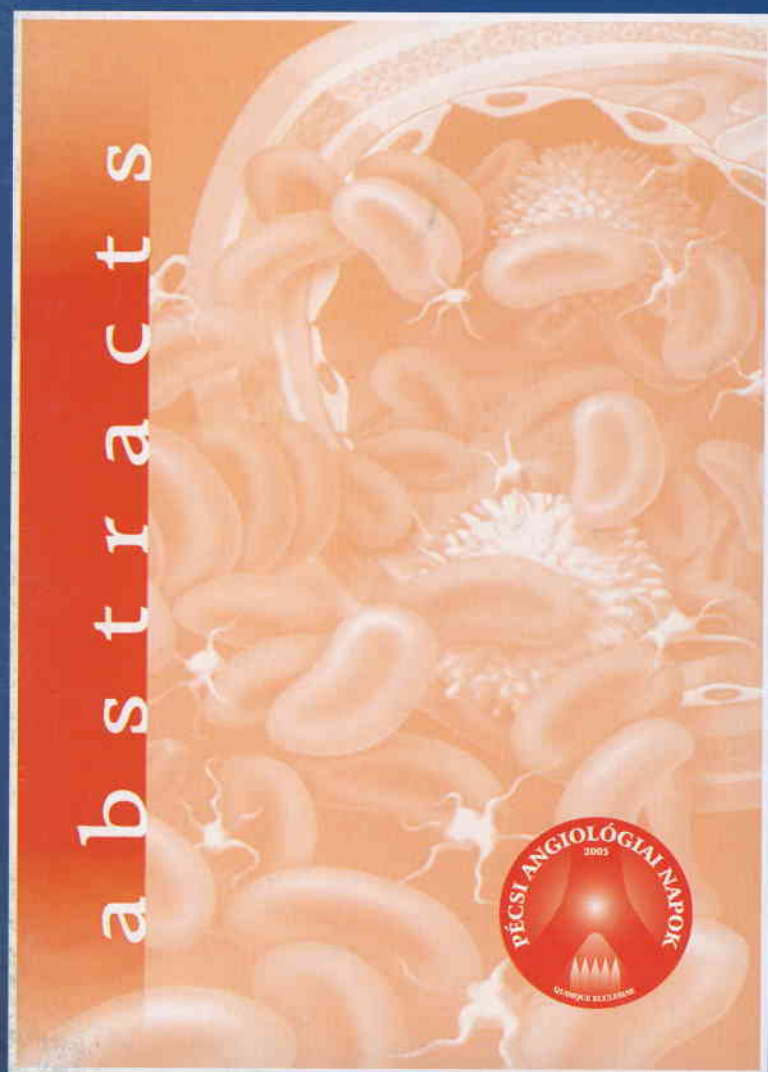


ÉR BETEGSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2005/suppl./2.



Pécsi Angiológiai Napok
2005. október 12-14.

A Magyar Angiológiai és
Érsebészeti Társaság és a
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós
Radiológiai Társaság közös kongresszusa

Köszöntők, emlékelőadások, részletes program



Absztraktok, poszter-bemutatók összefoglalói



II. Magyar Lézer-Doppler Szimpózium



A Novartis Hungária Szimpóziuma



A Servier Hungária Szimpóziuma

Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság lapja



detralex®

Mikronizált tisztított flavonoid frakció

A VILÁG VEZETŐ VENOTONIKUMA

Az egyetlen mikronizált venotonikum

- gyors felszívódás
- nagyobb klinikai hatékonyság

Komplex védelem az első tünetektől a súlyos szövődményekig

Aranyérbetegségben
2-6 tabletta naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tabletta naponta



ATC: C05CA bioflavonoid. **Hatóanyag:** 450 mg diosmin és 50 mg hesperidin filmbevonatú tablettaként. **Hatás:** Vénatonizáló és érhalózatvédő hatását a vénás rendszeren fejti ki. Gátolja a vénák tágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén normalizálja a hajszálerek átteresztőképességét és erősíti a kapilláris ellenállást. Farmakológiai aktivitását kettős vak klinikai vizsgálatokkal igazolták a gyógyszernek a vénás pietizmográfiai paramétereire (vénás kapacitás, tágulékonyság, kiürülési idő) kifejtett hatása alapján. Megállapították, hogy a gyógyszer fokozza a vénás tónust és csökkenti a vénák kiürülési idejét. Angiosterrimetriás mérések igazolták, hogy kapilláris fragilitás fennállása esetén a gyógyszer fokozza a hajszálerek ellenállását. Felezési ideje 11 óra. Kiürülése főként széklettel és kb. 14%-ban vizelettel történik. **Javallatok:** Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelenségének mind organikus, mind funkcionális formájában: feszülés, nehézség érzés, fájdalom, éjszakai lábikragörcsök. A haemorrhoidális vénák megbetegedésében. **Ellenjavallatok:** A készítmény anyatejben való kiválasztódásáról nincs elég adat. Ezért szoptatás alatt a gyógyszer adását kerülni kell. **Adagolás:** Napi 2 tabletta elosztva, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tabletta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tabletta. **Mellékhatások:** Ritkán előforduló, enyhe gasztrointesztinális és neurovegetatív panaszok, melyek nem teszik a kezelés leállítását szükségessé. **Csomagolás:** Dobozonként 30 vagy 60 filmbevonatú tabletta. **Eltartási utasítás:** szobahőmérsékleten tartható. OGYI szám: 1993/41/2005. A gyógyszer javaslata vagy felírása előtt kérjük tanulmányozza a részletes alkalmazási előíratot! Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszerkészítmény.



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

Elnöki köszöntő

**DR. ACSÁDY GYÖRGY,
A MAÉT ELNÖKE**

Kedves Kollégánők és Kollégák!

Tisztelettel kérem valamennyiüket, hogy a korábbi rendezvényeinken megszokott érdeklődéssel és lelkesedéssel vegyenek részt a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság 2005. október 12-14. között, Pécsen megrendezésre kerülő kongresszusán. A két évvel ezelőtti szegedi találkozónk nyitotta meg a sorát a Magyar Cardiovascularis Intervenciók Radiológiai Társasággal közösen rendezett tudományos konferenciáinknak. A szakmai eszmecserén túl a két tudományos társaság kollegiálisan is közelebb került egymáshoz. Fontos ez a betegek gyógyulása és mindkét szakma fejlődése szempontjából. Sajnos, az alapkutatások szakembereivel még nem sikerült a közös rendezvények szintjén megvalósuló együttműködés megteremtése, ami természetesen nem azt jelenti, hogy a kutatók és a klinikusok számos területen nem dolgoznak együtt.

Nagy múltú, történelmi városunk Pécs, megfelelő helyszínt ad, s a dr. Battyáni István és dr. Kollár Lajos professzor vezette Szervező Bizottság színvonalas programot biztosít ahhoz, hogy a rendezvény sikeres legyen. Remélem, az időjárás is kedvezni fog nekünk, és a tervezett társasági programokra kellemes körülmények között kerülhet sor.

Köszönöm mindazon munkahelyi vezetőknél, akik segítettek, hogy az érgyógyászat iránt érdeklődő fiatalok számára mindenképpen lehetővé tegyék a rendezvényünkön való részvételt. Utánpótlás hiányban szenvedünk, ezért próbálják meg e sok küzdelemmel járó, de ugyanakkor szép eredményeket is adó tudományág felé terelni a felnövekvő generáció érdeklődését.

A fenti gondolatok jegyében kívánok minden kedves résztvevőnek – beleértve lelkes szakdolgozóinkat is – hasznos tanácskozást és kellemes légkörű időtöltést.

Végül hálás köszönetemet fejezem ki a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségének és tagságának az elmúlt négy évben végzett munkájáért és támogatásáért elnöki periódusom lejártá alkalmából.





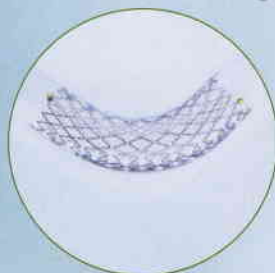
Medtronic

VASCULAR

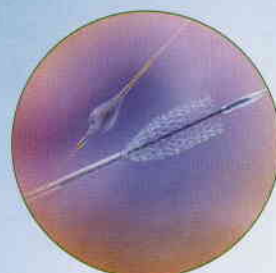
Testreszabott megoldásokat kínálunk a vasculáris intervenció számos területén



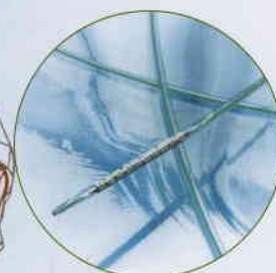
Talent TAA és AAA
sztentgraftok



Aurora SE
perifériás nitinol sztent



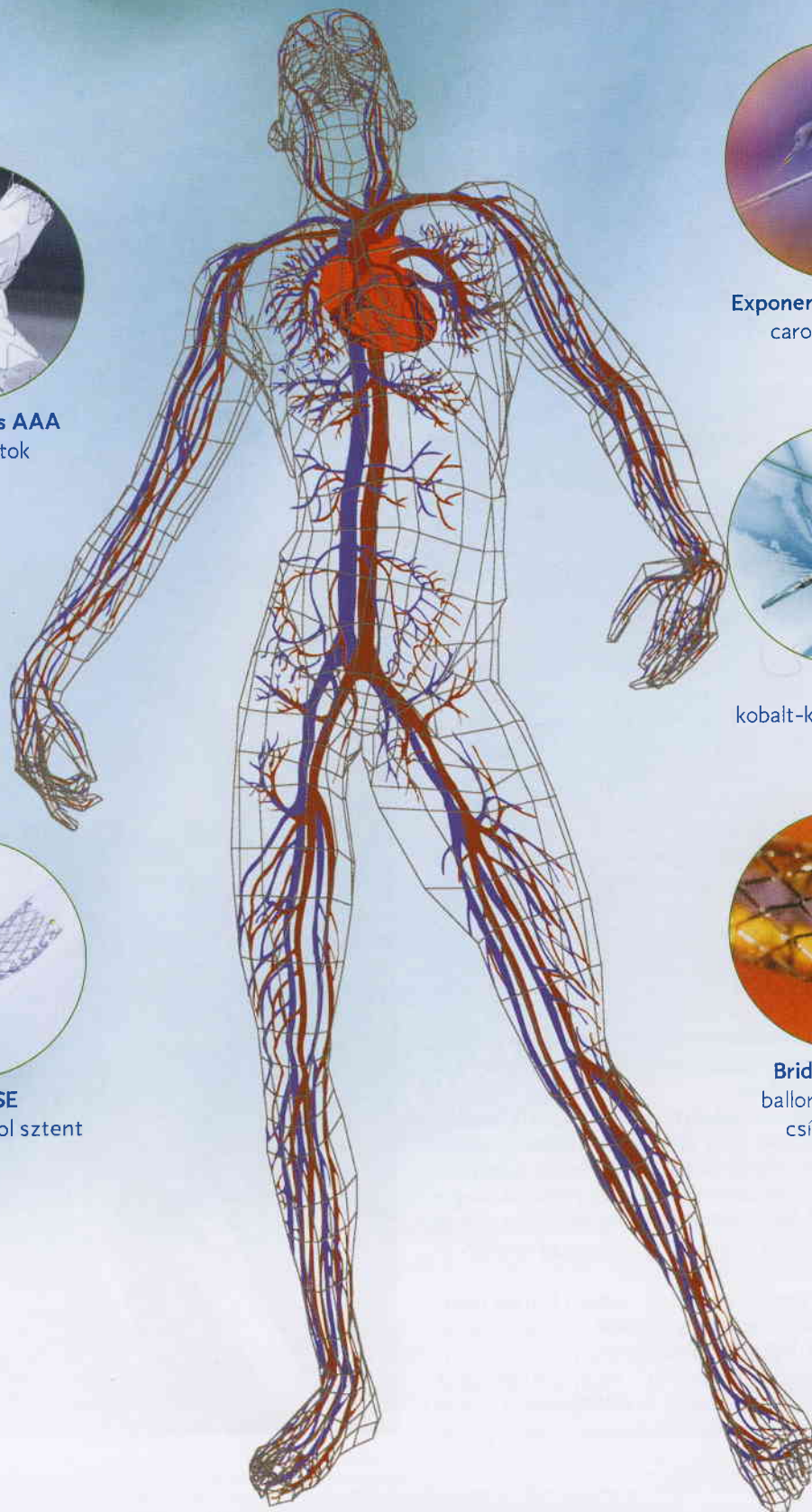
Exponent + Interceptor
carotis rendszer



Racer
kobalt-króm vesesztent



Bridge Assurant
ballontágítású acél
csípőesztent



When Life Depends on Medical Technology

Medtronic Hungária Kereskedelmi Kft.

Budapest 1123 Alkotás utca 50. Tel: 06-1-8890600 Fax: 06-1-8890699

www.medtronic.hu

A Szervező Bizottság köszöntője

**DR. BATTYÁNI ISTVÁN, DR. KOLLÁR LAJOS
A HELYI SZERVEZŐ BIZOTTSÁG TÁRSELNÖKEI**

Tisztelt Kollégák!

Elmúlt két esztendő, s a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság 2. Közös Kongresszusának szervezési jogát Pécs kapta meg.

Amikor 1364-ben Nagy Lajos király V. Orbán pápához küldte a Pécsi Egyetem alapítólevelét helybenhagyásra, a várost e szavakkal ajánlotta a pápa figyelmébe: „Pécs a tudományok terjesztésére különösen alkalmas”.

Az elmúlt évszázadok bizonyították, hogy e megelőlegezett bizalomnak a város szellemi ereje eleget tudott tenni. 1885-ben Európa-hírű sebészeti osztályt alapított és vezetett. Az egyre több szakterületet felölelő sebészet újkori története városunkban 1924-től számítható, amikor megkezdte munkáját a Dischka Győző utcában a Sebészeti Klinika Bakay Lajos vezetésével. Az azóta eltelt időszak alatt a város számos kiemelkedő sebész és radiológus szakembert adott hazánkban és Európában. Elég legyen csak – a teljesség igénye nélkül – Neuber, Schmidt, Kudász, Póka, Karlinger, Kiss, Benkő, Kuhn professzorok nevét említeni.

A város azonban nemcsak egyeteme, hanem történelmi, kulturális értékei miatt is ismert. Gondoljunk csak a „Főtéren” lévő Dzsámira, a Püspöki Palotára, a minaretek hangulatára. A Mecsek déli lejtőin igazi mediterrán harmóniát érezhetünk, karnyújtásnyira a Villányi borvidéktől, amely a tudomány művelői számára is kiváló kikapcsolódásra ad lehetőséget.

Angiológiai Napokat tíz évvel ezelőtt, 1995-ben rendeztünk Pécsen. Ekkor szerveződött újjá a pécsi érsebészet a Sebészeti Tanszék keretében. Így ma kettős jubileumot is ünneplünk.

Sok szeretettel üdvözljük a Kollégákat a 2005. októberi Pécsi Angiológiai Napokon, azaz a Magyar Érsebészeti Társaság és a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság közös kongresszusán.

A Szervező Bizottság tagjai:

a MAÉT részéről:

dr. Kollár Lajos (elnök),
dr. Kasza Gábor,
dr. Menyhei Gábor,
dr. Rozsos István,
Győr Edina,
Keresztes Gábor.

A MACIRT részéről:

dr. Battyáni István (elnök),
dr. Harmat Zoltán,
dr. Horváth László,
dr. Rostás Tamás,
dr. Szalai Gábor,
Hajdúné Udvarácz Veronika.

A Tudományos Bizottság tagjai:

a MAÉT részéről:

dr. Nemes Attila (elnök),
dr. Hüttl Kálmán,
dr. Kollár Lajos,
dr. Mátyás Lajos,
dr. Menyhei Gábor,
dr. Meskó Éva,
dr. Pécsvárad Zsolt.

A MACIRT részéről:

dr. Hüttl Kálmán (elnök),
dr. Szatmári Ferenc,
dr. Somogyi Rita.

Pécsi Angiológiai Napok

Program

2005. október 12.

08.00-16.00 Regisztráció. (Palatinus Hotel, aula.)

09.00-11.15 II. Magyar Lézer-Doppler Szimpózium

11.15-11.30 Kávészünet

**Prevenció – az érszűkület
és a folyamatot befolyásoló gyógyszerek**
(Üléselnökök: **prof. dr. Kollár Lajos,**
prof. dr. Paragh György)

11.30-11.35 Bevezetés (*prof. dr. Kollár Lajos*)

11.35-11.50 Előadás

11.50-12.05 Előadás

12.05-12.20 Előadás

12.20-12.35 Előadás

12.35-14.00 Ebéd. (Fakultatíve választható a regisztráció során.)

12.40-14.00 MAÉT vezetőségi ülés

12.40-14.00 MACIRT vezetőségi ülés

14.00-14.50 Novartis Hungária Szimpózium

14.50-15.10 Kávészünet

15.10-16.00 Servier Hungária Szimpózium

Gálaest, ennek keretében:

17.00-18.30 *Prof. dr. Acsády György* Soltész Lajos-emlékelőadása, *dr. Ballagi Farkas* Bugár Mészáros Károly-emlékelőadása a Pécsi Nemzeti Színházban

18.30-19.00 Szünet (pezsgő, frissítők, apró falatok)

19.00-20.30 Ünnepélyes megnyitó és koncert a Pécsi Nemzeti Színházban

20.30-tól Állófogadás a Hotel Palatinus Bartók Termében

2005. október 13.

08.00-17.00 Újonnan érkezők regisztrációja.

I. szekció

Carotis műtét versus PTA

08.30-08.45 Referátum (*dr. Mogán István*)

08.45-09.00 A carotis szűkületek stenttel történő kezelése (referátum, *dr. Hüttl Kálmán*)

09.00-09.10 Az a. carotis interna stentelése filteres embóliavédő használatával (*dr. Nemes Balázs és munkatársai*)

09.10-09.20 Stenting carotid arteries (*dr. Aytekin Besim*)

09.20-09.30 Carotis stent alkalmazása a Zalaegerszegi Kórház minőségbiztosítási rendszere szerint (*dr. Nagy Gyöngyi és munkatársai*)

09.30-09.40 Arteria carotis plakkjainak biokémiai vizsgálata (*dr. Olvasztó Sándor és munkatársai*)

09.40-09.50 Carotis endarterectomy: altatás vagy locoregional anaesthesia? (*dr. Menyhei Gábor és munkatársai*)

09.50-10.00 Különböző érzéstelenítési módok összehasonlítása a carotis endarterectomy műtéténél (*dr. Keresztfalvi András és munkatársai*)

10.00-10.10 Carotis restenosis műtéti és endovascularis intervenciós kezelése (*dr. Tamás László János és munkatársai*)

10.10-10.20 A carotis interna stenosisok ellátási taktikája kórházunkban (*dr. Nagy István és munkatársai*)

10.20-10.40 Kávészünet. Szakmai kiállítás megtekintése.

II. szekció

Endovascularis szövődmények ellátása

10.40-10.55 Endovascularis sebészet (referátum, *dr. Nemes Attila*)

10.55-11.10 A vascularis intervenciós radiológia leggyakoribb szövődményei (referátum, *dr. Nagy Endre*)

11.10-11.20 Femoralis álaneurysma megszüntetése ultrahangvezérelt thrombin befecskendezésével (*dr. Morvay Zita és munkatársai*)

11.20-11.30 Iatrogén vese A-V shuntök intervenciós radiológiai ellátása (*dr. Rostás Tamás és munkatársai*)

11.30-11.40 Subintimalis angioplasticával kapcsolatos kezdeti tapasztalataink (*dr. Bánsághi Zoltán és munkatársai*)

11.40-11.50 Stentgraft implantációs sikertelenség esetén – hagyományos reszekció (konverzió) és/vagy hibrid endovaszculáris befejezés (*dr. Kasza Gábor és munkatársai*)

11.50-12.00 A rupturált abdominalis aorta aneurysma (RA-AA) kezelési elveiről (*dr. Papp László és munkatársai*)

12.00-12.10 Aortabifurcatio stenosisok kissing stentelését követően elvégzett rekonstrukciós érműtéteink (*dr. Darabos Gábor és munkatársai*)

12.10-12.20 Hibrid iliofemorális rekonstrukció – műtéti technika és kezdeti eredmények (*dr. Simó Gábor és munkatársai*)

12.20-12.30 Percutan transluminális angioplasticák során bekövetkezett iatrogén sérülések és azok ellátása (*dr. Galambos Barnabás és munkatársai*)

12.30-13.30 Ebéd. (Fakultatíve választható a regisztráció során.)

III. szekció

Mélyvénás thrombosis, thrombolysis

13.30-13.45 A vénás thromboembólia csökkentésének aktualitása (referátum, *dr. Landi Anna*)

13.45-14.00 Referátum (*dr. Lammer Johannes*)

14.00-14.10 Intervenciók a v. cava inferiorban májtraszplantáció után (*dr. Doros Attila és munkatársai*)

14.10-14.20 Recidív varixok vizsgálata multislice CT-vel (*dr. Szatmári Ferenc*)

14.20-14.30 A dialysis fistulák komplex ellátása (*dr. Bánsághi Zoltán és munkatársai*)

14.30-14.40 Tromboembóliás megbetegedések etiológiájának retrospektív vizsgálata a Fővárosi Szent Imre Kórház I. sz. Belgyógyászati Osztályán kezelt betegekben (*dr. Borvendég J. Sebestyén és munkatársai*)

14.40-14.50 A vénás thromboembóliák új halálozási adatai Magyarországon (*dr. Sándor Tamás*)

14.50-15.00 A krónikus antikoaguláns terápia régi-új gyógyszere, a warfarin – kezdeti tapasztalataink a warfarin alkalmazásával (*dr. Kristóf Vera és munkatársai*)

15.00-15.10 Vesetumor miatt végzett radikális nephrectomia és vena cava inferior thrombectomia (*dr. Nagy Zoltán és munkatársai*)

15.10-15.20 A jobb vena iliaca communis használata HD kezelésekhez krónikus vena cava superior szindróma és kétoldali vena femoralis elzáródás esetében (*dr. Kosztyu László és munkatársai*)

15.20-15.40 Kávészünet. Szakmai kiállítás megtekintése.

IV. szekció

Vascularis prevenció, alap kutatások, rizikófaktorok

15.40-15.55 Referátum (*dr. Pécsváradi Zsolt*)

15.55-16.10 E-tracking. Új mérési módszer az erek elasztikuságának vizsgálatára (referátum, *dr. Schön, Frank*)

16.10-16.20 Az arteria brachialis flow-mediált vasodilatációjának és az augmentációs index összehasonlító vizsgálata (*dr. Dér H. és munkatársai*)

16.20-16.30 Immuno-inflammatorikus eltérések perifériás obliteratív érbetegségben (*dr. Szomják Edit és munkatársai*)

16.30-16.40 Endothel- és thrombocyt-aktiváció összefüggésben csökkent flow-mediált vasodilatációval primer anti-foszfolid szindrómában (*dr. Soltész Pál és munkatársai*)

16.40-16.50 A végtagkeringés sajátosságai gyermekkorban és változása érdysplasiáknál (*dr. Mattassi, Raul és munkatársai*)

16.50-17.00 Fibrinogénszint változások diabétesz láb szindrómás betegeknél (*dr. Sinay László és munkatársai*)

17.00-17.10 Jelzi-e a hsCRP az atherothrombosis és annak súlyosságát perifériás obliteratív verőérbetegekben? (*dr. Jassó István és munkatársai*)

17.10-17.20 A mikrovaszkuláris reaktivitás és az érfali merevség non-invazív vizsgálata különböző kardiovaszkuláris rizikó állapotokban (*dr. Egresits József és munkatársai*)

17.20-17.30 A szemikarbazid-szenzitív amin oxidáz enzim aktivitásának ellentmondásos viselkedése haemodializált veseelégtelen hypertóniás betegekben (*dr. Nemcsik János és munkatársai*)

18.30-23.00 Villányi borest. (Borbemutató, borkóstoló és zenés vacsora a villányi Polgár Pincészet Bortrezer Pincéjében. Utazás autóbusszal.)

2005. október 14.

08.30-09.00 MAÉT Közgyűlés / MACIRT Közgyűlés

V. szekció

PAD és GI intervenciós radiológia

09.00-09.15 PAD gyógyszeres kezelése (referátum, *dr. Battyáni István*)

09.15-09.30 Treatment of descending thoracic aortic aneurysms with endovascular stent-graft (referátum, *dr. Josip Maškovic*)

09.30-09.40 Endovascular therapy of renal artery stenosis – wick stenosis should be treated? (dr. Vinko Vidjak és munkatársai)

09.40-09.50 Akut vérzés ellátása intervenció radiológiai módszerekkel (dr. Nagy Endre)

09.50-10.00 Krónikus iliaca occlusiók recanalizációja: eredmények, szövődmények, korai utánkötés 42 betegnél (dr. Lázár István és munkatársai)

10.00-10.10 Gastrointestinalis vérzések (dr. Rostás Tamás)

10.10-10.20 Arteria mesenterica stentelése – esetbemutatás (dr. Király István)

10.20-11.00 Kávészünet. Szakmai kiállítás megtekintése.

VI. szekció

Amputáció, rehabilitáció / Femoro-poplitealis műtétek

11.00-11.15 Verőérsebészet a femoro-poplitealis érszakaszon (referátum, dr. Jámbor Gyula)

11.15-11.30 Referátum (dr. Till Attila)

11.30-11.40 Femoro-disztális bypass műtéteket követő korai reocclusiók és reoperációk értékelése (dr. Gyurkovics Endre és munkatársai)

11.40-11.50 Pedalis és plantaris bypassok eredményességének összehasonlítása (dr. Nyiredi Géza és munkatársa)

11.50-12.00 Homograft használata artériás alsó végtagi rekonstrukcióhoz (dr. Vallus Gábor és munkatársai)

12.00-12.10 Major amputációkról – a rehabilitáció hiányosságai és lehetőségei (dr. Gergely Mihály és munkatársai)

12.10-12.20 Mindkét alsó végtag amputált betegek protetizálása, avagy a csonkolás nem jelent „végállapot”-ot (dr. Szilassy Géza és munkatársa)

12.20-13.00 Ebéd. (Fakultatíve választható a regisztráció során.)

I. Poszterbemutató

(Nádor terem, mélyföldszint, 10.00-11.00)

A poszterek szóbeli bemutatása:

2 perc + 2 perc diszkusszió.

1./ Rekonstrukciós érműtét késői szövődményeinek ellátása egy betegen – mit bír ki egy érbeteg? (dr. Darabos Gábor és munkatársai)

2./ Vascularis intervenció az érsebészeti gyakorlatban (dr. Mikola József és munkatársai)

3./ Nagyérsérüléssel járó nyaki metszett sebzés sikeres ellátása intézményünkben (dr. Németh József és munkatársai)

4./ Graft infekció kezelése in situ alkalmazott ezüst impregnált protézissel – kezdeti tapasztalatok (dr. Csordás József és munkatársai)

5./ Cryostripping és hagyományos stripping összehasonlítása az életminőség tükrében (dr. Gyevnár Zsuzsanna és munkatársai)

6./ Tervezett vagy szövődmény miatt végzett érrekonstrukciók általános sebészeti beavatkozások kapcsán (dr. Regáli László és munkatársai)

7./ Nagy kiterjedésű alsóvégtag-lymphoedémás esetünk kezelése konzervatív és sebészeti módszerekkel (dr. Füzi Árpád és munkatársa)

8./ A hasi aorta malignus fibrosus histiocytomája okozta hármasszövődmény (dr. Tóth Csaba és munkatársai)

9./ Perifériás embolizáció/mikroembolizáció diagnosztikája és a komplex belgyógyászati kezelés eredményei (dr. Pencz Zoltán és munkatársai)

10./ Erythema nodosum képében jelentkező filariázis esete (dr. Kristóf Vera és munkatársai)

11./ Risk factor monitoring during peripheral arterial obstructive disease rehabilitation (dr. Albert István és munkatársai)

12./ Oxidatív stresszt jellemző paraméterek alakulása obliteratív verőérbetegekben (dr. Jassó István és munkatársai)

13./ Acut szervi, szöveti ischaemiát követő fatális kimenetű reperfüziós szindrómák (dr. Nagy András és munkatársai)

14./ A SonoVue ultrahang kontrasztanyag első magyarországi alkalmazása során szerzett tapasztalataink (dr. Harmat Zoltán és munkatársai)

15./ Dinamikus grádiens echo-mérés kontrasztanyag alkalmazásával az endometrium tumorok myometriális inváziójának megítélésére (dr. Nagy Gyöngyi és munkatársai)

II. Poszterbemutató

(Bartók terem, I. emelet, 13.00-14.30)

A poszterek szóbeli bemutatása:

2 perc + 2 perc diszkusszió.

1./ Utókezelés, reokklúzió, prevenció percután transluminális angioplasztika után (dr. Horváth László és munkatársai)

2./ Sentinel nyirokcsomó vizsgálata emlő tumorokban (dr. Szalai Gábor és munkatársai)

3./ Carotis stentelés nyaki behatolásból keringésmegfordításos agyvédlemben – biztos technika nehezített hagyományos behatolások esetén (dr. Pintér László)

4./ A szolubilis thrombomodulin és TNF-alfa genotípus szerepe szignifikáns carotis stenosisban és restenosisban (dr. Dósa Edit és munkatársai)

5./ Néhány érv a carotis eversio mellett (dr. Tarr Miklós és munkatársai)

6./ CT angiographia szerepe a carotis stenosis preoperatív vizsgálatában (dr. Simó Gábor és munkatársai)

7./ Extracranialis carotis interna jelentős méretű, valódi aneurysmájának sikeres operációja – esetismertetés (dr. Gellért Gábor és munkatársai)

8./ A Diabetic Foot Syndromás betegek hemorheológiai nyomonkövetése (dr. Rozsos István és munkatársai)

9./ In vitro inzulin hatása 1-es és 2-es típusú, perifériás ér-szövődeményekkel komplikált diabéteszes betegek thrombocyta funkciójára és szabadgyök termelésére (dr. Kürthy Mária és munkatársai)

10./ Az oxidatív stressz szerepe az alsóvégtagi revaszkularizációs szisztémában (dr. Arató Endre és munkatársai)

11./ Az a. iliaca externa (AIE) antegrad everziós endarteriectomiája (EEA) – egy új műtéti eljárás (dr. Cs. Nagy Gábor és munkatársai)

12./ A reimplantált mesenterica inferior aneurysmája és késői rupturája (dr. Kaliszky Péter és munkatársai)

13./ Femoro-poplitealis régióban végzett intervenciós beavatkozások területén szerzett tapasztalataink (dr. Darabos Gábor és munkatársai)

14./ Radiológiai intervenció az érsebészeti műtőben (dr. Simó Gábor és munkatársai)

15./ Autológ alkari A-V shunt, a könyökshunt alternatívája (dr. Szeberin Zoltán és munkatársai)

16./ Percutan transluminalis renalis angioplastica (PTR) és stent beültetés retrospektív vizsgálata – mikor érdemes? (dr. Kolossváry Endre és munkatársai)

17./ Deep venous thrombosis in the iliofemoral veins – risk factors at young age (dr. Safrankó András és munkatársai)

18./ Acut vena cava superior syndroma megoldása a v. femoralis felé történő drenázzsal (dr. Bíró Gábor)

19./ A mélyvénás trombózis megelőzésének és hatékonyságának vizsgálata sebészeti osztályról elbocsátott betegeken (dr. Nagy István és munkatársai)

20./ Perzisztáló artéria lienális aneurysma – esetismertetés (dr. Mészáros László és munkatársai)

21./ Az életminőség (Quality of Life) felmérése a betegség-specifikus VasculQol kérdőív használatával aorto-iliacalis és infrainguinalis rekonstrukción átesett betegpopulációban (előzetes tanulmány – Pilot Study) (dr. Litauszky Krisztina és munkatársai)

22./ Hemiparetikus, alsó végtag amputált betegeink mozgásszervi rehabilitációja (dr. Szilassy Géza és munkatársai)

23./ Nőgyógyászati laparoscopos műtét ritka szövődménye: arteria iliaca externa termikus sérülése (dr. Szűcs István és munkatársai)

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 mozgóképességet 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 műtéti 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**

II. Magyar Lézer-Doppler Szimpózium

(2005. október 12.)

9.00-10.00

**Üléselnökök: prof. dr. Koller Ákos,
dr. Csiki Zoltán**

1. **Meningeális afferensek szerepe a dura mater véráramlásának szabályozásában.** Előadók: dr. Dux Mária, dr. Jancsó Gábor (Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet).

2. **Életkortól függő mikrocirkulációs változások jellemzése normál populációban és Alzheimer-kóros betegekben.** Előadók: dr. Bari Ferenc, dr. Domoki Ferenc, dr. Tóth-Szűki Valéria, dr. Kálmán János (Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet és Pszichiátriai Klinika).

3. **Az agykérgi mikrocirkuláció CO₂ reaktivitásának összehasonlító vizsgálata: lézer-Doppler véráramlásmérés és a pia mater arteriolák intravitális mikroszkópiája újszülött malacban.** Előadók: dr. Domoki Ferenc, dr. Zimmerman Aliz, dr. Bari Ferenc (Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Élettani Intézet).

4. **Patkányban a tumor nekrozis faktor- α nitrogén-monoxid felszabadulásán keresztül növeli az agykérgi véráramlást.** Előadók: dr. Farkas Eszter, dr. Antal Péter, dr. Tóth-Szűki Valéria, dr. Bari Ferenc (Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Anatómiai Intézet és Élettani Intézet).

10.15-11.15

**Üléselnökök: prof. dr. Bari Ferenc,
dr. Farkas Katalin**

5. **A kéz mikrocirkulációjának komplex vizsgálómódszerei.** Előadó: dr. Csiki Zoltán (DEOEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika).

6. **Primer Raynaud-szindrómás betegek mikrocirkulációjának vizsgálata lézer-Doppler képalkotással.** Előadó: dr. G. Kiss Orsolya (DEOEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika).

7. **Kézkeringés funkcionális és morfológiai vizsgálata – capillarmicroscopiás és lézer-Doppler képalkotással – poliszisztémás autoimmun betegeinknél.** Előadó: dr. Szabó Nóra (DEOEC, III. sz. Belgyógyászati Klinika).

8. **Clopidogrel kezelés hatása a vaszkuláris diszfunkcióra Fontaine II. stádiumú obliteratív érbetegségben.** Előadók: dr. Farkas Katalin¹, dr. Borvendég J. Sebestyén¹, dr. Kolossváry Endre¹, dr. Nemcsik János¹, dr. Pál András², dr. Kiss István¹ (Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály¹, Sanofi-Aventis Rt.²).

9. **A lézer-Doppler vizsgálatok standardizációjának jelentősége diabetes mellitusban. Alapkutatás vagy klinikai gyakorlat?** Előadó: dr. Kolossváry Endre (Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály).

10. **NIRS (Inspectra) gyakorlati alkalmazása érsebészeti megbetegedéseknél.** Előadó: dr. Verzár Zsófia (Baranya Megyei Kórház, Pécs).

A Servier Hungária Kft. Szimpóziuma

2005. október 12., 15.10-16.00

Pécs, Palatinus Hotel, Bartók terem

Program:

15.10-15.30: A venolymphatikus keringészavar patológiája
és a Detralex hatásmechanizmusának kapcsolata.

Előadó:

dr. Kristóf Vera,

Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest.

15.30-15.50: Mi legyen a krónikus vénás elégtelenség
diagnosztikai protokollja? (Vitaindító.)

Előadó:

dr. Pécsvárad Zsolt,

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

15.50-16.00 Diskusszió.



Servier Hungária Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3.

Telefon: (1) 238-7799. Fax: (1) 238-7966.

A Novartis Hungária Kft. Szimpóziuma

2005. október 12., 14.00-14.50

Pécs, Palatinus Hotel, Bartók terem

Üléselnökök:

prof. dr. Hajnal Ferenc,

prof. dr. Nemes Attila

Program:

Gianni Belcaro MD, PhD

(Chieti University, San Valentino, Olaszország):

A flavonoidok hatékonysága

a krónikus vénás elégtelenség kezelésében



NOVARTIS

Novartis Hungária Kft., Consumer Health – OTC üzletág

1114 Budapest, Bartók Béla út 43-47.

Telefon: 457-6656.

www.novartis.hu

E-mail: info.hungary@ch.novartis.com

Hogyan tovább érsebészet?

(a Soltész Lajos Emlékelőadás összefoglalója)

DR. ACSÁDY GYÖRGY

Azok a nagy tekintélyű kollégák, akik korábban abban a megtiszteltetésben részesülhettek, hogy Soltész Lajos Emlék előadás megtartására ítélte őket méltónak a Társaság vezetősége, már sok aspektusból és az érgyógyászat valamennyi területét felölelő összefoglalóban értékelték a szakmai fejlődést a kezdetektől előadásuk időpontjáig.

Magam nem egy speciális terület feldolgozását kívánom Önök elé tárni, hanem a tudomány fejlődését figyelemmel kísérve, a megváltozott társadalmi és gazdasági helyzetben elgondolkodni az érsebészet jelen ismereteken alapuló jövőjén. Teszem ezt úgy is, mint a Társaság leköszönő elnöke, mint az Ér- és Szívsebészeti Klinika igazgatója, vagy mint az újonnan kinevezett országos érsebész szakfelügyelő főorvos.

Az alább felsorolandó problémák taglalásával kívánom mondanivalómat kifejtetni:

- az oktatásban várható változások az Európai Unióhoz való csatlakozás kapcsán,
- az ország lakosságának érsebészeti ellátását biztosító központok átszervezése,

– az epidemiológiai felmérés országos szintű megszervezése,

– alkalmazkodási lehetőségek a folyamatosan változó finanszírozási feltételekhez,

– a diagnosztikai és műtéti tevékenység rohamosan fejlődő technikai eszközeinek az ország egész területét racionálisan lefedő telepítése,

– az intervenciók beavatkozások és a műtétek várható arányváltozásai,

– az alapkutatások eredményeinek alkalmazása a klinikai gyakorlatban,

– a betegek utánkövetése, gondozása, rehabilitációja.

Mindezen kérdésekre a helyes válasz csak szakmai és társadalmi konszenzussal adható meg, mert a jelenlegi gazdasági helyzetben maradéktalan megoldásuknak nincs fedezete. Az előadást gondolatébresztőnek szánom ahhoz, hogy közösen találjuk meg a betegeink gyógyulását és szakmánk fejlődését eredményező megoldást.

Harminc éve

az érbetegek rehabilitációjának szolgálatában

(a Bugár Mészáros Károly Emlékelőadás összefoglalója)

DR. BALLAGI FARKAS

Az előadó megemlékezik Bugár Mészáros Károlyról (1900-1989), a belgyógyászati angiológia hazai úttörőjéről.

Ismerteti az angiológiai rehabilitáció hazai viszonyait, majd bemutatja a kapuvári Lumniczer Sándor Kórház Angiológiai Rehabilitációs Osztályán 1975-2004 között kezelt 23 ezer 460 perifériás érbetegnél komplex rehabilitációs kúrával elért eredményeket.

Ezen érbetegek háromhetes, egyénre szabott komplex rehabilitációs programban vettek részt, amely a gyógyszeres kezelés mellett hemodilúciót, dietoterápiát, mozgásterápiát, CO₂ gázfürdőkezelést, fizioterápiát, pszichoterápiát és

szükség szerint segédeszközök biztosítását foglalta magába. A kedvező funkcionális eredmények, a claudicatiós index közel 80%-os, a Doppler index 70%-os javulása és a kimagasló betegelégedettség a komplex kúra eredményességét támasztották alá.

A több évtizedes tapasztalatok és az objektív eredmények alapján az angiológiailag kivizsgált és konzervatív vagy invazív kezeléssel, műtéten már átesett betegek egyénre szabott komplex rehabilitációja az idült perifériás érbetegek ellátásának, gondozásának fontos és egyre inkább nélkülözhetetlenebb része.

I. szekció

Carotis műtét versus PTA

A carotis szűkületek stenttel történő kezelése (referátum)

DR. HÜTTL KÁLMÁN
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: az endovascularis stent behelyezés egyre jobban fejlődő technika, ami a carotisok esetében alternatívát nyújt a hagyományos endarteriectomia mellett. A korábban sporadikusan végzett beavatkozásokkal szemben egyre nagyobb betegszámot vizsgáló tanulmányok igazolják, carotis szűkületek stentelése kedvező sikerrátával és a sebészi megoldáshoz hasonló alacsony stroke- és halálrátaival jár.

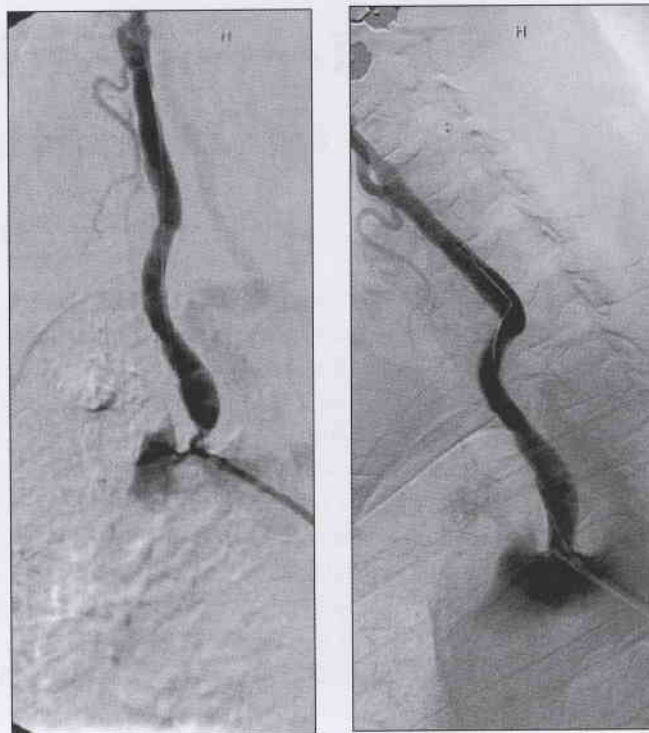
A radiológiai intervenció előnyei:

- nem kell sebészi feltárás,
- perifériás idegsérülés veszélyétől mentes – (ugyanakkor 20%-ban is előfordulhat műtét után?),
- általános anasztézia nem szükséges: a beteggel lehet kommunikálni a beavatkozás alatt; nagy rizikójú betegeknél kis megterheléssel is elvégezhető,
- sebészi feltárással nehezen elérhető elváltozások is e módszerrel könnyen kezelhetők,
- a véráramlást csak rövid időre kell megszakítani (ellenoldali occlusio),
- egy ülésben több különböző lokalizációjú elváltozás is kezelhető,
- a kórházi tartózkodás rövidebb.

A radiológiai intervenció hátrányai:

- cerebrális embólia veszélye; embólus elfogó eszköz hatásossága még nem bizonyított,
- nincsenek megbízható hosszútávú eredmények a stroke megelőzéséről,
- az indikáció nem egységes,
- carotis stentelésre használt eszközök kifejlesztés alatt állnak, a technika nem egységes.

Technika: a technika részletes ismertetése meghaladná a referátum kereteit. A stent technológia jelentősen fejlődött. A ballonnal felhelyezhető Palmaz-stentek hamar kiszorultak, és az öntáguló acél stent terjedt el. Jelenleg a Nitinol-stentek térhódítását éljük. A különböző stentek nemcsak anyagukban, de szerkezetükben, formájukban is jelentősen eltérnek. Ma már a stenteket laesio-specifikusan kell kiválasztani. Természetesen ezen az úton még sok tisztázandó kérdés áll előttünk. Technikai kérdésekben nem egységes a szakemberek álláspontja: kell-e előtágítani stent beültetése előtt? Kell-e utána tágítani a stentet, vagy abban bízni, hogy



1. ábra. Bal carotis comm. eredési szűkületének direct stentelése.

A./ Angiogramon megfigyelhető a jelentős fokú eredési szűkület.

B./ Stent beültetés után jó morfológiai eredmény látható.

a stent rugalmasságától majd kitágul? Azonban jelenleg a fő kérdés: szükséges-e védőeszköz használata, vagy sem.

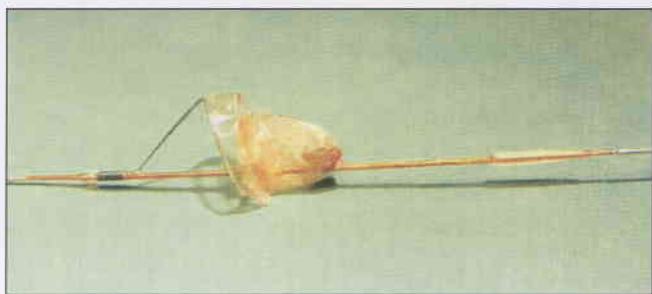
Embóliavédő eszközök: carotis szűkületek stentelése közben kialakult neurológiai szövődmények leggyakoribb oka agyembólia, ami tágitott plakkból ered. Az embólia megelőzése a dilatáció és a stent felhelyezése közben kiemelt szerepet játszik az intervenció fejlődése során. A plakk stabilizálásával már a stent beültetése előtt is csökkenti az embólia veszélyét. Borított stent alkalmazása továbbiakban a stent tágitásakor fellépő embólia kockázatát is csökkentheti. Agyembólia eszközös védelmére carotis intervenció során elsőnek Theron 1990-ben alkalmazott occlusiós ballont. Azóta – jelentős technikai fejlődés eredményeként – a védőeszközök vastagsága csökkent, flexibilisebbé váltak, megjelentek a filter eszközök.

A védőeszközök három csoportba sorolhatók:

- filterek,
- distalis occlusiós ballon,
- proximalis occlusiós ballon.

A filter jellegűek előnye, hogy az áramlás a beavatkozás alatt biztosított, így a hypoperfúzió veszélye kisebb, és a beavatkozás kontrollálása angiographiával megoldható megelőző áramlás mellett.

Hátrányuk az eszköz vastagsága, nehezebb átjuttatni ezeket kanyargós lefolyású érszakaszokon és nagy szűkülete-



2/a. ábra. Filter embóliavédő eszköz.
Stent beültetést követően
a filterben törmelék látható.



2/b. ábra. A filterből eltávolított
kb. 2 mm átmérőjű plakk darab.

ken, kisebb részecskék (általában 100 μ m alatt) átjuthatnak a filteren.

A distalis occlusiós ballon előnyei: vékony átmérőjű, könnyen átvezethető összetett, kanyargós lefolyású érben lévő szűkületen is, atraumatikusan vezethető fel. Hátránya: a beavatkozás alatt megszüntetjük a véráramot, angiogram nem készíthető a folyamat ellenőrzésére. A beavatkozás végeztével a ballon alatt lévő törmeléket le kell szívni.

A proximalis ballon katéter előnye, hogy a szűkületen nem kell átvezetni. A beavatkozás alatt a carotis externát és communist ballonnal zárjuk, és a carotis internában megfordul az áramlás. A beavatkozás során lesodródott törmeléket szívással el lehet távolítani. Az eszköz hátránya, hogy jelenleg 10F vastagságú, és nehezebb bevezetni a carotis communisba, mint a hagyományos vezető katétert.

Személyes preferenciák mellett a védőeszköz típusát az elváltozás szerint kell kiválasztani. Az agyi vérrellátás súlyos károsodása mellett (ellenoldali carotis interna occlusio, vertebralis artériák occlusiója) filter eszköz használata javasolt. Filiformis, kanyarultas érszakaszt érintő szűkületeknél occlusiós ballon használata javasolt. A védőeszközök előnyeinek tényeken alapuló bizonyítása még várat magára. Használatát indirekt jelek támogatják:

- tünetmentes embolizáció igen gyakori (<90%) (9),
- embólusok leggyakrabban a stent tágításakor, a stent behelyezésekor detektálhatók; ebben a lépésben a védőeszközök megakadályozhatják az embóliát,
- védőeszköz használatakor gyakran találunk embólust a hálóban,



3/a. és 3/b. ábra. Aszimmetrikus, nagy fokú
szűkület a carotis bifurcatióban.
A carotis internában a szűkülethől
cranialisan látható az embóliavédő eszköz.



3/c. ábra. Stent beültetés után a kontroll
angiographia jó morfológiai eredményt mutat.

- csökkenti a TCD detektálható embólusok számát a beavatkozás alatt,
- tanulmányok kedvező, 2% alatti stroke rátáról számolnak be használatával kapcsolatosan,
- DW-MRI vizsgálatok carotis intervenció után az esetek akár 30%-ában találtak tünetmentes laesiót,

– a tünetmentes embólusok klinikai jelentősége ismeretlen, de biztosra vehetjük: minél kevesebb, annál jobb.

Az embólus elfogó eszköz hátrányai: az embólia megelőzése vitathatatlan cél, azonban a jelenleg használt védőeszközöknek vannak kedvezőtlen hatásai is. A szűkületen vastagabb, kevésbé flexibilis vezető drótot kell átjuttatni, mint ha tetszőlegesen választott vezető drótot használnánk. A védőeszköz nem nyújt teljes védelmet. Az eszköz helyben tartása nem könnyű – étfal sérülést, spazmust okozhat. A költségeket jelentősen emeli. Az eszközök további fejlesztésével az eredmények további javulása várható.

Carotis intervenció során kis számú szövődmény miatt a védőeszközök használatát csak egy nagy számú, randomizált tanulmány tudná igazolni. Határozott bizonyítékok hiányában is, az irodalmi adatok azt mutatják, hogy védőeszköz használatával a neurológiai események 1,8-2,7%-ban fordulnak elő. Korábban, védőeszköz nélkül ez az arány 5,3-5,5% volt. Az érsebészeti klinika anyagában is a stroke-ráta 5%-ról 1,3%-ra csökkent. Randomizált tanulmány kiányában is elfogadottnak kell tekinteni, hogy a védőeszköz használata, ha kis mértékben is, de csökkenti a beavatkozás stroke kockázatát.

Carotis intervenció indikációi: a betegek kiválasztásánál alapvetően a műtéti megoldás indikációját vettük alapul. Nagy tanulmányok szerint, sebészi korrekcióval a stroke morbiditás csökkenthető. Az 1990-es években North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET) és az European Carotid Surgery Trial (ECST) kimutatta, hogy tünetes betegeknél, ha a szűkület $\geq 50\%$ (átmérő), és a beavatkozás kombinált stroke- és halálráta $<6\%$, akkor a műtéti korrekció kedvező. A Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS) és az ACST tanulmány bizonyította, hogy tünetmentes esetben, ha a szűkület (átmérő) $\geq 70\%$, és a beavatkozás kombinált stroke- és halálráta $<3\%$, akkor indokolt a műtéti megoldás.

A carotis szűkületek intervenció megoldása előnyt élvez az érsebészeti megoldással szemben, ha az embolizáció veszélye kicsi, vagy a műtéti kockázat nagy, vagy ha a szűkület sebészileg nehezen elérhető helyen van.

Az embolizáció veszélye kicsi nem atheroscleroticus eredetű szűkületeknél, mint:

- endarteriectomia után kialakult restenosis,
- irradiáció után kialakult szűkület,
- fibromuscularis dysplasia,
- gyulladásos eredetű szűkület,
- spontán disszekció.

Sebészileg nehezen elérhető szűkület:

- az a. carotis communis proximalis szűkülete,
- carotis bifurkációtól magasan cranialis elhelyezkedő szűkület,
- korábbi nyaki műtét, égés, besugárzás miatt a sebészeti feltárás nehezebb.

A műtéti kockázat nagy:

– egyidejű más betegségek esetén (leggyakrabban ischaemiás szívbetegség esetén),

– egyidejű ellenoldali occlusio,

– endarteriectomia után kialakult restenosis esetén.

A carotis intervenciót egyre gyakrabban a bifurkációban lévő atheroscleroticus elváltozás kezelésére alternatív terápiának tekintik a sebészi megoldás mellett.

A carotis intervenció ellenjavallatai:

– az aortaív, a carotis interna kanyargós lefutása megakadályozhatja a beavatkozás elvégzését, vagy a nehezebb manipuláció miatt a szövődmény veszélye megnő,

– aorto-iliacalis obstructio esetén nehéz a megközelítés,

– thrombusra utaló telődési hiány mutatkozik,

– az aortaív kifejezett meszesedése esetén az embolizáció veszélye nagyobb,

– igen kifejezett körkörös meszesedés esetén a beavatkozás sikeres elvégzésének kisebb az esélye,

– az a. carotis interna elzáródása esetén sem javasolt.

Eredmények:

Technikai sikeresség: a carotis szűkületek általában rövid szakaszúak, így a beavatkozás technikai sikeressége 95-98%. A sikertelenséget leggyakrabban az aortaív és carotis rendszer kanyargós lefutása okozza. Ilyen esetekben a vezető dróttal vagy a vezető katéterrel történő nem megfelelő vagy nem biztonságos hozzáférés a leggyakoribb oka a technikai sikertelenségnek.

Szövődmények: döntő kérdés a szövődmények száma a beavatkozás során. A beavatkozás stroke- és halálráta jelentősen javult az elmúlt évek során. A közlemények tanúsága szerint 1994-ben 5-7% körül volt, amit 2000 után lecsökkent 2%-ra.

A CARESS vizsgálat – amely 450 betegen végzett randomizált összehasonlító elemzés – szerint a CEA és az angioplasztika eredményei nem különböztek: mindkét esetben 2% volt a 30 napon belüli stroke és a halálozási arány, míg a 30 napon belüli összes halálozás, nem halálos stroke és myocardialis infarktuszok CEA után 3%-ban, angioplasztika után csak 2%-ban fordultak elő.

A prospektív, randomizált *Sapphire* tanulmány carotis endarteriectomia műtétére nagy kockázatú betegeknél a műtét és a stentelés eredményét hasonlította össze. A stent beültetést mechanikus embólia védelemmel végezték. 330 beteg került a randomizált csoportba, emellett 406 betegnél stent beültetés történt a műtét elutasítása miatt. (Stent beültetés visszautasítása 7 esetben történt.) A nagy kockázatú csoportban a stent beültetésnél a halálozás 6,9%, a stroke-ráta 5,7% volt, a műtéti csoportban 12,6%, illetve 7,3% volt az arányszám, ami statisztikailag nem szignifikáns különbség. Szignifikánsan kevesebb major stroke volt a stentelt csoportban: 2,5% versus 7,9%, valamint a minor stroke előfordulása is statisztikailag kisebb volt: 0% versus 3,3%.

A műtét szempontjából nem nagy rizikójú betegeket elemző CAVATAS tanulmány hasonló eredményt adott. A három évig tartó nyomonkövetés során a stroke megelőzésben sem mutatkozott különbség.

Késői eredmények: hosszútávú eredmények megítélésénél elsősorban a stent beültetéssel kezelt betegeknél a stroke előfordulásának gyakoriságát kell elemezni, másrészt a restenosisok előfordulásait. Több centrumban végzett tanulmány szerint a restenosis gyakorisága 1,99% és 3,46% volt 6, illetve 12 hónappal a beavatkozást követően; az ideggyógyászati történések a stent behelyezését követően 1,42%-ban fordultak elő a 6-12 hónapos utánkövetési periódusban. A kombinált minor és major stroke-ok és a halálos esetek együttes előfordulása 5,6% volt a szimptomás, 3,38%-os az aszimptomás betegeket figyelembe véve.

Összefoglalás: nagy érdeklődés övezi a carotis stentelést. A viszonylag jó eredmények, amelyeket az eljárással egyes centrumokban értek, reménykeltők. A klinikai tanulmányok szerint különösen előnyös a carotis angioplasztika és stentelés azon betegek számára, akik magas stroke kockázattal rendelkeznek, fontos kísérő betegségük van, ellenoldali occlusio esetén, vagy olyan esetekben, amikor a sebészi megoldás különösen nehéz, mint korábbi nyaki idegsérülés, magasan cranialis vagy intratorakális szűkületeknél, korábbi műtét utáni restenosis, fibromuszkuláris diszplázia, irradiáció indukálta szűkületeknél. A carotis stentelés ilyen esetekben talán egy kevésbé invazív megoldást nyújt az endarteriectomia helyett. Az endarteriectomia és a carotis stentelés szerepét megállapítani kívánó további kutató munkák előmozdítása cél, és ezt támogatnia kell minden e téren dolgozó egészségügyi szakembernek, aki a betegellátás fejlesztésében érdekelt. Kiértékelés alatt áll a CREST és a CAVATAS II. tanulmány. Remélhető, hogy ezek megjelenése után a carotis intervenció elfogadottsága tovább nő.

Irodalom:

1. Al-Mubarak, N., Colombo, A., Gaines, P. A. et al.: Multicenter evaluation of carotid artery stenting with a filter protection system. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2002., 39:841-846.
2. Angelini, A. R., Barbera, M. D., Sacca, S. et al.: Cerebral protection during carotid artery stenting. Collection and histopathologic analysis of embolised debris. *Stroke*, 2002., 33:456-461.
3. Brooks, W. M., Jones, M. R., Coleman, T. C., Breathitt, L.: Carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy: randomized trial in a community hospital. *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2001., 38:1589-1595.
4. CAVATAS Investigators. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study: a randomized trial. *Lancet*, 2001., 358:1729-1737.
5. European Carotid Surgery Trialists Collaborative Group. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-90%) or mild (0-29%) stenosis. *Lancet*, 1991., 337:1235-1243.
6. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. *JAMA*, 1995., 273:1421-1428.
7. Henry, M., Henry, I., Klonaris, C. et al.: Benefits of cerebral protection during carotid stenting with the PercuSurge GuardWire system: midterm results. *J. Endovasc. Ther.*, 2002., 9:1-13.
8. Jaeger, H. J., Mathias, K. D., Hauth, E. et al.: Cerebral ischemia detected with diffusion weighted MR imaging after stent implantation in the carotid artery. *A. J. Neuroradiol.*, 2002., 23:200-207.
9. Jordan, W. J. V., Doblart, D. D., Plyuscheva, N. P. et al.: Microemboli detected by transcranial Doppler monitoring in patients during carotid angioplasty versus carotid endarterectomy. *Cardiovasc. Surg.*, 1999., 7:33-38.
10. Kastrup, A., Groschel, K., Krapf, H., Bregm, Br., Dichgans, J., Schulz, J. B.: Early outcome with and without cerebral protection devices a systematic review of the literature. *Stroke*, 2003., 34:813-819.
11. Macdonald, S., Venables, G. S., Cleveleand, T. J., Gaines, P. A.: Protected carotid stenting, safety and efficacy of the MedNova NeuroShield filter. *J. Endovasc. Ther.*, 2002., 9:777-785.
12. Muller, M., Reiche, W., Langenscheidt, P. et al.: Ischemia after carotid endarterectomy comparison between transcranial Doppler sonography and diffusion-weighted MR imaging. *A. J. Neuroradiol.*, 2000., 21:47-54.
13. Naylor, A. R., Boila, A., Abbott, R. J. et al.: Randomized study of carotid angioplasty and stenting versus carotid endarterectomy: a stopped trial. *J. Vasc. Surg.*, 1998: 28:326-334.
14. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high grade carotid stenosis. *New Eng. J. Med.*, 1991., 325:445-453.
15. Szentgyörgyvölgyi R., Vörös E., Pócsik A., Makai A., Barzó P., Sztriha L., Szikra P., Palkó A.: Stroke-prevenção: az arteria carotis interna stenosisának endovaszculáris ellátásával szerzett tapasztalataink. *Magyar Radiológia*, 2003., 77(1):6-14.
16. Theron, J., Courtheoux, P., Alachkar, F., Bouvard, G., Maiza, G.: New triple coaxial catheter system for carotid angioplasty with cerebral protection. *A. J. Neuroradiol.*, 1990., 11:869-874.
17. Van Heesewijk, H. P., Vos, J. A., Louwerse, E. S. et al.: New brain lesions at MR imaging after carotid angioplasty and stent placement. *Radiology*, 2002., 224:361-365.
18. Wholey, M. H., Wholey, M., Mathias, K., Roubin, G. S., Dietrich, E. B., Henry, M. et al.: Global experience in cervical carotid artery stent placement. *Catheter Cardiovasc. Interv.*, 2000., 50:160-167.

Az arteria carotis interna stentelése filteres embóliavédő használatával

DR. NEMES BALÁZS, DR. DÓSA EDIT,
DR. SIMONFFY ÁRPÁD, DR. HÜTTL KÁLMÁN
SE ÁOK, Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés: felmérni az embóliavédő használata mellett végzett carotis interna (ACI) stentelés technikai sikerességét, hatékonyságát és biztonságát.

Eszközök: 2003. január 1-jétől 2004. december 31-ig 262 beteg (97 nő, 165 férfi) 267 ACI szűkületének angioplasztikáját végeztük stent beültetéssel. A betegek átlagéletkora 66 év volt (47-91). Embóliavédő filtert 264 esetben (98,8%) használtunk. Indikáció: tünetes $\geq 70\%$ szűkület, illetve tünetmentes $\geq 80\%$ szűkület. Comorbiditas: hypertonia (183 beteg), diabetes mellitus (49), ischaemiás szívbetegség (125). Két eset kivételével minden beavatkozást transfemorálisan végeztünk.

Eredmények: a technikai sikeresség 97,8% (261/267) volt. Öt beteg (1,87%) szenvedett el stroke-ot, közülük egyet elvesztettünk a posztoperatív időszakban. Transient ischaemiás attackot (TIA) 23 esetben (8,6%) észleltünk. Sebészi ellátást igénylő szövődmény 9 esetben (3,3%) volt: 6 punkciós nyílás vérzés, 1 femoralis álaeurysma, melyet thrombin injekcióval kezeltünk, 1 femoralis elzáródás és 1 carotis elzáródás. A filter eltávolítását követően 43 esetben (16,1%) találtunk makroszkópos részecskét az eszközben.

Összefoglalás: az a. carotis interna filteres védelemben végzett stentelése sikeres és hatékony beavatkozás, a postoperatív stroke ráta legalább olyan jó, mint a műtéti megoldásé. A minimális megterhelést jelentő endovascularis kezelés a nagyobb műtéti kockázatot jelentő betegek esetében az elsőként választandó megoldás.

Arteria carotis plakkjainak biokémiai vizsgálata

DR. OLVASZTÓ SÁNDOR¹,
DR. GALAJDA ZOLTÁN²,
DR. LITAUSZKY KRISZTINA¹,
DR. KOSZTYU LÁSZLÓ¹,
DR. TÓTH CSABA¹, DR. PAPP LÁSZLÓ¹,
DR. SZENTMIKLÓSI JÓZSEF³,
DR. JENEY VIKTÓRIA⁴, DR. NAGY EMŐKE⁴,
DR. BALLA GYÖRGY⁵, DR. BALLA JÓZSEF⁴

Debreceni Egyetem OEC,
Érsebészeti Tanszék¹, Szívsebészeti Centrum²,
Gyógyszertani Intézet³, Nephrológiai Tanszék⁴,
Neonatólógiai Tanszék⁵

A hem-vas mediálta LDL oxidáció az érelmeszesedés egyik kóroki tényezője. Jelen tanulmányunkban a cerebro-

vascularis revascularisatio során nyert arteria catoris internából származó minták felhasználásával vizsgáltuk az érfalban zajló oxidáció mértékét, a vas-akkumulációt, valamint az E-vitamin depléciót. A vas mennyisége a léziókat tartalmazó érben megemelkedik; fibrózus plakkot tartalmazó érmintákban a kontroll ér vastartalmának 3,14-szerese, a komplikált léziót tartalmazó érben pedig a kontroll 7,37-szerese. A fibrózus plakk lipidtartalma a kontroll ér lipidtartalmának közel kétszerese (3,14% vs. 1,7%), a komplikált léziót tartalmazó ér lipidtartalma pedig a kontroll 2,5-szerese. A fibrózus plakkot tartalmazó ér lipidextraktumának konjugált dién tartalma a kontroll 3,4-szerese, a komplikált lézióban pedig 7,78-szorosa. A lipidhidroperoxidok koncentrációja a fibrózus plakk lipidextraktumában a kontroll 75-szöröse (0,2475 nmol/mg szövet), a komplikált lézióban pedig a kontroll 140-szerese (0,4652 nmol/mg szövet). A konjugált dién és a lipidhidroperoxid szintekkel párhuzamosan a TBARS koncentrációja is megemelkedik fibrózus plakk és komplex plakk lipidextraktumaiban (0,0051, illetve 0,028 nmol/mg szövet szemben a kontroll 0,021 nmol/mg szövet TBARS koncentrációjával). Eredményeink szerint az arteria carotis internában kialakuló heterogén morfológiájú plakkok megjelenése vas-akkumulációval, E-vitamin deplécióval és fokozott oxidációs folyamatokkal jellemezhető.

Carotis endarterectomia: altatás vagy locoregional anaesthesia?

DR. MENYHEI GÁBOR,
DR. GYEVNÁR ZSUZSANNA,
DR. KERESZTFALVI ANDRÁS,
DR. KOLLÁR LAJOS
Baranya Megyei Kórház,
PTE Sebészeti Tanszék
és Központi Anaesthesiológiai
és Intenzív Betegellátó Osztály,
Pécs

Célkitűzés: carotis endarterectomia során az intraoperatív monitorozás egyik legbiztosabb módszere a locoregional anaesthesia. Célunk a locoregional anaesthesiában végzett műtéteink eredményeinek értékelése és összehasonlítása volt az altatásban végzett beavatkozások eredményeivel.

Módszer: 164 carotis endarterectomia perioperatív adatait, szövődményeit elemeztük retrospektív módon. 87 local anaesthesiában végzett műtét eredményeit hasonlítottuk össze az ugyanezen időszak alatt altatásban végzett 77 műtétével. A két betegcsoport kor, nem, rizikófaktorok és a tünetes vagy tünetmentes megoszlás tekintetében hasonló volt.

Eredmények: a perioperatív szakban beteget nem veszítettünk el. Major stroke a local csoportban 3 betegnél (3,4%),

az altatásban végzett műtétek után is 3 esetben (3,9%) fordult elő. A különbség nem szignifikáns. Jelentősen alacsonyabb volt a cardiovascularis szövődmények aránya, valamint a kórházi ápolási idő a locoregional csoportban. Szignifikánsan kevesebb posztoperatív vérzés fordult elő viszont az altatott betegeknél. Egyéb paraméterek tekintetében nem találtunk szignifikáns különbséget.

Következtetések: locoregional anaesthesiában végzett carotis endarterectomia során biztonságos intraoperatív monitorizálás végezhető, és pontosan megítélhető a shunt szükségessége. Eredményeink alapján a locoregional anaesthesia több szempontból előnyösebbnek tűnik az altatásnál, azonban ennek végleges bizonyítására prospektív, randomizált tanulmány szükséges.

Különböző érzéstelenítési módok összehasonlítása a carotis endarterectomia műtéténél

DR. KERESZTFALVI ANDRÁS,
DR. GHOSH SUBHAMAY,
DR. VERZÁR ZSÓFIA

Baranya Megyei Kórház, KAIBO, Pécs

100 carotis thrombendarteriectomián (CTE) átesett beteg adatait retrospektív módon vizsgáltuk. A kiválasztás kritériuma a műtéti érzéstelenítés volt oly módon, hogy 25 fős csoportokat tudjunk kialakítani különböző érzéstelenítési módszerekből. 1. propofollal végzett TIVÁ-ban, 2. isofluran + N₂O narkózisban, 3. isofluran narkózisban, 4. a. cervicalis II-IV. gyök és plexus cervicalis superficialis regionalis érzéstelenítésben (RA) végzett műtétek. Műtét alatt EKG, pulz-oximéter, invazív vérnyomás monitorizálást végeztünk.

Összehasonlítottuk a kezdeti, érzéstelenítés beállásakor, a műtét alatt a legalacsonyabb és a legmagasabb vérnyomásokat és pulzusokat, betegenként a vérnyomás- és a pulzusingadozás mértékét, a legalacsonyabb artériás középnyomást és a vérnyomáseltérések rendezésére adott csökkentő és emelő gyógyszer szükségességét.

Megállapíthattuk, hogy narkózisok bevezetése kifejezetten vérnyomás-esést eredményezett az RA-hoz képest. Az 1. és a 4. csoportban stabilabb keringési paramétereket észleltünk. Az altatásos csoportokban gyakrabban kellett vérnyomásemelő szert adni, mint az RA-nál, míg vérnyomáscsökkentésre azonos gyakorisággal volt szükség valamennyi betegcsoportban. Eredményeink alátámasztják, hogy az RA a beteggel fenntartható kontaktus révén biztonságos neurológiai monitorizálást tesz lehetővé, a stabilabb keringés és a vérnyomáscsökkenés veszélyének mérséklése révén a CTE műtéti kockázatának szempontjából kedvezőbb a narkózisoknál.

Carotis restenosis műtéti és endovascularis intervenciós kezelése

DR. TAMÁS LÁSZLÓ JÁNOS¹,
DR. CZIGÁNY TAMÁS¹,
DR. GALAMBOS BARNABÁS¹,
DR. POHÁRNOK LÁSZLÓ², DR. BARTEK PÉTER²
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr
Érsebészeti Osztály¹, Radiológiai Osztály²

A recurrens stenosis a carotis endarteriectomia nem ritka (8-15%) késői szövődménye, amely ritkán okoz neurológiai tüneteket. A carotis restenosis legjobb kezelését illetően még nem alakult ki konszenzus. Számos szerző az endovascularis (PTA + stent, CAS) intervenciót javasolja a redo műtét (CEA) magasabb intraoperatív szövődmény rátája miatt. Ugyanakkor több centrum kiváló eredményeket közöl carotis redo műtétet követően. A vizsgált 10 éves periódusban 30 beteg esett át redo műtéten (21 eset) vagy endovascularis intervención (9 beteg) tünetes vagy 95% feletti restenosis miatt. Ezen időszak alatt 1450 primer carotis rekonstrukció történt. A betegek duplex UH és klinikai utánkövetése során regisztráltuk a neurológiai eseményeket és az 50% feletti restenosiszt. A műtéti vagy endovascularis kezelés indikációja függött a plakkmorfológiától és a restenosis jellegétől. A 21 redo műtétet követően egy TIA és egy stroke alakult ki. CAS-t követően három TIA, egy punkciós vérzés jelentkezett, restenosis két esetben. Beteget nem veszítettünk el egyik módszer során sem. A protektív eszközzel végzett CAS jó alternatívája a restenosis sebészeti kezelésének. A redo műtét nagy műtéttechnikai felkészültséget igényel, de biztonsággal és jó eredménnyel végezhető. Az ismételt restenosis, késői szövődmények tekintetében további vizsgálatok szükségesek.

A carotis interna stenosisok ellátási taktikája kórházunkban

DR. NAGY ISTVÁN, DR. NÁDASI GÉZA,
DR. KIRÁLY ISTVÁN, DR. RIBA MÁRIA
Vas Megyei Markusovszky Kórház,
Általános és Érsebészeti, Radiológia, I. sz. Belgyógyászat,
Szombathely

A primer carotis interna stenosis ellátásának módja a PTA és a stentek megjelenésével változáson ment át. Kórházunkban is szükségesnek látszott egy egységes, a neurológus, az angiológus belgyógyász, az invazív radiológus és az érsebész által közösen elfogadott protokoll kialakítása. Az elmúlt öt évben osztályunkon 259 CEA-t végeztünk, az utóbbi két évben csökkenő számban. Ebben az időszakban emelkedő esetszámmal indult el a carotis interna stenosisok

intervenciós kezelése. 2002. június óta 30 esetben történt stent implantáció. A műtétek posztoperatív stroke gyakorisága 1,9%, mortalitása 0,7% volt. A 30 stent beültetés után 2 (1 minor és 1 major) stroke-ot észleltünk, halálozás nem volt. Az irodalmi összehasonlításban is kedvező posztoperatív / posztintervenciós morbiditás igazolni látszik módszerünk helyességét. Az ACI stenosisok elsődleges megoldása műtéti. A kivizsgálás során, az angiográfiát követően közösen véleményezzük a kezelés módját. Amennyiben a műtét relatíve alacsony kockázat mellett végezhető, a beteg életkilátásai jók, primer az oszlás fölött közvetlenül elhelyezkedő stenosis, illetve kifehélyesedő meszes plakk észlelhető, az ellenoldali ACI occludált, műtétet javasolunk. Ha a beteg magas rizikójú, a stenosis magasan helyezkedik el, hosszútávú életkilátásai kedvezőtlenek, akár cardiovascularis vagy onkológiai szempontból, a PTA és stent beültetést favorizáljuk. A restenosisok kezelésére elsődlegesen stent implantáció jön szóba. Költségelemzést is végeztünk, amelyet ismertünk.

II. szekció

Endovascularis szövődmények ellátása

Endovascularis sebészet (referátum)

DR. NEMES ATTILA

SE Szív- és Érbézszereti Klinika, Budapest

Az aorta aneurysma resectiója vagy a stent-graft beültetés közötti választás vonatkozásában az alábbi szempontok alapján döntünk.

A stent-graft beültetés mellett szól az, ha az aneurysma mérete és alakja alkalmas a graft beültetésre, és a resectiónak nagy lenne a kockázata. A resectio mellett szól, ha ennek a műtétnek kicsi a kockázata, ha a stent beültetés anatómiai, illetve patológiai adottságok miatt nem lehetséges, továbbá a beültetés financiálisan nem fedezhető.

Az érsebész teendői stent-graft beültetésekor: artéria feltárás és a beültetés utáni rekonstrukció, szövődmény elhárítás, ezen kívül kiegészítő műtét a beültetés előtt, alatt és után. Stent-graft beültetés előtt esetleg szükségessé váló érsebészeti eljárások: carotico-subclavia transpositio, carotico-caroticus interpositio, aorta ascendens bicaroticus bypass, a. iliaca (femoralis) thrombendarterectomy. Stent-graft beültetés alatt szükségessé váló érsebészeti eljárások: ilio(femoro)-femoralis crossover bypass, rögzítési elégtelenség seb-

szi korrekciója, ellenoldali graftszár (hasi, bifurcatios protézis) pozicionálási nehézség és a konverzió. Artéria feltárás és beültetés utáni rekonstrukció: subinguinalis a. femoralis feltárás és direkt sutura (85%), extraperitonealis a. iliaca feltárás (méret!) (10%), intima sérülés ellátása (sutura foltplastica, interpositio (10%), feltárás visszahúzásakor elakadó katéterek miatt (1%), artéria perforáció, dissectio ellátása (1%). Szövődmény sebész elhárítása stent-graft implantáció után lehet korai: vérzés, perifériás occlusio, gyulladás, sebgyógyulási zavar, primer áteresztés; lehet késői: primer és secunder áteresztés, graft occlusio, graft megnyúlás és elmozdulás, az anastomosisok alatt és felett kialakult aneurysmák ellátása.

Stent-graft beültetés kapcsán végzett érsebészeti eljárásaink: stent-graft beültetés előtt és közvetlenül utána: extraperitonealis feltárás (4), a. carotis communis-carotis communis crossover (2), a. iliaca externa interpositio (2), a. femoralis foltplastica (2), a. femoralis interpositio (1), a. femoralis direkt sutura (62); stent-graft beültetés alatt: a. iliaca externa – a. femoralis communis crossover (3). Stent-graft beültetés szövődménye miatt végzett érsebészeti eljárásaink: konverzió (rupturált thoracalis aneurysma) (1), primer endoleak ellátás (extraperitonealis feltárás, hasi aneurysma, covered stent) (1), thoracotomia késői (vérköpés) (1), stent-graft thrombosis (thrombectomy) (1).

A hazai stent-graft implantáció összehasonlító adatai (1998. december 1. – 2004. december 31.): hagyományos resectiós műtét a mellkasi és hasi aneurysma miatt: 1528; stent-graft implantáció fenti lokalizációban és időszakban: 163. Nemzetközi összehasonlítás 12 szerző 1991-2003 közötti időszakra vonatkozó adatai szerint: 2283 hagyományos és 3843 stent-graft műtét. Halálozási mutatók az aneurysma kezelésében:

Hagyományos	Szövődmény	Halálozás – korai	Hagyományos	Szövődmény	Halálozás – korai
2283	19,3%	7,3%	1528	?	11,04%
EVAR			EVAR		elektív 3,25%
3843	15,69%	3,4%	163	≈22,5%	≈4,2%

Konklúziók: a stent-graft implantáció indikációjában, kivételében, szövődmény elhárításában csak az intervencionális radiológus és az érsebész együttes munkája képzelhető el. Az érsebész radiológiai jártassága is követelmény. Az esetleges érsebészeti beavatkozások felölelik a teljes műtéti repertoárt.

A konvertálás kivételével a kiegészítő sebész beavatkozások súlyossága még mindig elmarad a resectiós műtét várható terhéltől. Az interdiszciplináris terápia eredményei jobbak, mint a resectiós műtété.

Femorális álaneurysma megszüntetése ultrahangvezérelt thrombin befecskendezésével

DR. MORVAY ZITA,
DR. UNGI IMRE, DR. RUZSA ZOLTÁN
SZTE ÁOK Radiológiai Klinika
és NEK Szeged Kft. Képzőközpont,
SZTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika
Kardiológiai Központ, Szeged

Célkitűzés: katéterezés szövödményeként – nem megfelelő kompresszió, rugalmatlan erek és szövetek, a nyomókötés elcsúszása miatt – álaneurysma alakulhat ki. Az álaneurysma fennállása életveszélyes vérzés lehetőségét rejt magában, ezért megszüntetése minden esetben szükséges. Előadásunkban egy viszonylag új, gyors, egyszerű, kevésbé invazív módszerrel szerzett saját tapasztalatainkról számolunk be, melynek során az álaneurysma zsákban gyógyszerrel idézünk elő thrombusképződést.

Anyag és módszer: intézetünkben 2004 júniusa és 2005 májusa között 14 beteget észleltünk katéterezés szövödményeként kialakult femorális álaneurysmával. 11 beteget találtunk alkalmasnak ultrahangvezérelt thrombinnal történő elzárásra. A beavatkozást Thrombin, Topical (Bovine) befecskendezésével végeztük.

Eredmények: vékony tűvel pungálva az álaneurysma zsákot, 200 NE-nyi frakciókban 200-600 NE thrombin bejuttatása után észleltük az álaneurysma zsák kitelődését, a keringés megszűnését. A folyamatot végig ultrahanggal monitorizáltuk. A tápláló artéria keringése valamennyi esetben inaktív maradt. Egy betegben az álaneurysma mellett arteriovenosus fistula is fennállt. Ez utóbbi szövödmény később műtéti megoldást igényelt.

Következtetés: az álaneurysmák thrombin befecskendezésével történő megszüntetése gyors, hatékony, a beteget alig megterhelő eljárás. A szükséges óvintézkedéseket betartva, megfelelő indikáció és anatómiai viszonyok esetén ajánlható módszer a femorális álaneurysmák megszüntetésére.

Iatrogen vese a-v shuntök intervenciós radiológiai ellátása

DR. ROSTÁS TAMÁS, DR. HARMAT ZOLTÁN,
DR. BATTYÁNI ISTVÁN, DR. SZÉKELY JÓZSEF¹
PTE ÁOK Radiológiai Klinika
PTE ÁOK Urológiai Klinika¹, Pécs

Bevezetés: a percutan mintavétel, kőeltávolítás után a veseben a-v shunt kialakulása ismert szövödmény. A diagnózis felállítása színes ultrahanggal, CT-vel, angiográfiával lehetséges. Utóbbi módszer terápiás lehetőséget is nyújt.

Beteganyag és módszer: a szerzők 10 beteg esetét ismertetik. 8 betegnél vesebiopszia, 1 betegnél percutan kőeltávolítás, 1 betegnél vese rezekció után kialakult makroszkópos haematuria történt. 7 betegnél az UH-vizsgálat a-v shuntöt mutatott. Valamennyi betegnél angiográfia zajlott le.

Eredmények: az angiográfia 9 esetben jelzett kontrasztanyag kilépést vagy a-v shuntöt. Ezekben az esetekben embolizáció történt. A kóros eret 8 esetben spirállal, 1 esetben PVA szemcsékkel sikerült elzárni. 1 betegnél reembolizáció volt szükséges. A beavatkozást követő napon 7 esetben átmeneti vesefunkció romlás, 5 esetben deréktáji fájdalom, 3 esetben láz jelentkezett.

Következtetés: a vesebiopsziák, percutan kőeltávolítások vascularis szövödményeinek elhárításában a katéteres terápia biztonságos, megbízható módszer.

Stentgraft implantációs sikertelenség esetén – hagyományos reszekció (konverzió) és/vagy endovascularis befejezés

DR. KASZA GÁBOR, DR. ROZSOS ISTVÁN,
DR. ARATÓ ENDRE, DR. KOLLÁR LAJOS
PTE OEC Általános Orvostudományi Kar,
Sebészeti Tanszék, Pécs

A hasi aorta aneurysma reszekció napjainkban is megterhelő, magas rizikóval járó beavatkozás. Parodi 1990-ben végezte az első transluminális aneurysma reszekciót. Az első megoldások az egyoldali aorto-iliacalis endograftot és az iliofemorális crossover technikát preferálták, majd megjelentek az első bifurkációs, moduláris stentgraftok. Napjainkban megfelelő személyi és technikai feltételek birtokában a beavatkozás biztonságosan végezhető. Mint minden sebészeti beavatkozásnak, a stentgraft implantációnak is vannak korai és késői szövödményei. Jelen előadásunkban az implantáció során fellépő problémákat, szövödményeket és ezek lehetséges megoldásait tekintjük át. A konverzió és stentgraft eltávolítás, a hagyományos reszekció és/vagy rekonstrukció, a stentgraft implantált részének megtartása és valamilyen kombinált befejező rekonstrukció lehetséges.

A rupturált abdominalis aorta aneurysma (RAAA) kezelési elveiről: szükséges-e szemléletváltozás az endovascularis érában?

DR. PAPP LÁSZLÓ, DR. LITAUSZKY KRISZTINA,
DR. BODNÁR F., DR. OLVASZTÓ SÁNDOR,
DR. KOSZTYU LÁSZLÓ, DR. TÓTH CSABA
DEOEC Érsebészeti Tanszék, Debrecen

Az operált rupturált abdominalis aorta aneurysma mortalitása 50% körül (fölött) van a világ számos országában.

(2003. évi Országos Érsebészeti Statisztika: 52%, tanszékünk elmúlt 20 éves anyagában: 56%.) Ezek az értékek többnyire minimális preoperatív szelekcióval vagy szelekció nélkül operált betegeknél érhetőek el. Az első szerző más intézetben operált, betegszelekcióval elért mortalitási mutatója 20% alatti. Több próbálkozás történt az RAAA prediktív mortalitásának a felmérésére (Glasgow Aneurysm Score, Hardmann Index, RAAA-POSSUM), jó effektussal. Ennek ellenére a jelenlegi magyarországi gyakorlatban szemléletváltozás nélkül nehezen keresztülvihető a nyugat-európai gyakorlatban elfogadott passzív stratégia azokban az esetekben, amikor az RAAA műtéti megoldása a túlélés reális reménye nélkül történik. A szerzők saját, debreceni és nyugat-európai tapasztalataik elemzésével ajánlásokat tesznek az RAAA aktív sebészeti-intenzív osztályos kezelését illetően, egyúttal hangsúlyozzák annak szükségességét, hogy az országban több, az RAAA endovascularis megoldására képes centrum felállítása szükséges, mert az RAAA konvencionális sebészeti kezelésének mortalitása betegszelekcióval is csak korlátozott mértékben csökkenthető.

Aortabifurcatio stenosisok kissing stentelését követően elvégzett rekonstrukciós érműtéteink

DR. DARABOS GÁBOR,
DR. MOGÁN ISTVÁN, DR. SIMÓ GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészet, Budapest

Bevezetés: az aortabifurcatio stenosisok kezelésében lehetőség nyílik a nagy hasi feltárással végzett érműtétek kiváltására a kissing technikával végzett egyidejű, mindkét iliaca szájadék stentelésének elvégzésével.

Beteganyag: az elmúlt 20 hónapban 4 betegünkönél végeztünk aortabifurcatio stentelést. Egy esetben nyugalmi fájdalom, perifériás embolisatio, 3 esetben alacsony dysbasia volt az indikáció.

Módszer: 3 esetben percutan, egyszerre végeztük el – kissing technikával – a mindkét iliaca szájadékot érintő stenosis stent implantációját, míg a negyedik betegünkönél két lépésben femoralis feltárásból végeztünk műtétet.

Eredményeink: egy esetben korai reocclusio miatt aorto-bifemoralis bypass készítésére kényszerültünk. A másik három esetben késői reocclusiót észleltünk (egy ízben mindkét, két ízben egy szájadékot érintő reocclusio). Egy esetben reintervenciós kísérlet történt – eredménytelenül. Késői reocclusio esetén két ízben végeztünk aorto-biiliacalis TEA-t, egy esetben a csekély panaszok miatt beavatkozás nem történt.

Következtetés: az aortabifurcatio stenosisok kissing stentelése – bár az irodalomban jó eredményeket is találni – nem váltotta be a hozzá fűzött reményeket. Amennyiben a

beteg állapota erre lehetőséget ad, elsősorban rekonstrukciós érműtét végzése javasolt.

Hibrid iliofemoralis rekonstrukció – műtéti technika és kezdeti eredmények

DR. SIMÓ GÁBOR,
DR. MOGÁN ISTVÁN, DR. DARABOS GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészet, Budapest

Célkitűzés: az iliofemoralis Vollmar desobliteratio hátránya a leválasztott intima-media henger vakon történő proximális levágása (residualis stenosis), illetve az esetleges iliaca communis stenosis ezen a módon nem hozzáférhető. Mindezek gyakran korai reocclusióhoz vezetnek. A műtéttel kombinált intervenció során lehetőség van a szem ellenőrzése mellett végzett proximális levágásra, a residualis stenosis, illetve a distalis lebegő intimaszél stenttel történő fixálására.

Módszer: a fenti kombinált műtétet 16 esetben végeztük el. A műtéti indikáció 10 esetben claudicatio, 6 esetben minor necrosis volt. 11 alkalommal az iliaca externa subtotalis stenosisa, 5 alkalommal teljes occlusiója miatt történt a beavatkozás. A femoralis arteriotómiát direkt, vagy vénafolttal zártuk. A proximális intimaszél residualis stenosisát minden esetben stent implantációval tágtítottuk.

Eredmények: a műtéti idő 95 (70-125) perc. Transzfúziót igénylő vérvesztés nem történt. Korai reocclusio nem fordult elő. 8 hónapos átlagos utánkövetés mellett restenosis nem alakult ki. Egy alkalommal distalis kiterjesztést végeztünk második ülésben.

Következtetés: a korai eredmények alapján a Vollmar desobliteratio intervenciós kiterjesztése révén „minimal invasív” módon a teljes iliofemoralis rekonstrukció biztonságosan elvégezhető. A proximális intima stenttel történő fixálása, illetve az esetleges residualis iliaca stenosis intervenciója kiküszöböli a hagyományos módszer hátrányait.

Percutan transluminális angioplasticák során bekövetkezett iatrogén sérülések és azok ellátása

DR. GALAMBOS BARNABÁS,
DR. TAMÁS LÁSZLÓ,
DR. CZIGÁNY TAMÁS, DR. FÜRTÖS ANDRÁS
*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház,
Érsebészeti Osztály, Győr*

A percutan végzett transluminális angioplasticák (PTA) számának emelkedésével a iatrogén szövődmények is szaporodnak. A szerzők beszámolnak az elmúlt öt év során ta-

pasztalt iatrogén szövődményekről, illetve 2004-ben, a győri PAMOK-ban 3 beteg kezelése kapcsán bekövetkezett ér-sérülést és azok ellátását elemzik. Az első betegnél bal arteria brachialis felől végzett jobb arteria iliaca communis PTA és stent implantáció történt. Az arteria brachialis punkciós nyílásán kialakult feszülő haematoma miatt kellett műtétet végeznünk; az érfolytonosságot suturával állítottuk helyre. A második esetben jobb arteria renalis szegmentális, praecocclusiv stenosisa miatt végeztünk PTA-t és stent implantációt. Közvetlenül a beavatkozás után kialakult vérzéses shock, hasi fájdalom miatt végzett műtét során észleltük a vese arteria eredésénél – stent által okozott – perforációt; aorto-renalis interpositiót végeztünk. A harmadik betegnél bal arteria iliaca communison történt azonos oldali femoralis behatolásból PTA és stent implantáció. Fokozódó hasi fájdalom, retroperitoneális haematoma, néhány óra múlva kialakuló vérzéses shock oka az intervenció során fellépett arteria iliaca externa hátsó fali szakadás volt; aorto-femoralis rekonstrukciót végeztünk. Minden esetben a végtag keringése normalizálódott, beteget el nem veszítettünk. A szövődmény és az ellátás közötti átlagos időtartam 38 perc volt. Két esetben kialakult vérzéses shock ellátási ideje 32 percet tett ki.

III. szekció

Mélyvénás trombózis, thrombolysis

A vénás thromboembólia csökkentésének aktualitása (referátum)

DR. LANDI ANNA

Szent István Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály,
Budapest

A vénás thromboembóliából származó megbetegedések a morbiditási és mortalitási statisztikában még mindig jelentős helyet foglalnak el a kórkép rizikó tényezőinek jelentős feltérképezése, széles körű prevenció bevezetése, a diagnosztikai tárház kibővülése és a terápiás lehetőségek javulása ellenére. Világszerte komoly erőfeszítések történtek a mortalitás csökkentése érdekében, jó eredménnyel. Magyarországon a vénás thromboembóliás megbetegedések halálózása 1970-1990 között duplájára emelkedett, az ezredfordulóra a hetvenes évek szintjét érte el. Ezzel szemben számos európai ország (beleértve a szomszédos Ausztriát és Cseh-

országot is) ezirányú halálozási adatai a magyar populáció-énak csupán fele, harmada, vagy még annál is alacsonyabb.

Szakmai, etikai és gazdaságossági megfontolások egyaránt amellett szólnak, hogy a *prevenciót* kell előtérbe helyezni és erősíteni. Annál is inkább, mivel a mélyvénás thrombosis – mely a fatális és nem fatális pulmonális embólia kiindulópontja – aszimptomatikus formában van jelen igen számottevő arányban; különböző felmérések az aszimptomatikus-szimptomatikus arányt 5:1 – 10:1-re teszik. A prevenció alkalmazásának alapja a vénás thromboembólia rizikóinak ismerete és a betegek rizikó súlyossági csoportba való besorolása. A megelőzés módja a thromboembóliás veszélyeztetettség mértékétől függ. Különböző diszciplínák – általános sebészet, ortopédia, traumatológia, onkológia, intenzív terápiás részleg, idegsebészet, szülészeti-nőgyógyászat, égéssebészet, belgyógyászat – megfogalmazták az adott szakmai kockázati tényezőket, és ezek alapján a kockázati súlyosság is meghatározható. E tekintetben a fő probléma a helyenként nem teljes pontossággal végiggondolt kompetenciaszintek megjelölése; ugyanis egy adott kórkép esetén a beteg a kórfolyamat során több különböző területen dolgozó orvos kompetenciájába tartozhat, ráadásul eltérő rizikó státusszal. Tehát kivétel nélkül az összes klinikumban dolgozó orvosnak ismernie kell a vénás thromboembólia prevenciójára vonatkozó, jól körülírt feladatokat. Kiemelkedő szerepe van a kockázati tényezők összegyűjtésében a családorvosnak, akinél a betegről szóló összes információ együtt van, és azok folyamatos értékelésével a thromboembóliás veszélyeztetettség meghatározható.

Nemzetközi és hazai szakmai előírások segítik a klinikusokat a megfelelő, evidenciákon nyugvó prevenció alkalmazásában. A közepes és nagy rizikójú betegek esetén az alsó végtagokra felhelyezett rugalmas pólyán kívül vagy kis dózisu nem fracionált heparin napi két, vagy valamely fracionált heparin napi egy alkalommal történő adása kötelező.

A hazánkban is rendelkezésre álló LMWH készítmények hatékonyságuk, biztonságosságuk, egyszerű alkalmazhatóságuk folytán – figyelembe véve azt is, hogy a beteg otthonában is könnyen adminisztrálható – egyre inkább a gyógyszeres prevenció választott készítményei. Intézetekben gondot jelenthet azok ára, azonban nem, vagy nem megfelelően alkalmazott prevenció mellett kialakult thromboembóliás betegség gyógyításának az ára többszöröse a megelőzésre felhasználtának. Aspirin nem alkalmas a vénás thromboembólia prevenciójára.

A mélyvénás thrombosis orvosi intuíción, csak a klinikai jeleken alapuló *diagnosztizálása* nem elégséges. A kórisme valószínűségének felállítása az anamnesztikus adatok és a klinikai jelek segítségével történik. A diagnózist kizárni vagy megerősíteni objektív vizsgálati eljárással kell. Az utóbbi két évtizedben a könnyen kivitelezhető, ismételtető, a proximális vénák területén 98%-os negatív prediktív értékű kompressziós ultrahang vizsgálat és a 98%-os szenzitivitású és

ugyanolyan negatív predektív értékű D-dimer teszt képezi a kórismézés és differenciáldiagnosztika alapját. A mélyvénás thrombosis pontos és legkorábban felállított diagnózisa és utána az időben elkezdett adekvát kezelése biztosítja a prognózis javulását, azaz a minél gyorsabb és nagyobb mértékű rekanalizációt, a fatális és nem fatális pulmonális embólia elkerülését, a thrombosis rekurrencia csökkenését és a postthromboticus syndroma kialakulásának mérséklődését. Nem kevésbé fontos a gondos kórismézés azért is, mert a szobajöhető más kórképekkel való összetévesztés elkerülhető, és így ezzel megóvhatjuk a beteget az antikoaguláns kezelés számos lehetséges szövődményétől, valamint a rendszeres vérvételtől és életmódi megkorlátozásoktól.

A mélyvénás thrombosis *kezelésében* áttörést jelentett az immobilitás megszüntetése. Nagy létszámú beteganyagot felölelő vizsgálatok tették egyértelművé, hogy kellően antikoagulált betegek esetében a mobilizálás nem növeli sem a pulmonális embólia, sem a rekuráló thrombotikus események számát, ugyanakkor jelentősen javítja a betegek életminőségét, és mérsékli az ellátás költségeit. A mélyvénás thrombosis gyógyszeres kezelésében az igazán nagy változást az LMWH-k alkalmazása hozta. Több nemzetközi tanulmány metaanalízise szerint e kórképben a kis molekula súlyú heparinok legalább olyan hatásosak és biztonságosak, mint a nem frakcionált, hagyományos heparinok.

Ez egyben azt is jelenti, hogy a betegek ezzel a betegséggel otthonukban is kezelhetők, azonban az otthoni kezelésnek szigorú – a beteg állapotát és a megfelelő infrastruktúrát is magába foglaló – feltételrendszere van, és a kórházon kívüli kezelés csak akkor vállalható, ha biztonsággal követni tudjuk a beteg sorsát, kontrolláljuk paramétereit és a gyógyszer biztos adminisztrálását. A kellő antikoaguláns kezelés lényeges pontja az azonnal megkezdett és kellő dózisban alkalmazott heparin kezelés mellett az, hogy a kumarinra történő átállás szabályait betartsuk; a kezdő dózis kumarin ne legyen magas, valamint a heparint addig adjuk a kumarinnal együtt, amíg a prothrombin terápiai szintű (INR: 2-3) nem lesz egymás után két alkalommal. Ez az átkaroló kezelési periódus többnyire 4-5 napot vesz igénybe.

A mélyvénás thrombosis bizonyos formáinak terápiás tárházába tartozik a fibrinolysis, amelyről egy másik referátum fog szólni.

Intervenciók a v. cava inferiorban májtranszplantáció után

DR. DOROS ATTILA, DR. WESZELITS VIOLA,
DR. GÖRÖG DÉNES, DR. FEHÉRVÁRI IMRE,
DR. NEMES BALÁZS, DR. KÓBORI LÁSZLÓ,
DR. FAZAKAS JÁNOS, DR. THER GÁBOR,
DR. NÉMETH ANDREA, DR. HARTMANN ERIKA
SE, Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: a májelégtelenség bevált kezelése a májtranszplantáció. A posztoperatív szövődmények között 2%-

ban fordul elő a v. cava inferior thrombosisa, szűkülete. Általában rövid idő alatt okoz klinikai tüneteket, a legjelentősebb a veseműködési zavar.

Beteg és módszer: az 1995 óta az SE Transzplantációs és Sebészeti Klinikán végzett első 250 LX adatait elemeztük. 3 beteg 4 májültetése kapcsán volt szükség percutan intervenció végzésére. Egy anastomosis szűkületet nagy méretű PTA-katéterrel tágítottunk, egy beteg szűkületébe nagy méretű, ballonnal behelyezhető stentet helyeztünk. A beteg később retranszplantációra került, amely után ismét v. cava inferior szűkület alakult ki, ezt öntáguló fémstent behelyezéssel kezeltük. A harmadik betegnél a beültetés során a donor és recipiens v. cava inferior közötti 4 cm-es hiányt m. rectus fasciából képzett grafitál pótoltuk, amely két hónap alatt beszűkült. A szűkületbe öntáguló fémstentet helyeztünk.

Eredmények: első betegünk nyomásgradiense normalizálódott, vesefunkciója javult. A második betegnél mindkét stent behelyezése sikeres volt, azonban a retranszplantáció után két hónappal a beteg exitált, működő stent mellett. Harmadik betegünk jól van, a stentben azonban UH-val kimutatható keringés nincs, az alsó testfél vénás vére a kialakult collateralis hálózaton vezetődik a szív felé.

Összefoglalás: a ritka szövődménytípus műtéti megoldása mellett a percutan tágítás és/vagy stentbehelyezés is jó eredménnyel alkalmazható.

Recidív varixok vizsgálata multislice CT-vel

DR. SZATMÁRI FERENC,
DR. BEÉRY IVÁN
*Csolnoky Ferenc Kórház,
Radiológiai Osztály,
Veszprém*

Célkitűzés: új vizsgálati metodika ismertetése a felületes vénák leképezésére.

Módszer: könyökvénán keresztül történő intravénás kontrasztanyag adásával vizsgáltuk mindkét alsó végtag felületes vénás rendszerét azoknál a betegeknél, akik recidív varicositas miatt ismételt műtét előtt állnak.

Eredmény: gyors, semi-invazív vizsgálat, értékelése azonban időigényes, az elengedhetetlen rekonstrukciók miatt. Mintegy 20 beteg vizsgálatával szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

Következtetés: a módszer alkalmas a visszerek és a velük kapcsolatban álló vénás törzsek ábrázolására.

**Tromboembóliás megbetegedések
etiológiájának retrospektív vizsgálata
a Fővárosi Szent Imre Kórház
I. sz. Belgyógyászati Osztályán
kezelt betegekben**

DR. BORVENDÉG J. SEBESTYÉN,
DR. EGRESITS JÓZSEF, DR. FARKAS KATALIN,
DR. KISS ISTVÁN
Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászat, Budapest

Bevezetés: a tromboembóliás megbetegedések halálozási aránya hazánkban kiugróan magas. Vénás trombózis és szövődményei kialakulásához vezető fő öröklött és szerzett okok megoszlásának jobb ismerete segíthet e kedvezőtlen arány javításában.

Módszer: 179, kórházunkban 2003. január 01. és 2005. május 15. között vénás trombózissal és/vagy tüdőembóliával kezelt beteg dokumentációját dolgoztuk fel. Figyelembe vettük a betegek életkorát, nemét, az aktuális tromboembóliás kórképet, a vénás trombózis anatómiai lokalizációját, korábbi és családi előfordulását, a tromboembólia öröklött és szerzett okait, valamint a tünetek kezdetétől a diagnózis felállításáig eltelt időt.

Eredmények: a férfi-nő megoszlás 87/92, az átlagéletkor 64 ± 17 év volt. Öröklött trombofiliát 15 esetben találtunk. Korábbi trombotikus esemény 37 esetben zajlott. 31 betegnél ismert vagy novumként diagnosztizált daganatos megbetegedés volt a fő kiváltó háttér folyamat. Immobilitás 32 beteg, orális anticoncipiens 10 beteg trombózisában játszhatott szerepet. A tünetek kezdetétől a diagnózisig eltelt átlagos idő 8 nap (maximum 50 nap) volt.

Összefoglalás: a tünetek megjelenése és a tromboembóliás kórkép felismerése között gyakran igen hosszú idő telik el. Fontosnak tartjuk a hajlamosító állapotok, illetve a tünetek jelentőségének hangsúlyozását. Az anticoagulálás tartamának meghatározása az általános vezérelvek ellenére minden betegnél külön elbírálást igényel. Ehhez fontos minél több lehetséges kiváltó ok felderítése.

**A vénás tromboembóliák új halálozási
adatai Magyarországon**

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

Vizsgálatunkban a WHO és a Központi Statisztikai Hivatal legutolsó adatait dolgoztuk fel. Az egészségügyi adatok beküldése, tisztítása, feldolgozása lassú folyamat. A legutol-

só adatok 2002-ből származnak. A VTE mortalitása Magyarországon 1998 és 2002 között 100.000 lakosra számítva 10,7 és 10,15 között mozgott, gyakorlatilag nem változott. Ebben az öt évben évente 1040-1140 beteg halt meg hazánkban tüdőembóliában. Az epidemiológiai adatok alapján nálunk a vénás megbetegedések okozta mortalitás három periódusát lehet megkülönböztetni: 1. feltűnő növekedés (1970-1990), 2. fokozatos csökkenés (1991-1998), 3. stagnálás (1999-2002). A keringési rendszer akut halálozási arányait vizsgálva nálunk a VTE 2002-ben a harmadik helyen áll, csak a stroke (181,8/100.000) és az akut myocardialis infarktus (106,2/100.000) előzi meg. Nemzetközi összehasonlításban a VTE okozta halálozás nemcsak Nyugat-Európában, de közvetlen szomszédainknál is lényegesen kedvezőbb.

**A krónikus antikoaguláns terápia
rég-új gyógyszere, a warfarin.
Kezdeti tapasztalataink
a warfarin alkalmazásával**

DR. KRISTÓF VERA, DR. LACZKÓ ÁGNES,
DR. WINDISCH MÁRIA, DR. PENCZ ZOLTÁN¹,
DR. SZAKÁLY ESZTER¹, DR. VARGA ERZSÉBET¹,
DR. SÁSDI ANTAL¹, DR. ACSÁDY GYÖRGY
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Péterfy Sándor utcai Kórház Erzsébet Kórháza,
II. sz. Belgyógyászat¹, Budapest*

A krónikus antikoaguláns kezelés indikációja egyre bővül. A Syncumar több évtizedes egyeduralkodó kiélezte azokat a helyzeteket, amikor indokolt volt az antikoagulálás, elméleti ellenjavallata nem volt, de megvalósítása sikertelennek bizonyult, akár a páciens rossz compliance-a, akár egyéb farmakokinetikai tényezők miatt. A mindennapi gyakorlat számára az előnyös támogatás, a beteg számára könnyen megfizethető ár tette a szükséges széles körben alkalmazhatóvá a már évekkel ezelőtt törzskönyvezett warfarint. Azokat a betegeinket állítottuk warfarinra, akiknél a korábbi Syncumar kezeléssel nem tudtuk elérni a hatékony terápiás szintet, akiknek életminőségét nagyban rontották a diétás megkötések, vagy együtműködési készségük nem volt jó, de nem képezte a kezelés ellenjavallatát, illetve akik hajhullás miatt kifejezetten kérték ezt legalább átmeneti időre. Azt tapasztaltuk, hogy a terápiás szint stabil megtartása az eddig „beállíthatatlan” betegek nagy többségénél problémamentesen megoldódott. A diétás könnyítés mellett a betegek, különösen a diabéteszes és a fogyókúrázó betegek életminősége javult. A gyakorlatban nem okoztak problémát a fogászati, illetve egyéb kisebb sebészeti beavatkozások. Összegezve tapasztalatainkat, az orális antikoaguláns kezelés jelentősen egyszerűbbé vált a warfarin piacra kerülésével.

Vesetumor miatt végzett radikális nephrectomia és vena cava inferior thrombectomy

DR. NAGY ZOLTÁN,
DR. GYURKOVICS ENDRE, DR. SZENDRŐI ATTILA¹
*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika,
Urológiai Klinika¹, Budapest*

1998 és 2005 között az SE ÁOK Urológiai Klinikán 11 vesetumoros beteget operáltak, akiknél az alapbetegség vena renalis és vena cava inferior tumoros thrombosisával szövődött. A 7 nő és 4 férfi beteg átlagéletkora 63,6 év volt. A praeoperatív tüneteket, az alkalmazott műtéti megoldásokat, a tumorok stádium beosztását és a posztoperatív kezelést a szerzők részletes táblázatokban ismertetik. 8 jobb oldali, 3 bal oldali elváltozásnál a tumorlokalizációt 3 esetben a felső, 6 esetben a középső és 2 esetben a vese alsó harmadában találták. Minden betegnél nephrectomia és vena cava inferior thrombectomy történt. A továbbiakban szereplő számok átlageredmények. A tumorméret 100 mm, a cava thrombus hossza 58 mm, a szövettani lelet 9 esetben vesesejtes rák volt. A műtéti idő 4 óra 3 perc, a cava kirekesztés 14 perc, az ápolási idő 14,5 nap volt. 1300 ml vérvesztéséget mértek, amit 4,3 E vvt. koncentrátum adásával pótolnak. Intraoperatív szövödményként 2 kisebb cava vérzés, 1 ureter sérülés, 1 májsérülés kerül ismertetésre. 2 beteget tüdőembólia miatt a műtőasztalon veszítettek el. 5 beteg jelenleg is él, 4 időközben elhunyt beteg túlélési ideje 26,5 hónap volt. Urológus és érsebész együttes tevékenysége jelentős mértékben javítja ennek a nagy kockázatú betegcsoportnak a sikeres műtéti kezelését és túlélési eredményeit. A szerzők eddigi tapasztalataik alapján ezen betegcsoport megfelelően felkészült és felszerelt centrumokban végzett műtéti kezelését indokoltnak tartják.

A jobb vena iliaca communis használata HD kezelésekhez krónikus vena cava superior szindróma és kétoldali vena femoralis elzáródás esetében

DR. KOSZTYU LÁSZLÓ, DR. RÁCZ TIBOR,
DR. BALLA JÓZSEF¹, DR. OLVASZTÓ SÁNDOR,
DR. LITAUSZKY KRISZTINA, DR. TÓTH CSABA,
DR. PAPP LÁSZLÓ
*DEOEC I. sz. Sebészeti Klinika, Érsebészeti Tanszék,
DEOEC Nephrológiai Tanszék¹*

Az 1975-ben született beteg 1984 óta urémiás, 1995 óta részesül részesül HD kezelésekben. Azóta 6 különböző shuntműtét (klasszikus, illetve PTFE felhasználásával Cimi-

no shunt) történt, a shunt-ök idővel elzáródtak. Ezt követően a HD kezelések Tesio katétereken át történtek, a kanülálási helyek mko subclavia, mko jugularis interna és mko vena femoralisok voltak. Amikor a katéterben trombózis alakult ki, úgy trombózis is történt. A rendszeres trombózisok idővel vena cava superior szindrómához, illetve mko vena femoralis teljes occlusiójához vezettek. Mérlegelve a lehetőségeket, a nyitva lévő jobb vena iliaca communis operatív kanülálása mellett döntöttünk, amit 2004. áprilisában elvégeztünk. Azóta a rendszeres HD kezelések a vena iliaca communisba vezetett Tesio katéteren át történnek. Trombózis nem volt. Többszörös vénás trombózis után, limitált vénás hozzáférhetőség esetén a vena iliaca communis kanülálása életképes alternatívát jelent haemodialysis céljából.

IV. szekció Vascularis prevenció, alapkutatások, rizikófaktorok

A végtagkeringés sajátosságai gyermekkorban és változása érdysplasiáknál

DR. MATTASSI, RAUL¹,
DR. TASNÁDI GÉZA²
*Garbagnate Hospital, Milánó, Olaszország¹,
Heim Pál Kórház, Budapest²*

Bevezetés: a végtagkeringés a születéstől a felnőttkorig jelentős változáson megy át. Kutattuk a csecsemő- és gyermekkor végtagkeringésének fiziológiáját és annak hatását a végtag fejlődésére.

Módszer: vizsgáltuk a gyermek kora szerint a vénás nyomásviszonyokat, az O₂ tensio és a vérgázok jellemzőit, a vénás vér LDH aktivitásának változásait. Ugyanezeket a vizsgálatokat a végtagok vénás arterio-venosus malformációinál is elvégeztük.

Eredmények: csecsemőkorban a végtag perfúziója emelkedett, a vénás nyomás magas, alacsony az O₂ consumptio, magas a vénás vér O₂ tensiója, magas az LDH aktivitás. Lábraállással mindez közeledik a felnőttkori értékekhez. Vénás malformációnál a total véráramlás csökken, az O₂ consumptio növekszik, az LDH aktivitás csökken a szövetekben, stagnációs hypoxia és a végtag hypotrophiája a jellemző. Arterio-venosus malformációnál a total véráramlás nő a végtagban, az O₂ consumptio csökken, magas a vénás vér O₂ tensiója, magas az LDH aktivitás, anoxiás hypoxia és a végtag hypertrophiája a jellemző.

Következtetés: a végtagkeringés a születéstől a felnőttkorig jelentős fiziológiai változáson megy át, amelynek következménye az egyre fokozódó szöveti hypoxia. Az dysplasiák ezt a folyamatot felgyorsítják.

Fibrinogenszint változások diabétesz láb szindrómás betegeknél

DR. SINAY LÁSZLÓ, DR. KASZA GÁBOR,
DR. ROZSOS ISTVÁN, DR. KOLLÁR LAJOS,
DR. LITTER ILONA
PTE OEC ÁOK, Sebészeti Tanszék

A PTE ÁOK – Baranyai Megyei Kórház Érsebészeti Osztályán 3 hónapos időintervallumban kezelt 50 diabétesz láb szindrómás beteg kórtörténetét átvizsgálva tanulmányoztuk a fibrinogen, mint akut fázis fehérje szintjének változását a definitív gangrénával, illetve gangrénával nem rendelkező csoportban. Betegfelvételnél vizsgáltuk a fibrinogen- és vércukorszinteket. 34 betegnél különböző mértékű gangréna volt észlelhető, míg 16 betegnél a perifériás keringési zavarhoz nem társult gangréna. Megállapítottuk, hogy a kialakult gangrénás csoportban az átlagos fibrinogenszint 6,94 g/l, míg az átlagos vércukorszint 8,48 mmol/l volt. A gangrénával nem rendelkező csoportban ezek az értékek 5,78 g/l, illetve 6,66 mmol/l voltak. Megállapítható, hogy a fibrinogen, mint akut fázis fehérje szintjének változása jól korrelál a trofikus zavar és gyulladásos folyamat progressziójával. A trofikus elváltozással nem rendelkező diabéteszes perifériás érbetegeknél a fibrinogenszint és reológiai változások folyamatos monitorizálása során észlelt emelkedés figyelmeztető jel lehet a progresszióra, az esetleges gangréna kialakulására.

Jelzi-e a hsCRP az atherothrombosis és annak súlyosságát perifériás obliteratív verőbetegekben?

DR. JASSÓ ISTVÁN,
DR. LANDI ANNA, DR. DINYA ELEK¹
*Szent István Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály,
Budapest,
EGIS Gyógyszergyár, Orvostudományi Főosztály¹*

Célunk az volt, hogy megvizsgáljuk arteriosclerosis obliteransos betegek hsCRP szintjét, és annak összefüggéseit egyéb rizikófaktorokkal, valamint a betegség súlyosságával.

250 személy: 168 perifériás obliteratív verőérbeteg (átlagéletkor: 66,1 év) és 82 kontroll személy (átlagéletkor: 46,2 év) – akiknél manifest arteriosclerosisra utaló klinikai jel nem volt – adatait dolgoztuk fel.

Szignifikáns különbség mutatkozott beteg és kontroll csoport között: hsCRP ($p=0,0000$), fehérvérsejtszám ($p=0,0022$), fibrinogen ($p=0,000$), plazmaviszkozitás, homocisztein ($p=0,0000$), HDL-koleszterin ($p=0,039$), triglicerin ($p=0,028$), ApoA1 ($p=0,048$).

A beteg csoporton belül a dohányosok fehérvérsejtszáma, 90/s és 240/s nyírási rátánál mért vérvizkozitása, plazmaviszkozitása, össz- és LDL-koleszterin szintje, folsav-értéke volt számottevően eltérő. A kontroll csoportban a dohányzás szignifikáns eltérést a vizsgált paraméterekben nem hozott létre.

A diabéteszes betegek HDL-koleszterin és ApoA1 szintje jelentősen alacsonyabb, triglicerid értéke jelentősen magasabb volt.

A Doppler-indexek szerinti súlyossági felosztást követően az adatokban lényeges különbség nem mutatkozott.

A beteg csoportban a hsCRP a gyulladásos folyamatokat jelző paraméterekkel (fehérvérsejtszám, fibrinogen, plazmaviszkozitás) volt szignifikánsan korrelációba hozható.

A hsCRP a perifériás verőerek atherothrombosisával összefüggést mutatott, de a megbetegedés súlyosságával kapcsolat nem volt kimutatható.

A mikrovaszkuláris reaktivitás és az érfali merevség non-invazív vizsgálata különböző kardiovaszkuláris rizikó állapotokban

DR. EGRESITS JÓZSEF, DR. JEKKEK CSABA,
DR. BORVENDÉG J. SEBESTYÉN,
DR. KOLOSSVÁRY ENDRE,
DR. FINTA ERVIN,
DR. KISS ISTVÁN, DR. FARKAS KATALIN
*Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály,
Budapest*

A mikrokeringés, azon belül az endothel diszfunkció vizsgálatának, valamint az érfali merevség kimutatásának fontos szerepe van a kardiovaszkuláris betegségek prognózisa szempontjából. Vizsgálatunk célja az volt, hogy non-invazív módszerek segítségével határozzuk meg a mikrovaszkuláris reaktivitás és az érfali merevség haemodinamikai változásait különböző kardiovaszkuláris rizikó állapotokban. A bőr mikrokeringésének vizsgálatát laser Doppler módszerrel végeztük lokális melegítés hatására (LM) és postocclusív reaktív hyperaemiát (PORH) követően. Az érfali merevség meghatározásához az arteriográf készüléket használtuk, amely oszcillometriás úton képes megmérni a pulzushullám terjedési sebességét (PWV) és az augmentációs indexet (Aix). Vizsgálatainkat egészségeseken (13), kezelt hypertóniás (HT, 13), érbetegségben szenvedő hypertóniás (HT+art., 22), valamint 2-es típusú diabéteszes hyper-

toniás (HT+DM, 25) betegeken végeztük. Az Aix, a PWV és a PORH-ot követő válasz tekintetében szignifikáns különbség volt kimutatható az egészséges (-62,11%; 7,01 m/s; 393,77%) csoport, valamint a HT (-34,25%; 7,91 m/s; 292,77%), HT+art. (0,34%; 9,16 m/s; 182,86%) és HT+DM (0,87%; 9,27 m/s; 192,84%) csoportok között. Az Aix és a PORH között szignifikáns korrelációt találtunk ($r=0,54$). Ezen eltérések jelzik az endothel diszfunkció meglétét, illetve súlyosságát. Klinikai szempontból az alkalmazott non-invaszív módszerek alkalmasak a vaszkuláris diszfunkció kimutatására.

A szemikarbazid-szenzitív amin oxidáz enzim aktivitásának ellentmondásos viselkedése haemodializált veseelégtelen hypertoniás betegekben

DR. NEMCSIK JÁNOS, DR. EGRESITS JÓZSEF,
DR. FODOR ERZSÉBET¹, DR. TÓTH LUCA,
DR. FARKAS KATALIN, DR. SZÖKŐ ÉVA²,
DR. MAGYAR KÁLMÁN², DR. KISS ISTVÁN
*Szent Imre Kórház, I. sz. Belgyógyászat, Budapest,
Eurocare I. sz. Dialízis Központ, Budapest¹,
SE Gyógyyszerhatástani Intézet, Budapest²*

A szemikarbazid-szenzitív amin oxidáz enzim (SSAO) a szervezetben primér aminok lebontását végzi, e folyamat során számos toxikus metabolit képződik. Az SSAO az atherosclerosis kialakulásában az endothelium károsítása útján játszhat szerepet. Emelkedett aktivitását találták előrehaladott atherosclerosis-sal társuló kórállapotokban (2-es típusú diabetes, ISZB). A szintén progresszív atheroscleroticus folyamatokkal jellemezhető haemodializált veseelégteleneknél hasonlóképpen emelkedett SSAO aktivitást feltételeztünk. Munkánk során haemodializált veseelégtelen hypertoniás betegekben ($n=12$) mértük egészséges kontroll csoporttal ($n=12$) összehasonlítva az SSAO aktivitást közvetlenül haemodialízis kezelés előtt, valamint kezelés után. A várakozással ellentétben szignifikánsan alacsonyabb SSAO aktivitást találtunk a beteg csoportban az egészséges kontrollokkal összehasonlítva ($49,35 \pm 8,5$ pmol/mg, $82,97 \pm 3,2$ pmol/mg, $p < 0,01$). Az enzim aktivitása dialízis kezelés után tovább csökkent ($28,56 \pm 2,7$ pmol/mg, $p < 0,001$). Ennek a jelenségnek a hátterében álló mechanizmusokról csak feltételezéseink vannak. Szerepe lehet benne egy ismeretlen kofaktor dialízis során történő kiürülésének, valamely urémiás állapottal összefüggő toxin felszaporodásának vagy a dialízis során használt biológiai membrán okozta oxidatív stressz során felszaporodó, az SSAO aktivitást gátló gyulladásos mediátorok (például TNF-alfa) akut felszaporodásának. A jelenség tisztázására további vizsgálatok szükségesek.

V. szekció PAD és GI intervenciós radiológia

Treatment of descending thoracic aortic aneurysms with endovascular stent-graft (Referate)

DR. JOSIP MAŠKOVIC
*Clinical Hospital Split,
Department of Radiology,
Split, Horvátország*

Purpose: to present our results with endovascular stent-graft aortic repair (EVAR) in a treatment of descending thoracic aortic aneurysms.

Aneurysms of descending thoracic aorta is a life-threatening condition, with high morbidity and mortality rates despite improvements in the surgical treatment and postoperative care.

EVAR has been recently introduced to treat thoracic aortic aneurysms.

Materials/methods: eighteen patients (mean age 63,6 years) with descending thoracic aorta aneurysm underwent EVAR.

Seven patients had a dissection aneurysm, six had false aneurysm following a trauma, four had aneurysm due to atherosclerosis, and one had saccular aneurysm due to syphilis.

Results: the clinical success of EVAR was evaluated by spiral computed tomography angiography and clinical examination.

The study period ranged between six months and five years (average: 18,3 months). In all the patients aneurysm was successfully excluded and there were no signs of endoleaks or other complications.

One patient with Stanford-B dissection died 17 days following stent-grafting. One patient with post-traumatic aneurysm and multiorgan failure died three days following stent-grafting.

Conclusion: in patients with well-defined indications, EVAR is an alternative to aggressive open surgery repair for aneurysms of descending thoracic aorta, although further investigations are needed for final conclusions.

Endovascular therapy of renal artery stenosis – which stenosis should be treated

VIDJAK, VINKO, HEBRANG, ANDRIJA,
BRKLJACIC, B.¹

*Clinical Institute of Diagnostic and Interventional
Radiology, Merkur University Hospital,
Clinical Institute of Diagnostic and Interventional
Radiology, Dubrava University Hospital¹,
Zágráb, Horvátország*

In medical literature there have been many studies of treatment renal artery stenosis. Angioplasty and stent have been for a long time a method of choice.

The aims of our investigation were to establish immediately and long term results of percutaneous methods in treatment of renal artery stenosis.

Success of angioplasty and stenting have been analysed in 197 patients immediately after the procedures. We analysed place of procedure in the renal artery, immediateling clinical success and complication.

Long term results have been analysed in 93 patients evaluation of clicinal success, results of CD and percentage of restenosis.

Summary: angioplasty and stenting are important method in the treatment of renal artery stenosis. They are followed with high degrees of immediateling success and good long term success. Even if these methods are used for a long time, many questions are still open.

Akut vérzés ellátása intervenciós radiológiai módszerekkel

DR. NAGY ENDRE
SZTE ÁOK, Radiológiai Klinika,
NEK Szeged Képkalkító Centrum

Bevezetés: az erek traumás vagy egyéb sérülése következtében létrejövő vérzések sokszor igen súlyos állapothoz vezethetnek, ami a műtéti ellátás kockázatát jelentősen növeli. A minimálisan invazív intervenciós módszerekkel kisebb kockázattal stabilizálhatjuk a beteg állapotát, vagy definitív ellátást biztosíthatunk.

Cél: az akut vérzésekben alkalmazható intervenciós módszerek ismertetése saját tapasztalataink alapján, figyelembe véve a nemzetközi ajánlásokat.

Anyag és módszer: az SZTE ÁOK Radiológiai Klinikáján az elmúlt 15 évben 31 különböző súlyosságú és okú (medence trauma 3, medencei tumor 8, pancreatitis okozta álaneurysma 8, gastrointestinalis vérzés 2, vese traumás A-V fistula 2, vesetumor 2, vesebiopsia 4, postoperatív 2) ar-

tériás vérzést szüntettünk meg intervenciós radiológiai módszerekkel. A beavatkozásokhoz embolizáló spirált, spongostan reszeléket, 96%-os alhoholt és fedett stentet használtunk érterülettől, szervtől és a vérzés mértékétől függően.

Eredmények: a kezdeti technikai sikeresség 100%-os volt. A vérzés minden esetben közvetlenül a beavatkozás után megszűnt. Két beteg súlyos shockos állapot, illetve polytraumatisatio miatt az érelzárást követő 24 órában exiált. A többi esetben a műtét elkerülhető volt, vagy a szükséges beavatkozást haemodynamikailag stabil állapotban lehetett elvégezni.

Következtetés: akut artériás vérzések esetén intervenciós radiológiai módszerek alkalmazásával a nagy kockázatú műtétek elkerülhetők, a vérzés biztonságosan megszüntethető.

Krónikus iliaca occlusiók recanalisatiója: eredmények, szövődmények, korai utánkövetés 42 betegnél

DR. LÁZÁR ISTVÁN,
DR. KOSTYÁL LÁSZLÓ, DR. BARTA SZABOLCS
B.-A.-Z. Megyei Kórház, Röntgen Intézet, DSA, Miskolc

Célkitűzés: a régi iliaca elzáródások percutan recanalisatiója technikailag, indikációit tekintve és a várható szövődmények miatt is kihívást jelentő beavatkozás. Két év alatt végzett beavatkozásaink eredményeinek bemutatásával járulunk hozzá egy interdiszciplináris konszenzushoz.

Anyag és módszer: 2003 januárja óta 45 betegnél (42-73 év) kíséreltük meg egy elzáródott iliaca segmentum recanalisatióját. A beavatkozás 42 esetben technikailag sikeres volt. Közülük 40 beteg legalább 3 hete claudicalt (DT < 100 m). Két beavatkozást egyéb érterületi angioplasztika során, hozzáférési okokból végeztünk. 30 iliaca externát és 12 iliaca communist recanalizáltunk azonos és ellenoldali behatolásból. Mindössze 8 esetben végeztünk predilatatiót, a többi esetben primér stent behelyezés történt. Az utánkövetési idő 11,6 hónap.

Eredmények: 35 betegnél nem észleltünk komplikációt (83,3%). Egy előtágított iliaca externa rupturált, ezt ballon tamponáddal és fedett stent beültetéssel kezeltük. 2 betegnél volt szükség sebészi thrombectomiára distalis embolizáció miatt. 4 minor komplikáció fordult elő. A teljes komplikációs ráta 16,6%. A recanalizált iliaca szakaszt 92,9%-ban tudtuk nyitva tartani endovaszculáris módszerekkel. Az utánkövetés alatt egy azonos oldali ilio-femoralis bypassra volt szükség.

Következtetések: válogatott betegeken, tapasztalt kézben és a szövődmények elhárítására felkészülten a krónikus iliaca occlusiók recanalisatiója biztonságos.

VI. szekció

Amputáció, rehabilitáció / femoro-poplitealis műtétek

Verőérsebészet a femoro-politeális érszakaszon (referátum)

DR. JÁMBOR GYULA

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

Az érsebészeti osztályokról begyűjtött adatok alapján Magyarországon obliteratív verőérbetegség miatt 51.002 rekonstruktív érműtét történt az 1999-2004 közötti öt éves periódusban. Ebből az alsó végtagi verőerek részesedése 38.250, az összes műtét 75%-a.

Érsebészeti szempontból egyes verőér szakaszok nagy jelentőséggel bírnak. A rekonstruktív műtéti számok tükrében a legfrekvenciáltabb terület a femoro-popliteális érszakasz. 18.320 műtétet végeztünk ebben a lokalizációban, ez 35%-os részesedést jelent az összműtéti számból, a 14 jól megkülönböztethető érszakaszon végzett műtét több mint egyharmadát végezzük ebben a régióban.

Nincs még egy olyan verőérszakasz a szervezetben a femoro-poplitealis érszakaszon kívül, ahol annyi fajta műtéti megoldás között válogathatunk, ahol nagyon sokat jelent az operátor tapasztalata, mértéktartása, kreativitása, műtéti technikájának kifinomultsága.

Tárgyalásra kerülnek azok a lehetőségek, amelyek szóba jöhetnek bizonyos elhelyezkedésű elzáródások és szűkületek megoldására az alábbi esetekben:

- a. femoralis communis occlusiója,
- az a. profunda femoris szűkülete/elzáródása (profunda plastica),
- szűkület/elzáródás a Hunter-csatornában,
- az a. femoralis superficialis hosszú szakaszra terjedő elzáródása.

Ez utóbbi a leggyakoribb angiographiás lelet, amellyel az érsebész találkozhat. Nagyon gyakran nem egyedüli elváltozás, társulhat hozzá iliaca szűkület vagy elzáródás, a distalisabb érszakaszok obliteratív betegsége is. A kombinációtól függően alakíthatjuk ki a taktikát.

Az 1960-as években, az érsebészet magyarországi történetének elején ezen az érszakaszon is a *thrombendarteriectomia* (TEA) volt a favorizált módszer.

Elsősorban a Vollmar-féle félig zárt thrombendarteriectomiát végeztük. Sok buktatója van ennek a módszernek. A hosszú szakaszra terjedő elzáródások áthidalással történő megoldásának egyszerűsége és hatékonysága miatt csak nagyon kivételes esetben ajánlható, ahol megkívántatik a sze-

mélyi feltételek megléte is (tapasztalt érsebész legalább asszisztensi szinten).

Talán valamennyi érsebész számára a leggyakrabban végzett műtéti típus a *femoro-poplitealis bypass*.

Minek az eldöntése válik szükségessé egy indikált femoro-poplitealis bypass műtét során? A kérdés természetesen csak azon esetekben kérdés, amikor választási lehetőség van:

- hová helyezzük a proximális anasztomózist?,
- hol jelöljük ki a disztális anasztomózis helyét?,
- milyen típusú, anyagú graftot használunk?,
- hol vezessük a transzplantatutumot?

A *proximalis anasztomózis* helye leggyakrabban az a. femoralis communis. Szóba jöhet az a. femoralis superficialis elzáródás feletti szakasza, nagy ritkán kényszerülünk az ellenkező oldali a. femoralis communison kiképezni az adó helyet. Proximális anasztomózis helyként jól definiálható esetekben ajánlható az a. profunda femoris is, természetesen csak akkor, ha a szájadéka nem szűk, fala egészséges és proximal felől megfelelő a profundába való beáramlás.

A *distalis anasztomózisnak* két típusos helye van: az a. poplitea I. és III. szakasza, azaz végződhet az áthidalás a térd felett és a térdízület alatt. Az angiographia alapján az esetek túlnyomó többségében már a műtét előtt megtervezhetjük a distalis anasztomózis térd feletti vagy alatti helyét, de nem szabad meglepődni, ha az érszakaszok feltárása után csalódás ér bennünket, azaz betegebb a feltárt érszakasz, mint azt az angiographia alapján vártuk. Ilyen esetben természetesen módosítani kell a műtéti tervet.

A következő megválaszolni kívánt kérdés: milyen típusú graftot használjunk áthidalás céljára? Csak elvben sok a választási lehetőség azon graftok közt, amelyekkel az idők során megfelelő tapasztalat gyűlt össze. Gyakorlatilag az autológ vena és a műanyag (Dacron, PTFE) érprotézisek között választunk. Melyiket válasszuk?

Abban jóformán mindenki egyetért, hogy ha a transzplantatumnak át kell hidalnia a térdízületet is, akkor a v. saphena magna verhetetlen. Abban nem egységesek az álláspontok, hogy a térd felett kiképezhető distalis anasztomózis esetén a v. saphena magnának egyenértékű alternatívája-e a műanyag érprothesis. Lehet érveket felsorakoztatni a műanyag és az autológ anyag elsődleges felhasználása mellett is. Műanyag graft (PTFE vagy Dacron egyenértékű) mellett lehet érvelni az alábbiakkal.

– Az obliteratív verőérbetegség ritkán alakul ki az érrendszer csupán egyetlen szakaszán. Az alsó végtagi érbetegség mellett gyakori kísérő a coronariák betegsége és viszont. A coronaria betegség egyik megoldási lehetősége az autológ saphenával végzett bypass. Őrizzük meg a saphena magnát arra az esetre, hátha szükség lesz még rá a szívsebészen.

– Ha az érbetegség distalis irányban progrediál – ezt nagyon gyakran látjuk –, a femoro-poplitealis beavatkozás re-

operációjaként a műtétet valószínűleg a lábszár artériákra kell kiterjeszteni. Őrizzük meg a saphena magnát erre az esetre, hiszen ebben a régióban ez nélkülözhetetlen.

– Egy jól elvégzett érrekonstrukció sem garancia arra, hogy életfogytiglan kiszolgálja a beteget. Végezzük el a femoro-poplitealis bypass műtétet elsőként műanyaggal, majd a reocclusio után a reoperációt az első műtétnél megkímélt saphena magnával. Így a két rekonstrukció átjárhatósági ideje összeadódik.

– A fenti három érv mindegyikét viszonylag könnyen tudjuk magunkévá tenni, ha arra is gondolunk, hogy a műanyag érrel végzett műtét lényegesen egyszerűbb, gyorsabb.

Mindezeket az érveket megkontrázzák az irodalmi adatok.

Randomizált és retrospektív összehasonlító vizsgálatok mindegyike a saphena magnával végzett műtétek jobb eredményét mutatja a műanyag ér felhasználásával szemben, a vizsgálatok túlnyomó többségében ez a különbség szignifikáns. Az autológ vena elsőbbsége megnyilvánul a kumulatív átjárhatósági, a végtag megőrzési adatokban ugyanúgy, mint a reocclusio utáni végtag állapot rosszabbodásában, a szükséges reintervenciók számában és sürgősségében, nem utolsósorban az esetleges fertőzések uralhatóságában. Kétségkívül eltekintve nem javasolják a saphena magna distalisabb rekonstrukciókhoz vagy coronaria bypasshoz történő megőrzését: a térdízület felett kiképezhető distalis anasztomózis esetén elsődleges megoldásként is a saphena magnát ajánlják. A PTFE vagy Dacron érprothesist csak abban az esetben javasolják, ha megfelelő hosszúságú, átmérőjű, fal minőségű saphena magna nem áll rendelkezésre.

Az autológ vena maradhat in situ, vagy ágyából kiemelve, oldalágait lekötve beültethető megfordítva, de megfordítás nélkül is. Természetesen adott esetben valvulotomia szükséges. Műanyag graftot használva, ha a graft a térdízületet áthidalja, a gyűrűs Dacron vagy PTFE típust használjuk.

A femoro-poplitealis rekonstrukciók indikációs köre napjainkra kikristályosodott. Valamennyiünk számára evidens, hogy az elzáródás ténye nem egyenlő a műtéti indikációval. Abszolút indikált a műtét a végtag kritikus ischaemiás állapotában, relatíve indikált akkor, ha a claudicatiós távolság 200 m körül vagy ez alatt van.

Relatív indikáció esetén még további finomítás is indokolt: akkor végezzük, ha a distalis anasztomózist lehetőségünk van a térd felett kiképezni.

A femoro-poplitealis verőér rekonstrukciók túlnyomó többségét végtag megtartó műtétként, a végtag kritikus ischaemiás állapotában végezzük.

Ezek a műtétek viszonylag sikeresek: 95% körüli korai eredményt, 60-70% körüli öt éves jó műtéti eredményt tudunk elérni, ha a jó eredmény kritériumaként a végtag megtarthatóságát határozzuk meg.

Femoro-disztális bypass műtéteket követő korai reocclusiók és reoperációk értékelése

DR. GYURKOVICS ENDRE, DR. KALISZKY PÉTER,
DR. NAGY ZOLTÁN, DR. REGÁLI LÁSZLÓ,
DR. NAGY ANDRÁS, DR. MORVAY KRISZTINA
SE ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika

Érsebészeti munkacsoportunk 1996-2004 között 646 femoro-disztális bypass-t végzett. A disztális anasztomózis 229 betegnél (35,4%) a cruralis artériák valamelyikére, 417 esetben (64,6%) az artéria popliteára került. Az áthidalás 588 esetben (91%) a térdízület alá irányult és csak 58 alkalommal (9%) helyeztük el az anasztomózist a poplitea proximális harmadára. A műtétek során (amennyiben a rekonstrukció a térdízületet áthidalta) törekedtünk az autológ transzplantátum (v. saphena magna, karvéna) teljes vagy részleges alkalmazására (az összes eset 90,2%-a). A posztoperatív szakban 87 esetben (13,5%) észleltünk reocclusiót. Ha az elzáródást követően a további rekonstrukció általános és helyi feltételei adottak voltak, a beteget reoperáltuk (48 eset, 7,4%). A későbbiekben 33 betegnél (5,1%) kényszerültünk major amputációra, 8 esetben működő graft mellett. A 646 műtétet követően 30 napon belül 12 beteg (1,9%) exalt. Vizsgáltuk a reocclusiók lehetséges okait, elemezve a beültetett graft típusokat és az elfolyási pályát. A korai reocclusio gyakoribb volt a cruralis bypassok után, valamint azokat a műtéteket követően, amikor nem autológ transzplantátumot használtunk. Reoperáció során, ha az elfolyási pálya kétséges volt, intraoperatív angiográfiát végeztünk, s ha a kifutást megfelelőnek ítéltük, a rekonstrukciót disztálisan kiterjesztettük. Amennyiben sikerült felismerni és korrigálni a reocclusio okát, a végtag keringését a legtöbb esetben sikerült tartósan rendezni.

Pedalis és plantaris bypassok eredményességének összehasonlítása

DR. NYIREDY GÉZA, DR. BARANYAI ÁRPÁD
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: a boka alá vitt áthidalásos műtéteket kizárólag végtagmentésre alkalmazzuk. A fogadó ér vagy az ADP, vagy a plantaris (AP) oszlás. A két megoldás eredményessége eltér egymástól az irodalom szerint.

Módszer: osztályunkon az elmúlt 12 évben 121 ilyen műtétet végeztünk 102 betegnél. Ebből 89 esetben az ADP, 32 esetben az AP volt a fogadó ér. A betegeknél jelentősebb különbséget a nemek megoszlásánál találtunk. Míg ADP bypassoknál a férfi-nő arány 63/37%, addig AP bypassoknál

90/10% volt. Az életkort, illetve a rizikófaktorokat tekintve azonban szignifikáns különbség nem volt a két csoport között. Hosszabb bypassok inkább a pedalisok között fordultak elő (supragen. ADP 45%, AP 28% volt). Mindkét csoportban a legtöbbször vsm graftot alkalmaztunk (69 és 71%). Többnyire elektív műtét történt (90 és 94%).

Eredmény: a perioperatív halálozás a két csoportban azonos volt (3,4, illetve 3%). Korai elzáródás ADP-nél 7,8%-ban fordult elő, míg AP-nál 15%-ban! Korai amputáció tekintetében azonban a két csoport között nem volt ekkora különbség (5,6 és 3,1%). Az utánkövetés átlagosan 72 hónap volt. ADP bypassok közül 31 beteg, AP bypassok közül 10 beteg exitált. A végtagmentés az előzőnél 77%, az utóbbinál 76% volt, míg az összes nyitvamaradási arány pedalisnál 63,7% volt, szemben a plantaris 36,4%-kal!

Összefoglalás: az irodalommal egyezően az ADP bypassok nyitva maradása messze meghaladta az AP bypassok eredményét, azonban végtagmentésre mindkettő kiválóan alkalmazható.

Homograft használata artériás alsó végtagi rekonstrukciókhoz

DR. VALLUS GÁBOR, DR. DLUSTUS BÉLA,
DR. TÓTH GYULA, DR. TÓTH LAJOS,
DR. BARTA LÁSZLÓ
MH Központi Honvédkórház,
Általános és Érsebészeti Osztály, Budapest

Homograft implantáció alsó végtagi artériás rekonstrukciókban rendkívül kis számban történik. A szerzők ismertetik az alkalmazás indikációs területét, a graft hozzáférhetőségének lehetőségeit. Továbbá képsorozattal bemutatják használatát, kifejtik véleményüket, tapasztalataikat egy esetük kapcsán. Kifejtik a finanszírozás lehetőségeit is.

Következtetésük: bár rendkívül költséges, alsó végtagi xenograft implantációkat követően, szeptikus vérzés esetén, ha más allograft szerzésére már nincs lehetőség, a végtag megtartásához végzett rekonstrukciókban rendkívül jó eredménnyel használható. Indokolt esetben ezen műtétek számának emelkedése várható.

Major amputációkról – a rehabilitáció hiányosságai és lehetőségei

DR. GERGELY MIHÁLY, DR. HALMOS FERENC,
DR. BEHEK SÁNDOR, DR. SZABOLCSI TIVADAR
Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár

Évente országunkban több száz cruralis és femoralis amputáció történik. A szigorú szakmai elvek figyelembe vétele mellett jelenleg – mivel semmilyen, a beteg pszichés felkészítését segítő szervezet nincs – csak az operatőr empátiája segíti a beteg drasztikus testséma változásának elfogadását és az abba való beletörődést. Az amputációt követő rehabilitáció gyakran hiányos vagy teljesen elmarad. A protézisekkel kapcsolatos szakmai és adminisztratív kérdések is napi gondot és veszélyt jelentenek.

Mindkét alsó végtag amputált betegeink protetizálása, avagy a csonkolás nem jelent „végállapotot”

DR. SZILASSY GÉZA, DR. BARABÁS MARIANN
Jósa A. Megyei Kórház, Nyíregyháza

A szerzők bemutatják a mindkét alsó végtag amputált betegeink protetizálása során nyert tapasztalataikat, elemezve a kudarcokat is. Bizonyítva, hogy a sebész és a beteg által „végállapotnak” gondolt esetekből is lehetséges „kilábalás”.

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 szerzőkhöz 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 Fórumán.

Krónikus Vénás Betegségben (CVB)

Miért ne
alkalmazna egy **gyors**
és **tartós** kezelést?



doXium® 500

✓ **Közfgyógy listára
rendelhető!**

DOXIUM 500 mg kapszula C05BX 01

HA: Calcium dobesilate, **JA:** Microangiopathiák, különösen retinopathia diabetica, Alsó végtagi krónikus vénás elégtelenség, Adjuvánsként thrombophlebitis superficialis, postthrombotikus szindróma, arterio-venosus eredetű microcirculatio zavarok, aranyeres panaszok esetén, **(F:** 500-100 mg/NAP ÉTK. KÖZBEN, MAX. 1500-200 mg /NAP). **EJ:** Gy. túlérz. **RE:** Grav. Lact.

MH: Gastrointestinális panaszok, hányinger, hasmenés, bőrkiütés, láz.

Fizetendő fogyasztói ár (TB támogatással):

Doxium 500 mg kapszula **30x - 742.-** (TB támogatás összege: 579.-)

Doxium 500 mg kapszula **60x - 1157.-** (TB támogatás összege: 1158.-)

Közfgyógylistára rendelhető!

A termék vényköteles! Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

OM
P H A R M A

Képviselő:
Medisan Hungary Kft.
1026 Budapest, Pasaréti út 61/a.
Tel: 200 6022, Fax: 200 4974, E-mail:
medisan@medisan.hu

 **MEDISAN** HUNGARY KFT.

I.

Poszterbemutató

**Rekonstrukciós érműtét késői
szövődményeinek ellátása egy betegen –
mit bír ki egy érbeteg?**

DR. DARABOS GÁBOR,
DR. MOGÁN ISTVÁN, DR. SIMÓ GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészet, Budapest

Esetbemutatusunk egy jelenleg 86 éves beteg sorsát követi nyomon, akinél 1983-ban aorto-bifemoralis bypasszt készítették, majd jobb graftszár elzáródás miatt 1996-ban crossover bypass történt. Kálváriája 2004 tavaszán kezdődött, amikor is GI vérzés miatt került belgyógyászati osztályra, és három hetes kivizsgálást követően akut érsebészeti műtetre: aorto-enteralis fistula és infrarenalis aneurysma egyidejű jelenléte miatt. Feltételezve a szepikus környezetet, ezüsttel impregnált graft beültetése történt, majd korai postop. szakban lépnecrosis miatt splenectomiára, majd subphrenicus abscessus (tenyésztés MRSA) miatt percutan drainage-ra kényszerültünk. Hosszas kezelés után a beteg gyógyultan távozott. Kontroll során bal lágyéki (bal graftszár és a crossover bypass anastomosisában lévő) pulzáló haematoma észleltünk, de mivel ez nem növekedett, műtétet nem indikáltunk. Fél évvel később a korábban már occludált jobb graftszár suppuratiója miatt graft explantációt végeztünk. Bakteriológiai eredmény: MRSA. Újabb fél év elteltével crossover elzáródás, jobb alsó végtagi kritikus ischaemia miatt ismételt opus: grafto-prof. interpos. – bal oldalon – a pulzáló haematoma kiirtásával, illetve grafto-prof. crossover bypass (bal-jobb) szintén ezüsttel impregnált dacron prothesis behelyezésével. Tenyésztés negatív. A beteg jelenleg tünet- és panaszmentes. Anamnéziséhez még hozzátartozik: 91.j.o. tüdőresectio cc. miatt, 97: minor stroke. Mi jön még? Mit bír ki egy érbeteg?

**Vascularis interventio
az érsebészeti gyakorlatban**

DR. MIKOLA JÓZSEF,
DR. TURCSÁNY ERIK, DR. KERESZTURY GÁBOR
*Szent György Kórház, Érsebészeti Osztály,
Székesfehérvár*

Az intraoperatív transluminális angioplastica alkalmazásával lehetővé vált hybrid műtétek végzése a multifocalis

arteriosclerosis kezelésében. A Szent György Kórház Érsebészeti Osztályán 2002 novembere és 2005 májusa között 130 betegnél végeztünk hybrid műtétet. 109 esetben a beáramlást növelő angioplasticát végeztünk a rekonstruktív érműtéttel egyidőben. 20 betegnél a kiáramlási pálya dilatációja az érműtéttel együtt történt. Egy alkalommal AMS thrombectomiát követően AMS dilatációt is végeztünk. Anyagunkban értelmezzük a korai átjárhatósági eredményeket, és ismertetjük sikertelen eseteinket is.

**Nagyérsérüléssel járó nyaki metszett
sebzés sikeres ellátása intézményünkben**

DR. NÉMETH JÓZSEF,
DR. TAMÁS LÁSZLÓ JÁNOS,
DR. TÖMBÖL FERENC, DR. DÖBRÖNTE RÓBERT
*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti,
Baleseti Sebészeti, Központi Intenzív Osztálya, Győr*

27 éves férfi beteg otthonában üvegajtóba esett, s ennek következtében a nyak oldalán az állscústól a gerincoszlopig terjedő metszett sebzést szenvedett. A carotis communis kb. 1/2 részben, a vena jugularis interna teljes terjedelmében átvágásra került, a többi nyaki képlettel együtt. A szerzők ismertetik az ellátás mikéntjét és a gyógyult állapotot. Hangsúlyozzák az összehangolt teammunka jelentőségét, amely a beteg életének megmentését eredményezte.

**Graft infectio kezelése in situ
alkalmazott ezüst impregnált protézissel
– kezdeti tapasztalatok**

DR. CSORDÁS JÓZSEF,
DR. HARANG PÉTER, DR. LUTÁR ANDRÁS
*Zalai Megyei Kórház,
Általános és Érsebészeti Osztály, Zalaegerszeg*

A rekonstruktív érműtétek során mindig számolni kell az infectio lehetőségével, függetlenül az alkalmazott műtéti típustól, a felhasznált protézis anyagától. A rekonstruktív érműtétek után az infectio előfordulási gyakorisága 2-5%. A kialakult infectio mindig súlyos kórkép, mert ezen betegcsoportban nagyon magas a mortalitási arány, az abdominalis infectiók során ez elérheti a 70%-ot. A végtag amputáció aránya protézis infectio esetén közel 80%. Az infectio kezelésére alkalmazott korábbi lehetőségek (extraanatomicus bypass, autológ graft alkalmazása, homológ graft, lavage, antibiotikummal impregnált graft) mellett új alternatíva az ezüsttel impregnált protézis felhasználása. Előadásunkban az in situ alkalmazott ezüst impregnált protézis implantációjával szerzett biztató tapasztalatainkról számolunk be.

Cryostripping és hagyományos stripping összehasonlítása az életminőség tükrében

DR. GYEVNÁR ZSUZSANNA,
DR. MENYHEI GÁBOR
PTE OEC Sebészeti Tanszék,
Baranya Megyei Kórház, Pécs

Célkitűzés: a visszérműtét egyik fontos célja a betegek életminőségének javítása. Klinikai vizsgálatunk célja két különböző stripping technika eredményeinek összehasonlítása volt, elsősorban a betegek életminőségének változása szempontjából.

Módszer: intézetünkben prospektív klinikai tanulmányt indítottunk. Több mint 100, primer varicositas miatt műtéten átesett beteget vontunk be a tanulmányba. Vena saphena magna elégtelenség miatt a betegek egyik csoportjánál hagyományos strippinget, másik csoportjánál cryostrippinget végeztünk. Műtét előtt, valamint 1 és 3 hónappal a műtét után betegeinken fizikális és Doppler UH vizsgálatot végeztünk, valamint az életminőség változásának követésére a betegek kérdőívet töltöttek ki.

Eredmények: mindkét csoport életminősége szignifikánsan javult a 3 hónap után végzett kontrollvizsgálatkor. A cryostripping és a hagyományos stripping eredményeit összehasonlítva az egyedüli jelentős különbség az volt, hogy a vena saphena magna stripping helyén suffusiók kisebb arányban fordultak elő cryostrippingen átesett betegeinknél.

Következtetés: primer varicositas miatt végzett vena saphena magna stripping után a betegek életminősége javult, függetlenül a stripping technikájától. A két betegcsoport tartós eredményeinek összehasonlítására hosszútávú nyomonkövetés szükséges.

Tervezett vagy szövődmény miatt végzett érrekonstrukciók általános sebészeti beavatkozások kapcsán

DR. REGÁLI LÁSZLÓ, DR. LUKOVICH PÉTER,
DR. KALISZKY PÉTER, DR. MORVAY KRISZTINA,
DR. KUPCSULIK PÉTER
SE ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Az elmúlt öt évben klinikánkon több olyan nem-érsebészeti műtét történt, amelynek során részben tervezetten, részben sérülés kapcsán érresectióra, majd azt követő érrekonstrukcióra volt szükség. Tervezett érresectiót az onkológiai radikalitás fokozására, malignomák (pancreasfejtumor, npl, Klatkin-tumor) miatt végeztünk. Preoperatív, már a diagnosztikai vizsgálatok (CT, Doppler, laparoscopus és endo-

scopus UH) alapján is felmerült az érresectio szükségessége. Általában a malignomáknak a környezetükben lévő erekre (a. mesenterica superior, a. hepatica és ágai, v. portae, v. cava inferior) való terjedése inoperabilitást jelenthet. Előadásunkban vizsgáltuk, hogy a pancreasfejtumorok műtétei, kiterjesztett érresectiókkal társítva, emelik-e a betegek túlélési idejét. Az érresectiók bármely artérián, illetve vénán előfordulhatnak általános sebészeti beavatkozások kapcsán. Előadásunkban azokkal az esetekkel foglalkozunk, ahol érrekonstrukcióra volt szükség az ér fontos ellátási területe miatt (vena portae, arteria hepatica propria és vena cava inferior sérülése). Az ereket, ha lehetett, direktben varrtuk meg, illetve amennyiben graftra volt szükség, minden esetben a vena saphena magnát használtuk.

Nagy kiterjedésű alsóvégtag-lymphoedemás esetünk kezelése konzervatív és sebészeti módszerekkel

DR. FÜZI ÁRPÁD, DR. RIPP KLÁRA
PTE-OEC ÁOK,
Baranya Megyei Kórház, Sebészeti Osztály, Pécs

A szerzők egy esetbemutatáson keresztül ismertetik az intézetükben megjelent, mozgáskorlátozottan járó, nagy kiterjedésű alsó végtagi lymphoedemás beteg konzervatív és műtéti kezelését. A beteg anamnézisében varicectoma, visszatérő erysipelas, ulcus cruris következményeként fokozatosan progrediáló elephantiasis alakult ki. A terápia első szakaszában alkalmazott konzervatív kezelés célját, lépéseit, hatását ismertetik. A kezelés eredményét mind szubjektív, mind objektív adatokkal (PRA-index alapján) is alátámasztják. A második szakaszban a kiürített bőrfüggelék subcutis resectióját végezték, lymphovenosus shunt készítésével. Az elvégzett beavatkozások eredményeként a beteg végtagduzzanata csökkent, életminősége javult.

A hasi aorta malignus fibrosus histiocytomája okozta hármasszövődmény

DR. TÓTH CSABA, DR. BARTHA IVÁN,
DR. DINYA TAMÁS, DR. OLVASZTÓ SÁNDOR
DEOEC, I. sz. Sebészeti Klinika, Debrecen

A nagy erek malignus megbetegedéseit a ritka betegségek csoportjában tartjuk számon. A lágyrész tumorok között a malignus fibrosus histiocytoma (MFH) számít a leggyakoribbnak. Előadásunkban egy rendkívül ritkán észlelhető, a hasi aorta bifurkációjában kialakult MFH okozta hármasszövődményt szeretnénk bemutatni. A sebészeti kezelés ered-

ményes volt, amelyet kemoterápia követett. Sajnos, a multiplex tüdő metastasisok és a gyorsan kialakuló lokálrecidiva rövid túlélést tett csak lehetővé. Az eset kapcsán áttekintjük a nagy erek malignus betegségeit, a primer betegség és az áttétek kezelésének lehetőségeit. Kitérünk az aneurysma ruptura gyakoriságára és a vena cava inferior együttes érintettségének következményeire.

**Perifériás embolizáció/mikroembolizáció
diagnosztikája
és a komplex
belgyógyászati kezelés
eredményei**

DR. PENCZ ZOLTÁN,
DR. SZAKÁLY ESZTER,
DR. KRISTÓF VERA,
DR. LACZKÓ ÁGNES,
DR. WEINBERGER ÉVA, DR. VARGA ERZSÉBET
*Péterfy Kórház, C-Belgyógyászat, Budapest,
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest*

A spontán, vagy beavatkozást (műtét, PTA) követően kialakult végtagi mikroembolizáció gyakran jelent diagnosztikus és terápiás kihívást.

A gyakran súlyos panaszokat okozó elváltozások kezelése fontos, mert hiányában a korábban elvégzett rekonstrukció pozitív hatása is jelentősen csökkenhet. Perifériás mikroembolizáció diagnózisával osztályunkra utalt betegek diagnosztikus és kezelési eredményeit dolgoztuk fel. Kizárólag non-invazív, a makro- és mikrocirkulációt is részletesen vizsgáló módszereket (CW-Doppler, duplex ultrahang, lézer Doppler, tcpO₂, kapillár-mikroszkópia) alkalmaztunk. A vizsgálatba 12 beteg adatait vontuk be.

Az esetek felében a tünetek felléptét megelőzően nem történt sebészeti vagy radiológiai intervenció. Ezen esetekben az embólia-forrást csak 50%-ban sikerült verifikálni. Differenciáldiagnosztikai szempontból a primer és szekunder vasculitisek jönnek elsősorban szóba, amelyek komoly megsejtetéseket képesek okozni.

Kombinált belgyógyászati kezelés (PGE-1, haemodilutio, fizioterápia) hatását a mikrocirkulációs módszerekkel monitoroztuk. Eseteink kétharmadában jelentős javulást észleltünk mind a szubjektív tünetek, mind a mikrokeringés tekintetében. A terápia refrakter esetekben minor amputációkra került sor. A perifériás mikroembolizációk számának növekedésére lehet számítani az átlagéletkor és az invazív vaszkuláris beavatkozások számának emelkedése miatt. A kezelés elsősorban belgyógyászati, ezért fontos lenne mielőbb meghatározni a korszerű diagnosztikus és terápiás lépéseket.

**Erythema nodosum
képében jelentkező filariázis esete**

DR. KRISTÓF VERA, DR. PENCZ ZOLTÁN,
DR. VARGA ERZSÉBET, DR. KŐVÁRI ILONA¹,
DR. SÁSDI ANTAL, DR. SZAKÁLY ESZTER
*SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest,
Péterfy Sándor utcai Kórház
Erzsébet Kórháza,
II. Belgyógyászat, Budapest,
Kőbányai Egészségügyi Szolgálat¹*

Az 1933-ban született férfi beteg erythema nodosum jellegű, lábszáron megjelenő bőrelváltozások, intermittáló lázas periódusok miatt kereste fel ambulanciánkat. Részletes kivizsgálásával egyértelmű kiváltó okot nem tudtunk igazolni. A gyanút keltő mellkas röntgen és CT elváltozásokból, illetve más indirekt jelekből következtetve immunológus, pulmonológus véleménye alapján Boeck sarcoidosis diagnózist állítottunk fel, és tartós szteroid kezelést kezdtünk. A páciens napok alatt lázталanná vált, és néhány hét alatt az erythemák is szinte teljesen eltűntek, néhány barnásan pigmentált, 2-3 cm-es bőrterület emlékeztetett a korábban gyermektenyéryn yi gyulladt bőrelváltozásokra. Több sikertelen próbálkozás után a harmadik évben sikerült leépíteni a szteroidot. Tartós panaszmentesség után a beteg váratlanul jelentkezett, és alkoholban tartósítva hozta magával azt a fonálszerű, önállóan mozgó idegentestet, amit a kar bőre alól távolított el. Parazitológusokkal történt többszöri konzílium után azonosították a kórokozót, ami *dilofilaria repens* volt. Kiemelendő az a tény, hogy páciensünk Magyarországon kívül csak Ausztriában járt, háziállattal nem volt kontaktusban. Részletes infektológiai kivizsgálás sem mutatott további fertőzöttséget, szemészeti státusza ismételt négatív volt. Esetünk is példázza, hogy az erythema nodosum miatt gyakran angiológiai vizsgálatra irányított betegeknél a szokványos kórok mellett szokatlan infekciókra is fény derülhet.

**Risk factor monitoring during peripheral
arterial obstructive disease rehabilitation**

DR. ALBERT ISTVÁN, DR. BODÓ LÁSZLÓ,
DR. ALBERT ANDRÁS
*County Hospital, Medical Department,
Sf. Gheorge, Románia*

Cardiovascular rehabilitation is an important step to improve prognosis of peripheral arterial obstructive disease. The global risk stratification is monitored by long term follow up program.

Method: 10 years 228 patients with peripheral arterial obstructive disease were followed, 118 had severe hypercholesterolemia, 59 had moderate high blood pressure, 80 had diabetes mellitus type 2, smokers were 197. All these patients were medically treated and attended a home-based rehabilitation program.

Results: in the group the total mortality was 15,8%, the myocardial infarction morbidity 18,6%, but primary risk factors were reduced with 59%: the blood pressure control was 77%, the smoke cessation 92% and the metabolic disorders as hypercholesterolemia and diabetes was very intensively controlled in 100%. Revascularisation was made at 74 (32,4%) patients, amputation at 41 (18%) patients.

Conclusions: complex medical and nonpharmacological treatment of peripheral obstructive arterial disease with aggressive risk factor management is effective and reduce the need of amputation.

Oxidatív stresszt jellemző paraméterek alakulása obliteratív verőérbetegekben

DR. JASSÓ ISTVÁN, DR. BLÁZOVICS ANNA¹,
DR. HAGYMÁSI KRISZTINA¹,
DR. DINYA ELEK², DR. LANDI ANNA
*Szent István Kórház, IV. Belgyógyászati Osztály,
Budapest,
SE ÁOK, II. Belgyógyászati Klinika¹,
EGIS Gyógyszergyár, Orvostudományi Főosztály²*

Az atherosclerosis pathomechanizmusában az oxidatív stressz szerepe bizonyított, azonban nem eléggé ismert a szervezet oxidatív stresszt elimináló képessége és az azt befolyásoló tényezők.

Anyagunkban 250 személy: 168 perifériás obliteratív verőérbeteg és 82 kontroll személy – akinek klinikailag arteriosclerosisra utaló jel nem volt észlelhető – adatait dolgoztuk fel. Megvizsgáltuk az obliteratív verőérbetegek oxidatív státuszát és a reaktív folyamatokat jellemző néhány paramétert: összefüggést kerestünk az ismert rizikófaktorok (dohányzás, diabetes mellitus, hypertonia) és a gyulladásos folyamatot jellemző hsCRP, illetve a szabad SH-csoport, H-donor aktivitás, redukálóképesség és a total scavenger kapacitás értékei között.

Szignifikáns eltéréseket kaptunk az oxidatív stresszt jellemző paraméterek (szabad SH-csoport, H-donor aktivitás, redukálóképesség), valamint a total scavenger kapacitás vonatkozásában a rizikófaktorok szerint bontott betegcsoportok és a kontroll csoport között. További vizsgálatok segíthetnek az oxidatív stressz pathomechanizmusának, a szervezetre gyakorolt káros hatásának pontosabb megértésében.

Acut szervi, szöveti ischaemiát követő fatális kimenetelű reperfúziós szindrómák

DR. NAGY ANDRÁS, DR. REGÁLI LÁSZLÓ,
DR. NAGY ZOLTÁN, DR. NAGY ENDRE
SE ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Klinikánkon 2000 és 2005 között négy esetben észleltünk súlyos szervi, szöveti ischaemiát követő, fatális kimenetellel járó reperfúziós szindrómát. Három betegnél érsebészeti beavatkozást követően (két aorto-bifemorális bypass, egy acut mesenterialis thrombosis revascularisatiója), egy esetben extrém gyomor dystensio okozta aorta compressio sebészeti megoldása után alakult ki a kezelhetetlen tünetegyüttes. Az általános tünetek között a keringés mással nem magyarázható depletiója és a korábban ischaemiás terület postoperatív kifogástalan keringése volt kiemelhető. A fenti esetek részletes elemzésén keresztül kívánjuk bemutatni, hogy a gondos posztoperatív vezetés ellenére is kialakulhat váratlan, életet veszélyeztető szövődmény.

A sonoVueZ ultrahang kontrasztanyag első magyarországi alkalmazása során szerzett tapasztalataink

DR. HARMAT ZOLTÁN, DR. BATTYÁNI ISTVÁN,
DR. ROSTÁS TAMÁS, DR. KISS BORBÁLA
PTE-OEC ÁOK, Radiológiai Klinika, Pécs

A második generációs ultrahang kontrasztanyagok az utóbbi években terjedtek el világszerte, azonban Magyarországon még alig alkalmazzák őket. A SonoVueZ-t mi használtuk elsőként. Számos nemzetközi irodalmi utalást ismerünk arra vonatkozóan, hogy az ultrahang kontrasztanyagok intravénás bolusban történő beadásával az ultrahang diagnosztika hatékonysága jelentősen növelhető. Igaz ez a parenchymás szervek és a vascularis struktúrák esetében is. Vizsgálataink során a SonoVueZ intraarteriális beadását követően határoztuk meg a primer vagy secunder malignus májdaganatok életképességét szelektív chemoembolisatiót követően. Ezen túlmenően eddig másutt még nem alkalmazott új módszerrel – ultrahangkontrasztos portographiával – vizsgáltuk a máj szerkezetét a gócos májbetegségek képalkotó diagnosztikája szenzitivitásának fokozása érdekében. Módszerünket alkalmasnak találtuk a szelektív chemoembolisatio eredményének megítélésére. Új lehetőséget találtunk a gócos májbetegségek pontosabb kimutatására, amely a meglévő ultrahangos módszereknél hatékonyabb képalkotó eljárás.

**Dinamikus grádiensecho-mérés
kontrasztanyag alkalmazásával
az endometrium tumorok myometriális
inváziójának megítélésére**

DR. NAGY GYÖNGYI,
DR. HETÉNYI FERENC¹,
DR. KOVÁCS LAJOS¹, DR. SOMOGYI RITA,
DR. MILICS MARGIT

Zala Megyei Kórház,
Radiológiai és Izotópdiaosztikai Osztály,
Szülészeti-Nőgyógyászati Osztály¹, Zalaegerszeg

Cél: a modern képalkotó eljárások segítségével ma már információt kaphatunk az ép és kóros szövetek keringésdinamikájáról, amelyet a terápiás terv felállításánál a klinikusok a napi gyakorlatban hasznosíthatnak. Előadásunk célja a kontrasztanyag beadását követő, gyors grádiensecho szekvenciáinak ismétlésével végzett, dinamikus MR vizsgálat jelentőségének bemutatása az endometrium tumorok stádium meghatározásában.

Betegek és módszer: szövettanilag igazolt endometrium carcinomás betegeknél: spin echi T1-, T2 súlyozott szekvenciák mellett a corpus hossz tengelyére merőleges síkban natív, majd kontrasztanyag beadását követően három alkalommal ismételt grádiensecho mérések készültek 100 szekundumon belül (1T Magnetom Impact, 1,5 T AVANTO). A dinamikus vizsgálat eredményeit a hagyományos spin echo szekvenciák leleteivel összehasonlítottuk.

Eredmények: az endometrium tumor kisebb mértékű kontraszthalmozódást mutatva jól elkülönül az ép myometrium szövetétől a korai 80-100 szekundum közötti időben a kontrasztanyag beadást követően. Ez az IB és IC stádium elkülönítésénél prognosztikai értékű a műtétet végző orvos számára. (IB stádium esetén 4%, IC-nél 40% esély van a nyirokcsomók érintettségére.) Előrehaladott stádiumokban (T3, T4) a kismedencei szervek kezdeti érintettsége is pontosabban megítélhető. 34 szövettanilag igazolt endometrium carcinomás beteg radiológiai-patológiai-klinikai korrelációját vizsgáltuk meg. Az MR vizsgálat pontossága 82%. Szenzitivitásunk a 22 operált betegnél T1B stádiumra vonatkoztatva 75%, T1C stádiumnál 87% volt. A diagnosztikus nehézséget legtöbbször a myomagöbök miatt deformált, atrophias uterus, nagy kiterjedésű polipoid, izointenz tumor okozta.

Következtetés: a keringésdinamika ma már szekundumos, szubszekundumos MR gyors grádiensecho szekvenciáinak alkalmazásával a napi gyakorlatban felhasználható. A fenti vizsgálatnak prognosztikai jelentősége van az endometrium tumorok kiterjedésének megítélésében, amely a terápiás terv felállításánál hasznosítható.

**II.
Poszterbemutató**

**Evaluation
of sentinel lymph node
in patients with breast tumor**

DR. SZALAI GÁBOR,
DR. KÁLMÁN ENDRE,
DR. TIZEDES GYÖRGY,
DR. PAVLOVICS GÁBOR,
DR. SCHMIDT ERZSÉBET, DR. TÓTH MÓNICA
University of Pécs, Department of Radiology,
Pécs

The axillary lymph node (LN) dissection is increasingly replaced by sentinel LN biopsy.

Aim: the study is designed to determine the accuracy of a multi-step preoperative staging procedure.

Methods: in breast cancer patients clinical examination and axillary US were performed prior to the breast fine needle aspiration biopsy (FNAB). If suspicious LN was detected, then US-guided FNAB was performed primarily. If the result of the LN FNAB was negative, then the patient was elected into the isotope sentinel detection program. The isotope was injected around the tumor one day before the operation and the sentinel LN was evaluated by gamma detector. Repeated US and US-guided FNAB were performed. The results of the FNAB and the operative samples were compared.

Results: 147 breast cancer patients were evaluated. 34 patients LN metastases were found primarily. The remaining 113 patients formed the isotope sentinel group. From them 8 cases FNAB were positive. The total number of metastases detected by FNAB prior to the operation was 42. The entire positive LN containing metastases were bigger than 5 mm. There was no false positive result. 105 patients were considered as metastasis-free after the cytological evaluation. In 8 cases micrometastases were detected after postoperative histological examination. Thus in 8 cases preoperative cytological examination showed false negative results.

Conclusions: the multi-step US-guided „hot spot” lymph node FNAB is recommended as an effective preoperative intervention, to reduce the rate of intraoperative biopsy of the sentinel lymph nodes and the subsequently applied axillary reoperations.

Carotis sztentelés nyaki behatolásból keringésmegfordításos agyvédlemben – biztos technika nehezített hagyományos behatolások esetén

DR. PINTÉR LÁSZLÓ

*Abteilung für Allgemein- und Gefäßchirurgie,
Augusta Krankenhaus, Düsseldorf, Németország*

Az arteria carotis interna szimptomás és nem szimptomás szűkületeinek kezelésében egyre szélesebb körben alkalmazott eljárásá vált az arteria sztentvédelemben végzett tágitása. Különböző multicentrikus, randomizált tanulmányok és terápiás regiszterek adatai szerint ez a minimális invazív eljárás legalábbis egyenértékűnek látszik a hagyományos sebészi eljárással (endarteriectomia) összehasonlítva, magas rizikójú betegek esetében.

A lágyékhajlati behatolás az esetek többségében minden különösebb nehézség nélkül kivitelezhető, azonban bizonyos esetekben előrement lágyéki műtétek, aortoiliacalis érrekonstrukciók vagy érszűkületes, esetleg aneurysmaticus elváltozások nem teszik lehetővé, vagy az aortaív kedvezőtlen elváltozásai (proximalis eredés, közös eredése a jobb és bal carotis communisnak, ivaneurysma stb.) erősen megnehezítik ezt a behatolási módot. Ilyen esetekre kitűnő megoldásnak bizonyult gyakorlatunkban is az ún. nyaki behatolás.

Helyi érzéstelenítésben kb. 2 cm haránt metszést ejtünk az azonos oldali m. sternocleidomastoideus kulcsfontosságú ere felett, majd az izom két tapadási részét hosszirányban kettéválasztjuk. Így előttünk fekszik a vena jugularis interna, majd valamivel mélyebb preparációval az arteria carotis communis. Szisztémás heparinizálás után mindkét érbe egy 8 Fr sheat-et vezetünk be, amelyeket rövidre zárunk. Az arteria carotis communis proximális szakaszát tourniquetvel rekesztjük ki az érbeni manipulációk alatt. A sztentelés és tágitás technikája a továbbiakban megegyezik a lágyéki behatolásból végzett módszerrel.

2002 januárja óta 47 esetben alkalmaztuk az eljárást, 24 esetben szimptomás, 23 esetben aszimptomás betegnél. Egy esetben sebészi beavatkozást igénylő utóvérzés, egy esetben TIA lépett fel a posztoperatív időszakban, halálesetünk nem volt.

Tapasztalataink szerint az eljárás biztonsággal kivitelezhető, gyorsan elsajátítható (még érsebészek számára is).

A módszer előnyeit a következőkben látjuk: fertőzésveszély csökkentése a lágyéki szűrés nélkülözésével; embolizációs veszély csökkentése az aortaívben való manipulációk kiiktatásával; a keringésmegfordításos agyvédlemben már az első szűkületben való manipuláció alatt is hatásos; lágyéki behatolást kizáró anatómiai-patológiai viszonyok között mindig kivitelezhető.

Fő hátránya, hogy – bár minimális, de – sebészeti beavatkozást igényel. A perkután érelzáró eszközök fejlődésével a módszer biztosan perkután is kivitelezhető lesz.

A szolubilis thrombomodulin és a TNF-alfa genotípus szerepe szignifikáns carotis stenosisban és restenosisban

DR. DÓSA EDIT, DR. SZABÓ ATTILA,
DR. SELMECI LÁSZLÓ, DR. FÜST GYÖRGY¹,
DR. ENTZ LÁSZLÓ

*SE Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Kutató Labor¹,*

III. Belgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: az ischaemiás agyi történések hátterében gyakran áll az a. carotis interna szignifikáns stenosisa. Az atherosclerosis gyulladásos faktorai közül a szolubilis thrombomodulinnak (sTM) és a TNF-alfa genotípusának együttes szerepe carotis stenosisban és restenosisban nem ismert.

Anyagok és módszerek: vizsgálatunk alapját 64 elektív everziós carotis endarteriectomián átesett beteg képezte (2003-2004). A kontroll csoportot 64 egészséges vérado alkotta. Az atherosclerosis klasszikus rizikófaktorainak regisztrálása mellett meghatároztuk a kontrollok, valamint a carotis stenosisosok plazma sTM szintjét a műtét előtt, illetve átlagosan 14 hónappal a műtét után. Mindkét csoportban vizsgáltuk a TNF-alfa promotor polymorphismusait.

Eredmények: 1. Negatív korrelációt észleltünk a preoperatív duplex scan értékek és a plazma sTM koncentrációk között ($R=0,418$, $P=0,0006$).

2. A 308 A TNF-alfa genotípusú betegek preoperatív sTM plazma szintje szignifikánsan alacsonyabb volt ($P=0,0415$), mint azoké, akik normál genotípussal rendelkeztek.

3. A műtétet követően mért sTM értékek szignifikánsan magasabbak voltak a preoperatív értékekhez képest ($p<0,0001$).

4. A 15 restenosisos ($\geq 50\%$) és a 49 nem restenosisos betegnek sem a preoperatív, sem a 14 hónapos posztoperatív sTM koncentrációi nem különböztek statisztikailag szignifikánsan ($P=0,943$, $P=0,674$).

Megbeszélés: az sTM szintek és a preoperatív duplex scan értékek között megfigyelt negatív korreláció, valamint az atheroscleroticus plaque-ok sebészi eltávolítását követően észlelt szignifikáns sTM koncentráció emelkedés felveti a TM jelenlétét, kötöttségét a carotis plaque-okban. Az sTM atherosclerosisban betöltött szerepe és ennek kapcsán a TNF-alfa genotípussal való kapcsolata további vizsgálatokat igényel.

Néhány érv a carotis eversio mellett

DR. TARR MIKLÓS,
DR. BALLA GÁBOR, DR. SARKADI LÁSZLÓ
*Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Érsebészeti Részleg,
Budapest*

A szerzők beszámolnak az általuk 2000. január 1-jétől 2004. december 31-ig terjedő időszakban végzett 195 carotis rekonstrukció eredményeiről. A végzett műtét minden esetben eversió endarteriectomia volt, shunt nélkül. Három beteget vesztettek el, a halál oka acut cardialis történet volt, valamint öt betegnél alakult ki posztoperatív neurológiai szövődmény, 2 major, 3 minor stroke. Bemutatják néhány beteg eltávolított intima hengerét, bizonyítva a műtét eredményességét. Véleményük szerint a jó műtéti technikával végzett eversio ma is első szerepet játszik a carotis stenosis kezelésében.

CT angiographia szerepe a carotis stenosis preoperatív vizsgálatában

DR. SIMÓ GÁBOR,
DR. MOGÁN ISTVÁN,
DR. MOLNÁR PÉTER¹, DR. ERÉNYI ÉVA²,
DR. DARABOS GÁBOR
*Szent Imre Kórház, Érsebészet,
Radiológia¹, Pathológia², Budapest*

Célkitűzés: a carotis stenosis preoperatív diagnosztikájában a CT angiographia vált az elsőként választandó eszközzé a hagyományos DSA helyett. A műtéti indikáció alapját, a stenosis fokának megállapítását azonban számos tényező befolyásolja: az eszköz felbontása, a vizsgáló gyakorlata, szubjektív megítélése, a morphológia. A vizsgálat célja multislice CT angiographia találati biztonságának meghatározása a műtét során eltávolított intimahenger szövettani feldolgozása alapján.

Módszer: 30 műtetre került sor carotis stenosis esetében. Ezeknél a szerzők összehasonlították a preoperatív CT angiographia és a szövettan eredményét a residuális lumen vonatkozásában. A CT angiographia mérése a rekonstrukció során a szűkület területén szoftveres technikával mért kontrasztanyag denzitás-csökkenés alapján történik. A műtét során (eversió endarteriectomia) eltávolított intima-média-henger szövettani feldolgozása után, a legnagyobb szűkület magasságából származó metszet digitális fotózása és area mérése alapján határozzuk meg a valódi stenosis mértékét.

Eredmény: 26 esetben a két mérés egybehangzó (eltérés kisebb 10%-nál), 3 esetben a CT angiographia alulbecsülte a stenosist (eltérés nagyobb 10%-nál), egy esetben nagyobb szűkületet mutatott.

Következtetés: a CT angiographia a nagy találati biztonság, az érdemi non-invazivitás alapján alkalmas és elsőként választandó eljárás a carotis stenosis diagnosztikájában. Megfelelő technikával az intracranialis érpálya is vizsgálható ezen módszerrel.

Extracranialis carotis interna jelentős méretű, valódi aneurysmájának sikeres operációja (esetismertetés)

DR. GELLÉRT GÁBOR, DR. MARIK GYÖRGY
*Szent Lázár Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály,
Salgótarján*

A szerzők beszámolnak az idős nőbetegen, acut sebészeti műtétrel kapcsolatos kórházi kezelés során diagnosztizált, bal carotis interna 6 cm-t meghaladó átmérőjű, valódi aneurysmájának sikeres műtéti megoldásáról. Érintik az artériás aneurysmák e ritka lokalizációjának nemzetközi irodalmát és a lehetséges műtéti megoldásokat. Röviden ismertetik az eset előzményeit, a diagnosztikai lépéseket, majd bemutatják a fotókkal dokumentált műtétet, és beszámolnak az utánkövetés eredményéről. A következtetés, hogy megfelelő előkészítés és diagnosztika birtokában, gyakorlott team kezelésben, megbízható intenzív osztályos háttérrel még idős korban is indokolt és lehetséges volt az elváltozás műtéti megoldása, a nagyméretű aneurysma valószínű szövődményeinek megelőzését szem előtt tartva.

A diabetic foot szindrómás betegek hemorheológiai nyomonkövetése

DR. ROZSOS ISTVÁN, DR. SINAY LÁSZLÓ,
DR. KASZA GÁBOR, DR. LITTER ILONA,
DR. KÜRTHY MÁRIA, DR. WEISDORN R.,
DR. RÓTH ERZSÉBET, DR. KOLLÁR LAJOS
*PTE-OEC ÁOK – Baranya Megyei Kórház,
Sebészeti Tanszék, Kísérletes Sebészeti Intézet, Pécs*

Bevezetés: a DM világszerte növekvő betegsége mellett a kutatások a következményes keringési zavarok vizsgálatának irányába fordulnak. A macro- és microangiopathia elemzésekor a struktúra károsodása kiemelt szerepet kap, emellett azonban a vér minőségének jelentősége háttérbe szorul.

Betegek és módszerek: nyomonkövetéses vizsgálatot indítottunk NIDDM – diabetes foot szindrómás betegek csoportjánál annak elemzésére, hogy miként változnak a vérparaméterek az időtengelyen az állapotváltozásokat kísérve. 2004 márciusában intézetünk érsebészeti ambulanciáján kiválasztottunk 15 egymás után – végtagi panaszokkal jelent-

kező – beteget, akik közül 13 vállalta az öt évre tervezett vizsgálatot. A betegek átlagéletkora 70,7 év (53-80 év), 8 nő és 5 férfi, átlagosan 11,6 (6-24) éve cukorbeteg. A betegeknél a kórtörténet és az általános fizikai státusz mellett a pulzusok és a neuropathia rögzítése is megtörténik. A laboratóriumi protokollból kiemelő a betegek vércukorszintje, HgA1C vizsgálata, serum fibrinogen, a teljes vérviszkozitás, plazmaviszkozitás, Tct aggregatio és a vérlipidek szintjei. A fizikai vizsgálatokat 3 havonta, a laborvizsgálatokat évente végezzük.

Eredmények: az első eredmények jelentős elváltozásokat mutattak: a betegek 80%-ának a HbA1C kóros tartományban, magas előfordulással jelenik meg a fibrinogen szint, a viszkozitási értékek. A lipid értékek a betegek felénél kórosak.

**In vitro inzulin hatása
1-es és 2-es típusú, perifériás
érszövődeményekkel komplikált
diabéteszes betegek
thrombocyta funkciójára
és szabadgyök termelésére**

DR. KÜRTHY MÁRIA,
DR. ARATÓ ENDRE¹,

DR. JANCsó GÁBOR, DR. LANTOS JÁNOS,
DR. FERENCZ ANDREA, DR. FEHÉR ISTVÁN,
DR. RÓTH ERZSÉBET, DR. KOLLÁR LAJOS¹

PTE ÁOK Sebészeti Oktató és Kutató Intézet,
PTE ÁOK Sebészeti Tanszék¹

Bevezetés: az inzulinnek a thrombocyta funkcióra és az értónusra is hatása van, amely a cukor és zsírsanyagcserét szabályozó hatástól eltérően, az eNOS enzim aktivitásának fokozásán keresztül valósul meg. A vizsgálat célja: 1-es és 2-es típusú diabéteszes (1DB és 2DB) érbetegek vérében és vérlemezkedés plazmájában a thrombocyta funkció és a szabadgyök termelés mérése.

Betegek: 12 1DB és 11 2DB perifériás érbeteg, makro- és mikroangiopátiás szövődeményekkel.

Módszerek: teljes vérben és vérlemezkedés plazmában vizsgáltuk a thrombocyta funkciót, inductorként 5 és 10 IM ADP-t, 2 mg/ml kollagént és 10 IM adrenalint használtunk. A szuperoxid produkciót PMA-val indukáltuk, és luminoaggregométerrel mértük. A méréseket 40, 80 és 160 IU/ml gyors hatású inzulin jelenlétében megismételtük. A SOD aktivitását, a GSH és az MDA mennyiségét fotometriás módszerekkel határoztuk meg.

Eredmények: ADP-vel indukált aggregációban nem volt különbség a két csoport között. Exogén inzulin főként az 1DB csoportban csökkentette a teljes vérben mért, kollagén

indukált aggregációt. A 2DB betegek vérében a PMA-val indukált egységnyi fehérvérsejtre jutó maximális szuperoxid produkció mértéke alacsonyabb volt, mint az 1DB betegeknél, akiknél az inzulin nagyobb mértékben csökkentette a szuperoxid produkciót.

Következtetések: az inzulinhiányos és inzulinrezisztens diabéteszes esetek a sokféle társbetegség ellenére is elkülöníthetők voltak az elvégzett, elsősorban szabadgyök produkciót jelző vizsgálataink alapján.

**Az oxidatív stressz szerepe
az alsóvégtagi
revaszkularizációs szindrómában**

DR. ARATÓ ENDRE,
DR. KÜRTHY MÁRIA¹,
DR. JANCsó GÁBOR¹, DR. KASZA GÁBOR,
DR. SINAY LÁSZLÓ, DR. ROZSOS ISTVÁN,
DR. KOLLÁR LAJOS,
DR. RÓTH ERZSÉBET¹
PTE-OEC ÁTK Sebészeti Tanszék
Sebészeti Oktató és Kutató Intézet¹, Pécs

Bevezetés: a vérrellátásától megfosztott harántcsíkolt izom túlélését kezdetben az iszkémia határozza meg, majd a reperfüzió során meglepő módon tovább károsodhatnak a még életben maradt sejtek, előáll az úgynevezett oxigén paradoxon, amelyben a szabadgyökök szerepe vitathatatlan.

Módszer: prospektív, randomizált vizsgálatunkba 13 kritikus végtagiszkémia miatt operált beteget vontunk be. A vérmintavétel a műtét előtt, majd a reperfüziót követően 2, illetve 24 óra múlva, valamint 1 hét után történt. A fehérvérsejtek szabadgyök termelését luminometriás módszerrel vizsgáltuk. Az antioxidáns enzimek közül a szuperoxid dizmutáz (SOD) és a redukált glutathion (GSH) koncentrációját mértük. A lipidperoxidáció mértékét a malondialdehid (MDA) mennyiségével jellemeztük. Az adhéziós molekulák expresszióját flowcitometriás módszerrel határoztuk meg.

Eredmények: a szuperoxid anion mennyisége megduplázódott a vizsgált periódusban. A GSH koncentráció a reperfüzió alatt szignifikánsan csökkent, míg a SOD aktivitás 24 óra múlva mutatott hasonló szignifikáns változást. Az MDA értékek a megfigyelési időszakban a fiziológiás tartományban maradtak. A granulociták CD11a és CD18 expressziója a korai reperfüzió során szignifikánsan csökkent, majd egy hét múlva meghaladta a műtét előtti értéket.

Megbeszélés: vizsgálataink a revaszkularizációs műtétet követően a sejtek antioxidáns-prooxidáns egyensúly felborulását mutatták. Kíváncsú lenne az antioxidáns státusz preoperatív mérése, szükség esetén terápiás támogatása.

Az a. iliaca externa (AIE) antegrad everziós endarteriektómiája (EEA) – egy új műtéti eljárás

DR. CS. NAGY GÁBOR, DR. JORDAN, ANJA,
DR. WUNSCH, MATTHIAS,
DR. MELLES, JOACHIM

St. Bernhard Krankenhaus, Hildesheim, Németország

Bevezetés: a Connolly által több mint harminc esztendeje leírt retrograd EEA der AIE a jó korai és késői eredmények ellenére nem terjedt el. Az általunk bevezetett antegrad technika számos előnyt kínál.

Indikáció, műtéti eljárás: 2001-ben bevezetett műtéti eljárásunkat eddig 18 esetben az AIE TASC C-típusú lézióinál végzett sikertelen retrograd (thromb-)endarteriektómiák után alkalmaztuk. Retroperitoneálisan feltárjuk az iliaca-bifurkációt és az AIE-t ferdén átmetszük. Az ér lágyékszalag alatt történő átvezetése után végezzük el az EEA-t. Az a. femoralis communis már meglévő hosszanti arteritómiáján keresztül következik az AIE inverziója. Ezután gondosan eltávolítjuk az ér belfelszínén visszamaradt mediarostokat. Az éret ismét „színe fordítva” visszahúzzuk a retroperitoneális térbe, s végül reanastomizáljuk.

Eredmények: egyetlen korai postop. komplikációnk egy retroperitoneális haematóma volt. Egy beteget elvesztettünk a postop. 38. napon egy kontralaterális femoralis rekonstrukció szeptikus szövődménye kapcsán. Az első 11 esetet átlagosan egy év után MR-angiográfiával kontrolláltuk. Elzáródást, szűkületet a rekonstruált érszakaszokon nem észleltünk, az a. iliaca interna minden esetben nyitott maradt. A hosszabb távú utánvizsgálatok még nem zárultak le, ezek eddigi eredményeit az előadásban azonban szintén bemutatjuk.

Megbeszélés: bátorító eredményeinket tekintve, autológ műtéti eljárásunk az iliacalis érszakasz arterioszklerotikus lézióinak kezelési spektrumát gazdagíthatja.

A reimplantált mesenterica inferior aneurysmája és késői ruptúrája

DR. KALISZKY PÉTER, DR. GYURKOVICS ENDRE,
DR. JÁMBOR GYULA¹, DR. NAGY ANDRÁS,
DR. MOLNÁR B.

*SE ÁOK I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest,
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Sebészet, Kistarcsa¹*

Az aortoiliacalis verőér rekonstrukciók egyik legsúlyosabb szövődménye a bélhalál. Az arteria mesenterica inferior visszaültetése megelőzheti a posztoperatív vastagbél ischaemia kialakulását. Az eljárás gyakorlati hatékonyságát

val kapcsolatos tapasztalatok ellentmondásosak. Ismertetett esetünkben négy évvel korábban infrarenalis aorta aneurysma miatt végzett műtét után a reimplantált arteria mesenterica inferior rupturált aneurysmáját észleltük. Hasonló késői szövődményt arteria mesenterica inferior visszaültetést követően, az eddig megjelent közleményekben nem találtunk. A graftba ültetett, kitágult és rupturált mesenterica inferior talpat ressectáltuk, a mesenterica inferiort lekötöttük, a grafton lévő nyílást direkt hosszanti varrattal zártuk. A beteg szövődménymentesen gyógyult. Klinikánkon az elmúlt hat év során végzett 254 aortobifemorális rekonstrukció közül 15 esetben (5,9%) végeztünk arteria mesenterica inferior reimplantációt. Ezen belül a megoszlás a következő volt: az elzáródás miatt operált betegeknél 146/2 (1,4%), az aneurysma miatt végzett műtéteknél 108/13 (12,0%) gyakorisággal ültettük vissza a mesenterica inferiort. Két esetben alakult ki bélhalál, egyikükön sem végeztünk reimplantációt, mindkét beteget elvesztettük. Tapasztalataink alapján az arteria mesenterica inferior reimplantációja protektív hatású lehet, ugyanakkor a beavatkozás a műtét idejét megnyújtja és késői szövődmények forrása is lehet, ezért alkalmazását minden esetben gondosan mérlegelni kell.

Femoro-poplitealis régióban végzett intervenciók beavatkozások területén szerzett tapasztalataink

DR. DARABOS GÁBOR,
DR. MOGÁN ISTVÁN, DR. SIMÓ GÁBOR
Szent Imre Kórház, Érsebészet, Budapest

Bevezetés: az intervenciók beavatkozások fejlődésével a femoro-poplitealis régió területén is lehetőségünk van a hagyományos érsebészeti beavatkozások kiváltására.

Beteganyag: az elmúlt húsz hónapban 31 esetben végeztünk intervenciók beavatkozást a femoro-poplitealis régióban. Minden esetben preoperatív DSA készült. 5 esetben periferiás embolizáció, a többiben alacsony dysbasia volt a műtéti indikáció.

Módszer: femoralis feltárásból végeztük beavatkozásainkat, amelynek előnye, hogy a proximális szakaszon rekonstrukciós érműtetet is végezhetünk. Ezen esetek aránya 60%. 3 esetben végeztünk korábbi érműtet anastomosisának területén lévő szűkület miatt stent implantációt, illetve 2 esetben bypass és distalis stent implantáció történt egy ülésben. 3 esetben végeztünk in-stent restenosis miatt ismételt stent implantációt.

Eredményeink: 2 esetben kényszerültünk technikai ok miatt konverzióra (6%). Korai reocclusio: 2 eset – egyikben acut reoperációra kényszerültünk. Késői reocclusiók aránya: 8/31 (25%), amelyek miatt 3 esetben végeztünk reintervenciót – 2 esetben sikerrel. 3 esetben bypass készítése vált

szükségessé, 2 esetben, tekintettel a végtag kompenzált állapotára, műtétet nem végeztünk.

Következtetés: a késői eredmények elmaradnak a rekonstrukciós érműtétek eredményeitől, bár a kisebb műtéti megterhelés és a beavatkozás ismétlésének lehetősége miatt – válogatott esetekben – ez részesíthető előnyben.

Radiológiai intervenció az érsebészeti műtőben

DR. SIMÓ GÁBOR,
DR. MOGÁN ISTVÁN, DR. DARABOS GÁBOR
Szent Imre Kórház, Budapest

Célkitűzés: az intraoperatív DSA készülék révén lehetővé váló endovascularis módszerek jelentősen kiszélesítik az érsebészeti beavatkozások lehetőségeit. Az osztályunkon két éve alkalmazott technika eredményeit mutatjuk be.

Anyag és módszer: 2003. 04. 01-jétől 2005. 04. 31-ig 1670 műtétet végeztünk, amelyből artériás rekonstrukció 832, alsóvégtagi rekonstrukció 475 volt. 111 esetben alkalmaztunk műtétet kombinált endovascularis intervenciót (ballon dilatációt), 86 esetben egyidejű stent implantációval. Az érintett érszakaszok megoszlása: aorta 1, biliacalis kissing 5, iliacalis 68, fem. spf. 29, poplitea 6, truncus 2. 35 esetben a feltárt femoralis érpálya lokális dezobliterációja, 32 esetben foltplastikája történt. 43 esetben egyidejű bypass, 16 esetben retrograd iliaca dezobliteráció (Vollmar) is történt. Percutan módon 8 iliaca, 5 femoralis, 6 carotis intervenciót végeztünk. A posztoperatív rutin prevenció szintű heparin/LMWH kezeléssel kívül 4 napon keresztül pentosanulfat infúziót alkalmaztunk.

Eredmények: korai (14 napon belüli) oclusio 2 esetben fordult elő. Utóvérzés miatt 5 alkalommal reoperációra kényszerültünk. Distalis embolizáció, végtagvesztés nem történt. 17 esetben sikertelen intervenció kísérlet miatt műtéti konverzió történt.

Következtetés: eredményeink alapján az artériás rekonstrukcióval egy ülésben alkalmazott, korlátozottan invazív endovascularis intervenció javasolt az arra alkalmas esetekben.

Autológ alkari A-V shunt, a könyökshunt alternatívája

DR. SZEBERIN ZOLTÁN,
DR. BÍRÓ GÁBOR, DR. ACSÁDY GYÖRGY
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Háttér: a krónikus uraemiás betegek élettartamának növelése érdekében alapvető a lehetséges vérnyerési helyek műtéteinek gondos megtervezése. Lehetőség szerint autológ

fisztula elkészítése választandó műér beültetése helyett. A standard csuklótáji és könyöktáji műtétek között szerepet játszhat az alkari fisztula készítése.

Módszer: intézetünkben 1018 arterio-venosus (A-V) fisztulát készítettünk 1997-2005 között. Ezek között 123 autológ alkari A-V shunt szerepelt, e műtétek adatait elemeztük. Az adatokat folyamatosan gyűjtöttük, az eredményeket retrospektív módon szereztük be a betegektől, a dialízis centrumoktól és a kórlapokból. A műtéteket két sebész végezte egy intézetben.

Eredmények: indikáció: a 123 alkari fisztula közül 11 esetben korai oclusio, 22 esetben elégtelenül használható fisztula, 5 esetben aneurysma, 1 esetben steal szindróma és 84 esetben késői shunt oclusio miatt készítettünk alkari shunt-öt. A betegek átlagos életkora 55,4 év volt, 68 férfit és 55 nőt operáltunk. A betegek 24,4%-ának (30 beteg) volt centrális vénás kanülje a műtét idején, 31,7%-uk volt diabeteses (39 beteg). Az átlagos nyomonkövetési idő 38 hónap volt. Az egy- és kétéves kumulatív nyitvamaradási arány 0,90, illetve 0,84% volt. 15 beteg részesült vesetranszplantációban, 15 halt meg, 7 betegről nem sikerült adatokat szereznünk.

Következtetés: intézetünkben mindig is hangsúlyoztuk az autológ fisztulák szerepét. Nyitvamaradási arányuk jobb, az infekció kevesebb, a műveke kezelés utáni vérzéses szövődés kevesebb a műér grafttal szemben. Eredményeink alapján folytatjuk az alkari reanastomosisok készítését, nyitvamaradási arányuk jó, a standard könyöktáji fisztulát később lehet elvégezni.

Percutan transluminalis renalis angioplastica (PTR) és stent beültetés retrospektív vizsgálata – mikor érdemes?

DR. KOLOSSVÁRY ENDRE, DR. KOLLÁR ATTILA,
DR. FARKAS KATALIN, DR. KISS ISTVÁN
*Szent Imre Kórház, I. Belgyógyászat és Radiológia,
Budapest*

Kimutatott arteria renalis szűkület esetén az intervenció kezelés (angioplastica/stent) biztosíthatja a revaszkularizációt, amelynek ismert indikációi a renovaszkuláris hypertonia, iszkémiás nefropátia, valamint a terápiarezisztens balszív-fél-elégtelenség. Retrospektív vizsgálatunkban arra kerestük a választ, hogy a kórházunk intervenció központjában 1999-2005 között elvégzett arteria renalis angioplastica (stent) milyen mértékben bizonyult hatékonynak. A kórházi és ambuláns dokumentáció áttekintésével összegeztük a beavatkozás lehetőségét felvető diagnosztikus eljárásokat, a kísérő betegségeket, az intervenció beavatkozás alapjául szolgáló indikációkat és a beavatkozást követő klinikai változásokat. Az adott időszakban 37 beavatkozás történt, ki-

vétel nélkül atheroscleroticus eredetű betegségben. Az intervenciós kezelést igénylő arteria renalis szűkület mértéke $68,6 \pm 10\%$ volt. A beavatkozás indikációját 62%-ban képezte magasvérnyomás, 24%-ban a romló vesefunkció és 14%-ban a két kórállapot együttese. A beavatkozást követően a vesefunkciót tükröző GFR érték 30%-ban romlott, 27%-ban javult és 43%-ban stagnált. A vérnyomáskontroll az esetek 18%-ában mutatott kis mértékű javulást. A beavatkozást egy alkalommal kísérte kifejezett vesefunkció romlás, egy alkalommal történt haláleset. Összefoglalásunkban a beavatkozás hatékonyságának komplex kérdéseit elemezzük az eddigiekben publikált, randomizált, kontrollált tanulmányok (DRASTIC, EMMA, SNRASCG) ismertetésével.

Deep venous thrombosis in the iliofemoral veins – risk factors at young age

DR. SAFRANKÓ ANDRÁS,
DR. BERTALAN A.,
DR. FORGÁCS S.
DR. VERZÁR ZSÓFIA
*Baranya Megyei Kórház,
KAIBO, Pécs*

Patients suffering from extensive deep venous thrombosis involving the iliac vein require thrombolysis and close observation on the Intensive Care Unit (ICU). According to Hungarian data the number of these patients are increasing including younger ones as well. With a retrospective study we tried to determine what are the major risk factors for these young patients in order to find better preventive measures from getting DVT. In 2003, 53 patients were admitted to the ICU of the Baranya County Hospital, including 7 females below the age of 30 years, who suffered from extensive deep venous thrombosis.

Laboratory investigations, duplex ultrasound and genetic testing was performed in all cases, followed by systemic thrombolysis with good results. Out of the 7 young patients: 7 were female, 7 were obese, 6 were smoker, all 7 took oral contraceptives, 5 had heterozygous Leiden mutation and 2 had strong family history for DVT. It seems that the combination effect of multiple risk factors – even at young age – can lead to severe abnormalities in the clotting system causing major complications. It is suggested that these factors are identified for both primary and secondary prevention for the patients affected and their harmful potential is minimized.

Keywords: deep venous thrombosis, young age, prevention, risk factors.

Acut vena cava superior szindróma megoldása a v. femoralis felé történő drenázssal

DR. BÍRÓ GÁBOR
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

A vena cava superior szindróma általában malignus betegségekhez társulóan jelenik meg. Benignus okok ritkán vezetnek e kórképhez. Ezek fibrózis, vénakanulálás melletti iatrogén trombózis, igen ritkán sérülés. 26 éves, balesetben sérült nőbeteget mutatunk be, akinek nyaki és koponya sérülése volt. Az intenzív osztályos kezelés kapcsán többszöri centrális kanulálások után alakult ki a vénák trombózisa. A contusio cerebri miatti súlyos neurológiai státuszát a beékelődés veszélye is fenyegette. CT angiográfia a j. v. jugularis int., a j. v. subcl. és a b. v. brachiokefalika occlusióját igazolta v. cava sup. trombózissal. Az agyból a drenázst a b. v. jugularis int. a b. v. axillaris felé biztosította elégtelenül. Sérülései miatt lysis-t nem tartottunk kivitelezhetőnek. Műteti kezelése során a bal VSM-et teljes hosszában kipreparálva a hasfal és mellkas bőre alatt a bal véna axillarishoz vezettük, és ott anastomizáltuk. A véna axillarisban lévő emelkedett nyomás, illetve a test anti-Trendelenburg helyzetben tartása megfelelő gradienst biztosított. Másnap észleltük az oedema visszahúzódását, két nap múlva a páciens visszanyerte saját arcát. Az idegrendszeri tünetek és a koponya CT jelentős regressziót mutattak. Heparin adása mellett 3 hónap után elzáródott, de a kialakult kollaterális hálózat panaszmentességet biztosított. Ez a megoldás az alsóvégtagi érsebészeti gyakorlattal bíró intézményekben is elvégezhető, kis műteti terhelést kínáló lehetőség acut vena superior szindróma esetén.

A mélyvénás trombózis megelőzésének és hatékonyságának vizsgálata sebészeti osztályról elbocsátott betegeken

DR. NAGY ISTVÁN, DR. KASZÁS ANETT
*Vas Megyei Markusovszky Kórház,
Általános és Érsebészeti Osztály, Szombathely*

A mélyvénás trombózis kezelésének leghatékonyabb módszere a megfelelően elvégzett profilaxis. Vizsgáltuk, hogy sebészeti osztályról elbocsátott és otthoni ápolásban tovább kezelt betegeknél milyen volt a profilaxis kivitelezése és hatékonysága. Van-e lehetőség a hiányosságok megszüntetésére? Műtéten átesett 50 beteget vizsgáltunk kérdőíves módszerrel. A betegeket kockázati csoportokba soroltuk, és ennek alapján vizsgáltuk a kórházi profilaxis indokoltságát. Az 50 betegből 86% (43 beteg) magas kockázati

csoportba tartozott, ennek ellenére csak 52% részesült profilaxisban. A kórházból való távozáskor mindössze a páciensek 28%-át tájékoztatták a kezelés szükségességéről és látták el utasítással. A kockázat felmérési lap pontszámai alapján besoroltuk a profilaxist nem kapott betegeket, és javaslatot tettünk a kezelőorvosnak a gyógyszeres kezelés folytatására. A betegek 58%-ának lett volna szüksége további kezelésre. 40%-uknál elkezdtek a szükséges kezelést, 18%-uk a javaslat ellenére sem részesült kezelésben. A vizsgálati időszakban a betegek 85%-ában (42 beteg) nem alakult ki TE szövődmény. 6%-nál (3 beteg) felületes thrombophlebitist észleltünk, 4%-nál (2 beteg) alakult ki klinikailag manifesztálódott mélyvénás trombózis. Pulmonális embóliát 5% (3 beteg) kapott. Megállapítható, hogy a tromboembóliás konszenzus nyilatkozat határozott állásfoglalásai ellenére a TE profilaxisban hiányosságok tapasztalhatók. A módszer kiterjesztését tervezzük.

Perzisztáló artéria lienális aneurysma (esetismertetés)

DR. MÉSZÁROS LÁSZLÓ, DR. TARR MIKLÓS
*Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Érsebészeti Részleg,
Budapest*

A zsigeri artériás rendszeren aneurysma előfordulása az artéria lienálison a leggyakoribb. Érsebészeti, valamint angio-radiológiai lehetőségek bemutatása után egy 80 éves nőbeteg kórtörténetét ismertetjük a hasi CT és angiográfiás lelet kíséretében, nyitva hagyva a kérdést a kórkép legoptimálisabb kezelési módszerének kiválasztására. Ön melyiket alkalmazná?

Az életminőség (Quality of Life) felmérése a betegség-specifikus VascuQoL kérdőív használatával aorto-iliacalis és infrainguinalis rekonstrukciókon átesett betegpopulációban (előzetes tanulmány – Pilot Study)

DR. LITAUSZKY KRISZTINA,
DR. OLVASZTÓ SÁNDOR, DR. KOSZTYU LÁSZLÓ,
DR. TÓTH CSABA, DR. BODNÁR FRUZZSINA,
DR. PAPP LÁSZLÓ
DEOEC Érsebészeti Tanszék, Debrecen

A „bypass átjárhatóság” és a „végtagmentés” önmagában nem minden esetben jelent funkcionális értelemben vett sikert. Nem elhanyagolható számú esetben a működő bypass

esetén a végtag funkcionális állapota nem javul. A funkcionális eredmény és a beteg életminőségének felmérésére vezették be a Quality of Life kérdőíveket. A szerzők bemutatják az első, kritikus végtagischaemiával kezelt betegeknek betegség-specifikus VascuQoL kérdőív használatával szerzett eredményeiket, két betegcsoportban: aorto-iliacalis és infrainguinalis (femoro-poplitealis és femoro-cruralis) rekonstrukciók után. A szerzők véleménye az, hogy a kérdőív a betegek számára jól érthető, és megfelelő kitöltése az egyébként kooperáló betegek számára nagyobb nehézséget nem jelent. Az így nyert információ komoly segítséget nyújt az anatómiai-élettani értelemben „sikeres” bypass effektusának finomabb felmérésére, ennek tudományos feldolgozására, és – amennyiben használata a háziorvos kollégákkal elfogadtatható lesz – számukra segítséget nyújthat a haemodinamikailag romló, elzáródás előtt álló bypass kiszűrésében.

Hemiparetikus, alsó végtag amputált betegeink mozgásszervi rehabilitációja

DR. SZILASSY GÉZA, DR. BARABÁS MARIANN
Jósa A. Megyei Kórház, Nyíregyháza

Az érbetegség mint rendszerbetegség talaján kialakult súlyos többszervi károsodás kombinált fogyatékossgot okoz számos esetben. Ezek a betegek teljesen reménytelen, életvesztett állapotban érzik magukat, igazi rokkantnak. Ilyen súlyos helyzetek komoly kihívást jelentenek a rehabilitációs szakemberek számára. A szerzők az elmúlt öt évben előfordult betegek közül ragadnak ki néhány tanulságos esetet, elemezve mozgásszervi rehabilitációjukat. Fontos tapasztalatként említendő a rehabilitációs team összehangolt, célirányos, problémaorientált működése; a beteg és a családtagok szakmai vezetése; a beteg fizikai állapotának folyamatos észlelése. A betegeknek – önmagukat is meglepő – életminőség javulás volt elérhető.

Nőgyógyászati laparoscopos műtét ritka szövődménye: arteria iliaca externa termikus sérülése

DR. SZÜCS ISTVÁN, DR. MARTIS GÁBOR,
DR. BULYOVSKY ISTVÁN, DR. MISZTI GYÖRGY,
DR. SZENDRŐI TIBOR, DR. HAJDU ZOLTÁN
*Kenézy Gyula Megyei Kórház-Rendelőintézet,
Általános Sebészeti Osztály, Debrecen*

Jobb oldali ovarum cysta miatt laparoscopos úton jobb oldali adnexectomia történt, amelynek során észlelt diffuse vérzések miatt kiterjedt cauterisatóra kényszerültek. A műtétet követően a betegnek jobb alsó végtagi dysbasiás panaszai jelentkeztek. Műtét után egy héttel került osztályunkra angiographiát követően, rekonstrukció céljából.

Névmutató

Dr. Acsády György 1, 11, 23, 41	Dr. Farkas Eszter 8	Dr. Kiss István 8, 23, 25, 26, 41
Dr. Albert András 34	Dr. Farkas Katalin 8, 23, 25, 26, 41	Dr. Kolossváry Endre 8, 8, 25, 41
Dr. Albert István 34	Dr. Fazakas János 22	Dr. Kollár Attila 41
Dr. Antal Péter 8	Dr. Fehér István 39	Dr. Kollár
Dr. Arató Endre 19, 39, 39	Dr. Fehérvári Imre 22	Lajos 3, 16, 19, 25, 38, 39, 39
	Dr. Ferencz Andrea 39	Dr. Kostyál László 27
Dr. Balla Gábor 38	Dr. Finta Ervin 25	Dr. Kosztyu László 16, 19, 24, 43
Dr. Balla György 16	Dr. Fodor Erzsébet 26	Dr. Kovács Lajos 36
Dr. Balla József 16, 24	Dr. Forgács S. 42	Dr. Kóbori László 22
Dr. Ballagi Farkas 11	Dr. Fürtös András 20	Dr. Kőváry Ilona 34
Dr. Barabás Mariann 30, 43	Dr. Füst György 37	Dr. Kristóf Vera 9, 23, 34, 34
Dr. Baranyai Árpád 29	Dr. Füzi Árpád 33	Dr. Kupcsulik Péter 33
Dr. Bari Ferenc 8, 8, 8		Dr. Kürthy Mária 38, 39, 39
Dr. Barta László 30	Dr. Galajda Zoltán 16	
Dr. Barta Szabolcs 27	Dr. Galambos Barnabás 17, 20	Dr. Laczkó Ágnes 23, 34
Dr. Bartek Péter 17	Dr. Gellért Gábor 38	Dr. Landi Anna 21, 25, 35
Dr. Bartha Iván 33	Dr. Gergely Mihály 30	Dr. Lantos János 39
Dr. Battyáni István 3, 19, 35	Dr. Ghosh Subhamay 17	Dr. Lázár István 27
Dr. Beéry Iván 22	Dr. G. Kiss Orsolya 8	Dr. Litauszky
Dr. Behek Sándor 30	Dr. Görög Dénes 22	Krisztina 16, 19, 24, 43
Dr. Belcaro, Gianni 10		Dr. Litter Ilona 25, 38
Dr. Bertalan Á. 42	Dr. Gyevnár Zsuzsanna 16, 33	Dr. Lukovich Péter 33
Dr. Bíró Gábor 41, 42	Dr. Gyurkovics Endre 24, 29, 40	Dr. Lutár András 32
Dr. Blázovics Anna 35		
Dr. Bodnár Fruzsina 19, 43	Dr. Hagymási Krisztina 35	Dr. Magyar Kálmán 26
Dr. Bodó László 34	Dr. Hajdu Zoltán 43	Dr. Marik György 38
Dr. Borvendég J. Sebestyén .. 8, 23, 25	Dr. Halmos Ferenc 30	Dr. Martis Gábor 43
Dr. Brkljacic, B. 27	Dr. Harang Péter 32	Dr. Maškovic, Josip 26
Dr. Buljovszky István 43	Dr. Harmat Zoltán 19, 35	Dr. Mattassi, Raul 24
	Dr. Hartmann Erika 22	Dr. Melles, Joachim 40
Dr. Czigány Tamás 17, 20	Dr. Hebrang, Andrija 27	Dr. Menyhei Gábor 16, 33
	Dr. Hetényi Ferenc 36	Dr. Mészáros László 43
Dr. Csiki Zoltán 8	Dr. Hüttl Kálmán 12, 16	Dr. Mikola József 32
Dr. Cs. Nagy Gábor 40		Dr. Milics Margit 36
Dr. Csordás József 32	Dr. Jancsó Gábor 8, 39, 39	Dr. Miszti György 43
	Dr. Jassó István 25, 35	Dr. Mogán István 20, 20, 32
Dr. Darabos	Dr. Jámor Gyula 28, 40	Dr. Molnár B. 40
Gábor 20, 20, 32, 38, 40, 41	Dr. Jekkel Csaba 25	Dr. Molnár Péter 38
Dr. Dinya Elek 25, 35	Dr. Jeney Viktória 16	Dr. Morvay Krisztina 19, 29, 33
Dr. Dinya Tamás 33	Dr. Jordan, Anja 40	
Dr. Dlustus Béla 30		Dr. Nagy András 29, 35, 40
Dr. Domoki Ferenc 8, 8	Dr. Kaliszky Péter 29, 33, 40	Dr. Nagy Emőke 16
Dr. Doros Attila 22	Dr. Kasza Gábor 19, 25, 38, 39	Dr. Nagy Endre 27, 35
Dr. Dósa Edit 16, 37	Dr. Kaszás Anett 42	Dr. Nagy Gyöngyi 36
Dr. Döbrönte Róbert 32	Dr. Kálmán Endre 36	Dr. Nagy István 17, 42
Dr. Dux Mária 8	Dr. Kálmán János 8	Dr. Nagy Zoltán 24, 29, 35
	Dr. Keresztfalvi András 16, 17	Dr. Nádasi Géza 17
Dr. Egresits József 23, 25, 26	Dr. Keresztury Gábor 32	Dr. Nemesik János 8, 26
Dr. Entz László 37	Dr. Király István 17	Dr. Nemes Attila 18
Dr. Erényi Éva 38	Dr. Kiss Borbála 35	Dr. Nemes Balázs 16, 22

Dr. Németh Andrea	22	Dr. Sándor Tamás	23	Dr. Tasnádi Géza	24
Dr. Németh József	32	Dr. Sásdi Antal	23, 34	Dr. Ther Gábor	22
Dr. Nyiredy Géza	29	Dr. Schmidt Erzsébet	36	Dr. Tizedes György	36
Dr. Olvasztó		Dr. Selmei László	37	Dr. Tóth	
Sándor	16, 19, 24, 33, 43	Dr. Simonffy Árpád	16	Csaba	16, 19, 24, 33, 43
Dr. Papp László	16, 19, 24, 43	Dr. Simó		Dr. Tóth Gyula	30
Dr. Pavlovics Gábor	36	Gábor	20, 20, 32, 38, 40, 41	Dr. Tóth Lajos	30
Dr. Pál András	8	Dr. Sinay László	25, 38, 39	Dr. Tóth Luca	26
Dr. Pencz Zoltán	23, 34, 34	Dr. Somogyi Rita	36	Dr. Tóth Mónika	36
Dr. Pécsvárady Zsolt	9	Dr. Szabolcsi Tivadar	30	Dr. Tóth-Szűki Valéria	8, 8
Dr. Pintér László	37	Dr. Szabó Attila	37	Dr. Tömböl Ferenc	32
Dr. Pohárnok László	17	Dr. Szabó Nóra	8	Dr. Turcsány Erik	32
Dr. Rácz Tibor	24	Dr. Szakály Eszter	23, 34	Dr. Ungi Imre	19
Dr. Regáli László	29, 33, 35	Dr. Szalai Gábor	36	Dr. Vallus Gábor	30
Dr. Riba Mária	17	Dr. Szatmári Ferenc	22	Dr. Varga Erzsébet	23, 34, 34
Dr. Ripp Klára	33	Dr. Szeberin Zoltán	41	Dr. Verzár Zsófia	8, 17, 42
Dr. Rostás Tamás	19, 35	Dr. Szendrői Attila	24	Dr. Vidjak, Vinko	27
Dr. Rozsos István	19, 25, 38, 39	Dr. Szendrői Tibor	43	Dr. Weinberger Éva	34
Dr. Róth Erzsébet	38, 39	Dr. Szentmiklósi József	16	Dr. Weisdorn, R.	38
Dr. Ruzsa Zoltán	19	Dr. Székely József	19	Dr. Weszelits Viola	22
Dr. Safrankó András	42	Dr. Szilassy Géza	30, 43	Dr. Windisch Mária	23
Dr. Sarkadi László	38	Dr. Szőkő Éva	26	Dr. Wunsch, Matthias	40
		Dr. Szűcs István	43	Dr. Zimmerman Aliz	8
		Dr. Tamás László János	17, 20, 32		
		Dr. Tarr Miklós	38, 43		

**Peripheriás artériás occlusiós betegségben,
Fontaine szerinti III-as és IV-es kategóriában,
ha lumentágító terápia nem lehetséges, vagy nem volt eredményes:**

Alprostapint®

alprostadil, PGE₁ hatóanyag tartalmú ampulla (5x20 µg/ml).

Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy 2004. őszétől
gyógyszerünk kórházi ára 5x1 ampullás csomagolásban
18.522,-Ft.

Rabat akciónkat továbbra is meghosszabbítottuk.

A kórházak minden két doboz megvásárolt Alprostapint injekció után
egy doboz gyógyszert ingyenes minta formájában, ajándékba kapnak,
melyet képviselőink juttatnak el Önökhöz.

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

Wipharma Kft. ● 1147 Budapest, Miskolci utca 50.

Fax: 221-83-81. Tel.: 06-20-927-9727. ● E-mail: wiedemann@wipharma.t-online.hu

Kongresszusok – rendezvények

Technika és újítások és érsebészeten 3. kongresszusa. 2005. október 13-15., Párizs, Franciaország.

Információ: olivier goeau brissoniere@apr. ap hop paris.fr, chirvasc@overcome.fr

Érsebészeti és endovascularis tanfolyam. 2005. október 13-15., Milánó, Olaszország.

Információ: segretariachirurgiavascolare@unimib.it

Amerikai-Magyar Orvosi Társaság 37. Évenkénti Kongresszusa. 2005. október 23-28., Sarasota, Florida, USA.

Információ: www.hmaa.org.

Vascularis dementia 4. Nemzetközi Kongresszusa. 2005. október 20-25., Porto, Portugália.

Információ: www.kenes.com/vascular, vascular@kenes.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 16. Európai Kongresszusa. 2005. október 25-27., Glasgow, Skócia.

Információ: e-mail: transatlantic@dundee.ac.uk, eoliver@hamptonmedical.com

Honlap: www.iuangiology.org

Magyar Sebkezelő Társaság 8. Kongresszusa. 2005. október 27-28., Grandhotel Hungaria, Budapest.

Információ: eplus@mail.datanet.hu

Szklerotizálók Klubja. 2005. november 4., 15-18 óra között. Grandhotel Hungaria, Budapest.

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

20. Berlini Érsebészeti Szimpózium. 2005. november 8-12., Berlin, Németország.

Információ: profhepp@aol.com

Honlap: gefasschirurgie.ost-west.de

Thoracalis Sympathectomia. 2005. november 15., London, Anglia.

Információ: www.rcseng.ac.uk

Európai Phlebectomia Társaság 33. találkozója. 2005. november 19., Lisszabon, Portugália.

Információ: npgomes@notmail.com

Érsebészeti Társaság (VS) Évenkénti Találkozója. 2005. november 23-25., Bournemouth Internationale Centre, Anglia.

Információ: office@vascularsociety.org.uk

Magyar Hypertonia Társaság XIII. Kongresszusa. 2005. november 30. - december 3.

Információ: www.motesz.hu

Magyar Dermatológiai Társaság Nagygyűlése. 2005. december 8-10., Budapest, NET.

Információ: www.motesz.hu

20. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop. 2006. március 18-19., Frankfurt, Németország.

Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123., Frankfurt am Main, 60313, Deutschland.

Website: www.venenclinic-frankfurt.de E-mail: profvarady@aol.com

EVC 2006. Érsebészet idős korban. 2006. május 11-13., Amszterdam, Hollandia.

Információ: www.evc-meeting.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 22. Világkongresszusa. 2006. június 24-28., Lisszabon, Portugália.

Információ: www.aimproup.it /2006/iua

Európai Vénás Fórum (EVF) 7. Kongresszusa. 2006. június 30. - július 2., London, Egyesült Királyság.

Orvostudomány Történetének 40. Nemzetközi Kongresszusa. 2006. augusztus 26-30., Budapest.

Információ: www.ishm2006.hu.

8. Nemzetközi Phlebológiai Kongresszus. 2006. november, Bologna, Olaszország.

Információ: www.valet.it.

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

Információ: www.eurochaptercyp-rus.com

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

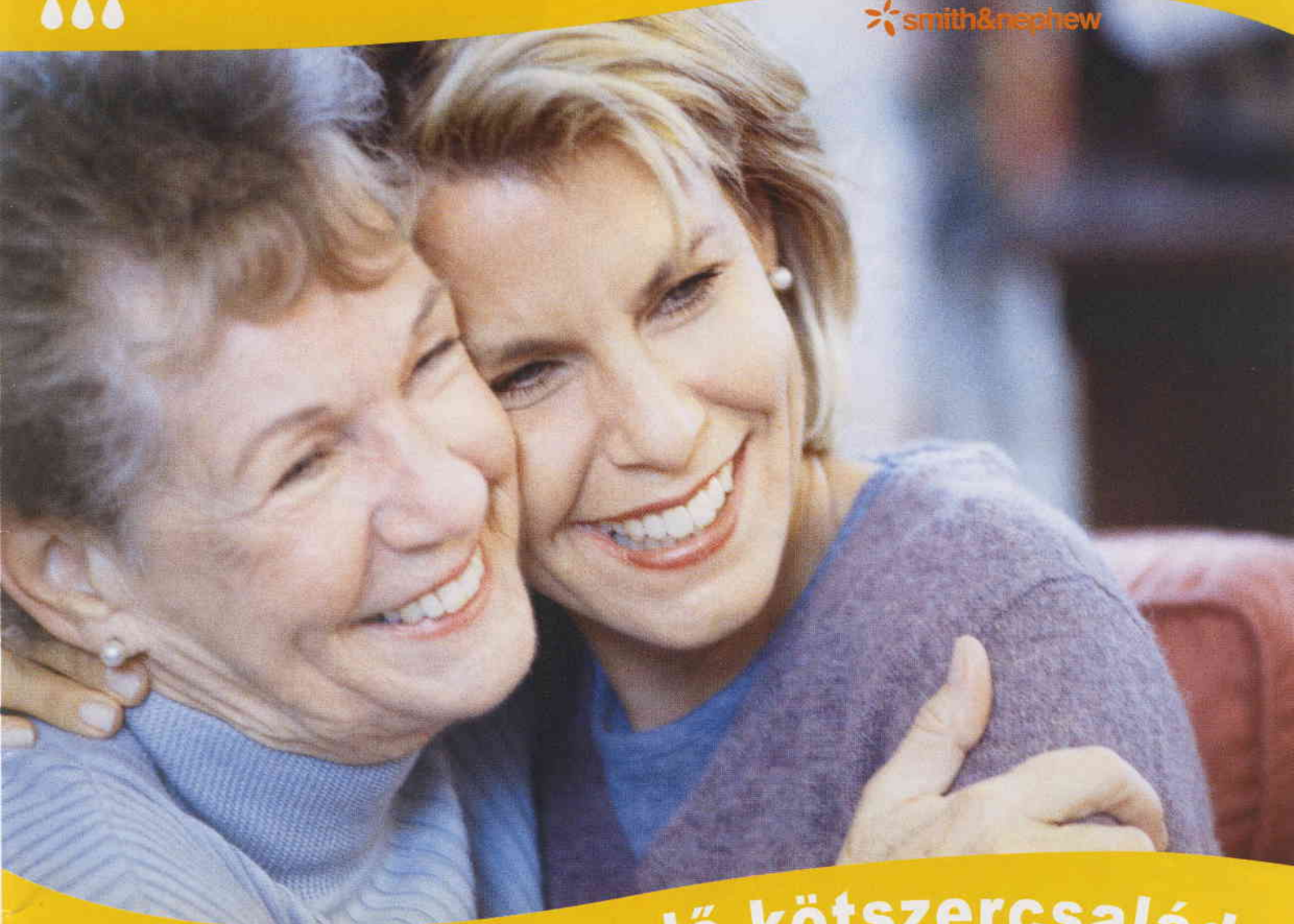
Információ: www.js-phlebology.org/english

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 23. Kongresszusa. 2008., Görögország. (Időpontot még határoztak meg.)

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. Dzsini 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 • Haemorrhológia: 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.



A nedves sebkezelő kötszercsalád



A nehezen gyógyítható, másodlagosan gyógyuló sebek mint a diabéteszes láb, az ulcus cruris, a decubitus, az égési sérülések kezelése szakértelmet, sok időt, türelmet igénylő feladat. Az ALLEVYN nedves sebkezelő termékcsalád olyan hidroaktív és hidrocelluláris kötszereket egyesít, melyek minden sebformára, elhelyezkedésre és sebváladék mennyiségére alkalmazhatóak páratlan választási lehetőséget nyújtva a szakemberek részére a betegnek megfelelő kötszer kiválasztásában. Az ALLEVYN egyedülálló technológiája mind a betegek, mind orvosaik, ápolóik részére számos előnnyel jár, mivel gyors és zavartalan gyógyulást segít elő azon sebek esetében, melyek tradicionálisan nehezen gyógyíthatóknak bizonyulnak.

Az ALLEVYN nedves sebkezelők alkalmazásával a kezelési idő lerövidül, a kötéscserék ritkábbak, mivel a sebfedő több napon át is a seben maradhat, és ez a beteg életminőségének javulását eredményezi csökkenő költségek mellett. Az ALLEVYN termékek mindegyike vízhatlan, a sebfelülethez jól idomul, nem korlátozza a mozgást és a kötéscsere fájdalommentes. Az ALLEVYN termékek 85%-os, illetve fix OEP támogatásban részesülnek.

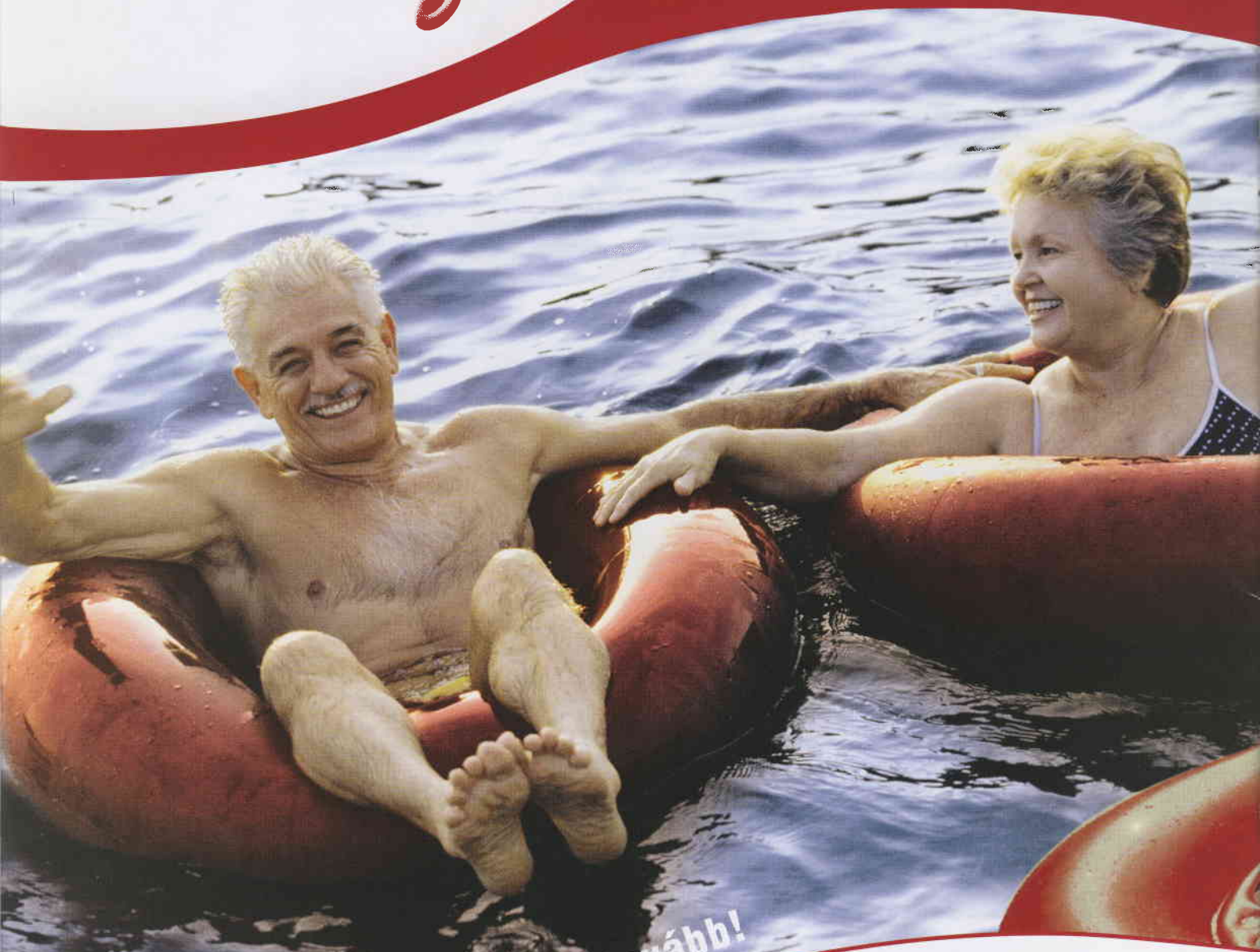
Amennyiben a termékekről bővebb információt szeretne, kérjük forduljon hozzánk bizalommal.



Az erek folyamóire

MARFARIN

Aranystandard



Az élet lendületesen folyhat tovább!

- A warfarin elsősorban a thromboembóliák megelőzésére, és reocclúzió elkerülésére alkalmazható.^{1,2}
- Nagy randomizált vizsgálatok és ajánlások alapján iránymutató választás az antikoaguláns terápiában.^{3,4}



Marfarin hatóanyaga: warfarin 1mg 30x, 3mg 30x, 5mg 30x. Fő indikációk: vénás thrombosis és tüdőembólia megelőzése és kezelése; pitvarfibrilláció thromboemboliás szövődményeinek megelőzése és kezelése, műbillentyűbeültetése után, akut anterior myocardialis infarktus. Adagolás: Napi terápiás dózis = 7,5mg. Az adagolás megállapításakor, kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást. (11371/41/2004)
Irodalmi hivatkozás: 1. Sas, G.: A Warfarin hazai bevezetéséről, Gyógyszereink 53. évfolyam, 1-2 szám, 2003. február 2. Jack Hirsh et al. AHA/ACC Foundation Guide to Warfarin Therapy Circulation. 2003;107:1692-1711 3. The Medical Research Council's General Practice Research Framework. Thrombosis prevention trial: randomised trial of low-intensity oral anticoagulation with warfarin and low-dose aspirin in the primary prevention of ischaemic heart disease in men at increased risk. Lancet. 1998;351:233-241. 4. Magyar Thrombózis és Haemostasis Társaság: A thromboembóliák megelőzése és kezelése, 1998. Magyar Konszenzus Nyilatkozat.

Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást! (11371/41/2004) További információért forduljon irodánkhoz: Merck Kft - Generikus Üzletág, 1113 Budapest, Bocskai út 134-146, Tel.: 463 8100, Fax: 463 8174

Carotid Solutions

Working together

**Boston
Scientific**

Delivering what's next.™

Ultra-soft™ SV

Monorail™ Balloon Catheter

FilterWire EZ™

Embolic Protection System

NexStent™ Monorail™ *

Carotid Stent and Monorail Delivery System

Carotid Wallstent™ Monorail™

Carotid Stent

Choose Carotid Solutions
Be exposed to a world of distinctive technologies
and First Class customer education programs

* NexStent Monorail is manufactured by EndoTex Interventional Systems, Inc. and distributed by Boston Scientific Corporation.

Indications, contraindications, warnings and instructions for use can be found in the product labeling supplied with each device.

CAUTION: the law restricts these devices to sale by or on the order of a physician. All trademarks stated are the property of Boston Scientific Corporation

Boston Scientific International S.A.
European Headquarters
Le Capitole
55, avenue des Champs Pierreux
TSA 51101
92729 Nanterre Cedex
France

Tel.: +33 (0) 1 57 66 80 00
Fax: +33 (0) 1 57 66 84 99

www.bostonscientific.com



oxerutin[®] Venoruton[®] forte

visszérvédő flavonoid

Az egyetlen vényköteles természetes eredetű flavonoid visszérbetegség kezelésére.

- Csökkenti a végtag ödémát
- Javítja a vénás keringést
- Csökkenti a visszeres lábfájdalmat



A GYÓGYSZERKESZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE: **Venoruton Forte 500 mg tabletta** • MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 500 mg O-6-hidroxietyl-rutozid (oxerutin) tablettánként. GYÓGYSZERFORMA: Tabletta: zöldes-sárga színű, pettyes, korong alakú, domború felületű, egyik oldalán mélynyomású Zyma logo, másik oldalán „CV” jelzéssel ellátott tabletta. Törési felülete zöldes-sárga színű • **KLINIKAI JELLEMZŐK** **Terápiás javallatok:** A krónikus vénás elégtelenség következtében kialakuló visszér tágulat, valamint együtt jelentkező vénás keringési zavar, vénás eredetű trophikus bőrelváltozások, lábszárkény kezelésére. A kísérő oedema csökkentésére. A krónikus vénás elégtelenség kezelése során alkalmazott rugalmas kötés hatásának javítása. **Aranyér** tüneteinek megszüntetése. **Diabetikus retinopathia**. • **ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS** **Krónikus vénás elégtelenség:** **Kezdő adag:** naponta kétszer 1 tabletta. **Fenntartó kezelés:** naponta legalább egyszer 1 tabletta Venoruton Forte 500 mg tablettát kell adni. A tünetek és az ödéma teljes elmúlásakor a kezelés felfüggeszthető. **Aranyér-betegség:** A klinikai vizsgálatokban alkalmazott dózissal megegyeznek a krónikus vénás elégtelenség és komplikációi kezelésére javasolt adagokkal. **Diabetikus retinopathia:** 1800-3000 mg oxerutin naponta. • **KIADHATÓSÁG:** II/1 csoportú Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). • **ELLENJAVALLATOK:** Ismert túlérzékenység a termék bármely összetevőjére. A terhesség első trimeszere (ld. 4.6. pont). Különleges figyelemzavarok és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések: Szív, vese-, illetve májbetegség következtében kialakuló alsó végtagi oedema kezelésére a Venoruton nem javasolt. • **GYÓGYSZERKÖLCSÖNHATÁSOK ÉS EGYEB INTERAKCIÓK:** Gyógyszer kölcsönhatást nem jelentettek. • **TERHESÉG ÉS SZOPTATÁS:** Terhesség első három hónapjában történő alkalmazását kerülni kell. A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre: Nincs arra utaló adat, hogy a készítmény befolyásolná a gépjárművezetést, vagy a gépek kezelését. • **NEM KÍVÁNTOS HATÁSOK, MELLÉKHATÁSOK:** Ezek főként gasztrointesztinális zavarok (flatulencia, hasmenés, gyomor fájdalom, gyomor rontás), fejfájás, szédülés, fáradékonyság, bőrkülés, hóhullám és pruritus voltak, melyek gyorsan megszűnnek a kezelés abbahagyásakor. • **TULADAGOLÁS:** Eddig tünetekkel járó túlادagolást nem jelentettek. • **GYÓGYSZERESZETI JELLEMZŐK** **Segédanyagok felsorolása:** makrogol 6000, magnézium-sztearát. • **INKOMPATIBILITÁS:** Nem ismert. • **FELHASZNÁLHATÓSÁGI IDŐTARTAM:** 5 év • **KÜLÖNLEGES TÁROLÁSI ELŐÍRÁSOK:** Legfeljebb 30°C-on. Nedvességtől védve tartandó. • **CSOMAGOLÁS TÍPUSA ÉS KI-SZERELÉSE:** 30 tabletta PVC/Al bliszterben és falikartonban. A készítmény felhasználására, kezelésére vonatkozó útmutatások: Megjegyzés: ✱ • **A FORGALOMBAHOZATALI ENGEDÉLY JOGSÚLTJA:** Novartis Hungária Kft., Consumer Health, Budapest • **A FORGALOMBAHOZATALI ENGEDÉLY SZÁMA:** OGYI-T 5299/01 • **Alkalmazási előírás** OGYI-eng. száma: 15 624/55/2003