

ÉRBE TEGSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2016/4.



*Dr. Bugár-Mészáros Tibor
Bugár-Mészáros Károly,
a MAÉT első elnöke (1900-1989)*

*Dr. Puskás Attila és mtsai.
A krónikus vénás
elégtelenség haemodynamikai
ultrahang-térképezése:
a söntök koncepciója*

*Dr. Galambos Barnabás és mtsai.
Ilio-femorális hybrid műtéteink
hosszútávú eredményei*

*Dr. Bartos Gábor és mtsai.
Korai érsebészeti műhelyek
Magyarországon, a múlt század
ötvenes-nyolcvanas éveiben XI.*

*Necrológ
Dr. Dlustus Béla*

Kongresszusok, Rendezvények

50 éves

a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság



Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság



ANGIOLÓGIAI NAPOK

SZOMBATHELY 2017. JÚNIUS 15-17.

KÖSZÖNTŐ

Tisztelt Kollegák!

1997-ben, azaz éppen 20 éve jelentős megújulás kezdődött az angiológiai betegellátás terén kórházunkban. Az évtizedek óta jól működő érsebészeti tevékenység ugyanis belgyógyászati angiológiai betegellátással, korszerűbb radiológiai diagnosztikával és intervenciók kezelési lehetőségekkel, valamint korszerű haemosztazeológiai labor diagnosztikával bővült. Nagy változás és fejlődés zajlott párhuzamosan a vénás betegségek terén is. Az LMWH-k megjelenése és alkalmazása egyértelmű minőségi változást jelentett a tromboembóliás betegségek kezelésében, új tavlatokat nyitott a prevenció terén és szemléletváltozást eredményezett ezzel kapcsolatos gondolkodásunkban is. Az ismeretek országos szintű elterjesztésében és meghonosításában mai napig elvülhetetlen érdemei vannak István Lajos professzor úrnak, aki sajnos 10 éve már nem segítheti munkánkat közvetlenül. Szellemi örökségét azonban igyekszünk ápolni, megújítani és továbbvinni is, elsősorban az általa 1995-ben alapított Trombózis Klub keretein belül. Ez a kissé szokatlan elnevezés egy szellemi műhely takar, mely lehetőséget biztosít folyamatos továbbképzésre elsősorban helyben, magunk és közvetlen kollegáink számára. A megszerzett tapasztalatokat azonban szívesen továbbadjuk. Erre az elmúlt években számos alkalommal nyílt lehetőségünk, országos továbbképzések formájában is.

A fejlődés a vaszkuláris megbetegedések kezelését illetően minden tekintetben, így a gyógyszeres kezelés vonatkozásában is felgyorsult. Az utóbbi 3-4 évben már az új, p.os adható alvadásgátló gyógyszerek alkalmazása is rutinszerűvé vált. Számos új trombocita aggregáció gátló is kifejlesztésre került. Egyre több vaszkuláris betegség kezelésénél látjuk, hogy csak gyors invazív beavatkozásoktól várható igazán jó eredmény. Ezek a lehetőségek számos beteg esetében egészen új haemosztazeológiai gondolkodást, kezelési stratégiákat, gyakran igazi kihívásokat jelentenek a gyakorló orvosok számára. Ezért az idei MAÉT kongresszuson, a hagyományos angiológiai területek mellett aktuális haemosztazeológiai kérdések megvitatására is szeretnénk lehetőséget adni valamennyi érdeklődő kollega számára.

A szakdolgozók számára pedig a krónikus vénás elégtelenség és nyiroködéma kezelés témakörökben szervezünk gyakorlati bemutatással egybekötött előadásokat. Gondolva arra, hogy a csökkenő házi orvosi létszám mellett, magas szintű ismereteket elsajátítva, tehermentesíthessék a házi orvosokat. Segítve ezzel helyben is ezeknek a nagyon gyakori betegségeknek a minél hatékonyabb ellátását.

A kongresszus megtartásához Szombathely legszebb részét, a csónakázó tó körüli, kellemes környezetet választottuk, hogy mód legyen kikapcsolódásra, kellemes sétákra, pihenésre is.

Szeretettel várunk minden érdeklődőt!

A szervezőbizottság nevében:

dr. Riba Mária

Markusovszky Kórház, Szombathely



MAGYAR ANGIOLÓGIAI ÉS ÉRSEBÉSZETI TÁRSASÁG

2017. ÉVI KONGRESSZUSA



SZOMBATHELY 2017. JÚNIUS 15-17.
[HTTP://MAET.KMCONGRESS.COM](http://maet.kmcongress.com)

TUDOMÁNYOS TÉMÁK

- 1 Alsó végtagi verőérbetegségek korszerű diagnosztikája és kezelése. A diabeteses láb kezelése.
- 2 Az aneurizmák sebészeti és intervenciók kezelése
- 3 Az artéria carotis szűkületek korszerű kezelése, neurointervenciók lehetőségei
- 4 Új hemosztazeológiai kezelési lehetőségek az angiológiai betegellátásban és ezek laboratóriumi háttere.
- 5 Krónikus vénás betegségek korszerű ellátása, endovénás beavatkozások
- 6 Krónikus vénás elégtelenség és nyiroködéma korszerű kezelési lehetőségei
- 7 Az angiológiai ellátás aktuális helyzete Magyarországon

AZ ÖSSZEFOGLALÓK BEKÜLDÉSÉNEK HATÁRIDEJE: 2017 FEBRUÁR 10.

[HTTP://MAET.KMCONGRESS.COM](http://maet.kmcongress.com)

Postázás

Kedves Kolléganők, Kollégák,
lapunk olvasói!

Meghallva az idők - és számos kolléga szavát, tisztelettel kérjük minden kedves olvasónkat gondolkozzon el azon, milyen formában szeretné megkapni folyóiratunkat - postai úton vagy emailben. Az emailés változat mellett szól, a helyigény nélküli tárolás, a könnyebb visszakeresés, a tetszőleges méretű betűvel történő olvasás, gyorsabb kézbesítés, stb.

A kiküldésre kerülő email formátuma hasonló lesz a www.erbetegsegek.com honlapon olvasható lapszámok megjelenéséhez. Számunkra, az utóbbi időben jelentősen megdrágult posta költségek kikerülése a szempont.

Kérjük küldje el email címét a bihari@erbetegsegek.com címre.

The Hungarian Journal of Vascular Diseases

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

Contents Vol. XXIII. No. 4. 2016.

Papers

*THE 50TH ANNIVERSARY OF THE
HUNGARIAN SOCIETY FOR ANGIOLOGY
AND VASCULAR SURGERY*79

*Tibor Bugar-Mészáros M.D.,
KAROLY BUGAR-MESZAROS, THE FIRST
PRESIDENT OF MAET*81

*Attila Puskás M.D. et al.,
HAEMODYNAMIC MAPPING
OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY:
THE CONCEPT OF SHUNTS*85

*Barnabás Galambos M.D. et al.,
OUR LONG-TERM RESULTS OF COMBINED
COMMON FEMORAL ENDARTERECTOMY
AND ILIAC STENTING (HYBRID OPERATIONS)
FOR OCCLUSIVE DISEASE*91

*Gabor Bartos M.D., Attila Nemes M.D.,
Gyula Jambor M.D., Imre Bihari M.D.,
Veronika Martos M.D., Gabriella Markovics M.D.
EARLY VASCULAR SURGICAL
WORKSHOPS IN HUNGARY
IN THE 1950S TO THE 1980S*97

ÉRBETEGSÉGEK • THE HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

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

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

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

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

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

Kiadja az Ádám és Bihari Kft. Felelős kiadó: az Ádám és Bihari Kft. ügyvezető igazgatója.

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

Tervezőszerkesztő: Kincses Gábor • Nyomdai munkák: Szó-Kép Nyomdaipari Kft.

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

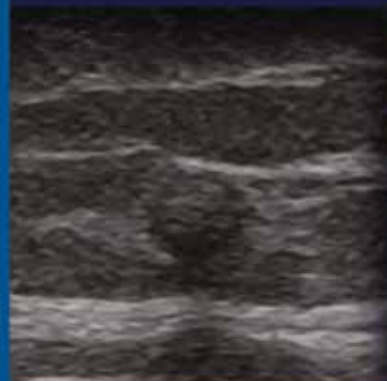
VISSZÉRMŰTÉT RAGASZTÁSSAL

VenaSeal (szövetragasztó) visszér-műtéti rendszer biztonságosan és hatásosan elzárja a megbetegedett véna szakaszt.

A rendellenes áramlást fenntartó erek ragasztós elzárása megszabadítja a végtagot a fölösleges vénás vérmennyiségtől, ezáltal a feszítő, húzó fájdalomtól, a duzzanatot kiváltó egyik forrástól és egy szövődeményekkel fenyegető problémától. Az eljárás nemcsak kórházban, hanem ambulanciákon is végezhető, ultrahangon kívül egyéb berendezést nem igényel. A ragasztóval együtt, egy csomagban van a műtét elvégzéséhez szükséges összes egyszerhasználatos eszköz. Az eljárás egyszerű, de jártasságot igényel a visszerek fizikális és ultrahang diagnosztikájában, valamint az egyéb visszérkezelési eljárásokban. A rendszerbe tartozó katéter ultrahanggal jól látható, ami a ragasztó precíz kibocsájtását teszi lehetővé. Az alkalmazott ragasztót a sebészetben 50 éve problémamentesen használják, itt belőle, egy-egy helyre csak 0,1 ml-t kell bejuttatni.

V. saphena magna keresztmetszeti ultrahang képe a műtét után.

A ragasztó körül kialakuló krónikus idegentest reakció vezet a heges elzáródáshoz.



30 nappal a ragasztó beadása után az ér elzárt.



12 hónappal a ragasztó beadása után sincs áramlás az érben.



VenaSeal™
Closure System

A VenaSeal™

(szövetragasztó) visszér-műtéti rendszer az egyetlen,

- nem hőhatáson alapuló,
- nagy mennyiségű helyiérzéstelenítő bepumpálása nélkül,
- harisnya, fásli viselést nem igénylő,
- a végtag azonnali terhelését lehetővé tevő,
- nem szokványos visszérinjekciós eljárás.

Ez az új módszer kiküszöböli a szövetek, elsősorban az érzőidegek hőkárosodásának veszélyét. Klinikai tanulmányok igazolták az eljárás veszélytelenségét.

Medtronic

50 éves

a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság

„Társaságunkat a bíróság 1966. november 5-én jegyezte be Magyar Angiológiai Társaság néven. 50 év telt el az óta. A hazai előzmények, kezdeti törekvések ezen a szakterületen pedig még a korábbi 100 év alatt alakultak, valósultak meg. A Magyar Sebész Társaságon belül Angiológiai Szekció néven működtek közösen szakembereink.” – írja Nemes Attila a jubileumi könyvben. Társaságunk 30 évvel később, 1996-ban, - emlékeim szerint Dzsinič professzor javaslatára, - vette fel a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság nevet.

A Társaság korábbi és jelenlegi vezetőségének tagjai, néhány, a kezdeteket átélt vendéggel együtt, 2016. december 9.-én, Szegeden ünnepelték ezt a jeles évfordulót (1. ábra). Az ünnepi vacsora során többen felszólaltak és számos érdekességet elevenítettek fel Társaságunk múltjából, elsősorban a kezdetekről (2. ábra). Az egyik felszólaló Jámbor Gyula tanár úr számos kolléga tisztelt mestere, tanítója, aki kissé kibővítve, írásban is elküldte felszólalását:

Örömmel vagyok itt ezen a jól szervezett, jól előkészített találkozón. Számomra ez azért is jelent többet,

mint a jelen lévők nagy többsége számára, mivel én előadással is részt vehettem 1968-ban a Szegedi Angiológiai Napok néven számon tartott első igazi angiológiai kongresszuson, két évvel a Társaság megalakulása után. Végig lapozva a kongresszus tudományos előadásait tartalmazó kiadványt, nagy szomorúsággal állapítottam meg, hogy az akkori aktív résztvevők közül mindössze ketten vagyunk itt, ezen a jubileumi találkozón, Kuszto Dénés főorvos úr és én. Megduplázódhatott volna ez a szám, ha Nemes Attila és Bartos Gábor szerzőtársak nem lettek volna akadályoztatva az eljövételben. Szomorúságom oka az, hogy a hiányzók túlnyomó többségével evilági életemben már nem is találkozhatok...

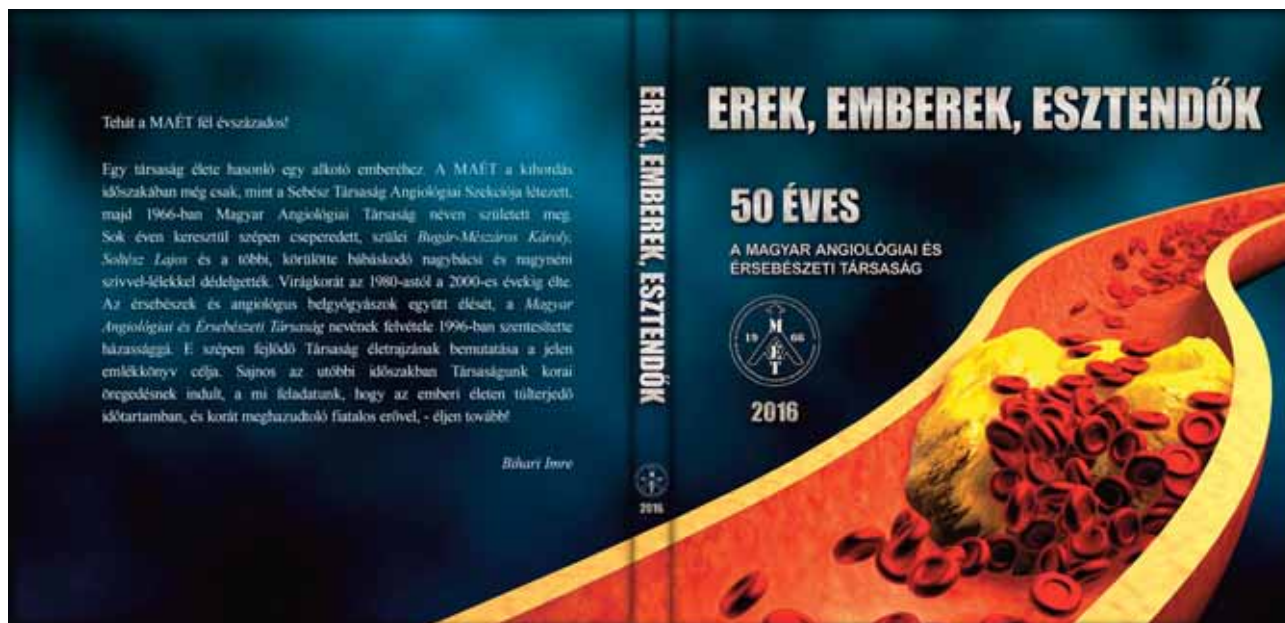
Kuszto főorvost nagy örömmel üdvözöltem, mivel egyik első mesterem volt angiológia vonatkozásban. Ő a Szent István Kórházban Bugár-Mészáros tanár úr osztályán volt adjunktus annak idején, amikor én szintén ebben a kórházban kezdtem dolgozni. Stefanics professzor úr ő hozzá vezényelt át ér diagnosztikát tanulni, mikor a klinikánkon kezdtük az ér betegekkel való foglalkozást. A tőle tanultak sokat segítettek érsebészeti pályám



1. ábra. A helység kellemes atmoszfériája is hozzájárult a jó hangulathoz (Pécsvárady Zs., Vallus G., Menyhei G., Soltész P., Szeberin Z., Sinay L., Kasza G., Dzsinič Cs., Olvasztó S., Bugár-M. T.).



2. ábra. Kuszto Dénés emlékszik vissza az 50 évvel korábbi időkre (Meskó É., férje, Kuszto D., Tamás L., Landi A.).



3. ábra. A jubileumi kiadvány borítója.

indulásakor. Az évente tartott klinikai vidám összejöveteleink egyik program pontja mindig Makláryné tanársegéd asszony versbe szedett év értékelője, melyben 1967 januárban megénekelte Kuztos főorvoshoz való viszonyomat:

„ ... Nicsak, hisz ez Jámbor Gyuszika
Kuztos kuzstos földi helytartója
Oscillometer felkent bajnoka
Kis nővérek lelkes oktatója
Tubál, oscillál, transfundál, kötöz....”

Erre a Társaság szempontjából kiemelkedő jubileumra, emlékkönyvet jelentettünk meg. A könyv első és hátsó borítóját itt láthatják (3. ábra). A meghívottak a borítóval azonos Emléklapot vehettek át. A könyvet a Szombathelyi Angiológiai Napok résztvevői ingyenesen meg fogják kapni.



4. ábra. Bugár-Mészáros Tibor édesapja életrajzát ismerteti (Dzsinih Cs., Olvasztó S., Bugár M. T.).

A könyv 240 oldala elsősorban a múltat, a kezdeteket idézi. Csaknem 190 oldala az Érbetegségekben már megjelent, *Bartos és mtsai* által írt értékes szakma történeti cikkeket egyben adja közre. Örömmel állítottuk össze ezeket a múltat feldolgozó, az idők próbáját már kiállt, minden alkalommal elismerést hozó cikkeket. A könyv találó címe, - Erek, emberek, esztendők, - és első fejezete *Nemes professzor úr* szépírói kvalitásait dicsérik. A könyv kiállítása és tartalma szintén az ő irányításával került kialakításra.

Igyekeztünk a Társaság számára fontos neveket és évszámokat a könyv végén, egy külön fejezetben összegyűjteni, ezzel is feleleveníteni a homályosuló emlékeket és kifejezni tiszteletünket azok iránt, akik egy kicsit többet tettek a szakmáért vagy a közösségért.

Első elnökünknek *Bugár-Mészáros Károlynak* Tibor fia, aki sokáig dolgozott együtt édesapjával, és a színvonalas tudományos publikációkban is részt vett, rendelkezésünkre bocsájtotta az édesapja életéről írt és ott felolvasott életrajzot (4. ábra). Ezt közöljük folyóiratunk következő lapjain. Talán megbocsájtható, hogy e jeles alkalom tiszteletére mostani kiadványunkban egy kicsit több történeti munkát adunk közre.

Bugár-Mészáros Károly, a MAÉT első elnöke (1900-1989)

DR. BUGÁR-MÉSZÁROS TIBOR

Édesapám, Bugár-Mészáros Károly 116 éve, 1900. november 3.-án született, Budapesten. Gimnáziumi tanulmányait a Tanárképző Intézeti Gyakorló Főgimnáziumban, más néven Mintagimnáziumban 8 év helyett 7 év alatt teljesítette. A 7. évet nyáron végezte el, hogy az I. világháborús katonai behívás előtt, a 8. gimnáziumi osztályt is be tudja fejezni. Így 1 évvel előbb érettségizett, - jelesre (1. ábra). Az iskola, ma az ELTE Trefort Ágoston Gyakorló Iskolája, átmenetileg Ságvári Endre nevét is viselte, mindig kiemelt oktató intézmény volt, számos tanára később egyetemi professzor vagy akadémikus lett.

A pályaválasztás nagy gondot jelentett, nehezen tudta elhatározni, hogy jogász vagy építészmérnök legyen. Apja ugyanis jogász volt, anyai nagyapja pedig építészmérnökként Eiffel munkatársa, annak idején a Nyugati pályaudvar kivitelező mérnöke.

Végülis apja nyomdokait követve, 1918. szeptemberében, a Tudományegyetem Jog- és Államtudományi Karára iratkozott be. Mivel még ezután sem hagyott fel a mérnöki pálya gondolatával, késő ősszel megkísérelte a beiratkozást a Műegyetem Építészmérnöki Karára is, ahol a harctérről hazatért katonák részére a beiratkozás még folyamatban volt. Mivel nem volt katona, a késői beiratkozást nem engedélyezték.

A Jogi Karon az I. félévet jeles kollokviumokkal zárta, azonban 1919. márciusában az a meglepetés érte, hogy a Tanácsköztársaság Kormányja az Egyetem Jog- és Államtudományi Karát megszüntette. Így ismét pályaválasztás előtt állt.

Gyermekkori barátja, aki akkor másodéves orvos-tanhallgató volt, azt ajánlotta, hogy legyen orvos. Ez a gondolat a pályaválasztás korábbi időszakában komolyan fel sem merült benne. Barátja elvitte az I. sz. Anatómiai Intézet bonctermébe, és miután a látványtól nem lett rosszszul, másnap 1919. március. 29.-én beiratkozott az Orvostudományi Karra.

Ott nem kevés nehézséggel kellett megküzdenie, hiszen az előadások és a gyakorlatok, a tanrend szerint haladva, már a II. félév közepén tartottak. Az volt a szerencséje, hogy a harctérről hazatérő katonák részére június elejétől

augusztus elejéig az I. félév anyagából pótszemesztert tartottak, amelyre sikerült bejutnia. Beiratkozása után tehát elvégezte a II. félévet, majd az I.-söt, így 1919. augusztus elejéig teljesíteni tudta az I. év mindkét félévét.

Bár ezután a következő tanévben megnyitották a Jog- és Államtudományi Kart, és az 1919. év márciusában megszakadt II. félévet minden hallgató részére érvényesnek nyilvánították, és 1-2 félévet még hallgatott is, de nem ment vissza jogásznak, hanem folytatta orvosi tanulmányait.

Orvosdoktorrá 1923-ban avatták. Az Orvosegyetem IV. Belklinikáján *Herzog Ferenc professzornál* ill. az I. Belklinikán *Erdélyi József professzornál* gyakornokként, ill. tanársegédként 1924 és 1938 között dolgozott. Belgyógyászatból, ideggyógyászatból és tüdőgyógyászatból tett szakvizsgát. Érbetegségekkel, angiológiával 1927-ben kezdett intenzívebben foglalkozni. E tárgykörben 1931-ben Tübingenben a belklinikán *Otfried Müller professzornál* és 1933-ban Londonban, *Sir Thomas Lewis* intézetében tett tanulmányutakat.

A Fővárosi Szeretetotthonok Kórháza belgyógyász főorvosává 1938-ban nevezték ki, ahol egy ideig igazgató főorvos is volt (2. ábra). Ez a későbbi Korányi Sándor és Frigyes, majd Erzsébet Kórház. Itt folytatta tudományos angiológiai kutató és publikáló munkáját, amelyhez érvizsgáló műszereket szerzett be, pl. oscillométert, kapillármikroszkópot és bőrhőmérsékletmérőt. Főállása mellett, 1936 és 1948 között a MABI belgyógyász főorvosi feladatait is ellátta, ezen kívül még több kórház felügyeletével is megbízták.



1. ábra. Gimnáziumi éveiben készült kép.



2. ábra. Bugár-Mészáros Károly 30-as éveinek végén.

Fő műve, *Az érbetegségek diagnosztikája, kór és gyógytana* c. könyve, 1944-ben jelent meg, amellyel ennek az önálló szakterületnek a megalapítójává vált. Egyetemi magántanári képesítést az 1944/45-ös tanévben *Az érbetegségek klinikuma* tárgyából nyert.

A Fővárosi Szent István Kórház (akkor ideiglenesen csak István Kórház) I. Belosztályának főorvosává 1950-ben nevezték ki, ahol 115

ágy közül 56, országos beutalással, az érbetegek ellátását szolgálta. Ragaszkodott hozzá, hogy a Korányi Kórházból áthozhassa alorvosát Okos Gizellát, akit itt már adjunktusnak nevezett ki, valamint nehezen megszerzett műszereit is. Külön érvizsgáló, majd később biokémiai laboratóriumot rendezett be. István Kórházi főorvosi feladatai mellett, 1957-től Dél-Pest vezető belgyógyász főorvosa volt és bírósági szakértőként is dolgozott.

Az *orvostudományok kandidátusa* tudományos fokozatot 1952-ben szerezte meg. *Periferiás érbetegségek* című könyve 1955-ben jelent meg. Ugyanebben az évben elnyerte a *Kiváló Orvos* címet. *Érbetegségek* címmel, 1956-ban könyvfejezetet írt *Issektuz: Gyógyszertan és Gyógyítás* c. egyetemi tankönyvébe. A II. kiadás 1959-ben jelent meg. *Rajka*, Allergiával foglalkozó német nyelvű könyvébe, 1959-ben két fejezetet írt. 1960-ban *Érbetegségek* címmel könyvfejezetet írt *Rózsashegyi Munkaköri alkalmasság orvosi elbírálása* c. könyvébe. *Periferiás keringési zavarok* c. könyve 1961-ben jelent meg.

A Magyar Sebész Társaság Angiológiai Sectióját 1961-ben, 55 évvel ezelőtt alapította meg, amelynek elnöke lett. Prágában, 1961-ben a Világkongresszus, a Magyar Angiológiai Sectiót felvette a Nemzetközi



3. ábra. A X. Angiológiai Világkongresszuson 1976-ban, Tókióban.

Angiológiai Unió alapító tagjai közé. 1964-ben, Párizsban a Nemzetközi Angiológiai Unió alelnökévé választották, amely feladatkörben 1967-ben Barcelonában megnyitotta az Angiológiai Unió Világkongresszusát. Számos további országban is tartott előadást, angiológiai kongresszusokon (3. ábra).

A Sectio, *Magyar Angiológiai Társasággá* 50 éve, 1966-ban alakult át, amelynek szintén elnöke lett. Ezt a tiszteletet 1972-ig viselte, - akkor lemondott. 1972-ben, a Magyar Angiológiai Társaság örökös tiszteletbeli elnökévé választották.

Az Angiológiai Sectio és a Magyar Angiológiai Társaság elnökségének 10. évfordulóján, 1971-ben, szeretet teljes ünneplésben részesítették, s egy rézből készült, kerek, domborításokkal díszített tállal ajándékozták meg a következő felirattal: *ELSŐ ELNÖKÉNEK Dr. BUGÁR-MÉSZÁROS KÁROLY EGYETEMI MAGÁNTANÁRNAK A 10 ÉVES MAGYAR ANGIOLOGIAI TÁRSASÁG 1961-1971* (4. ábra).

Évekig dolgoztam édesapám osztályán *Landi Annával*, na meg *Kusztos Dénessel* együtt. Már medikus koromtól, egészen addig, amíg édesapámat, 70 éves korában nyugdíjazták, - akkor én is eljöttem az osztályról. Sok mindent megtanultam és gyakorlatot szerezhettem az angiográfiák végzésében is. Édesapámmal több közös cikket publikáltunk. Ő még 84 éves koráig angiológiai szaktanácsadóként, rendszeresen bejárt. Volt olyan is, amikor az influenza osztály vezetését bízták rá. Ezután is tartott előadásokat az egyetemen és vizsgabizottságokban is részt vett. 1973-ban arany-, 1983-ban gyémánt-, 1988-ban vas-diplomát kapott.

Hét gyermeke közül csak én lettem orvos, hárman gyógyszerészek lettek. Unokái, dédunokái között is vannak gyógyszerészek, fogorvosok, orvosok és még orvostanhallgatók is.

Gyerekkorunkban sokat kirándult velünk, főleg a hegyekbe, városokba, időnként volt közös biciklizés és evezés is. Többek között áteveztünk Felsőödről Surányba rokonainkhoz Kopp Máriaékhoz.

Szeretett latinul beszélni, sőt előadást tartani is. Csehszlovákiában, 1978-ban a Purkinje Társaság érmével tüntették ki, ekkor latin nyelvű szónoklattal köszönt meg a magas kitüntetést.

Véralvadás obliteratív verőérbetegségekben, s azok jelentősége a kórképek patológiájában és terápiájában c. doktori értekezésével 81 éves korában az *orvostudományok doktora* fokozatot nyerte el. Felminősítésére az Akadémia részéről már korábban is érkeztek javaslatok, de 1957-ben költségvetési keret hiányában-, az 1966-os Egyetemi javaslatot vallásosságára és apósának a 20-as, 30-as években vállalt politikai szerepvállalására hivatkozva utasították el. Az Egyetem 1981-ben ismét kiállt előléptetése mellett, de a minisztérium megint elutasította.

Könyveinek és különlenyomatainak időrendben összeállított két kötetét, 1981-ben átadta a Szent István Kórház Könyvtárának. Saját keze által összeállított bibliográfiája, a három könyve és 4 könyvfejezete mellett,

további 83, különböző terjedelmű tudományos dolgozat címét tartalmazta. Az idegen nyelven megjelent változatokkal együtt tudományos dolgozatainak száma 148. *Soltész Lajos Emlékérmét* 1985-ben kapott.

1989. augusztus 8.-án, 89 éves korában hunyt el. A Magyar Angiológiai Társaság nevében *Papp Sándor professzor* vett végső búcsút az örökös tiszteletbeli elnöktől. a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság 1995-ben *Bugár-Mészáros Károly Emlékérmét* alapított, amelyet 2 évente az érbelgyógyászok egy-egy kiválóságának adományoznak. Elsőként *Meskó Éva* kapta meg.

Köszönöm mindnyájuknak, hogy a Társaság megalakulásának 50. évfordulóján megemlékezhettem édesapámról!



4. ábra. A MAT 10. évfordulójára kapott dísztal.

Az egészséges lábakért!



ELASTOMED®

KOMPRESSZIÓS GYÓGYHARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD

A II. kompressziós fokozatú standard és egyedi méretre készülő **ELASTOMED KOMFORT** és **ELASTOMED STRETCH** lábharisnyák, valamint az **ELASTOMED S** síkkötött karharisnyák a vénás és nyirokrendszeri betegségek kezelése során nélkülözhetetlenek. Használatuk széles körben elterjedt, a lábra és a karra az ideális eloszlásban fejtik ki a nyomást.

Az **ELASTOMED KOMFORT** és **ELASTOMED STRETCH** lábharisnyák, továbbá az **ELASTOMED S** karharisnyák szakorvosok által felírható, az OEP által támogatott termékek.

Az **ELASTOMED** kompressziós térdzoknik, harisnyák, harisnyanadrágok, karharisnyák és ízületi támaszok magyar termékek.

Kapható a gyógyászati segédeszköz boltokban és a gyógyszertárakban.
Méretvételhez és rendeléshez méretvételi lap igényelhető.

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát!



Az endoluminális visszér kezelés jövője

ELVeS Radial 2ring™ a biolitec®-től

A biolitec® egyedülálló
FUSION® technológiája

Az üvegszál feje vég nem csupán
ragasztva, hanem anyagában
összedolgozva kerül rögzítésre.

Ez a kezelés alatti maximális
biztonságot garantálja.



Az új ELVeS Radial™
lézerszálak:
ELVeS Radial 2ring™
ELVeS Radial slim™



LEONARDO®

Az új high-tech lézer a
minimál invazív kezelésekhöz

- BIZTONSÁGOS
- GYENGÉD
- FÁJDALOMMENTES
- HATÉKONY

biolitec biomedical
technology GmbH
Otto-Schott-Str. 15
07745 Jena, Germany

További információk:
Tel.: +36 30 660 9450
E-Mail: istvan.patkos@biolitec.com
www.biolitec.com

biolitec®, LEONARDO®, FUSION® and ELVeS® are registered trademarks owned by biolitec.

bio
LITEC®
biomedical technology

A krónikus vénás elégtelenség haemodynamikai ultrahang-térképezése: a söntök koncepciója

DR. PUSKÁS ATTILA, DR. GYÖRGY FAZAKAS ISTVÁN, DR. BIHARI IMRE,
DR. FRANCESCHI CLAUDE, DR. DELFRATE ROBERTO

Ismert tény, hogy a krónikus vénás elégtelenség körismézését a duplex ultrahang forradalmasította. Az egyre kifinomultabb manőverek és technikák lehetővé teszik olyan anatómiai és haemodynamikai részletek tisztázását, amelyek a további terápiás lépések megtervezésében nélkülözhetetlenek. A folyadékok dinamikájának tudománya szerint a sönt egy olyan vezeték, amely a folyadék áramlást eltéríti egy másik vezetékrendszer irányába. Az ún. veno-venózus söntök olyan vénás szakaszok, amelyek eltérítik a vénás vér élettani irányú visszaáramlását egy elégtelen veno-venózus kapcsolaton keresztül, ezáltal fölös vérmennyiség terheli az érintett vénaszakaszokat. Egy sönt mindig áramlás- és nyomástúlterhelést jelent az érintett vénaszakaszokban, amelyek magas vénás transmurális nyomást eredményeznek, következményes varikózus tágulatokkal, valamint az ismert klinikai jelekkel és tünetekkel. A haemodynamikai koncepció szerint, tehát a varicositás és a hozzá tartozó tünetrendszer a söntök jelenléte miatt kialakuló emelkedett transmurális nyomás következménye. A fölös vérmennyiség miatt kialakuló nagyobb áramlási sebesség a lamináris áramlást turbulenssé alakítja. A turbulens áramlás ugyanakkor növeli a vénafalra merőleges erőhatást, fokozatosan kialakuló varikózus dilatációt eredményezve.

Duplex ultrahanggal az alábbi fontos alkotóelemek azonosíthatók: (1) Szökési pont, ahol a mély felől a felület felé szökik a vér, ami ellenkező a vénás áramlás élettani irányával. Ez tulajdonképpen a refluxjelenség haemodynamikai definíciója. (2) A sönt útvonala az összes vénaszakaszt jelenti, amely részt vesz a sönt felépítésében, és amely elvezeti azt a plusz vérmennyiséget is, amivel a rendszer meg van terhelve. (3) Visszatérési pont az a pont, amelyik visszavezeti a söntölt, fölös vérmennyiséget a mélyvénákba.

A vénás haemodynamika 4 alapvető sönttípust és ezeken belül több altípust különít el. Ezek ultrahangos feltérképezése a terápiás stratégia kulcspontját képezi. Egy jó térkép elengedhetetlen a jó terápiához.

HAEMODYNAMIC MAPPING OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY: THE CONCEPT OF SHUNTS

It is well-known that the diagnostics of chronic venous insufficiency has been revolutionised by the introduction of duplex ultrasound. Refined manoeuvres and techniques contribute to the clarification of anatomical and haemodynamic details which are necessary for planning different steps in treatment. According to fluid dynamic science, the shunt is a pathway which diverts the flow into another channel system. Veno-venous shunts are venous tubes which diverts the venous blood from the physiological backflow through an insufficient veno-venous connection, which means a large extra amount of blood burdens these shunting venous channels. These shunts cause a flow and pressure overload, which results in high venous transmural pressure in this part of the venous system, which causes varicose dilatations, and symptoms and complaints for the patient. According to the haemodynamic concept, these phenomena are the consequences of high transmural pressure. This is because the extra amount of venous blood causes a faster speed of flow which changes the flow from laminar to turbulent. As a consequence of the turbulent flow, the pressure on the venous wall increases, which slowly dilates the lumen of the vein.

With the usage of duplex ultrasound the following shunt elements can be identified: (1) Escape point, where venous blood escapes from the deep to the superficial layers, which is opposite the physiological direction of flow. (2) Shunt pathway, comprising all venous segments which make up the shunt and drains the superfluous venous blood burdening this system. (3) Re-entry point drives the extra blood back to the deep veins.

Four basic shunt types and some further subtypes can be distinguished by venous haemodynamics. Ultrasound mapping of them is a key point of therapeutic strategy. A good map is mandatory for a good treatment.

Az alsószövegtípusok az alábbiak lehetnek:

a) Zárt sönt, - a vér, a résztvevő vénákban körbe „forog” a szökési pont (EP) és visszatérési pont (RP) között, más szóval visszatér, recirkulál.

b) Nyílt deviáló sönt, - a nyílt söntökben a söntölt vér soha nem tér vissza a szökési ponthoz. A Valsalva-mánőver negatív, a vért egy saphena ág téríti el.

c) Nyílt by-pass sönt, - vénás akadályokat, elzáródásokat hidálnak át. A vénás áramlás kerülő, felületes úton kompenzál egy elzáródott, szűkült vagy kongenitálisan hiányzó, mélyebb szakaszt, amelynek nagy az áramlási rezisztenciája. Szerepe igen fontos lehet a végtag vénás drenázsában, ezért ezeket a vénákat meg kell kímélni mindenféle beavatkozástól.

d) Kevert sönt a nyílt by-pass sönt és az aktív zárt sönt keveréke.

A söntök világa nagy kihívás a gyakorló flebológus számára. Az egyéni variánsok számosak, a duplex ultrahang térképezése kezdetben időigényes, de gyakorlattal rutinná alakítható.

Kulcsszavak: varikozitás, veno-venózus sönt, haemodinamika, reflux, vénás áthidalás

Bevezetés

Ismert tény, hogy a krónikus vénás elégtelenség kóriszmézését a duplex ultrahang forradalmasította. Az egyre kifinomultabb manőverek és technikák lehetővé teszik olyan anatómiai és haemodinamikai részletek tisztázását, amelyek a további terápiás lépések megtervezésében nélkülözhetetlenek. Ezekről a haemodinamikai manőverekről egy előző cikkünkben számoltunk be (4). Jelen írás tovább megy, és részleteiben próbálja ismertetni a haemodinamikai koncepció alapfogalmát, az ún. veno-venózus söntöket. A kapcsolódó terápiás stratégiákat egy következő cikkünkben tárgyaljuk.

A folyadékok dinamikájának tudománya szerint a sönt egy olyan vezetéknek határozható meg, amely a folyadék-áramlást eltéríti egy másik vezetékrendszer irányába. Egy arterio-venózus sönt például eltéríti a véráramot egy söntölt artéria felől a söntöltő véna irányába. Az ún. veno-venózus söntök olyan vénás szakaszok, amelyek eltérítik a vénás vér élettani irányú visszaáramlását (söntölt véna, pl. v. femoralis communis) egy elégtelen veno-venózus kapcsolaton keresztül (pl. sapheno-femorális junkció elégtelen terminális billentyűje), amelyet szökési pontnak (Escape Point-EP) nevezünk. Az elégtelen billentyűjű szökési pontokon keresztül, fölös vérmennyiség terheli az érintett vénaszakaszokat. A söntölt fölös vérmennyiséget az érintett vénás körök (pl. vena saphena magna törzse-N2 és varikozus ágai-N3), az élettani véna-drenázs sorrendiségét (hierarchiáját) követve (N2-től N1 fele) visszavezetik a legmélyebben fekvő vénás kompartmentbe (N1-mély-

The basic shunt types are the following:

a) Closed shunt – venous blood starts its way at the escape point and goes to the re-entry point and again to the escape point, which means the recirculation of blood between these venous segments.

b) Open deviating shunt – in these shunts blood never returns to the escape point. Valsalva manoeuvre is negative and venous blood is deviated by a branch of the saphenous stem.

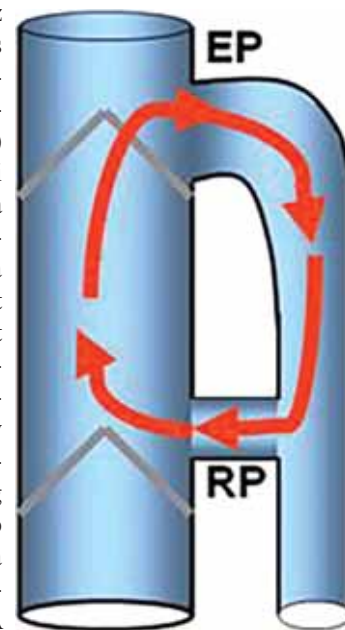
c) Open bypass shunt – bypasses occlusions and obstacles. Occluded or stenosed or congenitally missing parts of the deep venous system mean a high resistance of flow is bypassed by a superficial compensatory pathway. This type of shunt can have a vital significance in the circulation of the limb, therefore they must be preserved in any intervention.

d) Mixed shunt – is a combination of open bypass and active closed shunts.

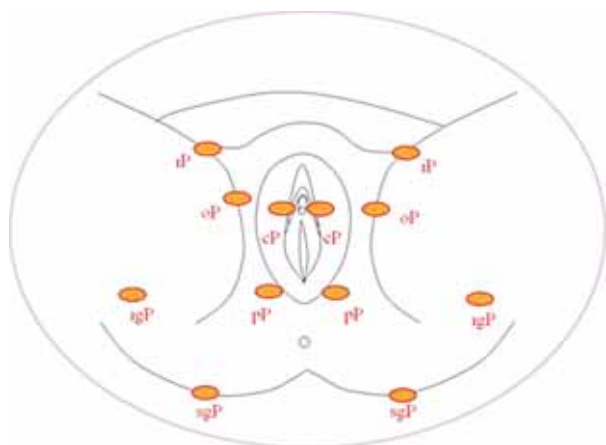
The world of shunts is a great challenge for a practising phlebologist. There are many variations, so duplex ultrasound mapping is time-consuming at the beginning, but with some experience this becomes routine.

Keywords: varicosity, veno-venous shunt, haemodynamics, reflux, venous bypass

vénák) egy másik veno-venózus kapcsolaton keresztül, amelyet visszatérési pontnak (Reentry Point RP, pl. reentry perforans vénák) nevezünk (1. ábra) (1). Egy sönt mindig áramlás- és nyomástülterhelést jelent az érintett vénaszakaszokban, amelyek magas vénás transmurális nyomást eredményeznek, következményes varikozus tágulatokkal, valamint az ismert klinikai jelekkel és tünetekkel (ödéma, pigmentáció, trófikus zavarok, nehézláb-érzés, stb.) (6). A haemodinamikai koncepció szerint, tehát a varicositás és a hozzátartozó tünetrendszer a söntök jelenléte miatt kialakuló emelkedett transmurális nyomás következménye. Ismert fizikai tény ugyanis, hogy Reynolds törvénye szerint, a fölös vérmennyiség miatt kialakuló nagyobb áramlási sebesség a lamináris áramlást turbulenssé alakítja. A turbulens áramlás ugyanakkor növeli a vénafalra merőleges erőhatást, visszafelé irányuló I-es típusú zárt sönt esetében



1. ábra. Veno-venózus sönt a szökési ponttal (EP), illetve a visszatérési ponttal (RP) I-es típusú zárt sönt esetében



2. ábra. A kismedencei szökési pontok: inguinális (iP), perineális (pP), obturatórikus (oP), clitoris (cP), felső (sgP) és alsó gluteális pontok (igP)

varikózus dilatációt eredményezve (2). Ez döntően az epifasciálisan futó felületen zajlik, amelyek körül a fascia és izomvédelem hiányzik. Természetesen itt fontos szerepe van a vénafal örökletes és szerzett intrinzik tulajdonságainak is. A söntök megértése és ultrahangos feltérképezése ily módon közelebb vihet a varicositas hatékony kezeléséhez is, ezért nem csupán elméleti értékű, hanem kiemelkedő gyakorlati jelentőséggel is bír.

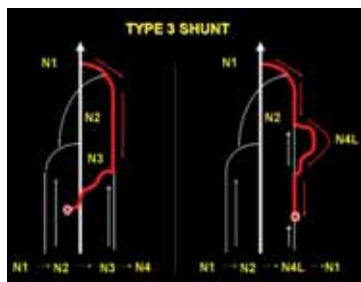
Sönt alkotóelemek, típusok, haemodynamikai osztályozás

Valamennyi sönt esetében duplex ultrahanggal az alábbi fontos alkotóelemek azonosíthatók:

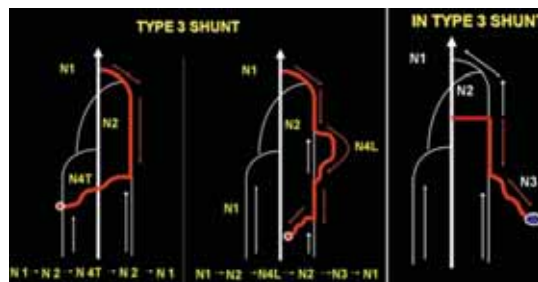
1) *Szökési pont(ok)* (EP) az(ok) a pont(ok) amely(ke)n a sönttől vérmennyiség belép a rendszerbe. Ezen a ponton keresztül általában egy kisebb számmal jelzett (vagyis mélyebben található) kompartmentből „szökik” át a vénás vér egy nagyobb számmal jelzettbe (pl. N1-ből N2-be), vagyis a mély felől a felület felé, ami ellenkező a vénás áramlás élettani irányával. Ez tulajdonképpen a refluxjelenség haemodynamikai definíciója is.

Az N1 (mélyvénák) és N2 (saphena törzsvénák) kompartmentek közötti szökési pontok (EP) az alábbiak lehetnek:

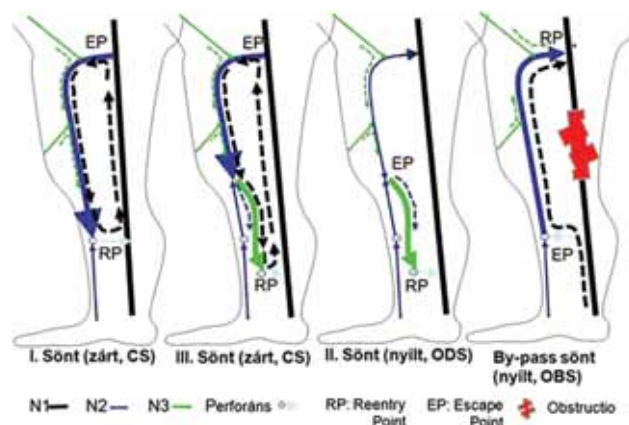
- Sapheno-femorális junkció (SFJ),
- Sapheno-poplitealis junkció (SPJ),
- Elégtelen perforáns vénák (PV) (általában proximális elhelyezkedésük a combon), amelyekben az áramlás retrográd, vagyis az N1 felől az N2 felé tart.



4. ábra. A III-as típusú sönt változatai



5. ábra. A III-as típusú sönt változatai



3. ábra. A főbb sönt típusok (magyarázat a szövegben)

Az N1 és N3 (epifasciális ágak) kompartmentek közötti szökési pontok általában az ún. kismedencei pontokként definiálhatóak (1,5). Ezek az inguinális, perineális, clitoris, obturatórikus, felső és alsó gluteális pontok (2. ábra).

A sönt típusától függően (lásd később), néha az említett SFJ, SPJ és PV visszatérő pontokként (RP) is szerepelhetnek.

Ugyanakkor az áramlás- és nyomástülterhelés függ az izompumpa systolés (kontrakció) vagy diastolés (relaxáció) fázisától és a reziduális nyomástól is (a szívpumpafunkció által biztosított kapilláris, majd vénás áramlási nyomás) a sönt típusának megfelelően.

2) *A sönt útvonala* az összes vénaszakaszt jelenti, amely részt vesz a sönt felépítésében, és amely drenálja azt a pluszvérmennyiséget is, amivel a rendszer túlterhelt. Nyilván ezek a vénák a saját gyűjtő területükről származó vért is szállítják. Idesorolhatók a saphena törzsek, epifasciális ágai, illetve a nonsaphena varicositasok egyaránt.

3) *Visszatérési pont(ok)* (RP) az(ok) a pont(ok) amely(ek) visszavezeti(k) a sönttől, fölös vérmennyiséget a mélyvénákba. Ezek lehetnek reentry perforáns vénák (PV) vagy nagyobb kollektorok, pl. SFJ, SPJ a sönt típusától függően. Kialakulásuk egyfajta védelmi mechanizmus az áramlás- és nyomástülterheléssel szemben és a visszaáramlást célozzák. Érthető, hogy a perforáns vénák ultrahangos azonosítása nem csak átmérőjük szempontjából lényeges – mint ahogy azt legtöbbször túl leegyszerűsítve láthatjuk a leletekben –, hanem azok visszavezető (reentry)

funkciójának duplex kimutatása is elengedhetetlen a sönt típusának meghatározásakor. Átmérőjük arányosan nő a fölös, visszatérést igénylő vér mennyiségével (áramlás- és nyomástülterhelés), általában sokáig megtartott billentyű funkció mellett. A haemodynamikai beavatkozások alkalmával (CHIVA) ezeket a perforánsokat

tehát értelemszerűen nem kiiktatni, hanem ellenkezőleg, megtartani kell, mint ahogy erről a terápiás stratégiákról szóló beszámolóban majd említést teszünk (2,5).

4) *Sönttípusok. (1,2,3) (3. ábra)*

A vénás haemodynamika 4 alapvető sönttípust és ezeken belül több altípust különít el. Ezek ultrahangos feltérképezése a terápiás stratégia kulcspontját képezik. Egy nem megfelelő térkép csak elégtelen megoldást hozhat. Itt a tanulási görbe lassúbb, mint egy hétköznapi anatómiai ultrahang esetében, de a technika elsajátítható és gyakorlattal rutinná alakítható. Az alapsönttípusok az alábbiak lehetnek:

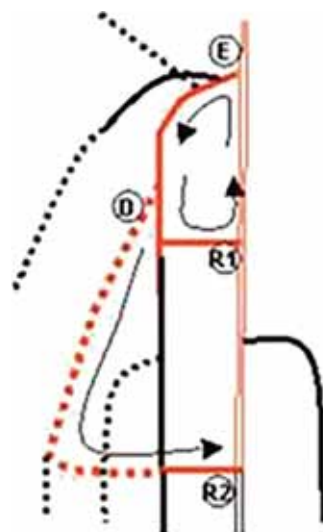
- a) Zárt söntök (closed shunts, CS)
- b) Nyílt deviáló sönt (open deviated shunts, ODS)
- c) Nyílt by-pass sönt (open by-passing shunts, OBS)
- d) Kevert söntök (mixed shunts, MS)

a) *Zárt söntök (closed shunts, CS)*

A zárt sönt nevét onnan kapta, hogy a vér, a résztvevő vénákban körbe „forog” a szőkési pont (EP) és visszatérési pont (RP) között, más szóval visszatér, recirkulál az eredeti szőkési ponthoz, mintegy „privát” (először Trendelenburg által leírt) keringést hozva létre, amely elvonja a vért az általános keringésből, túlterhelve magát a recirkulációs kört (söntöt). A zárt söntben keringő vénás vér a lábszári diastole időtartama alatt az EP-n elhagyja élettani pályáját (mélyebb kompartmentből), belép a söntöt alkotó vénákba (felületesebb kompartmentbe), azokban retrográd úton halad, majd egy, vagy több RP-n visszatér a mélyvénákba. A söntöt alkotó vénák billentyűinek elégtelensége a véroszlop emelkedett hidrosztatikus nyomását eredményezi (a billentyűfunkció vagyis a szakaszolás kiesése miatt, vagy ahogy a szakirodalom emlegeti az elégtelen dinamikus frakcionálás miatt), ami a transmuralis nyomásemelkedés egyik fontos tényezője. A lábszárizomzat systolés fázisában a mélyvénákba visszatérő vér fölfelé (antegrád) továbbtődik, amíg eléri az EP-t, ahol diastolében ismét kilép a söntölt körbe (10. ábra). Ez a systolés izompumpa-funkció biztosítja azt a nyomásgrádienszt amely lehetővé teszi diastolében a szőkési ponton (EP) keresztül a refluxot. Ezért van az, hogy immobilis vagy gyenge izompumpa-funkciójú betegeknél kevésbé alakulnak ki varixok, mivel nincs meg a diastolés refluxhoz szükséges mélyvénás

kiürülés (nincs vagy kicsi a nyomásgrádiens az EP és RP között diastolében), vagyis a nyomás a mélyvénás kompartmentumban állandóan magas, így ez inkább az ödémák kialakulását segíti elő és nem a varixokét. A varixok kialakulásához a recirculációs körnek aktívnak kell lennie.

Zárt söntök létrejöhetnek úgy a felszínes, mind a mélyvénás rendszerben. Az alsó végtagok varicositásai leggyakrabban a zárt söntök valamelyik altípusába sorolhatóak (I, III, IV, V, VI altípusok). Ezekben a felszínes zárt söntökben a Valsalva manőver a szőkési pont

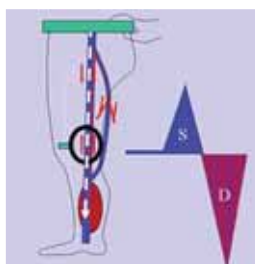


Shunt 1+2

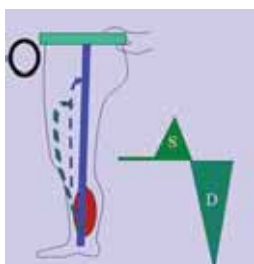
Common E
2 different R

6. ábra. I+II-es sönt (magyarázat a szövegben)

(EP) aktivációját eredményezi (11. ábra). Az I-es sönt tipikus példája, amikor az elégtelen SFJ (EP az N1 és N2 között) a refluxot mutató saphena magna (VSM) felé söntől, ami varixos oldalágak nélküli lehet és a fölös vérmennyiség a saphena törzs és mélyvénák közötti visszatérő perforáns (RP) csatolódik vissza (1. ábra). Ilyenkor ezeket a perforánsokat direkt perforánsoknak nevezzük, ami azt jelzi, hogy az összeköttetés a saphena törzs és mélyvéna közötti és nem valamelyik oldalágnak a perforánsa (ezek az ún. indirekt perforánsok). Hasonlóképpen lehet érintve a vena saphena parva (VSP) rendszere az elégtelen SPJ-n keresztül. Ennek a söntnek a képlete: $N1 > N2 > N1$, ahol a „>” szimbólum az áramlás irányát jelzi. Az N1 és N2 közötti áramlást a szőkési pont (EP) teszi lehetővé (példánkban az elégtelen SFJ vagy SPJ), míg az N2 és N1 közötti visszaáramlás a direkt reentry perforánsok (RP) útján zajlik. Ha a saphena törzshöz epifasciális varixos oldalágak is társulnak (a gyakorlatban legtöbbször találunk is ilyen ágakat) és a saphena törzsnek is van visszatérő perforánsa (a varixos ág mindig rendelkezik



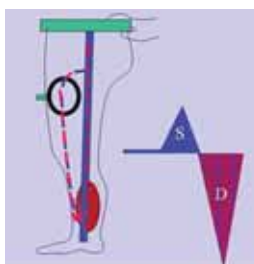
7. ábra. Mélyvénás zárt sönt (CS) (magyarázat a szövegben)



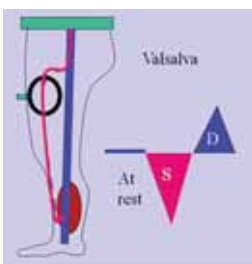
8. ábra. VSM ágvaricositás-nyílt deviáló sönt (ODS)



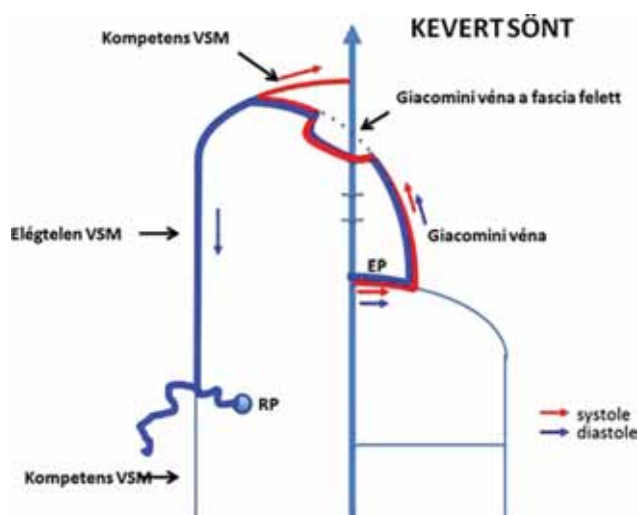
9. ábra. nyílt by-pass sönt (OBS) (magyarázat a szövegben)



10. ábra. VSM zárt sönt: a diastolés áramlás a VSM szintjén nagyobb mint a systolés



11. ábra. VSM zárt sönt: a Valsalva manőver sistoléja a szőkési ponton (SFJ) refluxot (S) okoz



12. ábra. kevert sönt (MS) a Giacominí és VSM területén: a piros nyíl az izompumpa systolés fázisában aktiválódó nyílt by-pass söntöt (OBS) szemlélteti, míg a kék nyilak a kevert sönt VSM-hoz tartozó zárt komponensét (CS) szimbolizálja (részletesen a szövegben)

értelemszerűen visszatérő perforánssal), akkor az ún **I+II**-es típusú söntről van szó (6. ábra). Ha az elégtelen saphena törzs nem rendelkezik direkt reentry perforánssal és egy vagy több varixos ágon keresztül drenálódik a fölös vérmennyiség, akkor **III**-as söntről beszélünk. (3., 4., 5. ábra). Ilyenkor a varixos ág vagy ágak eredésének ujjal történő lenyomása megszünteti az addig elégtelen saphena törzsben a refluxot, amelyet a duplex diagnosztikában haszonnal alkalmazunk, ennek a söntnek az azonosításában (pozitív digitális kompressziós teszt). Ilyenkor, ugyanis elzárjuk a sönt kiáramlási/visszatérési lehetőségét, ami a söntben megállítja a recirkulációt (akár egy tölcsér alsó részét, ha elzárjuk, megszűnik benne a kifolyás). A **IV**-es és **V**-ös söntben az EP egy kismedencei szökési pont és nem a SFJ (tehát $N1 > N3$), ami azután egy kollaterálison keresztül becsatlóódik a saphena törzsbe ($N1 > N3 > N2$). A **IV**-es sönt esetében a saphena törzs az **I**-es sönttel analóg módon direkt perforánssal rendelkezik ($N1 > N3 > N2 > N1$), míg az **V**-ös söntnél a saphena törzs egy vagy több varixos ág perforánsain keresztül drenálódik a mély fele ($N1 > N3 > N2 > N3 > N1$) (6. ábra).

A mélyvénás zárt söntök postthrombotikus állapotban alakulhatnak ki, amikor például a vena femoralis elégtelen, de a profunda femoris kompetens és jó kollaterális funkcióval rendelkezik. Ilyenkor az izomsystolében a vena profunda femorison és a vena femoralison antegrád áramló vérmennyiség diastolében az elégtelen vena femoralison rendellenesen, perifériás irányba visszaáramlik, majd ismét visszatér a v. profunda femoriba, így kialakítva a recirkulációs kört. Mint ahogy a zárt söntökre általában jellemző, a diastolés reflux amplitúdója nagyobb, mint a systolés antegrád áramlás amplitúdója, mivel diastolében az elégtelen vena femoralis áramlása a vena femoralis profunda felől származó fölös vérmennyiséggel terhelődik túl (7. ábra).

b) Nyílt deviáló sönt (open deviated shunt, ODS)

A nyílt söntökben a söntölt vér soha nem tér vissza a szökési ponthoz. Nyílt deviáló (ODS), vagy **II**-es típusú söntről beszélünk egyszerű saphena ág varicositás esetén, amikor a SFJ vagy a SPJ kompetens és $N2 > N3 > N1$ visszafolyásról van szó, magyarul a vért egy saphena ág téríti el (innen a „deviáló”) kifejezés (3., 8. ábra). Az ilyen ágvaricositás túlterheltségének mértékét az EP fölött elhelyezkedő saphena magna törzs elégtelen szakaszának a magassága szabja meg. Három altípusa ismeretes, aszerint, hogy a saphena magna törzs elégtelen-e, illetve, hogy tartalmaz-e direkt reentry perforánst. A **IIa** altípusban a VSM kompetens. A **IIb** söntben a VSM egy bizonyos szakaszon elégtelen, de a teljes véroszlop az $N3$ ágon refluál és annak indirekt perforánsán térül vissza. A **IIc** altípusban a VSM elégtelen szakasza direkt visszatérő perforánssal rendelkezik. Mindhárom esetben a Valsalva-manőver negatív, mivel nincs $N1 > N2$, vagy $N1 > N3$ szökési pont.

c) Nyílt by-pass sönt (open bypassing shunt, OBS)

Ezek a söntök vénás akadályokat, elzáródásokat hidalnak át, innen a „by-pass” elnevezés. Tipikusan posttrombotikus állapotban, fokozatosan alakulnak ki. Régebbi elnevezésük a „vicariosus” sönt, ami arra utal, hogy a vénás áramlás kerülő, felületes úton kompenzál egy elzáródott, szűkült vagy kongenitálisan hiányzó, mélyebb szakaszt, amelynek nagy az áramlási rezisztenciája (9. ábra). A vér ebbe a söntbe azért lép be, mert szükség van az elvezetésére, ez tehát egy adaptációs, védekezési mechanizmus, egy szükségmegoldás, a szervezet részéről. A sönt vénái kitágulnak, mivel emelkedik a residuális nyomás (a nagyobb rezisztencia miatt), illetve mivel az áramlási sebesség megemelkedése turbulens áramlást és következményes megemelkedett falnyomást eredményez, Reynolds törvényének megfelelően. Ezekben a söntökben általában az EP az elzáródás alatt található, míg a RP e fölött. A sönt tágult vénái felületesen futnak. Ellentétben a zárt söntökkel (CS), illetve a nyílt deviáló sönttel (ODS), a by-pass sönt (OBS) a diastolé alatt általában nem aktiválódik, hanem az izompumpa systoléja alatt mutat antegrád áramlást (részlegesen aktivált OBS). Haemodinamikailag jelentős elzáródás esetén a sönt áramlása permanens lehet, ilyenkor a diastolében is észlelhető antegrád (cardiopet) Duplex jel (teljesen aktivált OBS). Az elmondottakból érthető, hogy ezeknek a söntöknek a szerepe igen fontos lehet a végtag vénás drenázsában, ezért ezeket a vénákat meg kell kímélni mindenféle beavatkozástól. Ultrahanggal történő azonosításuk nélkülözhetetlen. Anatómiai példaként megemlíthető a vena femoralis proximális szakaszának krónikus elzáródása vagy jelentős reziduális szűkülete, az érintett szakasz alatti perforáns véna megfordult áramlása, mint szökési pont (EP) szerepel, amely a VSM-ba vezeti a söntölt vért, majd a VSM a SFJ keresztül visszaáramoltatja a söntölt vért a vena femoralis communisba. Ilyenkor a SFJ mint visszatérési pont (RP) szerepel (9. ábra). Hasonlóképpen egy vena

femoralis occlusio esetén a by-pass sönt kialakulhat a vena Giacomini útvonalán a SPJ szökési ponton (EP) keresztül, amely a comb felső harmadánál becsatlóva a VSM-ba szintén a SFJ-n át (RP) éri el a mélyvénás rendszert. A képlet mindkét esetben $N1 > N2 > N1$. Végül, a krónikus vena iliaca elzáródása esetén, az áramlási rezisztencia a vena femoralis áramlását (N1) a SFJ-n keresztül (EP) a VSM ív (crossa) descendáló ágai fele retrográd irányba kényszeríti (N3), amelyek az ellenkező oldali SFJ-n keresztül szállítják vissza a fölös vérmennyiséget a másik oldali vena femoralisba (N1). Ilyenkor beszélünk ún. spontán Palma kollateralizációról. Gyakran láthatóak a pubis feletti területen a kollaterális varixok. A képlet $N1 > N3 > N1$. (12. ábra)

d) *Kevert söntök (mixed shunts, MS) (1,2,3)*

A kevert söntöket alkotó vénákban, egy időben jelen van egy, a systolé alatti aktív nyílt by-pass sönt (OBS) és egy, a diastolé alatti aktív zárt sönt (CS) (12. ábra). A vénás vér az izompumpa systoléja alatt belép a nyílt by-pass söntbe, kikerülve egy akadályt képező nagy rezisztenciájú mélyvénás szakaszt, majd a diastolé alatt reflúál a zárt sönt komponensben. Jellemző, hogy ezeknek a kevert söntöknek közös a szökési pontjuk (EP), és a kezdeti vénás szakaszuk, de különböznek a terminális szakaszaik (divergálnak) és a visszatérési pontjaik (RP). Anatómiai változata előfordulhat a SPJ szintjén kialakuló szökési ponttal (EP) és Giacomini véna kezdeti közös szakasszal, ahol a nyílt by-pass (OBS) sönt visszatérési pontja a SFJ-n keresztül a vena femoralis communis szintjén van, valamint az ettől divergáló zárt sönttel, amely az inkompetens VSM törzset és ennek ágait érinti az itt található RP-al. (12. ábra). Egy másik anatómiai példa a vena iliaca elzáródásakor kialakuló systolében az ellenoldali SFJ-ba ürülő Palma kollaterális (nyílt by-pass sönt), ami a diastolében az ellenoldali VSM területén aktiválja a kevert sönt divergáló zárt szakaszát.

A söntök világa egy nagy kihívás a gyakorló flebológus számára. Az egyéni variánsok számosak, a duplex ultrahang térképezése kezdetben időigényesebb, de gyakorlattal rutinná alakítható. Egy jó térkép elengedhetetlen a jó terápiához. A következő részben a terápiás stratégiákról értekezünk.

Irodalom

1. Franceschi C., Capelli M., Ermini S., Giancesini S., Mendoza E., Pasariello F., Zamboni P. CHIVA: hemodynamic concept, strategy and results. *Int Angiol* 2016; 35:8–30
2. Franceschi C., Zamboni P. Principles of Venous Hemodynamics. New York: Nova Biomedical Books 2009
3. Delfrate R. A new diagnostic approach to varicose veins: haemodynamic evaluation and treatment. Lorena Dioni Publisher Folgaria, Trento 2014
4. Bihari I., Puskas A., Delfrate R., Franceschi C. Varicositas ultrahangos haemodynamikai vizsgálatának manőverei. *Érbetegségek XXIII /2016/2:* 3–9
5. Giancesini S., Occhionorelli S., Menegatti E., Zuolo M., Tessari M., Spath P. et al. CHIVA strategy in chronic venous disease treatment: instruction for users. *Phlebology* 2015; 30: 157–71
6. Venous hemodynamic changes in lower limb venous disease: the UIP consensus according to scientific evidence. In *Angiol* 2016; 35(3):236–352

Ilio-femoralis hybrid műtéteink hosszútávú eredményei

DR. GALAMBOS BARNABÁS, DR. FÜRTÖS ANDRÁS,
DR. KOVÁCS SÁNDOR, DR. RAKOS GYULA

Háttér. Az ilio-femoralis okkluzív betegségeknél, az ilio-femoralis endarterektómia (TEA) stenttel, a tradicionális nyitott műtéteknek reális alternatívája. Retrospektív vizsgálatunkban, a 2010-2015 között elvégzett ilio-femoralis hybrid műtéteinket elemeztük.

Módszer. 5 éves periódusban vizsgáltuk a technikai sikerességet, klinikai és haemodinamikai eredményeket, a nyitva maradási pedig life-table method segítségével analizáltuk.

Beteganyag. 119 betegnél (átlagéletkor: 65,6±10 év; 30% nő), 133 hybrid műtétet végeztünk. Az indikáció 21,84%-ban nyugalmi fájdalom, 18,48%-ban gangraena, 59,68%-ban klaudikáció volt. Az arteria iliaca externa (AIE) szűkülete 48,73%-ban, kombinált arteria iliaca communis (AIC) és AIE szűkülete 74,78%-ban volt kimutatható. Komplet AIC/AIE okklúzió az esetek 26,05%-ában volt jelen.

Eredmények. 88,72%-os műtéti technikai sikerességet értünk el a boka-kar index átlagosan 89%-kal nőtt. Az átlagos kórházi tartózkodás 4 nap (1-51), a 30 napos mortalitás 1,68%, reokklúzió 0,84%, végtagvesztés 1,68%, az 5 éves túlélés 69% volt. 5 éves primer, primer-asszisztált és szekunder nyitva maradás aránya 71%; 98%; 98% volt retrospektíve. Endovaskularis reintervencióra az esetek 16,8%-ában, nyitott műtétre 11,76%-ban kényszerültünk.

Következtetés Az ilio-femoralis TEA stent implantációval hosszútávon (60±13 hó) is megfelelő eredményeket produkál, reális alternatívája a tradicionális érműtéteknek, jóval kisebb műtéti megterheléssel és kórházi tartózkodással.

Kulcsszavak: iliofemoralis okklúzió, femoralis endarterektómia, primer stenting, hybrid műtét

OUR LONG-TERM RESULTS OF COMBINED COMMON FEMORAL ENDARTERECTOMY AND ILIAC STENTING (HYBRID OPERATIONS) FOR OCCLUSIVE DISEASE

B. Galambos, A. Fürtös, S. Kovács, Gy. Rakos

Background. The stent-assisted ilio-femoral endarterectomy is an effective alternative to conventional open surgery in case of ilio-femoral occlusive diseases. The results of our ilio-femoral hybrid operations between 2010-2015 were retrospectively reviewed.

Methods. In 5-year long period we analysed the technical success, the clinical and haemodynamic outcomes, and 5-year patency using life-table methodology.

Patients. A total of 119 patients (mean age: 65,6±10 years, 30% female) underwent 133 hybrid operations. Indications were in 21,84% rest pain, in 18,48% gangrena and in 59,68% claudication. External iliac artery (EIA) lesions were present in 48,73%, and combined common iliac artery (CIA) and EIA lesions were seen in 74,78% of patients. Complete CIA/EIA occlusions were present in 26,05% of patients.

Results. Technical success occurred in 88,72% of patients. Mean ankle-brachial index increased in 89%. Median length of hospital stay was 4 days (range, 1-51 days); thirty-day mortality was 1,68%; reocclusion was 0,84%; limb losses was 1,68%. Five-year primary, primary-assisted, and secondary patency rates were 71%; 98% and 98%. Endovascular reinterventions were required in 16,8% of patients. During follow-up 11,76% of patients underwent open reconstruction.

Conclusion. The stent-assisted ilio-femoral endarterectomy also produces in long-term (60±13 month) respectively results, it is an effective alternative to conventional open surgery in case of ilio-femoral occlusive diseases, and it is more acceptable for patients with shorter length of hospital stay.

Keywords: ilio-femoral occlusive disease, femoral endarterectomy, primary stenting, hybrid operation

Bevezetés

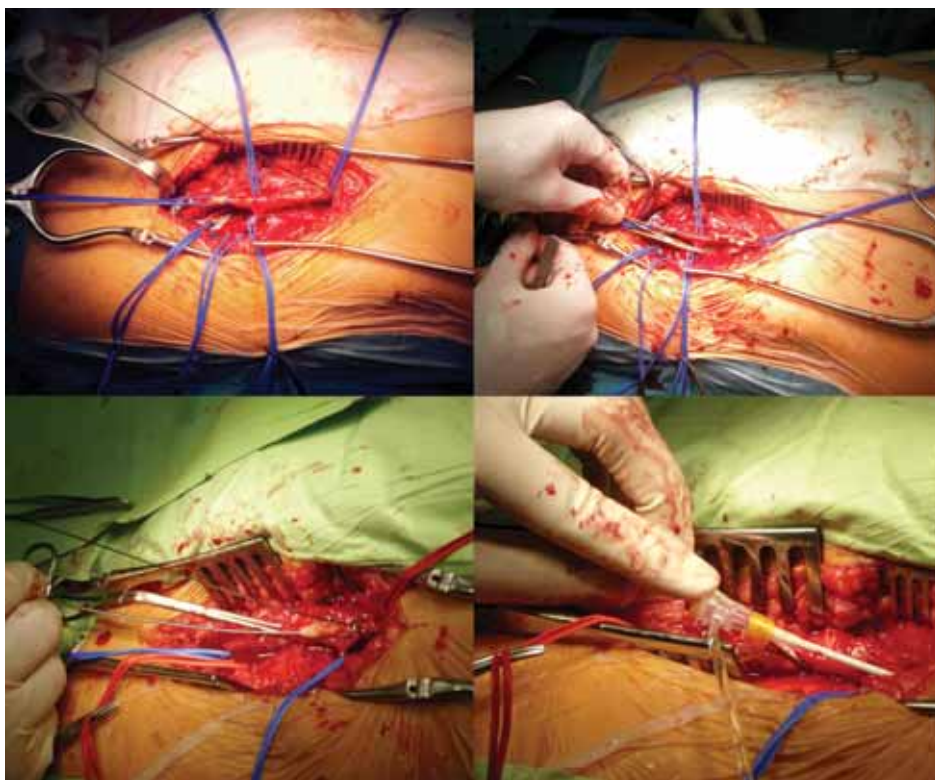
Az arteria femoralis communis (AFC) okklúzióban szenvedő betegeknek gyakran többlépcsős szűkületük van, különösen kritikus végtag ischemiában. A módosított Trans Atlantic Society Consensus (TASC II) az iliacat is érintő elváltozásokra TASC C és D klasszifikációt használ, ennek megfelelő terápiás ajánlásokat fogalmaz meg. Ezekben az esetekben nyitott érműtétet, aorto-femorális, ilio-femorális bypassst vagy aorto-iliacalis thrombendarterektómiát (TEA-t) javasol. Endovaszкулярis megoldás a magas rizikójú TASC C iliofemorális okklúzióknál opcionális (1,2). A *Vollmar* által ugyanezre a csoportra kifejlesztett félig zárt gyűrűs endarterektómia során a proximális exploratio megszűnt, de relatíve ép arteria iliaca externa (AIE) szegmens kellett a nyitvamaradáshoz (3). Az *endovaszкулярis és a Vollmar-technika ötvözése* kapcsán létrejött hybrid megoldással kiváló eredmények érhetők el, mely során az ilio-femorális TEA utáni proximális intimalépcsőt stenttel fixálva vagy a relatíve stenotikus kiáramlási pályát dilatálva megelőzhetjük a korai és a késői restenozist (4). Vizsgálatunkban ezen hybrid technika hosszútávú nyitvamaradására voltunk kíváncsiak. Retrospektív vizsgálatunkban elemeztük 2010-2015 között elvégzett ilio-femorális hybrid műteteinket. Egyed-centrikus, non-randomizált tanulmányunkban vizsgáltuk a technikai sikerességet, a klinikai és a haemodinamikai eredményeket, a nyitvamaradást pedig life-table method segítségével analizáltuk.

Beteganyag

Olyan arteria iliaca (AI) obliteratív verőérbetegségben szenvedő, tünetes betegeket kezeltünk, akiknek az arteria femoralis communis (AFC) is érintett volt és akiknél ilio-femorális TEA-t végeztünk stent implantációval. 2010. januártól - 2015. januárig 119 beteg 133 műtétét vizsgáltuk meg. A Rutherford-klasszifikáció (5) szerinti II/b-III-IV – es stádiumú esetekben az ilio-femorális rendszer morfológiai elemzéseinél a TASC-II szerint leírt elvek voltak iránymutatóak (1). Hosszú szakaszú AIC okklúzió, sztenotikus vagy aneurizmatikus degenerált aorta, kontraindikációt képzett. A preoperatív vizsgálatok ABPI (boka kar index) mérésből, CTA-ból vagy DSA-ból álltak.

Módszerek

Műtét (ilio-femorális TEA, stent implantációval). A beavatkozás spinalis vagy általános anesztéziában történik. Kipreparáljuk a femoralis villát, 5000 NE iv. heparinizáció és kirekesztés után hosszanti arteriotómiát ejtünk az AFC-on. 0,035-ös hidrofíli drót felvezetését követően 7F-es sheathet juttatunk az AFC lumenébe. Elvégezzük az iniciális angiográfiát, meggyőződünk arról, hogy a drót az aorta lumenében van. Ha kétségeink vannak, szelektív diagnosztikai katétert (egyenes, kobra, vertebralis, pigtail) is felvezetünk, majd angiográfiát végzünk. Ha a drót subintimalis pozícióban van, vissza kell vezetnünk a lumenbe, majd angiográfiával győződünk meg az intraluminális pozícióról. Ha a vezetődrótot nem tudjuk visszajuttatni a valódi érlumenbe, először Vollmar-féle endarterektómia elvégzését javasoljuk. Az intima henger eltávolítása után a lumen megnyílását visszavérzés jelzi, ezután megkíséreljük a drót felvezetését az AIC-ba illetve az aortába. Ha ez mégsem sikerül, megpróbáljuk az ellenoldali arteria femoralison vagy az arteria brachialisson keresztül antegrad bevezetni a drótot, hogy sikeresen megnyithassuk az arteria femoralist. Az elmúlt években megjelent eszközök segítségével hosszabb iliaca okklúziók is rekanalizálhatóvá váltak (Pioneer Reentry Catheter; Medtronic, Santa-Rosa, Calif. USA., Outback Reentry Catheter; Cordis, MiamiLakes, Flo. USA, Offroad Reentry Ballonkatheter; Boston, Galway, Ireland.)



1. ábra. Ilio-femorális Vollmar-gyűrűs desobliteratio over the wiere technikával.

A sheath eltávolítása után rögzítjük a vezetődrótot, majd a hosszanti arteriotómiát kiterjesztjük az AFC-on. Ezután hagyományos módon körkörös intima-hengert képzünk, kiterjesztjük a rétegképzést proximális irányban és ebben a rétegben a vezetődróra ráhúzva gyűrűs strippert (Vollmar-dissectort) vezetünk fel (over the wire technika) (1. ábra). Az intimahenger átvágását a Vollmar-dissector metsző drótjának meghúzásával, vagy óvatos forgatásával végezzük el.

Ezután a 7 F-es introducer sheath-t visszahúzzuk a vezetődróra és hagyományos angiográfiát végzünk, megnézzük az endarterectomia helyének proximális végét. Residuomot, illetve szűkületet keresünk, majd egy megfelelő méretű stentet helyezünk be, mellyel megerősítjük a proximális intimalépcső helyét (2. ábra). Rövid szakaszú léziók esetén, illetve ha az aortabifurkáció közelsége miatt rendkívül pontos stent beültetésre van szükség, ballonnal tágítható stentet részesítünk előnyben. Ha a megerősítendő transzsekcíós zóna-, illetve az AIC lézió hosszú szakaszú, akkor öntáguló Nitinol stentet használunk. Végül befejező angiográfiát végzünk, és ha ez megfelelő eredményt mutat, eltávolítjuk a sheath-t és a vezetődrótot. A műtétet a kiáramlási pályára vezetett AFC/AFS endarterectomiával és/vagy profundaplasztikával komplettáljuk. A disztális intimalépcsőt 6/0-s Prolene-nel levarrjuk és az arteriotómiát foltplasztikával, illetve hosszabb léziók esetén interponáttal zárjuk. Ha foltplasztikára van szükség, akkor autológ vénafolt vagy xenopatch használatát részesítjük előnyben. A tanulmányunkban szereplő betegek a műtét után egy hétig naponta terápiás szintű Enoxaparin injekciót kapnak és ezután folyamatosan acetilszaliciliasavat (100 mg/nap) és clopidogrelt (75 mg/nap) szednek.

Nyomonkövetés. A korai (30 napos) postoperatív eredményeket és a klinikai tünetek változásait osztályoztuk (6). A betegek kontroll vizsgálatát a műtétet követően 1, 2, 6, 12 hónappal végeztük el, majd ezután évenkénti kontrollra rendeltük őket vissza. A kontroll vizsgálat fizikális vizsgálatból, pulzus tapintásból, illetve a boka-kar index meghatározásából állt. Amennyiben újabb tünetek jelentkeztek vagy a boka-kar index jelentősen csökkent, duplex-UH vagy CTA elvégzését javasoltuk.

Kedvezőtlen kimeneteleket, mint pl. sebfertőzödést, végtagvesztést, resztenozist vagy reokkluziót dokumentáltuk. A klinikai sikerességet és a nyitva maradási arányt a Rutherford-féle klasszifikáció szerint határoztuk meg (5). A statisztikai analízist a Statistical Package of Social Sciences (SPSS) Statistics software segítségével hajtottuk végre. A nyitva maradási arányt pedig life-table method segítségével analizáltuk.

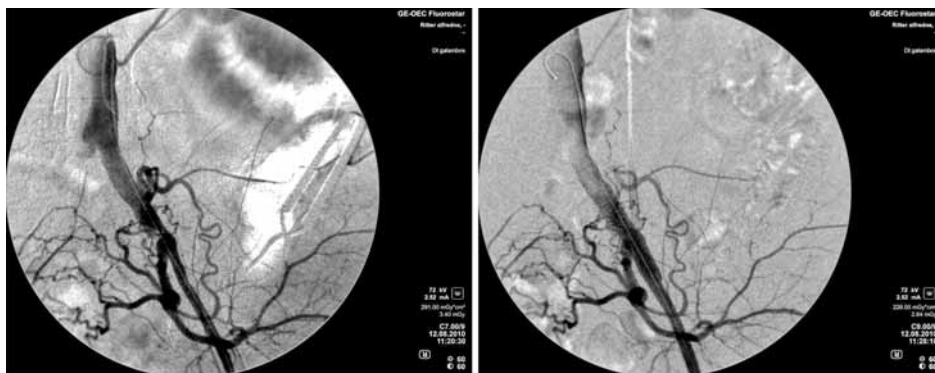
Eredmények

Osztályunkon 2010. januártól 2015. januárig összesen 119 beteg 133 műtétét vizsgáltuk. 119 betegnél (83 férfi és 36 nő, átlagéletkoruk 65,6+/- 10 év) 133 hybrid műtétet végeztünk. Az indikáció 26 betegnél (21,84%) nyugalmi fájdalom, 22 betegnél (18,48%) gangrena, 71 betegnél (59,66%) klaudikáció volt. Az arteria iliaca externa (AIE) szűkülete 58 betegnél (48,73%), kombinált AIC és AIE szűkülete, mely 89 betegnél (74,78%) volt kimutatható. Komplet AIC/AIE okklúzió az esetek 26,05%-ában volt jelen (31 beteg). 118 esetben (88,72%) műtéti technikai sikerességet értünk el. A 15 sikertelen esetből 6 esetben a subintimalis pozícióba került drótot nem sikerült visszavezetnünk a lumenbe, 3 sikertelen eset oka az adventitia réteg rupturája volt, további 4 esetben a masszívan meszesedett intima réteg miatt nem sikerült a beavatkozás. 2 esetben a vezetődrót valós helye rosszul került meghatározásra, így a stent subintimalis helyzetbe került és ez okozta az intraoperatív érelzáródást. Minden sikertelen esetben hagyományos extraperitoneális feltárásból végeztük el a megfelelő ilio-femorális rekonstruktív érműtétet.

Az endarterectomiát az arteria profunda femorisra 94 betegnél terjesztettük ki, 22 betegnél az arteria femoralis superficialisra és 17 betegnél mindkettőre. A stent-asszisztált ilio-femorális TEA műtétet számos esetben követte kiegészítő revaszkularizációs eljárás: 23 beteg kapott ilio-femorális crossover Dacron bypass, 6 esetben anterograd arteria femoralis superficialis endarterectomia történt, mely során a disztális intimalépcsőt stenttel fixáltuk, supragenuális pozícióba vezetett femoro-poplitealis VSM bypass 4 beteg kapott és infragenuális VSM bypass 8 esetben történt.

A proximális intimalépcsőt 104 betegnél acél ballonos stenttel erősítettük meg (Express; Boston, Massachusetts, USA, Genesis; Cordis, East Bridgewater, NJ, USA), míg 29 betegnél öntáguló Nitinol stentet (Epic; Boston, Massachusetts, USA, Smart; Cordis, East Bridgewater, NJ, USA) alkalmaztunk. Kiegészítő AIC stentet 11 esetben használtunk. A záró angiográfiával az arteria iliaca interna nyitva maradásában történt változásokat nem vizsgáltuk.

Korai postoperatív szövődmények. A korai postoperatív (30 napon belüli) szövődményeként akut miokardialis



2. ábra. Transsekcíós zóna dilatációja és fixációja stenttel.

infarktussal (AMI) egy esetben (0,84%), intracerebrális vérzéssel egy esetben (0,84%), stroke-kal egy esetben (0,84%), sebfertőződéssel négy esetben (3,36%), varratelégtelenség okozta vérzéssel három esetben (2,52%) és akut ilio-femorális reokklúzióval egy esetben (0,84%) találkoztunk. A korai szakaszban 30 napos mortalitás 1,68% volt (2 beteg). Akut reokklúzió 1 esetben történt (0,84%).

A korai postoperatív szakaszban 2 betegnél (1,68%) volt szükség major amputációra (1 cruralis, 1 femoralis). Mindkét beteg diabeteses volt, előrehaladott necrosis-sal.

A 30. napon 71 beteg (59,66%) tünetmentes volt és tapintható perifériás pulzusa vagy $>0,9$ ABPI-je volt, 48 betegnek (40,33%) mérsékelten vagy minimálisan javultak a tüneteik és 2 eset kivételével az összes túlélőnek megmentettük a végtagját.

Késői kimenetel. Az átlagos nyomonkövetés 60 hónap (13-72 hónap) volt. A perioperatív szakaszban elhunyt betegeket kivettük az analízisünkből. A műtétet sikeresnek

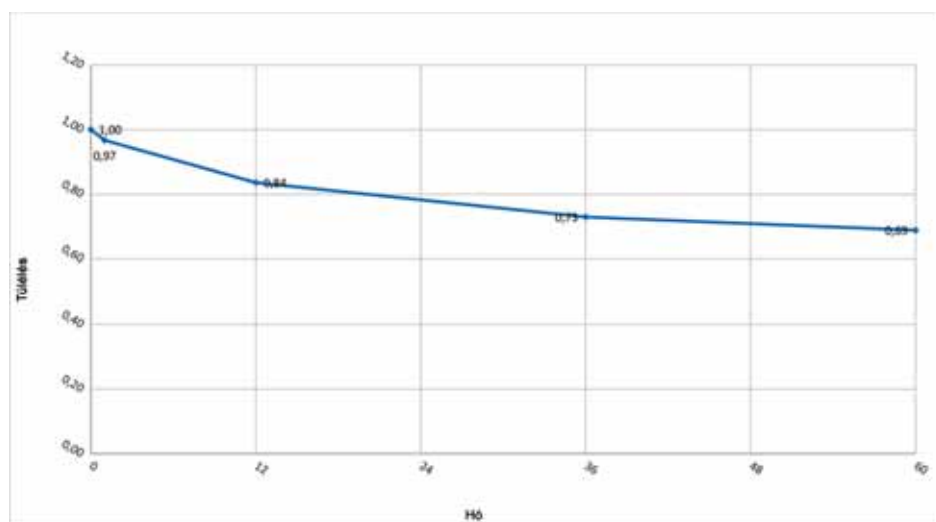
tartottuk, ha a nyomonkövetés alatt a járástávolság vagy az ABPI nem változott és a femoralis pulzus tapintható volt.

Az 5 éves túlélés 69% volt (82 beteg) (3. ábra). Az 5 éves primer és primer-asszisztált nyitva maradás aránya 71% és 98% volt retrospektíve (4. ábra). Endovascularis reintervencióra (percutan ballonos angioplastica, stent implantációval) 20 betegnél (16,8%), nyitott műtetre 14 betegnél (11,76%) kényszerültünk. A reintervenciók indikációja több mint 70%-ban romló járástávolság és reokklúzió voltak. 1 betegnek volt resztenozisa az AIE endarterektómia oldalán, esetében sikeres re-endarterektomiát hajtottunk végre. Reokklúzió miatt további 13 betegnél volt szükség rekonstruktív érműtetre, 11 páciens esett át aorto-bifemorális bypass műtéten, 1 ilio-femorális bypass-t kapott és 1 esetben volt szükség nyílt ilio-femorális re-endarterektómia a stent eltávolítása mellett. Az 5 éves szekunder nyitva maradás aránya 98% volt retrospektíve.

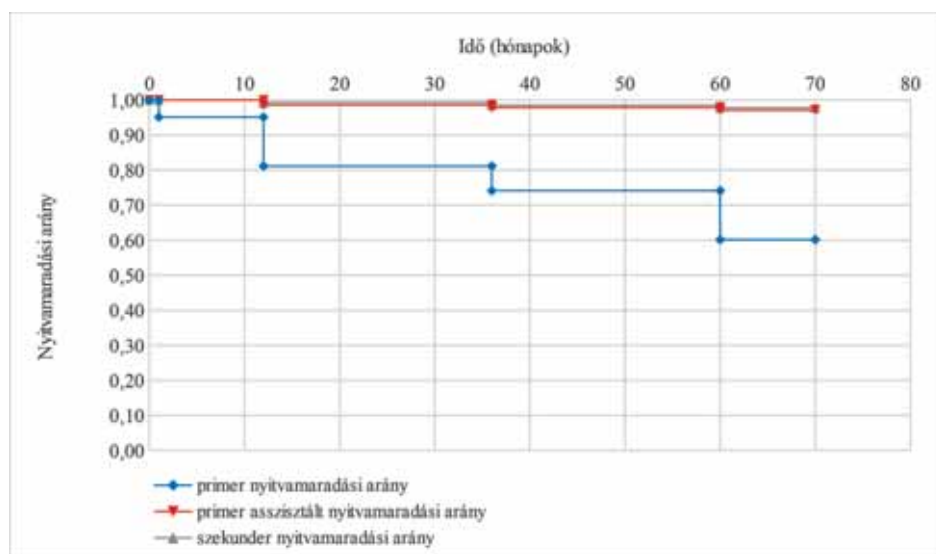
Megbeszélés

Az endovascularis technikák és a műérgraftok megjelenése előtt az iliofemorális okklúzióban szenvedő betegeknél a revaszkularizációs technikák standardja a nyílt endarterektómia volt (7,8). Később, ha az AIE is érintett volt, félig zárt vagy gyűrűsstripping desobliteráció (Vollmar) is elérhetővé vált (3).

A műérgraftok megjelenésével a nyitott rekonstrukcióknak, mint például az aorto-bifemorális bypass vagy ilio-femorális bypass műtéteknek az 5 éves nyitvamaradási aránya 85-90% feletti, ugyanakkor relatív magasak a morbiditási mutatóik (7-19%) és a késői szövődmények aránya is magasabb (graft infekció, pseudoaneurysma képződés, reokklúzió) (9). Az endovascularis technika manapság a „first line” módszer a legtöbb intézetben, de az AFC érintettsége esetén a hosszútávú nyitvamaradási eredmények szerények (10). A stent-asszisztált arteria iliaca endarterectomia kombinálja a nyitott és endovascularis eljárások előnyeit. A perioperatív szövődmények aránya kicsi és a technika sikerességét nem befolyásolják az esetleges



3. ábra. Túlélés analízis.



4. ábra. A life-table analízis az iliofemorális hybrid műtéteink primer, primer-asszisztált és szekunder nyitvamaradási arányát mutatja.

hasüregi vagy pulmonalis megbetegedések jelenléte, továbbá a műér graftok beültetése elkerülhetővé válik (11,12). A hagyományos gyűrűs-stripping endarterectomia is egy minimál-invazív beavatkozás, de a perioperatív és a korai postoperatív szövődmények aránya magasabb és a hosszútávú eredmények is elmaradnak a hybrid műtékekétől, mert ez az eljárás az endarterectomia proximális végét nem tudja ellenőrizni. Mivel a transzsekcíós zónában a visszamaradó intima réteg nem kapcsolódik szorosan az adventitia rétegéhez, így a turbulens áramlás megakadályozza az újrapcsolódást a lebegő intimalépcső és az érfal között, ezért a restenosis és thrombusképződés aránya magas (13).

Ezen adatok ismeretében érthető, hogy miért a transzsekcíós zóna területén szokott kialakulni a legtöbb restenosis, és ezek a tények megerősítik a transzsekcíós zóna primer stentelésének szükségességét, mellyel megerősítjük és kihorgonyozzuk az intimalépcsőt és a visszamaradó részeket, így elimináljuk a restenosis kialakulását elősegítő tényezőket.

Martin és mtsai javasolták először a proximális transzsekcíós zóna primer stentelését, majd *Nelson és mtsai* relatíve nagyobb beteganyag alapján hangsúlyozták, hogy a nyílt AFC endarterectomia és AIE stentelés során a stent distális végpontjának a proximális transzsekcíós zónától éppen distálisan kell elhelyezkednie (14,15).

A kombinált AIE/AFC léziók kezelésének egy másik kevésbé invazív műtéti típusa az AFC nyílt endarterectomiája AIE-AIC stent vagy stent graft beültetéssel. *Chang és mtsai* tanulmányában az 5 éves primer, primer-asszisztált és szekunder nyitvamaradási arány 60%, 97% és 98% voltak, míg *Nelson és mtsai* 84% és 97%-os korai (12 hónapos) primer és primer-asszisztált nyitvamaradási arányról számoltak be Vollmar gyűrű használata nélkül (14,15,16).

Simó és mtsai ring stripperrel elvégzett iliaca endarterectomiát végeztek over the wire technikával, stent fixációval viszonylag nagy számban. Az 1, 3 és 5 éves primer, primer-asszisztált és szekunder nyitvamaradási arányuk 69,3 és 84,8, illetve 82,4% volt, az AFC arteriotomiát direkt varrattal zárták ez esetek jelentős részében (4).

A saját eredményeink hosszabb követési periódust vizsgálva megegyeznek ezekkel az eredményekkel, de nemcsak a megfelelő beáramlási pályára, hanem a kiáramlási pályára is gondosan ügyeltünk. Minden esetben foltplasztikával zártuk a TEA-zott femorális villát vagy mély profundára varrt interpozíciót végeztünk, és ha kellett az interponátról indítottunk disztális autológ bypassst vagy crossovert.

A félig zárt endarterectómia technikája nem terjedt el széles körben, ennek oka a gyűrűs stripper proximális felvezetése során adódó nehézségektől való félelem. Esetünkben ez a probléma csak három esetben fordult elő a tanulmány során, de ruptura miatt bekövetkezett haláleset nem történt A leggyakoribb hiba, ami történt, hogy a vezetődrótot nem sikerült visszavezetni a valódi érlumenbe. Ennek oka, hogy a tanulási idő a sebész számára rendkívül fontos és hosszadalmas.

A fő hátránya ennek az eljárásnak az, hogy csak specifikus patológiájú és elhelyezkedésű esetekben nyújt jó eredményeket. Az eljárás kedvezőtlenebb kimenetelű az erősen kalcifikálódott AIE elváltozások esetén, mint a nem kalcifikált elváltozásoknál, mert a gyűrűs stripper elakadhat az előbbi esetben. Az utóbbi időben megjelent re-entry káteterek segítségével relatíve hosszabb okklúziók is nyithatóvá váltak, illetve a piacon megjelent xenograftok az autológ érpótló anyagok hiánya esetén jól használhatóak gangraenás betegek hybrid műtéteinél (17).

Következtetés

Bemutatott tanulmányunk azokra az esetekre korlátozódik, ahol kombinált AIE/AFC megbetegedés miatt olyan nyílt műtétek elvégzésére kényszerültünk, melyeket kizárólag endovaskuláris megoldással nem lehetett volna elvégezni. Nyílt femoralis rekonstrukció szükségessége esetén az okkluzív iliaca megbetegedések hybrid endovaskuláris módszerekkel történő kezelése megfelelő választás lehet a minimál-invazivitás megtartása és a műérgraftok használatának elkerülése érdekében, elfogadhatóan alacsony perioperatív komplikációs aránnyal és hosszútávú nyitvamaradással.

Irodalom

1. *Norgren L, Hiatt Wr, Dormandy JA, Nehler MR, Harris KA, Fowkes FG, et al.*: Inter-society consensus for the management of peripheral arterial disease (TASC II). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007; 33(Suppl. 1): S1-75.
2. *Timaran CH, Prault TL, Stevens SL, Freeman MB, Goldman MH*: Iliac artery stenting versus surgical reconstruction for TASC (TransAtlantic Inter Society Consensus) type B and type C iliac lesions. *J Vasc Surg* 2003;38(2):272-8
3. *Vollmar J, Laubach K, Gruss JD*: The technique of thrombendarterectomy (spiral ring desobliteration). *Bruns Beitr Klin Chir* 1969;217(8):678-90.
4. *Simo G, Banga P, Darabos G, Mogán I*: Stent-assisted Remote Iliac Artery Endarterectomy: An alternative approach to treating combined external iliac and common femoral artery disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;42:648-655
5. *Rutherford RB, Baker JD, Ernst C, Ernst C, Johnston KW, Porter JM, Ahn S, et al.*: Recommended standards for reports dealing with lower extremity ischemia: revised version. *J Vasc Surg* 1997; 26(3):517-38. Erratum in: *J Vasc Surg* 2001; 33(4):805.
6. *Pentecost MJ, Criqui MH, Dorros G, Goldstone J, Johnston KW, Martin EC, et al.* Guidelines for peripheral percutaneous transvessels. A statement for health professionals from a special writing group of the councils on Cardiovascular Radiology, Arteriosclerosis, Cardio-Thoracic and Vascular Surgery, Clinival Cardiology, and Epidemiology and Prevention, the American Heart Association Members. *J Vasc Interv Radiol* 2003;14:S495-515.

7. *Connolly JE, Price T*: Aortoiliac endarterectomy: a lost art? *Ann Vasc Surg* 2006;20(1):56-62.
8. *Chiu KW, Davies RS, Nightingale PG, Bradbury AW, Adam DJ*: Review of direct anatomical open surgical management of atherosclerotic aorto-iliac occlusive disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;39(4):460-71.
9. *De Vries SO, Dunink MG*: The results of aortic bifurcation grafts for aortoiliac occlusive disease: a meta-analysis. *J Vasc Surg* 1997;26(4):558-69.
10. *Powell RJ, Fillingier M, Bertmann M, Jeffery R, Langdom D, Walsch DB*: The durability of endovascular treatment of multisegment iliac occlusive disease. *J Vasc Surg* 2000;31:1178-84
11. *Smeets L, de Borst GJ, de Vries JP, van den Berg JC, Ho GH, Moll FL*: Remote iliac artery endarterectomy: seven-year results of a less invasive technique for iliac artery occlusive disease. *J Vasc Surg* 2003;38(6):1297-304.
12. *Schröder A, Mückner K, Riepe G, Siemens P, Gross-Fengels W, Imig H*: Semiclosed iliac recanalisation by an inguinal approach-modified surgical techniques integrating interventional procedures. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1998;16(6):501-8
13. *Derom A, Vermassen F, Ongena K*: PTA and stenting after previous aortoiliac endarterectomy. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2001;22(2):130-3.
14. *Martin JD, Hupp Ja, Peeler Mo, Warble PB*: Remote endarterectomy: lessons learned after more than 100 cases. *J Vasc Surg* 2006;43(2):320-6.
15. *Nelson PR, Powell RJ, Schermerhorn ML, Fillingier MF, Zwolak RM, Walsh DB, et al.*: Early results of external iliac artery stenting combined with common femoral artery endarterectomy. *J Vasc Surg* 2002;35:1107-13.
16. *Chang RW, Goodney PP, Beak JH, Nolan BW, Rzucidlo EM, Powell Rj*: Long-term results of combined common femoral endarterectomy and iliac stenting/stent grafting for occlusive disease. *J Vasc Surg* 2008;48:362-7.
17. *Jacobs DL, Motaganahalli RL, Cox DE, Wittgen CM, Peterson GJ*: True lumen re-entry devices facilitate subintimal angioplasty and stenting of total chronic occlusions: initial report. *J Vasc Surg.* 2006; 43:1291-1296.

Levelezési cím: drgalambos@freemail.hu

ÚJDONSÁG

PCD-51 néven került forgalomba a Lympha-press nagyon egyszerűen kezelhető készüléke, melynek gyógyászati hatékonysága vetekszik nagyobb társaiéval.



A készülék egyidejűleg 2 db 4 cellás láb-, vagy kar- mandzsetta működtetésére képes, 20 és 80 Hgmm. közötti nyomással. A kezelési idő 20-90 között állítható.

További információért keresse a kizárólagos magyarországi forgalmazót:

Compri-Med Kft.

1062 Budapest Aradi u. 41.

tel/fax: 311-1883, mobil: +36-30/9493700

e-mail: batka22@t-online.hu

Korai érsebészeti műhelyek Magyarországon, a múlt század ötvenes-nyolcvanas éveiben XI. (Befejező rész)

BARTOS GÁBOR, NEMES ATTILA, JÁMBOR GYULA, BIHARI IMRE,
MARTOS VERONIKA, MARKOVICS GABRIELLA

Sorozatunkat 2013-ban kezdtük el, célja – amint a legelső cikk bevezetésében írtuk – az volt, hogy *megörökítsük, és szélesebb körben megismertessük* azoknak a hazai munkacsoportoknak a történetét, amelyek közel egyidejűleg és párhuzamosan igyekeztek a korszerű magyar érsebészetet megteremteni.

Az is célunk volt, hogy a közismert, nagy, úttörő „üstökösök” mellett a „kisebb csillagoknak”, azoknak, az eddig kevésbé elismert, önálló munkacsoport-vezetőknek, és lelkes munkatársaknak, valamint a tanítványoknak is emléket állítsunk, akik kevésbé, vagy egyáltalán nem voltak számontartva, azonban ennek az új sebészeti szakágnak a megteremtéséhez sokban hozzájárultak.

Ami a szereplők *szakmai korát* illeti, általában elmondható, hogy a kezdeményezők szinte valamennyien a másodorvosok közül kerültek ki, de a tanszék-, ill. az osztályvezetők is egyetértettek törekvéseikkel, és segítették őket.

A szóban forgó téma történetének tényszerű megírásához rendelkezésre állnak dokumentumok, elsősorban a korabeli kórlapok, műtéti naplók – az eredményesség megítéléséhez pedig a publikációk. Emellett igen fontosak és színesítik a történetet a *korabeli szereplők személyes élményei és emlékei*. Annál is inkább, mivel a szerzők nem hivatásos történészek és hozzáférésüket az intézeti

dokumentációkhoz helyzetük nem tette lehetővé, valamint adatvédelmi szempontok is gátolták az ilyen jellegű kutatást. Ezért nagyon felértékelődtek a helyi, emberi források. Mint olvasóink tapasztalhatták, minden történetünk valamelyik *jelentős kortárs érsebész segítségével íródott*, melyért nagyon hálásak vagyunk. Ezt a közlemények végén meg is köszöntük, és ezt most megismételjük.

A *történeti objektivitáshoz bizonyos időtávlat szükséges*, azonban ugyanez a távlat, jelen esetben meg is nehezítette a feltáró munkát, hiszen az emberi életkor behatárolt, az emlékek pedig elhomályosulnak, s a kortársak eltávozásával szinte el is enyésznek. Sajnálatos módon azok, akik személyesen is kútforrásként szolgálhatnak az ilyen jellegű munkához, ma már nem aktívak, sőt nagyon sokan már nincsenek is közöttünk.

Ebből a szempontból már szinte az utolsó pillanatban, vagy esetenként azután, kezdtük el sorozatunk megírását. Bár sikerült húsz, jelentős korai érsebészeti műhely tevékenységének megörökítése, még a gyermekérsebészet történetének dokumentálása is, ugyanakkor még számos további munkacsoport említhető, amelyeket a felsorolásból nem volna szabad kihagyni. Különböző okok miatt történetüket már nem tudtuk részletesen megírni, sajnálatos módon, gyakran a közreműködő-készség hiánya tette lehetetlenné a cikk létrehozását.



1. ábra. Freili Géza



2. ábra. Szabó László



3. ábra. Szabó Gábor



4. ábra. Kós Rudolf



5. ábra. Sarkadi László



6. ábra. Koncz István



7. ábra. Kaholics István



8. ábra. Simó Gábor

Ezért döntöttünk úgy, hogy sorozatunkat, legalábbis egyelőre, nem folytatjuk. E lezáró közlésünkben, a továbbiakban még megkíséreljük felsorolni azokat a munkahelyeket és személyeket, ahol és akik, érsebészetünk megteremtése érdekében, a felsoroltakhoz hasonló úttörő tevékenységet végeztek. Bár itt is elsősorban arra törekedtünk, hogy az 1950 és 1980 között megalakult teameket jegyezzük fel, e lezáró munkában mégis néhány olyan munkacsoportot is megemlítünk, amelyek valamivel később kezdtek el az érsebészetet. Ezt azért tesszük, mert több olyan együttes fejlődött ki az akkori zsenge kezdetekből, amelyek ma már megkerülhetetlenek a hazai ellátó struktúrában, vagy a közelmúltban még azok voltak.

Forrásként a szerzők saját emlékeik és ismerőseik kikérdezése mellett igyekeztek kihasználni az internet adta lehetőségeket is. Egyik szerző (*Nemes A.*), akinek lehetősége volt hozzáférni a Városmajori Klinika irattárához, ott is kutatott a vonatkozó tartalmú dokumentumok között. Az idősebb kollégák még emlékezhetnek, hogy az éves kötelező sebészeti jelentés mellett, már a hetvenes évektől kezdve az érsebészeti tevékenységről külön jelentést kellett készíteni a Városmajori Klinika részére. Kiderült, hogy az első jelentés éve 1978 volt. Bár akkoriban számos, munkánk szempontjából fontos információ még nem került rögzítésre, de ez a forrás így is az adatok gazdag tárházának bizonyult.

A továbbiakban tehát, a teljesség igénye nélkül, felsoroljuk azokat a korai érsebészeti méhelyeket, ill. azokat az úttörő személyeket, s végül a munka kezdetének

megközelítő időpontját, amelyek eddigi munkáinkban nem kerültek említésre. Ahonnét több adat van birtokunkban, azokat a műhelyeket részletesebben írjuk le.

1950 és 1980 között alakult, korábbi munkáinkban eddig nem említett teamek

1. **Albert Schweitzer Kórház, Hatvan.** A hatvani korai érsebészet leírásában *Freili Géza* (1. ábra) volt segítségünkre. Ezt a tevékenységet az Egerből oda került *Szabó László* o. v. főorvos (2. ábra) idején, 1972-ben kezdték el. Ő honoris causa lett érsebész szakorvos. Korai munkatársa *Freili Géza* volt, aki 1980-ban az elsők között szakvizsgázott, hozzájuk csatlakozott *Szabó Gábor* (3. ábra).

Az infrarenalis aorto-ilio-femoro-cruralis érszakaszon végezték helyreállító műtéteiket, - 2007-ig mintegy 1200 beavatkozást. Nagyrészt vénás, ill. érprotézissel készült bypass műtétek történtek. Az első aorto-bifemorális bypassra 1973-ban került sor. Végeztek embolectomiákat Fogarty szerint, lumbalis és thoracalis sympathectomiákat, ill. thoracic outlet műtéteket. A vénás rendszeren vena cava plicatiot, és vénás thrombectomiákat is operáltak.

Fiatal érsebészek és angiológusok számára 1974-ben országos konferenciát rendeztek.

Jelenleg, a sebészeti osztályon már nem végeznek érműtéteket, de érsebészeti szakrendelés még létezik, amelyet *Freili Géza* és *Szabó Gábor* lát el.



9. ábra. Balla Gábor



10. ábra. Tarr Miklós



11. ábra. Antal Szilvia



12. ábra. Baranyai Árpád



13. ábra. Gyurkovics Endre



14. ábra. Nagy Zoltán



15. ábra. Kaliszky Péter



16. ábra. Regáli László

2. **Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest.** Itt, 1960 után, *Kós Rudolf* főorvos (4. ábra) idején – aki a magyar kézsebészet úttörője is volt – történtek az első érműtétek. *Nemes Attila* írja: „itt valóban az első érhez nyúló *Kós* főorvos volt,” folytatás azonban nem következett.

A Városmajorból *Papp Sándor*, *Nemes Attila* és *Mogán István* látták el az érsebészeti konzíliumokat. A későbbiek leírását *Sarkadi László* (5. ábra) segítségével végeztük: 1991-ben *Réfi Miklós* osztályvezető főorvos áthívta a János Kórházból *Koncz Istvánt* (6. ábra), aki 1992-ben újra elkezdte az érsebészetet. Segítségére volt *Kaholics István* (7. ábra), *Simó Gábor* (8. ábra), *Balla Gábor* (9. ábra) és *Sarkadi László*, akik részben más intézetekből érkeztek. Az infrarenalis aortaszakaszon és a végtagok perifériáján végezték helyreállító műteteiket, valamint igen sok Cimino fistulát is készítettek. A carotis műtétek 1996 után kerültek bevezetésre, s *Bakos Mária* radiológus főorvos segítségével elkezdték az ITA műtetteket is.

Tarr Miklós (10. ábra), 2000-ben, Győrből került az osztályos érsebészeti részleg élére, ez megújulást hozott az érsebészeti tevékenységbe. Ugyancsak 2000-ben, DSA készülék birtokában, lendületet vett az invazív angiográfia is. *Antal Szilvia* (11. ábra) és *Mészáros László* 2006-ban kapcsolódtak be a munkába. Időközben többet eltávoztak, így *Tarr Miklós* is, akinek helyére a radiológus szakvizsgával is rendelkező *Baranyai Árpád* (12. ábra) került. Ettől kezdve jelentősen növekedett a hybrid műtétek

száma.

Gyurkovics Endre (13. ábra) 2013-ban érkezett, aki a különálló érsebészeti részleg vezetője lett, vele együtt *Nagy Zoltán* (14. ábra), *Kaliszky Péter* (15. ábra) és *Regáli László* (16. ábra). *Gyurkovics* és *Nagy*, *Jámbor Gyula* tanítványai, így közvetve a *Stefanics* iskola folytatói. Mindez további fejlődést hozott. (Az orvosvándorlás során *Tarr*, *Kaholics* és *Baranyai*, illetve *Antal Szilvia* külföldre távoztak.)

A nagy érsebészeti tapasztalattal rendelkező *Bányász Zsolt* (17. ábra) 2014-ben lett az egész osztály vezetője. Hozzájuk csatlakozott *Hollós Gábor* is (18. ábra). Jelenleg hét szakorvos és egy jelölt alkotják az érsebészeti csapatot, amely országosan is jelentős szakmai erőt képvisel.

3. **Balassa János (Vas utcai) Kórház, Budapest.** Erről a korai műhelyről keveset tudunk. A korai időszakban, 1970 körül kezdte el *Rátkai István* érsebészeti tevékenységét. Ő kandidátusi értekezést is írt az arteria profunda femoris, mint kiáramlási érpálya szerepéről. Itt dolgozott *Titkay Gábor* (19. ábra) érsebész szakorvos is. A kórház 1996-ban megszűnt, helyén jelenleg, a szépen felújított épületben, a Semmelweis Egyetem Főiskolai kara működik.

4. **BM Korvin Ottó Kórház, Budapest.** *Gótz Gyula* (20. ábra) kb. 1979-től dolgozott itt. Érsebészeti munkáját *Erdély Béla*, a Városmajori Klinikáról odakerült osztályvezető főorvos biztatására kezdte el. Később maga is osztály-



17. ábra. Bányász Zsolt



18. ábra. Hollós Gábor



19. ábra. Titkay Gábor



20. ábra. Gótz Gyula



21. ábra. Mogán István



22. ábra. Hetényi András



23. ábra. Halmos Ferenc



24. ábra. Széchy Miklós

vezető lett. Úttörő klinikai érsebészeti tevékenysége mellett a Doppler vizsgálat angiológiai-érsebészeti alkalmazásának egyik első, korai kezdeményezője volt. Kandidátusi értekezését is ebből a témából írta. Ez az első, ilyen tárgyú, hazai, érsebészeti tudományos értekezés és ismereteink szerint, azóta is az egyetlen. *Gótzgy Gyula* egyike volt azon két magyar érsebésznek, akik 1979–80-ban, *M. E. DeBakey*-nél, Houstonban tanulmányúton vehettek részt.

Személyes életrajzához tartozik, hogy aktív sportoló, szenvedélyes lovas és vadász, valamint sikeres sportorvos volt. Hosszabb ideig a magyar labdarúgó-válogatott, húsz évig pedig az öttusa-válogatott orvosa. E minőségében számos olimpián vett részt, az 1988. évi szöuli olimpián egyéniben és csapatban is aranyérmes öttusa válogatott orvosa.

A kórház 2007-ben megszűnt.

5. Budai MÁV Kórház, Budapest. Ez ma a Magyar Honvédség Egészségügyi Központ III. sz. telephelye. Emlékek vannak arról, hogy kb. az 1960-as évek első harmadában *Molnár János* végzett itt érsebészeti tevékenységet. Az elsők között tett 1980-ban érsebészeti szakvizsgát. Jó nevű mellkassebész is volt. Utána *Groh Werner*, majd *Mogán István* (21. ábra) – aki Soltész emlékérmes (2011) –, majd *Nyiredi Géza* követték. Ma már itt nincs érsebészet.

6. Cholnoky Ferenc Kórház, Veszprém. Értesüléseink szerint a múlt század hetvenes éveiben *Hetényi András*



25. ábra. Hargitai Ferenc



26. ábra. Bányász Zsolt



27. ábra. Kausz István



28. ábra. Mencser András

(22. ábra) kezdte el az érsebészetet, aki 1980-ban lett szakorvos. Ő később Ajkán is megteremtette az érsebészetet, még később pedig Székesfehérváron folytatta munkáját. (1. még Ajka.) 1990-ben került oda *Guba Áron*, vezetésével 2003-ban érsebészeti részleget hoztak létre a sebészeti osztályon belül *Holjencsik Tamás*, *Szabó Béla*, *Mazur Gábor*, *Széll András*, *Dénes Tamás* és *Krasznai Attila* részvételével.

7. Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár. *Halmos Ferenc* (23. ábra) kb. 1978-ban indította el az érsebészeti tevékenységet, amelyet az akkori általános sebészet vezetője, *id. Rozsos István* támogatott. Munkájuk elkezdését az angiográfiás lehetőség korszerűtlensége nehezítette. Részben a sebészek végeztek Dos Santos aortográfiákat, részben más kórházakban, így Siófokon történtek a vizsgálatok.

Az infrarenalis aorto-ilio-femoro-popliteo-cruralis érszakaszon végezték obliteratív érbetegség miatti helyreállító műteteiket. Operáltak ezen kívül érsérüléseket, perifériás és hasi aorta aneurysmákat, illetve carotis műtetteket. Később, már modern angio-radiológia birtokában nagy számban végeztek PTA és stent műtetteket is.

Halmos korai munkatársai voltak *Behek Sándor*, *Gergely Mihály*, *Lőke Miklós*, *Nagy Gábor* és *Szabolcs Tivadar*. Jelenleg az érsebészeti részleget *Gergely Mihály* vezeti.

8. Szent Borbála Kórház, Tatabánya. *Szécsy Miklós*



29. ábra. Vas György



30. ábra. Ránky László



31. ábra. Czinege Lajos



32. ábra. Csengödy József

(1928–2012) osztályvezető főorvos (24. ábra) 1968-ban végezte itt az első Fogaty katéteres embolectomiát. Róla el kell mondanunk, hogy személyes közlése szerint, már 1953-ban, Sátoraljaújhelyen, direkt feltárásból alsó végtagi embóliát operált. További hármát 1953-ban, valamint még egyet 1954-ben, amelyekről 1955-ben a Magyar Sebészetben *Rákosi Rezsővel* közösen írt cikkük tudósít. A helyreállító érműtéteket munkatársaival, 1969 körül kezdte el, ezekről a korabeli fórumokon be is számoltak. Erről részletesebb adatokat nem tudtunk szerezni, de szintén szóbeli közlés szerint, már akkor végzett in situ vénás bypassst is. Munkatársai közül, *Hargitai Ferenc* (25. ábra), *Pintér Antal*, *Járai Géza* és *Szabó Gábor* nevét ismerjük.

Az igazi, nagy volumenű és minőségi érsebészetet *Bányász Zsolt* (26. ábra) teremtette meg, aki 1995 és 2007 között volt az osztály vezetője és aktív érsebész. Munkatársai *Pintér Antal*, *Járai Géza*, *Szabó Gábor* és *Kepess Balázs* voltak. Az érműtétek széles palettáját művelték, beleértve a cruralis bypassokat és az eversio carotis endarteriectomiákat is. Megteremtődött az intervenció háttér is, *Pajor Péter* végezte a PTA-kat illetve stenteléseket. Jelenleg *Járai Géza* a sebészeti és érsebészeti osztály vezető főorvosa, s egyben vezető érsebésze. Az érsebészeti tevékenység jelenleg objektív akadályok miatt szünetel.

9. *Szent Rókus Kórház, Budapest.* Az érsebészeti

tevékenységet itt *Kausz István* (27. ábra) az 1960-as években kezdte el. Ő 1979 után a kistarcsai *Flór Ferenc Kórházban* is alapító volt. Meg kell róla említenünk, hogy 1959-ben a párbajtőrvilágbajnok-csapat tagja volt, többszörös olimpikon, 1962-ben olimpiai aranyérmes.

A kórházban jelenleg nem működik sem sebészeti, sem érsebészeti osztály.

10. *Szent Rókus Kórház, Baja.* Itt az 1960-as években *Mencser András* (28. ábra) kezdett el érsebészzel foglalkozni, aki igazi úttörőnek számít. Ezt jelzi, hogy tevékenységük elismeréseképpen érsebészeti tudományos napokat is rendezhettek *Soltész Lajos* professzor elnökletével. Jelenleg nincs érsebészet a kórházban.

11. *Tétényi úti Kórház I. sz. sebészeti osztály, Budapest.* Jelenleg Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház. Az érsebészetet itt *Vas György* (29. ábra) kezdte el, aki a Városmajorból 1968 körül érkezett. Ő írta 1963-ban az első itthoni, korszerű phlebológiai szakkönyvet.

12. *Tétényi úti Kórház II. sz. sebészeti osztály, Budapest.* *Ránky László* (30. ábra), aki szintén 1968 körül, a Városmajori Klinikáról került ide, vezette be ezt a tevékenységet. *Ránky* számolt be először, 1968-ban klinikai érműtét során a varratok tömítésére, illetve a varratvonal biztosítására, az érragasztó alkalmazásáról. A kórházban jelenleg is van érsebészet, vezetője *Skribek Levente*.



33. ábra. Tarsoly László



34. ábra. Gyurkó György



35. ábra. Mátyás Lajos



36. ábra. Ézsely Ferenc



37. ábra. Nagy István



38. ábra. Dlustus Béla



39. ábra. Dzsinih Csaba



40. ábra. Vallus Gábor

13. **Toldy Ferenc Kórház, Cegléd.** Az itteni munka leírásában *Czinege Imre* ny. o. v. főorvos volt segítségünkre (31. ábra). Érsebészeti tevékenységét a hetvenes években, *Korompay Tihmér* akkori osztályvezető biztatására kezdte el. Érsebészeti ismereteit a Városmajori Klinikán *Papp Sándor*, *Nemes Attila*, *Szabó Imre*, *Dzsinih Csaba*, *Sebestyén Miklós* és mások segítségével szerezte. Ott 1981-ben, a *Littmann Imre*, *Kiss Tibor* és *Papp Sándor* összetételű bizottság előtt szakvizsgázott.

Femoralis, majd Dos Santos angiográfiákat, *Molnár Attila* röntgenes kolléga közreműködésével maga végezte. A beteget az asztalon két műtős, lepedő segítségével mozgatta. Műszerük alig volt, ring strippert pl. kerékpárküllőből készített és gondjaik voltak az atraumatikus varróanyag beszerzésével is. Érműszertálcát csak jóval a rendszeres érműtétek elkezdése után tudtak összeállítani.

Az első műtét, egy Fogaty katéteres embolectomia, kb. 1972-ben történt. Ezután az ilio-femoro-poplitealis régióban végzett helyreállító műtéteket. Az első aorto-bifemoralis bypassra kb. 1978-ban került sor. Operáltak érsérüléseket nagy artériákon és vénákon, végeztek továbbá perifériás aneurysma és rupturált hasi aneurysma műtéteket is. Foglalkozott a vascularis impotentia kérdésével.

Később *Király László* és *Sebók Pál* voltak segítői, majd utódai az érsebészet művelésében. Jelenleg *Király László* vezeti a sebészeti osztály érsebészeti részlegét.

14. **Weil Emil, ma Uzsoki utcai Kórház, Budapest.** *Csengődy Józsefet* (32. ábra), 1977-ben osztályvezető főorvosnak nevezték ki aki, az ún. Stefanics iskolából érkezett. Korábban a Doppler vizsgálat hazai bevezetésének tevékeny részese volt. Soltész emlékéremmel 1995-ben tüntették ki. Tudomásunk szerint a kórházban ma szünetel az érsebészet.

15. **Zala Megyei Kórház, Zalaegerszeg.** *Tarsoly László* (33. ábra), az 1970-es évek második felében kezdte el érsebészeti tevékenységét. Soltész emlékéremmel 2003-ban tüntették ki. Jelenleg az érsebészetet *Csordás József* vezeti.

További munkacsoportok és vezetőik, akik röviddel 1980 után kezdték munkájukat:

16. **Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc.** *Gyurkó György* (34. ábra), 1981-es kinevezésekor megszervezte az önálló miskolci érsebészeti osztályt, amelynek során számos objektív és szubjektív nehézséggel kellett megküzdenie. Korábban a debreceni érsebészet egyik megalapítója volt. Később Salgótarjánban szervezett és vezetett érsebészeti részleget.

A miskolci érsebészeti osztályt Gyurkó után *Mátyás Lajos* (35. ábra) vette át, aki 2013-ban Soltész emlékérmert nyert.



41. ábra. Hetényi András



42. ábra. Csiky Miklós



43. ábra. Gyurkó György



44. ábra. 1968 Szeged

17. **Deák Jenő Kórház, Tapolca.** Ézsely Ferenc (36. ábra) 1982 körül kezdte el az érsebészeti tevékenységet. Ő Debrecenből, Gyurkó György teamjéből származik. A kórházban jelenleg már nincs érsebészeti ellátás.

18. **Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház, Budapest.** Nagy István (37. ábra) és Sándor István 1991-ben kezdték el az érsebészetet, mely Nagy István vezetésével még ma is működik. Tízágvas érsebészeti részlegük van, heti háromnapos szakrendeléssel.

19. **Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház, Szolnok.** Katona Iván, kb. 1982-ben kezdte el az érsebészeti tevékenységet. Érsebészeti osztály 2012 óta, mint független osztály, Morvai János vezetésével működik.

20. **Honvéd Kórház, Budapest,** ma a Magyar Honvédség Egészségügyi Központja. Az érsebészeti tevékenységet a Soltész emlékéremmel kitüntetett Dlustus Béla (38. ábra) vezetésével 1985-ben kezdték el. Őt követően Dzsinih Csaba (39. ábra), jelenleg Vallus Gábor (40. ábra) vezeti az osztályt, mely teljes körű, kiemelt tevékenységet lát el.

21. **Magyar Imre Kórház, Ajka.** Itt 1985-től Hetényi András (41. ábra) dolgozott, és önálló érsebészeti osztályt szervezett. Ő korábban már Veszprémben is bevezette az angiológiai sebészetet. A hazai phlebologia neves képviselője, társszerzője az angiológiai Doppler vizsgálatokról megjelent alapvető monográfiának. Később Székesfehérvárra került az érsebészeti részleg vezetőjének. Ajkai munkatársai voltak Holjencsik Tamás, Szabó Béla, Nagy Imre, Szabó Tamás és Mazúr Gábor. Ajkán 1996-ban megszűnt az érsebészeti osztály.

22. **Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján.** Csiky Miklós o. v. főorvos (42. ábra) már 1981-ben végzett rekonstruktív érműtéseket. A rendszeres érsebészeti tevékenységet Gyurkó György (43. ábra) kezdte el 1986-ban, és az önálló érsebészeti részleg vezetője lett. Működése során, széles palettán végezte az érműtéseket, beleértve az aorto-ilo-femoro-popliteo-cruralis rekonstrukciókat, a supraaorticus nagyerek, pl. az artéria subclavia, a carotisok, a hasi aorta aneurysmák, a thoracalis sympathectomia és a TOS műtéteit. Jelenleg Gellért Gábor vezeti a közben osztállyá alakult részleget.

Függelék

Az alábbiakban néhány olyan vegyes adatot ismertettünk, amelyekkel jellemezni lehet érsebészetünk korai korszakát, a megtett utat, a fejlődés jobb szemléltetésére.

Az első „Angiológiai Napok” elnevezésű kongresszus 1968-ban Szegeden került megrendezésre (44. ábra). Ma már történelmi jelentőségűnek tarthatók Soltész Lajos előszavában akkor leírtak:



45. ábra. „Reklám” (egy aneszteziológus rajza 1968-ból)

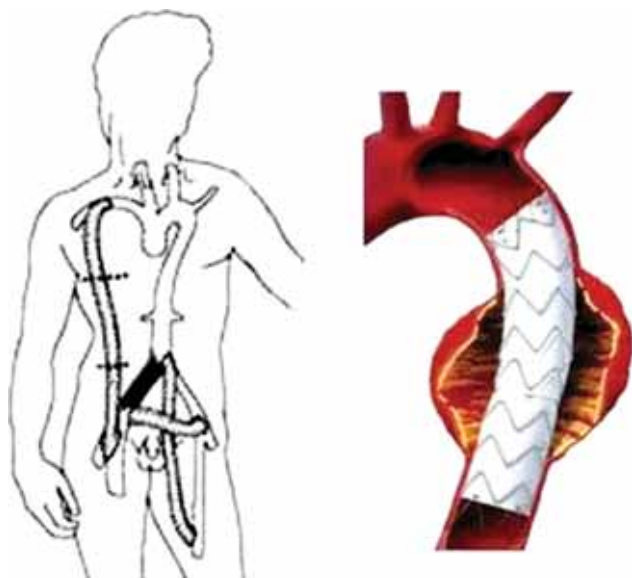
Előszó

A Magyar Angiológiai Társaság azzal ünnepelte Semmelweis Ignác emlékét, hogy a jubileumi év tudományos programjában vándorgyűléssel vett részt.

A vándorgyűlés témája betegellátásunk egyik szűk keresztmetszetének, az érbetegek gyógyításának egyes kérdéseit öleli fel. A hagyományokra támaszkodva, a jelen problémáiból kiindulva az aktuális nehézségeken kíván segíteni, de egyúttal a fejlődéshez is irányt mutatni.

Az angiológia hazánkban legnagyobb hagyományokkal a nyirokkeringés kutatásában dicsekedhetik. Ezt kívánta hangsúlyozni Társaságunk azzal, hogy vándorgyűlésünk díszelnökéül dr. Rusznyák István egyetemi tanárt, a Magyar Tudományos Akadémia elnökét kértük fel, aki a nyirokkeringés kutatásában úttörő munkát végzett, melyet világszerte méltányolt iskolájának munkatársaival tovább fejlesztett.

Legjelentősebb téma az artériák obliteratív betegségeinek gyógykezelése volt. A Magyar Angiológiai Társaság elődje, az Angiológiai Sectio, közel egy évtizedes szívós küzdelmet folytat, hogy hazánkban e terület művelése korszerű szintre emelkedjék. Ebben a vonatkozásban is lényeges, hogy a modern sebészi eljárásokkal dolgozó intézetek előadásából áttekintő képet alkothattunk az érsebészet helyzetéről hazánkban. A gyógyszeres kezeléstről folytatott kerekasztal-konferencián a világszerte vitatott kérdést a klinikusok



46 ábra. A fekete-fehér kép a múltat mutatja, a színes ábra pedig a jelenlegi, intervenciós korszakot jelképezi (Nemes Attila rajzai)

és kutatók részvételével nem a lezárás célkitűzésével tárgyaltuk meg, hanem a sokrétű probléma felvetésével, a napi gyakorlat igényén kívül kutatóink részére is irányt akartunk megjelölni.

A kiadvány a jövő célját más módon is szolgálni kívánja, elsősorban a sebészek számára. Magyar nyelvű érsebészeti tankönyv hiányában az érdeklődők megismerkedhetnek a korszerű érsebészet e fejezetének alapelveivel, s ez a további fejlődés alapja lehet.

Budapest, 1970. január hó

Dr. Soltész Lajos
a Magyar Angiológiai Társaság
titkára

Szegeden Soltész Lajos, Szabó Imre, Papp Sándor, Frank József, Turbók Eszter szerzők kilenc előadásban 300 alsó végtagi rekonstrukcióról, továbbá 12 cerebro-vascularis insufficiencia sebészi kezeléséről számoltak be. Molnár Lajos is három előadást tartott. Nagyszámú artériás műtétről ezek voltak az első hazai tudósítások. Nemes Attila beszámolót tartott az érragasztó alkalmazásáról. Ránky László az arteria subclavia recanalizáló műtéteiről beszélt megemlítve, hogy a varratvonalakat érragasztóval biztosította. Jámbor Gyula szintén előadó volt. Bartos Gábor is szerepelt az ülésen társszerzőként a műanyag graftok beépüléséről szóló előadással. Az ülés végén kerekasztal-megbeszélés zajlott „A chronikus obliteratív verőér betegségek therápiája” címmel, Urai László vezetésével. A 15 résztvevő közül hét volt érsebész.

Hazánkban elsőként Soltész Lajos operált aneurysmát 1964-ben. 1974 és 1982 között 346 aneurysma műtét történt az Érsebészeti Intézetben, ami a rekonstrukciók 5,89%-át

jelentette (Papp S. és munkatársai: Magy. Sebész. 1986; 39: 193–202.)

1975-ben a Városmajori Klinikát Érsebészeti Intézetévé nevezték át. Igazgatója Soltész Lajos lett, aki megbízást kapott az érsebészet országos szintű megszervezésére. A célkitűzés az volt, legyen minden megyei kórházban érsebészet.

A hetvenes-nyolcvanas években még működött az országos konzultációs rendszer. Minden régióknak megvolt a maga városmajori felelőse, aki évente kétszer, háromszor vizitelt is a helyszínen.

1980-tól létezik ráépített, második szakvizsgaként az érsebészeti képzés.

2006-ban az első elektronikus dokumentációban az alábbi adatok szerepelnek: 2006-ban 146 érsebész szakorvos dolgozott 704 rendszeresített ágyon és 292 elektív, 71 rupturált hasi aneurysmát operáltak meg és 50 stentgraft beültetésre került sor.

2013-tól vált alap szakképzéssé az érsebészeti szakvizsga.

A korai érsebészek a hosszú, nehéz, gyakran szövőd-ményekkel, reoperációkkal, kudarcokkal terhelt műtétei miatt a műtőben együttműködő társszakmák képviselői részéről, az önzetlen segítség mellett, nem egyszer viccelődés, csipkelődés tárgyaivá is váltak. Ezt példázza az alábbi rajz 1968-ból (45. ábra).

Részletet mellékelnénk az egyik korabeli bökversikéből is, amely 1969-ből származik. Mindezek, bár más-más műfajban, de hiteles emlékek a kezdetek veritékes erőfeszítéseiről:

„...Kettes műtő hármast vívat,
Vígán bütyköl az ér brigád
Reggel nyolctól koraestig,
S később gyakran újrakezdi,”

*

„...Visszatérve érbrigádra
Jámbor éppen farigcsálja
Véna foltját szenvedéllyel
S csettint hozzá a nyelvével.
Önfeledten vágja, szabja
Mígnem végkép elfaragja.
Újat készít, kettőt, hármat
Nincs olyan, hogy belefárad...”

A fentiek után idekívánczik még egy jelképes ábrázolás a magyar érsebészet által megtett útról (46. ábra).

Utószó

Ezzel a záróközléssel befejeztük sorozatunkat. Ha arra gondolunk, hogy milyen kicsiny és szegény ország vagyunk, s arra, hogy egy addig sohasem volt, pusztító világégés után, vesztésként, újból megcsonkítva, ráadásul mindent felforgató társadalmi forradalom idején történt a hazai érsebészet kialakulása, nincs mit

szégyenkeznünk sem népünk, sem a Világ előtt. Hiszen a semmiből indulva több tucat munkacsoport dolgozott, küzdött az új sebészeti szakág megteremtéséért, az egyre idősödő társadalom népbetegségének gyógyításáért.

Felsorolásunk valószínűleg nem is teljes, bár minden tőlünk telhetőt igyekeztünk megtenni. A Lap Szerkesztősége ezért *továbbra is teret ad az egyes helyi érsebészeti közösségek által írt történeteknek*, amelyek olyan munkacsoportokról szólnak, amelyekről eddig nem írtunk és a magyar érsebészet kialakulásának idején, 1950 és 1980 között, de olyanoknak is, amelyek valamivel később, a nyolcvanas évek után kezdték meg tevékenységüket.

Nagyon szeretnénk, ha a magyar orvostudomány ezen, egyik legfiatalabb szakágának történetét minél pontosabban és részletesebben sikerülne megörökíteni a jelen és a jövő számára. Ebben minden kortárs kollégánkra számítunk.

Annál is inkább, mert a jelen helyzet egyáltalán nem megnyugtató. A gazdasági nehézségek és az ismételt átszervezések következtében érsebészetünk fejlődése még derülátóan megfogalmazva is lelassult. Folyamatos „vérvetéseink” következtében soraink megritkulóban vannak. Az ötvenes-nyolcvanas években, - ha sikerült nekik, - fiataljaink azért mentek külföldre, hogy az ott megszerzett tudásukat itthon kamatoztassák. Mára megfordult a helyzet. A jól képzett szakorvosaink azért távoznak, hogy a gazdagabb országokban jó pénzre váltsák tudásukat, amelyet itthon változatlanul nem becsülnék meg és a jövő lehetőségeit is kilátástalannak tartják. Mindeközben egyre fogyó népünk egészségi állapota a szakmánk látószögébe eső szegmensben is mindinkább romlik.

Munkáinkkal azt is szeretnénk szolgálni, hogy az itthon maradt érsebész-társadalom, beleértve a nehéz, sokszor szinte reménytelen helyzetben induló fiatalokat, valamelyest erőt meríthessenek az elődök példájából. Hiszen amióta világ a világ, a magyar érsebészek mindig nehéz viszonyok között, a sokkal jobb helyzetben lévő külföldi kollégákhoz képest, versenyhátrányban dolgoztak. Mindezek ellenére orvosi esküjükhöz híven tették a dolgukat, mégpedig nemzetközi összehasonlításban is eredményesen.

A most lezárt sorozatunk és a tervezett következők is ezt a célt szolgálják.

Köszönetnyilvánítás: A szerzők köszönettel tartoznak *Beke Gabriella* könyvtárvezetőnek, *Szanyiszló Ilona dr.* kolléganőnek, *Bányász Zsolt dr.*, *Czinege Imre dr.*, *Freili Géza dr.*, *Guba Áron dr.*, *Gyurkó György dr.*, *Halmos Ferenc dr.*, *Járay Géza dr.*, és *Sarkadi László dr.* kolléga uraknak e munkához nyújtott szíves segítségükért.

Levelezési cím: Dr. Bartos Gábor
email: med-ister@chello.hu

Kongresszusok – rendezvények

Viták és Újdonságok az Érsebészethben.

2017. január 19-21. Párizs, Franciaország

Email: carzouyan@divine-id.com

Honlap: www.even.divine-id.com, www.cacvs.org

Color duplex ultrahang vizsgálati varicositásban.

Egynapos tanfolyam.

2017. február 10. San Benedetto del Tronto, Olaszország.

Honlap: www.venalinfa.eu/courses-information/

Email: info@venalinfa.eu

Teleangiectasiák és reticularis varixok scleroterápiája.

Egynapos tanfolyam.

2017. február 11. San Benedetto del Tronto, Olaszország.

Honlap: www.venalinfa.eu/courses-information/

Email: info@venalinfa.eu

Hazai Vénás Fórum.

2017. február 17.-én 15-18 óra, Budapest, Best Western Grandhotel Hungária.

Honlap: www.phlebology.hu

Email: imre.bihari.dr@gmail.com

Scleroterápia és Vénás Abláció.

2017. február 24-26. Bolonya, Olaszország

Honlap: www.valet.it

Nemzetközi Endovascularis Kongresszus (SITE Symposium).

2017. március 29-31. Barcelona, Spanyolország

Honlap: www.sitesymposium.com

17. Nemzetközi Angiológiai és Érsebészeti Symposium.

2017. április 7.-8. Porto, Portugália

Honlap: www.portovascularsymposium.com

Charing Cross Symposium.

2017. április 25-28. London, Egyesült Királyság

Honlap: www.cxsymposium.com

Hab- és katéteres hab-sclerotherapy.

Kétnapos tanfolyam.

2017. április 28-29. San Benedetto del Tronto, Olaszország.

Honlap: www.venalinfa.eu/courses-information/

Email: info@venalinfa.eu

Vitatott Érfejlődési Rendellenesség Esetek.

2017. május 5-6. New York, USA

Email: CME@northwellhealth.org

Aorta Endovascularis Workshop Haladóknak.

2017. május 9-19. Lille, Franciaország

Email: mgabrielli@divine-id.com,

aeaw@event-information.com

Várady 32. Kongresszusa Rigában.

2017. május 19-20. Riga, Lettország

Honlap: www.venenlinik-frankfurt.de

Email: profvarady@aol.com

Multidiszciplináris Európai Endovascularis Terápia (MEET).

2017. június 1-2. Nizza, Franciaország

Honlap: www.divine-id.com

Email: info@meetcongress.com

Szombathelyi Angiológiai Napok.

2017. június 15-17. Szombathely

Honlap: www.maet.kmcongress.com

CIRSE.

2017. szeptember 16-20. Koppenhága, Dánia

Honlap: www.cirse.org

ESVS Kongresszus.

2017. szeptember 20-22. Lyon, Franciaország

Honlap: www.esvs.org

Német Phlebológiai Társaság 59. Kongresszusa.

2017. szeptember 20-23. Stuttgart, Németország.

Honlap: www.phlebologie-2017.de

Veith Symposium.

2017. november 14-18. New York, USA

Honlap: www.veithsymposium.org

Nemzetközi Phlebológiai Unió (UIP)

Világkongresszusa.

2018. február 3-8. Melbourne, Ausztrália

Honlap: www.uip2018.com

DR. DLUSTUS BÉLA (1940 – 2016)



Tisztelt Angiológus Kollégák, Érsebészek, Intervenciós radiológusok, perifériás érgyógyászattal foglalkozó kollégák!

Nagy veszteség érte a magyar érsebész társadalmat, 2016. szeptember 14-én, életének 76. évében, hosszú, súlyos betegség után elhunyt Dr. Dlustus Béla főorvos úr!

Személyében közismert, köztiszteletben álló, kiváló érsebészt, iskola teremtőt, oktatót, a Honvédkórház érsebészeti osztály megalapítóját, szerető férjet és apát veszítettünk el.

Nehéz egy ember életét néhány mondatban összefoglalni: Dlustus Béla 1965-ben szerezte általános orvosi diplomáját, a Semmelweis egyetem általános orvosi karán. Ez évtől 16 éven át, a Fővárosi Balassa kórházban dolgozott. Közben, 1969-ben sebész szakorvosi képesítést, 1974-ben pedig anaesthesiológus szakorvosi képesítést szerzett. 1981-től 1983-ig az Újpest Kórházban dolgozott sebész adjunktusként. 1983-ban érsebészetből szakképesítést szerzett, a Semmelweis Egyetem Városmajori Érsebészeti Klinikáján.

1983. májusától, - 22 éven át, - a Magyar Honvédség Központi Katonai Kórház állományában gyakorolta hivatását, főorvosként és katonaként. 1985 szeptemberben hozták létre a Honvédkórházban az érsebészeti osztályt, amelynek vezetésével, - szakmai rátermettsége alapján, - őt bízták meg. A maroknyi csapat, - aki vezetése alatt dolgozott, - magas szakmai színvonalat képviselt, amely az osztályt hamar az ország elismert érsebészeti központjává emelte.

A műtőben ő volt a biztos bástya! Mindig biztosak lehetettünk benne, hogy ha a feltárt problémára van megoldás, ő megtalálja és megoldja a maga végtelenül nyugodt precizitásával. Munkájára a pontosság, a precíz kivitelezés, a szakma iránti alázat és áldozatkészség volt jellemző. Teherbírása és türelme példaértékű volt mindannyiunk számára. Kiválóan összetartotta a rá bízott közösséget, jószívű tanítója és nevelője volt sokunknak.

Nagyon szeretett utazni. Többször volt alkalmam kongresszusra menni vele, ahol mindig elegáns és felkészült volt. Precízen megtervezte minden napját úgy, hogy mind a tudományos munkára, mind a világ általa bejárt valamennyi szegletének megismerésére jusson elegendő idő.

Vezetésével indítottuk útjára a Fialat Angiológusok Országos Fórumát (FAOF), amelyet 1998-tól minden második évben, egymást követő 7 alkalommal rendeztünk meg, Balatonkenesén. Az ő ötlete volt, hogy az érgyógyászattal foglalkozó valamennyi szakma fiatal szakembereit hívjuk meg oktató fórumunkra, és egy szekcióban mindenki hallhassa a társszakma gondolatait is. Ezt a kiváló taktikát jelenleg is folytatjuk kongresszusainkon.

Magánemberként is folyamatosan igényelte a fejlődést. Szeretett olvasni, keresztrejtvényt fejteni, fotózni...

Sajnos az utóbbi éveket beárnyékolta az egymást követő betegségek, melyeket igyekezett méltósággal viselni... Szeptember 14-én, - megszabadulva földi szenvedésétől, - örök nyugovóra tért. Szinte hihetetlen és még kimondva is felfoghatatlan, hogy már nincs közöttünk.

Búcsúzzunk hát a hála és a köszönet szavaival: köszönjük, hogy része volt az életünknek, hogy annyi kiváló szakembert adott a világnak, hogy számtalan sok beteg egészségét helyreállította, visszaadva életükhöz való reményét!

Búcsúznak tőle: szerető felesége, gyermekei, unokái, volt kollégái, barátai, betegei és ismerősei.

Én pedig Dosztojevszkij szavaival búcsúozom:

*„Az igaz ember ugyan eltávozik,
de fénye megmarad...”*

Úgy, ahogyan megmarad a fénye Dr. Dlustus Béla főorvos úrnak is.

Emlékét megőrizzük! Nyugodjék békében!

Dr. Vallus Gábor

Útmutató szerzőinknek cikk, referátum, beszámoló és nyílt levél megírásához

A folyóirat célja: artériakkal, 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) alapgondolatát és célját, (2) a munka alanyait és módszertanát, (3) az eredményeket és (4) a következtetéseket. Az összefoglalót papíron való küldésnél öt példányban kérjük, ebből egyet lehetőleg angolul. Legfőbb 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 megszámozni a citátumokat. Folyóirat esetén a szerzők, a cím és a lap neve után kérjük az évfolyam sorszámát feltüntetni, amelyet kettőspont követ, majd a lapszám, és végül az évszám zárójelben. Például: Bihari I., Meleg M.: A végtaglymphoedema konzervatív kezelése. Orv. Hetil. 132: 1705-8. (1991.). Könyv idézésekor az idézett részlet oldalszámát is kérjük megjelölni, pl.: Tomcsányi I.: Nem szívsebész által is (sürgősséggel) elvégezhető beavatkozások. In.: Sebészeti műtéttan, szerk.: Littmann I., Berentey Gy. Medicina, Budapest, 1988. 238-41. Az irodalomjegyzék lehetőleg 25 tételnél többet ne tartalmazzon. Az itt leírt hagyományos leírástól eltérő, az angolszász irodalomban használt jelölési módot is elfogadjuk, amennyiben az az irodalomjegyzéken belül következetes.

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

PÁLYÁZATI FELHÍVÁS!

Pályázat külföldi kongresszusi részvétel támogatására:

A pályázat célja: a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság (MAÉT) tagjai részére külföldi kongresszusi részvétel támogatása. A pályázat célja tehát a tudományos aktivitás további fellendítése, a tagok szakmai fejlődésének elősegítése, a magyar angiológiai és érsebészeti tevékenység nemzetközi fórumokon történő bemutatása és megmérettetése.

Egy adott évben pályázható teljes összeget a MAÉT vezetősége az „Alapítvány az érbetaegékért” kuratóriumával történt egyeztetés után a pályázati évet megelőző év utolsó vezetőségi ülésén határozza meg.

A pályázat feltételei:

- MAÉT tagság (minimum 2 éve),
- külföldi kongresszuson elfogadott előadás vagy poszter,
- publikáció megjelentetése az előadás témájából (pl. az „Érbetegségek” című szakfolyóiratban),
- rövid beszámoló készítése a kongresszusról.

A pályázatnak tartalmaznia kell, illetve mellékelni szükséges az alábbiakat:

- információt a kongresszusról (helyszín, időpont, részvételi díj),
- pályázott összeget (a várható költségek felsorolásával),
- rövid szakmai önéletrajtot,
- publikációs listát,
- az elfogadott absztraktot,
- igazolást az előadás elfogadásáról.

A pályázat beadható: egész évben, folyamatosan.

Beadás módja: elektronikusan, a MAÉT elnökének címezve, a titkárnő email címére: titkar@erseb.sote.hu

A pályázat elbírálása: a tudományos bizottság javaslata alapján a MAÉT vezetősége dönt a pályázatok elfogadásáról, majd a pályázót elektronikus úton értesíti. (Utólagos fizetés is lehetséges.)

Gyors, hatékony, nemzetközileg elismert tünetcsökkentés és vénavédelem¹⁻⁶



Terápia krónikus vénás elégtelenségben és aranyérbetegségben

1 – Nicolaides AN, et al. *Int Angiol.* 2014;33 (2):126-139. 2 – Cospile M. *Angiology.* 1994;45(6):566-573. 3 – Lyseng-Williamson KA, Perry CM. *Drugs.* 2003;63(1):71-103. 4 – Perera N, et al. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012, 8:CD004322. 5 – Misra MC, Imlertensu. *Drugs.* 2005;65(11):1481-1491. 6 – Pascarella L. *Curr Pharmaceutical Design.* 2007;13:431-444.

Detralex 500 mg filmtableta

500 mg tisztított és mikronizált flavonoid frakció (amely 450 mg diózzint és 50 mg heszperidinben kifejezett egyéb flavonoidot tartalmaz) filmtablettaként. **Jav.:** Az alsó végtag krónikus vénás elégtelenségének kezelésére az alábbi esetekben: nehézláb érzés, feszülés, fájdalom, éjszakai lábikragörcs. Akut haemorrhoidális krízis tüneti kezelése. **Adagolás és alkalmazás:** Napi 2 tableta, délután és este, 1-1 tableta étkezés közben. **Haemorrhoidális krízis esetén:** 4 napon keresztül napi 6 tableta, majd további 3 napon keresztül napi 4 tableta, két részletben bevéve, étkezés közben. **Ellenjav.:** A készítmény hatóanyagával vagy bármely segédanyagával szembeni túlérzékenység. A Detralex tableta szedése 18 év alatti gyermekeknél és serdülőknél nem ajánlott, mert a biztonságosságra és hatásosságra vonatkozóan nem állnak rendelkezésre adatok. **Különleges figyelmeztetések:** Akut haemorrhoidális epizódban a gyógyszer adása nem helyettesíti az anális betegségekben alkalmazott egyéb specifikus gyógyszerek adását. Ha a tünetek a rövid távú kezelés hatására nem javulnak, proctológiai vizsgálatot kell végezni, és a terápiát felül kell vizsgálni. **Interakciók:** gyógyszerközlőhatásokat nem jelentettek. **Termékenység:** részletek a teljes alkalmazási előírásban. **Terhesség és szoptatás:** Kezelés kerülendő, nem javasolt. **Gépjárművezetés és gépek kezelése:** részletek a teljes alkalmazási előírásban. **Mellékhatások:** Gyakori: hányinger, hányás, hasmenés, emésztési zavarok. Ritka: fejfájás, szédülés, rossz közérzet, bőrküüts, viszketés, csalánkiütés. Nem gyakori: colitis. Nem ismert: hasi fájdalom, izolált arc-, ajak-, szemhéjödéma. Kivételes esetben Quincke-ödéma. **Túladagolás:** túladagolásról nem számoltak be. **Farmakodinámiai tulajdonságok:** A Detralex tableta a vérrendszerre érvényes és értónus javító hatású: gátolja a vénák kitágulását és csökkenti a vénás pangást. A mikrocirkuláció területén csökkenti a kapilláris permeabilitást, és növeli a kapilláris ellenállást. **Kiszérelés:** Detralex 500mg filmtableta 30x, 36x, 60x, 120x. Alkalmazási előírás OGYEI-eng. száma: OGYEI/21476/2016 (2016.06.04). **Kiadathóság:** I. csoport. Orvosi rendelvény nélkül is kiadható gyógyszer (VN). Rövid alkalmazási előírás. Alkalmazás előtt tanulmányozza a teljes alkalmazási előírást! Ez az információs anyag kizárólag gyógyszer, gyógyászati segédeszköz rendelésére, használatának betanítására és forgalmazására jogosult egészségügyi szakemberek részére készült. (v11).

16 DETLX 2 AH 2/2016.06.03.