

rování, jako je tzv. SILS (Single Incision Laparoscopic Surgery) a NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). Při tradiční laparoskopii je operováno z několika portů. Metoda SILS používá k operování pouze jedinou incizi, kterou se zavede speciální port, tzv. triport, pro 2 nástroje a laparoskopickou kameru. Metodu SILS předvedl poprvé v únoru 2008 Paul Curcillo na Drexelově univerzitě ve Filadelfii, který tehdy tímto přístupem provedl cholecystektomii. Na kongresu byly prezentovány nové zkušenosti s kolorektálními výkony provedenými metodou SILS. V rámci metody NOTES, při které se k přístupu do břišní dutiny využívají přirozené tělesné otvory a duté orgány trávicí trubice, byly prezentovány první klinické zkušenosti s NOTES apendektomií a cholecystektomií. Rutinní klinické použití této metody však zůstává sporné. Nevýhodou je především délka trvání samotného výkonu a přístrojové vybavení, které je

v současné době na úrovni vývoje prototypů speciálních endoskopů. Navíc není tato metoda, podobně jako SILS, jednoznačně přijata mezi širokou chirurgickou a endoskopickou veřejností.

Příští kongres se bude konat ve dnech 28. srpna až 1. září 2011 v japonské Jokohamě. Jeho nosným tématem bude pokrok v chirurgii. Podrobnosti o připravovaném kongresu je možno najít již nyní na webové stránce www.isw2011.org.

Korespondence: Kpt. MUDr. Zdeněk Šubrt, Ph.D.
Univerzita obrany
Fakulta vojenského zdravotnictví
Katedra válečné chirurgie
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: subrt@pmfhk.cz

Do redakce došlo 6. 10. 2009

ZPRÁVA O 23. VÝROČNÍM KONGRESU EVROPSKÉ SPOLEČNOSTI CÉVNÍ CHIRURGIE

Daniel DOBEŠ

Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví, katedra válečné chirurgie, Hradec Králové

Na výročních kongresech Evropské vaskulární společnosti (European Society for Vascular Surgery) se setkávají specialisté z oboru cévní chirurgie, intervenční radiologie a angiologie. Letošní kongres se uskutečnil za účasti více než 2000 účastníků v norském hlavním městě Oslu ve dnech 3.–6. září 2009. Hlavní náplň kongresu pokrývala tematika napříč celým spektrem vaskulární problematiky týkající se akutních i chronických stavů. Z jednotlivých oblastí vybírám ty nejdiskutovanější:

1. Kritická končetinová ischemie
2. Výsledky studií týkajících se terapie aneurysmat břišní aorty
3. Terapie akutních symptomatických stenóz karotického řečiště
4. Akutní péče o traumata cév

Kritická končetinová ischemie jak akutního, tak i chronického typu představuje pro cévní chirurgii komplexní problém k řešení, který není možno zvládnout bez provedení radiointervenčních metod. Vždy

je nutný časný přístup k řešení, neboť riziko nebezpečí z prodlení může vyústit v amputaci končetiny nebo i úmrtí. V civilních podmínkách samotná kombinace diabetes mellitus a renální insuficience značně stěžuje možnost úspěšného řešení ischemie. Jeli-kož použití bypasové techniky v cévní chirurgii klade důraz na použité materiály, u pacientů bez vlastní v. saphaena magna, zatím stále nejvhodnější cévní náhrady, je problémem alternativního využití adekvátní náhrady. Cévní protézy, zejména na bázi goretexu (PTFE – polytetrafluoroetylen), slibují určitou možnost, avšak při použití na distální femoropopliteální či femorokrurální bypasy jejich dlouholetá průchodnost značně klesá. Práce finských autorů E. Arvela a spol. porovnávala použití žilních štěpů z horních končetin na distální femoropopliteální rekonstrukce ve srovnání s použitím goretexových protézy. Za dobu 5 let shromáždili 102 pacientů. Primární průchodnost žilního štěpu z horní končetiny versus PTFE protézy za 3 roky byla 55 % vs 40 %

($p = 0,034$), končetina byla zachráněna po 3 letech v 76 % vs 61 % ($p = 0,015$). Z výsledků je patrné, že alternativa použití žíly z horní končetiny má své výhody co do záchranu končetiny včetně střednědobého fungování rekonstrukce. Problematické je použití žilního štěpu u pacientů s arteriovenózním zkratem na horní končetině.

V terapii aneurysmat břišní aorty byly prezentovány výsledky francouzských autorů S. Amiota a spol., kteří vyhodnotili použití tzv. fenestrovaných stentgraftů, které umožňují aplikaci i do míst viscerálních větví aorty, které tímto zůstávají zachovány. Autoři shrnuli výsledky ze 17 vaskulárních center Francie. Za období let 2004–2009 hodnotili 134 pacientů. Celkem umožnili perfúzi 403 viscerálních tepen. Třicetidenní letalita byla 2%. Pacienti byli sledováni po dobu 15 měsíců. Za toto období byla průchodnost stentgraftů 99%. Dvě procenta pacientů vyžadovala permanentní dialyzační režim pro navenou renální insuficienci, 9 % pacientů zemřelo, avšak bez příčinné souvislosti s výkonem. Třináct procent pacientů si vyžádalo během tohoto období sekundární endovaskulární reintervenci zejména pro endoleak, který se vyskytoval ve 12 %. V souhrnných závěrech jednoznačně zazněla nutnost správné indikace, dobrého vybavení a zkušenosti lékaře. Tato metoda jistě bude znamenat vhodnější alternativu zejména u suparenálních aneurysmat, která při operačním zákroku znamenají značnou zátěž pro pacienta, která je touto radiointervenční metodou dobře řešena.

U problematiky řešení stenózy vnitřní krkavice byla prezentována klinická studie Kadoglou a kol. z Řecka, kteří hodnotili antilipidemickou terapii u pacientů, kteří podstoupili zavedení stentu do vnitřní krkavice pro symptomatickou stenózu. Do studie zařadili 40 pacientů, kteří měli symptomatickou stenózu vnitřní krkavice > 70 % podle studie NASCET (Nord American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial) řešenu pomocí PTA (perkutánní transluminální angioplastika) se zavedením stentu. Po dobu 6 měsíců byl pacientům podáván atorvastatin s redukcí LDL-cholesterolu pod 100 mg/dl. Účinnost hodnotili biochemicky v krevních vzorcích podle faktorů inhibitorů kalcifikace osteopontinu a osteoprotegerinu. Také monitorovali tzv. Grey Scale Median skóre podle stupňů šedi na CT. Během této doby statisticky významně pokleslo vychytávání kalcia aterosklerotickým plátem a došlo k tzv. stabilizaci plátu s nižším rizikem restenózy. Je zřejmé, že časná antilipidová strategie léčby nejen po endovaskulárních, ale i po chirurgických výkonech může

zlepšit průchodnost cévních rekonstrukcí.

Vaskulární traumata svou urgentností znamenají závažný problém zejména ve válečných podmínkách. Přínosem pro Armádu ČR je zejména pojednání o strategii ošetření cév chirurgem, kde byla vyzdvížena metoda použití tzv. vnitřních „shuntů“, zkratů, které umožňují časnou reperfúzi orgánů při poranění marginálních cév ještě před stabilizací skeletu zevními fixátory, které pak nejsou rizikem pro takto provizorní napojení cév. Cévní kmeny jsou pak definitivně rekonstruovány až v druhé době po stabilizaci celkového stavu na intenzivní péči. V klinické praxi převládá tendence k definitivní rekonstrukci poraněných cév po stabilizaci skeletu, což evidentně zhoršuje prognózu záchranu končetiny a zatěžuje organismus operační zátěží, která se přičítá k traumatickému šoku. Navíc použití „shuntů“ může i všeobecný chirurg bez cévní erudice. Tato metoda použití by měla být trénována chirurgy, kteří jsou vysíláni do zahraničních misí. Zejména se nabízí možnost výuky této metody ve vivariu při experimentu na praseti domácím v celkové anestézii v rámci kurzů pořádaných katedrou válečné chirurgie.

Naši snahou bude nyní zpracovat metodiku použití improvizovaného „shuntu“ do kurzů pro chirurgy vyjíždějící do misí. Tato praktická zkušenost může zachránit končetiny i život mnoha raněných a umožnit definitivní cévní rekonstrukci v podmínkách zařízení k tomu vybavených.

V budoucnosti by bylo vhodné se výročního setkání Evropské společnosti cévní chirurgie opět zúčastnit, protože setkání odborníků soustřeďujících se okolo problematiky cévní chirurgie, angiologie a radiologie představuje možnost získání mnoha užitečných informací, které jsou pro podmínky civilní klinické medicíny i pro oblast polních podmínek v rámci činnosti zdravotnické služby AČR přínosem, protože zejména traumata cév jsou vždy náročná na ošetření a strategii postupu hlavně u polytraumatizovaných pacientů.

Korespondence: Mjr. MUDr. Daniel Dobeš, Ph.D.
Univerzita obrany
Fakulta vojenského zdravotnictví
Katedra válečné chirurgie
Třebešská 1575
500 01 Hradec Králové
e-mail: daniel.dobes@seznam.cz

Do redakce došlo 9. 10. 2009