



PROGRAM ABSTRAKTY

SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ CIEVNEJ CHIRURGIE, o.z.
SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI

SLOVAK SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY
OF THE SLOVAK MEDICAL ASSOCIATION

SK SaPA | Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek



XXV. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE

s medzinárodnou účasťou

25th
**SLOVAK CONGRESS
OF VASCULAR SURGERY**
with international participation

13. – 15. 4. 2023

**Kongresový hotel Residence Družba,
Demänovská dolina**

www.cievnachirurgia2023.sk
www.sscch.sk

**Výrazná
úľava od
symptómov
CHVO
a HO²⁻⁴**



**Lieči
venózný
zápal^{5,6}**



**Odporúčania
sila 1A¹**

2x 500 mg
pravidelná dlhodobá
liečba¹²

1x 1000 mg
kedykoľvek a kedykoľvek¹²

**Prevenčia
progresie CHVO
pri liečbe
365
dní v roku^{7,8}**

**Unikátne
zloženie
MPFF^{9,10}**

1. postlážaj 2. otvor 3. vypi

www.detralex.sk

Skrátená informácia o lieku

**DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety/
Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku**
Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg/1000 mg

Zloženie*: DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg: 450 mg diosmín, 50 mg flavonoidy vyjadrené ako hesperidín/ Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku, Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 1000 mg: 900 mg Diosminum, 100 mg flavonoidy vyjadrené ako Hesperidinum. **Indikácie***: Liečba venolyfatickej insuficencie s nasledujúcimi symptómami: pocit ťažkých nôh, ranný výskyt pocitu unavených nôh, bolesť. Liečba funkčných symptómov akútnej hemoroidálnej epizódy. **Dávkovanie a spôsob podávania***: Venolyfatická insuficencia: 2 tablety denne/1 vrecko denne užitú ráno. Akútny hemoroidálny atak: dávka môže byť zvýšená až na 6 tabliet denne (3 tablety ráno a 3 tablety večer) /3 vrecká denne. **Kontraindikácie***: Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Upozornenia***: Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútneho hemoroidu nevyklučuje liečbu iných ochorení konečníka. Ak symptómy ihneď neustúpia, má sa vykonať proktologické vyšetrenie a liečba sa má prehodnotiť. **Osobitné upozornenia***: V podstate „zanedbateľné množstvo sodíka“. **Interakcie***: Žiadne klinicky relevantné. **Fertilita*, gravidita*/Laktácia***: Vyhýnať sa liečbe. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje***: Žiadny alebo zanedbateľný vplyv. **Nežiaduce účinky***: Časté: hnačka, dyspepsia, nauzea, vracanie. **Menej časté**: kolitída. **Zriedkavé**: bolesť hlavy, závrata, nevoľnosť, vyrážka, pruritus, urtikária. **Niežiadne**: bolesť brucha, izolovaný edém tváre, pier, očných viečok. **Vynimčne**: Quinkeho edém. **Prediktorovanie***. **Vlastnosti***: Venofarmakum a vazoprotektívum. DETRALEX pôsobí na žilový návrat; redukuje venóznú distenzibilitu a venostázu; na úrovni mikrocirkulácie znižuje kapilárnu permeabilitu a zvyšuje kapilárnu rezistenciu. **Balenie***: Balenie 30, 60, 90, 120, 150 alebo 180 filmom obalených tabliet DETRALEXu 500 mg/balenie 6, 15 alebo 30 vreciek Detralexu 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku. **Dátum revízie textu**: DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety - Október 2021/Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku - December 2019. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Les Laboratoires Servier, 50, rue Camot, 92284 Suresnes cedex, Francúzsko. www.servier.com **Výdaj lieku DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, balenie 30 a 60 tabliet a Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku, balenie 6, 15 alebo 30 vreciek nie je viazaný na lekársky predpis. Výdaj lieku DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, balenie 90, 120, 150 alebo 180 tabliet, je viazaný na lekársky predpis.** Liek DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, ani liek Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku, nie je uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia.

* Podrobné informácie sú uvedené v súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Bottova 2A, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111

** Detralex 1000 mg bude dostupný v novom balení číslom.

Materiál je určený výlučne pre osoby oprávnené predpisovať alebo vydávať liek. Dátum prípravy materiálu: 02/2023

Literatúra:

1. Nicolaides A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Part I. Int Angiol. 2018;37(3):181–254. 2. Štvrtinová V., Vedecký program – Effective, Effective plus. 3. Blume J. et al. Phlebology. 1992;(Suppl 2):37–40. 4. Shelygin Y. Curr med Res Opin. 2016;32(11):1821–1826. 5. Shoab SS, Porter JB, Scurr JH, Coleridge-Smith PD. Effect of oral micronized purified flavonoid treatment on leukocyte adhesion molecule expression in patients with chronic disease: a pilot study. J Vasc Surg. 2000;31:456–461. 6. De Almeida C. et al. Time course of microvalve pathophysiology in high pressure low flow model of venous insufficiency and the role of micronized purified flavonoid fraction Int Angiol. 2021 7. Pietrzycka A. et al. Curr Vasc Pharmacol. 2015; 22(1): 18–24. 8. Lobastov; Micronized purified flavonoid fraction in adjuvant to rivaroxaban improves outcomes of popliteal-femoral deep-vein thrombosis at 12-month follow-up; Phlebology. Vol 27. No3. 2020. 9. Paysant J. et al. Int Angiol. 2008, 27: p.81–85. 10. SPC Detralex 10/2021 & SPC Detralex 1000mg perorálna suspenzia vo vrecku 12/2019. 11. Data on file (<https://servier.com/en/group/key-figures/>).

OBSAH

Úvodné slovo	5
Organizačný výbor kongresu	6
Všeobecné informácie	7
Prehľad odborného programu	10
Odborný program kongresu	11
Abstrakty	19
Partneri kongresu	55

dovoľujeme si Vás pozvať na sympóziu v rámci

XXV. SLOVENSKÉHO KONGRESU CIEVNEJ CHIRURGIE S MEDZINÁRODNOU ÚČASŤOU

14. 4. 2023 • 16.00 – 16.30 hod.

SULODEXID v liečbe mikroangiopatie

Chairman: MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.
(Oddelenie cievnej chirurgie, FN Nitra)

Témy: MUDr. Radoslav Kminiak, PhD.
(Klinika transplantácie chirurgie SZU, cievna chirurgia, FN sP FDR, Banská Bystrica)

**Sulodexid v pooperačnej starostlivosti u pacientov
po výkonoch na HVS dolných končatín.**

MUDr. Pavol Majdák
(Interné oddelenie, NsP Prievidza so sídlom v Bojniciach)

Od COVID-u k endotelu.



V Bratislave 15. marca, 2023

Vážené dámy a páni, milí kolegovia,

členovia organizačného výboru našej odbornej spoločnosti oceňujú, že ste opäť prijali pozvanie na výročný **XXV. Slovenský kongres cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou**, ktorý sa bude konať 13. až 15. apríla 2023 v Jasnej. Teší nás, že počet prihlásených účastníkov na tento kongres je historicky najvyšší. Touto formou vám predstavujeme, podľa nášho názoru, kvalitný odborný program nášho kongresu. Na kongres prijali pozvanie s vyzvanými prednáškami poprední odborníci v oblasti vaskulárnej medicíny zo Slovenska a z Českej republiky. Aj touto cestou im chceme vyjadriť poďakovanie, že výraznou mierou prispejú k odbornej úrovni kongresu. Samozrejme, že odborný program kongresu je navrhnutý tak, aby lekári a aj zdravotné sestry mali možnosť prezentovať súčasné chirurgické a endovaskulárne postupy pri najčastejších ochoreniach vo vaskulárnej medicíne. Chirurgické a endovaskulárne postupy v aortálnej chirurgii, v liečbe kritickej končatinovej ischémie, diabetickej nohy u našich pacientov. Kongres bude vhodnou príležitosťou na prezentáciu pre vaskulárnych špecialistov, ktorí majú bohaté skúsenosti v chirurgii pri cievnych prístupoch pre dialyzovaných pacientov a v liečbe venózných ochorení.

A čo nové nás čaká v tomto roku na jubilejnom XXV. Kongrese cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou? Novovytváraná prednášková kongresová sála s kapacitou pre 450 účastníkov s modernou audiovizuálnou technikou. Zároveň aj väčšia výstavná plocha pre prihlásené medicínske spoločnosti, v dôsledku čoho sa zlepšia podmienky pre ich odbornú komunikáciu s účastníkmi kongresu o ich súčasných a nových medicínskych produktoch pre našu klinickú prax.

Mladí lekári a sestry majú na kongrese samostatnú sekciu a zapoja sa do súťaže o najlepšiu honorovanú prednášku, ktorú im poskytne výbor našej odbornej spoločnosti. Obzvlášť je potešujúce, že počet mladých lekárov do 35 rokov v súťaži o najlepšiu prednášku sa bude aktívne prezentovať 12. prednáškami.

Vážení kolegovia a priatelia, pevne veríme, že si kongres získal odborné postavenie, na ktoré prichádzate veľmi radi z rôznych medicínskych špecializácií. Tešíme sa na osobné stretnutia s vami.

MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

Prezident kongresu a výboru Slovenskej spoločnosti pre cievnu chirurgiu SLS

ORGANIZAČNÝ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

Prezident kongresu

MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH.

Vedecký sekretár

MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.

Členovia výboru SSCCH SLS

Prezident – MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH.

Viceprezident – MUDr. Igor Šinák, PhD.

Vedecký sekretár – MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.

Pokladník – MUDr. Adriana Macková

Členovia:

MUDr. Peter Beňo, PhD. (*predseda lokálneho organizačného výboru*)

MUDr. Július Janek, PhD.

MUDr. Roman Necpal, PhD.

Doc. MUDr. Vladimír Sihotský, PhD.

Mgr. Agáta Gáborová

Sekretariát kongresu



Ing. Michaela Hladová

FARMI - PROFI, spol. s r. o.

Pestovateľská 2

821 04 Bratislava

Tel: +421 2 6446 1555

Mobil: +421 903 133 638

E-mail: hladova@farmiprofi.sk

www.farmiprofi.sk

© FARMI-PROFI, spol. s r. o.

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

Termín a miesto konania

13. – 15. 4. 2023

Demänovská dolina, Kongresový hotel Residence Družba

www.druzbahotel.sk

Registrácia

štvrtok	13. 4. 2023	08:30 – 17:00
piatok	14. 4. 2023	08:30 – 17:00
sobota	15. 4. 2023	08:30 – 09:30

Účastnícky poplatok (platba na mieste)

Lekár – člen SSCCH SLS	110 € €
Lekár – nečlen SSCCH SLS	140 €
Lekár do 35 rokov	70 €
Sestra – člen SKSaPA	50 €
Sestra – nečlen SKSaPA	60 €

Účastnícky poplatok zahŕňa účasť na odbornom programe kongresu, kongresové materiály a občerstvenie počas prestávok. Uhradený účastnícky poplatok je nenávratný. Účastnícky poplatok je vrátane DPH.

Rokovací jazyk

slovenčina, čeština, angličtina (bez simultánneho prekladu)

Štruktúra odborného programu

- pozvaní prednášatelia (vyžiadané prednášky)
- prednášky originálnych prác na základe prijatých abstraktov, lekárska a sesterská časť
- sympóziá

Súťaž mladých cievnych chirurgov a sestier

Súčasťou vedeckého programu XXV. Slovenského kongresu cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou je súťaž mladých cievnych chirurgov (do 35 rokov veku) a sestier o najlepšiu originálnu prácu.

Nahrávanie a trvanie prezentácií

Podklady pre prednášku (obrazová dokumentácia v PPT a videá) je potrebné odovzdať minimálne 30 minút pred začiatkom každej sekcie/bloku technikovi na mieste nahrávania prednášok.

Časový limit prezentácie v lekárskej časti je 7 minút a 3 minúty sú rezervované pre diskusiu, v sesterskej časti je dĺžka prezentácie 15 minút plus diskusia. Trvanie prezentácií pozvaných lektorov je 15 minút plus diskusia. Riadenie diskusie je v kompetencii predsedníctva prednáškového bloku. Všetci prednášajúci, vrátane pozvaných prednášateľov, sú **povinní dodržiavať čas vymedzený na prednášku**. Za dodržiavanie časových limitov je zodpovedný každý prednášajúci a za dodržanie celkového času programového bloku a vedenie diskusie zodpovedá predsedníctvo prednáškového bloku.

Pre orientáciu prednášateľov aj predsedajúcich bude časová os prednášky a diskusie viditeľne znázornená v pravom dolnom rohu premietacej plochy.

Publikovanie abstraktov

Prijaté abstrakty sú súčasťou tejto programovej brožúry a výber abstraktov bude uverejnený v časopise Vaskulárna medicína (vydavateľstvo Solen).

Kreditové hodnotenie

Kongres je zaradený do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania.

LEKÁRI**Aktívna účasť**

Autor 10 kreditov (15 kreditov za prednášku vedenú v anglickom jazyku)
Spoluautor 5 kreditov – prví dvaja spoluautori (10 kreditov za prednášku v anglickom jazyku)

Pasívna účasť

Akreditačná rada Slovenska pre kontinuálne medicínske vzdelávanie (**ARS CME**)
4 + 7 + 2 kreditov CME (účasť počas všetkých troch dní)

Registrovaní účastníci získavajú za pasívnu a aktívnu účasť kredity CME, ktoré budú elektronicky pripísané do konta CME.

SESTRY**Aktívna účasť**

Autor 10 kreditov
Spoluautor 5 kreditov – prví dvaja spoluautori

Kredity za aktívnu účasť budú pridelené iba raz, bez ohľadu na počet prezentovaných prednášok. Toto sa vzťahuje aj na spoluautorstvo.

Pasívna účasť

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (**SKSaPA**)
4 + 7 + 2 kreditov CME (účasť počas všetkých troch dní)

Registrovaní účastníci získavajú potvrdenie o účasti na záver konania kongresu (15. 4. 2023).

Pokyny pre vystavovateľov

Montáž stánkov farmaceutických a prístrojových spoločností je možná najskôr v stredu 13. 4. 2023 od 16:00 do 22:00, prípadne 13. 4. 2023 od 8:00 do 10:30.
Demontáž stánkov je možná najskôr v sobotu 15. 4. 2023 od 12:00.

Organizačný výbor XXV. SKCCH žiada o spoluprácu a pochopenie všetkých partnerov kongresu a vystavovateľov, aby nerušili priebeh podujatia predčasnou demontážou výstavných priestorov.

Stravovanie (Ľudová reštaurácia)**Diskusná večera**

13. 4. 2023 (štvrtok), 19:00

Obed

14. 4. 2023 (piatok), 11:30 – 12:30

Diskusná večera

14. 4. 2023 (piatok), 20:00

Obed

13. 4. 2023 (sobota), 11:30 – 12:30

PREHĽAD ODBORNÉHO PROGRAMU

STREDA, 12. 4. 2023

17:00 – 19:00 **Zasadnutie výboru Slovenskej spoločnosti
cievnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného
odborníka MZ pre odbor cievna chirurgia**
Kongresový hotel Residence Družba, Demänovská dolina

ŠTVRTOK, 13. 4. 2023 (1. kongresový deň)

12:25 **Zahájenie kongresu**
12:45 – 14:30 **Sekcia A: Ochorenia končatinových ciev**
14:30 – 15:30 **Sekcia B: Sekcia mladých cievnych chirurgov I.**
15:30 – 16:00 **Prestávka**
16:00 – 16:30 **Sympóziu podporené spoločnosťou Servier**
16:30 – 17:30 **Sekcia C: Sekcia mladých cievnych chirurgov II.**
17:30 **Ukončenie 1. kongresového dňa**
17:30 – 18:15 **Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS**
19:00 **Diskusná večera**

PIATOK, 14. 4. 2023 (2. kongresový deň)

09:00 – 11:00 **Sekcia D: Sesterská sekcia**
11:30 – 12:30 **Obed**
12:30 – 14:00 **Sekcia E: Cievne prístupy, úrazy, CHVI**
14:00 – 16:30 **Sekcia F: Ochorenia aorty I.**
15:30 – 16:00 **Prestávka**
16:00 – 16:30 **Sympóziu podporené spoločnosťou Alfasigma**
16:30 – 18:00 **Sekcia G: Ochorenia aorty II. Vyžiadané prednášky**
18:00 **Ukončenie 2. kongresového dňa**
20:00 **Diskusná večera**
21:00 **Odovzdávanie ocenení a krst publikácie**

SOBOTA, 15. 4. 2023 (3. kongresový deň)

09:00 – 11:30 **Sekcia H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky**
11:30 **Záver kongresu**
11:30 – 12:30 **Obed**

ODBORNÝ PROGRAM

STREDA, 12. 4. 2023

17:00 – 19:00 **Zasadnutie výboru Slovenskej spoločnosti
cievnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného
odborníka MZ pre odbor cievna chirurgia**
Kongresový hotel Residence Družba, Demänovská dolina

ŠTVRTOK, 13. 4. 2023 (1. kongresový deň)

12:25 **Zahájenie kongresu**
MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH – prezident SSCCH SLS
Prof. MUDr. J. Mazuch, DrSc. – História cievnej chirurgie na Slovensku
a začiatky vzniku Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie

12:45 – 14:30 **Sekcia A: Ochorenia končatinových ciev**
Predsedníctvo: *Slyško R., Kubíková M., Staffa R.*

- 1. Periferní bypass v ére endovaskulárneho boomu**
Staffa R. (Brno, ČR) – vyžiadaná prednáška
- 2. Komplexný prístup k liečbe a prevencii pacientov so
syndrómom diabetickej nohy**
Koliba M. (Ostrava, ČR) – vyžiadaná prednáška
- 3. Diabetická noha – spolupráca sa vyplatí**
Necpal R. Ulianko J., Alexandrová L. (Banská Bystrica)
- 4. Endovaskulárny prístup k liečbe kritickej končatinovej
ischémie (CLI) ako prvá voľba je pre mnohých pacientov
prínosom, ale nie pre všetkých**
*Kubíková M., Štefanič P., Dekanová L., Virág M., Vaško L., Závacká M.
(Košice)*
- 5. Možnosti endovaskulárnej in-flow kontroly v cievnej chirurgii**
Bobuš M., Ježková P., Šolek R., Szkatula J., Říha D. (Třinec, ČR)
- 6. Vízia vzdelávania a podiatrickej starostlivosti v EÚ**
Koliba M. (Ostrava, ČR)

7. Naše skúsenosti s NPWT systémom PREVENA

Slyško R., Lámala R., Čepcová K. (Bratislava)
Prednáška podporená spoločnosťou Aspironix

8. NPWT s použitím instilácie (V.A.C.VeraFlo) na oddelení cievnej chirurgie

Lámala R., Čepcová K., Bajčíková B. (Bratislava)
Prednáška podporená spoločnosťou Aspironix

14:30 – 15:30

Sekcia B: Sekcia mladých cievnych chirurgov I.

Predsedníctvo: Mondek P., Janek J., Sihotský V.

1. Fibulárny bypass v liečbe CLTI

Ivanko M., Šinák I. (Martin)

2. Vyhodnocení efektu profundoplastiky na periferní perfuzi tkání u pacientů s ICHDK

Maduda D., Kuklová K., Staffa R. (Brno, ČR)

3. Iatrogénne poranenia po endovaskulárnych výkonoch a ich manažment

Pribula M., Šinák I., Hlinka L., Ivanko M., Tlacháč R., Petričko L. (Martin)

4. The Wound, Ischemia and Foot infection classification system for predicting the likelihood of diabetic foot ulcer healing and the risk of amputation

Whitley A., Drienko M., Bafrnec J., Gurlich R., Baláž P. (Královské Vinohrady, ČR)

5. Úrazové a iatrogénne poranenia končatinových ciev – náš klinický súbor

Genčurová Z., Beňo P., Podolec M., Oravec T., Zastko D., Martin K. (Ružomberok)

6. Perforácia pažeráka ako komplikácia debranchingu supraaortálnych artérií u pacientky s Marfanovým syndrómom – kazuistika

Bakirli I., Tomka J., Profant M. (Bratislava)

15:30 – 16:00 **Prestávka/coffee break**16:00 – 16:30 **Sympóziu podporené spoločnosťou SERVIER**

Moderátor: MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

1. „The unforgiving veins“

Žernovický F. (Bratislava)

2. Chronická venózna insuficiencia – keď trpí srdce a tepny

Flak L. (Bratislava)

16:30 – 17:30

Sekcia C: Sekcia mladých cievnych chirurgov II.

Predsedníctvo: Šinák I., Tomka J., Beňo P.

1. Karotická endarterektómia – zmeny génovej expresie vybraných markerov ischemie mozgu v periférnej krvi

Virág M., Furman M., Mucha R., Závacká M., Frankovičová M., Vaško L. (Košice)

2. Keď artériovenózna malformácia (AVM) je niečo iné

El'ková Z., Tomka J., Bakirli I., Machajová L. (Bratislava)

3. Ligatúra distálnej a. radialis (DRAL) v liečbe ischemie ruky

Bedevelskyi M., Rusňák M., Necpal R., Zanolit M. (Banská Bystrica)

4. Naše skúsenosti s liečbou aneuryzmy arteria lienalis

Zastko D., Beňo P., Oravec T., Genčurová Z., Kalman M. (Ružomberok)

5. Ruptura a infekce výdutě podkolenní tepny – komplikace odkládané intervence a pozdní diagnózy

Jaroščíková J., Utíkal P., Černá M., Janečková J. (Olomouc, ČR)

6. Endofibróza arteria iliaca externa u aktívnych športovcov, prehľad odbornej literatúry a case report u cyklistu

Smoter Š., Slyško R., Takács R. (Bratislava)

17:30

Ukončenie 1. kongresového dňa

17:30 – 18:15

**Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti
cievnej chirurgie SLS****1. Správa o činnosti spoločnosti v období 2022***Tomka J.***2. Správa hlavného odborníka 2022 – RCCH***Mondek P.***3. Finančná správa***Macková A.***4. Správa zo zasadnutia výboru ESVS***Sihotský V.***6. Správa o činnosti ESV***Vaško L.*

Diskusia

19:00

Diskusná večera**PIATOK, 14. 4. 2023 (2. kongresový deň)**

09:00 – 11:00

Sekcia D: Sesterská sekcia**Predsedníctvo:** *Gáborová A., Saková J.***1. Operace pro Thoracic Outlet Syndrom z pohledu
perioperační sestry***Vojnarová M. (Třinec, ČR)***2. Varixy – různé typy operací***Juřenová E (Třinec, ČR)***3. Oblíbený sport na pracovišti***Kuczera J. (Třinec, ČR)***4. Význam ambulancie chronických rán Kliniky cievnej
chirurgie NÚSCH, a.s.***Gáborová A., Schmidtová M., Bodzsárová Ľ. (Bratislava)***5. Karotická endarterektómia – CEA***Malátová K., Chovancová J. (Nitra)***6. Non – compliance pacienti na OCCH***Janíčeková G., Matušková D., Maťovčíková Z. (Martin)*

11:30 – 12:30

Obed

12:30 – 14:00

Sekcia E: cievne prístupy, úrazy, CHVI**Predsedníctvo:** *Necpal R., Macková A., Černá M.***1. Proximalizácia anastomózy AVF – naše skúsenosti***Necpal R., Rusňák M., Zanolit M. (Banská Bystrica)***2. Aneurizma a.brachialis – neskorá komplikácia AVF***Rusňák M., Necpal R., Janek J. (Banská Bystrica)***3. Ultrazvuk v rukou cévného chirurga: od indikace
a surveillance až k endoAVF***Janečková J., Köcher M., Černá M. (Olomouc, ČR)***4. Perkutánní endovaskulární arteriovenózní píštěl –
první zkušenosti***Köcher M., Janečková J., Černá M., Utíkal P., Bachleda P., Prášil V. (Olomouc, ČR)***5. Komplexná hybridná procedúra v liečbe CVI***Torma N., Frankovičová M., Kalmanová E., Kopolovets G., Majerníková B., Val'ková M. (Košice)***6. Poranění cévního systému nejen v traumatologii***Bafrnec J. (Královské Vinohrady, ČR)***7. Kazuistika: Poranenie arteria carotis communis prehltnutím
cudzieho telesa***Macková A., Onduško J. (Prešov)***8. Posttraumatická aneurizma arteria radialis***Leško M. (Prešov)*

14:00 – 15:30

Sekcia F: Ochorenia aorty I.**Predsedníctvo:** Dulka T., Rusňák F., Šebesta P.**1. Štandardné postupy v liečbe elektívnej a rupturovanej aneurizmy brušnej aorty**

Sihotský V., Kopolovets I., Sabol F., Vrzgula A. (Košice)

2. Akutní aortální syndrom z pohledu intervenčního radiologa

Wierzgoń M. (Třinec, ČR)

3. Postavenie abdominálneho debranchingu v súčasnej aortálnej chirurgii

Tomka J., Dulka T., Lévy J., Bakirli I. (Bratislava)

4. Viscerální debranching v terapii aneurysmat aorty

Hudák A., Guňka I., Raupach J., Lojík M., Leško M., Jiška S. (Hradec Králové, ČR)

5. Možnosti endovaskulárnej liečby komplikácii po EVAR alebo chirurgickej liečbe AAA

Sivák J., Sucháč M., Kmeťková K., Striežová I., Bronerská Z., Snopková V., Sedminová K. (Banská Bystrica)

6. Otvorené reoperace po endovaskulární léčbě aneurysmat břišní aorty

Šebesta P. (Nemecko)

7. Explantácia stentgraftu abdominálnej aorty – stratégia a taktika výkonu – kazuistiky

Slyško R., Lámala R., Marton E., Kissová S., Repán M. (Bratislava)

8. Raritní aneurysma viscerálních tepen

Rokošný S., Baláž P., Bafrnec J., Whitley A. (Praha, ČR)

9. Ex vivo rekonstrukce aneurysmat arteria renalis

Guňka I., Leško M., Hudák A., Jiška S., Feix J. (Hradec Králové, ČR)

15:30 – 16:00

Prestávka/coffee break

16:00 – 16:30

SULODEXID v liečbe mikroangiopatie**Sympóziu podorené spoločnosťou ALFASIGMA****Moderátor:** MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.**1. Sulodexid v pooperačnej starostlivosti u pacientov po výkonoch na HVS dolných končatín**

Kminiak R. (Banská Bystrica)

2. Od COVID-u k endotelu

Majdák P. (Bojnice)

16:30 – 18:00

Sekcia G: Ochorenia aorty II. – vyžiadané prednášky**Predsedníctvo:** Tomka J., Köcher M., Utíkal P.**1. Role cévní chirurgie v onkologii – onkovaskulární chirurgie**

Baláž P. (Praha, ČR)

2. Význam cievnej chirurgie pri orgánových transplantáciách

Janek J., Kminiak R., Takáč R. (Banská Bystrica)

3. Možnosti endovaskulární léčby komplexních aneurysmat aorty

Köcher M. (Olomouc, ČR)

4. Pokročilé techniky v endovaskulární léčbě aortálních výdutí – konec hybridných výkonů?

Utíkal P., Köcher M., Jaroščíková J., Kučera P., Černá M., Janečková J. (Olomouc, ČR)

5. Řešení komplikací endovaskulární léčby

Černá M., Köcher M., Utíkal P. (Olomouc, ČR)

18:00

Ukončenie 2. kongresového dňa

20:00

Diskusná večera

21:00

Odovzdanie ocenení v súťaži mladých cievnych chirurgov a v sekcii sestier**Krst publikácie Prof. MUDr. Júliusa Mazucha, DrSc. a kolektívu: Komplexný medicínsky pohľad na varixy dolných končatín, ich komplikácie a súčasné možnosti.**

SOBOTA, 15. 4. 2023 (3. kongresový deň)

09:00 – 11:30

Sekcia H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky**Predsedníctvo:** Galko J., Štefanič P., Říha D.

- 1. Asymptomatická stenóza karotidy z pohľadu chirurga**
Říha D., Szkatula J., Blaha L., Šolek R., Ježková P. (Třinec, ČR)
- 2. Akútny infrarenálny aortálny syndróm**
Bulejčík J., Blaha L., Mikoviny R., Szkatula J. (Třinec, ČR)
- 3. Raritní příčina ischemie dolní končetiny**
Pták P., Matějka M., Jekielek T. (České Budějovice, ČR)
- 4. Raritní příčina akutní končetinové ischemie**
Medřická M., Dinaj R., Mazur M., Chmelo J. (Ostrava – Vítkovice, ČR)
- 5. Nutcracker syndróm a jeho manažment v cievnej chirurgii**
Talal A., Tomka J., Bakirli I. (Bratislava)
- 6. Individuálny management revaskularizácie aorto-iliacko-femorálneho riečiska – kazuistika**
Schillerová L., Zsemlye Z., Slyško R., Bajčíková B. (Bratislava)
- 7. Kazuistika: Ruptúra brušnej aorty s aortokaválnou fistulou**
Bódiš L., Galko J., Mondek P. (Nitra)
- 8. Mezenteriálna ischemia – klinické skúsenosti**
Kadlečíková K., Mondek P., Galko J., Hruškovič J., Bedevelsky I., Tóth J., Mesárošová S., Milá Z., Bódiš L., Duchoň M., Bodó J. (Nitra)
- 9. Nedocenená artéria gastroduodenalis**
Varga L., Langle F., Kunco M., Edler G. (LK Wiener Neustadt, Rakúsko)
- 10. Fibroadipózná cievna anomália stehna u mladej ženy – kazuistika**
Kopalová I., Šinák I. (Martin, Žilina)

11:30

Záver kongresu

11:30 – 12:30

Obed

ABSTRAKTY

Abstrakty sú zoradené v poradí v akom sú zaradené do odborného programu podľa jednotlivých blokov. Za odborný obsah a jazykovú úpravu zodpovedá autor(ka).

ISBN 978-80-99990-10-5

ZAHÁJENIE KONGRESU

HISTÓRIA CIEVNEJ CHIRURGIE NA SLOVENSKU A ZAČIATKY VZNIKU SLOVENSKEJ SPOLOČNOSTI CIEVNEJ CHIRURGIE

Mazuch J.

Klinika všeobecnej viscerálnej a transplantačnej chirurgie, Martin

Vývoj v oblasti cievnej chirurgie bol na Slovensku špecifický v povojnovom období. V českých krajinách sa odbor cievna chirurgia začal profilovať ako samostatný chirurgický odbor predovšetkým zásluhou osobností spätých s históriou IKEM v Prahe, ktorý držal krok so svetovým vývojom. Tu treba spomenúť mená viacerých chirurgických osobností: prof. Hejhal, prof. Firt, prof. Michal, prof. Hejnal (IKEM Praha), prof. Lichtenberg, prof. Bartoš (I. chirurgická klinika KU Praha), prof. Kořístek, prof. Černý (Brno), prof. Mayzlík (Ostrava) a mnohí ďalší, ktorí popri kardiochirurgii rozvíjali aj cievnú chirurgiu. Na Slovensku sa v rokoch po druhej svetovej vojne čiastočne venovali cievnej chirurgii v rámci všeobecnej chirurgie, eventuálne kardiochirurgie, nasledovné osobnosti: prof. Kňazovický, prof. Matejíček, prof. Frankovičová, prof. Vajo, prof. Kukura, prof. Chorvát, prof. Šimkovic, doc. Holomáň, prof. Šefránek, prof. Šteiner, prof. Mazuch, doc. Mikler, prim. MUDr. Váňa a ďalší.

Slovenská cievna chirurgia oproti českej nezachytila včas svetové trendy a nepochopila význam špecializácie a koncentrácie do väčších centier. Veľkou brzdou starostlivosti o cievnych pacientov bola aj absencia angiológie na Slovensku. Vo vtedajšom Československu bola cievna chirurgia legislatívne registrovaná až v roku 1986. Na Slovensku to bolo až v roku 1997, kedy sa vytvorilo špecializované cievne chirurgické pracovisko v Bratislave – Klinika cievnej chirurgie SPAM (Slovenská postgraduálna akadémia medicíny), ktorej sídlo je v Ústave srdcovo-cievnych chorôb (SÚSCH) v Bratislave. Potom vznikli ďalšie samostatné pracoviská cievnej chirurgie v Martine, v Lučenci, v Košiciach, Banskej Bystrici, v Prešove, v Ružomberku a v Nitre.

Kongresové aktivity cievnej chirurgie boli v tom čase minimálne. Na kongresy cievne a angiochirurgické sme chodili do Čiech a do zahraničia. Na Slovensku v tom čase jednoznačne absentovala Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie. Veľkým prínosom pre vznik Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie boli aj stážové pobyty v zahraničí. Jedným z nich, bol aj stážový pobyt v Paríži u svetovo uznávaného prof. Dr. Charlesa Dubosta, ktorého sa prof. Mazuch mohol zúčastniť vďaka česko-slovensko-francúzskej vládnej dohode o výmene akademických pracovníkov. Prof. Dubost ako prvý na svete, už v roku 1951, úspešne resekoval aneurizmu brušnej aorty. Denne sa tam urobilo 8 operácií srdca v mimotelovom obehu a intervencií na veľkých cievach. Ďalšie dvojmesačné stážové pobyty absolvoval v Dijone (1992), v Paríži (1996), na klinike cievnej chirurgie v Hopital St. Josef. Na základe získaných nových skúseností a poznatkov sme začali organizovať prvé kongresy cievnej chirurgie na Slovensku na celoštátnej úrovni, a to aj s medzinárodnou účasťou. Prvá iniciatíva vznikla organizáciou troch celoštátnych slovenských angiochirurgických kongresov v Lučenci organizovaných prof. Mazuchom, v roku 1997, 1998 a 2000. V tom čase už bolo v Lučenci vytvorené Oddelenie cievnej chirurgie fungujúce od roku 1975. Prof. Mazuch sa v tomto období stal aj krajským odborníkom cievnej chirurgie pre Stredoslovenský kraj. Zároveň prof. Mazuch inicioval aj vznik Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie, pričom sa najskôr vytvorila sekcia cievnej chirurgie pod patronátom

Slovenskej chirurgickej spoločnosti. Prvým predsedom sa stal prof. J. Mazuch. Prvými členmi sekcie boli prof. Šefránek, prof. Frankovičová a prim. MUDr. Tomka.

Pre lepšie podmienky Slovenská sekcia cievnej chirurgie prešla pod Slovenskej angiologickej spoločnosti SLS, až v roku 2001 sa vytvorila samostatná Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie (SSCCH) a jej predsedom sa stal prof. Šefránek z Bratislavy. V roku 2001 sa konal piaty Slovenský kongres SSCCH už v Bratislave. Šiesty kongres SSCCH sa konal v Košiciach (prof. Frankovičová – prezidentka kongresu). Siedmy kongres SSCCH organizoval prof. Mazuch v Martine. Ďalšie kongresy cievnej chirurgie po rozhodnutí výboru SSCCH sa konali už výlučne v Jasnej v Nízkych Tatrách, najskôr v hoteli SNP, neskôr v hoteli Družba, kde sa konajú dodnes. Významný podiel na lokálnej organizácii v Jasnej má prim. MUDr. Rusnák. Tento rok sa bude konať jubilejný 25. Kongres SSCCH. Za štvrtstoročie pôsobenia SSCCH nastal významný pokrok v rozvoji cievnej chirurgie, a to vďaka úsiliu všetkých jej členov.

V súčasnosti má SSCCH 142 členov, angiologická spoločnosť 266 členov, chirurgická spoločnosť 727 členov a rádiologická spoločnosť (intervenčná vaskulárna rádiológia) 580 členov. Ďalší progres v liečbe cievnych ochorení možno očakávať len v prípade dobrej a úzkej spolupráce medzi týmito spoločnosťami.

SEKCIA A: OCHORENIA KONČATINOVÝCH CIEV

PERIFERNÍ BYPASS V ÉŘE ENDOVASKULÁRNÍHO BOOMU

Staffa R.

II. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno, ČR

Obsah abstraktu

Vyžádaná prednáška

KOMPLEXNÝ PRÍSTUP K LIEČBE A PREVENCIÍ PACIENTOV SO SYNDRÓMOM DIABETICKEJ NOHY

Koliba M.

Diabetologická a podiatrická ambulance Ostrava – Bieblova 2, Interní a Kardiologická klinika FN Ostrava, Katedra interních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, ČR

Komplexní prevence syndromu diabetické nohy je velmi úkolem každého lékaře pečujícího o diabetika. V rámci primární prevence je cílem vyhledávat pacienty v riziku vzniku syndromu diabetické nohy. Preventivní vyšetření je indikováno u všech pacientů s diabetem minimálně jednou ročně. Pacienti s již vyvinutými komplikacemi diabetu jsou zvláště riziková a měli by se vyšetřovat častěji. Na dolních končetinách vyšetřujeme projevy diabetické neuropatie, ischemické choroby dolních končetin, vhodné je doplnění pedobragrafického vyšetření. V rámci zhodnocení je nutné vyhodnocení

i stavu adnex včetně nehtů eventuálně dle potřeby doporučení přístrojové pedikúry, ev orthonyxie. Nutné je taky zhodnocení obuvi pacienta a doporučení individuální stélky. Vyšetřující lékař musí být schopen poznat a řešit akutní končetinovou ischemii, Charcotovou osteoatropatii, zvládnout řešit infekční komplikace, případně i nově diagnostikovanou osteomyelitidu. Součástí péče je pečlivá edukace jak pacienta, tak rodinných příslušníků.

DIABETICKÁ NOHA – SPOLUPRÁCA SA VYPLATÍ

Necpal R.¹, Ulianko J.², Alexandrová L.³

Klinika transplantacej chirurgie NsP FDR B. Bystrica¹, Klinika plastickej chirurgie NsP FDR B. Bystrica², Klinika kardiochirurgie SZU SÚSCCH a.s., B. Bystrica³

Distálne arteriálne rekonštrukcie sú dobre etablovanou metódou v liečbe diabetickej nohy. Pri vhodnom žilovom štepe a dobrom výtokovom trakte sú výsledky pri rozsiahlych nálezoch na nohe lepšie ako pri endovaskulárnych intervenciách. Výsledky sú oveľa horšie, ak je výtokový trakt slabý alebo je ischemický defekt príliš veľký, respektíve zle lokalizovaný. Defekty v oblasti päty sú považované za vysokorizikové a často sa nezahojia aj napriek dostatočnej revaskularizácii. To v konečnom dôsledku vedie k vysokej amputácii.

V našej prednáške prezentujeme kazuistiku pacientky s progredujúcim defektom v oblasti pätovej kosti po neúspechu PVI krurálneho segmentu. V spolupráci s plastickým chirurgom sme zrealizovali kombinovaný výkon, pri ktorom sme jednoetapovo našli popliteopédálny bypas na ATP a súčasne voľný svalový lalok musculus gracilis. Sval sme našli mikrochirurgickou technikou tesne pod distálnu anastomózu bypasu za účelom zlepšenia výtoku z bypasu. Súčasne sme s ním prekryli defekt. Pooperačný priebeh bol komplikovaný rozvojom STEMI s nutnosťou CABG. Napriek tomu ostal bypas priechodný a lalok vitálny. V 2. etape bol sval prekrytý voľným transplantátom kože. Dva roky po operácii je pacientka plne mobilná a pokračuje v zamestnaní.

Voľný svalový lalok je na Slovensku minimálne používaná metóda pri záchrane ohrozenej končatiny. Umožňuje zlepšiť run-off bypasu a súčasne prekryť defekty s obnažením hlbokých štruktúr, ktoré by sa konvenčnými metódami nezahojili. Tento výkon by mal byť u vhodných pacientov zvažovaný oveľa častejšie ako doteraz.

ENDOVASKULÁRNY PRÍSTUP K LIEČBE KRITICKEJ KONČATINOVEJ ISCHÉMIE (CLI) AKO PRVÁ VOĽBA JE PRE MNOHÝCH PACIENTOV PRÍNOSOM, ALE NIE PRE VŠETKÝCH

Kubíková M.¹, Štefanič P.¹, Dekanová L.², Virág M.¹, Vaško L.¹, Závacká M.¹

Klinika cievnej chirurgie VÚSCH a.s. a LF UPJŠ, Košice¹, Klinika angiológie VÚSCH a.s. a LF UPJŠ Košice²

Úvod: podľa platných odporúčaní sa u pacientov s CLI, ktorí sú kandidátmi na revaskularizáciu pre záchranu končatiny odporúča ako prvá endovaskulárna liečba s tým, že možno zvážiť chirurgickú

riziká a dostupnosť vhodného materiálu na otvorenú cievnu rekonštrukciu. Podľa BEST-CLI štúdie (2022) by sa mal chirurgický bypas s vhodnou vena saphena magna (VSM) odporučiť ako metóda prvej voľby.

Materiál a metódy: Autori na súbore 24 pacientov s femorodistálnymi cievny rekonštrukciami ktorí boli operovaní na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH, a.s. v období od januára 2022 do februára 2023 poukazujú na skutočnosť, že u 16 z nich boli pred chirurgickou liečbou v 1-7 sedeniach robené endovaskulárne intervencie, ale až chirurgická liečba s kvalitným cievny štepom z VSM bola úspešná a v 22 prípadoch viedla k záchrane končatiny.

Záver: podľa BEST-CLI štúdie i našej skúsenosti by sa mala chirurgická liečba - bypas s vhodnou kvalitnou VSM - odporučiť ako liečba prvej voľby pri záchrane končatiny u pacientov s CLI.

MOŽNOSTI ENDOVASKULÁRNEJ IN-FLOW KONTROLY V CIEVNEJ CHIRURGII

Bobuš M., Ježková P., Šolek R., Szkatula J., Říha D.

Oddělení cévní a miniinvazivní chirurgie nemocnice AGEL, Trinec-Podlesí, ČR

Spôsobom prezentácie súboru 6 kazuistík ponúkame prehľad využitia endovaskulárnych možností in-flow kontroly v cievnej chirurgii. Prezentujeme benefity doplnkových endovaskulárnych techník v situáciách, kedy je konvenčné kľemovanie chirurgickými technikami nemožné, rizikové alebo nevýhodné. Na pozadí nášho malého súboru oživujeme niektoré technické aspekty a delíme sa o naše skúsenosti. Jedným z cieľov našej prezentácie je obohatiť pohľad na klasické chirurgické techniky o trochu širšiu perspektívu.

VÍZIA VZDELÁVANIA A PODIATRICKEJ STAROSTLIVOSTI V EÚ

Koliba M.

Diabetologická a podiatrická ambulance Ostrava – Bieblova 2, Interní a Kardiologická klinika FN Ostrava, Katedra interních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská univerzita, ČR

Péči o nohy se ve světě věnuje obor, který se jmenuje podiatrie. Je to zdravotní obor, který se studuje samostatně, k dosažení titulu podiatr je nutné minimálně vysokoškolské vzdělání na úrovni bakalářské náročnosti. Obor podiatrie má dlouhou tradici například v UK, USA nebo Novém Zélandu. Každý stát EU organizuje vzdělávání v daném oboru odlišně. Například v Německu se profese nazývá podolog, kdy studium je 2-leté a obsahuje 2600 hodin vzdělání a zdravotní systém hradí diabetikům 10 návštěv podologa ročně v rámci prevence. Cílem European Council of Podiatry (která je součástí IFP FIP - The International Federation of Podiatrists – Fédération Internationale des Podologues) je harmonizace vzdělání napříč EU.

IFP-FIP stanovila i definici podiatrie: Podiatrie je zdravotní věda zabývající se výzkumem, prevencí, diagnostikou a léčbou deformit, patologií, poraněním nohy a souvisejících struktur, a to ve vztahu k tělu, jakož i k projevům systémových onemocnění, využívá všech vhodných systémů a rovněž

vědeckých technologií a odborných specializovaných znalostí (definice přijatá 5/2018 IFP FIP v Hongkongu).

Snaha České Podiatrické společnosti ve spolupráci se společnostmi, které na Slovensku organizují vzdělávání je vytvoření profese podiatr, jehož náplň by byla uznatelná napříč státy EU a zároveň, aby zdravotní systém akceptoval odborníka jako pomocnou profesi lékařům zejména v prevenci patologie nohy eventuálně v ošetřovatelské péči o pacienta.

SEKCIA B: SEKCIA MLADÝCH CIEVNYCH CHIRURGOV I.

FIBULÁRNY BYPASS V LIEČBE CLTI

Ivanko M., Šinák I.

Oddelenie cievnej chirurgie, Univerzitná nemocnica Martin

Femorofibulárny bypas pri záchrane dolnej končatiny patrí medzi základné angiochirurgické operácie a patrí k zlatému štandardu v liečbe CLTI. Pri množstve endovaskulárnych techník je femorofibulárny bypas často odtláčaný do úzadia, pravdou však ostáva, že je často poslednou možnosťou na záchranu končatiny. V našej práci uvádzame naše skúsenosti s jeho využitím vo všetkých troch modifikáciách: bypas z mediálneho, laterálneho s resekciou fibuly respektíve dorzálného prístupu. V súbore 23 pacientov za 5 ročné obdobie porovnávame priechodnosť, záchranu končatiny, morbiditu a mortalitu s výsledkami ostatných krurálnych bypasov a endovaskulárnych techník u pacientov liečených na OCCH UNM v rokoch 2017 – 2022.

VYHODNOCENÍ EFEKTU PROFUNDOPLASTIKY NA PERIFERNÍ PERFUZII TKÁNÍ U PACIENTŮ S ICHDKK

Maduda D., Kuklová K., Staffa R.

II. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno, ČR

Úvod: Arteria profunda femoris (APF) je důležitou tepnou, která v případě postižení arteria femoralis superficialis (AFS) zabezpečuje perfuzi tkání dolní končetiny přes tzv. kolaterální řečiště. Izolovaná plastika APF (profundoplastika) je ve vědecké literatuře diskutovaným tématem, co se týče významu kolaterálního řečiště a jeho přínosu ke zlepšení klinického stavu pacienta. Cílem projektu je zhodnotit dopad izolované profundoplastiky na zlepšení prokrvení dolní končetiny a tím přispět v rozhodovacím procesu indikace tohoto typu výkonu.

Metodika: 101 pacientů podstoupilo v časovém období 1/2018 až 12/2020 revaskularizační výkon v podobě profundoplastiky. Výsledky pacientů byly retrospektivně vyhodnoceny, přičemž pacienti byli rozděleni do dvou skupin – skupina pacientů s klaudikací (Rutherford 1-3) a skupina pacientů s kritickou končetinovou ischemií (CLTI – chronic limb threatening ischemia – klidová bolest, ischemický defekt, Rutherford 4-5). U skupiny klaudikantů byla hodnocena změna klaudikačního intervalu

lu a stupeň potíží dle Rutherfordovy klasifikace. U druhé skupiny byla hodnocena symptomatologie CLTI (změna klidových bolestí, přítomnost defektu) se změnou hodnot v Rutherfordově klasifikaci. Délka sledování pacientů od provedení cévní rekonstrukce byla 1 rok.

V roce 2022 byla k objektivizaci efektu profundoplastiky na periferní prokrvení dolních končetin přidána metoda měření transkutánní tenze kyslíku (TcpO₂). Do této podstudie bylo zařazeno 21 pacientů, kteří byli dále prospektivně sledováni.

Výsledky: V retrospektivní části práce bylo zhodnoceno celkem 101 pacientů, z toho 72 pacientů s klaudikačními bolestmi a 29 s CLTI. U první skupiny pacientů došlo ke změně průměrné hodnoty Rutherfordovy klasifikace z původní hodnoty 2,36 na 1,21. Průměrný klaudikační interval se prodloužil z původních 116 m na výstupních 431 m. Zhoršení stavu nastalo u 4 pacientů, u dvou s nutností revaskularizace v podobě femoro-popliteální bypassu, 1 pacient zemřel, u jednoho pacienta se rozvinul ischemický defekt s následnou nutností amputace ve stehně a 8 pacientů se nedostavilo ke kontrole. U pacientů s CLTI došlo ke změně v Rutherfordově klasifikace z původních 4,58 na výstupních 2,12. Amputation – free survival pro Rutherford kategorii 4 byl za 12 měsíců 77,8% a pro kategorii Rutherford 5 za 12 měsíců 66,7%. Ke zhojení defektu došlo u 5 z 12 pacientů. Dalších 5 pacientů se nedostavilo ke kontrole a 2 pacienti zemřeli.

Do skupiny pacientů s měřením TcpO₂ bylo zapojeno 21 pacientů, z toho 14 pacientů klaudikantů a 7 pacientů s CLTI. Průměrná předoperační hodnota TcpO₂ před operací u klaudikantů byla na bérce 40,9 (mmHg) a na dorzu chodidla 22,4 (mmHg). Jeden měsíc od operace byla hodnota na bérce 43,6 (mmHg) a na dorzu nohy 26,7 (mmHg). Což bylo u pacientů subjektivně vnímáno pozitivní změnou v Rutherfordově klasifikaci z původních 2,21 na 1,64. Významná změna hodnot TcpO₂ byla pozorována u pacientů s CLTI, kde 1 měsíc od operace došlo k 1,7 násobnému zlepšení hodnot měřených na bérce (z původních 26,1 mmHg na 43 mmHg) a 2,7 násobnému zlepšení hodnot z dorza chodidla (z 8,6 mmHg na 23 mmHg).

Závěr: V námi sledované skupině pacientů je patrné, že profundoplastika patří nadále k důležitým cévně chirurgickým výkonům. U ischemické choroby dolních končetin ve stádiu klaudikací má profundoplastika jasně prokazatelné pozitivní dopady na prodloužení klaudikačního intervalu u pacientů s kompletním uzávěrem AFS. Důležitý je také její význam pro pacienty s CLTI, kde hraje také nezanedbatelnou roli v ústupu klidových bolestí a může přispět k hojení defektů.

Pomocí TcpO₂ dokážeme objektivizovat efekt profundoplastiky na periferní prokrvení tkáně dolních končetin. Mírné zlepšení hodnot TcpO₂ pooperačně je pozorovatelné u klaudikantů, ale k signifikantnímu nárůstu dochází hlavně u pacientů s CLTI. Z dosavadních měření námi sledovaných pacientů je možné konstatovat, že ke zlepšení subjektivních potíží dochází již při nižším nárůstu TcpO₂ po výkonu, než je v odborné literatuře zmiňovaných 40 mmHg.

IATROGÉNNE PORANENIA PO ENDOVASKULÁRNYCH VÝKONOCH A ICH MANAŽMENT

Pribula M., Šínák I., Hlinka L., Ivanko M., Tlacháč R., Petričko L.
Oddelenie cievnej chirurgie, Univerzitná Nemocnica Martin

Využitie miniinvazívnych endovaskulárnych techník sa v posledných rokoch zvýšilo a s ním aj počet asociovaných cievnych komplikácií. Bez ohľadu na miesto prístupu môže dôjsť ku arteriálnej perforácii alebo trombóze, ktorá môže ohroziť končatinu respektíve môže byť fatálna, ak manažment nie je promptný. Intervenční špecialisti musia brať ohľad na riziko perforácie s jej následnou diagnostikou a manažmentom. Včasná rozoznanie a promptný manažment znižujú morbiditu a mortalitu týchto komplikácií.

Arteriálne iatrogénne poranenia, krvácanie, pseudoaneurizmy, disekcie, fistuly ako aj kompartment syndróm sú potenciálne život ohrozujúce komplikácie, ktoré sa môžu vyskytnúť pri výkonoch intervenčnej rádiológie a kardiológie. Angiochirurgická liečba komplikácií predstavuje štandardný prístup. Náročnosť terapie však výrazne komplikuje sprievodná závažná komorbidita, pre ktorú pacient podstúpil endovaskulárny výkon a súčasná potreba agresívnej antiagregačnej medikácie s iatrogénne navodenou hemoragickou diatézou.

Naša štatistika vychádza z rokov 2017 až 2022 kde bolo ošetrovaných 71 pacientov. V tomto príspevku uvádzame druhy komplikácií, spôsob chirurgickej liečby, ako aj potrebu liečby medikamentózne hemoragickej diatézy, morbiditu a mortalitu. Do súboru nie sú zaradení pacienti po endovaskulárnom ošetrovaní, ktorých komplikácie boli riešené endovaskulárne.

THE WOUND, ISCHEMIA AND FOOT INFECTION CLASSIFICATION SYSTEM FOR PREDICTING THE LIKELIHOOD OF DIABETIC FOOT ULCER HEALING AND THE RISK OF AMPUTATION

Whitley A., Drienko M., Bafrnec J., Gürlich R., Baláž P.
Chirurgická klinika Fakultní nemocnice Královské Vinohrady, ČR

Introduction: The Society for Vascular Surgery Wound Ischemia Foot Infection (WIFI) classification takes into account the size of the wound, the extent of ischemia and the severity of infection and stratifies patients according to risk of amputation and benefit of revascularization. We aimed to evaluate the ability of the WIFI stage to predict wound healing and major and minor amputation rates in patients with diabetic foot syndrome.

Methods: Medical records of all diabetic patients who were treated at the chronic wound clinic of the department of surgery of the University Hospital Kralovske Vinohrady between January and June 2021 were reviewed. All foot ulcers of these patients in our medical records were retrospectively staged using the WIFI classification. The relationship between WIFI stage and minor and major amputations and wound healing were compared with chi-squared tests.

Results: A total of 82 diabetic foot ulcers in 52 patients were included into the study. Fifteen ulcers were classified as stage 1, nine as stage 2, twenty-nine as stage 3 and twenty-nine as stage 4.

Fifty-four wounds (65.9%) healed and thirteen major amputations (15.9%) and 48 minor amputations (58.5%) were performed during the study period. WIFI score was predictive of wound healing ($p < 0.01$), major amputation ($p < 0.001$) and minor amputation ($p < 0.05$).

Conclusion: A higher WIFI score was associated with a lower rate of wound healing and a higher probability of both minor and major amputations. The WIFI score is a useful prognostic tool for patients with diabetic foot syndrome.

ÚRAZOVÉ A IATROGÉNNE PORANENIA KONČATINOVÝCH CIEV – NÁŠ KLINICKÝ SÚBOR

Genčurová Z., Beňo P., Podolec M., Oravec T., Zastko D., Kalman M.
Klinika cievnej chirurgie, ÚVN Ružomberok

Úvod: Poranenia tepien končatín či už úrazové alebo iatrogénne patria medzi závažné, vo väčšine prípadov život ohrozujúce stavy. Zo všetkých cievnych poranení tvoria poranenia končatinových ciev až 80%, vekové rozdelenie pacientov sa pohybuje zväčša od 20-60 rokov, samozrejme výnimkou nie sú ani cievne poranenia u detí alebo vo vyššom veku.

Keďže vo väčšine prípadov poranení končatinových ciev ide o pacientov v hemoragickom šoku s prehlbujúcou sa ischémiou končatiny s rizikom straty, mnohokrát s devastačnými poranením mäkkých tkanív vrátane nerv. štruktúr a pohybového aparátu, základom úspechu je dôležitý správne zvolený algoritmus liečby v rukách cievneho chirurga s multidisciplinárnym prístupom ďalších zainteresovaných špecialistov- anesteziológov, rádiológov, neurochirurgov, traumatológov, nakoľko už len zhoršená funkcia končatiny je pre pacienta zle znášaná pri bežných činnostiach života.

Materiál a metódy: V prednáške prezentujeme zaujímavé kazuistiky poranení ciev končatín aj poranenia po iatrogénnych výkonoch či už po postkatetrizačné lézie tepien alebo iatrogénne poranenia po ortopedických výkonoch s ktorými sme sa stretli na našej klinike za obdobie od roku 2018 – február 2023. Metódou liečby ošetrenia poranených ciev bola anastomóza end to end, priamka primárna sutúra tepny alebo plastika, náhrada poranenej cievy interpozitom autológou VSM.

Záver: S každoročne stúpajúcim počtom dopravných nehôd, kriminalitou, taktiež v nezanedbateľnom množstve iatrogénnych poranení v spojení s chirurgickými, katetrizačnými a endovaskulárnymi intervenciami tepien končatín v nemocničných zariadeniach je kľúčová rýchla diagnostika poranenia ciev a voľba urgentnej liečby.

ESOPHAGEAL PERFORATION AS A COMPLICATION OF SUPRA-AORTIC TRUNK DEBRANCHING IN A PATIENT WITH MARFAN SYNDROME – CASE REPORT

Bakirli I.¹, Tomka J.¹, Profant M.²

Klinika cievnej chirurgie SZU a NÚSCH a. s., Bratislava¹, I. otorinolaryngologická klinika LF UK a UNB, Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, UNB, Bratislava²

Introduction: supra-aortic trunk debranching is performed for safe landing of aortic stentgrafts in treatment of complex thoracoabdominal dissections or aneurysms.

Case report: we present a complicated case of a 47-year old patient with Marfan syndrome, who underwent multiple open surgical and endovascular procedures in the past, with an eventual esophageal perforation as a complication of a chronically infected retropharyngeal carotid-carotid bypass which further complicated the case. The patient was complexly managed by a multidisciplinary team with explantation of the bypass and primary repair of the esophagus along with a pedicled sternocleidomastoid muscle flap.

Conclusion: Marfan syndrome patients remain a fragile group of patients, with an increased risk of cardiovascular disease, along with susceptibility to complications of the treatment procedures. Treatment of these complications must be robust, with active follow up.

SEKCIA C: SEKCIA MLADÝCH CIEVNYCH CHIRURGOV II.

KAROTICKÁ ENDARTEREKTÓMIA – ZMENY GÉNOVEJ EXPRESIE VYBRANÝCH MARKEROV ISCHÉMIE MOZGU V PERIFÉRNEJ KRVÍ

Virág M.¹, Furman M.², Mucha R.², Zavacká M.¹, Frankovičová M.¹, Vaško L.¹

Klinika cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s., Košice¹, Neurobiologický ústav BMC SAV, v. v. i.²

Cievna mozgová príhoda je závažné ochorenie, ktoré je druhou najčastejšou príčinou úmrtia v Európskej Únii. Stenóza karotíd zapríčiňuje 15% všetkých ischemických cievnych mozgových príhod. Napriek tomu ešte neexistuje efektívny skrining na ochorenie karotíd. V súčasnosti sa čoraz viac využíva analýza RNA z periférnej krvi na diagnostiku ochorení, nielen v infekčnom lekárstve, ale aj onkológii a ochorení koronárnych tepien. Potenciálne prospešná liečebná metóda navodzovania tolerancie tkanív na ischemiu bola doposiaľ skúmaná na animálnych modeloch. Cieľom prednášky je prezentácia výskumu zaoberajúcim sa zmenami v génovej expresii biomarkerov mozgovej ischemie pri karotickej endarterektómii. Počas operačného zákroku dochádza ku krátkodobej oklúzii a. carotis interna. Genetickou analýzou pomocou PCR metódy sme sledovali zmeny génových biomarkerov mozgovej ischemie z periférnej krvi (ADM, CDKN1A, GADD45G, IL6, TM4SF1) pri ischemii spôsobenej karotickou endarterektómiou. Pacientov sme rozdelili do troch skupín, na asymptomatických, symptomatických a pacientov, ktorí podstúpili akútnu karotickú endarterektómiu. Výsledky sme porovnávali s kontrolnou skupinou. Karotická endarterektómia mala vplyv na expresiu všetkých sle-

dovaných biomarkerov. Zaznamenali sme štatisticky signifikantné zmeny aj pri porovnaní skupín medzi sebou, čo dokazuje prítomnosť ischemickej tolerancie mozgového tkaniva na ischemické ataky. Analyzovali sme možné signálne dráhy, ktoré sú ovplyvnené ischemickým kondicionovaním.

KEĎ ARTÉRIOVENÓZNA MALFORMÁCIA (AVM) JE NIEČO INÉ

El'ková Z., Tomka J., Bakirli I., Machajová L.

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

54-ročná pacientka sledovaná v spádovej angiologickej ambulancii pre AVM na ľavom stehne. Prijatá na angiologické oddelenie NÚSCH za účelom embolizácie AVM. Klinickým vyšetrením bolo stanovené podozrenie na malignitu, čo potvrdil aj histologický výsledok. Vzhľadom na významnú vaskularizáciu tumoru, bola predoperačne indikovaná úspešná embolizácia, s následnou resekciou tumoru. Na definitívnej histológii potvrdený synoviálny sarkóm.

LIGATÚRA DISTÁLNEJ A. RADILAIS (DRAL) V LIEČBE ISCHÉMIE RUKY

Bedevelskyi M., Rusňák M., Necpal R., Zanolit M.

Klinika transplantácie chirurgie FNŠP F. D. Roosevelta Banská Bystrica

Radiocefalická arteriovenózna fistula (RC AVF) je ideálnym hemodialyzačným prístupom s minimálnym počtom komplikácií. Ischémia ruky (AVAIS - arteriovenous access ischemic steal) je zriedkavá komplikácia RC AVF s incidenciou 1%. So zvyšujúcim sa vekom, častejším zastúpením periférneho artériového ochorenia a diabetes mellitus sa s touto komplikáciou stretávame častejšie. Z liečebných modalít sú najčastejšie používané PTA artérií predlaktia, bandáž AVF a zrušenie AVF. Menej známou možnosťou je DRAL (distal radial artery ligation).

V rokoch 2015-2022 sme u 26 pacientov s AVAIS zrealizovali DRAL, pričom u 17 bol výkon urobený operačne, u 6 endovaskulárne, u 3 endovaskulárne a následne chirurgicky. V našej prednáške rozoberáme naše skúsenosti s touto metódou. Venujeme sa indikáciám, výsledkom a komplikáciám. DRAL je jednoduchá a bezpečná metóda. S vysokou úspešnosťou rieši ischemiu ruky a súčasne umožňuje zachovanie hemodialyzačného prístupu. Mala by podľa nás byť metódou voľby v liečbe AVAIS na podklade RC AVF.

NAŠE SKÚSENOSTI S LIEČBOU ANEURYZMY ARTERIA LIENALIS

Zastko D., Beňo P., Oravec T., Genčurová Z., Kalman M.

Klinika cievnej chirurgie, ÚVN SNP Ružomberok – FN

Úvod: Aneurizmy viscerálnych artérií boli v minulosti pokladané za relatívne vzácnu klinickú jednotku. Zdokonaľovaním zobrazovacích diagnostických modalít sa ukazuje, že sa jedná o pomerne

časté ochorenie. Väčšina aneuryziem je asymptomatická a prejavia sa až ruptúrou alebo bývajú diagnostikované náhodne pri zobrazovacích vyšetreniach pre iné ochorenie. Výnimkou nie je ani aneurizma arteria lienalis.

Arteria lienalis je najčastejšie aneurizmaticky zmenenou artériou spomedzi viscerálnych artérií a jej aneurizma je treťou najčastejšou abdominálnou aneurizmou.

Väčšina aneuryziem lienálnej artérie je menšia ako 2 cm v priemere a sú asymptomatické. Najzávažnejšou komplikáciou je ruptúra aneurizmy s rozvojom náhlej príhody brušnej a šokového stavu. Významné zvýšenie rizika ruptúry aneurizmy arteria lienalis u mladých žien sa spája s tehotenstvom s vysokou fetálnou mortalitou.

Na výber liečebnej metódy vplýva viacero faktorov ako vzdialenosť od odstupe, veľkosť, vzťah ku pankreasu, etiológia, celkový stav pacienta a iné.

Chirurgická liečba si aj v dnešnej dobe udržiava svoje miesto v liečbe tohto typu aneuryziem.

Materiál a metódy: Za posledné 3 roky sme na našej klinike riešili 2 prípady aneurizmy arteria lienalis. Jeden prípad polymorbídneho pacienta bol riešený chirurgicky s pooperačnou komplikáciou – s pseudocystou pankreasu, druhý prípad mladej ženy bol indikovaný ku konzervatívnemu postupu a observácii. V prednáške prezentujeme obe kazuistiky pacientov s aneurizmou arteria lienalis riešených na našej klinike.

Záver: Nakoľko sa ukazuje, že aneurizmy viscerálnych tepien, aneurizmu arteria lienalis nevymáhajú, predstavujú pomerne časté ochorenie, je dôležité na toto ochorenie myslieť a snažiť sa ho diagnostikovať v čo najvčasnejšom štádiu. Spôsob liečby by mal byť individualizovaný na konkrétneho pacienta po zvážení všetkých dostupných okolností a na prvom mieste by mal byť benefit pacienta.

RUPTURA A INFEKCE VÝDUTĚ PODKOLENNÍ TEPNY – KOMPLIKACE ODKLÁDANÉ INTERVENČNÍ A POZDNÍ DIAGNÓZY

Jaroščiaková J.¹, Utíkal P.¹, Kučera P.², Černá M.², Janečková J.¹

II. Chirurgická klinika FNOL¹, Oddělení intervenční radiologie Radiologické kliniky FN Olomouc², ČR

Úvod: V našem sdělení uvádíme případ pozdní diagnózy vzácně se vyskytující ruptury výdutě podkolení tepny (AAP) (0%-7%) komplikované pokročilými zánětlivými změnami.

Kazuistika: 71-letý obézní nemocný byl přijatý na interní oddělení pro primozáchyt fibrilace síní v septickém stavu. Současně udával několikátýdenní bolestivost a otok levé dolní končetiny (LDK) s počínajícím omezením hybnosti a cití. U nemocného byly známe asymptomatické AAP oboustranně, které již byly indikovány k plánované léčbě, ale pro recidivující uroinfekty, byla léčba opakovaně odložena. Akutní CTA prokázalo rupturu AAP vlevo s objemným hematodem. Nemocný byl indikován k urgentní operační revizi z mediálního přístupu. Peroperačně překvapil nález infikovaného hematodu, nekrotického vaku výdutě a přilehlého okolí. Po odstranění hematodu, extirpaci vaku výdutě a debridement okolní tkáně, byla provedena anatomicky revascularizace pomocí distálního femoropopliteálního bypassu. Jako cévní náhrada byla použita autologní vena saphena magna odebraná ze stejnostranné končetiny. Pro compartment syndrom bérce byla provedena dermo-fasciotomie. Operační rány byly uzavřeny s využitím COM krytí. Nemocný byl extubován druhý

pooperační den a z pohľadu celkového byl jeho stav nadále nekomplikovaný, stejně jako prokrvení končetiny. Převazy operační oblasti probíhaly v potřebných intervalech; další debridement, důkladná antiseptická toileta a krytí s využitím COM. Následně ve spolupráci s plastickým chirurgem byl k uzávěru mediálního defektu bérce použit dermoepidermální štěp autotransplantací. Laterální defekt bérce byl suturován přímo. Rána na stehně se ponechala ke spontánní granulaci. Dvacátýosmý den došlo ke krvácení ze žilního štěpu v oblasti rány na stehně; krvácení z bodového defektu, který vznikl pravděpodobně traumatizací štěpu při převazu rány, bylo ošetřeno opichem. V průběhu celé doby byl nemocný zajištěn cíleně antibiotiky dle kultivačního nálezu, a to i z důvodu opětovných uroinfekcí. Kultivačním nálezem z hematodu byl *Proteus mirabilis*, stejně jako z moče a hemokultury. Tři měsíce od výkonu je nemocný bez známek infekce, mobilní bez opory. LDK je bez tenzního otoku a plně rozrehabilitovaná. Operační rány mediálně na stehně a bérce se od hloubi čistě zatahují.

Závěr: Včasná diagnóza a léčba AAP je prevencí jejích komplikací. Pozdní diagnóza ruptury AAP s pokročilou infekcí hematodu a celkovou sepsí je komplikací ohrožující končetinu a život nemocného. Revaskularizace končetiny pomocí autologní žilní náhrady, důsledný debridement s toiletou oblasti hematodu a adekvátní antibioterapie je základem úspěchu léčby.

ENDOFIBRÓZA ARTERIA ILIACA EXTERNA U AKTIVNÝCH ŠPORTOVCOV, PREHĽAD ODBORNEJ LITERATÚRY A CASE REPORT U CYKLISTU

Smoter Š., Slyško R., Takács R.

UNB NsvCaM Antolská, Oddelenie cievnej chirurgie, Bratislava

Úvod: Endofibróza arteriálneho systému je špecifická komplikácia vyskytujúca sa takmer výhradne u športovcov, pričom 90. percent tvoria cyklisti. Predpokladom pre jej rozvoj pravdepodobne nie je intenzita záťaže v zmysle vyprodukovaných kW., ale kvantita tréningu a teda množstvo odjazdených kilometrov, preto sa ochorenie vyskytuje aj u amatérskych jazdcov. Endofibróza predstavuje neaterosklerotickú a nezápalovú obliteráciu až oklúziu artérie, z histologického hľadiska koncentrickú hyperpláziu v tunica intima, v majoritnej časti prípadov artérie iliaca externa. V patofyziológii sa stretávajú faktory mechanicko-kinetické /hyperflexia bedrového kĺbu pri súčasnom prirodzenom zalomení artérie v polohe v sede/ a faktory hemodynamické ako zvýšenie cardiac output počas športovej aktivity.

Ciele: Cieľom prednášky je priniesť poslucháčovi aktuálny prehľad dostupných informácií o problematike a vlastné skúsenosti s chirurgickou liečbou tohto ochorenia

Záver: Ochorenie ako také je hlboko poddiagnostikované, napriek tomu, že odhadovaná prevalencia je až 20 percent prípadov pri chronických unilaterálnych bolestiach dolnej končatiny u cyklistov. Priemerný čas, od návštevy všeobecného lekára a prvej návštevy cievneho chirurga je v Severnej Amerike 2 roky. V našom regióne takéto štatistiky chýbajú. U nášho pacienta, ktorý je rekreačný cyklista s ročným nájazdom cca. 7 tis. km., predchádzali klaudikačnými bolesťami, bolesti proximálneho stehna počas tréningu, v rámci tejto fázy nebol pacient odoslaný do ambulancie cievneho chirurga. Pri rozvoji klaudikačných bolestí v intervale 150-200 metrov a nemožnosti pokračovať v aktívnom športovaní, bol pacient smerovaný na našu ambulanciu. Po realizácii MRA sme sa rozhodli

pre spriechodnenie čiastočne kolateralizovaného uzáveru AIE pomocou chirurgickej intervencie, čo je v súlade s aktuálnymi odporúčaniami, v našom prípade sme zvolil extrakciu materiálu pomocou Vollmarovho ring disektoru cestou AFC a následnou angioplastikou AFC pomocou Xenosure s uspokojivým výsledkom a obnovou periférnych pulzácií do 12. hodín po operačnom zákroku.

Kľúčové slová: endofibróza, artéria iliaca externa, cyklisti, športovci, Vollmarov ring disektor

SEKCIA D: SESTERSKÁ SEKCIA

OPERACE PRO THORACIC OUTLET SYNDROM Z POHLEDU PERIOPERAČNÍ SESTRY

Vojnarová M.

Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., ČR

Naší přednášku zaměřujeme na pohled perioperační sestry na nejčastější operaci pro TOS- resekci 1. žebra. V úvodu přednášky představíme dělení a příčiny TOSu s klinickými projevy. Poté probere-me operaci – resekci 1. žebra, principy a provedení.

Zhodnotíme úlohu perioperační sestry, její nutnou přípravu a postupy sestry při operaci. Představí-me náš soubor operovaných pacientů, komplikace našich operací a výsledky operací.

VARIXY – RŮZNÉ TYPY OPERACÍ

Juřenová E.

Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., ČR

Tématem přednášky je představit problematiku varixů, seznámit Vás s prováděnou chirurgickou léčbou na našem pracovišti.

Mezi tyto druhy patří: klasická operace (stripping), radiofrekvenční ablace (RFA) dále metoda pomoci Clariveinu, žilní lepidlo Variclose a nově používanou metodu v Evropě (HIFU).

Proberu postupy jednotlivých operací, zhodnotím výhody a nevýhody těchto metod a ukáží Vám fotodokumentace jednotlivých metod.

OBLÍBENÝ SPORT NA PRACOVIŠTI

Kuczera J.

Nemocnice Agel Třinec-Podlesím a.s., ČR

Jelikož člověk tráví většinu dne v pracovním prostředí, stává se zaměstnání ideální živnou půdou pro všechny druhy pomluv, které nejenže rozvrací pracovní morálku a produktivitu, ale především velmi ohrožují mezilidské vztahy.

Pomluvou rozumíme závažný zásah do osobnosti pomlouvané osoby v důsledku šíření nepravdivých údajů a informací o této osobě ústně, písemně, na internetu apod., kdy toto jednání je způsobilé narušit soukromí pomlouvaného, negativně zasáhnout do jeho pracovního života, poškodit jeho dobrou pověst či mu způsobit jinou újmu.

Pro člověka je bohužel typické se neustále s někým srovnávat, hodnotit a posuzovat. Co je tedy zdrojem pomluv a proč pomlouváme? Je to útěk od vlastních starostí? Záhánění dlouhé chvíle? Pocit nespokojenosti s vlastní osobou nebo se nechceme či neumíme vyrovnat s vlastním neúspěchem? Pomluvy samy o sobě nezmizí. Management by měl pozitivně reagovat a dát všem zaměstnancům jasně najevo, že tento jev je zcela neakceptovatelný. Pokud management vydá v nějaké formě prohlášení, že pomluvy a šíření nepravd jsou nepřijatelné, musí v souladu s tím také aktivně jednat. Pokud tento závazek nesplní, stává se prohlášení o nepřijatelnosti pomluv nedůvěryhodným jakožto potažmo celé jméno firmy. Základní firemní hodnotou by měl být vzájemný respekt, důstojnost a čest člověka.

Podle intenzity pomluvy a jejich důsledků pro pomlouvaného člověka je možné toto protiprávní jednání řešit třemi způsoby: 1) jako přestupek, 2) jako občanskoprávní delikt, 3) jako trestný čin. Pomluvy šířené na pracovišti jsou jednou z forem mobbingu a představují jedno z manažerských rizik.

VÝZNAM AMBULANCIE CHRONICKÝCH RÁN KLINIKY CIEVNEJ CHIRURGIE NÚSCH, a.s.

Gáborová A., Schmidtová M., Bodzsárová L.

Cievna chirurgia, NÚSCH, a.s., Bratislava

V prednáške predstavíme koncept ambulancie chronických rán na NÚSCHu pod vedením personálu Kliniky cievnej chirurgie. Ozrejmime nevyhnutnosť prevádzky takejto ambulancie súbežne s oddelením cievnej chirurgie. Predstavíme zameranie, ale aj priestory a vybavenie ambulancie, a okrem iného priblížime odbornej verejnosti aj preventívny program pre pacientov so syndrómom diabetickej nohy, ktorý je na ambulancii spustený.

KAROTICKÁ ENDARKTEREKTOMIA – CEA

Malátová K., Chovancová J.

OCCH, FN Nitra

Cieľom našej prezentácie je analýza a charakteristika jedného z najčastejších chirurgických výkonov na cievnej chirurgii – karotickej endarterektomie (ďalej CEA).

Zaoberali sme sa indikáciami CEA u rôznych skupín pacientov. Existujú rôzne symptómy tzv. príznaky ochorenia, ktorým je možné predchádzať včasným vykonaním CEA. Ďalej vám predstavíme rizikové faktory ktoré vedú ku vzniku stenózy a carotis interna (ACI) a následne potreby CEA.

Neoddeliteľnou súčasťou je včasná, správna a podrobná diagnostika ochorenia, vďaka ktorej na-

sleduje liečba, ktorá zahŕňa invazívne tzv. chirurgické postupy podľa závažnosti stenózy a. carotis. Dôležitou súčasťou liečby stenózy ACI je okrem CEA aj kvalitný pooperačný monitoring, ktorým môžeme predchádzať závažným komplikáciám.

Po operácií nasleduje pooperačná starostlivosť, ktorú vykonávajú profesionálne sestry na jednotke intenzívnej starostlivosti - JIS, a následne na oddelení cievnej chirurgie, kde pacient po preklade je uložený na pooperačné monitorovacie lôžko.

Nesmieme ale zabudnúť na dôkladnú edukáciu pacienta, ktorá mu má pomôcť pri zotavovaní sa.

NON – COMPLIANCE PACIENTI NA OCCH

Janičeková G., Matúšková D., Maťovčíková Z.

Oddelenie cievnej chirurgie, Univerzitná nemocnica Martin

Len máloktoľorí pacienti poznajú čo znamená termín compliance – a že je dôležitou súčasťou liečebného režimu. Je to schopnosť spolupracovať a ochota pacienta dodržiavať predpísanú liečbu a stanovený liečebný režim. Téma našej prednášky ale bude non-compliance pacienti na OCCH – uvádzame v nej naše skúsenosti a úskalía liečby s riešením komplikácií. Dôvody non-compliance okrem veku a polymorbidity sú rôzne: demencia, psychopatické stavy, etylizmus, narkomania. Nespolupráca predstavuje problém nielen pre samotného pacienta, ale aj pre systém zdravotnej starostlivosti a to zvýšenými nákladmi na liečbu, opakovanými resp. dlhodobými hospitalizáciami, komplikáciami zdravotného stavu a v neposlednej rade aj preťažením zdravotníckeho personálu.

Kľúčové slová: compliance, non-compliance, prejavy nespolupráce, rizikové faktory

SEKCIA E: CIEVNE PRÍSTUPY, ÚRAZY, CHVI

PROXIMALIZÁCIA ANASTOMÓZY AVF – NAŠE SKÚSENOSTI

Necpal R., Rusňák M., Zanolit M.

Oddelenie cievnej chirurgie KTCH FNŠP FDR B. Bystrica

Úvod: Proximalizácia anastomózy AVF/AVG (proximalizácia arteriálneho inflow - PAI) je vhodnou alternatívou k metóde DRIL (distal revascularisation interval ligation) v liečbe ischémie ruky spojenjej s hemodialyzačným prístupom (AVAIS). Pri PAI na rozdiel od DRIL nie je potrebné odoberať žilu z dolnej končatiny, konštrukcia anastomózy je jednoduchšia a nie je nutné prerušiť brachiálnu artériu. Princíp metódy spočíva v ligatúre pôvodnej anastomózy tepnožilovej spojky a prítok do pôvodnej arterializovanej žily sa zabezpečí pomocou interpozita medzi žilou a tepnou lokalizovanou proximálnejšie na končatine v dostatočnej vzdialenosti od pôvodnej AVF. Hemodynamický efekt spočíva v napojení na centrálnejšie lokalizovanú tepnu s väčším kalibrom a nižším vtokovým odporom, a tým väčšou kapacitou, čo rezultuje do nižšieho poklesu arteriálneho tlaku distálne od anastomózy. Podobne ako pri DRIL je možné pôvodnú žilu kanylovať už prvý pooperačný deň a tak sa vyhnúť CVK.

Metodika: V prednáške prezentujeme súbor pacientov operovaných metódou PAI a vyhodnotili sme jednorôčné výsledky. Všetky výkony boli zrealizované v lokoregionálnej anestéze, pričom predoperačne nebol zavedený CVK na zabezpečenie hemodialýzy. PAI sme zrealizovali PTFE interpozitom (protéza 4/7 mm, resp. 5 mm) alebo modifikovanou metódou, pri ktorej sa na proximalizáciu použije valvulotomom ošetrovaná bazilická žila.

Výsledky: V období 2015-2022 sme metódou PAI operovali 17 pacientov, pričom 16 krát bol výkon zrealizovaný pre ischémiu ruky (AVAIS 2b - 4b) a v 1 prípade sme k PAI pristúpili preventívne už pri vytváraní natívnej AVF u pacienta s vysokým rizikom ischémie ruky. U 9 pacientov sme proximalizáciu realizovali pomocou PTFE interpozita a u 8 pacientov bola použitá modifikovaná metóda. Jedna pacientka zomrela do 30 dní bez súvisu s operačným výkonom, pričom došlo k vymiznutiu ischemických obtiaží. Do 30 dní došlo k trombóze 2 rekonštrukcií. Pre neúspech boli AVF v 2 prípadoch zrušené. Úspešnosť metódy v liečbe AVAIS v našom súbore je 75% a 1-ročná asistovaná priechodnosť bola 85,7%.

Záver: PAI je ideálnou alternatívou pri riešení ischémie ruky na podklade kubitálnej AVF. Na rozdiel od DRIL je možné výkon zrealizovať v lokoregionálnej anestéze a nie je nutné prerušiť brachiálnu artériu. Nevýhodou je použitie protetického materiálu a s ním spojené vyššie riziko infekcie a stenózy žilovej anastomózy graftu. Tieto nevýhody elegantne rieši modifikovaná PAI cez valvulotomom ošetrovanú bazilickú žilu.

ANEURYZMA A. BRACHIALIS – NESKORÁ KOMPLIKÁCIA AVF

Rusňák M., Necpal R., Janek J.

Klinika transplantácie chirurgie SZU, Oddelenie cievnej chirurgie FNŠP FDR Banská Bystrica

Aneuryzma prítokovej tepny AVF (arterivenózne fistuly) je v literatúre popísaná ako vzácna neskorá komplikácia. Medzi rizikové faktory jej vzniku patri veľký prietok AVF a imunosupresívna liečba po transplantácii obličky. Klinicky môže byť zo začiatku asymptomatická ale neskôr sa asi v 33 % prípadov stane symptomatickou. Jedným z prejavov je bolesť končatiny spôsobená lokálnou kompresiou nervových štruktúr, distálnou embolizáciou a ischémiou. Indikácia k chirurgickej liečbe je založená na charakteristike aneurizmu a pacientových ťažkostiach. Metódou voľby je chirurgická resekcia a rekonštrukcia interpozitom, najlepšie autológym materiálom.

V prednáške rozoberáme kazuistiku 56 ročného pacienta, ktorý je 23 rokov po transplantácii obličky a 14 rokov po zrušení kubitálnej AVF, u ktorého sa postupne vytvorila veľká aneuryzma a. brachialis.

ULTRAZVUK V RUKOU CÉVNÍHO CHIRURGA: OD INDIKACE A SURVEILLANCE AŽ K ENDOAVF

Janečková J.¹, Köcher M.², Černá M.²

II. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc¹, Radiologická klinika FN Olomouc², ČR

Předoperační mapování ultrazvukem před založením autologní arteriovenózní fistule (AVF) patří k aktuálním doporučením několika odborných společností. Provádění ultrazvukového vyšetření chi-

rurgem má několik výhod jako zkrácení čekací doby, indikace k výkonu během samotného vyšetření a vypracování předoperační rozvahy v souladu s klinickým nálezem a ultrazvukovým vyšetřením. Surveillance je zásadní při detekci stenóz v oblasti venózních anastomóz arteriovenózních graftů (AVG). Podle doporučení je UZ vyšetření jednou z možností provádění surveillance. Zde vyšetřující chirurg má zásadní roli v posouzení peroperačního nálezu, dynamiky změn při UZ vyšetření a riziku ztráty cévního přístupu k dialýze. Z našich zkušeností podloženými daty vyplývá, že dobře nastaveným pravidelným UZ vyšetřením AVG došlo ke zlepšení průchodností. Dotazníkové šetření mezi skupinou sledovaných pacientů s AVG ukázalo jejich ochotu vyšetření opakovaně podstupovat. Endovaskulární AVF (endoAVF) patří k nejnovějším metodám zakládání cévního přístupu k dialýze. Data z mezinárodních studií již tuto metodu ověřila. Díky metodice zakládání je nižší riziko stenóz v oblasti odvodné žíly. Měla by být brána jako druhá možnost, pokud nelze založit AVF radiocefalic- ká. Zásadní je dobře provedené ultrazvukové vyšetření mapující nejen podkožní žíly a stav tepen, ale oproti klasickému mapování před založením AVF nás zajímá velikost a uložení žilního perforátoru a jeho vztah k tepnám a k hlubokým žilám předloktí. Proximální perforátor na předloktí může mít pro chirurga nyní větší význam než jeho využití k založení AVF podle Grazce.

PERKUTÁNNÍ ENDOVASKULÁRNÍ ARTERIOVENÓZNÍ PÍŠTĚL – PRVNÍ ZKUŠENOSTI

Köcher M.¹, Janečková J.², Černá M.¹, Utíkal P.², Bachleda P.², Prášil V.¹

Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc¹, II. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc²

Úvod a cíl: Pacientům s chronickou renální insuficiencí můžeme v současné době nabídnout několik způsobů přístupu k dialýze – autologní arteriovenózní píštěl (AVF), protézou vytvořenou arteriovenózní píštěl (AVG) a dočasný či trvalý centrální žilní katetr. Pro vytvoření AVF je tradičně využíván otevřený chirurgický přístup, nicméně chirurgicky vytvořené AVF mají určité riziko selhání maturace a průchodnosti.

V posledních letech jsou pro vytvoření arteriovenózní píštěle stále více využívány endovaskulární miniinvasivní techniky. Její vytvoření endovaskulárně (endoAVF) redukuje periprocedurální cévní trauma a má dle literatury slibné výsledky s vysokou technickou úspěšností, nízkým počtem periprocedurálních komplikací a velmi dobrou maturací. endoAVF navíc svou lokalizací rozšiřuje možnosti vytvoření spojky, a to v místě horního předloktí mezi distálním předloktím a kubitou bez vytvoření jakékoli jizvy před případným chirurgickým výkonem.

Cílem sdělení je zhodnotit vlastní zkušenosti se systémem The WavelinQ Endo AVF.

Materiál a metodika: V období od ledna srpna 2022 do února 2023 jsme endoAVF založili u 7 pacientů (4 žen a 3 mužů) průměrného věku 58,3 roky (medián 61 let) v rozmezí od 35 do 68 let. Indikací k výkonu byla u všech pacientů nedostatečný průměr v. cephalica na předloktí k vytvoření radiocephalické spojky. Šest pacientů s CHRI bylo v predialyzačním stadiu, jeden na dialýze zavedeným centrálním žilním katetrem.

Výkony byly prováděny ve regionální anestézii. K výkonu jsme využívali 4F The WavelinQ Endo AVF

systém vytvářející píštěl pomocí dvou (jednoho arteriálního a jednoho žilního) magnetických katetrů. K vytvoření vlastní píštěle se využívá radiofrekvenční energie.

Výsledky: U tří pacientů byl využit přístup v. brachialis – a. ulnaris, u jednoho v. cephalica – a. ulnaris, u jednoho v. cephalica – a. radialis a konečně u dvou v. brachialis – a. radialis. Technická úspěšnost výkonu (primární vytvoření AV píštěle) byla 100%. Celkem jsme provedli 4 časně reintervence. Časný uzávěr píštěle u jednoho pacienta jsme řešili opakovaným vytvořením endoAVF. U jednoho nemocného jsme provedli pro vysoký průtok, který nebyl sledovatelný u primárního výkonu, embolizaci jedné v. brachialis v druhé době po endoAVF. U dvou pacientů jsme provedli časnou PTA vlastní píštěle pro nízký průtok v a. brachialis způsobený stenózou anastomózy.

Pravidelně dialyzování cestou endoAVF jsou nyní tři pacientů. U tří pacientů s funkční endoAVF je kanylace v plánu. U jednoho pacienta i přes reendoAVF došlo k uzávěru píštěle.

Závěr: Vytvoření endoAVF systémem WavelinQ je bezpečné. Vzhledem k někdy komplikované anastomii jsou pro výkon zcela nezbytné zkušenosti jak z hlediska hodnocení žilní anatomie, tak z hlediska žilní katetrizace. Počet časných reintervencí souvisí s křivkou učení.

KOMPLEXNÁ HYBRIDNÁ PROCEDÚRA V LIEČBE CVI

Torma N., Frankovičová M., Kalmanová E., Koplovets G., Majerníková B., Vaľková M.
IMEA CC, Košice

Ciel': Prezentácia najmodernejších, kombinovaných postupov v liečbe pacientov s CVI.

Materiál: Pacienti s chronickou venóznou insuficienciou dolných končatín riešený endovenóznymi technikami v kombinácií so echoskroterapiou a chirurgickou miniflebektomiou.

Metóda: Retropetívny prehľad možnosti využitia kombinácie rôznych miniinvasívnych techník v liečbe CVI.

Výsledky: Kombináciou miniinvasívnych techník je možné riešiť aj najkomplikovanejšie a najpokročilejšie štádia CVI.

<https://cievnachirurgia2023.sk/abstrakty.php>

PORANĚNÍ CÉVNÍHO SYSTÉMU NEJEN V TRAUMATOLOGII

Bafrnec J.

Fakultná nemocnica Kráľovské Vinohrady, ČR

Naše zkušenosti s iatrogenním cévním poraněním, soubor pacientů FNKV, case reports.

KAZUISTIKA PORANENIE ARTERIA CAROTIS COMMUNIS PREHLTNUTÍM CUDZIEHO TELESA

Macková A.¹, Onduško J.²

Oddelenie cievnej chirurgie FNŠP Prešov¹, Oddelenie otorinolaryngológie FNŠP Prešov²

Náhodné prehltnutie cudzieho telesa (najčastejšie rybacej kosti) nebýva ničím neobvyklým v klinickej praxi a často sa zaobíde bez nejakých konzekvencií na zdraví pacienta. Inak to ale môže byť v prípade ak dôjde k perforácii steny hltana/pažeráka, ciev krku alebo pri sformovaní abscesu. (výskyt v 7,4 % prípadov). V prípade mediastinitídy môže byť mortalita dokonca vyššia ako 50 %. V prezentovanej kazuistike popisujeme prípad 54-ročnej pacientky s náhle vzniknutými bolesťami v hrdle po jedle, ktorá sa objavila počas vianočných sviatkov. 18 dní od vzniku pacientkiných ťažkostí bola po sérii zobrazovacích vyšetrení stanovená diagnóza perforácie steny hltana vľavo (recessus piriformis), horného pólu štítnej žľazy a perforácia steny art. carotis communis vľavo. Nasledovala chirurgická explorácia karotických tepien, extrakcia cudzieho telesa a sutura steny ACC. Včasný odhalenie takéhoto zriedkavého typu poranenia štruktúr krku vrátane ciev je dôležité v prevencii potenciálne fatálnych komplikácií.

Kľúčové slová: lézia karotídy, perforácia ezofágu, prehltnutie cudzieho telesa

POSTTRAUMATICKÁ ANEURYZMA ARTERIA RADIALIS

Leško M.

FNŠP J. A. Reimana Prešov

Aneurizmy arterie radialis sú zriedkavé, väčšinou sa jedná o posttraumatické pseudoaneurizmy. Vzhľadom na lokalizáciu by sa mali liečiť kvôli vysokému riziku embolizácie, trombózy alebo kompresie susedných nervov.

SEKCIA F: Ochorenia aorty I.

ŠTANDARDNÉ POSTUPY V LIEČBE ELEKTÍVNEJ A RUPTUROVANEJ ANEURIZMY BRUŠNEJ AORTY

Sihotský V., Kopolovets I., Sabol F., Vrzgula A.

Kardiocentrum Agel, Košice Šaca

Chirurgická liečba aneurizmy brušnej aorty (AAA) predstavovala zlatý štandard v liečbe elektívnej i rupturovanej AAA. Zavedenie endovaskulárnej liečby AAA (EVAR) prinieslo enormný rozvoj endovaskulárnych techník v liečbe AAA. Prebiehalo niekoľko randomizovaných štúdií porovnávajúcich klasickú chirurgickú a endovaskulárnu liečbu AAA. Tieto štúdie priniesli krátkodobý benefit pre

EVAR, ktorý sa po dvoch rokoch vyrovnáva. EVAR je zaťažovaný väčším počtom reintervencií. Jedinou štúdiou, ktorá má spracované dlhodobé výsledky je EVAR 1 trial. Táto štúdia prináša výsledky sledovania po 8 rokoch, kde pacienti liečení chirurgicky prežívajú signifikantne dlhšie ako pacienti liečení endovaskulárne. Závety tejto štúdie sa premietli i do odporúčaní odborných spoločností. Odporúčania Spojeného Kráľovstva (NICE guidelines) odporúčajú u pacienta a AAA ako prvú voľbu chirurgickú liečbu. Odporúčania Európske spoločnosti cievnej chirurgie (ESVS) odporúčajú u pacientov s kratšou očakávanou dĺžkou života endovaskulárnu liečbu a u pacientov s dlhšou očakávanou liečbou života chirurgickú liečbu. Táto prednáška prináša krátky prehľad relevantných štúdií a odporúčaní relevantných spoločností na liečbu elektívnej a rupturovanej AAA.

AKUTNÍ AORTÁLNI SYNDROM Z POHLEDU INTERVENČNÍHO RADIOLOGA

Wierzgoń M.

Nemocnice Agel Třinec-Podlesí, ČR

Akutní aortální syndrom je společné pojmenování pro život ohrožující onemocnění, která vznikají narušením integrity aortální stěny. Patří zde akutní aortální disekce, intramurální hematom a penetrující aortální vřed, můžeme zde přičlenit i symptomatické hrudní aneurysma. V úvodu v klinickém obraze dominuje náhle vzniklá prudká bolest na hrudníku nebo mezi lopatkami, schvácenost, obraz může být v průběhu času modifikován ischemií cílových orgánů a krvácením. Diferenciálně diagnosticky nutno odlišit především akutní koronární syndrom. Akutní aortální syndrom nemá specifický laboratorní obraz ani typické EKG změny. Základem diagnostiky je správně provedená CT angiografie celé aorty, tepen pánve a společných stehenních tepen, optimálně v časně a pozdní arteriální fázi. V případě postižení ascendentní aorty a oblouku je metodou volby otevřený kardiokirurgický zákrok, část těchto výkonů je v současné době nahrazována hybridním chirurgicko-endovaskulárním zákrokem. V invazivní léčbě komplikovaných a symptomatických postižení sestupné aorty dominuje dnes endovaskulární léčba implantací hrudního stentgraftu, nekomplikované stavy tohoto úseku hrudní aorty se řeší konzervativním postupem. Jednoznačné rozlišení nekomplikovaného a komplikovaného postižení může být někdy složité a nejasné, názory na indikaci a načasování invazivní terapie mohou být rozdílné. Pacient s projev akutního aortálního syndromu vyžaduje spolehlivý urgentní diferenciálně diagnostický přístup a multidisciplinární terapeutickou péči, která může být realizována jedinečně ve specializovaných kardiovaskulárních centrech pracujících v režimu 24/7.

POSTAVENIE ABDOMINÁLNEHO DEBRANCHINGU V SÚČASNEJ AORTÁLNEJ CHIRURGII

Tomka J., Dulka T., Lévy J., Bakirli I.

Klinika cievnej chirurgie, NUSCH, a.s. v Bratislave

Abdominálny debranching má pevné postavenie v modernej aortálnej chirurgii pri plánovaní operačných výkonov. Pri liečbe komplexnej aortálnej patológie (TAAA, klinické prípady po endovaskulárnej

liečbe TEVARe, komplexných suprarenálnych aneuryzmách, atď.). Tieto operačné výkony v plánoch operatívnej stratégie patria medzi veľmi dôležité. Sú indikované po podrobnej predoperačnej stratifikácii pre rizikovú skupinu pacientov, ktorí sú kontraindikovaní pre open surgery. V prednáške uvádzame históriu a technické možnosti totálneho alebo parciálneho abdominálneho debranchingu. Možno je ich realizovať transperitoneálnym alebo retroperitoneálnym prístupom. Uvádzame vlastné klinické skúsenosti s týmito operačnými výkonmi. Medzi hlavné klinické benefity týchto operačných výkonov patrí zníženie peroperačnej morbidity a mortality u rizikových pacientov, skrátenie cross clampingu aorty, možnosti vzniku spinálnej ischémie, vzniku renálnej insuficiencie alebo alebo viscerálnej ischémie.

Môžu byť alternatívou nutnosti riešenia komplikovaných stavov, pri plánovaní endovaskulárnej liečby pomocou fenestrovaných alebo T-branchovaných stentgraftov najmä, ak pacienti majú komplikovanú chirurgickú patologickú anatómiu alebo pridruženú renálnu insuficienciu. Sme presvedčení, že aj v budúcnosti v modernej vaskulárnej aortálnej chirurgii hrudnej a brušnej aorty budú mať tieto výkony svoje pevne postavenie pre ich nesporne vyššie uvádzané výhody.

VISCERÁLNY DEBRANCHING V TERAPII ANEURYZMAT AORTY

Hudák A.¹, Guňka I.¹, Raupach J.², Lojík M.², Leško M.¹, Jiška S.¹

Chirurgická klinika FN Hradec Králové¹, Radiologická klinika FN Hradec Králové²

Úvod: Chirurgická terapie suprarenálnych a torakoabdominálnych aneuryzmat aorty je spojená se signifikantní morbiditou a mortalitou. Alternativou rozsáhlých otevřených chirurgických výkonů jsou hybridní výkony kombinující méně zatěžující operaci s endovaskulárním výkonem. Tím se snižuje riziko perioperačních a pooperačních komplikací u jinak vysoce rizikových pacientů. Hybridní výkony probíhají nejčastěji dvoufázově a obvykle jsou kombinací viscerálního debranchingu a endovaskulární léčby. Tímto způsobem je možné se vyhnout dvoudutinovému operačnímu výkonu za extrakorporální podpory cirkulace.

Cíl: Cílem přednášky je prezentovat soubor tří kazuistik výrazně rizikových polymorbidních pacientů léčených hybridním přístupem. U dvou pacientek se jednalo o torakoabdominální výduť, kdy obě byly již po kardiouchirurgické operaci na ascendentní aortě. Třetí pacient měl suprarenální výduť břišní aorty. K pokročilé endovaskulární léčbě nebyli po konzultaci zkušenějšího pracoviště z různých důvodů indikováni. U všech byly provedeny operační rekonstrukce viscerálních větví aorty přítokem z ilických tepen. Během stejné hospitalizace podstoupili endovaskulární léčbu aorty.

Závěr: Hlavní výhodou hybridního přístupu ve srovnání s otevřenou náhradou je nižší invazivita provedených operačních a angiointervenčních výkonů, obzvláště u torakoabdominálního aneuryzmatu aorty. Navzdory výhodám představuje hybridní přístup stále poměrně vysokou zátěž pro pacienta. Další alternativou a snad i trendem je v podobných případech pokročilá endovaskulární léčba pomocí větvených či fenestrovaných stentgraftů.

MOŽNOSTI ENDOVASKULÁRNEJ LIEČBY KOMPLIKÁCIÍ PO EVAR ALEBO CHIRURGICKEJ LIEČBE AAA

Sivák J., Sucháč M., Kmetková K., Striežová I., Bronerská Z., Snopková V., Sedminová K.

Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Banská Bystrica

Napriek štandardizovaným postupom v chirurgii a technickému pokroku v prípade endovaskulárnych zákrokov, sú neskoré komplikácie liečby AAA stále pomerne frekvencovaným javom. Nutnosť reintervencií je vyššia v prípade endovaskulárnej liečby v porovnaní s chirurgickou a pohybuje sa v rozmedzí 20-25% v prípade EVL a 10-12% v prípade chirurgickej liečby. Rozsah a typ reintervencie je v dominantnej miere závislý od charakteru primárneho zákroku. Rizikovými faktormi sú hlavne veľký iniciálny diameter kotviacich zón, krátka dĺžka kotviacich zón, nekompletné prekrytie kotviacich zón stentgraftom respektíve ponechanie dlhšieho úseku infrarenálnej natívnej aorty a spoločných panvových tepien nad a pod miestom našitia anastomóz a taktiež tortuozita a rozsiahle aterosklerotické postihnutie. Cieľom práce je na jednotlivých kazuistikách priblížiť najčastejšie sa vyskytujúce komplikácie chirurgickej a endovaskulárnej liečby AAA a prezentovať možnosti reintervencií na našom pracovisku.

OTEVŘENÉ REOPERACE PO ENDOVASKULÁRNÍ LÉČBĚ ANEURYSMAT BŘIŠNÍ AORTY

Šebesta P.

Klinikum Chemnitz, Nemecko

Autor uvádí přehlednou informaci o problematice otevřených operačních konversí po předchozích endovaskulárních výkonech (tj. implantacích stentgraftů) u nemocných s aneurysmatem břišní aorty. Problematika je vzhledem k narůstajícím počtům těchto výkonů dokládajícím rozmach ne vždy adekvátně indikovaných implantací nesmírně závažná. K riziku výchozího zdravotního stavu většinou starých a multimorbidních pacientů přistupuje totiž vysoké procedurální riziko těchto operací, vyžadující maximálně odpovědné a individuální rozhodování. Autor představuje i možnosti prevence, jež by mohla redukovat vzrůstající počty těchto komplexních a zatěžujících výkonů.

EXPLANTÁCIA STENTGRAFTU ABODMINÁLNEJ AORTY – STRATÉGIA A TAKTIKA VÝKONU – KAZUISTIKY

Slyško R.¹, Lámala R.¹, Marton E.², Kissová S.², Čepcová K.¹, Repán M.³

Oddelenie cievnej chirurgie, UNB Bratislava, NsvCaM Antolská¹, Oddelenie cievnej chirurgie, Cinre, Bratislava², II. Chirurgická klinika, UNB Bratislava, NsvCaM Antolská³

Abstrakt: Explantácia stentgraftu abdominálnej aorty predstavuje náročný angiochirurgický výkon a vymyká sa rutinnej anciochirurgickej praxi. V jeho priebehu môžu nastať prekvapivé situácie, na

ktoré ale musí byť operačný tím pripravený. Preto je nevyhnutné zvolenie správnej taktiky operácie a prípravy stratégie, vzhľadom na lokalizáciu stentgrafu, klinické príznaky pacienta a samotné dôvody explantácie. V našej prednáške sa venujeme dvom kazuistikám s odlišnými vstupným premenými a preto rozličnou taktikou operácie.

Kľúčové slová: komplikácie PEVAR, explantácia stentgrafu, biologická cievna protéza

Abstract: Abdominal aortic stentgraft explantation is a challenging operation far away from angio-surgeon daily routine. The operation team must be ready to expect unexpectable. Therefore the appropriate strategy and tactics of the whole operation need to be prepared considering endograft localisation, clinical symptoms and reasons for explantation. We refer two case reports with different approach and tactics below.

Key words: PEVAR complication, stentgraft explantation, biological vascular prosthesis

Kazuistika 1 – 65-ročná pacientka po implantácii stentgrafu pre penetrujúci ulcus aorty infrarenálne, s následnou dodatočnou intervenciou a prolongáciou kraniálneho komponentu tesne subrenálne so suparenálnou fixáciou pre endoleak typu I.. Posprocedurálne prišlo k rozvoju infekcie s dlhodobou ATB liečbou a vytvorením pseudoaneuriziem v suparenálnej oblasti v mieste kotviaceho mechanizmu stentgrafu. Ako prístup bola zvolená mediálna viscerálna rotácia, zavedený pasívny shunt na perfúziu oboch DK a aplikácia chladeného Ringerovho roztoku do obličiek. Počas výkonu bola zrealizovaná resekcia veľkej PSA v oblasti odstupu AMS a formou Carrellovho patchu bola do anastomózy všitá pravá renálna tepna a AMS. Po kompletnej explantácii stentgrafu bolo implantované Ao-biliacké interpozitum a ľavá renálna artéria bola reinzerovaná do tela biologickej protézy Biointegral pomocou autológnej VSM. U pacientky bola počas operácie identifikovaná Ao-duodenálna fistula ako príčina spomínanej infekcie. Napriek tejto nepriaznivej okolnosti a primárnej suture duodena prišlo k zhojeniu duodena a následný pooperačný priebeh bol nekomplikovaný.

Kazuistika 2 – 71-ročný pacient s chronickým uzáverom AIC I. sin. a klaudikáciami v štádiu Rutherford 2, s implantáciou unilaterálneho PEVAR pre infrarenálnu AAA, prišlo 14 dní po implantácii k akútnej trombotizácii celého stentgrafu, bez prejavov infekcie, v klinickom štádiu akútnej ischémie Rutherford I. Po 24 hodinovej príprave sme z klasického predného prístupu pozdĺž radixu mezenteria vypreparovali infrarenálnu aortu a explantovali stentgraft s ponechaním cca 1 cm lemu protetickej časti tesne subrenálne spolu s kotviacim suparenálnym mechanizmom. Kovové komponenty boli prerušované ortopedickými kliešťami. Bolo implantované konvenčné dacronové Ao-biliacké interpozitum, bez nutnosti suparenálneho kľemovania. Operácia rovnako ako pooperačný priebeh boli nekomplikované a pacient po 48 hodinovom pobyte na ARO lôžku bol preložený na oddelenie s následným nekomplikovaným priebehom hospitalizácie a na 9 pooperačný deň prepustený domov.

Záver: Explantácia stentgrafu aorty z akejkolvek príčiny predstavuje náročný angiochirurgický výkon. Patrí do rúk skúseného tímu, pretože je možné očakávať množstvo komplikácií. Vzhľadom k dôvodom explantácie je potrebné pripraviť si predoperačne vhodnú stratégiu. Explantácia kotviaceho mechanizmu spravidla nie je potrebná a ak, tak predstavuje extrémne náročný výkon s devastáciou cievnej steny. Pri explantácii pre infekciu je potrebné zvoliť adekvátnu biologickú náhradu, my sme uprednostnili biologickú protézu Biointegral vyrábanú z bovinneho perikardu, ktorá nevyžaduje imu-

nosupresívnu liečbu a v porovnaní s autológym materiálom/ napr. vlastné VFS/ je pre pacienta menej zaťažujúca. Pri explantácii neinfikovaných stentgraftov používame konvenčné cievne bifurkačné protézy resp. tube grafty.

RARITNÍ ANEURYSMA VISCERÁLNÍCH TEPEN

Rokošný S., Baláž P., Bafrnec J., Whitley A.

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV Praha, ČR

Aneurysma arteria pankreatoduodenalis je nejvzácnějším typem aneurysma viscerálních tepen. Může být asociováno se stenózou nebo uzávěrem truncus coeliacus (Sutton-Kadir syndrom). V případě ruptury je doprovázeno vysokou mortalitou.

Autoři prezentují chirurgické řešení dvou případů tohoto vzácného typu aneurysma, jeden řešený elektivně a druhý emergentně pro rupturu. V obou případech byla provedena resekce aneurysma a aorto-hepatický bypass. Dále je diskutována komplexnost a kontroverze v terapii tohoto vzácného onemocnění.

EX VIVO REKONSTRUKCE ANEURYSMAT ARTERIA RENALIS

Guňka I., Leško M., Hudák A., Jiška S., Feix J.

Chirurgická klinika FN Hradec Králové, ČR

Úvod: Aneurysmata renálních tepen jsou relativně vzácná. Incidence je udávána mezi 0,01 – 0,97%. U mladých pacientů vznikají nejčastěji v souvislosti s pojivovými vadami nebo vaskulitidami, v dospělosti se jedná zpravidla o aneurysmata degenerativní. K léčbě jsou indikována aneurysmata větší než 2 – 3 cm, aneurysmata bez ohledu na velikost u žen v reprodukčním věku a symptomatická aneurysmata (bolesti, hypertenze, distální embolizace). Endovaskulární léčba je vyhrazena především pro aneurysmata na kmeni arteria renalis nebo velmi periferní výdutě (segmentární větve, parenchymové aneurysmata). Hilová aneurysmata postihující větvení kmene a odstupy segmentárních větví jsou řešena zpravidla chirurgicky. V situacích, kde je předpoklad komplexní rekonstrukce renálního hilu, která by znamenala čas teplé ischémie více než 35 – 40 minut, je vhodné využít techniku ex vivo s proplachem a zchlazením ledviny a s její následnou autotransplantací.

Cíl: Zhodnotit technickou a klinickou úspěšnost ex vivo rekonstrukcí aneurysmat arteria renalis, poukázat na technické aspekty operačního postupu.

Metodika: Retrospektivní analýza pacientů, kteří za období srpen 2018 až leden 2023 podstoupili ex vivo rekonstrukci aneurysmatu renální tepny.

Výsledky: Za sledované období byly provedeny celkem tři ex vivo rekonstrukce hilových aneurysmat arteria renalis (2 muži, 1 žena). Průměrný věk pacientů byl 29 let. Pro rekonstrukci renálního hilu byl ve dvou případech využit štěp z velké safény, v jednom případě se jednalo o kombinaci vnitřní ilické tepny a velké safény. Ve dvou případech byly rekonstruovány 2 segmentární větve, v jednom případě 3 segmentární větve. Ve všech případech byla provedena ortotopní autotransplantace. Během

30denného perioperačného obdobia by všetky cévne rekonštrukcie funkčné. V priebehu následného sledovania došlo u jednej pacientky po roce k asymptomatickému uzáveru jednej segmentárnej vetvy. Renálna funkcia je u všetkých pacientov v norme. U jedného pacienta došlo pooperačne k kompletnej úprave krvného tlaku bez potreby ďalšej antihypertenzívnej medicíny.

Záver: Ex vivo rekonštrukcia hilových aneurysmat arteria renalis predstavuje bezpečnú a efektívnu techniku. Tieto operácie by mali byť smerované do vaskulárnych centier so skúsenosťami s transplantáciou obličiek.

SEKCIA G: Ochorenia aorty II. – vyžiadané prednášky

ROLE CÉVNEJ CHIRURGIE V ONKOLOGII – ONKOVASKULÁRNY CHIRURG

Baláž P.
FNKV Praha, ČR

Radikálny odstránenie nádoru u onkologicky nemocného je základom úspešnej liečby. V prípadoch, keď nádor infiltruje alebo tesne adhezuje cievnu štruktúru, je odstránenie nádoru spolu s vaskulárnou rekonštrukciou mnohdy jedinou možnosťou dosiahnutia radikálneho výsledku.

Nový smer onkochirurgickej liečby, označovaný ako onkovaskulárny chirurg, ukazuje, že invázia nádoru do cievneho svazku nemá byť automaticky vnímaná ako bariéra radikálnej resekcie, ale len ako technická prekážka. Prednáška súhrnne popisuje možnosti súčasnej onkovaskulárnej chirurgie, organizáciu a perspektívy.

VÝZNAM CIEVNEJ CHIRURGIE PRI ORGÁNOVÝCH TRANSPLANTÁCIÁCH

Janek J., Kminiak R., Takáč R.
FNsP F.D.Roosevelta, Banská Bystrica

Transplantácia orgánov je v princípe vaskulárny chirurgický výkon s komplexným pohľadom na viacerých špecializáciách. Aj preto je malý počet chirurgov, ktorých odborný záber je cievny, všeobecný a hepato-pankreato-biliárny chirurg. Pritom orgánové transplantácie prinášajú množstvo cievnych výziev a aj komplikácií, pri riešení ktorých je vaskulárny tréning nevyhnutný. Súčasným trendom v transplantológii je použitie orgánov od starších darcov, indikácie na transplantácie sa tiež rozširujú, čo prináša potrebu vysporiadať sa s pokročilými nálezmi na cievach v zmysle mediokalcinózy u pacientov s diabetes mellitus, pokročilou aterosklerózou magistralných ciev či už u darcu alebo príjemcu alebo rôznymi variačnými priebehmi, ktoré vyžadujú komplexné rekonštrukcie. Nejedná sa len o arteriálne rekonštrukcie ale aj o výkony na venóznom systéme, často v lokalitách, ktoré sú v bežnej všeobecnej chirurgii ťažko dostupné. Základným kameňom, na ktorom je postavený úspech alebo neúspech transplantácie je úspešná revaskularizácia transplantátu. Bez nej nie je možné za-

bezpečenie správnej funkcie transplantovaného orgánu. Anatomické cievne pomery a ich variabilita vytvára v oblasti transplantológie priestor pre širokú paletu cievnych rekonštrukcií. Ich teoretické ovládanie a praktické uplatnenie zostávajú pevným základom úspešného výsledku.

MOŽNOSTI ENDOVASKULÁRNEJ LÉČBY KOMPLEXNÝCH ANEURYZMAT AORTY

Köcher M.
Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, ČR

Pararenálna aortálna (PAA) a thoracoabdominálna aneuryzmata (TAAA) sa označujú spoločne ako tzv. komplexné aneuryzmata aorty. Tieto aneuryzmata sa na rozdiel od infrarenálnych vyznačujú tým, že nemajú dostatočnú kotviciú zónu a štandardný stentgraft u nich nelze použiť (není zaručená jeho dlhodobá stabilita).

U týchto komplexných aneuryzmat je endovaskulárna liečba možná pomocou fenestrovaných či vetvených stentgraftov (F/BEVAR). Takto je získaná bezpečná kotviciú zóna v oblasti suparenálna či hrudníka aorty a pritom zachovaná perfúzia renálnych a viscerálnych tepien.

Podľa odporúčení Európskej spoločnosti pro cievnu chirurgiu (ESVS) majú byť pacienti s PAA primárne doporučení k endovaskulárnemu riešeniu (F/BEVAR), u pacientov s TAAA s nízkym operačným rizikom môže byť zvažovaná chirurgická alebo endovaskulárna liečba. Pacienti nevhodní k operačnému riešeniu sú indikováni k endovaskulárnej liečbe (BEVAR).

Liečba komplexných aneuryzmat aorty pomocou F/BEVAR má technickou úspešnosť ≥ 95 %. Letalita FEVAR pro PAA a TAAA IV. typu je vo vysokoobjemových centrách 1 – 2 %, letalita F/BEVAR pro TAAA I. – III. typu 7 – 8 %. Průchodnost renálnych a viscerálnych tepien vo strednodobom sledovaní je 90 %. Míšní ischemie sa pak vyskytujú u pacientov liečených endovaskulárnou pro TAAA medzi 4 a 10 %.

POKROČILÉ TECHNIKY V ENDOVASKULÁRNEJ LÉČBE AORTÁLNYCH VÝDUTÍ – KONEC HYBRIDNÝCH VÝKONŮ?

Utíkal P.¹, Köcher M.², Jaroščiaková J.¹, Kučera P.², Černá M.², Janečková J.¹
II. Chirurgická klinika FN Olomouc, ČR¹, Oddělení intervenční radiologie Radiologické kliniky FN Olomouc², ČR

Úvod: Pred dvadsiť rokmi, na určitom stupni vývoja stentgraft systémov, boli hybridné výkony (HV) jedinou možnosťou, ako endovaskulárnu liečbu (EVL) u aortálnych výdutí (AA) s tzv. komplikovanou morfológiou pro stentgraft systémy štandardnej konštrukcie technicky vôbec provést a alebo znížiť riziko primárneho a sekundárneho selhania. HV rozšírili možnosti EVL a indikácie k liečbe AA obecné. Ďalší vývoj vyústil v tzv. pokročilé techniky EVL – špeciálny stentgrafting, ktoré dnes HV vo väčšine prípadov nahradili

Metody: Obecným princípom HV v liečbe AA je primárne spojenie endovaskulárnej exklúzie vaku výdutí s pomocným cievne chirurgickým výkonom, ktorý umožní endovaskulárny výkon spoľahlivý a bez-

pečně provést. Cévně chirurgický výkon v HV řeší tzv. komplikovanou morfologii AA: problematické přístupové cesty, zavedení, ukotvení a revaskularizaci při debranchingu. Na našich pracovištích ve FN v Olomouci jsme HV postupně zavedli a v letech 1996–2007 provedli u 31 nemocných z celkem 204 léčených EVL pro AA (15%) 52 cévně chirurgických výkonů. Nejčastěji byly provedeny revaskularizace (65 %). Během let, tak jak se zdokonalovaly techniky EVL, především po zavedení speciálního stentgraftingu, využití HV klesalo. V letech 2008–2018 jsme HV využili u 6 % a v letech 2019 – 2021 u 4 % nemocných léčených EVL AA. Jednalo se jen o vytvoření dočasného přístupu (temporary conduit) nejčastěji na axilární tepnu a extraanatomické revaskularizace při debranchingu aortálního oblouku. Aortouniililální exkluzi s femorofemorálním crossover bypassesem, kdysi standardní typ exkluze vaku u EVL AA, jsme využili jen při jednostranném uzávěru pánevního řečiště a v případě úzké bifurkace, kde je dnes alternativou nízkoprofilový stentgraft (LPSGs). Banding proximálního aortálního krčku při problematické fixaci byl nahrazen posunutím kotvící zóny nahoru při použití fenestrovaného (FEVAR) nebo větveného (BEVAR) stentgraftu. Extraanatomické revaskularizace při debranchingu (renální, viscerální, pánevní) byly nahrazeny větveným stentgraftem (BEVAR, IBD). Na našem pracovišti stále standardně využívány otevřený chirurgický přístup do tepenného řečiště cestou společné femorální tepny má svou alternativu v perkutánním provedení (PEVAR). **Závěr:** Pokročilé techniky EVL zlepšily zavedení, fixaci a umožnily revaskularizaci; speciální stentgrafting se stal technicky jednodušší, bezpečnější a klinicky spolehlivější. HV nadále mají své místo při debranchingu aortálního oblouku, v ostatních případech ojediněle jako možná alternativa. Proto je třeba o HV stále nejen vědět, ale cévně chirurgickou část umět technicky zvládnout.

ŘEŠENÍ KOMPLIKACÍ ENDOVASKULÁRNÍ LÉČBY

Černá M.¹, Köcher M.¹, Utíkal P.²

Radiologická klinika FN a LFUP Olomouc¹, II. chirurgická klinika FN a LFUP Olomouc², ČR

Endovaskulární léčba aneuryzmatu aorty, na rozdíl od léčby chirurgické, je spojena s vyšším rizikem pozdních komplikací a reintervencí. Pacienti jsou tedy po implantaci stentgraftu sledováni v pravidelných intervalech. Dlouhodobé celoživotní sledování nemocných po implantaci stentgraftu pro aneurysma břišní a hrudní aorty je dnes jasně doporučeno. Cílem je pak pozdní komplikace zachytit včas a včas je také léčit. Jedná se o komplikace, které se objeví za více jak třicet dní po výkonu a jsou to komplikace specifické, vázané na stentgraft. Mezi tyto komplikace patří migrace stentgraftu, zalomení stentgraftu, endoleaky a endotension, ischemické a infekční komplikace. Dále to mohou být např. restenózy či uzávěry stentů a stentgraftů pro viscerální tepny u fenestrovaných a větvených stentgraftů. K reintervenci jsou pak indikováni všichni symptomatictí pacienti. Většinou jsou to nemocní s ischemickými nebo infekčními komplikacemi. Z komplikací u asymptomatických pacientů jsou indikovány k léčbě komplikace spojené s vyšším rizikem ruptury, migrace, endoleaky I. a III. typu, endoleak II. typu s růstem vaku aneuryzmatu a endotension. Většinu pozdních komplikací lze léčit endovaskulárně. Pokud endovaskulární léčba možná není, je indikované chirurgické řešení. Migrace a endoleak typu Ia jsou primárně indikovány k implantaci proximální extenze nebo fenestrované extenze. Endoleak Ib je indikován k implantaci distální extenze. Endoleak III. typu je endovaskulárně léčený implantací stentgraftu. U endoleaku II. typu

s růstem vaku aneuryzmatu se provádí embolizace zdrojových tepen. Endotension je indikovaná k perkutánní punkci vaku s aspirací jeho obsahu. Infekční komplikace s abscesem retroperitonea lze řešit perkutánní drenáží s antibiotickou léčbou. Stenózy stentů a stentgraftů pro viscerální tepny jsou indikovány k PTA event. s implantací stentu. U trombózy stentgraftu je primárně indikovaná chirurgická trombektomie, zvážit lze i lokální trombolýzu. Při současném zalomení nožičky jako příčiny trombózy je indikace k implantaci stentu.

SEKCIA H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky

ASYMPTOMATICKÁ STENÓZA KAROTIDY Z POHLEDU CHIRURGA

Říha D., Szkatula J., Blaha L., Šolek R., Ježková P.

Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí, ČR

Léčba stenózy karotické bifurkace v prevenci cévní mozkové příhody (CMP) byla předmětem rozsáhlých výzkumů, včetně několika randomizovaných kontrolovaných studií. Správná léčba pacientů se stenózou bifurkace karotidy je předmětem velkého zájmu nejen cévních chirurgů a dalších vaskulárních specialistů.

Asymptomatická stenóza karotidy (ACS) způsobená aterosklerózou je rizikovým faktorem pro ipsilaterální ischemické cerebrovaskulární příhody a kognitivní poruchy. Prognóza ACS se za poslední desetiletí zlepšila především díky pokroku lékařského managementu. Většinu pacientů s ACS lze léčit bez revaskularizace, ale u některých pacientů se “zranitelným” plakem by měla být provedena revaskularizace. A to je otázkou guidelines jednotlivých lékařských společností.

European Society of Vascular Surgery (ESVS) má svoje guidelines od roku 2017, ale pokrok jde stále dál. Autoři prohlédli dostupné názory v literatuře i z jiných společností a předkládají svoje zjištění auditoriu.

Bez ohledu na rozhodnutí doporučit revaskularizaci by všichni pacienti s ACS měli dostat intenzivní lékařskou péči. To zahrnuje změnu životního stylu (přiměřená strava, cvičení, odvykání kouření...) a farmakologickou terapii (protidestičková opatření, látky snižující hladinu lipidů, snížení krevního tlaku a glykemická kontrola). Pacienti s ACS mají často aterosklerózu i v jiných místech a proto optimální léčba v.s. sníží příhody i mimo krční tepny.

AKÚTNÝ INFRARENÁLNÝ AORTÁLNÝ SYNDRÓM

Bulejčík J., Blaha L., Mikovíny R., Szkatula J.

Nemocnice AGEL Třinec - Podlesí, ČR

Ciel': Prezentovať naše skúsenosti s liečbou izolovaného infrarenálneho akútneho aortálneho syndrómu (IAAS).

Termín „akútny aortálny syndróm“(AAS) sa všeobecne používa k popisu život ohrožujúcich ochorení

aorty. Zahrňuje: intramurálny hematóm (IMH), penetrujúci aortálny ulkus (PAU) a aortálnu disekciu (AD). Aortálna disekcia predstavuje väčšinu AAS s incidenciou 2,6 – 3,5 prípadov /100 000 os. Najčastejšie je lokalizovaná v ascendentnej aorte (70 %), descendentnej aorte (20 %) a oblúku aorty (7%). IMH – predstavuje 6–10% všetkých AAS.

Izolovaný infrarenálny akútny aortálny syndróm (IAAS) má riziko ruptúry aorty 15%, s mortalitou v rozmedzí od 17 až 28 %.

Súčasťou IAAS je izolovaná abdominálna aortálna disekcia (IAAD), ktorá je extrémne vzácna s udávanou prevalenciou 1,1 – 4% a v 91 – 96 % je spontánna. Odhadovaný výskyt abdominálneho PAU je 1 – 5 %.

V dôsledku toho, že IAAS je vzácny, literálne údaje sú obmedzené. Väčšina publikácií sa zaoberá izolovane IAAD, PAU a IMH. Nedávny systematický prehľad odhaduje výskyt IAAD na 5,1 prípadov/1 000 000 osôb ročne. Celkovo literatúra uvádza 500 prípadov IAAD a 300 prípadov abdominálneho PAU.

V dôsledku vzácnosti IAAS sú nejasné indikácie k liečbe konzervatívnej, chirurgickej a endovaskulárnej.

V našej práci referujeme naše skúsenosti s liečbou 2 pacientiek akútnym infrarenálnym aortálnym syndrómom.

1. pacientka s akútnym symptomatickým abdominálnym PAU mala v čase operácie v r. 2020 36 rokov. Anamnesticky liečená gynekologom pre infekť, hlbokú žilnú trombózu. Inak bez závažnej komorbidity. Pre 4 dni trvajúce bolesti chrbta vyšetrená neurológom kde vylúčený VAS. Na CT nález ulkusu abdominálnej aorty rozm. 40x30x15mm. Vzhľadom k elevácii zápalových markerov (CRP, Le) vyslovené podozrenie na mykotickú pseudoaneurizmu. Pacientka indikovaná k operácii. Pre predpokladný zápalový pôvod PAU sme rekonštrukciu aorty vykonali lineárnym aorto- aortálnym interpozitom zo segmentu vena femoralis superf. Pooperačné obdobie kryté ATB -Tazocin, Mycomax. Kultivácia z aorty negatívna, hemokultúry negatívne, len v spúte nález ojedinele Candida albicans. V histologickom náleze – normálna stena aorty, v stene ulkusu nekrotické častice cievnej steny s masívnou supuráciou. Pooperačný priebeh bez komplikácií. Dimisia na 10. poop.deň. Vzhľadom k odboru VFS v pooperačnom období indikovaná antikoagulačná terapia NOAC na 1 mesiac. Pacientka dispenzarizovaná na našej cievnej ambulancii.

Liečba abdominálneho PAU ostáva kontroverzná. Niektorí autori doporučujú chirurgickú liečbu u všetkých PAU, iní preferujú konzervatívny postup. Pri komplikáciách ako embolizácia, ruptúra, subadventiciálna pseudoaneurizma je indikovaná chirurgická resekcia alebo zavedenie stentgraftu. 2. pacientka izolovanou spontánnou disekciou infrarenálnej abdominálnej aorty (IAAD) mala v čase operácie 71 r. V osobnej anamnéze- osteoporóza, trombofilný stav- Leidská mutácia. Pacientka mala 24 hod. anamnézu akútnych bolestí abdomenu. Na CTAg nález akútnej IAAD. Po príprave indikovaná k operácii- Bypass aortobilický (Gelsoft protéza 18/9mm). Pooperačný priebeh bez komplikácií, dimisia na 9. deň. Histológia - v stene aorty miestami fibrotické zmeny s kalcifikáciami, prítomná disekcia vo vrstve medie.

Primárna disekcia abdominálnej aorty je klasifikovaná na 2 typy: suprarenálny a infrarenálny. Väčšina pacientov má infrarenálny typ.

U suprarenálnej disekcie u stabilizovaného, asymptomatického pacienta, bez viscerálnej ischémie možno indikovať konzervatívnu terapiu, ktorá spočíva v riadenej hypotenzii.

Infrarenálna disekcia je indikovaná ku chirurgickej terapii náhradou protetickým bypasom.

Endovaskulárna liečba IAAD je kontroverzná. Hlavným problémom je nedostatok špeciálnych stent-graftov a použitie štandardných SG mimo IFU s rizikom endoleaku 10%.

Záver: Incidencia akútneho infrarenálneho aortálneho syndromu je často podhodnotená. Jedná sa o život ohrozujúce lézie, ktoré vedú k ruptúre aorty. Pri ich liečbe je indikovaná chirurgická eventuálne EV liečba.

U našej pacientky s akútnym abdominálnym PAU sme vzhľadom k veku a možnej zápalovej etiológii ulkusu indikovali rekonštrukciu autológym venóznym interpozitom z VFS.

Pacientku s IAAD sme vzhľadom ku akútnej disekcii a nepriaznivej anatomickej konfigurácii indikovali k urgentnej chirurgickej liečbe.

RARITNÍ PŘÍČINA ISCHÉMIE DOLNÍ KONČETINY

Pták P., Matějka M., Jekielek T.

Chirurgické oddělení Nemocnice Č. Budějovice, a.s., ČR

Autoři připomínají vývoj arteriálního systému dolní končetiny. Na kazuistice ukazují perzistenci arteria ischiadica jako magistralní tepny dolní končetiny u ženy ve věku 46 let. S pacientkou se setkali při akutní ischémii dolní končetiny způsobenou trombózou aneurysmatu a. ischiadica, které se vyvíjelo vlivem chronické traumatizace tepenné stěny. Předkládají možnosti řešení a vlastní zkušenost.

RARITNÍ PŘÍČINA AKUTNÍ KONČETINOVÉ ISCHÉMIE

Medřická M., Dinaj R., Mazur M., Chmelo J.

Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice, ČR

Autoři prezentují kazuistiku aortalní disekce abdominalní aorty jako vzácné příčiny akutní končetinové ischémie typu IIb u 82-letého nemocného s anamnézou arteriální hypertenze, chronické ischemické choroby srdeční a diabetu II. typu.

NUTCRACKER SYNDRÓM A JEHO MANAŽMENT V CIEVNEJ CHIRURGII

Talal A., Tomka J., Bakirli I.

KCCCH NUSCH, a.s., Bratislava

Nutcrackerov syndróm (NKS) patri do skupiny intraabdominálnych vaskulárnych kompresívnych syndrómov a hEDS. Termín Nutcracker syndróm (NKS) sa používa pre pacientov s klinickými príznakmi spojenými s anatómiou luskáčika (Nutcracker). V klinickej praxi sa NKS rozdeľuje na predný typ a menej častý zadný typ. Zadné a pravostranné NKS sú zriedkavé stavy. Symptómy sa líšia od asymptomatickej hematúrie až po ťažkú kongesciu v oblasti prekrvenia orgánov panvy. Symptómy zahŕňajú hematúriu, ortostatickú proteinúriu, bolesť v boku, bolesť brucha, varikokélu, dyspareuniu, dysmeno-

reu, únavu a ortostatickú intoleranciu. Závažnosť klinických príznakov predstavuje základ pre indikácie k operáciám. Pre stanovanie diagnózy NKS sú rozhodujúce nasledovne zobrazovací diagnostické modality (dopplerovská ultrasonografia, CTA, MRA a retrográdna kavografia). Liečba NKS závisí od klinického obrazu a závažnosti hypertenzie LRV. Možnosti liečby sa pohybujú od dispenzáru až po rôzne typy vaskulárnych rekonštrukčných výkonov. Rozhodnutie o liečbe má byť založené na závažnosti symptómov a ich očakávanej ireverzibilite s ohľadom na vek pacienta a štádium syndrómu. Cieľom tejto prednášky je predstaviť možnosti vaskulárnych rekonštrukčných výkonov k tomuto ochoreniu.

Kľúčové slová: Hematúria; Hypertenzia ľavej obličkovej žily; NKS, ortostatická proteinúria; rekonštrukčné výkony

INDIVIDUÁLNY MANAGEMENT REVASKULARIZÁCIE AORTO-ILIACKO-FEMORÁLNEHO RIEČISKA – KAZUISTIKA

Schillerová L., Zsemlye Z., Slyško R., Bajčíková B.

Oddelenie cievnej chirurgie, UNB Nemocnica sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

Ponúkame ojedinelý prípad pacientky s ťažkými sklerotickým multisegmentálnymi léziami aorto-iliackeho a femorálneho arteriálneho riečiska obojstranne. Jedná sa o neštandardný, individuálny kombinovaný prístup u pacientky, u ktorej by podľa CTA nálezu bol indikovaný aorto-bifemorálny bypass.

65-ročná polymorbidná pacientka, fajčiarka, s M. Crohn s plurisegmentálnym postihnutím tenkého čreva, st.p. resekcií tenkého čreva pre stenózy, st.p. resekcií meckel. divertikla, na biologickú liečbu Entyvio, st.p. SAH a IC hemoragii s hemocefalom, st.p. externej drenáže pre 4-komorový hydrocefalus, st.p. NEMB rupt. aneurizmy ACI a NEMB nerupt. aneurizmiem ACI, TU ložisko pr. obličky (32x35x33mm) 07/2021, st.p. biopsii pr. obličky 12/2022 – papilárny Ca, typ 1. Pacientka s anamnézou trofických defektov v oblasti malleolov oboch DK, kľudovými bolesťami – spánok posediačky v kresle. Na CTA nález oklúzie AIC sin., odstupu AIC dx., oklúzia AFC dx., kritická, kalcifikovaná stenóza AFC sin., AFS uzavretá bilaterálne.

V prvom kroku sme zvolili chirurgickú revaskularizáciu distálnej aorty, oboch AIC a zároveň endarterektómiu AIE sin. podľa Vollmara s plastikou AFC/APF z extraperitoneálneho prístupu. Nasledovala endovaskulárna liečba lézie AIE vpravo s chirurgickou angioplastikou AFC/APF dx. Pacientka nespôsobujúca, napriek opakovanému poučeniu nedodržiavanie režimu, nutného k hojeniu rany a udržiavaniu priechodnosti rekonštrukcie. Pre skorý uzáver femorálnej rekonštrukcie vľavo, zrealizovaná revízia a interpozícia AFC/APF vľavo pomocou h-VMS interpozita. Perimalleolárne defekty ošetrované prípravkami vlhkej terapie. Distálny bypass na LDK vzhľadom k non-compliance pacientky neindikujeme.

Záver: U pacientky sme vzhľadom k závažným komorbiditám, st.p. opakovaných operáciách brušnej dutiny a zároveň výraznej non-compliance samotnej pacientky, zvolili individuálny, viacstupňový prístup. Podarilo sa nám úspešne zrevaskularizovať aorto-iliacke, aj femorálne riečisko obojstranne. V čase prepustenia pacientka odchádza s funkčnými rekonštrukciami a s ustúpením kľudových algii.

Kľúčové slová: aorto-iliacka lézia, Vollmar, angioplastika

Individual management of revascularisation of the aorto-iliac-femoral vessels – case report.

We would like to present a rare case of patient with severe sclerotic multisegmental lesions of aorto-iliac and femoral arteries, bilaterally. This is a special, combined approach in a patient, in whom, according to the CTA scans, an aorto-bifemoral bypass would be indicated.

65-year old polymorbid patient, smoker, with Crohn's disease with plurisegmental involvement of the small intestine, st.p. resection of the small intestine for stenosis, st.p. resection of Meckel's diverticulum, on the Entyvio biological treatment, st.p. SAH and IC hemorrhage with hemocephalus, st.p. external drainage for 4-chamber hydrocephalus, st.p. NEMB of ruptured ACI aneurysm and NEMB of non-ruptured ACI aneurysms, tumor of the right kidney (32x35x33mm) 07/2021, st.p. biopsy of the right kidney 12/2022 – papillary carcinoma, type 1. The patient with a history of trophic defects in the perimalleolar area of both lower limbs, rest pain – sleeping while sitting in a chair. On the CTA scans finding of CIA sin. occlusion, occlusion of proximal CIA dx., CFA dx., critical, calcified stenosis of CFA sin., SFA closed bilaterally.

In the first step, we have chosen for surgical revascularisation of the distal aorta, both CIAs via extraperitoneal approach, and simultaneously semiclosed endarterectomy of the left EIA and CFA by Vollmar ring dissector with angioplastic reconstruction of the CFA/PFA. This was followed by endovascular treatment of the EIA dx. lesion with surgical angioplasty of CFA/PFA dx. Uncooperative patient, despite repeated instructions, non-compliant with the regimen necessary for the right wound healing and maintaining the patency of the reconstructions. For early closure of femoral reconstruction on the left femoral area, performed interpositioning of the CFA/PFA on the left by homologous GSV. Perimalleolar defects treated with moist wound healing therapy. Due to the patient's non-compliance, we do not indicate a distal bypass on the left lower limb.

Conclusion: Due to the patient's serious comorbidities, st.p. multiple abdominal operations and at the same time significant non-compliance of the patient herself, we chose an individual, multi-stage approach. We successfully managed to revascularize the aorto-iliac and femoral arteries bilaterally. At the time of discharge, the patient leaves with functional reconstructions and with the relief of resting pain.

Key words: aorto-iliac lesions, Vollmar ring dissector, angioplasty

KAZUISTIKA: RUPTÚRA BRUŠNEJ AORTY S AORTOKAVÁLNOU FISTULOU

Bódiš L., Galko J., Mondek P.

OCCH, FN Nitra

Pod pojmom aneurizma rozumieme patologické rozšírenie cievy s jasne definovanými hranicami. Aneurizma abdominálnej aorty (AAA) je vážne ochorenie, potenciálne ohrozujúce život pacienta, obzvlášť ak dôjde k jej ruptúre. Najviac ohrozenou skupinou, pre vznik aneurizmy, sú muži vo vyššom veku. Zriedkavou komplikáciou AAA je aortokaválna fistula (ACF), vyskytujúca sa približne v 0,2% -1,2% všetkých prípadoch AAA. Väčšina ACF je symptomatická. V klinickom obraze dominujú bolesti brucha a chrbta, zvýšený venózný návrat a s tým spojené kardiálne preťaženie, opuch dolných končatín, hematúria, klinické prejavy hepatálneho zlyhania a renálnej insuficiencie.

V našej kazuistike prezentujeme prípad 77-ročného pacienta, s dvojtýždňovou anamnézou miernych

bolestí brucha s vyžarováním do chrbta a celkových slabostí. V čase prijatia progresia ťažkostí. Pacient hypotenzný, cirkulácia šoková, lokálne na bruchu hmatná pulzujúca rezistencia. Na CTag verifikovaná infrarenálna, veľká (96mm) aneuryzma brušnej aorty s aktívnym leakom do retroperitonea, masívny retroperitoneálny hematóm a taktiež prítomná aortokaválna fistula. U pacienta prevedený urgentný operačný výkon – resekcia rupturovanej aneuryzmy brušnej aorty s ošetrením fistulačného otvoru a náhradou Aorto-biFemorálnym bypassom.

MEZENTERIÁLNA ISCHÉMIA – KLINICKÉ SKÚSENOSTI

Kadlečíková K., Mondek P., Galko J., Hruškovič J., Bedevelsky I., Tóth J., Mesárošová S., Milá Z., Bódiš L., Duchoň M., Bodó J.
OCCH, FN Nitra

Ciel' práce: Mezenteriálna ischemia je syndróm charakterizovaný prerušením prívodu krvi do rôznych častí čreva, čo vedie k ischemii a sekundárnym zápalovým zmenám. Ak sa tento proces nelieči, môže prejsť do života ohrozujúcej črevnej nekrózy.

Klinicky sa môže prejavíť akútne alebo chronicky.

Najčastejšie príčiny mezenterickej ischemie sú embolizácia, trombóza, ateroskleróza, aneuryzma – disekcie aorty event. mezenterických tepien, vaskulitída, kardiálne zlyhávajúce a oklúzia mezenterickej vény. Špecifickú skupinu tvoria neoklúzne ischemie čreva.

Cieľom tejto práce je prezentovať naše skúsenosti s týmto ochorením.

Metódy: V priebehu roka 2022 sme v spolupráci s Chirurgickou klinikou ošetrili 8 pacientov s mezenterickou ischemiou. Z toho 5 žien a 3 mužov. V piatich prípadoch sme využili chirurgické riešenie. Dvakrát sme použili endovaskulárnu liečbu a jedenkrát po prvotnej endovaskulárnej intervencii nasledovalo chirurgické riešenie.

Výsledky: Do domácej starostlivosti bolo z našej nemocnice prepustených 5 pacientov. Jeden pacient bol preložený na chirurgické oddelenie v rajóne. V dvoch prípadoch nastala smrť.

Záver: Mezenteriálna ischemia je závažné ochorenie viscerálneho riečiska s vysokou úrovňou mortality. Môže imitovať všetky ostatné intraabdominálne patológie, preto cca 60% je neskoro alebo nesprávne diagnostikovaných. Prežívanie pri akútnej ischemii je cca 50% pri rozpoznaní do 24h. Pri neskorom stanovení diagnózy prežívanie prudko klesá pod 30%.

Pri bolestiach brucha by sme mali myslieť aj na túto diagnózu, najmä v časoch, keď má takmer každý pacient s náhlou príhodou brušnou realizované CT vyšetrenie brucha.

Za ideálnych podmienok je zabezpečená úzka spolupráca brušného a cievneho chirurga.

NEDOCENENÁ ARTÉRIA GASTRODUODENALIS

Varga L.¹, Längle F.², Kunzo M.², Edler G.²

Nemocnica AGEL Komárno¹, LK Wiener Neustadt Austria²

Arteria gastroduodenalis v klinike, v praxi aj literárne je nedostatočne zdôraznená.

V chirurgickej praxi je predoperačne poznanie typu arteriálneho zásobenia v supramesokolicom priestore esenciálne. Vo frankofónnej oblasti je standby prítomnosť cievneho chirurga pri komplexných výkonoch supramesokolickeho priestoru nepostrádateľná.

Kazuistika prezentuje operačné riešenie pseudoaneuryzmy art. hepatica communis pri neznámej indikácii a neznámej rekonštrukcii v roku 1981 zachovanou arteria gastroduodenalis po exklúzii pseudoaneuryzmy.

FIBROADIPÓZNA CIEVNA ANOMÁLIA STEHNA U MLADEJ ŽENY – KAZUISTIKA

Kopalová I.¹, Šinák I.²

Oddelenie cievnej chirurgie UN Martin, Angioderm, angiologická ambulancia, Žilina¹,

Oddelenie cievnej chirurgie UN Martin²

Úvod: Vaskulárne anomálie (VA) predstavujú veľmi heterogénnu skupinu vrodených ochorení s potenciálom postihnúť ktorýkoľvek orgán alebo tkanivo. Subjektívne ťažkosti pacienta môžu byť dlhé roky nešpecifické, alebo môžu byť omylom považované za choroby pohybového ústrojenstva. Je dôležité pripomenúť, že ide o ochorenia, ktoré sa klinicky prejavujú už v detstve alebo adolescencii a správny manažment týchto pacientov je vzhľadom na predpokladanú dĺžku a kvalitu života veľmi dôležitý.

Opis prípadu: 22 ročná pacientka bez závažného predchorobia, od 15. roku progredujúce bolesti ľavého stehna v distálnej časti, vrátane nočných bolestí s nespavosťou. Progresia ťažkostí a intermitentný lokálny edém stehna postupne s limitáciou akejkoľvek pohybovej aktivity. V priebehu 6-tich rokov opakovane vyšetrená ortopédom a chirurgom s negatívnym nálezom. V roku 2020, po komplexnom vyšetrení vyslovené podozrenie na raritnú vaskulárnu anomáliu FAVA (fibroadipose vascular anomaly). V októbri 2021 realizovaný chirurgický výkon so subtotálnou excíziou lézie na oddelení cievnej chirurgie v UN Martin. Histologická analýza potvrdila predpokladanú diagnózu FAVA. Už niekoľko dní po operácii zaznamenaná výrazná úľava od bolestí končatiny a postupný návrat k aktívnemu športu. Dva roky po operácii je pacientka bez ťažkostí a ostáva v sledovaní.

Záver: FAVA je nízkoprietoková anomália špecifická tým, že býva lokalizovaná pod svalovou fasciou, a teda na povrchu kože nie je viditeľná. Najčastejšie sa vyskytuje intramuskulárne v oblasti dolných končatín a spôsobuje na rozdiel od iných anomálií s nízkym prietokom nezvyčajne silné bolesti, ktoré sa stupňujú jej rastom. Diagnostika pozostáva z anamnézy, zobrazovacieho vyšetrenia (MR angiografia), a histológie, ktorá potvrdí prítomnosť dysplastických ciev s fibróznou tukovou tkanivom. V súčasnosti neexistuje kauzálna liečba, ale podľa literatúry môže mať liečebný efekt chirurgická excízia, endovenózna termálna ablácia alebo kryoterapia.

Kľúčové slová: fibroadipózna vaskulárna anomália, FAVA, atypické bolesti stehna, chirurgická liečba



INTERNATIONAL MEDTECH DISTRIBUTOR

WE HELP WE PROVIDE MORE WE ASPIRE FOR MORE

Aspironix bol založený v roku 2011 s cieľom výrazne prispieť k zvýšeniu dostupnosti kvalitných zdravotníckych prostriedkov v strednej Európe.

Veríme, že pre rozvoj zdravotnej starostlivosti v regióne je nutné poskytovať **produkty a služby zdravotnej starostlivosti**, ktoré budú plne reflektovať potreby zákazníkov a trendy spoločnosti. Sme presvedčení, že práve kombinácia produktov a služieb poskytovaná spoločnosťou **Aspironix** môže byť tým správnym spojením pre **zdravý rozvoj zdravotníctva**. Kombinácia distribúcie kvalitných výrobkov, profesionálnych služieb a starostlivosti o pacientov je často našimi zákazníkmi a partnermi považovaná za kľúčový rozdiel **Aspironixu** od rady bežných distribútorov.

Naším Aspironix posolstvom je **pomáhať**. Poskytujeme kvalitné inovatívne produkty v oblasti **chirurgie, podtlakovej terapie, vlhkého hojenia rán, kardiológie, mamu diagnostiky, plastickej a estetickej medicíny**.



www.aspironix.com

Aspironix s.r.o.
Šoltésovej 7325/14
811 08 Bratislava
info@aspironix.com

Hlavní partneri



Partner



Ďalší partneri



Technicko-organizačné zabezpečenie



FARMI - PROFI, spol. s r.o.

Pestovateľská 2

821 04 Bratislava

+421 2 6446 1555

info@farmiprofi.sk