

Vaskulárna medicína

S1
2013

www.solen.sk

ISSN 1338-0214

PROGRAM KONGRESU A ABSTRAKTY

XVII. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE

S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

21. – 23. marec 2013, Jasná

SOLEN
MEDICAL EDUCATION





Slovenská spoločnosť cievnnej chirurgie/Slovak Society for Vascular Surgery
Slovenskej lekárskej spoločnosti/Slovak Medical Association

usporiada/organize

XVII. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE

S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

17TH SLOVAK CONGRESS OF VASCULAR SURGERY

WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

21. – 23. marca 2013 / March 21 to 23, 2013

Miesto konania / Congress venue
JASNÁ, Demänovská dolina
www.druzbahotel.sk



Mediálny partner: Solen, s. r. o.

Generálni partneri kongresu

Sanofi-aventis Pharma Slovakia
Servier Slovensko
TEVA Pharmaceuticals Slovakia

Hlavný partner kongresu

GlaxoSmithKline Slovakia

Vystavovatelia

A care
Alfa Wassermann
Aries
B. Braun Medical
BOB-Technika Swiatlowodowa
Covidien ECE
Dispomed
Glynn Brothers Chemicals Slovakia
Intes
Kreussler Pharma
Loana Rožnov
Maxis
Medmedical
Mölnlycke Health Care
Pfizer
PLS Pharma
Slovakia Medical
Smith & Nephew GmbH
Thuasne SK
Timed
Unomed
Venosan

Organizačný výbor
Organizing Committee

Prezident kongresu/President of the Congress
prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.

Vedecký sekretár/Scientific Secretary
MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.

Predseda organizačného výboru/Head of the Organizing Committee
prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.

Predseda lokálneho organizačného výboru
/Head of the Local Organizing Committee
MUDr. František Rusňák

Členovia výboru SSCCH SLS

Members of the Council of the Slovak Society for Vascular Surgery

Prezident/President of the Council
prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.

Viceprezident/Vice President
prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD.

Vedecký sekretár/Scientific Secretary
MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.

Pokladník/Treasurer
MUDr. Tomáš Dulka

Členovia/Members
MUDr. Mária Kubíková, PhD.
MUDr. František Rusňák
MUDr. Ján Tomka, PhD.

HLAVNÉ TÉMY/MAIN TOPICS

- ➔ **OCHORENIA KRČNÝCH TEPIEN A SUPRAOARTOVÝCH VETIEV**
- ➔ **ANEURYZMATICKÉ OCHORENIA TEPIEN**
- ➔ **CIEVNY PRÍSTUP A JEHO KOMPLIKÁCIE**
- ➔ **DIABETICKÁ NOHA**
- ➔ **CHVI, ALTERNATÍVNE A HYBRIDNÉ VÝKONY**
- ➔ **FÓRUM MLADÝCH CHIRURGOV**
- ➔ **VARIA**
- ➔ **SESTERSKÁ SEKCIA**

Kongres je zaradený do zoznamu kreditovaných podujatí SACCME.

Pasívna účasť: 21. 3. 2013 – 8 kreditov; 22. 3. 2013 – 6 kreditov,
23. 3. 2013 – 4 kredity, spolu 18 kreditov.

Samostatná sesterská sekcia: 22. 3. 2013 – 4 kredity.

Aktívna účasť: autor prednášky, posteru, panelovej diskusie – 10 kreditov, spoluautor – 5 kreditov. Autorovi prednášky, ktorá je vedená v cudzom jazyku 15 kreditov, spoluautorovi 10 kreditov. Kredity možno priznať najviac dvom spoluautorom. Aktívnym účastníkom sa kredity za aktívnu a pasívnu účasť sčítavajú.

Potvrdenie o účasti bude možné si vyzdvihnúť v posledný deň kongresu pri registrácii.

STREDA, 20. MAREC 2013

16.00 – 18.00

Zasadenie výboru Slovenskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu SLS a poradného zboru hlavného odborníka pre odbor cievna chirurgia

Hotel Družba, Jasná

ŠTVRTOK, 21. MAREC 2013

08.30 – 12.00

USG WORKSHOP

USG diagnostika žilovej trombózy (povrchovej/hlbokej) v rukách cievneho chirurga

Koordinátori: Musil D., Žernovický F. jr.

12.50 – 13.00

Otvorenie kongresu

13.00 – 14.15

Sekcia A. Ochorenia suprapaaortových vetiev

Predsedenstvo: Slyško R., Šefránek V., Tomka J.

1. *Návrh programu „STOPKA“ – Frankovičová M. (Košice)*
2. *Asymptomatická karotická stenóza (ACS), karotická endarektómia (CEA) a karotický stenting (CAS) – Bartko D., Rusňák F., Danihel L., Zelenák K., Gombošová Z., Fabčín J., Kodaj J. (Ružomberok)*
3. *Naše súčasné postupy v karotickej chirurgii – Šefránek V., Zita Z., Tomka J., Dulka T., Necpal R. (Bratislava)*
4. *Debranching suprapaaortových vetiev aorty – kedy a ako to robíme – Tomka J., Zita Z., Dulka T., Šefránek V. (Bratislava)*
5. *Akútna hemoragická fistulácia ako prejav protetickej infekcie po karotickej endarterektómii s patch plastikou – case report – Slyško R., Švarc P., Takács R., Lámala R., Gajdošová M., Bajčíková B., Kissová S. (Bratislava)*
6. *Chirurgické řešení aneuryzmatu a. carotis int. po neúspěšném stentgraftingu – kazuistika – Dvořáček M. (Praha)*
7. *Chirurgická liečba oklúzie subklaviálnej artérie a konkomitantnej ipsilaterálnej karotickej stenózy – Beňo P., Rusňák F., Horný Ľ., Podolec M., Kuročka M., Javiľáková J. (Ružomberok)*

14.15 – 15.30

Sekcia B. Chronická žilová insuficiencia

Predsedníctvo: Bulejčík J., Sihotský V.

1. **Varixy dolných končatín – čo by malo byť ešte povedané a zodpovedané?** – Molčan T., Danaj M., Pavč J. (Trnava)
2. **Radiofrekvenční ablace varikozních žil dolních končetin** – Blaha L., Bulejčík J., Burša P. (Třinec)
3. **Povrchová tromboflebitída – spoločný problém angiológov a cievnych chirurgov** – Dostálová K., Štvrtinová V., Moricová Š., Šefránek V. (Bratislava)
4. **Aneurizma vena poplitea – kazuistika** – Javiřáková J., Horný L., Rusňák F., Beňo P., Podolec M., Kuročka M., Rusňák M. (Ružomberok)
5. **Náš pohľad na liečbu chronickej venózneho insuficiencie** – Kubíková M., Frankovičová M., Sihotský V., Torma N., Arendarčík F., Tomečko M., Smola A., Staško P., Zavacká M. (Košice)

15.30 – 16.00

Prestávka

16.00 – 17.00

Sympóziu firmy COVIDIEN

Venefit – Rádiofrekvenčná liečba kŕčových žíl

Program:

1. **Úvodné slovo – dva roky úspechov** – V. Šefránek (Bratislava)
2. **Proč Venefit?** – L. Veverková (Brno)
3. **Ultrasonograficky navigovaná miniinvasívna liečba varixov dolných končatín v našom klinickom súbore** – Š. Munka, V. Kovács (Lučenec)
4. **Současné trendy v léčbě varikozních žil – naše zkušenosti** – M. Šlais, P. Štádl, Praha
5. **Endovenózní chirurgie – kam směřujeme, aký bude ďalší krok?** – F. Žernovický ml., Bratislava
6. **Diskusia**

17.00 – 17.50

Sekcia C. Cievny prístup pre hemodialýzu a jeho komplikácie

Predsedníctvo: Frankovičová M., Šinák I.

1. **Permanentný dialyzačný katéter a jeho komplikácie – naše skúsenosti** – Takács R., Sľuško R., Švarc P., Lámala R., Gajdošová M., Bajčíková B., Kissová S. (Bratislava)
2. **Patofyziológia a manažment AVF s vysokým prietokom** – Šinák I., Talapková R., Hlinka L., Patkaňová L. (Martin)
3. **Netradičné komplikácie pri perkutánnom zavádzaní permanentných katétrov** – Sihotský V. (Košice)
4. **Aneurysmorafie arteriovenózného prístupu pro hemodialýzu – 6 let zkušeností** – Rokošný S., Baláž P., Palouš D., Wolhfahrt P., Janoušek L. (Praha)
5. **Rekanalizace uzavřeného dialyzačního zkratu – možnosti endovaskulárního řešení** – Porod L. (Příbram)

18.00 – 18.45

Plenárne zasadanie Slovenskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu SLS

1. *Správa o činnosti spoločnosti v období 2012 – 2013* – Šefránek V.
2. *Správa hlavného odborníka 2012 – 2013* – Tomka J.
3. *Finančná správa* – Dulka T.
4. *Správa zo zasadania výboru ESVS, Bologna* – Mondek P.
5. *Diskusia*

PIATOK, 22. MAREC 2013

9.00 – 12.30

Sekcia D. Sesterská sekcia (súťažné prednášky 1 – 5)

Predsedenstvo: Beňo P., Kovariková B., Bírošová A.

1. *Sebaovládanie v práci operačnej sestry* – Balková H., Englišová D., Hauptvogelová M. (Bratislava)
2. *Klasická verus endovenózna chirurgia varixov z pohľadu sestry* – Vízváryová M., Kovariková B., Szabová E. (Bratislava)
3. *Centrálny venózný vstup* – Ježová Ľ., Žiaková K. (Martin)
4. *Rádiofrekvenčná ablácia veľkej safény Closure Fast* – Takáčová G. (Bratislava)
5. *Špecifika ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po vysokej amputácii dolnej končatiny* – Gáborová A., Borisová V., Halušková E. (Bratislava)
6. *Zriedkavé výkony na karotických artériách – korekcia kinkingu* – Bónová M., Štouračová J., Sedláčková A. (Nitra)
7. *Traumatické lézie a. radialis a a. ulnaris na predlaktí* – Sedláčková A., Štouračová J., Bónová M. (Nitra)

Prestávka 30 min.

8. *Náš zákazník, náš pán* – Kamenská K., Lašáková E. (Banská Bystrica)
9. *Diabetická polyneuropatia a diabetická noha* – Krištofová M., Oreničová A., Vlasatá Ľ. (Košice)
10. *Artériovenózna fistula* – Tomková M., Borská R. (Martin)
11. *Karotická endarterektomie* – Heczková A., Cimalová U. (Třinec)
12. *Case manažment v práci operačnej sestry pri ruptúre AAA* – Borská R., Štefiková V., Tomková M. (Martin)
13. *Starostlivosť o pacienta s aneuryzmou brušnej aorty – EVAR* – Findurová J., Windischová A., Revúsová D. (Martin)
14. *Predoperačná a pooperačná starostlivosť o pacienta po endovaskulárnej liečbe aneuryzmy abdominálnej aorty* – Štulajterová R. (Banská Bystrica)
15. *Ošetrovanie rán preparátom Hyiodine* – Repiská L. (Nitra)
16. *Využitie EVAR (endovascular aortic repair) pri riešení aneuryzmy brušnej aorty, súčasný pohľad na diagnostiku a liečbu aneuryzmy abdominálnej aorty (AAA)* – Kučerová G. (Banská Bystrica)

13.30 – 15.00

Sekcia E. Fórum mladých chirurgov (súťaž)

Predsedníctvo: Mondek P., Šefránek V., Tomka J.

1. **Náhrada abdominálnej aorty s multiviscerálnou revaskularizáciou tepenným alograftom – netradičné riešenie komplície EVAR** – Patkaňová L., Baláž P., Rokošný S., Sedláček J. (Praha)
2. **Debranching supraaortálnej vetvy u pacienta s disekciou torakoabdominálnej aorty – kazuistika** – Granda T., Frankovičová M., Torma N., Sihotský V., Kubíková M., Zavacká M., Smola A., Tomečko M., Staško P. (Košice)
3. **Analýza learning curve roboticky asistovaného laparoskopického aortofemorálneho bypassu** – Novotný T., Dvořák M., Staffa R. (Brno)
4. **(Časné) karotické endarterektomie u symptomatických pacientů** – Burša P., Říha D., Szkatula J., Bulejčík J., Blaha L., Filipiak M. (Třinec)
5. **Alternatívne možnosti liečby protetickej infekcie vo F-P oblasti** – Lámala R., Slyško R., Švarc P., Takács R., Bajčíková B., Kissová S., Gajdošová M. (Bratislava)
6. **Rádiocefalické cievne prístupy z pohľadu cievneho chirurga** – Staško P., Frankovičová M. (Košice)
7. **Trauma a. subclavia pri izolovanej zlomenine klavikuly – kazuistika** – Kuročka M., Rusňák F., Beňo P., Horný Ľ., Podolec M., Javiľáková J., Rusňák M. (Ružomberok)
8. **Obojstranný hypotenar hammer syndróm u mladého pacienta – kazuistika** – Martášková D., Kodaj J., Horný Ľ. (Ružomberok)

15.00 – 15.15

Prestávka

15.15 – 15.45

Minisymposium firmy SERVIER

Pokroky vo venóznej problematike

Program:

1. **Prehľad nových poznatkov vo flebochirurgii** – V. Šefránek (Bratislava)
2. **Chirurgia varixov – niekoľko faktov, nad ktorými by sme sa mali zamyslieť** – F. Žernovický, E. Marton, T. Dulka, K. Kanáliková, J. Tomka, V. Šefránek (Bratislava)
3. **Výživové doplnky – výživové a zdravotné tvrdenia** – J. Sýkora (Bratislava)

15.50 – 16.15

Minisymposium firmy TEVA

Moderátor: prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD.

Program:

Terapeutický profil aescínu a jeho postavenie v liečbe chronickej žilovej nedostatočnosti

– M. Rácz (Nitra)

16.20 – 16.40

Minisymposium firmy GLAXO-SMITH-KLINE*Program:**Nízkomolekulárne heparíny – návrat do budúcnosti – doc. MUDr. Mária Hulíková, PhD. (Košice)**Prednáška je podporená edukačným grantom spoločnosti GSK*

16.45 – 18.30

Sekcia F. Ochorenia aorty*Predsediťstvo: Mondek, P., Köcher M., Tomka J.*

- 1. Náklady na liečbu aneuryzmy brušnej aorty vo VŠZP v rokoch 2009 – 2010.**
Retrospektívna komparatívna štúdia – Mondek P., Gažo J., Galko J., Mesárošová S., Kacz M., Tóth J., Varga Z. (Nitra)
- 2. Pozdní endoleak II. typu a reintervence po endovaskulární léčbě AAA – Černá M., Köcher M., Utíkal P., Prášil V., Dráč P., Bachleda P. (Olomouc)**
- 3. Léčba juxtarenálních aneuryzmat abdominální aorty fenestrovanými stentgrafty, soubor pacientů v ČR – Köcher M., Utíkal P., Černá M., Prášil V., Bachleda P., Dráč P., Novotný J., Vařejka P., Pádr R., Suškevič I., Boudný J. (Olomouc, Praha)**
- 4. Naše zkušenosti s kompletně perkutánním zavedením stentgraftu do AAA (PEVAR) – Kamarád M., Holesz S., Wierzoń M. (Třinec)**
- 5. Náhle příhody brušné po výkonoch na aorte – Vincze O., Necpal R., Marton E., Tomka J., Zita Z., Žúdelová L. (Bratislava)**
- 6. Bakteriální infekce subrenální aorty, naše zkušenosti – Šulc R., Čertík B., Moláček J. (Plzeň)**
- 7. Pokroky v liečbe ochorení aorty – Holomáň M., Vulev I. (Bratislava)**

20.00

Spoločenský večer**SOBOTA, 23. MAREC 2013**

9.00 – 10.30

Sekcia G. Ochorenia periférneho cievneho systému*Predsediťstvo: Kubíková M., Šefránek V.*

- 1. BYPASS „IN SITU“ – Vlachovský R., Staffa R., Novotný T., Kříž Z., Buček J. (Brno)**
- 2. Má izolovaná profundoplastika miesto v dnešnej cievnej chirurgii? – Bulejčík J., Říha D., Blaha L., Šolek R., Filipiak M., Stryja J., Szkatula J. (Třinec)**
- 3. Základní principy endovaskulární terapie makroangiopathie u syndromu diabetické nohy – Wierzoń M., Holesz S., Kamarád M. (Třinec)**
- 4. Krátkodobé a dlouhodobé výsledky hybridních výkonů v terapii pacientů s onemocněním periférních tepen – Baláž P., Rokošný S., Wohlfahrt P., Adamec M., Janoušek L., Björck M. (Praha)**

5. **Naše prvé skúsenosti s hybridnými výkonmi na tepennom riečisku dolných končatín**
– Podolec M., Rusňák F., Beňo P., Horný L., Kuročka M., Javiľáková J., Rusňák M. (Ružomberok)
6. **Rizika zkříženého femorofemorálního bypassu při hybridním řešení aneurysmat břišní aorty** – Mazur M., Guňka I., Dostálík J., Zonča P., Havránek P., Guňková P., Peteja M. (Ostrava)
7. **Omentoplastika v liečbe infekcie cievnej protézy – kazuistiky** – Necpal R., Vincze O., Dulka T., Žúdelová L., Šefránek V., Tomka J. (Bratislava)
8. **Aneurizmy podkolennej tepny – od radosti z operácie až po hrozbu straty končatiny**
– Kováč P., Šeliga P., Vaško J., Leško M., Macková A., Czetoová A., Durkáč D. (Prešov)

10.45 – 12.15

Sekcia H. Varia. Klinicky zaujímavé kazuistiky

Predsedenstvo: Rusňák F., Vincze O.

1. **Koincidenca symptomatickej pseudoaneurizmy aorty a kontralaterálnej dystopie obličky – kazuistika** – Mesárošová S., Mondek P., Galko J., Kacz M., Tóth J., Varga Z. (Nitra)
2. **Infekčná pseudoaneurizma infrarenálnej aorty na podklade stafylokokovej infekcie – kazuistika** – Žúdelová L., Necpal R., Šefránek V., Vincze O., Zita Z., Dulka T., Tomka J., Mačuga I. (Bratislava)
3. **Protektívne opatrenia pri resekcii TAAA III typu – pasívny shunt a cerebrospinálna drenáž** – Dulka T., Necpal R., Zita Z., Žúdelová L., Šefránek V., Tomka J. (Bratislava)
4. **Paraplégia po výkonoch na torakálnej a torakoabdominálnej aorte** – Šramatý R., Šramatá K., Olejárová O., Jakuš J. (Bratislava)
5. **Izolované aneurizmy a. iliaca communis** – Beno M., Martin J. (Nemecko)
6. **Diabetická, septická noha – naše skúsenosti s komplexnou liečbou pri využití hyperbaroxie** – Miček J., Leichenbergová E., Boddáková D. (Nové Zámky)
7. **Možnosti liečby septickej diabetickej nohy** – Šimo J., Vrtík L. (Bratislava)
8. **Diabetická noha a plantárne defekty** – Molčan T., Starzyk M., Štěpánek S. (Trnava, Nové Zámky)
9. **Endovaskulárna liečba akútnej končatinovej ischémie** – Litvín I. (Trenčín)

12.15

Záver kongresu

Časový harmonogram kongresu

Štvrťrok	8.30 – 12.00 USG workshop	13.00 – 14.15 A. sekcia	14.15 – 15.30 B. sekcia	16.00 – 17.00 Covidien sympóziu	17.00 – 17.50 C. sekcia
Piatok	9.00 – 12.30 D. sekcia	13.30 – 15.00 E. sekcia	15.15 – 16.30 Servier+Teva+GSK sympóziá	16.45 – 18.30 F. sekcia	20.00 Gala večer
Sobota	9.00 – 10.30 G. sekcia	10.45 – 12.15 H. sekcia			

Za obsahovú a formálnu stránku abstraktov zodpovedajú výhradne autori.

Sekcia A. Ochorenia supraaortových vetiev

Návrh programu „STOPKA“

Frankovičová, M.

Klinika cievnej chirurgie VÚSCH, Košice

Kardiovaskulárne ochorenia si udržujú prvé miesto v príčine úmrtí v SR. Táto skutočnosť je podmienená najmä vysokou prevenciou príslušných rizikových faktorov v populácii a vysokou incidenciou kardiovaskulárnych ochorení v produktívnom a poproduktívnom veku. Dôsledky chorôb obehovej sústavy sú mimoriadne závažné pre zníženú kvalitu života, chronický priebeh a dlhodobé vysoké náklady na liečbu. Mnohí pacienti nie sú podchytení, nemajú vedomosť o závažnosti kardiovaskulárnych chorôb. Z pohľadu práceneschopnosti a invalidizácie je to závažný faktor. V súčasnosti je možné diagnostikovať a liečiť väčšinu kardiovaskulárnych ochorení na ambulanciách a oddeleniach. Počet výkonov nedosahuje ani jednu tretinu požadovaného počtu, počet výkonov pre aneuryzmy abdominálnej aorty by sa mal zvýšiť takmer 5-násobne. Mal by sa zvýšiť počet revaskularizácií na tepnách zvlášť dolných končatín, čím by poklesol počet amputácií pre periférne artériové ochorenie, event. i u diabetikov. Najdôležitejšie je zlepšiť informovanosť obyvateľstva aj zdravotníckych pracovníkov SR o cievnych ochoreniach a možnosti ich prevencie i liečby a dôsledne aplikovať v praxi špecifickú sekundárnu prevenciu. V oblasti kardiovaskulárnych ochorení by mali byť podporované projekty zamerané na:

1. identifikácia patologických zmien na cievach rizikových z hľadiska manifestácie komplikácií, ktoré vedú k stavom s potrebou akútneho

riešenia (FINANČNE MIMORIADNE NÁROČNÉ);

2. včasné rozpoznanie a terapeutické riešenie kardiovaskulárnych ochorení – spôsobujúcich smrteľné komplikácie, stratu končatiny alebo NCMP;
3. komplexná a včasná diagnostika ochorenia s cieľom zvýšenia zachytenia ochorenia v jeho včasných štádiách, s následnou elektívnou liečbou. Rozvoj metodík na identifikáciu osôb:
 - s rizikom NCMP – vyšetrenie karotíd – USG vyšetrenie karotíd;
 - s rizikom ruptúry Aneuryzmy aorty – USG AORTY a panvového riečiska;
 - s rizikom straty končatiny amputácia – vyšetrenie tepien DK – Doppler a pri potrebe i USG;
 - s rizikom IM (spôsob určí KARDIOLÓG – napr. EKG, USG, atď.).

PROGRAM „STOPKA“ – Starostlivosť o kardiovaskulárneho pacienta z pohľadu integratívnej medicíny zriadením STaníc Ochrany a Prevencie Kardio – Angio ochorení s cieľom integratívne riešiť problematiku kardiovaskulárnych ochorení v Slovenskej republike. Vhodné by bolo zriadenie staníc, ambulancií alebo jednotky prevencie pre kardiovaskulárne ochorenia, kde by pacient prišiel na vyšetrenie a dostal by písomný záver – zahrňujúci integrujúci pohľad na jeho kardiovaskulárne obtiaže s odporúčaním k odborníkovi – špecialistovi (angiológ, kardiológ, angiochirurg, diabetológ, reumatológ, internista, atď.). Materiálno-technické vybavenie diagnostickej jednotky STOPKA : duplex USG prístroj, EKG, + prístroje pre potreby dg. kardiolog. ochorení – Doppler, možnosť odberu krvi, atď. – podľa návrhu pracovnej skupiny (špecialistov v kardiovaskulárnej medicíne). Vzhľadom na incidenciu kardiovaskulárnych ochorení v SR a náročnosť

liečby z finančného hľadiska je vhodnejšie vynaložiť finančné prostriedky na elektívne riešenie, ako následne financovať invalidizáciu pacientov, zdravotnícke a kompenzačné pomôcky.

Asymptomatická karotická stenóza (ACS), karotická endarektómia (CEA) a karotický stenting (CAS)

Bartko D., Rusňák F., Danihel L., Zelenák K., Gombošová Z., Fabčín J., Kodaj J. Ústav medicínskych vied, neurovied a vojenského zdravotníctva, Klinika vaskulárnej chirurgie, MRI Centrum, Rádiologická klinika, Ústredná vojenská fakultná nemocnica, Ružomberok, Rádiologická klinika, Neurologická klinika, Univerzitná nemocnica, Martin, SR

STOP pre CAS pri ACS, tvrdia medzinárodní experti. Kritický pohľad na 20-ročné kontroverzie medzi CEA a CAS. Nové pohľady na medikamentóznou prevenciu

Úvod: Dlhé roky je karotická endarterektómia (CEA) zlatým štandardom pri významnej symptomatickej karotickej stenóze v rámci sekundárnej prevencie ischemických cievnych mozgových príhod. Od svojho zavedenia sa používa aj ako preventívny zákrok vzniku ischemického infarktu aj pri asymptomatickej významnej stenóze karotickej tepien (ACAS). Karotický stenting (CAS) ako preventívny zákrok pri symptomatickej stenóze karitíd sa ako zákrok sekundárnej prevencie mozgového infarktu začal používať od svojho zavedenia do klinickej praxe, t. j. takmer 20 rokov. Boj o uplatnenie v klinickej praxi, kontroverzie, ktorá z týchto procedúr prináša väčší benefit pre pacienta, trvá počas celého tohto obdobia. Usilovnosť, svedomitosť, dravosť,

kreativnosť invazívnych rádiológov sa zvyšovali a prinieslo to zlepšujúce sa výsledky. Umožnila to zlepšujúca sa technika, zvýšili a skvalitnili sa skúsenosti a zručnosti, tréning, vedomosti, ale aj úvahy o indikáciách. Netrvalo dlho a rádiológovia sa pustili aj do rizikového zavádzania stentov pri asymptomatickej karotickej stenóze. Zlepšujúce sa výsledky viedli k zvyšovaniu záujmu i počtu urobených CAS výkonov. Napriek veľmi optimistickým záverom, ktoré priniesol dizajnovovo elegantne spracovaný CREST trial (2010), stále zostávajú rozdiely vo výsledkoch medzi CEA a CAS v neprospech CAS, aj keď pri niektorých indikáciách (napr. pri zohľadnení vekovej štruktúry pacientov sú výsledky pri použití CAS lepšie u mladších vekových skupín). Osobitne sa rozdiely týkajú použitia CEA a CAS pri asymptomatickej karotickej stenóze. Treba vziať do úvahy, že boj medzi týmito dvoma procedúrami pokračuje a trvá odvtedy, ako sa v ponuke takejto možnosti prevencie ischemického mozgového infarktu objavil CAS, t. j. takmer 20 rokov. A to je obdobie, keď v ponuke medikamentóznej terapie existoval len jediný liek na prevenciu – aspirín ako ojedinelá „antiplatelet“ prevencia, v porovnaní so súčasne existujúcou batériou liekov pre primárnu a sekundárnu prevenciu, ako sú statíny, ACEI, nové antihypertenzíva a ďalšie a ich sofistikovane premyslená kombinácia. To začalo prinášať sľubné výsledky. Tak sa zmenila situácia a začal boj medzi CEA, CAS a medikamentóznou prevenciou. Čo má v takejto situácii poradiť neurológ pacientovi? Ciele práce: 1. analyzovať použitie CEA, CAS a medikamentóznej prevencie pri asymptomatickej karotickej stenóze, 2. kritické zhodnotenie kontroverzií medzi tromi možnými terapeutickými (preventívnymi) modalitami.

Materiál a metódy: Dáta z Cochrane Library, EMBASE, SCI, Medline, trials v danej problematike (1993–2012), vlastné štúdie (CEA=458, CAS= 242), „leader expert’s opinions“ (2010–2012). Neurologické vyšetrenie vrátane NIHs, kardiologické vyšetrenie vrátane Holter, EKG, ABPM monitoring, vyšetrenie auton. nerv. systému, BRS, stiffness (Sphygmocor, AtCor, Sydney), IMT a morfológia plaku (USG), BRS (Finometer Finapres Medical Comp. Amsterdam). Výsledky CEA zostávajú zlatým štandardom primárnej a sekundárnej prevencie mozgového infarktu pri významnej stenóze karotických artérií. V našom materiáli tvorilo súbor CEA 458 pac., z toho bolo 302 symptomatických a 154 asymptomatických. V prvej podskupine vzniklo iCI n=6 do 30 dní a letálne n=2, v druhej podskupine ACS vznikli iCI (n=2). V skupine CAS bolo 181 pacientom, z toho bolo 135 symptomatických a 46 asymptomatických, v prvej podskupine vznikol stroke u 4 pac, do 30 dní a fatálny n=1. Výsledky v oboch procedúrach možno považovať za veľmi sľubné. Počiatočné výsledky CAS boli celosvetovo poznamenané významným počtom periprocedurálnych komplikácií a postprocedurálnych primárnych a sekundárnych. V posledných rokoch dosiahla a dosahuje CAS významné lepšie výsledky ako perioperačné, tak aj v kratšej či dlhšej perspektíve po zákroku. V našom materiáli v skupine CAS bolo 181 pacientov, z toho bolo 135 symptomatických a 46 asymptomatických, v prvej podskupine vznikol stroke do 30 dní u n=4 a fatálny n=1. Výsledky v oboch procedúrach možno považovať za veľmi sľubné. CAS v súčasnosti ponúka alternatívu ku CEA, ukázal dokonca väčšiu účinnosť u pacientov mladšieho veku v porovnaní s CEA, kde väčší benefit bol u starších. Napriek veľmi optimistickým výsledkom v poslednej dobre dizajnovanej

pripravenej CREST štúdie, zostávajú stále diferencie v benefite, účinnosti a bezpečnosti medzi týmito dvoma modalitami. Jednoznačne sa dokázalo, že pri rozhodovaní, ktorú z týchto dvoch procedúr použiť a čo poradiť pacientovi, je potrebné vziať do úvahy viaceré faktory: 1. kto radí pacientovi, ktorá procedúra je lepšia, chirurg či intervenčný rádiológ? Ktorý z nich má najväčšiu šancu poradiť relatívne objektívne a kde sa viac uplatňuje profesionálne zameranie lekára, ktorý radí? 2. charakteristika plaku. Ktorý z plakov, nestabilný, stabilný alebo ulcerovaný plak je najvhodnejší pre jednu alebo druhú procedúru? 3. komorbidita, najmä vo vzťahu k významným rizikovým faktorom? 4. použité techniky pri CAS? a) medikamentózna neuroprotektia? b) predzáčoková príprava a pozáčokový manažment pacienta, 5. vek pacienta a ďalšie. Je dokumentované, že vo vyššom veku je CAS asociovaný s výraznejším rizikom properačných a pooperačných komplikácií. V posledných rokoch sa dramaticky zmenila medikamentózna liečba (prevencia). Ročný „stroke rate“ medikamentózne liečených pacientov klesol pod 1 %. Dokumentoval sa jednoznačný advent modernej medikamentózne liečby, jej zvýšené použitie v prevencii a zlepšený manažment. Stále zostáva nezmenené kontroverzné riziko vzniku ischemického mozgového infarktu po karotickej revaskularizácii. Medikamentózna prevencia má jednoznačne väčší benefit ako CAS a skoro taký istý ako CEA. Tento záver prestáva v súčasnosti byť predmetom kontroverzií. Ako kontroverzne nezostáva rozhodovanie medzi medikamentóznou a chirurgickou prevenciou, ale skôr medzi medikamentóznou a CAS prevenciou. Z tejto konfrontácie rezultuje názor, že pri použití medikamentózne prevencie dochádza k signifikantnej redukcii vzniku

ipsilaterálneho stroku u asymptomatických pacientov s významným (vysoko-rizikovým) stupňom karotickej stenózy (AHGCAS). Komprehenzívna medikamentózna prevencia (statíny, antitrombotiká, antiadiabetická liečba, starostlivá regulácia krvného tlaku – nie bezmyšlienkovité znižovanie TK, bez ohľadu na to, že to súčasne znižuje perfúzný tlak (PP) a následne klesá CBF, a konečne aj rozličné ne-medicínske procedúry). Takto komplexne chápaná medikamentózna terapia ukázala jednoznačný pokles ročného ipsilaterálneho „stroke rate“ do 0,34 %. Nové prioritné výsledky v chápaní mechanizmov vzniku aterosklerózy a plakov (špecifický vaskulárny zápalový marker, lipoproteín asociovaná fosfolipáza A2), prináša aj nové pohľady na morfológiu plaku a na jej význam pri indikácii jednotlivých procedúr.

Záver: 1. v súčasnosti nie je dokázaná priorita a väčší benefit CAS v porovnaní s medikamentóznou prevenciou, preto niektorí svetovo uznávaní neurológovia radia zastaviť CAS ako metódu primárnej prevencie pri asymptomatickej ACS. 2. Napriek takto zastavanému názoru expertov podľa nášho názoru je potrebné vziať do úvahy, že bez pionierov (v tomto prípade intervenčných rádiológov), by nebolo pokroku, ale bez trialistov (štúdií, ktoré overujú „pionierske“ metódy) by nebolo dôkazov. Potrebujeme obidvoch. 3. Nové originálne a prioritné výsledky v chápaní mechanizmov vzniku a priebehu aterosklerózy a morfológie aterosklerotických plakov na karotických artériách provokujú úvahy použiť nové metódy a nové indikačné kritériá v primárnej a sekundárnej prevencii ischemických mozgových infarktov.

Podporené grantmi Európskej únie, celoštátnymi grantmi ITMS26220220099, APVV 0586-06, LPP 0186-06, INTERREG IIIA 141 42 032.

Naše súčasné postupy v karotickej chirurgii

Šefránec V., Zita Z., Tomka J., Dulka T., Necpal R.

Lekárska fakulta SZU, NÚSCH Bratislava

Úvod: Karotická chirurgia sa uskutočňuje viac ako 60 rokov a prešla mohutným vývojom, ktorý zásadne zmenil prístupy v indikáciách, operačnej technike a stratégií aj vo výsledkoch liečby. Výrazným spôsobom ju ovplyvňuje endovaskulárna liečba. Základným cieľom intervencií na karotických artériách je prevencia mozgových príhod. Cieľom našej štúdie bolo vyhodnotenie 2-ročného klinického materiálu pacientov operovaných v karotickej oblasti od 1.1.2010 do 31.12.2011.

Metódy: Retrospektívne vyhodnotenie výsledkov operácií v extrakraniálnom úseku karotických artérií.

Výsledky: V uvedenom období sme uskutočnili 519 operácií (358 everzných endarterektómií, 63 konvenčných CEA s patch-plastikou, 5 interpozít, 89 korekcií kinkingu ACI, 2 angioplastiky ACE, 2 subklaviokarotické bypasy). Z operovaných pacientov 1 pacient exitoval, 22 pacientov sme revidovali pre kompresívny hematóm, v 10 prípadoch sa vyskytol závažný neurologický deficit, tranzitória symptomatológia v 5 prípadoch, v 3 prípadoch došlo k lézii mozgových nervov. V 7 prípadoch vznikla skorá hemodynamicky závažná restenóza ACI (do 1 roka), všetky sme riešili endovaskulárne (CAS). V 1 prípade dostal pacient perioperačný NSTEMI AIM. Kombinovaná mortalita/morbidity v tomto súbore bola 2,3 %.

Diskusia: V posledných rokoch dochádza po pri náraste endovaskulárnych výkonov (CAS) na úkor otvorených chirurgických výkonov na našom

pracovisku k výraznému príklonu k everznej karotickej endarterektómii, ktorú vykonávame spravidla v lokoregionálnej anestézii (v cervikálnom bloku). Z celkového počtu 426 CEA bolo 358 everzných CEA (84 %) a 68 konvenčných (16 %). Výhodou everznej techniky podľa našich skúseností bol kratší priemerný čas operácie, znížená mortalita a morbidita, znížený výskyt skorých restenóz, skrátenie dĺžky hospitalizácie a po bytu na JIS.

Záver: V karotickej chirurgii v priebehu posledného decénia dochádza k výrazným zmenám. Celkový počet otvorených operácií poklesol na úkor zvýšeného počtu CAS. Spresnili sa indikačné zásady v súlade s platnými medzinárodnými odporúčaniami. Výrazne sa zvýšil podiel lokoregionálnej anestézie v porovnaní s celkovou anestéziou súčasne s výrazným nárastom podielu everznej endarterektómie. Výsledky operácií v porovnaní s predchádzajúcimi obdobiami sú výrazne lepšie.

Debranching supraortových vetiev aorty – kedy a ako to robíme *Supraaortic debranching – when and how we to do it*

Tomka J., Zita Z., Dulka T., Šefránek V.
Klinika cievnej chirurgie NÚSCH,
Bratislava

K významnému pokroku v rozvoji chirurgickej a endovaskulárnej liečby hrudnej aortálnej patológie (oblúka aorty a descendentnej hrudnej aorty) prispeli anatomické a extraanatomické debranching výkony na supraortových vetvách aorty. Autori uvádzajú vlastné klinické skúsenosti v NÚSCH s uvedeným typom operácií za obdobie 2009 – 2012. Všetky výkony boli vykonané v celkovej anestézii s využitím TCO (transkutánnej

cerebrálnej oxymetrie) na peroperačný monitoring pre ochranu mozgu u operovaných pacientov. Pri klinickej retrospektívnej analýze týchto pacientov zohráva dôležitú úlohu adekvátna predoperačná diagnostika a následne indikačný konsenzus viacerých cievnych špecialistov, ktorí sa spoločne podieľajú na liečbe týchto pacientov.

Akútna hemoragická fistulácia ako prejav protetickej infekcie po karotickej endarterektómii s patch plastikou – case report

Slyško R., Švarc P., Takács R., Lámala R., Gajdošová M., Bajčíková B., Kissová S.
Oddelenie cievnej chirurgie, NsvCaM,
Bratislava

Pacient, 69-ročný, po NMCP v minulosti, s arteriálnou hypertenziou, DM2 (INZ), ktorý bol operovaný na OCCH pre stenózu ACI I. sin., v 8/2010 vykonaná EA ACI I. dx. s angioplastikou ACC a ACI pomocou PTFE-patchu, 10/2010 však pre znaky infekcie protézy spolu s aktívnym krvácaním vykonaná urgentná operačná revízia a chirurgická hemostáza v oblasti lézie protetického materiálu, pooperačne nasadená dlhodobá adekvátna ATB-clona (verifikácia St. aureus), v ďalšom priebehu pacient bez ťažkostí, 2/2011 pacient opätovne prijatý s hemoragickou fistulou a opuchom krku, indikovaná urgentná reoperácia, dňa 14.2.2011 vykonaná operácia: explantácia protetického PTFE materiálu, ligatúra ACE I. sin., interpozícia ACC ad ACI I. sin. pomocou reverznej VSM autologa + plastika pomocou m. sternocleidomastoideus. Nasadená adekvátna kombinovaná p. o. ATB-clona. V súčasnosti je pacient asi 2 roky po reoperácii, neurologicky je bez čerstvej symptomatológie, prítomné

len reziduum po pôvodnej NMCP v minulosti, podľa MRA dobrá priechodnosť rekonštrukcie. Prednáška je doplnená o súhrn literárnych poznatkov o výskyte a liečbe protetických infekcií po CEA a doplnená obrazovou dokumentáciou.

Chirurgické řešení aneuryzmatu a. carotis int. po neúspěšném stentgraftingu – kazuistika

Dvořáček M.

3. LF Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, Praha

Úvod: Technologický pokrok v medicíne, konkrétne rozvoj endovaskulárnych metod terapie v cévni a kardiovaskulárnej chirurgii znamená úbytok cévných operácií v absolútnom čísle. Tajemství úspechu každej intervencie, ať už endovaskulárnej, alebo operačnej, tkvie vo správnej indikácii. Cévná chirurgia stále má svoje významné miesto a jsou situace, kdy je pouze jedinou metódou volby.

Kazuistika: Muž, 46 let, oligofrenik, zdrav. Náhodný nález poměrně velkého aneuryzmatu levé a. carotis interna při běžné hygieně. Kontaktováno angiologické centrum ve FNKV, neurochirurgové výkon odmítli, pacient byl angiologicky indikován k zavedení stentgraftu. Metoda však selhala a byl povolán cévní chirurg. Po nezbytné přípravě byl pacient operován, provedena extrakce 3 stentgraftů, resekce výdutě a náhrada PTFE graftem end to end.

Výsledek: Operace a pooperační průběh zcela bez komplikací. Pacient se těší pevnému zdraví, zhojen, neurologicky zcela v normě.

Závěr: Poučná kazuistika, z které vyplývá, jak důležitá je mezioborová spolupráce a slovo cévního chirurga.

Chirurgická liečba oklúzie subklaviálnej artérie a konkomitantnej ipsilaterálnej karotickej stenózy

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

Oddelenie cievnej chirurgie, UVN, FN, Ružomberok

Úvod: Prezentácia dokumentuje možnosti chirurgickej liečby pomerne málo publikovanej témy súčasného výskytu symptomatickej subklaviálnej oklúzie a závažnej ipsilaterálnej stenózy a. carotis interna. Karotiko-subklaviálny bypass (KSB) a karotiko-subklaviálna transpozícia (KST) ako alternatívy riešenia subklaviálnej oklúzie majú veľmi dobré výsledky – dobrú dlhodobú priechodnosť, s nízkou mortalitou a morbiditou. V súčasnosti pribúda pacientov so súčasným výskytom závažnej stenózy ACI, s nutnosťou karotickej endarterektómie (CEA). CEA môže byť vykonaná ako simultánna alebo separátna procedúra.

Diskusia: Podľa literárnych údajov je zrejmé, že simultánna CEA signifikantne zvyšuje riziko peroperačného výskytu NCMP. Kým pri samostatnej KSP, resp. KST je riziko asi 0,3 – 0,4 %, pri KSB/KST so simultánnou CEA je asi 3 – 5 %. V práci sú rozobraté všetky možnosti stratégie operačnej liečby, s ich výhodami a nevýhodami. V dvoch kazuistikách prezentujeme naše skúsenosti s liečbou a výsledky.

Záver: Karotiko-subklaviálny bypass a karotiko-subklaviálna transpozícia sú bezpečné a efektívne metódy v liečbe symptomatickej subklaviálnej oklúzie, s výbornými dlhodobými výsledkami. U pacientov s konkomitantnou závažnou stenózou ipsilaterálnej ACI simultánna CEA zvyšuje riziko perioperačnej NCMP.

Sekcia B. Chronická žilová insuficiencia

Varixy dolných končatín – čo by malo byť ešte povedané a zodpovedané?

Molčan T., Danaj M., Pavč J.

Chirurgická klinika FN Trnava

Veľká saféna stále zostáva jedinečným autogénnym transplantačným materiálom pri ochorení a poranení cievneho systému, pri ochoreniach srdca a obličiek, riešení komplikácií infekcie cievnych náhrad. Preto jej neopodstatnené odstránenie môže v budúcnosti zásadne ovplyvniť kvalitu nášho života, zvlášť preto, že demografické ukazovatele vedú k nespochybniteľnému predlžovaniu života našej generácie. Najúčinnnejšou liečbou varikózneho ochorenia dolných končatín zostáva v súčasnosti stále chirurgická liečba s odstránením dôsledkov patologickej hemodynamiky vo vyklenutých, nad úroveň kože prominujúcich, kolagenoslabených povrchových žilách na dolnej končatine. Tieto operačné výkony sú aj najčastejšou operáciou v registroch cievne chirurgických pracovísk, do ktorých kompetencie by liečba varikózneho ochorenia mala patriť. Autori sa vo svojej prednáške zaoberajú rôznymi aspektmi vhodnosti alebo indikácie, reprodukovateľnosti a použiteľnosti diagnostických údajov a chirurgickej intervencie pri konečnom, úplnom a sofistikovanom odstránení varixov dolných končatín, kontroverznými, spornými pohľadmi na túto problematiku. V prvom rade by mal byť každý pacient pred operáciou varixov úplne a zrozumiteľne poučený o spôsobe chirurgickej liečby, výhodách i nevýhodách jednotlivých techník, ich možnostiach i dostupnosti, časovej i ceno-

vej náročnosti, predpokladanom, očakávanom liečebnom i kozmetickom efekte operácie. Na základe dlhoročných skúseností s liečbou varikózneho ochorenia považujú sklerotizačné riešenie (odstránenie) veľkých varikózných kmeňov a vetiev veľkej i malej safény pre časté recidívy a rozsiahle pozápalové zmeny kože i podkožného tkaniva za nevhodné. Citlivé a málo invazívne ošetrenie varixov avulznou technikou z miniincízií kože v lokálnej alebo zvodovej anestézii má nepopierateľne lepšiu a dlhodobejšiu liečebnú a hlavne kozmetickú efekt. Sklerotizácia by mala byť rezervovaná hlavne pre krátke úseky varikózných žíl neodstránených alebo vzniknutých v skorom období po primárnej operácii ako dopĺňajúci výkon a u pacientov s kožnými prejavmi varikózneho ochorenia v iniciálnom štádiu a u pacientov jednoznačne odmietajúcich operačnú intervenciu. Ultrazvukové vyšetrenie pacientov s primárnymi varixami dolných končatín je v mnohých prípadoch neopodstatnené a nepotrebné. V mnohých prípadoch je sporná nielen reprodukovateľnosť refluxu v typických oblastiach, ale aj úloha insuficientných Cockettových perforátorov, ako najčastejšieho dôvodu indikácie na USG vyšetrenie. Z klinickej praxe má na vývoj a prejav varikózneho ochorenia vplyv hlavne Gilotov perforátor na mediodorzálnej strane lýtky, Boydov a Doddov perforátor, ktoré sú však dostupné aj jednoduchému klinickému vyšetreniu. Naopak, v indikovaných prípadoch sa USG nerealizuje vôbec. Veľká saféna zostáva stále jedinečným biologickým autotransplantátom pri závažných orgánových postihnutiach (KCHS, PAO, CHRI, trauma) a preto jej neopodstatnené

odstránenie pri jednoduchšej safénofemorálnej nedostatočnosti s refluxom bez prejavov vakovitého rozšírenia veľkej safény v jej femorálnej oblasti je tiež minimálne sporné. Napriek tomu sa mnohým pacientom výkon v tejto indikácii často odporúča. Len mizivé promile pacientov má izolované poškodenie veľkej alebo malej safény, bez vakovitého rozšírenia ich vetiev na vnútornej, zadnej a prednej strane predkolenia a stehna, pri ktorom by bolo použitie rádiofrekvenčnej alebo laserovej metódy optimálnym spôsobom liečby varixov. V drvivej väčšine je potrebné aj odstránenie varikózných vetiev ako neoddeliteľnej súčasti operačnej intervencie, v súčasnosti akceptovanou avulznou technikou. Invaginačný stripping v súlade s literárnymi údajmi zostáva rovnocennou metódou odstránia varixov dolných končatín v porovnaní s efektom liečby VNUS rádiofrekvenčnej a ELVeS laserovej metódy termickej ablácie veľkej safény na stehne, zvlášť preto, že tieto termické metodiky sú rezervované len na stehennú oblasť a hornú tretinu predkolenia. V kontexte s voľbou metódy odstránenia varixov vyvstávajú do popredia niektoré diskutabilné alebo kontroverzné otázky: ponechanie alebo potreba odstránenia predkolennej časti veľkej safény, optimálne umiestnenie laserového vlákna alebo rádiofrekvenčnej elektródy do oblasti safénofemorálnej junkcie, možnosť recidív, cenovej a časovej náročnosti jednotlivých metodík dostupnosti USG prístrojov, rešpektovania protokolov, invazivity a mininvazivity výkonu v súvislosti s operačnou intervenciou a použitím anestézie a v neposlednom rade rekonvalescencie a návratu pacienta do pracovného procesu. Kontroverznou otázkou zostáva aj potreba, indikácia podávania LWMH – heparínov v rámci

prevencie TECH tesne po operácii alebo pred operáciou a úloha kompresívnej terapie: stupeň a dĺžka aplikácie – doba nosenia kompresívnej pančuchy po operácii. I pacienti s ortopedickými ochoreniami, patologickým postavením nohy (pedes planes longitudinales) by mali byť poučení o možnostiach vývoja CHVI, recidívy varixov aj po dokonale urobenej primárnej operácii. Poslaním špecialistov – cievnych chirurgov je nielen perfektne zvládnuť operačné riešenie varixov s bezchybnou indikáciou nevyhnutnej operačnej intervencie, ale aj prevencia varikózneho ochorenia u rizikovej skupiny pacientov s protekciou neopodstatneného odstránenia zdravej, nepoškodenej a varikozitami nezmenenej veľkej safény. Myslíme si, že téma chirurgickej liečby varixov dolných končatín a pestrosť kontroverzných otázok v spojitosti s operačnou liečbou je i dnes zaujímavou a zdá sa byť aj kontroverznou témou špecializovaného kongresu cievnej chirurgie, kde by si zaslúžila samostatnú sekciu za okrúhlym stolom. Predpokladaný a očakávaný záujem o túto problematiku zo strany cievnych chirurgov, všeobecných chirurgov i angiológov, na ktorých sa pacienti so svojimi problémami obracajú, nás inšpiroval podeliť sa s našimi skúsenosťami aj na pôde slovenského angiochirurgického kongresu.

Radiofrekvenční ablace varikozních žil dolních končetin

Blaha L., Bulejčík J., Burša P.

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

Radiofrekvenční operace je moderní miniinvazivní metoda endotermální ablace kmenových varikozit DKK (zejména VSM, VSP, ...). Od roku 1998 do 2010 bylo provedeno více než 600 000

zámkroú na celém svétě. Na základě randomizovaných studií, které prokázaly vysokou úspěšnost této metody, je tato metoda již vaskulárními společnostmi (také Rutheford) doporučena pro terapii kmenových varikozit, ale také perforátorů, ... Výhody této operace jsou v menší traumatizaci měkkých tkání a menší bolestivosti, pooperačně jsou menší hematomy a rychleji se resorbují, je méně operačních ran a jizev, výkon je vhodnější pro jednodenní chirurgii event. ambulanci), je zde možnost tumescenční lokální anestezie. Tedy celkově větší komfort pro pacienta a lepší kosmetický efekt. Dále je méně komplikací hojení (infekce ran, hematomy v tříse, parestézie n. safenus, n. suralis), RFA ablace u bérce. vředu (popř. mikrobiálního ekzemu) u pokročilých stadií CHVI minimalizuje riziko vzniku perioperační infekce. Konečně je zde významně rychlejší návrat ke každodenní činnosti než v případě ošetření běžnou chirurgickou technikou. Na našem pracovišti jsme začaly provádět tuto operaci na konci roku 2009. Do konce roku 2012 jsme provedli již 256 operací u 181 pacientů. Z toho bylo 113 žen a 68 mužů. V průběhu času zdokonalujeme operační techniku a stále více zapojujeme do průběhu celé operace UZ zobrazování, přičemž punkce pod UZ a UZ zobrazení safenofemorální (popliteální) junkce byly od počátku samozřejmostí).

Závěr: Výsledky operací v našem souboru jsou, zdá se, velmi dobré a také množství a spektrum operačních komplikací je porovnatelné s údaji, které jsou udávány v četných studiích (Merchant, Dietzek, Proebstle, ...). Nutno podotknout, že výsledky operace a četnost komplikací jsou závislé na zkušenosti operátora a na preciznosti operačního postupu.

Povrchová tromboflebitída – společný problém angiologův a angiochirurgův

Dostálová K.¹, Štvrtinová V.², Moricová Š.¹, Šefránek V.³

¹Fakulta veřejného zdravotnictví, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava

²II. interná klinika, Lekárska fakulta Univerzity Komenského, Bratislava

³Klinika cievnej chirurgie Lekárskej fakulty Univerzity Komenského a Slovenskej zdravotníckej Univerzity, NÚSCH, Bratislava

Povrchová tromboflebitída (PT) je zápal žilovej steny, sekundárne sprevádzaný tvorbou trombu pevne adherujúceho k zápalovo zmenenej stene žily. Napriek tomu, že sa PT vyskytuje častejšie ako hĺbková žilová trombóza, je menej preskúmaná a tradične považovaná za benígne ochorenie. Závažný je súčasný výskyt flebotrombózy pri tromboflebitíde (6 – 53 %), propagácia do hlbokého systému je zaznamenaná u 2,6 – 15 %, výskyt symptomatickej pľúcne embolizácie je 0 – 33,3 %. PT postihuje prevažne žily dolných končatín, najmä varikózne zmenené alebo poškodené chronickým venóznym ochorením. Flebotrombóza a PT majú spoločné rizikové faktory, ktoré už v 19. storočí postuloval Virchowov ako známe trias. Rizikovými faktormi sú mnohé patologické (malignita, trombofília, obezita, podávanie exogénnych estrogénov, anamnéza hlbkovej žilovej trombózy), ale aj fyziologické stavy (gravidita). Na základe posledných poznatkov a rozvoja duplexnej sonografie je nutné dodržiavať v starostlivosti pacienta s PT nasledovné postupy: U každého pacienta s nevarikóznou PT

a u každého pacienta s recidivujúcou PT pátrame po rizikových faktoroch povrchovej tromboflebitídy, predovšetkým po malignite a trombofilii. Klinické vyšetrenie môže rozsah PT podhodnotiť a neposkytuje informáciu o hlbokom systéme, preto je povinné vyšetriť u pacienta povrchový aj hlboký venózný systém duplexnou sonografiou, a to na oboch končatinách. Všetci pacienti s PT musia byť liečení kompresívnou liečbou kompresnej triedy II (s výnimkou jej kontraindikácií). Pacientovi s PT nesmie byť odporučený pokoj na lôžku. Naopak, dôležitá je mobilizácia pacienta s naloženým kompresívnym obvazom alebo pančuchou. Všetci pacienti s PT s postihnutým úsekom žily dlhším ako 5 cm majú dostať antikoagulačnú liečbu s heparínmi s nízkou molekulovou hmotnosťou v intermediárnej alebo terapeutickej dávke počas 4 týždňov. Pacienti s rozsiahlou povrchovou tromboflebitídou, s postihnutým úsekom žily dlhším ako 10 cm pri prítomnosti ďalšieho rizikového faktora VTE, majú dostať fondaparín v profylaktickej dávke s. c. so zvážením trvania 6 týždňov. Antibiotická liečba je indikovaná len v prípade celkových znakov zápalu (horúčka, leukocytóza, vysoká sedimentácia, C-reaktívny proteín) alebo septickej tromboflebitídy. Rutinné vykonávanie ligácie v safeno-femorálnej junkcii alebo safeno-popliteálnej junkcii v snahe zabrániť extenzii do hlbokého systému sa neodporúča. Po preliečení PT môže varikózna tromboflebitída recidivovať, čo je znakom chronickej venózne insuficiencie. Vhodnou elektívnou liečbou varixov – chirurgickou, laserovou alebo rádiofrekvenčnou abláciou sa predíde

ďalším komplikáciám. V záujme edukácie laickej verejnosti o tomto závažnom ochorení bol v rámci Národného programu prevencie ochorení srdca a ciev publikovaný edukačný článok pre pacientov o PT na informačnom portáli www.cievy.sk.

Aneuryzma vena poplitea

– kazuistika

Javiláková J., Horný L., Rusňák F., Beňo P., Podolec M., Kuročka M., Rusňák M.
OCCH ÚVN Ružomberok

Venózne aneuryzmy sú zriedkavým vaskulárnym ochorením, ktoré postihujú venózný systém. Môžu sa vyskytovať v každom veku. Najčastejším miestom výskytu sú dolné končatiny, predovšetkým vena poplitea, následne vena femoralis a vena saphena magna. V práci opisujeme kazuistiku 87-ročného pacienta s výskytom aneuryzmy vena poplitea, ktorý sa podrobil úspešnej operačnej liečbe.

Náš pohľad na liečbu chronickej venózne insuficiencie

Kubíková M., Frankovičová M., Sihotský V., Torma N., Arendarčík F., Tomečko M., Smola A., Staško P., Zavacká M.
VÚSCH, Košice

V práci predstavujeme súbor pacientov, ktorí boli operovaní pre CHVI a prezentujeme naše výsledky. Náš súčasný postoj k liečbe CHVI sa formuje na základe našich dlhodobých výsledkov, možností materiálno-technického zabezpečenia a možností používania najnovších dostupných metód.

Sympóziu firmy COVIDIEN

Ultrasonograficky navigovaná miniinvazívna liečba varixov dolných končatín v našom klinickom súbore

Munka Š., Kovács V.

Súkromná ambulancia cievnej chirurgie
Rimavská Sobota, Lučenec

Z hľadiska stratégie liečby varixov ultrazvuková diagnostika, s určením bodov insuficiencie a dráhy refluxu, zohráva kľúčovú úlohu. Práve preto sa stala štandardom v praxi autorov. Prezentujú súbor pacientov (viac ako sto končatín) s kmeňovými varixami, ktorí boli riešení termickou abláciou. Autori preferujú endovenóznou techniku, pretože spĺňa kritériá minimálnej invazivity s dobrým kozmetickým efektom. Tumescenčná anestézia umožňuje operáciu aj u rizikového pacienta. Endovenózna crossektómia aj pri ťažkej

obezite je technicky menej náročná a bezpečná. Vďaka dodržiavaniu štandardného protokolu nezaznamenali v súbore žiadne komplikácie. Svoje výsledky porovnávajú s konvenčnými operáciami a výsledkami štúdií.

Současné trendy v terapii varixů dolních končetin – naše zkušenosti

Šlais M., Štädler P.

Nemocnice Na Homolce, Praha, ČR

Autoři prezentují přehledně současné trendy v terapii varixů dolních končetin. Zejména se věnují endovenózním metodám, které jsou prováděny zcela pod ultrasonografickou kontrolou a které zahrnují endovenózní laserovou ablaci (EVLA) a radiofrekvenční ablaci (RFA). V závěru prezentují vlastní zkušenosti s oběma metodami, výsledky a také zaznamenané komplikace.

Sekcia C. Cievny prístup pre hemodialýzu a jeho komplikácie

Permanentný dialyzačný katéter a jeho komplikácie – naše skúsenosti

Takács R., Slyško R., Švarc P., Lámala R., Gajdošová M., Bajčíková B., Kissová S.
Oddelenie cievnej chirurgie, UNB
Bratislava – Petržalka

Vďaka zlepšeniu zdravotnej starostlivosti so stagnujúcim počtom transplantácií obličiek stúpa počet pacientov, ktorí sú odkázaní na dlhodobý dialyzačný prístup. Pri nevhodnosti alebo vyčerpaní periférnych HD prístupov je centrálny žilový katéter najčastejšia voľba pri zabezpečení dialýzy. Žiaľ, je zaťažovaný častými komplikáciami hlavne v zmysle trombóz a infekcií katétrov a stenotizácií centrálnych žíl s nutnosťou hla-

dania ďalších dialyzačných prístupov a potrebou endovaskulárnej liečby. V prednáške ponúkame prehľad súčasných možností a naše skúsenosti (116 výkonov za obdobie posledných 3 rokov) s dlhodobým centrálnym žilovým prístupom u dialyzovaných pacientov.

Patofyziológia a manažment AVF s vysokým prietokom

Šinák I., Talapková R., Hlinka Ľ., Patkaňová L., KTaCCH Martin

Funkcia a životnosť natívnych kubitálnych fistúl pre hemodialýzu je vo väčšine prípadov dlhodobu priaznivá. Konštrukcia autológnej AVF bezprostredne zvyšuje kardiálny výdaj o 10 – 20 %. Časť AVF je však

spojená s komplikáciami vo forme vysokého prietoku. Prietok viac ako 1,5 – 2 l/min umožňuje efektívnu hemodialýzu, ale spôsobuje závažné hemodynamické zmeny na končatine a môže vyčerpať kardiálnu kapacitu dialyzovaného pacienta. Jednou z hypotéz vysokej morbidity a nevysvetliteľne vysokej mortality dialyzovanej populácie je aj nadmerný prietok AVF. Redukcia prietoku zlepšuje kardiálnu funkciu a prežívanie tejto skupiny pacientov. Incidencia pacientov s vysokým prietokom AVF a kardiálnym preťažením nie je známa. Jej nárast v posledných rokoch vyžaduje pravidelné meranie a režim sledovania prietoku AVF v dialyzačných centrách. Kritériá pre liečbu hyperfunkčných AVF s kardiálnym preťažením nie sú presne definované, pričom nezávisia len od hyperfunkcie cievneho prístupu, ale aj od komorbidity pacienta. V prednáške uvádzame výskyt hyperfunkčných AVF v súbore pacientov na cievnom oddelení KTaCCH za 5-ročné obdobie, možnosti chirurgickej liečby a jej výsledky.

Aneurysmorafie arteriovenózného prístupu pro hemodialýzu – 6 let zkušeností

Rokošný S.¹, Baláž P.¹, Palouš D.²,
Wolhfahrt P.³, Janoušek L.¹

¹Klinika transplantáční chirurgie,

²Základna radiodiagnostiky
a intervenční radiologie, ³Oddělení
preventivní kardiologie, IKEM, Praha

Úvod: V roce 2008 jsme jako první popsali novou metodu záchrany aneurysmaticky změněného arteriovenózního přístupu pro hemodialýzu – aneurysmorafie s použitím exoprotézy. V roce 2010 jsme navrhli a vyvinuli nový chirurgický nástroj – „aneurysmorrhaphy clamp“ k zjednodušení a zefektivnění techniky. Prezentujeme technické aspekty operace a šestileté výsledky.

Dizajn studie: Retrospektivní, nerandomizovaná studie jednoho centra.

Materiál a metodika: Analýza pacientů s aneurysmatickým arteriovenózním přístupem pro hemodialýzu po aneurysmorafii s použitím exoprotézy v období březen 2007 – říjen 2012. Pacienti byli sledováni klinicky a duplexní sonografií v 1., 3. a 12. měsíci od operace, následně jednou ročně.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 62 pacientů s průměrným věkem $57,2 \pm 12,5$ let, 63 % mužů, nejčastější indikací k výkonu byla hyperfunkce arteriovenózního přístupu, 35 (56 %) pacientů. „Aneurysmorrhaphy clamp“ jsme použili u 37 (60 %) pacientů. Průměrný follow-up byl $13,2 \pm 12,5$ měsíců. Primární průchodnost v 6., 12. a 18. měsíci byla $85,2 \pm 0,05$ %, $78,1 \pm 0,06$ % a $65,6 \pm 0,08$ %. Primární asistovaná průchodnost v 6., 12. a 18. měsíci byla $89,0 \pm 0,04$ %, $79,1 \pm 0,06$ % a $74,7 \pm 0,07$ %. Krvácení s nutností revize vyžadovali 3 (4,8 %) pacienti a infekce s extrakcí arteriovenózního přístupu se vyskytla u 3 (4,8 %) pacientů.

Závěr: Aneurysmorafie s použitím exoprotézy je efektivní metodou pro záchranu arteriovenózního přístupu s dobrou průchodností a akceptovatelným výskytem komplikací.

Rekanalizace uzavřeného dialyzačního zkratu – možnosti endovaskulárního řešení

Porod J.

AngioCentrum, Příbram

Trombotický uzávěr dialyzačního zkratu představuje závažnou komplikaci, která může mít pro pacienta potenciálně fatální důsledky. Cílem našeho sdělení je prezentovat naše zkušenosti s endovaskulárním řešením uzávěrů dialyzačních zkratů, zmínit dostupné metody a poukázat na jejich výhody a nevýhody.

Sekcia E. Fórum mladých chirurgov (súťaž)

Náhrada abdominálnej aorty s multiviscerálnou revaskularizáciou tepenným alograftom – netradičné riešenie komplikácie EVAR

Patkaňová L., Baláž P., Rokošný S., Sedláček J.

Klinika transplantácie a cievnej chirurgie UN Martin, Cévní a transplantáční chirurgie IKEM Praha, Klinika anesteziologie a resuscitace IKEM Praha

Autori prezentujú kazuistiku netradičného riešenia ruptúry aortálneho stentgraftu u pacienta s progresívnou expanziou subrenálnej aneuryzmy brušnej aorty (AAA) na 14 cm a suspektou infekciou: 73-ročný polymorbidný pacient s AAA a aneuryzmou iliackých tepien primárne po implantácii bifurkačného stentgraftu, po opakovaných a neúspešných endovaskulárnych a chirurgických revíziách pre endoleak I. typu, podstúpil kompletnú náhradu abdominálnej aorty s multiviscerálnou revaskularizáciou (pečeň, tenké črevo, obe obličky) čerstvým tepenným alograftom bez použitia extrakorporálneho obehu.

Debranching supraaortálnej vetvy u pacienta s disekciou torakoabdominálnej aorty – kazuistika

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

Disekcia aorty je závažné, život ohrozujúce ochorenie spojené s vysokou mortalitou. Cirkulujúca krv preniká trhlinou v intíme a časti medie do steny

aorty, tlak krvi následne roztláča vrstvy aortálnej steny od seba do rôznej vzdialenosti, čím dochádza ku vzniku falošného lumen, ktoré nikdy nezaberá celý obvod tepny. Najčastejším spúšťacím mechanizmom disekcie je náhly vzostup krvného tlaku. Z hľadiska voľby typu liečby (konzervatívna/chirurgická/endovaskulárna) má najväčší význam Stanfordská klasifikácia aortálnych disekcií (typ A – disekcia postihuje predovšetkým ascendentnú aortu a typ B – disekcia postihuje descendentnú aortu s možnosťou šírenia na aortu abdominalis) a časový interval od vzniku prvých symptómov (akútna/subakútna/chronická). Ťažko ovplyvniteľná hypertenzia pri zhoršenej perfúzii obličiek pri akútnych disekciách Stanford typ B je indikáciou na urgentný výkon. V kazuistike uvádzame prípad 54-ročného pacienta s akútnou disekciou aorty (Stanford typ B), u ktorého bola primárne indikovaná endovaskulárna liečba – implantácia hrudného stentgraftu s prekrytím arteria subclavia I. sin. Z dôvodu pretrvávajúceho endoleaku v úrovni oblúka aorty a prechodu oblúka do descendentnej aorty s nutnosťou prekrytia arteria carotis communis I. sin. ďalším stentgraftom bola nevyhnutná spolupráca s angiochirurgmi a následná realizácia extraanatomickeho karotiko-karotického cross over bypassu pred plánovaným endovaskulárnym výkonom. Ide o prvý debranching výkon supraaortálnej vetvy na našom pracovisku realizovaný s cieľom zachovania kontinuity toku krvi oboma karotidami. Na 1. pooperačný deň bola možná implantácia stentgraftu do hrudnej aorty s prekrytím ACC I. sin. Pacienti s disekciou torakoabdominálnej aorty v závislosti od stavu vyžadujú multidisciplinárny prístup, vďaka ktorému je možné zabezpečiť čo najkvalitnejšiu zdravotnú starostlivosť.

Analýza learning curve roboticky asistovaného laparoskopického aortofemorálního bypassu

Novotný T., Dvořák M., Staffa R.

II. chirurgická klinika LF MU

a FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Laparoskopické výkony, zvláště ty náležející do skupiny tzv. advanced laparoscopy, jsou spojeny nezanedbatelnými výukovými křivkami. Minimálně invazivní cévní chirurgie aortoilické oblasti je typickým příkladem. Cílem naší práce bylo zhodnotit proces učení roboticky asistovaného laparoskopického aortofemorálního bypassu na souboru 63 pacientů a přínos robotického systému pro provádění těchto výkonů.

Metodika: V období květen 2006 až prosinec 2011 podstoupilo 63 pacientů, průměrného věku 58 let (rozmezí 44 – 75 let), roboticky asistovanou aortofemorální rekonstrukci. Proces učení byl zhodnocen pomocí konstrukce výukových křivek. Pro spojité veličiny byla použita metoda kumulativního průměru (čas anastomózy, čas svorky, čas preparace aortoilického segmentu, operační čas). Pro binární veličiny jsme použili metodu kumulativního součtu (CUSUM).

Výsledky: Bylo implantováno 33 aortobifemorálních a 30 aortofemorálních bypassů. V 60 případech jsme dokončili výkon miniinvazivně, 3-krát jsme konvertovali. Medián času anastomózy byl 23 minut (18 – 50 minut), medián času svorky 65 minut (40 – 125 minut), medián preparace aortoilického segmentu 125 minut (45 – 315 minut), medián operačního času 270 minut (180 – 475 minut); 30-denní mortalita byla 0 %. Nebyly zaznamenány kardiopulmonální, hepatální či renální komplikace. V průběhu follow-up (medián

31 měsíců, 6–72) jsme zaznamenali 3 časné uzávěry rekonstrukce (5 %) a 1 infekci graftu (2 %). Po reoperacích byla sekundární průchodnost 100 %. Naše data potvrdila krátký výukový čas robotické části výkonu, a tím i přínos robotického systému. Výukové křivky pro operační čas a čas preparace aortoilického segmentu byly ploché, což prokazuje komplexnost celého výkonu a laparoskopické retroperitoneální preparace. Zkrácení času preparace aortoilického segmentu přispělo také největším dílem ke zkrácení celkového operačního času. Křivka času svorky byla nejplošší. Malé zkrácení času svorky odpovídalo zlepšení času anastomózy. Konvenční šití distálních anastomóz v tříslech bylo prakticky konstantní. CUSUM analýza potvrdila, že jsme po 31. operaci dosáhli nižší četnosti konverzí než námi předem stanovených 5 %.

Závěr: Jedna z největších překážek laparoskopických cévních rekonstrukcí, šití cévní anastomózy, byla překonána využitím robotických operačních systémů a její learning curve je krátká. To umožňuje rychlé dosažení akceptovatelného času anastomózy a svorky. Celý operační výkon však nadále zůstává v kategorii advanced laparoscopy a laparoskopická preparace aortoilického segmentu je jeho nejobtížnější částí. Předcházející laparoskopická zkušenost nebo trénink se proto zdá být nezbytným předpokladem pro úspěšné zvládnutí metody. Totálně robotická retroperitoneální preparace či další pokrok v metodě laparoskopického retroperitoneálního přístupu může podstatně přispět k další redukci operačního času. Roboticky asistovaná aortofemorální rekonstrukce je bezpečnou metodou s nízkým výskytem komplikací.

(„Časné“) karotické endarterektomie u symptomatických pacientů

Burša P., Říha D., Szkatula J., Bulejčík J., Blaha L., Filipiak M.

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

Změna taktiky v načasování karotické endarterektomie u symptomatických pacientů by měla vést k účinnější prevenci recidivy ischemické mozkové příhody, aniž by se zvýšil počet perioperačních komplikací – jako je ischemická mozková příhoda a mozkové krvácení. Prezentujeme naše zkušenosti s karotickými endarterektomiemi provedenými do 2 týdnů od počátku ischemické příhody.

Alternatívne možnosti liečby protetickej infekcie vo F-P oblasti

Lámala R., Slyško R., Švarc P., Takács R., Bajčíková B., Kissová S., Gajdošová M.

Oddelenie cievnej chirurgie, UN Bratislava

Protetická infekcia patrí k najzávažnejším komplikáciám v cievnej chirurgii, ktorá často končí amputáciou končatiny, pri centrálnych rekonštrukciách až fatálnym koncom pacienta. Predchádzanie samotnej infekcii je hlavnou prioritou cievneho chirurga. Možnosť riešenia infrainquinálnej protetickej infekcie spočíva v desobliterácii pôvodnej obliterovanej arterie femoralis superficialis. Naše skúsenosti s týmto postupom, kazuistika.

Rádiocefalické cievne prístupy z pohľadu cievneho chirurga

Staško P., Frankovičová M.

Klinika cievnej chirurgie VÚSCH, a. s., a LF UPJŠ v Košiciach

Úvod: Chronické dialyzačné cievne prístupy (AVF) pre pacienta s chronickou renálnou insuficienciou

predstavujú jednoduché a pri vhodných podmienkach aj dostatočne dlhodobé napojenie pacienta na hemodialyzačný prístroj. Vo všeobecnosti patrí vytvorenie AVF medzi základné výkony v cievnej chirurgii, ktoré v skutočnosti nemusia byť tak jednoduchou záležitosťou. Určiť správnu lokalizáciu vytvorenia AVF, po dôkladnom vyšetrení pacienta predstavuje zárodok vytvorenia kvalitného dlhodobého fungujúceho cievneho prístupu. Rádiocefalická fistula v oblasti foveola radialis, pri optimálnych hemodynamických vlastnostiach, pri zachovaní pravidiel vytvorenia čo najperiférnejšieho cievneho prístupu, vďaka svojim anatomickým podmienkam, teoreticky predstavuje najvhodnejšie miesto pre vytvorenie optimálnej AVF. Množstvo cievnych chirurgov však na základe svojich dlhoročných praktických skúseností uprednostňuje vytvorenie rádiocefalickej AVF nad zápästím, alebo tzv. Brescia-Cimino fistuly.

Cieľ: Cieľom práce bolo zhodnotiť a zároveň porovnať efektivitu a vhodnosť lokalizácie pre vytvorenie primo-rádiocefalickej AVF a to buď vo foveola radialis, alebo Brescia-Cimino AVF.

Metódy: Od začiatku roka 2012 až po súčasnosť sme zhodnotili 40 pacientov, ktorí boli po klinickom vyšetrení na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH, a. s., a LF UPJŠ v Košiciach indikovaní na vytvorenie chronického primo-rádiocefalického AVF, a to buď vo foveola radialis alebo nad zápästím – Brescia-Cimino AVF. Indikáciou na vytvorenie prístupu vo foveola radialis bola dostatočne hmatná pulzácia a. radialis v tejto oblasti, naopak, pacienti so slabou hmatnou, alebo nehmatnou pulzáciou v tejto oblasti boli indikovaní na vytvorenie Brescia-Cimino fistuly.

Záver: Na základe porovnania výsledkov, pacienti s primo-AVF vo foveola radialis, u ktorých vytvorenie AVF bolo bez prítomností perioperačných komplikácií (nepriechodnosť vény, hypoplasticita

ciev, aterosklerotické postihnutie prírodnej tepny a iné) – 54 %, predstavuje ideálnu skupinu pacientov s veľmi dobrým fungovaním cievného prístupu, ktorí počas nami vyšetrovaného obdobia nevyžadovali ďalšie vytvorenie proximálnejšieho cievného prístupu z dôvodu malfunkcie, eventuálne afunkcie cievného prístupu. Väčšina pacientov po vytvorení Brescia-Cimino primo-AVF – 72 % vyžadovala ďalšie intervencie pre spomínanú poruchu funkcie cievného prístupu, čo je pravdepodobne dôsledok komorbidít ochorení a rozsahu poškodenia kardiovaskulárneho systému u týchto pacientov.

Trauma a. subclavia pri izolovanej zlomenine klavikuly – kazuistika

Kuročka M., Rusňák F., Beňo P., Horný Ľ., Podolec M., Javiľáková J., Rusňák M.
OCCH ÚVN SNP Ružomberok – FN

Poranenia a. subclavia sú zriedkavé pri tupých poraneniach, tvoria 1 – 2 % všetkých akútnych cievnych poranení. Poranenia a. subclavia sa objavujú čoskoro po traume, spôsobujú život ohrozujúce krvácanie, pseudoaneryizmu a útlak plexus brachialis. Diagnostika je obtiažna a môže odvrátiť pozornosť, pretože nemusia byť prítomné znaky akútnej ischémie a žiadne znaky vonkajšieho poranenia, preto je klinické vyšetrenie veľmi dôležité. Skorá angiochirurgická liečba spolu s liečbou pridružených zranení je dôležitá pre optimálny výsledok. Naša kazuistika prezentuje 48-ročného pacienta, bez pridružených ochorení, po páde na bicykli, so zlomeninou klavikuly, s hematómom v tejto oblasti, s comotio cerebri a so známkami akútnej ischémie PHK. Vykonané CTAG vyšetrenie s nálezom ruptúry a. subclavia. Absolvovaná akútna operačná intervencia s ošetrovaním lézie end to end anastomózou a s následnou osteosyntézou klavikuly.

Obojstranný hypotenar hammer syndróm u mladého pacienta – kazuistika

Martášková D., Kodaj J., Horný Ľ.
RDG klinika ÚVN Ružomberok

Hypotenar hammer syndróm (HHS) je ojedinelé vaskulárne ochorenie cievného riečiska predlaktí, zápästí, častí rúk a prstov. Je spôsobený traumou alebo opakujúcimi sa mikroúrazmi v distálnej časti ulnárnej artérie, prednostne v oblasti prechodu arteria ulnaris ponad hamatus ossis hamati. Tu je a. ulnaris viac náchylná na traumu a postihnutie stený. Následne dochádza k vaskulárnej insuficiencii, dilatácii, prípadne častejšie k trombóze. Môže dochádzať k periférnej mikroembolizácii prispievajúcej k ischémií prstov. HHS je raritný syndróm postihujúci mužov vo veku okolo 40 rokov, ktorí pracujú ako mechanici, baníci, vodiči, a ťažko pracujúcich s vibračnými technikami. Niekedy bývajú postihnutí aj športovci angažujúci sa v golfe, baseballe, hokeji alebo horskej cyklistike. Etiologicky k danému arteriálnemu postihnutiu prispievajú aj abnormality lokálnych artérií či hypotenárných svalových skupín a aj ich anatomické variácie. V našej kazuistike uvádzame zriedkavý prípad 22-ročného pacienta – profesionálneho vodiča nákladného automobilu s typickými klinickými známkami arteriálnej insuficiencie rúk a prstov s klinickým podozrením na thoracic outlet syndróm. Angiografický nález outlet syndróm vylúčil a potvrdil diagnózu HHS. Kazuistiku uvádzame z dôvodov mladého veku pacienta a prítomnosti typických klinických príznakov ochorenia ako i typických nálezov zobrazovacích modalít.

Kľúčové slová: Hypotenar hammer syndróm, Oklúzia ulnárnej artérie, Ischémia prstov, Allenov test, Raynaudov syndróm.

Bilateral hypothernar hammer syndrome in young patient – Case report

HHS is a rare vascular disease of the distal antebrachium, radiocarpal region, hand and fingers. It is caused by trauma or repeated micro-trauma to the palmar portion of the ulnar artery. Preferred are the areas, where ulnar artery crosses the hamatus ossis hamati. In this portion the artery is prone to trauma or affections of the artery wall. After trauma vascular insufficiency, aneurysms and thrombosis set in. The microembolism leads to ischemic changes of the fingers. Typically, it occurs in men around the age of 40 years, occupied as mechanics, miners, drivers or any occupation where vibrating tools are used. Various sport such a golf, baseball, hockey or

mountain biking increase the risk of developing HHS. Arterial system abnormalities and anatomical variation of the vessels and muscles of hypothernar contribute to the etiology. In our case we are reporting a 22-years old patient, who is a professional truck driver. He has a typical artery insufficiency signs of the hands and digits. Clinical suspicion of Thoracic outlet syndrome was pronounced. Angiographic findings exclude Outlet syndrome and confirms HHS diagnosis. This case is mentioned because of the young age of the patient with typical clinical signs and typical findings in imaging modalities.

Key words: Hypothernar hammer syndroma, Ulnar artery occlusion, Digital ischemia, Allen test, Raynaud syndrome.

Sekcia F. Ochorenia aorty

Náklady na liečbu aneuryzmy brušnej aorty vo VŠZP v rokoch 2009 – 2010. Retrospektívna komparatívna štúdia

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

Ciel: Porovnanie nákladov na chirurgickú a endovaskulárnu liečbu aneuryziem abdominálnej aorty (AAA) vo Všeobecnej zdravotnej poisťovni (VŠZP) v rokoch 2009–2010. Metódy a súbor pacientov: V rokoch 2009 a 2010 bolo vo VŠZP liečených 211 pacientov s AAA s priemerným vekom 69 rokov (rozmedzie: 41 – 91 rokov). Z toho sa 174 pacientov podrobilo chirurgickej liečbe a 37 pacientov bolo riešených endovaskulárne. V oboch skupinách sme sledovali celkové náklady na liečbu, úhradu za hospitalizáciu (UH) a zvlášť účtovaný materiál (ZM),

náklady na krv a deriváty a úhradu za CT (computer tomography) vyšetrenia a vek pacientov. Pre štatistické porovnanie sme využili neparametrický Mann-Whitney U test, pričom hranica štatistickej významnosti bola $< 0,01$. Dáta boli spracované a porovnané formou kontingenčných tabuliek v programe MS Excel a potom štatisticky spracované v programe StatSoft, Inc. (2011). STATISTICA (data analysis software system), version 10. www.statsoft.com.

Výsledky: Celkové dvojročné náklady VŠZP na liečbu AAA boli 1 212 188 €, z toho predstavovali náklady OR (open repair) 37 % a na EVAR (endovascular aneurysm repair) 63 % ($p < 0,01$). EVAR je nákladovo náročnejší z hľadiska použitia ZM (zvlášť účtovaný materiál, $p < 0,01$) a využitia CT vyšetrení ($p < 0,01$). OR je nákladnejší z hľadiska spotreby krvi ($p < 0,01$). Priemerná celková cena hospitalizácie pri EVAR-e bola 21038 € a u OR 2493€, čo predstavuje iba 12 % z nákladov

EVAR-u. Vek pacientov nemá vplyv na náklady ($p > 0,01$). Rozhodujúci vplyv na náklady má cena ZM, ktorá predstavuje až 90 % nákladov pri EVAR a 44 % pri OR.

Záver: Chirurgická a endovaskulárna liečba sú účinné terapeutické modalitty pre liečbu AAA. Náklady na liečbu EVAR-u predstavujú viac ako 8-násobok nákladov chirurgickej liečby. Z hľadiska výšky nákladov predstavuje chirurgická liečba zlatý štandard pre liečbu AAA u „good risk“ pacientov a pacientov, kde nie sú lokálne prekážky chirurgickej liečby (napr. kolostómia, hostile abdomen, ren arcuatus a iné). Zdravotná poisťovňa je rozhodujúcim regulátorom v systéme platieb za poskytnutú zdravotnú starostlivosť. Na jednej strane rozvoj medicínskych technológií, ich finančná náročnosť a na druhej strane limitované, vzácne zdroje sú zdrojom „napätia“ medzi poskytovateľmi zdravotnej starostlivosti a regulátormi (poisťovne, Ministerstvo zdravotníctva). Regulátor a odborné spoločnosti by mali iniciovať diskusiu o jasných a explicitných pravidlách pre financovanie špecializovanej ústavnej zdravotnej starostlivosti, ktoré zodpovedá reálnym nákladom, rozpočtovým možnostiam a zachovaniu dostupnosti ZS. Horizontálna a vertikálna spravodlivosť vo financovaní ZS u jednotlivých poskytovateľov zdravotnej starostlivosti bola v rokoch 2009–2010 naďalej diskutabilná. Plánované zavedenie DRG systému môže tieto nedostatky minimalizovať.

Pozdní endoleak II. typu a reintervencie po endovaskulárnej liečbe AAA

Černá M., Köcher M., Utíkal P., Prášil V., Dráč P., Bachleda P.
Radiologická klinika, II. chirurgická klinika, FN Olomouc

Cíl: Zhodnotiť výskyt pozdňého endoleaku II. typu a indikácie k reintervencii po endovas-

kulárnej liečbe aneuryzmatu abdominálnej aorty stentgraftom.

Materiál a metodika: Od dubna 1996 do prosince 2011 bolo na našom pracovišti liečeno 270 pacientů s aneuryzmatem břišní aorty implantací stentgraftu, z toho bylo 233 mužů a 37 žen ve věku od 49 do 91 let. Věkový průměr byl 68,7 let. Nejméně rok po léčbě byli sledováni 204 pacienti, u nich byl hodnocen výskyt pozdního endoleaku II. typu a s ním souvisejících reintervencí.

Výsledky: Z 204 nemocných mělo pozdní endoleak II. typu 32 (15,7 %) pacientů. U 15 nemocných byl vak aneuryzmatu stacionární, u 14 pacientů s tímto endoleakem se vak zmenšil. Pouze u 3 nemocných byl vak zvětšený, a to u dvou nemocných první rok po výkonu, u jednoho desátý rok. Tito pacienti byli indikováni k reintervenci, a to k chirurgickému podvazu a u dvou nemocných k embolizaci zdroje.

Závěr: Endovaskulární léčba aneuryzmatu břišní aorty je spojena s výskytem pozdního endoleaku II. typu asi v 15 %. K léčbě je endoleak indikován pouze při současném zvětšování vaku aneuryzmatu. Výskyt pozdních reintervencí pro endoleaku II. typu je 1,5 %.

Léčba juxtarenálních aneurysmat abdominální aorty fenestrovanými stentgrafty, soubor pacientů v ČR

Köcher M., Utíkal P., Černá M., Prášil V., Bachleda P., Dráč P., Novotný J., Vařejka P., Pádr R., Suškevič I., Boudný J.
FN Olomouc, IKEM Praha, VFN Praha, FN Motol, FN USA Brno, FN Brno – Bohunice

Cíl: Cílem sdělení je zhodnotit výsledky léčby juxtarenálních aneurysmat fenestrovanými stentgrafty v České republice.

Materiál a metodika: Fenestrovaný stent-graft je indikovaný u aneuryzmat 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 v ČR od roku 2002 do roku 2012 43 nemocných (z toho 38 mužů) průměrného věku 70,15 let. Průměrná velikost aneuryzmatu byla 63 mm (44 – 100 mm). Fenestrace byly vytvořeny na základě individuální anatomické situace hodnocené z předoperačního CT vyšetření.

Výsledek: Primární technická úspěšnost implantace stentgraftu dosáhla v souboru 100 %. Perioperační průchodnost viscerálních tepen dosáhla 99,2 % (120 ze 121 tepny). Perioperační mortalita v souboru byla 2,3 %, perioperační morbidita 5 %. Déle než jeden rok byl sledován 21 pacient (průměrně 2,9 roku). Primární průchodnost viscerálních tepen překrývaných fenestrovaným stentgraftem byla v souboru 95 %.

Závěr: Výsledky léčby juxtarenálních aneuryzmat fenestrovanými stentgrafty jsou srovnatelné s léčbou chirurgickou a umožňuje tak jejich efektivní léčbu s akceptovatelným rizikem komplikací a neintervencí.

Naše zkušenosti s kompletně perkutánním zavedením stentgraftu do AAA (PEVAR)

Kamarád M., Holesz S., Wierzgoń M.
Oddělení intervenční radiologie
Nemocnice Podlesí, Trinec

Cíl: Cílem sdělení je prezentace našich zkušeností s kompletně perkutánním zavedením stentgraftů do aneuryzmat abdominální aorty.

Metodika: Metoda je založena na absenci otevřené preparace tříselných tepen a jejich chirurgické sutury po zavedení stentgraftu, naopak k ošetření tříselných tepen využívá speciálních „šicích“ zařízení (Prostar XL, Proglide, Abbott). Cílem metody je zvýšení komfortu pacienta po výkonu, snížení počtu komplikací v tříselech a zkrácení délky hospitalizace po výkonu.

Výsledek: Na našem pracovišti jsme v letech 2011 a 2012 pomocí této metody zavedli 11 stentgraftů do AAA. U 9 pacientů proběhl výkon bez komplikací, u jednoho pacienta došlo k selhání šicího systému s následnou nutností chirurgické revize třísel. U jednoho pacienta došlo po výkonu k vytvoření drobného PSA tříselné tepny s následnou chirurgickou revizí.

Závěr: PEVAR je superselektivní nejméně invazivní metodou léčby AAA, ke které jsou indikováni pacienti s příznivou anatomíí pánevních a tříselných tepen. Nevhodná je u pacientů s nevyhovující anatomíí tříselných a pánevních tepen a pacientů výrazně obezních.

Náhle příhody brušné po výkonech na aorte

Vincze O., Necpal R., Marton E.,
Tomka J., Zita Z., Žúdelová L.
KCCH NÚSCH, Bratislava

V prednáške sa autori venujú problematike náhlych príhod brušných po predchádzajúcich angiochirurgických výkonoch na aorte v časovom intervale 5 rokov od roku 2007 do roku 2012. V súbore ide o pacientov vyžadujúcich následnú chirurgickú liečbu. Zhodnotené a rozobraté sú výsledky, indikácie a nasledujúca chirurgická liečba. V súbore sa venujú autori problematike intestinálnej

ischémie a iných komplikácií vyžadujúcich operačné riešenie.

Bakteriální infekce subrenální aorty, naše zkušenosti

Šulc R., Čertík B., Čertík B., Moláček J.

Chirurgická klinika FN Plzeň

Úvod: Břišní aorta může ve vzácných případech podlehnout zánětu. Je několik možností, jak se může manifestovat, nejčastěji vznikem aneuryzmatu nebo jeho rapidně urychleným růstem vedoucím až k ruptuře, dále perforací infekčního aterosklerotického plátu, resp. vznikem pseudovýdutě. Vždy se jedná o emergentní stav s vysokou morbiditou a mortalitou. Terapie těchto závažných náhlých příhod je komplikovaná a má svá specifika.

Materiál a metody: Na Chirurgické klinice FN v Plzni bylo v letech 2007–2012 řešeno 16 nemocných s akutními projevy infekčního onemocnění břišní aorty (symptomatické aneuryzma, pseudoaneuryzma, rupturované aneuryzma, ruptura infekčního vředu aorty). Autoři retrospektivně hodnotí etiologii, diagnostiku a léčbu tohoto onemocnění. Diskutují nejčastější infekční agens.

Výsledky: Ze souboru 16 nemocných bylo 50 % (N=8) s rupturou nedilatované zánětem změněné subrenální aorty, 25 % (N=4) s rupturovaným infekčním AAA, 12,5 % (N=2) s rupturovaným pseudoaneuryzmatem břišní aorty, 6,25 % (N=1) se symptomatickým AAA a 6,25 % (N=1) s primární aortoduodenální píštělí. Nejčastějším infekčním agens byla Salmonella (v 50 %). Ve 13 případech (81,25 %) jsme zvolili chirurgickou terapii, v 1 případě (6,25 %) endovaskulární a dvakrát jsme postupovali kon-

servativně (12,5 %). 9 (56,25 %) nemocných se zhojilo p.p.i., bez komplikací. Závažnější komplikace jsme v naší skupině zaznamenali u 7 (43,75 %) nemocných: ve 2 případech (12,5 %) nutnost reoperace (revize dutiny břišní pro hematoma, resp. otevřené fasciotomie bérce po provedené embolektomii magistralního řečiště DK s následnou amputací pod kolenem), ve 4 případech (25 %) pooperační UPV pro respirační nedostatečnost v trvání maximálně 24 hodin. 30-denní mortalita byla 6,25 %.

Shrnutí: Infekční zánětlivé postižení aorty je vždy velmi závažná náhlá příhoda břišní, která bezprostředně ohrožuje život nemocného a jejíž terapie (resekční či endovaskulární) je výrazně náročnější ve srovnání s řešením běžných rupturovaných výdutí. Diskutovaná zůstává délka cílené antibiotické terapie. V naší skupině byla po celou dobu hospitalizace podávána intravenózně ATB cíleně dle kultivačních nálezů, dále bylo pokračováno v perorální aplikaci v délce od 6 týdnů do půl roku. Pozdní reinfekci jsme nezaznamenali, z naší skupiny přežívá dlouhodobě 14 pacientů (87,5 %).

Pokroky v liečbe ochorení aorty

Holomáň M., Vulev I.

NÚSCH, Bratislava

Ciel: Prezentácia súčasného stavu liečby ochorení aorty. Prezentovať pokroky a trendy v liečbe týchto ochorení.

Materiál, metódy, výsledky: Prezentácia súčasného stavu liečby ochorení aorty na Slovensku a na NÚSCH, a. s. Od októbra 2003 do konca roku 2012 sme urobili 577 operácií aneuryziem aorty. Endovaskulárnou technikou

TEVAR, resp. PEVAR sme liečili 232 pacientov. Indikáciou bola Stanford B disekujúca aneuryzma n=88, degeneratívna aneuryzma n=65, z toho 30 TAAA, posttraumatická aneuryzma n=37, PAU n=30, pseudoaneuryzma po operácii CoAo n=8, u 3 pac. EVAR pre AAA po TEVAR, rekoarktácia aorty po operácii CoAo n=2, u 2 pac. sme urobili stenting aorty – 1 pac. s retrográdnou disekciou po kanylácii a. femoralis a 1 pac. s akútnou disekciou typu Stanford A po CABG a 1 fenestráciu po operácii Stanford A dis. disekujúcej aneuryzmy. Od roku 2005 robíme hybridné n=20 a kombinované n=35 operačné postupy. Od decembra 2008 implantujeme stentgrafty len perkutánne systémom Prostar-XL n=144. Z uvedeného vyplýva, že na Slovensku je nevyhnutné zvýšiť počty kardiochirurgických a endovaskulárnych výkonov. Je potrebné akceptovať nový prístup k detekcii aneuryziem aorty, lebo 95 percent je asymptomatických a sú riešené len pri komplikáciách. Urgentná je potreba aktívneho vyhľadávania a sledovania pacientov. Vzhľadom na extrémny ná-

rast ochorení aorty mali by sme dôsledne rešpektovať odporúčenia ACCF z roku 2010 – Hiratzka a spol. V endovaskulárnej liečbe rešpektovať nové postupy a rozšíriť hybridné operačné výkony v oblasti vzostupnej aorty a oblúka aorty. Retrográdný stenting a použitie fenestrovaných a vetvených stentgraftov s nádejou do budúcnosti. Otázka prekrytia a. subclavia pri EVL je znovu diskutovaná vzhľadom na cerebrálne, brachiálne a spinálne komplikácie. Problematika aneuryziem u pac. s Marfanovým syndrómom, pac. s koarktáciou a rekoarktáciou aorty a pac. 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. V kardiochirurgii u indikovaných pacientov je tendencia robiť miniinvazívne operačné postupy a operácie v ECC bez použitia CA a hlbkej hypotermie.

Záver: Na Slovensku je urgentná potreba riešiť komplexne liečbu ochorení aorty.

Sekcia G. Ochorenia periférneho cievneho systému

BYPASS „IN SITU“

Vlachovský R., Staffa R., Novotný T., Kří Z., Buček J.

II. chirurgická klinika LF MU
a FN u sv. Anny v Brně

Úvod: Hlavními výhodami in situ venózního žilního bypassu jsou lepší kongruence v místě cévních anastomóz a výhodnější hemodynamika konvergentního žilního štěpu. Nedílnou součástí výkonu je peroperační dopplerometrická detekce spojek do žilního systému spojená s jejich cíleným ošetřením z drobných řezů. Cílem práce je zhodnocení naší několikaleté zkušenosti s touto metodou.

Soubor: Od února 2008 do prosince 2012 byl na naší klinice in situ bypass použit k periferní revaskularizaci dolních končetin u 46 pacientů (35 mužů a 11 žen), průměrného věku 69 let (47–84 let). Indikací k rekonstrukci byla ve většině gangréna končetiny (92 %), jen v několika případech pak stádium limitujících kladudikací nebo klidových bolestí. Metodu jsme vyhradili pro pacienty s nálezem gracilní vena saphena magna, nevhodné pro reverzní rekonstrukci.

Výsledky: V uvedeném období bylo implantováno 15 femoropopliteálních (33 %), 1 popliteo-popliteálních (2 %), 10 krurálních (22 %) a 20 pedálních bypassů (43 %). Průměrná doba sledování byla 21 měsíců, 30-denní mortalita byla 0 %. Ve 2 případech byla nutná reoperace 8 a 14 měsíců od implantace, kdy jsme přerušili hemodynamicky významné zkraty do žilního systému. Sledovanými parametry byly primární a sekundární průchodnost rekonstrukcí a kumulativní záchrana končetiny.

Závěr: In situ bypass představuje metodu periferní tepenné končetinové rekonstrukce zatíženou nízkou perioperační morbiditou a mortalitou s dobrými pooperačními výsledky. Zejména v případě krurálních a pedálních rekonstrukcí nám často umožňuje vytvoření venózního bypassu tam, kde by vena saphena magna pro svůj malý periferní průměr a kvalitu nebyla v reverzní pozici použitelná.

Má izolovaná profundoplastika místo v dnešnej cievnej chirurgii?

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

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

Úloha a. femoralis profunda (AFP) při zabezpečení kolaterálního obehů medzi ileo-femorálním segmentom a a. poplitea pri uzávere AFS je všeobecne známa. V r. 1961 zvýraznil jej úlohu Leeds a Gilfillan. Dos Santos vykonal prvú tromboendarterektomiu AFC a AFP a Martin a kol. opísali techniku PP detailne a potvrdili jej užitočnosť. AS postihuje AFP častejšie, ako sa pôvodne myslelo. Podľa viacerých autorov je AFP postihnutá u viac ako 50 % – 59 % pacientov s ICHDK (Martin, Beals). V dnešnej dobe je rekonštrukcia AFP štandardnou operačnou technikou, či už izolovaná alebo v kombinácii s cievnyimi intervenciami na vtokovom a výtokom trakte dolnej končatiny. Autori vo svojej práci prezentujú súbor pacientov, u ktorých vykonalí izolovanú profundoplastiku (iPP) pri uzávere AFS v období r. 2009–2011. Súbor 66 pacientov, muži 52 (78 %) a ženy 14 (22 %). Priem.

vek 70 r. Klinické štádium ICHDK: IIb – 18, IIc – 23, III – 8, IV – 9, akútna ICHDK IIa – 2, IIb – 6. Technika PP – protetický patch – 36 (55 %), dezobliterovaná AFS 27 (41 %), venózný patch 3 (4 %).

Výsledky: Ranové komplikácie – n = 4 pac. (6 %): sek. hojenie rany – 1, lymforea – 1. (Th. VAC-zhojené), revízia rany pre krvácanie – 1 pac., 1-krát infekcia PP (protetický patch) – rePP – venózna – zhojený. Sekundárny op. výkon: 3 pac. (5 %): 2-krát restenóza PP (PP-AFS, protetická) – rePP – protetický patch o 5 a 9 mes., 1 pac. EV – AFS, APO, a. crur. o 14 dní pri ICHDK št. IV. U 4 pac. (6 %) bola nutná amputácia v stehne – (3 pac. ICHDK št. IV / 9 pac., 1 pac. – st. III / 8 pac.). Exitoval 1 pac. (ICHDK IV., PP-AFS) na IM 2. pooperačný deň.

Záver: Profundoplastika je štandardným doplnkovým výkonom pri cievných intervenciách na vtokovom i výtokom trakte DK. Podľa našich skúseností má izolovaná PP veľmi dobré klinické výsledky u kaudikantov. U pacientov s ICHDK št. IV. bola iPP indikovaná len vtedy, keď nebol možný iný periférny chir., HV, EV rekonštrukčný výkon a lokálny nález predikoval možnosť hojenia.

Základní principy endovaskulární terapie makroangopatie u syndromu diabetické nohy

Wierzoń M., Holesz S., Kamarád M.

Oddělení Intervenní radiologie

Nemocnice Podlesí, Třinec Česká republika

Cíl: Prezentace současných zásad a pravidel endovaskulární terapie změn tepen dolních končetin u pacientů se syndromem diabetické nohy. Prezentace klinického efektu endovaskulární terapie u vyselektované skupiny pacientů s chronickou kritickou končetinovou ischiémií (dále CHKKI) z pracoviště autorů.

Metodika: Cílem endovaskulární terapie je dosažení maximálně možného stupně prokrvení cílové oblasti – periferie končetiny. Hlavními principy k dosažení tohoto požadavku jsou: 1. revaskularizace v přímé linii, 2. revaskularizace co nejvíce do periferie, 3. maximálně cílená revaskularizace dle teorie angiosomů, 4. využívání alternativních cévních přístupů a cest, 5. používání aktuálně nejmodernějšího materiálu určeného k endovaskulární terapii. Autoři na svém pracovišti dlouhodobě sledují a hodnotí klinickou úspěšnost endovaskulární terapie u pacientů s projevy CHKKI dosaženou za 6 měsíců od provedení zákroku. Do sledované skupiny jsou zařazeni pacienti splňující následující kritéria: 1. CHKKI v III.a IV. stádiu ICHDK dle Fontaineovy klasifikace, 2. morfologicky výlučně postižení tepen bérce. Je prezentována populace pacientů, u kterých výkon byl proveden v období leden 2000 až říjen 2010. Za klinický úspěch je považováno: 1. zahojení defektu, 2. zastavení progresu šíření defektu s eventuální nutností provedení maximálně TMT amputace. Matematickou analýzou byla stanovena minimální četnost klinické úspěšnosti v podskupině pacientů s DM, kteří počtem tvořili 73,5 % z celkového počtu pacientů.

Výsledky a závěr: V celé sledované skupině bylo dosaženo klinického úspěchu za 6 měsíců od provedení zákroku u 87,6 % pacientů, v podskupině pacientů s DM byla vypočtena minimální klinická úspěšnost 81,8 %. Tento výsledek lze považovat za velmi dobrý, i když na začátku sledovaného období nemohly být dodržovány všechny výše uvedené principy. Nicméně dle současných názorů dodržování všech prezentovaných zásad a principů musí být atributem každého moderního a seriózního pracoviště zabývajícího se endovaskulární terapií CHKKI.

Krátkodobé a dlhodobé výsledky hybridních výkonů v terapii pacientů s onemocněním periferních tepen

Baláz P., Rokošný S., Wohlfahrt P., Adamec M., Janoušek L., Björck M.
IKEM Praha

Úvod: Hybridní, endovaskulární a otevřené výkony jsou v současnosti často využívány v léčbě pacientů s onemocněním periferních tepen. Cílem práce je zhodnocení krátkodobých a dlouhodobých výsledků.

Design: Nerandomizovaná, retrospektivní analýza.

Metodika: Analýza pacientů s multietážovým postižením periferních tepen, léčených hybridním, jednoduchým výkonem.

Výsledky: 164 pacientů, průměrné sledování 14 měsíců (0–70). Indikace byly kludivkáce (skupina 1, 47 %), kritická končetinová ischemie (skupina 2, 33 %) a akutní ischemie (skupina 3, 20 %). Technický úspěch výkonu byl 99,3 %, perioperační mortalita 2 %. Primární, primární asistovaná a sekundární průchodnost v jednom roce byli 60 %, 61 % a 64 %. Primární, primární asistovaná a sekundární průchodnost byla nižší v skupině 2 a 3 ve srovnání se skupinou 1 (vše p).

Naše první zkušenosti s hybridními výkony na tepenném riečisku dolných končatín

Podolec M., Rusňák F., Beňo P., Horný Ľ., Kuročka M., Javiľáková J., Rusňák M.
Oddelenie cievnej chirurgie, ÚVN SNP
Ružomberok – FN

Princípom hybridných výkonov je použitie klasickej otvorenej chirurgie v kombinácii s endovaskulárnym výkonom v jednej dobe. Cieľom tohto

postupu je zlepšiť prítokové a/alebo odtokové pomery tepenného riečiska pri bypassovej operácii, čo vedie k zlepšeniu prietokových parametrov rekonštrukcie, jej životnosti a je teda benefitom pre pacienta. V prednáške prezentujeme prvých 6 prípadov na našom pracovisku – 5 pacientov s CLI, 1 pacient v kludivkáčnom štádiu obliterujúceho ochorenia DKK a jeden pacient s aneuryzmou arteria poplitea. Vo všetkých prípadoch išlo o FP rekonštrukcie s použitím pTFE protézy alebo autológnej VSM. V 5 prípadoch bolo cieľom intervenčnej fázy zlepšiť výtokové riečisko, v jednom prípade zlepšenie prítoku. Dĺžka sledovania v našom súbore pacientov je 3 – 12 mesiacov. Doterajšie sledovanie potvrdzuje jednoznačný benefit použitia hybridných výkonov u našich pacientov so 100% priechodnosťou počas sledovania.

Rizika zkříženého femorofemorálního bypassu při hybridním řešení aneurysmat břišní aorty

Mazur M., Guňka I., Dostálík J., Zonča P., Havránek P., Guňková P., Peteja M.
Faculty of Medicine, University of Ostrava and Department of Surgery, University Hospital Ostrava

Úvod a cíl: Extraanatomický femorofemorální (dále FF) bypass zajišťuje přítok krve do ischemické končetiny z končetiny druhostranné. Jako první ho provedli Freeman a Leeds v r. 1952. Popud k zavedení této metody do všeobecné praxe ale dala až práce Vetta z r. 1962. Původní indikací byla kritická končetinová ischemie při ipsilaterálním stenookluzivním pánevním postižení. Později se indikace rozšířily, včetně provádění těchto procedur u aneurysmat břišní aorty (dále AAA) řešených hybridně. Zde jsme hodnotili výhody a nevýhody zkříženého bypassu.

Materiál a metodika: Retrospektivně byl zhodnocen soubor 23 sledovaných s follow-up 1 – 79 měsíců (průměrně 36,4 měsíce), u kterých byl proveden na chirurgické klinice Fakultní nemocnice Ostrava v období 1/2006 až 8/2012 v rámci hybridního řešení aneuryzmatu zkřížený femoro(iliko)femorální bypass. Pacienti byli řešeni na katetrizačním sálu radiodiagnostického oddělení Fakultní nemocnice Ostrava. Do souboru nebylo započítáno 5 nemocných, kteří exitovali do 30 dnů od výkonu (většinou ruptury AAA). Pacienti byli zváni ke kontrole za 1, 6 a 12 měsíců a dále co 1 rok. Výsledky 11 bypassů v rámci hybridního řešení bylo provedeno pro „stabilní“ rupturu aneuryzmatu, 2 pro symptomatické a 10 pro asymptomatické břišní aneuryzma. Z těchto dvanácti byl jeden proveden pro jednostranný uzávěr pánevního řečiště, zbytek pro výrazně angulované jednostranné pánevní řečiště s difuzními kalcifikacemi. Šíře použité cévní protézy byla 8–10 mm. Během sledování došlo k uzávěru tří FF bypassů (v jednom případě za 5 měsíců při špatném výtokovém traktu s úspěšnou trombektomií a následnou retrombózou za 9 měsíců a vysokou amputací za 33 měsíců, v jednom případě za 58 měsíců taktéž při špatném výtokovém traktu s vysokou amputací, v posledním případě došlo k uzávěru za 24 měsíců při zalomení stentgraftu s trombózou). Pooperačně jsme na přítokovém traktu neintervenovali. Výtok z FF bypassu jsem ve dvou případech pro progredující ischémii při uzávěru po vrchní stehenní tepny s odstupem 14 a 29 měsíců řešili protezopopliteálním bypassesem vedeným z dolní anastomózy původního FF bypassu. Ischémii dárčovské končetiny pro bypass jsme ve formě intermitentních hýžďových a stehenních klaudikací pozorovali ve dvou

případech. V obou případech se na ischémii podílelo překrytí odstupu vnitřní pánevní tepny aortomonoilickým stentgraftem zavedeným až do zevní pánevní tepny. Steal fenomén bypassu se na ischémii podílel, ale vzhledem k lokalizaci klaudikací jej nepovažujeme za rozhodující. Infekci cévní protézy jsme nezaznamenali. Tvarové provedení bypassu v podobě námi preferovaného ležícího písmene „S“ či obráceného „C“ se nepovažuje z hlediska dlouhodobé průchodnosti za důležité. Běžně jsou jako materiál k bypassu používány cévní protézy, větší obliba PTFE ve srovnání k polyesterovým není opodstatněná. Obecně jsou preferovány protézy vyz tužené. Velká saféna s menší průchodností vyplývající z její nedostatečné šíře má místo jako rezerva v případě infekce. Progrese aterosklerózy v dárčovské pánevní tepně vede k selhání bypassu v rozmezí 1–15 %, větší riziko je při špatném výtokovém traktu. Hybridní řešení aneuryzmatu má vyšší morbiditu, ale stejnou mortalitu ve srovnání s plným endovaskulárním řešením bifurkačními stentgrafty. Díky dilatačnímu typu aterosklerózy s menším postižením přítokového a hlavně výtokového traktu mají tyto bypassy lepší dlouhodobou průchodnost než ty, které jsou prováděny u obliterací. Další skupinou indikací jsou urgentní stavy – „stabilní“ ruptury aneuryzmatu, kdy z důvodu co nejrychlejšího zavedení stentgraftu či spektra dostupného intervenčního zařízení lze zvolit místo bifurkačního stentgraftu řešení hybridní. Potenciální výhodou hybridního řešení k bifurkačnímu stentgraftu je pro angioradiology technicky méně náročná procedura, kratší čas implantace stentgraftu, kratší expoziční čas a menší množství použité kontrastní látky.

Záver: Extraanatomický femorofemorálny bypass v rámci hybridného řešení AAA je jednoduchou, bezpečnou a efektívnou operáciou s mortalitou obdobnou ako u úplného endovaskulárneho řešení bifurkačnými stentgraftermi, ale väčšinou s vyššou morbiditou. Steal fenomén, riziko infekcie a průchodnosť nie sú dôvodom pri známosti výše uvedených potenciálnych výhod tejto procedúry dôvodom vo zmene indikačných kritérií pri řešení AAA.

Omentoplastika v liečbe infekcie cievnej protézy – kazuistiky

Necpal, R., Vincze, O., Dulka, T., Žúdelová, L., Šefránek, V., Tomka, J. KCCH, NÚSCH, a. s., Bratislava

Autori prezentujú 2 kazuistiky pacientov, u ktorých použili omentálny lalok pri liečbe ťažkej protetickej infekcie v trigonum femorale. Indikáciou boli rozsiahle defekty s obnažením cievnej rekonštrukcie pri nemožnosti lokálneho výkonu. V prvom prípade použili k mobilizácii veľkého omenta laparoskopiu, v druhom prípade bola omentoplastika súčasťou komplexného rekonštrukčného výkonu (explantácia infikovanej protézy, cievna rekonštrukcia arteriálnym alloštepom, omentoplastika). V oboch prípadoch bolo omentum prekryté voľným kožným transplantátom. Napriek komplikovanému pooperačnému priebehu sa defekty zhojili. Rozoberajú indikácie, operačný postup, výsledky tohto zriedkavého operačného výkonu.

Aneuryzmy podkolennej tepny – od radosti z operácie až po hrozbu straty končatiny

Kováč P., Šeliga P., Vaško J., Leško M., Macková A., Czetoová A., Durkáč D. Oddelenie cievnej chirurgie FNŠP J. A. Reimanna, Prešov

Úvod: Prezentujeme naše skúsenosti s chirurgickou liečbou aneuryziem podkolennej tepny.

Cieľ: Poukázať na možnosti operačného riešenia a význam včasnej diagnostiky.

Materiál: Prezentujeme 19 pacientov s 20 aneuryzmami a. popliteae (AAP) s priemerným vekom 64,7 r.; 13 pacientov bolo prijatých s kritickou končatinovou ischémiou, z toho 3 s akútnou pri embolizácii do periférie, ev. pri trombotizácii; 1-krát bola predoperačne s čiastočným úspechom vykonaná trombolýza. V 6 prípadoch bola vykonaná resekcia aneuryzmy s našitým interpozitom a v 14 exklúzia aneuryzmy s bypassom. V 2 prípadoch sme pri kritickej končatinovej ischémií vykonali fasciotómiu pri compartment syn., 2-krát sme amputovali prsty, 1-krát vykonali trombektómiu bypassu na 2. pooperačný deň a následne PTA bypassu u toho istého pacienta s odstupom 4 mesiacov.

Záver: AAP je ochorenie, kde pri včasnej diagnostike si chirurg operáciu užíva, ale v opačnom prípade je ohrozená pacientova končatina a niekedy aj život a chirurg je stresovaný ÚDZS a justíciou.

Sekcia H. Varia. Klinicky zaujímavé kazuistiky

Koincidenca symptomatickej pseudoaneuryzmy aorty a kontralaterálnej dystopie obličky – kazuistika

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

Odd. cievnej chirurgie, FN Nitra

Pseudoaneuryzmy aorty sa vyskytujú zriedkavo. Najčastejšími príčinami vzniku sú traumy, perkutánne intervencie na aorte a penetrujúci aterosklerotický ulcus. V kazuistike prezentujeme neobvyklý prípad výskytu pseudoaneuryzmy spojenej s dystopiou obličky u 58-ročného pacienta, u ktorého bola CT angiografiou potvrdená PSA abdominálnej aorty s maximom diametra 60 mm a ako vedľajší nález zistená dystopia pravej obličky s anomálnym odstupom arterie renalis v mieste bifurkácie aorty. Išlo o jednu zo 4 foriem kontralaterálnych dystopií, konkrétne o tzv. sigmoidálnu (S-shaped) obličku. Na základe CTA nálezu sme u pacienta indikovali chirurgickú intervenciu – resekciu PSA a náhradu aorty interpozitom s reinzerciou dystopickú renálnej artérie. Napriek nekomplikovanému výkonu však došlo v pooperačnom období u pacienta ku kardiorespiračnému zlyhaniu a následnému exitu. Aj keď je výskyt sigmoidálnej obličky zriedkavý, je však realitou. Preto pri akútnych situáciách je potrebné byť ostražitý, myslieť na obdobné vývojové anomálie a tam, kde je to možné, zrealizovať predoperačne CT.

Infekčná pseudoaneuryzma infrarenálnej aorty na podklade stafylokokovej infekcie – kazuistika

Žúdelová L., Necpal R., Šefránek V., Vincze O., Zita Z., Dulka T., Tomka J.,

Mačuga I.

KCCCH NÚSCH, Bratislava

V prednáške autori referujú o zaujímavej zápalovej afekcii infrarenálnej aorty s príslušnou abscedujúcou spondylodiscitídou stavcov L3–L4, na podklade ktorej nakoniec pacient dospel k chirurgickej revízii – resekcia pseudoaneuryzmy s implantáciou PTFE lineárneho interpozita. Pre perzistujúce a zhoršujúce sa znaky infekčného procesu v druhom sedení nutnosť explantácie pôvodného graftu s následnou allogénnou náhradou. Po výkone ATB clona a imunosupresia. Vzhľadom k lokálnemu nálezu indikovaný stabilizačný výkon neurochirurgom – transpedikulárna fixácia L2–L5. V súčasnej dobe pacient klinicky v dobrom stave, rekonštrukcia i fixácia funkčné, rany zhojené, chodí s oporou fixačného korzetu.

Protektívne opatrenia pri resekcii TAAA III typu – pasívny shunt a cerebrospinálna drenáž

Dulka T., Necpal R., Zita Z., Žúdelová L., Šefránek V., Tomka J.

Klinika cievnej chirurgie NÚSCH, a. s., Bratislava

Operácie torakoabdominálnej aneurizmy aorty svojím rozsahom predstavujú aj v súčasnosti pre cievného chirurga veľkú výzvu. Pre pacienta na strane druhej počas operačného zákroku hrozí riziko poškodenia viacerých orgánových systémov vrátane závažnej ischémie miechy. Incidencia TAAA v USA predstavuje 7,4 nových prípadov na 100 000 obyv. za jeden rok (Jama, 1998). TAAA rozdeľujeme podľa Crawfordovej klasifikácie do štyroch a v modifikovanej forme do piatich typov. TAAA III. typu sa vyskytujú v 20 % prípadov. Ide o dilatáciu aorty, ktorá začína v úrovni

6. rebra a zasahuje distálne do rôznej vzdialenosti pod odstupom renálnych tepien. Indikáciou na operačný zákrok je priemer aneuryzmy minimálne 5,5 – 6 cm, alebo nárast priemeru o 1 cm za rok. Bolo vypracovaných viacero postupov na protekciu viscerálnych orgánov a miechy pri rekonštrukčných zákrokoch na torakoabdominálnom úsek u aorty. My sme sa rozhodli u 63-ročného pacienta použiť pasívny shunt z descendentnej aorty a cerebrospinálnu drenáž.

Paraplégia po výkonoch na torakálnej a torakoabdominálnej aorte

Šramatý R., Šramatá K., Olejárová O., Jakuš J.

Oddelenie anesteziológie a intenzívnej medicíny, NÚSCH, a. s., Bratislava

Išchémia miechy po výkonoch na torakálnej a torakoabdominálnej aorte zostáva, napriek zníženiu jej incidencie pri endovaskulárnom prístupe, najobávanejšou komplikáciou. Jej výskyt sa pohybuje v rozmedzí 5 – 16 % pri chirurgickom riešení, pri TEVAR medzi 2,5 – 7 %. Drenáž cerebrospinálneho moku je zavedená metóda na redukciu výskytu paraplégie. Je technicky úspešná a bezpečná, výskyt komplikácií spojených s inzerciou katétra je asi 1,5 %. Dôležitý je komplexný prístup, individuálne nastavenie drenážneho setu podľa klinického stavu, rýchle zobudenie pacienta s následným neuromonitoringom, korekcia MAP, anémie, hypoxie a normalizácia cardiac indexu. Prezentujeme kazuistiku undulujúcej paraplégie u pacienta po TEVAR-e, kt. bola úspešne zvrátená zavedením drenáže mozgovomiešneho moku a zvýšením MAP.

Izolované aneuryzmy a. iliaca communis

Beno M., Martin J.

Klinika cievnej a endovaskulárnej chirurgie KKH Landshut-Achdorf, Nemecko

Medzi aneuryzmy AIC sa radia rozšírenia iliálnych tepien s priemerom väčším ak 2 cm. V asi 10 – 15 % sprevádzajú aneuryzmy iliakálnych tepien aneuryzmy abdominálnej aorty. Izolované aneuryzmy a. iliaca communis sú však zriedkavé a často náhodné nálezy v cievnej chirurgii. V terapii aneuryzmiem AIC sa v súčasnosti uplatňuje klasická chirurgická terapia z retroperitoneálneho alebo transabdominálneho prístupu, ako aj endovaskulárna terapia pomocou stentgraftu u pacientov s vhodnou anatómiou. Naše kazuistiky dokumentujú, že u rizikových pacientov s vhodnými anatomickými pomermi je endovaskulárna terapia bezpečná a efektívna metóda, ktorá dokáže redukovať mortalitu/morbiditu týchto pacientov.

Diabetická, septická noha – naše skúsenosti s komplexnou liečbou pri využití hyperbaroxie

Miček J., Leichenbergová E., Bodáková D. Medical, s.r.o., Centrum hyperbarickej oxygenoterapie Nové Zámky

Prevalencia diabetickej nohy pri geometrickom náraste počtu diabetikov neustále stúpa. Tento patologický stav nohy začínajúci ulceráciami je v klinickej praxi stále podceňovaný, pričom svojimi septickými komplikáciami ohrozuje život pacienta. Autori na základe mnohoročných skúseností apelujú na komplexný prístup zahrňujúci prevenciu, skrining, včasnú diagnostiku a adekvátnu liečbu tohto závažného stavu. Razantný prístup v terapii zahŕňa radikálne nekrektómie, ATB terapiu, vákuové sanie, neustály chirurgický debridement, vlhké scie krytie, zábranu krokovej záťaže špeciálnym dlhovaním, plastické krytie rán. Komplexnosť terapie dopĺňa hyperbarická oxygenoterapia, ktorá svojím

antibakteriálnym účinkom, zvýšenou difúziou kyslíka do tkanív, aktiváciou angioneogenézy, priaznivým vplyvom na reologické vlastnosti krvi výrazne znižuje percento amputácií, skracuje hospitaláciu, znižuje finančné náklady, zvyšuje kvalitu života, je ekonomicky výhodná aj keď je finančne náročná.

Možnosti liečby septickej diabetickej nohy

Šimo J., Vrtík L.

1. chirurgická klinika LF UK a UNB Bratislava

Diabetická noha je spolu s diabetickou nefropatiou a retinopatiou jednou z najväčších komplikácií DM. Vzniká na podklade periférneho postihnutia arteriálneho systému – mikroangiopatie; často je kombinovaná aj s aterosklerózou. Klinicky sa manifestuje: 1. mikroangiopatiou, 2. polyneuropatiou, 3. lokálnou infekciou akralných častí DK, 4. kombináciou predchádzajúcich príznakov. Lokálny nález pri diabetickej nohe varíruje od príznakov ischémie, nekrózy cez formy zápalu – flegmóna, gangréna – až po ťažký septickej stav, ktorý priamo ohrozuje život pacienta. V diagnostike diabetickej nohy sa používa rtg a CT vyšetrenie skeletu, DUS arteriálneho systému DK, artériografia, CT a MRI artériografia v závislosti od rozsahu a štádia ochorenia. Lokalizácia a rozsah postihnutia arteriálneho systému sú limitujúcim faktorom pre indikáciu cievneho rekonštrukčného výkonu (klasického, endovaskulárneho), ktorý môže prispieť k záchrane DK, prípadne k posunu úrovne amputácie dolnej končatiny distálnym smerom. Najčastejším agensom kolonizujúcim a neskôr vyvolávajúcim infekciu pri diabetickej nohe je *Staphylococcus epidermidis* a *aureus*, ale kultivujú sa aj enterokoky, *G*-baktérie, kmene *Pseudomonas*, *Klebsiella* a pliesne. U pacientov so septickými komplikáciami diabetickej nohy je primárna vždy chirurgická liečba. Podľa stavu pacienta

je možné využiť 1. nekrektómiu, amputáciu palcov, drenáž jednotlivých kompartmentov nohy, discíziu planty na zvládnutie septickeho stavu a následne vyššiu amputáciu alebo 2. primárnu amputáciu DK, najčastejšie v predkolení, prípadne v suprakondylickej oblasti. Postup závisí od stavu pacienta a rozsahu postihnutia DK. Nedeliteľnou súčasťou liečby je antibiôtická terapia v začiatkoch empirická, neskôr cieľová, ktorá však nemôže nahradiť chirurgickú terapiu. Autori prezentujú 3 kazuistiky pacientov: 1. Primárnu amputáciu predkolenia u septickeho pacienta s diabetickou nohou s lymfedémom, 2. Amputáciu palca s incíziou plantae pedis s následnou PTA predkolených artérií, 3. Nekrektómiu, sequestrotómiu, drenáž nohy s implantáciou lokálnych antibiotík.

Záver: Chirurgická liečba septických pacientov s diabetickou nohou vyžaduje urgentný operačný výkon individuálne prispôsobený konkrétnemu pacientovi s cieľom odstrániť ložisko sepsy, liečiť septicke komplikácie a pripraviť pacienta na prípadnú cievnu rekonštrukciu.

Diabetická noha a plantárne defekty

Molčan T., Starzyk M., Štěpánek S.

FN Trnava, chirurgická klinika a amb. cievnej chirurgie Panmed, chirurgia s. r. o., Nové Zámky

Plantárne defekty vznikajú v dôsledku neprimeranej záťaže na predilekčné miesto na plante pri diabetickej polyneuropatii. Autori vo svojej prednáške definujú problematiku diabetickej rany a podľa etiopatologickej klasifikácie venujú pozornosť riešeniu ischemických a neurischemických diabetickej rán a rán neuropatických. Diabetická noha s ranovou infekciou je vážny medicínsky problém porovnateľný s náhlou brušnou príhodou.

Vyžaduje si neodkladné riešenie v prevencii šírenia infekcie do mäkkých tkanív, k šľachovému aparátu a kĺbovým puzdrám, do hlbokého kompartmentu, vedúcemu často k potrebe rozsiahlych amputácií. Poškodená architektúra nohy je iniciálnym štádiom spustenia ďalších komplikácií, akrálnych amputácií a definitívnej straty končatiny. Plantárny defekt u diabetického pacienta je asi najzložitejšou ranou, ktorej úspešnosť liečby v jej akútnom štádiu zostáva pre neuspokojivé výsledky výzvou pre viaceré chirurgické skupiny špecialistov-chirurgov, cievnych chirurgov, ortopédeov, podiatrov. Rešpektujúc závery stále aktuálnej St. Vincentskej deklarácie možno len smutne konštatovať, že úroveň liečby diabetickej nohy zostáva na okraji záujmu na všetkých úrovniach zdravotníckej starostlivosti, počet pacientov po vysokých amputáciách je stále neprimerane vysoký v porovnaní s krajinami západnej Európy. Všetky výkony, ktoré sú nevyhnutné na realizovanie neodkladných intervencií v akútnom štádiu diabetickej nohy – incízie a kontraincízie, excízie ulkusov, nekrektómie s tkanivovým debridment, amputácie – akrálne, digitálne, TMTS – musia byť sofistikovane premyslené a urobené s ohľadom na zachovanie správnej funkcie nohy – mobility, chôdze. Cievna rekonštrukcia alebo periférna vaskulárna intervencia je pri neuroischemických defektoch, má svoje zákonitosti v presne definovanom postupe manažmentu ochorenia, je v prípade potreby kauzálna na úspešné zvládnutie ranovej infekcie. Autori sa venujú vo svojej prednáške špeciálnej problematike hojenia diabetickej defektov – plantárnym defektom, ktorých klinická pestrosť a terapeutická náročnosť je výzvou nielen pre cievnych chirurgov, ktorí zostávajú často poslednou nádejou pre pacientov s touto entitou. Podávajú

pestrý fotodokumentačný materiál liečenia plantárnych defektov nohy u diabetickej pacientov v akútnom i chronickom štádiu novým, doteraz nepublikovaným spôsobom liečby u 6 pacientov s diabetickej ulkusom na na plante nohy.

Endovaskulárna liečba akútnej končatinovej ischémie

Litvín I.

Rádiologické odd. FN Trenčín

Úvod: Akútna končatinová ischémia je závažným, v mnohých prípadoch život ohrozujúcim stavom, ktorý je možné v súčasnosti veľmi úspešne riešiť endovaskulárnymi zákrokmi. Vzhľadom na riziko závažnejších foriem krvácania pri liečbe intraarteriálnou trombolýzou sa dostávajú do popredia techniky mechanickej trombektómie a emblektómie.

Metodika: Na rádiologickom pracovisku FNTN používame jednoduchú a cenovo prístupnú mechanickú tromboembolektómiu pomocou aspiračných katétrov s výbornou technikou aj klinickou úspešnosťou a minimom komplikácií. Pri znakoch periférnej embolizácie s pretrvávajúcimi príznakmi akútnej končatinovej ischémie vo výnimočných prípadoch dopĺňame katétrom usmernenú kontinuálnu trombolýzu v štandardnom protokole. Vo svojej prezentácii chceme preukázať na súbore 50 pacientov s príznakmi akútnej končatinovej ischémie riešených endovaskulárnou mechanicou tromboembolektómiou pomocou aspiračných katétrov s následným ošetrením culprit lézií vysokú technickú a klinickú úspešnosť s minimom komplikácií.

Záver: Uvedenou technikou je možné dosiahnuť žiaducu rekanalizáciu aj pri rozsiahlych akútnych arteriálnych oklúziách s minimálnymi finančnými nákladmi a bez použitia trombolytík.

Sekcia D. Sesterská sekcia (súťažné prednášky 1 – 5)

Sebaovládanie v práci operačnej sestry

Balková H., Englišová D.,

Hauptvogelová M.

NÚSCH, a. s., Bratislava

Sebaovládanie je súbor navzájom súvisiacich emocionálnych a sociálnych spôsobilostí, ktoré determinujú to, ako efektívne rozumieme a vyjadrujeme sami seba, ako rozumieme a vychádzame s inými ľuďmi a ako zvládame každodenné aktivity. Je to tiež schopnosť človeka porozumieť čítaniu, mysleniu a správaniu iných ľudí a seba samému a na základe tohto porozumenia sa primerane správať. Inštrumentárka je tá, ktorá podáva lekárovi nástroje a stará sa o ne, o ich sterilitu, pripravuje potrebný materiál a operačný sál na operáciu. Ale čo sa v skutočnosti skrýva za prácou sestier na operačnej sále? Predovšetkým ľudský život. A až potom obetavosť, náročná technika, stres, vypätie síl a ľudí, ktorí túto prácu vykonávajú z presvedčenia, bez ohľadu na návratnosť svojich vložených investícií. Práca operačnej sestry, ako všetky vieme, nie je ľahká. Je to ona, ktorá trpezlivo znáša vrtochy chirurgov, mlčky odstraňuje nedostatky vo svojej práci. Žije v nebezpečenstve, že jej zlyhanie spôsobí nehodu so závažnými dôsledkami pre ňu, pre druhých alebo značnú hmotnú škodu. Práca na operačnej sále je náročná pre všetkých členov tímu. Operačné sestry i lekári sa do určitej miery podieľajú na utváraní situácie na operačnej sále. Preto z času na čas by sme sa mali zastaviť a pozrieť sa na seba tak, akoby nás videli iní, zhodnotiť svoje vzťahy k okoliu. Rozumovo a citovo vyspelý človek s istou dávkou zodpovednosti nielenže nevyvoláva zbytočné konflikty, ale trvale sa snaží vychádzať

s ľuďmi po dobrom. Avšak nie za tú cenu, že bude ustupovať od svojich zásad, akými sú zmysel pre spravodlivosť, pravdivosť, statočnosť, obetavosť. Aby všetci členovia tímu na operačnej sále vykonávali svoje úlohy správne a zodpovedne, je dôležité dodržiavať určité zásady a pamätať, že:

1. Každý má právo povedať si svoj názor, vyjadriť myšlienky.
2. Musíme pamätať na formu vystupovania.
3. Učme sa aktívne naslúchať druhým.
4. Upraviť vlastné nálady.
5. Poznať verbálnu a neverbálnu komunikáciu.
6. Nekričíme, neurážame, neironizujeme.
7. Udržiujeme si racionálnu sebakontrolu a nadhľad.
8. Byť empatický.
9. Byť asertívny.
10. Vedieť zaobchádzať s informáciami.
11. Byť sám sebou, mať záujem o vlastnú osobu.
12. Rešpektovať svoje biologické hodiny.
13. Uvedomovať si životné hodnoty – priority a riadiť sa nimi.
14. Mať zodpovednosť za vlastné jednanie a za vlastné chyby a problémy. Nepodliehame ničomu, čo by nás odvádzalo od reálneho života a vždy hľadáme všetky cesty k objavovaniu tých lepších stránok ľudskej osobnosti, aby boli naše vzťahy na pracovisku pevné, čestné, optimistické. Správajme sa k iným tak, akoby sme si želali, aby sa oni správali k nám. Veď práca operačnej sestry je dnes veda, umenie, ale predovšetkým nádherná práca.

Klasická versus endovenózna chirurgia varixov z pohľadu sestry

Vízváryová M., Kovariková B., Szabová E.

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

Viac ako 100 rokov štandardne vykonávame na chirurgických oddeleniach „klasickú operáciu varixov“. Predoperačná aj pooperačná starostli-

vosť ako aj úskalia tejto „jednoduchšej chirurgie“ sú viac menej známe. Klinika cievnej chirurgie NÚSCH sa stala v roku 2010 referenčným pracoviskom novej metodiky VNUS. V roku 2011 sa stala doškolovacím centrom pre strednú, východnú Európu a Blízky východ vzhľadom na zdokonaľenie metodiky rádiofrekvenčnej ablácie. Po 3 rokoch skúseností referujeme v práci o rozdieloch medzi klasickou chirurgiou a rádiofrekvenčnou abláciou z hľadiska sestry. Viac ako 200 pacientov odoperovaných touto metódou na našom oddelení je dostatočný súbor na objektívny kritický pohľad, ako aj referovanie nepochybných výhod a nevýhod novej technológie, na ktorej sa nepochybne veľkou mierou zúčastňuje aj sestra. Rovnako ako lekár musí ísť s dobou a zvládať obe techniky, „klasiku“ aj „VNUS“. Výhody novej techniky VNUS sú nespochybniteľné, musia však byť naplnené všetky predpoklady, a tým je aj dobre organizovaná ošetrovateľská starostlivosť.

Centrálny venózný vstup

Ježová Ľ., Žiaková K.

Univerzitná nemocnica Martin

Úvod: Centrálné venózne katétre sú nevyhnutnou súčasťou intenzívnej starostlivosti. Vyžadujú si náročný prístup pri zavádzaní a následnej starostlivosti. Napriek svojim výhodám reprezentujú invazívnu techniku, spojenú s narušením kožnej bariéry priamym vstupom do centrálného venózneho systému a rizikom vzniku mechanických, infekčných a trombotických komplikácií.

Cieľ: Cieľom práce bolo identifikovať, aké komplikácie sa najčastejšie vyskytujú pri inzercii a následnom používaní centrálného venózneho katétra.

Metodika: Výskum sme realizovali po získaní súhlasu etickej komisie JLF UK a písomnom súhlase pacientov. Na zber empirických údajov sme použili metódu pozorovania a obsahovú analýzu zdravotnej dokumentácie. Na základe zostaveného záznamového formulára sme sledovali výskyt mechanických, infekčných a trombotických komplikácií. Vzorku tvorilo 535 pacientov so zavedeným centrálnym venóznym katétrom. Pacienti boli hospitalizovaní na Jednotke intenzívnej starostlivosti v Univerzitnej nemocnici Martin.

Výsledky a diskusia: Z výsledkov štatistickej analýzy vyplýva, že u pacientov s centrálnym venóznym katétrom sa najčastejšie vyskytoval hematóm, opuch, bolesť v mieste vpichu a začervenanie v okolí vstupu katétra. Incidencia výskytu lokálnej infekcie v našej vzorke sa pohybovala okolo 18/1000 katérových dní a v prípade infekcie krvného riečiska išlo o 0,43/1000 katérových dní. Uvedené výsledky sa zhodujú s medzinárodnými výsledkami (ICNA, 2001, CDC, 2002, RCN, 2003). Potvrdzujeme hypotézy týkajúce sa rozdielov medzi miestom inzercie a použitým preväzovým materiálom. Tieto výsledky potvrdzujú aj autori štúdií Gilles, et al. 2003, Marschall, 2008. Ďalej sme potvrdili vzťahy dĺžky zavedenia a dĺžky inzercie. Nepotvrdili sme rozdiely z hľadiska počtu lúmenov, veku a pohlavia. Takéto výsledky prezentovali Eisen et al., 2006.

Záver: Výsledky nášho výskumu poukazujú na dôležitosť dodržiavania štandardných postupov, založených na dôkazoch. Na základe výsledkov je možné vytvoriť smernicu pre štandardný postup ošetrovania centrálného venózneho katétra.

Kľúčové slová: centrálny venózný katéter, komplikácie, ošetrovateľská starostlivosť.

Rádiofrekvenčná ablácia veľkej safény– Closure Fast

Takáčová G.

Operačné sály NÚSCH, Bratislava

V posledných rokoch sa v liečbe varixov čoraz častejšie uprednostňujú endovenózne techniky. Na našom pracovisku od roku 2011 používame na uzáver insuficientného úseku v. safena magna Closure Fast systém. Pod sonografickou kontrolou sa pomocou chladeného Ringerovho roztoku s analgetikom uskutoční perivaskulárna kompresia v oblasti safénofemorálnej junkcie, ktorá zabezpečuje dokonalú ochranu femorálnej vény a zvyšuje účinnosť endovenózneho ošetrenia bez krosektómie. V porovnaní s laserovou abláciou, kedy je pracovná teplota 700 – 800 °C, je teplota vlákna počas termoablácie safény bipolárnym rádiofrekvenčným prúdom podstatne nižšia 120 °C. V kombinácii s rádiofrekvenčnou abláciou sa okrem dopĺňajúcej miniflebektómie používa skleroterapia v jednom sedení. Pooperačne sa navliekajú kompresívne pančuchy II. stupňa. Keďže pacienti nemajú pooperačné bolesti, na prvý pooperačný deň sú zaradení do bežných aktivít bez obmedzení.

Špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti o pacienta po vysokej amputácii dolnej končatiny

Gáborová A., Borisová V., Halušková E.
Klinika cievnej chirurgie NÚSCH, a. s., Bratislava

Amputácie sú vo všeobecnosti považované za „zlyhanie liečby“. Toto tvrdenie nie je jednoznačne pravdivé, amputácia je jedna zo súčastí terapeutického postupu u pacienta s ochorením arteriálneho systému ohrozu-

júcim vitalitu končatiny. Dôvodom pre amputáciu pre obliterujúce ochorenia končatín môže byť ťažká devastácia tkanív, ischémia alebo infekcia, ktorá ohrozuje život pacienta sepsou a toxémiou. Vysoká amputácia predstavuje amputáciu v oblasti predkolenia a stehna. V prednáške sme sa zamerali popri indikáciách na špecifiká ošetrovateľskej starostlivosti a rehabilitácie u pacientov po vysokých amputáciách dolných končatín.

Zriedkavé výkony na karotických artériách – korekcia kinkingu

Bónová M., Štouračová J., Sedláčková A.
Operačné sály, FN Nitra

Incidencia abnormalít na karotických artériách sa uvádza v rozmedzí 4 – 16 %. Jednou z takýchto abnormalít je aj „Kinking“. Kinking predstavuje zahnutie a zalomenia ciev v ostrom uhle. V klinickej symptomatológii sa manifestuje zväčša TIA (tranzitórny ischemický atak). Operačná liečba sa indikuje iba v symptomatických prípadoch. Najčastejším výkonom je resekcia ACI a jej reinzercia do ACC. V prípade potreby sa vykonáva endarterektómia. V roku 2011 a 2012 boli zrealizované na cievnej operačnej sále našej kliniky 4 operácie s diagnózou Syptomat. kinking. Autorky vo svojej prednáške prezentujú intraoperačnú starostlivosť o pacienta pri operačnom výkone na karotických artériách korekcie kinkingu z pohľadu operačnej sestry. Vo svojom materiáli uvádzajú príklady 2 operačných kazuistík. Prvá pacientka bola prijatá s cieľom elektívnej operácie – korekcia kinkingu ACI l. dx. Bola po NCMP s ľavostrannou hemiparézou ľahkého stupňa. Druhá pacientka bola plánovane prijatá

s cieľom CEA pre hemodynamickú závažnú stenózu ACI I. sin a korenciu kinkingu ACC I. sin. Prekonala opakovane TIA v ľavej hemisfére. Operácie na karotických artériách patria k jedným z náročnejších operačných výkonov. Dôležité je, aby si sestra pripravila kvalitné a dostačujúce inštrumentárium, pomôcky a šicí materiál na výkon. Nepostrádateľná je aj šikovnosť a predvídavosť, ktoré prispejú ku kvalitnému zrealizovaniu operačného výkonu.

Traumatická lézia a. radialis a a. ulnaris na predlaktí

Sedláčková A., Štouračová J., Bónová M.
Operačné sály, FN Nitra

U 22-ročného pacienta po devastačnom poranení pravej hornej končatiny opisujeme priebeh operácie po osteosyntéze humeru a oboch kostí predlaktia, ktoré bolo vykonané v inom nemocničnom zariadení. Pri revízii bola zistená lézia AR aj AU, preto bolo požadované ošetrenie na našom pracovisku. Pacient bol privezený zain tubovaný ZRP na KAİM, kde mu boli realizované odbery a zaistená krv. Následne bol prevezený na operačnú revíziu. Bola vykonaná resekcia lace-rovanej AR, revízia sec. Fogarty a revaskularizácia venóznym interpozitom.

Náš zákazník, náš pán

Kamenská K., Lašáková E.
Oddelenie cievnej chirurgie,
II. chirurgická klinika, Fakultná
nemocnica s poliklinikou F. D.
Roosevelta, Banská Bystrica

Autorky chcú touto prácou priblížiť náročnosť práce sestry na cievnej chirurgii. Odľahčenou formou charakterizujú pacientov, s ktorými sa

sestra na oddelení stretáva. Práca má poukázať aj na interdisciplinárny charakter ošetrovateľstva a požiadavkách kladených na vedomosti, zručnosti a osobnostný charakter sestier.

Diabetická polyneuropatia a diabetická noha

Krištofová M., Oreničová A., Vlasatá Ľ.
VÚSCH, a. s., Košice

Diabetická noha podľa WHO je definovaná ako infekcia, ulcerácia – deštrukcia tkanív nohy v dôsledku neuropatie alebo ischémie. Z hľadiska pacienta ide o komplikáciu, ktorá silne ovplyvňuje jeho ďalší život, a to zdravotne, psychicky aj ekonomicky. Amputácia nohy pôsobí na pacienta depresívne, zhoršuje kvalitu života a obmedzuje možnosť pracovného uplatnenia. Hlavné rezervy sú v prevencii, edukácii a pravidelnom cielenom vyšetrení nôh.

Artériovenózna fistula

Tomková M., Borská R.
Spoločné operačné sály, UNM, Martin

Chronická renálna insuficiencia predstavuje závažný medicínsky, ekonomický a spoločenský problém s rastúcou incidenciou u pacientov terminálnom štádiu renálneho zlyhania. Artériovenózna fistula (AVF) je základným a najvýhodnejším hemodialyzačným prístupom pre pacienta z hľadiska jednoduchého prístupu, ako aj rizika komplikácií. Jej konštrukcia prebieha zväčša v lokálnej anestézii, vyžaduje si dokonalú prípravu a spoluprácu počas chirurgického výkonu zo strany pacienta, ako aj zo strany celého operačného tímu. V práci referujeme o našich štandardných postupoch, ale aj špecifikách pri jednotlivých typoch arteriovenózných fistúl.

Karotická endarterektomie

Heczková A., Cimalová U.

Chirurgické operační sály, Nemocnice Podlesí a.s., Třinec

V našej prednáške rozebírame diagnostiku stenoz karotických tepien, indikácie k provedeniu endarterektomie, druh použitej anestézie i vlastný provedenie operačného výkonu. Uvedeme kasuistiku pacienta s RTG dokumentáciou i fotografiami z operácie.

Case manažment v práci operačnej sestry pri ruptúre AAA

Borská R., Štefíková E., Tomková M.

Spoločné operačné sály, UN Martin,

Case manažment (manažment prípadu) je manažment práce operačnej sestry v operačnom tíme, špecificky vypracovaný pre operačnú sestru. Téma predkladá návrh štandardu manažmentu práce operačnej sestry v nepredvídateľných naliehavých situáciách, ako je ruptúra aneuryzmy abdominálnej aorty. Prednáška obsahuje poznatky a skúsenosti z praxe operačnej sestry. Opiera sa o štandard inštrumentovania (asistovania) pri ruptúre AAA. Predkladá skúsenosti z nášho pracoviska UN Martin, z pracoviska Spoločných operačných sál. Operačné sestry na tomto pracovisku majú všeobecný záber inštrumentovania. Navrhujeme jednotný štandardizovaný manažment práce operačnej sestry v naliehavých nepredvídateľných situáciách. Predkladá návrh je novátorské smerovanie poskytovanej ošetrovateľskej (zdravotnej) starostlivosti. Nepredvídateľná situácia je situácia v práci operačnej sestry, v prípade život ohrožujúceho stavu pacienta a vyžaduje si okamžité zostavenie ďalšieho chirurgického tímu (pri

ruptúre aneuryzmy brušnej aorty, mozgovej aneuryzmy, strelnom poranení, polytraume, atď.). Nepredvídateľná situácia je situácia v práci operačnej sestry, kedy jeden operačný tím je plne vyťažený. Nepredvídateľná situácia je situácia, kedy dve operačné sestry ÚPS sa rozdelia a jedna samostatne pripraví operačnú sálu, samostatne pripraví sterilné pracovné inštrumentárium a okamžite asistuje pri chirurgickej intervencii s ďalším operačným tímom. Predkladá návrhovaný štandard manažmentu obsahuje zmenu v kompetenciách a zodpovednosti za zostavenie ďalšieho operačného tímu. Zodpovednosť za lekárske chirurgické manažment nesie lekár – chirurg, zodpovednosť za sesterské chirurgické manažment v operačnej sále nesie operačná sestra. Kompetencia a zodpovednosť je delegovaná z lekára na operačnú sestru v nepredvídateľných situáciách.

Kľúčové slová: case manažment, manažment práce operačnej sestry, ruptúra AAA, štandard manažmentu.

Starostlivosť o pacienta s aneuryzmou brušnej aorty – EVAR

Findurová J., Windischová A., Revúsová D.
Univerzitná nemocnica Martin

Aneuryzma abdominálnej aorty je vydutina steny brušnej aorty lokalizovaná u väčšiny pacientov na infrarenálnom úseku, tesne nad bifurkáciou aorty. K rizikovým faktorom vzniku aneuryzmy je oslabenie steny aorty degeneratívnym procesom, väčšinou u mužov starších ako 60 rokov, ateroskleróza, hypertenzia, hypercholesterolémia, fajčenie, bakteriálne alebo plesňové infekcie. Ochorenie môže prebiehať asymptomaticky. V tomto štádiu sa diagnóza

stanoví náhodou počas SONO, CT vyšetrenia, alebo palpačne, kde sa môže nahmatáť pulzujúci nádor v bruchu. Môže sa prejavovať bolesťami brucha, pocitom tlaku v krížoch, zhoršenou funkciou čriev (imitácia náhlejšie brušnej príhody alebo renálnej koliky) a pulzujúcou rezistenciou na bruchu. Endovaskulárne riešenie sa v našich podmienkach realizuje, len ak ide o plánovaný chirurgický zákrok. Endovaskulárna liečba (EVAR) aneuryzmy abdominálnej aorty spočíva vo vyrazení aneuryzmy alebo začiatku disekcie z cirkulácie pomocou stentgraftov. K indikáciám pre endovaskulárne riešenie aneuryzmy je napr. vek nad 65 rokov, pridružené ochorenia, zdiagnostikované aneuryzmy (asymptomatické), pseudoaneuryzmy. Výhodami sú znížená kardiopulmonálna záťaž, vyhnutie sa laparotómii, výraznému zníženiu tlaku krvi, minimalizácia strát krvi, minimálne riziko pooperačných komplikácií, rýchlejšie zotavenie. Úspešnosť endovaskulárnej liečby je približne 43 – 93 %. Príprava pre EVAR prebieha štandardne ako pred operačným zákrokom. Výkon sa realizuje na RTG pracovisku a vyžaduje si spoluprácu anesteziológa, cievneho chirurga, radiológa, inštrumentárky. Po operácii je pacient prevezený na jednotku intenzívnej starostlivosti, kde po endovaskulárnom výkone zostane 1 – 2 dni, ak nedôjde ku komplikáciám. Pacient je napojený na kontinuálny monitoring vitálnych funkcií, EKG, sledujú sa neurocirkulačné parametre na dolných končatinách, stav vedomia, kontrola hematologických parametrov. Pacient môže 4 hodiny po zákroku prijímať tekutiny per os. Hygienická starostlivosť sa realizuje na lôžku pacienta. Pacient má zavedený permanentný močový katéter počas 2 – 3 dňoch. Pacient po zákroku vyžaduje nižšie dávky analgetík. Ku

komplikáciám, ktoré môžu nastať počas a po operačnom zákroku, patrí poškodenie okolitých nervov, orgánov, napr. obličiek, krvácanie, nesprávne uloženie stentu, zalomenie stentgraftu, nedostatočné utesnenie, stenóza, hematóm, infekcia a k najzávažnejším patrí ruptúra vaku. Po prepustení do domácej starostlivosti je potrebné vylúčiť ťažkú fyzickú námahu, dodržiavať dietetické obmedzenia a prísny zákaz fajčenia.

Predoperačná a pooperačná starostlivosť o pacienta po endovaskulárnej liečbe aneuryzmy abdominálnej aorty Štulajterová R.

II. chirurgická klinika, oddelenie cievnej chirurgie, Nemocnica F. D. Rooseelta, Banská Bystrica

Prednáška je zameraná na prípravu pacienta pred a po operácii, následnú starostlivosť, možné komplikácie a kontrolu pacientov po endovaskulárnom zákroku.

Kľúčové slová: aneurizma, ošetrovateľská starostlivosť, komplikácie, dispenzarizácia.

Ošetrovanie rán preparátom Hyiodine Repiská L.

Agentúra domácej starostlivosti (ADOS Repiska, s.r.o.), Nitra

Úvod: Problematika chronických rán sa stáva poslednou dobou stále častejšie diskutovanou témou. Dnes, keď je na trhu nespočetné množstvo preparátov, je potrebné, aby sestra poznala základné informácie a v rámci poskytovania kvalitnej ošetrovateľskej starostlivosti ich vedela využiť v praxi. Rany predstavujú pre pacienta

určitý problém, a to nielen narušenie integrity kože, bolesť, opuchy, ale aj spoločenský hendikep a finančnú stratu.

Cieľ: Cieľom prednášky je poukázať na využitie Hyiodine v liečbe rán v ADOS a na výhody aplikácie kyseliny hyaluronovej.

Materiál a metodika: Práca sa zaoberá prípadom dlhodobo liečenej pacientky, ktorá bola po konzultácií s ošetrojúcim lekárom nastavená na preparát Hyiodine. Na mesačnej báze sme robili fotodokumentáciu a prehodnocovali sme ranu. Zmeny sme zaznamenávali do tabuliek NOC.

Záver: Môžeme konštatovať, že liečba preparátom Hyodine bola úspešná, pretože rany sa vyhojili za tri mesiace.

Využitie EVAR (endovaskular aortic repair) pri riešení aneuryzmy brušnej aorty, súčasný pohľad na diagnostiku, liečbu aneuryzmy abdominálnej aorty (AAA)

Kučerová G.

II. chirurgická klinika, oddelenie cievnej chirurgie, Nemocnica F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Hlavnou témou prednášky je riešenie AAA (aneuryzmy aorty abdominális), výhody využitia endovaskulárnej metódy riešenia brušnej aneuryzmy v porovnaní s klasickým operačným riešením. Prednáška je zameraná na históriu a rozvoj cievnej chirurgie, anatómiu brušnej aorty, patologické zmeny na brušnej aorte, etiológiu, symptomatológiu, diagnostiku ochorenia, cievne náhrady, skríning AAA (vyhľadávanie pacientov s AAA ich dispenzarizácia, národný skríningový program pre AAA), výhody riešenia EVAR v porovnaní s klasickou chirurgickou liečbou.

Kľúčové slová: aneuryzma abdominálnej aorty, endovaskulárna liečba, stentgraft, perkutánný prístup, antikoagulačná liečba.

[illegible]

Vaskulárna medicína – Supplement 1

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: Magdaléna 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



A care
 *Medical*

Spoločnosť **A care** s.r.o. je súčasťou zdravotníckeho trhu na Slovensku od roku 1997 a za túto dobu sa stala jednou z významných spoločností medzi zdravotníckymi firmami v SR v oblasti intervenčnej kardiológie a intervenčnej rádiológie, kam bol primárne sústredený firemný záujem, postupne aj v iných odvetviach moderného lekárstva a to v odbore wound care a intenzívna starostlivosť.

Sídlo firmy:

A care, s.r.o.

Sládkovičova 10

921 01 Piešťany

Prevádzka:

A care, s.r.o.

Družstevná 64

916 24 Horná Streda

Tel: +421 32 777 3070, 3071

Fax: +421 32 777 3072

E-mail: acare@acare.sk

www.acare.sk

Xarelto® (rivaroxaban)

Dávkovanie:

- **nezávislé od veku pacienta**
- **nezávislé od hmotnosti pacienta**

V schválených indikáciach:

1. PREVENCIA VENÓZNEHO TROMBOEMBOLIZMU (VTE)

u dospelých pacientov po náhrade bedrového alebo kolenného kĺbu

1 tableta 10mg 1 x denne

2. PREVENCIA CMP A SE u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsení

1 tableta 20mg* 1x denne

3. LIEČBA HLBOKÉJ ŽILOVEJ TROMBÓZY (HŽT)

a prevencia rekurencie HŽT a PE u dospelých pacientov

Liečba jedným liekom

4. LIEČBA PŤÚCNEJ EMBÓLIE (PE)

a prevencia rekurencie HŽT a PE u dospelých pacientov

Liečba jedným liekom



Názov lieku: Xarelto 10 mg, 15 mg a 20 mg filmom obalené tablety. **Zloženie lieku:** Každá tableta obsahuje 10 mg / 15 mg/ 20 mg rivaroxabanu. **Lieková forma:** Filmom obalená tableta. **Terapeutické indikácie:** **Xarelto 10 mg:** Prevencia venózneho tromboembolizmu (VTE) u dospelých pacientov, ktorí absolvovali elektívny chirurgický výkon na nahradenie bedrového alebo kolenného kĺbu. **Xarelto 15 a 20 mg:** Prevencia cievnnej mozgovej príhody a systémovej embolizácie u dospelých pacientov s nevalvulárnou fibriláciou predsení s jedným alebo viacerými rizikovými zlyhaniami, hypertenzia, vek $\geq$ 75 rokov, diabetes mellitus, prekonaná cievnna mozgová príhoda alebo tranzitórny ischemický atak. Liečba hlbokéj žilovej trombózy (DVT) a pľúcnej embólie (PE) a prevencia rekurencie DVT u dospelých. **Dávkovanie a spôsob podávania:** **Xarelto 10 mg:** odporúčaná dávka je 10 mg rivaroxabanu, ktorá sa užíva perorálne jedenkrát denne. Začiatková dávka sa má užiť 6 až 10 hodín po chirurgickom výkone za predpokladu, že sa potvrdila hemostáza. Pre pacientov, ktorí absolvovali veľký chirurgický výkon na bedrovom kĺbe, sa odporúča dĺžka liečby 5 týždňov. Pre pacientov, ktorí absolvovali veľký chirurgický výkon na kolennom kĺbe, sa odporúča dĺžka liečby 2 týždne. **Xarelto 15 a 20 mg:** Prevencia cievnnej mozgovej príhody a systémovej embolizácie: Odporúčaná dávka je 20 mg jedenkrát denne, čo je aj odporúčaná maximálna dávka. Liečba Xareltom má byť dlhodobá pod podmienkou, že prospech prevencie cievnnej mozgovej príhody a systémovej embolizácie preváži riziko krvácania. Ak sa vynesá dávka, pacient má okamžite užiť Xarelto a pokračovať nasledujúci deň s užívaním jedenkrát denne podľa odporúčania. V priebehu jedného dňa sa nemá užiť dvojnásobná dávka, ako náhrada vynechaného dávky. Liečba DVT, liečba PE a prevencia rekurencie DVT a PE: odporúčaná dávka na začiatčnú liečbu akútnej DVT alebo PE je 15 mg dvakrát denne počas prvých troch týždňov, potom pokračuje liečba a prevencia rekurencie DVT a PE 20 mg jedenkrát denne. Poškodenie funkcie obličiek: Na liečbu DVT, liečbu PE a na prevenciu rekurencie DVT a PE: Pacienti sa majú liečiť 15 mg dvakrát denne počas prvých 3 týždňov. Potom je, odporúčaná dávka 20 mg jedenkrát denne. Zníženie dávky z 20 mg na 15 mg jedenkrát denne sa má zväčšiť iba vtedy, ak vyhodnotením riziko krvácania u pacienta preváži riziko rekurencie DVT a PE. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. Klinicky významné aktívne krvácanie. Lézie alebo stav s výrazným rizikom rozsiahleho krvácania, ako sú aktívne alebo nedávne gastrointestinálne ulcerácie, prítomnosť malígnych novotvarov s vysokým rizikom krvácania, nedávny chirurgický výkon na mozgu, mieche alebo oku, iné nedávne poškodenie mozgu, chrbtice, intrakraniálne krvácanie, známe alebo podozrivé prípady varixov pažeráka, arteriovenózne malformácie, cievnne aneuryzmy alebo hlavné intraspinálne alebo intracerebrálne cievnne abnormality. Súbežná liečba inými antikoagulačnými látkami, napr. nefrakcionovaným heparínom (UFH), nízkomolekulárnymi heparínmi (enoxaparín, dalteparín, atď.), derivátmi heparínu (fondaparín, atď.), perorálnymi antikoagulačnými (warfarín, dabigatran, apixaban, atď.) sa neodporúča, s výnimkou okolností zmeny liečby na alebo z rivaroxabanu alebo ak sa UFH podáva v dávkach potrebných na udržanie otvorených centrálnych žilových alebo arteriálnych katétrov. Ochorenie pečene súvisiace s koagulopatiou a klinicky významným rizikom krvácania vrátane cirhotických pacientov s Childlow-Pughovým typom B a C. Gravidita a laktácia. **Osobitné upozornenia a opatrenia pri používaní:** Riziko hemorágie: ako pri iných antikoagulačných, pacientov užívajúcich Xarelto treba pozorne sledovať na znaky krvácania. Pri zvyšovaní riziku krvácania sa odporúča zvýšená opatrnosť. Liečbu Xareltom treba pri výskite krvácania prerušiť. Hoci liečba rivaroxabanom nevyžaduje rutinné sledovanie expozície, hladiny rivaroxabanu možno merať kalibrovými kvantitatívnymi testami na prítomnosť anti-faktora Xa, toto môže byť užitočné vo výnimočných situáciách, kedy informácia o expozícii rivaroxabanu môže byť podkladom pre rozhodnutie o ďalšej liečbe pacienta, napr. pri predkvalifikácii a neodkladnej operácii Neodporúča sa: u pacientov, ktorí súbežne dostávajú systémovú liečbu silnými inhibítormi CYP3A4 aj P-gp, napr. azolové antimykotiká alebo inhibítory proteázy HIV, u pacientov s ťažkým poškodením funkcie obličiek (klirns kreatinínu < 15 ml/min), u detí do 18 rokov, u pacientov súbežne liečených dronedaroneom. 10 mg: po operácii zlomeniny bedrového kĺbu. 15/20 mg: na liečbu akútnej pľúcnej embólie, u pacientov s náhradnými srdcovými chlopkami Použitie s opatrnosťou: u pacientov s klirnsom kreatinínu 15 - 29 ml/min, u pacientov so stredne ťažkým poškodením funkcie obličiek, ktorí súbežne užívajú iné lieky, ktoré zvyšujú plazmatické koncentrácie rivaroxabanu, u pacientov súbežne liečených liekmi ovplyvňujúcimi hemostázu alebo silnými inhibítormi CYP3A4, u pacientov so zvýšeným rizikom krvácania. 10 mg: ak je neuroaxiálna anestézia (spinálna / epidurálna anestézia) alebo spinálna/epidurálna punkcia. 15/20 mg: špecifické odporúčanie na dávkovanie treba uplatniť u pacientov so stredným až závažným poškodením funkcie, v súlade s praxou antikoagulačnej liečby sa počas liečby odporúča klinické sledovanie. U pacientov s rizikom vzniku ulcerózneho gastrointestinálneho ochorenia možno zväčšiť vhodnú profylaktickú liečbu Hoci liečba rivaroxabanom nevyžaduje rutinné sledovanie expozície, hladiny rivaroxabanu možno merať kalibrovými kvantitatívnymi testami na prítomnosť anti-faktora Xa, toto môže byť užitočné vo výnimočných situáciách, kedy informácia o expozícii rivaroxabanu môže byť podkladom pre rozhodnutie o ďalšej liečbe pacienta, napr. pri predkvalifikácii a neodkladnej operácii Xarelto obsahuje laktózu. **Nežiaduce účinky:** Časté: anémia, závrat, bolesť hlavy, krvácanie do oka, hypotenzia, hematóm, krvácanie z nosa, hemoptýza, krvácanie z ďasien, krvácanie do gastrointestinálneho traktu, bolesť brucha a gastrointestinálneho traktu, dyspepsia, nauzea, záпча, hnačka, vracanie, pruritus, vyrážka, ekchymóza, krvácanie do kože a podkožné krvácanie, bolesť v končatinách, krvácanie do urogenitálneho traktu, poškodenie funkcie obličiek, horúčka, periférny edém, znížená celková sila a energia, zvýšenie transamináz, proceedurálna hemorágia, kontúzia, krvácanie rany. **Menej časté:** tromboticémi, alergická reakcia, alergická dermatitída, cerebrálna a intrakraniálna hemorágia, synkopa, tachykardia, sušený v ústach, abnormalná funkcia pečene, žihľavka, hemartróza, pocit nepohody, zvýšený bilirubin zvýšená alkalická fosfatáza v krvi, zvýšená LDH, zvýšená laktáza, zvýšená amyláza, zvýšená GGT. **Zriedkavé:** záčcha, svalová hemorágia, lokalizovaný edém, zvýšený konjugovaný bilirubin, cievnne pseudoaneuryzmy. **Neznáme:** syndróm kompartmentu sekundárne po krvácaní, zlyhanie obličiek/akútne renálne zlyhanie, ktoré vznikne sekundárne po krvácaní dostatočne silnom na vyvolanie hypoperfúzie. **Výdaj lieku:** Výdaj lieku viazaný na lekárske predpis. Liek je hradený z verejného zdravotného poistenia. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Bayer Pharma AG, Berlín, Nemecko. **Registračné číslo:** EU/01/08/472001-21. Pred predpisovaním lieku sa, prosím, podrobne oboznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku. **Dátum revízie textu:** 11/2012. **Dátum revízie materiálu:** 02/2013

Referencie:

1. Xarelto SPC (Súhrn charakteristických vlastností lieku), November 2012

CMP - Cievnna mozgová príhoda, SE - Systémová embolizácia

*Pri strednej ťažkom poškodení funkcie obličiek (kl. kreat. 30-49 ml/min): redukovat pokračujúcu dávku na raz denne 15 mg, pri ťažkom poškodení funkcie obličiek (kl. kreat. 15-29 ml/min): redukovat pokračujúcu dávku na raz denne 15 mg podávať s opatrnosťou (obmedzené klinické údaje).

