PROGRAM a ABSTRAKTY

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

SLOVAK SOCIETY FOR VASCULAR SURGERY OF THE SLOVAK MEDICAL ASSOCIATION

organizuje/organises

XXI. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE

s medzinárodnou účasťou

21th SLOVAK CONGRESS OF VASCULAR SURGERY

with international participation

23. – 25. 3. 2017 • JASNÁ, Demänovská dolina

Záštita nad kongresom

Tomáš Drucker – minister zdravotníctva SR

prof. MUDr. Peter Šimko, CSc. – rektor Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave

prof. MUDr. Anna Remková, DrSc. – dekan Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity

Ing. Mongi Msolly, MBA – generálny riaditeľ NÚSCH, a.s. Bratislava

Kongres je venovaný 20. výročiu založenia prvého lôžkového a výučbového zariadenia v SR – Kliniky cievnej chirurgie Lekárskej Fakulty SZU a Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a.s. v Bratislave.

www.cievnachirurgia2017.sk
www.sscch.sk

ISSN 1338-0214

Úvodné slovo

Každoročné stretnutia cievnych chirurgov spolu s ďalšími vaskulárne orientovanými odborníkmi pri príležitosti výročného Slovenského kongresu cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou sa stali už tradíciou, veď v tomto roku sa stretávame už po 21. krát. Počty registrovaných účastníkov kongresov sa v posledných rokoch ustálili na číslach medzi 200 a 300. S prihliadnutím na všeobecnú obľúbenosť podujatia možno tieto naše stretnutia ponímať ako akýsi spoločný sviatok cievnych chirurgov. Z čoho vyplýva táto mimoriadna obľúbenosť? Dôvodov je istotne viac, ale ak by sme chceli vymenovať len tie podstatné, je to najmä atraktívne miesto konania, takmer dokonalé organizačné zabezpečenie podujatia, možnosť oboznámiť sa so skúsenosťami a poznatkami špičky cievnej chirurgie a príbuzných odborov nielen zo Slovenska, ale aj z Českej republiky a iných krajín. Organizačný výbor sa usiluje prispôsobovať výber tém vedeckého rokovania, ultrasonografického workshopu aj minisympózií podporovaných edukačnými grantmi partnerských spoločností súčasným trendom v odbore a záujmu cievno-chirurgickej verejnosti.

Tohtoročný **XXI. Slovenský kongres cievnej chirurgie s medzinárodnou účasťou** má špecifický podtón, je venovaný 20. výročiu založenia prvého špecializovaného lôžkového a súčasne aj výučbového zariadenia na Slovensku, Kliniky cievnej chirurgie Lekárskej fakulty Slovenskej zdravotníckej univerzity a Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a.s. v Bratislave a koná sa pod záštitou ministra zdravotníctva SR pána Tomáša Druckera, rektora SZU pána prof. MUDr. Petra Šimka, CSc., dekana LS SZU pani prof. MUDr. Anny Remkovej, DrSc. a pána generálneho riaditeľa NÚSCH, a.s. v Bratislave pána Ing. Mongiho Msollyho.

Klinika cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a.s. v Bratislave mala a naďalej má enormný význam pre rozvoj cievnej chirurgie ako odboru v celoslovenskom meradle. Možno jednoznačne konštatovať, že toto pracovisko posunulo vývoj a úroveň cievnej chirurgie v SR po každej stránke výrazným spôsobom dopredu. V rámci NÚSCH, a.s. má pracovisko optimálne podmienky pre svoj rozvoj a súčasne aj ovplyvňovanie vývoja odboru na Slovensku.

Prvým krokom v reforme cievnej chirurgie v rámci nášho zdravotníctva bola koncom 90. rokov XX. storočia emancipácia cievnej chirurgie ako samostatného medicínskeho a chirurgického odboru oproti všeobecnej a srdcovej chirurgii, čo umožnilo markantné zvýšenie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, v súčasnosti porovnateľnej so zahraničím. Postupne sa podarilo založiť a budovať sieť deviatich vysoko špecializovaných centier v rôznych častiach Slovenska a zabezpečiť dostatok erudovaných cievnych chirurgov pre ich samostatnú kvalitnú činnosť. Tieto pracoviská výrazne zvýšili počty operačných výkonov súčasne so zvýšením kvality starostlivosti o pacientov. Činnosť cievno-chirurgických centier významne podporuje odborná spoločnosť – **Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie**, o.z. SLS. V súčinnosti s **hlavným odborníkom** MZ SR zabezpečuje kvalitný rámec ich činnosti. Veľký význam pre ďalší progres v odbore má pedagogická, vedecko-výskumná, prednášková a publikačná činnosť. Vedenie kliniky sa v začiatkoch zaslúžilo predovšetkým o vybojovanie holej existencie tohto jedinečného pracoviska, o jeho postupné budovanie za veľmi ťažkých podmienok takrečeno na zelenej lúke. Stáli aj za vznikom ďalších oddelení a kliník v rôznych regiónoch Slovenska, za uskutočňovaním „Centrálneho registra cievnej chirurgie“, Koncepcie odboru cievna chirurgia. Postupne sa na pôde Kliniky cievnej chirurgie podarilo vybudovať špičkové referenčné

pracovisko v rámci SR, uznávané nielen doma, ale aj v zahraničí. Klinika sa prirodzene stala sídlom Katedry cievnej chirurgie SZU, ktorá prevzala úlohu doškoľovacieho pracoviska v odbore. V priebehu uplynulých rokov až do súčasnosti sme zabezpečili úspešné zavŕšenie špecializačného štúdia **75** lekárov – cievnych chirurgov (ďalších 5 lekárov sa v posledných rokoch špecializovalo v košickom centre). Väčšina z nich pôsobí resp. pôsobila v SR, niektorí aj v zahraničí. Naša špecializácia je platná vo všetkých krajinách EÚ.

Súčasne prebiehalo úsilie o medzinárodné uznanie slovenskej cievnej chirurgie a získanie zastúpenia v európskych medicínskych orgánoch (UEMS / Board of Vascular Surgery, ESVS). Na tejto pôde sa naši zástupcovia dlhodobo snažia hájiť záujmy slovenskej cievnej chirurgie. Postupne sa v týchto orgánoch v súlade s ich štatútom a organizačnými zásadami vystriedali viacerí členovia Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS, spočiatku predovšetkým z radov pracovníkov Kliniky cievnej chirurgie v Bratislave.

Cievni chirurgovia na Slovensku cítili potrebu vytvorenia spoločnej platformy, ktorá by im umožňovala pravidelne sa stretávať a organizovať odborné podujatia. V r. 1992 sa stali cievni chirurgovia aj všeobecní chirurgovia so záujmom o vaskulárnu problematiku členmi Slovenskej angiologickej spoločnosti SLS (SAS), v ktorej tvorili väčšinu členskej základne. V krátkom čase sa ukázalo, že cievna chirurgia ako u nás mladý chirurgický odbor potrebuje vzhľadom na diametrálnu odlišnosť problematiky voči angiológii samostatnú odbornú spoločnosť. Tak vznikla najprv v r. 1996 Sekcia cievnej chirurgie v rámci SAS a 1. januára 2001 samostatná **Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie**, ktorá sa v súčasnosti dožíva už 17 rokov a má viac ako 120 členov. Za týmito udalosťami takisto stoja poprední predstavitelia kliniky.

Veľmi dôležitou oblasťou je **pedagogická, prednášková a publikačná oblasť**. Pôvodne čisto postgraduálna pedagogická činnosť v rámci SZU (špecializačná príprava v cievnej chirurgii) sa rozšírila o pregraduálnu – prednášky, diplomové práce a praktické cvičenia medikov LF SZU aj LF UK. V rámci postgraduálneho štúdia pracovníci kliniky zabezpečili odborný rast a zavŕšenie špecializačného štúdia v odbore cievnej chirurgie desiatkam nových odborníkov, ktorí v súčasnosti zvyšujú úroveň cievnej chirurgie v rozličných končinách SR. Klinika umožnila úspešné absolvovanie doktorandského štúdia ôsmim cievnym chirurgom, v súčasnosti v tomto štúdiu pokračuje šesť kolegov.

Je veľmi potešiteľné, že v radoch cievnych chirurgov a najmä pracovníkov Kliniky cievnej chirurgie v Bratislave, Košiciach a Banskej Bystrici a ďalších mestách sú viacerí autori monografií, kapitol v učebniciach a monografiách (aj zahraničných), vysokoškolských učebníc, odborných usmernení, štandardných postupov atď. Najväčším úspechom bola participácia viac ako 30 cievnych chirurgov na IV. diele rozsiahlej reprezentačnej publikácie „Princípy chirurgie“, ktorej súčasťou na takmer 500 stranách je cievno-chirurgická problematika (publikácia vyšla v r. 2016).

Na záver si dovoľujem tvrdiť, že za týmito úspechmi Kliniky cievnej chirurgie v Bratislave a slovenskej cievnej chirurgie sa skrýva enormné úsilie a vytrvalé snaženie niekoľkých jednotlivcov, ktorí uprednostnili všeobecný celospoločenský záujem pred svojím osobným prospechom. Pri príležitosti 20. výročia existencie Kliniky cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a.s. v Bratislave považujem za potrebné si tieto skutočnosti pripomenúť. Za svoju osobu môžem povedať, že som hrdý na to, čo sa nám za uplynulé desaťročia podarilo uskutočniť.

prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.,
prezident Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie

Organizačný výbor a výbor SSCCH • UŽITOČNÉ KONTAKTY

Prezident kongresu	prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.
Vedecký sekretár	MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.
Predseda lokálneho organizačného výboru	MUDr. František Rusňák
Členovia	Mgr. Barbora Kovariková
	MUDr. Július Janek
	MUDr. Igor Šinák, PhD.

Členovia výboru SSCCH SLS

Prezident	prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.
Viceprezident	MUDr. Ján Tomka, PhD.
Vedecký sekretár	MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.
Pokladník	MUDr. Tomáš Dulka
Členovia	MUDr. Július Janek
	MUDr. František Rusňák
	MUDr. Igor Šinák, PhD.

Organizačné zabezpečenie kongresu

FARMI PROFI
KONTINUÁLNE VZDELÁVANIE V MEDICÍNE A FARMÁCII

FARMI-PROFI, s.r.o.
PharmDr. Katarína Bilá
Mobil: +421 918 655 120, E-mail: bila@farmi-profi.sk

Ing. Michaela Hladová
Mobil: +421 903 133 638, E-mail: hladova@farmi-profi.sk,
cievnachirurgia2017@farmi-profi.sk
www.farmi-profi.sk



Všeobecné informácie

Miesto a termín konania
23. – 25. 3. 2017
Družba Ski & Wellness Residence
031 01 Demänovská dolina – Jasná

ISSN 1338-0214

Registrácia

štvrtok	23. 3. 2017	8.00 – 17.00 hod.
piatok	24. 3. 2017	8.00 – 18.00 hod.
sobota	25. 3. 2017	8.00 – 10.30 hod.

Registračný poplatok

Členovia SSCCH	70 €
Nečlenovia SSCCH	90 €
Lekári do 35 rokov	30 €
Sestry	15 €

Spôsob platby

Číslo účtu	294 602 8927 / 1100
IBAN	SK86 1100 0000 0029 4602 8927
Variabilný symbol	2332017
Konštantný symbol	0308
Špecifický symbol	číslo v SLK
Správa pre príjemcu	meno a priezvisko lekára príp. sestry, za ktorého (ktorú) je poplatok hradený

Platbu je možné uskutočniť bankovým prevodom alebo v hotovosti pri registrácii.
Potvrdenie o zaplatení poplatku je potrebné predložiť pri registrácii.

Ultrasonografický workshop

Štvrtok 23. 3. 2017	8.00 – 11.30 hod.
Maximálna kapacita	20 miest
Miesto konania	Hotel Družba, Jasná
Téma	Ultrazvuková diagnostika ochorení krčných tepien a a.vertebralis Hlboká žilová trombóza – ultrazvuková a klinická diagnostika
Poplatok	20 €

Registrácia účastníkov workshopu prebieha v rámci registrácie účastníkov kongresu. Do workshopu budú prednostne zaradení vopred prihlásení záujemcovia.

Rokovací jazyk
slovenský, český

Prednášky
– pozvaní prednášatelia (vyžiadané prednášky)
– prednášky originálnych prác na základe prijatých abstraktov
– E-posterová sekcia (elektronické zobrazenie posterov na dotykovej obrazovke)

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

Sympóziá
V programe sú zaradené sympóziá podporované nezávislými edukačnými grantami spoločností.

Nahrávanie a trvanie prezentácií
Podklady pre prednášku (obrazová dokumentácia v PPT a videá) je potrebné odovzdať najneskôr pred začiatkom každej sekcie/bloku technikovi na mieste nahrávania prednášok, minimálne 15 minút vopred. Časový limit prezentácie je 7 minút a 3 minúty sú rezervované pre diskusiu.

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

Potvrdenia o účasti, kredity
Kongres je zaradený do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania.

Lekári	pasívna účasť	spolu 19 kreditov (štvrtok 8 – piatok 8 – sobota 3 kredity)
	aktívna účasť	prvý autor prednášky 10 kreditov, dvaja prví spoluautori 5 kreditov, prvý autor prednášky vedenej v angličtine 15 kreditov, dvaja prví spoluautori 10 kreditov
Sestry	pasívna účasť	spolu 17 kreditov (štvrtok 7 – piatok 7 – sobota 3 kredity)
	aktívna účasť	prvý autor prednášky 10 kreditov, dvaja prví spoluautori 5 kreditov.

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

Registrovaní účastníci získavajú potvrdenie o účasti posledný deň kongresu (25. 3. 2017).

Diskusný GALA večer
Piatok 24. 3. 2017 Hotel Družba, Jasná
Cena vstupenky: 30 €
Vstupenku je možné zakúpiť vopred, alebo na mieste pri registrácii. Počet vstupeniek je obmedzený.

Pokyny pre vystavovateľov
Demontáž vystavovacích stánkov sobota 25. 3. 2017, od 12.30 hod.

Prehľad odborného programu

STREDA, 22. MAREC 2017

16.00 – 18.00	**Zasadanie výboru Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného odborníka MZ pre odbor cievna chirurgia Hotel DRUŽBA**

ŠTVRTOK, 23. MAREC 2017

08.00 – 11.30	**USG WORKSHOP**
12.30 – 13.15	**OTVORENIE KONGRESU**
13.15 – 14.45	**Sekcia A: Súťaž mladých cievnych chirurgov**
14.45 – 15.35	**Sekcia B: Cievne prístupy na hemodialýzu a ich komplikácie**
15.35 – 16.00	**Prestávka / Coffee Break**
16.00 – 17.00	**Sympózium podporené grantom spoločnosti ALFA WASSERMANN**
17.00 – 17.15	**Minisympózium podporené grantom spoločnosti HARTMANN**
17.15 – 18.15	**Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS**

PIATOK, 24. MAREC 2017

09.00 – 11.00	**Sekcia C: Sesterská sekcia**	
12.30 – 14.00	**Sekcia D: Ochorenia supraaortových tepien**	
14.00 – 15.15	**Sekcia E: Ochorenia žíl**	
15.15 – 15.30	**Sekcia I: Elektronické postery**	**Umiestnenie – hlavná prednášková sála**
15.30 – 15.40	**Prestávka / Coffee Break**	
15.40 – 16.40	**Sympózium podporené grantom spoločnosti SERVIER**	
16.40 – 17.10	**Sympózium podporené grantom spoločnosti MEDTRONIC**	
17.10 – 18.30	**Sekcia F: Periférne obliterujúce ochorenia a trombembólie**	
20.00	**Diskusný GALA večer**	

SOBOTA, 25. MAREC 2017

09.00 – 10.30	**Sekcia G: Ochorenia aorty a jej vetiev**
10.30 – 12.00	**Sekcia H : Varia a klinicky zaujímavé kazuistiky**
12.00	**Záver kongresu**

ŠTVRTOK – PIATOK, 23. – 24. MAREC 2017

14.00 – 18.00	**Možnosť prezerania elektronických posterov počas prestávok**

Odborný program kongresu

STREDA, 22. MAREC 2017

16.00 – 18.00
Zasadanie výboru Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného odborníka MZ pre odbor cievna chirurgia
Hotel DRUŽBA

ŠTVRTOK, 23. MAREC 2017

08.00 – 11.30
USG WORKSHOP
Ultrazvuková diagnostika ochorení krčných tepien a a.vertebralis
MUDr. Beňačka J., CSc. (Piešťany)

Hlboká žilová trombóza – ultrazvuková a klinická diagnostika
doc. MUDr. Musil D., PhD. (Olomouc)

12.30 – 13.15
OTVORENIE KONGRESU
20 rokov Kliniky cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a.s. v Bratislave
prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.

13.15 – 14.45
Sekcia A: Súťaž mladých cievnych chirurgov
Predsedníctvo: Tomka J., Kubíková M., Necpal R.

1. **TOBA BTK 12ti měsíční výsledky: Nová metoda léčby kritické končetinové ischemie s disekci vzniklou po PTA**
   Kubíček L., Staffa R., Brodmann M., Wissgott Ch., Holden A., Vasudevan T., Zeller T. (Česká republika, Rakúsko, Německo, Nový Zéland)
2. **Balónková angioplastika / stenting extrakraniálniach tepen z chirurgické preparace art. Carotis communis**
   Thieme F., Chlupáč J., Froněk J., Janoušek L., Kováč J., (Praha)
3. **Ligatúra distálnej a.radialis (DRAL) v liečbe steal syndrómu radiocefalickej arteriovenóznej fistuly**
   Rusňák M., Necpal R., Janek J. (Banská Bystrica)
4. **Management of vein ulcer a multiple approach creates better results single center outcomes**
   Papastavrou D., Slyško R., Takáč R., Kissová S. (Bratislava)
5. **Aktuálne využitie NPWT na oddelení cievnej chirurgie UNB**
   Lámala R., Takács R., Bajčíková B. (Bratislava)
6. **Poranenie ciev popliteálnej oblasti – kazuistika**
   Staško P., Tomečko M., Kubíková M., Sihotský V., Berek P., Závacká M., Frankovičová M. (Košice)
7. **Chirurgická revaskularizácia dolnej končatiny po non lege artis intervenčnom výkone**
   Lévay J., Slyško R., Kissová S. (Bratislava)
8. **Pseudoaneuryzma a. radialis ako vzácna komplikácia cievneho prístupu a jej liečba perkutánnou aplikáciou trombínu – kazuistika**
   Ondruška M., Rusňák M., Necpal R. (Banská Bystrica)

14.45 – 15.35
Sekcia B: Cievne prístupy na hemodialýzu a ich komplikácie
Predsedníctvo: Šinák I., Galko J.

1. **Cievne prístupy pre dialýzu a ich komplikácie: 15-ročné skúsenosti**
   Galko J. (Nitra)
2. **Achillova päta Achillovej päty**
   Necpal R., Rusňák M., Ondruška M. (Banská Bystrica)
3. **AVAH studie – návrh na spolupráci**
   Baláž P., Rokošný S., Bafrnec J., Wohlfahrt P. (Praha)
4. **A – V fistula – príbeh dlhej cesty k bezproblémovej dialýze**
   Molčan T., Danaj M. (Trnava)
5. **Autoimunitná encefalitída ako indikácia A – V fistuly – kazuistika**
   Kováč O., Šinák I., Talapková R., Hlinka Ľ., Jandušíková V., Zanovit M. (Martin)

15.35 – 16.00
Prestávka / Coffee Break

16.00 – 17.00

Sympózium podporené grantom spoločnosti ALFA WASSERMANN

Sulodexid v klinickej praxi

Predsedníctvo: Tomka J.

1. **Odkaz štúdie SURVET pre klinickú prax**
   Moščovič M. (Košice)
2. **Miesto sulodexidu v liečbe komplikácií cievnych prístupov pre hemodialýzu**
   Galko J. (Nitra)
3. **Možno zahojiť 25 rokov liečený vred predkolenia?**
   Žernovický F. (Bratislava)
4. **Použitie parenterálneho sulodexidu u diabetického pacienta**
   Vincze O. (Žilina)

17.00 – 17.15

Minisympózium podporené grantom spoločnosti HARTMANN

Komplexný inovatívny prístup k debridementu rany u ambulantného pacienta

Kopal T. (Považská Bystrica)

17.15 – 18.15

Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS

1. **Správa o činnosti spoločnosti v období 2016-2017**
   Šefránek V.
2. **Správa hlavného odborníka 2016-2017**
   Tomka J.
3. **Finančná správa**
   Dulka T.
4. **Správa zo zasadnutia výboru ESVS**
   Kubíková M.
5. **Diskusia**

PIATOK, 24. MAREC 2017

9.00 – 11.00

Sekcia C: Sesterská sekcia

Predsedníctvo: Kovariková B., Saková J., Melicherčíková K.

1. **Clarivein – miniinvazivní metoda odstranění křečových žil**
   Vojnarová M., Gazurová B. (Třinec)
2. **Operace křečových žil pohledem sestry**
   Pnioková M., Szturcová I. (Třinec)
3. **KOS o pacienta s chronickým žilovým ochorením**
   Gáborová A., Schmidtová M., Bodzsárová Ľ. (Bratislava)
4. **Konzervatívna liečba TOS – kazuistika**
   Melicherčíková K., Horváthová A., Gazdíková K. (Bratislava)
5. **PTA a stentování karotických tepen**
   Stachová R. (Ostrava – Vítkovice)
6. **Ošetrovateľská strostlivosť o pacienta s ochorením karotíd, bezprostredne po operačnom výkone**
   Mišková M., Nagyová L. (Prešov)
7. **Intervenční léčba cévní mozkové příhody**
   Hluchníková L., Pyclíková M. (Ostrava)
8. **Využitie V.A.C. systému pri infekciách po cievnych chirurgických zákrokoch**
   Munková A., Vlasatá Ľ., Vaľková M. (Košice)
9. **Manažment hodnotenia ošetrovateľskej starostlivosti na Oddelení cievnej chirurgie**
   Saková J. (Nitra)

12.30 – 14.00

Sekcia D: Ochorenia supraaortových tepien

Predsedníctvo: Sihotský V., Tomka J.

1. **Chirurgické přístupy k řešení thoracic outlet syndromu**
   Mazur M., Chovancová T., Pekař M. (Ostrava)
2. **Kinking arteria carotis**
   Šefránek V., Tomka J. (Bratislava)
3. **Tendence v chirurgii karotických stenóz**
   Blaha L., Říha D., Szkatula J., Bulejčík J. (Třinec)
4. **Karotická endarterektómia do 72 h od CMP**
   Sihotský V., Berek P., Frankovičová M., Kopolovets I., Kubíková M. (Košice)

5. **Bezpečnost časné karotické endarterektomie po systémové trombolýze**
   Guňka I., Krajíčková D., Leško M., Lojík M., Raupach J., Jiška S., Feix J. (Hradec Králové)
6. **Karotická endarterectómia: výsledky a komplikácie**
   Leško M., Kováč P. (Prešov)
7. **Tumor glomus caroticum – naše 10 ročné skúsenosti**
   Kuročka M., Rusňák F., Beňo P., Horný Ľ., Podolec M. (Ružomberok)
8. **Tumory glomus caroticum v našom súbore**
   Vincze O., Žáček M., Váňa J. (Žilina)

14.00 – 15.15
Sekcia E: Ochorenia žíl
Predsedníctvo: Kovács V., Výrostko V.

1. **Perioperačný manažment nových perorálnych antikoagulancií z pohľadu hematológa**
   Staško J. (Martin)
2. **Možnosti využitia endovenóznych techník v liečbe recidívnej CVI**
   Torma N., Frankovičová M., Lacková V., Tormová Z., Kopolovets G. (Košice)
3. **Laserová ablácia dilatovanej vena saphena magna – výsledky**
   Výrostko V., Pružinec D. (Handlová)
4. **Nepravá recidiva varixu – příčiny a zdroje**
   Pták P., Holý M., Matějka M. (České Budějovice)
5. **Angiochirurgické aspekty venóznych aneuryziem**
   Mazuch J., Rusnák F., Kovács V., Pavlusová T., Červená Z., Mazuchová J. (Martin, Ružomberok, Lučenec)
6. **Aneuryzma vena poplitea – raritné ochorenie**
   Kminiak R., Ondruška M., Janek J. (Banská Bystrica)
7. **Možnosti liečby HVT – kazuistiky**
   Čupka I. (Lučenec)

15.15 – 15.30
Sekcia I: Elektronické postery
Predsedníctvo: Šinák I.

1. **Sonografia hemodialyzačných prístupov**
   Necpal R. (Banská Bystrica)
2. **Venous insufficiency in Klippel – Trenaunay patient treated by VNUS ClosureFast radiofrequency ablation**
   Šlais M. (Praha)
3. **Revaskularizace a.iliaca interna pro gluteální ischémii po endovaskulární náhradě aneuryzmatu aorty jako výkon simultánní s transplantací ledviny**
   Lipár K., Thieme F., Chlupáč J., Janoušek L., Froněk J. (Praha)

4. **Sarkom femorální bifurkace – kazuistika**
   Valsamis A., Janoušek L., Froněk J., Chlupáč J. (Praha)

15.30 – 15.40
Prestávka / Coffee Break

15.40 – 16.40
Sympózium podporené grantom spoločnosti SERVIER
Komplexná liečba chronického venózneho ochorenia
Predsedníctvo: Šefránek V.

1. **Úvod do problematiky chirurgicko-farmakologického managamentu CHVO**
   Šefránek V. (Bratislava)
2. **Výhody farmakologickej liečby – keď už to chirurg nedokáže…**
   Šinák I. (Martin)
3. **Zmenia nontumescentné nontermálne ablácie budúcnosť liečby varixov?**
   Žernovický F., Žernovická K., Marton E., Gaži A., Dulka T., Šefránek V., Tomka J.

16.40 – 17.10
Sympózium podporené grantom spoločnosti MEDTRONIC
Terapia varixov v 3. tisícročí

1. **Moje prvé skúsenosti s lepidlom Venaseal**
   Torma N. (Košice)
2. **ClosureFast – tipy a triky**
   Munka Š. (Rimavská Sobota)

17.10 – 18.30
Sekcia F: Periférne obliterujúce ochorenia a trombembólie
Predsedníctvo: Kováč P., Berek P.

1. **Retrospektívna analýza faktorov ovplyvňujúcich výsledky chirurgickej liečby CLI: vplyv doby trvania ischemického defektu**
   Beňo P., Rusňák F. (Ružomberok)
2. **Transbrachiálny prístup pri intervenčných výkonoch – jeho použitie, výhody, komplikácie a ich riešenie**
   Kováč P. (Prešov)
3. **Možnosti endovaskulárního řešení poranění bércových tepen**
   Kozák J., Kučera D. (Ostrava)
4. **Analýza užití lékem potažených balonkových katetrů a stentů na našem pracovišti za rok 2015**
   Kučera D., Válka M., Kozák J., Bezecný J., Maděřič D., Krátky J., Jetmar V., Vávrová M. (Ostrava, Praha)

5. **Hybridné výkony**
   Berek P., Sihotský V., Kubíková M., Kopolovets I., Frankovičová M. (Košice)
6. **Hybridná terapia akútnej končatinovej ischémie**
   Bulejčík J., Říha D., Blaha L., Šolek R. (Třinec)
7. **Chirurgické aspekty akútnej končatinovej ischémie – náš súbor**
   Oravec T., Rusňák F., Beňo P., Podolec M., Kuročka M., Horný Ľ., Suran T. (Ružomberok)
8. **Zdroje tromboembolických príhod a ich sekundárna prevencia**
   Kubíková L., Kubíková M., Valočík G., Frankovičová M., Koščo M. (Košice)

20.00 hod.
Diskusný GALA večer

SOBOTA, 25. MAREC 2017

9.00 – 10.30
Sekcia G: Ochorenia aorty a jej vetiev
Predsedníctvo: Köcher M., Rusňák F.

1. **Příprava pacienta před plánovaným endovaskulárním výkonem**
   Černá M., Köcher M. (Olomouc)
2. **Endovaskulární léčba thorakoabdominálních aneuryzmat aorty**
   Köcher M., Utíkal P., Černá M., Bachleda P. (Olomouc)
3. **Torakoabdominálne rekonštrukcie**
   Berek P., Sihotský V., Kopolovets I., Štefanič P., Frankovičová M. (Košice)
4. **„Coral reef aorta": Jak na ní?**
   Šebesta P., Seifert S., Jablonski L., Esche M., Novotný K., jr. (Chemnitz, Nemecko)
5. **Laparoskopická liečba syndrómu kompresie trunkus coeliakus**
   Šinák I., Janík J., Grajciar M., Zeleňák K., Talapková R., Hlinka Ľ. (Martin)
6. **MALS (Dunbar syndóm) – laparoskopické riešenie**
   Keher I., Molčan T., Dobrovodský A., Klepanec A. (Trnava)
7. **Chirurgická liečba viscerálnych aneuryziem v našej klinickej praxi**
   Kopolovets I., Berek P., Sihotský V., Kubíková M., Tomečko M., Smola A., Zavacká M., Štefanič P., Frankovičová M. (Košice)

8. **Aneuryzmy tepien horných končatín**
   Macková A., Kováč P. (Prešov)

10.30 – 12.00
Sekcia H: Varia a klinicky zaujímavé kazuistiky
Predsedníctvo: Beňo P., Janek J.

1. **Malígny fibrózny histiocytóm ako raritná príčina akútnej končatinovej ischémie**
   Pobehová J., Zavacká M., Tomečko M., Smola A., Kubíková M., Koščo M., Frankovičová M. (Košice)
2. **Operácie na dolnej dutej žile s využitím in situ hypotermickej ochrany pečene alebo obličky. Kazuistiky**
   Janek J., Necpal R., Kminiak R., Beer I., Rusňák M., Takáč R., Ondruška M. (Banská Bystrica)
3. **Aorto-ureterální a iliko-ureterální píštěl: 2 kazuistiky**
   Leško M., Guňko I., Jiška S. (Hradec Králové)
4. **Cystická degenerácia adventície – zriedkavé ochorenie periférnych ciev – kazuistiky**
   Tóth J., Mondek P., Galko J., Mesárošová S., Bedevelskyy I., Bódiš L., Kučera M., Vacula I. (Nitra, Trnava)
5. **Poranenie arteria carotis**
   Molčan T., Danaj M., Mykyta Y. (Trnava)
6. **Intervencie arteria vertebralis – ich miesto v liečbe pacientov s ischémiou vo vertebro-bazilárnom povodí**
   Lofaj P. (Bratislava)
7. **ACI a kognitívne funkcie**
   Dietzová S., Slovenská E., Frankovičová M. (Košice)
8. **Iatrogénne poranenia ciev po intervenčných výkonoch**
   Kubíková M., Frankovičová M., Sihotský V., Berek P., Tomečko M., Smola A., Závacká M., Kaplan J., Mišíková S., Koščo M., Valočík G. (Košice)
9. **Špeciálne okolnosti si vyžadujú špeciálny prístup pri amputáciách dolných končatín – kazuistiky**
   Šimo J., Smolen V. (Bratislava)

12.00 hod.
Záver kongresu

arixtra®

fondaparín

Všetky injekčné antikoagulačné lieky nie sú rovnaké



Liečba dospelých s akútnou symptomatickou spontánnou trombózou povrchových žíl dolných končatín bez sprievodnej hlbokej žilovej trombózy[1]

1x denne



Skrátená informácia o lieku Arixtra 2,5 mg/0,5 ml: Zloženie: Každá naplnená injekčná striekačka (0,5 ml) obsahuje 2,5 mg sodnej soli fondaparínu. Pomocná látka so známym účinkom: Obsahuje menej ako 1 mmol sodíka (23 mg) v jednej dávke, t.j. v podstate zanedbateľné množstvo sodíka. **Lieková forma:** Injekčný roztok. **Terapeutické indikácie:** Prevencia venóznych tromboembolických príhod (VTE) u dospelých, ktorí podstupujú závažné ortopedické operácie dolných končatín ako je operácia bedrovej zlomeniny, závažné operácie kolena alebo náhrada bedrového kĺbu. Prevencia venóznych tromboembolických príhod (VTE) u dospelých, ktorí podstupujú brušnú operáciu, u ktorých je vysoké riziko tromboembolických komplikácií, ako sú pacienti, ktorí podstupujú brušnú operáciu rakoviny. Prevencia venóznych tromboembolických príhod (VTE) u dospelých internistických pacientov, u ktorých je vysoké riziko VTE a ktorí sú imobilizovaní v dôsledku akútneho ochorenia, akým je napríklad srdcová nedostatočnosť a/alebo akútne poruchy dýchacej sústavy a/alebo akútne infekčné alebo zápalové ochorenie. Liečba dospelých s akútnou symptomatickou spontánnou trombózou povrchových žíl dolných končatín bez sprievodnej hlbokej žilovej trombózy. **Dávkovanie:** Závažné ortopedické alebo brušné operácie: 2,5 mg 1x d s.c., 1. dávka 6 hod. po ukončení operácie, za predpokladu, že bola dosiahnutá hemostáza. Liečba musí pokračovať do vymiznutia rizika venózneho tromboembolizmu, zvyčajne až dovtedy, kým nie je pacient ambulantný, minimálne 5 až 9 dní po operácii. Prevencia interna: 2,5 mg 1x d s.c. Liečba UA/NSTEMI: 2,5 mg 1x d s.c. Liečba sa má začať čo najskôr po stanovení diagnózy a má pokračovať maximálne 8 dní alebo do prepustenia pacienta z nemocnice, ak k nemu dôjde skôr.). Liečba STEMI: Arixtra 2,5 mg 1x d, 1. dávka i.v., následujúce dávky s.c. Liečba sa má začať čo najskôr po stanovení diagnózy a má pokračovať maximálne 8 dní alebo do prepustenia pacienta z nemocnice, ak k nemu dôjde skôr. Liečba SVT: Arixtra 2,5 mg 1x d s.c. po 30 – 45 dní. Špeciálne skupiny pacientov: Poškodenie funkcie obličiek: Fondaparín sa nesmie používať pri liečbe UA/NSTEMI/STEMI u pacientov s Cl_{kreat} < 20 ml/min (tj. < 0,33 ml/s). Arixtra 2,5 mg by nemala byť užívána v profylaxii VTE a liečbe SVT je-li Cl_{kreat} < 20 ml/min., u pacientov s Cl_{kreat} 20 – 50 ml/min. redukcia dávky na 1,5 mg. U pacientov s ťažkým poškodením funkcie pečene musí byť fondaparín používaný opatrne. Fondaparín sa neodporúča používať u detí mladších ako 17 rokov kvôli chýbajúcim údajom o bezpečnosti a účinnosti. **Kontraindikácie:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok klinicky signifikantné aktívne krvácanie, akútna bakteriálna endokarditída, ťažké poškodenie funkcie obličiek (Cl_{kreat} < 20 ml/min.). **Osobitné upozornenia:** Fondaparín sa nesmie aplikovať intramuskulárne. Fondaparín sa musí opatrne podávať pacientom, ktorí majú zvýšené riziko hemorágií, pacientom s aktívnou vredovou gastrointestinálnou chorobou a nedávnym intrakraniálnym krvácaním alebo po nedávnej operácii mozgu, miechy alebo očí. Fondaparín sa musí používať opatrne u pacientov, ktorí sú súbežne liečení inými látkami, ktoré zvyšujú riziko hemorágií (ako sú inhibítory GPIIb/IIIa alebo trombolytiká). U pacientov so STEMI podstupujúcich primárnu PCI sa použitie fondaparínu pred a počas PCI neodporúča. Fondaparín musí byť u starších pacientov používaný opatrne. Ochranný kryt ihly injekčnej striekačky môže obsahovať sušenú prírodnú latexovú gumu, ktorá môže vyvolať alergické reakcie u osôb citlivých na latex. **Lékové a iné interakcie:** Pri prevencii VTE – s fondaparínom súčasne nesmú byť podávané látky, ktoré môžu zvýrazniť riziko hemorágií. Medzi tieto látky patria desirudín, fibrinolytiká, antagonisty receptora GP IIb/IIIa, heparín, heparinoidy alebo nízkomolekulové heparíny (LMWH). Pri následnej liečbe heparínom alebo LMWH by vo všeobecnosti mala byť prvá injekcia podaná jeden deň po poslednej injekcii fondaparínu. **Fertilita, gravidita a kojenie:** Fondaparín sa má predpísať gravidným ženám iba v nevyhnutných prípadoch. Dojčenie sa počas liečby fondaparínom neodporúča. **Nežiaduce účinky:** Pooperačné krvácanie, anemia, krvácanie (hematómy, hematúria, hemoptýza, krvácanie z ďasien). Pred použitím sa oboznámte s kompletnou informáciou v SPC. **Čas použiteľnosti/uchovávanie:** 3 roky. Uchovávajte pri teplote do 25 °C. Neuchovávajte v mrazničke. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** Aspen Pharma Trading Limited, 3016 Lake Drive, Citywest Business Campus, Dublin 24, Irsko. **Reg. č.:** EU/1/02/206/001-004, EU/1/02/206/021-023. **Datum prvej registrácie/predĺženia registrácie:** 21. 3. 2002/21. 3. 2007. **Dátum poslednej revízie textu SPC:** 15. 10. 2014. Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis, liek je hradený z prostriedkov zdravotného poistenia. Pred predpísaním lieku sa oboznámte, prosím, s úplnými informáciami o lieku, ktoré nájdete v súhrne charakteristických vlastností lieku na www.sukl.sk alebo sa obráťte na spoločnosť Aspen Europe GmbH, Na Pankráci 43, 140 00 Praha 4, Česká republika; tel.: +410 222 559 557, fax: +420 222 559 558; e-mail: cz.aspen@aspenpharma.eu; www.aspenpharma.com. Prípadné nežiaduce účinky nám nahláste, prosím, na Aspendrugsafety@agondemand.bz. Otázky na prípadné nežiaduce účinky posielajte, prosím, na DUB-GM-Drugsafety@ie.aspenpharma.com. Odborné medicínske otázky týkajúce sa liekov spoločnosti Aspen, posielajte na adresu Aspenmedinfo@professionalinformation.co.uk, prípadne môžete zatelefonovať na linku 228 880 774.

Referencie: 1. SPC Arixtra.

SK- FON-1015-0005

aspen SLOVAKIA

ABSTRAKTY



Úvodná slávnostná prednáška

20 rokov Kliniky cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a.s. v Bratislave

prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD.
NÚSCH, a.s., Klinika cievnej chirurgie, Bratislava

Vývoj cievnej chirurgie na Slovensku pred vznikom prvého samostatného lôžkového a klinického zariadenia (60. až 80. roky)

V rámci všeobecno-chirurgických resp. kardiochirurgických pracovísk:

Bratislava – I. chirurgická klinika (Chorváth, Leško, Žernovický), Chirurgická klinika ILF Kramáre (Šimkovic, Krivosudský, J. Rozhold), II. chirurgická klinika FN Bratislava (Holomáň), FN Košice (Matejíček), Martin aj Lučenec (Mazuch).

Oproti vývoju v Čechách a na Morave (IKEM – Hejhal, Firt, LF Praha Bartoš, Brno – Kořístek, Černý, Gregor a mnohí ďalší) slovenská cievna chirurgia do 80. rokov XX. stor. nezachytila svetové trendy, z dnešného pohľadu najmä následkom nepochopenia významu špecializácie a koncentrácie odboru do samostatných celkov a neskôr s budovaním vaskulárnych centier za existencie angiológie a vaskulárnej rádiológie s možnosťou endovaskulárnej liečby.

Samostatná cievna chirurgia v ÚKVCH Bratislava (1979 – 1996)

Obrat nastal po vytvorení ÚKVCH na pôde II. chirurgickej a II. internej kliniky LFUK a FN v Bratislave na Partizánskej v **r. 1979**. Klinika kardiovaskulárnej chirurgie sa stala sídlom a jediným centrom kardiochirurgie, popri ktorej sa v menšom meradle vykonávala aj cievna chirurgia. Do r. 1985 participovali na cievno-chirurgických operáciách viacerí chirurgovia aj z radov kardiochirurgov. Potom nastal zlom, vďaka pochopeniu prof. Šimkovica sa v záujme zlepšenia kvality a výsledkov operácií uskutočnila užšia špecializácia a rozdelenie širokospektrálne kardiovaskulárne orientovaného chirurgického kolektívu kliniky na čisto kardiochiochirurgickú časť a postupne sa rozvíjajúci cievno-chirurgický tím.

V roku **1986** bola cievna chirurgia vo vtedajšom Československu uznaná za nadstavbovú špecializáciu chirurgie so samostatnou špecializačnou prípravou. Atestačné skúšky sa uskutočňovali práve na Katedre kardiovaskulárnej chirurgie SZU na pôde Kliniky kardiovaskulárnej chirurgie pod vedením prof. MUDr. Iva-na Šimkovica, Dr.Sc., neskôr doc. MUDr. Viliama Fischera, CSc. Činnosť cievno-chirurgického úseku kliniky riadil od r. 1986 ordinár pre cievnu chirurgiu MUDr. V. Šefránek (v r. 1988 obhájil dizertáciu a krátko na to ako druhý na Slovensku zložil špecializačnú atestáciu z cievnej chirurgie). Neskôr, v r. 1991 vznikol v rámci Kliniky kardiovaskulárnej chirurgie **samostatný primariát** a MUDr. Vladimír Šefránek, CSc. sa stal primárom prvého autonómneho oddelenia cievnej chirurgie na Slovensku.

Špecializácia pracoviska v cievnej chirurgii v rámci kliniky umožnila veľmi rýchle zvyšovanie počtov operovaných pacientov, podstatné zlepšovanie kvality starostlivosti a výsledkov operácií s výrazne predĺženou priechodnosťou arteriálnych rekonštrukcií, poklesom počtu vysokých amputácií DK, poklesom hospitalizačnej mortality a morbidity a skrátením dĺžky hospitalizácie aj pobytu na JIS. Rozširovalo sa postupne aj spektrum operačných výkonov. Na druhej strane oddelenie bolo spočiatku obsadené veľmi malým počtom lekárov: spočiatku dvaja, neskôr viac rokov traja. Postupne sa kolektív rozrastal o novopečených lekárov po promócii. Títo adepti cievnej chirurgie sa postupne zapájali do postgraduálnej prípravy a po dosiahnutí potrebnej praxe úspešne skladali atestáciu z cievnej chirurgie. Vítanou posilou boli „školenci" z radov adeptov srdcovej chirurgie, všeobecní chirurgovia a chirurgovia, ktorí sa začali špecializovať v odbore cievna chirurgia z iných nemocníc z rôznych častí Slovenska. Títo lekári na druhej strane získavali veľmi potrebné vedomosti a skúsenosti v diagnostike a liečbe cievnych ochorení. Až v ďalších rokoch sa tím cievnych chirurgov oddelenia stabilizoval a rozrástol na 9 členov. Prudký rozmach zaznamenala revaskularizácia v oblasti dolných končatín či už supra- alebo infrainguinálna, chirurgia AAA, aneuryziem torakoabdominálnej aorty, karotická a vertebrálna chirurgia, chirurgia TOS, resekcie I. rebra, C-rebra, revaskularizácia renálnych artérií pri renovaskulárnej hypertenzii a ischemickej nefropatii, revaskularizácia splanchnickej oblasti a ďalšie oblasti cievnej chirurgie.

V r. 1996 sme inšpirovaní skúsenosťami z ČR začali registrovať cievno-chirurgické operačné výkony v SR formou **„Centrálneho registra cievnej chirurgie".** Vytvorili sme formulár, ktorý vypĺňali a vracali späť chirurgické oddelenia SR. Získali sme tak prehľad o početných ukazovateľoch, najmä o počtoch operácií na cievnom systéme v SR. Centrálny register s minimálnymi úpravami funguje dodnes a je napriek niektorým nedostatkom veľmi dobrou orientáciou o rozsahu a úrovni cievno-chirurgickej praxe na Slovensku.

1997 – dosiaľ

Významným míľnikom vo vývoji cievnej chirurgie bol rok **1997**, kedy bola dokončená výstavba **novej budovy ÚKVCH/SÚSCH/NÚSCH**. Vtedajší prednosta Kliniky kardiovaskulárnej chirurgie doc. MUDr. Fischer, CSc sa z nepochopiteľných a nejasných dôvodov rozhodol, že cievna chirurgia nebude súčasťou nového ústavu. S podporou vtedajšieho riaditeľa ústavu prof. MUDr. Fabiána vývoj smeroval skutočne k tomu, aby sa oddelenie cievnej chirurgie presťahovalo do novo vznikajúcej fakultnej nemocnice v Petržalke. Osamotené oddelenie cievnej chirurgie ako jediný útvar ostalo v starej budove a niekoľko mesiacov fungovalo za mimoriadne náročných podmienok a s veľkými problémami. Pracovisko vysoko náročného špecializovaného chirurgického odboru pracovalo dlhé obdobie s veľmi obmedzenými možnosťami konziliárnych služieb, anestéziológie a intenzívnej starostlivosti (vyčlenený 1 lekár bez špecializácie), laboratórnych a RTG služieb. Po náročných rokovaniach a presviedčaní ministra zdravotníctva Javorského a ďalších zodpovedných činiteľov na ministerstve sa podarilo tieto zvrátené tendencie zvrátiť. Dekrétom vtedajšieho ministra zdravotníctva MUDr. Javorského bola založená dňa 27. apríla 1997 **Klinika a Katedra cievnej chirurgie SZU a SÚSCH** a nasledovalo sťahovanie do novej budovy. Prednostom kliniky a vedúcim katedry sa stal vtedajší doc. MUDr. V. Šefránek, CSc. Minister zdravotníctva ho následne vymenoval za hlavného odborníka MZSR pre cievnu chirurgiu a automaticky aj členom „Rady ministra zdravotníctva SR".

Ďalšou dôležitou udalosťou bolo vytvorenie a schválenie **„Koncepcie odboru cievna chirurgia"**, ktorá vyšla ako vestník MZSR v r. 1998. Stala sa právnym dokumentom regulujúcim činnosť v odbore cievna chirurgia, ako aj vzájomné vzťahy s ostatnými medicínskymi a chirurgickými odbormi. Cievna chirurgia sa na Slovensku dovtedy sporadicky vykonávala väčšinou na pôde všeobecno-chirurgických pracovísk s výnimkou bratislavského kardiocentra, kde bola síce tiež jednoznačne v područí iného odboru, ale v tomto prípade kardiochirurgie. V týchto podmienkach nebol možný plnohodnotný vývoj odboru.

V priebehu predchádzajúcich desaťročí vznikli deformácie v postavení, spoločenskom uznaní a finančnom zabezpečení cievnej chirurgie na Slovensku. Z pozície HO MZ sa doc. MUDr. V. Šefránkovi, CSc. darilo postupne korigovať deformácie. Klinika cievnej chirurgie sa stala samostatným subjektom a postupne sa na jej pôde podarilo vybudovať špičkové referenčné pracovisko v rámci SR, uznávané nielen doma, ale aj v zahraničí. Klinika sa prirodzene stala sídlom Katedry cievnej chirurgie SZU, ktorá prevzala úlohu doškoľovacieho pracoviska v odbore. V priebehu uplynulých rokov až do súčasnosti sme zabezpečili úspešné zavŕšenie špecializačného štúdia **75** lekárov – cievnych chirurgov. Väčšina z nich pôsobí resp. pôsobila v SR, niektorí aj v zahraničí. Naša špecializácia je platná vo všetkých krajinách EÚ.

Postupne sa zvyšovali počty vykonávaných operácií na klinike. Týkalo sa to najmä arteriálnych rekonštrukcií. Čo však bolo rovnako dôležité, významne sa zlepšovali ich výsledky a dochádzalo k rýchlemu poklesu mortality a morbidity operovaných pacientov s predlžovaním priechodnosti rekonštrukcií. A to všetko napriek nepriateľskej atmosfére v ústave a pokračujúcim likvidačným tendenciám spomínaných síl v rámci ústavu. Postupne sa podarilo vytvoriť z mladých začínajúcich chirurgov vyrovnaný kolektív cievnych chirurgov so špecializáciou, ktorí boli schopní spočiatku s asistenciou skúsených, neskôr aj sami, operovať aj najťažších a najzložitejších pacientov.

Ďalším nevyhnutným krokom bolo postupné vytváranie samostatných cievno-chirurgických pracovísk vo väčších slovenských mestách. Po vytvorení kliniky v SÚSCHu vzniklo samostatné oddelenie cievnej chirurgie vo FN na **Antolskej** ul. v Bratislave-Petržalke a hneď na to oddelenie cievnej chirurgie I. chirurgickej kliniky FNsP Louisea Pasteura v **Košiciach**. V rýchlom slede nasledovala **Nitra, Prešov, Ružomberok, Lučenec, B. Bystrica, Martin**. Dočasne vznikli oddelenia cievnej chirurgie aj v **Žiline a N. Zámkoch**, tie však boli po krátkej dobe a niekoľkých rokoch prevádzky z moci úradnej zrušené. Medzitým sa v r. 2005 stal hlavným odborníkom MZ SR MUDr. Ján Tomka, CSc. Upravená a doplnená koncepcia odboru cievna chirurgia, ktorá bola vydaná v r. 2004, napomohla a uľahčila proces etablovania nových samostatných chirurgických oddelení. V súčasnosti máme v SR 9 samostatných cievno-chirurgických pracovísk, z ktorých tri majú štatút klinického pracoviska (NÚSCH BA, VÚSCH KE a ÚVN Ružomberok). Klinika cievnej chirurgie LFSZU/NÚSCH zohrala v tomto procese veľmi dôležitú úlohu. Postupne dozrievajúci členovia kolektívu začali pociťovať potrebu samostatnej realizácie a niektorí sa stali primármi novo vznikajúcich oddelení na Slovensku (MUDr. T. Molčan, MUDr. P. Mondek, PhD. a MUDr. R. Slyško, PhD.). Iní odišli do zahraničia (MUDr. M. Maresch, PhD., MUDr. Z. Zita). MUDr. P. Lofaj, PhD. sa stal riaditeľom UNB Cyrila a Metoda na Antolskej ul. v Bratislave-Petržalke.

Súčasne prebiehalo úsilie o medzinárodné uznanie slovenskej cievnej chirurgie a získanie zastúpenia v európskych medicínskych orgánoch (UEMS / Board of Vasculasr Surgery, ESVS). Na tejto pôde sa naši zástupcovia dlhodobo snažia hájiť záujmy slovenskej cievnej chirurgie. Postupne sa v týchto orgánoch v súlade s ich organizačnými zásadami vystriedali viacerí členovia Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS.

Cievni chirurgovia na Slovensku cítili potrebu vytvorenia spoločnej platformy, ktorá by im umožňovala pravidelne sa stretávať a organizovať odborné podujatia. V r. 1992 sa stali cievni chirurgovia aj všeobecní chirurgovia so záujmom o vaskulárnu problematiku členmi Slovenskej angiologickej spoločnosti SLS (SAS), v ktorej tvorili väčšinu členskej základne. Postupne sa ukázalo, že cievna chirurgia ako mladý chirurgický odbor u nás potrebuje vzhľadom na diametrálnu odlišnosť problematiky voči angiológii samostatnú platformu. Tak vznikla najprv v r. 1996 Sekcia cievnej chirurgie v rámci SAS a 1. januára 2001 samostatná Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie, ktorá sa v súčasnosti dožíva už 17 rokov a má viac ako 120 členov. Možno ju porovnať so zabehnutými mnoho rokov fungujúcimi odbornými lekárskymi spoločnosťami. Činnosť našej spoločnosti sa popri bežnej agende koncentruje najmä na organizovanie každoročných medzinárodných kongresov, ktoré sa postupne stali veľmi populárnymi a dobre navštevovanými odbornými podujatiami. Poprední zástupcovia odboru v SR sa pravidelne aktívne zúčastňujú aj konferencií a kongresov v zahraničí.

Veľmi dôležitou oblasťou je pedagogická, prednášková a publikačná oblasť. Pôvodne čisto postgraduálna pedagogická činnosť v rámci SZU (špecializačná príprava v cievnej chirurgii) sa rozšírila o pregraduálnu – prednášky, diplomové práce a praktické cvičenia medikov LF SZU aj LF UK. V rámci postgraduálneho štúdia pracovníci kliniky zabezpečili odborný rast a zavŕšenie špecializačného štúdia v odbore cievnej chirurgie desiatkam nových odborníkov, ktorí v súčasnosti zvyšujú úroveň cievnej chirurgie v rozličných končinách SR. Súčasne zabezpečujeme postgraduálne vzdelávanie študentov iných odboroch v problematike cievnej chirurgie (všeobecná chirurgia, angiológia, ortopédia, gynekológia, ORL a iné). Prednášame cievno-chirurgickú problematiku v tematických kurzoch z cievnej chirurgie, ale aj iných medicínskych odborov. Pracovníci kliniky prednášali za 20 rokov existencie kliniky stovky prednášok na domácich aj zahraničných odborných fórach, publikovali desiatky až stovky prác v domácich aj zahraničných odborných periodikách. Významnou zložkou činnosti je aj vypracovávanie odborných posudkov, oponentúr, recenzií a popularizačných prednášok, článkov v médiách, na internete a pod. Je potešiteľné, že v radoch cievnych chirurgov a najmä pracovníkov Kliniky cievnej chirurgie v Bratislave aj Košiciach sú viacerí autori monografií, kapitol v učebniciach a monografiách (aj zahraničných), vysokoškolských učebníc, odborných usmernení, štandardných postupov atď. Najväčším úspechom bola participácia viac ako 30 cievnych chirurgov na IV. diele rozsiahlej publikácie „Princípy chirurgie", ktorej súčasťou na takmer 500 stranách je cievno-chirurgická problematika (publikácia vyšla v r. 2016).

Prof. MUDr. V. Šefránek, PhD. venoval veľa síl aj študentom doktorandského štúdia, pod jeho vedením úspešne ukončilo toto štúdium 8 doktorandov a v súčasnosti študujú ďalší šiesti. V odbore cievna chirurgia sú na Slovensku činní dvaja univerzitní profesori (prof. MUDr. Mária Frankovičová, PhD., Košice a prof. MUDr. Vladimír Šefránek, PhD., Bratislava) a viacerí nositelia vedeckých titulov CSc. / PhD.

Od r. 2015 bol vymenovaný za prednostu Kliniky cievnej chirurgie LFSZU a NÚSCH, a.s. Bratislava (KCCH) MUDr. Ján Tomka, PhD. V súčasnosti predstavuje klinika špičkové referenčné pracovisko v oblasti cievnej chirurgie v Slovenskej republike. Hlavnou náplňou práce KCCH je, v súlade s koncepciou odboru, cievna chirurgia, chirurgické liečenie pacientov s ochoreniami cievneho systému vo všetkých anatomicky dostupných lokalizáciách s výnimkou srdca a vnútrolebečného priestoru. Na pracovisku sa vykonáva komplexná neinvazívna i invazívna diagnostika a následná liečba ochorení cievneho systému. Ročne sa na dvoch operačných sálach vykoná takmer 1100 operačných výkonov. Medzi najčastejšie operácie patria chirurgické revaskularizácie pre obliterujúce ochorenie tepien. Vykonávajú sa rôzne typy arteriálnych operácií pri periférnom arteriálnom obliterujúcom ochorení dolných končatín (PAO), najmä pri kritickej končatinovej ischémii. V indikovaných prípadoch KCCH vykonáva cievne rekonštrukcie ako i iné formy terapie v štádiu komplikácií diabetickej nohy. Ďalšou dôležitou chirurgickou náplňou je liečba aneuryziem brušnej aorty, aneuryziem torakoabdominálnej aorty, ako aj aneuryziem periférnych tepien. Realizujú sa aj premosťujúce operácie supraaortových vetiev a viscerálnych vetiev brušnej aorty (tzv. debranching výkony) pred endovaskulárnou liečbou ochorení aorty, čím pripievame k možnosti vykonávať miniinvazívne operačné výkony vysoko rizikovej skupine pacientov. Na KCCH majú jej pracovníci dlhodobé skúsenosti s chirurgickou liečbou tepien zásobujúcich mozog (najmä karotické endarterektómie). Primárnym cieľom týchto operácii je zabrániť u ohrozených pacientov vzniku cievnej mozgovej príhody. V súčasnosti uskutočňujeme priemerne 300 operácií tohto typu ročne, čo podľa registra cievnych operačných výkonov v Slovenskej republike predstavuje najvyšší počet spomedzi všetkých špecializovaných pracovísk a aj v porovnaní so zahraničnými centrami ide o vysoký počet. KCCH je jediným slovenským pracoviskom, na ktorom sa vykonávajú operácie vertebrálnych artérií. Pracovisko taktiež rieši s výbornými výsledkami pacientov s neurovaskulárnym kompresívnym syndrómom hornej hrudnej apertúry. Pri renovaskulárnej hypertenzii a ischemickej nefropatii uskutočňujeme revaskularizáciu renálnych artérií. V spolupráci s nefrológmi a dialyzačnými strediskami zabezpečuje KCCH pre pacientov v chronickom dialyzačnom programe trvalé cievne prístupy pre dialýzu. V oblasti chronickej vénovej choroby dolných končatín vykonáva chirurgickú liečbu varixov dolných končatín vrátane moderných termoablačných postupov a ultrazvukom riadenej skleroterapie. V indikovaných prípadoch sa vykonávajú endovaskulárne rekonštrukcie (endovaskulárna liečba aneuryziem abdominálnej aorty s implantáciou stentgraftov, embolizačné výkony pri aneuryzmách viscerálnych vetiev aorty a pri arterio-venóznych malformáciách). Veľmi dôležitá je aj ambulantná a konzultačná činnosť kliniky v celoslovenskom meradle.

Záver

Klinika cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a.s. v Bratislave mala a naďalej má pre rozvoj cievnej chirurgie ako odboru v celoslovenskom meradle. Možno jednoznačne konštatovať, že toto pracovisko posunulo vývoj a úroveň cievnej chirurgie v SR po každej stránke výrazným spôsobom dopredu. V rámci NÚSCH, a.s. má pracovisko optimálne podmienky pre svoj rozvoj a súčasne aj ovplyvňovanie vývoja odboru v celoslovenskom meradle.

Prvým krokom v reforme cievnej chirurgie v rámci nášho zdravotníctva bola emancipácia cievnej chirurgie ako samostatného medicínskeho a chirurgického odboru oproti všeobecnej a srdcovej chirurgii, čo umožnilo postupné zvyšovanie kvality poskytovanej zdravotnej starostlivosti, v súčasnosti porovnateľné so zahraničím. Postupne sa podarilo vybudovať sieť deviatich vysoko špecializovaných centier v rôznych častiach Slovenska a zabezpečiť dostatok erudovaných cievnych chirurgov pre ich samostatnú vysoko kvalitnú činnosť. Tieto pracoviská výrazne zvýšili počty operačných výkonov súčasne so zvýšením kvality starostlivosti o pacientov. Túto činnosť významne podporuje odborná spoločnosť – Slovenská spoločnosť cievnej chirurgie. V súčinnosti s hlavným odborníkom MZ SR zabezpečuje kvalitný rámec činnosti cievno-chirurgických pracovísk. Veľký význam pre ďalší progres v odbore má pedagogická, vedecko-výskumná, prednášková a publikačná činnosť.

Sekcia A : Súťaž mladých cievnych chirurgov

TOBA BTK 12ti měsíční výsledky: Nová metoda léčby kritické končetinové ischemie s disekcí vzniklou po PTA

Luboš Kubíček[1], Robert Staffa[1], Marianne Brodmann[2], Christian Wissgott[3], Andrew Holden[4], Thodur Vasudevan[5], Thomas Zeller[6]

[1]II. chirurgická klinika, Centrum cévních onemocnění, FN u sv. Anny v Brně a LF MU, Brno, Česká republika
[2]Medical University Hospital Graz, Graz, Rakúsko
[3]Academic Teaching Hospital of the Universities of Kiel, Luebeck and Hamburg, Kiel, Nemecko
[4]Auckland City Hospital, Auckland, Nový Zéland
[5]Waikato Hospital, Hamilton, Nový Zéland
[6]Universitaets-Herzzentrum Freiburg – Bad Krozingen, Bad Krozingen, Nemecko

Cieľ práce: Disekce vzniklé po PTA (perkutánní transluminální angioplastika) jsou významným problémem v každodenní cévně-chirurgické praxi. Řešením vzniklé disekce je ve většině případů implantace metalického stentu. Implantace stentu však může často vest k horším výsledkům a to hlavně z důvodu rizika vzniku restenózy v místě stentu a rupturám stentů v ohybových zónách tepenného systému. Cílem studie TOBA BTK bylo zhodnocení nové technologie tzv. Tack Endovascular system® při řešení post-PTA disekcí u pacientů s kritickou končetinovou ischemií. Tato studie je zaměřena na oblast bércových tepen, kde je řešení případných disekcí ještě výrazně náročnější.

Materiál a metódy: Pacienti s kritickou končetinovou ischemií, u kterých došlo po PTA v oblasti bércových tepen ke vzniku disekce byli léčení pomocí Tack systému. Sledované endpointy studie byly tzv. major advers limb events (vysoké amputace a re-intervence), peri-procedurální úmrtí, úspěch implantačního systému (úspěšné zavedení a implantace Tack do místa disekce), úspěch procedury (demostrovaná průchodnost tepny), počet nutných revaskularizací v oblasti původní léze a změny v Rutherfordově kategorii.

Výsledky: Do studie bylo zařazeno 35 pacientů, všichni v Rutherfordově kategorii 4 a 5 (v poměru 12 % a 88 %). Střední délka léčené léze byla 51,7 ± 27,7 mm, post-PTA disekce byly hodnoceny jako stupeň A (21,2 %), B (60,6 %) a C (18,2 %). Úspěšné implantace Tack do místa disekce (úspěch implantačního systému) bylo dosaženo ve 32 případech (91,4 %) a jen v jednom případě bylo nutné provedení re-intervence k udržení průchodnosti tepny (úspěch procedury 96,9 %). Po 12 měsících bylo 84,5 % pacientů bez nutnosti amputačního zákroku a 93,5 % bez nutnosti provedení endovaskulární nebo chirurgické re-intervence. Zároveň bylo dosaženo významného zlepšení v Rutherfordově kategorii, kdy 75 % pacientů udávalo zlepšení o 4 až 5 stupňů ($p<0.0001$).

Záver: Léčba disekcí v oblasti bércových tepen pomocí Tack Endovascular system® byla potvrzena jako bezpečná a velmi účinná s vysokou 12ti měsíční primární průchodností a nízkým počtem nutných re-intervencí. Tack system představuje nový koncept léčby disekcí s použitím minima kovového materiálu, který umožňuje bezpečné zlepšení klinických výsledků PTA a to i v oblasti bércových tepen.

Balónková angioplastika/stenting extrakraniálních tepen z chirurgické preparace art. Carotis Communis

Filip Thieme[1], Jaroslav Chlupáč[1], Jiří Froněk[1], Libor Janoušek[1], Josef Kováč[2]

[1]Klinika transplantační chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika
[2]Základna radiodiagnostiky a intervenční radiologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Cieľ práce: Balónková angioplastika/stenting je zavedená metoda revaskularizace při primárním aterosklerotickém postižení větví aortálního oblouku a při stenóze extra-kraniálních tepen. Společná femorální tepna je dominantně používána k perkutánní punkci při endovaskulárním přístupu. Pokud nelze použít společnou femorální tepnu, alternativním přístupem může být punkce chirurgicky vypreparované společné karotické tepny. Retrospektivní analýza případů balónkové angioplastiky/stentingu extrakraniálních tepen provedených pomocí chirurgické preparace přístupové tepny.

Materiál a metódy: Šest pacientů s průměrným věkem 73±10 let (58-81 let) podstoupilo antegrádní angioplastiku/stenting vnitřní karotické tepny (n=3) nebo retrográdní angioplastiku/stenting levé společné karotické tepny nebo brachiocephalického trunku (n=3). Tři pacienti byli neurologicky symptomatičtí, tři pacienti byli bez neurologických příznaků. Přístup přes společnou femorální arterii byl anatomicky nevhodný či v minulosti technicky neúspěšný. Výkony byly provedeny punkčně po předchozí chirurgické preparaci společné karotické tepny (n=5) nebo společné femorální tepny (n=1).

Výsledky: Technická úspěšnost byla 100%. Nevyskytla se žádná perioperační cévní mozková příhoda (≤30 dní). U jednoho pacienta došlo k progresi renálního onemocnění při již známé renální dysfunkci, u dalšího pacienta došlo k rozvoji infekce umělé náhrady společné femorální tepny s nutností výměny za auto-venózní náhradu. Čtyři z šesti pacientů zemřeli z jiné příčiny 2, 6, 7 a 46 měsíc po výkonu. Jeden z pacientů se ztratil ze sledování. U jednoho žijícího pacienta se vyskytl symptomatický „subclavian steal-carotid recovery" syndrom při re-okluzi stentu v brachiocephalického trunku dva roky po angioplastice. Nakonec u něj byl proveden pravostranný karotiko-subklaviální bypass.

Záver: Balónková angioplastika/stenting extra-kraniálních tepen z předchozí chirurgické preparace společné karotické tepny je úspěšná alternativní metoda, pokud je přístup ze společné stehenní tepny nemožný. Je vhodné zvážit očekávanou dobu přežití u takto polymorbidních pacientů.

Ligatúra distálnej a. radialis (DRAL) v liečbe steal syndrómu radiocefalickej arteriovenóznej fistuly

Marek Rusňák, Roman Necpal, Július Janek

Oddelenie cievnej chirurgie, FNsP FDR, Banská Bystrica

Distálna ischémia končatiny spôsobená cievnym prístupom pre hemodialýzu (hemodialysis access induced distal ischemia, HAIDI) je dobre známa komplikácia cievnych prístupov. Patofyziológia HAIDI je komplexná a nie je úplne objasnená. Niektorí autori považujú za hlavný patofyziologický mechanizmus HAIDI „steal". Napriek tomu, že distálna radiocefalická arteriovenózna fistula je metódou prvej voľby cievneho prístupu je u nej steal fenomén popisovaný až v 73-100 % ale výskyt HAIDI sa udáva medzi 1-1,8 %. Ideálna liečba HAIDI má za cieľ zlepšenie distálnej perfúzie a uchovanie funkčného cievneho prístupu. Pri liečbe normofunkčnej radiocefalickej AVF, ktorá spôsobuje distálnu ischémiu je touto liečbou DRAL. V práci popisujeme naše skúsenosti s touto jednoduchou metódou so zameraním sa na správnu indikáciu a načasovanie tejto liečby.

Management of vein ulcer a multiple approach creates better results single center outcomes

Dimitrios Papastavrou, Roman Slyško, Róbert Takács, Silvia Kissová

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

Cieľ práce: Vein ulcer is an vascular surgery problem. The study aim is to present the techniques which we use in our practice and how we heal the venous ulcer by use various techniques.

Materiál a metódy: Over a period of 5 year we have a data base of 15 patient treated for vein ulcer these presentation includes our clinical approach to the vein ulcer we follow up for 5 years this is the results and a methods we used at our department to heal and maintained the ulcer vein healing and prevent recurrences.

Výsledky: Of 20 patients we use the follow methods: in 10 foam sclerotherapy at perforates in combination with surgery crossectomia and distal stripping SFJ and later local wound dressing therapy in combination with Ulcer -x kits use, 1 with deep valve reconstruction, 3 with Unnas boot treatment and foam sclerotherapy, and one with PRP therapy Unnas boot treatment and foam sclerotherapy.Over the period of 5 years we follow up this patient and after healing we induce then to double layer stocking compression.

Záver: The combination of material and method after a correction of underlying cause we show a significance increase of healing time of vein ulcers raise due to multidisciplinary approach and significant decrease the recurrence rates.

Aktuálne využitie NPWT na oddelení cievnej chirurgie UNB

Róbert Lámala, Róbert Takács, Barbara Bajčíková

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

Cieľ práce: NPWT už dlhodobo znamená revolúciu v hojení rán. Nielen, že odstraňuje nadbytočnú tekutinovú produkciu z rany, čim zabezpečuje kontinuálne čistenie rany, a zmierňuje opuch, ale aj urýchľuje tvorbu granulácii a zlepšuje propagáciu perfúzie. Najnovšie metódy posúvajú možnosti využitia NPWT do viacerých medicínskych odborov. NPWT v súčasnosti predstavuje aj v rámci cievnej chirurgie jednu z brilantných metód pri hojení primárnych respektíve sekundárnych rán.

Materiál a metódy: Retrospektívna analýza aplikácie NPWT u cievno-chirurgických pacientov

Výsledky: Kazuistiky využitia NPWT z oddelenia cievnej chirurgie UNB.

Záver: NPWT sa stala nevyhnutnou súčasťou komplexnej terapie cievno-chirurgických pacientov na našom oddelení.

Poranenie ciev popliteálnej oblasti – kazuistika

Pavel Staško, Marián Tomečko, Mária Kubíková, Vladimír Slhotský, Peter Berek, Martina Závacká, Mária Frankovičová

Klinika cievnej chirurgie, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb a.s. a LF UPJŠ, Košice

Cieľ práce: Cieľom tejto prednášky je prezentovať problematiku poranenia ciev v popliteálnej oblasti, ktoré patria medzi poranenia s vysokou incidenciou amputácií postihnutej končatiny. Vo všeobecnosti ich delíme na tupé a ostré poranenia, dôsledkom čoho dochádza k čiastočnému, alebo úplnému poškodeniu cievneho zväzku.

Materiál a metódy: Súčasťou prezentovanej práce sú použité dve kazuistiky s poranením v popliteálnej oblasti. 1. Tupé poranie popliteálnej tepny ako dôsledok dislokácie kolenného kĺbu pri autonehode 2. Ostré poranenie popliteálnej tepny a žily ako dôsledok odlomenia malého šrapnelu kovového klinu.

Záver: Poranenie cievneho zväzku, či už tupého, alebo ostrého charakteru, môže viesť k poškodeniu, ktoré pri neskorej diagnostike a terapii môže spôsobiť trvalú invalidizáciu pacienta, eventuálne ohroziť pacienta na živote. Súčasťou správnej diagnostiky a ďalšieho postupu je preto nutná medziodborová spolupráca, ktorá by mala ozrejmiť možné poškodenie, eventuálne rozsah poškodenia ciev popliteálnej oblasti.

Chirurgická revaskularizácia dolnej končatiny po non lege artis intervenčnom výkone

Ján Lévay, Roman Slyško, Silvia Kissová

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

Cieľ práce: Prezentujeme kazuistiku 57-ročného hemodialyzovaného pacienta s kritickou končatinovou ischémiou hospitalizovaného na rajónnom chirurgickom pracovisku pre gangrénu 4. prsta PDK, kde vykonaná DSA iliackého riečiska a selektívne pravej DK s nálezom stenotizácie AFC, proximálneho úseku APF a odstupovej stenózy AFS. Po implantácii stentu do AFS dochádza ku zhoršeniu lokálneho nálezu vedúceho k opakovaným amputáciam. Na našom pracovisku verifikovaný stent zasahujúci do AFC a prekrývajúci odstup APF, následne indikovaná explantácia stentu, endarterektómia a angioplastika AFC, AFS a amputácia PDK v predkolení. Pooperačný vývoj bol priaznivý, cievna rekonštrukcia priechodná.

Pseudoaneuryzma a. radialis ako vzácna komplikácia cievneho prístupu a jej liečba perkutánnou aplikáciou trombínu – kazuistika

Matej Ondruška, Marek Rusňák, Roman Necpal

Oddelenie cievnej chirurgie, FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

Cieľ práce: Prezentujeme kazuistiku mladého pacienta s renálnou insuficiencou dialyzovaného cestou rádio-cefalickej AVF s PTFE interpozitom, u ktorého sa vyskytla zriedkavá komplikácia – pseudoaneuryzma a. radialis následkom nesprávnej kanylácie pri hemodialýze. Pseudoaneuryzmu sme sa rozhodli liečiť perkutánnou aplikáciou rekombinantného trombínu pod USG kontrolou. Dosiahli sme úplnú oklúziu pseudoaneuryzmy so zachovaním dialyzačného prístupu ako aj patentnej AR, čím sa náš postup ukázal ako vhodný pri liečbe tejto zriedkavej komplikácie.

ALFA WASSERMANN

si Vás dovoľuje pozvať

na satelitné sympózium

„Sulodexid v klinickej praxi“

23.3.2017, 16.00, hotel Družba, Jasná

Program:

Chairman: prim. MUDr. Ján Tomka

MUDr. Matej Moščovič

Odkaz štúdie SURVET pre klinickú prax

MUDr. Jaroslav Galko:

Miesto sulodexidu v liečbe komplikácií cievnych prístupov pre hemodialýzu

MUDr. František Žernovický ml.

Možno zhojiť 25 rokov liečený vred predkolenia?

MUDr. Oto Vincze

Použitie parenterálneho sulodexidu u diabetického pacienta

SU(R)VET

Sekcia B : Cievne prístupy na hemodialýzu a ich komplikácie

Cievne prístupy pre dialýzu a ich komplikácie: 15-ročné skúsenosti

Jaroslav Galko

Oddelenie cievnej chirurgie, FN Nitra, Nitra

Cieľ práce: Počty pacientov zaraďovaných do chronického dialyzačného programu každoročne stúpajú. Operácie s cieľom založenia, korekcie alebo riešenia komplikácií AV fistúl patria medzi najčastejšie výkony na oddeleniach chirurgie a cievnej chirurgie. Nárast počtu sekundárnych prístupov a riešenia komplikácií fistúl nie je však len dôsledkom prirodzeného priebehu a „nefyziologického pôsobenia AV shuntu“ na organizmus, ale aj dôsledkom nesprávnej stratégie zakladania, samotnej realizácie a monitoringu AVF zo strany zúčastnených zdravotníckych pracovníkov. Uvádzame vlastný súbor pacientov z obdobia rokov 2002-2016. Z celkového počtu 1 446 operácií 42,8 % zákrokov predstavujú primárne AVF, 15,7 % sekundárne a následne AVF, 20,5 % výkonov bolo pre komplikácie shuntov a 21 % predstavovali implantácie (primo- alebo výmeny) PermCathov. V práci uvádzame najčastejšie typy nami kreovaných fistúl a ich komplikácie. Záverom zdôrazňujeme dôsledné dodržiavanie guidelines zakladania a monitoringu cievnych prístupov a hlavne rešpektovanie individuálneho prístupu ku každému pacientovi.

Achillova päta Achillovej päty

Roman Necpal, Marek Rusňák, Matej Ondruška

Oddelenie cievnej chirurgie, NsP FDR, Banská Bystrica

Cieľ práce: Hemodialyzačný prístup je považovaný za Achillovu pätu dialyzovaného pacienta. Za ideálny prístup je už desaťročia považovaná natívna arteriovenózna fistula – AVF. Rozlišujeme funkčnosť a maturáciu (zrelosť) AVF. Nie každá funkčná AVF je aj maturovaná, čiže použiteľná pre potreby hemodialýzy. Zatiaľ čo pre funkčnosť svedčí prítomnosť víru na žile, resp. typický monofázický signál na artérii pri USG vyšetrení, maturovaná AVF musí spĺňať viac kritérií. Za vyzretú (maturovanú) hemodialyzačnú spojku považujeme tú, ktorú je možné kanylovať 2 ihlami v 3 po sebe idúcich hemodialýzach pri prietoku 350 – 450 ml/min počas celej HD, t.j. 3-5 hodín. Ideálny HD prístup má prietok minimálne 600 ml/min, priemer kanylačného segmentu minimálne 6 mm, pričom je uložený do hĺbky 6 mm s priamočiarym priebehom v dĺžke minimálne 5-10 cm. Ak do 3 mesiacov po vytvorení AVF nie je možné spojku použiť na HD, ide o včasné zlyhanie AVF (early fistula failure). Až 40 % AVF sa nedá použiť na plnohodnotnú HD. K včasnému zlyhaniu dochádza buď na základe trombózy AVF alebo nedôjde k vyzretiu spojky. Hlavnou príčinou včasného zlyhania AVF je stenóza v segmente žily tesne za anastomózou - juxtaanastomotická stenóza (JAS). Je najčastejšou príčinou zlej maturácie AVF a tiež trombózy AVF v prvých týždňoch po jej vytvorení. JAS je následok neointimálnej hyperplázie, ktorá je reakciou steny žily na hemodynamické zmeny. Vytvorením spojky medzi artériou a žilou dochádza k výraznému zvýšeniu prietoku a zmene laminárneho toku na turbulentný.

Materiál a metódy: Autori v prednáške rozoberajú klinický obraz, diagnostiku a liečbu juxtaanastomotickej stenózy AVF na základe literatúry a vlastných klinických skúseností.

Záver: Vývoj v chirurgii AVF sa uberá smerom k zníženiu incidencie JAS, ale nateraz len s čiastočnými výsledkami. Dôležité je, že sa JAS dá riešiť. Je ale nutné na ňu myslieť a aktívne po nej pátrať. V opačnom prípade zväčša dôjde k uzáveru AVF. Klinické vyšetrenie zriedkakedy umožní rozpoznať stenózu. Prítomnosť víru na AVF nemusí znamenať dobrú funkciu AVF, skôr naopak, môže byť prejavom hemodynamicky závažnej stenózy. Ideálnou metódou je ultrasonografia, ktorá je neinvazívna a v skúsených rukách má vysokú špecificitu a senzitivitu. Preto každá novovytvorená AVF by mala byť sonograficky vyšetrená 4-6T po vytvorení. Liečba JAS je endovaskulárna alebo chirurgická. Typ výkonu závisí od charakteru stenózy, od lokalizácie AVF, priemeru žily. Endovaskulárna liečba je jednoduchšia, ale zaťažená vyššou incidenciou restenóz, preto po PTA stenózy musí byť AVF pravidelne sonograficky sledovaná. PTA je metódou voľby pri kubitálnych AVF. V prípade AVF na predlaktí a dostatočne dlhého kanylačného segmentu je ideálnou metódou prešite AVF nad stenózu, t.j. o 4-5 cm proximálnejšie od pôvodnej AVF. Ide o jednoduchý chirurgický výkon, pričom AVF je možné na prvý pooperačný deň použiť na HD.

AVAH studie – návrh na spolupráci

Peter Baláž[1], Slavomír Rokošný[2], Jan Bafrnec[1], Peter Wohlfahrt[3]

[1]Chirurgická klinika, FNKV, Praha, Česká republika
[2]HPB/Transplant Unit, Royal Infirmary of Edinburgh, Edinburgh, Veľká Británia
[3]Klinika Kardiologie, IKEM, Praha, Česká republika

Cieľ práce: Aneurysma arteriovenózní spojky pro hemodialýzu se udává v rozmezí 20-60 % a závisí od zvolených klinických a morfologických kritérii. Na základe našeho systematického přehledu který splňuje kritéria PRISMA (č. studie 42016029692) bylo doposud publikováno 625 sdělení které se zabývají léčbou aneuryzmat nativních a protetických aneuryzmat arteriovenózní spojky. Podle předběžných-orientačních výsledku patří mezi metody s nejlepší průchodnosti aneurysmorafie. Není však zatím jasné jestli aneurysmorafie s/bez externí protézy je metodou volby s lepšími krátko-, dlouhodobými výsledkem. Prezentujeme návrh na spolupráci pro připravovanou studii AVAH trial (Aneurysmorrhaphy of Vascular Access for Hemodialisis), která by rozdíl mezi aneurysmorafii s/bez externí protézy mněla vyjasnit.

A-V fistula – príbeh dlhej cesty k bezproblémovej dialýze

Tibor Molčan, Miroslav Danaj

Chirurgická klinika, FN, Trnava

Cieľ práce: Prejavy žilovej hypertenzie v povrchovom žilovom systéme s mnohokrát extrémnymi opuchmi hornej končatiny aj pri dostatočne rozvinutej venóznej časti fistuly neumožňujú kvalitnú dialýzu a vedú k jej zrušeniu. V skupine pacientov s uzáverom centrálnych žíl sa okrem alternatívnych prístupov ponúka aj možnosť kauzálneho riešenie s možnosťou obnovenia prietoku-nahradenie postihnutého úseku venóznym štepom.

Materiál a metódy: Autori vo svojej prednáške uvádzajú kazuistiku kauzálneho riešenia prejavov žilovej hypertenzie. V stručnosti referujú priebeh riešenia uzáveru pravého tr.brachiocephalicus a tesnej stenózy VCS u pacienta po vyčerpaní cievnych prístupov so zavedeným permanentným dialyzačným katétrom

cez VF vľavo. Od indikácie vytvorenia brachiobazilickej A-V fistuly vpravo, nahradenie uzatvoreného tr.brachiocephalicus pomocou autogénneho venózneho štepu z vena femoralis communis s uvoľnením stenozy VCS transtorakálnym prístupom, priebehom a výsledkom operácie, rozhodnutím kreovania axillo-axillárneho venózneho bypassu s použitím PTFE protézy až po vytvorenie natívnej, funkčnej A-V fistuly, vhodnej na bezproblémovú dialýzu.

Výsledky: Vzhľadom k nárastu počtu pacientov v dialyzačných zariadeniach, u ktorých bol indikovaný alternatívny prístup, najčastejšie však zavedenie dialyzačného katétra, vedie aj k vysokému riziku- počtu komplikácií s bezprostredným alebo neskorším manifestným poškodením centrálneho žilového systému. V praxi sa v súčasnosti stretávame hlavne s dvoma závažnými komplikáciami- infekciou s vývojom katétrovej sepsy a zúžením alebo uzáverom žilového systému. V dôsledku katétrovej sepsy je nevyhnutné odstránenie zdroja infekcie-dialyzačného katétra a využitie nového prístupu, čo neskôr limituje možnosť zabezpečenia suficientnej dialýzy. Opakované implantácie katétrov sú príčinou vzniku stenóz a uzáverov centrálnych žíl na hrudníku a krku v mieste zavedenia katétra. Tieto zúženia a uzávery sú rezistentné na PTA dilatáciu a implantovanie stentov. Kontakt katétrov s cievnou stenou, turbulencia v oblasti hrotu katétra vedie k formácii trombov a postupnej oklúzii priesvitu tr. brachiocephalicus a vena cava inferior. Samozrejme aj možnosť kreovania nových natívnych shuntov, dokonca aj pri kvalitnom periférnom žilovom a tepnovom systéme je z tohto dôvodu nemožná.

Záver: V závere autori analyzujú indikačné kritériá, výber pacientov na tento druh operácie, výhody i nevýhody transtorakálneho prístupu s nahradením uzatvoreného žilového segmentu štepom z VF. Kriticky hodnotia výsledok zatiaľ ojedinelej a raritnej operácie. Základnou a nevyhnutnou podmienkou úspešného riešenia je dôvera pacienta k zdravotníckym pracovníkom a jeho ochota podstúpiť operačné zákroky, ktoré by napokon viedli k očakávanému výsledku- funkčnej A-V fistule. Autori veria, že tento spôsob sa stane plnohodnotnou metódou riešenia vývoja venoznej hypertenzie pri uzávere hrudníkových žíl. A napokon aj výzvou pre generáciu cievnych chirurgov, ktorí sa touto problematikou zaoberajú.

Autoimunitná encefalitída ako indikácia A-V fistuly – kazuistika

Ondrej Kováč, Igor Šinák, Renáta Talapková, Ľuboš Hlinka, Veronika Jandušíková, Matej Zanovit

Oddelenie cievnej chirurgie, Univerzitná nemocnica, Martin

Cieľ práce: A-V fistula je ďaleko najčastejšie indikovaná ako hemodialyzačný prístup pri chronickej renálnej insuficiencii. Iné indikácie môžeme považovať skôr za raritné. Cieľom našej kazuistiky je prezentácia pacienta, u ktorého sme inštalovali A-V fistulu pre potreby opakovaných liečebných výmenných plazmaferéz.

Materiál a metódy: 31-ročný pacient s Rasmussenovou encefalitídou, vzácnym ochorením spadajúcim do skupiny autoimunitných encefalitíd, vyžadujúci frekventné plazmaferézy ako prevenciu, ale i terapiu farmakorezistentnej autoimunitnej epilepsie. Napriek rádovo nižším prietokom, ktoré vyžaduje plazmaferéza v porovnaní s hemodialýzou, nie je periférny venózny prístup dostatočný. Opakované hospitalizácie a kanylácie v dôsledku dlhoročnej choroby zdevastovali povrchový venózny systém horných končatín a zredukovali možnosti natívneho prístupu na jedinú použiteľnú žilu. Zrealizovali sme A-V fistulu na distálnu arteriu radialis s transpozíciou vena basilica na predlaktí. Náhla peroperačná dekompenzácia základného ochorenia prejavujúca sa prakticky kontinuálnym epileptickým záchvatom vynútila prechod z brachiálneho bloku do celkovej anestézie, a pooperačne niekoľkodňovú kontinuálnu tiopentalovú anestézu, kým nenastúpil efekt viacerých plazmaferéz.

Výsledky: Momentálne je A-V fistula funkčná a opakovane bola bez komplikácií použitá pri výmennej plazmaferéze. Rovnako, ako pri hemodialýze, je objektívne lepšou alternatívou, než opakovane zavádzané akútne, alebo permanentné dialyzačné katétre so všetkými svojimi komplikáciami.

Záver: Touto kazuistikou zároveň predostierame nové pole využitia štandardnej angiochirurgickej operácie. Podľa našej skúsenosti je však nutná dôsledná predoperačná príprava pacienta a široké zázemie pracoviska s ohľadom na ťažko predvídateľnú základnú diagnózu.

Komplexný inovatívny prístup k debridementu rany u ambulantného pacienta

Tomáš Kopal

Kožné oddelenie NsP Považská Bystrica

Debridement je tradične považovaný za dôležitú súčasť liečby chronickej rany. Nové poznatky o hojení chronických rán jeho nenahraditeľnú úlohu potvrdili. Debridement je kontinuálny a opakovaný proces, ktorý je nevyhnutný, aby sa rana z fázy čistenia transformovala do fázy granulácie.

Debridement je realizovaný najčastejšie v chirurgickej alebo autolytickej forme. Chirurgický debridement (vrátane ostrého debridementu) je rýchly a efektívny, je však veľmi závislý na skúsenosti personálu, ktorý ho realizuje. Realizovať ho v domácich podmienkach je problematické a v prípade vážnejšej komplikácie (napr. krvácania) vzniká problém s právnou zodpovednosťou za takýto úkon. Autolytický debridement je síce pomalší, ale v prípade, že nie je rana infikovaná, môže byť v domácich podmienkach ideálnou voľbou. Nové prípravky na autolytický debridement zlepšujú a zdokonaľujú možnosti liečby a umožňujú lepšiu dostupnosť liečby pre pacientov.

Sekcia C: Sesterská sekcia

Clarivein – miniinvazivní metoda odstranění křečových žil

Marcela Vojnarová, Barbara Gazurová

Nemocnice Podlesí a.s., Cévní a miniinvazivní chirurgie, Třinec, Česká republika

Cieľ práce: Tématem naší přednášky je nová miniinvazivní metoda odstranění křečových žil - Clarivein. Naším cílem je, seznámit Vás s perioperační péči o pacienta v průběhu výkonu, se samotným výkonem a principem funkce katétru.

Materiál a metódy: Odstranění křečových žil probíhá metodou mechanicko-chemické ablace. Výkon může být doplněn o miniflebektomii, nebo sklerotizací v druhé době. Probíhá v lokální anestezii, formou jednodenní chirurgie a umožní pacientovi návrat k běžným činnostem již v den operace.

Výsledky: Samotný výkom je prakticky nebolestivý, kosmeticky příznivý, výhodný a šetrný pro pacienta.

Záver: Na závěr poukážu na pocity pacienta před výkonem, během a po výkonu.

Operace křečových žil pohledem sestry

Magdaléna Pnioková, Ivana Szturcová

Nemocnice Podlesí, Cévní a miniinvazivní chirurgie, Třinec, Česká republika

Cieľ práce: V naší přednášce bodou zmíněny každodenní aktivity zdravotní sestry na cévním a chirurgickém oddělení. Cílem této práce bude poukázat na problematiku varikozit u pacienta z pohledu zdravotní sestry. Součástí bude ošetřovatelská péče u pacienta před a po výkonu.

Materiál a metódy: V práci představíme možnosti řešení křečových žil, provedeme stručné srovnání jednotlivých metod z hlediska rekonvalescence pacienta. Zaměříme se především na popis jednotlivých úkonů zadravotní sestry od příjmu až k propuštění pacienta.

Výsledky: Počet provedených výkonů u jednotlivých metod.

Záver: Závěr věnujeme možné prevenci a edukaci pacienta.

KOS o pacienta s chronickým žilovým ochorením

Agáta Gáborová, Martina Schmidtová, Ľubica Bodzsárová

Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH a.s., Bratislava

Chronické žilové ochorenie, je ochorenie pri ktorom vzniká hypertenzia v povrchovom žilovom systéme. Vzniká v dôsledku nedostatočného odtoku venóznej krvi z končatín vplyvom varikózne rozšíreného povrchového systému, insuficientného spojovacieho systému, flebotrombózy v oblasti hĺbkového systému, následkom niektorých vrodených anomálií žilového systému, pri poruche svalovej pumpy a pri neuromuskulárnych ochoreniach. Cieľom prednášky je poukázať na význam komplexnej ošetrovateľskej starostlivosti o pacientov so žilovým ochorením, klinickým obrazom, diagnostikou, komplikáciami, edukáciou a formami liečby chronickej insuficiencie.

Konzervatívna liečba TOS (kazuistika)

Katarína Melicherčíková[1,2], Agnesa Horváthová[2], Katarína Gazdíková[1]

[1]FOaZOŠ, Slovenská zdravotnícka univerzita, Bratislava
[2]Fyziatricko-rehabilitačné oddelenie, NÚSCH a.s., Bratislava

Cieľ práce: Do skupiny cievnych ochorení patria aj kompresívne syndrómy, pri ktorých dochádza k cievnej symptomatológii. Syndróm hornej hrudnej apertúry (Thoracic outlet syndróm) je jedným z najznámejších syndrómov patriacich do tejto skupiny. Prvé správy o tomto kompresívnom syndróme sú v literatúre udávané na konci 19. storočia. Frekvencia výskytu TOS je udávaná rôzne od 3 do 80 ochorení na 1 000 jedincov. Neurogénne príznaky sú v častosti výskytu na prvom mieste, ďalej arteriálne a nemenej časté sú príznaky venózne. K útlaku ciev a nervov dochádza najmä pri určitých pohyboch ramien a hlavy. Medzi najčastejšie vrodené anomálie patrí nadbytočné krčné rebro a predĺžený priečny výbežok krčného stavca. Hypotrofia svalstva ramenných pletencov, alebo naopak hypertrofia pri nadmernom preťažovaní horných končatín prípadne aj niektoré druhy športov alebo zamestnaní môžu vyvolať symtomatológiu TOS. V poslednej dobe sa pracoviská zaoberajúce chirurgickou liečbou TOS zhodujú v názore, využitia možnosti komplexnej rehabilitačnej liečby aj pred chirurgickým riešením. Cieľom prezentácie je predstaviť možnosti fyzioterapie pri danej diagnóze.

Materiál a metódy: V krátkosti prezentujeme kazuistiku 50-ročnej pacientky s TOS l.sin. neurogénny a arteriálny typ. Predstavíme rehabilitačnú terapiu a vhodné preventívne opatrenia pri konzervatívnom liečení TOS. Dôležitú úlohu zohráva dobrá spolupráca fyzioterapeuta s pacientom a dodržiavanie odporučených opatrení. Rehabilitácia spočíva v korekcii nesprávneho držania tela a analyzovaním nesprávnych pohybových stereotypov a svalových dysbalancií. Rehabilitačná terapia musí byť navrhnutá individuálne na základe klinického vyšetrenia pacienta. Nezastupiteľné miesto má manuálna terapia, streching, nácvik správneho dýchania a ošetrenie trigger points v oblasti m.pectoralis minor. Terapiu môžeme doplniť aj vhodnou fyzikálnou terapiou.

Záver: Rehabilitačná terapia pri TOS môže výrazne pomôcť zlepšiť kvalitu života pacienta.

PTA a stentování karotických tepen

Renáta Stachová

Vítkovická nemocnice a.s., Katetrizační sál, Ostrava-Vítkovice, Česká republika

Cieľ práce: Tato práce se zabývá perkutánní transluminální angioplastikou a stentováním karotických tepen. Cílem této práce je prevence cévní mozkové příhody způsobené aterosklerózou tepen zásobujících mozek. Zaměřili jsme se na diagnostiku, léčbu a na péči o pacienta. Důležitou součástí je i spolupráce neurologa a intervenčního specialisty.

Ošetrovateľská starostlivosť o pacienta s ochorením karotíd, bezprostredne po operačnom výkone

Mária Mišková, Lenka Nagyová

Oddelenie Cievnej chirurgie, Fakultná nemocnica s poliklinikou J. A. Reimana Prešov

Charakteristickým rysom moderného ošetrovateľstva je systematické hodnotenie a plánované uspokojovanie potrieb pacienta. Dôležitú úlohu má aj v oblasti cievnej chirurgie na úrovni ošetrovateľskej starostlivosti. Cievna chirurgia má svoje špecifiká, tak ako aj úloha sestry pri starostlivosti o pacienta s cievnym ochorením. Cievne ochorenia sú veľmi časté, a je dôležité poznať rôzne choroby, komplikácie a možnosti liečby. Tým, že je to úzka časť z chirurgie je potrebné, aby sa tomuto odboru venovala väčšia pozornosť. Ochorenie ciev môže postihnúť každého z nás, preto je dôležité sa zaujímať aj o takýto medicínsky a sesterský odbor ako je cievna chirurgia. Cieľom našej práce je priblížiť ošetrovateľskú starostlivosť o pacienta s ochorením karotíd, základným postupom ošetrovateľskej starostlivosti u pacientov hospitalizovaných na oddelení cievnej chirurgie FNsP J.A.Reimana v Prešove. V krátkosti opíšeme ochorenie, možnosti liečby, komplikácie neliečenia, a kompliancu pacienta pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti. Spracujeme 2 kazuistiky, kde jedna bude o pacientovi ktorý nemal žiadne komplikácie po operačnom výkone so zameraním na priebeh rekonvalescencie, spolupráce pacienta s ošetrujúcim personálom a druhá kazuistika je o pacientovi s pooperačnými komplikáciami, a možnými následkami. Tieto 2 kazuistiky porovnáme a následne zhrnieme tie najdôležitejšie intervencie sestier pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti, ktoré sú dôležité pri monitorovaní stavu pacienta po operačnom zákroku. Zameriame sa na obdobie od odovzdania pacienta z operačnej sály, celkový priebeh hospitalizácie, liečbu, dôležitosť spolupráce pacienta, lekára a sestry pri prepustení pacienta domov. Výsledkom bude spracovanie najdôležitejších sesterských intervencií pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti počas celej hospitalizácie až po prepustenie pacienta do domácej liečby.

Intervenční léčba cévní mozkové příhody

Lucie Hluchníková, Miroslava Pyclíková

Vítkovická nemocnice, Katetrizační sál, Ostrava, Česká republika

Cieľ práce: Tato práce se zabývá intervenční léčbou cévní mozkové příhody. Cílem této práce zprůchodnění uzavřené tepny a obnovit průtok krve mozkovou tkání. Zaměřila jsem se na diagnostiku, léčbu a péči o pacienta po výkonu. Zaměřili jsme se na důležitou část a tou je mezioborová spolupráce neurologa a intervenčního specialisty.

Využitie V.A.C. systému pri infekciách po cievnych chirurgických výkonoch

Anna Munková, Ľubica Vlasatá, Monika Vaľková

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

Cieľ práce: V.A.C. systém sa používa pri liečbe akútnych, chronických aj infikovaných rán a rán vznikajúcich dehiscenciou po chirurgických výkonoch:

- Klinické výhody podtlakovej terapie
- Indikácie a kontraindikácie k podtlakovej terapii
- Ošetrovateľská starostlivosť o pacientov s V.A.C. systémom
- Výsledky využitia V.A.C. systému na našom pracovisku.

Manažment hodnotenia ošetrovateľskej starostlivosti na Oddelení cievnej chirurgie

J. Saková

Oddelenie cievnej chirurgie FNsP Nitra

Spokojnosť pacientov tvorí dôležitú súčasť ukazovateľov kvality zdravotníckych služieb. Kvalita ošetrovateľskej starostlivosti spolu s úrovňou diagnosticko-terapeutických postupov, materiálno-technických aspektov je rozhodujúca o celkovej spokojnosti pacienta v zdravotníckom zariadení. Výsledky sledovania spokojnosti pacientov a kvalita starostlivosti sú dobrou spätnou väzbou pre ošetrujúci personál a manažment zdravotníckeho zariadenia. Našim cieľom bolo navrhnúť dotazník pre pacientov hospitalizovaných na oddelení cievnej chirurgie a zhodnotiť spokojnosť poskytovanej ošetrovateľskej starostlivosti.

Sekcia D: Ochorenia supraaortových tepien

Chirurgické přístupy k řešení thoracic outlet syndromu

Miloslav Mazur, Tereza Chovancová, Matej Pekař

Oddělení cévní chirurgie, Vítkovická nemocnice, Ostrava, Česká republika

Cieľ práce: Cílem práce bylo posoudit možné operační přístupy v řešení jednotlivých typů thoracic outlet sndromu (TOS) na základě vlastních zkušeností a literárních údajů.

Materiál a metódy: Zhodnocení sestavy operovaných pacientů ve Vítkovické nemocnici, zhodnocení operačních přístupů.

Výsledky: Během 1,5 roku jsme operovali 8 pacientů, z toho 4 pro neurogenní TOS, 3 pro žilní TOS, 1 pro arteriální TOS. Použili jsme 4 možné přístupy. Transaxilární jsme použili 2x u neurogenního a 2x u žilního TOS, supraklavikulární 2x u neurogenního TOS. Jednou jsme použili přístup infraklavikulární a jednou paraklavikulární. V jednom případě jsme zaznamenali poškození interkostobrachiálního nervu při transaxilárním přístupu, u supraklavikulárního pneumothorax. Jiné závažné komplikace jsme neměli. U řešených žilních TOS jsou subklaviální žíly průchodné, pacienti jsou bez klinických potíží. U neurogenních TOS byly ve 3 případech výsledky dobré s vymizením neurologické symptomatologie, u jedné pacienty došlo ke zlepšení (řešena transaxilárně). Tepna v rámci řešení arteriálního TOS je průchodná.

Záver: Neurogenní TOS Transaxillární přístup široce používaný od 70. let minulého století díky rozladě z výsledků (rekurence potíží při předpokladu nedostatečného rozsahu výkonu včetně nemožnosti deliberace nervových plexů) přinesl kombinaci transaxilárního a supraklavikulárního přístupu. V posledním dekádě je nejčastěji používán přístup supraklavikulární. Jeho výhodou je lepší expozice oblasti s dobrým přístupem k zadní porci brachiálního plexu, lehkou resekcí krčního žebra a lepší vizualizací jiných anomálií. Při porovnání literárních zdrojů ale statistický rozdíl mezi oběma přístupy není. Transaxilární přístup má obecně více špatných výsledků (15% vs. 10%). Žilní TOS V literatuře jsou uváděny tři možné přístupy – para(supra)klavikulární, infraklavikulární a transaxilární. Z literatury není doklad preference určitého přístupu. Nejlepší expozice subklaviální žíly se dosáhne u přístupu infraklavikulárního. V případě málo frekventního rekonstrukčního výkonu na subklaviální žíle je pak metodou volby. Arteriální TOS Metodou volby je supraklavikulární přístup, který dle rozsahu výkonu může být kombinován s přístupem infraklavikulárním. Transaxilární přístup se nedoporučuje. Závěrem je ale nutno konstatovat, že na volbu přístupu má rozhodující vliv vlastní zkušenost operatéra.

Kinking arteria carotis

Vladimír Šefránek, Ján Tomka

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

Cieľ práce: Základným cieľom všetkých intervencií na karotických artériách je prevencia mozgových príhod prameniacich z karotickej bifurkácie. Otázke benefitu chirurgickej liečby elongácie, tortuozity, kinkingu a koilingu a. carotis je síce v poslednom období venovaných mnoho prác, ostáva však veľa nejasností (etiológia, klinický význam a optimálna liečba). Prezentácia podáva prehľad súčasného stavu poznatkov.

Materiál a metódy: Prehľad literatúry od 60. rokov do súčasnosti so zameraním na pohľad jednotlivých autorov na klasifikáciu, etiopatogenézu, klinickú symptomatológiu, význam z hľadiska ohrozenia pacientov cerebrálnou ischémiou, diagnostiku, voľbu optimálnej liečby v indikovaných prípadoch. Porovnanie s vlastnými klinickými skúsenosťami a súborom pacientov operovaných v rokoch 2012-2014.

Výsledky: V súčasnosti je v platnosti klasifikácia navrhnutá Metzom a Weibelom s Fieldsom, ktorá je jednoduchá a výstižná s veľmi dobrou klinickou aplikovateľnosťou. Prevalencia v bežnej populácii sa udáva v priemere 1,3%, u pacientov, vyšetrovaných pre hemisferálne alebo nonhemisferálne prejavy cerebrálnej ischémie 16 - 26%. Do 60 r. veku nie je rozdiel v prevalencii medzi pohlaviami, nad 60 r. sa udáva vyššia prevalencia u žien, vo vyššom veku sa predpokladá vplyv starnutia cievnej steny, u pacientov v detskom veku a mladých ľudí do 40 r. možno pri absencii AS predpokladať kongenitálny pôvod deformácií. Symptomatológia vrátane MCP sa môže objaviť aj v prípadoch bez vyznačeného AS postihnutia steny karotickej artérie. Pripúšťa sa možnosť tromboembolického mechanizmu vzniku ischémie, ale hemodynamický mechanizmus sa zdá byť dôležitejší: výrazné spomalenie až zastavenie prietoku pri tranzitórnej hypotenzii, v spánku, pri rotácii hlavy a krku. Klinické prejavy môžu byť hemisferálne, okulárne a nonhemisferálne. V diagnostike sú dôležité zobrazovacie metodiky (CCDS a CT Ag). K operačnej korekcii sú indikovaní pacienti pri hemisferálnej symptomatológii (TIA, MCP), nonhemisferálnej symptomatológii pri závažnom kinkingu. Asymptomatickí pacienti len v prípade verifikovaného závažného kinkingu a pri oklúzii kontralaterálnej ACI. V zostavách špecializovaných pracovísk sa pohybuje korekcia kinkingu v 10% všetkých karotických operácií, v našom materiáli je to 11,7%. Výsledky, počet komplikácií a dlhodobá priechodnosť rekonštrukcií sú veľmi dobré.

Záver: Vo svetovej odbornej literatúre je venovaný pomerne značný priestor problematike kinkingu art. carotis interna a jeho optimálnej liečby. Naďalej však ostáva veľa nejasností. Pre ich jednoznačné vyriešenie chýbajú randomizovanaé multicentrické štúdie a medzinárodné odporúčania.

Tendence v chirurgii karotických stenóz

Lubomír Blaha, Daniel Říha, Jerzy Szkatula, Ján Bulejčík

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

Cieľ práce: Naše pracoviště se dlouhodobě zabývá karotickou chirurgií a sleduje trendy v této oblasti. Výsledky naší práce pečlivě a průběžně vyhodnocujeme. Cíl: Naznačit možné trendy a změny v karotické chirurgii.

Materiál a metódy: Jde o retrospektivní studii.

Výsledky: Od roku 2000 bylo řešeno v našem vaskulárním centru 1 264 pacientů s karotickými stenózami. CEA podstoupilo 1 015 a CAS 249 pacientů. Follow up - pooperačně, dále 1,3,6 a 12 měsíců a každý rok. V období 2000 – 2007 jsme provedli 586 CEA, což je v průměru 65/rok (min. 2000 - 45, max. 2007 -82). Převažovaly asymptomatické stenózy – 80%. Ve stejném období 147 CAS (průměrně 18/rok, 4 CAS v r. 2000 a 35 CAS v r. 2007). Kombinovaná mortalita (CMP) a morbidita u CEA dosahovala v tomto období 2,1%. V období 2008 - 2016 jsme provedli 429 CEA, průměrně 48/rok (max. 2008 – 76, min. 2015 – 35). Od 2009 nárůst CEA u symptomatických pacientů (2009 – 13%, 2014 – 56,7 %!). Dochází k poklesu celkových počtů CEA. Stejně tak u CAS: 2008 - 2016 celkem 102 CAS, průměrně 11/rok (max. 2008: 25 CAS, min. 2015: 1 CAS). Kombinovaná morbidita (CMP) a mortalita u CEA v tomto období dosáhla 2%. Méně závažné perioperační komplikace (hematom v ráně, TIA, zhmoždění r. marginalis n.VII.,…) v tomto období byly v 6%.

Restenózy ve follow up jsme v tomto období zaznamenali u 9 pacientů (2,2%), asymptomatické okluze ve 2 případech (0,2%). Časový interval od neurologických symptomů u symptomatických stenóz pozorně sledujeme od roku 2012 a naši snahou je jej co nejvíce zkrátit. Nejdelší byl v roce 2014 – průměrně 12,8 dne, nejkratší v roce 2015 – průměrně 3,6 dne! V operační technice převažuje everzní endarterektomie (80%) v laterálním cervikálním bloku.

Záver: Při studiu výsledků můžeme pozorovat několik tendencí v karotické chirurgii, které se projevují nejvíce od konce první dekády 21. století: Zpřísnění indikačních kritérií k operačnímu nebo endovaskulárnímu řešení karotických stenóz. Přísná individuální indikace v rámci indikační komise k přihlédnutím k mnohým rizikovým faktorům. Pokles celkového množství výkonů. Aktivní přístup k řešení symptomatických stenóz s důrazem na urgentní či časné řešení. Odklon od CAS směrem k CEA. Důraz na snížení množství závažných komplikací a tedy bezpečnost procedury. Intenzivní spolupráce s iktovými jednotkami.

Karotická endarterektómia do 72 hodín od CMP

Vladimír Sihotský, Peter Berek, Maria Frankovičová, Ivan Kopolovets, Mária Kubíková

Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH a.s., Košice

Cieľ práce: Cieľom práce je zhodnotiť indikácie urgentných a akútnych karotických endarterektómií.

Materiál a metódy: Symptomatická stenóza ACI by mala byť riešená do 14 dní od CMP. Na našom pracovisku sme za rok 2016 operovali 160 karotických endarterektómií. Z toho bolo 12 vykonaných do 78 hod. od CMP. U 4 pacientov sme vykonali karotickú endarterektómiu pre akútny uzáver ACI, operácia bola do 6 hod. od nástupu príznakov uzáveru. U všetkých sme vykonali everznú karotickú endarterektómiu a trombektómiu ACI. Perioparačná mortalita bola nulová, traja pacienti zostali bez neurologického deficitu alebo len s minimálnym neurologickým deficitom, Ranking skore 0-1, jeden pacient zostal pooperačne v Ranking skore 4.

Výsledky: U 8 pacientov sme vykonali karotickú endarterektómiu pre symptomatickú stenózu do 72 hod. od CMP. Indikáciou boli opakujúce sa CMP alebo morfologicky instabilný karotický plát kontaminovaný trombom. U všetkých sme vykonali everznú endarterektómiu. V tomto súbore sme nemali žiadnu závažnejšiu komplikáciu ako CMP, IM alebo úmrtie.

Záver: Podľa dostupných odporúčaní akútny uzáver ACI je možné riešiť revaskularizáciou do 6 hod. Problémom týchto výkonov zostáva krátky časový interval, ktorý sa pri absencii „stroke centra" spĺňa len malá časť pacientov. Symptomatická stenóza ACI by mala byť riešená do 14 dní od CMP, pri absencii ischemického ložiska v mozgu väčšieho než 2x3 cm. Z odporúčaní nie je úplne zrejmé, či je bezpečné vykonávať tieto výkony v prvých troch dňoch od CMP. Aj keď súbor našich pacientov nie je veľký, naše výsledky potvrdzujú bezpečnosť CEA vykonanej do 72 h od CMP pri prítomnosti recidívnej CMP alebo vysoko vulnerabilného karotického plátu.

Bezpečnost časné karotické endarterektomie po systémové trombolýze

Igor Guňka[1], Dagmar Krajíčková[2], Michal Leško[1], Miroslav Lojík[3], Jan Raupach[3], Stanislav Jiška[1], Jiří Feix[1]

[1]Chirurgická klinika, FN Hradec Králové, Hradec Králové, Česká republika
[2]Neurologická klinika, FN Hradec Králové, Hradec Králové, Česká republika
[3]Radiologická klinika, FN Hradec Králové, Hradec Králové, Česká republika

Cieľ práce: Načasování karotické endarterektomie (CEA) u pacientů léčených systémovou trombolýzou (IVT) pro akutní ischemickou cévní mozkovou příhodu je stále kontroverzní otázka. Cílem této studie bylo zhodnotit bezpečnost časné CEA u pacientů léčených trombolýzou.

Materiál a metódy: Byla provedena retrospektivní analýza prospektivně sbíraných dat pacientů, kteří v období od ledna 2013 do července 2016 podstoupili CEA v intervalu 14 dní od cévní mozkové příhody. Z těchto pacientů pak byla vybrána podskupina nemocných, která byla v akutní fázi iktu léčena IVT. Primárním sledovaným cílem byl výskyt iktu, smrti a krvácivých komplikací v průběhu 30ti dnů pooperačně.

Výsledky: Celkem bylo do analýzy zahrnuto 105 pacientů. 14 pacientů (13,3 %) podstoupilo trombolýzu před CEA. Časový interval mezi trombolýzou a CEA byl 2 dny (rozmezí 0-14 dnů). Podskupina šesti pacientů podstoupila CEA během 24 hodin od podání IVT. 30ti denní kombinovaný výskyt iktu a smrti byl 7,1% (1 pacient ze 14) u nemocných léčených IVT před CEA a 4,3% (4 z 91) u nemocných, kteří podstoupili pouze CEA (p=n.s.). V IVT skupině jsme nezaznamenali žádné pooperační intracerebrální krvácení ani ranné krvácení vyžadující reintervenci.

Záver: Naše zkušenosti ukazují, že CEA provedená časně po podané trombolýze nezvyšuje periprocedurální rizika.

Karotická endarterectómia: výsledky a komplikácie

Marián Leško, Pavol Kováč

Oddelenie cievnej chirurgie, NSsP J. A. Reimana, Prešov

Cieľ práce: Autori vykonali retrospektívny prehľad počtu a typu výkonov na extrakraniálnom riečisku s rozborom výsledkov operácií, komplikácií a ich riešenia.

Materiál a metódy: Autori prezentujú súbor 1 000 pacientov, u ktorých bola vykonaná karotická endarterectómia v rokoch 1994 - 2016 na Oddelení cievnej chirurgie FNsP J.A.Reimana v Prešove.

Výsledky: Porovnanie počtu a charakteru komplikácií – s použitím alebo bez použitia shuntu, celkovej oproti lokoregionálnej anestéze, angioplastiky oproti everznej endarterectómii, včasnej morbidity a mortality z krátko a strednodobého hľadiska sú porovnateľné s údajmi v literatúre.

Záver: Na základe rozboru operačných výsledkov preferujeme operačné výkony v lokoregionálnej anestéze a everznú endarterectomiu oproti angioplastike pre signifikantne menší výskyt komplikácií.

Tumor glomus caroticum – naše 10-ročné skúsenosti

Martin Kuročka, František Rusňák, Peter Beňo, Ľubomír Horný, Milan Podolec

Klinika cievnej chirurgie, ÚVN SNP Ružomberok - FN, Ružomberok

Tumor glomus caroticum je zriedkavý nádor vychádzajúci z neurálnej lišty. Je to najbežnejší paraganglióm na hlave a krku. Síce v pravom slova zmysle nepatrí k cievnym ochoreniam, jednoznačne patrí do rúk skúseného cievneho chirurga. Chirurgická resekcia je metódou voľby. Autori vo svojej prednáške prezentujú svoje skúsenosti za 10-ročné obdobie na KCCH ÚVN SNP Ružomberok – FN u sledovaných pacientov s tumorom glomus caroticum.

Tumory glomus caroticum našom súbore

Oto Vincze, Michal Žáček, Juraj Váňa

Chirurgické oddelenie, FNsP Žilina

Cieľ práce: Cieľom je včasná a správna diagnostika tumoróznych lézií v oblasti vetvenia karotíd, ktorá je nasledovaná chirurgickým riešením.

Materiál a metódy: Paraganglióm alebo tumor glomus caroticum je vzácny neuroendokrinný nádor, vyrastajúci z paragangliového tkaniva, lokalizovaný pozdĺž chrbtice od bázy lebečnej až po panvové štruktúry.Celkom 2 až 4 % je lokalizovaných v oblasti krku, kde je nejčastejšie situovaný v mieste glomus caroticum. Najvyšší výskyt je ve vekovej kategórii 50 až 60 rokov. Až štvornásobne častejšie je lokalizovaný u žien. Symptomatológia rôzne varíruje od neurčitých symptómov, až po neurologické postihnutie. Diagnostika je postavená na štandardných zobrazovacích metódach – USG, CT eventuálne magnetická rezonancia.

Výsledky: V danom súbore predstavujeme 11 pacientov s léziami v oblasti vetvenia karotíd. V desiatich prípadoch sa jednalo o histologicky potvrdený paraganglióm a jednom prípade o pomerne veľkú zmenenú lymfatickú uzlinu vo vetvení karotíd infiltrovanú a metastaticky zmenenú papilárnym karcinómom štítnej žľazy. Ani jeden z tumorov nebol endokrinologicky aktívny.

Záver: Výkon patrí k škále operačných intervencií na extrakraniálnom riečisku a správna diagnostika s kompletným odstránením tumoru sa podarila bez neurologického či iného deficitu u všetkých našich pacientov.

Sekcia E: Ochorenia žil

Perioperačný manažment nových perorálnych antikoagulancií z pohľadu hematológa

Ján Staško

Národné centrum hemostázy a trombózy, Klinika hematológie a transfuziológie JLF UK, Martin

Cieľ práce: Perioperačný manažment pacientov na dlhodobej antikoagulačnej liečbe, a v poslednom čase najmä na nových perorálnych antikoagulanciách (NOAK), je bežný, ale komplexný klinický problém s nedostatkom vysoko kvalitných údajov pre klinickú prax. V príspevku uvádzame prehľad odporúčaní pre perioperačný manažment pacientov dlhodobo liečených NOAK pri plánovaných, ako aj pri neodkladných chirurgických výkonoch.

Záver: Pri plánovaných výkonoch je treba zvážiť riziko trombózy/krvácania zo strany pacienta a riziko krvácania chirurgického výkonu. Vyššie tromboembolické riziko pacienta by malo viesť k agresívnejšej perioperačnej antitrombotickej stratégii (napr. k tesnejšiemu prerušeniu podávania NOAK pred operačným výkonom), zatiaľ čo krvácavé riziko operačného výkonu by malo pomôcť určiť to, aká stratégia sa použije v pooperačnom období (napr. neskoršie znovuzačatie podávania NOAK po výkone s vyšším rizikom krvácania). Pri neodkladných chirurgických výkonoch u pacientov na liečbe NOAK je nevyhnutná konzultácia hematológa s laboratórnym overením odoznenia účinku NOAK. Načasovanie pooperačného znovuzačatia podávania NOAK je závislé na krvácavom riziku výkonu, hemostáze a obličkovej funkcii pacienta (najmä pri dabigatrane), a dá sa realizovať po výkone s vyšším rizikom krvácania buď s oneskoreným podaním plnej dávky NOAK alebo s postupným zvyšovaním pooperačne včaššie nasadenej redukovanej dávky NOAK. Vzhľadom na výhodný farmakokinetický profil a relatívne krátky biologický polčas NOAK premostenie operačného výkonu pomocou nízkomolekulového heparínu (LMWH) zvyčajne nie je potrebné.

Možnosti využitia endovenóznych technik v liečbe recidívnej CVI

Norbert Torma[1], Mária Frankovičová[2], Viera Lacková[3], Zuzana Tormová[3], Galyna Kopolovets[1]

[1]IMEA-CC, Angiochirurgická ambulancia, Košice
[2]Klinika cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s., Košice
[3]Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie VÚSCH, a.s., Košice

Cieľ práce: Chronické venózne ochorenie (CVI) predstavuje širokú škálu morfologických a funkčných abnormalít venózneho systému počnúc teleangiektáziami až po venózne ulcerácie. Všetky tieto formy venózneho ochorenia majú významný vplyv na kvalitu života pacientov a taktiež výrazný sociálny ako aj ekonomický dopad. Chronické venózne ochorenie môže začínať nenápadne ako estetický problém, alebo sa hneď v úvode objavujú varikózne žily. Dlhotrvajúce neliečené ochorenie vedie k zmenám v oblasti dolných končatín ako sú opuchy, hyperpigmentácie, lipodermatoskleróza a v konečnom dôsledku až k vzniku vredov. Príčinou recidívy ochorenia je najčastejšie vznik novej insuficientnej dráhy venózneho systému. V inguinálnej oblasti je to akcesórna mediálna, alebo laterálna saféna a neovaskularizácia.

Ďalšími príčinami sú: inkompetencia pelvických vén, zdvojený safenózny systém, zlá, alebo neadekvátna prvotná procedúra na venóznom systéme. Takisto zmeny na hlbokom venóznom systéme sú významným pozitívnym faktorom pre vznik recidívy ochorenia. Nemenej významnou príčinou „recidívy" je novo zniknutá insuficiencia na iných, predtým neriešených miestach venózneho systému. V liečbe chronického CVI je možné využiť rôzne techniky- od klasickej chirurgie, cez skleroterapiu až po využitie moderných endovenóznych techník. Endovenózne spôsoby liečby varixov DK zahrňujú široké spektrum výkonov, ktorých spoločnou črtou je uzatvorenie žily a hlavných žilných kmeňov z minimálne invazívneho perkutánneho prístupu. U recidívy CVI je možné ich využiť u insuficiencie priamej žily s primeraným lúmenom, aby bola možná jej kanylácia a zavedenie katétra a jej následná ablácia. Takto postupujeme pri insuficienciách neextirpovaných safén, zdvojených safén, pri insuficiencii ponechanej akcesórnej safény a každej priamo prebiehajúcej vény idúcej medzi insuficientným bodom a kolaterálnymi varixami. Viditeľné kolaterálne varixy sa zvyčajne nedajú riešiť endotermálnymi technikami a sú väčšinou riešené flebektómiou cez mikroincíziu, alebo skleroterapiou. Oba tieto spôsoby sa dajú a realizujú takisto bez celkovej, alebo zvodovej anestézy. V prípade drobných kolaterál idúcich z oblasti safenofemorálnej junkcie, alebo safenoparválnej junkcie idúcich k sekundárnej saféne (alebo inej priamo prebiehajúcej žile), tieto kolaterály ablujeme skleroterapiou. Recidíva varikózneho ochorenia na dolných končatinách je neoddeliteľnou súčasťou liečby CVI. Jej liečba je často zložitá a vyžaduje dôkladný USG mapping refluxných bodov (eventuálne aj iných zobrazovacích metód) a využitie dostupných liečebných modalít.

Laserová ablácia dilatovanej vena saphena magna-výsledky

Vladimír Výrostko, Dalibor Pružinec

Oddelenie jednodňovej chirurgie, Nemocnica Handlová, Handlová

Cieľ práce: Porovnať výsledky pri použití 1470 nm laseru a radialneho vlákna pri liečbe dilatovaných kmeňov v.s.m. nad 15 mm a kmeňových žíl pod 15 mm.

Materiál a metodika: Retrospektívna štúdia zameraná na hodnotenie uzáveru vena saphena magna s použitím 1470 nm ELVeS radiálneho vlákna pri šírke vena saphena magna v bulbe nad 15 mm a do 15 mm. Porovnali sme 2 súbory, kde v prvom súbore bolo 100 pacientov s v.s.m. nad 15 mm /priemer bol 18,4 mm/ a v druhom súbore boli pacienti s v.s.m. pod 15 mm /priemer 10,2 mm/.

Výsledky: Úspešnosť uzáveru v.s.m. bola v oboch súboroch bez signifikantného rozdielu.

Diskusia a závery: S použitím 1470 nm laseru a radialnych vlákien je možné dosiahnuť veľmi vysoké percento uzáverov insufficientných kmeňov prakticky bez limitácie priemeru v.s.m., s nízkym výskytom komplikácií, časovou nenáročnosťou výkonu, s rýchlou rekonvalescenciou a výborným kozmetickým efektom sa radí EVLA medzi metódu voľby pri liečbe výrazne dilatovaných kmeňových žíl.

Nepravá recidiva varixů – příčiny a zdroje

Petr Pták[1], Martin Holý[2], Marek Matějka[1]

[1]Chirurgické oddělení, Nemocnice Č. Budějovice, a.s., České Budějovice, ČR
[2]Interní oddělení, Nemocnice Č. Budějovice, a.s., České Budějovice, ČR

Varixy DK vznikají v 10 % následkem refluxů, které nepocházejí ze safenových žil. Velmi důležitá je znalost propojení mezi žilami pánve a dolních končetin. Možnosti kauzální chirurgické léčby neodpovídají poměrně přesné zobrazovací diagnostice refluxních bodů. Autoři byli postaveni před řešení objemných varixů DK pocházející z perzistující ischiadické žíly u mladé dívky.

Angiochirurgické aspekty venóznych aneuryziem

Július Mazuch[1], František Rusnák[2], Kovács Vladimír[3], Pavlusová Tatiana[4], Červená Zuzana[1], Mazuchová Jana[5]

[1]Chirurgická klinika a Transplantačné centrum, Univerzitná nemocnica Martin, Martin
[2]Klinika cievnej chirurgie, Ústredná vojenská nemocnica SNP Ružomberok, Ružomberok
[3]Oddelenie cievnej chirurgie, NsP Lučenec, Lučenec
[4]Ambulancia dermatovenerológie a estetickej medicíny, Lučenec
[5]Ústav lekárskej biológie, Jesseniova lekárska fakulta UK v Martine, Martin

Cieľ práce: Venózne aneuryzmy (VA) sú na rozdiel od arteriálnych aneuryziem zriedkavé. O venóznych aneuryzmách hovoríme vtedy, ak je ich priemer 1,5-krát väčší ako normálny lumen cievy príslušnej lokality. Po stránke makroskopickej rozlišujeme VA vretenovité (fuziformné) a vakovité (sakulárne). Z mikroskopického hľadiska poukazujú histopatologické vyšetrenia na stratu elastických a svalových vlákien žilovej steny s jej následným oslabením. Z hľadiska lokalizácie sa môžu VA vyskytnúť v ktorejkoľvek časti venózneho systému. Môžu byť lokalizované v hĺbkovom alebo povrchovom venóznom systéme horných a dolných končatín. Na dolných končatinách sú VA častejšie spojené s varixami, ale môžu sa vyskytnúť aj bez nich. VA môžu dosiahnuť rôzne veľkosti a môžu byť symptomatické a asymptomatické. Symptomatické VA môžu byť spojené s bolesťou a tlakom v rôznych lokalitách, intestinálnym krvácaním alebo tromboembolickou komplikáciou. Povrchové VA na krku, tvári, hrudníku a žilách dolných končatín sú väčšinou asymptomatické. VA môžu robiť aj kozmetické problémy najmä na krku, tvári a dolných končatinách. Avšak VA lokalizované v hĺbkovom venóznom systéme dolných končatín sú často spojené s venóznou trombózou a pľúcnou tromboembóliou. Etiológia VA je väčšinou neznáma. Možné príčiny vzniku VA sú trauma, zápalové procesy, opakované punkcie vén, degeneratívne oslabenia žilovej steny, kongenitálne venózne angiodysplázie ako sú Klippel-Trénaunay syndróm a Weberov syndróm. Indikácie pre chirurgické liečbu VA sú kozmetické a medicínske. Z kozmetických príčin sú VA indikované na krku, tvári a horných končatinách. Tieto sú väčšinou asymptomatické a obyčajne nikdy nerupturujú. Indikácie z medicínskych príčin sú väčšinou chirurgické. Ide o VA hĺbkového venózneho systému dolných končatín pre vysoké riziko tromboembolických komplikácií, ktoré sa môžu vyskytnúť aj napriek antikoagulačnej liečbe. Odporúča sa tangenciálna aneuryzmektómia a laterálna venorafia, alebo resekcia aneuryzmy s náhradnou autológnou vénou alebo cievnou protézou. Autori uvádzajú vlastné skúsenosti s chirurgickou liečbou VA.

Aneuryzma vena poplitea – raritné ochorenie

Radoslav Kminiak, Matej Ondruška, Julius Janek

FNsP F. D. Roosevelta, Oddelenie cievnej chirurgie, Banská Bystrica

Cieľ práce: Aneuryzma vena poplitea je považovaná za raritné ochorenie. Napriek tomu môže byť potenciálnou príčinou pre vznik tromboembolizmu. Prvýkrát bola popísaná Oslerom v roku 1915 aneuryzma vena axillaris . V roku 1968 May a Nissel prvýkrát referovali o asymptomatickej a v roku 1976 Dahl a kol. o symptomaickej aneuryzme vena poplitea. Do roku 2010 bolo publikovaných len 122 prípadov. Ich diagnostika je väčšinou náhodná počas ultrasonografického vyšetrenia. Vzhľadom na vysoké riziko pľúcnej embólie je indikovaná chirurgická liečba. Autori prezentujú riešenie dvoch prípadov náhodne diagnostikovaných asymptomatických aneuryziem vena poplitea.

Možnosti liečby HVT – kazuistiky

Ivan Čupka

Oddelenie cievnej chirurgie VšNsP Lučenec

Autor referuje o praktickom použití NOAK v liečbe hlbokej venóznej trombózy dolných končatín u rôznych typov pacientov. V kazuistikách prezentuje špecifiká liečby s nutnosťou spolupráce s pacientom, ale pri súčasnej legislatíve aj so zdravotnými poisťovňami.

Sekcia I: Elektronické postery

Sonografia hemodialyzačných prístupov

Roman Necpal

Oddelenie cievnej chirurgie, NsP FDR, Banská Bystrica

Cieľ práce: V posledných rokoch zaznamenávame zvýšený záujem o hemodialyzačné prístupy. V chirurgii sa okrem klinického vyšetrenia čím ďalej, tým viac využívajú moderné metódy. Jednou z nich je colorduplexná ultrasonografia (CCDU), ktorá do značnej miery zmenila prístup k vytváraniu HD prístupov a k riešeniu ich komplikácií. V skúsených rukách je pre svoju neinvazívnosť vhodnou metódou 1. voľby pri diagnostike malfunkcie AVF (stenóza, trombóza, problematický kanylačný segment) a komplikácií (infekcia, pseudoaneuryzma, aneuryma, ischémia). Umožňuje pravidelné meranie prietoku cez AVF/AVG a tak včas upozorniť na hypofunkciu, resp. hyperfunkciu. Je ideálnym predoperačným vyšetrením pred vytvorením HD prístupu, pričom umožňuje vytvoriť AVF aj u pacientov, u ktorých pri klinickom vyšetrení nie je možné nájsť vhodné anatomické pomery. Tým sa na jednej strane vyhneme zbytočným operáciám a na druhej strane je možné vytvoriť natívnu AVF na predlaktí aj u tých pacientov, kde by v minulosti bola hneď vytvorená AVF v lakti. V pooperačnom období sonografická kontrola umožňuje sledovať maturáciu AVF a v prípade zlej maturácie odhaliť jej príčinu (juxtaanastomotická stenóza, hlboko uložený kanylačný segment, mohutné bočné vetvy). Sonografické vyšetrenia má význam len vtedy, keď je kompletné, čiže zameriava sa na všetky parametre hemodialyzačného prístupu. Táto požiadavka nie je v klinickej praxi vždy splnená. Najčastejšie chýba údaj o prietoku AVF – Qa, ktorý sa považuje za najdôležitejší funkčný parameter.

Venous insufficiency in Klippel-Trenaunay patient treated by VNUS ClosureFast radiofrequency ablation

Marek Šlais

Oddělení cévní chirurgie, Nemocnice Na Homolce, Praha, Česká Republika

Cieľ práce: Klippel-Trenaunay Syndrome (KTS) is an congenital disorder of uncertain etiology. Comprises the clinical triad of varicose veins, port wine stain, and bony or soft-tissue hypertrophy. The deep venous system is often under-developed and patients suffer with superficial venous hypertension and its symptoms.

Materiál a metódy: In this case report we present young man with Klippel-Trenaunay syndrome with C4 (CEAP clasiffication) venous insufficiency, patent but hypotrofic deep venous system and massive reflux in Great saphenous vein. Also has port wine stains and mild leg hypertrophy.

Výsledky: Patient underwent MRI venography and were studied with color flow duplex. The insifficient great saphenous vein and saphenous tributaries were ablated with radiofrequency catheter under ultrasound guidance. There was an immediate technical succes and slow release of swelling and pain in patients leg.

Záver: We think that superficial reflux abolition with endovenous ablation can effectively release symptoms of venous insufficiency even in Klippel-Trenaunay patient. Precise duplex ultrasound venous mapping is necessary.

Revaskularizace a. iliaca interna pro gluteální ischémii po endovaskulární náhradě aneuryzmatu aorty jako výkon simultánní s transplantací ledviny

Květoslav Lipár, Filip Thieme, Jaroslav Chlupáč, Libor Janoušek, Jiří Froněk

Klinika transplantační chirurgie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha, Česká republika

Úvod: Výskyt ischemických komplikací po endovaskulární náhradě aneuryzmatu subrenální aorty (EVAR) je v literatuře poměrně dobře zdokumentován. Incidence těchto komplikací je v řadě studií popisována vyšší po endovaskulární náhradě než po chirurgickém řešení. Ischemické komplikace EVAR mohou být buď končetinové, nebo pelvické. Končetinová ischemie vzniká většinou sekundárně na podkladě tepenné trombózy nebo embolizace. Oproti tomu pelvická ischemie vzniká již primárně překrytím odstupů dolní mezenterické tepny a vnitřních ilických tepen stentgraftem. Vnitřní ilické tepny mohou být navíc během endovaskulárního výkonu cíleně embolizovány. Pelvická ischemie může postihovat colon descendens, gluteální svaly nebo míšní nervy. Ischemie pelvické oblasti, zejména akutně vzniklá, je tedy poměrně závažnou komplikací. Z toho důvodu bývá při hrozícím oboustranném překrytí vnitřních ilických tepen preferována chirurgická náhrada aneuryzmatu.

Materiál a metódy: Kazuistika: 63-letý pacient v terminálním stadiu chronického renálního onemocnění na podkladě vaskulární nefrosklerózy byl vyšetřován před transplantací ledviny. Dominantní subjektivní potíží pacienta byly značně limitující oboustranné hýžďové klaudikace. Tento pacient anamnesticky podstoupil na cizím pracovišti elektivní implantaci bifurkačního stentgraftu do výdutě subrenální aorty a obou pánevních tepen. Dalším vyšetřováním se zjistilo, že příčinou klaudikací je překrytí jinak průchodných vnitřních ilických tepen stentgraftem. Na základě provedených vyšetření byl pacient indikován k transplantaci ledviny z žijícího dárce simultánně s autovenózním bypassem na pravou vnitřní ilickou tepnu. Po výkonu došlo k rozvoji funkce štěpu ledviny i k úplnému vymizení klaudikačních potíží.

Záver: Gluteální ischemii, která vznikne bilaterálním překrytím vnitřních pánevních tepen při implantaci stentgraftu do subrenální výdutě aorty, je možné s úspěchem řešit jednostrannou revaskularizací vnitřní pánevní tepny.

Sarkom femorální bifurkace – kazuistika

Alexandros Valsamis, Libor Janoušek, Jiří Froněk, Jaroslav Chlupáč

Klinika transplantační chirurgie, IKEM, Praha, Česká Republika

Cieľ práce: Sarkomy měkkých tkání jsou heterogenní skupina zhoubných nádorů, které vznikají z pojivových tkání v různých místech organismu, tedy z tkáně tukové, vazivové, svalové, chrupavčité či kostní. Sarkomy, ve srovnání s karcinomy jako nejčastějšími tumory vznikajícími z epitelové tkáně, se vyskytují méně často a představují méně než 1% všech zhoubných nádorových onemocnění. Je to asi 350 případů ročně v České republice. Sarkomy vykazují lokálně agresivní chování s častou tendencí k tvorbě vzdálených metastáz i lokálních recidív. Moderní chirurgické postupy v kombinaci s radioterapií umožňují použití záchovných operací, které pacienty méně mutilují. Postavení chemoterapie v léčbě sarkomů je stále nejasné. Optimální stanovení léčebného postupu může výrazně zlepšit výsledky i kvalitu života pacientů.

Výsledky: Mladá pacientka, 42 let, po recentní plicní embolii, antikoagulována, duplexní sono končetin odhaluje kompresi pravé v. femoralis communis (VFC), již bez průkazu hluboké žilní trombózy. Doplněno CT, CT angio a MR s nálezem tumorózní expanze v pravém třísle 5×5×6 cm obrůstající a. femoralis communis (AFC) i VFC (susp. sarkom měkkých tkání), onkomarkery bez elevace. Pacientka na multioborovém semináři indikována k extirpaci ložiska s event. cévní rekonstrukcí tepen i žil. Elektivně provedena radikální exstirpace tumoru, lymfadenektomie, resekce a protetická substituce AFC, VFC, implantace a .profunda femoris a v. saphena magna. Operace i pooperační průběh bez komplikací. V pooperačním období přetrvávající vyšší lymfatické odpady z drenu. Pacientka afebrilní v kompenzovaném stavu s ranou hojící se per primam a s ponechaným drénem bez aktivního sání propuštěna do domácího ošetření 9. den po výkonu. Definitivní histologie a následná onkologická rozvaha t.č. ještě není k dispozici.

Záver: Sarkomy měkkých tkání jsou méně časté, lokálně agresivní zhoubné nádory. Radikální chirurgická extirpace má nenahraditelné místo v optimální léčebné strategii, včetně resekce a náhrady cévních struktur.

Sekcia F: Periférne obliterujúce ochorania a trombembólie

Retrospektívna analýza faktorov ovplyvňujúcich výsledky chirurgickej liečby CLI: vplyv doby trvania ischemického defektu

Peter Beňo, František Rusňák

UVN SNP Ružomberok FN, Klinika cievnej chirurgie, Ružomberok

Cieľ práce: Kritická končatinová ischémia (CLI) predstavuje závažný celosvetový medicínsky, ale aj socio-ekonomický problém nielen ohrozením, resp. stratou dolnej končatiny, ale aj vysokou dlhodobou kardiovaskulárnou mortalitou. Preto je CLI v súčasnej vaskulárnej medicíne oblasťou intenzívneho záujmu ako výskumného, tak klinického. Základným atribútom úspešnosti liečby je jednak požiadavka na jej komplexnosť, založenej na multidisciplinárnom konsenze všetkých zainteresovaných vaskulárnych špecialistov a jednak na jej včasnosť. Cieľom prezentácie je preukázať vplyv oneskorenej revaskularizácie kriticky ischemickej končatiny na výsledky chirurgickej liečby v zmysle záchrany končatiny a mortality pacientov.

Materiál a metódy: V našom súbore v rokoch 2011-2015 bolo 109 chirurgicky odliečených pacientov s CLI. Retrospektívnou analýzou anamnestických údajov trvania CLI boli pacienti rozdelení do dvoch skupín podľa včasnosti poskytnutej chirurgickej revaskularizačnej liečby. Na základe výsledkov liečby v oboch skupinách sme sa snažili stanoviť význam vplyvu časového faktora na úspešnosť revaskularizácie z hladiska záchrany končatiny a doby prežívania.

Záver: Starostlivosť o pacientov s CLI sa v poslednom období zlepšila hlavne vďaka zvýšenej radikalite distálnych rekonštrukcií a technologickému procesu v oblasti endovaskulárnej liečby, napriek tomu je počet amputácií dolných končatín pre CLI stále vysoký. Dlhodobá priechodnosť tepenných rekonštrukcií je determinovaná množstvom známych faktorov, ako sú morfológia aterosklerotického postihnutia, hlavne výtokového traktu, lokalizácia a typ rekonštrukčného výkonu, voľba a kvalita cievnej náhrady, dĺžka bypassu, komorbidita, atď., avšak v neposlednom rade aj dobrý timing revaskularizačnej liečby bez zbytočných časových strát.

Transbrachiálny prístup pri intervenčných výkonoch – jeho použitie, výhody, komplikácie a ich riešenie

Pavol Kováč[1], Marián Leško[1], Miloslav Šimko[2], Marek Dorušinec[2], Peter Šeliga[1], Dávid Durkáč[1], Adela Czetoová[1], Adriana Macková[1]

[1]Oddelenie cievnej chirurgie, FNsP J. A. Reimanna, Prešov
[2]Rádiodiagnostické oddelenie, FNsP J. A. Reimanna, Prešov

Cieľ práce: podeliť sa o skúsenosti s menej častým prístupom pri intervenčných výkonoch

Materiál a metódy: Je to metóda, ktorá má svoje špecifické indikácie hlavne pri kombinovaných výkonoch, komplikáciách a má aj svoje komplikácie ako poškodenia nervov a hlavne krvácanie. Predstavujeme svoje 10-ročné skúsenosti s touto metódou.

Výsledky: Prinášame 10-ročné skúsenosti s postupným zlepšovaním výsledkov metódy a riešenie komplikácií.

Záver: Ako doplnková metóda je veľmi dobrá vo vhodných indikáciách, otázne je použitie vhodného uzáveru tepny, zásadnosť USG postprocedurálne a rýchle riešenie komplikácie.

Možnosti endovaskulárního řešení poranění bércových tepen

Jiří Kozák, Dušan Kučera

Centrum vaskulárních intervencí, Vítkovická nemocnice, Ostrava – Vítkovice, Česká Republika

Cieľ práce: Příčiny poranění tepen dolních končetin jsou úrazy tupé, penetrující, nebo poranění způsobené arteficielně po předchozím lékařském zákroku. Poranění tepen dolních končetin jsou zatížena i vysokou mortalitou, kdy při poranění pánevních tepen je mortalita uváděna až 40%, mortalita při poranění femoro-popliteálního úseku je udávána až 27 % a poranění bércových tepen může býti příčinou amputace až v 38%. V léčbě se uplatňuje jak konzervativní přístup, tak léčba chirurgická a miniinvazivní endovaskulární.

Materiál a metódy: V průběhu roku 2015 jsme endovaskulárně řešili 3 případy poranění bércových tepen, kdy mechanismem traumatu bércové tepny se vznikem objemného pseudoaneurysmatu byly poranění arteficiální po osteosyntéze, dále pak poranění penetrující (bodné) a poranění tupé.

Výsledky: Ve dvou případech jsme úspěšně vyřešili trauma tepny implantací stentgraftu a u třetího případu kombinací embolizace zásobující větve s perkutánní aplikaci trombinu.

Záver: Endovaskulární léčba poranění bércových tepen je v indikovaných případech metodou volby pro svoji miniinvazivitu s okamžitým efektem zástavy krvácení nebo vyřazením pseudoaneurysmatu z oběhu, nicméně bez jednoznačné predikce dlouhodobé průchodnosti stentgraftu.

Analýza užití lékem potažených balonkových katetrů a stentů na našem pracovišti za rok 2015

Dušan Kučera[1,2], Martin Válka[1], Jiří Kozák[1], Jerzy Bezecný[1], David Maděřič[1], Jaroslav Krátký[1], Vladimír Jetmar[1], Michaela Vávrová[1]

[1]Vaskulární centrum, Vítkovická nemocnice a.s., Ostrava, Česká Republika
[2]II. interní klinika kardiologie a angiologie, 1. LF UK a VFN, Praha, Česká Republika

Cieľ práce: Práce analyzuje užití lékem potažených balonkových katetrů (DEB) a lékem potažených stentů (DES) na intervenčním pracovišti Vaskulárního centra Vítkovické nemocnice a.s. za rok 2015 z pohledu indikací, četnosti užití a roční míry restenosy.

Materiál a metódy: Retrospektivně bylo analyzováno celkem 1 762 intervenčních výkonů provedených na našem pracovišti za rok 2015 z pohledu užití drug eluted technologií a jejich poměru k prosté balonkové angioplastice a angioplastice se zavedením metalického stentu. Následně byly zhodnoceny indikace k užití DEB a DES a vyhodnocena roční míra restenosy.

Výsledky: Indikace k zavedení drug eluted stentů byl významný recoil či obturativní disekce v oblasti proximální části bércových tepen obzvláště u pacientů s kritickou končetinovou ischémií. U drug eluted balonkových katetrů to byla především in-stent restenosa, restenosa po předešlé perkutánní transluminální angioplastice (PTA), anastomosy femoro-popliteálních bypassů, anatomicky problematické oblasti pro konvenční intervenci jako společná femorální či podkolenní tepna a pacienti s akutní a kritickou končetinovou ischémií s výtokem do jedné postižené bércové tepny. Drug eluted balonkové katetry byly užity v 256 případech u 186 pacientů což odpovídá 14 % všech intervencí a drug eluted stenty byly užity v 23 případech u 23 pacientů což odpovídá 1 % všech intervencí. Pokud hodnotíme užití DEB z pohledu etiologie aterosklerotické léze, poté byly lékem potažené balonkové katetry užity v 61 % u "de-novo" léze, v 22 % u restenosy po předchozí angioplastice a v 17 % u in-stent restenosy. Při užití drug eluted balonkových katetrů byla roční míra restenosy 8,6% (16/186) a u drug eluted stentů 4,3% (1/23) což odpovídá celosvětově publikovaným datům.

Záver: V naší práci jsme prokázali, v kontextu s publikovanou literaturou, nízkou míru restenosy při užití lékem potahovaných balonkových katetrů a stentů. Užití těchto nových a nadějných, ale bohužel taktéž finančně náročných technologií považujeme na našem pracovišti za přiměřené, především z pohledu chybění vědeckých důkazů o zlepšení prognózy pacienta stran snížení celkové mortality, mortality spojené s obliterační chorobou dolních končetin a zvýšení úspěšnosti záchrany končetiny.

Hybridné výkony

Peter Berek, Vladimír Sihotský, Mária Kubíková, Ivan Kopolovets, Mária Frankovičová

Klinika cievnej chirurgie, VUSCH a.s., Košice

Cieľ práce: Zhodnotenie indikácií a výsledkov hybridných výkonov na našom pracovisku za rok 2016

Materiál a metódy: Na našom pracovisku sme za rok 2016 vykonali 29 hybridných výkonov. Jednalo sa o kombinované konvenčné chirurgické rekonštrukcie súčasne s endovaskulárnymi výkonmi. V deviatich prípadoch sa jednalo o trombendarterektómiu AFC s angioplastikou a stentingom AIC. V jedenástich prípadoch sa jednalo o indirektnú ileofemorálnu dezobliteráciu v kombinácii s angioplastikou a stentingom AIC, v o dvoch prípadoch sa jednalo o cross over femorofemorálny v kombinácii s angioplastikou a stentinom AIC. V piatich prípadoch sme vykonali trombendarterektomiu AFC s angioplastikou AFS a vo dvoch prípadoch sme po trombendarterektómii AFC pridali angioplastiku a stenting AFS.

Výsledky: V našom súbore sme mali nulovú perioperačnú mortalitu. U jedného pacienta sa pooperačne vyskytla trombóza angioplastiky AFS a vyžiadala si reoperáciu, otvorenú endarterektómiu AFS. Po šiestich týždňoch boli všetky rekonštrukcie priechodné, pacienti sú v ambulantom sledovaní pri duálnej antiagregačnej liečbe, ktorú ponechávame minimálne 6 mesiacov.

Záver: Znalosť endovaskulárnych techník nám umožní z jedného chirurgického prístupu vyriešiť niekoľkoetážové aterosklerotické postihnutie. V našom súbore sa najčastejšie jednalo o kombinované iliakálne a femorálne postihnutie, ktoré sme riešili z malých femorálnych incízií. Pred nástupom endovaskulárnych techník riešenie iliofemorálnych lézií vyžadovalo extenzívne arteriálne rekonštrukcie.

Hybridná terapia akútnej končatinovej ischémie

Ján Bulejčík, Daniel Říha, Lubomír Blaha, Radoslav Šolek

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

Cieľ práce: Prezentovať možnosti hybridnej terapie (HT) akútnej končatinovej ischémie (AKI), naše indikačné kritéria k HT, zhodnotenie a prezentácia výsledkov HT u AKI za obdobie r. 2011-2014. Najdôležitejším faktorom pri terapeutickom rozhodovaní je klinické štádium AKI. AKI v štádiu IIa (podľa SVS) vyžaduje semiurgentnú terapiu. Z terapeutických možností sa môžeme rozhodnúť pre chirurgickú terapiu, HT, endovaskulárnu - EV, prípadne trombolytickú terapiu. AKI v štádiu IIb (SVS) vyžaduje urgentnú terapiu (chirurgickú, HT, EV). Pri chirurgickej trombektomii (TE) si musíme uvedomiť, že je často inkompletná, pretože perzistujúce tromby sa vyskytujú v 36 % a pri angioskopickej kontrole až v 82 % pripadoch. Z tohto dôvodu je nutné chirurgickú trombektomiu doplniť peroperačnou angiografiou, ktorá tieto reziduálne tromby odhalí. V prípade pozitívneho nálezu chirurgický výkon doplníme EV výkonom - aspiračná trombektomia (PAT), trombektómia po vodiči (TE- OTW), podľa potreby doplníme transluminálnu angioplastiku (TA), prípadne stentTA.

Materiál a metódy: V r. 2011-2014 sme hybridne operovali 101 pacientov. Klinické štádium: ICHDK št. Fontaine II b,c - 23 (22 %), chronická KKI 40 (40%), akútna končatinová ischémia 38 (38 %) pacientov. V súbore 38 pacientov s AKI bolo 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 r. Primárny hybridný výkon - n. 38 pacientov. 32 (84%) pacientov malo HV s Ev výkonom na výtokovom trakte. Chirurgické výkony: Chirurgická trombektomia bypasov n - 17, TE- AFC, AFP, AFS -13, dezobliteracia bifurkácie AFC -2. EV výtokového traktu - PAT,TE-OTW, TA. 6 (16 %) pacientov malo HV s EV na vtokovom trakte. Chirurgické výkony: TE- AIC, AIE + sTA – 4, TE byp. FP,F-F + sTA AIC, AIE- 2. Sekundárny výkon vyžadovalo 9 (24 %) pacientov v časovom rozmezí 1-19 mesiacov po primárnom výkone. (priem. 6 mes.). Chirurgické výkony: Retrombektomia bypassu + transluminálna angioplastika - 4, retrombektomia AFC,AFS, APO + TA - 2, rebypass - 3.

Výsledky: Primárna a sekundárna priechodnost KP analýza), PP/SP: mesiac 1 – 76 % / 84 %, mes.6 – 68 % / 84 %, mes. 12 – 51 % / 76 %, mes. 24 – 42 % / 71 %, mes.36 – 42 % / 71 %, mes.42 – 42 % / 63 %, mes. 57 – 42 % / 63 % Kumulatívna záchrana končatiny (KM analýza) - mesiac 1/ 84 %, mes. 6 / 84%, mes. 12 / 76 %,mes. 24 / 71 %, mes. 36 / 71 %, mes. 42 / 63 %, mes. 57 / 63 %. Exitovalo 5 (13 %) pacientov. Do 30 dní exitovali 4 (11 %) pacienti v rozmezí 1-28 dní po operácii, (klinické št. IIb). Nad 30 dní exitoval 1 pacient 44 mesiacov po výkone (klinické št. IIa). Vysokú amputáciu v stehne sme vykonali u 10 pac. (26 %), všetci pacienti boli z klinického štádia IIb. 8 pac. po primárnom výkone a 2 pacienti po sekundárnom výkone.

Záver: Hybridné výkony sa stávajú štandardnou terapeutickou metódou v liečbe akútnej končatinovej ischémie s akceptabilnou dlhodobou priechodnosťou i záchranou končatiny.

Chirurgické aspekty akútnej končatinovej ischémie – náš súbor

Tomáš Oravec, František Rusňák, Peter Beňo, Milan Podolec, Martin Kuročka, Ľubomír Horný, Tomáš Suran

Klinika cievnej chirurgie, ÚVN Ružomberok

Cieľ práce: Akútna končatinová ischémia (ALI – acute limb ischemia) predstavuje urgentný stav charakterizovaný náhlym nedostatočným artériovým prekrvením končatiny, prejavujúcim sa bledosťou, chladom, bolesťou, výpadkom pulzácií, senzomotorickým deficitom rôznej intenzity a rozsahu v závislosti od etiológie, lokalizácie tepnového uzáveru a ďalších faktorov. Vzniká najčastejšie na podklade trombózy, prípadne embólie natívnej tepny alebo bypassu. Podmienkou na priaznivú prognózu postihnutej končatiny, ako aj celkového zdravotného stavu pacienta z hľadiska morbidity aj mortality je čo najskoršie stanovenie a realizovanie adekvátneho terapeutického postupu, aby sa nepremeškal čas potrebný pre revaskularizáciu v reverzibilnom štádiu ischémie. Práve neadekvátny postup, alebo oneskorenie diagnostiky a nevyhnutnej liečby môže viesť k rozvoju ireverzibilných ischemických zmien s nutnosťou amputačných výkonov. Cieľom prednášky je vyhodnotenie súboru pacientov s ALI, ktorých sme riešili na našom pracovisku za posledné roky. Štatisticky spracovať súbor so zameraním sa na etiológiu, postihnutý segment arteriálneho riečiska HK/DK, zastúpenie jednotlivých štádií podľa Rutherfordovej klasifikácie ALI – následné revaskularizačné riešenie v záujme záchrany postihnutej končatiny, event. primárna amputácia končatiny, rozvoj ischemicko-reperfúzneho syndrómu, kompartmentového syndrómu s nutnosťou fasciotómií, renálneho a kardiorespiračného zlyhania.

Zdroje tromboembolických príhod a ich sekundárna prevencia

Lucia Kubíková[1], Mária Kubíková[2], Gabriel Valočík[1], Mária Frankovičová[2], Martin Koščo[1]

[1]Klinika Kardiológie, LF UPJŠ a VÚSCH a.s., Košice
[2]Klinika Cievnej Chirurgie, LF UPJŠ a VÚSCH a.s., Košice

Cieľ práce: Embolické príhody sú akútnym stavom, s ktorým sa stretávame v každodennej lekárskej praxi. Vyžadujú si rýchly prístup, inak vedú k invalidizácii pacienta a zníženej kvalite života, majú tak dopad fyzickú a ekonomickú situáciu chorých a ich príbuzných. Cieľom práce je poukázať na potrebu hľadania zdroja embolizácie a následnej sekundárnej prevencie ďalších embolizácií.

Materiál a metódy: Autori restrospektívne hodnotia súbor pacientov s periférnou embolizáciou, ktorí boli hospitalizovaní na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH,a,s, a na Angiologickom oddelení Kliniky kardiológie v rokoch 2013 až 2016. Autori analyzujú výsledky následných vyšetrení a zamýšľajú sa nad možnosťami a významom sekundárnej prevencie embolizácii artériového systému.

Záver: Po embólii artériového systému je potrebné ďalšie dôkladné vyšetrenie pacienta za účelom hľadania zdroja embolizácie s potrebou následnej sekundárnej prevencie embolizácii farmakoterapiou alebo invazívnymi metódami, nakoľko samotná operácia pacienta odstráni dôsledok, avšak nie príčinu embolizácie.

Sekcia G: Ochorenia aorty a jej vetiev

Příprava pacienta před plánovaným endovaskulárním výkonem

Marie Černá, Martin Köcher

Radiologická klinika, Fakultní nemocnice, Olomouc, Česká republika

Cieľ práce: Příprava pacienta před endovaskulárním výkonem je zásadní z hlediska prevence komplikací.

Výsledky: Pro prevenci aspirace by měl být pacient před plánovaným endovaskulárním výkonem na lačno alespoň 4 hodiny. Pokud je výkon prováděn v anestézii (celková, spinální) nebo v analgosedaci je doporučen interval mezi příjmem stravy a úvodem do anestézie alespoň 6 hodin. Základní prevencí kontrastem indukované nefropatie je hydratace pacienta. Perorálně se doporučuje zvýšit příjem tekutin 24 hodin před a po výkonu s jodovou kontrastní látkou, 4 hodiny před výkonem se omezí příjem čirých tekutin na 100 ml/hod. U rizikových pacientů je doporučeno podat tekutiny intravenózně, a to fyziologický roztok 1-1,5 ml/kg/hod alespoň 4-6 hodin před a po výkonu s podáním jodové kontrastní. Pacienti s vyšším rizikem akutní alergoidní reakce (předchozí reakce na kontrastní látku, pacienti s léčeným asthma bronchiale a léčenou polyvalentní alergií) by měli být premedikováni kortikosteroidy (Prednison 40 mg 12-18 hodin před výkonem s jodovou kontrastní látkou a Prednison 20 mg 6-9 hodin po výkonu). Před podáním jodové kontrastní látky je doporučeno vysadit metformin v den výkonu s podáním jodové kontrastní látky nebo před podáním kontrastní látky u pacientů s eGFR 30-60 ml/min/1,73m2, dále u pacientů s anamnézou jaterního onemocnění, alkoholiků nebo pacientů se srdečním selháním a před intraarteriálním podáním jodové kontrastní látky. Pacienti s manifestní tyreotoxikózou by neměli dostat jodovou kontrastní látku. Rizikoví pacienti pro tyreotoxikózu indukovanou jodovou kontrastní látkou (známá hyperfunkci štítné žlázy, difúzní netoxická či nodózní struma, latentní Gravesovou chorobou) by měli být po podání jodové kontrastní látky sledováni endokrinologem. Pro prevenci krvácení nebo snížení rizika krvácení by měly být zhodnoceny a případně korigovány hemokoagulační parametry. Doporučená hodnota INR pro endovaskulární výkon se středním a vysokým rizikem je ≤ 1,5 (Quick 60 %), pro výkony s nízkým rizikem krvácení ≤ 2. Hodnota aPTT by měla být ≤ 1,5 x vyšší než norma a počet trombocytů ≥ 75.109/l (> 50.109/l). Pro warfarin (perorální antikoagulancium) je doporučeno vysadit lék 3-5 dní před endovaskulárním výkonem. Užívání nových perorálních antikoagulancií by mělo být před plánovaným výkonem přerušeno. Pro prevenci trombózy je doporučeno před perkutánní transluminální angioplastikou (PTA) podat kyselinu acetylsalicylovou (Anopyrin) v dávce 100-150 mg/d alespoň 24 hodin před výkonem a pokračovat v podávání dlouhodobě. Před karotickým stentingem je doporučeno pro prevenci trombózy podat 3-5 dní před výkonem duální antiagregaci (clopidogrel 75 mg/d nebo ticlopidin 2x250 mg/d + kyselina acetylsalicylová 100 mg/d) a pokračovat alespoň 30 dní po výkonu. Před plánovanou embolizací mozkového aneuryzmatu bez známek ruptury je doporučena duální antiagregace, před výkonem lze také podat blokátory kalciového kanálu (nimodipine) pro prevenci spasmů.

Endovaskulární léčba thorakoabdominálních aneuryzmat aorty

Martin Köcher[1], Petr Utíkal[2], Marie Černá[1], Petr Bachleda[2]

[1]Radiologická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika
[2]II. chirurgická klinika, Fakultní nemocnice Olomouc, Olomouc, Česká republika

Cieľ práce: Aneuryzmata abdominální aorty postihující oblast odstupu viscerálních tepen nebo thorakoabdominální aneuryzmata (TAAA) jsou relativně vzácná. Cílem sdělení je na základě vlastních zkušeností seznámit s možnostmi a technikou endovaskulární léčby thorakoabdominálních aneuryzmat aorty.

Materiál a metódy: Chirurgické řešení takových výdutí je však stále zatíženo mortalitou dosahující až 23 % a značnou morbiditou zahrnující i nemalé riziko paraplegie. Hybridní technologie – implantace stentgraftu se současnou revaskularizací viscerálních tepen extraanatomickými bypassy značně snížila invazivitu léčby těchto nemocných, i když výkon stále vyžaduje laparotomii. Technologický pokrok ve vývoji endoprotéz umožnil konstrukci větvících se stentgraftů určených k léčbě AAA postihujících oblast odstupu viscerálních tepen nebo thorakoabdominálních aneurysmat a přitom zachovávajících cirkulaci ve viscerálních tepnách. K takovéto léčbě jsou využívány endoprotézy s postranními raménky někdy v kombinaci s fenestracemi.

Výsledky: Zkušenosti i s tímto typem léčby jsou limitované. V současné literatuře se technická úspěšnost pohybuje mezi 98,5 - 100 %, perioperační mortalita v rozmezí 0 – 8,8 %, paraplegie dosahuje 5 – 7,5 % a primární průchodnost viscerálních větví stentgraftu je udávána ve 100 %.

Záver: Endovaskulární léčba TAAA představuje proveditelnou alternativu CHL. Přes poměrně komplikované manipulace má vysokou technickou úspěšnost. Při srovnatelné letalitě a srovnatelné či nižší morbiditě je méně invazivní s rychlejším návratem pacientů do běžného života.

Torakoabdominálne rekonštrukcie

Peter Berek, Vladimír Sihotský, Ivan Kopolovets, Peter Štefanič, Mária Frankovičová

Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH a.s., Košice

Cieľ práce: Zhodnotiť torakoabdominálne rekonštrukcie na našom pracovisku za rok 2016.

Materiál a metódy: Na našom pracovisku sme za rok 2016 vykonali 4 torakoabdominálne rekonštrukcie. Jeden pacient mal torakoabdominálnu aneuryzmu Crawford III., ďalší pacient mal TAAA Crawford IV., tretí pacient dissekciu aorty typu B a štvrtý pacient mal penetrujúci aortálny ulkus interviscerálny medzi a. mesenterica superior a truncus coeliacus.

Výsledky: Všetkých pacientov sme riešili torakoabdominálnym prístupom podľa Ricottu. U prvých dvoch pacientov sme vykonali resekciu torakoabdominálnej aneuryzmy s následnou protetickou náhradou aorty s reinzerciou viscerálnych vetiev. U tretieho pacienta s dissekciou aorty typu B sme vykonali endoaortektómiu a fixáciu jednotlivých viscerálnych ústí. U štvrtého pacienta sme vykonali pozdĺžnu aortotómiu a suturu perforovaného ateromatózneho ulkusu. V pooperačnom období sme nezaznamenali závažnejšie pooperačné komplikácie.

„Coral Reef Aorta“: Jak na ni? Představení problematiky a vlastních zkušeností.

P. Šebesta, S. Seifert, L. Jablonski, M. Esche, K. Novotný, Jr.

Oddělení hrudní, cévní a endovaskulární chirurgie,
Klinikum Chemnitz, gGmbH, Spolková republika Německo

Autoři představují stručný přehled literárních i vlastních zkušeností se vzácným a závažným cévně-chirurgickým onemocněním, predilekčně postihující viscerální úsek břišní, případně torakoabdominální aorty. V klinice vévodí hypoperfusním (případně embolizačním) příznakům renovaskulární hypertense, ischemická choroba dolních končetin a projevy viscerální ischemie.

Diskutována je vhodnost endovaskulární a klasické operační cévně-chirurgické léčby, včetně vlastních postupů a případných doporučení.

Laparoskopická liečba syndrómu kompresie trunkus coeliakus

Igor Šinák[1], Ján Janík[2], Martin Grajciar[2], Kamil Zeleňák[3], Renata Talapková[1], Ľuboš Hlinka[1]

[1]Oddelenie cievnej chirurgie, UNM, Martin
[2]Chirurgická klinika s TC, UNM, Martin
[3]RDG klinika, UNM, Martin

Cieľ práce: Syndróm kompresie trunkus coeliakus (TC) je zriedkavý syndróm kontroverznej povahy. Anatomickou predispozíciou je útlak coeliackého trunku ligamentum arcuatum. Cieľom práce je prezentácia laparoskopického riešenia discízie ligamentum arcuatum.

Materiál a metódy: Definícia syndrómu kompresie TC (syndróm ligamntum arcuatum mediale, Dunbarov syndróm) vychádza z kombinácie klinických a radiologických príznakov. Hlavnými symptómami sú postprandiálna epigastrická bolesť, regurgitácia nestrávenej potravy a váhový úbytok. Príznaky sú spôsobené intermitentnou gastrickou ischémiou, ktorú vyvoláva útlak coeliackého trunku. Tieto symptómy sa však vyskytujú aj pri iných ochoreniach, ako je chronická mezenterická ischémia a gastroparéza. Naproti tomu asymptomatická kompresia alebo zúženie coeliackej tepny nie sú zriedkavé. Chirurgický manažment syndrómu je kontroverzný. Chirurgická liečba je najúčinnejšia u 40-60 ročných pacientov s postprandiálnou bolesťou, s váhovým úbytkom viac ako 10 kg a s poststenotickou dilatáciou kolaterálnych ciev. Útlak TC je možné odstrániť chirurgickým alebo laparoskopickým preťatím ligamenta. V prípadoch keď útlak spôsobí aj vaskulárne poškodenie TC vyžaduje následný stav vaskulárnu rekonštrukciu respektíve endovaskulárnu intervenciu po odstránení útlaku.

Výsledky: V práci interpretujeme techniku a výsledky laparoskopickej discízie ligamntum arcuatum. Od roku 2006 do roku 2013 sme operovali 14 pacientov s uvedeným syndrómom. Prví 4 pacienti boli operovaní klasickým chirurgickým prístupom, následní 10-ti laparoskopicky. Na uvedenom súbore dokumentujeme vlastný vývoj a modifikáciu laparoskopickej techniky discízie ligamnetum arcuatum.

Záver: Exaktný diagnostický algoritmus, selektívne indikačné kritériá a precízna laparoskopická technika discízie ligamentum arcuatum sú základnými predpokladmi úspečnej liečby syndrómu kompresie TC. Autori považujú laparoskopické riešenie syndrómu za štandardný operačný postup.

MALS (Dunbar syndróm) – laparoskopické riešenie

Igor Keher, Tibor Molčan, Andrej Dobrovodský, Andrej Klepanec

Chirurgická klinika FN Trnava
Radiologická klinika FN Trnava

Syndróm ligamentum arcuatum mediale (Dunbar syndróm) je ochorenie spôsobené útlakom odstupu truncus coeliakus väzivovým pruhom z ligamentum arcuatum mediale.
Ligamentum arcuatum mediale je vláknitý oblúk, v dorzálnej časti bránice, ktorý sa upína na telo a processus costalis L1,spája pravé a ľavé crus bránice a prechádza nad odstupom truncus coeliakus z aorty.
Asi u 10 – 25 % ľudí prechádza ligamentum v mieste odstupu truncus coeliakus, iba 1 % z nich trpí závažnou kompresiou truncus coeliakus. Postihnutí sú vo veku 20-40 rokov, častejšie ženy astenického habitu.
Najčastejšie príznaky sú postprandiálne bolesti, chudnutie, zvracanie, hnačky.
Diagnostika: USG,CT angio a Doppler USG prietok > 200 cm/s.
Terapia je stále diskutovaná. Väčšina autorov sa prikláňa jednoznačne k chirurgickej dekompresii preťatím vlákien ligamentum arcuatum mediale otvorene, alebo laparoskopicky. V prípade nedostatočného efektu je nutné liečbu doplniť o cievnu, alebo endovaskulárnu intervenciu.
V prezentácii sú tri vlastné kazuistiky riešené laparoskopicky a jedna komplikácia, kedy u pacientky nastala ruptura turncus celiakus po preťatí vlákien ligamenta. Komplikáciu sme riešili konverziou výkonu a v spolupráci s cievnym chirurgom cievnou náhradou.
Následne si stav pre kinking protézy so stenotizáciou vyžiadal ešte zavedenie stentu s dobrým efektom.
Všetci traja operovaní pacienti sú sledovaní, bez ťažkostí.
Dunbar syndróm je zriedkavý syndróm, ktorého diagnostika nie je jednoduchá a často sa stanoví až po vylúčení podozrení na iné ochorenia.

Liečba: najlepší efekt z dlhodobého hľadiska má chirurgická liečba v prípade nutnosti doplnená o revaskularizáciu.

Chirurgická liečba viscerálnych aneuryziem v našej klinickej praxi

Ivan Kopolovets, Peter Berek, Vladimír Sihotský, Mária Kubíková, Andrej Smola, Martina Zavacká, Peter Štefanič, Mária Frankovičová

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

Cieľ práce: Ruptúra viscerálnej aneuryzmy je asociovaná s vysokým rizikom letálnosti. Podľa literatúry riziko ruptúry viscerálnej aneuryzmy je od 5 % pri veľkosti aneuryzmy 15-22 mm až 50-70 % pri veľkosti aneuryzmy viac ako 32 mm. Väčšina pacientov sú asymptomatickí a prítomnosť aneuryzmy je náhodným nálezom pri komplexnom vyšetrení z dôvodu iného ochorenia. Analýza chirurgickej liečby viscerálnych aneuryziem.

Materiál a metódy: Na klinike cievnej chirurgie VÚSCH, a.s. a LF UPJŠ v roku 2016 sme operovali 4 pacientov: 3 pacienti s viscerálnou aneuryzmou (2 pacienti s aneuryzmou a. lienalis a 1 pacient s aneuryzmou a. mesenterica superior), 1 pacient s pseudoaneuryzmou a. mesenterica superior. V rámci diagnostiky u každého pacienta bolo realizované CT angiologické vyšetrenie abdomenu a komplexne predoperačné

vyšetrenie. Jeden pacient s aneuryzmou a. lienalis bol po implantácii stentgraftu pre progresiu infrarenálnej AAA. Pacientka s pseudoaneuryzmou a. mesenterica superior bola po pancreatoduodenálnej resekcii.

Výsledky: U jedného pacienta po resekcii aneuryzmy a. lienalis o 2 týždne od operácie sa rozvíjala akútna pankreatitída. Pacientka po resekcii pseudoaneuryzmy a. mesenterica superior bola reoperovaná pre uzáver a. mesenterica superior – vykonaná arteriálna rekonštrukcia: illiaco – mesenteriálny bypass.

Záver: Prítomnosť viscerálnej aneuryzmy väčšej 2-2,5 krát od fyziologického diametru artérie je indikáciou k endovaskulárnemu výkonu alebo arteriálnej rekonštrukcii u symptomatických aj asymptomatických pacientov. Voľba metódy liečby záleží od veľkosti aneuryzmy, lokalizácie a klinického nálezu. Chirurgická liečba je bezpečnou metódou, ktorej cieľom je resekcia aneuryzmy. V prípade technickej možnosti, prvoradou úlohou je obnovenie prietoku v rekonštruovanej artérii.

Aneuryzmy tepien horných končatín

Adriana Macková, Pavol Kováč

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

Cieľ práce: Aneuryzmy na tepnách horných končatín sú nepomerne zriedkavejšie ako v iných periférnych lokalizáciách. Izolovaných aneuryziem a.subclavia a a.axillaris je mene ako 3 % periférnych aneuryziem – ako bude prezentované v súbore pacientov nášho pracoviska za obdobie rokov 2001-2016. Príčiny vzniku aneuryziem tepien HK sú trochu odlišné od aneuryziem v inej lokalizácii, kde prevláda degeneratívny pôvod a to prevažne na podklade aterosklerózy. Na tepnách HK je najčastejšou príčinou TOS (hlavne kostoklavikulárny sy), menej často vaskulitídy či ochorenia spojivového tkaniva. Podstatne frekventnejší je výskyt nepravých aneuryziem a to traumatického alebo iatrogénneho pôvodu. Význam diagnostiky a terapie aneuryziem spočíva v predchádzaní vzniku komplikácií, ktoré môžu viesť k závažnej ischémii až strate končatiny.

Sekcia H : Varia a klinicky zaujímavé kazuistiky

Malígny fibrózny histiocytóm ako raritná príčina akútnej končatinovej ischémie

Jana Pobehová[1], Martina Zavacká[1], Marián Tomečko[1], Andrej Smola[1], Mária Kubíková[1], Martin Koščo[2], Mária Frankovičová[1]

[1]Klinika cievnej chirurgie, VÚSCH, a.s., Košice

[2]Angiologické oddelenie Kliniky kardiológie, VÚSCH, a.s., Košice

Cieľ práce: Kazuistika pacienta s akútnou končatinovou ischémiou, ktorej príčinou bol náhodne zistený malígny fibrózny histiocytóm, získaný pri embolektómii z tepien dolných končatín - verifikovaný histologicky.

Materiál a metódy: Akútna končatinová ischémia vzniká náhlym poklesom alebo zhoršením prietoku krvi končatinou. Závažnosť jej prejavov závisí primárne od lokalizácie, trvania a rozsahu uzáveru tepny, ako aj od kapacity kolaterálneho obehu zabezpečiť perfúziu periférnych tkanív. Hlavné príčiny vzniku sú: embolizácia a trombóza. V prípade embolického uzáveru je kardiálny pôvod zdrojom embolizácie v 90 % prípadoch, zvyčajne pri predsieňovej fibrilácii alebo z nástenných intrakardiálnych trombov pri srdcovom infarkte. Chlopňové vegetácie alebo tumory predsiene sú zriedkavejším zdrojom embolov.

Výsledky: Primárne sarkómy aorty sú zriedkavo vyskytujúce sa tumory. Malígny fibrózny histiocytóm je histologicky nediferencovaný sarkóm s pleiomorfnými a epiteloidnými bunkami a malým množstvom viacjadrových buniek. Správa sa invazívne, má extrémne zlú prognózu a vysoký metastatický potenciál, do viscerálnych orgánov (cievnou cestou), pečene, kostí, svalov, mozgu, pľúc.

Záver: V zahraničnej literatúre je popísaných len niekoľko prípadov akútnej embolizácie do arteriálneho systému, pri tumoroch srdca u 18,2 % pacientov, u 27,3 % pacientov s embolizáciou do cerebrálneho a periférneho riečiska. V našej kazuistike prezentujeme prípad pacienta s akútnou končatinovou ischémiou, ktorý bol úspešne riešený chirurgickým aj endovaskulárnym spôsobom, avšak náhodný histologický nález buniek malígneho fibrózneho histiocytómu, extrahovaných pri Fogartyho embolektómii z tepien dolných končatín zhoršilo celkovú prognózu pacienta, ktorý pri diagnostike primárneho tumoru na spádovom chirurgickom pracovisku exitoval.

Operácie na dolnej dutej žile s využitím in situ hypotermickej ochrany pečene alebo obličky. Kazuistiky.

Július Janek[1], Roman Necpal[1], Radoslav Kminiak[1], Imrich Beer[2], Marek Rusňák[1], Radovan Takáč[1], Matej Ondruška[1]

[1]Oddelenie cievnej chirurgie, FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica

[2]Kardiochirurgické oddelenie, SÚSCCH, Banská Bystrica

Cieľ práce: Operácie na dolnej dutej žile (DDŽ) s nutnosťou náhrady v jej suprarenálnom úseku vyžadujú dlhý čas klemovania, čo spôsobuje nutnosť vaskulárnej exklúzie pečene alebo obličky. Dôsledkom je ischémia exkludovaného orgánu. Tolerancia normotermickej ischémie pečene alebo obličky sa udáva

v literatúre rôzne, priemerne od 30 do 60 minút. V prípade komplikovanej rekonštrukcie tento čas nie je postačujúci a hrozí ischemické poškodenie orgánu s následnou dysfunkciou až afunkciou. Súčasne chirurgický tím pracuje pod časovým stresom. Alternatívnym postupom je prepláchnutie orgánu schladeným prezervačným roztokom HTK priamo v dutine brušnej – in situ. Tento postup navodí hypotermickú ischémiu, ktorá je veľmi dobre tolerovaná pečeňou aj obličkou až niekoľko hodín. Tento postup umožní operovať v bezkrvnom prostredí bez časového stresu. Referujeme dve kazuistiky s využitím hypotermickej in situ ochrany orgánov pri operácii na dolnej dutej žile. V prvom prípade sa jednalo o pacienta po resekcii pečene s významnou stenózou suprahepatálnej DDŽ po zle naloženom vaskulárnom stapleri. Operáciu sme urobili spoločne s kardiochirurgickým tímom. Po doplnení sternotómie bol zavedený veno-venózny bypass (lavá femorálna žila – pravá aurikula). Potom sme in situ cestou vena portae perfundovali remnant pečene na 4°C schladeným roztokom HTK. Tento postup nám umožnil urobiť totálnu vaskulárnu exklúziu pečene. Následne sme uskutočnili angioplastiku DDŽ v úrovni bránice pomocou PTFE záplaty. V druhom prípade sme využili in situ hypotermickú ochranu pravej obličky u 4,5 ročného dievčaťa. Indikáciou operácie bol Wilmsov nádor ľavej obličky s nádorovým trombom DDŽ až po úroveň hepatálnych žíl (Nesbitt III). Cestou pravej arteria renalis sme perfundovali pravú obličku (kanyla v aorte) schladeným roztokom HTK, čím sme dosiahli jej hypotermickú ochranu. Následne sme urobili parciálnu resekciu juxtarenálnej DDŽ s odstránením nádorového trombu s venoplastikou pomocou žilového fresh graftu od kadaverózneho darcu. U oboch pacientov po reperfúzii orgánov nastúpila ich primárna funkcia. In situ hypotermická ochrana pečene alebo obličky umožňuje rozsiahle vaskulárne rekonštrukcie na DDŽ bez rizika ischemického poškodenia orgánov.

Aorto-ureterální a iliko-ureterální píštěl: 2 kazuistiky

Michal Leško, Igor Guňka, Stanislav Jiška

Chirurgická klinika, oddělení Cévní chirurgie, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Hradec Králové, Česká Republika

Cieľ práce: Aorto-ureterální a iliko-ureterální píštěl: 2 kazuistiky

Materiál a metódy: Aorto-ureterální, iliko-ureterální píštěl jsou vzácné klinické nálezy. Nejrizikovějšími pacienty pro vznik této závažné a život ohrožující komplikace jsou pacienti po prodělaných operacích v malé pánvi, po radioterapii na oblast malé pánve a s opakovanou instrumentací ve vývodných močových cestách – stenty v ureterech. Fistule se nejčastěji projeví krvácením do močových cest, ať již postupným, nebo masivním. Diagnostika je často obtížná a hlavní je na tuto diagnozu u rizikových pacientů vůbec myslet. Konečná diagnoza fistule (aorto-ureterální, iliko-ureterální) je nejčastěji potvrzena na CT- angiografii nebo při klasické angiografi, či provokační angiografii. Řešením je chirurgická nebo endovaskulární léčba. Předkládáme kazuistiku 2 pacientek s touto závažnou komplikací. U obou byla zvolena chirurgická léčba k řešení fistule. Jako štěp pro rekonstrukci postižené tepny byla použita autologní femorální žíla.

Cystická degenerácia adventície – zriedkavé ochorenie periférnych ciev (kazuistiky)

Juraj Tóth[1], Simona Mesárošová[1], Ivan Bedevelskyy[1], Ľubomír Bódiš[1], Martin Kučera[1], Ivar Vacula[2]

[1]Oddelenie cievnej chirurgie FN Nitra, Nitra

[2] Angiologická ambulancia, VASA-CARE, s.r.o., Trnava

Cystická degenerácia adventície (CAD) je zriedkavé, vrodené ochorenie cievnej steny s incidenciou 0,1%, spôsobené jednou alebo viacerými cystickými útvarmi, ktoré svojim postupným rastom vedú k jej deštrukcii a následnej obliterácii lúmenu, vyúsťujúcej do náležitých klinických prejavov. Primárne poškodenie cievnej steny je vždy v adventícii, pričom deštrukcia médie a intimy je len jej sekundárnym javom. Najviac frekventovanou anatomickou lokalizáciou postihnutia týmto ochorením je popliteálna artéria v oblasti kolenného kĺbu, manifestujúca sa klaudikáciami DK.

V našej prvej kazuistike prezentujeme 53-ročného pacienta s prejavmi klaudikačných bolestí a s diagnózou cystickej degenerácie adventície artéria poplitea, stanovenou na základe klinických vyšetrení a vyšetrovacích modalít (CT, MRI) s následnou chirurgickou liečbou, v zmysle resekcie postihnutého úseku tepny a jej náhrady venóznym interpozitom.

V druhom prípade sa následne jedná o 30-ročnú ženu, so zriedkavejším miestom výskytu CAD (8,3 % prípadov) v oblasti femorálnej bifurkácie, s prejavmi 6 mesiacov postupne progredujúcich bolesti PDk, ktoré vyústili až do pokojových bolesti a parestézií, s výraznou limitáciou chôdze. Daný stav riešený chirurgicky, resekciou postihnutého úseku tepny a revaskularizáciou formou ePTFE iterpozita (AFC-AFS) a reintercie APF taktiež pomocou interpozita, čím vlastne vytvorená femorálna neobifurkácia.

Na záver je nutné poznamenať, že hoci je CAD len zriedkavým ochorením periférnych tepien, ktoré môže zapríčiniť ischémiu dolných končatín, je nutné o ňom pri diferenciálne diagnostike uvažovať (obzvlášť u mladších pacientov, u ktorých nie sú prítomné rizikové faktory vzniku aterosklerózy). Z dlhodobého hľadiska je jedine chirurgická intervencia efektívnou liečbou tohto ochorenia.

Poranenie arteria carotis

Tibor Molčan, Miroslav Danaj, Yan Mykyta

Chirurgická klinika, FN, Trnava

Cieľ práce: Analýzou prípadov ošetrenia poranení arteria carotis zhodnotiť schopnosť a pripravenosť chirurgického personálu obnoviť kontinuitu cievnej steny a perfúziu mozgu u pacientov s traumou a polytraumou mäkkých častí krku a poranením AC v rámci traumatologického plánu nemocnice.

Materiál a metódy: Pacienti s penetrujúcim poranením sa na ošetrenie mnohokrát nedostanú vôbec pre príznaky masívneho krvácania a rýchlo sa vyvíjajúceho hemoragického šoku. Pri veľkej dávke šťastia, ak sa nejedná o kompletnú léziu steny a.carotis, a ak dostupnosť zdravotníckeho zariadenia s erudovaným zdravotníckym tímom nie je od miesta poranenia ďaleko, sa šanca na prežitie priamoúmerne zvyšuje. Aj správne a rýchle ošetrenie krvácajúcej a.carotis, sprevádzanej vznikom hematómu na krku, pulzným krvácaním z rany a rýchlo sa vyvíjajúcim hemoragickým šokom, môže viesť k mozgovej ischémii s dočasným

alebo vážnym, trvalým neurologickým poškodením mozgu. To závisí od doby trvania ischémie, kolaterálnej cirkulácie postihnutého, schopnosti, erudície a zručnosti ošetrujúceho personálu zabezpečiť skorú reperfúziu mozgu počas ošetrovania krvácania. Ako všetky poranenia ciev sa poranenie arteria carortis rozdeľuje na tupé a ostré poranenie. Ostré na čiastočne penetrujúce a kompletne penetrujúce s poškodením kontinuity celej cievnej steny. Monson a spol v r.1969 rozdelili poranenia krku na tri anatomické zóny 1./ Zona I.: od horného okraja sterna asi 1 cm nad klavikulu 2./Zóna II.: od 1 cm nadkľúčkovej oblasti po uhol mandibuly 3./Zóna III.:od uhla mandibuly po bázu lebky

Výsledky: Autori vo svojej prednáške retrospektívne analyzujú 4 prípady poranenie arteria carotis- 1 tupé poranenie po pohryznutí koňom s kompletným uzáverom ACC, a 3 penetrujúce bodné poranenia. V tomto malom súbore pacientov zomrel 1 pacient, u ktorého sa už počas transportu na špecializované pracovisko vyvinulo ťažké poškodenie mozgu a i napriek úspešnej rekonštrukcii zomrel krátko po operácii. Ostatní 3 pacienti prežili poranenie AC bez akýchkoľvek zdravotných dôsledkov.

Záver: Pri zjavných prejavoch krvácania z poranenej AC je jediné optimálne riešenie prevoz pacienta na operačný sál s lege artis ošetrením tepny a zabezpečením perfúzie mozgu počas rekonštrukcie. Tupé poranenie AC a penetrujúce poranenie krku bez príznakov masívneho krvácania je potrebné diagnosticky doriešiť a vylúčiť poškodenie intímy, dissekciu, pseudoaneuryzmu alebo trombózu tepny, zlatým štandardom zostáva USG vyšetrenie a špirálové CTA. Pri poranení AC a v I. zone podľa Monsona vyžaduje bezpečné ošetrenie prístup z mediannej sternotomie, v II. zóne všeobecne používaný prístup z rezu popred m.sternocleidomastoideus, v III. zóne je niekedy potrebná resekcia mandibuly. Mortalita pri penetrujúcom poranení AC je udávaná v 5-20 % prípadov, vývoj LIM v asi 28 % prípadov.

Intervencie arteria vertebralis – ich miesto v liečbe pacientov s ischémiou vo vertebro-bazilárnom povodí

Peter Lofaj

Ambulancia cievnej chirurgie, Bratislava

Ischémia vo vertebro-bazilárnom povodí zahŕňa rozsiahle spektrum klinckých syndrómov od subklinických až po letálne infarkty mozgového kmeňa. 50 % všetkých pacientov s infarktom vo VB povodí prekoná TIA dni až týždne (zriedkavo mesiace) pred vznikom permanentného deficitu. Syndróm arteria bazilaris, ktorý sa prejavuje ako apalický syndróm, je spôsobený oklúziou intrakraniálnej časti vertebro-bazilárnej cirkulácie. Postihuje 2x častejšie mužov a mortalita dosahuje 75-85 %. Vyskytuje sa v posledných dekádach života.

Rekonštrukcie na a.vertebralis sú delikátnou operačnou procedúrou, vyžadujúcou detailnú znalosť anatomických štruktúr.

V1 úsek – supraklavikulárny je cieľovým miestom našej intervencie.

Hemodynamicky závažné stenózy, mäkké nestabilné aterosklerotické pláty s vysokým emboligénnym potenciálom (MR vyš,potvrdeným korelátom v cerebelle alebo mozgovom kmeni) dominantnej vertebrálnej tepny sú doménou intervenčnej rádiológie. Cievnemu chirurgovi zostávajú pacienti s kritickou stenózou spojenou s poststenotickou dilatáciou a súčasnou tortuozitou (najčastejšie 2 násobný kinking) vertebrálnej tepny. Tortuozita tepny a krátkosť dostupného V1 segmentu tepny je limitáciou k endovaskulárnej intervencii.

V2 – intervertebrálny úsek nepredstavuje miesto pre intervenciu cievneho chirurga. Externý útlak na tepnu je riešený jej dekopresiou v prípade indikovanej ortopedickej operácie. Pri polytraume a nestabilnej

krčnej chrbtici, ak dochádza k disekcii alebo krvácaniu pri lézii tepny, je indikovaná jej ligatúra. Následne je po jej uvoľnení indikovaná k transpozícii do a.carotis externa alebo bypass na V3-subokcipitálny segment.

Rekontrukcie V3 segmentu a.vertebralis sa podľa registra cievnej chirurie v SR rutinne nevykonávajú.

ACI a kognitívne funkcie

Silvia Dietzová[1], Eva Slovenská[2], Mária Frankovičová[1]

[1]Klinika cievnej chirurgie, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Košice
[2]Klinika srdcovej chirurgie, Východoslovenský ústav srdcových a cievnych chorôb, a. s., Košice

Cieľ práce: Stenóza ACI je dnes považovaná za jeden z rizikových faktorov alterácie kognitívnych funkcií (Dutra, A. P., 2012). Výskum má za cieľ zistiť u pacientov aktuálny stav kognitívnych funkcií (exekutívne funkcie, vizuomotorická koordinácia, pamäť, učenie, pozornosť, duševná kontrola, verbálna fluencia, abstrakcia). Podľa stanoveného konceptu výskumnej práce výskumnú vzorku tvoria pacienti so symptomatickou alebo asymptomatickou, unilaterálnou alebo bilaterálnou stenózou ACI, ktorí podstupujú karotickú endarterektómiu.

Materiál a metódy: Výskumné dáta sú získavané prostredníctvom semištrukutúrovaného interview, sebahodnotiaceho dotazníka a vybraných výkonových psychodiagnostických metodík a to predoperačne a 3 mesiace po operácii.

Výsledky: Predbežné výsledky predoperačne naznačujú subnormný až patologický výkon v testoch kognitívnych funkcií u vyšetrovaných pacientov.

Záver: Význam výskumu je možné vidieť na strane lekárov pri indikácii ku chirurgickej intervencii a zvažovaní jej benefitov, na strane psychológov pri skvalitňovaní diferenciálnej diagnostiky, ako aj na strane samotného pacienta, ktorý je bezprostredne informovaný o aktuálnom stave jeho kognitívnych funkcií, prípadne nutnosti dispenzáru u neurológa, odborného vedenia u klinického psychológa.

Iatrogénne poranenia ciev po intervenčných výkonoch

Mária Kubíková[1], Mária Frankovičová[1], Vladimír Sihotský[1], Peter Berek[1], Marián Tomečko[1], Andrej Smola[1], Martina Závacká[1], Jaroslav Kaplan[2], Silvia Mišíková[2], Martin Koščo[2], Gabriel Valočík[2]

[1]Klinika cievnej chirurgie, LF UPJŠ a VÚSCH a.s., Košice
[2]Klinika kardiológie, LF UPJŠ a VÚSCH a.s., Košice

Cieľ práce: Iatrogénne poranenie ciev je poranenie v súvislosti s veľkou cievou počas chirurgického výkonu alebo perkutánnej intervencie u ktorých bola potrebná chirurgická rekonštrukcia. Pokroky v medicíne vyvinuli mnohé invazívne metódy diagnostické, liečebné, aj monitorovanie. Tieto techniky sa uplatňujú u čoraz väčšieho množstva pacientov, s čím súvisí aj rast počtu komplikácií. Invazívne techniky predstavujú pre pacienta určité riziko komplikácií, ktorým sa úplne vyhnúť nedá. Zdravotnícki pracovníci musia stále myslieť na možnosť poškodenia, ktoré môže spôsobiť ktorýkoľvek intervenčný výkon v porovnaní s potenciálnym benefitom.

POCÍŤTE ÚĽAVU OD KŔČOVÝCH ŽÍL



VenaSeal™
Systém uzatvárania žíl

OBJEDNÁVKY A ZÁKAZNÍCKE ODDELENIE:
Medtronic Slovakia s.r.o.
Karadžičova 16
821 08 Bratislava
tel: 0910 911 147
rs.objednavkask@medtronic.com

Medtronic
Further, Together

Materiál a metódy: Retrospektívna analýza súboru pacientov, ktorí sa v období rokov 2011-2016 na Klinike cievnej chirurgie VÚSCH, a.s. podrobili operačnej liečbe iatrogénneho cievneho poranenia po diagnostickej alebo liečebnej katetrizácii. Autori vyhodnotili spektrum komplikácií po intervenciách, následné operačné výkony a výsledky.

Výsledky: V priebehu rokov 2011 až 2016 na pracovisku Kliniky cievnej chirurgie sme operovali 384 pacientov, u ktorých vznikli komplikácie v súvislosti s intervenčným výkonom. Najzávažnejšou komplikáciou bola strata končatiny u 3 pacientov a exitus v 18 prípadoch.

Záver: Mnohé komplikácie po intervenčných výkonoch sú život ohrozujúce, pacienti sú z anesteziologického hľadiska vysokorizikoví a tieto komplikácie musíme riešiť neodkladne. Správne a včasné zhodnotenie aktuálnej situácie a dostupných informácií, na základe ktorých včas indikujeme adekvátnu liečbu je pre pacienta rozhodujúce. Súčasne je potrebná je úzka medziodborová spolupráca.

Špeciálne okolnosti si vyžadujú špeciálny prístup pri amputáciách dolných končatín – kazuistiky

Jaroslav Šimo, Vladimír Smolen

I. chirurgická klinika LF UK a UNB, UNB Staré Mesto, Bratislava

Cieľ práce: Diabetická noha a ischemický syndróm dolných končatín neriešiteľný klasicky chirurgicky, alebo endovaskulárne je najčastejšou príčinou amputácií dolných končatín z netraumatických a neonkologických dôvodov. Dôsledok periférneho postihnutia arteriálneho systému dolných končatín – mikroangiopatie (diabetes mellitus) a makroangiopatie (ateroskleróza) a ich kombinácie varíruje od príznakov ischémie, nekrózy cez formy zápalu – flegmóna, gangréna, osteomyelitída – až po ťažký septický stav, ktorý priamo ohrozuje život pacienta.

Materiál a metódy: Lokalizácia a rozsah postihnutia arteriálneho systému sú limitujúcim faktorom pre indikáciu cievneho rekonštrukčného výkonu (klasického, endovaskulárneho), ktorý môže prispieť k záchrane DK, prípadne k posunu úrovne amputácie dolnej končatiny distálnym smerom. Až po vyčerpaní možností rekonštrukcie cievneho systému je nutné pristúpiť k amputácii dolnej končatiny. Princípy amputácie dolných končatín sú všeobecne známe, ale klinická prax občas vyžaduje od chirurgov za špeciálnych okolností špeciálny – atypický – chirurgický prístup, ale v mnohých prípadoch aj špeciálne anesteziologické postupy umožňujúce vykonať plánovanú amputáciu.

Výsledky: Autori prezentujú 2 kazuistiky: Kazuistika 1: Pacient s diabetickou nohou s nutnosťou supracondylickej amputácie, ktorá bola komplikovaná dávnejšie vykonanou implantáciou endomedulárneho klinca pre zlomeninu femoru. Pre nemožnosť extrakcie klinca bola zvolená atypická distálna úroveň amputácie po exartikulácii kolena. Pahýľ sa zahojil primárne. Kazuistika 2: Pacient po neúspešnom pokuse o chirurgickú a neskôr endovaskulárnu arteriálnu rekonštrukciu pre kombináciu aterosklerotického a diabetického postihnutia s vážnymi anesteziologickými periprocedurálnymi komplikáciami odoslaný zo špecializovaného pracoviska na suprakondylickú amputáciu. Po komplexnom internom a kardiologickom vyšetrení a zhodnotení celkového stavu pacienta vykonaná amputácia predkolenia v kombinácii paravertebrálneho bloku a bloku n. ischiadicus. Pahýľ zahojený primárne.

Záver: Vyššie spomenuté kazuistiky poukazujú na nutnosť individuálneho prístupu k pacientom, u ktorých je nevyhnutná amputácia dolnej končatiny a to veľmi často aj za cenu improvizácie a použitia netradičných chirurgických a anesteziologických postupov. Cieľom je najdistálnejšia možná úroveň amputácie dolnej končatiny s ideálnym hojením pahýľa.

Poznámky

GENERÁLNY PARTNER

SERVIER

HLAVNÍ PARTNERI

ALFA WASSERMANN

Medtronic
Further, Together

PARTNERI

A care Medical

aspen SLOVAKIA

UNOMED
špeciálny zdravotnícky materiál

ĎALŠÍ PARTNERI

AMIREX, a.s.

AspironiX

Avicenum
zdravotná kompresia s benefitmi

BAYER

B BRAUN
SHARING EXPERTISE

DISPOMED

FELYMA - Tobrix.

GBC

HARTMANN

INTES

MAC's MEDICAL
Marketing and Consulting for Medical Products
Handels GmbH

Maxis

MedSynthesis

POBTEX

SIEMENS
Healthineers

Slovakia Medical
spoločne od roku 1994

>>TIMED<<

THUASNE

detralex®

Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg, v zložení: Diosminum (90 %) 450 mg, flavonoidy vyjadrené ako Hesperidinum (10 %) 50 mg, v jednej tablete.

- **Rýchla a silná účinnosť**[1, 2]
- **Dlhodobá liečba**[3]
- **Najvyšší stupeň odporúčania v Medzinárodných odporúčaniach a Metodickom liste**[4, 5]
- **Zastavuje progresiu ochorenia do závažných štádií vďaka unikátnemu protizápalovému účinku**[3]

150 tbl balenie pre dlhodobú **liečbu**



Dávkovanie:

Liečba venolymfatickej insuficiencie: odporúčaná dávka je 2 tablety denne užité ráno.

Liečba akútneho hemoroidálneho ataku: 6 tabliet denne (3 tablety ráno a 3 tablety večer) po dobu 4 dní, potom 4 tablety denne (2 tablety ráno a 2 tablety večer) po dobu 3 dní. Udržiavacia dávka je 2 tablety denne užité ráno.

Hemoroidálne ochorenie: 6 tbl x 4 dni, 4 tbl x 3 dni, 2 tbl 1 x denne dlhodobo (akútny hemoroidálny atak), 2 tbl 1 x denne (Udržiavacia dávka)

Detralex

Zloženie*: Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg: 450 mg Diosminum, 50 mg flavonoidy vyjadrené ako Hesperidinum. **Indikácie*:** Liečba venolymfatickej insuficiencie s nasledujúcimi symptómami: pocit ťažkých nôh, ranný výskyt pocitu unavených nôh, bolesť. Liečba funkčných symptómov akútnej hemoroidálnej epizódy. **Dávkovanie a spôsob podávania*:** *Venolymfatická insuficiencia:* 2 tablety denne. *Akútny hemoroidálny atak:* dávka môže byť zvýšená až na 6 tabliet denne. **Kontraindikácie*:** Precitlivenosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Upozornenia*:** Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútnych hemoroidov nevylučuje liečbu iných ochorení konečníka. Ak symptómy ihneď neustúpia, má sa vykonať proktologické vyšetrenie a liečba sa má prehodnotiť. **Interakcie*:** Žiadne. **Fertilita*, Gravidita*, Laktácia*:** Vyhnúť sa liečbe. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje*, Nežiaduce účinky*:** *Časté:* hnačka, dyspepsia, nauzea, vracanie. *Menej časté:* kolitída. *Zriedkavé:* bolesť hlavy, závrat, nevoľnosť, vyrážka, pruritus, urtikária. *Neznáme:* bolesť brucha, izolovaný edém tváre, pier, očných viečok. Výnimočne Quinckeho edém. **Predávkovanie*, Vlastnosti*:** Venofarmakum a vazoprotektívum. Detralex pôsobí na žilový návrat: redukuje venóznu distenzibilitu a venostázu; na úrovni mikrocirkulácie znižuje kapilárnu permeabilitu a zvyšuje kapilárnu rezistenciu. **Balenie*:** Balenie 60, 90, 120 alebo 150 filmom obalených tabliet Detralexu. **Dátum revízie textu:** August 2015

Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francúzsko. www.servier.com

Výdaj lieku je viazaný na lekársky predpis.

* Podrobné informácie sú uvedené v súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Pribinova 10, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111, fax: 02/54432690

1) Bakri F et al. Phlebology. 1989; (vol. 2):669-671. 2) Yanushko VA et al. Phlebolymphology. 2014; 21(3):146-151. 3) Pietrzycka A et al. Curr Vasc Pharmacol. 2015;13(6). 4) Nicolaides A et al. Int Angiol. 2014;33(2):126-39. 5) Štvrtinová V, Šefránek V, Foltán V, Makara P. Metodické listy racionálnej farmakoterapie. 2014;17(7-8)

SERVIER

Život vďaka objavom

DET-01-2017-ADV