

Tartalomjegyzék

Köszöntő	2
Főszerkesztői gondolatok	3
A Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT) eddigi emlékei	4
Ulcus cruris kezelése a háziorvosi gyakorlatban	14
<i>MOLNÁR LÁSZLÓ</i>	
Hírek	20, 26
Az ulcus cruris sebészi kezelésével szerzett tapasztalatok	21
<i>NAGY IMRE</i>	
A diabetes mellitus végtagszövődményei (Diabetes-láb syndroma) és a trophicus zavarok ellátása	27
<i>ROZSOS ISTVÁN, FORGÁCS SÁNDOR, KASZA GÁBOR, MOLNÁR VALÉRIA, KOLLÁR LAJOS</i>	
Az EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) 6. kongresszusa	35
Előzetes felhívás a Magyar Sebkezelő Társaság V. Kongresszusára	36



IMPRESSZUM: Kiadja a **Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT)** 1111 Budapest, Diósárok u. 1., főszerkesztő: **Dr. Mészáros Gábor**. * Szerkesztőbizottság tagjai: **Prof. Dr. Faller József, Prof. Dr. Furka István, Prof. Dr. Horváth Attila, Dr. Juhász István, Dr. Vértes László** * A Szerkesztőség címe: 1125 Budapest, Virányos út 23/d. * Tipográfia: Radó Nyomda Kiadó és Szolgáltató Kft. * <http://www.agria/radonyomda>, E-mail: radonyom@mail.agria.hu. * 3300 Eger, Balassa u. 30. ☒ telefax/üzenetr.: 36/ 428-084, ügyv.: Radó István.

Köszöntő

Dr. Baksa József főorvos 1997. szeptember 27-én alapította Társaságunkat 17 lelkes munkatárs részvételével. Tavaly augusztusban bekövetkezett, korai haláláig fáradhatatlan kreativitással, agilitással munkálkodott Társaságunk ügyeiben, szervezte nagy odaadással évente Kongresszusunkat, kiadta színvonalas, érdekes újságunkat.

A IV. Kongresszuson megválasztott új Vezetőség úgy döntött, hogy - hála szponzorainknak - lehetőségünk van egy „Tavaszi” szám kiadására. Az 5 éves fennállását ünneplő MSKT megerősödését demonstrálja ez a folyóirat és egyúttal visszaemlékezés azokra a kiadványokra, melyeket Alapítónk olyan nagy gondossággal szerkesztett az évek során. Szokásos, hogy lapunkban történeti visszaemlékezés, orvostörténeti cikk lát napvilágot. Ebben a számban az emlékezés csokra hadd legyen dr. Baksa főorvos által kiadott számok repríze.

Szeretném felhívni a figyelmet V. Kongresszusunkra, melyet a szokásos helyen a - Grand Hotel Hungáriában - tervezünk megtartani október 17-18-án. Mennél nagyobb számban szeretnénk színvonalas előadásokat hallani, melyek a fő témákhoz csatlakoznak. Szeptemberben lesz az EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) 6. Kongresszusa Budapesten, melyről itt adunk ugyancsak tájékoztatót. Helyet adunk szponzorainknak, és természetesen foglalkozunk aktuális témákkal. Lapunkat egy-egy orvostörténeti képpel kívánjuk érdekesebbé tenni Vértes dr. jóvoltából.

A beköszöntő legyen egyúttal köszönet - személyes köszönet - melyben megköszönöm tagságunk és a társelnök dr. Faller és dr. Horváth professzor urak bizalmát megválasztásom okán. Remélem méltó leszek az Alkotó Elődhöz, méltó Önökhöz, méltó a feladatokhoz. Azt mondja a bölcs római mondás: „Bár hiányzik az erő, dicséretre méltó az akarat”. Ez utóbbiban nem lesz hiány.

Budapest 2002. március

Dr. Sugár István
ügyvezető elnök

Főszerkesztői gondolatok

Kedves Olvasó !

Ön a Magyar Sebkezelő Társaság folyóiratának, a Sebkezelés - Sebgyógyulás V. évfolyamának 1. számát veheti kézbe. A lap első száma röviddel a Társaság alapítása után megjelenhetett 1998-ban az alapító, Baksa József kezdeményezésére. Eredetileg évente legalább 2 lapszámot terveztünk, hogy ebből évente minden évben csak 1 lett, annak több oka van (finanszírozási kérdések, közlemények száma stb.). A Társaság új vezetése megkísérli az eredeti tervek valóra váltását, ennek szellemében jelentkezőnk idén már tavasszal. Egy kicsit összefoglaljuk a Társaság és a folyóirat eddigi történetét, Baksa József emléke előtt is tisztelve. A szerkesztőbizottságot is kiegészítettük Vértés László osztályvezető főorvossal, aki szerzőként, a múlt - sebkezeléssel összefüggő emlékeinek szorgos felkutatójaként eddig is igen aktív részt vevője volt lapunknak.

A Társaság tagsága igazi interdiszciplináris csapatot alkot, ennek megfelelően megpróbáljuk még több kollégával megismertetni eddig felmutatott eredményeinket, céljainkat, terveinket. Ezúttal, (első alkalommal) a Magyar Sebész Társaság tagjai közül is nagyon sokan megkapták lapunkat. Reméljük, sikerül felkelteni érdeklődésüket, és sokan részt vesznek majd kongresszusainkon, belépnek Társaságunkba. Várunk minden érdeklődőt, aki a - bármilyen jellegű - sebek kezelésével kapcsolatos témák iránt érdeklődik, netán át tudná adni saját tapasztalatait is számunkra. Várjuk a közleményeket is, vagy akár a múlt emlékeit is. Mindent, ami a sebekkel kapcsolatos.

A jelen számban - a már említett társasági emlékek mellett - két olyan közlemény szerepel, mely a Társaság által beindított továbbképző rendszer egy-egy eleme, egy másik közlemény pedig az *ulcus cruris* (előbb említett háziiorvosi kezelési lehetőségei mellé) sebészi terápiájának tapasztalatait ismerteti.

Előzetest adunk őszi kongresszusunkról, továbbá egy hasonló profilú nemzetközi társaság, az EPUAP idén szeptemberben hazánkban megrendezendő kongresszusáról. Ezekre várunk minden érdeklődőt. Üdvözlöm régi és új olvasóinkat.

Dr. Mészáros Gábor

A Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT) eddig emlékei

Röviddel a megalakulás (1997. szeptember 26.) megjelentethettük a Társaság lapjának 1. számát:

SEBKEZELÉS I. évfolyam 1998. 1. sz.

SEBGYÓGYULÁS

A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata

A TARTALOMBÓL: Előszó

◆ Köszöntő, társaság-alapításra, folyóirat-indításra, gerontológustól ◆ A betegápolás rövid története az őskortól napjainkig *Mészáros Gáborné* ◆ Decubitus – geriatricai megfontolások *Dr. Vértés László* ◆ A decubitus megelőzése, ápolása traumatológiai osztályon *Nediczki Sándorné, Nagy Jánosné* ◆ Nyomási fekélyek kezelése cink-hyaluronáttal (Curiosin® – Richter Gedeon Rt.) *Dr. Tóth István, Dr. Dér Márta* ◆ Iruxol mono® a krónikus sebek műtéti előkészítésében *Dr. Erdei Irén, Dr. Juhász István, Dr. Hunyadi János* ◆ Lábszárfekély kezelése osztályunkon a gazdaságosság tükrében *Karap Zsuzsanna* ◆ Hírek szakterületünkről ◆ 1997. szeptember 26-án megalakult a Magyar Sebkezelő Társaság ◆ A Magyar Sebkezelő Társaság alapszabálya



Előszó

Az orvostudomány hatalmas technológiai fejlődése a sebkezelés területén is érez-
teti hatását, ennek megfelelően egyre újabb és újabb sebkezelő anyagok, gyógyszerek
és korszerű kötszerek jelennek meg a piacon és igen jelentős fejlődésnek vagyunk ta-
núi a sebkezelés és sebgyógyulás területén.

Ennek a felismerésnek eredményeként jött létre az elmúlt év végén a Magyar Seb-
kezelő Társaság (MSKT), mely a sebgyógyulás és sebkezelés témájában szervezői, ko-
ordináló, információt gyűjtő és szolgáltató, közvetítő, klinikai vizsgáló és felvilágosít-
tó, kutató és ismeretterjesztő feladatokat tűzött ki maga elé.

A sebkezelés, sebgyógyulás témakörében nemcsak a sebészi, manuális szakmák kép-
viselői érdekeltek, hanem elsősorban a krónikus sebek, fekélyek, felfekvések miatt szá-
mos más szakma (diabetológus, angiológus, bőrgyógyász, családorvos) képviselője is,
továbbá az alapellátásban gondozói, ápolói munkakörben dolgozók.

A most induló „Sebkezelés-sebgyógyulás” címmel megjelenő folyóiratnak célja,
hogy fórumot biztosítsunk mindenki számára, aki a témában érdekelt, ezzel lapun-
kon keresztül is javasolhassuk majd a mindenkori legmodernebb sebkezelési eljárá-
sokat, módszereket és a sebkezeléshez szükséges sebkezelő anyagokat, gyógyszere-
ket és korszerű kötszereket.

Folyóiratunk foglalkozni kíván minden olyan témával, ami a sebgyógyulást és seb-
kezelést érinti. Közleményeket, kiértékelő referátumokat, beszámolókat, ismertető-
ket várunk klinikusoktól, kutatóorvosoktól, bárkitől, így a manuális szakmák orvo-
saitól, de angiológusoktól, bőrgyógyászoktól, gerontológusoktól, diabetológusoktól,
családorvosoktól, szociális munkásoktól, ápolóktól és gondozóktól egyaránt.

Minél szélesebb körben cseréljük ki tapasztalatainkat és véleményünket, annál hat-
hatósabban tudjuk előbbre vinni a sebgyógyulás és sebkezelés kérdését betegeink ja-
vára. Ezen gondolatok jegyében ajánljuk az Önök figyelmébe folyóiratunkat.

Dr. Baksa József

Prof. Dr. Faller József

Prof. Dr. Horváth Attila

a Magyar Sebkezelő Társaság társelnökei

*Az 1998. évi 1. számban megjelent Előszóban olvasható gondolatok ma is a Társaság „ars
poeticá”-jaként említhetők. A következő oldalakon a Társaság céljait, alapító tagjait ismer-
hettük meg:*

1997. szeptember 26-án megalakult a Magyar Sebkezelő Társaság

Hogy mi indokolta egy új társaság létrehozását, arra pontos választ ad az alapszabály bevezetője.

Mik a Társaság céljai, feladatai?

1. Társasági tagság toborzása.
2. A Magyarországon előforduló seb-formák felmérése, csoportosítása, etiológiai felsorakoztatása.
3. A Magyarországon kapható, beszerezhető sebkezelő anyagok (gyógyszerek, gyógy növények stb.), sebkezelő kötszerek és sebkezelő eljárások, technikák (konzervatív és műtéti; sebészi-, bőrgyógyászati-, angiológiai-, diabetológiai-, polározott fénykezelési-, lézer-sebészeti stb.) felmérése.
4. A mindenkori legmodernebb, leghatékonyabb sebkezelő eljárások felismerése és országos bevezetése, elterjesztése.
5. Konferenciák, tanfolyamok szervezése különböző rétegeknek (általános és szakorvosok, eü. szakdolgozók, laikusok stb.). Szponzor-támogatással országos hálózat kifejlesztése. Támogatást nyújtani a társasági tagok számára a sebkezelés terén és gondoskodni a megfelelő képzési körülmények biztosításáról.
6. A sebkezelő anyagok előnyeinek és hátrányainak figyelembevételével korszerű technikák kidolgozása, azok klinikai vizsgálatának elősegítése, szigorú ellenőrzése kimunkált elvek alapján.
7. Protokollok kidolgozása a különböző eredetű sebek kezelésére.
8. Kapcsolatteremtés összekötő által – group representative – a nemzetközi (európai, nemzeti és USA) Wound Care Társaságokkal, a Wound Management és a Wounds c. folyóiratok szerkesztőségeivel.
9. Támogatni (anyagilag is) a hazai sebkezelés – sebgógyulás kutatómunkákat.
10. Kapcsolatfelvétel az OGYI-val, az ORKI-val a sebkezelő anyagok (gyógyszer és kötszer), a sebkezelő eljárások értékelése, bevizsgálása érdekében.
11. Kapcsolatteremtés az egészségügyi szakmai társaságokkal – az alapító tagok révén is!
12. Kapcsolatkiépítés a gyógyszer- és kötszerelőállító és -forgalmazó cégekkel.
13. Anyagi bázis megteremtése a Társaság folyamatos működésének biztosítására (nemzetközi társasági tagdíjak, külföldi folyóiratok, képzési program kivitelezése, tagok támogatása stb.).
14. Lehetőséget kell teremteni a tagok számára, hogy kedvezményes áron (OEP, szponzor-tevékenység) juthassanak bizonyos gyógyszerekhez és kötszerekhez.

A Cégbíróóság a Magyar Sebkezelő Társaságot 1998. április 23-án 8068. sorszám alatt bejegyezte.

Az MSKT alapító tagjai:

Prof. Dr. Acsády György érsebész, SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika, egyetemi tanár
Prof. Dr. Arnold Csaba családorvos, Családorvosi Tanszék, tanszékvezető egyetemi tanár

Dr. Baksa József sebész, gyermeksebész, Szent János Kórház, Gyermeksebészet, osztályvezető főorvos

Dr. Faller József sebész, SOTE Sebészeti Tanszék, tanszékvezető egyetemi tanár

Dr. Fodor Miklós háziorvos, Országos Háziorvosi Intézet, igazgató

Dr. Gulyás Gusztáv sebész, plasztikai sebész, Országos Onkológiai Intézet, főorvos

Prof. Dr. Horváth Attila dermatológus, SOTE Bőrgyógyászati Klinika, tanszékvezető egyetemi tanár

Prof. Dr. Hunyadi János dermatológus, DOTE Bőrgyógyászati Klinika, tanszékvezető egyetemi tanár

Dr. Juhász István sebész, dermatológus, DOTE Bőrgyógyászati Klinika, docens

Prof. Dr. Kasler Miklós sebész, szájssebész, Országos Onkológiai Intézet, főigazgató

Dr. Kerényi Zsuzsanna diabetológus, Szent Imre Kórház, Belgyógyászat, főorvos

Lászlóné Dezső Kornélia gyermek szakápoló, eü. szakoktató, Szent János Kórház, ápolási igazgató

Dr. Molnár László dermatológus, Szent János Kórház, Bőrgyógyászat, főorvos

Dr. Nagy Zsóka belgyógyász, diabetológus, Szent Imre Kórház, Belgyógyászat, szakorvos

Dr. Nagy Éva dermatológus, Virányos Klinika, Bőrgyógyászat, főorvos

Dr. Sugár István sebész, SOTE Sebészeti Tanszék, docens

Prof. Dr. Vallent Károly sebész, SOTE Sebészeti Tanszék, nyugd. igazgató

Dr. Várkonyi Viktória dermatológus, Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, h. igazgató

Az MSKT vezetősége:

elnökök:

Dr. Baksa József ügyvezető

Prof. Dr. Faller József

Prof. Dr. Horváth Attila



A megalakulás után (napra pontosan) 1 évvel megrendezte a Társaság **I. konferenciáját**, melynek fő témája a sebkezelés, sebgyógyulás volt. A szakmai közvélemény ekkor találkozhatott az MSKT létével:

**A Magyar Sebkezelő Társaság
I. Konferenciája
nemzetközi részvétellel**

Budapest, 1998. szeptember 25-26.

Magyar Sebkezelő Társaság 1997 Hungarian Wound Care Society

Meghívó

A konferencia sikeres lebonyolítása alapján elmondható volt, hogy a Társaságra szükség van, olyan problémák megoldását próbálja felvállalni, amelyek rendkívül sok nehézséget okoznak orvosoknak, szakdolgozóknak egyaránt. Természetes tehát, hogy hagyomány lett a folyóirat megjelenése, és az évenkénti konferencia megrendezése is.

Hagyományos a meghívók formája, mint ahogy az is, hogy a folyóirat „ad mágára”, a címlapon igyekeztünk mindig valamilyen képzőművészeti, a szakmához kapcsolódó alkotást bemutatni. ☞

SEBKEZELÉS

II. évfolyam
1999. 1. sz.

SEBGYÓGYULÁS

A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata



A TARTALOMBÓL: Tartalomjegyzék ♦ A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése *Dr. Mayer Ákos* ♦ Felhívás az MSKT II. Kongresszusára ♦ A Szövetség a Krónikus Seb- és Inkontinencia-ellátás Javítására (SEBINKO Szövetség) második konferenciája *Dr. Gulácsi László* ♦ Az égési sérülés konzervatív kezelése enzimatisukus módon *Dr. Sáfrány György, Dr. Mészáros Gábor* ♦ Dr. Paul Gerson Unna professzor emlékére, halála 70. évfordulójára *Dr. Vértés László* ♦ Lumbális sympathectomia és Curiosin együttes alkalmazása, krónikus obliteratív érbetegségben szenvedőknél *dr. Nagy Imre, dr. Berta Mihály, dr. Szentléleki Károly* ♦ A Magyar Sebkezelő Társaság 1998. szeptember 25-26-án, Budapesten rendezett I. Kongresszusán elhangzott előadások összefoglalói ♦ Könyvismertetés.



**A Magyar Sebkezelő
Társaság
II. Kongresszusa**

Budapest, 1999. október 21-23.








Meghívó

**A Magyar Sebkezelő
Társaság
III. Kongresszusa
nemzetközi részvétellel**

Budapest, 2000. október 19-21.

Meghívó

SEBKEZELÉS III. évfolyam 2000. 1. sz.

SEBGYÓGYULÁS

A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata



Prof. Arányi Lajos (1812—1887.) akvarellje:
„Kéz- és lábujjak ütérés vérzése” (1852).
A kép a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum tulajdona.

A TARTALOMBÓL: A Tisztelt Olvasó (és remélhetőleg leendő Szerző) ♦ A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése *Dr. Mayer Ákos* ♦ Új sebkezelőszer: Ialugen Plus *Dr. Baksa József* ♦ A Curiosin® (cink hialuronát) szerepe a sebgyógyulásban *Dr. Majercsik Eszter* ♦ Geriatriai osztályra utaltak *Dr. Koczor Andrea*, *Dr. Győrfi Melinda*, *Dr. Vértes László* ♦ A Martorell-szindróma (ulcus cruris hypertonicum) *Dr. Vértes László* ♦ *Dr. Schächter Miksa*, a helkologia, a sebkezelés világon(?) és Magyarországon első magántanára születése 140. évfordulójára *Dr. Vértes László* ♦ A „felfekvés”-ről a házi betegápolásban *Dr. Vértes László* ♦ A Magyar Sebkezelő Társaság II. Kongresszusa Budapest, 1999. október 21—23. ♦ A Magyar Sebkezelő Társaság továbbképzési tervezete *Dr. Molnár László* ♦ Felhívás a Magyar Sebkezelő Társaság III. kongresszusára



In memoriam dr. Baksa József

A IV. évfolyam és a IV. kongresszus sajnálatos módon nem volt hagyományos. A Társaság alapítója és motorja, Dr. Baksa József elhunyt, így természetes volt, hogy a 2001. év folyóirata az ő emléke előtt tisztelgett, mint ahogy a kongresszuson is számtalan alkalommal emlegettük azt, milyen kohéziós erőt jelentett számunkra az ő munkássága.

Ezek az emlékek, melyeket egy relatíve rövid életű társaság fel tud mutatni, úgy gondolom nem is kevés. 5 év alatt 5 konferencia, 5 újság. Mindez azt mutatja szükség van erre az interdiszciplináris csoportra, erre a fórumra. Baksa József élete utolsó éveiben rendkívül sokat munkálkodott azért, hogy amit megálmodott, amit hosszú pályafutása alapján biztos tudott - hogy erre a közösségre szükség van, az működjön. Nekünk pedig kötelességünk tovább vinni azt a zászlót, melyet Baksa József bontott ki, és amelyre az a rendkívül összetett, bonyolult kérdéskör van felírva, melynek neve: Sebkezelés - Sebgyógyulás.

SEBKEZELÉS

IV. évfolyam
2001. 1. sz.

SEBGYÓGYULÁS

A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata

A TARTALOMBÓL: In memoriam dr. Baksa József (1934–2001.) ♦ Dr. Baksa József emlékére ♦ DECUBITUS: *Dr. Baksa József* ♦ Az orvosi szociológia szerepe az égési balesetet szenvedett gyermekek gyógyításában, rehabilitációjában *Dr. Tarján Imre* ♦ Az MTA rendezvénye, Betű- és szóvetés a magyar orvosi irodalomban ♦ A szakmákat átfogó együttműködés jelentősége a krónikus sebek gondozásánál és ellátásánál *Sastinné Arany Ida* ♦ A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése (3. rész) *Dr. Mayer Ákos* ♦ Reverdin, a plasztikai sebészet jeles tudora *Dr. Vértes László* ♦ Németh László a geriatriáról, decubitusról *Dr. Vértes László* ♦ Dr. Bakay Lajos sebész: A fürdők jelentőségéről a sebkezelésben ♦ A fürdők jelentősége a sebkezelésben: Bakay Lajos 1943. (részlet) ♦ Dr. Manninger Vilmos a sebgyógyulásról ♦ A sebészet diadalútja: Manninger Vilmos (részlet) ♦ Dr. Orient Gyula a kötőszerek vizsgálatáról, 100 évvel ezelőtt ♦ A hivatalos kötőszerek vizsgálata: Dr. Orient Gyula, Kolozsvár 1903. (részlet) ♦ Könyvismertetés ♦ A Magyar Sebkezelő Társaság III. Kongresszusa (Összefoglalók) ♦ A Magyar Sebkezelő Társaság IV. kongresszusa (Összefoglalók) ♦ Az Orvos- és Kórháztechnikai Intézet szervezete és feladata *Nagy Csaba*



DR. BAKSA JÓZSEF (1934–2001.)



Ulcus cruris kezelése a háziorvosi gyakorlatban

MOLNÁR LÁSZLÓ DR.

SZT. JÁNOS KÓRHÁZ BŐRGYÓGYÁSZATI SZAKRENDELŐ, BUDAPEST.

A háziorvosi praxis egyik legproblematisabb, legtöbb terápiás gondot okozó megbetegedése a lábszárfekély. Talán ebben a megbetegedésben követünk el legtöbb polypragmáziát annak érdekében, hogy meggyorsítsuk a hámosodási időt és ezzel a gyógyulást. Az összefoglaló közleményben szeretném az etiológia, pathomechanizmus rövid áttekintése után, hangsúlyozottan a saját tapasztalataim alapján végigvenni a lehetséges, eredményes külső és belső kezelési eljárásokat. Csak azokat a kezelési eljárásokat ismertetem, melyeket magam is kipróbáltam és eredményesen alkalmaztam (ezért hiányzik a különböző fényfajtákkal végzett kezelések ismertetése.)

I. Etiológia, pathomechanizmus.

Az a szópár, hogy *ulcus cruris* nem diagnózis, hanem tünet, nem mond mást, mint hogy a lábszáron fekély, vagy sebzés található. Ennek több oka lehet:

1. *Ulcus cruris arteriosum*

Az összes lábszárfekélyek mintegy 9-10 %-a tartozik ebbe a csoportba. Leggyakrabban arteriosclerosis obliterans, diabetes mellitus, vasculitis allergica, nekrobiosis lipoidica, ritkább esetekben esszenciális hipertónia okoz artériás eredetű lábszárfekélyeket.

Tünetei, a viszonylag gyors kifejlődés, erős, intenzív fájdalom, a fekély területén vastag nekrozis, mely sokszor az inakig, csontokig terjedhet. Jellegzetes kialakulási helye a tibia éle, a külbokák feletti terület és a láb hátát, stasis ekzéma csak ritkán észlelhető.

2. *Ulcus cruris exogenicum*

Ebber a csoportba a külső okokra visszavezethető lábszárfekélyek tartoznak, melyek legnagyobb részben traumás és kisebb részben a művi, arteficiális okokra vezethetők vissza.

3. *Ulcus cruris infectiosum*

Különböző pyogen baktériumokkal történő felülfertőződés eredménye. Hámsérüléseken keresztül történik a behatolás, melyhez hozzájárul a rossz szociális környezet, a tisztálkodás hiánya.

4. *Ulcus cruris trophicum*

A lábszár különböző részein trophicus károsodás talaján jön létre. Kiválthatja

minden olyan állapot, ami a végtag, ill. a bőr trophicus károsodását okozza (pl. alkoholos polyneuropathia, diabetes mellitus, különböző neurológiai kórképek stb.).

5. Uleus cruris haematopathogeneticum

Különböző anaemia fajtákban, például a hyperchrom és sarlósejtes anaemiában, haemolitikus icterusban, és lymphogranulomatosisban alakulhat ki ulcus cruris. Viszonylag ritkán fordul elő.

6. Ulcus cruris neoplasticum

A lábszárra lokalizálódó különböző malignus bőrelváltozások is okozhatnak ulcus crurist. Leggyakrabban basalioma, spinalioma, kifekélyesedő melanoma.

7. Utcus cruris venosum

Az ulcus cruris leggyakrabban az alsó végtag vénáinak betegségeit követően alakul ki. Az alszáron kialakult ulcusok 80 %-a vénás eredetű. Kialakulását mindig megelőzi a lábak vérereinek tágulata a varicositás. Az alsóvégtagon két vénás rendszer található: egy felületes és egy mély. A két rendszert a véna perforansok kötik össze. Feladatuk a felületes plexus vérét a mély rendszer felé elvezetni. Azért hívják perforánsoknak, mert a két plexust elválasztó fasciát átfúrva haladnak.

A varicositas lehet primer és secunder:

1. Primer varicositas: oka a V. saphena magna és a parva falának veleszületett gyengesége, tágulata és billentyűinek elégtelensége.

A meglévő kötőszöveti gyengeséget, nagy fizikai megterhelés, állófoglalkozás, elhízás, ízületi betegségek és deformitások, kardiális dekompenzáció, terhesség súlyosbítja a és a varixok kialakulását sietteti. A varicositas következménye: suprafasciális vénás elégtelenség. Amennyiben megfelelő vizsgálatokkal. (doppler, phlebographia), az anamnézis gondos felvételével a primer varicositást állapítjuk meg a vénás ulcus hátterében *a végleges megoldás sebészi*: a varixok eltávolítása, vagy thrombotizálása (sclerotizációs kezeléssel) + kompressziós kezelés. Az időben és jó technikával megoperált primer varicositas által kiváltott supra-fasciális vénás elégtelenséget követően kialakult ulcus tökéletesen gyógyulhat recidíva nélkül. Ne feledjük el, hogy a vénás eredetű ulcusok 30-40%-a primer varicositást követően alakul ki, és időben elvégzett varixműtéttel maradéktalanul gyógyítható!

2. Secunder varicositas:

Lezajlott mélyvénás trombózist követő postthrombotikus szindrómában alakulhat ki. A vénás eredetű ulcusok 60 %-a secunder varicositas, illetve az azt megelőző mélyvénás trombózis után fejlődik ki.

Postthromboticus szindróma

Ha a kialakult mélyvénás trombózist a beteg túléli, és nem történik meg a thrombus feloldása vagy sebészi eltávolítása, a későbbi időben hónapok, évek múlva kialakul a jellegzetes postthrombotikus szindróma.

A trombosis lezajlása után megindul a thrombus kötőszöveti szervülése, kialakul egy vénás elfolyási akadály. Az akadály kikerülésére kollaterális keringési utak nyílnak meg, és ezzel létrejön egy jellegzetes végtagon belüli keringés átrendeződés. Miután a mélyben, (a thrombus szervülése miatt) az akadály megmarad, a vér útja a felszínes vénák felé terelődik (a vena perforansokon keresztül). Kialakulnak a superfasciális értágulatok, amikre már az izompumpa nem hat, ezért a vénák kitágulnak, billentyűik elégtelenné válnak, és további varixok alakulnak ki. A megnövekedett vénás folyadékpanángás miatt, a nyirokrendszer túlterhelődik, oedema alakul ki, amit stasis oedemának nevezünk. A stasis oedema a bőr trophikus károsodásához vezet, és ez fekély kialakulását eredményezi.

Nagy a mélyvénás trombózisok nemzetgazdasági jelentősége, mivel a kialakult trombózisok 85-90 %-ában kifejlődik postthrombotikus szindróma. Magyarországon a lakosság mintegy 5-8 %-a szenved postthrombotikus szindrómában, ez mintegy 500.000- 800.000 embert érint. Ezek a betegek átlagban 2 hónapot töltenek évente kórházban, és mintegy 7-8 évvel korábban mennek nyugdíjba.

1. A postthrombotikus szindróma tünetei

A kardinális tünet a boka, comb, alsó lábszár *duzzanata*, a lábszár *nehéz érzése*, *feszítő fájdalom*. Kialakul az idő függvényében a növekvő *induráció* (keményedés), és a bőrön *barnás pigmentáció* figyelhető meg, kialakulnak a *szekunder varixok*, és a barnán pigmentált bőrön jellegzetes ekzemás dermatosis, a *stasis dermatosis* figyelhető meg. Később kialakulhat *ulcus cruris*.

A postthrombotikus szindrómás betegeken különböző egyszerű fizikális vizsgálatokat végezhetünk, (pl. Linton-, Pertes-, Trendelenburg-tesztek) valamint ultrahangos doppler vizsgálatokat eszközölhetünk. Ezzel eldönthetjük, hogy szükség van-e műtétre, ha igen, úgy érsebész konzíliumot kérünk.

II. A lábszárfekély kezelésének managementje

A krónikus lábszárfekély igen költséges társadalmi probléma. Állandó orvosi, nővéri kontrollt igényelnek a betegek, heteket, hónapokat kórházi osztályon töltenek és lényegesen hamarabb mennek nyugdíjba mint az egészséges populáció. Mi a családorvos teendője, ha a beteg először jelentkezik lábszárfekélyllyel a rendelésén? Az egyes lépéseket a következő pontokban foglalhatjuk össze:

1 A fekély eredetének eldöntése

Első teendők annak eldöntése, hogy a fekély éreredetű-e vagy nem. Ha nem éreredetű, akkor meg kell találni azt a kórképet ami az ulcust kiváltotta (I: hematológiai betegség, anyagcsere zavar, infekció, neoplazma vagy trauma). Ha megállapítottuk hogy éreredetű, nagyon fontos az anamnézis körültekintő, alapos felvétele.

2. Anamnézis felvétel

Az anamnézis felvételekor különböző szempontokra hangsúlyozottan kell rákérdezni. Például: Mióta van fekélye? Volt-e mélyvénás trombózis? Volt-e terhessége a

terhességek száma? Volt-e balesete, csonttörése Milyen a szociális habitusa? Dohányzik, fogyaszt-e alkoholt? Milyen a testsúlya? Próbáljuk kideríteni a veleszületett kötőszöveti gyengeség jelenlétét (van-e aranyere, lúdtalpa, sérve). Szülőknek van-e varixa? A beteg milyen munkát végzett élete során?

Fontos földeríteni az esetleges allergiás tüneteket. A fekély kezelésére eddig milyen eljárásokat alkalmaztak? Kevésbé fontos, de azért kérdezzük meg a családi anamnézist, a család tápláltsági állapotát.

Kérdezzünk rá egyéb belgyógyászati betegségekre, derítsük ki, hogy van-e támasztószöveti szervi elváltozás, izületi betegség, van-e dekompenzált szívbetegség? Küldjük el a beteget laborvizsgálatra, ha gyanú merül fel a cukorbetegségre, illetőleg az anaemia kizárására. Nagyon fontos, hogy kérdezzünk rá a beteg életstílusára. A beteget másképpen kell kezelni, ha az mozgékony típus, vagy ha kényelmes. Rá kell kérdezni a pihenési, alvási szokásaira. Nagyon fontos kérdés, hogy van-e segítsége a sebellátásban, mert más kezelési eljárást kell előírni akkor, ha a beteg egyedül él, és mást, hogyha van segítsége.

3 Doppler-vizsgálat

Ezután doppler vizsgálatot végzünk, és ezzel eldöntjük, hogy a fekély artériás eredetű-e vagy vénás. Megmérjük a szisztolés vérnyomást (bokán és a karon, majd az értekekből kiszámoljuk a boka-kar indexet.

Boka - karindex:

$$\frac{\text{bokánál mért vérnyomás (Hgmm)}}{\text{karon mért vérnyomás (Hgmm)}}$$

Ha normális az alsó végtag artériás keringése, ekkor ez az index 1,0 vagy fölött van.

Ha 0,5 és 0,9 között van, akkor az artériás keringés zavart, 0,5 alatt már nyugalmi fájdalommal is kell számolni.

4 . A fekély nagyságának dokumentálása;

Nagyon fontos, hogy megfelelő technikával papíron, fólián körülrajzolva rögzítsük a fekély nagyságát. Ha eldöntöttük, hogy éreredetű a fekély, és megállapítottuk, hogy milyen betegség van mögötte, ekkor következik az ulcus kezelése.

5. A vénás eredetű lábszárfekélyek kezelése

Hagyományos, száraz, sebkezelési eljárás:

Kötésbontás reggel, utána zuhanyozás, majd borogatás, Neomagnolos vízzel mintegy 10-15 percen keresztül. (Két liter vízbe 4 tableta Neomagnolt tegyünk). Ezután következik a lábszárfekély fertőtlenítése 2 %-os hidrogénperoxiddal. A bőrt védjük az ulcus körül, Suspensio Zinci Oleosával. Ha a seb váladékos, úgy feltisztítjuk Tripsin porral, Iruxol, vagy Fibrolán kenőccsel. Jól bevált a feltisztításra a Boroszalicilátumos kenőcs is. Fibrolán Iruxol előtt tilos hidrogén peroxidot használni, mert az enzimatikus hatóanyag elbomlik.

Ha az ulcus feltisztult, ezután a hámosítást végezzük. A hámosításra a legegyszerűbb 1%-os szalicil kenőcs felvitele a fekélyre.

Amennyiben a fekély körül a bőr gyulladt, ekzémás, úgy steroid krémet használjunk (Elocom, Locoid stb.). Ügyeljünk, hogy a steroid krém ne kerüljön a fekélybe, mert leállítja a hámosodást. Ezután bekötjük a fekélyt, és rugalmas fászlival rögzítjük 24 órára.

A nedves sebkezelés

Az utóbbi tíz-tizenöt év kutatásai bebizonyították, hogy a keratonociták aktív immunociták, és számos mediátort (interleukineket, granulocitastimuláló faktorokat, limfocitákra ható mediátorokat stb.) termelnek, melyek hatnak a granulocitákra, T és B limfocitákra, sőt a fibroblasztokra is. A hámsérülés, sebzés esetén az immunociták számos olyan anyagot termelnek, amelyek elősegítik a sebgyógyulást, serkentik az epitelizációt, angiogenezist, keratinocita proliferációt, fagocitózist. Ezek a humoralis anyagok a sebváladékban halmozódnak fel, és ott fejtik ki hatásukat.

Ha hagyományos száraz technikával ezeket az anyagokat felitatjuk, illetve eltávolítjuk, lényegesen lassul a hámosodás. Ez alapján a mediátorok gyógyító hatását megtartó, illetve biztosító, új sebkezelési eljárást fejlesztettek ki kutatók, és elnevezték nedves sebkezelési eljárásnak.

A nedves sebkezelésre használt kötszertípusok a következők:

1. semipermeábilis filmek, melyek nedves sebfelületet biztosítanak, de a képződött sebexsudátumot nem szívják fel
2. Semiocclusiv hydrogelek, melyek a sebexsudátumot felszívják, megkötik, megátolják a seb kiszáradását és lehűlését (pl. Elastogel, Cutinova gel, stb.)
3. Occlusiv hydrocollidok, melyek gázok, nedvesség számára átjárhatatlanok, a seb alatti exsudátumot felszívják, a gélesedett kötszer anyag aktívan részt vesz serkentően a sebgyógyulásban, mivel serkenti a sebgyógyulást elősegítő degradációs termékek felszabadulását és hatását (pl. Granuflex, Tegasorb stb.)
4. Alginátok, algaalapanyagú nagy nedvességet felszívó tulajdonsággal rendelkező kötszerek (Kaltostat).

A sebgyógyulásban legaktívabban közreműködő kötszerek az occlusív hydrocollidok, melyek speciális anyagokkal légmentesen lezárják a sebet és a hydrocollid celláiban megkötik a sebváladékot, melyben így működni tudnak a seb hámosodást elősegítő szolubilis faktorok. A hydrocollid alatti seb mikrokönyezete optimális feltételeket biztosít a sebgyógyulás folyamatának

Az ulcus cruris hámosodását elősegítő tényezők

Detralex. A nedves sebkezelés folyamatába jól illeszthető be a Detralex tabletta használata. Napi 3x 1 adagban növeli a vénás tónust, serkenti a nyirokelfolyást, és ezáltal oedemát csökkentő hatása van. Védi a mikrocirkulációt a Kapilláris reusztencia és a permeabilitás normalizálása révén.

Igen fontos hatása, hogy védi a vénákat és a kapilláris falat a szabad gyökök károsító hatásával szemben.

Curiosin. Szintén a gyorsabb hámosodását segíti elő azzal, hogy hyaluronsav tartalmával a szövetfolytonosság hiány területén diszperziós mátrixot képez.

A hyaluronsav fontos szerepet játszik a sejt-sejt kölcsönhatásban, a sejt mátrix adhézióban. Alapállományként a hyaluronsavban gazdag stróma elősegíti a sejtek migrációját. A Curiosin fizikai-kémiai tulajdonságánál fogva a sebalapon fiziológias mikrokörnyezetet biztosít, optimális feltételeket teremtve a sebgyógyulás folyamatának. Azzal a tulajdonságával, hogy a vízmolekulákkal diszperziós mátrixot alkot, mely pótolja a szövethiányt, valamint a sebgyógyulásban résztvevő sejteknek természetes vázat alkot, stimulálja a granulociták és makrofágok aktivitását, növeli a fibroblasztok proliferációját, az érújráképződést. Előnyös hatását kiegészíti a sebgyógyulás folyamatában résztvevő számos enzim alkotórészeként ismert és lokális bakteriosztatikus hatással rendelkező cink.

Kompressziós kezelés

A vénás eredetű fekélyeket kompressziós kötés nélkül általában nem lehet kezelni. A kompressziós kötéssel szembeni fő követelményünk az, hogy a keringési elégtelenséget okozó vénás hipertenziót csökkentse az izompumpa megsegítése révén. A kompressziós kötések helytelen alkalmazásával nagyon sok hibát követhetünk el. A helyes technikával felhelyezett fásli az ujjak végeitől indul és a sarok, valamint a boka mögötti terület is a fáslizott területbe kerül. A kompressziós terápia fő feladata a kialakult oedema és a vénás hipertenzió csökkentése, az izompumpa pótlásával. . .

A kompressziós terápia indikációinál a kórképeket két nagy csoportra oszthatjuk: a vénás kórképekre és a limfatikus kórképekre. A vénás kórképek közül az akut trombózisban is alkalmazhatjuk, a tünetek megjelenésekor a progresszió megakadályozására. Alkalmazzuk krónikus vénás elégtelenségben, posttrombotikus szindrómában, varicositasban, vénás diszpláziában, és természetesen ulcus cruris kezelésénél. A limfatikus kórképek közül a primer és a secunder limphoedemánál használhatjuk a kompressziós terápiát.

Fontos megjegyezni, hogy a súlyos vagy még nem kompenzált oedemák nem kezelhetők gumiharisnyával, csak rugalmas fáslival. A szisztémás okokra visszavezethető oedemát (pl. Kardiálist) tilos kompresszióval kezelni, először kompenzálni kell a beteget és csak ezután használjuk a rugalmas pólyát. A helyi okokra visszavezethető oedemát sem kezelhetjük rugalmas pólyával, vagy kompressziós harisnyával.

A kezelés első idejében a legfontosabb az oedema visszaszorítása. Ezt elérhetjük a láb felpolcolásával, fizioterápiával, masszázssal. Nagyon lényeges és fontos élettani hatásai vannak a kompresszióknak. A jól felhelyezett kompresszió növeli a transcután pO_2 -t és a vénás újratelítődési időt.

Csökkenti a felületes vénás nyomást, és az oedemát, valamint a lipodermatosclerosist. Viszont nem változtatja meg a lábikra izmainak vérellátását, a szubkután vérátáramlást.

Nagyon fontos megállapítani az alkalmazandó kompresszió erősségét, mely proximálisan egyenletesen csökken. A fáslinak a lábujjak tövétől kell elindulnia. Elődöntendő és fontos kérdés, hogy milyen erős kompressziót alkalmazzunk? Ennek pontos mértéke a harisnya alatti és a harisnya feletti nyomás különbség. Az elasztici-

kus gumiharisnyák maximum 60 Hgmm-es nyomásesést tehetnek lehetővé. A gumiharisnyákat négy osztályba soroljuk. Vannak az első osztályú, kisnyomású gumiharisnyák, ahol a nyomásesés csak 25 Hgmm. Ez trombózis profilaxisban és korai varicositasban ajánlható.

A középnyomású második osztályú gumiharisnyáknál 25-35 Hgmm a nyomásesés, ez főleg előrehaladott varicositasban, oedemában, terhesség alatt, és scleroterápia után alkalmazható. A gumiharisnyák harmadik osztálya a nagynyomású 35-45 Hgmm-es, ez főleg krónikus vénás elégtelenségben, lymphoedában ajánlható.

Végül a negyedik osztály a legerősebb, ez az extra nagynyomású, itt 60 Hgmm-es lehet a nyomásesés. Ezt csak súlyos lymphoedával járó vénás elégtelenségben lehet alkalmazni. Fontos tanács, hogy a harisnya fölírásánál a beteg testméretét is vegyük figyelembe. Idős betegnek ne gumiharisnyát, hanem fáslit írjunk fel. Tanítsuk meg a fásli helyes felhelyezésére (egy lábra két fáslit használjunk!)

6. Az artériás eredetű lábszárfekélyek kezelése

Nagyon nehéz konzervatív eszközökkel kezelni az artériás fekélyt, mindig érsebészhez kell fordulni, és az esetleg elvégzendő műtéteket az érsebésszel konzultálva elvégeztetni. Rugalmatlan fáslival szabad csak kezelni, kompressziós kötést a beteg lábára tenni tilos. Nagyon erősen védeni kell a fekélyt a felülfertőzéstől.

Alkalmazhatunk hydrocolloid kötéseket a fekély hámosítására. A kötések alatt gyakori a fájdalom, és ezért erős fájdalomcsillapítás szükséges. Értágítókat, keringésfokozókat, Trentált, Doxiumot, Detralaxet adagolunk a mikrocirkuláció javítására. Dohányzás elhagyása esetleg sympathectomia, érpótló műtétek. Sajnos sokszor, a beteg élete érdekében, az amputáció elkerülhetetlen.

Összefoglalva megállapíthatjuk az *ulcus cruris* kezelésének legfontosabb lépéseit:

1. Amennyiben lehetséges, végeztessük el a rekonstrukciós sebészeti beavatkozásokat.
2. A hámosításra használjuk a leggyorsabb és legmodernebb nedves sebkezelési eljárást. Kerüljük a polypragmáziát!
3. Az indikációs szabályoknak megfelelően, mindig alkalmazzunk kompressziós kezelést is.

Hírek

A Magyar Gerontológiai Társaság és a Magyar Rehabilitációs Társaság Gerontológiai Szekciója 2002. március 26-28. között rendezi a **2. Balatonföldvári Művészeti és Tudományos Napokat**. A helyi szervezők: Berkes László polgármester és Berkéné Hegedűs Márta, a Bajor Gizi Közösségi Ház igazgatónöje. Az egyik előadásban a Numil Kft. decubitusban szenvedő betegek hatékonyabb ellátását szolgáló speciális tápszerével, a *Cubitan*-nal szerzett kezdeti eredményekről számol be Dr. Vértés László, Kiss Jánosné és Csereklye Attiláné.

Az ulcus cruris sebészi kezelésével szerzett tapasztalatok

DR. NAGY IMRE

JÁVORSZKY ÖDÖN VÁROSI KÓRHÁZ, VÁC
SEBÉSZETI OSZTÁLY ÉS ÉRSEBÉSZETI RÉSZLEG

Bevezetés

Az ulcus cruris multidiszciplináris kórkép. Számos etiológiai tényező játszik szerepet létrejöttében (1. táblázat)

1. táblázat : **Az ulcus cruris etiológiai felosztása (Klüken, 1978.)**

1. ulcus cruris venosum
2. ulcus cruris arteriosum
3. ulcus cruris exogenicum
4. ulcus cruris infectiosum
5. ulcus cruris trophicum
6. ulcus cruris haematopathogenicum
7. ulcus cruris neoplasticum

A betegség korrekt diagnosztikája egyben differenciáldiagnosztikai megoldást is jelent. (32.).

Az esetek nagy százalékában vénás eredettel állunk szemben, vagy postthrombotikus szindróma következtében kialakult lábszárfekélyvel, vagy epifasciális vénás elégtelenség talaján létrejött lábszársebbel. (24., 26.).

A társadalomban végbement gazdasági átalakulás, az egészségügyre fordítható támogatási keretek mindinkább ráirányították a gyfigyelmet a költséghatékony gyógyító eljárásokra. Ennek nem elhanyagolható része lett a krónikus, nehezen gyógyuló sebek ellátása, kezelése. A diagnosztika fejlődése révén mind pontosabb kórisméhez juthatunk, célzott kezelés időbeni beállításával korai gyógyulást eredményező eljárásokat fejleszthetünk ki osztályon és ambuláns ellátás kapcsán egyaránt. (2. táblázat)

2. táblázat : **Az ulcus cruris diagnosztikája**

1. Inspekció
2. Anamnesztikus adatok
3. Fizikális vizsgálat
4. Doppler vizsgálat
5. Duplex vizsgálat
6. Angiográfia
7. I.v. phlebografia
8. Egyéb betegségek felkutatása
(hypertonia, diab. mell., card. decomp. ren. insuff.)

A non-invazív módszerek közül kiemelkedik elérhetősége folytán a Doppler-vizsgálat, amely körzeti orvosi rendelők, angiológiai ambulanciák, érsebészeti szakambulanciák elengedhetetlen eszköze (6.).

Számos lehetőség kínálkozik a felállított diagnózis után. Amennyiben a beteg általános állapota, egyéb körülmények nem teszik lehetővé a sebészi gyógyítást, úgy konzervatív sebkezeléssel jó eredményt érhetünk el (1., 5., 10., 27). A beteg kora ma már nem akadály a felületes vénás elégtelenség okozta vénás ulcusok gyógyításában (22.).

A hagyományos kötszerek alkalmazását néhány éve felváltani igyekezzenek a korszerű sebkötözőszerek, a költséghatékony módszerek igazolják az eljárás betaníthatóságát, s egyben olcsóbb voltát (13.). Magunk érsebészeti szakrendelésünk kereteiben működő „Ulcus cruris Szakambulanciánkon” értünk el az elmúlt években jó eredményeket a nedves sebkezelő eljárások alkalmazásával (16).

A krónikus, nehezen gyógyuló lábszársebek lokális, illetve műtéti kezelését jól egészíti ki a kompressziós pólya alkalmazása (18., 31.). A korszerű izotópos vizsgálati módszerek (Tc 99m radioaktív izotóppal jelölt albumin-oldat injekciója) révén igazoltá vált, hogy a megnövekedett vénás nyomás létrejöttében bizonyíthatóan szerepet játszanak arteriovenosus shuntök (3.)

Mivel a krónikus lábszárfekély a felnőtt populáció 1-2%-át érinti, célszerű foglalkozni a konzervatív kezelés lehetősége mellett a sebészi gyógyítás lehetőségeivel is (29.).

A lábszárfekélyes betegek sebészi kezelése

Az országos Érsebészeti Intézet statisztikai kimutatásai alapján közismert, hogy hazánkban évente 13000-14000 műtét történik a vénás rendszeren. Ezen műtéti szám megoszlását mutatja a 3. táblázat.

3. táblázat: Műtétek a vénás rendszeren (25,)

1. Varicositas :	12 234
2. acut varicophlebitis:	909
3. Thrombectomia:	139
4. Mélyvénás rekonstrukció:	105
5. Ulcus cruris miatt :	1 047

A lábszárfekély miatt végzett műtétek története évszázadokra, évezredekre nyúlik vissza! (27.) .

A korszerű ulcus-sebészetet mégis *Linton* munkásságáig vezethetjük vissza (2.)

Már az 1930-as évek elején kezdett foglalkozni az alsó végtagi vénabetegségekkel. Hat héttel a fekély gyógyulása után végzett műtétet, és gondos izolálási technikát alkalmazott. Feltárása hosszú, nagy sebzésnek bizonyult, az eredeti *Linton*-műtét számos szövődményt eredményezett. Ő kötötte le először az epifasciális vénákat a mélyvénás rendszerrel összekötő perforáns vénákat (14.).

Módosított *Linton*-műtétről több hazai szerző számolt be, amelyekkel kisebb feltárásból, kevesebb szövődménnyel lehetett célzott perforáns ligaturát alkalmazni (12., 28.) .

Magunk néhány évvel ezelőtt a *Hach* által leírt paratibialis fasciotomiát is alkalmaztuk ulcus crurisos betegeinknél (21.) Az endoszkópia térhódítása a vénasebészetet sem kerülhette el. A pontos perforáns anatómia, valamint a laparoskop hétközna-

pi használata egyesült a subfasciális, endoscópos perforáns ligaturák alkalmazásánál (4.,19.,8.).

A SEPS alkalmazása révén nőtt a sebgyógyulási arány (84-100%-ra), valamint csökkent a recidíva arány (0-22%)—ra. *Gloviczki* közlései egyre inkább a szem ellenőrzése melletti, pontos technikai kivitelezésű eljárásnak adtak elsőbbséget a korábbi perforáns ligaturákkal szemben (7.).

Közismert, hogy a lábszárfekély kialakulásában a törzsvaricositas megléte mellett gyakran perforáns elégtelenséggel is számolnunk kell. Ezen esetek ellátása gondos preoperatív diagnosztikát igényel, mivel a véna saphena törzsének eltávolítása után visszamaradó perforánselégtelenség révén nem várható a fekély gyógyulása, vagy korai recidívával kell számolnunk.

Hetényi szokatlan elhelyezkedésű ulcust adó vena saphena parva elégtelenségről számol be, és felhívja a figyelmet a vena saphena magna területén kialakult lábszárfekély és a VSP-elégtelenség összefüggésére (11.).

A krónikus vénás eredetű lábszárfekélyek sebészi kezelését mutatja a 4. táblázat.

4.táblázat: **A krónikus vénás ulcusok sebészi kezelése. (10)**

1. Crossectomia
2. Crossectomia+stripping
3. Perforáns ligatora
4. paratibialis fasciotomia
5. Subfasciális endosk. perf. lig (SEPS) Transzplantáció
7. vénabillentyű rekonstr.
8. Ulcus kimetszése

Az eszközök hozzáférhetősége folytán hazánkban is számos közlemény látott napvilágot kisebb-nagyobb endoscópos beavatkozás következtében létrejött sebgyógyulásról ulcus crurisos beteganyag kapcsán (9.,15.,19.,). néhány tucat betegről számot adó értékelések az új eljárás hatékony voltát húzzák alá, kisebb fertőzési rátát, jobb sebgyógyulást verifikáltak.

Ulcus crurisos beteganyunk

Sebészeti osztályunk érsebészeti részlegén 1994-től napjainkig vizsgáltuk a felvett és kezelt lábszárfekélyes betegeket. Az 5. táblázat a felvett betegek számát mutatja.

5. táblázat: **Sebészeti osztályunkra 1994-2001. között felvett ulcus crurisos betegek**

1994.	12
1995.	15
1996.	18
1997.	33
1998.	26
1999.	23
2000.	18
2001:	4
Összesen	149

A 6. táblázat mutatja, hogy a nemenkénti megoszlás (78-71) hosszú távon nagyságrendileg azonos.

6. táblázat: **Sebészeti osztályunkra 1994-2001.között felvett ulcus crurisos betegek nemenkénti megoszlása**

Évszám:	Nő	Férfi
1994.	5	7
1995.	8	7
1996.	14	4
1997.	16	17
1998.	12	14
1999.	11	12
2000.	9	9
2001.	3	1
Össz.:	78	71

Tanulságos a felvett betegek vizsgálata ellátásuk (konzervatív vagy sebészi) szerint (7. táblázat)

7. táblázat: **sebészeti osztályunkra 1994-2001.között felvett ulcus crurisos betegek megoszlása kezelésük szerint**

Évszám	Konzervatív	Sebészi
1994.	11	1
1995.	12	3
1996.	16	2
1997.	18	15
1998.	8	18
1999.	5	18
2000.	12	6
2001.	3	1

Szembetűnő a konzervatív-sebészi arány megfordulása 1997-től kezdve.

Az értékelésnél figyelembe kell vennünk, hogy az osztályra felvett betegek között csakúgy volt postthromboticus syndroma talaján kialakult körkörös, konzervatívén kezelt betegünk, mint felületes, epifasciális vénás elégtelenség folytán műtéttel gyógyítható elváltozás. Ezek hangsúlyozása mellett is azonban a flebológiai szemléletmód megváltozását kell kiemelnünk. A Doppler-vizsgálat nem elhanyagolható lábszár-fekélyes esetekben (22., 23.).

A műtétek megoszlását ismerteti a 8. táblázat.

8. táblázat : **Sebészeti osztályunkra 1994-2001. között felvett, és operált betegek megoszlása**

Arteriás eredetű :	1
Vénás eredetű :	63
Műtétek a VSM rendszerén:	55
Műtétek a VSP rendszerén:	1
VSM + VSP:	1
Jobb-bal crossover bypass:	1
Műtétek kiterjedése szerint	
radikális varicectomia:	20
korlátozott varicectomia.:	30
crosssectomia+varicectomia :	6
C II, perforáns ligatura:	1
Dodd perforáns ligatura:	1
Crosssectomia+varic+perf.:	5

Fenti adatokban benne foglaltatik az a tény, hogy radikális varicectomiák során gyakran., nagy százalékban alkalmaztunk a vénatorzs eltávolításával együtt célzott perforáns ligaturát is.

A klasszikusan leírt Linton-műtétet már nem használjuk, fekélyközeli metszést, ligaturát nem preferálunk a szuperinfekció veszélye miatt. A konzervatív és sebészi technikát egymással kiegészítve alkalmazzuk, így jó gyógyhajlamot észlelünk

Megbeszélés

A lábszárfekélyes betegek kezelése napjainkban is komplex feladat. Gyakran aktív részvételt kíván radiológustól, bőrgyógyásztól, belgyógyásztól, angiológustól, sebésztől, érsebésztől.

A flebológiai ismeretek egyre szélesebb körben történő elterjedésétől mind jobb és jobb sebgyógyulási eredmények várhatóak. A konzervatív és sebészi kezelés közötti választóvonal meghúzása csak korrekt diagnózis, differenciáldiagnózis felállítását követően lehetséges. Az artériás eredete fekélyek érsebészeti helyreállító érműtéttel gyógyíthatók, a nehezen kooperáló, idős, postthrombotikus lábszárfekélyes betegek a napjainkban térhódító nedves sebkezelési eljárásokkal (2o.) vagy százalékban jól kezelhetők.

A homecare szolgálatok, otthonápoló csoportok létrejöttével a lábszárfekélyes betegek kezelése ambuláns formában nagyrészt megoldhatóak nem igényelnek hosszú ápolást kórházi osztályokon, szoros érsebészeti kontrollok mellett otthon, korszere kötözőszerekkel kezelhetők. Azok az esetek, melyek operábilisek, műtéttel gyógyíthatók, vagy a konzervatív kezelésük egy műtéti beavatkozással eredményesebbé tehető, sebészeti osztályokon preoperatív doppleres vizsgálatok után elláthatóak.

Fenti dolgozat ezekről a lehetőségekről, valamint az elváltozás polietiológiás voltáról szól. A lábszárfekélyes betegek konzervatív és műtéti kezeléséről szóló ismeretek elsajátítása mind szakorvosok, mind az ápoló személyzet révén költséghatékony eljárásokkal tudja gazdagítani egy egészségügyi intézmény repertoárját.

Irodalom

1. Bakos N.: Újdonságok az ulcus cruris betegség kezelésében Háziorvos Továbbképző Szemle, 5. 351-354, 2000.
2. Bihari I.: A lábszárfekély műtéti kezelésének története Érbetegségek, 7,3. 2000
3. Bihari I., Nagy Z., Szilvási I.: Arteriovenosus shunt-ök ulcus crurisban, Érbetegségek 7,1, 2000.
4. Conrad P.: A lábszár perforáns vénáinak subfasciális megszakítása laparoscop segítségével Fialat Angiológusok I. Országos Oktató Fóruma, Balatonkenese, 1998. X. 16-17.
5. Daróczy J.: A krónikus vénás elégtelenség - ulcus cruris betegség korszerű szemlélete Háziorvos Továbbképző Szemle, 2. 58-60. 1997.
6. Főrizs Z., Hetényi A.: Angiológiai Dopplerdiagnosztika Springer Hungarica, Budapest, 1995.
7. Gloviczki P.: Surgical treatment of the superficial and perforating veins Phlebology, 15. 131-136. 2000.
8. Gloviczki P., Bergan J.J.: Atlas of endoscopic perforator vein surgery Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1998.
9. Gyurkovics E., Tihanyi T., Nagy Z., Regáli Z., Tinyci L.: Subfasciális endoszkópos perforáns sebészet (SEPS) Saját tapasztalatok. Érbetegségek 2001. Suppl-
10. Hatz H. A., Niedner R., Vanscheidt W., Westerhof: Wound healing and wound management Springer, Verlag Berlin, Heidelberg, 1994.

11. *Hetényi A., Páhoki G., Szabó B.*: Medialis v. saphena parva varicositas és ulcus Magyar Sebészet, 39. 160-167, 1986,
12. *Hrabovszky T.*: A chronikus vénás insufficiencia főleg sebészi kezelése Kandidátusi értekezés, Pécs, 1980.
13. *Karap Zs.*: Lábszárfekély kezelése osztályunkon a gazdaságosság tükrében Sebkezelés-Sebgyógyulás, 1998.
14. *Linton R.R.*: The operative treatment of varicose veins and ulcers, based upon a classification of these lesions. Ann. Surg. 207. 582-93. 1938.
15. *Mátyás L., Rende J.*: Subfascialis endoscópos perforáns ligatúra (nyitott technika) Endoscópia, 2. 33-35. 1998.
16. *Megyeri Istvánné-Országh., Nagy I.*: A nedves sebkezeléssel szerzett tapasztalataink ulcus cruris szakrendelésünkön. Pest megyei Orvosnapok, VII. Erdélyi-Pest megyei Orvoskongresszus, Szentendre, 2000. X. 5-7.
17. *Menyhei G.*: Perforáns vénák szerepe és kezelési lehetőségek krónikus vénás elégtelenségben Keszthelyi Angiológiai Napok, 1997. XI. 6-8.
18. *Moneta G.L., Niciloff A.D., Porter J. M.*: Compression treatment of chronic venous ulceration : A review. Phlebology, 2000. 15. 162-168.
19. *Mózes G., Glaviczi P., Kádár A.*: Perforáns vénák subfascialis endoscopos műtete - sebészi anatómia Keszthelyi Angiológiai. Napok, 1997. II, 6-8.
20. *Nagy I.*: Sebellátás, krónikus sebkezelés, mint a fájdalomcsillapítás lokális lehetőségei. A sebellátási protokollok a különböző stádiumokban. In.: Rozsos 1. (szerk): Diabeteses láb, Lábjegyzet 2. Oboler Szolg. Bt., Pécs, 2001.
21. *Nagy I., Holjencsik T.*: Tapasztalataink paratibialis fasciotómiában Kaposvári Angiológiai Napok, 1993, VII. 2-3.
22. *Nagy I., Berta M., Szentléleki K.*: Szemléletváltozás az ulcus cruris terápiájában időskorban Magyar Sebkezelő Társaság II. Kongresszusa, Budapest, 1999. X. 21-23.
23. *Nagy I., Berta M., Szentléleki G.*: Az ulcus cruris műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink. Magyar Sebész Társaság 55. Kongresszusa, Győr, 2000., VI. 14-17.
24. *Nemes. A. (szerk)*: A vénák betegségei és kezelésük Medicina Kiadó, Budapest, 1986.
25. *Nemes A.*: 2000. évi Országos Érsebészeti Statisztika Magyar Sebészet, III. 196-197. 2001
26. *Radó Gy.*: Az ulcus cruris fogalmának kialakulása Érbetegségek, 1.25-28.1996.
27. *Radó Gy.*: A lábszárfekély terápiájának története Érbetegségek, 2. 32-34. 1996.
28. *Rózsa L., Lányi F., Tassonyi E., Sarkadi G.*: Postthrombotikus syndroma következtében kialakuló ulcus cruris sebészi gyógyítása Magyar Sebészet, 24. 378-383. 1971.
29. *Ruckley C. V.*: The epidemiology of chronic venous ulcers. Some unanswered questions Phlebology, 2000. 15. 106-109.,
30. *Westworf W.*: Wound healing in venous leg ulcers Phlebology Digest, 4. 3-9. 1990.
31. *Wilson E.*: Prevention and treatment of venous leg ulcers Health Trends, 21. 97. 1989.
32. *Várkonyi V.*: A lábszárfekély differenciál-diagnosztikája, Érbetegségek, 1. 37-40.1994.

Hírek

Dr. Fehér János egyetemi tanár, az Orvosi Hetilap főszerkesztője kitűnő rovatot indított el legnagyobb múltú, értékes szakfolyóiratunkban „Az Orvosi Hetilap egykor és ma” címmel. 2002-ben a 143 . évfolyam 5 . számának 257-260. oldalán jelent meg Dr. Bakay Lajos professzor, a sebészet története jeles képviselőjének írásműve: “A regenerációról és transplantációról”, mely eredetileg az Orvosi Hetilap 51. évfolyamában, az 1382-1385. oldalon jelent meg, 1926-ban. A sebekről, a sebgyógyulásról, a sebkezelésről bőven ír a szerző, mai szemmel nézve is helytálló, alapos és gondos cikkről van szó. Az újonnan indult hagyományoknak megfelelően „Kommentár” is olvasható, melyet ez alkalommal Dr. Alföldy Ferenc professzor írt, értékelve Dr. Bakay Lajos mondanivalóját.

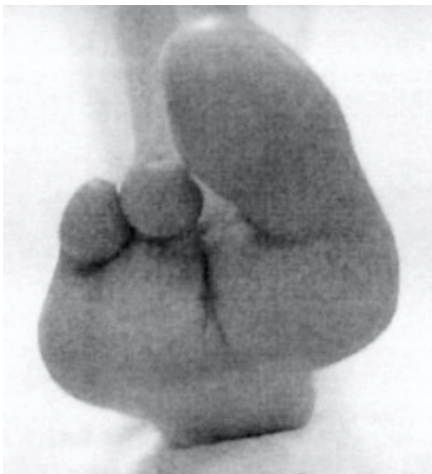
A diabetes mellitus végtagszövődményei (Diabetes-láb syndroma) és a trophicus zavarok ellátása

ROZSOS ISTVÁN, FORGÁCS SÁNDOR, KASZA GÁBOR,
MOLNÁR VALÉRIA, KOLLÁR LAJOS
BARANYA MEGYEI KÓRHÁZ- PTE/AOK SEBÉSZETI TANSZÉK

A cukorbetegség gyakorisága - szövődmények ellátásának mind a betegre - mind pedig az egészségügyre nehezedő terhe szükségessé teszi, hogy e népbetegséget alaposan megismerjük, kezeljük, és a lehetőségekhez mérten a szövődményeket megelőzzük.

A diabetes mellitusban szenvedő beteg először az alábbi két - általában szinkron-jelentkező - szövődmény miatt kerül sebészeti vizsgálatra: ez a micro- és macroangiopathia, valamint a perifériás neuropathia. A betegség jellegéből adódóan, e szövődmények gyakran kombinálódnak más rendszerbetegséggel járó elváltozásokkal is, (stroke, varicositas, hipertónia, obesitas) ami a korrekt véleményezést tovább nehezíti. A diabetes-láb szélsőséges klinikai megjelenési formái közül a súlyos neuropathiás alapon kialakult, drámai gyulladásos jeleket mutató elváltozás vezet leggyakrabban tévedésekhez. Ezekben a folyamatokban a microangiopathia is jelen lehet. Ezen esetekben a jól vezetett terápia napokon belül igen látványos végtagmentést eredményezhet. (1. ábra)

A másik szélsőséges lehetőség, amikor a macroangiopathia microangiopathiával együtt jelentkezik. Ilyen esetekben az angiographia elvégzése nélkülözhetetlen a terápia taktika korrekt kialakításához. (2. ábra)



1., 2., 3. ábrák Középkorú férfibeteg, típusos gangrénával jelentkezik - első ellátó intézetben lábszári amputáció szükségességét vetették fel! A vizsgálatokor minden perifériás pulzusa jól tapintható, az elváltozás neuropathia talaján kialakult mycosis „segítette” gyulladás és necrosis - az ablatiot követően 6 hónappal teljesen gyógyult terhelhető láb

Az eredményes gyógyító munkát és ezzel a visszaható kedvezőbb prevenciót e betegcsoport ellátásában munkacsoportunk által kidolgozott szabályok szerint végezzük, melyből a sebellátási gyakorlatot elemezzük részletesen.

Az ellátási algoritmus:

1. Az anyagcsere-állapot felmérése, insulin-terápia beállítása illetve korrekciója.
2. A gyulladásos folyamat diagnosztikája mikrobiológiai mintavételek, sebleoltások, gyógyszeres kezelés.
3. **A lokális nekrotikus elváltozások, gyulladásos folyamatok sebészi eltávolítást, ill. kezelése.**
4. A kísérőbetegségek felderítése és terápiája.
5. A következményes **angiopathia korrekt diagnózisa és gyógyszeres kezelése.**
6. **A következményes neuropathia megállapítása és gyógykezelése.**
7. **Macroangiopathia esetén ennek érsebészeti korrekciója.**
8. A rheológiai státusz (viszkózitás, vérlipidek, koleszterin, fibrinogén) felmérése és rendezése.
9. Gyógytornász bevonása a fizikai aktivitás megőrzésére.
- 10: A trophikus elváltozás kezelését elősegítő gipszrögzítés, ill. speciális lábbeli elkészítéséhez ortopédus és podológus bevonása.
11. Diéta, a táplálkozás élettani szabályainak betartása.
12. Felvilágosító munka a beteg és a beteg családja körében az adott állapot kezeléséről, valamint az elért eredmények megőrzését célzó preventív lehetőségekről.
13. A lelkiileg súlyos zavarokkal küzdő és a krónikus betegsége kapcsán az amputációtól rettegő betegek és hozzátartozóik pszichés vezetése.
14. Azonnali amputáció csak súlyos, szepikus és irreverzibilis állapotokban indokolt.

Az ellátási gyakorlat részletes bemutatása:

Az anyagcsere-állapot felmérése, insulin-terápia beállítása illetve korrekciója:

Jelentős trophicus elváltozások esetén a szükséges műtétek időszakában és a sebgyógyulásig mindenképpen javasolt áttérni az insulin-kezelésre, mert e változtatás nélkül a szövődmények sokkal nehezebben javíthatóak, a cukorháztartás kontrollja bizonytalanabb.

A gyulladásos folyamat diagnosztikája mikrobiológiai mintavételek-sebleoltások - gyógyszeres kezelés

Célzott kezelés:

Ha a beteg állapota az empirikus kezelésre nem javul, és a kultúra rezisztenciát mutat az elkezdett antibiotikumra, az érzékenységi vizsgálatnak megfelelő leghatásosabb antibiotikumot válasszuk!

A lokális nekrotikus elváltozások, gyulladásos folyamatok sebészi eltávolítása, ill. kezelése

A diabetes-láb trophicus, gyulladásos elváltozásainak kialakulásában szereplő tényezők két csoportra oszthatók: 1.: belső és 2.: a külső tényezők.

1. A belső - a betegségből eredő - tényezők:

- neuropathia
 - vascularis károsodások -csont-izületi strukturális elváltozások -károsodott immunrendszer -nephropathia
 - szemszövődmények -látásromlás -vakság
- ezekhez társul még az idős kor, a diabetes fennállásának időfaktora és a korábbi trophicus zavarok.

2. Külső tényezők:

- bármilyen banális trauma
- megnövekedett talpi nyomás -a kényelmetlen lábbeli okozta nyomóhatások
- károsító hőhatások, kémiai roncsolások -pedikűr trauma
- köröm- és lábgyógyászat
- a láb- és általános higiénia hiánya

A felsorolt tényezők közül akár néhánynak egyidejű előfordulása súlyos, a végtagot veszélyeztető állapotot alakíthat ki. A megjelenés formája a felszínes talpi hyperkeratosisztól és rhagadoktól, a mély cellulitises állapoton át, az osteomyelitis egy vagy több csonton való megjelenéséig terjedhet. A legsúlyosabb formák egyike, ha a gyulladás a bokaizületet is eléri.

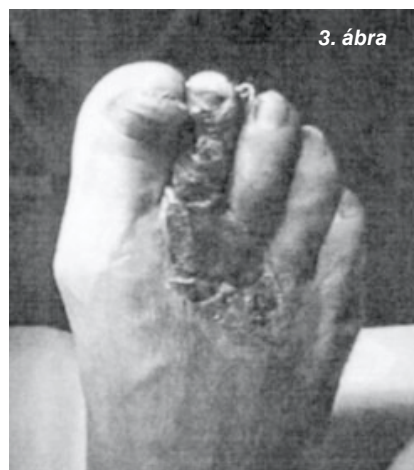
A kezelés szempontjából jelentős annak megállapítása, hogy a kialakult trophicus elváltozás kialakulásában az ischaemia vagy a neuropathia játszza -e a domináns szerepet.

A neuropathiás elváltozások általában a meleg tapintatú, száraz, hámló lábon alakulnak ki a nyomásnak kitett helyeken. Ezeknél a betegeknél a pedalis pulzusok jól tapinthatók, még a hyperkeratotikus környezetű, fájdalommentes, sőt még a látványos felülfertőzöttség miatti phlegmonés állapotban is. Mivel a végtag vérellátása megfelelő, adekvát terápia esetén a prognózis is jó. (1., 2., 3. ábrák)

Az elsősorban keringési zavar okozta *ischaemiás* fekély, amely a láb bármely részén kialakulhat, rosszabb gyógyhajlamú, további vizsgálatokat és gyakran érhelyreállító műtétet igényel.

Osteomyelitis kialakulása nem feltétlenül jelenti magasabban végzett amputáció szükségességét. A feltárás és sebtisztítás során a gyulladásos csontok eltávolítása után a visszamaradó lágyrészek jó gyógyhajlamot mutatnak.

Az ablatiós felszínek, nekrektomizált területek hosszantartó lokális kezelését a per secundam gyógyulást elősegítő lehetőségek számbavételével végezzük. Természetesen, ebben a fázisban számos olyan kitűnő, lokálisan alkalmazható készítményt ismerünk, ame-



lyek használatával (Actovegin gél, krém, kenőcs, :Cutinova gél) a seb feltisztítása, (Curiosin csepp) a seb gyógyulása gyorsítható, és a nyitott állapot is biztonságosabban kontrollálható. A jól megválasztott kötszerek és kezelési taktika az otthonápolás lehetőségét is biztosítja. Megfelelő szabályok betartása mellett az otthon kezelt betegek 80-90%-os gyógyulása prognosztizálható.

A családorvosok - cukorbetegük gondozása során- a rendszeres lábellenőrzés és a diabetes- láb kialakulásának megelőzésében fontos szempontok többszöri ismétlése révén, valószínűleg többet tehetnének az amputációk elkerülése érdekében, mint a legkorszerűbb technikával is elkeseredett küzdelmet folytató specialisták.

Debridement

A krónicus sebek (ulcus cruris, diabetes-láb nekrózisos sebei, decubitalis ulcusok) többségénél a hatékony sebgyógyításnak alapvető feltétele a debridement.

Formái: sebészi, fizikai sebtisztítás, enzimatisus. A sebészi nekrektómia ambulánsan és fekvő gyógyintézetben egyaránt elvégezhető. A fizikai sebtisztítás lokális lemosást, sebitoiletet, antiszeptikum alkalmazását jelenti. Az *enzimatisus* debridement alapját a felfedezett biokémiai folyamatok képezik.

Az újfajta sebkezelő módszer lényege: a sejtproliferációt és epithel migrációt fokozó miliő létrehozása. A módszer alkalmazásával lehetővé válik a kórházi idő lerövidítése, valamint a beteg járóbetegként történő ellátása.

A nedves sebkezelés alapelvei

1. Megfelelő nagyságú kötszer kiválasztása
2. Kötéscsere időpontja
3. A képződött gél eltávolítása fiziológiás sóval
4. A fekély szuperinfekciója során terápiás változtatás
5. Kompressziós pólya alkalmazása (nagy munkanyomású)

A kísérőbetegségek felderítése és terápiája

Nagy statisztikai elemzések alapján megállapítható, hogy a diabetes mellitusban szenvedő betegek kétharmada hyertóniás, 50% ischaemiás szívbetegség miatt szorul gondozásra. A végtagartériák - általában a *tibialis* és *peronealis* artériák - szűkülete négyeszer gyakoribb cukorbetegekben. Ennek *gyanújakor* érsebészeti *konzílium indokolt*, mert *pozitív angiographia* esetén szóba jön a *revascularisatio* műtét lehetősége, ami a beteg állapotának jelentős javulását eredményezheti, és a potenciálisan veszélyeztető amputáció is elkerülhetővé válna.

A következményes angiopathia korrekt diagnózisa és gyógyszeres kezelése

A microangiopathia diagnosztikája:

Fizikális vizsgálattal acralis területek károsodott keringése definiálható, Az egy-nél nagyobb Doppler Index a perifériás rezisztencia megnövekedett voltára utal.

A microcirkuláció direkt vizsgálatát LASER Dopplerrel végezhetjük, mely a

bőrkapillárisokban képes meghatározni a keringési viszonyokat. A perioperatív állapotokat izotóp perfúziós technikák műtét előtti és után mért értékeinek összehasonlításával végezhetjük.

A microangiopathia terápiája

Két részben tárgyalható aszerint, hogy trophicus elváltozások kialakultak-e vagy sem. Korai szakaszban, amikor a végtag hűvössége, ügyetlensége, zsibbadása a -vezető tünetek, gyógyszeres kezelés javasolható.

A gyógyszeres kezelés támadáspontjai: a károsodott struktúra által előidézett rosszabb áramlási esély miatt a vér folyékonyságának, az alakos elemek deformabilitásának javítása; a kialakult permeabilitási zavar miatt létrejött oedema eltávolítása, az oxigenizáció javítása. A fenti kezelésekre jól bevált gyógyszeres protokollok állnak rendelkezésünkre. (Pentoxiphyllin, Micronizált Flavonoid-Detralex, Ca-Dobesilate-Doxium, Venoruton-Forte). A másik támadáspont az endotheldysfunctio megszüntetése (Quinapril-Accupro, Diaprel)

Szükség esetén lumbalis sympatectomiát végzünk, de mindenekelőtt fontos a jelenlevő gyulladásoz folyamat gyors szanálása.

A macroangiopathia diagnosztikája:

Perifériás keringés vizsgálata,
Doppler-index meghatározása
Nyaki Duplex-scan,
Angiographia

A macroangiopathia konzervatív kezelése:

A kompenzált keringési stádiumban (200 m feletti járástávolság és trophicus elváltozás hiányában) elegendő a gyógyszeres terápia, ami a kollaterális rendszeren zajló keringést segíti. (rheológiai támadáspontú szerek).

A macroangiopathia érsebészeti korrekciója

Fokozódó panaszok, jelentős járástávolság-csökkenés, trophicus elváltozások kialakulása, ismert nagyér-érintettség esetén érhelyreállító műtétet igényel. Az egyre hatékonyabb és kisebb megterheléssel járó percutan invazív radiológiai beavatkozások (PTA) ebben a betegcsoportban csak ritkán alkalmazhatók, egyes amerikai szerzők szerint csak a bypass-technika tekinthető megfelelő megoldásnak

A rekonstruktív érműtét indikációja az alábbi célok alapján állítható fel:

- A kialakult trophicus elváltozás szanálása,
- a szükségessé váló ablatio minél distalisabb elvégezhetősége,
- major amputáció helyett minor amputáció, az amputációs csonk védelme,
- a beáramlás fokozása sympatectomia mellett.

Az elzáródás hossza és elhelyezkedése határozza meg az elvégezhető, ill. elvégzendő műtéti megoldást, általánosnak tekinthető megállapítás, hogy a bypasstechnika a gyakrabban eredményre vezető megoldás. A femoro-popliteo-cruralis rendszer többszörös szűkülete és/vagy elzáródása esetén a cruralis áthidalást tekintettük egyetlen megoldásnak.

A neuropathia gyógykezelése:

Báziskezelésként B vitaminok adása indokolt, elsősorban a B 1 és B 12 származékok formájában parenterális, majd folytatólagosan per os is. Emellett a zsírdékony B-vitaminszármazékok tartós szedése benfotiamin (Milgamma) bíztat kedvező hatással. A gyógyszerkutatók újabb lépcsőjeként megjelenő Thiogamma (-liponsav) az eddig rezisztens esetekben is esélyt biztosít a javulásra.

Külön jelentőséggel bír a neuropathia talaján kialakult alsóvégtagi oedema, tekintettel arra, hogy a microcirculációt károsan befolyásoló circulus vitiosus motorja, más részről az oedema kialakulása és mértéke jól jellemzi a beteg általános állapotát és prognózisát: Kezelésében a kompressziós terápia és gyógyszeres kezelés jön szóba. A Detralex-kezeléssel igen kedvező eredményeket értünk el. Szükség esetén adhatók még: fájdalomcsillapítók, carbamazepin (Tegretol), triciklusos antidepresszánsok, capsaicin.

A rheologiai státus (viszkozitás, vérlipidek, koleszterin, fibrinogén) felmérése és rendezése.

A vér folyékonyságát meghatározó tényezők közül az összes jelentős paraméter károsodik diabetes mellitus esetén. A rheológiai kezelések műtéti beavatkozás nélkül és annak kiegészítéseként is jelentőséggel bírnak. A micro- és macroangiopathia tárgyalása során jeleztük e rendszer fontosságát és az elváltozások korrigálásának szükségességét. Szignifikáns fibrinogénszint csökkentésre az Arvin, pentosanpolysulfat, (SP 54), illetőleg a bezafibrát alkalmas. Ezek az egymástól eltérő támadáspontú, de végeredményben fibrinogénszint-csökkenést előidéző készítmények jól használhatók a konzervatív kezelés során.

A kezelés alapelvei

1. A vízajtók adása tilos, mivel ronthatja a beteg állapotát a rheologiai státus károsításával.

2. Az oedema csökkentése kompressziós kezelésekkal

Felméréseink szerint a gondozott cukorbeteg populáció 50%-a észleli rendszeresen alsóvégtagi ödémáját. Ennek hátterében vénás megbetegedések, kardiális dekompenzáció, gyulladás és egyéb pathológiai (nyirokkeringési) folyamatok is állhatnak. Azonban a fenti okok hiánya mellett is megfigyelhetünk lábszárvizenyőt a jelentős neuropathiát mutató betegeknél. Ezekben az esetekben a neuropathia következtében kialakult shunt regulációs zavar a magyarázat az oedema jelenléte igen fontos prognosztikai faktor a betegség kimenetelét illetően. Az oedema csökkentése a felismerés pillanatától igen fontos. Megfelelő artériás keringés mellett a kompressziós harisnya viselete javasolható. Trophikus elváltozások esetén a rugalmas pólyázás mindig a kezelés igen fontos része. Kompressziós kezelés mellett általában gyógyszeres terápiát alkalmaznak.

3. A vénás és nyirokkeringést is kedvezően befolyásoló Detralex az akut oedemás fázisban igen kedvező eredményeket hozott.

4. Tartós kezelésre javasolható még: Endotelon, Doxium, Venoruton Forte.

5. Az alacsony molekulatömegű (Fragmin, Clexane) heparinok felhasználása is kedvező az oedema elleni küzdelemben, a shunt keringés zavarának véglegessé válá-

sának megakadályozásával. Természetesen figyelemmel kell lennünk azon kísérő krónikus elváltozások megfelelő kezelésére is, amelyek elhanyagolása szintén oedemához vezethet. Az alacsony molekula tömegű heparinok (LMWH) szerepe a komplex kezelésben. A cukorbetegséget kísérő cardiovascularis károsodások kialakulásában a haemo-stasis zavara is szerepet játszik. A haemostasis regulációja a glycaemiás állapot romlásával szinkron károsodik. A 2. típusú cukorbetegségben a fibrinolysis zavarra látható gyakrabban, ami a magasabb „nyugalmi” fibrinogén értékekben jelenik meg. Az említett vezető tényezőkön kívül még számos egyéb faktor is károsodik. Az endothel funkciója a szöveti aktivátorok működése, így az igen sérülékeny.

Gyógytornász bevonása a fizikai aktivitás megőrzésére

Amennyiben olyan szövődmények alakulnak ki, amelyek már hosszantartó fekvést igényelnek, a beteg megszokott fizikai terhelése jelentősen csökken, ezért a cukorháztartás további, zavara mellett számos egyéb következménnyel is számolnunk kell, melyek közül csak a leglényegesebbek a következők:

Az immobilizáció jelentősen csökkenti a szervezet amúgy is károsodott fibrinolyticus aktivitását, ezáltal komoly haemostasis következmények jelenhetnek meg (trombózis). A károsodott végtag „túlkímélése” esetén pedig olyan izületi kontraktúrák alakulhatnak ki, amelyek a mozgásképesség későbbi visszanyerését véglegesen veszélyeztetik. Az aktivitás csökkenése károsan hat a vegetatív funkciókra is (bélmotilitás, stb.). A gyógytornász szerepe óriási a fizikai aktivitás megőrzésében.

Speciális lábbeli elkészítéséhez ortopédus és podológus bevonása

A diabetés-láb kialakulásának számos stádiuma meghatározható. Azokban az esetekben, amikor a gyulladós folyamat a csont- és izületi struktúrákat jelentősen destruálja, a láb statikája véglegesen károsodik, a terhelési pontok pedig megváltoznak. E körülmény teremti meg a lehetőséget a gyulladós talpi folyamatok kialakulásához, amely az „ördögi kör” egyik szegmense. Éppen ezért az addigi terhelési pontok megváltoztatása nélkülözhetetlen feltétel a trophicus elváltozások szanálásához, amiben fontos szerep hárul a podológusokra .

Diéta, a táplálkozás élettani szabályainak betartása

Igen fontos az étkezések gyakorisága. Ennek oka, hogy a gyakori - naponta 5-6-szori - étkezéssel részben mérsékelhető a postprandiális vércukor-emelkedés, másrészt a táplálék több kisebb részre való elosztása csökkentheti a testtömeg-gyapadós veszélyét. Tehát a reggeli-ebéd-vacsora mellé fogyaszthatnak tízórait, uzsonnát, pótvacsorát. Természetesen ezeknek az étkezéseknek a szénhidrát tartalma eltér a főétkezések alkalmával elfogyasztható szénhidrát mennyiségektől.

A diabetes mellitus étrendi kezelésének célja;

Fenntartani vagy elérni a kívánatos testtömeget,

A szénhidrát-anyagcsere normalizálása,

Az ideálist leginkább megközelítő vércukorszint beállítása.

Megelőzni a hypo- és hyperglykaemiás állapotok kialakulását, megelőzni ill., késleltetni a cukorbetegség szövődményeinek kialakulását, csökkenteni a kockázati tényezőket.

Felvilágosító munka a beteg és a beteg családja körében az adott állapot kezeléséről, valamint az elért eredmények megőrzését célzó preventív lehetőségekről.

Az educatio során fel kell kelteni a betegek és ezen keresztül a családtagok érdeklődését és a betegségről való ismeretek igényeit, ismerniük kell a korszerűbb életvitel hosszú távú előnyeit. Feladatunk a tudományos kutatások eredményeinek közérthető közvetítése. A másik fontos szempont a háziorvosok tájékoztatása, képzése és továbbképzése, tudományos konferenciákon való részvétel előadások, és referátumok tartásával. Tapasztalataink szerint a betegségről elegendő információval rendelkező betegcsoport állapota sokkal rendezettebb marad akkor, ha háziorvosától megfelelő támogatást kap.

Pszichiátriai gondozás

A diabetes mellitus mint krónikus, endokrin anyagcserezavar általában életre szóló pszichoszomatikus megbetegedés. Etiológiájában a pszichoszomatikus tényezők mind a mai napig vitatottak, lefolyásában azonban egyértelmű a pszichogén tényezők szerepe. Szomatopszichikus zavarként is felfogható, hiszen a testi állapot hat a lelki működésre, a másodlagosan kialakult pszichés elváltozások befolyásolják a testi állapotot. A cukorbetegség kezelése komplex természetű és egyedi kell, hogy legyen. A terápiás vezetésnél figyelembe kell venni a beteg személyiségének sajátosságait és azt, hogy mit jelent számára szembesülni egy életre szóló betegséggel, amely gyakran súlyos korlátozásokat jelent életmódjában. Miután az evés az ember életében a kalória bevitelen túl az élvezetben és a feszültség levezetésben is jelentős tényező, érthető, hogy a diétás korlátozások lélektani problémákat idéznek elő. A diétahibák többsége a beteg lázadását, agresszióját jelentheti, betegsége, orvosa környezete ellen. A diéta megtervezésénél kerülni kell mindenfajta parancsoló elrendelő magatartást, mert ez a beteg ellenállását, agresszióját csak fokozhatja és forrása lehet a diéta hibának.

Klasszifikációs rendszerek alkalmazása segíti a betegek tájékoztatását és a gyógyító munka összehasonlíthatóságát. A diabetes mellitus kapcsán kialakult következményes sebek beosztásához a nemzetközi gyakorlatnak megfelelően a Wagner-féle klasszifikáció 1981. látszik az egyik legmegfelelőbbnek. Az egységesített terminológia betegcsoport kezelésében kevésbé jártas kollégáknak is biztos kapaszkodót ad.

Wagner-féle klasszifikáció (grade)

- Grade 0: típusos neuropathiás lábfekély nélkül
- Grade 1: hyperkeratosis, callus, felszínes fekély, gyulladós jelek nincsenek, a talp és az ujjak területe érintett
- Grade 2: mélyre terjedő fekély, cellulitis, látható tályog, osteomyelitis nincs
- Grade 3: mélyre terjedő fekély, tályog és vagy osteomyelitis
- Grade 4: felülfertőződött, az előlábra vagy a sarokra lokalizálódó gangréna
- Grade 5: az egész lábra, bokaízületre terjedő gangréna

UT klasszifikációs rendszer

Az UT (University of Texasi klasszifikációs rendszer (2001.) nemcsak a sebek mély-

ségét, elhelyezkedését és a gangréna, ill. osteomyelitis meglétét veszi figyelembe, hanem a sebek fertőzöttségét, és az alsóvégtagi ischaemia jelenlétét is, amely a klinikai végeredmény prognózisában vitathatatlan tényező.

Grade 0: már gyógyult pre- vagy postulceratív állapot

Grade 1: felületes seb, mely nem terjed az ínra, ízületi tokra vagy csontra

Grade 2: a fekély eléri az inakat, vagy ízületi tokot

Grade 3: a fekély ízületig vagy csontig hatol.

Stage A: tiszta seb

Stage B: nem ischaemiás, de fertőzött

Stage C: ischaemiás, de nem fertőzött seb

Stage D: ischaemiás és fertőzött seb.

Összefoglalás:

A betegek kezelése, gondozása során elsődleges célunk a veszélyeztetett funkcióképes végtagok megmentése, a korai felismerés az eredményes másodlagos és terciér prevenció. Az eredményesség tekintetében irányadó az ablatióra, amputációra kerülő betegek aránya, a primer amputációt szükségessé tévő állapotok előfordulási gyakorisága. A fenti gyakorlat tapasztalatait természetesen vissza kell irányítani az alapellátásban dolgozók felé is. Tapasztalataink alapján megállapíthatjuk, hogy a házi orvos kollégák az ismeretek birtokában kedvezőbben ítélik meg e betegcsoport gyógyulási esélyeit és ezt a kooperációk javulásával még tovább javíthatónak tartják.

Az EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel)

6. kongresszusa

Az EPUAP 6. kongresszusát Budapesten rendezik

2002. szeptember 18-21. között a Hilton Hotelben

A társaság, melynek támogató tagja csaknem az összes neves kötszerforgalmazó cég a tudományos programban a **decubitus megelőzésének és gyógyításának kockázati tényezőivel, minőségbiztosításával, a kezelés árával kapcsolatos kérdéseket** kívánja megtárgyalni, a jelenlegi helyzetnek megfelelő guideline-t kíván adni. A Társaság jeles képviselői ígérik jelenlétüket.

A hazai szervezőbizottság tagjai: **Dr. Gulácsi László** a SEBINKO Szövetség elnöke, **Dr. Csorba Éva** a Magyar Égési Egyesület elnöke, **Dr. Gulyás Gusztáv** a Magyar Plasztikai Helyreállító és Esztétikai Sebész Társaság elnöke, **Dr. Juhász István** a Debreceni Egyetem Bőrgyógyászati Klinika égési és bőrsébeszeti osztályának vezetője, **Prof. Dr. Kiss János** a Magyar Sebész Társaság elnöke, **Prof. Dr. Nemes Attila** a MOTESZ elnöke, **Dr. Oláh Attila** a Magyar Sebész Társaság főtítkára, **Dr. Sugár István** a Magyar Sebkezelő Társaság ügyv. elnöke, **Dr. Tamás Róbert** a Magyar Plasztikai Helyreállító és Esztétikai Sebész Társaság elnöke, **Miklósi Ferenc** a Convention Budapest Kft. igazgatója.

A tudományos programon felül társasági programok is várják a Hilton Hotelben a résztvevőket.

Az előadások leadási határideje 2002. június 15. A részvételi díj tagok számára 250 angol font (kb. 390 Euro), nem tagoknak 300 font (kb. 460 Euro) 2002. június 30. előtt, utána 300 ill. 350 font.

Érdeklődni a **Convention Budapest Kft.** címén lehet:

1094 Budapest, Tűzoltó u. 59., levelezési cím: 1461 Budapest, Pf. 11. Telefon: (1)2161121

Előzetes felhívás a Magyar Sebkezelő Társaság V. Kongresszusára

Tisztelt Tagtársak, érdeklődők!

*Az MSKT 2002. október 17-18-án megrendezi
V. Kongresszusát a korábban szokásos helyszínen,
a Grand Hotel Hungariában*

A szervező munkába szeretnénk bevonni a társtudományok szakmai társaságait valamint a korszerű kötöző anyagokat és gyógyászati segédeszközöket gyártó és forgalmazó cégeket.

A kongresszusi részvétel kreditpontokat jelent a résztvevők számára.

Szálláslehetőséget szervezett formában biztosítunk.

Részvételi díj:

MSKT-tag orvosoknak	10 000 Ft
MSKT-tag szakdolgozók	6 000 Ft
nem tag orvosoknak:	12 000 Ft
nem tag szakdolgozók:	7 000 Ft,
kísérők:	6 000 Ft

A részvételi díj a tudományos programon kívül biztosítja a kongresszusi és reklám-anyagokat, valamint a kávészünet és a koktélparty költségeit. Ebéd lehetőséget szervezeten biztosítunk, várhatóan 3500 Ft-ért alkalmanként.

A kiküldendő jelentkezési lapokat és a tervezett előadás összefoglalóját (cím, szerzők, munkahely) legkésőbb július 30-ig kérjük elküldeni

a Szervező Iroda címére:

É+L Kongresszus és Kiállítás-szervező Kft.

Budapest, 1081 Kiss József u. 4. 1364. Bp. 4. Pf : 354. Tel/fax: 313-2027

Várhegyi László ügyvez.igazgató

A Kongresszus fő témái:

1. Házi orvosok, szakdolgozók helye és lehetősége a sebkezelésben.
2. Nyirok-keringési zavarok kezelése
3. A kompressziós ulcus-kezelés
4. Beszámoló az EPUAP budapesti szeptemberi kongresszusáról

További részletes tájékoztatót minden érdeklődőnek időben postázunk!

Comfeel : Sebkezelés *Ápol, s jól takar* Sebgyógyulás nedves környezetben

Comfeel: Hidrokolloid sebkötöző lapok

- optimálisan nedves környezet
- védelem a felülfertőződés ellen
- kötőcsere szükségességét jelző rendszer
- elvékonyított és lekerekített szélek
- öntapadó felület érintése nélküli felhelyezés
- csökkenti a fájdalmat
- hajlékony, rugalmas, vízálló
- kohéziós szerkezet
- széles termékválaszték



Comfeel: SeaSorb sebkötöző lapok

- szálmentes alginát kötszer
- kiváló nedvszívóképesség .
- vertikális nedvszívás
- egy darabban eltávolítható
- nem okoz irritációt
- méretre vágható

Purilon Gél (hydrogél)

- gyors és hatékony sebtisztulási folyamat
- feloldja a száraz elhalt szövetrészeket
- kizárólag természetes alkotóelemek, konzerváló és mesterséges anyagok nélkül
- több mint 90 % tisztított vizet tartalmaz és calcium alginátot
- egyszerre hidratál és a váladékot felszívja
- a gél a helyén marad - erős kohézió

Gyártó:

Coloplast A/S, Dánia

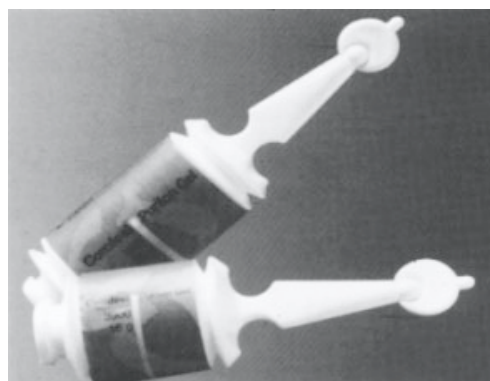
Magyarországi képviselése:

Coloplast A/S Magyarországi Képviselete,

1222 Budapest, Háros út 126/a, Tel.: (1) 226-61-63

Forgalmazó: **Gerontex Gyógyászati Segédeszköz Kft.,**

1096 Budapest, Haller út 2. Tel.. (1) 476-1000



 **Coloplast**

SEBKEZELÉS *Ajánlás* SEBGYÓGYULÁS

A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata

Kedves kolléganő/kolléga!

A Magyar Sebészet főszerkesztőjének jóvoltából alkalmunk van megjelenni a magyar sebésztársadalom színe-java előtt.

Néhai, Dr. Baksa József főorvos úr kitartó és áldozatos munkával hozta létre - 1997-ben - egyre bővülő Társaságunkat, melyet a régi-új Vezetőség nevében - a mellékelt újságot lapozgatva - szeretnénk bemutatni. Ez a lap rövid, 5 éves múltunk eseményeire is betekintést ad, egyúttal ismertetve céljainkat, elképzeléseinket.

Nagy örömünkre szolgálna, ha Társaságunk tagjává avanzsálhatnánk!



*Szeretnénk mielőbb körünkben üdvözölni,
remélve szíves jelentkezését, tisztelettel üdvözlő:*

dr. Sugár István

*Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika
1025 Budapest, Kútvölgyi út 4.*

