



SK SaPA | Slovenská komora sestier
a pôrodných asistentiek

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

**SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER
A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK**

**SLOVAK SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY
OF THE SLOVAK MEDICAL ASSOCIATION**

SLOVAK CHAMBER OF NURSES AND MIDWIVES

organizuje/organises

**XXIV.
SLOVENSKÝ KONGRES
CIEVNEJ CHIRURGIE
s medzinárodnou účasťou**

**24th
SLOVAK CONGRESS
OF VASCULAR SURGERY
with international participation**

**7. – 9. 4. 2022
JASNÁ, Residence hotel Družba**

**PROGRAM
ABSTRAKTY**

**www.cievnachirurgia2022.sk
www.sscch.sk**



Úvodné slovo 3

Organizačný výbor kongresu 4

Všeobecné informácie 5

Prehľad odborného programu 8

Odborný program kongresu 9

Abstrakty 17

Partneri kongresu

Vážené dámy a páni, milí kolegovia,

členovia organizačného výboru našej odbornej spoločnosti oceňujú, že Ste opäť prijali pozvanie na XXIV. Slovenský kongres cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou, ktorý sa bude konať 7. až 9. apríla 2022 v Jasnej. Teší nás, že podľa súčasných epidemiologických požiadaviek je konečne možné organizovať kongres prezenčnou formou. Počet aktívnych účastníkov nám dovoľuje predstaviť Vám kvalitný odborný program nášho kongresu. Podarilo sa nám vytvoriť a zabezpečiť 3 sekcie – „Pro & contra“. Na náš kongres prijali pozvanie s vyžadanými prednáškami 13 poprední odborníci v oblasti vaskulárnej medicíny zo Slovenska a z Českej republiky. Aj touto cestou im chceme vyjadriť poďakovanie, že výraznou mierou prispievajú 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 postupy na supraaortových vetvách aorty, v aortálnej chirurgii, v liečbe akútnej a 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.

Mladí lekári a sestry majú samostatnú sekciu na kongrese a zapoja sa o súťaž o najlepšiu honorovanú prednášku, ktorú im poskytne náš výbor odbornej spoločnosti.

Na úvod diskusného večera na návrh výboru našej spoločnosti odovzdáme čestné členstvo našej odbornej spoločnosti a ocenenia SLS pre aktívnych členov našej spoločnosti, ktorí sa zaslúžili svojou prácou o jej rozvoj.

Vážení kolegovia a priatelia, pevne veríme, že kongres si 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. Roman Slyško, PhD., MPH.

Členovia

MUDr. František Rusňák – **predseda lokálneho organizačného výboru**

MUDr. Július Janek, PhD.

MUDr. Vladimír Sihotský, PhD.

Mgr. Agata Gáborová

SEKRETARIÁT KONGRESU



Ing. Michaela Hladová

FARMI - PROFI, spol. s r. o.

Pestovateľská 2

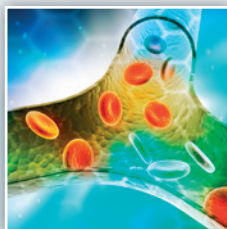
821 04 Bratislava

Tel.: +421 2 6446 1555

Mobil: +421 903 133 638

E-mail: hladova@farmiprofi.sk

www.farmiprofi.sk



VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

TERMÍN KONANIA

7. – 9. 4. 2022

MIESTO KONANIA

JASNÁ, Residence hotel Družba

www.druzbahotel.sk

REGISTRÁCIA

štvrtok	7. 4. 2022	08:30 – 17:00
piatok	8. 4. 2022	08:30 – 17:00
sotoba	9. 4. 2022	08:30 – 09:30

ÚČASTNÍCKY POPLATOK

Lekár – člen SSCCH SLS	90 €
Lekár – nečlen SSCCH SLS	120 €
Lekár do 35 rokov	40 €
Sestra – člen SKSaPA	25 €
Sestra – nečlen SKSaPA	36 €

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

SPÔSOB PLATBY

Platbu je možné uskutočniť bankovým prevodom alebo platobnou kartou.

Potvrdenie o zaplatení poplatku je potrebné predložiť pri registrácii.

Súčasťou úspešnej registrácie je aj úhrada poplatku v prislúchajúcom termíne.

V prípade záujmu o vystavenie faktúry kontaktujte, prosím: **barlova@farmiprofi.sk** (do správy, prosíme uviesť uhradenú sumu a všetky povinné fakturačné údaje).

Túto žiadosť je potrebné poslať najneskôr do 3 pracovných dní po uskutočnení platby.

ONLINE PLATBA KARTOU

(hneď po odoslaní prihlášky na **www.cievnachirurgia2022.sk** budete presmerovaný na zabezpečenú platobnú bránu VÚB eCard, kde uhradíte poplatok online svojou platobnou kartou)

BANKOVÝ PREVOD

IBAN	SK86 1100 0000 0029 4602 8927
Swift code:	TATR SK BX
Variabilný symbol:	02042020
Konštantný symbol:	0308
Špecifický symbol:	ID v komore
Správa pre príjemcu:	meno a priezvisko lekára príp. sestry, za ktorého (ktorú) je poplatok hrađený

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 CIEVNÝCH CHIRURGOV A SESTIER

Súčasťou vedeckého programu XXIV. 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 prípadne uverejnený v časopise Vaskulárna medicína (vydavateľstvo Solen).

KREDITOVÉ HODNOTENIE**LEKÁRI:****Aktívna účasť:**

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

Pasívna účasť:

Akreditačná rada Slovenska pre kontinuálne medicínske vzdelávanie (ARS CME)
 6 + 6 + 1 kredit 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)
 6 + 6 + 1 kredit CME (účasť počas všetkých troch dní)

Registrovaní účastníci získavajú potvrdenie o účasti na záver konania kongresu (9. 4. 2022).

KONGRESOVÁ VEČERA, ODOVZDÁVANIE OCENENÍ SSCCH SLS

Piatok 8. 4. 2022, 20:00 h, reštaurácia Residence hotela Družba

Cena vstupenky je 45 €.

Vstupenky je potrebné objednať najneskôr do 15. 3. 2022 na hladova@farmiprofi.sk.

Vstupenky nebude možné zakúpiť priamo na mieste. Počet vstupeniek je obmedzený.

POKYNY PRE VYSTAVOVATEĽOV

Montáž stánkov farmaceutických a prístrojových spoločností je možná najskôr v stredu 6. 4. 2022 od 16:00 do 22:00 h, prípadne 7. 4. od 8:00 do 10:30 h.

Demontáž stánkov je možná v sobotu 9. 4. 2022 od 11:00 h.

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

PREHĽAD ODBORNÉHO PROGRAMU

STREDA, 6. 4. 2022

16:00 – 18:00 **Zasadnutie výboru Slovenskej spoločnosti cievnnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného odborníka MZ pre odbor cievnna chirurgia**
Residence hotel Družba, Jasná

ŠTVRTOK, 7. 4. 2022

12:25 Otvorenie kongresu
12:30 – 14:40 Sekcia A: "Pro & Contra" Vyžiadané prednášky
14:40 – 15:50 Sekcia B: Cievne prístupy. Žilová trombóza.
15:50 – 16:00 Prestávka
16:00 – 17:00 *Sympóziu podporené spoločnosťou Servier*
17:00 – 18:30 Sekcia C: Liečba varixov a AV malformácií
18:30 Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnnej chirurgie SLS

PIATOK, 8. 4. 2022

09:30 – 11:30 Sekcia D: Sesterská sekcia
12:30 – 13:20 Sekcia E: Sekcia mladých cievnych chirurgov
13:20 – 14:30 Sekcia F: Diabetická noha, akútna a chronická končatinová ischémia
14:30 – 15:00 Prestávka
15:00 – 15:30 *Minisymposium podporené spoločnosťou AlfaSigma*
15:30 – 16:00 *Minisymposium podporené spoločnosťou Swixx BioPharma*
16:00 – 16:15 Prestávka
16:15 – 17:55 Sekcia G: Ochorenie aorty
20:00 Kongresová večera, odovzdávanie ocenení SSCCH SLS

SOBOTA, 9. 4. 2022

09:00 – 10:20 Sekcia H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky
Záver kongresu

ODBORNÝ PROGRAM

STREDA, 6. 4. 2022

16:00 – 18:00 **Zasadnutie výboru Slovenskej spoločnosti cievnnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného odborníka MZ pre odbor cievnna chirurgia**
Residence hotel Družba, Jasná

ŠTVRTOK, 7. 4. 2022

12:25 – 12:30 **Otvorenie kongresu**
MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH. – prezident SSCCH SLS
12:30 – 14:40 **SEKCIA A: „PRO & CONTRA“ Vyžiadané prednášky** (15 + 5 min.)
Predsedníctvo: Šinák I., Slyško R.

Pro & contra: Ochorenie karotíd

- 1 Karotický stenting
Maďarič J. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška
- 2 Karotická endarterektómia
Mondek P. (Nitra) – vyžiadaná prednáška
- 3 Karotická endarterektómia vs. karotický stenting.
Medicínska a ekonomická analýza.
Slyško M., Lámala R., Bartová M. (Bratislava)

Pro & contra: Diabetická noha

- 4 Endovaskulárny prístup k diabetickej nohe z pohľadu angiológa
Širila M. (Trenčín) – vyžiadaná prednáška
- 5 Chirurgická liečba diabetickej nohy z pohľadu cievneho chirurga
Necpal R. (Banská Bystrica) – vyžiadaná prednáška

Kompresívne vaskulárne syndrómy

- 6 Klinicky významné kompresívne syndrómy
Šinák I. (Martin) – vyžiadaná prednáška
- 7 Naše skúsenosti a odporúčania s chirurgickou liečbou Wilkieho syndrómu
Tomka J. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška

14:40 – 15:50 SEKCIA B: CIEVNE PRÍSTUPY. ŽILOVÁ TROMBÓZA.*Predsedníctvo: Necpal R., Sihotský V.*

- 1 Co je nového v chirurgii cévních přístupů (15 + 5 min.)
Baláž P. (Praha) – vyžiadaná prednáška
- 2 Neointimálna hyperplázia a cievne prístupy pre dialýzu
Galko J., Mondek P. (Nitra)
- 3 Možnosti cievnej chirurgie v liečbe pokročilých nádorov
Kopolovets I., Berek P., Sihotský V., Kubíková M., Tomečko M., Žurkovský I., Štefanič P., Frankovičová M. (Košice)
- 4 Multidisciplinárny prístup k liečbe phlegmasia cerulea dolens
Dekanová L., Szabóová E., Košco M., Kubíková M., Sihotský V. (Košice)
- 5 Paget-Schrötterov syndróm z pohľadu rádiológa
Sýkora J., Zeleňák K., Sýkorová M., Vorčák M., Hlinka L., Šinák I. (Martin)
- 6 Surfacar inside-out system – naše prvé skúsenosti
Zanovít M., Necpal R., Žilinčan M., Klepanec A. (Banská Bystrica)

15:50 – 16:00 *Prestávka/Coffee Break***16:00 – 17:00 Sympóziu podoporené spoločnosťou SERVIER***Moderátor: MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.
(Odd. cievnej chirurgie, FN Nitra)*

- 1 Nové trendy v liečbe pokročilých štádií CHVI
Žernovický F. (Bratislava)
- 2 Liečba vredu predkolenia v závislosti na „lokálnych“ možnostiach
Podolec M. (Ružomberok)

17:00 – 18:30 SEKCIA C: LIEČBA VARIXOV A AV MALFORMÁCIÍ*Predsedníctvo: Kubíková M., Baláž P.*

- 1 Súčasný modality v chirurgickej liečbe varixov (15 + 5 min.)
Žernovický F. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška
- 2 Role chirurga v dynamice léčení chronického žilního pánevního onemocnění
Pták P. (České Budějovice)

- 3 Léčba periferních žilních malformací etanolem
Köcher M., Černá M., Utíkal P., Zálešák B. (Olomouc)
- 4 Skúsenosti s endovenóznou laserovou abláciou
Šefránek V. (Bratislava)
- 5 EVLT vs. VariClose – česká multicentrická štúdia
Rokošný S., Baláž P. (Praha)
- 6 Venózne aneurizmy
Kubíková M., Berek P., Sihotský V., Kopolovetz I., Závacká M., Pobeňová J., Štefanič P. (Košice)
- 7 Výkony abdominálnej flebochirurgie
Janek J., Kminiak R., Necpal R., Takáč R., Rusňák M., Ondruška M., Zanovít M., Bedevelskyi M. (Banská Bystrica)
- 8 Leomyosarkóm dolnej dutej žily – 10 ročné skúsenosti s radikálnou chirurgickou liečbou
Kminiak R., Janek J., Necpal R., Zacharovský R., Zanovít M. (Banská Bystrica)

18:30**Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS**

- 1 Správa o činnosti spoločnosti v období 2019 – 2021
Tomka J.
- 2 Správa hlavného odborníka 2021
Mondek P.
- 3 Finančná správa
Slyško R.
- 4 Správa zo zasadnutia výboru ESVS
Janek J.
- 5 Správa o činnosti ESVT
Vaško L.
- 6 Diskusia

PIATOK, 8. 4. 2022

09:30 – 11:30 **SEKCIA D: SESTERSKÁ SEKCIA**
Predsedníctvo: Gáborová A., Saková J.

- 1 Varixy pokaždé jinak
Vojnarová M., Juřenová E. (Třinec)
- 2 Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po trombolýze
Schmidtová M., Bodzsárová Ľ., Gáborová A. (Bratislava)
- 3 Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po implantácii AV fistuly
Gáborová A., Šonová K., Schmidtová M. (Bratislava)
- 4 Komplexnost lokální péče u pacientů s nehojícími se ranami
Holubová A., Chlupáčová L. (Soběslav)
- 5 Fyzioterapia v cievnej chirurgii
Melicherčíková K., Horváthová A., Húsková S. (Bratislava)
- 6 Použitie bezpečnostnej striekačky v prevencii poranenia zdravotného personálu
Jankovič T. (Nitra)
- 7 Usmievavá, modro-biela, podobá sa na anjela
Kucera J. (Třinec)

12:30 – 13:20 **SEKCIA E: SEKCIA MLADÝCH CIEVNÝCH CHIRURGOV**
Predsedníctvo: Mondek P., Janek J., Tomka J.

- 1 Protézoenterální píštěl – kazuistika možné úspěšné léčby
Jarošciaková J., Utíkal P., Rulíšek P., Köcher M., Konečný M. (Olomouc)
- 2 Hypothernar Hammer syndróm – kazuistika
Ivanko M., Jandušíková V., Zelenák K., Hlinka Ľ., Šinák I. (Martin)
- 3 Akútna ischémia hornej končatiny u novorodenca
Pribula M., Očkaj M., Hlinka Ľ., Šinák I. (Martin)
- 4 Chirurgická liečba cephalic arch stenózy
Rusňák M., Necpal R., Janek J. (Banská Bystrica)
- 5 Chirurgická explantácia okludera Figulla (DPS) zo suprarenálnej aorty
Bakirli I., Talal A., Tomka J. (Bratislava)

13:20 – 14:30 **SEKCIA F: DIABETICKÁ NOHA, AKÚTN A CHRONICKÁ KONČATINOVÁ ISCHÉMIA**
Predsedníctvo: Rusňák F., Čupka I.

- 1 Možnosti hybridnej terapie akútnej končatinovej ischémie
Bulejčík J., Blaha I., Šolek R. (Třinec)
- 2 Naše skúsenosti s hybridnými výkonmi
Sihotský V., Berek P., Kopolovets I., Štefanič P., Frankovičová M. (Košice)
- 3 Léčba paclitaxelem potahovaných balónkových katetrů a stentů – přístup našeho pracoviště
Kučera D., Válka M., Maděříč D., Kozák J., Bezečný J., Krátky J., Jetmar V. (Ostrava)
- 4 Endovaskulární řešení aortoiliakálního postižení
Wierzgoń M. (Třinec)
- 5 Popliteální aneuryzma – výsledky chirurgické léčby
Chovancová T., Mazur M., Klosová P., Pekař M. (Ostrava)
- 6 Endarterektómia ako metóda prvej voľby pri revaskularizácii?
Kovács V., Čupka I., Czeri J., Bajuzíková Ľ., Danišová D. (Lučenec)
- 7 Ako a kedy revaskularizovať pacientov s diabetickou nohou
Macková A., Kováč P. (Prešov)

14:30 – 15:00 Prestávka/Coffee Break

SYMPOZIÁ

15:00 – 15:30 **Minisymposium podporené spoločnosťou ALFASIGMA „Vessel Due F v klinickej praxi“**
Moderátor: MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH.
(Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH, a.s., Bratislava)

- 1 Arteriálny tromboembolizmus u COVID-ových pacientov
Macková A. (Prešov)
- 2 Ochoa 2021: Chrání sulodexid pred SARS-CoV-2 spôsobenou endotelitídou s/pri hyperkoaguláciou a zápalom?
Babíková M. (Bratislava)

15:30 – 16:00 **Minisymposium podporené spoločnosťou SWIXX BIOPHARMA**

Moderátor: MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH.

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

1 Praktické aspekty liečby LMWH

Lauko V. (Bratislava)

2 Použitie LMWH vo vaskulárnej medicíne – lieky pre celú škálu „cievných“ pacientov

Flák F. (Bratislava)

16:00 – 16:15 Prestávka/Coffee Break

16:15 – 17:55 **SEKCIA G: OCHORENIA AORTY**

Predsedníctvo: Tomka J., Köcher M.

Pro & contra**1 Endovaskulárna liečba AAA (15 + 5 min.)**

Köcher M. (Olomouc) – vyžiadaná prednáška

2 Chirurgická liečba AAA (15 + 5 min.)

Slyško R. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška

3 Súčasný stav v liečbe disekcie aorty (15 + 5 min.)

Vařejka P. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška

4 Súčasný stav v liečbe TAAA (15 + 5 min.)

Štádlér P. (Praha) – vyžiadaná prednáška

5 Pozdní komplikace po implantaci stentgraftu pro aneurysma břišní aorty při dlouhodobém sledování

Černá M., Köcher M., Utíkal P., Dráč P., Prášil V., Bachleda P. (Olomouc)

6 Endovaskulárna liečba vlajúcich trombov descendentnej aorty

Sivák J., Sucháč M., Kmetková K., Palkech T., Striežová I., Bronerská Z., Vozár M. (Banská Bystrica)

20:00

Kongresová večera, odovzdávanie ocenení SSCCH SLS**SOBOTA, 9. 4. 2022**9:00 – 10:20 **SEKCIA H: VARIA, KLINICKY ZAUJÍMAVÉ KAZUISTIKY**

Predsedníctvo: Beňo P., Galko J.

1 Súčasný klinický modalita v liečbe AKI (15 + 5 min.)

Ručka D., Flák F. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška

2 Konzervatívni terapie s využitím sulodexidu u pacientů s kaudikacemi i s chronickou končetinu ohrožující ischemií

Kubíček L., Dvořák M., Staffa R. (Brno)

3 Optimalizácia farmakoterapie hospitalizovaných pacientov – možnosti spolupráce s farmaceutmi

Krajčovičová K., Porubcová S. (Bratislava)

4 Liečba rán v traumatologickej ambulancii a nové metódy diagnostiky infekcie v rane

Serbak M. (Ružomberok)

5 Využitie preplachového VAC na oddelení cievnej chirurgie UNB

Lámala R. (Bratislava)

6 Extrakraniálna pseudoaneurysma karotickej artérie a jej chirurgické riešenie. Raritné ochorenie supraaortálnych vetiev

Milá Z., Hruškovič J., Mondek P. (Nitra)

7 Poranenia artérií hornej končatiny – naše skúsenosti (2 kazuistiky)

Podolec M., Rusňák F., Beňo P., Horný L., Oravec T. (Ružomberok)

Záver kongresu

SEKCIA A: „PRO & CONTRA“

OCHORENIE KAROTÍD

Karotická endarterektómia vs. Karotický stenting. Medicínska a ekonomická analýza.

Slyško R., Lámala R., Lévy J., Bartová M.

UNB NsvCaM Antolská, Oddelenie cievnej chirurgie, Bratislava

Ciele: Cieľom práce je na základe relevantných medicínskych informácií a ekonomických ukazovateľov porovnať obe terapeutické modalities.

Metódy: Porovnanie „up to date“ medicínskych štúdií a odporúčaní odborných spoločností. Medicínska časť je venovaná detailnému popisu ochorenia – zúženiu karotickej tepny, diagnostike ochorenia ako aj následným spôsobom nožnej liečby. Z najnovších odborných prác sú citované a medicínske dôkazy o využiteľnosti oboch metodík liečby, spolu s odporúčaniami medicínskeho postupu podľa nosných odborných spoločností. Ekonomická časť predstavuje porovnanie karotickej endarterektómie a karotického stentingu v podmienkach Slovenska, s presným vyčíslením ceny výkonu podľa použitého špeciálneho zdravotníckeho materiálu používaného pri týchto výkonoch.

Záver: Na základe zistených medicínskych skutočností by mala byť karotická endarterektómia metódou voľby v liečbe symptomatických stenóz karotickej tepny. Karotický stenting ma byť využívaný iba v skupine vysoko rizikových pacientov, prípadne pacientov z iného dôvodu kontraindikovaných ku CEA. V skupine asymptomatických pacientov je opodstatnená v určitých prípadoch podliehajúcim guidelines iba realizácia karotickej endarterektómie, vysoko rizikovní pacienti by mali byť liečení iba konzervatívne. Podľa ekonomickej analýzy je karotický stenting 5 – 6 násobne drahší spôsob liečby, v závislosti od typu karotickej endarterektómie.

KOMPRESÍVNE VASKULÁRNE SYNDRÓMY

Klinicky významné cievne kompresívne syndrómy

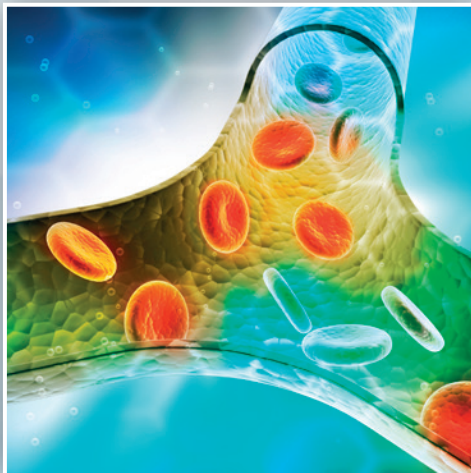
Šinák I.

OCCH UNM Martin

Cievne kompresívne syndrómy (CKS) predstavujú heterogénnu skupinu ochorení, ktoré majú odlišnú patológiu oproti bežným cievny m ochoreniam. Vznikajú vonkajšou kompre-

ABSTRAKTY

Príspevky neprešli jazykovou korektúrou



siou normálnej, chorobou zväčša nepostihnutej cievy. Sú relatívne zriedkavé a vo vaskulárnej medicíne patria medzi najkontroverznejšie ochorenia. Spoľahlivé diagnostické kritéria nie sú vždy presne stanovené pričom stupeň istoty chirurgickej liečby je všeobecne nízky. Zároveň vzťahy medzi stupňom kompresie cievy a klinickými prejavmi nemusia byť kauzálné. Z toho vyplýva, že rozhodnutie k chirurgickej liečbe je mimoriadne obtiažne. Cieвне kompresívne syndrómy postihujú zväčša pacientov v mladom alebo strednom veku, bez pridružených ochorení, často aktívnych športovcov. Kompresia pritom môže závažne ohroziť zdravie a kvalitu života inak zdravého jedinca. Chirurgická liečba dosahuje dobré výsledky len u presne selektovaných pacientov a pri presnom načasovaní, kedy operačná liečba súčasne predchádza vzniku komplikácií.

Typický kompresívny syndróm je výsledkom kompresie tepny, žily alebo sprievodného nervu, okolitou štruktúrou. Druhou možnosťou vzniku syndrómu je abnormálny priebeh alebo abnormálna morfológia strednej či veľkej tepny, čo vedie k útlaku priľahlého dutého orgánu. Najčastejším príkladom je Wilkieho syndróm, pri ktorom je kompresia tretej časti duodena spôsobená atypickým priebehom arteria mesenterica superior. Pri syndróme arteria lusoria dochádza k ezofageálnej obštrukcii útlakom aberantnej pravej subklaviálnej tepny.

Z toho vyplýva, že podľa patofyziologických dôsledkov, či kompresívne vaskulárne syndrómu spôsobujú ischémiu, venóznú stázu alebo útlak viscerálnych orgánov, možno CKS rozdeliť na: I. arteriálne II. venózne III. viscerálne

Podľa anatomickej lokalizácie jednotlivých kompresívnych syndrómov ich možno rozdeliť do troch skupín: I. abdominopelvické CKS II. končatinové CKS III. kompresívne syndrómy krku a hrudníka.

Záver: Vaskulárne kompresívne syndrómy typicky postihujú pacientov v mladom a strednom veku, bez závažnejšej komorbidity, pričom výrazne ohrozujú ich zdravie alebo kvalitu života. Vzťahy medzi stupňom kompresie a klinickými príznakmi nemusia byť v priamej úmery. Úspešná chirurgická musí byť presne načasovaná aby predchádzala vzniku komplikácií a priniesla pre pacienta výrazný benefit. K tomu je potrebná multiodborová spolupráca, konsenzus v etiológii, patogenéze, diagnostike a modernom manažmente. Vaskulárne kompresívne syndrómy v dnešnej dobe zostávajú výzvou pre cievných špecialistov.

Wilkieho skúsenosti a odporúčania v chirurgickej liečbe wilkieho syndrómu

Tomka J., Talal A., Petrašovič M., Žernovický F.

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

Kompresívny syndróm artériou mesenterica superior (AMS) duodéna ako príčina výrazných GIT klinických potiaží u pacientov sa vyskytuje podľa literárnych údajov v chirurgic-

kej praxi raritne. Arteriomesenterická kompresia duodéna bola prvýkrát popísaná von Rokitským (1842) a Wilkiem v roku 1927 ako chronický duodenálny ileus. Príčinou tohto syndrómu je ostrý odstup a tesný paraaortálny priebeh a. mesenterica superior (norma 30 – 45 stupňov) pri syndróme okolo 8 – 20 stupňov. Tento anomálny priebeh AMS sa klinicky veľmi často prejavuje len ako (Nutcrackerov syndróm (kompresia ľavej vena renalis) a raritne ako aj kompresia D3 oblasti duodéna. V klinickom obraze navyše oproti angine abdominalis je charakteristická výrazná gastroplégia, proximálna dilatácia duodena a intenzívne postprandiálne potiaže u pacientov. Podľa literárnych údajov bol tento syndróm popísaný len u 57 pacientov a najčastejšie bol riešený ako črevný derivačný bypas – latero-laterálnou duodenojejunálnou anastomózou, event. gastrojejunostomiou, zriedkavo len adhesiolysou Trietzovho ligamenta. Prvá úspešná chirurgická revaskularizačná dekompresia bola vykonaná v roku 2008 v Düsseldorfe. Arteriálny mesenterický kompresívny ring bol odstránený pomocou transpozície a. mesenterica superior z jej pôvodného supraparaneálneho odstupu do infrarenálnej časti aorty.

Autori referujú o tomto spôsobe chirurgickej liečby u veľkého počtu 25 pacientov (transpozičnej technike AMS do infrarenálnej časti aorty) na ich pracovisku. Zrejme sa jedná o prvé transpozičné výkony na AMS pri tejto diagnóze, ktoré boli vykonané na Slovensku. V piatich prípadoch sa simultánne riešil aj Dunbarov syndróm. V 1 prípade sa vyskytla lymfocela retroperitoneálne, ktorá bola vyriešená po transkutánnej punkcii s retrorenálneho priestoru a konzervatívnou liečbou. V jednom prípade sa po uzávere transpozície AMS pre pokročilú AS zmeny na abdominálnej aorte indikovala reoperácia (vykonanie) protetickej náhrady abdominálnej aorty s následnou reinzerciou AMS.

Tranpozičnú techniku AMS pokladáme a odporúčame ju primárne ako metódu voľby u pacientov pri tomto syndróme. Pokladáme ju za fyziologickejšie operačné riešenie ako primárne indikované GIT derivačné anastomózy.

SEKCIA B: CIEVNE PRÍSTUPY. ŽILOVÁ TROMBÓZA.

Co je nového v chirurgii cévních přístupů

Baláž P.

FNKV, Praha, Česká republika

Historicky poprvé byl cévní přístup (arteriovenózní fistule, AVF) pro hemodialýzu popsán a vytvořen Scribnerem, Dillardem a Quintonem v roce 1960, kdy se dialyzátor napojoval za pomoci teflonových hadiček implantovaných v tepně a žíle pacienta. Revoluční bylo vytvoření radiocefalické AVF v roce 1966 Bresciem, Cimminem a Appelem. I přes dlouhou historii a propracovanou techniku vytváření AVF, se neustále hledají další možnosti jak zlepšit, zjednodušit chirurgii AVF, nebo se dokonce chirurgickému zákroku úplně vyhnout. Prezentace popisuje hlavní technické novinky v endovaskulárním vytváření cévních přístupů (EVERLINQ

a ELLIPSIS), prezentuje prvé výsledky stabilizačného systému VasQ, rozebírá výsledky štúdií využívajúc systém HERO GRAFT u pacienta s uzáverom centrálného žilného systému. Na záver je prezentovaný doporučený postup liečby aneurizmat cévných prístupov na podklade posledného systematického review a meta-analýzy. Prezentáciu uzatvára predstavenie nového klasifikačného systému AVAS pro klasifikaci možnosti vytváření cévních přístupu.

Možnosti cievnej chirurgie v liečbe pokročilých nádorov

Koplovets I., Berek P., Sihotský V., Kubíková M., Tomečko M., Žurkovský I., Štefanič P., Frankovičová M.

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

Úvod: Nádorové ochorenia sú 2. najčastejšou príčinou úmrtí na celom svete. Choroba diagnostikovaná vo včasnom štádiu má šancu na priaznivý výsledok liečby. Avšak ku cievnej chirurgii sú väčšinou odosielaní pacienti už s pokročilým nádorovým ochorením, kedy sa jedná o infiltráciu alebo prerastanie ciev tumoróznymi masami. V takomto prípade sa prakticky vždy jedná o pokročilý nádorový proces, prognóza závisí predovšetkým od histologického záveru a citlivosti na onkologickú liečbu. Napriek tomu chirurgická liečba stále ostáva veľmi dôležitou aj pri pokročilých tumoroch. Podľa klinických štúdií aj cytoreduktívna chirurgia má pozitívny vplyv na celkové prežívanie pacientov. Samostatnou skupinou sú pacienti s nádorovým ochorením, ktoré infiltruje cievy. Vtedy je veľmi dôležitá multidisciplinárna spolupráca: chirurg – cievny chirurg – onkológ.

Účel: Analýza skupiny pacientov s nádorovým ochorením, u ktorých pri chirurgickej liečbe sa vykonávala cievna rekonštrukcia.

Materiály a metódy: Prezentujeme 27 pacientov, operovaných na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH a. s. a LF UPJŠ za obdobie rokov 2015 – 2020 (tumor glomus caroticum – 5, neuroanglióm – 2, dysgerminóm – 1, retroperitoneálny tumor – 4, leiomyosarkóm – 2, sekundárne nádory dolnej dutej žily – 7, sarkómy mäkkých tkanív – 6). U týchto pacientov pri extirpácii tumoru bola vykonaná mobilizácia ciev alebo ich rekonštrukcia. Diagnostický algoritmus zahŕňal kompletne klinicko-laboratórne vyšetrenie, USG, CT s angiografiou, MR, onkologické vyšetrenie. Pooperačne sa vykonávalo histologické vyšetrenie.

Výsledky: Radikálna chirurgická liečba (negatívny histologický okraj a lymfatické uzliny bez nádorových zmien) bola vykonaná u 24 (88,9%) pacientov, paliatívna – u 3 (11,1%) pacientov. V pooperačnom období počas hospitalizácie zaznamenávame 100% prežitie.

Záver: Nádorové ochorenia s infiltráciou ciev vždy nie sú kontraindikáciou k chirurgickému výkonu. Pri týchto operáciách je nutná skúsenosť s cievny rekonštrukciami. Pre správny rozsah chirurgického výkonu je dôležitá multidisciplinárna spolupráca: chirurg – cievny chirurg – onkológ. Aj pri pokročilých tumoroch uvádzaný správne indikovaný chirurgický výkon s cievnu rekonštrukciou výrazne zvýši pooperačný komfort pacienta a v kombinácii s onkologickou liečbou signifikantne aj celkové prežívanie.

Multidisciplinárny prístup k liečbe phlegmasie cerulea dolens

Dekanová L.¹, Szabóová E.¹, Koščo M.¹, Kubíková M.², Sihotský V.²

Klinika Angiológie VÚSCH, a. s. a UPJŠ LF¹, Klinika cievnej chirurgie LF UPJŠ a VÚSCH, a. s., Košice²

Ciel: Hlboká žilová trombóza (HŽT) je závažné ochorenie, pri ktorom môže byť ohrozená vitalita končatiny. Niektoré komplikácie HŽT, ako masívna pľúcna embolizácia môžu skončiť fatálne. Phlegmasia coerulea dolens predstavuje najzávažnejší stav s kompletnou trombózou hlbokých aj povrchových žíl zasahujúcou celú končatinu, zastavuje sa žilový odtok, v dôsledku čoho dochádza k prerušeniu tepnového toku a ischémii končatiny. V takom prípade je koža cyanotická, tepnové pulzácie nie sú hmatné, môžu vzniknúť buly na distálnych častiach končatiny, gangréna žilového pôvodu a pri masívnom opuchu hrozí hypovolemický šok zo straty cirkulujúceho objemu.

Kazuistika: 53-ročná pacientka s trombofílnym stavom (faktor V Leiden), po prekonaní HŽT ľavej dolnej končatiny (ĽDK) v minulosti bola hospitalizovaná v našom ústave pre flegmáziu opäť ĽDK s motorickým deficitom pri kompletnom trombotickom uzávere iliackého a femoropopliteokrurálneho venózneho riečiska. Po zvážení klinického stavu a rozsahu trombózy a dohovore angiológa a cievneho chirurga bola v prvom rade indikovaná urgentná implantácia kavalného filtra do veny cava inferior suparenálne, následne chirurgická trombektómia. V ďalšom slede pre demaskovanú stenózu vena femoralis communis (VFC) a vena iliaca externa (VIE) bol tiež realizovaný stenting s perkutánnou angioplastikou VFC a VIE vľavo. Otvorenou chirurgickou a endovaskulárnou liečbou sme dosiahli obnovenie toku v tepnovom aj žilovom riečisku ĽDK. Na desiaty pooperačný deň bola pacientka prepustená do ambulantnej starostlivosti na antikoagulačnej liečbe nízkomolekulovým heparínom.

Záver: Phlegmasia coerulea dolens je zriedkavá, avšak závažná forma hlbokovej žilovej trombózy. Pre úspešnú liečbu phlegmasie coerulea dolens je nutná rýchla diagnostika s okamžitým invazívnym zákrokom na špecializovaných pracoviskách a úzka spolupráca angiológa, cievneho chirurga a hematológa.

Paget-schrötterov syndróm z pohľadu rádiológa

Sýkora J., Zeleňák K., Sýkorová M., Vorčák M., Hlinka Ľ., Šinák I.

Rádiologická klinika a Oddelenie cievnej chirurgie, Univerzitná nemocnica Martin

Paget-Schrötterov syndróm, akútna axilo-subklaviálna venózna trombóza, je ochorenie, ktoré býva spojené s opakovanou namáhavou činnosťou horných končatín. Najčastejšie sa vyskytuje u mladých mužov a postihuje hlavne dominantnú končatinu. Etiologicky sa uplatňujú anatomické abnormality hornej hrudnej apertúry a opakovaná trauma endotelu vena subclavia. Základnou zobrazovacou metódou je duplexná sonografia, ktorá

má vysokú špecifickosť aj senzitivitu. CT a MR flebografia spoľahlivo zobrazia centrálné vény a topografické pomery v mieste kompresie, avšak neposkytujú jednoznačný prínos v identifikácii kostnej alebo mäkkotkanivovej abnormality, ktorá by menila liečbu. Flebografia je súčasťou endovaskulárnej liečby a potvrdí kompresiu žily pri provokačných manévroch.

Retrospektívne sme analyzovali dáta pacientov s Paget-Schrötterovým syndrómom liečených endovaskulárne na našom pracovisku od 10/2009 do 1/2020. Súbor tvorí 9 pacientov, 7 mužov a 2 ženy. Priemerný vek bol 28,8 roka (17 – 47). Rekanalizácia bola úspešná u 89 % pacientov (8 z 9). Hemodynamicky významná reziduálna stenóza bola prítomná v 78 % (7 z 9) prípadov a u 56 % pacientov (5 z 9) bola ošetrovaná perkutánnou angioplastikou. Skorá retrombóza do 4 dní sa vyskytla u dvoch pacientov a bola úspešne riešená perkutánnou aspiračnou a mechanickou trombektómiou. Pacienti sú v sledovaní priemerne 29 mesiacov (0,5 – 108), klinické ťažkosti pretrvávajú u jedného pacienta, u ktorého bola trombolýza neúspešná.

Konzervatívna antikoagulačná liečba nie je dostatočná a často vedie k rekurencii a posttrombotickému syndrómu. Na optimalizáciu výsledkov je odporúčaná endovaskulárna liečba trombozy lokálnou trombolýzou s následnou skorou chirurgickou dekompresiou hornej hrudnej apertúry.

SEKCIA C: LIEČBA VARIXOV A AV MALFORMÁCIÍ

Role chirurga v dynamice léčení chronického žilního pánevního onemocnění

Ptáček P.¹, Holý M.², Kadlec M.¹, Masarik J.¹

Chirurgické oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.¹, Interní oddělení Nemocnice České Budějovice, a.s.², Česká republika

Úvod: V poslední dekádě byl změněn náhled na syndrom chronického pánevního žilního onemocnění též nazývaného pánevní kongesce nebo syndrom louskáčku. Jde o komplex příznaků etiologicky spojený s levou renální a ovariální žilou, vnitřními ilickými žilami a povrchovými žilami dolní končetiny. Tento klinicko-anatomický syndrom je charakterizovaný chronickou pánevní bolestí, perineálním dyskomfortem, mikčními potížemi a postkoitální bolestí, které jsou způsobeny ovariálním nebo pánevním žilním refluxem. Postihuje výhradně ženy. Pro chirurga je významná souvislost s vývojem varixů dolních končetin, protože kongesce pánve je zdrojem asi 30 % refluxů z nesafénových žil.

Cílem zhodnocení kazuistického souboru je ověřit dlouhodobé výsledky málo frekventních chirurgických terapeutických možností na vlastním souboru.

Metodika: Po vyčerpání, nebo souběžně s konzervativní terapií je nutno přistoupit k endovaskulárnímu nebo chirurgickému řešení, popřípadě ke kombinaci obou metod. Z chirurgických metod připadají do úvahy: ligatura v. ovarica, popř. anomálních žil, dekomprese levostranné renální žíly eliberací adhesí nebo její transpozice, popřípadě renokavální bypass, dále ovarikokavální bypass a ostatní obvyklé metody řešící problematiku varixů dolních končetin.

Výsledky: V letech 2010 – 2019 jsme chirurgicky léčily 5 pacientek pro chronické žilní pánevní onemocnění. Dvakrát jsme provedli ovarikokavální anastomózu s funkcí renokaválního bypassu, jedenkrát eliberaci v. renalis vlevo a jedenkrát ligaci v. ovarica s eliberací vazivových pruhů v. renalis. U tří pacientek navázal chirurgický výkon na intervenci radiologickou. V jednom případě jsme byli nuceni extrahovat embolizační materiál z trombozované v. ischiadica pro nesnesitelné bolesti z mechanického dráždění nervu.

Závěr: Chirurgická intervence má svoje místo v léčení chronického žilního pánevního onemocnění a dlouhodobé výsledky svědčí pro účelnost jejího využití v indikovaných případech, je součástí týmové péče.

Léčba periferních žilních malformací etanolem

Köcher M., Černá M., Utíkal P., Zálešák B.

Radiologická klinika FN a LFUP Olomouc, II. chirurgická klinika, Oddělení plastické chirurgie FN a LFUP Olomouc, Česká republika

Úvod a cíl: Vzhledem k dřívější značné nejednotnosti klasifikovali Mulliken a Glowacki cévní léze na základě histopatologických znaků, resp. na základě přítomnosti či nepřítomnosti proliferace endoteliálních buněk, a rozdělili je na hemangiomy a cévní malformace. Hemangiomy jsou benigní tumory vykazující proliferativní aktivitu endoteliálních buněk. Mezi vaskulární malformace patří všechny ostatní vrozené cévní léze, které nevykazují proliferaci endoteliálních buněk. Tyto cévní malformace se na podkladě jejich biologických znaků dále dělí na arteriovenózní, žilní, kapilární, lymfatické a smíšené. Cévní malformace mají tendenci být stacionární nebo pomalu progresivně růst, ale za určitých hemodynamických podmínek mohou růst velmi rychle.

Léčba je indikovaná u bolestivých žilních malformací nebo z důvodů kosmetických. Metodou volby je v současné době perkutánní sklerotizace 96 % etanolem.

Cílem sdělení je zhodnotit vlastní zkušenosti se sklerotizací žilních malformací etanolem.

Materiál a metodika: V období od ledna 2006 do prosince 2019 jsme etanolem sklerotizovali 89 nemocných (60 žen a 29 mužů) s periferní žilní malformací (ŽM) průměrného věku 30,4 roky (medián 27,5 let) v rozmezí od 2 do 67 let. Výkony byly prováděny v celkové anestézii. Ke sklerotizaci jsme použili 96 % etanol v jednotlivé dávce 0,1 ml/kg, který jsme do cévní malformace aplikovali přímým vpichem. Periprocedurálně byly aplikovány kortikoidy, případně antibiotika.

Výsledky: U 89 nemocných s ŽM jsme provedli průměrně 2,85 sezení na jednoho nemocného (medián 2 sezení) v rozmezí 1 – 23 sezení. Symptomy vymizely nebo byl stav hodnocen jako zlepšení bez nutnosti další léčby u 74 % (66) nemocných (39 nemocným symptomy zcela vymizely, 27 nemocných hodnotilo stav jako zlepšený bez nutnosti další terapie). Bez efektu byla léčba u 8 nemocných, jako zhoršení byl stav hodnocen dvěma pacienty. U pěti pacientů s rozsáhlými žilními malformacemi (Klippel-Trenaunay syndrom u 4 nemocných) jsme řešili pouze symptomatické oblasti malformace. U jednoho z těchto pacientů nebyla léčba efektivní.

Závěr: Sklerotizace periferních ŽM etanolem je metoda vysoce efektivní.

Skúsenosti s endovenóznou laserovou abláciou

Šefránek V.

Euromedix Bratislava

Úvod: Posledné roky sú vo flebochirurgii poznamenané enormne rýchlym vývojom portfólia terapeutických postupov v liečbe CHVO. Skúsenosti s modernými miniinvazívnymi postupmi menia veľmi rýchlo uhol pohľadu na indikácie, výber liečebných procedúr a timing liečby. Medzi postupmi v liečbe sa uplatnili najmä termoablačné metódy vena saphena magna aj parva (rádiorekvenčná a laserová ablácia).

Metódy: Na pracovisku autora bolo v období od 1. 3. 2018 do 29. 2. 2020 v jednodňovej chirurgii realizovaných 150 laserových termoablačných operácií (operovaných končatín) spojených s miniflebektómiou varixov. Vo väčšine prípadov sa jednalo o abláciu vena saphena magna, v 10 % prípadov vena saphena parva. V 10 % prípadov sme riešili recidivujúce ochorenie po predchádzajúcich operáciách. Operujeme pod sonografickou kontrolou v lokálnej tumescenčnej alebo celkovej anestézii. Používame laserové vlákna s vlnovou dĺžkou 1470nm. Nevyhnutnou súčasťou diagnostiky a liečby bol sonografický mapping povrchového venózneho systému dolných končatín. V pooperačnom období bola sonografia pravidelnou súčasťou sledovania.

Výsledky: V priebehu sledovania sa nevyskytli závažnejšie komplikácie (flebotrombóza, krvácanie, lézie nervov, ranové komplikácie a pod.). Bezprostredne po operáciách sme zistili uzáver cieľovej vény v 96 %.

Záver: Naše skúsenosti potvrdzujú spoľahlivosť uzáveru a nízku mieru komplikácií endovenózneho ablácie veľkej a malej safény pomocou EVLA s vlnovou dĺžkou 1470 nm.

EVLT vs. Variclose – česká multicentrická štúdia

Rokošný S., Baláž P.

Chirurgická klinika 3. LF UK a FNKV Praha, Yes Visage Praha, ISCARE Praha, Česká republika

EVLT (endovenous laser ablation) je zlatým štandardom v liečbe chronické žilnej insuficencie. V posledných rokoch sa ako ďalší terapeutická modalita, bez nutnosti tumescenčnej anestézie, objavuje ablácia povrchového žilného systému pomocou tzv. žilného lepidla. V súčasnosti sú dostupné dva systémy využívajúce n-butyl cyanoacrylát (NBCA) ako adhézívum k uzávěru insuficientného žilného systému; VariClose® (firma Biolas, Turecko) a VENA-SEAL (firma Medtronic, USA). Podľa dostupných literárnych zdrojů dosahujú oba systémy vysokou úspešnosť v liečbe chronické žilnej nedostatečnosti, srovnateľnou s termickými metodami (EVLA alebo rádiorekvenčná ablácia).

Cieľom tejto štúdie bolo srovnánie EVLT (radiálné vlákno TOBRIX, LASOTRONIC, 1470nm, firma EVLA) versus NBCA (VariClose®, firma Biolas) v dvoch centrách. Primárnym cieľom tejto štúdie je zhodnotiť úspešnosť uzávěru ošetrovanej žily (tzv. „occlusion rate“). Sekundárnym cieľom je analýza komplikácií a kvality života po liečbe.

V období 4/2018 až 5/2019 bolo celkovo do štúdie zahrnuto 68 pacientů indikovaných k ošetrovaniu vena saphena magna / parva (bez súčasnej flebektómie). Ve skupině EVLA bolo liečeno 38 pacientů; v skupině NBCA bolo ošetrovaných 30 pacientů. Všetchny výkony boli provedeny v ambulantním módu v 2 centrách (Yes Visage Praha a Centrum žilnej chirurgie ISCARE Praha); EVLT bola provedená v štandardnej tumescenčnej anestézii a NBCA ablácia v lokálnej anestézii.

Žilné lepidlo VariClose® vykazuje štatisticky významne nižšiu „occlusion rate“; komplikácie v oboch skupinách boli srovnateľné. Na základe výsledků tejto štúdie, autori upustili od používania žilného lepidla VariClose® firmy Biolas.

Venózne aneuryzmy

Kubíková M., Berek P., Sihotský V., Kopolovets I., Závacká M., Pobeňová J., Šťefanič P.

Klinika cievnej chirurgie VUSCH a. s. a LF UPJŠ Košice

Úvod: Venózne aneuryzmy sú zriedkavé a môžu sa vyskytnúť vo väčšine veľkých žíl. Venózne aneuryzmy hlbokého žilového systému sa často spájajú s hlbokou žilovou trombózou a pľúcnou embolizáciou. Autori v práci prezentujú kazuistiky dvoch pacientiek s venóznou aneuryzmou hlbokého venózneho systému liečených chirurgicky.

Pacienti a metódy: 1: 47-ročná pacientka vyšetrovaná a liečená pre pľúcnu embolizáciu, na dlhodobú antikoagulačnú liečbu. USG diagnostikovaná aneuryzma popliteálnej vény s nástenným trombom. Nález potvrdený CT flebograficky. Indikovaná bola resek-

cia aneuryzmy a rekonštrukcia popliteálnej vény. V pooperačnom priebehu bez komplikácií, rekonštrukcia priechodná, antikoagulačná liečba po 3 mesiacoch ukončená. 2: 45-ročná pacientka vyšetovaná pre opuchy a bolesti v oblasti ľavej dolnej končatiny, s pocitom tlaku v popliteálnej oblasti. USG diagnostikovaná aneuryzma mediálnej gastrocnemickej vény, CT flebografia nález potvrdila, takisto bol prítomný nástenný trombus. Robená resekcia aneuryzmy a rekonštrukcia vény. Pooperačný priebeh je bez komplikácií.

Záver: Venózne aneuryzmy predstavujú zriedkavé cievne malformácie. Väčšina pacientov má bolestivú masu v oblasti končatiny a k diagnostike je potrebné ultrasonografické vyšetrenie, CT flebografia, ev MRI. Trombembolické komplikácie pri aneuryzmách hlbokého žilového systému sú pomerne časté, preto manažment väčšiny žilových aneuryziem má byť chirurgický, aby sa predišlo ich potenciálnym komplikáciám.

Výkony abdominálnej flebochirurgie

Janek J., Kminiak R., Necpal R., Takáč R., Rusňák M., Ondruška M., Zanolit M., Bedevelsky M.

Klinika transplantácie chirurgie SZU, Banská Bystrica

Autori v prednáške popisujú spektrum rozličných výkonov na venóznom systéme dutiny brušnej v rámci multidisciplinárneho prieniku cievnej chirurgie do ostatných odborov. Jedná sa hlavne o pôsobenie cievnej chirurgie v oblasti onkochirurgie a transplantácie chirurgie. Indikácia na tieto operačné výkony vyžadujú spoluprácu viacerých špecialistov. Výsledky takýchto operácií sú zaujímavé a povzbudivé, vychádzajú z kombinácie skúseností v cievnej chirurgii a ostatných chirurgických a aj nechirurgických odborov.

SEKCIA D: SESTERSKÁ SEKCIA

Varixy pokaždé jinak

Vojnarová M., Juřenová E.

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

Cíl: Tématem naší přednášky je představit problematiku varixů a hlavně vás seznámit s prováděnou chirurgickou léčbou na našem pracovišti. Přestavíme klasickou operaci (stripping), radiofrekvenční ablaci – RFA, metodu pomocí Clariveinu, žilní lepidlo Variclose a nově používanou metodu v Evropě HIFU.

Materiál a metódy: V prednáške ukážeme na jakém principu jsou jednotlivé operační postupy, zhodnotíme výhody a nevýhody těchto metod a vše doplníme fotodokumentací z operací.

Výsledky: Počet provedených výkonů u jednotlivých metod.

Závěr: Na závěr jsme chtěli říct, že pacient již při první konzultaci v cévní ambulanci je lékařem seznámen s různými operačními technikami a má možnost si sám zvolit operační léčbu. Vývoj operace varixů směřuje od invazivních metod k používání neinvazivních a co nejméně zatěžujících výkonů.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po trombolýze

Schmidtová M., Bodzsárová L., Gáborová A.

Klinika cievnej chirurgie NÚSCH a. s., Bratislava

Cieľ práce: Sledovanie pacientov ktorým je aplikovaná trombolytická liečba pre akútnu ischémiu v oblasti periférneho artériového riečiska na podklade trombotického uzáveru cievy.

Práca sa zameriava na akútnu ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov podrobujúcich sa invazívnemu výkonu pre akútnu končatinovú ischémiu s následnou intravenóznou trombolytickou liečbou. Ide o špecifický akútny stav vyžadujúci intenzívny monitoring pacienta v spolupráci s lekárom.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po implantácii AV fistul

Gáborová A., Šonová K., Schmidtová M.

Klinika cievnej chirurgie NÚSCH a. s., Bratislava

Cieľom práce je popísať pooperačnú ošetrovateľskú starostlivosť o pacientov po implantácii artério-venózne fistuly (AV fistuly).

Ide o pacientov čakajúcich na zaradenie alebo už zaradených do chronického dialyzačného programu.

V skorom pooperačnom období je potrebná špecifická lokálna starostlivosť ako aj potreba sledovania celkového stavu pacienta.

Komplexnosť lokálnej péče u pacientů s nehojícími se ranami

Holubová A.¹, Chlupáčová L.²

Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích¹, DiaPodi care s r. o., diabetologická a podiatrická ambulance Soběslav^{1,2}, Česká republika

Úvod: Cílem sdělení je ukázka procesu výběru materiálu pro fázové hojení ran. Dále je poukázáno na význam kvalitně provedeného debridementu a krátkotahné kompresivní terapie u pacientů s nehojícími se ranami (jednotlivé produkty jsou uváděny firemními názvy s doplněním kategorizace produktů).

Metodika: Klinické případy (kazuistiky), na nichž je prezentován vhodný postup výběru a kombinace materiálů pro fázové hojení ran u pacientů s defekty. Dále je kladen důraz na debridement za pomoci materiálu pro hojení ran a na kompresivní terapii.

Výsledky: Na základě vhodného výběru a kombinace materiálu pro fázové hojení ran, kvalitního debridementu a kompresivní terapie byl prokázán pozitivní efekt pro hojení ran u všech prezentovaných klinických případů.

Závěr: Výběr vhodného terapeutického materiálu k fázovému hojení ran je jedním ze základních kamenů pro úspěšný proces hojení, avšak bez komplexního přístupu se v léčbě ran neobejdeme. Významná je také jednak efektivní spolupráce pacienta a jeho rodiny jak při dodržování léčebného režimu, tak kvalitně provedená kompresivní terapie a pravidelné a správně provedené převazy.

Fyzioterapie v cievnej chirurgii

Melicherčíková K., Horváthová A., Húsková S.

Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie, NÚSCH a. s. Bratislava

Cievna chirurgia poskytuje nepretržitú cievno-chirurgickú starostlivosť pre pacientov s akútnymi a chronickými ochoreniami periférnych ciev. Pacienti po chirurgických zákrokoch potrebujú ošetrovateľskú a rehabilitačnú starostlivosť. Fyzioterapia je nelekársky vedný odbor, ktorý sa zaoberá diagnostikou, terapiou a prevenciou pohybovo – podporného systému ide o komplexný proces, ktorý zlepšuje priebeh ochorenia, znižuje deficit a urýchljuje znovu zaradenie pacienta do rodinného, prípadne pracovného prostredia. Súčasťou komplexnej rehabilitačnej starostlivosti v odbore cievnej chirurgie na našom pracovisku v NÚSCH a.s. je stanoviť vhodné terapeutické metodiky, ktoré sledujú špecifické potreby pacienta. Efekt metodiky môžeme pozorovať napríklad zväčšením a udrжанím rozsahu pohybu v kĺbe, svalovej sily, koordinácie a kontroly. Pri aplikácii akejkoľvek metodiky je dôležité vziať do úvahy nielen lokálne účinky na tkanivo (sval, kĺb, segment), ale aj systémové efekty, ktoré zahŕňajú zmeny krvného obehu, ventiláciu pľúc, metabolické, hormonálne zmeny a podobne.

Použitie bezpečnostnej striekačky v prevencii poranenia zdravotného personálu

Jankovič T.

Chirurgická ambulancia, NZZ, Nitra

Poranenie ihlou predstavuje najčastejšie a najväčšie riziko pre zdravotníckych pracovníkov. Manipulácia s injekčnou ihlou pri odbere krvi, pri aplikácii liečiv a zavádzaní infúzií je vždy zaťažená určitým stupňom rizika. Riziko spočíva nielen v mechanickom poranení, ale najmä kontamináciou zdravotníka rôznymi ochoreniami. Kontaminovanými ostrými predmetmi sa prenáša viac než 20 nákaz. Práve zdravotné sestry sú najohrozenejšou skupinou.

K poraneniu ostrým predmetom ihlou dochádza najmä počas samotného použitia ihly resp. iného ostrého predmetu, po použití a pred likvidáciou použitého ostrého predmetu. Charakteristické je aj poranenie pri opakovanom vkladani krytu späť na použitú ihlu – „recappnig“.

Základom znižovania rizika poranenia ostrým predmetom je prevencia. Prevencia môže byť na rôznych úrovniach. Moderným trendom je výroba predmetov čo s najvyšším ochranným mechanizmom. Typickým príkladom je bezpečnostná striekačka na aplikáciu nízkomolekulárneho heparínu.

Používanie bezpečnostnej striekačky spolu so právnu aplikáciou nízkomolekulárneho heparínu, výrazne znižujú vznik komplikácií nielen zo strany pacienta ale aj zo strany zdravotného personálu.

Usmievavá, modro-biela, podobá sa na anjela

Kuczera J.

Nemocnice Podlesí a. s., Třinec, Česká republika

Jsou milé, přátelské, chápatelivé, energické, rozhodné, afektované, zlostné, výbušné, náladové...

Setká-li se pacient se sestrou s takovýmito povahovými rysy, může to pro něj znamenat radost, úlevu, bezpečí nebo také ohrožení, stres a nedůvěru.

Jaké osobnosti by tedy měly vykonávat profesi zdravotní sestry a jaké by měly mít vlastnosti? A je to ještě vůbec v lidských silách, být při náročnosti této profese vždy usmívavá, milá, vlídná, vstřícná, empatická, trpělivá, taktní, diskretní, velkorysá atd?

Odpověď lze najít v této přednášce ve formě videa, která nabízí náhled do práce sester, ať už radostný či neradostný.

SEKCIA E: SEKCIA MLADÝCH CIEVNÝCH CHIRURGOV

Protézoenterálny píšťel – kazuistika možné úspešné léčby

Jaroščiaková J., Utíkal P., Rulišek P., Köcher M., Konečný M.

II. chirurgická klinika FN Olomouc, Česká republika

Úvod: Sekundární aortoenterální píšťel (AEP) je ne vzácná (incidence 0,4 – 2,4 %), ale závažná komplikace aortálních rekonstrukcí s využitím umělé cévní protézy. Vysoká mortalita (14 – 70 %) je důsledkem pozdní diagnostiky; nemocní jsou řešeni urgentně pro masivní krvácení. Klasickým výkonem je otevřená chirurgická léčba s vysokým operačním rizikem.

Kazuistika: 68-letý polymorbidní nemocný byl přivezen na urgentní příjem v hemarogickém šoku s masivní enteroragií. V anamnéze před 11 lety nemocný podstoupil resekci zánětlivé výdutě břišní aorty s aorto-aortální náhradou. Před rokem byl přešetřován pro podezření na pozdní infekci aortální protézy (PET/CT) s ne jednoznačným nálezem. Po empirickém přeléčení antibiotiky neurčitý dyskomfort nemocného ustoupil, zánětlivé markery se normalizovaly. Další sledování nemocný nepřijal. Urgentní gastroskopie popsala defekt s prokrvácenou spodinou v D3 úseku duodena s patrným stehem; bylo vysloveno podezření na krvácení z aorto-protézo-enterálního píšťele. Urgentní CT angiografie prokázala zatékání kontrastní látky pod odstupem renálních tepen v místě anastomózy do původního vaku výdutě. Nemocný byl indikován k urgentní operační revizi. Krvácení bylo vyřešeno technicky úspěšně endovaskulární exkluzí pomocí stentgraftu chirurgickým přístupem z třísel. Po stabilizaci celkového stavu nemocného byl následně řešen defekt duodena volně vlající steh, pocházející zřejmě ze sutury původního vaku výdutě kolem protézy, byl endoskopicky extrahován. Hojení a rekonvalescence nemocného proběhly bez komplikací celkových či místních. Kontrolní endoskopie prokázala zhojený defekt duodena.

Závěr: Řešení krvácivé komplikace AEP endovaskulární exkluzí stentgraftem a endoskopické ošetření defektu střeva je při vhodné morfologii postižené oblasti pro svou miniinvasivitu a hemodynamickou nenáročnost přijatelnou možností léčby s výhodou pro nemocné s vysokým operačním rizikem.

Hypothenar hammer syndróm – kazuistika

Ivanko M., Jandušíková V., Zeleňák K., Hlinka L., Šinák I.

Oddelenie cievnej chirurgie, Univerzitná nemocnica Martin

Ciel' práce: Hypothenar Hammer syndróm sa zaraďuje medzi raritné postihnutie palmarnej časti arteria ulnaris. V úseku arteria ulnaris po jej prechode cez canalis carpi na

palmarnu stranu ruky vzniká na traumatickom podklade aneuryzma alebo trombóza a. ulnaris. Vo väčšine prípadov sú postihnutí muži. Svojim raritným výskytom môže byť diagnostika najmä v primárnej starostlivosti obtiažna.

Materiál a metódy: V práci rozoberáme kazuistiku pacientky s nálezom palpačne citlivej pulzujúcej rezistencie v palmarnej oblasti LHK. Prezentujeme diagnostiku ako aj liečebný postup v spolupráci s intervenčnými rádiológmi.

Záver: V diagnostike sa nezaobídeme bez angiografického vyšetrenia. Vzhľadom na nález nekompletného povrchového palmarneho oblúka a absenciu hlbokého palmarneho oblúka bola prvou voľbou endovaskulárna liečba.

Akútna ischémia hornej končatiny u novorodenca

Pribula M., Očkaj M., Hlinka L., Šinák I.

Univerzitná nemocnica Martin, Oddelenie cievnej chirurgie

Úvod: Akútna končatinová ischémia u novorodencov je zriedkavá diagnóza. Predstavuje emergentný stav v cievnej chirurgii bezprostredne ohrozujúci končatinu.

Kazuistika: Prezentujeme prípad ťažkej akútnej ischémie hornej končatiny u novorodenca, ktorá sa rozvinula bezprostredne po narodení. Bola vykonaná chirurgická trombektómia. Rozsah ireverzibilných ischemických zmien následne vyžadoval vysokú amputáciu končatiny a sekundárne hojenie použitím podtlaku, avšak podarilo sa predísť exartikulácii končatiny.

Záver: Chirurgická trombektómia pri riešení akútnej končatinovej ischémie u novorodenca predstavuje technicky realizovateľnú a vo vybraných prípadoch najbezpečnejšiu liečebnú metódu s potenciálom na záchranu končatiny.

SEKCIA F: DIABETICKÁ NOHA, AKÚTN A CHRONICKÁ KONČATINOVÁ ISCHÉMIA

Možnosti hybridnej terapie akútnej končatinovej ischémie

Bulejčík J., Blaha L., Šolek R.

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

Ciel' práce: Prezentovať možnosti hybridnej terapie (HT) akútnej končatinovej ischémie (AKI), naše indikačné kritéria k HT, prezentácia výsledkov. Pri liečbe akútnej končatinovej ischémie (AKI) sú najdôležitejším faktorom klinické štádium AKI a časový faktor. AKI v štá-

diu IIa podľa SVS vyžaduje semiurgentnú terapiu. Z terapeutických možností sa môže rozhodnúť pre chirurgickú, hybridnú (HT), endovaskulárnu (EV), prípadne trombolytickú terapiu. AKI v štádiu IIb (SVS) vyžaduje urgentnú terapiu (chirurgickú, HT, EV).

Pri čisto chirurgickej trombembolickomii je nutné si uvedomiť často inkompletnosť výkonu v dôsledku perzistujúcich trombov. Z tohto dôvodu sa peroperačná angiografia stáva štandardnou diagnostickou metódou, ktorá tieto tromby verifikuje. V prípade pozitívneho nálezu reziduálnych trombov chirurgický výkon doplníme EV výkonom – aspiračná trombektómia (PAT), trombektómia po vodiči (OTW – TE), podľa potreby doplníme transluminálnu angioplastiku (TA), prípadne stentTA, implantácia stengraftu.

Súbor pacientov. Za 4 r. obdobie sme hybridne operovali 38 pacientov s AKI.

V SVS štádiu IIa – 9 (24%) a v št. IIb – 29 (76%) pacientov. Muži 26 (68%), priem. vek 64 r., ženy 12 (32%), priem. vek 72. 32 (84%) pacientov malo HV – Chirurgická trombektómia bypasov (n – 17), TE – AFC, AFP, AFS (n – 13), dezobliterácia bifurkácie AFC (n – 2) + EV výtokového traktu – PAT, OTW – TE, TA. 6 (16%) pacientov malo HV s EV na vtokovom trakte. TE – AIC, AIE + sTA (- 4), TE byp.FP,F-F + sTA AIC, AIE (- 2)

Reoperáciu vyžadovalo 9 (24%) pacientov v časovom rozmedzí 1 – 19 mesiacov po primárnom výkone. Retrombektómia bypassu + TA (n – 4), retrombektómia + TA (n – 2), rebypass (n – 3).

Výsledky: Primárna a sekundárna priechodnosť : mesiac 1 – 76 %/84%, m. 6 – 68 %/84%, m. 12 – 51 %/76%, m. 24 – 42 %/71%, m. 36 – 42 %/71%, m. 42 – 42 %/63%, m. 57 – 42 %/63%.

Kumulatívna záchrana končatiny – m. 1 – 84%, m. 6 – 84%, m. 12 – 76%, m. 24 – 71%, m. 36 – 71%, m. 42 – 63%, m. 57 – 63%. Amputácia v stehne 10 pac. (26%), klin.štádium IIb. Exitovalo 5 (13%) pacientov. < 30 dní exitovali 4 (11%) pacienti, (klin.št. IIb). > 30 dní exitoval 1 pacient 44 m. po výkone (kl. št. IIa).

Záver: Hybridné výkony sú štandardnou terapeutickou metódou v liečbe akútnej končatinovej ischémie. Na našom pracovisku sa snažíme hybridné výkony vykonávať čoraz viac vo vlastnej rézii (perop. AG, OTW – TE, TA. Pri zložitejších výkonoch v spolupráci s intervenčným radiológom.

Naše skúsenosti s hybridnými výkonmi

Sihotský V., Berek P., Kopolovets I., Štefanič P., Frankovičová M.

Klinika Cievnej Chirurgie VÚSCH a. s. a LF UPJŠ, Košice

Ciel: Zhodnotiť výsledky hybridných výkonov

Materiál: Pacienti, ktorí mali vykonané hybridné výkony na Klinike cievnej chirurgie v období od 1. 1. 2019 do 31. 1. 2020.

Výsledky: V sledovanom období malo na našom pracovisku vykonaný hybridný výkon 59 pacientov. Jednalo sa o 19 žien a o 40 mužov. Kombinovaná bola chirurgická endarterektómie eventuálne embolektómia s endovaskulárnym výkonom. Celkovo 7-krát bola

vykonaná len intraoperačná angioplastika a 52-krát bola vykonaná intraoperačná angioplastika a k tomu zavedený i stent. Endovaskulárny výkon bol vykonaný celkovo 29-krát v iliakálnej oblasti, 18-krát vo femorálnej oblasti, 9-krát v iliakálnej a femorálnej oblasti, 2-krát v axilárnej alebo subclaviálnej oblasti a raz v krurálnej oblasti. Dvakrát bola nutná perioperačná konverzia na otvorený chirurgický výkon pre neúspech endovaskulárnej liečby. Celkovo sedemkrát bola nutná reoperácia a dvakrát sekundárna reintervencia. Dva pacienti v pooperačnom období exitovali. U oboch sa jednalo o akútne stavy, raz akútna ruptúra AAA v kombinácii s obliteratívnym ochorením panvových tepien a u druhého pacienta o akútnu ischémiu na podklade iliakálneho postihnutia. U zostávajúcich 57 pacientov je u 56 pacientov funkčná rekonštrukcia. Len jeden pacient mal v priebehu roka femorálnu amputáciu pre uzáver rekonštrukcie.

Záver: Hybridné výkony považujeme za účinný a bezpečný spôsob riešenia akútnej alebo chronickej končatinovej ischémie, ktorý umožňuje riešenie viacerých etáží aterosklerotického postihnutia.

Léčba paclitaxelem potahovaných balónkových katetrů a stentů – přístup našeho pracoviště

Kučera D., Válka M., Maděříč D., Kozák J., Bezecný J., Krátký J., Jetmar V.

Vaskulární centrum, Ostrava Vítkovice, Česká republika

Předmětem prezentace je pohled našeho pracoviště na užití lékem potahovaných dilatačních katetrů a stentů u pacientů s ischemickou chorobou dolních končetin (ICHDK) a srovnání užití těchto technologií v roce 2015 a 2019. I přes znepokojující informace o zvýšení dlouhodobé celkové mortality pacientů s ICHDK, kteří byli léčeni paclitaxelem potahovanými balonky a stenty, které se objevily na sklonku roku 2018, si naše pracoviště zachovává rezervovaný přístup k těmto novým, potenciálně progresivním technologiím. Primárně nastavené indikační kritéria pro potahované stenty – proximální části bérkových tepen u pacientů s kritickou končetinovou ischémií (CLI) a pro lékem potahované balonky – in-stent restenóza, anastomózy protetických a žilních bypassů, anatomicky komplikované úseky – společná stehenní tepna a popliteální tepna či intervence na poslední bérkové tepně u pacientů s CLI zůstávají na našem pracovišti identické během let. Naši reflexi na informace o potenciálně nežádoucím účinku paclitaxelu bylo omezení jeho užití především u pacientů s postižením povrchní stehenní tepny, kteří jsou ve stadiu klaudikací. Toto opatření vedlo na našem pracovišti k 13,5% poklesu užití paclitaxelem potahovaného instrumentária.

Závěr: Naše pracoviště dlouhodobě zachovává racionální přístup k lékem potahovaným technologiím a využívá je především v anatomicky problematických lokalitách či klinicky prognostických případech, v kterých je jejich efekt velkým přínosem a vyváží potenciální riziko zvýšené mortality, tak jak to doporučuje americká FDA.

Endovaskulárny riešenie aortoiliakálneho poškodenia

Wierzoń M.

Intervenční radiologie Nemocnice Podlesí, Třinec, Česká republika

Dle doporučení dokumentu TASC II mají být aortoiliakální léze typ C a D tradičně řešeny chirurgicky. Od poslední revize TASC došlo k významnému zdokonalení endovaskulárního instrumentária sloužícího intervencím v této anatomické oblasti a intervenční specialisté získali mnoho cenných zkušeností. Metaanalýzy posledních studií věnovaných chirurgickému a endovaskulárnímu řešení aortoiliakálních lézí prokázaly, že dlouhodobá sekundární průchodnost obou technik je zcela srovnatelná, přičemž endovaskulární léčba je spojena s významně nižší perioperační mortalitou a morbiditou a kratší délkou hospitalizace. Proto se v současné době prosazuje názor, že endovaskulární terapie by měla být metodou první volby řešení aortoiliakálního okluzivního poškození. Chirurgická léčba by měla být vyhrazena pro případy selhání endovaskulárního zákroku, extrémní poškození aortoiliakálního řečiště a jako součást hybridních výkonů s řešením změn společné a hluboké stehenní tepny.

Endarterektómia ako metóda prvej voľby pri revaskularizácii?

Kovács V., Čupka I., Cseri J., Bajuzíková L., Danišová D.

Oddelenie cievnej chirurgie Lučenec

Ciel: Autori referujú o svojich skúsenostiach s endarterektómiami na cievach dolných končatín a aortoiliackeho riečiska.

Materiál: Retrospektívne vyhodnotili súbor pacientov za 5 rokov od roku 2015 – 2019.

Metódy: Túto metódu, ktorá na Slovensku nie je až tak rozšírená a ani obľúbená realizujú ako metódu prvej voľby pri revaskularizácii. Výhodou tejto metódy je obnovenie prietoku vo vlastnom riečisku bez použitia protetického materiálu a tým zníženie rizika infekčných komplikácií v zmysle graftinfekcie. V prípade kombinovaných výkonov (TEA + bypas) nie sú nutné dlhé grafty, u ktorých je väčšie riziko uzáveru. V prípade uzáveru po rokoch je ešte u pacienta v rezerve intervenčný výkon alebo bypasová operácia, ktorá sa môže vykonať kedykoľvek.

Výsledky: Celkovo bolo operovaných 182 pacientov s PAODK, u ktorých bola vykonaná TEA na cievach zasobujúcich dolné končatiny. V klinickom súbore bolo 125 mužov a 57 žien. U jedného pacienta vykonali TEA na hornej končatine. Najmladšia pacientka mala 41-rokov, najstaršia pacientka bola 92-ročná. U troch pacientov bola vykonaná amputácia v bezprostrednom pooperačnom období, resp. výkon bol realizovaný, aby po amputácii došlo ku zhojeniu kýtka. V súbore nebol zaznamenaný exitus v bezprostrednom pooperačnom období.

Záver: Výhodou tejto metódy pri priaznivom náleze a v skúsených rukách je jej krátky čas na prevedenie a absencia resp. minimum protetického materiálu.

Ako a kedy revaskularizovať pacientov s diabetickou nohou

Macková A., Kováč P.

Oddelenie cievnej chirurgie FNŠP J. A. Reimana Prešov

Sy diabetickej nohy je najčastejšou príčinou amputácie DK z iných ako traumatologických príčin vo vyspelých krajinách. Mortalita po amputácii v priebehu 5 rokov je porovnateľná s mortalitou pri malignitách. Nevyhnutým predpokladom hojenia ischemického defektu je zlepšenie prekrvenia a to vhodnou voľbou revaskularizačného výkonu, ktorý predstavuje výzvu pre vaskulárnych špecialistov vzhľadom na posúdenie množstva faktorov ovplyvňujúcich v konečnom dôsledku samotný výsledok revaskularizácie.

SEKCIA G: OCHORENIA AORTY

Súčasný stav v liečbe TAAA

Štádlér P.

Nemocnice Na Homolce, Praha, Česká republika

Autoři uvádějí sestavu pacientů, u kterých byla provedena v období od roku 2003 do prosince 2021 klasická operace hrudní (TAA) nebo torakoabdominální aorty (TAAA). V uvedeném časovém úseku bylo operováno celkem 290 pacientů. Autoři se snažili použít maximum známých postupů orgánové protekce. Mezi tyto základní kroky patří redukovaná heparinizace (1mg/kg), mírná celková hypotermie (32° – 34°C), postupné nakládání aortální svorky, cerebrospinální drenáž, levostranný srdeční zkrat (biopumpa) s neischemickou kanylací femorální tepny, selektivní viscerální perfúze (arteria mesenterica superior a truncus coeliacus) krví a perfúze renálních tepen studeným krystalickým roztokem (RL, manitol, metylprednisolon). Sledování somatosensorických a motorických evokovaných potenciálů nebylo z technických důvodů používáno vždy a v posledních letech bylo v souladu s postupy v USA (TMC, Houston) opuštěno. U většiny případů TAAA byl zvolen torakoretroperitoneální přístup.

Výskyt mortality i morbidity je při chirurgické léčbě torakoabdominální aorty vyšší ve srovnání s klasickou chirurgickou léčbou abdominální aorty, i když se s použitím novým postupů orgánové ochrany a narůstajícími zkušenostmi chirurgického týmu snižuje. K provádění těchto vysoce specializovaných operací je zcela nezbytný multioborový přístup a sehraný tým chirurgů, anesteziologů a lékařů pro vaskulární intenzivní péči, kteří se touto problematikou pravidelně zabývají.

Pozdní komplikace po implantaci stentgraftu pro aneuryzma břišní aorty při dlouhodobém sledování

Černá M., Köcher M., Utíkal P., Dráč P., Prášil V., Bachleda P.

Radiologická klinika FN a LFUP Olomouc, II. chirurgická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika

Úvod a cíl: Zhodnocení významu dlouhodobého sledování pacientů po implantaci stentgraftu pro aneuryzma břišní aorty z hlediska výskytu pozdních komplikací.

Materiál a metodika: Od roku 1996 do roku 2018 bylo na našem pracovišti endovaskulárně léčeno 578 pacientů s aneuryzmatem břišní aorty a iliakálních tepen. Deset a více let po implantaci stentgraftu bylo sledováno 50 pacientů, a to 44 mužů a 6 žen ve věku od 50 do 81 roku, průměrný věk byl 66 let. Pacienti byli sledováni pomocí CT angiografie a prostého snímku skeletu stentgraftu v jednoročních intervalech. Délka sledování byla 10 – 21 rok, průměrná doba sledování byla 13 let, medián byl 12 let.

Výsledky: Během sledování bylo zjištěno u 15 pacientů (30 %) 19 komplikací (38 %), které byly indikovány k léčbě. U 6 nemocných byl diagnostikován endoleak II. typu bez zvětšení vaku aneuryzmatu, tj. bez indikace k terapii. Devatenáct pozdních komplikací se objevilo za 1 až 18 let po implantaci stentgraftu, 4 za méně než 5 let (8 %), 6 komplikací za 5 – 10 let (12 %), 9 za více než 10 let (18 %). Jednalo se u jednoho pacienta o migraci stentgraftu, u 3 nemocných o endoleak Ia, u 2 o endoleak Ib, u 5 pacientů o endoleak III. typu, u 3 o endoleak II. typu s růstem vaku aneuryzmatu, u 3 o endotension, u jednoho nemocného o trombózu raménka a jednoho pacienta o absces v retroperitoneu. Většina komplikací byla indikována k endovaskulární léčbě.

Závěr: Dlouhodobé sledování pacientů po endovaskulární léčbě aneuryzmatu břišní aorty z hlediska včasného zachytu pozdních komplikací, které nejsou-li léčené, hrozí rizikem ruptury s fatálními následky, je zásadní.

Endovaskulární léčba vlajících trombov descendentej aorty

Sivák J., Sucháč M., Kmetřková K., Palkech T., Striežová I., Bronerská Z., Vozár M.

Oddelenie Radiológie, Oddelenie Angiológie, Stredoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, Banská Bystrica

Úvod: Volne vlajúce nástenné tromby v descendentej aorte pri absencii inej aortálnej patológie sú zriedkavou, ale často život ohrozujúcou patológiou. Musíme na ne myslieť v rámci diferenciálnej diagnostiky mozgových, viscerálnych aj periférnych embolických príhod. Doteraz neexistuje jednoznačný konsenzus ohľadom optimálnej liečby. Liečba môže variovať od farmakologickej až po invazívne endovaskulárne a chirurgické postupy.

Ciel: Prezentovať naše skúsenosti a priblížiť endovaskulárny manažment vlajúcich nástenných trombov descendentej aorty.

Metódy a materiály: Autori v prednáške rozoberajú problematiku terapeutických postupov vlajúcich trombov v descendentej aorte a na konkrétnych príkladoch prezentujú možnosti intervenčnej liečby a ich komplikácie.

Záver: Endovaskulárny prístup predstavuje v indikovaných prípadoch jednu z alternatív v liečbe vlajúcich nástenných trombov descendentej aorty. Vzhľadom k veľkej anatomickej heterogenite jednotlivých prípadov a chýbajúcim odporúčaniam optimálnej liečby je však nutné pristupovať ku každému pacientovi prísne individuálne.

SEKCIA H: VARIA

Konzervatívni terapie s využitím sulodexidu u pacientů s kaudikacemi i s chronickou končetinu ohrožující ischemií

Kubíček L., Dvořák M., Staffa R.

II. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně, Česká republika

Cíl: Ischemická choroba dolních končetin (ICHDKK) je jedním z nejvýznamnějších onemocnění moderní doby, jednak pro významný podíl civilizačních faktorů (strava, způsob života, kouření) a jednak z důvodu stárnutí populace v „západní“ civilizaci. S prevalencí až 6 % osob starších 60 let a 0,3 % pacientů s chronickou končetinu ohrožující ischemií (chronic limb threatening ischemia – CLTI). Léčba ICHDKK je základním pilířem cévní chirurgie a úspěšně provedená revaskularizace je základem léčby těchto pacientů. V některých případech však není endovaskulární nebo chirurgická léčba buď indikována (dlouhý kaudikační interval), nebo technicky možná (vyčerpaný možnosti revaskularizace) a v takových případech hraje hlavní roli léčba konzervativní. Existuje množství léčiv využívaných v konzervativní terapii ICHDKK s více či méně kontroverzními výsledky z klinických hodnocení, pozitivní efekt u pacientů s kaudikacemi je nejčastěji uváděn u sulodexidu (sulfonovaný glykosaminoglykan s antitrombotickým účinkem). Cílem naší práce bylo retrospektivní vyhodnocení tříletých zkušeností se sulodexidem nejen u pacientů s kaudikačními bolestmi ale i u pacientů s CLTI s vyčerpanými možnostmi revaskularizace.

Metodika: Byla provedena retrospektivní studie pacientů, u kterých byl nově nasazen sulodexid mezi lety 2016 a 2018. Pacienti byli rozděleni do dvou základních skupin – skupina pacientů s kaudikacemi a skupina pacientů s CLTI (klidové bolesti nebo ischemický defekt). U pacientů s kaudikacemi byla hodnocena změna v kaudikační vzdálenosti, u druhé skupiny byla hodnocena přítomnost CLTI (vymizení klidových bolestí a zhojení kožního defektu). Obě skupiny byly dále rozčleněny podle způsobu zahájení léčby (intravenózní a perorální) a podle délky sledování. Vzniklo tedy 8 podskupin popisujících změnu kaudik-

kačného intervalu a status CLTI srovnávajúcí efekt sulodexidu po intravenóznym a perorálnym podaní v kratšom a dlhšom časovom intervale.

Výsledky: Celkom bolo zhodnoceno 72 pacientů, z toho 34 s kaudikálnymi bolesťami a 38 s CLTI. U prvej skupiny pacientů došlo k výraznému predĺženiu priemerného kaudikálneho intervalu ako u intravenózne tak perorálnej podskupiny – zo 195 m na 428 m po 4 mesiacoch a na 478 m po 8 mesiacoch (celkovo + 283 m, 2,45 násobok startovnej hodnoty) u perorálnej skupiny a zo 71 m na 302 m po 4 mesiacoch a na 362 m po 8 mesiacoch (celkovo + 291 m, 5,09 násobok startovnej hodnoty) u intravenózne skupiny. U 4 pacientů došlo v priebehu sledovania ke zhoršeniu stavu, z toho u troch zostal kaudikálny interval dlhší než počiatočný, u jedného vznikol ischemický defekt.

Ze 38 pacientů ve skupině CLTI začínala u väčšiny terapie intravenózne (11 odmietlo intravenózne aplikácie a začínalo perorálne). V intravenózne skupině (27 pacientů) došlo u 23 k ústupu CLTI do 4 mesiaců od zahájenia terapie, z toho u dvoch došlo opäť k návratu CLTI do 8 mesiaců, celkom teda 21 pacientů s pozitívnym efektom (77,7 %). V perorálnej skupině jsou data podobná, teda z 11 pacientů byl pozitívny efekt u 9 po 4 mesiacoch a u jedného došlo opäť k rekurencii do 8 mesiaců, celkom 8 pacientů s pozitívnym efektom (72,7 %).

Záver: V priebehu našej štúdie sme overili celkový pozitívny efekt sulodexidu u pacientů s ICHDKK, a to i v prípadoch pacientů s CLTI. Pozitívny efekt na predĺženie kaudikálneho intervalu je dobre známy z iných štúdií, ke stejnému záveru sme došli také ako u intravenózneho, tak perorálneho podania. Co je ešte dôležitejšie pro klinickú prax je pozorovaný pozitívny efekt sulodexidu u pacientů s CLTI. Sulodexid sa teda zdá byť účinnou možnosťou konzervatívnej terapie u ťažkých prípadů pacientů s CLTI bez možnosti revascularizačného zákroku.

Optimalizácia farmakoterapie hospitalizovaných pacientů – možnosti spolupráce s farmaceutmi

Krajčovičová K., Porubcová S.

NÚSCH, a. s. – nemocničná lekáreň, Bratislava

Úvod: V dôsledku rozširujúcich sa diagnostických a liečebných možností rastie počet polymorbídnych pacientů s rozsiahlou farmakoterapiou. Do klinickej praxe pribúdajú nové originálne lieky, biosimilary a najmä generické lieky, s čím súvisí aj problém duplicit. Stále väčší dôraz je kladený na identifikáciu, prevenciu a riešenie liekových problémů a nežiaducich účinků liečiv.

Teoretický základ: V zahraničí klinickí resp. nemocniční farmaceuti výrazne spolupracujú pri zhodnocovaní a zabezpečovaní optimálnej farmakoterapie hospitalizovaných pacientů s lekármi a ostatnými zdravotníkmi pracovníkmi. Na Slovensku táto forma spolupráce nemá definovaný rámec a kompetencie, preto sa len pomaly začína etablovať v zdravotníckych zariadeniach. Farmaceuti sú vo svojom pregraduálnom aj postgraduálnom

nom štúdiu zameraní predovšetkým na liečivá, ich terapeutické i nežiaduce účinky, liekové interakcie. Zaoberajú sa metódami prípravy liekov rôznych liekových foriem, zohľadňujú pritom individuálne potreby pacientů. Využitie komplexných teoretických vedomostí farmaceutů o liečivách, môže napomôcť lekárom pri rozhodovaní o vhodnosti použitej farmakoterapie.

Základné výsledky: V NÚSCH, a.s. vznikla spolupráca medzi Klinikou cievnej chirurgie a farmaceutmi nemocničnej lekáreň pred dvoma rokmi. Každodenným štúdiom zdravotnej dokumentácie hospitalizovaných pacientů so zameraním na farmakoterapiu v kontexte zdokumentovaných ochorení pacienta sa farmaceuti snažia minimalizovať dôsledky prípadného rizikového nastavenia z terénu, ako sú duplicitné liečivá, kontraindikácie, klinicky významné liekové interakcie alebo zbytočné lieky. Zameriavajú sa tiež na správne dávkovanie, vhodnosť podávanej liekovej formy, spôsob administrácie a dĺžku podávania lieku. Pri posudzovaní farmakoterapie zohľadňujú stav eliminačného orgánu pacienta a na jeho základe môžu odporúčať úpravu dávkovania liekov. Svoje odporúčania ohľadom úpravy farmakoterapie podávajú ošetrovateľovi lekárovi osobne alebo formou zápisu do denného dekurzu pacienta. V prednáške autorky predstavujú metodiku svojej práce pri revízii farmakoterapie, ako aj svoje vízie pre rozvíjanie klinicko-farmaceutických aktivít v rámci Kliniky cievnej chirurgie a ostatných oddelení a kliník NÚSCH, a.s.

Záver: Zaradenie pozície klinických farmaceutů, prípadne užšia spolupráca s nemocničnými farmaceutmi pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti hospitalizovaným pacientom a využitie ich potenciálu v rámci interdisciplinárneho tímu môže priniesť benefit všetkým zainteresovaným stranám. V konečnom dôsledku môže prispieť k zvýšeniu kvality života pacientů.

Využitie preplachového VAC na oddelení cievnej chirurgie UNB

Lámala R.

Oddelenie cievnej chirurgie UNB, Bratislava

Podtlaková terapia V.A.C. v rámci hojenia chronických rán je známa už 35 rokov, ja založená na mechanizme vytvorenia uzavretého vlhkého prostredia, odstránenia exudátu a faktorů brániacich hojeniu /metaloproteázy a baktérie/, zmenšením opuchu, zvýšením lokálnej krvnej perfúzie a podpora tvorby granulácií na podklade kontrolovaného negatívneho tlaku. V.A.C. VERAFLU (instilácia) je podstatou zložená z podtlakovej terapie rán /V.A.C./ v spojení s riadeným aplikovaním a drenážou liečebných roztoků použitých na lokálnu irigáciu rany a suspenzií aplikovaných na vnútro rany. Princípom V.A.C. VERAFLU je tekutinu/roztok/ aplikovať, nechať pôsobiť a následne odsávať. Kontraindikácie terapeutického systému V.A.C. VERAFLU spočívajú v umiestnení poróznej peny tak, aby nebola v priamom kontakte s odkrytými krvnými cievami, anastomózami rekonštrukcií a nervami. Ďalšia kon-

traindikácia v zmysle umiestnenia, je ak sa v rane nachádza malígne tkanivo, neliečená osteomyelitída alebo nekrotické tkanivo s krustou. V rámci instilácie je kontraindikované používanie produktov ktoré obsahujú peroxid vodíka a roztoky s obsahom alkoholu. V rámci relatívnych kontraindikácií v zmysle zvýšeného krvácania v rane aplikácia poróznej peny až po nevyhnutnej adekvátnej hemostáze, preto pri naložení V.A.C. VERAFLU je nutný sesterský monitoring pacienta a pri náhlom v.s. aktívnom krvácaní nutnosť okamžitého zastavenia terapie. Avšak terapiu nemožno nechať odstavenú na viac ako dve hodiny, potom je nutná výmena. V tomto prípade, ak sa očakáva krvácanie je vhodnejšie použitie kanistrov s menším objemom /300ml/. Ak má pacient naopak rozsiahlu ranu pri masívnej secernácii hrozí riziko dehydratácie. Pri obnažení ciev, nervov, orgánov je nutné prekrytie prirodzeným tkanivom alebo alternatívnym neprilnavým materiálom s hustou sieťkou. Pri masívnej infekcii najprv dôkladný debridement tkanív, respektíve odstránenie osteolytických častí kostí. Pri infikovanej rane treba zabezpečiť častejšie výmeny V.A.C. VERAFLU terapie, vtedy sa treba zamerať na lokálne príznaky ako citlivosť, začervenanie, opuch, silný zápach a celkové príznaky ako horúčka, nevoľnosť, hnačka s eleváciou zápalových parametrov. Pri nakladaní V.A.C. VERAFLU treba dbať na okraje rany a zabrániť macerácii, ktorá vznikne najmä pri použití viacerých vrstiev fólie, na krytie okrajov rany možno použiť prípravky k tzv. obvodovému krytiu. Na oddelení cievnej chirurgie UNB používame V.A.C. VERAFLU terapiu v rámci hojenia ťažko zahojiteľných rán u diabetikov po rozsiahlejších nekrektómiách v špeciálnych lokalitách (päta), exartikuláciách pri nedostatočnom prekrvení, respektíve pri humídnych gangrénach po život zachraňujúcich vysokých amputáciách v infikovanom prostredí. Kazuistiky.

Extrakraniálna pseudoaneurizma karotickej artérie a jej chirurgické riešenie: raritné ochorenia supraaortálnych vetiev

Milá Z., Hruškovič J., Mondek P.

Oddelenie Cievnej chirurgie – Fakultná nemocnica Nitra

Ciel' práce: kazuistika

Background: Extrakraniálne pseudoaneurizmy sú zriedkavými ochoreniami, ktorých incidencia nie je presne známa, no najväčšie súbory pacientov sa pohybujú pod 1% pacientov spomedzi všetkých aneurizmatických dilatácií. Mnohé z nich ostávajú dlhodobo asymptomatické až do výskytu neurologického deficitu, obštrukcie horných dýchacích ciest, alebo do prejavu ruptúry, čo má vo väčšine prípadov pre pacienta fatálne následky. Najčastejšími príčinami ich vzniku je penetrujúca trauma, infekcia, iatrogénne poranenia, alebo metastatické procesy na lymfatickom tkanive a v okolí.

V danej kazuistike predkladáme zaujímavý prípad 64-ročného pacienta s CTag-verifikovanou aneurizmatickou dilatáciou na rozhraní sinus caroticus a ACC I.sin s následným konvenčným chirurgickým riešením. Pac. odoslaný na naše pracovisko z dôvodu pulzujú-

cej narastajúcej rezistencie krku s dysfágiou bez predchádzajúcej bližšie známej traumy. V osobnej anamnéze s diagnózou duševnej zaostalosti, bez známok vonkajšieho zranenia, bez predchádzajúcich operácií krku, bez vrodených alebo onkologických ochorení v anamnéze. Doteraz dispenzarizovaný ORL lekárom v rajóne pre popisovaný TU colli I.sin. Pacient bol prijatý v subfebrilnom stave na naše oddelenie, kde následne realizovaná urgentná resekcia PSA ACC I. sin s PTFE patchplastikou. Peroperačne nachádzame rozsiahlu léziu ventromediálnej steny ACC s potenciálnou príčinou perforácie steny – kalcifikovaného plátu. Ostatný lúmen ACC ako aj ACI bez viditeľných aterosklerotických zmien. S odstupom 6 mesiacov realizujeme ambulantne kontrolné CTag pacienta s priechodnou rekonštrukciou bez neuropatologickej symptomatológie.

Poranenia artérií hornej končatiny – naše skúsenosti (2 kazuistiky)

Podolec M., Rusňák F., Beňo P., Horný L., Oravec T.

KCCH ÚVN SNP Ružomberok – FN

Poranenia ciev horných končatín sú pomerne zriedkavé a predstavujú 1 – 2 % všetkých zranení. V súčasnosti narastá počet týchto poranení, čo je spôsobené hlavne rozvojom dopravy a rastúcou kriminalitou. Približne dve tretiny všetkých cievnych poranení predstavujú poranenia ciev dolných končatín a jedna tretina poranenia ciev horných končatín. Vo väčšine prípadov je poranenie ciev spojené s poškodením okolitých štruktúr – mäkkých tkanív, kostí, nervov. Izolované cievne poranenia sú zriedkavé, zväčša ako komplikácia endovaskulárnych výkonov – iatrogénne.

Za posledných 10 rokov sme na našej klinike riešili jedno poranenie arteria subclavia, štyri poranenia arteria brachialis a jedno poškodenie arteria radialis.

Všetky úrazy boli riešené chirurgicky, väčšinou autológym venóznym štepom, alebo bypassom. V jednom prípade došlo k strate končatiny v dôsledku vývoja DIC do 12 hodín po replantácii postihnutej končatiny. Všetky ostatné arteriálne rekonštrukcie boli úspešné. V prednáške prezentujem dve kazuistiky arteriálnej traumy riešenej na našej klinike.