

MAGYAR SEBÉSZ TÁRSASÁG
SEBÉSZETI ENDOSZKÓPOS SZEKCIÓ
XVI. KONGRESSZUSA
SEBÉSZETI TOVÁBBKÉPZŐ TANFOLYAM

Eger, Hotel Eger & Park
2015. november 12–14.

Tisztelt Kollégák!

A Magyar Sebész Társaság Sebészeti Endoszkópos Szekciója nevében mindenkit szeretettel és tisztelettel várunk következő kongresszusunkra. A rövid múltra visszatekintő, de rendkívül látványos fejlődést megelőző, mai napig is állandó változásban lévő minimálisan invazív sebészet a korábban egymástól eltávolodott szakmákat ismét összehozza, elveiket megreformálja, a betegek hatékonyabb gyógyítása érdekében hatalmas innovációs kapacitásokat mozgósít. A sebészet területén még mindig keressük további alkalmazásának lehetőségét és ezzel a módszerrel igyekszünk magának a sebészetnek is új határokat kijelölni. Ezen a fórumon beszél közös nyelvet a sebész, a mellkas sebész, a gyermeksebész, a nőgyógyász, az urológus, de a gasztroenterológus és a radiológus is. Egy-egy probléma megoldása más-más kézbe kerülhet, de ismerve egymás és saját lehetőségeink határait tudjuk a legjobb megoldást megtalálni.

Természetesen egy új módszer széleskörű bevezetésének finanszírozási kérdései, a komplex eljárások minőségbiztosítási feltételeinek megteremtése állandó eszmecserét, a rendelkezésre álló adatok összevetését igényli. 2015 őszén Egerben nyílik kiváló lehetőség szakmánk helyzetének átvilágítására. Legyen ez a kongresszus egy olyan összejövetel, ahol a Szekció tagjai megismerik és megosztják egymással a sebészeti eredményeket és ahol szívesen látjuk a társszakmák képviselőit, hogy bemutassák tapasztalataikat.

Dr. Bezilla János
a kongresszus elnöke

Fővédnökök

Dr. Zombor Gábor

Dr. Csiba Gábor

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház főigazgató főorvosa

Védnökök

Prof. Dr. Harsányi László

a Magyar Sebész Társaság elnöke

Prof. Dr. Lázár György

a Magyar Sebész Társaság előző elnöke

Prof. Dr. Oláh Attila

a Szakmai Kollégium Sebészeti Tagozat elnöke

A Kongresszus elnöke

Dr. Bezsilla János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztályának
osztályvezető főorvosa

Tiszteletbeli elnök

Prof. Dr. Bende Sándor CsC. PhD. egyetemi magántanár

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Intézet vezető főorvosa

Tudományos Bizottság

*Bezsilla János – elnök
Bacskó György
Bálint András
Bátorfi József
Bende Sándor
Botos Ákos
Bursics Attila
Damjanovich László
Flaskó Tibor
Gamal E. Mohamed
Gál István
Harsányi László*

*István Gábor
Kecskés László
Kincses Zsolt
Koppán Miklós
Lázár György
Lukovich Péter
Metzger Péter
Mohos Elemér
Németh Norbert
Oláh Attila
Oláh Tibor
Ondrejka Pál*

*Papp András
Sándor József
Sikorszki László
Sziller István
Svébis Mihály
Tenke Péter
Tihanyi Tibor
Tóth Lajos
Vereczkei András
Vörös Attila
Wéber György*

Szervező Bizottság

*Bezsilla János
Berecz János
Berencsi Attila*

*Botos Ákos
Farkas József
Sikorszki László*

Tudományos információ

Dr. Bezsilla János

BAZ Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészet
3531 Miskolc, Szentpéteri kapu 72–76.

Email: bezsillaj@hotmail.com

Kongresszusi információ

Convention Budapest Kft.

Bagdi Károly ügyvezető igazgató

1036 Budapest, Lajos u. 66. „A” lh., 4. em.

Telefon: (1) 299-0184, -85, -86 • Fax: (1) 299-0187

E-mail: kbagdi@convention.hu

www.convention.hu



Fő szponzorok

**Ethicon / Johnson & Johnson
StapleCare Kft.**

Szponzorok

B. Braun Medical Kft.

Covidien

**Aspen Europe GmbH
magyarországi Fióktelepe**

Kiemelt támogató

Replant Cardo Kft.

Kiállítók

Anamed Kft.

Karl Storz

Sanofi

Vitaminkosár Kft.

Köszönjük a cégek támogatását.

2015. NOVEMBER 12. CSÜTÖRTÖK		
	„A” Szekció	„B” Szekció
14.00–15.20	MST VEZETŐSÉGI ÜLÉS	
15.30	MEGNYITÓ	
16.00–17.30	LAPAROSZKÓPOS VASTAGBÉL SEBÉSZET I.	LAPAROSZKÓPOS EPEHÓLYAG, EPEÚT SEBÉSZET, VARIA
19.00–20.30	VEZETŐSÉGI VACSORA	
19.00	VACSORA	
20.30–22.00	KONCERT	
2015. NOVEMBER 13. PÉNTEK		
08.30–10.00	PLENÁRIS ÜLÉS – VERES JÁNOS EMLÉKÜLÉS	
10.00–10.30	KÁVÉSÜNET	
10.30–11.30	PLENÁRIS ÜLÉS	
11.30–12.30	PLENÁRIS ÜLÉS – DR. KARDOS GÉZA EMLÉKÜLÉS	
12.00–14.30	EBÉD	
12.30–13.30	POSZTER SZEKCIÓ	
13.00	TALÁLKOZÁS A KIÁLLÍTÓKKAL	
13.00–14.00	ÚJDONSÁGOK A SEBÉSZETBEN	
14.00–16.00	LAPAROSZKÓPOS VASTAGBÉL SEBÉSZET II.	LAPAROSZKÓPOS GYOMOR, NYELŐCSŐ SEBÉSZET
16.00–16.30	KÁVÉSÜNET	
16.30–17.30	MELLKASSEBÉSZET	LAPAROSZKÓPOS MÁJ-, PANCREAS SEBÉSZET
19.00	KONCERT A KONGRESSZUS ÉS VENDÉGEI TISZTELETÉRE	
20.00	BANKETT	
2015. NOVEMBER 14. SZOMBAT		
08.30–10.00	OKTATÁS, FINANSZÍROZÁS, VARIA	SÉRVSEBÉSZET
10.00–10.30	KÁVÉSÜNET	
10.30–11.30	REKESZSÉRV SEBÉSZET	VARIA
	KONGRESSZUS ZÁRÁSA	
11.30–12.30	KÖZGYŰLÉS, VEZETŐSÉG VÁLASZTÁS, TESZTÍRÁS	
12.30	MST SES ÚJ VEZETŐSÉGÉNEK ALAKULÓ ÜLÉSE	

14.00–15.20

MST VEZETŐSÉGI ÜLÉS (Fehér-terem)

15.30

MEGNYITÓ

Köszöntő beszédek:

Dr. Csiba Gábor

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház főigazgató főorvosa

Prof. Dr. Harsányi László

a Magyar Sebész Társaság elnöke

Dr. Bezsilla János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály osztályvezető főorvosa, a kongresszus elnöke

16.00–17.30 „A” Szekció

LAPAROSZKÓPOS VASTAGBÉL SEBÉSZET I.

Üléselnökök: *Vereczkei András, István Gábor, Bálint András*

Az appendectomiák műtéti eredményeinek hosszú távú összehasonlítása

Baracs József, Kovács Balázs, Vereczkei András

Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Sebészeti Klinika, Pécs

A laparoscopia helye az appendicitis ellátásában

Hévér Tímea, Budai László

Bugát Pál Kórház, Invazív Mátrix, Sebészeti Egység, Gyöngyös

Sürgősségi diagnosztikus laparoscopia vagy laparoscopos appendectomia?

Völgyi Réka¹, Babarczy Edit², Nagy Ákos¹, Telek Géza¹, Korsós Diána¹, Ender Ferenc¹

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Pathológiai Osztály, Budapest

Learning curve a laparoscopos appendectomia gyors bevezetése után:

vannak-e a rizikófaktorai a rezidensek által végzett beavatkozásoknak?

Mán Eszter, Németh Tibor, Géczi Tibor, Simonka Zsolt, Lázár György

SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

Laparoscopos appendectomy az elmúlt 10 évben osztályunkon –

1239 laparoscoposon kezdett műtét tapasztalatai

*Besznyák István¹, Madarász Csilla², Dede Kristóf¹, Papp Géza¹, Svastics Imre¹,
Pörnecz Balázs¹, Egyed Tamás¹, Bursics Attila¹*

¹Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

²SE ÁOK VI. évf., Budapest

Laparoscopos coecum-kúp resectiók

*Karaffa Iván, Balogh Tamás, Barra Zoltán, Berencsi Attila, Bezilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc*

Diverticulitis perforációk kezelésének minimál invazív stratégiája

*Papp Géza, Besznyák István, Fekete András, Egyed Tamás, Mester Gábor, Bursics Attila
Uzsoki Utcai Kórház, Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest*

eTEO: a transzanális endoszkópos mikrosebészeti technika és a colonoscopia
együttes alkalmazása a rectumban lévő elváltozások eltávolítására

*Zaránd Attila, Lukovich Péter, Wacha Judit, Takáts Alajos, Baranyai Zsolt,
Weltner János, Harsányi László*

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

TAMIS: indikációs kör, technikai nehézségek és megoldási javaslatok a
transanális minimálisan invazív sebészetben

Bánky Balázs, Járay Géza

Szent Borbála Kórház, Tatabánya

16.00–17.30 „B” Szekció

LAPAROSZKÓPOS EPEHÓLYAG, EPEÚT SEBÉSZET, VARIA

Üléselnökök: *Damjanovich László, Botos Ákos, Lukovich Péter*

Indokolt-e az intraoperatív cholangiographia laparoscopos cholecystectomy
során? – Tapasztalataink 4098 elektív laparoscopos cholecystectomy kapcsán

*Ábrahám Szabolcs¹, Tajti János¹, Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Pieler József¹,
Tóth Illés¹, Libor László¹, András László¹, Leprán Ádám¹, Kovács Viktor¹,
Szepes Zoltán², Czákó László², Takács Tamás², Lázár György¹*

¹SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

²SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Laparoscopos cholecystectomy vágatlan, anonimizált műtégi videojának
elemzése: szükséges-e a kompetencia vizsga bevezetése?

Kakucs Tímea¹, István Gábor², Harsányi László¹, Lukovich Péter¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Asszisztens nélkül végzett laparoscopos cholecystectomy

Sinoros Dóra, Lukovich Péter, Kakucs Tímea, Harsányi László

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Van-e létjogosultsága az ambuláns laparoscopos cholecystectomiának?

A betegek véleménye egy sebész tapasztalatai alapján

Lukovich Péter, Kakucs Tímea, Tari Krisztina

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A laparoscopia szerepe a 80 év feletti betegek epeköves betegségének megoldásában

Kakucs Tímea, Harsányi László, Lukovich Péter

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A nyitott és laparoscopos módszer hosszútávú eredményeinek összehasonlítása epekövesség miatt végzett műtéteink kapcsán

Botos Ákos, Kiss Edina, Sikorszki László, Temesi Rita, Bezsilla János

Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Konverziók okainak elemzése laparoszkópos cholecystectomiáink során

Barra Zoltán, Sikorszki László, Berencsi Attila, Karaffa Iván, Péter Sándor, Bezsilla János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Tenckhoff katéter beültetés és a kialakult szövődmények laparoscopos ellátása

Rózsa Balázs, Bálint András

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest

Változások a gyermekkori ovariumot érintő kórképek sebészi kezelésében

Papp János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermeksebészeti Osztály, Miskolc

19.00–21.00

Vezetőségi vacsora (Fehér Szarvas Étterem)

19.00–

Vacsora (Hotel Park Eger Étterem)

21.00–22.30

Koncert (Hotel Park Eger Étterem)

Bányai Unplugged Zenekar

08.30–10.00

PLENÁRIS ÜLÉS

Veres János Emlékülés

Üléselnökök: *Bezsilla János, Lukovich Péter, Farkas Emil*

25 év emlékei

Prof. Dr. Hajdú Zoltán

Emlékérem átadása

Szemléletváltás a hazai sérvsebészetben

Prof. Dr. Wéber György

Emlékérem átadása

10.00–10.30

Kávészünet

10.30–11.30

PLENÁRIS ÜLÉS

Üléselnökök: *Harsányi László, Oláh Attila, Bursics Attila*

„Minimally invasive techniques in colorectal surgery”

Dr. Julio Del Castillo Diego

Santander Spanyolország

Colorectal Surgery, Serbian Experience

Prof. Dr. Dejan Ivanov

Novi Sad (Újvidék), Serbia

Colorectalis sebészet, magyarországi adatok

Dr. Bursics Attila

Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

11.30–12.30

PLENÁRIS ÜLÉS

Dr. Kardos Géza Emlékülés

Üléselnökök: *Bende Sándor, Almássy Sándor, Bezilla János*

Személyre szabott sebészi ellátás rectum tumorok esetén

Prof. Dr. Damjanovich László

Dr. Kardos Géza Emlékérem-átadás

12.00–14.30

Ebéd

12.30–13.30

POSZTER SZEKCIÓ

Üléselnökök: *Kincses Zsolt, Sikorszki László*

P1 – Laparoscopos gastroplicatio a kóros elhízás kezelésében

Bara Tivadar, Ifj. Bara Tivadar, Borz Cristian, Suciu András, Dénes Márton, Muresan Mircea

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2. sz. Sebészeti Klinika, Marosvásárhely

P2 – A máj és vese cisztás betegségeinek differenciál diagnosztikája, azok sebészi kezelésének áttekintése esetismertetés útján

Farkas Péter¹, Domján Zsolt², Virág Balázs¹

¹Péterfy Sándor Utcai Kórház és Baleseti Központ A Sebészeti Osztály, Budapest

²Péterfy Sándor Utcai Kórház és Baleseti Központ Urológiai Osztály, Budapest

P3 – Kétoldali mellékvese metastasis laparoscopos eltávolítása bal oldali pulmonectomiát követően. Esetbemutatás

Mészáros Péter¹, Elek Jenő², Dubóczki Zsolt¹, Sztipits Tamás¹, Mersich Tamás¹

¹Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet Aneszteziológiai és Központi Intenzív Terápiás Osztály, Budapest

P4 – Ductus urachus persistens laparoscopos kiirtása.

Esetismertetés és irodalmi áttekintés

Kakucs Tímea¹, Lukovich Péter¹, Hamvas József², Bán Kinga¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest

P5 – Subconjunctivalis emphysema laparoscopos totalis extraperitonealis hernioplastica során

Barabás Loránd¹, Szegő Eszter², István Gábor¹

¹Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest

P6 – VATS lobectomiák kezdeti tapasztalatai

Gehér Pál, Füredi Árpád, Kecskés László István, Kiss Béla

Markusovszky Lajos Egyetemi Oktatókórház Mellkassebészeti Osztály, Szombathely

P7 – Esetbemutatás – A gyomor antrumának vasculáris ectasiája (GAVE) – Laparoscopos ellátás

Fábry György¹, Bokor László¹, Varga Petra¹, Kincses Zsolt¹, Chang Chien Yi-Che², Plósz János³

¹Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

²Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Patológiai Osztály, Debrecen

³Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Debrecen

P8 – Laparoscopos gyomor, ill. közvetlen gyomor mellett végzett műtéteink a Bajcsy Zsilinszky Kórházban

Mándi Miklós, Benedek Zsófia, Hamvas József, Benedek György, Bányász Zsolt

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

13.00

Találkozás a kiállítókkal

13.00–14.00

PLENÁRIS ÜLÉS

Újdonságok a sebészetben

Üléselnökök: *Bende Sándor, Bezsilla János*

A Caiman jelentősége az elektrosebészetben (15 perc)

B. Braun Medical Kft. támogatásával

Prof. Dr. Wéber György

TAPP műtét ProGrip™ háló beültetésével (15 perc)

Covidien támogatásával

Dr. Rózsa Árpád, Dr. Martyin György, Dr. Ottlakán Aurél

Békés Megyei Pándy Kálmán Kórház

Új technológiák és azok használata a sebészetben (30 perc)

Ethicon, Johnson & Johnson támogatásával

Prof. Dr. Harsányi László

Az előadás után az Ethicon, Johnson & Johnson szeretettel várja az érdeklődő sebészeket az Eger-teremben berendezett tréning centrumba

14.00–16.00 „A” Szekció

LAPAROSZKÓPOS VASTAGBÉL SEBÉSZET II.

Üléselnökök: *Lázár György, Kupcsulik Péter, Metzger Péter*

A colitis ulcerosa minimál invazív sebészi kezelése – rövid és hosszú távú eredmények

Lázár György¹, Tajti János¹, Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Ábrahám Szabolcs¹, Farkas Klaudia², Szepes Zoltán², Nagy Ferenc², Wittmann Tibor², Molnár Tamás²

¹Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem I. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Laparoscopos és nyitott vastagbélműtétek túlélési adatainak összehasonlító elemzése

Kupcsulik Péter, Weltner János, Nehéz László, Pálházy Tímea, Tamás Judit, Lukovich Péter

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Recidív tumorok a kismedencében

Metzger Péter

Krankenhaus Floridsdorf, Bécs

Belet infiltráló endometriosis laparoscopos ellátásának műtétechnikai kérdései 120 bélresection áttesett beteg adatai alapján

Lukovich Péter¹, Bokor Attila², Brubel Réka², Fényi Anett², Dobó Noémi², Csíbi Noémi², Rigó János², Harsányi László¹

¹Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem I. sz. Nőgyógyászati Klinika, Budapest

A gasztroenterológus - sebész szerepe az endometriosis ellátásában: új eljárások a sigmoideoscopiától a transrectalis specimen eltávolításig

Lukovich Péter¹, Bokor Attila², Tari Krisztina¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, I. sz. Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Rectumot, hüvelyt és hólyagalapot infiltráló endometriosis laparoscopos ellátása

Orbán Lajos¹, Koppán Miklós², Pusztai Csaba³, Bányai Dániel³, Domján Zsolt⁴

¹PTE/AOK Sebészeti Klinika, Pécs

²PTE/AOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs

³PTE/AOK Urológiai Klinika, Pécs

⁴Péterfy Sándor Utcai Kórház Urológiai Osztály, Budapest

A rectosigmoidealis bélszakaszt érintő endometriosis multidisciplinaris laparoscopos kezelése és szerzett tapasztalataink az első 30 esetünk kapcsán

Fülöp István¹, István Gábor²

¹Róbert Károly Magánkórház, Budapest

²II. sz. Sebészeti Klinika, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Budapest

Laparoscopos vastagbélműtétek betegszelekciója, és konverziók arányának csökkentése a hosszú távú eredmények függvényében

Kincses Zsolt, Tóth Dezső, Kathy Sándor, Bokor László

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

A laparoscopos vastagbélsebészet alakulása 10 év alatt Osztályunkon

Dede Kristóf, Besznyák István, Faludi Sándor, Szentpétery Félix, Pörnczi Balázs, Svastics Imre, Láng István, Mester Gábor, Bursics Attila

Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti-, Onkosebészeti Osztály, Budapest

Osztályunkon 2012 és 2015 között végzett laparoscopos vastagbél műtéteink eredményei

Kecskédi Bence, Solymosi Attila, Telek Géza, Völgyi Réka, Lang Tamás, Molnár Péter, Ender Ferenc

Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

Laparoscopos és nyitott rectum resectiok összehasonlítása.

Korai szövődmények és funkcionális eredmények

Mészáros Péter, Dubóczki Zsolt, Sztipits Tamás, Mersich Tamás

Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum, Budapest

„A kezdeti tapasztalatoktól az egyedi megoldásokig: osztályunk colorectalis laparoscopos anyagának elemzése az elmúlt 3 évben”

Jánó Zoltán, Nagy Attila, Sándor Gábor, Szenkovits Péter, Mohos Petra,

Horzov Myroslav, Mohos Elemér

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Általános Sebészeti és Érsebészeti Osztály

14.00–16.00 „B” Szekció

LAPAROSZKÓPOS GYOMOR, NYELŐCSŐ SEBÉSZET

Üléselnökök: *Papp András, Paszt Attila, Mohos Elemér*

Abrikossoff tumor miatt végzett minimál invazív nyelőcsőresectio

Papp András¹, Cseke László¹, Horváth Örs Péter¹, Szántó Zsolt¹, Orbán Lajos¹, Hegedűs Ivett², Vereczkei András¹

¹PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

²PTE ÁOK Pathológiai Intézet, Pécs

Atípusos gyomorfali resectiók szerepe a stromalis gyomor tumorok kezelésében

Paszt Attila, Simonka Zsolt, Ábrahám Szabolcs, Lázár György

SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

Metabolikus sebészeti tevékenységünk. Eredmények, aktuális helyzet, jelenlegi trendek 435 operált betegünk kapcsán

Mohos Elemér, Sándor Gábor, Tornai Gábor, Mohos Petra, Szenkovits Péter, Horzov Myroslav, Nagy Tibor

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Általános és Érsebészeti Osztály

Gyomortumor miatt végzett laparoscopos műtétek eredményei

Tóth Dezső, Kathy Sándor, Bokor László, Varga Zsolt, Kolozsi Péter, Kincses Zsolt

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

Torako-laparoszkópos nyelőcsőeltávolítás - minimálisan invazív technika a nyelőcső- és kardiátájéki tumorok radikális sebészi kezelésében – esetismertetés

Besznyák István, Dede Kristóf, Papp Géza, Svastics Imre, Láng István, Bursics Attila

Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Laparoscoppal végzett subtotalis gyomorresectio Roux-Y szerinti restructioval, antralis gyomor adenocarcinoma miatt

Sztipts Tamás¹, Mészáros Péter¹, Dubóczki Zsolt¹, Tarpay Ádám², Mersich Tamás¹

¹Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Centrum, Visceralis Sebészeti Részleg, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Centrum, Invazív Gastroenterológiai Részleg, Budapest

Minimálisan invazív nyelőcső resectiók. Kezdeti eredmények

Dubóczki Zsolt¹, Kocsis Ákos², Mészáros Péter¹, Sztipts Tamás¹, Mersich Tamás¹

¹Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Hasi Sebészeti Részleg, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ, Mellkassebészeti Osztály, Budapest

Laparoscopos total gastrectomiával szerzett kezdeti tapasztalataink
Farkas Norbert, Somodi Krisztián, Csiszér István, Csulak Eszter, Oláh Tibor
Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános-, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Laparoscopia szerepe a gyomorsebészetben osztályunkon
Kiss Edina, Botos Ákos, Sikorszki László, Bezsilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Thoracoscoposan és laparoscoposan végzett nyelőcső resectio nyaki anastomosissal. Videopresentatio

Sándor Gábor, Mohos Petra, Szenkovits Péter, Nagy Tibor, Mohos Elemér
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Általános és Érsebészeti Osztály

Tapasztalataink kombinált thoracoscopos és laparoscopos nyelőcső rezekciókkal osztályunkon
Somodi Krisztián, Csulak Eszter, Farkas Norbert, Oláh Tibor
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános-, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

16.00–16.30

Kávészünet

16.30–17.30 „A” Szekció

MELLKASSEBÉSZET

Üléselnökök: *Furák József, Szántó Zalán, Tóth Imre*

Video-asszisztált thoracoscopos lobektomia program korai tapasztalatai
Szántó Zalán, Benkő István, Jakab László, Szalai Gábor, Vereczkei András
Pécsi Tudományegyetem Klinikai Központ, Sebészeti Klinika, Pécs

Minimálinvazivitás a mellkassebészetben, korai eredményeink, tapasztalataink a VATS alkalmazásáról
Tóth Imre, Mezei Péter, Gyáni Károly, Hanyik János, Vincze Balázs, Szűcs Géza
Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi OKtatókórház, Általános Sebészeti és Mellkassebészeti Osztály, Miskolc

Minimálisan invazív technika a primer tüdőrák sebészetében – VATS lobectomy osztályunkon

Fehér Csaba¹, Kas József¹, Agócs László², Kocsis Ákos², Vágvolgyi Attila¹, Molnár Miklós¹, Heiler Zoltán¹, Kecskés Lóránt¹, Vadász Pál¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Mellkassebészet, SE Mellkassebészeti Tanszék, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Óriás emphysemás bullák ellátása osztályunkon VATS technikával

Molnár Miklós, Kas József, Heiler Zoltán, Kostic Szilárd, Vágvölgyi Attila, Fehér Csaba, Kecskés Lóránd, Vadász Pál

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Mellkasebészeti Osztály, SE Mellkasebészeti Tanszéki Csoport, Budapest

Video-thoracoscopos thymectomy

Kas József¹, Agócs László², Fehér Csaba¹, Heiler Zoltán¹, Kecskés Lóránt¹, Kocsis Ákos², Molnár Miklós¹, Vadász Pál¹

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet, Mellkasebészet, SE Mellkasebészeti Tanszék, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Mellkasebészet, Budapest

A Video Assistalt Thoracoscopia szerepe az empyema thoracis kezelésében

Papp János¹, Bárony Péter¹, Kiss Ákos¹, Réti Gyula¹, Német Gyula², Szentgyörgyi Piroska², Bolyos Aranka³, Borbás Éva⁴

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

¹Gyermekebészeti Osztály

²Gyermekegészségügyi Központ IV-es Csecsemő és Gyermeosztály

³Aneszteziológiai és Intenzív Osztály

⁴Gyermekradiológiai Osztály, Miskolc

16.30–17.30 „B” Szekció

LAPAROSZKÓPOS MÁJ-, PANCREAS SEBÉSZET

Üléselnökök: *Oláh Tibor, Bursics Attila, Mersich Tamás*

Minimál invazív pancreassebészet

Bezsilla János, Kiss Edina, Barra Zoltán, Karaffa Iván, Berencsi Attila, Sikorszki László, Botos Ákos, Bende Sándor

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Miskolc

A hasnyálmirigy laparoscopos distalis resectiójával szerzett első tapasztalataink

Bursics Attila, Mester Gábor, Tölgyes Tamás, Papp Géza, Pörncze Balázs

Uzsoki Utcai Kórház, Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Laparoscopos májresectio

Káposztás Zsolt, Oláh Tibor

Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános-, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Májdaganatok laparoscopos sebészete. Kezdeti lépésektől a nagyobb resectiokig

Mersich Tamás, Mészáros Péter

Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum, Budapest

Vivostat alkalmazása két esetünk kapcsán

Kiss Edina, Karaffa Iván, Bezilla János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Esetbemutatás – A laparoscopia terjedése a pancreas neuroendocrin tumorainak ellátásában

Kolozsi Péter, Varga Petra, Kincses Zsolt, Tóth Dezső, Vinnai Gyula,

Chang Chien Yi-Che, Vámos Árpád

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

19.00

Koncert a Kongresszus és vendégei tiszteletére

Bazilika

Szemere Zita szoprán (Magyar Állami Operaház)

Ella István (orgona)

Program:

G. Caccini: Ave Maria

T. Albinoni: Adagio

M. Marchesi: Ave Maria

J. S. Bach: Wir Glauben all an einen Gott BWV.680

J. S. Bach-C. Gounod: Ave Maria

L. Luzzi: Ave Maria

F. Schubert : Ave Maria

F. Liszt: Gebet /Ave Maria/

F. P. Tosti: Preghiera

C. Franck: Panis Angelicus

20.00

Bankett

Hotel Park Eger Étterem

Közreműködik az Asterix zenekar

08.30–10.00 „A” Szekció

OKTATÁS, FINANSZÍROZÁS, VARIA

Üléselnökök: *Wéber György, Sándor József, Farkas Emil*

Train the Trainers - európai project a sebész rezidensek oktatásának támogatására

Sándor József¹, Francisco M. Sánchez-Margallo², Javier Sánchez Fernandez², Luisa F. Sánchez-Peralta², J. Blas Pagador², Werner Korb³, Susanne Kotzsch³, Fenyőházi Eszter³, Calin Tiu⁴, Wéber György¹

¹Semmelweis Egyetem, Kísérletes Sebészeti és Műtéttani Intézet, Budapest

²Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, Spanyolország

³Leipzig University of Applied Sciences, Innovative Surgical Training Technologies (ISTT), Leipzig, Németország

⁴MEDIS Foundation, Campina, Románia

A gyakorlat jelentősége a laparoscopos sebészetben

Farkas Emil¹, Molnár István², Ivanov Dejan³, Cvijanović Radova³

¹Zentai Közkórház, Sebészeti osztály

²Szabadkai Közkórház, Sebészeti osztály

³Vajdasági Klinikai Központ, Abdominális, endokrin és transzplantációs sebészeti Klinika, Újvidék

A célirányos videójáték potenciális szerepe a laparoscopos oktatásban

Juhos Krisztina¹, Sándor József¹, Wéber György¹, Francisco M. Sánchez-Margallo², Luisa F. Sánchez-Peralta², J. Blas Pagador², Werner Korb³, Fenyőházi Eszter³, Nikos Skarmas⁴, Ignacio Oropesa⁵, Enrique J. Gómez⁵, Tiu Calin⁶

¹Semmelweis Egyetem, Kísérletes és Sebészeti Műtéttani Intézet, Budapest

²Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Spanyolország

³Leipzig University of Applied Sciences, Innovative Surgical Training Technologies (ISTT), Leipzig, Németország

⁴Avaca Technologies, Athen, Görögország

⁵Universidad Politécnica de Madrid, Grupo de Bioingeniería y Telemedicina, Biomedical Research Networking center in Bioengineering, Madrid, Spanyolország

⁶MEDIS Foundation, Campina, Románia

Műtétről készült vágatlan video elemzése: a pontozási rendszer és az eredményességi szint meghatározásának elemzése

Lukovich Péter¹, István Gábor², Kakucs Tímea¹, Harsányi László¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Vastagbélműtétek alakulása osztályunkon – az új finanszírozás hatásai

Herczeg György, Rózsa Balázs, Brenner Barnabás, Németh Károly, Máté Miklós, Bálint András

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest

A vastag- és végbél beavatkozások számadatainak változása 2010-2014 között

Benedek Zsófia^{1,2,3}, Surján Cecília^{2,4}, Krenyácz Éva^{2,5}

¹Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

²Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest

³Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

⁵Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

Tapasztalataink a kézzel asszisztált laparoscopos donornefrektómia alkalmazásával

Piros László, Kovács János Balázs, Pőcze Balázs, Máthé Zoltán

Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Kézzel asszisztált laparoscopos nefrektómia és autotranszplantáció – esetbemutató

Piros László¹, Pőcze Balázs¹, Szendrői Attila², Máthé Zoltán¹

¹Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Budapest

08.30–10.00 „B” Szekció

SÉRVSEBÉSZET

Üléselnökök: *Bátorfi József, Sikorszki László, Tóth Dezső*

Tanulságos felvételek laparoscopos műtéteinkből (I. rész). Videofilm

Bátorfi József, Simon Éva, Székely István, Vízsy László

Megyei Jogú Város Kórháza, Nagykanizsa

Tanulságos felvételek laparoscopos műtéteinkből (II. rész). Videofilm

Simon Éva, Bátorfi József, Székely István, Vízsy László

Megyei Jogú Város Kórháza, Nagykanizsa

TAPP hernioplastica eredményei: 2005-2014

Sikorszki László, Botos Ákos, Temesi Rita, Berencsi Attila, Karaffa Iván, Barra Zoltán,

Kiss Edina, Péter Sándor, Sipos Zsófia, Bezilla János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Lágyéksérvműtétek a laparoscopia korában

Ifj. Budai László, Ferencz Péter, Kovács István

Bugát Pál Kórház Invazív Mátrix, Gyöngyös

Mi történik a sérvtömlővel és a funiculussal laparoscoposan Asszisztált Extraperitonealis Ligatura (LAEL) gyermekkori sérvműtét után?

Jenővári Zoltán, Karády Zoltán, Varga Edit, Rimely Endre, Büdi Tamás, Sükösd Zita
Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekklinika, Budapest

Laparoscopos beültetésre alkalmas felszívódó háló biokompatibilitási vizsgálata patkánymodellel

Fehér Daniella¹, Szabó Györgyi¹, Csukás Domokos¹, Juhos Krisztina¹, Molnár Kristóf², Jedlovsky-Hajdú Angéla², Fónyad László³, Ferencz Andrea¹, Zrínyi Miklós², Wéber György¹

¹Semmelweis Egyetem, Kísérletes és Sebészeti Műtéttani Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet, Nanokémiai kutató csoport, Budapest

³Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

Transabdominalis preperitonealis laparoscopos hernioplasticat (TAPP) követő ritka szövődményeink bemutatása

Szigeti Bálint, Kári Dániel, Lukász Péter, Csikány Nóra, Ecsedy Gábor, Kovács János Balázs

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest

Intracorporalis öltéssel rögzített hálók eredményei TAPP műtéteink során

Barra Zoltán, Sikorszki László, Botos Ákos, Berencsi Attila, Bezilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti, Miskolc

10.00–10.30

Kávészünet

10.30–11.30 „A” Szekció

REKESZSÉRV SEBÉSZET

Üléselnökök: *Bálint András, Vörös Attila, Simonka Zsolt*

Nagy méretű hiatus herniák laparoscopos reconstructioja: kihívás a sebész számára

Bálint András, Rózsa Balázs, Brenner Barnabás, Herczeg György, Spiller Gábor, Máté Miklós

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest

Barrett nyelőcső miatt végzett antireflux műtét hosszú távú eredményei

Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Géczi Tibor¹, Ábrahám Szabolcs¹, Tóth Illés¹, Horváth Zoltán¹, Pieler József¹, Tajti János¹, Varga Ákos², Lup Márton¹, Tiszlavicz László³, Németh István², Izbéki Ferenc⁴, Rosztóczy András⁵, Wittmann Tibor⁵, Lázár György¹

¹SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

²SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged

³SZTE ÁOK Patológiai Intézet, Szeged

⁴Szent György Kórház I. sz. Belgyógyászat, Székesfehérvár

⁵SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Laparoscopos reoperatio hiatus hernia laparoscopos restructioja után

Kathy Sándor, Tóth Dezső, Bokor László, Varga Petra, Fábry György, Kincses Zsolt
Kenézy Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészet, Debrecen

Kezdeti lépéseink a rekeszsérvek laparoscopos ellátásában

Kovács István, Ifj. Budai László, Ifj. Kovács István, Budai László
Bugát Pál Kórház Invazív Mátrix Sebészeti Egység, Gyöngyös

Tapasztalataink recidív és nagyméretű hiatus herniák műtéti megoldásában mesh implantatio-val. Videopresentatio

Nagy Tibor, János Zoltán, Sándor Gábor, Tornai Gábor, Mohos Elemér
Veszprém Megyei Csolnoky Kórház, Általános és Érsebészeti Sebészeti Osztály

Rekeszsérv miatt végzett laparoscopos műtéteink

Berencsi Attila, Sikorszki László, Temesi Rita, Karaffa Iván, Kis Edina, Bezsilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Kongresszus zárása

Dr. Bálint András

10.30–11.30 „B” Szekció

VARIA

Üléselnökök: *Svébis Mihály, Botos Ákos, Mohos Petra*

Osztályunk gyakorlata az akut hasi kórképek laparoscopos ellátásában

Mohos Petra, Sándor Gábor, Tornai Gábor, Szenkovits Péter, János Zoltán, Mohos Elemér

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Centrum

Truncus coeliacus kompressziós szindróma laparoscopos műtéti megoldása.

Videopresentatio

*Horzov Myroslav, Jánó Zoltán, Mohos Petra, Sándor Gábor, Nagy Atilla,
Mohos Elemér*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház - Általános és Érsebészeti Osztály

Endoszkóposan asszisztált latissimus dorsi izomlebens alkalmazása a korszerű
rekonstrukciós emlősebészetben

Újhelyi Mihály, Kelemen Péter, Pukancsik Dávid, Sávolt Ákos, Mátrai Zoltán
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Akut koronária szindróma, többszervi elégtelenséggel szövődött vasodilatatív
shock képében jelentkező phaeochromocytomás krízis komplex intenzív
osztályos, endocrinologiai, majd laparoscopos sebészi kezelése. Esetismertetés

*Lang Tamás¹, Bobek Ilona², Fitala Dávid², Bojtor Adrienn², Húri Bernadett²,
Telek Géza¹, Ender Ferenc¹*

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Sebészeti osztály,
Semmelweis Egyetem, ÁOK, Sebészeti Tanszéki Csoport

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Központi
Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó osztály

Máj-, és vesesérülés ellátása laparoscopia során, penetráló hasi traumát
követően

Bognár Csaba¹, Hencz Lajos¹, Máté Zsolt¹, Péter Sándor², Bezilla János²

¹B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Urológia Osztály, Miskolc

²B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Transumbilicalis pneumoperitoneum készítés gyermekeknél

Jenővári Zoltán, Búdi Tamás, Sükösd Zita

Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinika, Budapest

Laparoscopos technika alkalmazása nagyméretű lépek eltávolítására:

Pfannenstiel metszés, mint alternatív specimen eltávolítási mód

*Nyilas Áron, Paszt Attila, Simonka Zsolt, Ábrahám Szabolcs, Borda Bernadett,
Mán Eszter, Lázár György*

SZTE ÁOK Sebészeti Klinka, Szeged

Retroperitonealis tumorok sebészete osztályunk anyagában

*Pörncze Balázs, Papp Géza, Dede Kristóf, Svastics Imre, Egyed Tamás, Bor Mihály,
Bursics Attila*

Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Kongresszus zárása

Dr. Svébis Mihály

11.30–12.30 „A” Terem

Közgyűlés, vezetőség választás, tesztírás

12.30

MST SES új vezetőségének alakuló ülése

ABSZTRAKTOK

AZ APPENDECTOMIÁK MŰTÉTI EREDMÉNYEINEK
HOSSZÚ TÁVÚ ÖSSZEHASONLÍTÁSA*Baracs József, Kovács Balázs, Vereczkei András*

PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: Az appendectomia egyike a leggyakoribb akut sebészeti beavatkozáshoz. A választott beavatkozás módja pedig a rövid és hosszú távú életminőséget egyaránt meghatározhatja. Számos irodalmi adat szól a laparoszkópos megközelítés mellett, azonban egyaránt hangoztatja magasabb infectiosus szövődményeinek lehetőségét is.

Módszer: Klinikánkon a 2002 és 2012 között operált 378 nyitott, valamint 2009 és 2012 között 397 laparoscoppal operált beteg részére küldtünk kérdőívet. 105 illetve 187 kérdőív érkezett vissza a két csoportban. A súlyos szisztémás betegségben szenvedő, vagy kiterjesztett műtéten átesett, vagy immunszuppresszált betegek kizárása után maradt 243 beteg eredményeket statisztikailag értékeltük.

Eredmények: 85 nyitott és 158 laparoscopos műtét során nyert eredmények elemzése alapján a laparoszkópos appendectomia szignifikánsan jobbnak mutatkozott késői fájdalom mértéke ($p < 0,001$), a korai postoperatív infectiosus szövődmények előfordulása ($p = 0,007$), illetve a sebváladákozás időtartamának ($p = 0,021$) tekintetében. Jelentősen kevesebb volt a szövődmények miatt szükségessé vált intervenciók száma is ($p < 0,001$). A kórházi bennfekvés tartama ($p < 0,001$), hétköznapi munkához való visszatérés ($p < 0,001$), a postoperatív hegsvér kialakulása ($p = 0,001$) szempontjából is felülmúlta a laparoscopos appendectomia a nyitott műtétet. A korai postoperatív fájdalom, illetve a postoperatív gastrointestinalis tünetek tekintetében viszont nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között.

Következtetés: Az utóbbi évtizedben a minimál invazív technikák terjedését figyelhetjük meg az akut sebészeti beavatkozások során is. Eredményeink kiértékelése alapján elmondhatjuk, hogy az appendectomiát rutin szerűen laparoscoppal végezve, az eredmények semmiben nem maradnak el a nyitott műtétekhez képest, sőt számos tekintetben szignifikánsan felülmúlják azokat.

A LAPAROSCOPIA HELYE AZ APPENDICITIS ELLÁTÁSÁBAN

Hevér Tímea, Budai László
Bugát Pál Kórház, Gyöngyös

Bevezetés: Az egyik leggyakoribb sebészeti sürgősségi kórkép az akut appendicitis. Vizsgálatunk célja, az elmúlt 7 évben végzett appendectomiák elemzése volt. Kiemelten fókuszáltunk a laparoscopos beavatkozások választási kritériumainak meghatározására.

Betegek és módszerek: Retrospektív vizsgálatunk során 2008. január 1. és 2015. január 1. közötti időperiódusban 222 appendectomizált beteg adatait tekintettük át.

Eredmények: A betegek 71,17%-t a felvétel napján megoperáltuk, ami a panaszok kezdetétől átlagosan 2 nap múlva történt. Profilaktikus antibiotikumot 86%-ban adtunk, mely 2010 óta az intézményi antibiotikum ajánlást (1,5g Zinacef i.v. + 500mg Klion i.v.) figyelembe véve egységes. A nyitott (OA) és laparoscopos (LA) appendectomiák aránya ebben a periódusban közel azonos volt. (OA n=109; 49%, LA n=113; 50,9%). A laparoscoposan kezdett műtéteket 16,8%-ban kellett konvertáltunk (KA; n=19). A szövettani feldolgozás OA+KA és LA esetében catarrhalisan (n=2 vs. 27), phlegmonosusan gyulladt (n=42 vs. 45), gangraenás (n=7 vs. 3), perforált (n=41 vs. 15) és chronicus fibrosus appendixet (n=21 vs. 19) igazolt. Érdeklőség, hogy 1 esetben a gyulladást Yersinia enterocolitica okozta, illetve 1 másik szövettani metszetben a patológus Ascaris lumbricoidest talált. Konverzióra 6 perforált, 10 phlegmonosus és 3 chronicus fibrosus appendix esetén kényszerültünk, döntően a műtéti szituáció, míg 2 betegnél vérzés miatt. 192 beteg szövődménymentesen gyógyult. A 128 laparotomia ill. konvertált műtét után sebfertőzés 9, passage zavar 6, intraabdominalis abscessus 1, hasfali dysruptio 1 esetben fordult elő. A 94 LA után sebfertőzést nem észleltünk, passage zavar 4, intraabdominalis tályog 3, coecum sipoly 1 esetben fordult elő. Sebgyógyulás miatt feltárást 1 OA, ileus miatt reoperációt 2 OA, 2 LA és 1 KA-t követően végeztünk. Az átlagos ápolási idő a műtét napját is beleszámolva laparotomia után 6, laparoscopiánál 4, míg konverzióánál szintén 6 nap volt.

Összegzés: 1. Az elmúlt 5 évben a laparoscopos appendectomiák aránya 60% fölé emelkedett. 2. A postoperatív szövődményeket áttekintve megállapíthatjuk, hogy a laparoscopia számos előnye (gyors felépülés, kisebb fájdalom) mellett sebfertőzés nem fordult elő. 3. Több munkacsoport vizsgálatával egyetértve (Delibegović, Ferranti, Vahdad) vizsgálatunk is megerősítette, hogy perforáció esetén nem javasolt a választása az intraabdominalis tályog kialakulásának veszélye miatt. Ezt a gyakorlatot 5 éve folytatjuk, azóta tályogot nem észleltünk.

SÜRGŐSSÉGI DIAGNOSZTIKUS LAPAROSCOPIA VAGY
LAPAROSCOPOS APPENDECTOMIA?

Völgyi Réka¹, Babarczy Edit², Nagy Ákos¹, Telek Géza¹, Korsós Diána¹, Ender Ferenc¹

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Patológiai Osztály, Budapest

Bevezetés: A bizonytalan kórisméjű jobb alhasi fájdalmak miatt végzett diagnosztikus laparoscopia haszna és rizikója, a makroszkóposan nem gyulladt appendix miatti negatív (elvi) appendectomiák morbiditása a sürgősségi sebészet vitatott területe. Az irodalom szerint a specimen szövettani vizsgálata 1-4%-ban mutat egyéb, nem gyulladásos pathológiai elváltozást. Továbbra is felvetődik a kérdés: mi legyen a sorsa a laparoscopos exploratio során talált, macroscoposan gyulladásmentesnek tűnő appendixeknek. Osztályunkon 2011 óta protokoll-szerűen az appendectomiákat laparoscopos módszerrel végezzük. Jelen prospektív vizsgálatunk keretében a 2012 óta végzett műtéteink eredményeit kívánjuk értékelni.

Betegek és módszerek: a 2012.01.01-2015.01.01-ig elvégzett appendectomiák esetében vizsgáltuk a műtéti módszert, a szövettani leleteket, ill. a Clavien-Dindo osztályozás szerint a postoperatív morbiditást.

Eredmények: Az áttekintett időszakban 539 appendectomiát végeztünk, ennek 76%-át (410 eset) laparoscoppal. 483 esetben (különböző súlyosságú) appendicitis volt a műtéti makroszkópos diagnózis, 56 esetben (10,4%) épnek tűnő appendixet távolítottunk el.

A makroszkóposan negatívnak imponáló specimennek azonban csak 24 (43%) volt ép appendix. A részletes pathológiai feldolgozás során 11 esetben fibrosis, 10 esetben krónikus appendicitis, 3 esetben appendix carcinoid, 2-2 esetben endometriosis illetve consecutív gyulladás, 1-1 esetben lymphoid hyperplasia, appendix férgesség valamint neuroappendix igazolódott. Műtéti mortalitás nem volt, a morbiditási mutatók (Clavien-Dindo I-III) nem különböztek szignifikánsan az irodalmi adatoktól.

Megbeszélés-következtetés: Az irodalomban jelenleg nem található határozott irányelv arra vonatkozóan, hogy olyan esetekben, amikor a klinikai kép (jobb alhasi fájdalom inkonklúzív képkeltető, ill. laborvizsgálati leletekkel) műtétet indokol, és diagnosztikus laparoscopia történik, eltávolítandó-e az appendix. Tekintettel az épnek látzó appendixekben hisztológiailag igazolt eltérések magas incidenciájára, osztályunkon preferáljuk az appendectomia elvégzését.

LEARNING CURVE A LAPAROSCOPOS APPENDECTOMIA GYORS BEVEZETÉSE UTÁN:
VANNAK-E A RIZIKÓFAKTORAI A REZIDENSEK ÁLTAL VÉGZETT BEAVATKOZÁSOKNAK?

Mán Eszter, Németh Tibor, Géczi Tibor, Simonka Zsolt, Lázár György

SZTE Sebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: A minimál invazív technika térhódításával a laparoscopos appendectomiát (LA) is egyre magasabb számban alkalmazzák, nagyszerű eredményekkel. A módszer kiváló lehetőséget biztosít a sebész rezidensek számára az alapvető laparoscopos készségek elsajátítására és felkészíti őket a bonyolultabb laparoscopos beavatkozásokra.

Beteganyag, módszer: 2006-ban mindössze fél év alatt került bevezetésre a Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinikáján a laparoscopos appendectomia, majd vált rutinszerű beavatkozássá. Vizsgálatunkban 2006 és 2009 között Klinikánkon végzett 600 laparoscopos appendectomia eredményeit dolgoztuk fel. A beavatkozást végző orvosok alapján két csoportot határoztunk meg: rezidensek/szakorvos jelöltek (A csoport) és szakorvosok (B csoport). A két csoport által végzett műtéteket a következő szempontok alapján hasonlítottuk össze: beteg demográfiai adatok, kórházi napok száma, műtési idő (gyulladás súlyosságának függvényében is), műtési vérvesztesség, konverziós ráta, posztoperatív szövődmények száma. Vizsgáltuk a két csoport közötti különbséget a korai, learning curve periódus (EAES ajánlás alapján 20 laparoscopos appendectomia) ill. a későbbi, rutinszerű alkalmazás során. Statisztikai analízishez SPSS 20-as programot használtunk.

Eredményeink: A vizsgálati időszakban 600 laparoscopos appendectomia történt (A. csoport n=319, B csoport n=281). Nem találtunk szignifikáns különbséget a két csoport között demográfiai adatok, kórházi napok száma, műtési vérvesztesség, konverziós ráta, negatív appendectomiás ráta (NAR) és posztoperatív komplikációk tekintetében. Szignifikáns különbség mutatkozott a két csoport között a learning curve periódusban végzett beavatkozások műtési idejében, illetve mind az A mind a B csoporton belül, mikor összehasonlítottuk a műtési időket learning curve periódus és a rutinszerű alkalmazás alatt.

Összefoglalás: A laparoscopos appendectomia gyors bevezetése nem jár jelentős rizikóval, rezidensek számára is biztonságosan elsajátítható módszer és kiváló lehetőséget biztosít számukra az alapvető laparoscopos készségek elsajátításában.

LAPAROSZKÓPOS APPENDEKTÓMIA AZ ELMÚLT 10 ÉVBEN OSZTÁLYUNKON – 1239 LAPAROSZKÓPOSAN KEZDETT MŰTÉT TAPASZTALATAI

*Besznyák István¹, Madarász Csilla², Dede Kristóf¹, Papp Géza¹, Svastics Imre¹,
Pörnecz Balázs¹, Egyed Tamás¹, Bursics Attila¹*

¹Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

²SE ÁOK VI. évf., Budapest

Bevezetés: a laparoszkópos appendektómia egyike az elsőként kidolgozott minimálisan invazív sebészeti eljárásoknak, mégis a mai napig ellentmondásos a megítélése mind az előnyeit mind az indikációit tekintve.

Módszer: szerzők áttekintik és elemzik a laparoscopus appendektómiával kapcsolatos irodalmat, valamint 2005.01.01.-2014.12.31. között laparoszkópos és nyílt technikával appendektómizált betegek adatait.

Beteganyag és eredmények: az Uzsoki Kórház Sebészeti Osztályán 2005.01.01.-2014.12.31. között 1402 betegnél történt appendektómia appendicitisz akuta gyanúja miatt. 1239 (88,37%) betegnél laparoszkóposan, 163 (11,63%) betegnél nyílt technikával végeztük a műtétet. 2006 januárja óta alapelvünk, hogy appendicitisz esetén laparoszkópos appendektómia az elsőként választandó eljárás. A műtétet laparoszkópos technikával 1049 esetben tudtuk végigvinni, konverzióra 190 esetben (15,33%) kényszerültünk, az osztály műtéti tapasztalatának növekedésével a konverziók aránya csökkenő tendenciát mutat.

Megbeszélés: a laparoszkópos appendektómia előnyei az elmúlt évtizedben egyértelművé váltak a nyílt műtéttel összehasonlítva, a beavatkozás minden korcsoportban ajánlható. Akut appendicitisz gyanúja esetén Osztályunkon elsőként választandó eljárás a laparoszkópos műtét, amely eredményei legalább olyan jók, mint a nyílt appendektómiáé. A laparoszkópos appendektómia rutinszerű végzése a haladó laparoszkópos műtétek elsajátításához kiváló alapot ad, az appendektómia nem veszíti el tanuló jellegét a laparoszkópos megközelítés miatt.

LAPAROSCOPOS COECUM-KÚP RESECTIÓK

Karaffa Iván, Balogh Tamás, Barra Zoltán, Berencsi Attila, Bezilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Az elmúlt öt évben osztályunkon végzett laparoscopos appendectomiák során végzett coecum-kúp resectiók eredményeit tekintjük át.

2010.01.01.-2014.12.31. között osztályunkon 1214 appendectomiát végeztünk, ebből 702 esetben laparoscopos úton. A laparoscopos appendectomiák során ritkán coecum-kúp resectióra szorultunk, melyeket laparoscopos stapler segítségével végeztünk. Ezen műtéteink kapcsán sebészi szövődményt nem észleltünk, a betegeket a 2.-5. postop. napon emittáltuk.

Laparoscopos coecum-kúp resectiót végzünk acut appendicitises esetek azon kis részében, amikor a féregnyúvány töve az előrehaladt gyulladás miatt a szokásos technikákkal – műanyag klip, endoloop, lekötés segítségével – nem zárható, illetve a ritkán előforduló appendix mucocoele ellátásakor, mely stapler alkalmazásával egyszerű, gyors és biztonságos technika.

DIVERTIKULITISZ PERFORÁCIÓK KEZELÉSÉNEK MINIMÁL INVAZÍV STRATÉGIÁJA

*Papp Géza, Besznyák István, Fekete András, Egyed Tamás,
Mester Gábor, Bursics Attila*

Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti és Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A vastagbél divertikulitisz akut sebészeti szövődménye a tályogképződés, melyet Hinchey klasszifikált 1978-ban. Hinchey I.-parakolikus kis tályog, Hinchey II.-hasüregi tályog, Hinchey III.- purulens peritonitisz, Hinchey IV.- fekulens peritonitisz. Divertikulitisz gyanúja esetén diagnosztikus módszerek a hasi UH, natív hasi röntgen-vizsgálat és a kontrasztos CT vizsgálat. Amennyiben Hinchey I. igazolódik konzervatív terápia, Hinchey II.-ben intervenciós beavatkozás, Hinchey III.-IV. esetén műtéti beavatkozás szükséges. Ez utóbbi jelenlegi rutin szerint a divertikulitiszes szakasz Hartmann szerinti ellátását jelentik. A Hartmann műtétek és az azt követő sztómazárás magas szövődményaránya miatt Hinchey III. esetén a nemzetközi ajánlások a laparoszkópos lavázs, drenázs, antibiotikum kezelés bevezetését ajánlják. Ennek megfelelően Osztályunkon az akut CT végzése után Hinchey III.-IV. klasszifikációjú betegcsoportban laparoszkópia, esetleg laparotómia történik, és amennyiben a peritonitis nem fekulens, Hartmann műtét elkerülésére törekszünk.

Betegek, módszerek: Osztályunk anyagában 2014. januártól 2015. májusig 48 beteget kezeltünk vastagbél divertikulitisszel, melyek közül 18 beteg volt Hinchey III.-IV. klasszifikációjú. Ezen betegeket minden alkalommal megoperáltuk, 7 esetben laparoszkóppal végeztük a műtétet. A műtét alatt a Hinchey III. besorolású 10 betegből 6 alkalommal lavázs, drenázs történt. A betegek szövődménymentesen gyógyultak, csupán egy esetben kényszerültünk reoperációra fekulens váladékozás miatt.

Összefoglalás, következtetés: Az előadásban arra hívjuk fel a figyelmet, hogy a nem fekulens peritonitisszel szövődött vastagbél divertikulitiszes esetek egy jelentős részében a Hartmann műtét elkerülhető. Ezzel csökken a sztómaviselés terhe és a Hartmann műtétet követő zárás kockázata.

ETEO: A TRANZSANÁLIS ENDOSZKÓPOS MIKROSEBÉSZETI TECHNIKA ÉS A COLONOSCOPIA EGYÜTTES ALKALMAZÁSA A RECTUMBAN LÉVŐ ELVÁLTOZÁSOK ELTÁVOLÍTÁSÁRA

*Zaránd Attila, Lukovich Péter, Wacha Judit, Takáts Alajos, Baranyai Zsolt,
Weltner János, Harsányi László*

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A transzanális endoszkópos mikrosebészeti technikát 1984-ben Buess fejlesztette ki és alkalmazta először a klinikai gyakorlatban. Bevezetése óta egyre bővül a műtéti javallat: a módszer alkalmazható a rectumban lévő jó- és rosszindulatú elváltozások eltávolítására, de a műtétek során segítségül hívhatunk egyéb technikai eszközöket, műtéti technikát is. Jelen előadásunkban bemutatjuk, hogy több technika együttes alkalmazása hogyan segíti a műtét kiterjesztését, illetve a pontosabb negatív reszekciós szél elérését.

Betegek és módszer: az operációs rectoscop 12mm-s munkacsatornáján bevezethető a colonoscop, mellyel szükség szerint fényforrás és levegő befújás biztosítható, de iScan szűrő alkalmazásával a reszekciós szél is jobban kijelölhető.

A TEO technika 2013. szeptember óta érhető el az SE I. sz. Sebészeti Klinikán. Az eltelt időben összesen 87 beteget operáltunk transzanális mikrosebészeti technikával. Ezek közül 2 betegnél használtuk a colonoscopot is a műtét során. Az első betegnél a coecumban és a rectumban is széles alapú, nagyméretű – endoscoposan nem eltávolítható – polypus igazolódott. A műtét során 2 sebész-team dolgozott egyidejűleg: a coecumból laparoszkópos technikával történt a polyp eltávolítása, míg a rectumból a colonoscop mint fény- és levegőforrás segítségével TEO-val. A második betegnél a colonoscopot a polyp szélének jobb vizualizálására, a tervezett reszekciós sík pontosabb kijelölésére használtuk. Mindkét beteg szövődmény nélkül gyógyult, panaszmentesen otthonába távozott.

Összefoglalás: tudomásunk szerint ez az első 2 eset a fellelhető magyar- és angol nyelvű irodalomban, mely során a TEO-t és a colonoscopiát együtt alkalmazzuk. A kombinált technika további lehetőségeket nyújthat a betegek műtéti megterhelésének csökkentésére, a műtétek kiterjesztésére, a recidivák előfordulásának mérséklésére.

TAMIS: INDIKÁCIÓS KÖR, TECHNIKAI NEHÉZSÉGEK ÉS MEGOLDÁSI JAVASLATOK A TRANSANALIS MINIMÁLISAN INVAZÍV SEBÉSZETBEN

Bánky Balázs, Járay Géza
Szent Borbála Kórház, Tatabánya

A jóindulatú és a korai rosszindulatú végbéldaganatok sebészete a transanalis műtéteknél eszköztár megjelenésével jelentős változáson ment át az elmúlt években. A komplex, transanalis műtétek végzésére kifejlesztett eszköztár (TEO, TEMS) mellett a single-port laparoscopos eszköztár adaptációjaként különféle, egyre jobban és egyszerűbben használható eszközök jelentek meg.

A single-port-os laparoscopos technikai készségek birtokában, valamint azt a TEO rendszerrel szerzett módszertani tapasztalatokkal kombinálva a Szent Borbála Kórházban válogatott esetekben ún. TAMIS (transanalis minimal invasive surgery) műtétet végeztünk.

Előadásunkban a kis esetszámból levonható tapasztalatokat, az általunk felállított indikációs kört ismertetjük. Képi dokumentációval kívánjuk igazolni a technika kivitelezhetőségét, biztonságosságát, valamint beszámolunk a leggyakrabban felmerülő technikai nehézségekről, azok megelőzéséről és megoldásukra is javaslatot teszünk.

A TAMIS technika elsajátítása megfelelő laparoscopos, ill. single-port-os műtéteknél bonyolult feladat, ill. bevezető technikaként kínálkozik a jelenleg karrierje kezdetén levő, de annál ígéretesebb retrográd „Down-to-up”) TME műtéthez.

INDOKOLT-E AZ INTRAOPERATÍV CHOLANGIOGRAPHIA LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIA SORÁN? – TAPASZTALATAINK 4098 ELEKTÍV LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIA KAPCSÁN

*Ábrahám Szabolcs¹, Tajti János¹, Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Pieler József¹,
Tóth Illés¹, Libor László¹, András László¹, Leprán Ádám¹, Kovács Viktor¹,
Szepes Zoltán², Czákó László², Takács Tamás², Lázár György¹*

¹SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

²SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: Laparoscopos cholecystectomy (LC) során végzett intraoperatív cholangiographia (IOC) sok országban rutin eljárásnak számít a közös epevezeték köveinek és anatómiai variációinak kimutatására. Klinikánkon az IOC nem rutinszerűen alkalmazott módszer LC műtétek kapcsán. Célul tűztük ki annak vizsgálatát, hogy LC során az IOC elhagyása mutat-e szoros összefüggést az epevezeték sérülés (ES) illetve a reziduális epeúti kövek okozta epeúti obstrukció gyakoriságával.

Beteganyag és módszer: Retrospektív tanulmányunkban 2005. január és 2015. január között 4438 LC-án átesett beteg (1261 férfi, 3177 nő; 340 akut és 4098 elektív) dokumentációját vizsgáltuk, 3 éves posztoperatív utánkövetéssel kiegészítve. Elemeztük az akut és elektív műtétek arányát, a konverziók, a reoperációk valamint az iatrogén ES-ek számát. Megvizsgáltuk a műtét előtti és a műtét utáni (reziduális kövek okozta panaszok miatt végzett) ERCP-k indikációit is.

Eredmények: 4098 elektív LC során 157 esetben volt szükség konverzióra (3,83%). Nyolc ES-t követően (LC-k 0.19 %-a) 4 esetben epeúti-rekonstrukció vált szükségessé biliodigestív anastomosissal, 4 betegnél direkt sutura történt Kehr-cső felett vagy anélkül. 33 betegnél kényszerültünk reoperációra vérzés (22 esetben), epescsorgás (8 esetben) és egyéb okok (3 esetben posztoperatív ileus ill. tályog) miatt. 489 betegnél (LC 11,9%-a) történt preoperatív ERCP (epeelfolyási akadályozottság miatt (116); teljes epeúti elzáródásban (240); akut biliáris pancreatitisben (109); hasi fájdalom miatt (24 esetben)). Az utánkövetés időszakában 27 betegnél (LC 0.65%-a) volt szükség reziduális epeúti kövek okozta panaszok miatt postoperatív ERCP-re.

Összefoglalás: Egyes irodalmi adatokkal ellentétben az IOC elhagyása – LC során – nem növeli az epeúti sérülések számát, beteganyagunkban kevesebb, mint 2 ezrelék volt. Az IOC főbb indikációs tényezői (például reziduális epeúti kő) 0.65 %-ban voltak felelősek a posztoperatív komplikációkért. Adataink alapján az IOC szükségessége LC során nem nyert bizonyítást. A megfelelő indikációkkal végrehajtott preoperatív ERCP helyettesítheti az IOC-t LC során.

LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIA VÁGATLAN, ANONIMIZÁLT MŰTÉTI VIDEOJÁNAK ELEMZÉSE: SZÜKSÉGES-E A KOMPETENCIA VIZSGA BEVEZETÉSE?

*Kakucs Tímea¹, István Gábor², Harsányi László¹, Lukovich Péter¹*¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest²Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Jelenleg számos európai országban, így Magyarországon is, a rezidenseknek egy meghatározott számú műtétet kell elvégezniük a sebészeti szakvizsga megszerzéséhez. Ez a laparoscopos műtétekre vetítve mindössze 20 laparoscopos cholecystectomiát (LC) jelent. Azonban az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy ez nem elegendő a laparoscopia biztonságos elsajátításához. Ugyanakkor semmilyen módszer nem áll rendelkezésünkre annak megítélésére, hogy ki hogyan operál? Célunk egy olyan kvalifikációs pontrendszer kidolgozása, mely alkalmas a sebészek egyéni laparoscopos kompetenciájának felmérésére. Módszer: Az európai, amerikai és japán guidelineok alapján egy új pontozási rendszert dolgoztunk ki LC-re. A résztvevőknek egy nem választott, random műtéti videót kellett beküldeniük egy általuk végzett LC-ről. A videókat anonimizáltuk, melyeket majd két, laparoscopiában jártas sebész pontozott külön-külön a kiértékelő rendszerünk alapján, mely az általános kritériumok mellett a LC műtét specifikus kritériumokat is tartalmazta. Minden kritériumnál maximum 3 pontot lehetett elérni, ahol minden pontra részletes leírást szabtunk meg. Az átmenő szintet 90%-ra határoztuk meg. Eredmények: Összesen 41 műtéti videót értékeltük ki (7 rezidens, 34 szakorvos videoja), melyből a videók mindössze egynegyede érte el a 90%-os teljesítési szintet. Erős korrelációt találtunk a két kiértékelő pontjai között (Spearman-féle korreláció: $r=0.8255$, $p<0.0001$), a műtéti idő és a két kiértékelő összpontszáma között mindössze gyenge korreláció volt (Spearman-féle korreláció: $r=-0.4461$, $p=0.0082$). A résztvevők az explorationál (1.98 pont), "critical view of safety" kritériumnál (2.01 pont) és a revisionál (2.03 pont) kapták a legkevesebb pontot. Következtetés: Eredményeink alapján kijelenthető, hogy a sebészek laparoscopos kompetenciájának felmérése elengedhetetlen. Erre a célra a mi anonimizált, random LC műtéti videon alapuló kvalifikációs pontrendszerünk alkalmasnak bizonyult.

ASSZISZTENS NÉLKÜL VÉGZETT LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIA

Sinoros Dóra, Lukovich Péter, Kakucs Tímea, Harsányi László
Simmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Erich Mühe óta a laparoscopos technika elsajátításával a laparoscopos cholecystectomy (LC) látványos fejlődésen ment keresztül. A műtéti idő csökkenése mellett a műtét ma már 3-portból is biztonsággal kivitelezhető. A sebészorvosok számának csökkenése és finanszírozási szempontból is előnyös lehet, ha nincs sebész asszisztens, hanem a műszerelést végző műtősnő kamerázik műténél.

Módszer: 2014 november 1. és 2015 január 31. között ugyanazon sebész 10-10 nem szelektált 3-portos LC műtétét elemeztünk. 10 betegnél a kamerát sebész kezelte, a műszerelést műtős szakasszisztens végezte (LC-S). A másik 10 betegnél a műténél a kamerázást és a műszerelést is a műtős szakasszisztens végezte (LC-M). A két csoportnál a műtéti idő összehasonlítása mellett, a videóra felvett műtéteket LC-re kidolgozott speciális pontrendszer alapján két független sebész elemezte. Ha a műtét alatt a műtősnő kamerázik, a műszerelés ezért különböző felállás mellett vizsgáltuk, melyik felállás tekinthető ergonómiailag ideálisnak.

Eredmények: Konverzió, szövődmény egyik műtét esetében sem történt. Nem találtunk szignifikáns különbséget a műtéti időben sem (LC-S: 27,8 min vs. LC-M: 26,9 min). A műtétekről készült video elemzése kapott pontszámok 56,3 pont vs. 54,8 pont voltak. Ergonómiai szempontból legideálisabb az a helyzet volt, amikor a sebész- és műtősnő is a beteg bal oldalán (vagy terpesztett lábakkal történő betegfektetéskor a sebész a beteg lába között) helyezkedett, míg a Sonnenburg asztal a beteg mellkasa felett helyezkedett el.

Következtetés: Az LC műtét asszisztens nélkül a műtét alatt műszerelő műtősnő kamerázásával – ergonómiailag ideális felállás mellett – biztonsággal kivitelezhető. A műtősnők kamera kezelésre való oktatása és konverzió, vagy technika nehézség esetére tapasztalt asszisztens biztosítása azonban elengedhetetlen hozzá.

VAN-E LÉTJOGOSULTSÁGA AZ AMBULÁNS LAPAROSCOPOS CHOLECYSTECTOMIÁNAK? A BETEGEK VÉLEMÉNYE EGY SEBÉSZ TAPASZTALATAI ALAPJÁN

Lukovich Péter, Kakucs Tímea, Tari Krisztina

Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A laparoscopos technika elsajátításával a szövődmények esélye és a műteti idő is jelentősen csökkent. Bár számos országban törekednek a laparoscopos cholecystectomy ambuláns műtétként történő elvégzésére, az adatok jelenleg ellentmondóak.

Beteganyag: 2013 május 15 és 2015 május 15 között, egy sebész által végzett laparoscopos cholecystectomyra került betegek adatait elemeztük. A műtét előtt a betegekkel megbeszéltük, hogy a postoperatív 1. napon – amennyiben úgy érzik – otthonukba távozhatnak. Kizártuk a vizsgálatból azokat a betegeket, akiknél konverzióra volt szükség, illetve akiknél az epehólyag eltávolítás többszervi laparoscopos műtét során történt. Vizsgáltuk a betegek átlagos életkorát, a műteti időt, a műtéthez használt trokárok számát, hagyunk-e vissza Winslow draint, a pre- és postoperatív napok számát, a szövettani lelet és műteti leírás alapján az epehólyag gyulladásának mértékét, az akut műtétek arányát és a szövődményeket. Retrospektív telefonos felméréssel vizsgáltuk a betegek véleményét: távoztak-e volna már a műtét napján, ha nem: annak mi az oka, illetve a kozmetikai eredménnyel való elégedettségüket.

Eredmények: 2 betegnél 4 porton, a többi esetben 3 porton keresztül történt az epehólyag eltávolítás, és csak 4 esetben hagyunk vissza Winslow draint. Acut- subacut cholecystitis 10 betegnek volt a műtét időpontjában, ezek közül 4 betegnél történt acutan a beavatkozás. 82 beteg közül 65 (79%) távozott a postoperatív 1 napon, telefonos felmérés alapján azonban csupán a betegek 4%-a ment volna már a műtét napján haza. Azok a betegek, akik 2 napig maradtak, a postoperatív fájdalmat, illetve az esetlegesen fellépő panasz esetén az orvosi segítség hiányát adták meg leggyakrabban okként a maradásra.

Következtetés: A postoperatív ápolás az orvosi és beteg szempontok figyelembe vételével a laparoscopos cholecystectomy után 1 napra csökkenthető a kórházi tartózkodás, azonban ambuláns műtét formájában történő kivitelezése csak nagyon megválogatott beteganyag esetében jön szóba.

A LAPAROSCOPIA SZEREPE A 80 ÉV FELETTI BETEGEK EPEKÖVES BETEGSÉGÉNEK MEGOLDÁSÁBAN

Kakucs Tímea, Harsányi László, Lukovich Péter
Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: Az epehólyag kövesség „gold standard” műtéti megoldása a laparoscopus cholecystectomy. A 80 év feletti betegek műtéti eredményeiről kevés adat áll rendelkezésre, holott az életkor előrehaladtával a súlyos társbetegségek prevalenciája nő, miközben gyakoribb a szövődményes epehólyag kövesség, magasabb a perioperatív halálozás, a konverzió aránya és hosszabb a postoperatív kórházi tartózkodási napok száma is. A társadalom elöregedésével a kérdés egyre időszerűbb.

Beteganyag és módszer: A Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján 2009. január 1. és 2014. december 31. között epehólyagkövesség miatt elektív és akut műtétben részesített 80 év feletti betegek adatai kerültek feldolgozásra.

Eredmények: A vizsgált időszakban összesen 121 80 év feletti beteg került műtétre epehólyag kövesség miatt, 70 műtét elektív, 51 pedig akut volt. A betegek átlag-életkora 84 év volt (elektív: 83 év, akut: 86 év), a betegek kétharmada nő. Az elektív csoportban 82.9%-ban történt laparoscoposan a műtét, 8.57%-ban konverzióra volt szükség, 8.57%-ban laparotomiából történt az epehólyag eltávolítása. Az urgens műtétek mindössze 17.64%-ban sikerült laparoscoposan eltávolítani az epehólyagot, 9.80%-ban konvertálni kellett és 72.54%-ban laparotomiából történt az epehólyag eltávolítása. Az akut műtéteknél két esetben történt major intraoperatív esemény (colon transversum sérülése laparoscopus műtétnél, emiatt konverzió; egy esetben az a. hepatica dextra sérülése és suturaja laparotomiából végzett műtétnél). Az elektív műtét utáni átlagos postoperatív kórházban tartózkodási napok száma 4,2 nap, míg akut műtétek után 12 nap volt. Míg műtéti szövődmény, postoperatív halálozás elektív műtéteknél nem fordult elő, az akut műtétek 19.60%-ában reoperációra kényszerültünk, valamint a postoperatív halálozás elérte a 20%-ot.

Következtetés: Eredményeink alapján kijelenthető, hogy a laparoscopia idős betegek esetében is jó eredménnyel használható. Epehólyag kövesség esetén 80 év feletti betegeknél is törekedni kell az elektív műtétre, amitől a laparoscopus technika arányának növekedése, és alkalmazásától a morbiditási és mortalitási adatok javulása várható.

A NYITOTT ÉS LAPAROSZKÓPOS MÓDSZER HOSSZÚTÁVÚ EREDMÉNYEINEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA EPEÚTKÖVESSÉG MIATT VÉGZETT MŰTÉTEINK KAPCSÁN

Botos Ákos, Kiss Edina, Sikorszki László, Temesi Rita, Bezsilla János
Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház,
Sebészeti Osztály, Miskolc

Bevezetés: A epevezeték-kövésség kezelésének laparoszkópos módszere bizonyíthatóan számos előnnyel rendelkezik az endoszkópos transsphinctericus kőextractio és LC kombinációjával szemben. Napjainkra az LCBDE (laparoscopic common bile duct exploration) hosszútávú eredményei is ismertté váltak. Ezek közt figyelemre méltó a rendkívül alacsony arányú epevezeték szűkület, melyet a módszer jellegéből adódó atraumatikus szövetkezelésnek tulajdonítanak. Munkánkban két reprezentatív időszak nyitott, valamint laparoszkópos epeúti műtéteinek késői eredményeit vizsgáltuk.

Anyag és módszer: Az 1999 és 2003 közötti időszak nyitott és a 2004-2008 közötti időszak laparoszkópos epeúti műtéttel operált betegeit követtük nyomon, elemeztük a kontroll vizsgálatok során elvégzett labor, UH és MRCP vizsgálatok eredményeit, valamint az ismételt vezeték-kövésség és epeúti strictura miatti reintervenciókat (ERCP, műtét). A vizsgált paramétereket khi-négyzet próbával hasonlítottuk össze.

Eredmények: A két csoportban 50 illetve 46 műtétet végeztünk. A nyitott csoportban (NyCs) 31 betegről volt későbbi információnk, követni 25 esetet tudtunk. A laparoszkópos csoportban (LCs) 43 beteg volt követhető. A NyCs-ban 2 stenosisra (8%) derült fény 4 illetve 7 évvel a műtétet követően, míg a LCs-ban nem fordult elő stenosis (0% !). A két csoport közötti különbség jelentős ($\chi^2=0,07$). Residuális/recidív epeútkő vagy annak gyanúja miatt endoszkópos beavatkozásra 9 (36%) esetben került sor az első, míg 3 (6,5%) alkalommal a második csoportban ($\chi^2=0,013$), a különbség szignifikáns. Az LCs-ban tapasztalt kedvezőbb eredményt a koledochoszkóp konzekvens, rutinszerű alkalmazásával magyarázzuk.

Összegzés: A nemzetközi adatokkal egyezően magunk is azt tapasztaltuk, hogy korrekt technikával végzett LCBDE után gyakorlatilag nem alakul ki késői strictura. A nyitott műtététől kedvezőbb eredmény a műtéttechnikai különbségekre vezethető vissza.

KONVERZIÓK OKAINAK ELEMZÉSE LAPAROSZKÓPOS CHOLECYSTECTOMIÁINK SORÁN

Barra Zoltán, Sikorszki László, Berencsi Attila, Karaffa Iván, Péter Sándor, Bezilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Bevezetés-célkitűzés: Jelenleg a panaszokat okozó epehólyagkövesség megoldása sebészi, melynek gold standard módszere a laparoszkópos cholecystectomy. Olyan sebészeti osztály jelenleg nem működik ahol ezt nem végzik. A laparoszkópia nyújtotta előnyök LC során megkérdőjelezhetetlenek, amennyiben mód van rá ez a választandó módszer. Arra voltunk kíváncsiak milyen okok vezethetnek konverziókhoz és ilyenkor mi történik a műtét során. Mennyiben ronja ez a beteg gyógyulási esélyeit, a munkába állás lehetőségét. Végül is hol a határ, meddig lehet forszírozni a laparoszkópos megoldást.

Anyag és módszer: 2012.01.01.-2015.06.30 között 1978 köves epehólyag betegség miatt indikáltunk műtétet.

Minden esetben laparoszkópos megoldást választottuk elsődlegesen. Semmilyen indok nem volt, mely megfelelő előkészítés után a laparoszkópiát kontraindikálta volna. Sem a sürgősség, sem a gyulladás előrehaladott mivolta, sem a beteg cardiopulmonalis állapota, sem a beteg kora. Elemeztük a betegek demográfiai adatait, a műtét indikációt, fájdalomcsillapító igényt, ápolási napokat, intra- és postoperatív szövődeményeket, munkába állás idejét, a port site herniákat.

Eredmények: Konverzió csak 58 esetben történt, ez 3%-nak felel meg, tehát 97%-ban laparoszkópos befejezés történt. Konverzió történt vérzés miatt 3 esetben, közös epevezeték sérülés miatt 1 esetben, arteria hepatica sérülés 2 esetben, májsérülés 1, duodenum sérülés 1 betegnél vezetett konverzióhoz. Aneszteziológiai okok 2 betegünkénél, az instrumentárium nem megfelelő mivolta pedig 1 betegünkénél vezetett konverzióhoz. Az operatőrök 5 esetben az összenövés kiterjedtségét, 20 esetben a krónikus-heges, zsugor hólyagot, 18 betegnél peritonitist, gangaenas gyulladást, további 4 esetben pedig májtályogot neveztek meg a konverzió okaként. Maior szövődményünk nem volt, halál eset nem történt.

Konkluzió: Osztályunkon jelenleg, a feldolgozott elmúlt 3 és fél éves időszakot tekintetében a köves epehólyagbetegségek műtéteinél minden esetben laparoszkópos műtét indikáció volt és 97%-ban laparoszkópos befejezés is történt.

Összehasonlítva a 15 évvel ezelőttivel, amikor ez az arány 82% volt, a fejlődés töretlennek mondható. A laparoszkópia egyértelműen előnyös, gyors és olcsó módszer. Az eredményeink elfogadhatóak, konverzió csak ritkán és indokolt esetben történik. Rendkívül fontosnak tartjuk, hogy szövődményeinket, legyen az akár a közös epevezeték sérülése, helyben definitive el tudjuk látni, mely további biztonságát teremti meg a műtéteinknek.

TENCKHOFF KATÉTER BEÜLTETÉS ÉS A KIALAKULT SZÖVŐDMÉNYEK
LAPAROSCOPOS ELLÁTÁSA*Rózsa Balázs, Bálint András*

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Budapest

Bevezetés: A végstádiumú vesebetegeknél vesepótló kezelésként a haemodialízis, a peritoneális dialízis és a vese transzplantáció alkalmazható. A peritoneális dialízis során a hashártya működik félígáteresztő membránként, melyet nagy felülete és jó vérellátottsága teszi alkalmassá a dialízisre. A folyadék a hasfalon át bevezetett katéteren keresztül kerül a hasüregbe, majd megfelelő idő után méreganyaggal telten lebocsájtható. 1965-ben ismertette Tenckhoff a permanens katétert, amelyet még ma is alkalmazunk.

Beteganyag és módszer: Sebészeti osztályunkon 2001 és 2015 május között 207 Tenckhoff katéter beültetést végeztünk melyből 27-et laparoscoposan. A betegek átlagéletkora 62 év. A férfi és nők aránya 36% / 64% volt. Kórházi ápolási napok száma átlagosan 2 nap. Sebészeti ellátást igénylő korai szövődményünk nem volt. Késői szövődményként katéter peritonitist három esetben, katéter elzáródást két esetben, majd egy-egy alkalommal leakage-t, hasfali sérvet, adhaesios ileust, syncumár szedése mellett kialakult hasfali haematoma észleltünk. Három esetben katéter eltávolítására kényszerültünk és két esetben elzáródás miatt cserét végeztünk. Az egyéb késői szövődményeket sebészeti beavatkozás alkalmazásával és a Tenckhoff katéter megtartásával sikerült megoldani. A szövődmények műtéti ellátása esetén, mindig laparoscopos módszer alkalmazására törekedtünk.

Következtetés: A Tenckhoff katéter az esetleges szövődmények korai felismerésére és kezelésre is felhasználható. Laparoscopos technikával nem csak a primer katéter beültetése végezhető el, a kialakult szövődmények elhárításában és az esetleges cserében is egyre gyakrabban használjuk a beteg kisebb megterhelésével, mielőbbi felépülésével. Átmenetileg HD kezelésre is áttérhetünk a peritonitis kezelés befejezéséig. A katétert csak sikertelen gyógyszeres és/vagy sebészeti kezelés után távolítjuk el.

VÁLTOZÁSOK A GYERMEKKORI OVARIUMOT ÉRINTŐ KÓRKÉPEK
SEBÉSZI KEZELÉSÉBEN

Papp János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Gyermeksebészeti Osztály, Miskolc

A 90-es évek elején indult el a laparoscop használata, mely azóta is fokozatosan fejlődik. Lényege, hogy a mell és hasüreg szerveinek műtétei video-endoscopia segítségével a testüreg megnyitása nélkül speciális műszerekkel végezhetőek, így az invazivitást és a sokkhatást a minimálisra korlátozhatjuk. A gyermekkori hasi fájdalmak 15%-a igényel sebészeti beavatkozást, melynek differencial diagnosztikailag egyik fontos eleme az ovariumot érintő sebészeti kórképek gyors felismerése és kezelése tekintettel a petefészek hypoxia iránti kifejezett érzékenységre. Előadásommal e témakörben szeretném mindenki figyelmét felhívni laparoscop kiváló minimál invazív diagnosztikus és terápiás hatására.

LAPAROSZKÓPOS GASTROPLICATIO A KÓROS ELHIZÁS KEZELÉSÉBEN

*Bara Tivadar, Ifj. Bara Tivadar, Borz Cristian, Suciu András,
Dénes Márton, Muresan Mircea*

Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2. sz. Sebészeti Klinika
Marosvásárhely

A sebészi kezelés a kóros elhízás gyógyításában hatékony módszer, mely hosszútávon jó eredményeket biztosít. A minimal invazív technika jelentősen módosította a kóros elhízás sebészeti kezelését. Laparoszkópos technika főleg a restriktív műtéti eljárásokat alkalmazza, ezek közül a gyomorszűkítő gyűrű implantáció, hosszanti gyomor rezekció és a 4 éve megjelent hosszanti gastroplacatio terjedt el. A nagygörbület hosszanti gastroplacatiója a gyomorfal lumenbe történő invaginációját eredményezi, ezzel a gyomor rezervor funkcióját jelentősen csökkenti.

Anyag és módszer: klinikánkon a kóros elhízás kezelésére két éve alkalmazott laparoszkópos gastroplacatió javallatát, technikáját és a rövid távon elért eredményeket mutatjuk be.

Eredmények: gastroplacatiót 25 esetenél végeztünk, műtét alatt nem, műtét után egy esetben észleltünk szövődményt. A betegeket postoperatorikusan azonnal mobilizáltuk, perorálisan a táplálkozást elkeztük, 3-4. nap otthonukba bocsájtottuk. Utánkövetés során első hónapban 10-15 kg, harmadik hónap végén 30-45 kg testsúly csökkenést észleltünk.

Következtetések:

- A gastroplacatio egy alternativa a kóros elhízás laparoszkópos kezelésében.
- Egyszerű a műtéti technika, nem szükséges speciális műszertár.
- Nincs megbontva a gyomor struktúrája és kevesebb a szövődmény.
- Nem kerül idegen anyag a szervezetbe.

A MÁJ ÉS VESE CISZTÁS BETEGSÉGEINEK DIFFERENCIÁL DIAGNOSZTIKÁJA, AZOK SEBÉSZI KEZELÉSÉNEK ÁTTEKINTÉSE ESETISMERTETÉS ÚTJÁN

Farkas Péter¹, Domján Zsolt², Virág Balázs¹

¹Péterfy Sándor Utcai Kórház és Baleseti Központ A Sebészeti Osztály, Budapest

²Péterfy Sándor Utcai Kórház és Baleseti Központ Urológiai Osztály, Budapest

A máj és vese benignus elváltozásai közül leggyakrabban az enyhe tüneteket okozó, vagy aszimptomatikus formában lévő, mellékleteként felfedezett cisztás betegségekkel találkozunk. Az egyszerű májciszták előfordulása 0,3-1% közötti, nőknél és idősebbekben gyakoribb, malignus elfajulásuk ritkaság. A vese szoliter cisztás elváltozásai szintén gyakrabban fordulnak elő magasabb életkorban, különösen férfiaknál, valamint méretükkel, komplexitásukkal nő a rosszindulatúság valószínűsége, ennek leírására használják a Bosniak féle beosztást.

Az alábbi összefoglalóban egy 74 éves nőbeteg esetét ismertetjük, akinek görcsös jobb oldali derékfájdalmai háttérében máj és veseciszták igazolódtak. Hasi UH és kontrasztanyag CT vizsgálat során több kisebb parenchymális ciszta igazolódott a bal vesében és a májban, valamint egy nagyobb 106 mm átmérőjű, melyet a CT vizsgálat a jobb vese felső pólusából kiindulónak vélelmezett. A ciszta punkciója megtörtént, azonban az fél év múlva feltelődött és a panaszok újból jelentkeztek. Ezt követően kórházunk urológiai részlegén laparoszkópos exploráció során a ciszta máj eredetűnek bizonyult, sebész bevonásával annak laparoszkópos in toto eltávolítása történt. A beteg hat napos kórházi tartózkodást követően panaszmentesen otthonába távozott, az eltávolított specimen szövettani vizsgálat benignus májcisztának vélelmezte.

Az esetismertetés során kitérünk a differenciál diagnosztikai nehézségekre, valamint a lehetséges sebészeti technikákra mint a laparoszkópos fenestráció és a teljes enukleáció, melyek ezen benignus elváltozások definitív kezelési módjának tekintendők.

KÉTOLDALI MELLÉKVESE METASZTÁZIS LAPAROSCOPOS ELTÁVOLÍTÁSA
BAL OLDALI PULMONECTOMIÁT KÖVETŐEN. ESETBEMUTATÁS*Mészáros Péter¹, Elek Jenő², Dubóczki Zsolt¹, Sztipits Tamás¹, Mersich Tamás¹*¹Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum, Budapest²Országos Onkológiai Intézet Aneszteziológiai és Központi Intenzív Terápiás Osztály, Budapest

Bevezetés: A metasztatizáló nem kissejtes tüdőrák(NSCLC) rossz prognózisú betegség. Kiszámú beteganyagon végzett vizsgálat szerint NSCLC soliter mellékvese metasztázisa esetén szignifikánsan jobb túlélés várható amennyiben kemoterápiát követően metastasectomiát végzünk mintha csak kemoterápiát kap a beteg.

Beteganyag: Az 58 éves nőbetegnél 2013.07.21-én bal oldali pulmonectomiát végeztek pT2pN1M0 adenocarcinoma miatt. A műtétet követően cysplatin-Vinoralbin kemoterápiát kapott. 2014. júniusában agykoponya és mellkas CT vizsgálat készült mely metasztázist nem igazolt. Csontscintigráfia a Th X-XI. csigolya metasztázisának gyanúját vette fel. Ezt követően PET CT vizsgálatot végeztek mely csigolya metastasiseket nem igazolt viszont a jobb oldali mellékvesében 1.1 cm-es, a bal oldali mellékvesében 0.7 cm-es metasztázist mutatott ki. A jó általános állapotú betegnél az onkoteam kétoldali mellékvese eltávolítást javasolt. Alapos perioperatív kivizsgálást követően 2014. novemberében kétoldali laparoscopos adrenalectomiát végeztünk intraperitonealis behatolásból, együlésben. A műtét alatt sem anaesthesiológiai sem sebészeti szövődményt nem észleltünk. A műtétet követően a beteg két napot az Intenzív Osztályon töltött majd a postoperatív ötödik napon hormon szubsztitúciós terápiát beállítva otthonába távozott. A szövettani vizsgálat mindkét mellékvesében az anamnézisben szereplő tüdő tumor mellékvese metasztázisát igazolta.

Eredmény: A betegnél a műtét óta eltelt időszakban sem lokális recidiva sem távoli áttét nem igazolódott.

Következtetés: Az anmnézisben szereplő pulmonectomia ténye önmagában nem jelenti kontraindikációját a laparoscopos mellékvese eltávolításnak. Gondos betegselekciónal, perioperatív gondozással pulmonectomiát követően is végezhető laparoscopos mellékvese eltávolítás. A posztoperatív szakban a laparoscopia előnyei(kisebb fájdalom, kevesebb sebgyógyulási zavar, gyorsabb felépülés, kevesebb légzési szövődmény) ebben az esetben hatványozott jelentőséggel bírtak.

DUCTUS URACHUS PERSISTENS LAPAROSCOPOS KIIRTÁSA.
ESETISMERTETÉS ÉS IRODALMI ÁTTEKINTÉS

Kakucs Tímea¹, Lukovich Péter¹, Hamvas József², Bán Kinga¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Gasztroenterológiai Osztály, Budapest

Bevezetés: A köldök váladékozásának egyik gyakori oka az urachus persistens melynek ellátása napjainkban is hagyományosan alsó medián laparotomiából történik annak ellenére, hogy laparoscopos ellátása a beteg számára jóval előnyösebb.

Beteg és módszer: 23 éves obes nő beteg (BMI: 35,2 kg/m²) kivizsgálása váladékozó köldök miatt kezdődött. Hasi UH-vizsgálata panaszai hátterében persistáló urachus vezetékét igazolt. A műtétnél a Veres-tű bevezetését a Palmer ponton keresztül végeztük, majd itt egy 5 mm-es 30 fokos optikát vezettünk be. A köldöktől lateralisan, bal oldalon egy 10 mm-es trokárt, míg epigastrialsan egy 5 mm-es trokárt helyeztünk be. A medián vonalban a peritoneum meghasítása után láthatóvá vált az urachus vezeték, melyet a köldöknél Ligasure-ral átvágtunk, distal felé a vezetékét a hólyagig kipreparálva műanyag klippel zártuk le és resecáltuk.

Eredmények: A műtéti idő 35 perc volt. A műtét után szövödményt nem észleltünk, a beteg 24 óra elteltével távozott. A szövettan igazolta a ductus urachus persistenst.

Következtetés: Bár urachus persistens miatti laparoscopos resectiótól már 1994-ben beszámoltak, az irodalomban napjainkig kevesebb, mint 80 esetről számoltak be, annak ellenére, hogy a laparoscopiával – az ismert előnyök mellett – kozmetikailag is jelentősen jobb eredmény érhető el. Ismereteink szerint ez az első hazai közlés.

SUBCONJUNCTIVALIS EMPHYSEMA LAPAROSCOPOS TOTALIS EXTRAPERITONEALIS HERNIOPLASTICA SORÁN

Barabás Loránd¹, Szegő Eszter², István Gábor¹

¹Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest

Bevezetés: A laparoscopos sérvműtét a posztoperatív fájdalmat és a szeptikus szövődmények arányát bizonyítottan csökkentette a hagyományos módszerekhez képest. Az új technika új szövődmények megjelenésének lehetőségét is hozta. A transzabdominalis praeperitonealis (TAPP) technikával szemben a totalis extraperitonealis módszer (TEP) esetében a CO₂ okozta szövődmények gyakoribbak.

Esetismertetés: 68 éves, túlsúlyos (TTI: 28,9) férfibetegnél, akinek anamnéziséből hypertonia, hypertrophias cardiomyopathia és pacemaker beültetés emelhető ki, kétoldali lágyéksérv miatt TEP technikával sérvműtétet terveztünk. Eseménytelen indukciót követően, az altatást inhalációs altatószer, intravénás opioid és nem depolarizáló izomrelaxáns alkalmazásával végeztük. A narkózis alatt mindvégig stabil keringést tapasztaltunk, a percventilációt kezdetihez képest 30%-kal növelve a kilélegzett széndioxid szint végig normál tartományban mozgott. A betegnél a műtét alatti időszakban magasabb légúti nyomás nem jelentkezett. Műtét során észleltük a pneumoperitoneum mellett a hasfal és a mellkasfal subcutan emphysemáját. A nyak és az arc érintettsége nélkül subconjunctivalis emphysema is kialakult. Az emphysema észlelésekor a műtét során alkalmazott 14 Hgmm hasüregi nyomást 10 Hgmm-re csökkentettük. A műtét időtartama 95 perc volt. A subconjunctivalis emphysema 3 órán belül spontán megszűnt. Szövődménymentes korai posztoperatív időszak után a beteget a műtétet követő napon otthonába bocsátottuk.

Következtetések: Az emphysema egy ismert minor szövődménye a TEP műtétnek, ami a mellkasi szerveket ritkán, a nyak és arc szerveit még ritkábban érinti. Ismereteink szerint ez az első észlelt subconjunctivalis emphysema a mai napig laparoscopos hernioplastica során.

VATS LOBECTOMIÁK KEZDETI TAPASZTALATAI

Gehér Pál, Füredi Árpád, Kecskés László István, Kiss Béla

Markusovszky Lajos Egyetemi Oktatókórház Mellkassebészeti Osztály, Szombathely

Szerzők a Vas Megyei Markusovszky Kórház Mellkassebészeti Osztályán általuk 2015 október végéig elvégzett VATS lobectomiák (kb. 60 műtét) tapasztalatait elemzik összehasonlítva a hagyományos módon, thoracotomiából végzett műtétekkel.

ESETBEMUTATÁS - A GYOMOR ANTRUMÁNAK VASCULÁRIS ECTASIÁJA (GAVE) –
LAPAROSCOPOS ELLÁTÁS

*Fábry György¹, Bokor László¹, Varga Petra¹, Kincses Zsolt¹,
Chang Chien Yi-Che², Plósz János³*

¹Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

²Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Patológiai Osztály, Debrecen

³Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Belgyógyászati Osztály, Debrecen

Bevezetés: A gyomor antrumának vascularis ectasiája (GAVE vagy görögdinnye gyomor) a felső gastrointestinalis vérzések ritka oka. Benignus elváltozásról van szó, ahol a lamina propria erei kitágulnak, és nehezen felismerhető vérzés forrásai lehetnek. Pontos etiológiája és pathogenesise még ma sem tisztázott. Jelentőséget tulajdonítanak autoimmun betegségeknek, májcirrhosisnak, krónikus veseelégtelenségnek, portalis hypertensionak illetve a vascularis kollagén betegségeknek is. Nőkben kétszer gyakorbabb mint férfiakban. A betegek átlagéletkora 70 év.

Nevét az endosccoppal látható, antrumban lévő vörös csíkozottságról kapta, mely leginkább a görögdinnyén lévő csíkokra hasonlít. Konzervatív terápiájában az endosccopos argon plasma vagy electrokauterizációé a vezető szerep, de történtek próbálkozások ösztrogén, progeszteron vagy corticosteroid alkalmazására is. A konzervatív módszerek hatástalansága esetén jön szóba a gyomor resectioja, melyet végezhetünk nyitott vagy laparoscopos módon is.

Esetbemutatás: 80 éves férfibetegünknel alsó végtagi mélyvénás thrombosis miatt belgyógyászati kivizsgálás indult. Súlyos kísérőbetegségei közül kiemelendő a krónikus veseelégtelenség, a májcirrhosis, az ascites, a hypertonia, és az NIDDM. Laborvizsgálatokkal derült fény súlyos anaemiájára. A gastrosccopia gastritist igazolt számos teleangiectasiával, az elvégzett biopszia az antrum és a corpus lamina propriájának lobsejtes beszűrődését mutatta. Többszöri bennfekvései alatt alkalmanként 5-8 E vvt masszával rendezték anaemiáját. Argon plasma coagulatio történt, de nem hozta meg a várt eredményt, a beteg ismételt anaemiássá vált. Tekintettel a konzervatív kezeléssel nem uralható vérzésre, a beteg súlyos kísérőbetegségeire, és korára laparoscopos resectio mellett döntöttünk. A beteget, a 10. postop. napon engedték otthonába, panaszmentesen, norm. vérképpel.

Konklúzió: A gyomor antrumának vascularis ectasiája (GAVE) a gastrointestinalis vérzések ritka, benignus oka. Ha konzervatív módszerekkel nem uralható a kórkép, megoldásként szóba jön a gyomor resectio-ja. Ebben is egyre nagyobb teret hódít a laparoscopos beavatkozás, mely kisebb postoperatív fájdalmat, kevesebb vérvesztiséget és kevesebb szövödményt jelent, az egyébként is súlyos kísérőbetegségekkel élő, legyengült betegeknek.

LAPARASZCÓPOS GYOMOR ILL. KÖZVETLEN GYOMOR MELLETT VÉGZETT
MŰTÉTEINK A BAJCSY ZSILINSZKY KÓRHÁZBAN

Mándi Miklós, Benedek Zsófia, Hamvas József, Benedek György, Bányász Zsolt
Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

Laparascópos műtéteink során fokozatosan új szervek resectiójára került sor. Ma már nyilvánvaló, hogy szinte minden elváltozást meg lehet operálni laparascóposan. 2010-től közel 20 esetben végeztünk laparascópos gyomor (pylorus-cardia) táji műtétet: laparascópos exploratio, a gyomor megnyitása, a gyomorelváltozás bejelölése gasztroenterológus bevonásával. Próbáltunk jaíítani a műtéti eredményen. Egyértelmű, hogy sok a lehetőség a technika javítására, sok apró változtatás lehetséges. Ezeket szeretnénk a kollégákkal megosztani. Minden betegünket nyomon követtük, adataikat leközőljük. Számos esetben a praeoparatív szövettan nem eredményes, nem biztos. A végleges szövettani vizsgálat retrospektív tanulságot ad a műtéti típus választására.

A COLITIS ULCEROSA MINIMÁL INVAZIV SEBÉSZI KEZELÉSE – RÖVID ÉS HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEK

*Lázár György¹, Tajti János¹, Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Ábrahám Szabolcs¹,
Farkas Klaudia², Szepes Zoltán², Nagy Ferenc², Wittmann Tibor², Molnár Tamás²*

¹Szegedi Tudományegyetem Sebészeti Klinika, Szeged

²Szegedi Tudományegyetem I. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: A colitis ulcerosa (CU) sebészi kezelésében egyre szélesebb körben alkalmazzák a laparoscopos technikát, azonban hosszú távú eredményekről kevesebb adattal rendelkezünk. Vizsgálatunk célja a hagyományos és a minimál invaziv módszerrel operált beteg műtéti és 40 hónapos (3-111 hónap) utánkövetési eredményeinek összehasonlítása.

Beteg és módszer: 2005.01.01. és 2014.12.31. között összesen 56 beteg (31 nő, 25 férfi) került műtetre CU diagnózisával, melyek közül 20 (35,7%) sürgősséggel, míg 36 (64,3%) eset tervezett úton történt. Laparoscopos technikával 33 (58,9%), hagyományos módszerrel 23 (41,1%) műtétet végeztünk. ASA besorolás, BMI és az átlag életkor tekintetében a csoportok homogének voltak.

Eredmények: Összehasonlítva az ápolási időt, a passage megindulását, az intenzív osztályon töltött napok számát, a transzfúziós igényt valamint egyéb perioperatív morbiditást a két csoport között szignifikáns különbség nem volt.

Az utánkövetés során a szövődmények tekintetében a bél elzáródás ($p=0,032$), a szepikus állapot ($p=0,000$) és az egyéb komplikációk, úgy mint anasztomózis szűkület, per anum vérzés és pouch-vaginális fisztula ($p=0,000$), előfordulása szignifikánsan alacsonyabb volt a laparoscopos műtéten átesett betegek csoportjában. A posztoperatív sérvék előfordulásában a csoportok között nem volt különbség ($p=0,355$). Mindkét csoport életminőségében és testsúly gyarapodásában szignifikáns emelkedést tapasztaltunk műtétet követően, azonban a posztoperatív sévéletszámot vizsgálva nem volt különbség a két csoport között. A laparoscopos módszerrel operált betegeknél jobb kozmetikai eredményt tapasztaltunk.

Összefoglalás: CU kezelésében a laparoscopos technika sürgősségi, illetve elektív indikáció esetén is biztonságosan alkalmazható, mely jó életminőséget, kedvezőbb kozmetikai eredményt biztosít és hosszú távon alacsonyabb a szövődmények aránya a nyitott műtétekkel összehasonlítva.

LAPAROSCOPOS ÉS NYITOTT VASTAGBÉLMŰTÉTEK TÚLÉLÉSI ADATAINAK ÖSSZEHASONLÍTÓ ELEMZÉSE

Kupcsulik Péter, Weltner János, Nehéz László, Pálházy Tímea,
Tamás Judit, Lukovich Péter

Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

A Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinikáján 2004-2011 között operált 1209 vastagbédaganatos beteg adatait dolgoztuk fel. Vizsgáltuk a túlélési adatokat a műtét típusa, a daganat elhelyezkedése, szövettani stádiuma alapján. A vizsgálat célja a laparoszkópos (LAP) és a nyitott beavatkozások eredményeinek összehasonlítása volt. A vizsgálatból kihagytuk az inoperabilis, sürgős műtetre került, valamint a synchron májáttétes betegeket. A túlélési eredmények összehasonlításánál így 335 LAP és 668 nyitott műtét követésére került sor.

Az összes beteg median túlélése a LAP csoportban 26.6, a LAP csoportban 28.8 hónap (NS). A LAP csoporton belül a konvertált esetek túlélése (22.8 hónap) rosszabb mint a többi LAP eseté (28.9 hónap). A LAP csoportban a rectumdaganatok túlélése jobb mint a colon, vagy sigma tumoroké (log rank: 0.027), a nyitott műtéteknél nincs ilyen különbség.

A resectum szövettani feldolgozása alapján a módosított Astler-Coller (MAC) stádiumok szerint a B1 és B2 daganatok túlélése azonos. Feltűnően romlik a várható túlélés a MAC C2, C3 csoportban de a LAP műtét után a túlélés significansan jobb, mint a nyitott beavatkozásoknál. (log rank: 0.014)

A nyitott és LAP műtéttel operáltakat egymásnak megfelelő párokba sorolva (életkor, daganat helye, szövettani stádium, műtét időpontja) sem az összes beteget, sem a lokalizáció szerinti megoszlást vizsgálva nincs significans különbség két műtéti típus között.

A vizsgálat eredményeként megállapítható, hogy mind a teljes betegcsoportot, mind a lokalizáció szerinti összehasonlítást tekintve a nyitott és a LAP műtétet követő túlélés közel azonos. A rectum daganatok, és a MAC C2-C3 stádiumú tumorok esetén a LAP resectio kedvezőbbnek tűnik.

BELET INFILTRÁLÓ ENDOMETRIOSIS LAPAROSCOPOS ELLÁTÁSÁNAK
MŰTÉTTECHNIKAI KÉRDÉSEI 120 BÉLRESECTIÓN ÁTESETT BETEG ADATAI ALAPJÁN

Lukovich Péter¹, Bokor Attila², Brubel Réka², Fényi Anett², Dobó Noémi²,
Csibi Noémi², Rigó János², Harsányi László¹

¹Semmelweis Egyetem I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem I. sz. Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: Az endometriosis műtetre kerülő betegek száma nő, s az esetek 10-40%-ban nem csak a nőgyógyászati szerveket és urológiai szerveket, de a beleket is érinti.

Beteganyag és módszer: A SE I. sz. Nőgyógyászati Klinikán 2009.07.14-2014.01.13. között 383 endometriosis miatt kezelt beteg közül 127 beteg került műtetre. A beavatkozásokat minden esetben ugyanaz a nőgyógyász-sebész team végezte.

Eredmények: 120 betegnél bélresectio, 2 esetben lokális kimetszés, míg 2 esetben shaving történt. 46 betegnél a rectum, 68 betegnél a rectosigmoidealis átmenet, 30 betegnél a sigmabél, 4 betegnél a coecum, 2 betegnél az appendix, 2 betegnél a vékonybél volt érintett. Az urológiai szervek érintettsége miatt a hólyagreszekció (9 eset), ureterreszekció (2 eset) illetve ureter felszabadítása (26 eset) is történt. Konverziót – artéria epigastrica inferiorból származó vérzés miatt – 1 betegnél végeztünk, 1 betegnél a műtét estében a gépi anastomosis vonalából észlelt vérzés miatt laparoscopos vérzéalóltás történt. 6 esetben transvaginalisan, 8 esetben transrectalisan távolítottuk el a resecált bélszakaszt. Varratelégtelenség 2 esetben, rectovaginalis fistula 4 esetben alakult ki, ahol a reoperációkat (stomakészítés - stomazárás) is minden esetben laparoscoppal végeztük.

Következtetés: Belet infiltráló endometriosis ellátása multidiscplináris teammel, laparoscopos úton (minimal invasiv technika, nagyobb teherbeesési arány, szebb kozmetikai eredmény) végzett, a multilocularis elváltozások, illetve a mélyebb rétegek infiltrációja miatt bél resectióval javasolt. Protektív stomát nem tartjuk indokoltnak, s a kisdencei innerváció megőrése miatt, közvetlenül a bél mellett sceletizálást javasoljuk. Az Invasivitas további csökkentése a természetes szájadékon keresztüli specimen eltávolítással tovább csökkenthető.

A GASZTROENTEROLÓGUS - SEBÉSZ SZEREPE AZ ENDOMETRIOSIS ELLÁTÁSÁBAN: ÚJ ELJÁRÁSOK A SIGMOIDEOSCOPIÁTÓL A TRANSRECTALIS SPECIMEN ELTÁVOLÍTÁSIG

Lukovich Péter¹, Bokor Attila², Tari Krisztina¹

¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem, I. sz. Nőgyógyászati Klinika, Budapest

Bevezetés: A endometriosis pontos preoperatív diagnózisában a bimanualis vizsgálatot, a transvaginalis UH-ot és az MRI vizsgálatot használják rutinszerűen. A bél infiltrációja esetén sebész bevonása javasolt a laparoscopos műtétbe, így a bél infiltráció pontos preoperatív igazolása nagy fontosságú.

Beteganyag és módszer: A SE I. sz. Nőgyógyászati Klinikán 2009.07.14-2014.01.13. között minden endometriosis miatt kezelt betegnél rutinszerűen sigmoideoscopiai végeztünk. Vizsgáltuk az endoscopia sikerességét és az endometriosis által érintett bélszakaszokat. A következő endoscopos jeleket kerestük: intraluminalis endometriosist, ennek hiányában fali infiltrációra jellemző másodlagos jeleket: fali merevség, stenosis (benyomat), megtöretés, fájdalom, suffusio. Amennyiben műtéti indikáció állt fenn, a pozitívnak bizonyult betegek multidiscipinális műtéten, míg a negatív esetek csak gynecologus által végzett műtéten estek át.

Eredmények: 383 beteg közül 224 esetben igazolt bél érintettséget a preoperatív sigmoideoscopia. A vizsgált paraméterek gyakorisága a következő volt: intraluminalis endometriosis (4,91%), fali merevség (38,39%), stenosis (45,54%), megtöretés (57,14%), fájdalom (nem narcosisban végzett sigmoideoscopia esetén) 26,06%, suffusio 3,82%. A teljes sigmoideoscopiai vizsgálat csak az esetek 34,7%-ban volt kivitelezhető, ezek közül 14,73%-ban több gócot is igazolt a vizsgálat. Az érintett bélszakaszok a következők voltak: rectum alsó szakasza: 17 beteg, rectum felső szakasza 65 beteg, rectosigmoidealis átmenet 68 beteg, sigmabél alsó szakasza: 44 beteg, felső szakasza: 62 beteg. 127 beteg került műtétre, a beavatkozásokat minden esetben ugyanaz a nőgyógyász-sebész team végezte. 6 alkalommal a speciment transvaginalisan, míg 8 esetben a resecált bélszakaszt transrectalisan távolítottuk el. Transvaginalis módszert csak abban az esetben alkalmaztuk, ha a spatium csomó radikális eltávolításához teljes hüvelyfal kimetszésre volt szükség. 7 betegnél (5,5%) alakult ki varratelégtelenség, ebből 2 esetben – rectovaginalis fistula formájában – azoknál a betegeknél, akinél a specimen eltávolítása transvaginalisan történt. Transrectalis eltávolításnál nem történt szövődmény, s a műtétek hosszát sem növelte jelentősen a NOSE technika.

Következtetés: A sigmoideoscopia – gyakorlott vizsgáló esetében – kimagasló szenzitivitású és specificitású vizsgáló eljárás bél érintettség kimutatására. Rectovaginalis fistula veszélye miatt – csak a specimen eltávolítására culdotomiát végezni – nem javasolt. A transrectalis specimen eltávolítás jó eredményeit látva az indikáció kiszélesítése indokoltnak tűnik.

RECTUMOT, HÜVELYT ÉS HÓLYAGALAPOT INFILTRÁLÓ ENDOMETRIOZIS
LAPAROSCOPOS ELLÁTÁSA*Orbán Lajos¹, Koppán Miklós², Pusztai Csaba³, Bányai Dániel³, Domján Zsolt⁴*¹PTE/AOK Sebészeti Klinika, Pécs²PTE/AOK Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika, Pécs³PTE/AOK Urológiai Klinika, Pécs⁴Péterfy Sándor Utcai Kórház Urológiai Osztály, Budapest

Mélyen infiltráló endometriózis miatt végzett műtétek száma növekszik. Ellátásuk endometriózis teamet igényel, mivel a betegség multicentrikus és a környezetét infiltrálja, több szervet érinthet, így több endometriózis műtétben tapasztalt szakorvosra van szükség. Nehéz műtéti típusról van szó a heges környezet miatt, ezért a bonyolult esetek ellátása mindenképpen centrumban javasolt. Fontos a pontos diagnózis és preoperatív műtéti terv felállítása melyhez tapasztalatra van szükség. Előadásunkban két, igen nehezen ellátható mélyen infiltráló endometriózis laparoscopos megoldását mutatjuk be.

Az első beteg esetében bal oldali ureter tágulat miatt két alkalommal D-J stent helyezés történt. Igen jelentős kismencedei fájdalom, ismételt hydroureter miatt került látóterünkbe a beteg. Kivizsgálásunk során hátsó hüvelyboltozatba 2 ujjnyi szélességben terjedő retrocervicalis nodulus volt észlelhető a bal oldali sacrouterin szalag mentén, bal oldali medencefalig terjedően. MR vizsgálat a cervixből hátrafelé a rectum mellő falába penetráló 4,4 x 2,4 x 2,2 cm mellső fali rectum nodulust írt le bal parametrium infiltrációval, bal ureter tágulattal. Laparoscopos cervix shavinget végeztünk hátsó hüvelyboltozat és rectum resectioval, resecaltuk a bal parametrium nodulust az itt futó, érintett ureter szakasszal együtt és a bal oldali uretert neoinplantáltuk. Kontroll vizsgálata során vizelet retenció, reflux nem volt kimutatható, passage-a rendezett, kismencede fájdalma megszűnt.

A második beteg anamnézisében 12 éves korban appendectomia, majd ileus, Douglas tályog miatt két alkalommal relaparotomia szerepelt. Jobb oldali nervus ischiadicus fájdalma, égő érzése volt a menzesz első napjától 10 napig. Vizeletürítés után fájdalmat érzett a nervus ischiadicus mentén jobb oldalon. Az ENG vizsgálat nem mutatott ki lumbosacralis plexus érintettséget. MR vizsgálat a jobb sacrouterin szalaggal és a hüvelyboltozattal, a rectummal, a jobb medencefallal, a jobb paravesicalis spatiummal, a méhvel és a hólyaggal jobb oldalon kapaszkodó, hydronephrosist okozó parametran nodulust írt le. Laparoscopos parametrectomiát végeztünk hüvely és rectum resectioval, a jobb oldali ureter juxta-vesicalis szakaszának és a hátsó hólyagfal trigonalis jobb részének együttes resectiójával. A resecalt jobb oldali uretert neoinplantáltuk. A katéter eltávolítást követően minimális reziduummal vizelet a beteg, kismencede illetve jobb alsó végtagba sugárzó fájdalma megszűnt.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a mélyen infiltráló endometriosis igen súlyos, előrehaladott állapotban is laparoscopos technikával megbízhatóan és biztonságosan ellátható.

A RECTOSYGMOIDEALIS BÉLSZAKASZT ÉRINTŐ ENDOMETRIOSIS
MULTIDISCIPLINARIS LAPAROSZKÓPOS KEZELÉSI MEGOLDÁSA ÉS SZERZETT
TAPASZTALATAINK AZ ELSŐ 30 ESETÜNK KAPCSÁN

Fülöp István¹, István Gábor²

¹Róbert Károly Magánkórház, Budapest

²II. sz Sebészeti Klinika, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Budapest

A Kútvölgyi Klinikai Tömb II. számú Sebészeti Klinika és a Róbert Károly Magánkórház orvosainak együttműködésével 2013 óta látunk el súlyos, III-IV stádiumú, béltraktusba törő mélyen infiltráló endometriosos pácienseket laparoszkópos úton, sebészeti és nőgyógyászati kooperáció keretében. Pácienseink egy része meddőséggel küzd, egy részük a betegség klasszikus tüneteitől szenvedett. Előadásunkban a diagnosztikai lehetőségeket és az első 30 esetünk 1 éves nyomon követésének eredményeit ismertetjük.

LAPAROSCOPOS VASTAGBÉLMŰTÉTEK BETEGSZELEKCIÓJA, ÉS KONVERZIÓK ARÁNYÁNAK CSÖKKENTÉSE A HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEK FÜGGVÉNYÉBEN

Kincses Zsolt, Tóth Dezső, Kathy Sándor, Bokor László

Kenézy Gyula Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészeti Osztály, Debrecen

A laparoscopos vastagbélsebészet egyre nagyobb szerepet játszik a vastag, és végbél jó és rosszindulatú betegségeinek kezelésében. Irodalmi adatok szerint nincs különbség az operatív mortalitásban, és morbiditásban, a hosszú távú daganatos túlélésben, recidívában. Sajnos minden esetben nem alkalmazható a módszer. A betegek egy része ismert szelekciós szempontok miatt nem alkalmas ezen módszerre. Mindezek mellett néhány esetben konverzióra kényszerülünk melynek aránya 10-30 % között ingadozik. A konvertált betegek egy részénél sokkal rosszabb hosszú távú eredményeket lehet elérni.

A konverzió leggyakoribb rizikófaktorai, beteg specifikus tényezők: kor, nem, BMI, ASA, előző hasi műtét. 2. diagnózis, benignus, malignus, diverticulum, IBD. 3. rezekcio típusa. 4. esetszám és gyakorlat.

250 laparoscopos műtét adatait dolgoztuk fel. Kíváncsiak voltunk a leggyakoribb szelekciós szempontokra, a konverziós arányra, a korai, és késői konverziók arányára, a konverzióhoz vezető leggyakoribb okokra, és ezek esetleges megelőzésére. Szerettük volna tudni a konverziós csoportban előforduló szövődmények arányát, és késői eredményeket, recidíva arányt.

Betegeink 90%-a malignus műtét miatt került műtétre. Eredményeink alapján a legfontosabb szelekciós tényezők, illetve rizikófaktorok a tapintható tumor, a viscerális érintettség, a szinkron tumor, és a korábbi nagy hasi műtét, és az ileus. Konverziós arányunk 15% volt, ezek jelentős része korai konverzió. Intraoperatív szövődmények aránya 5,7%, postoperatív szövődmények aránya 4%. A konverziós csoportban a szövődmények aránya magasabb volt. A leggyakoribb konverziós ok a nagy környezeti propagatiót mutató tumor, vagy több szervi érintettség, illetve a jelentős hasi összenövések. A késői eredményekben jelentős különbséget nem találtunk. Úgy gondoljuk a nagyon alapos műtét előtti kivizsgálás szigorú beteg szelekciós szempontok mellett a konverziók aránya csökkenthető, és korai konverziók nagyobb arányának köszönhető az irodalmi adatoktól jobb késői eredmény ezen betegcsoportban.

A LAPAROSZKÓPOS VASTAGBÉLSEBÉSZET ALAKULÁSA 10 ÉV ALATT OSZTÁLYUNKON

Dede Kristóf, Besznyák István, Faludi Sándor, Szentpétery Félix, Pörneczy Balázs,
Svastics Imre, Láng István, Mester Gábor, Bursics Attila
Uzsoki utcai Kórház, Sebészeti-, Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A laparoszkópos kolorektális vastagbélsebészet technikája mára gyakorlatilag teljesen letisztult. Magyarországon is egyre több osztályon és intézetben végzik ilyen beavatkozásokat, mind több intézetben rutinszerűen elsőként választottan. Ezekben az intézetekben már nem az a kérdés, hogy kit operáljunk laparoszkóposan, hanem szinte azt kell megindokolni, hogy valakit miért nem.

Beteganyag: Az Uzsoki utcai Kórházban 2005 és 2015 között végzett elektív laparoszkópos kolorektális műtéteket tekinti át a vizsgálat (1960 elektív kolorektális műtét). Jelentős különbség figyelhető meg a vizsgált időszak időbeni bontásában. Míg az első 5 évben 12% volt a laparoszkópos műtétek aránya, addig a vizsgálat második felében ez már 26% volt. 2014-ben 51%, 2015-ben pedig 56% a laparoszkópos rezekciók aránya az összes elektív kolorektális műtét során. Ez részben a tanulmányidőszak elteltével magyarázható, de jelentős szerep jut egyéb tényezőknek is. Ilyen meghatározó tényező az osztály személyi összetétele, az infrastruktúra javulása, a finanszírozás változása. Előadásunkban a laparoszkópos vastagbélműtétek végzését befolyásoló faktorokat tekintjük át.

Vélemény: egy osztály 10 éves tapasztalata alapján a laparoszkópos vastagbélsebészet meghonosodását illetően számos tényező vizsgálható és elemezhető. A finanszírozási háttér biztosítása mellett nélkülözhetetlen az ambíció, a szervezés és az adott osztály dolgozóinak közös szemlélete.

OSZTÁLYUNKON 2012 ÉS 2015 KÖZÖTT VÉGZETT LAPAROSCOPOS VASTAGBÉL
MŰTÉTEINK EREDMÉNYEI

*Kecskédi Bence, Solymosi Attila, Telek Géza, Völgyi Réka, Lang Tamás,
Molnár Péter, Ender Ferenc*

Egyesített Szent István és Szent László Kórház, Sebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés-célkitűzés: A laparoscopos colorectalis sebészet az utóbbi években intézményünkben is rutineljárássá vált. Az utóbbi két év eredményeinek értékelését szeretnénk bemutatni.

Módszerek: a betegadatok retrospektív elemzése.

Eredmények: Az Osztályunkon 2012.01.01.-2015.03.01 között végzett 669 vastagbélműtétből 182 betegen (27,2%) végeztünk laparoscopos beavatkozást. 24 esetben (13,1%) kényszerültünk conversiora. Laparoscopos módszerrel egyebek között 94 Dixon, 7 Miles, 32 Hemicolectomia dextra, 3 Hemicolectomia sinistra műtét történt. Az elektív, neoadjuváns kezelés előtti, vagy palliatív sigmoideostomiákat kizárólag laparoscopos módszerrel helyeztük fel.

Szövődmények: 10,9%-ban (20/182) észleltünk Clavien-Dindo 2-5 súlyosságú szövődményt. 9 esetben reoperatiót igénylő anastomosis elégtelenség (9/129; 6,9%) alakult ki, 2 ureter-laesio történt. Az összes vastagbélműtét mortalitása 2,1% volt.

A betegek az 1-2. napon folyadékot fogyasztottak (átlag:1,51), a passage rendszert a 2-4. napon (átlag: 2,9) indult meg. A posztoperatív ápolási napok száma 6,45 (4-11 nap, medián: 6,3). Szövődményes esetekben hosszabb ápolásra volt szükség (átlag: 8,3; medián: 9,0).

Következtetés: Osztályunkon a laparoscopos vastagbél sebészet térnyerése folyamatos, azonban ennek legfontosabb természetes korlátja a biztonságos beteg-szelekció. Az eredmények arra engednek következtetni, hogy a módszer begyakorlása, a laparoscopos műtetre alkalmas betegek konzekvens megválogatása a záloga a szövődményráta csökkenésének.

LAPAROSCOPOS ÉS NYITOTT RECTUM RESECTIÓK ÖSSZEHASONLÍTÁSA. KORAI SZÖVŐDMÉNYEK ÉS FUNKCIONALIS EREDMÉNYEK

Mészáros Péter, Dubóczki Zsolt, Sztipits Tamás, Mersich Tamás
Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrum, Budapest

Bevezető: A laparoscopos colorectalis műtétek mára széles körben elfogadottak. A rectum tumorok ellátásában a COLOR II vizsgálat igazolta, hogy a laparoscopos rectum műtétek rövid és hosszútávú eredményei megegyeznek a nyitott technikával végzett rectum műtétek eredményeivel. A rectum laparoscopos sebészete „zöld lámpát” kapott. Előadásomban az Országos Onkológiai Intézetben végzett laparoscopos és nyitott technikával végzett rectum sebészet eredményeit szeretném ismertetni a minőségi mutatók tükrében.

Módszer: 2013.01.01. és 2015.05.31. között az Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrumában rosszindulatú végbéldaganat miatt végzett műteteink retrospektív analizisét végeztük el. 59 laparoscopos és 110 nyitott rectum műtétet végeztünk. A tumorok záróizomtól való távolsága a minden esetben 15 cm alatt volt a bevalogatott esetekben. Az onkológiai radikalitást és biztonságosságot az eltávolított nyirokcsomók számával, a TME patológiai minőségével, a distalis resectio sík tumortól mért távolságával, resectio sík érintettségével, tumor perforációs rátával jellemeztük. Összehasonlítottuk a műteti idő alakulását, a konverziós-, és reoperációs rátát. A posztoperatív szövődményeket a Clavien-Dindo skálán osztályoztuk, a posztoperatív időszakban a passzázs megindulását valamint az ápolási napok számát vizsgáltuk. Korai funkcionális vizsgálatként a műtétet követően kialakult vizelettartási és erectilis diszfunkció alakulását is feldolgoztuk.

Eredmények: Onkológiai radikalitás, biztonságosság tekintetében valamint a konverziós arányt, reoperációs rátát, szövődmény arányt is figyelembe véve eredményeink összemérhetőek a nemzetközi irodalomban közölt adatokkal.

Következtetés: A laparoscopos technika megfelelő onkológiai radikalitást és biztonságos műteti alternatívát nyújt a rectum sebészetben. Korai szövődményei és funkcionális eredményei tekintetében a laparoscoposan operált betegek kedvezőbb adatokat mutatnak. A betegek hosszú távú utánkövetése szükséges a valós túlélési adatok és a lokális recidiva arányok alakulásának meghatározását illetően.

„A KEZDETI TAPASZTALATOKTÓL AZ EGYEDI MEGOLDÁSOKIG: OSZTÁLYUNK
KOLOREKTÁLIS LAPAROSZKÓPOS ANYAGÁNAK ELEMZÉSE AZ ELMÚLT 3 ÉVBEN”

*János Zoltán, Nagy Attila, Sándor Gábor, Szenkovits Péter, Mohos Petra,
Horzov Myroslav, Mohos Elemér*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Általános Sebészeti és Érsebészeti Osztály

A laparoszkópos módszerek bevezetése osztályunkon az elmúlt években a kolorektális profilban is megtörtént, alkalmazásuk alapja a szakmai szabályok betartása, határa pedig a józan önmérséklet. Egy szerteágazó hasi sebészeti tevékenységet okozó megyei kórházban a módszer alkalmazását eltávolítandó képlet nagyságán elhelyezkedésén túl olyan speciális szempontok is befolyásolták, mint a sebész tapasztalata, speciális instrumentárium megléte és sok más szubjektív szempont. E szempontok mentén az elmúlt években fokozatosan emelkedett a laparoszkópos módszerek alkalmazásának aránya a kolorektális műtéti profilon belül, ugyanakkor az elmúlt 3 év beteganyagának elemzése alapján mindent összevetve ez a szegmens még mindig 15% alatt van, ezen belül az konverziós arány 10%. A beteganyag bemutatása során néhány sajátos módszerről is említést teszünk, mint a laparoszkópos colectomia ileoanalís J Pouch képzéssel, PPH géppel varrt anasztomózissal, TEM műtétek, vagy a parasztomális sérvek megelőzésére és műtéti megoldására alkalmazott hálós módszerek laparoszkópos változata.

ABRIKOSOFF TUMOR MIATT VÉGZETT MINIMÁL INVAZÍV NYELŐCSŐRESZEKCIÓ

Papp András¹, Cseke László¹, Horváth Örs Péter¹, Szántó Zalán¹, Orbán Lajos¹,
Hegedűs Ivett², Vereczkei András¹

¹PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

²PTE ÁOK Pathológiai Intézet, Pécs

A gasztrointesztinális megjelenésű granuláris sejtes tumorok körülbelül egy harmada a nyelvcsőben, annak is döntően a disztális részén helyezkednek el, melyeket első leírójukról nevezünk Abrikossoff tumornak. Általában benignusak, de kb. 2-3% malignus, mely miatt az 1 cm-nél nagyobb esetekben ezek endoszkópos, vagy sebészi eltávolítása javasolt.

63 éves férfi jelentkezett ambulanciánkon, akinél nyelési panaszok miatti kivizsgálás során a fogsortól 38 cm-re egy 2-3 cm-es sárgás felszíni térfoglalást találtak, endoszkópos UH és FTAB történt és a szövettan granulár sejtes tumort igazolt. CT vizsgálat során a nyelvcső falának kb. 3-4 cm hosszú megvastagodást írtak le, mely a környezetre nem terjed ki, nagyobb nyirokcsomó nem volt látható. Endoszkópos eltávolítást nem vállalták, ezért minimál invazív Ivor-Lewis nyelvcsőreszekciót végeztünk. A műtét során szövődmény nem lépett fel, a betegnél a 7. napon elvégzett nyelés Rtg negatív eredménnyel zárult, per orális táplálását fokozatosan felépítettük és a posztoperatív 15. napon emítettük.

Mára egyértelművé vált, hogy a nyelvcső tumorainak sebészetében a minimál invazív módon végzett reszekció eredményei megegyeznek onkológiai szempontból a nyitott műtétek eredményeivel. Ugyanakkor a betegek részesülnek a minimál invazív műtét előnyeiből (kisebb fájdalom, gyorsabb rehabilitáció, jobb kozmetikai eredmény) Különbösen ajánlott tehát ez a műtéti beavatkozás a jóindulatú nyelvcső tumorok miatt végzett reszekciók során.

ATÍPUSOS GYOMORFALI RESECTIOK SZEREPE A STROMALIS GYOMOR TUMOROK KEZELÉSÉBEN

Paszt Attila, Simonka Zolt, Ábrahám Szabolcs, Lázár György
SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

Bevezetés: A gyomor GIST klinikai megjelenése az accidentalis felfedezéstől a súlyos gyomorrvérzésen keresztül akár a dissziminalt incurabilis stádiumig számos formában lehetséges. A non-metastaticus betegek terápiájában jelenleg is a műtéti eljárás a standard kezelési forma.

Klinikánk stromalis gyomor tumorainak anyagában retrospektív analízist végeztünk.

Módszer: 1998 és 2015 májusa között klinikánkon 42 esetben történt gyomor GIST miatt műtéti beavatkozás, férfi/nő arány: 16/26, átlagéletkor: 62.12 év (34-86 év) volt. A komplett preoperatív kivizsgálás során endoszkópia, hasi CT, biopszia, endosonographia történt. A műtétek során nyitott atípusos gyomorfal resectio 15 esetben, distalis resectio 7 esetben, laparoszkópos fali/ék resectio 17 esetben, "csak sebészi biopszia" 1 esetben, nyitott gyomorfali resectio distalis pancreas resectioval 1 esetben, valamint nyitott fali resection splenectomiával szintén 1 esetben került kivitelezésre. A Fletcher klasszifikáción átesett betegeink átlagos utánkövetési ideje meghaladta a 3 évet(5 és 112 hónap).

Eredményeink: egy beteget veszítettünk el a közvetlen perioperatív szakban cardiális történés miatt. A pathológiai feldolgozás minden esetben R0 resectiot igazolt. Egy betegnél c-kit-negativitás, 1 esetben nagyon alacsony malignitási forma, 24 esetben alacsony malignitási forma, 10 esetben intermediér és 6 esetben magas rizikójú forma igazolódott. Utánkövetésünk alatt 86%-os betegség-mentes túlélést észleltünk. Adjuváns terápiában egy metastaticus beteg részesült.

Következtetés: a gyomor stomalis tumorainál – az irodalommal megegyezően – magas rezekabilitási rátát észleltünk. A betegek kezelésében a minimál invazív módon történő, szervkímélő műtéti technika biztonságos és effektív terápiás módszer a nyitott műtétek eredményeivel összehasonlítva.

METABOLIKUS SEBÉSZETI TEVÉKENYSÉGÜNK. EREDMÉNYEK, AKTUÁLIS HELYZET, JELENLEGI TRENDK 435 OPERÁLT BETEGÜNK KAPCSÁN

*Mohos Elemér, Sándor Gábor, Tornai Gábor, Mohos Petra, Szenkovits Péter,
Horzov Myroslav, Nagy Tibor*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház Általános és Érsebészeti Osztály

Célkitűzés: A kóros elhízás és társbetegségei (2-es típusú diabetes, hypertonia, mozgásszervi megbetegedések, GER, stb) arányának rohamos növekedése súlyos népegészségügyi problémát jelent. Jelenleg a metabolikus műtéteken kívül nincs hatékony megoldás. Az elmúlt öt évben ezen a területen szerzett tapasztalataink kerülnek bemutatásra.

Betegek: 2010. febr. és 2015. jún. között 435 beteget operáltunk kóros elhízás miatt. Átlagos testsúlyuk 148 (92-231) kg, átlagos testtömeg indexük 46 (35-71) kg/m², átlagos életkoruk 43 (17-70) év volt. A diabetes betegeink 16%-át, a hypertonia 35%-át, a GER 21%-át érintette. Műteti indikációt a 40 kg/m² feletti (diabetes mellett 35 feletti) BMI jelentett. Az elsőként választott műtét a laparoscopos Roux Y gyomor bypass (395), amikor erre technikailag nem volt lehetőség laparoscopos gyomor sleeve resectiót (40) végeztünk.

Eredmények: Betegeink átlagosan 51 kg-ot fogytak, az átlagos BMI csökkenés 17 kg/m² volt. Diabeteses betegeink 91%-a vált antidiabetikum és insulin nélkül normoglykaemiássá, az antihypertenzívumok 74%-a volt elhagyható. 30 napon belül egy beteget veszítettünk el (gastrográfin pneumonitis, postop. 5. nap). 4 esetben alakult ki mélyvénás thrombosis, közülük kettő szövődött enyhe fokú tüdő emboliával. 4 korai reoperatio történt (3 utóvérzés, 1 varratelégeltelenség miatt, mely a gyomorba arrodált gyűrű eltávolítására szolgáló gastrotomia helyén alakult ki). Két betegünket reoperáltuk az Y anastomosisnak megfelelően kialakult bélelzáródás miatt a postop. 6. és 11. hónapban, 21 betegünk esetében végeztünk relaparoscopiát és Petersen hernia zárást, valamint 6 betegünk került sürgősséggel műtetre a GEA-nak megfelelően kialakult perforatio következtében. 2 alkalommal alakítottuk át testsúlynövekedés miatt a sleeve resectiót Roux Y bypass műtétre.

Konklúzió: Metabolikus sebészeti beavatkozással hatékony testsúly csökkenés érhető el, törekedni célszerű primeren gyomor bypass műtét végzésére. Nagy arányban javulnak a kóros elhízáshoz társult betegségek is. Ugyanakkor a sokszor több rizikó faktorral rendelkező betegek és a műtét nagyságrendje miatt szövődmények kialakulására is számítani lehet, emiatt elengedhetetlen a betegek rendszeres kontrollvizsgálata.

GYOMORTUMOR MIATT VÉGZETT LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTEK EREDMÉNYEI

Tóth Dezső, Kathy Sándor, Bokor László, Varga Zsolt, Kolozsi Péter, Kincses Zsolt
Kenézy Gyula Kórház, Debrecen

Az első gyomortumor miatti laparoszkópos reszekció óta (1994) a minimálisan invazív technika, különösen a magas incidenciát mutató országokban széleskörben alkalmazott eljárás. Számos vizsgálat igazolta a laparoszkópos módszer előnyét a nyitott műtétekkel szemben, a műtét alatti vérveszteség, posztoperatív komplikációk, kórházi tartózkodás, kozmetikai eredmények és az életminőség tekintetében. A hosszútávú onkológiai eredmények megegyeznek a nyitott műtétek eredményeivel. Európában a módszer kevésbé elterjedt, inkább csak centrumokban végzik, alacsony aránnyal. Bemutatjuk a legújabb nemzetközi eredményeket, magyarázatot keresünk az európai szemlélet okaira. Saját, szerény tapasztalataink prezentálásával ismertetjük az egyénre és betegségre szabott (individuális) laparoszkópos gyomorsebészet lehetőségeit.

TORAKO-LAPAROSZKÓPOS NYELŐCSŐELTÁVOLÍTÁS – MINIMÁLISAN INVAZÍV TECHNIKA A NYELŐCSŐ- ÉS KARDIATÁJÉKI TUMOROK RADIKÁLIS SEBÉSZI KEZELÉSÉBEN – ESETISMERTETÉS

Besznyák István, Dede Kristóf, Papp Géza, Svastics Imre, Láng István, Bursics Attila
Uzsoki utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés: A nyelőcső- és kardiátájéki daganatok sebészi kezelése az elmúlt évtizedek fejlődése ellenére a mai napig is kihívást jelentő sebészi feladat a műtéti megterhelés, morbiditási és perioperatív mortalitási adatok javulása ellenére is. Ebben jelenthet előrelépést a minimálisan invazív sebészi technika. Előadásunkban egy az osztályunkon kombinált torako-laparoszkópos technikával elvégzett nyelőcsőeltávolítást szeretnénk ismertetni.

Módszer és eredmények: 68 éves férfibeteget fogyás, nyelési nehezítettség miatt gasztroenterológiai kivizsgálás során felfedezett cT3N0M0 stádiumú Siewert I.-es típusú kardiatumor miatt vettük fel osztályunkra. A beteg preferenciáit figyelembe véve onko-team javaslatának megfelelően kombinált video asszisztált torakoszkópos (VATS) és laparoszkópos nyelőcső kiirtást végeztünk a gyomor kisgörbületi oldalának eltávolításával, gyomorcső képzésével, nyaki oesophago-gastrostomia képzésével. Az első posztoperatív napon extubálták, mellkasi drénjét egy nappal később távolítottuk el. A hét nappal a műtét után elvégzett nyelési röntgen vizsgálat során kilépés nem ábrázolódott, ezután szájon át történő táplálását felépítettük. A 12. posztoperatív napon nyaki drénjén megjelent váladék jellege és képalkotó vizsgálatok alapján varratelégtelesség kialakulását észleltük, amely konzervatív kezelés mellett két hét alatt megszűnt. A beteget a 31. posztoperatív napon otthonába bocsátottuk. A végleges szövettani vizsgálat pT3N2 (4/17 pozitív nyirokcsomó) kardia adenocarcinomát igazolt, adjuváns onkológiai kezelése jelenleg is zajlik.

Következtetések: fenti beavatkozás – tudomásunk szerint – az első 10 hazánkban végzett műtét között van. A beavatkozás a beteg számára látványosan kisebb megterheléssel jár, a modern sebészi eszközök segítségével ugyanakkor onkológiai szempontból sem szükséges kompromisszumot kötnünk. A beavatkozással szerzett pozitív tapasztalataink alapján további műtétek elvégzését tervezzük.

LAPAROSZKÓPPAL VÉGZETT SZUBTOTÁLIS GYOMORREZEKCIÓ ROUX-Y SZERINTI REKONSTRUKCIÓVAL, ANTRÁLIS GYOMOR ADENOCARCINOMA MIATT

Sztipits Tamás¹, Mészáros Péter¹, Dubóczki Zsolt¹, Tarpay Ádám², Mersich Tamás¹

¹Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Centrum,
Visceralis Sebészeti Részleg, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Centrum,
Invazív Gastroenterológiai Részleg, Budapest

35 éves nőbetegnél, epigastriális panaszok miatt végzett gastroscopia antralis 2 cm-es ulcust talált. Biopsia: kp. differenciált intestinalis típusú adenocarcinoma.

Preoperatív staging CT/EUS: cT2cN0cM0

Műtét: laparoszkópos subtotális gyomorrezekció + módosított D1 lymphadenectomia, Roux-Y szerinti rekonstrukcióval.

A duodenum és a gyomor mobilizálását LigaSure Dolphin (5 mm, 37 cm Covidien) segítségével végeztük. A proximális és distalis rezekcióhoz Endo-Gia Ultra Universal Stapler (Covidien) vágó varrógépeket használtunk (60 mm-es AMT). Ezt követően módosított D1 lymphadenectomiát végeztünk a lig. hepatoduodenale és a tr. coeliacus környékéről. A side-to-side retrocolicus loop gastro-jejunostomiát laparoszkóposan Endo-Gia Ultra Universal Stapler segítségével készítettük el.

A felhozott jejunum kacsot Endo-Gia-val átvágtuk és lezártuk a distalis gyomorcsonton vonalában, a gyomorcsontot ugyanezzel a Gia varrattal lezártunk. Így a loop gastro-jejunostoma Roux-Y anasztomózzissá alakítható. Az 'Y' end-to-side jejuno-jejunostomiát a specimen eltávolítására használt mini-laparotómián kézi varrattal készítettük el.

Műteti idő: 200 perc. Eszközök: Endo-Gia Ultra Universal Stapler vágó-varrógép + 6 db 60mm AMT tár + 1db 45 mm AMT tár, LigaSure Dolphin 5 mm 37 cm

A posztoperatív szak eseménytelenül telt, 9. ápolás napon panaszmentesen elbocsájtottuk.

Végleges szövettan: invazív intestinalis tp. adenocarcinoma, 2,7cm átmérő, pT1bpN0, HER2 2+

Megbeszélés: A laparoszkópos subtotális gyomorrezekció retrocolicus Roux-Y rekonstrukcióval onkológiai kompromisszum nélkül, kiváló funkcionális eredménnyel végezhető a gyomorrák korai stádiumaiban.

MINIMÁLISAN INVAZÍV NYELŐCSŐ RESECTIÓK. KEZDETI EREDMÉNYEK

Dubóczki Zsolt¹, Kocsis Ákos², Mészáros Péter¹, Sztipits Tamás¹, Mersich Tamás¹

¹Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ,
Hasi Sebészeti Részleg, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Daganatsebészeti Központ,
Mellkassebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: Nyelőcsőrák miatt végzett nyelőcső kiirtás napjainkban is magas morbiditással és nem elhanyagolható mortalitással járó beavatkozás. A műtéti megterhelést igen nagyban fokozza a mellüreg és hasüreg együttes megnyitása. A minimálisan invazív sebészeti módszerek bevezetése (thoracoscopia, laparoscopia) ezt a megterhelést és ezáltal a morbiditást is jelentősen csökkenti. Összefoglalónk célja a fenti technikával szerzett korai tapasztalataink ismertetése.

Beteganyag, módszer: Az elmúlt 12 hónapban intézetünkben teljes minimal invazív technikával (thoracosopos nyelőcső mobilizálás, laparoscopos csőgyomor képzés, nyaki anastomosis) 2 esetben, minimál invazív technikával asszisztált hybrid (laparoscopos csőgyomor képzés, thoracotomia és nyelőcső mobilizálás, intrathoracalis anastomosis) műtétet 2 esetben valamint thoracoscopos exploratiót 1 esetben végeztünk. Minden beteget neoadjuváns radio-chemoterápiás kezelést követően operáltunk. A nyelőcső pótlására minden esetben intrathoracalis vezetett csőgyomrot használtunk.

Eredmények: A minimál invazív technikával végzett műtéteink szignifikánsan hosszabbnak bizonyultak. Műtéti vérvesztésben különbséget nem találtunk. Műtétet követően intenzív osztályos ápolást betegeink átlagosan 3 napig igényeltek. Légúti szövődményt nem észleltünk. Varratelégtelenség betegeink között nem volt. A resectio minden esetben R0-nak bizonyult és az eltávolított nyirokcsomók számában sem volt különbség a hagyományos műtétekhez képest. A betegek száma és az utánkövetés ideje a helyi kiújulási arány meghatározásához és pontos túlélési adatok közléséhez jelenleg még nem elegendő.

Következtetés: A minimálisan invazív technika megfelelő onkológiai radikalitást és biztonságos műtéti alternatívát nyújt a nyelőcsőrák sebészi kezelésében. Kezdeti tapasztalataink alapján a betegszám növekedésével várhatóan a műtéti morbitás csökkenése is igazolható lesz. A technika alkalmazhatósága és szövődményeinek menedzsmenje egyszerre kíván minimalisan invazív mellkas és hasi sebészetben jártas szakembert, így ideálisan centrumban végzendő, multidiszciplináris team által.

LAPAROSCOPOS TOTAL GASTRECTOMIÁVAL SZERZETT KEZDETI TAPASZTALATAINK

Farkas Norbert, Somodi Krisztián, Csiszér István, Csulak Eszter, Oláh Tibor
Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános-, Mellkas- és Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Benignus gyomor- és nyelőcsőbetegségek esetében már évtizedek óta széles körben alkalmaznak minimalinvaszív technikai megoldásokat. A laparoscopos instrumentarium fejlődésével és egyéb haladó laparoscopos onkológiai műtétek során szerzett tapasztalatokkal a hazánkban talán nem széles körben elterjedt total gastrectomia minimal invazív úton történő ellátását tűztük ki célul. E műtét során vizsgáltuk a konverziós rátát (1/7), morbiditást (2/7), mortalitást (0/7), nyitott műtétekhez képest a műtéti időt (233perc/340perc), ill. az onkológiai resectió komplett vagy inkomplett voltát, valamint a postoperatív ápolási napok számát. E mellett a nyelőcső- és a Roux (talp)anastomosisok készítésénél a technikai lehetőségeket és a felmerülő problémákat. Mindezt egy videoprezentáció segítségével mutatjuk be. Előzetes eredményeink alapján a total gastrectomia laparoscopos kivitelezése – megítélésünk szerint – válogatott beteganyagon reális alternatíva a nyitott műtétekkel szemben.

LAPAROSZKÓPIA SZEREPE A GYOMORSEBÉSZETBEN OSZTÁLYUNKON

Kiss Edina, Botos Ákos, Sikorszki László, Bezilla János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Bevezetés: A gyomor leggyakoribb daganatos elváltozása az adenocarcinoma, mely mellett azonban jelentős számban fordulnak elő benignus tumorok és malignus potenciállal rendelkező elváltozások is. A benignus tumorok és a gastrointestinalis stromatumorok (GIST) sebészi ellátásában nemzetközi ajánlás a minimál invazív módszerrel végzett falkimetszés. A Távol-Keleten a korai carcinomák nagy száma miatt a laparoszkópos gyomor reszekciók gyakorisága is folyamatosan nő. Ezen kívül nem daganatos betegségek, például a nyombélfekély perforáció kezelésében és tápláló gyomorszonda behelyezésében is szerepet játszhat a laparoszkópos műtéti technika.

Anyag és módszer: Osztályunkon 2003 óta végzünk laparoszkópos gyomorműtéteket. Eseteink közt leggyakrabban a benignus daganatok és GIST miatt végzett laparoszkópos wedge reszekciók szerepelnek, azonban válogatott esetekben, akár lokálisan előrehaladott adenocarcinomák kezelésében is alkalmaztunk minimál invazív módszert. A gyomor akut betegségeinek kezelése során is kihasználjuk a laparoszkópia nyújtotta előnyöket, melynek köszönhetően a nyombélfekély miatt végzett suturák és a gastrostomiák száma is fokozatosan nő.

Eredmények: Az elmúlt 5 évben a gyomor rosszindulatú daganata miatt 185 műtétet végeztünk, melyből 11 minimál invazív sebészeti módszerrel történt. Négy betegnél laparoszkópos gastrectomia, négy betegnél subtotalis gyomor reszekció, egy-egy betegnél Billroth I, Billroth II szerinti reszekció ill. proximális reszekció történt. Ezen időszak alatt 36 betegnél intramurális elváltozás miatt gyomorfal excisiót végeztünk, 23 esetben laparoszkóppal. Laparoszkópos sutura 22 esetben, gastrostomia 27 esetben történt.

Összegzés: A gyomor benignus és malignus betegségeinek ellátása során, válogatott esetekben a laparoszkópos módszer a nyitott műtét reális alternatívája lehet. A nyombélfekély perforáció, a laparoszkópos gasztrosztóma képzés, a benignus tumorok miatt végzett laparoszkópos falkimetszés alkalmat adhat a fiatalabb generáció számára a laparoszkópos technika elsajátítására.

THORACOSCOPOSAN ÉS LAPAROSCOPOSAN VÉGZETT NYELŐCSŐ RESECTIO
NYAKI ANASTOMOSISSAL. VIDEOPRESENTATIO

Sándor Gábor, Mohos Petra, Szenkovits Péter, Nagy Tibor, Mohos Elemér
Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Általános és Érsebészeti Osztály

A transthoracalis nyelőcső resectio, a nyelőcső gyomorral történő pótlása és az oesophago-gastricus anastomosis nyakon történő elkészítése jelentős morbiditással és mortalitással járó beavatkozás. A minimal invazív technika segítségével csökken a műtėti trauma és várhatóan csökken a komplikációk aránya. Az általunk alkalmazott műtét technikai részletei kerülnek bemutatásra.

Módszer: Tizenhét nyelőcső resectiot végeztünk minimal invazív módszert alkalmazva. A nyelőcső dissectio és a lymphadenectomia thoracoscoposan történt, majd nyaki feltárásból átvágtuk az oesophagust. Ezt követően laparoscoposan, az érárkádót megőrizve sceletizáltuk a gyomor nagygörbületét, centrálisan elláttuk az art. gastrica sinistrát, és mobilizáltuk a duodenumot, majd a hiatuson keresztül a hasüregbe húztuk a mellkas felől már dissecált és a nyakon átvágott nyelőcsövet és az arra erősített fonalat. A nyelőcső-gyomor preparatumot a jobb subcostalis régióban ejtett 12 cm-es laparotomiából húztuk a hasfal elé, így az Akiyama szerint végzett resectio a hasüregen kívül történt. Catheter jejunostomia után a laparotomiát zártuk, majd laparoscopos kontroll mellett, az előzőleg lehúzott fonal segítségével vezettük fel a gyomorcsövet a nyakra, ahol kézi, egyrétegű, tovaftató varrattal készítettük el az oesophago-gastricus anastomosist. Műtėti idő: átlag 265 perc.

Eredmények: Minden betegünk már a műtétben, vagy a postop. 1. napon extubálásra került, 1 ill. 2 napot töltöttek az intenzív osztályon, mobilizálásukat a postop. 2. és 3. napon kezdtük el.

Konklúzió: A thoracoscoposan és laparoscoposan végzett nyelőcső resectioval kapcsolatos tapasztalataink mind a műtét kivitelezhetősége, ideje, finanszírozhatósága, mind a postoperatív szak alakulásának szempontjából kedvezőek. A kis esetszám miatt a tapasztaltak további megerősítése szükséges.

TAPASZTALATAINK KOMBINÁLT THORACOSCOPOS ÉS LAPAROSCOPOS NYELŐCSŐ REZEKCIÓKKAL OSZTÁLYUNKON

Somodi Krisztián, Csulak Eszter, Farkas Norbert, Oláh Tibor
Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház, Általános-, Mellkas- és
Érsebészeti Osztály, Kaposvár

Bevezetés: Annak ellenére, hogy a minimálisan invazív módszerekkel végzett nyelőcső rezekciókról az utóbbi 20 évben több tanulmány jelent meg, a legtöbb hazai intézetben csak sporadikusan végzik ezen beavatkozásokat. Számos nyitott műtéti technika terjedt el a nyelőcső tumorok eltávolítására, azonban ezen módszerek még gyakorlott centrumokban is magas morbiditási és mortalitási rátával (6-7%) bírnak. A laparoscopos funduplicatio bevezetését követően a minimálisan invazív technika és műszerek fejlődésével számos, hagyományosan nyitott műtéti technikával operált nyelőcsőbetegség minimálisan invazív úton történő ellátása is fejlődésnek indult. Fenti technika előnyeit ismerve feltételeztük, hogy a thoracoscopos úton végzett nyelőcső rezekciók esetén alacsonyabb morbiditási rátára, és gyorsabb felépülésre számíthatunk.

Célkitűzés: Osztályunkon célul tűztük ki, hogy bevezessük a nyelőcső tumorok ellátására a kombinált laparoscopos, thoracoscopos úton végzett műtéteket, majd áttekintsük ezek eredményeit. Osztályunkon eddig 4 kombinált thoracoscopos és laparoscopos nyelőcső rezekciót végeztünk. Vizsgáltuk a műtéti technikát, a műtéti időt és vérvesztést, konverziós rátát, morbiditást és mortalitást, valamint a postoperatív ápolási napok számát.

Módszer: A thoracoscopos nyelőcső mobilizációt és mediastinalis nyirokcsomó disszekciót 4 mellkasi port bevezetésével, izolált intubációban, bal lateralis decubitus pozícióban végeztük el. A beteg forgatását követően elvégeztük a laparoscopos gyomor mobilizálást, elkészítettük a gyomorcsövet valamint a tápláló jejunális szonda beültetését. A laparoscopos fázissal párhuzamosan elvégeztük a nyaki nyelőcső mobilizációt és nyirokcsomó disszekciót, majd az előkészített gyomorcsővel az anastomosist.

Konklúzió: Előzetes eredményeink alapján a kombinált thoracoscopos, laparoscopos nyelőcső rezekció szelektált beteganyagon reális alternatíva a nyitott műtétekkel szemben, alacsony konverziós rátával, alacsonyabb morbiditással és mortalitással

VIDEO-ASSZISZTÁLT THORACOSCOPOS LOBEKTÓMIA PROGRAM KORAI TAPASZTALATAI

Szántó Zalán, Benkő István, Jakab László, Szalai Gábor, Vereczkei András

PTE KK Sebészeti Klinika, Pécs

Bevezetés: Korai stádiumú nem kissejtes (NSCLC) primer tüdőrák kezelésének alapvető módszere a sebészi rezekció. Az endoszkópos sebészi lehetőségek bővülésével lehetővé válik az anatómiai tüdőrezekciók video-asszisztált thoracoscopos (VATS) elvégzése. Irodalmi beszámolók kedvező tapasztalatai alapján Klinikánkon 2012-ben kezdtük el a VATS lobektómia alkalmazását.

Anyag és módszer: 3 év alatt 45 betegnél (27 nő, 18 férfi) végeztünk komplett VATS (c-VATS) lobektómiát NSCLC miatt. A betegek életkora 48-84 év között változott. Preoperatív szövettani diagnózis 34 esetben adenocarcinoma, 11 esetben planocellularis carcinoma volt. Preoperatív staging minden esetben I. stádiumú betegséget igazolt. Bronchoscope intrabronchialis eltérést egyik esetben sem talált. Kivizsgálási protokollunknak megfelelően minden esetben PET vizsgálatot végeztünk, mely minden esetben kizárta távoli áttét, mediastinalis nyirokcsomó metastasis lehetőségét.

Eredmények: A műtési idő 89 perc és 245 perc között változott. Az intraoperatív vérvesztés 20ml és 450 ml között alakult. 6 esetben konverzióra voltunk kénytelenek vésés, illetve egyéb technikai nehézség miatt. A posztoperatív mellüri szívókezelés időtartama 48 h és 160 h között változott. Minden esetben nyirokcsomó disszekciót végeztünk. 30 napos posztoperatív mortalitás, morbiditás nem volt. Kórházi bennfekvés ideje 3 és 9 nap között változott (átlag: 4,4 nap).

Összegzés: Korai primer nem kissejtes tüdőrák igazolt eseteiben VATS lobektómia mindennapi gyakorlatba illeszthető alternatívát jelenthet a hagyományos nyitott műtési feltárás mellett. A műtési idő akceptálható megnövekedése mellett kisebb megterhelést, jobb kozmetikai és funkcionális eredményt tesz lehetővé onkológiai kompromisszum nélkül, továbbá jó alapot adhat az uniportális VATS lobectomy tervezéséhez.

MINIMÁLINVAZITÁS A MELLKASBÉSZETBEN, KORAI EREDMÉNYEINK, TAPASZTALATAINK A VATS ALKALMAZÁSÁRÓL

Tóth Imre, Mezei Péter, Gyáni Károly, Hanyik János, Vincze Balázs, Szűcs Géza
Miskolci Semmelweis Kórház és Egyetemi Oktatókórház,
Általános Sebészeti és Mellkassebészeti Osztály, Miskolc

Bevezetés: A mellkassebészetben a 60'-as évek óta végeznek minimálinvazív műtéteket (Carlens, Stemmer mediastinoscopiák, pleuroscopia) A magyar mellkassebészet debreceni iskolája élenjáró volt az ilyen műtétek bevezetésében, és elterjesztésében (Matus, Schnitzler). Osztályunkon is évek óta végeztünk mediastinoscopiát, pleuroscopiát, illetve VATS (video assisted thoracoscopic surgery) műtéteket, általában diagnosztikus indikációval. A VATS műtéti indikációinak kiterjesztésére 2013. decembere óta lett lehetőségünk új műszerpark beszerzésével. A VATS alkalmazását nagyban segítette az általános sebészetben évtizedek alatt szerzett laparoscopos gyakorlat.

Célkitűzés: Munkánk célja az volt, hogy a rendelkezésre álló eszközökkel kibővítsük a mellkassebészet diagnosztikus és terápiás fegyvertárát. A munkánk kezdete óta eltelt szűk két év eredményeit szeretnénk ismertetni.

Eredmények: Az új eszközeink alkalmazásával számos műtéttípust sikerült minimálinvazívan, VATS műtétként elvégezni. Ezek a következők: pleura biopsia, tüdőbiopsia, pleurodesis, mediastinalis biopsia és nyirokcsomó sampling, mediastinalis térfoglalások eltávolítása, korai decorticatio, pneumothorax műtét, atypusos tüdőreszekció, és tüdő lobectomia. 2014. január 1. óta az összefoglaló megírásának időpontjáig összesen 681 műtétet ezen belül 95 VATS műtétet végeztünk. A VATS műtéteink 60%-nál történt tüdőreszekció (57/95), ebből 12 lobectomia. Postoperatív halálozásunk nem volt. Az átlagos postoperatív ápolási időnk 5,6 nap volt. Szövődményként 3 portsuppuratiót észleltünk (2 esetben munkaport, 1 esetben kameraport suppuratio), mely betegeink egyike immunsuppresszív kezelésben részesült (Wegener granulomatosis miatt). A VATS lobectomiák során a konverziós arányunk 14% volt (2/14). Posztoperatív szövődményt a VATS lobectomiák után eddig nem észleltünk. Egy esetben történt intraoperatív szövődmény (hörgősérülés a preparálás során) melyet konverzió nélkül sikerült megoldani. Az előadás időpontjában majd az addig elért eredményeinket szeretnénk ismertetni.

Következtetés: A világszerte robbanásszerűen terjedő VATS műtéteket egyértelmű előnyei miatt végezni kell. A VATS műtétek előnyei a rövidebb ápolási idő, kisebb posztoperatív fájdalom, és lényegesen gyorsabb rehabilitáció. Alkalmas eszközpark, és megszerezhető gyakorlat birtokában a VATS indikációit ki kell terjeszteni.

MINIMÁLISAN INVAZÍV TECHNIKA A PRIMER TÜDŐRÁK SEBÉSZETÉBEN –
VATS LOBECTOMIA OSZTÁLYUNKON

*Fehér Csaba¹, Kas József¹, Agócs László², Kocsis Ákos², Vágvölgyi Attila¹,
Molnár Miklós¹, Heiler Zoltán¹, Kecskés Lóránt¹, Vadász Pál¹*

¹Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Mellkassebészet,
SE Mellkassebészeti Tanszék, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: A technikai fejlődés lehetővé tette a minimálisan invazív technika alkalmazásának elterjedését primer tüdőrák eseteiben. A módszer itthoni alkalmazását nagyban segítette a hazai finanszírozási feltételek változása is. Előadásunkban bemutatjuk a műtéti technika elsajátításával szerzett tapasztalatainkat, eredményeinket.

Módszer, eredmények: 2011 októbere és 2015 áprilisa között 78 betegnél (32 férfi és 46 nő, átlagos életkoruk 60 év) végeztünk videothoracoscopos anatómiai reszekciót. Betegeink többségénél a primer hörgőrák miatt került sor a beavatkozásra, de több esetben metasztázis, illetve nem daganatos kórkép miatt végeztünk műtétet. Legtöbbször a jobb és bal oldali felső lebeny került eltávolításra (32 és 18). Ezután leggyakrabban a bal oldali alsó lebenyt távolítottuk el (13). Csaknem azonos számban végeztük jobb oldali alsó és középső lebeny eltávolítását (7 és 6). Ezen felül egy-egy alsó és felső bilobectomiát, jobb oldali pulmonectomiát, illetve kétszer baloldali pulmonectomiát operáltunk. Konverziót 13 esetben végeztünk.

Megbeszélés: A módszer elsajátításának kezdeti szakaszában járunk. A gyakorlat folytatásával tovább fokozhatjuk eredményességünket, ezzel elősegítve a minimálisan invazív technika előnyeinek további megnyilvánulását. Ezt a technikát egyértelműen alkalmazhatónak gondoljuk a korai primer tüdőrák és egyéb nem daganatos megbetegedések sebészeti kezelésére.

ÓRIÁS EMPHYSEMÁS BULLÁK ELLÁTÁSA OSZTÁLYUNKON VATS TECHNIKÁVAL

*Molnár Miklós, Kas József, Heiler Zoltán, Kostic Szilárd, Vágvölgyi Attila,
Fehér Csaba, Kecskés Lóránd, Vadász Pál*

Országos Korányi TBC és Pulmonológiai Intézet Mellkasebészeti Osztály,
SE Mellkasebészeti Tanszéki Csoport, Budapest

A tüdő óriás bullái, mint a tüdőemphysema szövődményei régóta ismertek. Specifikus panaszt nem okoznak, általában tünetmentesek, azonban feszülő mellkasi fájdalomról, mellkasi „felfújódásos” érzésről, fulladásérzésről a betegek beszámolhatnak. A panaszok miatt végzett képalkotó vizsgálat, vagy éppen a tünetmentes beteg vizsgálata során felfedezett „légtasak” gyakran okoz differenciáldiagnosztikai problémát, első sorban a spontán légmelltől való elkülönítése fontos a betegségnek. Mellkas CT vizsgálat során a két állapot könnyebben elkülöníthető.

Az óriás bullák kezelése elsősorban a műtéti megoldás. Az utóbbi időben Intézetünkben ezen betegek kezelését minimál invazív technikával végezzük, melynek során az atípusos reszekció (bullectomia) a nyílt műtéthez viszonyítva hasonló jó eredményrel végezhető. Előadásunkban az elmúlt 4 év alatt végzett 6 műtétünk során szerzett tapasztalatainkat szeretnénk ismertetni néhány esetünk bemutatásával.

VIDEO-THORACOSCOPOS THYMECTOMIA

Kas József¹, Agócs László², Fehér Csaba¹, Heiler Zoltán¹, Kecskés Lóránt¹,
Kocsis Ákos², Molnár Miklós¹, Vadász Pál¹

¹Országos Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet, Mellkassebészet,
SE Mellkassebészeti Tanszék, Budapest

²Országos Onkológiai Intézet, Mellkassebészet, Budapest

A myasthenia gravis és thymoma javallatával végzett csecsemőmirigy eltávolítás sebész technikai szempontból lényegesen megváltozott az elmúlt 20 évben. A standard műtétnek számító transsternalis és a többek által végzett transcervicalis vagy transthoracalis thymectomy mellett elterjedt a video-asszisztált thoracoscopos sebészeti (VATS) megoldás is. Intézetünkben a transsternalis és a transthoracalis thymectomy mellett/helyett korábbi szórványos műtétek után 2011-ben rendszeresítettük ezt az új módszert.

Mivel a VATS-thymectomy fogalma többféle eljárást takar, azt a technikát választottuk, amely viszonylag egyszerűnek látszik, tehát gyakorlásra alkalmas, ugyanakkor a hosszú távú eredményekről is van már kedvező adat. Többnyire jobb oldali 3 pontos perimammaris portot készítünk a thymus elérésére a beteg háton fekvő helyzetében. Ultrahangos vágóeszközt alkalmazunk olykor elektrokauterrel kiegészítve. A markáns thymus ereket klipekkel látjuk el. Kiterjesztett thymectomiára törekedve a perithymikus zsírszövetet és a thymuson tapadó mediastinalis pleurát is eltávolítjuk, szélesen megnyitva a másik oldali mellüreget. A betegek kiválasztásában a soványabb, illetve átlagos testsúlyú betegeket részesítjük előnyben. A túlsúlyos betegeket továbbra is sternotomia útján műtjük. Thymus tumor eltávolítására 4-5 cm-es méret fölött nem használjuk a video-technikát.

Tíz év alatt 44 beteget műtöttünk a fenti módszerrel a thymus különböző elváltozásaival. Tizenhét férfi és 27 nő. Átlag életkor 33 év (15-75 év). A műteti idő átlagosan 91 perc volt (45-125 perc). A tömegesebb mediastinalis zsírszövet néhány betegnél nehezítette a tájékozódást és a maradéktalan eltávolítást. A betegek 1-3 napot (átlagosan 1.4 nap) töltöttek az intenzív osztályon. Mindössze két beteg igényelt néhány órás művi lélegeztetést a műtét után. A műtéttől számított összes ápolási nap átlagosan 4.8 nap (3-14 nap). A drenázs időtartama átlagosan 2.2 nap (1-8 nap). Két esetben vénás, egy esetben artériás érsérülés miatt sternotomia konverziót végeztünk. Műtét alatt két esetben az ellenoldali tüdő is sérült, ebből egy esetben tartós légáteresztés és redrenázs következett. Sebgyógyulási zavar nem volt.

A korábban a transsternalis utat járó sebész számára nem könnyű az átállás a videoszközös thymectomiák végzésére. Ehhez legalább 10-15, viszonylag rövid idő alatt teljesített műtetre van szükség. Kérdéses, hogy a thymus maradéktalanul eltávolítható-e ezzel a módszerrel. A tömegesebb zsírszövet nagyon megnehezíti a műtétet. További tervezett feladatunk a késői eredmények elemzése valamint a transsternalis műtétek korai és késői eredményeivel való összevetés.

A VIDEO ASSISTALT THORACOSCOPIA SZEREPE
AZ EMPYEMA THORACIS KEZELÉSÉBEN

Papp János¹, Bársony Péter¹, Kiss Ákos¹, Réti Gyula¹, Német Gyula²,
Szentgyörgyi Piroska², Bolyos Aranka³, Borbás Éva⁴

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház

¹Gyermekesebészeti Osztály

²Gyermekegészségügyi Központ IV-es Csecsemő és Gyermeosztály

³Aneszteziológiai és Intenzív Osztály

⁴Gyermekradiológiai Osztály, Miskolc

A pleuropneumonák kezelésében 2002 óta alkalmazzuk a Video Assistalt Thoracoscopiat. Nemzetközi közleményekre alapozva, valamint saját beteganyagunk eredményeit retrospektíve elemezve egy vizsgálási és egy kezelési algoritmust állítottunk fel. Ennek lépéseit követve kívánjuk bemutatni az empyema thoracis kezelését, mely jelentősen lerövidítheti betegünk kórházi ápolásának, gyógyulásának idejét.

A HASNYÁLMIRIGY LAPAROSCOPOS DISTALIS REZEKCIÓJÁVAL SZERZETT
ELSŐ TAPASZTALATAINK

Bursics Attila, Mester Gábor, Tölgyes Tamás, Papp Géza, Pörncze Balázs
Uzsoki Utcai Kórház, Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Célkitűzés: A laparoscopos műtétek kedvező korai eredményeit régóta, több szerv műtétei kapcsán elemezték már. Osztályunkon 2013 során vezettük be a hasnyálmirigy distalis rezekcióját. Célul tűztük ki, hogy elemezzük az azóta végzett műtéti eredményeinket.

Módszerek: 2013 júliusa és 2014 decembere között 7 betegnél végeztünk hasnyálmirigy distalis rezekciót laparoscopos módszerrel. Az adatokat prospektíven gyűjtöttük és retrospektíven elemeztük.

Eredmények: Betegeink átlagos életkora 52 (32-77) év volt. 6 műtétet végeztünk végig laparoscoppal, egyet konvertáltunk. A konverzió oka vérzés volt. A műtéti indikációt jelentő elváltozás mérete átlagban 4,7 (2-7) cm volt. Az átlagos műtéti idő 171 (110-205) percnak adódott. Betegeink közül egy sem szorult vérátömlesztésre. 2 alkalommal észleltünk a postoperatív szakban folyadék gyülemet a műtéti területen, mindkét alkalommal sikeres percutan drainage-t végeztünk. Ezek közül egyik esetben igazoltunk hasnyálmirigy sipolyt a váladék magas amylase tartalma alapján. Reoperációra egyik alkalommal sem volt szükség. Betegeink átlagban a 8. (6-11) posztoperatív napon hagyták el a kórházat. Ismételt felvételre egy betegnek volt szüksége percutan drainage céljából.

Következtetések: A hasnyálmirigy laparoscopos distalis rezekciója biztonsággal végezhető. Tapasztalataink alapján a beavatkozás további végzését tervezzük.

LAPAROSCOPOS MÁJRESECTIO

Káposztás Zsolt, Oláh Tibor

Kaposi Mór Oktató Kórház, Kaposvár

Bevezetés: A laparoscopus májresectió különféle formája, mint a tisztán laparoscopus, a „hand assisted” és a hybrid technika egyre inkább terjedőben van világszerte. A technikailag jelentős kihívást jelentő, „minor” és „major” kategóriába sorolt beavatkozást több consensus konferencián is górcső alá vonták, a jelenleg elérhető eredmények tükrében. Ezen ajánlások alapján a soliter, perifériás elváltozások eltávolítása és a bal oldali lateralis sectionectomy standard beavatkozásnak tekinthetők, ezzel szemben a nagyobb jobb vagy bal hepatectomia továbbra is innovatív eljárás, amit nagy volumenű, laparoscopiában is járatos, speciális centrumokban végeznek. A laparoscopia egyértelmű előnyei, mint a az alacsonyabb transfúziós igény, rövidebb kórházi tartózkodás, mérsékelt postoperatív fájdalom ezen beavatkozások előnyeit is képezik. Az elérhető publikációk alapján, megfelelő technikát alkalmazva, mint intraoperatív ultrahang vagy „hand assisted” módszer, az onkológiai principiumok sem sérülnek, a nyitott műtétekéhez hasonló morbiditás, mortalitás és túlélési eredmények mellett.

Módszer és eredmények: Cardiffban (University Hospital of Wales), ahol az elmúlt két évet töltöttem, 2012 októbertől és 2014 júniusáig között 146 májresectiót végeztünk, melyből 25 volt laparoscopus resectió, néhány kivételtől eltekintve daganat miatt. Összességében a median vérvesztés 300 ml volt, 6 beteg (4%) részesült vértransfúzióban. A morbiditás 5 % volt (Clavien Dindo>3; n=8), mortalitás 0.6% (n=1). Az átlagos kórházi tartózkodás 7 nap, a laparoscopus csoporton belül 4 nap volt, a vérvesztés pedig még kevesebb, 100 ml.

Összefoglalás: Előadásomban a fenti és korábbi saját tapasztalatok alapján kitérek a laparoscopus májresectió technikai részleteire, mint a Pringle-manőver kivitelezésére, a máj mobilizálása, az intraoperatív ultrahang szerepe, a CUSA és a crash-clamp technikák alkalmazása, képekkel és egy rövid videóval illusztrálva.

MÁJDAGANATOK LAPAROSCOPOS SEBÉSZETE. KEZDETI LÉPÉSEKTŐL A NAGYOBB RESZEKCIÓKIG

Mersich Tamás, Mészáros Péter
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Bevezetés: A colorectalis eredetű májjáttétek esetén a legjobb túlélést a sebészi reszekció jelenti, azon betegek számára, akik a kemoterápiás kezelésre is jól regressziót mutatnak. A laparoscopos májreszekció a legfrissebb adatok szerint korai eredményeit tekintve legalább ugyanolyan jó eredményű, mint a nyitott reszekció. Igen kevés adat áll azonban rendelkezésre a nem colorectalis eredetű májjáttétek laparoscopos reszekciójáról. Retrospektív vizsgálatunk célja korai eredményeink ismertetése, melyeket a májjáttétek laparoscopos reszekciójával szereztünk.

Eredmények: Az Országos Onkológiai Intézet Daganatsebészeti Centrumában 2013-2015 között 172 májreszekció történt malignus betegség vagy annak gyanúja miatt. A fenti betegek közül 14 esetben végeztünk laparoscopos reszekciót. A laparoscoppal végzett 14 eset közül 8 esetben nem colorectalis malignomát távolítottunk el, ezek rendre 3 tüdő, 1 HCC, 1 follicularis pajzsmirigyrák, 1 neuroendocrin tumor és 2 emlőtumor. 1 konverziót végeztünk és nem volt perioperatív mortalitás. 1 beteget epecsorgás miatt reoperálni kellett. Az átlag postoperatív kórházi tartózkodás 4,2 nap volt. A szövettani eredmény 2 esetben adott R1 reszekciót, intraoperatív UH vizsgálatot minden esetben végeztünk.

Következtetések: A laparoszkópos májreszekció biztonságosan végezhető, jó perioperatív morbiditási és mortalitási eredményekkel illeszthető a multimodális terápiás tervbe. A nem kolorektalis áttétek esetén a hasi metszés hiánya könnyebbé teszi a laparoscopos feltárást és a manipulációt, így a kezdeti időszakban ideális célcsoport lehet. A laparoscpos májreszekciók speciális műszerparkot, mind onkosebészeti, mind laparoscopos jártasságot kívánnak.

VIVOSTAT ALKALMAZÁSA KÉT ESETÜNK KAPCSÁN

Kiss Edina, Karaffa Iván, Bezsil János

B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház, Sebészeti Osztály, Miskolc

Bevezetés: A különböző típusú szövetragasztók használata napjainkban széles körben elterjedt. Számos típusú vérzéscsillapító ragasztó áll rendelkezésünkre, melyeket hatékonyan alkalmazhatunk parenchymás szervek resectios felszínén intraoperatív vérzéscsillapításra, háló rögzítésére, traumás lép-vagy májsérülés ellátására de akár sebzárássra is. Ez idáig azonban nem került piacra autológ anyagból előállított fibrinragasztó. A Vivostat a beteg véréből intraoperatív állít elő biológiailag kompatibilis szövetragasztót, melyet a változatos applikátorok segítségével nyitott és laparoszkópos műtéteknél is könnyen alkalmazhatunk.

Anyagok és módszer: Az újfajta szövetragasztót két eltérő indikációs körben volt szerencsénk kipróbálni: Ötvenhét éves nőbetegünknel a máj bal lebenyének széli részén lévő benignoma miatt laparoszkópos atípusos resectiot végeztünk, a resectios felszín vérzéscsillapítására Vivostat által előállított fibrinragasztót használtunk.

A másik esetben egy középkorú férfibetegünk laparoszkópos lágyéktáji hernio-plasticája során a háló rögzítésére alkalmaztuk az új típusú szövetragasztót.

Eredmények: A parenchymás szerv resectios felszínének vérzéscsillapítására és a háló rögzítésére is könnyen és hatékonyan alkalmazható a Vivostat. Alkalmazásával a műtéti idő rövidíthető.

Összegzés: A Vivostat változatos indikációval egyszerűen alkalmazható autológ szövetragasztó.

ESETBEMUTATÁS – A LAPAROSCOPIA TERJEDÉSE A PANCREAS NEUROENDOCRIN
TUMORAINAK ELLÁTÁSÁBAN

*Kolozsi Péter, Varga Petra, Kincses Zsolt, Tóth Dezső, Vinnai Gyula,
Chang Chien Yi-Che, Vámos Árpád*

Kenézy Kórház és Rendelőintézet, Debrecen

Bevezetés: a pancreas neuroendocrin tumorai (PNET) az összes pancreas daganat kb. 1-2 százalékát teszik ki. A WHO adatai szerint éves incidenciájuk 1 000 000 emberből 4-5 eset. Jelentőségüket növeli, hogy az elmúlt 20 évben számuk – köszönhetően a diagnosztikai eljárások fejlődésének – csaknem megduplázódott világszerte. A PNET a neuroendocrin tumorok 7 százalékát teszi ki, gyakoriságban csak a gastrointestinalis carcinoidok előzik meg. Felosztásuk leggyakrabban hormontermelő aktivitásuk szerint történik. A hormonálisan aktív tumorok termelhetnek insulint, glucagont, somatostatint, vagy akár vasoactiv intestinal peptidet is. A betegek döntő többsége a diagnózis pillanatában az ötvenes éveiben jár, a nemek közötti különbség tekintetében enyhe női dominancia figyelhető meg (55%).

Esetbemutatás: jelen tanulmányunkban egy 54 éves nő esetét mutatjuk be. Részletes kivizsgálása kb. másfél éve fennálló hypoglycaemias rosszullétek, remegés, szédülés, nagyfokú gyengeségérzés miatt kezdődött. Belgyógyászati kezelése alatt normál ACTH és szérum cortisol szintek mellett éhezési próba során insulinomára jellemző vércukor – insulin párokat észleltek. Hasi ultrahang, majd hasi CT és MR kóros eltérést nem vélelmezett, míg octreotide scan vizsgálata a pancreas testben írt le egy 1,5cm átmérőjű insulinomára jellemző halmozást. Műtétet végeztünk, mely során laparoscopus distalis pancreasresectio történt lépmegettartással. A postoperatív 8. napon panaszmentesen, lobmentes sebekkel, láztalanul, fracionált insulin adása mellett került hazabocsátásra. Végleges szövettani lelete a feltételezett insulinomát igazolta (pT1; Grade 1).

Konklúzió: a pancreas neuroendocrin tumorai esetében jelenleg sincs egyértelmű nemzetközi állásfoglalás a választandó kezelést, illetve műtéti típust illetően. Bár az utóbbi években az onko – radioterápia robbanásszerű fejlődésen esett át, definitív gyógyulás ezen daganatok esetében is csak az operációtól várható. A műtéti típusok között ezen betegeknél is egyre nagyobb teret hódít a laparoscopus beavatkozás, mely kisebb intraoperatív vérvesztéséget, enyhébb postoperatív fájdalmat, kevesebb szövődést, így összességében véve rövidebb hospitalizációs és felépülési időt biztosít.

TRAIN THE TRAINERS – EUROPAI PROJECT A SEBÉSZ REZIDENSEK OKTATÁSÁNAK TÁMOGATÁSÁRA

*Sándor József¹, Francisco M. Sánchez-Margallo², Javier Sánchez Fernandez²,
Luisa F. Sánchez-Peralta², J. Blas Pagador², Werner Korb³, Susanne Kotzsch³,
Fenyőházi Eszter³, Calin Tiu⁴, Wéber György¹*

¹Semmelweis Egyetem, Kísérletes Sebészeti és Műtéttani Intézet, Budapest

²Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Cáceres, Spanyolország

³Leipzig University of Applied Sciences, Innovative Surgical Training Technologies
(ISTT), Leipzig, Németország

⁴MEDIS Foundation, Campina, Románia

A project elősegíteni kívánja az Európai Unióban a sebészet és szakágai szakorvos-jelöltjeinek gyakorlati képzését. Németországban, Spanyolországban, Magyarországon és Romániában felméri az általános sebészeti, mellkas-, ér-, szív- gyermek-, plasztikai-sebészeti, valamint az ortopéd-traumatológiai, urológiai, fül-orr-gégészeti képzés jellegzetességeit. Előzetes vizsgálatok azt mutatták, hogy pl. Németországban a rezidensek 49%-a nem szervezett formában részesült a hatéves sebészeti képzésben, egyharmaduk csak szóbeli felvilágosítást kapott gyakorlati felkészítésük folyamatáról. Nem volt egyetértés a szakorvos-képző kórházak és a rezidensek között a rezidencia célkitűzéseiről, követelményeiről, a mentorálás folyamatáról és az értékelés feed-back-jéről. Hasonló a helyzet Európa számos országában. Történt már arra vonatkozó kezdeményezés, hogy legalább a szakorvos-vizsga standardizált formában történjen az Európai Unióban – (<http://www.uems.eu/uems-activities/harmonization-of-medical-training/cesma>) – ez azonban nem újította meg a szakterületek gyakorlati képzését.

A rezidenseket konzultánsok, mentorok, tutorok oktatják saját pedagógiai képességük szerint – a tanítási módszerek elsajátításához azonban nincs egységes képzési módszer. Ezt a helyzetet felmérve nemzetközileg elfogadható ajánlásokat kívánunk létrehozni, támogatva az európai szakorvos-képzés gyakorlatát: Train the Trainers.

Nyugat-, közép- és kelet-európai országok (Spanyolország, Németország, Magyarország, Románia) sebész szakképzéssel foglalkozó intézményeiből felépülő konzorcium felméri az egyes országokban kialakult képzési-módszereket, a legsikeresebb eljárásokból egységesített tervet hoz létre és ezt az érintett országokban próbára is bocsátja.

A GYAKORLAT JELENTŐSÉGE A LAPAROSCOPOS SEBÉSZETBEN

Farkas Emil¹, Molnár István², Ivanov Dejan³, Cvijanović Radova³

¹Zentai Közkórház, Sebészeti osztály

²Szabadkai Közkórház, Sebészeti osztály

³Vajdasági Klinikai Központ,

Abdominális, endokrin és transzplantációs sebészeti Klinika, Újvidék

Az első laparoscop műtétek megjelenésével új korszak kezdődött a hasi sebészetben. A sebész megváltozott viszonya a műtési területtel, klasszikus műtétnél direkt vizuelizáció által míg laparoscopiánál képernyőn át, egy másik dimenzióban ami megnehezíti a műtét lefojtatását.

Nem korekt a beteg felé, sem pedig biztonságos önálló laparoscop műtéteket végzenie laparoscopiában gyakorlatlan sebésznek akinek nincs előzőleg elegendő megszerzett elméleti felkészültsége és bázikus gyakorlata tréningbokszon izolált szerveken, virtuális szimulátoron illetve kísérleti állatokon. Csak az előzőleg feltüntetett gyakorlat megszerzése után tanácsolható betegeken laparoscop műtétek végzése laparoscopiában tapasztalt sebész jelenlétében. Jelenleg elegendő könnyen hozzáférhető irodalom áll rendelkezésre laparoscopia tematikában az elméleti alapok elsajátításához. A különböző tréningboksok, szimulátorok alkalmasak a alapfokú kézügyesség elsajátításához és könnyen alkalmazhatók kórházi környezetben is. A gyakorlati oktatás legideálisabb formája a kísérleti állatokon való műtétek végzése melyhez megfelelő feltételek megléte szükséges, melyek a legtöbb intézményben még korlátozott. Az általunk szervezett alapfokú laparoscop kurzusokat rövid bevezető elméleti előadásokkal kezdtük majd ezek után a résztvevők tíz különböző gyakorlatot kellett hogy elvégezzenek felváltva tréningbokszon bevezető és záró gyakorlati vizsgával egybekötve.

A kurzus kísérleti állaton való műtéttel fejeződött ahol az oktató asszisztált.

A alapfokú laparoscop technika elsajátításának legmegfelelőbb módja a tréningboksban izolált szerveken való gyakorlás mely könnyen hozzáférhető minden intézményben és jelentősen elősegítheti a kéz-szem koordináció és két kezes technika elsajátítását a két dimenziós képben.

Kulcsszavak: laparoscopia, tréningboks, oktatás

A CÉLIRÁNYOS VIDEOJÁTÉK POTENCIÁLIS SZEREPE
A LAPAROSZKÓPOS OKTATÁSBAN

*Juhos Krisztina¹, Sándor József¹, Weber György¹, Francisco M. Sánchez-Margallo²,
Luisa F. Sánchez-Peralta², J. Blas Pagador², Werner Korb³, Fenyőházi Eszter³,
Nikos Skarmees⁴, Ignacio Oropesa⁵, Enrique J. Gómez⁵, Tiu Calin⁶*

¹Semmelweis Egyetem, Kísérletes és Sebészeti Műtéttani Intézet, Budapest

²Centro de Cirugía de Mínima Invasión Jesús Usón, Spanyolország

³Leipzig University of Applied Sciences, Innovative Surgical Training Technologies (ISTT), Leipzig, Németország

⁴Avaca Technologies, Athen, Görögország

⁵Universidad Politécnica de Madrid, Grupo de Bioingeniería y Telemedicina, Biomedical Research Networking center in Bioengineering, Madrid, Spanyolország

⁶MEDIS Foundation, Campina, Románia

A laparoszkópia rövid idő alatt, igen nagy népszerűsége tett szert, oktatása azonban még mindig nem elég hatékony. Egy Európai Unió kutatási project (KTS) keretében a pszichomotoros készségek fejlesztésére szánt „serious game” típusú alkalmazás kifejlesztésén dolgozunk. Ennek előkészítéseként mértük fel a felhasználók elvárásait egy célirányos videojátékkal szemben.

Kutatásunkba 4 országból (Spanyolország, Németország, Románia, Magyarország), összesen 35 orvostanhallgatót és 23 rezidenst vontunk be. Kérdőívek segítségével vizsgáltuk a videojátékokkal szembeni elvárásokat illetve szokásokat, amelyeket 2014 tavaszán workshopok keretében vitattunk meg.

A megkérdezettek 69%-a játszik videojátékokkal, 58/52 hetente vagy kevesebb, 6-naponta kapcsolódnak ki ilyen formában. A stratégiai játékok (32%) után a küzdő (18%) és a szimulációs játékok (14%) a legnépszerűbbek. Minden résztvevő kedveli a többjátékos módot, 58/49 a pozitív pontozási rendszert új pályák és küldetések felszabadítását, amíg 58/54 díjak illetve kiváltságok megszerzését preferálja a játék során. Érdekes módon, a válaszadók közel fele (24/58, 42%) ért egyet a rendelkezésre álló életek korlátozásával.

Eredményeink alapján valós felhasználói igény mutatkozik a célirányos videojátékokra, így a jövőben a „serious game” ígéretes alternatívája lehet a pszichomotoros készségek fejlesztésének.

MŰTÉTRŐL KÉSZÜLT VÁGATLAN VIDEO ELEMZÉSE: A PONTOZÁSI RENDSZER
ÉS AZ EREDMÉNYESSÉGI SZINT MEGHATÁROZÁSÁNAK ELEMZÉSE*Lukovich Péter¹, István Gábor², Kakucs Tímea¹, Harsányi László¹*¹Semmelweis Egyetem, I. sz. Sebészeti Klinika, Budapest²Semmelweis Egyetem, II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest

Bevezetés: A laparoscopos képességek legobjektívebb megítélésére a műtétekről készült vágatlan videofelvételek elemzése alkalmas.

Módszer: Random módon kiválasztott LC műtétekről videó felvételeket készítve, az anonim videókat két laparoscopiában jártas sebésszel elemeztettük. A laparoscopos műtétekre jellemző általános és a cholecystectomiára jellemző specifikus szempontok szerinti elemzés során az egyes kritériumokra 1-3 pontot adhattak a pontozók. Azokat a kritériumokat, ahol a két pontozó között két pont különbség volt, újrapontoztattuk.

Eredmények: 7 rezidens és 34 szakorvos műtéti videóit értékeltük ki. A teljesítési szintet 90%-ban meghatározva a videók közül mindössze 11, míg 80% esetén 25 érte el mindkét pontozónál a teljesítési szintet. Bár a két kiértékelő pontjai között erős korrelációt találtunk, 30%-ban pedig 1 pontos eltérés volt, 8%-ban pedig két pontos különbséget találtunk, utóbbi kritériumok újrapontozása után ez 2%-ra csökkent. A legnagyobb eltérés a két pontozónál az epehólyag eltávolítása (8 videó), trokárok behelyezése (7 videó) és a műtéti terület megfelelő vizualizálása (7 videó) tekintetében volt megfigyelhető.

Következtetések: Az LC műtétekről készült videók elemzésekor kapott eredmények alapján a következő változtatásokat, illetve javaslatok tartjuk szükségesnek:

1. Az egyes kritériumok pontszámaiban fennálló 2 pontos különbség és még az újrapontozás során is észlelt 2 pontos különbségek alapján a kritériumok pontosabb meghatározására van szükség, a pontozók közös video elemzését látjuk szükségesnek.
2. Javasoljuk, hogy súlyos sebésztechnikai hiba (pl. a choledohus átvágása), esetében az összpontszámtól függetlenül a jelölt ne kaphassa meg a megfelelt minősítést.
3. Javasoljuk az anonim videók, pontszámokkal együtt történő elérhetőségét (pl. a világhálón) rezidensek és sebész szakorvosok számára, mely véleményünk szerint hozzájárulhatna a hibák számának csökkentéséhez, a helyes technika elsajátításához.
4. Lehetőséget kellene teremteni minden sebész számára az LC műtétjéről készült videó elemzésére, mely lehetőséget teremtené sebésztechnikájának objektív felmérésére.
5. A javaslatok alapján kidolgozott kvalifikációs rendszer fokozatos bevezetése és kötelezővé tétele Magyarországon is ajánlatos lenne.

A VASTAG- ÉS VÉGBÉL BEAVATKOZÁSOK SZÁMADATAINAK VÁLTOZÁSA 2010-2014 KÖZÖTT

Benedek Zsófia^{1,2,3}, Surján Cecília^{2,4}, Krenyácz Éva^{2,5}

¹Semmelweis Egyetem Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola, Budapest

²Állami Egészségügyi Ellátó Központ, Budapest

³Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

⁴Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, Budapest

⁵Budapesti Corvinus Egyetem, Budapest

A 2014. év jelentős változást hozott a vastag- és végbél betegségek sebészeti beavatkozásainak finanszírozásában. A laparoszkópos eszközökkel végzett colorectalis beavatkozások adminisztrációja megváltozott és az Egyedi Finanszírozású Eszközkeret (EFI keret) bővült. Előadásunkban bemutatjuk, hogy a változások hatásai hogyan mutatkoznak meg a finanszírozási adatokban, milyen összefüggések láthatóak az elmúlt évek colorectalis beavatkozásaiban, amennyiben kizárólag jelentések alapján vizsgáljuk meg azokat.

A finanszírozási adatokban HBCs, OENO, BNO-ra keresve szűrést végeztünk. A kapott, 2010. 01. 01 és 2014. 12. 31 közötti fekvőbeteg adatokat vizsgáltuk meg és elemeztük adatbázis kezelő szoftver segítségével. A vizsgált években a vastag- és végbélműtétekhez társított, ápolást indokoló fődiagnózisok BNO kódjai közül kiemelkedőek a rosszindulatú megbetegedések kódjainak (C20H0, a C1890 és a C19H0) számai. 2014-ben országszerte 1125 esetben végeztek laparoszkópos kódokat használva vastag és végbél beavatkozásokat. A laparoszkópos beavatkozások közül kiemelkedően sok, 308 esetben infra peritonealis anasztomozissal végzett sigma resectio és 301 esetben jobb oldali hemicolectomia történt. A vizsgálataink részletes, összehasonlító eredményeit előadásunkban fejtjük ki.

A megismert adatok több szakmapolitikai kérdést vetnek fel. A jelentett fekvőbeteg esetek BNO kódjai alapján a colorectalis elváltozások túlnyomó többségében rosszindulatú, daganatos megbetegedések, ezek száma lassú növekedést mutat az elmúlt években. Hogyan változott a vastag és végbél műtétek száma és aránya az elmúlt években? Az EFI keret bővülése a laparoszkópos eszközök elszámolhatóságával a tervezett műtéti esetszámok és a 2014-ben elvégzett laparoszkópos adatok milyen összefüggést mutatnak a finanszírozó felé? Az eszközbefogadási kérelem célkitűzései milyen mértékben érvényesültek?

Előadásunkban ezekre a kérdésekre keressük a válaszokat.

TAPASZTALATAINK A KÉZZEL ASSZISZTÁLT LAPAROSZKÓPOS DONORNEFREKTÓMIA ALKALMAZÁSÁVAL

Piros László, Kovács János Balázs, Pócze Balázs, Máthé Zoltán
Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

Célkitűzés: A minimálinvazív donornefrektómiák közül az általunk preferált kézzel asszisztált laparoszkópos nefrektómiát 2008 márciusától alkalmazzuk élődonoros veseátültetésekor Klinikánkon. Tapasztalatainkról számolunk be, melyeket donoraink kivizsgálása, perioperatív ellátása és utánkövetése során szereztünk. Az eljárás előnyei csakis úgy, mint más minimálinvazív beavatkozás során: a kisebb műtéti seb, alacsonyabb donor morbiditás, gyorsabb felépülés, rövidebb kórházi tartózkodás és korai visszatérés a munkához. Következésképpen a műtéti módszer növeli a „donációs kedvet”, így az élődonoros veseátültetés számát is, valamint gazdaságosabb is a nyitott műtéthez képest.

Anyag és módszer: 2008. március 18-tól több, mint 200 kézzel asszisztált laparoszkópos donor nefrektómiát végeztünk a Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinikáján. Kisebbségi módosításokat alkalmazzunk: hand-port nélkül végezzük a műtétet („deviceless”), valamint alacsonyabb nyomáson (8 Hgmm) a barotrauma kivédése céljából. A donorok kivizsgálását és utánkövetését mi végeztük. Vizsgáltuk a műtéti idő változását az eltelt időintervallumban, a meleg ischémia időt (WIT), az intraoperatív vagy posztoperatív szakban észlelt szövődeményeket, a kórral, BMI-vel és anatómiai variációkkal való esetleges összefüggéseket.

Eredmények: A donorok körében halálestet nem fordult elő, dialíziskezelésre eddig nem volt szükségük. A legsúlyosabb, de igen ritka szövődmény a vérzés miatti reoperáció illetve intraoperatív konverzió volt (vénás anatómiai variáció mellett), mindegyik maradandó károsodás nélkül. 1 alkalommal lépeltávolításra kényszerültünk. Minor szövődmények (seroma, posztoperatív sérv) alacsony számban, de előfordultak. A szövődmények idősebb korban és/vagy magasabb BMI mellett fordultak elő. Infektív szövődményt, suppuratiót vagy tályogképződést nem észleltünk. A donorok átlagosan 3-4 nap elteltével a kórházat elhagyhatták.

Megbeszélés: A kézzel asszisztált laparoszkópos donor nefrektómia a donorok szempontjából biztonságos, gyors felépülést biztosító, jó kozmetikai eredménnyel járó beavatkozás. Súlyos szövődmény igen ritkán, minor szövődmények pedig alacsony számban fordulnak elő, azonban tekintettel arra, hogy a donorműtét során egészséges embereket operálunk, ennek megítélése sokkal szigorúbb kell legyen, mint egyéb esetben.

KÉZZEL ASSZISZTÁLT LAPAROSZKÓPOS NEFREKTÓMIA ÉS
AUTOTRANSZPLANTÁCIÓ – ESETBEMUTATÁS

Piros László¹, Pőcze Balázs¹, Szendrői Attila², Máthé Zoltán¹

¹Semmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest

²Semmelweis Egyetem Urológiai Klinika, Budapest

Esetbemutatás: 19 éves cisztinuriás nőbetegnél baloldali multiplex vesekövesség miatt végzett többszörös urológiai beavatkozást és műtétet követően uretersorvadás alakult ki, nephrostoma került bevezetésre. Jobboldali csökkent működésű (30%) veséjében korallkő képződött. A tartós transrenalis drain mellett rendszeresen visszatérő húgyúti infekciók jelentkeztek. Mivel a jobboldali ureter ép volt, ezért a bal vese eltávolítását és jobboldalra történő autotranszplantációját terveztük meg.

Sebészeti módszer: Preoperatív CT-angiográfiát végeztünk, mely 2 arteriás és circumaortikus vénás bal vesét ábrázolt. Baloldali transzperitoneális kézzel asszisztált nefrektómiát végeztünk jobboldali Gibbson-metszésből, majd az eltávolított vese perfúziója után ugyanebből a metszésből extraperitoneálisan végeztük el annak autotranszplantációját uretero-ureterostomiával. A műtéti nehézséget a korábbi ureterműtét következtében kialakult hegesedés jelentette. A posztoperatív időszak során a vesekéreg nem kielégítő keringése miatt reoperációt végeztünk, melynek során a vese albuminnal és heparinnal történt átmosását követően a korábbi arteria iliaca externával képzett vég az oldalhoz arteriás anasztomózist konvertáltuk arteria iliaca internával képzett vég a véghez anasztomózássá. Ezután a vese keringése javult.

Eredmény: A további posztoperatív időszak eseménytelen volt, vesefunkciója be-szűkölt, de azóta stabil, megtartott diurézissel.

Megbeszélés: A kézzel asszisztált laparoszkópos nefrektómia technikailag alkalmazható autotranszplantáció során, a műtéti seb és a posztoperatív fájdalom kisebb, a mobilizálás korábban megkezdhető. Esetünkben az alapbetegségből adódóan valószínűleg dialíziskezelés, illetve veseátültetés várható a jövőben, addig is elkerülhetőek a dialízis és az immunuszuppresszió mellékhatásai, valamint megtervezhető egy esetleges élődonoros átültetés még preemtív stádiumban.

TANULSÁGOS FELVÉTELEK LAPAROSCOPOS MŰTÉTEINKBŐL
(I. RÉSZ) – VIDEOFILM

Bátori József, Simon Éva, Székely István, Vízsy László
Megyei Jogú Város Kórháza, Nagykanizsa

Válogatott műtéti feltételeinkben olyan laparoscopos, esetenként kuriózumnak számító felvételeket mutatunk be, melyek tanulsággal szolgálhatnak a graduális és post-graduális képzésben egyaránt (gynecologiai status, tüszőrepedés, lig.rotundum uteri-t körülölelő háló, oxyuriasis, kriptorchismus, cseplez kígyók).

TANULSÁGOS FELVÉTELEK LAPAROSCOPOS MŰTÉTEINKBŐL
(II. RÉSZ) – VIDEOFILM

Simon Éva, Bátorfi József, Székely István, Vizsy László
Megyei Jogú Város Kórháza, Nagykanizsa

Válogatott műtéti felvételeinkben olyan laparoscopos, esetenként kuriózumnak számító felvételeket mutatunk be, melyek tanulsággal szolgálhatnak a graduális és post-graduális képzésben egyaránt (appendectomia TAPP műtétben, hólyagsér, incarcerált lágyéksér, femoralis sér laparoscopos anatómiája, a fájdalom háromszögének idegei, recidiva TAPP műtét után).

LÁGYÉKSÉRVMŰTÉTEK A LAPAROSCOPIA KORÁBAN

Ifj. Budai László, Ferencz Péter, Kovács István
Bugát Pál Kórház Invazív Mátrix, Gyöngyös

Bevezetés: A sérvек ellátása a mindennapi sebészeti gyakorlat szerves része. Retrospektív vizsgálatunk során a laparoscopos technikával végzett műtéteink gyakoriságára, előnyeire, eredményeire fókuszáltunk.

Betegek és módszerek: 2012 február 1-től 2015 április 30.-ig 486 betegben végeztünk lágyéksérvműtétet. Közülük 74 (15 %) esetben laparoscopos úton TAPP technikával. A betegeket szelektáltuk. A sérv 58 betegben egy oldali primér, 4 esetben egy oldali recidív, 1 esetben kétoldali recidív, míg 11 esetben kétoldali sérv miatt. Az átlagéletkor 47 év. Ugyanezen idő alatt nyitott módszerrel 412 (85%) betegben végeztünk műtétet. Az átlagéletkor 60 év. A laparoscopos műtétek során minden esetben önfixáló hálót használtunk. A nyitott műtétek alkalmával 344 (83,5%) betegben került sor implantátum alkalmazására.

Eredmények: A laparoscopos műtétek során intraoperatív szövődemény 1 (1,35%) esetben volt, az arteria epigastrica inferior részleges sérülése, melyet klippel elláttunk. Korai postoperatív szövődemény 2 (2,7%) esetben jelentkezett a jobb oldali port helyéről, mely reoperációt igényelt. Késői postoperatív szövődeményt 1 (1,35%) esetben észleltünk a sérvtömlő helyén kialakult szerómagyülem formájában. Punctiót, NSAID adását követően megszűnt. Az átlagos műteti idő 77 perc, az ápolási idő 1,2 nap volt. A kontroll vizsgálatok alkalmával a betegek panaszmentesek voltak, recidívát nem észleltünk.

Összegzés: A TAPP technikával végzett lágyéksérvműtétek bizonyos előképzettség követően, szelektált beteganyagban biztonságosan végezhetők. A kétoldali lágyéksérvek érzékelhető megterhelés nélkül egy időben megoldhatók. Recidív sérv esetén a preparálás intakt rétegben történik. A módszer lehetővé teszi a beteg rövidebb kórházi ápolását, kisebb postoperatív fájdalmát, csökkenti a lábadozási időt. növekvő, de még mindig alacsony esetszám, valamint a követési idő rövidege miatt az adatokból messze menő következtetés nem vonható le.

MI TÖRTÉNIK A SÉRVTÖMLŐVEL ÉS A FUNICULUSSAL LAPAROSZKÓPOSAN
ASSZISZTÁLT EXTRAPERITONEALIS LIGATURA (LAEL)
GYERMEKKORI SÉRVMŰTÉT UTÁN?

Jenővári Zoltán, Karády Zoltán, Varga Edit, Rimely Endre, Búdi Tamás, Sükösd Zita
Semmelweis Egyetem II. sz. Gyermekklinika, Budapest

Feltevés: A fiú gyermekkori lágyéksérv laparoszkópos műtétjének posztoperatív eredményi ellentmondásosak, főleg a kiújulás, a here keringési zavara, here atrophia, reziduális hydrocele és a laparoszkópos műtét előnye szempontjából. A közelmúltban bevezetett Laparoszkóposan Asszisztált Extraperitonealis Ligatura (LAEL) ígéretes módszer de még nincsenek objektív adatok a posztoperatív eredményekről.

Metódus: Prospektívan tanulmányoztuk a LAEL műtéten átesett betegeinket. 1 héttel és 3 hónappal a műtét után végzett scrotalis UH vizsgálattal a herék méretét, keringését recidíva vagy hydrocele jelenlétét vizsgáltuk.

69 fiúbeteget operáltunk 2012 januártól 2014 novemberig, 35 esetben kétoldali nyitott tömlő miatt mindkét oldalon elvégeztük a beavatkozást így összesen 104 LAEL-t végeztünk.

61 esetben készült 1 héttel a műtét után, 49 esetben 3 hónappal a műtét után scrotalis UH vizsgálat, mely során vizsgáltuk a herék méretét, vérellátását, a szöveti tulajdonságait, a hydrocele jelenlétét vagy a sérv recidíváját. Életkor: átlag 46 hónap (1-120). Műtét előtt 16 bal, 44 jobb oldali, 9 kétoldali lágyéksérvet észleltünk, műtét során 7 izolált bal oldali, 27 izolált jobb oldali és 35 kétoldali nyitott sérvtömlőt találtunk, ez utóbbi esetekben mindkétold ligaturáját elvégeztük.

Eredmények: Az 1. héten végzett UH vizsgálat során 6 betegnél (10%) kis (2-3mm) hydrokelet észleltünk, haematoma, here duzzanat egyetlen esetben sem volt. A 3 hónapos UH vizsgálat során 1 betegnél észleltünk perzisztáló hydrokelet és 1 betegnél sérvkiújulást (2%). Sem here atrophia sem here meszesedés sem vérellátási zavar, sem magasabb here pozíció nem ábrázolódott. A műtét előtt észlelt kétoldali lágyéksérvhez képest 5 x nagyobb arányban észleltünk a műtét során mindkét oldalon nyitott sérvtömlőt.

Következtetések: A LAEL eddigi eredményei ígéretesek. Hatékonyan észlelhető az ellendoldali lágyéksérv, a műtét nem károsítja sem a here keringését sem a helyzetét, a műtét utáni kisebb hydrokelék döntő része spontán felszívódik, a sérvkiújulás aránya elfogadható. (1%)

LAPAROSZKÓPOS BEÜLTETÉSRE ALKALMAS FELSZÍVÓDÓ HÁLÓ BIOKOMPATIBILITÁSI
VIZSGÁLATA PATKÁNYMODELLEN

*Fehér Daniella¹, Szabó Györgyi¹, Csukás Domokos¹, Juhos Krisztina¹,
Molnár Kristóf², Jedlovszky-Hajdú Angéla², Fónyad László³, Ferencz Andrea¹,
Zrínyi Miklós², Wéber György¹*

¹Semmelweis Egyetem, Kísérletes és Sebészeti Műtéttani Intézet, Budapest

²Semmelweis Egyetem, Biofizikai és Sugárbiológiai Intézet,
Nanokémiai kutató csoport, Budapest

³Semmelweis Egyetem, I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

A laparoszkópos sérvműtétek elengedhetetlen kelléke a hasfal rekonstrukciójára alkalmas háló. Tanulmányunkban az általunk kifejlesztett Polivinil alcohol (PVA), felszívódó háló biológiai viselkedését vizsgáltuk patkánymodellen.

Vizsgálatainkat hím Wistar patkányokon (n=39) végeztük. Paramedián metszést követően, a jobb oldali hasfalat teljes vastagságban, 2 cm átmérőjű területen kimetsztük, majd a képződött szövethiányt PVA hálóval fedtük és tovafutó öltéssorral 4/0-ás polipropilén fonállal rögzítettük. Az implantátumokat az első héten naponta, majd a 14.,28.,90. posztoperatív napokon távolítottuk el. Makroszkóposan értékeltük a háló okozta szöveti reakciót, illetve a képződött adhéziókat, majd a hálót hisztológiai vizsgálatoknak vetettük alá a környező szövetekkel együtt.

A PVA hálók kivétel nélkül integrálódtak a fali peritoneumba, megtartva rugalmasságukat. Míg az első héten terminált állatoknál gyulladásos reakció jelei voltak megfigyelhetők, addig a második héttől terminált állatok mintáin már a beépülési folyamat jelei voltak jelen komplikációk nélkül. Adhézió jellemzően a varratokhoz kitapadva volt tapasztalható, egyéb szervkitapadás négy esetben jelentkezett, egy állatot sem veszítettünk a kísérlet folyamán.

Eredményeink alapján megállapítható, hogy a PVA háló adhéziógeneráló hatása és az általa okozott szöveti reakció minimális, így alkalmas lehet a hosszú távú kísérletekhez.

TRANSABDOMINALIS PREPERITONEALIS LAPAROSCOPOS HERNIOPLASTICAT (TAPP) KÖVETŐ RITKA SZÖVŐDMÉNYEINK BEMUTATÁSA

*Szigeti Bálint, Kári Dániel, Lukász Péter, Csikány Nóra, Ecsedy Gábor,
Kovács János Balázs*

Jahn Ferenc Dél-pesti Kórház és Rendelőintézet, Budapest

Bevezetés: A laparoscopia egyre inkább teret nyer az inguinalis sérvek sebészeti kezelésében is. A háló beültetése total extraperitonealis (TEP) és transabdominalis preperitonealis (TAPP) technikával történhet. Osztályunkon a transabdominalis preperitonealis hernioplasticát alkalmazzuk. Az utóbbi időben rögzítést nem igényő ProGrip™ hálót használunk és a peritoneumot V-locl™ fonállal zárjuk. Előnye, hogy nem használunk kapocsrakót, mellyel egy lehetséges súlyos szövődményt, a neurolalgiát elkerülhetjük. A TAPP-ot követő szövődmények előfordulása nem gyakori, többségük enyhe. Súlyos szövődmény, mint a bélelzáródás igen ritka. Előadásunkban két ilyen ritka szövődményt mutatunk be videó dokumentáció segítségével.

Esetismertetés: I. Eset: 35 éves férfi betegnél 2. posztoperatív napon görcsös hasi fájdalmak, hányás jelentkeztek, mely háttérében a natív hasi rtg vékonybél ileust igazolt. Reoperatio (re-laparoscopia) során az ileus oka a suturázott peritoneumon keletkezett defektuson át (a peritoneum és a háló közé) herniálódott vékonybélkacsok voltak. Repositio és a peritonealis hiatus zárását követően a beteg eseménytelenül gyógyult. II. eset: 41 éves férfi beteg 2. posztoperatív napon jelentkező, majd egy hétig fennálló hányás, diffúz hasi panaszok miatt jelentkezett. Kivizsgálása során vékonybél-ileus kliniko-radiológiai tünetei miatt re-laparoscopiát végeztünk, melynek során a peritoneumon lévő nyíláson át kizáródott vékonybeleket és szintén incarcerálódott phlegmonosusan gyulladt appendixet és észleltünk. Appendectomiát, lavage-t, drainage-t és a peritoneum zárását végeztük. Szövődménymentesen gyógyult.

Megbeszélés: Bár a laparoscopos hernioplastica egyre népszerűbb és gyakrabban választandó, számos előnnyel járó módszer, de nem szabad elfeledkezni róla, hogy mint minden műtétnek, ennek is lehetnek szövődményei, melyek előfordulása szerencsére ritka, ugyanakkor lehetőség szerint megelőzése, mielőbbi felismerése és ellátása szükséges. A TAPP eljárás során fontos a peritoneum megfelelő, sűrűbb öltésekkel történő szoros zárása, ezáltal az úgynevezett „zuhanyfüggöny-hatás” elkerülése, illetve lehetőség szerint a korai posztoperatív szakban a hirtelen jelentkező fokozott intraabdominalis nyomásfokozódás kiküszöbölése.

A laparoscopia a szövődmények ellátásában is megfelelő, biztonságos és szintén elsőként választandó módszer.

INTRACORPORALIS ÖLTÉSSSEL RÖGZÍTETT HÁLÓK EREDMÉNYEI TAPP MŰTÉTEINK SORÁN

Barra Zoltán, Sikorszki László, Botos Ákos, Berencsi Attila, Bezilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészet, Miskolc

Célkitűzés: A Laparoszkópos hernioplastika a beteg számára előnyös, alacsony recidíva arány, elhanyagolható műtét utáni fájdalom jellemzi. A műtét költségei azonban a Lichtenstein műtéttel szemben a drága kapocsrakó miatt magasabbak. Ezt hivatott csökkenteni az általunk alkalmazott, kapocsrakót kiváltó intracorporalis varrattechnikával alkalmazott háló rögzítési módszer, melynek eredményeit szeretnénk ismertetni.

Anyag és módszer: 2013-2014 között 654 lágyékésv műtétet végeztünk. Ebből 52 Shouldice műtét történt, egyoldali Lichtenstein műtét 201 esetben, egy alkalommal két oldali Lichtenstein műtét. TAPP hernioplastikát 400 betegünkönél végeztünk. Ebből 288 betegnél egy oldali műtét történt, 112 betegnél kétoldali TAPP hernioplastika volt. Egyoldali TAPP műtéteknél a hálót minden esetben 2/0-as nem felszívódó intracorporalisan kivitelezett öltésekkel rögzítettük 3 ponton, hasonlóan a kapocsnál alkalmazott módon. A peritoneumot 3/0 felszívódó monofil varróanyaggal reinsertáltuk. Minden esetben 10x15 cm-es ultrapro hálót használtunk.

Eredmények: Recidívánk nem volt. Átlagos ápolás 1 nap. Fájdalomcsillapító igény elhanyagolható. Mobilizálás 12 óra múlva. Munkába állás átlagos ideje-1-2 hét. Műteti idő átlagosan 15 perccel hosszabb.

Konklúzió: A drága kapocsrakó a TAPP műtétek során intracorporalisan behelyezett öltésekkel kiváltható. Ezzel a műtét költsége lényegesen csökkenthető. Az eredmények rendkívül jók, azonban a műteti idő némileg növekszik.

NAGY MÉRETŰ HIATUS HERNIÁK LAPAROSZKÓPOS REKONSTRUKCIÓJA: KIHÍVÁS A SEBÉSZ SZÁMÁRA

*Bálint András, Rózsa Balázs, Brenner Barnabás, Herczeg György,
Spiller Gábor, Máté Miklós*

Szent Imre Egyetemi Oktatókórház, Általános Sebészeti Profil, Budapest

A lágyéktáji és hasfali sérvек sebészetében áttörést jelentett a feszülésmentes technikák alkalmazása. Sérvkiújulás gyakorisága egy nagyságrenddel csökkent (10-15% -> 1-3%) ezen elvek szerint végzett műtétek után. A hiatus herniák műtétje utáni sérvkiújulás aránya még nagyobb, egyes irodalmi adatok szerint elérheti a 40%-t. Kézenfekvő volt a sebészek törekvése, hogy ezt a magas arányt csökkentsék. Különböző hálók és rögzítési módok alkalmazásával történt hiatus rekonstrukciós műtétek kezdeti eredményei jónak bizonyultak, azonban ritkán, de a hálóbeültetésre jellegzetes, esetenként súlyos, a beteg számára komoly következményekkel járó szövődmények alakultak ki az utánkövetés során: háló körüli hegesedés, strictura, tályogképződés, háló penetráció a nyelőcsőbe. Háló alkalmazásával végzett műtétek után a sérvkiújulás csökkenése sem bizonyult olyan meggyőzőnek, mint a lágyéktáji és hasfali sérvек esetében. Ez a magyarázata, hogy a szakirodalom megosztott a hiatus rekonstrukciók során alkalmazott hálók vonatkozásában.

Munkacsoportunk is változtatott a korábbi gyakorlatán az említett szövődmények egy-egy betegnél történt jelentkezése és a sérvkiújulás nem meggyőző javulása miatt. A műtétek során törekszünk a nyelőcső mobilizálása mellett mindkét rekeszszár pontos és alapos kikészítésére és a hiatus plasztika direkt varratokkal történő kivitelére akkor is, ha a hiatus átmérője nagyobb mint 6 cm. A műtétet minden esetben teljes vagy részleges fundus mandzsetta kialakításával fejezzük be. 2013 és 2014 év folyamán egy esetben sem alkalmaztunk háló implantátumot műteteink során (22 és 15 összesen 37 műtét). Egy 61 éves nőbeteg recidív, kizáródott gyomorrészetet is tartalmazó, teljes nyelési képtelenséget okozó rekeszsérvének urgens megoldásával demonstráljuk a direkt varratok alkalmazását.

A hiatus rekonstrukciós műtétek utáni szerényebb eredmények okai között az un. rövid nyelőcső jelenléte, a rekeszszárak minősége, postoperatív hányás, a kötőszövet gyengesége és a magas BMI említhetők meg.

BARRETT NYELŐCSŐ MIATT VÉGZETT ANTIREFLUX MŰTÉT
HOSSZÚ TÁVÚ EREDMÉNYEI

*Simonka Zsolt¹, Paszt Attila¹, Géczi Tibor¹, Ábrahám Szabolcs¹, Tóth Illés¹,
Horváth Zoltán¹, Pieler József¹, Tajti János¹, Varga Ákos², Lup Márton¹,
Tiszlavicz László³, Németh István², Izbéki Ferenc⁴, Rosztóczy András⁵,
Wittmann Tibor⁵, Lázár György¹*

¹SZTE ÁOK Sebészeti Klinika, Szeged

²SZTE ÁOK Bőrgyógyászati és Allergológiai Klinika, Szeged

³SZTE ÁOK Patológiai Intézet, Szeged

⁴Szent György Kórház I. sz. Belgyógyászat, Székesfehérvár

⁵SZTE ÁOK I. sz. Belgyógyászati Klinika, Szeged

Bevezetés: A reflux betegség (GERB) a fejlett nyugati világ lakosságának 25-40%-át érintheti. A GERB talaján kialakuló Barrett nyelőcső (BE) az alsó harmadi nyelőcső adenocarcinoma egyetlen ismert prekursora. A BE, valamint a következményesen kialakuló nyelőcső adenocarcinoma pathogenesisében kiemelkedő jelentőséggel bír a gastrooesophagealis reflux.

Beteg és módszer: Retrospektív vizsgálatunkban az SZTE ÁOK Sebészeti Klinikán 2001 – 2008. között átlagosan másfél éves ($19,20 \pm 27,31$ hónap) eredménytelen gyógyszeres kezelés után laparoscopos Nissen szerinti antireflux műtéten átesett 78 BE-vel szövődött refluxbeteg pre- és posztoperatív kivizsgálási eredményeit (tünetek, nyelőcső manometria, 24 órás pH-metria, Bilitec) és kezelésük eredményességét hasonlítottuk össze. A betegek átlagéletkora $53,03 \pm 12,7$ év volt, túlsúlyosak voltak (BMI: $28,31 \pm 5,46$). A hiatus hernia gyakorisága 64,1%, átlagos mérete $3,73 \pm 1,71$ cm volt. A kései tüneteket, szubjektív panaszokat, életminőséget a betegek számára kiküldött kérdőív segítségével értékeltük átlagosan 8,4 évvel (6 - 13,75 év) a laparoscopos anti-reflux műtét után. A kérdőívet 57 beteg küldte vissza.

Eredmények: A laparoscopos antireflux műtétek után halálozásunk nem volt. Egy esetben történt konverzió lép sérülés miatt. Két esetben jelentkezett kezelést igénylő dysphagia. A műtétet követően 3 hónappal a Visick score alapján a betegek 81%-nak jelentősen csökkent vagy megszűnt a refluxos tünete. Javult a LES működése ($12,58 \pm 9,03$ Hgmm vs. $18,7 \pm 6,74$ Hgmm, $p < 0,001$), és csökkent a savas és epés reflux gyakorisága és expozíciója (DeMeester score: $41,93 \pm 51,15$ vs. $12,72 \pm 30,74$, $p < 0,001$, epés reflux ideje: $26,97 \pm 28,79$ perc vs. $22,08 \pm 30,57$ perc, $p < 0,001$). A kérdőív alapján hosszú távon (átlagosan 8,4 év) a betegek 87,3%-a értékelte úgy, hogy panaszait a laparoscopos antireflux műtét megszüntette vagy csökkentette, ugyanakkor 56,4%-uk savcsökkentő gyógyszer szedéséhez tért vissza. Összességében a betegek 73,7%-a elégedett volt jelenlegi állapotával. A betegek 8,8 %-a említett rendszeres gyomorégést és 5,3%-a számolt be dysphagiás panaszokról.

Következtetés: A konzervatív kezelésre nem reagáló BE-vel szövődött refluxbetegek esetén a megfelelően kivitelezett Nissen szerinti laparoscopos antireflux műtét mind rövid, mind hosszú távon megfelelő refluxkontrollt képes biztosítani, bár hosszú távon a beteg felében ehhez az ismételt savcsökkentő gyógyszeres kezelés is szükséges. A kérdőív segítségével kiszűrt panaszos betegek esetében a funkcionális vizsgálatok megisméltése segíthet a műtéti eredményesség helyes megítélésében. BE progressziójának és a korai rák felismerése érdekében a betegek endoscopos utánkövetése szükséges.

LAPAROSCOPOS REOPERATIO HIATUS HERNIA
LAPAROSCOPOS RECONSTRUCTIÓJA UTÁN

Kathy Sándor, Tóth Dezső, Bokor László, Varga Petra, Fábry György, Kincses Zsolt
Kenézy Kórház és Rendelőintézet, Általános Sebészet, Debrecen

Bevezetés: A laparoscopos hiatus rekonstrukciók után 10-30%-ban recidíva kialakulásával kell számolni, különösen a nagy hiatus herniák műtete után. A recidíva kialakulása nagymértékben csökkenthető háló implantációjával, ugyanakkor a háló alkalmazása sem nyújt teljes védelmet a recidíva ellen. A recidív hiatus hernia rekonstrukciója ismételt laparoscopos műtéttel sokszor megoldható, de jelentősen nehezebb a primer műtéthez képest. Az osztályunkon végzett laparoscopos hiatus rekonstrukciók után észlelt recidívákat azok megoldása során szerzett tapasztalatokat elemeztük.

Anyag és módszer: Osztályunkon 1993-2014 között végzett 590 laparoscopos anti-reflux műtét során 296 esetben végeztünk hiatus hernia miatt laparoscopos hiatus rekonstrukciót, 139 esetben háló implantációjával. 26 esetben észleltünk recidívát. (8,8%) A reoperáció indikációját a beteg panaszai és a képalkotó vizsgálatok alapján állítottuk fel. 3 esetben nem került sor műtetre. 23 esetben reoperációt végeztünk. A korábbi műtéti dokumentációt, videót elemezve próbáltuk feltárni a recidíva okait, kerestük a recidíva elkerülésének lehetőségeit. Elemeztük a műtéti és műtét utáni komplikációkat, a konverzió okait.

Eredmények: 19 esetben háló nélküli, 7 esetben a háló alkalmazásával végzett rekonstrukció után alakult ki a recidíva. A recidívák többsége nagy hiatusok után alakult ki. 4 nyitott, 19 esetben laparoscopos beavatkozást kezdtünk. 5 esetben konverzióra kényszerültünk, 14 esetben laparoscopos műtétet végeztünk. A konverziók oka a nagyfokú heges környezet volt. A laparoscopos redo műtéteink során jelentősen nehezebb műtéti szituációt találtunk, a műtéti idő is jelentősen hosszabb volt (105-245 min.). A reoperációnál minden esetben hálóval történő rekonstrukciót végeztünk. 2 esetben a gyomor intraoperatív sérülését suturával láttuk el, 1 esetben ptx alakult ki. Műtét után 6 esetben néhány napig tartó dysphagiát észleltünk. A betegek hosszabb távon is panaszmentesek voltak, újabb recidíva 1 esetben alakult ki.

Megbeszélés: A laparoscopos hiatus rekonstrukciókat kísérő recidívák megoldására az ismételt laparoscopos rekonstrukció a nagyfokú hegesedés miatt technikailag jóval nehezebb, sokszor konverzióval jár. A laparoscoposan végzett műtét, háló implantációjával jó eredményekhez vezet, háló alkalmazása mindenképp ajánlott. A nehézségek ellenére, eredményei alapján, gyakorlott centrumokban a laparoscopos hiatus hernia rekonstrukció után kialakult recidíva kezelésére, a laparoscopos redo műtét választandó megoldás.

KEZDETI LÉPÉSEINK A REKESZSÉRVEK LAPAROSCOPOS ELLÁTÁSÁBAN

*Kovács István, Ifj. Budai László, Ifj. Kovács István, Budai László
Bugát Pál Kórház Invazív Mátrix Sebészeti Egység, Gyöngyös*

A laparoscopos technika bevezetése (cholecystectomy, appendectomy) és kellő gyakorlat megszerzése után tettük meg az első lépéseket a haladó laparoscopia terén.

A betegszelekció tekintetében elővigyázatosak voltunk, amit az is mutat, hogy az eltelt 5 év alatt csupán 8 betegben végeztünk endoscopos műtétet rekeszsérv miatt (nyitott műtét nem volt).

A műtéti indikációt 5 betegben axiális típusú sérv, konzervatív terápiára elégtelenül reagáló GERD jelentette. Ezekben az esetekben PPI szedése mellett végzett 24 órás pH mérés során pathológiás reflux igazolódott minden esetben. További 3 betegnél paraesophageális sérv miatt végeztük el a beavatkozást.

Műtéteink időtartama 90-240 perc között alakult, amely természetesen a gyakorlat megszerzésével folyamatosan csökkent. Converzióra 1 esetben kényszerültünk a rendkívül zsíros felhasi régióban kialakult preparációs nehézség miatt. Postoperatív szövőd-ményünk nem volt.

Az utánkövetés során 3 beteg dysphagiáról számolt be (az első 1-4 hét időtartam-ban). Controll vizsgálatra 1 ill. 6 hónap után került sor. A nyolc beteg közül kettőnél jelentkezett átmeneti puffadás. A későbbi ellenőrzések során panaszt nem említettek.

Kezdeti tapasztalataink azt mutatják, hogy megfelelő indikációs kritériumok mellett az elvégzett műtétekkel igen jelentős életminőség javulás érhető el.

TAPASZTALATAINK RECIDÍV ÉS NAGY MÉRETŰ HIATUS HERNIÁK MŰTÉTI
MEGOLDÁSÁBAN MESH IMPLANTATIO-VAL
VIDEOPRESENTATIO*Nagy Tibor, János Zoltán, Sándor Gábor, Tornai Gábor, Mohos Elemér*

Veszprém Megyei Csolnoky Kórház, Általános és Érsebészeti Sebészeti Osztály

Bevezetés: A nagy méretű és recidív hiatus herniák műtéti megoldása során gyakran nem végezhető optimális hiatus rekonstrukció részben a nagy defectus miatt feszülő varratsor, részben az előző műtétek miatt elvékonyodott, mechanikai szempontból kevés tartást biztosító rekesz szára miatt. Ilyen esetekben jön szóba a rekesz mesh implantatio-val történő megerősítése a recidíva arányának csökkentése érdekében, ugyanakkor az idegen anyag nyelőcső arrosio-hoz vezethet, mely életveszélyes komplikáció. A hiatalis sérv mesh implantatioval való megoldásának indikációja és technikái részletei jelenleg is szakmai vita tárgyát képezik.

Módszer: 2012.01.01. és 2015.07.01. között 21 műtétet végeztünk nagy méretű hiatus hernia (14), upside down stomach(4), valamint recidív hiatus hernia(3) miatt laparoscoposan. Összesen 6 alkalommal ültettünk be mesh-t(Parietex composit, Proceed), 4 primer sérv esetén alkalmaztunk „U” alakban kialakított hálót a feszülő varratsor miatt, illetve további 2 alkalommal ültettünk be a hiatus körben lefedő mesh-t recidív sérv esetén. A hálót a hiatus széléhez körben több öltéssel fixáltuk, ilyen módon megpróbálva megakadályozni a hiatusba való becsúszását, mely az arrosio legvalószínű oka. A rekesz rekonstrukciót minden esetben Nissen szerinti funduplicatio kísérte. Kontroll fél évente történt, adataikat retrospektíve dolgoztuk fel.

Eredmények: A háló nélkül operált 15 betegünk közül három esetében észleltük kiújulást. Két esetben a recidív sérv kis mérete és a betegek panaszmentessége miatt további observatio mellett döntöttünk, a harmadik esetben kifejezett nyelési panaszok miatt újabb laparoscopos műtétet végeztünk mesh implantatioval. A primeren háló beültetéssel operált 4 betegünkél ezidáig sérv kiújulást, illetve a mesh-sel kapcsolatos egyéb komplikációt 17 hónapos átlagos követés után nem észleltünk. Kettő, recidív hiatus hernia miatt operált, körkörös fedő hálóval rekonstruált betegünk közül az egyik 6 hónap után tünet és panaszmentes, a másik közepes fokú dysphagia mellett per os táplálható.

Konklúzió: A mesh implantatiót a nagy méretű és recidív hiatus herniák műtéti megoldásában javasolható eljárásnak tartjuk, bár a rövid követési idő miatt adataink korlátozott értékűek.

REKESZSÉRV MIATT VÉGZETT LAPAROSCOPOS MŰTÉTEINK

Berencsi Attila, Sikorszki László, Temesi Rita, Karaffa Iván, Kis Edina, Bezsilla János
B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészei Osztály, Miskolc

Bevezetés: A rekeszsérv gyakori betegség, sokáig tünetmentes lehet. A leggyakoribb panaszokat a savas reflux, ill. a herniálódott gyomorban kialakuló fekélyek okozzák. Diagnosztikájában a röntgen vizsgálatnak és az endoszkópiának van kiemelkedő szerepe. A nagyméretű sérv önmagában is műtéti indikációt képez, de a társbetegségek megléte, a Barrett-oesophagus veszélye és a tartós gyógyszeresedés is indokolhat műtétet.

Betegek, módszerek, eredmények: Osztályunkon az elmúlt 10 év során 149 rekonstrukciós műtétet végeztünk. A műtéti indikációt egy esetben traumás rekeszruptura, egy másik esetben Morgagni hernia képezte. A többi betegnél hiatus hernia, ill. refluxszal, reflux oesophagitissal társult rekeszsérv volt az indikáció. Önmagában reflux miatt már nem végzünk műtétet.

A betegek átlag életkora 53 év volt. 94 nőbeteget, 55 férfit operáltunk. Antireflux műtétet minden esetben végzünk, rendszerint Nissen szerinti fundoplikációt. Három esetben short oesophagus miatt Collis plasztika történt. 148 betegnél laparoscopos műtétet végeztünk. 33 esetben kombinált műtét történt: LC, hasfali restructio, splenectomia, máj adenoma excisio, nyelőcső és gyomor GIST excisio. Háló alkalmazásának megítélése rutint, megfelelő körütekintést igényel.

4 betegnél végeztünk recidiva miatti REDO műtétet. Ezek során egy alkalommal konverzióra kényszerültünk. Reoperáció 3 esetben történt. Az átlagos ápolási idő 2 nap volt.

Következtetés: A laparoscopos reflux gátló műtét gyakorlott kezekben rövid hospitalizációval járó minimál invazív eljárás. A laparoscopia recidiv és egyedi esetekben is biztonsággal alkalmazható.

OSZTÁLYUNK GYAKORLATA AZ AKUT HASI KÓRKÉPEK LAPAROSCOPOS ELLÁTÁSÁBAN

*Mohos Petra, Sándor Gábor, Tornai Gábor, Szenkovits Péter,
János Zoltán, Mohos Elemér*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház, Sebészeti Centrum

Bevezetés: Napjainkban a laparoscopia egyre nagyobb teret nyer az akut hasi kórképek ellátása során, mind terápiás, mind diagnosztikai vonatkozásban osztályunk gyakorlatában is. Az általunk ellátott esetek videoprezentációs bemutatása az előadás célja.

Betegek és módszer: 2011.01.01-től 2015.05.01-ig 273 esetben végeztünk laparoscopos exploratiót sürgősségi indikáció miatt, 187 esetben appendicitis vagy annak gyanúja, 23 esetben vékonybél ileus, 48 esetben akut cholecystitis, 15 esetben pedig ulcus pepticum talaján kialakult perforatio miatt. Akut nőgyógyászati kórképek (adnexitis, ovarium cysta ruptura) megoldására, szemiakut splenectomiára is sor került. Külön említendő a postop. szövődmények (tályog, vérzés) laparoscopos ellátása, valamint a terhes nőknél végzett beavatkozásaink.

Eredmények: Az osztályunkon végzett appendectomiák 2/3-a 2014-ben már laparoscoposan történt, ezek 2/3-ában az appendix phlegmonosan gyulladt, 16 esetben pedig perforált volt lokális peritonitis mellett. 37 alkalommal volt az appendix intakt, ilyen esetben mesenterialis lymphadenitist, adnexitist, 4 esetben pedig ovarium cysta rupturát észleltünk. Minden esetben elvégeztük az appendectomiát, illetve 4 alkalommal a rupturált ovarium cysta enucleatiojára került sor. A 23 vékonybél elzáródás miatt végzett műtét során 12 alkalommal történt adhaesiolysis, 8 esetben strangulatiolysis, 3 esetben derotatio (volvulus miatt). A fekély átfúródás miatt végzett beavatkozások során sutura és lavage történt. Konverzióra 25 esetben került sor, periappendicularis tályog, diffúz peritonitis miatt, 4 akut cholecystitis, 3 ulcus pepticum perforatio miatt. 5 perforált appendicitis miatt operált betegünkön alakult ki a postop. szakban abscessus a műtéti területen, mely 2 esetben UH vezérelt punctio és tartós antibiotikum kezelés mellett gyógyult, 2 esetben laparoscopos ellátás, 1 nyitott oncotomia történt.

Konklúzió: Az akut hasi kórképek nyitott vagy laparoscopos megoldásának összehasonlítása során a nemzetközi irodalmi adatoknak megfelelően megállapíthatjuk, hogy a laparoscopos technika biztonságos, a korábbi mobilizálhatóság lehetősége és a páciens rövidebb kórházi tartózkodása miatt alkalmazása előnyös. Mindamellettt technikai nehézségek esetén a konverzió szükséges.

TRUNCUS COELIACUS KOMPRESSZIÓS SZINDRÓMA LAPAROSZKÓPOS MŰTÉTI MEGOLDÁSA – VIDEOPRESENTATIO

*Horzov Myroslav, János Zoltán, Mohos Petra, Sándor Gábor,
Nagy Atilla, Mohos Elemér*

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház - Általános és Érsebészeti Osztály

Bevezetés: A truncus coeliacus kompressziós szindróma (median arcuate ligament syndrome, Dunbar syndrome) a rekeszizom hiatus aorticus előző ívét alkotó ligamentum arcuatum által okozott megtöretés a truncus coeliacuson, mely közvetlen a szalag alatt lép ki az aortából. Jellemzően fiatal, vékony alkatú nők betegsége, melynek fő tünetei az iszkémiára visszavezethető, evés után jelentkező felhasi fájdalom, étvágytalanság, fogyás. Lényeges, hogy a CT angiográfián leírt elváltozás nem elég a diagnózis felállításához, mert gyakran a az igazolt kompresszió ellenére egyéb ok áll a panaszok hátterében. Ezért differenciál diagnosztikailag az egyéb okok kizárása mellett fontos a truncus coeliacusban mért áramlás és maximális áramlási sebesség Doppler-rel történő megmérése a műtéti indikáció felállításához.

Beteg és módszer: 19 éves, vékony alkatú nőt operáltunk, aki típusos, több éves felhasi panaszok miatt került gastro-enterológiai kivizsgálásra. CT angiográfia igazolta a truncus coeliacus kompresszióját, Doppler vizsgálat csökkent áramlást mutatott, egyéb ok pedig nem igazolódott a felhasi panaszok hátterében. Laparoszkoposan feltártuk a truncus coeliacust, majd az ér adventitiájáig átvágtuk az azt komprimáló ligamentum arcuatumot.

Eredmény: A beteg tünetei a műtétet követően megszűntek, felhasi panaszai normál táplálkozás után sem tértek vissza. Kontroll CT angiográfia sem külső kompressziót, sem egyéb stenosiszt a truncus coeliacuson nem igazolt, stent implantációra nem volt szükség. A beteget a 4. postop. napon emittáltuk, az egy éves kontroll vizsgálaton is panaszmentes volt, testsúlya növekedett.

Konklúzió: A truncus coeliacus kompressziós szindróma ritka megbetegedés, mely a ligamentum arcuatum átmetszésével jól gyógyítható. Differenciál diagnosztikai szempontból lényeges az egyéb felhasi panaszokat okozó kórképek kizárása. A beavatkozást illetően érvényesülnek a minimál invazív technika előnyei.

ENDOSZKÓPOSAN ASSZISZTÁLT LATISSIMUS DORSI IZOMLEBENY ALKALMAZÁSA
A KORSZERŰ REKONSTRUKCIÓS EMLŐSEBÉSZETBEN

Újhelyi Mihály, Kelemen Péter, Pukancsik Dávid, Sávolt Ákos, Mátrai Zoltán
Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Az emlőrák a nőknél leggyakrabban előforduló rosszindulatú daganat. Az emlőrák évente közel 7000 nőt érint és közel 2000 nő életét követeli Magyarországon. Onkológiai emlőműtétek közel 40%-ban mastectomiát indokolt, emiatt egyre nagyobb igény alakult ki a korai emlőrekonstrukcióra. A bőrtakarékos és emlőbimbó-megtartó mastectomiák lehetővé tették a rutinszerű azonnali emlő-helyreállítást. A növekvő tömeges rekonstrukciós igényt az implantátumalapú technikák képesek kielégíteni, kiváló kozmetikai eredményt és magas szintű betegelégedettséget garantálva. Ezen postmastectomiás rekonstrukciók számára a kihívást már nem a bőrpótlás, hanem az implantátum jól vascularizált, megfelelő minőségű lágy szövettel történő fedése jelenti. Az onkoplasztikus emlősebészet napjainkban képes arra, hogy a hónaljárokban ejtett 6–10 cm-es bőrmetszésből onkológiailag radikális komplett mirigyeltávolítást végezzen, az emlő bőrének minimális heggel történő megtartásával, emellett megfelelő axillaris staginget (őrszemnyirokcsomó-biopszia/axillaris lymphadenectomy) biztosítson. Ugyanebből a feltárásból egy- vagy többlépéses emlő-helyreállítás is végezhető. Az ilyen komplex beavatkozásoknál kis térfogatú emlők teljes autológ rekonstrukciójára, a megkímélt bőrpalást alá az implantátumok komplett izomfedésére, a korábbi gyenge minőségű, elvékonyodott vagy sugársérült emlőbőr revitalizálására jól alkalmazható az endoszkópos technikával asszisztáltan kialakított – háti heg nélkül – és a hátról az első mellkasfalra rotált latissimus dorsi izomlebens. Jelen előadásban az endoszkóposan asszisztált széles hátizomlebennnyel történt emlőrekonstrukció lépéseit mutatjuk be több eset bemutatása mellett.

AKUT KORONÁRIA SZINDRÓMA, TÖBBSZERI ELÉGTELENSÉGGEL SZÖVŐDÖTT
VASODILATATÍV SHOCK KÉPÉBEN JELENTKEZŐ PHAECHROMOCYTOMÁS KRÍZIS
KOMPLEX INTENZÍV OSZTÁLYOS, ENDOCRINOLOGIAI, MAJD LAPAROSCOPOS
SEBÉSZI KEZELÉSE – ESETISMERTETÉS

*Lang Tamás¹, Bobek Ilona², Fitala Dávid², Bojtor Adrienn², Húri Bernadett²,
Telek Géza¹, Ender Ferenc¹*

¹Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet, Sebészeti osztály,
Simmelweis Egyetem, ÁOK, Sebészeti Tanszéki Csoport

²Egyesített Szent István és Szent László Kórház-Rendelőintézet,
Központi Aneszteziológiai és Intenzív Betegellátó osztály

Bevezetés: A phaeochromocytoma a mellékvese-velő (vagy ritkán az extraadrenális paraganglionok) chromaffin sejtes daganata, prevalenciája a hypertoniás betegek körében 0.1-0.6%. A phaeochromocytomás krízis egy ritka belgyógyászati-intenzív osztályos kórkép, melynek diagnózisa sokszor nehéz, hiszen utánozhat egyéb akut kórlapokat.

Egy paroxysmalis pitvarfibrilláció, valamint hypertonia miatt kezelt 68 éves férfi beteg esetét szeretnénk bemutatni, akinél kétszer is akut koronária szindróma, illetve többszervi elégtelenséggel szövődött szepszis, vasodilatatív shock képében jelent meg a phaeochromocytomás krízis.

Esetismertetés: Rossz közérzet, felborult szénhidrát háztartás, láz, uroinfekció, pollakisuria, dysuria, hányás, tenziókiugrás miatt került belgyógyászati osztályunkra, majd rapid állapotromlás (máj- vese- és légzési elégtelenség miatt) intenzív osztályunkon komplex kezelést és mechanikus ventilációt kezdtek. Az akut koronária szindróma gyanúja miatti invazív kardiológiai kivizsgálás ép koszorúér-rendszer mellett anteroseptalis és apikális akinesist igazolt. A góckutatás céljából végzett CT a bal oldali mellékvesében nagyméretű idegenszövetet ábrázolt, pheaochromocytomát valószínűsítettek. Az intenzív kezelés hatására fokozatos állapotjavulás következett be (átmeneti, alfa-blokkoló kezelésre regrediáló hypertenzív krízist követően), a betegség endocrinologiai verifikálása megtörtént.

Gyógyszeres előkészítést követően, antihypertenzív terápia mellett bal oldali laparoscopos adrenalectomiát végeztünk. (Video) A műtét alatt sem sebészi, sem aneszteziológiai szövődmény nem lépett fel. A szövettani eredmény phaeochromocytomát igazolt.

Megbeszélés: A Whitelaw „B” típusú phaeochromocytomás krízis haemodinamikai instabilitást, hosszantartó hypotoniát, és következményes többszervi elégtelenséget okozhat. Az ilyen életveszélyes állapot komoly diagnosztikus nehézséget, magas mortalitást (20-30%) reprezentál. A sebészi megoldás csak összehangolt team-munka keretében lehet sikeres.

MÁJ-, ÉS VESESÉRÜLÉS ELLÁTÁSA LAPAROSCOPIA SORÁN,
PENETRÁLÓ HASI TRAUMÁT KÖVETŐEN*Bognár Csaba¹, Hencz Lajos¹, Máté Zsolt¹, Péter Sándor², Bezsilla János²*¹B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Urológia Osztály, Miskolc²B.-A.-Z. Megyei Kórház és Egyetemi Oktató Kórház Sebészeti Osztály, Miskolc

Célkitűzés: Szerzők a laparoscopia alkalmazhatóságát kívánják bemutatni, penetráló hasi sérülésnél egy eset kapcsán. 30 éves férfi, jobb bordaív alatti hasüregbe hatoló szúrt sebbel került ellátásra. Hasi CT vizsgálat során áthatoló májsérülés, haemoperitoneum, illetve ép jobb vese került leírásra. A felvételek áttekintése során észleltük a jobb vese mellső felszínén a ledált keringésű területet. A traumás vérvesztés miatt a beteg shockos állapotba került, sürgős műtéti ellátása mellett döntöttünk.

Anyagok és módszer: Az áthatoló hasi traumák gyakoriak, ezek mintegy 10%-a érinti a veséket. A jelenlegi osztályozási rendszer alapján, CT-n nem ábrázolódó vese-sérülés esetén konzervatív ellátás indokolt. Jelen esetben a májsérülés műtéti ellátása indikálta laparoscopos feltárás elvégzését.

Az elvégzett diagnosztikus laparoscopia során a jobb vese elülső felszínén fél cm hosszú, egy cm mély szúrt sérülést észleltünk, melyet vérzéscsillapító öltésekkel elláttunk. A májon észlelt szúrcsatorna be és kimeneti nyílásait coagulátuk, illetve vérzéscsillapító szivaccsal elláttuk.

További sérülést a hasüregben nem észleltük, a beavatkozást drain visszahagyásával fejeztük be.

Eredmények: A posztoperatív szakban szövődményt nem észleltünk. Drainjét a harmadik napon megszüntettük. Kontroll laborvizsgálatok során a vesefunkciók normál tartományban maradtak, hasi UH vizsgálat perirenalis folyadékot, vesék részéről eltérést nem igazolt. A máj jobb lebenyében írtak le egy 3 cm-es haematomát, a szúrcsatorna mentén. A beteg a posztoperatív 5. napon elhagyta kórházunkat.

Megbeszélés: A laparoscopia válogatott esetekben alkalmas áthatoló hasi traumák ellátására, illetve a járulékos sérülések pontosabb megítélésére. A beavatkozás során a legsúlyosabb sérülés kerül először ellátásra, ezt követi a járulékos sérülések ellátása.

Amennyiben laparoscopos ellátást tervezünk, a járulékos sérülések ellátása is laparoscopppal történjen, amennyiben ezt a sérülés lehetővé teszi. Intézetünkben haladó sebészeti laparoscopos illetve urológiai laparoscopos ismeretekkel rendelkező kollégák vettek részt a beteg ellátásában. Így nem tettük ki a nyílt műtéti feltárással járó következményeknek, és élvezhette a laparoscopia nyújtotta előnyöket.

TRANSUMBILICALIS PNEUMOPERITONEUM KÉSZÍTÉS GYERMEKEKNÉL

Jenővári Zoltán, Búdi Tamás, Sükösd Zita
Semmelweis Egyetem II. Gyermekklinika, Budapest

Feltevés: A pneumoperitoneum készítés általános módja a hasfal Veres tűvel történő vak punctioja, mely azonban a laparoszkópiák során észlelt érsérülések feléért felelős. A gyermekellátás során a kisméretű hasüreg miatt a Veres tű használata fokozott kockázattal jár. A felnőttsebészetben alkalmazott minimálfeltárással járó Hasson technika az érsérülést kiküszöböli, de gyermekkori alkalmazása túl nagy metszést igényel és az umbilicalis erek vérzését okozhatja. A transumbilicalis pneumoperitoneum készítés során a gyerekek arányaiban nagyobb és gyakran nyitott köldökgyűrűjének tompa műszerrel történő tágitása a hasfali bőnye megnyitása nélkül elegendő teret ad a trokár közvetlen, szem ellenőrzése melletti behelyezéséhez. A módszer ígéretes de nincsenek Magyarországi tapasztalatok az alkalmazhatóságáról és a biztonságáról.

Metódus: Retrospektíven tanulmányoztuk az osztályunkon 2013-ban bevezetett transumbilicalis pneumoperitoneum készítés alkalmazhatóságát, szövődmények formáját és gyakoriságát.

Eredmények: 2013. augusztus és 2015 március között 215 laparoszkópos műtétet végeztünk osztályunkon, ebből 123 esetben transumbilicalis úton készítettünk peritoneumot. A legidősebb sikeres pneumoperitoneumkészítést 16 éves fiúban végeztük, de 14 éves kor felett összesen 12 alkalommal a köldökgyűrű sikertelen tágitása miatt Veres tűvel készítettünk peritoneumot. Obes gyermekeknél, vagy ha a köldök bőre nem kiemelhető eleve Veres tűt alkalmaztunk. Az említett sikeres 123 transumbilicalis pneumoperitoneum készítés során bélsérülést, hasüregi, retroperitonealis vagy hasfali vascularis sérülést egyetlen alkalommal sem észleltünk, a trokár mentén észlelt gázszökés miatt néhány esetben szűkítő öltést helyeztünk be. A műtét végén a köldök alján lévő néhány mm-es seb egyáltalán nem látható.

Következtetések: A transumbilicalis pneumoperitoneum készítés eddigi eredményei ígéretesek. A gyermekkori betegek többségénél alkalmazható, gyorsan és biztonságosan készíthető pneumoperitoneum és semmilyen látható heg nem marad a köldök környékén. A módszer eredményességének megítélésére nagyobb esetszámú tanulmány készítése javasolt.

LAPAROSZKÓPOS TECHNIKA ALKALMAZÁSA NAGYMÉRETŰ LÉPEK ELTÁVOLÍTÁSÁRA: PFANNENSTIEL METSZÉS, MINT ALTERNATÍV SPECIMEN ELTÁVOLÍTÁSI MÓD

*Nyilas Áron, Paszt Attila, Simonka Zsolt, Ábrahám Szabolcs, Borda Bernadett,
Mán Eszter, Lázár György*
SZTE ÁOK Sebészeti Klinka, Szeged

Háttér: A laparoszkópos splenectomia (LS) során extrém lépméret esetén gyakori technikai probléma a specimen hasüregből való eltávolítása. Általában a specimen EndoBagbe helyezése és marcellációt követő eltávolítása terjedt el. Masszív splenomegalia, 1000-2000 grammos lépek esetén ez a módszer olykor nem kivitelezhető, mivel a lép mérete meghaladja a legnagyobb EndoBag úrtartalmát. Ebben az esetben irodalmi adatok szerint vagy a hasüregen belüli marcellációt végezhetünk (splenosis veszélye), vagy laparotomiából távolíthatjuk el a speciment. Munkacsoportunk a problémára megoldásként 2009 óta Pfannenstiel metszést alkalmaz a specimen eltávolítására.

Módszer: A 2002. január 1. és 2014. szeptember 30. között klinikánkon 74 LS eredményeit elemeztük. A speciment 56 esetben a szokásos módon a lateralis port helyén marcellációval, míg nagyméretű lépek esetén 12 esetben 10-12 cm-es Pfannenstiel metszésből távolítottuk el.

Eredmények: A műtétek átlagos hossza 121 (50-220) perc volt. Pfannenstiel metszésből történő specimen eltávolítás esetén szignifikánsan rövidebb műtéti időt tapasztaltunk (108 vs. 125 perc; $p=0,05$) és nagyobb méretű lépeket tudtunk eltávolítani (1032 vs. 338 gramm; $p=0,0001$), mint a hagyományos marcellációs technikával. A módszer a kórházi benntartózkodás hosszát nem nyújtotta meg (4,7 vs. 5,2 nap; $p=0,178$).

Következtetések: Vizsgálatunk alátámasztja, hogy a laparoszkópos lépeltávolítás biztonságos és számos előnnyel jár masszív splenomegalia esetében is. A specimen Pfannenstiel metszésből történő eltávolítását biztonságos és kozmetikailag is elfogadható alternatívának tartjuk.

RETROPERITONEALIS TUMOROK SEBÉSZETE OSZTÁLYUNK ANYAGÁBAN

Pörnczi Balázs, Papp Géza, Dede Kristóf, Svastics Imre, Egyed Tamás,
Bor Mihály, Bursics Attila

Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti-Onkosebészeti Osztály, Budapest

Bevezetés: A haladó laparoscopia fejlődésével új távlatok nyíltak a retroperitonealis tumorok műtéti ellátásában. Tapasztalataink alapján foglaljuk össze eseteinket, melyet video prezentációval is szemléltetünk.

Módszer: Retroperitonealis tumorok közé tartozik tágabb értelemben valamennyi retroperitonealis szervből kiinduló neoplasztikus folyamat. Szűkebb értelemben véve azonban ezen tumorok között nem vizsgáltuk a vese, mellékvese, pancreas, duodenum daganatait. Az elmúlt másfél év során 13 betegen végeztünk kuratív műtétet retroperitonealis tumor, vagy cystosus elváltozás miatt. Ezen betegcsoportban több laparoscopos beavatkozás is volt.

Eredmények: A laparoscopia előnyeit mutatja be az előadás, a minimál invazív technika privilégiumait jelentő rövidebb kórházi tartózkodás, gyorsabb felépülés és terhelhetőség szempontjait is figyelembe véve.

Összefoglalás: Megfelelő betegkiválasztás és indikáció mellett az anyagunk is bizonyítja a haladó laparoscopia helyét a ritka sebészeti kórképek ellátásában.

Ábrahám Szabolcs	8, 13, 15, 22, 23, 35, 52, 64, 100, 112
Agócs László	16, 17, 76, 78
Almássy Sándor	11
Andrási László	8, 35
Babarczy Edit	7, 28
Bacskó György	4
Bálint András	4, 7, 9, 20, 21, 22, 42, 99
Balogh Tamás	8, 31
Bán Kinga	11, 47
Bánky Balázs	8, 34
Bányai Dániel	14, 56
Bányász Zsolt	12, 51
Bara Tivadar	11, 44
Barabás Loránd	12, 48
Baracs József	7, 26
Baranyai Zsolt	8, 33
Barra Zoltán	8, 9, 17, 20, 21, 31, 41, 98
Bársony Péter	17, 79
Bátorfi József	4, 20, 92, 93
Bende Sándor	3, 4, 11, 12, 17
Benedek György	12, 51
Benedek Zsófia	12, 20, 51, 89
Benkő István	16, 74
Berecz János	4
Berencsi Attila	4, 8, 9, 17, 20, 21, 22, 31, 41, 98, 105
Besznyák István	8, 14, 15, 30, 32, 59, 67
Bezsilla János	2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 31, 40, 41, 71, 83, 98, 105, 110
Bobek Ilona	23, 109
Bognár Csaba	23, 110
Bojtor Adrienn	23, 109
Bokor Attila	13, 54, 55
Bokor László	12, 14, 15, 22, 50, 58, 66, 102
Bolyos Aranka	17, 79
Bor Mihály	23, 113
Borbás Éva	17, 79
Borda Bernadett	23, 112
Borz Cristian	11, 44
Botos Ákos	4, 8, 9, 16, 17, 20, 21, 22, 40, 71, 98
Brenner Barnabás	20, 21, 99
Brubel Réka	13, 54
Budai László	7, 22, 27, 103

Bursics Attila	4, 8, 10, 14, 15, 17, 23, 30, 32, 59, 67, 80, 113
Búdi Tamás	21, 23, 95, 111
Chang Chien Yi-Che	12, 18, 50, 84
Cseke László	15, 63
Csibi Noémi	13, 54
Csikány Nóra	21, 97
Csiszér István	16, 70
Csukás Domokos	21, 96
Csulak Eszter	16, 70, 73
Czakó László	8, 35
Csiba Gábor	3, 7
Damjanovich László	4, 8, 11
Dede Kristóf	8, 14, 15, 23, 30, 59, 67, 113
Dejan Ivanov	10, 19, 86
Del Castillo Diego Julio	10
Dénes Márton	11, 44
Dobó Noémi	13, 54
Domján Zsolt	11, 14, 45, 56
Dubóczy Zoltán	11, 14, 15, 46, 61, 68, 69
Ecsedy Gábor	21, 97
Egyed Tamás	8, 23, 30, 32, 113
Elek Jenő	11, 46
Ender Ferenc	7, 14, 23, 28, 60, 109
Fábry György	12, 22, 50, 102
Faludi Sándor	14, 59
Farkas Emil	10, 19, 86
Farkas József	4
Farkas Klaudia	13, 52
Farkas Norbert	16, 70, 73
Farkas Péter	11, 45
Fehér Csaba	16, 17, 76, 77, 78
Fehér Daniella	21, 96
Fekete András	8, 32
Fényi Anett	13, 54
Fenyőházi Eszter	19, 85, 87
Ferencz Andrea	21, 96
Ferencz Péter	20, 94
Fitala Dávid	23, 109
Flaskó Tibor	4
Fónyad László	21, 96
Furák József	16

Fülöp István.....	14, 57
Füredi Árpád	12, 49
Gál István.....	4
Gamal E. Mohamed	4
Géczi Tibor	7, 22, 29, 100
Gehér Pál.....	12, 49
Gómez Enrique J.	19, 87
Gyáni Károly	16, 75
Hajdú Zoltán	10
Hamvas József.....	11, 12, 47, 51
Hanyik János	16, 75
Harsányi László	3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 19, 33, 36, 37, 39, 54, 88
Hegedűs Ivet.....	15, 63
Heiler Zoltán	16, 17, 76, 77, 78
Hencz Lajos.....	23, 110
Herczeg György	20, 21, 99
Hevér Tímea.....	7, 27
Horváth Örs Péter.....	15, 63
Horváth Zoltán	22, 100
Horzov Myroslav	14, 15, 62, 65
Húri Bernadett	23, 109
Ifj. Bara Tivadar	11, 44
Ifj. Budai László	20, 22, 94, 103
Ifj. Kovács István.....	22, 103
István Gábor	4, 7, 8, 12, 14, 19, 36, 48, 57, 88
Izbéki Ferenc.....	22, 100
Jakab László	16, 74
Jánó Zoltán	14, 22, 23, 62, 104, 106, 107
Járay Géza	8, 34
Jedlovsky-Hajdú Angéla	21, 96
Jenővári Zoltán.....	21, 23, 95, 111
Juhos Krisztina	19, 21, 87, 96
Kakucs Tímea.....	8, 9, 11, 19, 36, 37, 38, 39, 47, 88
Káposztás Zsolt	17, 81
Karády Zoltán.....	21, 95
Karaffa Iván	8, 9, 17, 18, 20, 22, 31, 41, 83, 105
Kári Dániel	21, 97
Kas József	16, 17, 76, 77, 78
Kathy Sándor	14, 15, 22, 58, 66, 102
Kecskédi Bence	14, 60
Kecskés László.....	4

Kecskés László István.....	12, 49
Kecskés Lóránd.....	17, 77
Kecskés Lóránt.....	16, 17, 76, 78
Kelemen Péter.....	23, 108
Kincses Zsolt.....	4, 11, 12, 14, 15, 18, 22, 50, 58, 66, 84, 102
Kiss Ákos.....	17, 79
Kiss Béla.....	12, 49
Kiss Edina.....	9, 16, 17, 18, 20, 22, 40, 71, 83, 105
Kocsis Ákos.....	15, 16, 17, 69, 76, 78
Kolozsi Péter.....	15, 18, 66, 84
Koppán Miklós.....	4, 14, 56
Korb Werner.....	19, 85, 87
Korsós Diána.....	7, 28
Kostic Szilárd.....	17, 77
Kotzsch Susanne.....	19, 85
Kovács Balázs.....	7, 26
Kovács István.....	20, 22, 94, 103
Kovács János Balázs.....	20, 21, 90, 97
Kovács Viktor.....	8, 35
Krenyác Éva.....	20, 89
Kupcsulik Péter.....	13, 53
Láng István.....	14, 15, 59, 67
Lang Tamás.....	14, 23, 60, 109
Lázár György.....	3, 4, 7, 8, 13, 15, 22, 23, 29, 35, 52, 64, 100, 112
Leprán Ádám.....	8, 35
Libor László.....	8, 35
Lukász Péter.....	21, 97
Lukovich Péter.....	4, 8, 9, 10, 11, 13, 19, 33, 36, 37, 38, 39, 47, 53, 54, 55, 88
Lup Márton.....	22, 100
Madarász Csilla.....	8, 30
Mán Eszter.....	7, 23, 29, 112
Mándi Miklós.....	12, 51
Martyin György.....	12
Máté Miklós.....	20, 21, 99
Máté Zsolt.....	23, 110
Máthé Zoltán.....	20, 90, 91
Mátrai Zoltán.....	23, 108
Mersich Tamás.....	11, 14, 15, 17, 18, 46, 61, 68, 69, 82
Mester Gábor.....	8, 14, 17, 32, 59, 80
Mészáros Péter.....	11, 14, 15, 18, 46, 61, 68, 69, 82
Metzger Péter.....	4, 13

Mezei Péter.....	16, 75
Mircea Muresan	11, 44
Mohos Elemér.....	4, 14, 15, 16, 22, 62, 65, 72, 104, 106
Mohos Petra	14, 15, 16, 22, 23, 62, 65, 72, 106, 107
Molnár István.....	19, 86
Molnár Kristóf.....	21, 96
Molnár Miklós.....	16, 17, 76, 77
Molnár Péter	14, 60
Molnár Tamás	13, 52
Myroslav Horzov	23, 107
Nagy Ákos	7, 28
Nagy Atilla	14, 23, 62, 107
Nagy Ferenc.....	13, 52
Nagy Tibor	15, 16, 22, 65, 72, 104
Nehéz László	13, 53
Német Gyula.....	17, 79
Németh István.....	22, 100
Németh Károly	20
Németh Norbert.....	4
Németh Tibor.....	7, 29
Nyilas Áron	23, 112
Oláh Attila	3, 4, 10
Oláh Tibor.....	4, 16, 17, 70, 73, 81
Ondrejka Pál	4
Orbán Lajos.....	14, 15, 56, 63
Oropesa Ignacio	19, 87
Ottlakán Aurél	12
Pagador J. Blas	19, 85, 87
Pálházy Timea	13, 53
Papp András	4, 15, 63
Papp Géza	8, 15, 17, 23, 30, 32, 67, 80, 113
Papp János.....	9, 17, 43, 79
Paszt Attila.....	8, 13, 15, 22, 23, 35, 52, 64, 100, 112
Péter Sándor	9, 20, 23, 41, 110
Pieler József	8, 22, 35, 100
Piros László	20, 90, 91
Plósz János.....	12, 50
Pócze Balázs.....	20, 90, 91
Pörneczy Balázs	8, 14, 17, 23, 30, 59, 80, 113
Pukancsik Dávid	23, 108
Pusztai Csaba.....	14, 56

Radova Cvijanovi	19, 86
Réti Gyula	17, 79
Rigó János.....	13, 54
Rimely Endre	21, 95
Rosztóczy András.....	22, 100
Rózsa Árpád.....	12
Rózsa Balázs.....	9, 20, 21, 42, 99
Sánchez Fernandez Javier	19, 85
Sánchez-Margallo Francisco M.	19, 85, 87
Sánchez-Peralta Luisa F.	19, 85, 87
Sándor Gábor	14, 15, 16, 22, 23, 62, 65, 72, 104, 106, 107
Sándor József.....	4, 19, 85, 87
Sávolt Ákos.....	23, 108
Sikorszki László	4, 9, 11, 16, 17, 20, 21, 22, 40, 41, 71, 98, 105
Simon Éva	20, 92, 93
Simonka Zsolt	7, 8, 13, 15, 21, 22, 23, 29, 35, 52, 64, 100, 112
Sinoros Dóra	9, 37
Sipos Zsófia.....	20
Skarmas Nikos	19, 87
Solymosi Attila	14, 60
Somodi Krisztián	16, 70, 73
Spiller Gábor.....	21, 99
Suciu András.....	11, 44
Surján Cecília.....	20, 89
Sükösd Zita	21, 23, 95, 111
Svastics Imre	8, 14, 15, 23, 30, 59, 67, 113
Svébis Mihály	4, 22, 23
Szabó Györgyi.....	21, 96
Szalai Gábor.....	16, 74
Szántó Zalán	15, 16, 63, 74
Szegő Eszter.....	12, 48
Székely István.....	20, 92, 93
Szendrői Attila	20, 91
Szenkovits Péter	14, 15, 16, 22, 62, 65, 72, 106
Szentgyörgyi Piroska	17, 79
Szentpétery Félix	14, 59
Szepes Zoltán.....	8, 13, 35, 52
Szigeti Bálint	21, 97
Sziller István	4
Sztipits Tamás	11, 14, 15, 46, 61, 68, 69
Szűcs Géza.....	16, 75

Tajti János	8, 13, 22, 35, 52, 100
Takács Tamás	8, 35
Takáts Alajos	8, 33
Tamás Judit	13, 53
Tari Krisztina	9, 13, 38, 55
Tarpay Ádám	15, 68
Telek Géza	7, 14, 23, 28, 60, 109
Temesi Rita	9, 20, 22, 40, 105
Tenke Péter	4
Tihanyi Tibor	4
Tiszlavicz László	22, 100
Tiu Calin	19, 85, 87
Tornai Gábor	15, 22, 65, 104, 106
Tóth Dezső	14, 15, 18, 20, 22, 58, 66, 84, 102
Tóth Illés	8, 22, 35, 100
Tóth Imre	16, 75
Tóth Lajos	4
Tölgyes Tamás	17, 80
Újhelyi Mihály	23, 108
Vadász Pál	16, 17, 76, 77, 78
Vágvölgyi Attila	16, 17, 76, 77
Vámos Árpád	18, 84
Varga Ákos	22, 100
Varga Edit	21, 95
Varga Petra	12, 18, 22, 50, 84, 102
Varga Zsolt	15, 66
Vereczkei András	4, 7, 15, 16, 26, 63, 74
Vincze Balázs	16, 75
Vinnai Gyula	18, 84
Virág Balázs	11, 45
Vizsy László	20, 92, 93
Völgyi Réka	7, 14, 28, 60
Vörös Attila	4, 21
Wacha Judit	8, 33
Wéber György	4, 10, 12, 19, 21, 85, 87, 96
Weltner János	8, 13, 33, 53
Wittmann Tibor	13, 22, 52, 100
Zaránd Attila	8, 33
Zombor Gábor	3
Zrínyi Miklós	21, 96

