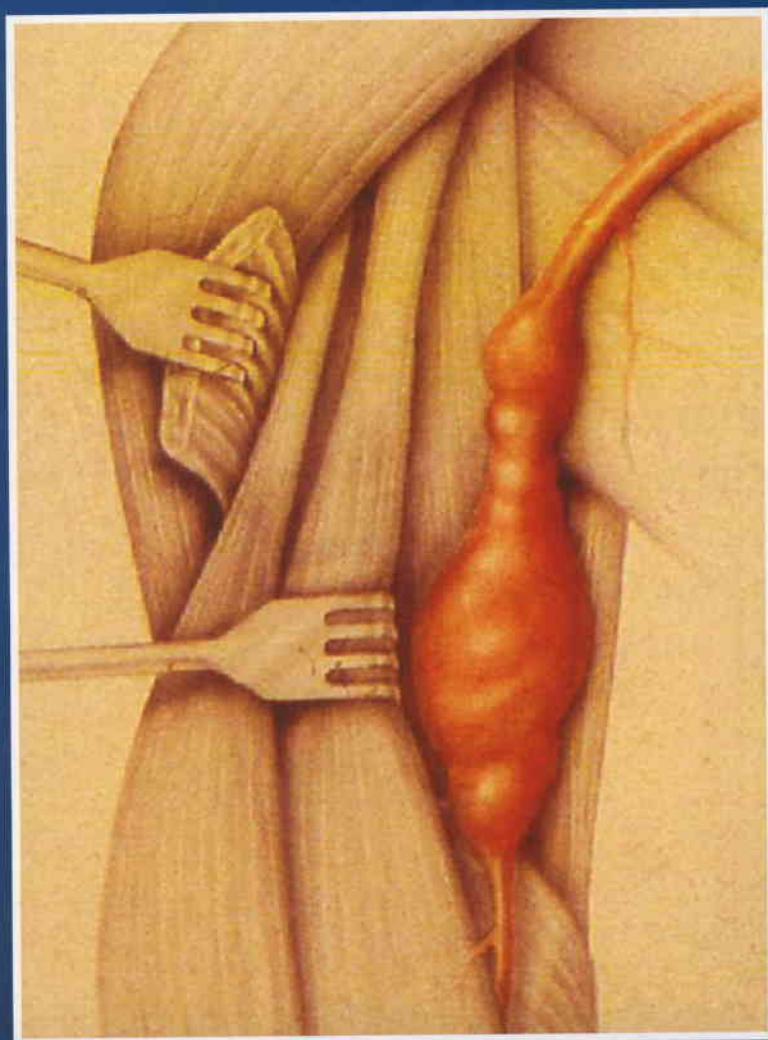


ÉR BETEGSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2006/2.



Aktuális

Dr. Nemes Attila:
2005. évi Országos Érsebészeti Statisztika

Radiológia

Dr. Rostás Tamás, dr. Harmat Zoltán,
dr. Battyáni István, dr. Nemes Orsolya:
Veseartéria szűkületek intervencióis radiológiai kezelése

Gyermekkori érbetegségek

Dr. Tasnádi Géza, dr. Dzsinih Csaba, dr. Jámbor Gyula:
Arteria-aneurysmák gyermekkorban

Vénák betegségei

Dr. Bihari Imre:
A fogazott kés használatának technikája

In memoriam

Dr. Papp Zoltán:
Dr. Bugyi István (1898-1981)



Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervencióis Radiológiai Társaság



detralex®

Mikronizált tisztított flavonoid frakció

A VILÁG VEZETŐ VENOTONIKUMA

Az egyetlen mikronizált venotonikum

- gyors felszívódás
- nagyobb klinikai hatékonyság

Komplex védelem az első tünetektől a súlyos szövődményekig

Aranyérbetegségben
2-6 tableta naponta

Krónikus vénás elégtelenségben
2 tableta naponta



ATC: C05CA bioflavonoid. **Hatóanyag:** 450 mg diosmin és 50 mg hesperidin filmbevonatú tablettánként. **Hatás:** Vénatonizáló és érhálózatvédő hatását a vénás rendszeren fejti ki. Gátolja a vénák tágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén normalizálja a hajszálerek áteresztőképességét és erősíti a kapilláris ellenállást. Farmakológiai aktivitását kettős vak klinikai vizsgálatokkal igazolták a gyógyszerek a vénás pleizmográfiai paramétereire (vénás kapacitás, tágulékenység, kiürülési idő) kifejtett hatása alapján. Megállapították, hogy a gyógyszer fokozza a hajszálerek ellenállását. Felezési ideje 11 óra. Kiürülése főként széklettel és kb. 14%-ban vizelettel történik. **Javallatok:** Az alsó végtagok krónikus vénás elégtelenségének mind organikus, mind funkcionális formájában: feszülés, nehézség érzés, fájdalom, éjszakai lábikragörcsök. A haemorrhoidális vénák megbetegedésében. **Ellenjavallatok:** A készítmény anyatejben való kiválasztódásáról nincs elég adat. Ezért szoptatás alatt a gyógyszer adását kerülni kell. **Adagolás:** Napi 2 tableta elosztva, étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tableta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tableta. **Mellékhatások:** Ritkán előforduló, enyhe gasztrointesztinális és neurovegetatív panaszok, melyek nem teszik a kezelés leállítását szükségessé. **Csomagolás:** Dobozonként 30 vagy 60 filmbevonatú tableta. **Eltartási utasítás:** szobahőmérsékleten tartható. OGYI szám:1993/41/2005. A gyógyszer javaslata vagy felírása előtt kérjük tanulmányozza a részletes alkalmazási előíratot! Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszerkészítmény.



Servier Hungária Kft., 1062 Budapest, Váci út 1-3. Telefon:1-238-7799, Fax:1-238-7966

**FIATAL ANGIOLÓGUSOK
V. ORSZÁGOS FÓRUMA**

2006. október 26-28.

TELECOM-Üdülők,

Honvéd Üdülők, Balatonkenese

Fő témák:

1. Új rizikótényezők az atherosclerosisban, kezelésük.
2. Az obliteratív artériás betegségek belgyógyászati kezelési lehetőségei.
3. Raynaud syndroma kezelése.
4. Az intervencionális beavatkozások hosszútávú eredményei.
5. Érbetegségek endovasculáris kezelésének szövődményei és ellátásuk.
6. Chronicus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája.
7. A sclerotherápiától a varicectomiáig.
8. A mélyvénás thrombosis kezelési taktikája napjainkban, a mélyvénás rekonstrukciók és eredményességük.
9. Tanulságos esetek értékelése.
10. Aktuális kérdések.

Érdeklődni lehet:

MH Központi Honvédkórház,
Általános és Érsebészeti Osztály
1153 Budapest, Pf. 1.
Telefon, fax: (06-1) 465-0571.
E-mail: vallusg@t-online.hu

*Részletes program és jelentkezési lap
folyóiratunk 64-65. oldalán!*

***Hungarian Journal of
Vascular Diseases***

*Scientific Journal of the Hungarian Society
for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular
and Interventional Radiological Society of
Hungary*

Contents

Vol. XIII. No. 2. 2006.

Topical

Attila Nemes M. D.:
**HUNGARIAN VASCULAR SURGICAL
STATISTICS OF 2005. 39**

Radiology

*Tamás Rostás M. D., Zoltán Harmat M. D.,
István Battyáni M. D., Orsolya Nemes M. D.:*
**INTERVENTIONAL RADIOLOGICAL
TREATMENT OF RENAL ARTERY
STENOSIS 43**

Vascular diseases in childhood

*Géza Tasnádi M. D., Csaba Dzsiniich M. D.,
Gyula Jámbor M. D.:*
**ARTERIAL ANEURYSMS
IN CHILDHOOD 47**

In memoriam

Zoltán Papp M. D.:
DR. ISTVÁN BUGYI (1898-1981) 53

Diseases of veins

Imre Bihari M. D.:
THE SAW-KNIFE TECHNIQUE 55

ÉRBETEGSÉGEK ● HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság tudományos folyóirata

Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery and of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Hungary

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE ● ISSN 1218-36-36

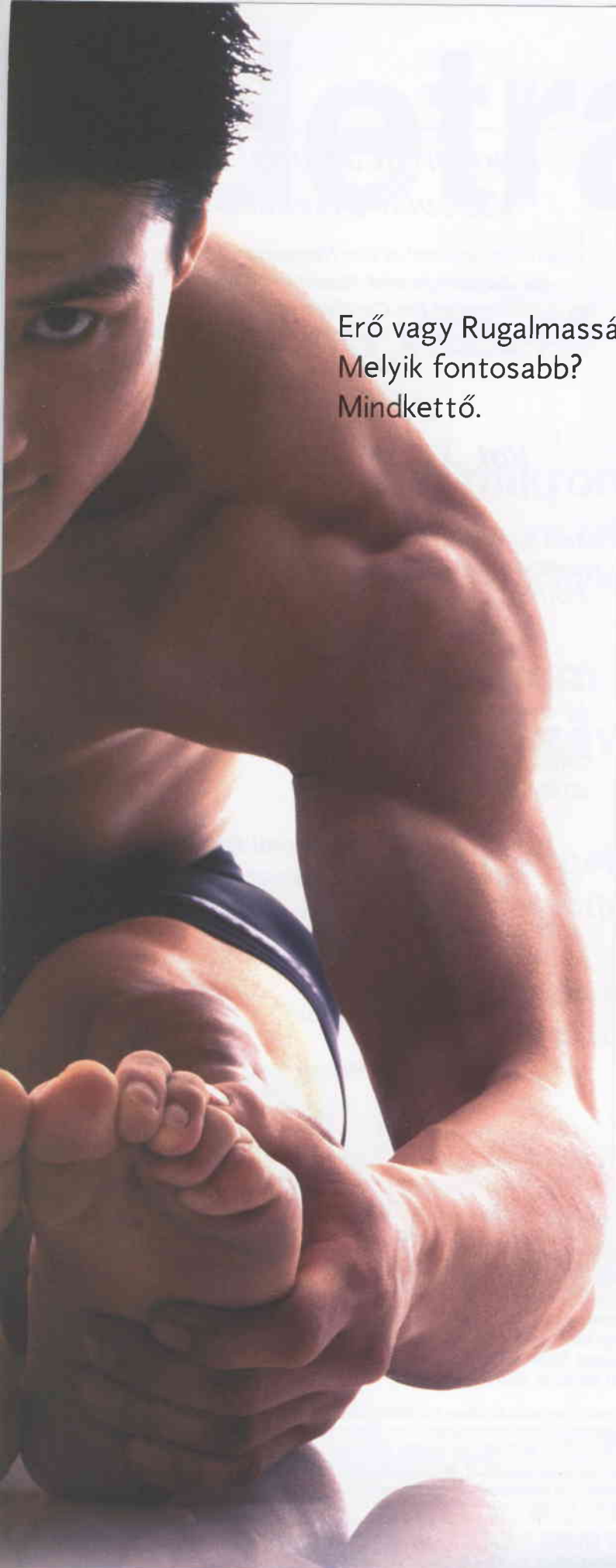
Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsiniich Csaba, dr. Hüttl Kálmán,
dr. Jámbor Gyula, dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre, dr. Entz László

Rovatvezetők: Artériák: dr. Nemes Attila ● Vénák: dr. Menyhei Gábor ● Endovasculáris beavatkozások: dr. Kollár Lajos
Alaptudományok: dr. Monos Emil ● Haemorheológia: dr. Pécsváradi Zsolt ● Belgyógyászat: dr. Meskó Éva
Radiológia: dr. Battyáni István ● Gyermekkori érbetegségek: dr. Tasnádi Géza
(A szerkesztőbizottság átalakítása még nem zárult le.)

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.



**Erő vagy Rugalmasság?
Melyik fontosabb?
Mindkettő.**

RACER RENÁLIS

sztent rendszer

Miért kellene döntenie erő vagy rugalmasság között? A Racer renális sztent rendszer mindkét tulajdonsággal bír. És ez még nem minden.

Kobalt-króm ötvözet

- Kiemelkedő feszítőerő, kisebb sztrativastagság és alacsonyabb profil
- MRI kompatibilitás – optimális láthatóság a felhelyezést követően

Moduláris sztent felépítés

- Minimális rövidülés
- Fokozott lumen nyitvatartás
- Kivételes tartóerő, minimális szövetsüllyedés

Miért kötne kompromisszumot?



A sztent megvásárolható 4-7 mm átmérővel, 12 és 18 mm hosszal, 80 és 130 cm hosszú katéterrel.

Info vonal: 06-1 889-06-01

Fax: 06-1 889-06-99

E-mail: info@medtronic.hu

Medtronic Hungária Kft.

1123 Budapest

Alkotás utca 50., Alkotás Point

www.medtronic.hu



2005. évi Országos Érsebészeti Statisztika

DR. NEMES ATTILA

Kedves Kollégák!

Ezúttal ismét közreadjuk a legutóbbi magyarországi érsebészeti statisztikát. Nem kevés utánjárást jelentett ez a munka, mivel az egészségügyei kormányzat 2005. januárjában a korábbi statisztikák gyűjtésével megbízott Országos Érsebészeti Intézetet megszüntette. Mint ismeretes, 1996-ban, ugyancsak miniszteri rendelettel az Angiológiai Szakmai Kollégium is a megszüntetés sorsára jutott. Így a szakma kompetencia nélkül maradt. A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségi határozata szerint azonban önkéntes alapon az adatgyűjtést tovább folytatjuk. Köszönet a kollégáknak, hogy a fenti tényeket ismerve is a korábbi színvonalnak megfelelően teljesítették adatkérő hívásunkat.

Az évek óta megjelenő statisztika bevezető elemzésében mindig szerepel az a gondolat, hogy a normafinanszírozott eszközellátásban az itt megjelenített adatok a döntések meghozatalához alapul vétetnek. Várhatóan most is így lesz.

A közreadott statisztikát nehéz egyértelműen értékelni. Mégis, néhány adatot önkényesen kiemelve, talán gondolatébresztő tényeket tárhatunk fel. Hasonlítsuk össze a 2004. és a 2005. évi országos érsebészeti statisztika néhány fontos sarokszámát. (Ld. táblázat.) A kiemelt adatokból látható, hogy az elektív hasi aneurysma műtétek kivételével minden adat enyhe csökkenést mutat. Természetesen betudható ez – esetleg, részben – az intervencionális angio-radiológia térhódításának is. Vonatkozik ez a carotis és az aneurysma tevékenységre. Mégis felmerül a gyanú, hogy legalábbis a korábbi évek tapasztalatának megfelelően, emelkedő számú tevékenységről nem beszélhetünk.

Műtéti típus	2004.	2005.
Rekonstruktív artériás műtét	10.783	10.238
Akut műtét	2308	2258
Carotis interna műtét	2047	1988
Aorto-bifemorális bypass	692	627
Hasi stent-graft műtét	40	38
Hasi elektív műtét	302	325
Rendszeresített érsebészeti ágyak száma	782	739
Felhasznált Fogarty katéter	6822	5873
Felhasznált érprotézis	3766	3434

A vénákról közreadott statisztika évről évre pontatlabb, mivel egyre több statisztikai kötelezettséggel még csak meg sem kereshető „varicológiai” magán-tevékenység alakult ki.

A statisztikai adatokat szolgáltató osztályok közel általános véleménye a következőkben foglalható össze az érsebészeti területén:

- az érsebészeti tevékenység alulfinanszírozott,
- a korai szeptikus szövődmények száma növekszik,
- az intervencionális angio-radiológia eszköztára bővül a sebészeti beavatkozások rovására,
- az érsebészeti tevékenység csak nagyon kevés helyen kap különböző szintű vezetői támogatást.

A statisztikai adatok további elemzése talán segítséget nyújt a szakma remélhető fejlődésében. A további oldalakon pedig következzen a tárgybeli, 2005. évi statisztika.

Általános adatok	
Beérkezett információs ívek száma	87
Érbetegség miatt ápolott betegek száma	46.629
Ebből operált	36.152

I. Műtétek az artériás rendszeren	
I.I. Rekonstruktív műtétek	
Ebből akut	2258
Ebből elektív	10.238
I.II. Sympathectomia lumbalis	1236
Sympathectomia thoracalis	50
Ebből endoszkópos	90
I.III. Bordaresectio TOS miatt	212
I.IV. Érbetegség miatt végzett amputatio	
Ebből maior	3595
Ebből minor	3702

II. Műtétek a vénás rendszeren	
II.I. Varicositas	11.995
II.II. Vénás thrombectomia	170
II.III. Mélyvéna rekonstrukció	13

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstruktív műtétek. III.I. Cerebrovascularis							
	Primer műtéti szám	Korai reoperáció		Redo		Postop. stroke	Exit
		oka: vérzés	oka: occlusio	bypass után	TEA után		
Carotis interna	1988	55	17	11	16	33	10
Subclavia	80	0	0	1	0	0	0
Anonyma, carotis communis	12	0	0	0	1	0	0

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstruktív műtétek. III.II. Visceralis						
	Primer műtéti szám	Korai reoperáció		Redo		Exit
		oka: vérzés	oka: occlusio	bypass után	TEA után	
Renalis	15	1	2	2	0	0
Coeliaca	4	0	0	0	0	0
Mesenterica superior	13	0	1	0	0	4
Mesenterica inferior	16	0	0	0	0	0

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstruktív műtétek. III.III. Felső végtag							
	Primer műtéti szám	Korai reoperáció		Redo		Amputatio	Exit
		oka: vérzés	oka: occlusio	bypass után	TEA után		
Felső végtag	86	3	3	4	0	0	1
Cimino-fistula	1936	24	51	100	2	0	1

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstruktív műtétek. III.IV. Alsó végtag							
	Primer műtéti szám	Korai reoperáció		Redo		Amputatio	Exit
		oka: vérzés	oka: occlusio	bypass után	TEA után		
Aorto-bifemoralis	627	39	26	112	13	13	21
Aorto-femoralis	233	4	11	33	4	7	4
Ilio-femoralis	942	26	52	80	61	14	13
Femoro-poplitealis	2649	46	132	259	66	85	26
Profunda plastica	387	5	4	37	4	5	0
Cruralis	470	16	51	93	4	46	11
Reconstructio + iop. angioplast.	707	6	11	30			

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstruktív műtétek. III.V. Extraanatomicus áthidalások							
	Primer műtéti szám	Korai reoperáció		Redo		Amputatio	Exit
		oka: vérzés	oka: occlusio	bypass után	TEA után		
Extra-anatomicus áthidalások	539	10	19	84	20	14	17

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstruktív műtétek. III.VI. Aneurysma műtétek				
	Primer műtéti szám	Korai reoperáció		Exit
		oka: vérzés	oka: occlusio	
Mellkasi rupturált	3	2	0	3
Mellkasi elektív	3	1	0	1
Mellkasi stentgraft	16	0	0	0
Thoracoabdominalis rupturált	7	2	0	7
Thoracoabdominalis elektív	12	1	0	0
Hasi rupturált	81	3	1	39
Hasi elektív	325	6	2	12
Hasi stentgraft	38	0	0	0
Dissectio	10	0	0	1
Visceralis	4	0	1	0
Supraaorticus	3	0	0	0
Poplitea	60	1	3	0
Egyéb	68	3	1	0

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstrukzív műtétek. III.VII. Aorto-duodenalis fistula		
	Műtéti szám	Exit
Aorto-duodenalis fistula	19	13

III. Krónikus verőérbetegség miatt végzett rekonstrukzív műtétek. III.VIII. Redo műtétek indikációja			
	Bypass után	Desobliteratio után	Exit
Pulsalo haematoma	185	11	6
Késői reocclusio	667	180	17
Késői gennyesedés	224	11	24

IV. Szervezési kérdések	
IV.I. Érsebész szakorvosok száma	181
IV.II. Rendszeresített érsebészeti ágyak száma	739
IV.III. Ambuláns érsebészeti vizsgálatok száma	202.380
<i>IV.IV. Diagnosztikai vizsgálatok és intervenciók beavatkozások száma</i>	
Ebből angiographia	21.797
Ebből PTA	2852
Ebből PTA-stent	1915
Műtétet igénylő szövődmény	86
Phlebographia	840
Duplex scan	86.710
Tárgyévben felhasznált Fogarty katéterek	5873
Tárgyévben felhasznált érprotézisek	3434

További részletesebb információk:
 SE ÁOK Ér- és Szívsebészeti Klinika,
 1122 Budapest, Városmajor utca 68.
 Telefon: 458-6700. Telefax: 458-6746.

Veseartéria szűkületek intervenciós radiológiai kezelése

DR. ROSTÁS TAMÁS, DR. HARMAT ZOLTÁN,
DR. BATTYÁNI ISTVÁN, DR. NEMES ORSOLYA

ÖSSZEFOGLALÁS

Bevezetés: hypertoniás betegeknél a renovascularis eredet prevalenciája 1-5%-ra tehető. A képalkotó módszerek fejlődésével egyre több ilyen eset kerül felismerésre. A korábban gold standardnak tekintett angiographia ma már csak terápiás céllal végzendő, a sebési beavatkozás az esetleges szövődmény elhárítására korlátozódik.

Céltűzés: az új invazív radiológiai módszerek indikációjának, metodikájának ismertetése.

Módszer: a veseartéria szűkület lokalizációjának, mértékének ismeretében ballonkatéteres tágítás, stent beültetés végezhető. A beavatkozást követően a restenosis megelőzésére gyógyszeres kezelés szükséges. A nyomomkövetés ultrahang vizsgálattal lehetséges.

Következtetés: a renovascularis hypertonia oki tényezője intervenciós radiológiai beavatkozással megszüntethető. A beteg további szoros követése szükséges a megfelelő gyógyszerelés beállítása, a restenosis felismerése érdekében.

KULCSSZAVAK

intervenciós radiológia, renovascularis hypertonia

INTERVENTIONAL RADIOLOGICAL TREATMENT OF RENAL ARTERY STENOSIS

Tamás Rostás M. D., Zoltán Harmat M. D.,
István Battyáni M. D., Orsolya Nemes M. D.

Introduction: in the case of hypertension the prevalence of renovascular origin is 1-5%. Because of the modern imaging methods, more cases are recognized nowadays. Angiography is the method of choice, when intervention is necessary. Surgical treatment is indicated only in complications after percutaneous procedures.

Objective: to review the indications and methods of interventional procedures.

Method: knowing the location and the extent of the stenosis, percutaneous angioplasty or stent implantation can be performed. To prevent restenosis antiplatelet drugs are necessary. Ultrasound is the preferred method for follow-up examinations.

Conclusion: the cause of renovascular hypertension can be treated by interventional radiological procedures. A follow-up examination is mandatory because of the ongoing medication and recognition of restenosis.

KEYWORDS

interventional radiology, renovascular hypertension

Bevezetés

A renovascularis hypertonia prevalenciája 1-5% közé tehető (1). A számos etiológiai tényező ellenére az esetek kétharmadában atherosclerosis, közel egyharmadában fibromuscularis hyperplasia a kiváltó ok (2). Az atheroscleroticus laesio általában a szájadék, vagyis a főtörzs proximalis harmadát érinti, gyakran excentrikus. Az esetek 15%-ában a folyamat a vese artériákra lokalizálódik. Fibromuscularis hyperplasia esetén a fibrosus vagy muscularis proliferáció a főtörzs distalis részét és/vagy az intrarenalis ágakat érinti. Ezen kórkép jellemzően a második, harmadik évtizedben manifesztálódik. Az etiológiai tényezőtől függetlenül, a renin-aldoszteron rendszer aktiválódása vérnyomás emelkedéshez vezet. Klinikailag figyelemfelkeltő lehet a többszörös gyógyszerkombinációval is nehezen beállítható hypertonia, a fiatal életkor.

Diagnosztika

Szűrésre ideális vizsgáló módszer a mai napig nem áll rendelkezésre. Az izotóp renographia hátránya a magas, 10-25%-os fals-pozitív arány (3). Ma az elsők választandó képalkotó vizsgálat az ultrahang. Legelfogadottabb az aorta és a vese artéria csúcs systolés sebességének összehasonlítása. Amennyiben az arány több mint 3:5, a 60%-nál nagyobb szűkültre a módszer szenzitivitása 84-91%, specificitása 95-97% (4, 5). Sajnos, a főtörzs csak ritkán hozható látótérbe, a szűkület meglétére indirekt jelekből kell következtetni. A gyors spirál CT-berendezések megjelenésével lehetővé vált CT-angiographiás vizsgálatok szenzitivitása 59-82%, specificitásuk 82-83% (6, 7). A multi-slice CT-készülékkel 82%-os szenzitivitásról, 100%-os specificitásról számoltak be (8). A kontrasztanyaggal végzett gyors szekvenciájú MR-angiographiás vizsgálatok érzékenysége is ebben a tartományban mozog (9). A katéteres vese véna reninszint meghatározás szerepe vitatott, másfélszeres oldalkülönbség esetén a szenzitivitás 62%, a specificitás 60% (10).

Metodika

A nem-invazív módszerekkel valószínűsített vese artéria szűkületben intervenciós radiológiai beavatkozás indokolt a vérnyomás kontrollálása és a vesefunkció megőrzése érdekében. Az angiographia előtt legalább három napon keresztül végzett thrombocytá aggregáció gátló kezelés csökkenti a szövődmények számát. Célszerű a vérviszkozitás csökkentése is, amely a fibrinogén, koleszterin és triglicerid szint beállításával javítható. A behatolás történhet femoralis vagy brachialis punkcióból. Első lépésben diagnosztikus angiographia végzendő a szűkület pontos definiálására, a terápia megválasztására. Az **I. táblázat** a stent beültetés indikációit ismerteti.

PTA utáni restenosis, vagy 30%-nál nagyobb residualis stenosis.

Restenosis after PTA or the resting stenosis is bigger than 30%.

Ostialis stenosis.

Stenosis at the orifice.

Szövődményes PTA.

PTA with complications.

Excentricus szűkület.

Excentric stenosis.

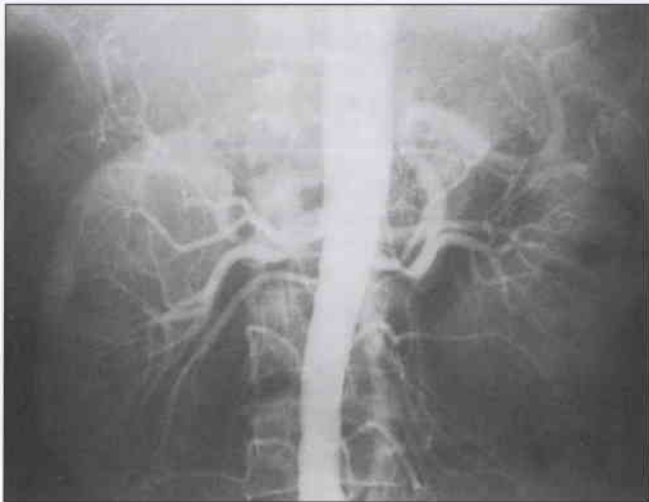
I. táblázat. Stent beültetés indikációi.
Table I. Indications of stent implantation.

Dissectio
<i>Dissection</i>
Ruptura
<i>Rupture</i>
Thrombosis
<i>Thrombosis</i>
Embolizáció
<i>Embolisation</i>

II. táblázat. PTA szövődményei.
Table II. Complications of PTA.

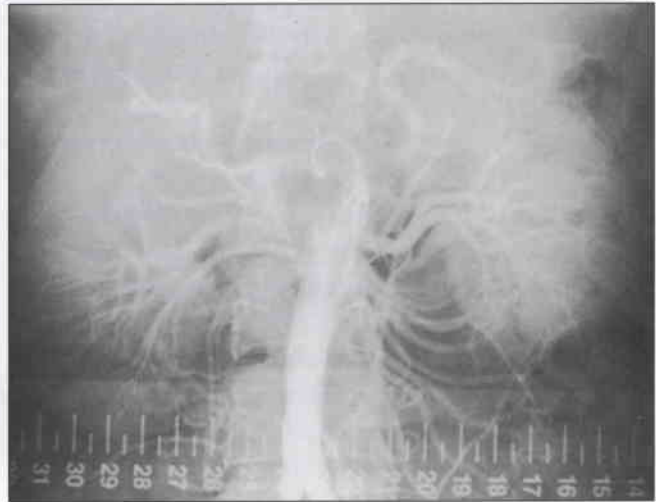
Amennyiben PTA-ra kerül sor, a szűkület vezetődrótos áthidalása után történik a ballonkatéter bevezetése, a ballon felfújása. A technikai fejlesztéseknek köszönhetően ma már alacsony profilú rendszerek alkalmazhatók. A jelenlegi ballonkatéterek átmérője 2,8-3,3 F (1 French = 0,33 mm), a szükséges vezetődrót 0,014-0,018" (1 mm = 0,039 inch). A beavatkozás után kontroll angiographia szükséges a beavatkozás sikerességének, az esetleges szövődmények felismerésének érdekében. A **II. táblázat** a PTA szövődményeit ismerteti.

Dissectio esetén stent beültetés, ruptura esetén acut sebészeti beavatkozás végzendő. Az artériás thrombus a katéteren keresztül feloldható, thrombus aspiráló, daraboló katéterrel eltávolítható (11). Az embolizáció kivédésére protektív eszközök alkalmazhatók, ezek használata – szemben a carotis rendszerrel – széles körben még nem terjedt el. Amennyiben stent beültetés történik, a vese artéria eredésének pontos lokalizálása szükséges. A stent nem lóghat be az aortába, de a szűkületet fednie kell. A vese artériába ballonos stent ajánlható, ez könnyebben és pontosabban pozícionálható az öntáguló stentekhez képest. A ballonos stent hordozó katéterének mérete megegyezik a ma használatos ballonkatéterekkel. A protézis biztonságos célbajuttatásához ajánlatos azonban úgynevezett vezetőkatéter használata, ez



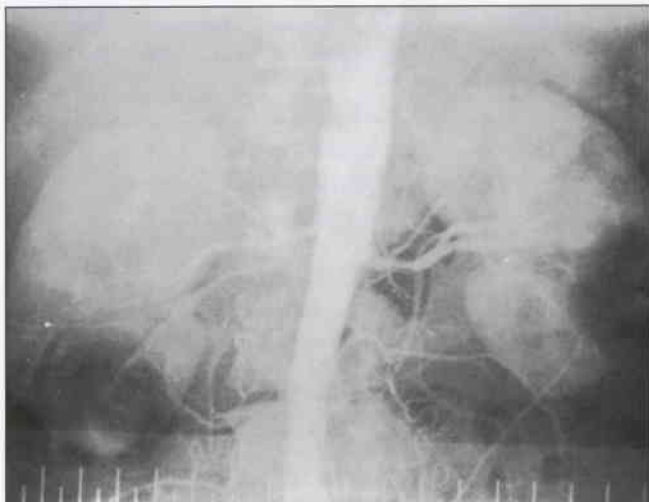
1. ábra. Subtotalis szűkület a bal vese artéria eredésénél.

Fig. 1. Subtotal stenosis of the left renal artery at its origin.



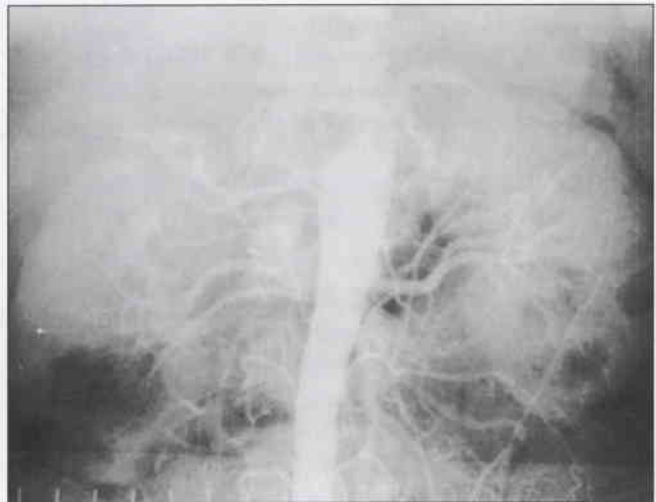
2. ábra. Stent beültetés után a szűkület megszűnt.

Fig. 2. After implantation of a stent the narrowing disappeared.



3. ábra. Fél év elteltével restenosis alakult ki.

Fig. 3. After half a year restenosis developed at the same spot.



4. ábra. Ballonkatéteres tágítás után a szűkület megszűnt.

Fig. 4. Balloon-catheter could eliminate the stenosis.

a punkciós nyílás méretét 6-7 F-re növeli. A beavatkozás után a sikeresség megítélésére kontroll angiographia szükséges. Ezt követi a katéter eltávolítása, a punkciós hely ellátása. A beteg további gondozását célszerűen a belgyógyász és az invazív radiológus végzi. A beteg gyógyszeres kezelését thrombocyta aggregáció gátlóval célszerű kiegészíteni. Kontroll vizsgálatként az ultrahang ajánlható. Restenosis gyanújakor angiographia végzendő, a CT- és az MR-angiographia a stenten belüli viszonyokat nem tudja tisztázni.

Esetismertetés

A 38 éves, dohányzó nőbeteg kivizsgálása nehezen beállítható, háromszoros gyógyszerkombináció mellett is magas

vérnyomás miatt kezdődött. Az ultrahang vizsgálat és az izotóp renographia a bal veseartéria szűkületének lehetőségét vetette fel. Az elvégzett diagnosztikus angiographia ezt igazolta (1. ábra). Megfelelő gyógyszeres előkészítés után (3x1 Colfarit alkalmazása a beavatkozás előtti három napon át), stent beültetés (5 mm átmérőjű, 17 mm hosszú Palmaz Genesis, Cordis) történt jó morfológiai eredménnyel (2. ábra). A beteg gyógyszerigénye és vérnyomása jelentősen csökkent. A restenosis megelőzésére a beteg napi 1x6 drg SP54-et szedett, a dohányzást abbahagyta. Fél év múlva azonban ismét magas vérnyomás jelentkezett. Az elvégzett angiographia a stenten belüli restenosiszt igazolt (3. ábra). Ennek ballonkatéteres kitágítása után a szűkület csaknem

megszűnt (4. ábra). Gyógyszerváltás történt, az SP54 helyett Plavixot kapott a beteg. Kétéves követési idő alatt hipertóniája nem tért vissza.

Következtetés

A renovascularis hypertonia a modern képalkotó módszereknek köszönhetően mind gyakrabban kerül felismerésre. Az angiographia ma már elsősorban terápiás céllal végzendő. A ballonkatéteres tágítás és a stent beültetés nagyrészt kiváltotta a sebészi módszereket, azok csak a ritka szövődmények elhárításának egyes eseteiben jönnek szóba. A beavatkozást követően a beteg megfelelő gondozása, ellenőrzése szükséges a restenosis felismerésére.

Irodalom

- Hillman, B. J.: Imaging advances in the diagnosis of renovascular hypertension. *AJR*, 153:5-14. (1989.)
- Harrison, E. G. Jr., McCormack, L. J.: Pathologic classification of renal arterial disease in renovascular hypertension. *Mayo Clin. Proc.*, 46:161-167. (1971.)
- Grim, C. E., Luft, F. C., Weinberger, M. B. et al.: Sensitivity and specificity of screening tests for renal vascular hypertension. *Ann. Intern. Med.*, 91:617-622. (1979.)
- Kohler, T. R., Zierler, R. E., Martin, R. D. et al.: Noninvasive diagnosis of renal artery stenosis by ultrasonic duplex scanning. *J. Vasc. Surg.*, 4:450-456. (1986.)
- Taylor, D. C., Kettler, M. D., Moneta, G. L. et al.: Duplex ultrasound scanning in the diagnosis of renal artery stenosis: a prospective evaluation.
- Galanski, M., Prokop, M., Chavan, A. et al.: Renal artery stenosis: spiral CT-angiography. *Radiology*, 189:185-192. (1993.)
- Rubin, G. D., Dake, M. D., Napel, S. et al.: Helical CT of renal artery stenosis: comparison of three-dimensional techniques. *Radiology*, 190:181-189. (1994.)
- Stueckle, C. A., Haegele, K. F., Jendreck, M. et al.: Multi-slice computed tomography angiography of the abdominal arteries: Comparison between computed tomography angiography and digital subtraction angiography findings in 52 cases. *Australian Radiology*, 48(2):142-147. (2004.)
- Holland, G. A., Dougherty, L., Carpenter, J. P. et al.: Breath-hold ultrafast three-dimensional gadolinium-enhanced MR-angiography of the aorta and the renal and other visceral abdominal arteries. *AJR*, 166:971-981. (1996.)
- Pickering, T. G. et al.: Predictive value and changes of renin secretion in hypertensive patients with unilateral renovascular disease undergoing successful renal angioplasty. *Am. J. Med.*, 76:398-404. (1984.)
- Kandarpa, K., Aruny, J. E.: Renal artery balloon angioplasty. In: Kandarpa, K., Aruny, J. E. (eds.): *Handbook of Interventional Radiological Procedures* (2nd ed.), Little Brown and Company, 1996., pp. 97.

Dr. Rostás Tamás

PTE ÁOK OEC Radiológiai Klinika
7624 Pécs, Ifjúság útja 13.

Címváltozás:

*Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy cégünk új címe:
1037 Budapest, Erdőalja út 38.*

**Perifériás artériás obliteratív érbetegség (PAOD)
terápiája Fontaine III. és IV. stádiumban, ha a lumentágító terápia
nem lehetséges, illetve sikertelen:**

Alprostapint®

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

Tudatjuk tisztelt partnereinkkel, hogy
gyógyszerünk kórházi ára nem változott:
5x1 ampullás csomagolásban **18.522,-Ft.**

Érvényben van korábbi **rabat akciónk** is: a felhasználók minden két doboz megvásárolt Alprostapint® injekció után egy doboz gyógyszert ingyenes minta formájában ajándékba kapnak, amelyet képviselőink juttatnak el Önökhöz.
Kérjük, hogy felírás előtt olvassa el a teljes alkalmazási előírást, illetve esetleges kérdése esetén cégünket felkeresni szíveskedjék:

Wipharma Kft.

**1037 Budapest, Erdőalja út 38., telefon: 06-20-927-9727,
e-mail: wiedemann@wipharma.t-online.hu**

Arteria-aneurysmák gyermekkorban

DR. TASNÁDI GÉZA,
DR. DZSINICH CSABA, DR. JÁMBOR GYULA

ÖSSZEFOGLALÁS

Az artéria aneurysma gyermekkorban ritkán fordul elő, és többnyire fejlődési rendellenesség. Az érfal fejlődési hibája vagy mindhárom rétegre, vagy csak a mediára vonatkozik. Lehet azonban az általános fertőzés része – septicus, mycoticus aneurysma; sérülés, trauma is okozhatja: pseudoaneurysma.

A congenitalis, az érfal mindhárom rétegét érintő aneurysma megoldása a műtét, legtöbbször autogen szövetrel történő rekonstrukció. A media degeneratio következményeként kialakuló aneurysmákat sebészileg csak ritkán sikerül gyógyítani. A jövőben az endovasculáris ellátás hozhat átütő eredményt. Az arteriitis következményeként kialakuló érfaltágulat esetén a sebészi vagy intervenciós radiológiai kezelés csak eredménytelen gyógyszeres terápia esetén indokolt. A fibromuscularis dysplasia okozta aneurysma – amely rendszerint a renális artériákra korlátozódik – sebészileg korrigálható, az interpositionális graftok alkalmazása került előtérbe. A septicus és a sérüléssel aneurysmák sebészi ellátása az aneurysma sebészet általános szabályai szerint történik. Végeredményben a csecsemő- és gyermekkori aneurysmát és annak okát felismerve korszerű sebészi és intervenciós radiológiai kezeléssel jó eredmény érhető el.

KULCSSZAVAK

artéria aneurysma, etiológia, terápia

ARTERIAL ANEURYSMS IN CHILDHOOD

Géza Tasnádi M. D.,

Csaba Dzsinič M. D., Gyula Jámbor M. D.

Arterial aneurysms are rare in childhood and they are usually vascular anomalies. The failure of development is confined to all three layers or only to the medial layer. This can be part of a general infection – septic, mycotic aneurysm – but injury or trauma can also cause them – pseudoaneurysms. Aneurysms in which all three layers are involved can be solved by surgery in most cases by reconstruction with autogenous tissue. Aneurysms developed as a consequence of the degeneration of the medial layer can rarely be cured by surgery. In the future endovascular intervention will be able to achieve impressive results. Surgical or interventional treatment of dilatations as a consequence of arteritis are indicated only after a non-succesfull medical therapy. Aneurysms as a consequence of fibromuscular dysplasia, which is confined to renal arteries, can be corrected surgically preferably using interpositional grafts. Surgical treatment of septic and traumatic aneurysms is according to the general rules of aneurysmal surgery. Finally, diagnosing aneurysms and their cause and using contemporary surgical and interventional radiological therapies, we can obtain good results.

KEYWORDS

arterial aneurysm, etiology, therapy

Bevezetés

Az érfejlődési rendellenességek gyakorisága újszülötteknél 0,45% (13), a 3 éves korcsoportban 1,2% (18). Sok fejlődési hiba – bár születéskor megvan – csak a későbbi életkorban válik nyilvánvalóvá. Leggyakrabban a vénák malformációival találkozunk (48,5%), az artériák érintettsége az érdysplasiáknak csupán 0,7%-ában észlelhető. Ezek lehetnek: az artériák hiánya (aplasia), szűkülete (stenosis, coarctatio), tágulata (ectasia, aneurysma).

Az aneurysma lehet primeren az artéria falának fejlődési hibája miatt, de gyakran találkozunk sekunder formáival, a rendszerbetegségek részeként kialakuló arteria-aneurysmákkal. Létrejöhét fertőzés és sérülés kapcsán is. Legfőbb tünete a fájdalomtalan, pulzáló terime. Ruptura, embolisatio gyermekkorban ritka. A diagnosztikában legfontosabb – a tapintási lelet mellett – a Doppler UH-vizsgálat, majd a CT-angiográfia, illetve az angiográfia. A jövő az MRI-angiográfiaé. Az aneurysma formája lehet saccularis és fusiform; többsége saccularis. Sebészi és intervenció radiológiai gyógyításuk ma már kiterjed a gyermekkorra is.

Az aneurysmák osztályozása a klinikopathológiai tulajdonságuk alapján történik (17) (I. táblázat).

Megbeszélés, betegbemutatókkal

A *congenitalis* – idiopathiás – aneurysma ritka, általában a visceralis artériákat involválja. Ruptura renalis artériák aneurysmái esetén fordulhat elő, az ekkor jelentkező hypertonia következtében. *Latter és mtsai.* egy hasi aorta aneurysmát írtak le, amit 34 hetes foetuban prenatalis UH-vizsgálattal diagnosztizáltak (10). *Roquest, X. és mtsai.* összefoglaló közleményben foglalkoztak az újszülött- és csecsemőkori hasi aorta aneurysmákkal (14). *Sakar és mtsai.* (17) szerint a congenitalis aneurysmák leg többjét 5 éves kornál fiatalabban észlelik, rendszerint a hasi aortán vagy annak ágain, és nem a végtagokon. Általában izoláltan jelentkezik, ritka a multiplex elváltozás. Histológiailag csak ectasia a jellemző, falának alkotásában az érfal mindhárom rétege részt vesz, gyulladásos tünet nincs. A műtét akkor indokolt, ha a visceralis aneurysma nagyobb, mint 2 cm diameterben, és nagyobbodást észlelünk. Az elfogadott kezelés a resectio, az artéria rekonstrukciójával. Ha lehetséges, előtérbe kell helyezni az autogen szövettel történő rekonstrukciót – a növekedés folyamatát figyelembe véve –, bár sikeres aorta rekonstrukciót prostheticus anyaggal történő megoldás esetén is leírtak (10, 16).

Esetismertetés: K. A. második terhességéből, 32. gestációs hétre született, 2000 gr-mal. 2 hónapos korában lázas állapotról számolnak be. 3 hónapos korában került kórházunk bőrgyógyászatára. Ichtyosist állapítottak meg. Ennél a heterogen öröklődésű betegcsoportnál születéskor az egész testet négyzetletű vagy ovális szarupikkelyek borítják (1. ábr.)

I. Congenitalis

II. Szerzett (az aneurysmák oka szerint)

1. *Media degeneratio*
 - Ehlers-Danlos szindróma
 - Marfan szindróma
 - Sclerosis tuberosa
2. *Arteriitis*
 - Kawasaki betegség
 - Takayasu betegség
 - Óriássejtes arteriitis
 - Polyarteriitis nodosa
3. *Arteria dysplasia*
 - fibromuscularis dysplasia (a veseartérián)
4. *Arteria fertőződés*
 - általános, illetve helyi fertőződés kapcsán (staphylococcus aureus)
5. *Arteria sérülése, trauma*
 - pseudoaneurysmák

I. táblázat. Az aneurysmák klinikopathológiai osztályozása (17).

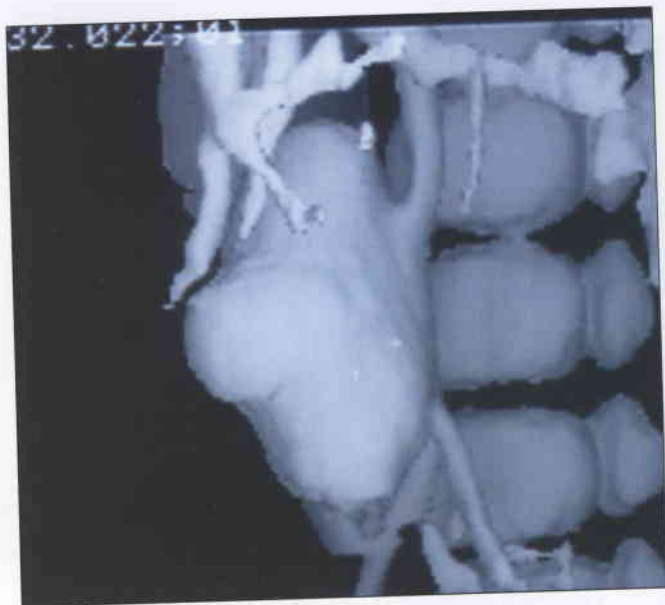


1. ábra. Ichtyosis congenita 2 hónapos csecsemőnél. Fig. 1. Congenital ichthyosis in a 2 month-old baby.

ra). A vizsgálat közben derült fény a tapintható, pulzáló terimére az alhasban. A hasi Color Doppler Duplex lelete: artériás keringést mutató aneurysma, amely az a. iliaca oszlás magasságában helyezkedik el. A hasi CT-angiográfia saccularis aorta aneurysmát igazol (2. ábra). Előkészítés után műtét történt: az aorta saccularis aneurysmát feltártuk, majd az aneurysmazsákot resecáltuk. A kb. 2 cm hosszú aortotomiát Goretex folttal zártuk (3. ábra). A szövettani lelet a 4. ábrán látható.

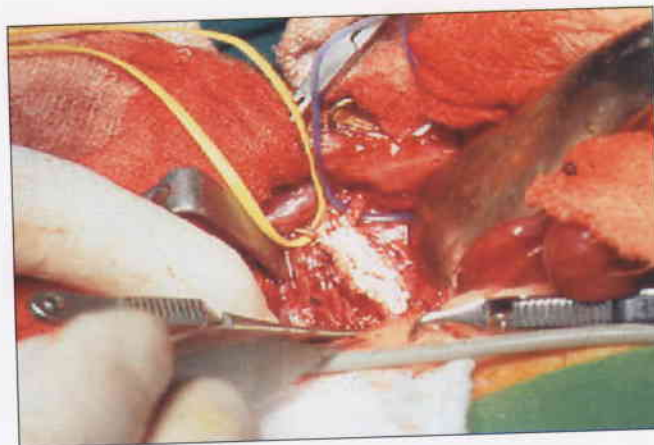
A szerzett aneurysmák 1. csoportjában a veleszületett rendellenesség háttérében a *media degeneratio*ja, a kollagén képzés zavara áll.

– Az Ehlers-Danlos szindróma hereditár domináns öröklődésű betegség. Tünetei: a bőr túlzott rugalmassága, puha-



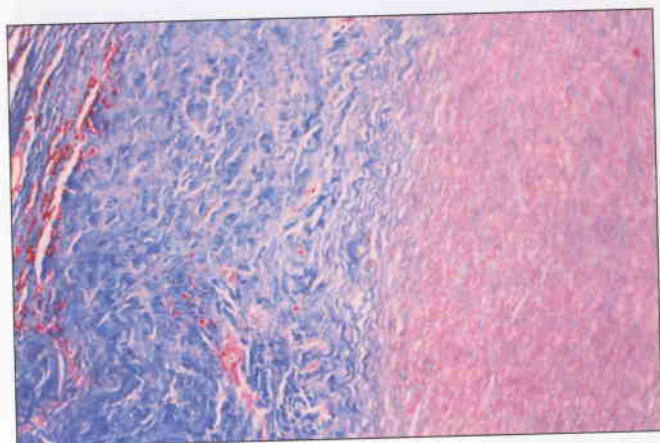
2. ábra. Az aorta abdominalis saccularis aneurysmája 3 hónapos csecsemőnél (CTA előlnézetből).

Fig. 2. Saccular aneurysm of the abdominal aorta in a 3 month-old baby.



3. ábra. Műtéti kép – foltplasztika.

Fig. 3. Picture during operation – patch-plasty.



4. ábra. Az érfal mindhárom rétege elvékonyodik.

Fig. 4. All three layers of the vessel wall are narrowed.

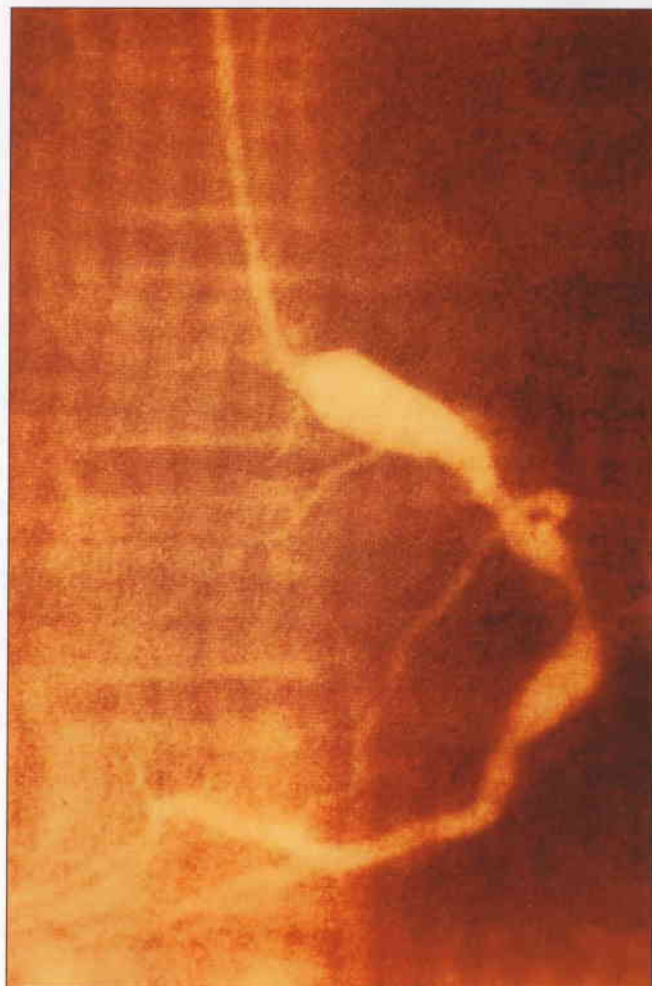
sága, hegvonalak rajzolata, valamint az ízületek túlnyújthatósága (5. ábra). Az aneurysma bármelyik visceralis artériában kifejlődhet, de leginkább a hasi aortán. Az aneurysmák falában a IV., illetve a III. típusú kollagén hiányával, kóros elrendeződésével számolhatunk.

– 1896-ban *Marfan* írta le a róla elnevezett szindrómát. A Marfan szindróma hereditár domináns öröklődésű kötőszöveti gyengeség. Jellegzetes a magas, vékony alkat, az arachnodactylia hyperextensibilitással az ízületekben, szemlencse dislocatio és pectus carinatum. Később spontán pneumothorax, inguinalis hernia jelentkezhet és dissectió aneurysma az ascendáló aortán, involválva a coronariákat. A



5. ábra. Ehlers-Danlos szindróma: a bőr túlzott rugalmassága, hegvonalak megjelenése jellemző.

Fig. 5. The skin is too elastic and the presence of scars are typical of Ehler-Danlos syndrome.



**6. ábra. Coronaria aneurysmák
Kawasaki kórban szenvedő betegünkénél.
(L. D., 10 éves fiú.)**
*Fig. 6. Coronary aneurysms
in a patient suffering
from Kawasaki disease (L. D. 10 years old).*

betegéknél a vasculaturára jellemző a media cysticus degeneratioja, majd necrosis az intima megrepedésével. Az így kialakuló aneurysma könnyen rupturál. Ha a szív-érrendszeri komplikáció már a gyermekkorban kialakul, a várható életkor drámaian csökkenhet.

– A sclerosis tuberosa, a cystinosis, a melorheostosis (2) szintén a media cysticus degeneratiojával jár. A testszövetekben hegesítő keményedés, egy vagy több csonton hyperstenosis észlelhető. Társulhat aneurysmával, főleg az a. subclavián vagy az a. axillarison.

Ebben a betegcsoportban sebészi módszerekkel nehéz az aneurysmák korrekciója. Mivel az erek kollagén anyaga rendellenes sutura és a „clamp-occlusio”, csak progresszív disruptiót okozhat az érintett érben. Az irodalomban csak 19 sebészileg kezelt esetet írtak le media degeneratio okozta aneurysma esetén. Valószínű, hogy az aneurysmák endovas-



**7. ábra. Saccularis aneurysma az arteria subclavián
(Takayasu-arteriitis) 12 éves betegünkénél.**
*Fig. 7. Saccular aneurysm
of the subclavian artery
in a 12 year-old patient (Takayasu-arteritis).*

cularis ellátásával a jövőben jobb eredményekre számíthatunk.

A szerzett aneurysmák 2. csoportjában az ok az artériák gyulladása, az *arteriitis*.

– Az eredetileg 1967-ben leírt *Kawasaki* betegség az első életévben jelentkezik. A betegség magas lázzal kezdődik, amelyet kötőhártya-gyulladás, az ujjakon orsószerű duzzanat, a törzsön erythema, cricopharingealis oedema, nyaki adenopathia, valamint talp és tenyér erythema követ. A laboratóriumi leletek nem specifikusak, bár enyhe anaemiát, neutrophiliát, gyakran magas thrombocytaszámot mutatnak. A legvégzetesebb következmény a coronaria aneurysmák kialakulása. Előfordulásuk 15% (12), amely az első élethónapban, de néha 6-48 hónappal később alakul ki (6. ábra). Bár a coronariák aneurysmáinak kialakulása a legjellemzőbb, a hasi aorta, valamint kar- és hónalj-, csípő-, vese- és mesenterialis arteria aneurysmát is megfigyeltek.

A kezelés elsődlegesen tüneti (Aspirin, szteroidok). Szükséges lehet a coronaria aneurysma műtéte, illetve endovasculáris gyógyítása.

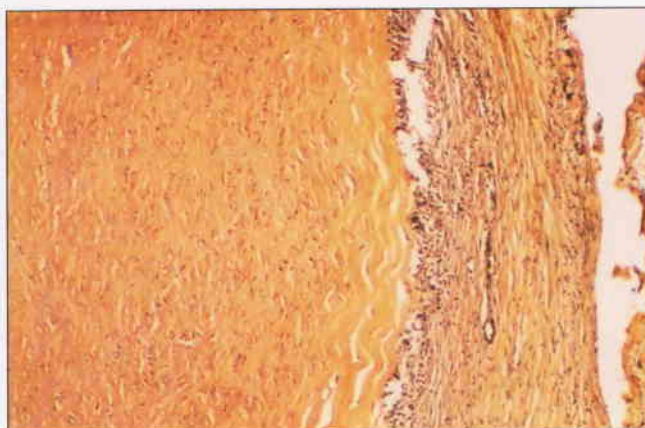
– Az 1908-ban *Takayasu* által leírt betegség egy ismeretlen eredetű, ritka, gyulladós arteriopathia. Patológiailag az érfalakon gyulladós folyamatok zajlanak le, extenzív fibrosus dysplasiával.

Általában leánygyermeket érint és fiatal felnőtteket. Japán származású emberekénél a leggyakoribb. Legjellemzőbbek a sajátos retinaelváltozások, a centralis retinaerek szűkületei.

Másrészt „pulzushiányos betegségnek” is nevezik, mivel a gyulladós artériaszűkületek az összes aortaív-, illetve aortaágakat érinthetik. Az artériaszűkületek poststenoticus



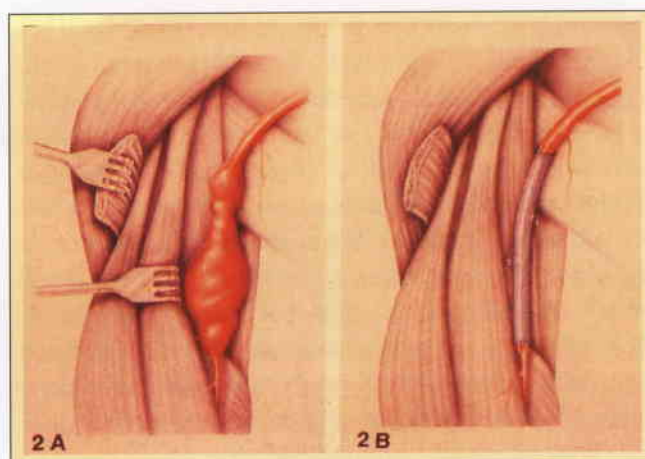
8. ábra. Röntgenfelvétel az aorta descendens aneurysmájáról.
Fig. 8. X-ray picture of an aneurysm of the descending aorta.



9. ábra. Az aorta descendens mycoticus aneurysmájának histológiai képe.
Fig. 9. Histological picture of a mycotic aneurysm of the descending aorta.



10. ábra. Az arteria brachialis pulzáló tumora 7 hónapos csecsemőnél (pseudoaneurysma).
Fig. 10. Pulsating tumor of the brachial artery in a 7 month-old baby.



11. ábra. A pseudoaneurysma sematikus rajza, pótlása vénagrafttal.
Fig. 11. Schematic drawing of a pseudoaneurysm with a vein graft replacement.

aneurysmákhoz vezethetnek (7. ábra). Oki kezelése ismeretlen. Karkami és mtsai., valamint Ishikawa, Yonekaura sikerrel alkalmazták a szteroidokat. Egyes szerzők (12) ballon angioplasztikát végeztek az a. subclavia és más felső végtag érstenózisban, de a renalis artériák szűkületeinél recanalizációs műtétet javasolnak. Mi egyetlen esetünkben az a. subclavia poststenoticus tágulatának resectióját végeztük.

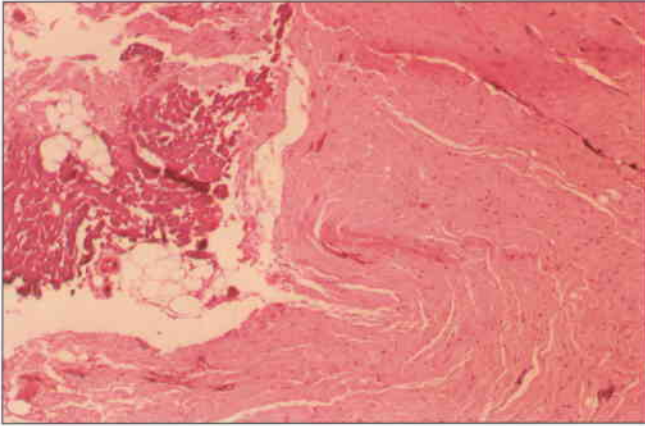
– Az óriássejtes arteriitisben az aorta aneurysma kialakulása,

– az autoimmunbetegségeknél – például polyarteriitisben – az a. renalis vagy az a. lienalis aneurysma megjelenése a jellemző. Sebészi vagy intervenciós radiológiai kezelés csak eredménytelen gyógyszeres terápia esetén indokolt.

A szerzett betegségek 3. csoportja az arteria dysplasia okozta aneurysma.

Rendszerint a renalis artériákra korlátozódik. Histológiailag a veseartéria izomzatán fibrosus hypertrophia, az intímán fibrosus dysplasia mutatható ki. Oka ismeretlen, autoimmun folyamatot sejtenek mögötte. A fibromuscularis hypertrophia vagy dysplasia a leggyakoribb oka a renalis hypertoniának. Tünete: fejfájás, irritabilitás, congestív szívelváltozás társul a magas vérnyomással. Az a. renalis szűkületének, illetve poststenoticus tágulatának ilyenkor a legelfogadottabb műtéte a direkt reimplantáció. Általában azonban a sebészek az interpositiós graftok alkalmazását preferálják. Nephrectomia csak akkor indikált, ha a nagyon kicsi gyermekeknél – csecsemőknél – a vascularis recanalizatio kivihetetlen (4).

A szerzett betegségek 4. csoportjában az aneurysma az artéria fertőződése miatt alakul ki. A bakteremia – staphylococcus aureus –, vagy fungaemia betör az artéria falába,



12. ábra. A pseudoaneurysma szövettani képe – intimasérülés.

Fig. 12. Histological picture of the pseudoaneurysm – intimal damage.

meggyengíti és media hasadást hoz létre. Leggyakoribb oka a gyermekkori aneurysmának. Legtöbbször a thoracalis vagy abdominalis aortán jelentkezik. Megoldása az aneurysma sebészet általános szabálya szerint történik.

Esetismertetés: 6 hónapos csecsemő került az osztályra mediastinalis tumor – neuroblastoma – gyanújával (8. ábra). Feltáráskor derült ki, hogy nem tumorról, hanem az aorta descendens saccularis, thrombotisált aneurysmájáról van szó. Az aneurysmát eltávolítottuk, Dacron folttal pótoltuk a hiányt. A szövettani vizsgálat mycoticus (septicus) aneurysmának tartotta (9. ábra). A műtét utáni rákérdezésnél kiderült, hogy 5 hónapos korában lázas fertőzés esett át. A gyermek jelenleg 17 éves, egészséges.

A szerzett betegségek 5. csoportjában az aneurysmát sérülés (trauma) okozza. Ezek az ún. álaneurysmák, pseudoaneurysmák. Sebészi ellátásuknál az autogén szövetet törtenő rekonstrukciót helyezük előtérbe.

Esetismertetés: a 7 hónapos csecsemőnél a könyökhajlati véna injekciózása után alakult ki a pulzáló tumor (10. ábra). A fusiform aneurysmát megoperáltuk, resecáltuk és vénával pótoltuk (11. ábra). Szövettana: álaneurysma – pseudoaneurysma (12. ábra).

Következtetés: gyermekeknél a pulzáló terime észlelésekor, illetve az ismertett betegségek, szindrómák esetén gondolni kell arteria-aneurysmára. Ugyanakkor az aneurysma észlelésekor kutatni kell az okát. Az aneurysmát és annak okát felismerve korszerű sebészi, illetve intervenciós radiológiai kezeléssel jó eredmény érhető el, a prognózis jó.

Irodalom

1. Akagi, T. et al.: Outcome of coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. J. Pediatr., 1992., 121:689.
2. Applebaum, R. E. et al.: Synchronous left subclavian and axillary aneurysms associated with melorheostasis. Surgery, 1986., 99:249.

3. Blum, U. et al.: Treatment of ostial renal artery stenosis with vascular endoprotheses after unsuccessful balloon angioplasty. N. Engl. J. Med., 1997., 336:459.
4. Dzsinih Cs., Gloviczki P. et al.: Surgical management of renal artery aneurysms. Cardiovasc. Surg., 1993., 3:243-247.
5. Freeman, R. K. et al.: The surgical complications of Ehlers-Danlos syndrome. Am. Surg., 1996., 62:869.
6. Ishida, G. et al.: Coronary artery involvement in Kawasaki syndrome in Manhattan, New York: risk factors and role of aspirin. Pediatrics., 1987., 80:828.
7. Ishikawa, K., Yonekawa, Y.: Regression of carotid stenosis after corticosteroid therapy in occlusive thromboarteriopathy (Takayasu's disease). Stroke, 1987., 18:677.
8. Kalkarni, T. P. et al.: Reversal of renovascular hypertension caused by nonspecific aortitis after corticosteroid therapy. Br. Heart J., 1974., 36:114.
9. Ko, Y. et al.: Congenital thoracoabdominal aortic aneurysm. J. Thor. et Cardiovasc. Surg., 2003., 126:897-899.
10. Latter, E. et al.: Congenital abdominal aortic aneurysm. Can. J. Surg., 1989., 32:135.
11. Myers, J. L., Gomes, M. N.: Management of aberrant subclavian artery aneurysm. J. Cardiovasc. Surg., 2000., 41:607-612.
12. O'Neill, J. A.: Renovascular hypertension. Sem. Pediatr. Surg., 1994., 3:114.
13. Pratt, A. G.: Birthmarks in infant. Arch. Dermatol. Syphil., 1967., 67:302.
14. Roquest, X. et al.: Aneurysma of the abdominal aorta in the neonate and infant. J. Vasc. Surg., 1991., 13:47-56.
15. Rowley, A. H. et al.: Kawasaki Syndrome. Curr. Prol. Pediatr., 1991., 21:387.
16. Saad, S. A., May, A.: Abdominal aortic aneurysm in neonat. J. Pediatr. Surg., 1991., 26:14-23.
17. Sarkar, R. et al.: Arterial aneurysms in children: clinicopathologic classification. J. Vasc. Surg., 1991., 13:147.
18. Tasnádi G.: Epidemiology and etiology of congenital vascular malformations. Sem. Vasc. Surg., 1993., 16:200-203.

Dr. Tasnádi Géza

Heim Pál Gyermekkorház,

Sebészeti Osztály

1089 Budapest, Üllői út 86.

Dr. Bugyi István (1898-1981)

DR. PAPP ZOLTÁN

2005. január 8-án, Szentesen, ünnepi tudományos ülés keretében vette fel kórházunk híres sebész professzorának nevét, azóta *Dr. Bugyi István Kórháznak* hívják azt az intézményt, amelyet névadója felvirágoztatott, kis szellemi műhellyé varázsolt az Alföld közepén. Dr. Bugyi István Szentesen, 1898. január 3-án született, s később a magyar, de – nyugodtan mondható – az európai sebészet nagy alakja lett. Rendkívül nehéz korban, az ország 60%-ának elvesztésével járó trianoni békeszerződés után a szétdarabolt országban – a szentesiek nagy szerencséjére – éppen szülővárosában kezdett el dolgozni, s tette ezt a kis alföldi várost határainkon túl is ismertté és elismertté.

Önéletrajzaiban ironikusan így fogalmazott: „hendikeppel jöttem a világra”, célozva itt születési rendellenességeire, a farkastorokra és a nyúlajakra. Nyúlajkát még születésének évében megoperálta a kor iskolateremtő sebésze, Herczel Manó. Életében még egyszer találkozott operatőrnek nevével, 1939-ben, amikor megjelent *A sebészorvos* című könyve, s amelyet Herczel Manó emlékdíjjal jutalmaztak. Farkastorok műtétje csak részben sikerült, jellegzetes „nasalis” színezetű hangja élete végéig elkísérte. Talán emiatt is az 1946-ban felajánlott Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Tanszékét, majd a debreceni katedrát is visszautasította. Szentes és a szentesiek számára így volt jobb, de talán magyar sebészet szempontjából hiányt jelentett.

Szülővárosában töltött középiskolai évei alatt kitűnt sokoldalúságával. Rendkívül jó tornász és úszó volt, valamint atletizált is. Munkahelyére városszerte ismert kerékpárjával

érkezett. Köztudott volt a zenéhez való vonzódása, hiszen ő maga is szépen zongorázott. Több nyelven beszélt. Szerette és művelte az irodalmat, ennek óriási hasznát később kamatoztatta, sorra jelentek meg könyvei és közleményei.

1931. január 1-jén kezdett dolgozni szülővárosában, előtte azonban a kor jelentősebb európai sebészeti klinikáin hosszabb-rövidebb tanulmányutakat tett, majd a budapesti Szt. János Kórházban eltöltött hat év után elég felkészültséget érzett magában, hogy nagyobb kihívásoknak is megfeleljen. 1933-ban kórházigazgatóvá nevezték ki. Új kórházi osztályokat, pavilonokat, kiszolgáló egységeket építtetett. Néhány év múlva, ha külföldi szakemberek érkeztek az országba, ide hozták őket Budapestről, hogy büszkélkedve bemutatassanak egy vidéki kórházat. Összesen 101 közleménye jelent meg, 10 könyvet írt, számtalan kitüntetést kapott. Fő műve, a *Gyakorlati sebészet* 1960-ban és 1961-ben jelent meg, melyből orvosnemzedékek tanultak. 1975-ben nyugdíjba vonult, de továbbra is dolgozott 1981. április 3-án bekövetkezett haláláig.

Tanítványai közül néhányan érsebészek lettünk (*dr. Mencser András, dr. Győri Kiss Ferenc, dr. Assefa Abebe, dr. Molnár Gábor és e sorok írója*). Bár ő maga érsebészeti műtétet nem végzett, mégis úgy érezzük, szakmai pályánkon ő indított el minket. Hálával gondolunk rá halálának huszoneötödik évfordulóján.

Dr. Papp Zoltán

Dr. Bugyi István Kórház, 6600 Szentes, Sima F. u. 44-58.



A nedves sebkezelő kötszercsalád



A nehezen gyógyítható, másodlagosan gyógyuló sebek mint a diabéteszes láb, az ulcus cruris, a decubitus, az égési sérülések kezelése szakértelmet, sok időt, türelmet igénylő feladat. Az ALLEVYN nedves sebkezelő termékcsalád olyan hidroaktív és hidrocelluláris kötszereket egyesít, melyek minden sebformára, elhelyezkedésre és sebváladék mennyiségre alkalmazhatóak páratlan választási lehetőséget nyújtva a szakemberek részére a betegnek megfelelő kötszer kiválasztásában. Az ALLEVYN egyedülálló technológiája mind a betegek, mind orvosaik, ápolóik részére számos előnnyel jár, mivel gyors és zavartalan gyógyulást segít elő azon sebek esetében, melyek tradicionálisan nehezen gyógyíthatóknak bizonyulnak.

Az ALLEVYN nedves sebkezelők alkalmazásával a kezelési idő lerövidül, a kötéscserék ritkábbak, mivel a sebfedő több napon át is a seben maradhat, és ez a beteg életminőségének javulását eredményezi csökkenő költségek mellett. Az ALLEVYN termékek mindegyike vízhatlan, a sebfelülethez jól idomul, nem korlátozza a mozgást és a kötéscsere fájdalommentes. Az ALLEVYN termékek 85%-os, illetve fix OEP támogatásban részesülnek.

Amennyiben a termékekről bővebb információt szeretne, kérjük forduljon hozzánk bizalommal.



A fogazott kés használatának technikája

DR. BIHARI IMRE

ÖSSZEFOGLALÁS

A varicosus vénák eltávolításának számos módszere ismeretes, amelyek közül a fogazott kés elsősorban a nem szondázható erek eltávolítására alkalmazható. Ritkán használatos, mert nem, vagy nem kellően ismerik, ezért alkalmazásának technikái kerülnek az alábbiakban bemutatásra.

Módszerek:

1. Ritkán intraluminarisan kerül bevezetésre. Így a lágyékban a nem szondázható saphena magna és oldalági távolíthatók el.

2. Extraluminaris használata során a műszer külön sebből kerül bevezetésre. Ezzel az oldalágak távolíthatók el, és perforans vénák szakíthatók meg.

3. Horogszerűen is alkalmazható, amikor is a varix előemelése és a folytatásába eső vénaszakasz kihúzása végezhető.

4. A lábszárfelekélyek alatti heges, lipo-dermato-scleroticus területben a perforans vénákat meg lehet szakítani, illetve az itt futó varixokat elroncsolni.

A műszer megfelelő előképzettség utáni alkalmazása elsősorban előrehaladott, szövődményes, illetve recidív esetekben javasolt.

KULCSSZAVAK

varicositas, varicectomy, CVI, műszer, fogazott kés

THE SAW-KNIFE TECHNIQUE

Imre Bihari M. D.

Several methods are known for the removal of varicose veins. The saw-knife is one of them, which is used mainly for the removal of veins not suitable for a probe. Its use is not widespread because it is not known or not known properly; therefore in the following article its technique will be given in detail.

Methods:

1. Occasionally the instrument is intraluminally introduced. This technique removes the greater saphenous stem or its branches in the groin.

2. The purpose of extraluminary usage is the removal of side branches and interruption of perforator veins from a separate incision.

3. This instrument can be used as a hook, when the varicose vein is taken out and a long vein in its entirety is pulled out.

4. Perforator veins can be interrupted and varicose veins damaged in the lipo-dermato-sclerotic scar tissue beneath an ulcer.

The usage of this instrument is recommended after proper training and experience in large, complicated and recurrent varicose vein cases.

KEYWORDS

varicosity, varicectomy, CVI, instrument, saw-knife

Bevezetés

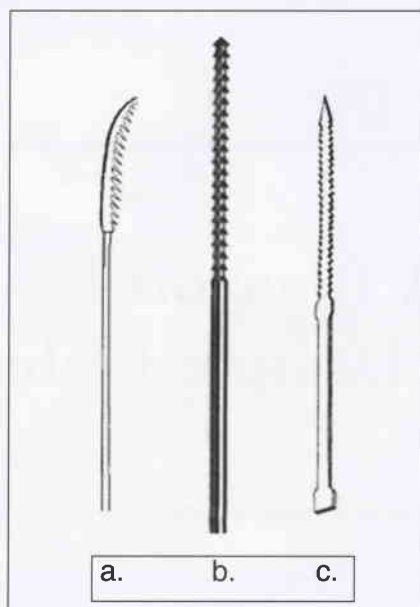
A visszérműtétet egy egységként kell tekintenünk, hiszen bármelyik részfeladatnál hibát vétünk, a beteg nem tesz különbséget abban, hogy melyik technikai rész felelős a hiányosságért. A varicectomia azonban mégis csak részműtétekből tevődik össze, vagyis nemcsak a látható varixok kiiktatásából, hanem a crossectomiából és perforans megszakításból is áll (20). A perforans megszakítás persze nem mindig választható külön a varicosus véna kivételétől. Sok és egyre több módszer ismert a visszerek eltávolítására (1, 2, 7, 9, 10, 11, 14, 16, 18, 22, 25). Tudjuk, hogy ezek a módszerek milyen esetekben, mely szakaszok vagy varix típusok kivételére alkalmazsak, mint például a Babcock-szonda a saphena törzsekre, a SEPS a perforansokra stb.

A továbbiakban egyetlen műszer alkalmazásával kívánunk foglalkozni, egy méltatlanul mellőzött eszközt és annak használatát ismertetjük, mert úgy gondoljuk, hogy tájékozatlanság miatt kerülik alkalmazását. Kétségtelen, hogy újabban az endoluminaris beavatkozások kerültek előtérbe (10, 17), de ezek csak szondázható erek esetében jönnek szóba, míg az alább ismertetésre kerülő műszer elsősorban a nem szondázható varixok kivételére alkalmas.

Mindenek előtt arra kell felhívni a figyelmet, hogy ez a műszer nem a vékony, kozmetikailag zavaró erek kivételének finom eszköze, hanem az előrehaladott krónikus vénás elégtelenség ujjnyi tágasságú vénáé.

Egyik érdekessége jelen tanulmányunknak éppen ez, hiszen a legtöbb műszer alkalmazhatóságának van egy felső határa, míg ennek az eszköznek nincs, vagy inkább úgy lehet fogalmazni, hogy ennek inkább alsó határa van.

A fogazott késnek különböző típusai, módosításai ismertek, de ezeket sem nagyon forgalmazzák (1. ábra),



1. ábra. Különböző fogazott kések:
a. hajlított penge,
b. henger alakú rúd,
c. dupla élezés.
Fig. 1. Different saw-knife types:
a. bent blade,
b. rod-shaped,
c. double-edged.

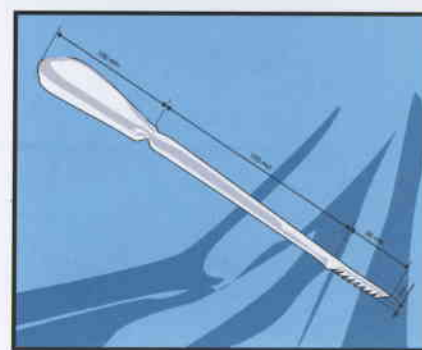
és kevés tudományos publikáció jelent meg róluk (3, 4, 5, 6, 14, 21). Az általunk alkalmazott kés elődjét egyik kollégánk prágai tanulmányútja során látta, majd készítette el itthon annak másolatát.

Csaknem harminc éve használjuk, és a szerzett tapasztalatokat az alábbiakban kívánjuk közre adni.

Műszer

Az eszközt többször módosítottuk, eleinte inkább a kisebb méretet használtuk, rövidebb nyéllel, kisebb pengével és kisebb fogakkal. Később az ellenkező végletbe estünk, és nagy pengét készítettünk, nagy fogakkal.

Most már kialakult a több mint másfél évtizede használt műszer. Ez 28 cm hosszú, ebből 3 cm a penge, 10 cm a markolat és 15 cm hosszú az összekötő rész. A fogak 3 mm magasságúak (2. ábra).



2. ábra. Az általunk használt fogazott kés.
Fig. 2. The saw-knife used by us.

Indikációk

A fenti és a hozzá hasonló műszerekkel mintegy 3000 varicectomiát végeztünk. Használata azokban az esetekben vált be legjobban, amelyekben előrehaladott, súlyos törzsvéna varicositas állt fenn. Előnyösnek bizonyult – különösen a többi műtéti módszerrel összehasonlítva – akkor, ha már a krónikus vénás elégtelenség szövődésményei is kialakultak. A műszer jól alkalmazható scleroterapia vagy műtét utáni recidiv varicositas esetén is. Minden esetben kombinációra törekszünk, vagyis crossectomiával és strippinggel együtt végezzük a fogazott késes eltávolítást. Használatának ideális területe az oldalág varicositas. A saphena törzseket szívesebben vesszük ki strippinggel, a fogazott kést csak a nem szondázható értörzsek esetében vesszük elő. A nagyobb retikuláris varixokat is jól eltávolítja, azonban a kisebb méretűeket szívesebben sclerotizáljuk (5, 8). A fogazott kés az intracutan venectasiák kezelésére egyértelműen alkalmatlan.

Kontraindikációk

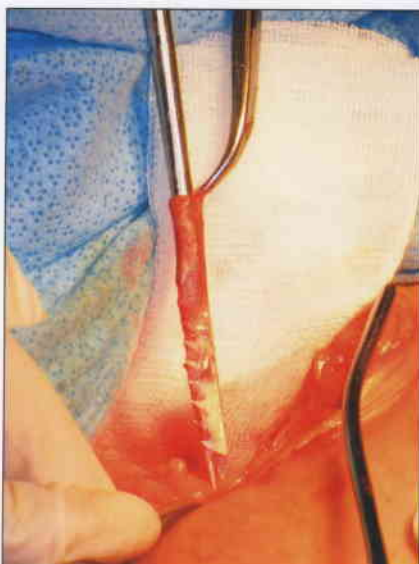
A varicectomia általánosan ismert kontraindikációin túl (8), nem javasoljuk a fogazott kés alkalmazását olyan régiókban, ahol közvetlenül a bőr alatt fontos képletek futnak, például a lábfejen vagy a kézen. Óvatosan kell használni a kést a tibia éle fölött. Általában

a bőséges subcutan zsír megvéd az izom fascia vagy a bőr sérülésétől, sovány betegen mindkét képlet tekintetében óvatosnak kell lenni. Általában a bőr közelében vezetjük, forgatjuk a kést.

Nem távolítjuk el fogazott késsel a v. saphena parva törzsét, amelyet a n. suralis kísér és a v. saphena magna lábszár szakaszát, amelyhez a n. saphenus tapad. Ez utóbbi vénaszakasz rendkívül ritkán tágul ki, eltávolítására nem törekszünk, viszont a vele párhuzamosan futó rendszeresen varicosus lábszár vénákat fogazott késsel vesszük ki. A megkülönböztetés UH alkalmazásával könnyű, amikor is jól látható, hogy a valódi vena saphena magna egy fascia kettőzetben fut, míg a hasonlóan haladó varicosus véna felületesebben, a subcutan zsírban foglal helyet (8).

Tekintettel arra, hogy gyakran alkalmazzuk ezt a műszert thrombosis utáni állapotban, ezért külön kell beszélnünk a terápiás szintű alvadégszintézisben részesülő betegek varicositásának műtétéről. Az alvadégszintézis nem jelent kontraindikációt, viszont egyéni megfontolást igényel a műszer alkalmazhatósága. Ilyenkor a fennálló alvadégszintézis szintet, az eltávolítandó erek mennyiségét és a műtét időtartamát célszerű figyelembe venni. Az alvadégszintézis szedőket rövid időre, a jobban kézben tartható valamelyik injekciós heparin készítményre állítjuk át. Célszerű kihasználni a gyógyszeren kívüli (nem hirdített és nem sponzorált) alvadégszintézis módszereket, a haemodilúciót és a mozgásterápiát, amelyek alkalmazása mellett az alvadégszintézis szintjét kedvezőbb értékre lehet átállítani. Fontos a műtét alatt, hogy megfelelő számú kéz álljon rendelkezésre az azonnali kompressziós vérzéscsillapításhoz, és minél hamarabb fel tudjuk helyezni a kompressziós pólyákat.

Hasonló, jelentős vérzéssel fenyegető állapot a diffúz AV-shuntök fenn-



3. ábra. A fogazott kés bevezetése a v. saphena magna törzsébe.

Fig. 3. Introduction of the saw-knife into the stem of the greater saphenous vein.

állása. Ezt érfejlődési rendellenességek esetében észlelhetjük.

Módszerek

A különböző méretű késekkel különböző méretű vénákat távolítunk el. Az alábbiakban a fent leírt, legjobban bevált műszer technikai lehetőségeit mutatjuk be.

1. *Intraluminaris alkalmazás.* Saphena magna varicositas műtete során használjuk.

a./ A v. saphena magna törzse nem szondázható megtöretés, saccularis tárgulat, billentyű, korábbi műtét vagy scleroterápia, phlebitis stb. miatt. Ebben az esetben a lumenbe bevezetjük a fogazott kést (3. ábra), olyan mélyen, amennyire lehetséges (4. ábra). Ezután tengelye mentén megforgatjuk, ezáltal fogai a véna falába mélyednek és az eret a műszerrel kihúzzuk (5. ábra). Általában helyét, vérzéscsillapítás céljából, néhány percig kézzel komprimáljuk, mielőtt a további szakaszok eltávolítását elvégeztük.

b./ A v. saphena magna jelentősen tágult oldalágába vezetjük a kést és



4. ábra. A kést hosszan bevezetjük a v. saphena magnába.

Fig. 4. The knife is introduced longways into the greater saphenous vein.



5. ábra. Az eltávolított saphena magna törzs.

Fig. 5. The removed greater saphenous stem.

húzzuk ki azt, az a./ pont alatt leírt technikával. Erre rendszerint a v. saphena magna oldalág varicositása esetén szokott szükség lenni.

2. *Extraluminaris alkalmazás.* A bőrt külön késsel, rendszerint 11-es szike pengével szűrjük át. Ezt követően a fogazott kést a bőrrel csaknem párhuzamosan, kis szöget bezáróan átvezetjük a bőrön, majd a subcutan zsírban toljuk tovább, egészen az eltávolítandó varixig (6. ábra). A műszer pengéjét vagy a varix lumenébe vagy a va-



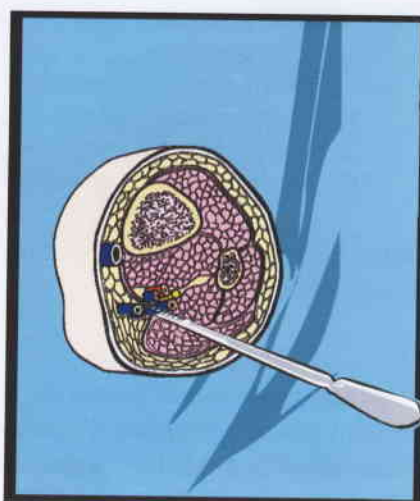
6. ábra. A kést, az itt lévő varicosus véna eltávolítása céljából, közvetlenül a lábszár bőre alá vezetjük.

Fig. 6. The knife is introduced just beneath the skin of the leg to remove a varicose vein.



7. ábra. A fogazott kést horogként is használhatjuk, így hosszú varix szakaszokat emelhetünk ki.

Fig. 7. The saw-knife can be used as a hook so that long varicose veins can be pulled out.



8. ábra. Az ulcus alatti perforans vénákat a subcutan rétegben szakítjuk meg.

Fig. 8. Perforator veins under ulcers can be interrupted in the subcutaneous layer.

rix közvetlen közelébe irányítjuk, itt megforgatjuk, hogy fogai a varix falában rögzüljenek. Ezt követően a műszert az érrel együtt a sebből kihúzzuk. Ezt a manóvert többször ismételve, újabb incisiókat ejtve, hosszú vénaszakaszokat tudunk eltávolítani, és a hozzájuk kapcsolódó perforansokat megszakítani.

3. Horogszerű használat. Az előbbi, 2. pontban leírtakkal azonos módon a varix mellé vezetjük a műszert, majd

horgait a vénába akasztjuk, esetleg tengelye körül megforgatjuk, hogy a horgonyzás szilárdabb legyen. Ezután húzzuk kifelé a műszert, amely a hozzá rögzült varixot is kifelé húzza (7. ábra). Amennyiben a varix környezetéhez kevésbé tapadt, nem heges, és a húzás iránya kedvez az ér kifejtésének, akkor rövidebb-hosszabb szakaszokat így is el tudunk távolítani. Jól bevált a horgolótűnél is használt érfogóra történő feltekerés.

4. *Ulcus alatti alkalmazás.* A láb-szárfekély alatti lipo-dermato-scleroticus terület gyakorlatilag egyetlen heges plakk, amely a bőr és az izom fascia közötti területet tölti ki. Az itt lévő varicosus vénák és perforans erek tehát ebben a hegszövetben, a környezetükhez szorosan kötötten helyezkednek el. Eltávolításuk nem minden esetben lehetséges, viszont elroncsolásuk sikerrel elvégezhető. Ismert, hogy a lipo-dermato-scleroticus terület bőrének sérülése fekélyt okoz (a betegek is mindig erre vezetnek vissza a fekély megjelenését, nem az évtizedek óta fennálló visszeres keringési zavarra). Ezért célszerű ezen elváltozáson kívül ejteni a műtéti metszést és innen bevezetni a fogazott kést. A kés bevezetése még nagyobb ügyességet és tapasztalatot kíván, mint a fenti 2. pont alatt említett esetben, hiszen a heg miatt sokkal nehezebb, és célszerű elkerülni azt is, hogy akár az ulcusban, akár az ulcus mentes területen a felszínre kerüljön a penge. A cél a fekély alatti területben lévő varixok elroncsolása, különös tekintettel az itt lévő perforans vénákra (8. ábra). A fekély alatt minden esetben egy véna szövevény, ún. ulcus párna helyezkedik el, amelynek elroncsolása, esetleg véna részek eltávolítása javasolt.

A vérzéscsillapítás kizárólag kompresszióval történik. Bevált a pólya alá helyezett vastag kötszerrel végzett célzott kompresszió. A pólyákat a műtét után több órával lecsereljük, majd napokig mozdulatlanul fenntartjuk.

Megbeszélés

A fogazott kés a subcutan zsírban futó varicosus vénák eltávolításának eszköze. Látszólag durva, roncsoló eszköz. A gyakorlatban azonban fontos képletek nem kerülnek az útjába, csak az eltávolítandó varicosus vénákat roncsolja. Amikor a varix a fogakra rátekeredett, már nem sérti a környezetet. Megkíméli a bőrt, hiszen a súlyos krónikus vénás elégtelenség

szövődményeivel terhelt esetekben is mindössze 2-4 szúrást ejtünk. Kiemelt jelentőségű alkalmazhatósága fennálló, fenyegető vagy gyógyult ulcus esetén, hiszen az egyéb perforans megszakító módszerek vagy idő- vagy költségigényesek, ugyanakkor nem eredményesebbek, mint ez az eljárás (2, 9, 12, 13, 24), (9. ábra).

A fogazott kés alkalmazásánál fontos a megfelelő *műtét előtti bejelölés*. Mindig az ér lefutását, nem a metszési helyeket rajzoljuk be. Ezzel is elősegítjük a kés kevesebb mozgását, atraumatikusabb használatát.

Fontosnak tartjuk felhívni a figyelmet arra, hogy a műszer alkalmazása *nagyobb felkészültséget igényel*, mint a horgolótűs módszer (18, 19, 25), illetve a varicectomiára alkalmazott egyéb eljárások (1, 2, 9, 11, 13, 14, 18, 22). Tekintettel arra, hogy a műszer pengéje a beavatkozás során nem látható, csak a tapintási információkra tudunk hagyatkozni. Részben a kést tartó kéz érzékelése, részben a másik kéz tapintása ad információt a penge helyzetéről, a varix rögzüléséről és az ér eltávolítás menetéről.

Már az alvadásgátlás említése során szó volt a vérzéscsillapítás módszeréről. Itt ismét kiemeljük, hogy lekötéseket nem alkalmazunk, ennek következménye, hogy *több suffusióval kell számolnunk*, mint a horgolótűs módszer alkalmazása során. Az eljárás előnye ugyanakkor az, hogy a betegbe idegen anyag nem kerül.

Amennyiben valamely szakasz eltávolítása nem sikerül a fogazott késsel, azt *ne próbálgassuk túl sokszor*, nehogy túl sok zsírt roncsoljunk, vagy melléksérülést ejtsünk. Mi a műtét után scleroterápiával oldjuk meg az ott maradt varixokat. Erre azért is szükség van, mert – mint rendszerint tapasztaljuk – különböző méretű visszér tárgulatok vannak a végtagon (5), amelyek közül a vékonyakat célszerű a műtét után sclerotizálni. Ha erre a beteg figyelmét előre felhívjuk, akkor ezt ő nem sikertelenségként éli meg.



9. ábra. a. V. saphena magna törzsvéna varicositas a tibia fölött elhelyezkedő ulcus crurisszal.
b. A műtét utáni 3. héten készült kontroll felvétel; a nyílak a fogazott kés bevezetésére szolgáló szűrő-metszések helyét mutatják.
c. A beavatkozás után 2 hónappal készült felvétel.
Fig. 9. a. Greater saphenous vein varicosity with crural ulcer over the tibial edge.
b. Check-up after 3 weeks. Arrows point the sites where saw-knife was introduced.
c. After 2 months.

A fogazott késes eltávolításra a *vas-kos falú, erős varixok ideálisak*, amelyeket leggyakrabban fiatal sportoló férfiakon találunk. A legkevésbé alkalmas a szakadékony varix, amely idős, legyengült nőbetegnél fordul elő.

A műszer előnye, hogy a környezetéhez *hegesen tapadó* vénákat is képes megoldani, vagy eltávolítással, vagy a varix elroncsolásával. Ilyet phlebitis vagy scleroterápia után, vagy lipo-dermato-scleroticus szövetben, illetve varicectomia hegében találhatunk.

Talán nem lényegtelen megemlíteni, hogy fogazott kés alkalmazása esetén a műtét teljes *időtartama* nem hosszú. Szövődménymentes varixok eltávolítása során ez 25-40 perc, míg kiterjedtebb, illetve recidív varicositas, vagy bőr szövődmények, ulcus fennállása során 50-70 perc.

Szövődmények előfordulása természetesen lehetséges, különösen kevés gyakorlat esetén. A kés sértheti az ép

bőrt, azt belülről denudálhatja, de ez suffusión kívül egyéb rendellenességet nem szokott okozni. Beleakadhat a fasciába, az izomba, amely az izom bevérzés miatt a po. időszakban jelentős fájdalmat okozhat. Kevesebb idegsérülés következik be, ha a v. saphena magna lábszárszakaszát nem strippinggel, hanem fogazott késsel távolítjuk el, ugyanis az előbbi a valódi, nem tárgult, ideggel kísért saphena törzset, míg az utóbbi a varicosus felszíni eret távolítja el. Fertőzés a fogazott kés alkalmazási területében még jelentős haematoma fennállása esetében sem szokott bekövetkezni, ezért ilyenkor antibiotikum adása nem indokolt. Végül is azt mondhatjuk, hogy ez a műszer ugyanúgy, mint több másik, széles indikációs körrel rendelkezik. Alkalmazása számos esetben előnyös, egyéb módszereknél jobb lehet. Bevezetése előtt több tájékozódás szükséges, mint más műszerek használata előtt.

Irodalom

1. *Babcock, W. W.*: A new operation for extirpation of varicose veins of the leg. *N. Y. Med. J.*, 86: 153-156. (1907.)
2. *Bende J., Mátyás L., Virág B., Hajdu J., Helembai L., Medgyesi G., Senánszky M.*: Új módszer az elégtelen alsó végtagi perforans vénák ellátására. *Orv. Hetil.*, 139: 2017-2019. (1998.)
3. *Bihari I., Lakner G.*: Varicectomia módosított Klapp kés alkalmazásával. *Magyar Seb.*, 36: 249-251. (1983.)
4. *Bihari I., Molnár Gy., Garcia J.*: Módosított visszérműtéttel elért eredményeink. *Orv. Hetil.*, 128: 463-467. (1987.)
5. *Bihari I.*: Az alsó végtagi varicositas kezelése scleroterápiával és műtéttel. Kandidátusi értekezés. Budapest, 1987.
6. *Bihari I., Lakner G.*: Removal of varicose veins using Smetana's saw knife. *Plebology '85.*, szerk.: Davy, A., Stemmer, R. John Libbey, London, Paris, 1989. 1018-1020.
7. *Bihari I.*: Az alsó végtagi varicositas műtéti eltávolításának módszerei. *Érbetegségek*, 6: 55-66. (1999.)
8. *Bihari I.*: Visszérbetegség és kezelése. Á+B Kiadó, Budapest, 2004.
9. *Conrad P.*: A lábszár perforans vénáinak megszakítása laparoscop segítségével. *Érbetegségek 4(Suppl.)*: 31-32. (1998.)
10. *Kabnick, L. S., Merchant, R. F.*: Twelve and twenty-four month follow-up after endovascular obliteration of saphenous vein reflux – a report from the multi-center registry. *J. Phlebology*, 1: 17-24. (2001.)
11. *Kollár L., Rozsos I., Menyhei G., Kiss T.*: Új sebészi eljárás a varicosus vénák kezelésében: A kryovaricectomia. *Magy. Seb.*, 45: 337. (1992.)
12. *Linton, R. R.*: The communicating veins of the lower leg and the operative technic for their ligation. *Ann. Surg.* 107: 582. (1938.)
13. *Linton, R. R.*: Post-thrombotic ulceration of the lower extremity: Its etiology and surgical management. *Ann. Surg.*, 138: 415-432. (1953.)
14. *Madelung, H.*: Über die ausschaltung cirroider varizen an den unteren extremitäten. *Verhandl. Deutsch. Chir.*, 13: 114-117. (1884.)
15. *Menyhei G., Kiss T., Cseke P., Pataki N., Szikra S., Wittmann F.*: Visszérműtéteink eredményei a Smetana-kés alkalmazása óta. *Magy. Seb.*, 44: 119-122. (1991.)
16. *Müller, R.*: Traitement des varices par la phlébectomie ambulatoire. *Phlébologie*, 19: 277-279. (1966.)
17. *Navarro, L., Min., R. J., Boné, C.*: Endovenous laser: A new minimally invasive method of treatment for varicose veins. *Dermatol. Surg.*, 27: 117-122. (2001.)
18. *Oesch, A.*: Pin-stripping. A novel method of atraumatic stripping. *Phlebology*, 8: 171-173. (1993.)
19. *Ramelet, A. A.*: Müller phlebectomy. *J. Dermatol. Surg. Oncol.*, 17: 814-816. (1991.)
20. *Sándor T.*: A varicositas korszerű műtéti kezelése. *Bőrgyógy. Vener. Szle.*, 60: 84-92. (1984.)
21. *Sándor T., Jakab I., Turcsányi G.*: Modern surgery of varicose veins: removal of branches by crochet hook. *Phlebologie '92.*, szerk.: P. Raymond-Martinbeau, R. Prescott, M. Zummo, John Libbey Eurotext., Paris, 1992. 979-981.
22. *Scavée, V., Schoevarlds, J. C.*: Transillumination Powered Mini-Phlebectomy: Practice points. *Phlebology*, 17: 143-144. (2002.)
23. *Smetana, J.*: Nuz k operacim varixu. *Rozhledy v. Chirurgii.*, 53: 842-843. (1974.)
24. *Szendrői T., Szűcs I., Miszti Gy., Kathy S., Hajdu Z.*: Endoscopos subfascialis vena dissectio. *Orv. Hetil.*, 139: 631-633. (1998.)
25. *Várady Z.*: Az esztétikus visszérműtét technikája. *Érbetegségek*, 1(2): 29-33. (1994.)

Dr. Bihari Imre

1081 Budapest, Népszínház u. 42-44.

Mi újság a Compri-Med Kft.-nél?

Új termékeink:

☞ **BODYFORM** harisnyanadrág

– annyiban különbözik a szokásos harisnyanadrágoktól, hogy a kompresszió nem ér véget a combtónél, hanem egyre csökkenő mértékben egészen derékig tart. Már most igen népszerű lett a lipödémás hölgyek körében.

☞ **VENO-LEG Creme**

– gél állagú, kellemes illatú, gyorsan beszívódó testápoló, amely csökkenti a láb bőrének szárazságát, (ez gyakran előfordul kompressziós harisnyák hordásakor), enyhe mentol tartalma hűsíti a lábat, és a krém nem károsítja a kompressziós harisnyát, sőt, segíti a harisnya felvételét.

☞ **LIQUACARE** folyadékos talpbetét

– folyékony gél tartalmú, szövet borítású, mosógépben is mosható talpbetét, amelyben a folyadék anatómiailag megtervezett „csatornában” áramlik, folyamatosan masszírozva a talpat állás és járás közben. Alkalmazható álló vagy megterhelő munka esetén, fáradt lábra, visszseresség, avagy cukorbetegség és terhesség esetén is. Az állás és a járás szenzációs élménnyé válik, a betét hatékonysága vetekszik a prevenció harisnyákéval.

A Compri-Med Kft. internetes elérhetőségei:

e-mail: info@compri-med.hu; weblap: www.compri-med.huA SIGVARIS honlapja: www.ganzoni.com

COMPRI-MED KFT., 1062 Budapest, Aradi u. 41. Telefon/fax: 311-1883.

Nyitva tartás: hétfőtől péntekig 9-17 óra között.

Kongresszusok – rendezvények

Orvostudomány Történetének 40. Nemzetközi Kongresszusa. 2006. augusztus 26-30., Budapest.

Információ: www.ishm2006.hu.

Magyar Sebész Társaság Jubileumi Kongresszusa. 2006. szeptember 6-8., Budapest.

Információ: www.convention.hu, www.mst58.hu, kbagdi@convention.hu

6. Intervencionális MRI Szimpózium. 2006. szeptember 15-16., Lipcse, Németország.

Információ: website: www.uni-leipzig.de/radiol, email: kahn@medizin.uni-leipzig.de

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) Észak-Amerikai Kongresszusa. 2006. szeptember 15-17., Dallas, TX, USA.

Információ: www.amsocang.org; e-mail: sheila@westminsterpublications.com

Európai Érsebészeti Társaság (ESVS) 20. Évenkénti Kongresszusa. 2006. szeptember 21-24., Hilton Hotel, Prága, Csehország.

Információ: www.esvs.org

Laparoscopos Aortoiliacalis Műtétek Gyakorlati Továbbképzése. 2006. szeptember 28-30., Strassbourgi Egyetem, Franciaország.

Információ: www.websurg.com, www.eits.org, info@eits.fr

Német Phlebológiai Társaság 48. Évenkénti Kongresszusa. 2006. október 4-7., Roctock, Németország.

Információ: website: www.phlebologie2006.de

Szlovák Angiológiai Társaság Kongresszusa. 2006. október 11-14., Tatranske Zruby, Szlovákia.

Információ: e-mail: ewald.ambrozy@angiology.sk

Magyar Atherosclerosis Társaság XVI. Kongresszusa. 2006. október 12-14. Sopron, Hotel Szieszta.

Információ: www.mat.dote.hu; e-mail: paragh@internal.med.unideb.hu; szalma.marta@motesz.hu; polgar.eniko@motesz.hu

Scleroterapia 2006-ban. 2006. október 20-21., Bologna, Olaszország.

Információ: website: www.valet.it, email: congresso@valet.it, info@venavaricoso.it

Fiatall Angiológusok V. Országos Fóruma. 2006. október 26-28., Balatonkenese, TELECOM-Üdül.

Információ: dr. Dlustus Béla, MH Központi Honvédkórház, Általános és Érsebészeti Osztály, 1153 Budapest, Pf. 1., e-mail: vallusg@t-online.hu

21. Berlini Érsebészeti Szimpózium. 2006. november 8-12., Berlin, Németország.

Információ: profhepp@aol.com, www.gefasschirurgie.ost-west.de

Phlebológusok és Sclerotizálók Klubja. 2006. november 17., 15-18 óra között, Budapest, Grandhotel Hungaria.

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

Carotis Angioplastica és más Cerebrovascularis Intervenciók 6. Nemzetközi Kurzusa. 2006. november 23-25., Frankfurt, Németország.

Információ: www.iccaonline.org

Aorta Sebészeti Kongresszus. 2006. december 15-16., Milánó, Olaszország.

Információ: website: www.congress.spr.it/aorticsurgery, email: aorticsurgery@spr.it

21. Nemzetközi Frankfurter Phlebológiai és Minisebészeti Workshop. 2007. március 16-17., Frankfurt, Németország.

Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123., Frankfurt am Main, 60313, Deutschland. Website: www.venenklinik-frankfurt.de; email: profvarady@aol.com

Diabeteses Láb Globális Konferencia. 2007. március 22-24., Los Angeles, USA.

Információ: conference@dfcon.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 17. Európai Kongresszusa. 2007. április 26-29., Nicosia, Ciprus.

Információ: www.eurochaptercyp-rus.com

Nemzetközi Phlebológiai Egyesület (UIP) 16. Világkongresszusa. 2007. július 18-20., Kyoto, Japán.

Információ: www.js-phlebology.org/english

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 23. Kongresszusa. 2008., Görögország. (Időpontot még határoztak meg.)

www.erek.hu:

a MAÉT és

a MACIRT

hírei, közleményei

a honlapon

Az elmúlt évek tapasztalatait összegezve, ígéretünkhöz híven, megújítottuk honlapunkat. Nagyobb súlyt kívánunk adni a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság híreinek és eseményeinek. A honlapon megtalálható a Társaság alapszabálya, a vezetőségi tagok névsora és elérhetősége. Folyamatosan beszámolunk a vezetőségi ülések döntéseiről és az elkövetkező ülések időpontjairól és helyszíneiről. A fotógalériánkban megtalálható a 2005. évi MAÉT-MACIRT kongresszus képanyaga. Ugyancsak vállaltuk a Magyar Heamorheológiai Társaság híreinek közzétételét. Az *Érbetegségek* című folyóirat absztraktjait az anyagok összeállítása után ugyancsak közzé tesszük. Arra kérek minden Kedves Olvasót, hogy közérdekű információit küldje el e-mailben a következő címre: gabor.keresztes@aok.pt.hu.

Prof. dr. Kollár Lajos
a MAÉT elnöke

Bizonyítékok a Venastat[®] (escin) lizoszomális enzimek szérumszintjének csökkentésére

Kreysel, H. W., Nissen, H. P., Enghofer, E.

VASA, 1983.; 12: 377-382.

Bevezetés

A hajszálérfal átjárhatóságának, permeabilitásának és a hajszálerek törékenységének, fragilitásának közös alaktani, morfológiai alapját a legnagyobb valószínűséggel az ereket bélelő egyrétegű laphámsejtek közötti kötőanyag képezi.

Ez az anyag proteoglikán molekulákból áll. A proteoglikánok folyamatosan keletkeznek építőköveiből, nevezetesen a hexózaminokból vagy az uronsavból és fehérjékből, majd folyamatosan lebomlanak építőköveikre. Fokozatos lebomlásukat a lizoszomális enzimek katalizálják. Ezek aktivitásának megnövekedése a proteoglikánok normálisnál gyorsabb lebomlásához vezethet, és így az újraképződés nem képes ezzel lépést tartani: tehát bekövetkezik a hajszálérfal teljes proteoglikán tartalmának csökkenése. Következésképpen fokozódik azoknak a fehérjemolekuláknak a kiáramlása, amelyek normális körülmények között megmaradnak a hajszáléren belül, és egyidejűleg lazábbá válhat a szerkezeti elemek közötti kapcsolat is.

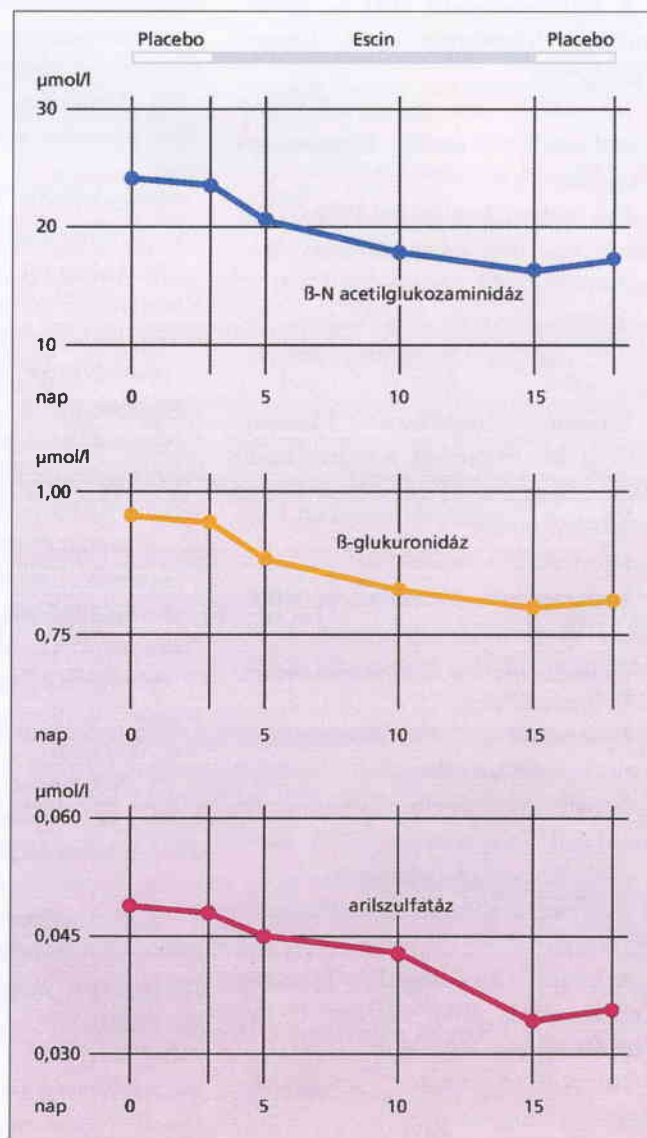
Hipotézis

– A proteoglikánok mind a hajszálérfal átjárhatóságának, mind a hajszálerek törékenységének meghatározásában kulcsszerepet játszanak;

– a Venastat[®] egy, az erekre ható gyógyszer, amelyről bebizonyosodott, hogy hatékonyan befolyásolja mind a hajszálérfal átjárhatóságát, mind a hajszálerek törékenységét, lelassíthatja a proteoglikánok kórosan megnövekedett lebomlását, és így helyreáll a hajszálérfal normális szerkezete és működése.

A vizsgálat paraméterei

- Placebo kontrollált, vak vizsgálat.
- Résztvevők: 26 önkéntesen jelentkezett, 18 egészséges és 8 visszértágulatban szenvedő személy.
- Diagnózis: láb varicositas.
- Gyógyszer: escin, placebo.
- Adagolás és alkalmazás: 3x50 mg escin per os 12 napig, előtte és utána 3 napos placebo kezelés.



Az aktív kezelés során mindhárom vizsgált enzim aktivitása csaknem azonos mértékben csökkent: a β-N-acetilglukozaminidázé 29,1%-kal ($p < 0,01$), a β-glukuronidázé 25,7%-kal ($p < 0,01$), az arilszulfatázé 28,7%-kal ($p < 0,01$), mindegyik a placebo-értékhez viszonyítva.

VENASTAT®

Klinikailag bizonyított hatású¹, természetes hatóanyagú gyógyszer a krónikus vénás elégtelenség kezelésére.



Hatóanyaga a HCSE (vadgesztenyemag standardizált kivonata):

- bizonyítottan csökkenti a beteg szubjektív panaszait²
- ödéma csökkentő hatása egyenértékű a kompressziós terápiáéval¹
- gátolja a lysosomális enzimek felszabadulását³

Venastat kapszula rövidített alkalmazási előírás:

Hatóanyag: Hippocastani extr. semen sicc. norm. (4,5 - 5,5 . 1 tömegarányú) 240,0 - 290,0 mg, amely megfelel 50 mg escinnek kapszulánként. **Indikációk:** Krónikus vénás elégtelenség tüneti kezelésére, amely rendszerint visszéréssel, alsóvégtag ödémával és a következő szubjektív panaszokkal jár együtt: fájdalmas és elnehezült lábak, éjszakai lábikragörcs, feszülés és viszketés. **Adagolás és alkalmazás:** Naponta kétszer egy retard kapszula. A kapszulákat étkezés előtt, folyadékkal, szétrágás nélkül kell lenyelni. **Ellenjavallatok, gyógyszerköcsönhatások és egyéb interakciók:** Nem ismertek. A készítmény alkalmazása a terhesség és a szoptatás időszakában: A készítmény hosszú ideig történő humán alkalmazás során sem észleltek embriotoxikus/teratogén hatást. Az általános orvosi gyakorlatnak megfelelően a készítmény használata terhesség idején az előnyökkel szembe mérlegelése után javasolható. Nem ismert, hogy a készítmény kiválasztódik-e az anyatejbe, ezért szoptatás alatt a készítmény adása kerülendő. **Mellékhatások, túladagolás:** Ritkán hányinger, gyomorpanaszok, viszketés jelentkezhet. Eddig túladagolásról nem számoltak be. **Kérjük, olvassa el a részletes alkalmazási előírást!** Alkalmazási előírás dátuma: 2004. július 26. A Venastat recept nélkül kapható gyógyszer 30x és 60x készerelemben.



1. Diehm et al. Comparison of leg compression stocking and oral horse-chestnut seed extract therapy in patients with chronic venous insufficiency. The Lancet 1996; 347:292-294.
2. Czeszko, Pöhlmann horse chestnut extract. An effective therapeutic concept in the doctor's office: conservative treatment of CVI. Fortschr. Med. 1996; 114 (15): 196-200. 3. Alkalmazási előírás

Jól jár vele.



**Boehringer
Ingelheim**

Boehringer Ingelheim
1124 Bp., Dobsinai u. 19.
Telefon: (1) 224 7131

– A vizsgálat célja: a három lizoszomális glikozaminoglikáz enzim szérumszintjének összehasonlítása.

Eredmények

A visszértágulatban szenvedő betegeknél nagy mértékben megnövekedett az enzimek aktivitása a szérumban, a növekedés mértéke hasonló nagyságrendű a β -glukuronidáz (+70%) és a β -N-acetilglukozaminidáz (+63,5%) esetében, és ennél is magasabb az arilszulfatáz vonatkozásában (+121,7%).

A β -N-acetilglukozaminidáz a β -glukuronidáz és az arilszulfatáz aktivitásának időbeli változása hasonló volt a Venastat® kezelés alatt: a placebóval történt kontroll kezelés három napja után, már az aktív kezelés első három napja alatt mérhető csökkenés következett be. A kezelés harmadik napjának végén a β -N-acetilglukozaminidáz és a β -glukuronidáz aktivitása kifejezetten csökkent, (13%, $p < 0,01$, illetve 21%, $p < 0,05$), míg az arilszulfatáz szérumszintje valamivel kisebb mértékben csökkent (a placebo-érték 91,8%-ára). Az arilszulfatáz aktivitás viselkedésének enyhe eltérése azzal a ténnyel magyarázható, hogy az enzim szérumszintje – összehasonlítva a másik kettővel – alacsonyabb.

Az aktív kezelés során mindhárom vizsgált enzim aktivitása csaknem azonos mértékben csökkent: a β -N-acetilglu-

kózaminidázé 29,1%-kal ($p < 0,01$), a β -glukuronidázé 25,7%-kal ($p < 0,01$), az arilszulfatázé 28,7%-kal ($p < 0,01$), mindegyik a placebo-értékhez viszonyítva. Ez azt jelenti, hogy a hosszú idejű Venastat® kezelés befolyásolhatja a kitágult visszerek falának kollagén tartalmát és felépítését, és így helyreállíthatja azok rugalmasságát és összehúzó képességét is.

Összefoglalás

A három glikozaminoglikáz-enzim, vagyis a β -N-acetilglukozaminidáz, a β -glukuronidáz és az arilszulfatáz aktivitását a visszértágulatban szenvedő betegek szérumban jelentősen emelkedettnek találtuk (60% és 120% között) az egészséges személyekhez viszonyítva.

A vizsgálat eredményei alátámasztják, hogy a Venastat® (escin) a lizoszomális enzimek aktivitásának csökkentésével mérsékli az ödéma kialakulását. Az enzimek csökkenése alapján lassul a szubsztrátok, azaz a glikozaminoglikánok bomlási-felépülési körfolyamata.

Mivel a glikozaminoglikánok az interendoteliális alapanyag összetevői, amelyben mind a „molekuláris szűrő”, mind a „cement” funkcióhoz hozzájárulnak, a gyógyszer jól dokumentált, a hajszálérfal átjárhatóságára és a hajszálerek törekenységére vonatkozó hatásai igazolást nyertek.

FAOF V., második értesítés, tudományos programtervezet

2006. október 26., csütörtök

12.00-14.30 Élő videokonferencia

Moderátorok: *prof. dr. Nemes Attila, dr. Nemes Balázs, dr. Szentpétery László*

14.30-15.00 Megbeszélés

15.00-15.30 Hivatalos megnyitó

15.30-18.00 *I. szekció: intervenciók szekció.*

Felkért referáló előadók: *dr. Lázár István, dr. Kasza Gábor, dr. Hüttl Kálmán*

18.15-19.00 I. Szponzori szimpózium

19.30-tól Állófogadás a Honvédüdülőben

2006. október 27., péntek

08.00-10.00 *II. szekció: Obliteratív artériás betegségek és a Raynaud-szindróma belgyógyászati kezelési lehetőségei.*

Felkért referáló előadók: *dr. Landi Anna, dr. Farkas Katalin, dr. Pécsvárady Zsolt*

10.00-10.30 Szünet

10.30-12.30 *III. szekció. Új rizikótényezők az atherosclerosisban és kezeléseik. Diabetes mellitus.*

Felkért referáló előadók: *prof. dr. Karádi István, dr. Dósa Edit, dr. Schandl László*

12.30-14.00 Ebéd

14.00-15.45 *IV. szekció. Krónikus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája, I.*

Felkért referáló előadók: *dr. Apor Asztrid (dg.), dr. Varga Eszter (bel.), dr. Tóth Gyula (érseb.)*

15.45-16.00 Kávészünet

16.00-17.30 *V. szekció. Krónikus alsó végtagi ischaemia kezelési taktikája, II. Előadások.*

17.45-18.30 II. Szponzori szimpózium

20.00-24.00 Gálavacsora a Marina Port Szállodában.

2006. október 28., szombat

08.00-08.45 III. Szponzori szimpózium

09.00-11.00 *VI. Szekció. Varicositas.*

Felkért referáló előadók: *dr. Bihari Imre, dr. Vallus Gábor.*

Mélyvénás thrombosis kezelési taktikája.

Felkért referáló előadók: *dr. Szatmári Ferenc, prof. dr. Pénzes István, dr. Menyhei Gábor*

11.00-11.30 Szünet

11.30-13.00 *VII. szekció. VARIA. (Haemodialysis fistulák és gondozásuk.*

Felkért referáló előadók: *dr. Bíró Gábor, dr. Nyíredi Géza*

Poszter szekció. 2006. október 28-án, 10.00-12.00 között.

Tanulmányok esetek.

Felkért referáló előadók: *dr. Juhász György, dr. Papp László.*

13.00-14.00 Ebéd

14.00-15.00 **TESZTVIZSGA**

15.00 A kongresszus zárása

Ultrahangos Work Shop. 2006. október 27-én, 10.00-12.00 között (Telecom üdülőben)

Műtősnői Fórum. 2006. október 27-én, 15.00-17.00 között (Honvédüdülőben)

16.00-20.00 Hajókirándulás

A szakmai program alapján a **Fiatallangiológusok Fóruma 34 kredit pont**, a **Műtősnői Fórum 10 kredit pont** értékű.

A regisztrációs lap és az absztrakt bejelentő lap a [http://www.sote.hu/intezetek/?inst __id=40](http://www.sote.hu/intezetek/?inst__id=40) weboldal „Okta-tás” menüpontja alól is letölthető.

Fiatal Angiológusok V. Országos Fóruma FAOF V. 2006. október 26-28. Balatonkenese Telecom- üdülő Kongresszusi Központ	Beküldendő: Kérjük figyelmesen töltsse ki, majd küldje el levélben, <u>faxon, vagy E-mailben</u>	FAOF V. MH Központi Honvédkórház Általános- és Érsebészeti Osztály 1134 Budapest Róbert Károly körút 44. Pf. : 1. Telefon : 1 - 465-0571 1-329-7096 Fax : 1 - 465-0572 1-329-7096 E-mail : katasztrofa@mhkh.hu Honlap : http://www.sote.hu/intezetek/?inst_id=40
--	--	--

Regisztrációs lap	NÉV :	PECSÉTSZÁM:
Elérhetőség	Cím :	
	IRÁNYÍTÓSZÁM:	VÁROS:
	TELEFONSZÁM:	UTCA:
	E-MAIL:	FAX :
	KÍSÉRŐ SZEMÉLY:	

Konferencia díjak	<i>Regisztrációs díj</i>	2006.09.15-ig	2006.09.15 után	<i>Összesen</i>
	RÉSZTVEVŐ	<input type="checkbox"/> 7000 Ft	<input type="checkbox"/> 9000 Ft	
	KÍSÉRŐ	<input type="checkbox"/> 5000 Ft	<input type="checkbox"/> 6000 Ft	
	GÁLAVACSORA 2006. OKTÓBER 27.	<input type="checkbox"/> 5.000 Ft / fő		

A regisztrációs díj tartalmazza a konferencián való részvételt, a pontszerző igazolást, a kongresszusi táskát, kitzűt, október 26-án az esti állófogadást és a hajókirándulást.

Szálláshelyek	<i>Szálloda, reggelivel</i>	Egyágyas	Kétágyas	október 26	október 27	
	MARINA-PORT	<input type="checkbox"/> 18.000	<input type="checkbox"/> 13.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TELECOM-ÜDÜLŐ	<input type="checkbox"/> 18.000	<input type="checkbox"/> 13.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
YACHT KLUB	<input type="checkbox"/> -----	<input type="checkbox"/> 13.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
HONVÉDÜDÜLŐ	<input type="checkbox"/> 10.000	<input type="checkbox"/> 8.000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
EBÉDJEGYET KÉREK	2.400 Ft / fő / nap		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

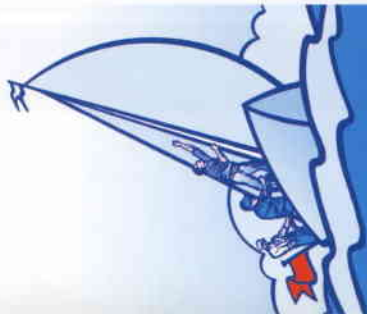
SZOBATÁRS NEVE:	Mindösszesen:	Ft
-----------------	----------------------	-----------

Fizetési mód	<input type="checkbox"/> CSEKK	<input type="checkbox"/> KÉSZPÉNZ	<input type="checkbox"/> ÁTUTALÁS – DYSBASIA ALAPÍTVÁNY 11991102-02148557
	<input type="checkbox"/> SPONSOR	KAPCSOLATTARTÓ NEVE, TELEFONJA:	
	SZÁMLÁZÁSI CÍM:		

**A csekken, átutaláson nevét feltüntetni sziveskedjen. Amennyiben számláját cég egyenlíti ki, jelentkezését abban az esetben tudjuk elfogadni, ha a megnevezett cég igazolja a költségek átvállalását.
Regisztrációnál kérjük a befizetési okmány másolatát bemutatni sziveskedjen.**

DÁTUM:

Suprasorb® – A nedves sebkezelés csapata



Seb állapota
 ■ nekrotikus seb
 ■ lepedékes seb
 ■ granuláló seb
 ■ húmosodó seb

A seb mélysége
 ■ mély
 ■ felületi

A fertőzött sebeknél is alkalmazható

Váladákozás mértéke
 ■ gyenge
 ■ mérsékelt
 ■ erős

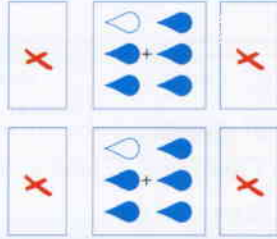
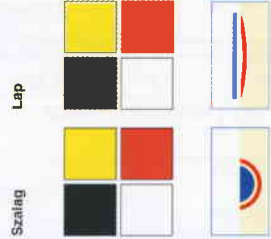
Másodlagos kötés szükséges

Lehetséges Suprasorb® kombinációk
Megjegyzés

* A fertőzött sebeknél ne használja nedvszívó másodlagos kötéseire!

A tisztító

Suprasorb® A Calcium-alginát

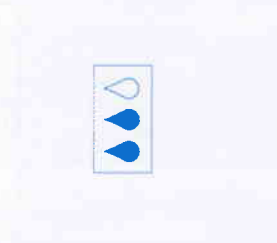
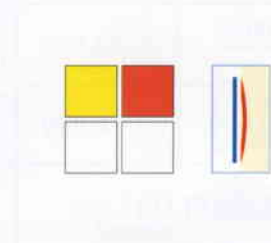


P H M F
 P H M F



Az egyszerű

Suprasorb® P PU habkötészer

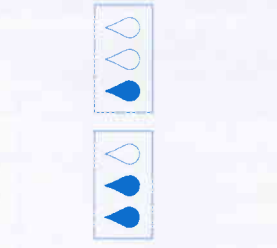
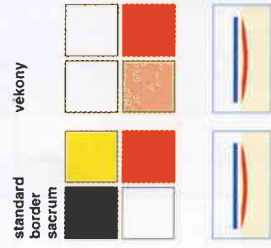
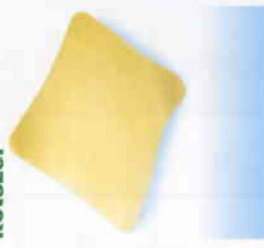


A C G
 A C G



A sokoldalú

Suprasorb® H hidrokolloid kötszer

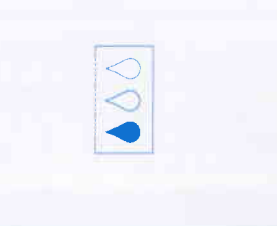
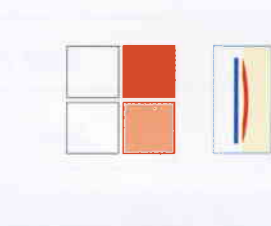


A C G
 A C G



A flexibilis

Suprasorb® M féligáteresztő membrán

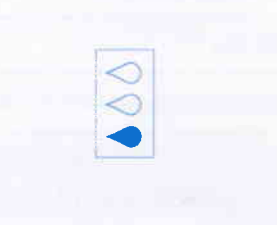
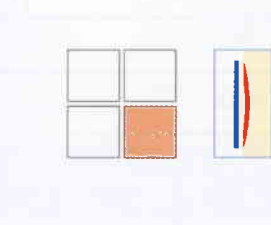


A C G
 A C G



Az átlátszó

Suprasorb® F filmkötészer



A C G
 A C G



Nekrotikus felszínre

Suprasorb® G hidrogél

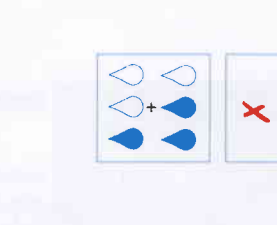
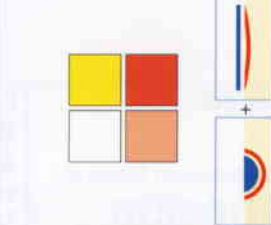


P H M F
 P H M F



A plusz

Suprasorb® C natív kollagén



P H M F
 P H M F

* krónikus, stagnáló sebeknél
 * vérzéscellapító hatású



Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló megírásához

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

Kitekintést kívánunk adni a nemzetközi szakirodalomra, referátumok formájában. Szívesen látunk beszámolókat külföldi rendezvényekről, tanulmányutakról, amelyeknél a rendezvényen megismert szakmai újdonságokra, vitás kérdésekben kialakult állásfoglalásokra helyezük a hangsúlyt.

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

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

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást igyekezünk kerülni. A közleményben következetesen azonos fogalom megjelölésére egyformán írt szavakat elfogadjuk. Lehetőleg csak az általánosan elfogadott *rövidítéseket* használjuk, mert az újak megnehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetők.

Az *ábrák és fényképek* hátlapján *ceruzával* az első szerző nevét és a cím első szavait, valamint a kép felső szélét nyílalal kérjük jelölni. A színesen küldött képeket külön költség nélkül színes nyomással közöljük. Az ábra, táblázat és fénykép aláírásokat lehetőleg angolul is kérjük beküldeni.

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

Az irodalomjegyzékben vagy az idézés sorrendjében, vagy névsor szerint kérjük megszámozni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát feltüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám és végül az évszám zárójelben pl.: Bihari I., Meleg M.: A végtaglymphoedema konzervatív kezelése. Orv. Hetil. 132: 1705-8. (1991). Könyv idézésekor az idézett részlet oldalszámát is kérjük megjelölni, pl.: Tomcsányi I.: Nem szívsebész által is (sürgősséggel) elvégezhető beavatkozások. In.: Sebészeti műtéttan, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon. A cikk végén az *első szerző levelezési címét* kérjük megadni. Javasoljuk, hogy a szerző egy példányt őrizzen meg saját magának. Folyóirat cikkének *referátumában* kérjük feltüntetni a közlés helyét és a szerzőket. Ennek terjedelme egy-két gépelt oldal (2-es sorközzel) legyen. Nem elégszünk meg pusztán az összefoglaló fordításával.

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

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaságba. A tagdíjat (2006-ban 2000,-Ft) a megküldendő csekken befizetem. KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!

Név:.....

Cím:.....

Telefon- és faxszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

Beosztás:.....

Szakterület:.....

.....
aláírás

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 mozgásképességet 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**

Krónikus Vénás Betegségben (CVB)

Miért ne
alkalmazna egy gyors
és tartós kezelést?



doXium® 500

✓ **Közgyógy listára
rendelhető!**

DOXIUM 500 mg kapszula C058X 01

HA: Calcium dobesilate, **JA:** Microangiopathiák, különösen retinopathia diabetica.
Alsó végtagi krónikus vénás elégtelenség. Adjuvánsként tromboflebitis superficialis, postthrombotikus szindróma, arterio-venosus eredetű microcirculatio zavarok, aranyeres panaszok esetén. (F: 500-100 mg/NAP ÉTK, KÖZBEN, MAX, 1500-200 mg /NAP), **EJ:** Gy, túlérz, **RE:** Grav, Lact,

MH: Gastrointestinalis panaszok, hányinger, hasmenés, bőrkiütés, láz.

Fizetendő fogyasztói ár (TB támogatással):

Doxium 500 mg kapszula **30x - 742,-** (TB támogatás összege: 579,-)

Doxium 500 mg kapszula **60x - 1157,-** (TB támogatás összege: 1158,-)

Közgyógylistára rendelhető!

A termék vényköteles! Kérjük olvassa el a részletes alkalmazási előírást!

OM
P H A R M A

Képviselet:
Medisan Hungary Kft.
1026 Budapest, Pasaréti út 61/a.
Tel: 200 6022, Fax: 200 4974, E-mail:
medisan@medisan.hu

MEDISAN HUNGARY KFT.



oxerutin® Venoruton® forte

visszérvédő flavonoid

Az egyetlen vényköteles természetes eredetű flavonoid visszérbetegség kezelésére.

- Csökkenti a végtag ödémát
- Javítja a vénás keringést
- Csökkenti a visszeres lábfejéremat



A GYÓGYSZERKÉSZÍTMÉNY MEGNEVEZÉSE: **Venoruton Forte 500 mg tableta** • MINŐSÉGI ÉS MENNYISÉGI ÖSSZETÉTEL: 500 mg O-8-hidroxietyl-rutozid (oxerutin) tablettánként. GYÓGYSZERFORMA: Tableta: zöldes-sárga színű, pettyes, korong alakú, domború felületű, egyik oldalán mélynyomású Zyma logo, másik oldalán „CV” jelzéssel ellátott tableta. Törési felülete zöldes-sárga színű • KLINIKAI JELLEMZŐK **Terápiás javallatok:** A krónikus vénás elégtelenség következtében kialakuló visszér táguulat, valamint együtt jelentkező vénás keringési zavar, vénás eredetű trophikus bőrelváltozások, lábszárfekély kezelésére. A kiserő oedema csökkentésre. A krónikus vénás elégtelenség kezelése során alkalmazott rugalmas kötés hatásának javítása. Aranyér tüneteinek megszüntetése. Diabetikus retinopathia. • ADAGOLÁS ÉS ALKALMAZÁS **Krónikus vénás elégtelenség:** Kezdő adag: naponta kétszer 1 tableta. Fenntartó kezelés: naponta legalább egyszer 1 tableta Venoruton Forte 500 mg tablettát kell adni. A tünetek és az ödéma teljes elmúlásakor a kezelés felfüggeszthető. **Aranyér-betegség:** A klinikai vizsgálatokban alkalmazott dózisok megegyeznek a krónikus vénás elégtelenség és komplikációi kezelésére javasolt adagokkal. **Diabetikus retinopathia:** 1800-3000 mg oxerutin naponta. • KIADHATÓSÁG: II/1 csoport Orvosi rendelvényre kiadható gyógyszerkészítmények (V). • ELLENJAVALLATOK: Ismert túlérzékenység a termék bármely összetevőjére. A terhesség első trimesztere (ld. 4.6. pont). Különleges figyelmeztetések és az alkalmazással kapcsolatos óvintézkedések: Szív, vese-, illetve májbetegség következtében kialakuló alsó végtagi oedema kezelésére a Venoruton nem javasolt. • GYÓGYSZERKÖLCSONNHATÁSOK ÉS EGYEB INTERAKCIÓK: Gyógyszer kölcsönhatást nem jelentettek • TERHESSÉG ÉS SZOPTATÁS: Terhesség első három hónapjában történő alkalmazását kerülni kell. A készítmény hatásai a gépjárművezetéshez és gépek üzemeltetéséhez szükséges képességekre: Nincs arra utaló adat, hogy a készítmény befolyásolná a gépjárművezetést, vagy a gépek kezelését. • NEM KIVÁNATOS HATÁSOK, MELLÉKHATÁSOK: Ezek főként gasztrointesztinális zavarok (flatulencia, hasmenés, gyomor lájdalom, gyomor rontás), fejfájás, szédülés, fáradékonyság, bőrkütiés, hűhullám és pruritus voltak, melyek gyorsan megszűnnek a kezelés abbahagyásakor. • TÚLADAGOLÁS: Eddig tünetekkel járó túladagolást nem jelentettek • GYÓGYSZERÉSZETI JELLEMZŐK **Segédanyagok felsorolása:** makrogol 6000, magnézium-sztearát • INKOMPATIBILITÁS: Nem ismeretes. • FELHASZNÁLHATÓSÁGI IDŐTARTAM: 5 év • KÜLÖNLEGES TÁROLÁSI ELŐÍRÁSOK: Legfeljebb 30°C-on. Nedvességtől védve tartandó. • CSOMAGOLÁS TÍPUSA ÉS KISZERELÉSE: 30 tableta PVC/Al bliszterben és falikartonban. A készítmény felhasználására, kezelésére vonatkozó útmutatások: Megjegyzés: • A FORGALOMBAHOZATÁLI ENGEDÉLY JOGOSÚLTJA. Novartis Hungária Kft., Consumer Health, Budapest • A FORGALOMBAHOZATÁLI ENGEDÉLY SZÁMA: OGYI-T 5299/01 • Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 15 624/55/2003 • 2006.01.01-től a fogyasztó- és beteg által feltett ára: 1189,- Ft, támogatás: 0%, közgyógyellátottak részére térítésmentesen rendelhető. A fogyasztói ár a következők árvaltozásig érvényes