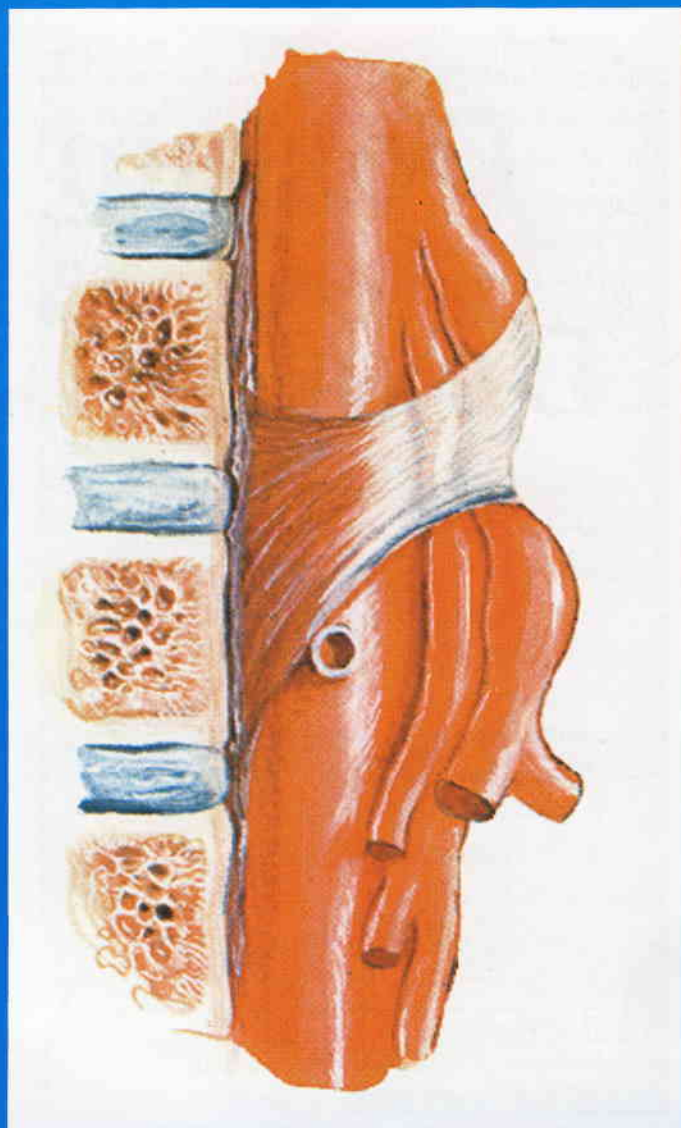


ÉR BETEGSÉGEK

ORVOSTUDOMÁNYI SZAKFOLYÓIRAT



Tartalom

ARTÉRIÁK BETEGSÉGEI

*Dr. Kaliszky Péter, dr. Gyurkovics Endre,
dr. Regáli László, dr. Molnár Zsuzsanna:*

Az alsó végtag embolektómiája, trombektómiája
során végzett primer rekonstrukciók
és ezt követő reoperációk

ESETISMERTETÉS

*Dr. Litauszky Krisztina, dr. Olvasztó Sándor,
dr. Rácz Tibor, dr. Kosztyu László, dr. Tóth Csaba:*

Leriche syndrome és zsigeri artériás
kompresszió együttes kezelési stratégiája

HISTÓRIA

Dr. Keresztury Gábor:

Az endovaszkuláris aneurysmasebészet
kezdeti nehézségei és aktuális problémái
(I. rész)

TOVÁBBKÉPZÉS

Dr. Bihari Imre, dr. Tomcsányi István:
Tanácsok

tudományos közlemény megírásához

PÁLYÁZAT

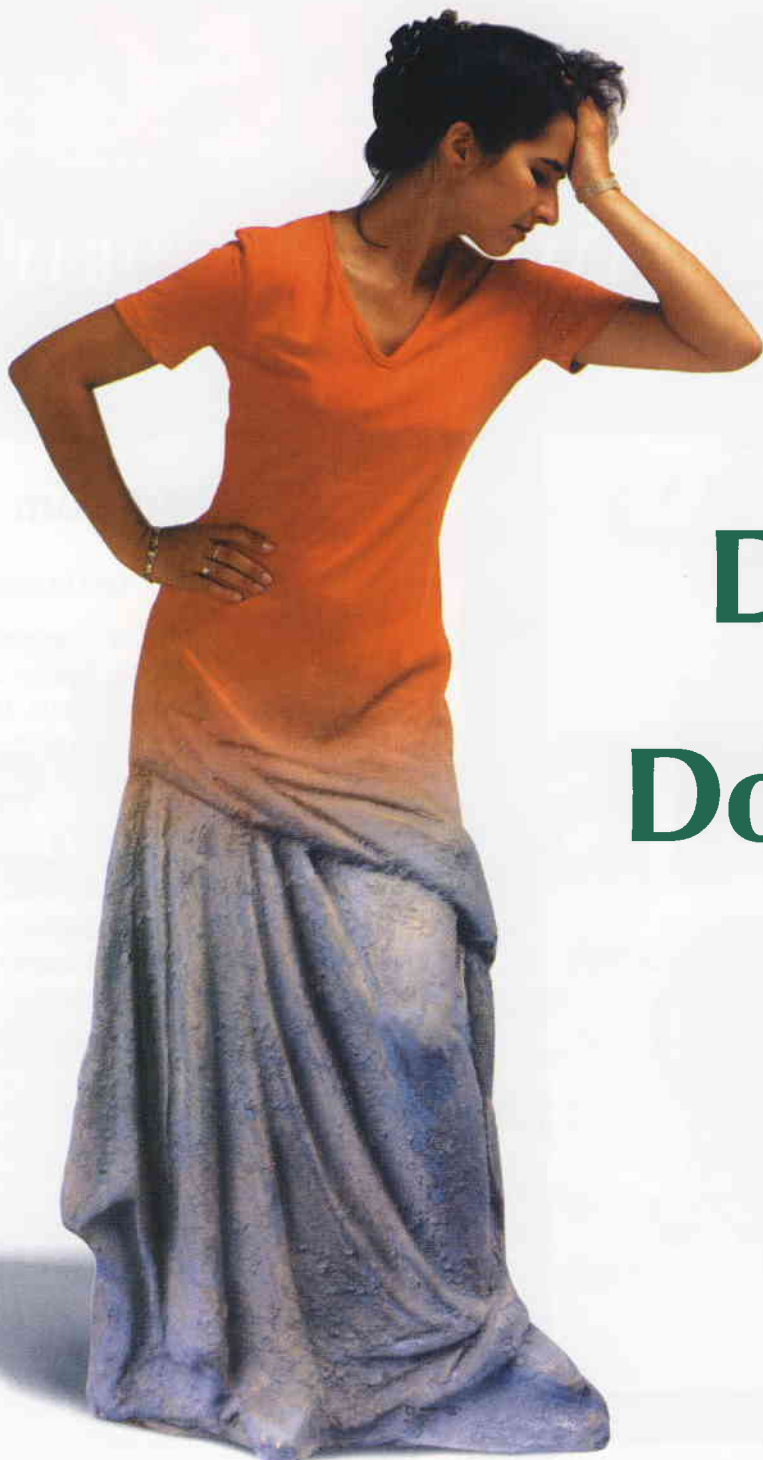
KONGRESSZUSOK, RENDEZVÉNYEK

2000

4.

A Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság
lapja





Doxium[®]

Tabletta
Kapszula

Doxivenil[®]

Gél

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 kóros elváltozásait. A **Doxivenil[®]** gél lokális alkalmazása előnyösen egészíti ki a szisztémás kezelést.

További információval
készséggel állunk rendelkezésére:

Pályázati kiírás a MAÉT Tudományos Díjára

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság pályázatot ír ki a MAÉT Tudományos Díjára. Életkori megkötés nincs, azonban a szerzők, illetve a társszerzők között osztályvezető főorvos vagy tudományos minősítéssel rendelkező nem lehet.

A pályázat témája szabadon választható az angiológia és az érsebészet témakörén belül, illetve annak határterületén. A pályázó munkáját előadás, poszter vagy videó formájában adja elő a Szombathelyi Angiológiai Napokon. A szerző munkáját folyóiratunk „Útmutatója” alapján, kézirat formájában (nem csak diszken), 3 példányban küldje el lapunk szerkesztőségébe. A pályázat teljes anyagának leadási határideje 2001. május 31. Az értékelést a MAÉT vezetősége az írott munka alapján végzi.

Díjak:

I. díj: Egy európai nemzetközi kongresszus regisztrációs díja.

II. díj: Egy európai kongresszus regisztrációs díja.

III. díj: A Szombathelyi Angiológiai Napok hivatalos költségei (részvételi díj, szállásköltség, társasági programok).

Csak azok a pályázatok részesülhetnek díjazásban, amelyek megfelelnek a szakcikkek általános követelményeinek (irodalomjegyzék, szükség szerint illusztrációk stb.), de cikk formájában még nem jelentek meg. A pályázat eredményét és a díjazott, valamint arra érdemes pályamunkákat folyóiratunk megjelenteti.

Az eredményhirdetésre a Szombathelyi Angiológiai napokon kerül sor.

Contents

Vol. VII. No. 4. 2000

Diseases of Arteries

Péter Kaliszky, Endre Gyurkovics, László Regáli, Zsuzsanna Molnár: Primary Reconstructions during Embolectomy and Thrombectomy of the Lower Limb and Reoperations Afterwards 119

Case Report

Krisztina Litauszky, Sándor Olvasztó, Tibor Rácz, László Kosztyu, Csaba Tóth: Treatment Strategies for the Combined Occurance of Leriche-Syndrome and Mesenteric Artery Stenosis 123

History

Gábor Keresztury: Difficulties and Current Problems in the Endovascular Surgery of Aneurysms 129

Postgraduate Instructions

Imre Bihari, István Tomcsányi: Advices for Writing Scientific Publication 135

Szombathelyi Angiológiai Napok (A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság Kongresszusa)

2001. október 4-6.

Szombathely

Információ:

dr. Nagy István

9700 Szombathely, Markusovszky u. 3.

Telefon, fax: 94-515-639.

E-mail: szheseb1@elender.hu

ÉRBETEGSÉGEK • VASCULAR DISEASES

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tudományos folyóirata • Scientific Journal
of Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE

ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsini Csaba, dr. Horváth László,
dr. Hüttl Kálmán, dr. Jámor 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 • *Haemorreologia:* dr. Kollár Lajos • *Belgyógyászat:* dr. Káli András •

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

dr. Szegedy Norbert • *Gyermekkori 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: 3345-468.

Tervezőszerkesztés: dr. Sébor József.

Nyomás: Zenith Rt. – Egyetemi Nyomda, Budapest.

Naftilong®

100 mg, 200 mg retard kapszula

perifériás értágító

Hatóanyaga: naftidrofuryl

Jellemzői:

- szelektív szerotonin receptor antagonistá hatás
- thrombocyta aggregáció gátló hatás
- vér rheológiai tulajdonságainak javítása

Javallat: perifériás artériás keringési zavarok (claudicatio intermittens) kezelésére.
Adagolás: napi 3 x 100 mg, ami szükség esetén napi 3 x 200 mg-ra emelhető.

Társadalombiztosítási támogatás mértéke: 50%.

Ellenjavallatok:

cardialis decompensatio, acut myocardialis infarctus, szívritmuszavarok, súlyos angina pectoris, artériás vérzések, hypotonia, orthostatikus regulációs zavar, TIA, terhesség, szoptatás.

Mellékhatások:

esetenként alvászavar, nyugtalanság, szédülés, gyomor-bélpanaszok, oesophagitis, vérnyomásesés, orthostatikus regulációs zavar, angina pectoris roham, oedema képződés, vizeletürítési zavar, fáradtság, allergiás reakciók, paraesthesia, fejfájás.

Gyógyszerkölcsönhatások:

antiarrhythmiás szerek és béta-receptor blokkolók, antihypertensivumok hatását fokozhatja.

További információ:



HEXAL Hungaria Kft.
1126 Budapest, Beethoven u. 2/a.
Tel./Fax: 356-9108
e-mail: hexal@elender.hu

Az alsó végtag embolektómiája, trombektómiája során végzett primer rekonstrukciók és ezt követő reoperációk

DR. KALISZKY PÉTER, DR. GYURKOVICS ENDRE,
DR. REGÁLI LÁSZLÓ, DR. MOLNÁR ZSUZSANNA

ÖSSZEFOGLALÁS

Az artériás embólia és az arteriosclerosis talaján kialakult, akut, végtagot veszélyeztető ischaemia elkülönítése sokszor nehéz. Az elmúlt 15 év során akut ischaemia miatt 411 betegen végeztünk az alsó végtagon érsebészeti beavatkozást. A műtéti leletek alapján az elzáródás oka 159 esetben (38,7%) trombózis volt. Ezeknek a betegeknek az ellátása során a trombektómia mellett 29,6%-os gyakorisággal kényszerültünk primeren valamilyen rekonstruktív műtetre, illetve az esetek 25,2%-ában reoperációra. A betegek 17,6%-ánál kellett amputációt végeznünk. Cikkünkben az alkalmazott műtéti megoldásokkal kapcsolatos tapasztalatainkat összegezzük. Véleményünk szerint, amennyiben a Fogarty katéterrel végzett beavatkozás nem, vagy csak részlegesen sikeres, már az első ellátás során törekedni kell az elfolyási pálya tisztázására, és a végleges érsebészeti megoldásra. Kezelési taktikánk az elmúlt évek során ennek megfelelően változott, beteganyagunkban a primer rekonstrukciók száma nőtt (17,6%-ról 55%-ra, $p < 0,05$).

KULCSSZAVAK

embolektómia, trombektómia, rekonstrukció

Primary Reconstructions during Embolectomy and Thrombectomy of the Lower Limb and Reoperations Afterwards

PÉTER KALISZKY M. D.,
ENDRE GYURKOVICS M. D.,
LÁSZLÓ REGÁLI M. D.,
ZSUZSANNA MOLNÁR M. D.

Sometimes it is hard to differentiate the arterial embolism and limb threatening acute ischemia that developed on the ground of arteriosclerosis. In the last 15 years 411 patients were operated on acute lower limb ischemia. According to the intraoperative findings thrombosis was the reason of the occlusion in 159 cases (38.7%). In the course of the therapy of these patients over the thrombectomy in 29.6% of the cases was necessary to do a reconstructive operation and in 25.2% reoperation. We had to make amputation in 17.6%. In our opinion, if the operation with Fogarty catheter was unsuccessful or only partly successful, it is necessary to endeavour to clarify the run off vessels and to make a final vascular surgical solution. In the last years our therapeutic tactics has changed according to this and the number of primary reconstructions increased (from 17.6% to 55% $p < 0.05$).

KEYWORDS

embolectomy, thrombectomy, reconstruction

Bevezetés

A végtagot veszélyeztető akut ischaemia két leggyakoribb oka az artériás embólia, illetve trombózis (1, 3, 4, 5, 6, 7). A két kórkép elkülönítése a klinikai kép alapján sokszor nehéz. A végtag állapota miatt gyakran nincs idő és lehetőség kétes esetekben az etiológia tisztázására (4, 5). Az akut trombózis és embólia sebészeti kezelése viszont alapvetően különböző (4, 5, 6, 8).

Beteganyag és módszer

A Semmelweis OTE II. és I. sz. Sebészeti Klinikáján 1983 és 1999 között 411 beteget operáltunk az alsó végtag akut ischaemiája miatt. A vizsgált beteganyagból kizártuk azokat a betegeket, akik primeren konzervatív kezelésben részesültek, vagy az érintett oldalon előzőleg valamilyen rekonstrukzív műtét történt. Adatainkat a műtési leírásokból és átnézett kórlapokból nyertük. A statisztikai vizsgálatokhoz a T próbát használtuk.

Eredmények

A 411 operált beteg közül a műtési lelet alapján az elzáródás hátterében 159 (38,7%) esetben akut trombózis állt. Annál a 252 betegnél, akiknél az elzáródást embólia okozta, a Fogarty katéterrel végzett beavatkozás 88,5%-ban sikeres volt, mindössze 5,5% igényelt reoperációt, illetve 6% amputációt a későbbiekben. (1. ábra.) Ezzel ellentétben a másik betegcsoportban a trombektómia önmagában csak az esetek 28,3%-ában vezetett kielégítő eredményre, 28,3 reoperációt, 29,6% pedig primer rekonstrukciót igényelt. A betegek 17,6%-át kellett amputálni.

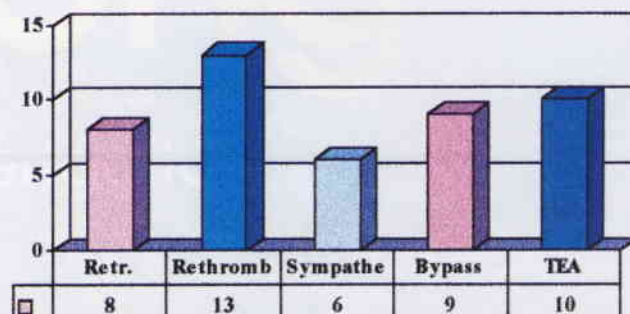
A 2. ábrán a reoperációk típusait tüntettük fel. 40 betegnek 46 reoperációt végeztünk, ezek közül 27 volt rekonstrukzív jellegű, bypass műtétet, TEA-t, illetve distális kiterjesztést nagyjából egyforma gyakorisággal végeztünk.

A reembolectómia és retrombektómia eredményei a trombózt és az embóliát követően végzett reoperációt tekintve rendkívül szerények voltak. (3. ábra.) Az occlusio, illetve reocclusio okát nyilvánvalóan nem szüntették meg, a betegek 30%-át amputálni kellett, és 27%-os volt a halálozás.

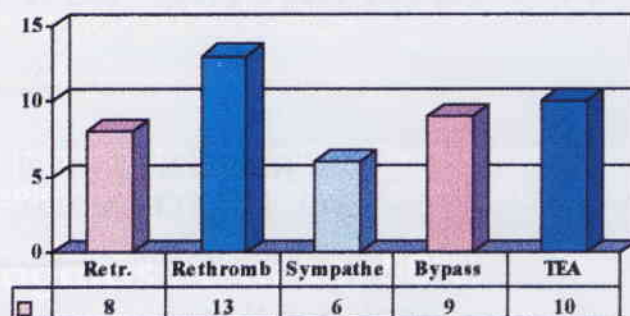
53 esetben próbáltunk primer rekonstrukciót végezni, 6 beteg (11%) azonban a distális elfolyási pálya hiánya miatt alkalmatlan volt a műtét kiterjesztésére. A 47 primer rekonstrukción átesett beteg műtési típusait a 4. ábrán tüntettük fel.

Az 5. ábrán a reoperációk és a primer rekonstrukciók eredményeit hasonlítottuk össze. A halálozás közel azonos volt, azonban a végtag megtarthatóság szempontjából az eredmények jóval kedvezőbbek voltak a primeren rekonstruált betegek csoportjában, 6,4%, illetve 30%.

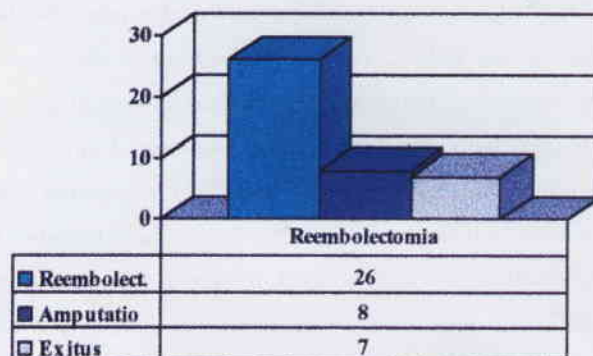
A két vizsgálati időszakot (1983-92, illetve 1993-99) összehasonlítva, azt találtuk, hogy a primer rekonstrukciók



1. ábra. A reoperációk, primer rekonstrukciók gyakorisága.



2. ábra. A reoperációk típusai.



3. ábra. A reembolectómia és thrombektómia eredményei.

aránya beteganyagunkban növekszik (17,6%-ról 55%-ra), és ez a növekedés szignifikánsnak ($p < 0,05$) bizonyult. (6. ábra.)

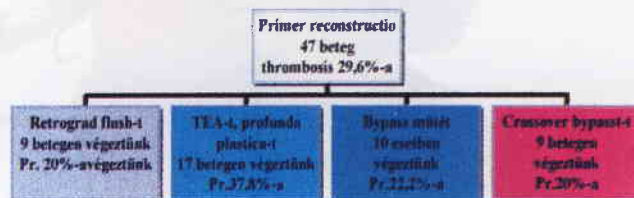
Megbeszélés

Az akut, végtagot veszélyeztető végtag ischaemia sürgős sebészeti ellátást igényel. Tekintettel az időfaktorra, kétes esetben nincs mindig lehetőség az elzáródás pontos okának tisztázására (4, 5). Amennyiben az occlusio oka arteriosclerosis alapján kialakult trombózis, az egyszerű trombektómia nem vezet tartós elfogadható eredményre, hiszen az elzáródás okát nem szünteti meg, gyakori a reocclusio (4, 5). A trombózis szerényebb eredményei, lassúsága, kockázata, valamint nehéz hozzáférhetősége miatt csak a betegek bizo-

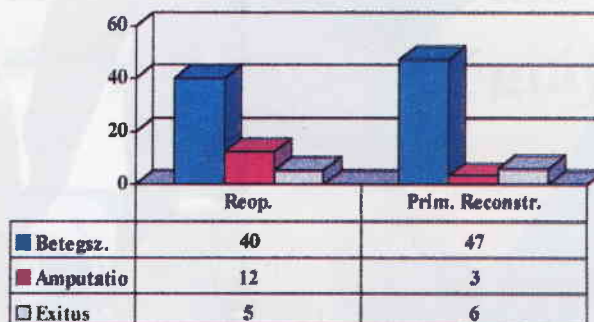
nyos részénél jön szóba, mint alternatív kezelési eljárás (2, 6). A reoperáció lokális feltételei ilyenkor a thrombus képződés és intima sérülések miatt rosszabbak. Véleményünk szerint, amennyiben a Fogarty katéterrel végzett beavatkozás során trombózt találunk, és nem tudjuk az érintett érszakaszt rekanalizálni, a műtét azonnali kiterjesztése szükséges a végtag megmentése érdekében. Distalis akadály esetén a poplitea és a lábszárerek feltárása, illetve intraoperatív angiográfia elvégzése indokolt, hogy az elfolyási pályát tisztázzuk. Ha a femoralis oszlás stenotikus és a femoralis superficialis elzáródott, a profunda plastika és rekanalizációja sokszor elégséges a végtag megmentéséhez. Ha az elzáródás a femoralis oszlástól proximalisan van, és a rekanalizáció Fogarty katéterrel nem sikerül, crossover bypass vagy másfajta bypass vagy TEA a lehetséges műtéti megoldás (8, 9). Tapasztalataink szerint a primeren végzett rekonstrukciók halálozási aránya nem magasabb, mint a reoperációk halálozása. A trombózis okozta akut érelzáródások aránya beteganyagunkban statisztikailag kimutathatóan 35%-ról 50%-ra nőtt, a primer rekonstrukciók gyakorisága pedig szintén szignifikáns emelkedést mutatott (17,6%-ról 55%-ra). A trombózis okozta elzáródások aránya mások szerint is növekszik, elérheti az 59%-ot (5, 2), a rekonstrukciók gyakorisága meghaladhatja a 60%-ot (5). A végtag megtarthatóságát jelentősen befolyásolhatja az, hogy a trombózis miatt kialakult elzáródást milyen gyakorlottságú sebész operálja. Az amputációs arány ennek függvényében 9-25% között ingadozhat (5). A primer rekonstrukciós érműtét feltételei azonban nem minden sebészeti osztályon adóttak. Ezért célszerű lenne azokat a betegeket, akiknél a műtét kiterjesztése várható, olyan helyen ellátni, ahol az esetleges primer rekonstrukciót el lehet végezni.

Irodalom

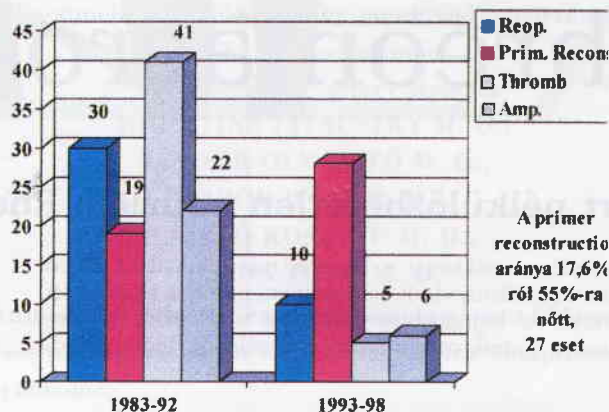
1. Aune, S., Trippestad, A.: Operative mortality and long-term survival of patients operated on for acute lower limb ischaemia. Eur. J. Vasc. and Endovasc. Surg. 15(2): 143-6., 1998. feb.
2. Golledge, J., Galland, R. B.: Lower limb intra-arterial thrombosis. Postgrad. Med. J., 71(833): 146-50., 1995. mar.
3. Hansen, C. P., Holtveg, H. M., Rasch, L., Holstein, P.: Thromboembolectomy in geriatric patients from long-stay wards. Dan. Med. Bull., 39(6): 570-2, 1992. dec.
4. Kauhane, P., Perakyla, T., Lepantolo, M.: Clinical distinction of acute and acute on chronic leg ischaemia. Ann. Chir. Gynaecol., 84(4): 335-8., 1995.
5. Luther, M., Alback, A.: Acute leg ischaemia – a case for the junior surgeon? Ann. Chir. Gynaecol., 84(4): 373-8., 1995.
6. Porter, J. M.: Thrombolysis for acute arterial occlusion of the legs (editorial; comment): New England J. of Med., 338(16): 1148-50., 1998. apr. 16.



4. ábra. A primer rekonstrukciók típusai.



5. ábra. A reoperáció és primer rekonstrukció eredményei.



6. ábra. A reoperáció és primer rekonstrukció eredményei.

7. Rordam, P., Enevoldsen, M. T., Gronvall-Rasmussen, J. B., Laursen, N. O., Hensler, M. K., Madsen, P. V., Schroeder, T. V.: Thrombolytic therapy in acute lower extremity ischaemia. Ugeskr. Laeger. 158(36): 5018-21., 1996. sep. 2.
8. Sichel, L., Succi, L., Basile, A., Latteri, F.: Axillofemoral bypass: a potential solution of acute ischaemia of the lower limb. Minerva Chir., 50(1-2): 149-54, 1995. jan-feb.
9. Treska, V., Valenta, J.: Role of crossover bypasses in the treatment of ischaemia of the lower extremity. Croatian Med. J., 39(4): 422-5., 1998. dec.

Dr. Kaliszky Péter

Semmelweis OTE,

I. sz. Sebészeti Klinika

1082 Budapest, Üllői út 78.

A papa újra köztünk lehet!

A megújult Rheomacrodex®

Made in Sweden

10 %-os dextrán 40

Miért nélkülözhetetlen infúzió a Rheomacrodex®?

- Kimagaslóan csökkenti a hipoxia miatt kialakult kóros leukocita tapadákonyságot és rigiditást, amely a károsodott szövetekben a legnagyobb keringési ellenállást jelenti, ezért javítja a mikrocirkulációt, szabadgyök fogó hatása van.

- Magas kolloidonkotikus nyomásának köszönhetően az ödémás szövetekből vizet von el, így optimalizálja a szervezetben belüli folyadéktarték megoszlását. Ennek a mikrocirkuláció javítása szempontjából kettős hatása van.

1. Csökken az extravascularis tér általi kapilláris kompressziós hatás.

2. Hemodilúció jön létre, javul az alakos elemek / plazma arány.

- Gyors beadás után a beadott volumen kétszeres vértérforagatnövekedést eredményez. Lassan beadva a kezdeti volumenexpansió nem érvényesül.

- Gátolja a vörösvértestek és trombociták aggregációját.

- Csökkenti a trombociták és a fibrin lerakódását a sérült és a testidegen felületeken, ezáltal kisebb trombusok képződnek implantáció és bypass műtétek során.

- Kielégítő trombózis profilaxist biztosít a legtöbb esetben. Szokásos dózisban adható LMWH-nal kombinációban, a

vérzés további fokozódásának kockázata nélkül.

- Emeli az endogén t-PA szintet, fokozza a trombusok oldékonyságát.

- Alkalmazása során csökken a fatális tüdőkomplikációk száma (pulmonális embólia, ARDS)

- Természetes alanyanyagból készül. Teljesen lebomlik széndioxidra és vízre. Ezért nem maradnak a szervezetben bomlástermékei.

- Kedvező ár / hatékonyság.

"Dextrán 1 (Promit®) előzetes adásával, haptén gátlás révén a dextrán okozta reakciók kivédhetők.

Jelenleg a klinikai gyakorlatban haptén gátlással együtt alkalmazva a dextrán a legbiztosabb plazmapótszer.

"Prof. Hengo Haljamae

Svédország, Göteborg, Sahlgerska

Egyetemi Kórház Aneszteziológia és Intenzív Terápia

A Macrodex® (dextrán 70) újra kapható.- Tartós volumenpótlás.

További információ és rendelésvétel:

H-6722 Szeged, Béke u. 9/a Tel./fax: (62) 443-571



The real solutions

Medisan
HUNGARY Ltd.

Leriche syndroma és zsigeri artériás kompresszió együttes kezelési stratégiája

DR. LITAUSZKY KRISZTINA, DR. OLVASZTÓ SÁNDOR,
DR. RÁCZ TIBOR, DR. KOSZTYU LÁSZLÓ, DR. TÓTH CSABA

ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők ismertetik 44 éves nőbetegük arteria mesenterica compressios syndroma miatt sikerrel operált esetét.

A betegnél hasi fájdalmak, jelentős fogyás miatt részletes gastroenterológiai kivizsgálás történt. Alsó-végtagi panaszok miatt angiográfiát végeztek, amely Leriche syndromát igazolt, valamint ábrázolta a truncus coeliacus elzáródását és az a. mesenterica superior szűkületét.

Műtéti lelet a rekeszsírok által leszorított – anatómiai variánsként – a truncus coeliacushoz közel eredő a. mesenterica superior mutatott, amelynek felszabadítását és ballonkatéteres tágítását végezték.

Esetük kapcsán ismertetik az alsó-végtagi és mesenterialis érszűkület együttes előfordulásakor szükséges kezelési stratégiát.

KULCSSZAVAK

Leriche syndroma, mesenterial steal, bélischaemia, zsigeri artériás kompresszió

Treatment strategies for the combined occurrence of Leriche-syndrome

and mesenteric artery stenosis

KRISZTINA LITAUSZKY M. D.,

SÁNDOR OLVASZTÓ M. D.,

TIBOR RÁCZ M. D.,

LÁSZLÓ KOSZTYU M. D.,

CSABA TÓTH M. D.

Authors describe the case of a female patient (44) successfully operated on mesenteric artery compression syndrome.

The patient complained of abdominal pain and severe weight loss, that indicated detailed gastroenteric examination, and arteriography. Findings were: Leriche-syndrome, occlusion of the celiac axis and stenosis of the superior mesenteric artery.

Operative findings showed compression of the superior mesenteric artery by the overlying diaphragmatic crura, which – being an anatomic variation – arose close to the celiac axis.

We performed the decompression and intraluminal dilatation of the vessel.

Authors describe the necessary treatment strategies for the combined occurrence of the lower-limb and mesenteric artery stenosis.

KEYWORDS

Leriche-syndrome, mesenterial steal syndrome, mesenterial ischemia, visceral arterial compression.

Bevezetés

A kórkép morfológiai leírása

A zsigeri erek megbetegedése által okozott elváltozások a gyakorlatban ritkán előforduló, rutinvizsgálatokkal alig diagnosztizálható, súlyos panaszokat okoznak, melyeknek felismerését követően a betegség eredményesen kezelhető. Valójában milyen elváltozásról is van szó?

A truncus coeliacus kompresszióját Dunbar 1964-ben ismertette először.

A truncus coeliacust és az art. mesenterica superiorit komprimálhatják:

1. a mélyen eredő rekeszszárazak, ligamentum arcuatum inas rostjai (1-2. ábra),
2. a ganglion coeliacum vizenyős gyulladása,
3. ganglion solare,
4. periarteriális szövetek fibrotikus gyulladása,
5. nyirokcsomók.

Másodlagos intimaszaporulat, fibrotikus hegesedés – mely a mediára is terjedhet –, gyakran társul a kórképhez. Az elzáródás nem jellemző. A kompresszió helyén arterioscleroticus plakk található az esetek kis részében, illetve az artérián poststenotikus dilatatio figyelhető meg (1, 2).

Leriche-syndroma: teljes aortaelzáródás a renalis artériák szintje alatt.

Esetismertetés

44 éves nőbeteg jelentkezett kivizsgálásra belgyógyászati szakrendelésen, jelentős fogyás, étkezést követő hasi fájdalmak miatt. Alsóvégtagi dysbasiája 500 m körüli volt.

Elvégzett vizsgálatok:

Hasi UH: Epekövesség gyanúját veti fel.

Irrigoszkópia: Kissé spasztikus flexura hepaticát ír le, egyéb eltérést nem talál.

Nőgyógyászati vizsgálat és kismedencei UH-vizsgálat ismételtén negatív.

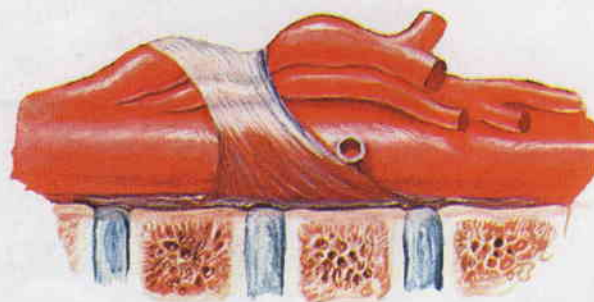
Colonoscopia: Irritabilis colon syndromát véleményezett, biopszia történt, amely enyhe gyulladásos jeleket mutató vastagbél-nyálkahártyát írt le.

CT: a rekesztől a kismedencéig készítették felvételeket, eredménye negatív.

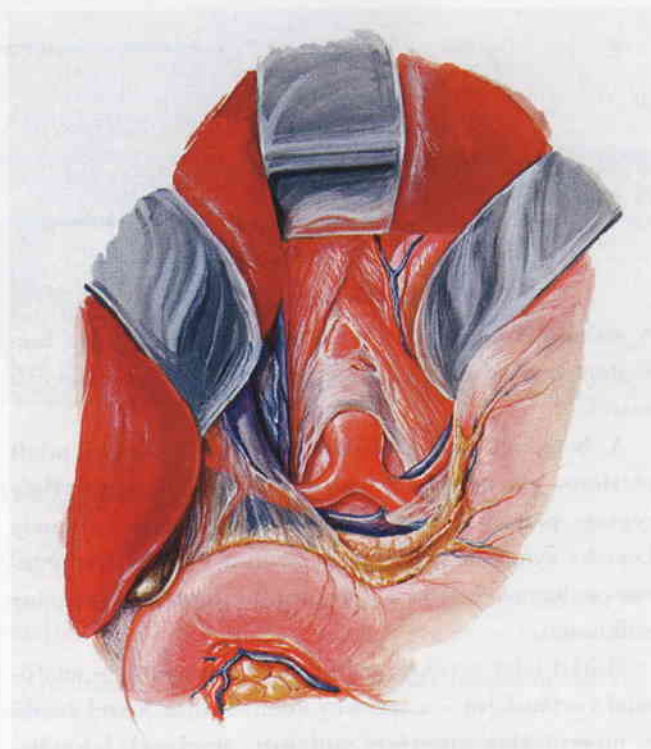
Angiográfia: AP és oldalirányú felvételek készültek, melyen Leriche-syndroma mellett a truncus coeliacus elzáródása és az a. mesenterica superior szűkülete igazolódott (3. ábra).

A vizsgálatok eredményét összegezve epekövesség, Leriche-syndroma és zsigeri érszűkület igazolódott.

Teljes median laparotomiából műtétet végeztünk, melynek során anatómiai variánsként a truncus coeliacus és az arteria mesenterica superior (AMS) egymáshoz közel, magasan a rekeszszárazak közötti eredését észleltük (4. ábra). A truncus coeliacus lezárt, rekonstrukciója alkalmatlannak bizonyult. Az AMS eredése a rekeszszárazak által okozott



1. ábra. A truncus coeliacus és arteria mesenterica superior együttes leszorításának ritka kombinációja.



2. ábra. A medialis sarlószalag okozta truncus coeliacus compressio előlnézetből.

kompresszió mellett, gyulladásos, kocsonyás kötőszövetbe ágyazott volt. Rátapintva a leszorítás alatti szakaszra, abban surranást éreztünk. Számottevő poststenoticus tágulatot nem észleltünk. Az AMS decompressióját, majd kis haránt arteriotomiából az ér katéteres tágítását végeztük. Az arteriotomiát direkt érvarrattal zártuk. Az előzőleg tapintható surranás megszűnt.

Zavartalan postoperatív kórlefolyás, a néhány napig tartó mérsékelt hasmenéstől eltekintve, amelyet revascularisációs reakciónak tartottak.

Betegünket rendszeresen kontrolláltuk. Étvágya jó, hízott, általános közérzete javult, hasi panaszai megszűntek. Fél év elteltével kontroll angiográfia igazolta az AMS átjárhatóságát, jó funkcióját (5. ábra).



3. ábra. DSA felvétel: Leriche-syndroma és arteria mesenterica superior compressio, a truncus coeliacus occludált.

Mivel a Leriche-syndroma továbbra sem okoz olyan fokú panaszokat nála, amely életvitelében akadályozná, így az aorto-femorális rekonstrukciótól eltekintettünk, egy esetleges mesenterialis steal lehetősége miatt.

Megbeszélés

Tünettan, patofiziológia, diagnosztika, műtéti megoldások

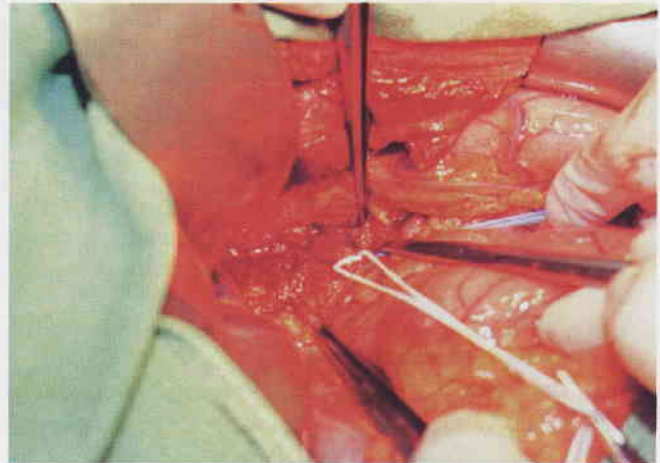
Bélischaemia kialakulhat akut és krónikus formában. Krónikus formája az angina abdominalis.

Jellemző tünetek: étkezést követő hasi fájdalom, fogyás, hasmenés, systoles zörej az epigastriumban (3).

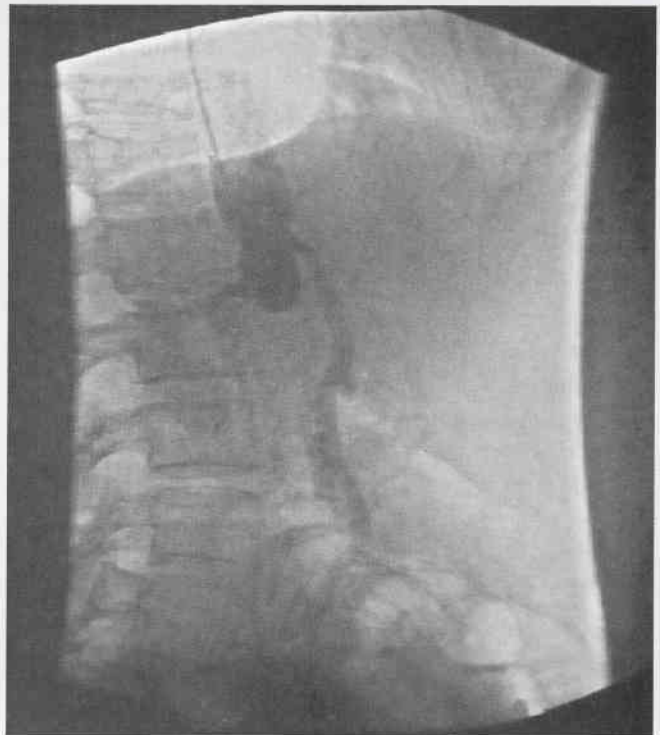
A krónikus mesenterialis obstrukció akkor válik szimptomatikussá, mikor a truncus coeliacus és az arteria mesenterica superior keringése jelentősen beszűkül, vagy occlusio alakul ki.

A keringés beszűkülése létrejöhet az arteriosclerosis, gyulladásos verőér-megbetegedések, valamint külső kompresszió következményeként is.

Fenti tünetek elsősorban hasüregi szervek megbetegedésére terelik figyelmünket. A gondos és részletes kivizsgálás eredménye hasüregi szervek vonatkozásában negatív, így felmerül a bél vérellátásának zavara, mint a panaszok oka, és az elvégzett angiográfia igazolja a diagnózist. A kivizsgálás során különösen fontos a pancreas megbetegedéseinek elkülönítő diagnosztikája, de bármilyen hasi görcsökkel járó megbetegedés (még a bérférgesség is!) kizárandó. Az elvégzett szokásos A-P irányú angiográfias felvételen indirekt jelek figyelhetők meg, úgy mint a kollaterális rendszer megerősödése, Canaly-féle jel. Oldalirányból, és esetleg szelek-



4. ábra. Műtéti felvétel: a medialis sarlószalag és rekeszszár átmetszése az arteria mesenterica superior fölött.



5. ábra. Oldalirányú angiographia az arteria mesenterica superiorról decompressio után.

tív katéterezéssel elkészített felvétel ad jó eredményt, mutatja egyértelműen a páratlan zsigeri ágak érintettségét (4).

A bél vérellátásának zavara iatrogen is lehet, az aortoiliacalis szakaszon végzett helyreállító érműtétek következményeként. Ischaemia általában a bal colónfélen (rectosigma) alakul ki, ha az arteria mesenterica inferior (AMI) előzőleg kollaterálisként működött. Elsősorban aorta aneurysma resectiók kapcsán fordul elő, gyakorisága 4%. Occlusiv típusú érbetegségeknél előfordulási gyakorisága valamivel alacsonyabb (1-4%), mivel a kollaterális hálózat kialakult. Vértelesség következményeként először a bélnyálkahártya káro-

– Arteria mesenterica inferior
– Arteria iliaca interna l. d.
– Arteria iliaca interna l. s.
– Arteria mesenterica sup.
– Arteria profunda fem. (a. obturatoria dext. et sin.)

**I. táblázat. Pontrendszer az angiográfia elemzéséhez.
Minden nyitott arteria(pár) egy pontot ér.**

sodik, hypermotilissá válik, a nyálkahártya lelökődik, véres, málnaszél-szerű székletet észlelünk.

Későbbiekben károsodik az izomréteg, paralyticus ileus alakul ki. A folyamatot sajnos sokszor csak már a serosa károsodott állapotában ismerik föl, amikor a serosa permeabilissá válik, peritonitis jön létre. Ilyenkor endotoxinok kerülnek a keringésbe, és shock alakul ki. Innen a folyamat, amennyiben a bélhuzam nagy részére kiterjed, visszafordíthatatlan, letalitása 80-90% (5).

Hasonló jelenség alakulhat ki steal-effektus kapcsán is, aorto-iliacalis helyreállító érműtétek következményeként.

Az időben felismert esetek műtétileg jól kezelhetők.

Az önmagában elvégzett decompressio csak mintegy az esetek 50%-ában biztosít jó hosszútávú eredményt. Szükséges a decompressiót kiegészíteni intraluminalis dilatációval vagy rekonstrukciós érműtéttel (6).

Érműtétek típusai:

- anterograd bypass,
- retrograd bypass (haemodinamikai szempontból kevésbé jó, mint a rövidebb anterográd),
- aorto-mesenterialis interpositio, aorto-coeliaco-mesenterialis patch bypass,
- AMS reimplantatio,
- trap-door aorta endarterectomy.

Elméleti megfontolások alapján a több-ér rekonstrukció az ideális, de a gyakorlat azt mutatja, hogy az egy-ér rekonstrukció is biztonságos és eredményes megoldás a krónikus intestinális ischaemia kezelésében (7., 8., 9., 10).

A primer műtéti eredmények jók, a műtéti mortalitás 1-2%-os. A gyulladásos eredetű megbetegedések esetében nagyobb az öt éven belüli recidíva (10%).

Az arteriosclerosis progresszív jellege miatt profilaktikus műtéti megoldás szükséges és indokolt, tünetek esetén egy verőér szűkülete esetében is, ha nincs egyéb kontraindikáció. Két ér elzáródása és a harmadik stenosisa esetén a megoldás sürgetővé válik.

Aorto-iliacalis területen végzett rekonstrukciós érműtét végzése előtt, az angiográfia elemzéséhez jó támpontot nyújthat az Országos Érsebészeti Intézet által felállított, 5 pontos rendszer (**I. táblázat**). Ennek alapján legfeljebb két ér lehet érintett minden következmény nélkül, amennyiben ennél több érintett, úgy a postoperatív iatrogén bélischaemia kialakulásának veszélye növekszik, mind az öt érintettség esetén a bal colonfél elhalása következik be.

Ezen súlyos szövődmény elkerülése érdekében a beteg gondos vizsgálata és az angiográfia felvétel alapos elemzése szükséges. Amennyiben felmerül a mesenterialis érintettség, a megfelelő kiegészítő vizsgálatok elkészítése szükséges. Ha gyanúnk igazolódik, úgy a műtéti stratégia módosítása szükséges, elsőbbséget élvezvén a mesenterialis terület rekonstrukciója.

Összefoglalás

Esetünk kapcsán, valamint irodalmi adatok alapján felhívjuk a figyelmet arra, hogy fokozott hangsúlyt kell fektetni az aorto-iliacalis szakaszon végzett helyreállító érműtét előtt álló beteg kivizsgálására és kezelésére, annak érdekében, hogy az igen súlyos szövődményt, az iatrogén bélischaemia kialakulásának esélyét minimálisra csökkenthessük.

Aortaműtét előtt, még abban az esetben is, ha a betegnek hasi panaszai nincsenek, az angiográfia igen gondos elemzése szükséges. Amennyiben felmerül a mesenterialis erek érintettsége, úgy a szokásos A-P felvételen kívül oldalirányú, illetve szelektív katéteres vizsgálatot is kell végezteni.

Mesenterialis érszűkület igazolódása esetén elsődleges ennek rekonstrukciója, majd második lépésben az aorto-iliofemorális rekonstrukció, egy esetleges mesenterialis steal, illetve bélhalál lehetősége miatt. Irodalmi és gyakorlati tapasztalatok alapján nemcsak a két-ér rekonstrukció, hanem az egy-ér rekonstrukció is ugyanolyan jó hosszú távú eredményeket ad, így az általánosan javasolt két-ér rekonstrukciótól indokolt esetben eltekinthetünk.

Irodalom

1. Wylie, Stoney, Ehrenfeld, Effeney.: Manual of Vascular Surgery. 21-217. Springer-Verlag, 1986.
2. Ouriel, Rutherford: Atlas of Vascular Surgery. W. B. Saunders Company, 1999.
3. Loffeld, Overtom, Rauwerda.: The celiac axis compression syndrome. Report of 5 cases. Digestion 1995, 56/6:534-7.
4. Geelkerken, van Bockel.: Mesenteric Vascular disease: a review of diagnostic methods and therapies. J. Cardiovasc. Surg. 1995. jún. 3/3:247-60.
5. Szabó, Solti, Nemes: Angiológia. Akadémia Kiadó, 1990. 190-91.
6. Bech.: Celiac artery compression syndromes. Surg. Clin. North. Am. 1997. ápr. 72/2: 409-24.
7. Capeller, Hubner, Kettmann, Behrmann.: Surgical therapy of chronic visceral arterial ischaemia with aortoceliac mesenteric patch bypass. Chirurg. 1998. jún.: 69/6:642-7.
8. Wolf, Verstandig, Sasson, Eidelman, Anner, Berlatzky.: Mesenteric bypass for chronic mesenteric ischaemia. J. Cardiovasc. Surg. 1998. febr. 6/1:31-34.
9. Klupp, Weidemann, Sorensen, Neuhaus.: Chronic mesenteric ischaemia-surgical therapy in 3 level occlusion. Chirurg. 1997. aug.: 68/8: 825-8.
10. Gentile, Moneta, Taylor, Park, McConnel, Porter.: Isolated bypass to the superior mesenteric artery for intestinal ischaemia. Arch. Surg. 1994. sept. 129/9: 926-32.

Dr. Litauszky Krisztina

DEOEC I. sz. Sebészeti Klinika

4012 Debrecen, Pf. 27.

Lioton® 100 000 gél

heparin 1000 N.E./g



Június közepétől a gyógyszertárakban

Hatékony megoldás az alsó végtagi varicositas és szövődményeinek kezelésére

- ✓ A legmagasabb heparin koncentrációjú gél
- ✓ Kitűnő penetráció, magas hatóanyag szint a bőrben
- ✓ Markáns lokális gyulladás- és vérárvadás gátló aktivitás
- ✓ Kiváló klinikai hatékonyság alsó végtagi varicositasban, illetve thrombo- és periphlebitisben, valamint felületes lágyrész sérülésekben: csökkenti az oedemat, exsudatiót, ill. a haematomát

... hogy a láb
újjaszülethessen!

- ✓ Rendkívül jó tolerancia mind lokálisan, mind szisztémásan: nem befolyásolja sem az alvadási, sem a protrombin időt
- ✓ Kellemes levendula illat
- ✓ Tökéletes felszívódás: nem hagy zsírfoltot

Alkalmazási előírat

A készítmény hatóanyaga az antikoaguláns hatású heparin. Hatását úgy fejtí ki, hogy a heparin megnöveli az antitrombin-III reakcióját a trombinnal és más proteolitikus enzimekkel. Az így kialakult komplex meggátolja a fibrinogén-fibrin átalakulást. Az antitrombin lassan és progresszíven gátolja az aktivált X alvadási faktort és a trombin, ez a neutralizáció heparin jelenlétében gyakorlatilag azonnali. Az antitrombin-III egyedül nem képes neutralizálni az aktivált IX, XI és XII faktorokat, heparin jelenlétében ez a neutralizáció pillanatszerűen megy végbe. Egyedül vagy szisztémás terápiával kombinálva olyan elváltozások kezelésére szolgál, ahol szükség van a készítmény gyulladáscsökkentő, antiexsudatív, antioedemás, antikoaguláns és infiltrációt gátló aktivitására. A készítmény jól alkalmazható pl. a belgyógyászati területen, elsősorban a vénák gyulladásos kórképeiben, illetve a sebészeti területen, az érsebészetben, továbbá az ortopédia és traumatológia több területén. A gél általános és helyi tolerálhatósága igen jó. Kísérleti állatokon (vemhesség esetén is adagolva) a készítmény helyileg a bőrre alkalmazva magas dózisban sem okozott károsodást, és nem befolyásolta a magzatok fejlődését. **Hatóanyag:** 100 g gél tartalmaz: 0,833 g (100 000 NE) heparin-nátrium. Segédanyagok: Propil-p-hidroxibenzóát, narancsvirág-olaj, lenedula-olaj, metil-p-hidroxibenzóát, trietanol-amin, Carbomer 940, alkohol, tisztított víz.

Javallatok: Varicositas-syndroma és szövődményei; felszínes periphlebitis; varicosus fekély, postoperatív varicophlebitis, saphenectomia következményei; traumák és horzsolások; helyi oedema és infiltráció; subcutan haematomák; az izmok, inak és szalagok traumái. **Ellenjavallatok:** Ismert túlérzékenység a hatóanyag, ill. az egyéb összetevőkkel szemben. Fokozott vérzés hajlam, thrombocitopenia. Olyan betegeknek, akiknél nyílt bőr- vagy nyálkahártyavérzés áll fenn. Alkohol tartalma miatt a készítményt nem szabad gyulladt bőrfelületen (pl. napégés), valamint nyílt bőrsérülésekre, ill. gennyes folyamatokkal érintett területekre alkalmazni. **Adagolás:** Naponta legfeljebb 3-szor 3-10 cm hosszú gélcsíkokat gyengéden el kell masszírozni az érintett bőrfelületen. A kezelést a tünetek megszűnéséig célszerű folytatni. **Mellékhatások:** Egyes esetekben helyi bőrreakciók, allergiás dermatitis, pruritus erythema, urticaria. **Gyógyszerköcsönhatások:** A készítményt együtt adva orális antikoagulánsokkal tovább nyújthatja a protrombin időt. **Figyelmeztetés:** Amennyiben a készítmény használata során túlérzékenységre utaló tünetek (bőrpír, kiütés, viszketés) lépnek fel, vagy fertőződés következik be, alkalmazását azonnal abba kell hagyni. Úgyelni kell arra, hogy szembe, nyálkahártyára ne kerüljön. Hemorrhagiás jellegű elváltozások esetén a Lioton gél csak különös óvatossággal szabad használni. Bőrön illetve nyálkahártyán lévő nyílt sebre nem szabad alkalmazni, valamint nem alkalmazható suppuratív folyamatokkal érintett területekre sem. Terhesség, szoptatás: Terhesség és szoptatás alkalmazása alatt csak az előny/kockázat gondos mérlegelése után alkalmazható. Ismeretes, hogy a hatóanyag nem jut át a placentán, illetve nem választódik ki az anyatejbe, azonban a szisztémás keringésbe bejuthat és fokozza az abortus hajlamot, illetve a terhesség ideje alatt a komplikáció veszélyét megnöveli. **Túladagolás:** Sem akut, sem krónikus túladagolást az előírt alkalmazás mellett nem tapasztaltak. Véletlen előfordulása esetén a heparin hatása protaminnal antagónizálható. **Eltartása:** Szobahőmérsékleten (15-25° C) tartandó. **Megjegyzés:** Vény nélkül kiadható gyógyszer (I. csoport). **Csomagolás** 50 g gél tubusban (Menarini) **Alkalmazási előírás** OGY-eng. száma: 106/40/2000.

További információval állunk szíves rendelkezésére: BERLIN-CHEMIE Képviselet
1138 Budapest, Váci út 113. Telefon: (36-1) 329-6808, (36-1) 329-7832 Fax: (36-1) 340-9352



BERLIN-CHEMIE
MENARINI GROUP

Boston Scientific™

*Megoldás az érrendszeri betegségek
gyógyításában*

Intervenciós Radiológia



Boston Scientific Magyarország Kereskedelmi Kft.: széles termékválasztékkal áll rendelkezésre érsebészeknek, és intervenciós radiológusoknak. Megoldást kínálunk a legmagasabb szintű betegellátásban, a felgyógyulás időtartamának és költségeinek csökkentésében.

Boston Scientific Meditech: vezető szerepet tölt be a perifériás érbetegségek minimálisan invazív terápiájában széles sztent és PTA ballon kínálatával.

Boston Scientific Meadox: átfogó termékskálát ajánl ér- és szövet protéziseiből mind aorta, mind perifériás érsebészeti beavatkozásokhoz.

Mint piacvezető vállalat a vaszkuláris gyógyászatban elkötelezettek vagyunk innovatív termékek kifejlesztésében és bevezetésében, melyet széleskörű továbbképző programokkal támogatunk.

Kérjük további információkért keresse termék képviselőnket.

Boston Scientific Magyarország
Kereskedelmi Kft.
1095. Budapest, Boráros tér 7/III IV.8.

Érsebészet



Endovaszkuláris Terápia



Boston Scientific
VASCULAR

Keresse fel Web-oldalunkat!
<http://www.bsci.com>

© 1998 Boston Scientific Corporation.
All rights reserved

All trademarks stated are property of
Boston Scientific

Az endovaszkuláris aneurysmasebészet kezdeti nehézségei és aktuális problémái (I. rész, 1996-1997)

DR. KERESZTURY GÁBOR

Az érsebészeti rutinműtétek indikációja és technikája az elmúlt évtizedekben világszerte tisztázódott, és úgy tűnt, a '90-es évekre nyugalom áll be az addig oly dinamikusan fejlődő szakmában. Senki sem sejtette, hogy egy új termékcsalád, az endovaszkuláris graft katéter-technikával való beültetése, melyet *Nikolas Volodos* orosz sebész 1985-ben a világon elsőként hajtott végre, oly pezsgést hoz az érsebészeti szakmai életbe, melyet csak a szakma nagy öregjei tapasztalhattak a hőskorban (1).

Mivel Volodos korszakalkotó tettéről sajnálatos módon csak oroszul számolt be, a világ előtt *Parodi* argentin sebészé lett az elsőbbség, aki ugyan csak 1990 szeptemberében végezte el a beavatkozást hasi aorta-aneurysma kirekesztésére, azt azonban angolul publikálta (2). Ezt követően érsebészek és radiológusok mohó hadai vetették rá magukat az új technikára, hogy elsőként szerezzenek minél nagyobb klinikai gyakorlatot. Az ipar bőkezűen támogatta az ígéretes kísérleti és klinikai próbálkozásokat, az új katéter- és endoprotézis termékcsalád jövedelmező forgalmazásának reményében. A '90-es évek második felére olyan hatalmas mennyiségű és vegyes minőségű publikáció-áradat jött létre, melyben nehéz első olvasatra fejlődési irányt, vagy gyakorlati támpontot találni. Remélhettük csupán, hogy a lelkesedéstől elfogult experimentális és klinikai munkák és az azokat követő megsemmisítő kommentárok eredője idővel kiad majd egy új, szakmailag elfogadható indikációs kört és standard technikát, miként az, annak idején, a klasszikus érsebészetben is megfigyelhető volt. Mivel mindeddig ez nem következett be, nem kímélhetjük meg magunkat az eddig publikált eredmények alapos, kritikus elemzésétől, hogy idejében dönteni tudjunk a módszer használhatóságát illetően.

Háborút és kompromisszumot emlegetett *Frank J. Veith*, amikor 1994-ben megjelent „original article”-jében az érsebészek és intervencionális radiológusok között előállt feszült viszonyt elemezte. Mindkét szakma fél a lemaradástól, és hogy kimarad valamiből – írja. Érsebészeknek – véli – elkerülhetetlen a katétertechnikák elsajátítása, a komplex és technikailag is igényes endovaszkuláris beavatkozások elvégzéséhez. Érsebész-radiológus műtéti teamet is elképzelhetőnek tart – érsebészeti irányítás alatt. Összesen 43, aneurysma, álaneurysma, oclusio és arteriovenosus fisztula miatt elvégzett endovaszkuláris graftimplantáció korai eredményei alapján látni vél egy jövőt, amikor az endovaszkuláris technikák kiszorítják majd a standard érsebészeti műtéteket, alacsonyabb mortalitásuk és morbiditásuk, a rövidebb ápolási idő és az alacsonyabb költségek miatt (3).

1996

Kutya-áldozatok elkerülhetetlenek voltak, a klinikai alkalmazhatóság igazolására. A „feasibility study”-k ugyanis kutya aortákon történtek, melyeket túltágítással, vagy patch segítségével „aneurysmasítottak”. Az egyetlen baj ezzel a modellel az, hogy a tágulatot ép érrendszer határolja, így itt a protézis stenttel való rögzítése általában nem volt problematikus. Az emberre való extrapolálhatóság azonban az aneurysma feletti és alatti aortaszakasz gyakori arterioszklerotikus érintettsége miatt erősen kérdéses. A modell így csak annak tisztázására alkalmas, hogy a beavatkozás után is nyitott lumbalis ágak nem töltik-e fel az aneurysmazsákot olyan nyomással, ami további növekedést, majd rupturát okozhatna. Mivel 23 kutyánál 6 hónappal az endovaszkuláris kirekesztés után az aneurysmák átmérője nyitott lumba-

lisok ellenére átlagosan 10%-kal csökkent, ez a lehetőség valószínű kizárható (4).

Más szerzőket nem nyugtatott meg annyira ez az indirekt bizonyítás, és direkt bizonyítás, és direkt nyomásméréseket végeztek, 8 kutyánál az aneurysma falára ható artériás nyomás az átlagos 135 Hgmm-ről, a beavatkozás után átlagosan 45 Hgmm-re, majd 6 óra elteltével átlagosan 26 Hgmm-re csökkent. Nem csökkent azonban a fal feszülése a kívánt mértékben, így a szerzők a visszatelődő lumbalis ágak embolizálását ajánlják a postimplantációs expanszió és ruptura biztos elkerülésére (5).

A kutya-modellek az egyre fejlődő implantátumok in vivo tesztelésére is alkalmasak voltak. Amikor például az öntáguló Nitinol-stentes bifurkációs endoprotézis fejlesztése történt, az első 7-ből 5 graft elzáródott a száraz külső kompressziója miatt, ami további tökéletesítést tett szükségessé. Ezután 10-ből már csak 1 záródott el. Az implantátum kielégítő inkorporációját CT, intravaszkuláris ultrahang és hisztológiai vizsgálat egyaránt igazolta (6).

Embert-próbáló nehézségek következtek betegre, orvosra egyaránt, a kutya-kísérletek lezárása után. Az FDA által jóváhagyott „Phase 1” klinikai vizsgálatba például 13 amerikai centrum 46 betege került. Olyan betegeket választottak, akik egyenes protézissel elláthatóak voltak (legalább 1,5-2 cm-es supra- és infrarenalis nyak). A study a módszer biztonságosságát és eredményességét volt hivatott bizonyítani.

Az aortakirekesztés átlagos ideje 194 perc volt, perioperatív halálozás nem fordult elő. 7 betegnél kényszerültek nyitott műtéti konverzióra. Ennek okai: iliaca-stenosis, rövid nyak, anyaghibák, nem megfelelő graft-elhelyezés voltak. Egy betegnél a stenthorgok törése miatt a fixációs helyen késői eresztés (endoleak) alakult ki. Ezen eset után ismételtén átnézték minden beteg CT kontrollját, különös tekintettel a rögzítőhorgokra, és megdöbbenve tapasztalták, hogy 9 közülük törött volt, ami a korábbi kontrollok során nem tűnt fel. A vizsgálatot felfüggesztették és a rögzítőszerkezetet tökéletesítették (7).

Valószínűleg szinten a rögzítőszerkezet hibája okozta egy másik beteganyagban, hogy 39 betegből 17-nél (44%) endoleak alakult ki. 5 betegnél a felső, 10-nél az alsó fixációs pont eresztett, 2-nél nem tudták, hol. További szövődmények iliofemorális érsérülés (17%), sebgyógyulási zavar (13%) és postoperatív láz (20%) voltak. Ezek után kissé mérésnek tűnik a szerzők konklúziója, miszerint a módszer biztonságos és hatásos.

Szerencsére visszafogottabb ajánlásokat is olvashatunk a módszert illetően. A szerzők 17 beteget kezeltek „háziilag” készült (protézisbe varrt extra-large Palmaz-stent) endoprotézissel. Az eredmények ennek megfelelőek voltak: 3 sikertelen beavatkozás, 14%-os mortalitás. Egy beteg elvérzett a distalis fixációs pont perforációja miatt. Az eszköz használatát érthetően nem ajánlják a szerzők (8).

A vágy titokzatos tárgya, az aneurysma pathofiziológiájának alaposabb megismerése vezethet el a sikertelenség okainak tisztázásához – hangzott az új üzenet. Valóban érthetetlen, miért az emberi alkalmazás után merült fel több, az alkalmazhatóságot eldöntő érmorfológiai kérdés:

1. Növekszik-e az aneurysma hosszanti irányban?
2. Tágul-e a proximális és distális nyak az endovaszkuláris kirekesztés után?

Ha igen, akkor ugyanis az aneurysma „kinövi” majd a graftot, a fixációs pontok meglazulnak, endoleak alakul ki, ismét nyomás alá kerül az aneurysma, következményes rupturaveszéllyel.

A kérdést 85 endovaszkulárisan kirekesztett aorta-aneurysma méreteinek CT-vel történt utánkövetésével kívánták megválaszolni. Az eredmények ijesztőek voltak: mind a proximális, mind a distalis nyak szélesebb lett 6., 12., illetve 18 hónappal a beültetés után. Hosszúsági növekedést nem észleltek. A szerzőket jogosan aggasztja a jelenség, mely a nem utántáguló fixációs szerkezetek elégtelenségéhez kell, hogy vezessen (9).

1997

A proximális nyak tágulása egy másik munkacsoportot is aggasztott. Ők is az aneurysmának méretváltozásait vizsgálták, de hagyományos interpozíciós műtét után. Nem kis ijedelemmel észlelték, hogy a nyak átlagosan 4,3 mm-rel lett szélesebb 88 hónappal a műtét után. Figyelmeztetnek az e miatt bekövetkező késői szövődményekre, és javasolják egy hosszú távon is utántáguló stent kifejlesztését (10).

Egy másik munkacsoport nem észlelt ugyan proximális nyaktágulást, de a distális nyak 0,12 cm-es növekedését mérték egy évvel a beültetés után. A postoperatív aneurysma-átmérő, anyagukban, csak azon betegeknél csökkent, akik leak nélkül gyógyultak, ahol leak alakult ki, az átmérő nőtt. Ezen megfigyelés alapján ők definiálták elsőként az endoleak és a postimplantációs aneurysma-növekedés közötti okozati viszonyt: az aneurysma-átmérő postimplantációs növekedése definíció szerint mindig perzisztáló endoleak-et jelent (11).

A kissé késve elvégzett pathomorfológiai vizsgálatok alapján nyilvánvalóvá vált, hogy az aortabifurkáció gyakori arterioszklerotikus érintettsége ritkán tesz lehetővé egyenes endoprotézis-implantációt. 66 aorta-aneurysma CT-vel történt morfológiai elemzése az alábbi eredményt adta: rögzítésre alkalmas distális nyak csak egy esetben volt, de a társuló iliaca-aneurysma miatt itt sem jött volna szóba egyenes protézis. Megfelelő proximális nyak 18 betegnél tette volna lehetővé Y endoprotézis beültetését (12).

A rögzítésre alkalmatlannak bizonyult bifurkáció elkerülésének egyik kézenfekvő módja az aorto-uniiliacalis graft-beültetés, femoro-femorális crossover bypassal kiegészítve. Egy feasibility study szerint azonban így is 30-ból csak 25 betegnél volt sikeres a beavatkozás, 2 betegnél a nyak re-

pedt be, 2-nél nem volt megfelelő a protézis elhelyezés, 1-nél pedig az iliaca-szár felcsúszott az aneurysmába és konvertálni kellett. Mortalitásuk 6,6%, mégis elégedetten ajánlják a szerintük elfogadható eredményeket mutató eljárást (13).

Az egyenes endograftok használhatatlanságát igazolta egy nagy beteganyagú francia multicentrikus „preliminary study” is. 71 bifurkációs graft mellett, csak 8 egyenes graft-beültetés történt. Konverzió nem volt, mortalitásuk 4,8% volt (respiratorikus distress sy., colon ischaemia, multi-organ-failure, glutealis ischaemia, „keringésösszeomlás”). A kirekesztés 78%-ban volt technikailag sikeres, 17 betegnél alakult ki endoleak. Utóbbiak közül 7-nél újabb endovasz- kuláris beavatkozásra volt szükség. A nagy számú endoleak a szerzők szerint is aggasztó. Ennek okait az inkorrekt fixációban, anyaghibákban, visszavérző lumbálisokban látják. Egy részük spontán megszűnhet a Nitinol-stent késői adaptációja, vagy fali thrombusképződés következtében. Utóbbi esetben az endoleak recidiválhat (14)!

Azoknak, akik az endovasz- kuláris technikát egyszerűnek találják, tanulságos lehet egy technikai problémákra koncentráló tanulmány: 21 egyes endograftnál 5; 13 bifurkációs endograftnál 4 műtéttechnikai szövődmény (iliaca-sérülések, distalis leak, inadequat distalis rögzítés, szár-stenosis, szár-csavarodás) történt, ami összesen 26%-os intraoperatív szövődményráta felel meg. A problémák, mint látható, főleg a distális rögzítés körül jelentkeztek. Ennek egyik oka az lehet – írják –, hogy a beültetett graftok nem olyan „kifeszítve” fekszenek az aneurysmában, mint a graftméret meghatározásához használt mérőkatéter, így a beültetett graftok gyakran túl rövidek. Ez a distális rögzítési pont meglazulásához és a szár „felcsúszásához” vezethet, következményes endoleakkal (15).

A műtéttechnikai siker azonban – ha elérhető is – nem jelent feltétlenül klinikai eredményességet. A nem elhanyagolható posztoperatív mortalitás és morbiditás oka lehet – többek közt – masszív mikroembolizáció is. Ennek lehetősége mindig adott, ha fali thrombussal kitöltött aneurysmában intraluminális eszközökkel manipulálunk. 18 konvencionális és 11 endovasz- kuláris aneurysma-műtét során mérték a szerzők a mikroembolizációt az arteria femoralis superficialisban, ultrahang segítségével. Mint várható volt, az endovasz- kuláris csoportban szignifikánsan gyakrabban fordult elő (16).

Vissza az alapokhoz, szólt a jelszó, hogy az előzetes átlakísérletek és a már széles körben elterjedt klinikai alkalmazás ellenére, még mindig nem tisztázódott az endovasz- kuláris aneurysmakirekesztés hatásmechanizmusa és a komplikációk eredete. A bizonytalanság és tanácstalanság akkor tetőzött, amikor „sikeres” kirekesztés után rupturált aneurysmákról számoltak be. Ennek oka, a postimplantációs intraaneurysmatikus nyomásemelkedés lett – érthető módon – az újabb kísérletek tárgya.

Nyolc experimentális kutya-aneurysmát kezeltek endovasz- kuláris PTFE grafftal, endovasz- kuláris Dacron grafftal, illetve hagyományos PTFE interpozíciós műtétrel. A perio- peratív intraaneurysmatikus nyomásváltozást folyamatosan regisztrálták. Kiderült, hogy a porózus Dacron alkalmazása mellett a kirekesztett aneurysmában továbbra is szisztémás nyomás volt mérhető. Még aggasztóbb volt, hogy a nem át- eresztő PTFE-nél is jelentős residuális intraaneurysmatikus nyomást mértek. Ennek oka (ebben a modellben nem voltak visszatelődő lumbálisok) tisztázatlan maradt. A szerzők szerint e perzisztáló postoperatív reziduális nyomás szerepe az aneurysma további expansiójában nem tisztázott, így – jobb híján – szoros utámkövetést ajánlanak (17).

Határ a csillagos ég, gondolhattuk, amikor a meglévő gondok ellenére briliáns endovasz- kuláris megoldásokról olvashattunk. Így például 18 betegnél végeztek endovasz- kuláris thorakális aneurysmakirekesztést – előzetes hasi aorta- rekonstrukció után. Egyetlen beteg halt meg (18). Máshol új indikációs területekről számoltak be: 12 aortoiliacalis anas- tomózis-aneurysmát kezeltek sikeresen endovasz- kuláris módszerrel (19).

Emberkísérlet!!! – kiáltott fel a német ajkú szakma egyik markáns hangadója, lerántva az idealistákat a csillagok kö- zül, olyannyira felkavarva a szakmai közéletet, hogy a leg- elszántabb endo-pártiak is önvizsgálatra kényszerültek. Ki- méletlen alaposággal olvasta fejükre, hogy „ez (ti. az endo- protézis implantáció – a szerző) a kevésbé invazívnak mon- dott eljárás egyértelműen magasabb latalitással jár, mint a nyitott műtét, a komplikációk (veseelégtelenség, alsó-végta- gi ischaemia, bélischaemia, vérzés) gyakoribbak, továbbá az érrendszerbe helyezett protézisek gyakran vándorolnak, el- záródnak, eresztenek és nem a megfelelő helyre rögzülnek.” Továbbá, írja „a technikai végrehajthatóság nem jelenti ugyanakkor, hogy sikeres beavatkozás történt. Az aortafal patobiológiája természeténél fogva nem teszi lehetővé, hogy az endovasz- kuláris aneurysmakirekesztés tartósan sikeres legyen. Azonkívül az endoprotézis és a behelyezéséhez használt katétertechnikai eszközök egyértelműen drágábbak a hagyományos protézisnél, nem is beszélve az obligát után- követés költségeiről.” A szerkesztői közlemény utolsó mon- data meg sokáig ott csengett sokunk fülében: „Az endovasz- kuláris aneurysmasebészet – emberkísérlet” (20).

Irodalom

1. Volodos, N. L., Shekhanin, V. E., Karpovich, I. P., Troyan, V. I., Guriev, Y. A.: Self-fixing synthetic prothesis for endo- prosthetics of the vessels. Vestn. Khir. (Russia) 1986; 137: 123-5.
2. Parodi, J. C., Palmaz, J. C., Barone, H. D.: Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysms. Ann. Vasc. Surg. 1991; 5: 491-9.
3. Veith, F. J. Presidential address: Transluminally placed endo- vascular stented grafts and their impact on vascular surgery. J. Vasc. Surg. 1994; 20: 855-60.

4. Eton, D., Warner, D., Owens, Ch., McClenic, B., Cava, R., Ofek, B., Borhani, M., Baraniewski, H., Schuler, J.: Results of endoluminal grafting in an experimental aortic aneurysm model. *J. Vasc. Surg.* 1996; 23: 819-31.
5. Marston, W. A., Criado, E., Baird, C. A., Keagy, B. A.: Reduction of aneurysm pressure and wall stress after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm in a canine model. *Ann. Vasc. Surg.* 1996; 10: 166-73.
6. White, R. A., Fogarty, T. J., Kopchok, G. E., Wilson, E., Ayres, B., Zalewski, M.: Evaluation of a modular endovascular bifurcation prosthesis in a canine aortic aneurysm model. *J. Vasc. Surg.* 1996; 24: 1034-42.
7. Moore, W. S., Rutherford, R. B.: Transfemoral endovascular repair of abdominal aortic aneurysm: Results of the North American EVT phase 1 trial. *J. Vasc. Surg.* 1996; 23: 543-53.
8. White, R. A., Donayre, C. E., Walot, I., Kopchok, G. E., Wilson, E. P., Buwalda, R., deVirgilio, Ch, Ayres, B., Zalewski, M., Mehringer, C. M.: Preliminary clinical outcome and imaging criterion for endovascular prosthesis development in high-risk patients who have aorto-iliac and traumatic arterial lesions. *J. Vasc. Surg.* 1996; 24: 556-71.
9. May, J., White, G., Waugh, W., Yu, R., Stephen M., Harris, J.: A prospective study of anatomopathological changes in abdominal aortic aneurysms following endoluminal repair: is the aneurysmal process reserved. *Eur. J. Vasc. Surg.* 1996; 12: 11-17.
10. Illig, K. A., Green, R. M., Ouriel, K., Riggs, P., Bartos, S., DeWeese, J. A.: Fate of the proximal aortic cuff: implications for endovascular aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 1997; 26: 492-501.
11. Matsumura, J. S., Pearce, W. H., McCarthy, W. J., Yao, J. S. T.: Reduction in aortic aneurysm size: early results after endovascular graft placement. *J. Vasc. Surg.* 1997; 25: 113-23.
12. Balm, R., Stokking, R., Kaate, R., Blankensteijn, J. D., Eikelboom, B. C., van Leeuwen, M. S.: Computed tomographic angiographic imaging of abdominal aortic aneurysms: Implications for transfemoral endovascular management. *J. Vasc. Surg.* 1997; 26: 231-7.
13. Yusuf, W. W., Whitaker, S. C., Chuter, T. A. M., Ivancev, K., Baker, D. M., Gregson, R. H. S., Tennent, W. G., Wenham, P. W., Hopkinson, B. R.: Early results of endovascular aortic aneurysm surgery with aortouniiliac graft, contralateral iliac occlusion, and femorofemoral bypass. *J. Vasc. Surg.* 1997; 25: 165-72.
14. Mialhe, C., Amicabile, C., Bequemin, J. P.: Endovascular treatment of infrarenal abdominal aneurysms by the Stentor system: Preliminary results of 79 cases. *J. Vasc. Surg.* 1997; 26: 199-209.
15. Nalsund, T. C., Edwards, W. H., Neuzil, D. F., Martin, R. S., Snyder, S. O., Mulherin, J. L., Failor, M., McPherson, K.: Technical complications of endovascular abdominal aortic aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 1997; 26: 502-10.
16. Thompson, M. W., Smith, J., Naylor, A. R., Nasim, A., Sayers, R. D., Boyle, J. R., Thompson, J., Tinkler, K., Evans, D., Smith, G., Bell, P. R.: Microembolization during endovascular and conventional aneurysm repair. *J. Vasc. Surg.* 1997; 25: 179-86.
17. Sanchez, L. A., Faries, P. L., Marin, M. L., Okhi, T., Parsons, R. E., Marty, B., Soeiro, D., Olivieri, S., Veith, F. J.: Chronic intraaneurysmal pressure measurement: An experimental method for evaluating the effectiveness of endovascular aortic aneurysm exclusion. *J. Vasc. Surg.* 1997; 26: 222-30.
18. Moon, M. R., Mitchell, R. S., Dake, M. D., Zarins, Ch., Fann, J. I., Miller, D. C.: Simultaneous abdominal aortic replacement and thoracic stent-graft placement for multilevel aortic disease. *J. Vasc. Surg.* 1997; 25: 332-40.
19. Yuan, J. G., Marin, M. L., Veith, F. J., Ohki, T., Sanchez, L. A., Suggs, W. D., Cynamon, J., Lyon, R. T.: Endovascular grafts for noninfected aortoiliac anastomotic aneurysms. *J. Vasc. Surg.* 1997; 26: 210-21.
20. Sandmann, W.: Endovaskuläre Therapie des infrarenalen Aortenaneurysma. *Gefäßchirurgie* 1997; 2: 1-4.

Dr. Keresztury Gábor
CEDIMAT

Plaza de la Salud, Santo Domingo, Dominika

Aplatic® 250 mg

A trombocita aggregáció gátlására,
az artériás trombózisok
(stroke, miokardiális infarktus) megelőzésére

ticlopidin
filmtabletta 30x

Ticlopidin
terápia
a legkedvezőbb áron!

ratiopharm Hungária Kft. 1145 Budapest, Uzsoki u. 36/a

Tel: 251-7696, Fax: 251-4879

ratiopharm

Mi újság a Sigvarisnál?

Mostani tájékoztatónk elsősorban a **magyar Sigvarisról**, azaz a **Compri-Med Kft.-ről** szól. Elegáns, tágas gyógyászati segédeszköz üzletünk áll az Önök rendelkezésére az alábbi címen:

1062 Budapest, Aradi u. 41.

Telefon, fax: 311-1883.

Üzletünk hétköznapiokon reggel 9 órától délután 5 óráig tart nyitva.

Az üzletben természetesen megtalálható a **Sigvaris/Ganzoni** valamennyi terméke, harisnyák pamutból és műszálból, színesek és testszínűek, csipkések és minden, amihez betegeink már hozzászoktak. De – élve a bolt adta lehetőséggel – minden egyéb gyógyászati segédeszközt is tartunk.

Újdonság:

a **Rohner** cég cukorbeteg részére készült zoknijai.

Ezen zoknik szabadalmaztatott kötésmódjuk révén nem csúsznak le a lábról,

hanem inkább „felcsúsznak”, gumírozás sehol nem található bennük,

a sarkaknál nincsenek fájdalmat, sebet okozó varrások, csomók,

és az orr-rész is olyan kialakítású, hogy sehol nem nyomja vagy dörzsöli az érzékeny ujjakat.

A **Rohner** zoknik 36-tól 46-os méretig, szürke, fehér és sötétkék színben kaphatók.

Várjuk hívásukat a 311-1883 vagy a 06-30-9493700 telefonszámon!

HIRUDOID

gél és kenőcs

A müncheni **SANKYO PHARMA** termékei.

A negyven éve tartóan sikeres német termékek poliszulfát mukopoliszacharidát tartalmaznak.

A **HIRUDOID** fokozza a kötőszövet regenerációját, elősegíti a kötőszöveti struktúrák helyreállítását.

Irodalmi adatok szerint

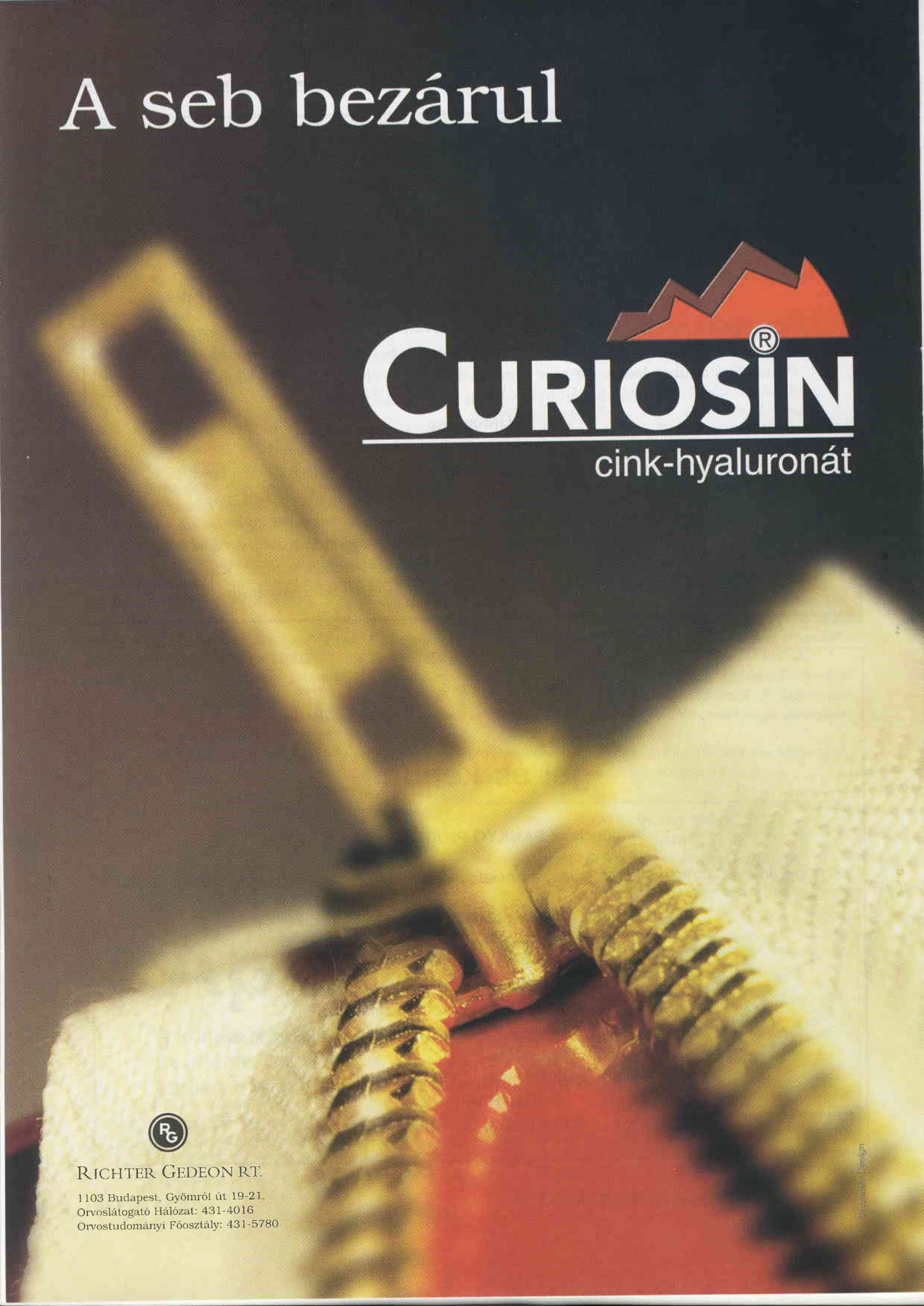
- a kísérletes thrombusokat visszafejleszti
- kiválóan hat a sebtisztulásra és a granulációs szövet képződésére

Képviselő, információ:

BUDAPHARMA Kft.

1034 Budapest, Szomolnok u. 7. Telefon és fax: 368-7139.

A seb bezárul




CURIOSIN
cink-hyaluronát



RICHTER GEDEON RT.

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21.
Orvoslátogató Hálózat: 431-4016
Orvostudományi Főosztály: 431-5780

Tanácsok tudományos közlemény megírásához

DR. BIHARI IMRE, DR. TOMCSÁNYI ISTVÁN

Arról kívánunk az alábbiakban szólni, hogy mit tegyünk akkor, ha már összeállt egy publikáció anyaga, csak a megírás van hátra. Számos kolléga alkalmaz a klinikumban kitűnő egyéni ötleteket, amelyeket már ki is próbált, sőt már kellő tapasztalattal is rendelkezik, csak a publikáció hiányzik. Lehetnek olyan ritka esetek, amelyek egyéni megoldása értékes információt jelenthet más kollégák számára is.

Sokan szeretnének a ranglétrán előbbre jutni, de publikáció nélkül ez nem lehetséges sem itthon, sem külföldön (9). Minden orvos értékét növeli a tudományos közlemény, a rendelőt is, ahol dolgozik, a kórházi osztályét, sőt magát az intézményét is, nem is beszélve az egyetemekről, ahol a publikálás kötelező előírás. Ez nem véletlenül van így, a kutatóknak és klinikus kutatóknak kötelességük is a publikálás, hiszen az ő felelősségük is, ha egy beteg már ismert gyógymód alkalmazásától esik el, az információ visszatartása miatt. Az információátadás legelfogadottabb módja ma még a szakirodalomban megjelenő, lektorált publikáció (15). Mik a szabályok, mik a követelmények, mitől lesz olvasható, olvasmányos vagy akár értékesebb az adott publikáció annál, amit első áttekintésre gondolnánk. Kezdő kollégáknak szeretnénk tanácsot adni, hiszen a cikkírást az egyetemen nem tanítják. Az alábbiakban nem azokat az instrukciókat fogjuk megismételni, amelyeket a folyóiratok megadnak a publikálni szándékozók részére, hanem segítséget kívánunk nyújtani, ezért az alábbiakban rendhagyó módon a megírás sorrendjét igyekeztünk követni.

Hogyan kezdjük?

A legnehezebb rész a cikk írásában – az elkezdése. Ülünk a számítógép üres képernyője előtt vagy egy üres pa-

pírlap fölött, és töprengünk, hogyan is kezdjük el. Jó esetben leírjuk a címet, azután kitöröljük, majd újat írunk és megint kitöröljük. Hogyan lássunk hozzá? Olyan ez, mint amikor ott állunk egy magas hegy lábánál, tudjuk, hogy fel akarunk jutni a csúcsára, de ha csak ránézünk, már fáradtak vagyunk, ezáltal csaknem reménytelennek tűnik a vállalkozás. A megoldás ugyanaz mindkét esetben, meg kell keresni a felfelé vezető ösvényt és neki kell vágni, hiszen amikor már útközben vagyunk, akár jól is érezhetjük magunkat. Az alábbiakban az ösvényt, a pihenőhelyeket és a meredekebb szakaszokat kívánjuk megmutatni.

A cikkírás *legfontosabb része nem a cím, ne ezen törjük a fejünket, hanem az utolsó mondaton, vagyis azon, amelyben levonjuk a végső következtetést.* Néhány példa erre a zárómondatra: – mindezek alapján úgy véljük, hogy a megadott érszakaszon az „X” protézis jobb, mint az „Y” protézis, vagy – hasonló beteg esetében az általunk ajánlott, műtét nélküli megoldást tartjuk célravezetőnek, vagy – az eddigi ismeretekkel szemben úgy találtuk, hogy az adott gyógyszer a fentiekén kívül az alábbi „Z” szövődményt is okozhatja a „Q” megbetegedésben szenvedőknek stb. Ha egy ilyen zárómondat összeállt a fejünkben, vagyis tudjuk, mit akarunk közölni, akkor a cikk megírása már olyan, mint amikor felértünk a hegytetőre, és onnan csak le kell sétálnunk. Viszont, ha ez a mondat még nem egyértelműen megfogalmazható, akkor nincs miről írni.

A bevezetés

Következő lépés: írjuk le, *mi volt az előzmény*, vagyis mi volt az eddigi munkánk előtti ismeret a témával kapcsolatban. Ez lesz a cikk bevezetője. Jól bevált a történelmi beve-

zetés. Mit mondtak a régi görögök vagy rómaiak, vagy ha nem ilyen régi az ismeretanyag, akkor arról írunk, hogyan indult el a probléma megoldása a XX. század elején. Név szerint kik, mit tettek az ügy érdekében. Egy újabb keletű eljárás esetén nincs történelmi háttér, ilyenkor az eddig ismert tényeket lehet felsorolni, például egy protézis esetében azt, hogy milyen, már ismert tulajdonságai vannak, és melyik az, amelyikkel mi foglalkozni kívánunk. Miért nem vizsgálta ezt eddig még senki, vagy ha igen, akkor miben szorult kiegészítésre az ő munkája. Ezzel könnyedén eljuthatunk a jelen ismeretekig, illetve addig, hogy az általunk felfedezett újdonság valóban mennyire hiányzott a gyakorlatban, például az adott betegség diagnosztikájában vagy gyógyításában. Azt, hogy mi egészen mást vizsgáltunk és másra kerestük a választ, tehát az eredmény egy véletlen fölfedezés eredménye, nem feltétlenül kell hangsúlyozni. Az olvasó, akit a közlemény témája érdekel, ezzel kapcsolatos ismereteket vár tőlünk, az érdektelen, terjengős kitérők megnyújtják a cikket és időt rabolnak el az olvasótól.

Ne zavarjon minket, hogy egy kinyomtatott cikk végső szerkezetének sorrendje más, mint a megírás sorrendje, ott valóban a cím áll az első helyen és utána az összefoglalót olvashatjuk. Megírásnál a sorrend fordított: a cím pontos megfogalmazása csaknem az utolsó teendő, és az összefoglaló, a már megírt cikk egyes mondatainak a kiemeléséből automatikusan adódik (8).

A beteganyag

Típusmondatok leírása következik. Itt szoktuk megjelölni a *tanulmány időpontját*, pl.: 1997. január 1-jétől 1999. december 31-ig stb. *Hány beteg szerepel a tanulmányban és milyen neműek?* Fontos a *betegek kora*, a legfiatalabb, a legidősebb és az átlagéletkor megjelölésével. Milyen szempont alapján kerültek be a tanulmányba pl.: veszélyeztető munkakör, megadott dysbasiás távolság, vér koleszterin szint, 3 cm-nél kisebb átmérőjű ulcus cruris vagy öröklődő thrombosis hajlam stb. Kik azok, akik ugyan az adott kritériumnak megfeleltek, de valamely más kritérium alapján mégsem kerülhettek be a munkába? Hányan estek ki belőle a tanulmány időtartama alatt és miért?

Amennyiben *esetismertetésről* van szó, akkor az adott beteg kórtörténetét írjuk le, kezdve a születéstől, egészen addig, ameddig ismertük, csaknem az összes anamnesztikus adattal, labor lelettel és beavatkozással együtt.

A módszerek

Ez is egy sablonos rész, amelyben az általunk *alkalmazott diagnosztikai vagy terápiás eljárás* kerül bemutatásra. Pontosan és kellő részletességgel kell leírni, a kórismézéshez vagy kezeléshez alkalmazott műszerek (nem a mindennapos, például sebészeti kéziműszerek) nevét, valamint típusát és a gyógyszerek hatóanyagát, kémiai néven, továbbá

azok mennyiségét. A gyári nevet és előállítót zárójelbe tesszük és a továbbiakban nem használjuk. Le kell írni azt is, hogy az adott eljárás milyen hosszú ideig tartott. Mindez azért fontos, mert annak, aki elismeri tevékenységünket, elfogadja eredményeinket, és ezért módszerünket kívánja alkalmazni, ugyanazt az eredményt kell kapnia, mint amit mi kaptunk. Ha változtat rajta, tudnia kell, mihez képest változtat.

Ide kerülnek a kontroll vizsgálatok is. Szükség lehet a laboratóriumi technika leírására, a vegyszerektől kezdve a leolvasás módjáig, vagy a mikroszkópos nagyítás mértékének megjelöléséig. Mindezt úgy kell leírni, hogy rövid legyen, de szóbeli kiegészítésre mégse legyen szükség (2).

A megbeszélés

Amit a bevezetés részben elkezdtünk, azt az áttekintést folytatjuk. Tudjuk, mi volt az előzmény, továbbá tudjuk, milyen eredményt értünk el, itt annak a taglalása következik, hogy *eredményeink hogyan illeszkednek az eddigi eredményekhez*. Mások miért nem azt találták, amit mi – miben különbözött beteganyagunk vagy módszerünk a többiekétől stb. Szakirodalmi áttekintésről van szó, az adott szűk témán belül. Célszerű kiemelni a *hazai kutatók* eredményeit, részben azért, mert akit indokolatlanul kihagyunk, az megsértődik, ezen kívül kiszerkesztenek, hogy nem ismerjük még a hazai irodalmat sem, tehát tájékozatlanok vagyunk a témánkban, és végül, de nem utolsó sorban, ha mi idézzük őt, akkor ő is lesz annyira becsületes, hogy idézni fog minket, ami azért fontos, mert idézettségünk száma egyik értékmérőnk.

A megbeszélés rész utolsó bekezdése foglalja össze munkánk jelentőségét, tehát az a mondat kerül ide a végére, amelyet először fogalmaztunk meg, amikor nekiültünk, hogy cikkünket megírjuk.

A cím

A cikknek természetesen előbb vagy utóbb címet kell adni. Ez *kiemelkedő jelentőségű*, hiszen ennek alapján figyelnek föl rá, vagy lapozzák át lelkiismeretfurdalás nélkül. Ennek ellenére ez az utolsó teendőink között van, hiszen a címnek azt kell fednie, ami a cikkben van, s hogy mi van benne, az a megírás és javítások után derül ki (1). Előfordulhat ugyanis, hogy a cikk legfontosabb mondanivalója nem is az, amire először gondolunk, vagy nem egy cikk lesz belőle, hanem kettő, vagy másik témát is bele kell szőni, hogy kerek legyen a következtetés stb. A cím tehát a legtöbbet változtatott rész a közleményben, és mindig az utolsó változat az érvényes, amit a legvégén leadunk a szerkesztőségbe.

Az összefoglaló

Ha kész a cikk, nem jelent gondot az összefoglaló elkészítése. A legfontosabb mondatok kiemelésével, lerövidíté-

sével, ahol szükséges összekötő szavak beillesztésével, könnyen elkészül. A bevezetés egy-két kulcsmondatát emeljük ki indításként. Fontos, hogy a beteganyag és módszer fontos adatait tartalmazza és a végkövetkeztetés is benne legyen. A cikk elolvasását, értékelését az összefoglaló alapján teszik meg. Ez kerül kiemelésre a komputeres adatbázisokba is, tehát olyan legyen, hogy a cikk elolvasása nélkül is tudjuk, mit akar mondani. A semmitmondó, tények és számadatok nélküli összefoglaló semmitmondó cikket takar.

Publikációs politika

Nagyobb körütekintést igényel, mint a cikkírás, és a szerző előrejutását is jelentősebben befolyásolja, mint maga a cikk.

Kik a szerzőtársak? Minden munkának van egy olyan alkotója, aki vállára veszi, megcsinálja és megírja. Lehet ez esetleg két vagy három személy is. Ennél több nem szokott lenni. Vannak, akik véletlenül sodródnak a munka folyamatába, például az adott beteg osztályos orvosa, vagy akit besoroztak asszisztálni a műtői teambe, aki elaltatja a beteget, laboratóriumi vizsgálatot végez, mert ez a munkája stb. Kik a szerzők tehát? Ennek leosztása házi szokás szerint történik. Nyilván, akik kigondolták, irányították és elvégezték a munkát, azok szerzősége nem kétséges. A főnökök többsége szeret benne lenni a szerzőgárdában, mint utolsó szerző, mutatva azt, hogy ez a munka az ő műhelyéből, az ő tudtával, az ő égisze alatt készült, és tegyük hozzá, hogy valójában az adott műhelyt ő hozta létre és látja el a munkához szükséges feltételekkel. A cikk elfogadtatásában sem mindegy, hogy a főnök benne van-e. Akik a munka elkészültében rutinmunkaszerűen vettek részt, azoknak a cikk végén köszönetet illik mondani.

Köszönet illeti meg azokat a cégeket is, amelyek az adott munkához anyagi támogatást nyújtottak, vagy például egy műszer kölcsönzésével tették lehetővé annak elkészültét stb. (5). Jó tudni persze, hogy amikor a cikket idézik, akkor az első három-négy szerző nevét említik meg és utána már csak az *...és mtsai* – lesz kiírva (1, 2, 6, 7).

Hol publikáljunk? A cél nyilván egy olyan folyóirat lenne, amelynek impakt faktora nagyobb, mint ami ahhoz szükséges, hogy akadémikus legyen a szerző. Sajnos ez nem reális, tehát egy olyan lapot célszerű választani, amelyikben egyáltalán esély van a megjelenésre (11), ez magyarországi munka esetében nem is olyan könnyű dolog (3, 4). A gyakorlatban a következőket lehet javasolni: (A) impakt faktoral rendelkező, angol nyelvű folyóiratban jelentessük meg, (B) a témához illő hazai lapban is közöljük le. A publikációs etika tiltja és bünteti az angol nyelvű kettős közlést, hiszen olyan méretekre duzzadt az angol nyelvű cikkek áradata, hogy azt nem lehet áttekinteni. Ebbe a tiltásba azonban csak az angol nyelvű, azonos témakörű publikáció számít (5, 7). Újabb eredményeket, vagy az adott téma más értéke-



Az utókor a „Költőnő” címet adta ennek a viaszírótablás-írást megörökítő falfestménynek, amelyet az i. sz. 79-ben elpusztult Pompejben találtak. Az írás nehézségei, mint látjuk, nem mai keletűek, ezen az ókorban készült alkotáson a messzibe révedő tekintet és az íróeszköz tartása jól érzékelteti az alkotói töprengést.

it, természetesen lehet ismét publikálni. Magyarul és angolul nyugodtan közölhetünk párhuzamosan, a más nyelvű párhuzamos közlést semmilyen szabály nem tiltja, erről amúgyis legfeljebb a magyarok fognak tudni, ennek tehát nincs hátránya, csak előnye van. Elszigeteltségünk egyik forrása éppen különleges nyelvünk, ez indokolja, hogy a hazai érdeklődésre számot tartó eredményeket itthon magyarul is tegyük közzé. Ennek nemcsak etikai oka van, hanem az is, hogy megismerjenek a kollégák, és a hazai szakemberek között számon tartsanak. Fontos továbbá megismerni azokat a kifogásokat, amelyeket a hazai lektorok vagy publikáció után a kollégák adnak, ezzel elejét vehetjük egy külföldi kudarnak.

Technikai részletek

Piszkozat. Az írást ne mindjárt a végső forma megírásának szándékával kezdjük, hanem készítsünk piszkozatot. Ezt mondhatjuk munkapéldánynak is, ha valakinek ez szebben hangzik. Úgy írjuk le mondandónkat, mintha egy érdeklődő kollégánknak elmesélnénk érdekes esetünket vagy tanulmányunkat. Ez a piszkozat lehet terjengős, mivel a továbbiakban a fölösleget és átfedéseket kihúzzuk belőle, így többszöri átnézés-átírás során csiszolódik egy lektorálásra alkalmas dolgozattá. Jól bevált a néhány napos-hetes pihentetés utáni ismételt átnézés (12).

Ezután a közelünkben lévő, hasonló témával foglalkozó kollégának adjuk oda átnézésre, majd a főnöknék (2). Biztosan talál benne hibát, vagy valamit, amit ő másképp fogalmazna. Nem mindig könnyű a megfelelő szót és kifejezést meglegelni. A cél a legerősebb és legrövidebb forma kimunkálása. Lehetnek nyelvtani hibák és elgépelések is. Oldja gátlásainkat, ha tudjuk, hogy nincs sajtótermék sajtóhiba nélkül.

Illusztrációk. Egy cikket élénkebbé és értékeesebbé tesznek az illusztrációk, amelyek felhívják a figyelmet a közlemény lényegére. Többen elolvassák és jobban megértik a tartalmát, ha az illusztráció által több irányú információt kapnak. Lehet ez táblázat, rajz vagy fénykép. Természetesen ennek kiválasztása és minősége olyan legyen, hogy azon látni lehessen azt, amit mutatni akarunk.

Rövidítések. A rövidítések megakasztják az olvasást, olyankor felmerül a kérdés, mit rövidítenek ezek a betűk, mit jelent ez a mondat, miről is van szó? A kötelezően mellékelt szótárhoz vissza kell lapozni, azután újra kezdeni az olvasást. Vannak persze olyan rövidítések, amelyek eredeti leírása okozna nagyobb meglepetést, mert már nem is tudjuk másképp megérteni, csak így pl.: EKG, AIDS, LASER, DNS, RTG, CT, ARDS, RIA, ITO, UH, TUR, PEEP stb.

Ezzel szemben alaposan el kell gondolkodnunk azon, hogy az adott témakörben mit is jelent az MS, RA, AG, BAL, ELISA, CPPS, CNS, DD, HBV, IFA, IVDU, IBD, ISU, ÚTI stb. Ne nehezítsük tehát az olvasást, ne adjunk föl rejtvényt az olvasónak. Tudjuk, hogy aki nap mint nap ezekkel a rövidítésekkel dolgozik, annak ez nem gond, sőt az írás is egyszerűbb a rövidítések használatával, de az írás célja mégiscsak az, hogy azt majd valaki egyszer elolvassa (1)!

Komputerhasználat. Felmérhetetlen segítség a cikk-készítésben, de ne feledjük, az írást nem önállóan a számítógép végzi. Nélküle ugyanolyan jó cikkeket lehet írni, de alkalmazása leegyszerűsíti a javítást, a törlést, az áthelyezést és a többszörös kinyomtatást stb., de a gondolatot nekünk kell adni. A komputerhasználat még nem kiforrt terület, legalábbis hazánkban. A diszken küldött anyag gyakrabban érkezik a szerkesztőségbe sérülten, mint használható állapotban.

Többféle szövegszerkesztő program van, de ezek nem pontosan illeszkednek egymáshoz, nincs mindenki a technika azonos szintjén, ezért a kinyomtatott kézirat még nem mellőzhető. Az elektronikusan küldött fénykép nyomdai megjelentetése egyelőre még nagy erőfeszítést kíván, és minőségében alulmarad a papíron küldött képhez viszonyítva. A fejlődés azonban töretlen, és ami forrong, az előbb vagy utóbb kiforrja magát. Sajnos ez pénz kérdése is. A komputer másik nagy előnye a könyvtárhasználat kiszélesedése és leegyszerűsödése (13).

Idegen nyelvű közlés. A tudomány nyelve különböző korokban más és más volt. A tudós rómaiak görögül beszéltek, a keresztény pap időszámításunk kezdetén görögül imádkozott (1). Később a latin lett a tudomány általános nyelve, de-
 ákul beszéltek az egyetemeken, szerte Európában. A modern sebészet nyelve hosszú ideig a német volt, legfőbb főruma pedig a Német Sebész Nagygyűlés. Az angiológiában sokáig tartotta magát a francia nyelv, hiszen Leriche, Carrel, Fontaine, Sicard, Kunlin, Oudot, Dubost, Servelle, tehát akik megalapították az angiológiát, nagyrészt franciák voltak. Ma általában angolul szeretnénk publikálni, de ez egy további nehezítés az előre jutásban (15). Célszerű olyan kollégával átnézteni a kéziratot, aki hosszabb időn át dolgozott angol nyelvterületen. A kinti szerkesztők ismerik a nyelvi nehézségeket, és bizonyos fokig toleránsak a nyelvtani hibák vonatkozásában.

Referátum. A fentiekben egy tipikus cikk megírásának menetét és résztemáit tekintettük át. Mint tudjuk, lehet írni ezen kívül összefoglaló közleményt is, ami nem igényel több éves saját munkát, hanem mások munkáiból és az eredményeiből válogat. Ezt egy kezdő fiatalnak ajánlhatnánk, választott témája mélyebb megismerésére (10), de ennek publikációs értéke kétséges. Egy ilyen referátum értéke ugyanis az, hogy az adott témában legjáratosabb szaktekin-tély hogyan ítéli meg területének fejlődését, mit tart sok éves személyes tapasztalatai – eredményei és kudarcai – alapján lényegesnek, kinek melyik munkáját ítéli a gyakorlat számára fontosnak, mit hangsúlyoz és milyen további irányvonalat mutat. Sarkítva tehát úgy fogalmazhatunk, hogy itt nem is annyira az érdekes, hogy mit mond, hanem inkább az, hogy ki mondja. Aki tehát ilyen referátumot ír, annak már nincs szüksége elemi írástechnikai tanácsokra (1).

Esetismertetés. Mindenki egyetért abban, hogy ez egy ideális téma kezdők részére. Ennek több oka van: (a) gyakorlatilag az általunk kezelt, ismert beteg kórlapját kell értelmesen ismét megírni, (b) a cikk rövid terjedelmű, (c) az irodalmazás jól behatárolható, (d) a cikk jól leköszölhető, hiszen egy különlegességről van szó (10., 14.).

Ortográfia. Évekkel ezelőtt sok vita volt az idegen, főleg latin és görög eredetű szavak helyesírásáról, ez a vita mára elcsitult, úgy gondoljuk, nem ezen kell törni a fejünket, amikor első tudományos közleményünket megírjuk. Célszerű a kiszemelt lap ortográfiai politikáját megismerni, akár annak szerzőkhöz intézett utasításából, akár néhány cikk áttekin-téséből.

Az egyértelműséget segíti a vonatkozó névmások kerülése. Gyakran nem lehet tudni, hogy kire és mire vonatkoznak. A vonatkozó névmások elhagyása szóismétlésekhez vezet, ami nem hangzik jól, de egyértelművé teszi közlen-dőnket.

Fontos, ha magyarul, magyaroknak írunk, akkor magyarosan fejezzük ki magunkat, szabatosan, közérthetően. Nem vagyunk nyelvészek, olykor vétünk nyelvtani hibákat, de jó tudni, hogy a nyelvtani szabályok sokat segítenek az érthető írásmű kialakításában.

A fentiekben egyfajta cikk „előállítási” technikát mutatunk be, lehet ettől többé-kevésbé vagy jelentősen eltérő módon is jó dolgozatot készíteni, hiszen nincs egyetlen üdvöztető út a cikkírásban, ahogy a gyógyításban sincs; ezért írunk ennyi cikket – mások.

Irodalom

1. Baintner K.: Hogyan írjunk tudományos közleményeket? TAKEFT, Budapest, 1982.
2. Csermely P., Gergely P., Koltay T., Tóth J.: Kutatás és közlés a természettudományokban. Osiris, Budapest, 1999.
3. Fehér J.: Tudományos közlemények értékmérése. Orv. Hetil. 141: 2045. (2000)
4. Graczinsky, M. R.: Index Copernicus – a Közép- és Kelet-Európa tudományos folyóiratait rangsoroló rendszer. Orv. Hetil. 141. 2039-2044. (2000)
5. International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Ann. Int. Med. 126: 36-47. (1997)
6. Kovács I., Domokos M., Klatka M., Varró V.: A hazai orvosi közlemények néhány szerzői jellegzetességének változása 1967 és 1997 között. Orv. Hetil. 141: 1133-1137. (2000)
7. Laitman, C. J., Rikkers, L. F.: Politics in surgical publishing. Br. J. Surg. 87: 1284-1286. (2000)
8. Nicolaidis, A., Thorton, E.: The process of writing a scientific paper. Int. Angiol. 19: 184-190. (2000)
9. O'Connell, P. R.: What should surgeons write. Br. J. Surg. 87: 132-134. (2000)
10. Sarr, M. G.: Generating an idea: will it be publishable? Br. J. Surg. 87: 388-389. (2000)
11. Shein, M., Fingerhut, A.: Where can surgeons publish. Br. J. Surg. 87: 261-264. (2000)
12. Széll K.: Az előadás. Orv. Hetil. 135: 643-646. (1994)
13. Vasas L.: Vesaliustól az elektronikus könyvtárig. Orv. Hetil. 140: 1695-1698. (1999)
14. Wells, S. A.: Writing the manuscript. Br. J. Surg. 87: 691-692. (2000)
15. Zallár I., Hulesch H., Hajagos M., Samu K., Marton J.: A tudományos középmezőny tíz országának publikációs aktivitása az élettudományok vezető külföldi folyóirataiban. Orv. Hetil. 138: 2855-2961. (1997)

Dr. Bihari Imre

HIETE Szív- és Érelépzeti Klinika
1135 Budapest, Szabolcs u. 33-35.

Pharmatex

A Pharmatex Kft kompressziós harisnyaí nélkülözhetetlen eszközei az érrendszeri betegség kialakulás megelőzésének, a betegség kezelésének és a rehabilitációnak.



orvosi vénnyerő köphető



Pharmatex

- Az ELASTOFIT márkanévű termékek a megelőzést szolgálják. Rugalmas anyagszerkezetükkel biztosítják a láb ereiben az ideális vérkeringést.
- Az ELASTOMED II. kompressziós és az ELASTOBAR III. kompressziós termékek az érrendszeri betegségek kezelésének és a rehabilitációnak az eszközei.
- Az ELASTOBOL embóliamegelőző termék. Viselése ajánlatos a műtéti beavatkozás előtt, alatt és után.

Pharmatex

Az ELASTOMED és ELASTOBAR termékeket az OEP támogatja.

Gyártó: Pharmatex Kft
1116 Budapest, Fonyód u. 2.
Tel.: 2080-196, Fax: 2080-197

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 külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a rendezvényen megismert szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezjük a hangsúlyt.

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat két példányban kinyomtatva 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 fejléccet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadjuk számítógépes lemezt a következő rendszerekben: XyWrite, ASCII, 8-bit ASCII, WordStar 3., 4.0, 5.0, MS-Word, WordPerfect; elsősorban ezek Ventura kiterjesztéseivel, de anélkül is megfelel. Ez esetben a kéziraatra vonatkozó általános szabályok érvényüket veszítik, de az optimális terjedelmet kérjük figyelembe venni. A lemez mellett is kérjük két kinyomtatott példány elküldését, mert a lemezek esetenként sérülten érkeznek.

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

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást 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 megengedhetők.

Az *ábrák és fényképek* hátlapján *ceruzával* az első szerző nevét és a cím első szavait, valamint a kép felső szélét nyíllal kérjük jelölni. A színesen küldött képeket külön költség nélkül színes nyomással közöljük.

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.

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

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

Kongresszusok – rendezvények

Szívsebész Bál, a Magyar Angiológiai és Érsebész Társaság együttműködésével. 2001. február 17., Budapest, Marriott Hotel.

Információ: Miklós Ferenc, Convention Budapest Kft., 1461 Budapest, Pf. 11.

Amerikai Vénás Fórum. 2001. február 22-25., Fort Myers, Florida, USA.

Információ: E. J. Harris M. D., American Venous Forum, 13 Elm street, Manchester, MA 01944, USA.

Szklerotizálók Klubja. 2001. március 2., 15-17 óra, Gellért Szálló, Budapest.

Információ: dr. Bihari Imre, Semmelweis Egyetem, Szív- és Érsebészeti Klinika, 1135 Budapest, Szabolcs u. 35.

Immunrendszer az arteriosclerosisban. Az Európai Arteriosclerosis Társaság Workshopja. 2001. március 8-11., Genf, Svájc.

Információ: European Arteriosclerosis Society, POB 50006, Tel Aviv 61500, Israel.

Nemzetközi Phlebológiai Kongresszus. 2001. március 23-24., Frankfurt, Németország.

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

Complications in Vascular and Endovascular Surgery. 2001. március 23-24., Marseille, Franciaország.

Információ: C. Lorenzati, Service de Chirurgie Vasculaire, Hôpital de la Timone, 13385 Marseille, Cedex 05, France.

4. Nemzeti Angiológiai és Érsebészeti Kongresszus. 2001. május 17-19., Kolozsvár, Románia.

Információ: Assoc. Prof. Ionel Gherman, Clinica Chirurgie II., Clinicilor str. 4-6., 3400 Cluj-Napoca, Romania.

Nemzetközi Angiológiai Egyesület Európai Tagozatának 14. Kongresszusa. 2001. május 23-26., Köln, Németország.

Információ: H. Rieger, Aggertal-Klinik, Angiologie, 51766 Engelskirchen, Deutschland.

Európai Kardiovasculáris Társaság (ESCVS) 50. Kongresszusa. 2001. június 20-23., Bp., Kongresszusi Központ.

Információ: prof. dr. Dzsini Csaba, Semmelweis Egy., Ér- és Szívsebészeti Klinika, 1122 Bp., Városmajor u. 68.

Nemzetközi Angiológiai Kollégium (ICA) 43. Világkongresszusa. 2001. június 24-29., Berlin, Németország.

Információ: J. B. Chang, Long Island Vascular Center, 1050 Northern Blvd., Roslyn, NY 11576, USA.

XVIII. Magyar Kísérletes Sebészeti Kongresszus. Pécs, POTE ÁOK, Központi Elméleti Tömb.

Információ: prof. dr. Róth Erzsébet, Pécs, Szigeti út 12., 7624.

Nemzetközi Phlebológiai Unió (UIP) 14. Világkongresszusa. 2001. szeptember 9-14., Róma, Olaszország.

Információ: Prof. Claudio Allegra, Via P. Borsieri, 12-00195 Roma, Italy.

Szombathelyi Angiológiai Napok, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság Kongresszusa. 2001. október 4-6., Szombathely.

Információ: dr. Nagy István, 9700 Szombathely, Markusovszky u. 3.

Nemzetközi Angiológiai Egyesület Észak-Afrikai és Közel-Keleti Tagozatának 1. Kongresszusa. 2001. október 27-29., Kairó, Egyiptom.

Információ: POB 125 Ibrahimah, Alexandria, Egyiptom, 21321.

16. Berliini Érsebészeti Szimpózium. 2001. november 6-10., Berlin, Németország.

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

Közép-Európai Vascularis Fórum (CEVF) 3. Nemzetközi Kongresszusa. 2002. május 16-18., Ljubljana, Szlovénia.

Információ: Dept. of Vasc. Diseases, Univ. of Ljubljana, Med. Ctr. Riharjeva 24., 1000 Ljubljana, Slovenia.

Nemzetközi Angiológiai Egyesület (IUA) 20. Világkongresszusa. 2002. április 7-11, New York, U. S. A.

Információ: Xpertize Meetings Management, tel.: 514-6966699.

10. Pánamerikai Phlebológiai és Lymphológiai Kongresszus. 2002. május 29. – június 1. Margarita Island, Venezuela.

Információ: Gerevent C. A., Av. Las Palmas con Calle Quito, Edificio Vizcaya, Piso 1., Oficina 8-B., Los Caobos, Caracas, Venezuela.

Pathofiziológia 4. Nemzetközi Kongresszusa. 2002. június 29. – július 5., Budapest.

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

Nemzetközi Angiológiai Egyesület (IUA) 21. Világkongresszusa. 2004. május 22-26., Róma, Olaszország.

Információ: Salvatore Novo, Via Sardegna 76., 90144 Palermo, Italy.

Rendelkező nyilatkozat a befizetett adó egy százalékaról

A kedvezményezett adószáma: 19024134-1-43.

A kedvezményezett neve: Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság.

Tudnivalók: ezt a nyilatkozatot tegye egy szabvány méretű postai borítékba, zárja le és írja rá az **Ön nevét, lakcímét és adóazonosító jelét**. Az önadózók adóbevallásukhoz csatolhatják, a munkahely által bejelentett adózók munkahelyükön adhatják le. A boríték leragasztását követően a hátoldalán – a leragasztásnál –, kérjük, írja alá.

Eddig megjelent számaink tartalmából

Aktuális: dr. Nemes Attila: Az érsebészet helyzete Magyarországon ● dr. Robiczek Ferenc: Tünetmentes arteria carotis szűkület – operáljunk vagy nem? ● dr. Dormándy János: Európai Egyeztetett Dokumentum a krónikus és kritikus lábischae-miáról ● A. N. Nicolaides: A tünetmentes arteria carotis szűkület és a stroke kockázata. ● dr. Meskó Éva: A belgyógyászati angiológia helyzete Magyarországon ● dr. Szegedi János – dr. Ballagi Farkas – dr. Farkas Katalin – dr. Landi Anna – dr. Meskó Éva – dr. Nádas Iván – dr. Váczi István: A belgyógyászati angiológia feltétel- és követelményrendszere ● dr. Sándor Tamás: Kis molekulásúlyú heparinok ● dr. Nemes Attila: Magyarország 1999. évi érsebészeti tevékenysége ● **Alaptudományok:** dr. Káli András: Vascularis integritás és vascularis remodeling ● dr. Monos Emil – dr. Bérczi Viktor – dr. Nádas György: A vena tonus localis szabályozásának biomechanikai szempontjai ● dr. Nádas György L. – dr. Monos Emil – dr. Bérczi Viktor: A vénák tónusának metabolikus kontrollja ● ifj. dr. Szentiványi Mátyás – dr. Monos Emil: Adrenomedullin: egy új értágító, vérnyomáscsökkentő peptid ● dr. Tóth Mária – dr. Nádas György L. – dr. Monos Emil: Agyi aneurizma modellek ● dr. Solti Ferenc: Az érfali nyirokkeringés elégtelenségének szerepe a verőérbetegségek patogenezisében és progressziójában ● Visontai Zsuzsanna Zsófia – ifj. dr. Rigó János – dr. Dézsi László: Endothelsejt diszfunkció és a praeclampsia összefüggései ● dr. Tóth Mária – dr. Nádas György L. – dr. Nyáry István – dr. Monos Emil: Agyi aneurizmás betegek intra- és extracranialis artériáinak biomechanikai tulajdonságai ● dr. Monos Emil: Az érrendszeri krónikus adaptáció mechanizmusai ● dr. Szombathelyi Tibor – Yves Goffin: Humán aorta és pulmonális szívbillentyű immunhisztokémiai vizsgálata ● dr. Hamar János: A vékonybél véráramlásának szabályozása fiziológias körülmények között és súlyos stresszel járó állapotokban ● dr. Székács Béla – dr. Kakucs Réka – dr. Ács Nándor – dr. Nádas György – dr. Monos Emil: Szexuálszteroidok akut hatásai noradrenalin in vitro kiváltott kísér-összehúzóásra ● dr. Bari Ferenc: K⁺-ioncsatornák szerepe az érsimaizom szabályozásában ● dr. Mezödy Melitta: Az endothelialis dysfunctio szerepe az

acut respiratorikus distress szindrómában ● dr. Csiki Zoltán – dr. Gál István – dr. András Csilla – dr. Szomják Edit – dr. Bedő Zoltán: Intermittáló transzdermális nitrátkezelés mellett alkalmazott szublingvális nitrát perifériás érhatásának monitorizálása ● dr. Visontay Zsuzsanna – dr. Karlócai Kristóf – dr. Kovács Gábor – dr. Mersich Beatrix – dr. Jokkel Gábor – dr. Kollai Márk: Az arteria pulmonalis rugalmasságának korfüggő változása ● dr. Lélek István: Az atherosclerosis biokémiája az újabb kutatások tükrében ● **Artériák betegségei:** dr. Laczkó Ágnes – dr. Acsády György – dr. Nemes Attila: Érsebészeti beavatkozások a felső végtagok artériáinak megbetegedései miatt ● dr. Acsády György – dr. Járányi Zsuzsanna – dr. Pintér László – dr. Laczkó Ágnes – dr. Nemes Attila: Az aorto-duodenalis fistulákról ● dr. Entz László – dr. Járányi Zsuzsanna – dr. Nemes Attila: Az eversió és a hagyományos carotis endarteriectomia perioperatív eredményeinek összehasonlítása ● dr. Tamás László – dr. Gunther Tamás – dr. Tarr Miklós – dr. Németh József – dr. Jakab Lajos – dr. Czigány Tamás: Tapasztalataink öt év alatt az arteria carotis interna (ACI) sebészetében ● dr. Olvasztó Sándor – dr. Kozlovsky Bertalan – dr. Bánfy Csaba – dr. Papp László – dr. Litauszky Krisztina – dr. Nagy Judit: A kiáramlási pálya preoperatív megítélésének komplex módja és jelentősége femoro-distalis rekonstrukciókban ● dr. Horváth Tibor – dr. Erdélyi Béla – dr. Ádám Attila – dr. Semlyén Judit: A betegek követésének jelentősége carotis rekonstrukció után ● dr. Nádor György: Az agyi aneurizmák CT-vizsgálatáról ● dr. Tamás László – dr. Gunther Tamás – dr. Németh József – dr. Jakab Lajos dr. Czigány Tamás – dr. Szatmári Ferenc: Tapasztalatok és eredmények a posztoperatív ála-neurizmák sebészeti kezelésében ● dr. Tarr Miklós – dr. Gunther Tamás – dr. Tamás László – dr. Németh József – dr. Czigány Tamás – dr. Jakab Lajos – dr. Szatmári Ferenc: Acut alsó végtagi ischaemiát okozó poplitea aneurysmákról ● dr. Mózes Géza – dr. Kádár Anna – dr. Illyés György – dr. Kulka Janina – dr. Schönfeld Tibor – Szik Lászlóné – Tőkés Annamária: Fiatalkori érelmeszesedés a koszorúerekben és az aortában ● dr. Baranyai Árpád – dr. Dlustus Béla – dr. Tóth Gyula – dr. Vallus

Gábor: Akut carotis revaszkularizáció progresszív stroke esetén ● Ródek Eszter: A hyperlipidaemiák diétás kezelése ● dr. Simonfalvi Imre – dr. Tomcsányi István – dr. Nagy Eszter – dr. Somogyi András: Mérsékelt és mély hipotermia alkalmazása akut aorta ascendens dissectio miatt végzett műtétetknél ● dr. Kasza Gábor – dr. Kollár Lajos – dr. Rozsos István: Femoro-poplitealis thrombectomiák videoangioscopos kontroll mellett ● dr. Markovics Gabriella – dr. Bartos Gábor – dr. Várföldi Tamás: Operált artériás betegeink infékciónregistre ● dr. Tamás László – dr. Czigány Tamás – dr. Gunther Tamás: Nehézségek és eredmények az aneurysmák sürgősségi ellátásában ● dr. Kaliszky Péter – dr. Nagy András – dr. Nagy Zoltán – dr. Nagy Edina: Az alsó végtag akut artériás elzáródásának kezelésével kapcsolatos tapasztalataink ● dr. Weninger Csaba – dr. Menyhei Gábor – dr. Solt Jenő – dr. Treiber Ibolya: A spirál CT a sürgősségi vascularis radiológiában ● dr. Csiki Zoltán – dr. Gál István – dr. Garai Ildikó – dr. Szomják Edit – dr. András Csilla – dr. Galuska László – dr. Szegedi Gyula: Infrahang szöveti mikrocirkulációra gyakorolt hatása alsó végtagi arteriosclerosisos betegeken ● dr. Nagy Eszter – dr. Tomcsányi István – dr. Somogyi András – dr. Sugár Tamás – dr. Simonfalvi Imre: Aneszteziológiai tapasztalataink és eredményeink aorta ascendens műtétetknél ● **Vénák betegségei:** dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Bíró Gábor – dr. Entz László – dr. Hüttl Kálmán – dr. Nemes Attila: A vena cava superior syndroma érsebészeti kezelése: A „T” formájú interpositum bevezetése ● dr. Hetényi András: Új műtéti eljárás: a feltárt mélyvéna védelme külső PTFE-spirállal ● dr. Sándor Tamás: Új lehetőségek a vénás thromboembóliák profilaxisában: kis molekulásúlyú heparinok ● dr. Kollár Lajos – dr. Maria Elisabeth Scholz – dr. Rozsos István: A nátrium-pentoszanpoliszulfát és a Fragmin hatékonyságának összehasonlítása ● dr. Hetényi András: Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének klasszifikációja és a súlyosság mértékének megállapítása ● dr. Bihari Imre: Az alsó végtag seprű- vagy pókvénáinak klinikai képe és előfordulása ● dr. Horváth Katalin – dr. Hetényi András – dr. Nagy Imre: A lábszár izomvénáinak jelentősége a flebológiai gyakorlatban

● dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Pintér László – dr. Repa Imre – dr. Nemes Attila: A vénák aneurizmái ● dr. Bihari Imre – dr. Magyar Éva: Arterio-venosus mikro-shuntök egyes pókvénák hátterében ● dr. Bihari Imre: Varicectomia mélyvénás keringés hiányában ● dr. Sándor Tamás: A mélyvénás trombózis otthoni kezelése ● dr. Vizsy László – dr. Kelemen Ottó – dr. Bodnár Szabolcs – dr. Bátorfi József: A kryovaricectomiával elért eredményeink ● dr. Bihari Imre: A felületes phlebitis kezelési lehetőségei ● dr. Jose Alemany: Az ilioacavalis vénás segment-rekonstrukciója tumoros esetekben ● dr. Szabó Éva – dr. Páldeák László – dr. Kósa Ágnes – dr. Hunyadi János: Curiosin additív kezelés ulcus cruris transzplantációja során ● dr. Bihari Imre: Az alsó végtagi varicositas műtéti eltávolításának módszerei ● dr. Szatmári Ferenc – dr. Paukovics Ágnes – dr. Bartek Péter – dr. Steinbach Márta – dr. Horváth Szeréna – dr. Kéki Miklós – dr. Czigány Tamás – dr. Tamás László: Új lehetőség a mélyvénás trombózis kezelésében ● dr. Bihari Imre – dr. Nagy Zoltán – dr. Szilvási István: Arterio-venosus shuntök ulcus crurisban ● dr. Mátyás Lajos: Micronizált flavonoiddal (Detralex) kezelt, vénás elégtelenségben szenvedő betegek nemzetközi vizsgálatának első magyarországi eredményei ● dr. Detre Zoltán: A vénás thrombosis prophylaxisa traumatológiai betegeken ● **Belgyógyászat:** dr. Vértés András – dr. Káli András – dr. Kolonics István dr. Sitkei Éva – dr. Pálkai Imre: Alsó végtagi artériás occlusio kezelése systémás accelerált thrombolysissal ● dr. Niesznér Éva – dr. Nádas Iván – dr. Simon Judit – dr. Baranyi Éva – dr. Préda István: Macroangiopathiás szövődményekkel kezelt 2. típusú cukorbetegség anyagcsere-helyzetének értékelése ● dr. Meskó Éva: Mit tehet egy megyei kórház angiológiai belgyógyászata az érbetegeket? ● dr. Niesznér Éva – dr. Nádas Iván – dr. Baranyi Éva – dr. Tóth Károly – dr. Vereczkei Katalin – dr. Préda István: Balkamra-funkció értékelése diabetes mellitus okozta microangiopathiában ● dr. Farkas Katalin – dr. Kolossváry Endre – dr. Járai Zoltán – dr. Dolgos László – dr. Farsang Csaba: Diabeteses microangiopathia kimutatása laser Doppler vizsgálattal ● dr. Marschalkó Izabella: Perifériás érbetegség gondozása – tíz év tapasztalatai ● dr. Vallus Gábor – dr. Dlustus Béla – dr. Nagy Bálint – dr. Papp Zoltán – dr. Romics László – dr. Karádi István: Factor V. Leiden genotípus súlyos,

poplitealis restenosissal járó atherosclerosisban ● dr. Galuska László – dr. Garai Il-dikó – dr. Csiki Zoltán – dr. Varga József – dr. Bodolay Edit – dr. Bajnok László: Az ujj-tenyér keringési hányados radionuklid meghatározása mikrocirkulációs zavarokban ● **Lymphológia:** dr. Daróczy Judit: A krónikus nyiroködéma szövödményei ● dr. Daróczy Judit: Mikromorphológiai elváltozások krónikus nyiroködémában ● dr. Bihari Imre – dr. Tasnádi Géza – dr. Domján Gyula – dr. Tomcsányi István: Chylascos kezelése peritonea-venosus műanyag shunt beültetésével ● **Radiológia:** dr. Balázs György – dr. Hüttl Kálmán: A carotis rendszer duplex ultrahang vizsgálata ● dr. Palkó András: A vesetumorok vascularisatiójának és vénás terjedésének komputer tomográfiás vizsgálata ● dr. Lázár István – dr. Heiner Béla – dr. Varga Eszter – dr. Gyarmati János: Primer vascularis stentbeültetések – 21 beteggel szerzett tapasztalataink ● **Bőrgyógyászat:** dr. Várkonyi Viktória: A lábszárfejkély differenciál diagnosztikája ● dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Turbók Eszter – dr. Nemes Attila: Iruxol monoal szerzett klinikai tapasztalatok a krónikus sebek kezelésében ● dr. Daróczy Judit – dr. Majthényi Piroska – dr. Rédling Marianne – dr. Bagó Andrea: Sebkezelő program krónikus vénás elégtelenségben kialakult ulcus crurisban ● **Haemostaseológia:** dr. Sas Géza – dr. Kunz Gabriella: A thrombophilia klinikai vonatkozásai ● dr. M. A. Lateiwish – dr. Kuncz Gabriella – dr. Csurgay Eszter – dr. Sas Géza: Az antiphospholipid antitestek angiológiai vonatkozásai ● dr. Kollár Lajos, dr. Rozsos István, dr. Forgács Sándor: A haemodilutio hatása perifériás érbetegség kezelésében ● **Gyermekkori érbetegségek:** dr. Tasnádi Géza: A perifériás erek anomáliái, I. rész: Epiedemiológia, etiológia ● dr. Tasnádi Géza: A perifériás erek anomáliái (II. rész) ● **Esetismertetés:** dr. Kozlovsky Bertalan – dr. Vaszily Miklós – dr. Szabó Zoltán – dr. Bánfi Csaba – dr. Szeráfin Tamás – dr. Péterffy Árpád: Az aorta dissectio mai kezelési lehetőségeiről – A-típusú acut dissectio sikerrel operált esete ● dr. Horváth Péter: Carotis keringési zavar kivizsgálása során diagnosztizált Eagle (stylohyoid) szindróma ● dr. Tarr Miklós – dr. Czigány Tamás – dr. Gunther Tamás: Acut alsó végtagi ischaemiát okozó artéria poplitea álaneurysma sikerrel operált esete ● dr. Papp László – dr. Andrew R. L. May – dr. Farukh Bajwa: A visceralis artériák aneurysmáiról – sikere-

sen operált rupturált truncus coeliacus aneurysma-esetünk kapcsán ● dr. Nagy Imre – dr. Jakab Zoltán – dr. Kelenffy Gábor: Áthatoló arteria sub-clavia sérülés sikeresen operált esete ● dr. Kollár Lajos – dr. Kasza Gábor – dr. Rozsos István – dr. Menyhei Gábor – dr. Varga Zsolt – dr. Grexa Erzsébet: Intima pótlás thrombendarterectomia után: Enduring ● **Továbbképzés:** dr. Várady Zoltán: Az esztétikus varicectomia technikája ● dr. Ballagi Farkas: A szénsavgázfürdő jelentősége a perifériás érbetegség rehabilitációjában ● dr. Tagányi Károly: Kémiai lumbális sympathectomia ● dr. Rozsos István – dr. Kollár Lajos – dr. Horváth Örs Péter: Krónikus érbetegség tartós fájdalomcsillapítása (pozitív kontrollós klinikai tanulmány) ● dr. Acsády György – dr. Laczkó Ágnes – dr. Nemes Attila: A postvaricectomiás oedemák Detralex kezelésével szerzett klinikai tapasztalatok ● dr. Forgács Sándor – dr. Rozsos István – dr. Kollár Lajos: Antibiotikum profilaxis szerepe az érsebészeti műtétetknél ● dr. Ballagi Farkas: Az érbetegség rehabilitációjának eszközei ● dr. Olvasztó Sándor – dr. Jenes Erzsébet – dr. Misz Mária: Fontos-e a thrombocytá aggregatio gátlása már az érműtét előtt is? ● dr. Gurzó Zsuzsanna – dr. Gyimesi András – dr. Zámori Csaba – dr. Iványi János: Változások a diabeteses betegek végtag gangraena miatti amputációjának megítélésében ● dr. Rozsos István – dr. Forgács Sándor – dr. Kasza Gábor – dr. Kollár Lajos: A diabetes-láb trophicus szövődményeinek ellátása ● dr. Tasnádi Géza: Az érfejlődési rendellenességek sebészeti kezelésének változása az elmúlt harminc évben ● dr. Széll Kálmán: Miként lehetne A-V shunt képző műteteink eredményeit javítani? ● dr. Tóth Gyula – dr. Dlustus Béla – dr. Vallus Gábor – dr. Baranyai Árpád – dr. Tóth Lajos – dr. Barta László: Traumás thoracalis aorta ruptura műtéti ellátása ● **História:** dr. Bihari Imre: 150 éve született Friedrich Trendelenburg ● dr. Bihari Imre: A scleroterápia története ● dr. Radó György: Az ulcus cruris fogalmának kialakulása ● dr. Radó György: A lábszárfejkély terápiajának története ● dr. Meskó Éva: Urai László, a belgyógyász angiológus ● dr. Vezendi Klára: Emlékezés Géza de Takátsra ● dr. Bihari Imre: Az első éranastomosis és annak megalkotója – 120 éves az Eck-fistula. ● dr. Bihari Imre: A lábszárfejkély műtéti kezelésének története – 100 éve született Robert R. Linton

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetősége tisztelettel kéri a Társaság minden tagját, hogy a tagnyilvántartás pontosítása érdekében az alábbi űrlapot kitöltve szíveskedjék visszaküldeni a Társaság pénztárosa címére. (Dr. Jámor Gyula, Semmelweis OTE I. sz. Sebészeti Klinika, 1082 Budapest, Üllői út 78.)

Név: Tudományos fokozat:

Lakáscím:

Telefonszám: Faxszám: E-mail:

Munkahely neve, címe:

Telefonszám: Faxszám: E-mail:

Szakterület, beosztás:

MEGRENDELŐLAP

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

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című folyóirat 2001. 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.

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

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

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

Név:

Cím:

Telefonszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

.....

Beosztás:

Szakterület:

.....

aláírás

A kockázatokról és mellékhatásokról olvassa el a betegtájékoztatót vagy kérdezze meg kezelőorvosát, gyógyszerészét!

Mellékhatás:
ritkán túlérzékenységi reakció léphet fel.
Figyelmeztetés:
nyílt sebre, nyálkahártyára nem alkalmazható.

Szakmai információ kérhető:
Kéri Pharma Kft.
H-4032 Debrecen,
Bartha B. u. 7.
Telefon: (52) 431-313
fax: (52) 431-315



bene

SP54[®]

gél

40 g, 100 g



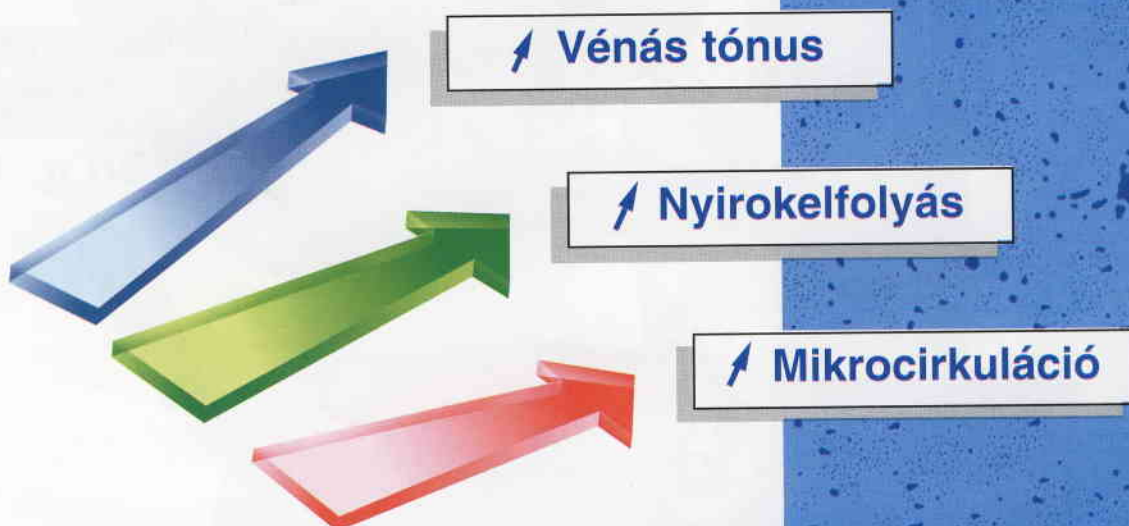
- balesetre,
- sérülésre,
- lezajlott
trombózis
után

nem kell

- túrni
a fájdalmat
- elviselni
a duzzanatot
- takargatni
a kék foltokat
- szenvedni
a felületes

**Gyorsan,
hatékonyan gyógyít
az új SP54[®] gél**

**Recept nélkül
kapható!**



detralex

Mikronizált, tisztított flavonoid frakció

mikronizált

ATC: C 05 CA bioflavonoid

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

– feszülés, nehézség érzés
– fájdalom

– éjszakai lábikra görcsök

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

Eltartási utasítás: Szobahőmérsékleten tartandó.

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

Rövidített alkalmazási előírat.

Részletesebb információ: Servier Hungária Kft.

1146 Budapest, Abonyi utca 31.

Tel.: 344-0590 Fax: 344-0588



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

Krónikus vénás elégtelenség:

napi 2 tabletta

Akut aranyeres krízis:

6 tablettáig naponta