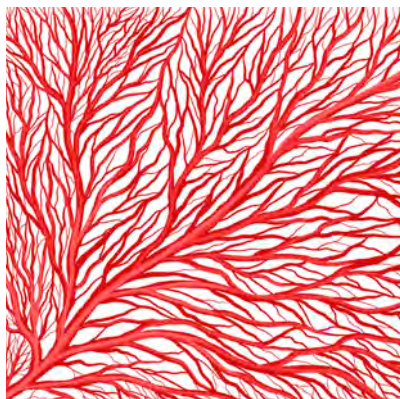


SLOVENSKÁ SPOLOČNOSŤ CIEVNEJ CHIRURGIE,
o.z. SLOVENSKEJ LEKÁRSKEJ SPOLOČNOSTI
SLOVENSKÁ KOMORA SESTIER A PÔRODNÝCH ASISTENTIEK
organizuje

XXVI. SLOVENSKÝ KONGRES CIEVNEJ CHIRURGIE SLS



4. – 6. 4. 2024

Kongresový hotel Družba
Demänovská dolina

PROGRAM

dovoľujeme si Vás pozvať na sympóziium v rámci
XXVI. SLOVENSKEHO KONGRESU
CIEVNEJ CHIRURGIE
Kongresový hotel Družba, Demänovská dolina

5. 4. 2024 16:00 – 16:30

„DOWN-REGULÁCIA ZÁPALU – U KOHO? PREČO? AKO?“

Chairman:

MUDr. **Ján TOMKA**, PhD., MHA, MPH
(Klinika cievnej chirurgie, NÚSCH a.s., Bratislava)

Témy:

MUDr. **Zdenka MILÁ**
(Oddelenie cievnej chirurgie, FN Nitra)

Význam pre-medikácie sulodexidom u pacientov
podstupujúcich cievno-chirurgický zákrok

MUDr. **Štefan MUNKA**
(Medicentrum, spol. s r.o., Zvolen)

Redukcia post-sklerotickej hyperpigmentácie
– máme riešenie?

OBSAH

<i>Príhovor</i>	5
<i>Organizačný a programový výbor</i>	6
<i>Všeobecné informácie</i>	7
<i>Prehľad odborného programu</i>	10
<i>Odborný program</i>	11
<i>Abstrakty</i>	21
<i>Partneri podujatia</i>	67

LIEČBA SYMPTÓMOV SÚVISIACICH S CIEVNOU A LYMFATICKOU NEDOSTAČNOSŤOU. LIEČBA FUNKČNÝCH SYMPTÓMOV SÚVISIACICH S HEMOROIDÁLNYMI ATAKMI.¹

Cyclo3Fort

RUSCUS ACULATUS
HESPERIDIN METYLCHALKON
Kyselina askorbová

VRAĎTE SVOJICH PACIENTOV

SPÄĎ DO HRY...



SKRÁTENÁ INFORMÁCIA O LIEKU: CYCLO 3 FORT tvrdé kapsuly

Zloženie: suchý extrakt listnatca trníneho 150 mg, hesperidín metylchalkon 150 mg, kyselina askorbová 100 mg, v jednej kapsule. Pomocná látka: oranžová žlt. **Lieková forma:** Tvrdá kapsula s nepriehľadným žltým telom a nepriehľadným oranžovým vrchnakom. **Indikácie:** Liečba symptomov súvisiacich s cievnou a lymfatickou nedostačnosťou (pocit ťažkých nôh, syndrom nekludných nôh, bolesti, edemy, parestézie DK, krče v lýtku). Liečba funkčných príznakov súvisiacich s hemoroidálnymi atakami. **Dávkovanie:** Pri cievnej a lymfatickej nedostačnosti: 2 - 3 kapsuly denne. V proktológii: 4 - 5 kapsul denne. **Kontraindikácie:** Precitlivosť na liečivo alebo na ktorukolvek z pomocných látok. Porucha akumulácie železa (talasémia, hemochromatóza, sideroblastická anémia) z dôvodu prítomnosti kyseliny askorbovej v lieku. **Osobitné upozornenia:** Ak sa objaví hnačka, liečbu vysaďte. Hemoroidálne ataky: dĺžka trvania liečby musí byť krátka. Podávanie lieku neslúži ako nahradza špecifické liečby iných proktologických ochorení. Ak nedorieďte k rýchlemu odstráneniu príznakov, musí sa vykonať proktologické vyšetrenie a liečba sa musí prehodnotiť. Kyselina askorbová môže ovplyvniť výsledky laboratorných vyšetrení. Tento liek obsahuje azofarbivo E 110 a môže spôsobiť alergické reakcie. **Interakcie:** Nevykonali sa žiadne interakčné štúdie s inými liekmi alebo s potravinou. Opatrnosť potrebná pri súbežnom užívaní s deferioxamínom. Pri súbežnom užívaní s kyselinou askorbovou sa môže objaviť abnormálna funkcia srdca alebo akútne srdcové zlyhanie (zvyčajne reverzibilné po vysadení vitamínu C). V prípade hemochromatózy sa má vitamín C podávať po začatí liečby deferioxamínom. V prípade súbežného užívania sa má sledovať funkcia srdca. Opatrnosť potrebná pri súbežnom užívaní s deferioxamínom. Na základe extrapolácie z interakcie s deferioxamínom sa pri súbežnom užívaní s kyselinou askorbovou vyžaduje opatrnosť z dôvodu rizika abnormálnej funkcie srdca alebo akútneho srdcového zlyhanie (zvyčajne reverzibilného po vysadení vitamínu C). **Fertilita, gravidita a laktácia:** Gravidita: Existujú obmedzené údaje týkajúce sa užívania lieku Cyclo 3 Fort u gravidných žien. Štúdie na zvieratách nezaznamenávajú žiadne priame alebo nepriame škodlivé účinky s ohľadom na reprodukčnú toxicitu. Ako preventívne opatrenie je vhodnejšie vyhnúť sa užívaniu lieku Cyclo 3 Fort počas gravidity. Dojčenie: Nie je známe, či sa metabolity lieku Cyclo 3 Fort vylučujú do ľudského mlieka. Riziko pre novorodencov/dojčata nie je možné vylúčiť. Ako preventívne opatrenie je vhodnejšie vyhnúť sa užívaniu lieku Cyclo 3 Fort počas dojčenia. Fertilita: K dispozícii nie sú údaje týkajúce sa fertility. **Ovplyvnenie schopnosti viesť vozidlá a obsluhovať stroje:** Nevykonali sa žiadne osobitné štúdie. **Nežiaduce účinky:** Najčastejšie hnačka a bolesť brucha. Závažná hnačka (spojená so stratou telesnej hmotnosti) a príznakmi elektrolytového dysbalancie vnútorného prostredia pacienta) je rýchlo reverzibilná po vysadení liečby. **Druh obalu a obsah balenia:** Blister (PVC/polyetylen/polyvinylidenchlorid-Al) Veľkosť balenia: 30 alebo 180 tvrdých kapsul. Na trh nemusia byť uvedené všetky veľkosti balenia. **Čas použiteľnosti:** 2 roky. **Uchovávanie:** pri teplote do 25°C. **Dátum registrácie/predĺženia:** 28. 4. 1994/7. 4. 2011. **Dátum revízie textu:** 01/2024. **Držiteľ rozhodnutia o registrácii:** PIERRE FABRE MEDICAMENT, Les Cauquillous, 81500 Lavaur, Francúzsko. **Registračné číslo:** 85/0258/94-S. **Spôsob výdaja:** Vydaj lieku je viazaný na lekársky predpis. Liek nie je hradený z prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Pred predpísaním sa zoznámte s úplným znením Súhrnu charakteristických vlastností lieku (SPC). **Hlasenie podozrení na nežiaduce reakcie:** Hlasenie podozrení na nežiaduce reakcie po registrácii lieku je dôležité. Umožňuje priebežné monitorovanie pomeru prínosu a rizika lieku. Od zdravotníckych pracovníkov sa vyžaduje, aby hlasili akékoľvek podozrenia na nežiaduce reakcie prostredníctvom **Štátneho ústavu pre kontrolu liečiv, Sekcia bezpečnosti liekov a klinického skúšania, Kvetná 11, 825 08 Bratislava 26, tel: + 421 2 507 01 206, fax: + 421 2 507 01 237, internetová stránka: <http://www.sukl.sk/sk/bezpecnost-liekov>, e-mail: neziaduce.ucinky@sukl.sk. Určené iba do rúk lekára.**

Lokálne zastúpenie: PIERRE FABRE MEDICAMENT s.r.o., AFI City 1, Kolbenova 1021/9, 190 00 Praha 9, e-mail: info.cz@pierre-fabre.com, SERVIS (24H/7D) +420 286 004 111.

¹ Grade 1A pre bolesť, ťažké nohy, pocit opuchnutých nôh, parestézia a opuch

Literatura:

1. SPC Cyclo3Fort (dátum revízie 01/2024); 2. Nicolaidis, A. et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs - Guidelines According to Scientific Evidence: Chapter 8 - Venoactive drugs. *Int Angiol* 37, 232-254 (2018)



Pierre Fabre



Vážené dámy a páni, milí kolegovia,

členovia organizačného výboru našej odbornej spoločnosti oceňujú, že Ste opäť prijali pozvanie na **XXVI. Slovenský kongres cievej chirurgie**, ktorý sa koná 4. až 6. apríla 2024 v Kongresovom hoteli Družba v Demänovskej doline. Počet aktívnych účastníkov nám dovoľuje predstaviť Vám kvalitný odborný program kongresu. Na náš kongres prijali s vyzvanými prednáškami pozvanie poprední odborníci v oblasti vaskulárnej medicíny zo Slovenska a z Českej republiky. Aj touto cestou im chceme vyjadriť poďakovanie, že výraznou mierou prispievajú k odbornej úrovni kongresu. Samozrejme, že odborný program kongresu je navrhnutý tak, aby lekári a aj zdravotné sestry mali možnosť prezentovať súčasné chirurgické a endovaskulárne postupy pri najčastejších ochoreniach vo vaskulárnej medicíne. Chirurgické postupy na supraaortových vetvách aorty, v aortálnej chirurgii, v liečbe kritickej končatinovej ischémie a v onkovaskulárnej chirurgii u našich pacientov. Aké sú moderné postupy v chronickom hojení rán v cievej chirurgii. Kongres bude vhodnou príležitosťou na prezentáciu pre vaskulárnych špecialistov, ktorí majú bohaté skúsenosti v chirurgii pri cievných prístupoch pre dialyzovaných pacientov a v liečbe venózných ochorení.

Mladí lekári majú na kongrese samostatnú sekciu a zapoja sa do súťaže o najlepšiu honorovanú prednášku, ktorú im poskytne výbor našej odbornej spoločnosti.

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

MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

Prezident kongresu a výboru Slovenskej spoločnosti pre cievnú chirurgiu SLS

ORGANIZAČNÝ A PROGRAMOVÝ VÝBOR

PREZIDENT KONGRESU

MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

VEDECKÝ SEKRETÁR KONGRESU

MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc.

ORGANIZAČNÝ VÝBOR KONGRESU

MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH (prezident SSCCH SLS)

MUDr. Igor Šinák, PhD. (viceprezident SSCCH SLS)

MUDr. Peter Mondek, PhD., MSc. (vedecký sekretár SSCCH SLS)

MUDr. Adriana Macková (pokladník SSCCH SLS)

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

MUDr. Július Janek, PhD.

MUDr. Roman Necpal, PhD.

Doc. MUDr. Vladimír Sihotský, PhD.

SEKRETARIÁT KONGRESU

 farmiprofi

Ing. Michaela Hladová

FARMI - PROFI, spol. s r. o.

Pestovateľská 2

821 04 Bratislava

Telefón: +421 2 6446 1555

Mobil: +421 903 133 638

E-mail: hladova@farmiprofi.sk

www.farmiprofi.sk

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

TERMÍN A MIESTO KONANIA

4. – 6. apríla 2024

Kongresový hotel Družba, Demänovská dolina

www.druzbahotel.sk

REGISTRÁCIA

štvrtok 4. 4. 2024 08:30 – 17:30

piatok 5. 4. 2024 08:30 – 17:30

sobota 6. 4. 2024 08:30 – 09:30

ÚČASTNÍCKE POPLATKY (do 15. marca)

Lekár – člen SSCCH SLS 100,- €

Lekár – nečlen SSCCH SLS 140,- €

Lekár do 35 rokov 60,- €

Sestra – člen SKSaPA 30,- €

Sestra – nečlen SKSaPA 45,- €

Účasť na workshopoch 30,- €

Účastnícky poplatok zahŕňa účasť na odbornom programe kongresu, kongresové materiály a občerstvenie počas prestávok. Uhradený účastnícky poplatok je nenávratný. Účastnícky poplatok je vrátane DPH. Zaplatenie účastníckeho poplatku je možné aj na mieste podujatia za poplatok zvýšený o 20 €.

ROKOVACÍ JAZYK

slovenčina, čeština, angličtina (bez simultánneho prekladu)

ŠTRUKTÚRA ODBORNÉHO PROGRAMU

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

SÚŤAŽ MLADÝCH CIEVNÝCH CHIRURGOV

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

NAHRÁVANIE A TRVANIE PREZENTÁCII

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

Časový limit prezentácie v lekárskej časti je 7 minút a 3 minúty sú rezervované pre diskusiu, v sesterskej časti je dĺžka prezentácie 12 minút vrátane diskusie. Trvanie prezentácií pozvaných lektorov je 15 minút plus diskusia. Riadenie diskusie je v kompetencii predsedníctva prednáškového bloku. Všetci prednášajúci, vrátane pozvaných prednášateľov, sú **povinní dodržiavať čas vymedzený na prednášku**. Za dodržiavanie časových limitov je zodpovedný každý prednášajúci a za dodržanie celkového času programového bloku a vedenie diskusie zodpovedá predsedníctvo prednáškového bloku.

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

PUBLIKOVANIE ABSTRAKTOV

Prijaté abstrakty sú súčasťou tejto programovej brožúry.

KREDITOVÉ HODNOTENIE

Kongres je zaradený do kontinuálneho medicínskeho vzdelávania.

Lekári

Aktívna účasť

Autor 10 kreditov (15 kreditov za prednášku vedenú v anglickom jazyku)

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

Pasívna účasť

Akreditačná rada Slovenska pre kontinuálne medicínske vzdelávanie (**ARS CME**)
8 + 8 + 2 kreditov CME (účasť počas všetkých troch dní)

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

Sestry

Aktívna účasť

Autor 10 kreditov

Spoluautor 5 kreditov – prví dvaja spoluautori

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

Pasívna účasť

Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek (SKSaPA)

8 + 7 + 2 kreditov CME (účasť počas všetkých troch dní)

Registrovaní účastníci získavajú potvrdenie o účasti na záver konania kongresu (6. 4. 2024).

POKYNY PRE VYSTAVOVATEĽOV

Montáž stánkov farmaceutických a prístrojových spoločností je možná najskôr v stredu 3. 4. 2024 od 15:00 do 20:00 h, prípadne 4. 4. 2024 od 8:30 do 10:30 h.

Demontáž stánkov je možná najskôr v sobotu 6. 4. 2024 od 11:30 h.

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

STRAVOVANIE (Ludová reštaurácia)

Diskusná večera

4. 4. 2024 (štvrtok), 19:30 h

Obed

5. 4. 2024 (piatok), 11:30 – 12:30 h

Diskusná večera

5. 4. 2024 (piatok), 20:00 h

Obed

6. 4. 2024 (sobota), 11:00 – 12:30 h

PREHĽAD ODBORNÉHO PROGRAMU

STREDA, 3. apríl 2024

17.00 – 18.00 Zasadnutie výboru Slovenskej spoločnosti cievnnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného odborníka MZ pre odbor cievnna chirurgia, Kongresový hotel Družba, Demänovská dolina

ŠTVRTOK, 4. apríl 2024 – 1. kongresový deň

08.30 – 11.30 USG Workshop I.: Vyšetrenie A-V fistúl

12.25 ZAHÁJENIE KONGRESU

12.30 – 14.00 Sekcia A: Ochorenia končatinových tepien

14.00 – 15.40 Sekcia B: Súťaž mladých cievnnych chirurgov

15.40 – 16.10 Prestávka

16.10 – 16.40 *Sympóziu podoporené spoločnosťou Servier*

16.40 – 18.10 Sekcia C: Onkovaskulárna chirurgia a kompresívne syndrómy

18.10 Ukončenie 1. kongresového dňa

18.10 – 19.00 Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnnej chirurgie SLS

19.30 Diskusná večera

PIATOK, 5. apríl 2024 – 2. kongresový deň

08.30 – 11.30 USG Workshop II.: USG vyšetrenie aorty a končatinových ciev

09.00 – 11.00 Sekcia D: Sesterská sekcia

11.30 – 12.30 Obed

12.30 – 14.00 Sekcia E: Cievne prístupy a ochorenia žíl

14.00 – 15.30 Sekcia F: Poranenia ciev a ochorenia supraaortových vetiev

15.30 – 16.00 Prestávka

16.00 – 16.30 *Sympóziu podoporené spoločnosťou Alfasigma*

16.30 – 17.00 *Sympóziu podoporené spoločnosťou Pierre Fabre Médicament*

17.00 – 18.25 Sekcia G: Endovaskulárna liečba ochorení aorty

18.25 Ukončenie 2. kongresového dňa

20.00 Diskusná večera

21.30 *Odobzdávanie ocenení*

SOBOTA, 6. apríl 2024 – 3. kongresový deň

09.00 – 11.00 Sekcia H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky

11.00 ZÁVER KONGRESU

11.00 – 12.30 Obed

ODBORNÝ PROGRAM

STREDA, 3. apríl 2024

17.00 – 18.00

Zasadenie výboru Slovenskej spoločnosti cievnnej chirurgie SLS a poradného zboru hlavného odborníka MZ pre odbor cievnnej chirurgie, Kongresový hotel Družba, Demänovská dolina

ŠTVRTOK, 4. apríl 2024 – 1. kongresový deň

8.30 – 11.30

USG WORKSHOP I: USG vyšetrenie A-V fistúl

Lektori: Necpal R., Zanovič M., Ondruška M., Rusňák M.

12.25

ZAHÁJENIE KONGRESU

MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH – prezident SSCCH SLS

12.30 – 14.00

Sekcia A: Ochorenia končatinových tepien

Predsedníctvo: Mondek P., Sihotský V.

1. Venous arterialisation

Maresch M. (BDF Hospital, Bahrain) – vyžiadaná prednáška

2. Vybrané inovácie v intervenčnej liečbe pacientov s PAO dolných končatín

Širila M. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška

3. Využitie IVUS pri endovaskulárnej liečbe PAD

Danček F., Žilinčan M., Opravil Z. (Banská Bystrica)

4. Antitrombotická liečba u pacientov po arteriálnych intervenciách – up to date

Flák L. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška

5. Možnosti využitia kmeňových buniek v liečbe kritickej ischemickej končatiny

Babík J., Lengyel P., Fišman E., Gazdová M., Humeník F. (Košice)

6. Manažment chronickej končatinovej ischémie v rámci Kardiocentra Agel, Košice-Šaca

Sihotský V., Kopolovets I., Bujdoš M., Sabol F. (Košice-Šaca)

7. Náš pohľad na liečbu diabetickej nohy

Lévay J., Tomka J., Ondruška M. (Bratislava)

14.00 – 15.40

Sekcia B: Súťaž mladých cievnych chirurgov

Predsedníctvo: *Mondek P., Tomka J., Šinák I.*

1. **Sonikácia biokeramického krytia ako alternatívna metóda bakteriálnej diagnostiky nehojajúcich sa rán**
Piš M., Tomka J., Serbak M., Kučerová R., Haas M. (Bratislava)
2. **Raritná príčina defektu dolnej končatiny – neželaný suvení**
Virág M., Mihaľov J., Vaško L., Štefanič P., Pobeňová J., Zavacká M. (Košice)
3. **Kritická končatinová ischémia a faktory ovplyvňujúce výsledky chirurgickej liečby**
Vaško L., Frankovičová M., Hertelyová Z., Virág M., Mihaľov J., Macejková E., Zavacká M. (Košice)
4. **Massonův tumor pod obrazem výdutě větve radiální tepny**
Jaroščiaková J., Utíkal P., Černá M., Janečková J. (Olomouc, ČR)
5. **Využitie alotransplantátu pri infekcii cievnej protézy iliofemorálneho bypassu**
Bodó J., Galko J., Mondek P. (Nitra)
6. **Riešenie infekcie aortálneho graftu, 10 rokov po resekcii aorty pre seminóm**
Pribula M., Šinák I., Hlinka L., Ivanko M., Tlacháč R., Petričko L. (Martin)
7. **Komplikácie po miniinvazívnych výkonoch vyžadujúce ošetrenie angiochirurgom**
Mihaľov J., Virág M., Vaško L., Pobeňová J., Zavacká M. (Košice)
8. **Úrazové poranenia artérií dolných končatín – náš klinický súbor**
Kalman M., Beňo P., Podolec M., Oravec T., Majdová Z., Zastko D. (Ružomberok)
9. **Vaskulárny kompresívny syndróm distálnych periférnych aneuryziem tepien horných končatín**
Smoter Š., Slyško R. (Bratislava)
10. **Syndróm ligamentum arcuatum medianum (Dunbarov syndróm) – Laparoskopická liečba**
Tlacháč R., Šinák I., Hlinka L., Janík J., Vorčák M. (Martin)

Prestávka/coffee break 30 min.

16.10 – 16.40

Sympóziu podorené spoločnosťou SERVIER**Moderátor:** MUDr. Janek Július, PhD.

1. **Komplikácie rádiofrekvenčnej ablácie varikózných žíl**
Zanovít M. (Banská Bystrica)
2. **Komplikácie po laserovej ablácii varikózných žíl – a ako sa im vyhnúť**
Žernovický F. (Bratislava)

16.40 – 18.10

Sekcia C: Onkovaskulárna chirurgia a kompresívne syndrómy**Predsedníctvo:** Janek J., Baláž P., Pindák D.

1. **Vascular Surgeon Approach for Tumors Invading Vena Cava: a Delphi Consensus on Recommendations**
Baláž P., Whitley A., Vikatmaa P. (Praha, ČR) – vyžiadaná prednáška
2. **Cievne rekonštrukcie z pohľadu onkochirurga**
Pindák D. (Bratislava) – vyžiadaná prednáška
3. **Cievne rekonštrukcie v hepato–pankreato–biliarnej chirurgii**
Slobodník I. (Banská Bystrica) – vyžiadaná prednáška
4. **Juxtarenálne lokalizovaná metastáza granulózobunkového nádoru vaječníka v spojitosti s aneuryzmou arteria renalis solitárnej obličky**
Kminiak R., Janek J., Hrnčár M. (Banská Bystrica)
5. **Role cévného chirurga v multioborové spolupráci terapie recidivy končetinové metastázy RCC po R1 resekci – kazuistika**
Bafrnec J. (Praha, ČR)
6. **SMAS syndróm – je opodstatnená transpozičná chirurgická liečba?**
Tomka J., Talal A., Bakirli I. (Bratislava)
7. **Dunbarův syndrom**
Grus T., Špaček M., Lukáč P., Klika T., Grusová G., Lambert L. (Praha, ČR)
8. **Ochorenie spojivového tkaniva – súvislosť s vaskulárnymi kompresívnymi syndrómami**
Bakirli I., Tomka J., Talal A. (Bratislava)

18.10

Ukončenie 1. kongresového dňa

18.10 – 19.00

Plenárne zasadnutie Slovenskej spoločnosti cievnej chirurgie SLS

1. **Správa o činnosti spoločnosti v období 2023**

Tomka J.

2. **Správa hlavného odborníka 2023 – RCCH**

Mondek P.

3. **Finančná správa**

Macková A.

4. **Správa zo zasadnutia výboru ESVS**

Sihotský V.

5. **Správa o činnosti ESVT**

Bakirli I.

Diskusia

19.30 Diskusná večera

PIATOK, 5. apríl 2024 – 2. kongresový deň

8.30 – 11.30

USG WORKSHOP II: USG vyšetrenie aorty a končatinových ciev

Lektori: Hruškovič J., Lévy J., Kopalová I.

9.00 – 11.00

Sekcia D: Sesterská sekcia

Predsedníctvo: Saková J., Kuczera J.

- 1. Tumor karotického glomu**
Vojnarová M. (Třinec, ČR)
- 2. Karotická endarterektomie**
Juřenová E. (Třinec, ČR)
- 3. Dva svety a predsa jeden I**
Lašáková E., Knoppová I. (Banská Bystrica)
- 4. Dva svety a predsa jeden II.**
Števková J., Lipová A. (Banská Bystrica)
- 5. Sestra = pomocná role?**
Kuczera J. (Třinec, ČR)
- 6. Amputácie dolných končatín na cievnej chirurgii**
Ráčzová R., Malátová K. (Nitra)
- 7. Varixy dolných končatín**
Betáková M., Bučková L. (Nitra)
- 8. Tkanivové lepidlá a hemostatiká využívané v cievnej chirurgii UNM**
Šimčíková L., Môciková Z., Ačjaková A. (Martin)
- 9. Starostlivosť o pacienta so zlyhaním obličiek z pohľadu cievnej chirurgie**
Kamenská K., Lašáková E. (Banská Bystrica)
- 10. Úloha oplachového roztoku v liečbe chronickej rany u pacienta s diabetes mellitus**
Jankovič T. (Nitra)
Prednáška podporená spoločnosťou Acare

11.30 – 12.30 **Obed**

12.30 – 14.00

Sekcia E: Cievne prístupy a ochorenia žíl

Predsedníctvo: Necpal R., Macková A., Janečková J.

1. **Aneurysma brachiální arterie není raritní pozdní komplikace AVF**
Janečková J. (Olomouc, ČR) – vyžiadaná prednáška
2. **Možnosti endovaskulárnej liečby komplikácii arteriovenózných fistúl pre hemodialýzu**
Hruškovič J., Mondek P., Bedevelskyy I., Tóth J., Mesárošová S., Milá Z., Bódiš L., Kadlečíková K., Duchoň M., Bod' o J., Galko J. (Nitra)
3. **Malý krok pre cievneho chirurga, veľký skok pre pacienta s A-V fistulou**
Ondruška M. (Bratislava)
4. **Comparison of cyanoacrylate agents VariClose and VenaSeal in the treatment of insufficient saphenous veins**
Rokošný S., Baláž P., Whitley A. (Praha, ČR)
5. **Abdominálne a pelvické vaskulárne kompresie**
Žernovický F., Dulka T., Tomka J. (Bratislava)
6. **Vulvárne varixy, diagnostika a liečba – dve kazuistiky**
Kovács V., Čupka I. (Lučenec)
7. **Long-Term Outcomes of Endovascular and Open Surgical Treatment for Pelvic Venous Disorders**
Nykonenko A., Havrylenko B., Proczka R. (Ružomberok)

14.00 – 15.30

Sekcia F: Poranenia ciev a ochorenia supraaortových vetiev

Predsedníctvo: Slyško R., Beňo P.

1. **Manažment cievnych poranení končatín spôsobených civilnými strelnými zbraňami**
Kubíková M., Štefanič P., Vaško L., Dekanová L. (Košice)
2. **Poranenie ciev hornej končatiny**
Štefanič P., Kubíková M., Zavacká M. (Košice)
3. **Poranenie hrudníkových vetiev supraaortových artérií**
Molčan T., Keher I., Dobrovodský A., Škuta R. (Trnava)
4. **Akútny karotiko-subklaviálny bypass po TEVARE**
Osuský M., Dulka T., Tomka J. (Bratislava)

5. **Atraumatická aneuryzma extrakraniálnej vertebrálnej artérie – raritná záležitosť, extrémne náročná liečba**
Slyško R., Kuniak M., Marton E., Humpolcová Z., Kissová S. (Bratislava)
6. **Chirurgická liečba supraaortálnych vetiev v SÚSCH a.s.**
Urbán P. (Banská Bystrica)
7. **Carotid body tumor – raritní familiární oboustranný výskyt tohto vzácného tumoru – kazuistika**
Blaha L., Bulejčík J., Říha D. (Třinec-Podlesí, ČR)

Prestávka/coffee break 30 min.

16.00 – 16.30

Sympóziu podorené spoločnosťou Alfasigma

Moderátor: MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

1. **Význam premedikácie sulodexidom u pacientov podstupujúcich cievno-chirurgický zákrok**
Milá Z. (Nitra)
2. **Redukcia post-sklerotickej hyperpigmentácie – máme riešenie?**
Munka Š. (Zvolen)

16.30 – 17.00

Sympóziu podorené spoločnosťou Pierre Fabre Médicament

Moderátor: MUDr. Ján Tomka, PhD., MPH

Lymfatický efekt extraktu z Ruscusu/HMC/Vit C – skúsenosti z našej klinickej praxe

Zavacká M., Pobeňová J. (Košice)

17.00 – 18.25

Sekcia G: Endovaskulárna liečba ochorení aorty

Predsedenstvo: Tomka J., Köcher M.

1. **Krční debranching aortálneho oblouku – možnosti cévnej chirurgie pro hybridní výkony na aortálním oblouku**
Utíkal P., Köcher M., Jaroščiaková J., Černá M., Janečková J. (Olomouc, ČR) – vyžiadaná prednáška
2. **Totální endovaskulární náhrada aortálního oblouku (TEAAR)**
Köcher M., Procházka P., Utíkal P., Černá M., Šantavý P. (Olomouc, ČR) – vyžiadaná prednáška

- 3. Průchodnost fenestraci po implantaci fenestrováných a větvených stentgraftů u pacientů s pararenálním aneuryzmatem břišní aorty**
Černá M., Köcher M., Utíkal P. (Olomouc, ČR) – vyžádaná prednáška
- 4. Endovaskulárna liečba komplexných postihnutí abdominálnej aorty a pánvových artérií vo vaskulárnom centre**
Vařejka P. (Bratislava) – vyžádaná prednáška
- 5. Endovaskulární léčba aneurysmat společné a vnitřní pánevní tepny**
Wierzgoń M. (Třinec-Podlesí, ČR)
- 6. Naše zkušenosti s léčbou neskorých komplikací po implantácii EVAS Nellix stentgraftu**
Bulejčík J, Blaha L., Wierzgoń M. (Třinec-Podlesí, ČR)

18.25

Ukončenie 2. kongresového dňa

20.00

Diskusná večera

21.30

Odovzdanie ocenení v súťaži mladých cievnych chirurgov

SOBOTA, 6. apríl 2024 – 3. kongresový deň

9.00 – 11.00

Sekcia H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky

Predsedníctvo: *Rusňák M., Štefanič P.*

- 1. Ilio–mezenterický bypass pri uzávere truncus coeliacus a a. mesenterica superior – kazuistika**
Takács R., Bajčíková B., Čepcová K., Lámala R., Slyško R. (Bratislava)
- 2. Aneurizmy pankreatikoduodenálnej arkády**
Kminiak R., Janek J., Strachan J. (Banská Bystrica)
- 3. Unilaterálny uzáver illiakálnych artérií – možnosti chirurgickej liečby**
Kopolovets I., Sihotský V., Polovková K., Sabol F. (Košice-Šaca)
- 4. Rozvoj ALI pri dilatáčnej forme aterosklerózy**
Lámala R., Čepcová K., Smoter Š., Slyško R. (Bratislava)
- 5. Moderný prístup k nehojacim sa ranám v cievej chirurgii**
Piš M., Machajová L. (Bratislava)
- 6. Manažment exsudátu v liečbe syndrómu diabetickej nohy**
Jankovič T. (Nitra)
- 7. Interdisciplinárna spolupráca ako nástroj k zvýšeniu bezpečnosti farmakoterapie pacientov s cievnym ochorením**
Porubcová S., Lajtmanová K., Szmicseková K., Slezáková V., Jakubík M., Drobná E., Tomka J., Tesař T. (Bratislava)

11.00

ZÁVER KONGRESU

11.00 – 12.30 Obed

Microdacyn₆₀[®] Wound Care

Microdacyn[®] hydrogel

Vysoko účinná liečba na čistenie zvlhčenie a zníženie mikrobiálnej záťaže akútnych a chronických rán, infikovaných rán, dekubitov, odrenín, popálenín a ulcerácií inej etiológie. Jediný produkt so stabilným pH od otvorenia balenia až po jeho spotrebovanie.



Indikácie:

- ošetrenie akútnych a chronických rán - dekubity, chronické vredy, vredy diabetickej nohy, vredy predkolenia, onkologické rany, chirurgické rany, infikované a nekrotické rany, ošetrenie popálenín
- ošetrenie odrenín, škrabancov a menších poranení
- ošetrenie okolia stomii
- výplach slizníc, ústnej dutiny a hrdla
- MRSA - dekontaminácia celého tela
- dekontaminácia pred cievkovaním



Microdacyn[®] Wound Care Microdacyn[®] hydrogel

sú superoxidované, pH neutrálne produkty vyrobené pomocou elektrolýzy ultra čistej vody a NaCl.

Fakty a výhody

- antimikrobiálny, protizápalový a regeneračný účinok
- likviduje baktérie, vrátane MRSA a VRE, vírusy, kvasinky, spóry
- nepoškodzuje zdravé tkanivo
- pH neutrálny
- eliminuje zápach
- kompatibilný so všetkými formami liečby rán
- nákladovo efektívny - znižuje celkovú dobu liečby a hospitalizácie
- vysoká stabilita - až 24 mesiacov
- nevedie k rezistentným reakciám
- výčinne hydratuje ranu a jej okolie
- neštiepe, nedráždi pokožku, oči ani sliznice

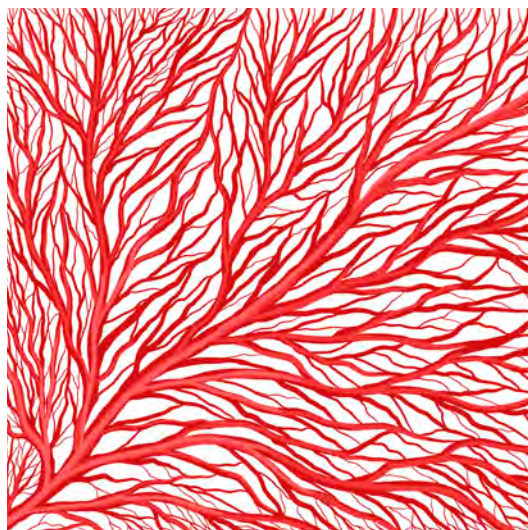


A care

Distribútor pre SR: A care, s.r.o., Hraničná 5, 922 10 Trebatice
IČO: 35724609, DIČ: 2020241817, IČ DPH: SK2020241817
www.acare.sk | acare@acare.sk | tel: 0800 183 801

**XXVI. SLOVENSKÝ KONGRES
CIEVNEJ CHIRURGIE SLS**

ABSTRAKTY



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

ISBN: 978-80-99990-16-7

Sekcia A: Ochorenia končatinových tepien

VENOUS ARTERIALIZATION

Martin Maresch, MD, PhD, FEBVS

BDF-RMS, Bahrain

Deep vein arterialization (DVA) is an innovative surgical technique that has emerged as a potential solution for critical limb salvage in patients with severe peripheral arterial disease (PAD). This procedure involves surgically connecting a deep vein to an adjacent artery, allowing blood flow to bypass blocked or narrowed arteries and reach the affected limb.

DVA offers a promising alternative to conventional treatments such as bypass surgery or angioplasty, which may not be feasible or effective in certain cases. By utilizing the body's own venous system, DVA provides a natural conduit for blood supply to the ischemic limb, promoting tissue healing and preventing amputation. The success of DVA relies on careful patient selection, as not all individuals with critical limb ischemia are suitable candidates for this procedure. Factors such as the presence of adequate deep veins, the absence of venous insufficiency, and the severity of arterial disease need to be carefully evaluated by a multidisciplinary team of vascular specialists.

Clinical studies have shown encouraging outcomes with DVA, including improved limb perfusion, enhanced wound healing, and reduced rates of major amputations. However, further research is needed to establish the long-term efficacy and durability of this technique.

We are reporting various different technique to reverse the blood flow into the venous system of the lower limb for the deserted foot to avoid amputation.

In conclusion, deep vein arterialization holds great promise as a novel approach for critical limb salvage in patients with severe peripheral arterial disease. With ongoing advancements and refinements, DVA has the potential to improve the quality of life and functional outcomes for individuals at risk of limb loss.

MOŽNOSTI VYUŽITIA KMEŇOVÝCH BUNIEK V LIEČBE KRITICKEJ ISCHEMICKEJ KONČATINY

Babík Ján¹, Lengyel Peter¹, Fišman Eugen¹, Gazdová Michala¹, Humeník Filip²

Klinika popálenín a rekonštrukčnej chirurgie Nemocnica Agel, Košice-Šaca¹,

Univerzita veterinárskeho lekárstva a farmácie, katedra morfológických disciplín, Košice²

Ischémia podľa definície znamená nedostatočné zásobovanie krvou. Keď sa používa v spojení s končatinami, vzťahuje sa na stav tak závažný, že vystavuje nohy riziku amputácie. Kritická ischémia končatín (CLI) je klinický syndróm ischemickej bolesti v pokoji, straty tkaniva, ako sú nehojace sa vredy alebo gangréna, súvisiaci s ochorením periférnych artérií a má vysoké riziko straty končatín a kardiovaskulárnych príhod. Ochorenie periférnych ciev má tendenciu spôsobovať väčšiu morbiditu u pacientov s diabetom a aterosklerózou, vzhľadom na už existujúcu poruchu perfúzie stredných a malých ciev u diabetických pacientov.

Chronická ischémia, najčastejšie spojená s diabetickou nohou, spôsobuje na Slovensku až 5 tisíc úmrtí. amputácií za rok. Najčastejšie ide o komplikácie, ktoré aj napriek opakovaným zásahom cievnej chirurgie hrozia amputáciou. Kmeňové bunky, ktoré boli v tejto indikácii použité ako ultimum refugium, ponúkajú možnosť revaskularizácie s možnosťou zníženia alebo odstránenia bolesti, hojenia ložísk osteomyelitídy a hojenia defektov, ako aj zníženia percenta amputácií končatín. Prvého pacienta sme operovali v roku 2013. V súčasnosti dlhodobo (5 rokov) sledujeme skupinu 20 pacientov, z ktorých polovica je liečená kmeňovými bunkami a druhá časť súčasným štandardným spôsobom vazodilatanciami, HBO, edochirurgiou resp. mikrochirurgicky. V skupine kmeňových buniek sa amputácia sietnice vyskytla iba v jednom prípade, menšie amputácie v 3 prípadoch. V štandardnej skupine je za rovnaké obdobie 5 amputácií predkolenia a 5 menších amputácií. Zníženie bolesti na stupnici 1 – 10 je výrazné zníženie až o 60 %, čiastočné zlepšenie /polyneuropatia/citlivosť chodidla, zvýšenie teploty kože a zlepšenie reológie, zlepšenie distálnej perfúzie v cievach, zlepšenie vzdialenosti chôdze. Počet výstupov – 2 nesúvisiace s končatinou, v štandardnej skupine 3 pacienti, príčinná súvislosť nezistená.

MANAŽMENT CHRONICKEJ KONČATINOVEJ ISCHÉMIE V RÁMCI KARDIOCENRA AGEL, KOŠICE-ŠACA

Sihotský Vladimír¹, Kopoloves Ivan¹, Bujdoš Martin², Sabol František¹

*Klinika srdcovej a cievej chirurgie Kardiocentrum AGEL, Košice-Šaca¹,
Angiologické oddelenie Kardiocentra AGEL, Košice-Šaca²*

Na našom pracovisku sme od 1. 2. 2023 do 1.2.2024 operovali celkovo 51 pacientov pre chronickú končatinovú ischémiu. Z toho bolo 39 mužov a 12 žien. V klaudikačnom štádiu ochorenia bolo 15 pacientov a v štádiu chronickej končatinu ohrozujúcej ischémie bolo 36 pacientov. Vykonali sme celkovo 10 výkonov aortoliliakálnej oblasti, 11 endarterektomií a. femoralis comm. alebo a. femoralis prof. Ďalej sme vykonali 28 bypassových operácií infrainguinálne (6 proximálnych femoropobypassov, 18 distálnych bypassov a 3 femorokrurálnych bypassov), jeden cross-over ilakofemorálny bypass a jeden hybridný výkon v popliteokrurálnej oblasti. Všetky bypassové operácie infrainguinálne boli s vena saféna magna. Celková 30-dňová mortalita bola 1,9 %. Mali sme jednu revíziu (1,9 %) pre krvácanie. Nemali sme ani jeden skorý uzáver bypassu do 30 dní. No v priebehu dlhodobého sledovania sa uzavrela rekonštrukcia u troch pacientov (5,8 %), u všetkých pacientov sa jednalo o infrainguinálny bypass. U jedného pacienta (1,9 %) sme vykonali trombektómiu bypassu a PTA výtoku a bypass je funkčný. Avšak dvaja pacienti (3,9 %) s uzavretým bypassom museli byť amputovaní nad kolenom. V našom súbore je primárna priechodnosť rekonštrukcií 94,2 %, sekundárna priechodnosť 96,1% a záchrana končatiny je 96,1 %.

V aortoliliakálnej oblasti preferujeme priame rekonštrukcie ako aortobifemorálne bypassy. Pri infrainguinálnych rekonštrukciách používame ako graft výlučne VSM a to s dobrými výsledkami.

NÁŠ POHĽAD NA LIEČBU DIABETICKEJ NOHY

Lévay Ján, Tomka Ján, Ondruška Matej

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

Syndróm diabetickej nohy je najčastejšou netraumatickou príčinou amputácie končatiny. Správna diagnóza a včasná liečba zlepšuje šancu na záchranu končatiny. Na vytvorení diabetickeho defektu sa v prvom rade podieľa neuropatia, zatiaľ čo súčasná ischémia akceleruje ochorenie. Liečba diabetickej nohy je komplexná, spočíva v samotnom odľahčení – pressure offload, v terapii infekcie a ischémie, v systematickej lokálnej terapii, v kompenzácii diabetu, v edukácii a dispenzarizácii pacienta. Systematická podiatrická edukácia a samotné podiatrické ambulancie môžu znížiť počet amputácií dolných končatín. V prednáške prinášame náš pohľad

na manažment syndrómu diabetickej nohy, dôležité aspekty diagnostiky, revaskularizácie a pooperačnej dispenzarizácie.

Sekcia B: Súťaž mladých cievnych chirurgov

SONIKÁCIA BOKERYMICKÉHO KRYTIA AKO ALTERNATÍVNA METÓDA BAKTERIÁLNEJ DIAGNOSTIKY NEHOJACICH SA RÁN

Piš Marián¹, Tomka Ján¹, Serbak Marko², Kučerová Renáta¹, Haas Martin³

Klinika cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a. s., Bratislava¹, Klinika ortopédie a úrazovej chirurgie ÚVN SNP Ružomberok², Pharmacare Slovakia³

Sonikácia je laboratórna metóda, pri ktorej sa dá doceliť uvoľnenie planktonických foriem baktérii z povrchu predmetov pomocou energie ultrazvuku bez ich poškodenia. Biokeramické krytie má unikátnu vlastnosť, ktorá spočíva v uzamknutí baktérii v poréznej štruktúre biokeramickej granule pomocou fyzikálnych síl absorpcie a adsorpcie. Takto uzamknuté baktérie sa potom pomocou energie ultrazvuku dokážu uvoľniť a vzniká sonikát, ktorý je možné bakteriologicky analyzovať. Vyššie opísaná metóda nám poskytuje podrobnejšie informácie o bakteriálnom osídlení nehojacej sa rany ako štandardný ster, čo následne v praxi môžeme využiť na cieľnú, účinnejšiu a racionálnejšiu antibiotickú liečbu. Predstavíme náš súbor pacientov, sledovaný od mája 2023, u ktorých sme porovnávali bakteriologické výsledky z klasického steru a zo sonikácie, pričom zo sonikácie bolo zachytených viac bakteriálnych kmeňov a bolo zachytené podstatne väčšie množstvo rezistentných a multirezistentných foriem baktérii. V konečnom dôsledku bolo možné pomocou výsledkov zo sonikácie biokeramického krytia nasadiť presnejšie ciele antibiotickú liečbu a doceliť tak zlepšenie v hojení nehojacej sa rany alebo jej úplné zahojenie. Sonikácia biokeramického krytia teda predstavuje zaujímavú alternatívu ku konvenčným metódam bakteriologickej diagnostiky.

RARITNÁ PRÍČINA DEFEKTU DOLNEJ KONČATINY – NEŽELANÝ SUVENÍR

Virág Michal, Mihal'ov Jakub, Vaško Lukáš, Štefanič Peter, Pobehová Jana, Zavacká Martina

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

Otepľovanie klímy so sebou prináša aj migráciu jedovatého hmyzu z tropických oblastí smerom k našim zemepisným šírkam. V našej kazuistike sa venujeme pa-

cientke, ktorej vznikla rana na pravej dolnej končatine po poštípaní hmyzom na dovolenke v Chorvátsku, u ktorej sa postupne rozvinula flegmóna dorza nohy na pravej dolnej končatine a život ohrozujúce systémové komplikácie. V diferenciálnej diagnostike vzniklo podozrenie na uštipnutie hmyzom, hadom alebo poranenie jedovatou rastlinou, s masívnym edémom a následnou nekrózou kože a podkožia. Pacientka bola pôvodne ošetrená na chirurgickom pracovisku incíziou a kontra-incíziou dorza pravej nohy. Pre rapídne zhoršenie celkového stavu po konzultácii infektológa bola nasadená trojkombinácia antibiotík a pacientka bola preložená na infekčnú kliniku pre sepsu a toxické poškodenie pečene pri nevyúčení uštipnutia čiernou vdovou. Z rany bol vykultivovaný streptococcus pyogenes skupiny A. V USA sú ročne streptokokové infekcie skupiny A zodpovedné za 1500 – 2300 úmrtí. Po antibiotickej liečbe dochádza k zlepšeniu celkového stavu, vzhľadom k suponovanej myokarditíde, eleváciu D-dimérov a flegmónu dorza pravej dolnej končatiny bola pacientka preložená na Septické oddelenie Kliniky cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s. Laboratórny a echokardiografický nález nesvedčil pre suponovanú myokarditídu, v diferenciálnej diagnostike elevácie D-diméru sme vylúčili hlbokú žilovú trombózu a pľúcnu embolizáciu. U pacientky pokračujeme v dennom lokálnom ošetrovaní rán a intravenózne antibiotickej liečbe. V spolupráci s hematológom po úprave dávky nízkomolekulárneho heparínu dochádza k normalizácii hodnôt D-diméru. Lokálne dochádza k ústupu flegmóny, ohraničeniu nekrotických areálov a následne ich odlúčeniu. Celkový stav pacientky sa postupne zlepšuje, ustupuje edém pravej dolnej kočatiny, realizovaná hyperbarická oxygenoterapia, rany sú prerastené granuláciami a po dlhodobom ošetrovaní nastáva ich sekundárne zhojenie.

KRITICKÁ KONČATINOVÁ ISCHÉMIA A FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE VÝSLEDKY CHIRURGICKEJ LIEČBY

Vaško Lukáš¹, Frankovičová Mária¹, Hertelyová Zdenka², Virág Michal¹, Mihalov Jakub¹, Macejková Ema¹, Zavacká Martina¹

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

Centrum klinického a predklinického výskumu MEDIPARK LF UPJŠ, Košice²

Periférne artériové ochorenie (PAO) je častou manifestáciou systémovej aterosklerózy. Podľa epidemiologických údajov sa toto ochorenie vyskytuje u 10 – 12 % populácie nad 60 rokov. Chirurgická liečba KKI prekonala v posledných rokoch značný vývoj. Jednotlivé operácie sú v súčasnosti podrobne opísané a ich odôvodnenosť je overená multicentrickými štúdiami. Pre záchranu ohrozených končatín sme na Klinike cievnej chirurgie UPJŠ LF a VÚSCH, a.s. vykonávali endarterektó-

mie, trombektómie, bypassové rekonštrukčné operácie, profundoplastiky a rozličné kombinácie jednotlivých vzájomne sa dopĺňajúcich výkonov. Spôsob revascularizácie musí byť u každého pacienta stanovený individuálne. V súbore našich 60 pacientov s KKI sme identifikovali rizikové faktory, ktoré majú vplyv na efektivitu chirurgickej liečby. Úspešnosť arteriálnych rekonštrukcií s odstupom 12 mesiacov bola u 81 % pacientov. Pri porovnávaní sledovaných špecifických markerov u pacientov s neúspešnou rekonštrukciou sme zisťovali koreláciu hladín fibrinogénu, IL-6, IL-8 a CD62P.

MASSONŮV TUMOR POD OBRAZEM VÝDUTĚ VĚTVE RADIÁLNÍ TEPNY

Jaroščiaková Júlia¹, Utíkal Petr¹, Černá Marie², Janečková Jana¹

II. Chirurgická klinika FN Olomouc, Česká republika¹,

Oddělení intervenční radiologie Radiologické kliniky FN Olomouc, Česká republika²

Úvod: v našem sdělení uvádíme případ vzácně se vyskytující (2% všech tumorů) intravaskulární papilární endotheliální hyperplázie, známé jako Massonův tumor.

Kazuistika: 58-letý nemocný byl vyšetřován pro pulzující rostoucí bolestivou rezistenci v oblasti první meziprstní štěrbině při bazi prvního metacarpu na levé horní končetině. Na CT-angiografii byla popsána pseudovýduť radiální tepny velikosti 25x5x10 mm. Anamnesticky nemocný neutrpěl otevřené či tupé poranění v oblasti levé ruky a jeho osobní anamnéza byla až na arteriální hypertenzi a diabetes mellitus negativní. Nemocný byl indikován k operační revizi. Peroperačně byla zjištěna vakovitá výduť větve radiální tepny, dobře ohraničená, bez známek infekce či zánětu. Byla provedena resekce tepny s výdutí v rozsahu 3,5 cm bez rekonstrukce. Pooperační průběh nebyl komplikován a prokrvení aker bylo dobré. Histopatologický nález zresekované výdutě prokázal fragmentovanou intraluminální proliferaci v centru s organizujícím se trombem a na periferii papilární prominenci lemující CD34+ endotelie bez atypií. Tento nález odpovídal intravaskulární papilární hyperplázii, známé jako Massonův tumor. Čtyři měsíce od operačního výkonu je prokrvení končetiny v normě a nejsou známky recidivy tumoru.

Závěr: intravaskulární papilární endotheliální hyperplázie, známá jako Massonův tumor, představuje vzácný benigní vaskulární tumor. Chirurgická resekce tepny s tumorem je metodou volby s dobrou prognózou a nízkým rizikem recidivy.

VYUŽITIE ALOTRANSPLANTÁTU PRI INFEKCIÍ CIEVNEJ PROTÉZY ILIOFERMORÁLNEHO BYPASSU

Boďo Jakub, Galko Jaroslav, Mondek Peter

Oddelenie cievnej chirurgie FN Nitra

Infekcia cievnych protéz je závažnou a obávanou komplikáciou v cievnej chirurgii, ktorá vyžaduje promptnú a efektívnu liečbu. Tento case report sa zaoberá prípadom pacienta s dľa PET-CT verifikovanou infekciou priechodnej IF Intergard silver protézy s kožnou fistulou v oblasti distálnej anastomózy. V spolupráci s transplantáčnym centrom FNsP F.D. Roosevelta v Banskej Bystrici realizovaná explantácia infikovanej protézy a následne implantovaný nový bypass s použitím alotransplantátu od mŕtveho darcu.

76-ročný pacient po implantácii AIE-APF bypassu l.sin. s použitím Silvergraftu pre ruptúru PSA v oblasti ľavej inguiny. Akútne prijatý pre purulentnú secernáciu z operovanej oblasti za účelom diagnostiky a následnej eventuálnej explantácie graftu a revaskularizácie LDK. V rámci diagnostiky realizované CTAg vyšetrenie a PET-CT vyšetrenie s potvrdením periprotetickej infekcie. Ako metóda voľby indikovaná explantácia protézy s výmenou za alotransplantát. Po spolupráci s transplantáčnym centrom Rooseveltovej nemocnice v Bánskej Bystrici, kde bol realizovaný odber štepu od mŕtveho darcu, explantujeme infikovanú protézu IF bypassu a implantujeme nový in situ IF bypass s využitím alotransplantátu. Výkon a pooperačný priebeh bez komplikácií. Pacient sledovaný ambulantnou cestou v režii OCCH FNNR.

Výhodou použitia alotransplantátov je ich nižšie riziko infekcie, lepšia integrácia s hostiteľským tkanivom, nižšie riziko vzniku alergických reakcií, nižšie riziko vzniku trombózy a možnosť regenerácie a adaptácie.

Tento prípad predstavuje metódu voľby pri liečbe infekcie cievnych protéz. Zdôrazňuje význam multidisciplinárneho prístupu a individuálneho hodnotenia každého prípadu. Komplexné hodnotenie rizík a výhod je kľúčom k optimálnej liečbe takýchto zložitých stavov.

RIEŠENIE INFEKcie AORTÁLNEHO GRAFTU, 10 ROKOV PO RESEKCIÍ AORTY PRE SEMINÓM

Pribula Martin, Šinák Igor, Hlinka Ľuboš, Ivanko Michal, Tlacháč Roman, Petričko Lukáš

Oddelenie cievnej chirurgie UN Martin

Infekcie graftov abdominálnej aorty, vzhľadom na vaskulárne zásobenie dolných končatín a abdominálnych orgánov, sú raritnou, no devastujúcou komplikáciou,

ktorá si vyžaduje explantáciu pôvodného graftu. Napriek viacerým liečebným metódam je dnes v literatúre k dispozícii len málo porovnateľných štúdií ohľadom „outcome“. Navyše prevláda kontroverzia pri výbere optimálnej liečebnej stratégie a súčasne chýba aj návod ako by sa tieto techniky mali aplikovať

Na našom oddelení sme sa stretli s prípadom mladého pacienta, ktorému bola pred 10 rokmi realizovaná náhrada abdominálnej aorty proteticou interpozíciou pre rozsiahly tumor retroperitonea na podklade zmiešaného nádoru (embryonálny karcinóm a teratóm). Po 10 rokoch sa u pacienta rozvinula infekcia protetického graftu abdominálnej aorty s multirezistentnou flórou. Pristúpili sme k operačnému výkonu s kompletnou extrakciou infikovaného graftu, s tubingom aorty autológnu hlbokou žilou stehna. Pridružená rozsiahla fistula duodena bola vyriešená resekciou tretej a štvrtej časti duodena s duodenojejunoanastomózou umiestnenou supramezokolicky.

Náhrady abdominálnej aorty pre infekciu graftu vedú k zvýšenej morbidite a mortalite bez ohľadu na vybranú stratégiu. Potreba neplánovanej revízie v týchto prípadoch ostáva naďalej vysoká. Na vytvorenie štandardizovaných postupov je potrebné realizovať multicentrickú štúdiu. Takéto dáta by mohli viesť k vytvoreniu zlatých štandardov čo by viedlo k lepšiemu outcom, zvýšenej kvalite života a zníženiu mortality a morbidity.

KOMPLIKÁCIE PO MINIINVAZÍVNYCH VÝKONCH VYŽADUJÚCE OŠETRENIE ANGIOCHIRURGOM

Mihaľov Jakub, Virág Michal, Vaško Lukáš, Pobehová Jana, Zavacká Martina

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

Miniinvazívne výkony predstavujú atraktívnu alternatívu v porovnaní s klasickými cievno-chirurgickými prístupmi. U pacientov sú preferované v neposlednom rade pre ich priaznivý kozmetický efekt. Avšak aj vzhľadom na dlhodobu pozitívne výsledky sa tieto diagnostické a terapeutické výkony nezaobídu bez vzniku komplikácií, ktoré nie je možné ošetriť konzervatívne. V predloženom materiáli sa zameriavam na súbor pacientov podstupujúcich cievno-chirurgické operačné riešenie častých, ale aj veľmi raritných komplikácií, ako napríklad postpunkčná disekcia tepny, s ktorými sme sa stretli na našom pracovisku Kliniky Cievnej Chirurgie vo VÚSCH a.s. Košice za posledných päť rokov.

ÚRAZOVÉ PORANENIA ARTÉRIÍ DOLNÝCH KONČATÍN – NÁŠ KLINICKÝ SÚBOR

Kalman Martin, Beňo Peter, Podolec Milan, Oravec Tomáš,

Majdová Zuzana, Zastko Denis

Klinika cievnej chirurgie ÚVN Ružomberok

Úvod: úrazové poranenia artérií dolných končatín – náš klinický súbor. Úrazové poranenia tepien končatín patria medzi závažné, vo väčšine prípadov život či končatinu ohrozujúce stavy.

Cieľ: tepenné poranenia sa vyskytujú v 1 – 2% prípadov u úrazov, hlavnou príčinou sú penetrujúce poranenia ciev, ktoré sú zodpovedné za cca 75 – 80 % prípadov. Tieto poranenia sú zodpovedné za 20 % prípadov úmrtia na následky úrazov.

Najčastejšie sa s nimi stretávame v dôsledku penetrujúcich poranení – strelných poranení cca 50%, bodných poranení 30 %, zvyšných 5 – 25 % pripadá na tupé poranenia – najčastejšie ako súčasť autonehód/polytraumy – fraktúry, dislokácia. Najčastejšie býva poranená a.femoralis a a.poplitea v 50 – 60 % prípadov, a.brachialis v 30 % prípadov.

U týchto pacientov je kľúčový rýchly transport, diagnostika a a chirurgická liečba. Mnohokrát sa jedná aj o súčasť polytraumy, pacient môže byť v hemoragickom šoku s prehlbujúcou sa ischémiou a rizikom straty končatiny, mnohokrát aj spolu s prítomnosťou rôznych devastáčnych poranení mäkkých tkanív vrátane nerv. štruktúr a pohybového aparátu, preto je často krát dôležitá aj multidisciplinárna spolupráca – anesteziológov, rádiológov, neurochirurgov, traumatológov.

Záver: v našej prednáške sú zhrnuté úrazové – tupé a penetrujúce poranenia ciev dolných končatín s ktorými sme sa stretli na našej klinike v priebehu minulého roka. Metódou liečby ošetrenia poranených ciev bola náhrada poranenej tepny interpozitom.

VASKULÁRNY KOMPRESÍVNY SYNDRÓM DISTÁLNYCH PERIFÉRNÝCH ANEURYZIEM TEPIEN HORNÝCH KONČATÍN

Smoter Šimon, Slyško Roman

Oddelenie cievnej chirurgie UN Bratislava

Pravé aneuryzmy artérie radialis sú veľmi raritné. Aneuryzmatické zmeny artérií z dôvodu degeneratívnych zmien, eventuálne infekcie postihujú predovšetkým abdominálnu, a torakálnu aortu, intra. a extrakraniálne úseky cerebrálnych tepien, popliteálnu artériu a viscerálne artérie. Pre nedostatok údajov sa aktuálne literárne zdroje nevenujú problematike aneuryzmiem distálnych úsekov periférnych tepien.

V klinickej praxi sa častejšie stretávame s pseudoaneurizmom ako s pravou aneurizmom, ktorej výskyt je dokumentovaný len v „desiatkach prípadov celosvetovo. Pseudoaneurizmy sa formujú ako následok dezintegrácie cievej steny. Dezintegrácia vzniká po traumatickom poškodení, ale častejšie po katetrizáciách. Na rozdiel od klasickej symptomatológie aneurizmiem ako sú ruptúra, trombóza, periférna embolizácia sa pri periférnych aneurizmách stretávame častejšie s vaskulárnym kompresívnym syndrómom. V našej kazuistike sme prezentovali prípad pacientky s narastajúcou pulzujúcou rezistenciou v oblasti zápästia, obmedzenou hybnosťou druhého a tretieho prsta, pocitom mravenčenia ruky. Sonograficky bola verifikovaná fuziformná aneurizma artérie radialis. V celkovej anestézii sme realizovali resekciu aneurizmy a následnú rekonštrukciu s použitím interpozita – vena cephalica. Histologické vyšetrenie tkaniva cievej steny potvrdilo prítomnosť všetkých troch vrstiev cievej steny a teda diagnózu pravej aneurizmy artérie radialis. Napriek chýbajúcim odporúčaniam sa domnievame, že v prípade diagnostikovania tohto ochorenia je ideálnou metódou voľby resekcia, rekonštrukcia artérie a následne sonografický skrining aorty a popliteálnych tepien.

SYNDRÓM LIGAMENTUM ARCUATUM MEDIANUM (DUNBAROV SYNDRÓM) – LAPAROSKOPICKÁ LIEČBA

Tlacháč Roman¹, Šinák Igor¹, Hlinka Ľuboš¹, Janík Ján², Vorčák Martin³

*Oddelenie cievej chirurgie UN Martin¹, Klinika všeobecnej, viscerálnej
a transplantačnej chirurgie UN Martin², Rádiologická klinika UN Martin³*

Syndróm ligamentum arcuatum medianum (Madiane arcuate ligament syndrome – MALS, Dunbarov syndróm) opisuje klinický obraz spojený s priamou kompresiou truncus coeliacus (TrC) fibróznymi vláknami ligamentum arcuatum medianum (LAM). Nedostatočne pochopený patofyziologický mechanizmus, premenlivá závažnosť symptómov a nepredvídateľná odpoveď na liečbu robia z MALS kontroverznú diagnózu. Pre rôzne klinické prejavy sú pacienti aj niekoľko rokov zle diagnostikovaní, z čoho vyplýva diagnostika per exclusionem. Cieľom liečby je dekompresia TrC otvorenou, laparoskopickou alebo robotickou metódou spolu s intervenčnými postupmi, ako sú perkutánna transluminálna angioplastika (PTA) a stentovanie. Pokrokom v technológii sa laparoskopická deliberácia TrC stala štandardnou chirurgickou možnosťou. Výhodou je miniinvazivita, nízke riziko komplikácií a zlepšený prehľad v operačnom poli.

Súbor pacientov a metódy: od roku 2006 do roku 2022 bolo na oddelení cievej chirurgie UNM hospitalizovaných a operovaných 32 pacientov s diagnózou Dunbarovho syndrómu. Súbor tvorilo 10 mužov 22 žien vo veku od 21 rokov do 69 ro-

kov, s priemerným vekom 36 rokov. Prví štyria pacienti boli operovaní otvoreným chirurgickým prístupom. Dvadsaťosem pacientov s klinickým a CTA verifikovaným obrazom MALS, s kompletným gastroenterologickým vyšetrením, podstúpilo laparoskopickú deliberáciu TrC.

Výsledky: priemerný čas operačnej liečby bol 97 minút. Konverzia laparoskopie na otvorenú operáciu bola vynútená u dvoch pacientov, z toho raz pre masívne krvácanie. Pooperačné CTA preukázalo reziduálnu hemodynamicky významnú stenózu v 5 prípadoch, v ktorých

bola vykonaná úspešná perkutánna angioplastika – DEB PTA. Pooperačne sa klinické príznaky zlepšili 24 pacientom (85 %), po prvom roku u 75 % pacientov. Sedem pacientov (25 %) udávalo pretrvávanie alebo recidívu ťažkostí.

Záver: laparoskopia ponúka pacientom s MALS všetky výhody minimálne invazívnej chirurgie. Konečným chirurgickým cieľom je discízia LAM a dekompresia TrC. Podľa našich údajov sa klinické ťažkosti pacientov po chirurgickej liečbe výrazne zlepšili. Na dosiahnutie dobrých výsledkov má prvoradý význam dôkladné predoperačné vyšetrenie so starostlivým výberom pacienta. Laparoskopické uvoľnenie LAM sa dnes považuje za štandardný chirurgický manažment MALS.

Sekcia C: Onkovaskulárna chirurgia a kompresívne syndrómy

VASCULAR SURGEON APPROACH FOR TUMORS INVADING VENA CAVA: A DELPHI CONSENSUS ON RECOMMENDATIONS

Baláž Peter¹, Whitley Adam¹, Vikatmaa Pirka²

FNKV Praha, Česká republika¹, University of Helsinki, Fínsko²

Introduction: This study presents the outcomes of a Delphi consensus seeking recommendations for the approach of vascular surgeons in dealing with tumors invading the vena cava.

Material and Methods: The expert panel, consisting of renowned professionals in the field, engaged in a modified 3-round Delphi analysis using an online survey tool (www.stat59.com). The survey was conducted from October 1, 2022, to December 20, 2023, ensuring a response rate of at least 70% for each round. Consensus was defined as 70% agreement with a Cronbach's alpha of 0.05.

Results: The Delphi process comprised 19 initially proposed questions, with 4 duplicates removed. A total of 15 questions were analyzed, and 10 relevant questions were selected for the 1st round of Delphi analysis. These questions were categorized into three sections: Diagnosis and Planning (n=3), Surgical Technique (n=6),

and Postoperative Care and Follow-Up (n=1). Following the 1st round (open ended question), 35 statements were generated for the 2nd round (Likert scale 1-7), including 6 new statements recommended by experts. The 2nd round resulted in consensus on 9 statements, and 26 were advanced to the 3rd round (Yes/No). In the 3rd round, 19 statements attained consensus, totaling 28 out of 35 (80 %) statements with agreement >70 %.

Conclusion: The findings of this analysis provide valuable insights into the consensus recommendations for treating tumors invading the vena cava. Surgeons can benefit from these results, aligning their approaches with international consensus established by this expert consortium.

JUXTARENÁLNE LOKALIZOVANÁ METASTÁZA GRANULÓZOBUNKOVÉHO NÁDORU VAJEČNÍKA V SPOJITOSTI S ANEURYZMOU ARTERIA RENALIS SOLITÁRNEJ OBLIČKY

Kminiak Radoslav¹, Janek Július¹, Hrnčár Matej²

*Klinika transplantačnej chirurgie, oddelenie cievnej chirurgie, FNsP FDR Banská Bystrica¹,
Onkologická klinika, FNsP FDR Banská Bystrica²*

Metastatické postihnutie pri granulózobunkovom nádore vaječníkov (GNV) a aneuryzma arteria renalis predstavujú dve samostatné chorobné jednotky. Individuálne obidve majú zriedkavú incidenciu. Samostatne každá z nich má prepracovaný svoj vlastný diagnostický a terapeutický algoritmus. Vo výnimočných prípadoch môže byť prítomná spoločná koexistencia vaskulárnych a onkologických patologických procesov. V našej práci prezentujeme kazuistiku 54 ročnej ženy, s nálezom metastatickeho postihnutia GNV v juxtarenálnej oblasti, s konkomitantným nálezom aneuryzmatického postihnutia vetvenia kmeňovej arteria renalis u solitárnej obličky. Z nášho pracoviska prinášame pohľad na multidisciplinárny prístup počas spoločného indikačného seminára. Pre súčasnú modernú prax nádorovej chirurgie začína byť veľmi dôležitý koncept spojenej onko a vaskulárnej chirurgie (OVS). Jej základná definícia hovorí o simultánnej resekcii nádoru a vaskulárnej rekonštrukcii. Otázkou ostáva, či sa za onkovaskulárny výkon môže považovať, ak sa v rovnakej topografickej oblasti chirurgického záujmu nachádzajú dve nezávislé patologické jednotky. Angiochirurgická ako aj onkochirurgická.

ROLE CÉVNIHO CHIRURGA V MULTIOBOROVÉ SPOLUPRÁCI TERAPIE RECIDIVY KONČETINOVÉ METASTÁZY RCC PO R1 RESEKCI – KAZUISTIKA

Bafnec Jan

Chirurgická klinika FNKV Praha, Česká republika

V ére biologické léčby, konkrétně imunoterapie pro metastazující renální karcinom, dosažení R0 resekce končetinových metastáz, i opakované, významně prodlužuje délku přežívání nemocných. Kostní metastázy končetin s infiltrací okolních měkkých tkání, často i nervově cévního svazku, jsou druhým nejčastějším místem jejich výskytu. V naší kazuistice popisujeme úspěšné řešení recidivy metastázy po R1 resekci v centru s možností multioborové spolupráce, která je nevyhnutelná pro radikální exstirpaci se zachováním funkční končetiny.

SMAS SYNDRÓM – JE OPODSTATNENÁ TRANSDOZIČNÁ CHIRURGICKÁ LIEČBA?

Tomka Ján, Talal Ali, Bakirli Ilkin

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

Kompresívny syndróm duodena artériou mesenterica superior (SMAS) ako príčina výrazných GIT klinických potiaží u pacientov sa vyskytuje v chirurgickej praxi častejšie než sme predpokladali. SMAS syndróm bola prvýkrát popísaný von Rokitsanským (1842) a Wilkiem v roku 1927 ako chronický duodenálny ileus. Príčiny tohto syndrómu sú rôzne v rámci intraabdominálnych vaskulárnych kompresívnych syndrómov. Ostrý odstup a tesný paraaortálny priebeh a. mesenterica superior (norma 30 – 45 stupňov) je pri tomto syndróme okolo 8 – 20 stupňov. Taktiež aortomesenterická vzdialenosť vykazuje patologické hodnoty. Tento anatomický priebeh AMS sa klinicky veľmi často prejavuje len ako predný typ Nutcracker syndrómu (kompresia ľavej vena renalis). Podľa literárnych údajov v minulosti bol tento syndróm publikovaný len u 57 pacientov. Najčastejšie bol riešený pomocou črevného derivačného bypasu – laterolaterálnou dudodenojejunálnou anastomózou, zriedkavejšie len adhesiolysou Trietzovho ligamenta (strong procedure). Vo svete prvá úspešná chirurgická revaskularizačná dekompresia bola vykonaná v roku 2008 v Düsseldorfe. Arteriálny mesenterický kompresívny ring duodena bol odstránený pomocou transpozície a. mesenterica superior z jej pôvodného suprarenálneho odstupu do infrarenálnej časti aorty. Autori referujú o vlastných klinických skúsenostiach chirurgickej liečby v súbore 68 pacientov (transpozíčnej technike AMS do infrarenálnej časti aorty) na 9 ich pracovisku za obdobie 2012 – 2023. Ide

o prvé transpozíčné výkony AMS pri tejto diagnóze, ktoré boli vykonané na Slovensku. V operovanom súbore pacientov sa nevyskytli závažné komplikácie (úmrtie, akútna reoperácia alebo črevná ischemia). Všetky rekonštrukcie sú pooperačne v pravidelných intervaloch kontrolované CCDS alebo CTA kontrolou. Predoperačne pacienti boli kompletne gastroenterologicky vyšetrení. Správne indikovanú transpozíčnú techniku AMS infrarenálne pokladáme u pacientov pri tomto syndróme za fyziologické operačné riešenie. V skupine operovaných pacientov došlo k podstatnému klinickému zlepšeniu u 93 % pacientov. V súčasnosti neodporúčame primárne indikovať GIT derivačné anastomózy pre nie uspokojivé pooperačné výsledky.

DUMBARŮV SYNDROM

**Grus Tomáš¹, Špaček Miroslav¹, Lukáč Peter¹, Klika Tomáš¹,
Grusová Gabriela², Lambert Lukáš³**

*II. Chirurgická klinika kardiovaskulárnej chirurgie VFN a 1. LF UK Praha, Česká republika¹,
IV. Interní klinika gastroenterologie VFN a 1. LF UK Praha, Česká republika²,
Radiodiagnostická klinika VFN a 1. LF UK Praha, Česká republika³*

Dunbarův syndrom je vzácné onemocnění, při kterém dochází k útlaku truncus coeliacus (TC) okolními strukturami. Nejčastěji tento útlak způsobuje ligamentum arcuatum medianum a zbytnělá vlákna ganglion coeliacum. Tento útlakový syndrom doprovází specifické klinické obtíže spolu s váhovým úbytkem. Možností řešení této patologie je několik: pouze zásah na sympatickém plexu ganglion coeliacum, jiným jen deliberace odstupů TC a nebo přemostění postiženého úseku TC bypasssem.

Cílem práce byla kvantifikace změny tlakového gradientu po deliberaci odstupů TC v místě stenózy s následnou volbou dalšího postupu.

OCHORENIE SPOJIVOVÉHO TKANIVA – SÚVISLOSŤ S VASKULÁRNymi KOMPRESÍVNymi SYNDRÓMAMI

Bakirli Ilkin, Tomka Ján, Talal Ali

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

Ochorenie spojivového tkaniva ako je Ehlerov Danlosov syndróm, majú podobné komplexné prejavy ako vaskulárne kompresívne syndrómy, napríklad dysfunkcia autonómneho nervového systému, viaceré neurogastrointestinálne symptómy a psychiatrické komorbidity. Patofyziológia abdominálnych symptómov nie je dostatočne pochopená, ale môže zahŕňať rôzne následky dysfunkcie spojivového tkaniva. Tieto syndrómy sú zriedkavé, ale v kombinácii prekvapivo častejšie, ako sa pôvodne predpokladalo. Výskyt týchto syndrómov v kombináciách sťažuje ich

diagnostiku. Manažment je obmedzený z hľadiska evidence-based medicíny, ale v ideálnom prípade by mal zahŕňať komplexný multidisciplinárny prístup.

Sekcia D: Sesterská sekcia

TUMOR KAROTICKÉHO GLOMU

Vojnarová Marcela

Nemocnice AGEL Podlesí a. s., Třinec, Česká republika

Patří mezi vzácné tumory, většinou benigní. Častěji se vyskytuje u žen ve čtvrté a páté dekádě. Základním poznávacím znakem tumoru je bohatá vaskularizace. Projevuje se nebolestivou elastickou a narůstající rezistencí na krku. Přidává se bolest hlavy nebo krku. Diagnosticky se vyšetřuje na CT, MR, UZV a DSA. Při podezření na tumor glomu neprovádět biopsii – silná vaskularizace a velmi vysoké riziko krvácení.

Léčí se buď operačně nebo radioterapií. Operační řešení probereme v přednášce. Chirurgickým řešením lze dosáhnout úplného vyléčení. Po operaci vhodná dlouhodobá dispenzarizace s MR kontrolou.

KAROTICKÁ ENDARTEREKTOMIE

Juřenová Eva

Nemocnice AGEL Podlesí a. s., Třinec, Česká republika

V naší přednášce rozebíráme diagnostiku stenóz karotických tepen, indikace k provedení endarterektomie, druh použité anestézie i vlastní provedení operačního výkonu. Uvedeme kasuistiku pacienta s RTG dokumentací i fotografiemi z operace.

DVA SVETY A PREDSA JEDEN I.

Lašáková Elisabeta, Knoppová Iveta

Klinika transplantačnej chirurgie SZU FNsP FDR Banská Bystrica

Naša prednáška je zameraná na predstavenie Kliniky transplantačnej chirurgie SZU, ktorá je v rámci Slovenskej republiky jedinečná svojou koncepciou. Vznikla 15. 11. 2020, zriaďovateľom je Katedra cievnej chirurgie SZU v Bratislave. Klinika sa nachádza v NsP FD Roosevelta na 11. Poschodí v B1 bloku.

Klinika transplantačnej chirurgie poskytuje chirurgickú starostlivosť v odbore transplantačná chirurgia, cievna chirurgia a hepato-pankreato-biliárna chirurgia.

Pracuje pod vedením prednostu kliniky a vedúcej sestry. Organizačne aj priestorovo sa delí na dva úseky: cievna chirurgia a hepato-pankreato-biliárna chirurgia. Každý úsek má pridelenú operačnú sálu a má aj ambulatnú zložku.

Na úseku cievnej chirurgie pracuje kolektív 7 lekárov, 6 sestier, 4 zdravotníckych asistentiek, 3 sanitárok a 2 PPVZ. Na ambulancii pracuje jedna sestra. Zaoberá sa diagnostikou, chirurgickou a endovaskulárnou liečbou vrodených a získaných ochorení ciev. Zabezpečuje nepretržitú starostlivosť pre náhle vzniknuté angiochirurgické príhody v rámci svojho spádového územia.

Na úseku Hepato-pankreato-biliárnej chirurgie pracuje kolektív 8 lekárov, 5 sestier, 5 zdravotníckych asistentiek, 3 sanitárok a 1,5 PPVZ. Na ambulancii pracuje 1 sestra a 1 zdravotnícka asistentka. Tento úsek sa zaoberá diagnostikou, chirurgickou a intervenčnou liečbou ochorení a poranení hepato-pankreato-biliárneho systému a hornej časti gastrointestinálneho traktu. Súčasťou pracoviska je aj IBD chirurgické centrum. Oba úseky disponujú 15 štandardnými lôžkami a 5 monitorovanými lôžkami (intermediálna starostlivosť).

Klinika transplantáčnej chirurgie sa podieľa na pregraduálnom a postgraduálnom vzdelávaní lekárov a sestier v odbore transplantológia, cievna a hepato-pankreato-biliárna chirurgia.

DVA SVETY A PREDSA JEDEŇ II.

Števková Janka, Lipová Alicia

Klinika transplantáčnej chirurgie SZU FNŠP FDR Banská Bystrica

Táto prednáška voľne nadväzuje na prednášku Dva svety a predsa jeden. Ponúka kazuistiky 3 pacientov hospitalizovaných na oboch úsekoch našej kliniky.

V prvej kazuistike prinášame prípad pacienta prijatého akútne na cievnu chirurgiu s diagnózou embólie pravej dolnej končatiny. Podrobnejšou diagnostikou sa zistil karcinóm hrubého čreva s infiltráciou metastáz do pečene. Pacient bol po zastabilizovaní embólie preložený na úsek HPB chirurgie kde bol následne operačne riešený.

Druhá kazuistika sa zaoberá prípadom pacienta taktiež prijatého na cievnu chirurgiu s diagnózou akútnej končatinovej ischémie riešenou chirurgickou intervenciou. O mesiac bol pacient preložený zo spádovej nemocnice na úsek HPB chirurgie ako obštrukčná cholangitída pri ERCP vyšetrení bolo diagnostikované tumorové ložisko na hlave pankreasu. Pacient sa neskôr podrobil operačnému výkonu.

Posledná kazuistika je venovaná pacientovi s náhodným nálezom tumoru pravej obličky s infiltráciou nádorového trombu do retrohepatálnej vena cava inferior a metastázami v hlave pankreasu. Pacient bol plánovane prijatý na úsek cievnej

chirurgie kde bola realizovaná predoperačná príprava. Pri operačnom výkone boli prítomné oba tímy chirurgov. Pooperačne bol pacient preložený z centrálnej JIS na HPB chirurgiu kde prebiehala nasledujúca realimentácia a rehabilitácia pacienta. **Cieľom** našej prednášky je poukázať na široké spektrum výkonov na našej klinike. Jednotlivé výkony v sebe prinášajú vysoké nároky na zručnosť a vedomosti celého ošetrovateľského tímu.

SESTRA = POMOCNÁ ROLE?

Kuczera Jana

Nemocnice AGEL Podlesí a. s., Třinec, Česká republika

Sestry na celém světě představují největší procento zdravotnického personálu. Odhady předpokládají, že do roku 2030 vznikne dalších 40 milionů pozic pro zdravotnické pracovníky, a současně očekávají ke stejnému datu deficit 18 milionů zdravotnických pracovníků včetně 9 milionů sester. Přesto vše je samostatný vědní obor ošetrovatelství hrubě podceňován nejen veřejností, ale především nízkým profesním sebevědomím sester. Jejich mylnou představou, že ošetrovatelská profese je podřízena lékařské, bez možnosti vyjádřit pochybnost, přihlížením tomu, jak se jim omezuje profesní autonomie a jak se rozhoduje v manažerské i klinické oblasti bez jejich účasti. Dokáží se změnit?

AMPUTÁCIE DOLNÝCH KONČATÍN NA CIEVNEJ CHIRURGII

Ráčzová Regína, Malátová Klaudia

Oddelenie cievnej chirurgie FN Nitra

Cieľom prezentácie je zadefinovať pojem amputácia, vymenovať a charakterizovať najčastejšie typy amputácii, ktoré sa vykonávajú na cievnej chirurgii.

Charakterizovala som rôzne indikácie, ktoré môžu viesť k nutnosti amputačného výkonu. Samotný proces amputácie sa radí medzi menej komplikované chirurgické výkony. Je dôležitá kvalitná predoperačná príprava a následná pooperačná starostlivosť, ktorú vykonávajú chirurgické sestry na oddelení cievnej chirurgie, kde je pacient uložený na pooperačnú izbu s monitorovacím lôžkom.

Ďalšou významnou súčasťou pooperačnej starostlivosti je včasná fyzioterapia a psychologická podpora pre jednotlivcov po chirurgickom výkone. Spomeniem aj súčasné technologické pokroky v oblasti protéz, ktoré pacientom budú napomáhať obnoviť mobilitu a vrátiť sa do bežného života v čo najkratšom možnom čase.

Nesmieme opomenúť ani dôležitosť preventívnych opatrení na zníženie výskytu amputácii a na správnu edukáciu pacienta.

VARIXY DOLNÝCH KONČATÍN

Betáková Mária, Bučková Lenka

Oddelenie cievnej chirurgie, FN Nitra

Hlavnou témou práce je chronické žilové ochorenie dolných končatín – varixy. Diagnostika a následné chirurgické operačné postupy patria medzi najčastejšie výkony na oddelení cievnej chirurgie. Prezentácia má teoreticko – praktický charakter. V teoretickej časti sú zhrnuté poznatky o anatómii a fyziológii žíl dolných končatín, ďalej charakteristika, etiopatogenéza a klinický obraz varixov, následná diagnostika, terapia a dôsledná dispenzarizácia. V závere tejto časti sú uvedené špecifické problémy a komplikácie týkajúce sa danej diagnózy.

Praktická časť sa zaoberá ošetrovateľskou starostlivosťou o pacienta v predoperačnej príprave a pooperačnom období. Názočne dokumentuje komplexnú a dôslednú starostlivosť sestry o pacienta s holistickým prístupom a kvalitnou edukáciou.

TKANIVOVÉ LEPIDLÁ A HEMOSTATIKÁ VYUŽÍVANÉ V CIEVNEJ CHIRURGII UNM

Šimčíková Lucia, Môciková Zuzana, Ačjaková Anna

Oddelenie cievnej chirurgie UN Martin

S súčasnej dobe je na trhu dostupná široká škála hemostyptických látok využívaných v cievnej chirurgii na doplnenie správnych šijacích techník a na zníženie rizík perioperačného krvácania. Relatívny nedostatok komparatívnych výskumných štúdií ponecháva cievnym chirurgom možnosť výberu hemostyptických látok hlavne na základe ich osobných skúseností.

Táto práca sa zameriava na predstavenie prostriedkov používaných v cievnej chirurgii Univerzitetnej nemocnice Martin na dosiahnutie hemostázy v prípadoch, keď pretrváva reziduálne krvácanie počas chirurgických výkonov. Prostredníctvom dvoch prípadových štúdií predstavujeme tkanivové lepidlá (Tisseel a Coseal) využívané na operačných sálach cievnej chirurgie. Porovnávame a kriticky hodnotíme ich fyzikálne vlastnosti, skladovanie, spôsob prípravy, spôsob aplikácie a možnosti využitia v klinickej praxi na operačných sálach.

Predstavujeme potenciálne výhody využívania jednotlivých tkanivových lepidiel, ktoré cievnym chirurgom umožnia dosiahnuť rýchlejšiu hemostázu počas chirurgických výkonov, prispejú k skráteniu operačného času, znížia potrebu podávania transfúzných prípravkov, skráti čas hojenia rán a celkovo prispejú k skráteniu doby zotavenia pacienta.

STAROSTLIVOSŤ O PACIENTA SO ZLYHANÍM OBLIČIEK Z POHLADU CIEVNEJ CHIRURGIE

Kamenská Katarína, Lašáková Elisabeta

Klinika transplantlačnej chirurgie, oddelenie cievnej chirurgie, FNsP FDR Banská Bystrica

Jedným z odborov, ktorý participuje na starostlivosti o pacienta so zlyhaním obličiek je cievna chirurgia. Prednáška približuje túto starostlivosť na našom pracovisku od obdobia pred začatím hemodialyzačnej liečby po transplantáciu obličky, resp. až obdobie po transplantácii. Na základe rozhodnutia nefrológa o potrebe dialýzy je pacient odoslaný k cievnemu chirurgovi na vytvorenie cievneho prístupu. Druh prístupu (AVF, AVG, ADK, perm-cath) závisí od klinického stavu pacienta. Ich možné komplikácie sú riešené ambulantnou alebo hospitalizačnou cestou.

Počas dialyzačnej liečby je pacient zaradený na čakáciu listinu na transplantáciu obličky. Na zabezpečení tohto výkonu sa zúčastňujú odborníci z viacerých oddelení: Oddelenie odberu orgánov, Nefro-transplantačné oddelenie, Urologické oddelenie, Dialyzačné pracovisko, Oddelenie cievnej chirurgie, KAIM + JIS.

Cievni chirurgovia realizujú samotnú transplantáciu obličky. Okrem toho vykonávajú aj odbery orgánov od živých aj mŕtvych darcov.

Po transplantácii obličky naše pracovisko zabezpečuje chirurgickú starostlivosť pri komplikáciách štepu, ako aj ponechaného cievneho prístupu. Pripájame kazuistiku konkrétnej pacientky.

ÚLOHA OPLACHOVÉHO ROZTOKU V LIEČBE CHRONICKEJ RANY U PACIENTA DIABETES MELLITUS

Jankovič Tomáš

Chirurgická klinika FN Nitra

Používanie oplachových (obkladových) roztokov je dôležitou súčasťou hygieny rán, ich okolia a managementu biofilmu. Roztoky (resp. gély) sú indikované v liečbe ranovej infekcie, podpore autolytického/mechanického debridementu povlečených a nekrotických rán, v liečbe venózných ulcerácií, v liečbe rán u pacientov s DM a v liečbe rán, ktoré vyžadujú vyššiu frekvenciu preväzov. V praxi je možné použiť rôzne roztoky resp. gély, ktoré sa líšia svojím zložením, účinkom, ale aj spôsobom aplikácie. Superoxidovaný roztok, nový koncept v manažmente rán, je elektrochemicky spracovaný vodný roztok s neutrálnym pH, netoxický, ktorý je bohatý na reaktívne druhy kyslíka. Získava sa pomocou jedinečnej, patentovanej elektrochemickej úpravy zriedenej slanej vody. Vzniká roztok kyseliny chlórnej (HClO) a jej sodnej soli, chlórnanu (NaClO) s neutrálnym pH. Výsledkom je roztok s najniž-

šou osmolalitou, ktorý pri kontakte s infikovaným prostredím, radovo v minútach, kvantitatívne eliminuje mikróby a zápach rany. Svojím účinkom podporuje hojenie zvýšením lokálneho prekrvenia, urýchlením neovaskularizácie, znížením zápalu, výrazným zlepšením granulačného tkaniva a epitelizácie a vytvorením prostredia nepriateľského voči oportúnnym patogénom.

Sekcia E: Cievne prístupy a ochorenia žíl

ANEURYSMA BRACHIÁLNI ARTERIE NENÍ RARITNÍ POZDNÍ KOMPLIKACE AVF

Janečková Jana

II. chirurgická klinika FN Olomouc, Česká republika

Úvod: aneurysma brachiální arterie (BAA) bývá prezentováno jako raritní komplikace. Množství publikovaných kazuistik narůstá. Většina z nich má společné body jako stav po transplantaci ledviny a stav po zrušené AVF radiocefalické.

Metodika: vytvořena observační studie zaměřená na pacienty minimálně 12 měsíců od transplantace ledviny, kteří měli před transplantací založenou AVF. Tyto pacienti byli vyšetřeni ultrazvukem se zaměřením na průměr arteria brachialis, průtok funkční AVF, typ imunosuprese a typ cévního přístupu.

Výsledky: celkově vyšetřeno 208 pacientů transplantovaných ve FN Olomouc. 51 % pacientů (106) měli v době vyšetření funkční AVF. Bylo zjištěno 46 hyperfunkčních AVF (43,4 %) a 34 dilatací přívodné arterie (32,1 % z funkčních AVF, celkově 16,34 %) z toho 9 aneurysmat brachiální arterie. Všechny symptomatické aneurysmata brachiální arterie byly řešeny operačně náhradou autologní safénou, ve dvou případech využita ePTFE protéza. Jednou došlo k infekci cévní náhrady. Primární průchodnost rekonstrukcí je 89,7 % po 12 měsících. Ze sledovaných rizikových faktorů vzniku BAA byl jako jediný potvrzen průtok AVF nad 1500ml/min. Vliv užívání jednotlivých skupin imunosupresiv ani typ cévního přístupu k hemodialýze nebyl potvrzen.

Závěr: aneurysma brachiální arterie je častější, než je uváděno ve starší literatuře. Jeho incidence narůstá se zvyšujícím se počtem pacientů po transplantaci. Na tuto pozdní komplikaci je nutno myslet a zavést účinný screening.

Práce byla podpořena MZ ČR - RVO(FNOI, 00098892)

MOŽNOSTI ENDOVASKULÁRNEJ LIEČBY KOMPLIKÁCIÍ ARTERIOVENÓZNYCH FISTÚL PRE HEMODIALÝZU

Hruškovič Ján, Mondek Peter, Bedevlaskyy Ivan, Tóth Juraj, Mesárošová Simona, Milá Zdenka, Bódiš Lubomír, Kadlečíková Kristína, Duchoň Martin, Boďo Jakub, Galko Jaroslav

Oddelenie cievnej chirurgie, FN Nitra

Komplikácie arteriovenózných fistúl ako cievnych prístupov pre hemodialýzu, ku ktorým patria nedostatočná maturácia, tvorba trombov, zmeny steny prístupovej žily v zmysle aneuryziem resp. stenóz, steal syndróm, kardiálna insuficiencia, infekcia či krvácavé komplikácie, predstavujú častý dôvod chorobnosti aj opakovaných hospitalizácií pacientov v terminálnom štádiu chronickej renálnej insuficiencie.

Okrem chirurgických postupov liečby daných komplikácií predstavuje endovaskulárna liečba komplementárnu, efektívnu, minimálne invazívnu možnosť liečby niektorých komplikácií arteriovenózných fistúl pre hemodialýzu.

Cieľom prednášky je priniesť poslucháčovi aktuálny prehľad dostupných informácií o problematike a vlastné skúsenosti s endovaskulárnou liečbou komplikácií arteriovenózných fistúl pre hemodialýzu na našom pracovisku.

MALÝ KROK PRE CIEVNEHO CHIRURGA, VEĽKÝ SKOK PRE PACIENTA S A-V FISTULOU

Ondruška Matej

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

Pacienti s CKD zaradení do chronického hemodialyzačného programu sú spravidla zaťažení významnou polymorbiditou a sú odkázaní na pravidelné a veľmi časté návštevy zdravotníckych zariadení. Úlohou cievneho chirurga je nielen našiť funkčný cievny prístup pre hemodialýzu, ale pozerat' sa na pacienta z perspektívy dlhodobého časového horizontu a od počiatku sa snažiť zmierniť jeho bremeno. V uvedenej prednáške Vám prezentujeme inovatívny prístup k manažmentu tejto skupiny pacientov na našom pracovisku.

COMPARISON OF CYANOACRYLATE AGENTS VARICLOSE AND VENASEAL IN THE TREATMENT OF INSUFFICIENT SAPHENOUS VEINS

Rokošný Slavomír, Baláž Peter, Whitley Adam

FNKV Praha, Česká republika

Objective: the goal of this study was to compare the cyanoacrylate venous sealing systems VenaSeal™ and Variclose® in the treatment of superficial venous insufficiency.

Methods: A single-centre retrospective analysis on patients treated between April 2018 and April 2022 with cyanoacrylate adhesives for lower limb superficial truncal vein insufficiency was performed.

Results: the Variclose® system was used in 27 patients (30 veins) and the VenaSeal™ system in 97 patients (125 veins). The median follow-up periods for patients treated with Variclose® and VenaSeal™ systems were 267 (iQr 223) and 201 (iQr 280) days, respectively. At one year, recanalization occurred in 11 veins treated with the Variclose® system and 5 veins treated with the VenaSeal™ system. the occlusion rates estimated by the Kaplan-Meier method at 30, 90, 180, and 360 days were 100 %, 96 %, 83 %, and 42 % for veins treated with the Variclose® system and 100 %, 98 %, 96 %, and 91 % for veins treated with the VenaSeal™ system ($p < 0.01$).

Conclusions: the VenaSeal™ system had significantly better occlusion rates than the Variclose® system.

ABDOMINÁLNE A PELVICKÉ VASKULÁRNE KOMPRESIE

Žernovický František, Dulka Tomáš, Tomka Ján

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

Vaskulárne kompresívne abdominálne syndrómy sú spôsobené útlakom ciev brušnej dutiny a malej panvy susediacimi orgánmi alebo cievami. Symptomatológia je rôznorodá, od abdominálneho diskomfortu, atypických porúch peristaltiky, abdominalgie, chudnutia, dismenorhei, haematurie, dispareunie, opuchu až po klaudikáciu. Títo pacienti majú často dlhé obdobie aktívneho života deformované polytopnými obtiažami, ktorých príčina ostáva neobjasnená. Nezriedka sú spochybňovaní alebo označovaní za hypochondrov.

Zásadným problémom abdominálnych vaskulárnych kompresívnych syndrómov je ich neskoré rozpoznanie. Vedieť odhaliť spojitosť a poskladať puzzle zdanlivo nesúvisiacich obtiaží do obrazu abdominálnej vaskulárnej kompresie je výsledkom povedomia reálnej existencie týchto ochorení. Nie menej náročné je objektívne

preukázať hemodynamický dopad a mieru kompresie u jednotlivých kompresívnych syndrómov. Sonografické a CT vyšetrenie abdominálnych vaskulárnych kompresívnych syndrómov je špecifické a morfológické kritériá nie sú vždy dostačujúce. Pre indikáciu k radikálnej liečbe je dôležitá kvantifikácia.

Prednáška pojednáva o našom prístupe k diagnostike a liečbe abdominálnych a pelvických kompresívnych syndrómov.

VULVÁRNE VARIXY, DIAGNOSTIKA A LIEČBA – DVE KAZUISTIKY

Kovács Vladimír, Čupka Ivan

Oddelenie cievnej chirurgie Lučenec, n.o.

Úvod: vulvárne varikozity alebo varikózne žily vulvy, sú dilatované vény v labia majora a labia minora a vyskytujú sa u 22 – 34 % žien s varikóznymi žilami panvy a u 18 – 22 % tehotných žien. V popôrodnom období môžu perineálne žily pretrvávajúť a zväčšovať sa u 4 – 8 % pacientiek.

Metodika: vulvárne varikozity najčastejšie vznikajú v gravidite a u rodičiek, najčastejšie multipar. Okrem klinického a gynekologického vyšetrenia je nutné u žien vykonať duplexnú ultrasonografiu, nielen na potvrdenie prítomnosti varikózných žíl, ale aj na identifikáciu retrográdneho toku a určenia priemeru žily. Sonograficky je potrebné vyšetriť žily labia majora, prítoky veľkej safény a jej kmeňa, a spojenia medzi týmito žilami. Ďalšie vyšetrenia sú závislé od výsledku duplexného sonografického vyšetrenia, kedy v prípade rozšírenia ovariálnej žily a známok pelvickej žilovej kongescie je indikovaná CT flebografia za účelom anatomického nálezu panvových žíl, na potvrdenie alebo vylúčenie mesoaortickej kompresie ľavej renálnej žily alebo ľavej spoločnej panvovej žily.

Možnosti vyšetrení a liečby u tehotných žien sú obmedzené. Zobrazovacie vyšetrenie u tehotných žien s vulvárnymi varikozitami je limitované na duplexnú ultrasonografiu žíl perinea a dolných končatín.

Výsledky: autori referujú o úspešnej chirurgickej liečbe u dvoch pacientiek, ktoré niekoľko rokov boli postihnuté týmto ochorením a pochodili niekoľko gynekologických a cievnochirurgických pracovísk na Slovensku, ale bez úspechu. Buď boli odmietnuté, alebo absolvovali parciálny zákrok v zmysle čiastočného odstránenia varixov, pričom nepozorovali žiadny efekt po liečbe.

Záver: vulvárne varikozity sú často nediagnostikované vzhľadom na atypickú lokalitu varikózných žíl, pretože ženy sa ostýchajú vyhľadať lekára. V mnohých prípadoch spôsobujú preto psychoemocionálne a rodinné problémy.

Autori demonštrujú, že po radikálnom chirurgickom zákroku a kozmetickej úprave lábia dôjde ku regresii s dlhodobým efektom, ktorý vedie ku spokojnosti pacientky.

LONG-TERM OUTCOMES OF ENDOVASCULAR AND OPEN SURGICAL TREATMENT FOR PELVIC VENOUS DISORDERS

Nykonenko Andriy¹, Havrylenko Boris², Proczka Robert M.³

Oddelenie cievnej chirurgie ÚVN Ružomberok¹, Zaporozhye State Medical University, Ukraine², Medicover Hospital Warsaw, Poland³

Pelvic venous disorders (PVD) is a form of varicose disease, which is increasingly seen as the main cause of chronic pelvic pain in women which has a variety of clinical manifestations. Patients with PVD present with unexplained chronic pelvic pain that has been present for over 6 months. There are many causes for the development of chronic pelvic pain, but the main place is occupied by pelvic congestion syndrome. The aim of the study was to analyze the efficacy of the open surgical and endovascular treatment for patients with pelvic venous disorders.

Material and methods: we analyzed 57 patients with PVD, who underwent open surgical and endovascular treatment. The average age was 45 ± 9 years. BMI was $20,0 \pm 3,1$ points. Visual Analogue Scale (VAS) was $5,8 \pm 1,16$ points. The pain syndrome had the following manifestations: abdominal pain in 60 %, lumbar pain in 18 %, pain in the left upper quadrant in 40 %, pain in the left flank in 25 %, pelvic pain was observed in 80 % of patients and usually worsened after physical activity. Abdominal and transvaginal US was performed for all patients. The abdominal US shows the diameter ratios $4,5 \pm 1,7$ mm, PV ratios – $4,6 \pm 3,6$ cm/s. During transvaginal US we analyzed the diameters of paraovarian veins from the right one: $6,4 \pm 1,0$ mm and from the left one $8,0 \pm 1,6$ mm, and the diameter of the left ($9,2 \pm 1,7$ mm) and right ($5,9 \pm 1,7$ mm) ovarian veins. CT angiography was performed in all cases. The diameter of the left ovarian vein was $8,6 \pm 1,8$ and $6,3 \pm 2,16$ of the right ovarian vein. Angiography was performed in 4 patients. Surgical treatment was indicated in patients with severe symptoms, intense pelvic pain and pain in the abdominal flank, or symptoms persisting for more than 6 months. Follow-up period was maximum 5 years.

Results: surgery were performed for all patients: in one case was left renal vein (LRV) stenting, Left ovarian vein (LOV) embolization 16, balloon angioplasty LRV in one case and in 39 – open surgery including: transposition of the LOV into inferior vena cava (10) and into left iliac vein (7), in 22 cases retroperitoneal ligation of LOV according to the result of angiographic and intraoperation test to define significances stenosis of LRV. In all cases we prescribe anticoagulants (NOAC) for 1 week or 3 month. All patients relieved from symptoms. There weren't any thrombosis and mortality during this period.

Conclusion: the choice of tactics of surgical intervention is strictly individual.

Analysis of the results of surgical treatment (up to 5 year) showed relief of symptoms in all patients, safety of performed operations with an open operation – minimal approach or endovascular. A large randomized study is required to determine the indications for surgical treatment and the type of surgery.

Sekcia F: Poranenia ciev a ochorenia supraartových vetiev

MANAŽMENT CIEVNÝCH PORANENÍ KONČATÍN SPÔSOBENÝCH CIVILNÝMI STRELNÝMI ZBRAŇAMI

Kubíková Mária¹, Štefanič Peter¹, Vaško Lukáš¹, Dekanová Lucia²

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

Klinika angiológie LF UPJŠ a VÚSCH a.s., Košice²

Úvod: v našich podmienkach strelné poranenia nie sú časté. Jedná sa o desiatky až stovky prípadov ročne .

Klinický materiál: predstavujeme súbor 3 pacientov so strelným poranením ciev, kde bola potrebná cievna rekonštrukcia. V jednom prípade bola zasiahnutá karotická tepna v oblasti bifurkácie, v druhom prípade sa jednalo o poranenie femorálnej žily v mieste odstupe v. femoralis profunda, v treťom prípade došlo ku kompletnej lézii podkolennej tepny a parciálnej lézii podkolennej žily.

Výsledky: prvým krokom bol výplach rany, odstránenie koagúl a zastavenie krvácania. Jedenkrát sme zrušili a –v fistulu v oblasti karotickej tepny s jej rekonštrukciou za pomoci záplaty, v druhom prípade sme rekonštruovali vénu za pomoci interpozita a treťom prípade sme robili rekonštrukciu popliteálnej tepny za pomoci interpozita a rekonštrukciu popliteálnej žily anastomózou end to end. Neurologické komplikácie pri karotickej tepne sme nemali, po rekonštrukcii popliteálnej tepny sa rozvinul rozsiahly kompartment syndróm a nutné boli rozsiahle faciotomie.

Záver: výskyt strelných poranení v mierových podmienkach je veľmi nízky a skúsenosti s ich ošetrovaním sú malé. Preto je potrebné využiť všetky skúsenosti z ošetrovania iných ťažkých končatinových poranení s dôrazom na to, že je potrebné čo najskôr zabezpečiť perfúziu s dobrým žilovým návratom a včasnú fasciotomiu. Ranu ošetrujeme podľa reálneho stupňa poškodenia organizmu a nie je nutnosť znalosti technických parametrov zbrane.

PORANENIE CIEV HORNEJ KONČATINY

Štefanič Peter, Kubíková Mária, Zavacká Martina

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

Cievne poranenia hornej končatiny predstavujú 30 až 50 % všetkých poranení periférnych ciev. Poranenia ciev vo všeobecnosti môžeme rozdeliť na ostré, tupé a kombinované. Pri ostrom poranení hornej končatiny je takmer vždy poranená aj cieva. Pri povrchovom poranení ide najčastejšie o poranenie povrchových žíl. Pri penetrujúcom, ostrom poranení ide o poškodenie nie len povrchových vén, ale častokrát aj tepien a ich sprievodných žíl, samozrejme, v kombinácii s poranením mäkkých tkanív, šliach, svalov a nervov. V prípade hlbokých rezných alebo strelných poranení je prítomné aj devastačné poranenie kostí. V súčasnosti je možné zachrániť až 95 % končatín pri nedevestačných poraneniach kostry. Naopak, pri ťažkých poraneniach kde, dochádza k devastácii mäkkých tkanív a kostí, dosahuje miera amputácie až 70 %. Poranenie hornej končatiny predstavuje veľkú výzvu pre odborníkov nielen z cievnej chirurgie, ale aj pre ortopédov, neurochirurgov či plastických chirurgov. Častokrát je potrebné prijať mnohé rozhodnutia urgentne, ktoré v konečnom dôsledku výrazne ovplyvnia výsledok liečby. Aj napriek masívnemu rozvoju v medicíne, poranenie cievnych štruktúr hornej končatiny môže viesť k strate končatiny či fatálnemu koncu v dôsledku masívneho krvácania.

PORANENIE HRUDNÍKOVÝCH VETIEV SUPRAAORTOVÝCH ARTÉRIÍ

Molčan Tibor, Keher Igor, Škuta Radoslav

FN Trnava

Výskyt: asi 3 % poranení tepnového systému

Etiológia: poranenia kriminálneho charakteru – strelné, bodné, siucidálne pokusy a poranenia ciev pri dopravných nehodách a pri zlomeninách fragmentom kosti

Charakteristika:

1. masívne krvácanie z penetračného otvoru s rýchlou exsanguináciou
2. masívne alebo proťahované krvácanie do hrudníkovej dutiny
3. absencia exaktnej diagnostiky pri ohrození života pacienta z hemor. šoku
4. len nepatrná časť sa dostane na ošetrenie do nemocnice
5. prvotné a často aj definitívne ošetrenie na operačnom sále

Prístup: laterálna torakotómia, mediánna sternotómia, supraklavikulárny prístup

Podmienky úspešného ošetrenia:

- prednemocničná starostlivosť (zastavenie alebo aspoň obmedzenie krvácania – kompresia, naloženie cievnej svorky?)

- dostatok náhradných roztokov, krvi
- komunikácia medzi záchranými zložkami a nemocničným zariadením
- optimálna voľba prístupu, zaistenie tepnového úseku nad i pod miestom poranenia
- schopnosť obnovenia anatomickej prúdovej dráhy – sutúra cievnej steny, angioplastika, cievna rekonštrukcia s nahradením cievnu protézou
- kompetentná pooperačná starostlivosť

Vlastné skúsenosti: v priebehu posledných 5 rokov – 3 poranenia hrudníkových vetiev supraaortových artérií

1. Pacient po suprakondilickej zlomenine humeru s krvácaním z poškodenej art. axillaris kostným úlomkom pri repozícii v ramennom kĺbe
 - masívne krvácanie, hypotenzia,
 - tlaková tamponáda tepny, zaistenie kraniálneho i kaudálneho tepnového úseku nad i pod miestom lézie s naložením svoriek
 - identifikácia miesta poškodenia a rekonštrukcia prúdovej dráhy – angioplastika tepny odstupovou vetvou.
2. Pacient s viacpočetnými bodnými ranami na ľavej strane hrudníka, parasternálne – 8 x s krvácaním do hrudníkovej dutiny – ošetrovanie krvácajúcich ciev z mediálnej laparotomie
3. Pacient s bodnou ranou na krku vľavo vedenou v oblasti úponu m. SCM na klavikulu mediálne nadol do hrudníkovej dutiny. Poranenie ošetrené zaistením a. subclavia vľavo a následne ošetrovanie krvácania zo supraklavikulárneho prístupu.

Záver: nedostatok relevantných informácií od kolegov – „veľké artériové krvácanie z miesta poranenia“, komplikované ohodnotenie krvných strát pri krvácaní do hrudníkovej dutiny – len na základe klinického stavu pacienta. Nemožnosť podrobnej diagnostiky – pacient privezený urgentne na operačný sál. Bezvadná prednemocničná starostlivosť, realizovaná záchranými zložkami – zabezpečenie cievneho prístupu a dopĺňanie náhradnými roztokmi a krvnými derivátmi. Kompetencia zo-hratého ošetrojúceho personálu a voľba adekvátneho prístupu. Šťastie na strane pacienta i chirurga.

ATRAUMATICKÁ ANEURYZMA EXTRAKRANIÁLNEJ VERTEBRÁLNEJ ARTÉRIE – RARITNÁ ZÁLEŽITOSŤ, EXTRÉMNE NÁROČNÁ LIEČBA

Slyško Roman¹, Kuniak Matúš², Marton Ernest³, Humpolcová Zuzana⁴, Kissová Silvia³

Oddelenie cievnej chirurgie, NsvCaM Antolská, UN Bratislava¹, Neurochirurgia Bory Bratislava², CINRE – oddelenie cievnej chirurgie, Bratislava³, Neurológia Bory, Bratislava⁴

Aneuryzma extrakraniálneho úseku vertebrálnej tepny je raritná entita, počet publikovaných prípadov nepresahuje číslo 10. Ohrozuje pacienta možnosťou ruptúry s následnou exsanguináciou alebo prípadnými embolizáciami do mozgu v povodí bazilárneho riečiska s rizikom ischemie.

Prezentujeme kazuistiku 37 ročnej pacientky s dvoj dutinovou aneuryzmou vertebrálnej tepny v extrakraniálnom úseku a úplnom vylúčení možnosti endovaskulárnej liečby pri dvojnásobnom závažnom kinkingu v jej odstupe a medzi dvomi dutinami aneuryzmy. Za komplexného neuro-fyziologického monitoringu (MEPs, SSEPs, TCO) ponúkame úspešnú chirurgickú exklúziu aneuryzm, ktorá však neprebíhala hladko a bez komplikácií. Táto oblasť sa vyznačuje špecifikami, ktoré nenájdete v guidelines a vymykajú sa rámcu „bežnej“ práce aj skúseného angiochirurga.

CHIRURGICKÁ LIEČBA SUPRAARTÁLNYCH VETIEV V SÚSCH a.s.

Urbán Peter

II. Klinika kardiochirurgie SZU Banská Bystrica, SÚSCH a.s., Banská Bystrica

Vzhľadom k nárastu pacientov s akútnymi aortálnymi syndrómami na našom pracovisku, je zvýšená požiadavka na chirurgickú liečbu supraaortálnych vetiev.

CAROTID BODY TUMOR – RARITNÍ FAMILIÁRNÍ OBOUSTRANNÝ VÝSKYT TOHOTO VZÁCNEHO TUMORU – KAZUISTIKA

Blaha Lubomír, Bulejčík Ján, Říha Daniel

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

Carotid body tumor (CBT) byl poprvé popsán v roce 1746 Von Hallerem. Jde o extrémně vzácný tumor, jehož přesná incidence není ani známá. V roce 1971 bylo celosvětově popsáno pouze 500 případů a o deset let později jen o něco více než 1 000. V managementu jeho terapie stále panují četné kontroverze. Je stále málo známo o jeho etiologii, biologickém chování nebo možné maligní transformaci. CBT může být klasifikován jako sporadický, familiární nebo jde o jeho hyperplastickou formu.

Rodinný výskyt se objevuje asi u 10 % případů. Oboustranný tumor se u těchto familiárních případů objevuje v méně než 30 procentech. Proto již tak extrémně raritní tumor se v těchto případech stává ještě vzácnější.

V našem sdělení prezentujeme vzácný případ familiárního oboustranného tumoru karotického glomu u otce a dcery. K tomu přidáváme naše zkušenosti s diagnostikou, managementem a chirurgickým řešením těchto tumorů na našem pracovišti včetně jedné nečekané a vzácné perioperační komplikace.

Sekcia G: Endovaskulárna liečba ochorení aorty

KRČNÍ DEBRANCHING AORTÁLNÍHO OBLOKU – MOŽNOSTI CÉVNÍ CHIRURGIE PRO HYBRIDNÍ VÝKONY NA AORTÁLNÍM OBLOKU

Utíkal Petr¹, Köcher Martin², Jaroščiaková Júlia¹, Černá Marie², Janečková Jana¹

II. chirurgická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika¹,

Radiologická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika²

Za posledních dvacet let se staly hybridní výkony /HV/ dobře zavedenou a úspěšně využívanou metodou léčby u vhodně vybraných nemocných s patologiemi aortálního oblouku. Zvláště u nemocných s vysokým operačním rizikem se jedná o výkony významně snižující perioperační morbiditu a letalitu.

Princip HV je v použití kombinace endovaskulární technologie „off-label“ a klasických technik otevřené chirurgie s cílem vytvořit vhodnou proximální kotvicí zónu pro stentgraft, a tak umožnit řešit patologii aortálního oblouku.

Pro patologie postihující distální aortální oblouk s možností kotvení stentgraftu v aortální zóně 1,2 je stále možné s výhodou použít tzv. krční debranching aortálního oblouku, který nevyžaduje přímý přístup k ascendentní aortě přes sternotomii, a může být proveden na pracovištích poskytujících současně endovaskulární výkony na aortě a výkony cévní chirurgie. Revaskularizace povodí levostranných větví/ levé karotické tepny a levé podklíčkové tepny/ aortálního oblouku je řešena chirurgicky metodou extraanatomického bypassu a vlastní patologie aortálního oblouku pak endovaskulárně s ukotvením stentgraftu v zóně 1,2.

Tyto HV jsou určeny především pro nemocné s vysokým operačním rizikem pro klasický kardiochirurgický výkon a s nevhodnou morfologií aortálního oblouku pro endovaskulární léčbu větveným stentgraftem.

TOTÁLNÍ ENDOVASKULÁRNÍ NÁHRADA AORTÁLNÍHO OBLOUKU (TEAAR)

Köcher Martin¹, Procházka Pavel², Utíkal Petr³, Černá Marie¹, Šantavý Petr⁴

Radiologická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika¹, II. interní klinika VFN

a LF UK Praha, Česká republika², II. chirurgická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika³,

Kardiochirurgická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika⁴

Otevřená chirurgická léčba reprezentuje zlatý standard léčby patologií aortálního oblouku zvláště u pacientů s nízkým operačním rizikem. Alternativou pro rizikové pacienty nevhodné pro otevřenou operaci či hybridní výkon se díky technologickému pokroku nyní stala totální endovaskulární náhrada aortálního oblouku (TEAAR) pomocí větveného stentgraftu pro aortální oblouk.

Endovaskulární výkon bez sternotomie, hypotermie a mimotělního oběhu poskytuje méně invazivní léčbu s potenciálem menší morbiditativy a letality zvláště u pacientů s vysokým operačním rizikem. TEAAR za pomoci technologie vnitřních větví poskytuje v oblasti aortálního oblouku vysokou technickou úspěšnost a akceptovatelné časné výsledky. Nicméně současnou hlavní limitací použití této technologie je průměr, délka a angulace proximální kotvící zóny.

PRŮCHODNOST FENESTRACÍ PO IMPLANTACI FENESTROVANÝCH A VĚTVENÝCH STENTGRAFTŮ U PACIENTŮ S PARARENÁLNÍM ANEURYZMATEM BŘIŠNÍ AORTY

Černá Marie¹, Köcher Martin¹, Utíkal Petr²

Radiologická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika¹,

II. chirurgická klinika FN a LFUP Olomouc, Česká republika²

Cíl: zhodnotit průchodnost fenestrací pro renální tepny, horní mezenterickou tepnu a truncus coeliacus u pacientů po implantaci fenestrových a větvených stentgraftů pro pararenální aneuryzma břišní aorty. Dalším cílem bylo zhodnotit výskyt pozdního endoleaku typu Ia.

Materiál a metoda: v období od roku 2002 do roku 2023 bylo na našem pracovišti léčeno 88 pacientů s pararenálním aneuryzmatem břišní aorty implantací fenestrového nebo větveného stentgraftu. Z toho bylo 14 žen a 75 mužů ve věku od 51 do 86 let, věkový průměr byl 72 roky. Rok a déle (1 – 13 let) bylo sledováno 69 pacientů, a to CT angiografií jednou ročně. Průměrná doba sledování byla 4,7 let, medián 4 roky. Celkový počet fenestrací u 88 nemocných bylo 264. Déle, než rok bylo sledovaných 207 fenestrací.

Výsledky: celkově došlo k uzávěru 13 fenestrací, pět se uzavřelo během prvního

roku, 5 za rok po výkonu, dvě fenestrace 2 roky po výkonu a jedna fenestrace se uzavřena 6 let po výkonu. Jednoroční primární průchodnost fenestrací byla v našem souboru 95 %, tříletá 93 %, pětiletá průchodnost byla 88 %. Během sledování jsme u žádného pacienta nezaznamenali endoleak typu Ia.

Závěr: průchodnost fenestrací u pacientů po implantaci fenestrovaných a větvených stentgraftů pro pararenální aneuryzma břišní aorty je dobrá. Zlepšení proximální fixace pak vede ke snížení rizika migrace a výskytu endoleaku typu Ia.

ENDOVASKULÁRNÍ LÉČBA ANEURYSMAT SPOLEČNĚ A VNITŘNÍ PÁNEVNÍ TEPNY

Wierzoń Marian

Intervenční radiologie Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Třinec, Česká republika

Izolovaná aneurysmata společně a vnitřní pánevní tepny jsou vzácným nálezem (0,003 % populace), oproti tomu se často vyskytují společně s aneurysmatem břišní aorty (40 % případů), ve čtvrtině případů se jedná o aneurysmata oboustranná. Naprostá většina z nich je asymptomatická, klinicky obtížně detekovatelná, téměř vždy se jedná o náhodné CT nálezy. K řešení jsou indikovaná asymptomatická aneurysmata průměru 4cm a více, u vnitřní pánevní tepny je někdy uváděna velikost 3 cm. Otevřená chirurgická reparace může být doprovázena většími krevními ztrátami, vyšší morbiditou a mortalitou. Ve srovnání s chirurgickou reparací je endovaskulární terapie zatížena nižší četností komplikací a mnoho institucí ji prosazuje jako metodu první volby. U aortoiliakálních aneurysmat a při nekvalitní proximální landing zóně je reparace aneurysmat pánevních tepen integrální součástí EVAR, kdežto izolovaná pánevní aneurysmata se většinou řeší prostým přemostěním pomocí tubulárního stentgraftu. U vnitřní pánevní tepny se používá i jiné techniky jako embolizace výtokových tepen či implantace Amplatzer okluderu do lumen. Specifickým problémem je zachování průchodnosti vnitřní pánevní tepny, uzávěr, zvláště oboustranný, může být doprovázen závažnými komplikacemi, jako nekróza kůže gluteální oblasti, střevní a míšní ischemie.

Za příznivých morfologických podmínek lze zachování průchodnosti vnitřní pánevní tepny dosáhnout implantací branchovaného iliakálního stentgraftu, nejlepší výsledky stran prevence vzniku závažných komplikací poskytuje zachování průchodnosti obou hypogastrických tepen.

NAŠE SKÚSENOSTI S LIEČBOU NESKORÝCH KOMPLIKÁCIÍ PO IMPLEMENTÁCII EVAS NELLIX STENTGRAFTU

Bulejčák Ján¹, Blaha Lubomír¹, Wierzgoń Marian²

Centrum cévní a miniinvazivní chirurgie, Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Třinec, Česká republika¹, Intervenzní radiologie Nemocnice AGEL Třinec-Podlesí a.s., Třinec, Česká republika²

Ciel: prezentovať naše klinické skúsenosti s riešením migrácie a endoleaku Ia po implantácii Nellix stentgraftu. Zavedenie nového systému kotvenia stentgraftu pri EVAR pomocou endograftu Nellix (Endologix Inc, Irvine, Kalifornia) malo za cieľ špecificky riešiť problém endoleakov typu II. a znížiť tak počet reintervencií po EVAR.

Jedná sa o stentgraft nového typu, kde sa dosahuje ukotvenie SG vo vaku AAA polymerom namiesto proximálnej fixácie v krčku aneuryzmy (EVAS – endovascular aneurysm sealing). To viedlo k širokému použitiu EVAS i pri nevhodných krčkoch. Včasné klinické výsledky boli optimistické, ukazovali nízky výskyt zlyhania a endoleakov hlavne EL typ II. 0,6 – 2 % po EVAS vs. 10 – 22 % po EVAR.

Napriek počiatočným skúsenostiam, že EVAS môže mať dokonca lepšie strednodobé výsledky v porovnaní s EVAR (93 % vs 88 %/3 roky), ďalšie štúdie však ukazujú, že stredne a dlhodobé výsledky majú neakceptovateľnú mieru zlyhania (58 %/4 roky). Ukazujú vyšší počet endoleakov Ia a migrácií SG ako sa očakávalo. EL Ia 25 – 36,5 % po EVAS vs 3,5 % po EVAR. Počet reintervencií 25 – 37,3 % po EVAS vs 14,5 % po EVAR. Vo väčšine prípadov je migrácia SG a EL detekovateľná po viac ako 2 rokoch po primárnom výkone.

Z terapeutických možností prichádza do úvahy endovaskulárna (EV), alebo chirurgická liečba.

EV liečba: Proximálna extenzia SG–Nellix–in Nellix (NiNa) je možná, ak je dĺžka krčku viac ako 20mm, dosiahnuteľná i za cenu intenzívneho zavedenia SG do viscerálnych tepien (chimney NiNa).

Chirurgická liečba je indikovaná v emergentných prípadoch pri RAAA, aortoenterickej fistule. K elektívnej chir. th. – distálna migrácia SG viac ako 5 mm spojená s EL Ia a expanziou vaku. Pri operácii sa vykoná explantácia endobagov Nellixu, cieвна rekonštrukcia ABF, Ao – biilickým bypasom.

Na našom pracovisku sme v období r. 2015 – 2019 implantovali 56 Nellix endograftov. 5/56 pac. (8,9 %) vyžadovalo reintervenciu. 2 pacienti boli indikovaní k EV reEVAR – chimney NiNa (LRA). Priemerný vek pacientov 77 r., interval od primárneho EV výkonu k reintervencii 2 a 4 roky. 3 pacienti boli indikovaní k chirurgickej liečbe.

1. pacient s ruptúrou AAA, (75 r.) 3 roky po primárnom výkone – EL Ia EV – lepidlo ONIX, o ďalší 1 rok recidíva EL Ia s rýchlou progresiou rastu AAA a ruptúrou.

Th: explantácia stentgraftu, Aortobilický bypass.

2. pacient s RAAA (85 r.), 4 roky po primárnom výkone EL Ia, ruptúra AAA, hemoragický šok. Th: explantácia SG a aortobifemorálny bypass. Exitus 1 poop. deň.
3. pacientka (71 r.), 5 rokov po primárnom výkone expanzia vaku AAA, EL Ia. Explantácia SG a aortobifemorálny bypass.

Z piatich reintervenovaných pacientov 1 pacient exitoval na irevezibilný hemoragický šok po RAAA. Ostatní pacienti sú asymptomatickí, sledovaní na našom pracovisku.

Záver: stredne a dlhodobé výsledku po EVAS ukazujú signifikantné riziko zlyhania. Na našom pracovisku bol posledný Nellix implantovaný 8. 1. 2019.

Je nevyhnutný striktný follow-up protokol u všetkých pacientov po EVAS, pretože včasná indentifikácia a agresívna liečba leaku Ia a migrácie SG je rozhodujúca. Výsledky EV s NiNa a CHNiNa sú validne, ale vyžadujú ďalšie dlhodobé sledovanie. Výsledky chirurgickej liečby sú dlhodobo najlepšie a je potrebné ich vykonať kedykoľvek je to možné.

Sekcia H: Varia, klinicky zaujímavé kazuistiky

ILIO-MEZENTERICKÝ BYPASS PRI UZÁVERE TRUNCUS CELIACUS A A. MESENTERICA SUPERIOR – KAZUISTIKA

Takács Róbert, Bajčíková Barbara, Čepcová Katarína, Lámala Róbert, Slyško Roman

Oddelenie cievnej chirurgie UNB Petržalka, Bratislava

Endovaskulárna liečba je pri vhodnom type lézie metódou voľby u pacientov s chronickou mezenterickou ischémiou. Operačná liečba by mala byť vyhradená u pacientov s léziou nevhodnou na EVL, po zlyhaní EVL a u vybranej skupiny mladších pacientov s priaznivou dlhodobou prognózou.

Autori prezentujú kazuistiku 73-ročného polymorbídneho pacienta indikovaného na riešenie pre abdominálnu angínu s výraznou stratou hmotnosti a odstupový uzáver TRC a AMS – nevhodný na endovaskulárnu liečbu. Operácia – ilio–mezen-terický bypass (AIC I.sin. – AMS) pomocou PTFE protézy a následný priebeh bez komplikácií, pacient je t.č. sledovaný 1,5 roka po operácii. Prezentácia obsahuje obrazovú dokumentáciu – CT nálezy predoperačne, pooperačne, fotodokumentácia.

ANEURYZMY PANKREATIKODUODENÁLNEJ ARKÁDY

Kminiak Radoslav¹, Janek Július¹, Strachan Ján²

Klinika transplantáčnej chirurgie, oddelenie cievnnej chirurgie, FNsP FDR Banská Bystrica¹, Interná klinika FNsP FDR Banská Bystrica²

Aneuryzmy pankreatikoduodenálnej arkády (APDA) patria do podskupiny aneuryziem viscerálnych artérií (AVA). Incidencia sa pohybuje priemerne do 2 % zo všetkých AVA. Približne v 60 % až 80 % je ich výskyt v spojení so stenózou prípadne oklúziou truncus coeliacus alebo arteria mesenterica superior (AMS). Pre výber vhodného liečebného postupu je zásadná dôkladná predoperačná identifikácia variácií cievnneho zásobenia a z toho vyplývajúce možné nežiadúce hemodynamické zmeny pri plánovanej intervencii. Rovnako potrebné je ozrejmiť si vzťah vaskulárnej patológie k susediacim nevaskulárnym anatomickým štruktúram ako ductus pancreaticus a ductus choledochus.

V súčasnosti je v liečbe za metódu voľby považovaná endovaskulárna intervencia (EI). V našej práci prezentujeme prípad 62 ročného muža sledovaného v kardiologickej ambulancii pre aneurizmu ascendentnej aorty. Pri protokolárnom CT vyšetrení bola ako vedľajší nález verifikovaná 40 mm aneurizma arteria pankreaticoduodenalis posterior (APDP), oklúzia truncus coeliacus a dystopický odstup arteria hepatica dextra (AHD) z arteria mesenterica superior (AMS).

Výsledok bol referovaný v rámci interdisciplinárneho seminára, kde bola metóda EI hodnotená ako riziková. Pre ozrejmenie vzťahov k okolitým štruktúram sme využili možnosť endoskopickéj ultrasonografie (EUS). Pacientovi bola realizovaná exklúzia aneurizmy resekciiu prívodnej a odvodnej artérie aneurizmy s ich vzájomnou anastomózou. V prípadoch obliterácie prívodných tepien a nevhodných anatomických variácií arteriálneho stromu pre EI, chirurgické riešenie stále zostáva najbezpečnejšou voľbou.

UNILATERALNÝ UZÁVER ILIAKÁLNYCH ARTÉRIÍ – MOŽNOSTI CHIRURGICKEJ LIEČBY

Kopolovets Ivan, Sihotský Vladimír, Polovková Kristína, Sabol František

Klinika srdcovej a cievnnej chirurgie UPJŠ LF a KCE, Košice-Šaca

Aortoiliakálna okluzívna choroba môže viesť k celému radu klinických symptómov od klaudikácií až po závažnú kritickú ischémiu ohrozujúcu končatiny. Vývoj endovaskulárnych technológií umožnil rozšíriť spektrum možností revaskularizácie, avšak otvorené chirurgické techniky stále zohrávajú dôležitú úlohu u pacientov s aterosklerotickým postihnutím suprainguinálnych artérií.

Na správne dodiferencovanie indikačných skupín pacientov slúži TASC klasifiká-

cia, ktorá popisuje lokalizáciu, typ a dĺžku aterosklerotického postihnutia aortoiliakálnej oblasti.

Z praktického hľadiska, samostatnou skupinou sú pacienti s unilaterálnym uzáverom iliakálnych artérií. Endovaskulárna liečba má nepochybne jednoznačný benefit, avšak problém nastáva pri výbere vhodného chirurgického spôsobu pri vyčerpaných možnostiach miniinvazívnej revaskularizácie. K dispozícii máme hybridné výkony, aortobifemorálny bypass, trombendarterektómiu iliakálnych artérií/unilaterálny bypass z retroperitoneálneho prístupu, crossover bypass.

Voľba spôsobu arteriálnej rekonštrukcie závisí od viacerých faktorov: vek pacienta, kardiálny stav, polymorbidita, operačné výkony v anamnéze atď. V prednáške predstavujeme analýzu dostupných literárnych zdrojov v liečbe unilaterálnych uzáverov iliakálnych artérií, indikačné kritériá a taktiež uvádzame vlastné klinické skúsenosti s týmito operačnými výkonmi.

ROZVOJ ALI PRI DILATAČNEJ FORME ATEROSKLERÓZY

Lámala Róbert, Čepcová Katarína, Smoter Šimon, Slyško Roman

Oddelenie cievnej chirurgie UNB Petržalka, Bratislava

Cieľ: prezentácia konkrétnych prípadov vzniku ALI na podklade dilatačnej aterosklerózy.

Úvod: ateroskleróza je generalizovaný proces postihujúci cievnu stenu artérií, vedúci k tvorbe lézií cievnej steny s ich následnou reparáciou vo forme aterosklerotických plátov. Následkom toho môžu vzniknúť aj akútne komplikácie AS plátov ako napríklad ruptúra plátu a vznik trombu v mieste dysrupcie, krvácanie do plátu, rozrušenie plátu a embolizácia samotných más do periférie s rozvojom akútneho ischemického syndrómu dolných končatín. ALI ohrozuje človeka nielen stratou končatiny, ale aj zvýšeným rizikom mortality na podklade vzniku abnormalít v acidobázickej a elektrolytovej rovnováhe. Práve riziko amputácie je vyššie u pacientov, u ktorých ALI vzniká na podklade PAO. Preto je nutné neodkladné riešenie pri adekvátnych klinických symptómoch. Pri ALI na podklade PAO sú často nevyhnutné urgentné rekonštrukčné bypassové výkony v rozsahu nutnom na základe diagnostickej angiografie. Po našití rekonštrukcie dochádza k rozvoju ischemicko-reperfúzneho syndrómu, ktorý sa podieľa až na cca 15 % mortalite pacientov po ALI na podklade PAO. Preto je v tomto prípade často nevyhnutnosť aj realizácia fasciotómie na postihnutej končatine.

Záver: autori konštatujú nevyhnutnosť primárneho adekvátneho cievno-chirurgického operačného výkonu v časovom okne pre záchranu končatiny pod vedením cievneho chirurga.

MODERNÝ PRÍSTUP K NEHOJACIM SA RANÁM V CIEVNEJ CHIRURGII

Piš Marián, Machajová Linda, Žernovický František ml.

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

V dnešnej dobe je hojenie rán vo všeobecnosti brané stále na ľahkú váhu, ide pritom o mimoriadne komplikovaný proces, závisiaci od mnohých okolností a faktorov. Revaskularizáciou alebo termináciou refluxu v povrchovom venóznom systéme starostlivosť o nehojacu ranu iba začína.

Klasická vlhká terapia v mnohých prípadoch nie je dostačujúca a je nutné siahnuť po omnoho sofistikovanejších bioaktívnych preparátoch, ktoré zasahujú aktívne do biológie hojenia rany. Používanie strieborných krytí má jasne vymedzené indikácie, ktoré sa vo všeobecnosti nedodržiavajú, napriek tomu, že je tendencia k prechodu na non-medicated antimikrobiálne krytia, ktoré sú inertné a nezaplavujú ranu toxickými látkami. Za zmienku tiež stojí perorálna suplementácia, prípravkami podporujúcimi stavbu kolagénových a elastínových vlákien, ktoré tvoria extracelulárnu matrix formujúceho sa spojivového tkaniva. Súčasťou komplexného a moderného prístupu k nehojacej sa rane a pacientovi, ako takému, je aj koncept starostlivosti zameranej na človeka.

Prehľadová prednáška prináša informácie o moderných krytiach, ktoré by mali byť bežnou súčasťou výbavy lekára, zaoberajúceho sa liečbou nehojajúcich sa rán.

MANAŽMENT EXSUDÁTU V LIEČBE SYNDRÓMU DIABETICKEJ NOHY

Jankovič Tomáš

Chirurgická klinika FN Nitra

Syndróm diabetickej nohy je podľa Medzinárodného konsenzu pre syndróm diabetickej nohy definovaný ako infekcia, ulcerácia alebo deštrukcia tkaniva nôh (tj. štruktúr pod členkom) u pacientov s DM. V praxi najčastejšie diagnostikujeme tento syndróm u diabetikov s typickými ulceráciami alebo gangrénami na nohách. Vždy ide o chronický proces, ktorý je charakterizovaný lokálnymi ale aj systémovými zmenami. Tak ako aj v liečbe iných chronických rán, tak aj pri tomto syndróme dôležitú úlohu zohráva manažment exsudátu.

V modernom koncepte liečby chronických rán je použitie superabsorbentov (SAP) odporúčaným spôsobom manažmentu exsudátu. Superabsorbenty sú viacvrstvené krytia rany, ktorých absorpčná kapacita je niekoľkokrát vyššia ako tradičné penové krytia. Mechanizmus SAP je založený na absorpcii a zadržiavaní exsudátu resp. jeho zložiek – baktérií, zápalových buniek a mediátorov zápalu. Dochádza

k redukcii aktivity MMP, čím sa redukuje obsah inhibítorov hojenia v rane. Absorpciou nadbytočného exsudátu chránia aj okolie rany pred maceráciou a inflamáciou. Silikónová vrstva moderných supeabsorbentov v kontakte s ranou umožňuje jednoduchú aplikáciu a takmer bezbolestné, atraumatické odstránenie. Nižšia frekvencia prevazov a optimálne prostredie pre liečbu rany skráti dĺžku liečby, zvyšuje compliance pacienta a znižuje finančnú náročnosť liečby.

INTERDISCIPLINÁRNA SPOLUPRÁCA AKO NÁSTROJ K ZVÝŠENIU BEZPEČNOSTI FARMAKOTERAPIE PACIENTOV S CIEVNÝM OCHORENÍM

Porubcová Slávka¹, Lajtmanová Kristína², Szmicseková Kristína², Slezáková Veronika², Jakubík Michal³, Drobná Eva⁴, Tomka Ján², Tesař Tomáš⁵
*NÚSCH a.s. Bratislava a Farmaceutická fakulta UK v Bratislave¹,
Klinika cievnej chirurgie LF SZU a NÚSCH, a. s., Bratislava², MIA Solutions Bratislava³,
Akadémia ozbrojených síl gen. M.R.Štefánika, Liptovský Mikuláš⁴,
Farmaceutická fakulta UK v Bratislave⁵*

Ciele: biomedicínsky výskum PHAROS prebiehal na Klinike cievnej chirurgie Národného ústavu srdcových a cievnych chorôb, a.s. v Bratislave od septembra 2021 do augusta 2022. Zahŕňal dospelých pacientov s ochorením karotickej artérie alebo s periférnym ochorením dolných končatín, ktorí užívali minimálne tri lieky. Zhromaždili sa komplexné údaje o pacientoch vrátane demografických údajov a histórie užívaných liekov. Rekonziliáciu liekov nasledovanú jej revíziou vykonávali vyškolení nemocniční farmaceuti pri prijatí aj prepustení. Zákroky navrhnuté farmaceutom boli zdokumentované a oznámené lekárovi; pacienti boli pri prepustení edukovaní o správnom užívaní ich liekov.

Výsledky: medzi 105 zaradenými pacientmi bol priemerný počet farmakoterapeutických problémov (FTP) pri prijatí $2,29 \pm 2,09$, výrazne klesol na $1,55 \pm 1,81$ pri prepustení ($p < 0,001$). Najčastejšími zistenými FTP boli neliečené symptómy alebo indikácie, ktoré vykazovali výrazné zníženie po zásahoch farmaceuta. Prevládala polyfarmácia, pričom kritériá spĺňalo 52,38 % pacientov pri prijatí a 54,29 % pri prepustení. Prevládajúce skupiny liekov spojené s FTP boli tie, ktoré sa týkali kardiovaskulárneho systému (39,40 %), nasledovali lieky ovplyvňujúce tráviaci trakt/metabolizmus (26,11 %), nervový systém (9,56 %), krv/krvotvorné orgány (8,62 %) a dýchacie cesty (5,36 %). Lekári akceptovali viac ako 57 % intervencií odporúčaných farmaceutom, hoci miera prijatia bola vyššia pri prijatí (66,10 %) ako pri prepustení (41,10 %). Nižšia miera akceptácie pri prepustení bola spôsobená najmä odporúčaniami týkajúcimi sa vysadenia dlhodobého alebo chronicky predpisovaných liekov, často smerovaných k ambulantným lekárom. V dôsledku toho zostal stav

prijatia týchto odporúčaní neznámy a predstavoval 44,17 %. Viac ako 50 % pacientov bolo klasifikovaných ako pacienti s dobrým porozumením.

Záver: výskum ukazuje, že intervencie vedené nemocničným farmaceutom významne znižujú FTP u pacientov s cievnym ochorením počas hospitalizácie, čím sa zvyšuje bezpečnosť pacienta a zlepšuje klinické výsledky. Výskum podčiarkuje úlohu farmaceutov pri spolupráci s lekármi pri zlepšovaní starostlivosti o pacientov a manažmente liekov.

Hlavní partneri



Vystavovatelia



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



**Lieči
venózný
zápal^{5,6}**

**Najsilnejšie
odporúčania
1B¹**

**180x
500 mg**

**30x
1000 mg**

2x 500 mg

1x 1000 mg

**pravidelná dlhodobá
liečba¹⁰**

kedykoľvek a kdekoľvek¹⁰

1. postlášaj 2. otvor 3. vypi

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

**Detralex
= jediný
s MPFF^{9,10}**

**Detralex
nemá
generikum
12,13**

www.detralex.sk

Skrátená informácia o lieku

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

Zloženie*: DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 500 mg: 450 mg diosmín, 50 mg flavonoidy vyjadrené ako hesperidín/ Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku, Čistená mikronizovaná flavonoidná frakcia 1000 mg: 900 mg Diosmín, 100 mg flavonoidy vyjadrené ako Hesperidín. **Indikácie***: Liečba venolyfatickej insuficencie s nasledujúcimi symptómami: pocit ťažkých nôh, ranný výskyt pocitu unavených nôh, bolesť. Liečba funkčných symptómov akútnej hemoroidálnej epizódy. **Kontraindikácie a spôsob podávania***: Venolyfatická insuficencia. 2 tablety denne/1 vrecko denne užité ráno. **Akútny hemoroidálny atak**: dávka môže byť zvýšená až na 6 tabliet denne (3 tablety ráno a 3 tablety večer) /3 vrecká denne. **Kontraindikácie***: Precitlivosť na liečivo alebo na ktorúkoľvek z pomocných látok. **Upozornenia***: Podávanie tohto lieku na symptomatickú liečbu akútneho hemoroidu nevyklučuje liečbu iných ochorení konečníka. Ak symptómy ihneď neustúpia, má sa vykonať proktologické vyšetrenie a liečba sa má prehodnotiť. **Obdobné upozornenia**: Vo podstate „zanedbateľné množstvo solička“. **Interakcie***: Žiadne klinicky relevantné. **Fertilita***, **Gravidita*/Laktácia***: Vyhnuť sa liečbe. **Orpynnenie schopnosti viesť vozidlo a obsluhovať stroje***: Žiadny alebo zanedbateľný vplyv. **Nežiaduce účinky***: Časte: hnačka, dyspepsia, nauzea, vracanie. **Menej časte**: kožitída. **Zriedkavé**: bolesť hlavy, závrat, nevoľnosť, vyrážka, pruritus, urtikária. **Nezvané**: bolesť brucha, izolovaný edém tváre pier, očných viečok. **Vymnoženie**: Quinckeho edém. **Predávkovanie***: **Vlastnosti***: Venofarmakum a vazoprotektívum. DETRALEX pôsobí na žilový návrat; redukuje venóznú distenzibilitu a venostázu; na úrovni mikrocirkulácie znižuje kapilárnu permeabilitu a zvyšuje kapilárnu rezistenciu. **Balenie***: Balenie 30, 60, 90, 120, 150 alebo 180 filmom obalených tabliet DETRALEXu 500 mg/balenie 6, 15 alebo 30 vrecké Detralexu 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku. **Dátum revízie textu**: DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety – Október 2021/Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku – Júl 2023. Držiteľ rozhodnutia o registrácii: Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francúzsko. www.servier.com. **Výdaj lieku DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, balenie 30 a 60 tabliet a Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku, balenie 6, 15 alebo 30 vrecké nie je viazaný na lekársky predpis. Výdaj lieku DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, balenie 90, 120, 150 alebo 180 tabliet, je viazaný na lekársky predpis.** Liek DETRALEX 500 mg, filmom obalené tablety, ani liek Detralex 1000 mg perorálna suspenzia vo vrecku, nie je uhrádzaný na základe verejného zdravotného poistenia.

* Podrobné informácie sú uvedené v súhrne charakteristických vlastností lieku, ktorý vám poskytneme na adrese: Servier Slovensko, spol. s r. o., Bottova 2A, 811 09 Bratislava, tel.: 02/59204111, www.servier.sk.
Materiál je určený výlučne pre osoby oprávnené predpisovať alebo vydávať liek. Dátum prípravy materiálu: 07/2023

Literatúra:
1. Nicolaidis A, Kakkos S, Baekgaard N, et al. Management of chronic venous disorders of the lower limbs. Guidelines according to scientific evidence. Part I. *Int Angiol.* 2018;37(3):181–254. 2. Štvrtinová V., Vedecký program – Effective, Effective plus, 3. Blume J, et al. *Phlebology.* 1992;(Suppl 2):37–40. 4. Shelygin Y. *Curr med Res Opin.* 2016;32(11):1821–1826. 5. Shoaib SS, Porter JB, Scurr JH, Coleridge-Smith PD. Effect of oral micronized purified flavonoid treatment on leukocyte adhesion molecule expression in patients with chronic disease: a pilot study. *J Vasc Surg.* 2000;31:456–461. 6. De Almeida C, et al. Time course of microvessel pathophysiology in high pressure low flow model of venous insufficiency and the role of micronized purified flavonoid fraction *Int Angiol.* 2021. 7. Pietrzycka A, et al. *Curr Vasc Pharmacol.* 2015; 22(1): 18–24. 8. Lobastov; Micronized purified flavonoid fraction in adjuvant to rivaroxaban improves outcomes of popliteal-femoral deep-vein thrombosis at 12-month follow-up; *Phlebology*(ology). Vol 27. No.3. 2020. 9. Paysant J, et al. *Int. Angiol.* 2008, 27: p.81–85. 10. SPc DETRALEX 10/2021 & SPc DETRALEX 1000mg perorálna suspenzia vo vrecku 12/2019. 11. Data on file (<https://servier.com/en/group/key-figures/>). 12. *Web SUKL* dňa 17.7.2023: <https://www.sukl.cz/sukl/zadost-o-poskytnuti-informaci-ze-dne-30-9-2019> 13. Data on file (vyjadrenie SÚKL).



SERVIER[®]
moved by you

Spoločne s Vami liečime milióny pacientov¹¹

SERVIER SLOVENSKO spol. s r.o., Bottova 2A, 811 09 Bratislava
tel.: +421 2 59 20 41 11, www.servier.sk

DET-LSZ-2023-ANV