

ÉRŐBETEGSÉGEK

ORVOSTUDOMÁNYI SZAKFOLYÓIRAT



Szegedi Angiológiai Napok

ELŐADÁS-ÖSSZEFOGLALÓK, POSZTEREK

Kritikus végtagischaemia

A supraaorticus verőérbetegségek
kezelési lehetőségei

Endovascularis intervenciók indikációja,
kivitelezése, a betegek szűrése,

utógondozása, új technikák, finanszírozás

A renovascularis hypertonia kezelése

Érmalformációk és daganatos betegségek
intervenciója

Korai arteriosclerocus elváltozások
diagnosztikája, terápiája

Hibák és tévedések az angiológiai
és az intervenció radiológiai gyakorlatban

NOVARTIS SZIMPÓZIUM

SANOFI-SYNTHELABO SZIMPÓZIUM

SERVIER SZIMPÓZIUM

2003
suppl.

**A Magyar Angiológiai
és Érsebészeti Társaság
lapja**



detralex[®]

mikronizált, tisztított flavonoid frakció

MIKRONIZÁLT FORMA

Már 60 tablettás változatban is!

Az egyetlen mikronizált venotonikum

- gyors felszívódás
- nagyobb klinikai hatékonyság

Komplex védelem
az első tünetektől
a súlyos szövődményekig.



ÚJ!

Aranyérbetegségben
2–6 tabletta naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tabletta naponta

Részletesebb információ:



Servier Hungária Kft.

1062 Budapest, Váci út 1-3. • Telefon: 238-7799 Fax: 238-7966 • E-mail: servierh@elender.hu

Újra az útra indító városban – Köszöntő –

**DR. ACSÁDY GYÖRGY,
A MAÉT ELNÖKE**

Tisztelt Kollégák és Kollégák!

A magyar érgyógyászattal foglalkozók első szervezett csapata 1961-ben a Magyar Sebész Társaság Angiológiai Szekciója néven kezdte meg működését. 1966-ban alakult meg a Magyar Angiológiai Társaság, amely 1968-ban – a Semmelweis Ignác születésének 150. évfordulója alkalmából rendezett, számos diszciplínát érintő tudományos rendezvénysorozat résztvevőjeként – Szegeden tartotta első hivatalos kongresszusát Szegedi Angiológiai Napok néven. Tehát innen datálódik rendezvényeink időszámítása és elnevezése. Ezt követően 1983-ig három ízben került sor angiológiai napok megszervezésére, kétszer Pécsen és egy alkalommal Debrecenben.

A jelen gyakorlatnak megfelelően a kétévente rendszeresen megtartott kongresszusok sorozata 1983-ban Miskolcon kezdődött, és azóta Győr (1985), Eger (1987), Zalaegerszeg (1989), Debrecen (1991), Kaposvár (1993), Pécs (1995), Keszthely (1997), Gyula (1999) és Szombathely (2001) adtak otthont rendezvényeinknek. E rövid történeti összefoglalót azért ku-

tattam ki, hogy kiderüljön, hányadik nemzeti kongresszusunkra gyűlünk össze az útra indító városban, ismételten Szegeden. A sorban a 15. Angiológiai Napokat jelenti ez a mostani találkozó, amely ismételten egy újabb mérőföldkő rendezvényeink sorában, mert első ízben tartunk közös kongresszust egy határterületi tudományos társasággal, nevezetesen a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társasággal.

Az 1968 óta eltelt 35 évben tudományos és gyógyító tevékenységünk felmérhetetlen fejlődésen ment keresztül, aminek következtében oktatási feladataink is megsokszorozódtak. Saját diszciplínákon belül is különböző szakterületek nőttek ki önálló ismeretanyaggal, szétdarabolva a korábban egységes érgyógyászati tudományágat. Ma már a specializálódás elérte azt a fokot, amely megkérdőjelezi a számos szubdiszciplína önálló létét és tevékenységi körét. Ezért a tudomány nagyon sok ágában azok művelői ismét a szintézis irányában gondolkodnak. A mindennapi gyakorlatra lefordítva, ez azt a reális felismerést jelenti, hogy

mind a kutatásban, mind a gyógyító tevékenységben egymás ismeretanyagára és a felmerülő problémák eredményes megoldásában együttműködésre van szükség.

Minden ilyen rendezvénynek az a célja, hogy továbbképzésként is szolgáljon valamennyi résztvevő számára. Olyan ismeretanyagot kell közzétenni, amelyből mindenki profitálhat. Ezért döntött úgy a társaság vezetősége, hogy a kongresszus egy szekcióval kerül megrendezésre, és a megadott hét főtéma mindkét társaság egy-egy jeles szakemberének referátumával indul, majd ehhez csatlakoznak az oda vonatkozó előadások. A témákat igyekezünk úgy meghatározni, hogy azok időszerűek és a nemzetközi trendekhez igazodóak legyenek.

E gondolatok jegyében a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetősége és a magam nevében szeretettel köszöntünk minden kedves érdeklődőt Szegeden. Remélem, hogy társasági téren is oly kellemes élményben lesz részük, mint ahogyan ezt tudományos téren eredményként elérni szándékozunk.

Plavix®

clopidogrel 75 mg filmtabletta

sanofi-synthelabo



MÉG HATÉKONYABB VÉDELEM AZ ATHEROTHROMBOSIS SZÖVŐDMÉNYEI ELLEN

- új ADP – receptor antagonistá, mely hatékonyan csökkenti a myocardialis infarctus, az ischaemiás stroke és a vascularis halálozás kockázatát atherosclerosisos betegekben – bármely érterület érintettsége esetén⁽¹⁾ (myocardialis infarctus, stroke vagy igazolt perifériás érbetegség)
- a CAPRIE vizsgálatban 16 ország 384 centrumának 19185 fős betegpopulációján 26%-kal több ischaemiás eseményt előzött meg, mint az acetilszalicilsav^(1,2)
- kedvező hatása a mindennapi klinikai gyakorlatban még kifejezettebb: a CAPRA vizsgálat eredményei alapján a Plavix további ischaemiás események megelőzésére képes⁽²⁾
- biztonságos és jól tolerálható⁽¹⁾

PLAVIX 75 MG FILMTABLETTA SANOFI-SYNTHELABO

ATC kód:
B01A C04

HATÓANYAG: 75 mg clopidogrelum (97.875 mg clopidogrelum hydrogensulfuricum formájában) filmtablettaként, 28, 56 és 84 tablettát blisterben, falkartonban. **JAVALLATOK:** A clopidogrel szimptomás atherosclerosisos betegekben az atherothrombotikus események megelőzésére javallt az előbbiek szerint: myocardialis infarctusban (néhány naptól kevesebb, mint 35 napig) ischaemiás stroke-ban (7 naptól kevesebb, mint 6 hónapig) vagy bizonyított perifériás artériás betegségben szenvedő betegekben és STEleváció nélküli akut coronaria szindrómában (instabil angina vagy non-Q myocardialis infarctus) acetilszalicilsav (ASA) kezeléssel kombinálva. **ADAGOLÁS:** FELNŐTTEK ÉS IDŐSEK: 75 mg clopidogrel napi egyszeri adagban tápiálékkal vagy anélkül adandó. STEleváció nélküli betegekben a clopidogrel kezelést egyszeri 300 mg telítő dózissal kell kezdeni és 75 mg/napi egyszeri adagban folytatni (75-325 mg/napi ASA-val kombinálva). Tekintettel arra, hogy az ASA magasabb dózisai nagyobb vérzési kockázattal jártak, ajánlott a 100 mg/napi ASA dózist nem meghaladni. A kezelés optimális időtartama még nincs pontosan megállapítva. A klinikai vizsgálati adatok a 12 hónapig történő adagolást támasztják alá és a legnagyobb jótékony hatást a harmadik hónapban látták. Gyermek és serdülőkor: 18 év alatti életkor alatti korcsoportban a gyógyszer biztonságossága és hatékonysága a nem igazolt. **ELLENJAVALLATOK:** A gyógyszer hatóanyagával vagy valamelyik összetevőjével szembeni túlérzékenység. Aktív patológias vérzés (gyomororvok, intracranialis vérzés). **KÜLÖNLEGES FIGYELMEZTETÉSEK ÉS AZ ALKALMAZÁSSAL KAPCSOLATOS ÓVATOSSÁGI INTÉZKEDÉSEK:** Ugyanúgy, mint más thrombocita aggregáció gátló gyógyszerek esetén, trauma, sebészeti beavatkozás vagy más patológias állapot miatt bekövetkező fokozott vérzés kockázata betegnek a clopidogrelt elővigyázatossággal kell alkalmazni. Ha a betegnek elektív sebészeti beavatkozást végeznek és thrombocita aggregáció gátlásra nincs szükség, a clopidogrel alkalmazását 7 nappal a műtét előtt abba kell hagyni. A clopidogrelt meg kell tartani a vérzési időt és óvatossággal kell alkalmazni a vérzésre hajlamosító lezárásban (főleg gastrointestinalis és intraocularis). A betegnek tájékoztatni kell arról, hogy a vérzés a szokásosnál tovább tarthat clopidogrel szedése esetén és bármilyen szokatlan vérzésről be kell számolniuk orvosuknak. A betegnek tájékoztatni kell az orvosokat és fogorvosokat a clopidogrel szedéséről bármely sebészeti beavatkozás tervezése és bármely új gyógyszer szedése előtt. Thromboticus thrombocytopeniás purpuráról (TTP) nagyon ritkán számoltak be a clopidogrel alkalmazásával kapcsolatban, néha rövid expozíciót követően. Jellemzője a thrombocytopenia és a microangiopathias haemolyticus anaemia neurológiai tünetekkel, renalis dysfunctióval vagy lázzal. A TTP olyan állapot, amely azonnali kezelést kíván plazmaferezissel. A terápiás tapasztalat korlátozott clopidogrel vesekezelésben való alkalmazásáról. Ezért clopidogrel alkalmazása esetén óvatossággal ajánlott ezen betegek esetében. A terápiás tapasztalat korlátozott clopidogrel vesekezelésben és súlyos májbetegségben szenvedő betegekkel kapcsolatban, akikben haemorrhagiás diathesis fordulhat elő. Ezért clopidogrel alkalmazása esetén óvatossággal ajánlott ezekben a betegcsoportokban. **GYÓGYSZERKÖLCSONHATÁSOK ÉS EGYÉB INTERAKCIÓK:** ASA, heparin, thrombolyticum, glycoprotein IIb/IIIa blokkoló, warfarin vagy nemsteroid gyulladásgátló kezelésben részesülő betegeknek, a clopidogrelt elővigyázatossággal kell alkalmazni. Mindemellett egy napig együttesen adott 2x500 mg ASA nem növelte szignifikánsan a clopidogrel által meghosszabbított vérzési időt, valamint a clopidogrelt és az ASA-t (75-325 mg dózisban) egy éven át együtt adagolták. **A KÉSZÍTMÉNY ALKALMAZÁSA TERHESSÉG ÉS SZOPTATÁS IDŐSZAKÁBAN:** adagolása nem javasolt. **A KÉSZÍTMÉNY HATÁSAI A GÉPJÁRMŰVEZETÉSEZ ÉS GÉPEK ÜZEMELTETÉSÉHEZ SZÜKSÉGES KÉPESSÉGEKRE:** járművezetés vagy psychometrikus teljesítmény romlását nem észlelték clopidogrel adagolása mellett. **NEM KÍVÁNCOS HATÁSOK:** A clopidogrel biztonságosságát több mint 17.500 betegben vizsgálták, akik közül 9000-et egy évig, vagy ennél tovább kezelték. A CAPRIE vizsgálatban 75 mg/napi clopidogrelt 325 mg/napi ASA-val összehasonlítva jól tolerálták. **Haemorrhagiás rendellenességek:** gastrointestinalis vérzés, purpura, zúzódás, haematoma, orrvérzés, haematuria és a szem (főleg kötőhártya) és intracranialis vérzés. A súlyos esetek előfordulása 1,4 %, volt clopidogrel. **Haematológiai eltérések:** ritkán súlyos neutropenia, aplaszticus anaemia és súlyos thrombocytopenia. **Gastrointestinalis:** a gastrointestinalis események összes előfordulása (abdominalis fájdalom, dyspepsia, gastritis és constipáció) az ASA-val összehasonlítva kevesebb volt a clopidogrel kezelésében. **Bőr és függelék rendellenességek:** maculopapuláris vagy erythematous kiütés, viszketés. Nagyon ritkán: angioedema, bullous eruptio. A „nagyon ritkán előforduló” mellékhatásokat illetően lásd a teljes alkalmazási előírást. **TÜLADAGOLÁS:** Egy esetben beszámoltak a clopidogrel szándékos túladagolásáról nemkívánatos hatás nélkül. A clopidogrel farmakológiai hatásával szembeni antidotumot eddig nem találtak. Ha a megnyúlt vérzési idő gyors javítására van szükség, thrombocita transzfúzió visszafordíthatja a clopidogrel hatásait. **FARMAKOLÓGIAI TULAJDONSÁGOK:** Thrombocita-aggregáció gátló, a a thrombocita ADP receptorához kötődik (ADP-receptor antagonistá). Következésképpen a clopidogrelnek kitétt thrombocyták esetében ez a hatás időtartamuk hátralevő szakaszában fennmarad és a normális thrombocytaműködés a thrombocita „turnover”-nek megfelelő mértékben áll be. (A thrombocita aggregáció és a vérzési idő fokozatosan visszaáll az alapértékre, általában 5 nappal a kezelési megszakítása után.) **LEJÁRATI IDŐ:** 2 év. **KÜLÖNLEGES TÁROLÁSI ELŐÍRÁSOK:** nem igényel. **A FORGALOMBAZATILAI ENGEDÉLY JOGSZÁMLÁJA** Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb SNC, 174 Avenue de France, 75013 Paris-France. Alkalmazási előírás. **OGYI-ENG. SZÁM:** 19.572/41/2002

Kérjük, olvassa el a részletes gyógyszer alkalmazási előírást!

Sanofi-Synthelabo Rt. 1045 Budapest, Tó u. 1-5. P. O. Box: Hungary-1325 Budapest, Pf. 110

Tel.: (361) 370-4007 – Fax: (361) 370-2790 • Információs Szolgálat: 370-0805

A MAÉT és a MACIRT közös kongresszusa elé

DR. NAGY ENDRE, DR. SIPKA RÓBERT

Tisztelt Kollégák!

A Szegedi Angiológiai Napok látszólag egy kongresszus a sok közül. Reményeink szerint azonban mégis egy új dologra számíthatunk. Ez lesz ugyanis az első olyan közös hazai rendezvény, ahol az érsebészek, az angiológiával foglalkozó belgyógyászok, bőrgyógyászok és az intervenciók radiológusok saját indíttatásból együtt rendezik saját társasági kongresszusukat.

Természetesen történtek már próbálkozások közös rendezvények lebonyolítására. Emlékezzünk vissza az évekkorábbi – a Thermal Hotel Aquincumban tartott – karácsony előtti összejövetelekre vagy éppen a közelmúlt közösen szervezett MOTESZ interdiszciplináris fórumaira. Egyre több a meghívott előadó érsebész, angiológus belgyógyász a radiológiai rendezvényeken, és viszont, egyre többször nyilvánulnak meg intervenciók radiológusok az angiológiai tudományos összejöveteleken is. A három, vagy ha úgy tesszük, négy szakma képviselői egyre inkább felismerik, hogy csak egy közös út létezik. A különböző területeken dolgozó szakembereknek szükségük van egymás szakértelmére. Az érbetegekkel csak team munkában lehet eredményesen foglalkozni. Ennek az egymásra utaltságnak szükségképpen közelebb kell hoznia egymáshoz nem csak a közvetlen mun-

katársi viszonyban tevékenykedő kollégákat, hanem a szakterületeket összefogó társaságokat is. Ismernünk kell egymás munkáját, sokat tanulhatunk egymástól!

Ezeknek a gondolatoknak a jegyében fogant a szervezők fejében az a terv, hogy Szegeden a MAÉT és a MACIRT közösen rendezze soron következő kongresszusát. A két társaság vezetőségének meggyőzése nem volt túl nehéz feladat. A szervezésben való együttműködés is zökkenőmentesen zajlott. A nehézséget főképp az jelentette, hogy Szeged – bár kiváló adottságú város – még nem rendelkezik valódi kongresszusi központtal. Így a helyszín kiválasztása során kompromisszumokra kényszerültünk. Végül a kongresszus két fő helyszíne a gyönyörű Szegedi Nemzeti Színház és a Hotel Forrás épülete lesz.

A kongresszus programja több mint bőséges, így inkább időhiánytól és bizonyos mértékű csúszásoktól, semmint érdektelenségtől kell tartani. A magas szakmai színvonal garanciáját neves külföldi és hazai szakemberek részvétele jelenti. Igyekeztünk ehhez mérhető kulturális, sportprogramokról és gasztronómiai élvezetekről is gondoskodni.

Reméljük, a gazdag programból mindenki ki tudja választani a neki leginkább megfelelő és kellemes élményekkel térhet majd haza.

Amerikai kutatók vénabetegségekkal és gyógyszeres kezelésükkel kapcsolatos felfedezései

IMREK KORNÉLIA

Amerikai eredmények a vénabetegségek gyógyszeres kezelése terén

A Nemzetközi Phlebológiai Unió (IUP) első ízben rendezett világkongresszust 2003. augusztus 27-31. között San Diego-ban (Kalifornia, USA), az Amerikai Phlebológiai Kollégiummal együttműködve.

Az Egyesült Államokban első alkalommal került sor hasonló jellegű rendezvényre. Ez a kongresszus az amerikai szakemberek terápiás szemléletének átalakulását is tanúsítja. Az amerikaiak korábban a műtéti beavatkozást részesítették előnyben a vénás elégtelenség előrehaladott stádiumainak kezelésére. Újabban egyre inkább az a jellemző, hogy már a betegség korai tüneteinek jelentkezésekor elkezdik a gyógyszeres kezelést.

A VDF (Vascular Disease Foundation) által megjelölt három legfontosabb népegészségügyi feladat a krónikus vénás elégtelenség, az alsó végtagi ízületi gyulladás és az aorta aneurysma hatékony terápiája. Az amerikaiak felismerték: a terápiás beavatkozások számának növekedése kizárólag a vé-

nabetegség idejekorán elkezdett kezelésével fékezhető meg.

Prof. dr. Gloviczky Péter, a Mayo Klinika Érsebész professzora, az AVF (American Venous Forum) és a VDF elnöke a Francia Phlebológiai Társasággal közösen tartott sajtótájékoztatót Párizsban, 2003. március 14-én. Kifejtette, hogy a vénás lábszárfekélyben szenvedő betegeken elvégzett amerikai vizsgálatok megállapítása szerint a hatékony felvilágosítás és a vénabetegségek idejekorán elkezdett kezelése a beteg teljes élettartamára számítva betegenként 6000 dollárral csökkenthetné az egészségügyi kiadásokat és 17 000 dollárral a keresőképtelenség okozta jövedelem-kiesést.

Az Egyesült Államokban valaha egyáltalán nem alkalmaztak venotonikumokat, hanem ezek helyett gyulladásgátlókat, fájdalomcsillapítókat, sőt antidepresszívumokat adtak. Az amerikai szakemberek manapság venotonikumokat ajánlanak a munkaképességet is csökkentő vénás elváltozások kezelésére. Az utóbbit idejében kell elkezdeni és hosszú távú gondozással együtt kell alkalmazni, ugyanis a terápia célja

az elváltozások krónikussá válásának megakadályozása.

Az American Venous Forum (AVF) immár a flavonoid típusú venotonikumokat is ajánlja vénás elégtelenség kezelésére

Az AVF 2001. évi terápiás útmutatásai teljes fejezetet szentelnek a krónikus vénás keringési elégtelenség (KVE) és a vénás lábszárfekély gyógyszeres kezelésének, illetve ezen belül a Daflon 500 mg-os tablettára (*Detralex*) kiemelkedő terápiás jelentőségének.

Az ajánlások kifejtik, hogy a venotonikumokat számos országban alkalmazzák a KVE-ben szenvedő betegek panaszainak enyhítésére, továbbá bőr-elváltozások, illetve lábszárfekély kezelésére. Rámutatnak továbbá arra, hogy a magas átlaghőmérsékletű országokban élő betegek számára ezek a gyógyszerek különösen fontosak, hiszen a hőség miatt az év bizonyos időszakában súlyos gondokat okoz a kompressziós terápia tolerálhatósága a betegek számára.

Prof. dr. Philip D. Coleridge-Smith (Nagy-Britannia), a fejezet szerzője le-

szögezi, hogy újabban „*kettős vak klinikai vizsgálatokkal bizonyították: ezek a szerek hatékonyan enyhítik a vénás elégtelenség tüneteit*”, és hozzátette: „*egészen a közelmúltig csupán néhány szerző kísérelte meg értelmezni e szerek ödémaképződést csökkentő és a vénás panaszokat enyhítő – az alsó végtagi mikrokeringés kedvező befolyásolásán alapuló – hatásainak mechanizmusát.*”

Az AVF ajánlásai részletesen kitérnek az egyik legfontosabb flavonoid, a diosmin hatásaira. Megállapítják, hogy „*a mikrocirkuláció fokozza a diosmin tápcsatornai felszívódását és ezáltal a biohasznosulását is*”. Itt emelendő ki, hogy a Daflon 500 mg (Detralex) az egyetlen venotonikum, amelynek esetében számolni lehet a mikronizáció nyújtotta előnyökkel. E tulajdonsága a mikronizált diosmin hatékonyságára irányította a figyelmet.

Az *Újabb ismeretek a krónikus vénás keringési elégtelenség kiváltó okairól és kezeléséről* című szimpózium a KVE kórokainak néhány vonatkozását és a rendellenesség lehetséges gyógymódjait tárgyalja.

Néhány vizsgálat a klinikai gyakorlatban bizonyította az *örökletes tényezők* jelentőségét. Dr. Pistorius két családon végzett genetikai vizsgálatot a varikozitásra hajlamosító esetleges génmutáció(k) azonosítása érdekében.

Az új, a visszereesség kialakulásában esetleg közreműködő locusok azonosítása céljából teljes egészében feltérképezte a család minden tagjának genotípusát. Sikertült a potenciális locust azonosítani. A további vizsgálat a lehetséges génszekvenciákra irányul további, nagy létszámú családok bevonásával.



Ismeretes, hogy a mikrokeringés rendellenességei nagy mértékben elősegítik a visszereesség, valamint a KVE-ben jellegzetes idült bőrelváltozások kialakulását. Állatkísérletek tapasztalatai szerint a mikronizált, tisztított flavonoid frakció (MPFF, Detralex) modulálja a leukocyták érfali kitapadását és meggátolja az érendothel károsodását. Ugyancsak csökkenti a bradykinin által kiváltott kapilláris szivárgást, gátolja a fehérvérsejtek aktiválódását, kitapadását és átvándorlását az érfalon. Ezt a szert manapság bázis-terápiaként alkalmazzák az ödémaképződés és a KVE egyéb tüneteinek enyhítésére. Az MPFF a betegség későbbi stádiumaiban – lábszárfekély kialakulása esetén is – változatlan hatékonysággal rendelkezik.

A KVE gyógyszeres kezelésére használatos készítmények hatásmechanizmusát immár alaposabban ismerjük,

ám e szerek közül csupán néhány bizonyul meggyőzően hatásosnak. Az előrehaladott vénás keringési elégtelenség konzervatív kezelésének irányelveit összegező előadásában *prof. dr. Coleridge-Smith* kifejtette, hogy a vénás lábszárfekély kezelésére mindössze két gyógyszert alkalmaztak sikerrel: a pentoxiphyllint és az MPFF-t.

Ez utóbbi hatékonysága *prof. dr. Gloviczky Péter* előadásának tanúsága szerint is egyre inkább bizonyított. Ennek során egy új metaanalízis megállapításairól számolt be, amelyben öt randomizált, az MPFF lábszárfekély gyulladását elősegítő hatását értékelő vizsgálat eredményeit elemezték. Ez a metaanalízis kimutatta, hogy a hagyományos kompressziós kezelést MPFF adásával kiegészítve számottevően felgyorsítható a fekély hámosodása, illetve a kontroll csoporthoz képest szignifikánsan csökken a fekély területe. Amint azt az American Venous Forum irányelveinek második kiadása is hangsúlyozza, az MPFF manapság már nem csak a KVE korai szakában alkalmazható, hanem előrehaladott vénás keringési elégtelenségben is javallt a lábszárfekély kompressziós terápiájának, illetve helyi kezelésének kiegészítéseképpen.

Összegezve mindezt, a szimpózium résztvevői a vénabetegségek kutatásának néhány legígéretesebb szakterületébe nyerhettek bepillantást.



Servier Hungária szimpózium Október 2., 18 órakor

A krónikus vénás elégtelenség (KVE) tüneteinek és szövődményeinek terápiája
a nemzetközi irányelvek tükrében

Üléselnök: *dr. Pécsvárad Zsolt*

Előadások:

Dr. Menyhei Gábor:

Beszámoló a Nemzetközi Phlebológiai Egyesület (UIP) világkongresszusáról:
terápiás ajánlások a KVE kezelésében

Dr. Kökény Zoltán:

A mikrocirkuláción innen és túl: tünet- és ödémacsökkentés Detralexszel
KVE-ben szenvedő betegeknél

Kérjük, tekintse meg az Alprostatint® kezeléssel szerzett tapasztalatainkról

Dr. Pencz Zoltán: Rövid időtartamú PGE₁ kezelés című poszterét (P21)

Peripheriás occlusiós betegségben,

Fontaine III-as és IV-es kategóriában,

ha lumentágító terápia nem lehetséges, vagy nem volt eredményes:

Alprostatint

alprostadil PG₁ hatóanyag tartalmú ampulla (5x20 µg/ml).

Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy 2003 elejétől gyógyszerünk
kórházi ára 5x1 ampullás csomagolásban 18.522,-Ft.

A 2001-ben bevezetett **rabat akciókat** továbbra is meghosszabbítottuk.

A kórházak minden két doboz megvásárolt Alprostatint injekció után
egy doboz gyógyszert ingyenes minta formájában

ajándékba kapnak, amelyet képviselőink juttatnak el Önökhöz.

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

Wipharma Kft.

1147 Budapest, Miskolci u. 50., Fax: 221-83-81, tel.: 06-20-927-9727.

Email: wiepol@axelero.hu

www.erek.hu



A pécsi érsebészeti munkacsoport szerkesztésében új honlap jelent meg a fenti címen. Elsősorban endovascularis beavatkozásokról nyerhetünk értékes információkat, de az angiológia és az érsebészet egyéb területeivel is foglalkoznak. Biztatunk mindenkit, hogy olvassa, hiszen az *Érbetegségek* megjelenései közötti szünetben is lehet újabb információkat szerezni. Biztatjuk továbbá a kollégákat arra is, hogy ne csak olvassák a honlapot, hanem írjanak is olyan ismeretekről, amelyeket szeretnének közzétenni. A szerkesztők szándékait legjobban a honlapon található *Beköszöntő* mutatja, ezért ezt az alábbiakban közöljük:

*Sok szeretettel üdvözlöm az Endovascularis
Medicina Magazin Kedves Olvasóit!*

Elektronikus újságunk talán szokatlanak tűnik az orvosi szakmában, azonban ha lépést kívánunk tartani felgyorsult világunkkal, nekünk is élni kell az internet, a számítógép adta lehetőségekkel. Az ötlet már évekkel ezelőtt megszületett, de hát Isten malmai lassan őrlnek.

Az eltelt idő lehetőséget adott arra, hogy széles körben megbeszélve felmérjük az érdeklődők igényeit. Kinek szól az újság? Mindenkinnek, akit az érbetegség kialaku-

lásának okai, fajtái, kezelési lehetőségei érdekelnek, laikusoknak és szakembereknek egyaránt. Természetesen kompetenciától függően honlapunkon rovatokat fogunk bevezetni; az érdeklődő érbetegeknek, vizsgára készülő medikusoknak. Információkat szeretnénk adni – egyelőre indulásként – a Baranya, Tolna, Somogy megyében működő családorvosoknak az érsebészeti szakrendelések beutalási rendjéről, a rendelések idejéről, a rendelőt végző orvosokról. Szólni fog az újság az érbetegségeket gyógyító specialistákhoz is, invazív radiológusokhoz, katéter-technikával dolgozó kardiológusokhoz, idegsebészekhez és természetesen az érsebészekhez. Folyamatosan tudósítani szeretnénk az endovascularis technikák fejlődéséről, eredményeiről publikációk és vélemények formájában. Szeretnénk bemutatni a szakma jeles képviselőit *A hónap interjúja* sorozatunkban. Interaktív lehetőséget szeretnénk biztosítani *Az orvos válaszol* rovatban, ahol munkatársaim közérdekű kérdésekre fognak válaszolni. Lesz társasági rovat is, ahol az érsebészeti rendezvényekkel kapcsolatos híreket osztjuk meg olvasóinkkal. Természetesen a kongresszusi naptár folyamatos közlése is szerepel terveink között. Feladat tehát van elég.

Kérem a Tisztelt Olvasókat, legyenek segítségünkre véleményükkel az elektronikus újság folyamatos formálásában, megújításában!

Dr. Kollár Lajos

Tudta Ön, hogy az alábbi, Ulcus Cruris kezelésére alkalmas nedves sebfedők **85%-os OEP-támogatást* élveznek?**

85%

régi név: Cutinova Thin



Allevyn Thin
szélektív vízmegkötő poliuretán mátrix kötszer



Jelonet
parafinnal impregnált lap



Intrasite Conformable
Intrasite géllal impregnált lap



Bactigras
körtevédőin alapú impregnált lap



Allevyn Non-Adhesive
háromrétegű hidrocelluláris poliuretán kötszer

régi név: Allevyn LM



Allevyn Lite
háromrétegű hidrocelluláris poliuretán kötszer



Cutinova Hydro
szélektív vízmegkötő, öntapadó poliuretán mátrix kötszer



Cuticerin
Eucerittel impregnált lap



Allevyn Adhesive
háromrétegű hidrocelluláris, öntapadó poliuretán kötszer



OpSite Flexigrid
poliuretán filmkötszer

* A termékek felírhatóságát a 19/2003. (IV. 29.) ESZCSM rendelet szabályozza. A 85%-os támogatás a rendeletben meghatározott méretekre érvényes. 85%-ban támogatott termékeink a közgyógyellátásra jogosultak részére térítésmentesen rendelhetők.

BDF ●●●●
Beiersdorf

smith&nephew

1126 Budapest, Tartsay Vilmos utca 3.
Telefon: 457-3940 • Telefax: 457-3941

COLSONCAM

A kongresszus programja

Október 2., csütörtök

14.30 Elnöki megnyitó

14.40 Bugár Mészáros Károly emlékelőadás

Dr. Hüttl Kálmán: Változó technika – változó indikáció az intervencionális radiológiában

15.00 Soltész Lajos emlékelőadás

Dr. Dzsinih Csaba: Az arteria renalis endovascularis kezelésének szövődményei és ellátásuk

15.20 Díjátadás

15.25 Szünet

15.35 *Prof. dr. Svante Horsch:* 5 years experience with endoluminal treatment of the aneurysms of the thoracic aorta

16.05 *Prof. dr. Thomas A. Sos:* Az angioplasztika és a stent behelyezés utáni utánkövetéses vizsgálatok (CTRA, MRA) tulajdonságai, gyakorlati tudnivalók

16.35 *Prof. dr. John Dormándy:* The best medical treatment for patients with PAD

17.05 *Prof. dr. Okan Akhan:* Celiac ganglia blockage under CT guidance

17.35 Szünet

18.00 A *Servier Hungária Kft. szimpóziuma:* A krónikus vénás elégtelenség (KVE) tüneteinek és szövődményeinek terápiája a nemzetközi irányelvek tükrében

Üléselnök: *dr. Pécsvárad Zsolt* (Flór Ferenc Oktatókórház, II. Belgyógyászat, Kistarcsa).

Előadások:

Dr. Menyhei Gábor (Baranya Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Pécs): Beszámoló a Nemzetközi Phlebológiai Egyesület (UIP) világkongresszusáról: terápiás ajánlások a KVE kezelésében

Dr. Kökény Zoltán: (Tétényi úti Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest): A mikrocirkuláción innen és túl: tünet- és ödémcsökkentés Detralexszel KVE-ben szenvedő betegeknél

18.40 A *Sanofi-Synthelabo Rt. szimpóziuma.* *Dr. Acsády György* előadása: Thrombocytá aggregáció gátlók szerepe a perifériás artériás betegségekben

19.20 Kóktél-szünet

19.40 Koncert

20.30 Fogadás

Október 3., péntek

8.00 Kritikus végtagischaemia (K)

Dr. Meskó Éva: Kritikus végtagischaemia (referátum)

Dr. Battyáni István: Intervenciós radiológiai terápia veres érsebészeti műtét akut alsó végtagi ischaemiában (referátum)

K1 *Dr. Kaliszky Péter:* Az alsó végtag akut verőér elzáródásával kapcsolatos, az elmúlt húsz év során szerzett tapasztalataink

K2 *Dr. Kaliszky Péter:* Femorodistalis műtétek utáni akut ischaemia kezelése

K3 *Dr. Regáli László:* Az arteria peroneára irányuló ér-műtéteink

K4 *Dr. Nagy Zoltán:* Kritikus ischaemia miatt végzett karvénás bypass műtéteink

K5 *Dr. Nagy András:* Kritikus ischaemia miatt végzett extraanatómiás bypass műtétek

K6 *Dr. Tarr Miklós:* Angiológiai beavatkozást követő akut alsó végtagi ischaemia

K7 *Dr. Harsányi Ádám:* Kritikus végtagischaemia kezelése perifériás artériás thrombolízissal intenzív osztályunkon 1982-2003 között

K8 *Dr. Szatmári Ferenc:* Kezdeti tapasztalataink Heparin Na-mal végzett intrathrombotikus lississal

K9 *Dr. Pencz Zoltán:* Fontaine III-IV. stádiumú betegek gyógyszeres fájdalomcsillapítása

K10 *Dr. Juhász György:* Akut alsó végtagi ischaemia el-látásának korszerű szemlélete

10.00 Szünet

10.20 A supraaorticus verőérbetegségek kezelési lehetőségei (S)

Dr. Mogán István: A supraaorticus értörzsek megbetegedéseinek sebészeti kezelése (referátum)

Dr. Hüttl Kálmán: Intervenciók az aortaív ágain (referátum)

S1 *Dr. Vörös Erika:* Az arteria carotis interna extracranialis szűkületének kezelése stent behelyezéssel

S2 *Dr. Bérczi Viktor:* Az arteria carotis communis eredésének intervenciós radiológiai kezelése

S3 *Dr. Berentei Zsolt:* A nyaki nagyerek stent támogatott angioplasztikája: embólia védelem primer stent beültetéssel

S4 Dr. Juhász György: Carotis intervencióval szerzett tapasztalataink

S5 Dr. Makai Attila: Carotis stent beültetés által provokált haemodynamikai instabilitás

S6 Dr. Mihalovits Gábor: Szívűtéssel egy ülésben végzett arteria carotis interna rekonstrukciók

S7 Dr. Olvasztó Sándor: Kvantitatív agyi vérátfolyás rezerv vizsgálatok 99mTC-HMPAO SPECT-tel nyaki verőér szűkületben

S8 Dr. Szabó Attila: A carotis restenosis rizikófaktorai

S9 Dr. Simó Gábor: Restenosis gyakorisága és kezelése carotis interna rekonstrukció után – intervenció vagy műtét?

12.20 Ebédszünet

13.30 Endovascularis intervenciók indikációja, kivitelezése, a betegek szűrése, utógondozása, új technikák, finanszírozás (I)

Dr. Kollár Lajos: Endovascularis intervenció. Technika, utógondozás, új kezelések (referátum)

Dr. Lázár István: Vascularis intervenció a radiológus gyakorlatában (referátum)

I1 Dr. Balázs György: Kontrasztanyag MR-angiográfia mint fő preoperatív képalkotó eljárás: tapasztalataink 536 vizsgálat kapcsán

I2 Josip Maskovic: Our experience with endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm with talent stent-graft

I3 Dr. Mátyás Lajos: Akut tüneteket okozó aorta aneurysma endovascularis kirekesztése

I4 Dr. Kalina Ildikó: Kontrasztanyag MR-angiográfiaval szerzett tapasztalataink stent-graft beültetések során

I5 Dr. Nagy Endre: A hasi aorta páratlan zsigeri ágainak intervenció radiológiai és sebészeti kezelése

I6 Dr. Bánsághi Zoltán: Felső végtagi dialysis fisztulák szűkületeinek intervenció radiológiai ellátása

I7 Dr. Kapus Zoltán: Rekonstrukcióval együtt végzett intraoperatív intervenció eljárások korai eredményei osztályunkon

I8 Dr. Keresztury Gábor: Érrekonstrukció és dilatáció együttes alkalmazása a többszintű arteriosclerosis kezelésében

I9 Dr. Nádas Géza: Arteria mesenterica superiorhoz vezető graft elzáródásának thrombolysis

I10 Dr. Kasza Gábor: A többszintű, „emeletes” érpálya elzáródások és/vagy szűkületek megoldása ITA és rekonstrukatív érműtét együttes alkalmazásával

15.50 Szünet

16.00 A renovascularis hypertonia kezelése (R)

Dr. Sós Tamás: Arteria renalis szűkületek intervenció radiológiai kezelése (referátum)

Dr. Dzsini Csaba: Az arteria renalis endovascularis kezelésének szövődményei (referátum)

R1 Dr. Morvay Zita: Nyomkövetés a renalis stentelés után – a képalkotó eljárások szerepe

R2 Dr. Szegedi János: Az arteria renalis stenosis jelentősége a nephrológiában és a hypertoniológiában

17.00 Szünet

17.15 A Novartis Hungária Kft. szimpóziuma

Dr. Pécsvárady Zsolt: A modern vascularis medicina

Dr. Hunyady János: Multimédiás eszközök jelentősége az egyetemi oktatásban: a mikrocirkuláció

Dr. Bihari Péter: Életmód és mikroangiopathia – az utazás új veszélyei

Dr. Bartók Péter: A Venoruton forte szerepe a phlebológiában – kutatás és klinikum

Dr. Bihari Imre: Szeged-San Diego távolság a phlebológia tükrében

18.15 Szünet

18.20 A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság és a Magyar Cardiovascularis és Intervenció Radiológiai Társaság közgyűlése

20.30 Bankettvacsora. A „Legjobb publikációért” díj átadása

Október 4., szombat

8.00 Érmalformációk és daganatos betegségek intervenciója (M)

Dr. Tasnádi Géza: Érmalformációk és érdaganatok sebészeti intervenciója (referátum)

Dr. Horváth László, dr. Battyáni István: Interventional radiological treatment of vascular malformations and tumors (referátum)

M1 Dr. Szikora István: A fej-nyak régió és a végtagok érmalformációi: pathológia, képalkotó diagnózis, invazív terápia

M2 Dr. Rostás Tamás: Kezdeti tapasztalataink a Miras radiofrekvenciás készülékkel

M3 Dr. Tasnádi Géza: Invazív ultrahang-energia (sonotom) alkalmazása vénás malformációknál

M4 Dr. Bihari Péter: Tapasztalataink az infiltráló vénás malformációk kontrasztvezérelte szklerotizáló kezelésénél

M5 Dr. Harmat Zoltán: Képalkotó módszerek által vezérelt biopsziák az orvosi gyakorlatban

M6 Dr. Kulcsár Zsolt: Percutan vertebroplastika az osteoporosisos kompressziós törések kezelésében: kezdeti tapasztalataink

M7 Dr. Bánsághi Zoltán: Majdaganatok transarteriális chemoembolisációja extra nagy dózisu Lipiodollal

M8 Dr. Hódi Zoltán: Gyermekkori irradiációt követő lágyrész hegesedés által okozott iliaca externa occlusio, kritikus végtagischaemia

M9 Dr. Czigány Tamás: Daganatos betegségeknel végzett rekonstrukatív érműtéteink

9.50 Szünet

10.10 Korai arterioscleroticus elváltozások diagnosztikája, terápiája (A)

Dr. Pécsvárad Zsolt: Korai atheroscleroticus elváltozások diagnóza és terápiája (referátum)

Dr. Bérczi Viktor: Az atherosclerosis korai diagnóza: plakkanalízis MR és CT segítségével; a restenosis pathophysiológiája (referátum)

A1 Dr. Farkas Katalin: A laser Doppler vizsgálat jelentősége az obliteratív érbetegség diagnosztikájában és terápiájában

A2 Dr. Járni Zoltán: Az endotheliális dysfunctio kimutatása laser Doppler vizsgálattal alsó végtagi obliteratív verőérbetegségekben szenvedő betegekben

A3 Dr. Tamás László: Carotis interna restenosisra hajlamosító klinikai, szerológiai, morfológiai és genetikai tényezők prospektív vizsgálata

A4 Dr. Soltész Pál: Antifoszfolipid antitestek perifériás obliteratív érbetegségben, összefüggésben coronaria és cerebrovascularis atheroscleroticus manifestációkkal

A5 Dr. Dósa Edit: Az MBL (mannan-binding lectin) és az LDL-koleszterin szerepe a carotis restenosis kialakulásában

A6 Dr. Pécsvárad Zsolt: Vaszkuláris diszfunkció meghatározása cardiovizion készülék segítségével

A7 Dr. Kolossváry Endre: Az óriássejtes arteritis kezelésének problematikája

A8 Dr. Landi Anna: Arteriosclerosis obliterans – secundar prevenció

A9 Dr. Nieszner Éva: A sulfanylureak hatása a diabeteses mikrocirkulációra

12.00 Szünet

12.20 Hibák és tévedések az angiológiai és az intervenciós radiológiai gyakorlatban (H)

Dr. Nemes Attila: Hibák, tévedések, szövödmények az érsebészethen (referátum)

Dr. Fazekas Péter: Hibák és tévedések az angiológiai gyakorlatban (referátum)

H1 Dr. Doros Attila: Artériás keringési zavarok májtranszplantáció után

H2 Dr. Szatmári Ferenc: A lebegő thrombus nyakának meghatározása

H3 Dr. Simó Gábor: Az országos érsebészeti adatbázis kezdeti tapasztalatai

13.10 A kongresszus zárása

13.15 Ebédszünet

15.00 Sportprogram

21.00 Vacsora a Halászcárdában

Poszterszekció

Október 3., péntek

8.00-8.40 Poszterszekció

P1 Dr. Balázs Zsolt: Cervicalis block mint alternatív anaesthesia technika carotis endarterectomia műtéti anaesthesiájában

P2 Dr. Baranyai Árpád: Carotis műtét 80 év felett – ami sok, az sok?

P3 Dr. Gellért Gábor: Carotis bifurcatiával összekapcsolódott recidív nyaki tumor és nyirokcsomó metasztatizis eltávolítása egy ülésben végzett carotis resectióval és pótlással (esetismertetés)

P4 Dr. Tarr Miklós: Arteria carotis interna aneurysma sikerrel operált esete

P5 Dr. Laczkó Ágnes: Supraaorticus álaneurysmák sebészeti és intervenciós radiológiai megoldása

P6 Dr. Galambos Barnabás: Tapasztalatok és eredmények a nyaki érsérülések sebészeti kezelésében

P7 Dr. Szabó Gábor Viktor: Subclavia carotis transposíciós műtéteink és subclavia PTA-k eredményességének vizsgálata

P8 Dr. Vallus Gábor: A carotis rekonstrukciók műtéti módszerében végzett változtatások osztályunk gyakorlatában (1987-2002)

P9 Dr. Behek Sándor: Anastomosis stenosisok intervenciós kezelése

P10 Dr. Gergely Mihály: Radiológiai intervencióval kombinált rekonstrukciós érműtétek

8.40-9.20 Poszterszekció

P11 Dr. Tasnádi Géza: Felső végtag peresist okozó congenitalis arteriovenosus shunt és annak sebészeti intervenciója

P12 Dr. Király István: Krónikus vénás elégtelenséget okozó többszörös alsó végtagi arteriovenosus shunt kezelése kemoembolizációval (esetbemutató)

P13 Dr. Arató Endre: A tenyér artériás árkádjának ritka begignus daganata

P14 Dr. Nagy István: Érmalformáció formájában jelentkező dermatofibrosarcoma protuberans Darier-Ferrand szubkután daganat operált esete

P15 Dr. Baranyai Árpád: Klippel-Trenaunay szindróma. Egy ritka kórkép az érsebészeti gyakorlatban

P16 Dr. Gyurkovics Endre: Perifériás aneurysma okozta kritikus alsó végtagi ischaemia

P17 Dr. Gyurkovics Endre: Femoro-malleolaris műtétek kritikus alsó végtagi ischaemia miatt

P18 Dr. Venczel László: A PTA szerepe és lehetőségei a kritikus végtagi ischaemia kezelésében

P19 Dr. Nyiredy Géza: Pedalis bypassok utáni korai reoperációk és késői beavatkozások (PTA, ITA, szerviz műtétek, redo műtétek)

P20 Dr. Garbai Imre: Acut végtagi verőérelzáródás miatt végzett műtéteink, tapasztalataink

9.20-10.00 Poszterszekció

P21 Dr. Pencz Zoltán: Rövid időtartamú PGE-1 kezelés

P22 Dr. Jakab Lajos: Renovascularis hypertonia invazív kezelése (esetismertetés)

P23 Dr. Palásthy Zolt: Jobb oldali ectopiás vese duplex artériáinak, valamint bal renalis arteria szignifikáns stenosisának rekonstrukciója Leriche-szindróma műtéti megoldása során

P24 Dr. Sipka Róbert: Egy ritka komplikáció: a truncus coeliacus stent dislocatio sebészi korrekciója

P25 Dr. Forgács Sándor: Septicus graft: hibaként értékelendő, megelőzhető?

P26 Dr. Simó Gábor: Silver protézis: új lehetőség a bifurcatiós protézis szeptikus szövődmények kezelésében?

P27 Dr. Darabos Gábor: Graft-infekciók kezelése gentamycin impregnált műgyanta-lánc implantációval – korai tapasztalatok

P28 Dr. Szakály Eszter: Transcutan O₂ mérés jelentősége az érbetegek kezelésében

P29 Dr. Mikola József: MR-angiográfia alkalmazása az érsebészeti gyakorlatban

P30 Dr. Molnár Andrea Ágnes: Humán nagyvénák tágu-lékonyágának non invazív, in situ vizsgálata

Október 4., szombat

8.00-8.40 Poszterszekció

P31 Dr. Szeberin Zoltán: Cryopreservált humán véna haemodialízishez

P32 Dr. Menyhei Gábor: Endoszkópos perforáns diszekció indikációja

P33 Dr. Kristóf Vera: A szekunder prevenció eredményessége rekonstruktív érműtetre felvett betegeknek (összehasonlító elemzés a 2000. év eredményeivel)

P34 Dr. Bíró Gábor: A vena basilica előhelyezés szerepe az alkari shuntök kimerülése esetén

P35 Dr. Fehér Eszter: A Cardio P.A.S. vérmegtakarító készülék alkalmazása nagy vérvesztéssel járó érsebészeti beavatkozások során

P36 Dr. Füzi Árpád: Tapasztalataink endoszkóposan végzett thoracalis sympathectomiával

P37 Weinberger Éva: A gyógytornász szerepe az angiológiai osztályon

P38 Dr. Olvasztó Sándor: Arteria iliaca dissectiója „egészséges érrendszerű” uraemiás betegben vesetransplantatio után

P39 Dr. Papp Zoltán: Kémiai lumbalis sympathicolysisszel szerzett tapasztalataink

P40 Dr. Ballagi Farkas: Perifériás érbetegek konzervatív terápiájában szénsavgáz-fürdő kezeléssel szerzett tapasztalataink

8.40-9.20 Poszterszekció

P41 Dr. Szűcs István: Banális trauma ritka szövődménye a gyermekkorban

P42 Dr. Keresztury Gábor: A Fejér megyei érbeteg-szűrő program eddigi tanulságai

P43 Dr. Király István: A Vas Megyei Markusovszky Kórház DSA laboratóriumának tevékenysége 1993-2002 között

P44 Dr. Baranyai Árpád: Mélyvénás thrombosis képében jelentkező rupturált arteria poplitea aneurysma

P45 Dr. Albert István: A nem sebészi kezelés eredményei perifériás verőér betegségekből

P46 Dr. Szomják Edit: Alsó végtagi obliteratív érbetegségben szenvedő betegek PTA-stent kezelésével szerzett tapasztalataink

P47 Dr. Kolossváry Endre: Óriássejtes arteritis nem típusos, mindkét oldali axillobrachialis manifesztációja – a vaszkuláris UH-diagnosztika lehetősége

P48 Dr. Jassó István: Homocisztein-szint és alsó végtagi arteriosclerosis obliterans kapcsolata

P49 Dr. Tóth Attila: Takayasu arteritis nyomkövetése non invazív képalkotó eljárások segítségével

P50 Dr. Csordás József: Az aggregometria szerepe a posztoperatív anticoagulans kezelés megtervezésében

Kritikus végtagischaemia (K)

Referátum

Kritikus végtagischaemia

DR. MESKÓ ÉVA

*Pest Megyei Flór Ferenc Kórház,
Kistarcsa*

Az érbetegségek speciális formája a kritikus végtagischaemia. Az akut esetben embóliára vagy trombózisra kell gondolnunk, melyek klinikai megjelenése gyakorlatilag azonos. A krónikus kritikus végtagischaemia kritériumait a Második Egyeztetett Európai Dokumentum határozta meg. Az obliteratív érbetegséggel kezelték mintegy 20%-a sorolható világszerte a kezelés valamely fázisában a kritikus ischaemia csoportjába. A dokumentum a diagnózis és terápia jelenlegi lehetőségeit foglalja össze, meghatározza az egyes eljárások ajánlásait. Fontos a rizikófaktorok eliminálása, az időben megállapított diagnózis, s a helyesen megválasztott kezelés mielőbbi elkezdése. A kezelés belgyógyászati és sebészeti ellátást jelent, s mindinkább szerepet kap az intervenciós radiológia. A sikertelen kezelést végtagcsontkolás követi, mely hazánkban évente 4–5000 végtag elvesztését jelentheti. Az amputációt követő komplex terápia a másik, még ép testrész megmentését is célozza. A recidivák megelőzése, az elsődleges és másodlagos prevenció komoly feladatot jelent az orvoslás minden területén.

A szerző ismerteti a legújabb felmérés eredményeként nyert hazai érbetegellátási adatokat. Ezek alapján részben prognosztizálható a kritikus végtagischaemia megelőzésének lehetősége is.

Referátum

Intervenciós radiológiai terápia versus érsebészeti műtét akut alsó végtagi ischaemiában

DR. BATTYÁNI ISTVÁN

*Pécsi Tudományegyetem ÁOK, Radiológiai Klinika,
Pécs*

Az akut végtagi ischaemia kezelésére többféle módszer használatos, melyek közül az intervenciós radiológiai módszerek és sebészeti módszerek sikerességét hasonlítjuk össze nemzetközi közlemények, study-k alapján.

A szerző ismerteti a STILE, ROCHESTER, TOPAS, PURPOSE trial-ok eredményeit az akut alsó végtagi ischaemia kezelésében és bemutatja a legújabb intervenciós radiológiai lehetőségeket.

KI

Az alsó végtag akut verőér elzáródásának kezelésével kapcsolatos, az elmúlt 20 év során szerzett tapasztalataink

DR. KALISZKY PÉTER,
DR. REGÁLI LÁSZLÓ,

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

Érsebészeti munkacsoportunk az 1983 és 2002 közötti időszakban 563 beteget operált az alsó végtag akut verőér elzáródása miatt. Az előadásban a korábban már operált, rekonstruált betegek nem szerepelnek.

Az 1983–1992 közötti időszakot összehasonlítva az 1993-tól 2002-ig tartó periódussal, azt találtuk, hogy a trombózis okozta elzáródások aránya megemelkedett (108/201, 35%, illetve 117/137, 46%, $p < 0,01$). Hasonlóképpen nőtt az eltelt idő alatt az akut trombózis okozta occlusiók kezelése során az azonnali rekonstrukciók száma (19/108, 17,6%, illetve 55/117, 47%, $p < 0,001$). Az embólia miatt operált betegek halálozása (338 beteg exitus, 17,7%) szignifikánsan magasabb volt a trombózissal kezelt betegekhez képest (225 beteg / 26 exitus, 11,6%, $p < 0,05$). Ugyanakkor embolectomia után kevesebb amputációt kellett végezni, mint a trombózis miatt operált betegek csoportjában (338/17,5%, illetve 225/36, 16%, $p < 0,01$).

Tapasztalataink szerint a trombózis okozta elzáródást, a csak Fogarty katéterrel végzett műtét az esetek 60%-ában nem oldotta meg. A sikertelen thrombectomy után végzett reoperációk eredményei rosszak. A primer rekonstrukciók után (74 beteg) 5 esetben kellett amputálni (6,8%), míg a reoperációkat követően (49 beteg) 14 beteg vesztette el a végtagját (28,6%, $p < 0,001$). Az azonnal rekonstruált, a reoperált és a thrombectomy után konzervatíván kezelt betegek postoperatív halálozása nem különbözött.

Tapasztalataink alapján az a véleményünk, hogy ha az akut trombózis oka krónikus verőér betegség, a beavatkozást indokolt azonnal kiterjeszteni és rekonstruktív verőér műtétet kell végezni.

K2**Femorodistalis műtétek utáni
akut ischaemia kezelése**

DR. KALISZKY PÉTER, DR. JÁMBOR GYULA,
DR. NAGY ANDRÁS, DR. HARGITAI BÁLINT
*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika,
Budapest*

Az 1996 és 2003 közötti időszakban 485 műtetet végeztünk femoropoplitealis elzáródás miatt. Magas volt a térdízület alá és a lábszár erekre irányuló rekonstrukciók aránya (90,1%, illetve 38,8%). Áthidalásra a következő transzplantátumokat használtuk: saphena magna (62,5%), műanyag graft (21%), kompozit graft (9,3%), karvéna (7,2%). 70 esetben észleltünk korai reocclusiot a postoperatív időszakban (14,4%). Az elzáródás gyakoribb volt a cruralis áthidalásokat követően (20,9%), mint a popliteára irányuló műtétek után (10,4%, $p < 0,002$). 42 beteget reoperáltunk (8,7%) a végtagot veszélyeztető akut ischaemia miatt. A reoperációt követően 7 beteg vesztette el végtagját (16,6%). 28 esetben a beteg általános állapota, vagy a műtéti lelet alapján nem volt a reoperációnak feltétele, közülük 13 beteget amputáltunk (46,4%), szignifikánsan többet, mint a reoperációkat követően ($p < 0,002$). A reoperáltak és a konzervatíván kezelt betegek halálozása nem különbözött. A reoperációk típusai a következők voltak: 8 részleges, vagy teljes graft csere, 8 perifériás kiterjesztés, 19 thrombectomia, 3 alkalommal a beáramlási pályát kellett korrigálni, 3 esetben a graft dekompresszióját végeztük, egy esetben csak exploráció történt. A thrombectomia után 6 beteg vesztette el az alsó végtagját (31,6%), míg a 25 korrekciós beavatkozás után csak egy esetben kellett amputálnunk (4,0%, $p < 0,02$). Tapasztalataink szerint reocclusiot követően, amennyiben a beteg általános állapota megengedi és a legkisebb remény van a végtag keringésének javítására, azonnali reoperáció indokolt. Ha az elzáródás okát sikerül megtalálni és korrigálni, tartós jó eredményre számíthatunk.

K3**Az artéria peroneára irányuló érműtéteink**

DR. REGÁLI LÁSZLÓ, DR. JÁMBOR GYULA,
DR. KALISZKY PÉTER, DR. NAGY ANDRÁS,
DR. FÖLDES NOÉMI
*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika,
Budapest*

Szemben a proximalisabb verőérszakaszok rekonstrukcióival, a lábszár artériákra irányuló helyreállító műtéteket csak kritikus alsó végtag ischaemia stádiumában indokolt

végezni. Mindhárom lábszár artéria – a. tibialis anterior, a. tibialis posterior, a. peronea – alkalmas rekonstrukcióra való felhasználásra. Ha ritkán választási lehetőség van, az a. tibialis anterior és posterior részesítjük előnyben, mivel ezek az artériák vesznek részt közvetlenül a láb artériás árkádjának kialakításában, valamint műtéttechnikailag is ez a választás előnyösebb. Az esetek egy részében csupán az a. peronea képezi az elfolyási pályát, tapasztalataink alapján ilyen alkalmakkor sem reménytelen a végtag megmentésére tett erőfeszítés, a femoro (popliteo)-peronealis bypass műtét.

Klinikánkon az 1996–2003 közötti időszakban 203 cruralis rekonstrukciót végeztünk, melyek közül 52 esetben az arteria peronea volt a befogadó ér. Betegeink közül 39 volt férfi (75%) és 13 nő (25%). Átlagéletkoruk 66,8 év. 31 esetben (59,6%) redo műtétként történt a peronea bypass. 32 betegnél a véna saphena magnát, 7 esetben csak karvényt (cephalicát és basilicát együtt), 11 áthidalásra gyűrűs-PTFE- és véna saphena composit bypassst, 1 betegnél saphena-Dacron graftot és 1 alkalommal véna femoralist használtunk interpositumnak. Jónak értékeltük korai eredményünket 30 (57,6%) esetben, amikor a betegnek megszűnt a nyugalmi fájdalma, és elkerülhetővé vált az amputáció. Ezen belül 2 betegnél történt reoperatio reocclusio, egy alkalommal pedig szívó-öblítő drainage septicus szövődmény miatt, de a végső eredmény jó maradt. A fennmaradó 22 beteg műtétje nem hozta meg a várt eredményt, 8 amputációt végeztünk, a többi beteg nem egyezett bele az ablatióba. A kritikus végtagi ischaemiában és legtöbbször számos belgyógyászati kórképben szenvedő betegeknél a peroneára irányuló rekonstrukciók megterhelő műtétek, de véleményünk szerint indokolt megkísérelni a nyugalmi fájdalom csökkentésére és az amputáció elkerülésére.

K4**Kritikus ischaemia miatt végzett
karvéna bypass műtéteink**

DR. NAGY ZOLTÁN, DR. KALINSZKY PÉTER,
DR. GYURKOVICS ENDRE, DR. NAGY ANDRÁS
*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika,
Budapest*

Vizsgálatunk célja: kritikus ischaemiában végzett karvéna bypass műtéteink eredményességének felmérése.

Ismertetjük betegeink kor és nem szerinti megoszlását, a megelőző rekonstrukatív érműtéteket, a műtéti indikációt, a distalis anastomosis helyét, a karvéna típusát, a vénagrafton lévő anastomosisok számát, a composit-graftok arányát, a korai és késői (a betegcsoportba tartozó összes beteg friss ellenőrzése utáni) eredményeket.

1996 és 2002 között 35 bypass műtétet végeztünk alsó végtagi kritikus ischaemia miatt karvéna felhasználásával. 27 betegnél kizárólagosan véna-, míg 8-nál karvéna-műanyag composit-graftot használtunk. Reocclusio 6 (17,1%), amputáció 1 esetben (2,9%) fordult elő.

Az irodalmi adatokkal egyezően a karvéna alkalmazásával nyert korai és hosszú távú eredményeink jók. A térdízületet áthidaló rekonstrukciók során – saphena hiányában – a legeredményesebben használható autológ transplantatumnak a karvéna tartjuk.

K5

Kritikus ischaemia miatt végzett extraanatómiás bypass műtétek

DR. NAGY ANDRÁS, DR. REGÁLI LÁSZLÓ,
DR. SZIJÁRTÓ ATTILA, DR. NAGY EDINA
*Semmelweis Egyetem ÁOK, I. sz. Sebészeti Klinika,
Budapest*

A Semmelweis Egyetem ÁOK I. sz. Sebészeti Klinikáján évente mintegy 250 rekonstrukciós érműtét történik, amelyek mintegy 20%-a akut. Akut műtétként többször kényszerültek extraanatómiás bypass végzésére. Az extraanatómiás bypassok egyrészt korábbi műtéteink szeptikus szövődésének megoldásaként, másrészt a rossz általános állapotú betegek primer műtétként történtek.

1997. január és 2003. március között klinikánkon 61 beteg 62 extraanatómiás bypass végeztünk, melyből 16 volt akut, 46 volt elektív; 31 volt reoperáció, 31 volt primer műtét. Gyakorisági sorrendben: 28 femoro-femoralis crossover, 14 obturator, 14 axillo-femoralis, 5 axillo-bifemoralis és ritka megoldásként 1 subclavia-carotis bypass történt. Többségében alloplastikus protézist alkalmaztunk, két esetben autológ megoldásként saphena graft került beültetésre.

A műtétek után 5 esetben kényszerültünk amputációra és 4 beteget veszítettünk el.

Előadásunkban arra kívánunk rámutatni, hogy az esetek egy részében az akutan végzett extraanatómiás bypass teremti jó esélyt a beteg életének vagy végtagjának megmentésére.

K6

Angiológiai beavatkozást követő akut alsó végtagi ischaemia

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

A 100 méteres dysbáziás távolság miatt felvett és angiográfiás vizsgálatra küldött nőbetegnél a kimutatott hosszú szakaszú femoro-poplitealis elzáródás miatt a radiológus

kolléga ballondilatáció és stent behelyezés mellett döntött. A beavatkozás során és után a bal alsó végtagon súlyos akut komplett ischaemia alakult ki. A végtag állapotán az elvégzett lysis terápia sem segített. Érsebészeti műtét során a crurális erek szelektív embolektómiája történt, az elzáródott femoro-crurális szakasz áthidalásával. A műtét csak részleges eredményt hozott. A végtagot sikerült megmenteni, de a járástávolság csak 25 méter maradt.

Következtetés: az angioradiológiai beavatkozásnak helye van az érbetegek gyógyításában, de csak megfelelő, szigorú szakmai kritériumok mellett.

K7

Kritikus végtag-ischaemia kezelése perifériás artériás trombolízissel intenzív osztályunkon, 1982–2003 között

DR. HARSÁNYI ÁDÁM, DR. CSÁNYI ERIKA,
DR. TAKÁCS SÁNDOR, DR. KISS RÓBERT,
DR. SHEMAH ASSAF, DR. MAJOR LÁSZLÓ,
DR. MOLNÁR FERENC, DR. BOKORI GYÖRGY,
DR. DÖMÖTÖR GYÖRGY, DR. PRÉDA ISTVÁN
*Semmelweis Egyetem Kardiovaszkuláris Tanszék,
Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest*

Kulcsszavak: kritikus végtag ischaemia, perifériás artériás trombolízis.

A lokális, perifériás artériába helyezett katéterrel végzett trombolízist kritikus végtag-ischaemia kezelésére először 1982-ben alkalmaztuk. A kezelésre elsősorban ultimum refugiumként került sor, sebészi megoldásra alkalmatlan, egyébként amputációra ítélt esetekben. Az 1982-től 1994-ig végzett kezelések 44 esetéről 1995-ben számoltunk be. Az amputáció a betegek 89%-ában elkerülhetővé vált, a betegek 82%-ában jelentős javulás következett be.

1995 óta *Verstraete et al.* European Consensus Reportjának megfelelően a lokális kezeléseknél is nagy dózisokat alkalmazunk – többnyire a TOPAS tanulmányban alkalmazott sémát követjük –, azaz 4 órán át óránként 250 000 E urokináze után a kezelést 120 000 E-gel folytatjuk – az anterográd áramlás helyreállításáig, illetve maximum 48 órán keresztül. Eredményeink 70%-ot meghaladó megnyílási arányt mutattak.

A korábbiakhoz viszonyítva az interdisziplináris szemlélet jelentős előretöréséről számolhatunk be. A perifériás trombolízis egyre nagyobb számban valóban csak a kezelés első lépését jelenti, amely felfedi a kritikus végtag-ischaemiahoz vezető anatómiai eltéréseket és alkalmat teremt a későbbi PTA-ra vagy érsebészeti intervencióra. Nőtt azoknak az eseteknek a száma is, amikor az első lépésként alkalmazott PTA-t, vagy érműtétet egészítjük ki trombolízissel.

Következtetés: Saját eredményeink megerősítik, hogy a katéteres, perifériás artériás trombolízis disztális, nem túl régi (általában 2 héten belüli) okklúziókban, illetve akut, krónikus okklúziók jelentős részében elsőrendűen választandó vagy szekvenciálisan – első kezelési lépésként – alkalmazandó.

K8

Kezdeti tapasztalataink Heparin Na-mal végzett intratrombotikus lississal

DR. SZATMÁRI FERENC,
DR. KOLLÁNYI ANDRÁS, DR. BEÉRY IVÁN,
DR. GUBA ÁRON, DR. SZABÓ BÉLA,
DR. HOLJENCSIK TAMÁS
*Csolnoky Ferenc Kórház, Radiológiai Osztály,
Érsebészeti Osztály,
Veszprém*

Cél: Az akut artériás trombózis angiographiás vizsgálata során a trombotizált helyi ok gyakran nem kerül felismerésre. Jelentősebb gyógyszer- és eszközfelhasználás nélkül az invazív vizsgálat pontosabbá tehető, ami segít a beteg megfelelő kezelésének kiválasztásában is.

Beteganyag – módszer: 5 betegnél friss aorto-iliacalis, illetve aorto-femoralis elzáródást észleltünk. A diagnosztikus angiográfiával azonos ülésben vezetődrótot, majd oldalnyílásos katétert vezetünk a thrombotizált artériába, vagy graftba. A katéteren keresztül kézzel heparinos öblítő sőt fecskendezünk be, amíg a thrombus részleges vagy teljes feloldódását nem észleljük. Az így beadott Heparin Na mennyisége egy betegnél sem haladta meg a 7000 NE-t. (500 ml fiz. só/1 ml Heparin Na). A beavatkozás mind az artéria brachialis, mind az artéria femoralis felőli behatolásból is elvégezhető volt.

Eredmény: Az egy napos panaszokkal rendelkező betegeknél a vezetődrót és a katéter akadálytalanul bevezethető volt az elzáródott artériába vagy műérbe. A thrombus 500–700 ml heparinos sóval csaknem teljes egészében feloldható volt anélkül, hogy lokális, vagy szisztémás vérzés jelentkezett volna. A friss thrombusba vezetett katéteren keresztül a vérrög feloldása lehetővé tette a kiváltó tényező kimutatását, és így a beteg számára leginkább célszerű terápiás beavatkozás elvégzését.

Összefoglalás: A magasra terjedő friss artériás trombózisok kiváltó okának kimutatásában a diagnosztikus angiográfiával azonos ülésben történő Heparin Na-mal végzett intratrombotikus lysis a beteget fokozottabban nem terhelte meg, a végtagi ischaemiát azonnal csökkentette és hasznos segítséget adott a további kezelés eldöntésében.

K9

Fontaine III–IV. stádiumú betegek gyógyszeres fájdalomcsillapítása

DR. PENCZ ZOLTÁN, DR. KRISTÓF VERA,
DR. LACZKÓ ÁGNES, DR. SÁNTA GABRIELLA,
DR. SZAKÁLY ESZTER, DR. VARGA ERZSÉBET,
DR. SÁSDI ANTAL

*Péterfy Kórház, II. Belgyógyászat, Budapest
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest*

Az obliteratív verőérbetegség előrehaladott stádiumaiban lévő betegek jelentős részének időszakos vagy állandó fájdalmai vannak, annak ellenére, hogy napjainkban több mint ötven minor, illetve major analgeticum érhető el hazánkban. Súlyos verőérbetegség – a daganatos megbetegedésekhez hasonlóan – „krónikus fájdalmat” (definíció szerint: több mint hat hónapja fennálló fájdalmat) okozhat, melyhez vegetatív tünetek (alvászavar, étvágycsökkenés, depresszió stb.) társulnak. Amennyiben az alapbetegséget nem sikerül megfelelő mértékben gyógyítani, a „krónikus fájdalmat” önálló betegségként kell felfogni és kezelni.

Vizsgálatunk során felvételkor és távozáskor visual analóg skála és Beck-teszt segítségével meghatároztuk Fontaine III–IV. stádiumú betegeink körében a gyógyszeres fájdalomcsillapítás hatékonyságát. A WHO által ajánlott lépcsőzetes kezelést alkalmaztuk, figyelembe véve egyrészt a betegek speciális igényeit (kor, kísérő betegségek stb.), másrészt az egyes gyógyszer-csoportok különbözőségeit (dózis-hatás görbék, farmakokinetika, mellékhatás-profil stb.).

Eredményeink azt mutatják, hogy a felvételkor észlelt 70% körüli terápiás „sikertelenségen” rövid idő alatt jelentősen lehet javítani megfelelő kezeléssel (invazív eljárások alkalmazása nélkül!), és a betegek 60%-a tartósan, 25%-a pedig legalább a nap háromnegyed részében fájdalommentessé tehető.

K10

Akut alsó végtagi ischaemia ellátásának korszerű szemlélete

DR. JUHÁSZ GYÖRGY, DR. MÁTYÁS LAJOS
B.-A.-Z. Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Miskolc

A vizsgálat célja: olyan interdiszciplináris szemlélet bemutatása, melynek segítségével az akut alsó végtagi ischaemia műtői ellátása során korrekt, azonnali és egyszeri, hosszú távú megoldást tudunk biztosítani.

Módszereink: 5 éves periódusban 60 beteg esetében végeztünk akut alsó végtagi ischaemia miatt olyan beavatko-

zást, ahol a konvencionális sebészi ellátás mellett egy ülésben intervenció (dilatio, stenttel vagy anélkül) is történt. A 60 éves átlagéletkorú betegpopuláció 90%-ának műtéti lelete verőeres trombózisra utalt, leggyakrabban femoro-poplitealis vagy ilio-femoralis szinten. Komplet ischaemia esetén azonnal műtétet végeztünk, tolerábilis ischaemiás betegeinknél volt idő előzetes DSA-t készíttetni. A thrombectomiás-embolctomiás manőver után intraoperatív DSA következett, majd a talált lelet alapján döntöttünk intervenció vagy konvencionális érsebészeti technika mellett.

Eredményeink: 22%-ban észleltünk stent behelyezéssel, ritkábban bypass módszerrel korrigálható intraoperatív komplikációt. 20%-ban alakult ki postoperatív szövődmény (reocclusio, distalis embolisatio, vérzés). Egy végtagot veszítettünk el. Az egyéves átlagos követési idő alatt 10%-ban alakult ki reocclusio a thrombectomisált, dilatált érszakaszon. Ezen betegek többségénél rekonstruktív érműtétet végeztünk. Egy amputációra került sor.

Következtetések: a tolerábilis akut alsó végtagi ischaemiák esetében van időnk preoperatív DSA-t készíteni, komplett alsó végtagi ischaemia esetén artériás color doppler segíthet az embólia, illetve verőeres trombózis differenciál diagnosztikájában (falszerkezeti eltérés, thrombus kvalitása), de a magas időfaktor miatt azonnali műtétet végzünk. Minden olyan akut végtag ischaemia esetében, ahol a műtéti lelet bizonytalan (gyér beáramlás, bizonytalan kiáramlás, dissectio, perifériás embolisatióra utaló jel), intraoperatív DSA végzését okvetlenül szükségesnek tartjuk, s ezen objektív kép alapján kell döntenünk a további technikai lépésekről a korrekt, lehetőleg azonnali, definitív ellátás érdekében.

A supraaortikus verőérbetegségek kezelési lehetőségei (S)

Referátum

A supraaortikus értörzsek megbetegedéseinek sebészi kezelése

DR. MOGÁN ISTVÁN

Szent Imre Kórház, Érsebészet, Budapest

Az agyhoz futó arteriák megbetegedéseinek több mint 80%-át a carotis villa, illetve az arteria carotis interna patológiai elváltozásai adják. Így a referátum is kiemelt je-

lentőséget tulajdonít ennek a témának. Rövid történeti áttekintés után a szerző ismerteti az elmúlt évtizedek alatt bekövetkezett kivizsgálási algoritmus változásokat, a műtéti indikáció aktuális kérdéseit és a különböző műtéti technikákat. Ezt követően beszámol a hazai carotis sebészet állásáról, a közvetlen és késői műtéti eredményekről. A műtétek számának emelkedésével a restenosis egyre nagyobb számban való észlelésével is számolni kell, így ennek a területnek indikációs és terápiás lehetőségeit is taglalja.

A supraaortikus nagyértörzsek etiológiai hátterének bizonytalansága miatt oki terápia hiányában súlyos esetben változatlanul az invazív beavatkozás az elsődleges.

A műtéti indikáció kérdése jelentősen módosult, elsősorban a cerebrális direkt vagy kollaterális keringésének javítása, valamint a súlyos felső végtagi ischaemia kezelése a cél. Az aortaívból eredő nagyerek betegeinek kezelésében a műtéti technika és/vagy az intervenció koncepciója változott a leginkább. A hagyományos, kiterjesztett invazivitású rekonstrukciók helyett a „minimal” műtétek, illetve a radiológiai intervenció fejlődésével utóbbiak váltak az elsőként választandó eljárásokká. A „nil nocere” alapelv fokozottan érvényesül a régió sebészi kezelésének alapelveiben is. A körképek ritkasága miatt gyakorlat és tapasztalat nehezen megszerzhető, ezért a beavatkozások elvégzése speciális angiológiai centrumokban javasolt.

Referátum

Intervenciók az aortaív ágain

DR. HÜTTL KÁLMÁN

Semmelweis Egyetem ÁOK, Ér- és Szívsebészeti Klinika
Budapest

A világ gazdaságilag fejlett részén a szívbetegségek és a daganatos megbetegedések után az agyi ereket érintő betegségek számítanak a harmadik leggyakoribb haláloknak. Észak-amerikai adatok szerint 1,5 haláleset jut 1000 főre. Mortalitás mellett a morbiditási adatok is jelentősek. A stroke a leggyakoribb és rokkantsághoz, munkaképtelenséghez vezető neurológiai zavar, amely az idősödő népességet érinti. Az aortaív ágain, különösen az a. carotis internán végzett intervenciók beavatkozások előtérbe kerültek.

Az a. subclavia tüneteket okozó szűkületeinek kezelésekor intervenciók megoldások: stent, PTA az elsőként választandó kezelés. Az a. anonyma obliterációjakor általában a következő haemodinamikai változások alakulnak ki: a jobb a. vertebralisban és a jobb carotis internában is megfordulhat a keringés iránya (carotis recovery), vagy a jobb carotis communis a jobb vertebralis felől az a. subclavián át telődik. Dominánsan a carotis rendszer elégtelenségének megfelelő panaszok a jellemzők. De agytörzsi vérelvonásos tü-

során, mindazonáltal 1 rePTA-t (27 hónappal az első PTA-t követően) végeztünk szignifikáns restenosis miatt.

Következtetés: Az ACC intrathorakális szakasz szűkületeinek intervenciós radiológiai kezelése hatékony és biztonságos kezelési módszernek bizonyult.

S3

A nyaki nagyerek stent támogatott angioplasztikája: embólia védelem primer stent beültetéssel

DR. BERENTEI ZSOLT, DR. SZIKORA ISTVÁN,
DR. KULCSÁR ZSOLT, DR. MARTOS JÁNOS,
DR. NYÁRY ISTVÁN

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest

A vizsgálat célja: A percután angioplasztika a nyaki nagyér-szűkületek kezelésének eredményes módszere. Distális embólia elhárítására két módszer használatos: embolus szűrők, illetve áramlásmódosító ballonok, valamint elsődleges stent beültetés védelmében végzett angioplasztika. Munkánk célja, hogy az elsődleges stent beültetéssel szerzett tapasztalatainkat elemezzük.

Módszerek: 78 angioplasztika közül 71 carotis, 3 verteb-rális és 4 subclavia szűkület miatt történt. A betegség 47%-ban volt tünetképző, a szűkület átlagos mértéke 79,5% volt. Az esetek egyharmadában szignifikáns ellenoldali szűkületet vagy elzáródást találtunk. Minden esetben arra törekedtünk, hogy a stentet előtágítás nélkül vezessük át a szűkületen, angioplasztika pedig a már elhelyezett stent védelmében történjék. Előtágítást csak akkor végeztünk, ha a stent felvivő eszközét nem lehetett a szűkületen átjuttatni. Betegeinket klinikailag és duplex UH-vizsgálattal 6 hét után, majd fél évente ellenőrizzük.

Eredmények: A kisprofilú öntáguló stentek alkalmazása mellett előtágításra 70 esetben 6 alkalommal (8,6%) volt szükség. Neurológiai szövődmény a 78 esetben 3-nál fordult elő (3,8%): egy esetben hosszú katéterbevezető okozott carotis communis dissectiót, egy esetben egyidejűleg végzett intracranialis thrombolysis vérzést eredményezett, egy esetben pedig technikailag zavartalan angioplasztika után észleltük a korábban is fennálló memóriadeficit romlását. Így az angioplasztika kapcsán bekövetkező embolizációhoz köthető szövődmények száma egy (1,28%). Halálozás nem volt.

Következtetés: A viszonylag kis beteganyagon nyert tapasztalataink igazolják, hogy a stent védelmében végzett angioplasztika az esetek döntő hányadában technikailag lehetséges, továbbá, hogy e módszer mellett a distális embolizációhoz kapcsolható neurológiai szövődmények aránya igen alacsony.

S4

Carotis intervencióval szerzett tapasztalataink

DR. JUHÁSZ GYÖRGY, DR. MÁTYÁS LAJOS,
DR. LÁZÁR ISTVÁN
B.-A.-Z. Megyei Kórház, Miskolc

A vizsgálat célja: mintegy 60 beteg esetében végzett carotis intervenció tapasztalatainkat át bizonyítani azt, hogy megfelelő indikáció esetén a carotis intervenció a konvencionális műtét hasznos alternatívája.

Módszereink: 2001 szeptembere és 2003 áprilisa között 59 betegnél végeztünk carotis intervenciót. Ez a szám a hasonló időszakban végzett összes carotis rekonstrukció 35%-át jelenti.

A carotis stentet femoralis punctióból, local anesthesiában, guiding introduceren át helyeztük be, utódilatációval vagy anélkül. Válogatott esetekben protektív eszközt használtunk.

Eredményeink: a következő indikációk esetén végzünk carotis intervenciót:

- restenosis,
- ellenoldali occlusio,
- coronaria intervenció előtt,
- előzetes más nyaki feltárás,
- multilocularis supraaorticus elváltozás,
- nagy kockázatú narcosis.

5 esetben egy ülésben egyéb érterület radiológiai vagy sebészeti korrekciója is megtörtént. A betegek több mint felénél aszimptomás significans carotis stenosis volt a beavatkozás indikációja.

Két esetben volt intraoperatív transiens neurológiai szövődményünk. Egy betegnél észleltünk korai postoperatív neurológiai deficitet, 3 betegnél kardialis eredetű postoperatív komplikáció adódott. Az átmeneti postdilatációs bradycardiát és időnkénti vérnyomásesést nem tartjuk szövődménynek. Az utánkövetések során Duplex scant és nyaki natív RTG-t végeztünk. 1 betegnél 80%-os tünetmentes restenosis alakult ki, melyet jó eredménnyel redilatáltunk, egy beteget elvesztettünk.

Következtetés: az említett indikációs körbe tartozó betegek számára a carotis oszlás szűkületének intervencióval történő gyógyítása lényegesen kisebb kockázatot jelent, és a gold standardként számontartott konvencionális műtétek hasznos alternatívája.

Lényeges kérdés azonban a hosszú távú nyitva maradás problémája. Ezért megfelelő indikáció esetén szeretnénk olyan betegeket is kiválasztani, akiknél egyik oldalon műtétet, másik oldalon stent implantációt végzünk, az azonos biológiai rendszerben való összehasonlíthatóság végett. Jelenleg 4 ilyen páciensünk van.

netegyüttes, vagy felső végtagi claudicatio is jelentkezhet. Az a. anonyma laesio általában nem jár olyan heves tünetekkel, mint amit például a carotis interna esetén észleltünk, következményeként stroke igen ritkán alakul ki. Panaszok esetén a PTA vagy műtét elvégzése indokolt.

Tüneteket okozó a. vertebralis szűkületek kezelésénél stent beültetéssel jó morfológiai és klinikai eredmény érhető el, alacsony szövődmenyráta mellett.

Nagy érdeklődés övezi a carotis stentelést, azonban hiányzik a bizonyíték a biztonságosságáról, a hatékonyságáról és a tartósságáról. A viszonylag jó eredmények, amelyeket az eljárással elértek egyes centrumokban, reménykeltők és bátorítók, de tekintetbe kell venni, hogy az így elért eredmények képzett szakember bevonásával jöttek létre. Amíg klinikailag tanulmányok nem erősítik meg, addig a carotis angioplasztikát és stentelést azon betegek számára kell fenntartani, akik magas stroke kockázattal rendelkeznek, fontos kísérő betegségük van, ellenoldali okklúzió esetén, vagy olyan esetekben, amikor a sebészi megoldás különösen nehéz, mint korábbi nyakiideg-sérülés, magasan kraniális, vagy intratorakális szűkületeknél, korábbi műtét utáni restenózis, fibromuszkuláris diszplázia, irradiáció indukálta szűkületeknél. A carotis stentelés ilyen esetekben talán egy kevésbé invazív megoldást nyújt az endarterektómia helyett, amelyet elfogadhatónak, de nem bizonyítottanak kell tekintenünk. Az endarterektómia és a carotis stentelés szerepét megállapítani kívánó további kutatómunkák előmozdítása a cél, és ezt támogatni kell minden egészségügyi szakembernek, aki a betegellátás fejlesztésében érdekelt. Végül fontos, hogy legyen egy carotist érintő randomizált tanulmány, amely összehasonlíttja a stent behelyezést az endarterektómiával. Ennek a tanulmánynak az embólia védő használatával végzett beavatkozásokat kell kiértékelnie. Bár a gyors fejlődés miatt ez már megjelenésekor is egy túlhaladott technikai feltételekkel elvégzett intervencióról ad felvilágosítást. Jelenleg több ilyen tanulmány van folyamatban. Kiértékelés alatt áll a Carotid Endarterectomy Versus Stent Trial. Remélhető, hogy ezek megjelenése után a carotis intervenció elfogadottsága tovább nő.

S1

Az a. carotis interna extracranialis szűkületének kezelése stent-behelyezéssel

DR. VÖRÖS ERIKA, DR. SZENTGYÖRGYI RÉKA,
DR. SZTRIHA LÁSZLÓ, DR. BARZÓ PÁL,
DR. MAKAI ATTILA, DR. SAS KATALIN,
DR. PÓCSIK ANNA, SZIKRA PÉTER PHD HALLG.
DR. ELEK PÉTER, DR. PALKÓ ANDRÁS
*Radiológiai Klinika, Neurológiai Klinika,
Idegsebészeti Klinika, II. Belgyógyászati Klinika és
Kardiológiai Központ, Szeged*

A szerzők az arteria carotis interna (ACI) extracranialis szűkületének endovascularis kezeléséről számolnak be.

Endovascularis úton, azaz stent-beültetéssel 234 beteget kezeltek szignifikáns extracranialis ACI stenosis miatt. 8 restenosis kivételével elsődleges ACI szűkületekről volt szó. A szűkületek ellátása minden esetben öntáguló stenttel történt. A stent-beültetés az esetek 99%-ában volt technikailag sikeres. A beavatkozás alatt és az azt követő 30 napban a betegek 2%-ában észleltek maradandó idegrendszeri károsodást okozó szövődmenyt.

Az ACI extracranialis szűkületének endovascularis kezelése, technikai sikerességét és neurológiai szövődmenyrátáját tekintve, megfontolásra érdemes alternatívát kínál az endarterectomiával szemben.

S2

Az arteria carotis communis eredésének intervencióis radiológiai kezelése

DR. BÉRCZI VIKTOR,
DR. MOLNÁR ANDREA ÁGNES,
DR. NEMES BALÁZS, DR. VARGA DÁNIEL,
DR. SIMONFFY ÁRPÁD, DR. HÜTTL KÁLMÁN
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Országos Gyógyintézeti Központ,
Kardiovaszkuláris Tanszék,
Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest*

Célkitűzés: Az arteria carotis communis (ACC) intrathoracalis szakasz PTA/stentingje közép-, illetve hosszú távú eredményességének felmérése.

Módszerek: 1995–2002 között 68 betegnél (70 stenosis) (30 nő, 38 férfi; 56 baloldali, 14 jobboldali) ACC proximális szakaszának >80% stenosisainak PTA beavatkozását végeztük, 21 esetben stent beültetéssel. Embólusvédőt nem használtunk. Co-morbiditási faktorok: hypertensió (36 beteg), magas serum koleszterin- és trigliceridszint (27 beteg), diabetes mellitus (7 beteg). Az összes beavatkozást transzfemorális megközelítésből végeztük. Utánkövetés során neurológiai vizsgálatot és carotis duplex scan vizsgálatot végeztünk.

Eredmények: Primer technikai siker 98,6% volt. Egyetlen esetben nem lehetett a vezetődróttal átjutni a jobb ACC stenosison. Periproceduralis szövődmeny 8/68 esetben volt: 2 stroke, 6 TIA, 1 asthma cardiale. A beavatkozással összefüggésbe hozható halálozás nem volt (periproceduralis death/stroke arány 2,9%). Az utánkövetéses vizsgálat (33 beteg) neurológiai szempontból 16/3/1 arányban mutatott javulást / változatlan állapotot / romlást; 13 aszimptotikus beteg neurológiai státusza változatlan maradt. Az összes artéria (33) átjárható maradt átlagosan 33,1 hónap utánkövetés

során, mindazonáltal 1 rePTA-t (27 hónappal az első PTA-t követően) végeztünk szignifikáns restenosis miatt.

Következtetés: Az ACC intrathorakális szakasz szűkületeinek intervenciós radiológiai kezelése hatékony és biztonságos kezelési módszernek bizonyult.

S3

A nyaki nagyerek stent támogatott angioplasztikája: embólia védelem primer stent beültetéssel

DR. BERENTEI ZSOLT, DR. SZIKORA ISTVÁN,
DR. KULCSÁR ZSOLT, DR. MARTOS JÁNOS,
DR. NYÁRY ISTVÁN

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest

A vizsgálat célja: A percután angioplasztika a nyaki nagyér-szűkületek kezelésének eredményes módszere. Distális embólia elhárítására két módszer használatos: embolus szűrők, illetve áramlásmódosító ballonok, valamint elsődleges stent beültetés védelmében végzett angioplasztika. Munkánk célja, hogy az elsődleges stent beültetéssel szerzett tapasztalatainkat elemezzük.

Módszerek: 78 angioplasztika közül 71 carotis, 3 verteb-rális és 4 subclavia szűkület miatt történt. A betegség 47%-ban volt tünetképző, a szűkület átlagos mértéke 79,5% volt. Az esetek egyharmadában szignifikáns ellenoldali szűkületet vagy elzáródást találtunk. Minden esetben arra törekedtünk, hogy a stentet előtágítás nélkül vezessük át a szűkületen, angioplasztika pedig a már elhelyezett stent védelmében történjék. Előtágítást csak akkor végeztünk, ha a stent felvivő eszközét nem lehetett a szűkületen átjuttatni. Betegeinket klinikailag és duplex UH-vizsgálattal 6 hét után, majd fél évente ellenőrizzük.

Eredmények: A kisprofilú öntáguló stentek alkalmazása mellett előtágításra 70 esetből 6 alkalommal (8,6%) volt szükség. Neurológiai szövődmény a 78 esetből 3-nál fordult elő (3,8%): egy esetben hosszú katéterbevezető okozott carotis communis dissectiót, egy esetben egyidejűleg végzett intracranialis thrombolysis vérzést eredményezett, egy esetben pedig technikailag zavartalan angioplasztika után észleltük a korábban is fennálló memóriadeficit romlását. Így az angioplasztika kapcsán bekövetkező embolizációhoz köthető szövődmények száma egy (1,28%). Halálozás nem volt.

Következtetés: A viszonylag kis beteganyagon nyert tapasztalataink igazolják, hogy a stent védelmében végzett angioplasztika az esetek döntő hányadában technikailag lehetséges, továbbá, hogy e módszer mellett a distális embolizációhoz kapcsolható neurológiai szövődmények aránya igen alacsony.

S4

Carotis intervencióval szerzett tapasztalataink

DR. JUHÁSZ GYÖRGY, DR. MÁTYÁS LAJOS,
DR. LÁZÁR ISTVÁN
B.-A.-Z. Megyei Kórház, Miskolc

A vizsgálat célja: mintegy 60 beteg esetében végzett carotis intervenció tapasztalatainkat át bizonyítani azt, hogy megfelelő indikáció esetén a carotis intervenció a konvencionális műtét hasznos alternatívája.

Módszereink: 2001 szeptembere és 2003 áprilisa között 59 betegnél végeztünk carotis intervenciót. Ez a szám a hasonló időszakban végzett összes carotis rekonstrukció 35%-át jelenti.

A carotis stentet femoralis punctióból, local anesthesiában, guiding introduceren át helyeztük be, utódilatatóval vagy anélkül. Válogatott esetekben protektív eszközt használtunk.

Eredményeink: a következő indikációk esetén végzünk carotis intervenciót:

- restenosis,
- ellenoldali occlusio,
- coronaria intervenció előtt,
- előzetes más nyaki feltárás,
- multilocularis supraaorticus elváltozás,
- nagy kockázatú narcosis.

5 esetben egy ülésben egyéb érterület radiológiai vagy sebészeti korrekciója is megtörtént. A betegek több mint felénél asymptomás significans carotis stenosis volt a beavatkozás indikációja.

Két esetben volt intraoperatív transiens neurológiai szövődményünk. Egy betegnél észleltünk korai postoperatív neurológiai deficitet, 3 betegnél kardialis eredetű postoperatív komplikáció adódott. Az átmeneti postdilatációs bradycardiát és időnkénti vérnyomásesést nem tartjuk szövődménynek. Az utánkövetések során Duplex scant és nyaki natív RTG-t végeztünk. 1 betegnél 80%-os tünetmentes restenosis alakult ki, melyet jó eredménnyel redilatáltunk, egy beteget elvesztettünk.

Következtetés: az említett indikációs körbe tartozó betegek számára a carotis oszlás szűkületének intervencióval történő gyógyítása lényegesen kisebb kockázatot jelent, és a gold standardként számontartott konvencionális műtétek hasznos alternatívája.

Lényeges kérdés azonban a hosszú távú nyitva maradás problémája. Ezért megfelelő indikáció esetén szeretnénk olyan betegeket is kiválasztani, akiknél egyik oldalon műtétet, másik oldalon stent implantációt végzünk, az azonos biológiai rendszerben való összehasonlíthatóság végett. Jelenleg 4 ilyen páciensünk van.

S5

Carotis stent-beültetés által provokált haemodynamikai instabilitás

DR. MAKAI ATTILA, DR. VÖRÖS ERIKA,
DR. RUDAS LÁSZLÓ

SZTE ÁOK II. sz. Belgyógyászati Klinika
és Kardiológiai Központ

Belgyógyászati Intenzív Osztály, Radiológiai Klinika,
Szeged

24 betegnél végzett carotis stent beültetés során vizsgáltuk, hogy a cardiovascularis autonóm markerek mennyiben jelzik előre az intraprocedurális haemodynamikai instabilitást. A folyamatosan mért EKG és vérnyomás (Finapres) jeleket online digitalizáltuk, s utólag értékeltük. A pulzus-szám variabilitás mutatói közül 3 perces nyugalmi felvételek alapján az RR intervallum átlagot, standard deviációt (SDRR) és az RMSSD-t határoztuk meg. A spontán szekvenciák módszerével emelkedő és csökkenő szekvencia baroreflex szenzitivitási indexet (Up-BRS és Down-BRS) kalkuláltunk.

A stent utótágítása során 7 betegben észleltünk 3 másodpercet meghaladó asystolát, alcsoportjukat a 17 nem asystolés beteg alcsoportjával hasonlítottuk össze. Összehasonlítottuk a nyugalmi és intraprocedurális systolés vérnyomásait (SBP), és meghatároztuk a vérnyomáscsökkenés mértékét (Δ SBP). Az asystolés csoportban 3 esetben pre-syncope miatt gyógyszeres kezelésre került sor.

	Asystolés	Nem asystolés	p
Asystole tartam (sec)	7,2 $\pm$ 3	–	–
RR átlag (ms)	788 $\pm$ 70	840 $\pm$ 81	NS
SDRR (ms)	28 $\pm$ 10	25 $\pm$ 8	NS
RMSSD (ms)	13 $\pm$ 8	14 $\pm$ 5	NS
Up-BRS (ms/Hgmm)	3,4 $\pm$ 2	3,3 $\pm$ 2	NS
Down-BRS (ms/Hgmm)	3,7 $\pm$ 1	4,4 $\pm$ 2	NS
Nyugalmi SBP (Hgmm)	147 $\pm$ 26	154 $\pm$ 31	NS
Minimum SBP (Hgmm)	71 $\pm$ 31	120 $\pm$ 34	<0,003
Δ SBP (Hgmm)	76 $\pm$ 27	34 $\pm$ 29	<0,003

Megállapítások: carotis stent beültetés során a betegek egyharmadában jelentkezik 3 secundumot meghaladó asystolia. Az asystolét jelentős vérnyomáscsökkenés kíséri, de a vérnyomáscsökkenés a nem asystolés betegek 45%-ában is meghaladja a 30 Hgmm-t. A haemodynamikai instabilitás átmeneti, azonban folyamatos haemodynamikai monitorozás szükséges. A procedura előtt mért cardiovascularis autonóm markerek nem alkalmasak a haemodynamikai instabilitás előrejelzésére.

S6

Szívűtéttel egy ülésben végzett arteria carotis interna rekonstrukciók

DR. MIHALOVITS GÁBOR, DR. SIPKA RÓBERT,
DR. VANGEL RÓBERT, DR. PALÁSTHY ZSOLT,
DR. BOGÁTS GÁBOR

SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály,
Kardiológiai Centrum, Szívsebészeti Osztály, Szeged

Bevezetés: a coronaria-sebészet szövődményei között jelentős százalékban szerepel a műtét alatt, illetve a műtét után kialakult cerebrovascularis laesio, esetleg fatális kimenetelű stroke. Ugyanakkor a carotis-műtétek peri- és posztoperatív mortalitásában vezető helyen szerepel a myocardialis eredetű halálok. Kézenfekvő tehát, hogy a két betegség együttes előfordulásával számolni kell.

Célkitűzés: a szerzők irodalmi áttekintést nyújtanak az egy ülésben végzett carotis és coronaria bypass műtétekről, szerzett tapasztalataikat ismertetik.

Beteganyag, módszerek: szimultán rekonstrukciót végeztünk (ACI+CABG) instabil angina pectoris, kritikus coronaria-morfológia és significans, akár asymptomaticus, carotisstenosis együttes jelenléte esetén.

Eredmények: 1998–2002 között 55 szinkron műtétet végeztünk. A perioperatív időszakban fatális kimenetelű stroke nem fordult elő, illetve AMI következtében beteget nem veszítettünk el carotis-műtét kapcsán. A fenti betegcsoportnál egy ülésben végzett ACI+CABG műtét csökkenti a stroke előfordulási arányát, szemben a CABG és az ezt követően elvégzett ACI műtéttel, valamint csökkenti az MI előfordulási arányát ACI műtét és ezt követően második ülésben végzett CABG műtéttel szemben.

Megbeszélés: nagy hangsúlyt kell fektetni a carotis-műtétre kerülő betegek előkészítésében a myocardialis status kivizsgálására, illetve a coronaria-műtétre váró betegeknél a carotisrendszer extracranialis szakaszának rutinszerű Duplex-UH szűrésére. A korrekt kivizsgálást követően a megfelelő indikációval vagy szimultán műtétet végzünk, vagy stabil krónikus angina és significans carotis stenosis együttes jelenléte esetén első ülésben carotis-rekonstrukció és második ülésben coronaria bypass műtét jön szóba.

S7

**Kvantitatív agyi vérátfolyás rezerv
vizsgálatok 99mTc-HMPAO
SPECT-tel nyaki verőér szűkületben**

DR. OLVASZTÓ SÁNDOR, DR. GARAI ILDIKÓ,
DR. VARGA JÓZSEF, DR. TÓTH CSABA,
DR. CSIKI ZOLTÁN, DR. SZOMJÁK EDIT,
DR. GALUSKA LÁSZLÓ

*Debreceni Egyetem OEC, I. sz. Sebészeti Klinika,
Nuclear Medicina Tanszék, III. Belgyógyászati Klinika,
Debrecen*

A carotis endarterectomia hatékonyan megelőzi az akut agyi infarktus és transiens ischaemiás roham kialakulását a súlyos carotis stenosisban szenvedő betegeknél. Multicentrikus tanulmányokban megállapították, hogy a carotis endarterectomia jelentősen csökkenti az azonos oldali agyi infarktus kockázatát a 70–99%-os a. carotis interna stenosisos betegek körében. A carotis endarterectomiát minden olyan betegnél ajánlatos elvégezni, akinek tünetei vannak, a stenosis 70%-nál nagyobb, kétoldali 50%-nál nagyobb stenosisa van, 50%-nál nagyobb stenosis mellett az ellenoldali elzáródott, ha a carotis plakkk kifehélyesedett, valamint ha a beteg szív- vagy nagyobb általános vagy érsebészeti műtét előtt áll. A carotis endarterectomia egyik – szerencsére nem túl gyakori – szövődménye a perioperatív agyi infarktus vagy halál. A sikeres műtét kimenetele attól is függ, hogy mennyire ismerjük a beteg agyi keringési állapotát.

A rutinszerűen elvégzendő vizsgálatok (kórtörténet, fizikális status, laborparaméterek, carotis duplex-UH, CT/MRI, angiográfia) mellett a műtėti tervezéshez, valamint a kockázati tényezők pontosabb felméréséhez ezért van szükség az agyi perfúziós viszonyok, főleg az agyi perfúzió rezerv kapacitás minél objektívebb megítélésére. Munkacsoportunk az agykérgi vérátfolyás (CBF) kvantitatív mérésére már korábban non-invazív nukleáris medicinai módszert dolgozott ki. Jelen tanulmányunkban ezzel a módszerrel a carotis stenosis miatt műtétre kerülő betegek agyi perfúziós rezerv kapacitását vizsgáltuk acetazolamin provokációval végzett kvantitatív Tc-99m-HMPAO SPECT-tel a műtét előtt és hónapokkal a műtét után. A vizsgálatban 13 beteg (11 férfi és 2 nő) vett részt, akiknek anamnézisében nem szerepelt agyi történet és a legalább egyoldali szignifikáns (70%) carotis szűkületüket kontrasztanyagossal angiográfia is megerősítette. 6 betegben jobb oldali, 5 betegben bal oldali carotis interna endarterectomia történt. (2 betegnél nem történt műtét.) Kontrollvizsgálat átlagosan 22,9 hónap múlva történt. A műtét előtt egy alap és egy Diamox terheléses agyi perfúziós SPECT vizsgálat történt Tc-99m-HMPAO-val. A követés során csak Diamox terheléses vizsgálatot végeztünk.

Eredményeink: a műtét előtti alapvizsgálatnál a féltekei perfúzióban nem találtunk szignifikáns oldal különbséget az egészségesekhez viszonyítva. Míg egészségeseknél Diamox hatására átlagosan 20%-kal megnövekedett globális perfúziót mértünk, addig a carotis stenosisban szenvedőknek a műtét előtt nem volt mérhető rezerv kapacitása. A követés során a műtéten átesett ugyanezen betegek Diamox terhelésben mért perfúziójában sem észleltünk szignifikáns javulást. Vizsgálatunkból úgy tűnik tehát, hogy a carotis műtétek embolizációs preventív hatása vitathatatlan ugyan, de az agyi perfúziós rezerv kapacitás számottevő javulását méréseink nem igazolták.

S8

A carotis restenosis rizikófaktorai

DR. SZABÓ ATTILA, DR. DÓSA EDIT,
DR. RUGONFALVI KIS SZABOLCS,
DR. APOR ASZTRID, DR. ENTZ LÁSZLÓ,
DR. FÜST GYÖRGY

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

Tárgy: vizsgálatunk célja a carotis endarterectomiát követő restenosis ráta meghatározása, valamint annak kialakulását előre jelző szérumban markerek keresése volt.

Anyag és módszer: prospektív, nem randomizált vizsgálatunk alapját 136 (90 férfi, 46 nő; átlagéletkor: 68,2 év) 2000–2001 között carotis eversio endarterectomián átesett beteg képezte. A műtét előtt és után (4. nap, 6. hét, 1. év) lipidprofilt, hsCRP-t és fibrinogént határoztunk meg a betegek szérumból. A stenosis, illetve a restenosis mértékének megítélésére (preop.; postop. 6. hét; 6. hónap; 1. év) carotis duplex scan (ATL Ultramark 9) vizsgálatot végeztünk.

Eredmények: a nyomon követés során 7-en exitáltak, 11 betegnél szignifikáns (70%), 20 betegnél pedig mérsékelt fokú (50–70%) restenosis alakult ki. A műtétek után átlag 511,8 nappal a nem restenosisos és restenosisos csoport összehasonlítása során szignifikáns különbséget észleltünk a hsCRP ($p < 0,0001$), a fibrinogén ($p = 0,0008$) és a szérumban összkoleszterin/HDL koleszterin arány ($p = 0,0035$) tekintetében. A nem restenosisos csoportban a preoperatív értékekhez képest a hsCRP és a fibrinogén szint szignifikáns csökkenését figyeltük meg ($p < 0,001$). Ilyen változás a restenosisos csoportban nem volt.

Következtetés: a sikeres endarterectomia, a restenosis hiánya a hsCRP és a fibrinogén szint szignifikáns csökkenését eredményezte a postoperatív időszakban. Ez a változás, illetve ennek hiánya felveti bizonyos gyulladáshoz kapcsolódó komponensek és a véralvadási rendszer egyes tagjainak szerepét a restenosis kialakulásában.

S9

Restenosis gyakorisága és kezelése carotis interna rekonstrukció után – intervenció vagy műtét?

DR. SIMÓ GÁBOR

Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

A carotis rekonstrukció hosszú távú eredményét két esemény befolyásolhatja kedvezőtlenül: 1. azonos oldali neurológiai tünet (extracranialis morfológiai elváltozással vagy anélkül), 2. az operált érszakasz területén kialakuló restenosis. Feldolgozásunk az utóbbi vonatkozásban vizsgálja eredményeinket.

Módszer: a szerző 1993–2002 között 860 carotis rekonstrukciót végzett. Az átlagos életkor 64,2 év, a nemek aránya 68:32 (férfi/nő). Az általános műtéti technika everziós endarterectomia volt, shunt behelyezés szelektíven történt az intraoperatív transjugularis oxymetria monitoring alapján. A perioperatív kombinált stroke+mortalitás arány 1,03%. Az átlag utánkövetési idő 56 hónap (6–112). 690 betegről áll rendelkezésre adat az utánvizsgálatok alapján, amely hathavonta fizikális és duplex UH vizsgálatból áll.

Eredmények: 55 (8%) restenosis került észlelésre, ezek közül 29 (4,7%) nem szignifikáns (<70%), 21 (3%) szignifikáns és 6 (0,8%) occlusio. Nem mutatható ki statisztikai különbség a restenosisos, illetve restenosis nélküli csoport között nem, életkor, rizikófaktorok vonatkozásában. Az utóbbi két csoportban egy esetben definitív stroke (occlusio), két esetben ismétlődő TIA jelentkezett. Műtét vagy intervenció tünetes betegnél vagy subocclusív restenosis miatt történt. 14 esetben végeztünk beavatkozást, ezek közül 6 esetben intervenció, 8 esetben nyitott műtéti megoldás történt.

Következtetés: a restenosis morfológiája és a primer műtét óta eltelt idő alapján három etiológia különböztethető meg:

1. Technikai hiba következtében kialakuló segmentalis restenosis (visszamaradt intima lépcső, kirekesztő okozta intima megtörés a carotis communisban, helytelen reimplantáció).

2. Neonintimális hyperplázia következtében kialakuló diffúz restenosis, amely általában a teljes operált felszín érinti. Mindkét esetben az érintett terület belfelszíne hyalin, sima, amely magyarázza a neurológiai tünetek ritkaságát.

3. Arteriosclerotikus progresszió, amely durva, thrombogen belfelszíne folytán tünetképző lehet, ezért invazív beavatkozást tehet szükségessé.

A műtéti vagy intervenciós beavatkozás kiválasztása mindig egyedi mérlegelés alapján, az érsebész, intervenciós radiológus és neurológus konszenzusán alapszik.

Endovasculáris intervenciók (I)

Referátum

Endovasculáris intervenció.

Technika, utógondozás, új kezelések

DR. KOLLÁR LAJOS

Pécsi Tudományegyetem

Orvostudományi és Egészségtudományi Centrum

Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Tanszék

Az általános sebészetben létjogosultságot nyert minimal invazív technikák az érsebészetet sem hagyták érintetlenül. Az érsebészetben a minimal invazitást az endovasculáris sebészet fejlődése tette lehetővé. A hagyományos érsebészeti beavatkozások jól kiegészíthetők az invazív radiológiai technikák lehetőségeivel. Az intraoperatív transluminális angioplastica (ITA) lehetővé teszi a rekonstruált érszakasztól proximálisan vagy distálisan történő ballondilatációval a megajánlás illetve a kiáramlási pálya javítását. Stent implantációval a fenti beavatkozások hosszú távú nyitva maradásai rátája javítható. A szerző ismerteti a PTE/OEC/ÁOK Sebészeti Tanszékén elvégzett ITA, illetve stentgraft technika indikációit, technikáját és eredményeit. Az elvégzett utánvizsgálatok alapján megállapítható, hogy az endovasculáris beavatkozásokkal kiegészített érsebészeti műtétek a beteg számára lényegesen kisebb műtéti megterhelést jelentenek. Javítják a hosszú távú eredményeket, továbbá, hogy a súlyos cardiorespiratorikus állapotban lévő betegeknél az egyetlen életesélyt jelentik.

Referátum

Vascularis intervenció a radiológus gyakorlatában

DR. LÁZÁR ISTVÁN

B.-A.-Z. Megyei Kórház, Radiológiai Intézet, Miskolc

A vascularis intervenció az elmúlt időszakban jelentős változásokon ment keresztül. A nemzetközi gyakorlatnak megfelelően átrendeződés kezdődött bizonyos érbetegségek, érterületek kezelési gyakorlatában, a beavatkozók személyében. Egyre inkább prioritást kapnak a kombinált (endovasculáris és azonos ülésben nyílt műtéttel végzett) technikák. Az intervenciós radiológusok mellé ezért a növekvő igények és a felkészült radiológusok hiánya felzárkózásra kész-

teti az érsebészeket. Mindemellett megindult a DSA géppark tovább nem odázható cseréje, és egyre több jó minőségű sebészeti mobil képerősítő tesz lehetővé intraoperatív intervenciók beavatkozásokat országsszerte. Ezzel egyidejűleg kapnak szélesebb körű ismertséget és elismertséget az endovasculáris technikák, amelyeket a betegek és – mióta ők is csinálják – a sebészek is nagyobb bizalommal fogadnak, egyre inkább spontán igényelnek.

Jelentős technikai újítások, hatékonyabb gyógyszerek segítik a munkánkat. Az intervenciók eszközök többsége minimális profilal bevezethető. 6F fölötti stent átmérővel ma már nem nagyon lehet piacon maradni, s ezt az „üzenetet” a cégek villámgyorsan megértették. A szükségszerűen nagyobb, 7–11F-es punctios nyílások biztonságos zárására pedig több eszköz (szabályozott kompressziót kifejtő, illetve punctios nyílást varró gép) is hozzáférhetővé vált. Sajnos ezek továbbra sem finanszírozottak, segítségükkel mégis egyre kézzelfoghatóbbá váltak például az ambuláns módon végzett percután intervenciók is.

Az endovasculáris terápia hosszabb távú eredményeiben ugyancsak komoly előrelépést eredményeznek a kifinomultabb eszközök, valamint a radiológusok gondolkodásának érezhető változása. Ami az eszközöket illeti: 2003-ban egy jól felszerelt intervenciók labor fel van készülve az infrapoplitealis angioplasztikától a carotis stentelésig, a Chimino-fistula desobliterálástól bármely érterületen végzett vértést csillapító embolizációig minden eshetőségre. Az esetleges – de a növekvő invazivitással törvényszerűen bekövetkező – szövődmények elhárítására ott vannak a korszerű idegentest fogók, a stent-graftok, a különböző embolizációs eszközök, a human eredetű, illetve rekombináns thrombolyticumok. Egy-egy komplikáltabb esetet ma már nem azért utasítunk el, mert nem tudnánk kivitelezni, hanem mert a – legtöbbször nem finanszírozott – költségei esetleg többszörösen meghaladnák az alternatív sebészi megoldását. A privatizációnak még csak a szele érte el a vasculáris intervenciók szakmát, de a „gazda” szemléletet már most be kell építenünk a mindennapjainkba. Ez persze nap mint nap fájdalmas konfliktusokat eredményez, mert nagyon sokszor a beteg számára kisebb megterhelést jelentő beavatkozásról kell lemondanunk.

Az utánkövetés, a beteg gondozásának szükségessége mára minden kolléga előtt nyilvánvaló, az intervenciók radiológus is a szó szoros értelmében kezelőorvossá vált. Előnye, hogy a noninvazív technikákban is jártasan az utánkövetésben eredményesebb lehet, nagy hátránya viszont, hogy nincs rá kapacitása, vizsgálója, adott esetben gyógyszerrendelési joga.

Több területen érezhető, hogy a katéteres kezelés nem csak híd egy később végrehajtott műtéig, nem csak a minimál invazivitás előnyei miatt alkalmazott, hanem a műtétekkel egyenértékű, hosszú távon is jó eredményeket adó alternatív beavatkozás. A folyamatban lévő randomizált, a sebé-

szi és katéteres kezeléseket összehasonlító számtalan tanulmány részeredményei megerősítik az endovasculáris szakemberek mindennapi meggyőződését a módszer helyességében. Például az intracranialis aneurysmák ellátásában volt már példa arra is, hogy egy study-t leállítottak, mert a sebészi kar eredményei annyival rosszabbak voltak, hogy etikátlan lett volna folytatni. Következésképp az endovasculáris módszer számos betegségsz csoportban elsőként választandóvá, illetve a sebészi kezelés elválaszthatatlan kiegészítőjévé kellene, hogy előlépjön. Ennek a szakmai iránynak azonban jelentős gátjai az alulfinanszírozottság, a paraszolvencia egzisztálása (virágzása?) és a radiológusok egyre aggasztóbb hiánya.

A vasculáris intervenció összességében alighanem jóval előbbre tart, mint azt néhány éve előre láthattuk, de a szakmaiság érveit, a beteg érdekét sokkal jobban kellene tudnunk érvényesíteni a finanszírozással szemben. Ehhez pedig legelőször – itt a kiváló alkalom – szakmai konszenzusokra van szükség.

II

Kontrasztanyag MR-angiográfia, mint fő preoperatív képalkotó eljárás: tapasztalataink 536 vizsgálat kapcsán.

DR. BALÁZS GYÖRGY, DR. KATONA GYÖRGYI,
DR. KALINA ILDIKÓ, DR. TÓTH ATTILA,
DR. DÉVAI TÜNDE, DR. BAJZIK GÁBOR,
DR. HORVÁTH LÁSZLÓ, DR. P. NAGY ZOLTÁN,
DR. BARSÍ PÉTER, DR. NEMES ATTILA,
DR. HÜTTL KÁLMÁN

*Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Radiológiai Diagnosztika, Budapest*

A vizsgálat célja. Intézetünkben 2002. október 1. és 2003. április 30. között 536 kontrasztanyag MR-angiográfia (CE-MRA) vizsgálatot végeztünk. Ebből a hagyományos angiográfián és/vagy műtéten is átesett betegek anyagát dolgoztuk fel.

A vizsgálatnál használt módszer. 22 esetben angiográfia, 117 esetben műtét, 18 esetben mindkettő történt intézetünkben a CE-MRA után. Ezek leírását vetettük össze az anatómiai viszonyok és stenosisok vonatkozásában a CE-MRA vizsgálatok leírásával.

Eredmények. 92 carotis TEA, 22 aorta és iliaca aneurysma rekonstrukció, 2 stent-graft implantáció és 8 alsó végtagi revascularisatio műtét mindegyike esetében a CE-MRA helyes anatómiai ábrázolást nyújtott. Ezen belül 6 esetben az ICA stenosis mértékét a CE-MRA enyhén túl-, 3 esetben enyhén alábecsülte. A supraaorticus artériák proximális szakaszán 4 esetben véleményeztünk stenosiszt, amit angiográ-

fia nem erősített meg. Fals negatív leletre stenosisok vonatkozásában nem derült fény. A fals pozitív leletek és pontatlan stenosis becslések nagyrészt technikailag korlátozott értékű vizsgálatok során születtek.

Következtetések. A CE-MRA a műtéti indikáció megállapítására alkalmas képalkotó eljárás, amely a hagyományos angiográfiát a nagyerek anatómiai viszonyai vonatkozásában teljes értékűen helyettesíti. Stenosis mérésre szemikvantitatív módon alkalmas, ami duplex UH-vizsgálattal kiegészítve nagy pontosságúvá tehető. Esetleges hibaforrásai dedikált vizsgálati technika, folyamatos minőségellenőrzés és kritikus értékelés mellett minimalizálhatók.

I2

Our experience with endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm with talent stent-graft

DR. MASKOVIC JOSIP, DR. CAMBJ SAPUNAR L.
Department of Diagnostic and Interventional Radiology Clinical Hospital, Split

Purpose: To evaluate our experience with treatment of AAA with Talent stent-graft placement.

Patients and methods: From October 1999 through April 2003, at the department of Diagnostic and Interventional Radiology in Split, 32 patients (31 man, 1 woman) were treated with endovascular repair of AAA with Talent stent-graft. Mean age of the patients were 72 years (range, 65–77 years). Aneurysm diameter in all patients were 5 cm (average diameter were 6.9 cm, range, 5.5–10.4 cm). In one patient procedure was done under general anesthesia, all other patients (96.9%) were treated under epidural anesthesia. Standard follow-up included spiral CT at 24 hours, 1-, 3-, 6-, 9- month after stent-graft placement arteria then 6 and 12 months intervals thereafter. The mean follow-up was 17 months. Average hospital stay after the intervention was 7–9 days.

Results. The stent-grafts were successfully deployed in all patients. In 2 patients embolization of hypogastric artery and in one patient embolization of lumbar artery was performed prior to endovascular grafting to prevent endoleak Type II. Control spiral CT 24 hours after the procedure revealed endoleak in 5 patients (15.6%) and systemic heparinization in these patients was withdrawn. Spiral CT follow-up on 7th day following the intervention showed that in 4 patients endoleak spontaneously stopped and in one patient small endoleak was seen, but it also stopped within a month following the intervention. In two patients (6.3%) acute thrombosis of iliac graft extensions was diagnosed a month after the intervention. In both cases successful endovascular

lar thrombolysis was performed with complete arterial recanalization and good clinical outcome. In one patient (3%) in our series, progression of atherosclerotic disease resulted in migration of the stent-graft two years after the successful placement of the graft. Reintervention was done with successful deployment of additional aortic extension of the stent-graft. Average reduction of aneurysm diameter was 8.2 mm (range, 0–32 mm).

Conclusion: Endovascular treatment of AAA with Talent stent-graft is a safe and effective procedure. In patients with well defined indication it is safe alternative to open surgery procedure.

I3

Akut tüneteket okozó aorta aneurysma endovascularis kirekesztése

DR. MÁTYÁS LAJOS, DR. JUHÁSZ GYÖRGY,
DR. LÁZÁR ISTVÁN
B.-A.-Z. Megyei Kórház, Érsebészeti Osztály, Miskolc

A vizsgálat célja: értékelni-elemezni a tünetes és rupturált (akut tüneteket adó) infrarenalis és thoracalis aorta aneurysmák endovascularis kezelési lehetőségeit.

Módszereink: 2000 júliusa és 2003 áprilisa között 8 betegnél alkalmaztuk az endovascularis kirekesztést. A haemodynamikailag stabil betegeknél preoperative CT és mérőkatéteres angiographia történt. A praeshockos hypotensiv betegeknél preoperatív CT-t és intraoperatív angiographiát végzünk. Az implantáció kezdetben kombinált regionális analgesiában, majd bevezető local analgesia után graft implantációt követően ITN-ban történt. A thoracalis aneurysmát ITN-ban végeztünk. 6 betegnél aorta uni-iliacalis stentgraftot implantáltunk, kiegészítve ilio-femorális cross-over bypasssal. Egy esetben bifurcatios és a thoracalis szakaszon tube graft implantáció történt.

Eredmények: a nagy műtéti kockázatú és esetenként akut állapotú betegeknél technikailag minden esetben sikeres beavatkozás történt. Az átlagos műtéti idő 139' (90–200) volt.

Intraoperatív komplikációt nem észleltünk. Korai posztoperatív szövődmény miatt három esetben másodlagos sebészeti beavatkozást végeztünk, két betegnél kompresszió miatt kellett a haematómát kiüríteni, egy esetben mechanikus ileus miatt bélresectiot végeztünk. Egy beteget veszítettünk el korai és egyet késői posztoperatív időszakban. A beavatkozást túlélő betegeinket saját protokollunk szerint követjük és az eltelt időben komplikációt nem észleltünk.

Következtetés: elemzésünk és eddigi eredményeink alapján a módszer szelektív (haemodynamikailag stabil) aorta rupturáknál eredményesen alkalmazható, és összehasonlítva

a hagyományos sebészi lehetőséggel, kedvezőbb mortalitási arányt eredményezett. A megvalósításhoz speciálisan felépített logisztika szükséges, beleértve a technikai, személyi és anyagellátási igényeket.

I4

Kontrasztanyag MR-angiográfiával szerzett tapasztalataink stent-graft beültetések során

DR. KALINA ILDIKÓ, DR. BALÁZS GYÖRGY,
DR. BAJZIK GÁBOR, DR. NEMES ATTILA,
DR. HÜTTL KÁLMÁN

*Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Radiológiai Diagnosztika, Budapest*

Intézetünkben 2002. október 1. és 2003. április 15. között két thoracalis és egy abdominalis stent-graft implantáció előtt történt kontrasztanyag MR-angiográfia (CE-MRA), melyek után minden esetben kontrasztanyag légzésvezérelt axiális síkú szekvenciák is készültek. A módszer mindhárom esetben helyes anatómiai ábrázolást nyújtott.

6 beteg kontrollvizsgálata során, akiknél korábban történt az implantáció, endoleak-et vagy egyéb szövődményt nem találtunk.

A CE-MRA a hagyományos mérőkatéteres angiográfiát nem helyettesítheti, azonban posztkontrasztos szekvenciákkal kiegészítve, melyek a CT-vizsgálathoz hasonló információt nyújtanak, megbízható módszer a morfológiai viszonyok pontos ábrázolására.

A módszer utánkövetésre is alkalmas. Szövődmény gyanúja esetén a CE-MRA a hagyományos angiográfiánál kisebb megterhelést jelent a beteg számára. A késleltetett technikával elvégzett CE-MRA-val, esetleges kicsiny endoleak ábrázolására, még nincs elég tapasztalatunk.

I5

A hasi aorta páratlan zsigeri ágainak intervenciós radiológiai és sebészi kezelése

DR. NAGY ENDRE, DR. SIPKA RÓBERT,
DR. MORVAY ZITA

*Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi
Kar, Radiológiai Klinika és Sebészeti Klinika*

A truncus coeliacus és az arteria mesenterica superior intervenciója és sebészi kezelése a kifejezetten nehéz feladatok közé tartozik. Az indikáció és a beavatkozások technikai kivitelezése egyaránt nagy körültekintést igényel.

Célunk: az általunk végzett 13 radiológiai intervenció és 14 sebészi beavatkozás indikációjának és eredményességének összevetése.

Anyag és módszer: intézetünkben az elmúlt 6 év során 6 a. mesenterica sup. intervenciót (3 ballon-katéteres tágítás és 3 stent implantáció), 7 tr. coeliacus implantációt (4 ballon-katéteres tágítás és 3 stent implantáció) végeztünk. Hat betegben történt a. mesenterica superior thrombectomia, 6 betegben foltplastika (2 az a. mesenterica superioron, 4 a tr. coeliacuson) 2 betegben pedig tr. coeliacus bypass. Az indikáció a 6 thrombectomiás esetben érelzáródás, egy resectio, reimplantáció esetén aneurysma, a többi esetben subtotalis stenosis volt. Az elváltozások kimutatásában és főleg a noninvasív nyomkövetésben jelentős szerep jutott a duplex Doppler ultrahang-vizsgálatnak és a CT angiográfiának.

Eredmények: tr. coeliacus tágítás után 2 esetben rövid időn belül restenosis jött létre, egy tr. coeliacus stentelés után, melyhez 2 db stentet használtunk, néhány hónap múlva a centrális helyzetű stent perifériás végével a másik stentbe akadva az aortába fordult ki. A többi intervenciós esetben jó kezdeti eredményességet és hosszú távú nyitva maradási tapasztaltunk. Sebészi megoldásra azokban az esetekben került sor, ahol az intervenció nem volt kivitelezhető, restenosis jött létre, egyértelmű volt, hogy a tr. coeliacus szűkülete oka a lig. medianum arcuatum okozta leszorítás, illetve a tr. coeliacus elzáródása miatt a máj és a lép vérellátása az a. mesenterica sup. első ágának aneurysmáján keresztül történt. A sebészi megoldások szintén jó hosszú távú nyitvamaradást biztosítottak.

Következtetés: az intervenciós radiológiai gyógykezelések minden olyan esetben jó eredményre vezetnek és bátran ajánlhatók, amikor a páratlan zsigeri artéria főtrunks szűkületét nem külső leszorítás okozza. Ez utóbbi esetekben ballon-katéteres tágítás esetén restenosis, stentelés után pedig a stent elvándorlása várható, így eleve sebészi megoldás indikált. Kollaterális keringés, tr. coeliacus elzáródásakor mindig azt a módszert kell választani, amely egyértelműen biztosítja a máj, a belek és lehetőleg a lép vérellátását egyaránt.

I6

Felső végtagi dialysis fistulák szűkületeinek intervenciós radiológiai ellátása

DR. BÁNSÁGI ZOLTÁN, DR. TÓTH ANDREA,
DR. KURUCZ JÓZSEF, DR. BURGER MÓNICA
*Fővárosi Önkormányzat Péterfy S. u.-i Kórház
Röntgen Osztály, Intervenciós Részleg*

Cél: a veseelégtelenségben szenvedő betegek életét biztosító művese kezelés alapvető feltétele a jól működő vér-

nyerési hely (fistula vagy graft). Előadásunkkal fel szeretnénk hívni a figyelmet a natív fistulák intervenciós radiológiai ellátásának jelentőségére és lehetőségeire.

Módszer: osztályunkon 2000. június 30. és 2003. június 30. között 60 betegen 61 esetben végeztünk fistulographiát. Valamennyi beavatkozást a. brachialis punctióból indítottuk. A fistulographiák több mint felében, összesen 33 esetben ballonos tágítást, míg 2 esetben stent beültetést végeztünk.

Eredmények: a terápiás beavatkozások technikai sikeressége 97%, klinikai sikeressége 93% volt.

Major szövődmény 1 alakult ki (fasciotomiát igénylő hematoma, melynek forrása a punctió helye). További kilenc esetben kis, ellátást nem igénylő hematoma jelentkezett. Az egyik stent 6 nap múlva elzáródott, míg a másik beültetésénél kinyitási akadály jelentkezett.

Összefoglalás: a veseelégtelen betegek élete a fistulától függ. A fistula sebészi kialakítása, állapotának követése, a funkció-romlás észlelése, valamint annak ellátása sok-szakmás együttműködést igényel (fistula team).

Referátumunkban rá szeretnénk mutatni a radiológus és az intervenciós radiológus ezirányú lehetőségeire és felelősségére.

17

Rekonstrukcióval együtt végzett intraoperatív intervenciós eljárások korai eredményei osztályunkon

DR. KAPUS ZOLTÁN, DR. NYIREDEY GÉZA,
DR. BARANYAI ÁRPÁD, DR. NAGY ZS.

Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

A rekonstrukcióval egy ülésben végzett intervenciós eljárások, különösen a stent implantációk egyre nagyobb szerepet kapnak az érsebészeti ellátásban.

A Budai MÁV Kórház Érsebészeten 2002. január 1-jétől 2003. március 31-ig 122 esetben végeztünk angioplasztikát, illetve stent implantációt rekonstrukcióval egy ülésben.

A betegek átlagéletkora 65 év volt, 28%-a nő, 72%-a férfi. Angioplasztika mellett 46 stentet ültettünk be. Az intervencióra 74 betegnél az iliaca, 19 betegnél a femoralis superf., 17 betegnél a poplitea, a többi esetben pedig a femoralis comm., fem. prof., carotis, subclavia, illetve bypass anastomosis területén került sor. Szimultán 3 ilio-femorális bypass, 9 crossover bypass, 19 femoro-poplitealis, 9 cruralis, 9 pedalis bypass végeztünk. 40 betegnél femoralis TEA, 25 betegnél foltplasztika, 7 esetben thrombektomia-embolektomia, 4 betegnél Vollmar desobliteráció történt. Műtétet 13 alkalommal akutan végeztünk.

A korai sikeresség aránya 97,5% volt. Reoperációra 6 alkalommal kényszerültünk, 3 betegnél vérzés, 3-nál reocclusio miatt. Korai amputáció 3 esetben történt. Összesen 2 betegünket veszítettük el a korai posztoperatív szakban légzési-keringési elégtelenség, illetve stroke miatt.

Az intervencióval egy ülésben végzett beavatkozások száma a jövőben várhatóan növekedni fog. Ezzel az eljárással elkerülhető a testüregi feltárások egy része, illetve a műtétek kiterjesztése, ami különösen az akut betegellátásban fontos. Így csökkenthető a betegek műtéti megterhelése és mérsékelhető a szövődmények száma.

18

Érrekonstrukció és dilatáció együttes alkalmazása a többszintű arteriosclerosis kezelésében

DR. KERESZTURY GÁBOR

*Fejér Megyei Szent György Kórház, Érsebészet,
Székesfehérvár*

A többszintű, panaszt okozó alsó végtagi arteriosclerosis műtéteinél célunk a pulzatil áramlás mielőbbi helyreállítása az ischaemiás izomcsoportban. Iliaca stenosis + alsó végtagi occlusio mellett ezt, a műtéti megterhelés növelése nélkül, csak az érrekonstrukció és intervenció egyidejű kombinációjával érhetjük el.

Osztályunkon 2002 novembere óta végzünk iliacalis szintű beáramlási ITA-t (Intraoperatív Transzluminális Angioplastikát) és ettől distalis érrekonstrukciót, az alábbi megoszlásban:

- Iliaca comm. ITA + Iliaca ext. TEA (3)
- Iliaca comm. ITA + Crossover bypass (5)
- Iliaca comm. ITA + Fem.-popl. bypass (15)
- Iliaca ext. ITA + Fem.-popl. bypass (5)

Szövődmények: ITA-t a 28-ból 3 esetben nem tudtunk végezni vezetődrót okozta dissectio miatt. Itt a dissectált érszakaszt desobliteráltuk. Egy esetben történt iliacaperforatio a vezetődróttal, mely ellátást nem igényelt.

Eredmények: minden esetben sikerrel megtörtént a 2 érsegment korrekciója. Az ischaemiás panaszok minden esetben teljesen megszűntek, az ABI normalizálódott. A műtéti idő átlagosan 20 perccel nyúlt meg az ITA miatt. A kórházi bentfekvés változatlan maradt.

A valóban paszos arteriosclerosis általában többszintű. Ha a proximális laesio csak stenosis, a beteg leghatékonyabb és leggyorsabb gyógyulást az ITA és érrekonstrukció kombinálásával kaphat. A cél érdekében az érsebészeknek el kell sajátítaniuk az intervencionális technikákat. Modern érsebészet nem létezhet intraoperatív intervenció nélkül.

I9

Artéria mesenterica superiorhoz vezetett graft elzáródásának thrombolízise

DR. NÁDASI GÉZA, DR. KIRÁLY ISTVÁN
*Markusovszky Kórház, Általános és Érsebészeti Osztály,
 Diagnosztikai Központ, Szombathely*

70 éves férfibetegnél arteriosclerosis talaján kialakult Leriche syndroma mellett angina abdominalis tünetei is jelentkeztek. Az angiográfia magas aorta occlusio mellett az artéria mesenterica superior és inferior elzáródását is igazolta. A betegnél aorto-bifemoralis interposícióval állítottuk helyre az alsó végtagok keringését. A jobb oldali graftszárról az artéria mesenterica superiorhoz vezetett műérrel a zsigeri keringést rendeztük. Két hónappal a műtét után ismételtend dyspragia tünetei léptek fel a betegnél, és az angiográfia igazolta a mesenterica superiorhoz vezetett graft elzáródását. A jobb graftszáron keresztül katétert vezetünk az elzáródott protézisbe, majd három óta alatt 200 000 NE Urokináz adásával sikeres trombolízist végeztünk. Az anasztomózis vonalában észlelt megtörést ballonkatéteres tágtáással korrigáltuk. A beavatkozás után a beteg panaszmentessé vált.

Megbeszélés: a szerzők részletesen tárgyalják a mesenterialis erek krónikus elzáródását. Foglalkoznak a műteti indikáció kérdéseivel, illetve az intervencionális beavatkozások lehetőségeivel.

Következtetések: az alsó végtag akut artériás thrombózisánál és graft elzáródásánál sikerrel alkalmazható trombolízist a szerzők eredményesen alkalmazták a mesenterialis erekhez vezetett protézis akut elzáródásánál.

A betegek gondos kiválasztásával, a kontraindikációk szigorú figyelembe vételével a módszer sikerrel és biztonságosan alkalmazható.

I10

**A többszintű „emeletes” érpálya
 elzáródások és/vagy szűkületek
 megoldása, ITA és rekonstruktív érműtét
 együttes alkalmazásával**

DR. KASZA GÁBOR, DR. ROZSOS ISTVÁN,
 DR. KOLLÁR LAJOS
PTE ÁOK, Sebészeti Tanszék, Pécs

Az aorta bifurcatiótól distalisan létrejövő többlépcsős elzáródásoknak, illetve szűkületeknek a szokványos több üléses sebészeti megoldása helyett, az endovascularis technológia lehetővé teszi ezek egy lépésben való megoldását. Tehát

vagy a perifériás rekonstrukció mellett végzett intraoperatív retrograd iliaca endovascularis megoldást, vagy az iliaca rekonstrukció mellett végzett intraoperatív perifériás endovascularis megoldást.

Az invazív radiológus kezéből átkerülnek egyes megoldási lehetőségek az érsebészeti napi rutinjába. Az érsebészeti műtőben DSA feltétes képerősítő működik és a műtői megoldások kiegészítői az endovascularis beavatkozások.

Előadásunkban ismertetjük az általunk alkalmazott beavatkozási formákat és áttekintjük eredményeinket beteganyagunk ismertetésével.

Renovasculáris hypertónia kezelése (R)

Referátum

Intervenciós radiológiai módszerek renovascularis hypertensióban

DR. NAGY ENDRE
*Szegedi Tudományegyetem, Általános
 Orvostudományi Kar, Radiológiai Klinika*

A renovascularis megbetegedés leggyakrabban egyik vagy mindkét oldali a. renalis szűkületében vagy elzáródásában nyilvánul meg és a renin-angiotensin rendszer aktiválása következtében többnyire hypertóniát okoz. A tartósan emelkedett szisztémás vérnyomás másodlagosan károsíthatja a veséket és egyéb szerveket is. Az egyébként népbetegségnek számító hypertónia e formája az összes magas vérnyomásos eseteknek csupán mintegy 1–2%-át teszi ki, de ismerve a hypertóniások nagy számát, ez még Magyarországon is több ezer ilyen beteget jelent. A renovascularis hypertóniában szenvedő betegeknél a korszerű intervenciós radiológia módszereivel, sebészeti feltárás nélkül többnyire tartós javulást érhetünk el. Ballonkatéteres tágtáással vagy stent implantációval helyreállítható az a. renalis normális lumentágassága, a fennálló hypertónia így megszüntethető vagy jelentősen mérsékelhető.

Cél: a veseérszűkületek intervenciós radiológiai kezelési módszereinek átfogó ismertetése, a várható szövődmények és azok elhárításának lehetőségei saját tapasztalatunk és a nemzetközi irodalom alapján.

Anyag és módszer: intézetünkben eddig közel 150 betegben végeztünk arteria renalis szűkület miatt intervenciót. Ebből 31 betegben összesen 39 stent implantáció történt. Eseteink között 8 thrombolysis, 2 thrombus aspiratio és 1 művi embolizáció fordult elő. Az utóbbi években szinte ki-

zárólag vezetőkatéteres technikát alkalmazunk a korábbi vezetődrótos megoldás helyett. Így biztonságosabb és pontosabb a stent pozicionálása. Szintén biztonságos a két katéteres technika is, ekkor az ellenőrző angiogramokat a második katéteren át beadott kontrasztanyaggal készítjük. Kevésbé pontos, bár alkalmazható módszer az aortafal helyének jelölésére a külső jelzés alkalmazása. A szájadékszűkületek megoldására mindig balonnal tágítható stent javasolt. A stent fedje át a szájadékat és 2–3 mm-re lógjon be az aorta lumenébe. A kezelt betegek nyomonkövetésére rutinszerűen duplex Doppler ultrahang-vizsgálatot használtunk, néhány betegünkben, főleg a stent helyzetének pontos megítélésére CT renalis angiográfia is készült.

Eredmények: a kezdeti technikai sikeresség közel 100%-os volt. Néhány sikertelen próbálkozásunk megfelelő eszköz hiánya miatt fordult elő. 6 betegben kezeltünk eredményesen korai vagy késői thrombotikus szövődményt. Egy esetben talákoztunk sebészi kezelést nem igénylő subcapsularis haematomával. Két betegben kétoldali a. renalis szűkület technikailag sikeres stentelése ellenére nem javult a súlyosan károsodott vesefunkció. Egy betegben vált szükségessé többszöri ballonkatéteres tágítás ellenére a sebészi rekonstrukció.

Következtetések: a. renalis szűkületek esetén, amennyiben a ballon katéteres tágítás nem vezet kellő eredményre vagy eleve a primer stentelés indikációi állnak fenn, a vascularis stentek implantációjával az erek tartós nyitva maradása biztosítható. A nyomon követésre a klinikai vizsgálatokon túl alkalmas noninvasív módszer a duplex Doppler ultrahang-vizsgálat és bizonyos buktatók figyelembe vételével a CTRA is. DSA vizsgálat csak a restenosis alapos gyanúja esetén szükséges, ilyenkor viszont haladéktalanul el kell végezni és igazolt restenosis esetén ballon katéteres tágítással, esetleg újabb stent behelyezésével szüntethetjük meg a szűkületet. Akut thrombusképződés okozta elzáródás intraarteriális thrombolysissal eredményesen kezelhető.

Referátum

Az arteria renalis endovascularis kezelésének szövődményei

DR. DZSINICH CSABA

Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest

Az arteria renalis obliteratív folyamatainak kezelésében az 1954-ben végzett első sebészi beavatkozások óta figyelemre méltó változások mentek végbe. A sebészi rekonstrukció módszereinek változatai rutinszerűen kerültek alkalmazásra a 60-as évektől, és jól körvonalazott indikáció mellett kitűnő eredményeket értek el az arra szakosodott centrumok.

Az *Andreas Grüntzig* által bevezetett percutan transluminális angioplastica azonban a 80-as évek elejétől a renalis arteria stenosis megoldásában is gyorsan tért hódított és hazánkban is egyre szélesebb körben kerül alkalmazásra – mint a terület kevésbé megterhelő terápiás változata.

A primer eredmények további javulását a stent beültetésétől remélhetjük. A magas átáramlási terület percutan megközelítése kiváló eredményekkel kecsegtet, de megfelelő, a szövődmények ellátására alkalmas szakmai háttér nélkül a módszer veszélyeket rejt magában. Az irodalom tanúsága szerint minor szövődmények mintegy 25%-ban fordulnak elő, a vese részleges vagy teljes károsodását maga után vonó komplikációk azonban mintegy 4%-ban kerülnek észlelésre.

Azok a szövődmények, amelyek a PTA/stent behelyezés után észlelhetők:

- a. perforatio, berepedés,
- b. dissectio,
- c. intima laceratio,
- d. thrombosis,
- e. embolisatio,
- f. sikertelen tágítás – localis hegesedés.

Míg a localis dissectiók egy része a stent behelyezésével a percutan actio során megnyugtatóan megoldható, a stent, mint idegen test jelentős intima proliferációt válthat ki nehezen kezelhető hegesedést okozva.

Jelen ismereteink szerint az alábbi körülmények a percutan technikák alkalmazását hátrányosan befolyásolják:

- a. solitaer vese, funkcionálisan solitaer vese,
- b. kétoldali folyamat egy ülésben történő percutan kezelése,
- c. körkörös calcificatio,
- d. orificialis és hilusba terjedő elváltozások,
- e. occludált vesearteria,
- f. congenitalis elváltozások, multiplex a. renalis,
- g. a. renalis aneurysmával társult esetek.

A percutan technikák ideális esete az a. renalis középső harmadi homokóraszerű szűkülete, amelyet hyalinus plaque vagy fibromuscularis hyperplasia okoz.

A veszélyesnek jelölt esetekben a sebészi megoldás nagyobb biztonságot és tartósan jobb eredményeket ad. Ha a beteg operabilitása korlátozott, sebészi standby mellett a percutan technika alkalmazásra kerülhet consensus alapján.

Az elmúlt 22 évben 28 beteg 36 veséjének megmentése érdekében került sor sebészi beavatkozásra szövődményes vagy sikertelen PTA vagy PTA-k után. Mivel a stenotizáló folyamat a collateralis keringés révén a veseállomány túlélésére esélyt ad, a sebészi rekonstrukció akár napok múlva is sikerrel kecsegtethet. A fenti beteganyagban 28 esetben sikerrel revascularisaltuk az érintett vesét, 8 vesét azonban elvesztettünk. A beteganyagból 3 beteg került tartós dialysisre. A relatíve szerény számok annak tudhatók be, hogy az egyik oldal vesearteriájának PTA szövődménye nem fel-

tétlenül sodorja veszélybe a globális vesefunkciót, ezért számos eset nem kerül érsebészeti észlelésre, mint azt residuais hipertóniával később kivizsgálásra kerülő betegek bizonyítják. Számos beteg kerülhet dialysis osztályokra, vagy urológiai osztályon nephrectomiára. A terület e sötét oldalait azért kívánjuk ismertetni, hogy a nélkülözhetetlen együttműködésre felhívjuk a figyelmet.

R1

Nyomonkövetés a renalis stentelés után – a képpalkotó eljárások szerepe

DR. MORVAY ZITA, DR. NAGY ENDRE,
DR. BAGI RÓBERT, DR. MAKULA ÉVA

*Radiológiai Klinika, Szeged,
Városi Kórház, Szentes*

A renovascularis hypertonia egyik kezelési lehetősége, hogy az a. renalis szűkületét stent beültetéssel tágitjuk ki.

Cél: 1996. január és 2002. december között 29 beteg 36 a. renalis szűkületét kezeltük stent beültetéssel. Jelen munkánkban a képpalkotó eljárások szerepét és pontosságát kívántuk elemezni stent behelyezés után.

Anyag és módszer: a nyomonkövetés során minden betegnél duplex ultrahang-vizsgálatot végzünk, kezdetben fél-évenként, majd évente. 10 betegben CT angiográfia is történt.

Eredmények: ultrahang-vizsgálattal két stent elzáródást állapítottunk meg, 3 esetben vált az áramlási görbe restenosisra. A CT-vizsgálat jól mutatta a stent helyzetét, de a stenten belüli áramlási viszonyok nem voltak pontosan megítélhetők. A kontroll DSA a stent elzáródásokat igazolta, instent restenosis miatt egy esetben történt ballonkatéteres tágitás.

Következtetés: előadásunkban a képpalkotó eljárások lehetőségeit és nehézségeit mutatjuk be stentelt a. renalis nyomonkövetésében.

R2

Az arteria renalis stenosis jelentősége a nephrológiában és a hypertonológiában

DR. SZEGEDI JÁNOS, DR. CSÉPKÉ KATALIN,
DR. VALIKOVICS FERENC

*Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önkormányzat
Jósa András Kórház, I. sz. Belgyógyászati Osztály,
Nyíregyháza*

Az arteria renalis stenosis talaján kialakuló állapot jelentősége nagy, úgy a hypertonológiában, mint a nephrológiában. Szűkebb értelemben a renovascularis hypertonia a vese

arteria véráramlásának zavarához társuló magas vérnyomást jelenti, tágabb értelemben a vese ischaemia okozta magas vérnyomást nevezzük renovascularis hypertóniának. Ezen állapot leggyakrabban a vese arteria egy- vagy kétoldali haemodinamikailag szignifikáns stenosisa következtében jön létre. Irodalmi adatok szerint a dializált betegek 8–14%-ában a renovascularis betegség áll a veseelégtelenség hátterében. A kórkép jelentőségét alátámasztja a betegség prevalenciája és incidenciája. A renovascularis betegségek gyakoriságát *Gifford és mtsai.* 4%-ban, *Sinclair és mtsai.* 0,7%-ban, *Harrison* a teljes populációban 1–2%-ban, a klinikai gyakorlatban 4–16%-ban adja meg. A betegség incidenciáját 1% körül adják meg. Irodalmi adatok szerint a renovascularis hypertonia gyakorisága secunder hypertóniás populációban 3–5%, malignus hypertóniában 30%, három gyógyszerre rezisztens betegek esetén 20%, perifériás érbetegségben is szenvedő hypertóniásoknál 30%. A betegek 15%-ában a betegség kétoldali, bár az egyik oldalon súlyosabb szokott lenni. A hosszú ideje fennálló renovascularis hypertonia fixálódhat oly módon, hogy a normális keringésű, hypertóniának kitett ellenoldali vesében glomerulosclerosis alakul ki, mely a későbbiekben tartja fenn a hypertóniát.

A renovascularis hypertonia prognózisát értékelve kiderül, hogy 75–99%-os szűkület esetén a betegek 40%-ában alakul ki 2 éven belül teljes elzáródás. Az 50%-nál nem súlyosabb szűkület 30%-ban progrediál. Az ACE-gátlókra kapott kedvező válasz esetén az invazív beavatkozásoktól jó eredmény várható. Az irodalmi adatok szerint a fibromuscularis stenosis progressziója enyhébb.

A szerzők röviden összefoglalják a renovascularis hypertonia diagnosztikus és terápiás algoritmusát, a közel 30 000-es hypertóniás betegpopuláció feldolgozása alapján felhívjuk a figyelmet a hypertonia kivizsgálása kapcsán a renovascularis hypertonia korai felismerésére, korrekt diagnosztikájára és terápiájára.

Érmalformációk és daganatok (M)

Referátum

Érmalformációk és érdaganatok sebészeti intervenciója

DR. TASNÁDI GÉZA

Fővárosi Heim Pál Gyermekkorház, Sebészeti

Az érmalformációk osztályozása (Hamburgi klasszifikáció) azok pathoanatómiai képe alapján történik, a kórképet

uraló domináns érrendszer szerint. Így megkülönböztetünk artériás-, vénás, nyirok-, arterio-venosus és kombinált érmalformációkat. Minden csoporton belül kétféle elváltozás lehetséges: trunkuláris (az értörzset érintő) és extratrunkuláris forma.

A sebészi beavatkozásokat 6 csoportra soroltuk: rekonstruktív, érdefektust eltávolító, a haemodinamikai aktivitást csökkentő, egyedi, multidisciplinális műtétek és kombinált kezelések.

Kitűnő eredmény érhető el sebészi beavatkozásokkal a centrális érdefektusoknál. Kombinált kezelést alkalmaztunk az esetek 22,6%-ában, ahol a sebészi intervenció egyedül nem lehet eredményes.

Az *érdaganatok* – haemoangioma – proliferatív és involutív fázisában más-más a kezelési módszer. A proliferatív fázisban inkább gyógyszeres, illetve konzervatív, az involutív fázisban a sebészi beavatkozásokat alkalmazzuk: részleges vagy teljes eltávolítást, plasztikai beavatkozásokat. Kiterjedt haemangiománál kombinált kezelés a választandó megoldás.

Referátum

Interventional radiological treatment of vascular malformations and tumors

DR. HORVÁTH LÁSZLÓ, DR. BATTYÁNI ISTVÁN
Department of Radiology, University Medical School,
Pécs

Introduction: There are two groups of diseases being hard to treat by conventional methods and always interesting interventional radiologist: the angioma (a-v malformation, haemangioma, etc.) and malignant tumors. Odds are good to get some of these patients for minimal invasive therapy provided by interventional radiologists.

Discussion: A very good subject for such a treatment is the pulmonay a-v malformation. It is not rare that following lobectomy the lesion appears in an other pulmonary location. Similar is experienced in cases following removal of peripheral hemangioma. Peripheral haemangioma, when localized in an angiographically well circumscribed area, has a chance to get a successful intervention either alone by radiology or (preoperatively) combined with surgery. Most unfortunately, radiologists usually get those patients after (multiple) operation, when catheter technics are risky and extremely difficult, mostly providing with a temporary relief of symptoms. The tumor treatment in the last decade (enhanced in the last 2–3 years) moved toward chemoradiation. But as being in the beginning of this new era, cytostatic drugs are given systemically for treating a localized lesion yet, jeopardizing dramatically the chances for a similar che-

motherapy at the time of dissemination of the disease. The chemotherapy for the same combination could be given locally (i.a.) in a considerably lower dose regarding the whole body and a considerably greater dose regarding the tumor itself. This technique offers other advantage too, for example in bladder tumor. For scientifically „infected” radiologists, the field is open for new combination-therapy: in bone, pancreas, breast, head-and-neck, skin and soft tissue tumors of large variety.

Conclusion: The duty of interventional radiologists is to further improve the available medical therapeutic technical arsenal having been started at least 4000 years ago. The most resourceful was is a cooperation between similarly interested specialties including basic medical sciences.

MI

A fej–nyak régió és a végtagok érmalformációi: pathológia, képalkotó diagnózis, invazív terápia

DR. SZIKORA ISTVÁN, DR. BERENTEI ZSOLT,
DR. KULCSÁR ZSOLT, DR. TASNÁDI GÉZA,
DR. SZABÓ GYÖRGY, DR. REMENÁR ÉVA,
DR. POLUS KÁROLY, DR. MARTOS JÁNOS,
DR. NYÁRY ISTVÁN

Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet,
Heim Pál Gyermekkórház,
Semmelweis Egyetem ÁOK, Szájsebészeti Klinika,
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Célkitűzés: a perifériás érrendszer malformációi viszonylag ritka betegségek, melyek leggyakrabban a fej–nyak régiót, ritkábban a végtagokat érintik. Célunk az elmúlt években szerzett tapasztalatok alapján e betegségcsoport patológiai és klinikai tulajdonságainak, képi megjelenésének, valamint kezelési lehetőségeinek ismertetése.

Módszerek: az elmúlt 7 évben összesen 91 perifériás érmalformációt vizsgáltunk és kezeltünk. A kivizsgálás során klinikai vizsgálat, MR és/vagy CT, valamint angiográfia történt. Invazív kezelés során különböző módszereket, illetve azok kombinációját alkalmazzuk, úgy is mint embolizáció részecskékkel vagy folyékony polymerrel transarteriális megközelítésből vagy direkt punkcióból, vénás embolizáció vénás megközelítésből vagy direkt punkcióból, valamint sclerotizáció direkt punkcióból.

Eredmények: a betegség 77 esetben a fej–nyak régióban, 14 esetben a végtagokon fordult elő. 54 esetben arteriovenosus (AVM), 37 esetben vénás malformációt (VM) találtunk. A fej–nyak AVM-ek között gyakori volt az intraosseális lokalizáció. A fej–nyak régióban körülírt AVM esetén transarteriális és direkt punkciós embolizáció folyékony

polymerrel, illetve alkohol sclerotizáció jó eredménnyel végezhető akkor, ha a shunt-keringés átmenetileg blokkolható, és az elvezető véna részben vagy egészben zárható. Hasonlóan jó eredmény várható akkor, ha az elvezető véna vénás megközelítésből zárható. Eredményes embolizáció végleges gyógyulást hozhat vagy sikeres sebészi eltávolítás követheti. Transarteriális részecske vagy mikrospirál embolizáció nem ad tartós eredményt. Agresszív, diffúz fej–nyak AVM-ek kezelési eredményei kombinált kezelés mellett sem kielégítőek, gyakori a nekrosis és abból származó vérzés. A fej–nyak VM-ok kezelésének obligát eszköze az alkohol sclerotizáció, melyet percután punkcióból végzünk. Körülírt VM-ek igen jó eredménnyel kezelhetők. Diffúz VM-ek esetén a postoperatív ödéma súlyos szövődményekhez vezethet, és jelentősen korlátozhatja a kezelést. A sclerotizációt az esetek egy részében lézer kezelés követheti. Végtag AVM-ek esetén a kezelést a kollaterális keringés hiánya jelentősen korlátozza. Kézfej AVM-ek esetén a prognózis kezelés mellett és anélkül egyaránt rossz.

Következtetés: a perifériás érrendszer malformációit patológiailag és klinikailag egyaránt különböző kórkepek alkotják, melyek különböző kezelési technikákat igényelnek. Komplex malformációk kezelési eredményei gyakran kombinált endovascularis és sebészi módszerek alkalmazásával sem kielégítőek.

M2

Kezdeti tapasztalataink a MIRAS radiofrekvenciás készülékkel

DR. ROSTÁS TAMÁS, DR. BATTYÁNI ISTVÁN,
DR. HARMAT ZOLTÁN, DR. HEGEDÜS KRISZTINA,
DR. KALMÁR NAGY KÁROLY

*Pécsi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar,
Radiológiai Klinika, I. Sebészeti Klinika*

Cél: a MIRAS radiofrekvenciás tumorablációs készülék bemutatása.

Módszer: a készülékkel colorectalis metastasisok palliatív tumorablációját végeztük el, kezdetben narkózisban, majd helyi érzéstelenítésben. Két betegnél intraoperatív alkalmazásra került sor. A beavatkozások előtt szövettani mintavétel, UH-, CT-vizsgálat történt. Kontroll CT-vizsgálatot 6 héttel és 12 héttel a tumorabláció után végeztünk.

Eredmények: a készülék különböző típusú elektródái 2–5 cm méretű májgócok ablálására alkalmasak. A célzás minden esetben UH vezérléssel történt. A kezelési idő a tumor méretétől és elhelyezkedésétől függően 14–36 perc volt. Szövődeményt nem észleltünk.

Következtetések: a készülék alkalmas az 6 cm-t meg nem haladó májgócok helyi érzéstelenítésben történő ablálására. Kellő gyakorlattal a módszer biztonságosan alkalmazható, a betegnek számára kis megterhelést jelent.

M3

Invazív ultrahang-energia (sonotom) alkalmazása vénás malformációknál

DR. TASNÁDI GÉZA, DR. BIHARI PÉTER,
DR. CSITÁRY FERENC, DR. VARGA JÁNOS
*Heim Pál Gyermekkórház, Sebészeti Osztály, Budapest,
Flór Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály, Kistarcsa*

Cél: az ultrahang-energia alkalmazásának lehetőségeit ismertetjük a vénák sebészetében.

Módszer: ma már az ultrahang-energiát sikerrel használják mind a konvencionális, mind az endoszkópos sebészetben. Mi a Sonotom dissectió, irrigációs és aspirációs hatásait alkalmaztuk a vénás malformációk különböző formáiban. A vénatörzs fejlődési rendellenességeknél a tág vénák preparálására az alacsony (16 W), az extratruculáris vénás malformációk infiltráló formáinál a magas dissectió értékeit (30 W) és a magas aspirációs szintet (80 kp) használtuk.

Eredmény: 26 betegnél összesen 66 esetben sikerült ezzel a módszerrel ezeknél az igen súlyos, klasszikus sebészi módszerekkel inoperábilis, illetve incurábilis kórkepeknél jó eredményt elérni.

M4

Tapasztalataink az infiltráló vénás malformációk kontrasztvezérelte sclerotizáló kezelésénél

DR. BIHARI PÉTER, DR. TASNÁDI GÉZA
Heim Pál Gyermekkórház, Sebészet, Budapest

Cél: a subcutist és az izomzatot infiltráló vénás értágulatok sebészi módszerrel nem gyógyíthatók. A kontrasztvezérelte sclerotizálás eredményes lehet ezen súlyos érmalformációk gyógyításában.

Módszer: a végtagon jelentkező, MR vizsgálattal igazoltan az izomzatot is beszűrő vénás malformációt az érintett területet ellátó véna kontrasztfeltöltésével (phlebographiával) ábrázoljuk. A kontrasztanyag – a végtag malformáció feletti leztorításával – kirajzolja az „izomangioma”. Rtg. képernyő előtt ezt a malformációt pungáljuk, és közvetlenül az elváltozásba adjuk a hegesítő anyagot (Aethoxysklerol, Etanol), 48 órára a sclerotizált területet kompressziós kötéssel látjuk el.

Eredmények: 15 esetben végeztük a kezelést. Eredményes hegesedést csak abban az esetben értünk el, ha a „vénaüregek” nem voltak kifejezetten nagyok, átmérőjük 10 mm-nél kisebb volt. Nagy előnye a módszernek a megismételhetőség. A vénatágulatok kiterjedésétől, nagyságától függ, hogy hányszor kell a sclerotizálást megismételni.

M5**Képalkotó módszerek által vezérelt biopsziák az orvosi gyakorlatban**

DR. HARMAT ZOLTÁN, DR. BATTYÁNI ISTVÁN,
DR. ROSTÁS TAMÁS
*Pécsi Tudományegyetem, Általános Orvosi Kar,
Radiológiai Klinika*

Cél: átfogó áttekintést adni a különböző képalkotó eszközök által vezérelt felületes és mély biopsziák lehetőségeiről, patológiai vonatkozásáról.

Módszer: ismert, hogy a biopsziák a korszerű orvoslás pontos, kevés szövődménnyel járó diagnosztikus eszközei. A szerzők az előadásban áttekintést adnak a biopsziák kialakulásának és fejlődésének nemzetközi történetéről, bemutatják a modern biopsziás módszerek és eszközök tárházát. Felhívják a figyelmet az újabb patológiai, pathocytológiai eljárásokra, melyek segítségével egyre kisebb szövetminták elegendők a korrekt diagnózishoz.

Eredmények: az átfogó előadásban a szerzők a nemzetközi irodalmi adatokat összehasonlítják a saját, az elmúlt 7 évben végzett több mint 11 000 szöveti mintavétel tapasztalatával, csoportosítva a különböző felületes és mély szöveti mintavételeket a biopsziák eredményességének, szövettani megoszlásának, a szövődmények számának figyelembe vételével.

Következtetések: az elvégzett biopsziák alapján elmondható, hogy a különböző radiológiai módszerek által vezérelt szöveti mintavételek megfelelően kiválasztott betegeken, megfelelő körülményekkel és biopsziás technikával végezve minimális kockázattal járnak. Az újabb patológiai vizsgálómódszerekkel a diagnózis már szinte néhány sejt alapján is elvégezhető. Ennek következménye, hogy a core és aspirációs biopsziák aránya egyre inkább a kevésbé invazívabb aspirációk felé tolódhat el, így a beavatkozások kockázata tovább csökkenthető.

M6**Percutan vertebroplasztika az osteoporosisos kompressziós törések kezelésében: kezdeti tapasztalataink**

DR. KULCSÁR ZSOLT, DR. SZIKORA ISTVÁN,
DR. BERENTEI ZSOLT, DR. NYÁRY ISTVÁN
Országos Idegsebészeti Tudományos Intézet, Budapest

Háttér: a percutan vertebroplasztika (PVP) az elmúlt években az osteoporosis kompressziós csigolyatörések kezelésében az egyik legfőbb terápiás lehetőséggé fejlődött világszerte. A módszer egyedülálló előnye, hogy a meggyen-

gült szerkezetű csigolyatest stabilizálása mellett az esetek 80–90%-ában azonnal és tartósan csökkenti a fájdalmat.

Célkitűzés: a PVP fájdalomcsillapító és csigolyastabilizáló hatásának, továbbá szövődményarányának értékelése.

Módszer: 2002 júliusa óta 6 betegnél háti és ágyéki szakaszon összesen 14 percutan transpedicularis vertebroplasztikát végeztünk osteoporosisos kompressziós törés miatt. A beavatkozás után a betegeket átlagban 6 hétig követtük. A fájdalom csökkenését a betegek által kitöltött 10 pontos vizuális skála alapján (VAS) értékeltük a beavatkozás előtt és után. Szignifikáns javulásnak tekintettük a VAS pontszám átlagban legalább 2 pontos csökkenését. A csigolyastabilizáló hatást natív röntgen- és CT-vizsgálatokkal elemeztük.

Eredmények: a beavatkozás után a fájdalom 1 eset kivételével az összes betegnél 6 héten belül jelentős mértékben csökkent (átlag 3 pontos javulás). A kezelt csigolyákban további kompresszió nem fordult elő. Szövődmenyként 1 esetben észleltünk cementkicsorgást az intervertebralis részbe (kezelt csigolyáknak megfelelő szövődményarány 7,1%), két esetben paravertebralis vénába (14,2%); klinikai következménye az előzőnek volt. Ez később az alsó csigolyatest felső zárólemezeének beroppanását okozta, amit szintén PVP-vel kezeltünk.

Következtetés: a percutan vertebroplasztika erőteljes fájdalomcsillapító hatással rendelkezik. A viszonylag magas szövődményarány a kezdeti tapasztalathiányból és a kis esetszámból adódik.

M7**Májdaganatok transarteriális chemoembolisációja extra nagy dózisú lipiodollal**

DR. BÁNSÁGI ZOLTÁN, DR. TÓTH ANDREA,
DR. KURUCZ JÓZSEF, DR. BURGER MÓNICA
*Főv. Önk. Péterfy S. u.-i Kórház, Röntgen Osztály,
Intervenciók Részleg*

Cél: primer és áttéti májdaganatok kezelésének immár három évtizede bevett módszere a transarteriális chemoembolisatio (TACE).

A nemzetközi irodalomban és a hazai gyakorlatban is 5–15 ml Lipiodol használatát említik. Osztályunkon – elméleti megfontolásokból – a fenti mennyiségnél jóval több Lipiodol beadásával végezzük a TACE kezeléseket. Eddigi eredményeink retrospektív értékelése a referátum célja.

Módszer: az elmúlt négy évben osztályunkon 489 TACE kezelést végeztünk. Az átlagosan kezelésenként beadott Lipiodol mennyisége 27,3 ml (5–100 ml!) volt.

Betegenként átlagosan 4,7 (2–16) kezelés történt négy hetente. Betegeink egy része a TACE kezelés mellett sistémás chemoterápiás, illetve radiofrekvenciás, valamint alkolos ablatióban is részesült.

Eredmények: kezeléseink retrospectív elemzése során az alkalmazott extra-nagy dózisu Lipiodol adásával kapcsolatos komplikációt, szövődmenyt nem találtunk.

Összefoglalás: kezelésünk hatékonysága, a használt extra-nagy adag Lipiodol mennyisége és szuperselectivitás mértéke között pozitív összefüggést látunk. Azt gondoljuk, hogy a nemzetközi és hazai gyakorlatban is elterjedt mennyiségnél lényegesen több Lipiodol superselectiv alkalmazás esetén veszélytelen és a kezelés eredményességét pozitívan befolyásoló tényező.

M8

Gyermekkori irradiációt követő lágyrész hegesezés által okozott iliaca externa okklúzió, kritikus végtag ischaemia

DR. HÓDI ZOLTÁN, DR. MIHALOVITS GÁBOR,
DR. SZENTGYÖRGYI RÉKA, DR. SIPKA RÓBERT
*Szegedi Egyetem Sebész Klinika, Érsebészeti Osztály,
Szegedi Egyetem Radiológiai Klinika*

Osztályunkra egy 26 éves nőbeteget vettünk fel a következő panaszokkal és tünetekkel: néhány lépéses dysbasia, bal alsó végtagi paraesthesia, pulzus status bal oldalon: – – – –, jobb oldalon +++++, Dopplerrel periféria detektálható, gyermekkor óta csípő- és medence deformitás. Anamnézisben gyermekkorban többször recidivált és ismételt operált vulva karcinoma szerepel, melynek utolsó radikális műtétét követően a beteg irradiációs kezelésben részesült. Sürgős DSA vizsgálat a bal iliaca externa rövid szakaszú súlyos szűkületét igazolta, mely után sikeres PTA történt. Egy év múlva ismét akut panaszok miatt vettük fel súlyosan ischaemiás bal alsó végtaggal, nyugalmi fájdalommal, érzés- és mozgászavarral. Komplet illiaca okklúzió, kritikus ischaemia miatt urgens műtét során iliofemoralis interposíciót végeztünk. A közvetlen posztoperatív szakban végzett Doppler UH a vena iliaca elzáródását írta le, ezért sürgős reoperációt végeztünk. A késő posztoperatív szakban további kiegészítő műtetre és hosszadalmas nyitott sebkezelésre, nyirokmasszázsra van szükség.

Irradiáció okozta arteriális okklúzió ritka, bár az irodalomban találhatunk rá példát alsó végtagi, gerinc körüli, nyaki, vesetáji stb. irradiációs kezelés utáni szövődmenyként. A patomechanizmus lényege az intima vagy a vasa vasorum károsodása miatt kialakult érfal degeneráció, illetve mint jelen esetben is, hegesezés által kiváltott kompresszió (gyakran mindhárom tényező együtt). A szegmentális jellegű lokalizált elváltozás miatt a restructio sikerrel kecsegtet, de a posztoperatív szakban súlyos problémát jelenthet a vénás, illetve a nyirokkeringés érintettsége.

M9

Daganatos betegeknél végzett rekonstruktív érműtéteink

DR. CZIGÁNY TAMÁS, DR. TAMÁS LÁSZLÓ,
DR. JAKAB LAJOS, DR. KÖVESI ZSOLT
*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti Osztály,
Győr*

Osztályunk elmúlt egyéves beteganyagában 8 esetben tumoros betegen végeztünk verőér rekonstrukciót. Akut beavatkozás 3 esetben vált szükségessé, pancreas npl. resectiójával egy ülésben. A tumor propagatio és iatrogen laesio során 2 esetben a vena portae, egy alkalommal az arteria mesenterica superior került rekonstrukcióra. A vena portae EEA mellett a vena femoralis superficialist autolog graftként használtuk. Az AMS helyreállítást THREA + vena foltal végeztük. A vena portae direkt varrattal ellátott beteg a postop. 2 napon DIC szövődmenyben exitált. Választott időben 5 esetben került sor műtetre. Gégetumor-exstirpatio, tracheostoma mellett 2 alkalommal preocclusiv ACI stenosis miatt, II/a st-ban, eversio carotis endarteriectomiát végeztünk szövődmeny nélkül.

Rectum exstirpatio, anus preternaturalis, irradiatio után 10 évvel Leriche sy. miatt aorto-bifemoralis bypass, más esetben coecum npl. miatt hemicolectomia után 6 héttel aorta aneurysma resectio és aorta tubing rekonstrukcióra került sor. A vena cava inferiort infiltráló hypernephroma eltávolítása mellett cava partialis resectio + oldalvarrat primer beavatkozást követően 2 évvel később localis nyirokcsomó metastasis VCI kompressziós tünetei miatt került újabb műtetre. A tumoros betegek műtéttechnikai nehézségek, indikáció felállítása és operabilitas eldöntése érsebészeti jártasságot, tapasztalatot igényel.

Korai arteriosclerotikus elváltozások (A)

Referátum

Korai atherosclerotikus elváltozások diagnózisa és terápiája

DR. PÉCSVÁRADY ZSOLT
*Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat,
Angiológia-Radiológia, Kistarcsa*

Az utóbbi években jelentős új kutatási eredmények születtek, melyek módosították az atherosclerossal kapcsolatos

tos tudásunkat. A korai érelváltozásoknak két új szakaszát különíthetjük el; az endothel és a vascularis dysfunctiót. Ezen kóros elváltozások, a renin-angiotensin-aldosteron rendszer (RAAS) szerepe, új megközelítést adja az arteriolák területén jelentkező rezisztencia mechanizmusainak és a hypertonia-atherosclerosis kapcsolatnak.

A perifériás rezisztencia növekedésének három tényezője különíthető el:

- növekedhet a rezisztenciaerek spasmusa, mely korai, még nem fixált hypertoniát okozhat (endotel dysfunctio),
- merevvé, csökkent átmérőjűvé válhatnak a rezisztenciaerek, mely a magas vérnyomás fixálódásáért lehet felelős (vascularis dysfunctio),
- megváltozhatnak a vér és alakos elemeinek tulajdonságai, melyek az akár normál ereken is akadályozhatják a vér szabályos keringését (haemorheológiai tényezők).

Mindezen tényezők az atherosclerosis kialakulásának fontos állomásai, így a jól vizsgálhatóvá és mérhetővé vált eltérések kezelése a hypertonia mellett a szív- és érrendszeri megbetegedések kialakulását is megelőzheti. Az érrekonstrukciós beavatkozások (műtétek, PTA-k, stent beültetések) is olyan terápiás lehetőségeket igényelnek, melyek segítenek az elért eredmények fenntartásában.

A tudományos eredmények új terápiás lehetőségeket körvonalaznak. Ezek egy része az antihypertenzív készítmények és a statinok „vasculoprotectiv” hatásával függ össze. A géntechnológia fejlődése is jelentős segítséget adhat ehhez, a kóros endothelfunkció lokális vagy szisztémás módosításával, az érújdonképződés megfelelő növekedési faktorokkal történő serkentésével, valamint a pluripotens őssejtek angiogenesis irányában történő differenciálásával.

Az előadás összefoglalja e módszerek lehetőségeit és korlátait, kiemelve, hogy igen ígéretes eredmények vannak krónikus kritikus végtagi ischaemia olyan eseteinek kezelésében is, amelyeknek korábban csupán az amputáció volt a megoldása.

Referátum

Az atherosclerosis korai diagnózisa: plakkanalízis MR és CT segítségével; a restenosis pathophysiológiája

DR. BÉRCZY VIKTOR

*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

Az atheroscleroticus eredetű stenosis mértékének megítélésére az angiographia, illetve a duplex scan vizsgálat az elfogadott módszer. Számos esetben azonban (pl. a carotis sebzetben) a plakk morfológia, összetétel és vulnerabilitas

(plakk ruptura vagy plakk haematoma kialakulásának valószínűsége) a klinikai kockázatot legalább olyan mértékben befolyásolhatja, mint a stenosis mértéke. A megbízható plakkanalízist az elmúlt egy-két évben számos noninvazív technikával próbálták továbbfejleszteni.

A kontrasztanyag MR-vizsgálat segítségével elkülöníthetjük – egyelőre kísérletes körülmények között – a fibrosus sapkát a lipid core-től. A magas felbontású MR és a speciális kontrasztanyagok használata a plakk in vivo molekuláris letérképezését teszi lehetővé. Kísérletes körülmények között már kipróbálásra került vezetődíóton bejuttatható, 1,3 mm átmérőjű intravascularis MR tekercs, amelynek segítségével a plakk alkotórészek jól azonosíthatóak. Az intravascularis, illetve transoesophagealis MR, valamint a plakkon belüli inflammatio és/vagy thrombus kimutatása MRI segítségével a magas kockázatot jelentő plakkok kimutatásában új fejezetet nyithat.

Ezekkel a módszerekkel az atherosclerosis progresszióját, illetve regresszióját, valamint a gyógyszeres kezelés vagy egyéb operatív beavatkozások hatását pontosan nyomon lehet követni. Az MRI ígéretes eszköz lehet a thrombus korának megállapításában is.

A spirál CT, illetve elektron-sugár CT vizsgálatok segítségével – egyelőre csak kísérleti fázisban – elsősorban a plakk calcificált komponensét lehet azonosítani, e technika kifinomulásával vagy egyéb technikákkal való kombinációk alapján e modalitások is előrevihetnek a plakk morfológia és összetétel, így a klinikai kockázat megítélésében. A 18FDG-PET vizsgálattal kimutathatjuk a symptomaticus plakkokban zajló inflammatoricus sejtaktivitást.

Az érműtétek, illetve intervenciók radiológiai beavatkozások után jelentős számban fordul elő restenosis, ennek oka az intenzív kutatások ellenére csak részben ismert. Az egyik legvalószínűbb ok a media simaizomsejtek proliferációja, amely myointimalis hyperplasiához vezet.

Bemutatásra kerül az intézetünkben elvégzett angioplasztikák utáni restenosis előfordulási gyakorisága, valamint időbeli eloszlása. A myointimalis sejtek proliferációját gátló gyógyszereket kibocsátó stentbeültetés a restenosis kezelésében új fejezetet nyithat. A klinikánk munkacsoportja által elvégzett legújabb kooperációs kutatások szerint a carotis reconstructio utáni restenosis kockázata megnő az A/A mannan-binding lectin (MBL) genotípusú betegekben az A/A és O/O betegekhez képest. A gyulladást jelző markerek (CRP, HSP) szintén prediktív értékűek a restenosis vonatkozásában.

Végezetül bemutatásra kerül a munkacsoportunk által kidolgozott módszer, amellyel sikerült kimutatni, hogy nemcsak az artériafal, de a vénafal is jelentős változáson megy keresztül a krónikus nyomásterhelés hatására.

A1**A laser Doppler-vizsgálat jelentősége az obliteratív érbetegség diagnosztikájában és terápiájában**

DR. FARKAS KATALIN, DR. KOLOSSVÁRY ENDRE,
DR. JÁRAI ZOLTÁN, DR. FARSANG CSABA
Szent Imre Kórház, I. Belgyógyászat, Budapest

A laser Doppler vizsgálat a bőr mikrokeringésének vizsgálatára alkalmas noninvazív eljárás. A bőr nyugalmi áramlásának mérése mellett különböző tesztek alkalmazásával a bőrkeringés csökkent reaktivitása kimutatható. A szerzők beszámolnak az obliteratív érbetegségeken végzett vizsgálataik tapasztalatairól.

Fontaine II stádiumú érbetegek lábán végzett mérés igazolta az obliteráció mértékével arányosan csökkent postocclusiv reaktív hyperaemiát és a lokális melegítés hatására kialakuló vasodilatáció szignifikáns csökkenését is. Nyomás-méréssel kombinált LD méréssel megállapítható az a. digitális systolés vérnyomása. Necrosis kialakulása esetén az ulcusok mellett vagy felett végzett LD áramlás méréssel az ulcus gyógyulási hajlama nagy valószínűséggel prognosztizálható. Progrediáló gangraena esetén, ha az amputáció elkerülhetetlen, a LD segítségével pontosan meghatározható az amputáció szintje, vagyis az a magasság, ahol még kielégítő a bőr kapilláriskeringése.

A laser Doppler vizsgálat alkalmas a hyperemizáló műtétek, illetve a mikrocirkulációt javító gyógyszeres kezelés hatásának lemerésére is.

A2**Endotheliális dysfunctio kimutatása laser Doppler vizsgálattal alsó végtagi obliteratív verőérbetegségben szenvedő betegekben**

DR. JÁRAI ZOLTÁN, DR. FARKAS KATALIN,
DR. KOLOSSVÁRY ENDRE, DR. NEMCSIK JÁNOS,
DR. FARSANG CSABA
*Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
I. sz. Belosztály*

Az atherosclerosis korai szakaszában is megfigyelhető a microcirculatio károsodása, mely egy noninvazív módszerrel, a laser Doppler (LD) vizsgálattal kimutatható. Korábbi munkánk során lokális melegítés okozta hyperaemiát vizsgálva azt találtuk, hogy obliteratív érbetegség esetén csökkent vasodilatátor kapacitás mutatható ki az érintett alsó végtagon. Jelen tanulmányunkban az endothel-függő és füg-

getlen vasodilatáció mértékét vizsgáltuk alkar bőrében perifériás érbetegségben szenvedő betegekben (n=25) és kontroll személyekben (n=22). Az acetylcholin (Ach) és nitroprussid nátrium (SNP) iontophoresissal egybekötött LD vizsgálat során mind az Ach okozta, mind a SNP okozta vasodilatáció mértéke szignifikánsan alacsonyabb volt a kontroll személyekhez képest (Ach.: $180 \pm 30\%$ versus $474 \pm 83\%$, SNP: $167 \pm 34\%$ versus $284 \pm 60\%$, $p < 0,05$). Eredményeink azt mutatják, hogy a perifériás érbetegség az atherosclerosis előrehaladott állapota, amikor az endothel-függő és -független dilatáció egyaránt károsodott.

A3**Carotis interna restenosisra hajlamosító klinikai, szerológiai, morfológiai és genetikai tényezők prospektív vizsgálata**

DR. TAMÁS LÁSZLÓ, DR. CZIGÁNY TAMÁS,
DR. GYŰRŰS PÉTER, DR. PROHÁSZKA ZOLTÁN,
DR. FÜST GYÖRGY, DR. ENTZ LÁSZLÓ
*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti Osztály,
Patológia Osztály,
III. sz. Belgyógyászati Klinika, Győr
Semmelweis Egyetem, Kutatólaboratórium, Budapest,
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

A carotis interna atherosclerotikus szűkületének helyreállítását követően az egyik leggyakoribb szövődmény az operált érszakasz korai restenosisa, melyet műtéttechnikai hiba mellett döntően myointimális hyperplasia okoz. A PAMOK Érsebészeti Osztályán az elmúlt 10 évben 1095 carotis rekonstrukció történt. Az adott időszakban 27 betegnél alakult ki reintervenciót igénylő restenosis (20 redo műtét, 7 PTA). Szerzők a prospektív vizsgálat során 2001. szeptembertől 80 EEA-n átesett beteget követtek, elemezték a késői eredményeket. A műtéti és postoperatív időszak során 1 TIA-t, 1 stroke-ot észleltek, exitus nem volt. Napjainkig 4 beteg halálozott el egyéb ok miatt (2 myocardialis infarctus, 1 npl. pulmonum, 1 renalis insuffitientia). A kétéves követési periódusban 2 betegnél (2,5%) alakult ki klinikailag manifesztálódó, illetve duplex ultrahanggal kimutatható, reintervenciót igénylő restenosis. Tünetmentes, non-significans, reintervenciót nem igénylő restenosis 12 esetben (15%) észleltek. A restenosisra hajlamosító tényezők feltárása céljából a szerzők összetett vizsgálatsorozatot, protokollt dolgoztak ki: a műtét előtt vett vérminták szerológiai adatai, a lipidanyagcserére vonatkozó adatok összegzése, gyűjtése, feldolgozása mellett az operált carotis internából vett szövetszövetminta morfológiai elemzését is elvégezték. Az említett vizsgálatokat genetikai paraméterek analízisével egészítették ki, amely magában foglalta az ismert, thrombózisra hajlamosító SNP-k

(single nucleotide polymorfizmusok) szűrése mellett a gyulladásos reakcióban résztvevő egyes fehérjéket kódoló gének vizsgálatát is. Szerzők a követési protokoll módosításával 2003. januártól újabb 120 beteg prospektív vizsgálatát kezdték.

A4

Az MBL (Mannan-Binding Lectin) és az LDL-koleszterin szerepe carotis restenosis kialakulásában

DR. DÓSA EDIT, DR. SZABÓ ATTILA,
DR. APOR ASZTRID,
DR. RUGONFALVI KIS SZABOLCS,
DR. SELMECI L., DR. FÜST GYÖRGY,
DR. ENTZ LÁSZLÓ

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

Az MBL májban termelődő komplementfehérje, a lektin út aktivátora. Bakteriális mikromintázat felismerésére képes, opsonizál. Génje nagyfokú polimorfizmust mutat (promoter régió, exon 1). A vad allélt hordozókban normál, a heterozigóta variáns allélt hordozókban normál, a heterozigóta variáns allélt hordozókban csökkent, míg a homozigóta variáns allélt hordozókban jelentősen csökkent MBL szint mérhető a szérumban. A variáns allél előfordulása az egészséges populációban 30% körüli.

Tárgy: a carotis restenosishez vezető folyamatok oki hátterének meghatározására 2000–2002. során prospektív, nem randomizált vizsgálatot szerveztünk az SE Ér- és Szívsebészeti Klinikáján.

Anyag és módszer: vizsgálatunk alapját 136 (90 férfi, 46 nő; átlagéletkor: 68 év) carotis műtéten átesett beteg képezte. A műtétek előtt és után (4. nap, 6. hét, 1. év) vérvételre került sor. A stenosis, illetve a restenosis mértékének megítélésére (preop.; postop. 6. hét, 6. hónap, 1. év) carotis duplex scan (ATL UltraMark 9) vizsgálatot végeztünk.

Eredmények: 1. Az MBL vad allélt hordozókban korábban és kifejezettebben jelentkezett a restenotikus folyamat. 2. A homozigóta vad allélt hordozókban háromszor nagyobb eséllyel alakult ki restenosis. 3. A magas szérum LDL-koleszterin szint és az MBL vad alléljának jelenléte egymástól független faktornak bizonyult. Hatásuk additívan tizenhatszorosra emelte a restenosis kialakulásának valószínűségét.

Következtetés: a magas szérum LDL-koleszterinszint és az MBL vad alléljának jelenléte egymástól független, prediktív faktora a neointimalis hyperplasia-restenosis kialakulásának.

A5

Vaszkuláris diszfunkció meghatározása Cardiovision készülékek segítségével

DR. PÉCSVÁRADY ZSOLT

*Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, II. Belgyógyászat,
Kistarcsa*

Az atherosclerosis korai szakaszának – a vaszkuláris diszfunkciónak – felismerése nagy jelentőséggel bír, hiszen jelenleg már többféle lehetőségünk van gyógyszeres kezelésére. A vaszkuláris diszfunkció a vaszkuláris simaizomzat hipertrofia/hiperplázia és fibrózis következtében kialakult érfali rigiditás fokozódásaként meghatározható. A Cardiovision készülék számítógéppel támogatott, oszcillometriás elven működő berendezés, amely képes számszerűsíteni (ASI = arterial stiffness index) az érfali rigiditást, melynek körélettani és technikai alapjai kerülnek összefoglalásra. A készülékkel több betegcsoport és gyógyszer kerül vizsgálatra, melynek eredményei ismertetésre kerülnek, igazolva a műszer használhatóságát a klinikai gyakorlatban is.

A6

Óriássejtes arteritis kezelésének problematikája

DR. KOLOSSVÁRY ENDRE, DR. FARKAS KATALIN,
DR. KOLLÁR ATTILA, DR. PINTÉR HAJNALKA,
DR. HARCOS PÉTER, DR. MOGÁN ISTVÁN,
DR. FARSANG CSABA

*Szent Imre Kórház, I. Belgyógyászati Osztály,
Radiológia, Neurológiai Osztály, Sebészet, Budapest*

A vizsgálat célja: angiológiai ambulanciánkon diagnosztizált és kezelt óriássejtes arteritisben szenvedő betegek egy éves utánkövetésének tapasztalatait mutatjuk be.

Módszer: angiológiai ambulanciánkon az elmúlt egy évben 4 szövettani vizsgálattal igazolt óriássejtes arteritisben szenvedő beteget gondoztunk. A szteroid terápia hatásosságát az akut fázis gyulladásra jellemző CRP, vörösvérsejt süllyedés (West) ismételt vizsgálatával ellenőriztük.

Eredmények: a négy betegből kettő tipikus, cranialis manifestációt mutatott. A két másik beteg az ún. nagyér arteritis jeleit mutatta. Mind a négy beteg a bevezetett szteroid terápiára azonnal reagált, amit az akut fázis gyulladás megszűnte, UH-vizsgálati paraméterek mérséklődése, valamint általános állapotuk javulása jelzett.

Átlagosan 2–3 hónap elteltével mind a négy esetben az alkalmazott szteroid terápia ellenére relapsus jelentkezett, amit a CRP, West értékek emelkedése, valamint két esetben

végtagi ischaemia jelzett. Szteroid terápia alkalmazott dózisa mellett jelentkező mellékhatások miatt az irodalmi adatokra támaszkodva methotrexate terápiát vezettünk be csökkentett dóziszú szteroid terápia mellett. Ezen terápiás megoldás mellett sikerült jelentősen csökkentett szteroid dózissal a betegek állapotát stabilizálni.

Összefoglalás: az óriássejtes arteritis ismeretlen eredetű, feltehetően immunológiai hátterű betegség, ami a tünetek heterogén volta miatt nehezen diagnosztizálható. A szteroid terápia igen hatásos, azonban a betegséget nem szünteti meg. Az esetek többségében lehetőségként methotrexate kezelés javasolható. A betegség biológiai jellemzésén túl a jövőben lehetséges terápiás megoldásokat is bemutatjuk.

A7

Arteriosclerosis obliterans – secunder prevenció

DR. LANDI ANNA

*Fővárosi Szent István Kórház,
IV. Belgyógyászati Osztály*

Az arteriosclerosis obliterans (ASO) előrehaladása többnyire lassú, hosszú a tünetmentes periódus. Gyakori az ischaemiás szívbetegséggel és a carotis rendszer obliteratív megbetegedésével való együttes előfordulás, mely miatt a halálozási rizikó háromszoros a betegségmentesekéhez képest. Cél az ASO minél korábbi felismerését követően a lehetséges széles körű prevenció elkezdése, amellyel a betegek életminőségének javítása mellett életkilátásuk is növelhető. Az atheroscleroticus folyamat gátlható a befolyásolható rizikófaktorok lehetséges eliminálásával, kiemelve a dohányzás elhagyásának fontosságát. Az életmód-változások másik fontos sarokpontja a rendszeres – legalább heti 3x30 percnyi – fizikai tréning, amely erősíti az endothelium fiziológiai tevékenységét, javítja a vérlipid paramétereket, a vörösvérsejtek flexibilitását, a vázizomzat oxidatív metabolizmusát, fokozza az izomrostok kapilláris ellátottságát, növeli az izomzat csúskapacitását, mindezek által a limitált oxigén ellátottság ellenére fokozható az izomzat kapacitása. Gyógyszeres secunder prevenció; a tünetek, vagy/és panaszok kezdetekor a claudicatio intermittens bizonyítottan jól befolyásoló kis dózisú ASA, vagy thienopyridin származék indítása, majd folytatása valamely contraindicatio fellejtéig. Antilipidaemias kezelés alkalmazása a beteg nemétől, korától, egyéb terápiájától függetlenül, annak mibenléte az LDL-chol., trigl. szinthez illeszkedjen. Hyperhomocysteinemia esetén a folsav substitutióknak van kiemelkedő jelentősége a napi szükséglet többszörösét meghaladó dózisban. Az emelkedett plasma fibrinogen szintet – amelynek még határozottabb az atherogen hatása egyéb kockázati tényezők jelenléte esetén – fibrátok (kivéve a gemfibrosilt), nikotin-

sav, ticlopidin és rendszeres fizikai tréning alkalmazásával lehet csökkenteni.

A8

A sulfanylureak hatása a diabeteses microcirculációra

DR. NIESZNER ÉVA,

DR. NÁDAS IVÁN, DR. PRÉDA ISTVÁN
*Országos Gyógyintézeti Központ, Kardiológiai
és Belgyógyászati Osztály,
Budapest*

Az endothel dysfunctio az arteriosclerosis egyik legkorábbi manifesztációja. Az endothel funkció klinikai vizsgálatára alkalmas fow mediant reaktív hyperaemia test (RHT), laser Doppler vizsgálattal a bőr legkisebb egységében teszt értékelhetővé az anyagcsereállapot, illetve a terápia endothel funkcióra kifejtett módosító hatását.

A módszer érzékenységből, valamint abból a tényből adódóan, hogy a bőr microcirculációjának funkcionális eltérései szoros korrelációt mutatnak egyéb microcirculációs szervkárosodásokkal, az egész test rezisztencia ereinek állapotáról nyerhetünk információt. Jelen vizsgálatunkban az anyagcserehatás mellett a tip. 2. DM kezelésében alkalmazott sulfanylureak – mint ATP-dependens K^+ csatorna blokkoló agensek – endothel funkcióra kifejtett hatását vizsgáltuk.

A betegek kezelésénél *célunk* a diéta fenntartása mellett a normoglikemia elérése volt, így crossover kezelés során önkontrollos vizsgálatokban értékelhettük a hyperglykaemia, valamint a glibenclamid, illetve glimepirid, gliclazid microcirculációra kifejtett hatásait (N33, ffi: 20, nő: 13, kor: 47 év).

Eredmények: glimepirid és gliclazid nem befolyásolja, míg a glibenclamid kezelés a nyugalmi áramlást csökkenti (F_K vs. F_{DM} vs. F_{glib} vs. F_{glim} vs. F_{glic} : 13,71 PU/s SE: 0,61 vs. 1,58 PU/s SE: 0,38 vs. 12,89 PU/s SE: 0,63 vs. 13,0 PU/s SE: 0,13 vs. 14,16 PU/s SE: 0,39, F_{DM} vs. F_{glib} * $p < 0,001$ comp. Bonferroni, sign. $p < 0,05$).

A RHT során glimepirid kezelés mellett az áramlásfokozódás létrejön, míg glibenclamid alatt a normoglikemiás anyagcsereállapot ellenére elmarad a vasodiláció. Glibenclamid terápia alatt az áramlászó változásban észlelt csökkenés a rossz anyagcsereállapottal azonos mértékű (* $p < 0,0005$, $p < 0,0005$, comp. Bonferroni, sign. $p < 0,05$). A maximális fluxuszó változásig eltelt idő rossz anyagcsereállapotban és glibenclamid kezelés alatt is jelentősen megnyúlik, míg glimepirid kezelésben rövidül.

Következtetés: észleléseink alapján az ATP-dependens K^+ csatornák szerepet játszanak az endothel mediant vasodilációs folyamatokban.

Hibák, tévedések és szövődmények (H)

Referátum

Hibák, tévedések, szövődmények az érsebészetben

DR. NEMES ATTILA

Semmelweis Egyetem ÁOK,

Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest

Nem kívánt következményekkel teljes a vascularis chirurgia. Progresszív betegséget kívánunk véglegesen gyógyítani – olykor kudarcra ítélve. A tevékenység minőségi kontrollja megállapítható

- a halálozásból,
- a reoperációk számából,
- az amputáció, szerv-eltávolítás mértékéből,
- a postoperatív stroke-ból.

A nem kívánt események központjában áll az infekció. Hiba, tévedés, szövődmény adódhat javallati, műtéttechnikai, utókezelési kérdésekből. Az igazságügyi megítélés eredménytelen műtét, vítás beavatkozás, kockázati tényező, hanyagság, negligencia, luxuria kategóriákat ismer. Az érsebészetben további tényező az idő, a késedelem fogalma. Szólni kívánunk az intervencionális radio-angiológia kockázatairól, szövődményeiről (lokális szövődmények: vérzés,

occlusio, idegsérülés; célterületen: dissectio, occlusio, perforáció, szervkárosodás, primer és szekunder leakage).

A referátum alapját a 2002. évi országos statisztika képezi (a szolgáltatott adatok számszerűen valósak, helyenként azonban kritikával kell illetni).

(A táblázatot ld. az oldal alján.)

A szövődmény elkerülése szakmai feladat. A „műhiba” perek csökkentésére pontos dokumentáció, teljes körű felvilágosítás és mindennemű felesleges fecsegés (a szó is árt-hat!) elkerülése szükséges.

Referátum

Hibák és tévedések az angiológiai gyakorlatban

DR. FAZEKAS PÉTER

Markhot Ferenc Kórház, Radiológiai Osztály, Eger

Szerző az elmúlt 20 év alatt végzett több mint 10 000 perifériás diagnosztikai katéterezése, 2000-nél több angioplasztikája, 300 perifériás stent beültetése során előforduló hibákat, tévedéseket mutatja be és ad javaslatokat azok elkerülésére.

A rosszul megválasztott, nem gondosan végzett punkció olyan hibákhoz vezethet, amely nemcsak egy tervezett intervenció sikerét veszélyezteti, hanem a kiindulási állapotnál rosszabb helyzetet előidézve esetleg azonnali műtétet igényel. A behatolási helyek anatómiája ismeretének hiánya néha életet is veszélyeztető szövődményt, például haemató-

Műtési beavatkozás	Esetszám	Halálozás (%-ban)	Reop. vérzés (%-ban)	Reop. occlusio (%-ban)	Amp/stroke (%-ban)
Carotis	2198	0,72	2,8	0,6	0/1,3
Subclavia	80	0	0,09	0	0/0
Anonyma/car. comm.	30	3	0,05	0	0/0
Renalis	26	3,8	7,6	0	0/0
Visceralis	37	cc. 10 (?)	0 (?)	0 (?)	0/0
Felső végtag	70	0	1,7	4,2	7,14/0
Aorto-bifem.	668	2,54	3,2	3,4	1,04/0
Aorto-ilio-fem.	1559	0,7	1,4	3,7	0,8/0
Fem., prof., popl., crur.	3772	0,5	2,5	5,3	3,4/0
Aneurysma elektív	475	3,1	2,7	0,8	0/0
Aneurysma ruptura	115	46	?	?	0/0
Extraanatomicus	416	1,2	1,2	5,04	??/?
Redo	2572	1,5	cc. 8	cc. 10?	cc. 4/0
Intervenció	3278	?	?	?	??/?
Stent-graft/aneurysma	108	4,6	0	0	0/0

mát okozhat. A vezetődrót és katéter nem megfelelő megválasztása, a nem elég óvatos, gondos használat az érfal különböző súlyosságú és következményű sérüléseit okozhatják. A diagnosztikai angiográfia során a nem elég információtartalmú vizsgálat (például a különböző irányú ábrázolások hiánya) egy későbbi intervenció hibás tervezéséhez, rossz kivitelezéséhez vezet.

A diagnosztikai angiográfiát úgy kell végezni, hogy befejezésekor ne maradjon az intervenció, vagy a műtét tervezéséhez megválaszolandó kérdés. Ehhez az intervenciók radiológus és az érsebész mindennapos, rendszeres konzultációja, egymás technikai lehetőségeinek ismerete szükséges.

Az angioplasztikák végzése során elkövethető hibák, várható, vagy nem várt szövődmények egy részét a stentek alkalmazása elhárította. A stentek nem megfelelően indikált és beültetett alkalmazásából súlyosabb – leggyakrabban sürgős műtétet igénylő – hibák, szövődmények keletkezhetnek, mint a korábbi angioplasztikák végzése során.

A ballonnal hordozott stentek korrekt indikációjának hiánya, a nem megfelelő méret választása, az elhelyezés nem elég precíz végzése hibákhoz, esetleg szövődményekhez vezethet. Az öntáguló stentek nyitási mechanizmusának ismerete, a nyílás dinamikájának figyelembe vétele nélkül, az esetleges rövidülés nem megfelelő kiszámításával követhetők el hibák.

H1

Artériás keringési zavarok májtranszplantáció után

DR. DOROS ATTILA, DR. WESZELITS VIOLA,
DR. GÖRÖG DÉNES, DR. FEHÉRVÁRI IMRE

*Semmelweis Egyetem Transzplantációs
és Sebészeti Klinika, Budapest*

Cél: az akut és krónikus májelégtelenség bevált kezelése a májtranszplantáció. A posztoperatív szövődmények egyik legsúlyosabbika az artériás keringési zavar. A beültetett szerv az oxigénellátás hiánya miatt súlyosan károsodik, a beteg élete veszélybe kerül. Célunk bemutatni tapasztalatainkat az artériás szövődmények észlelése és kezelése terén.

Beteg és módszer: az 1995 óta a SE Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján végzett első 125 májátültetés adatait elemeztük.

18 betegben fordult elő artériás szövődmény. A szövődmény felfedezése a transzplantáció után átlagosan 56 nappal (1–415 nap) történt. Az UH-vizsgálatot CTA és/vagy DSA egészítette ki. 12 betegben az artériás keringési zavar az első 2 hétben alakult ki. 4 esetben donor a. iliaca interpositum, vagy reanastomosis készítés, 3 esetben retranszplantáció, 4 esetben PTA, 9 esetben csak megfigyelés és antikoag-

gulálás történt. A későbbiekben 7 esetben lépett fel ischaemiás eredetű epeúti szövődmény.

Eredmények: a 18 beteg közül 9 beteg élt legalább 12 hónapig a szövődmény felismerése után, közülük jelenleg 4 van életben, 1 esetben retranszplantáció, 2 esetben a. hepatica szűkület tágitása, 1 esetben antikoagulálás és obszerváció után. 2 beteg epeúti szövődménye szorult kezelésre.

Következtetés: a posztoperatív szakban végzett rendszeres UH kontroll segít a keringési zavar időbeni kimutatásában, sőt megelőzi a klinikai kép romlását is. A korai terápia az egyetlen esély a máj és a beteg életben tartására. A sebészeti kezelési módszerek mellett az időben végzett katéteres rekanalizáció, tágitás is megfelelő eredményhez vezethet.

H2

A lebegő thrombus nyakának meghatározása

DR. SZATMÁRI FERENC,
DR. KOLLÁNYI ANDRÁS,
DR. KERESZTES MÁRIA, DR. SZÁNTÓ TAMÁS
*Csolnoky Ferenc Kórház, Radiológia Osztály,
Veszprém*

Cél: a lebegő thrombusok egy része leszakad és embolizál, más része a falhoz tapad. Ennek magyarázatára kerestük néhány beteg kapcsán a választ.

Módszer: mindkét alsó végtagot az inguinalis hajlatban és a térdhajlatban, a panaszos oldalt végig a comb magasságában és a lábszáron a boka fölött, illetve a beteg által jelzett panaszos helyen vizsgáljuk 7,5 Mhz-es transducerrel.

Eredmény: tapasztalataink azt mutatják, hogy azokban az esetekben, amikor a thrombus 1–4 cm-nél nem hosszabb szakaszon terjed a femoralis összeömlés fölél, a thrombus kb. 4 cm-nél hosszabb szakaszon lebeg, a kitapadás 1–2 hét alatt bekövetkezik. Rendszeres UH ellenőrzés mellett megfigyelhető volt, hogy a lebegő thrombuson nyak képződik. Ez általában a hajlatokban, vagy nagyobb oldalágak beömlésénél, vagy főágba való beszájadásánál figyelhető meg. A lebegő szakasz kezdeti része valószínűleg az állandó lebegés következtében rövid szakaszon elkeskenyedik, nyak képződik.

Összefoglalás: véleményünk szerint a fentiek bizonyítására kísérletes vizsgálatok vagy nagyobb számú betegen történő megfigyelés lenne szükséges.

Amennyiben megfigyeléseink igazolódna, könnyebben dönthető el, hogy a beteg konzervatív kezelést kapjon, vagy véna cava filtert ültessünk be, vagy sebészeti megoldást válasszunk.

H3

Az országos érsebészeti adatbázis kezdeti tapasztalatairól

DR. SIMÓ GÁBOR, DR. SZABÓ ATTILA,
DR. ACSÁDY GYÖRGY, DR. MOGÁN ISTVÁN
*Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály,
Semmelweis Egyetem ÁOK
Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest*

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság Vezetősége az angiológiai betegellátás helyzetének javítása érdekében hosszú távú stratégia részeként 2002-ben elindította a carotis és aneurysma műtétek számítógépes adatrögzítési programját. A programot 42 érsebészeti osztályra, részlegre juttattuk el, ezek 80–90%-a juttatott vissza adatokat ilyen irányú tevékenységéről. Az első év tapasztalatait, a feldolgozás eredményét mutatjuk be munkánkban. Ismertetjük a folyamatban lévő alsó végtagi rekonstrukciós műtéteket feldolgozó adatbázis kezdeti eredményeit.

Poszterek

(P)

P1

Cervicalis block, mint alternatív anaesthesia technika carotis endarterectomia műtéti anaesthesiájában

DR. BALÁZS ZSOLT, DR. DÖMÖTÖR GYÖRGY,
DR. RÁCZ ROZÁLIA, DR. MOLNÁR GYULA,
DR. PÁSZTOR ANIKÓ, DR. TARR FERENC
Országos Gyógyintézeti Központ, Budapest

A carotis endarterectomia műtéti érzéstelenítésére két módszer használatos: általános anaesthesia, illetve regionális érzéstelenítés. Hazánkban gyakorlatilag kizárólag az általános anaesthesiát használták erre a műtéti típusra.

Előadásunkban bizonyítani szeretnénk, hogy jól szelektált esetekben a regionális anaesthesia reális alternatívát jelent a carotis endarterectomia anaesthesiájára.

Intézetünkben mély, illetve felületes cervicalis blockot alkalmazunk, amely a C2–4 cervicalis gyökök anterior ramusának blockját biztosítja. A mély block nagyobb mértékű motoros blokádöt biztosít, mint a felületes. A blockot szokásos deszficiálás után végezzük, 6–8 ml. 0,5% bupivacinnal. A block időtartama 3–4 óra.

Kontraindikációi: a beteg beleegyezésének hiánya, mentális decompensatio, lokális infekció

Relatív kontraindikációt képez a COPD, a beszűkült légzésfunkciós paraméterek miatt az esetleges féloldali n. phrenicus bénulás légzési elégtelenség veszélyével fenyeget.

Szövődmények: különösen mély cervicalis blocknál fordulhatnak elő – subarachnoidális, epidurális, subdurális block, a. vertebralis punctiója, gerincvelő sérülés.

Előnyei: a beteggel folyamatos kontaktus tartható, így a legtökéletesebb neurológiai monitorizálásra nyílik lehetőség, ugyanakkor elkerülhetővé válnak az általános anaesthesia szövődményei, aspiráció, nehezített intubáció, relaxálással, sedálással kapcsolatos postoperatív hypoventilláció stb.

A cervicalis blockban történő carotis endarterectomia hátránya, hogy a beteg számára a többi lokoregionális anaesthesiához hasonlóan bizonyos kényelmetlenséggel jár, s így a beteg kooperációja elvégzéséhez nélkülözhetetlen, valamint a beteg elveszíti az általános anaesthesia során adott gyógyszerek cerebrális protectív hatását.

P2

Carotis műtét 80 év felett

– ami sok, az sok?

DR. BARANYAI ÁRPÁD, DR. NYIREDY GÉZA,
DR. KAPUS ZOLTÁN, DR. NAGY ZSUZSA
Budai MÁV Kórház, Érsebészeti Osztály

Az utóbbi évek randomizált prospektív multicentrikus tanulmányai egyértelműen bizonyították a carotis endarterectomia hatékonyságát az ischaemiás stroke megelőzésében. Számos szerző azonban kétségbe vonja e beavatkozás létjogosultságát az idős, 80 év feletti betegek körében. E kétkedésnek alapot ad az is, hogy mind a NASCET, mind az ACAS tanulmány első fázisából kizárták a 80 évesnél idősebb betegeket. Tanulmányunk célja ezen idős betegcsoport műtéti adatainak retrospektív vizsgálata és eredményeinek összehasonlítása a 80 évesnél fiatalabb korcsoportéval.

A Budai MÁV Kórház Érsebészeti Osztályán 1998. 01. 01. és 2002. 12. 31. között összesen 741 carotis műtét történt. 33 esetben, azaz az összes beavatkozás 5,1%-nál került sor a műtetre 80 éves vagy annál idősebb betegen. A 30 beteg közül 3 esett át külön ülésben mindkét oldal műtétjén. A 80 év feletti betegek átlagos életkora 83,4 év volt. Klinikai stádium szerint: tünetmentes: 10, non hemispherialis tünet: 3, TIA/RIND: 9, volt tünetmentes, non hemispherialis tünetek: 10 beteg. A műtéteknél intraoperatív SjVO₂ monitorozás és szelektív shuntolás történt. Statisztikailag elemezve a műtéti adatokat a perioperatív stroke morbiditás és mortalitás szempontjából, nem mutatkozott lényeges eltérés a 80 év feletti és alatti korcsoportok eredményei között.

A fentiek alapján javasoljuk a 80 éves korcsoportra is a fiatalabb betegekhez hasonlóan nemzetközileg elfogadott indikációs elvek alkalmazását a hazai gyakorlatban.

P3**Carotis bifurcatioval összekapaszkodott
recidív nyaki tumor és nyirokcsomó
metasztázis eltávolítása, egy ülésben
végzett carotis resectióval és pótlással.****Esetismertetés**

DR. GELLÉRT GÁBOR, DR. JAKAB GYÖRGY,
DR. NAGY PÉTER

*Flór Ferenc Kórház, Sebészeti Osztály,
Érsebészeti Részleg, Fül-Orr-Gége
és Fej-, Nyaksebészeti Osztály, Kistarcsa*

A szerzők beszámolnak egy 66 éves férfi beteg közösen végzett sikeres műtétjéről. A betegnél 1 évvel korábban malignus sublingualis tumor miatt jobb oldali nyaki block disseciót végeztek mandibula resectioval. Majd posztoperatív irradiatio történt. Az ismertetett műtetre jobb oldali localis recidiva, illetve nyirokcsomó áttét miatt került sor. Kivizsgálása során igazolódott, hogy ezen elváltozások involválják a carotis communis distalis szakaszát és a carotis-bulbus is. Az elvégzett carotis duplex scan és iv.-angiographia mindkét oldali carotis-rendszer jó átjárhatóságát mutatta. Távoli áttétek nem igazolódtak, a beteg általános állapota jó volt. Az intra-operatív lelet megerősítette az elővizsgálatok eredményét, a műtét kapcsán a tumor-recidiva által beszűrt carotis-villát resecaltuk, gyűrűs PTFE interpositio történt a carotis communis és a carotis interna közé, ezzel egy ülésben eltávolítva a tumoros elváltozást is. Neurológiai szövődmény nem alakult ki, a posztoperációs szak eseménytelen volt, és a beteg a 12. műtét utáni napon, aktuálisan gyógyultan távozott otthonába.

Az eset precedens értékű volt a kórház életében, és bizonyította, hogy recidív tumorok műtéti kezelésénél nem kizáró ok sem a korábbi irradiáció, sem a területen futó nagyerek involválódása, még akkor sem, ha ez az ér történetesen maga az arteria carotis communis.

A sikeres műtét előfeltétele a korrekt kivizsgálás, és az érintett társ-szakmák, jelen esetben a gégeészet, fej-nyaksebészet és az érsebészet jól felkészült együttműködése.

P4**Arteria carotis interna aneurysma
sikerrel operált esete**

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

A 46 éves férfi beteget kompressziós tüneteket okozó szoliter nyaki tumor miatt, melyet glomus tumornak véle-

ményeztek és ultrahanggal, valamint CT-vel is igazoltak, fül-orr-gégészetben vittek műtetre. Ennek során a carotis világában elhelyezkedő, az erektől elválaszthatatlan, nem pulzáló rezisztenciát találtak, az arteria carotis internát izolálni nem tudták. Az érsebészeti konzílium alapján a műtét feladása és kiegészítő angiográfiás vizsgálat mellett döntöttek. Ez utóbbi alapján az arteria carotis interna tünetmentes elzáródását okozó trombotizált aneurysmát véleményeztek. Az érsebészeti műtét során az aneurysma részleges reszekciója történt, az arteria carotis interna rekonstrukciója kiáramlási pálya hiányában nem volt kivitelezhető, így ennek lekötése zajlott le.

Következtetés: kompressziós tüneteket okozó felső harmadi nyaki nem pulzáló tumorok esetén is gondolni kell a carotis rendszer aneurysmájára.

P5**Supraaortikus álaneurysmák sebészi
és intervenciós radiológiai megoldása**

DR. LACZKÓ ÁGNES, DR. HÜTTL KÁLMÁN,
DR. SZABÓ ATTILA, DR. SÓTONYI PÉTER,
DR. ACSÁDY GYÖRGY

*Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

A supraaortikus álaneurysmák ritkák. Kialakulásukban plaque ruptura, trauma, iatrogenia szerepel. Megoldásuk korábban csak sebészi úton volt lehetséges. Klinikánk anyagából a lehetséges sebészi és az utóbbi időben bevezetésre került intervenciós radiológiai beavatkozásokat mutatjuk be, mérlegelve azok előnyeit és kockázatát.

P6**Tapasztalatok és eredmények a nyaki
érsérülések sebészi kezelésében**

DR. GALAMBOS BARNABÁS, DR. TAMÁS LÁSZLÓ,
DR. CZIGÁNY TAMÁS

*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, Érsebészeti Osztály,
Győr*

A supraaortikus erek érsérüléseinek retrospektív analízisét végeztük 1991. január 1. és 2001. december 31. között a Petz Aladár Megyei Oktató Kórház Érsebészeti Osztályának anyagában.

Anyag és módszer: ezen idő alatt 16 nyaki érsérülés ellátása történt. A kialakulás mechanizmusa 11 esetben (68,7%) direkt penetráció, 5 esetben (31,3%) tompa behatás volt. Masszív vérzéssel, haemodinamikai instabilitással rendelkező betegcsoportban (8 eset) azonnali műtétet végeztünk.

Stabil vitális paraméterek esetén (8 beteg) aortaív és carotis (négy ér) angiográfia előzte meg a sebészeti kezelést. A neurológiai status a systolés vérnyomás (SBP) a Glasgow kómaskála (GCS) minden alkalommal rögzítésre került a beavatkozás előtt és után. A carotis communis és interna, összes sérülését rekonstruáltuk. Ligatiót csak carotis interna illetve véna jugularis interna laesio esetén végeztünk. Intervencionális radiológiai módszerekkel a vertebralis artériák vérzéseit láttuk el.

Eredmények: a sürgősséggel operált csoportban 6 betegnél nem alakult ki centrális neurológiai deficit. Két esetben a műtét előtt észlelt (2/5 power grade) jobb felső végtagi monoplegia (GCS 11, SBP90 Hgmm) a műtét után megszűnt, motoros aphasia, illetve arteria cerebri media terület infarktusa alakult ki. Az angiográfiát követően relatív sürgősséggel operált betegcsoportban 7 szövődménymentesen gyógyult. Egy esetben észlelt bal haemiparesis (GCS12) a műtétet követően oldódott (GCS15), a koponya CT negatív eredményt mutatott. Két vertebralis artéria sérülés coil embolisációját követően szövődményt nem észleltünk. A sürgősséggel operált betegcsoportból egy beteget veszítettünk el (mortalitás 6,25%).

Konklúzió: nyaki érsérülés egyértelmű jelei esetén (masszív vérzés, hypovolaemiás shock, pulzáló haematoma, surranás) azonnali műtét végzendő. A neurológiailag és haemodinamikailag stabil betegcsoportban, ha nyaki traumát követő bármilyen viscerális vagy érsérülésre utaló gyanú felmerül, a komplex diagnosztikus protokoll (angiográfia, oesophagoscopia stb.) utáni intervenció eredményes.

P7

Subclavia-carotis transposíció mûtéteink és subclavia PTA-k eredményességének vizsgálata

DR. SZABÓ GÁBOR VIKTOR,
DR. JÁRÁNYI ZSUZSANNA

*Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

Bevezetés: a bal subclavia első szakaszának szűkülete, illetve a betegség progressziója kapcsán ezen szakasz elzáródása felső végtagi vérnyomáskülönbség, subclavian steal tünetei miatt kerül kivizsgálásra. A korábbi stádiumban a helyreállításához első választandó megoldás a PTA, occlusio esetén a transposíciós műtét.

Módszer: a Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinikáján 1998-ban 37 betegnél végeztünk bal oldali subclavia I. szakasz PTA-t, további 20 betegnél subclavio-caroticus transposíciós műtétet. Ezen beteganyag öt éves utánvizsgálatát végeztük el, kérdőívek, illetve fizikális vizsgálat alapján.

Eredmények: az 57 beteg több mint 80%-ának utánvizsgálata történt meg. Néhány beteg a PTA-t követően reocclusio miatt transposíciós műtétre került. Összességében közel 90%-os patency rate-et találtunk. Súlyos szövődmény egyik beavatkozás után sem volt.

Megbeszélés: tünetes betegeken az artéria subclavián a betegség különböző stádiumában végzett intervenciós radiológiai, illetve érsebészeti beavatkozás megfelelő intervenció és gyakorlat esetén biztonságos, hosszú távon jó eredményt hozó eljárás.

P8

A carotis rekonstrukciók mûtéti módszerében végzett változtatások osztályunk gyakorlatában (1987–2002)

DR. VALLUS GÁBOR, DR. DLUSTUS BÉLA,
DR. DANHAUSER GYULA, DR. TÓTH GYULA,
DR. TÓTH LAJOS, DR. BARTA LÁSZLÓ
*MH Központi Honvédkórház, Érsebészeti Osztály,
AITO I., Budapest*

Osztályunkon az elmúlt 15 év során 1086 carotis rekonstrukciót végeztünk. A postoperatív stroke rátánk 1,02–2,2% között volt. 2002. évben postoperatív szövődményünk nem volt (!). Mindez köszönhető a kiforrott sebészeti technikának és az összehangolt sebészeti-anaesthesiológiai munkának. 1992-ig TEA + patch plastica, 1992 után eversió endarterectomia lett döntően a sebésztechnikai megoldás. 1995-ben végeztünk először carotis műtétet plexus cervicalis vezetékes blokádban, 2002-ben, 36 esetben a carotis rekonstrukció csaknem felében. A műtét során az agyi perfúzió monitorizálására az éber beteg neurológiai kontrollját végeztük, folyamatosan detectáltuk a műtét alatt a beteg orientáltságát, artikulációját és a kontra-laterális kéz szorítóerejét.

Összehasonlítottuk a 40 plexus cervicalis blokádban és 40 ITN-ben végzett beteg perioperatív adatait. A műtétek során stabilabb keringést, kevesebb keringési szövődményt, alacsonyabb stroke rátát észleltünk, jelentős költségcsökkenés mellett.

Szövődményként 1 esetben a blokádban intrathecalis beadása, 3 esetben a nem kielégítő anaesthesia miatt conversio történt.

A betegek elégedettségi indexe 90% felett volt, sebészeti szempontból hátrányt jelentett néhány esetben a műtét terület mozgása. Ezzel szemben a sebész számára rendkívüli nyugalmat jelentett, ha a manipuláció során (kirekesztések, felengedés a rekonstrukció végén) a betegnél neurológiai tünet nem jelentkezett. Továbbá nem voltak az ébresztési periódusban észlelhető tenzió-kiugrások, a seb zárását követően a beteg a műtét azonnal elhagyhatta.

Mindezek alapján véleményünk, hogy a beteg megfelelő tájékoztatása, magas szintű sebészi és anaesthesiológiai háttér és jól összehangolt team munka mellett a plexus cervicalis vezetékes anaesthesiában végzett carotis rekonstrukciókkal a postoperatív stroke ráta jelentősen csökkenthető, alacsonyabb költség és jobb beteg elégedettségi index mellett.

P9

Anastomosis stenosisok intervenciós kezelése

DR. BEHEK SÁNDOR, DR. HALMOS FERENC,
DR. HORVÁTH GYULA, DR. GERGELY MIHÁLY,
DR. SZABOLCSI TIVADAR
*Kaposi Mór Megyei Kórház, Sebészet,
Ér- és Mellkassebészeti Osztály,
Radiológiai Osztály, Kaposvár*

Az intervenciós radiológiai beavatkozások napjainkban az ér betegek gyógykezelésében megfelelő helyre kerültek és egyre gyakrabban kerülnek alkalmazásra. Ennek háttérében a technika finomodása, az egyre több területen való alkalmazása mellett a minél kisebb megterhelést jelentő endovascularis beavatkozások igénye is áll.

A sikeres műtéten átesett, gyógyszeresen kezelt, gondozott betegek jelentős része ismételt panaszos lesz, ennek háttérében a korábbi műtét valamelyik anastomosisának szűkülete állhat. Ezek a beszűkült anastomosis tágításával, esetleges stent behelyezésével sikeresen gyógyíthatók. Az elmúlt 5 év során 17 anastomosis tágítást végeztünk, 3 esetben stent beültetésével kombinálva. Egy esetben a tágítást követően akut elzáródás lépett fel, amelyet műtéttel oldottunk meg.

A megfelelő angioradiológiai háttér esetén a beavatkozás a betegség progressziójával sikeresen alkalmazható.

P10

Radiológiai intervencióval kombinált rekonstrukciós érműtétek

DR. GERGELY MIHÁLY
*Kaposi Mór Megyei Kórház
Ált. Ér- és Mellkassebészeti Osztály, Kaposvár*

Kórházunk radiológiai osztályán több mint tíz éve végezték el az első PTA-t. Az első stent beültetés 2001 nyarán történt. Anyagunkban az utóbbi öt évben érsebészeti osztályunkon végzett olyan rekonstrukciós érműtéteket kívánjuk bemutatni, amelyeket radiológiai intervencióval kombináltunk.

P11

Felső végtag paresist okozó congenitalis arteriovenosus shunt és annak sebészi intervenciója

DR. TASNÁDI GÉZA, DR. KRASSER PÉTER,
DR. BIHARI PÉTER, DR. SÁRKÖZY SÁNDOR
Heim Pál Gyermekkorház, Sebészeti Osztály, Budapest

Cél: a congenitalis a-v malformáció ritka csecsemőkori szövődményére – az átmeneti végtagparesisre – hívjuk fel a figyelmet. Megoldást javasolunk.

Módszer: paresis háttérében noninvasív vizsgálatokkal igazoltuk az a-v malformációt (Color Doppler Duplex, MRA).

Eredmény: kezdetben a konzervatív kompressziós kezeléssel, majd az a-v mikrocommunicáció Doppler-ellenőrzött eltávolításával tettük tünetmentessé a csecsemőt.

P12

Krónikus vénás elégtelenséget okozó többszörös, alsó végtagi arteriovenosus shunt kezelése kemoembolizációval (esetbemutatás)

DR. KIRÁLY ISTVÁN, DR. RIBA MÁRIA,
DR. NAGY ISTVÁN, DR. NAGY ÉVA
*Markusovszky Kórház, Radiológiai Osztály,
I. Belgyógyászati Osztály, Általános Sebészeti Osztály,
Bőrgyógyászati Osztály, Szombathely*

Célkitűzés: az arterio-venosus érmalformációk a betegség elhelyezkedésétől függően több nehezen kezelhető panaszt okozhatnak, melyek kezelése számos problémát vet fel.

Betegek és módszerek: a szerzők egy 22 éves nőbeteg kórtörténetét mutatják be. 10 éve észlelt, fokozódó jobb oldali alsó végtag ödéma, feszülő fájdalom, járástávolság csökkenés, majd a belboka körül kialakult corona phlebectatica, illetve a lábháton megjelenő ulcusok miatt először bőrgyógyászati osztályra került felvételre. Panaszait krónikus vénás keringési elégtelenség következményeinek tartottuk. Ennek háttérében mélyvénás elfolyási akadály lehetőségét color Doppler ultrahang vizsgálattal nem valószínűsítettük, majd arteriovenosus shunt lehetőségére gondolva angiográfiát végeztünk. A vizsgálat a jobb alsó végtag cruralis érrendszerén, az art. tibialis anterior területéről kiinduló számos arteriovenosus-shuntöt mutatott. Érsebészeti és intervenciós radiológiai konzílium alapján az elváltozás kezelése a lehetséges módszerek közül PVA-val (polivinil-alkohol) történő kemoembolizációt választottunk.

Eredmények: 2 hónap alatt két alkalommal végzett szelektív embolizációt követően a beteg panaszai csökkentek (ödéma csökkent, fekélyek kisebbedtek, járástávolsága nőtt). Artériás keringészavart nem észleltünk.

Következtetés: érmalformációk kezelésére az intervenciós radiológiai módszerek megfelelő alternatívát jelentenek.

P13

A tenyér artériás árkádjának ritka benignus daganata

DR. ARATÓ ENDRE, DR. KOLLÁR LAJOS,
DR. SZILÁGYI KÁROLY

*Pécsi Tudományegyetem OEC ÁOK, Sebészeti Tanszék,
Baranya Megyei Kórház, Sebészeti Osztály*

A kézen lévő ér eredetű benignus tumorok, melyeket gyűjtőnéven haemangiómáknak hívunk, a kézsebészeti irodalomban meglehetősen ritkák.

Reprezentatív adatok szerint a haemangiómák mintegy 4%-át, az aneurysmák, A-V malformációk csupán fél százaléka adják a benignus kéztumoroknak.

Poszterünkön fiatal férfi bal tenyerében lévő, a felületes artéria árkádot involváló haemangioma sikerrel operált esetét kívánjuk bemutatni. A praeeoperatív kivizsgálás során és a műtét terv felállításához nagy segítségünkre voltak a különböző képalkotó eljárások, úgymint az UH-vizsgálat, a kéz MR és MR angiográfia. A fenti vizsgálatok birtokában már műtét előtt pontos lokalizációval rendelkezünk, így a műtét stratégia tervezhető volt. Kipólyázásos vértelenség és subtilis technika alkalmazásával sem a kéz vérellátásának zavara, sem idegsérülés nem jött létre. A kéz „pulzáló tumora” megszűnt, a kéz fogóképessége helyreállt, a digitalis idegek kompressziójából származó ujjzsibbadás is elmúlt.

A tenyéri oedema megszűntét követően a műtét sikerességét újabb kéz MR-vizsgálattal és MR-angiographiával igazoltuk.

P14

Érmalformáció formájában jelentkező dermatofibrosarcoma protuberans Darier–Ferrand szubkután daganat operált esete

DR. NAGY ISTVÁN, DR. NÁDASI GÉZA,
DR. NAGY ÉVA

*Vas Megyei Markusovszky Kórház Általános és
Érsebészeti Osztály, Bőrgyógyászati Osztály, Szombathely*

Egy 40 éves nőbeteg esetét ismertetjük, aki a bal bordaíy alatt elhelyezkedő zölddiónyi, klinikailag hemangiómának

imponáló, az utóbbi évben gyorsabban növekvő tumor miatt került kivizsgálásra. Doppler és UH-vizsgálat a daganatot haemangiómának véleményezte. A kivizsgálás során MR-vizsgálat történt, amely az a. epigastrica inferiorból táplálkozó vaszkularizált tumort igazolt.

A műtét előtt szklerotizáló kezelést alkalmaztunk, amelynek hatására azonban a tumor mérete nem változott. Műtét mellett döntöttünk, amelynek során meglepetésre nem haemangiómát, hanem egy zölddiónyi vaszkularizált kötőszöveti tumort találtunk, melyet eltávolítottunk.

A szövettani vizsgálat dermatofibrosarcoma protuberans Darier–Ferrand típusú szemimalignus tumort igazolt. A daganat a dermatofibroma és a fibrosarcoma között helyezkedik el klinikailag és szövettanilag. Kékes-vörös színe, teleangiectaziás infiltrációja miatt hemangioma képében jelentkezhet. Kezelése a tumor széles excíziója. Kiújulási hajlama miatt obszervációt igényel. A ritka eset kapcsán ismertetjük a betegség jellegzetességeit és kezelési lehetőségeit, bemutattuk a kivizsgálás során készült felvételeket.

P15

Klippel–Trenaunay syndroma. Egy ritka kórkép az érsebészeti gyakorlatban

DR. BARANYAI ÁRPÁD, DR. NYIREDI GÉZA,
DR. BALOGH GY. DR. HORVÁTH I.
Budai MÁV Kórház, Érsebészet, Radiológia

A Klippel–Trenaunay syndroma (KTS) congenitalis komplex vénafejlődési anomália. Az ún. kevert capillaris és caenosus haemangiómák csoportjába tartozik és gyakran társul más fejlődési rendellenességekkel. Főbb jellemzői: a visszereesség, a vénás malformációk jelenléte, a „port wine” naevusok és a végtagi lágyrész vagy csont hypertrophia. A végtag vénás elvezetése gyakran rendellenes, nem ritka a mélyvénák agenesiája, hypoplasiája, egyes szakaszokon a vénabillentyűk hiánya és a nagyobb vénatörzsek aneurysmája sem.

A szerzők egy 33 éves fiatalember esetét ismertetik, aki alsó végtagi visszeres panaszainak fokozódása és a testen lévő lazacoltok miatt jelentkezett. Az elvégzett képalkotó vizsgálatok, a duplex scan, az MR phlebographia és a kontraszt phlebographia a v. femoralis és femoralis communis törzsének dysplasiáját és a marginalis vena phlebectasiáját igazolták. A fentiek miatt visszereességének konzervatív kezelése mellett döntöttünk. A testszerte elhelyezkedő, nagy kiterjedésű naevusok kezelésére dermatológiai konzultációt követően intenzív pulzáló fény (IPL, 515 nm és 550nm) kezelést, photocoagulációt alkalmaztunk jó eredménnyel.

A KTS kezelése alapvetően konzervatív, sebészeti korrekció csak súlyos panaszok és a visszeres végtag fekélye esetén jön szóba.

P16**Perifériás aneurysma okozta kritikus alsó végtagi ischaemia**

Dr. GYURKOVICS ENDRE,

DR. MORVAY KRISZTINA,

DR. NAGY ZOLTÁN, DR. HELT ZOLTÁN

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

Az elmúlt 6 évben klinikánkon 117 aneurysma műtétet végeztünk. Műtétnél az aneurysmát 87 esetben valódinak, 7 esetben anasztomózis, illetve graft aneurysmának és 23 esetben álaneurysmának találtuk. A valódi aneurysmák közül 58 az aortát, 29 pedig a perifériásabb érszakaszt érintette. Anyagunkban a perifériás aneurysmák műtéti intervencióját 21 esetben krónikus panaszok, 8 esetben pedig kritikus alsó végtagi ischaemia képezte. Az akut műtét oka 3 esetben – az aneurysma szövődményeként megjelenő – embolizáció, 4 esetben trombózis, 1 esetben ruptura volt. A heveny tünetek kezdetétől a műtétiig terjedő időt 3 és 46 óra között találtuk. Az aneurysma 2 betegnél az arteria iliaca communis, 5 betegnél az arteria poplitea, 1 betegnél pedig az arteria femoralis superficialis-poplitea területét érintette.

Az akut műtéteink előtt angiográfia – rutinszerűen – nem készült, legtöbb esetben a sikertelen thrombo-embolsectomia indikálta a műtét kiterjesztését, s a felfedezett aneurysma el-látását. A korai posztoperatív szakban 2 betegnél kény-szerültünk comb amputációra, 6 betegünk megtartott, jó funkciójú végtaggal távozott.

Előadásunk az aneurysmák lehetséges szövődményei mellett tárgyalja azok ellátását, műtéti megoldásainkat, az érzéstelenítési módokat, az intraoperatív angiográfia nyújtotta előnyöket és a napjainkig tartó utánkövetés eredményeit.

P17**Femoro-malleolaris műtétek kritikus alsó végtagi ischaemia miatt**

Dr. GYURKOVICS ENDRE,

DR. MORVAY KRISZTINA, DR. NAGY ZOLTÁN,

DR. REGÁLI LÁSZLÓ, DR. TINNYEI ILONA

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

Az érsebészeti részleg indulásától 2003. január 1-jéig terjedő időszakig, érsebészeti munkacsoportunk a SOTE II., majd az SE ÁOK I. sz. Sebészeti Klinikán összesen 756 femoro-cruralis bypass műtétet végzett. Közülük 38 esetben

terjedt a verőér-rekonstrukció a bokaízület szintjéig, vagy még disztálisabb artéria szakaszra. A betegek átlagéletkorát 64 évnek találtuk, férfi–nő arány 4:1. A disztális anasztomózisok több mint fele – 20 eset – az arteria dorsalis pedisre került. 10 esetben az arteria tibialis posterior bokaízület mögötti szakasza, 4–4 esetben az arteria plantaris, illetve az arteria peronea végső szakasza volt a befogadó érpálya. Kiegészítő a-v shunt 2 betegnél készült.

Transzplantátumként törekedtünk az autológ anyag használatára. Vena saphena magna hiányában lehetőség szerint karvénát alkalmaztunk, de 2 esetben composit bypass végzésére kényszerültünk, és további 2 esetben műanyag protézist implantáltunk.

A betegek távozásakor 28 graft volt átjárható, 6 esetben reocclusio következett be, de a végtag tartható maradt, míg 4 esetben amputációt végeztünk a korai posztoperatív szakban.

Műtéteinket csak kritikus alsó végtagi ischaemia esetén indikáltuk, végtagmentési céllal. A befogadó pálya megítélését a pre- és intraoperatív angiográfia mellett, a Dopplervizsgálat és az arteriotómia után észlelt visszavérzés is segítette. A lábszárizomzatot nem érintő láb artériák feltárása még sikertelenség esetén sem zárta ki mindig egy későbbi lábszár amputáció lehetőségét.

Tapasztalataink szerint a megfelelő indikáció mellett alkalmazott malleolaris szintű rekonstrukcióknak helyük van az érsebészetben.

P18**A PTA szerepe és lehetőségei a kritikus végtagi ischaemia kezelésében**

DR. VENCZEL LÁSZLÓ,

DR. MOLNÁR TAMÁS,

DR. BÁCSEKAI FERENC,

DR. CSERÉNYI LÁSZLÓ, DR. RASKÓ ENDRE,

DR. SVÉBIS MIHÁLY

*Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza,**Általános Sebészeti Osztály,**Radiológiai Osztály,**Kecskemét*

Az elmúlt négy év során az intézetben 198 esetben történt femoralis és distalisabb PTA érrekonstrukciós műtétre alkalmas betegeknek.

A szerzők elemzik ezen beavatkozások eredményességét, rámutatva arra, hogy a kritikus végtag ischaemia kezelésében hol a helye a PTA-nak. Beszámolnak arról, hogy a vizsgált időszak alatt hány végtagot veszítettek el a kezelés ellenére, mely esetekben sikerült a végtag megmentése, illetve az amputáció mértékének csökkentése.

P19

**Pedalis bypassok utáni korai
reoperációk és késői beavatkozások
(PTA, ITA, szerviz műtétek,
redo-műtétek)**

DR. NYIREDY GÉZA, DR. BARANYAI ÁRPÁD,
DR. KAPUS ZOLTÁN, DR. NAGY ZSUZSA
Budai Máv Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: 1993 óta osztályunkon 68 esetben végeztünk pedalis szintű rekonstrukciót. Bypass occlusio, stenosis, vérzés miatt 24 esetben történt további műtéti vagy intervencionális radiológiai beavatkozás. 13 esetben ez korai reoperáció volt (30 napon belüli), 11 esetben pedig ez időn túli (8 hét – 9 év).

Módszer: a korai reoperációk 4 esetben vérzés miatt, 8 betegnél bypass occlusió és 1 esetben a kiáramlás occlusiója miatt történtek. A vérzéseket minden esetben sikerrel láttuk el, az occlusiók során 7 esetben thrombectomy történt, egy esetben interpozíció és egy esetben tibialis posteriorról plantarisra vezetett véna bypass. A késői reoperációk közül 2 esetben vérzés miatt kényszerültünk műtetre. Ebből egy vénás interpozíció, egy bypass ligatura történt. Stenosis 8 esetben okozott ischaemiás tüneteket. Ebből a proximális, donor érszakasz stenosisa 5 alkalommal fordult elő, míg a bypass szűkülete 3 alkalommal jelentkezett. Angioplasticát 4, vénás foltplasztikát 2, vénás interpozíciót egy betegnél, és újabb pedalis bypass szintén egy betegnél végeztünk.

A betegek nemét, életkorát, a bypass proximális, distalis anastomosisát, a graftot mind az összes pedalis bypasson átesett betegeknél, mind a korai és késői beavatkozásokon átesett betegeknél összevetettük. Ezek alapján a korai reoperáltak idősebb korosztályból kerültek ki és a bypass is hosszabb volt (fem. com. prox. anastomosis).

Eredmények: az eredményeket tekintve, a korai reoperáltak közül 1 beteg exitált a 2. post. op. napon (mortalitas 7,7%). Korai occl. 4 esetben fordult elő (30%), ezekben az esetekben a végtagot el is veszítettük. Késői reocclusio 3 esetben történt és 1 végtag került cruralis amputációra. További 4 beteg exitált az utánkövetés alatt (10 hó – 9 év).

A késői beavatkozásoknál 1 beteget elvesztettünk a 7. post. op. napon (9%). Itt korai reocclusio nem következett be. Késői reocclusio 3 esetben történt, ebből két végtagot kellett cruralis szinten amputálni. 5 betegnél a bypass jelenleg is működik.

Megbeszélés: összességül elmondhatjuk, hogy a pedalis bypassok korai reoperációja a végtagmentés miatt mindenképpen elvégzendő, bár az eredmények szerények. A késői reoperációk is inkább csak a stenosisok eseteiben eredményesek, és itt az intervencionális radiológiai beavatkozások jelentősége növekszik.

P20

**Akut végtagi verőérelzáródás miatt
végzett műtéteink, tapasztalataink**

DR. GARBAI IMRE, DR. JAKSA LÁSZLÓ,
DR. KAKUSZI ISTVÁN, DR. JUHÁSZ GÁBOR
Bajai Kórház, Sebészeti Osztály

Az akut végtagi ischaemiával felvételre kerülő beteg el látása komoly kihívást jelent városi közkórházunk általános sebészeti ügyelete számára. A kritikus ischaemiás állapot, a beteg fájdalma szükségessé teszi, hogy gyorsan cselekedjünk, s valamilyen módon megpróbáljuk helyreállítani a keringést. Az elzáródás okának tisztázása nem minden esetben egyszerű feladat, pedig szükséges, mert meghatározza a végzendő műtét típusát. Segítséget adhat a sürgősséggel elvégzett angiographia, duplex scan vizsgálat. A beteg állapota is alapvetően meghatározza, hogy milyen beavatkozást végezhetünk. Elvünk, hogy mentsük a végtagot, de az életet ne veszélyeztessük. Osztályunkon 1996. január 1. és 2002. december 31. között 135 műtétet végeztünk akut végtag- ischaemia miatt. Fogarty szerinti embolectomia, thrombectomy történt 95 esetben, közülük amputációra kényszerültünk 7 betegnél, 17 beteget veszítettünk el. Sürgősségi rekonstruktív érműtétet 40 betegnél végeztünk. Obliteratív arteriosclerosis következtében kialakult akut artériás thrombosis miatt egy aorto-bifemoralis, egy aorto-femoralis, két ilio-femoralis, négy crossover, öt femoro-poplitealis supra-genualis, két infragenualis, három cruralis bypass készítésére került sor. Thrombotisált poplitea aneurysma okozta akut végtagi ischaemia miatt három műtétet végeztünk. Korábban rekonstruktív érműtéten átesett betegeknél késői reocclusio okozta akut ischaemia miatt 19 betegnél végeztünk műtétet. Akut rekonstruktív jellegű érműtéttel operált betegeinknél amputációra öt esetben került sor, egy beteget veszítettünk el. Tapasztalatainkról számolunk be.

P21

Rövid időtartamú PGE-1 kezelés

DR. PENCZ ZOLTÁN, DR. KRISTÓF VERA,
DR. LACZKÓ ÁGNES, DR. SÁNTA GABRIELLA,
WEINBERGER ÉVA, DR. VARGA ERZSÉBET,
DR. SÁSDI ANTAL

*Péterfy Kórház, II. Belgyógyászat, Budapest,
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest*

A PGE-1 kezelés – melyet külföldön rutinszerűen alkalmaznak – hazánkban is elterjedőben van. Alkalmazását – fejlettebb országokban is – elsősorban igen magas ára korlátozza, ezért a klasszikusnak számító (60 µg/die, négy héten át) kezelési sémát módosítani próbálják.

Osztályunkon két rövid időtartalmú kezelési protokollt próbáltunk ki:

1. rövid idejű PGE1 kezelés + intenzív (és individuális) fizioterápia (Fontaine II/b – III. stádiumú betegek),
2. rövid idejű PGE1 kezelés – rendszeres ismétléssel (autoimmun kórképek okozta micro-angiopathiák).

A kezelés hatékonyságát a szubjektív mérési módokon (fájdalom csökkenése – visual analóg skála stb.) kívül tcpO_2 méréssel, duplex scan-nel és CW-Doppler méréssel vizsgáltuk.

Eredményeink azt mutatják, hogy responder betegek esetén (az első csoportban a betegek 70%-a, a második csoportban 66%-a) a kezelés hatására a panaszok rövid idő alatt jelentősen regrediáltak, az áramlás növekedett (legnagyobb mértékben a tcpO_2 értékek emelkedtek). A mellékhatások gyakorisága – összehasonlítva a korábban osztályunkon végzett hosszú időtartamú kezeléseknél észlelt mellékhatás profilal – alacsony, súlyos mellékhatást a kezelések során nem észleltünk. A kezelés költsége lényegesen alacsonyabb, mint a korábban alkalmazott hosszú időtartamú kezelés, így mód nyílik arra, hogy több beteget kezeljünk, illetve a kezeléseket a betegség korábbi stádiumában kezdjük el, megakadályozva ezzel a súlyosabb elváltozások kialakulását.

P22

Renovascularis hypertonia invazív kezelése (esetismertetés)

DR. JAKAB LAJOS, DR. TAMÁS LÁSZLÓ,
DR. SZATMÁRI FERENC

*Petz Aladár Megyei Oktató Kórház
Érsebészeti Osztály, Radiológiai Osztály, Győr*

A renovascularis hypertonia komplex kezelésében az invazív radiológiai és sebészeti megoldások is fokozott szerepet játszanak. Kórházunkban az elmúlt 10 év alatt 22 arteria renalis PTA-ra került sor. A második 5 éves periódusban történt a beavatkozások kétharmada, 15 PTA, ebből 5 esetben stent beültetése is szükségessé vált. Ugyanezen időszak alatt 11 arteria renalis helyreállító érműtétet hajtottak végre, 3 esetben az invazív radiológiai beavatkozás akut szövődménye miatt (1 vérzés, 2 reocclusio). Az esetek 2/3-ában PTFE, 1/3-ában vena mesenterica graft felhasználásával rekonstruáltunk. A szerzők ismertetik az osztályunkon alkalmazott kezelési elveket esetbemutatás kapcsán.

Bemutatjuk M. B. 50 éves hypertoniás nőbeteg kórtörténetét, akinek jobb alsó végtagi claudicatiós panaszai, 50 m-es járástávolság miatt elvégzett angiographia során jobb oldali arteria iliaca communis occlusio, valamint significans jobb oldali arteria renalis stenosis igazolódott. A renalis stenosis sikeres PTA-ja történt az angiographiával egy ülésben, majd elvégeztük a jobb a. iliaca rekonstrukcióját. A beteg rendszeres

UH kontroll alatt állt, 6 hónap múlva ismételt kialakult hypertoniája utalt a restenosis lehetőségére, melyet az UH és az elvégzett angiográfia is igazolt.

A restenosis műtéti megoldása mellett döntöttünk, melyet véna mesenterica superiorból nyert graft segítségével aorto-renalis bypass beültetésével végeztünk. Kontroll angiográfia jól működő bypass-t igazolt, a hypertonia gyógyszerigénye jelentősen csökkent.

P23

Jobb oldali, ectopiás vese duplex artériáinak, valamint bal renalis arteria szignifikáns stenosisának rekonstrukciója Leriche-syndroma műtéti megoldása során

DR. PALÁSTHY ZSOLT, DR. SIPKA RÓBERT,
DR. MIHALOVITS GÁBOR, DR. HÓDI ZOLTÁN,
DR. BALOGH ÁDÁM

*Szegedi Tudományegyetem, Sebészeti Klinika,
Érsebészeti Osztály, Szeged*

B. Gy. 55 éves ffi. beteg hypertoniája évek óta ismert és kezelt. Fokozódó mindkét alsó végtagi claudicatiós panaszok, mintegy 50 méteres dysbasiás távolság miatt történt kivizsgálása. Ennek során duplex UH-t, DSA-t, valamint MR-angiográfiát végeztünk. Az aorta magas occlusiója mellett a bal arteria renalis szignifikáns stenosisa, valamint jobb oldali, a kismedencében lévő ectopiás vese igazolódott, melynek kettős artériáin 90%-os szűkület volt látható. Megfelelő előkészítést követően végzett műtét során aorto-bifemorális-bypass, bal oldali arteria renalis graft-interpositio, valamint a jobb oldali két vesearteria desobliterációja, majd a graftba történő reimplantációja történt. Szövődménymentes postoperatív szakot követően mindkét vese keringése jó, a beteg járástávolsága korlátlan, normotensio miatt antihypertensivumok szedése a műtét óta szükségtelen.

P24

Egy ritka komplikáció, a truncus coeliacus stent dislocatio sebészeti korrekciója

DR. SIPKA RÓBERT, DR. NAGY ENDRE,
DR. MORVAY ZITA

Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Klinika és Radiológiai Klinika

A hasi aorta páratlan zsigeri ágai megbetegedésének kezelése történhet mind sebészeti, mind intervenciós radiológiai módszerrel. Ugyanakkor mindkét módszer alkalmas lehet a másik eljárást követő komplikációk korrekciójára.

Cél: az elmúlt hat évben a hasi aorta páratlan zsigeri ágában végzett 13 radiológiai intervenciót követő egyetlen komplikáció sebészi korrekciójának bemutatása.

Anyag és módszer: 45 éves nőbetegnél, fájdalmas hasi panaszok miatt kivizsgálás során igazolt subtotalis truncus coeliacus stenosis miatt kettős stent implantáció történt. Ezt követően átmeneti intenzív hasi fájdalom jelentkezett, majd a beteg panaszmentessé vált és otthonába távozott. Két hónap elteltével ismételt jelentkeztek hasi panaszai. Az elvégzett hasi duplex UH vizsgálat, majd a CT angiográfia kimutatta a kettős stent retrográd dislocációját az aorta felé. Az intervenció radiológus kollégával egyetértésben a műtéti beavatkozás mellett döntöttünk.

Eredmények: műtéti feltárásból a truncus coeliacus explorációját, a stentek eltávolítását, localis desobliterációt és vena foltplasztikát végeztünk. Postoperatív a beteg ismételt panaszmentessé vált. A későbbiekben főleg a has, illetve a deréktájék területére lokalizálódó jelentős súlygyarapodást jelezte problémaként. A kontroll duplex UH vizsgálatok kielégítő zsigeri perfúziós viszonyokat mutattak.

Következtetés: a hasi aorta páratlan zsigeri ágai betegségeinek esetében is, megfelelő indikációval végezhető intervenció radiológiai és sebészi beavatkozás is. A két módszer szövődményeinek megelőzésében és elhárításában alapvető fontosságú a jó kollaboráció. „Hodie mihi, cras tibi.”

P25

Septicus graft.

Hibaként értékelendő, megelőzhető?

DR. FORGÁCS SÁNDOR, DR. ROZSOS ISTVÁN,
DR. KOLLÁR LAJOS
PTE OEC ÁOK Sebészeti Tanszék,
Baranya Megyei Kórház, Érsebészet, Pécs

Az egyik legrettegettebb és legnagyobb kihívást jelentő érsebészeti szövődmény a septicus graft kialakulása.

Előadásunkban elemezni kívánjuk, mit tehetünk a septicus graft kialakulása ellen, melyet elsősorban nem megfelelően választott és alkalmazott antibiotikum profilaxisnak, illetőleg terápiának tudhatunk be. Mik azok a prediktív tényezők, melyek korán jelezhetik a septicus graft jelenlétét és specifikusak a korai fázisban?

Áttekintve 5 év septicus graft miatt operált betegeknek kórtörténetét, retrospektíve következtettünk az antibiotikum választási hibákra és korai prediktív tényezőkre, melyek alapján megfelelő ellátási algoritmust állíthatunk fel a septicus graft kialakulásának korai felismerésére.

Ezen algoritmus alapján a xenograftot hordozó betegeknél, mintegy szűrőfunkcióval a CRP és fibrinogén szint változása alapján következtethetünk a korai graftsepsis kialakulására.

P26

Silver protézis – új lehetőség a bifurcatiós protézis szeptikus szövődményének kezelésében?

DR. SIMÓ GÁBOR, DR. MOGÁN ISTVÁN,
DR. DARABOS GÁBOR, DR. BOGNÁR JÁNOS
Szent Imre Kórház, Érsebészeti Osztály, Budapest

A műrérel végzett érsebészeti helyreállító műtétek legsúlyosabb szövődménye a graft gennyedés. Az aortoiliacalis műtétek ezen szövődménye magas mortalitással, sok esetben a végtag elvesztésével jár. A megoldás tárháza szűkös, a kockázat magas.

Módszer: anyagunkban két bifurcatiós protézis suppuráció sebészi kezelésének eredményét ismertetjük. Az első esetben 5 évvel korábban végzett bypass – aortoduodenalis fistula talaján kialakult –, a második esetben korai szeptikus szövődmény reoperációjára kényszerültünk. A kórokozó baktérium *Staphylococcus coag. neg.*, illetve MRSA volt. Mindkét esetben a graft explantációját és silver bifurcatiós protézis beültetését végeztük.

Eredmények: az első esetben 6, a második esetben 4 hónapos utánkövetés után működő graft, szeptikus tünetek megszűnése, gyógyult állapot igazolható.

Következtetés: a silver protézis alkalmazása új lehetőséget jelenthet a műrérel végzett érsebészeti helyreállító műtétek szeptikus szövődményeinek kezelésében.

P27

Graft-infekciók kezelése Gentamycin impregnált műgyanta-lánc implantációval – korai tapasztalatok

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

A műrérel végzett érsebészeti helyreállító műtétek legsúlyosabb szövődménye a graft gennyedés. A kezelés alapja a graft eltávolítása, a végtag állapotától függően autológ anyaggal történő pótlása. Az igen nagy műtéti kockázat és rossz eredmények miatt lokális folyamat esetén megkísérelhető a graft megtartása mellett a folyamat szanálása.

Módszer: az elmúlt két év során hét betegnél alkalmaztuk a lokális folyamat kezelésére a gentamycinnel impregnált műgyanta-lánc beültetését. A graft infekció öt esetben korai (30 napon belüli), két esetben késői (30 napon túli) volt. A szeptikus műér régiókénti megoszlása: négy aorto-femorális, két femoro-popliteális, egy aorto-femoro-popliteális áthidalás.

Eredmény: az elhúzóódó felszívódású, magas lokális Gentamycin koncentráció lehetővé tette az infekció szanálódását és a graft beépülését. Korai reoperációra nem kényszerültünk. Egy esetben késői graftocclusio miatt végeztünk azonos régióban műtétet, ekkor a lánc beépülését észleltük.

Következtetés: tapasztalataink alapján a lokális graft-infekció kezelésének egyik módja lehet a Gentamycinnel impregnált műgyanta-lánc beültetés.

P28

Transcutan O₂ mérés jelentősége az ér betegek kezelésében

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

A transcutan O₂ nyomás (tcpO₂) meghatározása rutin eljárásnak számít az angiológiai kezelések eredményességének meghatározása során. Ismert, hogy a legtöbb kezelési módra responderként, illetve non-responderként reagálhat a beteg. Non-responder status esetén a kezelés folytatása ésszerűtlen (felesleges költség + esetleges mellékhatások fellelpte).

Vizsgálatainkat Fontaine II/b (15 beteg) és Fontaine III. (10 beteg) stádiumú betegeken végeztük. Felvételtkor és a klasszikus haemorheológiai kezelés 5. napján tcpO₂ meghatározás történt. Amennyiben sem a beteg szubjektív panaszai nem változtak, sem a tcpO₂ érték nem növekedett, akkor parenteralisan prostaglandin E-1 adását kezdtük el.

Eredményeink azt mutatják, hogy a „klasszikus” kezelésre non-responder II/b esetek 60%-ban, a III. stádiumú esetek 50%-ban siker érhető el a kezelés gyors váltásával.

A kezelések során a rövid időn belül ismételt tcpO₂ meghatározás – bár nem olcsó – alkalmasnak tűnik a különböző kezelési módok hatékonyságának „monitorizálására”, ezáltal csökkenthető a kórházi tartózkodás, illetve a kezelési költség. Amennyiben lehetőségünk nyílik rá, tervezzük a vizsgálatok kiegészítését laser-Doppler méréssel is.

P29

MR angiográfia alkalmazása az érsebészeti gyakorlatban

DR. MIKOLA J., DR. KERESZTURY GÁBOR,
DR. KOVÁCS T.
*Szent György Kórház, Általános Sebészeti Osztály
Érsebészeti Részleg, Radiológiai Osztály*

1999 augusztusa óta intézményünk területén Philips Giscan MR készülék (1 Tesla) üzemel.

2000 óta van lehetőségünk MR angiográfia végzésére.

Előadásunkban röviden ismertetjük a különböző vizsgálati módok: TOF, PC-MRA, CE-MRA lényegét.

A supraaortikus érsebészetben prae-operatív ma már elfogadott protokoll az MR angiográfia és a Duplex UH.

Az előadásunkban bemutatott beteganyagban MR angiográfia alkalmazási lehetőségét vizsgáljuk az érbetegségek prae- és postop. diagnosztikájában.

Megállapítjuk: jól alkalmazható az utánkövetés is, mely alapján szükség esetén szerviz műtétet indikálunk.

Prae-operatív alkalmazható

- PTA indikálására,
- műtéti indikáció felállítására,
- műtéti terv felállítására, kiegészítő angiográfia végzése mellett.

A vizsgálati módszer

- technikailag egyszerűen kivitelezhető,
- gyakorlatilag noninvazív,
- nincs kontrasztanyag szövődmény,
- jól megközelítő, esetenként pontos prae-operatív érstátus, amellyel pontos kezelési tervet tudunk felállítani.

P30

Humán nagyvénák tágulékonyságának non-invazív, in situ vizsgálata

DR. MOLNÁR ANDREA ÁGNES,
DR. APOR ASZTRID, DR. RUZICS CSABA,
DR. KOVÁCS VIKTÓRIA, DR. NÁDASY GYÖRGY,
DR. HÜTTL KÁLMÁN, DR. MONOS EMIL,
DR. BÉRCZI VIKTOR
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Klinikai Kísérleti Kutató és Humán Élettani Intézet,
Budapest,
Országos Gyógyintézeti Központ,
Kardiovaszkuláris Tanszék, Budapest*

Célkitűzés: a humán mélyvénák tágulékonyságának non-invazív, in situ vizsgálata fiatal és idős korcsoportban.

Módszerek: B-módú ultrahang módszer (Hitachi EUB-450) segítségével a v. femoralis communis, a v. axillaris és a v. jugularis interna átmérőjét mértük fekvő és álló testhelyzetben Valsalva manőver (VM) előtt és alatt fiatal 24±1,2 év, n=10) és idős (72,5±4,9 év, n=12) korcsoportban. A VM reprodukálhatósága céljából mértük a kilégzés során a levegő kiáramlási nyomását. A tágulékonyságot (TK) a VM előtt és alatt mért átmérők hányadosával jellemeztük.

Eredmények: a fiatal csoportban a TK nagysága a véna femoralis esetén fekvő helyzetben 1,87±0,27, álló helyzetben 1,01±0,01, a v. axillarisnál fekvő 1,07±0,06, állva 1,14±0,24, v. jugularisnál fekvő 1,93±1,21, állva 5,33±2,95.

Az idős csoportban a TK nagysága a véna femoralis esetén fekvő helyzetben $1,27 \pm 0,07$, álló helyzetben $1,04 \pm 0,05$, a v. axillarisnál fekvő $1,04 \pm 0,04$, állva $1,07 \pm 0,07$, v. jugularisnál fekvő $1,45 \pm 0,50$, állva $3,75 \pm 2,10$.

Következtetés: az irodalomban eddig nem ismert módszerrel mérve fekvő helyzetben a v. fem. kifejezetten rugalmas, míg álló helyzetben a legnagyobb átmérőt felvéve VM hatására már nem tágul tovább. Idős korban a v. femoralis tágulékonysága a fiatal korcsoportéhoz képest jelentősen csökken.

P31

Cryopreservált humán véna haemodialízishez

DR. SZEBERIN ZOLTÁN, DR. BÍRÓ GÁBOR,
DR. ÁRKOSY OTTÓ, DR. NEMES ATTILA
*Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Fresenius Dialízis Centrum, Szent Margit Kórház,
Budapest*

A Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinikáján az utóbbi 5 évben 560 esetben végeztük arterio-venosus shunt készítését dialízis céljából. Minden esetben natív fistulára törekszünk, műeret ritkán implantálunk. Esetismertetésünkben cryopreservált humán femorális véna felhasználását mutatjuk be.

Az egyik dialízis centrum arterio-venosus fistula készítése céljából küldött klinikánkra egy 49 éves férfit. Anamnézisében diabetes mellitus, extrém obesitas, súlyos alsó végtagi arteriosclerosis, jobb láb gangréna okozta septicus állapota szerepelt. ABO kompatibilis, cryopreservált femorális vénát implantáltunk a bal alkarra az art. radialis és a vena mediana cubiti közé. Szövődményt nem észleltünk, immun-suppressziót nem használtunk. A graft megerősödött, szűrhetővé vált.

6 hónappal később shuntvéna stenosis jeleit észleltük, illetve igazoltuk. Vénás folttal végeztük el a stenosis plasztikáját. Újabb 6 hónapja a graft jól működik.

Tudomásunk szerint ez az első hasonló műtét hazánkban.

P32

Endoszkópos perforáns disszekció indikációja

DR. MENYHEI GÁBOR
*Baranya Megyei Kórház, PTE/OEC/ÁOK,
Sebészeti Tanszék, Pécs*

Számos tanulmány bizonyította az endoszkópos perforáns disszekció (EPD) hatásosságát perforáns elégtelenség-

gel járó súlyos insufficiencia kezelésében. Alkalmazása és a műtét indikációja vonatkozásában azonban több nyitott kérdés merül fel.

Az előadás célja, hogy az EPD indikációs körét meghatározza egyrészt az irodalom elemzése, másrészt saját tapasztalatok alapján. A PTE Sebészeti Tanszékén az elmúlt három évben 46 EPD történt, ezek közül 35 műtét ulcus cruris miatt. Az ulcus gyógyulási arány összességében 80%-os volt. Postthromboticus mélyvéna reflux esetén a klinikai eredmények szerényebbnek bizonyultak (68%-os ulcus gyógyulási arány, 16%-os recidíva a középtávú nyomonkövetés során). Primer saphena elégtelenséggel együttjárási perforáns insufficiencia miatt végzett EPD eredményei kiválóak (13 ulcus közül 1 nem gyógyult).

Saját eredményeinket az irodalmi adatokkal összevetve megállapítható, hogy az EPD eredményesen alkalmazható izolált perforáns elégtelenség és postthromboticus mélyvéna insufficienciával együttjárási esetekben is. Primer saphena magna és perforáns elégtelenség együttes előfordulása esetén a főtrzszi reflux megoldása szükséges és EPD végzése azon ritka esetekben ajánlható második ülésben, amikor a vénás ulcus és a perforáns elégtelenség a saphena insufficiencia megszüntetése ellenére fennmarad.

P33

A szekunder prevenció eredményessége rekonstruktív érműtetre felvett betegeknél.

Összehasonlító elemzés a 2000. év eredményeivel.

DR. KRISTÓF VERA,
DR. LACZKÓ ÁGNES,
DR. SZABÓ ATTILA, DR. ACSÁDY GYÖRGY
*Semmelweis Egyetem,
Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest*

2001-ben feldolgoztuk a január 1. – május 1. között rekonstruktív érműtetre felvett betegek adatait a szekunder prevenció – thrombocytá aggregatio gátló kezelés, lipid status rendezése, diabetes rendezése, normotensív állapot elérése – szempontjából. Azt találtuk, hogy thrombocytá aggregatio gátlót nem kapott 28%, rendezetlen hypertóniája volt 23%-nak, rendezetlen a diabeteze 67%-nak, és nem kapott statin kezelést a hypercholesterinaemiás betegek 80–90%-a. Külön elemeztük a halmozott rizikójú betegek prevenciójának helyzetét. A 2003. év ugyanezen hónapjainak eredményeit azonos szempontok szerint elemezzük. Eddigi részeredményeink javuló tendencia reményét keltik.

P34

A véna basilica előhelyezés szerepe az alkari shuntok kimerülése esetén

DR. BÍRÓ GÁBOR, DR. SZEBERIN ZOLTÁN
Semmelweis Egyetem, Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Budapest

A dialíziskezelés alatt álló betegeknek a szokásos csukló-táji vagy könyök-táji fisztula elzáródása vagy kitágulása után is szüksége lehet autológ fisztulára.

1995. május és 2002. május között 45 betegen 50 alkalommal végeztünk műtétet a v. basilica felhasználásával. Mindegyik betegnek volt már az alkaron megelőzően sikeres vagy sikertelen shuntműtétje. Ezek a shuntok átlagosan 12,4 (1–168) hónapig működtek. Amennyiben a sikertelen első fisztulát nem számítjuk, akkor ez az idő 26,7 hónapnak adódik. A basilica fisztula készítését indokló patológiai háttér 33 esetben occlusio, 3 esetben aneurysma képződés, 12 el nem indult Cimino fisztula és két jól működő könyök-táji fisztula nem előemelt véna basilica vénával volt.

Az alkalmazott műtéttechnikát a könyök fölött anastomosis, a véna külön alagútba húzása és a v. basilica nem kellő hossza esetén a v. brachialis felhasználás jellemzi. A műtétet narkózisban vagy axillaris blokádban végeztük.

A közvetlen posztop. szakban haláleset vagy posztop. vérzés miatt reoperáció nem volt. 2 shunt occludált 30 napon belül. Az átlagosan 20,3 hónapos követési időben 4 beteg halt meg, 30 shuntot jelenleg is használnak, hetet több mint 4 éve. Szeptikus vérzés miatti reoperáció nem volt. Kaplan–Meier life table analízis 4 év után 57% primer és 68% szekunder nyitva maradási rátát igazolt.

Következtetés: az előhelyezett v. basilica shuntként megbízható, olcsó, hosszan használható fisztulát biztosít mindazoknak, akiknél az alkari autológ lehetőségek kimerültek.

P35

A cardio P.A.S. vérmegtakarító készülék alkalmazása nagy vérvesztéssel járó érsebészeti beavatkozások során

DR. FEHÉR E., DR. SIMÓ GÁBOR,
DR. DARABOS GÁBOR, DR. MOGÁN ISTVÁN,
DR. MEZŐFI M.

Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
Anaesthesiológiai Osztály, Érsebészeti Osztály

Bevezetés: a nagy vérvesztéssel járó műtétek során a masszív transzfúzióból számtalan korai és késői szövőd-mény származhat, melyek a beteg saját vérének visszajuttatásával részben elkerülhetővé váltak. Az elmúlt években so-

kat változott a transzfúziók indikációs köre, és előtérbe kerültek a vérmegtakarító eljárások. Az intraoperatív elvesztett vér visszaadására alkalmas Eurosets Cardio P.A.S. eszközével szerzett tapasztalatainkról szeretnénk beszámolni.

Anyag és módszerek: obszervációs retrospektív vizsgálat. Kórházunk Érsebészeti Osztályán 2003. január 1. és április 10. között húsz – várhatóan vagy akcidentálisan – nagy vérvesztéssel járó műtetre (aorta aneurysma resectio, aorto-bi-femoralis bypass, axillo-bifemoralis bypass, arteria iliaca TEA, aorto-bifemoralis bypass csere) – került sor. 6 alkalommal használtuk a Cardio P.A.S. készüléket, olyan esetekben, amikor a várható vérvesztés meghaladta az 1500–2000 ml-t. A betegek átlagéletkora 68,2 év, az átlagos műteti vérvesztés 2013 ml, a készülék segítségével visszajuttatott saját vér 1516 ml volt. A 6 beteg sem a műtétek alatt, sem utána nem kapott idegen vért vagy vérkészítményt. Haemolysist, pyrogen reakciót, vagy más jelentős szövőd-ményt nem észleltünk. A készülék alkalmazása nélkül vezetett 14 műtétnél a betegek átlagéletkora 63,35 év, az átlagos műteti vérvesztés 1557 ml, az átlagos idegen vér/vérkészítmény igény: 2,85 E vörösvértest koncentrációt, 2,14 E friss fagyasztott plazma, 1 E thrombocytá koncentrációt volt. A Cardio P.A.S. készülékkel végzett műtétek sajátvérváltás költsége 31.360,-Ft, a másik betegcsoportban a beadott vérkészítmények ára (szerelések és tartozékok nélkül) 40 307 Ft volt.

Következtetés: a Cardio P.A.S. vérmegtakarító készülék kiválóan alkalmas előre láthatóan nagy vérvesztéssel járó érsebészeti műtételnél a transzfúzió kiküszöbölésére (vagy a szükséges mennyiség jelentős csökkentésére), segítségével elkerülhetővé válnak (vagy csökkenthetőek) az idegen vér/vérkészítmény adásából adódó szövőd-mények és csökkenthetők a műtétekkel járó vérvesztésből adódó kiadások.

P36

Tapasztalataink endoszkóposan végzett thoralis sympathectomiával

DR. FÜZI ÁRPÁD, DR. SZILÁGYI KÁROLY,
DR. ROZSOS ISTVÁN, DR. KOLLÁR LAJOS
Baranya Megyei Kórház, Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar, Sebészeti Tanszék, Pécs

A szerzők 1996. január 1-jétől 2002. december 31-ig 46 betegnél 52 esetben végeztek thoralis sympathectomiát thoracoscopos módszerrel. Hat esetben történt bilaterális sympathectomia. A legfiatalabb betegünk 18 éves, a legidősebb 76 éves és az átlagéletkor 41 év volt. A műtét indikációját Raynaud syndroma, causalgia, posttraumás sympathicus dystrophia, vasospasticus syndromával kombinált TOS, Buerger kór, a digitális artériák obliteratív folyamata, embolizáció és hyperhidrosis képezte. A konzervatív terápia

eredménytelensége esetén választották ezt a megoldást. A minimál invazív beavatkozáshoz a laparoscopos műszerpark alkalmas. A szerzők ismertetik az általuk alkalmazott műtéti módszert, amivel csökkenthető a posztoperatív fájdalom, a hospitalizáció időtartama és kozmetikailag is jó eredményt értek el. Két esetben kényszerültek konverzióra pleuralis adhesiók miatt. Pneumothorax négy esetben, haemothorax egy esetben és átmeneti intercostalis neuralgia öt esetben fordult elő. Négy esetben a többéves nyomkövetés alatt sympathicus aktivitás visszatért. A sympathicus beidegzés megszüntetésével a bőr arterioláinak tágulata lép fel és a bőr hőmérséklete emelkedik. A betegek utánkövetésével megállapítható, hogy a panaszuk jelentősen csökkentek és a folyamat progressziója lassult. A módszer ajánlható minden olyan intézet számára, ahol a hagyományos laparoscopos műtétekhez adottak a feltételek és thoracotomiás tapasztalattal is rendelkeznek.

P37

A gyógytornász szerepe angiológiai osztályon

WEINBERGER ÉVA,
DR. KRISTÓF VERA, DR. PENCZ ZOLTÁN
*Péterfy Kórház, II. Belgyógyászat, Budapest,
SE Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest*

Napjainkban a sebészeti és konzervatív eljárások kiegészítő kezelésekként egyre inkább előtérbe kerül a gyógytorna szerepe az érbetegségek kezelésében.

Cél: a fizioterápia módjának, eredményességének (ezáltal fontosságának) bemutatása az egyes angiológiai kórképek esetében, kiemelten a Fontaine II. stádiumú betegeknél (osztályunk beteganyagában).

Módszer: a Fontaine II. stádiumú betegeknél az infúziós kezelés megkezdése előtt, a befejezést követően, majd 5 hétenként járópadon a fájdalommentes, illetve a maximális járástávolságot. A betegek az infúziós kezelés minden egyes napján egyénre szabott, 3 perces tréningen vettek részt, majd az infúziós kezelést követően heti 3 alkalommal szintén 30 perces mozgásterápiában részesültek.

Eredmények: a rendszeresen visszajáró betegeknél a havonkénti treadmill-en mért járástávolság az első hónap végére átlagosan 90%-kal növekedett (a kiindulási értékhez képest), majd – bár a növekedés üteme lassult – az első év végére további, átlagosan 30%-os növekedést észleltünk.

Következtetés: jól kooperáló betegeken a sebészeti és belgyógyászati kezelések kiegészítéseként szükséges a rendszeres, szakember által irányított mozgásterápia, mivel a komplex kezeléssel a betegség progressziója lassítható, illetve megállítható. Törekedni kell arra, hogy minél több beteg részesülhessen egyénre szabott gyógytornában.

P38

Arteria iliaca dissectiója „egészséges érrendszerű” uraemiás betegben vesetransplantáció után

DR. OLVASZTÓ SÁNDOR, DR. ASZTALOS LÁSZLÓ
DE OEC I. sz. Sebészeti Klinika, Debrecen

A Debreceni Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján 1991 óta történik vesetranszplantáció. Az eddig elvégzett műtétek száma 438. A donor-vesét minden esetben az arteria-iliaca externa-interna oszlásra, vagy izoláltan az arteria iliaca internára szájztattuk.

Érsebészeti szövődmény a csaknem félszáz műtétből 3 esetben fordult elő. Az irodalomban az érsebészeti szövődmények előfordulása 8–30%. Ez az adat tartalmazza a beültetett vese artéria későbbi rendellenességeit is. Saját anyagunkban egy esetben a műtetet követő 6 hónap múlva ál-aneurysma alakult ki, amely érsebészeti ellátást igényelt. Egy esetben aberrans oldalágat kellett ellátnunk az arteria iliaca externán.

A jelen közlésre szánt esetben a 45 éves, mindössze 2 éve dializált, egyébként angiológiailag egészséges érbetegben történt donor-vese beültetés a jobb oldali közös iliaca szájadékra. A műtet után 5 nap múlva kialakult ischaemiás panaszok miatt képalkotó vizsgálatokat végeztünk az ilio-femorális régióról, mely az ér dissectióját és occlusióját ábrázolta. A jól működő donor vese esetleges károsodását okozhatja a kontrasztanyag angiographia, illetve az anasztomózis lebontása és az ezzel együtt járó meleg ischaemia. Ezért ennek ellátása nem egyszerű feladat, érsebészeti és transzplantációs team közös munkája.

Az elvégzett sikeres műtet részleteit fotó anyagon szemléltetjük. Az eset kapcsán felmerül esetleges immunológiai betegség, melynek immunhisztokémiai vizsgálata folyamatban van.

P39

Kémiai lumbalis sympathico-lysis szerzett tapasztalataink

DR. PAPP ZOLTÁN, DR. ASSEFA ABEBE,
DR. MOLNÁR GÁBOR, DR. PETRI ISTVÁN
*Csongrád Megyei Önkormányzat Területi Kórháza,
Sebészeti Osztály, Szentes*

A lumbalis sympathicus határkötegen történő beavatkozások célja az idegi struktúra működésének átmeneti, vagy tartós felfüggesztése. Már 1926-ban, 3 évvel az első sympathectomia elvégzése után elvégezték a sympathicus határköteg percutan blokádját.

Osztályukon 1999. április 27-e óta 29 esetben végeztek kémiai lumbalis sympathico-lyst. A beavatkozást minden esetben röntgen képerősítő segítségével, hasonfekvő betegnél, 7%-os Phenol-oldatnak közvetlenül a 2. és 3. lumbalis dúc mellé fecskendezésével végezték el. Szövődményük és mortalitásuk nem volt. A betegek idősek voltak (átlagéletkor: 76 év), s egyéb kísérő betegségeik is volt. A cruralis occlusio mellett 7 esetben már lábujj-gangraena is kialakult. 3 esetben a beavatkozást ismételték. Ismertetik az eljárás technikáját és feltételeit.

P40

Perifériás érbetegek konzervatív terápiájában szénsavgáz-fürdő kezeléssel szerzett tapasztalataink

DR. BALLAGI FARKAS

Lumniczer Sándor Kórház, Kapuvár

A kapuvári Lumniczer Sándor Kórház Angiológiai Rehabilitációs Osztályán évtizedek óta történik a perifériás érbetegek rehabilitációs célzatú komplex konzervatív kezelése, melynek speciális része a szénsavgáz-fürdő.

A szerző beszámol az osztályon 1975–2002. között kezelt 19 506 idült obliteratív verőérbetegről.

A kedvező tapasztalatok és a szignifikáns funkcionális eredmények alapján az indikációs terület pontos betartása mellett a szerző javasolja elsősorban a Fontaine II. stádiumú alsó végtagi obliteratív verőérbetegek komplex konzervatív kezelésének, illetve posztoperatív utókezelésének szénsavgáz-fürdő kúrával való kiegészítését.

P41

Banális trauma ritka szövődménye gyermekkorban

DR. SZŰCS ISTVÁN, DR. JUHÁSZ IMRE,
DR. MISZTI GYÖRGY, DR. SZENDRŐI TIBOR,
DR. ÁCS GÉZA

*Kenézy Gyula Kórház, Általános Sebészeti Osztály,
DEOEC Traumatológiai Tanszék, Debrecen*

A szerzők beszámolnak egy kilenc éves fiú jobb combtájai tompa sérülése után kialakult pulzáló haematoma ellátásáról. A tompa trauma során kialakult haematomát primer ellátás során evakuálták, az elkészített röntgenfelvételen combcsont exostosisa igazolódott. Primer ellátás után három héttel pulzáló terima miatt került ismételt felvételre. Műtét során az arteria femoralis superficialis suturája, valamint az exostosisok levésése történt. Per primam gyógyult sebbel, rendezett keringéssel távozott otthonába.

P42

A Fejér megyei érbeteg-szűrő program eddigi tanulságai

DR. KERESZTURY GÁBOR, DR. KOVÁCS TIBOR

*Fejér Megyei Szent György Kórház,
Érsebészeti Osztály, Radiológiai Osztály, Székesfehérvár*

Ellátási területünkön észlelt magas IV stádiumú/II stádiumú alsó végtagi arterioscleroticus betegek, valamint a magas rupturált/elektíve operált aorta aneurysmák aránya miatt átfogó megyei érbeteg-szűrő programot indítottunk, hogy az idejében megkezdett megfelelő terápiával javítsunk eredményeinket.

A 400 000 fős megyei lakosság rizikófaktoros csoportjait céloztuk meg. Előzetes hírverés után, a megye 15 településén, 1–1 napon, érsebész-radiológus vizsgálópáros vizsgálja a betegeket.

A fizikális és UH-vizsgálat alapján keresett diagnózisok: carotis stenosis, aorta aneurysma, alsó végtagi érelzáródás, postthromboticus sy., varicositas.

Alábbi kérdésekre keresünk választ:

1. Van-e értelme az érbeteg-szűrésnek?
2. Szakmai vagy logisztikai feladat-e?
3. Javul-e a betegellátás színvonala?

Lakosság: 400 000.

60 év feletti férfiak: 40 000.

60 év feletti rizikócsoporthoz tartozók: 30 000.

Alsó végtagi ér eredetű panaszos férfi: 2000 (hasi aorta aneurysma: 120) + kb. 1000 nő. Ebből elvileg operálható lenne: kb. 1000.

Jelenleg: alsó végtagi artériás rekonstrukciók a megyében: 420/év.

P43

A Vas megyei Markusovszky Kórház DSA laboratóriumának tevékenysége 1993–2002 között

Dr. KIRÁLY ISTVÁN, DR. ARADI RICHÁRD,
DR. KOVÁCS RÓBERT, DR. MOLNÁR ZOLTÁN,
DR. PUSKÁS TAMÁS, DR. RIBA MÁRIA,
DR. NAGY ISTVÁN, DR. NÁDASI GÉZA
*Radiológiai Osztály, DSA labor, I. Belgyógyászat,
Angiológia, Általános és Érsebészeti Osztály*

Célkitűzés: kórházunk angiográfiai laboratóriumában az elmúlt 10 évben a társszakmák, valamint a technikai fejlődés eredményeként a betegellátás területén jelentős változások történtek. Az előadás az elmúlt évtized eredményeit taglalja.

Betegek és módszerek: 1993. január 01. és 2002. december 31. között közel 6000 beavatkozás történt. A betegszám az évi 300 diagnosztikus vizsgálatról napjainkban évi 1000-re nőtt. A vaszkuláris beavatkozások a diagnosztikus lehetőségek bővülése mellett jelentős számú terápiás eljárás (ér-betegségek, daganatos betegségek stb. kezelése) meghonosítását jelentette kórházunk életében. A non-vaszkuláris beavatkozások közül az epeúti elzáródások intervenciós radiológiai megoldásában szereztünk gyakorlatot.

Eredmények: a belgyógyász, sebész, intervenciós radiológus csapatmunkájának eredményeként az érrendszeri és daganatos betegségek kivizsgálásának és kezelésének száma az elmúlt években jelentősen megemelkedett kórházunkban, a terápiás lehetőségek bővültek.

Következtetés: az intervenciós radiológiai eljárások megfelelő alternatívát jelentenek számos betegség kezelésében, de megkívánják a társszakmák szoros, csapatmunka jellegű együttműködését.

P44

Mélyvénás thrombosis képében jelentkező

rupturált artéria poplitea aneurysma

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

Az artéria poplitea aneurysmájának rupturája ritka, többnyire a végtagot is veszélyeztető állapot. Kialakulásában az arteriosclerosis mellett trauma, az arteria falának cysticus media necrosis vagy neurofibromatosis egyaránt szerepet játszhat. Felismerése egyet jelent a sürgős műtéti, esetleg intervenciós megoldással.

A szerzők egy 48 éves férfi esetét ismertetik. A beteget háziorvosa mélyvénás thrombózis gyanújával küldte osztályunkra. Anamnesisében két hete spontán kezdődő, perifériás pulzusok mellett kialakult lábikraduzzanat, fokozódó térdtáji fájdalom, lividitás és lázas állapot szerepelt. A fizikális vizsgálat felvetette az a. poplitea aneurysma ruptura lehetőségét, melyet az urgens duplex UH-vizsgálat bizonyított. A fossa popliteát kitöltő pulzáló haematoma a v. poplitea teljes compressióját okozta, emellett a betegnél hátsó compartement syndroma is megfigyelhető volt.

A sürgős műtéti beavatkozás során femoralis punctióból a rupturált érszakasz ballonos occlusióját, majd vérzésmentes feltárását és a hatalmas haematoma evacuatióját végeztük el. A poplitea hátsó falának hiánya miatt az érintett érszakasz exclusiója után megfordított VSM interpositumot készítettünk. A beteg a műtét utáni 9. napon tapintható perifériás pulzusokkal, jelentős vénás keringészavar nélkül hagyta el az osztályt.

Ismeretlen eredetű, lázzal, anaemiával járó alsó végtagi duzzanat, bizonytalan térdtáji tapintási lelet esetén mindig érdemes e ritka kórképre gondolni. Diagnosztikájában a térdtáji UH-vizsgálat döntő jelentőségű.

P45

A nem sebészi kezelés eredményei perifériás verőér betegségeiben

DR. ALBERT ISTVÁN, DR. BODÓ LÁSZLÓ,
DR. ALBERT ANDRÁS
Megyei Kórház, Belgyógyászat,
Sepsiszentgyörgy, Románia

A perifériás verőérbetegségek kezdeti stádiumaiban a nem sebészi kezelés indokolt.

Anyag és módszer. Tanulmányoztuk 115 perifériás verőérbetegségben szenvedő férfi beteg 2 éves kórlefolását. Átlagos életkoruk 68,6 év, 88 atherosclerosis obliteransban, 27 kevert artheriopathiában szenvedett. A legfontosabb kockázati tényezőkként a dohányzás 103 esetben, a magas vérnyomás 62 esetben, magas összkoleszterin-szint 54 esetben, 2-es típusú cukorbetegség 18 esetben volt jelen. A verőérbetegség diagnózisát és a követést a claudicatio intermittens jelenlétére a relatív diszbáziás index meghatározásával, a vascularis dopplerrel meghatározott perfúziós nyomás és doppler index értékére alapoztuk, komplex laboratóriumi kivizsgálás mellett.

A nem gyógyszeres kezelés a dohányzás elhagyására és helyes életmódra, étkezésre vonatkozó tanácsadás, folyamatos rendszeres gyaloglás, hetente kétszer gyógytorna-intervallum tréning, évente kétszer 18 napos kovásznai komplex mozgás-járásterápia és szénsavkezelés.

A gyógyszerelés Dextran 70-nel végzett hipervolémias hemodilúcióból, Pentoxiphilin, Aspirin és koleszterincsökkentő Statin-kezelésből állt.

Eredmények. A huszonnégy hónap múlva végzett ellenőrzéskor az összkoleszterin-szint 6,87 mmol/l-ről 5,79-re csökkent, 85 betegnél (73,91%) szignifikánsan nőtt a relatív diszbáziás index, az alsó végtagi perfúziós nyomás és a Doppler index ($p < 0,001$). 22 beteg (19,13%) állapota gyakorlatilag nem változott ($p = 0,03$), 8 betegnél (7%) rosszabbodást észleltünk, akik közül 4 bypass műtétre, 2 amputációra került.

Következtetés. A perifériás verőérbetegség kombinált nem-farmakológiai és gyógyszeres kezelése a kockázati tényezők erélyes befolyásolásával ezen betegek 94,04%-ánál 2 éves követés alatt kedvező eredménnyel jár. Sebészi beavatkozásra 5,6%-nál volt szükség, bár ezen betegek rizikóprofilja nem különbözött a többiekétől.

P46

**Alsó végtagi obliteratív érbetegségben
szenvadó betegek PTA-stent
kezelésével szerzett tapasztalataink**

DR. SZOMJÁK EDIT, DR. MÁTYÁS NÓRA,
S. RÉCSEI ZOLTÁN, DR. KERÉKES GYÖRGY,
DR. VÉGH JUDIT, DR. ROBU MANUELLA,
DR. VERES KATALIN, DR. TÓTH JUDIT,
DR. PÉTER MÓZES, DR. SOLTÉSZ PÁL
DEOEC III. sz. Belklinika Cardiovascularis Részleg,
DEOEC Radiológiai Klinika Angiographias Labor
Debrecen

Az alsó végtagi obliteratív érbetegségben szenvadó betegek kezelésében mérőldkövet jelentett az intervenciós radiológiai eljárások terápiás alkalmazása és széles körű elterjedése.

A szerzők a DEOEC III. sz. Belklinika Angiológiai Szakrendelése és Osztálya által gondozott, 1998. január 1. és 2003. március 31. között PTA-stenteléssel kezelt alsó végtagi obliteratív érbetegségben szenvadó betegek adatait retrospektíve elemezték, lehetséges összefüggést keresve a PTA-stentelés után kialakuló restenosisok és a meglévő rizikófaktorok között. Párhuzamosan vizsgálták a betegség multilocalitását is.

180 beteg adatai kerültek feldolgozásra, a betegek döntő többsége Fontaine II-es stádiumba tartozott. A rizikófaktorok közül detektáltuk a következőket: hypertónia betegség, diabetes mellitus, dyslipidémia, dohányzás, hyperfibrinogenaemia, hyperhomocysteinaemia, és vizsgáltuk ezen rizikó-tényezők összefüggését a PTA-stentelt érszakaszon kialakult restenosis-sal.

A betegek átlagos életkora 60,97 ($\pm 10,517$) év, a nők aránya: 18%. A rizikófaktorok közül mindkét nemben jelentős a dyslipidémia, a dohányzás és a hyperfibrinogenaemia előfordulása. Az alsó végtag betegsége mellett 95 esetben cerebrovascularis, 72 esetben cardiovascularis érintettséget is észleltünk. A localisatiót tekintve 108 esetben került sor az iliaca communis, 123 esetben az iliaca externa, 54 esetben az a femoralis superficialis PTA-stentelésére (természetesen előfordult, hogy egy betegnél több szakaszon történt kezelés). Restenosis 13 esetben alakult ki iliaca communison, 19 esetben iliaca externán és 6 esetben femoralis superficialison.

Szignifikáns eltérést a restenosisok kialakulása és a jelenlévő rizikófaktorok között nem találtunk, ezért prospektív vizsgálatot indítottunk abból a célból, hogy összefüggést keressünk az angioplastika utáni követés során észlelt immuno-inflammatorikus eltérések jelenléte (CRP, antifoszfolipid antitestek, keringő és citoplazmatikus citokinek) és az esetleges restenosis között.

P47

**Óriássejtes arteritis nem típusos,
mindkét oldali axillobrachialis
manifesztációja – a vaszkuláris
UH diagnosztika lehetősége**

DR. KOLOSSVÁRY ENDRE,
DR. KOLLÁR ATTILA, DR. PINTÉR HAJNALKA,
DR. ERÉNYI ÉVA, DR. KISÉRY ISTVÁN,
DR. FARKAS KATALIN,
DR. MOGÁN ISTVÁN, DR. HARCOS PÉTER,
DR. SIMON KÁROLY, DR. FARSANG CSABA
Szent Imre Kórház,
I. Belgyógyászati Osztály,
Radiológia, Neurológiai Osztály,
Patológia, Sebészet,
Budapest

A vizsgálat célja: esetbemutatásunk során az óriássejtes arteritis típusos formájától eltérő, ún. nagyér manifesztációt mutató betegség UH-diagnózist mutatjuk be.

Módszer: betegünk fizikális vizsgálata során észlelt két kar közötti jelentős vérnyomáskülönbség hátterének tisztázására color duplex vizsgálat (CDS), majd angiográfiás (DSA) vizsgálat történt. A feltételezett diagnózis céljából elvégeztük az arteria temporalis biopsziáját. 8 hónapos utánkövetés során az akutfázis reakció megítélésére CRP, valamint vörösvérsejt süllyedés (West) meghatározását végeztük el. Az ismételt UH-vizsgálat során a maximális szűkület helyén meghatároztuk a csúcs szisztolés sebesség értékét (PSV), ami a szűkület mértékét jellemzi.

Eredmények: az elvégzett CDS, majd DSA vizsgálat mindkét oldali extrém axillobrachialis és carotis externa szűkületét igazolta. A szűkületet nem atherosclerotikus eredetű, csökkent echogenitást mutató érfal megvastagodás okozta.

A jelenség megfelelt az irodalomban arteritis temporalis esetén leírt ún. „halo” jelnek. Bár a klinikai kép (fejfájás, megvastagodott érszakasz hiánya) nem utalt az arteria temporalis érintettségére – az elvégzett arteria temporalis biopszia szövettani vizsgálat igazolta az óriássejtes arteritis diagnózist. Az elkezdett steroid terápia után 8 hónapos utánkövetés során az akut fázis reakció és a PSV érték között erős kapcsolatot találtunk.

Összefoglalás: esetünk az óriássejtes arteritis egy alcsoportjának, az ún. nagyér arteritisnek felel meg. A betegség széles spektrumának ez a tartománya a szokványos diagnosztikus kritériumok alapján nehezen lenne kimutatható. A vaszkuláris ultrahang nyújtotta lehetőség a diagnózis felállítása mellett a betegség aktivitásának a követésében is segíthet.

P48**Homocisztein-szint és alsó végtagi arteriosclerosis obliterans kapcsolata**

DR. JASSÓ ISTVÁN, DR. BOTOS ARANKA,
DR. DINYA E., DR. FEY ERZSÉBET
DR. LANDI ANNA

Fővárosi Szt. István Kórház,

IV. Belgyógyászati-Angiológiai Osztály,

Központi Laboratórium

EGIS Gyógyszergyár Rt. Orvostudományi Főosztály

A magas homocisztein szint az érlemezésedés önálló rizikófaktor. Magyarországon csak kis számú vizsgálat történt a homocisztein és az érlemezésedés egyik jelentős manifestációja, az arteriosclerosis obliterans kapcsolatát illetően.

Munkánkban osztályunkon gondozott és kezelt 131 alsó végtagi verőérszűkületben szenvedő beteg (ffi: 74, nő: 58) és 70, manifest arteriosclerostól mentes kontroll személy (ffi: 34, nő: 36) adatait dolgoztuk fel.

Eredményeink az irodalmi adatokkal jó egyezésben azt mutatják, hogy a homocisztein szint (17,77 vs 14,33 $\mu\text{mol/l}$) és a hiperhomociszteinémia előfordulása (a normális felső határul akár 13, akár 15 $\mu\text{mol/l}$ -t választva: $p < 0,01$) szignifikánsan magasabb volt a betegek között. Számot adunk a homocisztein-, a folsav- és a B12-vitamin szint, az arteriosclerosis hagyományos kockázati tényezői, haemorheológiai paraméterek alakulásáról és ezek összefüggéseiről is. A magas homocisztein szint okait vizsgálva anyagunkban a betegek folsav-szintje mutatkozott számottevően alacsonyabbnak (6,18 vs 8,30 ng/ml), míg a B12-vitamin szintben nem volt szignifikáns eltérés. Figyelmet érdemel a kontroll személyek 14 $\mu\text{mol/l}$ -nél magasabb homocisztein átlagszintje.

Eredményeink felvetik az arteriosclerosis obliteransban szenvedő betegek homocisztein szintje monitorizálásának és a folsav pótlásának szükségességét.

P49**Takayasu arteritis nyomonkövetése noninvazív képalkotó eljárások segítségével**

DR. TÓTH ATTILA, DR. BALÁZS GYÖRGY,
DR. HÜTTL KÁLMÁN

*Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika,
Radiológiai Diagnosztika, Heim Pál Gyermekkorház
CT/Intervenciós Radiológia, Budapest*

A vizsgálat célja: 3 Takayasu arteritisben szenvedő, jelenleg 18–19 éves nőt betegeket vizsgáltunk noninvazív képal-

kotó vizsgálatokkal nyomonkövetésük során. A módszerek előnyeit és hátrányait mérlegelve kívánunk következtetést levonni azok diagnosztikus értékéről, és elhelyezni az eljárásokat a képalkotók hierarchiájában, tekintetbe véve a hagyományos angiográfiát is.

A vizsgálatnál használt módszerek: a kiinduló diagnózis felállítása spirál CT-angiográfia (CTA) és color-Doppler alkalmazásával történt, melyet követően a terápia egyes fázisaiban hagyományos angiográfia is történt. 2002 októbere óta mindhárom betegen kontrasztanyag MR-angiográfiás (CE-MRA) vizsgálatot is végeztünk intézetünkben.

Eredmények: a 2–6 éves nyomonkövetés során mind a kiinduló diagnózis felállítása, mind az ismételt kontrollok noninvazív képalkotó eljárásokon alapultak. A betegség kiterjedése, aktivitása és az érrendszer aktuális állapota biztonságosan megítélhető volt. Mindhárom esetben érsebészeti beavatkozásra is sor került, melynek kontrollja hagyományos angiográfiával nem volt hatékonyabb, mint az ugyancsak elvégzett noninvazív vizsgálatokkal, melyek jelentős többletinformációt is nyújtottak.

Következtetések: bár a klasszikus ajánlás Takayasu körében a műtéti indikáció felállításához és a folyamat nyomonkövetéséhez hagyományos angiográfia elvégzését javasolja, tapasztalataink szerint a noninvazív technikák alkalmazása legalább akkora morfológiai és haemodinamikai információt nyújt, a betegeket lényegesen kevésbé terhelve. Az immunoszuppresszív és esetenként invazív kezelés hatékonyságának megítélése rendszeresen ismételt vizsgálatokat igényel, amire az egészségre nem káros ultrahang- és MRA-vizsgálat kiválóan alkalmas.

P50**Az aggregometria szerepe a posztoperatív antikoaguláns kezelés megtervezésében**

DR. CSORDÁS JÓZSEF,

DR. HARANG PÉTER, DR. LUTÁR ANDRÁS

*Zala Megyei Kórház Általános- és Érsebészeti Osztály,
Zalaegerszeg*

Perifériás artériás betegség fennállása esetén a betegek 2/3-ánál hyperaggregabilitás észlelhető. Ennek értéke a műtét előtti időszakban a normál érték négyszerese lehet, posztoperatív időszakban a normál érték hatszorosát is meghaladhatja. Az aggregáció gátlás fontos szerepet játszik az alapbetegség progressziójának mérséklésében, a graftok átjárhatóságának növelésében. A klasszikusan alkalmazott acetilszalicilsav sajnos nem minden esetben tud megfelelő gátlást biztosítani, hisz az irodalmi adatok alapján a populáció 5–40% aspirin rezisztenciával rendelkezik. Az aggregometriás vizsgálat ezen rezisztencia kiszűrésére szolgál. A szerzők ismertetik az aggregometria kivitelezésének módját, az általuk kezelt betegeknél történt mérések eredményeit.

Névmutató

Dr. Acsády György	39, 40, 49.	Dr. Doros Attila	38
Dr. Albert András	53.	Dr. Dósa Edit	20, 35
Dr. Albert István	53.	Dr. Dömötör György	14, 39
Dr. Apor Asztrid	20, 35, 48.	Dr. Dzsinih Csaba	27
Dr. Aradi Richárd	52.		
Dr. Arató Endre	43.	Dr. Elek Péter	17
Dr. Assefa Abebe	51.	Dr. Entz László	20, 34, 35
Dr. Asztalos László	51.	Dr. Erényi Éva	54
Dr. Ács Géza	52.		
Dr. Árkossy Ottó	49.	Dr. Farkas Katalin	34, 34, 35, 54
		Dr. Farsang Csaba	34, 34, 35, 54
Dr. Bagi Róbert	28.	Dr. Fazekas Péter	37
Dr. Bajzik Gábor	22, 24	Dr. Fehér E.	50
Dr. Balázs György	22, 24, 55.	Dr. Fehérvári Imre	38
Dr. Balázs Zsolt	39.	Dr. Fey Erzsébet	55
Dr. Balla Gábor	14.	Dr. Forgács Sándor	47
Dr. Ballagi Farkas	52.	Dr. Földes Noémi	13
Dr. Balogh Ádám	46.	Dr. Füst György	20, 34, 35
Dr. Balogh György	43.	Dr. Füzi Árpád	50
Dr. Baranyai Árpád	25, 39, 43, 45, 53		
Dr. Barsi Péter	22.	Dr. Galambos Barnabás	40
Dr. Barta László	41.	Dr. Galuska László	20
Dr. Barzó Pál	17.	Dr. Garai Ildikó	20
Dr. Battyáni István	12, 29, 30, 31	Dr. Garbai Imre	45
Dr. Bácskai Ferenc	44.	Dr. Gellért Gábor	40
Dr. Bánsági Zoltán	24, 31	Dr. Gergely Mihály	42, 42
Dr. Beéry Iván	15.	Dr. Görög Dénes	38
Dr. Behek Sándor	42.	Dr. Guba Áron	15
Dr. Berentei Zsolt	18, 29, 31.		
Dr. Bérczy Viktor	17, 33, 48.	Dr. Gyurkovics Endre	12, 13, 44
Dr. Bihari Péter	30, 30, 42.	Dr. Gyűrűs Péter	34
Dr. Bíró Gábor	49, 50		
Dr. Bodó László	53.	Dr. Halmos Ferenc	42
Dr. Bogáts Gábor	19.	Dr. Harang Péter	54, 55
Dr. Bognár János	47.	Dr. Harcos Péter	35
Dr. Bokori György	14.	Dr. Hargitai Bálint	13
Dr. Botos Aranka	55.	Dr. Harmat Zoltán	30, 31
Dr. Burger Mónika	24, 31	Dr. Harsányi Ádám	14
		Dr. Hegedüs Krisztina	30
Dr. Cambj Sapunar L.	23.	Dr. Helt Zoltán	44
Dr. Czigány Tamás	32, 34, 40.	Dr. Holjencsik Tamás	15
		Dr. Horváth Gyula	42
Dr. Csányi Erika	14.	Dr. Horváth Ilona	43
Dr. Cserényi László	44.	Dr. Horváth László	22, 29
Dr. Csépké Katalin	28.	Dr. Hódi Zoltán	32, 46
Dr. Csiki Zoltán	20.	Dr. Hüttl Kálmán	16, 17, 22, 24, 40, 48, 55
Dr. Csitáry Ferenc	30.		
Dr. Csordás József	55.	Dr. Jakab György	40
		Dr. Jakab Lajos	32, 46
Dr. Danhauser Gyula	41.	Dr. Jaksa László	45
Dr. Darabos Gábor	47, 47, 50.	Dr. Jassó István	55
Dr. Dévai Tünde	22.	Dr. Jámor Gyula	13, 13
Dr. Dinya Elek	55.	Dr. Járari Zoltán	34, 34
Dr. Dlustus Béla	41.	Dr. Járányi Zsuzsanna	41

Dr. Juhász Gábor	45.
Dr. Juhász György	15, 18, 23.
Dr. Juhász Imre	52.
Dr. Kakuszi István	45.
Dr. Kalina Ildikó	22, 24
Dr. Kaliszky Péter	12, 13, 13, 13
Dr. Kalmár Nagy Károly	30.
Dr. Kapus Zoltán	25, 39, 45, 53
Dr. Kasza Gábor	26.
Dr. Katona Györgyi	22.
Dr. Kerekes György	54.
Dr. Keresztes Mária	38.
Dr. Keresztury Gábor	25, 48, 52.
Dr. Király István	26, 42, 52.
Dr. Kiséry István	54.
Dr. Kiss Róbert	14.
Dr. Kollányi András	15, 38
Dr. Kollár Attila	35, 54
Dr. Kollár Lajos	21, 26, 43, 47, 50
Dr. Kolossváry Endre	34, 34, 35, 54
Dr. Kovács Róbert	52.
Dr. Kovács Tibor	48, 52
Dr. Kovács Viktória	48.
Dr. Kövesi Zsolt	32.
Dr. Krasser Péter	42.
Dr. Kristóf Vera	15, 45, 48, 49, 51
Dr. Kulcsár Zsolt	18, 29, 31.
Dr. Kurucz József	24, 31
Dr. Laczkó Ágnes	15, 40, 45, 49
Dr. Landi Anna	36, 55
Dr. Lázár István	18, 21, 23.
Dr. Lutár András	55.
Dr. Major László	14.
Dr. Makai Attila	17, 19
Dr. Makula Éva	28.
Dr. Martos János	18, 29
Dr. Maskovic Josip	23.
Dr. Mátyás Lajos	15, 18, 23.
Dr. Mátyás Nóra	54.
Dr. Menyhei Gábor	49.
Dr. Meskó Éva	12.
Dr. Mezőfi Miklós	50.
Dr. Mihalovits Gábor	19, 32, 46.
Dr. Mikola József	48.
Dr. Miszti György	52.
Dr. Mogán István	16, 35, 39, 47, 47, 50, 54
Dr. Molnár Andrea Ágnes	17, 48
Dr. Molnár Ferenc	14.
Dr. Molnár Gábor	51.
Dr. Molnár Gyula	39.
Dr. Molnár Tamás	44.
Dr. Molnár Zoltán	52.
Dr. Monos Emil	48.
Dr. Morvay Krisztina	44.
Dr. Morvay Zita	24, 28, 46.

Dr. Nagy András	13, 13, 13, 14
Dr. Nagy Edina	14
Dr. Nagy Endre	24, 26, 28, 46
Dr. Nagy Éva	42, 43
Dr. Nagy István	42, 43, 52
Dr. Nagy Péter	40
Dr. Nagy Zoltán	12, 13, 44
Dr. Nagy Zsuzsa	25, 39, 45
Dr. Nádas Iván	36
Dr. Nádas Géza	26, 43, 52
Dr. Nádas György	48
Dr. Nemcsik János	34
Dr. Nemes Attila	22, 24, 37, 49
Dr. Nemes Balázs	17
Dr. Nieszner Éva	36
Dr. Nyáry István	18, 29, 31
Dr. Nyiredy Géza	25, 39, 43, 45, 53
Dr. Olvasztó Sándor	20, 51
Dr. Palásthy Zsolt	19, 46
Dr. Palkó András	17
Dr. Papp Zoltán	51
Dr. Pásztor Anikó	39
Dr. Pencz Zoltán	15, 45, 48, 51
Dr. Petri István	51
Dr. Pécsvárad Zsolt	32, 35
Dr. Péter Mózes	54
Dr. Pintér Hajnalka	35, 54
Dr. P. Nagy Zoltán	22
Dr. Polus Károly	29
Dr. Pócsik Anna	17
Dr. Préda István	14, 36
Dr. Prohászka Zoltán	34
Dr. Puskás Tamás	52
Dr. Raskó Endre	44
Dr. Rácz Rozália	39
Dr. Regáli László	12, 13, 14, 44
Dr. Remenár Éva	29
Dr. Riba Mária	42, 52
Dr. Robu Manuela	54
Dr. Rostás Tamás	30, 31
Dr. Rozsos István	26, 47, 50
Dr. Rudas László	19
Dr. Rugonfalvi Kis Szabolcs	20, 35
Dr. Ruzics Csaba	48
Dr. Sarkadi László	40
Dr. Sas Katalin	17
Dr. Sánta Gabriella	15, 45
Dr. Sárközy Sándor	42
Dr. Sásdi Antal	15, 45, 48
Dr. Selmecsi L.	35
Dr. Shemesh Assaf	14
Dr. Simon Károly	54
Dr. Simonffy Árpád	17
Dr. Simó Gábor	21, 39, 47, 47, 50

Dr. Sipka Róbert	19, 24, 32, 46, 46	Dr. Takács Sándor	14
Dr. Soltész Pál	54.	Dr. Tamás László	32, 34, 40, 46
Dr. Sótónyi Péter	40.	Dr. Tarr Ferenc	39
Dr. S. Récsei Zoltán	54.	Dr. Tarr Miklós	14, 40
Dr. Svébis Mihály	44.	Dr. Tasnádi Géza	28, 29, 30, 30, 42
Dr. Szabolcsi Tivadar	42.	Dr. Tinnyei Ilona	44
Dr. Szabó Attila	20, 35, 39, 40, 49	Dr. Tóth Andrea	24, 31
Dr. Szabó Béla	15.	Dr. Tóth Attila	22, 55
Dr. Szabó Gábor Viktor	41.	Dr. Tóth Csaba	20
Dr. Szabó György	29.	Dr. Tóth Gyula	41
Dr. Szakály Eszter	15, 48	Dr. Tóth Judit	54
Dr. Szatmári Ferenc	15, 38, 46.	Dr. Tóth Lajos	41
Dr. Szántó Tamás	38.	Dr. Valikovics Ferenc	28
Dr. Szeberin Zoltán	49, 50	Dr. Vallus Gábor	41
Dr. Szegedi János	28.	Dr. Vangel Róbert	19
Dr. Szendrői Tibor	52.	Dr. Varga Dániel	17
Dr. Szentgyörgyi Réka	17, 32	Dr. Varga Erzsébet	15, 45, 48
Dr. Szijártó Attila	14.	Dr. Varga János	30
Dr. Szikora István	18, 29, 31.	Dr. Varga József	20
Szikra Péter	17.	Dr. Venczel László	44
Dr. Szilágyi Károly	43, 50	Dr. Veres Katalin	54
Dr. Szomják Edit	20, 54	Dr. Végh Judit	54
Dr. Sztriha László	17.	Dr. Vörös Erika	17, 19
Dr. Szűcs István	52.	Weinberger Éva	45, 48, 51
		Dr. Weszelits Viola	38



Aethoxysklerol®

worldwide N°1 of sclerosing agents

Aethoxysklerol®

0,5%, 1% és 2%-os injekció
5 mg, 10 mg és 20 mg
polidocanolum milliliterenként
5 x 2 ml-es ampullákban

A felületi varixok és haemorrhoidok szklerotizációjához.

* Csak vényre rendelhető
„Sz” jelzés.

Előállító:

Chemische Fabrik
Kreussler & Co. GmbH
D-65203 Wiesbaden (Germany)
Tel.: (+49 611) 9271-0
Fax: (+49 611) 9271-111

Aethoxysklerol®

0,5% F és 1% F injekció
5 mg és 10 mg
polidocanolum milliliterenként
30 ml-es flakonban

Az oesophagus-varixok szklerotizációjához.

* Kizárólag fekvőbeteg
gyógyintézetekben.

Képviselő és információ:

REPHARMA
1132 Budapest,
Victor Hugo u. 35. V. 36.
Tel./Fax: 320-3203

Részletes információt lásd
a gyógyszeralkalmazási előíratban!

kreussler
PHARMA



ARANYat ÉR!

Akut és visszatérő aranyér betegség kezelésére



doxium[®] 500
calcium dobesilate kapszula

szöveti
mikrocirkuláció javítására



doxiproct[®]
kenőcs

calcium dobesilate
+lidocaine
hydrochloride

gyors fájdalomcsillapító hatás



doxiproct[®] plus
kenőcs

calcium dobesilate
+lidocaine hydrochloride
+dexamethasone acetate

gyors fájdalomcsillapító, **plusz gyulladáscsökkentő hatás**

OM

Képviselő: **Medisan Hungary Kft.**

1026 Budapest, Pasaréti út 61/a. Tel.: 200 6862, 200 6022 Fax: 200 4974

e-mail: medisan@medisan.hu, www.medisan.hu

Ezúton tájékoztatjuk Önöket, hogy a **VICIS Pharma Kft.** átvette a **Fibro-Vein** készítmények (gyártó: *STD Pharmaceutical Products Ltd.*) importját és forgalmazását.

A **Fibro-Vein** nátrium-tetradecilszulfát steril vizes oldata, amely intravénásan a láb visszértágulatainak kompressziós szkleroterápiájában használható.

A felhasználandó **Fibro-Vein** erőssége a kezelendő ér méretétől függ:

– a **Fibro-Vein 0,2% inj.** (2 ml) vagy a **Fibro-Vein 0,5% inj.** (5 ml)

az apró venulák és a hajszálerek (pókháló visszerek, seprűvenák)

– a **Fibro-Vein 1% inj.** (2 ml) a kisebb visszerek és nagyobb venulák,

– a **Fibro-Vein 3% inj.** (2 ml és 5 ml)

a nagy felületi visszértágulatok kezelésére alkalmas

Információ: **VICIS Pharma Kft.**

1027 Budapest, Kapás u. 11-15. Telefon: 457-9922.

info@vicispharma.hu

www.stdpfarm.co.uk, www.vicispharma.hu

Mi újság a Compri-Med Kft.-nél?

A **Compri-Med Kft.** új internetes elérhetőségei:

e.mail: forstner.szendi@axelero.hu

weblap: www.cegorigo.hu/comprimed

a **SIGVARIS** honlapja: www.ganzoni.com

A **SIGVARIS** havonta-kéthavonta megjelentet egy információs lapot, a **Compression Bulletin**-t, amelyben neves phlebológusok cikkei, tanulmányait közlik.

A **SIGVARIS** honlapján lehetőség nyílik a **Compression Bulletin** díjtalan megrendelésére és e-mailben vagy faxon történő lekérésére.

Néhány szóban bemutatjuk a cégünkönél vásárolható, intermittáló ödéma kezelésére alkalmas **Lympha**-press készülékeket:

Lympha press maxi

2x12 csatornás készülék, drenázs jellegű masszázst végez, nyomásérték 20-200 Hgmm, 30 sec ciklusidő

Lympha press plus

2x12 csatornás, kézzel és számítógéppel programozható készülék, több lehetséges kezelési ciklussal, előkezelés, nyirokdrenázs egyenként állítható cellanyomással, peristaltikus masszázs különféle ciklusidőkkel. Nyomásérték 20-120 Hgmm, ciklusidő és szünetidő kezelésenként állítható, az egyéni kezelések név szerint menthetőek.

Lympha press mini

2x12 csatornás kis készülék klinikai vagy házi használatra. Drenázs jellegű masszázs, maximális nyomásérték 80 Hgmm.

Lympha wave

2x12 csatornás kis készülék klinikai vagy házi használatra. Peristaltikus masszázsciklusok, maximális nyomásérték 80 Hgmm.

Bővebb információért, katalógusért, árajánlatért forduljon hozzánk bizalommal.

COMPRI-MED Kft., 1062 Budapest, Aradi u. 41. Tel./fax: 311-1883.

Kongresszusok – rendezvények

Vascularis Medicina 2003. A Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 15. Európai Kongresszusa. 2003. október 8-10., Toulouse, Franciaország.

Információ: prof. H. Boccalon, Univ. Hosp. Rangueil, 1. Ave Jean Poulhès, 31403 Toulouse, Cédex 4., France. Email: boccalon.h@chu-toulouse.fr

Nemzetközi Sebészeti Kollégium (ICS) 23. Kongresszusa. 2003. október 9-11., Stuttgart, Németország.

Információ: dr. Helge Wenzl, Birkacher str. 15., D-70619, Stuttgart, Deutschland. Email: Helge.Wenzl@web.de

11. Szlovák Angiológiai Kongresszus. 2003. október 15-18., Tatranské Zruby, Szlovákia.

Információ: dr. Ewald Ambrozy, II. Interná Klinika LFUK a FN, Mickiewiczova 13., 81369, Bratislava. Website: www.angiology.sk

7. Brandenburgi Érsebészeti Szimpózium. 2003. október 18., Klinikum Uckemark, Auguststrasse, 16303 Schwedt, Németország.

Információ: www.vglb.de

Coronaria Arteria Betegség 5. Nemzetközi Kongresszusa. 2003. október 19-22., Firenze, Olaszország.

Információ: www.kenes.com/cad5

Carotis angioplastica és egyéb cerebrovasculáris intervenciók nemzetközi kurzusa, élő demonstrációkkal. 2003. október 23-25., Frankfurt, Németország.

Információ: www.iccaonline.org

18. Érsebészeti Szimpózium. 2003. november 4-8., Berlin, Russisches Haus, Németország.

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

Website: www.gefasschirurgie.ost-west.de.

Email: profhepp@aoe.com

6. Nemzetközi Phlebológiai Symposium. 2003. november 7-9., Bologna, Olaszország.

Információ: www.valet.itsclerol/startsc.html

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) Ázsiai Szekciójának Kongresszusa. 2003. november 25-26., Hong Kong.

Információ: www.hku.hk/surgery
Szklerotizálók Klubja. 2003. november 14., 15-18 óra között, Budapest, Gellért Szálló.

Információ: dr. Bihari Imre

15. Nemzetközi Érfejlődési Rendellenesség Kongresszus (ISSVA). 2004. február 22-25., Wellington, Új-Zéland.

Információ: website: www.conferencebrokers.co.nz/current.htm.

Email: conferencebrokers@xtra.co.nz

Amerikai Vénás Fórum 16. Kongresszusa. 2004. február 26-29., Orlando, Florida, USA.

Információ: www.venous-info.com

18. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop. 2004. március 19-20., Frankfurt, Németország.

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

Website: www.venenklinikenfrankfurt.de.

Email: profvarady@aol.com

Vénasebészet Haladóknak. Első Tanfolyam. 2004. március 25-26., Párizs, Franciaország.

Információ: Le Meditel, 28. bld. Pasteur, 75015 Paris, France, tel.: 33-(0)-145670877.

Echocardiographia és Ér-ultrahang 8. Világkongresszusa. 2004. május 7-10., Antalya, Törökország.

Információ: www.iscu2004.org

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

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

Magyar Sebész Társaság 57. Kongresszusa. 2004. június 16-18.

Információ: www.convention.hu

Európai Vénás Fórum 5. Kongresszusa. 2004. június 25-27., Varsó, Lengyelország.

Információ: www.obis.pl

Vénasebészet Haladóknak. Második Tanfolyam. 2004. július 1-2., Párizs, Franciaország.

Információ: Le Meditel, 28. bld. Pasteur, 75015 Paris, France, tel.: 33-(0)-145670877.

Nemzetközi Phlebológiai Egyesület (UIP) 15. Világkongresszusa. Rio de Janeiro, Brazília.

Információ: Angelo Scuderi M. D. Website: www.flebologia-brasil.com.br.

Email: angelo.scuderi@flebiologia-brasil.com.br

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

Információ: www.js-phlebology.org/english

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló megírásához

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

Kitekintést kívánunk adni a nemzetközi szakirodalomra, referátumok formájában. Szívesen látunk beszámolókat külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a rendezvényen megismert szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezük a hangsúlyt.

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

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

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást igyekszünk kerülni. A közleményben következetesen azonos fogalom megjelölésére egyformán írt szavakat elfogadjuk. Lehetőleg csak az általánosan elfogadott *rövidítéseket* használjuk, mert az újak megnehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetők.

Az *ábrák és fényképek* hátlapján *ceruzával* az első szerző nevét és a cím első szavait, valamint a kép felső szélét nyílalal kérjük jelölni. A színesen küldött képeket külön költség nélkül színes nyomással közöljük. Az ábra, táblázat és fénykép aláírásokat lehetőleg angolul is kérjük beküldeni.

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

Az irodalomjegyzékben vagy az idézés sorrendjében, vagy névsor szerint kérjük megszámozni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát fölüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám és végül az évszám zárójelben pl.: Bihari I., Meleg M.: A végtaglymphoedema konzervatív kezelése. Orv. Hetil. 132: 1705-8. (1991). Könyv idézésekor az idézett részlet oldalszámát is kérjük megjelölni, pl.: Tomcsányi I.: Nem szívsebész által is (sürgősséggel) elvégezhető beavatkozások. In.: Sebészeti műtéttan, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon. A cikk végén az *első szerző levelezési címét* kérjük megadni. Javasoljuk, hogy a szerző egy példányt őrizzen meg saját magának. Folyóirat cikkének *referátumában* kérjük feltüntetni a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal (2-es sorközzel) legyen. Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

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

ízületi
fájdalmak,
gyulladások

ütődések,
húzódások,
rándulások

felületes
visszér-
panaszok

A Dolobene® gél hármass hatásmechanizmusa

1 DMSO (dimetilszulfoxid):

Gyors, hosszantartó fájdalomcsillapító – gyulladásgátló és ödéma csökkentő hatású.

2 Heparin-Na:

Antitrombotikus hatású, javul a szöveti mikrocirkuláció, gyorsul a regeneráció.

3 Dexpanthenol:

Védi és gondozza a bőrt, segíti a regenerációt.

A gyógyszer vény nélkül kapható a gyógyszertárakban.

Főbb ellenjavallatok: gyermekeknek 5 éves kor alatt, súlyos máj- és vesefunkciózavarok esetén, illetve terhesség és szoptatás időszakában használata nem ajánlott.

Dolobene® gél - Talpra állít!



Bővebb információ: **ratiopharm** Hungária Kft.
1145 Budapest, Uzsoki u. 36/a. • Tel: 273-2730 • Fax: 273-2731

ratiopharm



A **Pharmatextil Kft** kompressziós kar- és lábharisnyái nélkülözhetetlen eszközök a vénás- és nyirokrendszeri betegségek kialakulásának megelőzésében, a kialakult betegségek kezelésében és a rehabilitációban.

Használatuk során megfelelő mértékű nyomást gyakorolnak a kötőszövetekre és a vékony vénafalakra, ezáltal érvényesül az izompumpa hatása, megszűnik a billentyűelégtelenség, csökken a perifériás vénás nyomás és a filtráció a kapillaris régióban, fokozódik a vénás visszafolyás, továbbá csökken a kötőszöveti ödéma.

- Az I. kompressziós **ELASTOFIT** és az **ELASTOFIT STRETCH** márkanevű termékek a megelőzést szolgálják: rugalmas szerkezetükkel az ideális vérkeringést biztosítják a láb ereiben.
- A II. kompressziós **ELASTOMED** és a III. kompressziós **ELASTOBAR** kar- és lábharisnyák az érrendszeri betegségek kezelésének és a rehabilitációnak az eszközei. A termékeket az OEP 85%-kal támogatja.
- Az **ELASTOMED STRETCH** termékek rugalmas, vékony kelmeszerkezetükkel, valamint az **ELASTOMED KOMFORT** és az **ELASTOBAR KOMFORT** termékek pamutos anyagösszetételükkel magasabb komfortérzetet biztosítanak. Az **ELASTOBOL** embóliamegelőző harisnya viselése műtéti beavatkozás előtt, alatt és után ajánlatos.
- Az **ELASTOBOL FLY** térdharisnya használatával a hosszú időtartamú utazások alatt könnyen kifejlődő mélyvénás trombózis kockázata csökkenthető.

További információval szívesen állunk rendelkezésére: **Pharmatextil Kft**
1116 Budapest, Fonyód u. 2. • Tel: 208-0195 • Fax: 208-0197
E-mail: pharmatx@axelero.hu • Web: www.pharmatex.hu

 **Pharmatextil**

MEGRENDELŐLAP

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

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című folyóirat 2003. évi számait egy példányban, 1.400,-Ft éves előfizetési díjért.

Megrendelő neve:

Címe (város):

Utca, tér, házszám:

Emelet, ajtó: Ir.szám:

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

.....
aláírás

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságba. A tagdíjat (2003-ban 500,-Ft) a megküldendő csekken befizetem.

KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefon- és faxszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

Beosztás:.....

Szakterület:.....

.....
aláírás

SP54®

gél

40 g, 100 g

(15 mg natrium
pentosanpolysulfuricum =
50000 NE heparin/g)

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



bene



- balesetre,
- sérülésre,
- lezajlott
trombózis
után

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

**Recept nélkül
kapható!**

nem kell

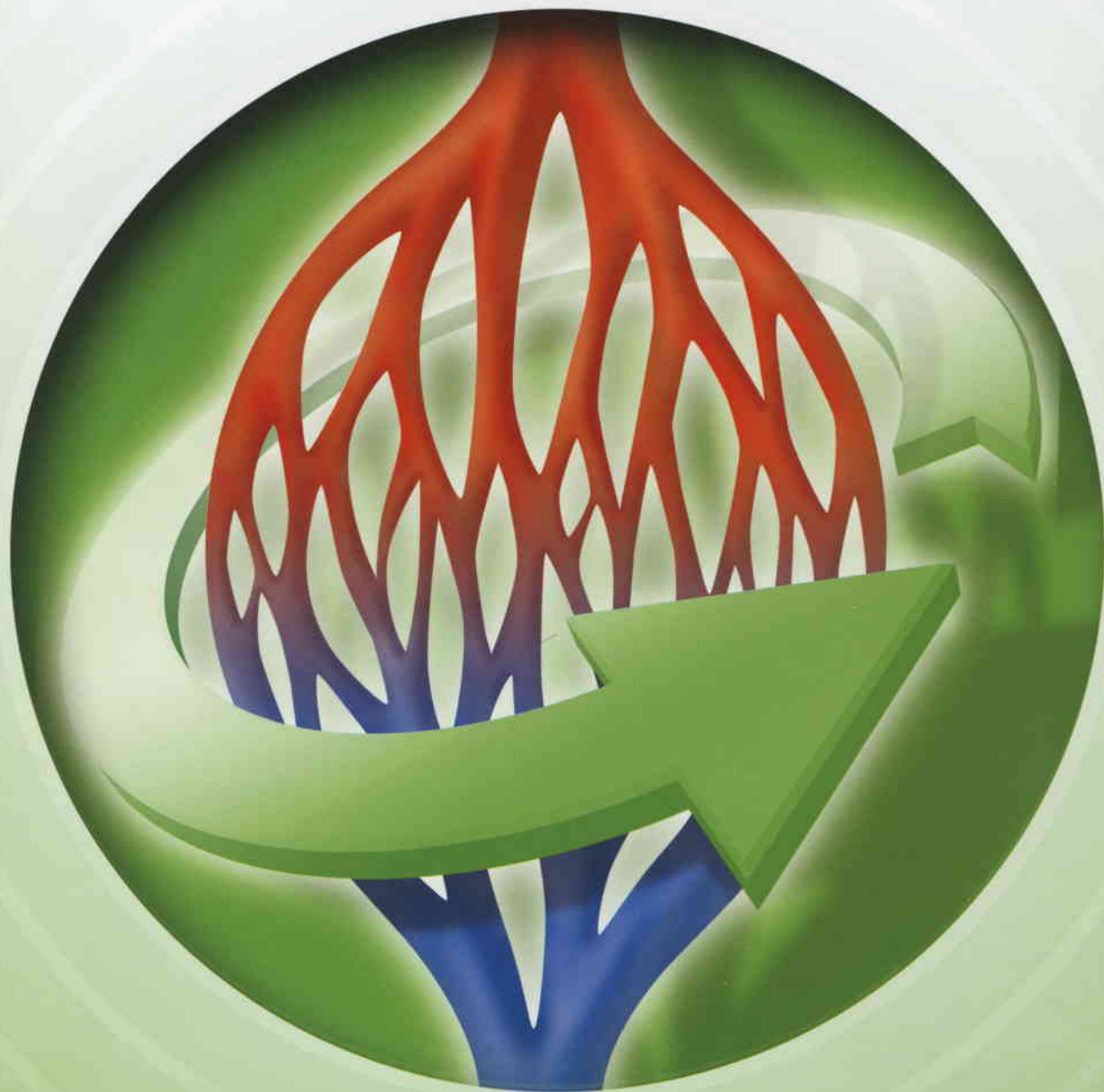
- túrni
a fájdalmat
- elviselni
a duzzanatot
- takargatni
a kék foltokat
- szenvedni
a felületes
visszerektől

KRÓNIKUS VÉNÁS ELÉGTELENSÉGBEN

Venoruton[®] forte

500 mg tabletta

O-(β -hydroxyethyl)-rutozid



Endothelium védelemmel
a mikrocirkuláció épségéért.

 NOVARTIS

Novartis Hungária Kft. Consumer Health
1027 Budapest, Horvát u. 14-24. Tel.: 457-6656
E-mail: info.hungary@ch.novartis.com • www.novartis.hu
Részletes információért kérjük olvassa el az alkalmazási előíratot.