

Köszöntők

Tisztelt Kollégák, Kedves Vendégeink!

Ismételten eltelt két esztendő, és a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság III. Közös Kongresszusát szerveztük meg Nyíregyházán. Mindenki előtt ismeretes, hogy a szervezés körül némi bonyodalmak adódtak, de reméljük és hisszük, hogy magas színvonalú és jó hangulatú tanácskozáson veszünk részt. Ismeretes az egészségügy meglehetősen nehéz helyzete. Szakmai beszélgetéseink többnyire a finanszírozásról szólnak, a Nyíregyházi Angiológiai Napok lehetőséget adnak arra, hogy a szakmánkkal foglalkozunk és a szakmai barátságok tovább erősödjenek. Minden résztvevőnek eredményes tanácskozást és kellemes időtöltést kívánok.

Prof. dr. Kollár Lajos
a MAÉT elnöke

Tisztelt Kolléganők és Kollégák!

Szeretettel köszöntöm a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság és a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság harmadik közös kongresszusának mindent résztvevőjét. A közös kongresszus Magyarországon vitathatatlanul a legfontosabb rendezvény az érbetegségekkel foglalkozó szakemberek számára.

Mindkét társaság örömmel vette Nyíregyháza jelentkezését a kongresszus megrendezésére. Egyrészt a Jósa András Megyei Kórházban folyó

magas szintű szakmai tevékenység miatt méltó választás a kongresszus helyszíne. Másrészt a rendezvény alkalmat ad arra, hogy az ország legkeletibb fekvésű városának és környékének nevezetességeit meglátogassuk.

A szervezés nehéz feladatát a MAÉT részéről dr. Kozlovsky Bertalan, a MACIRT részéről dr. Lázár István vállalta. Egy rendezvény szervezése mindig nagyon sok gonddal jár. Figyelemmel kísérve kongresszusaink szervezését, megállapítható, hogy az egészségügyben lévő anyagi megszorítások a rendezvényeink gazdasági háttérét is megingatták. A jelentős kintlévőségek és csökkent forgalom mellett kongresszusunk támogatását az egészségügyben működő cégek egyre kevésbé vállalják. Így külön köszönet illeti a szervezők mellett szponzorainkat. A kongresszus legjobb előadása díjazásra kerül, és az Érbetegségek című folyóirat a kongresszuson adja át a legjobb cikkekért járó díjait. A cél egyértelmű: a kiemelkedő tudományos közlemények megbecsülésével erősítsük a publikációs tevékenységet.

Kongresszusainkat a magas szintű szakmai színvonal mellett az igen jó hangulatú társasági rendezvények is jellemzik. A programot látva biztos vagyok, hogy ezen a kongresszuson is így lesz.

Így nyugodt szívvel kívánok minden résztvevőnek szakmailag hasznos és kellemes időtöltést.

Prof. dr. Hüttl Kálmán
a MACIRT elnöke

Program

(8 perc előadás, 2 perc hozzászólás)

2007. október 10., szerda

14.00-15.30 A kongresszus ünnepélyes megnyitója a Korona Szálló dísztermében

Bugár-Mészáros Károly emlékelőadás

Dr. Landi Anna: A perifériás obliteratív érbetegség pathomechanizmusának megítélésében, diagnosztikájában és szekunder prevenciójában történt változások

Soltész Lajos emlékelőadás

Dr. Dlustus Béla: Az érbetegek szolgálatában

MACIRT kitüntetések átadása

Az Érbetegségek című folyóirat díjainak átadása

15.30-16.30 Novartis szimpózium

Prof. dr. Hunyadi János: Compliance építés a CVI konzervatív kezelésében

16.30-17.30 Servier szimpózium

Prof. dr. Dzsini Csaba:

Vénabillentyű-elégtelenség pathofiziológiája – a sebész szemszögéből

Dr. Apor Astrid:

Vénabillentyű-elégtelenség ultrahang diagnosztikája

Dr. Meskó Éva:

Megelőzhető-e a krónikus vénás insufficiencia kialakulása?

18.00 Peter Shaffer: Amadeus című művének előadása a Móricz Zsigmond Színházban

20.30 Kiállítás-megnyitással egybekötött állófogadás a Korona Szállóban

2007. október 11., csütörtök

8.30-10.00 I. szekció: Vénás betegségek

Üléselnök: dr. Pécsvárady Zsolt, dr. Szatmári Ferenc

8.30-8.38 A varicectomia fejlődése a Madelung műtéttől a valódi lézerebészeti eljárásig – 88 endovenás lézer varicectomia eredményei

Dr. Rozsos István, dr. Ferenczy József, dr. Szabó Szilárd, dr. Gyarmati Csaba, dr. Seffer István, dr. Almási Róbert, dr. Muskát Judit

8.40-8.48 Akut vénás thromboemboliás megbetegedések szisztémás thrombolyticus kezelése során szerzett tapasztalataink

Dr. Ilonczai P., dr. Oláh Zs., dr. Schlammadinger Á., dr. Rázsó K., dr. Mikita J., dr. Boda Z.

8.50-8.58 Hagyományos stripping és cryostripping:

prospektív tanulmány a szövödmények és életminőség-változások összehasonlítására

Dr. Menyhei Gábor, dr. Gyevnár Zsuzsanna, dr. Hardi Péter, dr. Kollár Lajos

9.00-9.08 Új technikák az infiltráló vénás malformációk – vénás cavernomák – sebészeti és intervenciós radiológiai kezelésében

Dr. Tasnádi G., dr. Harkányi Z., dr. Balázs Gy.

9.10-9.18 Ascendáló thrombophlebitis – UH diagnózis és kezelés

Dr. Morvay Zita, dr. Kovács Gabriella, dr. Sipka Róbert, dr. Palásthy Zsolt, dr. Mihalovits Gábor

9.20-9.28 Corona phlebectatica paraplantaris laser Doppler-vizsgálata

Dr. Bihari I., dr. Egresits J., dr. Farkas K.

9.30-9.38 Visszerműtét lézerrel

Dr. Bihari Imre

9.40-9.48 Új műtéti eljárás a vénás billentyűelégelenség kezelésére: a biológiai billentyű-stent implantáció

Dr. Keresztury Gábor

9.50-10.00 Elnöki összefoglaló és a téma időszerű súlypontjai

10.00-10.20 Kávészünet

10.20-12.10 II. szekció: Aorto-iliaco-femorális kórképek

Üléselnök: dr. Acsády György, dr. Nagy Endre

10.20-10.28 Az aorto-iliacalis rekonstrukciós stratégia változása az intervenciós érában.

Dr. Simó G., dr. Darabos G., dr. Kollár A., dr. Mogán I.

10.30-10.38 Hasi aorta okklúziót követő korai, intermittáló reperfüzió hatása a reperfüziós károsodásra kísérletes és klinikai modellen

Dr. Sínay László, dr. Arató Endre, dr. Horváth Szabolcs, dr. Kürthy Mária, Bátor Anna, Németh Gábor, Balatonyi Borbála, dr. Róth Erzsébet, dr. Kollár Lajos, dr. Jancsó Gábor

10.40-10.48 Suppurált Dacron grafftrendszer explantációja és pótlása vena femoralis superficialis-arteria femoralis superficialis composite grafftal (esetismertetés)

Dr. Nagy András, dr. Nagy Zoltán, dr. Nagy Edina, dr. Gyurkovics Endre

10.50-10.58 Intraoperatív intervenció az aorto-iliacalis rekonstrukciók során

Dr. Kasza Gábor, dr. Benkő László, dr. Kollár Lajos

11.00-11.08 „Silver“ graft implantációval szerzett tapasztalataink.

Dr. Juhász György

11.10-11.18 Transbrachialis behatolásból végzett intervenciók (10 év tapasztalata)

Dr. Nagy Endre, Sipka Róbert

11.20-11.28 Az arteria renalis szűkület endovaszkuláris kezelése – a Magyar Renovaszkuláris Regiszter (MRR) bemutatása

Dr. Kolossváry Endre, dr. Farkas Katalin, dr. Járjai Zoltán, dr. Kovács Tamás, dr. Hüttl Kálmán

11.10-11.38 Angiológiai intervenciók szövödményei klinikánk 5 éves anyagában.

Dr. Hódi Zoltán, dr. Mihalovits Gábor, dr. Palásthy Zsolt, dr. Petrovski Viktor, dr. Nagy Endre, dr. Lázár György, dr. Sipka Róbert

11.40-11.48 Femoralis oszlás területi thrombendarterectomiát követő V-Y plasztika

Dr. Gyurkovics Endre, dr. Jámbor Gyula, dr. Nagy Zoltán, dr. Kaliszky Péter, dr. Regáli László, dr. Nagy András

11.50-11.58 Alsó végtagi obliteratív verőérbetegek követéses vizsgálata

Dr. Jassó István, dr. Landi Anna, dr. Dinya Elek

12.00-12.10 Elnöki összefoglaló és a téma időszeri súlypontjai

12.10-13.20 **Állóbüfé** (svédasztallal) a kiállítói standoknál

12.30-13.10 Cordis – Advance Treatment of Critical Limb Ischemia

*Dr. Hüttl Kálmán (10 perc),
dr. Juhász György (10 perc),
szakmai kerekasztal (20 perc)*

13.20-15.30 III. szekció: Az érbetegségek konzervatív kezelése és a prevenció

Üléselnök: dr. Meskó Éva, dr. Landi Anna

13.20-13.28 A belgyógyászati angiológia helyzete Magyarországon (2007)

Dr. Meskó Éva

13.30-13.38 A PAD, mint fokozott kardiovaszkuláris kockázattal járó atherothrombotikus betegség

Dr. Pécsvárad Zsolt

13.40-13.48 Csontvelő eredetű összejtterápia előrehaladott perifériás artériás érbetegekben: az első 5 hazai beteg kezelésével szerzett klinikai tapasztalatok

Dr. Boda Zoltán, dr. Farkas Katalin, dr. Tóth Judit, dr. Jámbor László, dr. Soltész Pál, dr. Rázsó Katalin, dr. Oláh Zsolt, dr. Ilonczai Péter, Szarvas Mariann, dr. Litauszky Krisztina, dr. Hunyadi János, Sipos Tamás, dr. Kappelmayer János, Veréb Zoltán, dr. Rajnavölgyi Éva

13.50-13.58 Kritikus végtag ischaemiában alkalmazott autológ csontvelő-eredetű összejt terápia hatása az alsóvégtag mikrocirkulációjára

Dr. Farkas Katalin, dr. Egresits József, dr. Kolossváry Endre, dr. Boda Zoltán

14.00-14.08 A szemikarbazid-szenzitív aminoszáz enzim aktivitás változása obliteratív érbetegekben és érműtétek hatására

Dr. Nemcsik János, dr. Egresits József, dr. Simó Gábor, dr. Mogán István, dr. Gáti Tamás, dr. Farkas Katalin, dr. Szökő Éva, Soltész Zsuzsa, dr. Tábi Tamás, dr. Magyar Kálmán, dr. Kiss István

14.10-14.18 Magas flavonoid tartalmú étrendkiegészítő szisztémás és lokális hatása Raynaud szindrómás betegek esetében

Dr. Csiki Z., dr. Balogh E., dr. Galajda Z., dr. Szentmiklósi J., dr. Szabó N., dr. Horváth I., dr. Kerékgyártó Cs., dr. Garai I., dr. Major Gy., dr. Molnár P., dr. Zeher M.

14.20-14.28 Heparin-indukálta thrombocytopenia és kumarin-indukálta bőrnekrozis társulása

Dr. Oláh Zsolt, dr. Schlammadinger Ágota, dr. Rázsó Katalin, dr. Ilonczai Péter, dr. Mikita János, dr. Jámbor László, dr. Décsy Judit, dr. Boda Zoltán

14.30-14.38 Alsó végtagi rekonstrukív érműtétek során adott E-vitamin hatása a reperfüziós károsodásokra

Dr. Arató Endre, dr. Sínay László, dr. Kasza Gábor, dr. Masoud Shafiei, dr. Varga Zoltán, dr. Kollár Lajos, dr. Kürthy Mária, dr. Jancsó Gábor, dr. Róth Erzsébet

14.40-14.48 Kardiovaszkuláris kockázati tényezők vizsgálata a nyíregyházi művese állomáson dializált betegek körében

Dr. Szigeti Zsuzsanna, dr. Mozga Ildikó, dr. Szegedi János

14.50-14.58 Diabetes mellitusban szenvedő betegek vascularis rizikófaktorainak elemzése egy éves beteganyagunkban

Dr. Kiséry Csaba

15.00-15.08 Fallot-tetralógiás betegekben az arteria carotis tágulékonysága csökkent

Dr. László A., dr. Pintér A., dr. Mersich B., dr. Kádár K., dr. Temesvári A., dr. Szentpáli Zs., dr. Kollai M.

15.10-15.18 A nagyerek transzpozíciója esetén a carotis érfal rugalmassága csökkent

Dr. Pintér A., dr. László A., dr. Mersich B., dr. Kádár K., dr. Hartvánszki I., dr. Kollai M.

15.20-15.30 Elnöki összefoglaló és a téma időszeri súlypontjai

15.30-15.50 Kávészünet

15.50-17.40 IV. szekció: Infragenuális verőér betegségek, infectio és a mesterséges A-V fistulák

Üléselnök: dr. Bíró Gábor, dr. Bánsághi Zoltán

15.50-15.58 Femoro-poplitealis rekonstrukciókkal együlésben végzett distalis intervenciók középtávú eredményei

Dr. Darabos G., dr. Simó G., dr. Mogán I., dr. Kollár A.

16.00-16.08 Alsó végtagi CT angiographia helye és szerepe az érsebészeti tevékenységben

Dr. Horváth Katalin, dr. Nagy István, dr. Forgács András

16.10-16.18 Az arteria profunda femoristról indított, térd alá irányuló verőér rekonstrukciók

Dr. Kaliszky Péter, dr. Jámbor Gyula, dr. Gyurkovics Endre, dr. Regáli László, dr. Molnár Béla

16.20-16.28 Végtagmentés homograft erek felhasználásával

Dr. Szabó Gábor, dr. Bíró Gábor, dr. Szeberin Zoltán, dr. Acsády György

16.30-16.38 A 18FDG PET szerepe a graft suppuratio diagnózisában

Dr. Tóth Csaba, dr. Papp László, dr. Olvasztó Sándor, dr. Kosztyu László, dr. Litauszky Krisztina, dr. Garai Ildikó, dr. Kálvin Beáta

16.40-16.48 Homograft erek alkalmazása érsebészeti gennyedés megoldására

Dr. Bíró Gábor, dr. Szeberin Zoltán, dr. Szabó Gábor, dr. Acsády György

16.50-16.58 Alsó végtagi érszűkületes betegek életminőségének összehasonlító vizsgálata

Dr. Olvasztó S., dr. Kovács L., dr. Kosztyu L., dr. Litauszky K., dr. Tóth Cs., dr. Varga Zs.

17.00-17.08 Cimino-shunt műtéteink hosszútávú eredményei, tapasztalataink

Dr. Szabó Géza

17.10-17.18 Az intervenció helye és szerepe a dialysis fistulák ellátásában.

Dr. Tóth Andrea, dr. Kurucz József, dr. Bánsághi Zoltán

17.20-17.28 Komplikált A-V shuntök megoldása homograft erek felhasználásával

Dr. Bíró G., dr. Szeberin Z., dr. Acsády Gy.

17.30-17.40 Elnöki összefoglaló és a téma időszertj súlypontjai

17.40-19.30 MAÉT közgyűlés és vezetőségválasztás

20.00-24.00 Zenés gálavacsora a sóstói Krúdy Vigadóban, szüreti hangulatban

2007. október 12., péntek

9.00-9.40 Továbbképző referátum

Üléseelnök: dr. Kollár Lajos, dr. Dzsinih Csaba

Dr. Gloviczki Péter előadása:

Endovascular and Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysms: Current Indications and Results at the Mayo Clinic

Hozzászólások, kérdések

Kávészünet

MAÉT Vezetőségi Ülés

MACIRT Vezetőségi Ülés

Poszter szekció (részletes programját lásd külön)

Üléseelnök: dr. Farkas Katalin, dr. Kozlovsky Bertalan, dr. Lázár István

10.50-12.00 V. szekció: Carotis sebészet

Üléseelnök: dr. Entz László, dr. Hüttl Kálmán

10.50-10.58 Érsebészeti regiszter

Dr. Simó Gábor

11.00-11.08 Cryodilatációval szerzett technikai-klinikai tapasztalatok perifériás, verőeres betegségek alternatív kezelésében.

dr. Mátyás Lajos, dr. Szász Zsuzsanna

11.10-11.18 Carotis stenosisok kivizsgálása és sebészi kezelése – korai és késői eredmények.

Dr. Kozlovsky Bertalan, dr. Lakatos József, dr. Szabó Géza, dr. Sztankó Éva, dr. Ujvári Attila, dr. Báthory Sándor, dr. Diószeghy Péter

11.20-11.28 Arteria carotis communis proximális szakasz lézióinak transfemorális endovaszkuláris intervenciója: 153 beavatkozás tapasztalata

Dr. Paukovits T. M., dr. Haász J., dr. Molnár A., dr. Szeberin Z., dr. Varga D., dr. Acsády Gy., dr. Hüttl K., dr. Bérczi V.

11.30-11.38 Az arteria anonyma angioplasticája 129 betegen: 26 év tapasztalata

Dr. Entz L., dr. Hüttl K., dr. Nemes B., dr. Paukovits T. M., dr. Simonffy Á., dr. Bérczi V.

11.40-11.48 Prediktív faktorok a carotis eversiók endarteriectomiát követő restenosis kialakulásában

Dr. Somorjai Attila, dr. Szabó Attila, dr. Dósa Edit, dr. Füst György, dr. Cervenak László, dr. Prohászka Zoltán, dr. Entz László

11.50-11.58 Embóliaszűrő nélkül, stent védelemben végzett carotis angioplasztika: technika és klinikai eredmények

Dr. Szikora István, dr. Kulcsár Zsolt, dr. Berentei Zsolt, dr. Marosfői Miklós

12.00-12.08 Bilateralis carotis interna aneurysma (esetismertetés)

Dr. Szabó Gábor Viktor, dr. Szeberin Zoltán, dr. Bíró Gábor, dr. Laczkó Ágnes, dr. Dzsinih Csaba, dr. Acsády György

12.10-12.18 Vita a carotis stenosis kezeléséről. A sebészi, vagy az intervencionális radiológiai eljárás a célravezetőbb?

12.20 A kongresszus zárása. A „legjobb előadás“ díj átadása

12.30-14.00 Ebéd

14.30-tól fakultatív kirándulás Tokajba autóbusszal

Poszterek

Kéz-mikrocirkuláció funkcionális vizsgálata thermographiával és lézer scannerrel arteria radialis eltávolítással végzett koszorúér műtétet követően késői posztoperatív követésben

Dr. Csiki Z., dr. Balogh E., dr. Szabó N., dr. Horváth I., dr. Garai I., dr. Kromplák Zs., dr. Szász A., dr. Kerékgyártó Cs., dr. Major Gy., dr. Molnár P., dr. Galajda Z.

Az osteoprotegerin összefüggést mutat a pulzushullám terjedési sebességgel és a halálózással hemodializált betegekben.

Dr. Egresits József, dr. Nemcsik János, dr. Fekete Csaba Bertalan, dr. El Hadj Othmane Taha, dr. Szabó Tamás, dr. Fodor Erzsébet, dr. Kiss István, dr. Tislér András
Intervenció alkalmazásával megelőzhető ritka szövődmény aorto-bifemorális bypass követően
Dr. Király L., dr. Főgel K., dr. Karácsony T.
Vena cava inferior sérülések ellátása
Dr. Papp Zoltán, dr. Molnár Gábor, dr. Assefa Abebe
Tomba trauma okozta gyermekkori izolált arteria iliaca externa sérülés ellátása
Dr. Szeberin Zoltán, dr. Sült Tamás Péter, dr. Szabó Gábor, dr. Bíró Gábor, dr. Dabous Fayez, dr. Bognár János, dr. Acsády György
Mélyvénás trombózis ritka esete: vena cava inferior hipoplázia
Dr. Borvendég J. Sebestyén, dr. Farkas Katalin
A mágneses tér nem csak MR képalkotáshoz jó! Mágneses navigáció az intervenció radiológiában
Dr. Harmat Zoltán, dr. Battyáni István
A visceralis artériák aneurysmáiról – sikeresen operált lienalis aneurysma esetünk kapcsán.

Dr. Tamás L. J., dr. Kövesi Zs., dr. Bartek P., Vasi I.
Redo műtét időpontjának megválasztása femoro-poplitealis bypass anastomosis stenosisainak ismerete esetén – kazuisztika
Dr. Darabos G., dr. Simó G., dr. Mogán I.
Dialysált betegekben kialakult centralis vénás szűkület intervenció megoldása
Dr. Tóth Andrea, dr. Bánsághi Zoltán
Térd alá vezetett áthidaló érműtétek középtávú eredménye anyagunkban
Dr. Simó G., dr. Darabos G., dr. Molnár P., dr. Mogán I.
Teljes alsóvégtagi vénás refluxidő mérésével szerzett kezdeti tapasztalataink (CVE prevenció jelentősége photoplethysmographia segítségével)
Dr. Juhász Nimród
Az IHP (Innovatív Hip-exarticulation Protheses) értékelése és összehasonlítása a kanadai rendszerű csípőprotézisekkel
Dr. Till Attila, dr. Ágoston Lajos, dr. Joachim Dohmaier, dr. Udo Danske



NOVARTIS

A Novartis Hungária Kft. Consumer Health
tisztelettel meghívja Önt
a Nyíregyházi Angiológiai Napok keretében,
2007. október 10-én, szerdán, 15.30-tól tartandó
szimpóziumára.

Előadó:

prof. dr. Hunyadi János

Az előadás címe:

Compliance építés a CVI konzervatív kezelésében

ide jön a
Servier-szim-
póziium, amit
külön küldünk

Quo vadis angiológia?

DR. MESKÓ ÉVA

A periferias arterias betegség (PAD – peripheral arterial disease) előfordulásának felmérésére világviszonylatban is számos tanulmány készült. A PAD *asymptomas* formájának prevalenciája 3-10%-os, 70 év felettieken ez az érték 15-20%-ot éri el.

A *symptomas* tünetcsoportban a 40 évet elért betegek PAD prevalenciája 3%, és 6%-os a 60 éves korosztályban. A számadatokat az is befolyásolja, hogy a vizsgált betegek 10-50%-a soha nem tett említést claudicatio intermittensre utaló tünetekről (1).

Magyarországon 100 ezer lakosra évi 720 keringési halálok esik, ebből: 40% szív, 32 % agyi, 28% végtagi érbetegség következménye (2).

Hazánkban – csakúgy mint a külföldi országokban – a periferias érbetegségek ellátása komoly problémát jelent. A Kistarcsai Kórház megnyitását követően a beutalt betegek érstatusa hívta fel a figyelmet a kérdés fontosságára. 1980-ban *megyei szintű érambulanciát* létesítettünk, mely az angiológiai-kardiológiai profilú II. Belosztály irányítása alatt működik jelenleg is. Az érambulancián diagnosztizáló, konzultatív és gondozási feladatot látunk el. Javaslatot teszünk az angiographiára, érsebészeti konzultációra, konzervatív kezelésre. Az ambulanciára beutalt betegek száma évről-évre nő. 1984-ben már 20.000 beteg adatait dolgozhattuk fel. A kor szerinti csoportosításkor feltűnt, hogy a betegek 70%-a a munkaképes, 30-65 év közötti korosztályba tartozott (1. ábra).

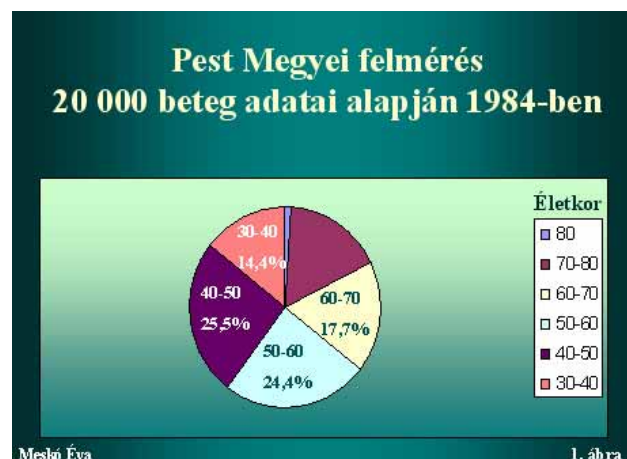
Ez a kérdés társadalmi jelentőségét is aláhúzza (3.).

A vizsgált betegcsoport betegeinek 18%-a a *gangraena* stádiumában került *először* szakellátásra. Ennek több oka volt:

1. az otthoni hosszadalmas, végül eredménytelen kezelés,
2. téves diagnosis,
3. a beteg – félve a beavatkozásoktól – későn fordult orvoshoz.

Valószínűleg mindez szerepet játszik abban, hogy *Magyarországon évi 6-7000 végtagot amputálnak érbetegség miatt!*

Érbeteg ellátásunk értékelése a számadatok tükrében a legdemonstratívabb. 1990-től 2002-ig összesen 5 alkalommal készült a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint később a Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága közreműködésével *országos kérdőíves felmérés*. Ennek kapcsán megkerestük az ország egészségügyi fekvőbeteg és járóbeteg intézményeit. Az ország betegellátó egységeinek 88,75%-a válaszolt a feltett kérdésekre, amiért ezúton is ismételtelen köszönetünket fejezzük ki. Az adatok kiterjedtek a fekvő- és járóbeteg ellátó rendelőkben megvizsgált betegek számára, az érbelgyógyászat, érsebészet és radiológia helyi lehetőségeire, a műszerezettségre, szakember ellátottságra,



A MOTESZ által szervezett Pro medicina kongresszuson 2007. március 23-án megtartott előadás nyomán.

a továbbképzések gyakoriságára, a szakasszisztens igényre.

A nyert adatok részletezése az adott irodalomban megtalálható (4). 1998-ban a Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága (elnök: dr. Szegei János; tagok: dr. Ballagi Farkas, dr. Farkas Katalin, dr. Járai Zoltán, dr. Landi Anna, dr. Meskó Éva, dr. Nadas Iván, dr. Pécsvárad Zsolt) megalakulásakor kidolgozta az *angiológiai betegellátás minimum feltételrendszerét*, javaslatot tett a BNO kódokra, összeállította a szükséges diagnosztikai és terápiás *protokollokat*, felmérte az angiológiai team munka korszerűsítésének lehetőségeit, országos *továbbképzési programokat* alakított ki. 1999 óta „A belgyógyászati angiológia képesített orvosa” cím elnyerésére is lehetőség nyílik. Az elmúlt 4 évben az Angiológiai Bizottság havonta, eddig összesen 35 alkalommal tartott az ország minden részén a terület orvosai számára egynapos akkreditált továbbképzést.

Az elkövetkezett években a felmérés alapját jelentő számadatok változatosan alakultak. Míg 1990-ben az egész országban 13 helyen volt belgyógyászati angiológiai ténykedés, érsebészeti lehetőség 33 helyen, 2002-ben 50 belgyógyászati angiológiai ellátó hely működött és 73-ra emelkedett az érsebészeti helyek száma (**2. ábra**).

1999-ben az ambulans betegellátó egységekben 284.836 érbeteget láttak el, 2002-ben 270.319 beteget vizsgáltak. A gyakorlatilag stagnáló számadat azzal magyarázható, hogy időközben megváltozott a vizsgálatot végző orvosok munkahelye, megszűntek egyes ambulanciák, helyettük máshol létesültek rendelők. 2002-ben az egész országban összesen 22 intézményen belül volt lehetőség az érsebészeti, érbelgyógyászati és angiographiás vizsgálatok egy kórházon belüli elvégzésére. A többi helyen mentővel vitték a beteget angiographiára, majd más kórházban történt a sebészeti ellátás, és talán harmadik helyen a gondozás. Mindez így volt a sürgős esetekben, az acut érelzáródásokban is, ahol a késedelem a beteg életébe „enyhébb” esetben a végtagjába kerülhet!

A MAÉT és az Angiológiai Bizottság számos diagnosztikai, terápiás feladattervet dolgozott ki, jelenleg is szorgalmazva egy országos szintű epidemiológiai vizsgálat fontosságát.

	1990	1993	1998	1999	2002
angiológia	13	25	21	22	50
érsebészet	33	40	54	48	73
angiographia			42	36	53

Meslő Éva 2. ábra

	Budapesten	vidéken	összesen:
érbelgyógyászati ágy:	128	+ 154	= 282
érsebészeti ágy:	144	+ 508	= 652

Meslő Éva 3. ábra

A 2006-os év az egészségügyi *struktúraváltás* fordulópontja. Számos intézmény összetétele megváltozik, betegellátó egységek, speciális feladatokat ellátó központok szűnnek meg, feladataikat más egységekbe tömörítve látják el. A 2006-os év a struktúraváltást közvetlenül megelőző, még viszonylag egységes és évtizedek óta rendszerezett érbeteg ellátás adottságait tükrözi. Ezért tartottuk szükségesnek az ország összes egészségügyi intézményeinek segítségét kérve, hogy összegezzük a még meglévő és hitelesen rögzített adatokat. Az újonnan létesítendő érbetegellátó rendszerek számára a megőrzött előzményi számok pótolhatatlan összehasonlítási alapot jelentenek.

A felmérés 3 csoportra osztható:

I. Súlyponti kórházak érbeteg ellátása, hozzácsatolva azokat az intézményeket, melyek több éve kiemelt angiológiai feladatokat látnak el.

II. Az I. csoportba nem tartozó fővárosi és vidéki fekvőbeteg intézmények.

III. Szakorvosi rendelőintézetek.

Ad. I. Jelen közlemény a *felmérés I. szakaszának* eredményeit tartalmazza. A megkérdezett 30 vidéki és 14 fővárosi, összesen 44 intézmény kivétel nélkül válaszolt a kérdőívre. Ezúton is köszönet illeti őket az értékes együttműködésért!

Kérdésünk volt: hány speciális érágy működik a megkérdezett intézményekben?

Válasz: Budapesten és vidéken 282 érbelgyógyászati és 652 érsebészeti ágy működik a felmérés időpontjában a 44 intézményben (**3. ábra**).

Milyen volt az ambulans betegforgalom?

Válasz: érbelgyógyászaton 29.100, Budapest és vidék összességében érsebészetben 172.511 beteget láttak el

Intézeti betegellátás: Budapesten és vidéken összesen 56.595 beteg érsebészeti ellátása történt a 44 intézményben.

Figyelemre méltó az a tény, hogy mindössze 18 helyen található meg az érsebészet, radiológia és belgyógyászat egysége egyetlen intézetben belül (**4. ábra**).

Vizsgáltuk a *szakemberek* szám szerinti megoszlását: Budapesten és vidéken összesen 53 belgyógyász angiológust tartanak nyilván, érsebész szakorvos 117 van a 44 intézményben.

A *műszerezettség* még a kiemelt kórházakban is eléggé egyhangú. Rendszerint minivason kézi dopplert, treadmilt, duplex scant, esetleg plethysmographot, néhány helyen aggregometert, viszkozimetert jeleztek. Örvendetes volt, hogy már nem jelent meg a vezető műszerezettségként a „divatból kiment“ oscillometer.

A kérdőívekből nyert adatok a teljesség igénye nélkül néhány észrevételre adnak lehetőséget:

– Nagyon kevés intézményben adott az érbeteg ellátáshoz szükséges hármasszoros lehetőség (érbelgyógyászat, érsebészet és radiológia) egysége.

– Nyilvánvaló, hogy nincs mindenütt optimális betegellátás, egyenletes szakmai felkészültség, veszélyesen sok nehézséggel küzd a vidéki érbeteg ellátás.

– Helyenként a már meglévő kardiológiai, diabetológiai és rehabilitációs profilhoz csatolják az angiológiát. Ez alapján véve kívánatos is lenne, hiszen az érbetegségek generalizálódó tendenciája ezt megkívánja. Ugyanakkor féltő, hogy a nagy gyakorlatot és felkészültséget igénylő angiológiai specializáltság nem kapja meg mindenütt a szükséges figyelmet.

A kérdőíveken a kollégák számos *valós problémára* is rávilágítottak: például a jelentős ágyszám csökkentések miatt nehéz lesz kielégíteni az évek óta növekvő beteglétszámot. Az egyes betegellátó egységek megszüntetésével nem pótolható a máshol megszervezendő érbetegellátás már most is jelentkező hiánya. Évről - évről csökkennek a HBCS értékek, a statisztikai adatokban a mátrix rendszerekben nem követhetők a stabil szükségletet jelentő érágyak. Több intézményben tartanak szükségesnek az angiológiai szakasszisztens alkalmazását. Az Angiológiai Bizottság kezdeményezésére és közreműködésével az angiológiai-kardiológiai szakasszisztens képzés tananyaga elkészült.

Vannak eredmények is: Salgótarjánban 2004-től érsebészeti részlegből sokat operáló érsebészeti osztály alakult. A Pécsi Klinikán az érsebészet mellé belgyógyászati angiológiai ágyakat terveztek. Sokat

várunk a Nyíregyházán és Debrecenben megnyíló cardiovascularis centrumoktól.

Quo vadis angiológia?

– Továbbra is hangsúlyozni kell a belgyógyászati angiológia szerepét az érbeteg ellátásban, a szervezési, betegirányítási feladatokban.

– Kiterjedtebbé kell tenni az angiológia oktatását az egyetemi és postgradualis képzésben, kiemelten a rezidensoktatásban.

– Az angiológia szakvizsga bevezetése növelné a diszciplína fontosságát.

– Országos szintű epidemiológiai vizsgálatot kell indítani, mely segítséget jelent az ellátás megszervezésében, a műszerezettség igény felmérésében, egységes szakmai irányelvek kialakításában. Erre vonatkozólag az Angiológiai Bizottság kezdeményező lépéseket tett.

– Kiemelten fontos az egységes, megbízható és ellenőrizhető adatbázis létrehozása.

– Jelentős szerepet kell tulajdonítani az előszűrő-utógondozó funkcióknak.

A fenti kérdésekre és feladatok megoldására a választ a megtervezett II. és III. felmérési fázis adataiból várjuk.

Az elmúlt évek vezető koncepciója a *vascularis medicina* fogalmának felismerése. Ennek lényege: a cerebralis, cardialis és periferias érrendszer egységes egészségként értékelése.

Köztudott, hogy az érbetegségek csak 30%-a alkalmas műtetre, a diagnózis, terápia, műtéti előkészítés, utókezelés a belgyógyászok feladata. A betegség különböző fázisaiban a belgyógyászat, radiológia és érsebészet együttgondolkodása elengedhetetlen.

Törekvéseinket segíti a Belgyógyászati Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottsága és a MAÉT munkacsoportja az alábbi szakkönyvek megjelenésével: Belgyógyászati angiológia (1992), Érbetegségekről mindenkinek (2002, 2004), Vascularis Medicina (2004), Angiológiai útmutató (2005).

Mindezen ténykedések remélhetőleg mindannyiunkat hozzásegítenek a morbiditási és mortalitási statisztikák élén álló szív- és érrendszeri betegségek megelőzéséhez és sikeres gyógyításához.

Irodalom

1. Inter Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II). European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. 2007. 33: suppl. 1., 56-57. old.
2. Belgyógyászati angiológia. Szerk.: dr. Meskó Éva, dr. Farsang Csaba, dr. Pécsvárady Zsolt. Medintel, Budapest, 1999. 5-8. old.
3. Dr. Meskó Éva: Mit tehet egy megyei kórház angiológiai belosztálya az érbegekért? Érbetegségek, 1995. 27-29. old.
4. Dr. Meskó Éva: A belgyógyászati angiológia helyzete Magyarországon. In: Vascularis Medicina. Szerk.: dr. Meskó Éva, Therapia, 2004. 15-16. old.



ELVeS™

A tökéletes laseres megoldás a vénás elváltozások kíméletes kezelésére.

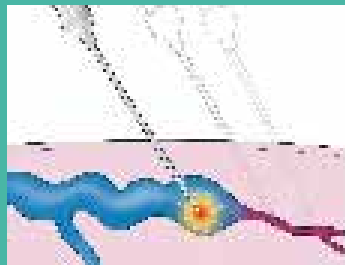
Az **ELVeS™** módszer forradalmasítja az endoluminális laserterápiát, egy új mértéket mutat a páciensnek és a felhasználónak.

- Fájdalommentes mini beavatkozás.
- Fájdalommentes postoperatív gyógyulás.
- Kiváló orvosi és kozmetológiai eredmény.
- Egynapos kezelési mód.
- Kiváló páciens megelégedettség.



Ajánlatunk: ELVeS Szet

- Egyszerű és biztos ellenőrzés az ultrahang készülék által látható speciális katéter segítségével
- Könnyen elvégezhető kezelés a cm-es beosztású katéterrel
- Vékony külső keresztmetszet, könnyen felvezethető
- 70 cm és 100cm katéter hossz



Az **ELVeS™** módszerrel fájdalommentesen és ambulánsan kezelhetők:

- Vena saphena magna varicositas.
- Vena saphena parva varicositas.
- Oldalági varicositas.
- Perforáns varicositas.
- Ulcus cruris venosum.

További információk:
www.biolitec.com

Antal Miklós
miklos.antal@biolitec.com
mobil: 06 30 606 5880
Budapest 1237
Dinnyehegyi köz 21/a

bio
LITEC
biomedical technology

1. szekció Vénás betegségek

A VARICECTOMIA FEJLŐDÉSE A MADELUNG MŰTÉTTŐL A VALÓDI LÉZER-SEBÉSZETI ELJÁRÁSIG – 88 ENDOVÉNÁS LÉZER VARICECTOMIA EREDMÉNYEI

Dr. Rozsos István, dr. Ferenczy József, dr. Szabó Szilárd,
dr. Gyarmati Csaba, dr. Seffer István, dr. Almási Róbert,
dr. Muskát Judit

*Seffer–Renner Magánklinika, Kaposvár, Szent Imre u. 7.,
Oboler Kft., Pécs, Basamalom u. 10.*

A vénás keringési zavarokat okozó varicositas az emberiséggel egyidős. A betegség műtéti megoldásának alapelve – a kóros vénatágulatok eltávolítása az egészségesen működő rendszerek mellől – jelentősen nem változott. A műtét technikai megoldásaiban már jelentős fejlődés látható. E fejlődés motorjaként nem csak a tudományos igényesség, hanem a betegek elvárásai is szerepet játszottak. A primer varicositasban szenvedők jelentős hányada – a kozmetikai szempontok figyelembe vételével is – a speciális percutan módszerekkel eredményesen gyógyítható. A korábbi nagy „vágások és varrások” tükrében e módszerek könnyebbé tették a posztoperatív időszakot, gyorsabb terhelhetőséget és rövidebb táppénzes szünetet biztosítottak. A módszerek emellett szép kozmetikai végeredményt is hoztak. E módszercsoporton belül is számos fejlesztés, újítás javította a részeredményeket, azonban mindegyik esetben a keletkező hematomák és a sebek méreteinek további kisebbitése és ezáltal az összeredmény javítása maradt a cél.

A lézer-szondával végzett varix „eltávolítás” elvében eltér a korábbiaktól és a scleroterápiás kezelések elvei alapján könnyebben értelmezhető. Ugyanis e módszerrel a kóros értágulatok fizikai eltávolítása nem történik meg – így nem lesznek vérömlenyek –, hanem az endovascularis technika felhasználásával az érbelhártya lézerrel való ronsolásával hozzuk létre a keringésből való kirekesztését. Az endovascularis percutan módszerek lehetővé teszik a műveletek műtéti metszések nélküli, punctiókból való elvégzését. A módszer biztonságos kivitelezését duplex készülék kontrollja biztosítja. A feltételek megléte esetén – akár local anesztéziában – ambuláner vagy egynapos sebészet keretei között is elvégezhető.

Az első műtétet 2005. szeptemberében végeztük, az azóta eltelt időszakban 2007. május 30-ig 88 betegnél történt ilyen beavatkozás úgy, hogy az 1 hónapos ellenőrző vizsgálatokon is túl vannak.

A betegek kor szerinti értékelésekor a legfiatalabb 21 éves, míg a legidősebb 70 éves volt. A férfiak és nők

aránya azonosnak mutatkozott. A posztoperatív 6. órán túl fájdalomcsillapító igényük nem volt. A 12 órás megfigyelési időszakot követően minden betegünk a saját lábán, panaszmentesen távozott a klinikáról. A betegek elmondása szerint a legrövidebb lábadozási idő a munkába állásig 12 óra volt, a leghosszabb 6 nap – melyet követően a teljes korábbi terhelésüket elvégezték. 5 betegnél (4 nő, 1 férfi) nyomásra érzékeny kötegezetttség volt tapintható a műtét utáni hetekben, de ezek a panaszok később teljesen megszűntek. A műtétet követően 14-30 napig viseltek 140 DEN-es, illetve II. kompressziós fokozatú harisnyát. Ennek elhagyása után jelentős panaszokról senki sem számolt be.

Mélyvénás keringési szövődmény, allergiás reakció, fertőzéses szövődmény, gyulladásos szövődmény, érzészavar egyetlen esetben sem fordult elő. Eddig nem tapasztaltunk visszamaradó pigmentációt sem. A betegek 35%-ánál scleroterápiás kezelésekkal a cutan varicositas eltávolítása is megtörtént.

A nyomonkövetés időszaka az első betegek kapcsán 19 hónap, a legrövidebb pedig 1 hónap volt.

Eredményeinket és a gyakorlatban eddig alkalmazott technikák összehasonlítását azért is fontosnak tartjuk, mert szükségszerű a kombinált megoldások elfogadása. A kis terhelést adó lézer-szondás műtéti beavatkozás – a scleroterápiával kiegészítve – gyakorlatilag egy újabb korszakát nyitja a varicositas sebészetének.

AKUT VÉNÁS THROMBOEMBÓLIÁS MEGBETEGEDÉSEK SZISZTÉMÁS THROMBOLITIKUS KEZELÉSE SORÁN SZERZETT TAPASZTALATAINK

Dr. Ilonczai Péter, dr. Oláh Zsolt,
dr. Schlammadinger Ágota,
dr. Rázso Katalin, dr. Mikita János, dr. Boda Zoltán
*DEOEC, Belgyógyászati Intézet, II. Belklinika,
Haemostaseológiai Tanszék*

A vénás thromboembóliás (VTE) megbetegedések száma a korszerű prophylaxis ellenére emelkedik. Az akut pulmonális embólia gyakorisága megközelítette az akut myocardialis infarktus gyakoriságát. Artériás thrombosis esetén a thrombolitikus kezelés választandó formáját, indikációját illetően egyértelmű, pontos ajánlások léteznek, melyeket nagy betegszámú tanulmányok eredményei alapján állítottak fel. Ezzel szemben a VTE thrombolitikus kezelésének módja, indikációja sokkal kevésbé kidolgozott és elfogadott. Az elmúlt két évben a vénás thromboembóliák közel 5%-ában (21 esetben) végeztünk szisztémás intravénás thrombolysist. A fenti időszakban végzett thrombolitikus kezelések indikációit, gyakorlatát, illetve eredményeit, valamint a betegek klinikai adatainak feldolgozása révén nyert tapasztalatainkat szeretnénk bemutatni. Tíz esetben haemodinamikai instabilitással járó pulmonális embólia, három esetben masszív, magasra ter-

Itt a sebészeti lézerek bombázója - a Dornier Medilas D dióda lézer!

A 30 wattos LiteBeam és a 60 wattos MultiBeam készülékek 940 nm hullámhosszúságú fénye ideálisan nyelődik el az oxihemoglobinban, nagyon jó a koagulatív hatása, ezért kiválóan használható egyebek között éreredetű elváltozások percutan, vagy endovascularis kezelésére.

Fő alkalmazási területei:

- Vascularis rendellenességek kezelése - teleangiectáziák, hemangiómák, „pókháló vénák“.
- Endovascularis visszérműtétek.
 - Bőrsebészet.
 - Fül-orr-gégészet.
 - Nőgyógyászat.
 - Urológia.

A szabadalmaztatott Lightguide Protection System (LPS) optikai visszacsatolással akadályozza meg a lézer fényvezető rendellenes felmelegedését, illetve az optikai szál végének károsodását.

Az ugyancsak egyedülálló „Fibertom“ üzemmód egyenletesen magas hőmérsékleten tartja az optikai szál végét, kontakt módban egyenletes vágási lehetőséget biztosítva.

További előnyei:

- Kis súly, hordozható kivitel.
- „Touch-screen“ display.
- Intelligens software.
- Lézer fényvezetők széles választéka:
 - „bare fiber“-ek, endovascularis kit, intersticiális optikai szálak.
 - Optikai szál felújító készlet.

Ingyenes betanítás!

Minden egy helyen, garanciával, teljes körű szerviz háttérrel!

INTROLÍZ Szolgáltató Kft.

H-1026 Budapest, Endrődi S. u. 33/A.

Tel: 06 (1) 200-5341;

Fax: 06 (1) 200-8753;

mobil: 06(30)944 7050;

e-mail: introliz@intdeco.hu

honlap: www.introliz.hu

jedő mélyvéna thrombosis, hét esetben Paget-Schroetter syndroma, egy esetben vena portae thrombosis képezte a kezelés indikációját. Tizenkét esetben streptokinase, kilenc esetben rt-PA volt az alkalmazott thrombolytikum. Klinikailag húsz esetben számottevő javulást észleltünk, egy esetben csekély eredményről számolhatunk be (oka: AT deficiencia => heparin rezisztencia). Postthrombotikus syndroma nem alakult ki, egy esetben intracerebrális vérzést, további egy esetben pedig retropharyngealis haematómát észleltünk szövödményként. Az agyvérzés egy idős (80 éves) beteg masszív PE-ja miatti thrombolyticus során alakult ki. Egy fiatal férfibeteg masszív pulmonális embóliája miatt egymást követően két alkalommal (streptokinase, illetve rt-PA) végeztünk sikeres thrombolyticus kezelést. Hat esetben malignus megbetegedés, három esetben veleszületett thrombophilia igazolódott a háttérben. VTE-ben a thrombolyticus indikációjának és kivitelezésének gyakorlata még korántsem tekinthető tisztázottnak. Thrombolyticus kezelés indokolt fiatal (<50 év), egyébként egészséges egyénnél, akut, magasra terjedő (iliofemorális) thrombosis esetén, a végtagot veszélyeztető esetekben, a tünetektől számított 72 órán belül, továbbá haemodinamikai instabilitást okozó, masszív PE esetén. Az idős kor (>75 év) a thrombolyticus kezelés erős kontraindikációja.

ÚJ TECHNIKÁK AZ INFILTRÁLÓ VÉNÁS MALFORMÁCIÓK – VÉNÁS CAVERNOMÁK – SEBÉSZI ÉS INTERVENCIÓS RADIOLÓGIAI KEZELÉSÉBEN

Dr. Tasnádi G., dr. Harkányi Z., dr. Balázs Gy.
Heim Pál Gyermekkorház,
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

A vénás malformációk infiltráló formája lehet felületes (cutan, subcutan) és mély (intramusculáris, intraosseális). Ezek a vénás tágulatrendszer, „kiterjedt varicositások” az élet folyamán egyre súlyosabb következményekkel járnak.

Célunk: a legjobb eredményt adó kezelési módszerek kiválasztása, alkalmazása.

Módszer: a kezelést minden esetben megelőzi a malformáció kiterjedésének, infiltráló jellegének meghatározása. A duplex scan jelzi, az MRI demonstrálja, az intraoperatív direct venográfia pontosítja a vénás üreget.

A felületes (cutan, subcutan) infiltráló vénás malformációnál a sebészi kimetszést, a sclerotizációt (Aethoxysclerol, Fibroven, Foam ect.), és a Photoderm VL-Flashlamp kezelést alkalmazzuk. Mindezeket esetismertetésekben mutatjuk be.

A mély, az izomzatot, csontozatot, szerveket infiltráló malformációknál az MRI alapján kontrasztvezérelte sclerotizációt végzünk Etanollal. Egyes esetekben a sclero-

tizálás után a hegesen zsugorodott malformáció sebészi eltávolítására kerül sor. Ezt szintén esetismertetésekkel mutatjuk be.

Következtetés: a felületes formánál recidiva nincs, csak residum. A mély infiltráló vénás malformáció csak többszörös, megismételt sclerotizálással gyógyítható és 10%-ban műtetre van szükség. Végeredményben: megfelelő indikációval alkalmazott korszerű technikával az infiltráló vénás malformációk kezelésében jó eredmények érhetők el.

ASCENDÁLÓ THROMBOPHLEBITIS – UH DIAGNÓZIS ÉS KEZELÉS

Dr. Morvay Zita¹, dr. Kovács Gabriella²,
dr. Sipka Róbert³, dr. Palásthy Zsolt³,
dr. Mihalovits Gábor³

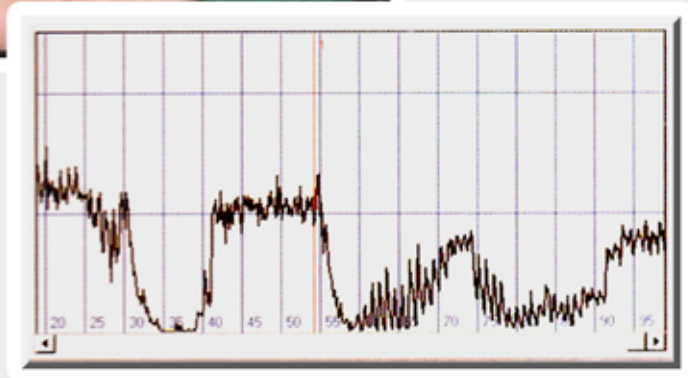
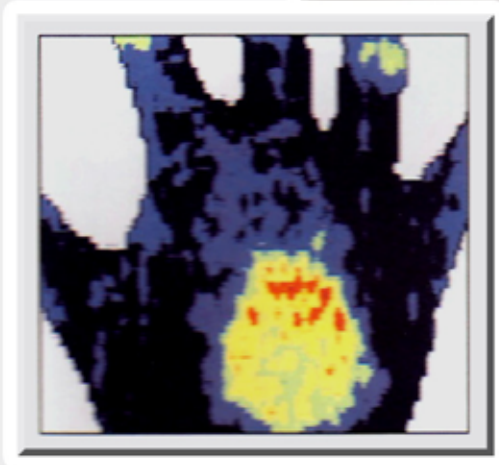
¹SZTE ÁOK Radiológiai Klinika,

²EUROMEDIC Diagnostics Szeged Kft., Szeged,

³SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály

Az alsó végtagi vénás Doppler vizsgálatok leggyakoribb indikációja a mélyvénás thrombosis igazolása vagy kizárása. A klinikai tünetek a végtag duzzanat és fájdalom. A mélyvénás thrombosison kívül leggyakrabban orbánc jár hasonló panaszokkal. Néhány esetben a felületes vénás rendszer ascendáló thrombophlebitise áll a háttérben. Gondos klinikai vizsgálattal ezek a kórképek egymástól elkülöníthetők, de néhány atípusos esetben csak az ultrahangvizsgálat hozza meg a végső diagnózist.

Intézetünkben 2004. augusztusa és 2007. májusa között 12 betegben állapítottunk meg ultrahangvizsgálattal ascendáló thrombophlebitist. 10 betegben a vena saphena magna, 2 esetben a parva volt érintett. A betegek kifejezett fájdalommal és végtagduzzanattal érkeztek. Ultrahangvizsgálattal valamennyi esetben a mélyvénás keringés megtartott volt. Ezután 12 MHz-es vizsgálófejet használva ábrázoltuk a beteg által legfájdalmasabbnak jelzett területen a felületes vénákat is. Tág, nyomásérzékeny, nem komprimálható eret találtunk, melyet felfelé követtünk a mélyvénás szájadékig. 3 betegben a thrombus vége belógott a mélyvénába, 7 a szájadék szintje alatt maximum 3 cm-rel végződött, 2 betegnél a szájadéktól több mint 3 cm volt a thrombus távolsága. Az érsebészettel való kitűnő együttműködés alapján minden betegnél még az ultrahangvizsgáló helyiségben konzílium történt. Az első két csoportban a betegek átlagosan egy órán belül műtetre – ligatura – kerültek. Annál a 2 betegnél, akiknek a thrombusa a szájadéktól több mint 3 cm-re végződött, gyulladáscsökkentő és thrombocytá aggregáció gátló kezelést indítottunk, rugalmas pólya viselését írtuk elő és ultrahanggal kontroll vizsgálatokat végeztünk. Mivel progressziót nem észleltünk, ezeket a betegeket nem műtöttük. Műtéti szövödményünk nem volt. A betegcsoportban pul-



Ön hogyan méri a mikrocirkulációt?

A mikrokeringés (perfúzió) pontos mérése és folyamatos monitorozása egyedül laser dopplerrel lehetséges. A Stockholmban működő PERIMED cég PeriFlux 4000 System és PeriFlux 5000 laser dopplerei a csúcsmínőséget jelentik e területen.

Mi az, amit csak a PeriFlux laser dopplerek tudnak?

- a vizsgálófejek (probe-ok) rendkívül nagy választéka széles alkalmazási lehetőségeket biztosít (pl. bőrfelszínen, izomban, fogon, agyban stb.);
- a moduláris felépítés lehetővé teszi az igény szerinti konfiguráció kialakítását: a használó igényei szerint lehetőség van többsatornás kiépítésre, pl. melegíthető probe használatára, iontoforézis egység csatlakoztatására;
- a Windows alapú számítógépes program az adatok folyamatos rögzítését, elemzését, tárolását biztosítja rendkívül könnyen kezelhetően és áttekinthetően;
- az egyetlen készülék, amely beépíthető modullal transcutan O₂ és CO₂ telítettség mérésre alkalmas!

Újdonság: laser doppler scanner

A laser doppler scanner (perfúzió imager) a vizsgált terület perfúziós „térképét” készíti el: a jól ismert Doppler elv alapján megjeleníti a letapogatott terület két dimenziós mikrokeringés képét, majd software segítségével lehetővé teszi az adatok értékelését és kinyomtatását.

Nincs fizikai kontaktus a készülék és a vizsgált szövet között, ezért az eljárás nem befolyásolja a perfúziót, azaz a mérés pontosságát. Ez egyben azt az előnyt is biztosítja, hogy a kényes és fájdalmas területek (pl. gyógyuló sebek, lábszár fekélyek) ismételt vizsgálata során nem áll fenn szennyeződés, fertőzés kockázata és a vizsgálat igen kíméletes a beteg szempontjából is.



További felvilágosítás (magyar nyelven is): Mr Stefan Skottvik. e-mail: stefan.skottvik@perimed.se
Tel.: 00-46/8 580 11990. Fax: 00-46/8 580 10028. Website: www.perimed.se

monalis emboliára utaló jeleket nem észleltünk. A műtétet követő napon a betegeket mobilizáltuk, ami különösen előnyös volt egy gyermekágyas kismama esetében. Az utánkövetés során a lezárt véna a gyulladásozó jelek lezajlása után köteggé alakult, mely a környezettől ultrahangvizsgálattal már nem különíthető el.

CORONA PHLEBECTATICA PARAPLANTARIS LÉZER DOPPLER VIZSGÁLATA

Dr. Bihari Imre¹, dr. Egresits József²,
dr. Farkas Katalin²

¹*Semmelweis Egyetem, Főiskolai Kar, Klinikai Tanszék,*

²*Szt. Imre Kórház, Belgyógyászati Angiológia,
Budapest*

Bevezetés. A corona phlebectatica paraplantaris (CPP) az alsó végtagi krónikus vénás elégtelenség egyik korai, de mindvégig fennálló tünete.

Cél. Vizsgálatunk célja az volt, hogy betekintést nyerjünk azokba a mikrokeringési változásokba, amelyek a krónikus vénás elégtelenség, illetve a CPP kialakulása kapcsán létrejönnek.

Módszer. Az alsó végtagon a bőr mikrokeringését lézer Doppler áramlásméréssel, a CPP centrumának megfelelően, illetve kontrollként egy közeli, ilyen elváltozást nem mutató területen vizsgáltuk. Vízszintes helyzetben rögzítettük a nyugalmi áramlást, majd provokációs tesztek: lokális melegítést (44°C-on, 2 percig), post-occluzív reaktív hyperaemiát (PORH, 220 Hgmm-en, 3 percig), a láb elevációját, majd venoarterialis tesztet (VAR) végeztünk.

Eredmények. A CPP és a kontroll terület keringésében jelentős különbségeket észleltünk. A CPP-ben a nyugalmi áramlás és az áramlási amplitudó nagyobb volt. A CPP a Fourier-spektrumanalízis alapján emelkedett endothelialis, myogen és szimpatikus idegi aktivitást mutatott. A vizsgálati tesztek során, a CPP felett gyakran a típusos kapilláris áramlástól eltérő áramlási viszonyokat találtunk.

Következtetés. A talált gyorsult keringési leletek a krónikus vénás elégtelenség ezen formájának létrejöttében AV shuntok szerepét is felvetik. Felmerül ugyanakkor az a lehetőség is, hogy a CPP ereinek a kapillárisoknál nagyobb átmérője a leletek értékét befolyásolja.

VISSZÉRMŰTÉT LÉZERREL

Dr. Bihari Imre

Semmelweis Egyetem, Főiskolai Kar, Klinikai Tanszék

Bevezetés. A lézerrel végzett visszérműtét a saphena törzsek lézeres, míg az oldalágak más, korábban is alkal-

mazott módon történő kezelését jelenti. A lézeres részműtét során a vena saphena magna comb szakasza és a junkció kezelését végezzük el. Az eljárás alapelve az, hogy olyan hullámhosszú lézersugarat alkalmazunk, amelyet a vér vörös színe elnyel, s amely energia 1000 fok körüli igen magas hőt vált ki. Ennek következtében a vér megalvad és a varix belső felülete elroncsolódik, továbbá a vénafal kollagén rostjai zsugorodnak.

Beteganyag és módszer. Összesen 8 beteg varicosus vena saphena magna törzsén végeztünk lézeres visszérműtétet. Előzetes UH vizsgálat után local anaesthesiában a vena saphena magna törzset megpungáltuk, majd lézerszálat vezetünk be. Ezen keresztül alkalmaztuk a 980 nm-es lézersugarat, a vena saphena magna comb szakaszán, csak a junkció alatti 2 cm-t hagytuk kezeletlenül. Az oldalágak eltávolítását fogazott késsel végeztük el.

Eredmények. Jelenleg még csak a korai eredményekről tudunk beszámolni. A műtét minden esetben sikeres volt, a kontroll UH vizsgálat a saphena törzs occlusióját mutatta. A betegek a local anaesthesiában végzett műtétet jól bírták. Az esztétikai eredmény jó volt, a végtagon nem volt szűk-ség lágyéki metszésre, csak két szűrt seb maradt vissza.

Megbeszélés. Korai tapasztalataink jók: a műtét során kisebb a roncsolás, hiszen csak a saphena törzsön belül van destrukció. Emiatt kevesebb a vérvesztés, gyorsabb a regeneráció, könnyebb a posztoperatív időszak. A műtét módszer hátrányai: csak szondázható varix szakaszon végezhető, jártasságot igényel a sebészi eljárásán kívül a lézer kezelésben, az ultrahang diagnosztikában és a katéter technikában, továbbá költségesebb, mint az eddig végzett varix eltávolító műtétek.

ÚJ MŰTÉTI ELJÁRÁS A VÉNÁS BILLENTYŰELÉGTLENSÉG KEZELÉSÉRE: A BIOLÓGIAI BILLENTYŰ-STENT IMPLANTÁCIÓ

Dr. Keresztury Gábor

*Szent György Kórház, Érsebészet,
Székesfehérvár*

A vénás billentyűelégtelenség okozta ulcus cruris oki terápiája máig megoldatlan. Ezen gyakori megbetegedés-nél csak a kompresszió és gyógyszeres kezelés hozhatott némely betegnél részleges eredményt.

Egy új, tricuspidalis biológiai billentyű és stent kombinálásával készült implantatum alkalmasnak bizonyult a kieső VFS billentyű pótlására. A félig-zárt módon történt implantáció után, az évek óta meglévő cirkuláris ulcus teljesen gyógyult. A fenti eljárás jelenleg az egyetlen reményt keltő módszer a vénás billentyűelégtelenség műtétii kezelésében.

2. szekció Aorto-iliaco-femoralis kórképek

AZ AORTOILIACALIS REKONSTRUKCIÓS STRATÉGIA VÁLTOZÁSA AZ INTERVENCIÓS ÉRÁBAN

Dr. Simó Gábor¹, dr. Darabos G.¹, dr. Kollár A.²,
dr. Mogán István¹

Szent Imre Kórház, Budapest,

¹Érsebészeti Profil, ²Intervenciós Radiológia

Célkitűzés. Az aortoiliacalis betegségek helyreállító kezelésének taktikája jelentős változáson ment át az intraoperatív intervenciós lehetőségek birtokában. A konvencionális ilio-, aortofemoralis, bifemoralis bypass ismert, sok esetben inkurábilis vagy kiterjesztett műtetre kényszerítő szövödményei (pulzáló haematoma, szeptikus folyamat, aortoduodenalis fistula) miatt a trend az endovascularis intervenciós technikával kombinált minimal invazív beavatkozások felé halad. Retrospektív vizsgálatunk célja a fenti technikai lehetőségek bemutatása műtéti tevékenységünk alapján.

Anyag, módszer. 2003. január 1-jétől 2006. december 31-ig 990 rekonstruktív érműtétből az aortoiliacalis régióban 102 (10,3%) „hagyományos” (49 aorto-bifemoralis, 31 aortofemoralis, 22 iliofemoralis) bypass, 132 (13,3%) iliofemoralis desobliterációt (ebből 67 hibrid műtét, 27 distalis bypass kiegészítés), 46 (4,6%) crossover bypass (24 esetben hibrid beavatkozás részeként), illetve 25 kombinált femoro-profundális rekonstrukció + izolált iliaca endovascularis intervenciót végeztünk.

Eredmények. Az intraoperatív intervencióval kombinált hibrid műtétek jellegük alapján a következő kategóriákba sorolhatók: 1. iliaca externa Vollmar desobliteráció + iliaca communis stent, 2. utóbbi kiterjesztése crossover bypass, 3. aorto-iliacalis stent + crossover bypass, 4. biiliacalis stent (kissing), 5. femoro-profundális rekonstrukció + iliaca stent implantáció.

Következtetés. A TASC B, C, D csoportba tartozó esetekben az együlésben végzett kombinált érsebészeti rekonstrukció + endovascularis intervenció jelentősen kiszélesíti a beavatkozások lehetőségét. Az előnyök (minimal invazivitás, autolog megoldás, teljes iliofemoralis helyreállítás, redo műtét lehetősége) összeadódnak, és késői szövödmény sokkal ritkábban várható. A hagyományos aorto-distalis bypass indikációja a fentiek birtokában az infrarenalis aorta occlusiójára korlátozódik.

Az intervenciós beavatkozások az érsebész számára jelentősen kiszélesítik a műtéti lehetőségek skáláját.

HASI AORTA OKKLÚZIÓT KÖVETŐ KORAI, INTERMITTÁLÓ REPERFÚZIÓ HATÁSA A REPERFÚZIÓS KÁROSODÁSRA KÍSÉRLETES ÉS KLINIKAI MODELLEN

Dr. Sínay László¹, dr. Arató Endre¹,
dr. Horváth Szabolcs², dr. Kürthy Mária²,
dr. Bátor Anna², dr. Németh Gábor²,
Balatonyi Borbála², prof. dr. Róth Erzsébet²,
prof. dr. Kollár Lajos¹, dr. Jancsó Gábor²

¹Pécsi Tudományegyetem,

Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Tanszék,

²Sebészeti Oktató és Kutató Intézet

A hasi aortán végzett beavatkozások során, az érpálya kirekesztésével mindkét alsó végtagot kizárjuk a keringésből. Az érpálya rekonstrukciója után az eddig iszkémiás szöveteket egy megnövekedett volumenű és nyomású keringés terheli meg, amely a kirekesztés idejétől, a kollaterálisok és szövetek általános állapotától függően reperfüziós károsodást idézhet elő. Ezek a klinikai szinten kevésbé monitorozható folyamatok döntően befolyásolják a műtétek eredményeit és a posztoperatív időszak lefolyását, ezért a csökkentésükre, vagy mérséklésükre irányuló törekvések alapvető fontosságúak a sebészi kutatásokban. Vizsgálataink célja volt, hogy állatkísérletes modellen, majd humán vonatkozásban tanulmányozzuk a korai, intermittáló reperfüzió (iszkémiás posztkondicionálás) hatékonyságát perifériás szöveteken, hasi aorta elzárását követő iszkémiás-reperfüziós károsodások csökkentésében.

Prospektív randomizált vizsgálatunkat altatott Whistar patkányokon végeztük. A hasi aortát izoláltuk, majd a veseartériák eredése alatt leszorítottuk 1 órára. Az iszkémiát követő reperfüzió korai szakában teljes leszorításokkal és felengedéssel 4x15 s-os posztkondicionálást végeztünk. A kontroll csoportban csak leszorítást (1 óra), és reperfüziót alkalmaztunk posztkondicionálás nélkül. Vizsgálatainkat a vena cava inferiorból gyűjtött vérmintákon, illetve a musc. quadriceps. fem.-ből vett szövetmintákon végeztük. Vérmintavétel az iszkémia előtt és a reperfüziót követően 5, 10, 15, 30, 60 és 120 perccel történt.

A kialakuló reperfüziós károsodások mértékét jellemeztük a szöveti-, és plazma-peroxidok (lipid hidroperoxid: oxLDL-OO) direkt mérésével, a citokin expresszió (szöveti és szérums TNF-alpha szint) meghatározásával, és a leukociták aktivációjának (szérums myeloperoxidáz szint, leukociták indukált gyöktermelésének) monitorozásával.

Eredményeink a korai reperfüzióban szignifikánsan kisebb szabadgyök-produkciót mutattak a posztkondicionált csoportban. A TNF-alpha expresszió, a szérums

myeloperoxidáz koncentráció és a leukociták indukált gyöktermelése is jelentősen alacsonyabb volt a poszt-kondicionált csoportban.

Vizsgálataink azt mutatták, hogy a reperfüziót követően a poszt-kondicionált csoportokban az oxidatív stressz mértéke és a kialakuló gyulladáshoz való válaszreakció jelentősen kisebb mértékű volt. Humán vizsgálatainkat infrarenalis aorta kirekesztéssel járó rekonstruktív érműtétek kapcsán végeztük, ezen eredmények feldolgozása folyamatban van. Hatékonyságát és klinikai alkalmazhatóságát tekintve a poszt-kondicionálás alkalmas lehetőségnek mutatkozik érsebészeti műtéteket követően a reperfüziós károsodások csökkentésére.

SUPPURÁLT DACRON GRAFTRENDSZER EXPLANTÁCIÓJA ÉS PÓTLÁSA VENA FEMORALIS SUPERFICIALIS – ARTERIA FEMORALIS SUPERFICIALIS COMPOSITE GRAFTTAL (ESETISMERTETÉS)

Dr. Nagy András, dr. Nagy Zoltán, dr. Nagy Edina,
dr. Gyurkovics Endre

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A suppurált alloplastikus protézisek kezelése napjainkban sem megnyugtatóan rendezett kérdése az érsebészetnek.

B. J.-né 74 éves betegünk anamnesiséből súlyos májcirrhosis emelhető ki. 2004. decemberében kétoldali arteria iliaca occlusio miatt, retroperitonealis feltárásból bal oldali iliaca desobliterációt, ilio-femorális bypass és balról jobbra irányuló grafto-femorális crossover bypass végeztünk. A súlyos kísérőbetegség és gyenge általános állapot az egyébként indokolt aorto-bifemorális bypass kontraindikálta. Az évek során a betegnél 4 alkalommal történt szervizműtét, melyek bal oldali grafto-poplitealis supragenuális composite bypass, ezen graft thrombectomiáját, bal oldali profunda plasticát, végül 2006. novemberében bal oldali grafto-profundalis interposíciót jelentettek. Az utolsó műtét után graft suppuratio jelentkezett, melyet egy alkalommal – sikertelenül – szívó-öblítő drainage-zsal, majd anastomosis vérzés miatt partialis graft resectióval és pótlással kezeltünk. A graft körüli váladékból MRSA tenyésztett ki. A sikertelen kísérletek után autológ megoldást választottunk. Az alloplastikus graft rendszert explantáltuk. Mindkét, már korábban occludált arteria femoralis superficialist ex vivo eversiósan desobliteráltuk. Eltávolítottuk a bal oldali vena femoralis superficialist és ennek felhasználásával készítettük el a bal oldali iliofemorális és grafto-profundalis crossover áthidalást. A műteti idő mintegy 10 óra volt.

A posztoperatív szak átmeneti ascites csorgástól eltekintve zavartalanul telt. A beteg ápolásának 72., a posztoperatív időszak 24. napján saját lábán hagyta el klinikánkat.

INTRAOPERATÍV INTERVENCIÓ AZ AORTO-ILIACALIS REKONSTRUKCIÓK SORÁN

Dr. Kasza Gábor, dr. Benkő László,
prof. dr. Kollár Lajos

*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar,
Sebészeti Tanszék*

Az utóbbi években gyakorivá vált a klasszikus érsebészeti módszerek ötvözése az endovascularis technikákkal. A „hybrid vascular procedures” a legkülönbözőbb nyitott érsebészeti és endovascularis eljárások kombinációjával, a két technika előnyeit kihasználva ad újabb lehetőséget az ér betegek gyógyításában.

A „hybrid” érsebészeti beavatkozások számos kombinációját kínálják az ér betegek műteti kezelésének. A hagyományos érsebészeti technika is esetenként komoly improvizációs készséget igényel. Az endovascularis technikákkal történő közös beavatkozások az improvizációk számát jelentősen megemelték. Ahhoz, hogy a „hybrid” technika lehetőségeivel élni tudjunk az érsebészeti műtétben, meg kell valósítani az ehhez szükséges személyi és tárgyi feltételeket.

Előadásunkban ismertetni kívánjuk a leggyakrabban alkalmazott megoldásokat és azokat a változásokat, amelyek a 2003-2007 között végzett aortoiliacalis rekonstrukciók során a napi munkában az intraoperatív intervencióhoz.

„SILVER” GRAFT IMPLANTÁCIÓVAL SZERZETT TAPASZTALATAINK

Dr. Juhász György

*B-A-Z Megyei Kórház, Egyetemi Oktató Kórház,
Érsebészet*

Az érsebész lidérces álma a graftinfekció. A helyreállító érműtétek több mint 1%-ában fordul elő, adott esetben a beteg végtagját vagy életét veszélyezteti. Szerény számú, „Silver” graft implantáción átesett betegünk adatainak elemzése kapcsán szeretnénk óvatos következtetéseket, tanulságokat levonni az ezüsttel impregnált graftok alkalmazhatóságát illetően.

Beteg és módszer: 2003. novembere és 2007. májusa között 37 betegnél (28 férfi, 9 nő) implantáltunk különböző klinikai javallatok alapján silver graftot.

Az indikációk a következők voltak:

I. csoport: olyan betegek, ahol a protézis fertőződési kockázata a szokásosnál nagyobb:

- AAA miatti aorto-uniiliacalis endograft + crossover bypass: 14,
- érműtét + intervenció: 1,
- redo műtét occlusio miatt: 4,
- redo műtét késői posztoperatív álaeurysma miatt: 5,
- primér érműtét gangraena mellett: 7,

– primér érműtét obesitas + diabetes mellett: 1,
 – primér érműtét thrombotisalt perifériás
 valódi aneurysma miatt: 1,
 – aorto-biilialis „Y” graft kivétel korai posztoperatív
 aorto-enterális fistula miatt + axillo-bifemoralis „Silver”
 protézis bypass: 1.

2. csoport: olyan betegek, akiknél lokálisan zajló graft-
 vagy egyéb infekció miatt implantáltunk ezüst graftot: (de
 nem „úszó” protézisről volt szó!)

– crossover graft csere (mechanikai traumát ért műér,
 mko. incorporált anastomosisokkal): 1,

– aorto-bifem. protézis bal szárának és az onnan indított
 fem.-popl. supragen. graft illesztési pontjánál kialakult
 szepikus vérzés: 1,

– j. o. pyonephros eltávolítása során „kiirtott” cava
 pótlása: 1.

Eredmények, szepikus szövödmények: 1. csoport: 3
 AUI + cross-over bypass műtéten átesett betegnél el kellett
 távolítani a silver cross-over graftot, korai graftgennyedés
 miatt. Egy betegnél SM-re való csere, majd szepikus
 vérzések miatt mko. axillo-fem. PTFE bypass beültetés
 történt, egy betegnél SM-re történt graftcsere végzettünk,
 egy betegnél pedig mélyvénára cseréltük a Silver cross-
 overt. A diabeteses, obes betegünkbe beültetett ezüst graft
 suppurált, a betegnél femoralis amputációra kényszer-
 ültünk. A redo műtéteken átesettek, az egyidejűleg gang-
 raenások, az „Y” graft eltávolított beteg esetében silver
 graft suppuratio nem fordult elő. 2. csoport: a ténylegesen
 infekt környezetbe behelyezett Silver graftok közül egyik
 sem gennyedt el.

Az összinfekciós ráta a 37 betegre számítva: 11%. Ezek
 mind primér műtéti infekciók voltak.

Következtetések:

– potenciálisan infekt környezetbe,
 – részlegesen érintett, korábban implantált műér esetén
 is (de nem úszó graft jelenlétében!) alkalmasnak tartjuk a
 Silver graftot a graftinfekció valószínűségének csökken-
 tése végett,

– bár gennyben úszó graft helyére implantált ezüst pro-
 tézissel nincs tapasztalatunk, ilyen esetben az eredeti
 implantátum eltávolítását tartjuk szükségesnek,

– a priméren beültetett ezüst graft is tud suppurálni!,
 – a graftinfekciót nem gyógyítani, hanem megelőzni
 kell!

TRANSBRACHIALIS BEHATOLÁSBÓL VÉGZETT INTERVENCIÓK (10 ÉV TAPASZTALATAI)

Dr. Nagy Endre¹, dr. Sipka Róbert²

¹Szegedi Tudományegyetem ÁOK, Radiológiai Klinika,

²Sebészeti Klinika,

¹Euromedic Diagnostic Kft., Szeged

Napjaink törekvése az intervenciós radiológiában is a
 minél kisebb invazivitás, melyre az egyik lehetőséget a
 transbrachialis behatolás kínálja.

Cél. A transbrachialisan végzett intervenciókkal azt
 kívántuk elérni, hogy kisebb invazivitással, rövidebb idejű
 immobilitással a korábbi technikákkal megegyező vagy
 jobb eredményeket érjünk el.

Anyag és módszer. 1997. és 2007. között összesen 170,
 különböző típusú [PTA (85), stent implantatio (70), throm-
 bus aspiratio (1), thrombolysis (4), chemoterápia (6) és
 embolisatio (4)] intervenciót végeztünk transbrachialis
 behatolásból. A beavatkozások 2004. decemberéig
 Polytron 1000 VR DSA berendezésen (Siemens), 2005.
 februárjától pedig Innova 4100 DSA berendezésen (GE)
 történtek. Az intervenciós eszközök bevezetéséhez 4-7F
 introducert, 0,035 inch hydrophil angulált végű vezetődró-
 tot (Terumo) vagy – az eszköztől függően – 0,018 inch,
 esetleg 0,014 inch intervenciós vezetődrótot használtunk.
 Az alkalmazott eszközök 100-135 cm hosszúak voltak.
 Kezdetben 7F külső átmérőjű stent felvivő rendszereket
 alkalmaztunk, napjainkban azonban már 5F, sőt egyes
 méretekből 4F átmérőjű rendszerek is elérhetők. A szövöd-
 mények korai felismerésére Doppler ultrahangvizsgálá-
 tokat végeztünk, néhány esetben a kontroll CTA vagy
 MRA volt. DSA vizsgálat csak restenosis vagy reocclusio
 alapos gyanúja esetén történt.

Eredmények. A beavatkozások egy kivételével tech-
 nikailag sikeresek voltak (99%). Egy esetben fordult elő
 a tágitott a. axillaris körül feszülő haematoma, amit UH-
 vezérelt aspirációval sikeresen kiürítettünk. Egy Cimino-
 fistulás betegben a behatolás helyén álaneurysma alakult
 ki, melynél sebészi ellátás történt. Súlyos komplikáció nem
 fordult elő.

Következtetés. A transbrachialis behatolásból végzett
 intervenciók az egyre kisebb átmérőjű eszközök
 használatának köszönhetően biztonságos és kényelmes
 alternatívát jelentenek a hagyományosnak mondható
 femoralis behatolás mellett.

AZ ARTERIA RENALIS SZŰKÜLET ENDOVASZKULÁRIS KEZELÉSE – MAGYAR RENOVASZKULÁRIS REGISZTER (MRR) BEMUTATÁSA

Dr. Kolossváry Endre¹, dr. Farkas Katalin¹,
 dr. Járjai Zoltán², dr. Kovács Tamás³, dr. Hüttl Kálmán⁴

¹Szent Imre Kórház, Belgyógyászati Mátrix Intézet,
 Angiológia Profil, Budapest,

²SEB I. Belgyógyászati Klinika,

³Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet,

⁴SEB Ér- és Szívsebészeti Klinika

A képző eljárások fejlődésével és elérhetőségük
 mind szélesebb elterjedésével az arteria renalis szűkület,
 mint az atherosclerosis részjelensége mind gyakrabban
 kerül felismerésre. Ez a klinikai állapot az ismert szövöd-
 ményeken (hipertónia, veseelégtelenség, szívelégtelenség)
 túl, azoktól függetlenül is fokozza az atherosclerosis
 összefüggő vaszkuláris események kockázatát. A gyógy-
 szeres kezelés, sebészi vagy endovaszkuláris beavatkozás
 közötti választást számos tényező befolyásolja, ame-

lyekkel kapcsolatban minden esetben alkalmazható szakmai irányelv nem áll rendelkezésre. Az ér átjárhatóságának endovaszkuláris helyreállítása a sebészi megoldással szemben kisebb kockázattal, hatékonyan kivitelezhető, azonban az eddigiekben közölt tanulmányok (DRASTIC, EMMA, SNRASCG) szerint a klinikai hatékonyság elmarad a várttól. A kérdés további tisztázására több randomizált vizsgálatot terveztek (CORAL, ASTRAL, RAVE, STAR, RESIST), amelyek eredménye több év múlva várható.

A probléma magyarországi helyzetének tisztázása céljából a Magyar Hypertonia Társaság, a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság és az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet együttműködésében kifejlesztettük a Magyar Renovaszkuláris Regiszter adatbázist (MRR). Terveink szerint a MRR egy internet alapú adatbázisként fog működni, amelyben a Magyarországon történő arteria renalis endovaszkuláris beavatkozásra kerülő betegek adatait rögzítjük. Az adatrögzítés során prospektív módon, egy éven át vizsgáljuk a beavatkozásra került betegek sorsát. Ennek során elemezzük a klinikai hatékonyságot jelző paramétereket. A vérnyomás, antihipertenzív gyógyszerfelhasználás, vesefunkció, esetleges elszenvedett vaszkuláris események rögzítése mellett a beavatkozás körülményeit és az ér nyitvamaradás mértékét is vizsgáljuk.

Reményeink szerint a MRR hozzá fog járulni az arteria renalis endovaszkuláris kezelés magyarországi irányelveinek kidolgozásához, amely az atherosclerosisban szenvedő betegekhez mérten is fokozott kockázatot mutató betegpopuláció optimális kezelésének alapja kell legyen.

ANGIOLÓGIAI INTERVENCIÓK SZÖVŐDMÉNYEI KLINIKÁNK 5 ÉVES ANYAGÁBAN

Dr. Hódi Zoltán¹, dr. Mihalovits Gábor¹,
dr. Palásthy Zoltán¹, dr. Petrovszki Viktor¹,
dr. Nagy Endre², dr. Lázár György¹, dr. Sipka Róbert¹

¹SZTE Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztály,

²SZTE Radiológiai Klinika-Euromedic DSA Labor

Bevezetés. Munkánkban intézetünk Érsebészeti Osztályán indikált angiológiai intervenciók szövődményeit elemeztük, a betegek követése során nyert adatok felhasználásával.

Beteganyag és módszerek. 2001. január 1-je és 2005. december 31-e között radiológiai intervenció (RI) átesett betegek adatait vizsgáltuk. 201 betegen (126 férfi, 79 nő, átlagéletkor 58,4 év) összesen 261 RI kísérlet történt. Ezen RI beavatkozásoknak 26,1%-a (n=58) supraaorticus (ezen belül 16,9%, n=44 carotison), 9,2%-a (n=24) zsigeri, 63,2%-a (n=165) aortától distalis érszakaszokon történt. Az indikációt minden alkalommal DSA vagy CTA, MRA vizsgálatra alapoztuk. Önállóan duplex UH lelet alapján

kivételesen, 5 esetben indikáltunk RI-t. Az indikációt minden esetben érsebész szakorvos és intervenció radiológus állította fel. A betegek gyógyszeres előkészítését és az utókezelés beállítását osztályunkon végeztük. A praemediatio során rendszeresen ASA-t szedő betegeknél LMWH + pentosanpolysulphate, későbbi protokoll szerint előzőek mellett clopidogrel kiegészítést használtunk. Vizsgálatunk során az osztályos fekvőbeteg dokumentációt, zárójelentést és az ambuláns utánkövetés adatait használtuk fel.

Eredmények. A vizsgált időszakban 2118 műtét mellett 261 RI történt, ez az összes műtétek 11%-a. Az összes RI 6,1%-a (n=16) járt szövődménnyel a korai időszakban (30 napon belül), ezen belül súlyos (stroke, perifériás embolisatio, korai reocclusio, punctio helyén occlusio) 3,4%-ban (n=9), nem súlyos (TIA, műtéti beavatkozást nem igénylő punctiós szövődmények) 2,7%-ban (n=7). A beavatkozást sikertelennek ítéltük 4,2%-ban (n=11), illetve a gangrena progressziója következett be 2,3%-ban (6 esetben), sikeres morfológiai revascularisatio ellenére. Intervenció során halálozás nem történt, 3 beteget veszítettünk el 30 napon belül. Reziduális károsodással járó punctiós szövődményt nem észleltünk.

Megbeszélés. Eredményeink azt igazolják, hogy a radiológiai intervenciók nem tekinthetők veszélytelen beavatkozásoknak. Az adatokat elemezve választ kaphatunk a leggyakoribb szövődmények okaira és elkerülésük lehetőségeire. Például punctiós vérzéses szövődmények jelentős csökkenése várható a brachialis behatolás bevezetésétől, a clopidogrel csökkentheti a thromboemboliák számát. Az eredményeket a nemzetközi irodalom eredményeivel összevetve, mégis az intézet gyakorlatába illeszteni kell felhasználnunk.

FEMORALIS OSZLÁS TERÜLETI THROMBENDARTERIECTOMIÁT KÖVETŐ V-Y PLASZTIKA

Dr. Gyurkovics Endre¹, dr. Jámbor Gyula²,
dr. Nagy Zoltán¹, dr. Kaliszky Péter¹,
dr. Regáli László¹, dr. Nagy András¹

¹Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika,
Budapest,

²Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Sebészet, Kistarcsa

Az arteria profunda ágrendszere az alsó végtag legjelentősebb kollaterális rendszere. Az arteria profunda femorisnak leggyakrabban csak a szájadéka, vagy kezdeti szakasza érintett az érbetegség által, s ezen a területen egyaránt végezhető desobliteráció, foltplasztika és áthidalás is.

A Semmelweis Egyetem ÁOK I. sz. Sebészeti Klinikán, az elmúlt 10 évben 2467 rekonstruktív érműtét történt. Az arteria profunda femorisra irányuló rekonstrukció 92 esetben fejeződött be hagyományos foltplasztikával. Femoralis oszlás területi, döntően arteria profunda femoris kiáram-

lású V-Y plasztika, direkt érvarrattal, foltplasztika nélkül, további 23 betegnél készült, kedvezőbb haemodinamikai kiáramlást biztosítva a véráramnak.

A korai posztoperatív szakban 1 mély sebfertőzés jelentkezett, mely feltárás és nekrektómia után másodlagosan gyógyult, egyéb korai szövődmény nem volt.

Betegeinket 2007. első negyedévében utánkövettük. A 23 beteg közül 3 betegről nincs adat. További 3 beteg az érműtéttől független okból elhalálozott, így 17 beteg kórtörténetét lehetett értékelni. 3 esetben vált indokoltá az elzáródott V-Y plasztikázott terület proximál felőli áthidalása, mellyel a végtag keringése rendeződött. 4 betegnél disztális kiegészítő rekonstrukció történt perifériás progresszió miatt, közülük 2 végtagot kellett ismételt graft elzáródás után comb szinten amputálni, a másik 2 betegnél a disztális kiegészítés után a végtag keringése rendeződött. Összességében 15 betegnél találtunk jó végtag funkciót.

Tapasztalataink szerint az ismertett V-Y plasztika a femoralis oszlás területi thrombendarteriectomia esetén haemodinamikailag előnyös feltételeket biztosít. A műtéti terület zárása direct érvarrattal, foltplasztika nélkül is megoldható, s az érintett kollaterálisok bevonásával növelhető a kiáramlási pálya kapacitása.

ALSÓ VÉGTAGI OBLITERATÍV VERŐÉRBETEGEK KÖVETÉSES VIZSGÁLATA

Dr. Jassó István¹, dr. Landi Anna¹, dr. Dinya Elek²

¹Fővárosi Szent István Kórház,

IV. Belgyógyászati Osztály,

²EGIS Gyógyszergyár Nyrt.

Alsó végtagi arteriosclerosis obliteransban (ASO) szenvedő betegek 1 éves utánkövetéses vizsgálata történt.

168 ASO betegből 126-ot (átlagéletkor: 66,04 év; férfi: 57,9%) tudtunk követni, közülük 119 fő klinikai és laboratóriumi adatai voltak értékelhetők az első év végén. Az elhunytak száma 7.

A Fontaine stádium-besorolás szerint 84% stagnált, 15,1% javult, 1 beteg rosszabbodott. A treadmillen mért maximális járástávolság szerint 29% javult, 11,6% rosszabbodott, 59,4% nem változott. A betegek Doppler indexének átlaga nem változott számottevően, 27,8%-ban észleltünk érdemi növekedést, 19,3%-ban csökkenést, a többieknél értékelhető eltérés nem alakult ki.

Az egy év során keringésjavító infúziós kezelésben a betegek 32,8%-a részesült, alsó végtagi bypass műtétre 3,4%-nál, trombektómiára 1,7%-nál, PTA-ra 2,5%-nál került sor, 1 beteg minor amputáción esett át. Az utánkövetés során 2 új hipertóniát és cukorbetegséget regisztráltunk, 3 beteg szenvedett miokardiális infarktust, 2 beteg esett át carotis intervención.

A meghalt 7 beteg közül 4 ateroszklerotikus megbetegedésben hunyt el.

A vizsgált laboratóriumi paraméterekben a kiindulási értékekhez képest az egy éves kontroll során az össz-, az LDL- és a HDL-koleszterin, a hsCRP, a folsav és a homocisztein tekintetében nem volt változás, a vérviszkozitási paraméterek romlottak változatlan plazmaviszkozitás és fibrinogén szint mellett; Az ApoA1, ApoB is emelkedett, az lp(a) koncentrációja viszont csökkent.

3. szekció Az érbetegségek konzervatív kezelése és a prevenció

A BELGYÓGYÁSZATI ANGIOLÓGIA HELYZETE MAGYARORSZÁGON (2007)

Dr. Meskó Éva

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

Magyarországon az érbetegségek ellátásában évtizedekig az érsebészet dominált, s a diagnosztizálás, kezelés, gondozás feladatát is az érsebészek vállalták. Mivel az érbetegségek mintegy 30%-a alkalmas csak sebészi ellátásra, megnőtt az igény a belgyógyászati angiológiai felkészültség iránt. A feladatok pontosítása érdekében ismételten szükségessé vált országos szintű felmérésekkel meghatározni az egyes városok, települések egészségügyi intézményeinek angiológiai felkészültségét.

1990-2002-ig összesen öt alkalommal került sor az adatgyűjtésre. Az eredmények értékelése a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság (MAÉT), valamint a Belgyógyász Szakmai Kollégium Angiológiai Bizottságának feladata volt. A felmérésekkel a belgyógyászati angiológiai diszciplína felé irányult a figyelem, s az évek során jelentősen nőtt a szakterület iránt érdeklődők száma.

2007 az egészségügyi struktúra jelentős átalakulásának éve. Egyes intézmények megszűnésével, a betegellátó osztályok funkcióváltásával várhatóan megváltoznak az eddigiekben rögzített és növekvő tendenciájú számadatok. Ez minden bizonnyal befolyásolja a keringési megbetegedések morbiditási és mortalitási statisztikáját. A MAÉT és az Angiológiai Bizottság 2007-ben elkezdett újabb országos felmérése az eddigiekben működő szakmai központok legfrissebb adatait rögzíti. Ez lehetőséget nyújt arra, hogy rámutathassunk az új egészségügyi struktúrában felmerülő szervezési, szakmai problémákra, s meghatározhatjuk a biztonságos és szakszerű angiológiai betegellátás jövőbeni feladatait.

Az előadás a felmérésekből levont következtetéseket tárgyalja.

**CSONTVELŐI EREDETŰ
ŐSSEJTTERÁPIA ELŐREHALADOTT
PERIFÉRIÁS ARTÉRIÁS
ÉRBETEGEKBEN: AZ ELSŐ 5 HAZAI
BETEG KEZELÉSÉVEL SZERZETT
KLINIKAI TAPASZTALATOK**

Dr. Boda Zoltán¹, dr. Farkas Katalin², dr. Tóth Judit³,
dr. Jámbor László³, dr. Soltész Pál⁴, dr. Rázsó Katalin¹,
dr. Oláh Zsolt¹, dr. Ilonczai Péter¹, Szarvas Mariann¹,

dr. Litauszky Krisztina⁵, dr. Hunyadi János⁶,

Sipos Tamás⁶, dr. Kappelmayer János⁷,

Veréb Zoltán⁸, dr. Rajnavölgyi Éva⁸

¹*Debreceni Egyetem*

Orvos- és Egészségtudományi Centrum,

II. Belgyógyászati Klinika,

Haemostasis Tanszék, Debrecen,

²*Szent Imre Kórház, Belgyógyászat-Angiológia,*
Budapest,

³*Radiológiai Klinika, Debrecen,*

⁴*III. Belgyógyászati Klinika,*

⁵*I. Sebészeti Klinika, Debrecen,*

⁶*Sejtterápia Klinikai Központ, Debrecen,*

⁷*Klinikai Biokémiai és Molekuláris Patológiai Intézet,*
Debrecen,

⁸*Immunológiai Intézet, Debrecen*

Súlyos perifériás artériás érbetegségekből (SPAD) a gyógyszeres és/vagy érsebészeti beavatkozások kimerülését követően a tűrhetetlen fájdalom, kiterjedt végtagi fekélyek, gangraenák megszüntetésének egyetlen módja a végtag amputációja.

A szerzők – hazánkban elsőként – 5 előrehaladott perifériás artériás érbetegben (1 arteriosclerosis obliterans és 4 thromboangiitis obliterans) csontvelő-eredetű őssejtterápiát végeztek. A csontvelői őssejteket (CD34+/CD133+ sejtek) crista biopsia végzésével nyerték. Mágneses sejtszeparálással CD34+ sejt-szuszpenziót állítottak elő. Az őssejt suszpenziót intramuscularis injekció formájában a beteg végtagba juttatták vissza. Betegeiket 6 hónapig követték. Vizsgálatok történtek a beavatkozás előtt és után (1, 3 és 6 hónappal). Klinikai vizsgálatok: nyugalmi fájdalom, dysbasiás távolság, nehezen gyógyuló lábszárfekélyek gyógyhajlama. Laboratóriumi vizsgálatok: boka-kar index (BKI), angiographia (az őssejtterápia előtt és után 1 és 6 hónappal), duplex ultrahang- és Laser-Doppler scan, transcutan oxigén tensio mérés, endothel funkciók vizsgálata. A nyugalmi fájdalom mind az öt betegük esetében megszűnt. A dysbasiás távolság szignifikánsan nőtt (36/440 m). Két beteg lábszárfekélye begyógyult, két beteg nagyméretű fekélye lényegesen

kisebbedt és felületesebbé vált, egy betegben nem változott a fekély. Az BKI szignifikánsan nőtt (0,41/0,72) három hónappal az őssejtterápiát követően. Három betegben észleltek számottevő változást angiographia (DSA), és egy esetben duplex ultrahang vizsgálatokkal. Csak szerény javulást tapasztaltak Laser-Doppler vizsgálattal, ugyanakkor a TcPO₂ értékek jelentősen javultak. A laboratóriumi paraméterek az őssejtterápiát követően 3 és 6 hónappal már mérhető javulást mutattak. Súlyos szövődmenyt vagy mellékhatást nem észleltek (egy betegben CK emelkedést észleltek, jelentős klinikai javulás mellett, egy másikban klinikailag enyhe vasculitis alakult ki).

Eredményeik alapján az autolog csontvelő-eredetű őssejtterápiát biztonságosnak és effektívnek tartják SPAD-ban. További klinikai tapasztalatgyűjtés indokolt.

**KRITIKUS VÉGTAG ISCHAEMIÁBAN
ALKALMAZOTT AUTOLOG
CSONTVELŐ-EREDETŰ
ŐSSEJTTERÁPIA HATÁSA
AZ ALSÓVÉGTAG
MIKROCIRKULÁCIÓJÁRA**

Dr. Farkas Katalin¹, dr. Egresits József¹,
dr. Kolossváry Endre¹, dr. Boda Zoltán²

¹*Szent Imre Kórház, Angiológia Profil, Budapest,*

²*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi
Centrum, II. Belgyógyászati Klinika,
Haemostasis Tanszék, Debrecen*

Magyarországon elsőként 5 kritikus végtag ischaemiában szenvedő perifériás artériás érbetegben (1 arteriosclerosis obliterans és 4 thromboangiitis obliterans) csontvelő-eredetű őssejtterápia hatását vizsgáltuk az alsóvégtag mikrocirkulációjára. Az őssejt suszpenzió intramuscularis beadása előtt, a 6. és 20. héten mértük mindkét lábszáron és lábháton a transcutan oxigén tensiót (TcPO₂) és Laser Doppler áramlásméréssel a bőr nyugalmi áramlását (RF) és a lokális melegítés hatására kialakuló hyperaemiás választ (PF).

A kezelt oldali lábháton a kiindulási TcPO₂ értékek az első beteg kivételével a súlyos ischaemiának megfelelő értéken voltak. A TcPO₂ értékek a kezelt oldalon, a 20 hetes kontroll során javulást mutattak, a lábszáron (36,66 ± 16,63; 45,00 ± 11,19 Hgmm) és a lábháton (18,1 ± 20,26; 23,83 ± 17,01 Hgmm) is. A Laser Doppler paraméterek a 20 hetes megfigyelés alatt nem változtak.

A klinikum és a transcutan oxigén tensio mérés eredményei a végtag keringés javulását támasztják alá. A műszerezés mérhető javulás a 20. hét után volt megfigyelhető, ez arra utal, hogy az angiogenezis valószínűleg lassú, hetek alatt kialakuló folyamat.

**A SZEMIKARBAZID-SZENZITÍV
AMINOXIDÁZ ENZIM AKTIVITÁS
VÁLTOZÁSA
OBLITERATÍV ÉRBETEGEKBEN
ÉS ÉRMŰTÉTEK HATÁSÁRA**

Dr. Nemcsik János¹, dr. Egresits József¹,
dr. Simó Gábor², dr. Mogán István²,
dr. Gáti Tamás², dr. Farkas Katalin¹,
dr. Szökő Éva³, Soltész Zsuzsa³,
dr. Tábi Tamás³, dr. Magyar Kálmán³,
dr. Kiss István¹

¹Szent Imre Kórház Belgyógyászati Mátrix Szervezete,
Angiológiai és Nefrológiai Profil,

²Szent Imre Kórház Érsebészeti Profil,

³Semmelweis Egyetem Gyógyszerhatástani Intézet

Háttér és célkitűzés. A szemikarbazid-szenzitiv aminoszintetáz enzim (SSAO) a szervezetben primer aminok lebontását végzi toxikus metabolitokat képezve, valamint az endotheliumra lokalizálódva adhéziós molekulaként szerepet játszik a fehérvérsejtek extravazációjában. Emelkedett szérumszintjét találták előrehaladott atherosclerosisú társuló kórállapotokban (2-es típusú diabetes, ISZB). Célunk az SSAO szérumszintjének vizsgálata volt perifériás érbetegségben, valamint érműtétek hatására.

Beteganyag és módszer. Vizsgálatunkban 8 egészséges kontroll és 40 perifériás érbeteg vérmintáiban határoztuk meg az SSAO aktivitást. 12 érbeteg különböző érműtéten is átesett, nálunk a műtét utáni napon is történt mintavétel. A klinikai adatok elemzésére, rutin vérvételre és a doppler index (DI) meghatározására is sor került.

Eredmények. A kontrollokhoz képest Fontaine II/a és II/b stádiumban emelkedett SSAO aktivitást találtunk (97,6±4,7 vs 123,9±17,29 és 164,4±25,4 pmol/h/mg, p<0,05), míg Fontaine III és IV stádiumban az aktivitás a kontroll értékhez hasonló volt (93,6±15 és 94,1±23,8 pmol/h/mg). Érműtét hatására az SSAO aktivitás szignifikáns mértékben emelkedett (84,4±9,22 pmol/h/mg-ról 102,7±12,9 pmol/h/mg-ra, p<0,05). Az SSAO aktivitás pozitív korrelációt mutatott a DI-vel (r=0,537, p<0,01), negatív korrelációt a szérumszinttel (r=-0,367, p<0,05).

Összefoglalás és következtetés. A szérumszintjét SSAO aktivitás nem emelkedik együtt a perifériás érbetegség előrehaladásával, így nem felel meg annak követésére. Az érműtétek utáni szérumszintjét SSAO emelkedés az enzim passzív keringésbe jutására utal, mely a szérumszintjét aktivitás érfali eredetét támasztja alá.

**MAGAS FLAVONOID TARTALMÚ
ÉTRENDKIEGÉSZÍTŐ SZISZTÉMÁS
ÉS LOKÁLIS HATÁSA RAYNAUD
SZINDRÓMÁS BETEGEK ESETÉBEN**

Dr. Csiki Z.¹, dr. Balogh E.¹, dr. Galajda Z.²,
dr. Szentmiklósi J.⁴, dr. Szabó N.¹, dr. Horváth I.¹,
dr. Kerékgyártó Cs.¹, dr. Garai I.³, dr. Major Gy.¹,
dr. Molnár P.¹, dr. Zeher M.¹

¹DE OEC III. Belklinika, Klinikai Immunológiai Tanszék,

²DE OEC Kardiológiai Intézet, Szívsebészeti Központ,

³Mediso Kft.,

⁴DE OEC Farmakológiai és Farmakoterápiás Tanszék

Az élőlények endogén oxidatív folyamatainak eredményeként keletkező káros szabadgyökök a szervezetben autokatalitikus reakciók beindításával sejtkárosodást okoznak. Bebizonyosodott, hogy vannak olyan növényi alkotórészek, melyek hozzájárulnak a szervezet antioxidáns képességének növeléséhez. Ilyenek a flavonoidok (természetes, növényi színanyagok) vagy más fenolvegyületek.

Betegek és módszer. Vizsgálatainkba 15 primer Raynaud-szindrómás nőt (átlagéletkoruk 38,4±15,2 év) vontunk be, akik két hónapon át napi 2-szer egy adagolókanál Flavon Max Plus magas flavonoid tartalmú étrendkiegészítőt fogyasztottak lekvár formájában. A hatóanyagok (növényi színanyagok) szervezetre kifejtett hatását a kezelés előtt és után egyaránt elvégzett diagnosztikai vizsgálatokkal ítéltük meg. A lokális keringési paraméterek változását (esetleges vasodilatatív hatás) a kezeken végzett lézer-scanneres (bőrfelszíni keringés) és izotópos kézperfüziós vizsgálattal (mélykeringés) mértük. A szisztémás hatásokat laboratóriumi adatok alapján értékeltük. Minden betegnél sor került a szérumszintjét total koleszterin szintjének (zsírszintjét), a PFA-100 záródási időnek (thrombocyt funkció), a hemostázis paramétereknek (véralkotó tényezők), illetve a CRP szintjének (gyulladás marker) a meghatározására. A betegek minden nap vérnyomásmérést is folytattak otthonukban.

Eredmények. A lokális keringési paraméterek (lézer-scanner, kézperfüzió) 12 beteg esetében szignifikánsan javultak. A vérésejtekre kifejtett jótékony hatást az in vitro véralkotó idő (PFA-100) megnyúlása tükrözte mind a 15 betegnél, de a kiindulási értékhez viszonyított különbség nem volt szignifikáns. A szérumszintjét össz-koleszterinszint csökkenése 8 páciensnél volt mérhető. A hemostázis paramétereiben egyik esetben sem észleltünk szignifikáns változást. A flavonoidok antioxidáns hatását a CRP szintjének csökkenése jelezte 10 betegnél, ez szintén elérte a szignifikancia határát. A vérnyomásmérésekben szignifikáns eltérést nem tapasztaltunk egyik irányban sem. Az

életminőség-kérdőív adataiban a terápiát követően szintén statisztikailag szignifikáns javulás volt mérhető.

Megbeszélés. Eredményeink alapján elmondható, hogy az említett étrendkiegészítő valóban rendelkezik a szervezet számára jótékony hatásokkal, mely a jövőben új terápiás megfontolásokat vehet fel a cardiovascularis és poliszisztémás autoimmun megbetegedések megelőzésének és kezelésének tekintetében.

ALSÓ VÉGTAJI ÉRSZŰKÜLETES BETEGEK ÉLETMINŐSÉGÉNEK ÖSSZEHASONLÍTÓ VIZSGÁLATA

Dr. Olvasztó S., dr. Kovács L., dr. Kosztyu L.,
dr. Litauszky K., dr. Tóth Cs., dr. Varga Zs.
*Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi
Centrum, Sebészeti Intézet Érsebészeti Tanszéke*

Több mint 2000 éve ismeri az emberiség a keringési rendszert és annak rendellenességeit, és legalább 400 év telt már el azóta, hogy először leírták többé-kevésbé a mai ismereteinknek megfelelően. Terápiája is a betegség súlyossági fokától és lokalizációjától függően többféle módon lehetséges. A sokféle próbálkozás során kikristályosodott kezelési eljárások három fő csoportba sorolhatók. A jelenleg használt három fő lehetőség a betegség stádiumaitól függ.

A gyógyszeres terápiát konzervatív kezelési módszernek nevezzük, mely lehet az enyhe fokú betegség kezelési formája, de lehet a már rekonstrukciós lehetőségek kimerülése utáni időt nyerő kezelési lehetőség. A másik kezelési típus az érrendszer folytonosságának helyreállítása. Az utolsó lehetőség végstádiumú érszűkületes betegek ellátására – az amputáció –, az életveszély elhárítása, a septicus állapot és a fájdalom megszüntetése.

Az érelmeszesedés a lakosság kb. 2-3%-át érinti. Jelenős populáció lévén indokolt ennek a nagyszámú betegnek az életminőségét vizsgálni. Sajnos eddig az elérhető irodalomban is alig lelhető fel életminőség-vizsgálat, különösképpen olyan összehasonlítás, amely a három kezelési elvet figyelembe véve vizsgálja a betegeket.

A szerzők retrospektíve a Debreceni Egyetem Érsebészeti Tanszékének egy éves, ugyanabban az évben kezelt beteganyagát elemezték kérdőíves módszerrel. A vizsgált három betegcsoport – összesen 150 beteg – kérdőívekre adott válaszait csoportosították 4 főcsoportba. Vizsgálták a fájdalom jelenlétét, intenzitását, a beteg életmódjának ezáltal korlátozását; külön blokkot képező kérdésekkel mérték fel a mindennapi tevékenységét, aktivitását.

Külön kérdéscsoport elemzése tárta fel a betegek hangulatát, kedélyállapotát, aggodalmaikat. Elfogadja-e ezt közvetlen és tágabb környezetük? Végül a betegek véleményét elemezték arról, hogyan élnek meg betegségüket, az alkalmazott kezelés eredményességét hogyan ítélik meg.

Az adatok részletes elemzése után arra a következtetésre jutottak, hogy szembeállítva az infúziós terápián átesett betegek csoportját a rekonstrukciós műtéten átesettekkel, a végeredményt tekintve a műtéten átesettek elégedettebbek a konzervatív kezelést kapott társaiknál a műtéttel együttjáró kellemetlenségeket, mint hegfájdalom, paraesthesiák, stb. is figyelembe véve. Az amputáció szörnyű ténye azt sejtetné, hogy a betegek mozgáskorlátozottsága életminőség-megítélésüket, közérzetüket, boldogságukat rontja. Ezzel szemben az elvégzett elemzés az életminőséget a másik két csoporttal azonos értékűnek találta. Meglepő eredmény, hogy a végtaggal bíró, nagyobb claudicatiós távolságú konzervatív terápiás betegcsoport a fájdalom szempontjából a másik kettő alatt maradt. Az egész életminőséget tekintve legelégedettebbek a helyreállító érműtéten áteső betegek.

Ezek alapján elgondolkodtató, hogy egy néhány méteres dysbasias távolságú érszűkületes beteg rossz életminőséget nyújtó konzervatív (infúziós) kezelése valóban előnyt élvez-e az egy időben megajánlott csomókoló műtéttel szemben.

HEPARIN-INDUKÁLTA THROMBOCYTOPENIA ÉS KUMARIN-INDUKÁLTA BŐRNEKRÓZIS TÁRSULÁSA

Dr. Oláh Zsolt¹, dr. Schlammadinger Ágota¹,
dr. Rázsó Katalin¹, dr. Ilonczai Péter¹, dr. Mikita János¹,
dr. Jámor László², dr. Décsy Judit², dr. Boda Zoltán¹,
¹*Debreceni Egyetem, OEC, II. Belklinika,*

Haemostaseologiai Tanszék,

²*Debreceni Egyetem, OEC, Radiológiai Klinika*

A széles körben alkalmazott heparin készítmények relatíve ritka, de – a vérzéssel együtt – legveszedelmesebb szövödménye a heparin-indukálta thrombocytopenia (thrombocitopenia: HIT, vagy a nélkül: HIT). A HIT eseteiben a kezelés lényege valamely orális antikoaguláns szer beállítása egy alternatív, a heparint helyettesítő készítmény – leggyakrabban rekombináns hirudin (Refludan inj.) – védelmében. A HIT betegcsoportban azonban relatíve nagy arányban észlelnek kumarin-indukálta bőrnekrozist, melynek két típusát különítik el. Egyik megnyilvánulási forma a thrombosisos végtag akralis részzeit érinti („limb gangrene”), míg a klasszikus kumarin nekrozis a centralis bőrterületeken jelentkezik (emlő, has, glutealis tájék).

2001-2006 között a szerzők 11 beteget kezeltek heparin-indukálta thrombocytopenia miatt. Nyolc beteg (100%) kapott K-vitamin antagonistá készítményt, közülük három betegnél (37,5%) szövödményként végtagi gangraena („limb gangrene”) alakult ki. A három beteg egyikénél heparin okozta bőrnekrozist is észleltek, mint a HIT ritka megjelenési formáját.

A szerzők célja jelen munkájukkal ezen három tanulságos eset ismertetése, felhívva a figyelmet a HITT kezelése során – az átlagosnál nagyobb gyakorisággal – megjelenő kumarin-indukálta bőrnekrózis fokozott veszélyére és a megelőzés fontosságára, illetve annak lehetséges módjára.

ALSÓVÉGTAGI REKONSTRUKTÍV ÉRMŰTÉTEK SORÁN ADOTT E-VITAMIN HATÁSA A REPERFÚZIÓS KÁROSODÁSOKRA

Dr. Arató Endre¹, dr. Sínay László¹, dr. Kasza Gábor¹,
dr. Masoud Shafiei¹, dr. Varga Zoltán¹,
prof. dr. Kollár Lajos¹, dr. Kürthy Mária²,
dr. Jancsó Gábor², prof. dr. Róth Erzsébet²

¹Pécsi Tudományegyetem,
Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Tanszék,

²Pécsi Tudományegyetem,
Sebészeti Oktató és Kutató Intézet

Bevezetés. Érsebészeti beavatkozásoknál a reperfúziós károsodások kivédése és a szöveti oxidatív stressz csökkentése alapvetően fontos a teljes klinikai restitúció eléréséhez. Az E-vitamin antioxidáns hatásainak pozitív szerepét számos kísérletes munka igazolja mind krónikus, mind akut modelleken. Munkánk során vizsgálni kívántuk, hogy milyen mértékben befolyásolja a perioperatív szakban folyamatosan alkalmazott E-vitamin az alsóvégtagi keringéshelyreállító műtétek következtében kialakuló oxidatív stressz és szöveti gyulladós válaszreakciók kialakulását.

Vizsgált betegek és módszerek. Prospektív, randomizált vizsgálatunkba bevont 11 betegünkönél angiográfiával igazolt AFS elzáródás szerepelt, mely miatt supragenuális rekonstrukciót végeztünk. Az iszkémiás idő és a kirekesztett szövetmennyiség így nagyjából azonos volt. Az E-vitaminnal kezelt betegeknek a műtétet megelőző naptól a posztoperatív 7. napig per os 1x200 mg E-vitamint adtunk. A második csoportba tartozó betegeknek nem adtunk E-vitamint. A kontroll csoport értékeit egészséges önkéntes véradók vérmintáiból számoltuk.

Perifériás vénás vérmintákból végeztük a laboratóriumi méréseket. Az első vérminta vétel a műtét napján reggel 7 órakor történt a kiindulási (kontroll) értékek meghatározására. A második mintavétel a műtéti iszkémiát követő reperfúzió első órája végén (a korai reperfúzió szakában) történt. A késői reperfúzió monitorozását a műtéti iszkémiát követő 24. órában és a 7. napon vett vérmintákban végeztük.

A kialakuló oxidatív stressz mértékét a reaktív oxigén intermedierek (ROI) direkt mérésével, illetve a prooxidáns-antioxidáns státusz meghatározásával végeztük. (redukált glutation-GSH, Totál-SH csoport, szuperoxid dizmutáz-SOD) A statisztikai analízis egymintás Student T-próbával történt.

Eredmények, megbeszélés. Eredményeink azt mutatták, hogy a perioperatív szakban – a műtétet megelőző naptól a posztoperatív 7. napig – alkalmazott 200 mg E-vitamin csökkentette az iszkémia-reperfúzió következtében kialakuló oxidatív stressz mértékét, valamint a prooxidáns-antioxidáns egyensúly felborulását, kisebb mértékű csökkenést eredményezett az antioxidáns védelemben (redukált glutation, thiol csoportok, SOD), és mérsékelte a műtét utáni szabadgyök-termelést.

KARDIOVASZKULÁRIS KOCKÁZATI TÉNYEZŐK VIZSGÁLATA A NYÍREGYHÁZI MŰVESE ÁLLOMÁSON DIALIZÁLT BETEGEK KÖRÉBEN

Dr. Szigeti Zsuzsanna, dr. Mozga Ildikó,
dr. Szegedi János

B. Braun Avitum Hungary ZRt. 2. sz. Dialízisközpont,
Jósa András Oktató Kórház, I. Belgyógyászat,
Nyíregyháza

A krónikus veseelégtelen betegek kardiovaszkuláris kockázata csaknem hússzoros az átlag populációhoz viszonyítva. A hagyományos rizikótényezőkön kívül (életkor, dohányzás, elhízás, dyslipidaemia, diabetes, hypertonia) a vesepótló kezelésekkkel, valamint a veseelégtelenséggel összefüggő rizikófaktorok jelenléte (uraemiás toxinok, hypalbuminaemia, anaemia, gyulladós állapot, Ca-P-anyagcsere zavara) fokozott kardiovaszkuláris kockázatot jelent. Kiemelt feladat tehát az általunk kezelt betegek ez irányú vizsgálata és kockázatuk lehetőség szerinti csökkentése.

2007. májusában a nyíregyházi művese állomáson felmértük a 160 hemodializált és 28 peritoneális dialízis programban kezelt betegünk hagyományos (életkor, dohányzás, elhízás, diabetes, dyslipidaemia, hypertonia) és veseelégtelenségben jellemző (albumin, PTH, Ca x P, anaemia, CRP) rizikótényezőit, és a már fennálló kardio-és cerebrovaszkuláris betegségek előfordulását.

Eredmények:

	Összes beteg	PD-s betegek (28)	HD-s betegek (160)
Életkor (év)	62,8	61,9	63,1
Testtömeg (kg)	68,2	76	67,8
Dohányzó betegek	47 (25%)	3 (11%)	44 (28%)
Összkoleszterin (mmol/l)	4,58	5,05	4,49
Triglicerid (mmol/l)	2,12	2,55	2,05
Vércukor (mmol/l)	5,07	6,88	4,78
Albumin (g/l)	36,05	36,35	35,9
Haemoglobin (g/dl)	11,07	11,12	10,93
Haematocrit (%)	34,96	35,16	34,9
CRP (mg/l)	12,05	10,38	12,31
Creatinin (µmol/l)	700,3	694,1	701,3
Húgysav (µmol/l)	364,5	336,3	365,14
PTH (pg/ml)	260,28	-	-
Ca x P (mmol ² x l ⁻¹)	3,68	-	-
Diabetikus betegek	56 (29,8%)	14 (50%)	42 (26,2%)
Obes. betegek	27 (14,36%)	9 (32%)	19 (11,8%)
Hypertoniás betegek	173 (92%)	25 (89%)	148 (92,5%)
Balkamra hypertrophia	61 (32,4%)	10 (35%)	51 (31,8%)
ISZB	84 (44,6%)	8 (28,5%)	76 (47,5%)
Stroke	15 (7,9%)	2 (7%)	13 (8 %)
Kezelt PAD	12 (6,8%)	2 (7%)	10 (6,25%)

Tapasztalataink szerint a PD-s betegek állapota kedvezőbb az életkor, dohányosok száma, albumin szint, anaemia vonatkozásában, viszont körükben gyakoribb az elhízás, a diabetes és a dyslipidaemia a HD-s betegekkel összehasonlítva. Mindkét csoportban kóros volt a PTH, Ca x P érték. Magasnak találtuk a balkamra hypertrophia, hypertonia és ISZB előfordulási arányát. A HD-s betegek 15%-ánál fordult elő myocardialis infarctus, 5%-ánál végtagamputáció. Jelentős a cerebrovaszkuláris történést szenvedett és érsebészeti kezelésben is részesült PAD-s betegek aránya.

Vizsgálatunk is igazolja veseelégtelen betegeknek kiemelt kardiovaszkuláris kockázatát, amely igen nagy kihívást jelent a nephrológusok számára.

DIABETES MELLITUSBAN SZENVEDŐ BETEGEINK VASCULARIS RIZIKÓFAKTORAINAK ELEMZÉSE EGY ÉVES BETEGANYAGUNKBAN

Dr. Kiséry Csaba

*Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház
és Egyetemi Oktató Kórház,
Miskolc*

Bevezetés. Korunk egyik legjelentősebb népegészségügyi problémakörét a diabetes mellitus és annak késői szövődményei jelentik. Ez indokolja, hogy kiemelten foglalkozunk e problémakörrel. A belgyógyász angiológusnak azon túlmenően, hogy a kialakult érbetegségek gyógyításában az érsebészettel és az egyre bővülő terápiás lehetőségekkel rendelkező intervenciós radiológussal szorosan együttműködve részt vesz a kialakult érbetegségek gyógyításában, preventív szemlélettel is rendelkeznie kell, mivel a kórkép szövődményeinek emelkedő incidenciája így befolyásolható eredményesen.

2006-ban osztályunkon fekvő diabetes mellitusban szenvedő betegek anyagcsere-paramétereit, rizikófaktorait vizsgáltuk a célértékekhez viszonyítva, valamint a vascularis szövődmények meglétét, localisatióját. Osztályunkon a fenti időszakban kezelt 1246 beteg közül 386 volt diabeteses. Ebből 383 fő 2. típusú, 2 fő 1. típusú, 1 pedig gestatiós diabetes, további 22 fő IGT-s volt. Az átlagos betegségtartam 10,66 év. A betegek átlagéletkora 63,3 év. 88 százalékuk hypertóniás, 59 százalékuk hyperlipidaemiás. A betegek 46 százalékában ISZB, 82,3 százalékában perifériás verőérbetegség, 75 százalékában pedig carotis érintettség volt kimutatható. A felvételi éhomi átlagos vércukorérték 8,1 mmol/l. A célértéknek számító 6 mmol/l, illetve ez alatti vércukorértéket a betegek 18 százalékánál találtunk.

Összefoglalás. Az adatokból kiderül, hogy a betegek túlnyomó többségének anyagcsere paramétereai a kívánt

célértéket nem érik el. A diabetes mellitus kezelése komplex feladat, feltételezi a beteg tudatos egészségmegőrző szemléletét, az alapellátás, valamint a szakellátás szoros együttműködését. A jelenleg rendelkezésre álló hatékony kezelési módszerek birtokában mind a primer, mind a szekunder prevenció területén vannak lehetőségeink és feladataink. Ezek rövid távon lehet, hogy költségtöbbletet jelentenek, hosszú távon viszont biztosan megtérülnek, s ez a társadalom és az egészségügy számára komoly gazdasági terhet jelentő késői diabeteses szövődmények számának csökkenésében és a betegek életminőségének javulásában mérhető le.

FALLOT-TETRALÓGIÁS BETEGEKBEN AZ ARTERIA CAROTIS TÁGULÉKONYSÁGA CSÖKKENT

Dr. László A.¹, dr. Pintér A.¹, dr. Mersich B.¹,
dr. Kádár K.², dr. Temesvári A.², dr. Szentpáli Zs.²,
dr. Kollai M.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti
Kutató- és Humán Élettani Intézet,*

²*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet,
Budapest*

Előzmények. A Fallot-tetralógia komplex szívfejlődési rendellenesség, amelynek részét képezi a kamrai szep-tumdefektus. Állatmodellben ismert, hogy az embrionális fejlődés során a velőcső ugyanazon sejtjei indukálják a kamrák szeptációját, mint a szívközei nagyerek elasztikus lamelláinak fejlődését. Feltételezzük, hogy a kamrai szeptáció és az elasztogenezis humán embrióban is összefüggő folyamatok. A kérdés jelentőségét hangsúlyozza, hogy az arteria carotis rugalmasságának csökkenése a kardio-vaszkuláris mortalitás független rizikófaktor.

Kérdés. Különbözik-e Fallot-tetralógias betegekben az arteria carotis tágulékonyasága a kontroll alanyokhoz viszonyítva?

Módszer. Fallot-tetralógias 8-56 éves betegeket (8 nő, 13 férfi; a rekonstrukciós műtét átlagosan 10 ± 3 éves korban történt) és életkorban, nemben egyeztetett kontroll alanyokat vizsgáltunk. Az arteria carotis átmérőt falmozgáskövető UH-készülékkel, az arteria carotis vérnyomást lokálisan tonométerrel mértük, és számítottuk a disztenziabilitási koefficiens (DC) és a stiffness indexet.

Eredmények. (Átlag ± SD.) A betegcsoportban a kontrollhoz képest a carotis pulzatis átmérőváltozása (565 ± 230 vs. 700 ± 205 μm), a DC (4,5 ± 1,5 vs. 5,9 ± 2,7 10⁻³/Hgmm) jelentős csökkenést mutatott, a stiffness index (6,5 ± 3,0 vs. 5,3 ± 3,3) jelentősen nőtt.

Következtetés. Fallot-tetralógias betegekben tapasztalt csökkent carotis rugalmasság alapján feltételezhető, hogy a

kamrai szeptáció és a nagyerek elasztogenezise a humán speciesben is összefüggő folyamat. A centrális nagyerek rugalmasságának csökkenése a fejlődési rendellenesség részét képezi.

**A NAGYEREK
TRANZPOZÍCIÓJA
ESETÉN
A CAROTIS ÉRFAL
RUGALMASSÁGA CSÖKKENT**

Dr. Pintér A.¹, dr. László A.¹, dr. Mersich B.¹,
dr. Kádár K.², dr. Hartyánszki I.², dr. Kollai M.¹

¹*Semmelweis Egyetem, Klinikai Kísérleti
Kutató- és Humán Élettani Intézet,*

²*Gottsegen György Országos Kardiológiai Intézet,
Budapest*

Előzmények. A nagy artériák teljes transzpozíciója aortico-pulmonális szeptumdefektus következménye, amely avian modell szerint együtt jár a nagy artériák elasztogenezisének károsodásával. Az alkalmazott Senning(S)-műtét helyreállítja a keringés folytonosságát, az aorta azonban továbbra is a jobb kamrából ered. Idővel „szisztémás” jobbkamra-elégtelenség alakul ki, amelyhez kamrai aritmiák jelentkezése társul. Balszívfél-elégtelenségben az elasztikus nagyerek rugalmasságának csökkenése – amelynek következtében az utóterhelés nő, kamrai hipertrófia alakul ki, mely aritmiák kialakulásához vezet – a kardiovaszkuláris morbiditás és mortalitás független rizikótényezője.

Kérdés. Hogyan változik S-műtéten átesett betegekben az arteria carotis tágulékonyasága?

Módszer. S-műtéten átesett 9-19 éves gyermekeket (9 lány, 23 fiú), illetve életkorban, nemben egyeztetett kontroll alanyokat vizsgáltunk. Az arteria carotis átmérőt falmozgáskövető UH-készülékkel, az arteria carotis vérnyomást tonométerrel mértük, és számítottuk disztenziilitási koefficiens (DC), stiffness indexet. A jobb kamra ejekciós frakció (EF) meghatározása MRI-vel történt.

Eredmények. (Átlag ± SD.) A betegcsoportban a kontrollhoz képest az arteria carotis DC ($5,6 \pm 1,9$ és $8,7 \pm 2,7 \cdot 10^{-3}$ /Hgmm, $p < 0,05$ – páratlan t-próbával) jelentősen csökkent, a stiffness index ($5,6 \pm 1,9$ és $3,1 \pm 1,0$) jelentősen nőtt. A jobb kamra EF a betegcsoportban csökkent volt a normál értékhez képest (49 ± 9 vs. 70 ± 4 %).

Következtetés. S-műtéten átesett gyerekekben az arteria carotis csökkent rugalmassága feltehetően hozzájárul a jobb kamrai funkció romlásához, így a késői, fokozott mortalitáshoz.

**4. szekció
Infragenuális verőér beregségek,
infectio és a mesterséges A-V fistulák**

**FEMORO-POPLITEALIS
REKONSTRUKCIÓKKAL EGYÜLÉSBEN
VÉGZETT DISTALIS INTERVENCIÓK
KÖZÉPTÁVÚ EREDMÉNYEI**

Dr. Darabos G.¹, dr. Simó Gábor¹, dr. Mogán István¹,
dr. Kollár A.²

¹*Szent Imre Kórház Érsebészeti Profil,*

²*Radiológiai Diagnosztikai Osztály, Budapest*

Az intraoperatív transluminális angioplasztika (ITA) használatával újabb lehetőségek nyílnak a femoro-poplitealis laesiók megoldására. Jelen utánkötetésünkben az együlésben végzett rekonstrukció-intervenció lehetőségeit elemezzük

Ezen régióban a következő *kombinált beavatkozásokat* végeztük.

1. Femoralis rekonstrukció (TEA, interpos.) + AFS, poplitea ITA.

2. Femoro-poplitealis bypass és distalis intervenció.

3. Acut graftelzáródás esetén graft thrombectomia és distalis anastomosis intervenció.

4. In stent restenosisok megoldása.

Részletesebben elemezzük a ritkán használt, de sok előnnyel járó femoro-poplitealis rekonstrukció + distalis intervenció gyakorlatát.

Ezen esetekben az egyébként intervencióra alkalmatlan hosszú szakaszú elzáródást első lépésben (bypass) TASC klasszifikáció szerinti A típusúra változtatjuk, majd ezután végezzük el az intervenciót.

Az elmúlt 4 évben 71 esetben végeztünk distalis intervenciót műtéttel együlésben. Minden esetben preop. DSA-t készítettünk. Az intervenciók régiónkénti megoszlása: AFS: 62%, poplitea 24%, korábbi bypass distalis anastomosis szűkülete: 13%.

3 esetben kényszerültünk sebészi konverzióra.

Eredményeink. Átlagos utánkötési időnk 18 hónap. Korai reocclusiót 3 esetben észleltünk (4,2%), a késői reocclusiók aránya 16/71, (23%), de ezen esetek közül csak 9-nél kényszerültünk újabb beavatkozásra a relatív panaszmentesség, illetve status alapján.

4 végtagot vesztettünk el, amputációkat rátánk 5,6%.

A TASC klasszifikáció alapján végzett distalis intervenciók középtávú eredményei megközelítik a rekonstrukciós érműtétekét, megtartva a további beavatkozások lehetőségeit. Bizonyos esetekben a hibrid megoldás az egyetlen jó választás a végtag keringésének helyreállítására.

ALSÓ VÉGTAGI CT ANGIOGRAPHIA HELYE ÉS SZEREPE AZ ÉRSEBÉSZETI TEVÉKENYSÉGBEN

Dr. Horváth Katalin¹, dr. Nagy István²,
dr. Forgács András²

*Jahn F. Dél-pesti Kórház, ¹Radiológiai
és ²Sebészeti Osztály*

A diagnosztikus eljárások egyik nagyon fontos célkitűzése a beteget kímélő noninvaszív módszerek alkalmazása.

Érbetegek vizsgálatában és a kezelés tervezésében a DSA kitüntetett szerepe a legutóbbi időkig vitathatatlan volt. A technikai fejlődés – a 90-es évek vége óta, a többszeletes CT-k széleskörű klinikai elterjedése révén – lehetővé tette, hogy a CT a korábbinál nagyobb szerepet kapjon az erek vizsgálatában. Intézetünkben 2006 óta működik egy 16 szeletes CT készülék, melyet rutinszerűen használunk alsó végtagi verőerek vizsgálatára is. A több mint 200 alsó végtagi CT angiographia során szerzett diagnosztikus és érsebészeti tapasztalatainkat összegezzük:

1. Az eljárás általában jól alkalmazható a végtagi erek állapotának megítélésére és a sebészi rekonstrukciós lehetőségek meghatározására.

2. Kiválóan alkalmas operált betegek kontrolljára, restenosis, graft szövödmények kimutatására.

3. Korlátozottan alkalmas a sclerotikus végtagi erek stenosisainak pontos megítélésére.

4. Gyakoriak a klinikailag releváns, a terápiás döntést befolyásoló „mellékletek”.

5. Természetesen nem alkalmas terápiás (angioplasztika, stent behelyezés) beavatkozásra.

Összegezve. A CT angiographia gyakorlatunkban is jól használható, betegkímélő módszernek bizonyult az alsó végtagi verőerek vizsgálatára. Korlátját a súlyosan sclerotikus érrendszer jelenti, és hátránya, hogy intervencióra nincs lehetőség.

AZ ARTERIA PROFUNDA FEMORISRÓL INDÍTOTT, TÉRD ALÁ IRÁNYULÓ VERŐÉR REKONSTRUKCIÓK

Dr. Kaliszky Péter¹, dr. Jámbor Gyula²,
dr. Gyurkovics Endre¹, dr. Regáli László¹,
dr. Molnár Béla¹

¹*Semmelweis Egyetem ÁOK,
I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest,*

²*Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Sebészet, Kistarcsa*

A femoro-poplitealis és femoro-cruralis bypass műtétek során a proximális anasztomózis típusos és optimális helye az arteria femoralis communis, illetve megfelelő beáram-

lási pálya esetén az arteria femoralis superficialis. Kiterjedt hegesedés, korábban beültetett műanyag graft vagy meg-nagyobbodott nyirokcsomók miatt az inguinalis régió feltárása a fertőzés veszélye, illetve a várható technikai nehézségek miatt kockázatos lehet. Azokban az esetekben, amikor kizárólag csak autológ transzplantátumot kívánunk felhasználni, és annak hossza nem elegendő, szintén szóba jön a femoralis villától distalisabb, jól keringő verőérszakasz feltárása és adó területként való felhasználása. A femoralis superficialis sokszor már eredésétől scleroticus, szűkült vagy elzáródott, így kiegészítő beavatkozás nélkül általában nem használható bypass indítására. Krónikus femoro-poplitealis elzáródás után viszont az arteria profunda femoris és ágrendszere többnyire erőteljes és nem, vagy csak mérsékelten sclerotikus. Ugyanakkor az arteria profunda femoris a korábbi metszéstől függetlenül, hegmentes környezetben, más rétegben könnyen kiperarálható. A profunda femoris adó területként való felhasználásának alapvető feltétele a jó odaáramlási pálya és az érben tapintható erős pulzáció.

Érsebészeti munkacsoportunk 1985 óta összesen 1539 femoro-poplitealis, illetve femoro-cruralis áthidalást végzett. Ezek közül 61-et (4%) indítottunk az arteria profunda femorisról. Az esetek döntő többségében az inguinális régióba ültetett műanyag graft elkerülése, illetve az ott lévő kiterjedt hegesedés miatt döntöttünk a profunda femoris közvetlen feltárása mellett. A műtétek közül 38 a poplitea térd alatti szakaszára, 23 a cruralis erekre irányult. A korai és késői eredmények nem tértek el szignifikánsan a hasonló femoralis communisről indított áthidalásokhoz képest.

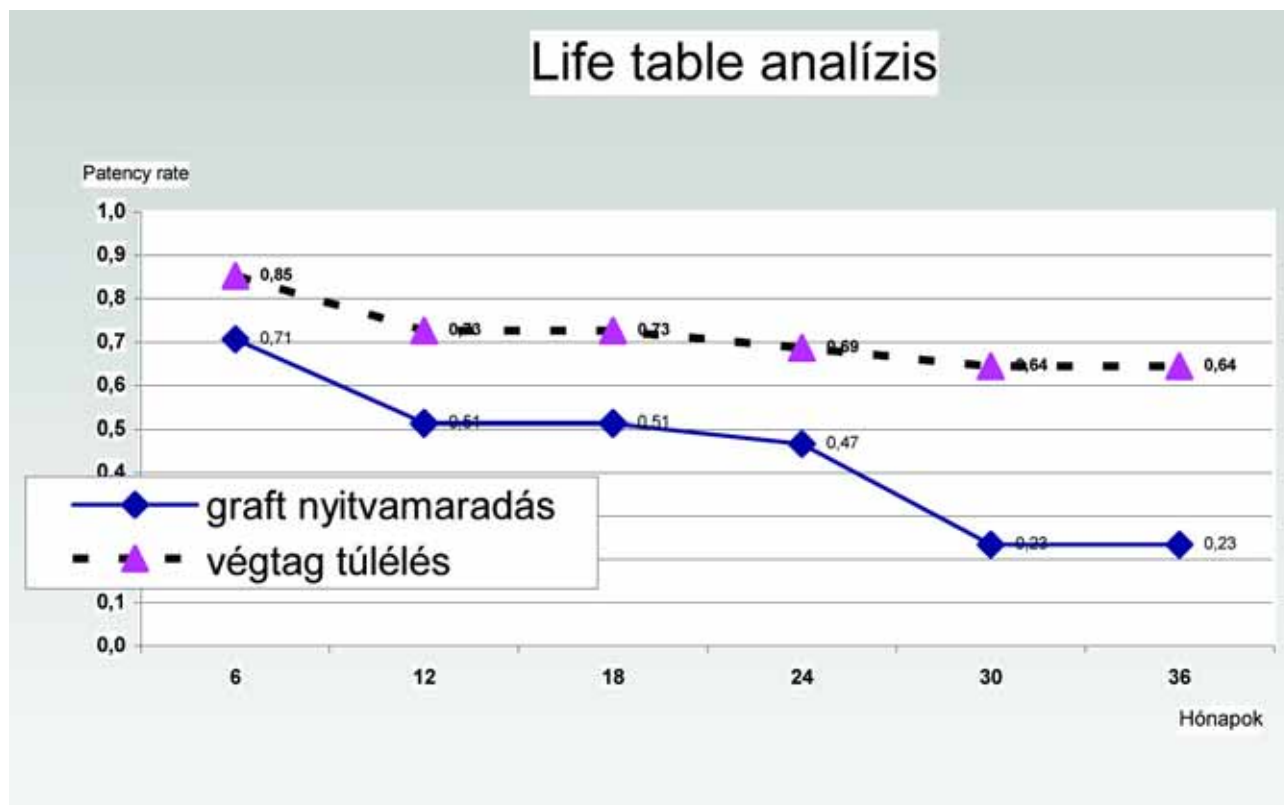
Véleményünk szerint – megfelelő indikáció mellett – az arteria profunda femoris jó eredménnyel használható, mint donor ér a térd alá irányuló bypass műtétek során.

VÉGTAGMENTÉS HOMOGRAFT EREK FELHASZNÁLÁSÁVAL

Dr. Szabó Gábor, dr. Bíró Gábor, dr. Szeberin Zoltán,
prof. dr. Acsády György
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

Az infrainguinális érrekonstrukciók ideális anyaga az autológ vena saphena magna (VSM) graft. Amennyiben autológ graft nem áll rendelkezésre elsősorban előrement autológ rekonstrukció vagy coronaria bypass, illetve alkalmatlan méret és minőség miatt, akkor homológ erek felhasználása nyújthat további rekonstrukciós lehetőséget.

Az Ér- és Szívsebészeti Klinikán 1997. májusa óta működtetünk homograft érbankot és 2007. márciusáig 72 betegnél 84 homograft ér implantációjára került sor vég-



Life-table analízis. (A végtagmentés... c. összefoglalóhoz.)

tagmentés indikációjával. Az előrement érbetegségről tanúskodik a korábbi érműtétek magas száma – 2,6 – az érintett végtagon; a kiáramlást képező érpálya súlyos állapota: 58 betegnek egy, 14 betegnek 2 cruralis ér képezte; illetve a betegek klinikai állapota: 55 betegnek gangraenája, 17-nek nyugalmi fájdalma volt. 22 betegnek a korábbi műtétek során már felhasználták az autológ vénákat, a többi esetben pedig vagy a preoperatív vizsgálatok vagy az intraoperatív lelet alapján bizonyult a VSM alkalmatlannak. A beültetések 4 esetben femoro-poplitealis supragenuális, 10 esetben femoro-poplitealis infragenuális és 58 esetben femoro-cruralis pozícióban történtek. A műtéti technika minden esetben megegyezett a szokványos, adott területen érvényes rekonstrukciós műtét mindennapi műtéti technikájával. A hospitalizáció időszakában 1 beteget vesztettünk el, 30 napon belül 3 beteg exitált. Perifériás pulzust 34 betegnél sikerült elérni, korai graft reocclusio 7 esetben fordult elő, a követési idő alatt pedig további 21 graft occlusióját észleltük. Sikeres reoperációra 6 alkalommal került sor, egy alkalommal pedig egy oldalágból származó vérzést láttunk el a beültetés után 2 évvel.

A mellékelt *life table analízis* alapján megállapítható, hogy 3 éves követés mellett a végtagok több mint fele megmenthető volt. A homograft implantáció egy további alternatíva a súlyos előrehaladott érbetegségben szenvedő, sokszorosan operált érbetegek számára.

A 18-FDG PET SZEREPE A GRAFT SUPPURATIO DIAGNÓZISÁBAN

Dr. Tóth Csaba¹, dr. Papp László¹, dr. Olvasztó Sándor¹,
dr. Kosztyu László¹, dr. Litauszky Krisztina¹,
dr. Garai Ildikó², dr. Kálvin Beáta³

¹DEOEC, Sebészeti Intézet, Érsebészeti Tanszék,

²DEOEC, Nukleáris Medicina Tanszék,

³DEOEC, PET-Centrum

Az érsebészetben mind a mai napig a leggyakoribb műtétek közé tartoznak a különböző graftokkal végzett bypass műtétek (Dacron, PTFE). A rekonstrukciós érműtétek nagy része az alsó végtagokat érinti, de az aorta különböző szakaszain végzett műtéteknél is alkalmazásra kerülnek: aorto-bifemorális bypass, aneurysma resectio. Az alsóvégtagi rekonstrukciós érműtéteket követő graftgennyedés tünetei közé a bőrpír, végtagfájdalom, láz tartozik. Aorta szintű graft implantációt követő suppuratio tünetei megfelelhetnek más hasi megbetegedés által okozott panaszoknak: a vérzés, szepszis, hasi fájdalom nem specifikus tünetek. Így különösen fontos a korai differenciál diagnózis felállítása. A graft gennyedés nem túl gyakori szövödmény, de a pontos, korrekt és gyors diagnózis alapvetően szükséges az ellátás megválasztása szempontjából. A rendelkezésünkre álló vizsgálati módszerek a következők: UH, leukocytá scan, CT. Az UH és CT vizs-

gálatok csak a graft körüli folyadéksávot képesek detectálni, aorta szintű graftsuppuraciónál esetleg perigraft gáz jelenléte utalhat gyulladásos folyamatra. A leukocytáknak számos hátránya van: a diagnózis felállítását szükségszerűen késlelteti a leukocyták jelzése, visszajuttatása és azok vándorlása a gyulladásos területre. Sugárérzékenyek és nagy dózisu antibiotikum adása mellett álnegatív eredmények születhetnek. Az FDG-vel végzett PET vizsgálat segítségével pontosan és gyorsan felállítható a graft suppuratio diagnózisa, ez alapján pedig a választandó műtéti eljárás: öblítő drenázs, graft eltávolítás, majd ezt követő rekonstrukció saját vénával, vagy ezüst-impregnált prothesissel, esetleg úgynevezett extraanatomicus bypass. Két betegünk esetét elemezve mutatjuk be a PET lehetséges szerepét a graftgennyedések gyors, pontos diagnosztizálásában.

HOMOGRAFT EREK ALKALMAZÁSA ÉRSEBÉSZETI GENNYEDÉS MEGOLDÁSÁRA

Dr. Bíró Gábor, dr. Szeberin Zoltán, dr. Szabó Gábor,
prof. dr. Acsády György
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

Az érsebészeti gennyedések, különösen a graftgennyedések jelentős kihívást jelentek a kezelő számára. Számos megoldás alakult ki az elmúlt években, mely mutatja, hogy ún. „gold standard“ nem létezik.

Az Ér- és Szívsebészeti Klinikán 1997. májusa óta működtetünk homograft érbankot és 2007. márciusáig 38 betegnél 41 homograft ér implantációjára került sor gennyedés megoldása céljából. 20 betegnél aortoiliacalis területen, 18-nál a femoropoplitealis területi rekonstrukció vagy protézis okozta a gennyedést. A betegek közel fele akut körülmények között szepszisvel, vagy annak veszélyével került felvételre. Az elvégzett műtéti spektrum igen széles aorta interpositiótól iliofemorális crossover megoldáson át femoropoplitealis áthidalásig, lágyéki foltplasztikáig terjedt. 5 crossover és 6 femoropoplitealis bypass voltak a legnagyobb számban végzett műtétek. A gennyedés megoldására döntően cryopreservált artériás szegmenseket használtunk (31 artéria, 7 véna). A kórokozó spektrumban leggyakrabban staphylococcus, köztük 5 MRSA szerepelt, de összességében 9 féle baktérium tenyésztett ki. A közvetlen posztop. szakban az aortoiliacalis csoportból 4 beteget veszítettünk el ismételt szepszisvel, illetve cardiopulmonalis szövődmények miatt. Egyéb szövődményként sebgyógyulási zavar 18%-ban nyirokfolyás, 8%-ban reocclusio, elsősorban a femoropoplitealis csoportban 7%-ban fordult elő. A további

átlag 23,6 hónapos követési idő alatt további 5 beteg major amputatiót szenvedett el, 4-nél minor amputatiókat végeztek. A kórházat elhagyó betegek között a homograft ismételt infekciója egy esetben fordult elő.

Összefoglalás. A homograft erek alkalmazása az érsebészeti protézis gennyedés esetén jó „szekrényben elérhető“ alternatívát jelent azoknak a betegeknek, akik valamilyen okból az igen megterhelő autológ vénakivételrel járó műtetre nem alkalmasak. A homograft beültetés nem jelent 100%-os garanciát a reinfectio kivédése szempontjából, ezt mutatja a magas perioperatív mortalitás és a később is előforduló gennyedések.

CIMINO-SHUNT MŰTÉTEINK HOSSZÚTÁVÚ EREDMÉNYEI, TAPASZTALATAINK

Dr. Szabó Géza
*Jósa András Kórház, Sebészeti Osztály,
Nyíregyháza*

Bevezetés. A krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek populáció szinten is megjelenő nagy száma, valamint az utóbbi években a hemodialízis programba vételük jelentős liberalizálódása az érsebészek számára is újabb kihívást jelentenek. Mind több Cimino típusú shunt elkészítését várják tőlünk, természetesen minél hosszabbtávú nyitvamaradási időtartammal.

Betegek és módszer. Sebészeti osztályunk érsebészeti részlege körülbelül hatszázötvenezer beteg ellátásáért felel. A 2000. január 1. és 2005. december 31. között eltelt hat év folyamán nephrológiai javaslatra 479 urémiás betegnek készítettünk Cimino shuntöt, ezek eredményeit vizsgálatuk retrospektív módon.

Eredmények. A posztoperatív időszak reoperációi, illetve a későbbi úgynevezett REDO műtétekkel együtt összesen 765 beavatkozást végeztünk. Munkámban ismertetem a rövid- és hosszabb távú nyitvamaradási eredményeinket is, az utóbbiakat 4 és 81 hónap között átlag 23 hónapos utánkövetéssel. Kitérünk a fisztulaképzési hely kiválasztásának és a shunt készítésének technikai buktatóira. Jelentős tényezőt jelent az operátor gyakorlottsága is.

Megbeszélés. A Cimino-műtétről, a sebészeti-érsebészeti tevékenység „mostohagyermekéről“ méltatlanul kevés szó ejtünk. A veseelégtelenségben szenvedők életminőségét alapvetően befolyásolja, lényegesen javítja egy jól működő fisztula. A hosszútávú eredmény több tényező (megfelelő indikáció, jó műtéttechnikai kivitelezés, normotenzív állapot elérése, jó compliance, stb.) eredőjéből alakul. Munkámmal, az osztályunk érsebészei által végzett műtétek eredményeinek tapasztalatával szeretném az urémiás betegek érdekében felhívni a figyelmet a kérdéskör fontosságára.

AZ INTERVENCIÓ HELYE ÉS SZEREPE A DIALYSIS FISTULÁK ELLÁTÁSÁBAN

Dr. Tóth Andrea,
dr. Kurucz József,
dr. Bánsághi Zoltán
*Péterfy Sándor utcai Kórház,
Intervenciós Részleg,
Budapest*

Évről évre nő a veseségtelen betegek száma. Életben maradásukhoz a transzplantációig elengedhetetlen a dialysis kezelés. Ennek általános formája a haemodialysis. A vérnyeréshez arteriovenosus, úgynevezett Cimino fistulát alakítanak ki, Európában saját érből, az USA-ban általában graft segítségével.

A vénás oldalon optimálisan a nyert vérmennyiség 1000 ml/perc. A kezelés 300-500 ml/perc flow-val történik. Részben ennek következtében a vénákon hegesedések alakulnak ki, az artériás szárat az arteriosclerosis szűkítheti. A vérnyerés így elégtelenné válik, a dialysis hatékonysága csökken. Mindkét elváltozás elzáródáshoz vezet.

Korábban ilyen esetben új fistulát alakítottak ki. Ennek lehetősége azonban véges, 6-8 anastomosis alakítható ki. Az intervenció fejlődése hozott új megoldási lehetőséget. Amint az artériás oldalon, úgy a vénás oldalon is végezhető tágitás, szükség esetén stentelés.

Kórházunkban több mint 300 fisulográfiát végeztünk, az esetek 2/3-ában PTA is történt. Kilenc esetben helyeztünk be stentet. A külső kórházakból érkező betegeknél elővizsgálat ritkán történik, ez magyarázza a viszonylag magas diagnosztikai arányt. A Péterfy Kórházban működő Fresenius Dialysis Állomáson rendszeresen szűrnek a betegeket, thermodilutiós módszerrel mérik a recirculációt, a 10%-ot meghaladó esetekben Doppler ultrahang történik. A vizsgálat az elváltozás helyét és kiterjedését is megadja. Igazolt szűkület, bizonytalanság vagy centralis szűkület gyanúja esetén angiográfia történik, majd az észlelt elváltozást – amennyiben a szűkület mértéke meghaladja az 50%-ot vagy a betegnek tünetei vannak – PTA történik, speciális esetben cutting ballonnal. Eredményeink a nemzetközi irodalommal összehasonlítva, azzal lényegében egyezők.

Összefoglalva: előadásunkban a a haemodialysishez szükséges dialysis fistulák szűkületeinek intervenciós megoldásait, a vizsgálati algoritmust és az esetleges buktatókat ismertetjük.

KOMPLIKÁLT A-V SHUNTÖK MEGOLDÁSA HOMOGRAFT EREK FELHASZNÁLÁSÁVAL

Dr. Bíró Gábor, dr. Szeberin Zoltán,
prof. dr. Acsády György
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

A művi arteriovenosus fisztulák készítésénél az autológ stratégia széles körben elfogadott. Mégis vannak betegek akiknek saját vénáik alkalmatlanok a fisztula készítésre, vagy az autológ fisztula érési ideje nem kivártható. A fisztula sebészeten a homograftok használatáról elsősorban az inficiált graftok esetén vannak közlemények. Gyakorlatunkban a fent említett autológ stratégiát követve vezettük be a homograft használatát olyan esetekben, amikor szeptikus állapot állt fenn vagy fenyegetett, illetve a shunt rövid időn belüli használatára volt igény.

Klinikánkon az elmúlt 10 év alatt 1518 fisztula műtétet végeztünk. Műér fisztulát 2%-ban ültettünk be. 6 betegnél ültettünk be homograft ereket a shunt biztosítására. Az adatokat retrospektív módon a betegaktákból és a dialízis állomások jelentéseiből szereztük be. A műtétet egy sebész végezte.

Eredmények. 2 betegnek súlyos diabeteses alsó végtagi gangraenája volt, 5 beteg anamnézisében többszörös centralis katéter implantáció szerepelt, és újabb elhelyezése bizonyos körülmények miatt problémát jelentett.

A betegek átlagéletkora 51,6 év, a nemek szerinti megoszlás: 3 férfi, 3 nő. Két betegnek nem volt működő fisztulája az anamnézisében, a másik négynek több mint 3 műtét szerepelt történetében, egyikük már 7 alkalommal volt operálva. Egy graftot a combon helyeztünk el, a többit felső végtagon, döntően az alkaron. A felhasznált érszakaszok kizárólag multi organ harvest keretében eltávolított cryopreservált 8-10 mm kalibert adó mélyvéna szegmentumok voltak. Mindegyik shunt azonnal indult, jó surranással, 10 napon belül használták őket, legkorábban 3 nappal a beültetés után. A betegek szeptikus állapota ellenére sebgyógyulási zavart vagy a graftok gennyedését nem észleltük.

2 beteg meghalt 18, illetve 4 hónappal később működő grafttal generalizált szeptikus körülmények között. Egy, a könyökízületet áthidaló fisztula occludált 5 hónappal később, de az infekció addigra gyógyult. 3 graftot most is használnak átlag 13 hónappal a beültetés után.

Összefoglalás. Az autológ A-V fisztulák előnyeit mindig nyomatékosan hangsúlyoztuk, mind az alacsony infekciós arány, mind a betegek kényelme és a dialízis személyzet preferenciái szempontjából. A homograft shunt teljesíti ezeket a követelményeket még kétségbeesett helyzetekben is, ráadásul nagy kalibere által rövid időn belül használható is.

5. szekció Carotis sebészet

CRYODILATATIÓVAL SZERZETT TECHNIKAI-KLINIKAI TAPASZTALATOK PERIFÉRIÁS VERŐERES BETEGSÉGEK ALTERNATÍV KEZELÉSÉBEN

Dr. Mátyás Lajos,
dr. Szász Zsuzsanna

*B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház,
Érsebészeti Osztály,
Miskolc*

A perifériás verőérbetegségek kezelésében a sebészi módszerek mellett növekvő gyakorisággal alkalmazzuk az endovascularis beavatkozásokat. Jóllehet a restenosis és az ismételt beavatkozások szüksége limitálhatja a szélesebb körű indikációját, elterjedését ezen minimál invazív technikának. A cryodilatáció ígéretes új technológiának tűnik, mivel potenciálisan csökkenti a restenosis arányát, lehetőségét, mint egyidejű kombinálása az angioplasztikának és a károsodott artériás szegment fagyasztásának. Ez ideig kevés klinikai adat áll rendelkezésre a technikával szerzett tapasztalatokat illetően, összehasonlítva más alternatív endovascularis és sebészi eredményekkel. Az előadásban néhány technikai és tudományos adattal prezentáljuk a cryoplastica alapjait, ismertetjük a megjelent klinikai vizsgálatok eredményeit, és bemutatjuk a saját tevékenységünk során szerzett tapasztalatokat, eredményeket. Osztályunkon 2006. márciusa és 2007. májusa között 13 beavatkozást végeztünk a PolarCathTM perifériás dilatátor rendszer alkalmazásával.

Betegeink átlagéletkora 62,16 (40-73) év, a nő-férfi arány 3:10 volt. Az átlagos beavatkozási idő 65 percig tartott. Betegeink 40%-a ASA 2, 60%-a ASA 3 kockázati csoportba tartozott. Vizsgáltuk a kockázati tényezőket, az érbetegség egyidejű egyéb megjelenési formáját, a korábbi beavatkozásokat. A beavatkozások lokalizációja a femoralis superficialis és poplitea I-III-as szakaszán volt. Technikailag teljes elsődleges sikeresség volt, az esetek egy részében percutan, másrészt intraoperatív beavatkozás során. A betegek folyamatos utánkövetése jelenleg is tart, így az aktuális klinikai eredményekről számolhatunk majd be.

Érbetegségek, 2007/Suppl. 2.

CAROTIS STENOSISOK KIVIZSGÁLÁSA ÉS SEBÉSZI KEZELÉSE – KORAI ÉS KÉSŐI EREDMÉNYEK

Dr. Kozlovszky Bertalan¹, dr. Lakatos József¹,
dr. Szabó Géza¹, dr. Sztankó Éva¹, dr. Ujvári Attila¹,
dr. Diószeghy Péter²

*Jósa András Megyei Kórház, ¹Sebészeti Osztály
és ²Neurológiai Osztály, Nyíregyháza*

(Az MST Kongresszusán 2006-ban elhangzott előadás bővített, pontosított változata.)

A cerebrovascularis ischaemiás laesiók harmadának háttérében carotis interna stenosis áll. Az utóbbi évek nagy tanulmányai alapján 70%-nál súlyosabb carotis stenosisban a stroke megelőzésére műtét ajánlott, feltételezve a korai posztoperatív szövődmények elfogadhatóan alacsony szintjét.

Kórházunkban 6 éve standardizáltuk a kivizsgálás, műtéti indikáció, technika, utókezelés és gondozás menetét. Neurológiai szakvizsgálat, doppler-UH, supraaorticus MR-angio és érsebészeti szakvizsgálat után narcosisban operáljuk a 70% fölötti stenosisokat, tünetmentes, TIA-n átesett és stroke-ot szenvedett betegekben egyaránt. Invazív angiográfiát nem végzünk. A standard műtét: carotis interna eversió endarterectomia, carotis communis és externa-szajadék TEA-val, shunt nélkül. A korai postop. szakban neurológiai kontroll, majd 2 évig neurológiai és érsebészeti ellenőrzés, rendszeres doppler-UH-val.

2001. január 1-je és 2006. december 31-e között 380 betegben 419 carotis műtétet végeztünk. 110 műtét tünetmentes stenosisban, 80 TIA, 159 stroke, 70 non hemisphericus tünetek miatt történt. Ellenoldali occlusio 28. Eversió carotis endarterectomia shunt nélkül 369, TEA + műér folt shunt védelemben 50. Korai postop. stroke 9, minor stroke 5, TIA 11. Mortalitás: 2 (1 stroke, 1 AMI). Stroke-ráta: 2,14%, mortalitási ráta: 0,48%.

Gondozás során 22 szignifikáns restenosiszt észleltünk. Restenosis miatt 11 stent beültetés és 6 redo-műtét történt, szövődmény nélkül.

A 2001-2002-ben operált 112 betegből 87-et tudunk 2006-ban felülvizsgálni (77%). Átlagosan 4 évvel a műtét után a 87 beteg közül 52 közel panaszmentes volt, 20 élt komoly panaszokkal (AMI, szívpanaszok, stroke, demencia, malignus tumor, amputáció, stb.), 15 beteg exitált. 2007-ben folytatjuk a felülvizsgálatot, és a kongresszuson beszámolunk az 5 éves pontos késői eredményekről.

Korai műtéti eredményeinket jónak tartjuk, meggyőződésünk szerint carotis kivizsgáláshoz invazív angiográfia nem szükséges, elegendő a centrumban végzett doppler-UH és MR-angio. Az eversió technika jó, gyors, biztonságos, számos előnyét látjuk akár a TEA + foltplasztikával, akár a stent-beültetéssel szemben. Restenosis gyakorisága alacsony, stentelés vagy redo-műtét eredményei jók. Figyelmet érdemel az a tény, hogy a számos

rizikófaktorral és kísérőbetegséggel bíró érbeteg sorsát a carotis műtéttel, illetve a restenosis szűrésével még nem oldottuk meg. Ezek a betegek komplex gondozást igényelnek.

ARTERIA CAROTIS COMMUNIS PROXIMÁLIS SZAKASZ LÉZIÓINAK TRANSFEMORALIS ENDOVASZKULÁRIS INTERVENCIÓJA: 153 BEAVATKOZÁS TAPASZTALATA

Dr. Paukovits T. M., dr. Haász J., dr. Molnár A.,
dr. Szeberin Z., dr. Varga D., prof. dr. Acsády Gy.,
dr. Hüttl K., dr. Bérczi V.

Semmelweis Egyetem, ÁOK, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Céltűzés. Az arteria carotis communis eredési és proximális szakaszán (pACC) lévő léziók endovaszkuláris kezelésének primer sikerességének, hatékonyságának és biztonságosságának retrospektív vizsgálata.

Beteganyag és módszerek. 1994 és 2006 között 147 betegnél (153 esetben) (71 nő, 77 férfi; 121 bal, 32 jobb oldali lézió) végeztünk szignifikáns (szimptomatikus esetekben >70% és aszimptomatikus esetekben >80% átmérőre vonatkoztatott) pACC szűkület megoldására transfemorális (n=146) vagy transbrachialis (n=1) PTA-t, illetve stent (n=108, 70,5%) beültetést; 46 szimptomatikus és 101 aszimptomatikus betegünk volt, közülük hatvanhatsz páciensnek voltak nem releváns oldali carotis tünetei. Neuroprotektív eszköz használatára 16 beavatkozásnál került sor. Az utánkötés független neurológus által végzett vizsgálatból, carotis duplex scanból és a beteggel személyesen, vagy telefoninterjú formájában folytatott beszélgetésből állt.

Eredmények. Az intervenció primér sikeressége 98,6% (151/153) volt. Priméren sikeresnek tekintettük a beavatkozást, amennyiben utána kevesebb, mint 30%-os reziduális szűkület maradt vissza a kezelt érterületen. Halálos szövődmény periprocedurálisan nem történt, neurológiai szövődmény 7/153 esetben jelentkezett (4,7%), úgymint 3/153 (1,9%) major stroke – 32 nappal később 1 beteg ezek közül meghalt – és 4/153 (2,6%) TIA. 8/153 beavatkozásnál (5,2%) lépett fel punctiós szövődmény, 1/153 (0,6%) betegnél bradycardia és zavartság, 1/153 (0,6%) páciensünkénél asthma cardiale jelentkezett. Utánkötést 104/147 esetben (72,7%) végeztünk: 2 aszimptomatikus páciensünkénél neurológiai novum (1 nem releváns oldali TIA 19 hónappal a stentelés után; 1 minor stroke 52 hónap után) lépett fel. A 30 napos stroke/halálozási arány 2,8% volt (3/107). Az átlagos nyomonkövetési idő 24,9±11,8 hónap volt. Az egy évre vonatkoztatott primér és secunder restenosismentes nyitvamaradási arány 89,9%, illetve 97,2%. A stentelt, illetve nem stentelt csoportok pACC lézióinak nyitvamaradási arányában szignifikáns különbséget igazolni nem tudtunk (p=0,881).

Konklúzió. Az arteria carotis communis intrathoracalis szakaszának transfemorális percutan intervenciója stentbehelyezéssel, vagy stentbehelyezés nélkül kiemelkedően jó primer sikerrátájú és hatékony beavatkozás, elfogadható arányú szövődményrátaival.

AZ ARTERIA ANONYMA ANGIOPLASZTIKÁJA 129 BETEGEN: 26 ÉV TAPASZTALATA

Dr. Entz L., dr. Hüttl K., dr. Nemes B.,
dr. Paukovits T. M., dr. Simonffy Á., dr. Bérczi V.
Semmelweis Egyetem ÁOK, Ér- és Szívsebészeti Klinika

Céltűzés. Az arteria anonyma léziók percutan transluminaris angioplasztikájának, primer sikerességének, hatékonyságának és biztonságosságának retrospektív vizsgálata nagy esetszámon, hosszútávú utánkötéssel.

Beteganyag és módszerek. 1981 és 2006 között végeztünk PTA-t, illetve stent beültetést 129 beteg esetében (64 férfi és 65 nő; átlagéletkor 51,7 év, 21-83 év tartományban) arteria anonyma szignifikáns stenosisának (n=119) vagy rövid szakaszú elzáródásának (n=10) megoldása céljából. Megelőző neurológiai tünete 88 betegnek volt, 52 esetben felső végtagi ischaemia volt a kivizsgálás oka. Stentet 22 esetben implantáltunk, kizárólag PTA-ra 107 alkalommal került sor. A betegek nyomon követése független neurológus által végzett vizsgálatból, carotis duplex scanból és a beteggel személyesen, vagy telefoninterjú formájában folytatott beszélgetésből állt. A restenosismentes nyitvamaradási arány meghatározása Kaplan-Meier analízissel történt.

Eredmények. Az intervenció primér sikeressége 95,6% volt. Priméren sikeresnek tekintettük a beavatkozást, amennyiben utána kevesebb, mint 30%-os reziduális szűkület maradt vissza a kezelt érterületen. Halálos szövődmény periprocedurálisan nem történt, neurológiai szövődmény 6/129 esetben jelentkezett (4,6%): 1/129 (0,7%) major stroke és 5/129 (3,8%) TIA. Punctiós szövődmény 6/129 beavatkozásnál (4,6%) lépett fel, amelyből 1 arteria iliaca elzáródás (0,7%), illetve 1 punctiós AV fistula alakult ki (0,7%). Az eddigi utánkötési adatok alapján az egy évre vonatkoztatott primér és secunder restenosismentes nyitvamaradási arány 95%, illetve 100%; a 16-117 hónapra vonatkoztatott primér és secunder restenosismentes nyitvamaradási arány 93%, illetve 98%. A stentelt, illetve nem stentelt csoportok anonyma lézióinak nyitvamaradási arányában szignifikáns különbséget igazolni nem tudtunk.

Konklúzió. Az arteria anonyma transfemorális percutan intervenciója stentbehelyezéssel vagy stentbehelyezés nélkül hosszú távú utánkötés által igazoltan kiemelkedően jó primer sikerrátájú és hatékony beavatkozás, elfogadható arányú szövődményrátaival.

PREDIKTÍV FAKTOROK A CAROTIS EVERSÍÓS ENDARTERIECTOMIÁT KÖVETŐ RESTENOSIS KIALAKULÁSÁBAN

Dr. Somorjai Attila,
dr. Szabó Attila,
dr. Dósa Edit,
dr. Füst György,
dr. Cervenak László,
dr. Prohászka Zoltán,
dr. Entz László

*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
III. Belgyógyászati Klinika,
Budapest*

Bevezetés, célkitűzés. Kísérleti és klinikai adatok alapján a carotis endarteriectomia után fellépő korai restenosis myointimális hyperplasia okozza. Korábban kimutattuk egy szérumfehérje – a mannóz-kötő lektin (MBL) – prediktív szerepét a folyamatokban, miszerint a homozigóta normál (vad) genotípusúaknál magas MBL szérumszint mellett szignifikánsan gyakrabban alakul ki restenosis, mint a mutáns allélt hordozóknál. Jelen tanulmányban a vascularis endothel növekedési faktor (VEGF) és a vérlemezke eredetű növekedési faktor (PDGF) szerepét vizsgáltuk a restenosis kialakulásában, illetve megnéztük ezen növekedési faktorok szérumszint változásait az MBL genotípussal korrelációban.

Betegek, módszerek. A vizsgálat 82 carotis eversió endarteriectomián átesett beteg bevonásával történt, akiknél a restenosis fokát carotis duplex ultrahang (CDS) vizsgálattal detektáltuk 7 és 14 hónappal a műtét után. A VEGF és PDGF szinteket a műtét előtt és 4 nappal a műtétet követően ELISA módszerrel mértük, az MBL genotípust PCR technikával határoztuk meg.

Eredmények. A szérum VEGF és PDGF koncentrációk kifejezett emelkedése a műtét utáni 4. napon előre jelezte az 50%-ot meghaladó restenosis a homozigóta normál MBL-allélt hordozókban. A 7, illetve 14 hónapos ultrahang eredmények alapján a magas VEGF-szérumszintet mutató betegekben, az MBL vad allél jelenléte mellett, jelentősen megnőtt az esély (16,7, illetve 20,0-szoros odds ratio) a restenosisra vonatkozóan. A PDGF esetében hasonló változást kaptunk, némileg kisebb (5,2 és 7,0) odds ratio mellett.

Következtetések. Eredményeink arra utalnak, hogy a korai restenosis kialakulásában részben egy komplement aktiváción keresztül ható genetikai faktornak (MBL-genotípus), részben a VEGF és PDGF koncentráció változásokhoz vezető, ischaemia-reperfúzió indukálta patológiai folyamatoknak egyaránt meghatározó szerepük lehet.

EMBÓLIASZŰRŐ NÉLKÜL, STENT VÉDELEMBEN VÉGZETT CAROTIS ANGIOPLASZTIKA: TECHNIKA ÉS KLINIKAI EREDMÉNYEK

Dr. Szikora István, dr. Kulcsár Zsolt, dr. Berentei Zsolt,
dr. Marosfői Miklós
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest

Háttér és célkitűzés. A közelmúltban lezárult nemzetközi vizsgálatok a carotis angioplasztikáról ellentmondásos eredményeket mutattak. A beavatkozás kapcsán kiterjedten alkalmaznak különböző embóliavédő rendszereket, melyek hasznosságát korábban sosem bizonyították, és a legfrissebb randomizált vizsgálat sem támasztotta alá. Munkánk célja, hogy bemutassa klinikai eredményeinket védőeszköz nélkül, kizárólag stent védelemben végzett carotis angioplasztikával.

Anyag és módszer. Az elmúlt 5 évben kezelt 315 beteg anyagát tekintettük át. Kizárólag NASCET kritériumok alapján 70%-ot meghaladó szűkületeket kezeltünk, az esetek 48%-ában tünetes, 52%-ában tünetmentes betegeknek. Ez utóbbi csoportban a leggyakoribb indikáció műtétet igénylő coronaria sclerosos volt. A szűkület átlagos mértéke 81% volt. Ellenoldali occlusiót vagy szignifikáns szűkületet az esetek 35%-ában észleltünk. Kizárólag öntáguló stenteket használtunk, az esetek 85%-ában sűrű hálójú, fonott szerkezetű, zárt cellás modellt (Carotid Wall Stent, Boston Scientific, Natick, MA, USA), amelyet idegrendszeri alkalmazásra kifejlesztett vezetőkatéteren keresztül, az esetek 92%-ában előtágítás nélkül vezetünk fel és helyeztünk el. Utótágítást a behelyezett stent védelmében az esetek 95%-ában végeztünk a nominális méretet elérő vagy azt meghaladó méretű ballonnal. Előkészítésként és posztoperatív 6 héten át kettős aggregációgátló (Aspirine + Clopidogrel) kezelést alkalmaztunk, intraoperatív teljes Heparine anticoaguláció mellett. Betegeinket hat hét és hat hónap után, majd évenként ellenőriztük ideggyógyászati és Doppler UH vizsgálat útján, az átlagos követési idő 1,5 év volt.

Eredmények. Halálos szövődmény nem volt. Harmanc napon belül stroke 1,92%-ban alakult ki, ebből 0,6% vérzéses stroke volt, további 0,6% pedig napokkal a beavatkozás után történt. Az intraoperatív embóliás eredetű, tehát embóliavédő eszközzel megelőzhető szövődmények aránya legfeljebb 0,7%-ra tehető. Szármottevő, nem neurológiai szövődmény (hosszabb kezelést igénylő bradycardia, hypotonia, vérzés a behatolás helyén) 3%-ban, kezelést igénylő restenosis 2,5%-ban fordult elő.

Következtetés. Atraumatikus technikával, direkt stent beültetés védelmében, sűrű fonatú stentek alkalmazásával és kellő tapasztalattal a carotis angioplasztika szövődmény aránya igen alacsonyan tartható. Eredményeink embóliaszűrő alkalmazásának hasznosságát nem támasztják alá, és jelentősen jobbak, mint a többcentrumos nemzetközi vizsgálatokban embóliaszűrőkkel szerzett tapasztalatok.

BILATERALIS CAROTIS INTERNA ANEURYSMA – ESETISMERTETÉS

Dr. Szabó Gábor Viktor, dr. Szeberin Zoltán,
dr. Bíró Gábor, dr. Laczkó Ágnes, dr. Dzsinih Csaba,
prof. dr. Acsády György

Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika

A szerzők ismertetik öt beteg esetét, akiket kétoldali carotis aneurysma miatt kezeltek. Átlagéletkoruk 56,8 év. A nyakon pulzáló terime miatti kivizsgálás során duplex scan, angiographia és CT készült a betegeknél. Az aneurysma átmérője 9-40 mm volt. Két betegnél kétoldali, további kettőnél egyoldali rekonstrukciós műtét történt, end-to-end anastomosissal, egy esetben műtetre nem került sor. A nem operált tágulatok követése rendszeresen, duplex vizsgálattal történt (2-10 éven át). Egy betegnek multiplex aneurysmatisa volt, több elváltozás műtétére volt szükség. A betegcsoportban egy posztoperatív RIND fordult elő. A szövettani feldolgozások megtörténtek. Nemzetközi ajánlások szerint carotis aneurysma magas kockázatú szövődemények megelőzésére (compressio, ruptura, embolisatio) 15 mm-es legnagyobb átmérő felett, növekedés, thromboticus felrakódás vagy neurológiai tünetek esetén a műtéti megoldás indokolt.

Poszter szekció

KÉZ MIKROCIRKULÁCIÓ FUNKCIONÁLIS VIZSGÁLATA THERMOGRÁFIÁVAL ÉS LÉZER SCANNERREL ARTERIA RADIALIS ELTÁVOLÍTÁSSAL VÉGZETT KOSZORÚÉR MŰTÉTET KÖVETŐEN KÉSŐI POSZTOPERATÍV KÖVETÉSBEN

Dr. Csiki Z.¹, dr. Balogh E.¹, dr. Szabó N.¹,
dr. Horváth I.¹, dr. Garai I.³, dr. Kromplák Zs.⁴,
dr. Szász A.⁴, dr. Kerékgyártó Cs.¹,
dr. Major Gy.¹, dr. Molnár P.¹, dr. Galajda Z.²

¹DE OEC III. Belklinika, Klinikai Immunológiai Tanszék,

²DE OEC Kardiológiai Intézet, Szívsebészeti Központ,

³Mediso Kft.,

⁴Szent István Egyetem, Biotechnikai Tanszék

Coronaria bypass-ként az artériák hosszabb távú effektív működést produkálnak, mint a végtagi nagyvénák, így belátható, hogy fontos a betegek preoperatív vizsgálata és posztoperatív követése.

Beteganyag és módszer. 25 beteg (átlagéletkor 59,88 ± 12,42 év) arteria radialis műtéten átesett kezének és kontrollként használt másik kezének bőrkeringését vizsgáltuk thermográfiával és laser scannerrel (LD) 20 perces akklimatizációt követően standard körülmények között.

Thermográfia. Pácienseink mindkét kezének palmáris és dorsalis felszínéről thermográfiás felvételt készítettünk. Temperature Analysis nevű programmal a hőmérsékleti adatokat színekkel jelenítettük meg. A csuklótól az ujjak hegyéig húzott vonal mentén 100 ponton rögzítettük a hőmérsékleti értékeket, melyek median értékeit statisztikai program segítségével ábrázoltuk.

LD: LDPI scanner (Perimed) készülékkel vizsgáltuk a kéz palmáris felszínének bőrkeringését. A LD szoftverét (Perisoft) alkalmazva a tenyér és ujjak régióiban mértük a véráramlási paramétereket, melyeket perfúziós feszültség-egységekben (PU) kaptunk meg (megmutatja az adott letapogatott terület mm³/sec-ban kifejezett perfúzióját).

Eredmények. Statisztikailag sem az LDPI-vel, sem a thermográfiával regisztrált adatok nem mutattak szignifikáns eltérést (p>0,05) a műtött és a nem műtött végtag között. Thermográfiával 4 esetben a műtött kéz 4. és 5. ujjai hidegebbnek mutatkoztak a többi ujj-, illetve tenyér-résztől. Lézer scanneres módszerrel a műtött kéz vérátáramlása ugyanezen 4 esetben volt alacsonyabb a kontroll kéz perfúziójától, de ez nem érte el a szignifikancia határát.

Megbeszélés. Irodalmi adatok alapján az arteria radialis alkalmazása különleges elővigyázatosságot igényel. Véleményünk szerint az említett módszerek alkalmasak a preoperatív protokollba történő beillesztésre egyaránt. A négy betegnél észlelt eltérések felhívják a figyelmet az Allen teszt alkalmazhatóságának határait, pontosabb, érzékenyebb módszerek alkalmazásának szükségességére. Igazoltuk, hogy jól megválasztott beteganyag esetében az arteria radialis eltávolítása biztonságos, nem ront a kéz bőrének globális keringésén.

AZ OSTEOPROTEGERIN ÖSSZEFÜGGÉST MUTAT A PULZUSHULLÁM TERJEDÉSI SEBESSÉGGEL ÉS A HALÁLOZÁSSAL HEMODIALIZÁLT BETEGEKBEN

Dr. Egresits József², dr. Nemcsik János²,
dr. Fekete Csaba Bertalan¹, dr. El Hadj Othmane Taha¹,
dr. Szabó Tamás³, dr. Fodor Erzsébet³,
dr. Kiss István^{2,3}, dr. Tislér András^{1,3}

¹Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika,

²Föv. Önk. Szent Imre Kórház Belgyógyászati Szakmák

Mátrix Intézet, Angiológia és Nephrológia Profil,

³B. Braun Avitum Nefrológiai Hálózat

Bevezetés. Hemodializált betegekben gyakori az erek kalcifikációja, amelyet az érfal tágulékenységének csökkenése kísér. Az osteoprotegerin (OPG) szerepet ját-

szik az érfali kalcifikáció kialakulásában és egyúttal növeli a halálzási kockázatot. Vizsgálatunk célkitűzése volt, hogy összefüggést keressünk az OPG és az érfali tágulakonyaság között, és tisztázzuk az OPG-vel összefüggő halálzási kockázat és az érfali tágulakonyaság kapcsolatát.

Módszerek. Prospektív, kohorsz vizsgálatunk kezdetén 98 krónikus hemodializált veseelégtelen betegnél meghatároztuk a serum OPG szintet és a carotis-femorális pulzushullám terjedési sebességét (PWV). Az OPG és PWV közötti összefüggés vizsgálatához egyszerű és többváltozós lineáris regresszió analízist végeztünk. A csökkent érfali tágulakonyaság szerepét az OPG-vel összefüggő halálzási kockázat kialakulásában Cox túlélési modellekkel vizsgáltuk.

Eredmények. A kohorsz kiindulási átlag (SD) PWV értéke 11,2 (3,3) m/s és a medián (interkvartilis terjedeleme) szérum OPG szintje 11,1 (7,5-15,9) nmol/l volt. A PWV és lnOPG értékek között – a modell többi változójától független – erős, pozitív összefüggést találtunk többváltozós lineáris regresszió analízis (beta=1,476, p=0,0009) során. A vizsgálat medián követési ideje 18 hónap volt, amely alatt 28 beteg halt meg (halálzási ráta 18,4/100 beteg év). Egymástól független túlélési modellekben mind a PWV, mind a lnOPG összefüggést mutatott az összmortalitással (relatív kockázat 1,21 [CI:1,07-1,38] és 5,39 [CI:2,16-13,43]). Ha a PWV-t és lnOPG-t ugyanazon túlélési modellbe helyeztük, akkor csak az OPG állt szignifikáns kapcsolatban a halálzással (relatív kockázat 1,12 [CI:0,97-1,28] és 4,37 [CI:1,62-11,80]).

Következtetés. Az OPG szoros összefüggést mutat az érfali tágulakonyaságot jelző PWV-vel hemodializált veseelégtelen betegekben. Az emelkedett szérum OPG szinttel kapcsolatban álló halálzási kockázat részben az érfali tágulakonyaság csökkenésével magyarázható.

INTERVENCIÓ ALKALMAZÁSÁVAL MEGELŐZHETŐ RITKA SZÖVŐDMÉNY AORTO-BIFEMORALIS BYPASST KÖVETŐEN

Dr. Király L., dr. Főgel K., dr. Karácsony T.
Toldy Ferenc Kórház-Rendelőintézet, Cegléd

Az előadásban egy 72 éves, több intézetben kezelt és operált érbeteg kórtörténetét mutatjuk be. A beteg az elmúlt 8 év alatt 9 alkalommal került műtetre. Legutóbb osztályunkon haematochesia miatt colonoscopia történt, melynek során a sigmabél lumenében működő graft volt látható. Ezt követően előkészítés után megoperáltuk, az aorto-bifemorális graft bal szárát és a megelőző ilio-femorális graft részletet eltávolítottuk, Hartmann szerinti bélresectiót végeztünk, a iatrogen uretersérülést elláttuk. A posztoperatív szakban uretersufficiencia miatt átmeneti percutan nephrostoma készült, melyet rövid időn belül eltávolítottunk. Műtéti sebei gyógyultak, stomája jól

funkcionál. Jelenleg a beteg panaszmentes, a sigmabél reconstructiójára készülünk.

Tanulásként merül fel, hogy ha az aorto-bifemorális bypass helyett intervenció történik, akkor a beteg elkerülte volna ezt a ritka, súlyos posztoperatív szövődményt.

VENA CAVA INFERIOR SÉRÜLÉSEK ELLÁTÁSA

Dr. Papp Zoltán, dr. Molnár Gábor, dr. Assefa Abebe
Dr. Bugyi István Kórház, Sebészeti Osztály, Szentos

A szerzők osztályán 1996. június 1. és 2007. június 1. között 7 esetben végeztek műtétet vena cava inferior sérülése miatt. Ebből 3 esetben jobb oldali lumbalis sympathectomia során történt ellátást igénylő vena cava inferior sérülés. 1 esetben nagy érműtét reconstructiója során történt a vena cava inferior sértése. 2 alkalommal kórházunk urológiai osztályán kellett jobb oldali vesetumor eltávolítása során történt cavasérülést ellátnunk, illetve 1 alkalommal szűrt sérülés során keletkezett a sérülés, melyet elláttunk. Szövődményünk 1 esetben volt, a legutóbbi hasbaszűrt betegnél retroperitonealis haematoma alakult ki, melyet ultrahanggal, illetve CT-vel követtünk. A haematoma felszívódott. Mortalitásunk nem volt. A szerzők előadásukban ismertetik eseteik tanulságait.

TOMPA TRAUMA OKOZTA GYERMEKKORI IZOLÁLT ARTERIA ILIACA EXTERNA SÉRÜLÉS ELLÁTÁSA

Dr. Szeberin Zoltán¹, dr. Sült Tamás Péter²,
dr. Szabó Gábor¹, dr. Bíró Gábor¹, dr. Dabous Faye²,
dr. Bognár János³,
prof. dr. Acsády György¹

¹Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
²Főv. Önk. Heim Pál Kórház Madarász utcai
Gyermekekórháza, Sebészeti Osztály és Ultrahang Részleg
³Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet

Esetismertetésünkben ritka, kevés tünetet okozó, potenciálisan súlyos érsérülésre hívjuk fel a figyelmet, melynek előfordulása nő, felismerése nehéz.

Gyermek traumatológiai ambulancián jelentkezett egy tíz éves fiú 36 órával kerékpárkormány okozta jobb lágyéki tompa trauma után. Dysbasiás panaszja nem volt, mérsékelt lágyéki fájdalmat panaszolt. Az erőbehatás helyén kis suffusio látszott, a femoralis pulzus hiánya miatt végzett duplex UH az iliaca externa occlusióját vetette fel, amelyet a CT angiographia megerősített. Tünet-szegénysége ellenére, kora miatt műtétet javasoltunk. A műtét során az arteria iliaca externa intimarepedés okozta thrombosisát találtuk, amely miatt vena saphena magna

bypassst készítettünk. A műtét óta eltelt egy évben szövőd-ményt nem észleltünk, a gyermek panaszmentes, periphe-riás pulzusai tapinthatóak, a végtag növekedése zavartalan.

A tompa sérülés okozta izolált arteria iliaca sérülés iro-dalmi ritkaság. Műtéti ellátásának standardja adott, de az érsérülés felismerése a mindennapi rutin során nehéz. A gyermek kora meghatározza a sebészi teendőt. A tünet-mentesség miatt a szülő felvilágosítása alapvető fontosságú. Esetünkben a gyermek traumatológus és az érsebész együttműködése gyógyulást jelentett a beteg számára.

MÉLYVÉNÁS TROMBÓZIS RITKA ESETE: VENA CAVA INFERIOR HIPOPLÁZIA

Dr. Borvendég J. Sebestyén, dr. Farkas Katalin
Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
Angiológiai Profil, Budapest

Bevezetés. Vénás tromboembóliát a véralvadás öröklött, veleszületett vagy szerzett zavara, esetleg mindezek kombinációja okoz. A terhesség és az azt követő két hónap időszakától eltekintve a vénás tromboembóliák előfor-dulása 45 éves kortól válik gyakoribbá, főleg szerzett okokból. A véralvadás öröklött, veleszületett zavarával rendszerint fiatalabb tromboembóliás betegeknél lehet szá-molni.

Esetleírás. A 23 éves férfi beteget egy héttel korábbi bal oldali lágyéksérv műtétét követően vettük fel osztályunkra, egy hete tartó, mindkét alsó végtagi duzzadás, fájdalom miatt. Vénás duplex UH mindkét alsó végtagot érintő mélyvénás thrombosis mutatót, amely proximálisan mindkét vena iliaca externa, vena iliaca communis és a VCI (vena cava inferior) lumenét is kitöltötte. Fizikális, laboratóriumi, mellkas röntgen, hasi UH vizsgálatok érde-mi kiváltó okot nem tártak fel. A megelőző sérvműtét pro-vokáló szerepe valószínűsíthető volt, azonban korra való tekintettel, kivizsgálása öröklött trombofilia irányában is megtörtént, negatív eredménnyel. Kiegészítő hasi CT a VCI hipopláziáját ábrázolta.

Összefoglalás. A beteg VCI hipopláziája az alsó vég-tagok vénás kiáramlását nehezítette, egyidejű lágyéksérv műtéttel együtt mindkét alsó végtagi és kismedencei mélyvénás trombózt okozott. Folyamatos orális anticoa-gulálás mellett, a trombózis óta eltelt 3 év alatt csaknem teljes rekanalizáció ment végbe, ugyanakkor rendszeres kompressziós kezelés ellenére mindkét lábszáron krónikus vénás elégtelenség klinikai képe alakult ki. Fiatal betegek visszatérő, illetve szimmetrikus alsó végtagi mélyvénás trombózisa esetén a kismedencei vénák, VCI veleszületett hiánya, hipopláziája, malformációja felvethető, vizsgálata tanácsos.

A MÁGNESES TÉR NEM CSAK MR KÉPALKOTÁSHOZ JÓ! MÁGNESES NAVIGÁCIÓ AZ INTERVENCIÓS RADIOLÓGIÁBAN

Dr. Harmat Zoltán,
dr. Battyáni István
PTE OEKK KK, Radiológiai Klinika,
Pécs

Gyakran előfordul a képalkotó technika alkalmazása során, hogy az egyik modalitás által felismert elváltozás a másik technika alkalmazáskor nem vagy alig látható. Különösen igaz ez az intervenciós radiológiában, amikor – bár látható egy adott képlet – ez mégsem elegendő a megfelelő diagnosztikus vagy terápiás beavatkozás elvégzéséhez.

Ezért hozták létre a virtuális navigációs rendszert, melynek segítségével az olcsó, egyszerűen alkalmazható, ionizáló sugárzást nem alkalmazó ultrahang (UH) vizsgálat során látott képeket fuzionáljuk az ionizáló sugárzást alkal-mazó, számos esetben objektívebb computer tomográfias (CT) vizsgálat képeivel. A berendezés egy külsőre hagyo-mányos UH készülék (klinikánkon az ESAOTE MyLab70 Xvision-t használjuk, mely jelenleg a legelterjedtebb és a legszéleskörűbb szolgáltatást nyújtja), amelybe CD-ről, vagy a helyi számítógépes hálózatról importálhatjuk a CT vagy mágneses rezonanciás képanyagot. A virtuális navi-gáció alkalmazása során egy képernyőn láthatjuk a real time UH, a folyamatosan és a transducer mozgásának megfelelően tetszőleges síkokban rekonstruált CT/MR képeket. Ennek segítségével lehetőség nyílik UH-val nehezen látható (májban a rekeszkupolában, retroperi-toneumban, kismedencében elhelyezkedő) képletek biop-sziájára vagy egyéb terápiás ellátására. Radiofrekvenciás abláció során könnyen összehasonlíthatjuk az eredeti tumortérfogát kiterjedését az ablált terület nagyságával, így ellenőrizve terápiánk sikerességét.

A mágneses virtuális navigáció egy olyan új módszer, amely ötvözi a különböző képalkotó modalitások előnyeit. A klinikánkon történt több mint egy éves használat során – amely elsősorban májdagantok intervenciós radiológiai ellátását jelenti – elért eredmények egyeznek az irodalmi adatokkal. Ezek szerint a Virtual Navigator használatával végzett radiofrekvenciás ablációk során a navigáció és terápiás intervenció 3%-ban teljes, 94%-ban csaknem teljes sikerrel (4,2 mm-nél kisebb navigációs hibával), 3%-ban eredménytelenül végződött. Ilyen adatok ismeretében azt mondhatjuk, hogy a jövőben az intervenciós radiológia mindennapjainak részévé fog válni ez a technika. A nem-régiben kifejlesztett mágneses radiofrekvenciás elektróda alkalmazásával tovább nőhet a virtuális navigáció hatékonysága és felhasználási területe.

**A VISCERALIS ARTÉRIÁK
ANEURYSMÁIRÓL – SIKERESEN
OPERÁLT LIENALIS ANEURYSMA
ESETÜNK KAPCSÁN**

Dr. Tamás L. J.¹, dr. Kövesi Zs.¹,

dr. Bartek P.², dr. Vasi I.³

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Győr,

¹Érsebészet, ²Radiológia, ³Általános Sebészet

A visceralis artériák aneurysmái ritkák, és mind a diagnosztika, mind az ellátásuk kihívást jelent. Az összes aneurysmára vonatkoztatott előfordulási arányuk 1% alatt van, közülük leggyakoribb az artéria lienalis tágulat (60%). Az elváltozások a krónikus szakban gyakran tünetmentesek, illetve aspecifikus tünetekkel jelentkeznek. A betegség patofiziológiájában a média fibrodysplasia, gyulladással járó folyamatok, trauma és terhesség játszik szerepet. Lienalis aneurysma esetén leggyakoribb tünet a felhasi, deréktájra sugárzó fájdalom. Diagnózisuk sok esetben rendkívül nehéz, sok esetben csak a ruptura miatt végzett sürgős műtét során kerül felismerésre, gyakran csak kórbonctani leletként szerzünk róluk tudomást. Diagnosztikai fegyvertárunkban a lespecifikusabb módszer a szelektív angiográfia, CTA, MRA, szűrővizsgálatként az ultrahang vizsgálat. A diagnosztikus és terápiás nehézségek ellenére a visceralis aneurysmák ruptura lehetősége miatt potenciális életveszélyt jelenthetnek, és az esetek egy részében korai elektív (sebészi vagy endovascularis) beavatkozást, ruptura esetén pedig akut sebészi ellátást igényelnek. Műtéti megoldás indokolt az a. hepatica és lienalis tágulatának jelentős részében, illetve a többi artéria progresszíven növekvő, symptomás aneurysmája esetén mérettől függetlenül. A szerzők sikerrel operált 9 cm-es artéria lienalis aneurysma esetük kapcsán rövid áttekintést adnak a visceralis erek tágulatának tünettartományáról, diagnosztikájáról és a terápiás lehetőségekről.

**REDO MŰTÉT IDŐPONTJÁNAK
MEGVÁLASZTÁSA
FEMORO-POPLITEALIS BYPASS
ANASTOMOSIS STENOSISAINAK
ISMERETE ESETÉN.
KAZUISZTIKA**

Dr. Darabos G., dr. Simó G., dr. Mogán I.

Szent Imre Kórház, Budapest

Esetismertetésünkben egy 56 éves multiplex érbeteg jobb alsó végtagi szervizműtétének időzítését és kimenetelét elemezzük.

Anamnesisében jobb oldali carotis rekonstrukció, ismert bal carotis elzáródás, 2000-ben jobb oldali FP III VSM bypass, majd reocclusio miatt 2004-ben elvégzett jobb oldali FP III PTFE bypass szerepelnek.

2006. decemberében bal alsó végtagi panaszok miatt készült angiographia a korábbi FP III PTFE bypass proximalis és distalis anastomosisainak subocclusiv stenosisát igazolta, teljes panaszmentesség mellett (perifériás pulsus 0,9 DI).

Első lépésként a bal oldali beavatkozást végeztük el, majd pontosan betartva az OEP által előírt garanciális szabály időpontját, jobb alsó végtagi szervizműtétre vetjük fel. Az ekkor megismétlendő anaesthesiológiai konzílium azonban magasabb vércukor érték (7,6 mmol/l) és hypertonia (RR 180 hgmm) miatt a műtétet kontraindikalta. Ezt követően 48 órával acut graftelzáródás lépett fel, a végtag komplett ischaemiáját eredményezve.

Acut műtét során graft thrombectomy, proximalisan interpositum beültetés, a distalis anastomosis intervenciója történt.

A keringés újraindulásáig körülbelül 5 óra telt el.

A korai posztoperatív szakban azonban olyan súlyos revascularisatiós tünetegyüttes lépett fel, hogy fasciotomia mellett többször kényszerültünk necrectomiára.

Közel 3 hónapos kötözés, rehabilitáció, majd plasztikai sebészi beavatkozás után nyerte vissza munkaképességét, noha részleges n. peroneus laesio maradt vissza.

Mint azt példánk is mutatja, a subocclusiv restenosisok szervizműtete nem minden esetben halasztható el, tekintettel a várható következményekre.

**DIALYSALT BETEGEK BEN
KIALAKULT CENTRALIS
VÉNÁS SZŰKÜLET
INTERVENCIÓS MEGOLDÁSA**

Dr. Tóth Andrea,

dr. Bánsághi Zoltán

*Péterfy Sándor utcai Kórház, Intervenció Részleg,
Budapest*

A chronicus dialysis programban szereplő betegek kezelési esélyeit és életminőségét rontja a kialakuló centralis vénás szűkület. Ennek tünetei: a dialysis kezelés hatékonyságának csökkenése, a vénás nyomás emelkedése, az érintett oldali kar duzzanata, lividitása, feszülése, a felületes vénás hálózat megjelenése. A tüneteket a vena subclavia vagy brachiocephalica szűkülete, elzáródása okozza. Ennek sebészi megoldása nem használatos.

Az intervenciók módszereinek használhatóságának kiterjesztése hozta a megoldást, a beszűkült vagy elzáródott véna PTA-ját, stentelését.

Részlegünkön több mint 25 centralis stenosis, occlusiót diagnosztizálunk, 2 esetben zajlott le csak vizsgálat, a többi esetben PTA (10), illetve stentelés (13) történt. Három stentbehelyezés után néhány hónappal a stent elzáródott, ezeket PTA-val ismét átjárhatóvá tettük.

Szövődmények. Maior: 1 esetben a véna kilukadt, mell-ûri vérzés alakult ki, a beteg calussal gyógyult. Minor: 0. Technikai: 2, a szűkület speciális volta, illetve a nem megfelelő stent miatt a stentek „katapultáltak“, újabb stentek behelyezésével sikerült megfogni és stabilizálni ezeket.

Összefoglalva: a dialysált betegeknél kialakult centralis vénás szűkületek, elzáródások intervenciós megoldási lehetőségeit, eredményeinket, tanulságainkat, a buktatókat és szövődményeinket ismertetjük előadásunkban.

TÉRD ALÁ VEZETETT ÁTHIDALÓ ÉRMŰTÉTEK KÖZÉPTÁVÚ EREDMÉNYE ANYAGUNKBAN

Dr. Simó G.¹, dr. Darabos G.¹,
dr. Molnár P.², dr. Mogán I.¹

¹Szent Imre Kórház, Érsebészeti Profil,

²Radiológiai Diagnosztika-CT Labor

Célkitűzés. Retrospektív vizsgálatunk célja a térd alá vezetett áthidaló érműtétek középtávú eredményének vizsgálata a graft anyagának (autológ versus heterológ) függvényében.

Anyag, módszer. 2003. január 1-jétől 2006. december 31-ig 159 betegnél 167 bypass műtétet végeztünk térd alá terjedő perifériás artériás okklúzió miatt. A disztális anasztomózis helye szerint a műtétek megoszlása a következő: poplitea III. szegmentum: 107, truncus tibiofibularis: 9, tibialis anterior: 25, tibialis posterior: 9, peronea: 2, dorsalis pedis: 15. A conduit anyaga szerint: retrograd VSM: 100, v. cephalica: 3, composit: 7, PTFE: 55, dacron: 1, silver (ezüst impregnált dacron): 1. Az átlagos utánkövetési idő 26 hónap volt. A statisztikai számítást – az elsődleges, illetve másodlagos nyitvamaradási, valamint a végtag megtartási arányt – life-table analízissel végeztük.

Eredmények. Az összesített (disztális anasztomózis helyétől független) retrospektív kumulatív elsődleges 3 éves nyitvamaradás a heterológ graft csoportban 36%, az autológ csoportban 63% ($p < 0,05$), a végtag megtartás az előbbiben 38%, az utóbbiban 72%-nak ($p < 0,05$) bizonyult. A PTFE bypassok reokklúziójának 82%-a az első 12 hónapban következett be.

Következtetés. A térd alá vezetett PTFE bypass közép- és hosszútávú eredménye jelentősen elmarad az autológ megoldásénál. A műér bypass reokklúziót a legtöbb esetben inoperabilis, inkurabilis, komplett ischaemia követi (kiáramlási pálya thrombózisa), míg az autológ reokklúziók jelentős számban kompenzált formában következtek be. Véleményünk szerint mindenképpen törekedni kell az autológ megoldásra (ellenoldali VSM, vena cephalica), műér implantáció csak ultimium refugiumként indokolt.

ÓRIÁSSEJTES ARTERITIS/POLYMYALGIA REUMATICA (GCA/PMR). ÖT ÉVES UTÁNKÖVETÉS SORÁN SZERZETT SAJÁT TAPASZTALATOK ÉS AZ ORSZÁGOS ADATOK TANULSÁGAI

Dr. Kolossváry Endre¹, dr. Kováts Tamás²,
dr. Farkas Katalin¹

¹Szent Imre Kórház, Belgyógyászati Mátrix Intézet,
Angiológia Profil, Budapest,

²Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet (ESKI)

Bevezetés. A GCA a közepes és nagy méretű artériák szisztémás vaszkulitisze, amellyel szoros kapcsolatot mutató PMR jellemzően az idős kor betegsége. A felismerés és a kezelés több nehézséget mutat, amely az érbetegségekkel foglalkozó szakemberek előtt nem minden részletében ismert.

Módszer.

1. Kórházunk adatbázisában azonosítottuk az elmúlt 5 évben a GCA vagy PMR diagnózist mutató betegeket, és az erre az időszakra vonatkozólag a betegek általános jellemzésén túl elemeztük a diagnózis és a terápia nehézségeit.

2. Az ESKI közreműködésével, a személyes adatok használata nélkül azonosítottuk a Magyarországon 2004-ben és 2005-ben GCA/PMR diagnózist kapó betegeket, és azok életkor és nemi megoszlásán kívül elemeztük a területi és szakmaspecifikus eloszlásukat.

Eredmények.

1. A jelzett időszakban 24 beteget azonosítottunk (18 cranialis, 6 nagyér manifesztáció). Tüneteik és a diagnózis felállítása között eltelt idő 5, illetve 33 hónap volt átlagosan. A szteroid terápiát 18, illetve 21 hónapon át kellett alkalmazni a gyakori relapszusok (átlagosan 3) miatt. A vizsgált időszakban a kortikoszteroid terápiához köthető mellékhatások nagy gyakorisággal jelentkeztek.

2. A Magyarországon 2004/2005. évben kapcsolati kóddal azonosított GCA/PMR betegek száma közel 300/2500 volt. A százezer lakosra számított esetgyakoriság a megyék között jelentős ingadozást mutatott (max. hússzoros különbség).

Összefoglalás. A ritka kórképnek tekintett GCA/PMR betegség megfelelő kockázat-besorolás és diagnosztikus eljárások segítségével felsimerhető. A kezelés hosszú időn át tartó gondozást igényel. Az országos adatok jelzik az orvosképzés és a speciális ismeretet képviselő központok fontosságát.

Az egészséges lábakért!

ELASTOFIT®

EGÉSZSÉGVÉDŐ HARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD



Az ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyák a láb betegségeinek kialakulását megakadályozzák illetve késleltetik, ezért használatuk a mindennapi életben nélkülözhetetlen.

Az ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyák az orvosi előírásoknak megfelelően tervezett szorítóerőt fejtik ki a lábra, és elősegítik a láb ereiben az ideális vérkeringést.

Az ELASTOFIT harisnyák a megelőzést szolgálják. A lábat a végsőkig igénybe vesszük, és ez

- a láb gyors elfáradásához ("elnehezüléséhez"),
- lábfájáshoz,
- a láb megbetegedéséhez,
- visszértágulatok kialakulásához vezet.

A vádliban jelentkező fájdalmak, görcsök, a boka megdagadása és az első visszerek megjelenése figyelmeztetés, hogy lábunknak segítségre van szüksége. A Pharmatextil Kft. ELASTOFIT harisnyái ezt a segítséget nyújtják Önnek.

Az Elastofit harisnyákat ajánlott viselni:

- sok mozgást igénylő munkát végzőknek (fodrász, felszolgáló, egészségügyi dolgozó, kereskedő, postás, stb)
- sport és szabadidős tevékenységekhez (futás, sí, tenisz, stb)
- terhes kismamáknak különösen ajánlott a várandósság 5-6. hónapjától kezdve, mert ezzel a terhesség miatti visszértágulatok mintegy 70%-ban megelőzhetők.

Gondoljon egészségére, viseljen ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyát!

Gyártja és forgalmazza: Pharmatextil Kft

1116 Budapest, Fonyód u. 2.

Tel: (+36-1) 208 - 01 95 Fax: (+36-1) 208 - 01 97

Web: www.pharmatextil.hu

E-mail: pharmatx@pharmatextil.hu



Kapható a gyógyászati segédeszköz boltokban és a gyógyszerárakban.

 **Pharmatextil**

Kongresszusok – rendezvények

IVEC / ISVS Közös Kongresszus.

2007. október 14-16. Milánó, Olaszország.

Információ: e-mail: ivec@unimib.org, infi@isvs.com

Magyar Sebkezelő Társaság X. Kongresszusa.

2007. október 25-26. Budapest.

Információ: e-mail: el.kft@chello.hu,

Weblap: www.euuzlet.hu/mskt

Magyar Sebész Társaság Sebészeti Endoszkópos Szekció XII. Kongresszusa. Endoszkópos Sebészeti Továbbképző Tanfolyam.

2007. október 26-27. Sárvár.

Információ: e-mail: kbagdi@convention.hu,

modula.bt@chello.hu

Phlebológusok és Szklerotizáló Klubja.

2007. november 23. Budapest, Grandhotel Hungária.

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

e-mail: bihari@erbetegsegek.com

Magyar Dermatológiai Társulat 80. Nagygyűlése.

2007. december 13-15. Budapest.

Információ: weblap: www.derma.hu, www.convention.hu,

e-mail: kbagdi@convention.hu, derma@bor.sote.hu

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) Észak-Afrikai és Közel-Keleti Kongresszusa.

2008. január 16-19. Kairó-Alexandria, Egyiptom.

Információ: website: www.afrochap2008.com,

www.misr2000online.net,

e-mail: misr-2000@hotmail.com

Endovaskuláris Intervenciók XXI. Nemzetközi Kongresszusa.

2008. február 8-14. Scottsdale, Arizona, USA.

Információ: website: www.endovascularcongress.org,

e-mail: admin@isesonline.org

22. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop.

2008. február 29-március 1. Frankfurt, Németország.

Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123, Frankfurt

am Main, 60313 Deutschland,

website: www.venenlinik-frankfurt.de,

e-mail: profvarady@aol.com

9. Nemzetközi Phlebológiai Kongresszus.

2008. április 4-5. Bologna, Olaszország.

Információ: website: www.valet.it, e-mail: info@valet.it

Extrém Vaszkuláris Beavatkozások 2008-as Velencei Kurzusa.

2008. április 17-18. Velence, Olaszország.

Információ: website: www.evivenice.com

Mi újság a Compri-Med-nél?

Legnépszerűbb termékeink:

BODYFORM harisnyanadrág

Annyiban különbözik a szokásos harisnyanadrágoktól, hogy a kompresszió nem ér véget a combtőnél, hanem egyre csökkenő mértékben egészen derékig tart. Igen népszerű a lipodémás hölgyek körében.

Divatos színekben egyéni méretre is készíthető.

VENO-LEG Creme

Gél állagú, kellemes illatú, gyorsan beszívódó testápoló, amely csökkenti a láb bőrének szárazságát, ami gyakran előfordul kompressziós harisnyák hordásakor, enyhe mentol tartalma hűsíti a lábat, és a krém nem károsítja a kompressziós harisnyát, sőt segíti annak felvételét.

LiquaCare folyadékös talpbetét

Gél tartalmú, szövet borítású, mosógépben is mosható talpbetét, melyben a folyadék anatómiailag megtervezett „csatornában” áramlik, folyamatosan masszírozva a talpat állás és járás közben. A gél segít a súly nagyobb felületen történő elosztásában a talpon, ezért ideális álló-, vagy megterhelő munka végzésekor, fáradt vagy visszeres lábra, terhesség esetén és cukorbetegség részére is.

Információért, árajánlatért hívjon minket!

COMPRI-MED KFT. 1062 Budapest, Aradi u. 41. Tel./fax: 311-1883, Mobil: 30/9493700
www.compri-med.hu info@compri-med.hu SIGVARIS honlapja: www.ganzoni.com

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló és nyílt levél megírásához

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

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

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat elegendő csak emailen, word file-ban elküldeni. 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 fogadunk számítógépes lemezt dokumentum formátumban, ebben az esetben 18-22 ezer leütést kérünk figyelembe venni. Az anyagokat mellékleteivel együtt tehát emailen is várjuk, a fotómelléleteket nem csak dokumentumba ágyazva, hanem külön jpg vagy tif kiterjesztéssel is kérjük megküldeni.

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 papíron való küldésnél öt példányban kérjük, ebből egyet lehetőleg angolul. Legföljebb 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 nehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetőek.

Az *ábrákat és fényképeket* ne a szövegbe ágyazottan, hanem külön JPG file-ként, szintén emailen vagy lemezen kérjük elküldeni.

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 az idézés sorrendjében 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. Például: 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 műtét, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon.

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

A *referátumban* kérjük feltüntetni az eredeti címet, a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal legyen (számítógépen 2-3000 leütés). Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

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

E-mail: bihari@erbetegsegek.com

Névmutató

Dr. Acsády György	.27, 29, 30, 32, 34, 35	Dr. Horváth Szabolcs	.16
Dr. Almási Róbert	.11	Dr. Hódi Zoltán	.19
Dr. Arató Endre	.16, 24	Dr. Hunyadi János	.21
Dr. Assefa Abebe	.35	Dr. Hüttl Kálmán	.18, 32, 32
Balatonyi Borbála	.16	Dr. Ilonczai Péter	.11, 21, 23
Dr. Balázs Gy.	.13	Dr. Jancsó Gábor	.16, 24
Dr. Balogh E.	.22, 34	Dr. Jámbor Gyula	.19, 27
Dr. Bartek P.	.37	Dr. Jámbor László	.21, 23
Dr. Battyáni István	.36	Dr. Járari Zoltán	.18
Dr. Bánsághi Zoltán	.30, 37	Dr. Jassó István	.20
Dr. Bátor Anna	.16	Dr. Juhász György	.17
Dr. Benkő László	.17	Dr. Kaliszky Péter	.19, 27
Dr. Berentei Zsolt	.33	Dr. Kappelmayer János	.21
Dr. Bérczi V.	.32, 32	Dr. Karácsony T.	.35
Dr. Bihari Imre	.15, 15	Dr. Kasza Gábor	.17, 24
Dr. Bíró Gábor	.27, 29, 30, 34, 35	Dr. Kádár K.	.25, 26
Dr. Boda Zoltán	.11, 21, 21, 23	Dr. Kálvin Beáta	.28
Dr. Bognár János	.35	Dr. Keresztury Gábor	.15
Dr. Borvendég J. Sebestyén	.36	Dr. Kerékgyártó Cs.	.22, 34
Dr. Cervenak László	.33	Dr. Király L.	.35
Dr. Csiki Z.	.22, 34	Dr. Kiséry Csaba	.25
Dr. Dabous Fayeze	.35	Dr. Kiss István	.22, 34
Dr. Darabos G.	.16, 26, 37, 38	Dr. Kolossváry Endre	.18, 21, 38
Dr. Décsy Judit	.23	Dr. Kollai M.	.25, 26
Dr. Dinya Elek	.20	Dr. Kollár A.	.16, 26
Dr. Diószeghy Péter	.31	Dr. Kollár Lajos	.16, 17, 24
Dr. Dósa Edit	.33	Dr. Kosztyu László	.23, 28
Dr. Dzsinih Csaba	.34	Dr. Kovács Gabriella	.13
Dr. Egresits József	.15, 21, 22, 34	Dr. Kovács L.	.23
Dr. El Hadj Othmane Taha	.34	Dr. Kováts Tamás	.18, 38
Dr. Entz László	.32, 33	Dr. Kozlowszky Bertalan	.31
Dr. Farkas Katalin	.15, 18, 21, 21, 22, 36, 38	Dr. Kövesi Zs.	.37
Dr. Fekete Csaba Bertalan	.34	Dr. Kromplák Zs.	.34
Dr. Ferenczy József	.11	Dr. Kulcsár Zsolt	.33
Dr. Fodor Erzsébet	.34	Dr. Kurucz József	.30
Dr. Forgács András	.27	Dr. Kürthy Mária	.16, 24
Dr. Főgel K.	.35	Dr. Laczkó Ágnes	.34
Dr. Füst György	.33	Dr. Lakatos József	.31
Dr. Galajda Z.	.22, 34	Dr. Landi Anna	.20
Dr. Garai Ildikó	.22, 28, 34	Dr. László A.	.25, 26
Dr. Gáti Tamás	.22	Dr. Lázár György	.19
Dr. Gyarmati Csaba	.11	Dr. Litauszky Krisztina	.21, 23, 28
Dr. Gyurkovics Endre	.17, 19, 27	Dr. Magyar Kálmán	.22
Dr. Haász J.	.32	Dr. Major Gy.	.22, 34
Dr. Harmat Zoltán	.36	Dr. Marosfői Miklós	.33
Dr. Harkányi Z.	.13	Dr. Masoud Shafiei	.24
Dr. Hartyánszki I.	.26	Dr. Mátyás Lajos	.31
Dr. Horváth I.	.22, 34	Dr. Mersich B.	.25, 26
Dr. Horváth Katalin	.27	Dr. Meskó Éva	.9, 20

Dr. Mihalovits Gábor	13, 19	Dr. Sínay László	16, 24
Dr. Mikita János	11, 23	Dr. Soltész Pál	21
Dr. Mogán István	16, 22, 26, 37, 38	Dr. Somorjai Attila	33
Dr. Molnár A.	32	Soltész Zsuzsa	22
Dr. Molnár Béla	27	Dr. Sült Tamás Péter	35
Dr. Molnár Gábor	35	Dr. Szabó Attila	33
Dr. Molnár P.	22, 34, 38	Dr. Szabó Gábor	27, 29, 35
Dr. Morvay Zita	13	Dr. Szabó Gábor Viktor	34
Dr. Mozga Ildikó	24	Dr. Szabó Géza	29, 31
Dr. Muskát Judit	11	Dr. Szabó N.	22, 34
Dr. Nagy András	17, 19	Dr. Szabó Szilárd	11
Dr. Nagy Edina	17	Dr. Szabó Tamás	34
Dr. Nagy Endre	18, 19	Szarvas Mariann	21
Dr. Nagy István	27	Dr. Szász A.	34
Dr. Nagy Zoltán	17, 19	Dr. Szász Zsuzsanna	31
Dr. Nemcsik János	22, 34	Dr. Szeberin Zoltán	27, 29, 30, 32, 34, 35
Dr. Nemes B.	32	Dr. Szegei János	24
Dr. Németh Gábor	16	Dr. Szentmiklósi J.	22
Dr. Oláh Zsolt	11, 21, 23	Dr. Szentpáli Zs.	25
Dr. Olvasztó Sándor	23, 28	Dr. Szigeti Zsuzsanna	24
Dr. Palásthy Zsolt	13, 19	Dr. Szikora István	33
Dr. Papp László	28	Dr. Szökő Éva	32
Dr. Papp Zoltán	35	Dr. Sztankó Éva	31
Dr. Paukovits T. M.	32, 32	Dr. Tamás L. J.	37
Dr. Petrowszky Viktor	19	Dr. Tasnádi G.	13
Dr. Pintér A.	25, 26	Dr. Tábi Tamás	22
Dr. Prohászka Zoltán	33	Dr. Temesvári A.	25
Dr. Rajnavölgyi Éva	21	Dr. Tislér András	34
Dr. Rázsó Katalin	11, 21, 23	Dr. Tóth Andrea	30, 37
Dr. Regáli László	19, 27	Dr. Tóth Csaba	23, 28
Dr. Rozsos István	11	Dr. Tóth Judit	21
Dr. Rőth Erzsébet	16, 24	Dr. Ujvári Attila	31
Dr. Schlammadinger Ágota	11, 23	Dr. Varga D.	32
Dr. Seffer István	11	Dr. Varga Zoltán	24
Dr. Simonffy Á.	32	Dr. Varga Zs.	23
Dr. Simó Gábor	16, 22, 26, 37, 38	Dr. Vasi I.	37
Dr. Sipka Róbert	13, 18, 19	Veréb Zoltán	21
Dr. Sipos Tamás	21	Dr. Zeher M.	22

ÉRBETEGSÉGEK • THE HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság tudományos folyóirata
 Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
 and of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Hungary
 FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE • ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinih Csaba, dr. Hüttl Kálmán,
 dr. Jámbor Gyula, dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre, dr. Entz László

Rovatvezetők: Artériák: dr. Nemes Attila • Vénák: dr. Menyhei Gábor • Endovascularis beavatkozások: dr. Kollár Lajos
 Alaptudományok: dr. Monos Emil • Haemorheológia: dr. Pécsváradai Zsolt • Belgyógyászat: dr. Meskó Éva
 Radiológia: dr. Battyáni István • Gyermekekori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza

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

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

*(Aki a Belépési Nyilatkozatot kitöltve visszaküldi szerkesztőségünk címére,
mint a MAÉT tagja, díjtalanul kapja – ugyanúgy a MACIRT tagjai is – folyóiratunkat.)*

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érbészeti Társaságba. A tagdíjat **(2007-ben 2000,- Ft)** a megküldendő csekken befizetem. **KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!**

Név:

Cím:

Telefon- és faxszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

Beosztás:

Szakterület:

.....
aláírás

MEGRENDELŐLAP

*(Azok számára, akik nem tagjai a MAÉT-nak vagy a MACIRT-nak,
például könyvtárak, kórházak, rendelőintézetek.)*

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című, negyedévenként megjelenő folyóirat 2007. évi számait egy példányban, 2000,- Ft előfizetési díjért. **KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!**

Megrendelő neve:

Címe:

Utca, tér, házsám:

Irányítószám:

Az előfizetési díjat jelen megrendeléssel egyidejűleg belföldi postautalványon a szerkesztőség címére **(1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.)** vagy átutalással az **OTP Budapest, I. ker., Alagút u. 3. sz. alatti fiókjában** vezetett **117010004-202144676** számú számlára befizetem.

.....
aláírás