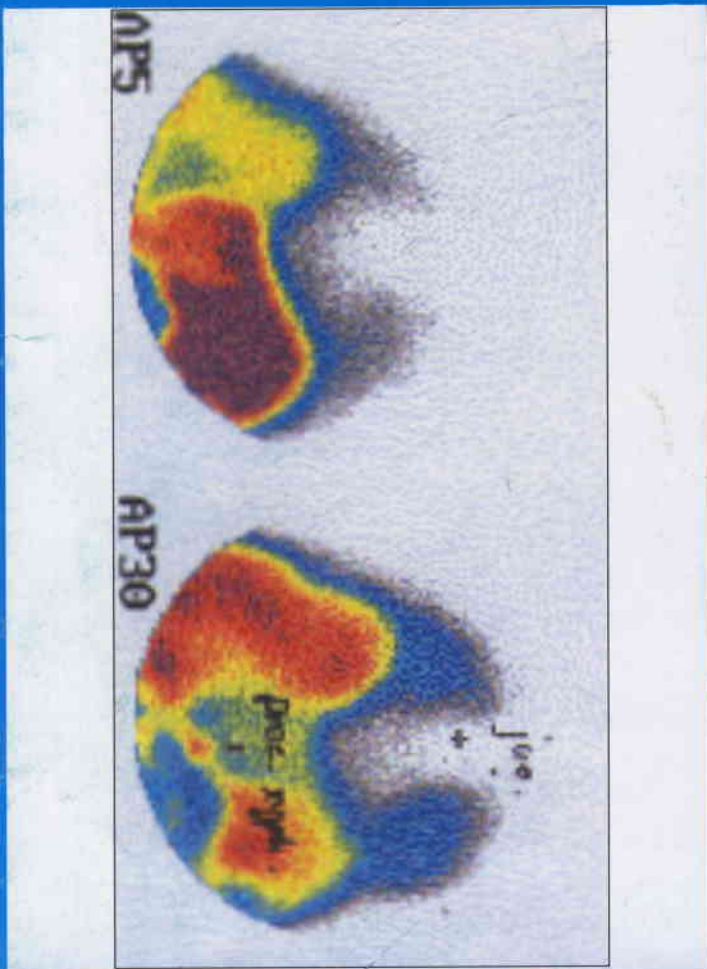


ÉR BETEGSÉGEK

ORVOSTUDOMÁNYI SZAKFOLYÓIRAT



Tartalom

ARTÉRIÁK BETEGSÉGEI

*Dr. Juhász György, dr. Mátyás Lajos,
dr. Simon Gizella, dr. Lázár István:*

Alimentáris traktusba perforált aorta
aneurysmák endovascularis kirekesztése

TOVÁBBKÉPZÉS

*Dr. Arató Endre, dr. Kollár Lajos,
dr. Szilágyi Károly:*

Sapheno-peritonealis shunt –
új műtéti technika a refracter ascites kezelésében

BŐRGYÓGYÁSZAT

*Dr. Hunyadi János, dr. Bihari Imre,
dr. Kuhnyár Ágnes, dr. Landi Anna,
dr. Markovics Gyula, dr. Nagy Imre, dr. Sápy Mónika:*

Nem vénás fekélyek az alsó végtagon

ESETISMERTETÉS

Dr. Bihari Imre:
Izom-sérv a lábszáron

KONGRESSZUSOK, RENDEZVÉNYEK

2004

1.

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 tablettá naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tablettá naponta

Részletesebb információ:



Servier Hungária Kft.

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

**Fiatal Angiológusok
IV. Országos Fóruma (FAOF IV. 2004)
Balatonkenese (MATÁV Üdülő)
2004. október 15–16.**

Értesítünk minden érdeklődőt, hogy 2004. október 15–16-án újra megrendezésre kerül, immár negyedik alkalommal, az MH Központi Honvédkórház Általános és Érsebészeti Osztály szervezésében a Fiatal Angiológusok Országos Fóruma.

Helyszín: Balatonkenese, MATÁV Üdülő, Kongresszusi Központ, Honvédüdülő.

Fő témák:

1. Anyagcsere-zavarok és az atherosclerosis, rizikófaktorok szerepe.

2. Cerebrovascularis betegségek ellátásának aktuális kérdései.

3. Endovascularis technikák alkalmazása az érbetegségek kezelésében.

4. Érbetegségek invazív ellátásának szövődményei és ellátásuk.

5. Atípusos érsebészeti megoldások.

6. Érsérülések ellátása a mindennapi gyakorlatban.

7. Vénás betegségek: varicositas, varicophlebitis, krónikus vénás elégtelenség, vénás thrombosis.

8. Aktuális kérdések.

A fő témákban meghívott előadók referátumai hangzanak el. Ezekhez csatlakozó előadásokat és poszttereket várunk. A konferencia tesztvizsgálattal akkreditált, pontértéke: 32 pont. A rendezvény keretén belül külön szekcióban a hagyományos műtősnői fórumot is megtartjuk. A kongresszuson színes társasági programokat is szervezünk.

Jelentkezni lehet: MH Központi Honvédkórház Általános és Érsebészeti Osztály, a szervező bizottság elnöke: dr. Dlustus Béla, titkára: dr. Vallus Gábor. Tel./fax: 06-1-465-0571, fax: 06-1-329-7096. E-mail: vallusg@axelero.hu.

***Hungarian Journal of
Vascular Diseases***

*Scientific Journal of the Hungarian Society
for Angiology and Vascular Surgery*

***Contents
Vol. X. No. 1. 2004.***

Diseases of arteries

*György Juhász M. D., Lajos Mátyás M. D.,
Gizella Simon M. D., István Lázár M. D.:*
**ENDOASCULAR EXCLUSION TREATMENT
OF ALIMENTARY TRACT-PERFORATING
AORTIC ANEURYSM 3**

Postgraduate studies

*Endre Arató M. D., Lajos Kollár M. D.,
Károly Szilágyi M. D.:*
**SAPHENOPERITONEAL SHUNT –
A NEW SURGICAL TECHNIQUE
FOR THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH REFRACTORY ASCITES 9**

Dermatology

*János Hunyadi M. D., Imre Bihari M. D.,
Ágnes Kuhnyár M. D., Anna Landi M. D.,
Gyula Markovics M. D. Imre Nagy M. D.,
Mónika Sáy M. D.:*
NON-VENOUS ULCERS ON THE LEG ... 15

Case report

Imre Bihari M. D.:
MUSCLE HERNIATION ON THE LEG 24

**ÉRBETEGSÉGEK ● HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES
A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság tudományos folyóirata
Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE ● ISSN 1218-36-36**

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsinič Csaba, dr. Horváth László,
dr. Hüttl Kálmán, dr. Jámor Gyula, dr. Kádár Anna, dr. Nemes Attila, dr. Papp Sándor

Rovatvezetők: Artériák: dr. Szabó Imre ● Vénák: dr. Hetényi András ● Nyirokutak: dr. Daróczy Judit
Alaptudományok: dr. Monos Emil ● Haemorrhéológia: dr. Kollár Lajos ● Belgyógyászat: dr. Káli András
Radiológia: dr. Molnár Ferenc ● Bőrgyógyászat: dr. Várkonyi Viktória
Neurológia: dr. Szegedy Norbert ● Gyermekkori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza
Szervezés, továbbképzés: dr. Meskó Éva ● Közlemények: dr. Mátyás Lajos

Kiadja az ANGIOLÓGIAI Kft. Felelős kiadó az ANGIOLÓGIAI Kft. ügyvezető igazgatója.

Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./fax: 3345-468.

Tervezőszerkesztő: dr. Sébor József ● Nyomdai munkák: Black Print Kft.



A Talent mindig kiemelkedett adottságaival.



Talent™

Stentgraft rendszer

Éljen az adottságaival

Medtronic Hungária Kft.

1123 Budapest, Alkotás u. 50.

Tel.: (1) 889-0600, Fax: (1) 889-0699

Disztribútor: Novomed Kft., 1115 Budapest, Fraknó u. 4.

A Medtronic folyamatos fejlesztéseinek köszönhetően vaszkuláris intervenció eszközei a csúcstechnológiát képviselik. A Talent egy olyan magasabb életminőséget nyújtó, sokoldalúan felhasználható stentgraft rendszer, amely ideálisan használható bonyolult anatómiai viszonyok esetén. Mostantól a Talent azonban még több területen bizonyíthatja majd kiváló minőségét:

- továbbfejlesztett transzportrendszerének,
- új méreteinek,
- és sokoldalúbb felhasználhatóságának köszönhetően.



Medtronic
When Life Depends on Medical Technology

www.medtronic.com

Alimentáris traktusba perforált aorta aneurysmák endovascularis kirekesztése

DR. JUHÁSZ GYÖRGY, DR. MÁTYÁS LAJOS,
DR. SIMON GIZELLA, DR. LÁZÁR ISTVÁN

ÖSSZEFOGLALÁS

Az elektív thoracalis és infrarenalis abdominalis aneurysma kirekesztések mellett a megfelelő jártasság megszerzését követően akut esetek megoldása is felvállalható a stentgraft technika segítségével, mind a rupturált aneurysmák, mind a gastrointestinalis traktusba tört értágulatok, érrepedések esetében is. Úgy tűnik, hogy az endograftok alkalmazásával lényegesen csökkenthető a műtéti mortalitási ráta is.

KULCSSZAVAK

aorta aneurysma, szövődmény, stentgraft

Bevezetés

Parodi, argentin érsebész 1991-es aneurysma stentgraft kirekesztését követően (1) napjainkban az endovascularis technikák alkalmazása az aorta dilatatív betegségeinek kezelésében is rutinszerű beavatkozássá vált, mind thoracalis szinten, mind az abdominális aorta infrarenalis szakaszán.

A Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Érsebészeti Osztályán 1998. január óta végzünk endovascularis aneurysma kirekesztéseket. Mindaddig 50 beteget kezeltünk ezzel a módszerrel. Egyre több esetismertetést, sőt nagyobb beteganyagról szóló publikációt láthatunk az irodalomban akut (symptomás, illetve rupturált) aneurysma kirekesztésre vonatkozóan is (2, 3).

ENDOASCULAR EXCLUSION TREATMENT OF ALIMENTARY TRACT-PERFORATING AORTIC ANEURYSM

*György Juhász M. D., Lajos Mátyás M. D.,
Gizella Simon M. D., István Lázár M. D.*

After the necessary experience in scheduled thoracic and infrarenal abdominal aneurysm exclusion interventions, emergency cases can be performed with the stent-graft technique, even in cases of ruptured and gastrointestinal tract-perforating aneurysms. It seems that with the use of endografts the surgical mortality rate can be decreased.

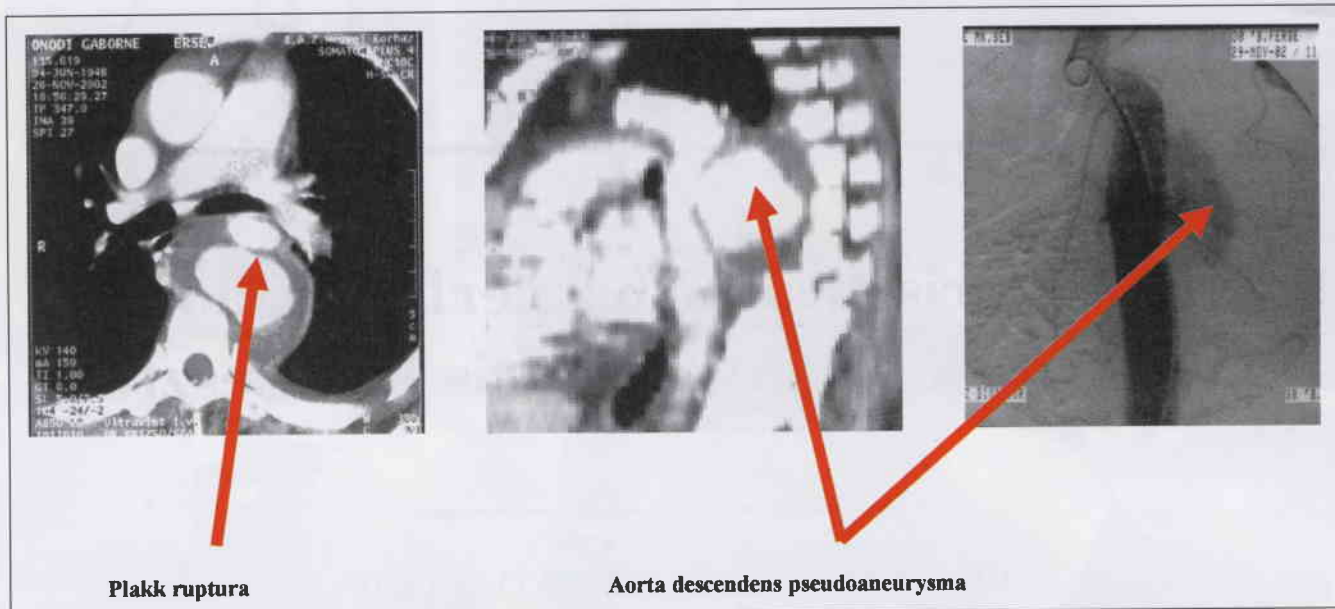
KEYWORDS

aorta aneurysm, complication, stentgraft

Az osztályunkon végzett 50 endograft implantatio közül 12 symptomás aneurysma miatt történt. Ebből 8 esetben rupturált aneurysma volt a beavatkozás indikációja. Jelen közleményünkben egy thoracalis, nyelőcsőbe penetráló és egy aorto-jejunális fistulán át a bélumenbe törő infrarenalis rupturált aorta aneurysma stentgraft kezelését ismertetjük. Külön nehézséget okoz az alimentáris traktusba való ruptura, az endograft contaminációja miatt.

Esetismertetés

50 éves hypertóniás, korábban strumectomisált súlyos sclerodermia miatt szteroid kezelt nőbeteget 2-3 hete meglévő, szűrő, hátba sugárzó heves mellkasi fájdalmak, nyelési

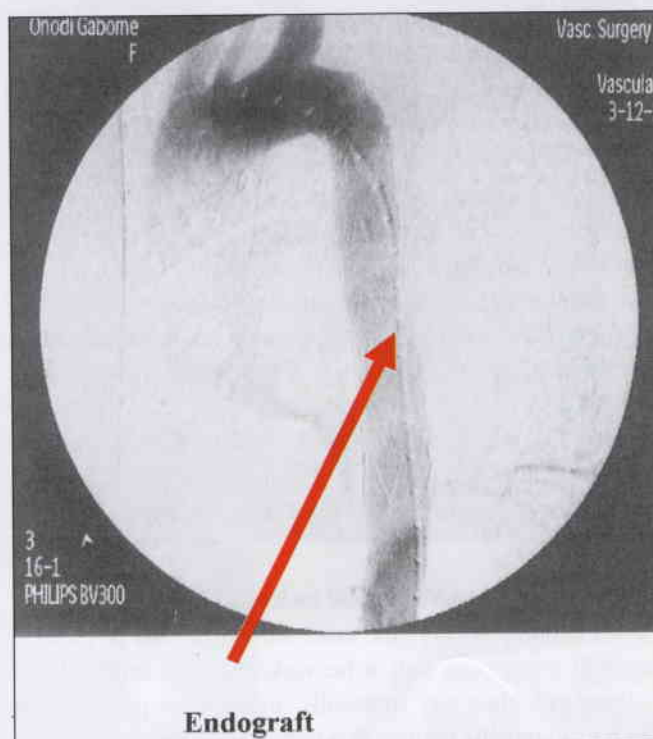


Plakk ruptúra

Aorta descendens pseudoaneurysma

1. ábra. A vizsgálatok az aorta descendens plakk-rupturáját és a nyelőcsövet komprimáló pseudoaneurysmáját igazolták.

Fig. 1. Examinations showed a rupture of a plaque and a pseudoaneurysm of the descending aorta compressing the esophagus.



Endograft

2. ábra. TALENT endograftot implantáltak közvetlenül a bal subclavia eredése alá.

Fig. 2. A TALENT endograft was implanted just beneath the opening of the left subclavian artery.

nehezítettség miatt hospitalizálták a belgyógyászati osztályon. Az elvégzett rutin mellkas RTG kiszélesedett mediastinumot mutatott, majd az ezt követő CT- és DSA-vizsgálatok az aorta descendens plakk-rupturáját és mintegy 5 cm

átmérőjű, a nyelőcsövet komprimáló pseudoaneurysmáját igazolta (1. ábra). Átvételét követően mérőkatéteres DSA-t végeztünk az arteria spinalis anterior eredésének tisztázására, a tervezett endograft pontos lokalizálása és méretezése céljából. Haematemesis, melaena, anaemia alakult ki, ami sürgős beavatkozást igényelt.

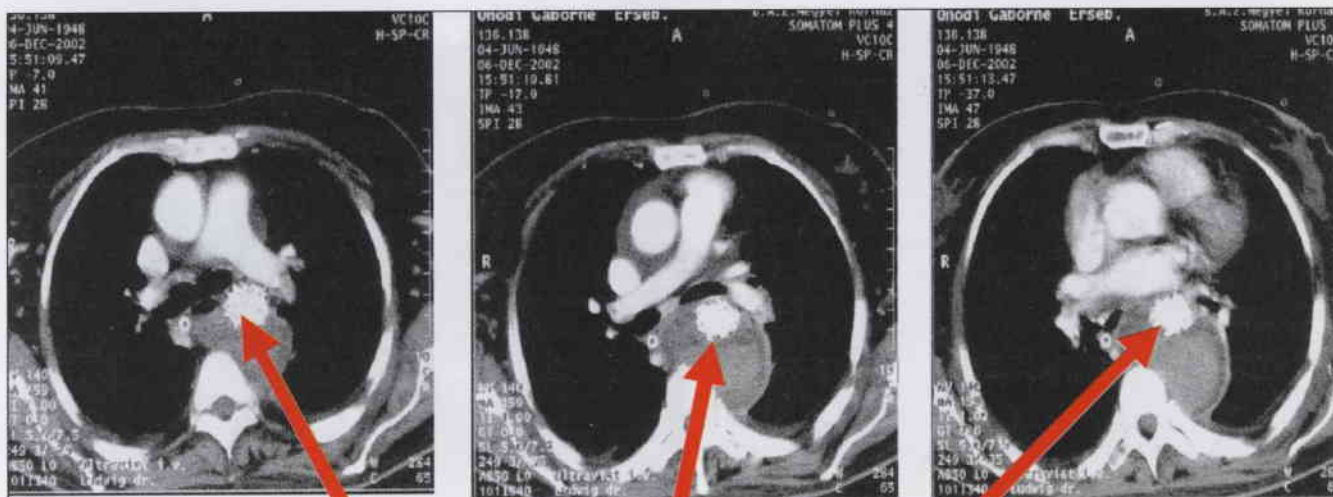
Műtéti tervünk a következő volt:

1. jobb oldali suprainguinalis feltárás, 2. endograft kirekesztés, 3. szoros postoperatív observatio, 4. szükség esetén decompressio, haematoma evacuatio.

A beavatkozást intratrachealis narkózisban végeztük. A jobb iliaca rendszeren keresztül felvezetett katéteren át végzett DSA, illetve a perforációs nyílás localizálása után 26 mm átmérőjű, 10 cm hosszúságú TALENT endograftot implantáltunk közvetlenül a bal subclavia eredése alá. Az intraoperatív kontroll DSA-n endoleak nem ábrázolódott, a spinalis artériák is jól telődtek (2. ábra).

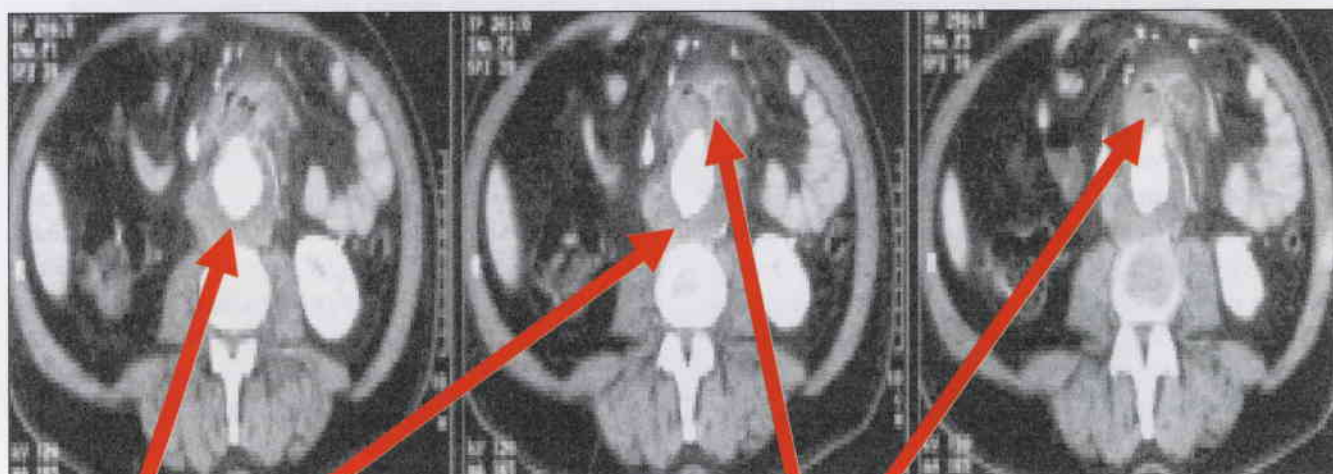
Postoperatív beteünk fájdalmai lényegesen csökkentek, haematemesise, melaenája megszűnt, anaemiáját transzfúziók adásával korigáltuk, de a perzisztáló nyelési nehezítettség és az endoscopos vizsgálattal is igazolt oesophagus compressio miatt az endograft implantációt követő hetedik napon bal oldali thoracotomiából haematoma evacuatiót, decompressiót végeztünk. E műtét során asystolia lépett fel, melyet sikerült direkt szívmasszázzsal uralnunk, majd beteünk átmenetileg intenzív osztályra került. Kardiológiai konzílium szerint akut myocardialis infarctusa zajlott le.

Az endograft implantatio után két héttel végzett kontroll CT-n normális keringés mellett jó stentgraft pozíció igazo-



Endograft

3. ábra. A két héttel később végzett kontroll CT jó stentgraft pozíciót igazolt.
 Fig. 3. The weeks later a CT check-up proved the stent-graft was in a good position.



Rupturált aneurysma

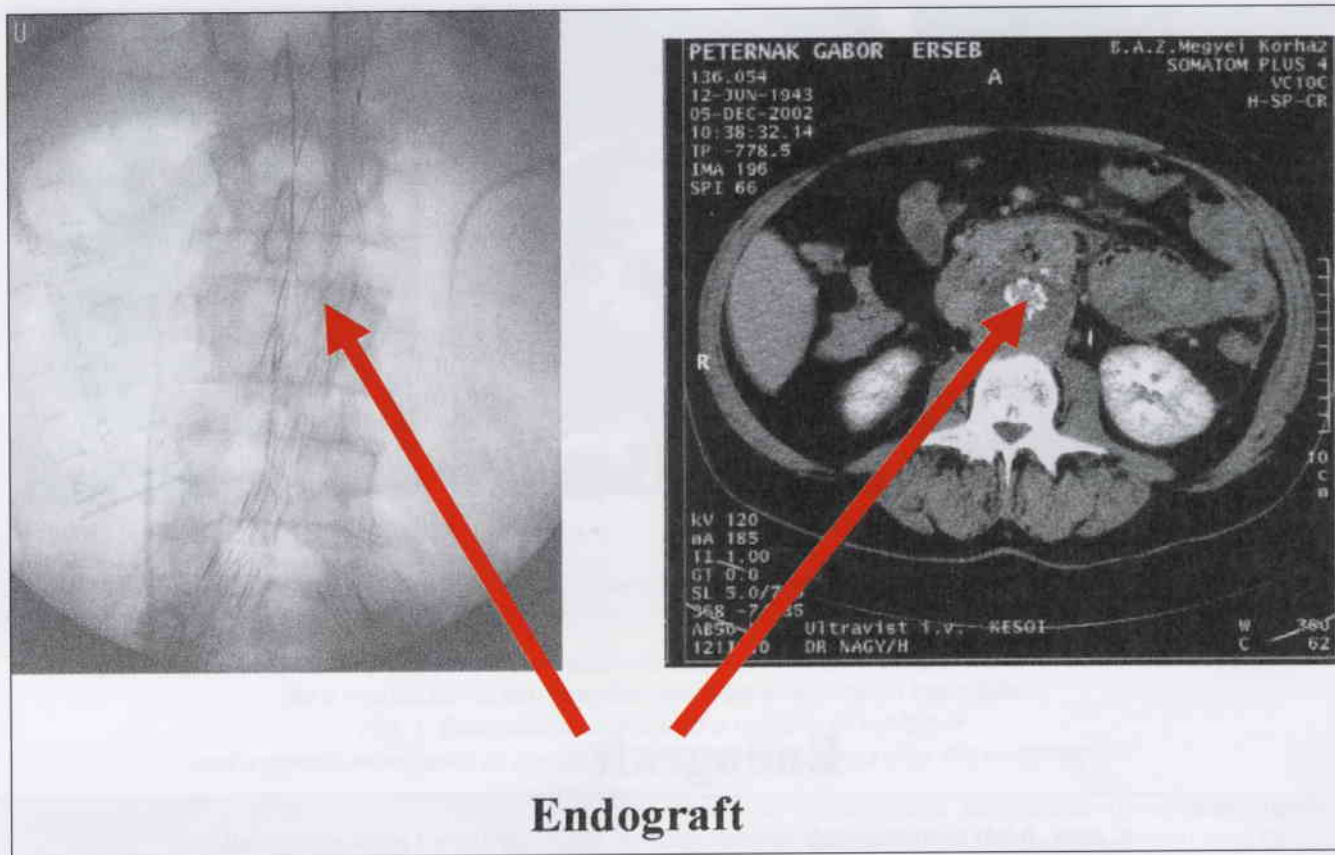
Aorto-jejunalis fistula

4. ábra. A kontrasztanyag CT-vizsgálat haematomával telt bélconglomeratumot jelzett.
 Fig. 4. The contrast CT examination showed a bowel conglomerate full of haematoma.

lódott, endoleak nem ábrázolódott, az oesophagus compressio megszűnt (3. ábra). Betegünk dysphagiája elmúlt, cardialis statusa rendeződött, kielégítő általános állapotban helyeztük vissza a beküldő intézménybe.

Esetismertetés

59 éves, 5 évvel ezelőtt planocellularis tüdőcarcinoma miatt jobb felső lebeny resection és 2001 decemberében laparoscopos cholecystectomián átesett, per os kezelt diabete-



Endograft

5. ábra. Az intraoperatív kontroll DSA és a harmadik postoperatív napon végzett kontroll CT endoleak mentes stentgraft keringést mutatott.

Fig. 5. The intraoperative DSA and the third day CT check-ups showed an endoleak-free blood circulation.

ses betegnek 6 éve volt ismert tünetmentes, 5 cm átmérőjű hasi aorta aneurysmája. Felvételét megelőzően 10 napja észlelt székletében váltakozva emésztett vagy frissnek imponáló vért. Az elvégzett gastroscopia és irrigoscopia vérzésforrást nem mutatott. Sürgősséggel, jelentős anaemiával (htc: 0,25 hgb: 8,5 g/dl) prae-shockos állapotban vettük fel, aorto-enteralis fistulára gondolva.

A kontrasztanyag CT-vizsgálat szabad hasúri, illetve retroperitoneális vérzést nem igazolt, de a has bal oldalán tapintható pulzáló ökölnyi rezisztenciának megfelelően haematomával telt bélconglomeratumot jelzett (4. ábra).

Műtéti tervünk a következő volt:

1. a CT scanek segítségével meghatározott méretű aorto-uni-iliacalis stentgrafttal kirekesztjük a bélumenbe penetrált aorta aneurysmazsákot, 2. a distalis leak elkerülésére occluderrel ki kell rekesztenünk a bal iliaca communist, 3. a bal alsó végtag direkt és a bal hypogastrica retrograde vérellátását jobbról balra vitt cross-over bypass implantációjával biztosíthatjuk, 4. szoros obszerváció mellett döntünk egy esetleges laparotomia szükségességéről.

A műtétet intratrachealis narcosisban végeztük, feltárva mindkét ferde suprainguinalis metszésből az iliaca externá-

kat. Vezetődrót felhelyezése után intraoperatív DSA-t végeztünk, melynek során kontrasztanyag kilépést sem a bélumen, sem a szabad hasüreg felé nem észleltünk. A renalisok localisatiója után megfelelően pozicionálva 28x12x170 mm-es TALENT aorto-uni-iliacalis endograftot ültettünk be úgy, hogy a jobb hypogastrica eredése már szabad maradt. Ezt követően bal oldalról 14 mm-es occludert implantáltunk a bal iliaca communisba. A retrograd kontroll DSA a bal iliaca communis teljes kirekesztését mutatta, szabad bal hypogastrica átáramlás mellett. Az egész beavatkozás utolsó szakaszában jobbról balra vezetett 8 mm-es R-PTFE cross-over bypass készítettünk. Az intraoperatív kontroll DSA és a harmadik postoperatív napon végzett kontroll CT endoleak mentes stentgraft keringést mutatott (5. ábra).

Mindemellett betegünk bal hasfélben jelzett érzékenysége nem csökkent, s bár a terime excessiv pulzációja megszűnt, maga a resistentia tapintható maradt. Fokozatosan mechanikus ileus képe alakult ki, szabad hasúri folyadék, consecutív mellkasi folyadékgyülem, ultrahangon tágult bélkacsok, illetve natív RTG-n nívek megjelenésével. Ezért az ötödik postoperatív napon laparotomiát végeztünk, melynek során az aneurysmazsák bal oldalához rögzült, gyulladt

vékonybél conglomeratumot találtunk. A passage-zavart okozta a colon flexura lienalisának szálagos kitapadása is.

A perforációs nyílást tartalmazó vékonybélszakaszt resectáltuk. A szövettani vizsgálat igazolta az aneurysma jejunális penetrációját. Betegünk fokozatosan panaszmentessé vált és 17 nappal befejezése után per primam gyógyult műtéti sebekkel, jó általános állapotban távozott. 1 hónappal a beavatkozás után a stentgraft és a cross-over vezet, leak nincs. Az endograft pozíciója jó, a beteg passage-a rendezett.

Megbeszélés

A nyelőcsőbe penetráló thoracalis aorta repedés ritka entitás, valószínűsíthető oka az aorta descendens atheromatosus plakkjának ulceratiója vagy lokális dissectiója, mely a fal elvékonyodásával, következményes tágulatával, majd rupturával, vagy az oesophagusba történő penetrációjával jár (4, 5). Néhány esetről „case report”-ként beszámol az irodalom, aorto-oesophagealis fistuláról (6), illetve penetráló aorta ulceratio okozta pseudoaneurysmáról (7) írva.

Jóval gyakoribb a rupturált hasi aorta aneurysmák előfordulási aránya. S míg az elektív aneurysma resectiók halálozása 5% körüli, addig a konvencionális műtetre kerülő rupturált aneurysmás betegek 40–60% esélye van a túlélésre (2). Ugyanakkor a rupturált aneurysma endovascularis kezelésével tapasztalatot szerzett centrumokból 10–25% körüli mortalitásról számolnak be (3).

Irodalom

1. Parodi, J. C., Palmaz, J. C., Barone, H. D.: Transfemoral intraluminal graft implantation for abdominal aortic aneurysm. *Ann. Vascular Surgery*, 5: 491–9. (1991).
2. Verhoeven, E. L. G., Prins, T. R., van den Dongen, J. J. A. M., Tjelliu, I. F. J., Hulsebos, R. G., van Schilgaarde, R.: Endovascular repair of acute AAAs under local anesthesia with bifurcated endografts. *J. of Endovasc. Therapy*, 9: 158–164. (2002).
3. Hinchliffe, R. J., Braithwaite, B. D., Hopkinson, B. R.: The endovascular management of ruptured abdominal aortic aneurysms. *Eur. J. of Vasc. and Endovasc. Surg.*, 25: 191–201. (2003).
4. Cooke, J. P., Kazmier, F. J., Orszulak, T. A.: The penetrating aortic ulcer: Pathological manifestations, diagnosis and management. *Mayo Clin. Proc.*, 63: 718–725. (1988).
5. Coady, M. A., Rizzo, J. A., Hammond, G. L., Pierce, J. G., Kopf, G. S., Elefteriades, J. A.: Penetrating ulcer of the thoracic aorta: What is it? How do we recognise it? How do we manage it? *Journal of Vascular Surgery*, 27: 1006–1016. (1998).
6. D'Ancona, G., Dagenais, F., Bauset, R.: Endoluminal stenting of the aorta as treatment of aorto-esophageal fistula due to primary aortic disease. *Texas Heart Inst. J.*, 29: 216–217. (2002).
7. Crane, J. S., Cowling, M., Cheshire, N. J.: Endovascular stent grafting of a penetrating ulcer in the descending thoracic aorta. *Eur. J. of Vasc. and Endovasc. Surg.*, 25: 178–179. (2003).

Dr. Juhász György

B.-A.-Z. Megyei Kórház,

3501 Miskolc, Szentpéteri kapu 75.

Otto Bock®
QUALITY FOR LIFE

A VitaSan® fine kompressziós harisnyák a kiválóan bevált Otto Bock minőséget képviselik. Valamennyi harisnya puha, finom kötésű, rendkívül strapabíró és öt divatos színben, valamint hatféle méretben kapható. A rejtett varrásnak köszönhetően a harisnya egész nap rendkívül kényelmes viselet, mert a varrás nem a lábujjak előtt, hanem alul található, így nem nyomja a lábujjakat.



Otto Bock Hungária Kft.
1135 Budapest, Tatai út 74.
Telefon: (06 1) 451 10 20 • Fax: (06 1) 451 10 21
www.ottobock.hu • info@ottobock.hu

VitaSan® fine
orvosi kompressziós harisnyák



A **Pharmatextil Kft kompressziós kar- és lábharisnyái** nélkülözhetetlenek a vénás- és nyirokrendszeri betegségek kialakulásának megelőzésében, a kialakult betegségek kezelésében és a rehabilitációban. Használatuk során megfelelő nyomást gyakorolnak a kötőszövetekre és a vénafalakra, ezáltal fokozódik a vénás visszafolyás, csökken az ödéma, segít megőrizni a mozgóképességet és csökkenti a betegséggel fellépő fájdalmat.

A II. kompressziós **ELASTOMED**, a III. kompressziós **ELASTOBAR** és a IV. kompressziós **ELASTOLIM** lábharisnyák az érrendszeri betegségek kezelésének és a rehabilitációnak az eszközei:

- Az **ELASTOMED** márkanév a hagyományos minőséget jelenti.
- Az **ELASTOMED STRETCH** termékek vékonyak, áttetszőek.
- Az **ELASTOMED KOMFORT** és az **ELASTOBAR KOMFORT** harisnyák pamuttartalmuknak köszönhetően magasabb komfortérzetet biztosítanak.
- Az **ELASTOMED S** és **ELASTOBAR S** karharisnyák, valamint az **ELASTOLIM** lábharisnyák síkkötéssel készülnek.

E termékek árát az OEP 85%-kal támogatja.



- Az I. kompressziós **ELASTOFIT**, **ELASTOFIT STRETCH** és **ELASTOFIT SPORT** egészségvédő harisnyák viselése a láb elnehezülése és dagadása esetén, sok mozgást igénylő munkákhoz, sport és szabadidős tevékenységekhez, valamint kismamáknak a terhesség 5-6. hónapjától ajánlott.
- Az I. kompressziós **ELASTOBOL** embóliamegelőző harisnya használata műtéti beavatkozás előtt, alatt és után ajánlatos, az **ELASTOBOL FLY** térdharisnya használatával a hosszú időtartamú utazások alatt könnyen kifejlődő mélyvénás trombózis kockázata csökkenthető.
- Sportsérülések megelőzésére illetve kezelésére kör- és síkkötött boka-, térd-, csukló- és könyökszorítók kaphatók **ELASTOMED** és **ELASTOBAR S** márkanéven.

További információval szívesen állunk rendelkezésére: **Pharmatextil Kft**
1116 Budapest, Fonyód u. 2. • Tel: 208-0195 • Fax: 208-0197
E-mail: pharmatx@pharmatextil.hu • Web: www.pharmatextil.hu

 **Pharmatextil**

Most olcsóbb!

Peripheriás artériás occlusiós betegségben,
Fontaine szerinti III-as és IV-es kategóriában,
ha lumentágító terápia nem lehetséges, vagy nem volt eredményes:

Alprostapint®

alprostadil, PGE₁ hatóanyag tartalmú ampulla (5x20 µg/ml).

Szeretnénk felhívni tisztelt partnereink szíves figyelmét,
hogy **2004. április 1-jétől Alprostapint 20 mcg gyógyszerünk ára csökkent,**
kórházi ára jelenleg 16.530,-Ft / 5x20 mcg (1 ml) doboz.

Az árcsökkenés ellenére is érvényes szokásos **rabat akciónk**, ennek megfelelően
a tisztelt partnereink minden két doboz megvásárolt Alprostapint injekció után
egy doboz gyógyszert ingyenes minta formájában, ajándékba kapnak,
melyet 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 utca 50.
Fax: 221-83-81. Tel.: 06-20-927-9727. • E-mail: wiepol@axelero.hu

Sapheno-peritonealis shunt – új műtéti technika a refracter ascites kezelésében

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

ÖSSZEFOGLALÁS

A májcirrhosis következtében kialakuló ún. refracter ascites kezelésében, amikor a diureticus terápia, a só- és folyadékrestrikció hatástalan, több évtizede elfogadott eljárás az ascitesnek a nagyvérkörbe juttatása különböző műanyag szeleprendszerek segítségével. Ilyenek a közismert LeVeen- és Denver-shuntok.

1992 óta ismert a vena saphena magna (VSM) felhasználásával végzett sapheno-peritonealis (SP) shunt alkalmazása, melynek során a distalisan átvágott és odalágaitól megfosztott VSM-át subcutan tunelen műanyag drain közbeiktatásával a peritonealis űrbe szájazzatjuk. A szellemes eljárás Pang nevéhez fűződik és a VSM torkolati billentyűt mint biológiai szeleprendszert használja fel.

Vadeyar 1999-ben az eljárást továbbfejlesztette, és mindennemű műanyag felhasználása nélkül direkt anastomosist végzett a VSM és a peritoneum lemeze közt.

Az első hazai közlések 2000-ból, illetve 2001-ből származnak.

Magunk két éve vezettük be osztályunkon az új műtéti technikát.

**SAPHENOPERITONEAL SHUNT –
A NEW SURGICAL TECHNIQUE
FOR THE TREATMENT OF PATIENTS
WITH REFRACTORY ASCITES**
Endre Arató M. D., Lajos Kollár M. D.,
Károly Szilágyi M. D.

Draining the ascites into the systemic circulation by diverse synthetic valve systems – such as the well-known LeVeen and Denver shunts – has been an acknowledged procedure for several decades for the treatment of refractory ascites secondary to liver cirrhosis when the patient is resistant to diuretics and salt and fluid restriction.

The application of saphenoperitoneal shunts using VSM (vena saphena magna) when, after removing the collaterals, the distally divided VSM is anastomosed to the peritoneal space through a subcutaneous tunnel by inserting a synthetic drain, has been known in the literature since 1992. This ingenious solution which uses the orificial valves of VSM as a biological valve system is attached to the name of Pang.

1999, Vadeyar improved this procedure as he directly anastomosed VSM to the peritoneum, without using any kind of artificial material.

The initial Hungarian publications were published in 2000 and 2001. The authors introduced this new operative technique in their own department two years ago.

Bár az alaphbetegség nem érsebészeti jellegű, de a technika, az eszköztár mindenképpen érsebészeti jártasságot és felszereltséget igényel. A több mint 20 elvégzett műtét kapcsán szerzett tapasztalatainkat kívánjuk megosztani cikkünkben.

KULCSSZAVAK

májcirrhosis, refracter ascites, sapheno-peritonealis shunt, subtilis technika



1/a. ábra. LeVeen-shunt postoperatív képe.
Fig. 1/a. Post-operative picture of a LeVeen-shunt.

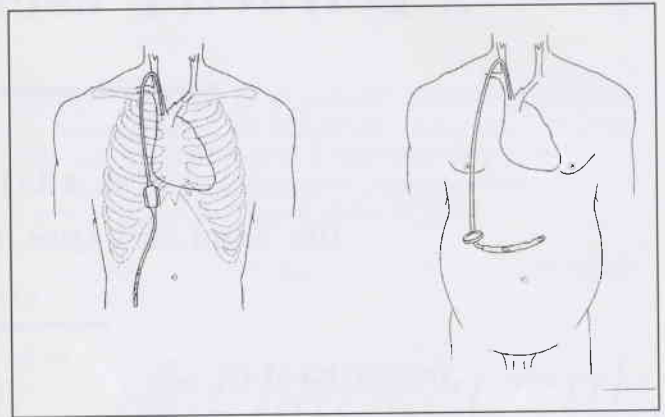
Bevezetés

Májcirrhosisban a vascularis decompensatio egyik legjellegesebb tünete a portális hipertensio következtében kialakuló és gyakran a konzervatív kezeléssel dacoló ascites, mely jelentősen rontja a beteg életminőségét, életkilátásait. Az alkoholos eredetű májsugor Magyarországon népbetegség, előfordulása háromszorosa az európai átlagnak. Fontosságát mutatja ugyancsak, hogy az USA-ban a produktív életkorban lévő férfiak közt a 4. halálok. A májcirrhosis decompensált stádiumában az öt éves túlélés csupán 20%, az átl-

Although the basic disease does not belong to the field of vascular surgery, technique and instrumentation require in any case vascular surgical skills and equipment. In this paper, we want to share our experience obtained by performing of more than 20 operations.

KEYWORDS

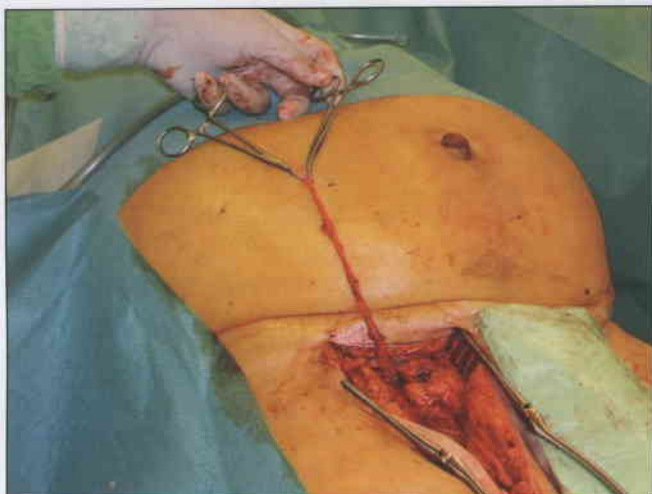
liver cirrhosis, refractory ascites, saphenoperitoneal shunt, surgical technique



1/b. ábra. Denver- és LeVeen-shuntök sémás ábrázolása.

Fig. 1/b. Sketches of the Denver- and LeVeen-shunts.

gos túlélési idő 2 év. A portális hipertoniában korábbi alkalmazott porto-systemas anastomosisokat a szakma mára gyakorlatilag elhagyta a magas mortalitás, a kialakuló encephalopathia miatt. Az ascitesnek a nagyvérkörbe juttatása különböző szeleprendszerek segítségével mintegy harminc évre tekint vissza. LeVeen és munkatársai 1974-ben közölték műanyag shunt eljárásukat, melynek során az ascitist egy szeleprendszer segítségével a jobb oldali véna jugularis internába juttatják. Későbbiekben vált népszerűvé a Denver-shunt, melyet csontos alapra implantálnak, és a szeleprendszert a beteg külső kompresszióval maga is működtetni képes (1/a. és 1/b. ábra). A műanyagshuntok áttörést hoztak a refracter ascites kezelésében, azonban, mint minden jó eljárásnak, úgy ennek is megvannak a nem kívánt szövődményei. Leggyakrabban a septicus szövődmény, mely bakteriális peritonitishoz vezetve életveszélyes állapotot idézhet elő. Ritkább, de nem kevésbé súlyos szövődmény a DIC. A shunt elzáródása vonatkozik mind a collectorszárakra, mind a szeleprendszere. Utóbbiak miatt gyakran kényszerülünk újabb szervizműtétekre. Végül, de nem utolsósorban a műanyagshuntok széles körű elterjedésének a magas beszerzési ár is gátat szab. A műanyagshuntok szövődményeit hivatott kiküszöbölni a Pang-féle módszer, melyet Vadeyar tovább-



2/a. ábra. SP-shunt műtéti képe. (A distalisan átvágott és oldalágaitól megfosztott VSM.)

Fig. 2/a. Intraoperative picture of a sapheno-peritoneal shunt. (The greater saphenous vein is cut distally and freed from its side branches.)

fejlesztett, és mindennemű műanyag felhasználása nélkül az ascites egyenirányúsítását a VSM torkolati billentyűinek felhasználásával egy direkt sapheno-peritonealis anastomossissal biztosítja. Az első hazai közlések 2000-ből (18) és 2001-ből (11) származnak. Osztályunkon 2001 óta alkalmazzuk az említett műtéti technikát, és eddig mintegy 21 beavatkozást végeztünk.

Beteganyag, módszer

Valamennyi betegünk alkoholos májcirrhosisban szenvedett.

Nem szerinti megoszlás: 18 férfi – 3 nő. Átlagéletkor 49 év (legfiatalabb 33 éves – legidősebb 71 éves).

Mortalitás: 5 beteget veszítettünk el. (3 beteg hepatargiás kómában, 1 beteg nyelőcső varix rupturában, 1 beteg duodenum perforációt követően peritonitisben hunyt el.)

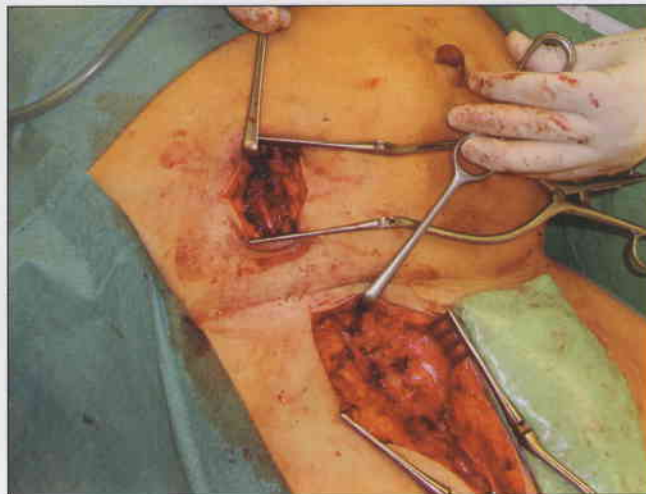
Szimultán beavatkozások: 9 esetben köldöksérv, 3 esetben scrotalis sérv egyidejű ellátását végeztük.

Műtét előtti kivizsgálás

A betegek helyes kiválasztása a siker egyik záloga ebben a nagyrizikójú betegcsoportban, ami jelentős kudarcoktól védhet meg. Fontos, hogy az ascites valóban refracter legyen. (1000 ml folyadék és napi 1 g NaCl restrictio, maximális diureticus kombináció: spironolacton 600–800 mg, furosemid 60 mg, etacrinsav 50–100 mg/die ellenére ismételt abdominocentézisekre kényszerültünk!)

Kötelező preoperatív vizsgálatok:

- az ascites bakteriológiai vizsgálata,
- a CN, creatinin vizsgálat, valamint egyéb szokvány laborvizsgálatok,
- felső panendoscopia, szükség esetén sclerotherápia,



2/b. ábra. A subcutan tunelen felhúzott VSM direct anastomosisa a peritoneummal.

Fig. 2/b. The greater saphenous vein is pulled up through a subcutaneous tunnel and anastomosed directly to the peritoneum.

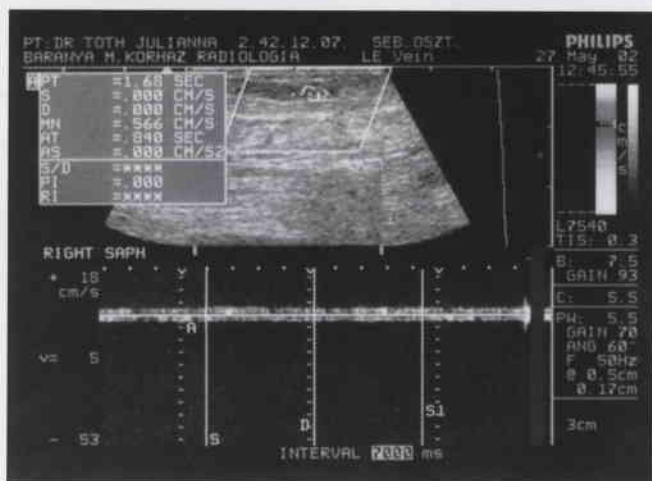
- hasi UH, mellkas rtg. felvétel,
- color doppler UH-vizsgálat a végtagról (mélyvénás elvezetés, VSM kalibere, torkolati billentyűk suffitentiája),
- se-Bi 50 mikromol/l-nél ne legyen nagyobb, valamint az INR 1,7 alatt legyen.

Fontos a single shot antibioticum adása, valamint a thromboembolia profilaxis!

Műtéttechnika

A műtéteink zömét intratrachealis narcosisban, illetve spinal anaesthesiában végeztük.

5 esetben a beteg rossz általános állapota miatt localis infiltrációs anaesthesiában történtek a műtétek. A műtőasztalon mintegy 4–5 liter ascites lebocsátását végezzük, melyet követően mintegy 2 liter fiziológias NaCl-ot töltünk vissza a hasüregbe. A procedúra a thromboplastin-szerű anyagok eltávolítására szolgál a DIC elkerülése céljából. Ezt követően subinquinálisan kiperparáljuk a VSM mintegy 15 cm-es proximális szakaszát. Az eret distalisan átvágjuk, oldalágait ligaljuk vagy elöltjük. A műveletet egészen a sapheno-femoralis junctió szintjéig végezzük. A mobilissá vált VSM szakaszt ezt követően ágyából előemeljük, heparinos sóoldattal átöblítjük (2/a. ábra). Amennyiben reflux nincs a mélyvéna felől, a saphena alkalmas a sapheno-peritonealis shunt alkalmazására! Ezután a Poupert-szalag felett mintegy 3–4 cm-es harántirányú minilaparotomiát készítünk a foveola inuinalis lateralisnak megfelelően a hasfali izmok tompa szétpreparálásával. A feszülő peritoneumzsákra Satinsky érkirekesztőt helyezünk az ascites csorgás megakadályozására. Hosszanti irányban megnyitjuk a peritoneumot mintegy 10 mm hosszán. A mobilis VSM szakaszt subcutan tunelen felhúzzuk a peritoneum nyílásáig, majd elkészítjük az



**3. ábra. Duplex scan vizsgálat:
ascites áramlás az SP-shuntben.**

**Fig. 3. Duplex scan examination: ascites flow
in the saphenous-peritoneal shunt.**

anastomosist oly módon, hogy a jobb varrhatóság érdekében a fascia transversat is bele vesszük a varratsorba, mintegy megerősítendő az anastomosist. A varratsort 5/0-ás premilen fonállal végezzük tova futó technikával az éranastomosisok analógiájára (2/b. ábra). Az ascitescsorgás kivédésére igen fontos a minuciusus varrattechnika. A sebüregek drenázsa természetesen itt is fontos. Magunk az anastomosis mellé nem szívódraint helyezünk, mert több ízben nehezen gyógyuló ascites sipoly maradt vissza.

Az SP-shunt vezetőképességének megítélése

A műtét hatásosságának megítélése céljából az alábbi protokollt követjük:

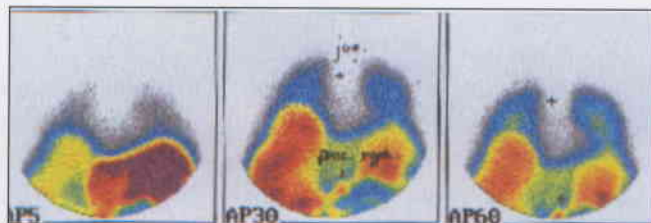
1. Haskőrfogat-mérés (anyagunkban átlagban 12 cm-rel csökkent a betegek haskőrfogata).

2. Testsúlymérés (2 hét után átlagban 8 kg-os csökkenés tapasztalható).

3. A vizelet mennyiségének mérése. (Átlagban 2800 ml-re emelkedett a vizelet mennyisége. Az emelkedés üteme lassúbb, mint a LeVeen-shunt-nél, de két hét után hasonló az effectus.)

4. A vezetőképesség megítélése duplex scan vizsgálat. Valsalva manőverrel vagy a hasúri nyomás mesterséges fokozásával a vizsgálat során lassú folyadékáramlás detectálható a shuntben (3. ábra).

5. Izotóp technika. Általunk a legjobb metodikának tartott ellenőrző vizsgálat. 74 MBq 99 mTc-val jelölt macroaggregat albumin intraperitonealis beadását követően 5–30–60 perc múlva felvételt készítünk a hasról, valamint a mellkasról. A radioaktivitás tüdőbeli megjelenése jelzi a shunt működését. A macrofehérjéhez kötött izotóp elakad a tüdő precapillárisainak arterioláiban a perfúziós tüdőscinti-graphia analógiájára! (4. ábra.)



**4. ábra. Az ascites izotópos vizsgálata:
30 és 60 percnél jól látható izotópdúsulás
detectálható a tüdők felett.**

**Fig. 4. Isotope examination of ascites:
at 30 and 60 minutes the accumulation
of isotope can be detected over the lungs.**

6. Az ascites mennyiségi meghatározása műtét előtt és után. Menthylénkék intraabdominalis beadása után követjük a festék hígulását, melynek koncentrációját fotometriásan határozzuk meg 630 nm-en. A hígulási elv alapján literben kiszámolható az ascites mennyisége. A klinikai kontrollok során egyszerű vizsgálattal az ascites mennyiségéből indirekt bizonyítékot nyerhetünk a shunt vezetőképességének hatásosságáról.

Szövődmények

Beteget a műteti beavatkozások során, illetve a korai postoperatív szakban nem veszítettünk el. DIC anyagunkban nem fordult elő. Késői szövődményként egy alkalommal észleltük az anastomosis körül kialakuló hasfali sérvet. A közvetlenül a műtétet követő szövődményeket az alábbiakban taglaljuk.

1. Sebgyógyulási zavarok

A műteti terület felületes lobosodása, discret sebszéli necrosis 6 ízben fordult elő, azonban localis kezeléssel, antibiotikummal a folyamat zömében uralható. Egy alkalommal a mély rétegek phlegmoneja alakult ki, mely miatt széles feltárássra, nyitott sebkezelésre kényszerültünk. A gyulladás sajnos a shunt elzáródásához vezetett, mely miatt később LeVeen-shunt implantációjára kényszerültünk. A viszonylag nagyszámú sebgyógyulási zavart a lágyékhajlat potenciális fertőzöttségével (intertrigo, mykosis), valamint a betegek rossz immunstátuszával magyaráztuk.

2. Ascitescsorgás

Oka vagy anastomosis elégtelenség, vagy el nem látott oldalág. Az ascensio lehetősége miatt a feltárással késlekedni nem szabad. Az ascitescsorgás localisatiójában és ellátásában methylénkék shuntbe történő adása segíthet (5. ábra). Ugyancsak jó szolgálatot tesz a szövetragasztó használata a varratsor kiegészítésére.

3. Vérzés

A műteti terület bevérvése több alkalommal fordult elő, ami a májbetegség ismert coagulopathiája miatt nem meglepő. Két ízben kényszerültünk percutan punctióra. Szélesebb feltárással nem volt szükség anyagunkban.

4. Lymphacsorgás

Négy alkalommal észleltük. Oka nyilvánvalóan a lágyéki nyirokutak sérülése, noha a preparálást az érsebészeti elveknek megfelelően végeztük. Valamennyi esetben sorozatos kötőscserék hatására spontán abbamaradt a nyirokfolyás.

Megbeszélés

Osztályunkon 2001 és 2003 között 21 esetben készítettünk sapheno-peritonealis shuntöt refracter ascites miatt. A műtét a Pang által leírt, majd Vadeyar által továbbfejlesztett technikával történt. A műtét lényege, hogy műanyag alkalmazása nélkül a VSM torkolati billentyűinek felhasználásával direkt sapheno-peritonealis anastomosist készítünk érsebészeti technikával. Amennyiben a VSM varicosus, billentyűelégtelenség, vagy mélyvénás elfolyási akadály van, illetve az SP-shunt később elzáródik, úgy LeVeén-shunt behelyezését végezzük. Anyagunkban négy alkalommal kényszerültünk műanyagshunt implantációjára. Összességében a sapheno-peritonealis shuntöt alkalmasnak tartjuk a refracter ascites kezelésére. Az eljárás olcsó, gyakorlatilag bármely sebészeti osztályon első választandó beavatkozásként elvégezhető. A siker feltétele a helyes indikáció és a subtilis műtéti technika. Ha az SP-shunt bármilyen oknál fogva elzáródik, ez a korábbiakban alkalmazott műanyag shunt implantációját nem hiúsítja meg. A betegek gondozásában nagy fontosságú a shunt nyitottságára utaló vizsgálati módszerek alkalmazása.

Irodalom

1. Burch, J. M. et al.: The abdominal compartment sy. Surg. Clin. North. Am. 76, 833–842 (1996).
2. Emmanuel E. Zervos, Alexander S. Rosemurgy: Management of medically refractory ascites. Am. Journal of Surg. 181, 256–264 (2001).
3. Iberti, T. J. et al.: A simple technique to accurately determine intra-abdominal pressure. Crit. Care Med. 15, 1140–1142 (1987).
4. Kokas P., Chanis W., Kupcsulik P.: Terápiarezisztens ascites kezelése peritoneovenosus shunt beültetésével. Magy. Seb. 51, 385–387 (1998).
5. Kupcsulik P.: A krónikus májbetegségek szövődménye: ascites. Háziorvos Továbbképző Szemle 1, 128–131 (1996).
6. Kupcsulik P.: Az ascites kezelése. Med. univ. Továbbképző melléklete XXVII/5, 8–11 (1994)
7. Kupcsulik P., Harsányi L., Kokas P.: LeVeén-shunt beültetésével szerzett tapasztalatok. Orv. Hetilap 126, 20–27 (1986)
8. Lázár I., Pető J.-né, Kristóf T.: Transjugularis intrahepaticus portosystemas shunt (TIPS) beültetésével szerzett tapasztalataink. Magy. Seb. 55, 9–15 (2002).
9. LeVeén, H. H., Christoudias, G., Moon, P., Falk, G., Grosberg, S.: Peritovenous shunting for ascites. Ann. Surg. 180, 580 (1974).
10. McIrvine, A. J., Corbett, C. R., Aston, N. O. et al.: The demonstration of saphenophemoral incompetence: Doppler ultra-



5. ábra. Ascitescsorgás. (Oldalágon keresztül methylenkékét injiciálunk a shuntbe, ezt követően kilépést észlelhetünk az anastomosis vonalában vagy egy el nem látott oldalágon.)

Fig. 5. Ascites leakage. (If methylene blue is injected into the shunt through a side branch than any leakage can be detected through the line of the anastomosis or a non-ligated side branch.)

sound compared with standard clinical tests. Brit. J. Surg. 71, 509 (1984).

11. Nagy Z., Gyurkovics E., Kalinszky P., Kupcsulik P.: Sapheno-peritonealis shunt az ascites kezelésére. Magy. Seb. 54, 235 (2001).
12. Pang, A. S., Low, J. M., Ng, B. K.: A successful peritoneo-venous shunting of ascites using the great saphenous vein. An. Acad. Med. Singapore 21, 701 (1992).
13. Petri A., Balogh Á.: Terápia resistens ascites kezelése peritoneo-venosus shunttel. Magyar Seb. 52, 121–123 (1999).
14. Péter M.: Transjugularis intrahepaticus portosystemás shunt (TIPS). Magy. Radiol. 3, 79–83 (1995).
15. Stewart, C. A., Sakimura, I. T., Applebaum, D. M., Siegel, M. E.: Evaluation experience. AJR. 147, 177 (1986).
16. Tihanyi M., Eredics T., Kiss T., Bártfai L.: A peritoneo-jugularis shunt műtétek utáni szövődményekről. Magy. Seb. 45, 211 (1992).
17. Vadeyar, H. J., Doran, J. D., Charnley, R., Ryder, S. D.: Saphenoperitoneal shunt for patients with intractable ascites associated with chronic liver disease. Brit. J. Surg. 86, 882–885 (1999)
18. Vincze K., Halmos F.: A refracter ascites saphena-billentyűvel képzett drainage műtétével szerzett első tapasztalatok. Magy. Seb. 53, 213 (2000).
19. Vincze K., Halmos F., Horváth Gy., Lelovics Zs.: Sapheno-peritonealis shunt (Ruotte-műtét) a terápiarezisztens ascites kezelésére. Magy. Seb. 56, 45–48 (2003).

Dr. Arató Endre

Pécsi Tudományegyetem OEC ÁOK Sebészeti Tanszék,
Baranya Megyei Kórház, 7623 Pécs, Rákóczi út 2.

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

85%

régi név: Cutinova Thin



Allevyn Thin
szelékív vízmegekötő poliuretán mátrix kötszer



Jelonet
Paraffinnal impregnált lap



Intrasite Conformable
Intrasite géllal impregnált lap



Opsite Flexigrid
poliuretán filmkötszer



Cuticerin
Eucerittel impregnált lap



Bactigras
Klorhexidin alapú impregnált lap



Allevyn Adhesive
háromrétegű hidrocelluláris, öntapadó poliuretán kötszer



régi név: Allevyn Hydrocellular
Allevyn Non-Adhesive
háromrétegű hidrocelluláris poliuretán kötszer



Cutinova Hydro
szelékív vízmegekötő, öntapadó poliuretán mátrix kötszer



régi név: Allevyn LM
Allevyn Lite
háromrétegű hidrocelluláris poliuretán kötszer

* 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.

Nem vénás fekélyek az alsó végtagon

DR. HUNYADI JÁNOS, DR. BIHARI IMRE, DR. KUHNYÁR ÁGNES,
DR. LANDI ANNA, DR. MARKOVICS GYULA, DR. NAGY IMRE, DR. SÁPY MÓNIKA

ÖSSZEFOGLALÁS

A láb-fekély egy 6 hétnél tovább fennálló teljes hámszínt és fertőzött sebalapot jelent a lábon. Ezen monomorfnak tűnő klinikai kép háttérében kórélettanilag meglehetősen heterogén okok állhatnak. Az oly sokat emlegetett „ulcus cruris” vagy akár a „talpi fekély” tehát nem betegség, hanem tünet, vagy még inkább: szövődmény, amelynek precíz diagnosztikája – és főleg sikeres terápiája – összetett feladat. Az összefoglaló dolgozatok készítésének célja a gyakorlatot támogató szemlélet sarokköveinek lerakása és egy diagnosztikus-terápiás út felvázolása. Jelen dolgozatban a leggyakoribb ulcus típusokat tárgyaljuk a vénás fekély kivételével, a teljesség igénye nélkül. Az idiült sebek paradoxona szerint csak az a fekély gyógyulna meg magától, amely eleve ki sem alakult volna. Vagyis egy fekély rossz gyógyhajlamának háttérében álló kiváltó és fenntartó okok legtöbbször közösek, ez az esetek kb. 60%-ában a vénás keringés elégtelensége. A 40%-ot a komplex és/vagy ritka esetek adják. Ez utóbbiakba kívánunk mélyebben betekinteni. Ilyenkor a fekély rutin kezelése, annak komplex volta miatt, definitív klinikai eredményre nem vezet. A sikert csak a mihamarabbi oki kezeléssel érhetjük el. Ez áttörést hozhat az eddig uralhatatlannak hitt esetekben is.

NON-VEINOUS ULCERS ON THE LEG

János Hunyadi M. D., Imre Bihari M. D.,
Ágnes Kuhnyár M. D., Anna Landi M. D.,
Gyula Markovics M. D., Imre Nagy M. D.,
Mónika Sápy M. D.

The leg ulcer is a wound which lasts for longer than 6 weeks and has an infected base. This picture seems to be monomorphic but in the background there are different pathophysiological factors. The often mentioned crural ulcer or the malum perforans pedis are not diseases in themselves but a sign or a complication. The diagnostics and successful therapy are complicated tasks. The aim of review articles is to lay cornerstones of theory which guide us towards the practice of diagnostic and therapy. In this article the most frequent non-venous ulcer types are discussed without wishing to comment every one. The paradox of chronic ulcers is that an ulcer which could heal by itself would never evolve at all. This means that the reasons which cause and maintain an ulcer are common and this is venous circulatory disturbance in 60% of cases. 40% are complex and/or rare ulcers. We would like to deal with these latter ones. In these ulcers routine therapy will not bring the desired result because of its complexity.

A hagyományos és újabb kezelési lehetőségek is csak egy átgondolt bázisterápiára épülve kamatoztathatók. Tehát a ma újdonságnak számító különféle humorális faktorok és makromolekuláris rendszerek vagy a dinamikus sejtkultúrák alkalmazása is csak így hatásosak.

KULCSSZAVAK

ulcus cruris, malum perforans pedis, decubitus

Bevezetés

A „lábon lévő körülírt teljes hámhiány”, vagyis a fekély felismerése – mint szaknyelvi sztereotípiá – ma még nem közvetít valódi terápiás útmutatást, például egy komplex kezelési protokollt. A népbetegségek hatékony terápiájának társadalmi és szakmai igénye idővel mindig kialakítja gyakorlati standardjait. A közeljövő feladata ennek létrehozása. Addig azonban még számos – hagyományos és ma modernnek hitt – diagnosztikai és terápiás lehetőség fog polgárjogot nyerni vagy elvérezni a terápiás stratégia gyakorlati kivitelezésénél.

A civilizált társadalmakban gyakrabban előforduló számos betegség közül az „ulcus cruris” csak egy a sok közül. Hazánkban a fekély prevalenciája a felnőtt lakosságra vonatkoztatva 1%, a gyógyult fekélyé további 1,8% (1). Az életkorral az előfordulás növekszik, 65 éves kor felett már 5% körüli (2, 3). A betegségben szenvedők számának növekedése azonban nem pusztán a társadalmak előregedésével függ össze. Az idős kor mellett – egyéb civilizációs jelenségekhez hasonlóan – valószínűleg itt is kockázati tényezőként merülhet fel az elhízás, a cukorbetegség, a magasvérnyomás, a dohányzás és a mozgásszegény életmód, valamint a visszérbetegség elhanyagolása. Az ulcus crurisban szenvedők száma hazánkban is e rizikófaktorok mind gyakoribb előfordulásának megfelelően változik (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11).

Ennél erősebb, közvetlenebb az összefüggés a keringés bármely elemének (vénás, artériás, nyirok- és mikrokeringés) kifejezett elégtelensége esetén. A lábszárfekély közvetlen kóroka kb. az esetek 60%-ában tisztán vénás elégtelenség, 15%-ban artériás eredet, illetve 20%-ban diabetes mellitus és 5%-ban ritka kórok. Természetesen ezek kombinálódhatnak is, ami az összes esetből hozzávetőleg 25%-ot tesz ki. (3, 5). Ez a statisztika – a gyakorlati életben azonban a szöveti keringést és ezzel a sejtek közvetlen életfeltételeit alapjaiban befolyásoló kézenfekvő tényezők mellett sosem feledkezhetünk meg, a ritkább kiváltó okok (például infektív, immun, vérképző-szervi, tumoros, traumás és anyagcse-re) feltételezéséről, illetve kizárásuk igényéről sem. A ke-

Causal therapy brings the final success and a breakthrough comes even in seemingly incurable cases. Old-fashioned and new humoral factors and macromolecular systems or dynamic cell cultures are effective only in such circumstances.

KEYWORDS

crural ulcer, malum perforans pedis, decubitus

vert és a ritka formák szakmai jelentősége épp ezért óriási. Ezek az esetek rutinemegoldásokkal nem uralhatók, a beteg végül teljesen elveszíti hitét az orvoslásban és bizalmát az orvosában. Lemond magáról és ezzel a társadalom is lemond róla.

A háttérbetegségek célirányos kezelése nélkül a valódi gyógyulás teljesen reménytelen. A tünet újra és újra visszatér, a fekély megmarad, vagy kiújul, illetve nagyobb lesz. A sikeres kezelés feltétele a kórélettani kiindulási diagnózis megalkotása, majd az oki terápia, végül ezeknek a beteg egyéni adottságaihoz szabott finomhangolása. Szakmapolitikai szinten olyan protokollra, finanszírozásra és szervezeti felépítményre van szükség, amely a mindennapokban is támogatja a kórélettani kiindulást, hatékony terápiás gyakorlatot. Az újabb és hagyományos kezelési lehetőségekben lévő terápiás tartalékok is csak egy átgondolt bázisterápiára épülve kamatoztathatók. Ilyet kínál például a különféle humorális faktorok (12, 13, 14) és makromolekuláris rendszerek (15) vagy a dinamikus sejtkultúrák alkalmazása. Az élő rendszerek előnye abból fakad, hogy – a sejttáplálás átmeneti pótlása mellett – dinamikusan képesek követni és felépíteni a helyileg minőségi és mennyiségi szempontból leginkább megfelelő citokin és makromolekuláris környezetet is (16, 17), például a neonatális dermális fibroblaszt kultúra (Dermagraft®), vagy az in vitro előállított mesterséges bőr.

Munkánkból kimaradtak többek között a malignus ulcusok, amelyek teljesen más szemléletmódot kívánnak, ellátásuk onkológiai feladat, kezelésük nem a jelen dolgozatban hangsúlyozott kórélettani személet alapján történik.

Az talán kevésbé ismert, hogy a probléma milyen hatalmas szociális és gazdasági terhet ró az egyénre és társadalomra egyaránt. A nyugati országokban általában egy ulcusos beteg kezelése évi 1–2 millió Ft. *Schonfeld* és munkatársai szerint az USA-ban egy-egy súlyos, nehezen gyógyuló lábszárfekélyes beteg kezelésének összköltsége elérheti a döbbenetes 6 millió Ft-ot is (18).

A lábfekek kialakulásában szerepet játszó kórok közül az alábbiakkal kívánunk foglalkozni.



1. ábra. Diabeteses beteg lábszárfekélye mindkét alsó végtagon.

Fig. 1. Crural ulcer of both legs of a diabetic patient.



2. ábra. Malum perforans pedis, diabeteses beteg talpi fekélye.

Fig. 2. Sole ulcer of a diabetic patient, also called a malum perforans pedis.

1. Diabetes mellitus

1.1 Háttér

Diabetesben a lábon öt típusú elváltozás szokott előfordulni: (a) ulcus cruris, amely minden esetben a vénás elfolyás zavarát feltételezi (1. ábra), (b) talpi fekély, amelyre neuropathia és orthopaediai rendellenesség a jellemző (2. ábra), (c) gennyes folyamat, rendszerint a lábfejen (3. ábra), (d) arteriosclerotikus jellegű lábujj necrosis, (e) necrobiosis lipoidica diabetorum (19, 20). Az alábbiakban a fekélyes elváltozásokra helyezzük a hangsúlyt. Az ulcusok lényegét adó szöveti necrosis a sejtek életfeltételeinek celluláris szinten már kompenzálhatatlan romlása miatt következik be. A szövetekben a sejtek életkörülményeit a mikrokörnyezeti feltételek, ezt pedig a mikrokeringés lokális státusza szabja meg. A diabetes mellitus elsődlegesen mikroangiopáthiás (mikrokeringési) zavarral járó betegség, azonban a macroangiopathia kialakulásának is jelentős rizikófaktora.

A diabeteses betegekben csak neuropátia hozzávetőleg 60%-ban, perifériás érbetegség 15%-ban, mindkettő pedig 20%-ban mutatható ki (17). A diabeteses betegek 15%-ánál életük során legalább egyszer kialakul a lábszárfekély, illetve éves szinten a betegek 2–3%-ánál kell ulcus cruris fellépésével számolni (10, 22). A rendkívül gyakori vénás elfolyási zavar és a szintén gyakori diabetes mellitus egyidejű előfordulása tehát szokványos jelenség, érthető a kombinált eredetű ulcusok nagy száma.

A diabeteses ulcus cruris fertőzöttségének megszüntetése, a csíraszám csökkentése nehéz feladat. A magasabb extracelluláris cukorszintek a kórokozóknak közvetlenül is jobb életfeltételeket teremtenek. Ugyanakkor a magas cukorszintek miatt károsodnak a lobsejt funkciók is, és az adott szövetterülethez tartozó vaszkulátúra (makro- és mik-



3. ábra. Diabeteses láb: gennyes folyamatok a lábon. A külső talpél mellett lévő seb egy gennyes fistula, amely a csonthoz vezet.

Az öregujj is gyulladt.

Fig. 3. Diabetic foot: purulent processes can be seen. There is a puruled wound on the lateral side of the foot which is a fistula leading to the bone. The big toe is also inflamed.

ro-) angiopátiája sem elhanyagolható körülmény (23, 24). Előzőeket tovább súlyosbítja a renyhébb általános immunstátusz, a károsodott neovaszkularizáció, a letört kollagén szintézis és fibroblaszt proliferáció. Az sem meglepő, hogy a kötőszövet sejtjeinek orientációjában jelentős szerepet játszó extracelluláris mátrix molekuláris mintázata jelentősen eltér a normálistól (25, 26, 27).

Nem árt tisztában lenni a költségvonatokkal sem. *Apelqvist, Tennvall* és mások által közölt adatok szerint diabeteszben szenvedő betegeknél lábszárfekély kialakulása esetén 5–10 ezer angol font extra kiadással kell számolni. Ez amputáció kényszere esetén akár 20–30 ezer fontra is emelkedhet (28, 29).

1.2 Szemléleti megfontolások

A mikroangiopátia az egész keringési rendszer alapvető célját, a sejtek közvetlen ellátását teszi lehetetlenné a mikrokeringés munkaterületének a szintjén. Ezért diabeteses fekélyek esetén, ahol az esetek döntő többségében számolhatunk mikroangiopathiával, az egyéb okok mindenáron való keresése félrevezető, és nem hoz gyakorlati előrelépést. Célszerűbb a fekély-tünetet a szisztémás alapbajra ráarakódó lokális kórokok szöveti szinten már kompenzálatlan eredőjeként látni. A gyakran döbbenetes küllemű fekély viszonylag fájdalommentes a neuropathia miatt!

1.3 Gyakorlati megfontolások

A mindennapi terápiában a kielégítő szöveti keringés biztosítása a legfontosabb feladat. Ez teremt lehetőséget a sebgógyulásához és a kiújulás elkerüléséhez egyaránt. Elsődleges teendőnk ezért az alapbaj lehetőség szerinti teljes körű rendezése, elsődlegesen a vércukorszint megfelelő értéken történő stabilizálása. Következő a mikroangiopátia fékezése a megfelelő vérnyomásérték beállításával, a thrombocyta aggregáció gátlásával és a vérzsírok szintjének rendezésével. Ezekon kívül nélkülözhetetlen a mikrocirculáció gyógyszeres támogatása. Természetesen az esetlegesen jelen lévő makrokeringési eltérések (atherosclerosis, véna thrombosis) célszerű kezelése és a neuropátiával összefüggő összenyomatásos komponens eliminációja.

Lágyrész fertőzések esetén fontos az osteomyelitis megelőzése. A helyi és szisztémás körülmények, valamint a gyakori felbukkanó polirezisztens kórokozók miatt a prevenció nem könnyű feladat. A fertőzés tovaterjedésének reális veszélye, illetve előrement infekció esetén ha szükséges intravénás antibiotikus kezelés alkalmazásától se riadjunk vissza!

A sebkezelés során a „kíméletes” sebészi nekrectómia ritkán szükséges, de akkor mindenképpen el kell végezni. Ugyanakkor a rendszeres és alapos kombinált sebfeltisztítás (sebészi, fizikai és enzimatikus) még a komplikált (neuropathiás, fertőzött) diabeteszes fekélyek hámosodását is elősegítheti (25).

2. Decubitus

2.1 Háttér

A decubitus általános és felületes megközelítésben a legkönnyebben megelőzhető-kezelhető szövődmények közé tartozik. Konkrét esetben (például a beteg nem mozgatható) azonban ez mégis mindig így. A decubitust valójában a legnehezebben kivédhető betegségek közé kell sorolnunk! A fejezet ezt a kettősséget próbálja feloldani.

A bőr (és a benne futó erek) elhúzódnak lap szerinti összenyomattatása egészséges egyénben is nyomási ulcus kifejlődéséhez vezet. Ebben az értelemben a decubitus kórélet-tanilag a lokális – makro- és mikro- – keringést egyaránt sújtó, akut ischaemiás károsodás.

A decubitus kialakulásának valószínűségét szisztémás (anaesthesia, szedált állapotok, kóma, legyengült szervezet, vírusfertőzés, immunzavar, láz, diabetes, idős kor stb.) és lokális körülmények (parézis, gyöki károsodás, traumák-törések, inkontinencia, arteriosclerosis stb.) egyaránt növelhetik (30, 31). A kulcsmomentum mégsem az!

Összenyomatásos fekélyre hajlamos egyénben is csak ott alakul ki, ahol a bőr kis felszínén, relatíve nagy súly ránehezedését kénytelen a kelleténél hosszabb ideig elviselni. A decubitus nem más, mint helyi fizikai ártalommal szemben tanúsított figyelmetlenség! A „tűrhetetlen elhúzódnak elviselése” egyszerű, de jól használható diagnosztikus és terápiás iránymutatás. Elvileg bármelyik komponens háttérbe szorítása csökkentheti a kialakulás veszélyét, de a fizikai összenyomás kiiktatása nélkül semmi esély a megelőzésre, illetve a gyógyulásra! A helyi és általános szövődmények ilyenkor (például egy paretikus, incontinenens betegnél) extrém súlyosak! Ha a secunder infekciók uralhatatlanná válnak (osteomyelitis és sepsis) a beteg – primer betegsége állapotától függetlenül – belehal a decubitusba.

2.2 Szemléleti megfontolások

Hasonlóan a diabeteszhez, itt is sok összetevő eredőjének következménye a fekély-tünet kialakulása. Itt is a megelőzés kecsgett a legnagyobb „terápiás sikerrel”. Mégis meghatározó a különbség: itt nem a belső, hanem elsősorban a külső körülmények szabják meg a predilekciós helyeket (sacrum, trochanter stb.), a súlyosságot és a végkimenetelt. A decubitus csak olyan esetekben alakul ki, amikor a beteg hosszú ideig nem képes pozícióján kellő gyakorisággal változtatni, és a kórházi személyzet ezt figyelmen kívül hagyja. Azt is mondhatjuk, hogy egy banális és odafigyeléssel kivédhető gyakori iatrogen ártalomról van szó.

2.3 Gyakorlati megfontolások

Az alsó végtagon decubitus leggyakrabban a sarkon fordul elő, de oldalfekvésben a trochanternek megfelelően és a bokákon, ritkábban a térd lateralis oldalán is jelentkezhet. Előfordulhat valamely kötés felfekvése miatt is. Akinél decubitus alakul ki, annál rendszerint egymás után több helyen is jelentkezik. Először többnyire a keresztcsonton jelenik meg, majd ezt a fent említett helyek követik. A decubitus kezelése a kockázati tényezők felméréseivel (például Norton-, illetve Braden-skálák segítségével) kezdődik. Az ered-

ménytől függő rizikócsoporthoz sorolás valóban segít annak felmérésében, hogy az adott beteg milyen mérvű fenyegetettségnek van kitéve, és mekkora extra odafigyelést igényel ennek elhárítása.

Az előidéző okokat ismerve különös jelentőséget nyer a megelőzés. Ennek kapcsán a rendszeresen végzett kíméletes masszáz, a nyomásnak kitett terület segédeszközös megnövelése, a beteg fekvési pozíciójának gyakori változtatása, valamint a speciális nyomásáthelyező-elosztó ágyak alkalmazása kiemelt jelentőséggel bír (31, 32). A pénzügyi lehetőségekkel egyenes arányban áll a felfekvés elkerülésének lehetősége, vagyis ha van elegendő számú elkötelezett nővér és vannak technikai segédeszközök, akkor aránylag kis elméleti felkészültséggel is megelőzhető.

A decubitust – az égéshez hasonlóan – négy stádiumra osztjuk (33):

- I. nyomásra nem halványuló, maradandó erythema,
- II. részleges bőrkárosodás, erózió, vesicula,
- III. teljes vastagságú – bőnyét is elérő – decubitus,
- IV. bőnyéket is áttörő decubitus.

A stádiumokra való felosztás nem öncélú: az ajánlott beavatkozások megítélését szolgálja. A decubitus prevencióra és ellátási előírásaira vonatkozó protokoll iránti általános igény hívta létre 2003-ban Lillafüreden a II. Konszenzus Konferencia ajánlásait (34).

A decubitus kezelése során első feladat az ok (a nyomás) kiküszöbölése, e nélkül a gyógyulás teljességgel reménytelen. Ezen túlmenően a mikrocirkuláció szisztémás támogatása, valamint a hypoxiás eredetű granulocita aktiváció fékezése a további cél. A későbbi gyakorlati lépések – ha kell akár szisztémás antibiotikus védelemben – a sebészi necrectómia, majd granulációs szövet létrehozása, illetve a hámosodás serkentése. A szövethiány pótlása céljából szükséges lehet nyeles, illetve myokután lebeny átültetése is (35).

3. Artériás ulcus

3.1 Háttér

Hazánkban rövid idő alatt megnégyszereződött a perifériás érszűkületben szenvedő betegek száma. Ez a tendencia világszerte megfigyelhető, s ez azzal áll kapcsolatban, hogy az arterioszklerotikus érelzáródást elősegítő – alapvetően az életmóddal összefüggő – rizikófaktorok gyakoribbá váltak. A legfontosabb, befolyásolható kockázati tényezők – dohányzás, mozgásszegény életmód, hiperlipidémia, diabetes mellitus, hipertenzió – gyakoriságát az ismeretterjesztő előadások remélhetően képesek lesznek mérsékelni. A már meglévő és vissza nem fordítható rizikófaktorok kihatásait azonban gyógyszeresen kell csökkenteni (8, 9, 36).



4. ábra. Artériás fekély: a seb száraz, az ín kilátszik, és fekete lepedék van a seb egy részén. A beteg dohányzik, dysbasiája már korábban is ismert volt.
Fig. 4. Arterial ulcer: the wound is dry, the tendon can be seen, a black scab is on part of it. The patient is a smoker and he has a limited walking distance.

A lábszárfekély létrejöttében szerepet játszó arterioszklerotikus elzáródás leggyakrabban a femoropopliteális és cruralis ereken fordul elő (4. ábra). A végtag megmaradása szempontjából a prognózis jobb, ha mód van a collateralis keringés kialakulására és/vagy az érelváltozás disztálisabban helyezkedik el. Ugyanakkor azt is figyelembe kell venni, hogy az arteriosclerosis egyéb helyeken is manifesztálódik, gyakori a coronaria és a carotis betegség társulása és a prognózist nagyban ez határozza meg. A megfelelő időben történő beavatkozást hátráltatja, ha az enyhébb fájdalom negligálása miatt a betegek megkésve fordulnak orvoshoz. Mások az orvos gondol késedelmesen artériás elzáródásra (gondoljunk a reumatológiai beutalókra). Előzőek miatt a kiserek érintettségének viszonylag jobb prognózisa nem mindig jut érvényre.



5. ábra. Martorell-ulcus: hypertoniás nőbeteg fájdalmas fekélye a külső boka fölött. Sem verőeres, sem visszeres keringési zavar nincs.
Fig. 5. Martorell ulcer: painful ulcer on the outer ankle of a hypertonic female patient. She has neither arterial no venous macro-circulatory disturbance.

3.2 Szemléleti megfontolások

Az artériás eredetű fekélyek esetén kórélettanilag olyan károsodásról van szó, ahol az input oldali zavar a döntő fontosságú, szemben a szokványos ulcusok esetén fennálló, a vénás keringés károsodása miatti elvezetés oldali elégtelenséggel. Az esetek többségében kevert kórképről van szó.

A perifériás artériás érelzáródás az atherothrombotikus folyamatok egyik manifesztációja, melynek során az érintett végtag csökkent artériás keringéséről van szó, ezért az artériás átáramlást tovább szűkítő, illetve nehezítő beavatkozások alkalmazása kerülendő, például kompressziós pólya oedema csökkentő, vagy vénás keringést gyógyító célzattal történő alkalmazása, illetve előzetes fizikális és Doppleres vizsgálattal meg kell győződni a keringés épségéről.

Tudnunk kell, hogy az ilyen ulcusok esetében nemcsak a fekély begyógyulása az egyetlen feladat, hanem annál fontosabb és a terápiás gondolkodás fókuszpontjába helyezzen-

dő a végtag lehető megmentése. Kritikus ischaemián alapuló sebek kezelésének alapja az artériás keringészavar lehetséges javítása akár érsebészeti – intervenciós radiológiai –, akár belgyógyászati módszerekkel. Ez adott esetben azonnali beavatkozást is igényelhet, rendszerint azonban alapos kivizsgálást követő, tervezett rekonstrukciót. Ezt követően a recidíva megelőzését tervszerű és betartandó konzervatív terápiával célszerű folytatnunk.

3.3 Gyakorlati megfontolások

A fokozatosan vagy hirtelen jelentkező lokális fájdalom egyrészt a beteget az orvoshoz irányítja, másrészt a lokalizáció diagnosztikai szempontból útba igazít. Jele lehet szokványos dysbasiának vagy éles határú, száraz bőrnekrózis rapid kialakulásának. A gyors és egyszerű Doppleres diagnosztika az ulcus crurisos betegek rutin vizsgálata, amely alapján a beteg a megfelelő ellátás felé irányítható és a szükséges, mielőbbi célzott revaszkularizáció elvégezhető (37). Az idejében végzett beavatkozás – bypass, ballonos tágitás, thrombolízis, stent felhelyezés, lumbalis sympathectomia stb. (38, 39, 40) – megmentheti a végtagot. A megkésített – rosszul vagy egyáltalán nem diagnosztizált – esetekben az amputáció gyakran elkerülhetetlen!

Ritkán az érelzáródás felszámolását követően a meglevő száraz (és nem nedvedző-viszkető!) gangraenás ulcus megfelelő sarjadás elérése után nyeles, vagy myokután lebennyel zárható. A szakszerű konzervatív, előkészítő sebelátás itt is alapvető fontosságú.

Az arteriosclerosis oki terápiája jelenleg még nem megoldott, azonban ismert számos tényező, az ún. rizikófaktorok, amelyek a kórképpel közvetett vagy közvetlen kapcsolatban vannak. Ezek lehetséges eliminálása a kezelés első lépése kell legyen. Különösen a hangsúlyozandó a dohányzás elhagyása és a rendszeres fizikai tréning. Természetesen a többi kockázati tényező – diabetes mellitus, hypertonia, dyslipidaemia, hyperfibrinogenemia stb. – befolyásolására is törekedni kell.

A betegség diagnosztizálásával egyidejűleg kell indítani a sekunder prevenciót, a thrombocytá aggregáció gátló és antilipidaemiás kezelést. A kórlefolyás során alkalmazásra kerülő különböző vasodilatatív szerek – pentoxyfillin, nifedidil, buflomedil, prostavasin, haemodilúciós kezelés során makromolekulák, HES –, amelyek haemorrheológiai hatásukkal segítik a kompenzációs mechanizmusokat és ezáltal a szövetek jobb oxigenizációját.

A jövőben áttörést remélünk a kollaterális neovaszkularizáció elvén működő vasculáris endotheliális faktort (41), illetve saját csontvelői őssejtet (42) alkalmazó-kísérleti modellektől.

4. Hipertenziós ulcus (Martorell)

4.1 Háttér

A Martorell ulcus hosszan fennálló, vagy rosszul beállított, hipertóniás betegeknél, általában nőknél, a lábszár külső-elülső oldalán ép fel. Az érelzáródásos fekélyhez hasonlóan fájdalmas, nekrotikus, de mélyebb szövetre (például csontra) nem terjed és határa kevésbé éles (5. ábra) (43, 44). A diagnózis részben kizárásos, hiszen ép verőeres keringés és ép véna rendszer található. A diagnózist a szövettani vizsgálat megerősíti: a rezisztencia erek intimájának és médiájának hagymahéj-szerű, koncentrikus, gyakran hyalinizált megvastagodása, beszűkülése vagy elzáródása látható (19).

A magas vérnyomás – a Laplace- és Bernoulli-törvényekkel összhangban – nyíróerő és falfeszülés formájában az egész érrendszer behártyájának aktuális életkörülményeit közvetlenül (kémiai átvivők, például epinefrin nélkül is) befolyásolja. Az endothel már a nyíróerő finom elváltozásaira is meglepően gyorsan ad transzkripció szintű választ. A rezisztencia erek perivasculáris terében mindez végül fibrocita és simaizomsejt proliferációt – mandzsetta képződést – idéz elő. Voltaképpen egy – a prekapilláris erek szintjén megvalósuló – kompenzáló mechanizmusról van szó. A fibrozus érmandzsetta *ugyanis* a mögöttes területen próbálja a szisztémás keringési nyomás közvetlen kapilláris szintű áttevődését kivédeni. Ilyen körülmények közt az érbehártya kifeléyesedése-meszesedése idővel bekövetkezik. A képet összefoglalóan arterio-, arteriolo-, illetve atherosclerosis nevekkel szokás illetni. Ez az előzőekben vázolt folyamat végstádiuma, a teljes elzáródást közvetlenül megelőző jelenség.

4.2 Szemléleti megfontolások

A magas vérnyomás az artériás oldali érelzáródás ismert rizikó tényezője. A Martorell ulcus közvetlen oka mégsem a hypertonia és az érlemeszesedés-érelzáródás. A közvetlen ok a szöveti perfúzió átmeneti, de ismétlődő relatív elégtelensége, amely a rosszul beállított, és ezért ingadozó artériás középnyomás miatt alakul ki. A kórkép tehát az ischaemiás károsodás olyan speciális eseteként fogható fel, ahol a mikrokeringés szintjén jelentkező ellátási hiány a meghatározó. A fekély kialakulása tehát végül nutritív zavar eredménye.

4.3 Gyakorlati megfontolások

A seb gondozása csak akkor vezethet eredményre, ha a beteg vérnyomása stabilizálódik. A Martorell ulcus kialakulása kapcsán megfigyelték, hogy β -blokkolót szedők közt gyakrabban fordult elő. Terápiás szempontból fontos a fáj-

dalomcsillapítás, a sebkezelés, a β -blokkolók elhagyása, a vérnyomás normál szintű stabilizálása és a hypoxiás eredetű granulocita aktiváció visszaszorítása, mely szisztémás flavonoid terápiával elősegíthető.

Zárszó

Dolgozatunkban a leggyakoribb ulcus típusokat ismertettük – az ulcus cruris venosum kivételével. Cikkünk a témára vonatkozó ismeretek szemléleti szintű megvilágítását tűzte ki célul. Olyan keretet próbálunk vázolni, ami a monomorf klinikai képet a heterogén kiváltó tényezőkkel közös nevezőre tudja hozni a gyakorlat tükrében.

Véleményünk szerint a láb-, illetve lábszárfekélyt nem betegségként, hanem szövödményként célszerű felfogni. Az ulcusok kialakulásához vezető okok ismerete alapján a megfelelő diagnosztikai lépések célszerű alkalmazása alapján lehetővé válik az etiológiai megközelítésű kórisme felállítása. Ennek és a megfelelő szemléletnek birtokában, a modern és a hagyományos sebkezelés, a gyógyszerek, a műtéti és biotechnológiai eljárások alkalmazása révén lehetőség nyílik betegeink sikeres kezelésére és a tünetmentesség hosszú időn keresztül megőrzésére.

Irodalom

1. Bihari I., Tornóczy L., Bihari P.: A krónikus vénás elégtelenség epidemiológiája Budapesten. *Érbetegségek*, 9(suppl): 21–22. (2002.)
2. Ryan, T. J.: The epidemiology of leg ulcers. In: *Leg Ulcers: Diagnosis and Treatment* (Westerhof W. ed.). Amsterdam: Elsevier Science Publishers B. V., 1993: 19–27.
3. Baker, S. R., Stacey, M. C., Jopp-McKay, A. G. et al.: Epidemiology of chronic venous ulcers. *Br. J. Surg.* 1991; 78: 864–7.
4. Bihari I., Tornóczy L., Bihari P.: Alsó végtagi varicositas hazai epidemiológiai felmérése. *Érbetegségek*, 9:57–62. (2002.)
5. Liedberg, E., Persson, B. M.: Increased incidence of lower limb amputation for arterial occlusive disease. *Acta Orthop. Scand.* 1983; 54: 230–4.
6. Bello, Y. M., Phillips, T. J.: Management of venous ulcers. *J. Cutan. Med. Surg.* 1998; 3: 6–12.
7. Valencia, I. C., Falabella, A., Kirsner, R. S., Eaglstein, W. H.: Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2001; 44: 401–21.
8. Leng, G. C., Davis, M., Baker, D.: Bypass surgery for lower leg ischemia (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*. Issue 1. Oxford: Update Software, 2001.
9. Shaw, J. E., Boulton, A. J.: The pathogenesis of diabetic foot problems: an overview. *Diabetes* 1997; 46 (Suppl. 2): 58–61.
10. Frykberg, R. G.: Epidemiology of the diabetic foot: ulcerations and amputations. *Adv. Wound Care* 1999; 12: 139–41.
11. Várkonyi V.: Az ulcus cruris venosum biológiai és szociális rizikófaktora. Kandidátusi értekezés, Budapest, 1989.

12. *Horch, R. E., Munster, A. M., Achauer, B. M.*: Cultured Human Keratinocytes and Tissue Engineered Substitutes. Stuttgart: George Thieme Verlag. 2001.
13. *Steed, D. L.*: Clinical evaluation of recombinant human platelet-derived growth factor for the treatment of lower extremity diabetic ulcers. Diabetic Ulcer Study Group. *J. Vasc. Surg.* 1995; 21: 71–8.
14. *Cough, A., Clapperton, M., Rolando, N. et al.*: Randomised placebo-controlled trial of granulocyte-colony stimulating factor in diabetic foot infection. *Lancet* 1997; 350: 855–9.
15. *Caputo, G. M., Cavanagh, P. R., Ulbrecht, J. S. et al.*: Assessment and management of foot disease in patients with diabetes. *N. Engl. J. Med.* 1994; 331: 854–60.
16. *Gentzkow, G. D., Iwasaki, S. D., Hershon, K. S. et al.*: Use of Dermagraft, a cultured human dermis, to treat diabetic foot ulcers. *Diabetes Care* 1996; 19: 350–4.
17. *Hunyadi J., Farkas B., Bertényi C., Oláh J., Dobozy A.*: Keratinocyte grafting: A new means of transplantation for full thickness wounds. *J. Dermatol. Sur. Oncol.* 1988; 4: 75–78.
18. *Schonfeld, W. H., Villa, K. F., Fastenau, J. M. et al.*: An economic assessment of Apligraf (Graftskin) for the treatment of hard-to-heal venous leg ulcers. *Wound Repair. Regen* 2000; 8: 251–7.
19. *Várkonyi V.*: A lábszárfelekély differenciáldiagnosztikája. *Érbetegségek.* 1:37–40. (1994)
20. *Rozsos I., Forgács S., Kasza G., Kollár L.*: A diabetes-láb trophicus szövődémeinek ellátása. *Érbetegségek,* 6:67–72. (1999)
21. *Pecaro, R. E., Reiber, G. E., Burgess, E. M.*: Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention. *Diabetes Care* 1990; 13: 513–21.
22. *Reiber, G. E., Lipsky, B. A., Gibbons, G. W.*: The burden of diabetic foot ulcers. *Am. J. Surg.* 1998; 176 (Suppl. 2A): 5–10.
23. *Singer, A. J., Clark, R. A. F.*: Cutaneous wound healing. *N. Engl. J. Med.* 1999; 341: 738–46.
24. *Kolossváry E., Farkas K., Stella P., Farsang Cs.*: A bőr mikrokeringésének vizsgálata diabetes mellitusban, lézer-Doppler-vizsgálóeljárással. *LAM* 2003. 13: 282–287.
25. *Steed, D. L., Donohoe, D., Webster, M. W., Lindsley, L.*: Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. Diabetic Ulcer Study Group. *J. Am. Coll. Surg.* 1996; 183: 61–4.
26. *Garcia Soriano, F., Virag, L., Jagtap, P., Szabo, E., Mabley, J. G., Liaudet, L., Marton, A., Hoyt, D. G., Murthy, K. G., Salzman, A. L., Southan, G. J., Szabo, C.*: Diabetic endothelial dysfunction: the role of poly(ADP-ribose) polymerase activation. *Nat. Med.* 2001 7:108–13
27. *Loots, M. A. M., Lamme, E. N., Zeegelaar, J. E. et al.*: Differences in cellular infiltrate and extracellular matrix of chronic diabetic and venous ulcers versus acute wounds. *J. Invest. Dermatol.* 1998; 111:850–7.
28. *Apelqvist, J., Tennvall, G. R., Persson, U., Larsson, J.*: Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting: an economic analysis of primary healing and healing without amputation. *J. Intern. Med.* 1994; 235:463–71.
29. *Tennvall, G. R., Apelqvist, J., Eneroth, M.*: Costs of deep foot infections in patients with diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics* 2000; 18: 225–38.
30. *Bergquist, S., Frantz, R.*: Pressure ulcers in community-based older adults receiving home health care. Prevalence, incidence and associated risk factors. *Adv. Wound Care* 1999; 12: 339–51.31. EPUAP. Guidelines, on the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Oxford: European Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998.
21. *Vértes L.*: Decubitus – geriátriai megfontolások. *Sebkezelés, sebgyógyulás.* 1(4):7–10. (1998.)
33. *Phillips, T. J.*: Chronic cutaneous ulcers: etiology and epidemiology. *J. Invest. Dermatol.* 1994; 102 (Suppl.): 38–41.
34. *II. Szakmai konszenzus konferencia az EPNAP irányelvei alapján,* Lillafüred, 2003. április 03–04. *Sebkezelés, Sebgyógyulás,* 6: 2003: 4–12.
35. *Schryvers, O. I., Stranc, M. F., Nance, P. W.*: Surgical treatment of pressure ulcers: 20-year experience. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 2000 Dec.; 81 (12): 1556–62.
36. *London, J. J., Donnelly, R.*: ABC of arterial and venous disease. Ulcerated lower limb. *Br. Med. J.* 2000; 320: 1589–91.
37. *Molnár L.*: Ulcus cruris kezelése a háziorvosi gyakorlatban. *Sebkezelés, sebgyógyítás,* 5:14–20. (2002)
38. *Cleveland, T. J., Gaine, S. P.*: Stenting in peripheral vascular disease. *Hosp. Med.* 1999; 60:630–2.
39. *Acsády Gy., Nemes A.*: Az érsebészet tankönyve. Medicina Budapest, 2001.
40. *Nagy I., Berta M., Szentléleki K.*: Lumbális sympathectomia Curiosin együttes alkalmazása krónikus obliteratív érbetegségben szenvedőknél. *Sebkezelés, sebgyógyítás,* 2:27–31. (1999)
41. *Turunen, M. P., Hiltunen, M. O., Yla-Herttuala, S.*: Gene therapy for angiogenesis, restenosis, and related diseases. *Exp. Gerontol.* 1999; 34: 567–74.
42. *Li, T. S., Hamano, K., Nishida, M., Hayashi, M., Ito, H., Murohara, K., Kamo, A., Matsuzaki, M.*: CD117+stem cells play a key role in therapeutic angiogenesis induced by bone marrow cell implantation. *Amer. J. Physiol. Heart Circul. Physiol.* 2000; 278:H931–7.
43. *Graves, J. W., Morris, J. C.*: Martorell's hypertensive leg ulcer: a case report and concise review of the literature. *J. Hypertens.* 2001; 15:279–83.
44. *Vértes L.*: A Martorell-szindróma (ulcus cruris hypertonicus). *Sebkezelés, sebgyógyulás* 3:17–18. (2000)

Dr. Hunyadi János

DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika
4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Kongresszusok – rendezvények

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.

4. Nemzetközi Érpathológiai Találkozó. 2004. június 3-5., Monaco.

Információ: MEDIA PLUS, Gildo Pastor Center, 7. rue de Gabian, 98000, Monaco. Email: info@mediaplus.mc

Magyar Sebész Társaság 57. Kongresszusa. 2004. június 16-18.

Információ: www.convention.hu

Angiológia és Érsebészet Mediterrán Ligájának 14. Kongresszusa. 2004. június 18-20., Portorozs, Szlovénia.

Információ: www.mlavs2004.org

Európai Vénás Fórum 5. Kongresszusa. 2004. június 25-27., Varsó, Lengyelország.

Információ: www.obis.pl

Magyar Orvosok Teniszbajnoksága. 2004. június 25-27., Fehérgyarmat.

Információ: dr. Kovács Viktor, 4900 Fehérgyarmat, Bethlen G. u. 6. Tel.: 06-30-301-6589.

Magyar-Német Dermatológiai Társaság 5. Tudományos Ülése. 2004. augusztus 26-28., Pécs.

Információ: Website: www.aok.pte.hu/dudg. E-mail: dudg@aok.pte.hu, a.klingenberg@gmx.net.

Kísérletes Mikrosebészeti Társaság (ISEM) 7. Kongresszusa. 2004. szeptember 1-4., Debrecen.

Információ: www.isem2004.com

Európai Érsebész Társaság (ESVS) 18. Évenkénti Kongresszusa. 2004. szeptember 17-19., Innsbruck.

Információ: www.esvs.org

Német Phlebológiai Társaság 46. Évenkénti Konferenciája. 2004. szeptember 22-25., Recklinghausen.

Információ: info@phlebologie2004.de.

11. Szlovák Angiológiai Kongresszus. 2004. október 13-16., Tatranské Zruby, Szlovákia.

Információ: Ewald Ambrozy dr., II. Interná Klinika, LFUK a FN, Mickiewiczova 13., 81369, Bratislava. Website: www.angiology.sk

Fiatál Angiológusok IV. Országos Fóruma. 2004. október 15-16., Balatonkenese, MATÁV Üdülő.

Információ: dr. Dlustus Béla, MH Honvédkórház, Általános és Érsebészeti Osztály, 1153 Budapest, Pf. 1. E-mail: vallusg@axelero.hu

19. Érsebészeti Szimpózium. 2004. november 9-13., Berlin, Russisches Haus, Németország.

Információ: Prof. Wolfgang Hepp, St. Joseph Krankenhaus, Robert Koch str. 16., D-42781 Haan, Deutschland. Email: profhepp@aol.com. Website: www.gefasschirurgie.ost-west.de

Nagy-Britannia és Írország Érsebészeti Társaságának 38. évenkénti Kongresszusa. 2004. november 24-26., Harrogate, Nagy-Britannia.

Információ: Miss J. Robey 35-43., Lincoln Inn's Fields, London, WC2A 3PE.

relax



**Közgyógylistára
rendelhető**

doXium®

Önnek dolgozik

Képviselet: **Medisan Hungary**
1026 Budapest, Pasaréti út 6
Tel.: (1) 200 6862, Fax: (1) 200 4
e-mail: medisan@medisan.hu
www.medisan.hu

Gyártó: **BIGALFARM**

OM

Izom-sérv a lábszáron

DR. BIHARI IMRE

ÖSSZEFOGLALÁS

Az izom-sérv egy ritka kóros állapot a lábszáron, amely egy varicosus véna kiöblösödésére hasonlít. A legmegbízhatóbb vizsgálat ennek kiderítésére a lábujjak megemelése. Ekkor a tibialis anterior izom megfeszül és az előtüremkedő izom visszahúzódik. Ennek a kozmetikai problémának az egyetlen megoldása a fascia luk foltplasztikája, bár ez meglehetősen nagy beavatkozás és nagyon nagy heget hagy vissza.

KULCSSZAVAK

izom-sérv, varicosus vénák, differenciál diagnosztika

A lábszáron lévő elváltozásokkal vagy a bőrgyógyászt vagy a visszerekkel foglalkozó érsebészt keresik fel a betegek. A visszeres lábon lévő duzzanat a dolog természetéből adódóan szokványos jelenség. Az alábbiakban egy ritka, de alkalmanként fejtörést okozó kórképet, a lábszár anterior izomcsoportjának sérvét ismertetjük. Annak felismerése, hogy a lábszáron lévő szövettöbblet nem egy varicosus véna kiöblösödése, némi tapasztalatot igényel, hiszen a képen látható elváltozás alig különbözik egy perforans vénaelégtelességből adódó „blow out”-tól (1/a. ábra).

Anamnesis: A betegek pusztán esztétikai panaszt említenek, ugyanis fájdalom, nehézláb-érzés, viszketés, oedema stb. nem kísérik a jelenséget. Az elváltozás nem öröklődő, és a sérülés sem jellemző.

MUSCLE HERNIATION ON THE LEG Imre Bihari M. D.

Muscle herniation is a rare condition on the leg. This resembles to a „blow out” of a varicose vein. The most reliable test for its diagnosis is the raising of the toes. In this case the tibialis anterior muscle is contracted and the bulging muscle disappears. The only solution of this cosmetic problem is a patch plasty of the fascia hole, but this is a too big intervention and finally a long scar will be at the same spot.

KEYWORDS

muscle herniation, varicose vein, differential diagnostics

Fizikális jelek: A páciensek általában kisportolt, nem kövér testalkatú, fiatal felnőtt vagy kissé idősebb férfiak és nők. Rendszerint mindkét lábon meglévő, nagyon hasonló, de nem teljesen tükörkép elváltozásról van szó. Feltűnő lehet, hogy a végtagon varicositasnak nyoma sincs, trombózis, flebitis a betegnek soha nem volt. Ha visszér problémák fennállnak, akkor a helyzet kissé nehezebb. Az elváltozást megfogva mást érzünk, mint a szokványos varix kioldatosulása során, nem rugalmas, mint ahogyan az a varixoknál a vénás nyomás mértékétől függően éreznünk szoktuk, hanem puha és visszanyomható.

Inspekció: Fölötte a bőr a környezetével minden tekintetben azonos, hyperaemia, kékes elszíneződés, pigmentáció, eczema stb. nincsenek. A duzzanat kb. 10 mm átmérőjű.



1/a. ábra. Fizikai munkát végző, 31 éves férfi alszárán kisujjbegynyi duzzanat van.
Fig. 1/a. A 31 year-old male labourer has a fingertip-sized swelling on his leg.



1/b. ábra. A lábujjak megemelésére a duzzanat elsimul.
Fig. 1/b. Raising his toes the swelling disappears.

szabályos gömbszelet alakú, a dudorodás a gömb egyharmadánál kisebb. Előfordulhat egy lábon többszörös sérv is.

Tesztek: A diagnosztika kevésbé megbízható módszerei a visszerek vizsgálatára alkalmazott eljárások, ezek ugyanis semmitmondó vagy zavaró eredményeket adhatnak. Bevált és ajánlható eljárás azonban a beteg lábának aktív mozgatása. A lábujjak megemelése a duzzanat azonnali eltűnéséhez vezet, álló helyzetben is, amikor pedig a vénák teltek. Az izom-sérv kibolttosulása kizárólag az izom ellazult, nagyobb térfogatú állapotában észlelhető. Az izom feszülése során a duzzanat azonnal, teljesen megszűnik (1/a. - 1/b. ábra), sőt volt akinél kis behúzóadás jelent meg.

Differenciál diagnózis: Elkülönítése tehát az alábbiaktól lehet indokolt: varicosus véna, phlebitis, haematoma, fibroma, lipoma, epidermoid cysta, angio-leiomyoma, angio-lipoma, neurilemmoma, parazita infekció, synoviális cysta, sarcoma stb. (3).

Kórbonctan: Az izom sérvszerű előbolttosulása azért következik be, mert a lábszár fasciáján kerek hiány van (1).

Etiológia: A kétoldali csaknem szimmetrikus megjelenés alapján az okot – jobb híján – alkatinak nevezhetjük. Előfordulhat traumás eredet is, de akkor a fentiektől többé-kevésbé eltérő képet találunk; a beteg pontosan tudja a sérülés időpontját, módját, és az elváltozás elhelyezkedése is más, rendszerint nem kerek, továbbá a méretei is eltérőek.

Terápia: Amikor először találkoztam ezzel az elváltozással, nem ismerve a duzzanat valódi természetét, varicosus vénának hittem, és a beteg kérésének engedve scleroterápi-

ával próbálkoztam. A fecskendő visszaszívására az elváltozásból kevés vér jött, a sclerotizáló gyógyszert beadtam. A duzzanat természetesen nem tűnt el, az Aethoxysklerol paravénás beadása, hasonlóan más alkalmakhoz, szövődményt most sem okozott. *Partsch* beszámolt egy műtétről, melynek során a fascia nyílást zárták (2). A fasciát egyszerűen összezárva inkább ártunk, mert így az izomhüvely szűkítését érhetjük el, ez az izom fájdalmát, károsodását, illetve kóros működését okozza, ezért nem ajánlható. E helyett a hiányzó fascia darabot pótolni kell. Az eljárás nagyobb beavatkozást igényel, mint amit egy ilyen kicsiny esztétikai hiba korrekciója megérdemel, nem is beszélve arról, hogy végül is egy jelentős méretű heg marad vissza. A megoldás tehát a beteg felvilágosítása az elváltozás mibenlétéről és megnyugtató arra vonatkozóan, hogy keringés zavar nincs, és progresszió nem várható. Azon ritka esetekben, amikor panaszokat okoz, kompressziós harisnya viselése lehet indokolt.

Irodalom

1. Lane, J. E., Woody, C. M., Leshner, J. L.: Tibialis anterior muscle herniation. *Dermatol. Surg.* 28: 641-642. (2002.)
2. *Partsch, H.*: Fascienlücken. In: *Der Unterschenkel*. Szerk.: Brunner, U., Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Toronto, 1988., pp. 268-269.
3. *Ramelet, A. A., Monti, M.*: *Phlebology*. Elsevier, Amsterdam, Lausanne, New York, Oxford, Paris, 1999.

Dr. Bihari Imre

1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságba. A tagdíjat (2004-ben 2000,-Ft) a folyóiratban **mellékelten megtalálható csekken** befizetem. KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefon- és faxszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

Beosztás: Szakterület:

.....
aláírás

Kérjük
azon tagtársainkat,
akik a 2004. évi
tagdíjat
(2000,-Ft)
még nem rendezték,
hogy a folyóiratban
található csekk
felhasználásával
szíveskedjenek
ezen összeget
a MAÉT javára
befizetni.

Új, klinikailag bizonyított
hatású, természetes ható-
anyagú gyógyszer a krónikus
vénás elégtelenség kezelésére

- hatóanyaga: HCSE (Hippocastani extr. semen sicc.) vadgesztenyemag standardizált kivonata
- tömíti az endothelialis réseket
- gátolja a lysosomalis enzimek felszabadulását
- csökkenti és megelőzi az ödéma kialakulását
- retard kapszula → adagolás: napi 2x1



VENASTAT®

retard kapszula
escin

Javallatok:

- Idült, visszserességgel,
- lábak dagadásával,
- fájdalommal,
- elnehezültség érzésével,
- éjszakai lábikra görcsrel,
- feszülés érzéssel,
- bőrvizketéssel járó
vénás elégtelenség kezelésére

PHARMATON

30 db

Boehringer Ingelheim 1124 Budapest, Dobsinai u. 19. Telefon: (1) 224 7125



VENASTAT®

Jól jár vele.

PÁLYÁZAT

Téma

Kezelésként vagy kiegészítő kezelésként Venastat terápiában részesülő, krónikus vénás elégtelenségben szenvedő betegek gyógyításáról készített, fényképpel dokumentált esetbemutatók.

Díjazás

I. (1x) 200 000 Ft értékű műszer-, bútor- és/vagy könyvvásárlási utalvány (pl. dermatoscop, mini Doppler készülék vásárlásához is),

II. (3x) digitális fényképezőgép makro funkcióval,

III. (3x) színes fotónyomtató.

A nyertesek betegei között egy kétszemélyes wellness hétvégét sorsolunk ki.

Határidők

Beküldési határidő: 2004. július 31. (postai bélyegző dátuma).

Beküldési cím

Boehringer Ingelheim Pharma 1124 Budapest, Dobsinai út 19., dr. Béres Ágnes.

A pályázók értesítése 2004. augusztus 31-ig történik meg.

Zsüri

Dr. Sárdy Miklós bőrgyógyász, Semmelweis Egyetem, Bőr-, Nemikórtani és Bőronkológiai Klinika,

Dr. Kökény Zoltán sebész, Szent Imre Kórház,

Dr. Béres Ágnes orvostudományi vezető, Boehringer Ingelheim.

A pályázat feltételei

1. Legalább 5 eset bemutatása (nagyobb esetszám előnyt jelent a pályázat elbírálásánál).

2. 2x1 dózisban adott, legalább 2 hónapos Venastat kezelés (hosszabb kezelési idő előnyt jelent a pályázat elbírálásánál).

3. Betegek: krónikus alsó végtagi vénás elégtelenségben szenvedő, ambuláns ellátással kezelhető, 18–70 év közötti betegek.

4. A pályázatban a következő adatokat kérjük beküldeni valamennyi betegről:

a) A beteg neme, életkora.

b) Anamnesis a vénás elégtelenséget illetően, továbbá a fontosabb kísérőbetegségek, rendszeresen szedett gyógyszerek felsorolása (különös tekintettel a diabetesre, nem súlyos artériás érintettségre).

c) A kezelés elején klinikai státusz értékelése (például a krónikus vénás insufficiencia megléte és mértéke, CEAP osztályozás, fotók, elvégzett műszeres vizsgálatok eredményei – például Doppler, lábkörfogat mérés, valamint az ödéma, a görcs, a nehézlábérzés és a fájdalom dokumentálása 1–5 közötti szubjektív skálán). A fotókat file, dia vagy papírkép formájában is elfogadjuk.

d) A kezelés végén klinikai státusz értékelése (például CEAP osztályozás, fotók, lábkörfogat mérés, valamint az ödéma, a görcs, a nehézlábérzés és a fájdalom dokumentálása 1–5 közötti szubjektív skálán).

e) Pályázatában írja le az alkalmazott Venastat adagolást, a kezelés időtartamát, esetleges megszakítás okát.

f) Írja le, ha egyéb kezelés(ek) történtek, beleértve mind a helyi, mind a szisztémás kezelést, szkleroterápiát, kompressziós kezelést, ambuláns sebészi beavatkozást is.

g) Konklúzió: kérjük, írja le a Venastat kezeléssel kapcsolatos objektív és szubjektív véleményét (betegé és orvosé egyaránt). A sikertelen kezelés dokumentálása nem jelent hátrányt, de ennek okáról is kérünk véleményt.

h) A kezelőorvos neve, címe, pecsétje, száma, szakképesítése, telefonszáma.

További információk

Az értékelés szempontjai: a dokumentáció korrektsége, részletessége, a bemutatott esetek száma, a Venastat illetve a kombinált kezelés sikere, a konklúzió korrektsége.

A betegek közötti sorsoláson való részvétel céljából a beteg adatait az orvos őrzi meg, értesítése az orvoson keresztül történik. A pályázatot kiíró Boehringer Ingelheim Pharma fenntartja magának a jogot, hogy a sikeres pályázatokból – a pályázókkal történő egyeztetés után – publikációkat készíttessen. A CEAP osztályozásról többet megtudhat <http://www.phlebology.org/syllabus14.htm> internet oldalon.

További kérdéseivel, kérjük, forduljon bizalommal hozzánk a (06-1)-224-7125 telefonszámon, vagy levélben a Boehringer Ingelheim, 1124 Budapest, Dobsinai u. 19. címen.

Búcsúzunk dr. Szlávy László egyetemi tanártól

Nehéz szavakat találni arra a szomorúságra, amit akkor éreztem, amikor megtudtam, hogy régi barátom és kedves kollégám, Szlávy László professzor váratlanul meghalt. Éppen egy héttel azután ért a megdöbbentő hír, hogy a dominikai Santo Domingóban meglátogattam őt. A Cedima Plaza de la Saludban az Angiográfiai és Intervencionális Radiológiai Osztály vezetője volt, amelyet barátja és mentora, prof. Juan M. Taveras alapított, aki korábban a Harvard Egyetem Radiológiai Osztályát vezette. Nem sokkal a tragikus esemény előtt néhány napot tölthettem Lacival és csodálatos feleségével, Magdával; felidéztek fiatalságunk izgalmas éveit, amelyeket Pesten, a Semmelweis Egyetemen töltöttünk. Megvitatuk, hogyan javíthatnánk a Santo Domingo-i intézet endovasculáris diagnosztikai és terápiás lehetőségeit a Mayo Klinikával, valamint a Harvard Egyetemmel végzett kollaboráció segítségével. Büszkén mesélt a Cedima Intézet-beli újabb barátairól és kollégáiról, megmutatta a kórházat és megismertetett engem Mrs. Taverasnak, aki a Taveras Alapítvány elnökeként Santo Domingóban egy kiterjedt jótékonyági programot vezet. Ennek keretében a szegények és rászorulóknak részére színvonalas orvosi ellátást nyújtanak – ez a program különösen közel állt Szlávy professzor szívéhez. Ezután beszélgetésünk a fiára, Attilára terelődött, aki Floridában ért el üzleti sikereket, majd szeretett feleségéről, Magdáról beszélgettünk, aki örömteli módon meggyógyult súlyos betegségéből. Nehéz elhinni, hogy Szlávy Laci, ez az örökké lelkes, küzdő, optimista ember már nincs köztünk, és nem fogja véghez vinni mindig ambiciozus terveit.

Szlávy László Debrecenben született, 1937. február 2-án. Diplomáját is itt szerezte, majd Budapesten, a MÁV



Dr. Szlávy László
(1937-2004)

Kórházban lett szakorvos. Egyedülálló készségét és lelkesedését a radiológia iránt későbbi mestere, a Radiológiai Klinika akkori igazgatója, Zsebők Zoltán professzor felismerte. Néhány év alatt Szlávy Laci a hazai intervencionális radiológia úttörő vezetőinek egyike lett. WHO-ösztöndíjjal 1971-ben 15 hónapot töltött Svédországban, ahol megírta kandidátusi értekezését a modern trijodált kontrasztanyagokról. Előbb az Ér- és Szívsebészeti Klinika Radiológiai Osztályának vezetője, majd igazgató professzora lett. A Harvard Egyetem Brigham Kórházában 18 hónapot töltött látogató társprofesszor-ként. Az ezt követő években számos alkalommal tért vissza oda meglátogatni barátait és megtanulni az új módszereket, amelyeket Magyarországon is elterjesztett, hogy a betegek itthon még jobb ellátást kaphassanak. László nagyon büszke volt Harvard egyetemi kapcsolataira. Ez csúcspontot ért el egy Taveras professzorral közösen írt, *Nem coronaria angioplasztika és az érmalformációk intervencionális radiológiai*

kezelése című kézikönyvében (William and Wilkins, Baltimore, 1995). Magyar nyelven a CT és MRI képalkotásról írt könyve 1993-ban, a Springer Kiadónál jelent meg. Összesen 311 előadást tartott hazai és nemzetközi fórumokon. Szerzője vagy társszerzője volt 145 közleménynek, amelyek közül 87 magyar nyelven is megjelent. Jól beszélt angolul, spanyolul, németül. Hihetetlenül aktív ember volt, éjjel-nappal rendelkezésre állt, akár hajnali 3-kor bement munkahelyére, ha betegének rossz állapota miatt újabb vizsgálatra volt szükség. Elvárta azt – amit sehol másutt nem tapasztaltam –, hogy intézete a nap 24 órájában végezzen nemcsak akut, hanem elektív vizsgálatokat is! Számos hazai és nemzetközi társaság tagja, valamint a Nemzetközi Angiológiai Unió dominikai képviselője volt. Tagja volt továbbá az International College of Angiology-nak. Kitüntették az Alexander Arany Medállal, továbbá 1986-ban a magyar államtól is magas kitüntetésben részesült az új diagnosztikus centrum kifejlesztésében kifejtett aktivitásáért, amelynek során az első vasfüggönyön túli Siemens MRI-telepítés történt.

Tagja volt a Harvardi Öregdiák Társaságnak és tiszteletbeli doktora a Kaposvári Pannon Agrártudományi Egyetemnek. Tagja volt továbbá az Európai Intervencionális Radiológiai Tanácsadó Testületnek, a Magyar Radiológia és a Mediterrán Radiológiai Képzés című folyóiratok szerkesztő bizottságainak.

Minden erejével a szakmájának, a betegeinek és szeretett családjának élt. Inspiráló vezető, együttérző orvos, nagy, oktató, úttörő intervencionális radiológus és áldozatkész barát volt. Kedves Laci, családod, betegeid, kollégáid és barátaid mind hiányolni fognak Téged!

Dr. Gloviczky Péter

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

nem kell

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

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

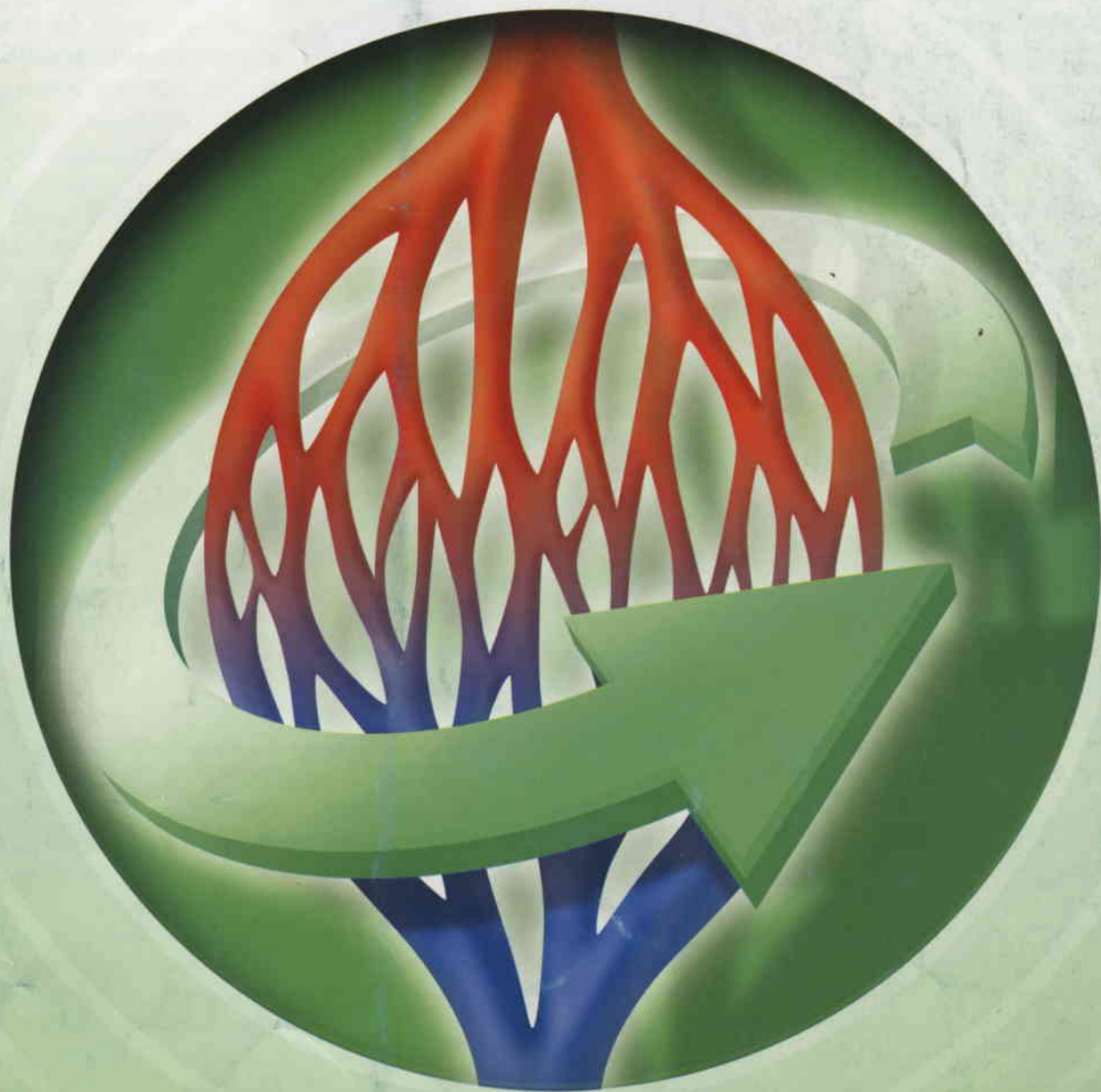
**Recept nélkül
kapható!**

KRÓNIKUS VÉNÁS ELÉGTELENSÉGBEN

Venoruton[®] forte

500 mg tableta

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.