

ÉRBETEGSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2025/4.



Dr. Dzsini Csaba
*Atípusos aorta coarctatio
sebészeti kezelésének
hosszú távú eredményei*

Dr. Bihari Imre
*Az alsó végtagi varicositas
ritka anatómiai formája:
Giacomini-véna*

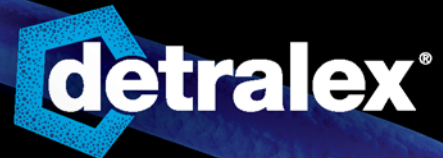
Dr. Bihari Imre
*Eltávozott a Magyar phlebológia
legfőbb támogatója:
Prof. Dr. Várady Zoltán
(1937-2024)*

Kongresszusok – rendezvények



Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság





Világszerte elismert hatékonyságú flavonoid komplex¹⁻⁶

krónikus vénás betegség és
az aranyérbetegség kezelésére

MPFF

Legmagasabb szintű
evidenciával ajánlott
hatóanyag a magyar
irányelv szerint¹

#1

VILÁGELSŐ
VÉNAERŐSÍTŐ⁷



1A ERŐS AJÁNLÁS¹⁻²



1 – Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a krónikus vénás betegség ellátásáról, 2021. 2 – Nicolaides AN, et al. Int Angiol. 2018; 37(3): 181-254. 3 – Agarwal N, Kumkum Singh K. et al. Ind J Surg. 2017;01.09. DOI10.1007/s12262-016-1578-7. 4 – Godeberge P. et al. J Comp Eff Res 2021; 10(10):801-813. 5 – Paysant J, Sansilvestri-Morel P, Bouskela E, Verbeuren TJ. Int Angiol. 2008;27(1):81-85. 6 – Garner RC, et al. Pharm Sci. 2002;91:32-40. 7 – IQVIA Analytics Link Mozgó Éves Összesítés (MAT) Q3 2024 időszakra értékben és dobozszámban 77 ország adatai alapján a C5C ATC 3 osztályban (C5C – capillar-stabilizáló szerek)

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
ogyei.gov.hu/kiseroirat/ah/ah_0000012917_20230119152331.doc

Mellékhatás / nemkívánatos esemény előfordulása esetén kérem jelezze a DrugSafety-Hungary@servier.com e-mail címen,
minőségi probléma és orvosszakmai kérdés esetén keressen minket a minosegikifogas@servier.com e-mail címen.

A gyógyszer használatával kapcsolatos további információért keresse:

Servier Hungária Kft. | 1117 Budapest, Dombóvári út 25., 3. em. | Telefon: 1-238-7799 | www.servier.hu

SERVIER

Postázás

Kedves Kolléganők és Kollégák, lapunk olvasói!
Tisztelettel kérjük minden kedves olvasónkat
gondolkozzon el, milyen módon szeretné
megkapni folyóiratunkat - postai úton vagy
emailben. Az e-mailes változat mellett szól a
helyigény nélküli tárolás, a könnyebb
visszakeresés, a tetszőleges méretű betűvel
történő olvasás és a gyorsabb kézbesítés.

A kiküldött email formátuma hasonló, mint a
www.erbetegsegek.com honlapon található,
korábbi lapszámoké. Számunkra a jelentősen
megdrágult postaköltségek kikerülése indo-
kolja ezt az ajánlatot.

Kérjük küldje el email címét az
imre.bihari.dr@gmail.com címre.

The Hungarian Journal of Vascular Diseases

***Scientific Journal of the Hungarian Society
for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular
and Interventional Radiological Society
of Hungary***

Contents

Vol. XXXII. No. 4. 2025.

Papers

Csaba Dzsini

SURGICAL TREATMENT OF ATYPICAL
AORTIC COARCTATION. LONG-TERM
RESULTS 121

Imre Bihari

A RARE ANATOMICAL FORM OF LOWER
LIMB VARICOSITY: GIACOMINI-VEIN 129

Imre Bihari

THE MAIN SUPPORTER OF HUNGARIAN
PHLEBOLOGY HAS PASSED AWAY:
PROF. DR. ZOLTÁN VÁRADY (1937-2024) 135

ÉRBETEGSÉGEK • THE HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

**A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis
és Intervenciós Radiológiai Társaság tudományos folyóirata**

***Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Hungary***

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE • ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsini Csaba, dr. Jámbor Gyula,
dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre

Rovatvezetők: Vénák: dr. Menyhei Gábor • Endovascularis beavatkozások: dr. Kollár Lajos
Haemorrhéológia: dr. Pécsváradi Zoltán • Belgyógyászat: dr. Meskó Éva†
Radiológia: dr. Battyáni István • Historia: Dr. Bartos Gábor†

Kiadja az Ádám és Bihari Kft. Felelős kiadó: az Ádám és Bihari Kft. ügyvezető igazgatója.

Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./Fax: +36-1- 3345-468.

Tervezőszerkesztő: Kincses Gábor • Nyomdai munkák: Szó-Kép Nyomdaipari Kft.

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

Az áramlás szabadsága



RICHTER GEDEON

Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., www.gedeonrichter.com

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!

Mellékhatás / nemkívánatos esemény bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; medinfo@richter.hu

Document ID: KEDP/DAFRZ8, Lezárás dátuma: 2025.10.20.



Kardatuxan[®] 2,5 mg filmtabletta

https://ogyel.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=210422

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2023.09.29.

A Kardatuxan[®] 2,5 mg filmtabletta: támogatással nem rendelkező gyógyszer.

Ajánlott bruttó fogyasztói ár: 4300 Ft

Atípusos aorta coarctatiók sebészi kezelésének hosszú távú eredményei

DR. DZSINICH CSABA

Összefoglalás

Az aorta coarctatio a leggyakoribb congenitalis cardiovascularis elváltozások egyike, ezek között mintegy 5–8%-ban fordul elő. Típusos előfordulási helye az isthmicus szakasz. Atípusos helyen kialakult coarctatio az esetek mintegy 1%-ra tehető, nagyon ritka kórforma. Az eltérő lokalizáció felismerését annak számos változata megnehezíti, de a modern képalkotó technikák birtokában e téren jelentős előrelépés következett be. A szív közeli, a bal kamra kiáramlási pályáját szűkítő subvalvularis, valvularis, supralvularis, aortaív és típusos coarctiok többsége a gyermekkardiológiai vizsgálatok során a korai gyermekkorban többnyire kora csecsemő- vagy gyermekkorban kiderülnek, de a distalisabb aortaszakaszokon lévő elváltozásokra gyakorta csak később, esetleg felnőtt korban derül fény. Az elváltozás okozta keringés dinamikai következmények súlyossága a várható élettartamot jelentősen befolyásolják. A kezeletlen esetek átlagos élettartama mintegy 35 évre tehető. 1980 óta 27 beteget operáltunk atípusos aorta coarctatio miatt. A dolgozatban ezen betegek műtéti ellátását és azok késői eredményeit tekintjük át.

Kulcsszavak: atípusos aorta coarctatio, sebészi kezelés, késői eredmények

SURGICAL TREATMENT OF ATYPICAL AORTIC COARCTATION. LONG-TERM RESULTS

Summary

Aortic coarctation is one of the most frequent congenital cardiovascular disorders representing 5–8 % in this cohort. Its typical localization is the aortic isthmus. Infrequently, in about 1% coarctation may develop at atypical sites, anywhere alongside the outflow tract from the supralvular aortic stenosis down to abdominal aorta. Proximally to the typical coarctation due to careful screening most of the cases will be diagnosed by pediatric cardiology shortly after birth or in young children, meanwhile distally located ones may remain hidden at long run. Due to modern imaging techniques the diagnosis of atypical aortic coarctation became much easier. Untreated coarctations may reduce life expectancy to approximately 35 years. Since 1980 we have operated 27 patients of this group. Now we report our experiences according types, surgical solutions and long-term results related to atypical aortic coarctation.

Keywords: atypical aortic coarctation, surgical treatment, long-term results

A típusos aorta coarctatio a congenitalis cardiovascularis elváltozások egyik leggyakoribb változata, azok mintegy 5–8%-át képviseli és gyakorta más szívélváltozásokkal társul. Turner-szindrómában szenvedő betegekben mintegy 5%-ban fordul elő.

A bal kamra számára keringési akadályt jelentő szűkület a subvalvularis, valvularis és supralvularis szűkülettől kezdve az aorta bármely szakaszán kialakulhat. Az aorta íven, az aorta descendensen és abdominalison jelentkező szűkületek, az atípusos aorta coarctatiók az úgynevezett aorta isthmus szintjén kialakuló típusos

coarctatiók 1–2%-át teszik ki. Egyes megjelenési formái nem feltétlenül congenitalisak, azokat Takayasu-szindróma vagy más betegség részjelenségének vélik. A szűkület mértékétől függő következményes hypertonia, az állandó cardialis túlterhelés a beteg életkilátásait jelentősen rontja. A kezeletlen betegek átlagos élettartama mintegy 35 év.

Atípusos aorta coarctatio miatt 1980 óta 27 beteg operáltunk intézeteinkben. A változatos sebészi megoldások korai és késői eredményeit tekintjük át dolgozatunkban.

Rövidítések

CTA – computer tomographia angiographia, DSA – digitalis subtractios angiographia, PTFE – polytetrafluorethylene

Módszerek

1980 és 2015 között 27 beteget operáltunk atípusos aorta coarctatio miatt. Betegeink között 8 nő és 19 férfi volt. Életkoruk 2 és 52 év között váltakozott, átlagosan 16 év volt. A 27 betegből mindössze 4 volt felnőtt korú, 12 gyermekkorú és 9 serdülő. Utóbbiakban véglegesnek tekinthető testmérettel mindössze 6 beteg rendelkezett. Vezető tünet valamennyi esetben a magas vérnyomás volt. Valamennyi beteg egy kivételével súlyos hypertoniával került kivizsgálásra. A hypertoniás betegek systoles vérnyomásértékei 160 és 280, a diastoles értékei 100 és 145 Hgmm között, átlagosan 185 illetve 122 Hgmm között váltakoztak. Intractabilis hypertoniát, jelentős cardio-megaliát 4, cardialis decompensatiót 2 betegnél észleltünk. Postprandialis fájdalom, dysbasiája egyik betegnek sem volt. Egy 26 éves nőbeteg a jobb láb 5. ujján kis, mikroembolisatio okozta gangraenával került felvételre (1. táblázat). Fizikális jelként parasternalis zörejt egy esetben, parascapularist 5, epigastrialist 26 és köldöktáji zörejt 7 betegnél regisztráltunk. Az alsó végtagi bokatáji pulsatio egyetlen esetben sem volt tapintható, az a. femoralis pulsatioja 6 betegben volt sejtető. A felső és alsó végtagok közötti nyomás gradiens 25 és 100 Hgmm közötti, átlagosan 44 Hgmm volt. A betegek laboratóriumi értékei aktiv gyulladásos folyamatra egyik esetben sem utaltak, azonban 4 betegünk a potentialis gyulladásos háttér miatt steroid kezelésben részesült. A lobos háttér gyanúját az aortafal morfológiai elváltozásai sejtették. A globális vesefunkció vizsgálata minden betegnél normál értékeket mutatott.



1. ábra. Atípusos aorta coarctatio az aorta íven a distalis aortaívából Kommerell-diverticulummal induló jobb a. subclaviával.

Betegszám 27	Férfi 19	nő 8
Életkor 2–52 év	átlagosan 16 év	
Hypertoniás 26	Normotenzív 1	
Hypertonia mértéke		
systoles nyomás	160–280 Hgmm átlagosan 185 Hgmm	
diastoles nyomás	100–145 Hgmm átlagosan 122 Hgmm	
Terápia rezisztens hypertonia	4 beteg	
Cor bovinum, cardialis decompensatio	4	
Globalis vesefunkció zavara	0	
postprandialis fájdalom	0	
dysbasia	0	
lábujj gangraena	1	

1. táblázat. Atípusos aorta coarctatio miatt operált betegek adatai

DSA 18	CTA 9	Mindkettő 7	
A coarctatio elhelyezkedése és morfológiája			
	rövid szakasz	hosszú szakasz	egyéb malformatio
aorta íven	1		arteria lusoria
aorta descendens	5	2	
aorta angusta		1	
dist. aorta descendens	5		
thoracoabd. aorta	4		
visceralis aorta	4	3	renalis aneurysma
subrenalis aorta	1	1	

DSA - digitális subtractió angiographia, CTA - computer tomographiás angiographia

2. táblázat. Az atípusos aorta coarctatio képzőkö vizsgálata és lokalizációja

jobb subclavio-caroticus transpositio + distalis aortaív foltplastica	1
Ívelt bypass az istmicus aortától az aorta bifurcatioig + a renalis és visceralis arteriák replantatiojával	1
Ívelt aorto-aorticus bypass az aorta descendens területén	6
Aorto-aorticus gaft interpositio az aorta descendens kp szakaszán	1
Aorta descendens aorta abdominalis ívelt bypass + renalis replantatio	1
Az aorta descendens foltplastica	6
A thoracoabdominalis aorta szakasz foltplastica	3
A visceralis aorta segmentum foltplasticája	5
A viscerlis aorta segmentum + a. renalis foltplasticája	1
Hepatorenalis és splenorenalis bypass	2
Subrenalis aorta foltplastica	1

3. táblázat. Az atípusos aorta coarctatio miatt végzett műtéti beavatkozások



2. ábra. Az aorta descendens proximális szakaszának hosszú szakaszú coarctatioja, jól látható collateralis keringést biztosító a. mammaria tágulattal, 52 éves férfibetegünk esetében.



3. ábra. Az aorta descendens középső szakaszán kialakult coarctatio. Az aorta egyenetlen kontúrja aortitis morfológiai jeleit mutatja egy 6 éves gyermekben, aki jelentős cardiomegaliával és intractabilis hypertóniával került műtetre.



4. ábra. 24 éves férfi angiogramja. A beteg kezelhetetlen hypertóniával a rekeszcsontra szintjén kialakult coarctatio miatt került műtetre 35 évvel ezelőtt. Dacron folt plasticával oldottuk meg.

A képalkotó eljárások az elmúlt 35 év alatt jelentősen megváltoztak. Az 1980–90-es években a hagyományos és digitalis subtractio angiographia (DSA), majd fokozatosan a CT angiographia (CTA) került előtérbe és szolgáltatta a képi diagnosztikát. Egy esetben az aortaív atípusos szűkülete Kommerell diverticulummal és arteria lusoriával szövődött. A bal a. subclavia alatt súlyos, csaknem interruptív okozó aortaív szűkület a két kar között 90 Hgmm gradienst okozott. A jobb a. subclavia a coarctatio alatti aorta szakaszból eredt (1. ábra). Az aorta descendens középső szakaszán 7 esetben (2. ábra), az alsó szakaszán 5 esetben (3. ábra), a thoracoabdominalis átmenetben 4 esetben (4. ábra), a visceralis aorta segmentumon 7 esetben (5. ábra) és a subrenalis aortán 2 esetben (6. és 7. ábra) észleltük az elváltozást. A teljes aorta descendens és abdominalis érintő aorta angustát egy esetben észleltünk (8. ábra). Az atípusos aorta coarctatio diagnosztikát szolgáló képalkotó eljárásokat és az elváltozás elhelyezkedését, kiterjedését a 2. táblázatban foglaltuk össze.

A subdiaphragmaticus atípusos aorta coarctatiók morfológiai változatai az alábbiak:

- supravisceralis
- intervisceralis (a truncus coeliacus és az a. mesenterica superior között)
- suprarenalis (az a. mesenterica superior és a renalis szájadékok között)
- infrarenalis
- multivisceralis érintettségű aorta coarctatio

A műtéti javallat alapját a morfológiai elváltozás mellett a súlyos hypertonia képezte. Utóbbi okát az aorta stenosis következtében kialakult áramlási resistencia illetve a filtrációs nyomás fenntartása érdekében fellépő

renovascularis mechanizmusú hypertonia kialakulásában láttuk. Tapasztalatunk szerint minél közelebb helyezkedett el az aorta coarctatio a vese arteriák szájadékához, annál nehezebben kezelhető hypertonia alakult ki, amelynek befolyásolásában a convertáló enzim bénító szerek fokozott hatékonysága szolgáltatott indirekt bizonyítékot.

Az alkalmazott műtéti megoldásokat a 3. táblázatban foglaltuk össze. Az atípusos aorta coarctatio műtéti megközelítése 14 esetben thoracotomia, 8 esetben thoracoabdominalis, 1 esetben thoracalis és szeparált abdominalis-extraperitonealis és 4 esetben abdominalis feltárással vált lehetségessé.

A műtéti megoldásokat befolyásoló tényezők sokrétűek. Időzítés tekintetében – amennyiben a klinikai helyzet lehetővé teszi – célszerű várni a testméretek növekedésére, azért, hogy lehetőleg a végleges megoldást jelentő méretű graffal végezhessük a beavatkozást. Négy esetben – jól befolyásolható hypertonia esetén a cardialis és vesefunkciók rendszeres ellenőrzése mellett 3–5 évet vártunk a gyermek növekedésére, majd a szűkült segmentumot 10–12 mm átmérőjű graffal hidaltuk át. Ez a méretű érprothesis hosszú távon biztosítja a distalis keringést. A bypass megoldás és ívelt graft behelyezése lehetőséget ad testméret változások követésére, nem sérti a kialakult collateralis keringést és elkerüli a szűkült szakaszon jelenlévő muralis calcificációt. A műtétek során zero porosítású Dacron és PTFE anyagú érprothesiseket használtunk (8. és 9. ábra). Egy férfi- és egy nőbetegünkben a rövid szakaszú suprarenalis szűkület megoldására jobb oldalon hepatorenalis, és a bal oldalon splenorenalis áthidalást alkalmaztunk. Egy nőbetegünkben a supravisceralis membranszerű coarctatio peremén thromboticus felrakódást találtunk, ami a lábujj



5. ábra. 14 éves lány hypertóniáját intervisceralis, suprarenalis aorta coarctatio okozta.



6. ábra. 24 éves nő mérsékelt hypertóniával aorta abdominalis coarctatioval került műtetre.



7. ábra. Fiatal nőbeteg aorta abdominalis hosszú szakaszú coarctatioja.

gangraenához vezető mikroembolisatio forrása volt. A carina körkörös kimetszése és foltplastica volt a műtői beavatkozás (10. ábra).

Eredmények

Korai eredmények: Korai szövődményünk nem volt. Betegeink eseménytelenül gyógyultak. Minden betegnél megjelentek a bokatáji pulzusok, a korábbi gradiens 10–20 Hgmm közé csökkent. A hypertonia kivétel nélkül jelentősen mérséklődött, egy beteg nem igényelt gyógyszeres kezelést, a többiek monoterápiával voltak egyensúlyban tarthatók. A cardialis túlterhelés minden esetben napok alatt látványosan megszűnt.

Késői eredmények: Betegeinket 35 és 4 év között átlagosan 16 évig követtük. Valamennyi betegünk elérhető volt, a hosszú utánkövetés ellenére beteget nem veszítettünk el. Késői szövődmény 6 betegnél jelentkezett.

1. és 2. beteg. Két nőbetegnél észleltünk arteritisre utaló progressziót, amit a supraaorticus ágakon megjelenő obliteratio támasztott alá. Egyikük a 26 éves korban végzett supradiaphragmaticus carina kimetszése és aorta foltplastica után 24 évvel, arteria renalis stenosis miatti zsugorvase állapotában került kivizsgálásra. Renalis insufficientia miatt dialysis vált szükségessé. Egyúttal a bal a. subclavia centrális szakaszának elzáródását állapítottuk meg. Steal-jelenség és felső végtagi panaszok miatt a bal arteria subclaviát a bal carotis communisba transponáltuk. A másik nőbeteg 16 éves korban suprarenalis rövidszakaszú coarctatio miatt splenorenalis, ill. hepatorenalis anastomosis kialakítása után 20 évvel jelentkezett, ellenőrzése során a bal arteria subclavia elzáródását észleltük, ami revascularisatiót klinikai panaszok hiányában nem igényelt.

3. beteg. Egy 12 éves nőbetegben az aorta descendens középső szakaszán mintegy 10 cm-es graft interpositiót végeztünk. 14 évvel később a beteg 45 cm-rel magasabb testalkattal, tompa mellkasi fájdalommal, bal oldali renalis és alsó végtagi emboliával jelentkezett. CTA derített fényt az aorta interpositum mindkét anastomosisának leszakadása következtében kialakult 80 mm átmérőjű álaneurysma kialakulására, amelyben friss alvadékkal körülvéve a graft szabadon állt, ami az embolisatio forrását képezte. Újabb thoracotomia során az aneurysma üregéből a thrombust eltávolítottuk, a leszakadt graftot eltávolítottuk és az aortát 18 mm átmérőjű Dacron graft interpositummal állítottuk helyre. A klinikailag nem jelentős renalis és alsó végtagi embolisatio beavatkozást nem igényelt.

4. és 5. beteg. A rekonstruált aorta szakasz revisioja 2, gyermekkorban operált esetben vált szükségessé a növekedéssel összefüggő testméret változása miatt. Az utánkövetés során mindkettőnél, 4 illetve 10 évvel a primér műtét után, az aortitis morfológiai jelei is felismerhetők voltak. A súlyos intractabilis hypertóniával, cardialis decompensatio állapotában operált 6 éves fiú primaer beavatkozáskén thoracoabdominalis aorto-aorticus ívelt 8 mm átmérőjű Dacron bypasson esett át, amelybe mindkét vese artériát beültettük. A látványos korai gyógyulást követően 10 évvel később ismét súlyosbodó hypertonia miatt került vizsgálatra. Hosszmérete 40 cm-rel haladta meg korábbi testmagasságát. DSA a graft középső szakaszán a rekesz szintjében súlyos szűkület kialakulását mutatta. Ismételt thoracolaparotomia során a szűkült szakasz Dacron foltplasticáját végeztük el (3. és 11. ábra). A beteg tensioja rendeződött. Jelenleg 20 évvel a második beavatkozás után ép vesefunctio mellett mérsékelt antihypertenzív kezelést igényel és normál életet él. A másik, 12 éves korban operált fiú aorta angusta miatt

került műtetre. A mellkasi és a hasi aorta lumene 3 mm volt. Nem ismert javallat alapján 2 éves korában isthmicus foltplasticát kapott. Súlyos hypertonia uralta a klinikai képet. Ívelt 8 mm-es Dacron grafttal a bal a. subclavia eredésétől az aorta bifurcatoria vezetett áthidalásba ültettük be a zsigeri és renalis arteriákat (8. és 9. ábra). Zavartalan postoperatív szak után a gyermek gyors növekedésnek indult. 4 évvel később 55 cm-es hossznövekedést és a hypertonia visszatérését észleltük. DSA a jobb a. renalis jelentős szűkületét mutatta. Jobb oldali extraperitonealis behatolásból iliorenalis 6 mm-es Gore-tex® bypasszt készítettünk. Vérnyomása jelentősen mérséklődött, állapota 17 évvel a második reconstructio után stabil.

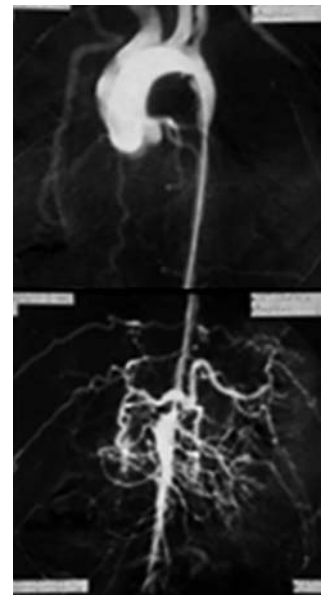
6. beteg. 22 éves intractabilis hypertonia miatt fiatal katonára került kivizsgálásra. A kórkép hátterében az aorta mintegy 5 cm-es szakaszának súlyos szűkülete állt. A jelzett aorta szakasz lumenét Dacron folttal állítottuk helyre. A beteg panaszai megszűntek. A kamionsofőrként dolgozó férfi 34 évvel a fenti beavatkozás után külföldön vezetés közben hasi fájdalom kíséretében elájult. Azonnal kórházba került, ahol subrenalis hasi aorta aneurysma rupturát állapítottak meg. Monolimb stentgraft implantatit és bal-jobb crossover bypasszt végeztek. Eseménytelenül gyógyult. Kontroll CTA a 34 évvel korábban operált thoracoabdominalis aorta szakasz kifogástalan átjárhatóságát mutatta (12. ábra).

Megbeszélés

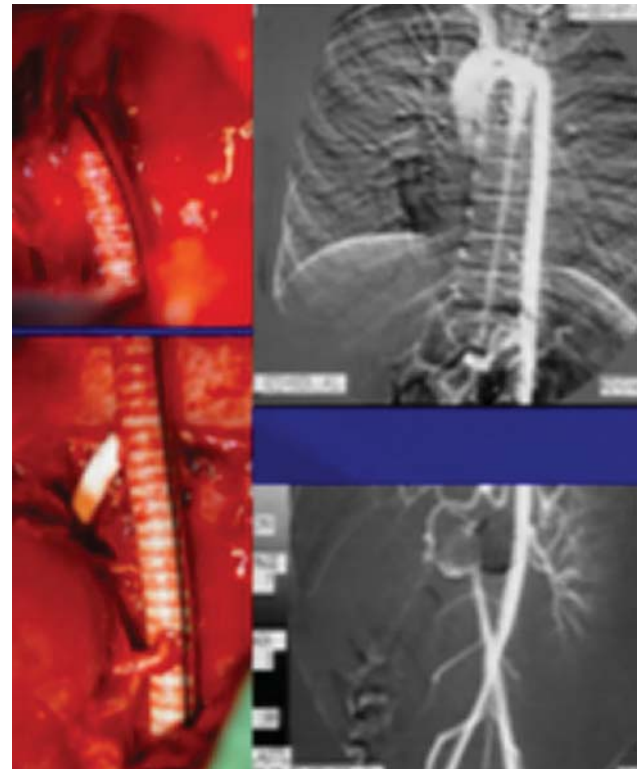
A hasi aorta coarctatiót *Schlezing* 1835-ben ismertette elsőként, majd *Quain* 1847-ben közölt hasonló esetet. *Power* a hasi aorta aplasia részletes leírását 1861-ben tette közzé [1, 2]. Az első sikeres reconstructív beavatkozásról *Beatti és mtsai* számoltak be 1951-ben [3]. *Glenn és mtsai* 1952-ben közvetlenül a truncus coeliacus feletti segmentalis coarctatiót splenoaorticus anastomosissal oldották meg [4]. *Morris és mtsai* 1966-ban 24 esetet talált az irodalomban, közülük 12 beteg sebészi reconstruction esett át. A beavatkozást kilencen éltek túl [5]. *DeBakey és mtsai* 1967-ben már 26 esetben 16 sikeres sebészi helyreállításról tudósítottak [6]. 1971-ben *Heberer és mtsai* már 180 esetet találtak az irodalomban [7]. *Vollmar és mtsai* 1973-ig 90 sebészi beavatkozást gyűjtöttek össze az addigi közlemények alapján [8]. Azóta is csak egyes esetek vagy kis szériák ismertetése lelhető fel. Hosszú távú utánkövetésről beszámoló közlemények nagyon ritkák [9–11]. Az atípusos aorta coarctatio előfordulási aránya a típusos coarctatiokhoz viszonyítva 0,5–2% [11]. Kialakulásában több kóroki tényezőt tételez fel az irodalom. *Maycock* szerint congenitalis malformatio okozhatja, amelynek hátterében a primitív embrionális kettős dorsalis aorta inkomplett fúziója állhat. A fúzió elmaradása igen ritkán kettős hypoplastikus aorta megmaradását okozhatja [12]. Hasonló morfológiai elváltozásokat okozhat a Takayasu arteritis, amelyik főként ázsiai populációban fordul elő [11, 13]. Mások fibromuscularis dysplasiát,

postinfectios érfali fibrosist, Marfan syndromát esetleg Recklinghausen betegség vascularis manifestációját, Williams syndroma részjelenségét vagy autoimmun betegséget tételeznek fel [13–15]. Beteganyagunkban túlnyomóan kongenitális eredetű elváltozás fordult elő, bár a hosszú utánkövetés során négy esetben arteritis késői elváltozásra terelődött figyelmünk, más lokalizációjú arteriás obliteratio későbbi megjelenése miatt. Egyéb felsorolt pathológiai hátteret beteganyagunkban nem észleltünk.

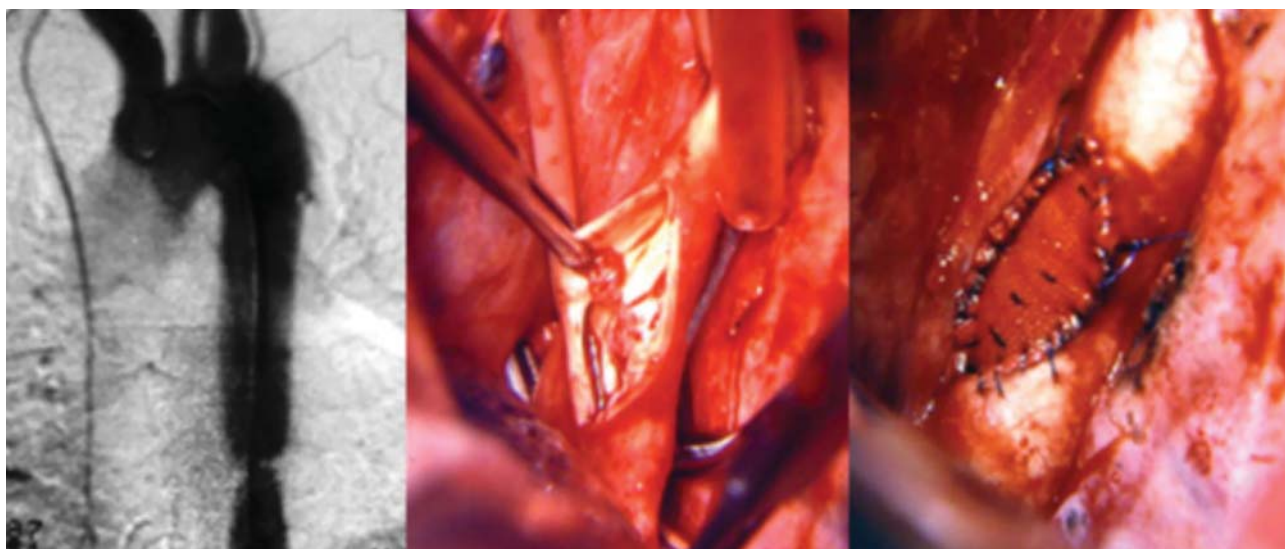
A betegek tüneteit a hypertonia dominálja, ami részben resistencia hypertonia az áramlást akadályozó aorta stenosis miatt, de jellemző a magas vérnyomás fenntartásában a



8. ábra. 12 éves fiú aortogramja. Aorta angustia képe. Az aorta átmérője 3 mm. A normál méretű a. mesenterica superior dús collateralis arteriákból táplálkozik. A beteg 2 éves korában az isthmicus aorta foltplasticáján esett át.



9. ábra. Az aorta angusta (7. ábra) műtéti megoldása thoracoabdominalis Dacron graft beültetéssel és a zsigeri ágak implantációjával 15 évvel a műtét után.



10. ábra. Rövid szakaszú aorta descendens coarctatio megoldása foltplaszticával. A carinán jól látható thromboticus appositio volt a perifériás embolisatio forrása.

renin-angiotensin mechanizmus szerepe [16]. Betegeinkben minél közelebb helyezkedett el az aorta stenosis a vese arteriák szintjéhez, és minél súlyosabb volt az aorta stenosis, annál inkább játszott szerepet a renovascularis hypertonia a magas vérnyomás fenntartásában. A globális vesefunkció beszűkülése nem jellemző, de a súlyos, intractabilis hypertonia cor bovinumot és cardialis decompensatiót okozhat, mint néhány esetünkben mi is megfigyeltünk [17]. Beteganyagunkban a postprandialis fájdalom, illetve a dysbasia nem volt jelentős. Több beteg a reconstructio után észlelte először az akadálytalan járás élményét. Az egy betegnél észlelt lábujj gangraena jó járóképesség mellett a carina szerű coarctatio appositionalis thrombusából származó mikroembolisatio miatt alakult ki. Túlnyomóan távolkeleti szerzők által észlelt arteritis miatt kezelt esetekben, mind az étkezés után jelentkező, mind a dysbasiás panaszok gyakrabban kerültek említésre [9, 11, 13, 15, 17].

Fizikális vizsgálat során az epigastriumban hallható zörej, a gyengült vagy hiányzó femoralis pulsatio, valamint a felső és alsó végtagok közötti nyomás gradiens volt a legfeltűnőbb. Megemlíthető fizikális jel lehet a kitágult, kanyargós intercostalis erek megjelenése (Schwarz-jel), amelyek a szomszédos bordák usuratioját, röntgenfelvételen azok hullámos konturját okozhatják (Dock-jel). A laboratóriumi vizsgálatok a sebészi beavatkozás előtt nem utaltak gyulladásos aktivitásra, de 4 betegünk a morfológiai kép alapján steroid kezelést kapott.

A diagnosztika alapját korábban a DSA, az utóbbi 2 évtizedben a CTA adta. Az általunk észlelt morfológiai változatokat a 2. táblázatban foglaltuk össze. Az irodalmi adatok is a kórkép számos morfológiai változatáról számolnak be [10, 17]. Az elváltozások egyedi – túlnyomóan sebészi megoldásokat tesznek szükségessé, bár az utóbbi időben endovascularis kezelésről is tudósítanak [9, 11, 13, 17, 18–20].

A megoldások javallata számos szempont alapján határozható meg:

1. Klinikai tünetek súlyossága, hypertonia kezelhetősége
2. Életkor, testméretek
3. Az aorta coarctatio elhelyezkedése, kiterjedése, a szűkület mértéke
4. Arteritisre utaló klinikai és laboratóriumi jelek jelenléte
5. Collateralis hálózat fejlettsége
6. A szűkült aortaszakasz calcificatioja

Beteganyagunkban atípusos aorta coarctatio miatt csecsemőkorú beteg nem került műtetre. A típusos aorta coarctatio az esetek túlnyomó többségében a születés után röviddel felismerésre és megoldásra kerül. Az atípusos coarctatio – mint eseteink kormegoszlása bizonyítja – csak jelentős késéssel kerül látótérbe. Ennek oka a szokatlan elhelyezkedésen és ritka előforduláson túl a kevésbé drámai és ezért később felismert klinikai tünetekben rejlik.

A testméretek jelentőségét betegeink kormegoszlása illusztrálja. 16 éves kor alatt 12 beteget operáltunk, akik között csak két 10 év alatti gyermek volt, a többiek nem végleges testmérettel de serdülőkorban kerültek műtetre. Két beteg évekkel később a növekedés okozta méretváltozások miatt ismételt sebészi beavatkozásra szorult, élénken bizonyítva a növekedés, a testméretek szerepét a megfelelő javallat és megoldás kialakításában. 2 betegnél a hypertonia kezelése és a vesefunkció folyamatos ellenőrzése mellett a hosszú szakaszt érintő coarctatio halasztott áthidalását tartottunk indokoltnak azért, hogy a növekedés előrehaladtával, megfelelő méretű graft beültetésével, minél inkább végleges testméretek mellett tartós megoldást végezhesünk. 4 betegben foltplaszticával oldottuk meg az aorta szűkületét, egy betegben a foltot a bal a.renalis rövid főtrzsére kiterjesztve, annak aneurysmaticus elváltozását is megoperáltuk. Növekedés okozta későbbi

beavatkozásokra az irodalomba szerény utalásokat találunk. *Stanley és mtsai* 53 beteg esetét feldolgozó közleménye utal a későbbi revisio szükségességére [18,19].

A gyermekkorban operált betegek közül 3 esetben merült fel arteritis lehetősége kizárólag a morfológiai kép alapján. Laboratóriumi paraméterek aktív lobos folyamatot egyik esetben sem igazoltak, de átmeneti steroid kezelést kaptak.

A 16 éves kor után operált 15 betegünk testmérete megközelítette, ill. elérte a végleges állapotot, így náluk hosszú távú eredményt biztosító primaer megoldást választhattunk. Ezen betegcsoportban, a diagnosis és a beavatkozás időpontjában, a morfológiai elváltozások alapján 4 esetben arteritis merült fel. Évekkel később 2 nőbetegnél jelentkező supraaorticus arteria obliteratio, illetve egyiküknél tartós dialysist igénylő renovascularis insufficiencia utalt Takayasu-betegség lehetőségére. 2, gyermekkorban operált fiúnál évekkel később ugyancsak jelentkeztek aortitisre utaló morfológiai elváltozások.

Tapasztalataink nem adtak választ arra, hogy az aortitis primaer vagy secundaer módon járul hozzá e ritka kórkép kialakulásához.

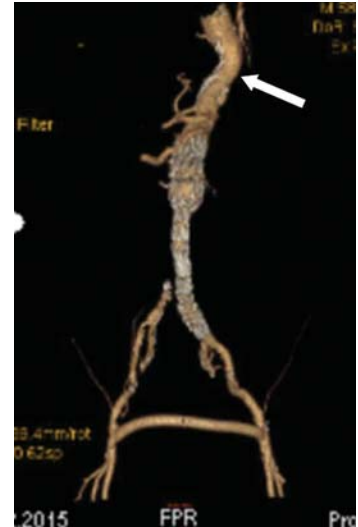
A számos variációval rendelkező atípusos coarctatio egyedi megoldások széles spectrumát teszik szükségessé. A rövid szakaszú elváltozások foltplasticával eredményesen kezelhetők. Egyes esetekben körkörös calcificatio ennek a megoldásnak nem nyújt teret. A nem teljes körfogatot érintő meszesedés mellett a foltplastica elvégezhető és megkíméli a collateralis keringést is. Bár néhány közlemény foltplastica késői szövődményeit, például álaneurysma képződést, restenosist említ [11, 13, 17, 18]. Saját anyagunkban álaneurysma képződéssel atípusos aorta coarctatio sebészi megoldása után nem találkoztunk. Restenosis egy esetben a thoracoabdominalis grafton a rekesz szintjében, egy esetben a jobb a. renalison alakult ki.

Az aortaívet érintő atípusos coarctatio egy része foltplasticával megoldható, de hosszabb szakaszon jelentkező elváltozás aorta ascendens és descendens közötti áthidalással oldható meg [20–22]. A bypass megoldás előnyei:

1. megkíméli a kialakult collateralis keringést,
2. elkerüli az esetenként súlyosan calcificált stenotikus aorta szakaszt,
3. az anastomosisok ép szakaszokon, tangentialis kirekesztésben elkészíthetők,
4. ívelt graft alkalmazásával teret ad a növekedés számára,
5. az áthidalás egyénenként változó hosszúságban alkalmazható,
6. megfelelő graft méret hosszú távú jó eredményt ad,
7. a graftba direkt vagy indirekt módon a nagy mellékágak beültethetők.



11. ábra. A mellkasi aortáról a hasi aortára vezetett Dacron bypass, amelybe a renalis arteriákat beültettük. Control DSA 30 évvel a primaer műtét után és 20 évvel a graft foltplasticáját követően (a 3. ábrán látható atípusos aorta coarctatio műtéti megoldása).



12. ábra. 35 évvel korábban végzett thoracoabdominalis aorta coarctatio (4. ábra) miatt foltplastica és egy évvel korábban rupturált hasi aorta miatt végzett monolimb stent graft implantatio és crossover bypass 3 D CTA képe.

Graft interpositum véleményünk szerint kevésbé előnyös megoldás, mert az aorta érintett szakaszának teljes kirekesztésével jár, és részben kiiktatja a collateralis keringést. A calcificatio technikai nehézséget okozhat és nem ad lehetőséget a növekedés okozta változásoknak, mint azt egy nőbetegünkönél tapasztaltuk [23].

Az utóbbi időben egyes közlemények az atípusos aorta coarctatio endovascularis kezelésével szerzett szaporodó tapasztalatokról tudósítanak [24, 25]. Az endovascularis megoldások az érintett aorta szakaszon az érfali szerkezet rugalmatlansága miatt a hosszanti berepedés veszélyével járhat, körkörös calcificatio esetében aligha elvégezhető. Stent behelyezése gyermekkorban az adott átmérő miatt csak időleges megoldást jelenthet. A lobos érfolyamat fellángolása a tágítás tartós eredményét teheti tönkre. Ilyen esetekben távoli ép aorta szakaszok között létesített műanyag érrel való áthidalást tartják a kedvezőbb megoldásnak [11, 13, 23, 24].

Dolgozatunkban az atípusos aorta coarctatio sebészi kezelésével szerzett tapasztalatainkat foglaltuk össze. A sebészi megoldások hosszú távú eredményeit több mint 3 évtizedes utánkövetés alapján mutattuk be. A választott megoldások betegeink túlélési esélyeit jelentősen javították, bár késői szövődmények is kialakultak, amelyeket újabb beavatkozással, betegeink túlnyomó többségében sikerrel oldottunk meg. A szövődményeket a növekedéssel kapcsolatos testméret változások, vagy aortitis késői relapszusa, ill. megjelenése okozta. Az aortitis megelőzése, az aktív folyamat felismerése és megfelelő gyógyszeres kezelés beállítása jelentős mértékben hozzájárulhat a sebészi és endovascularis kezelési módszerek tartós eredményeinek fenntartásához [13, 26, 27].

Irodalom

1. Heberer, G., Rau, G., Schoop, W.: Kongenitale Arterielle Krankheiten in Angiologie. Thieme, Stuttgart, 1974.
2. Vollmar, J.: Die rekonstruktive Chirurgie der Arterien, Thieme, Stuttgart, 1975.
3. Beatti, E. J., Cooke, F. N., Paul, J. S., et al.: Coarctation of the aorta at the level of the diaphragm treated successfully with preserved human blood vessel graft. J. Thorac. Surg., 1951, 21, 506-511.
4. Glenn, F., Keefer, E. B., Speer, D. S., et al.: Coarctation of the lower thoracic aorta immediately proximal to the celiac axis. Surg. Gynecol. Obstet., 1952, 94(5), 561-569.
5. Morris, G. C., De Bakey, M. E., Crawford, E. S., et al.: Late results of surgical treatment of renovascular hypertension. Surg. Gynecol. Obstet., 1966, 122(6), 1255-1261.
6. De Bakey, M. E., Garret, E., Howell, et al.: Coarctation of the abdominal aorta with renal artery stenosis: surgical consideration. Ann. Surg., 1967, 165(5), 830-843.
7. Heberer, G., Zumbobel, V., Eigler, F. W., et al.: Treatment of atypical aortic stenosis in hypertensive patients. Dtsch. Med. Wochenschr., 1971, 96, 615-623.
8. Vollmar, J., Voss, E. U., Nadjafi, A. S., et al.: Die atypische coarctatio aortae. Thoraxchirurgie, 1976, 24, 107-118.
9. Wada, J., Kazui, T.: Long-term results of thoracoabdominal bypass graft for atypical aortic coarctation of the aorta. World J. Surg., 1978, 2(6), 891-896.
10. Mickley, V., Fleiter, T.: Coarctations of descending and abdominal aorta: Long term results of surgical therapy. J. Vasc. Surg., 1998, 28(2), 206-214.
11. Taketani, T., Miyata, T., Morota, T., et al.: Surgical treatment of atypical aortic coarctation complicating Takayasu's arteritis-experience with 33 cases over 44 years. J. Vasc. Surg., 2005, 41(4), 597-601.
12. Maycock, W. A.: Congenital stenosis of the abdominal aorta. Am. Heart J., 1937, 13(6), 633-646.
13. Ogino, H., Matsuda, H., Minatoya, K., et al.: Overview of late outcome of medical and surgical treatment of Takayasu arteritis. Circulation, 2008, 118(25), 2738-2747.
14. Janzen, J., Vuong, P. N., Rothenberger-Janzen, K.: Takayasu's arteritis and fibromuscular dysplasia as causes of acquired atypical coarctation of the aorta: retrospective analysis of seven cases. Heart Vess, 1999, 14(6), 277-282.
15. Kimura, M., Kakizaki, S., Kawano, K., et al.: Neurofibromatosis type 1 complicated by atypical coarctation of the thoracic aorta. Case Rep Pediatr., 2013, 2013, Article ID 458543.
16. Alpert, B. S., Bain, H. H., Balfe, J. W., et al.: Role of renin-angiotensin-aldosterone system in hypertensive children with coarctation of the aorta. Am. J. Cardiol., 1979, 43(4), 828-834.
17. Dzsini, Cs., Jarányi, Zs., Sepa, Gy., et al.: Atypical thoracoabdominal aortic coarctation in cardio-aortic and aortic surgery. In: Kawada, S., Ueda, T., Shimizu, H. (eds.): Cardio-aortic and Aortic Surgery. Springer, Japan, 2001.
18. Stanley, J. C., Criado, E., Eliason, J. L., et al.: Abdominal aortic coarctation: Surgical treatment of 53 patients with thoracoabdominal bypass, patch aortoplasty or interposition aorto-aortic graft. JVS, 2008, 48(5), 1073-1082.
19. Go, M. R., Bhende, S., Smead, W. L., et al.: Long-term complications in two patients after aorto-aortic bypass for mid-aortic syndrome. Ann. Vasc. Surg., 2013, 27(4), 499e9-499e12.
20. Robicsek, F., Hess, P. J., Vajtai, P.: Ascending distal abdominal aorta bypass for treatment of hypoplastic aortic arch and atypical coarctation in the adult. Ann. Thorac. Surg., 1984, 37(3), 261-263.
21. Shimada, N., Tanaka, M., Katayama, I., et al.: Ascending aortoabdominal aorta bypass for atypical coarctation with intractable hypertension due to aortitis syndrome; report of a case. Kyobu Geka, 2014, 67(3), 239-242.
22. Matsuno, Y., Mori, Y., Umeda, Y., et al.: A successful case of ascending aorta-abdominal aorta bypass for middle aortic syndrome. Vasc. Endovascular. Surg., 2009, 43(1), 96-99.
23. Dzsini, Cs., Vaszily, M., Vallus, G., et al.: Late complications and treatment options of aortic coarctation operated in childhood. [Gyermekek korán operált aortacoarctatiók késői szövődményeik és ellátásuk.] Orv. Hetil., 2014, 155(30), 1189-1195. [Hungarian]
24. Delis, K. T., Gloviczki, P.: Middle aortic syndrome: from presentation to contemporary surgical and endovascular treatment. Perspect. Vasc. Surg. Endovasc. Ther., 2005, 17(3), 187-203.
25. Keith, D. S., Markey, B., Schiedler, M.: Successful long-term stenting of an atypical descending aortic coarctation. JVS, 2002, 35(1), 166-167.
26. Isobe, M.: Takayasu arteritis revisited: Current diagnosis and treatment. Int. J. Cardiol., 2013, 168(1), 3-10.
27. Ohigashi, H., Haraguchi, G., Konishi, M., et al.: Improved prognosis of Takayasu arteritis over the past decade - comprehensive analysis of 106 patients. Circ. J., 2012, 76(4), 1004-1011.

Prof. Dr. Dzsini Csaba

XIII. Szakorvosi Rendelő Intézet Érsebészeti,
Budapest XIII. Szegedi út 17
csaba@dzsinich.com

Az alsó végtagi varicositas ritka anatómiai formája: Giacomini-véna

DR. BIHARI IMRE

Összefoglalás

A Giacomini-vénát mintegy 150 éve írták le, azonban klinikai jelentősége csak az UH vizsgálat bevezetése óta ismert. Lefutása egyedi, a VSM-t és a VSP-t köti össze és részben fascia kettőzetben fut. Klinikai megjelenése egy szokványos parva varicositasnak megfelelő. Meglepő, hogy ennek hátterében az SFJ elégtelensége áll. Kezelésére, saját gyakorlatunkban a lézeres visszérműtét vált be.

Kulcsszavak: varicositas, anatómia, haemodynamika

Kicsit távolabbról indítva a kérdés tárgyalását, azt mondhatjuk, hogy a különböző diagnosztikus és terápiás eljárások az alsó végtagi felületes véna rendszer különböző egységeinek beazonosítására és terápiájára koncentráltak. A hagyományos visszérműtét a sapheno-femoralis junkcióra (SFJ), a stripping a v. saphena magnára (VSM), az ulcus cruris kezelése a perforans vénákra (PV), míg az endovenás visszérműtét az accessoria anteriorra (Acc Ant) főként mint kiújulás forrásra. Vagyis ezek anatómiáját, működését és kezelését helyezte előtérbe. Az itt említésre kerülő eret, a Giacomini-vénát az ultrahang (UH) vizsgálat bevezetése hozta be a szakmai köztudatba. Jelen cikkünk több szempontból is érdekes lehet, akár a szóban forgó véna különleges anatómiai lefutása, annak haemodynamikája vagy kezelése miatt.

Joggal illethet bennünket az a vád, hogy egy szerzői névvel jelzett anatómiai képletről beszélünk, míg helyesebb lenne annak további információt adó anatómiai megjelölését megadni. Ennek oka az, hogy meglehetősen nehézkes és hosszú lenne egy korrekt megnevezést adni, hiszen a VSP folytatásaként jelentkező, intersaphenalis, intrafasciális vénáról van szó, amelyik mindig egy speciális nyomvonalat követ. A több leírásban is fellelhető "thigh extension" pedig a beazonosításhoz nem eléggé informatív (1). *W. Hach* femoro-poplitealis véna néven említi, ami akár helyes is lehetne, azonban a mélyvénás átmenet nevével téveszthető össze (2). Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy talán az eredeti névadó első leírása nem is volt annyira pontos, mint ahogy azt az utókor végülis kidolgozta. Annak idején ugyanis a fascia lemezek jelentőségét még nem

A RARE ANATOMICAL FORM OF LOWER LIMB VARICOSITY: GIACOMINI-VEIN Summary

The Giacomini-vein was first described 150 years ago. Its clinical significance has been known since the introduction of US examination. The course of this vein is rather peculiar as it connects the GSV and the SSV while running partly in the muscle fascia. Its clinical picture is SSV varicosity. Surprisingly, the background is SFJ insufficiency. We used laser surgery for its treatment.

Keywords: varicosity, anatomy, haemodynamics

látták. Vagyis, a VSM-t és VSP-t összekötő érről van szó, amelyekből akár több féle is lehetne, azonban ennek egyedi, intrafasciális lefutása miatt a szakmai zsargon ezt jelzi az első leíró nevével (3).

A Giacomini-véna megbízható és egyszerű beazonosításához, továbbá a kezeléshez is az UH vizsgálat bevezetése volt a döntő lépés. Ez ugyanis, a korábban alkalmazott flebográfiához képest más információkkal is szolgál, ezek közül jelen leírásunk szempontjából a fascia lemezek láthatóvá tétele a fontos. Ezek elhelyezkedése és erekhez való viszonya az anatómiai diagnosztika részei. A klinikai gyakorlatban az UH vizsgálat tehát döntő fontosságú, de nem elégséges, ugyanis, ha valaki erről az érről nem hallott, akkor nem keresi, nem ismeri fel és nem is fogja kezelni.

Történet

Első leírója *Carlo Giacomini* (1840-1898) a Torinói Egyetem elismert anatómus professzora, aki elsősorban az agy, továbbá a szív, a gerinc és az idegek lefutásával, fejlődési rendellenességekkel és más anatómiai leírásokkal is foglalkozott (1. ábra). Az olaszország egyesülése kapcsán vívott harcok és a francia-porosz háború során önkéntes orvosként szolgált (4).

Ez az ér tehát sokáig egyáltalán nem kapott figyelmet. Első ismertetése 1873-ból származik, amelyet a szerző 51 alsó végtag boncolása alapján készített (3). Ő még minden, VSM-t és VSP-t összekötő eret intersaphenalis vénának jelölt, és 94%-ban meg is talált. Ez érthető, hiszen az alsó



1. ábra. Carlo Giacomini
(1840-1898)

tágulatokat okoz. Késői felfedezése hátterében patológiai elváltozásának ritkasága áll.

Anatómia

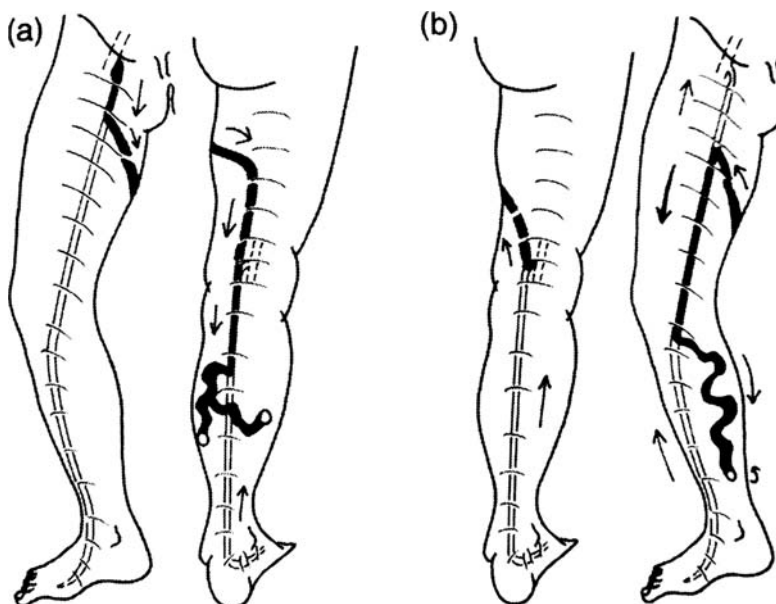
Ez a véna tehát a VSM-t és a VSP-t köti össze (2/a. ábra). Az ép áramlást követve indulunk a térdhajlatnál, hiszen perifériás vége itt van. Az ér a VSP egyenes, felfelé irányuló, vagyis proximális folytatásának tekinthető. Rendszerint a mélybe bukó VSP ívének kezdeti, felülethez közeli részén, a parva folytatásaként indul. Ez a proximális folytatás, ha van, akkor változatos hosszúságú, femoralis extensio névvel jelölik, UH-on rendszerint rövid és nem túl tág (0.5-1.0 mm) véna. A VSP centralis irányú csökevényes oldalága. A m. semitendinosus és a m. biceps femoris hosszú feje által képzett árokban fut proximal felé. A VSP szondázása kapcsán a műszer esetenként, röviden belefuthat. Rutin UH vizsgálat során, ha látható akkor is csak néhány cm hosszan követhető. Anatómiailag ezt a femoralis extensiot tekintik a Giacomini-véna megfelelőjének. Ugyanakkor klinikailag elsősorban azok a vénák érdemlik meg a Giacomini megnevezést, amelyek hosszabbak és a GSV valamint a VSP közötti összeköttetést, az áramlás lehetőségét megteremtik. A rövidebbeket a klinikai gyakorlatban csak egy-egy magasan beömlő VSP-nek tekintjük. Tehát a femoralis extensio megnevezés a gyakorlat számára nem fedi a Giacomini-ér fogalmát.

A tipikus Giacomini-véna centrális vége a VSM-ba, esetleg a SFJ-ba, mint a VSM posterior ága ömlik. Lefutása tehát egyedi, hosszan a VSP folytatása ként, a comb hátsó felszín tengelyében, a subcutan rétegnél mélyebben fut. A comb proximális harmadában egy erős kanyarulattal hagyja el a hátsó oldalt

és fordul medial felé, a SFJ irányába. Ez a szokatlanul éles fordulat tekinthető a VSP femoralis extensioja és a VSM posterior ága találkozásának. A lefutás további egyediségét az adja, hogy a VSM-hoz és VSP-hoz hasonlóan az ér kisebb-nagyobb szakasza az izomfascia kettőzetében fut (2/a. ábra).

A fasciáknak köszönhető, hogy varicositása esetén alig tágul ki, csak a reflux, vagyis a szív irányával ellentétes áramlás hívja fel jelenlétére a figyelmet. Tehát könnyen elnézhető, hiszen a varicositások klinikai vizsgálata során észlelhető, a bőrt megemelő véna látványa, vagy tapintható tágulata nincs jelen. Természetesen itt is van kivétel, ami ritkasága okán megért egy publikációt (6). A visszértágulat a lábszáron a VSP varicositásokra jellemzően, gyakran csak a lábszár középső harmadában látható. Az okot pedig, meglepő módon, nem az SPJ-ban, hanem a lágyékhajlatban, az SFJ-ben kell keresni.

A fent leírt tipikus lefutástól eltérő beömlési változatok, mint a vénás rendszerben már megszokhattuk, gyakran láthatók. Rendszerint a proximális részen vannak jelentős variációk. Előfordul, hogy PV-ba csatlakozva, még a VSM posterior ágának elérése előtt a mélybe bukik, mint egy szabálytól eltérő VSP beömlés. Ritkán nem kanyarodik el a VSM irányába, hanem felfut a glutealis régióba. Megjegyzendő, hogy nem láttunk és nem közölnek olyan eseteket, amelyek distalisán a térdhajlati PV-val kapcsolódnak (7). A Giacomini véna az egyetemi tankönyvekből és még az általános érsebészeti könyvekből is hiányzik, csak egyes, a vénákra specializálódott szakkönyvek ismertetik (1,8,9).



2. ábra. (a) Varicosus Giacomini véna, amelyben a kóros áramlást nyilak mutatják. A lábszáron parva varicositásnak megfelelő kép. (b) A mélyvénákban proximal felé áramló vér a Giacomini vénában is fölfelé folytatja útját, majd a VSM-ba elérve a periféria felé fordul és a lábszári varixokban is erre folyik tovább (9).

Diagnosztika

A diagnosztika alapja tehát az UH vizsgálat. Inspekcióval és tapintással csak egy szokványos parva varicositást találunk. Vagyis tekinthetjük úgy, hogy a Giacomini-véna keresése VSP varicositas esetén javasolt. Ennek során a haránt irányban tartott UH vizsgáló fejjel, a VSP-hez hasonló képet látunk, vagyis a comb két vaskos izomfeje között egy háromszög alakú kötőszöveti rést, amelyben egy kör keresztmetszetű véna fut (10). UH vizsgálat alkalmazása nélkül elsősorban a ma már mellőzött, és korábban is csak egyes esetekben alkalmazott flebografia adhat információt létezéséről (2).

Az azonosítás az invazív beavatkozás alapja. Saját gyakorlatunkban mindössze 8 esetet ismertünk fel, melyek közül az egyikben a parva varicositas műtete során a szonda tovább haladt a combon és a SFJ-ig követhető volt. Ez a szorult helyzet, vagyis a hason fekvő betegben a varicositas forrásának megoldása, mutatott rá a diagnosztika, tehát a tudatos keresés fontosságára. Tehát egy tényezővel több, ami indokolja, hogy előzetes UH vizsgálat nélkül nem szabad a VSP műtétéhez hozzáfogni.

Haemodynamika

Ennek az érnek egy további érdekessége, hogy a lábszár izmok összehúzódása által kiváltott áramlás nemcsak a mélyvéna, hanem a *felületes*, Giacomini-véna felé, a gravitációval ellentétesen áramoltatja a vért. Holott tudjuk,

hogy a felületes varixokban a vér a gravitációnak megfelelően distal felé áramlik. Ez az eset tehát kivétel. A varicositas különböző oki tényezői által a Giacomini-véna kitágulhat és billentyűi elégtelenné válnak. Proximalis irányba még tovább, vagy egy PV-n át a mélyvénába (magas parva beömlés) vagy akár a még felületesebb VSM rendszerhez kapcsolódhat (2/b. *ábra*). A még felületesebb véna hálózathoz kapcsolódás más módon is létre jöhet: a Giacomini vénát behüvelyező fascia felületes irányú átfúrásával, tehát egy másik perforanson keresztül. Így a felületes vénás hálózat egy varicosusan tágult érbe vezet, amelyen keresztül lefelé, a periféria irányába, szifonszerűen áramlik a vér (3/a,b,c. *ábra*) (11,12). Vagyis ebben az esetben a vér áramlása a felületes rétegben szokatlanul, föl-le halad. Ez abban az esetben feltűnő és egyértelmű, ha a Giacomini-vénának csak a distalis harmada, vagyis az SPJ és a femoralis extensio insufficiensek, a comb felső felében-harmadában az ér ép, nincs reflux (3/a-b-c. *ábra*) (6).

Kezelés

A non-invazív kezelés, úgy mint a gyógyszer, kompressziós terápia, gyógytorna, testsúly csökkentés, rendszeres úszás is indokolt, hiszen ezek az eljárások jól beváltak a panaszok és tünetek átmeneti enyhítésére.

Invazív kezelése során, a mindennapi gyakorlatban felmerülő kérdés az, hogy most az SPJ vagy az SFJ kezelése a fontosabb. Melyik a varicositas fő forrása? Mondhatjuk úgy is, hanyatt vagy hason fekdjön a beteg a



3. ábra. Klinikai kép: (a) Túltágult Giacomini véna, amelyből egy perforans vénán keresztül felületes varicositas telődik. (b) A vénás vér áramlási irányát nyilak mutatják. (c) Műtét utáni kép.

műtőasztalon? Mit kezeljünk és mit hagyjunk ott? Melyik forrásból fog recidiválni a varicositás? Mennyire kell radikálisnak lennünk?

Saját gyakorlatunkban a lézeres visszérműtét vált be, bár más módon is kezelhető (13). A beteget hanyatt fektetjük, az alsó végtagot kifelé rotáljuk, így megpungáljuk a VSP-t, amelyben a lézer szálát az SFJ-ig vezetjük. A szondázott ér tumescens anaesthesiája után elvégezzük a lézer kezelést. Mi a sapheno-femoralis junkció minél tökéletesebb elzárására törekszünk (14). Az SPJ-t nyitva hagyjuk, ennek ellenére az ér proximális és distalis részének elzárása, vagyis a csatlakozó oda és eláramló erek keringésének megszüntetése miatt a junkció, rendszerint a v. poplitea szintjéig elzáródik.

Következtetés

Fontosabb megállapítások: (1) a Giacomini-véna nem fizikális vizsgálati lelet; (2) rendszerint VSP varicositas képében jelentkezik; (3) UH vizsgálat azonosítja; (4) azok közé a véna törzsek közé tartozik, amelyek részben fascia kettőzetben fut; (5) előfordulása a klinikai gyakorlatban ritka; (6) fontos eldönteni, hogy a beteg a műtethez hanyatt vagy hason feküdjön; (7) megoldására az endovenás műtéti technikát találtuk megfelelőnek; (8) elsősorban az elégtelen SFJ elzárására törekszünk, nem az SPJ-re.

Irodalom

1. Goldman MP et al (szerk): Sclerotherapy. 6. kiadás. Elsevier, Philadelphia, 2017
2. Hach W, Hach-Wunderle V: Phlebography and Sonography of the Veins. Springer, Heidelberg, 1997
3. Giacomini, C.: Osservazione anatomiche per servire alla circolazione delle estremità inferiori. G R Accad Med Torino 1873, 13: 109-140.
4. Rabe E, Pannier-Fischer F, Rabe H: Eponyme in der Phlebologie. Viavital, Köln, 2002
5. Delis KT, Knaggs AL, Khodabakhsh P: Prevalence, anatomic patterns, valvular competence, and clinical significance of the Giacomini vein. J Vasc Surg 2004;40:1174-83.
6. Muschamp SD, Holdstock JM, Davies VL, et al: Aneurysm of the Giacomini vein. J Vasc Surg VLD 2022;10:765-6
7. Kachlík D, Pecháček V, Báca V, Musil V: Az alsó végtag felületes véna-rendszere. Új nomenklatúra. Érbetegségek, 17:3-10. (2010)
8. Dodd H, Cockett FB: The Pathology and Surgery of the Veins of the Lower Limb. 2. kiadás. Churchill Livingstone, Edinburgh, London, New York, 1976.
9. Ricci S, Geogiev M, Goldman MP: Ambulatory phlebectomy. Second ed. Taylor & Francis, London, New York, 2005
10. Caggiati A: Fascial relationships of the short saphenous vein. J Vasc Surg 2001;34:241-6.
11. Theivacumar NS, Dellagrammaticas D, Mavor AID, Gough MJ: Endovenous Laser Ablation (EVLA) of Great Saphenous Vein to Abolish "Paradoxical Reflux" in the Giacomini Vein: A Short Report. Eur J Vasc Endovasc Surg 34, 229-231 (2007)
12. Oud S, Mooij MC, Schreve MA, Vlijmen CJ, Cagdas U: Incidence, treatment variation and outcomes of Rollercoaster reflux. Phlebology 2025, 40(9) 673–679
13. Guzelmansur I, Oguzkurt L, Nihal Koca N et al: Endovenous laser ablation and sclerotherapy for incompetent vein of Giacomini. Phlebology 2014, 29(8) 511–516
14. Bihari I, Zernoviczky F, Dragic P, Bokros Sz, Ayoub G, Bihari A: Crossectomia lézerrel. Érbetegségek, 22 (4) 123-131. (2015)

Figyelem!

Teljesen berendezett magánrendelő eladó!

Budapesten a Gellért téren mintegy 150 m² -es magánklinika, felszerelt műtővel megvásárolható.

Részletek:

<https://ingatlan.com/34830710>

MIKROSZKLEROTERÁPIÁS TANFOLYAM (AKKREDITÁLT LIVE DEMO KÉPZÉS)

A WLB Service Kft. által szervezett mikroszkleroterápiás képzések keretein belül elsajátíthatja a seprűvénák és a kisebb visszértágulatok biztonságos és hatékony kezeléséhez szükséges legkorszerűbb technikákat, a vizuális diagnosztika módszereit, a szklerotizációs technikákat valamint a betegellátás komplex szemléletét, amelyek együttesen biztosítják az optimális terápiás eredményeket és a magas szintű betegelégedettséget.

Tanfolyam címe: A pókvénák, seprűvénák, retikuláris erek hatékony kezelési formái – mikroszkleroterápia

Helyszín: Á+B Klinikák
1081 Budapest, Népszínház utca 46.

Dátum: 2026. február 7 (szombat)

Szakképesítések: Sebészet, érsebészet, bőrgyógyászat, angiológia, plasztikai sebészet

Képzés díja: 50.000 HUF

OFTEX-kód: SE-SZTOK/2026.I./00123



Akkreditációs pontszám: 16

HABSZKLEROTERÁPIÁS TANFOLYAM (AKKREDITÁLT LIVE DEMO KÉPZÉS)

A WLB Service Kft. által szervezett ultrahang-vezérelt habszkleroterápiás (USGFS) képzések keretein belül elsajátíthatja a nagyobb visszértágulatok biztonságos és hatékony kezeléséhez szükséges legkorszerűbb technikákat, az ultrahangos és szklerotizációs technikákat valamint a betegellátás komplex szemléletét, kombinációs lehetőségeket.

Tanfolyam címe: A vénás betegségek kezelése a legkorszerűbb szkleroterápiás módszerekkel (ultrahang-vezérelt habszkleroterápia, felülúszó hab, kombinációs kezelések)

Helyszín: Theta Pest Rendelő
1097 Budapest, Vaskapu utca 17.

Dátum: 2026. február 14. (szombat)

Szakképesítések: Sebészet, érsebészet, bőrgyógyászat, angiológia, plasztikai sebészet

Képzés díja: 60.000 HUF

Oftex kód: SE-SZTOK/2026.I./00139



Akkreditációs pontszám: 16

Jelentkezés illetve további információkért kérjük vegye fel a kapcsolatot **az alábbi kontaktok** valamelyikével, vagy látogasson el az **oftex.hu** weboldalra, ahol megtalálja a képzéseket:

Szmolár Mária:  + 36 20 949 4150
 szkleroterapiaskepzes@gmail.com

Labancz Attila:  + 36 30 960 4985
 attila.labancz@wlb-service.hu

Dr. TEX[®] STAND

Kompressziós orvosi gyógyharisnyák



Kapható gyógyászati segédeszköz boltokban és gyógyszerárakban.
Kockázatokról olvassa el a használati útmutatót vagy kérdezze meg szakorvosát!

Dr. Tex, vénák gyógyítója

A Dr. Tex-Stand II. kompressziós fokozatú orvosi gyógyharisnyák a láb vénás és nyirokrendszeri betegségeinek kezelése során **nélkülözhetetlenek.**

Az elasztan szálak **fáradhatatlan és kellemes rugalmasságot** biztosítanak az orvosi előírásoknak megfelelő kompressziós értékek elérésében, és így **segítik a láb ereiben a vérkeringést.**

A Dr. Tex-Stand kompressziós orvosi gyógyharisnya ajánlható lábdagadással járó kifejezett visszértágulatok esetére, vénás elégtelenség kezelésére, terhesség ideje alatt és szakorvosi javaslatra.

A DR. TEX-STAND lábharisnyák OEP által támogatott termékek, melyek a rászorulóknak számára az OEP lista legkedvezőbb térítési díján érhetőek el. KÖZGYÓGY jogosultsággal rendelkezők részére is felírhatóak!

Elérhetőségek:

Web: www.medicaltex.eu

www.gyogyharisnya.com

Email: info@medicaltex.eu

Gyártja és forgalmazza:
Medicaltex Kft
1025. Budapest,
Csatárka u. 37/E



Az egészséges lábakért!



ELASTOMED[®]

KOMPRESSZIÓS GYÓGYHARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD

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

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

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

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

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

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



Pharmatextil



Eltávozott a Magyar phlebológia legfőbb támogatója: Prof. Dr. Várady Zoltán (1937-2024)

BIHARI IMRE

*Nem az a lényeg, hogy a pohár félig üres vagy félig tele,
hanem hogy összességében mihez kezdünk vele.
Az élet mindig hoz valami rosszat,
de lehetőség is rejlik ott, ahol a gondok adódnak.*

(Unger Erika: Az érem két oldala. Részlet)

A phlebológia megszállott kutatója, fejlesztője és oktatója távozott örökre. Budapesten született 1937-ben. A szocialista rendszer idején a papi családból származó diákok nem vették fel a gimnáziumba, így a kaposvári Cukor és Édesipari Technikumban végezte középiskoláit. 1955-ben kitüntetéssel érettségizett. Ez követően iratkozott be a Budapesti Orvostudományi Egyetemre, ahol 1961-ben „summa cum laude” minősítéssel nyert orvosi diplomát. Egyetemi éve alatt az Anatómiai Intézetben volt tudományos diákköri tag, részt vett az ottani kutató és oktató munkában.

Ugyancsak a család egyházi háttere miatt nem maradhatott az egyetemen, ezért a Miskolci Kórház Csontsebészeti Osztályán kezdte el orvosi pályafutását. Kitűnő felkészültsége mellett már ekkor megmutatkozott újító hajlama. Jelentős módosítást vezetett be a térdizületi oldalszalag-pótló műtétébe és a combnyak-szegezésbe. E munkáit nyugat-német lapban közölte. Kongresszusi előadói meghívást kapott a nyugat-németországi Frankfurtba

és a kelet-németországi Halle-ba. Majd mindkét helyről ösztöndíjat ajánlottak fel neki, de az akkori hatóságok nem engedélyezték a kiutazást. 1966-ban sebész szakvizsgát tett és ugyanebben az évben ismét kongresszusra utazott Frankfurtba, ahonnan azonban már nem tért haza.

Állást kapott a frankfurti egyetem Sebészeti Klinikáján. Itt kezdett el érбетegségekkel és érsebészettel foglalkozni, amely végülis szakterülete lett. 1972-ben, súlyos hepatitis fertőzést kapott, melyből végül



1. ábra. Várady és a róla elnevezett műszer.



2. ábra. Várady kongresszus Frankfurtban (2012).

jól gyógyult, de átmeneti rossz állapota miatt nem folytathatta megterhelő klinikai, sebészeti munkáját, ezért megvált állásától. Ekkor „Frankfurter Spezialklinik für Beinleiden-Venenklinik” néven alapította meg magánklinikáját (1979). Ez adott kitűnő lendületet további pályájának. Itt dolgozta ki akkor forradalmian új, világhírűvé vált, minimál invazív visszérműtési technikáját, amelynél incisiók helyett kis szűrt sebektől, az általa kialakított horog és spatula kombinációjával végezte a varixok eltávolítását (1. ábra). Az eljárás ambulanter végezhető, gyors, atraumatikus, kisebb az infekció veszélye, a műtési és postoperatív fájdalom mint a hagyományos műtét kapcsán és szebb kozmetikai eredményt ad. Ez a technika egy továbblépés a korábbi Müller-féle eljáráshoz



3. ábra. Gála vacsora a tengerparton. Várady kongresszus Cancunban (Gulyás Gusztáv és felesége, Kovács Vladimir, Várady Zoltán, Zsernovicky Ferenc és felesége és Bihari Imre és felesége, 2013).

képest, ugyanis spatulát is használ, melynek segítségével hosszabb varix szakaszokat tud egyetlen szúrásból eltávolítani. Módszere az endovenás eljárások elterjedése mellett továbbra is használatban van, hiszen azokkal jó kombinálható. A műszert az Aeasculap és a Medisor is gyártja. Előadásokkal, tudományos közlésekkel és bemutató-műtétekkel terjesztette rendkívül hatékony és hasznos módszerét, nemcsak a nyugat-európai, hanem a kelet-európai országokban és a tengeren túl is. Ebben segítségére volt kitűnő spanyol nyelvismerete. Egyik nagyhírű kollégájától, aki műszerét évtizedeken keresztül nagy sikerrel alkalmazta, egy arany bevonatú példányt kapott.

Emlékezetes marad az az alkalom, amikor együtt operálhattunk. A beteg egyik lábát ő a saját módszerével a másikat én, az akkor használt, de azóta már túlhaladt Smetana-késsel.

Hírnevét öregbítette, hogy számos neves embert, politikust, köztük kormány és államfőket, elismert művészeket, fontos gazdasági szereplőket is sikerrel megoperált. Száz írásbeli közleményt publikált, és mintegy háromszáz előadást tartott német, angol, spanyol és magyar nyelven. Negyven szakkönyvben társszerző, mint pl. az *Ivanics György* szerkesztésében Budapesten, a Springer kiadásában, 2000-ben megjelent „Eszdtikai Plasztikai Sebészet” című monográfiában. Folyóiratunkban is megjelentek írásai.

Bár legnagyobb sikerét a Várady-féle horog-spatula kombinációval érte el, egyéb gyakorlati fontosságú újításai is vannak. Előfutára volt az ASVAL néven ismert konzervatív varicectomiának. Széles körben terjesztette a vénás nyomás mérésére és a változások követésére alkalmas ún. phlebometront, amellyel a varicositas forrásait tudjuk beazonosítani. Előrelépést jelentett az ugyanilyen célból kifejlesztett Várady-féle lapos szondás, dinamikus Dopplervizsgálat. A seprűerek, ill. pókvénák kezelésére is egyéni,



4. ábra. A német nyelvterület legelismertebb phlebológusa Wolfgang Hach a kongresszuson (2015).

szkleroterápiával kombinált műtéti technikát dolgozott ki.

Jelentős oktató és kongresszus-szervező tevékenységet fejtett ki. A Mexikói Zacatecas Állami Egyetemen 1977-től rendszeresen tartott előadásokat, ahol 1986-ban professzori kinevezést nyert. 1985-től minden évben nemzetközi összejövetelt szervezett „Frankfurter Workshop für Phlebologie” néven. Ez kezdetben kiscsoportos műtét technikai továbbképzés volt, majd a jelentős érdeklődésre tekintettel egyre több csatlakozó előadás is bekapcsolódott. Kezdetben a gála vacsora Várady lakásán volt. Az utóbbi időben már nagy, nemzetközi kongresszussá fejlődött, ahová több mint 50 országból, tehát nemcsak kelet- és nyugat-európából, de a tengerentúlról is számos előadó és hallgató érkezett (2, 3. ábra). A rendezvénynek lényeges elemei voltak a bemutató műtétek, amelybe a hallgatóság egy-egy tagja is bekapcsolódott. Hasonló műtéti bemutatókat számos országban végzett. A kongresszus természetesen lehetőséget adott az elméleti alapok, valamint az újabb és újabb módszerek bemutatására és azok megvitatására. Nemzetközileg ismert kollégák is voltak szép számmal (4. ábra).



5. ábra. Rajongás az autókért. Magyarságáról sohasem feledkezett el.



6. ábra. Kaposváron az általa szervezett biológiai tanulmányi versenyen.

A magyar kollégák mindig szívélyes vendéglátásban, esetenként anyagi támogatásban is részesültek. A szakma haladásának követésére, az akkor rendelkezésre álló szűkös anyagi viszonyok és nyugati kiutazási lehetőségek között számunkra ennek kiemelkedő jelentősége volt. Az első alkalmon *Acsády* és *Hetényi* képviselték az itthoniakat, később egyre többen látogattuk a konferenciát. A rendezvény 2016-tól évenként más-más európai fővárosban került megrendezésre. Az első Frankfurton kívüli alkalom Budapesten volt, ahol *Váradyt Bihari Imre* segítette a szervezésben és lebonyolításban. *Várady* 1993-ban új, tudományos társaságot is alapított „Internationales Forum für Minichirurgie und Phlebektomie der Varizen” néven. E társaság virágkorában 1500 taggal, az egyik legnépesebb volt.

Ez a szerteágazó, értékes tevékenység nem maradt elismerés nélkül. Szinte felsorolhatatlan számú tudományos társaság tagja, ill. tiszteletbeli tagja, valamint egyéb elismerések tulajdonosa, Paraguay tiszteletbeli állampolgára, La Paz (Bolivia) város tiszteletbeli polgára. *Várady* mindig szoros, baráti kapcsolatot ápolt a magyar kollégákkal, jelentős segítséget nyújtott a hazai, vénás betegségekkel foglalkozó és bőrgyógyászati társaságoknak és az egyenként nála jelentkező kollégáknak. Rendszeres résztvevője a MAÉT Angiológiai Napoknak, a Bőrgyógyászati Naggyűléseknek és a nemzetközi Phlebológia Másképp vénás symposiumoknak, valamint a félévenként megtartott Hazai Vénás Fórumoknak is.

Díjakat alapított az általa is fejlesztett hagyományos sebészi technika legjobb képviselőinek. Az egyik ilyen díjat a Budapesten rendszeresen megrendezett Phlebológia Másképp szimpóziumon adta át, a másikat a Német Phlebológiai Társaság évenkénti összejövetelén.

A segítségnyújtás sok nemzedék óta sajátja a *Várady* családnak. Édesapja református lelkész, a Nagybajomi hittestvérek legendás segítője. Zoltán, emigrációja után a németországban tanulóknak segített, nemcsak sebész kollégáknak, hanem más szakmabelieknek is. Sokan, más országokból keresték fel és töltöttek el nála egy-két hetet vagy hónapot. Egy fiataalt, mi még általános iskolás korában vittünk hozzá és követhettük több éves kinti fejlődését. Kint mérnök lett, megnősült és már gyermekei is vannak.

Hiányozni fog kedves, barátságos egyéniséged, élénk szellemed, újító készséged és jóindulatú vita hajlamod. Én nem foglak elfelejteni, hiszen sok tekintetben példaképemmé váltál. Nyugodjál békében!

*Így él köztünk legendaként tovább
Érben, szóban, mint diák szívbe vájt ódák.
És ha valaki egyszer így szól: "Ez lehetetlen!"
Azt mondjuk: "Várady szerint semmi sem az,
– vannak még csodák!"*

(A Mesterséges Intelligencia által *Váradyról* írt vers)
Dr. Bihari Imre

Kongresszusok – rendezvények

38. Amerikai Vénás Fórum Évenkénti Kongresszus.

2026. február 28-március 4. Denver, Colorado, USA

Honlap: www.venousforum.org

29. European Vascular Course (EVC).

2026. március 8-1. Maastgricht, Hollandia

Honlap: www.vascular-course.com

Szklroterápia és Vénás Abláció Kongresszusa.

2026. március 13-14. Bolonya, Olaszország

Honlap: www.sclerotherapy.it

Ukrán Érsebészeti, Angiológiai

és Phlebológiai Kongresszus.

2026. március 18-20. On-line

Honlap: www.sukharev.org

Vénákról Velencében.

2026. április 10-11. Palazzo del Casino, Lido di Venezia, Mestre, Olaszország

Honlap: www.veininvenice.com

Charing Cross Symposium.

2026. április 21-23. London, Egyesült Királyság

Honlap: www.cxsymposium.com

Ausztrál-Ázsiai Phlebológiai Társaság

Tudományos Kongresszusa.

2026. április 24-27. Melbourne, Grand Hyatt Hotel, Ausztrália

Honlap: www.phlebology.com.au

Vénás Szimpózium.

2026. április 30-május 2. Sheraton Hotel, New York, NY, USA

Honlap: www.venoussymposium.com

Advanced Vascular Conference.

2026. május 11-13. Frankfurt, Németország, Steingenger Airport Hotel

Honlap: www.avc-vasc.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA)

32. Világkongresszusa.

2026. május 14-16. Cartagena, Colombia

Honlap: www.angiology.org

Innovative Vascularis Oktatás (LIVE).

2026. május 15-16. Thessaloniki, Görögország

Honlap: www.live2026.gr

Éves Érsebészeti Kongresszus (SVS).

2026. június 10-13. Boston, MA, USA

Honlap: www.vascular.org

Európai Vénás Fórum 26. Évenkénti Kongresszusa.

2026. június 25-27. Versailles, Franciaország

Honlap: www.europeanvenousforum.org

Európai Érsebész Társaság 40. Éves Kongresszusa.

2026. október 6-10. Belgrád, Szerbia

Honlap: www.esvs.org

Balkán Vénás Fórum 16. Éves Kongresszusa.

2026. október 8-10. Temesvár, Románia

Honlap: www.bvf2026.ro

Aesthetic Phlebology 12. Nemzetközi Konferencia.

2026. október 16-18. Poznan, Lengyelország

Honlap: www.termedia.pl

Europai Phlebológiai Kollégium

és a Phlebológia Másképp közös kongresszusa.

2026. november 5-7. Budapest, Hotel Mercure

Honlap: www.phlebology.hu, www.ecop2026.org

Véna és Nyirok Csúctalálkozó.

2026. december 17-19. Dubai, Egyesült Arab Emírségek

Honlap: www.vwinfoundation.com

JOBST® Farrow Wrap®

A FarrowWrap® terápiás alternatívát kínál azon betegeknek, akiknek nehézséget jelent a kompressziós pólya vagy harisnya felvétele, viselése. Állítható kompressziós eszköz, vénás és nyirokrendszer érintő megbetegedések kezelésére.



Könnyen használható

A VELCRO® tépőzárnak köszönhetően a pántok gyorsan fel- és levehetők, ezzel támogatva az önellátást.



Rövid megnyúlású technológia

Rövid megnyúlású eszközként képes az alacsony nyugalmi és magas munkanyomás létrehozására.



Rugalmas beállítás

A tépőzár lehetővé teszi, hogy a páciens a nap folyamán igazítani tudja a kompressziót az ödéma ingadozásához.



Diszkrét és praktikus

Ruházat alatt hordható, diszkrét kialakítás.

ELLENÁLL A GRAVITÁCIÓNAK



Kompressziós
besorolás

FarrowWrap® Lite	20-30 Hgmm	2. kompressziós osztály
FarrowWrap® Strong	30-40 Hgmm	3. kompressziós osztály
FarrowWrap® 4000	30-40 Hgmm	3. kompressziós osztály

A lábszárfelekély gyógyulási ideje jelentősen lerövidíthető (átlagosan akár 3 hónappal), amennyiben a sebellátás folyamatát megfelelő kompressziós terápia teszi teljessé.*

*https://www.cochrane.org/CD013397/WOUNDS_compression-bandages-or-stockings-versus-no-compression-treating-venous-leg-ulcers

Essity Hungary Kft.
1021 Budapest, Budakeszi út 51.
INFO: 06-80-20-10-20 (ingyenesen hívható zöldszám)
inkoinfo.hu@essity.com
www.essity.com



JOBST® Farrow Wrap® orvostechnikai eszköz, gyógyászati segédeszköz.

Lezárás dátuma: 2025. 10. 24. HMS/BSN/P/Print/241025

Ez az információs anyag kizárólag gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakemberek részére készült.

A Sigvaris Semitransparent 2023-2025 évi divatszíneiben

hot chili



fresh basil



valamennyi
modell
rendelhető.

Várjuk
megrendeléseiket!

salted
caramel



blueberry
dream



Compri-Med Kft.

1062 Budapest, Aradi u. 41.

Nyitva H-Sz-P 10-16 óra között

batka22@t-online.hu