

1. Tóth J. A péniszen és a húgycsővön levő fejlődési rendellenességek. Gyermekurologia az alapellátásban. Budapest: Medicina Könyvkiadó; 1986. 60–68.
2. Cuckow PM, Nyirády P. Embryology of the Urogenital Tract; in Gearhart JP, Rink RC, Mouriquand PDE. (ed) Pediatric Urology Philadelphia: WB. Saunders; 2001. 3–13.
3. Larsen WJ. Development of the urogenital system. In Human embryology, 2nd ed. New York, USA: Churchill Livingstone Inc; 1997. 261–309.
4. Thomas DFM. Embryology. In Mundy AR, Fitzpatrick JH, Neal DE, et al. (ed): Scientific Basis of Urology. Oxford, England: Isis Medical Media; 1999. 407–420.
5. Ringert RH, Hermanns M, Zoeller G. Outcome after repair of congenital penile malformations. Andrologia 1999; 31 (Suppl 1): 21–26.
6. Gearhart JP, Sciortino G, Ben-Chaim J, et al. The Cantwell- Ransley epispadias repair in exstrophy and epispadias: lessons learned. Urology 1995; 45: 92–95.
7. Mitchell ME, Bägli DJ. Complete penile disassembly for epispadias repair: the Mitchell technique. J Urol 1996; 155: 300–304.
8. Perovic SV, Scepanovic D, Sremcevic D, et al. Epispadias Surgery – Belgrade experience. Br J Urol 1992; 70: 674–677.
9. Perovic SV, Vukadinovic V, Djordjevic ML, et al. The penile disassembly technique in hypospadias repair. Br J Urol 1998; 81 (3): 479–87.
10. Király I, Pajor L, Perovic S, et al. Közösülési képesség helyreállítása húgycsőhiányos epispadiasban. Magyar Urológia 2008; 2: 85–88.
11. Woodhouse CR, Kellett MJ. Anatomy of the penis and its deformities in exstrophy and epispadias. J Urol 1984; 132: 1122–1127.
12. Silver RI, Yang A, Ben-Chaim J, et al. Penile length in adulthood after exstrophy reconstruction. J Urol 1986; 157: 999–1004.
13. Perovic SV, Djindovic RP. New insight into surgical anatomy of epispadiac penis and its impact on repair. J Urol 2008; 179: 689–696.
14. Stein R, Fish M, Stöckle M, et al. Treatment of patients with bladder exstrophy or incontinent epispadias. Eur Urol 1997; 31: 58–64.
15. Reiner WG, Gearhart JP, Jeffs R. Psychosexual dysfunction in males with genital anomalies: late adolescence Tanner stage IV to VI. Adolescent Psychiatry 1999; 865–872.

Magyar Urológia, XX. évfolyam, 4. szám (2008)

Debreceni Egyetem OEC, Urológiai Klinika, Debrecen (igazgató: Flaskó Tibor dr.)

Laparoszkópos radikális cystectomiával szerzett kezdeti tapasztalataink

Varga Attila dr., Tóth Csaba dr., Tóth György dr., Lőrincz László dr.,
Berczi Csaba dr., Tállai Béla dr., Farkas Antal dr., Csanádi Gábor dr.,
Flaskó Tibor dr.

ÖSSZEFOGLALÁS: A laparoszkópos radikális cystectomia bevezetése újabb kihívást jelent a laparoszkópos műtéti paletta bővítése során. Célunk rutin műtétté tenni a beavatkozást. Kezdeti tapasztalataink, a 2007. januártól elvégzett 7 laparoszkópos cystectomia, igazolják, hogy a műtét technikailag kivitelezhető, a beteg számára előnyös. Az onkológiai szabályok betartásával (ne lyukadjon ki a hólyag, ne jusson ki vizelet a hólyagból, kiterjesztett lymphadenectomia történjen, a preparátum gondos eltávolítására ügyeljünk) eredményessége megfelel a nyílt radikális cystectomia eredményességének. Az ureteroileocutaneostomia mellett orthotop hólyagpótlást is sikerrel végeztünk laparoszkóppal asszisztált minilaparotomiából. A hosszú távú eredményesség megítélésére további felmérések szükségesek.

OUR INITIAL EXPERIENCE WITH LAPAROSCOPIC RADICAL CYSTECTOMY

SUMMARY: The application of laparoscopic technique to radical cystectomy has been a recent and natural evolution of successful laparoscopic surgery in urology. Our aim was to acquire the technique and to make the procedure as a standard in the treatment of bladder tumor. Since January of 2007, 7 patients underwent laparoscopic radical cystectomy in our department. Our initial experiences prove that the procedure is technically feasible, and provide several advantages for the patients. The laparoscopic approach is comparable to the open surgical procedure. The well predefined steps of the operation provide similar oncological safety as it is obtainable by the open surgical intervention. As a urinary diversion uretero-ileo-cutaneostomy were performed in most of cases, but in one patient we successfully applied creation of orthotropic neo-bladder, by laparoscopic assisted mini-laparotomy. Long-term follow-up is needed to confirm the oncologic outcomes.

KEY WORDS: laparoscopy, cystectomy, bladder tumor, urinary diversion

Az urológiai laparoszkópia az 1990-es években indult ugrásszerű fejlődésnek, ezt követően számos műtéti technikát dolgoztak ki, újabb és újabb műtéti típust vezettek be, hasonló fejlődés hazánkban is megfigyelhető.

A laparoszkópos prostatectomia a világon mindenütt elfogadott gyakorlattá vált, amely után a laparoszkópos cystectomiához már csak egy kis lépés vezet.

A húgyhólyag-daganatok esetén az izmot infiltráló vagy a nagy kiterjedésű, recidiváló, in situ karcinómával kísért felületes daganatoknál a húgyhólyag radikális eltávolítása biztosítja a legjobb késői eredményeket. A nyílt műtéti eljárás több évtizede ismert és alkalmazott módszer az urológiai sebészetben. Számos hazai közlemény foglalkozott a húgyhólyag radikális eltávolításának műtéti technikájával, a késői

eredményekkel (1, 2). A műtéti megoldáshoz szorosan kapcsolódó kérdés a cystectomiát követő vizeletdeviáció formája (3). A több évtizede alkalmazott ureterosigmoidostomától kezdve az ureteroileocutaneostomián át az orthotop hólyagpótlásig vezet a sor, amelyek a hosszú túlélésen túl a megfelelő életminőséget hivatottak biztosítani. Ezek a műtétek ugyanakkor nagy megterheléssel, jelentős kockázattal járnak, több szövődmény lehetőségét hordozzák.

A laparoszkópia térnyerésével, majd jelentős fejlődésével egyre bonyolultabb műtétek elvégzésére vállalkoztak, a 90-es évek elején már megkísérelték a húgyhólyag eltávolítását is. Az első laparoszkópos cystectomiát De Badajoz végezte 1993-ban (4). *Gill és munkatársai* – 2000-ben – két betegben laparoszkópos úton már ileumconduitot készítettek (5). Ugyancsak keresték a lehetőségét a laparoszkópos cystectomia utáni kontinens vizeletdeviációnak. 2002-ben *Gill* intrakorporálisan készített ileum-hólyagot (6). A ma alkalmazott műtéti megoldások lehetnek teljes egészében laparoszkópos, intrakorporális, vagy laparoszkóppal asszisztált, részben extrakorporális, mini metszéssel kiegészített eljárások. A műtétek kapcsán felvetődik a kérdés, technikailag egyáltalán lehetséges-e a nyílt műtéthez hasonlóan elvégezni a radikális cystectomiát és a kiterjesztett lymphadenectomiát, hogyan oldható meg a vizeletdeviáció. Milyen előnyöket kínál, és milyen hátrányai vannak ez esetben a laparoszkópos módszernek (7). A laparoszkópos beavatkozások, így a laparoszkópos cystectomia egyértelmű előnye az alacsony morbiditás, a csekély vérvesztés, a folyadék- és elektrolit-háztartás zavarának minimalizálása, ezzel a kardiovaszkuláris rendszer megterhelésének csökkenése, a gyors rehabilitáció. A laparoszkópiával azonban az onkológiai eredmények sem romlanak, a funkcionális eredmény pedig a nyílt műtéttel megegyező, ezeket már a korai eredmények is igazolják.

Hazánkban eddig a laparoszkópos radikális cystectomiáról még nem számoltak be a centrumok munkatársai, ezért is tartottuk fontosnak, hogy az első lépések, a kezdeti nehézségek és tapasztalatok eredményeit megosszuk a laparoszkópos technikát alkalmazókkal, az utána érdeklődőkkel.

Betegek és módszer

A DEOEC Urológiai Klinikáján 2001 óta rendszeresen végzünk laparoszkópos műtéteket, amelyeknek palettája egyre bővült. A vese, a retroperitoneális nyirokcsomók, a prosztata laparoszkópos eltávolítását követően új kihívást jelentett a laparoszkópos radikális cystectomia. Az első laparoszkópos radikális cystectomiát 2007 januárjában végeztük el.

2007. január és 2008. július között eddig 7 laparoszkópos cystectomia történt, valamennyi műtét indikációja húgyhólyag-daganat volt. A műtétre került eseteket az 1. táblázatban mutatjuk be.

1. táblázat: A 7 laparoszkópos cystectomia műtétünk indikációja húgyhólyag-daganat volt

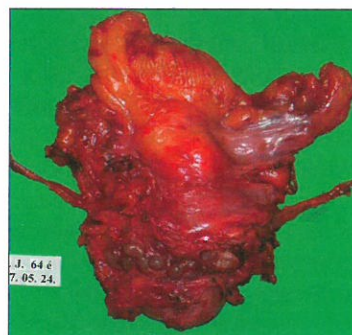
A beteg adatai	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Életkor	51	50	64	63	55	45	59
Nem	férfi	férfi	férfi	férfi	férfi	férfi	férfi
ASA	2	2	2	2	2	2	2
BMI	29,09	24,69	30,42	24,11	29,07	21,13	29,39
TNM	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀	T ₂ N ₀ M ₀
Grade	3	3	3	2	3	3	3-4



1. ábra: A portok helyzete



2. ábra: A húgyhólyag eltávolítása



3. ábra: Az eltávolított húgyhólyag, prostatata, vesiculák



4. ábra: Az eltávolított daganatos húgyhólyag

Valamennyi operált betegünk férfi volt, átlagéletkoruk 55 év, jó általános állapotúak. A preoperatív vizsgálatok T₂N₀M₀G₂₋₄ daganat stádiumot igazoltak.

A beteg műtéti előkészítése, a bél előkészítés a nyílt műtétekkel megegyező módon történik.

A műtéthez a köldök alatt vezetjük be az optikus portot, ettől jobbra és balra 2 ujjnyira a csípőtővis irányába egy-egy 5,5-es, a jobb csípőtővis fölé 11-es, a bal csípőtővis fölé 12,5-es portot teszünk, a hasúri nyomást 12 Hgmm-re állítjuk (1. ábra).

A kismedencében a hólyag felett a peritoneumot behasítjuk, az aorta bifurcatiótól lefelé haladva mindkét oldalon a nyirokcsomókat kipreparáljuk, eltávolítjuk.

A hólyagot kipreparáljuk, az ondóhólyagokat körbejárjuk, mindkét urétert felszabadítjuk, klippeljük, átvágjuk. A Santorini-plexust aláöltjük, a húgycsövet átvágjuk.

A bal urétert a szigmbél alatt áthúzzuk, a coecumtól kb. 20 cm-re az ileumba jelölő öltést helyezünk. Az optikus port sebét 4-5 cm-re meghosszabbítjuk, ezen keresztül a plasztikzsákba helyezett preparátumot eltávolítjuk (2-4. ábra), eltávolítjuk a portokat is.

A köldök alatti sebzésen kiemeljük az urétereket és a jelzett ileumot. Ureteroileocutaneostomia esetén kb. 15-20 centiméteres bélszakaszt rekesztünk ki, szkeletizálás után. End to end ileo-ilealis anasztomózt készítünk, a mesenterium folytonosságát helyreállítjuk. A kirekesztett ileumkacs orális végét elbuktatjuk. Az uréterek és bél között end to side anasztomózt készítünk sínek védelmében. A spina és a köldök között jobb oldalon elkészítjük a 2 ujjat befogadó stoma nyílást, amelybe behúzzuk és kiszegjük az ileum aborális végét (5. ábra).

Hasonlóan jártunk el az ileum-hólyag esetén is, azzal a különbséggel, hogy itt egy 55-60 centiméteres szakaszt rekesztettünk ki. Az ileumkacsot, az orális vég utolsó 10 centiméterének kivételével – amelybe az urétereket ültettük be – detubularizáltuk. Tovafutó varratsorral elkészítettük az ileum-hólyagot, legmélyebb pontján a húgycső anasztomózishoz kis nyílást ejtettünk, majd a hólyagot visszahelyeztük a hasüregbe. A mini hasi sebést zártuk, ezt követően laparoszkóp segítségével elkészítettük a húgycső-bélhólyag közötti anasztomózt csomós öltésekkel, a bélhólyagban katétert

hagytunk vissza. A műtét végén az anasztomózisokhoz drént helyeztünk, a portokat eltávolítottuk.

Eredmények

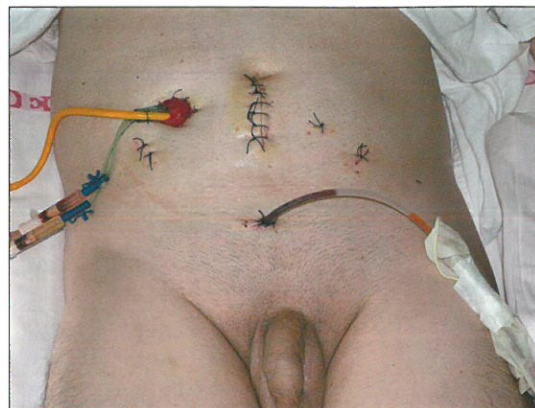
A korábban végzett jelentős számú laparoszkópos radikális prostatectomia során nagy gyakorlatra tettünk szert a kismencedei műtétek végzésében. Ez a gyakorlat segítette és könnyítette a radikális cystectomy során az első lépéseinket. A műtéteink átlagos időtartama 417 perc volt, amely az első műtéttől kezdve fokozatosan csökkent. A radikális cystectomy átlagos ideje 233 perc, az ureteroileocutaneostomia elkészítése 147 percet igényelt, a Studer-hólyag elkészítéséhez átlagban 242 percre volt szükség. Az átlagos vérvesztés 747 ml volt, műtét közben transzfúziót nem kaptak betegeink, konverzióra nem kényszerültünk. A műtétek után egy súlyos szövődményünk volt (7. eset), a posztoperatív 13. napon kialakult ileo-ileális és bélhólyag varratelégelenségek következtében peritonitis, ileus lépett fel, az ismételt hasi feltárások ellenére ezt a beteget a posztoperatív 30. napon elvesztettük. Hat betegünk gyógyult, panaszmentesen távozott, az eddigi rövid megfigyelési idő alatt öt betegünk recidíva- és panaszmentes. A pozitív sebészi széllal rendelkező esetben a műtét után röviddel lokális recidíva alakult ki, ennek progressziója következtében betegünket 8 hónappal később elvesztettük.

A műtéti adatokat a 2. táblázatban, a patológiai adatokat a 3. táblázatban mutatjuk be.

A műtétet követő hisztológiai vizsgálatok eredményei azt mutatták, hogy a preoperatív stádium-meghatározás két esetben volt azonos a műtét utáni patológiai stádiummal. Négy betegben a preoperatív stádiumhoz képest súlyosabb stádiumot, egy betegben pedig a műtét előttihez képest alacsonyabb daganat stádiumot állapí-

2. táblázat: A 7 laparoszkópos cystectomy műtéti adatai

Műtéti adatok	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Műtéti idő (perc)	540	385	370	335	300	510	480
Cystectomy+LA időtartama	330	180	210	215	215	215	270
Deviációs műtét időtartama	200	180	150	120	85	290	195
(Bricker)	(Bricker)	(Bricker)	(Bricker)	(Bricker)	(Bricker)	(Studer)	(Studer)
Műtét időpontja	2007.	2007.	2007.	2007.	2008.	2008.	2008.
Vérvesztés (ml)	1200	400	980	500	500	350	1300
Preop. Hb/Ht	146/0,44	113/0,36	148/0,44	157/0,47	149/0,47	148/0,44	148/0,45
Posztop. Hb/Ht	115/0,35	106/0,34	115/0,34	131/0,38	120/0,38	135/0,39	113/0,33
Transzfúzió, konverzió, sérülés	0	0	0	0	0	0	0



3. táblázat: A 7 laparoszkópos cystectomy patológiai adatai

Patológiai adatok	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
TNM Grade	pT ₂ N ₀ G3	pT ₃ N ₀ G3 +laphám metapl.	pT ₃ N ₁ G3	pT ₁ N ₀ G3	pT ₂ N ₀ G3	pT ₃ N ₀ G3	pT ₃ N ₁ G4
Vizsgált nyes.	nincs adat	31	14	12	nincs adat	11	8
Sebészi szél	neg.	neg.	poz.	neg.	neg.	neg.	neg.

tott meg a patológus. A húgyhólyag szövettani vizsgálatokor egy esetben fordult elő a sebészi szél pozitivitása. A nyirokcsomók feldolgozása során két betegben találtak az eltávolított nyirokcsomókban metasztázist.

Megbeszélés

Az urológiai laparoszkópos gyakorlat növekedésével egyre nehezebb műtéti eljárások kerültek a palettára. A radikális nephrectomia, a retroperitoneális lymphadenectomy, a radikális prostatectomia nyílt és laparoszkópos műtét során megszerzett tapasztalattal lehetett elkezdni a sorban eddig talán legnehezebb laparoszkópos radikális cystectomiát a hozzá kapcsolódó deviációs műtéttel. A sok szerző által tanácsolt egyszerűbb megoldást választottuk, a kiterjesztett lymphadenectomiát és radikális cystectomiát laparoszkóposan, a deviációt – ureteroileocutaneostomia, illetve Studer-hólyag – laparoszkóppal asszisztáltan végeztük. E műtét során a szerzők 90%-a ma még ezt az utat választja (8, 9).

A kezdeti tapasztalatok egyértelműen bizonyítják, hogy a műtét technikailag elvégezhető, a kiterjesztett nyirokcsomó-eltávolítás, a radikális húgyhólyag-eltávolítás a radikális prostatectomiánál megszerzett gyakorlattal könnyen kivitelezhető, a beavatkozás technikailag kidolgozott. A műtéthez öt port bevezetését tarjuk szükségesnek, intraperitoneális descendáló technikát alkalmazunk. A műtét első lépése a kiterjesztett lymphadenectomy, majd radikális cystectomy és végül vizeletdeviáció.

Kétségtelen, hogy ez a beavatkozás jól felkészült, jártas operatort igényel. Hátványként szokták említeni a hosszú műtéti időt, de itt a műtéti idő lényegesen nem tér el a nyílt műtét idejétől.

A kezdeti lépést a kézzel asszisztált laparoszkópos cystectomy jelentette, ezt követte az egyszerű laparoszkópos cystectomy a legegyszerűbb deviációval – ureteroileocutaneostomiával. 1995-ben történt az első komplett intrakorporális radikális cystectomy, majd 2000-ben Gill és munkatársai a korábban endoszkóppal asszisztált, minilaparotomia segítségével végzett deviációs műtétet felcserélte a komplett laparoszkópos megoldásra: cystectomiát végzett, ileum-conduitot képzett (5). Keresték azonban a kontinens vizeletelvezés lehetőségét, így 2001-ben Türk laparoszkópos intrakorporális Mainz-pouch-II-t készített (10), 2002-ben Gill teljes intrakorporális megoldással orthotop hólyagpótlást végzett (6). Az ajánlások között azonban ma is az első helyen áll az asszisztált, minilaparotomiából elkészített deviáció valamely formája. A technikai lehetőségeinket maximálisan figyelembe véve választjuk a laparoszkóppal asszisztált megoldást, minilaparotomiából elkészítve az ileum-conduitot vagy az ileum-hólyagot, amelynek során a hagyományos technikával készül az

ileum anasztomózis, az ureteroilealis anasztomózis, a stoma vagy ileum-hólyag képzés. A minilaparotomia ehhez elegendő teret biztosít, a beteg számára azonban kifejezett előny a kis hasi metszés.

A műteti technika kifejezett előnyének tartják a morbiditás jelentős csökkenését, a kisebb vérvesztést, a zárt hasüreget miatt jelentősen csökkenő folyadék- és elektrolit-vesztést, ezek következtében a kisebb kardiovaszkuláris megterhelést. Szerény betegcsoportunknál is hasonló megfigyelést tettünk.

Az eddigi közleményekben a leggyakrabban előforduló műteti szövődmények közül a hypercapnia, az intraoperatív bélsérülés és a kiterjedt szubkután emphysema fordulnak elő. A súlyos szövődmények a megfelelő laparoszkópos sebészeti gyakorlattal elkerülhetők. Saját betegcsoportunkban intraoperatív szövődmény nem fordult elő, konverzióra nem kényszerültünk. Egy súlyos posztoperatív szövődmény, varratelégelenség, peritonitis, ileus halálhoz vezettek. A margin pozitív esetben sajnos lokális recidíva alakult ki, amelynek gyors progressziója következtében ezt a beteget a műtét után 8 hónappal elvesztettük.

Egyértelmű, hogy a laparoszkópia a műtét onkológiai eredményességét nem befolyásolja, az onkológiai elvek nem sérülnek (11). Természetesen ügyelni kell arra, hogy a preparálás során a hólyag ne lyukadjon ki, ne kerüljön ki vizelet a hólyagból és a hólyagot zárt zacskóban távolítsuk el, elkerülendő a port-metasztázist.

A rövid követési idő (10-22 hónap), a kis esetszám miatt ma még messzemenő következtetést nem tehetünk. Kezdeti tapasztalatainkat értékelve azonban elmondhatjuk, hogy a műtét technikailag kivitelezhető, a folyadék- és elektrolit-vesztés a nyílt cystectomiához képest csökkent, a műtét onkológiailag biztonságos, a rekonstrukciós elvek nem sérülnek, a beteg számára kifejezetten előnyös, a felgyógyulás gyorsabb és a szebb kozmetikai eredmény sem elhanyagolható szempont.

A laparoszkópos radikális cystectomy világszerte egyre elterjedtebb megoldássá válik, és valószínűleg az intrakorporális vizeletdeviáció is mind nagyobb számban kerül majd alkalmazásra, amelynek technikai feltételei számunkra ma még nem adóttak. A radikális prostatectomiával szerzett nagy gyakorlat előiskolája a laparoszkópos radikális cystectomiának, a rendelkezésre álló feltételekkel pedig a laparoszkóppal asszisztált, minilaparotómiából elvégzett vizeletdeviációt jó megoldásnak tartjuk.

Irodalom

1. Pajor L. A hólyagrák kezelése a XXI. században. *Magy Urol* 2000; 12: 322–331.
2. Répássi D, Csata S, Tamás Gy, et al. 25 radikális cystectomy tapasztalatai. *Magy Urol* 1998; 10: 287–293.
3. Pajor L. A helyes vizeletelterelés kiválasztásának szempontjai. *Magy Urol* 1999; 11: 118–127.
4. De Badajoz ES, Perales JLG, Rosado AR, et al. Laparoscopic cystectomy and ileal conduit: case report. *J Endourol* 1993; 8: 59–62.
5. Gill IS, Fergancy AMR, Klein EA, et al. Laparoscopic radical cystectomy with ileal conduit performed completely intracorporeally: the initial 2 cases. *Urology* 2000; 56: 26–29.
6. Gill IS, Kaouk JH, Meraney AM, et al. Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic ileal neobladder performed completely intracorporeally: the initial experience. *J Urol* 2002; 168: 13–18.
7. Miller NL, Theodorescu D. Status of robotic cystectomy in 2005. *World J Urol* 2006; 24: 180–187.
8. Haber G, Colombo J, Aron M, et al. Laparoscopic radical cystectomy with urinary diversion: pure laparoscopic versus laparoscopic assisted. *AUA Abstract* 2006; 1220.
9. Stein JP, Skinner DG. Radical cystectomy for invasive bladder cancer: long-term results of a standard procedure. *World J Urol* 2006; 24: 296–304.
10. Türk I, Deger S, Winkelmann B, et al. Laparoscopic radical cystectomy with continent urinary diversion (rectal sigmoid pouch) performed completely intracorporeally: the initial 5 cases. *J Urol* 2001; 165: 1863–1866.
11. Herr HW. Extent of surgery and pathology evaluation has an impact on bladder cancer outcomes after radical cystectomy. *Urology* 2003; 61: 105–108.

HÍREK

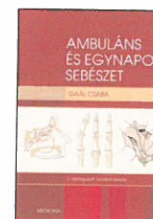
Magyar Urológia, XX. évfolyam, 4. szám (2008)

Dr. Kovács András urológus főorvos részére Budapest Főváros Közgyűlése „BUDAPESTÉRT” díjat adományozott.

A magas kitüntetéshez szívből gratulálunk és jó egészséget kívánunk.

Prof. Dr. Pajor László
főszerkesztő

KÖNYVISMERTETÉS



A közelmúltban jelent meg a Medicina Könyvkiadó Zrt. gondozásában **Gaál Csaba** Németországban dolgozó magyar sebész által szerkesztett szakkönyv, az „Ambuláns és egynapos sebészet” címmel. A szerzőnek e kötete a harmadik, átdolgozott és jelentősen bővített kiadása, amely valamennyi manuális diszciplínát felölel. A könyv változatlanul igen aktuális téma köré csoportosítja mondandóját, hiszen a kötet első kiadása – 1995 – óta a hazai egynapos sebészet fejlődése még közel sem sikertörténet. A világon számos példa és a szerző is bizonyítja, hogy a betegellátásban egyre nagyobb szerep jut az ambuláns beavatkozásoknak és az egynapos sebészet keretében végzett ellátásoknak. Szakmai és gazdaságossági megfontolások, a betegek igénye egyértelműen alátámasztják ennek szükségességét, amelyet az egészségügyi vezetésnek és a szakmának egyaránt fel kellene ismerni. **Gaál Csaba** könyve ezért is sokkal több, mint egyszerű sebészeti szakkönyv, hiszen behatóan foglalkozik a fenti kérdések szakpolitikai hátterével, elemzi a hazai helyzetet, rámutat az itthoni gátló tényezőkre, a képzés-továbbképzés hibáira. Kiemelendők az ambuláns és egynapos sebészet alapsabályára vonatkozó megállapításai: az ambuláns műtét nem jelenthet nagyobb kockázatot, mint az osztályos; a szakorvos nem egyenlő az ambuláns operátorral; amit lehet, operáljunk ambulánsan.

A könyv 498 oldalon 25 fejezetet tartalmaz. Az általános részben nagyon gazdag ismereteket kaphat az olvasó az alapismeretekről, az ambuláns műtétek követelményrendszeréről, gazdaságossági-szervezési kérdésekről, a rendelő-műtő kialakításáról.

A részletes rész minden szakember legkényesebb igényeit kielégítően tárgyalja a szükséges sebészeti ismereteket. **Gaál Csaba** által írt fejezetek foglalkoznak a sebellátás, a sebkezelés kérdéskörével, a felületes tumorok sebészeti ellátásával, a nyirokcsomó-, izom- és idegiopsziával. Részletezi a sebészeti fertőzések kérdéskörét, a lágyéksérvek ellátását. Újabb fejezetek ismertetik a perifériás vénák sebészetét, a proktológiai ellátást és a kéz sérüléseinek kezelését. Részletesen ismerteti az ízületi sérüléseket és ellátásukat, a mozgatóapparátus egyéb megbetegedéseit, a fracturák ambuláns ellátásának lehetőségeit.

A könyv ezt követően a sebészeti társszakmák ambuláns és egynapos sebészeti kezeléseivel foglalkozik, amely így teljessé teszi az előző kiadásokhoz képest az ellátás palettáját. **Szerb Imre** az arthroscopos beavatkozásokkal ismerteti meg a szakembereket, **Schäfer József** a gyermeksebészeti vonatkozásokat részletezi.