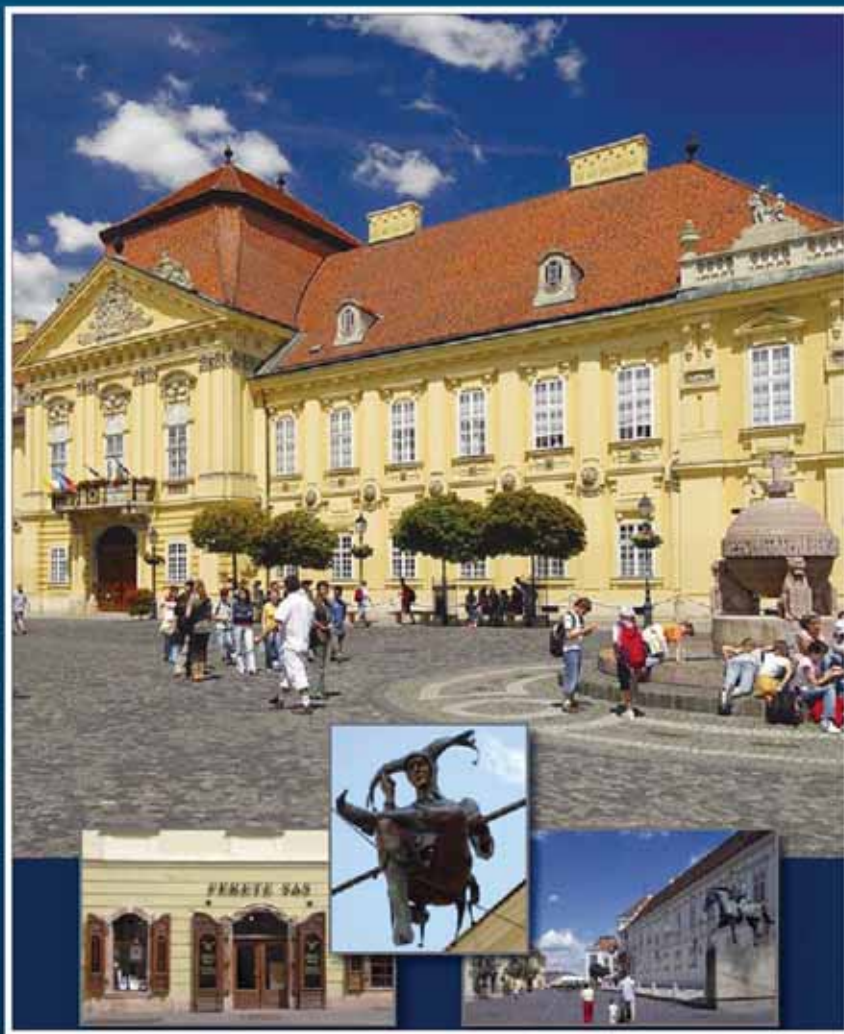


ÉRBE TE GSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2009/Suppl.



Fehérvári Angiológiai Napok a MAÉT és a MACIRT IV. Közös Kongresszusa

Székesfehérvár,
2009. szeptember 17-19.

Köszöntők

Részletes program

Összefoglalók

Servier Szimpózium

Gyógyászati segédeszköz
rendelés az angiológiai,
és az érsebészeti praxisban

Dr. Szabó Gyula

Kongresszusok, rendezvények



Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciósi Radiológiai Társaság



Az egészséges lábakért!

ELASTOFIT®

EGÉSZSÉGVÉDŐ HARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD



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

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

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

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

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

Az Elastofit harisnyákat ajánlott viselni:

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

Gondoljon egészségére, viseljen ELASTOFIT rugalmas kompressziós egészségvédő harisnyát!



Kapható a gyógyászati segédeszköz boltokban és a gyógyszerárakban.

Gyártja és forgalmazza: Pharmatextil Kft

1116 Budapest, Fonyód u. 2.

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

Web: www.pharmatextil.hu

E-mail: pharmatx@pharmatextil.hu

 **Pharmatextil**

Elnöki köszöntő!

Sok szeretettel köszöntöm a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság (MAÉT), valamint a Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság (MACIRT) közös kongresszusának résztvevőit.

Negyedik alkalommal tartjuk a MACIRT-tal közösen kongresszusunkat, amely azóta kiállta az idő próbáját. A két, szorosan összefüggő, mégis számos területen eltérő szakma jól kiegészíti egymást és jelentősen hozzájárul az egységes terápiás szemlélet kialakításához. Idén Székesfehérvár, az egykori magyar királyok koronázási helye ad méltó otthont rendezvényünknek. A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság elnöki pozícióját négy éven keresztül töltöttem be. Ezúton köszönöm a Társaság minden tagjának a számomra nyújtott segítséget. Az új vezetőségnek és Társaságunknak további eredményes munkát kívánok!

prof. Dr. Kollár Lajos
egyetemi tanár
a MAÉT elnöke

Elnöki köszöntő!

Kedves Kollégák!

Bizonyára mindannyiunk életét meg keseríti az egészségügy átalakítása, ami a gazdasági válsággal tetézve megoldhatatlan helyzet elé állítja a vezető pozícióban lévőket, és bizonytalanra és elkeseredetté tesz az egészségügyben dolgozókat. Bizonytalanok vagyunk mi lesz a munkahelyünk sorsa, a mi munkánk sorsa, betegeink sorsa. Ilyen helyzetekben különösen hangsúlyoznunk kell az örömteli eseményeket szakmai életünkben.

Örömteli, hogy a MAÉT és a MACIRT újra együtt rendezi sorozatban negyedik kongresszusát. Lehetőségünk lesz szakmai tapasztalatainkat, sikereinket egymással megosztani. A napi anyagi, finanszírozási gondjainkat félretelve, szakmánk szépsége felé fordulhatunk.

Örömteli, hogy az intervenciós szakma térnyerése változatlanul folytatódik. Ennek szakmai politikai jeleit is láthatjuk. Az UEMS elfogadta, hogy az intervenciós radiológia önálló specialitás. Így az Európai Radiológus társaság és az UEMS közösen kidolgozza a képzésre, és minősítésre vonatkozó feltételeket Magyarországon is. Az intervenciós radiológus minősítés rendszere kidolgozásra került és néhány hónapon belül lehet majd erre a vizsgára jelentkezni. A MACIRT az európai társasághoz (CIRSE) formálisan is csatlakozott, így kedvezményesen élvezhetjük a CIRSE tagság előnyeit.

Köszönet illeti a szervezőket, akik az egyre nehezedő szponzorálási keretek között is sikeresen megszervezték a kongresszust. Biztos vagyok, hogy a szakmai program mellett az együtt töltött társasági programok kellemes közös emlékek forrása lesz.

A nehézségek ellenére örülünk az előttünk álló szakmailag ígéretes programnak és élvezzük Székesfehérvár vendég szeretetét.

Prof. Dr. Hüttl Kálmán
a MACIRT elnöke

SIGVARIS ULCER-X

új lehetőség a vénás lábszárfekély kezelésében



A vénás lábszárfekély gyakori kísérője a krónikus vénás megbetegedéseknek, gyakorisága kb. 2% a lakosság körében. A már kialakult fekély hatékonyan gyógyítható kiegészítő kompressziós terápia segítségével. A sienai egyetem sebészeti tanszéke által készített tanulmány szerint

- a SIGVARIS ULCER-X kit 96,2%-os gyógyulási rátát mutatott a pólyák 70%-os rátájával szemben,
- a mintegy 4 cm átmérőjű fekélyek kétszer gyorsabban gyógyultak a SIGVARIS termék használata esetén, mint a rugalmas pólyával,
- a fájdalom, a diszkomfort-érzet és a láb állapotából fakadó hétköznapi gátlások lényegesen csökkentek a SIGVARIS ULCER-X használata esetén,
- a SIGVARIS ULCER-X használatakor az éjszakai fájdalom teljesen megszűnt, míg a rugalmas pólyát használók 40%-a panaszkodott éjszakai fájdalomról.

Mi is hát ez a SIGVARIS ULCER-X kit?

A készlet tartalmaz 2 db igen csúszós fejű, többi részén pamutból készült alsó harisnyát, mely hozzátéve I. kompressziós fokozatú, valamint 1 db II. kompressziós SIGVARIS Traditional (természetes gumi alapanyagú) térdharisnyát. Az alsó harisnya innovatív kötésmódja következtében segíti a felső harisnya felvételét valamint levételét, illetve a seben használt kötszert is biztonságosan helyén tartja.

A beteg bőrrel kizárólag pamut anyag érintkezik.

A tapasztalatok szerint az alsó harisnya használata éjszaka is szükséges, így ebből a harisnyából a készlet kettőt tartalmaz, egyet nappali, egyet éjszakai viseletre.

A II. kompressziós harisnya viselete kizárólag nappalra ajánlott.

Úgy az alsó, mint a felső harisnya méretezése megfelel a szokásos SIGVARIS mérettáblázatnak, azaz 12 standard méretben készül, anatómiailag követi a láb formáját.

A pólya megfelelő használatához hozzáértés, türelem és idő szükséges, míg az ULCER-X kitet a beteg egyedül, otthon is fel tudja venni.

A SIGVARIS ULCER-X KIT

2009 januárjában kerül forgalomba,
egy kit ára bruttó 6.480- Ft.

Alsó harisnya külön is vásárolható négyes csomagolásban,
a csomag ára 5.640- Ft.



Bővebb információért forduljon a SIGVARIS magyarországi hivatalos képviselőjéhez!

COMPRI-MED KFT.

1062 Budapest, Aradi u. 41.,

tel/fax: (1) 311-1883, mobil: (30) 949-3700.

**FEHÉRVÁRI ANGIOLÓGIAI NAPOK
TUDOMÁNYOS PROGRAM**

2009. szeptember 17. - csütörtök

08:00 – 19:00 HELYSZÍNI REGISZTRÁCIÓ

09:00 – 19:00 SZAKMAI KIÁLLÍTÁS

**09:00 – 10:20 INTERVENCIÓNÁLIS
RADIOLÓGIA I.**

Üléselnökök: Bérczi Viktor
Hüttl Kálmán
Lázár István

1. Térd alatti intervenció eredményei a kritikus alsó végtagi ischaemia kezelésében
Nemes Balázs*, Lukács L.*, Mészáros A.**, Hüttl K.*
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Kardiológiai Központ* *Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Érsebészeti Klinika*
2. A transbrachialis behatolásból végzett intervenciók helye kritikus alsó végtagi ischaemiás betegségekben
Nagy Endre*, Sipka R.**
**Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Klinika, Szeged*
* *Euromedic Diagnostic Kft., Szeged*
** *Szegedi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged*
3. A vénás MR angiographia technikai alapjai
Morvay Zita*, Babos M.**, Urai Sz. (IV.oh)**,
Sipka R.***
* *SZTE ÁOK Radiológiai Klinika*
** *EUROMEDIC Diagnostics Szeged Kft., Szeged*
*** *SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály*
4. Vénás MR angiográfia - Új perioperatív képalkotó eljárás a krónikus vénás elégtelenség diagnosztikájában
Sipka R.*, Mihalovits G.*, Palásthy Zs.*, Lázár Gy.*, Hódi Z.*, Morvay Z.**
* *SZTE ÁOK Sebészeti Klinika,*
** *SZTE ÁOK Radiológiai Klinika*
5. Tapasztalataink térd alatti angioplasticával kritikus végtag ischaemiában
Ruzsa Zoltán, Tóth K., Koncz I.*, Szabó I.*, Nagy A.*, Szelei B., Hüttl K.**
* *Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza. Radiológiai Osztály. Angiographiás Laboratórium, Kecskemét Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza. Kardiológiai Osztály, Kecskemét**
** *Semmelweis Egyetem, Kardiiovaszkuláris Központ, Képalkotó Diagnosztikai Részleg, Budapest*

6. Az arteria anonyamába ültetett stentek törésének vizsgálata
Lukács Levente, Nemes B., Hüttl K.
Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Kardiológiai Központ, Budapest

7. Tércfogalás a mellkasban: aorta coarctatiohoz társult subclavia ág aneurysma
Kaposi Novák Pál**, Deák Zs.*, Rimely E.**, Hüttl K.**
**Semmelweis Egyetem,*
***Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Kardiológiai Központ, Budapest*

Vita, kommentár, hozzászólás

10:20 – 10:35 KÁVÉSZÜNET

**10:35 – 11:35 INTERVENCIÓNÁLIS
RADIOLÓGIA II.**

Üléselnökök: Bánsághi Zoltán
Harmat Zoltán
Nemes Balázs

1. Idegsebészeti preoperatív embolizációk
Lázár István, Szentpétery L.
B-A-Z Megyei Kórház
2. Laparoskopos cholecystectomy utáni vasculáris és nonvasculáris szövődmények intervenciók radiológiai ellátása
Bánsághi Zoltán
Szent Imre Kórház Képalkotó Diagnosztikai Osztály, Intervenciók Részleg
3. Myoma embolizáció - az első év tapasztalatai Budapesten
Bérczi Viktor *, Kalina I. **, Várbíró Sz. ***, Antony-Mór P. ****, Ács N. ****
**Semmelweis Egyetem, Budapest,*
***Radiológiai és Onkoterápiás Klinika,*
****Szentágotthai János Tudásközpont MR Laboratórium,*
*****II.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Anesthesiológiai és Intenzív Terápiás Klinika*
4. Az a. uterina embolizációjával szerzett tapasztalataink 200 beteg tükrében
Harmat Zoltán, Rostás T., Battyány I.
Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Radiológiai Klinika
5. A vesedaganatok multidiscplináris ellátása
Bánsághi Zoltán, Buzogány I.*, Kovács L.**
Szent Imre Kórház, Képalkotó Diagnosztikai Osztály, Intervenciók Részleg, Budapest
**Péterfy S u.-i Kórház és Baleseti Központ Urológiai Sebészet, Budapest*
** *Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján*

Vita, kommentár, hozzászólás

11:35 – 11:45 SZÜNET**11:45 – 13:50 ÉRSEBÉSZET I.**

Üléselnökök: Entz László
Kollár Lajos
Nagy István

1. Akut carotis stent elzáródások kezelése: műtét, vagy intervenció?
Szabó Attila, Acsády Gy., Hüttl K., Nemes B., Fehérvári M., Entz L.
Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika, Budapest
2. Befolyásolja-e a beavatkozás típusa a carotis műtétek eredményeit?
Menyhei Gábor
PTE KK Sebészeti Tanszék
3. Akut "A" típusú aorta dissectio következtében kialakult aorta stent-graft diszfunkció
Szabolcs Zoltán*, Hüttl K.***, Laczkó Á.***, Daróczy L.*, Hüttl T.*, Horkay F.*
**Semmelweis Egyetem: Szívsebészeti Klinika;*
***Cardiovascularis Centrum;*
****Érsebészeti Klinika*
4. Hibrid femoropoplitealis thrombendarterectomia - korai eredmények
Simó Gábor, Mogán I., Darabos G., Dienes A.*
*Főv. Önk. Szent Imre Kórház Budapest Érsebészeti Profil Központi Radiológiai Diagnosztika**
5. Hybrid műtétek és intraoperatív angioplastikák az aorto-iliakalis és femoro-politealis régióban
Berek Péter, Keresztury G., Mikola J., Németh J., Turcsán E.
Fejér Megyei Szt.György Kh., Érsebészeti osztály
6. Hibrid alsó végtagi rekonstrukciók középtávú eredményeinek elemzése
Holczer Lőrinc, Menyhei G., Hardi P., Kasza G., Arató E., Fazekas G., Benkő L., Kollár L.
PTE KK Sebészeti Tanszék
7. Endograft implantációval szerzett 11 éves tapasztalataink
dr. Juhász Gy., dr. Mátyás L., dr. Szentesi Sz.
BAZ Megyei Egyetemi Oktató Kórház Miskolc, Szentpéteri kapu 76
8. Lézeres visszérműtéttel szerzett újabb tapasztalatok
Bihari Imre
Á+B Klinika, Budapest
9. Az endovénás laser terápia (EVL) - tapasztalataink 176 eset kapcsán
Rozsos István, Ferenczy J., Seffer G., Seffer I.
Seffer-Renner Magánklinika, Kaposvár

10. Endoperivénos laser in saphenous and extrasaphenous veins
Francesco Marangoni
Eufoton Ltd., Trieszt, Olaszország
11. Endoluminalis, radiofrekvenciás vénasebészet bevezetése osztályunkon
Fürtös András, Kovács S., Luksander A., Szöllősi A., Rakos Gy.
Soproni Erzsébet Kórház, Sebészeti Osztály
12. Nyirokutak fejlődési rendellenességei következményeinek kezelése, rehabilitációja
Tasnádi Géza, Szalai Zs., Móna T.
Heim Pál Gyermekkorház, Budapest
13. Hemodialízis fistula aneurysma ellátása a fistula funkció megtartásával
Bíró Gábor, Szebertin Zoltán
Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest

Vita, kommentár, hozzászólás

13:50 – 14:45 EBÉDSZÜNET**13:50 – 14:45 EGIS SZIMPÓZIUM**

A perifériás érbetegség cardiovascularis jelentősége - ÉRV program
Üléselnök: Keresztury Gábor

1. A PAD klinikai jelentősége
Nagy András Csaba
2. A perifériás érbetegség hazai epidemiológiája 22 ezer döntően hypertoniás beteg vizsgálata alapján - ERV program
Farkas Katalin
3. A PAD prevenciója és terápiaja
Túri Tibor

14:45 – 15:45 MEGNYITÓ

1. MAÉT elnöki üdvözet
Prof. Dr. Kollár Lajos
2. Az Egészségügyi Miniszter üdvözte
Dr. Székely Tamás
3. Polgármester üdvözte
Warvasovszky Tihamér
4. MACIRT elnöki üdvözet
Prof. Dr. Hüttl Kálmán
5. Szervező üdvözte
Dr. Keresztury Gábor

15:45 – 16:00 KÁVÉSZÜNET

16:00 – 16:30 PFIZER SZIMPÓZIUM

16:30 – 18:30 EMLÉKELŐADÁSOK

Üléselnökök: Entz László
Hüttl Kálmán

SOLTÉSZ LAJOS EMLÉKELŐADÁS

Prof. Dr. Kollár Lajos

BUGÁR-MÉSZÁROS EMLÉKELŐADÁS

Dr. Pécsvárad Zsolt

MACIRT EMLÉKELŐADÁS

Prof. Dr. Péter Mózes

18:30 – 18:45 SZÜNET

18:45 – 19:30 NYITÓMŰSOR

19:30 – NYITÓFOGADÁS

2009. szeptember 18. - péntek

07:30 – 18:00 HELYSZÍNI REGISZTRÁCIÓ

08:00 – 18:00 SZAKMAI KIÁLLÍTÁS

08:00 – 09:40 ESVS SYMPOSIUM

Üléselnökök: Henrik Sillesen
Menyhei Gábor

1. Catheter directed thrombolysis for deep venous thrombosis

Henrik Sillesen,
Copenhagen, Denmark

2. Evidence for endovenous heat ablation for varicose veins

Markus Enzler,
Zurich, Switzerland

3. Foam sclerotherapy for the treatment of truncal varicose veins

Kursat Bozkurt,
Istanbul, Turkey

4. Is surgery for LSV incompetence dead?

Cees Wittens,
Maastricht, The Netherlands

09:40 – 10:00 KÁVÉSZÜNET

10:00 – 11:00 MAÉT ÉS MACIRT KÖZGYŰLÉS

11:00 – 12:20 ÉRSEBÉSZET II.

Üléselnökök: Acsády György
Dzsinich Csaba
Mátyás Lajos

1. Carotis + coronaria arteriák

szimultán betegsége - Mit tegyünk ?

Vallus Gábor, Dzsinich Cs., Tomcsányi I., Vaszily M.,
Dzsinich M., Barta L., Tóth Gy., Tóth L., Beke G.,
Nagy E., Pásztor A., Nagy G., Rác R.

*Magyar Honvédség Állami Egészségügyi Központ
Szív-, Ér-, és Mellkas Sebészeti Osztály*

2. Az infrarenalis aneurysmák kezelési elvei, gyakorlata, lehetőségei és eredményei megyei-súlyponti kórházban, 20 éves beteganyag áttekintése alapján.

Nagy István, Al-Aamri Khalil

*Vas megyei Markusovszky Kórház, Általános és Érse-
bészeti Osztály Szombathely*

3. Endograft implantáció során előforduló infekciós kockázatok

Mátyás L., Juhász Gy., Szentesi Sz.

*Borsod Abauj Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi
Oktató Kórház, Miskolc Érsebészeti és Endovasculáris
Sebészeti Osztály*

4. 8 év tapasztalata az a. iliaca externa (AIE) antegrad eversió endarteriektómiájával (EEA), késői eredmények

Cs. Nagy Gábor, M. Wunsch, A. Jordan, J. Melles
*St. Berward Krankenhaus, Gefäßzentrum Hildesheim
Treibestr. 9, D - 31141 Hildesheim*

5. Multidetektoros CT angiographia szerepe a műtéti típus megválasztásában

Simó Gábor, Mogán I., Dienes A.*, Darabos G.,
Molnár P.*

*Főv. Önk. Szent Imre Kórház Budapest Érsebészeti
Profil Központi Radiológiai Diagnosztika**

6. Hosszú távú tapasztalatok silver grafftal

Münch Z., Szeberin Z., Bíró G., Szabó G., Acsády Gy.
Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika

7. Perifériás érsebészet perifériás kórházban

Fórizs Zoltán

A.ö. Krankenhaus, Chirurgie, 7400, Oberwart Ausztria

Vita, kommentár, hozzászólás

12:20 – 13:40 EBÉD

12:45 – 13:30 SERVIER SZIMPÓZIUM

**13:40 – 15:20 ANGIOLÓGIA -
KONZERVATÍV KEZELÉS**

Üléselnökök: Császár Albert
Farsang Csaba
Pados Gyula

1. Irbesartan és ciprofibrát kezelés hatása az endothel diszfunkcióra metabolikus szindrómában
Farkas Katalin, Egresits J., Audikovszky M.,
Pados Gy., Farsang Cs.
Szent Imre Kórház, Budapest
2. Hipertonia kezelése érszűkületes betegeknél
Császár Albert
Állami Egészségügyi Központ, Budapest
3. Prostaglandin (PGE1) kezelés során szerzett tapasztalataink kritikus végtagi ischaemiában szenvedő betegeknél
Tersztyánszky Rita, Pencz Z., Varga E., Kristóf V.,
Laczkó Á., Sásdi A.
*Főv.Önk.Péterfy S.u.-i Kh. C-Belgyógyászat-
Angiologia SE Érsebészeti Klinika*
4. Autológ őssejtkezelés inoperábilis perifériás típusú érszűkületes betegeken.
Szabó Gábor Viktor*, Daróczy J.** , Acsády Gy.*
**Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika, Budapest*
***Szt. István Kórház Lymphoedema Rehabilitációs
Osztály és Bőrgyógyászati Osztály, Budapest*
5. Prostaglandin kezeléssel szerzett tapasztalataink kritikus végtag ischaemiában szenvedő diabéteszes betegeknél
Kristóf Vera, Laczkó Á., Pencz Z., Tersztyánszky R.,
Varga E., Sásdi A.
*Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház
- Rendelőintézet és Baleseti Központ Semmelweis
Egyetem, Érsebészeti Klinika Budapest*
6. CEAP C5-6 stádiumú krónikus vénás betegség komplex kezelésével szerzett tapasztalataink
Varga E., Kristóf V., Laczkó Á., Szakály E.,
Pencz Z., Sásdi A.
*Multicenter study Péterfy Kórház, C - Belgyógyászat /
Angiológia, Budapest*
7. Trombózisprofilaxis napjainkban.
Ajánlások és perspektívák
Sándor Tamás
*Semmelweis Egyetem, II.Sebészeti Klinika, Kútvölgyi
Klinikai Tömb, Budapest*

8. Az atherosclerosis sebészi megoldásának
perioperatív dietoterápiája
Salánki Péter
Bicskei Magándiabetológia

9. Mechanikusan mediált vaszkuláris növekedés
Z. Németh*, K.Gombocz, J. Csordás,
A. Rashed, Á. Sztanyiszlav
**ZFOK Ultrahang Labor, Zalaegerszeg - Zala Megyei
Kórház, Zalaegerszeg*

Vita, kommentár, hozzászólás

15:20 – 15:40 KÁVÉSZÜNET

15:40 – 17:00 POSZTER SZEKCIÓ

Üléselnökök: Mogán István
Simó Gábor
Sipka Róbert

1. Carotis interna aneurysma diagnosztikája
Tarcza Zsófia, Dienes A., Mogán I., Simó G., Darabos
G., Radó J., Hegyes E., Török I.
Szent Imre Kórház
2. Nagyeret érintő vasculitis gyorsan progrediáló
alsóvégtagi obliteratív érbetegség hátterében.
Godina Gabriella*, Sallai L.*, Nemes B.** , Györke
T.***, Kolossváry E.****, Járai Z.*
**Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika,
**Ér- és Szívsebészeti Klinika,
***Radiológiai Klinika,
****Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
Angiológiai Profil*
3. A kardiális manifesztáció prognosztikai szerepe
Takayasu-arteritisben
Laczik Renáta, Szomják E., Dér H., Kerekes Gy.,
Végh J., Soltész P.
*DEOEC Belgyógyászati Intézet, III.sz Belgyógyászati
Klinika, Debrecen*
4. Iatrogen érsérülések ellátása a Kenézy Kórházban
Szűcs István, Szendrői T., Martis G., Miszti Gy.,
Kincses Zs.
*Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi
Szolgáltató Kft. Általános Sebészeti Osztály, Debrecen*
5. Alsó végtag krónikus duzzadásának ritka oka:
esetbemutás
Borvendég János Sebestyén, Kolossváry E., Battyányi
V., Simó G., Hüttl K., Farkas K.
*„Multicenter study” Szt.Imre Kórház, Angiológiai
Profil 1115 Budapest, Tétényi út 12-16*

6. Sugárterápia mellékhatásaként kialakult érbetegség bemutatása két eset kapcsán
Hódi Zoltán, Palásthy Zs., Mihalovits G., Lázár Gy., Sipka R.
SZTE Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztály
7. Ismételt fellépő aorto/ grafto/-enteralis fistula végleges ellátása ezüst impregnált axillo-bifemoralis Y bypass beültetésével
Darabos Gábor, Simó G., Mogán I., Sepa Gy.
Fővárosi Önkormányzat Szt Imre Kórház, Érsebészeti Profil Budapest, 1115, Tétényi u. 12-16.
8. Késői carotis interna recanalizatio
Tarcza Zsófia, Dienes A., Simó G., Radó J.
Szent Imre Kórház
9. Complications of sclerotherapy
Zernovicky F.*, Sámelová K.**., Zernovicky F.jr.**.*
*Angio,
**Postgraduate Medical University-Geriatric Clinic, Bratislava,
***University Hospital-Thoracic Surgical Clinic, Bratislava
10. Súlyos ischaemiás proctosigmoideitis esete enormis méretű infrarenális hasi aorta aneurysma kapcsán
Sipka R.*, Hódi Z.*, Lázár Gy.*, Ollé G.**., Wittmann T.**., Izbéki F.**
*SZTE ÁOK Sebészeti Klinika,
**SZTE ÁOK I. Belgyógyászati Klinika
11. Intracranialis és gerinc tumorok preoperatív embolizációja: előnyök és hátrányok az idegsebészeti gyakorlatban
Lázár I.*, Szentpétery L.***, Sallai Zs.**., Demeter B.**., Szólics A.*, Székely Á.**., Dobai J.**.
BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
*Neuroradiológiai Osztály,
**Idegsebészeti Osztály,
***HM ÁEK Központi Radiológiai Diagnosztikai Osztály, Invazív Radiológiai részleg
12. Szívsebészet határterületeken. Aorta descendens álaneurysma szívsebészeti műtete.
Szabados Sándor
PTE KK Szívgyógyászati Klinika

Vita, kommentár, hozzászólás

17:00 – 18:00 MAÉT VEZETŐSÉGI ÜLÉS

20:00 – BANKETT VACSORA

2009. szeptember 19. - szombat

08:00 – 12:00 HELYSZÍNI REGISZTRÁCIÓ

09:00 – 12:00 SZAKMAI KIÁLLÍTÁS

09:00 – 10:20 ANGIOLÓGIA - KÓRTANI MEGFIGYELÉSEK

Üléselnökök: Landi Anna
Pécsvárad Zsolt
Soltész Pál

1. Takayasu arteritis occlusióval és ectasiával járó esete
Farkas Katalin, Kolossváry E.
Szent Imre Kórház, Angiológia Profil, Budapest
2. Perifériás ér betegek cerebro-, és cardiovascularis érintettségét jellemző adatok Hajdú-Bihar megyében
Dér Henrietta, Szomják E., Kerekes Gy., Tóth J., Soltész P.
DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen
3. Obliteratív gyulladós vasculopathia angiológiai következményei progresszív szisztémás sclerosisban
Timár Orsolya, Dér H., Kerekes Gy., Szűcs G., Soltész P.
DEOEC III. Sz. Belgyógyászati Klinika
4. Obesitas és endotheldysfunctio
Meskó Éva
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Kistarcsa
5. Cukorbeteg rizikósajátosságainak vizsgálata obliteratív verőérbetegségeknél
Jassó István*, Blázovics A.**., Hagymási K.**., Landi A.*
*IV. Belgyógyászati Osztály,
Szent István Kh., Budapest
**II. Belgyógyászati Klinika,
Semmelweis Egyetem, Budapest
6. Új immunológiai biomarkerek prognosztikai értéke akut koronária szindrómában és stabil koronária betegségben
Soltész Pál, Veres K., Laczik R., Csípő I., Sipka S., Szegedi Gy.
DE OEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen
7. Malignus betegségekhez társuló szerzett thrombophilia és akut artériás thrombosis megjelenése beteganyagunkban
Szomják Edit, Dér H., Kerekes Gy., András Cs., Péter M., Soltész P.
DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Vita, kommentár, hozzászólás

10:20 – 10:40 KÁVÉSZÜNET**10:40 – 12:00 ANGIOLÓGIA – BELGYÓGYÁSZAT**

Üléselnökök: Farkas Katalin
Kristóf Vera
Meskó Éva

1. A nagyereket érintő gyulladós érbetegségek az angiológiai, érsebészeti és vaszkuláris radiológiai gyakorlatban - összefoglaló referátum - **20 perces előadás**
Kolossváry Endre
Fővárosi Szent Imre Kórház, Belgyógyászati Mátrix, Angiológiai Profil
2. Angiológiai paraméterek vizsgálata perifériás érbetegségben és cerebrovasculáris megbetegedésekben
Laczik Renáta, Szomják E., Magyar T., Fekete I., Csiba L., Soltész P.
Multicenter Study DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika Angiológiai- és Intenzív Terápiás Részleg, Debrecen
3. A pulzushullám terjedési sebesség mérése pulzatis Doppler ultrahanggal: a módszer invazív validálása, a mérési hely optimalizálása
Kerekes György, Szokol M., Timár O., Laczik R., Édes I., Soltész P.
Multicenter study DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

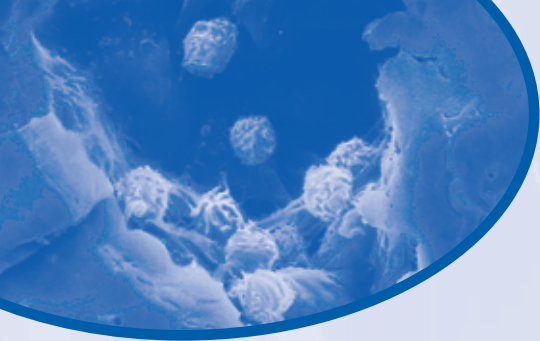
4. Megoldatlan terápia - komplex kezelés
Buerger-kór esetén
Dér Henrietta, Szomják E., Dezső B., Takács I., Tóth J., Soltész P.
DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen
5. Autoimmun kórképek vasculáris szövődményeinek kezelésével szerzett tapasztalataink
Pencz Zoltán, Kristóf V., Varga E., Laczkó Á., Szakály E., Sásdi A.
Multicenter study Péterfy Kórház, C - Belgyógyászati / Angiológia, Budapest
6. Perifériás obliteratív verőérbetegség gyakorisága diabéteszes betegekben kétféle módon számított boka-kar index alapján
Sallai László, Godina G., Cseprekál O., Babos L., Károlyi M., Wéber O., Tabák Á., Járai Z.
Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika

Vita, kommentár, hozzászólás

12:00 – 12:15 SZÜNET**12:15 – 12:30 MAC'S PRIZE ÁTADÁSA****12:30 – A KONGRESSZUS ZÁRÁSA**

Prof. Dr. Kollár Lajos
Prof. Dr. Hüttl Kálmán

**A Kongresszus zárásakor
a legjobb előadás
megkapja a MAC'S MEDICAL
250 000 Ft-os
különdíját a MAC'S PRIZE-t!**



SERVIER HUNGÁRIA Kft. szimpózium

2009. szeptember 18.

12.45-13.30

Székesfehérvár, Vörösmarty Színház

PROGRAM

Dr. Pécsvárady Zsolt:

Újdonságok a CVD / CVI megítélésében

Dr. Kristóf Vera:

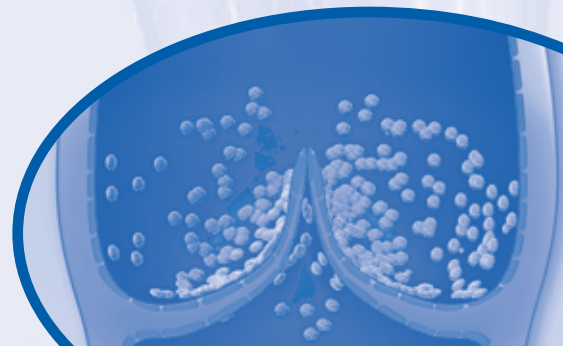
Nemzetközi ajánlások a krónikus vénás elégtelenség kezelésében

Dr. Meskó Éva:

Hogyan Tovább Phlebologia?



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



„Your partner with double heart!“



SUPER A

Peripheral Vascular System

Interwoven Self-Expanding Nitinol Stent

Interwoven öntáguló
nitinol stent

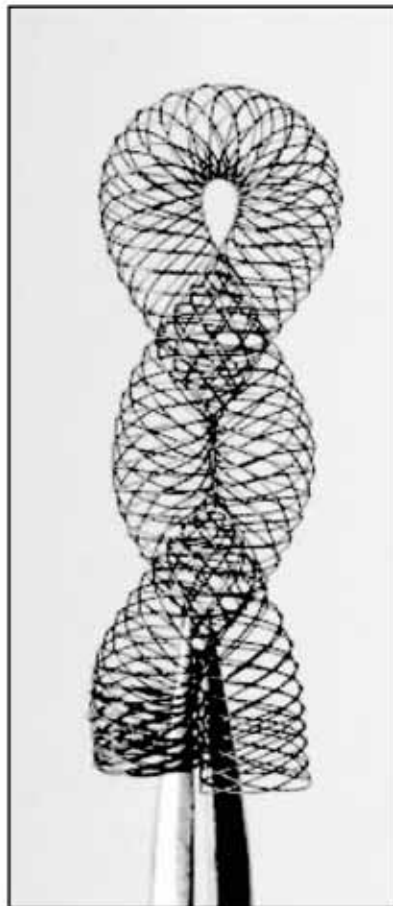
Három marker a precíz
pozicionáláshoz

1:1 méretezés

Méretválaszték:
Átmérő: 4 - 8 mm
Hosszúság: 4 - 15 cm

Katéter kompatibilitás: 7 Fr

Vezető drót:
0.018" vagy 0.014"



Teszteredmények:

120°-os hajlítás: 10.000.000
ciklus felett törés nélkül!

Összenyomás:
10.000.000 ciklus felett
törés nélkül!

Csavarás:
20.000.000 ciklus felett törés
nélkül!

Négyszer nagyobb
radiális erősség

SFA? POPLITEA? BILIÁRIS STENTELÉS?

SUPER A®

MAC's Medical Handels GmbH.

Magyarországi Kereskedelmi Képviselete
H-1114 Budapest, Bocskai út. 11.

Tel: +36 1 279 06 20 Fax: +36 1 386 91 55

e-mail: hungary@macsmedicalgroup.com

www.macsmedicalgroup.com

Intervencionális radiológia I.

Térd alatti intervenció eredményei a kritikus alsó végtagi ischaemia kezelésében

NEMES BALÁZS*, LUKÁCS L.*,
MÉHÉSZ A.**, HÜTTL K.*

**Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Kardiológiai Központ*

***Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Érsebészeti Klinika*

Intézetünkben kritikus végtagi ischaemiás érpánaszok miatt 139 betegen 148 esetben végeztünk perkután intervenciót az infrapoplitealis erekben. A betegek átlagos életkora 68 év, 59,5%-uk volt diabetéses. A beavatkozás technikai sikeressége 93% volt, ennek definíciója legalább egy teljes hosszában átjárható lábszári artéria. Két esetben azonos oldali iliaca, 82 esetben (55,4%) egy ülésben femoro-popliteális intervenciót is végeztünk. A 148 beavatkozás során 190 cruralis ágat tágítottunk, stent beültetésre 34 alkalommal (18%) került sor. Eredményeink alapján megállapítható, hogy a lábszári erek perkután rekanalizációja jó hatásfokkal végezhető, kritikus ischaemiában az elsőként választandó beavatkozás.

A transbrachialis behatolásból végzett intervenciók helye kritikus alsó végtagi ischaemiás betegségekben

NAGY ENDRE*, SIPKA R.**

**Szegedi Tudományegyetem ÁOK Radiológiai Klinika,
Szeged*

* *Euromedic Diagnostic Kft., Szeged*

** *Szegedi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Klinika,
Szeged*

Napjaink világméretű problémája a zömében diabetéses angiopathia talaján kialakult kritikus alsó végtagi ischaemia.

Cél: Előadásunkban a brachialis és axillaris behatolásból végzett végtagmentő intervenciók lehetőségeit, azok előnyeit és hátrányait összegezzük.

Anyag és módszer: 1997. és 2009. között összesen 195, betegen végeztünk különböző típusú és szintű [a. ilica (146), a. femoralis (43), a. poplitea (4), egyéb (2),] intervenciót transbrachialis vagy axillaris behatolásból. A beavatkozások 2004. decemberéig Polytron 1000 VR DSA berendezésen (Siemens), 2005. februárjától Innova 4100 DSA berendezésen (GE) történtek. Az intervenciók eszközeik bevezetéséhez 4-7F introducert, 0.035 inch hydrophil angulált végű vezetődrótot (Terumo) vagy, az eszköztől függően, 0.018-0.014 inch intervenciók vezetődrótot használtunk. Esetenként 0.035 inch vastagságú Amplatz-drótra is szükség volt. Az alkalmazott eszközök 100-150 cm hosszúak voltak. Kezdetben 7F külső átmérőjű stent felvivő rendszereket alkalmaztunk, napjainkban azonban már 5F, sőt egyes méretekből

4F átmérőjű rendszerek is elérhetők. A problémát többnyire a túl hosszú katéterezési út jelentheti különösen irregularis szűkületek és kanyargós erek esetén.

Eredmények: A beavatkozások kettő kivételével technikailag sikeresek voltak (99%). Ezekben az esetekben nem tudtuk a ballonkatétert a szűkületen átvezetni. Egy betegben az iliaca stentet a tervezettnél proximálisabban kellett kinyitnunk. Három betegben alakult ki az a. brachialis distalis embolisatiója. Súlyos komplikáció nem fordult elő.

Következtetés: A transbrachialis behatolás iliaca és femoralis szintű intervenciók kivitelezésére jól használható, eredményes módszer. A beteg közvetlenül a beavatkozás után járóképes. Az a. poplitea szintje nem minden esetben érhető el, ilyenkor az axillaris behatolás segíthet. Térd alatti intervenciókhoz nem alkalmas behatolási mód, de több szintű szűkületek megoldásához a befolyó pályát biztosíthatja.

A vénás MR angiographia technikai alapjai

MORVAY ZITA*, **, BABOS M.**,

URAI SZ. (IV.OH), SIPKA R.***

* *SZTE ÁOK Radiológiai Klinika*

** *EUROMEDIC Diagnostics Szeged Kft., Szeged*

*** *SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Érsebészeti Osztály*

A Gadofosveset (Vasovist®) egy olyan MR kontrasztanyag, reverzibilisen kötődik a humán szérum albuminhoz és 1-2 órán keresztül az érpályában marad. A hosszú intravascularis megjelenéssel lehetővé válhat, hogy MR angiographiás vizsgálattal elemezzük az alsóvégtag vénás rendszerét.

2008. január 1. és 2009 május 1. között 34 beteget vizsgáltunk 1,5 T térerejű Excite HD (GE) MR berendezéssel. 26 nő és 8 férfi adatait elemeztük. 4 betegben csak a lábszár, 2 betegben a kismedence és a comb, 28 betegben a comb és a lábszár vizsgálatát végeztük. Az alsóvégtagi vizsgálatoknál minden esetben mindkét végtagot ábrázoltuk. A vizsgálat indikációja chronicus vénás elégtelenség, kifejezett varicositás volt. A hanyattfekvő beteg körül, perifériás vascularis tekercest használtunk. A kontrasztanyagot a könyökvénába fecskendeztük. Minden esetben Time Resolved Imaging of Contrast KineticS (TRICKS) bólus angiográfiás mérést végeztünk, azaz a kontrasztanyag beadását követően ugyanazt a régiót képezzük le, 10 másodpercenként 13 sorozat felvételt készítettünk. 0,5 ml/sec flow-val, 10 ml kontrasztanyagot adtunk, a beadást követően 10 sec késleltetéssel kezdtük a méréseket. Ezután a második régióról kontrasztangiográfiás (CE-MRA) és LAVA sorozatok készültek. A felszínes vénákat elemeztük részletesen. Megállapítottuk, hogy mely fiziológias anatómiai struktúrák látszanak, emellett varicositások, aneurysmák és egyéb rendellenességek jelenlétét is figyeltük. Törekedtünk a perforánások (Dodd, Hunter, Boyd, Sherman, Cokkett 1, 2 vagy 3, Hach, poplitealis perforator, May, lateralis perforator)

lokalizálására. A vizsgálat minden esetben értékelhető eredményt adott. A primer képekből különböző rekonstrukciós felvételeket állítottunk elő.

Eddigi tapasztalataink alapján a Vasovist®-tel kivitelezett MR angiográfia a végtagi vénás rendszer részletes morfológiai elemzését teszi lehetővé, ami segítséget ad, a különösen kiterjedt, recidív varicositások esetén a beavatkozások megtervezéséhez.

Vénás MR angiográfia - Új perioperatív képkalkoló eljárás a krónikus

vénás elégtelenség diagnosztikájában

SIPKA R.*, MIHALOVITS G.*, PALÁSTHY ZS.*,

LÁZÁR GY.*, HÓDI Z.*, MORVAY Z.**

*SZTE ÁOK Sebészeti Klinika,

**SZTE ÁOK Radiológiai Klinika

Tapasztalataink térd alatti angioplasticával kritikus végtag ischaemiában

RUZSA ZOLTÁN, TÓTH K., KONCZ I.*, SZABÓ I.*,

NAGY A.*, SZELEI B., HÜTTL K.**

*Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza.

Radiológiai Osztály.

Angiographiás Laboratórium, Kecskemét

Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza.

Kardiológiai Osztály, Kecskemét

**Simmelweis Egyetem, Kardiovaszkuláris Központ,

Képkalkoló Diagnosztikai Részleg, Budapest

Célkitűzés: A sebészi tibialis bypass műtétnél kritikus végtag ischaemiában (KVI) magas a morbiditása, mortalitása míg a ballonos angioplasticának és stentelésnek egyre jobb nemzetközi eredményei vannak. A vizsgálat célja az volt, hogy térd alatti angioplastica esetén megvizsgáljuk a beavatkozás biztonságát és eredményességét az egyenes kiáramlási pálya biztosításában KVI esetén.

Módszer: Retrospektíven dolgoztuk fel a 2008-ban KVI miatt térd alatti angioplasticán átesett betegeinket. A betegek a beavatkozás alatt és után aspirint, clopidogrelt és kis molekulású heparint kaptak. Vizsgáltuk az egy hónapos major cardialis események számát (MACE), melybe bele tartozik a halál, a myocardialis infactus, a major nem tervezett amputatio, a sebészi revascularisatio szükségessége és a major vérzés. Vizsgáltuk a klinikai sikert, mely a nyugalmi fájdalom enyhülését, a fekély gyógyulását és a claudicatio javulását foglalta magában.

Eredmények: Betegeink átlagéletkora 67 ± 16 év volt. Térd alatti angioplasticát végeztünk 51 betegben KVI miatt. 45 végtagban (88%) értünk el egyenes jó kiáramlási pályát legalább egy térd alatti artériában. Stent implantációt 4 betegben (8 %) végeztünk. A technikai siker 88 % volt de novo léziókban és nem volt MACE. A nyugalmi fájdalom csökkenése, a fekély gyógyulása 48 betegben (92 %) volt látható. 4 betegnek (8%) kellett tervezett ujj és egy betegnek (2%) lábfej amputációt végezni.

Következtetés: A térd alatti angioplastica jó eredményű és biztonságos technika KVI esetén. A MACE alacsony és az angioplastica jó alternatív terápiája a sebészi revascularizációnak.

Az arteria anonymába ültetett stentek törésének vizsgálata

LUKÁCS LEVENTE, NEMES B., HÜTTL K.

Simmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar

Kardiológiai Központ, Budapest

A hátsó skálai ischaemia és a jobb kar claudicatiojának hátterében sok esetben az arteria anonyma elzáródása vagy szűkülete áll. Az arteria anonyma elzáródásának és szűkületének sebészi arany standard megoldása jó technikai sikeressége mellett 2-3 %-os perioperatív halálozással és 0,5-5%-os stroke aránnyal jár. 1980-as évektől lehetőség nyílik az elváltozás ballonos dilatációjára, az 1990-es évtizedtől stentek beültetésére. Tanulmányunkban célunk volt felmérni az arteria anonyma stentelés primaer és rövid távú sikerrátáját, a stenttörések gyakoriságát és ezek hatását a restenosis előfordulására.

Betegek és módszerek: Klinikánkon az elmúlt 8 év alatt összesen 49 betegnél történt arteria anonyma percutan transluminaris angioplastica (PTA) és stent beültetés. 24 nő és 25 férfi (átlagéletkor: 58,9 év) szerepel a vizsgálatunkban. 17 betegnél hátsó skála ischaemias tünetek, 11 betegnél TIA, 5 esetben amaurosis, 21 betegnél jobb felső végtagi claudicatio szerepelt a kórelőzményben. 14 tünetmentes elváltozást kezeltünk. A következő kockázati tényezők voltak a betegeknek: hypertonia (n=34), diabetes mellitus (n=12), ISZB (n=18).

A törések jelenlétét és típusát fluoroszkópiával vizsgáltuk. A restenosis kimutatására duplex scan vizsgálatot alkalmaztunk. A stenosis súlyosságát az áramlási spektrum alapján határoztuk meg. A betegek nyomokövetésének átlaga 35,2 hónap (2-76).

Eredmények: A betegek 94%-át kikérdezéssel, 68 %-át fluoroszkópiával is nyomon tudtuk követni. 3 beteg egyéb okból hunyt el. 46 betegnél kétoldali radiális pulzus volt tapintható, 4 betegnél a két kar közötti vérnyomás különbség meghaladta a 30 Hgmm-t. 5 betegnél továbbra is volt felső végtagi claudicatio. 15 beteg vertebrobasilaris insuffitentiája javult. A fluoroszkópiás leleten 11 stent törését azonosítottuk, ezek közül 2 esetben dislocatiót igazoltunk. A hosszabb stentek nagyobb gyakorisággal törtek el. A fennmaradó tünetek és a töréstípusok között szignifikáns összefüggést nem sikerült kimutatni, azonban pozitív tendencia megfigyelhető.

Következtetés: Eredményeink alapján az arteria anonyma PTA-ja és stentelése kis kockázattal, kevés szövőd-ménnyel hosszú távú eredményt adó beavatkozás. Az utánkövetés ki kell terjedjen az esetleges stenttörések detektálására is.

Kulcsszavak: arteria anonyma stenosis, stenttörés

Térfoglalás a mellkasban: aorta coarctatiohoz társult subclavia ág aneurysma

KAPOSI NOVÁK PÁL**, DEÁK ZS.*,
RIMELY E.**, HÜTTL K.**

**Semmelweis Egyetem,*

** *Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar
Kardiológiai Központ, Budapest*

Bevezetés: A coarctatio aortae viszonylag gyakori veleszületett elváltozás, ami gyermekkori vitiumok 5-8%-t teszi ki. Felnőttkorban a tünetmentes, szubklinikai coarctatio diagnózisa gyakran elmarad. A kezelés hiányában fellépő hypertónia és más súlyos kardiovaszkuláris szövődmények következtében a betegek életkilátásai jelentősen romlanak. Az aorta szűkület okozta nyomáskülönbség a pre- és post-stenoticus szakaszok között kiterjedt artériás kollaterális hálózat kialakulásához vezet. Az intercostalis artériák vagy az artéria subclavia aneurysmája a coarctatio aortae viszonylag ritka szövődménye. A collateralis aneurysmák a kontrasztanyag halmozás dinamikája alapján, még nem típusos lokalizáció esetén is, elkülöníthetők az egyéb mellkasi térfoglaló folyamatoktól. Az aneurysma rupturája az életet veszélyeztető komplikáció lehet, melynek megelőzése sürgős terápiás beavatkozást igényel.

Esetismertetés: Az itt ismertetett 51 éves aorta coarctatióban szenvedő nőbetegben, a jobb artéria subclavia első szakaszából eredő atypusos collateralis ág paravertebralis aneurysmáját találtuk, melyet endovascularis embolizációval zártunk le. A középkorú nőbeteg magas vérnyomás és nyakba sugárzó mellkasi fájdalom miatt fordult orvoshoz. A mellkasfelvételen a felső thoracalis csigolyák magasságában körülírt mediastinális terime ábrázolódt. Az elvégzett natív és kontrasztos CT vizsgálat nem tudta egyértelműen kizárni neoplastikus eredetű mellkasi térfoglaló folyamat jelenlétét. A beteg további consiliumra került intézetünkbe. A korábbi felvételek alapján thoracalis coarctatiohoz társult mellkasfali aneurysma diagnózisa merült fel, amit az elvégzett aortaív és szelektív subclavia angiographia megerősített. Az aneurysma zsákot sikeres coil embolizációval redukáltuk.

Következtetés: A collateralis artériák aneurysmája a coarctatio aortae viszonylag ritka komplikációja. Tudásunk szerint az artéria subclaviából eredő atypusos thoracalis ágon kifejlődő aneurysma ezelőtt még nem került leírásra. Magas vérnyomásban szenvedő betegekben észlelt mellkasi aneurysma fel kell vesse coarctatio aortae gyanúját, melynek korai diagnózisa csökkenti a szövődmények okozta mortalitást. Endovascularis intervencióval mind a coarctatio, mind az azt kísérő collateralis aneurysma megoldása lehetséges.

Intervencionális radiológia II.

Idegsebészeti preoperatív embolizációk

LÁZÁR ISTVÁN, SZENTPÉTERY L.

B-A-Z Megyei Kórház

Laparoszkópos cholecystectomy utáni vasculáris és nonvasculáris szövődmények

intervenciós radiológiai ellátása

BÁNSÁGHI ZOLTÁN

*Szent Imre Kórház Képpalkotó Diagnosztikus Osztály,
Intervenciós Részleg*

Célkitűzés: Napjainkra a laparoszkópos cholecystectomy (LC) az epehólyag eltávolítás standard ellátási formájává vált.

Az összehasonlító vizsgálatok alapján a módszer morbiditási adatai hasonlóak a konvencionális nyitott műtét morbiditási mutatóihoz, ugyanakkor az epeúti és a májkapui artériák sérülése az LC során 2-5-ször gyakoribb, mint nyitott műtétnél. Ezek egy része késői és életet veszélyeztető szövődmény, melyek sebészi ellátása általában maradandó deficittel jár.

Eszköz: A hazai és nemzetközi adatok alapján ismertetjük a post-LC epeúti és vasculáris szövődmények típusait, incidenciáját, tüneteit.

Módszer: Saját eseteken bemutatjuk a sérülések intervenciós radiológiai ellátási lehetőségeit, az ellátás és utánkövetés elveit, felhívva a figyelmet a felismerés fontosságára.

Összefoglalás: A laparoscópos cholecystectomy ritka, de súlyos epeúti, vasculáris vagy kombinált szövődményeknek legjobb és ezért elsőnek választandó ellátási formája az intervenciós radiológiai terápia.

Myoma embolizáció

- az első év tapasztalatai Budapesten

BÉRCZI VIKTOR *, KALINA I. **, **

VÁRBÍRÓ SZ. **, **

ANTONY-MÓRÉ P. ****, ÁCS N. ****

Semmelweis Egyetem, Budapest,

* *Radiológiai és Onkoterápiás Klinika,*

** *Szentágotthai János Tudásközpont MR Laboratórium,*

*** *II.sz. Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika,*

**** *Anesthesiológiai és Intenzív Terápiás Klinika*

Az a. uterina embolizáció myoma kezelés céljából az első leírástól kezdődően (Ravina et al, 1995) fokozatosan egyre nagyobb tért hódított, ma már több tízezer beavatkozást végeznek a világon évente. Budapesten 2008 április óta 45 beavatkozást végeztünk. A preoperatív diagnózist valamint az utánkövetést MR vizsgálattal végezzük. Az indikációt a nőgyógyász és az intervenciós radiológus együtt hozza meg. A leggyakoribb indikáció a symptomaticus myoma, symptomaticus adenomyosis, illetve a

kettő együttes jelenléte. Abszolút kontraindikációt jelent a terhesség, aktív kismencedei vagy egyéb gyulladós folyamat, súlyos alvadási zavar, valamint feltételezett vagy bizonyított malignus folyamat a méhben. A jobb a. femoralis communisba 4F sheath-et helyezünk helyi érzéstelenítésben. Innen keressük fel cross-over technikával a bal a. iliaca interna rendszerből eredő bal a. uterinát, majd a katétert visszamanőverezzük a jobb a. iliaca interna rendszerből eredő jobb a. uterinába. Polyvinyl szemcséket juttatunk be (Contour, Boston Scientific, 355-500 µm vagy 500-710 µm, többnyire 2-3x2 ml/beteg); ha az anatómia megkívánja, mikrokatétert (Progreat, Terumo) használunk.

A PVA szemcséket addig adagoljuk, amíg az a. uterinában stasis közeli állapotot érünk el. Amennyiben jelentős áramlás látszott az a. ovarica vagy a cervicovaginalis ág felé, akkor az embolizációt nem hajtottuk végre az adott oldalon. Fajdalomszűrésre 10-30 mg nalbuphint valamint szükség szerint nem-steroid gyulladásgátló szereket (Voltaren, Cataflam) alkalmazunk. A technikai és klinikai sikeresség a nemzetközi adatoknak megfelelően. Átmeneti amenorrhoea fordult elő 2-4 hónappal a beavatkozás után. Az első év tapasztalati alapján a symptomaticus myoma embolizáció hatékony és biztonságos módszernek bizonyul.

Az a. uterina embolizációjával szerzett tapasztalataink 200 beteg tükrében

HARMAT ZOLTÁN, ROSTÁS T., BATTYÁNY I.

*Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ,
Radiológiai Klinika*

A női nemi szervek egyik leggyakoribb, a nőket több, mint 30%-ban érintő benignus daganata, a leiomyoma uteri. A betegek egy része panaszmentes és nem igényel kezelést. A tünetekkel rendelkező betegeknél a leggyakrabban alkalmazott kezelési módszer az uterus eltávolítása vagy a myomectomia. A méheltávolításba nem beleegyező, nagy hasi műtétet nem kívánó nők kezelésének alternatívája az a. uterina intervenció radiológiai superselectív embolizációja. Ez egy világszerte alkalmazott terápiás eljárás, melynek során minimálisan invazív módon elzárjuk a myomát ellátó artériákat, minek következtében a képlet elhal. Ezt követően a betegek panaszai megszűnnek, terhességet is vállalhatnak. A módszer immár hazánkban is a napi rutinban érhető el.

Az elmúlt két évben több, mint 200 beteg esetében végeztük el az a. uterina embolizációját. A beavatkozások kezdetben femoralis, majd brachialis punctiót követően történtek. Mindkét oldali a. uterina superselectív angiographiáját követően 500-710 µm átmérőjű PVA szemcsékkel végeztünk embolizációt. A beavatkozás technikailag 98 %-ban sikeres volt. Szövődmény egyetlen esetben sem lépett fel. A betegek szubjektív panaszai minden esetben csökkentek. A myomák méretében csökkenés 97%-ban történt a követési periódusban, az átlagos méret-

csökkenés mértéke 65%. Recidiva az elmúlt két évben embolizált eseteinkben nem alakult ki.

Az a. uterina embolizációja méh leiomyomáinak hatékony kezelési módszere, melyet a világ nagy intervenció radiológiai és nőgyógyászati társaságai a hagyományos műtéti eljárás egyenértékű alternatívájaként már elfogadtak. Tekintettel e jóindulatú daganat gyakoriságára a módszer hazánkban is elérhető alternatíva kell hogy legyen a myoma kezelésében.

A vesedaganatok multidiscplináris ellátása

BÁNSÁGHI ZOLTÁN, BUZOGÁNY I.*,
KOVÁCS L.**

*Szent Imre Kórház, Képző Diagnosztikai Osztály,
Intervenció Részleg, Budapest*

**Péterfy S u.-i Kórház és Baleseti Központ Urológiai
Sebészet, Budapest*

*** Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján*

Cél: A rosszindulatú vesedaganatok elsőként választandó ellátási módja a vese megtartó sebészi rezekció vagy annak kiterjesztett formája a nephrectomia.

A kiterjedt, primeren nem operálható daganatoknál, vagy soliter vesén csak vesevesztéssel ellátható esetben számos intervenció radiológiai módszer áll rendelkezésre mind curatív, mind palliatív mind preoperatív down staging eljárásként.

Módszer: Az elmúlt 10 évben 68 betegen összesen 134 esetben végeztünk rosszindulatú vesetumor miatt intervenció radiológiai beavatkozást. Ezek között az inoperábilis daganat palliatív sclero-embolizációja, alkoholos roncsolása, és rádiófrekvenciás daganatroncsolás, cava filter beültetés volt a leggyakoribb.

Eszköz: A referátumban azokat az eseteket mutatjuk be, ahol az inoperábilisnak induló tumor többszörös sikerült eredményesen ellátni.

Összefoglalás: A későn felfedezett nagy méretű, vagy soliter vesén keletkező malignus vesedaganatok eredményes ellátása többszörös feladat, ahol a megfelelő terápiás algoritmus kialakítása és betartása nagyban hozzájárul a hosszútávú jó eredményhez

Érsebeszet I.

Akut carotis stent elzáródások kezelése: műtét, vagy intervenció?

SZABÓ ATTILA, ACSÁDY GY., HÜTTL K.,
NEMES B., FEHÉRVÁRI M., ENTZ L.

Semmelweis Egyetem Érsebeszeti Klinika, Budapest

Az irodalomban csak elvétve olvashatunk az akut carotis stent elzáródások sebészi vagy intervencionális megoldásának módjáról. Saját eseteinket feldolgozva tárgyaljuk ezeket a lehetőségeket.

Klinikánkon 2000. január és 2007. december között összesen 1319 carotis stentelés történt. 23 esetben észleltünk súlyos neurológiai tüneteket, ezek közül 11 alkalommal találtuk a carotis interna postintervencionális thrombosisát. A neurológiai tünetek észlelésekor azonnal carotis duplex scan vizsgálat, vagy a beavatkozás alatt angiographia történt. Reziduális stenosis észlelésekor re-intervenciót végeztünk. 11 betegnél a stent akut thrombotikus elzáródását vagy instabil thrombust találtunk és műtéti megoldás mellett döntöttünk. A műtét során a stentet eltávolítottuk, 7 esetben graft interpositio, 3 esetben eversios endarteriectomia és 1-1 esetben TEA illetve foltplasztika volt a megoldás. 2 beteg a műtét után néhány nappal exitált, 1 beteg súlyos stroke-ot szenvedett el, 2 beteg minimális reziduális neurológiai deficittel gyógyult, 6 beteg tünetmentessé vált.

Eseteink azt bizonyítják, hogy a carotis stent akut elzáródása azonnali műtéttel jól kezelhető, a stent eltávolítása és az azonnali carotis rekonstrukció minimalizálhatja a neurológiai deficit súlyosságát.

Befolyásolja-e a beavatkozás típusa a carotis műtétek eredményeit?

MENYHEI GÁBOR

PTE KK Sebészeti Tanszék

Célkitűzés: A carotis endarteriectomia 3 típusának (everziós, hagyományos direkt varrattal, hagyományos folttal) összehasonlítása a halálozás, a stroke és a szövődmények vonatkozásában.

Beteganyag és módszer: Az Európai Érsebészeti Regiszter 5 évet magában foglaló adatainak (47 635 műtét) statisztikai elemzése. A vizsgált adatok: perioperatív halálozás és stroke, posztoperatív cranialis idegsérülések aránya.

Eredmények: A posztoperatív halálozás (0,7; 0,8; ill. 0,65%), a perioperatív stroke (1,8; 2,3; ill. 1,6%), valamint az idegsérülések arányában (2,9; 5,0; ill. 3,0%) nem volt kimutatható szignifikáns különbség a műtéti típusok között. Ugyanakkor a stent-beültetésen, illetve endarteriectomián átesett betegek perioperatív stroke arányában szignifikáns különbség volt igazolható a műtét javára (2,3 és 1, 3%).

Következtetés: A kivételesen nagy beteganyag elemzésének eredményei megerősítik a jóval kisebb, szelektált beteganyagban végzett prospektív, randomizált tanulmányok tanulságait mindhárom vizsgált változó tekintetében.

Akut "A" típusú aorta dissectio következtében kialakult aorta stent-graft diszfunkció

SZABOLCS ZOLTÁN *, HÜTTL K. **,
LACZKÓ Á. ***,

DARÓCZI L. *, HÜTTL T. *, HORKAY F. *

* *Semmelweis Egyetem: Szívsebészeti Klinika*

** *Cardiovascularis Centrum*

*** *Érsebészeti Klinika*

57 éves férfi beteg felvételére mellkasi fájdalmak és alsóvégtagi ischaemiás tünetek miatt került sor, egy évvel azt követően, hogy sikeres aorto-biiliacalis stent-graft beültetésén esett keresztül. Az elvégzett CT vizsgálat akut kialakult "A" típusú aorta dissectiót igazolt, mellékletként mutatta a korábban behelyezett stent-graft teljes összeesését (kollapszusát). Ez utóbbit az aorta abdominális tágult, feszülő ál-lumenének kompressziója idézte elő. A betegnél akut körülmények között végeztünk hybrid (sebészi és endovascularis) beavatkozást. Első lépésben az aorta-gyök (Bentall szerinti) rekonstrukcióját és teles ívcsereit végeztünk. Ez azt eredményezte, hogy a kollabált stent-graft ismét kinyílt. A stent-graft szárainak distalis - a keringést továbbra is akadályozó - reziduális stenosisait, valamint a bal artéria renalis occlusióját stent beültetésekkel oldottuk meg. A műtéti és az endovascularis procedura időben közvetlenül követték egymást. 3 évvel a hybrid megoldást követően a beteg panaszmentes. Kontroll CT vizsgálatok igazolták a disszekálódott aorta eredményes proximális sebészi rekonstrukcióját, valamint az aorto-biiliacalis stent-graft kifogástalan funkcióját. Az este kapcsán az alábbi következtetések fogalmazhatóak meg:

1. Akut "A" típusú aorta dissectio esetén a korábban beültetett distalis aorta stent-graftok viselkedése megegyezik azzal, amit az aorta valódi lumenével kapcsolatban tapasztalhatunk.

2. Aorta stent-graftok növekvő alkalmazása eddig soha nem észlelt, újszerű szövődmények megjelenését eredményezheti. Sikeres kezelésük feltételezi a hybrid sebészi technikák elérhetőségét.

Hibrid femoropoplitealis thrombendarterectomia - korai eredmények

SIMÓ GÁBOR, MOGÁN I.,

DARABOS G., DIENES A.*

Főv. Önk. Szent Imre Kórház, Budapest

Érsebészeti Profil

*Központi Radiológiai Diagnosztika**

Bevezetés: Irodalmi adatok alapján az arteria femoralis superficialis (AFS) TASC C-D morfológiájú occlusióinak helyreállításában reális alternatíva az endovasculáris beavatkozással kiegészített hagyományos félig zárt ring-stripper desobliteráció. Fenti műtéttel szerzett tapasztalatainkat mutatjuk be.

Beteganyag, módszer: A műtétet femorális feltárásból, az arteria femoralis communis (AFC) tomiájából végezzük. Intraoperatív angiographia segítségével a nyitott kiáramlás szintjéig hagyományos ring-stripper desobliterációt végzünk, a distalis intima lépcsőt stent beültetéssel rögzítjük. 2008.január.01-től 2009.05.31-ig 13 tervezett műtétből 11 sikeres beavatkozást végeztünk, az indikáció 6 esetben klaudikáció, 2 betegnél nyugalmi fájdalom, 3 esetben nekrozis volt. Az átlagos utánkötési idő 6,5 hónap.

Eredmény: Korai elzáródás (30 napon belül) nem fordult elő. Az utánkötés alatt 2 reocclusio alakult ki, kritikus ischaemia nélkül.

Következtetés: A térd feletti femoropopliteális helyreállító műtéti repertoárban a fenti beavatkozás elfogadható alternatívát jelent a műér implantációval szemben, különös tekintettel a bypassra alkalmatlan, vagy hosszabb szakaszú-, esetleg coronaria műtetre preservált vena saphenára.

Hybrid műtétek és intraoperatív angioplastikák az aorto-iliakalis és femoro-politealis régióban

BEREK PÉTER, KERESZTURY G., MIKOLA J.,
NÉMETH J., TURCSÁN E.

Fejér Megyei Szt.György Kh., Érsebészeti osztály

Hybrid műtét alatt az egy ülésben elvégzett endoluminalis beavatkozás és konvencionális arteriális rekonstrukciós műtét elvégzését értjük. Osztályunkon 2002.novemberétől végzünk endoluminalis műtéteket. 2002.novemberétől 2009.júniusáig 126 intraoperatív angioplastikát, 330 angioplastika + stent beültetést, 212 hybrid műtétet végeztünk. Az aortoiliakalis régióban 416 beavatkozást, femoropoplitealis régióban 212 beavatkozást végeztünk. A hybrid beavatkozás és intraoperatív angioplastika(ITA) végzésének alapfeltétele a katéter technikában jártas érsebész és az endoluminális eszköztár állandó elérhetősége. A hybrid műtét és ITA műtétek fő célja a multisegmentális érintettség egy ülésben történő megoldása, valamint a haemodynamikai hatékonyság fokozása a műtéti megterhelés növelése nélkül. Az aortoiliakalis régióban elvégzett beavatkozások 3 éves átjárhatósága 60%, a femoropoplitealis régióban elvégzettek 50%. A hybrid műtéteknek és ITA-nak eredményei elfogadhatók és helyük van a soliter és multifokális artériás léziók kezelésében. A mai modern érsebészet nem létezhet ITA nélkül.

Hybrid alsó végtagi rekonstrukciók középtávú eredményeinek elemzése

HOLCZER LÓRINC, MENYHEI G., HARDI P.,
KASZA G., ARATÓ E., FAZEKAS G.,
BENKŐ L., KOLLÁR L.
PTE KK Sebészeti Tanszék

Célkitűzés: az endovascularis iliaca intervenciókkal (intraoperatív transluminális angioplastica stent implanta-

tioval vagy anélkül) kombinált distalis érsebészeti beavatkozások (thrombendarterectomia, foltplastica, femoropoplitealis vagy femoro-femorális crossover bypass, thrombectomia) középtávú eredményeinek vizsgálata nem szelektált beteganyagban.

Módszerek és beteganyag: a 2004 januárja és 2009 májusa közt végzett hibrid beavatkozások kórlapjainak retrospektív elemzése, valamint a műtött betegek ambuláns kontroll vizsgálata, az adatok elemzése Mantel-Haenszel szerint korrigált $\div 2$ vagy Fischer egzakt teszttel, lineáris regresszióval vagy Kaplan-Meier analízissel.

Eredmények: 117 beteg közül 95 beteget sikerült ismételt megvizsgálni, átlagosan 39 (1-65) hónap követési idővel. Közülük további öt beteget kizártunk az elemzésből ilifemorális konverzió miatt (96% technikai siker). A követési időszak alatt 12 beteg (13%) halálozott el, további 14 (15%) végtag esetén major amputatióra kényszerültünk. 40 beteg (44%) esetében a követési idő alatt az adott területen újabb műtét(ek)re is sor került. A kontroll vizsgálatkor a 62 betegnél (69%) tapintható volt femoralis vagy distalis pulzus, 64 esetben a végtag jelenleg is él (71%). A vizsgált populációban nem találtunk szignifikáns eltérést a stent implantációval vagy anélkül végzett tágitások, az ischaemia vagy járászaj miatt végzett beavatkozások, valamint a distalis kiegészítés neme szerint kialakított csoportok közt, ahogy a betegek életkora sem korrelált a kimenetellel.

Következtetések: Az alsó végtagi hibrid beavatkozások középtávú eredményei bizonyítják a módszer eredményességét. A vizsgált nem szelektált beteganyag esetében sem az indikáció, sem az iliacalis interventio, sem a distalis beavatkozás tekintetében nem találtunk olyan faktort, amely a későbbi kimenetellel (mortalitás, végtagvesztés, későbbi ismételt rekonstrukcio) összefüggésben állt volna. További, célzott vizsgálatokat tartunk szükségesnek, nagyobb populáción a minta méretéből adódó bizonytalanságok kiküszöbölésére.

Endograft implantációval szerzett 11 éves tapasztalataink

DR. JUHÁSZ GY., DR. MÁTYÁS L.,
DR. SZENTESI SZ.

*BAZ Megyei Egyetemi Oktató Kórház
Miskolc, Szentpéteri kapu 76*

Célkitűzés: abdominalis és thoracalis aorta aneurysmák endovascularis kirekesztésével szerzett tapasztalataink bemutatása.

Módszer: 1998 januárja és 2009 június között abdominalis és thoracalis aorta tágulat miatt 137 esetben ültettünk be endograftot. 127 stentgraftot aorto-iliacalis, 10-et thoracalis pozícióban implantáltunk. A 127 abdominalis eset közül 110 volt az elektív, 17 az akut, viszont a thoracalis 10 esetből 2 volt az elektív, 8 az akut beavatkozások száma.

Eredmények: perioperatív halálozásunk az elektív beavatkozások során nem volt, a rupturált hasi aneurysmá-soknál 30 %, (5 exitus 17-ből) a mellkasiaknál 25 % (2 exit a 8-ból) műtéti mortalitás adódott. Egy rupturált hasi esetben kellett nyitott műtetre konvertálni, egy betegnél bimodularis módszerről uniiliacalis+crossover technikára váltani, mivel nem nyílt ki a contralateralis szár. A késői szövődményekre, ill. mortalitásra vonatkozó follow-up vizsgálataink folyamatban vannak, erre vonatkozó eredményeinket a kongresszuson ismertetjük.

Következtetések: osztályunkon is rendszeresen alkalmazott módszerré vált a hasi és mellkasi aortatágulatok endovascularis kirekesztése, mely tevékenység eme technikában jártas műtői teamet, megfelelő műtői tárgyi feltételeket, speciális logisztikát igényel. A hasi aneurysmák ellátásában mintegy 60 %-ban endograft implantációt végzünk. Kis átmérőjű keringő lumen esetén (nem fér el a két szár), ill. rupturált aneurysmás betegeknél (a vérzés mielőbbi megszüntetése céljából) az aorto-uniiliacalis endograft+crossover bypass technikát preferáljuk, egyébként törekszünk az anatómiailag kedvezőbb bifurcatios endograft beültetésre.

A hagyományos, nyitott műtét és a stentgraft implantáció nem helyettesíti, hanem kiegészíti egymást, individuális döntés alapján indikálunk nyitott, vagy endovascularis megoldást

Lézeres visszérműtéttel szerzett újabb tapasztalatok BIHARI IMRE

Á+B Klinika, Budapest

Célkitűzés: Lézeres visszérműtét korai eredményeinek értékelése, különös tekintettel a tanulási és a rutin időszak közötti különbségre, valamint a beteg terhelésére.

Módszer: Összesen 124 beteg (97 nő és 27 férfi, életkoruk 17 és 79 év közötti átlag 36 év) 150 alsó végtagján végeztünk lézeres (Biolitec, 980 nm) visszérműtétet 2007. április 1. és 2009. április 30. közötti időszakban. Az első 30 műtétet tekintjük tanulási időszaknak, amelyet követően a leadott laser energiát megnöveltük, és a továbbiakban a műtétet bódításban végeztük. Beavatkozást a v. saphena magna és parva törzsön ill. a v. saphena magna accessoria anterioron végeztünk. Ezen erek átmérője 4 és 24 mm közötti volt. Kiemelendő, hogy 26 beteg mindkét alsó végtag műtete egy ülésben történt, akik szintén a műtét napján távoztak. Nyolc 100 kg fölötti testű beteg operáltunk (max. 139 kg). Postthrombotikus varicositása három betegnek volt. Négy beteg lábszár-fekély miatt került műtetre. Egyensúlyban lévő, nem súlyos kísérő betegségek (diabetes mellitus, hypertonia, stb.) mellett is elvégeztük a beavatkozást.

Eredmények: Az első 30 műtétet követően 4 esetben a kezelt saphena törzsekben különböző fokú rekanalizációt figyeltünk meg. A további esetekben a laser energiát átlag háromszorosára emeltük, ezt követően újabb rekanalizáció, a megfigyelési idő alatt nem fordult elő. Felmérésünk

szerint a betegek 78 %-a a beavatkozás után nem vett be fájdalomcsillapítót, 2/3-a egy héten belül folytatta munkáját. Lényeges szövődmény (thrombosis, embolia, vérzés, érsérülés, bőrelváltozás, septicus szövődmény) nem fordult el, de.suffusio minden esetben volt, amely 3 héten belül felszívódott, boka oedema az esetek harmadában jelentkezett, egy eset kivételével 3 héten belül felszívódott. A beavatkozás során az esetek mintegy 23 %-ában egyetlen, kb. 3 mm-es szúrás, 62 %-ában két szúrás, 10 %-ában 3, további 5%-ában 4 szúrás sebe maradt vissza. A műtét időtartama az első mintegy 100 esetben a korábban alkalmazott eljárástól (crossectomia, stripping, Smetana késes phlebectomia) lényegesen nem különbözött, kb. 45 percet vett igénybe. Ez az időtartam a gyakorlat megszerzésével, átlag 30 percre rövidült.

Következtetés: Nemzetközi tapasztalatokkal egyezően fontosnak találtuk megfelelően magas laser energia leadását a korai recidiva megelőzésére. A laseres visszérműtét a hagyományosnál kevésbé megterhelőnek bizonyult.

Az endovénás laser terápia (EVLT) - tapasztalataink 176 eset kapcsán ROZSOS ISTVÁN, FERENCZY J., SEFFER G., SEFFER I.

Seffer-Renner Magánklinika, Kaposvár

2007- ben az Angiológiai Napokon a kezdeti eredményeinkről számoltunk be - 88 eset kapcsán. Az azóta eltelt időszakban az eseteink száma megkétszereződött- és a teljes 4 év vizsgálata során történ megfigyeléseink és vizsgálataink eredményeit mutatjuk be.

Betegek és módszerek: a betegek kiválasztása a klasszikus varicectomia indikációi és ellenjavallatai alapján történtek - a nagyobb gyakorlatunk okán a korábban nehezebbnek - vagy el nem végezhetőnek ítélt kanyargós és/ vagy ulcussal terhelt esetekben is elvégeztük a beavatkozást.

A teljesebb kozmetikai eredmény érdekében 10 esetben Várady szerinti varicectomiával kombináltuk a laser ablatiót.

Az eredményesség megítélésében a szubjektív felméréseket végeztünk a hagyományos és crio-stripping kapcsán közölt eredményekkel összevetésben. A nyomon követésben a Duplex eredményeknél a reflux hiánya mint alapvető kritérium- kb 2 cm-rel a saphena junctio alatt. Vizsgáltuk a primer műtétek és a korábban hagyományos műtét recidívája miatt végzett laser beavatkozások eredményességét.

A műtéti beavatkozást a postoperatív időszakban sclerotherápiás kezelésekkel egészítjük ki amennyiben az szükséges- bevezettük a Duplex ellenőrzött habsclerotherápiát az irodalmi javaslatok alapján.

Eredmények: 176 sikeresen megoperált végtag- a korábbi közléseinknek megfelelően mélyvénás trombózis, allergiás reakció, gyulladásos szövődmény nem történt. Lokalis átmeneti érzésvavarok és néhány hetes gyógyulást

szükségessé tévő bevézések az esetek kevesebb mint 5%-nál jelentkezett. 9 esetben aktív ulcus cruris is okát képezte a beavatkozás javaslatának- melyek közül 8 esetben fél év múlva gyógyult állapotok voltak feljegyezhetőek. a 9. esetben a műtét óta eltelt 1 hónap még nme elegendő idő az eredmény kihirdetéséhez. A pretibialis és prepatellaris oldalágakat Várady szerint eltávolítva kiküszöböltük a korábban tapasztalt néhány napos csonthártya izgalom okozta kellemetlenségeket.

A betegelégedettségi vizsgálataink szerint a szubjektív eredmények szignifikánsan jobbak a korábban közölt technikáknál.

A postoperatív Duplex vizsgálat során felfedett szakaszos visszatekintés megoldására eddig 2 esetben alkalmaztunk a habsclerotherápiát - eredményesen. A betegek egyikénél sem találtunk durva refluxot még a szubjektív panaszokkal visszaérkező 4 esetben sem.

A betegek egyharmadánál volt szükség kiegészítő scleroth- és kezelésre- azonban míg a primeren operált esetekben csak a pókháló varicositas miatt addig a korábban már operált betegeknél a korai oldalági recidiva okán is.

Összefoglalás: az eseteink számának növekedésével számos az irodalomban már megtalálható jelenségek igazolódása mellett néhány érdekes összefüggésre is fényt derítve kijelenthető - hogy a módszer egyre inkább igazolja a korábban feltételezett előnyeit így bátran ajánlható a primer varicositas akár ulcus crurissal terhelt eseteiben és a fokozottan rizikós betegek gyógyításában is.

Endoluminalis, radiofrekvenciás vénasebészet bevezetése osztályunkon

FÜRTÖS ANDRÁS, KOVÁCS S., LUKSANDER A., SZÖLLŐSI A., RAKOS GY.

Soproni Erzsébet Kórház, Sebészeti Osztály

Az inkompetens felületes vénás főtörzsek, elsősorban a VSM sebészi kezelésének legelterjedtebb, ma is arany standardnak tartott eljárása a stripping, azaz a beteg vénaszakasz szondával történő eltávolítása. Az utóbbi néhány évben azonban a visszérsebészetben is egyre nagyobb teret nyernek a kevésbé invazív endoluminalis beavatkozások, radiofrekvenciás vagy lézeres szondákat alkalmazva. A növekvő számú és egyre nagyobb beteganyaggal számoló közlemények a hagyományos eljárással összemérhető több éves tapasztalatokról számolnak be, hangsúlyozva az atraumatikus technikát, a kevesebb posztoperatív szövődésményt, a betegek jobb komfortérzetét, gyorsabb felépülését. Osztályunkon 2009 márciusa óta alkalmazzuk válogatott beteganyagon az (Olympus) Celon RFITT radiofrekvenciás szondáját. Korai tapasztalatainkat ismertetjük.

Nyirokutak fejlődési rendellenességei következményeinek kezelése, rehabilitációja

TASNÁDI GÉZA, SZALAI ZS., MÓNA T.

Heim Pál Gyermekkorház, Budapest

Célkitűzés: A csecsemő- és gyermekkorai nyirokútanomáliák korai felismerése és kezelése megelőzheti a súlyos következmények kialakulását. A már kialakult következmények kezelésére és rehabilitációs lehetőségekre adunk javaslatot.

Módszer: Évente 60-70 lymphoedemás, lymphangiomas - nyirokútmalformációs - beteget kezelünk, mint országos gyermekangiologiai centrum. A késői gyermekkorban bekerülők többségében már az igazolt nyirokútaplasiák,- hypoplasiák, -dilatációk okozta lymphoedemák, a bőrön már jelentkező circumscrip lymphocysták, nyirokcsorgás /lymphorrhoea/ , a nyirokut-obstrukciók miatti chylascos, chylothorax kezelésére kidolgozott módszereink a következők: kézi- és gépi lymphdrainage, a bőrelváltozások lokális ,gyógyszeres ill műtéti kezelése, a lymphovenosus shuntök készítése ill. beültetése, a nyiroktermelést csökkentő diéták alkalmazása.

Eredmények: A betegek 25%-ában gyógyulás, 70%-ában jelentős javulás érhető el, a betegség progressziója leáll.

Következtetés: a lymphaticus malformációk késői felismerése esetén egyre súlyosabb következményekkel kell számolnunk. A következmények kezelésére kidolgozott módszerek alkalmazása leállíthatja a betegség progresszióját, a rehabilitációs lehetőségek ismerete előlghetheti a betegek gyógyulását.

Hemodialízis fistula aneurysma ellátása a fistula funkció megtartásával

BÍRÓ GÁBOR, SZEBERTIN ZOLTÁN

Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A krónikus dialízis kezelés optimális módja a natív fistulán történő kezelés. A hosszantartó használat során számos szövődmény között aneurysmatikus tárgulat kialakulása is előfordul.

Beteganyag: Az elmúlt 12 év során 116 beteget kezeltünk A-V fistula aneurysma miatt. A kezdeti időszakban az aneurysmatikus fistulák resectioja volt jellemző, 38 esetben végeztük, de az aneurysmatikus szakasz resectioja és PTFE interpositio használata is előfordult 11 esetben. Ezekben az esetekben a fistula folyamatos használata nem volt lehetséges vagy új fistula kellett a kezelés fenntartásához.

Az elmúlt két évben 15 betegnél az aneurysmatikus szakasz részleges resectioját és normalis kaliberű (8-10mm) shuntvéna helyreállítását végeztük el.

Eredmények: 9 nő és 6 férfibeteget kezeltünk, átlagéletkoruk 56.7 év volt. Az aneurysmatikus shunt átlagosan 79 (21-384) hónapon át működött az ellátás

előtt. A műtéteket helyi érzéstelenítésben vagy axillaris blokádban végeztük. A közvetlen posztoperatív szakban mindegyik fisztula működőképes maradt és egy beteget kivéve, aki átmeneti kanült kapott, már másnap punctio is lehetséges volt. Sebgyógyulási zavart nem észleltünk. Az átlagosan 11.6 hónapos követés során egy fisztula elzáródását észleltük a műtétet követően 3 hónappal, itt további thrombectomia sikertelen volt. Egy betegnél sikeres transzplanáció történt 3 hónappal a műtét után működő fisztula mellett. Tizenhárom beteg fisztuláját zavartalanul használják, egy betegnél kell hosszabb kompressziót alkalmazni a kezeléseket követően. A megfigyelési idő alatt újabb aneurysma kialakulását nem figyeltük meg még.

Következtetés: Az aneurysmatikus fisztula parciais rezekciója alkalmas egyidejűleg az aneurysma ellátásra és a fisztula funkció fenntartására is.

Érsebeszet II.

Carotis + coronaria arteriák szimultán betegsége - Mit tegyünk ?

VALLUS GÁBOR, DZSINICH CS., TOMCSÁNYI I.,
VASZILY M., DZSINICH M., BARTA L., TÓTH GY.,
TÓTH L., BEKE G., NAGY E., PÁSZTOR A.,
NAGY G., RÁCZ R.

*Magyar Honvédség Állami Egészségügyi Központ
Szív-, Ér-, és Mellkas Sebészeti Osztály*

Az atherosclerosis multilocularis megjelenése miatt gyakran kerülünk abba a helyzetben, hogy több régió szignifikáns, műtéti megoldást, vagy intervenciót igényelő elváltozása igazolódik. Visszatekintve az irodalomban a carotis + coronaria betegségek szimultán ellátásában ellentmondó véleményeket támasztanak alá. A mai napig nincs, egységes álláspont, a szimultán műtéti megoldások tekintetében.

2007. július 01-óta szerveződött ÁEK Szív-, Ér-, és Mellkas sebészeti osztályon az eltelt időszakban 24 szimultán, egy ülésben történt carotis + coronaria műtétet végeztünk. Emellett további 1 bentfekvéssel, de 2 ülésben történt 18 beavatkozást végzetek, szakmai elbírálás alapján.

A szerző ismerteti az osztályukon kialakított gyakorlati elveket és eredményességüket. Felvázolja a további lehetőségeket a multilocularis betegség megoldásának stratégiáját intézetükben

Az infrarenalis aneurysmák kezelési elvei, gyakorlata, lehetőségei és eredményei megyei-súlyponti kórházban, 20 éves beteganyag áttekintése alapján.

NAGY ISTVÁN, AL-AAMRI KHALIL
*Vas megyei Markusovszky Kórház, Általános és
Érsebeszeti Osztály, Szombathely*

Az elmúlt 20 éves időszakot két csoportban vizsgáltuk. Az első 10 év műtéti mortalitását és poszt operatív morbi-

ditási adatait és kezelési alapelveit összehasonlítottuk a második 10 éves periodussal. Ezek alapján alakítottuk ki a jelenlegi műtéti kezelés elveit.

Az aneurysma műtéteket 1989 ben kezdtük osztályunkon. Ez alatt az idő alatt végzett 5373 arteriás rekonstrukciós műtétből 166 -ot végeztünk aneurysma miatt. Infrarenalis hasi aneurysma miatt 97 műtét történt, melyből 74 volt elektív és 20 műtétet végeztünk rupturált aneurysma miatt. Az első 10 éves időszakban 34 beteget operáltunk elektíven melyből poszt operatív halálozásunk nem volt. A második 10 év 40 betegéből 3 beteget veszítettünk el. A rupturált hasi aneurysma kategóriában az első 6 évben beteg nem jutott el a műtőszalig. Az utolsó 4 évben a mortalitás 50 % os volt. A második 10 év rupturált anyagában 14 betegből 9 et veszítettünk el. Az elektív összesített infrarenalis aorta aneurysma halálozás 4 % os volt, a rupturált hasi aneurysmák 30 napon belüli halálozása 60 %-os. A 72 peripheriás aneurysma miatt operált betegből 1 halt meg, az összesített mortalitás 1,3 %-os.

A betegek ellátása multidisciplinális hiszen a számos kísérőbetegség együttes fennállása alapvetően befolyásolja a túlélést. Az utóbbi pár évben kórházunkban jelentős előrelépés történt a képalkotó diagnosztikában (CT, MR-angiographia. 3D rekonstrukciók) így lehetővé vált a betegek pontos praoperatív értékelése és követése. A következő protokollt alkalmazzuk az infrarenalis aneurysmák ellátására.

A 4 cm nél kisebb tünetmentes aneurysmákat 2 évente kontroláljuk UH vizsgálattal.

A 4 és 5,4 cm közötti tágulatokat 6 havonta UH vizsgálattal ellenőrizzük, növekedés esetén CT történik.

Műtéti indikációt csak az 5,4 cm nél nagyobb hasi aneurysmák képeznek.

Tünetes esetben a beteget azonnal kivizsgáljuk és a rizikófelmerést követően műtéti megoldást javasolunk. Magas rizikó esetén a beavatkozást olyan intézményben javasoljuk ahol endovasculáris műtetre is van lehetőség.

Endograft implantáció során előforduló infekciós kockázatok

MÁTYÁS L., JUHÁSZ GY., SZENTESI SZ.
*Borsod Abauj Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi
Oktató Kórház, Miskolc
Érsebeszeti és Endovasculáris Sebészeti Osztály*

Célkitűzés: Felhívni a figyelmet az endograft implantatio során előforduló infekciók kockázatára. Bemutatni a diagnosztikus és therapiás alternatívákat, ezek problémáit.

Módszer: Irodalmi áttekintést követően saját klinikai anyag retrospektív vizsgálata elemzése. Egyes alternatívák klinikai esetdemonstrációja.

Eredmények: Az irodalmi adatokkal egyezően saját eredményeik és tapasztalataik változóak, a kiindulási helyzetektől és az alkalmazott megoldásoktól függően.

Következtetés: Az endograft infekció az un. klasszikus graftinfekcióhoz hasonlóan súlyos klinikai szövődmény, melynek kimenetele sokszor kiszámíthatatlan. Kezelése nehéz. Megelőzése fontos a steril implantációs körülmények biztosításával és a gondos indikációs szelekcióval.

8 év tapasztalata az a. iliaca externa (AIE) antegrad eversió endarterektómiájával (EEA), késői eredmények

CS. NAGY GÁBOR, M. WUNSCH,
A. JORDAN, J. MELLES

*St. Berward Krankenhaus, Gefäßzentrum Hildesheim
Treibestr. 9, D - 31141 Hildesheim*

Bevezetés: Az Inahara által 37 esztendeje leírt retrograd EEA der AIE a jó korai és késői eredmények ellenére nem terjedt el. Az általunk bevezetett antegrad technika számos előnyt kínál.

Indikáció, műtéti eljárás: A 2001-ben bevezetett műtéti eljárásunkat eddig 24 betegen 27 esetben az AIE TASC C-typusú laesioinál végzett sikertelen retrograd (thromb-) endarterektómiák után alkalmaztuk. Az ilica-bifurcatio retroperitoneális feltárása után az AIE tangenciális átmetszése következik. Az ér lágycsalag alatt történő átvezetését az EEA követi. Az a. femoralis communis már meglévő hosszanti arteriotómiáján keresztül invertáljuk az AIE-t. Ezután gondosan eltávolítjuk az ér belfelszínén visszamaradt mediarostokat. Az eret ismét „színére fordítva” visszahúzzuk a retroperitoneális térbe s végül reanastomizáljuk.

Eredmények: Egyetlen korai postop. komplikációnk egy retroperitonális haematóma volt. A korai jó eredményekről a Pécsi Angiológiai Napokon 2005-ben beszámoltunk. (Addig elzáródást, szűkületet a rekonstruált érszakaszokon nem észleltünk, az a. iliaca interna minden esetben nyitott maradt.) A hosszabb távú utánvizsgálatok még nem zárultak le, ezek eredményeit és a műtéthez tartozó technikai tippeket az előadásban mutatjuk be.

Megbeszélés: Noha az endovascularis intervenciók az iliacalis érszakasz arterioszklerotikus laesiojainak kezelésében már-már dominálnak, ezen autológ műtéti eljárásunk egy újabb színfolttal gyarapíthatja az érspecialista palettáját.

Multidetektoros CT angiographia szerepe a műtéti típus megválasztásában

Simó Gábor, Mogán I., Dienes A.*,
Darabos G., Molnár P.*

*Főv. Önk. Szent Imre Kórház, Budapest
Érsebészeti Profil
Központi Radiológiai Diagnosztika**

Bevezetés: Az utóbbi években bevezetésre került multidetektoros CT (MDCT) készülékek segítségével a gyors scan és nagy felbontás révén lehetőség nyílik diag-

nosztikus célú periférás angiographia készítésére. Irodalmi adatok alapján szenzitivitása és specificitása eléri a hagyományos DSA vizsgálat hatékonyságát. Ugyanakkor a DSA kontrasztanyaggal kitöltött áramló lumen kétdimenziós ábrázolásával szemben az MDCT három dimenziós képalkotása révén olyan többlet információt szolgáltat, amely az érsebészeti vagy endovascularis beavatkozás tervezésében jelentős segítséget nyújt.

Módszer: Az intézetünkben működő GE Brightspeed 16 szeletes MDCT készülékkel 2008.03.01-től közel 700 perifériás angiographiát végeztünk, ezek közel kétharmada alsó végtagi, a többi supraaortikus ill. carotis angiographia volt. Alsóvégtagi protokoll során 80-100ml kontrasztanyag intravénás beadásával a thoracoabdominalis átmenettől a talpi ívig 1,25mm-es szeletvastagsággal végezzük a vizsgálatot.

Eredmények: A szofveres „DSA-analóg” rekonstrukció mellett az érfali calcifikáció volumene és térbeli eloszlása, a stenosis-occlusio pathológiai háttere, a 3D rekonstrukció, a plakk analízis, az ectasia-aneurysma kimutatása, a densitás mérésen alapuló friss thrombus versus krónikus neointima, a linearis lumen redukció mérés, poststent analízis révén kapott többlet információk alapján az invazív beavatkozás fajtája biztonságosabban tervezhető és választható.

Összefoglalás: Az MDCT angiographia nemcsak számos többlet információt nyújt, hanem ambuláns, minimal invazív volta révén ideális vizsgálati eljárás a perifériás vasculáris diagnosztikában, alkalmazásával a hagyományos DSA szerepe az intervenciók beavatkozás területére szűkül.

Hosszú távú tapasztalatok silver grafftal

MÜNCH Z., SZEBERIN Z., BÍRÓ G.,
SZABÓ G., ACSÁDY GY.

Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika

Célkitűzés: Az érsebészet egyik legsúlyosabb szövődménye a beültetett műerek infectioja. Az egyik megelőzési és kezelési lehetőség az ezüst-acetáttal impregnált grafftok felhasználása. A szerzők silver grafftal (SG) élő betegek hosszú távú követése során a későbbi rekonstruktív érműtét szükségességét, a végtagvesztés gyakoriságát, ismételt septikus szövődmény felléptét és az exitus lethalist vizsgálták.

Módszer: A Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinikáján 2001. októbere és 2006. októbere között 40 betegre összesen 42 silver grafftot ültettek be.

Eredmények: 33 esetben az aorta vagy az aorto-iliacalis érszakasz megetegedése volt a primer orvoslandó állapot, a fennmaradó 7 esetben alsó végtagi obliteratív verőérbetegség volt az első műtét oka (n=7). A SG implantatio leggyakoribb indikációja a korábbi graft suppuratioja (n=15), lábujj gangraena (n=11), aorto-bifemoralis bypass után kialakult aorto-duodenalis fistula (n=7) volt. A SG-k 11 esetben aorto-bifemoralis pozícióba, 7 esetben

aorto-aorticus interpositumként, 10 esetben az iliacalis érszakaszon, 4 esetben extraanatomikus bypassként és 8 esetben femoro-poplitealis/cruralis bypassként kerültek felhasználásra. A korai postoperatívumban 4 vérzéses szövődmény volt. Korai (30 napon belüli) occlusio miatt 7 esetben kényszerültek reoperációra. Sebgyógyulási zavar 6 esetben lépett fel, ebből kétszer suppuratio, de graft explantációra egyik esetben sem volt szükség. 4 betegnél major amputatiót végeztek illetve szintén 4 beteget elveszítettek.

A fennmaradó 36 beteg közül 23 esetben (64%) sikerült kontroll során hosszú távú adatokhoz jutniunk. E betegeknek az átlagos utánkövetési idő 39,5 hónap volt. 8 beteg már nem él. Késői elzáródás 1 betegnél lépett fel. 6 betegnél major amputatiót vált elkerülhetlenné. Késői suppuratio senkinél sem jelentkezett.

Következtetés: Eredményeikből kiemelik a korai elzáródások magas arányát illetve a késői suppuratiók hiányát. A szerzők a SG felhasználását biztonságos megoldásként ajánlják e szövődményes betegcsoport kezelésénél.

Perifériás érsebészet perifériás kórházban

FÓRIZS ZOLTÁN

*A.ö. Krankenhaus, Chirurgie,
7400, Oberwart
Ausztria*

Az infragenuális és pedalis perifériás érrekonstrukciók a műtéti technika és műszerezettség javulása ellenére is még mindig nem szívesen vállalt kuriózumnak számítanak. Előadásunkban 200 femoro-cruralis és 100 pedalis érrekonstrukcióról számolunk be. Ismertjük az indikáció „különlegességeit”, a technikai megvalósítás lehetőségeit, a különböző műtéti típusokat, a beavatkozások eredményeit. A késői eredményeket a graft-típusok és az utókezelés szerint dolgoztuk fel. Külön foglalkozunk a sikertelenség és a késői elzáródások okaival, és azok megoldási lehetőségeivel.

Angiológia - konzervatív kezelés

IrbEsartan és ciprofibrát kezelés hatása az endothel diszfunkcióra metabolikus szindrómában

FARKAS KATALIN, EGRESITS J.

AUDIKOVSKY M., PADOS GY., FARSANG CS.

Szent Imre Kórház, Budapest

Bevezetés: Ismert, hogy az ACE gátló terápia mellé adott statin kezelés tovább csökkenti a vérnyomást és javítja az endothel diszfunkciót, de nincsenek hasonló adatok az ARB és fibrát kezelés kombinációjáról.

Célkitűzés: A vizsgálat célja az irbesartan és ciprofibrát kezelés vérnyomásra, metabolikus paraméterekre és a mikrovaszkuláris endothel funkcióra gyakorolt hatásának vizsgálata volt.

Módszer: 39 (21+18) hypertóniás, diszlipidémiás, metabolikus szindrómában (IDF) és bal kamra diszfunkcióban szenvedő beteget randomizáltunk 6 hónapos irbesartan monoterápiára (A csoport), vagy kombinált irbesartan-ciprofibrát kezelésre (B csoport). Az endothel funkció értékelésére iontophorézissel kombinált laser-Doppler áramlásmérést alkalmaztunk.

Eredmények: A szisztolés vérnyomás mindkét csoportban szignifikánsan csökkent (A csoport:-19 Hgmm és B csoport:-17,4 Hgmm). A triglicerid és az ApoB szint csak a B csoportban csökkent szignifikáns mértékben. A fibrinogén szint mindkét csoportban szignifikáns mértékben csökkent, de a csökkenés nagyobb fokú volt a B csoportban ($p=0,049$). Az endothel funkció (acetylcholine kiváltotta vazodilatáció) szignifikánsan csökkent a 6 hónapos irbesartan és irbesartan/ciprofibrát kezelést követően (átlag±SEM: 616,31±36,98 %; 809,31±59,6 %; $p<0,01$). Szignifikánsan javult az endothel független vazodilatáció is (631,10±50,78 %; 777,61±66,42 %; $p<0,05$). Az endothel függő vazodilatáció változása hasonló volt a két csoportban, de az endothel független vazodilatáció javulása szignifikánsan nagyobb volt a B csoportban ($p<0,05$).

Következtetések: Az irbesartan monoterápia javította az mikrovaszkuláris endothel funkciót. A ciprofibrát kombináció további előnyös hatást fejtett ki az endothel független vazodilatációra, mely a lipid és gyulladási paraméterek megfigyelt javulásával hozható összefüggésbe.

Hipertónia kezelése érszűkületes betegeknél

CSÁSZÁR ALBERT

Állami Egészségügyi Központ, Budapest

Magyarországon a kardiovaszkuláris betegségek a vezető halálokok között vannak. â-blokkoló kezeléssel számos szív és érrendszeri betegségben csökkenthető a halálozás. A szakmai irányelvek szerint kötelező a â-blokkoló kezelés szívelégtelenségben, infarktus utáni állapotban és iszkémiás szívbetegségben. Az egyes páciensek társbetegségei gyakran megnehezítik a â-blokkoló alkalmazását, ami különösen igaz a perifériás érbetegekre. Ebben a betegcsoportban az iszkémiás szívbetegség előfordulása még az átlagnál is magasabb, ráadásul a hagyományos â-blokkoló kezelés kellemetlen melléhatásokkal járhat esetükben. Az értágító hatással nem rendelkező â-blokkolók reflexes érszűkületet okozhatnak, ami tovább ronthatja a már amúgy is rossz perifériás keringésű betegek állapotát. Az értágító â-blokkolók azonban a hagyományos szerektől eltérően csökkentik a perifériás ellenállást, növelik a perctérfogatot, így javítják a perifériás keringést. A szakmai irányelveknek

megfelelően napi egyszeri alkalmazású gyógyszer érdemes választani a betegek kezelésére, így az értágító hatású α -blokkolók közül is csak a nebivolol hatóanyag alkalmazása számít igazán korszerűnek.

Sajnos a hétköznapi gyakorlat ellentmond a fenti elméletnek: az Oktató Családorvosok Magyarországi Kollégiuma szervezésében lezajlott HURAC vizsgálat eredményei szerint ma Magyarországon a háziorvosi körzetben az infarktuson átesett betegek 37,5%-a, a szívégtelen betegek 49,4%-a nem részesül α -blokkoló kezelésben. Ráadásul a kezelt betegek sem a legkorszerűbb terápiában részesülnek: a betegek 32,23%-a rövid hatású metoprolol szed α -blokkoló terápiaként, az összes metoprolol részesedése a kezelésben 45% feletti. Társbetegségekkel nem rendelkező betegeknél is nehezen elfogadható a fenti eredmény, de az egyenesen sokkoló, hogy az összes vizsgált társbetegség közül éppen a perifériás érbetegeknél volt a legmagasabb a rövid hatású metoprolol részesedése. Pedig rendelkezésre áll olyan hatóanyag, amivel a perifériás érbetegek is biztonságosabban kezelhetők: a nebivolol. A nebivolol jelenleg a legszelektívebb α 1-blokkoló, szelektivitása a bisoprololénak többszöröse. A nebivolol emellett értágító hatással is rendelkezik: az endothelsejtekből az eNOS aktiválásával fokozza az NO szintézist. Az így fokozódó NO termelődés értágulatot eredményez, csökkenti az LDL oxidációt, a fehérvérsejtek kitapadását és a simaizomsejt proliferációt, tehát antiatherogén hatású. A nebivolol emellett csökkenti a fibrinogén és a PAI-1 szintet, tehát antithrombotikus hatású, ami különösen előnyös a perifériás érbetegek között gyakran előforduló dohányosoknál. A nebivolol csökkenti ill. visszafordítja az endothel diszfunkciót is, javítja a flow mediálta vasodilatációt, emeli a koronária flow rezerv kapacitást is. Kiemelkedő α 1 szelektivitása miatt minimális a hatása a légzésfunkcióra, nem emeli a vércukor és a lipid értékeket, csökkenti az inzulin rezisztenciát, így nem növeli az új diabetes kialakulási esélyét. Mindezen tulajdonságai a nebivolol optimális választássá teszik a hipertonia vagy a szívégtelenség mellett fennálló számos társbetegségben: perifériás érbetegségben, metabolikus szindrómában, cukorbetegségben, vagy dohányzó betegeknél.

Prostaglandin (PGE1) kezelés során szerzett tapasztalataink kritikus végtagi ischaemiában szenvedő betegeknél

TERSZTYÁNSZKY RITA, PENCZ Z., VARGA E.,
KRISTÓF V., LACZKÓ Á., SÁSDI A.

*Főv.Önk.Péterfy S.u.-i Kh.
C-Belgyógyászat-Angiologia
SE Érsebészeti Klinika*

2007-ben 280 kritikus végtagi ischaemiában szenvedő beteget kezeltünk prostaglandinnal (PGE1). 280 betegből 20 autoimmun betegség vascularis manifestációjának, 105 diabeteses angiopathia, 9 Buerger-kór, 146 pedig nem dia-

beteses atherosclerosis obliterans talaján kialakult keringészavarban szenvedett. A feldolgozott beteganyagban 267 alsóvégtagi, 11 beteg felsővégtagi és 2 paciens mind alsó-, mind felsővégtagi érbetegségben szenvedett. Átlagosan napi 20 μ g prostaglandint adtunk 10 napon keresztül.

Értékelve az általunk kezelt kritikus végtagi ischaemiában szenvedő betegek ellátása során tapasztaltakat, az irodalmi adatok alapján elvárhatónál kedvezőbb eredményeket kaptunk.

220 esetben javulást tapasztaltunk, 44 betegnél a végtag állapota stagnált, 16 esetben amputációt kellett végezni.

Autológ őssejtkezelés inoperábilis perifériás típusú érszűkületes betegeken.

SZABÓ GÁBOR VIKTOR*, DARÓCZY J.**,
ACSÁDY GY.*

**Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinika, Budapest
**Szt. István Kórház Lymphoedema Rehabilitációs
Osztály és Bőrgyógyászati Osztály, Budapest*

Célkitűzés: Súlyos, kritikus alsó végtagi ischaemias betegek egy jelentős részénél a cruralis típusú elzáródások, kiáramlási pálya hiánya miatt sem sebészeti, sem intervenciós radiológiai revascularisatióra nincs lehetőség. A jelenleg alkalmazott gyógyszeres kezelés ilyen előrehaladott állapotban gyakran már hatástalan. Ezen PAD betegek részére kezdtük el Budapesten a Semmelweis Egyetem Érsebészeti Klinikáján a Kelen Kórházzal közös szervezésben az autológ őssejt kezelést.

Módszer: 20 beteg vett részt a vizsgálatban. A csoport fele hagyományos kezelést kapott, a másik fele őssejt kezelést is. A szigorú kritériumok miatt Fontaine III - IV stádiumú betegeket kezeltünk. A vizsgálat betegenként 3 hónapig tartott. A kezelés elején és végén angiográfia, továbbá ABI, percutan oxigénnyomás-mérés, járópados vizsgálat objektívizálta az eredményeket, a beteg szubjektív érzéseit standard kérdőív rögzítette. A betegektől levett 250 ml perifériás vérből történt az őssejt szeparáció, melyet dúsítás és indukálás után a betegek suralis izomzatába injektáltunk standard technikával.

Eredmények: A kezelt betegek összesített adatai szerint a betegek egy részének a panaszmentes járástávolsága megnőtt, fájdalmi enyhültek, transcutan oxigenisatio javult, míg a nagy ereken mért ABI jelentősen nem változott és az angiográfia sem mutatott nagyobb érképződést. A kontroll csoportban hasonló idő alatt jelentős progresszió, több végtagvesztés fordult elő. A beavatkozással kapcsolatos szövődményünk eddig nem volt.

Következtetés: A perifériás vérből izolált autológ őssejt-transplantatio az első eredmények alapján bizakodásra ad okot. A vérvétel és a beavatkozás a betegnek nem megterhelő. A jelenlegi összes konzervatív kezelés alkalmazása mellett jó kiegészítő kezelésének tűnik a PAD betegek terápiájában.

Prostaglandin kezeléssel szerzett tapasztalataink kritikus végtag ischemiában szenvedő diabéteszes betegeknel

KRISTÓF VERA, LACZKÓ Á., PENCZ Z.,
TERSTYÁNSZKY R., VARGA E., SÁSDI A.

*Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórház -
Rendelőintézet és Baleseti Központ
Semmelweis Egyetem, Érsebészeti Klinika
Budapest*

A kritikus végtag ischémia (KRVI) miatt történt amputált betegek több mint a fele diabéteszes. 2007-ben 106 esetben alkalmaztunk diabéteszes KRVI-s betegnél prostaglandin (PGE1) kezelést. Rekonstrukciós lehetőség betegeinknél nem volt. Életkor átlag 64,6 év, a legfiatalabb 35 éves, a legidősebb beteg 85 éves volt. 82 beteg javult, 15 beteg változatlan állapotban volt hazabocsátáskor, 9 beteg állapota romlott és amputációra került. Az átlagos ápolási idő 10,25 nap volt.

A PG kezelés eredményessége jelentősen meghaladja az egyéb gyógyszeres kezelési módok eredményeit mind a beteg életminősége, mind gazdaságossági szempontból (az összes ráfordítás tekintetében). Ezért a diabéteszes KRVI-ban szenvedő betegeknel prostaglandin kezelés feltétlenül javasolt.

CEAP C5-6 stádiumú krónikus vénás betegség komplex kezelésével szerzett tapasztalataink

VARGA E., KRISTÓF V., LACZKÓ Á.,
SZAKÁLY E., PENCZ Z., SÁSDI A.

*Multicenter study
Péterfy Kórház, C - Belgyógyászat / Angiológia,
Budapest*

Célkitűzés: A súlyos fokú krónikus vénás betegség - gyakorisága, az általa okozott szövődmények súlyossága és a magas kezelési költségek miatt - kiemelt angiológiai probléma. Előadásunkban a komplex kezeléssel /compressiotherápia, pentoxifyllin, venodinamicumok, rendszeres sebkötözés, terápiarezistens esetekben parenterális prostaglandin kezeléssel kiegészítve/ elért eredményeket szeretnénk bemutatni.

Módszer: Retrospektíve elemeztük az osztályunkon 2007-ben kezelt, CEAP C5-6 stádiumban lévő betegeknel elért eredményeinket. Összesen 54 beteg adatait dolgoztuk fel, közülük 16-an részesültek prostaglandin kezelésben is. Vizsgáltuk a terápiás választ a fájdalom csökkenése, a fekély méretének illetve a microcirculációs paraméterek /aéser-Doppler, transcutan partialis O₂/CO₂ nyomás/ változásának tekintetében.

Eredmények: A kezelés hatására a fájdalom mértéke illetve az analgeticum felhasználás az esetek 85%-ban csökkent. A fekélyek mérete átlagosan 26%-kal lett kisebb. A terápiarezistens esetekben alkalmazott prostaglandin kezelés 16 esetből 12-nél objektív javulást eredményezett.

Következtetés: Komplex kezeléssel, mely szükség esetén prostaglandin adását is magában foglalja /amint erre példa van a nemzetközi irodalomban is/, reális esély van arra, hogy javulást érzünk el jelentős méretű vénás fekélyek esetén is. További vizsgálatok szükségesek annak tisztázására, hogy a localis sebkezelés mellett milyen gyakran kell ismételn az infusios kezeléseket.

Trombózisprofilaxis napjainkban.

Ajánlások és perspektívák
SÁNDOR TAMÁS

*Semmelweis Egyetem, II. Sebészeti Klinika, Kútvölgyi
Klinikai Tömb, Budapest*

A trombózisprofilaxis hatása bizonyított, mégis a betegek fele ma is védelem nélkül marad. A VTE kockázata növeli az egyre több kiterjesztett, akár időseken végzett műtét, a rövidebb hospitalizációval járó rövidebb profilaxis, a preoperatív kemoterápia.

Ez az összefoglalás a legújabb nemzetközi és magyar állásfoglalás alapján ismerteti az általános sebészeti-, a laparoszkópos-, és a bariatrikus műtétekkel kapcsolatos korszerű profilaxist.

Bizonyítottan hatásos a kisdózisú sc. UHF, az LMWH-k, az IPC és a GCS alkalmazása. Az ajánlások közé bekerült a heparin-salád harmadik generációjához tartozó fondaparinux.

Intenzív kutatásokkal igyekeznek világszerte új, még hatásosabb antikoagulánsokat előállítani. Karnyújtásnyira van olyan, fix dózisú, monitorizálást nem igénylő tabletták bevezetése, amelyek a heparinokat és a K vitamin antagonistákat kiszorítják és nem csak a profilaxis, hanem a kezelés új távlatait nyitják meg.

Az atherosclerosis sebészeti megoldásának perioperatív dietoterápiája

SALÁNKI PÉTER

Bicskei Magándiabetológia

A szív és érrendszeri betegségek hazánkban a vezető halálozási okok között szerepelnek. Az érrendszer károsodását az erek elmeszesedése, az ún. atherosclerosis okozza. Ezen elváltozás érintheti az artériás rendszer bármely részét. Az atherosclerosisnak multifaktoriális okai lehetnek: az elhízás, a hipertónia, szénhidrátanyagcsere-zavar (IGT, NIDDM), diszlipidémia, a hiperurikémia, dohányzás, mozgásszegény életmód és az oxidatív stressz. Az atherosclerosis megelőzésében és kezelésében először konzervatív kezeléseket alkalmazunk, amelynek része a dietoterápia is.

A sebészeti kezelés lehet érbelhártya-tisztítás (endarterectomia), az erek tágítása rugalmas dróthálával (stent) vagy áthidalás (bypass).

A betegeknek már preoperatívén zsírszegény, fehérje- és rostús étrendet adunk, a metabolikus kockázat csökkentésére és a későbbi sebgyógyulás elősegítésére.

Testi leromlás esetén perioperatív szakaszban fehérjéptöltést végzünk.

A műtét után - figyelembe véve a műtét helyét - a megfelelő étrend kialakítása szükséges a panaszmentes sebgyógyulás és a harmadlagos prevenció érdekében. Ennek az egyik alapja az élelmirost-dús diéta, amely a szénhidrátok és a zsírok felszívódásának módosításával, illetve gátlásával csökkenti a metabolikus kockázatot. Megkülönböztetünk oldható (pl. pektinek, gumiszzerű és nyákanyagok, néhány hemicellulóz) és oldhatatlan (pl. cellulóz, lignin, néhány hemicellulóz) rostokat. A hasi aorta bypass műtéti után a sebek gyógyulásáig az étrendben nem alkalmazhatunk puffasztó zöldségfélét (pl. káposztafélék és hüvelyesek), mert a meteorizmus nem csak kellemetlenséget okozhat a betegnek, hanem a varratok feszülését és elégtelenségét idézheti elő. Az aterogén metabolikus tényezők visszaszorítását és a sebgyógyulás javítását együtt kell elérnünk. Az ödémák kialakulásának csökkentése - és a vérnyomás normalizálása érdekében a nátriumfogyasztást korlátozzuk (1500 - 2000 mg/nap). Ebben nyújtanak segítséget a zöldségek és a gyümölcsök - magas kálium és alacsony nátrium tartalmuk révén. A zöld fűszerek egyrészt segítenek a sószegevény étrendet ízletesebbé tenni, másrészt jelentős biológiai aktivitású anyagaiknak köszönhetően csökkentik az oxidatív stresszt.

A teljes gyógyulás a betegek otthonában történik ezért az étrend elsajátítása és betartása érdekében szóbeli-, és írásos diétás tanácsadásban részesülnek.

Összefoglalva: Az atherosclerosis sebészeti kezelése mellett alkalmazott dietoterápiában - figyelembe véve a műtét helyét - a rost- és fehérjedús, valamint zsír- és natív cukor szegény étrend segíti a sebgyógyulást és csökkentheti a recidívák kialakulásának esélyét.

Mechanikusan mediált vaszkuláris növekedés

Z. NÉMETH*, K.GOMBOCZ, J. CSORDÁS,

A. RASHED, Á. SZTANYISZLAV

*ZFOK Ultrahang Labor, Zalaegerszeg

Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg

Bevezető: Egy új fizioterápiás eljárás 20, perifériás keringési problémákkal, (stenosis, microangiopathia, (neuro) angiopathia,) küzdő betegen való sikeres tesztelése történt.

Módszerek: A szolubilis adhéziós molekulák, a szolubilis Endothelialis Adhéziós Molekula-1 (sELAM1), szolubilis Intercellularis Adhéziós Molekula-1 (sICAM1), szolubilis Vascularis Sejt Adhéziós molekula (sVCAM1), valamint növekedési faktorok Vascularis Endothelialis Növekedési Faktor alfa (VEGF-A) és Fibroblast Növekedési Faktor-2 (FGF-2) - plazma-koncentrációjának meghatározását ELISA technikával (DIACLONE Research, BIOTEST) végeztük a gyári módszertani előírásnak megfelelően. Vénás vérmintát vettünk a vena saphena magna punctioval a kezelés előtt és után. A

mintavételt követően 1000/min fordulatszámmal 15 percig centrifugáltuk. A lecentrifugált plazmát -86°C-on tároltuk.

Eredmények: Az endothel aktivációra, dysfunkcióra jellemző szolubilis adhéziós molekulák, növekedési faktorok ELISA-vizsgálata és más paraméterek (teljesítmény, laser-Doppler, hőmérséklet-eloszlás, augmentációs-index) mérése által olyan szignifikáns eredményeket kaptunk, melyek a kezelt szövetekben az angiogenezis felgyorsulására utalnak.

A szolubilis adhéziós molekulák serum koncentráció változását elemezve a sVCAM1 (986 +/-317; 959+-333 ng/ml p=0,422), a sICAM1 (605+/-202; 601+/-168 ng/ml p=0,913), sELAM1 (192+/-76; 188+/-72 ng/ml p=0,528) a kezelés hatására szignifikáns különbség nem alakult ki. A növekedési faktorok közül csak a VEGF változott a kezelés hatására, FGF nem változott (0,84+/- 2,28; 1,50 +/-5,16 ng/ml p=0,34).

Angiológia - kórtani megfigyelések

Takayasu arteritis occlusióval és ectasiával járó esete FARKAS KATALIN, KOLOSSVÁRY E.

Szent Imre Kórház, Angiológia Profil, Budapest

Bevezetés: A Takayasu arteritis az aortát és annak fő ágait (carotis, subclavia, brachiocephalica, vertebralis, ritkábban coronaria, renalis, pulmonalis artériák) érintő krónikus vasculitis. Igen változatos tünetek formájában jelentkezhet a stenosis és thrombusképződés lokalizációjától függően, az érintett területek ischaemiájának következményeként (szédülés, syncope, látászavarok, hiányzó pulzus, szignifikáns vérnyomáskülönbség a végtagokon stb.). Az artériák mediáját érintő destrukció ritkán aneurysma képződéséhez vagy akár ruptúrához is vezethet. A betegség elsősorban fiatal nőkben jelentkezik, az ázsiai populációban gyakoribb. A betegség etiológiája nem ismert, a korai diagnózis és ezzel a korai kezelés jelentősen befolyásolhatja a prognózist.

Esetismertetés: A 34 éves nőbeteg a nyak bal oldalán tapintható duzzanat, fejfájás, bal radialis pulzus hiánya miatt került érsebészeti vizsgálatra. CT angiographia a bal a. subclavia occlusióját, subclavian steal syndromát és az a. anonyma, valamint mindkét carotis communis tágulatát igazolta. Az elváltozások érsebészeti beavatkozást nem indokoltak. Aspirin kezelés mellett a panaszok progrediáltak, hypertonia, fáradékonyság, 5 kg-t meghaladó fogyás jelentkezett. 6 hónap elteltével a gyulladáshoz labor paraméterek további romlása (gyorsult West, emelkedett CRP, fibrinogén), anaemia kialakulása volt megfigyelhető. Ismételt CT angiographia ill. duplex UH vizsgálat az aorta ascendensben és az aortaív ágaiban jelentős falmegevastagodást igazolt, mely a klinikummal összevetve

Takayasu arteritis akut fázisának fennállását igazolta. A bevezetett steroid kezelés mellett a panaszok ill. a labor paraméterek gyors javulása volt megfigyelhető, 1 hónapos kezelést követően a bal radialis pulzus tapinthatóvá vált. 6 hónap elteltével a korábban bevezetett kombinált antihypertenzív kezelés dózisének csökkentése vált szükségessé. Kontroll duplex UH alapján a carotis communisok ectasiája változatlan, progresszió nem észlelhető.

Következtetések: A kórkép ritka előfordulása miatt, gyakran már csak az akut szakot követően, a kialakult érelzáródások stádiumában kerül felismerésre. A korai diagnózist segíti a képalkotó vizsgálatokkal kimutatható falmegvastagodás és a gyulladásos laboratóriumi leletek gondos értékelése.

Perifériás érbetegek cerebro-, és cardiovascularis érintettségét jellemző adatok Hajdú-Bihar megyében

DÉR HENRIETTA, SZOMJÁK E.,
KEREKES GY., TÓTH J., SOLTÉSZ P.
*DEOEC Belgyógyászati Intézet,
III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen*

Célkitűzés: Az arteriosclerosis obliterans, a coronariasclerosis valamint a carotis rendszer stenosisa, illetve occlusioja, igen gyakran társult formában jelenik meg. A perifériás érbetegek esetén jelentősen emelkedik a cardialis és cerebralis mortalitás és morbiditás egyaránt, ugyanakkor a perifériás artériás érbetegség napjainkban is aluldiagnosztizált kórkép.

Számos multicentrikus vizsgálat igazolta a betegség multilokularitását, illetve foglalkozott a kialakulásához és progressziójához vezető hagyományos rizikófaktorokon túl további hajlamosító tényezők feltérképezésével, és a leghatékonyabb kezelési mód keresésével. A szerzők a DE OEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinikáján angiográfiával átvizgált alsóvégtagi obliteratív érbetegek klinikai adatait vizsgálták prospektív módon.

Módszer: A vizsgálat átlagos követési ideje 42 hónap volt, mely során 160 perifériás artériás érbeteg teljes kórtörténetét tekintették át. A betegcsoportban az atherosclerosis ismert rizikófaktorainak feltérképezésén túl, a vizsgálat fő szempontja a rizikófaktorok kapcsolatának elemzése volt az anamnézisben talált, illetve a követés során bekövetkezett cerebro- és cardiovascularis eseményekkel, valamint a nem invazív módon meghatározható boka-kar index prediktív értékének vizsgálata a társuló vascularis érintettség tekintetében. A szerzők fontosnak tartották továbbá annak elemzését is, hogy az obliteratív érbetegség miatt átvizgált betegek mekkora hányadánál került újonnan felismerésre az atherosclerosis egyéb klinika manifesztációjaként, cerebrovascularis vagy cardiovascularis érintettség, illetve vizsgálták az ezeknél a betegeknél alkalmazott kezelés és a betegség progressziója közötti összefüggést.

Eredmények-következtetés: Eredményeik alapján hangsúlyozzák a perifériás érbetegeknél non-invazív módon vizsgálható boka-kar index prediktív értékét, valamint felhívják a figyelmet arra, hogy a 40 év fölötti korcsoportban ugrásszerű a betegszám emelkedés, a betegek legnagyobb aránya az 55-75 év közötti korcsoportba tartozik. Szerzők felhívják a figyelmet arra, hogy a népességben azonosítani kell a PAD betegeket, mint nagy rizikójú csoportot és esetükben intenzív rizikófaktor befolyásolásra és agresszív antithrombotikus kezelésre kell törekedni.

Obliteratív gyulladásoos vasculopathia angiológiai következményei progresszív szisztémás sclerososisban

TIMÁR ORSOLYA, DÉR H., KERÉKES GY.,
SZŰCS G., SOLTÉSZ P.

DEOEC III. Sz. Belgyógyászati Klinika

Célkitűzések: A kis és nagy artériákat érintő vasculopathia és az endotheliális diszfunkció központi szerepet játszik a szisztémás sclerososis (SSc) pathogenesisében. Munkánk során a fenti pathogenetikai tényezők következményei közül az a. brachialis flow-mediált dilatációját (FMD), nitroglicerín-mediált dilatációját (NMD), az a. carotis communis intima-media vastagságát (ccIMT), valamint az a. brachialisson mért augmentációs indexet (Aix) és a pulzushullám terjedési sebességet (PWV) határoztuk meg szisztémás sclerososisban szenvedő betegeken és egy egészséges kontrollcsoporton.

Módszerek: Az FMD és NMD mérése nagyfelbontású ultrahang készülékkel történt, az eredményt a kiindulási érték százalékában adtuk meg, míg a carotisok vizsgálata color Dopplerrel történt, a ccIMT-t mm-ben fejeztük ki. Az Aix és PWV mérések Tensio Clinic Arteriograph készülékkel, automatizált módon történtek.

Eredmények: Az SSc-s betegekben szignifikánsan alacsonyabb FMD-t (4,82±/3,76% ill. 8,86±/3,56%, p<0,001), és enyhén megnövekedett ccIMT-t találtunk a kontrollcsoporthoz képest (0,67±/0,26 ill. 0,57±/0,09 mm), utóbbi különbség nem volt szignifikáns (p=0,013.) Az NMD vonatkozásában sem volt szignifikáns különbség a két csoport között. Mind a PWV (9,67m/s ill. 8 m/s, p=0,0017), mind az Aix (9,02% és -41,15%, p<0,0001) szignifikánsan magasabb volt SSc-s betegekben a kontrollcsoporthoz képest. Szignifikáns korrelációt találtunk az Aix és PWV, valamint az Aix és a kor, PWV és a kor, illetve a PWV és a betegségstartam között.

Következtetések: SSc-s betegekben FMD-vel kimutatható az endothelium működési zavara, míg az emelkedett PWV és Aix csökkent érfali tágulékonytságot jelez. Az FMD vizsgálata az atherosclerosis előfázisában hasznos diagnosztikus és prognosztikus eszköz lehet SSc-s betegeknél, az érfali tágulékonytság követésére a PWV vizsgálata lehet alkalmas. Eredményeink alapján a kóros érfali tágulékonytság és az endotheliális diszfunkció statinok és más, vazoprotektív gyógyszerek terápiás célpontja lehet az SSc-s betegcsoportban.

Obesitas és endotheldysfunctio

MESKÓ ÉVA

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa

A zsírszövet endokrin szervként működik, számos olyan anyagot termel, mely a kardiometabolikus funkciót szabályozza. A termelt anyagok hatása összetett, a vascularis remodelling szabályozásában részben pozitív, részben negatív szerepet töltenek be.

Kiemelendő az adipokinek endothelfunkcióra gyakorolt hatása.

A hyperleptinaemia endotheldysfunctiót idéz elő, még az adiponektin fékezi a diabetes kialakulását, mérsékli a kedvezőtlen vascularis remodellinget. A vaszpin védőhatásu hormon, mérsékli a kövérséget.

A PAI-I főleg a visceralis zsírban termelődik, proatherogen, prokoagulans hatása.

A CRP az elhízás gyulladási faktora, obesitasban a CRP szintje magasabb. Rontja az endothelfunctiót. Lényegében az obesitasban kialakult endotheldysfunctio felismerésével magyarázható a vascularis károsodás kialakulása, következményes szervi funkcióromlással.

**Cukorbeteg rizikósajátosságainak vizsgálata
obliteratív verőérbetegekben**JASSÓ ISTVÁN*, BLÁZOVICS A.**,
HAGYMÁSI K.**, LANDI A.***IV. Belgyógyászati Osztály, Szent István Kh., Budapest****II. Belgyógyászati Klinika, Semmelweis Egyetem,
Budapest*

Célkitűzés: az arteriosclerosis obliterans klinikai lefolyása, súlyossága eltér cukorbetegség társulása esetén. Célunk az volt, hogy megvizsgáljuk, milyen különbségek mutathatók ki diabeteses és nem diabeteses alsó végtagi obliteratív verőérbetegek társbetegségei, klinikai jellemzői, hagyományos laboratóriumi és hemoreológiai, ill. az oxidatív stresszt jelző néhány paramétere között.

Módszer: 117 cukorbetegben nem szenvedő és 51 fő 2-es típusú cukorbeteg perifériás obliteratív verőérbeteg klinikai és laboratóriumi adatait hasonlítottuk össze egymással. A klinikai adatok közül vizsgáltuk a dohányzás, a hypertonia és az egyéb atheroscleroticus betegségek társulását, a Doppler indexet és a maximális járástávolságot. A laboratóriumi paraméterek közül - többek között - a vér- és plazmaviszkozitást, a fibrinogént, a homociszteint, hsCRP-t és a részletes vérsír szinteket elemeztük. Az oxidatív stresszt jellemző tényezők közül a vérminták H-donor aktivitását, szabad SH-csoport koncentrációját, redukálóképességét, valamint total scavenger kapacitását határoztuk meg.

Eredmények: a két csoport (cukorbeteg és nem cukorbeteg) átlagéletkora, nembeli megoszlása hasonló volt. A cukorbeteg csoportban a kreatinin, a fibrinogén, a homocisztein, az ApoB és a húgysav szint magasabb, az ApoA1 alacsonyabb volt ugyan a nem cukorbeteg csoport

értékeinél, de szignifikáns különbség nem volt kimutatható. A triglicerid jelentősen magasabbnak, míg a HDL-koleszterin szint jelentősen alacsonyabbnak adódott a diabetesesekben. A hsCRP értékben nem volt lényeges különbség a csoportok között. A plazmaviszkozitás megegyezett, a vérviszkozitási paraméterek a diabeteses csoportban kedvezőtlenebbül alakultak. Az obliteratív verőérbetegséget jellemző tényezők közül a Doppler indexben és a maximális járástávolságban sem volt jelentős eltérés a két csoport között, azonban a Fontaine IV-es stádiumú betegek aránya jelentősen magasabb volt a cukorbetegéknél. A hypertonia és a cerebrovascularis betegség előfordulása hasonló volt a két csoportban. A dohányzók aránya jelentősen kisebb, míg a coronariabetegség társulása nagyobb arányú volt a cukorbetegégek között. Az oxidatív stresszt jellemző paraméterek közül a szérumban és plazmában mértek - az alkalmazott módszerekkel - kedvezőbbnek mutatkoztak a cukorbetegégekben, míg a vörösvérsejtekben mért jellemzőkben nem volt különbség a csoportok között.

Következtetések: Eredményeink bemutatják a diabeteses érbetegek eltérő rizikóhelyzetét. Az oxidatív stresszt jellemző paraméterekkel jelen vizsgálatban nem lehetett kimutatni a cukorbetegégek nagyobb szabadgyök terhelését, mely felveti a cukorbetegégek gyógyszeres terápiájának befolyásoló szerepét.

**Új immunológiai biomarkerek prognosztikai értéke
akut koronária szindrómában és stabil koronária
betegségben**SOLTÉSZ PÁL, VERES K., LACZIK R.,
CSÍPÓ I., SIPKA S., SZEGEDI GY.*DE OEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati
Klinika, Debrecen*

Az atherosclerosis krónikus gyulladási folyamatának része az az antigénspecifikus immunválasz, melyeket a plakkban jelenlévő autoantigének indukálnak (â2-glikoprotein I, oxidált LDL, hőshock proteinek). Az ellenük irányuló autoantitestek mechanizmusok patológiai jelentőséggel bírnak, kimutatásuknak potenciális prognosztikai jelentősége lehet.

Célkitűzés: A plakk specifikus antitestek (anti-â2-glikoprotein I, anti-oxLDL antitestek) jelentőségére tekintettel célul tűztük ki, hogy akut coronaria szindrómában illetve stabil coronaria betegségben megvizsgáljuk az összefüggést az antitestek szintje és a klinikai események között.

Módszer: Az akut koronária szindrómás betegcsoportban 111 betegnél történt â2GPI antitest, 34 betegnél oxLDL ellenes antitest meghatározás. Ezeket a betegeket két csoportba soroltuk az alapján, hogy az akut koronária szindróma a hospitalizációs időszakban szövődményes vagy szövődménymentes lefolyást mutatott. 62 stabil koronária beteget vontunk be az aoxLDL antitest meghatározásos vizsgálatba.

Eredmények: Az a2GPI antitest pozitivitás magas volt az ACS csoportban, dominálón IgG és IgA típusú ellenanyagok fordultak elő. Az antifoszfolipid antitest pozitivitás szignifikánsan magasabb mortalitással járt. Az aoxLDL szintje mind az akut, mind a stabil koronária betegcsoportban lényegesen magasabb volt a kontrollokhoz viszonyítva. Ezeket a betegcsoportokat összevetve is szignifikáns különbséget találtunk. A szövődmenyes lefolyást mutatókban is lényegesen emelkedett volt az oxLDL ellenes antitestek szintje, mint a szövődmenymentesekben.

Következtetés: Az antifoszfolipid antitestek kimutathatósága ACS-ban kitüntetett jelentőséggel bír, mivel a betegség így bekerül az antifoszfolipid szindróma diagnosztikus körébe. Ez az egyik legerősebb szerzett trombofil állapot, egyaránt veszélyezteti az artériás és a vénás oldalt. Így a megfelelő antitrombotikus stratégia kiválasztása a morbiditást és a mortalitást alapvetően meghatározhatja. A másik plakk specifikus antigén, az oxidált LDL ellenes antitest kimutathatósága jelezheti a stabil koronária betegség instabillá válását, valamint az akut koronária szindrómában fokozott rizikó indikátora lehet.

Malignus betegségekhez társuló szerzett thrombophilia és akut artériás thrombosis megjelenése beteganyagunkban

SZOMJÁK EDIT, DÉR H., KERESKES GY.,
ANDRÁS CS., PÉTER M., SOLTÉSZ P.
*DEOEC Belgyógyászati Intézet,
III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen*

A véralvadási kaszkád thrombophil irányba történő eltolódását veleszületett, vagy szerzett thrombophil tényezők is okozhatják. A veleszületett thrombophiliiák háttérben leggyakrabban autoszomális öröklődésű géndefektusok állnak, melyek a véralvadási kaszkádban résztvevő pro- és antikoaguláns fehérjék kódoló génjeit érintik, leggyakoribb az V. faktor Leiden mutációja, de előfordul az antithrombin, a protein C és a protein S hiánya is. Az öröklött genetikai defektusok mellett azonban egyéb, külső tényezők, úgynevezett szerzett faktorok is állhatnak thrombotikus folyamatok háttérben, melyek leggyakrabban infekcióhoz, tumorhoz, valamint autoimmun betegségekhez társulnak, leggyakoribb ezek között a lupus antikoaguláns, illetve egyéb antifoszfolipid antitestek (anti-kardiolipin, B2 glikoprotein) jelenléte. A foszfolipid ellenes antitestek patológiai szerepével összefüggésbe hozható legsúlyosabb kórkép az Antifoszfolipid Katasztrófa Szindróma, melyre legalább 3 szerv egyidejű, vagy heteken belül zajló artériás vagy vénás thrombotikus érintettsége jellemző, etiológiáját tekintve lehet primer, vagy szekunder.

A daganatos betegségekhez társuló vénás thromboembóliás szövődmenyek előfordulása mintegy másfél évszázada ismert, gyakran a malignus betegség első jele

lehet a trombózis. Azonban míg a társuló vénás thrombotikus érintettség viszonylag gyakran fordul elő, addig a malignus betegséghez társuló artériás trombózis igen ritka, de szervi elégtelenséghez vezetve akár a beteg halálával is végződő súlyos szövődmeny. Az ismertetésre kerülő 3 esetben tumorhoz társuló antifoszfolipid antitest pozitívítás mellett antifoszfolipid katasztrófára nem jellemző lokalizációban alakult ki artériás trombózis. Az első betegnél az artéria femoralis superficialis elzáródása mellett jelentkező szokatlan lokalizációjú, tünetmentes mélyvéna trombózis vetette fel neoplasma lehetőségét, melyet a későbbiekben a mellkas CT, valamint a tumormarkerek is megerősítettek. A második esetben inoperabilis nyelőcső carcinomához társuló akut Leriche szindróma vezetett a beteg halálához, míg a harmadik esetben szintén nyelőcső tumorhoz társulóan alakult ki jobb arteria poplitea trombózis, melynek érsebészeti indikációra történő lízise sikertelen volt, így elkerülhetlenné vált a végtag amputáció. A thromboprophylaxis nagyon fontos daganatos betegeknek, különösen ha egyidejű aPL antitest pozitívítás is jelen van. Daganatos betegségekhez társuló vénás thrombotikus érintettség viszonylag gyakran fordul elő, azonban a társuló artériás trombózis igen ritka, de szervi elégtelenséghez vezetve akár a beteg halálával is végződő súlyos szövődmeny. Különösen idős betegek esetén fontos arra gondolni, hogy a thrombotikus események előfordulása aPL antitest pozitívítás mellett a tumoros állapot első jele is lehet.

Angiológia - belgyógyászat

A nagyereket érintő gyulladós érbetegségek az angiológiai, érsebészeti és vaszkuláris radiológiai gyakorlatban - összefoglaló referátum

KOLOSSVÁRY ENDRE

Fővárosi Szent Imre Kórház,

Belgyógyászati Mátix, Angiológiai Profil

A nagyereket érintő gyulladós érbetegségek (Óriássejtes arteritis, Takayasu arteritis) előfordulásuk gyakorisága miatt kevésbé ismert állapotok az ateroszklerózissal összefüggő kórképekkel összehasonlítva. Összefoglaló előadásunkban különös hangsúllyal mutatjuk be az előfordulási gyakorisági adatokat. Saját kórházi adatbázisunk mellett az országos adatokat is felhasználjuk az epidemiológiai összefüggések érzékeltetésére. Bemutatjuk a diagnózis nehézségeit, különös tekintettel az ismeretes diagnosztikus kritérium rendszerekre, valamint a különböző képalkotó eljárások (UH, CT, MT, PET) alkalmazhatóságára. Érintjük a szövettani diagnózis szempontjait. Saját tapasztalatok és irodalmi áttekintés alapján tárgyaljuk a betegek terápiájának lehetőségeit és a gondozás nehézségeit.

Angiológiai paraméterek vizsgálata perifériás érbetegségben és cerebrovascularis megbetegedésekben

LACZIK RENÁTA, SZOMJÁK E., MAGYAR T., FEKETE I., CSIBA L., SOLTÉSZ P.

Multicenter Study

DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika Angiológiai- és Intenzív Terápiás Részleg, Debrecen

Az „Augusztus Vascularis Program“ keretében összetett vizsgálati rendszerben komplex módon vizsgáljuk az atherotrombosis cerebrovascularis és perifériás ér manifestációját.

Módszer: Protokoll szerint a DEOEC Neurológiai Klinika Cerebrovascularis gondozásában lévő betegeknél megtörténik a perifériás ér vizsgálata illetve a III.sz. Belgyógyászati Klinika Angiológiai Részlege által kezelt és gondozott betegeknél az érbeteg cerebrovascularis vizsgálata. A részletes belgyógyászati és neurológiai vizsgálatok mellett részletes rizikóstratifikáció, a carotisok ultrahang vizsgálata, echocardiographia, boka/kar index, EKG kapuzott carotis-femorális pulzushullám terjedési sebesség, augmentációs index mérések is megtörténnek.

Célkitűzés: A vizsgálatba érkezett 150 beteg eredményeit tüntetjük fel, melyeknél összefüggést kerestünk a boka-kar index értéke és az atherosclerotikus folyamat kiterjedtsége illetve a kóros pulzushullám terjedési sebesség és az egyéb vaszkuláris eltérések között. Vizsgáltuk még az atherosclerosis egyes szervi manifestációinak együttes előfordulási gyakoriságát és súlyosságát, az egyes csoportokban mért boka/kar index értékeket összevetettük az artériás stiffness paraméterekkel, különös tekintettel a vizsgálatok prediktív értékére.

Eredmények-következtetés: Összefoglalva az eredményeket megállapíthatjuk, hogy a perifériás érbeteg és a cerebrovaszkuláris betegek közös gondozása klinikai szempontból indokolt, tekintettel arra, hogy a cerebrovaszkuláris betegek közel felénél igazolódott korábban nem ismert perifériás érbetegség. A boka/kar index értékéből további, az atherosclerosis kiterjedtségére utaló következtetést nem vonható le. A pulzushullám terjedési sebesség emelkedettnek bizonyult magas kardiovaszkuláris rizikójú állapotokban, mint a hypertonia, diabetes mellitus és a perifériás érbetegség. A pulzushullám terjedési sebesség összefüggést mutat a boka/kar indexel, azonban az atherosclerosis korábbi stádiumában válik kórjelzővé.

A pulzushullám terjedési sebesség mérése pulzatis Doppler ultrahanggal: a módszer invazív validálása, a mérési hely optimalizálása

KEREKES GYÖRGY, SZOKOL M., TIMÁR O., LACZIK R., ÉDES I., SOLTÉSZ P.

Multicenter study

DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

Az aorta pulzushullám terjedési sebesség (PWV) a centrális artériás elaszticitás egyik legkönnyebben mérhető és

értelmezhető paramétere, ami jelentős prognosztikai markere a későbbi kardiovaszkuláris eseményeknek.

Cékitűzés: Vizsgálatunk célja a különböző helyeken pulzatis Doppler módszerrel meghatározott PWV-ek összehasonlítása az invazív úton mért aorta pulzushullám terjedési sebességgel, az ultrahangos módszer esetében a reprodukálhatósági vizsgálatok elvégzése.

Módszer: 17 stabil koronária betegségben szenvedő esetben végeztük el a rutin coronarográfiás vizsgálat során az aorta descendensben 2 párhuzamosan rögzített invazív nyomásgörbe segítségével PWV méréseket. A vizsgálat napján EKG-val kapuzott pulzatis Doppler görbéket vettünk fel az aorta descendens kezdetéről, az a. carotis communisról a nyak bázisáról valamint a bulbusból, az a. femoralis communisról, az a. radialisról és az a. tibialis posteriorról, majd a távolságok lemérésével kiszámoltuk a nem invazív úton mért pulzushullám terjedési sebességeket.

Eredmények: Az invazív módszerrel összehasonlítva az intraklassz korrelációs koeficiensek és a Bland-Altman plot-ok alapján a legjobb egyezést az aorto-femorális PWV mutatja (ICC 0,949). Megfelelő egyezést kaptunk a carotis-femorális PWV esetében is (ICC 0,795 és 0,748), azonban a mérés pontossága a távolság növelésével romlik. A perifériás artériákon mért értékeink a vizsgálataink alapján a centrális artériás elaszticitást nem megfelelően tükrözik (ICC brachialisán 0,47, femorocruralisan -0,287). A centrális ereken a pulzatis Doppler ultrahangos módszerrel megadott PWV-ek intraobszerver variabilitása megfelelő.

Következtetés: A fentiek alapján az aorta descendensről, az a. carotis communisnak a nyak bázisáról valamint az a. femoralis communisról felvett Doppler görbék segítségével becsült PWV jó egyezést mutat az aorta descendensben „véres” úton mért PWV-gel.

Megoldatlan terápia - komplex kezelés Buerger-kór esetén

DÉR HENRIETTA, SZOMJÁK E., DEZSŐ B., TAKÁCS I., TÓTH J., SOLTÉSZ P.

DEOEC Belgyógyászati Intézet, III. sz. Belgyógyászati Klinika, Debrecen

A Buerger-kór egy nem atherosclerotikus, szegmentális, gyulladásszerű, progresszív obliteratív érbetegség, mely dominálón az alsó végtag kis- és középnyag artériáit, valamint a vénákat is érinti. Számos etiológiai faktor felvethető kialakulásában, úgy, mint genetikai predispozíció, hormonális okok, immunológiai mechanizmusok, endothel diszfunkció, valamint véralvadási rendellenességek. Szoros összefüggést mutat a dohányzással. Vizsgálatok igazolták, hogy a dohányzás elhagyása javulást, folytatása további progressziót eredményez. A szerzők egy 37 éves, erdei munkás, erős dohányos beteg esetét ismertetik, akinél a Buerger-kór felső végtagi manifestációjaként a kéz ujjain súlyos acralisan amputációt

igénylő gangrenomatosus elváltozások jelentek meg. Komplex gyógyszeres, valamint bal oldali kémiai, jobb oldali sebészi sympathectomia és mindkét oldali takarékos necrectomia, a dohányzás elhagyása és 2 ciklus cyclophosphamid megadása után a beteg állapota jelentősen javult, fájdalmai szűntek és mindkét kezét, igaz korlátozott mértékben használni tudta.

Következtetés: A Buerger-kór továbbra is egy tisztázatlan etiológiájú obliteratív érbetegség, melyet nem könnyű diagnosztizálni. Az utóbbi évtizedben három, viszonylag új terápiás lehetőség merült fel a betegség kezelésében. A spinalis stimulátor implantáció, intravénás prostacyclin analógok alkalmazása, valamint a vascularis endothelialis növekedési gáktor génjének intramuscularis bevitel. Az implantáció meglehetősen drága eljárás, valamint nem áll rendelkezésre prospektív randomizált tanulmány, mely egyértelműen bizonyítaná hatékonyságát az ischaemiás végtagi laesiók gyógyításában. A legígéretesebb a prostacyclin analógok intravénás alkalmazása, melyek erőteljes vasodilatátorok, thrombocytá aggregációt gátló és fehérvérsejt-aktivitást csökkentő hatással bírnak. A jó prognózis ellenére az oki terápia napjainkban sem megoldott, így bevetésre kerül minden olyan antitrombotikum, haemorrhológiai, vasodilatátor és immunszuppresszív szer a kezelésében, melyekkel az eddigiek során kedvező eredményeket értek el.

Autoimmun kórképek vascularis szövődményeinek kezelésével szerzett tapasztalataink

PENCZ ZOLTÁN, KRISTÓF V., VARGA E.,
LACZKÓ Á., SZAKÁLY E., SÁSDI A.

Multicenter study

*Péterfy Kórház, C - Belgyógyászat / Angiológia,
Budapest*

Célkitűzés: Autoimmun betegségekben gyakori a vascularis szövődmények jelenléte, melyek elsősorban acralis keringészavarhoz, nehezen gyógyuló fekélyek, gangraenák kialakulásához vezethetnek. Az osztályunkon alkalmazott komplex kezeléssel /prostaglandin, haemodilutio, fizioterápia, stb./ elért eredményeinket szeretnénk ismertetni előadásunkban.

Módszer: Retrospektíve elemeztük a 2007-ben autoimmun folyamat okozta keringészavar miatt kezelt 46 beteg eredményeit. Vizsgáltuk a fájdalom csökkenését és - elsősorban - a microcirculatióban bekövetkező változásokat laeser-Doppler, transcutan partialis O₂ nyomás mérés és capillar-microscopia segítségével.

Eredmények: Az esetek közel 80%-ban, kúraszerűen /4-6 hetes intervallumokban/ végzett ismételt kezelések esetében még nagyobb arányban, sikerült javulást elérnünk ezen speciális kórképekben.

Következtetés: A nehézségek /időhiány, finanszírozási problémák, stb./ ellenére, a siker reális reményében, érdemes komplex kezelési módot alkalmazni. További, lehetőség szerint multicentrikus vizsgálatok szükségesek

ahhoz, hogy az egyes alcsoportokban /CREST, diffúz PSS, MCTD, stb./ meghatározzuk az optimális kezelési időtartamot, az ismétlések gyakoriságát illetve, hogy felmérjük a hosszútávú eredményeket.

Perifériás obliteratív verőérbetegség gyakorisága diabéteszes betegekben kétféle módon számított boka-kar index alapján

SALLAI LÁSZLÓ, GODINA G., CSEPREKÁL O.,
BABOS L., KÁROLYI M., WÉBER O., TABÁK Á.,
JÁRAI Z.

Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika

Bevezetés: Az alsó végtagi perifériás obliteratív érbetegség szűrésére a boka-kar index (BKI) meghatározását használjuk. Ennek mérése során az alsó végtagon mért magasabb szisztolés vérnyomást (higher ankle pressure, HAP) osztjuk el a felkaron mért magasabb szisztolés értékkel. Újabb adatok szerint az alsó végtagon mért alacsonyabb szisztolés érték (lower ankle pressure, LAP) alkalmazása az osztás számlálójában érzékenyebb módszer lehet a perifériás érbetegség szűrésére, mint a jelenleg ajánlott számítás.

Célkitűzés: A kardiovaszkuláris rizikótényezők összehasonlítása a perifériás érbetegség szűrésére jelenleg használatos HAP, valamint a LAP módszer szerint meghatározott csoportokban diabéteszben szenvedő betegekben.

Módszer: Folyamatos hullámú Doppler készülékkel boka-kar index értékeket határoztunk meg 109 diabéteszes beteg esetében, valamint felmértük ezen betegek egyéb kardiovaszkuláris kockázati tényezőit (dohányzás, hipertónia, vérzsírok, egyéb laborparaméterek).

Eredmények: a vizsgált 109 beteg közül 32 személy 1-es típusú diabéteszben, 75 beteg 2-es típusú diabéteszben szenvedett. 85 beteg volt hipertóniás (78%), 20 beteg dohányzott (18%), 80 beteg volt túlsúlyos vagy kövér (BMI>25 kg/m²). 98 beteg boka-kar index meghatározása volt értékelhető. A HAP módszer szerint 25 betegnél igazoltunk perifériás érbetegséget (BKI<0.9), míg a LAP módszer szerint számolva 44 betegnél. A dohányzók aránya a HAP csoportban szignifikánsan nagyobb volt (10 dohányzott 25 betegből), mint a perifériás érbetegségben nem szenvedőknél (8/54). A LAP csoportban a dohányzók aránya (1/19) nem különbözött szignifikánsan a perifériás érbetegségben nem szenvedőktől. A vizsgált laboratóriumi paraméterek közül a csoportok között szignifikáns különbséget nem tudunk igazolni.

Következtetés: A 98 beteg adatai alapján a LAP módszerrel számított BKI alapján besoroltak dohányzói szokásai a perifériás érbetegségben nem szenvedőkéhez hasonlíthatnak. Szignifikáns különbséget a csoportok laboratóriumi adatai között nem tudunk kimutatni.

Poszter szekció

Carotis interna aneurysma diagnosztikája

TARCZA ZSÓFIA, DIENES A., MOGÁN I., SIMÓ G.,
DARABOS G., RADÓ J., HEGYES E., TÖRÖK I.
Szent Imre Kórház

Szűrés során felfedezett carotis interna aneurysma detektálása color duplex -, majd CT angio vizsgálattal. Műtét utáni kontroll duplex vizsgálat bemutatása.

Nagyeret érintő vasculitis gyorsan progresszió alsóvégtagi obliteratív érbetegség hátterében.

GODINA GABRIELLA*, SALLAI L.* , NEMES B.**,
GYÖRKE T.***, KOLOSSVÁRY E.****, JÁRAI Z.*

**Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Klinika,*

***Ér- és Szívsebészeti Klinika,*

****Radiológiai Klinika,*

*****Fővárosi Önkormányzat Szent Imre Kórház,
Angiológiai Profil*

Előzmények: Az alsóvégtagi obliteratív verőérbetegségek túlnyomó többsége atherosclerosis talaján alakul ki, de vannak betegek, akik esetében az obliteráló tünetekért valamilyen gyulladásos érbetegség tehető felelőssé. Az ő esetükben a hagyományos revaszkularizációs eljárások eredményessége kérdéses.

Esetleírás: Egy hatvankét éves, atherosclerosis rizikófaktoraival nem rendelkező nőbeteg hirtelen jelentkező claudicatiós panaszai miatt jelentkezett a Semmelweis Egyetem I. sz. Belgyógyászati Angiológiai Ambulanciáján. A klinikai kép és a boka-kar index meghatározás alapján felmerült revaszkularizáció szükségessége. Az elvégzett angiográfia mindkét oldali artéria femoralis superficialis proximális szakaszának szűkületét igazolta, a bal oldali stenosis stentelése megtörtént. Három hét múlva terveztük az ellenoldali szűkület megoldását, azonban a kontroll angiográfia a korábban leírt eltérések jelentős progresszióját, valamint az előző vizsgálat alapján nem érintett artéria femoralis profundák szűkületét is leírta. A gyors progresszió, emelkedett gyulladásos laboratóriumi értékek és az általános tünetek alapján felmerült vasculitis lehetősége. Óriássejtes arteritisre gondolva artéria temporalis biopszia történt, mely negatív eredményt adott. Az elvégzett további vizsgálatok (vaszkuláris ultrahang, PET CT), valamint annak a ténynek ismeretében, hogy nagyérmanifesztáció esetén a biopszia 50%-ban negatív, végül óriássejtes arteritis nagyérmanifesztációjának különleges, alsóvégtagi lokalizációját véleményeztük. A bevezetett kortikoszteroid terápia hatására a beteg panaszai, tünetei gyorsan regressziáltak, dysbáziás távolsága jelentősen nőtt.

Következtetések: Gyors progressziójú, súlyos obliterációval járó verőérbetegség esetén - különösen, ha atherosclerosis kockázati tényezők nem ismertek - fel kell vetni

nagyérvasculitis lehetőségét. Ilyen esetekben a beteget konzervatív, erőlyes gyulladáscsökkentő terápiában kell részesíteni, mert a korai és hatékony kezelés a végtag megmentését jelentheti.

A kardiális manifesztáció prognosztikai szerepe Takayasu-arteritisben

LACZIK RENÁTA, SZOMJÁK E., DÉR H.,
KEREKES GY., VÉGH J., SOLTÉSZ P.
*DEOEC Belgyógyászati Intézet, III.sz Belgyógyászati
Klinika, Debrecen*

A Takayasu-arteritis a nagy, elasztikus artériák falának krónikus, idiopathias, gyulladásos megbetegedése, mely jellemzően fiatal, 40 év alatti betegekben fejlődik ki női dominanciával. A kórkép elsősorban az aortát és annak elsődleges ágait érinti, ennek eredményeként szűkület vagy elzáródás alakulhat ki, melynek helye és súlyossága határozza meg a betegség prognózisát. A kardiális érintettség egy meghatározó prognosztikus tényező, gyakorisága a boncolási adatok alapján eléri a 10-30%-ot, a klinikumban azonban viszonylag aluldiagnosztizált. **Esetbemutatás:** A 24 éves férfibeteg ST-elevatio akut coronaria szindrómát okozó in-stent restenosis revascularisatiós ellátását követően került felvételre Takayasu-arteritis gyanúja miatt a DEOEC III. sz. Belgyógyászati Klinikára. Korábban két myocardialis infarctusa volt, szövődményként bal kamra aneurysma és bal kamrai thrombus alakult ki. Korábbi coronarographias vizsgálata során az aortaív ágainak szignifikáns szűkülete mellett a jobb coronaria és a LAD többszörös szignifikáns szűkülete igazolódott, melyeket stenteltek, végül ismételt panaszai miatt CABG vált szükségessé. Képkötő vizsgálatokkal a jobb a. iliaca communis, a truncus coeliacus és a bal a. subclavia szignifikáns szűkülete volt látható poststenoticus tágulatokkal. Kardiovaszkuláris rizikófaktoroként magas homocystein, Lp(a) és fibrinogén szint emelhető ki. A felvételét megelőző fogyás, tartós láz, a carotis felett hallható zörej, hiperszedimentáció, pulzushiány és az angiográfiás eredmények alapján Takayasu-arteritis igazolódott. Nagy dózisú szteroid kezelés mellett a betegség aktivitása jelentősen csökkent, de a klinikai tünetek javulása mellett laboratóriumi tünetmentességet nem értünk el, ezért azathioprin terápiát indítottunk. Rendszeres, azóta tartó követése során eddig progresszió nem következett be.

Következtetés: Takayasu-arteritis esetén törekedni kell a kardiális manifesztációk korai diagnózisára és ezek szoros követésére, mert az idejében történő felismerés és terápiamódosítás javíthatja a betegség prognózisát.

Iatrogen érsérülések ellátása a Kenézy Kórházban

SZÜCS ISTVÁN, SZENDRŐI T., MARTIS G.,
MISZTI GY., KINCSES ZS.
*Kenézy Kórház Rendelőintézet Egészségügyi Szolgáltató
Kft. Általános Sebészeti Osztály, Debrecen*

A szerzők 1992. január 1. és 2007. december 31. között iatrogen érsérülés miatt végzett beavatkozásaikról számolnak be. (2008-ban iatrogen érsérülés nem történt.) 12 eset-

ben artériás sérülés 5 esetben vénás sérülés miatt történt reconstructio. A sérülések 2 esetben intervenciók tevékenység (iliaca PTA) egy esetben Dos Santos-angiographia, 9 esetben elektív beavatkozások következtében (orthopaediai, hasi, urológiai, nőgyógyászati, emlő, varixműtét) egy-egy esetben törés ill. ficam helyreállítását követően valamint 2 esetben artériakanülálás során alakultak ki. A reconstructiók: sutura 4, vena folt plastica 4, bypass prothesissel 4, interpositio prothesissel 5. Két beteg exitált DIC, ill. vérzéses shock miatt. További 15 esetben a posztoperatív szak eseménytelenül zajlott. Reoperáció nem történt.

**Alsó végtag krónikus duzzadásának ritka oka:
esetbemutató**

BORVENDÉG JÁNOS SEBESTYÉN,
KOLOSSVÁRY E., BATTYÁNYI V., SIMÓ G.,
HÜTTL K., FARKAS K.
„Multicenter study”

Szt.Imre Kórház, Angiológiai Profil
1115 Budapest, Tétényi út 12-16

Bevezetés: 55 éves férfibetegét vizsgáltunk 2008.11. - 2009.03. között, 5 éve fokozódó átmérőjű, oedemás, oszlopszerűen megvastagodott bal alsó végtag miatt. Mélyvénás thrombosis gyanúja korábban is felmerült, de nem igazolódott. Időközben a bal lábszáron, lokális kezelés ellenére terebélyesedő fekélyek alakultak ki.
Módszerek: Fizikális, laboratóriumi vizsgálatok, vénás color Duplex UH, hasi UH, szív UH, hasi CT, (Szt.Imre Kórház), medence és comb régió MRI (Simmelweis Egyetem, Ér-és Szívsebészeti Klinika) és DSA.
Eredmények: Duplex UH felület és mélyvénák további átmérő növekedését, valamint áramlásuk gyorsulását írta le. Szív UH-on emelkedett jobbkamrai systoles nyomást (49+10=59Hgmm), tág v.cava inferiort, töltőnyomás-emelkedést láttunk. Hasi CT a bal a.iliaca communis, externa, femoralis és a megfelelő vénák egyenletes tágultságát ábrázolta az ellenoldalhoz képest. A bal comb proximalis harmadában tágult felület és mélyvénák, bal oldali dominanciával a gát tájékon, valamint a kismedencében is tágult vénák mutatkoztak. Artériás-vénás áramlászavart okozó komprimáló térfoglaló folyamat nem igazolódott. Arterio-venosus shunt gyanúja merült fel. Rákérdezésre a beteg elmondta, hogy mintegy 5 évvel ezelőtt bal combját késsel megszürték. Bal comb medialis felszínén surranást lehetett tapintani, felette systoles zöreje volt hallható. MRI, majd megerősítő DSA vizsgálat a bal comb középső harmadában a.femoralis superficialis - v.femoralis superficialis shuntöt ábrázolt.
Összefoglalás: A bal alsó végtag kifejezett megvastagodását, nem gyógyuló lábszárfekélyeket okozó szerzett femoralis arterio-venosus shuntöt találtunk. A haemodinamikai változások következményeként máj-pangást, ascitist, jobb szívfél terhelést, pitvarfibrillatiót, hydrothoraxot (high-output szívelégtelenség) is észleltünk.

A shunt sebészi zárásával (2009. 03.25) a bal alsó végtagi oedema kiürült, a cruralis ulcusok hámosodásnak indultak, májfunkciós értékek normalizálódtak. Sinus ritmus bár nem tért vissza, de a vízhajtó kezelést el lehetett hagyni. Részletes, tünetek, leletek alapján kiterjesztett anamnézis felvétel és fizikális vizsgálat a diagnózis felállításának továbbra is alapvető fontosságú eleme, amelyre a korszerű képalkotó diagnosztikát építve eljuthatunk - a jelen esetben - definitív kezelési megoldáshoz.

**Sugárterápia mellékhatásaként kialakult érbetegség
bemutatása két eset kapcsán**

HÓDI ZOLTÁN, PALÁSTHY ZS., MIHALOVITS G.,
LÁZÁR GY., SIPKA R.

SZTE Sebészeti Klinika Érsebészeti Osztály

Bevezetés: Intézetünkben 2002 és 2009 között 2 esetben kezeltünk olyan érbeteget, akinek korábbi anamnézisében az érintett anatómiai régió sugárkezelése szerepelt. Tekintettel arra, hogy a betegek fiatal korban észleltünk érszűkületet, az érrendszer egyéb területe megkímélt volt, és lágyrész hegesedést is észleltünk, az érbetegség kialakulásában oki tényezőként azonosítottuk a besugárzást.

Beteganyag: 1. 24 éves nőbeteg, anamnézisében 5 éves korban operált és irradiált vulva sarcoma szerepelt. Tünetek: bal alsó végtagi claudicatio, lymphoedema, DSA lelet: bal iliaca externa-femoralis communis határon stenosis majd oclusio. Iliofemoralis interpositiot követően femoralis véna thrombosis miatt thrombectomia, véna femoralis PTFE interpositio történt, a claudicatio tünetek megszűntek, súlyos lymphoedema miatt rendszeres nyirokmasszázs szükséges. Kórlefolyásában sebgyógyulási zavar, késői reocclusio miatt thrombectomia szerepelt.

2. 41 éves férfi beteg, anamnézisében 7 éves korban Hodgkin lymphoma miatt felső testfél besugárzás szerepelt. Tünetei: nyaki lágyrészek atrophijája, bőrléziók, diffúz coronaria sclerosis (coronaritis?) miatt PTCA, DSA lelet: carotis communis és interna l.u. stenosisai. ACC TEA + ACI l.s. eversio endarteriectomia után jobb oldali ACC stent implantatio, hónapok alatt kialakuló restenosis miatt reinterventio történt.

Eredmények: Mindkét esetben interventio és reconstructív műtéti megoldás is szükségessé vált. A kedvező elsődleges eredmény mellett mindkét betegnél restenosis vagy reocclusiot észleltünk optimális gyógyszeres kezelés ellenére.

Megbeszélés, következtetések: A sugárterápia mellékhatásaként kialakult artériás érbetegség ritka. Patomechanizmusában szerepelhet a direkt endotél károsodás, vasa vasorum károsodás és lágyrész hegesedés. Betegeink anamnézisében évtizedekkel korábban végzett sugárkezelés szerepelt. Az artériás érintettség mellett a kötőszövetek, a vénás - és nyirokérrendszer is károsodhat, mely jelentős kihatással bír a gyógyulásra.

Ismételten fellépő aorto/ grafto/-enteralis fistula végleges ellátása ezüst impregnált axillo-bifemorális Y bypass beültetésével

DARABOS GÁBOR, SIMÓ G., MOGÁN I., SEPA GY.
Fővárosi Önkormányzat Szt Imre Kórház,
Érsebészeti Profil,
Budapest, 1115, Tétényi u. 12-16.

Betegünk anamnesisében hypertonia, 20 évvel ezelőtt elvégzett aorto-bifemorális Y bypass, 1,5 évvel ezelőtt aorto-duodenalis fistula miatt acut graftcsere, postop. ileus miatti reoperáció szerepelnek /valamennyi más intézetben/. Jelen acut érsebészeti ügyeleti felvételére hasi panaszok, GI vérzés, ismételt aorto-duodenalis fistula gyanújával került sor. MDCT angiographia alapján, bélbe törő, rupturált aorto-enteralis fistula miatt acut műtétre kényszerültünk, Y graft részleges cseréjét és duodenum suturát végeztünk. 12. napig eseménytelen postop. szak, ekkor aorta varratsor ruptura klinikai képe alapján újabb műtét vált szükségessé, mely során Y graft explantációt, aorta ligatúrát és axillo/d/- bifemorális, ezüst impregnált Y bypass beültetését végeztük el. Postoperatív 6. napon észlelt vékonybélisipoly konzervatív kezelés mellett spon-tán sanálódott. Ápolásának 46. napján panaszmentesen emittáltuk.

Ezt követően 12 nappal járásképtelenséget okozó háti fájdalom, neurológiai tünetek miatt került sürgősséggel kórházi felvételre. Az ok a Th. VI- VII. csigolyatestek kompresszója volt, mely radiológiai vizsgálatok alapján vs haematogen septicus metastasis eredetű. Hosszas neurológiai és rehabilitációs kezelést követően a beteg jelenleg járóképes, relatív panaszmentes.

Késői carotis interna recanalizatio

TARCZA ZSÓFIA, DIENES A., SIMÓ G., RADÓ J.
Szent Imre Kórház

Idős férfi betegnél évek óta követett carotis interna occlusio - majd recanalizatio, color duplex vizsgálattal és CT angioval diagnosztizálva.

Complications of sclerotherapy

ZERNOVICKY F.*, SÁMELOVÁ K.**.,
ZERNOVICKY F.JR.***

Angio (1*), Postgraduate Medical University-Geriatric
Clinic, Bratislava (**), University Hospital-Thoracic
Surgical Clinic, Bratislava (***)

Súlyos ischaemiás proctosigmoideitis esete enormis méretű infrarenális hasi aorta aneurysma kapcsán

SIPKA R.*, HÓDI Z.*, LÁZÁR GY.*, OLLÉ G.**.,
WITTMANN T.**., IZBÉKI F.**

*SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, **SZTE ÁOK I.
Belgyógyászati Klinika

Intracranialis és gerinc tumorok preoperatív embolizációja: előnyök és hátrányok az idegsebészeti gyakorlatban

LÁZÁR I.*, SZENTPÉTERY L.***, SALLAI ZS.**.,
DEMETER B.**., SZÓLICS A.*, SZÉKELY Á.**.,
DOBAI J.**.

*BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház
Neuroradiológiai Osztály,
**Idegsebészeti Osztály,

***HM ÁEK Központi Radiológiai Diagnosztikai
Osztály, Invazív Radiológiai részleg

Előzmények: Vascularizált tumorok esetén a daganathoz futó erek preoperatív embolizációja megkönnyítheti az idegsebészeti műtėti beavatkozást, a műtėti időt, vérvesztéséget csökkentve. Ugyanakkor mérle-gelni kell a várható előnyöket a lehetséges plusz szövőd-mények függvényében.

Anyag és módszer: Intézeteinkben az első preoperatív embolizációktól kezdődően napjainkig eltelt időszakban (2002. március - 2009. március) kezelt valamennyi beteg adatait retrospectív módon vizsgáltuk. E 7 év alatt intracra-nialis tumor embolizációt 30 betegnél (23 nő, 7 férfi; 27 meningeoma) és gerinc tumor embolizációt 5 esetben (3 nő, 2 férfi; mind metastasis) végeztünk. Döntő többségében (91%) a beavatkozáshoz 45-700 mikrométer PVA (polivinil-alkohol) szemcséket alkalmaztunk, a maradék esetekben szövetragasztó került injektálásra. Intracranialis tumoroknál 26 esetben csak az artéria carotis externa ágrendszere felől történt embolizáció. **Eredmények:** Preoperatív embolizációhoz technikailag nehezebben megközelíthető basis tumorok és nagy méretű convexitas (> 6 cm) meningeomák esetében folyamod-tunk. Az átlagos idegsebészeti műtėti időtartam 3,9 óra volt (1,5 óra → 11 óra). A műtét alatt ill. után 24 órán belül 28%-ban vált szükségessé vér transzfúzió, de nagy mennyiségű (több mint 3 E) vér transzfúzió ill. kiterjedt cerebralis rezekcióhoz vezető agyödema nem fordult elő. Az embolizációval összefüggésbe hozható átmeneti szövődmény az esetek 20%-ban jelentkezett (gyulladás, seb necrosis, hemiparesis, vakság), de maradandó károsodás csak 1 esetben alakult ki. Gerinc tumoroknál szövődményt nem észleltünk. Ugyanakkor egy esetben a gyorsan romló neurológiai tünetek miatt megkezdett sürgősségi műtétet az elvégzett dorsalis decompressiot követően az igen jelentős vérzés miatt abba kellett hagyni és a később elvégzett embolizációt után tudtuk a corpec-tomiát és stabilizációt elvégezni.

Következtetés: Az évről évre növekvő esetszám egyértelművé teszi, hogy megfelelő indikáció esetén rela-tive kis rizikóval a preoperatív tumor embolizáció jelenősen megkönnyítheti az idegsebészeti beavat-kozásokat.

Szívsebészet határterületeken. Aorta descendens ála-neurysma szívsebészeti műtété.

SZABADOS SÁNDOR
PTE KK Szívgyógyászati Klinika

Érbetegségek, XVI. évfolyam, 2009/Suppl.

INTROLÍZ Kft. = - *legkeresettebb technológiák,*
- *legkedvezőbb árak*
- *és a legnagyobb szakmai múlt!*

Sebészeti lézer készülékek széles választéka vascularis rendellenességek transcutan és endo-vénás kezelésére.

A sebészeti gyakorlatban manapság legkorszerűbbnek számító dióda lézereink 808 nm hullámhosszúsága optimálisan nyelődik el a melaninban, a hemoglobinban és az exogén kromofórákban, ugyanakkor minimális mértékben a vízben. Ez lehetőséget ad a célterület precíz fototermolízisére, minimálisra csökkentve a környező szövetek roncsolását.



- a legkorszerűbb dióda lézerek 15-30-60 watt teljesítménnyel;
- touch-screen kezelőfelület;
- a készülékben tárolt, gyorsan kiválasztható kezelési protokollok;
- rendkívül kis méret és súly;
- egyszer használatos és sterilizálható optikai szálak – 100 – 1000 micron átmérővel;
- Flebolaser kit;
- különböző hosszúságú endo-vénás készletek;
- védőszemüvegek;

Minimális szerviz-igény = maximális költség-hatékonyság!

A pillanatnyi készlet függvényében kifogástalan állapotú „second hand“ készülékeket is forgalmazunk garanciával. Szaktanácsadás, ingyenes betanítás!

Minden egy helyen, garanciával, teljes körű szerviz háttérrel!

*INTROLÍZ Szolgáltató Kft.
Tel: 06 (1) 200-5341;
mobil: 06(30)944 7050;*

*H-1026. Budapest, Endrődi S.u. 33/A.
Fax: 06 (1) 200-8753;
e-mail: honlap: www.introliz.hu*

PeriCam PSI rendszer

Gyors, nagy felbontású,
perfúziós mozaik-képalkotó
laser készülék



A scannelés eljárásának időtartamát megtakarító, gyors képalkotó módszer, amely az adott felület véráramlási viszonyairól informál. Alkalmos mozgó testrészek vérkeringésének azonnali követésére, akár másodpercenként 98 felvétel készítésével. Így térbeli és dinamikus képalkotás lehetséges.

Akár néhány mm²-től
15x15 cm-ig bármely felületet
képes vizsgálni.

Normál és nagyfelbontású
üzemmód alkalmazható.
A készüléken számos egyéb
állítási lehetőség is található.

Az alkalmazott laser fény
nem ártalmas a szemre.

További információk:

Cím: *Stefan Skottvik, Perimed AB,
Datavägen 9A,
SE-175 43 Järfälla, Sweden.*

Tel: +46-8-580-119-90

Fax: +436-81-580-100-28

Email: *mail@perimed.se*

Website: *www.perimed.se, ww.tcpo2.com*



Gyógyászati segédeszköz rendelés az angiológiai, és az érsebészeti praxisban

A keringési és az áramlási szervrendszerünk peripheriáján kialakuló károsodásokat műtéti beavatkozással, konzervatív kezeléssel, ill. mindkettővel együtt kell ellátni. A gyógyuláshoz, ill. a folyamatos gondozáshoz kémiai, és eszközös rehabilitáció gyógtényezőinek / 6 / sokféle fajtájával kell ellátni a beteget. A kémiai gyógtényezőket 1891 óta / 11 / támogatták a magyar betegbiztosítók, / OMBI, OTBA, OTI, MÁV, POSTÁS, stb. / az eszközös rehabilitáció általános betegbiztosítási támogatása 1928 óta törvényes / 13 /.

Az eszközös rehabilitáció három csoportját, - a mozgáskárosodottakat segítő, a látáscsökkenést enyhítő és a hallás kiegészítést szolgáló kézműves és gyári előállítású termékek összefoglaló neve a **gyógyászati segédeszköz** 1907.-ben került jogi nyelvünkbe / 12 /, először a világon / 10 /. Száz év múltán, a nemzetközi kereskedelmi gyakorlatban egyre többször találkozunk a „**medical assisting device**” használatával.

A XX. század második felében, - az utolsó évekig - a gyógyászati segédeszközök / a továbbiakban GYSE / társadalombiztosítási támogatása nem került a szabályozás legmagasabb jogalkotási szintjére. A „Társadalombiztosítási” törvény / 17 / lehetőséget biztosít, az „Egészségügyi” törvény / 18 / kötelezővé teszi a betegek szakszerű, társadalombiztosítási támogatású GYSE ellátását. A törvény végrehajtásához alacsonyabb rendű jogszabályok ismerete nélkülözhetetlen. Angiológus, és érsebész szakorvosok közvetlenül, és - a háziorvosok felé adott javaslatokkal – közvetve segítik az otthoni betegellátást. Ezt kívánja olajozottá tenni az alábbi jogszabály – két szakterülethez tartozó - mellékleteinek az ismertetése. / A 25/2009. (VIII. 5.) Eü. M. rendelet további módosítására 2010. január 1-el kerül sor. / Az indikáció és a vényírás szakszerű alkalmazásával megelőzhető az egészségbiztosítási ellenőrzés, a hibás vények ügyének elrendezésével járó kellemetlenség.

A Társadalombiztosítási Alapból, - az Egészségbiztosítás közvetítésével - nem támogatott gyógyászati segédeszközökre / a 6.0 D alatti, a tri-, és multifokális szemüveg lencse, ágytál, bimbóvédő, orr-, ill mellszívó, stb. / a szabályozás nem vonatkozik.

Érsebész szakorvosok által felírható gyógyászati segédeszközök.

ISO 02.03 - 39 KÖTSZEREK ÉS KÖTÉS RÖGZÍTŐK.

Indikáció: vénás és artériás eredetű fekély, sipoly, decubitus, neuropathiás fekély, epidermolysis bullosa, krónikus nyirokoedema, vasculitis, coagulopathia, traumás sebek, égési sebek, tracheostoma, Kock-reservoir, bőrtranszplantáció esetén legfeljebb 6 hónapon keresztül sebellátásra, ha a test bármely részén kialakult hám- és szövethiány több mint 6 héten keresztül nem gyógyuló égési seb, lábszár-fekély, kisebesedett decubitus, / azaz II.-IV. stádium /.

Megjegyzés: a felírható kötszer mérete az ellátandó seb méretét meghaladó legkisebb méretű kötszer. Egy kihordási idő alatt, az indikációban felsorolt és azzal megegyező sebállapotának megfelelő

ISO	Gyógyászati segédeszköz csoportok	Kihordási idő	Felírható mennyiség	Indikációk
-----	-----------------------------------	---------------	---------------------	------------

04.06

KERINGÉSI THERAPIA SEGÉDESZKÖZEI

Oedéma és visszértágulatok kezelését szolgáló kompressziós textiliák

04.06.06.06	kompressziós harisnyák és harisnyanadrágok III. szorítási fokozat	6 hó	2 db	chr. vénás insuff. decomp st. / constans oedema /, post-thromboticus sy., lymphoedema - kompenzálás utáni kezelése.
04.06.06.09	kompressziós harisnyák és harisnyanadrágok IV. szorítási fokozat	6 hó	2 hó	angioplasia, elephantiasis, lymphoedema kompenzálás utáni, folyamatos kezelése.

04.06.06.12

Rugalmas karharisnyák felső végtagra

04.06.06.12	kompressziós karharisnyák II. szorítási fokozat	6 hó	2 db	lymphoedema kompenzálás utáni, folyamatos kezelése
04.06.06.15	kompressziós karharisnyák III. szorítási fokozat	6 hó	2 db	lymphoedema kompenzálás utáni, folyamatos kezelése

04.06.06.18-27

Kompressziós - rugalmas - póllyák

04.06.06.18-27.	40%-os, 70%-os, 80%-os, 90%-os megnyúlású rugalmas póllyák	6 hó	5 db	thrombophlebitis, phlebothrombosis, postthromboticus sy., varicositas, chr. véna insuff.
-----------------	--	------	------	--

Megjegyzés!

A 40 %kos megnyúlású kompressziós póllyát, ficam, rándulás első ellátására, gipsz levétel utáni végtagrögzítésre, ortopéd, rehabilitációs és traumatológus szakorvos írhatja vényre.

04.06.06.30

KOMPRESSZIÓS ÖLTÖZETEK

04.06.06.30.03	csökötszerek, végtag égési hegeknek az ellátására	2 hó	2 db.	kiterjedt égési sérülés
04.06.06.30.06	kompressziós ruhák standard és egyedi méretvétel szerint	2 hó	6 db.	kiterjedt égési sérülés

1. Gyógyászati segédeszköz felírás lehetősége és indikációja angiológus- és érsebész szakorvosoknak.

típusú és mennyiségű kötszer rendelhető. Egy vényen egy sebre együttesen legfeljebb három típusú kötszer rendelhető, amennyiben erre a rendelkezés lehetőséget ad. A legnagyobb kötszer méretét meghaladó sebnagyság esetén a legnagyobb kötszert meghaladó, de csak a seb területének megfelelő kötszer írható. Ha a kötszerekkel való kezelés időtartama a 6 hónapot eléri, azonban a seb állapotában nem történik dokumentálhatóan javulás, a REP / Regionális Egészségbiztosítási Pénztár / szakértő főorvosa felülvizsgálatot kezdeményez a további kezelési lehetőségekről.

Megszorítás: külön odafigyelést igényel az, hogy három kötszer csoportból lehet választani. „Csoportonként egy-egy fajta kötszer írható fel, a kötszerkészítő szakmai utasításának a figyelembevételével.

I. kötszer csoport: alginátok, impregnált lapok.

II. kötszer csoport: film kötszerek, polimer kötszerek, habszivacs, hydrocolloid, hidrogél, sziget kötszer, nedvszívó sebpárna, mull lapok.

III. kötszer csoport: különböző kötést rögzítők és ragtapaszok.

Könnyítés: megszűnt a sebfelmérő lap kitöltési kötelezettség.

Megfontolandó javaslat: „nincs olyan kötszer, amelyik önmagában alkalmas lenne minden típusú seb kezelésére, és az is ritka, hogy a sebgyógyulás minden fázisában alkalmas legyen ugyanazon seb kezelésére.“ / 2 /

Javaslat készülhet / 6 /

- klinikán, országos intézetben készült zárójelentésben foglaltak szerint,
- kórházi osztályon zárójelentésben foglaltak szerint,
- klinikai és kórház bármelyik osztályán konziliárius javaslatát tartalmazó zárójelentéssel,
- szanatóriumi zárójelentés részeként,
- szakambulancián,
- szakorvosi rendelőintézetben,
- időseket ellátó intézet konziliáriusának javaslata szerint,
- magán-orvosi rendelőben
- egészségügyi szolgáltatónál.

/Jogszába egyik lehetőséget sem zárja ki. /

ISO Kötszer típus	Seb kezelési fázisa	Sebtípus	Egyéb feltétel	Időbeli korlátozás kötszer váltáshoz és felírható mennyiség
02.03 Film kötszer	epithelizációs	-	elsődleges kötszer, vagy kötés rögzítő	20 db./ hó / azonos sebre /
02.06 Polimer kötszer és 02.09 Habszivacsok	granulációs, ill. exsudációs	nem fertőzött, kp.-en, vagy erősen váladékozó	szükségtelen másodlagos kötszer, sem kötészögztítő, / kivételekkel /	2 hónap 10 db. / hó / azonos sebre / 2 hónap 30 db. / hó / azonos sebre /
02.10 két rétegű Habszivacs, streil, antimikrobás	exsudációs	fertőzött, felületen, ill. üreges seb	szükségtelen másodlagos kötszer, sem kötészögztítő. / kivételekkel. /	3 hónap 30 db. / hó / azonos sebre /
02.12 Hydrocolloid	granulációs	nem fertőzött, kp.-en, vagy erősen váladékozó	szükségtelen másodlagos kötszer, semkötészögztítő. / kivételekkel. /	3 hónap 10 db. / hó / azonos sebre /
02.15 Hydrogél	necroticus seb feltisztítására, epithelizációkor	nem fertőzött,	másodlagos kötszer kell: Pl: nedvszívó sebpárna; kötészögztítő szükséges: pl: film kötszer, öntapadó pólya, ragtapasz	2 hónap 10 db. / hó / azonos sebre /
02.18 Alginát	exsudációs	fertőzött, felületen sebre / lapok /, üreges sebre / szalagok /	másodlagos kötszer kell: Pl: nedvszívó sebpárna, aktív szenes sebpárna; kötészögztítő szükséges: pl: film kötszer, öntapadó pólya, ragtapasz	10 db. / hó / azonos sebre /
02.24 Mull lapok		Tracheostoma / végleges /		30 db. / hó javaslat időbeli korlátozás nélkül
02.30 Impregnált géz lapok	granulációs, vagy	fertőzött, enyhén, kp.-en, vagy erősen váladékozó	másodlagos kötszer kell: Pl: nedvszívó sebpárna; kötészögztítő szükséges pl: film kötszer, öntapadó pólya, ragtapasz	3 hónap 10 db. / hó / azonos sebre /
02.33 nedvszívó sebpárnák			másodlagos kötszer, az elsődlegessel azonos idő-tartamban és számban	javaslat tartama 6 hónap / azonos sebre /
02.36 Ragtapaszok 02.39 Kötészögztítők			kötészögztítésére, az első-, és másod-lagossal egyező ideig.	15 db. / hó 5 m. 1 db./ 12 h 30 db./ hó 6 hónap / azonos sebre /

2. Kötszerek és kötészögztítők alkalmazása

Kötszer tulajdonságai ISO	Fóliák és film kötszerek 02.03	Polymer kötszerek 02.06	Habszivacs, és hab kötszerek 02.09	Hydro-kolloid kötszerek 02.12	Hydro-gél kötszerek 02.15	Alginát kötszerek 02.18
Részben áteresztő	+	+	+	+	+	0
Nedvesen tartja a sebet	0	0	0	+	+	+
Átlátszó, vagy áttetsző	+	0	0	0	+	0
Védi a sebet	+	0	0	+	0	0
Seb váladékát felitatja	0	+	+ /glycerin /	+	+	+
Sebbe nem tapad	0	0	+	+	+	+
Hámosodást segíti	0	0	0	+	0	0
Mérsékeli a hegeképződést	0	0	0	+	0	0
Fájdalmatlan kötészögstere	0	0	0	+	+	+
Sebről leválik rögzítés szükséges	0	0	0	+	+	+
Szivárgó vér alvadását segíti	0	0	0	+	0	+

3. Kötszerek tulajdonságai

Értebettségek, XVI. évfolyam, 2009/Suppl.

Vényírás gyakorlata.

A GYSE felírásához az „Országos Egészségbiztosítási Pénztár Vénye” feliratú receptet kell használni /10,13 /. Ez a gyógyszerek felírásában alkalmazott orvosi recept, kiegészítésekkel, amit az egészségbiztosítás térítésmentesen készít az orvosoknak, mivel a gyógytényező kiváltása után számlává minősül.

A vényen, - nyomtatott rovat nélkül is – fel kell tüntetni a rendelőnek a szakmai jelzőszámát, - az ágazati kódot - / 10 /. A jelzőszámot az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat adja ki, a rendelő hygiénés állapotáról. A kilencjegyű arab szám más, mint az egészségbiztosítás által adott praxis kód számlaszáma. Szakmai jelzőszámot kérjen és kap a mindennapi gyógyításban részt nem vevő orvos.

Nem hiányozhat a vényről, - akár a hátoldaláról - a beteg „NYILATKOZAT”-a arról, hogy a vényre felírt GYSE-t - annak kihordási idején belül - nem váltott ki. Kivételt képez, az állapotváltozás, vagy ha a rendeltetésszerű használat közben jelentős károsodás indokolja az új GYSE felírását / 22 /.

A beteg adatait tartalmazó fejlc-résznek az alsó felében két számsor helyének a kitöltését szeretném feleleveníteni. Az ENY és az EU betűkkel kezdődő sorok, három-három rendeltetést szolgálnak / 10,13 /.

Leggyakrabban fordul elő, amikor:

ENY a „közgyógy” igazolvány érvényességi dátumát kell feltüntetni,

EU a „közgyógy” igazolvány kilencjegyű számát kell bejegyezni.

Ritkábban találkoznak azzal az esettel, amikor:

ENY az eseti engedély pontos dátuma kerül ide,

EU az eseti engedély számát tüntetik fel.

Változó gyakorisággal fordul elő, amikor Európai Unióhoz tartozó országok állampolgárainak kell felírni a vényt. Ilyenkor:

ENY hordozza az ország kódját az első két négyzetben, a satírozott négyszög üresen marad, utána egy formanyomtatvány betűi és számai - összesen hat szám - található a vényen.

EU a külföldi biztosító azonosítási száma kerül a vényre.

09.33 FÜRDŐ- ÉS ZUHANYOZÓ SZÉKEK.

09.33.	Fix fürdőkád ülőkék	60 hó	1 db	alsó végtagok súlyos mozgáskárosodása.
09.33.	Kifordítható fürdőkád ülőkék			Moza mozgássérültnek, akinek a fürdőkádba történő ülés és a kiszállás nehézséget okoz.

12 SZEMÉLYES MOZGÁS SEGÉDESZKŐZEI.

12.03 EGY KARRAL MŰKÖDTETETT, JÁRÁST SEGÍTŐ ESZKÖZÖK

/ Szakorvosi javaslat készítendő: a háziiorvosnak, a beteg otthoni, ismételt ellátásához. /

12.03.03	fix járóbot T markolattal állítható járóbot	36 hó	2db	- alsó végtag - arthrosis, arthritis, - gyengeség, - bénulás, - sérülésének p.op. ellátása, - amputáció és protézis utáni ellátás, - fejlődési rendellenesség, - egyensúlyzavar.
12.03.06	anatómiai fogantyús bot			
12.03.12	könyökmanó			
12.03.16.03	hónalj manó			
12.03.16.06	háromlábú bot négylábú bot			

12.06 KÉT KARRAL MŰKÖDTETETT, JÁRÁST SEGÍTŐ ESZKÖZÖK

/ Szakorvosi javaslat készítendő: a háziiorvosnak, a beteg otthoni, ismételt ellátásához. /

12.06.03	járókeretek	36 hó	1db	alsó végtag / AV / fejlődési rendellenesség, AV izületeinek kopásos fájdalma, AV a gyulladása, AV izületeinek konzervatív, illetve postoperatív ellátása, AV amputáció és protézis után, AV gyengesége, bénulása, egyensúly zavar.
12.06.03.03	össze nem csukható			
12.06.03.06	összecsukható:			
12.06.06	állítható, lépegető, lépcsőn járó, guruló / rollátor /			

18.18 TÁMASZTÓ ESZKÖZÖK

/ Járókorlátok és támasztó korlátok /

18.18.03	WC kapaszkodó	60 hó	1 db	tartós mozgássérültség, egyensúlyzavarban szenvedőknek, állandó használatra
18.18.06.03	egyenes kapaszkodó			
18.18.06.06	zuhanyzó kapaszkodó			
18.18.09	fürdőkád kapaszkodó			

4. Szakorvosi javaslat készítés a háziiorvos felé.

A vény fejlcé kiegészült egy sorral, ahova háziiorvosnak szóló, GYSE felírási javaslat számát, és a kiállító szakorvos bélyegző számát kell beírni. A fejlcé kiegészítés nélküli, 2009 előtt készült receptek érvényben maradtak.

Pro me és pro familia vényírás

Mindazokat a GYSE-t felírhatja vényre szakorvos saját magának / pro me / és a közeli hozzátartozóinak / pro familia /, amelyeket betegeinek felírhat, bizonyos könnyítésekkel. Az egészségügyi törvény szerint, - egybehangzóan a polgári törvénykönyvvel, valamint a társadalombiztosítási törvénnyel - a közeli hozzátartozók körét / pro familia / a 1. tábla mutatja be / 1. tábla /, /19,21,22,23 /.

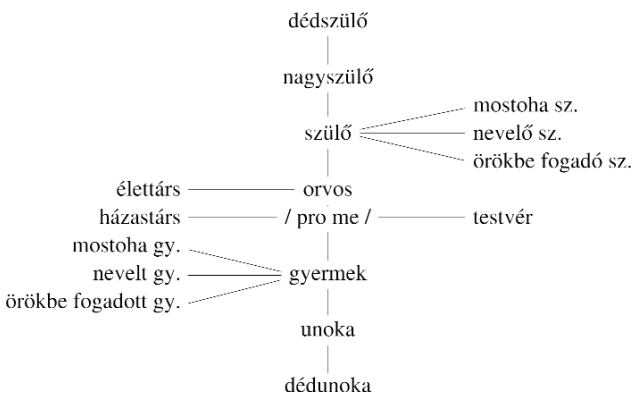
A GYSE felírás könnyítése azt jelenti, hogy az egész ország területén, bárhol laknak a közeli hozzátartozók, ill. a szakorvos, a nekik felírt vényt minden megyei Egészségbiztosítási Pénztár beváltja a gyógyászati segédeszköz forgalmazóktól és a gyógyszertáraktól. Az orvosok, ill. a munkáltatóik vényírási szerződést kötnek a

munkahely, az orvosi rendelő helye szerint a megyei Egészségbiztosítási Pénztárral, amely megyében lakó, orvosi ellátást igénylő betegeket elláthatják. A közeli hozzátartozókra ez a megszorítás nem érvényes, sem a felírásra, sem a kiváltásra. Klinikák és országos intézetek szakorvosai az ország bármelyik részében honos betegnek írhatnak fel vényt, a klinikával kötött szerződésben foglaltak szerint.

A pro me és a pro familia címen felírt GYSE-ök dokumentációja sem nélkülözhető, adminisztratív, - azaz jelenléti - kötelezettség nélkül.

Cave! A pro collegam vényírásra nincs mód!

Munkatársnak, barátnak, jó szomszédnak, - akár karitatív megfontolásból -, távoli hozzátartozónak, - akár távolból érkezett vendégnek - felírt vényeket az egészségbiztosítás megtérítheti a felíró szakorvossal.



5. Közeli hozzátartozók.

Közgyógyellátás alkalmazása a vényírásban.

„Közgyógy” jogcímen, térítésmentesen válhatnak ki GYSE-t az alanyi jogon, a méltányossági jogon és a normatív alapon „közgyógy.” ellátásban részesülők. A „közgyógy.” igazolvány személyre szóló, családtagokra nem érvényes. A „közgyógy.” igazolványon fel kell tüntetni a TAJ számot. A „közgyógy.” igazolványt minden évben meg kell újítani a területileg illetékes közjegyzői hivatalban. A véglegesen rokkanttá nyilvánítottaknak két évenként szükséges az igazolvány megújítása. / A közgyógy ellátás 1928 óta él hazánkban. / 11 /.

Emlékeztetek arra, hogy a „Szociális” törvény / 20 / előírása szerint

alanyi jogon jár „közgyógy.” ellátás az I. és a II. csoportú rokkantaknak és a súlyos, tartós betegségük következtében magasabb összegű családi pótlékban részesülő, tizennyolc éven aluliaknak;

méltányossági jogon „közgyógy.” ellátásban részesülnek a szociálisan rászoruló, továbbá

a köztörvényes elítéltek, a hajléktalanok, azaz az egészségbiztosítási járulékot nem fizetők;

normatív alapon kapnak „közgyógy.” igazolványt a 70. életévüket betöltötték, azokon a településeken, ill. fővárosi kerületekben, ahol az önkormányzati képviselő testület megszavazza azt. Ezzel vállalja az egészségbiztosítás számlájára történő hozzájárulás átutalását a személyenként megszabott összegben.

Méltányossági kérelem.

Méltányossági kérelmet nyújthat be a biztosított, vagy igényjogosult a miniszteri rendelet mellékletében meghirdetetteltől eltérő szükségletének a támogatására, törvényben foglaltak szerint / 22 /. A kérelemből nem maradhat ki a **TAJ szám** / társadalombiztosítási azonosító jel /. A méltányossági kérelemhez, - a kérelmező **kérvényéhez** - mellékelni kell a termék felírására jogosult, egyben **kezelő szakorvos vényét**, továbbá **igazolását** a szükséglet tényétől és mértékéről. A szakorvosi igazolás zárójelentés is lehet. A kérvényhez csatolni kell a **kereseti igazolást**, ami lehet nyugdíj szelvény, vagy nyugdíj átutalás banki dokumentuma A **„közgyógy.” igazolvány másolatát** is mellékelni kell, ha az illető ilyenmel rendelkezik. A kérelmet a Megyei Egészségbiztosítási Pénztárhoz kell eljuttatni, de az **Országos Egészségbiztosítási Pénztár Ártámogatási Főosztályára** kell címezni. / 1565. Budapest XIII. Váci út 73/A. /

A méltányossági kérelmet, a vény felírását követően, a **gyógyászati segédeszköznek a kiváltása előtt kell benyújtani**. Kiváltás után már nem fogadják el.

Méltányosság kérhető akkor, ha

- a rendelet mellékletében nem szereplő, - még támogatásban nem részesülő, vagy különleges kivételben készülő - gyógyászati segédeszközhez kér részleges, vagy teljes támogatást. Tanácsos a kérvényhez a gyártmány leírását, árát, vagy az elkészítő költségvetési árajánlatát csatolni,

- a jogszabályban megjelölt térítési összeg részleges vagy teljes elengedését kérik,

- a jogszabályban foglaltaktól eltérő gyakoriságú támogatást kér, pl.: több pelenkabetéhez, ill. különböző gyártmányú pelenkabetét kombináció szükségletéhez.

Egészségbiztosítási támogatás a gyógyászati segédeszköz javításában.

Az egészségbiztosítási, - azaz a Társadalombiztosítási Alapból folyósított - támogatásban részesülő, orvosi vényre beszerzett, GYSE javítását is receptre írhatja

- a háziorvos, ill.

- az eszközt rendelő szakorvos.

A GYSE javítás egészségbiztosítási támogatására sor kerülhet:

- a garanciális idő lejárt, / garanciális időn belül csere köteles, másik vény nélkül a termék /,
- a kihordási időn belül történt a meghibásodás,
- rendeltetésszerűen használták,
- a javítás támogatása nem haladhatja meg egy új, a károsodottal azonos termék támogatásának a 60%-át / 10 /.

Méltányossági kérvény benyújtásával

elérhető javítási támogatás:

- használtan vásárolt termék meghibásodásakor,
- ajándékba / pl. külföldről, caritatív szervezettől / kapott eszköz rongálódásakor,
- házilagosan készített gyártmány elromlásakor,
- egészségbiztosítási támogatásban nem részesülő terméknél / vérnyomásmérő, multifokális-progresszív szemüveg, stb. /.

Betegek tájékoztatásának törvényes előírásai.

A betegellátást végzőnek, - az egészségügyi törvényben / 23 / foglaltak szerint – kötelessége körültekintően tájékoztatni a hozzá fordulót. Ismertetni kell a GYSE-re szoruló, - a termék használatának az ismertetése mellett - arról, hogy a térítési díját 20 %-os hozzáadott érték-többletadó növeli. Ennyivel kell többet fizetnie, akár gyógyszer-tárban, akár GYSE-t forgalmazó szakboltban váltja ki a vényét. Az 1992.-ben bevezetett / 20 /, a gyógyszerrel nem rehabilitálhatóakra 1996.-ban kiterjesztett többletadó az Európai Unió tagországaiban igen változatos. Az Egyesült Királyságban / value added tax / 2%-os, Németországban / Mehrwertsteuer / 7%-os, hasonlóan a Lengyelországhoz. Töredéke a mi testi fogyatékosainkat sarcoló, 25%-os általános forgalmi adónknak / 11,13,20 /. Kivételt a fehér bot, és az elektromos vércukormérő test képez, mivel az általános forgalmi adójuk 5%, megegyezik a gyógyszerekével.

Felelevenítem azt, hogy az ókori Athén periklészi demokráciájának a törvényeitől / 1, /, a XX. század nagy diktatúráinak az adó szabályozásáig, egyikben sem fordult elő a hátrányos helyzetű, egészségkárosodásban szenvedők adóztatása. Az elesetteket adóból támogatták a felsoroltak törvényei / 11 /.

A tartós egészségkárosodással élőket ellátóknak szem előtt kell tartaniuk a mindennapok tapasztalatait.

„Egységünk: amivel keveset törődünk, pótolhatatlan értékünkkel rosszul sáfárkodunk,

Testi épységünk: amit gyakran kockáztatunk virtusból, segíteni akarásból, felindultságból, vagy „Mars mezején”,

Életünk: amihez erőn felül ragaszkodunk, vállalunk érte testi-, lelki- és szociális kiszolgáltatottságot.” / 11,13 /.

Értebetegségek, XVI. évfolyam, 2009/Suppl.

Irodalom:

1. *Arisztotelész*: Az athéni állam. Akadémia Kiadó Budapest, 1951.
2. *Baksa J.*: Kötszerválasztás. Orvosi Hetilap 141;47:2549 / 2000 /
3. Életbiztosítási Orvostan. szerk.: *Fejér J., Horváth I., Lengyel G., Fogarasi I. dr. Medicina*, Budapest 1995.
4. *Kapronczay K.*: A biztosítás múltjáról. *Legis Medicinae* 9;7:603 /1997 /
5. *Katona F. és Sieglér J.*: Orvosi rehabilitáció. *Medicina Kiadó Budapest* 1997.
6. *Szabó Gy.*: A munkától való mentesítés, a táppénz gyógytényező. *Orvosi Hetilap* 123;5:315 / 1982 /
7. *Szabó Gy.*: Gyógyászati segédeszközök és testi fogyatékosok támogatásának néhány ókori emléke. *Egészségnevelés* 40:230 / 1999 /
8. *Szabó Gy.*: Gyógyászati segédeszközökkel követhető és mérsékelhető egészségkárosodások. / ISBN 963219354-7 / *Méditor Egészségügyi és Szolgáltató Bt.* Budapest, 2005.
9. *Szabó Gy.*: Kötszerfelírás új rendje a bőrgyógyászati praxisban. *Bőrgyógyász Info.* 3;1:9 / 2007 /
10. *Szabó Gy.*: Geriáterek a gyógyászati segédeszköz ellátásban. *Orvosi Hetilap* 148;29:1386 / 2007 /
11. TB. Műhely: Társadalombiztosítási körkép. *Népszava*, Budapest 1991
12. 1907. évi XIX. törvénycikk az Ipari és Kereskedelmi Alkalmazottak Betegség és Baleset esetére szóló biztosításáról.
13. 1927. évi XXI. törvénycikk a Betegsegélyező Pénztárakról.
14. 1959. évi IV. Törvény, Polgári törvénykönyv 685. § b./
15. 1992. évi LXXIV. törvény, az általános forgalmi adóról.
16. 1993. III. törvény, a szociális igazgatásról és a szociális ellátásról.
17. 1997. évi LXXXIII. törvény, a kötelező egészségbiztosítási ellátásokról.
18. 1997. évi CLIV. törvény, az Egészségügyről.

Szabó Gyula dr. M.D. Ped. Phs.

1118. Budapest, Villányi út 78/B

Kongresszusok – rendezvények

Diabeteses Végtag Megmentése Team Munkában.

2009. szeptember 24-26. Washington, DC, USA.
Website: www.dlsconference.com
Email: info@dlsconference.com

Érmalformációk 2. Nemzetközi Kongresszusa,

2009. október 1-3. Vilnius, Litvánia.
Website: www.litvasc.org/dysplasias.

17. Szlovák Angiológiai Kongresszus.

2009. október 9-10. Tátra-Lomnic, Szlovákia.
Website: www.angiology.sk

6. Adriai Vasculáris Ultrahang Kongresszus (AVUS).

2009. október 15-18. Opatija, Horvátország.
Website: www.novacon.hr
Email: javor.vucic@zg.htnet.hr

Adriai Vasculáris Kongresszus. 2009. október 23-24.

Ljubljana, Szlovénia
Weblap: www.adriatic-vascular-summit.org

Balkán Vénás Fórum,

2009. október 23-25. Belgrád, Szerbia.
Website: www.flebo.org.rs
Email: www.aria.co.rs

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 18. és az Angiológiai és Érsébeszeti Mediterrán Liga (MLAVS) 19. Kongresszusa,

2009. október 24-27. Palermo, Olaszország
Website: www.aimgroup.eu/2009/eurochap-mlavs
Email: eurochap2009@aimgroup.it

Magyar Sebkezelő Társaság 12. Kongresszusa.

2009. október 29-30. Budapest,
Best Western Grandhotel Hungária.
Website: www.mskt.hu
Email: el.kft@chello.hu

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) Ázsiai

Kongresszusa. 2009. október 29-30. Tokio, Japán.
Website: www.iua-asianchapter2009.org

Londoni Kardiovasculáris Szimpózium.

2009. október 30-31. London, Egyesült Királyság
website: www.rsm.ac.uk

MAÉT Phlebológiai Szekciójának Vénás Fóruma.

2009. november 20. 15-18h, Budapest,
Best Western Gandhotel Hungária
Információ: dr. Bihari Imre 06-1-3345-468,
bihari@erbetegsegek.com

Vasculáris Innovációk Európai Szimpózioma.

2009. november. 20-21. Velence, Magyarország.
Website: www.asszisztencia.hu/esvi
email: keresztury@mail.fmkorhaz.hu

Európai Kardio-Vasculáris Társaság (ESCVS) 59. Nemzetközi Kongresszusa. 2010. április 15-18. Izmir, Törökország.

Website: www.tksv.org , www.escvs.org
Email: info@tksv.org , muneret@med.unibs.it

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 24. Világkongresszusa.

2010. április 21-25. Buenos Aires, Argentina.
Website: www.iua2010.com.ar

EviVenice 2010, Extrém Vasculáris Intervenciók.

2010 április 22-23. Velence, Olaszország.
Website: www.evivenice2010.com

24. Nemzetközi Frankfurti Phlebológiai és Minisebészeti Workshop,

2010. június 4-5. Frankfurt, Németország.
Információ: prof. dr. Várady Zoltán, Zeil 123, Frankfurt am Main, 60313 Deutschland
Website: www.venenklunik-frankfurt.de
Email: profvarady@aol.com

Európai Vénás Fórum 11. Kongresszusa.

2010. június 25-27. Antwerpen, Hollandia
Website: www.europeanvenousforum.org
Email: evenousforum@aol.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA) 19. Európai Kongresszusa. 2010 szeptember 24-26. Párizs, Franciaország.

Website: www.i.u.angiology.org

Nemzetközi Phlebológiai Unió (UIP) Európai Kongresszusa. 2011. szeptember 15-17. Prága, Csehország.

Website: www.phlebology.cz
Email: uipcongress2011@cbttravel.cz

Nemzetközi Angiológiai Unió XXV. Világkongresszusa.

2012. július 1-5. Prága, Csehország.
Website: www.i.u.angiology.org

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló és nyílt levél megírásához

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

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

Kézirat: a kéziratot és a hozzá csatlakozó dokumentumokat elegendő csak emailen, word file-ban elküldeni. A szerzők teljes nevét kérjük kiírni, a doktori címmel együtt, egyéb rang, tudományos cím ne legyen feltüntetve. A szerző(k) munkahelyéről informáló fejléccet nem kívánunk megjelentetni, ezzel is segítve a minél szélesebb körű szerzőgárda kialakulását. Örömmel fogadunk számítógépes lemezt dokumentum formátumban, ebben az esetben 18-22 ezer leütést kérünk figyelembe venni. Az anyagokat mellékleteivel együtt tehát e-mailen is várjuk, a fotómelléleteket nem csak dokumentumba ágyazva, hanem külön jpg vagy tif kiterjesztéssel is kérjük megküldeni.

A cikkekről részletes *összefoglalást* kérünk, amely kiemeli a közlemény (1) alap gondolatát és célját, (2) a munka alanyait és módszertanát, (3) az eredményeket és (4) a következtetéseket. Az összefoglalót papíron való küldésnél öt példányban kérjük, ebből egyet lehetőleg angolul. Legföljebb hat, az Index Medicusban használt kulcsszót kérünk feltüntetni, a magyar összefoglalóban magyarul, az angol összefoglalóban angolul.

Az *írásmód* tekintetében a túlzott magyarosítást igyekszünk kerülni. A közleményben következetesen azonos fogalom megjelölésére egyformán írt szavakat elfogadjuk.

Lehetőleg csak az általánosan elfogadott *rövidítéseket* használjuk, mert az újak nehezítik az olvasást. Rövidítések az összefoglalásban, valamint a kép- és táblázat aláírásokban nem megengedhetők.

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

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

Az irodalomjegyzékben az idézés sorrendjében kérjük megszámolni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát feltüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám, és végül az évszám zárójelben. Például: Bihari I., Meleg M.: A végtaglymphoedema konzervatív kezelése. Orv. Hetil. 132: 1705-8. (1991.). Könyv idézésekor az idézett részlet oldalszámát is kérjük megjelölni, pl.: Tomcsányi I.: Nem szívsebész által is (sürgősséggel) elvégezhető beavatkozások. In.: Sebészeti műtét, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon.

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

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

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

E-mail: bihari@erbetegsegek.com

Névmutató

Ács N.	3, 13	Fürtös András	4, 18	Menyhei Gábor	4, 5, 15, 16
Acsády Gy.	4, 5, 6, 14, 20, 22	Godina Gabriella	6, 8, 29, 30	Meskó Éva	7, 8, 26
Al-Aamri Khalil	5, 19	Györke T.	6, 30	Mihalovits G.	3, 7, 12, 31
András Cs.	7, 27	Hagymási K.	7, 26	Mikola J.	4, 16
Antony-Móré P.	3, 13	Hardi P.	4, 16	Miszti Gy.	6, 30
Arató E.	4, 16	Harmat Zoltán	3, 14	Mogán István	4, 5, 6, 7, 15, 20, 30, 32
Audikovszky M.	6, 21	Hegyese E.	6, 30	Molnár P.	5, 20
Babos L.	8, 29	Henrik Sillesen	5	Móna T.	4, 18
Babos M.	3, 11	Hódi Zoltán	3, 7, 12, 31, 32	Morvay Zita	3, 11, 12
Bánsághi Zoltán	3, 13, 14	Holczer Lőrinc	4, 16	Müncsh Z.	5, 20
Barta L.	5, 19	Horkay F.	4, 15	Nagy A.	3, 12
Battyányi I.	3, 14	Hüttel Kálmán	3, 4, 5, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 31	Nagy András Csaba	4
Battyányi V.	31	Hüttel T.	4, 15	Nagy Endre	3, 4, 5, 11, 19
Beke G.	5, 19	Izbéki F.	7, 32	Nagy G.	5, 19
Benkő L.	4, 16	J. Csordás	24	Nagy István	4, 5, 19
Bérczi Viktor	3, 13	J. Melles	5, 20	Nemes Balázs	3, 4, 6, 11, 12, 14, 30
Berek Péter	4, 16	Járai Z.	6, 8, 29, 30	Németh J.	4, 16
Bihari Imre	4, 17	Jassó István	7, 26	Ollé G.	7, 32
Bíró Gábor	4, 5, 18, 20	A. Jordan	5, 20	Pados Gyula	6, 21
Blázovics A.	7, 26	Juhász Gy.	4, 5, 16, 19	Palásthy Zs.	3, 7, 12, 31
Borvendég János Sebestyény	31	K.Gombocz	6, 24	Pásztor A.	5, 19
Buzogányi I.	3, 14	Kalina I.	3, 13	Pécsvárady Zsolt	5, 7
Cees Wittens	5	Kaposi Novák Pál	3, 13	Pencz Zoltán	6, 8, 22, 23, 29
Cs. Nagy Gábor	5, 20	Károlyi M.	8, 29	Péter Mózes	5, 7, 27
Császár Albert	6, 21	Kasza G.	4, 16	Rác R.	5, 19
Cseprekál O.	8, 29	Kerekes Gy.	6, 7, 8, 25, 27, 28, 30,	Radó J.	6, 7, 30, 32
Csiba L.	8, 28	Keresztury Gábor	4, 16	Rakos Gy.	4, 18
Csípő I.	7, 26	Kincses Zs.	6, 30	A. Rashed	24
Darabos G.	4, 5, 6, 7, 15, 20, 30, 32	Kollár L.	4, 5, 8, 16	Rimely E.	3, 13
Daróczi L.	4, 15	Kolossváry Endre	6, 7, 8, 24, 27, 30, 31	Rostás T.	3, 14
Daróczy J.	6, 22	Koncz I.	3, 12	Rozsos István	4, 17
Deák Zs.	3, 13	Kovács L.	3, 14	Ruzsa Zoltán	3, 12
Demeter B.	7, 32	Kovács S.	4, 18	Salánki Péter	6, 23
Dér Henrietta	6, 7, 8, 25, 27, 28, 30	Kristóf V.	6, 8, 22	Salánki Péter	23
Dezső B.	8, 28	Kristóf Vera	6, 8, 23, 29	Sallai László	6, 8, 29, 30
Dienes A.	4, 5, 6, 7, 15, 20, 30, 32	Kursat Bozkurt	5	Sallai Zs.	7, 32
Dobai J.	7, 32	Laczik Renáta	6, 7, 8, 26, 28, 30	Sámelová K.	7, 32
Dzsinich Csaba	5, 19	Laczkó Á.	4, 6, 8, 15, 22, 23, 29	Sándor Tamás	6, 23
Dzsinich M.	5, 19	Landi Anna	7, 26	Sásdi A.	6, 8, 22, 23, 29
Édes I.	8, 28	Lázár Gy.	3, 7, 12, 31, 32	Seffer G.	4, 17
Egresits J.	6, 21	Lázár István	3, 13	Seffer I.	4, 17
Entz László	4, 5, 14	Lukács L.	3, 11	Sepa Gy.	7, 32
Farkas Katalin	4, 6, 7, 8, 21, 24, 31	Lukács Levente	3, 12	Simó Gábor	4, 5, 6, 7, 15, 20, 30, 31, 32
Farsang Csaba	6, 21	Luksander A.	4, 18	Sipka Róbert	3, 6, 7, 11, 12, 31, 32
Fazekas G.	4, 16	M. Wunsch	5, 20	Sipka S.	7, 26
Fehérvári M.	4, 14	Magyar T.	8, 28	Soltész Pál	6, 7, 8, 25, 26, 27, 28, 30
Fekete I.	8, 28	Markus Enzler	5	Szabados Sándor	7, 32
Ferenczy J.	4, 17	Martis G.	6, 30	Szabó Attila	4, 14
Fórizs Zoltán	5, 21	Mátyás Lajos	4, 5, 16, 19	Szabó G.	5, 20
Francesco Marangoni	4	Méhész A.	3, 11		

Szabó Gábor Viktor	6, 22		27, 28, 30	Török I.	30
Szabó I.	3, 12	Szöllősi A.	4, 18	Turcsán E.	4, 16
Szabolcs Zoltán	4, 15	Á. Sztanyiszlav	24	Túri Tibor	4
Szakály E.	6, 8, 23, 29	Szűcs G.	7, 25	Urai Sz.	3, 11
Szalai Zs.	4, 18	Szűcs István	6, 30	Vallus Gábor	5, 19
Szebertin Zoltán	4, 5, 18, 20	Tabák Á.	8, 29	Várbíró Sz.	3, 13
Szegedi Gy.	7, 26	Takács I.	8, 28	Varga E.	6, 8, 22, 23, 29
Székely Á.	7, 32	Tarcza Zsófia	6, 7, 30, 32	Vaszily M.	5, 19
Székely Tamás	4	Tasnádi Géza	4, 18	Végh J.	6, 30
Szelei B.	3, 12	Tersztyánszky Rita	6, 22, 23	Veres K.	7, 26
Szendrői T.	6, 30	Timár Orsolya	7, 8, 25, 28	Warvasovszky Tihamér	4
Szentesi Sz.	4, 5, 16, 19	Tomcsányi I.	5, 19	Wéber O.	8, 29
Szentpétery L.	3, 7, 13, 32	Tóth Gy.	5, 19	Wittmann T.	7, 32
Szokol M.	8, 28	Tóth J.	7, 8, 25, 28	Z. Németh	6, 24
Szólics A.	7, 32	Tóth K.	3, 12	Zernovicky F.	7, 32
Szomják Edit	6, 7, 8, 25,	Tóth L.	5, 19	Zernovicky F.jr.	7, 32

**Folyóiratunk egyes korábbi számai
olvashatók a folyamatosan fejlesztett**

<http://www.erbetegsegek.com/>

honlapon.

BELÉPÉSI NYILATKOZAT

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

Kérem felvételemet a Magyar Angiológiai és Érszbészeti Társaságba. A tagdíjat **(2009-ben a 35 év felettiak részére 4000,- Ft, 35 év alattiak részére 2000,-Ft)** a Társaság bankszámlájára (OTP Bank Rt., 11712004-20004178) átutalom. **KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!**

Név:

Cím:

Telefon- és faxszám:

Munkahely neve:

Munkahely címe, telefonszáma:

Beosztás:

Szakterület:

.....
aláírás

MEGRENDELŐLAP

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

Alulírott megrendelem az ÉRBETEGSÉGEK című, negyedévenként megjelenő folyóirat 2009. évi számait egy példányban, 2000,- Ft előfizetési díjért. **KÉRJÜK, CSUPA NAGY BETŰVEL TÖLTSE KI!**

Megrendelő neve:

Címe:

Utca, tér, házszám:

Irányítószám:

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

.....
aláírás



ELVeS™

A tökéletes laseres megoldás a vénás elváltozások kíméletes kezelésére.

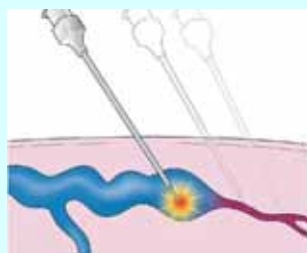
Az **ELVeS™** módszer forradalmasítja az endoluminális laserterápiát, és egy új lehetőséget ad a páciensnek és az orvosnak

- Minimálisan fájdalommentes beavatkozás
- Gyors postoperatív gyógyulás
- Kiváló orvosi és kozmetológiai eredmény
- „Egy napos” kezelési mód
- Kiváló páciens megelégedettség



Az **ELVeS™** szet

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



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

- Vena saphena magna
- Vena saphena parva
- Ulcus cruris venosum
- Oldalági varizektomia
- Perforáns vénák

További információk:

www.biolitec.com

Antal Miklós

miklos.antal@biolitec.com

mobil: 06 30 606 5880

Budapest 1237

Dinnyehegyi köz 21/a

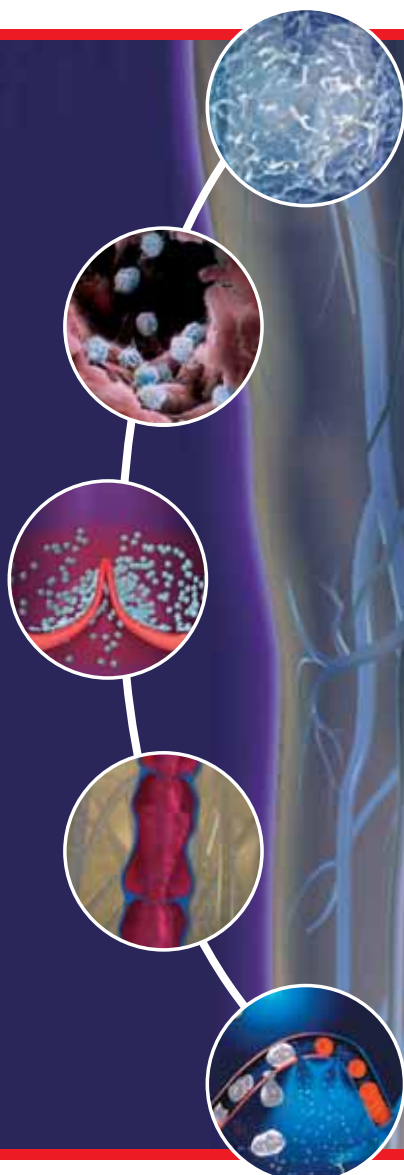
bio
LITEC
biomedical technology

detralex®

450 mg diosmin +

50 mg hesperidin-ben kifejezett flavonoid

Mikronizált tisztított flavonoid frakció



Krónikus vénás elégtelenségben
Akut aranyérbetegségben

Komplex vénavédelem az első tünetektől¹⁻⁴

1 - Lyseng-Williamson KA, Perry CM. *Drugs*. 2003;63:71-100. 2 - Nicolaidis AN, et al. Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs. Guidelines According to Scientific Evidence. *Int Angiol*. 2008;27: 1-59. 3 - Labropoulos N, Stansby G. *Venous and Lymphatic Diseases* New York: Taylor & Francis Group, LLC; 2006. Chapter 20: Conservative Treatments: Medical/Drug Therapies 4 - Pascarella L. *Curr Pharma Design*. 2007;13:431-444.

Detralex 500 mg filmtableta

Rövidített alkalmazási előírát: ATC: C05CA53 bioflavonoid. **Hatóanyag:** Tisztított és mikronizált flavonoid frakció 500 mg (450 mg diosmin és 50 mg hesperidin-ben kifejezett egyéb flavonoid) filmtablettánként. **Terápiás javallatok:** Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének kezelése (nehézláb érzés, feszülés, fájdalom, éjszakai lábikragörcs). Akut haemorrhoidális krízis tüneti kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** Napi 2 tableta, délután és este, 1-1 tbl. étkezés közben. Haemorrhoidális krízis esetén 4 napon keresztül napi 6 tableta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tableta, két részletben, étkezés közben. **Ellenjavallatok:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. **Különleges figyelmeztetések:** Akut haemorrhoidális epizódban a gyógyszer adása nem helyettesíti az anális betegségekben alkalmazott egyéb specifikus gyógyszerek adását. A kezelés csak rövid ideig tarthat. Ha a tünetek a rövid távú kezelés hatására nem javulnak, proctológiai vizsgálatot kell végezni, és a terápiát felül kell vizsgálni. **Terhesség és szoptatás:** Terhesség: Általános óvatosságból, jobb elkerülni a készítmény alkalmazását terhesség esetén. Szoptatás: A készítmény anyatejbe való kiválasztódásáról nincs adat, ezért a szoptatás a gyógyszer szedése alatt nem ajánlott. **Nemkívánatos hatások, mellékhatások:** Ritka ($\geq 1/10\ 000$ - $< 1/1000$): fejfájás, szédülés, rossz közérzet, bőrkkiütés, viszketés, csalánkiütés. Gyakori ($\geq 1/100$ - $< 1/10$): hányinger, hányás, hasmenés, emésztési zavarok. **Farmakodinámiai tulajdonságok:** Gátolja a vénák kitágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén csökkenti a kapilláris permeabilitást, és növeli a kapilláris ellenállást. **Csomagolás:** 30 db/60 db filmtableta PVC/AL buborékfóliában és dobozban. **Megjegyzés:** ~~x~~ **Kiadhatóság:** Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN) Alkalmazási előírás OGYI-eng. száma: 19332/55/07 (2009. február 25.). Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
A Detralex filmtableta 30x maximalizált bruttó fogyasztói ára 2009. január 1-től: 2667 Ft. A Detralex filmtableta 60x maximalizált bruttó fogyasztói ára 2009. január 1-től: 4881 Ft. Az esetleges árváltozásról kérjük, tájékozódjon a www.ogyi.hu-n.



Servier Hungária Kft.

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