

Vaskulárna medicína

S2
2011

www.solen.sk

ISSN 1338-0214

ABSTRAKTY

XV. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE

S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

31. marec – 3. apríl 2011, Jasná

SOLEEN
MEDICAL EDUCATION

CLEXANE® – liek overený svetom...

enoxaparín sodný

Clexane, antikoagulans:

- s unikátnou silou klinických dôkazov
- overený u množstva pacientov a indikácií
- predpísaný viac ako 200 miliónom pacientov na celom svete



Skrátená informácia o lieku
Výdaj lieku väzovaný na lekársky predpis.

CLEXANE, CLEXANE FORTE

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: sanofi-aventis Slovakia s.r.o., Bratislava, Slovenská republika

Liečivo: enoxaparín sodný. ATC kód: B01AB05. **Indikácie a dávkovanie:** Prevencia venóznej tromboembolickej choroby u chirurgických pacientov; chirurgické výkony so stredným trombogénnym rizikom: 20 mg = 2000 anti-Xa IU (0,2 ml) enoxaparínu s.c. 1x denne. Chirurgické výkony s vysokým trombogénnym rizikom: 40 mg = 4000 anti-Xa IU (0,4 ml) enoxaparínu s.c. 1x denne. Prevencia venóznej tromboembolickej choroby u pacientov pripútaných na lôžko: 40 mg = 2x 4000 anti-Xa IU (0,4 ml) enoxaparínu s.c. 1x denne. Liečba hlbokej venózne trombozy s pľúcnou embolizáciou alebo bez nej: 1 mg = 100 anti-Xa IU/kg enoxaparínu s.c. 2x denne alebo 1,5 mg = 150 anti-Xa IU/kg enoxaparínu s.c. 1x denne. Liečba nestabilnej angíny pectoris a non-Q infarktu myokardu: 1 mg = 100 anti-Xa IU/kg enoxaparínu každých 12 hodín s.c. pri súčasnom perorálnom podávaní kyseliny acetylsalicylovej (100 až 325 mg enoxaparínu 1x denne). Prevencia tvorby trombov v mimotelovom obehu počas dialýzy; enoxaparín sa podáva INTRAVASKULARNE do arteriálnej časti dialyzačného okruhu. Odporúčaná dávka je 100 anti-Xa IU/kg enoxaparínu. U pacientov s vysokým rizikom krvácania sa musí dávka znížiť na 50 anti-Xa IU/kg enoxaparínu pri dvojitom cievnom prístupe alebo na 75 anti-Xa IU/kg enoxaparínu pri jednoduchom cievnom prístupe. Liečba akútneho infarktu myokardu s eleváciou ST-segmentu: odporúčaná dávka je jedna bolusová dávka 3000 anti-Xa IU (30 mg) enoxaparínu podaná i.v. plus dávka 100 anti-Xa IU/kg (1 mg/kg) enoxaparínu podaná okamžite s.c. Následne sa podáva dávka 100 anti-Xa IU/kg (1 mg/kg) enoxaparínu s.c. každých 12 hodín (s obmedzením na maximálne 10 000 anti-Xa IU (100 mg) enoxaparínu na prvú dve dávky, potom pre zostávajúce ďalšie dávky je odporúčané dávkovanie 100 anti-Xa IU/kg (1 mg/kg) enoxaparínu.

Dávkovanie pre špeciálne skupiny pacientov: Pediatrickí pacienti: bezpečnosť a účinnosť enoxaparínu nebola u detí stanovená. Liek vo viacdávkovej injekčnej liekovej forme obsahuje benzylalkohol ako konzervačný prostriedok a nesmie sa použiť u novorodencov. Starší pacienti: na liečbu akútneho infarktu myokardu s eleváciou ST segmentu u pacientov vo veku 75 a viac rokov, nepodávajúce počiatčnú intravenóznou bolusovú dávku. Začítne dávkovanie subkutánnou dávkou 75 anti-Xa IU/kg (0,75 mg/kg) enoxaparínu každých 12 hodín (s obmedzením na maximum 75 mg len pre prvú dve dávky, potom pre zostávajúce ďalšie dávky je odporúčané dávkovanie 75 anti-Xa IU/kg (0,75 mg/kg) enoxaparínu). U pacientov so závažnou renálnou insuficienciou (klírens kreatinínu < 30 ml/min) je nutná úprava dávok. **Kontraindikácie:** precitlivosť na enoxaparín sodný a ľalky chemicky príbuzné, precitlivosť na benzylalkohol (pri použití viacdávkovej injekčnej liekovej), aktívne krvácanie väčšieho rozsahu a stavy s vysokým rizikom vzniku nekontrolovateľného krvácania vrátane nedávnej mozgovej príhody s krvácaním. **Špeciálne upozornenia a opatrenia pri podávaní:** Nepodávať intramuskulárne. Miesto podania sa nesmie masírovať. Nizkomolekulové heparíny nemožno navzájom zamieňať. V prebehu liečby pravidelne monitorovať počet krvných doštičiek. Gravidné ženy s umelou srdcovou chlopiňou môžu byť vystavené vyššiemu riziku tromboembólie. **Neželaduce účinky:** krvácanie, tromboticpónia, lokálne reakcie - hematóm, bolesťovosť, kožné alebo systémové alergické prejavy, reverzibilný asymptomatický vzostup trombotocytov a peceonových enzymov. **Dostupné veľkosti balenia:** Clexane: naplnené injekčné striekačky s bezpečnostným systémom: 10 x 2000 anti-Xa IU/0,2 ml, 10 x 4000 anti-Xa IU/0,4 ml, 2 alebo 10 x 6 000 anti-Xa IU/0,6 ml, 2 alebo 10 x 8 000 anti-Xa IU/0,8 ml, 2 alebo 10 x 10 000 anti-Xa IU/1,0 ml, viacdávková injekčná liekovieka 1 x 30 000 anti-Xa IU/3,0 ml. Clexane Forte: naplnené injekčné striekačky s bezpečnostným systémom: 10 x 12 000 anti-Xa IU/0,8 ml, 10 x 15 000 anti-Xa IU/1,0 ml. **Podrobné informácie o lieku sú uvedené v súhrne charakteristických vlastností lieku. Dátum poslednej revízie:** november 2010. **Dátum prípravy materiálu:** december 2010.

sanofi aventis

Prevozce na zdravotní zariadení

Určené pre odbornú verejnosť.

Blížšie informácie o lieku získate na adrese: sanofi-aventis Pharma Slovakia, s. r. o., Einsteinova 24, 851 01 Bratislava, tel: +421 2 57 10 37 41, fax: +421 2 57 10 37 49, IČO: 31 339 450



Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie/Slovak Society for Vascular Surgery
Slovenská lekárska spoločnosť/Slovak Medical Association

usporiadajú/organize

XV. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

15TH SLOVAK CONGRESS OF VASCULAR SURGERY WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

31. marec – 3. apríl 2011/March 31 to April 3, 2011
Jasná, Demänovská dolina, Hotel Sorea SNP



Generálny sponzor

Servier Slovensko spol. s.r.o.

Sponzori a vystavovatelia

A Care

Aries

B. Braun Medical

Biomedica Slovakia

Bioxa Therapeutics

Coopex M

Covidien ECE

CSC Pharmaceuticals

DINA-HITEX SK

GlaxoSmithKline Slovakia

Glynn Brothers Chemicals Slovakia

Immomedical CZ

Loana Rožnov

Maxis

Pfizer Luxembourg SARL

sanofi-aventis

Slovakia Medical

TEVA Pharmaceuticals Slovakia

Thuasne SK

Timed

Tyrex-Xray

Unomed

PREZIDENT KONGRESU/PRESIDENT OF THE CONGRESS

prof. Vladimír Šefránek, MD, PhD.

VEDECKÝ SEKRETÁR/SCIENTIFIC SECRETARY

Peter Mondek, MD, PhD.

**PRESEDA ORGANIZAČNÉHO VÝBORU/HEAD
OF THE ORGANIZING COMMITTEE**

prof. Vladimír Šefránek, MD, PhD.

**PRESEDA LOKÁLNEHO ORGANIZAČNÉHO VÝBORU/
HEAD OF THE LOCAL ORGANIZING COMMITTEE**

František Rusňák, MD

**ČLENOVIA VÝBORU SSCCH SLS/MEMBERS OF THE COUNCIL
OF THE SLOVAK SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY**

prof. Vladimír Šefránek, MD, PhD., prof. Mária Frankovičová, MD, PhD.,
Peter Mondek, MD, PhD., Tomáš Dulka, MD, Mária Kubíková, MD, PhD.,
František Rusňák, MD, Ján Tomka, MD, PhD.

HLAVNÉ TÉMY/MAIN TOPICS

OCHORENIA SUPRAAORTOVÝCH VETIEV. CHIRURGICKÁ A ENDOVASKULÁRNA LIEČBA
DISEASES OF THE SUPRAAORTIC TRUNKS. SURGICAL AND ENDOVASCULAR TREATMENT

VASKULÁRNY TRAUMATIZMUS A IATROGENNÉ PORANENIA CIEV
VASCULAR TRAUMA AND IATROGENIC INJURY OF BLOOD VESSELS

ANEURYZMY AORTY A PERIFÉRYCH TEPIEN
ANEURYSMS OF THE AORTA AND PERIPHERAL ARTERIES

KOMPLIKÁCIE CHIRURGICKEJ A ENDOVASKULÁRNEJ LIEČBY CIEVNÝCH OCHORENÍ
COMPLICATIONS OF THE SURGICAL AND ENDOVASCULAR TREATMENT OF VASCULAR DISEASES

MODERNÉ CHIRURGICKÉ POSTUPY V LIEČBE VARIXOV DOLNÝCH KONČATÍN
MODERN SURGICAL PROCEDURES IN THE TREATMENT OF VARICOSE VEINS OF LOWER EXTREMITIES

CIEVNE PRÍSTUPY PRE HEMODIALÝZU / VASCULAR ACCESS FOR HAEMODIALYSIS

FÓRUM MLADÝCH LEKÁROV / YOUNG PHYSICIANS' FORUM

VARIA – KLINICKY ZAUJÍMAVÉ KAZUISTIKY / MISCELLANEOUS – INTERESTING CASE REPORTS

OŠETROVATEĽSKÁ STAROSTLIVOSŤ A INŠTRUMENTOVANIE V CIEVNEJ CHIRURGIÍ
THE VASCULAR SURGICAL NURSING CARE AND NURSE'S ROLE IN THE OPERATING THEATRE

STREDA, 30. MAREC 2011

16.00 – 17.30

Zasadenie výboru Slovenskej spoločnosti pre cievnú chirurgiu SLS

– Hotel SNP, Jasná

17.30 – 19.00

Zasadenie hlavného odborníka MZ pre odbor cievná chirurgia a jeho kolégia

ŠTVRTOK, 31. MAREC 2011

08.30 – 12.30

USG WORKSHOP

(základy USG diagnostiky, vyšetrenie venózneho systému, abdominálnej aorty a periférneho arteriálneho systému)

12.50 – 13.00

Otvorenie kongresu

13.00 – 14.30

Blok A: Fórum mladých chirurgov – súťaž

Predsedníctvo: Šefránek, Tomka, Mondek

1. Endovaskulárna liečba vaskulobiliárnej fistuly so život ohrozujúcou hemobiliou

– Žilinčan M., Okapec S., Janek J. (Banská Bystrica)

2. Tumor glomus caroticum v našom súbore – kazuistika – Torma N., Frankovičová M.,

Kubíková M., Sihotský V., Smola M., Tomečko M., Závadská M., Staško P. (Košice)

3. Hybridní výkony v léčbě ICHDK – „review“ – Baláž P., Rokošný S., Janoušek L., Adamec M. (Praha)

4. Farmakologické ovlivnění růstu experimentálně vzniklého aneuryzmatu abdominální

aorty u zvířete – Houdek K., Moláček J., Třeška V., Kobr J., Baxa J., Křížková V., Tonar Z., Eberlová L. (Plzeň)

5. 100 hybridních výkonů v terapii ICHDK – Rokošný S., Baláž P., Janoušek L., Adamec M. (Praha)

6. Kazuistika – Infekcia strentgraftu AFS – Patkaňová L., Šinák I., Hlinka L., Talapková R. (Martin)

14.30 – 15.00

Periférne artériové ochorenia dolných končatín **Sympóziu spoločnosti TEVA**

1. Šefránek V.: *Pohľad cievného chirurga na farmakologickú liečbu PAO DK*

2. Štvrtinová V.: *Diagnostika a liečba PAO DK*

15.00 – 15.30

Prestávka

15.30 – 16.45

Blok B: Poranenia ciev

Predsedníctvo: Mondek, Bulejčík

1. **Poranenia ciev pri úrazoch – náš klinický materiál** – Čupka I., Kovács V., Cséry J.,
Takáč R. (Lučenec)

2. **Poranenia ciev: 5-ročné skúsenosti** – Mondek P., Galko J., Kacz M., Varga Z., Tóth J.,
Mesárošová S. (Nitra)

3. **Iatrogénne cievne komplikácie po intervenčných výkonoch** – Bulejčík J., Říha D., Blaha L.,
Šolek R., Bobuš M., Filipiak M., Stryja J., Szatula J., Wiersdoň M., Indrák J. (Třinec)

4. **Iatrogénne poškodenie a. femoralis communis – kazuistika** – Staško P., Smola A., Tóth Š.,
Frankovičová M. (Košice)

5. **Bilaterálna posttraumatická disekcia arteria carotis interna a akútne uzáver arteria
cerebri media** – Zeleňák K., Zeleňáková J., Michalík J., Šinák I., Kurča E., Poláček H., Števík M. (Martin)

6. **Fatálne perforačné poranenie srdca pri trvalej kardiostimulácii** – Miček J., Hudák P.,
Hudák P. jr., Bodáková D., Macáková A. (Nové Zámky)

16.45 – 17.00

Prestávka

17.00 – 18.15

Blok C: Aneurizmy aorty a komplikácie liečby

Predsedníctvo: Staffa, Šebesta

- 1. Náhrada infikované aortálnej cievnej protézy autolognými femorálnymi žilami** – Staffa R., Kříž Z., Vlachovský R., Dvořák M., Novotný T. (Brno)
- 2. Feasibility of in situ replacement of infected synthetic vascular grafts with the lower extremity deep veins** – Laustsen J. (Aarhus, Dánsko)
- 3. Souhrn problematiky a osobní zkušenost s palčivým řešením problému – Infekce aortální cévní protézy** – Šebesta P. (Praha)
- 4. Současné trendy léčby výdutě torakoabdominální aorty** – Štádler P., Zdráhal P., Šebesta P., Dvořáček L., Vitásek P., Šlais M. (Praha)
- 5. Výsledky liečby AAA za 5-ročné obdobie** – Janek J., Okapec S., Štaudinger K., Kminiak R., Kováč O., Sívák J., Knoppová I., Longaverová J. (Banská Bystrica)
- 6. Postup riešenia AAA na našom pracovisku v rokoch 2005 – 2010** – Peteja M., Dinaj R., Chmelo J., Pavlas L., Kučera D., Válka M. (Ostrava)

18.20

Plenárne zasadanie

Slovenskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu SLS

- Šefránek V.: **Správa o činnosti spoločnosti v období 2010-2011**
- Tomka J.: **Správa hlavného odborníka 2010 – 2011**
- Dulka T.: **Finančná správa**
- Mondek P.: **Správa zo zasadania výboru ESVS, Amsterdam**
- Diskusia**

PIATOK, 1. APRÍL 2011

08.30 – 12.30

USG WORKSHOP

(základy USG diagnostiky, vyšetrenie venózneho systému, abdominálnej aorty a periférneho arteriálneho systému)

09.00 – 12.00

Blok D: Sesterská sekcia – súťaž (okrem č. 11)

Predsedníctvo: Valová, Torma, Kovariková

- 1. Cervikálny blok kontra celková anestézia pri CEA. Retrospektívna analýza** – Kvasňovská G., Belanová M. (Bratislava)
- 2. Štandardizácia ošetrovateľských postupov u pacientov s karotiko-subklaviálnym bypassom** – Schmidtová M. (Bratislava)
- 3. Koiling – šetrná liečba aneuryzmy** – Šuttová G., Pomajbová A. (Bratislava)
- 4. Manažment starostlivosti o pacienta s cievnym prístupom** – Kubizniaková M., Vlasatá Ľ., Valková M. (Košice)
- 5. Femoro-popliteálny bypass v prvom segmente** – Tóthová E., Tóthová I. (Nové Zámky)
- 6. Syndrom diabetické nohy** – Heczková A., Pavladyová L. (Třinec)

10.30 – 10.45

Prestávka

- 7. Manažment bolesti u pacientov s kritickou končatinovou ischémiou** – Ujhelyová L. (Bratislava)
- 8. Hydrochirurgický systém VERSAJET** – Dembinná P., Fabišovská S. (Třinec)
- 9. Aortobifemorálny bypass z pohľadu operačnej sestry** – Zudlová Ľ., Derevjaniková M., Dorňaková J. (Košice)
- 10. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov po exartikulácii v bedrovom zhybe v súvislosti s periprotetickou infekciou** – Vašková Z., Kotzman Ľ. (Bratislava)
- 11. Ošetrovateľská starostlivosť u pacienta s aneuryzmou abdominálnej aorty po perkutánnej implantácii stentgraftu** – Valová D., Boriová S. (Bratislava)
- 12. Využitie VAC systému v kardiovaskulárnej chirurgii** – Šomodiová A., Hartlová J. (Bratislava)

13.30 – 15.15

Blok E: Cievy prístup pre dialýzu a komplikácie

Predsedníctvo: Kubíková, Galko

- 1. Aneurizmy a pseudoaneurizmy cievnych prístupov pre hemodialýzu** – Galko J, Mondek P, Varga Z., Kacz M., Mesárošová S., Tóth J. (Nitra)
- 2. Aneurysmorafie – nová metóda záchrany a/nebo úpravy AVF** – Rokošný S., Baláž P., Adamec M. (Praha)
- 3. Infekčné komplikácie po chirurgickom zavedení dialyzačných katétrov** – Molčan T. (Nové Zámky)
- 4. Možnosti cievného prístupu na dialýzu u pacientov s centrálnym venóznym uzáverom** – Kuročka M., Rusňák F., Beňo P., Horný L., Podolec M. (Ružomberok)
- 5. Cievy prístup pre potreby dlhodobej dialýzy** – Kubíková M., Frankovičová M., Torma N., Smola A., Tomečko M., Arendáčik F., Sihotský V., Staško P. (Košice)
- 6. Úskalia hemodialyzačných katétrov** – Krbúšik G., Šramková M. (Partizánske)
- 7. Endovaskulárna revaskularizácia centrálnych venózných lézií u dialyzovaných pacientov** – Lesný P., Malík M., Bilický J., Mondek P., Galko J. (Bratislava / Nitra)
- 8. Možnosti endovaskulárnej liečby dialyzačných prístupov** – Vozár M., Kmetková K., Opravil Z. (Banská Bystrica)
- 9. Endovaskulárne terapie u selhávajúcich dialyzačných skratů** – Porod J. (Příbram)

15.15 – 15.30

Prestávka

15.30 – 16.30

Nový smer v liečbe povrchovej tromboflebitídy

Sympóziu firmy GlaxoSmithKline

1. Džupina A.: *Výsledky registra liečby povrchovej tromboflebitídy na Slovensku*
2. Štvrtinová V.: *Výsledky medzinárodnej štúdie CALISTO menia odporúčania pre liečbu povrchovej tromboflebitídy*
3. Šefránek V.: *Slovenské odporúčania na liečbu povrchovej tromboflebitídy*
4. Frankovičová M.: *Liečba povrchovej tromboflebitídy z pohľadu cievneho chirurga*

16.30 – 17.00

Prestávka

17.00 – 18.30

Blok F: Ochorenia tepien dolných končatín

Predsedníctvo: Frankovičová, Rusňák

1. *Aneurysmata infrainguinálnych tepen a pseudoaneurysmata cievnych anastomosov ako príčina závažných stavov v cievnej chirurgii* – Blaha L., Říha D., Filipiak M., Šolek R. (Třinec)
2. *Průchodnost pánevních intervencí – je ovlivněna infrainguinálním bypassem?*
– Mazur M., Dostalík J., Guňka I., Martínek L., Guňková P., Mayzlík J. (Ostrava)
3. *Prínos hybridných výkonov v cievnej chirurgii pre pacienta* – Kováč P., Vaško J., Šimko M., Šeliga P., Javiláková J., Leško M., Macková A., Dorušinec M. (Prešov)
4. *Nejčastější komplikace endovaskulární terapie ICHDK na našem pracovišti a jejich prevence* – Wierzgoń M., Holesz S., Kamarad M. (Třinec)
5. *Revaskularizace chronického uzávěru femorální oblasti: První výsledky srovnání chirurgického bypassu a subintimální rekanalizace u klaudikantů* – Kozák J., Köcher M., Fialová J., Černá M., Indráková J., Utikal P., Buřval S. (Olomouc)
6. *Význam profundoplastiky pri záchrane ohrozenej končatiny* – Frankovičová M. (Košice)
7. *Peroperační intraarteriální trombolýza v terapii akutní končetinové ischemie* – Baláž P., Rokošný S. (Praha)

20.00

GALA večer, Hotel SNP

SOBOTA, 2. APRÍL 2011

14.00 – 15.15

Blok G: Endovaskulárna a robotická liečba ochorení aorty

Predsedníctvo: Štádler, Köcher

- 1. Niektoré ojedinelé roboticky asistované cévny výkony** – Štádler P., Dvořáček L., Vitásek T., Matouš P. (Praha)
- 2. Roboticky asistované laparoskopické cévny rekonstrukce aortoiliacné oblasti**
– Dvořák M., Novotný T., Staffa R. (Brno)
- 3. Spontánna disekcia infrarenálnej aorty – raritná diagnóza v cievnej chirurgii** – Dulka T., Vulev I., Klepanec A., Zita Z., Žernovický F., Tomka J., Necpal R., Žúdelová L., Šefránek V. (Bratislava)
- 4. Endovaskulárny liečba juxtarenálnych aneuryzmat abdominálnej aorty fenestrovanými stentgrafty – strednodobé výsledky** – Köcher M., Utíkal P., Černá M., Bachleda P., Kozák J., Dráč P., Buřval S. (Olomouc)
- 5. Zkušenosti s endovaskulární léčbou aneuryzmat břišní aorty na Chirurgické klinice FN v Plzni (2001 – 2011)** – Houdek K., Třeška V., Moláček J. (Plzeň)
- 6. Aktuálny stav liečby ochorení aorty** – Holomáň M. (Bratislava)

15.15 – 15.30

Prestávka

15.30 – 16.10

Epidémia venózných ochorení?

Sympóziu firmy Servier Slovensko

- Šefránek V.: **Nové poznatky v etiopatogenéze chronických vénových ochorení dolných končatín**
- Žernovický F., jr.: **Nová technika skleroterapie varixov – prvé zkušenosti**

16.15 – 16.45

Sympóziu firmy Covidien ECE (Česká republika)

1. Veverková L.: **VNUS Closure Fast – liečba kŕčových žíl rádiofrekvenčným katétrom**

2. Žernovický F., jr, Tomka J., Dulka T., Šefránek V.: **Prvé skúsenosti s rádiofrekvenčnou abláciou VSM (VNUS) na Klinike cievnej chirurgie v NÚSCH Bratislava**

16.45 – 17.00

Prestávka

17.00 – 18.30

Blok H: Ochorenia karotických artérií

Predsedníctvo: Tomka, Říha

1. **Indikujeme správne intervencie na karotidach?** – Říha D., Bobuš M., Filipiak M., Bulejčík J., Blaha L., Šolek R. (Třinec)

2. **Debranching výkony na supraaortových vetvách aorty pri endovaskulárnej liečbe aortálnej patológie** – Tomka J., Dulka T., Žita Z., Vulev I., Holomář M., Klepanec A., Necpal R. (Bratislava)

3. **Hybridné operačné výkony na karotických tepnách** – Beňo M., Martin J. (Aachdorf, Nemecko)

4. **Infekcie po karotických endarterektómiách a možnosti ich riešenia** – Beňo P., Rusňák F., Horný J., Podolec M., Turočka M., Kodaj J. (Ružomberok)

5. **Komplikácie karotickej endarterektómie** – Sihotský V., Frankovičová M., Torma N., Kubíková M., Smola A., Tomečko M. (Košice)

6. **Retinal stroke – zriedkavá komplikácia CEA – kazuistika** – Podolec M., Rusňák F., Beňo P., Horný J., Kuročka M. (Ružomberok)

NEDEĽA, 3. APRÍL 2011

8.30 – 10.30

Blok I: Klinicky zaujímavé kazuistiky. Varia

Predsedníctvo: Šefránek, Frankovičová

- 1. Komplikácie a neúspech EVT aa. renales. Chirurgická liečba** – Šefránek V, Slyško R., Necpal R., Dulka T., Tomka J. (Bratislava)
- 2. Ex vivo resekce aneuryzmatu a. renalis a príbuzenská transplantace** – Janoušek L., Adamec M., Baláž P., Marada T. (Praha)
- 3. RFITT alebo laser? Ambulantní radikální operace** – Bartoš J., jr, Bartoš J., Gloger Z. (Nový Bor)
- 4. Trombektómie vena cava inferior pri karcinóme obličiek** – Kminiak R., Janek J., Baláž V., Kováč O. (Banská Bystrica)
- 5. Operácie varixov DK – komercia pre každého, alebo výkon pre špecialistov?** – Molčan T. (Nové Zámky)
- 6. Antikoagulačná liečba v cievnej chirurgii** – Frankovičová M. (Košice)
- 7. Embolizácie v bronchopulmonálnej oblasti** – Kodaj J., Rusňák F., Horný Ľ. (Ružomberok)
- 8. Hyperbarická oxygenoterapia ako súčasť komplexnej terapie diabetickej gangrény** – Miček J., Bodáková D., Palušková M. (Nové Zámky)
- 9. Cievny ileus ako komplikácia angiografického vyšetrenia** – Petrašovič M., Clementis J., Danninger F., Tibenský I., Šoka A. (Bratislava)
- 10. Trombotické komplikácie u drogovovo závislých** – Dostálová K., Moricová Š. (Bratislava)

maxis[®]

ZDRAVOTNÉ KOMPRESÍVNE PANČUCHY

NAJVÄČŠÍ ČESKÝ VÝROBCA



MAXIS[®] a. s. ako jediný český výrobca je členom „Spoločensva pre kvalitu kompresívnych pančúch“ a má oprávnenie používať ochrannú známku RAL.
viac info na www.maxis-medica.sk



V II. KT ponúkame až 4 kvality materiálu

BRILLANT



Elegantné, priehľadné a lesklé kompresívne pančuchy. So špeciálnou úpravou **HIGH IQ** je zaistený ešte väčší odvod vlhkosti od tela. **Cool Comfort** = chladivý, svieži a suchý pocit pri každodennom nosení.

Farebné vyhotovenie: bronz, svetlá telová, tmavá telová, čierna

Prednosti:

- prirodzený vzhľad
- mäkkosť a vzdušnosť
- odvod vlhkosti od tela
- elegantný lesk

II.KT (23–32 mm/Hg)
bez špičky, so špičkou



PROMAX STANDARD

Hodvábne jemné pančuchy so zlatistým leskom.

Farebné vyhotovenie: telová

Prednosti:

- zlatistý lesk
- hodvábne na dotyk
- odvod vlhkosti od tela
- mäkkosť a vzdušnosť

II.KT (25–35 mm/Hg)
bez špičky, so špičkou



COTTON COMFORT

COMFORT COTTON sú pančuchy s optimálnym podielom bavlny (28%), mikrovlákna (41%) a Lycry (31%).

Bavlna je použitá v očkovej priadzi, ktorá prichádza do styku s pokožkou.

Farebné vyhotovenie: bronz



Prednosti:

- prispôsobivosť, jemnosť, elasticita
- odvod vlhkosti od tela
- vhodné i pre citlivú pokožku
- pomáha udržať prirodzené prostredie na pokožke
- má veľmi priaznivé antibakteriálne účinky

II.KT (23–32 mm/Hg)
bez špičky, so špičkou



MICRO

Matné pančuchy s vysokým podielom microvlákna.

Farebné vyhotovenie:

bronz, svetlá telová, tmavá telová, čierna

Prednosti:

- príjemný pocit na koži
- hodvábne mäkké na dotyk
- priedušné
- odvod vlhkosti od tela
- vhodné i pre citlivú pokožku
- matné

II.KT (23–32 mm/Hg)
bez špičky, so špičkou



Fórum mladých chirurgov – súťaž

Endovaskulárna liečba intrahepatálnej vaskulobiliárnej fistuly so životohrozujúcou hemobiáliou

Žilincan M., Okapec S., Janek J.
Oddelenie radiológie, Centrum
intervenčnej radiológie FNsP
F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Kazuistika poukazuje na raritný prípad, život ohrozujúcej hemobílie z intrahepatálnej vaskulobiliárnej fistuly. 42-ročný pacient s tumoróznou léziou hlavy pankreasu. Pre biliárnu obštrukciu vykonaná interno-externá PTD. Následne indikovaná cefalická duodenopankreatektómia. Štyri mesiace po operácii pacient prijatý pre enterorágiu. Z vitálnej indikácie vykonaná operácia, ktorá odhaľuje život ohrozujúcu hemobiáliu z vaskulobiliárnej fistuly. Následne vykonaná selektívna embolizácia zdroja krvácania z arteria hepatica dextra. Po výkone dochádza k stabilizácii klinického stavu pacienta.

Tumor glomus caroticum v našom súbore – kazuistiky

Torma N., Frankovičová M., Kubíková M.,
Sihotský V., Smola M., Tomečko M.,
Závadská M., Staško P.
Klinika cievnej chirurgie UPJŠ LF
a VÚSCH, a. s., Košice

Autori vo svojej prednáške uvádzajú kazuistiky dvoch pacientov operovaných pre TU glomus caroticum. V oboch prípadoch bol úspešne odstránený tumor v oblasti karotickej bufirkácie bez nutnosti resekcii karotických artérií.

Hybridní výkony v léčbě ICHDK – „review“

Baláz P., Rokošný S., Janoušek L.,
Adamec M.
Klinika transplantáční chirurgie, IKEM,
Praha

Cévní chirurgie, které základy byly položeny na začátku minulého století, překonala dramatickou vývojovou změnu od čistě otevřených revaskularizací až po čistě endovaskulární výkony. V poslední dekádě, byly v léčbě ICHDK otevřené chirurgické výkony v mnoha případech nahrazeny výkony endovaskulárními i když, krátkodobá a dlouhodobá průchodnost je ve srovnání s otevřenou revaskularizací nižší. I přesto, že je stále větší část pacientů léčena endovaskulárními technikami, existuje signifikantní skupina pacientů, která vyžaduje kombinovaný přístup oběma technikami. Indikací k hybridnímu výkonu dělíme na výkony u pacientů s 1) kritickou chronickou končetinovou ischémii, která je spojená s multietážovým stenoticko-okluzivním procesem tepen, 2) akutní končetinovou ischémii, zejména stadiem IIB (SVS). Další skupinou jsou pacienti s 3) intermitentními klaudikacemi, u kterých je přítomné multietážové postižení tepen s vysokým rizikem restenózy/uzávěru suprainguinální angioplastiky při současné významné stenóze infrainguinálních tepen. Poslední skupinou pacientů, kdy je hybridní výkon indikován, jsou pacienti 4) s uzávěrem cévních graftů, kteří podstoupí chirurgickou revaskularizaci, kdy kontrolní peroperační angiografie odhalí cévní změny vhodné k endovaskulárnímu řešení. Cílem této

přehledové přednášky je přiblížit problematiku kombinovaných/hybridních výkonů, vymezit jejich indikace, výhody a nevýhody. Přednáška vychází z recentních zahraničních studií věnovaných problematice kombinovaných výkonů a z vlastních zkušeností pracoviště, kde bylo od roku 2007 provedeno přes 120 těchto výkonů.

Farmakologické ovlivnění růstu experimentálně vzniklého aneuryzmatu abdominální aorty u zvířete

Houdek K.¹, Moláček J.¹, Třeška V.¹, Kobr J.², Baxa J.³, Křížková V.⁴, Tonar Z.⁴, Eberlová L.⁵

¹Chirurgická klinika FN a LF UK, Plzeň

²Dětská klinika FN a LF UK, Plzeň

³Klinika zobrazovacích metod FN a LF UK, Plzeň

⁴Ústav histologie a embryologie LF UK, Plzeň

⁵Ústav anatomie LF UK, Plzeň

Úvod: Aneuryzma abdominální aorty (AAA) je stále častou příčinou úmrtí mužů nad 60 let. Globální mortalita ruptury AAA zůstává v průměru nad 60 %. Ideální léčbou je elektivní chirurgický nebo endovaskulární výkon. Diskutuje se rovněž možnost farmakologického ovlivnění malých výdutí, které ještě nejsou indikovány k chirurgickému či endovaskulárnímu řešení. V naší studii jsme ovlivňovali experimentálně vzniklé AAA u zvířete perorálním podáváním statinového preparátu.

Cíl: Pokusit se farmakologicky ovlivnit strukturální změny ve stěně experimentálního AAA a tím i jeho růst.

Metody: Vlastní metodou jsme vytvořili experimentální AAA u prasete domácího. Polovina zvířat dostávala denně po operaci perorální formu statinového preparátu (skupina A). Druhá polovina zvířat sloužila jako kontrolní skupina (skupina B). Po 4-týdenním pozorování byla zvířata utracena a byly odebrány vzorky stěn experimentálních AAA k histologickému vyšetření. Velikost AAA jsme pravidelně sonograficky porovnávali mezi oběma skupinami. Zánětlivou infiltraci stěny aorty v místě AAA jsme hodnotili semikvantitativně jako míru přítomnosti zánětlivých buněčných elementů. Hodnotili jsme také lokalizaci maxima zánětlivé celulizace s ohledem na jednotlivé vrstvy stěny aneuryzmatu. Pro sledování destrukce stěny aorty jsme vybrali dva parametry. Plošný podíl elastinu a délkovou hustotu elastinu ve stěně aorty. Oba parametry jsme hodnotili kvantitativně stereologickou metodou.

Výsledky: Z dosavadních výsledků se nám zatím nepodařilo prokázat signifikantní rozdíly v rychlosti růstu aneuryzmat v obou skupinách. Zánětlivá infiltrace byla výraznější ve skupině B. Rovněž destrukce stěny aorty byla ve shodě s naším předpokladem výraznější ve skupině neléčených zvířat (skupina B) ($p=0.002$).

Závěr: Podařilo se nám prokázat vliv statinů na změny probíhající ve stěně AAA u experimentálního zvířete. Zvířata užívající statinový preparát mají signifikantně vyšší podíl elastinu a méně významnou zánětlivou infiltraci ve stěně AAA. Získaných poznatků bychom mohli v budoucnu využít v klinické praxi.

Podporováno: grant IGA č. NS10235-3/2009 FAD projekt 7. rámcového programu EU, číslo projektu: 200647.

100 hybridných výkonů v terapii ICHDK

Rokošný S., Baláž P., Janoušek L., Adamec M.

Klinika transplantační chirurgie, IKEM, Praha

Úvod: V léčbě ischemické choroby dolních končetin existuje podle mezinárodních registrů přibližně 8 – 10 % skupina pacientů s multietážovým, okluzivně-stenotickým postižením tepenného řečiště, která je indikovaná k využití endovaskulární a chirurgické léčby současně.

Cíl: zhodnocení výsledků primární průchodnosti a záchranu končetiny u pacientů s provedeným kombinovaným výkonem v období 6/2007 – 6/2010.

Metodika: Autoři prezentují vlastní soubor pacientů (n=100), kteří byli řešeni kombinovaným výkonem v jedné době cévním chirurgem na operačním sále. Soubor tvoří skupina pacientů s kritickou ischémii (54 %), a pacienti s ischemickými klaudikacemi (44 %).

Výkony tvořily: Balónková dilatace s/bez implantace stentu (BA/BA+S) aortoileického řečiště se současnou infrainguinální rekonstrukcí (n=60), infrainguinální rekonstrukci se současnou BA/BA+S infrapopliteálních tepen (n=26), infrainguinální rekonstrukci se současnou BA/BA+S popliteální tepny (n=7), aortoileická rekonstrukce v kombinaci s BA/BA+S povrchní stehenní tepny (n=2) a 3-etážový výkon (n=5). Ambulantní dispenzarizace s USG/CTA kontrolou byly provedené v 6., 12. a 24. měsíci.

Závěr: Primární průchodnost chirurgické rekonstrukce byla 82 % resp. 68 % ve 12. a 24. Primární průchodnost endovaskulární rekonstrukce byla 98,3 % resp. 96,4 % ve 12. a 24. měsíci. Záchrana končetiny byla 90,1 % resp. 75 % ve 12. a 24. měsíci.

Kazuistika

– Infekcia stentgraftu AFS

Patkaňová L., Šinák I., Hlinka L., Talapková R.

Klinika transplantácie a cievnej chirurgie, UNM, Martin

Infekcia v cievnej chirurgii je vždy závažným problémom a vyskytuje sa aj po endovaskulárnej intervencii. V literatúre sa uvádza incidencia 0,4 % po endovaskulárnom riešení aneuryziem brušnej aorty. Výskyt infekcie stentgraftov na dolných končatinách je veľmi zriedkavý a pohybuje sa na úrovni kazuistík. Naša kazuistika popisuje prípad pacienta, ktorý bol pre nestabilnú anginu pectoris koronarograficky vyšetrený so vznikom symptomatickej pseudoaneuryzmy AFS na PDK. Pseudoaneuryzma bola rádiológom ošetrená endovaskulárne implantáciou stentgraftu. S odstupom 4 týždňov od implantácie sa u pacienta rozvinul septický stav. Po vylúčení iných možných zdrojov infekcie bolo CT a scintigrafickým vyšetrením potvrdené podozrenie na infekciu stentgraftu v pravej AFS. Po doplnení DSA sme pristúpili k explantácii stentgraftu, excízií zápalom zmeneného tkaniva a interpozícií autológnou VSM.

Poranenia ciev

Poranenia ciev pri úrazoch – náš klinický materiál

Čupka I., Kovács V., Cseri J., Takáč R.

Oddelenie cievnej chirurgie, VŠNsP Lučenec, n.o.

Autori referujú o 24 pacientoch s poranením ciev pri úrazoch za posledných 5 rokov. V súbore bolo 21 mužov a 3 ženy, s priemerným vekom 41,5 r. (19 – 62 r.) Potvrdzujú, že najvhodnejším materiálom pre náhradu poranenej cievy na končatinách je autológna vena, ktorú použili 4x. Najčastejšie vykonali priamu sutúru tepny (15x), pričom najčastejšou poranenou tepnou bola a. radialis (8x) a najčastejšou príčinou poranenia bola bodná a rezná rana. Končatina bola zachovaná vo všetkých prípadoch. V kazuistikách budú rozobrané zaujímavé prípady poranenia ciev.

Poranenia ciev: 5-ročné skúsenosti

Mondek P., Galko J., Kacz M., Varga Z., Mesárošová S., Tóth J.

Oddelenie cievnej chirurgie FN Nitra

Ciel: Retrospektívna analýza 5-ročného súboru 76 pacientov s cievnyim poranením liečených na Oddelení cievnej chirurgie (OCCH) FN Nitra.

Metódy: Od júna 2006 do decembra 2010 bolo na OCCH FN Nitra liečených 76 pacientov s poranením cievneho systému. Pri retrospektívnej analýze súboru sme sledovali demografické údaje, typ a lokalizáciu poranenia, typ cievnej rekonštrukcie, mieru záchranu končatiny, komplikácie, morbiditu a mortalitu.

Výsledky: Klinický súbor 76 pacientov obsahuje 34 žien a 42 mužov, priemerný vek 53,3 (7 – 83) rokov. 3 pacienti boli riešení v rámci polytraumy. Zo 76 poranení bolo 40 iatrogénnych a 36 v dôsledku traumy.

Najväčší podiel iatrogénnych lézií predstavujú postkatetrizačné lézie – 26. Z ostatných 9x išlo o poranenia pri operáciách rôznych chirurgických disciplín, 3x lézie spojené s kanyláciami u dialyzovaných pacientov, 1x endovaskulárna intervencia spojená s léziou AI a 1x lézia cudzím telesom – vycestovaným fragmentom elektródy pacemakera.

Pri 36 úrazoch išlo v 13 prípadoch automobilové nehody, 12x pracovný úraz, 6x pád pri športe alebo bežných aktivitách, 2x strelné a 3x rezné poranenie pri násilnej trestnej činnosti.

Z hľadiska typu poranenia išlo o 27 penetrujúcich, 9 tupých a 40 iatrogénnych poranení.

V 63 prípadoch išlo o poranenie artérií a v 13 prípadoch o poranenie žíl.

Podľa anatomických oblastí cievy hlavy a krku boli poranené 6x, hrudníka a hornej hrudnej apertúry 5x, horné končatiny 17x, dolné končatiny 33x, brucho a retroperitoneum 15x.

Typy chirurgických výkonov: 6x anastomóza e-t-e, 15x interpozícia, 8x bypass, 4x angioplastika, 30x primára sutúra, 13x ligatúra.

Záver: Počet a závažnosť cievnych poranení stúpa. S rozvojom katetrizácie a endovaskulárnych intervencií pribúda iatrogénnych lézií, hlavne u pacientov vyšších vekových kategórií (priemerný vek v súbore 63,2 roka), no stúpa aj počet úrazov hlavne v dôsledku nehôd, ale aj pracovných úrazov a trestnej činnosti – skôr u

mladších a zdravých pacientov (v súbore priemerný vek 43,3 roka).

Základom úspechu je multidisciplinárna spolupráca, rýchla a exaktná diagnostika a lege artis ošetrovanie cievnych poranení ako aj možných komplikácií.

Iatrogénne cievne komplikácie po intervenčných výkonoch

Bulejčík J., Říha D., Blaha L., Šolek R., Bobuš M., Filipiak M., Stryja J., Szkatula J., Wierzoń M., Indrák J. Nemocnice Podlesí a.s., Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Třinec

Autori sa zaoberajú cievnymi komplikáciami angiografických a endovaskulárnych výkonov kardiovaskulárneho centra, v rámci ktorého sa za 6-ročné obdobie v r. 2005 – 2010 vykonalo 37 780 AG, koronarografických a endovaskulárnych výkonov na srdci a cievnom systéme. V rámci AG centra 6231 AG a EV výkonov. Kardiocentrum vykonalo – SKG 18 216, PCI 10 015, ELFYZ- EFV 1117, RF ablácia 2201. Z celkového počtu 37 780 výkonov sme museli chirurgicky riešiť 115 (0,3 %) pacientov. Najčastejšie boli hemoragické komplikácie 72 (63 %), PSA 30 (26 %), trombóza 6, AV fistula 5, spasmus tepny 2 pac. Pri hemoragických komplikáciách išlo vo väčšine prípadov o pokračujúce krvácanie do inguiny a retroperitonea s hemodynamickou instabilitou pacientov, ktorí boli väčšinou účinne antikoagulovaní. Z počtu operovaných 115 pacientov bolo 46 (0,73 %) po AG + EV výkonoch a 69 (0,2 %) pac. po kardio výkonoch. Z chir. výkonov dominujú evakuácia hematómu a sutúra tepny najčastejši AFC a pri ELFYZ výkonoch sutúra VFC. V súbore pacientov sme nemali exitus. Vzhľadom na celkový počet intervenčných výkonov

ide o malý súbor pacientov, ale na chirurgickom pracovisku v rámci kardiovaskulárneho centra je nutné s týmito komplikáciami počítať.

Iatrogénne poškodenie a. femoralis communis – kazuistika

Staško P.¹, Smola A.¹, Tóth Š.², Frankovičová M.¹

¹Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a.s., a LF UPJŠ, Košice

²Ústav histológie a embryológie LF UPJŠ, Košice

Iatrogénne poškodenie a. femoralis communis patrí medzi veľmi vážnu medicínsku komplikáciu. Pri úplnom uzávere spomínanej artérie, aj napriek prítomnému kolaterálnemu obehu, dochádza k závažnému ohrozeniu postihnutej končatiny a v neposlednom rade aj pacientovho života. Pri nedostatočne včasnej intervencii cievny špecialistom dochádza k progresii stavu a po revaskularizácii k rozvoju myonefropatickometabolického syndrómu a bez dostatočnej intenzivistickej terapie k multiorgánovému zlyhaniu. Na kliniku cievnej chirurgie VÚSCH a.s. a LF UPJŠ v Košiciach sme prijali 59-ročného pacienta, 24 hodín po ľavostrannej Totálnej EndoProtéze (TEP) bedrového kĺbu vykonanej v inom zdravotníckom zariadení. Pacient bol prijatý s akútnou končatinovou ischémiou ľavej dolnej končatiny v štádiu IIb podľa Rutherforda. Príčinou ischémie bola iatrogénna lézia a. femoralis communis. I. sin. Po opakovaných operáciách, rozsiahlych fasciotómiách a možných pokusoch predísť IR syndrómu bola pacientovi exartikulovaná ľavá dolná končatina. Akútna končatinová ischémia, trvajúca viac ako 6 hodín u pacientov bez PAO v osobnej anamnéze, kde nie je dostatočne

rozvinutý funkčný kolaterálny obeh, predstavuje po revaskularizácii vysoké riziko vzniku kompartment syndrómu, myonefropatickometabolického syndrómu a neskôr možného rozvoja multiorgánového zlyhania. V takýchto prípadoch je veľmi nevyhnutná dostatočne včasná a rýchla diagnostika, intervencia cievného špecialistu a v neposlednom rade dostatočná pooperačná terapia a starostlivosť v úzkej spolupráci s intenzivistom. Súčasne je veľmi dôležité sa správne rozhodnúť, kedy pristúpiť k amputácii a kedy sa pokúsiť o záchranu končatiny a podstúpiť tak možné riziko vzniku komplikácií spojených s ischemicko-reperfúznym syndrómom.

Bilaterálna posttraumatická disekcia arteria carotis interna a akútny uzáver arteria cerebri media

Zeleňák K., Zeleňáková J., Michalík J., Šinák I., Kurča E., Poláček H., Števík M.
Rádiologická klinika JLF UK a UNM,
Neurologická klinika JLF UK a UNM,
II. chirurgická klinika JLF UK a UNM, Martin

Úvod: Príznak „hyperdenznej medie“ je nepriaznivým prognostickým faktorom. Súbor a metódy: 39-ročná pacientka utrpela 2. 8. 2009 dopravnú nehodu. O 20 dní neskôr u nej vznikla akútna ischemická cievná mozgová príhoda s NIHSS 6 b. Na vstupnom CT mozgu bol prítomný príznak „hyperdenznej medie“. Prítomná bola filiformná stenóza arteria carotis interna vľavo a uzáver arteria carotis interna vpravo na podklade disekcie s uzáverom arteria cerebri media vpravo podmieneným embolom. Pacientke bola podaná antiagregačná liečba a vykonaná endovaskulárna revaskularizácia.

Výsledky: Endovaskulárnou liečbou bola docielená revaskularizácia arteria cerebri media vpra-

vo a arteria carotis interna bilaterálne. Došlo ku klinickému zlepšeniu neurologického nálezu a už 20 dní po endovaskulárnej liečbe bolo NIHSS 1 b.

Záver: Endovaskulárna liečba v hyperakútnej fáze ischemickej cievnnej mozgovej príhody môže aj v takto komplikovanom prípade predísť invalidizácii pacienta.

Fatálne perforačné poranenie srdca pri trvalej kardiostimulácii

Miček J., Hudák P., Hudák P. jr,
Bodáková D., Macáková A.
Oddelenie cievnnej chirurgie FNŠP,
Nové Zámky

Kazuistika popisuje prípad 69-ročného pacienta, ktorý bol prijatý na internú kliniku s malígnymi poruchami srdcového rytmu, symptomatickou bradykardiou po Adams-Stokesových epizódach. Okamžite po prijatí bola pacientovi implantovaná dočasná kardiostimulácia, druhý deň implantovaná trvalá dvojduťinová kardiostimulácia aktívnou komorovou elektródou, via véna cephalica I. dx v deltoideopectorálnej ryhe. Okamžite po implantácii elektródy dochádza ku kardiogénnemu šoku s CT obrazom hemoperikardu. Pacient následne torakotomovaný, perforačná lézia pravej komory suturovaná, výkon sprevádzaný epizódami fibrilácie komôr s nutnosťou cerebro-kardiopulmonálnej resuscitácie. Tyždeň po torakotómii konštruovaná trvalá kardiostimulácia de novo, pacient však napriek úspešnému počiatočnému weaningu následne vykazuje známky posthypoxickej, poreresuscitačnej encefalopatie s psychomotorickým nepokojom. Pätnásty pooperačný deň dochádza k fatálnemu kardiálnemu zlyhaniu pri rezistentnej kardiomechanickej disociácii.

Aneuryzmy aorty a komplikácie liečby

Náhrada infikované aortálnej cévnej protézy autologní femorální žilou

Staffa R., Kříž Z., Vlachovský R.,
Dvořák M., Novotný T.

II. chirurgická klinika LF MU a FN u sv.
Anny, Brno

Úvod: Standardním řešením infekce aortální cévně protézy je její explantace a revaskularizace dolních končetin extraanatomickým (axillo-bi/femorálním) bypassem. Výsledky nejsou uspokojivé vzhledem k riziku reinfekce (až 20 %) a riziku okluze bypassu s následnou amputací končetiny (až 43 %). Také další modalita (in situ náhrada protézou smáčenou v rifampicinu nebo silver grafterem, allogéním tepenným nebo žilním štěpem či náhrada pomocí autologní vena saphena magna) jsou zatíženy vyšším rizikem rekurentní infekce (až 20 %) a amputace (až 25 %). Nejlepším řešením se jeví in situ náhrada pomocí autologní vena femoralis superficialis (femorální žíla).

Cílem studie bylo ověřit tuto premisu na vlastním souboru. Pacienti/metoda: V období 6/2007 – 12/2010 byl graft z autologních femorálních žil použit jako tepenná náhrada v aorto-iliako-femorální pozici u 14 pacientů (11 mužů, 3 ženy, průměrný věk 59,6 roků, rozmezí 49 – 75 let). 11x jako náhrada infikované cévně protézy (4x aorto-bifemorální, 4x jednostranné aorto-femorální, 2x náhrada jednoho raménka aorto-bifemorální protézy, 1x náhrada iliako-femorální protézy). U 3 pacientů se zvýšeným rizikem infekce (mykotické AAA, gangréna, pozitivní CRP, febrilie) byla provedena tepenná rekonstrukce pomocí graftu z autologních femorálních žil jako primární výkon. Pooperačně byli pacienti sledováni v intervalech 1, 3 a 6 měsíců.

Výsledky: V průběhu sledování souboru (průměrná délka 26,7 ± 10,9 měsíců, rozmezí 5 – 43 měsíců) nezemřel žádný pacient v souvislosti s výkonem a žádný pacient nemusel být reoperován. V souboru nebyla pozorována plicní embolizace ani jiná vážnější komplikace jako rekurentní infekce, okluze štěpu, amputace končetiny, maligní edém končetiny po odběru femorální žíly, aneurymatická dilatace žilního štěpu. V jednom případě (7,1 %) byl pozorován přechodný benigní otok odběrové končetiny, dobře kontrolovaný kompresivní punčochou. Rovněž u jednoho pacienta (7,1 %) bylo zaznamenáno hojení rány po odběru hluboké žíly per secundam. 2 pacienti ve sledovaném období (8 a 24 měsíců po operaci) zemřeli bez souvislosti s výkonem, s funkčním žilním bypassem, bez známek rekurentní infekce.

Závěr: Výsledky studie hovoří ve prospěch metody řešení infekce aortální cévně protézy autologní femorální žílou ve srovnání s jinými modalitami. Riziko rekurentní infekce je minimální, dlouhodobá průchodnost graftů vynikající. Obava z otoku dolní končetiny po odběru femorální žíly je neopodstatněná.

Infekce aortální cévně protézy: souhrn problematiky a osobní zkušenost s řešením palčivého problému

P. Šebesta

Oddělení cévně chirurgie Nemocnice
Na Homolce, Chirurgická klinika ÚVN
a 2. LF UK, Praha, Praha

Úvod: Shrnutí statistika, etiopatogeneze, bakteriologie a možnosti profylaxe, diagnostiky

a chirurgické léčby infekce cévní protězy v aortální pozici.

Materiál a metodika: Představen soubor 25 nemocných s infekcí cévní protězy v aortoortální či aortofemorální pozici, včetně infikovaného stentgraftu AAA a jednoho případu metastatického mykotického aneurysmatu aortální bifurkace. U všech provedena radikální operace s extirpací celé infikované náhrady (pseudoaneurysmatu) a anatomická rekonstrukce s použitím čerstvého tepenného allograftu v rozličných technických modifikacích. Důraz na ABO kompatibilitu, studená ischémie štěpu pod 72 hodin, celková trvalá imunosupresivní léčba (cyklosporin A).

Výsledky: Perioperační mortalita 20 %, časný uzávěr 12,5 %, amputace 8 %. Kardiopulmonální morbidita 28 %, amentní stavy 32 %, přechodná porucha renálních funkcí 12 %, MOF 4 %. Střednědobé přežití 70 %, medián sledování 4,5 roku. Žádné z pozdních úmrtí nesouviselo přímo s allograftem. Četnost servisních reoperací (stenózy, uzávěry) 20 %, degenerace štěpu 0 %.

Závěr: Tepenný allograft představuje cenovou variantu řešení život ohrožujícího problému za předpokladu správného zacházení (odběr a výběr, doba a způsob skladování, imunosuprese). Předpokladem úspěchu je mj. přesná diagnostika, zodpovědná indikační rozvaha, správné časování a provedení výkonu i kvalitní pooperační péče. Prognózu ovlivní především stupeň sepse, přítomnost aortoenterické komunikace a nepříznivá bakteriologická situace (gramnegativní tyče, Candida).

Současné trendy léčby výdutě torakoabdominální aorty

Štádler P., Zdráhal P., Šebesta P., Dvořáček L., Vitásek P., Šlais M.

Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Endovaskulární léčba představuje v současné době alternativní léčbu při aneurysmatickém postižení torakoabdominální aorty (TAAA) ve srovnání s klasickým chirurgickým přístupem. Ale i v současné době existuje potřeba použít tzv. „zlatý chirurgický standard“ při léčbě TAAA. V posledních dvaceti letech došlo k rozvoji různých způsobů orgánové protekce, která je při klasické léčbě TAAA používána a výborné výsledky velkých center, které se touto problematikou zabývají umožňují stále provádět klasickou chirurgickou léčbu. Redukovaná heparinizace, mírná celková hypotermie (32° – 34° C) a postupné nakládání aortální svorky jsou rutinně používány při chirurgické léčbě výdutí hrudní a torakoabdominální aorty. K dalším ochranným strategiím patří sledování motorických evokovaných potenciálů, cerebrospinální drenáž, levostranný srdeční zkrat (biopumpa), selektivní viscerální perfúze (a. mesenterica sup. a tr. coeliacus) krví a perfúze renálních tepen studeným krystalickým roztokem. Autoři představují sestavu 31 pacientů, u kterých provedli v období od 1. 1. 2009 do 31. 12. 2010 klasickou operaci hrudní nebo torakoabdominální aorty. Obecně bylo snahou použít maximum uvedených postupů orgánové protekce a ve většině případů TAAA byl zvolen torakoretroperitoneální přístup. Sledování motorických evokovaných potenciálů bylo z technických důvodů použito pouze dvakrát.

Výsledky liečby AAA za 5-ročné obdobie

Janek J., Okapec S., Štaudinger K., Kminiak R., Kováč O., Sivák J., Knoppová I., Longaverová J.
Oddelenie cievnej chirurgie,
FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Chirurgická liečba AAA patrí medzi základnú náplň cievnej chirurgie. Postupnou štandardizáciou operačnej techniky a pokrokom v intenzívnej starostlivosti sa dnes dosahuje perioperačná mortalita 0 – 5 %. Otvorená chirurgická liečba patrí na Slovensku stále medzi zlatý štandard liečby AAA. Postupne však dochádza ku prieniku endovaskulárnej liečby aj do tohoto základného segmentu cievnej chirurgie. Autori práce retrospektívne analyzujú súbor pacientov s AAA za 5-ročné obdobie, ktorí boli liečení na Chirurgickej

klinike SZU a následne na Oddelení cievnej chirurgie vo FNsP F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Tiež uvádzajú iniciálne skúsenosti s endovaskulárnou liečbou AAA – EVAR.

Postup riešenia AAA na našom pracovisku v rokoch 2005 – 2010

Peteja M., Dinaj R., Chmelo J., Pavlas L., Kučera D., Válka M.
Cévní chirurgie, Vaskulární centrum,
Vítkovická nemocnice, Ostrava

Retrospektívny pohľad na indikácie a spôsoby liečby AAA, akútnych aj chronických, v podmienkach Vaskulárneho centra v rokoch 2005 – 2010. Vyhodnotenie štatistiky endovaskulárnych a angiochirurgických metód.

Posúdenie ich zastúpenia v terapii v priebehu sledovaného obdobia.

Sesterská sekcia – súťaž

Cervikálny blok kontra celková anestézia pri CEA. Retrospektívna analýza

Kvasňovská G., Belanová M.
NÚSCH, a.s., Bratislava, OAİM

Kľúčové slová: pacient, karotická endarterektómia, cervikálny blok, celková anestézia. V ostatnom čase došlo ku zmenám anestetického prístupu k cievny chirurgickým operáciám. Dôraz sa kladie na bezpečnosť a komfort pacienta. Do popredia sa dostala regionálna anestézia, najmä pri karotickej endarterektómii. Cervikálny blok vytláča celkovú anestéziu. Cervikálny blok kontra celková anestézia pri CEA. Retrospektívna analýza – štatistika, benefity a prax.

Štandardizácia ošetrovateľských postupov u pacientov s karotiko-subklaviálnym bypassom

Schmidtová M.
Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a.s., Bratislava

Hlavnou témou našej prednášky bolo vytvorenie štandardných ošetrovateľských postupov pri liečbe pacientov s karotiko-subklaviálnym bypassom. V prednáške sa prezentujeme s vytvorenými štandardmi, ktoré sú aplikované na našom pracovisku. Štandardizáciou možno dosiahnuť významné zefektívnenie perioperačnej starostlivosti o pacientov s daným ochorením, čo

prispieva k zlepšeniu výsledkov liečby pacientov a práce sestry.

Koiling – šetrná liečba aneuryzmy

Šuttová G., Pomajbová A.
NÚSCH, a.s., Bratislava

Koiling je pomerne šetrná metóda uzatvárania mozgových aneuryziem u pacientov nevhodných na chirurgické riešenie, pretože pri nej nedochádza k manipulácii s mozgovým tkanivom. Základnými intervenčnými nástrojmi sú koily vyhotovené z kovových (platina) alebo nekovových materiálov s rôznou povrchovou úpravou a možnosťou nadefinovať rozličné tvary. Koily sa zavádzajú pod röntgenovou kontrolou do vaku aneuryzmy, kde sa uvoľňujú rôznym spôsobom (mechanicky, elektrolyticky, teplom a pod.). Počas zákroku sa do vaku aneuryzmy zavádza väčší počet koilov tak, aby sa vak vyplnil. Platinové špičalky v ňom spomalia krvný obeh, vytvoria prostredie pre trombotizáciu a aneuryzma sa uzavrie. Výhodou koilingu je jednoduchý prístup cez artériu femoralis a kratšie trvanie hospitalizácie. Nevýhodou je nižšia spoľahlivosť uzáveru aneuryzmy z prognostického hľadiska v porovnaní s chirurgickým zákrokom.

Kľúčové slová: Aneuryzmy mozgových artérií. Endovaskulárna liečba aneuryziem. Manažment ošetrovateľskej starostlivosti.

Manažment starostlivosti o pacienta s cievným prístupom

Kubizniaková M., Vlasatá Ľ., Vaľková M.
Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a.s., Košice

Manažment starostlivosti o pacientov s cievným prístupom – význam vytvorenia cievného

prístupu pre účely dialýzy – preoperačná príprava pacienta – pooperačná starostlivosť – edukácia pacienta pri prepustení do domácej starostlivosti.

Femoro-popliteálny bypass v prvom segmente

Tóthová E., Tóthová I.

Centrálné operačné sály, FNŠP, Nové Zámky

V prednáške sme sa zamerali na problematiku operačnej liečby ochorení aterosklerotických ciev dolnej končatiny. V práci stručne oboznamujeme s históriou, chorobami, diagnostikou a liečbou ciev. Približujeme prípravu a priebeh operácie a tiež pooperačné komplikácie.

Syndrom diabetické nohy

Heczková A., Pavladyová L.

Centrum cévni a miniinvazívni chirurgie, Nemocnice Podlesí a.s., Trinec

Tato přednáška je zaměřena především na projevy, patofyziologii a prevenci vzniku syndromu diabetické nohy. Diabetická noha vzniká hlavně kombinací diabetické angio- a neuropatie s ISCHDK. Projevuje se ztrátou citlivosti, poruchou regulace prokrvení, otěkááním a celkovou změnou rozměrů nohou, v konečném stádiu pak vzniku defektu a gangrénou. Prevence se dělí na celkovou a místní. Celková prevence spočívá ve striktním dodržování pokynů lékaře, co se týče dodržování správné diety a léčby diabetes mellitus. Místní prevence spočívá v péči o dolní končetiny, nošení správné obuvi, která je určena pro diabetiky. Důležité jsou také cviky postižených končetin.

Manažment bolesti u pacientov s kritickou končatinovou ischémiou

Ujhelyiová L.

Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a.s.,
Bratislava

Prednáška je zameraná na manažment bolesti u pacientov s kritickou končatinovou ischémiou. Príbližuje problematiku bolesti, charakter, typy ischemickej bolesti a poukazuje na dôležitú úlohu sestier v procese posudzovania a liečby bolesti. V prednáške je spracovaný a vyhodnotený prieskum zameraný na manažment bolesti. Objektom skúmania v prednáške bol vplyv bolesti na život pacientov s kritickou končatinovou ischémiou a analyzovaný vplyv bolesti na jednotlivé oblasti života pacientov, ich spokojnosť s poskytovanou úľavou od bolesti, prístup sestier k bolesti a využívanie možností posudzovania bolesti u pacientov.

Hydrochirurgický systém VERSAJET

Dembinná P., Fabišovská S.

Centrum cévni a miniinvasívnej
chirurgie, Nemocnice Podlesí a.s.,
Třinec

Hydrochirurgie predstavuje novou metodu, jež vychází z chirurgických principů ošetřování spodiny rány. Pracujeme s přístrojem Versajet (Smith&Nephew), který je určen k řezání a odstraňování neživé tkáně. Systém využívá malou trysku se sterilní tekutinou, přes pumpu pomocí vysokotlaké hadice. Proud tekutiny s sebou strhává vitální tkáň a odstraňuje ji ze spodiny včetně infekčního ranného exsudátu. Odpadní hadicí je odváděn hnis a rozpadající se nekrózy. Jednorázové sety umožňují chirurgovi volit

handpiece dle stavu nekrózy. Průměrné trvání jednoho zákroku je 35 minut. Nespornou výhodou je méně invazivní přístup, než u klasického chirurgického debridementu, okamžitý účinek, rychlost, přesnost, čistota a v neposlední řadě bezpečnost. Od roku 2006 jsme přístrojem VERSAJET ošetřili největší počet pacientů v České republice.

Aortobifemorální bypass z pohledu operační sestry

Zudlová Ľ., Derevaniková M.,
Dorňaková J.

Operačné sály, VÚSCH, a s., Košice

Prednáška sústreďuje pozornosť na prácu operačnej sestry počas aortobifemorálneho bypassu od prípravy pacienta a inštrumentária až po samotné inštrumentovanie a starostlivosť o inštrumenty po operácii vo VÚSCH, a.s.

Využitie VAC systému v kardiovaskulárnej chirurgii

Šomodiová A., Hartlová J.
NÚSCH, a.s., Bratislava

V.A.C. – VACCUM ASISTED CLOSURE – nová účinná nefarmakologická fyzikálna metóda liečby rán – pomáha naštartovať hojaci proces – podtlak podporuje hojenie – stimuluje granuláciu rán.

Nové systémy pre podtlakovú terapiu - viac než len prístroj



Advanced Wound Management
Smith & Nephew GmbH
Concorde Business Park 1/C/3
2320 Schwechat, Austria

www.smithnephew.at
www.smith-nephew.com

© Smith & Nephew GmbH
*Trademark of Smith & Nephew



DISTRIBÚCIA

Glynn Brothers Chemicals Slovakia, spol. s r. o.
Krajinská 87, 821 06 Bratislava
T (02) 45 64 23 11 F (02) 45 25 70 95
office@gbcmmedical.sk

Cievny prístup pre dialýzu a komplikácie

Aneurizmy a pseudoaneurizmy cievnych prístupov pre hemodialýzu

Galko J., Mondek P., Varga Z., Kacz M., Mesárošová S., Tóth J.
Oddelenie cievnej chirurgie, FN, Nitra

S nárastom počtu pacientov zaradovaných do dialyzačného programu rastie počet skonštruovaných primárnych a sekundárnych AV fistúl a logicky pribúda aj počet komplikácií. Jednou z nich, v extrémnych prípadoch ohrozujúcich pacienta až exsanguinačným krvácaním, sú výdute – aneurizmy a pseudoaneurizmy. V literatúre existuje značná nejednotnosť nielen terminologická, ale ani súčasné odporúčenia odborných spoločností neriešia komplexne odlišnosti výdutí autogénnych AV fistúl a AV graftov. Incidencia výdutí sa v literatúre udáva 0 – 17 % u autogénnych AV fistúl a 0 – 7 % u AV graftov. Autori v práci uvádzajú svoje 10-ročné skúsenosti s cievnyimi prístupmi. Z 572 operačných intervencií sa 34 (5,94 %) týkalo riešenia výdutí. Vzhľadom na zanedbateľný počet AV graftov (6) oproti primárnym a sekundárnym autogénnym AVF (428) sa všetky výdute, ako aneurizmy tak aj pseudoaneurizmy, týkali autogénnych prístupov. Hodnotia etiológiu, komplikácie, diagnostické a terapeutické možnosti aneuriziem a pseudoaneuriziem. Zdôrazňujú potrebu komplexnej diagnostiky a liečby s väčším využitím duplexnej sonografie a endovaskulárnych techník. Na záver prezentujú kazuistiku zriedkavej komplikácie – duplicitnej pseudoaneurizmy anatomickej varianty arteria brachialis iatrogénne ledovanej opakovanými kanyláciami.

Aneurysmorafie – nová metoda záchrany a/alebo úpravy AVF

Rokošný S., Baláž P., Adamec M.
Klinika transplantáčnej chirurgie, IKEM, Praha

Pro pacienty v chronickém renálním selhání je život zachraňující hemodialýza nebo úspěšná transplantace ledviny. Pro hemodialyzační léčbu je nezbytný správně umístěný a funkční cévní přístup, který se nejčastěji získává vytvořením arteriovenózních fistul (AVF). Obecně průchodnost AVF závisí na mnoha faktorech a podle studie Kallmana je primární průchodnost za 24 měsíců jen 36 %. Kromě limitované průchodnosti je dalším problémem AVF vznik pseudoaneurysma. Pseudoaneurysma je spojované se zvýšeným rizikem trombózy, infekce, krvácením, obtížnou kanylací, bolestivostí, ale i nepříjemným kosmetickým efektem. Autoři prezentují v IKEM vyvinutou techniku a nové instrumentarium k tomuto výkonu a výsledky primární průchodnosti pacientů (n=27) po aneurysmorafii AVF s implantací zevní párové PTFE protézy v letech 2007 – 2010.

Infekčné komplikácie po chirurgickom zavedení dialyzačných katétrov

Molčan T.
OCCH, FNsP, Nové Zámky

Alternatívnymi prístupmi pre dialýzu sú všetky rekonštrukcie realizované pre zabezpečenie bezchybnej hemodialýzy pomocou autológnych alebo umelých cievnych náhrad (Omniflow II kola-

génová protéza, rôzne typy PTFE umelej cievnej protézy) a všetky prístupy realizované pomocou dočasných alebo trvalých dialyzačných katérov.

Hoci sa tejto problematike venujú i niektorí nefrológovia na dialyzačných strediskách a anesteziológovia so skúsenosťami so zavádzaním, kanyláciou centrálnych žíl, hlavne v komplikovaných prípadoch po opakovaných punkciách veľkých žíl alebo pri uzáveroch žilového systému, sú so žiadosťou o inzerciu permanentného katétra oslovení aj cievni chirurgovia, najmä pri potrebe priameho chirurgického prístupu.

Zabezpečenie primeranej kvality života pacientov zaradených do chronického dialyzačného programu a zabezpečenie bezproblémového priebehu dialýzy z pohľadu ošetrojúceho personálu je hlavnou úlohou cievneho chirurga v tejto etape starostlivosti o pacientov s CHRI. Dostatočné prietoky pri aspirácii krvi cez venózne ramienko dialyzačného katétra ovplyvňuje jednak umiestnenie jeho špičky v centrálnych žilách, jednak jeho tvarová konfigurácia.

Infekcia protetického materiálu má mnoho dôsledkov u polymorbídnych, imunitne i zdravotne detoriovanych pacientov v chronickom dialyzačnom programe. Katérová sepsa s vývojom bakteriálnej endokarditídy po zavedení permanentného dialyzačného katétra je veľmi vážnou komplikáciou vyžadujúcou špeciálny prístup, agresívnu liečbu, neodkladnú intenzívnu liečbu a sledovanie pacienta na špecializovaných oddeleniach s finančne náročnou liečbou širokospektrálnymi antibiotikami v akútnej fáze, ale aj dlhodobou v rámci prevencie. Infekčné komplikácie rozdeľujeme na primárne v dôsledku chirurgickej intervencie a sekundárne v dôsledku zlej ošetrovateľskej starostlivosti a nízkeho hygienického štandardu pacientov v CHDP, podľa lokalizácie a šírenia infekcie

na ranovú infekciu, na katérovú sepsu s bakteriálnou endokarditídou alebo bez nej. Prevencia a liečba infekčných komplikácií patrí do kompetencie nefrólogov a cievnych chirurgov so skúsenosťami s riešením takýchto stavov, z komplexného pohľadu je potrebná prevencia krvácania, preventívne podávanie ATB a dodržiavanie prísnej asepsy.

V krátkosti sú prezentované kazuistiky pacientov s infekčnými komplikáciami dialyzačných katérov s jedinečnými prístupmi i špecifickými operačnými intervenciami a riešením postupu pri ďalších dialýzach.

Kazuistiky:

1. Zavedenie permanentného dialyzačného katétra transtorakálnym prístupom do VCS a PP
2. Zavedenie permanentného dialyzačného katétra cez VCI extraperitoneálnym prístupom na bruchu
3. Extrakcia infikovaného dialyzačného katétra z VCS transtorakálnym prístupom – pôvodné zavedenie katétra cez VII I. dx – neúspešná pre prirastenie katétra k cievnej stene s kalcifikáciou hrotu katétra i príľahlej cievnej steny

Možnosti cievneho prístupu na dialýzu u pacientov s centrálnym venóznym uzáverom

Kuročka M., Rusňák F., Beňo P., Horný L., Podolec M.

Oddelenie cievnej chirurgie, ÚVN SNP – FN chirurgická klinika, Ružomberok

U pacientov závislých na hemodialýze dochádza v dôsledku opakovaných perkutánných katetrizácií venózneho systému k flebotrombóze a uzáveru centrálného venózneho systému. V prípadoch funkčnej A-V fistuly to môže vyústiť k venóznej hypertenzii, opuchom horných končatín a následne k zlyhaniu cievneho prístupu. I napriek perkutánnej angioplastike a implantácii

stentu nedochádza k zlepšeniu stavu. Možnosťou cievného prístupu u pacientov s centrálnym žilovým uzáverom sú extraanatomické bypassy, ePTFE conduitmi. Conduity sú efektívnou voľbou permanentného hemodialyzačného prístupu. Naše skúsenosti a výsledky s touto metódou sú dobré.

Cievny prístup pre potreby dlhodobej hemodialyzácie

Kubíková M., Frankovičová M., Torma N., Smola A., Tomečko M., Arendárčik F., Sihotský V., Staško P.
Klinika cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a. s., Košice

Pre pacientov v dlhodobom hemodialyzačnom programe je dobrý cievny prístup základnou podmienkou úspešnej liečby. Vyhotovenie dobrého cievného prístupu si vyžaduje znalosti a skúsenosti cievného chirurga. Na Klinike cievnej chirurgie vo VÚSCH, a. s., Košice, sme v období rokov 2006 – 2010 uskutočnili 527 operácií v súvislosti s cievnyim prístupom a 126 poperácií, kde sme zavádzali perm-cath. Autori v prednáške analyzujú možnosti cievného prístupu a prezentujú dlhodobé skúsenosti a výsledky ich vyhotovení.

Úskalia hemodialyzačných katétrov

Krbúšik G., Šramková M.
B. Braum HDC Partizánske

Príspevok o najčastejších úskaliach pri využívaní hemodialyzačného prístupu katétrom: inzercia katétra – krvácanie – dysfunkcia – trakcia – trombóza – infekčné komplikácie.

Endovaskulárna revaskularizácia centrálnych venózných lézií u dialyzovaných pacientov / Endovascular revascularization of central venous lesions in hemodialysed patients

Lesný P., Malík M., Bilický J., Mondek P., Galko J.
I. rádiologická klinika LFUK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava, Oddelenie cievnej chirurgie, FN Nitra

Centrálna venózna lézia u pacientov v chronicom dialyzačnom programe predstavuje závažnú komplikáciu z hľadiska realizácie samotnej dialyzačnej liečby ako aj vzniku končatinovej venózne hypertenzie. Etiopatogeneticky sa na vývoji centrálnej venózne stenózy alebo oklúzie podieľa hyperkinetická cirkulácia podmieňujúca neointimálnu hyperpláziu ako aj mechanický vplyv permanentného katétra s potenciálom nielen hyperplastickým, ale aj apozične trombotickým. Incidencia tejto komplikácie sa v literatúre uvádza v rozsahu 14 – 30 % u dialyzovaných pacientov. Ak prístupom zavedenia permanentného katétra je vena subclavia, riziko centrálnej venózne lézie je zvlášť vysoké, incidencia dosahuje 42 – 50 %, v prípade transjugulárneho prístupu incidencia je podstatne nižšia – 10 %. Chirurgické riešenie polytetrafluoretylenovým (PTFE) alebo venóznym bypassom je zriedkavý, komplikovaný výkon spravidzaný signifikantnou morbiditou a mortalitou, rezervovaný pre pacientov so zlyhanou endovaskulárnou intervenciou a s absenciou iného dialyzačného prístupu. Endovaskulárna revaskularizácia centrálnej venózne stenózy alebo oklúzie

sa v súčasnosti odporúča ako metóda prvej voľby. Prvý referoval v literatúre o perkutánnej translúmenovej dilatácii (PTA) v uvedenej časti žilového riečiska Glanz a spol. v r. 1984 s údajom 100 % technickej úspešnosti. Nevýhodou izolovanej PTA v centrálnej venózne lokalizácii je včasnejšia restenóza ako na periférnej žile. Centrálné venózne lézie sa rozdeľujú na neelastické, s priaznivým PTA účinkom, a elastické, s neefektívnou alebo nedostatočne efektívnou PTA. Podľa intravaskulárnej ultrasonografie je štruktúra oboch typov lézií odlišná. Literárne údaje svedčia pre širokú variabilitu výslednej priechodnosti po PTA. Primárna 6-mesačná priechodnosť je v rozsahu 23 – 63 %, kumulatívna priechodnosť 29 – 100 %. Primárna 12-mesačná priechodnosť dosahuje hodnotu v rozsahu 12 – 50 % a a kumulatívna 13 – 100 %. Prekonanie elastického recoilu implantáciou stentu sa stalo častým výkonom, ktorý viedol k takmer 100 % bezprostrednej technickej úspešnosti a u časti pacientov k predĺženiu priechodnosti s nezriedkavou nutnosťou reintervencie, spočívajúcej v PTA alebo zavedení ďalšieho stentu. Doterajšie usmernenia renomovanej intervenčnej rádiologickej a nefrologickej spoločnosti v USA odporúčajú aplikovať nepotiahnutý stent pri zlyhaní PTA, restenóze do 3 mesiacov alebo pri porušení žilovej steny.

Výsledky s použitím nepotiahnutého stentu publikované v písomníctve konštatujú vysokú technickú úspešnosť, dosahujúcu 100 %, 6-mesačnú primárnu priechodnosť v rozsahu 42 – 89 %, kumulatívnu 55 – 100 % a 12-mesačnú primárnu 14 – 73 %, kumulatívnu 31 – 91 %. Pre blízku budúcnosť sa vkladajú nádeje do využitia výhod protézou krytého stentu – periférneho stentgraftu, najmä z aspektu zamedzenia neo-

intimálnej hyperplastickej restenózy. V novembri 2010 publikovaná štúdia S. Kundua a spol. so 14 pacientami, u ktorých sa implantovali PTFE stentgrafty, opodstatňuje iniciálny optimizmus. Primárna 3, 6 a 9-mesačná priechodnosť bola 100 %. Autori prednášky prezentáciou malého súboru 7 pacientov predkladajú vlastné skúsenosti s endovaskulárnym riešením centrálnych venóznych lézií.

Možnosti endovaskulárnej liečby dialyzačných prístupov

Vozár M., Kmeťková K., Opravil Z.
Oddelenie rádiológie SÚSCCH, a.s.,
Banská Bystrica

U pacientov so zlyhávajúcim dialyzačným prístupom pretrvávajú v súčasnosti trend založenia nového prístupu, čo pri pomerne krátkej (2 – 3 roky) priemernej priechodnosti AVF a AVG môže viesť v pomerne krátkom čase k spotrebovaniu všetkých možností a k nutnosti dlhodobého používania CVK. Autor v práci prezentuje prehľad liečebných možností endovaskulárnej liečby dialyzačných prístupov. Zaoberá sa endovaskulárnou liečbou zlyhávajúceho prístupu, centrálnych venóznych stenóz, porúch maturácie AVF a trombózy prístupu, vrátane indikácií a kontraindikácií k liečbe ako aj technikou jednotlivých výkonov.

Endovaskulární terapie u selhávajících dialyzačních zkratů

Porod J.
AngioCentrum, Příbram

Endovaskulární metody představují pro pacienty s cévními přístupy pro dialýzu možnost

zásadního zlepšení funkčnosti jejich dialyzačního zkratu, neboť mohou účinně řešit stavy vyvolávající insuficienci zkratu (různé formy PTA, embolizace žilních spojek), uzávěr zkratu (aspirační trombektomie, trombolýza), centrální stenózy (PTA a stenting). Současné možnosti

endovaskulárních výkonů jsou poměrně široké a jejich počet narůstá, díky kombinaci chirurgických a endovaskulárních metod je možné udržet průchodnou většinu zkratů. Stručný souhrn dostupných endovaskulárních metod je součástí tohoto sdělení.

Ochorenia tepien dolných končatín

Aneurysmata infrainguinálných tepen a pseudoaneurysmata cévních anastomos jako příčina závažných stavů v cévní chirurgii

Blaha L., Říha D., Fllipiak M., Šolek R.

Centrum cévní a miniinvasivní chirurgie, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec

Aneurysmata infrainguinálných tepen dolní končetiny nejsou jistě tak častá, jako aneurysmata abdominální aorty nebo pánevních tepen. Při výskytu komplikací tohoto onemocnění může být bezprostředně ohrožen život pacienta. Častěji je však ohrožena dolní končetina irreverzibilní ischemií. Mezi těmito výdutěmi je nejčastější aneurysma popliteální arterie. Jiné lokalizace jsou méně obvyklé. Je nutné si uvědomit, že velké procento těchto výdutí se poprvé projeví až závažnou cévní komplikací. Může jít o symptomy chronické ischemické choroby dolních končetin, útlak okolních struktur, bolestivost, postupná sukcesivní embolizace do periferie tepen DKK, ... Velmi často se však poprvé projeví jako akutní ischemie dolní končetiny s nutností akutní či urgentní revaskularizace (velmi často komplikovanou) s resekcí či exkluzí výdutě. Jinou akutní komplikací výdutě může být její ruptura a krvácení. Podobnou symptomatologii mohou mít také pseudoaneurysmata

v anastomosách cévních rekonstrukcí. Ve sdělení prezentujeme soubor pravých i nepravých výdutí řešených na našem pracovišti v letech 2002 – 2010. Velmi často ve spolupráci s našimi intervenčními radiology uplatňujeme hybridní interdisciplinární (endovaskulárně – chirurgický) přístup v terapii těchto stavů. V závěru klademe důraz na elektivní řešení výdutí ještě před vznikem závažných komplikací.

Průchodnost pánevních intervencí – je ovlivněna infrainguinálním bypassem?

Mazur M., Dostálík J., Guňka I.,

Martínek L., Guňková P., Mayzlík J.

University Hospital Ostrava

Cíl: Dodnes není jednoznačná odpověď, zda úprava špatného výtokového traktu infrainguinálním bypassem zlepší u nemocných s více etážovým tepenným postižením dlouhodobou průchodnost pánevních intervencí. Naší snahou bylo na tuto otázku odpovědět.

Materiál a metody: Z období od 1. 1. 2003 do 31. 5. 2005 byly zhodnoceny dvě skupiny revaskularizovaných nemocných s obdobným angiografickým postižením pánevního i femoropopliteálního řečiště a statisticky porovnatelnými vstupními

parametry. V prvnj skupině čítající 38 výkonů byl proveden cévním chirurgem hybridní výkon (skupina 1) – jednodobá pánevní intervence s infrainguinálním ipsilaterálním bypassem, u druhé skupiny čítající 43 pacientů byla provedena v katetrizační laboratoři angioradiologem samotná perkutánní pánevní intervence (skupina 2).

Výsledky: Medián sledování byl 71 měsíců (60 – 68). Třiletá primární průchodnost pánevních intervencí byla v hybridní skupině (skupina 1) 83 %, u PTA skupiny (skupina 2) 72 %. Pětiletá pak byla u hybridní skupiny 77 %, u PTA 69 %. U sekundární průchodnosti byla tří- a pětiletá průchodnost u hybridní skupiny 94 %, u PTA skupiny 83 %. Statisticky jsme neprokázali, že špatný infrainguinální výtokový trakt je negativním faktorem primární průchodnosti pánevní intervence (K-M, log rank test, $p=0,58628$), taktéž i sekundární ($p=0,11474$).

Závěr: Z dlouhodobého hlediska nelze špatný výtokový trakt považovat za nezávislý rizikový faktor průchodnosti pánevní intervence. Infrainguinální bypass v rámci hybridních výkonů výsledky pánevní intervence nezlepší.

Prínos hybridních výkonov v cievej chirurgii pre pacienta

Kováč P., Vaško J., Šimko M., Šeliga P., Javiláková J., Leško M., Macková A., Dorušinec M.

Oddelenie cievej chirurgie,
FNsP J. A. Reimana, Prešov

Hybridné výkony v cievej chirurgii znižujú invazivitu u rizikových a polymorbidných pacientov pri ischémii DK, aneurizmách alebo poraneniach ciev. Dovoľujeme si odprezentovať súbor 15 polymorbidných pacientov, z toho 14 mužov,

s prevažným postihnutím dolných končatín. V 14 prípadoch išlo o obliterujúce postihnutie pri ateroskleróze a v 1 prípade o embolizáciu do a. brachialis pri stenóze a.subclavia. V 6 prípadoch išlo o kritickú končatinovú ischémiu a 9 prípadoch o multietážové postihnutie arteriálneho systému. U 8 pacientov bol už predtým vykonaný rekonštrukčný výkon. Všetci pacienti boli úspešne rekonštruovaní. V 3 prípadoch bola rekonštrukcia komplikovaná – krvácaním, ischémiou DK a trombotizáciou sheathu. Všetky komplikácie boli úspešne vyriešené.

Záver: Keďže ide väčšinou o gerontov a polymorbidných pacientov s vysokým operačným rizikom, hybridné výkony sú pre nich obrovským prínosom pri menšej invazivite výkonu a skrátení doby operácie.

Nejčastejší komplikace endovaskulární terapie ICHDK na našem pracovišti a jejich prevence

Wierzgoń M., Holesz S., Kamarád M.

Oddělení Intervenní radiologie
Nemocnice Podlesí, Třinec

Cíl: Presentace charakteru a četnosti nejčastějších závažných komplikací endovaskulární terapie ICHDK a preventivních opatření jejich výskytu vyplývajících z vlastních zkušeností

Metodika: V přednášce jsou využity vnitřní statistické údaje oddělení za roky 2008 – 2010. Za toto období endovaskulární zákrok podstoupilo celkem 1680 pacientů. Do statistiky četnosti nebyly zahrnuty diagnostické angiografie. Sledovány byly tyto druhy komplikací: revize společné stehenní tepny pro krvácení, revize téže tepny pro pseudoaneurysma (dále PSA), celkový počet PSA, trombóza punktované tepny, distální embolizace

vyžadující revizi, ruptura tepny bez a s chirurgickou revizí, mozkové a jiné krvácení během intraarteriální trombolýzy (dále TL)

Výsledky: nejčastější komplikací se ukázala nutnost revize společné stehenní tepny pro krvácení s četností 0,6 %. Ve všech případech se jednalo o antegrádně vedený vpich. Hlavní preventivní opatření: minimalizovat velikost používaného instrumentaria, vytahovat pouzdro (sheath) při hodnotě aPTT 45 a méně za těchto okolností: velikost sheathu 7F a více, zavedená duální antiagregační terapie, dialýzování pacienti a komprese po ukončení intraarteriální trombolýzy. Druhou nejčastější komplikací je výskyt PSA s četností 0,36 %. Hlavní prevencí kromě výše vyjmenovaných je punkce tepny přesně nad hlavici stehenní kosti, což umožňuje naložení účinného kompresivního obvazu. Na třetím místě je trombóza punktované tepny s četností 0,3 %. Ve většině případů se jednalo o trombózu při punkci gracilnější brachiální tepny, proto při průměru této tepny pod 3 – 4 mm její punkci neprovádíme. Stejnou četnost (0,3 %) má výskyt krvácení během TL (kromě mozkového). Četnost dalších komplikací: mozkové krvácení během TL 0,18 %, resp. 1,9 % z celkového počtu TL, distální embolizace s nutností revize 0,18 %, ruptura tepny s revizí 0,05 %, revize třísla pro PSA a ruptura tepny bez revize 0 %. Účinná prevence krvácivých komplikací vzniklých během TL prakticky neexistuje, lze je snad minimalizovat správným výběrem pacientů a dodržováním obecně platných postupů, resp. používáním alternativních metod typu mechanické trombektomie. Prevence ruptury tepny během PTA dle našeho názoru neexistuje.

Závěr: Četnost výše uvedených komplikací považujeme za akceptabilní. V současné době hlavní pozornost zaměřujeme na dodržování zásad prevence nejčastějších krvácivých komplikací

z punktované tepny a v rámci objektivních možností krvácivých komplikací intraarteriální trombolýzy.

Revaskularizace chronického uzávěru femorální oblasti: První výsledky srovnání chirurgického bypassu a subintimální rekanalizace u klaudikantů

Kozák J., Köcher M., Fialová J., Černá M., Indráková J., Utíkal P., Buřval S.
Radiologická klinika, FN, Olomouc

Úvod: Ischemická choroba dolních končetin je ve více než 30 % zapříčiněna uzávěrem femorální oblasti na podkladě arteriosklerózy (80 %). Revaskularizaci v této oblasti lze provést klasicky chirurgicky metodou bypassu nebo endovaskulárně metodou subintimální rekanalizace (SIR).

Cíl: Retrospektivní zhodnocení střednědobých výsledků revaskularizace pomocí FP bypassu nebo SIR u pacientů s klaudikací při uzávěru AFS.

Materiál a metodika: V období od února 2002 do září 2010 bylo provedeno 213 revaskularizací – 127 supra genu FP bypassů a 85 SIR. Klinickou indikací k výkonu byly klaudikace při uzávěru povrchové stehenní tepny. Sledovali jsme technickou a klinickou úspěšnost revaskularizace.

Výsledky: Technická úspěšnost výkonu v souboru SIR dosáhla 97,6 % resp. 100 % u FP. Nezaznamenali jsme závažné komplikace celkové ani místní v souvislosti s provedenými výkony, které by ovlivnily celkový výsledek a průchodnost revaskularizace. V přednášce budou prezentovány střednědobé výsledky obou metod.

Závěr: SIR je jednoduchá a bezpečná metoda léčby chronických uzávěrů FP oblasti s vysokou

technickou úspěšností a uspokojivou primární průchodností. Je alternativou chirurgické léčby u polymorbidních nemocných. Vzhledem k lepším dlouhodobým výsledkům je FP bypass vhodnější pro pacienty s delším předpokladem přežití.

Význam profundoplastiky při záchrane ohrožené končatiny

Frankovičová M.

Klinika cievnej chirurgie VÚSCH, a.s.,
Košice

Ischemická choroba dolných končatín je v indikovaných prípadoch liečená endovaskulárne, chirurgicky a konzervatívne. V našej prezentácii si dovoľujeme demonštrovať pacientov s pokročilými príznakmi ischemickej choroby dolných končatín, ktorým sme sa rozhodli, pre záchranu ohroženej končatiny, vykonať profundoplastiku.

Peroperační intraarteriální trombolýza v terapii akutní končetinové ischémie

Baláž P., Rokošný S.

Klinika transplantační chirurgie, IKEM,
Praha

Akutní končetinová ischémie je stav ohrožující končetinu, který je způsoben embolizací nebo trombózou nativního řečiště či cévní náhrady. Neodkladné chirurgické řešení balónkovou tromb/embolektomií je metodou volby u pacientů ve stádiu II.B akutní ischémie podle Rutherfordovi klasifikace. Operační tromb/embolektomie je často nekompletní a reziduální trombus vede k chudé revaskularizaci se zvýšeným rizikem ztráty končetiny, nebo ke zhoršení klinického stavu ve srovnání před epizodou ischémie. Podle rozsahu reziduálního trombu po chirurgické trombektomii můžeme zvolit jednu ze tří metod peroperační intraarteriální trombolýzy. Předkládaný článek podává přehled o indikacích a technickém provedení této metody a popisuje kazuistiku prvního takto léčeného pacienta u nás. Kombinace peroperační intraarteriální trombolýzy a balónkové tromb/embolektomie se jeví be zpečnou a efektivní metodou v terapii akutní končetinové ischémie.

Endovaskulárna a robotická liečba ochorení aorty

Některé ojedinělé roboticky asistované cévní výkony

Štádlér P., Dvořáček L., Vitásek P., Matouš P.

Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha

Rozvoj laparoskopie v cévní chirurgii nebyl nikdy tak mohutný jako v chirurgii všeobecné a navzdory publikovaným pracím s velmi pozoruhodnými výsledky nebyla nikdy laparoskopická cévní chirurgie obecně přijata. Mezi její hlavní problém patří doba operačního výkonu a hlavně délka svorky, se kterou souvisí obtížnost šití cévní anastomózy. Medicína však v poslední době doznává revolučních změn a ty se nevyhýbají ani oboru cévní chirurgie. Roboticky asistovaná chirurgie představuje další stupeň rozvoje miniinvasivních metod. Robotické operační systémy zvyšují přesnost, kontrolu a zručnost provedení chirurgického zákroku a nabízejí pacientům kvalitativně vyšší stupeň operačních zákroků. Autoři na základě svých zkušeností s více jak 190 roboticky asistovanými cévními rekonstrukcemi v aortoiliacké oblasti uvádějí některé méně obvyklé zákroky, ke kterým patří hybridní výkony, operace výdutě pánevní a lienální tepny nebo resekce a náhrada aortoiliacké výdutě, které byly úspěšně na pracovišti provedeny. Od dubna 2010 byl modifikován i operační přístup, kdy bylo upuštěno od laparoskopické preparace a celý výkon je prováděn roboticky. Za pozornost jistě stojí i některé specifické kroky, které autoři při roboticky asistovaných výkonech používají.

Roboticky asistované laparoskopické cévní rekonstrukce aortoiliacké oblasti

Dvořák M., Novotný T., Staffa R.
II. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny, Brno

Úvod: V posledních několika letech je obecným trendem v chirurgii rozvoj minimálně invazivních přístupů. Většímu rozvoji laparoskopie v cévní chirurgii brání mimo jiné dlouhý learning curve endoskopického šití cévní anastomózy. Zavedením robotického systému se podařilo tuto limitaci odstranit. Cévní tým II. chirurgické kliniky se počtem úspěšně odoperovaných pacientů řadí mezi nejúspěšnější cévní robotická centra. V našem sdělení chceme zhodnotit 4-leté zkušenosti s robotickým systémem v cévní chirurgii.

Metodika: Operace provádíme kombinovaným přístupem za použití laparoskopie a robotického systému da Vinci (Intuitive Surgical Inc., Sunnyvale, CA, USA). Používáme transperitoneální přímý přístup k aortě. Centrální anastomózu našíváme robotickým systémem. Periferní anastomózy jsou našity klasickou technikou. Metodu jsme hodnotili na podkladě pooperačního průběhu a počtu komplikací.

Výsledek: Od května 2006 do prosince 2010 jsme provedli celkem 56 roboticky asistovaných cévních rekonstrukcí pro okluzi v aortoiliacké oblasti (44 mužů, 12 žen). Implantovali jsme 28 aorto-bifemorálních bypassů, 26 aorto-femorálních a 2 iliako-femorální bypassy. Průměrný věk pacientů našeho souboru byl 58 let. Medián času našití

proximální anastomózy, medián clamping time a medián celkového operačného času byly 25, 60 a 280 minút. Medián pobytu na JIP po výkonu 2 dny. V průběhu sledování (medián 16 měsíců; rozmezí 1 – 57 měsíců) byly zaznamenané 3 časné uzávěry rekonstrukce (5 %), všechny pro insuficientní výtok – vyřešeny prodloužením rekonstrukce a jedna infekce cévní rekonstrukce (2 %). Nebyly pozorovány žádné kardiální či pulmonální komplikace, uroinfekty. Pooperační mortalita nulová. Z pozdních komplikací 1x kýla v portu (1,7 %). Sekundární průchodnosť rekonstrukcí je 100 %.

Závěr: Přínosem roboticky asistovaných tepenných rekonstrukcí v aortoiliakofemorální oblasti je ve srovnání s laparoskopií především dosažení kratších časů našíť proximální anastomózy a kratší clamping time. Celkový operační čas je podobně jako v případě ostatních miniinvazivních výkonů delší v porovnaní s otevřeným výkonem. Toto prodloužení však nebylo v našem souboru spojeno se zvýšeným počtem pooperačních komplikací. Robotické cévní výkony tak mohou představovat miniinvazivní alternativu řešení okluзивního onemocnění aortoiliaké oblasti.

Spontánná disekcia infrarenálnej aorty – raritná diagnóza v cievnjej chirurgii

Dulka T., Vulev I., Klepanec A., Zita Z., Žernovický F., Tomka J., Necpal R., Žúdelová L., Šefránek V.
Klinika cievnjej chirurgie NÚSCH, a.s., Bratislava

S izolovanou disekciou infrarenálnej časti aorty sa cievnny chirurg stretáva veľmi zriedka. V literatúre sa uvádza menej ako 2% výskyt v porovnaní s di-

sekcioou ascendentnej aorty (70 %), descendentnej aorty (20 %) a aortálneho oblúka (7 %). Príčinou disekcie môže byť trauma, poškodenie steny aorty pri endovaskulárnych výkonoch alebo ide o jej spontánny vznik. Na rozdiel od aneuryziem aterosklerotického pôvodu sa izolovaná disekcia aneuryzmy infrarenálnej aorty alebo disekcia steny nedilatovanej aorty prejaví takmer vždy aj kliniky. Symptómy nie sú špecifické. Rýchla expanzia falošného lúmenu je sprevádzaná najčastejšie ischemickými zmenami na dolných končatinách, ktoré vznikajú na podklade uzáveru tepny alebo periférnej embolizácie, bolesťou v lumbosakrálnej oblasti alebo abdominalgiou. Liečba je v súčasnosti najčastejšie endovaskulárna. Pri disekujúcich aneuryzmách postupujeme obdobne ako pri klasických typoch aneuryziem. Rizikovní pacienti s vhodnými anatomickými pomermi sú indikovaní na endovaskulárny výkon, menej rizikovní na konvenčnú chirurgickú liečbu. V prípade asymptomatických chronických disekcií je na mieste aj dlhodobé pravidelné sledovanie pacienta. Na Klinike cievnjej chirurgie NÚSCH, a.s., v Bratislave boli za posledný rok ošetrení pre izolovanú disekciu infrarenálnej aorty štyria pacienti. V troch prípadoch boli intimálne flapy stabilizované použitím samoexpandibilných stentov alebo stentgraftov. V jednom prípade bola ošetrená disekujúca aneuryzma infrarenálnej aorty chirurgicky implantáciou dacronového lineárneho interpozita. U všetkých pacientov bola liečba úspešná. Falošný lúmen bol kompletne eliminovaný pri nulovej hospitalizačnej mortalite.

Záver: So zlepšenou dostupnosťou neinvasívnych zobrazovacích techník má diagnostika tejto patologickej jednotky narastajúci trend. Pre prognózu pacienta má jej včasné odhalenie spoločne so správnym terapeutickým postupom zásadný význam.

Endovaskulární léčba juxtarenálních aneurysmat abdominální aorty fenestrovanými stentgrafty – střednědobé výsledky

Köcher M., Utíkal P., Černá M., Bachleda P., Kozák J., Dráč P., Buřval S.
Radiologická klinika – Oddělení intervenční radiologie, II. chirurgická klinika, FN Olomouc

Cíl: Možnost endovaskulární léčby aneurysmat abdominální aorty závisí na vhodné morfologii jak vlastního aneurysmatu, tak pánevního řečiště. Nejvýznamnějšími parametry ovlivňujícími z technického hlediska zásadně možnost endovaskulární léčby je délka proximálního krčku a angulace subrenální aorty. Cílem sdělení je zhodnotit střednědobé výsledky léčby juxtarenálních aneurysmat fenestrovanými stentgrafty.

Materiál a metodika: Fenestrovaný stentgraft je indikovaný u aneurysmat s proximálním krčkem kratším než 10 mm nebo s krčkem kratším než 15 mm a konickým tvarem nebo přítomným trombem. K implantaci fenestrovaného stentgraftu bylo indikováno na našem pracovišti podle výše uvedených kritérií od roku 2002 do roku 2010 18 nemocných. K výkonu jsme použili u 3 nemocných „home-made“, u 15 pacientů „custom-made“ stentgraft. Fenestrace byly vytvořeny na základě individuální anatomické situace hodnocené z předoperačního CT vyšetření.

Výsledky: Výkon byl technicky úspěšný u všech nemocných, všechny fenestrace byly správně umístěny. Celkem jsme umístili 47 fenestrací (32 fenestrací v užším slova smyslu a 15 vykrojení). Primární endoleak jsme nezaznamenali.

Průměrná doba sledování byla 27 měsíců (3 – 72 měsíců). Primární průchodnost viscerálních tepen je v našem souboru 95,75 %. Z pozdních komplikací jsme zaznamenali sekundární endoleak u 3 nemocných (2x endoleak II, 1x endoleak III), uzávěr raménka stentgraftu u 1 nemocného a uzávěr renální tepny u 2 pacientů.

Závěr: Léčba juxtarenálních aneurysmat abdominální aorty fenestrovanými stentgrafty je technicky dobře proveditelná. Zlepšení proximální fixace přispívá ke snížení rizika migrace stentgraftu a proximálního endoleaku a tím rozšiřuje indikace endovaskulární terapie aneurysmat abdominální aorty. Ve srovnání s konvenčními stentgrafty však tato léčba představuje vyšší riziko poškození renálních funkcí zvláště u nemocných s již preexistujícím onemocněním ledvin. Přesto jsou dnes juxtarenální aneurysmata vzhledem k menší pravděpodobnosti poškození renálních funkcí ve srovnání s chirurgickou léčbou indikována k endovaskulární léčbě, a to fenestrovanými stentgrafty. Nevýhodou této léčby je bezesporu cena.

Zkušenosti s endovaskulární léčbou aneurysmat břišní aorty na Chirurgické klinice FN v Plzni (2001 – 2011)

Houdek K., Treska V., Molacek J.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice, Plzeň

Úvod: Aneurysma abdominální aorty (AAA) je stále na předních příčkách v příčinách úmrtí mužů starších 60 let. EVAR (endovascular aneurysmal repair) je v mnoha centrech cévní chirurgie metodou volby při léčbě aneurysmat. Tato metoda je však zatížena specifickými komplikacemi.

Metoda: Autoři prezentují výsledky EVAR na Chirurgické klinice Fakultní nemocnice v Plzni za období uplynulých 10 let. V retrospektivní studii jsou uvedena data 127 pacientů, kteří ve sledovaném období podstoupili léčbu AAA metodou EVAR.

Výsledky: Celková morbidita v našem souboru dosahovala 43,3 % a do 30 dnů po operaci zemřeli 4 (3,2 %) pacienti. Nejčastější komplikací byl endoleak. Z tohoto důvodu 6 (4,7 %) pacientů muselo podstoupit další radiointervenční výkon a u 3 (2,36 %) pacientů si tato komplikace vyžádala operaci.

Závěr: Endoleak je nejčastější komplikací po EVAR. Léčba endoleaku je závislá na jeho typu. Přesto je EVAR poměrně bezpečnou metodou s nízkým výskytem závažných komplikací. Při srovnání s klasickým chirurgickým přístupem – resekci a náhradou, má EVAR nižší 30-denní mortalitu, ale vyšší morbiditu.

Práce vznikla s podporou grantu FAD, číslo projektu 7. rámcového programu EU: 200647

Aktuální stav léčby ochorení aorty

Holomář M.

Klinika srdcovej chirurgie NÚSCH, a.s.,
Bratislava

Autor na základe počtov kardiochirurgických operácií v mimotelovom obehu krvi na Slovensku a percentuálnom podiele na operáciách aneuryziem aorty pracovník – Bratislava, Košice, B. Bystrica – prezentuje súčasný stav liečby ochorení aorty na Slovensku.

Ciel: Podeliť sa s našimi skúsenosťami s liečbou ochorení aorty v NÚSCH, a.s., a poukázať na potrebu a aktuálne možnosti manažmentu a liečby.

Materiál, metódy, výsledky: Od októbra 2003 do konca roku 2010 sme urobili 435 operácií aneuryziem aorty a z toho len 10 chirurgických výkonov v oblasti hrudníkovej aorty. Technikou TEVAR, PEVAR sme liečili 162 pacientov. Indikáciou bola Stanford B disekujúca aneuryzma (n=58), degeneratívna aneuryzma (n=45), z toho 23 TAAA, posttraumatická aneuryzma (n=27), symptomatický penetrujúci ulcus aorty (n=25), pseudoaneuryzma po operácii koarktácie aorty (n=7), rekoarktácia po operácii CoAo (n=1) a 2 AAA-EVAR po TEVAR. Od roku 2005 robíme hybridné (kombinácie endovaskulárnych a angio – a kardiochirurgických postupov) a kombinované operačné postupy. Kombinované operačné postupy sme použili u 18 pacientov. Urobili sme 3x operáciu podľa Bentalla pre aneuryzmu ascendentnej aorty a v druhom sedení TEVAR pre aneuryzmu descendentnej aorty. 15 pacientom sme pred plánovaným prekrytím supraaortových artérií pri endovaskulárnej liečbe uskutočnili rôzne typy rekonštrukčných výkonov od aortobikarotického bypassu (n=2), karotikosubklaviálneho bypassu (n=2) po „aortic debranching“ (n=3). Hybridné operačné postupy sme použili u 17 pacientov. U 1 pacienta sme pre aneuryzmu oblúka aorty po aortobikarotikom bypassu implantovali stent-graft. Od roku 2007 sme u 16 pacientov počas operácie akútnej Stanford A disekcie implantovali Djumbodis stent v mimotelovom obehu krvi. TEVAR výkony uskutočňujeme na katetrizačnej sále (intervenčný rádiológ a kardiochirurg) v epidurálnej anestéze (len 3x v CA) bez chirurgickej konverzie. Od decembra 2008 implantujeme stentgrafty len perkutánne systémom – Prostar – XL (n=74) PEVAR. Čo musíme urobiť, aby sa situácia zlepšila? Je nevyhnutné okamžite okrem zvýšenia

počtu kardiochirurgických a endovaskulárnych výkonov akceptovať nový prístup k detekcii aneuryziem aorty. 95 % AA je asymptomatických a sú riešené len pri komplikáciách. Urgentná je potreba screeningových testov, biomarkerov, aktívne vyhľadávanie a sledovanie pacientov. Otázka prekrytia a. subclavia sin. počas EVL je znova diskutovaná vzhľadom na cerebrálne, brachiálne a spinálne komplikácie. Problematika aneuryziem u pacientov s Marfanovým syndrómom, pacientov s koarktáciou a rekoarktáciou aorty a pacientov

s poranením aorty sa dostáva do popredia záujmu EVL. Stále viac sa presadzuje nová stratégia manažmentu TAAA s akceptovaním indikácií na chirurgickú, hybridnú (debranching + EVL) a EVL pomocou fenestrovaných a nových modulárnych stentgraftov.

Záver: Dostupné medicínske dôkazy a naše výsledky potvrdzujú, že TEVAR resp. PEVAR a hybridné operačné postupy predstavujú účinné metódy liečby ochorení aorty. Na Slovensku je urgentná potreba riešiť liečbu ochorení aorty.

Ochorenia karotických artérií

Indikujeme správne intervencie na karotidách?

Říha D., Bobuš M., Filipiak M., Bulejčík J., Blaha L., Šolek R.

Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec

Cieľom práce je upozorniť na nové poznatky, ktoré vyvolávajú nové otázky ohľadom našich indikácií. Pomerne jednoduchá situácia je u symptomatických stenóz karotických tepien, kde percentuálne vyjadrenie stenózy ACI dáva pomerne jasnú indikáciu na chirurgickú alebo endovaskulárnu intervenciu. U stenóz asymptomatických by sme mali brať do úvahy nielen stupeň stenotizácie AS plátu, ale aj jeho vulnerabilitu. Detekcia vulnerabilného plátu sa zdá byť onou hlavnou otázkou správnej indikácie u asymptomatických stenóz. Zo štatistiky je známe, že vo vyššom veku je prevalencia stenóz ACI nad 50 % nízka (do 5 %), prevalencia stenoz pod 50 % je však

asi 70 %. A práve symptómy z týchto (tzv. nevýznamných) stenóz sú v populácii relatívne časté (bolo by treba intervenovať). Na druhej strane z klinického hľadiska je zrejmé, že veľké množstvo významne stenotizujúcich plátov nikdy nespôsobí CMP/TIA (tu by sme nemuseli pacientov vystavovať riziku operácie, alebo endovaskulárneho výkonu). V práci rozoberáme diagnostické možnosti na odhalenie vulnerability plátu a na záver uvádzame vlastné výsledky.

Debranching výkony na supraaortových vetvách aorty pri endovaskulárnej liečbe aortálnej patológie

Tomka J., Dulka T., Zita Z., Vulev I., Holomáň M., Klepanec A., Necpal R. Klinika cievnej chirurgie NÚSCH, a.s., Bratislava

K významnému pokroku v rozvoji a rozsahu endovaskulárnej liečby hrudnej aortálnej pato-

lógie (oblúka aorty a descendentnej hrudnej aorty) prispeli anatomické a extraanatomické debranching výkony na supraoartových vetvách aorty. Autori uvádzajú vlastné klinické skúsenosti v NÚSCH s uvedeným typom operácií za obdobie rokov 2009 – 2010. Celkovo u 10 pacientov (7 mužov a 3 žien), s priemerným vekom 61,8 rokov vykonali 10 výkonov. V jednom prípade aortobikarotický bypass z ascendentnej aorty, 7x karoticko-karotický retrofaryngeálny bypass, 1x retrofaryngeálnu transpozíciu ACC a v jednom prípade predný pretracheálny subklavio-karotický bypass s reinzerciou kontralaterálnej ACC. Výkony boli realizované v 5 prípadoch pre disekciu aorty Stanford B, 3x pre hrudnú aneurizmu, 1x pre ulkus aorty a 1x pre postraumatickú pseudaneurizmu oblúka aorty. Všetky výkony boli vykonané v celkovej anestézii s využitím TCO (transkutánnej cerebrálnej oxy-metrie) na peroperačný monitoring pre ochranu mozgu u operovaných pacientov. Komplikácie sa vyskytli u jedného pacienta s rozvojom perioperačnej LIM. Pri uvádzaných hybridných výkonoch v manažmente týchto pacientov zohráva dôležitú úlohu adekvátna predoperačná diagnostika a následne indikačný konsenzus viacerých cievnych špecialistov – cievneho chirurga, intervenčného radiológa a kardi chirurga, ktorí sa spoločne podieľajú na liečbe týchto pacientov.

Hybridné operačné výkony na karotických tepnách

Beňo M., Martin J.

Krankenhaus Landshut-Achdorf, SRN

Hybridné operačné techniky predstavujú kombináciu konvenčných a endovaskulárnych postupov

v jednom sedení. V poslednom čase prenikli tieto techniky skoro do všetkých oblastí cievnej chirurgie. Ich využitím je možné riešiť komplexné postihnutie arteriálneho systému v oblasti končatín, ako aj torakálnych a abdominálnych tepien. Ich výhodou je najmä ich menšia invazivita a rozsah operačného zákroku, ktoré sú dôležité u vybraných pacientov s cievny ochorením. Naša prezentácia dokumentuje naše skúsenosti s využitím hybridných techník v oblasti karotických tepien za posledné 3 roky. Aj napriek skutočnosti, že sa pri aterosklerotickom postihnutí karotid využívajú len v špecifických prípadoch a v podstatne menšej miere ako pri PAODK, významne dopĺňujú operačné spektrum vaskulárneho špecialistu. Ich využitie v rukách skúseného cievneho a endovaskulárneho chirurga podľa našich skúseností znamená bezpečné riešenie komplexných stenotických lézií karotid.

Infekcie po karotických endarterektómiách a možnosti ich riešenia

Beňo P., Rusňák F., Horný Ľ., Podolec M., Kuročka M., Kodaj J.

Oddelenie cievnej chirurgie, UVN FN, Ružomberok

Infekcie po karotických endarterektómiách sú veľmi vzácne, ale závažné komplikácie v cievnej chirurgii. Incidencia je v literatúre udávaná 0,25 – 0,5 % a je mierne vyššia pri použití protetických záplat. Chirurgická liečba je náročná – karotické rekonštrukcie v infikovanom teréne predstavujú výzvu pre operátora. Chirurgická liečba protetických infekcií všeobecne má alarmujúco vysokú morbiditu a mortalitu. V liečbe karotických infekcií platia rovnaké všeobecné princípy ako pri liečbe

protetických infekcií v iných oblastiach, avšak s prihliadnutím na lokalizáciu a z nej vyplývajúcej pooperačných komplikácií a menšie skúsenosti a dlhodobé výsledky v závislosti od zvoleného operačného postupu. V manažmente chirurgickej liečby je možných niekoľko operačných postupov, pričom správna voľba závisí od viacerých faktorov a intuície operátora. V kazuistike predstavujeme našu skúsenosť s karotickou infekciou a jej riešenie.

Komplikácie karotickej endarterektómie

Sihotský V., Frankovičová M., Torma N., Kubíková M., Smola A., Tomečko M.
Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH a.s., Košice

Na našom pracovisku bolo v rokoch 2006 – 2010 operovaných 309 pacientov s hemodynamicky závažnou stenózou a. carotis int. alebo jej symptomatickým kinkingom. Všetci pacienti boli operovaní v celkovej anestézii, väčšina pacientov mala vykonanú klasickú endarterektómiu, menej častým výkonom bola everzná endarterektómia. Zo závažných komplikácií sa v pooperačnom období CMP vyskytla

v 15 prípadoch, 2 pacienti v pooperačnom období exitovali. Z tzv. malých komplikácií bola najčastejšia lézia periférnych nervov. Menej často sa vyskytovalo závažné pooperačné krvácanie. Karotickú endarterektómiu považujeme na našom pracovisku za štandardnú a bezpečnú metódu prevencie CMP pro hemodynamicky závažnej stenóze a. carotis int.

Retinal stroke – zriedkavá komplikácia CEA – kazuistika

Podolec M., Rusňák F., Beňo P., Horný Ľ., Kuročka M.
OCCH UVN SNP, FN, Ružomberok

Kazuistika prezentuje polymorbidného pacienta s anamnézou CMP a CTAG nálezom 70% stenózy ACI vpravo. Pacient bol prijatý na chirurgickú liečbu. Urobená klasická CEA s použitím intraluminálneho shuntu s plastikou dakronovou záplatou. Výkon prebehol bez komplikácií. Pooperačne pacient udáva pálenie a stratu zraku pravého oka. Zrealizované MRI AG bez diferencovateľných oklúzií hlavných kmeňov oftalmických artérií, oftalmologické vyšetrenie so záverom oklúzie a. centralis retinae.

Klinicky zaujímavé kazuistiky. Varia

Komplikácie a neúspech EVT aa. renales. Chirurgická liečba

Šefránek V., Slyško R., Necpal R., Dulka T., Tomka J.
Klinika cievnej chirurgie, SZU, Bratislava

Úvod: Renovaskulárna hypertenzia a ischemická nefropatia sú závažné stavy, spôsobené ischemiou obličky na podklade stenotizácie alebo

oklúzie renálnych artérií. Revaskularizáciu indikujeme pri rekurentom pľúcnom edéme, arteriálnej hypertenzii rezistentnej na liečbu, renálnej insuficiencii závislej na dialýze a zhoršení renálnych funkcií pri bilaterálnych stenózach alebo solitárnej obličke. Doménou v revaskularizácii je v súčasnosti endovaskulárna terapia (EVT)/renálny stenting. Chirurgická revaskularizácia je zriedkavejšia, indikujeme ju pri nemožnosti, zlyhaní alebo kompli-

káciách EVT, pri kompletnej oklúzii renálnej artérie so zachovaním bazálnej perfúzie obličky alebo pri súčasných výkonoch na aorte.

Kazuistiky: Uvádame 3 zaujímavé klinické kazuistiky, vo všetkých prípadoch sa vydarila úspešná chirurgická revaskularizácia po nezdare alebo komplikáciách EVT.

Diskusia: Po prekročení 4-hodinovej „teplej“ ischemie sa obvykle považuje revaskularizácia za dubióznu. Naše skúsenosti dokazujú, že to nie je vždy tak. V oblasti renálnej revaskularizácie rovnako ako vo vaskulárnej problematike sa všeobecne vyžaduje multidisciplinárna kooperácia a konsenzus. Uprednostňovanie niektorého aspektu či metodiky vedie k neúspechom a zbytočným zlyhaniam.

Záver: Chirurgická revaskularizácia sa v súčasnosti uplatňuje zriedka, je však potrebné poznať jej indikácie a aplikovať ju v prípade nemožnosti, pri zlyhaní alebo komplikáciách EVT.

Kľúčové slová: renovaskulárna hypertenzia – ischemická nefropatia – chirurgická liečba.

Ex vivo resekcie aneuryzmatu

a. renalis a príbuzenská transplantace

Janoušek L., Adamec M., Baláž P., Marada T. IKEM, Praha

Úvod: Incidence výdutě a. renalis se udává mezi 0,3 – 1,3 % populace. Nebezpečí ruptury výrazně stoupá u nekalcifikovaných výdutí větších než 2 cm. Léčba asymptomatické výdutě spočívá v endovaskulárním stentování nebo u komplikovaných výdutí v otevřené resekci aneuryzmatu a rekonstrukci zbývajících tepen.

Kasuistika: Referujeme případ příbuzenské transplantace ledviny. Dárkyní byla 65-letá matka

s normálními renálními funkcemi a bez přidružených onemocnění. Na CT angiografii jsme zobrazili aneuryzma a. renalis o průměru 2,5 cm. Na přání pacientky jsme ledvinu explantovali otevřeně. Štěp jsme promyli ochranným roztokem (Custodiol, 800 ml). Ex vivo jsme resekovali výdut' lokalizovanou v bifurkaci a. renalis. Po resekci jsme implantovali rozdělené hilové větve do jednoho ústí. Teplá ischemie byla 0,5 minuty, manipulační čas 25 minut. Příjemcem ledviny byl syn. Ledviny byla transplantovaná zvyklým způsobem do pravé jámy kyčelní a obnovila ihned funkci. Dárkyně byla propuštěná 4. den po operaci s krea 0,77 mg/dL a příjemce 16. den po transplantaci s krea 1,44 mg/dL.

RFITT nebo laser? Ambulantní radikální operace!

Bartoš J. jr, Bartoš J., Gloger Z.

Ambulance cévní chirurgie, Chirurgické oddělení, Lužická nemocnice, Rumburk

Úvod: Všechny dnes používané typy operací varixů se snaží o pro pacienta co nejvýhodnější kompromis mezi mutilující radikálitou a neradikální šetrností výkonu.

Materiál a metodika: Předkládáme výsledky ambulantních radikálních operací varixů dolních končetin za období 1993 – 2010. Operováno 2460 končetin, 481 (20 %) byly reoperace po různých typech výkonů provedených na jiných pracovištích. Ve většině těchto případů jsme byli nuceni řešit neo-reflux v tříslé, který nebyl nikdy způsoben neovaskularisací, ale byl vždy přímým důsledkem technické chyby. 1881x (76 %) byla užitá celková anestezie, v lokální anestezii operováno 579 (24 %) nemocných. Vždy provedena krosektomie s resekci VSM těsně u hluboké žily s resekci všech větví, většinou

s invaginačným strippingem stehenní části VSM. Dle potřeby připojena resekce malé safeny, perforátorů, a exstirpace varixů nevhodných ke sklerotizaci. Pooperační sklerotizace byla pravidlem.

Výsledky: Nikdo nezemřel, komplikace zaznamenány ve 3 % případů, většinou šlo o poruchy hojení ran. Operujeme v režimu ambulantní nebo jednodenní chirurgie. 95 % pacientů propuštěno domů do několika hodin po operaci, operanti v lokální anestezii ihned po výkonu. Více než 50 % nemocných nepotřebovalo pracovní neschopnost, v ostatních případech byla několikadenní, pouhých 10 % pacientů potřebovalo delší inaptibilitu. Pacienti kontrolováni 6 měsíců po ukončení léčby a dále každoročně. Drobné recidivy jsou vzhledem k povaze onemocnění skoro pravidlem. Řešíme je opakovanou sklerotizací. Za závažné považujeme recidivy vyžadující reoperaci. Jednalo se o 24 pacientů z našeho souboru. Důvodem byl reflux oblasti safenopopliteální, způsobený naší indikační nebo technickou chybou.

Závěr: Ambulantní operace varixů lze provádět se stejnou radikalitou jako klasickou operaci dle Babcocka, Smetany a dalších. Šetrnost výkonu, žádná nebo krátká hospitalizace, a žádná, nebo několikadenní inaptibilita jsou plně srovnatelné s metodami typu RFITT, které jsou však nesrovnatelně dražší.

Trombektómie vena cava inferior pri karcinóme obličiek

Kminiak R.¹, Janek J.¹, Baláž V.², Kováč O.¹

¹Oddelenie cievnej chirurgie

²Urologická klinika, FNŠP F.D.R. B. Bystrica

Karcinóm obličky (RCC) s nádorovou inváziou do venózneho systému predstavuje aj v súčasnej

dobe pre chirurgickú obec medicínsku výzvu. Na Slovensku sa ročne diagnostikuje približne 600 karcinómov obličky (RCC). Z nich 5 až 10 % predstavujú karcinómy s nádorovým trombom v obličkovej žile alebo dolnej dutej žile. RCC s nádorovou trombózou veľkých žíl bez vzdialených metastáz je liečiteľný, ak je nádorový trombus kompletne odstránený. Rozsah postihnutia nádorovým trombom predikuje operačnú techniku, nevyhnutnú na jeho úspešné a bezpečné odstránenie. Na základe našich výsledkov a porovnania dostupných literárnych údajov je liečba RCC s postihnutím VCI odôvodnená v prípadoch dobrej biologickej kondície pacienta a vylúčení metastatického postihnutia. Cieľom tejto práce je popísať metódy diagnostiky a operačnej liečby pacientov s týmto ochorením v závislosti od hladiny nádorového trombu na súbore pacientov, operovaných vo FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica.

Operácie varixov DK-komercia pre každého alebo výkon pre špecialistov?

Molčan T.

Oddelenie cievnej chirurgie, FNŠP, Nové Zámky

Rozšírenie a uvoľnenie siete zdravotníckych zariadení, etablovanie pracovísk jednodňovej chirurgie, proklamované ministerstvom zdravotníctva, povedie aj k zvýšenému záujmu chirurgov o výkony, ktoré sú krátke, nevyžadujú náročné zabezpečenie početným zdravotníckym personálom, a pri ktorých po krátkodobej zvodovej alebo aj celkovej anestézii môže pacient odísť domov, aj v prípade neželaných komplikácií pacienti neohrozí vážne ohrozenie života. Jedným z takýchto výkonov sú aj operácie varixov

DK. Vzhľadom na prevalenciu ochorenia v súčasnej populácii však operácie varixov zostávajú aj v štátnych nemocniciach zdrojom finančných ziskov, ktoré pokrývajú náklady na starostlivosť chirurgických i samostatných cievných oddelení. Je teda veľmi otáznne, v akej prevalencii sú ťažkí, komplikovaní pacienti s primárnymi alebo sekundárnymi varixami s vyvinutou vážnejšou formou CHVI hospitalizovaní v nemocničných zariadeniach, kde je samotný výkon omnoho náročnejší ako u pacientov v „ambulantnej“, resp. jednodňovej starostlivosti, ktoré sú rezervované skôr pre ľahšie formy varikózneho ochorenia a začínajúce štádiá CHVI a súčasne aké je spektrum resp. percento jednotlivých používaných výkonov na pracoviskách, ktoré majú zakúpené drahé prístroje na laserovú alebo radiofrekvenčnú operáciu varixov s ohľadom na indikačné obmedzenie a finančnú nákladovosť jednotlivých metódik. V slovenských zdravotníckych zariadeniach sú v súčasnosti dostupné skoro všetky moderné metódky operačných výkonov a intervencií na povrchovom žilovom systéme DK: chirurgické a mikrochirurgické techniky odstránenia varixov so stripping VSM a VSP alebo bez neho, SEPS – subfasciálna endoskopická chirurgia insuf. perforátorov, CHIVA – korekcia žilového prietoku podvázom vetiev, RFA – radiofrekvenčná ablácia, laserová operácia varixov – ELVeS metódika a v neposlednom rade aj dopĺňajúca skleroterapia. Autor vo svojej prednáške mapuje situáciu s operačným riešením varixov na základe svojich bohatých skúsenosti s liečbou tohto ochorenia v štátnych i súkromných zariadeniach s dostupnosťou všetkých moderných techník, ale aj klasickej operácie varixov, prezentuje výhody i nevýhody jednotlivých techník, ich indikačné obmedzenia a kriticky hodnotí súčasný stav chirurgických intervencií na cievnachirurgických i chirurgických pracoviskách, indikačných kritérií,

dostupnosti neinvazívnych diagnostických prístrojov a postupov a rozoberá ďalšie kontroverzné témy s chirurgickou liečbou varixov dolných končatín.

Antikoagulačná liečba v cievej chirurgii

Frankovičová M.

Klinika cievnej chirurgie VÚSCH, a.s., Košice

Antikoagulačná liečba u pacientov po cievnych operáciách sa riadi všeobecnými odporúčaniami v rámci profylaxie i liečby. Napriek tomu je potrebné v niektorých prípadoch postupovať individuálne, po zvážení typu operácie a jej možných následných cievnachirurgických komplikáciách. Celkový stav, vek, pridružené ochorenia, hemostazeologický status a zmeny hemodynamiky, môžu mať rozhodujúci vplyv na spôsob a dávkovanie antikoagulačnej liečby. Spolupráca s hemostazeológom je nevyhnutnou súčasťou komplexnej starostlivosti o pacienta po cievnej operácii.

Embolizácie v bronchopulmonálnej oblasti

Kodaj J., Rusňák F., Horný Ľ.

Rádiologická klinika, ÚVN FN, Ružomberok

Embolizačné výkony v oblasti pľúc sú veľmi úspešnou alternatívnou metódou k chirurgii hrudníka hlavne v prípadoch masívneho alebo opakovaného krvácania do pľúc. Podľa etiológie sú rozdelené na krvácania v oblasti bronchiálnej alebo pulmonálnej. V príspevku budú popísané a prezentované najčastejšie sa vyskytujúce ochorenia a výkony intervenčnej rádiológie pri

hemoptýze a rizikových arteriovenózných skratkách v malom obehu. Neinvasívna predintervenčná diagnostika musí dať hlavne odpoveď na otázku cievneho zásobenia lézie z bronchiálnej, resp. pulmonálnej cirkulácie. Prístup k rádiologickému intervenčnému výkonu je tu zásadne odlišný.

Hyperbarická oxygenoterapia ako súčasť komplexnej terapie diabetickej gangrény

Miček J., Bodáková D., Palušková M.
Oddelenie cievnej chirurgie FNsP, AMV Medical s.r.o – Centrum hyperbarickej oxygenoterapie, Nové Zámky

Pri hyperbarickej oxygenoterapii sa difúziou kyslíka do tkanív mnohonásobne zvyšuje jeho saturácia, keď sa konštrukciou hyperbarickej konory v praxi využíva známa Enstein-Stokesova rovnica. Eliminácia tkanivovej hypoxie pôsobí výrazne antibakteriálne, má vplyv na hojenie rany, reologicke vlastnosti krvi, utilizáciu glukózy a potencuje antibiotickú teapiu. Autori na vlastných skúsenostiach z Centa hyperbarickej oxygenoterapie v Nových Zámkoch poukazujú na výrazný benefit hyperbaroxie v liečbe diabetickej gangrény, pokiaľ je súčasťou komplexného postupu spolu s revaskularizáciou, úzkostlivou lokálnou liečbou a celkovou ATB terapiou. Hyrebaroxia jednoznačne znižuje percento amputácií, skraca hospitalizáciu, znižuje finančné náklady na liečbu, zvyšuje kvalitu života, je ekonomicky výhodná, aj keď je finančne náročná.

Cievny ileus ako komplikácia aortografického vyšetrenia

Petrašovič M., Clementis J., Danninger F., Tibenský I., Šoka A.
I. chirurgická klinika SZU, Rádiologická klinika, NsP UNB, Bratislava

Angiografia s intraarteriálnym podaním kontrastnej látky je štandardnou súčasťou diagnosticko-liečebného postupu ischemickej choroby dolných končatín. Napriek neustálemu zlepšovaniu metodiky vyšetrenia je tento výkon svojou invazivitou stále potenciálne rizikový. Autori v období rokov 1995 – 2010 zaznamenali celkovo tri prípady cievneho ilea bezprostredne súvisiaceho s angiografickým vyšetrením. V deväťdesiatych rokoch minulého storočia došlo k tejto komplikácii dvakrát po priamej translumbálnej aortografii, v roku 2010 ju zaznamenali po aortografii Seldingerovou technikou. V dvoch prípadoch diagnostikovali mezenteriálnu trombózu, v jednom prípade mezenteriálnu ischémiu. U všetkých pacientov bol indikovaný operačný výkon. Pre rýchly priebeh ochorenia jeden pacient exitoval pred uskutočnením operácie a diagnóza bola stanovená až post mortem. Dvakrát bol operačný výkon realizovaný. U oboch pacientov bola vykonaná resekcia nekrotického segmentu čreva, jeden pacient exitoval napriek liečbe vo včasnom pooperačnom období. U druhého pacienta bola realizovaná aj „second look“ operácia a komplikácia bola zvládnutá. Autori podrobne rozoberajú jednotlivé kazuistiky a zamýšľajú sa nad spoločnými menovateľmi tejto fatálnej komplikácie. Vo všetkých prípadoch išlo o pacientov vyššieho a vysokého veku s pridruženou morbiditou, minimálnou

funkčnou rezervou a rozsiahlym postihnutím cievneho systému. Podľa priebehu jednotlivých prípadov sa nedá vylúčiť ani nežiaduci vedľajší účinok kontrastnej látky ako triggera patologických zmien. Cievny ileus je jednou z najzávažnejších náhlych príhod brušných s „veľmi zlou povestou“ pre jej rýchly priebeh, obtiažnu diagnostikovateľnosť pre necharakteristický klinický obraz a neistý výsledok napriek adekvátnej liečbe. Mortalita cievnych ileov je nad 70 %. Ako komplikácia po angiografii je toto ochorenie raritné. Jedinou možnosťou záchranu pacienta je urgentná brušná operácia, a preto je vhodné, aby aj veľké centrá špecializujúce sa na cievnu chirurgiu mali k dispozícii v prípade potreby výkonného chirurga ovládajúceho brušnú chirurgiu.

Trombotické komplikácie u drogovu závislých

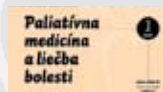
Dostálová K., Moricová Š.

Fakulta verejného zdravotníctva, SZU, Bratislava

Približne 74 miliónov Európanov vo veku 15 – 64 rokov vyskúšalo vo svojom živote kanabis. Prevalencia závislých od opioidov vo veku 15 – 64 rokov sa v Európe odhaduje na 1 – 6 prípadov na 1000 obyvateľov. Drogová závislosť prináša závažné vaskulárne komplikácie. Týkajú sa žilového, arteriálneho i lymfatického systému a predstavujú pestrú škálu: tromboflebitída, flebotrombóza, vrá-

tane ileo-femorálnej trombózy po aplikácii drog v oblasti slabín. Cievny chirurg sa môže stretnúť u drogovu závislých s trombotickými komplikáciami spojenými s infekciou, abscedovaním. Vyskytuje sa ischémia po i.a. aplikácii, atériové a venózne pseudoaneurizmy, vaskulitída, aneurizmy, aortálna disekcia, A-V fistuly, compartment sy, ktorých riešenie je často v rukách cievneho chirurga. Deštrukciu lymfatických ciev pri i.v. aplikácii vzniká tzv. puffy hand syndróm. U užívateľov kokaínu sa zaznamenali elevácie C-reaktívneho proteínu, vonWillebrandovho faktora a fibrinogénu. Zápalová odpoveď na kokaín má protrombotický efekt. Nezvyčajná je trombóza v. ophtalmica superior po intraorbitálnej aplikácii heroínu alebo poškodenie ciev i. v. aplikovaným málo rozpustným buprenorfinom, ktorý je pôvodne určený na p.o. aplikáciu. Známe sú kanabisové arteritída a flebitída podobné m. Buerger. Trombóza predstavuje 4 % z komplikácií súvisiacich s i.v. aplikáciou drog. Aplikácia heparínov s nízkou molekulovou hmotnosťou s.c. sa zdá v tejto skupine pacientov výhodnou a efektívnou. Problém je s i.v. podávaním antibiotík pre sťažený venózny prístup. Informovanosť užívateľov i.v. drog o trombóze je nízka. Len 65 % z nich vie o jej existencii. Compliance pri liečbe trombotických komplikácií u drogovu závislých ako medikamentóznej tak režimovej je problematická. Angiológ by mal pri komplikovanom nastavení na antikoagulačnú liečbu myslieť na možnosť, že jeho pacient môže byť drogovu závislý.

- **XXI. bratislavské postgraduálne dni detskej neurológie**
18. – 19. marec 2011 / Bratislava, DFNSP (Kramáre)
- **Pediatrica pre prax – 51. pediatrické dni**
14. – 15. apríl 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **XV. kongres Slovenskej lekárskej spoločnosti**
28. – 29. apríl 2011 / Žilina, Holiday Inn
- **IV. neuromuskulárny kongres**
5. – 6. máj 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **Vaskulárna medicína - medziodborové sympóziu**
8. september 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **Medicína pre prax – kongres lekárov prvého kontaktu**
9. – 10. september 2011 / Bratislava, City Hotel Bratislava
- **13. dni dynamickej psychoterapie**
21. september 2011
- **Psychiatria pre prax – sympóziu psychiatrov**
22. – 23. september 2011
- **VI. pracovné dni neuropsychiatrie v Levoči**
29. september – 1. október 2011 / Levoča, Mestské divadlo
- **Bratislavské onkologické dni – XLVIII. ročník**
6. – 7. október 2011 / Bratislava, Holiday Inn
- **Best of ASCO® 2011**
8. október 2011 / Bratislava, Holiday Inn
- **Dermatológia pre prax**
14. – 15. október 2011 / Nový Smokovec, Hotel ATRIUM
- **Sympóziu praktickej neurológie – Neurológia pre prax**
21. – 22. október 2011 / Tále, Hotel Partizán



Vaskulárna medicína – Supplement 2

Samostatne nepredajná príloha.

Citačný index: Vask. med., Supl.

Vychádza ako príloha časopisu Vaskulárna medicína.

Časopis je indexovaný v Bibliographia Medica Slovaca (BMS).

Citácie sú spracované v CiBaMed.

Spracovala spoločnosť SOLEN, s.r.o.,

vydavateľ časopisu Vaskulárna medicína

Adresa redakcie: SOLEN, s.r.o., Lovinského 16, 811 04 Bratislava,

www.solen.sk, e-mail: solen@solen.sk

Redaktorka: Magda Žiaková, ziakova@solen.sk

Grafická úprava a sadzba: Ján Kopčok, kopcok@solen.sk

Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov.

Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

ISSN 1338-0214

SOLEN
MEDICAL EDUCATION



MECHANIZMY PÔSOBENIA A INDIKÁCIE ŽILOVEJ KOMPRESIE POMOCOU KOMPRESÍVNYCH PANČUCH



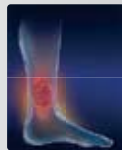
Nedostatočnosť žilových chlopní.

Žilová kompresia nasmerováva krvný tok v žilách smerom zdola nahor predovšetkým pri sťahovaní svalov.



Žilová trombóza (povrchová a hĺbková) vo všetkých štádiách liečby.

Žilová kompresia je nevyhnutná vo všetkých štádiách liečby, aby sa obmedzili zástavy toku krvi spôsobované zraneninou v akútnej fáze, uľavilo od bolesti a pacienti sa mohli pohybovať a aby sa zrýchlil krvný obeh.



Prevenca posttrombotického syndrómu.

Prevenca a zahojenie vredov predkolenia.



venózne ochorenie je chronické ochorenie...

detralex[®]

čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia

60 tabliet
výhodnejšie balenie
pre dlhodobú liečbu



chronické venózne ochorenie
hemoroidálne ochorenie

Zloženie: Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg v 1 tablete; diclofenak 450 mg, hesperidín 50 mg. **Indikácie:** Liečba funkčných symptémov zŕkajúcej sa k akútnej hemoroidálnej epizóde. **Dávkovanie a spôsob podávania:** Venozitatická liečivacia: 2 tablety denne. Akútny hemoroidálny stav: 3 tablety denne (3 tablety ráno a 3 tablety večer) po dobu 4 dní, potom 4 tablety denne (2 tablety ráno a 2 tablety večer) po dobu 3 dní. Liečivacia dávka je 2 tablety denne. **Kontraindikácie:** Známa alebo predpokladaná precitlivosť na účinnú látku alebo pomocné látky. **Špeciálne upozornenia:** Dôjčenie sa v priebehu liečby neodporúča. **Liekové interakcie:** Nádobá pozornosť. **Neželadce účinky:** U niektorých pacientov sa môžu vpranečno vykyznúť ľahké gastrointestinálne (navzea, vomitus, dyspepsia, gastralgia) a neurovegetatívne (závisť, bolesti hlavy) ťžkosti. **Balenie:** 30 alebo 60 filmom obalených tabliet.

Dátum poslednej revízie textu: Marec 2004

Výdaj lieku je v súlade s lekárskej predpis. Liek je čiastočne uchránený na sklade vpranečno zdravotného poleavenia. Podrobné informácie nájdete v plnej verzii Súhrnu charakteristických vlastností lieku, ktorý Vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Mladá 2, 811 02 Bratislava, tel.: 02/69204111, fax: 02/64432690

Drobné rozbeháňa o registrácii: Les Laboratoires Servier, 22 rue Garin, 92200 Neuilly-sur-Seine, Francúzsko

