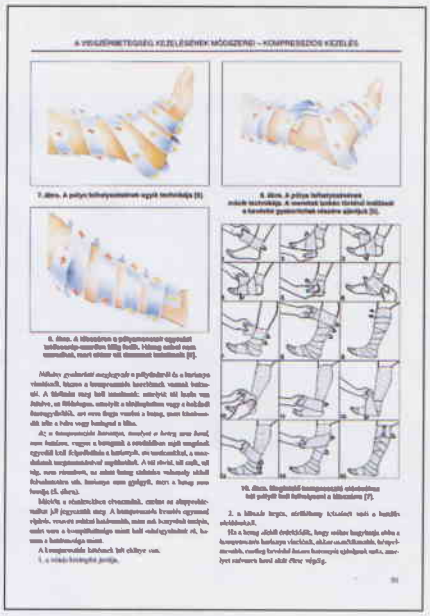
Kiadja az ANGIOLÓGIAI Kft. Felelős kiadó az ANGIOLÓGIAI Kft. ügyvezető igazgatója.
Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./fax: 3345-468.
Tervezőszerkesztő: dr. Sébor József ● Nyomdai munkák: Black Print Kft.

Megjelent!

Dr. Bihari Imre: Visszérbetegség és kezelése

A könyv címlapja...

...és egyik belső oldala...,



...további belső oldala.

A könyv elsősorban a visszérbetegség kezelésével foglalkozik. A terápián kívül áttekinti a varicositas elméleti alapjait és diagnosztikáját is. Úgy készült, hogy felhasználóbarát legyen; ezt azzal kívánja elérni, hogy sok szemléltető ábrát és képet tartalmaz, nem használ rövidítéseket, és a gyors áttekinthetőség kedvéért minden fejezetrész elején összefoglalja a lényeget.

A könyv összesen *136 oldal terjedelmű, 193 színes kép és 71 fekete-fehér ábra* illusztrálja. Átlagban tehát minden oldalra két illusztráció jut. A tartalomból kiemeljük a gyakorlat számára legfontosabb ismereteket, mint a *visszérgyulladás* 15 féle kezelési módszerének leírását, a *visszér vérzés* és a *lábszárfekély* kezelési lehetőségeinek ismertetését. Az egyszerű visszértágulat vonatkozásában az *életmódra*, a *fásli- és harisnya-viselésre* és a *gyógyszeres kezelésre* vonatkozó tanácsokat. A szakorvosok részére a *25 féle műtéti technikát,* valamint a *szkleroterápia* már ismert módszereit és újabb módosításait. A könyv nem egyetlen üdvözítő eljárást, hanem mindenütt *a kezelési lehetőségek mindegyikét* igyekszik bemutatni, és a módszerek értékelését adja. Átfogó áttekintést nyújt a témáról és olyan friss eredményekkel szolgál, amelyek a *dr. Nemes Attila* professzor által szerkesztett, előző, 1986-ban kiadott, akkor korszerű szakkönyv megjelenése óta váltak ismertté. Jelen könyv kisebb területet fog át, mint az előző munka, de azt nagyobb részletességgel tárgyalja. Az újdonságok közül az alábbiakat emeljük ki:

- az endothel-leukocyta kapcsolat, a varicositas és a szövődmények kialakulásának kezdeti lépése,
- friss, hazai epidemiológiai felmérés,
- a visszérbetegségek egységes, tudományos osztályozása, az ún. CEAP-klasszifikáció,
- duplex UH-vizsgálat, amely átformálta a diagnosztikát,
- szkleroterápia, amely az előző könyvben nem szerepelt,
- csaknem teljesen megszűnt hazánkban a klasszikus Trendelenburg-Madelung műtét, amely ellen a küzdelem a '80-as években még javában folyt, helyette esztétikusabb eredményt adó, modernebb technikák terjedtek el; ezek kerülnek ismertetésre,
- varix rupturából származó vérzés és kezelése.

A könyv elsősorban háziorvosoknak, családorvosoknak íródott, ezért kapott nagyobb hangsúlyt az életmód és a konzervatív kezelés problémaköre.

Beszerzési lehetőségek: az új szakkönyv a Medicina boltjaiban, a Líra és Lant Rt. Mediprint-LAM Orvosi Könyvesboltjában (1053 Budapest, Múzeum krt. 17., tel.: 317-4948), a Salus gyógyászati segédeszköz boltokban, a Tordai Könyvesboltban (1082 Budapest, Üllői út 76/a, tel.: 4855-300/41264 mellék) és a Könyvtárellátó boltjaiban (Kódex Könyvesbolt), valamint a Libri boltjaiban (Baross utcai SOTE könyvesbolt, bevásárlóközpontok, Libri Könyvpalota stb.) kapható.

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságba. A tagdíjat **(2004-ben 2000,-Ft)** a megküldendő csekken befizetem. KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefon- és faxszám: .....

Munkahely neve: .....

Munkahely címe, telefonszáma: .....

Beosztás:.....

Szakterület:.....

.....

aláírás

A MAÉT vezetősége kéri azon tagtársainkat, akik a 2004. évi tagdíjat (2000,-Ft) még nem fizették be, hogy a folyóirattal együtt korábban megküldött csekken – vagy ennek hiányában a társaság pénztárosától (dr. Jámbor Gyula, I. számú Sebészeti Klinika, Budapest, VIII. ker. Üllői út 78.) igényelhető csekken – a tagdíj-hátralékot szíveskedjenek rendezni.

MEGRENDELŐLAP

(Azok számára, akik nem tagjai a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságnak, például könyvtárak, kórházak, rendelőintézetek)

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című, negyedévenként megjelenő folyóirat 2004. évi számait egy példányban, 2000,-Ft éves előfizetési díjért. (A jelen különszámon kívül az év folyamán eddig megjelent három lapszámot is visszamenőlegesen megküldjük.)

Megrendelő neve: .....

Címe (város): .....

Utca, tér, házszám: .....

Irányítószám:.....

Az előfizetési díjat jelen megrendeléssel egyidejűleg belföldi postautalványon a szerkesztőség címére **(1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.)** vagy átutalással az **OTP Budapest, I. ker. Alagút u. 3. sz. alatti fiókjában vezetett 501-11701004-20158002 számú számlára** befizetem.

.....

aláírás

Ultrasound Systems • Bone Densitometer • Laboratory Systems • Magnetic Field Systems

Márkás ultrahanggépek jól ismert gyártóktól szenzációsan alacsony áron. Üzletünkben több mint 100 gép közül választhat.

A választás szabadsága!

MIDES

Graz • Wien • Zagreb • Belgrad • Ljubljana

Vezérképviselet: Graz, Weinholdstraße 33, Austria
Telfon: +43/316/42 65 00,
Fax: +43/316/ 42 65 00 3,
E-mail: us@mides.com

FRAS
Free Radical Analitical System

Sonost-2000 Bone-Densitometer
A csontritkulási diagnosztikáért!

www.mides.com

Névmutató

Dr. Acsády György 1
Dr. Apor Asztrid 27
Dr. Atkári Bence 27

Dr. Banga Péter 29
Dr. Baranyai Árpád 10, 16
Dr. Bárdos Petra Panna 15
Dr. Berek Péter 15
Dr. Békési Gábor 26
Dr. Bihari Imre 28
Dr. Bodnár Zsolt 21
Dr. Bognár János 16
Dr. Borók Levente 21, 22
Dr. Brassai Zoltán 19, 19
Dr. ifj. Bulyovszky István 21, 22

Dr. Darabos Gábor 16
Dr. Daróczi László 23
Dr. Dlustus Béla 5, 21
Dr. Dósa Edit 13
Dr. Dzsinich Csaba 13

Dr. Egyed Imre 19
Dr. Entz László 13, 20

Dr. Farkas Andrea 26
Dr. Farkas Katalin 18, 19
Dr. Farsang Csaba 18
Dr. Fürtös András 11
Dr. Füst György 13

Dr. Gősi Gergely 24

Dr. Gyevnár Zsuzsanna 29
Dr. Gyurkovics Endre 14, 16

Dr. Hardi Péter 11
Dr. Hódi Zoltán 23
Dr. Hüttl Kálmán 10, 30

Dr. Illyés György 26
Dr. Imre Mihály 19, 19
Iskum Leila 30
Dr. Issekutz Ákos 29

Dr. Járai Zoltán 18, 26
Dr. Juhász György 13

Dr. Kabalik Erika 17
Dr. Kaliszky Péter 14, 16
Dr. Kapus Zoltán 10, 16
Dr. Karádi István 18
Dr. Kiséry Csaba 17
Kiss Anita 30
Dr. Kiss Ákos Levente 23
Dr. Kiss István 18, 19
Dr. Kollár Lajos 10
Dr. Kolossváry Endre 17, 18, 19

Dr. Kőszegi György 27
Dr. Kúnos György 26

Dr. Landi Anna 17
Dr. Lázár István 13

Dr. Makó Katalin 19
Dr. Martis Gábor 21, 22
Dr. Mátyás Lajos 13, 23
Dr. Mihalovits Gábor 23
Dr. Minorics Csaba 23
Dr. Mogán István 12
Dr. Morvay Krisztina 16

Dr. Nagy András 14, 29
Dr. Nagy Zoltán 14
Dr. Nagy Zsuzsanna 10, 16
Dr. Nemcsik János 18, 19
Dr. Nemes Attila 20
Dr. Nemes Balázs 10, 24
Dr. Nieszner Éva 15

Dr. Nyiredi Géza 10, 16

Dr. Palásthy Zsolt 23
Dr. Papós Miklós 23
Dr. Pécsvárady Zsolt 24
Dr. Pongrácz Endre 12
Dr. Préda István 15
Dr. Prohászka Zoltán 13
Dr. Puskás Attila 19, 19

Dr. Regáli László 16
Dr. Rozsos István 25
Dr. Rózsa Szilveszter 15

Dr. Sándor Tamás 28
Dr. Schandl László 24
Dr. Selmeci László 13
Dr. Simon Gizella 23
Dr. Simó Gábor 16, 17
Dr. Sipka Róbert 23
Dr. Sipos Gyula 17
Dr. Sótonyi Péter 24
Dr. Svéd László 3

Dr. Szabad Zoltán 21, 22
Dr. Szabó Albin 13, 14
Dr. Szabó Attila 24
Dr. Szabó Gábor Viktor 13
Dr. Szalman Krisztina 19
Dr. Szendrői Tibor 21, 22
Dr. Szombath Dezső 26

Dr. Tamás László 13
Tóka Katalin 30
Dr. Turcsány Erik 11

Dr. Zsoldos Péter 29

Carotid Wallstent™ Monorail

Meeting the demands of Carotid Stenting

Boston Scientific

Monorail .014 system

Low-profile 5F

CE marked with Carotid Indication

Supported by a Center of Excellence program to ensure the responsible and safe introduction of carotid stenting to new centers.

Boston Scientific

RCS Nanterre B 403 388 341

Visit our web site at http://www.bsci.com

© 2000 Boston Scientific Corporation.
All rights reserved

Indications, contraindictions, warnings and instructions for use can be found in the product labelling supplied with each device.
CAUTION: European law and governing law outside Europe restricts these devices to sale to or on the order of a physician.

oxerutin
Venoruton® forte
visszérvédő flavonoid

Az egyetlen vénykötelés
természetes eredetű flavonoid
visszérbetegség kezelésére.

- Ödéma csökkentés
- Vénás keringés javítás
- Panaszcsökkentés

FLAVONOID BÁZISTERÁPIA

VRT201/SEP04

Részletes információkért kérjük olvassa el az alkalmazási előiratot!

Novartis Hungária Kft. Consumer Health
1027 Budapest, Horvát u. 14-24.
Tel.: 457-6656
E-mail: info.hungary@ch.novartis.com
www.novartis.hu

NOVARTIS