

ÉRŐBETEGSÉGEK

ORVOSTUDOMÁNYI SZAKFOLYÓIRAT



TARTALOM

ELNÖKI BESZÁMOLÓ

Dr. Dzsinih Csaba:

Mit értünk el, és hogyan tovább?

Tények és gondolatok a MAT működéséről

ELŐADÁS-ÖSSZEFOGLALÓK

Carotis betegségek

Supraaorticus erek

Renovascularis megbetegedések

Arteria mesenterica

Aneurysmák

Alsó végtagi artéria műtétek

Alsó végtagi arteriosclerosis

belgyógyászati vonatkozásai

Felső végtag

Septicus szövödmények

Endovascularis beavatkozások

Arteriosclerosis rizikófaktorai

Vénák betegségei

Ulcus cruris

Lymphoedema

Varia

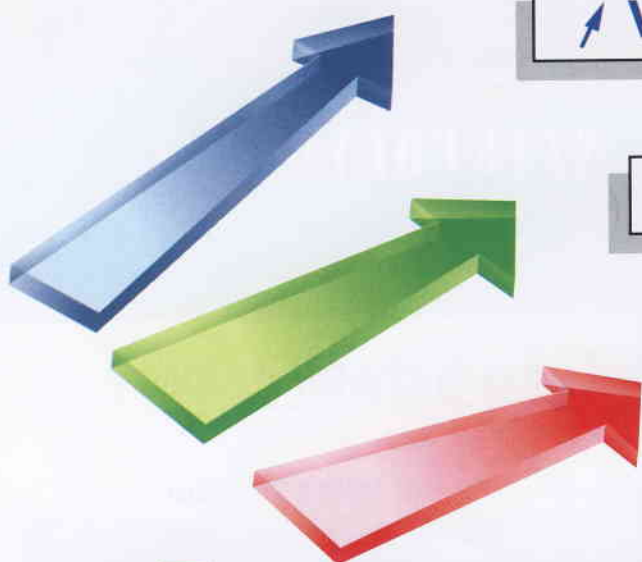
Keszthelyi Angiológiai Napok

1997. november 6-8.

1997
Suppl.

A Magyar Angiológiai
Társaság lapja





⚡ Vénás tónus

⚡ Nyirokelfolyás

⚡ Mikrocirkuláció

detralex

Mikronizált, tisztított flavonoid frakció

mikronizált

Detralex filmtabletta

Hatóanyag: 450 mg diosmin és 50 mg hesperidin filmbevonatú tablettaként. **Hatás:** Vénatonizáló és ernéklőző védő hatással a vénás rendszeren fejt ki. Gátolja a vénák tágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkulációs területen normalizálja a hajszálerek átvezetőképességét és erősíti a kapilláris ellenállást. Farmakológiai aktivitását kettős vak klinikai vizsgálatokkal igazolták a gyógyszernek a vénás pleizmográfiai parametreire (vénás kapacitás, tágulékonyság, kiürülési idő) kifejtett hatása alapján. Megállapították, hogy a gyógyszer fokozza a vénák kiürülési idejét. Angiosztrometroális mérések igazolták, hogy a kapilláris fragilitás fennállása esetén a gyógyszer fokozza a hajszálerek ellenállását. Felezési ideje 11 óra. Kiürülése főként a széklettel, kb. 14%-ban a vizelettel történik. **Javallatok:** Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelenségének mind organikus, mind funkcionális formájában, az alábbi esetekben: feszülés, nehézség érzés; fájdalom; éjszakai lábikra görcsök; haemorrhoidális vénák betegségei.

Ellenjavallat: A készítménynek anyatejben való kiválasztódásáról nincs kellő adat. Ezért szoptatás alatt a gyógyszer adását kerülni kell. **Adagolás:** Napi 2 tabletta, elosztva délután és este 1-1 tabletta, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tabletta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tabletta. **Mellékhatások:** Ritkán előforduló enyhe gastrointestinális és neurológiai panaszok, melyek nem teszik a kezelés leállítását szükségessé. **Csomagolás:** Dobozonként 30 db filmbevonatú tabletta. **Eltartási utasítás:** Szobahőmérsékleten (15-25°C) között tartandó.

Előállítja: LES LABORATOIRES SERVIER

Bővebb információ:

SERVIER HUNGÁRIA

1051 Bp.,

Bajcsy-Zsilinszky út 12.

Tel.: 266-3210, Fax.: 117-3425



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

Krónikus vénás elégtelenség:

napi 2 tabletta

Akut aranyeres krízis:

6 tablettáig naponta

Tartalom

Elnöki beszámoló

DR. DZSINICH CSABA: Mit értünk el, és hogyan tovább? – Tények és gondolatok a MAT működéséről	5
---	---

Előadás összefoglalók

Carotis betegségek

DR. SZÉLL A., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDDY G., DR. ÓVÁRY CS.: Duplex és DSA eredményeinek összehasonlító elemzése a műtéti lelettel, 553 carotis rekonstrukció alapján	8
DR. BARANYAI Á., DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY., DR. VALLUS G.: Carotis rekonstrukció angiográfia nélkül?	8
DR. CZIBÓK CS., DR. RODICS K., DR. TÓTH A., DR. MOGÁN I.: Utal-e az extracranialis carotis betegség ISZB-re?	8
DR. DÖMÖTÖR GY., DR. TOMCSÁNYI I., DR. TARR F., DR. SUGÁR T., DR. KABELLA P.: Arteria carotis interna rekonstrukció extracorporális keringésben végzett szívűműtéttel egy ülésben	8
DR. JÁRÁNYI ZS., DR. ENTZ L.: PTFE interpositio szerepe a carotis sebészetben	9
DR. ENTZ L., DR. JÁRÁNYI ZS.: A carotis interna eversió endarteriectomiája közben felvetődő műtéttechnikai problémák	9
DR. SZÉLL A., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDDY G., DR. ÓVÁRY CS., DR. NAGY Z.: Carotis endarteriectomia contralateralis significans stenosis vagy occlusio esetében. Shunttel, vagy shunt nélkül?	9
DR. GÁTI J., DR. JÁMBOR GY., DR. NAGY L., DR. SAMU T., DR. GYURKOVICS E., DR. NAGY A.: 300 carotis interna rekonstrukció korai eredményei	9
DR. BARANYAI Á., DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY., DR. VALLUS G.: Akut carotis revaszkularizáció progresszív stroke esetén	10
DR. SCHMAL F., DR. DREXLER L., DR. SEPA GY., DR. MEZEI M.: Elektív hasi műtétek előtt végzett preventív arteria carotis interna rekonstrukciók	10
G. KERESZTURY, M. D., S. HORSCH, M. D., N. BORNHEIM, M. D.: Evaluation of the Circulus Arteriosus Willisii by MR-Angiography in Patients with Carotid Artery Disease	10
DR. KOLLÁR L., DR. KASZA G., DR. ROZSOS I., DR. MENYHEI G., DR. SZABÓ M., DR. HORVÁTH L.: Intraoperatív carotis interna stent implantatio videoangiográfiás kontroll mellett	10
DR. TURBÓK E., DR. SZÉPHELYI K., DR. GÁLFY I., DR. JÁRÁNYI ZS., DR. NAGY G.: Nootropil alkalmazása cerebrovascularis kórképekben	12

Supraaorticus erek

DR. DZSINICH CS., DR. NEMES A., DR. SZLÁVY L., DR. HÜTTL K., DR. SEPA GY.: Rekonstruktív beavatkozások a supraaorticus ágakon	12
DR. TAMÁS L., DR. NÉMETH J., DR. GUNTHER T., DR. TARR M., DR. CZIGÁNY T., DR. JAKAB L.: PTFE interpositum alkalmazása a supraaorticus artériákon	12
DR. LACZKÓ Á., DR. ACSÁDY GY., DR. BÍRÓ G., DR. HÜTTL K., DR. NEMES A.: Gyűrűs PTFE érprotézis-tunnel a costoclavicularis részbe	12

Renovascularis megbetegedések

DR. KAPOCSI J., DR. FARSANG CS.: A renovascularis hypertonia belgyógyászati vonatkozásai	12
DR. DZSINICH CS., DR. HÜTTL K., DR. SZÁZADOS M., DR. SEPA GY.: A renovascularis sebészet és az endovascularis technikák múltja, jelene és jövője	13
DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY., DR. BARANYAI Á., DR. VALLUS G.: Renalis rekonstrukcióval szerzett tapasztalataink	13
DR. WÁGNER É., DR. TARSOLY L.: Renalis PTA-szövődmény sikeresen operált esete	13

Arteria mesenterica

DR. CSORDÁS J., DR. WÁGNER É., DR. TARSOLY L.: Az arteria mesenterica rekonstrukciójáról	15
DR. GAJDOS, DR. KATONA, DR. KOVÁCS., DR. MORVAI: Az arteria mesentericán végzett műtéteink	15
DR. RAKOS GY., DR. NAGY I., DR. NÁDASI G., DR. MÁRKUS B., DR. KIRÁLY I., DR. MOLNÁR Z.: Vékonybélresectiót követően kialakult mesenterialis AV-shunt	15
DR. JUHÁSZ Á., DR. WUDI K., DR. TÓTH K.: Hasi és alsó végtagi obliteratív érbetegség együttes előfordulása, klinikuma	15

Aneurysmák

DR. DZSINICH CS., DR. SEPA GY., DR. PETROHAI Á., DR. NAGY G., DR. HÜTTL K., DR. BARTHA E.: A thoracoabdominalis aorta megbetegedéseinek sebészi megközelítése	16
DR. NAGY G., DR. DZSINICH CS., DR. SEPA GY.: A liquor intraoperatív monitorozása thoracoabdominalis aorta aneurysma sebészetében	16
DR. SZINETÁR L., DR. NYIREDY G., DR. MOGÁN I.: Két különböző műtéti technika az egyidejűleg fennálló patkóvese és infrarenalis aorta aneurysma (AAA) rekonstrukciója során	16
DR. GARBAI I., DR. BARTA L., DR. JAKSA L., DR. MENCSEI A.: Bélbe rupturált iliaca aneurysma sikerrel operált esete korábban rectum extirpált, aorta aneurysma resectált betegen	16
DR. VALLUS G., DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY., DR. BARANYAI Á., DR. TÓTH L.: Acut alsó végtagi ischaemiát okozó arteria iliaca externa aneurysma thrombosis diagnosztikája és műtéti megoldása	17
DR. TARR M., DR. NÉMETH J., DR. CZIGÁNY T., DR. GUNTHER T.: A thrombotizált poplitea-aneurysma, mint az acut alsó végtagi verőérelzáródás oka	17
DR. VAKLI P., DR. HORVÁTH T., DR. ÁDÁM A.: A perifériás artériák valódi aneurysmái	17
DR. SIPKA R., DR. LEINDLER L., DR. BALOGH Á.: Rupturált hasi aorta aneurysmák a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem Sebészeti Klinikáján, 1992-1996.	17
DR. VANGEL R., DR. SIPKA R., DR. MÉNESI R., DR. BALOGH Á.: Extrem méretű anastomosis aneurysma esete aorto-bifemorális bypass után	18
DR. VIZSY L., DR. BODNÁR SZ.: Az arteria radialis álaneurysmájának operált esete	18

Alsó végtagi artéria műtétek

DR. GUBA, DR. SZABÓ, DR. BEÉRY: Kezdeti tapasztalataink intraoperatív PTA-val, angioscoppal	18
DR. MÁTYÁS L., DR. SZARKA J., DR. JUHÁSZ GY.: Intraoperatív transluminális angioplasztika (ITA), vascularis stentek és endoluminál graft implantációja során nyert kezdeti tapasztalatok	18
DR. SIMÓ G., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDY G., DR. SZÉLL A., DR. GROH W., DR. SZINETÁR L.: Unilateralis iliofemorális occlusio – anatómikus vagy extraanatómikus (crossover) bypass?	18
DR. JÁMBOR GY., DR. GÁTI J., DR. NAGY Z., DR. CHANIS W., DR. PINKOLA K.: Az a. profunda femoris, mint proximalis anasztomózis hely	23
DR. JÁMBOR GY., DR. GYURKOVICS E., DR. GÁTI J., DR. REGÁLI L., DR. ANTONY P.: Nem szokványos érsebészeti megoldások	23
DR. SEPA GY., DR. DZSINICH CS., DR. SZÁZADOS M., DR. NAGY G., DR. NEMES A.: A desobliteratio helye az érsebészetben	23
DR. GYURKÓ GY.: A femoro-poplitealis áthidalásként beültetett véna méreteinek alakulásáról	23
DR. GYURKÓ GY.: A „bidirectionalis” vég az oldalhoz anastomosisokról	23
G. KERESZTURY, M. D., S. HORSCH M. D.: Comparison of aortoiliac Reconstructions with Gore-tex Strech and Dacron Protheses	24
DR. NYIREDY G., DR. SZINETÁR L., DR. MOGÁN I., DR. SZÉLL A., DR. SIMÓ G., DR. GROH W.: Az acut verőérelzáródások rekonstrukatív megoldásainak korai eredményei	24
DR. GYURKOVICS E., DR. NAGY Z., DR. GÁTI J., DR. REGÁLI L., DR. ANTAL ZS.: Karvénák felhasználásával végzett áthidalások kritikus alsó végtagi ischaemia miatt	24
DR. KALISZKY P., DR. NAGY A., DR. REGÁLI L., DR. JÁMBOR GY., DR. IRTÓ I.: Az acut alsó végtagi artériás ischaemia kezelésével kapcsolatos tapasztalataink	24

DR. SIMÓ G., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDY G., DR. SZÉLL A., DR. GROH W., DR. SZINETÁR L.: Izolált poplitea segment revascularizáció – a cruralis bypass alternatívája	24
DR. NYIREDY G., DR. SIMÓ G., DR. MOGÁN I., DR. GROH W., DR. SZÉLL A., DR. SZINETÁR L.: Perifériás bypass műtéteink eredményessége a végtagmegtartás és életminőség kérdésében	25
DR. MORVAI, DR. DAJKA, DR. KATONA: Tompa erőbehatás okozta érsérülés esete	25
DR. SZABOLCSI, DR. HALMOS, DR. BEHEK, DR. GERGELY, DR. SZÁSZ: A traumás A-V sipolyokról egy félévűszázados eset kapcsán	25
DR. GURZÓ ZS., DR. ZÁMORI CS.: Cukorbetegségeken végzett amputációk	25

Alsó végtagi arteriosclerosis belgyógyászati vonatkozásai

DR. KOLOSSVÁRY E., DR. FARKAS K., DR. DOLGOS L., DR. SÁSKA E., DR. FARSANG CS.: Kis- és nagy dózisú pentoxifyllin terápia összehasonlítása laser dopplerrel alsó végtagi érszűkületben szenvedő betegeken	26
DR. BALLAGI F., DR. HORVÁTH I., DR. SÁNDOR I.: Alsó végtagi idült obliteratív verőérbetegség hemodilúciójára Isoheszel	26
DR. UZONYI A., DR. LANDI A.: Angiológiai szűrővizsgálaton artériás keringészavar miatt kiemelték követéses vizsgálata	26
DR. MESKÓ É.: Megelőzhető-e a kritikus végtagischaemia kialakulása?	27

Felső végtag

DR. TÓTH GY., DR. DLUSTUS B., DR. VALLUS G., DR. BARANYAI Á.: Acut felső végtagi ischaemia	27
DR. HORVÁTH T., DR. PÉTER L., DR. ERDÉLYI E.: Video-thoracoscopos sympathectomia	27

Septicus szövődmények

DR. MÁTYÁS L., DR. JUHÁSZ GY.: Perioperatív antibiotikus profilaxis az érsebészetben	27
DR. FORGÁCS S., DR. ROZSOS I., DR. KOLLÁR L.: Antibiotikum profilaxis jelentősége rekonstruktív érsebészeti műtéteknél	28
DR. GYURKOVICS E., DR. GÁTI J., DR. SZABÓ SZ., DR. REGÁLI L., DR. VÁRADI ZS.: Korai septicus szövődmények és ellátásuk rekonstruktív érműtétek után	28
DR. ROZSOS I., DR. KOLLÁR L., DR. FORGÁCS S., DR. KASZA G.: A diabeteses láb ellátásának taktikája	28
DR. BÍRÓ G., DR. DZSINICH CS., DR. NEMES B., DR. NEMES A.: Alsó végtagi mélyvénák használata protézis gennyedés megoldására	29
DR. WUNSCH, M., DR. CS. NAGY G., DR. MELLES J.: Autológ in situ rekonstrukciók a protézis-infekciók kezelésében	29
DR. DREXLER L., DR. SCHMAL F., DR. MÁRTHA L., DR. BOGNÁR G.: Műanyag érprotézisek implantációját követő súlyos septicus szövődmények	29
DR. HALMOS, DR. FERENCZY, DR. BEHEK, DR. GERGELY, DR. SZABOLCSI: Érrekonstrukciós műtétek szövődményeként kialakult arrosisos vérzéssel fenyegető sebsuppuratiók kezelése M rectus femoris izomleány plasztikával	29
DR. NAGY Z., DR. KALISZKY P., DR. KIRÁLY Z., DR. SZABÓ SZ., DR. MOLNÁR ZS.: Obturator bypass műtétek septicus érsebészeti szövődmények megoldására	29
DR. HARANG P., DR. TARSOLY L., DR. CSORDÁS J.: Posztoperatív sebfertőzések rekonstrukciós érműtétek után	30

Endovascularis beavatkozások

DR. BEHEK, DR. HALMOS, DR. GERGELY, DR. SZABOLCSI, DR. SZÁSZ: Angioplastikával kombinált helyreállító érműtéteinkről	30
DR. NEMES B., DR. HÜTTL K., DR. BÉRCZI V., DR. SZLÁVY L.: Perkután aspirációs thromboembolictomia használata alsó végtagi ischaemiáknál	30
DR. HÜTTL K., DR. SZLÁVY L., DR. NEMES B., DR. BÉRCZI V., DR. SIMONFY A.: Eredményeink az a. anonyma szűkületeinek és elzáródásainak endovascularis kezelésében	30

P. HEILBERGER, M. D., W. RITTER, M. D., CHR. SCHUNN, M. D., R. MENESI, M. D., D. RAITHEL, M. D.: Endovascular Therapy of Abdominal Aortic Aneurysms	32
S. HORSCH, M. D., G. KERESZTURY, M. D.: Initial experience with transluminal prothesis implantation in patients with AAA-s	32

Arteriosclerosis rizikófaktorai

DR. MÓZES G., DR. KÁDÁR A., DR. ILLYÉS GY., DR. KULKA J., DR. SCHÖNFELD T., SZIK LÁSZLÓNÉ: Fiatalkori érlelmeszedés a koszorúerekben és az aortában (15 és 34 év között elhunytakon végzett WHO-PBDAY tanulmány)	32
DR. VALLUS G., DR. KARÁDI I., DR. DLUSTUS B., DR. NAGY B., DR. BARANYAI Á., DR. ROMICS L.: Iliofemorális és femoropoplitealis rekonstrukciós műtéteket követő restenosis és az apoprotein E genotípus polimorfizmusa	33
DR. KARÁDI I., DR. VALLUS G., DR. DLUSTUS B., DR. NAGY B., DR. BARANYAI Á., DR. ROMICS L.: A perifériás atheroscleroticus érbetegségben jelentkező hyperlipoproteinaemia terápiája	33
DR. LANDI A., DR. JASSÓ I., DR. DINYA E.: A lipoprotein (a) szint összefüggése haemorheológiai tényezőkkel és vérlipidekkel arteriosclerosis obliteransos betegekben	33
DR. KERKOVITS L., DR. FARKAS K., DR. KISS I., DR. SZAMOSI T., DR. FARSANG CS.: Homozigóta hypercholesterinaemiás gyermek H. E. L. P. kezelésének kétéves tapasztalata, a kezelés vaszkuláris hatása	34

Vénák betegségei

DR. BARANYAI Á., DR. CSEMNICZKY K., DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY., DR. VALLUS G.: Color duplex venográfia az angiológiai gyakorlatban	34
DR. MÓZES G., DR. GLOVICZKI P., DR. KÁDÁR A.: Perforáns vénák subfasciális endoscopos műtéte – sebészi anatómia	34
DR. MÁTYÁS L., DR. BENDE J.: Subfasciális Endoscopos Perforátor Sebészet (SEPS) CVI-4., 5., 6. stádiumában lévő betegeknél	38
DR. MENYHEI G.: Perforans vénák szerepe és kezelési lehetőségek krónikus vénás elégtelenségben	38
DR. CS. NAGY G., DR. WUNSCH M., DR. MELLES J.: Akut ilio-femorális phlebothrombosis heroinfüggő betegeknél – műtéti tapasztalatok	38
DR. GERGELY, DR. HALMOS, DR. SZABOLCSI, DR. BEHEK: Vénás thrombectomia? Igen vagy nem?	39
DR. KRISTÓF V., DR. BURGER M., DR. VARGA E., DR. PENCZ Z., DR. SÁSDI A.: Detralex hatásának vizsgálata alsó végtagi vénás keringészavarokban a vénás visszafolyási idő (VRT) és a szubjektív panaszok változására	39
DR. TASNÁDI G., DR. GORÁCS GY.: Portalis hypertonia – májvénák fejlődési rendellenességei miatt	39
DR. RÓZSA SZ., DR. TIBA I., DR. FALUDI G.: Vena portae thrombosisos esetek kórházunkban	39

Ulcus cruris

DR. PÉCSVÁRADY ZS.: Az ulcus cruris pathomechanizmusának haemorheológiai tényezői	39
DR. BIHARI I., DR. NAGY Z., DR. SZILVÁSI I.: Arterio-venosus shuntok kimutatása lábszárfehély esetén	40

Lymphoedema

DR. BIHARI I.: A lymphoedema kompressziós kezelésével szerzett tapasztalataink	40
DR. CZÉGENINÉ DR. MADÁR É.: A nyirokódémás betegek kompressziós kezelése	40

Varia

DR. KATONA I., DR. KOVÁCS O. II.: Arteria pulmonalis rekonstrukció tüdőtumor műtét során	40
DR. TURBÓK E., DR. VÁMOS Z., DR. SZÉPHELYI K., DR. LACZKÓ Á., DR. NYIKOS GY.: Haemodialysis helye az érsebészeti beteganyagban	41
DR. MÓZES G., DR. T. O'BRIEN: Génterápia az angiológiában	41
DR. UNGÁR D., DR. TÖRÖS P.: Érsebészeti tevékenységünk, avagy egy régi-új profil sebészeti osztályunkon	41
DR. BÍRÓ G., DR. SZABÓ A., DR. NEMES B.: Mit keres egy angiológus az Interneten?	41

Mit értünk el, és hogyan tovább?

Tények és gondolatok a MAT működéséről

ÍRTA: PROF. DR. DZSINICH CSABA, A MAT ELNÖKE

Társaságunk tagsága lelkesen készül a Magyar Angiológiai Napokra, a kétévenként megrendezésre kerülő hazai tudományos találkozóra. 1997. november 6-8. között, a keszthelyi Helikon Szálló termeiben tartjuk rendezvényünket, amelyet dr. Tarsoly László, a zalaegerszegi színhelyű Zala Megyei Kórház érsebész főorvosa és lelkes segítői szerveznek. A találkozó patrónusai: Keszthely város polgármestere és a városi kórház igazgatója. E jeles konferencia a remélhető tudományos értékein túl Társaságunk életének fontos eseménye is lesz, amelyen az új elnök megválasztásán kívül számos, jövőnket meghatározó kérdés kerül a közgyűlés elé.

Most, hogy kétszer két esztendő elnöki periódusom a végéhez közeledik, a Társaság közgyűlése, Társaságunk egész tagsága előtt kedves kötelességem, számomra pedig benső kényszer az elmúlt időszak egyenlegének megvonása, amely szerény mérföldkő gyanánt a további fejlődés kiinduló pontjával szolgálhat.

A MAT – az új idők demokratikus szellemének megfelelően – 1991-ben szakított a régi hagyománnyal, és korlátozott idejű tisztségviselési megbízásokról döntött. Ennek szellemében az elnök két évig – egyszer újraválaszthatóan –, tehát maximálisan négy évig töltheti be tiszttét folyamatosan, míg a főtítkárr csak egyszer három évre választható. Utóbbi hivatala egy évvel automatikusan meghosszabbodik az ügyek folyamatos intézése érdekében, ha mindkét megbízatás azonos évben jár le. A főtítkári pozíciót 1996-ig Mátyás Lajos töltötte be. Tevékenysége jelentős mértékben hozzájárult Társaságunk pezsgő életéhez, és adminisztratív terheink nagy részét viselte. Mégis, ez a lényeges alapszabály módosítás ad lehetőséget arra, hogy Társaságunk élén új arcok jelenjenek meg, és az új vezetők friss lelkesedése újabb lendületet adjon tudományos életünknek és nemzetközi kapcsolataink építésének.

A decentralizáció jegyében a Társaságon belül számos új szekció alakult: a Belgyógyászati, Radiológiai és Intervencionális Szekció, a Vascularis Malformatio Szekció, a Lymphológiai Szekció. A Phlebológiai Szekció jogfolytonossága immár tíz éve fennáll. Bár e szekciók rendez-

vényei egybeesnek a MAT rendezvényeivel, a Belgyógyászati Szekció az elmúlt évek során egy nemzetközi rendezvényt is szervezett, Káli András főorvos vezetésével. A Malformációs Szekció az utóbbi években két sikeres nemzetközi symposiumot mondhat magáénak, ami Tasnádi Géza főorvos érdeme. A Phlebológiai Szekció Acsády György, jelenlegi főtítkárnk vezetésével 1994-ben a Nemzetközi Phlebológiai Társaság Európai Kongresszusát hozta Budapestre. A szekciók formális megalakulása szerencsére nem vezetett a Társaságon belüli túlzott önállósodási törekvésekhez, ami egységünket veszélyeztetné. Érsebészeti Szekció ugyan nem alakult, de nem tagadható, hogy az érsebészet integráns szerepet játszott és játszik a MAT életében, amit javasolni szeretnék a Társaság elnevezésében is megjeleníteni. Közgyűlésünk számára megfontolásra ajánlom, hogy Társaságunk nevét *Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságra* változtassuk, ami hazai és nemzetközi fórumokon is sokkal pontosabban fejezné ki tevékenységünket.

Rendezvényeink követték a korábbi hagyományokat, és szeptembertől májusig kéthavonta, péntekenként – egy-egy témát előtérbe helyezve – tudományos délutánokat tartottunk, gondosan ügyelve a képviselt szakágak egyensúlyára. Ezen rendszeres találkozóktól csak akkor tekintettünk el, ha nagyobb tudományos eseményre készültünk. Nagy súlyt fektettünk tagjaink személyes kapcsolatainak elmélyítésére, s ennek érdekében már két alkalommal megszerveztük a MAT farsangi bálját, először Keszthelyen, majd Kaposvárott. 1998-ban Budapesten, január második felében, a TOT Szállóba várjuk tagjainkat e vidám összejövetelre.

Elnöki megbízatásom alatt sikeres Angiológiai Napokat tartottunk Kaposvárott és Pécsen, Halmos Ferenc és Kollár Lajos főorvos urak szervezésében.

Nemzetközi aktivitásunkat számos találkozó fémjelzi. Megrendezésre került az I. Magyar-Amerikai Angiológiai Találkozó a Hilton Szállóban, a Mayo Klinika prominens szakembereinek részvételével. Balatonalmádiban magyar-osztrák-német érsebészeti találkozót szerveztünk. Elnyertük a Nemzetközi Angiológiai Unió Európai

Kongresszusának rendezési jogát, amelyen 1996-ban több mint ezer résztvevő volt jelen. Az Országos Érsebészeti Intézet által szervezett olasz-magyar tudományos rendezvényeken két alkalommal is aktívan szerepeltek Társaságunk tagjai. A hagyományos osztrák-magyar-német érsebészeti vándorkongresszus Bottropban, majd Leogangban tovább ápolta szakmai hagyományainkat. 1999-re Gunther Tamás vállalta ezen találkozó megrendezését.

Jó kapcsolatokat sikerült kialakítani a horvát, a jugoszláv, a lengyel érsebész társszervezetekkel és a Szlovák Angiológiai Társasággal. 1997. októberében az Erdélyi Múzeumi Egyesülettel közösen angiológiai kurzust tartottunk Székelyudvarhelyen. Az Országos Érsebészeti Intézettel karöltve igyekszünk a környező országok fiatal szakemberei számára továbbképzési lehetőséget nyújtani. Eddig Erdélyből két, a Vajdaságból három kolléga töltött egy-két hónapot az Intézetben. Novembertől hat fiatal felvidéki orvos érkezik hozzánk, havonkénti váltásokkal.

1998. májusára készítjük elő a II. Magyar-Amerikai Angiológiai Találkozót.

A személyes elismerésen túl mindenképpen a MAT érdeme is, hogy az European Society for Cardiovascular Surgery 1995-ben alelnökének választott. Szoros kapcsolatokat ápolunk az UEMS frissen alakult Board of Vascular Surgery-jével. Részt veszünk az európai szakvizsga követelmények kidolgozásában, amellyel hazánk csatlakozását készítjük elő az európai szakmai szervezetekhez.

Tiszteletbeli tagjaink névsora jelentősen bővült. Becker német, Wagner osztrák és Raithel német professzorok után Alemany német, Staudacher osztrák, Van Dongen holland, Schirger, Szilágyi, Gloviczki és Robicsek amerikai, valamint Nicolaidis angol professzorok segítik nemzetközi reputációnkat. Vezetőségünk megszavazta Kieffer francia, Ehringer osztrák és Zeitler német professzorok tiszteletbeli tagságát, diplomájuk átadására a jövő évben kerül sor.

A hazai szakmai kollégiumok átszervezésével sajnálatos módon megszűnt az Angiológiai, Phlebológiai és Érsebészeti Kollégium, így a MAT által összefogott szakágak képviselője mind a Népjóléti Minisztérium, mind a MOK és az ETT, mind a MOTESZ irányában Társaságunkra hárult, s e vonatkozásban kissé légüres térbe kerültünk.

Az európai érsebészeti szakvizsga bevezetése óta reális esély nyílt új Érsebész Kollégium szervezésére, amelyet a fenti hatóságoknál, szervezeteknél kezdeményeztünk. A kollégiumi képviselőt a szakma szervezésének hivatalos fórumaként önrendelkezésünk fejlődésének zá-

loga, és magáénak kívánja tekinteni a korábbi kollégium jogosítványait.

Tudományos munkáinknak és a tagság tájékoztatásának új teret adott az *Érbetegségek* című folyóirat, amelynek létrejöttében Nemes Attila, Acsády György és Bihari Imre érdemeit kell kiemelni.

Társaságunkat megnyitottuk a szakdolgozók számára is, bár eddig kevesen éltek a belépési lehetőséggel. Taglétszámunk az elmúlt négy év alatt mintegy megduplázódott, jelenleg 438 fő.

Sikeres rendezvényeink a MAT számára anyagilag is előnyösek voltak. A Társaság, illetve alapítványának vagyona az 1992-es egyenleghez képest több mint négyszeresére nőtt. Ez tette lehetővé, hogy a megnövekedett kiadások ellenére is, anyagi gondok nélkül tartsuk fenn a Társaság működését. Anyagi eszközeink kamataiból az Angiológiai Napokra benyújtott munkákat pályadíjban részesíthetjük, ami fiataljaink kongresszusi részvételét és nemzetközi megmérettetését hivatott elősegíteni. Anyagi stabilitásunk tette lehetővé azt is, hogy az 1997. évi tagdíjakat a MAT magára vállalta.

Jelentős lépésnek tartom, hogy az immár hagyományos Soltész Lajos Emlékérem mellé – amit érsebészeink kaphatnak – megalapítottuk első elnökünk emlékére a Bugár-Mészáros Károly Emlékérmét a szakma kiemelkedő, nem sebész képviselői számára. E kitüntetést Meskó Éva kapta meg először. 1997-ben Nemes Attila tartja a Soltész-, Szilágyi László pedig a Bugár-Mészáros-emlékelőadást.

Gloviczki Péternek köszönhetően, rendhagyó módon, a Mayo Klinikán Soltész Lajos-emlékelőadást tarthattam a Nemzetközi Angiológiai Unió 1996. évi Amerikai Kongresszusán. A MÁV Érbeteg Gondozó Intézete a MAT pártfogásával tíz éve elhunyt elnökünk, Urai László emlékére ez év tavaszán tudományos symposiumot szervezett, nemzetközi résztvevőkkel.

A szakma fejlődését jellemzi, hogy érsebészeti osztályok kerek jubileumait ünnepelhették Győrben, Szolnokon, Nyíregyházán és a budapesti Honvéd Kórházban.

Visszatekintve Társaságunk életének eseményeire, úgy érzem, a MAT vezetősége igyekezett a tagság bizalmának megfelelni, és elvárt feladatait teljesíteni. Öröm számunkra, hogy nyugdíjba vonult prominens tagjaink változatlanul segítségünkre vannak bölcsességükkel, szakmai tapasztalataikkal, amelyért fogadják őszinte köszönetemet. Példájuk mindvégig erőt adott nekem is a Magyar Angiológiai Társaság élén az elmúlt négy esztendő során. Megtiszteltetés volt számomra az elnöki tiszt betöltése, amelyet mindvégig szolgálatnak tekintettem.

A Servier Gyógyszergyár tisztelettel meghívja Önt a

***Detralex helye a krónikus
vénás elégtelenség kezelésében***

**című szimpóziumára
amelyet a keszthelyi Helikon Szállóban
1997. november 6-án,
14.00-15.30 között rendezünk**



Program

1. A krónikus vénás elégtelenség Servier Gyógyszergyár által szervezett epidemiológiai vizsgálata a magyarországi családorvosi praxisokban, 21341 beteg részvételével

Előadó: *dr. Mátyás Lajos*, Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Érsebészet

2. A postvaricectomiás oedemák Detralex kezelésével szerzett klinikai tapasztalatok

Dr. Acsády György, dr. Laczkó Ágnes, dr. Nemes Attila

Előadó: *dr. Acsády György*, SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

3. Újdonságok a lymphológiában – beszámoló az ICL Madridi Kongresszusáról

Előadó: *dr. Menyhei Gábor*, POTE Érsebészeti Tanszék

Állófogadás: 15.30-tól 16.00 óráig.

Carotis betegségek

Duplex és DSA eredményeinek összehasonlító elemzése a műtéti lelettel, 553 carotis rekonstrukció alapján

DR. SZÉLL A., DR. MOGÁN I.,
DR. NYIREDY G., DR. ÓVÁRY CS.
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

Az 1993. január 1-jétől 1996. december 31-ig terjedő időszakban osztályunkon 553 rekonstrukciós érműtétet végeztünk a carotis villa területén. A műtétet minden esetben duplex scan, 4 ér angiográfia és kontrasztanyagot koponya CT-vizsgálat előzte meg. A műtéti típusok megoszlása a következő volt: 522 everziós endarteriectomia, 7 konvencionális TEA, 6 foltplasztika, 18 interpositum és 27 TEA az arteria carotis communison. Betegeink 26%-a neurológiailag tünetmentes volt, 37%-ban egy vagy többszörös TIA szerepelt az anamnézisben, 27%-ban stroke előzte meg a műtétet és 10%-ban non-hemispherialis tüneteket észleltünk. Hypertonia 77%-ban, nicotin abusus 71%-ban, hyperlipidaemia 71%-ban és lezajlott myocardialis infarctus 15%-ban terhelte az anamnézist. Preoperatív CT a betegek 61%-ában igazolt ischaemiás elváltozást. Összehasonlítottuk a duplex, a DSA és a műtéti lelet által nyert adatokat. A carotis duplex által leírtak 85-100%-ban, a DSA-val igazolt elváltozások 60-97%-ban megegyeztek a műtéti lelettel. Ultrahang esetében a találati arány a non-significans stenosisok csoportjában kifejezettebb.

Az eredmények azt bizonyítják, hogy kellő gyakorlattal rendelkező vizsgáló kezében a duplex több előnnyel rendelkezik a DSA-val szemben: non-invazív beavatkozás, a folyamat dinamikájáról ad információt, átmérő- és terület-redukciót vizsgál, a plakk karakterisztikájáról információ nyerhető, az utánkövetés fontos diagnosztikai eszköze, válogatott esetekben önálló módszer a műtéti indikáció felállításaiban.

Carotis rekonstrukció angiográfia nélkül?

DR. BARANYAI Á., DR. DLUSTUS B.,
DR. TÓTH GY., DR. VALLUS G.
MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály

A carotis duplex scan (CDS) a nyaki verőérbetegségek megbízható szűrővizsgálata, az érsebészeti gyakorlatban azonban a carotis műtétek indikációjának alapjául az angiográfia szolgál. Napjainkban vitatott kérdés: elektív carotis rekonstrukció indikálható-e csupán non-invazív vizsgálatok alapján? A szerzők 1994 és 1996 között endarteriectomián átesett, 100 véletlenszerűen kiválasztott beteg CDS, CT,

TCD, angiográfiás és szövettani leleteit elemezték. Meghatározták a duplex ultrahang vizsgálat szenzitivitását és specificitását az angiográfiával szemben. Eredményeik szerint a CDS vizsgálat megbízhatósága a kimutatandó szűkület mértékének növekedésével javul, kritikus (91-99%) stenosisok esetén a szenzitivitás 100%, a specificitás 97,9%.

A diagnosztikus tévedések többségénél a CDS a szűkületeket a valósnál súlyosabbnak találta. A szignifikáns, de nem kritikus stenosisoknál ezért nem tekinthetünk el az angiográfiától, kritikus szűkületek esetén azonban elhagyása mérlegelhető.

Utal-e az extracranialis carotis betegség ISZB-re?

DR. CZIBÓK CS., DR. RODICS K.,
DR. TÓTH A., DR. MOGÁN I.
Budai MÁV Kórház

Az extracranialis carotis betegség rizikófaktorai – a hosszú időn át tartó dohányzás, az emelkedett se. koleszterin szint, a HDL (fordított korreláció), a diabetes mellitus – az ischaemiás szívbetegség, illetve multilocularis érbetegség rizikófaktorainak is tekinthetők. A subklinikus arteriosclerosis kimutatására a carotis UH-vizsgálat az intima vastagság, a plakkok, stenosisok detektálásával alkalmas. *Vizsgálatunk célja* megállapítani, hogy a carotis duplex scannel kimutatható carotis betegség milyen gyakorisággal jár együtt subklinikus, de terheléssel már kimutatható ISZB-vel. Ennek kimutatására az ismert carotis betegek nyugalmi és terheléses EKG-ját, nyugalmi echokardiográfiáját, esetleg szív-izom scintigraphiás, coronarographiás eredményeit vetjük össze. Figyelembe vesszük a rizikófaktorok és a hypertonia előfordulását is. Számszerű *eredményeink* pillanatnyilag még nem értékelhetők.

Arteria carotis interna rekonstrukció extracorporális keringésben végzett szívműtéttel egy ülésben

DR. DÖMÖTÖR GY., DR. TOMCSÁNYI I.,
DR. TARR F., DR. SUGÁR T., DR. KABELLA P.
*HIETE Orvostovábbképző Kar,
Belgyógyászati és Kardiovaszkuláris Centrum,
Szív- és Érsebészeti Klinika*

1995. január 1-je és 1997. március 31. között 44 betegnél történt az extracorporális keringésben végzett szívműtéttel egy ülésben arteria carotis interna rekonstrukció. A szívműtét coronaria bypass és/vagy billentyű implantatio volt. 3 beteget veszítettünk el, a halál okaként a carotis műtét vagy ennek következménye nem szerepelt. Az egy ülésben végzett rekonstrukció nem emeli a carotis műtét rizikóját.

PTFE interpositio szerepe a carotis sebészetben

DR. JÁRÁNYI ZS., DR. ENTZ L.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Bizonyos esetekben elkerülhetetlen a bypass technika alkalmazása a carotis communis és carotis interna közti véráramlás biztosítása céljából. Az 1965-ben Papp Sándor által végzett első carotis műtét óta napjainkig több mint 3000 carotis műtét történt intézetünkben és 149 esetben volt interpositio a műtét megoldás. Az indikációk között legtöbb esetben az acut reocclusio (22 eset), a restenosis (31 eset) és az eversió endarteriectomia közben észlelt technikai nehézségek (76 eset) szerepeltek.

A posztoperatív stroke eseteinket leszámítva az interpositio alkalmazása nem járt lényegesen magasabb perioperatív stroke morbiditási, illetve mortalitási rátával (4,6%).

Műér-fertőzést 2 esetben észleltünk (1,3%).

A PTFE interpositio előnye, hogy az éptől az épig hidalja át a korábban megbetegedett, vagy desobliterált, thrombogén érszakaszt, műtét közben azonnal rendelkezésre áll, illetve a vénás áthidalások alkalmazásával kapcsolatban leírt falruptúra a műér esetében nem fordult elő.

Összefoglalva: tapasztalataink alapján a PTFE interpositio, megfelelő indikáció esetén gyors és biztonságos módszer a „problémás” esetek megoldására.

A carotis interna eversió endarteriectomiája közben felvetődő műtétechnikai problémák

DR. ENTZ L., DR. JÁRÁNYI ZS.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Az eversió endarteriectomiát 1991-ben vezettük be klinikánkon a carotis sebészetbe. Az azóta eltelt hat esztendő alatt 2238 műtét történt a fenti módszerrel. Minden carotis műtetre jelentkező betegnél ezt a módszert alkalmazzuk, és az esetek 98%-ában a műtét technikailag kivihető volt. A fennmaradó mintegy 2%-ban PTFE interpositióval fejeztük be a beavatkozást.

Jelen munkánkban az eversió módszer végzése közben jelentkező technikai nehézségeket próbáltuk meg feltárni.

Anatómiai és pathológiai tényezők: a plakk túl magasra terjed, a plakk mélyen involválja a carotis communist, tortuosítás valamilyen formája van jelen, a carotis bifurcatio túl magasra van.

Technikai nehézségek: a distális intimaszél fixálása, a reimplantációnál a varrattechnika, a carotis communis és externa desobliterációja, a shunt, mint technikai probléma.

A fenti kérdésekkel kapcsolatos tapasztalatainkról számolunk be.

Carotis endarteriectomia contralateralis significans stenosis vagy oclusio esetében.

Shunttel, vagy shunt nélkül?

**DR. SZÉLL A., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDY
G., DR. ÓVÁRY CS., DR. NAGY Z.**
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

Az 1993. január 1. és 1996. december 31. közötti időszakban osztályunkon 553 carotis rekonstrukciót végeztünk. 161 betegnél (33,6%) kétoldali súlyos carotis szűkület miatt történt a beavatkozás. A contralateralis oldal stenosisa a következőképpen oszlott meg: 48 betegnél 70-80%, 22 betegnél 80-90%, 29 esetben subtotalis oclusio és 62 betegnél carotis interna oclusio. 116 férfi, 45 nő, átlagéletkoruk 64,6 év. A hypertonia gyakorisága 75,8%, infarctus myocardi 15,5%, effort angina 62,7%. A műtét indikációk a következők voltak: 26,7% asymptomaticus, 31,1% TIA/amaurosis fugax, 31,7% lezajlott stroke, non-hemispherialis tünetek 10,6%. Az alkalmazott sebészi beavatkozás a carotis interna eversió endarteriectomiája, a carotis communis és az externa conventionalis TEA-ja, valamint az interna reimplantációja volt. Az átlagos kirekesztési idő ritkán haladta meg a 22 percet. A műtét beavatkozások kontrollált hypertensio mellett történtek, shuntöt csupán 2 esetben (1,2%) használtunk, amikor az interna felől gyér visszavérzést észleltünk. Ebben a csoportban beteget nem veszítettünk, 3 esetben (1,86%) stroke lépett fel, 4 esetben (2,48%) átmeneti neurológiai deficitet észleltünk. A perioperatív komplikációk rizikófaktorai közül a systemas hypertonia, a megelőző stroke és az ellenoldali hemispherium állapota döntő jelentőségű.

300 carotis interna rekonstrukció korai eredményei

**DR. GÁTI J., DR. JÁMBOR GY.,
DR. NAGY L., DR. SAMU T.,
DR. GYURKOVICS E., DR. NAGY A.**
SOTE I. sz. és II. sz. Sebészeti Klinika

A szerzők retrospektív tanulmányban dolgozzák fel a SOTE II. sz., majd I. sz. Sebészeti Klinika érsebészeti munkacsoportja által 1996. december 31-ig végzett utolsó 300 ACI rekonstrukció korai eredményeit. A műtétek döntő többsége, majdnem 80%-a, tüneteket okozó ACI stenosis miatt történt. A fennmaradó hányadon carotis kinking és coiling, ACI aneurysma, valamint tünetmentes kritikus szűkület miatt végzett műtét beavatkozások osztoznak. Az ACI stenosis műtét megoldására a kezdeti hagyományos TEA + foltpasztica, vagy direct varrat után kb. azonos számban történt „V”, vagy „Y” pasztika és eversió endarteriectomia

(EEA). Az utóbbi két műtéti típus több mint 100-100 esete lehetőséget kínál a két eljárás indikációjának és korai eredményeinek összehasonlítására. A szerzők tapasztalatukkal szeretnék hozzájárulni a hazai carotis-sebészet palettájának bővítéséhez.

Akut carotis revaszkularizáció progresszív stroke esetén

DR. BARANYAI Á., DR. DLUSTUS B.,
DR. TÓTH GY., DR. VALLUS G.

MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály

A szerzők 1991 és 1997 között 537 betegnél 634 carotis endarteriectomiát végeztek. Instabil neurológiai állapotban 24 betegnél összesen 25 (3,9%) sürgős carotis műtetre került sor. A betegeket állapotuk szerint csoportosították:

- a/ crescendo TIA (n=4),
- b/ stroke in evolution (n=16),
- c/ korai posztoperatív stroke (n=5).

16 esetben a műtetet angiográfia nélkül, a klinikai kép és a noninvaszív vizsgálati eredmények (CDS, TCD, CT) alapján indikálták, 9 esetben angiográfia is készült. A műtéti leletek: 1 carotis embolia, 1 lőtt sérülés, 15 subtotalis occlusio és 8 carotis trombus. 22 beteg állapota lényegesen javult, 1 beteg változatlan maradt, 2 beteg állapota romlott, egyikük exitált.

Megtartott tudatú betegen instabil neurológiai tünetek mellett sürgős revaszkularizáció javasolt, ha a CT vérzéses kórképet kizárt:

1. az ACI proximalis szakaszának súlyos stenosisa,
2. teljes carotis elzáródás,
3. embolus, dissectio, lebegő thrombus,
4. carotis sérülés,
5. posztoperatív (angiográfia utáni) stroke.

Elektív hasi műtétek előtt végzett preventív arteria carotis interna rekonstrukciók

DR. SCHMAL F., DR. DREXLER L.,
DR. SEPA GY., DR. MEZEI M.

*Szent János Kórház, Budapest,
Sebészet, Aneszteziológiai és Kp. Intenzív Osztály,
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika*

1995. január 1-je és 1997. június 30. között osztályunkon 2642 laparotomia történt, ebből 2388 műtetet végeztünk intratrachealis narcosisban. Minden felvett betegünkön carotis szűrést végeztünk, 49 tünetmentes carotis stenosiszt diagnosztizáltunk. Ebből 18 stenosis volt szignifikáns.

Az elektív hasi műtétek során az esetleges tenzióesés okozta stroke megelőzésére utóbbi 18 betegünkön eversió carotis rekonstrukciós műtetet végeztünk, majd második ülésben a laparotomiára is sor került. Agyi vaszkuláris szövdményünk nem volt.

Tapasztalataink alapján úgy gondoljuk, hogy elektív hasi műtétek előtt a carotis szűrés elvégzendő, és igazolt szignifikáns stenosis esetén a preventív rekonstrukciós műtet indokolt.

Evaluation of the Circulus Arteriosus Willisi by MR-Angiography in Patients with Carotid Artery Disease

G. KERESZTURY, M. D., S. HORSCH, M. D.,
N. BORNHEIM, M. D.

(A szerzők összefoglalót nem küldtek.)

Intraoperatív carotis interna stent implantatio videoangioscopiás kontroll mellett

DR. KOLLÁR L., DR. KASZA G.,
DR. ROZSOS I., DR. MENYHEI G.,
DR. SZABÓ M., DR. HORVÁTH L.

*Baranya Megyei Kórház,
POTE Sebészeti Tanszék*

A minimál-invaszív sebészeti törekvések jellemzik a jelenlegi szakmai fejlődést. Az érsebészeti gyakorlatban az üvegscopos videorendszerek bevezetése jelentett áttörést. Az invazív radiológusok által alkalmazott stent implantatio napjainkban rutin eljárásnak számít. A szerzők a POTE Sebészeti Tanszékén 1995. szeptembere óta végeznek intraoperatív carotis stent implantatiót.

A carotis bifurcatio thrombendarteriectomiáját követően két indikációval végeznek carotis interna stent implantatiót:

1. A carotis interna hosszú szakaszú stenosisánál, amikor a koponya alapig húzódnó szűkület miatt a preparálás és ki-rekesztés csak nehezen, szövdményvesztéssel végezhető el – ez esetben az intraoperatív ballondilatatio stent behelyezéssel biztonságosabb megoldás.

2. Bizonytalan intima lépcső visszamaradása esetén az intima fixálása céljából.

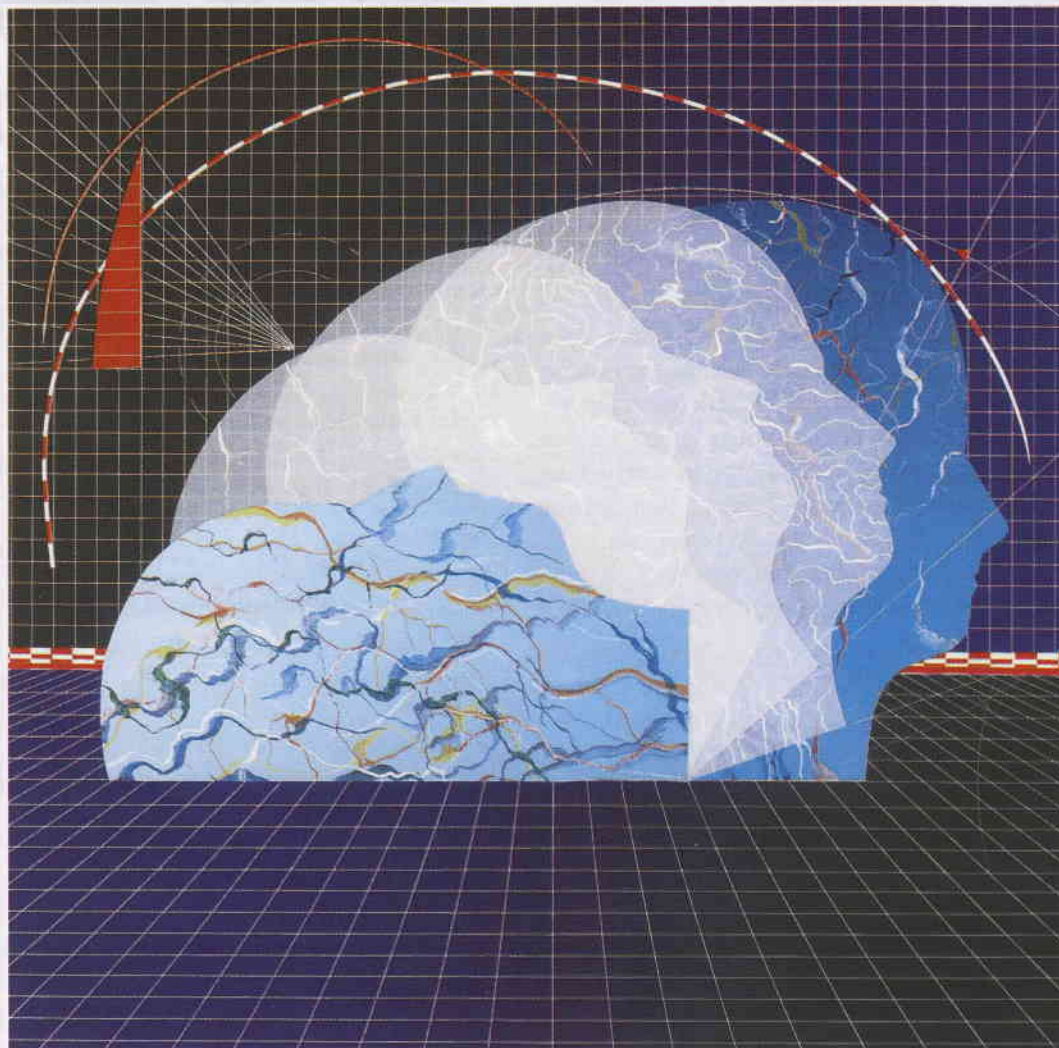
Az elmúlt 15 hónap alatt 17 esetben végeztek stent implantatiót. 12 esetben a hosszú stent indikációjával, 3 esetben intima fixálás céljából, két alkalommal stenosis és kinking együttes korrekciója céljából.

A szerzők véleménye szerint a módszer gyors, biztonságos, a carotis műtétek 15-20%-ában alkalmazható. A videoangioscopia fokozza a biztonságot.

CAVINTON®

TABLETTA 5 MG, INJEKCIÓ 10 MG

• (VINPOCETIN)



JAVALLATOK:

*Különböző eredetű cerebrovaszkuláris, és
vaszkuláris eredetű szemészeti és fülészeti kórképek*

KOMPLEX HATÁSMÓDJA:

- neuroprotektív hatás
- agyi metabolizmus serkentése
- az agyszövet mikrocirkulációjának javítása

KÉRJÜK, OLVASSA EL AZ ALKALMAZÁSI ELŐÍRÁST!



RICHTER GEDEON RT.

ORVOSLÁTOGATÓ HÁLÓZAT 431-4010 • ORVOSTUDOMÁNYI FŐOSZTÁLY 431-5780

Nootropil alkalmazása cerebrovascularis kórképekben

DR. TURBÓK E., DR. SZÉPHELYI K.,
DR. GÁLFY I., DR. JÁRÁNYI ZS., DR. NAGY G.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Klinikánkon 1993 óta kezdtük el a Nootropil alkalmazását. Kezdetben csak az arteria carotis interna mindkét oldali érintettsége esetén alkalmaztuk. Sikeres adása miatt már egyoldali carotis interna rekonstrukciójakor is használjuk. Műtét nélküli acut stroke állapotában is kipróbáltuk. A carotis helyreállító műtétek során a műtét alatt és a korai posztoperatív szakban alkalmaztuk. A betegek gyorsabban ébredtek, sensomotoros és pszichés funkcióik hamarabb tértek vissza. Mellékhatást nem észleltünk. Az elmúlt 5 évben a carotis internán végzett helyreállító érműtéteknél adását indokoltan tartjuk. Megfigyeléseink szerint a tapasztalatok azt bizonyítják, hogy a Nootropil idősebb betegeknél az altatószer okozta pszichotikus hatásokat csökkenti. A high risk patients anaesthesiában igen kedvező hatású, elősegíti a gyors ébredést.

Supraaorticus erek

Rekonstruktív beavatkozások a supraaorticus ágakon

DR. DZSINICH CS., DR. NEMES A.,
DR. SZLÁVY L., DR. HÜTTL K.,
DR. SEPA GY.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Klinikánkon 1976-1997 között, mintegy tizenkét év alatt 681 sebészi beavatkozást végeztünk a supraaorticus ágakon. Az endovascularis technikák bevezetése után, 1979-től 1997-ig 379 PTA történt. Az arteria subclavián végzett helyreállító beavatkozások (448, illetve 277) képviselik az anyag kétharmad részét, ezt követték gyakoriságban az arteria anonyma, a carotis communis és a vertebralis rekonstruktív beavatkozásai. Míg a többi érterületet érintő kombinált beavatkozások, elzáródások, calcificatio és appositionalis thrombus okozta instabil elváltozások a sebészi rekonstrukció, addig a solitaer stenosisok az endovascularis technikák tárgyát képezték. A nagy átáramlású artériákon 98%-ban tudtunk primér átjárhatóságot elérni. Öt éves vizsgálatok is 85%-ban mutattak tartósan jó eredményt.

Takayasu-betegség esetében a reocclusiós hajlam kifejezettebb, ezért a posztoperatív antiimmun kezelés jelentőségét hangsúlyozzuk.

PTFE interpositum alkalmazása a supraaorticus artériákon

DR. TAMÁS L., DR. NÉMETH J.,
DR. GUNTHER T., DR. TARR M.,
DR. CZIGÁNY T., DR. JAKAB L.

Petz Aladár Megyei Kórház, Győr, Érsebészet

A szerzők retrospektív tanulmányban elemzik az elmúlt tíz év során a supraaorticus artériákon PTFE interpositum alkalmazásával végzett rekonstruktív beavatkozásait. 16 esetről számolnak be, 5 betegnél carotis, 11 alkalommal subclavia területén történt műtét. Kitérnek a műteti indikáció kérdésére, ismertetik a műteti megoldást, bemutatják a korai és késői eredményeket, szövődményeket. Véleményük szerint különösen rekonstrukciós nehézségek – úgymint recidív-stenosis, érsérülés, aneurysma, álaneurysma – esetén indokolt PTFE graft alkalmazása.

Gyűrűs PTFE érprotézis-tunnel a costoclavicularis résbe

DR. LACZKÓ Á., DR. ACSÁDY GY.,
DR. BÍRÓ G., DR. HÜTTL K., DR. NEMES A.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

A felső végtagi ischaemiás syndroma miatt az a. carotis communisról az a. axillarisra, brachialisra vezetett vénás bypassok tartós átjárhatóságát korrekt indikáció és kifogástalan sebészi technika mellett alapvetően meghatározza az a. subclaviák anatómiai lefutása.

Morfológiailag a costoclavicularis résben található a locus minoris resistentiae, ugyanis az itt átfúródó vénás bypassok e szűk spatiumban számfeletti képletként foglalnak helyet. A posztoperatív hegesezés is hozzájárul a rés további szűküléséhez.

A probléma megoldására klinikánkon műtéttechnikai újítást vezettünk be, nevezetesen a clavicula alatti vénás bypassokat egy külső gyűrűvel merevített PTFE érprotézis-tunnel védelmével vezettük a felső végtagra.

Két év alatt 6 ilyen megoldású műtétet végeztünk, s a protézisek közül 5 jelenleg is működik.

Renovascularis megbetegedések

A renovascularis hypertonia belgyógyászati vonatkozásai

DR. KAPOCSI J., DR. FARSANG CS.
Szent Imre Kórház, I. Belosztály, Budapest

A magasvérnyomás betegség kiváltó okaként az esetek 5-10%-ában háttérbetegség igazolható, ezek a szekunder

hypertóniák. Ebbe a csoportba tartozik a hypertóniás népesség 0,5-2%-ában kimutatható renovascularis hypertonia. A renovascularis hypertonia pathomechanizmusában meghatározó tényező az arteria renalis szűkülete miatt kialakuló tartós ischaemia következtében létrejövő nagyfokú renintermelés, a következményes angiotensin II., valamint aldosteron szint emelkedés. A megnövekedett angiotensin II. szint tehető felelőssé a fokozott vasoconstrictor tónusért, és az ér-falban, illetve a myocardiumban kialakuló proliferatív folyamatokért (remodelling, bal kamra hypertrophia), az aldosteron szint emelkedés a só-víz háztartás egyensúlyának megbomlásához vezet. A diagnosztika döntő lépése az alapos anamnézis felvétel és a fizikális vizsgálat. Kombinált terápiával nehezen befolyásolható, magas diasztolés értékkel járó, esetleg hirtelen kialakuló magasvérnyomás, a hasi aorta és az arteria renalisok felett hallható szisztolés zöreje alapján fel kell vetni a renovascularis hypertonia gyanúját. A következetes hypokalaemia, esetleg serum creatinin szint emelkedés, a pozitív captopril teszt, a két vese méretében található különbség, a két vese vérátáramlásában és integrált izotóp aktivitás arányában tapasztalt jelentős különbség, a renalis duplex doppler vizsgálat kapcsán mért megnövekedett rezisztencia értékek a felvetett gyanút megerősítik. Az elvégzett renin és aldosteron szint meghatározás (magas renin, magas aldosteron), valamint az angiográfia, illetve vena renalis kanülálás eredménye a gyanút igazolja. Kezelés: műtéti (angioplasztika vagy sebészi rekonstrukció), gyógyszeresen: ACE gátlók, (fokozott kontroll mellett), Ca-antagonisták, béta blokkolók. Mivel az időben felfedezett renovascularis hypertonia gyógyítható, kiemelt fontosságú az alapos diagnosztikus munka.

A renovascularis sebészet és az endovascularis technikák múltja, jelene és jövője

DR. DZSINICH CS., DR. HÜTTL K.,
DR. SZÁZADOS M., DR. SEPA GY.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Klinikánkon 20 éve folyik rutinszerűen renovascularis sebészet és 15 éves endoluminalis renalis arteria tágítás. A jelzett időszak alatt 734 renalis arterián végzett sebészi és 270 endoluminalis beavatkozás történt. Két indikáció alapján végezzük beavatkozásainkat: 1. a renovascularis hypertonia kezelése, 2. a renalis vascularis insufficiencia befolyásolása. A renovascularis sebészet fejlődési trendje a multiplex elváltozások, akut és krónikus renalis arteria occlusiók megoldása mellett a hilaris mikrorekonstrukciók irányába tolódott el. Az endovascularis technikák a monofocalis közepső harmadi nonscleroticus stenosisok kezelésében dominálva váltak, míg a stentek alkalmazása várhatóan a reci-

divák megelőzésében jut szerephez. A kétféle kezelési mód létjogosultsága csakis kooperációban határozható meg.

Az esetek diagnosztikája, a kezelési forma közös meghatározása, és a ritka, de súlyos szövődmények azonnali felismerése és kezelése csak a fenti elv betartásával lehetséges.

Renalis rekonstrukcióval szerzett tapasztalataink

DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY.,
DR. BARANYAI Á., DR. VALLUS G.

*MH Központi Honvédkórház,
Érsebészeti Osztály*

Az arteria renalis elváltozásainak többségét occlusiv megbetegedések okozzák. A renalis szűkületek és elzáródások az esetek 3/4 részében arteriosclerotikus eredetűek, melyek lehetnek monofokálisak, kétoldaliak, illetve aortoiliacalis vagy távoli folyamatok kombinációja. Egyéb etiológiai faktorok (sérülések, cong. anomáliák, fibromusc. dysplasia, aneurysma) lényegesen ritkábban fordulnak elő. Kettős veseszély: renovascularis hypertonia, illetve a veseállomány fokozatos pusztulása.

A multifokális érbetegségek ellátási protokollja tartalmazza az a. renalis elváltozásoknak és következményeiknek tisztázását és invazív kezelését. Előnyben részesítve az intervencionális radiológiai módszereket, 10 év alatt 3061 artériás helyreállító műtétből 40 renalis rekonstrukciót végeztünk, 8-nál izoláltan, 32-nél kombinált revascularisatio (aortobif. bypass 25, aorta-aneurysma 6) részeként. 2 betegen heveny elváltozás indikálta a műtet. Műtéti technikák: lat. sutura 1, TEA + patch 3, transaortális endarteriectomia 8, direkt reinsertio 9 és indirekt Gore-tex reimplantatio 19. Meleg ischaemia ideje 18-35 perc. Műtéti eredményeink a szakirodalomban közölteknek megfelelőek.

Renalis PTA-szövődmény sikeresen operált esete

DR. WÁGNER É., DR. TARSOLY L.

*Zala Megyei Kórház,
Zalaegerszeg*

A szerzők egy renalis angioplastica szövődményként kialakult acut veseischaemia sikeresen operált esetét ismertetik. Középkorú nőbetegnél arteria renalis stenosis miatt PTA történt, amelynek során az arteria renalis dissectiója alakult ki. Hat órási ischaemia után sikeres rekonstrukciót végeztek aorto-renalis saphena bypass megoldással. A posztoperatív vesefunkciós vizsgálatok, angiográfia és izotóp renográfia a műtéti beavatkozás sikerességét igazolták.

PERFORMANCE IN THE SENSE OF NATURE!
NATURE IS THE STANDARD.



GORE-TEX® is a registered trademark of W. L. GORE & Associates

Our objective: To come as close as possible to the original - nature. Creating a perfect copy, of course, is still utopian. But Oscar Wilde said, "Progress is the realization of Utopia". In well over a million cases GORE-TEX® implants have proven their superior performance in almost every clinical center in the world.

GORE-TEX® medical implants include: Vascular Grafts, in different PTFE-techniques (non-stretch and stretch) Cardio-vascular Patches, Surgical Membranes, Soft Tissue Patches, Cruciate Ligament Prostheses, Surgical Sutures.

GORE-TEX® expanded PTFE is biocompatible, chemically inert, easy to handle and can be resterilized. Its unique microporous structure enhances cellular ingrowth throughout the implant.

As part of GORE's specialized scientific service we offer complete literature surveys, histological and laboratory analyses, training and support programmes as well as participation in clinical studies.

For further information regarding our products and our service, please contact our sales representatives.



HOSPLAN KFT.
TELEFON:
156-0000

Arteria mesenterica

Az arteria mesenterica rekonstrukciójáról

DR. CSORDÁS J., DR. WÁGNER É.,
DR. TARSOLY L.
*Zala Megyei Kórház,
Zalaegerszeg*

Osztályunkon 1990. január 1-je és 1997. március 1-je között mesenterialis verőérelzáródás miatt 14 esetben végeztünk mesenterialis verőér-rekonstrukciót. Az acut mesenterialis verőérelzáródás miatt végzett rekonstrukciók száma 11 volt. 8 esetben embolektomia történt vékonybél resectióval, 2 esetben aorto-mesenterialis bypass és 1 esetben spleno-mesenterialis bypass készült bélresectióval. A verőér-resectiók mellett 28 esetben végeztünk nem rekonstruktív műtétet: a vékonybélhalás mértékétől függően bélresectiót vagy teljes elhalás esetén exploratív laparotomiát. Jelen előadás célja, hogy rámutasson a korai diagnózis jelentőségére, s ezáltal a rekonstruktív műtétek lehetőségére és eredményeire.

Az arteria mesentericán végzett műtéteink

DR. GAJDOS, DR. KATONA, DR. KOVÁCS,
DR. MORVAI
Hetényi Géza Kórház, Szolnok

A szerzők az acutan és electiven az arteria mesentericán végzett műtéteiket ismertetik, melyek mesenterialis embolia, illetve krónikus bélischaemia miatt történtek az arteria mesenterica superioron. Az arteria mesenterica inferioron reimplantációt egyéb aorta rekonstrukció kapcsán végeztek. Úgy ítélik, hogy ezen műtétek az esetek sürgősségére való tekintettel vidéki érsebészen is elvégzendők.

Vékonybélresectiót követően kialakult mesenterialis AV-shunt

DR. RAKOS GY., DR. NAGY I., DR. NÁDASI G.,
DR. MÁRKUS B., DR. KIRÁLY I.,
DR. MOLNÁR Z.
*Vas Megyei Markusovszky Kórház, Szombathely,
Általános Sebészeti Osztály, Radiológiai Osztály*

A szerzők 30 éves nőbetegük esetét ismertetik. 1993 szeptemberében a 23 hetes gravid beteget profus hányások, hasi görcsök, hasmenések miatt a fertőző osztály observálta

enteritis gyanúval. A hasi tünetek progressziója miatt sebészi átvételre került, akut has miatt urgens műtét történt 1993. október 15-én. A műtét során az elongált mesosigma és a radix mesenterii dupla torquatióját találták sigma- és ileumnecrossissal. A necroticus bélszakaszok resectiója után end to end descendo-sigmoideostomia és jejuno-ileostomia készült. A posztoperatív időszak szövődménymentesen zajlott. Ismételt felvételére 1997. május 9-én került sor több hetes görcsös hasi fájdalom, hányások, hasi puffadás miatt. Kivizsgálása során a gastrointestinalis traktuson mechanikus passage-akadályt igazolni nem tudtak. A has felett hallható systoles 5/6-os zöreje miatt color Doppler, és hasi áttekintő angiográfia történt, mely a mesenterica superior területén AV shuntöt ábrázolt. Az 1997. május 21-én végzett elektív reoperatio során a mesenterica superior és a vena mesenterica superior közötti kb. 1 cm-es shuntöt izolálva szanálták. A műtétet követően készült kontroll Doppler vizsgálat során az ép áramlási viszonyokat megközelítő spektrumokat sikerült felvenni, az arteria és vena mesenterica superior területén. Szövődménymentes posztoperatív szak. A beteg kontrollvizsgálata során panaszmentes.

Hasi és alsó végtagi obliteratív érbetegség együttes előfordulása, klinikuma

DR. JUHÁSZ Á., DR. WUDI K.,
DR. TÓTH K.
*Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház,
II. Belgyógyászati Osztály*

Megfigyelésünk szerint az alsó végtagi obliteratív verőér betegségben szenvedőkön észlelhető kóros lesoványodás mellé gyakran csatlakozik hasi fájdalom, mely felveti az abnormális erek érintettségének lehetőségét.

Négy esetet ismertetünk, amelyekben a claudicatiós panaszok mellé típusos hasi angina, atípusos panaszként testsúlycsökkenés, illetve ulcus ventriculi csatlakozott. Mind a négy esetben igazolódott mesenterialis erek szűkülete, occlusiója. Figyelembe véve az endothel általános funkcióját, illetve reakcióit, a hasi atherosclerosis a generalizált atherosclerosis részjelensége, ám gyakran figyelmen kívül marad. Irodalmi adatok szerint alsó végtagi obliteratív betegségben a hasi erek kb. 60%-ban érintettek. Ezen ismeretek birtokában úgy gondoljuk, az alsó végtagi obliteratív verőér betegségben szenvedők hasi panaszainak, súlyvesztésének kivizsgálása során a hasi angiográfia, illetve a mesenterialis erek keringésének nagyobb gyakorisággal való vizsgálata (duplex UH) jelentősen növelheti a korrekt diagnózisok számát, elősegítve ezzel az adekvát oki terápia időben történő megkezdését.

Aneurysmák

A thoracoabdominalis aorta megbetegedéseinek sebészi megközelítése

DR. DZSINICH CS., DR. SEPA GY.,
DR. PETROHAI Á., DR. NAGY G.,
DR. HÜTTL K., DR. BARTHA E.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

A thoracoabdominalis aorta megbetegedéseinek kezelése az egyik legnagyobb sebészi beavatkozást igényli, ezért az orvosteam számára komoly kihívást jelentenek, és a csoport tökéletes együttműködése a siker alapfeltétele. A jelzett érszakasz mellékágai táplálják a gerincvelőt, a gyomorbélhuzamot, a veséket, ezért szükségszerű kirekesztésük a jelzett szervek ischaemiás terhelésével jár. Az aorta leszorítása a cardiac afterload növekedését, a liquorproductio fokozódását okozza, ami a spinalis hypoperfusio további romlásához vezet. A komplex folyamat szükségessé teszi az általános és speciális kockázat gondos felmérését, megfelelő sebészi és aneszteziológiai taktika megtervezését és – legnagyobb kockázatként – a gerincvelő-protékció módjának megválasztását. Az előadás célja a célszerű pre-, intra- és posztoperatív protokoll körvonalazása.

Két különböző műtéti technika az egyidejűleg fennálló patkóvese és infrarenalis aorta aneurysma (AAA) rekonstrukciója során

DR. SZINETÁR L., DR. NYIREDY G.,
DR. MOGÁN I.
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

A patkóvese a renalis arteriák, az ureter extraanatómiás lefutása, az elhelyezkedés miatt jelentős nehézséget képez az aorta rekonstrukciós műtéteiben. Irodalmi adatok szerint előfordulási aránya 0,25-0,5%.

1993 és 1996 között a Budai MÁV Kórház Érsebészeti Osztályán 2 patkóvesével szövődött infrarenalis aorta aneurysmát operáltunk. (Az összes aorta rekonstrukció 197, AAA rekonstrukció 57 volt). Mindkét betegünk férfi, életkoruk 54 és 72 év volt.

Az indikációkat az egyik esetben az aneurysma növekedési tendenciája és az iliaca rendszerre való terjedése képezte, a másik esetben egyidejűleg fennálló dysbasiás panaszok is társultak hozzá.

Mindkét betegnél total med. laparotomiából az AAA-t resecáltuk és aorto-bifemoralis Y bypasszt készítettünk. Az egyik esetben a patkóvesét az isthmus területén szétválaszt-

tottuk, a másik esetben a protézist a patkóvese mögött, annak szétválasztása nélkül vezettük el. A polaris renalis artériákat mindkét esetben reimplantáltuk a protézisbe. Betegeink szövődménymentesen gyógyultak, és a 17., illetve 18. ápolási napon távoztak. A kontroll vizsgálatok során mindkét betegünk panasz- és tünetmentes volt, laborparamétereik, vesefunkciós paramétereik a fiziológias határon belül voltak.

Véleményünk szerint, amennyiben az AAA-t egyidejűleg fennálló patkóvese esetében operálni kell, több műtéti technika áll rendelkezésre. A legkedvezőbb kiválasztásában a pontos preoperatív kivizsgálás (UH, CT, aortográfia, renográfia, iv. pyelográfia) segít, de az alkalmazott műtéti technikát az adott szituáció szabja meg.

A liquor intraoperatív monitorozása thoracoabdominalis aorta aneurysma sebészetében

DR. NAGY G., DR. DZSINICH CS.,
DR. SEPA GY.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

A thoracoabdominalis aorta aneurysmán végzett sebészi beavatkozás egyik legveszélyesebb szövődménye a paraplegia, amelynek előfordulási gyakorisága 0,5-40%.

Az optimális gerincvelő protectív sebészi technika megválasztásában alapvető fontosságú a gerincvelő működés intraoperatív monitorozása.

Előadásunkban egy új, intraoperatív alkalmazható eljárásról számolunk be, amely a liquor biokémiai paramétereinek nyomonkövetésével segítheti az operáló teamet a gerincvelő anaerob folyamatainak korai észlelésében.

Bélbe rupturált iliaca aneurysma sikerrel operált esete korábban rectum exstirpált, aorta aneurysma resecalt betegen

DR. GARBAI I., DR. BARTA L., DR. JAKSA L.,
DR. MENCSEI A.

Bajai Kórház Sebészeti és Érsebészeti Osztály

77 éves férfibetegünk kórtörténetét ismertetjük, akinek anamnézisében 6 éve rectum exstirpatio szerepel neoplasma miatt definitív anus prae készítésével. Ezen műtétet követően hatalmas hasfali sérv és eventeratio alakult ki. 2 éve ruptúra veszélyét mutató aorta aneurysma resectiója történt. Vizelési panaszok kapcsán végzett vizsgálatok során került felismerésre a bal iliaca communis aneurysmája, melynek műtéti megoldására érsebészeti centrumba való előjegyzése

megtörtént. A tervezett átvétel előtt véres székletürítés, az aneurysma bélbe való ruptúrájára utaló tünetek alakultak ki, ezért sürgősséggel megoperáltuk. A műtét során az aneurysmát resecaltuk, a vékonybél falát elvarrtuk, és ilio-femoralis crossover bypasszt készítettünk. A posztoperatív 7. napon hasfali dysruptio miatt rekonstrukciót végeztünk. A beteget a műtétet követő 21. napon bocsátottuk otthonába. Tárgyaljuk az anus prae mellett végzendő rekonstrukzív érműtét kérdéskörét.

**A thrombotizált poplitea-aneurysma,
mint az acut alsó végtagi
verőérelzáródás oka**

DR. TARR M., DR. NÉMETH J.,
DR. CZIGÁNY T., DR. GUNTHER T.

*Petz A. Megyei Kórház,
Érsebészeti Osztály, Győr*

A szerzők ismertetik az elmúlt 5 év alatt szerzett tapasztalataikat és eredményeiket a poplitea-aneurysmák kezelése során.

12 betegnél 18 aneurysmát kezeltek. Az acut ischaemia tüneteivel felvett 10 betegnél 4 amputációra kényszerültek a megfelelő érsebészeti beavatkozások után, míg a 8 elektíve kezelt betegnél szövődményt nem észleltek. Hangsúlyozzák a preoperatív diagnosztika jelentőségét és a preventíve végzett műtétek fontosságát.

A perifériás artériák valódi aneurysmái

DR. VAKLI P., DR. HORVÁTH T., DR. ÁDÁM A.

*Heves Megyei Önkormányzat
Markhot Ferenc Kórház és Rendelőintézet,
Sebészeti és Érsebészeti Osztály*

A szerzők 1984-96 között 12 beteget (10 férfi, 2 nő, átlagéletkor 60,8 év) kezeltek a perifériás artériák valódi aneurysmája miatt (5 poplitea, 2 femoralis, 2 iliaca, 3 carotis). A klinikai tünetek között a pulzáló terime mellett 4 esetben acut ischaemiát, 2 esetben TIA-t, egy-egy esetben vénás compressiót, illetve ruptúrát észleltek. Öt betegnél urgens sebészeti beavatkozás történt. A műtéti megoldás az aneurysma resectióját követően 2 betegben Dacron interpositum, 3-ban saphena graft behelyezése, egy-egy betegben pedig foltplasztika, valamint a carotis interna reimplantációja volt. A posztoperatív szakban 2 beteget veszítettek el szívélegtelenség miatt. Sebgyógyulási zavart (seroma, lymphacsorgás) 2 betegben észleltek. Revascularisációs syndroma miatt egy esetben fasciotomia vált szükségessé. Egy betegben 1 hónappal a műtét után graft körüli infectio miatt grafteltávolítást követően obturator bypasszt készítettek.

Az eredmények javulása a korai, szövődménymentes fázisban végzett műtétektől várható.

**Acut alsó végtagi ischaemiát okozó
arteria iliaca externa aneurysma
thrombosis diagnosztikája
és műtéti megoldása**

DR. VALLUS G., DR. DLUSTUS B.,
DR. TÓTH GY., DR. BARANYAI Á.,
DR. TÓTH L.

*MH Központi Honvédkórház,
Érsebészeti Osztály*

A szerzők alsó végtagi acut ischaemia ritkább formáját mutatják be. A 72 éves férfi femorális embólia gyanújával került felvételre. Az acut diagnosztika (Doppler, color duplex scan, angiográfia) tisztázta az etiológiát, az arteria iliaca externa aneurysma thrombosisát.

Az intraoperatív felvétel a műtéti korrekció lépéseit követi.

Következtetés: acut végtag ischaemia esetén aneurysma thrombosisra is gondoljunk.

**Rupturált hasi aorta aneurysmák
a Szent-Györgyi Albert Orvostudományi
Egyetem Sebészeti Klinikáján, 1992-1996.**

DR. SIPKA R., DR. LEINDLER L.,
DR. BALOGH Á.

*Szent-Györgyi Albert
Orvostudományi Egyetem*

A szerzők öt év anyagát feldolgozva kerestek a rupturált hasi aorta aneurysma műtéten átesett betegek túlélésére vonatkozó információkat.

A konkrét adatok: a vizsgált időszakban 18 műtét történt hasi aorta aneurysma ruptura miatt. Az átlagéletkor 75 év, a férfi-nő arány 15:3, a mortalitás több mint 50% volt. Az esetek 25%-ában előzetesen ismert volt a hasi aorta aneurysma. Az anamnesis átlagosan 24 órára nyúlt vissza. A kórházba kerüléstől a korrekt diagnózisig eltelt idő átlagosan 3 óra. Első észleléskor a betegek 62%-a hypovolaemiás shockban volt. Egy beteg szerepel a túlélők közül a nyílt hasúri vérzést mutató csoportban, valamennyi további túlélő az ún. stabil, fedett, a retroperitoneumba rupturált formába tartozott.

A szerzők szerint a túlélést befolyásoló fő tényezők: a praeoperatív shock súlyossága, az anamnesis időtartama, szabad hasúri vérzés megléte vagy hiánya, illetve a posztoperatív szövődmények kialakulása.

Extrem méretű anastomosis aneurysma esete aorto-bifemoralis bypass után

DR. VANGEL R., DR. SIPKA R.,
DR. MÉNESI R., DR. BALOGH Á.

Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem

Az anastomosis aneurysmák az irodalmi adatok szerint 1-4%-os gyakorisággal fordulnak elő rekonstrukzív érműtétet követően. Klinikánkon 1986. 01. 01. és 1990. 12. 31. között 441 aorto-iliacalis rekonstrukció történt: 126 esetben desobliteratio (28,5%) és 315 esetben bypass-műtét (71,5%). 120 esetben követte a primér műtétet redo műtét, amelyből 49 (38,8%) TEA után, 71 (22,5%) bypass után történt. A redo műtétek: 25 eset (20,8%) anastomosis aneurysma miatt, 88 eset (73,3%) reocclusio miatt és 7 esetben (5,8%) szepszikus szövődmény okán történtek. Az anastomosis aneurysmák mindegyikének esetében resectio és graft interpositio volt a választott műtéti megoldás.

Jelen esetben egy igen nagy méretű hasi aorta anastomosis aneurysma műtéti megoldását kívánjuk ismertetni.

Az arteria radialis álaneurysmájának operált esete

DR. VIZSY L., DR. BODNÁR SZ.

*Megyei Jogú Város Kórháza, Nagykanizsa,
Általános Sebészeti Osztály*

A 65 éves férfi betegnél 1996 februárjában bal oldali darabos radius törés miatt tűződrótok behelyezése történt. Az októberi traumatológiai ellenőrző vizsgálaton észlelték, hogy az egyik tűződrót kimozdult, és a beteg arról számolt be, hogy egy héttel ezelőtt a csuklóján tojásnyi „dudor” alakult ki, ami pulzáló haematomának bizonyult. E felett a bőr papírvékony volt, és ez a ruptúra veszélyét rejtette magában. Kivizsgálás után a thenárra terjedő álaneurysmát resecáltuk. A beteget kifogástalan végtag funkcióval, és tapintható perifériás pulzusokkal bocsátottuk otthonába.

Alsó végtagi artéria műtétek

Kezdeti tapasztalataink intraoperatív PTA-val, angioscoppal

DR. GUBA, DR. SZABÓ, DR. BEÉRY
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház

Osztályunkon az elmúlt időszakban lehetőség nyílt intraoperatív diagnosztikus és terápiás eszközök alkalmazására. Még kevés gyakorlatunk van ugyan, de a kezdeti sikerek

nagy reményekre jogosítanak fel. Angioscopot használtunk 3 in situ saphena bypass készítésénél. A radiológus kollégákkal közösen végeztük 7 intraoperatív PTA és műtét kombinációját. Iliaca PTA + femoropoplit bypass, femoralis PTA + femoropoplit bypass (ellenoldali is), iliaca TEA és/vagy profunda plasztika + femoralis PTA szerepelt műtéti megoldásként.

A beteg számára mindig a legegyszerűbb és a legkisebb rizikójú beavatkozást célszerű választani. Eseteink kapcsán ezt szeretnénk bemutatni.

Intraoperatív transluminális angioplasztika (ITA), vascularis stentek és endoluminál graft implantációja során nyert kezdeti tapasztalatok

DR. MÁTYÁS L., DR. SZARKA J.,
DR. JUHÁSZ GY.

B. A. Z. Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály

(A szerzők csak az előadás címét adták meg.)

Unilateralis iliofemoralis occlusio – anatómikus vagy extraanatómikus (crossover) bypass?

DR. SIMÓ G., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDY G.,
DR. SZÉLL A., DR. GROH W., DR. SZINETÁR L.
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

Az érsebészet klasszikus tanítása szerint extraanatómiás bypass (crossover) csak palliatív indikációval végzendő. Egyoldali iliaca occlusio, ellenoldali jó beáramlási pálya, fokozott műtéti kockázat (idős kor, akut beavatkozás) esetén a műtéti javallat kiszélesítése kézenfekvő.

1993. január 1-jétől 1996. december 31-ig 84 esetben végzett, preperitonealisan vezetett, iliofemoralis crossover bypass eredményeit hasonlítjuk össze 87 unilateralis ilio-, illetve aortofemoralis áthidalás adataival.

Crossover bypass 8 esetben (10%) akut körülmények között, 20 alkalommal (24%) korábban beültetett Y bypass szároccclusio miatt, 64 esetben (76%) primer rekonstrukcióként végeztünk. Statisztikai különbség mutatható ki a perioperatív sebészi és belgyógyászati szövődmények tekintetében a crossover csoport javára. Nem észleltünk különbséget a korai reocclusiók arányában (3-4%). Az esetek 87%-ának átlag 28 hónapos utánkövetése alapján a nyitvamaradási ráta a crossover csoportban 92%, az aorto-ilio-femoralis bypass csoportban 88%. Mindkét körben közel azonos arányban (16%, 19%) kényszerültünk redo beavatkozásra a követési időszakban. Crossover esetén az adó oldal ischaemiás szövődményét nem észleltük.

Pentoxifyllin-B

400 mg tabletta 50x, 100x
100 mg injekció 5x



Az áradó

Alacsony térítési díj!

*Közgyógyellátás terhére
térítésmentesen rendelhető!*

*Az OGYI egyenértékűnek minősítette
a forgalomban lévő hasonló készítményekkel.*

A Pentoxifyllin-B javítja a microcirkulációt, a szöveti oxigénellátottságot.



BIOGAL Gyógyszergyár Rt.
Gyógyszermarketing Igazgatóság
1139 Budapest, Váci út 99.
Tel.: (1) 270-5300, Fax: (1) 270-5310

Részletes információ
a készítmény
alkalmazási előírataiban található.

Hidroxietil-keményítőt (200/0,5) tartalmazó infúziók

Főbb javallatok: VOLUMENPÓTLÁS

- Vér- és plazmavesztés esetén

- Átlagos plazmatérfogat növekedés: az infundált mennyiség 100-140%-a.

HAEMODILUTIO

- Cerebrális és perifériás vérellátási zavaroknál, haemodinamikus hatással
- praeoperatív

- akut normovolaemias haemodilutio



OLDATAINKBAN A MEGOLDÁS!

HAES-steril[®] 6%
HAES-steril[®] 10%
ISOHES[®]
EXPAHES[®]
Elohäst[®] (200/0,62)

- ✓ Javítja a mikrocirkulációt
- ✓ A szervek vérellátása nő
- ✓ Allergiás reakciók igen ritkán fordulnak elő
- ✓ Vércsoport meghatározást nem befolyásolja



Fresenius - Laevosan Kft.,
1038 Budapest, Lajos u. 48-68.
Tel: 250.8371, Fax: 250.8372

További információért,
kérem forduljon
a forgalmazóhoz vagy
a területi képviselőhöz.

HES - az ideális oldat !

SP 54[®] drazsé, injekció

FIBRINOLYTICA



**növényi
eredetű
heparinoid**



– thrombosis, rethrombosis,
thromboembolia megelőzésére;



– perifériás, coronária,
agyi keringészavarok kezelésére;



– interstitialis cystitis
elsővonalbeli terápiájára



bene●
Arzneimittel GmbH

Részletes útmutatás az alkalmazási előiratban található!
Szakmai információ kérhető: Kéri Pharma Kft.
H-4032 Debrecen, Bartha Boldizsár utca 7.
Telefon: (52) 431-313, fax: (52) 431-315
E-mail: keri@mail.mata.v.hu



JOBST

gyógyharisnyák

A keringési betegségek megelőzése és kompressziós terápiája

Ma Magyarországon minden harmadik embernek vannak olyan panaszai, amelyek az alsó végtag kezdődő keringési betegségeire utalnak. A súlyos tünetek megjelenése előtt már észlelhetők azok a jelek, amelyek a vénás keringés zavarát jelzik: a combon megjelenő seprűszerű vénatágulatok, fáradékony láb érzete, visszér. A leginkább veszélyeztetettek a terhes, vagy gyermeket már világra

hozott nők, túlsúlyos egyének, az éveken át nehéz fizikai munkát végző nők és férfiak. A kompressziós kezelés alap terápia mind a megelőzésben, mind a már meglévő tünetek kezelésében.

A JOBST orvosi gyógyharisnya speciális technológiával készül, mely lehetővé teszi a körképnek megfelelő nyomásértékek pontos elosztását a beteg végtagokon, az I. kompressziótól a IV. kompresszióig. A Beiersdorf medical minőségi termékei garantált kompressziótartást biztosítanak a teljes kihordási időn át, többféle színben, egyedi és kész méretben is kaphatóak.



Beiersdorf medical

1126 Budapest, Tartsay Vilmos utca 3.
telefon: 457-3940, telefax: 457-3941

JOBST kompressziós harisnyák métervételi helyei: Vízvárosi Patika, I. ker. Budapest, Fő u. 12. **JOBST kompressziós harisnyák kiszolgáló helyei:** Széna tér Patika I. ker. Budapest, Széna tér 1. • Margit-med 2M Gyógyszertár bolt II. Budapest, Margit krt. • Korona Patika II. ker. Budapest, Kapás u. 31. • Materia Med Bt. VII. Budapest, Rottenbiller u. 24. • Liget utcai Gyógyszertár bolt X. ker. Budapest, Liget u. 8. • Dunapart Patika XIII. ker. Budapest, Duna Plaza üzletház • Thököly Gyógyszertár XVIII. ker. Budapest, Thököly út 3-5. • Csillag Patika VIII. ker. Budapest, Rákóczi út 86. • Boldogasszony Patika XVIII. Budapest, Üllői út 765. • Pirula Patika Debrecen, Péterfia u. 61. • Dr. Kocsis Medicina Bt. Szolnok, Baross út 49. • Szent István Patika Esztergom, Bajcsy Zs. u. 11. • Gránátalma Patika Pépa, Jókai út 59. • Vitalitás Gyógyszertár bolt Miskolc, Csabai kapu 34. • Borostyán Patika Ecsér, Bajcsy Zs. u. 1. • Borostyán Patika Salgótarján, Füleki út • Kanizsa Med Bt. Nagykanizsa, Kórház u. 1. • Gyógyszertár bolt Zalaegerszeg, Kossuth Lajos u. 64. • Salvia Patika Bt. Győr, Kodály Zoltán u. 13-15. • Állomás Patika Sopron, Mátyás király u. 23. • Oroszlán Patika Szombathely, Szent Márton u. 27. • Szt. Rókus Patika Vác, Zrínyi u. 9. • Hunyadi Gyógyszertár Tatabánya, Turul u. 2.

Bezalip® 200 mg Bezalip® retard 400 mg filmtabletta

mannheim
boehringer

Modern fibrat-derivatum: **bezafibrat**

többszámú lipidthérápia — járulékos előnyökkel:

- emeli a HDL-cholesterin védőfaktort 20–40%-kal
- csökkenti az atherogen LDL-cholesterint 30%-kal
- csökkenti a trigliceridszintet 30–60%-ban
- csökkenti a fibrinogenszintet 44%-kal
- javítja a diabetesbeállítást 10%-kal

javallatok: primer- és secunder hyperlipoproteinemia
adagolás: Bezalip 200 mg filmtabl.: 3×1 v. 2×1 naponta
Bezalip retard filmtabl.: 1×1 tabl. naponta (este)

csomagolás: Bezalip 200 mg 30 tabl. és 100 tabl.
Bezalip retard 30 tabl. és 100 tabl.

térítési díj:

Bezalip 200 mg (30 ×):	158 Ft	fogyasztói ár:	527 Ft
Bezalip 200 mg (100 ×)	495 Ft		1657 Ft
Bezalip retard (30 ×):	486 Ft		1620 Ft
Bezalip retard (100 ×):	1375 Ft		4574 Ft

**Bezalip® retard: egy havi kezelés ára: 486 Ft (30 ×)
(napi terápiás költség 16 Ft)
és 411 Ft (100 ×) (14 Ft/nap)**

Minden patikában, vényre kapható. Támogatás mértéke 70%. Kérjük, olvassa el a készítmény alkalmazási előíratát.

A fenti árak 1997. január 15-től érvényesek!

**BOEHRINGER
MANNHEIM
HUNGARY KFT.**
1014 Budapest,
Országház u. 30.

A legolcsóbbak egyike!

Eredményeink alapján a preperitonealis vezetett iliofemorális crossover bypass klasszikus palliatív indikációs körre kiszélesíthető, megfelelő indikáció esetén kisebb kockázatú műtét a hagyományos anatómiás bypasssal meg egyező, vagy jobb késői eredmény érhető el.

**Az a. profunda femoris,
mint proximalis anasztomózis hely**

DR. JÁMBOR GY., DR. GÁTI J., DR. NAGY Z.,
DR. CHANIS W., DR. PINKOLA K.
SOTE I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Az a. femoralis superficialis vagy még distalisabb verőérszakaszok elzáródása esetén az a. profunda femoris szerepe a végtag életképességének megtartásában valamennyi érsebész által jól ismert. Az aorto-ilialis verőérszakasz rekonstruktív műtétei az esetek jelentős részében erre az érre irányulnak. Az arteria profunda femorison azonban nem csak befejezni, de kezdeni is lehet a rekonstrukciót. Ezt a lehetőséget – azaz, hogy az áthidaló transplantatum proximalis anasztomózisa ezen az éren van kiképezve – lényegesen ritkábban aknázzuk ki. Olyan esetekben, amikor az a. femoralis superficialis egyidejű elzáródása esetén femoro-poplitealis, vagy femoro-cruralis bypass a műtéti terv, a jó keringésű és ép falú profunda femoris lehet a proximalis anasztomózis helye az a. femoralis communis helyett. Olyan esetekben ajánlott ez a rekonstrukciós megoldás:

- amikor az a. femoralis communis feltárása előrement műtétek hegében technikai nehézséget jelenthet,
- amikor az inguinális hajlatban kockázatos műtéti sebet ejteni,
- amikor egy proximálisabb rekonstrukció műanyag graftját nem akarjuk feltárni,
- amikor az autológ transplantatum rövid, és a profunda mély szakaszáról indítva az áthidalást, a grafthosszúság kielégítővé válhat.

A fenti indikációk alapján ezideig 45 esetben végeztük el ezt a típusú rekonstruktív verőérműtétet. Az ezekkel szerzett tapasztalatainkról számolunk be.

Nem szokványos érsebészeti megoldások

DR. JÁMBOR GY., DR. GYURKOVICS E.,
DR. GÁTI J., DR. REGÁLI L., DR. ANTONY P.
SOTE I. sz. Sebészeti Klinika

Az érsebészeti betegségek műtéteire olyan rutin megoldások állnak rendelkezésre, amelyeket az esetek túlnyomó többségében biztonsággal alkalmazhatunk. Egyes esetekben, főleg többszöri redo műtétek után vagy septicus szövődés esetén el kell térni a szokványos megoldásoktól. Esetenként a megoldások algoritmusában, az alkalmazandó graftok anyagában, a transplantatum vezetésének útjában

kell olyan módosítást végrehajtani, amely a műtéti megoldást egyedivé és emlékezetessé teszi. Előadásunkban azokról az esetekről lesz szó, amelyek kimerítik a fenti kritériumokat. Az eseteket kauzisztikaszzerűen tárgyaljuk.

A desobliteratio helye az érsebészetben

DR. SEPA GY., DR. DZSINICH CS.,
DR. SZÁZADOS M., DR. NAGY G.,
DR. NEMES A.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Klinikánkon az utóbbi 6 év anyagát dolgoztuk fel és hasonlítottuk össze az aorto-ilialis, illetve az ilio-femorális occlusiv betegségek miatt végzett rekonstruktív műtétek eseteiben. Anyagunkból kiderült, hogy az ilio-femorális, illetve az aorto-ilialis desobliterációk száma 31-ről 161-re nőtt, míg az aorto-bifemorális, illetve az aorto-femorális bypassok száma 262-ről 120-ra csökkent. A posztoperatív eredményekben lényeges eltérést nem tapasztaltunk. Ezzel szeretnénk felhívni a figyelmet a desobliteratio előnyeire, valamint arra, hogy bypass műtéteket első ülésben csak abban az esetben célszerű végezni, ha a desobliteratio nem kivitelezhető.

**A femoro-poplitealis áthidalásként
beültetett véna méreteinek alakulásáról**

DR. GYURKÓ GY.
Nógrád Megyei Kórház, Érsebészet, Salgótarján

A femoro-poplitealis fordított vena saphena magna beültetések az esetek túlnyomó többségében haemodinamikailag előnytelen helyzetet hozunk létre, mivel a szűkebb rész kerül a tágabb arteria femoralisra. A tapasztalat azt mutatja, hogy az átáramlás megfelelő és az áthidalás néhány évig átjárható marad, hosszú távú, jó keringés valósul meg. A szerző az operált betegeken, rendszerint a másik végtag panaszai miatt készített arteriogramokon méréseket végzett, és azt találta, hogy a vena áthidalások kalibere az áramlás hatására módosul, a beültetéskor létrehozott hátrányos helyzet megszűnik.

**A „bidirectionalis” vég az oldalhoz
anastomosisokról**

DR. GYURKÓ GY.
Nógrád Megyei Kórház, Érsebészet, Salgótarján

Scholtz és munkatársai 1993-ban számoltak be a femoro-cruralis műér áthidalások beültetése kapcsán egy olyan vég az oldalhoz anastomosis típusról, amely a véráramlást mind-

két irányba jól vezeti. A szerző az érsebészet művelése kapcsán azóta több olyan helyzettel találkozott, ahol ezen módosított anastomosis technikát előnyösnek tartotta és alkalmazta. A technika lényege az, hogy a protézis vagy ért-ransplantatum végét egymással szemben bemetszük, és az így képződött talpat szájaztatjuk be. Az alábbi helyzetben alkalmazta: crossover bypass kivezetésénél; axillo-bifemoralis áthidalás haránt szára mindkét anastomosisánál; iliaca-profunda femoris lateralis áthidalás alsó szájadékánál; popliteo-poplitealis interpositio alsó anastomosisánál; femoro-tibialis anterior áthidalás distalis szájadékánál; különböző dialysis shuntoknál; axillo-axillaris áthidalás mindkét anastomosisánál. Eddigi tapasztalatai szerint bizonyos helyzetben haemodinamikailag hatásosabb a szokásos szájadéknál.

Comparison of aortoiliac Reconstructions with Gore-tex Strech and Dacron Protheses

G. KERESZTURY, M. D., S. HORSCH M. D.

(A szerzők összefoglalót nem küldtek.)

Az akut verőérelzáródások rekonstruktív megoldásainak korai eredményei

DR. NYIREDY G., DR. SZINETÁR L.,
DR. MOGÁN I., DR. SZÉLL A., DR. SIMÓ G.,
DR. GROH W.

Budai MÁV Kórház Érsebészeti Osztály

1993. január 1. és 1996. december 31. között a Budai MÁV Kórház Érsebészeti Osztályán 436 beteget operáltunk akut verőér-elzáródás miatt. Ebből embolectomiát 201 esetben végeztünk, artériás thrombosis és korábbi rekonstruktív érműtétek utáni akut reocclusio miatt pedig 126 esetben thrombectomy patch plasticával vagy anélkül – 109 esetben újabb artériás rekonstrukció történt. Felméréseink a rekonstrukciót igénylő esetek korai eredményességét ismertetik. Az indikáció 29,4%-ban akut komplett, 70,6%-ban akut inkomplett végtag ischaemia volt. Az átlagos ischaemiás idő 18,3 óra (4 óra–108 óra) volt. A betegek rutin Doppler vizsgálata mellett angiográfiát minden esetben készítettünk, a kiáramlás pontosabb megítélésére sokszor intraoperatív is. A kivizsgálást néhány esetben UH vizsgálat egészítette ki. Rekonstruktív megoldásként interpositiót, anatómiás bypassokat (79,8%), extraanatómiás bypassokat (20,2%) végeztünk, illetve 15 esetben a korábbi bypassok cseréje történt.

A posztoperatív szakban 7 beteget vesztettünk el (6,4%-os mortalitás), 6 beteget vérzés miatt (5,5%), 16 beteget reocclusio miatt (14,6%) kellett reoperálni (7 esetben sikerrel). Az amputációs ráta 8,3% volt (9 végtag), sikeres rekonstrukció 93 esetben történt (85,3%). Fenti adatok a csak thrombectomyán átesett betegeknél (126 eset) negatívabb

eredményeket mutattak (7,9%-os mortalitás, 18,3% reocclusio, 13,5%-os amputációs ráta, 78,6%-os sikeres végtagmentés), így ezzel az előadásunkkal is szeretnénk felhívni a figyelmet a rekonstruktív megoldások előnyére az akut verőérelzáródások esetén is.

Karvénák felhasználásával végzett áthidalások kritikus alsó végtagi ischaemia miatt

DR. GYURKOVICS E., DR. NAGY Z.,
DR. GÁTI J., DR. REGÁLI L., DR. ANTAL ZS.
SOTE I. sz. Sebészeti Klinika

A SOTE II. sz., majd I. sz. Sebészeti Klinikáján 1996. december 31-ig, kritikus alsó végtagi ischaemia miatt több mint 500 perifériás rekonstruktív érműtét történt. E műtétek során közel 20%-ban a felhasznált transzplantátum anyaga karvéna volt. A szerzők részletesen ismertetik a karvénákkal történt áthidalások korai eredményeit, és „life table” módszerrel dolgozzák fel a későbbi eredményességét.

Az akut alsó végtagi arteriás ischaemia kezelésével kapcsolatos tapasztalataink

DR. KALISZKY P., DR. NAGY A.,
DR. REGÁLI L., DR. JÁMBOR GY., DR. IRTÓ I.
SOTE I. sz. Sebészeti Klinika

Az elmúlt 14 év során több mint 400 akut alsó végtagi ischaemiát kezeltünk. Az eltelt időszak alatt a thrombosis okozta artériás elzáródások számaránya emelkedett, az akut artériás rekonstrukciók száma nőtt. Az akut thrombotikus és embóliás elzáródás elkülönítése sokszor nem könnyű, ugyanakkor rendkívül fontos, hiszen a két kórkép kezelése alapvetően különböző.

Tapasztalataink szerint akut thrombosis esetén a végtag megtarthatósága sok esetben csak priméren és acutan végzett rekonstruktív érműtéttel biztosítható. Az egyszerű thrombectomytól és az ezt követő esetleges reoperációktól ritkán várhatunk tartósan jó eredményt. Ezért az ilyen esetek ellátásához megfelelő tapasztalat és angiográfiás háttér szükséges.

Izolált poplitea segment revascularizáció – a cruralis bypass alternatívája

DR. SIMÓ G., DR. MOGÁN I., DR. NYIREDY G.,
DR. SZÉLL A., DR. GROH W., DR. SZINETÁR L.
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

Saját anyagunk és az irodalom alapján a cruralis revascularizáció nyitvamaradási aránya 5 év múlva 30-60%, a graft

anyagától függően. A technikailag nehéz, a beteg számára megterhelő, sok problémát felvető műtét késői eredményei nem kielégítőek, különösen, ha autológ graft nem áll rendelkezésre. Alternatív lehetőség az izolált poplitea segment revascularizációja.

1993. január 1-jétől 1996. december 31-ig 21 izolált poplitea segment bypass-t végeztünk osztályunkon. 6 esetben (28%) revers VSM, 10 esetben (48%) dacron, 5 esetben (24%) PTFE graft implantációjára került sor. A műtét során a distalis anastomosis periferián occludált poplitea I-II. segmentre került, legalább egy nagyobb collateralis jelenléte esetén. Korai reocclusiót 3 alkalommal (14%) észleltünk, ezek közül egy esetben (4%) amputációra kényszerültünk, 2 esetben cruralis kiterjesztést végeztünk. 17 beteg átlag 28 hónapos utánkövetése alapján a nyitvamaradási ráta 78%. A graft anyaga szerint szignifikáns eltérést nem észleltünk.

Eredményeink alapján az izolált poplitea segment revascularizáció jó eredménnyel alkalmazható Fontaine III-IV/a stádiumban a cruralis bypass alternatívájaként.

Perifériás bypass műtéteink eredményessége a végtagmegtartás és életminőség kérdésében

DR. NYIREDY G., DR. SIMÓ G., DR. MOGÁN I.,
DR. GROH W., DR. SZÉLL A., DR. SZINETÁR L.
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

A Budai MÁV Kórház Érsebészeti Osztályán 1993. január 1. és 1996. december 31. között 120 betegnél 123 perifériás bypass műtétet végeztünk. Az alsó anastomosist 26 esetben malleolaris szintre (21,1%), 97 esetben cruralis artériára (78,9%) helyeztük. Az indikáció 73,2%-ban nyugalmi fájdalom, 26,8%-ban necrosis vagy gangraena volt. Az esetek többségében graftként autológ vénát használtunk (74%), de PIFE-protézis (17,9%) és PIFE-véna composit használata is előfordult (8,1%).

A posztoperatív szakban egy beteget veszítettünk el, és 27 korai graftelzáródás következett be (8 esetben sikeres reoperációval). A primér patencia szignifikánsan magasabb volt a malleolaris bypassoknál (84,8%), mint a cruralis rekonstrukciónál (76,3%).

Az utánkövetés 5-51 hónapig terjedt, az átlagos utánkövetési idő 28,4 hónap volt. Ebben az időszakban 17 beteg exhaltált (15%-os mortalitás), a végtagmentés 77,7%, a nyitvamaradás 56,7% volt. A betegek életminőségének felmérését (quality of life assesment) kérdőíves és szóbeli kikérdezéssel végeztük el (a compliance ráta 94% volt), amely kiterjedt a végtag állapotának, fájdalommasságának megítélésére, paraesthesiaira, mobilitásra, társadalmi aktivitásra és közérzetre egyaránt. Felmérésünk eredményei azt mutatták, hogy míg a perifériás rekonstrukciók mind a végtagmentés, mind

a nyitvamaradás tekintetében eredményesek, a betegek életminőségére elért pozitív hatásuk jóval szerényebbek.

Tompa erőbehatás okozta érsérülés esete

DR. MORVAI, DR. DAJKA, DR. KATONA
Hetényi Géza Kórház, Szolnok

Közüti baleset során kerékpárgörny okozta a beteg jobb combján lévő horzsolásos sérülést. Beérkezésekor a sérülés helyén feszülő, fájdalmas haematoma volt észlelhető perifériás pulzusok mellett. Az elvégzett, majd megismételt angiográfia mindkét femoralis ér sérülését mutatta. Műtete során ezek ellátása történt.

A traumás A-V sipolyokról egy félévszázados eset kapcsán

DR. SZABOLCSI, DR. HALMOS, DR. BEHEK,
DR. GERGELY, DR. SZÁSZ
*Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár,
I. sz. Sebészeti Osztály, Érsebészet,
Radiológiai Osztály*

Napjaink emelkedő számú erőszakos cselekedetei miatt, az érsérülések változatlanul az érdeklődés középpontjában állnak, a háborús érsérülések emlékei azonban már alig kísértének. Fél évszázada keletkezett A-V sipoly műtéti megoldása kapcsán tekintjük át a gyakoribb érsérüléseket, szövődményeiket és ellátásukat.

Cukorbetegeken végzett amputációk

DR. GURZÓ ZS., DR. ZÁMORI CS.
*BMTK Pándy Kálmán Kórház,
Érsebészeti Osztály, Gyula*

Az utóbbi 10 év alatt 239 cukorbetegnél végeztünk osztályunkon 84 kis és 155 nagy amputációt. Férfi-nő arány: 56%-46%. Az amputációra kerülő nők átlagéletkora 68 év, míg a férfiaké 66 év. Csak a frissen felfedezettek (18 fő) nem diétáztak, 12 fő per os antidiabeticumot kapott, 62 fő állandó inzulint, míg a perioperatív szakban 142 fő frakcionált inzulint. A kisérbetegségek közül leggyakoribb a hypertonia (71,5%) és az ischaemiás szívbetegség (50,2%) (13,8%-ban korábbi myocardialis infarctus), 23,4%-ban szémérntettség és 10,9%-ban korábbi agyi vascularis laesio fordult elő. A gangraenás oldalon észlelt verőérelzáródás szintje 48%-ban a cruralis ágakon, 44%-ban a femoralis szakaszon, 4%-a lábujj artériák szintjén, 3%-ban az art. popl. és csupán 1% volt az a. iliaca. A nagy amputáción átesettek közül a másik végtagon is történt amputáció 33 betegnél,

közülük 29 volt nagy amputáció, vagyis ezek a betegek mindkét végtagjukat elvesztették. Vizsgálatunk tárgyát képezték még a gangraenás végtag, illetve a másik végtag korábbi műtéti eseményei, a betegek mozgásképessége, a sebgyógyulás, a posztoperatív állapot, a diabetesz beállítása, a szepszis előfordulása azon céllal, hogy a gondozásunk alatt álló cukorbetegeken minél kisebb számban kelljen amputációt végeznünk.

Alsó végtagi arteriosclerosis belgyógyászati vonatkozásai

**Kis- és nagy dózisú
pentoxifyllin terápia
összehasonlítása laser Dopplerrel alsó
végtagi érszűkületben
szenvedő betegeken**

DR. KOLOSSVÁRY E., DR. FARKAS K.,
DR. DOLGOS L., DR. SÁSKA E.,
DR. FARSANG CS.

*Szent Imre Kórház,
I. Belosztály*

Cél: kis- és nagy dózisú pentoxifyllin kezelés hatásának összehasonlító vizsgálata alsó végtagi érszűkületben.

Módszer: kettős vak, randomizált, önkontrollos vizsgálat során Fontaine II. stádiumú alsó végtagú érszűkületben szenvedő betegek (N=40) két csoportját hasonlítottuk össze kis (100 mg-B csop.) és nagy (400 mg-A csop.) dózisú pentoxifyllin i.v. infúziós terápia (14 nap) mellett. A terápia hatását a dysbiás távolság (futószalag), Doppler index (CW Doppler), valamint reaktív hiperaemia teszt (laser Doppler) mérésével követtük.

Eredmények: a vizsgálat során a dysbiás távolság mindkét csoportban szignifikáns mértékben nőtt, a növekedés mértéke a két csoportban nem különbözött egymástól. A Doppler index nem változott a kezelés alatt. A reaktív hiperaemia teszt során mért TP (hiperaemiás csúcsig eltelt idő) érték az A csoportban szignifikáns mértékben csökkent, szemben a B csoporttal.

Következtetések: a vizsgálat során laser Doppler vizsgálattal kimutatható volt a nagyobb dózisú pentoxifyllin mikrocirkulációt javító hatása. A laser Doppler, mint új noninvaszív vizsgáló eljárás alkalmas alsó végtagi érszűkületben szenvedő betegek állapotának, valamint az alkalmazott terápia hatásának nyomonkövetésére.

Alsó végtagi idült obliteratív verőérbetegek hemodilúciója Isohesszel

DR. BALLAGI F., DR. HORVÁTH I.,
DR. SÁNDOR I.

Lumniczer Sándor Kórház-Rendelőintézet, Kapuvár

Kórházunk Érbeteg Rehabilitációs Osztályán végtagkeringési zavarban szenvedő betegek komplex konzervatív terápiaja történik, melynek része a konvencionális gyógyszeres kezelés, megfelelő diéta, mozgásterápia, széndioxid gázfürdő. Súlyos keringészavar esetén (Fontaine II-b-III-IV. stádiumokban), illetve polyglobulia esetén hemodilúció is történik.

1994. 04. 01. – 1995. 05. 31. között Isohes (6%-os HES 200/0,5) felhasználásával összesen 66 beteg részesült differenciált hemodilúciós kezelésben is. A kúra eredményeként a járási távolság 53%-kal nőtt, a nyugalmi fájdalom a betegek 90%-ánál megszűnt vagy jelentősen csökkent, a trófikus elváltozás az esetek 18%-ánál gyógyult, 68%-ánál határozottan javult. A laboratóriumi paraméterek közül a hematokrit 0,41-re, a szérum fibrinogén 3,8 g/l-re csökkent.

Következtetés: Az idült obliteratív verőérbetegek kritikus végtagkeringési zavara esetén az Isohesszel (6%-os HES 200/0,5) történő hemodilúció – a kedvező reológiai hatását figyelembe véve – a komplex konzervatív kezelés, a rehabilitációs program eredményes és gyakorlatilag veszélytelen kiegészítője.

Angiológiai szűrővizsgálaton artériás keringészavar miatt kiemelték követéses vizsgálata

DR. UZONYI A., DR. LANDI A.

Főv. Szent István Kórház, IV. Belosztály

A szerzők 660 személy angiológiai szűrővizsgálata során az anamnesztikus adatok és a fizikális státusz rögzítése mellett műszeres vizsgálatokkal – Doppler-index meghatározása, oscillometria, strain-gauge plethysmographia révén, a nyugalmi és az ischaemiás terhelés provokálta maximális perfúzió, illetve az utóbbi eléréséig eltelt idő mérése – végezték a résztvevők artériás keringésének felmérését.

Az adatok elemzése alapján 57 esetben (40 férfi és 17 nő) találtak alsó végtagi artériás keringészavart jelző eltéréseket. Claudicatio intermittens 8 esetben fordult elő, a többi 49 esetben panaszt nem okozó keringészavart konstataáltak. A kiemelt személyek állapotának változását kontroll vizsgálatokkal követték; az angiológiai fizikális és műszeres vizsgálatok mellett a lipidanyagcsere (LDL-, HDL- és összcholeszterin, triglycerid) és a haemorheológiai paraméterek (vér- és plazmaviszkozitás, vörösvértest deformabilitás, fib-

rinogén szint) felmérése is megtörtént. Összefüggést kerestek a klinikai állapot alakulása és az utóbbi paraméterek között.

Megelőzhető-e a kritikus végtagischaemia kialakulása?

DR. MESKÓ É.

*Flór Ferenc Kórház, II. Belgyógyászati Osztály,
Kistarcsa*

A peripherias érbetegségek növekvő gyakorisága mellett mindinkább tapasztaljuk a kritikus állapotú végtagischaemiák megjelenését. Az egyes betegek vizsgálatakor megállapítható, hogy a súlyos ischaemias tünetek kialakulását megfelelő gondozással, a kórképek időbeni felismerésével megelőzhetők volna.

A napjainkban mindinkább elterjedő holisztikus beteggondozási és vizsgálati rendszer kiemelten alkalmas lenne az érbetegek korszerű ellátásának biztosítására. A kritikus végtagischaemia megelőzésében a családi háttér felkutatása, a familiárisan előforduló rizikófaktorok, rizikóbetegségek ellenőrzése és tervszerű csökkentése a megelőzés alapja. Nagy jelentőségű a szűrővizsgálatok megszervezése, az epidemiológiai vizsgálatok szorgalmazása. A helyesen diagnosztizált érbetegségek szakszerű gondozása, a rizikóállapotok elkerülése, az időben végzett rekonstrukciós műtétek, az operálandó betegek előkészítése és utókezelése elkerülhetővé teszi a kritikus végtagischaemia kialakulását, illetve késlelteti annak időbeni megjelenését. A megelőzés sikere a tervszerűen összehangolt munkától, megfelelő szakembergárda hatékony közreműködésétől függ.

A szerző ismerteti az angiológiai betegellátás javasolt algoritmusát.

Felső végtag

Acut felső végtagi ischaemia

DR. TÓTH GY., DR. DLUSTUS B.,

DR. VALLUS G., DR. BARANYAI Á.

MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály

A felső végtagi acut keringési zavar lényegesen ritkábban fordul elő, mint az alsó végtagé. Az aethiológiai faktorok szerint: sérülés, embólia, thrombosis és iatrogenia az oki tényező. 1987 és 1996 között az osztályon 3061 rekonstruktiiv műtétet végeztünk, ebből felső végtagi rekonstrukció 81, melynek jelentős részét acut ischaemia miatt operáltuk.

Aethiologia szerinti megoszlás:

Sérülés: direkt – 20, indirekt – 6.

Embólia: 46.

Thrombosis: 6.

Iatrogenia: 3.

A diagnosztikában a fizikális vizsgálat mellett a Doppler és duplex scan vizsgálat nagy jelentőségű. Kérdéses esetben angiográfia végzése indokolt. A végtag megmentése érdekében mielőbbi rekonstruktiiv műtét végzése szükséges.

Video-thoracoscopos sympathectomia

DR. HORVÁTH T., DR. PÉTER L.,

DR. ERDÉLYI E.

Heves Megyei Önkormányzat

*Markhot Ferenc Kórház és Rendelőintézet,
Sebészeti és Érsebészeti Osztály*

A szerzők 1993-1997 között video-thoracoscopos technikával 40 betegen (27 nő, 13 férfi, átlagéletkor 48 év) 50 thoracalis sympathectomiát végeztek. A műtėti indikáció 32 betegen Raynaud-kór, illetve syndroma, 8-ban a digitalis arteriák elzáródására visszavezethető trophicus zavar volt. A beavatkozást laparoscopos eszközökkel végezték, két 10 mm-es és egy 5 mm-es trokáron keresztül. A műtétet követően a betegek keze kimelegedett, szárazzá vált.

Konverzióra egy esetben kényszerültek a pleuralis adhesiók oldásakor fellépő vérzés miatt. A műtėti idő 30-50 perc, az átlagos ápolási idő 3,5 nap volt. A posztoperatív szakban 4 szövődmenyt észleltek (1 múltó Horner trias, 1 atelectasia, 2 pneumothorax).

A szerzők video-thoracoscopos technika előnyeit a rövidebb ápolási időben, a gyorsabb gyógyulásban, a kisebb posztoperatív fájdalomban és a jobb kozmetikai eredményben látják.

Septicus szövődmenyek

Perioperatív antibiotikus profilaxis az érsebészeten

DR. MÁTYÁS L., DR. JUHÁSZ GY.

B. A. Z. Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály

Három év alatt összegyűjtött rekonstrukciós anyagunkból kiválasztott 150 beteg retrospektív analízisét végeztük 5 műtėti csoportnak megfelelően. Vizsgáltuk a sebfertőzések és klinikai infekciók előfordulási arányát. Retrospektíve elemeztük a nosocomialis környezetből és a sebváladékból nyert bakteriológiai vizsgálat eredményeit, összevetve az infekció klinikai tüneteivel. Analizáltuk a peri- és posztoperatív adott antibiotikumok fajtáját, dózisát és az adagolás időtartamát.

A vizsgálatokból nyert következtetésekre alapozva alakítottunk ki egy szisztémás perioperatív antibiotikus stratégiát, és ezt alkalmaztuk 124 egymást követő rekonstrukciós érműtét során. Az így nyert tapasztalatainkat elemeztük egy újabb vizsgálat keretében.

Azt találtuk, hogy perioperatív antibiotikus stratégiánk effektívnek bizonyult, mind a sebgyógyulási zavarok, mind az egyéb (légtúti, húgyúti stb.) infekciók megelőzésében. Korábbi gyakorlatunkkal ellentétben a betegek mindössze 25%-ánál folytattuk napokon át a műtét előtt megkezdett – eredetileg one shunt – profilaxist, és az egyszeri dózis a betegekre nézve semmilyen hátrányt vagy veszélyt nem jelentett.

Meglepő módon a diabetes és a trophicus zavar jelenléte sem jelentett magasabb rizikót a betegek részére a sebgyógyulási zavar szempontjából.

Nem találtunk közvetlen összefüggést a sebgyógyulási problémák és a posztoperatív fvs-szám emelkedés, illetve a 3 napon belüli lázas állapot között, így az utóbbi jelenségeket a poszttagressziós szindróma jeleinek tartjuk. Ugyancsak nem volt összefüggés az infekciók aránya és a műtét időtartama, az anaesztézia típusa és a sebész személye között.

Korai szeptikus szövődmények és ellátásuk rekonstruktív érműtétek után

DR. GYURKOVICS E., DR. GÁTI J.,
DR. SZABÓ SZ., DR. REGÁLI L.,
DR. VÁRADI ZS.

SOTE I. sz. Sebészeti Klinika

A szerzők beszámolnak a SOTE II. sz., majd I. sz. Sebészeti Klinika érsebészeti munkacsoportja által 1996. december 31-ig végzett alsó végtagi rekonstruktív verőérműtéteket követő korai szeptikus szövődményekről és ellátásukról. Elemzik a szeptikus szövődmények megjelenését az érbetegség lokalizációja szerint, és tárgyalják a sebészeti kezelésük algoritmusát. Eredményeik alapján megállapítják, hogy tartós jó effektus csak a korai diagnózis és a korai reoperáció esetén várható.

Antibiotikum profilaxis jelentősége rekonstruktív érsebészeti műtéteknél

DR. FORGÁCS S., DR. ROZSOS I.,
DR. KOLLÁR L.

*Baranya Megyei Kórház,
POTE Sebészeti Tanszék*

Műtetre kerülő ér betegek egy részénél a műtét után valamilyen szeptikus szövődmény jelenik meg. Alapul véve, hogy ezen betegek a koruknál idősebbnek megfelelő általános állapotban vannak (generalizált betegség), valamint azt a tényt, hogy jelentős részüknek valamilyen idegen anyag

(graft, folt) kerül beültetésre, fokozottabban ki vannak téve az egyik legrettegettebb szövődménynek, a szeptikus graft szövődménynek. A már fertőzött graft esetén az antibiotikum-terápia nem hozza meg a kellő eredményt, illetőleg a végtag sorsa gyakran kétségessé válik. Ennek alapján egyértelműen arra a következtetésre jutunk, hogy szükség van műtét előtti antibiotikum profilaxisra. Tanulmányunkban két különböző hatóanyagcsoportba tartozó antibiotikum (Amoxicillin-clavulánsav, Cefamandol) randomizált, single shot profilaxisként való alkalmazása során szerzett tapasztalatainkat kívánjuk bemutatni.

A diabeteses láb ellátásának taktikája

DR. ROZSOS I., DR. KOLLÁR L.,
DR. FORGÁCS S., DR. KASZA G.

*Baranya Megyei Kórház
(POTE Sebészeti Tanszék)*

A diabetes mellitus szövődményeként kialakult trofikus és gyulladásos lábelváltozások az irodalmi adatok alapján 40-80%-ban nem igényeltek volna amputációt, noha az megtörtént, tehát türelmesebb kezelési módszerekkel az amúgy használható végtag menthető. Gyakorlatunkban a súlyosnak látszó gyulladásos elváltozások esetén is végtagmegtartásra törekszünk, ha annak feltételei adottak. A végtag keringési állapotát, az alkotó csontok státuszát gondosan felderítjük, a cukorháztartást szigorúan kontrolláljuk. Tapasztalatunk szerint minden progrediáló folyamat hátterében a cukorháztartás felborulása áll, ezért a korai kezelési periódusban mindenképpen – azt követően a szükséges esetekben – inzulin terápia beállítását szorgalmazzuk.

A mindennapi sebellátás, necrectomia esetében az osteomyelitis csontok eltávolítása ambulanter és kórházi felvétellel is történhet. (1995-ben az Érsebészeti Osztály ambulanciáján 9000 beteget láttunk el, ebből több mint 300 beteget a diabetes angiopathiás és neuropathiás szövődményei miatt gondoztunk, ez évben osztályunkon 33 nagyérrekonstrukció történt ennél a betegcsoportnál, és 26 esetben végeztünk csontoló műtétet.)

Fontosnak tartjuk kiemelni, hogy az osteomyelitis számos esetben nem igényel amputációt – a gyulladásos csontok eltávolítását a lágyrészek gyors gyógyulása követi, ezekben az esetekben a testséma konzerválása is pszichésen kedvezőbb állapotot eredményez.

A betegek mintegy 10%-ánál a lábszövődmény sikeres szanálásához a felderített macroangiopathia érsebészeti megoldása adja az alapot.

A betegség természetéből adódóan rendkívüli fontosságú az elért eredmények megtartása, a betegek megfelelő gondozása, kontrollja és a prevenció előtérbe helyezése, természetesen a család és a környezet aktív segítségével.

Alsó végtagi mélyvénák használata protézis gennyedés megoldására

DR. BÍRÓ G., DR. DZSINICH CS.,
DR. NEMES B., DR. NEMES A.
SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Az inficiálódott érprotézis változatlanul a legfenyegetőbb állapot mind a páciens életére, mind a végtag életképességére. Az elmúlt 4 évben 7 alkalommal ültettünk be v. femoralis superficialist infekciós szövődmény miatt. 3 nő és 4 férfi betegnél 4 alkalommal aortobifemorális bypass, 2 alkalommal femoropoplitealis bypass, egy alkalommal crossover bypass gennyedése miatt került sor a mélyvéna használatára. 2 beteget veszítettünk el recurráló szeptikus vérzés, illetve generalizált szepszis miatt. Egy beteg a jól működő crossover bypass mellett kiáramlási pálya hiánya miatt elvesztette végtagját. A mélyvéna kivételét követően a betegnek csak szerény alsó végtagi duzzanat jelent meg (gumiharisnya viselése szükséges), illetve egyiküknél szinte észrevétlen maradt a véna hiánya. A túlélő betegek közül kettőnek fél év óta, egynek másfél éve nincs recidiváló infekciója, egy beteg malignus betegség következtében meghalt.

Következtetések: szeptikus érprotézis kiváltására alkalmas a mélyvéna implantatio. Az autológ anyag használata önmagában nem előzi meg a szeptikus vérzést. A nagydózisú lokális és szisztémás antibiotikus kezelés elengedhetetlen.

Autológ in situ rekonstrukciók a protézis-infekciók kezelésében

DR. WUNSCH, M., DR. CS. NAGY G.,
DR. MELLES J.

*Klinik für Gefäßchirurgie, St. Bernhard
Krankenhaus, Hildesheim*

Osztályunkon 1994 áprilisa óta egy „korlátozott agresszív” kezelést vezettünk be a műérfertőzések kezelésében. Amennyiben a protézisfertőzés feltételezett diagnózisa igazolódik (fistulographia, CT, leukocytascintigraphia), a műér azonnali eltávolítására törekszünk. Abban az esetben, ha az infekció nem a teljes műeret, hanem csak egy szakaszát involválja, partialis resekciót végzünk (korlátozott agresszivitás). Alapos debridement után minden esetben in situ rekonstrukció történt. Az eltávolított protézist öt alkalommal mély vénával (v. femoralis superficialis), három ízben epifascialis vénával (VSM) pótoltuk. A műtét végén felszívódó antibiotikumhordozó lapokat (Sulmydin) implantáltunk. Beteget, illetve végtagot nem veszítettünk el, tartós sebgyógyulási zavarral nem találkoztunk. Valamennyi beteget nyitott autológ grafttal bocsátottuk el.

Műanyag érprotézisek implantációját követő súlyos szeptikus szövődmények

DR. DREXLER L., DR. SCHMAL F.,
DR. MÁRTHA L., DR. BOGNÁR G.
Szent János Kórház, SOTE Sebészeti Tanszék

1987 és 1996 között 982 artériás rekonstruktív érműtétet végeztünk. Ebből elektív alsó végtagi műtét 502 esetben történt. Műér implantációra került sor 211 alkalommal. Súlyos septicus szövődményt észleltünk 5 esetben, más intézményben végzett graft implantáció után fellépő septicus szövődmény miatt további 4 beteget kezeltünk. 3 esetben obturator bypass, 3 esetben aorta interpositum, 2 autológ vénapótlás és 1 esetben hemicolectomia után graft resectio és interpositum történt. 3 beteg exitált, 2 esetben kényszerültünk femoralis amputációra.

A műér implantációk után kialakult septicus szövődmények a beteg életét közvetlenül veszélyeztetik, ellátásuk a mai napig is rendkívüli próbatétel elé állítja a beteget és orvosait is.

Érrekonstrukciós műtétek szövődményeként kialakult arrosisos vérzéssel fenyegető sebsuppurációk kezelése M rectus femoris izomlebensz plasztikával

DR. HALMOS, DR. FERENCZY, DR. BEHEK,
DR. GERGELY, DR. SZABOLCSI
*Kaposi Mór Megyei Kórház I. sz. Sebészet,
Érsebészet, Plasztikai Sebészet*

A szerzők érrekonstrukciós műtétek szövődményeként kialakult, arrosisos vérzéssel fenyegető inguinalis táji sebsuppurációk kezelésére sebitolette, szívó-öblítő drainage, M rectus femoris izomlebensz plasztika kombinált módszerét alkalmazták. Az eljárás indikációját, műtéttechnikáját ismertetik. Kezdeti tapasztalataik, irodalmi adatok alapján a módszert a sebsuppurációk korai stádiumában alkalmasnak ítélik az inguinalis táji arrosiós vérzések és az amputációk számának mérséklésére.

Obturator bypass műtétek szeptikus érsebészeti szövődmények megoldására

DR. NAGY Z., DR. KALISZKY P.,
DR. KIRÁLY Z., DR. SZABÓ SZ.,
DR. MOLNÁR ZS.
SOTE I. sz. Sebészeti Klinika

A lágyékhajlati érprotézis infekciójának gyakorisága irodalmi adatok szerint 1-3%, nagy morbiditási és mortalitási

aránnal. Munkacsoportunk beszámol ezen szövődmény kezelésére végzett 26 obturator bypass műtét során szerzett tapasztalatairól. Eseteinket elemezzük a beteg kora, a primér műtét óta eltelt idő, a megelőző műtétek típusa és száma, a műtéti indikáció, a distalis anastomosis helye, a posztoperatív eredmények, a life table módszerrel számított átjárhatóság és a posztoperatív szövődmények szempontjából.

Posztoperatív sebfertőzések rekonstrukciós érműtétek után

DR. HARANG P., DR. TARSOLY L.,
DR. CSORDÁS J.

*Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg,
Általános Sebészeti Osztály*

A szerzők 1987-1996-ig terjedő 10 év távlatában vizsgálták a rekonstrukciós érműtétek után fellépő sebgyógyulási zavarokat, illetve azok szövődményeit. Ezen időszak alatt 1212 rekonstrukciós érműtét történt. A legtöbb szövődményt az inguinalis régióban észlelték, ennek döntő többsége nyiroksérülések következtében fellépő lymphacsorgás, illetve secunder sebfertőzés volt. Korai varratinsufficiencia 20%-ban, graft kilökődés 12%-ban, tartós nyirokfolyás 46%-ban fordult elő. Késői szövődményként áaneurysma 8%-ban, végtagamputáció 14 esetben fordult elő. Az utóbbi 7 évben rendszeresen minden esetben one shunt terápiát alkalmaztak az operált betegeknél.

Mind a gangraenas, mind a gangraena nélküli esetekben a sebgyógyulási zavar, illetve a posztoperatív infekciók száma lényegesen csökkenő tendenciát mutatott.

Endovascularis beavatkozások

Angioplastikával kombinált helyreállító érműteteinkről

DR. BEHEK, DR. HALMOS, DR. GERGELY,
DR. SZABOLCSI, DR. SZÁSZ

*Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár,
I. sz. Sebészet, Érsebészet, Radiológiai Osztály*

Osztályunkon 15 éve folytatunk rendszeres érsebészeti tevékenységet, 1994 óta nyílt lehetőségünk arra, hogy a helyreállító érműtéteket PTA-val kombináljuk. Az elvégzett 140 PTA közül 35 esetben történt műtét. Részletesen elemezzük a módszer eredményességét nyugalmi fájdalom, illetve gangraena esetében. Bár az eltelt rövid idő nagyobb esetszám feldolgozását nem tette lehetővé, tapasztalatunk szerint a két módszer együttes alkalmazása egy újabb lehetőség az érbetegség gyógyításában.

Perkután aspirációs thromboembolictomia használata alsó végtagi ischaemiáknál

DR. NEMES B., DR. HÜTTTL K., DR. BÉRCZI V.,
DR. SZLÁVY L.

SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika

Intézetünkben az utóbbi két évben 8 ízben végeztünk thrombusaspirációt. A szükséges eszközök gyakorlatilag bármely angiográfiás laboratóriumban rendelkezésre állnak: oldalnyílás nélküli, nem szűkített végű katéter (erre a célra kifejlesztett speciális katétereket több cég is gyárt), viszonylag nagy úrtartalmú fecskendő (20, 50 ml) és sheath. A katétert a thrombusban óvatosan előre tolva, a fecskendőben negatív nyomást létrehozva a vérrögök aspirálhatók. A katétert kihúzva és a fecskendőt gézdarabon keresztül kiürítve láthatóvá válnak az eltávolított thrombusdarabok, mérőedénnyel megbecsülhető a vérvesztés. Az eljárást többször ismételve rekanalizálható az elzárt érszakasz. A sheath-en keresztül kontrasztanyag befecskendezéssel folyamatosan képet nyerhetünk a folyamat előrehaladásáról.

Tapasztalataink alapján a perkután aspirációs thromboembolictomia (PAT) egyszerű, könnyen kivitelezhető intervenciós beavatkozás, mely nem kíván költséges eszközöket. Az alsó végtagi PTA során előforduló embolisatio, rövid szakaszú femoropoplitealis vagy poplitea occlusio esetében (10-15 cm) önmagában is hatékonyan alkalmazható. A PAT és a thrombolysis jól kiegészítik egymást; a thrombustömeg, illetve az óhatatlanul előforduló embolisatio aspirációja gyorsítja az eljárást.

Eredményeink az a. anonyma szűkületeinek és elzáródásainak endovascularis kezelésében

DR. HÜTTTL K., DR. SZLÁVY L., DR. NEMES B.,
DR. BÉRCZI V., DR. SIMONFY A.

*SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika,
SOTE Központi Radiológiai Diagnosztika*

Bevezetés: A cerebrovascularis erek perkután transluminális kezelése egyre inkább előtérbe kerül, bár alkalmazását még sok támadás éri. Szeretnénk megosztani az a. anonyma obstruktív elváltozásainak kezelésében 1983 óta szerzett tapasztalatainkat.

Anyagismertetés: 14 év alatt 67 a. anonyma szűkület és 4 elzáródás PTA-ját végeztük, egy alkalommal stent beültetésre került sor a PTA nem kielégítő eredménye miatt.

A beavatkozások indikációja:

TIA 11,

VBI + TIA 33,



AMECO Kft

H-1052 BUDAPEST,
BÉCSI UTCA 5/IV-4.
TEL.: (36-1) 117-4271.
FAX: (36-1) 266-3526.

Forgalmazott termékek:

- stentek
- dilatációs katéterek
- embolectomiás katéterek
- érsebészetben használatos kézi műszerek



INTERNATIONAL

Excellence In Surgical Instrumentation For Over 75 Years

VBI + felsővégtag ischaemia 9,
felsővégtag ischaemia 17,
tünetmentes CABG előtt 1.

Eredmények: szövődeményként 1 occipitális infarctus alakult ki, 2 behatolási kapu thrombosis, 4 esetben transiens neurológiai tünetek léptek fel.

Beavatkozásaink 98%-ban voltak eredményesek. A kedvező morfológiai eredményt a klinikai tünetek javulása is kísérte.

22 (6-22) hónapos nyomonkövetési idő alatt 1 esetben alakult ki restenosis (4,5%).

Következtetés: a. anonymsa tüneteket okozó szűkületeinél a PTA az elsősorban választandó megoldás.

Endovascular Therapy of Abdominal Aortic Aneurysms

P. HEILBERGER, M. D., W. RITTER, M. D.,
CHR. SCHUNN, M. D., R. MENESI, M. D.,
D. RAITHEL, M. D.

*Department of Vascular Surgery,
Nuremberg Southern Hospital*

From August 1994 to December 1996, 137 patients underwent endovascular treatment. 5 of them had thoracic aneurysms, 131 abdominal aneurysms, and one an isolated iliac aneurysm. 88 straight endografts (75 MinTec, 12 EVT, 1 Chuter) and 43 bifurcated endografts (21 MinTec, 20 EVT, 2 Chuter) were implanted in infrarenal position, 5 endografts in thoracic position, and 1 tapered graft also infrarenally. In the perioperative period 11 patients had to undergo conversion to open repair (11/137 = 8%). The reason was graft defect in 5 patients, occlusion of the renal arteries in 2 patients, 2 misplacements, 1 proximal endoleak and 1 hemorrhagic shock due to retroperitoneal hematoma. One patient died (mortality 1/137 = 0.7%). During follow-up (average 2-30 months postoperatively) 16 primary endoleaks were discovered after implantation of straight endografts (17%), and 8 secondary distal anchoring leaks (8.5%).

11 primary endoleaks were found after implantation of bifurcated grafts (25.6 %).

Two patients showed iliac occlusions after tube graft implantation, 6 after reconstruction by MinTec bifurcated grafts, and 4 after implantation of EVT bifurcated grafts. All occlusions were reconstructed in a conservative way, by extraanatomic bypasses, or by PTA plus Wall stent implantation.

To sum it up, implantation of endovascular aortic grafts has proved to be a low risk procedure, however, it is subject to a high number of complications, such as endoleaks and thrombotic limb occlusions. It is necessary to reduce these thrombotic limb occlusions by improvement of implantation technique and graft systems.

Initial experience with transluminal prothesis implantation in patients with AAA-s

S. HORSCH, M. D., G. KERESZTURY, M. D.

(A szerzők összefoglalót nem küldtek.)

Arteriosclerosis rizikófaktorai

**Fiatalkori érlelmeszesedés
a koszorúerekben és az aortában
(15 és 34 év között elhunytakon végzett
WHO-PBDAY tanulmány)**

DR. MÓZES G., DR. KÁDÁR A.,
DR. ILLYÉS GY., DR. KULKA J.,
DR. SCHÖNFELD T., SZIK LÁSZLÓNÉ
SOTE II. sz. Patológiai Intézet

Jelen munka a World Health Organisation Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PBDAY) tanulmány keretén belül készült. Célunk a fiatalkori érlelmeszesedés tanulmányozása volt.

Módszer: 15-34 éves, Budapesten elhunyt egyéneket (n=103) boncoltunk. A PBDAY vizsgálat keretén belül 111 hasonló boncolást végeztek az alábbi városokban: Havanna (Kuba), Heidelberg (Németország), Mexikóváros (Mexikó), Peradeniya (Sri Lanka). 68 budapesti esetben állt rendelkezésre adat a vérnyomással (magas vérnyomás: 140/90 Hgmm fölött) és a dohányzással (dohányzó-nem dohányzó) kapcsolatban. A boncolás során a bal elülső lezálló (BEL) koszorús artériából és mellkasi, illetve hasi aortából vágunk ki. Az érmintákat szövettani feldolgozás után fénymikroszkóppal vizsgáltuk. Az intima/média (I/M) hányadosát és az atheromatosus intima elváltozásokat (preatheroma, atheroma, meszes és fibrotikus atheroma) gyakoriságát határoztuk meg.

Eredmények: magas I/M hányados a koszorúérben, míg az atheromatosus léziók a koszorúérben és a hasi aortában voltak jellemzőek. Az I/M hányados és az atheromatosus léziók gyakorisága minden érben nőtt az életkorral. Férfiakban az érlelmeszesedés, különösen a koszorúérben, súlyosabb volt, mint nőkben. Azokban az országokban, beleértve Magyarországot is, amelyekben a szív- és érrendszeri halálozás magas, súlyosabb elváltozásokat találtunk, az egyes országok közötti különbségek azonban nem voltak szignifikánsak. A budapesti népességben a magas vérnyomás megelőzte a mellkasi aorta, míg a dohányzás a hasi aorta elváltozásait mutató összefüggést.

Következtetések: a vizsgált fiatal népességben már nagy számban kimutathatók előrehaladott atherosclerotikus elváltozások. A fiatalkori érlelmeszesedés és a magas vérnyomás, illetve a dohányzás közötti összefüggések azt mutatják, hogy a rizikófaktorok igen korai ellenőrzésével további eredményeket lehetne elérni a szív- és érrendszeri betegségek megelőzésében.

**Iliofemoralis és femoropoplitealis
rekonstrukciós műtéteket követő restenosis
és az apoprotein E genotípus
polimorfizmusa**

DR. VALLUS G., DR. KARÁDI I.,
DR. DLUSTUS B., DR. NAGY B.,
DR. BARANYAI Á., DR. ROMICS L.

*MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály,
SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,
Molekuláris Biológiai Laboratórium,
SOTE III. sz. Belgyógyászati Klinika*

Az érrekonstrukciós műtéteket követő korai és késői restenosis jelentős terhet jelent a betegek és az operatőrök számára. A korai jelenségek elsősorban az alvadási és a fibrinolitikus rendszer veleszületett és szerzett eltéréseivel függenek össze, míg késői restenosisban az atheromaképződés rizikófaktorai játszanak jelentős szerepet. Munkánkban 31 restenosis miatt ismételt műtetre került iliofemoralis, illetve femoropoplitealis érszűkületben szenvedő beteg zsíryanycsere jellemzőit vizsgáltuk és hasonlítottuk össze normál kontrollok adataival. A koleszterin, triglycerid és HDL-koleszterin szintet enzimatisz módszerrel határoztuk meg, a zsíryanycsere veleszületett és szerzett zavarai közötti szerepet játszó apoprotein E genotípusokat DNS extrakciót követő, oligonukleotidok (F4 és F6) segítségével végzett polimeráz láncreakcióval amplifikáltuk. A PCR terméket HhaI restrikciós enzimmel hasítottuk és polyacrylamid gélelektroforézis alkalmazásával futtattuk, speciális festést alkalmazva. A betegcsoport szérumban koleszterin (6.83 ± 1.5 mmol/L), szérumban triglycerid (2.4 ± 1.6 mmol/L) és HDL-koleszterin (1.33 ± 0.69 mmol/L) szintje szignifikánsan különbözött a kontroll csoport hasonló értékeitől (5.8 ± 1.2 ; 1.7 ± 0.9 ; 1.45 ± 0.45 mmol/L). Az apoprotein E2 allél szignifikánsan kisebb frekvenciával (3/59) fordult elő a betegcsoportban az apoprotein E3 allélhoz viszonyítva, mint a kontrollcsoportban (43/296, $p=0.03$, Fischer's exact test). A fenti adatok mellett szólunk, hogy az apoprotein E2 allél védő szerepet tölthet be az érbetegség kialakulásával és a műtéteket követő restenosisban szemben. Az E3/3 és 3/4 genotípusokban az érbetegség előfordulása, illetve a restenosis is nagyobb valószínűséggel jelentkezik.

**A perifériás atheroscleroticus
érbetegségben jelentkező
hyperlipoproteinaemia terápiaja**

DR. KARÁDI I., DR. VALLUS G.,
DR. DLUSTUS B., DR. NAGY B.,
DR. BARANYAI Á., DR. ROMICS L.

*MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály,
SOTE I. sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,
Molekuláris Biológiai Laboratórium,
SOTE III. sz. Belgyógyászati Klinika*

A perifériás erek atherosclerosisában jelentkező dyslipoproteinaemia jelentős szerepet játszik a betegség kialakulásában és progressziójában. Az esetek mintegy 80%-ában hypertriglyceridaemia észlelhető, de jelentős százalékban hypercholesterinaemia, illetve hypoalbuminoproteinaemia is jelentkezik. A lipoprotein frakciók közül az ún. remnantok, tehát a triglyceridben gazdag lipoproteinek, lipáz emésztést követő termékei központi szerepet játszanak. A remnantok – az eddigi vizsgálatok alapján – nemcsak éhomi állapotban, hanem a postprandialis hyperlipoproteinaemia szakában is felszaporodnak, hozzájárulva az érbetegség progressziójához. Az atherosclerosis obliteransban szenvedő érbetegek zöme dohányos és rendszeres alkoholfogyasztó is. E két abusus atherogén irányban változtatja meg a lipoproteinek hatását. A perifériás erek atheroscleroticus elváltozásaiban észlelhető hyperlipoproteinaemia rendezése az érbetegség progressziójának lassulásához, adott esetben regresszióhoz vezet. Kezelésében a sztatinek és a fibrátok, illetve a két gyógyszerkombinációja nyújt meggyőző terápiás fegyvert. A dohányzás elhagyása önmagában a triglyceridben gazdag lipoproteinek koleszterin tartalmát, és ezáltal atherogénitását csökkenti. A kombinált antilipidaemiás kezelés a lipoproteinek fiziológiai összetételét képes rekonstruálni, és az érbetegség mérséklődését, egyes esetekben regresszióját eredményezheti.

**A lipoprotein (a) szint összefüggése
haemorheológiai tényezőkkel
és vérlipidekkel arteriosclerosis
obliteransos betegekben**

DR. LANDI A., DR. JASSÓ I., DR. DINYA E.
*Főv. Szent István Kórház, IV. Belosztály,
EGIS Gyógyszergyár Orvostudományi Főosztály*

A szerzők 70 arteriosclerosis obliteransos beteg és 30 kontroll személy szérumban lipoprotein (a), összkoleszterin, LDL-, HDL-koleszterin, triglycerid koncentrációját, plazma

fibrinogén szintjét, plazma- és vérviszkozitását, valamint vvs-deformabilitását vizsgálták meg, s ugyancsak regisztrálták a dohányzás, a hypertonia és a diabetes mellitus előfordulását. A két csoport alapadatait egybevetették, és mindkét csoportban korrelációs analízissel meghatározták a lipoprotein (a) kapcsolatát az egyéb lipid- és haemorheológiai tényezőkkel. Szignifikáns összefüggés esetén regressziós analízissel is megvizsgálták az összefüggést. Az arteriosclerosis obliterans csoporton belül a klinikai kép és az angiológiai vizsgáló eljárások (doppler áramlásmérő, pletizmográf, treadmill) alapján különböző súlyosságú alcsoportokat képeztek, melyeknek az átlagos lipoprotein (a) szintjeit összehasonlították egymással és a kontroll csoporttal.

Homozigóta hypercholesterinaemiás gyermek H. E. L. P. kezelésének kétéves tapasztalata, a kezelés vaszkuláris hatása

DR. KERKOVITS L., DR. FARKAS K.,
DR. KISS I., DR. SZAMOSI T.,
DR. FARSANG CS.

*EuroCare I. sz. Dialízisközpont
Szent Imre Kórház I. Belosztály*

SOTE II. sz. Gyermekgyógyászati Klinika

A diétás és gyógyszeres terápiával nem befolyásolható familiáris hypercholesterinaemiás (FH) heterozigóta vagy homozigóta betegek kezelése mindmáig gondot jelent. A nem műtéti, nonfarmakológiai terápia lehetőségét az extracorporalis LDL plazmaferézisek jelentik, melyek közül egyik a H. E. L. P. rendszer (Heparin-indukálta Extracorporalis LDL-chol. Precipitáció). A plazmafilterrel nyert plazmában az LDL részecskék pozitív töltése 5,12 pH-n növekszik, így specifikus térhálót képesek képezni a nagy dózisú heparinnal, mely precipitátum kiszűrhető.

A világon jelenleg 5 homozigóta FH gyermeket kezelnek H. E. L. P. terápiával, közülük az egyiket Magyarországon. A hazánkban elsőként alkalmazott H. E. L. P. kezeléssel M. Cs., 13 éves FH gyermeket kezeljük. Az anamnézisben coronaria endarteriectomia és aorta vitium műtete szerepelt. Átlagos összkoleszterin értéke 20,1 mmol/l, LDL szintje 18,20 mmol/l volt.

Két év alatt 80 kezelést végeztünk, 1-3 hetes időközönként, másfél órás időtartammal, mellékhatás nélkül. A kezeléssel az összkoleszterin intervallumértéke $10,37 \pm 2,98$ mmol/l, az LDL-koleszterin intervallumértéke $8,91 \pm 2,82$ mmol/l volt. A gyermek a kezelés két éve alatt 10 kg-ot hízott, bal kamra funkciója javult, az aorta billentyű grádiense nem romlott, a xanthomák mérete csökkent, a számuk kevesbedett. A jobb oldali ACI plakk mérete csökkent, mko.-i ICA prox. systoles csúcs és végdiastoles sebesség csökkent, a HDL-C és apo-A1 szint nem emelkedett, az apo-B szint

csökkent. A szubjektív teljesítménye és az életminősége javult, az infekciós epizódok száma és súlyossága csökkent.

A rendszer 100%-os hatásfokú az LDL, a fibrinogén és az Lp(a) eliminációja vonatkozásában. Az FH betegcsoport hatékony kezelési lehetősége a jelenleg használt ötféle extracorporalis LDL-plazmaferézis. Közülük a H. E. L. P. rendszert, a nemzetközi tapasztalatokhoz hasonlóan, igen jól tolerálhatónak, hatékonynak és biztonságosnak találtuk. Az egyéb, az atherogenezisben önálló rizikófaktoroként szereplő haemorheológiai tényezőkre is (fibrinogén, Lp(a)) kedvezően hat.

Vénák betegségei

Color duplex venográfia az angiológiai gyakorlatban

DR. BARANYAI Á., DR. CSEMNICZKY K.,
DR. DLUSTUS B., DR. TÓTH GY.,
DR. VALLUS G.

*MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály,
Radiológia*

A kompressziós color duplex venográfia a vénás rendszer vizsgálatának megbízható, noninvazív módszere. Alkalmazása lehetőséget nyújt a thromboemboliás megbetegedések, rethrombosisok, postthromboticus szindrómák alapjául szolgáló anatómiai elváltozások kimutatására. Szensitivitása az alsó végtagokon 98%, specificitása 95%. Power angiográfiával kiegészítve az izomvénák áramlási viszonyaiba is betekintést nyújt.

Segítségével megállapítható a thrombusok helye, kiterjedése és kora, követhető a thrombolysis eredményessége. Ha kiegészítjük funkcionális próbákkal, vizsgálható a billentyű-funkció és a SF reflux mértéke. Primér és recidív varicositások feltérképezésének kitűnő eszközeként fontos szerepet játszik az érsebészeti gyakorlatban is. A szerzők mintegy 8000 vizsgálat tapasztalatait ismertetik.

Perforáns vénák subfasciális endoscopos műtete – sebészi anatómia

DR. MÓZES G., DR. GLOVICZKI P.,
DR. KÁDÁR A.

*SOTE II. sz. Patológiai Intézet
Dept. of Vascular Surgery, Mayo Clinic,
Rochester, Minnesota, USA*

Célkitűzések: A lábszár mediális oldalán lévő perforáns vénák sebészi anatómiáját vizsgáltuk. Elsődleges célunk an-



ÓÓÓÓhhhh,

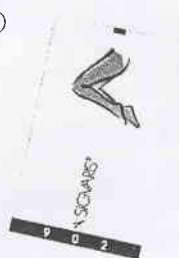
.....azok a gyönyörű lábak!

A SIGVARIS gyógyharisnyák és harisnyanadrágok az OEP támogatásával kaphatók az ország számos gyógyászati segédeszköz-boltjában. Bővebb információért forduljon közvetlenül a forgalmazóhoz.

Forgalmazó: Compri Med Kft.
1134 Budapest
Csángó u. 8.
Tel/fax: 129-1656



SIGVARIS®



GANZONI & CIE AG, Gröhlstrasse 8, CH-9014 St. Gallen, Tel. 071/279 33 66, Fax 071/279 33 08
GANZONI & CIE SA, 13, rue de Village Neuf, F-68308 St-Louis CEDEX, Tel. 089/70 24 00, Fax 089/69 48 49
SIGVARIS DO BRASIL, INDUSTRIA E COMERCIO LTDA., Rua Joaquim de Andrade 209,
Chacara Santo Antonio - Santo Amaro, 04719-020 São Paulo/Brasilien, Tel. 011/523 68 99, Fax 011/546 04 79
GANZONI GmbH, Dr. Karl Lenz-Str. 35, D-87700 Memmingen, Tel. 08331/757-0, Fax 08331/757-111
SIGVARIS GmbH, Trauttmansdorffgasse 16, A-1130 Wien, Tel. 01/877 69 12, Fax 01/877 69 15
SIGVARIS INC., 32 Park Drive East, Branford, CT 06405/USA, Tel. 203/481-5588, Fax 203/481-5488
SIGVARIS CORP., 5651 Chemin St François, St Laurent, Quebec H4S 1W6/Kanada,
Tel. 514/316 21 62, Fax 514/316 87 16
SIGVARIS BRITAIN LTD., Unit 6A, The Foundry, London Road, Kingsworthly, Winchester, SO23 7QD/England,
Tel. 0962/88 62 26, Fax 0962/88 62 12

® = Registered trademark of Ganzoni & Cie AG, St Gallen/Switzerland
© = 1996 Copyright by Ganzoni & Cie AG, St Gallen/Switzerland

KUPON

levágható és elküldhető a forgalmazónak

Kérem tájékoztassanak a SIGVARIS termékekről

.....név

.....ir.sz.helyiség

.....telefonszám

LEGYEN NYÁR VAGY TÉL



A **mediven**[®] kompressziós harisnyanadrág mindenkor viselhető.

A **mediven**[®] az egyetlen olyan kompressziós harisnyanadrág, amelynek nedvességet szabályozó klímarendszere tökéletesen megakadályozza az izzadást.

Kompressziós osztályok: I. és II., aktuális színek.

A II. kompressziós osztályba tartozó termékek vényre írhatók, OEP támogatással!

mediven[®]

Forgalmazó:

SALUS Kft. 1117 Budapest, Dombóvári út 1.

Tel.: 204-3846, 204-3847, 204-3938 Fax: 204-3851

☐

Kérem, küldjenek számomra részletes termékismertetőt

☐

Kérem, keressenek fel

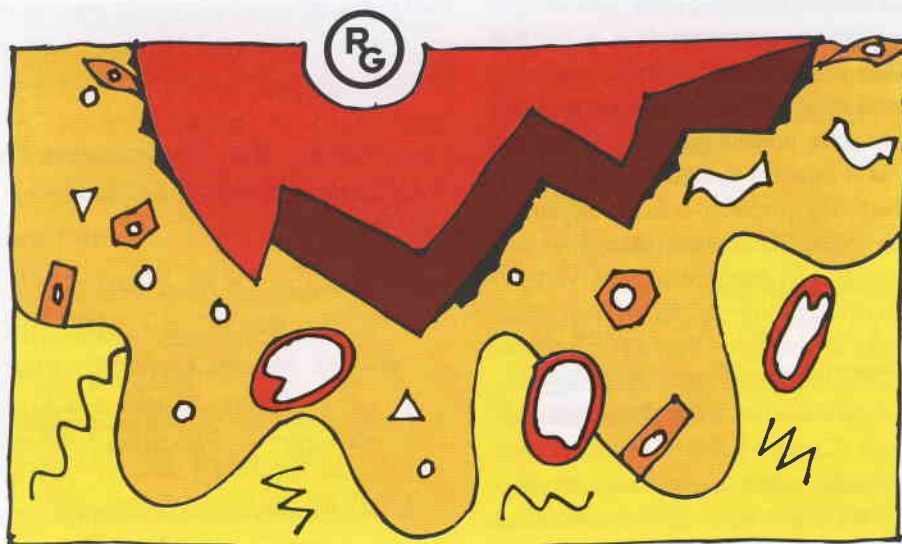
Név:

Cím:

Telefon:

PÓTOLJA A HIÁNYT!

Kuriózum a sebgyógyításban




CURIOSIN

20,5 mg cink-hyaluronát

10 ml oldat

Hazai kutatók által kifejlesztett originális gyógyszerkészítmény.

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

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



RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21.

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

További részletes információt az alkalmazási előírat tartalmaz.

nak tisztázása volt, hogyan lehet a subfasciális endoscopos műtét során az összes mediális perforáns vénát elérni.

Módszerek: tíz lábszáron végzett előtanulmány után 23 elhunyt (4 nő, 19 férfi, átlagéletkor: 47,2 év) 40 lábszárát boncoltuk fel. A mediális boka és a tibia tuberozitása közötti összes perforáns vénát kipreparáltuk. Meghatároztuk a perforáns vénák típusát (direkt vagy indirekt), méretét (<1 mm, 1-2 mm, >2 mm) és helyzetét (távolság a bokától {D1}, és a tibia mediális szélétől {D2}). Megvizsgáltuk a perforáns vénák fascia rekeszekhez való viszonyát is. A D1 távolságot az egyes lábszárak hosszúsága szerint korrigáltuk. Minden készítményről rajzokat és fotókat készítettünk.

Eredmények: Összesen 552 perforáns vénát vizsgáltunk (átlag: 13,8/láb, szórás: 7-22). Ezek közül 287 (52%) volt direkt perforáns véna, amely a felszínes vénákat közvetlenül kötötte össze a posterior tibialis vénával; 228 (41%) indirekt izom perforánst találtunk; 37 perforáns véna (7%) nem került tipizálásra. 137 (25%) perforáns véna volt nagyobb, mint 2 mm. A lábszár distális felében a direkt perforáns vénák két csoportot alkottak (Cockett II, D1: 7-9 cm; Cockett III, D1: 10-12 cm). A lábszár proximális felében a paratibialis (D2<vagy=1cm). A perforáns vénák 63%-a a felszínes hátsó fascia rekeszben volt. A maradék 37% azonban vagy a felszínes és mély hátsó fascia rekesz közötti kettőzetben, vagy a mély fascia rekeszen belül futott.

Következtetések: Vizsgálataink megerősítették a mediális perforáns vénák ismert csoportjainak, a Cockett II és Cockett III és a „24 cm”-es perforator jelenlétét. A mediális perforáns vénák mintegy 2/3-a könnyen elérhető abból a felszínes hátsó fascia rekeszből, amelyben a subfasciális endoscopos műtét során a sebész dolgozik. A maradék, főként paratibialis perforáns vénák és egyes distális Cockett vénák eléréséhez azonban a fascia további bemetszése szükséges.

(Az előadás 1996-ban elnyerte az American Venous Forum Research Award első helyezését.)

Perforans vénák szerepe és kezelési lehetőségek krónikus vénás elégtelenségben

DR. MENYHEI G.

*Baranya Megyei Kórház
(POTE Sebészeti Tanszék)*

A perforans vénák szerepe és jelentősége a mai napig sem teljesen tisztázott. Az utóbbi évek színes duplex scan-nel végzett vizsgálatai igazolták, hogy a mélyvénák felőli visszaáramlás nem feltétlenül kóros jelenség. Ugyanakkor számos klinikai vizsgálatsorozat igazolta az elégtelen perforansok lekötésének előnyös hatását a vénás lábszárfekély gyógyulására, még egyidejűleg fennálló mélyvénás billentyűelégtelenség esetén is. A perforans elégtelenségben végzett műtéti megoldások közül érsebészeti osztályunkon a

paratibialis fasciotomiával értünk el jó gyógyulási eredményeket, súlyos, konzervatív kezelésre nem javuló ulcus cruris betegekben. Betegeink kétharmadának fekélye gyógyult a műtét után. Jelen tanulmányban ezen műtétek késői eredményeit értékeljük, bár a paratibialis fasciotomia egyszerű műtét és kevés szövődémmel, sikeresen alkalmazható, a jövő módszere nagy valószínűséggel az endoscopos dissec-tio, amellyel direkt szemkontroll mellett, minimális beavatkozással érhető el kiváló terápiás eredmény.

Subfasciális Endoscopos Perforátor Sebészet (SEPS)

**CVI-4., 5., 6. stádiumában
lévő betegeknel**

DR. MÁTYÁS L., DR. BENDE J.

*B. A. Z. Megyei Kórház Érsebészeti Osztály,
Péterfy Sándor u.-i Kórház
Sebészeti és Plasztikai Sebészeti Osztály*

(A szerzők nem küldtek összefoglalót.)

Akut ilio-femorális phlebothrombosis heroinfüggő betegeknel – műtéti tapasztalatok

**DR. CS. NAGY G., DR. WUNSCH M.,
DR. MELLES J.**

*Klinik für Gefäßschirurgie,
St. Bernhard Krankenhaus, Hindesheim*

Az epifasciális vénapunkció lehetőségeinek fogytán a heroinfüggő betegeket szenvedélyük a mélyen fekvő véredények rendszeres punkciójára kényszeríti. Könnyen hozzáférhető területnek bizonyul a lágyékhajlat, ahol a vena femoralis communis kellő kalibere folytán a hosszú távú drogbevitelre alkalmas.

Két fiatal fixer(junkie)-nél végeztünk három végtagon phlegmasia miatt sürgősségi ilio-femorális thrombektomiát. Mindhárom esetben a közös combviassér heges strikturája volt a műtéti lelet. A sikeres thrombektomia után két ízben autológ foltplasztikát készítettünk. A v. saphena magna distalis szakaszának (feltehetően a korábbi igénybevétel kapcsán) krónikus elzáródása miatt foltvénának a rejtettebb v. saphena parva kínálkozott. Egy esetben a striktura mértéke és kiterjedése miatt gyűrűs PTFE interpositumot implantáltunk. Mindháromszor arterio-venosus shunt kialakításával fejeztük be a műtétet.

Az autológ megoldások jó eredményhez vezettek. Az allopasztikus megoldásnál korai infekció miatt a műér explantációjára került sor.

Vénás thrombectomia? Igen vagy nem?

DR. GERGELY, DR. HALMOS,

DR. SZABOLCSI, DR. BEHEK

*Kaposi Mór Megyei Kórház, Kaposvár,**I. Sebészet, Érsebészet*

10 éve végzünk vénás thrombectomiát. Ez idő alatt mintegy 150-et. Kezdeti lelkesedésünket – kiterjesztett indikáció – a kontroll vizsgálatok nem igazolták. Tapasztalataink és utánvizsgálataink (kb. 100 beteg) alapján – az abszolút indikációt kivéve – a vénás thrombectomia csak válogatott esetben alternatívája a mélyvénás thrombosis belgyógyászati kezelésének.

**Detralex hatásának vizsgálata alsó végtagi
vénás keringészavarokban a vénás
visszafolyási idő (VRT)**

és a szubjektív panaszok változására

DR. KRISTÓF V., DR. BURGER M.,

DR. VARGA E., DR. PENCZ Z., DR. SÁSDI A.

*SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika**Főv. Önk. Erzsébet Kórház, II. Belgyógyászati O.*

Vizsgáltuk napi 2 tbl. Detralex hatását alsó végtagi vénás keringészavarokban, fényreflex pletysmographia segítségével. Betegeinknél color Dopplerrel igazoltuk a mélyvénás billentyű elégtelenség fennállását, és kizártuk a súlyos, operálandó varicositásban szenvedőket.

A betegek többsége beszámolt a szubjektív panaszok csökkenéséről, amit általában 2-5 sec VRT emelkedés kísért. Néhány esetben ennél jelentősen nagyobb VRT emelkedést találtunk. A panaszokat nem, vagy alig okozó, de a vénás keringés szempontjából nem intact „kontroll” végtagok többségénél a VRT normalizálódott. Ennek alapján felmerül a Detralex szerepének lehetősége a billentyű elégtelenség progressziójának megelőzésében.

**Portalis hypertonia – májvénák fejlődési
rendellenességei miatt**

DR. TASNÁDI G., DR. GORÁCZ GY.

Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

A gyermekkori portalis hypertoniák oka az esetek 80-85%-ában praehepaticus, és csak 10-15%-ban intrahepaticus blokk. A májvénák kialakulása idején az embriót ért dyson-togeneticus hatások hozzák létre a venaanomáliákat.

A posthepaticus hibák már a korai gyermekkorban – 2-3 éves korban – okoznak tüneteket: a Budd Chiari Syndromát. A praehepaticus beáramlási akadályok csak később okoznak nyelőcső-varicositást mint jellemző tünetet.

Esetbemutatók.

Fontos a fejlődési rendellenesség korai felismerése, mert csak ebben az esetben lehet szó egyáltalán kezeléssel. A korai diagnosztikában a korszerű noninvazív módszerek (color Doppler, CT angio) mellett a venográfiák szerepe vitathatatlannak.

A kezelésben – a gyermekkor sajátosságai miatt – 7 éves korig csak a lépmegtartó porto-pulmonalis shunt-műtét, illetve a következmények kezelése (sclerotizálás, shunt beültetés) jöhet szóba. 7 éves kor után a palliatív műtétek mellett rekonstrukciókra is sor kerülhet.

Esetismertetések.

**Véna portae thrombosisos esetek
kórházunkban**

DR. RÓZSA SZ., DR. TIBA I., DR. FALUDI G.

*Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet,**Balassagyarmat, Sebészeti és Radiológiai Osztály*

A véna portae thrombosis a mesenterialis szervek vérzéses infarktusát okozó végzetes kórkép. Az elzáródás lassú kialakulása esetén collateralisok és portocavalis shuntök alakulhatnak ki, így a betegség lefolyása enyhébb. Kórházunkban 1992 januárja és 1997 áprilisa között 13 véna portae thrombosis esetet diagnosztizáltunk atípusos Doppler vizsgálattal. Két beteg esetében hasi műtétet követően diagnosztizáltuk a véna portae elzáródását. A többi beteg közvetlen anamnézisében hasi műtét nem szerepelt.

Jelen munkánkban összefoglaljuk a helyes diagnózis felállításának és a pylethrombosis kezelésének lehetőségeit.

Ulcus cruris

**Az ulcus cruris pathomechanizmusának
haemorheológiai tényezői**

DR. PÉCSVÁRADY ZS.

*Flór Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat,**Angiocardiológia, Kistarcsa*

Az ulcus cruris kialakulásának végső oka az adott terület mikrocirkulációs zavara, a szövetek oxigénnel, tápanyaggal történő ellátásának elégtelensége. Haemorheológiai vizsgálatok igazolták, hogy kialakulásában a vér alakos elemei között kulcsszerepet az aktiválódott fehérvérsejtek, azon belül is a neutrophil granulocyta játsszák. Aktiválódásukat a meglapult keringés, az emiatt kialakult lokális változások, citokinek megjelenése okozza. Egyre nagyobb fontosságot tulajdonítanak az endothelsejteknek is. Normális körülmények között számtalan ponton képesek védelmet biztosítani

az érfalnak, a környező szöveteknek (ERF, prostacyclin, CAM, tPA), melynek változása szövetkárosodáshoz vezethet. A haemorheológia ismereteinek bővülése tehát az ulcus cruris pathomechanizmusának pontosabb megismeréséhez vezetett, melynek alapján új terápiás lehetőségek körvonalazódnak. Nyilvánvaló, hogy ezek a klasszikus kezelési módokat nem helyettesítik, azonban hatékonyan egészíthetők ki.

Arterio-venosus shuntök kimutatása lábszárfekély esetén

DR. BIHARI I., DR. NAGY Z., DR. SZILVÁSI I.

HIETE Szív- és Érssebészeti Klinika,

Nukleáris Medicina Klinika

A lábszárfekély kialakulásának pathomechanizmusára több teória ismert: (1) a vénás pangás következtében kialakult hypoxia és tápanyaghiány, (2) a kapillárisokon átfiltrálódott fehérje lerakódása a hajszálerek falára, amely a tápanyag diffúzióját gátolja, (3) a leukocyták felszaporodása a pangó vénákban, majd a fehérvérsejtekből felszabaduló fermentumok és szabad gyökök szövetkárosító hatása – e teóriák a legismertebbek. Jelen vizsgálatunkkal azt kívántuk igazolni, hogy egy régóta ismert, de túlhaladottnak vélt teóriának is van létjogosultsága – nevezetesen az arterio-venosus shuntök oki szerepének.

Módszer: az arteria femoralisba Tc-99-cel jelzett Macro-Albumon-Aggregátot adtunk, amely nagy mérete miatt a végtag kapillárisaiban elakadt. A vénás rendszerbe csak az arterio-venosus shuntökon tudott átkerülni – majd a tüdőbe jutott, ahol a kapillárisokban elakadt. Itt detectáltuk az izotóp mennyiségét.

Beteganyag: összesen 11 beteg lábszárfekélyes és ép végtagját vizsgáltuk.

Eredmények: a lábszárfekélyes végtag esetén háromszor annyi izotóp jutott a tüdőbe, mint ép végtag esetén.

Következtetés: a fentiek alapján nem lehet elvetni a lábszárfekély pathogenesisében az arterio-venosus shuntök szerepét.

Lymphoedema

A lymphoedema kompressziós kezelésével szerzett tapasztalataink

DR. BIHARI I.

HIETE Szív- és Érssebészeti Klinika

A munkacsoport 1988. óta foglalkozik a végtag lymphoedema konzervatív kezelésével. Ezen időszak alatt, összesen 227 betegnél alkalmazták a lymphdrainage kezelés is-

mert módszereit. Eljárásuk más centrumok metodikájával összehasonlítva néhány vonatkozásban különbözik.

Betegeiket kizárólag ambulanter kezelik. Ennek során a beteget és hozzátartozóját megtanítják az alkalmazott eljárás fogásaira, amelyet ezután otthonukban maguk végeznek. Ezáltal elegendő heti egy vagy két alkalommal végzett szakszerű kezelés és ellenőrzés. A kezelést éveken át így folytatják. Fontosnak tartják a terápiában a lymphdrainage-ra alkalmas gép használatát, ezért a betegek részére osztott mandzsettás, hazai gyártmányú készülék beszerzését segítik elő. Ennek gyártásához maguk is hozzájárultak. A kezelés aktív fázisában a textil elasztikus Lohmann-pólyát viseltesik, majd az eredmény fenntartására Medi-harisnyát alkalmaznak, mind az alsó, mind a felső végtagon.

A nyiroködémás betegek kompressziós kezelése

DR. CZÉGENINÉ DR. MADÁR É.

Zala Megyei Kórház, Lymphoedema Ambulancia

Az ödéma kezelés lényege egy kombinált terápia, ami kézi lymphdrainage-ból, speciális kompressziós kezelésből, gépi kezelésből és gyógytornából áll.

A vénás betegségek kezelésének alapja a kompressziós terápia. Kompresszió alatt valamely testrésze kívülről gyakorolt mechanikus nyomást értünk. Ez a nyomás a végtag és a rugalmas pólya, illetve a harisnya közötti méretkülönbségből, valamint a kompressziós segédeszközök anyagának rugalmas tulajdonságából adódik.

Az előadás célja a kompressziós terápia alkalmazásának és az elért eredmények ismertetése.

Varia

Arteria pulmonalis rekonstrukció tüdőtumor műtét során

DR. KATONA I., DR. KOVÁCS O. II.

Hetényi Géza Kórház,

Sebészeti-Érssebészeti Osztály

Osztályunk 1994 óta érsebészeti és mellkassebészeti részlegekkel rendelkezik. Azóta figyeltünk fel az érbetegek és a tüdőtumorsejtek többszörös együttes, illetve egymásutáni megjelenésére. Közös együttműködés újabb eredményeként végeztük tüdőtumor propagáció miatt az artéria pulmonalis rekonstrukcióját, amelynek segítségével az alsó lebenyt megtartottuk, és a tumor ablasticus eltávolítása is megtörtént. Előadásunkban az interdiszciplináris együttműködés jelentőségét szeretnénk aláhúzni.

Haemodialysis helye az érsebészeti beteganyagban

DR. TURBÓK E., DR. VÁMOS Z.,
DR. SZÉPHELYI K., DR. LACZKÓ Á.,
DR. NYIKOS GY.

*SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika
Haemobil Kft.*

Helyreállító érsebészeti beteganyagban az elmúlt 3 évben egyre több esetben alkalmaztunk haemodialysist az idős betegekben végzett érműtétek előtt és után. Több beteg került helyreállító érműtetre krónikus veseelégtelenség állapotában, ezeknél a pre- és a posztoperatív szakban is szükségessé vált a haemodialysis, különös tekintettel a rupturált aneurysma miatt akután operált shockos, kivérzett állapotban lévő idős betegek, részben a nagy mennyiségű vérvesztés, részben a politransfusio miatt. Septicus betegeinknél a többszervi elégtelenség (multiplex organ failure – MOF) fellépésével kell számolni, itt a tartós respirátor kezelés mellett a haemodialysist, illetve haemofiltrációt vezettük be. A korai haemodialysis kezelés bevezetése az intenzív terápiában – a súlyos septicus betegek kezelésében – a társszakmák (intenzív terápia, sebészet és nephrológia) összehangolt munkáját jelenti.

Génterápia az angiológiában

DR. MÓZES G., DR. T. O'BRIEN
SOTE II. sz. Patológiai Intézet

*Division of Endocrinology and Metabolism,
Mayo Clinic, Rochester, MN, USA*

A génterápia az utóbbi évek ugrásszerű fejlődése után mára kézzelfogható közelségbe került a humán felhasználás számára is. Az erekbe történő génátvitel egyik lehetséges formája az, ha az átvenni kívánt gént replikáció defektív adenovírus vektorokba illesztjük. Kísérleteink során két különböző gén átvitelének lehetőségét, illetve erekben kifejtett hatását tanulmányoztuk. *Nitrogén-oxid (NO) szintetáz gén átvitel:* az erek dilatációjáért részben felelős NO-t a nitrogén-oxid szintetáz enzim állítja elő. Atherosclerotikus erekben, humán és állatkísérletes körülmények között is, az artériák NO-eredetű relaxációs képessége romlik. Atherosclerotikus nyúl aortába *ex vivo* körülmények között sikeresen vittük át a nitrogén-oxid szintetáz gént. A génátvitel következtében a vasorelaxációs zavar jelentős javulását értük el. További kísérleteinkben a nitrogén-oxid szintetáz gént *in vivo* is sikerült átvinnünk nyulak carotisába, mind intraluminális, mind periadventiciális módon. *Makrofág kolónia stimuló faktor (MCSF) gén átvitel:* az MCSF-et mind hu-

mán, mind kísérletes atheroscleroticus léziókban kimutatták, szerepe az atherogenezisben azonban nem tisztázott. Az MCSF gén adenovírus mediálta átvitelével olyan kísérleti modellt hoztunk létre, amelyben az MCSF érbetegségekben betöltött kóroki szerepe jól vizsgálható. Nyulak carotisába vittük át *in vivo* az MCSF gént, és azt tapasztaltuk, hogy az MCSF fokozott kifejeződése ép erekben simaizomban gazdag intima vastagodással jár.

A fenti példák segítségével kívánjuk előadásunkban összefoglalni az angiológiai génterápia jelenlegi lehetőségeit és korlátait a klinikai, preklinikai és alap kutatásokban.

Érsebészeti tevékenységünk, avagy egy régi-új profil sebészeti osztályunkon

DR. UNGÁR D., DR. TÖRÖS P.

*Komárom-Esztergom Megyei Önkormányzat
Vaszary Kolos Kórház, Esztergom*

A szerzők az ismételten megindított és kibővített skálájú érsebészeti műtétekről számolnak be négy év anyaga alapján.

Mit keres egy angiológus az Interneten?

DR. BÍRÓ G., DR. SZABÓ A., DR. NEMES B.

*SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Jávorszky Ödön Kórház,
Sebészeti Osztály, Vác*

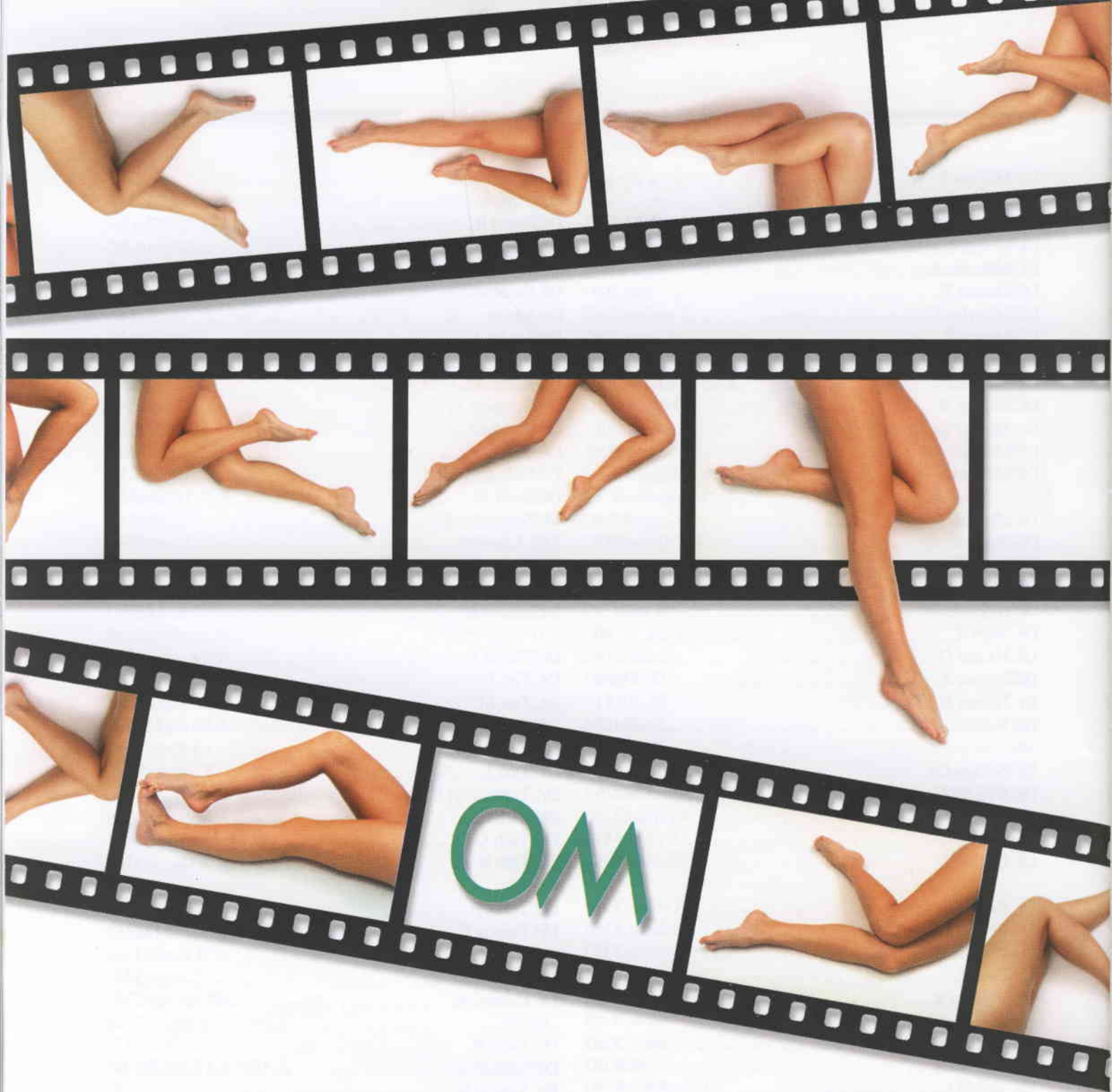
Az utóbbi évek információs forradalma a számítógépes hálózatokon zajlik. Alapvetően tudományos célokkal születtek meg az első kapcsolatok az amerikai egyetemek, kutatóhelyek között. Mára gombamódra szaporodnak a különböző információkat hordozó helyek a hálón. Az előadásban számítógépes demonstráció keretében igyekszünk bemutatni a magyar és nemzetközi tudományos adatbázisokat, újságok web-helyeit, melyek elsősorban angiológiai, angioradiológiai, érsebészeti információkat hordoznak. Célunk, hogy a hallgatósággal megismertessük az Internet előnyeit, hátrányait, és megtermékenyítőleg hassunk esetleg társaságunk ilyen irányú terveire. Úgy gondoljuk, ezen ismeretek és az információszerezés módja ezen a csatornán keresztül elengedhetetlen része egy modern orvos életének.

NÉVMUTATÓ

Dr. Acsády Gy.	12	Dr. Gloviczki P.	34
Dr. Antal Zs.	24	Dr. Gorácz Gy.	39
Dr. Antony P.	23	Dr. Groh W.	18, 24, 25
Dr. Ádám A.	17	Dr. Guba	18
		Dr. Gunther T.	12, 17
		Dr. Gurzó Zs.	25
Dr. Ballagi F.	26		
Dr. Balogh Á.	17, 18	Dr. Gyurkovics E.	9, 23, 24, 28
Dr. Baranyai Á.	8, 10, 13, 17, 27, 33, 34	Dr. Gyurkó Gy.	23
Dr. Barta L.	16		
Dr. Bartha E.	16	Dr. Halmos	25, 29, 30, 39
Dr. Beéry	18	Dr. Harang P.	30
Dr. Behek	25, 29, 30, 39	Dr. Heilberger, P.	32
Dr. Bende J.	38	Dr. Horsch, S.	10, 24, 32
Dr. Bérczi V.	30	Dr. Horváth I.	26
Dr. Bihari I.	40	Dr. Horváth L.	10
Dr. Bíró G.	12, 29, 41	Dr. Horváth T.	17, 27
Dr. Bodnár Sz.	18	Dr. Hüttl K.	12, 13, 16, 30
Dr. Bognár G.	29		
Dr. Bornheim, N.	10	Dr. Illyés Gy.	32
Dr. Burger M.	39	Dr. Irtó I.	24
Dr. Chanis, W.	23	Dr. Jakab L.	12
Dr. Czégeniné dr. Madár É.	40	Dr. Jaksa L.	16
Dr. Czibók Cs.	8	Dr. Jassó I.	33
Dr. Czigány T.	12, 17	Dr. Jámbo Gy.	9, 23, 24
		Dr. Járányi Zs.	9, 12
Dr. Csemniczky K.	34	Dr. Juhász Á.	15
Dr. Cs. Nagy G.	29, 38	Dr. Juhász Gy.	18, 27
Dr. Csordás J.	15, 30		
		Dr. Kabella P.	8
Dr. Dajka	25	Dr. Kaliszky P.	24, 29
Dr. Dinya E.	33	Dr. Kapocsi J.	12
Dr. Dlustus B.	8, 10, 13, 17, 27, 33, 34	Dr. Karádi I.	33
Dr. Dolgos L.	26	Dr. Kasza G.	10, 28
Dr. Dömötör Gy.	8	Dr. Katona	15, 25
Dr. Drexler, L.	10, 29	Dr. Katona I.	40
		Dr. Kádár A.	32, 34
Dr. Dzsini Cs.	12, 13, 16, 23, 29	Dr. Keresztury, G.	10, 24, 32
		Dr. Kerkovits L.	34
Dr. Entz L.	9	Dr. Király I.	15
Dr. Erdélyi E.	27	Dr. Király Z.	29
		Dr. Kiss I.	34
Dr. Faludi G.	39	Dr. Kollár L.	10, 28
Dr. Farkas K.	26, 34	Dr. Kolossváry E.	26
Dr. Farsang Cs.	12, 26, 34	Dr. Kovács	15
Dr. Ferenczy	29	Dr. Kovács O. II.	40
Dr. Forgács S.	28	Dr. Kristóf V.	39
		Dr. Kulka J.	32
Dr. Gajdos	15		
Dr. Garbai I.	16	Dr. Laczkó Á.	12, 41
Dr. Gálfy I.	12	Dr. Landi A.	26, 33
Dr. Gáti J.	9, 23, 24, 28	Dr. Leindler L.	17
Dr. Gergely	25, 29, 30, 39		

Dr. Márkus B.	15
Dr. Mártha L.	29
Dr. Mátyás L.	18, 27, 38
Dr. Melles J.	29, 38
Dr. Mencser A.	16
Dr. Ménesi R.	18, 32
Dr. Menyhei G.	10, 38
Dr. Meskó É.	27
Dr. Mezei M.	10
Dr. Mogán I.	8, 9, 16, 18, 24, 25
Dr. Molnár Z.	15
Dr. Molnár Zs.	29
Dr. Morvai	15, 25
Dr. Mózes G.	32, 34, 41
Dr. Nagy A.	9, 24
Dr. Nagy B.	33
Dr. Nagy G.	12, 16, 23
Dr. Nagy I.	15
Dr. Nagy L.	9
Dr. Nagy Z.	9, 23, 24, 29, 40
Dr. Nádas G.	15
Dr. Nemes A.	12, 23, 29
Dr. Nemes B.	29, 30, 41
Dr. Németh J.	12, 17
Dr. Nyikos Gy.	41
Dr. Nyiredi G.	8, 9, 16, 18, 24, 25
Dr. O' Brien, T.	41
Dr. Óváry Cs.	8, 9
Dr. Pencz Z.	39
Dr. Petrohai Á.	16
Dr. Pécsvárady Zs.	39
Dr. Péter L.	27
Dr. Pinkola K.	23
Dr. Raithel, D.	32
Dr. Rakos Gy.	15
Dr. Regáli L.	23, 24, 28
Dr. Ritter, W.	32
Dr. Rodics K.	8
Dr. Romics L.	33
Dr. Rozsos I.	10, 28
Dr. Rózsa Sz.	39
Dr. Samu T.	9
Dr. Sándor I.	26
Dr. Sásdi A.	39
Dr. Sáska E.	26
Dr. Schmal F.	10, 29
Dr. Schönfeld T.	32
Dr. Schunn, Chr.	32
Dr. Sepa Gy.	10, 12, 13, 16, 23

Dr. Simonfy A.	30
Dr. Simó G.	18, 24, 25
Dr. Sipka R.	17, 18
Dr. Sugár T.	8
Dr. Szabolcsi	25, 29, 30, 39
Dr. Szabó	18
Dr. Szabó A.	41
Dr. Szabó M.	10
Dr. Szabó Sz.	28, 29
Dr. Szamosi T.	34
Dr. Szarka J.	18
Dr. Szász	25, 30
Dr. Százados M.	13, 23
Dr. Széll A.	8, 9, 18, 24, 25
Dr. Széphelyi K.	12, 41
Szik Lászlóné	32
Dr. Szilvási I.	40
Dr. Szinetár L.	16, 18, 24, 25
Dr. Szilávy L.	12, 30
Dr. Tamás L.	12
Dr. Tarr F.	8
Dr. Tarr M.	12, 17
Dr. Tarsoly L.	13, 15, 30
Dr. Tasnádi G.	39
Dr. Tiba I.	39
Dr. Tomcsányi I.	8
Dr. Tóth A.	8
Dr. Tóth Gy.	8, 10, 13, 17, 27, 34
Dr. Tóth K.	15
Dr. Tóth L.	17
Dr. Törös P.	41
Dr. Turbók E.	12, 41
Dr. Ungár D.	41
Dr. Uzonyi A.	26
Dr. Vakli P.	17
Dr. Vallus G.	8, 10, 13, 17, 27, 33, 34
Dr. Vangel R.	18
Dr. Varga E.	39
Dr. Vámos Z.	41
Dr. Várady Zs.	28
Dr. Vizsy L.	18
Dr. Wágner É.	13, 15
Dr. Wudi K.	15
Dr. Wunsch, M.	29, 38
Dr. Zámori Cs.	25



doxium® doxivenil®

A Doxium termékcsalád tagjai – a Doxium kapszula, tabletta, Doxivenil gél – a vénás keringési zavarok kezelésének gyógyszerei. A Doxium csökkenti a vénás pangást és a trombusképződést, gátolja az érfal hisztokémiai elváltozásait. A Doxivenil gél lokális alkalmazása – heparinoid komponense miatt – előnyösen egészíti ki a szisztémás kezelést.

Bővebb információért kérjük, olvassa el az alkalmazási előíratot!

OM Laboratories Ltd. Tudományos és Információs Iroda
4028 Debrecen, Simonyi út 36. Tel./fax: (52) 418-258

Kongresszusok – rendezvények

Szklerotizálók Klubja. Téma: módszerek. 1997. november 21., pén-tek 14-16 h., Budapest, Gellért Szálló.

Információ: dr. Bihari Imre, HIETE Szív- és Érsébeszeti Klinika, 1135 Budapest, Szabolcs u. 35.

Európai Phlebectomia Társaság XVII. Találkozója. 1997. november 29., Genf, Svájc.

Információ: dr. R. Benoit, 12. Chemin Beau-Soleil, CH-1206, Genève, Svájc.

IV. Nemzetközi Angiológiai Találkozó. 1997. december 4-5., Párizs.

Információ: Les Rencontres de L'Angiologie, 11. rue Ferdinand Duval, 75004 Paris, France.

Interdiszciplináris Angiológia Kongresszus. 1998. január 10-11., Weimar, Németország.

Információ: prof. dr. St. Basche, Klinikum Erfurt, Pf. 595, D-99012, Erfurt, Németország.

Amerikai Vénás Fórum X. Évenkénti Találkozója. 1998. február 19-22., Lake Buena Vista, Florida, USA.

Információ: The America Venous Forum, 13. Elm str. Manchester, MA 01944 USA.

XII. Nemzetközi Phlebológiai Workshop és VII. Nemzetközi Minisebészeti Nap. 1998. március 6-7., Frankfurt, Németország.

Információ: dr. Z. Várady, Zeil 123, Frankfurt am Main, D-60313, Németo.

Ázsiai Angiológiai Társaság III. Kongresszusa. 1998. május 8-10., Peking, Kína.

Információ: dr. Xiao-Ming-Zhang, CAVS '98 Vascular Institut Post and Telecom. Hosp. Erlong Lu, Beijing 100032, China

Amerikai-Magyar Érsebészeti Szimpózium. 1998. május, Budapest.

Információ: prof. dr. Dzsinih Csaba, Ér- és Szívsebészeti Klinika, 1122 Budapest, Városmajor u. 68.

Nemzetközi Phlebológiai Kongresszus. 1998. május 27-31., Nicosia, Ciprus.

Információ: Options Eurocongress, International Congress of Phlebology, PO. Box 4723, 28A Soterias, Limassol, Cyprus.

Echocardiographia és Éreltérhang III. Kongresszusa. 1998. április 26-30., Rio de Janeiro, Brazília.

Információ: Lindy Chapman, Univ. Alabama School of Medicine at Birmingham, Heart Station / Echo Lab. SW/S 102 Birmingham, AL 35233 USA.

Éranomáliák Nemzetközi Társaságának XII. Workshopja. 1998. június 26-29., Berlin, Németország.

Információ: dr. C. Philip, Krankenhaus Neukölln, Rudower str. 48., D-12351 Berlin, Németország.

Nemzetközi Angiológiai Kollégium 40. Évenkénti Találkozója. 1998. június 28. - július 3., Lisszabon, Portugália.

Információ: J. B. Chang, Long Island Vascular Center, 1050 Northern Boulevard, Roslyn, New York, 11576 USA.

Értechnológiai Társaság 21. Évenkénti Találkozója. 1998. augusztus 5-9. Atlanta, Georgia, USA.

Információ: Patricia Horner, Society of Vascular Technology, 4601 Presidents Drive, Suite 260., Lanham, MD 20706, USA.

Nemzetközi Phlebológiai Egyesület XIII. Világkongresszusa. 1998. szeptember 6-11. Sydney, Ausztrália.

Információ: The Secretariat XIII. World Congress, Union Internationale de Phlebologie. GPO Box 2609, Sydney NSW 2001, Australia.

Nemzetközi Angiológiai Egyesület XVIII. Világkongresszusa. 1998. szeptember 14-18., Tokió, Japán.

Információ: prof. Yazaki Y. and prof. Shigematsu H., Univ. Tokyo, Faculty of Medicine, First Dept. Surg. – Saction Vasc. Surg. Urg., 7-3-1 Hon-go, Bunkyo-ku-113, Tokyo, Japán.

ÉRBETEGSÉGEK • VASCULAR DISEASES

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

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE

ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinih Csaba, dr. Horváth László, dr. Hüttl Kálmán, dr. 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 • *Haemorheologia:* dr. Kollár Lajos • *Haemostaseologia:* dr. Váczi István • *Belgyógyászat:* dr. Káli András • *Radiológia:* dr. Molnár Ferenc • *Bőrgyógyászat:* dr. Várkonyi Viktória • *Neurológia:* dr. Szegedy Norbert • *Gyermekekori érbetegségek:* dr. Tasnády Géza •

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

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

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

E mail: Bihari @ mail. Elender. HU. Tervezőszerkesztés: dr. Sébor József

Nyomás: Szekszárdi Nyomda, felelős vezető: Vadász József

Mit kínál az EGIS GYÓGYSZERGYÁR Rt. a kardiovaszkuláris terápiában?

- Prevenciótól a Rehabilitációig
- Sokéves klinikai tapasztalat
- Jó kombinálhatóság
- Individuális kezelés

Vérnyomáscsökkentők

Ca-csatorna blokkolók

Értágítók

Béta - blokkolók

Diuretikumok

Lipid csökkentő

Thrombocyt
aggregáció
gátló

Kombinációk



További információk beszerezhetők: EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.
Termék Osztály, 1101 Budapest, Salgótarjáni út 20. Telefon: 260-2282



EGIS GYÓGYSZERGYÁR RT.

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló megírásához

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

Kitekintést kívánunk adni a nemzetközi szakirodalomra, referátumok formájában. Szívesen látunk beszámolókat hazai és külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezzük a hangsúlyt. A klinikai vagy kísérletes munka során szerzett személyes tapasztalatokat, észrevételeket, véleményeket és ellenvéleményeket nyílt levél formájában kívánjuk megjelentetni.

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat két példányban kérjük elküldeni. A gépelés 2-es sorközzel (a lap egyik oldalán) történjen, egy-egy oldal 30 sort, soronként kb. 60 betűhelyet tartalmazzon. A szerzők teljes nevét kérjük kiírni, a doktori címmel együtt, egyéb rang, tudományos cím ne legyen feltüntetve. A szerző(k) munkahelyéről informáló fejléctet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadunk számítógépes lemezt a következő rendszerekben: XyWrite, ASCII, 8-bit ASCII, WordStar 3., 4.0, 5.0, MS-Word, WordPerfect; elsősorban ezek Ventura kiterjesztéseivel, de anélkül is megfelel. Ez esetben a kéziraatra vonatkozó általános szabályok érvényüket veszítik, de az optimális terjedelmet kérjük figyelembe venni.

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

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást igyekszünk kerülni. A közleményben következetesen azonos fogalom megjelölésére egyformán írt szavakat elfogadjuk.

Lehetőleg csak az általánosan elfogadott *rövidítéseket* használjuk, mert az újak megnehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedettek.

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

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

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

A cikk végén az *első szerző levelezési címét* kérjük megadni. Javasoljuk, hogy a szerző egy példányt őrizzen meg saját magának.

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

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

Fizessen elő az

ÉRBETEGSÉGEK

című, negyedévenként megjelenő

folyóíratra, szakmánk első magyar nyelvű, rendszeresen jelentkező lapjára!

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

A Magyar Angiológiai Társaság tagjai számára ezen folyóirat díjtalan.

A Társaság az 1997. évre a tagdíj fizetését felfüggesztette.

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

1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.,

postai utánvétellel, a postai költség felszámításával.

MEGRENDELŐLAP

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

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című folyóirat 1997. évi számait egy példányban, 1400,-Ft éves előfizetési díjért.

Megrendelő neve:

.....

Címe (város):

.....

Utca, tér, házszám:

Emelet, ajtó: Ir. szám:

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

.....

aláírás

* Kérjük a megfelelő szöveget aláhúzni.

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai Társaságba. A Társaság az 1997. évben tagdíj fizetésére nem tart igényt.

KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefonszám:.....

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

.....

Beosztás:.....

Szakterület:.....

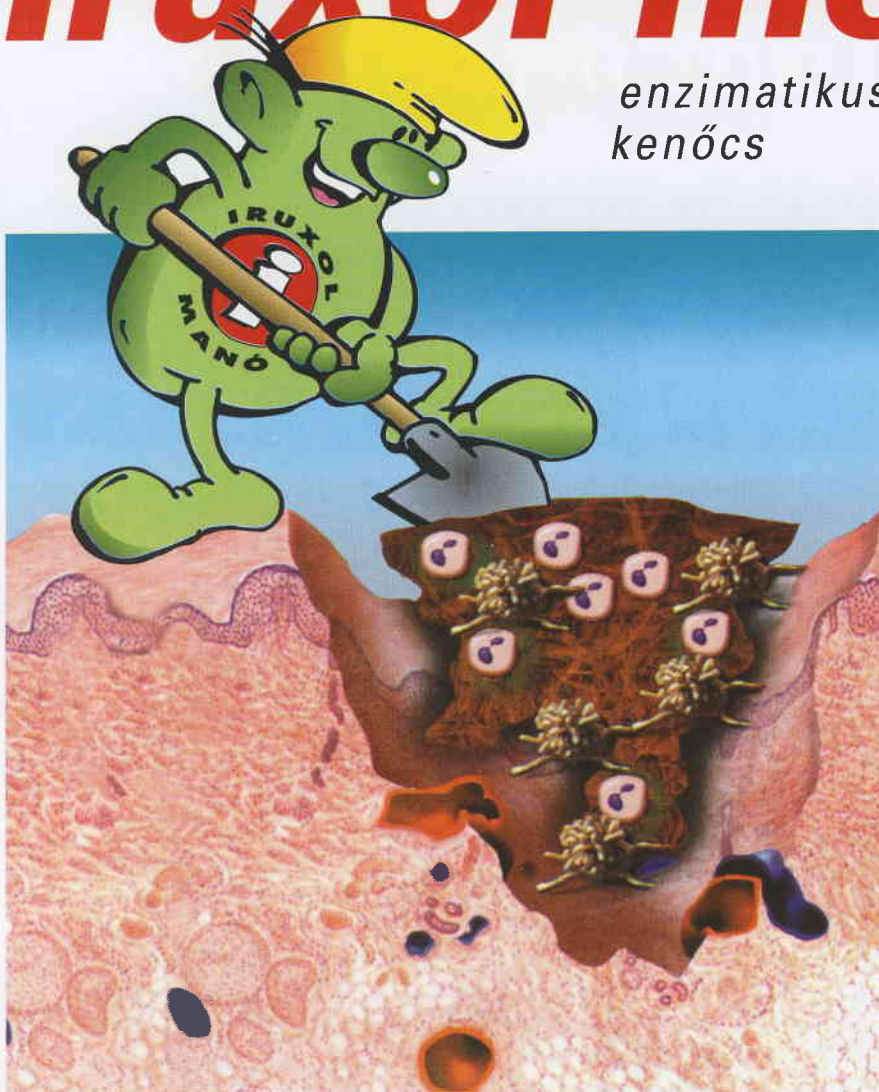
.....

.....

aláírás

Iruxol[®] mono

enzimatis sebtisztító
kenőcs



Elősegíti
a szervezet fiziológiás
sebgógyulási folyamatát

Az egészséges
szövetet nem károsítja

Hatékonyasága
és biztonságossága
klinikailag igazolt

Egyszerű, megbízható,
gazdaságos

Naponta egyszer
alkalmazandó

Nem tartalmaz
konzerválószer

Elbánnok a sebbel-lobbal!

Hatóanyag: 1,0 g lipofil, vízmentes kenőcsben; 1,0-4,75 mg kollagenáz-Knoll, amely legalább 0,24 E proteáz-t tartalmaz.

Javallatok: Kután- és szubkután fekélyesedés esetén a seb enzimatis tisztítása, az elhalt szövetrészek eltávolítása.

Adagolás és alkalmazás: Naponta egyszer kb. 2 mm-es rétegben kell felvinni a kenőcsöt az enyhén megnedvesített kezelendő felületre. Bizonyos esetekben napi kétszeri alkalmazásra is szükség lehet.

A kötést általában elég naponta egyszer cserélni. A sikeres enzimatis sebkézelés érdekében a sebfelületet nedvesen kell tartani.

A száraz sebet ezért fiziológiás konyhasó (0,9% NaCl) vagy más szövetbarát (Ringer) oldattal kell megnedvesíteni. A száraz pörköket először nedves kötéssel fel kell puhítani. Visszeres fekély Iruxol mono kenőccsel történő kezelését célszerű fedőkötéssel kiegészíteni. Artériás keringési zavarok esetén szisztémás gyógyszeres kezelés ajánlott.

Ellenjavallatok: A készítmény bármely összetevője iránti túlérzékenység.

Mellékhatások: Általában jól tolerálható. Az alkalmazás során helyi fájdalom vagy irritáció (égő, csipő érzés) előfordulhat.

Gyógyszerköcsönhatások:

–Antiszeptikumok, nehézfémek, detergensek és szappanok egyidejű alkalmazása gátolja a kollagenáz aktivitását.

–Lokális thyrothricin-, gramicidin és tetraciklin kezelést nem szabad végezni az Iruxol mono kenőcs terápia idején.

–Kloramfenicol, neomicin, framycetin, bacitracin, gentamicin, polymyxin B és makrolid antibiotikumok, pl. eritromicin kompatibilisnek bizonyultak.

Tárolás: 25°C fölötti hőmérsékleten nem tárolható.

Lásd a részletes gyógyszeralkalmazási előírást!

Információ: Knoll AG magyarországi képviselője, BASF Hungária Kft. **Knoll Divízió**
1034 Budapest, Seregély u. 1-5. Telefon: 250-4111, Fax: 250-4660, 250-4661

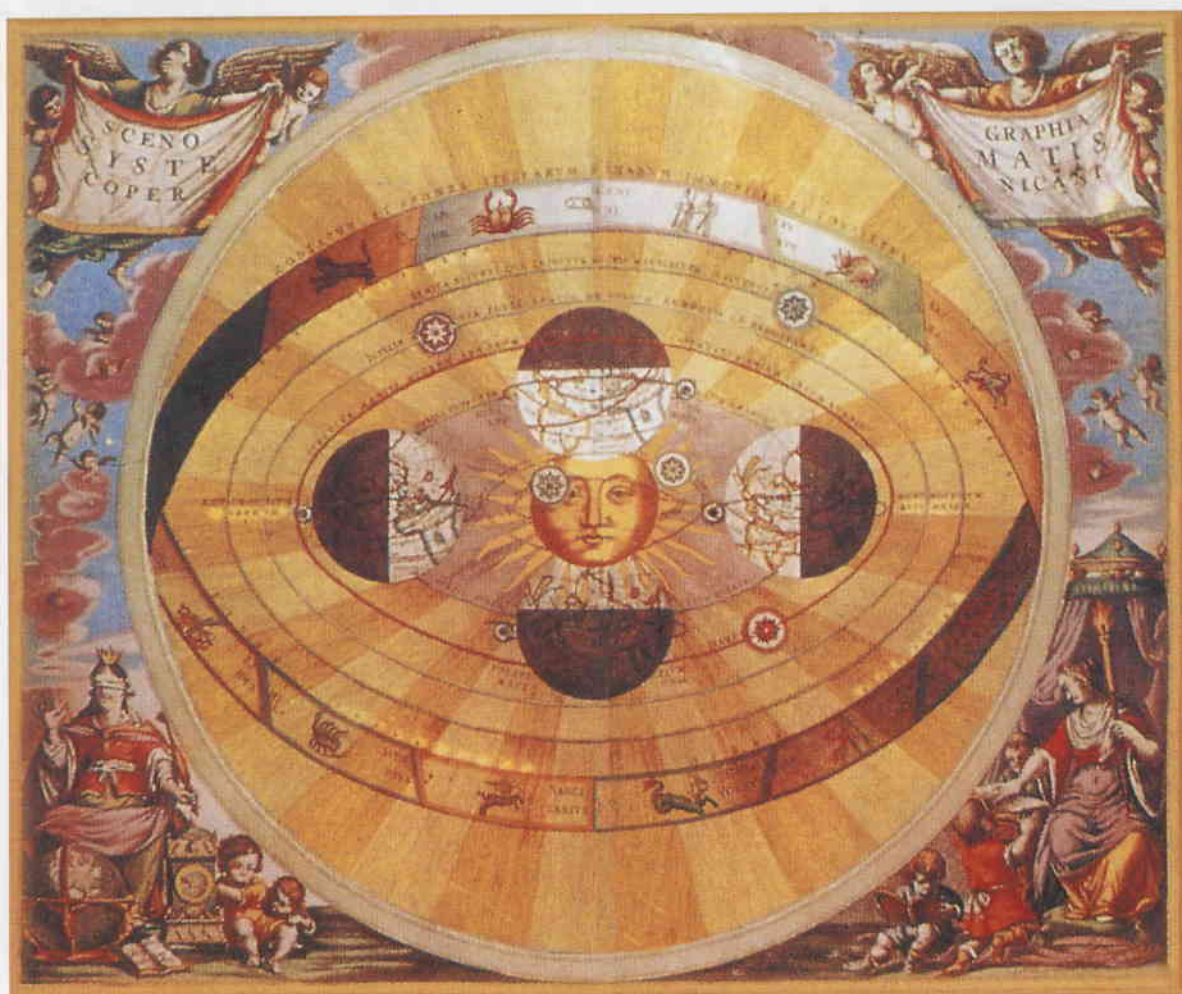

knoll
BASF Pharma

Trental[®]

Pentoxifyllin

drazsé és injekció

Eppur si muove!
És mégis „kering”!



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

Trental drazsé 400 mg 100x
Trental injekció 100 mg 25x
Kérjük olvassa el az alkalmazási előíratot.

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

Hoechst

Hoechst Marion Roussel
A Hoechst gyógyszervállalata