

Tartalomjegyzék

Előszó	2
Köszöntő, társaság-alapításra, folyóirat-indításra, gerontológustól	3
A betegápolás rövid története az őskortól napjainkig	4
<i>MÉSZÁROS GÁBORNÉ</i>	
Decubitus – geriátriai megfontolások	7
<i>DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
A decubitus megelőzése, ápolása traumatológiai osztályon	11
<i>NEDICZKI SÁNDORNÉ, NAGY JÁNOSNÉ</i>	
Nyomási fekélyek kezelése cink-hyaluronáttal (Curiosin® – Richter Gedeon Rt.)*	14
<i>DR. TÓTH ISTVÁN, DR. DÉR MÁRTA</i>	
Irujol mono® a krónikus sebek műtéti előkészítésében	19
<i>DR. ERDEI IRÉN, DR. JUHÁSZ ISTVÁN, DR. HUNYADI JÁNOS</i>	
Lábszárfekély kezelése osztályunkon a gazdaságosság tükrében	27
<i>KARAP ZSUZSANNA</i>	
Hírek szakterületünkről	30
1997. szeptember 26-án megalakult a Magyar Sebkezelő Társaság	31
A Magyar Sebkezelő Társaság alapszabálya	33
Tájékoztató szerzőinknek	40



IMPRESSZUM: Kiadja a **Magyar Sebkezelő Társaság** (MSKT) 1111 Budapest, Diósárok u. 1. Főszerkesztő: **Dr. Mészáros Gábor**. * Szerkesztőbizottság tagjai: **Dr. Baksa József, Prof. Dr. Faller József, Prof. Dr. Furka István, Prof. Dr. Horváth Attila, Dr. Juhász István**. * Megjelenik negyedévente. * A Szerkesztőség címe: 1125 Budapest, Virányos út 23/d. * Tipográfia, nyomdai kivitelezés valamint a postai expedíálás a Radó Nyomda Kiadó és Szolgáltató Kft. munkája, 3300 Eger, Balassa Bálint utca 30. ☎ 36/427-084, 36/ 314-084, telefax/üzenetr.: 36/ 428-084, ügyvezetők: R. Borsics Mária, Radó István. E-mail: radonyom@mail.agria.hu

Előszó

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

Ennek a felismerésnek eredményeként jött létre az elmúlt év végén a Magyar
Sebkezelő Társaság (MSKT), mely a sebgyógyulás és sebkezelés témájában szerve-
zői, koordináló, információt gyűjtő és szolgáltató, közvetítő, klinikai vizsgáló és
felvilágosító, kutató és ismeretterjesztő feladatokat tűzött ki maga elé.

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

A most induló „Sebkezelés-sebgyógyulás” címmel megjelenő folyóiratnak cél-
ja, hogy fórumot biztosítsunk mindenki számára, aki a témában érdekelt, ezzel
lapunkon keresztül is javasolhassuk majd a mindenkori legmodernebb sebkezelési
eljárásokat, módszereket és a sebkezeléshez szükséges sebkezelő anyagokat, gyógy-
szereket és korszerű kötszereket.

Folyóiratunk foglalkozni kíván minden olyan témával, ami a sebgyógyulást és
sebkezelést érinti. Közleményeket, kiértékelő referátumokat, beszámolókat, ismer-
tetőket várunk klinikusoktól, kutatóorvosoktól, bárkitől, így a manuális szakmák
orvosaitól, de angiológusoktól, bőrgyógyászoktól, gerontológusoktól, diabeto-
ológusoktól, családorvosoktól, szociális munkásoktól, ápolóktól és gondozóktól egy-
aránt.

Minél szélesebb körben cseréljük ki tapasztalatainkat és véleményünket, annál
hathatósabban tudjuk előbbre vinni a sebgyógyulás és sebkezelés kérdését betege-
ink javára. Ezen gondolatok jegyében ajánljuk az Önök figyelmébe folyóiratunkat.

Dr. Baksa József

Prof. Dr. Faller József

Prof. Dr. Horváth Attila

a Magyar Sebkezelő Társaság társelnökei

Köszöntő, társaság-alapításra, folyóirat-indításra, gerontológustól

Megalakult a Magyar Sebkezelő Társaság. Szakmai-tudományos életünk palettája bővült. Köszönjük, a betegek nevében. Köszöntjük, a gerontológusok táborából. A kitűzött célok mindennapi gyakorlati jelentőségét aligha hangsúlyozhatjuk eléggé. Az idôsgyógyászat számára – is – nyereség, hogy kedves barátunk, kollégánk, minden jó ügy híve, Dr. Baksa József pályájára bocsátotta a sebkezelés fontos ügyét. Az új folyóirat biztosítéka a folyamatos tájékoztatásnak, a rendszeres kapcsolatnak.

Olvasva a T. Alapító tagok névsorát, tanítómestereim és tanítványaim, régebbi és jelen munkatársaim, hajdanvolt évfolyamtársaim nevére bukkanok. Örülök, hogy kedves Mindannyiukkal új Társaság soraiban lehetek, századvégünk, ezredfordulónk közelében Velük találkozhatok.

Bízom tehát az együttműködésben, Sebkezelők és Gerontológusok közös kreatív munkájában az idős nemzedék érdekében.

Köszöntô, írtam, igen, szeretetteljes köszöntés, kérem, fogadják el. Eredményeket kívánok, új és új ismereteket, önzôen is, a gyógyítás gyönyörúsége érdekében.

Tisztelettel:

Dr. Vértés László

a Magyar Gerontológiai Társaság fôtitkára

A betegápolás rövid története az őskortól napjainkig

MÉSZÁROS GÁBORNÉ

Az ápolástörténet szerves részeként kapcsolódik az orvoslás történetéhez, a kettő elválaszthatatlanul feltételezi egymást.

Az ősi kultúrákban az egészségügyi ellátás és a gyógyítás vallási hiedelmeken és mítoszokon alapult. A kórisme felállítása és a kezelés irányítása a vallási vezetők feladata volt, és számos kultúrában tartották úgy, hogy a betegség az istenek büntetése. Ezekben a kultúrákban az ápolók rendszerint a vallási vezetők irányítása alatt tevékenykedtek.

Az ápoló őrizte a beteget, és az orvos vagy pap utasításait hajtotta végre.

A kereszténységnek köszönhető, hogy az ápolónő egyre nagyobb tiszteletnek örvend, és az ápolás tevékenységi köre is kibővült. A kereszténység talán legkorábbi ápolással kapcsolatos feljegyzése a diakonisszák rendjének alapításáról szól.

Bár az ápolás egyre inkább emberbaráti tevékenységgé vált, a formális ápolóképzés és oktatás ekkor még nem alakult ki. Az ápolót gyakran csecsemő- és gyermekgondozó cselédként alkalmazták.

A középkorban a keresztes háborúk új lendületet adtak az ápolás és az egészségügyi ellátás fejlődésének.

A XVI. század további változásokat hozott a hazai betegápolás intézményeinek helyzetében. A reformációig az egészségügy intézményes kezelése kolostorokban, kisebb mértékben a városi világi szegény- és betegápoló kórházakban történt, – több esetben a káptalani ispotályban – a reformáció korában itt is változás következett be. A mozgásképtelenekről az ispotály gondnoka gondoskodott. Akinek ereje engedte, annak kötelessége volt segédkezni. A templom kántorának felelőse pedig ápolta a betegeket, mosott rájuk.

Az Irgalmas Nővérek rendjét Páli Szent Vince alapította 1633-ban, Franciaországban. A nővérek ispotályok, menedékhelyek és szegényházak betegeit ápolták. Az Irgalmas Nővérek első rendfőnöke a magas társadalmi rangú özvegy, Louise de Gras volt, aki feltehetőleg a legelső, ápolórendhez kapcsolódó oktatóprogram alapítója volt. A hallgatóknak a kórházi, otthoni ápolásban, ill. betegellátásban egyaránt gyakorlatot kellett szerezniük. Hazánkban 1673-ban települt az első irgalmas rend.

A XVIII. században a városok terjeszkedése és a kórházak számának gyarapodása miatt az ápoló szerepe is fontossá vált. A magyar ápolásügy és ápolóképzés központjainak a szerzetesrendek kórházait valamint a helyőrségi kórházakat kell tekintenünk, ahol a gyakorlati képzés mellett bizonyos elméleti ismereteket is elsajátítottak a férfi és női szerzetesek.

A XIX. században egyre nagyobb számban hívtak életre erre a célra polgári hu-

manitárius intézményeket. Nem sokkal később megkezdte működését néhány ápolónőképző iskola. Bécsben 1812-ben, Berlinben 1832-ben a Charitéhez kapcsolódó nővériskola tanfolyama már vizsgával záródott. A protestáns egyház felélesztette a diakonisszák rendjét 1836-ban. E rend feléledését az is segítette, hogy felismerték: ápolásra nőket a leghelyesebb alkalmazni.

Hazánkban a reformkor végén már mind több javaslat született arra vonatkozóan, hogy miként lehetne a betegápolásba nagyobb számú világi személyt is bevonni, s ezzel biztosítani a kórházi munka zavartalan feltételeit. E javaslatok nem kívánták kizárni a szerzeteseket az ápolási munkából, csupán reálisan mérték fel a rendek lehetőségeinek határait. A polgári személyek, elsősorban a nők bevonásában látták az egyre aggasztóbb ápolásügy kérdéseinek megoldását.

A női ápolók rendszerét Kossuth Lajos 1849. április 16-án azzal erősítette meg, hogy országos főápolónővé kinevezte Meszlényiné Kossuth Zsuzsannát, legfiatalabb nőtestvérét, 1849. májusában megalakultak a Nőegyleteken belül a betegápoló egyletek, amelyek részt vettek a kórházak munkájában.

A krími háború előtt – Florence Nightingale tevékenységét is megelőzve – a magyar önkéntes ápolónői intézmény olyan emberbaráti elveket valósított meg, amelyek később a vöröskeresztes mozgalomban váltak általánossá.

Florence Nightingale 1860-ban a londoni Szt. Tamás kórházban ápolónő iskolát létesít, megírja laikusok számára az „Ápolás” című művét. Az ápolás szerepét a következőkben határozta meg: „ismerve annak módját, hogy miként kell a test egészségét megőrizni vagy megszabadítani a betegségtől, az ápolás felelősséget vállal a beteg egészségéért.”

1881-ben hazánkban megalakul a Magyar Vöröskereszt Egylet.

1885-ben Betegápolónői Intézetet alapít a Magyar Vöröskereszt.

Az ápolónők nyilvántartásával a Magyar Vöröskereszt Egylet foglalkozott. Országosan 1885-ben 43, 1890-ben 156, 1905-ben pedig 179 képzett világi ápolónő volt.

A századforduló után több határozatot hoztak az ápolószemélyzet helyzetének javítása érdekében. Az volt a cél, hogy a világi ápolónők is részesüljenek olyan ellátásban, mint az apácák. Eltörölték a heti két böjti napot. Előírták a munkaruhával való ellátást, a kötelező egyenruha viseletet, rendszeresítették az ápolónői tanfolyamokat, szabályozták a helyettesítések, a szabadnapok pótlásának kérdését. Szervezett állami ápolónőképzésről gyakorlatilag 1927-től beszélhetünk, ekkor az Országos Közegészségügyi Intézet kidolgozza az egységes ápoló és védőnőképző programot. A szakképzés teljes rendszere 1945 után épült ki.

A magyar védőnő- és ápolónőképzés az alapítástól számított több évtizeden keresztül kettős képesítést adott. Az ebben az intézetben végzetek egészen az 1940-es évek végéig betegápolói és védőnői szakképesítést kaptak. 1946-ban az Egészségügyi Szakszervezet kezdeményezésére létrehozták a 2 éves, bentlakásos – Varga Katalinról elnevezett – Ápolónőképzőt. A Szakképzési Törvény hatályba lépésével lehetővé vált az érettségi utáni iskolarendszerű képzési formában az ápolószemélyzet képzésének kiszélesítése.

Az ápolás kezdett szakosodni (gyermek, pszichiátria stb.), majd a másodfokú

képzések alapjául szolgált (intenzív terápia, műtős-szakasszisztens, aneszteziológiai szakasszisztens stb.).

Az USA-ban 1920-ban megindulnak az első főiskolai diplomás szülésznő és ápolónőképző programok, 1969-től az egyetemi végzettséget adó ápolóképzés.

Magyarországon 1989-től működik a Diplomás Ápoló képzés, amely felsőfokú főiskolai végzettséget ad. A szakma törekvése, hogy Magyarországon is lehetőség legyen egyetemi szintű ápolói végzettség elérésére.

Jelenleg a képzés-szakképzés reformjának időszakát éljük.

Az ápolás fejlődése közben a feladatkörök és az elvek folyamatosan bővültek, ezért az elméleti szakemberek is többféleképpen határozzák meg az ápolási tevékenység fogalmát. Az ápolási modellek koncepciói és elméletei alapján meghatározott ismeretek javítják az ápolás mindennapi gyakorlatát, a kutatás és az ápolói tananyag vezérfonalául szolgálnak, és kijelölik az ápolási tevékenység céljait. Az elmélet alapján tűzhetők ki a megítélés, a kórismézés és a beavatkozás céljai. Meghatározható az egymás megértéséhez szükséges közös nyelv, ill. kialakítható a szakmai autonómia és felelősségre vonhatóság.

Az ápolás ellátást nyújt az egyéneknek, családoknak és csoportoknak egész életük során – a fogantatástól a halálig.

Az ápolás egyaránt művészet és tudomány, megkívánja a tudományra jellemző ismeretanyag és készségek ismeretét és alkalmazását. Ugyancsak számít a bölcsészeti, fizikai, társadalmi, orvosi és biológiai tudományokból származó ismeretekre és technikákra.

Az itt leírt, címszavakban ismertetett ápolói feladat láthatóan nagy utat tett meg a kezdetektől napjainkig. A papok utasításait végrehajtó, később cselédként kezelt nőkből magasan képzett önálló tudományággá fejlődött hivatás diplomásai váltak.

Levelezési cím:

Mészáros Gáborné

Szent János Kórház

Ápolási Igazgatóság

1125 Budapest, Diós árok u. 1.

Decubitus – geriátriai megfontolások

DR. VÉRTES LÁSZLÓ

(MAGYAR GERONTOLOGIAI TÁRSASÁG, BUDAPEST)

Összefoglalás

A geriátriai gyakorlat egyik jelentős gondja a decubitus. Az orvos- és szakdolgozó-képzésben alig kap hangsúlyt e kérdéskör. A megelőzés és a kezelés ismertetése az alapképzés feladata. A szerző a geriáter szemével foglalja össze a teendők lényegét.

Az idősök ellátásában, gondozásában mindmáig az egyik legjelentősebb kérdéskör a decubitus. Kórházi osztályokon, szociális intézményekben gyakran fordul elő. Részletes epidemiológiai felmérések nem állnak rendelkezésre. Ennek több oka van, talán az is, hogy igyekeznek említését mellőzni. Szemléleti tényező is közrejátszhat, nevezetesen: szinte „kötelezően” előfordulónak vélik. Nem hallgathatjuk el objektív tényezők szerepét sem, szubminimális a kórházi ápoló személyzet (sajnos, az őszinteség erkölcsi köteleme alapján kell megjegyeznünk, hogy számos esetben nemcsak mennyiségi, hanem minőségi vonatkozásban is...).

Az Orvosi Lexikon cikkszót szentel a decubitusnak, közölve a definíciót: „nyomás, felfekvés okozta fekélyképződés a bőrön vagy belső szervek nyálkahártyáján. A bőrön hosszantartó nyomás (tartós fekvés), sűrűn ismétlődő ütődés vagy nyomás, horzsolás következménye” (1).

Néhány külföldi adatot idézünk:

Plescher (6) Ausztriában kezelt elmebetegekkel kapcsolatos tapasztalatait foglalta össze. Osztályukon 3211 beteg közül 60-nak, 1,8%-uknak volt decubitusa. A szerző kiemeli, hogy ezek a számok az idős emberek gondozásának jó irányú megváltoztatására hívják fel a figyelmet. Schillhuber-Hesse (8) az agyi érkatasztrófa átesettek rehabilitációjának tapasztalatait összegezte. Hangsúlyozza a teendők mielőbbi megkezdését, összegezi a feladatokat: trombózisok és bronchopneumonia megelőzése, küzdelem a kontrakturák és a decubitus ellen.

Németországban a gerontológia vezető személyisége, Ingo Füsgen az idült betegségben szenvedő idősök gondozásáról írt könyvében (2) a decubitusnak fejezetet szentel. Számos ajánlást közöl a megelőzésre és a kezelésre. Elsőrendű a betegek rendszeres mozgatása, a tiszta tudattal rendelkezôket be kell vonnunk a folyamatba. A háton, illetve oldal fekvést kétóránként ajánlatos változtatni. A szerző leírása szerint rutinszerű sorrendben módosítsuk a beteg helyzetét: hátonfekvés – bal oldalon fekvés – hátonfekvés – jobb oldalon fekvés – hátonfekvés.

Füsgen arra is kitér, hogy decubitusveszély esetén ne adjunk éjszakára altatószert. (A geriáter – és más kollégák – egyik alapvetô feladata egyébként is az idősök altatószer- és hashajtó abususának megelőzése, illetve megszüntetése.) A szerző további gyakorlati tanácsokat közöl. A beteg alatt lévô ágynemű sima legyen, csak egyrészes matracokat használjunk. Feltétlenül gondoljunk inkontinencia esetén a bőr védelmére, szükség esetén alkalmazzunk betétet. Figyeljünk, hogy kezdôdik-e decubitus kialakulása, az azonnali intervenció elengedhetetlen. Füsgen a teljesség kedvéért fogalmazza meg, hogy igyekezzünk az egyéb fennálló betegség-

geket gyógyítani. Közli, hogy biztosítsuk a fehérje- és kalóriadús étkezést, megfelelő vitamin-mennyiséggel.

A hazai szakirodalomból néhány szemelvényt kiválasztunk. Sasváriné Bojtor A. (7) a háziápolás számára foglalta össze a tudnivalókat. Kötetének egyik fejezete: „Fekvési, fektetési módok”. Többek között írja: „Mindenesetre lehetőséget kell biztosítani a testhelyzet változtatásához, a felfekvés megelőzése érdekében”, „Az ágyban is szükséges a mozgástér biztosítása, nemcsak a kényelem miatt, hanem a felfekvés megelőzése érdekében”. Ismerteti a fekvési helyzeteket, a kényelmi eszközöket – kitűnő preventív szemlélete példamutató.

Kertész (3) összetett témakört dolgozott fel, a gerincvelő-sérüléshez társuló decubitusok egyes szövődményeiről. Bevezetőben fogalmazza meg: „Az ágyban fekvő harántsérült elsősorban sacralis és trochantericus decubitusok veszélyének van kitéve, melyek megelőzése évtizedek óta foglalkoztatja az orvosokat és a kórháztechnika fejlesztésében érdekelt mérnököket egyaránt”. A helyzet valóban ez! Azzal is egyetértünk, ami ezen közlemény „Megbeszélés”-ének első mondata: „Ha a decubitus kórházi kezelés során alakul ki, mindenképpen ápolási hibaként értékelhető”.

A „Rehabilitáció” című szakfolyóirat az előbbieken vázolt Kertész-cikkhez szerkesztőségi megjegyzést csatolt. Mondanivalónk szempontjából érdemes idéznünk: „Ismert dolog a bénult betegek ápolási hiányosságai miatt könnyen kialakuló, a bénult területeket érintő felfekvés. Számtalan cikk, előadás foglalkozott már a felfekvések megelőzésének jelentőségével. Ennek ellenére hazánkban még ma is sok esetben észleljük a bénulás ezen súlyos, esetenként halálhoz vezető „szövődményét”. A cikk erre az „iatrogen” szövődményre, kialakulásának lehetőségére, és a már kialakult, csípőízületet is érintő forma megoldására hívja fel a figyelmet”.

Megyesiné Major G. és Oberczíánné esetbemutatót ad annak példájaként, hogyan kezelik belgyógyászati osztályon az idült betegségben szenvedők decubitusát. Az ellátásban „legfontosabb feltétel az intézmény részéről: a gondos ápolás, a beteg részéről: az akarat”. A szerzők csatolják az általuk is használt, a debreceni kórház által rendszeresített ápolási lapot (1. ábra). Egyúttal az alkalmazott decubituslap fejlécét is mellékeljük (2. ábra). A dokumentumok alkalmasnak tűnnek a szélesebb körű bevezetésre.

1997-ben Magyarországon is megjelent, *Iván László* főszerkesztésében a Geriatriai kézikönyv, amelynek 14. fejezete: „Nyomási fekély (Decubitus fekély; Felfekvés)”, szerzője Marilyn Pajk. Kiemeljük a fontosabb tudnivalókat. Az első a definíció: „A csontos kiszögelléseket borító bőr, subcutis, sőt gyakran az izomzat rövid időn keresztül ható intenzív vagy enyhe, de tartós nyomás következtében kialakult ischaemiás károsodása, következményes necrosissal. Az elváltozás, kórfolyamat megjelölésére a decubitus fekély és a felfekvés meghatározásokat alkalmazzák. Szó szerinti fordításban ez a latin kifejezés „lent fekvő”-t jelent, azaz a nyomási fekély kialakulására leginkább hajlamosító testhelyzetre utal. Bár általában az ágyhoz kötött betegben, a deréktól lefelé eső testrészekben észlelhető, más testtájakon és a beteg bármilyen testhelyzetében is kialakulhat”. Táblázat közli, hogy melyek a leggyakoribb nyomási pontok – a leggyakoribb régiók: keresztcsont, nagytom-

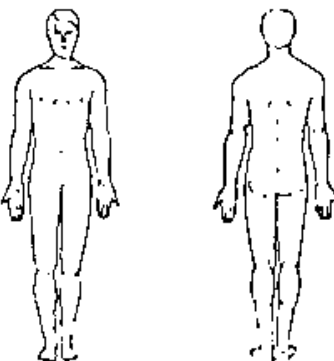
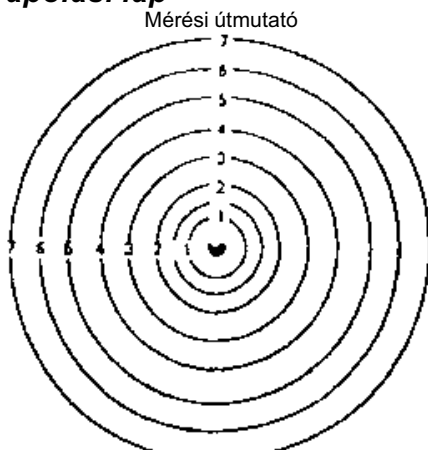
por, ülőgumó, a könyök- és térdízület epicondylusai, boka, sarok; kevésbé gyakori helyek: könyök, lapocka, csigolya, borda, fül, tarkó. Szomorú adat, hogy az Amerikai Egyesült Államokban a betegek 10–20%-a kerül kórházba nyomási fekély miatt, vagy az intézményben jön létre az elváltozás. Az ápoló otthonok lakóira vonatkozóan 23%-os előfordulási arányról olvasunk. Óriási összegeket jelent a decubitus kezelése (a szerző 2000–10000 dollárt említ!). Okként 4 fizikai tényezőt sorol: mechanikai nyomás, dörzsölés, nyíróerők, a bőr felpuhulása. Alfejezet foglalkozik az osztályozással, a 4 stádium leírásával. A kockázati tényezők kiküszöbölése és mérséklése alapvető feladat, így például írott forgatási rend bevezetése, az ülő helyzetben töltött idő korlátozása, az ágy fejevét ne emeljük 30 foknál magasabbra, az együttműködő beteget tanítsuk meg a testhelyzet változtatá-

Hajdú-Bihar Megyei Önkormányzat
Kenézy Gyula Kórház-Rendelőintézet
Debrecen

A beteg neve:

Decubitus ápolási lap

Jelölje meg az ábrán a decubitus helyét

D e c u b i t u s

Dátum	Nagysága cm	Mélysége cm	X Látható jelek	XX Váladék típusa	X Váladék menny.	Stádium	Nővér aláírása

Jelmagyarázat:

X Látható jelek	XX Váladék típusa	XXX Váladék menny.
P = piros	O = nincs	O = nincs
H = hámiány	S = savós	K = kevés
N = necrosis	G = gennyes	KP = közepes
		B = bő

Decubitus-lap

Osztály:

Dátum	Név	Hozott honnan?	Itt alakult	Stádium	Nagyság cm ²	Mélység cm	Váladék típusa	Váladék mennyisége	Ellenőrző véleményezés
Ápolás és kezelés folyamata:									

sára, megfelelő ágyfelszintet válasszunk, legyenek jó kiegészítő eszközök, törődjünk az incontinencia vizsgálatával és kezelésével, a beteg bőrét tisztán és szárazon tartjuk, ellenőrizzük a beteg táplálkozását. (* lásd. a lárjegyzetben)

Az előbbieken vázlatosan összefoglalt irodalmi közlések hasznos útmutatásokat nyújtanak az idősek mindennapi ellátásához. Célunk és feladatunk a megelőzés – gyógyítás – rehabilitáció szerves egységének biztosítása.

Irodalom

1. Decubitus, Orvosi Lexikon 1. kötet. Akadémiai Kiadó, Budapest, 776. oldal. 1967. –
2. Füszen I.: Pflege und Betreuung des chronisch kranken, alten Menschen zu Hause. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 46. oldal. 1980. –
3. Kertész Gy.: Gerincvelő-sérüléshez társuló decubitusok szövödményeként kialakuló purulens csípőarthritisek kezelésével szerzett tapasztalataink. Rehabilitáció, 4, 205, 1994. –
4. Megyesiné Major G., Oberczán R-né.: Krónikus betegek decubitusának kezelése belgyógyászati osztályon. Rehabilitáció, 7, 178, 1997. –
5. Pajk, M.: Nyomási fekély (Decubitus fekély, Felfekvés). Geriatriai kézikönyv, főszerkesztő: Iván László., Budapest, 155. oldal, 1997. –
6. Plescher A.: Versorgung verwirrter Patienten aus österreichischer Sicht. In: Interdisziplinäre Aspekte der Geriatrie. Szerk.: Füszen I., Medizin Verlag, Vieweg, 75. oldal. 1990. –
7. Sasváriné Bojtor A.: A házi ápolás ABC-je. Pécs, 8. oldal. 1995. –
8. Schillhuber-Hesse Th.: Die Bobath-Methodik in der Rehabilitation des Schlaganfalls. In: Interdisziplinäre Aspekte der Geriatrie. Szerk.: Füszen I., Medizin Verlag, Vieweg, 103. oldal, 1990. –
9. Szerkesztőségi megjegyzés: Dr. Kertész Gy. cikkéhez. Rehabilitáció, 4, 208, 1994.

Levelezési cím:

Dr. Vértes László

Péterfy S. utcai Kórház-Rendelőintézet

II. Krónikus Belgyógyászati és Geriátriai Osztály

1067 Budapest, Csengery u. 69.

* A kézirat beküldése után jelent meg a Magyar Egészség Piac c. folyóirat 1. száma, melyben az első szakmai oldalak — Terápiás ajánlatok — témája a sebellátás. Az első közlemény: Baksa József: Felfekvés (decubitus), több tízezer beteg évente - című tanulmányában kitűnő összefoglalást ad az elméleti és gyakorlati kérdésekről, a korszerű kezelés módjairól. V.L.

A decubitus megelőzése, ápolása traumatológiai osztályon*

NEDICZKI SÁNDORNÉ, NAGY JÁNOSNÉ

KOMÁROM-ESZTERGOM MEGYEI SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ, TATABÁNYA

Osztályunk 80 ágyas, ebből 20 ágyon ortopédiai, 60 ágyon traumatológiai betegeket ápolunk. A sérülést szenvedő betegeknél jóval nagyobb számban fordul elő ez a nem kívánt szövödmény, mint az ortopédiai műtéten átesetteknél. A traumás sérültek közül, rizikófaktorukat tekintve, kiemelt figyelmet érdemelnek az alsóvégtag-törések, lábszártörések, medencetörések.

Az ortopédiai betegeknél a decubitus kialakulása szempontjából veszélyeztetettek a csípőprotézis-beültetésen átesett egyének. Az elmúlt évben 3000 beteg ellátására került sor, ebből 305 beteg combnyaktörést szenvedett, csípőprotetizálás 60 betegnél történt, lábszártörötteknél konzervatív kezelésben 15 beteg részesült.

A konzervatív módon kezelt lábszártöröttek és csípőprotézis-beültetésen átesett betegeknél a decubitus előfordulása elenyésző, és a 2. stádiumnál (hámhiány) tovább nem terjednek, mert ezeknél a betegeknél a mozgatás, mobilizálás korai megkezdésével, a megfelelő kezeléssel és az ápolás adta lehetőségekkel élve látványos javulás, illetve gyógyulás érhető el. A decubitus tartós nyomási stressz hatására alakul ki. Az általam felsorolt esetek közül az osztály dolgozói számára a legnagyobb problémát a tomportáji- és combnyaktörött betegek ápolása jelenti a decubitus kivédése szempontjából.

Ez a fajta sérülés az átlagéletkor fölötti betegeknél fordul elő a leggyakrabban. Az idős emberek jórészt egyedül, magányosan élnek. Amikor a trauma bekövetkezik, gyakran hosszú órák, sőt napok telhetnek el, mire rájuk találunk, ilyenkor többnyire exsiccalt, lehűlt állapotban és a már kialakult decubituszal kerülnek az osztályunkra.

Ebben az életkorban a sérülések gyakran szövődnek más társbetegségekkel, melyek egyben további hajlamosító tényezői is lehetnek a decubitus kialakulásának. Ezek lehetnek beidegzési zavarok, fertőző betegségek, lázas állapotok, inkontinencia, bőrbetegségek, daganatos betegségek, időskori anémia és anyagcseré-betegségben szenvedő (leggyakrabban diabéteszes) túl kövér vagy túl sovány betegek. Gyakran ezek a társbetegségek olyan súlyosak, hogy nem teszik lehetővé az azonnali műtétet, néha 24–48 óráig is tartósan hanyatt fekvő helyzetben kell, hogy fekdjenek. A kemény Braun-szánkó és a mobilizáció hiánya fokozott decubitusveszélyhez vezet. Az extenzió korlátozza a beteg mozgatását, műtét után pedig csak 24–48 óra elteltével tudjuk a beteg mobilizálását megkezdeni, a beteg állapotától és az orvos utasításától függően.

* Megjelent a Magyar Egészség Piac 1998. évi 1. számában.

A spinál-anesztézia és annak következményei csökkentik a beteg szenzibilitását, és nem figyelmeztetnek az összegyűrt lepedőre, vagy alákerült kemény tárgyra. Gyógyító teamünk, orvosaink, nővéreink, gyógytornászaink különös figyelmet fordítanak a magas rizikófaktóru betegekre, ezért nagyon fontosnak tartjuk a megelőzést. Sok szenvedéstől és életveszélyes komplikációktól óvhatjuk meg veszélyeztetett betegeinket, ha sikerül a decubitus kialakulását megakadályozni.

A megelőzésnél fontos a preventív szemlélet, a gondos ápolás, a speciális és nem speciális eszközök alkalmazása.

Intézményünkben, így osztályunkon is a Norton-skála szerinti csoportosítást alkalmazzuk, amelynek összesített pontértékei alapján jól elkülöníthető, hogy a három csoport közül melyikbe sorolandó a beteg:

- a nem veszélyeztetett,
- a közepes rizikójú vagy a
- magas rizikójú sávba.

Felvételkor és az ápolás során naponta többször megtekintjük azokat a helyeket, ahol a decubitus kialakulása várható. Hiperémia és ödéma észlelését a kezelőorvosnak haladéktalanul jelentjük.

Az ápolási dokumentációban az észleléseket regisztráljuk.

Ilyenkor azonnal megkezdjük a lehetőség szerinti mobilizálást, és a szükséges ápolási műveletek elvégzését. Fontosnak tartjuk a beteg bőrének ápolását, naponta egyszeri teljes lemosását, túlságosan izzadó betegeknél naponta többször is, különösen ügyelünk a bőrredőkre, hajlatokra, amit a száraztörlés után behintőporozunk. Különös gondot fordítunk arra, hogy a beteg ágyneműje, fehérműje mindig tiszta, száraz és ráncmentes legyen.

Inkontinens betegeknél TENA-betétet alkalmazunk, a műtét idejére állandó katótert helyezünk fel az aszepszis, antiszepszis szabályainak betartása mellett. Ügyelünk arra, hogy az ágyban oda nem illő tárgy, szemüveg, hómérő, fésű ne maradjon.

Évek óta alkalmazzuk a Gyopár-párnacsaládot, amelynek megfelelő típusával védjük, illetve támasztjuk alá a terhelésnek legjobban kitett területeket: sarok, könyök, térd közé, ülőpárna.

A beteg testét naponta többször spiritusz-menta oldattal bedörzsöljük.

A beteget mindig felvilágosítjuk arról, hogy mennyire fontos a gyakori testhelyzet-változtatás. Az ágyból való felkeléssel vagy kiültetéssel megelőzhetjük a decubitus kialakulását. Aktív mozgásra nem képes betegeink testhelyzetét 2–3 óránként változtatjuk, kerülve a 90 fokos oldalra fordítást.

Nem hanyagolható el a pszichés támogatás és a megfelelő kommunikáció.

Az addig aktív beteg hirtelen magatehetetlenné válik, én-identitása megrendül, önbecsülése csökken, szinte teljesen kiszolgáltatottá válik. Fontos, hogy mielőbb bevonjuk őt az ápolásba, elérhető célokat tűzzünk ki elé, függőségét, amint lehet, csökkentjük, a beteg bizalmát megnyerjük, beteg-tesztelő magatartással, empátiával a beteg gyógyulását elősegítjük.

A legnagyobb gondosság, a legszakoszerűbb ápolás ellenére is előfordul, hogy nem sikerül a decubitust kivédeni.

A már kialakult decubitusok kezeléséhez több gyógyszer- és kötszercég termékét kipróbáltuk. Osztályunkon a Mölnlycke-termékek bizonyultak a leghatásosabbnak, ezért jelenleg is ezeket a termékeket alkalmazzuk.

1. Első stádiumban, amikor a bőrpír megjelenik, igyekszünk a beteg számára a legoptimálisabb testhelyzetet megtalálni.

A forgatásnál szem előtt kell tartani, hogy a beteget törött végtagjára ne fordítsuk. Ilyenkor betegalátétet alkalmazunk, melyet szükség szerint, de minimum naponta cserélünk. Lehetőség szerint mielőbb mobilizáljuk, fotelbe kiültetjük.

2. Második stádiumban, amikor kialakul a hámphány, a hámfosztott területet 3%-os hidrogén-peroxid-oldattal néhány percig pezsegetjük.

Steril Mesalt-lappal a nedves sebet feltisztítjuk, a hámfosztott terület környékét Neogranormon kenőccsel bekenjük.

A sebre Mesalt lapot helyezünk, erre steril Mesorb kerül, ami túlér az ép sebzélen, ezt Mefix-szel rögzítjük. Ezt naponta megismételjük, amíg a seb fel nem tisztul (általában ez a 3., 4. nap).

A feltisztult sebre Mepitel szilikonhálót, majd erre szükség szerint steril Mesoftot vagy Mesorbot helyezünk fel úgy, hogy túlérjen a Mepitelen és ezt Mefixszel rögzítjük. A Mepitel szilikonháló akár 14 napig is fennmaradhat, csak a Mesoftot vagy Mesorbot cseréljük szükség szerint.

A kialakult friss hámréteget néhány napig még steril Mesoft-kötéssel védjük, amit szintén Mefixszel rögzítünk.

3. Ha a kezelés ellenére is kialakul a harmadik stádium, a szövetelhalás, igyekszünk a száraz üszkösödés állapotát megőrizni. A második stádiumnál leírt módon dezinficiáljuk. A Mesoft-kötést Mefixszel rögzítjük. Nedves üszkösödés esetén a seb szárítására törekszünk.

Az előzőekben említett módon dezincifiáljuk a sebet, védjük a seb környékét, és a Mesorb-kötést szükség szerint cseréljük.

Hetente kétszer a decubitus váladékát leoltjuk és bakteriológiai vizsgálatra küldjük. Az elhalt szövetek kilökődése sebészeti beavatkozást tesz szükségessé. A nekrektómia után a sebész-szakorvos irányításával történik a seb ellátása.

Szerencsére erre a végső megoldásra csak ritkán van szükség. 1996-ban 5 betegnél került rá sor. Szeretnénk, ha osztályunkon még kevesebb számban fordulna elő ez a súlyos szövödmény.

*„Ha... (...) ...többek életét és munkáját összekapcsoljuk, együttesen mindnyájan sokkal messzebbre jutunk, mint külön bárki is eljutna.”
(Descartes)*

Levelezési cím:

Nediczki Sándorné

Szent Borbála Kórház

2800 Tatabánya, II. Dózsa Gy. út. 77.

Nyomási fekélyek kezelése cink-hyaluronáttal

(Curiosin® – Richter Gedeon Rt.)*

DR. TÓTH ISTVÁN, DR. DÉR MÁRTA

I. KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZATI OSZTÁLY, II. RÁKÓCZI FERENC KÓRHÁZ, SZIKSZÓ

*„Periculum in mora” – Veszedelem rejlik a késlekedésben
(Livius, XXXVIII)*

Összefoglalás

A szerzők a cink-hyaluronát vegyület hatásosságát vizsgálták a nyomási fekélyek szokásos kezelése mellett I., II. és III. fokú decubitusok 2 hetes kezelési periódusa során. Összesen 19 beteg felfekvésének az alakulását figyelték. A betegek átlagéletkora $75,9 \pm 6,9$ év volt. A megfigyelési időszak alatt a fekélyek alapterületének átlagos csökkenési aránya $8,3 \pm 69\%$ volt, a kezelés hatására az I., legenyhébb súlyossági fokú decubitusok javulása volt a legszembetűnőbb, itt átlagosan $68,2 \pm 18,9\%$ -kal mérséklődött a felfekvések alapterülete. A vizsgálati időszak alatt a decubitus kialakulási rizikót reprezentáló Braden-skála átlagértéke nem változott, így egy esetleges általános állapot javulásnak az eredményekben nem volt szerepe. A szerzők ajánlják a decubitusok minél korábbi stádiumában a kezelés hatékony kiegészítésére a cink-hyaluronát (Curiosin®) terápia bevezetését.

Bevezetés

Az immobilizáció szövôdményeinek, a nyomási fekélyeknek (decubitusok) a megelőzése és a kezelése jelentős egészségügyi probléma gyakoriságuk, a prevenció nehézségei, továbbá a kezelés költségei, a lehetséges szövôdmények miatt. Hazánkban kb. évi 10 000 decubitus kezelésével kell számolni. Az USA-ban közzétett statisztikák szerint az ott kórházi kezelésre szoruló betegek 10–20%-ánál fordul elő felfekvés. A decubitus a különféle okok miatt helyzetváltoztatásukban gátolt betegek bőrén nyomás, dörzsölés, maceráció hatására alakul ki, leggyakrabban a nyomásnak leginkább kitett sacralis, gluteális, könyök, térd, boka és sarok területen. Megelőzésében és kezelésében egyaránt fontos a kockázati tényezők minél erőteljesebb mérséklése: a testhelyzet gyakori változtatása (amire a beteg képes, arra ki kell oktatni, amit nem tud elvégezni azt az ápoló személyzetnek kell megtennie a páciens forgatásával, mozgatásával), a bőrt érő nyíróerők csökkentése, a megfelelő ágyfelület kialakítása, az inkontinencia kezelése, a beteg bőrének tisztán és szárazon tartása, a beteg tápláltságának, cardiovascularis állapotának a javítása.

Ha már kialakult a fekély, akkor az előbbieket mellett a krónikus sebkezelés irányelveinek megfelelően segítenünk kell a nyomási fekély gyógyulását. A fekélyek me-

*A Richter Gedeon Rt. 1998. évi pályázatán részt vett pályamű.

chanikus és enzimes tisztításával, az infekciók gátlásával, a környező bőr védelmével meg kell teremteni a sebgyógyulás minél jobb feltételeit (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Beteganyag

1997. november és 1998. február között betegenként 2 hetes követési időszakban összesen 19 beteg decubitusának az alakulását vizsgáltuk. A bevezetésben említett terápiás beavatkozások mellett a felfekvéseket cink-hyaluronát oldattal (Curiosin®) kezeltük a gyártó ajánlásainak megfelelően. (A sebalapot fiziológiai NaCl oldattal, vagy 3%-os hidrogén-peroxiddal megtisztítottuk, majd naponta egyszer a sebalapot teljes mértékben lefedő mennyiségű Curiosin®-oldatot csepepenttünk a sebre, ezután a sebet steril géz-lappal fedtük.) A betegek átlagéletkora $75,9 \pm 6,9$ év volt, közülük 10 férfi, 9 nőbeteg volt. A páciensek immobilitását döntően cerebrovascularis morbus okozta, ill. 2 esetben combnyaktörés vezetett az észlelt állapotukhoz. Az átlagos nyomási fekély kialakulási kockázat a kezelés kezdetén a Braden-skála szerint $11,53 \pm 2,71$ volt. A decubitusok közül 12 sacralisan, 4 glutealisan, 2 saroktájon, egy pedig bokatájon helyezkedett el.

Módszer

A kezelési időszak elején és végén a következő adatokat tartalmazó adatlapokat készítettük el: meghatároztuk a fekély súlyossági fokát (I–IV. súlyossági fok), a jobb differenciálhatóság miatt az I. stádiumba az erythemát, a horzsolásnak és hólyagnak megfelelő képet mutató decubitusokat soroltuk, a II. stádiumba a sekély, felszínes fekélyeket, a III. stádiumba a bőr teljes rétegeit érintőket, a IV. stádiumba pedig a bőr rétegein túlérő ulcusokat. Feljegyeztük a fekélyek alapterületét cm beosztású négyzetháló segítségével, megmértük mélységüket, jeleztük, ha a fekélyalapon aláárkoltság, exszudáció, nekrozis, granuláció, epitelizáció volt látható, vizsgáltuk a decubitus környéki bőr épségét, vagy induráltságát és végül kiszámítottuk a Braden-skála alapján a nyomási fekély kockázatát. A betegek átlagéletkora $75,9 \pm 6,9$ év volt. A decubitusok közül 7 az I-es, 7 a II-es és 5 ulcus a III-as súlyossági fokozatba tartozott. Átlagterületük a kezelés elején $8,83 \pm 6,7$ cm² volt. A II. fokú felfekvések átlagos mélysége $0,37 \pm 0,08$ cm, a III. fokúaké $0,8 \pm 0,36$ cm-nek mutatkozott. Aláárkoltságot a kezelt sebeknél nem észleltünk. A kezelés elején exszudációt 6, nekrozist 3 esetben jegyeztünk föl, már granulációs jelek voltak 2 fekélyen, epitelizációt viszont nem találtunk. A Braden-skála szerinti decubitus veszélyeztetettségi érték átlagosan $11,53 \pm 2,71$ -nek adódott, ezen értékben lényeges eltérés az egyes fekélysúlyossági fokozatok között nem volt. A decubitusok fennállási idejére nem sikerült minden esetben pontos adatot beszerezni, így ezeket nem jelöltük. A kiindulási adatokat részletesen az 1. táblázat mutatja.

Eredmények

A 2 hetes kezelés utáni eredményeket a 2. táblázatban foglaltuk össze:

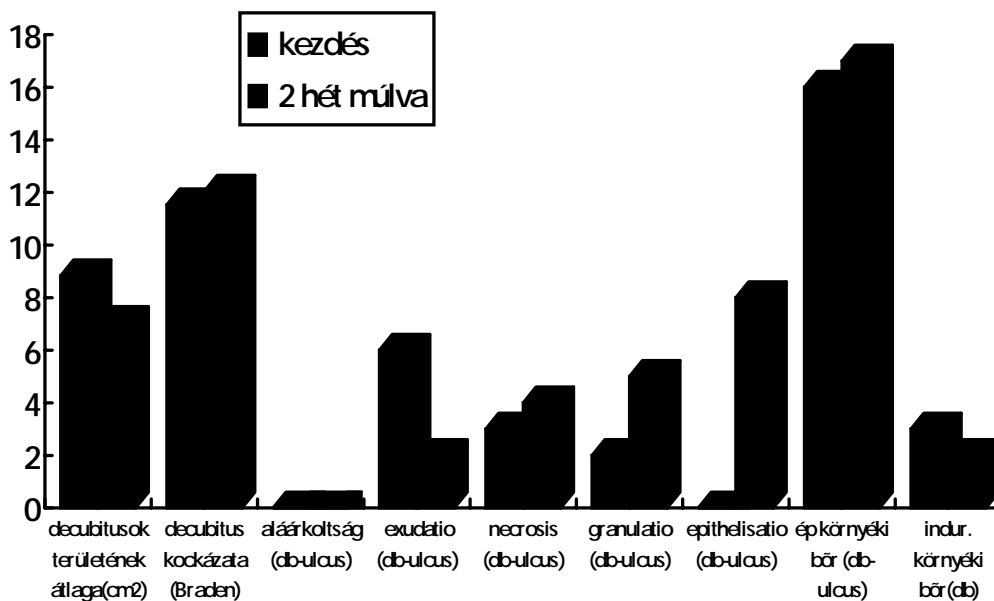
1. táblázat. A cink-hyaluronát (Curiosin®) kezelés kezdetén észlelt adatok

Súlyos- sági fok	Terület (átlag) cm ²	Mély- ség (átlag) cm	Aláár- kolttság	Exszu- dáció	Nekró- zis	Granu- láció	Epile- záció	Kör- nyéki bőr ép	Kör- nyéki bőr indu- rált	Braden skála (átlag)
I.	10.41	0	0	2/7	0	0	0	7/7	0	11.1
II.	3.07	0.37	0	3/7	1/7	1/7	0	6/7	1/7	12.3
III.	14.68	0.8	0	2/5	2/5	2/5	0	3/5	2/5	11.1
össz.	8.83	0.55		7/19	3/19	3/19		16/19	3/19	11.53

2. táblázat. 2 hetes cink-hyaluronát (Curiosin®) kezelés után észlelt adatok

Súlyos- sági fok (a keze- lés kez- detén)	Terület (átlag) cm ²	Mély- ség (átlag) cm	Aláár- kolttság	Exszu- dáció	Nekró- zis	Granu- láció	Epile- záció	Kör- nyéki bőr ép	Kör- nyéki bőr indu- rált	Braden skála (átlag)
I.	3.24	0	0	0/7	0	1/7	5/7	7/7	0	11.7
II.	3.91	0.31	0	1/7	2/7	1/7	3/7	6/7	1/7	12.4
III.	16.8	0.7	0	1/5	2/5	3/5	0	4/5	1/5	12.0
össz.	7.06	0.47		2/19	4/19	5/19		17/19	2/19	12.05

A kezelési időszak alatt a 19 nyomási fekélyből 6-nak a súlyossági fokozata eggyel csökkent, vagy a fekély gyógyult. Az ulcusok átlagterülete 20%-kal mérséklődött (8,83 cm²-ről 7,06-ra), a területcsökkenés átlagos mértéke 8,3±69% volt. Ezen csökkenésért legnagyobb arányban az I. csoportba tartozó decubitusok javulása a felelős (68,2±18,9%-kal csökkent a területük), de a II. és a III. csoportban is az egyegy romló nyomási fekély kivételével a többi javult (a II fokú decubitusoknál ez esetben az átlagterület 54%-kal, a III. fokú decubitusoknál 31%-kal csökkent). A két hetes megfigyelési időszak végén a nyomási fekély rizikóját csökkentő korábban már említett ápolási ténykedések és a krónikus sebkezelés teendői, valamint a cink-hialuronát oldattal való kezelés mellett a fekélyalapon észlelt exszudáció gyakorisága csökkent (6/19-ről 2/19-re), nekrozist a 2 romló fekély miatt viszont többet találtunk, 3 alkalommal friss granulációt, 8 esetben pedig novumként epitelizációt regisztrálhattunk. A nyomási fekély kockázata (a Braden-skála alapján) nem változott szignifikánsan a kezelés végére, a kezdeti átlag 11,53±2,71-ről csak 12,05±2,27-re emelkedett, így az esetleges általános állapotjavulás minden



1. ábra

bizonytal nem játszott szerepel az eredményekben. Adataink összefoglalva a 1. ábrán láthatóak.

Az eddigiek alapján megállapítható, hogy a cink-hyaluronát (Curiosin®) oldattal való decubituskezelés a nyomási fekély rizikóinak a csökkentése és a krónikus sebkezelés elveinek betartása mellett kifejezetten jó eredményt hozhat már rövid távon is az I. fokú decubitusok kezelésében (területük 2 hét alatt 69%-kal csökkent). A súlyosabb fokozatú ulcusok kezelési eredményességének a megítélésére hosszabb időszak szükséges, ezen adatok gyűjtése, feldolgozása folyamatban van.

Megbeszélés

A nyomási fekély gyógyulásához, vagyis a bőr integritásának és funkciójának a helyreállításához számos celluláris és molekuláris folyamat működése és együttműködése szükséges. A Curiosin® oldat a sebgyógyulás két fontos összetevőjének a hyaluronsavnak és a cinknek az asszociátuma. A hyaluronsav az extracelluláris tér szabályozómolekulájaként, a cink pedig enzimek alkotórészeként játszik fontos szerepet a sebgyógyulásban. A két alkotórész együtt antimikrobás hatással rendelkezik.

A nyomási fekélyek kezelésének költségei, lehetséges szövődményeik veszélyessége miatt bármilyen előrelépés a terápia hatékonyságában fokozott jelentőséggel bír. Sokszor sajnos meg kell elégednünk a teljes gyógyulás helyett a decubitus méretének, vagy valamely más paraméterének a csökkentésével, javulásával. Ha egy decubitus kialakult, akkor a minél korábbi felismerése és a kezelés minél előbbi elkezdése kell, hogy legyen az elsődleges cél (7, 8, 9, 10). Vizsgálataink alapján a

cink-hyaluronát (Curiosin®) oldatnak intenzív sebgyógyulást elősegítő szerepe lehet ebben az optimálisan észlelt időszakban. Mivel ezekben az állapotokban mindenféle késlekedés veszélyt hordoz magában, így javasoljuk a cink-hyaluronát (Curiosin®) oldat használatát már a decubitusok első észlelésétől kezdődően, lehetőleg már a legenyhébb fokú, I. stádiumú felfekvések kezelésében is.

Irodalom

1. MSD Geriátriai Kézikönyv, Melania Kiadói Kft., Budapest, 155–159, 1997. –
2. Bíró L., Decubitus, Golden Book Kft., 1993. –
3. Bennis S., Davis S., An effective approach to treating decubitus ulcers in home healthcare patients. Home Healthcare Nurse, 12, 47, 1994. –
4. Stotts N. A., Hunt T. K.: Pressure ulcers, Clin. Geriatr. Med., 13, 565–573, 1997. –
5. Goode PS., Thomas DR.: Pressure ulcers. Local wound care, Clin Geriatr. Med. 13, 543–552, 1997. –
6. Ayello EA., Mezey M.: Educational assesment and teaching of older clients with pressure ulcers, Clin. Geriatr. Med., 13, 483–496, 1997. –
7. Day D., Hayes, K., Kennedy AM.: Pressure ulcer prevention: review of literature, J. N. Y. State Nurses Assoc, 28, 12–17, 1997. –
8. Provo B., Piacentine L., Dean-Baar S.: Practice versus knowledge when it comes to pressure ulcer prevention, J. Wound Ostomy Continence Nurs, 24, 265–269, 1997. –
9. Moore SM., Wise L.: Reducing nosocomial pressure ulcers. J. Nurs Adm. 27, 28–34, 1997. –
10. Ferrell BA.: Pressure ulcers. Assesment of healing. Clin Geriatr. Med. 13, 575–586, 1997.

Levelezési cím:

Dr. Tóth István

3800 Szikszó, Kassai út 45–49.

Iruxol mono® a krónikus sebek műtéti előkészítésében*

DR. ERDEI IRÉN, DR. JUHÁSZ ISTVÁN, DR. HUNYADI JÁNOS

DEBRECENI ORVOSTUDOMÁNYI EGYETEM, BŐRGYÓGYÁSZATI KLINIKA

Összefoglalás

A szerzők 40 különböző etiológiájú nekrotikus és váladékos seb enzimátikus kezelését végezték Iruxol mono®-val. 20 esetben mély II. és III. fokú égési sérülésnél, 20 esetben bőrfekélyeknél, amelyek vénás, artériás keringési zavar, radioterápia vagy infekció talaján alakultak ki.

A sebfeltisztítás félvastag-bőr autotranszplantáció előkészítéséhez történt.

Az égett betegek életkora 14–85 év, átlagéletkoruk 49,4 év. Kezelési idejük átlagosan 7 nap. A bőrfekélyes betegek életkora 44–77 év, átlagéletkoruk 62,8 év. Kezelési idejük átlagosan 16,4 nap volt. Az égett betegeknek a sebfeltisztítást követően 15 esetben félvastag-bőr autotranszplantáció történt, 3 esetben a seb gyógyult az előkészítés alatt, 1 beteg a kezelést félbeszakította, míg 1 betegnél további konzervatív kezelést folytattak. A bőrfekélyes csoportban 9 betegnél történt bőrtranszplantáció, 8 esetben további konzervatív hámosítás, 2 beteg fekélye gyógyult, 1 esetben a kezelést megszakították a fekély növekedése miatt. Az égett betegcsoportnál az Iruxol mono kezelés alatt rapid feltisztulást észleltek.

A sebfeltisztítás idejében a két csoportnál szignifikáns különbség figyelhető meg, amelyet a szerzők a fiatalabb életkorral és a jobb mikrocirkulációs viszonyokkal magyaráznak az égett betegeknek.

Bevezetés

A bőr integritását sértő folyamatok közül nagyon lényeges szerepet játszanak a krónikus sebek. Így elsősorban a lábszárfekélyek, decubitusok és mély égési sebek. Sérülés után egy seb akkor válik krónikussá, ha a reepitelizáció feltételei nem adóttak. Ezek az okok lehetnek a szervezet egészét érintő betegségek (a szisztémás keringés betegségei, az immunstátuszt gyengítő kórképek, hematológiai és anyagcsere betegségek). Mindezek mellett másodlagos sebgyógyulást hoz létre a fertőzés, vérellátási zavar, vagy nagy kiterjedésű bőrelhalás. A seb felszínén lévő szövetnekrózis egyrészt akadályozza a sebgyógyulást, másrészt jó táptalajt jelent a mikroorganizmusoknak.

A seb lokális adottságai, így a nekrozis, infekció, mély szövethiány, vagy nagy kiterjedésű seb képes a szervezetre visszahatni, akár bakteriémiát vagy szeptikotoxikus állapotot is létrehozni (3).

A sebgyógyulás egy komplex folyamat, amelyben szerepet játszanak az extracelluláris matrix molekulák, a különféle stimuláló és gátló faktorok egyaránt.

A sebtisztulási fázisban a proteolitikus enzimek kapnak nagyobb hangsúlyt. A kollagenáz mind a normál és krónikus sebekben a keratinociták migrációját elősegíti (4, 8, 21).

Az elégtelen mikrocirkuláció nem képes biztosítani az enzimek működéséhez

* A Knoll és a MOTESZ pályázatán III. helyezést elért pályamű alapján.

szükséges oxigenizációt és ezzel párhuzamosan a vegyhatást, így a krónikus sebeknél változó mértékű enzimműködési zavar léphet fel.

A Knoll cég által gyártott Irujol mono® kollagenáz enzimet tartalmazó készítménye ezt az enzimihiányt pótolhatja. Az ép szövet károsítása nélkül csak a specifikus Clostridiopeptidaz A (kollagenáz) képes a natív kollagénrostok emésztésére (9, 11).

Az Irujol mono® kenőcs a Clostridium histolyticum tisztított szintenyészetének szűrletéből előállított liofilizátum, amely 1,2 E Clostridium peptidasum A-t és 0,24 E protease-t tartalmaz 1 g kenőcsben. Ez egy természetes enzimprepará-

1. táblázat

Égett betegcsoport

Beteg	Neme	Kora	Kísérő betegség	Diagnózis	Kezelé- napok száma	A seb mére- te kezelés előtt	A seb mére- te kezelés után	Terápiás eredmény	További terápia
1	F	41	-	Combustio III.	2	6x6 cm	6x6	jó	bőrtranszpl.
2	F	31	Aethyismus chr.	Combustio III.	5	20x3	18x3	jó	bőrtranszpl.
3	N	61	St. p. polynom	Combustio III.	7	16x12	11x9	jó	bőrtranszpl.
4	F	82	Morbus sacer	Combustio III.	11	8x8	7x7	jó	bőrtranszpl.
5	F	26	-	Combustio III.	7	10x7	8x5	jó	bőrtranszpl.
6	N	49	-	Combustio II./b.	7	6x5	6x4	jó	bőrtranszpl.
7	N	40	-	Combustio II./b. III.	7	40x16	40x10	jó	bőrtranszpl.
8	N	85	-	Combustio II./b. III.	10	4x3	3x2	jó	bőrtranszpl.
9	N	60	-	Combustio II./b.	10	10x4	0	kiváló	gyógyult
10	N	31	St. p. thrombosis	Combustio II./b. III.	10	8x5	6x3	jó	bőrtranszpl.
11	N	43	-	Combustio II./b.	5	10.5x11	8x10	jó	bőrtranszpl.
12	F	52	Erysipelas	Combustio II./b. III.	3	8x12	8x12	kez. félbeszak.	hazatáv.
13	N	66	-	Combustio II./b.	10	2x15	0	jó	gyógyult
14	F	14	-	Combustio III.	6	3x3	2x3	jó	bőrtranszpl.
15	F	54	Cicatrix hypertr.	Combustio III.	7	3x2	2x2	jó	konzerv. k.
16	F	14	Hepatopathia	Combustio III.	7	8x5	5x5	jó	bőrtranszpl.
17	F	63	-	Combustio II./b. III.	10	6x3	5x3	jó	bőrtranszpl.
18	F	37	-	Combustio II./b.	5	8x10	7x8	jó	bőrtranszpl.
19	F	76	Decomp. cordis	Combustio III.	10	10x10	10x10	jó	bőrtranszpl.
20	N	57	Hypertonia Morbus sacer	Combustio II./b.	10	8x8	0	kiváló	gyógyult

tum, amely a nekrozist a sebalaphoz rögzítő natív kollagénrostokat hasítja, majd a kísérő proteázok ezeket tovább bontják és a törmeléket a makrofágok fagocitózissal eltüntetik. Mivel az enzimműködést gátolhatják a fertőtlenítőszeres (alkohol, sebbenzin, H_2O_2 , $KMnO_4$), jód és származékai, Hexachlorophen, Chlorquinaldol, nehézfémek (higany, ezüst, zink), detergensok és szappanok, és lokális antibiotikumok (Polymixin M, Tetracyclin és Chlór-tetracyclin), ezért nagyon fontos figyelni az enzimátikus kezelésnél ezekre az inkompatibilitást okozó anyagokra.

A nekrotikus sebek debridementje lehet sebészi, mechanikus, enzimátikus és autolitikus. Klinikánkon enzimátikus sebtisztítást végeztünk Iruzol mono kenőcs alkalmazásával különféle krónikus sebeknél.

Anyag és módszer

A DOTE Bőrklínikán 1995–1996-ban 40 betegnél alkalmaztunk Iruzol mono kezelést sebtisztításra különböző etiológiájú nekrotikus sebeknél. 20 esetben mély II és III. fokú égési sérülésnél (1. táblázat), 20 esetben bőrfekélyeknél. Ezen belül 1 kevert artériás és vénás keringési zavar következtében kialakuló fekélynél, 2 esetben radioterápiát követő fekélynél, 1 esetben nekrotizáló vasculitisnél, 1 esetben infekció miatti lebenyelhalásnál és 15 esetben vénás keringési zavar következtében kialakuló fekélynél végeztünk enzimátikus debridement-t.

Az égett betegek életkora 14–85 év, átlagéletkoruk 49,4 év. Nemek megoszlása: 9 nő és 11 férfi. A kezelési idő 2–11 nap, átlagosan 7 nap volt. A bőrfekélyes betegek életkora 44–77 év, átlagéletkoruk 62,8 év. Nemek megoszlása 14 nő és 6 férfi. Kezelési idejük 5–32 nap, átlagosan 16,4 nap volt.

A kezelés előtt rögzítettük a sebek nagyságát és jellemzőit. Kezelésnél a kompatibilitási viszonyokat figyelembe véve a sebet fiziológiás konyhasó oldattal leöblítettük, majd a nedves sebfelszínre naponta egyszer 2 mm-es vastagságban Iruzol mono kenőcsöt rétegeztünk és steril fedőkötéssel fedtük. A vénás fekélyeknél kompressziós kezeléssel egészítettük ki a kötést. Az ischaemiás ulcusnál értágítókat alkalmaztunk. Égett betegek esetén szükség szerint folyadékterápiával is kiegészítettük a kezelést. Infekció esetén csak szisztémás antibiotikummal kezeltünk.

Eredmények

Az enzimátikus sebkezelések során minden esetben a nekrotikus váladékos sebek az alkalmazott idő alatt feltisztultak (2–32 nap). Granulációs szövet keletkezett és az epitelizáció megindult, amelyet a táblázatokban látható sebek nagyságának adatai mutatnak (1–2. táblázat), valamint néhány esetet fotóval szemléltettünk (3–10. ábra). Az égett betegek esetén a sebfeltisztítást követően 15 esetben félvastag-bőr autotranszplantációt végeztünk, 3 esetben sebfeltisztítás alatt gyógyult az égési seb (1. táblázat: 9., 13. és 20. beteg). Egy beteg a kezelést félbeszakította, 1 betegnél pedig konzervatív kezeléssel hámosítottuk tovább égési sebet. A bőrfekélyes csoportban 9 betegnél történt bőrtranszplantáció, míg 8 esetben további konzervatív hámosító kezelés mellett döntöttünk és 2 beteg fekélye a kezelés alatt gyógyult (2. táblázat: 8., 16.).

Egy betegnél a kezelést megszakítottuk és más kezelésre tértünk át a fekély növekedése miatt (2. táblázat: 6. beteg).

Az Iruzol enzimátikus kezelést az összes beteg jól tűrte. Semmilyen kellemetlen élményről nem számoltak be. Allergiás tünetet nem észleltünk.

Megbeszélés

A nekrotikus váladékos sebek tisztításához az Iruzollal végzett enzimátikus debridement kíméletes módszert biztosít a kórházi és otthoni kezeléshez egyaránt.

2. táblázat

Bőrfekélyes betegcsoport

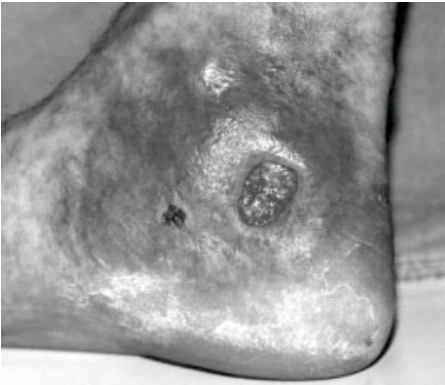
Beteg	Neme	Kora	Kísérő betegség	Diagnózis	Kezelé- napok száma	A seb mére- te kezelés előtt	A seb mére- te kezelés után	Terápiás eredmény	További terápia
1	F	38	Erysipelas	Ulcus venosum	21	2.6x1.6c	1.3x0.8	közepes	konzervatív k.
2	F	53	Coronaria.scler., Ekzema	Artériás és vénás Ulcus	7	10x6	8x4.5	jó	bőrtranszpl.
3	F	57	Bectereu Coronariascler.	Vasculitis necrotisans	6	3x1.8	1.8x1.4	jó	bőrtranszpl.
4	N	73	Tu. reg. abd.	Radioulcus	28	4.3x2	2x1	jó	konzervatív k
5	N	58	Mel. mal., Hypertonia	Radioulcus	6	2.5x2	2x1.8	jó	bőrtranszpl.
6	F	69	Hipertonia Derm. cont.	Ulcus venosum	21	10x9	11x10	nem elégéséges	más kezelés alk.
7	F	44	Hypertonia	Ulcus venosum	5	6x2.5	5x2	jó	bőrtranszpl.
8	N	53	Erysipelas	Ulcus venosum	21	3x2	0	kiváló	gyógyult
9	N	63	Lichen verruc.	Ulcus venosum	5	5x2.6	4.5x2	jó	konzervatív k.
10	N	71	Coronariascler.	Ulcus venosum	28	14x9	10x5	jó	konzervatív k.
11	N	55	Decomp. cordis	Ulcus venosum	10	6.5x3.5	5x3	közepes	bőrtranszpl.
12	N	65	St. post. op. tu.	Bőrlebery- nekrozis	21	8x5	3x1	jó	bőrtranszpl.
13	F	73	Erysipelas	Ulcus venosum	14	13x9	12x4	jó	konzervatív k.
14	N	72	Coronariascler.	Ulcus venosum	10	6x5	6x4	jó	konzervatív k.
15	N	71	Diab. mell.	Ulcus venosum	21	3.8x3.2	1.5x1	jó	konzervatív k.
16	N	79	Uraemia, Decomp. cordis	Ulcus venosum	32	4x4	0	jó	gyógyult
17	N	56	-	Ulcus venosum	14	3x4	2x3	jó	konzervatív k.
18	N	58	-	Ulcus venosum	14	5.8x3.9	5x3	jó	bőrtranszpl.
19	N	77	-	Ulcus venosum	30	6x6	3x28	jó	bőrtranszpl.
20	N	72	-	Ulcus venosum	14	20x8.5	20x8	jó	bőrtranszpl.

Kezelés előtt
1. táblázatból a 2. sz. beteg

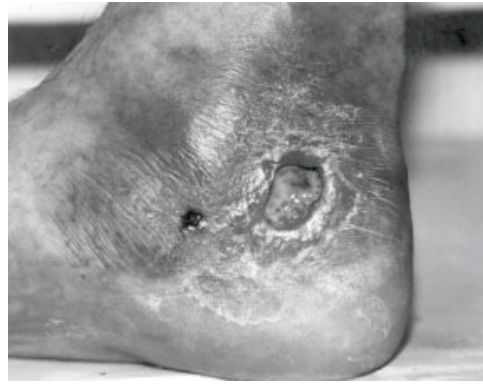


Kezelés után





Kezelés előtt.
2. táblázatból az 1. sz. beteg



Kezelés után

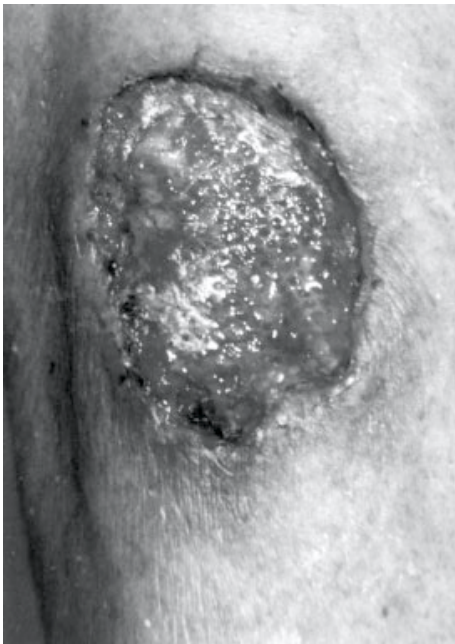


Kezelés előtt.
2. táblázatból a 4. sz. beteg



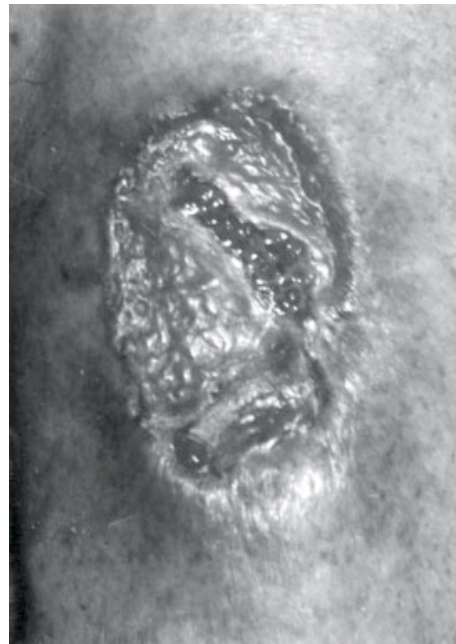
Kezelés után

A kezelés során a krónikus sebek kollagenáz hiányát pótoljuk és így néhány nap alatt a seb feltisztítható. Más szerző is néhány napos (7 nap) enzimkezeléssel rapid debridement-t ért el (2), míg decubitusos betegeknél hosszabb kezelési idő szükséges (13–30 nap) (15). Az epitelizáció mértéke későbbiekben a beteg általános állapotától és a helyi mikrocirkulációs viszonyoktól függ. Az ulcus venosusos betegeknél észlelt kisebb mértékű sebgyógyulási adatok a vénás keringési elégtelenség okozta oxigenizációs zavarral magyarázhatók. A vénás keringési elégtelen-



Kezelés előtt.

2. táblázatból a 12. sz. beteg



Kezelés után

ség komplett varicektómiával kezelve, majd Iruxolos ulcus-feltisztítás hatékonyabb sebgyógyulást mutat, mint önmagában a konzervatív kezelés (5).

Az Iruxol nemcsak addig alkalmazható amíg nekrotikus a seb, hanem a teljes sebgyógyulásig. Tartós alkalmazásnál viszont allergiás reakció jelenhet meg. Paul E. egy multicentrikus tanulmányban 94 betegből 2 esetben észlelt kontakt dermatitist (13). Igaz, hogy más szerzőkhöz hasonlóan a kompatibilitási viszonyokat figyelembe véve Chloramphenicolal kombinálták az Iruxol kezelést (6, 12, 13, 17). A gyógyszer használati útmutatója szerint az antibiotikumok közül Iruxollal együtt alkalmazható a Chloramphenicol, Oxytetracyclin, Mupirocin, Neomycin, Gentamycin, Erythromycin, Polymixin-B és Clindamycin. Magunk antibiotikus külső kezelést nem alkalmazunk. A kollagenáz enzim aktivitási optimuma pH 7 és 8 közé esik, ezért sem savanyú, sem alkalotikus oldatok kezeléshez nem használhatók (1, 10). Betegeinknél minden esetben fiziológias konyhasós lemosást alkalmaztunk, míg Barrett és mtsai két csoportnál alkalmazott enzimatis kezelést előtte egyik esetben hidrogén-peroxidot, míg másik esetben povidone jódot használt, majd ezt követte a normál salinás ecsetelés (2).

A nekrotikus égett sebek enzimatis kezelése már régóta ismert (19, 20). Kiterjedt égési sérülésnél a tartós enzimatis kezelésnél a sepsis veszélye fennáll, ezért égett betegeknek az Iruxolt általában Polymixin-B-vel kombinálják (7, 16).

Az Iruxollal történő enzimatis debridement az ép szövetet kímélő, a beteget a legkisebb mértékben megterhelő, és gyulladt környezetű sebnél is alkalmazható kezelési mód. Az Iruxol alkalmazásával fájdalommentesen feltisztítható a seb, alkalmassá téve a bőrtranszplantációhoz.

Nagy kiterjedésű nekrotikus szövet esetén – amely toxikus vagy szeptikotoxikus állapotot idézhet elő – mindig mérlegelni kell a sebészi nekrektómiát.

Irodalom

1. Varma A. O., Bugatch, E., German M.: Debridement of dermal ulcers with collagenase. *Surg. Gynec. Obstet.* 136, 281–282 1973. –
2. Barrett, D., Klibanski, A.: Coleagenase Debridement. *Am. J. Nursing*, 73, 849–851, 1973. –
3. Bryan Cs., Dew CE., Reynolds KL.: Bacteremia associated with decubitus ulcers. *Arch. Intern. Med.* 143 2096–5, 1983. –
4. Feiken E., Romer J., Eriksen J., Lund LR.: Neutrophils express tumor necrosis factor-alpha during mousen skin wound healing. *J. Invest Dermatol.* 105, 120–3, 1995. –
5. Acsády Gy., Laczkó Á., Turbók E., Nemes A.: Iruxol monoval szerzett klinikai tapasztalatok a krónikus sebek kezelésében. *Érbetegségek*, 2, 23–26, 1995. –
6. Helaly P., Vogt E., Schneider G.: Wundheilungsstorungen und ihre enzymatische Therapie eine multizentrische Doppelblindstudie. *Schweiz Rundsch Med Prax.* 77, 1428–34, 1988. –
7. Hummel RP., Kauts PD., MacMillan BG. et al.: The continuing problem of sepsis following enzymatic debridement of burns. *J. Trauma* 14, 572–9, 1974. –
8. Lineares H. A.: From wound to scar. *Burns* 1996, 22, 339–352, 1996. –
9. Mandl, I.: Collagenase and elastases. *Adv. Enzymol.* 23, 163–264, 1961. –
10. Mandl, I. Zipper H. and Ferguson L. T.: Clostridium histolyticum collagenase: its purification and properties. *Arch. Biochem. and Biophys.* 74, 465, 1958. –
11. Mandl, I.: Bacterial collagenases and their clinical applications. *Arzneim-Forsch. Drug. Res.* 32, 1381–1384, 1982. –
12. Montorio L., Vicari GB., Ferraro M.: Nostra esperienza sull „impiego dell” Iruxol pomata nel trattamento di ulcerazioni cutanee a varia eziologia. *G. Ital Dermatol Venereol*, 120, 29–34, 1985. –
13. Paul E.: Wound healing with Iruxol. Results of a multicenter study. *Fortschr. Med.* 108, 679–81, 1990. –
14. Peter H., Jorgensen, Oxilund.: Growth hormone increases the biomechanical strength and collagen deposition rate during the early phase of skin wound healing. *Wound Repair and Regeneration*, 40–47, 1996. –
15. Rao D. B., Sane P. G. and Georgiev E. L.: Collagenase in the treatment of dermal and decubitus ulcers. *J. Am. Geriatrics Society*, 23, 22–30, 1979. –
16. Soroff HS., Sasvary D.: Collagenase ointment and polymyxin B sulfate (bacitracin spray versus silver sulfadiazine cream in partial thickness burns: a pilot study. *J. Burn Care Rehabil.* 15, 13–17, 1994. –
17. Truinin MA., Emel'ianov AS.: Primenenie iruksola v khirurgicheskoi Klinike. *Khirurgiia (Mosk)*. 91–93, 1982. –
18. J. Xu, Zutter M., Santoro S. and Clark R. A. F.: Extracellular matrix-dependent induction of alpha2 integrin expression requires protein kinases. 2nd Joint Meeting of The Wound Healing Society and The European Tissue Repair Society 1996, May 15–19, Boston, MA. –
19. Howes E. L.: Early investigations of the treatment of third degree burns with collagenase. *Collagenase Ed.* I. Mandl. New York, London, Paris, Gordon and Breach, Science Publishers, pp. 155–163, 1972. –
20. Howes E. L. Mandl, Zaffuto, S., Ackermann, W.: The use of clostridium histolyticum enzymes in the treatment of experimental third degree burns. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 109, 177–188, 1959. –
21. Davidson M, Growth Factors in Wound Healing. *Wounds*, Vol. 7, Supplement A (1995).

Levelezési cím:

Dr. Erdei Irén

Debreceni Orvostudományi Egyetem

Bőrgyógyászati Klinika

4012 Debrecen, Nagyerdei krt. 98.

Lábszárfekély kezelése osztályunkon a gazdaságosság tükrében*

KARAP ZSUZSANNA

SZENT BORBÁLA KÓRHÁZ TATABÁNYA, ÁLTALÁNOS ÉS ÉRSEBÉSZETI OSZTÁLY

Magyarországon egyre súlyosabb probléma a lakosság romló egészségügyi állapota. A születéskor várható élettartam a férfiaknál csökkenő tendenciát mutat, a nőknél stagnál, Európa országaihoz hasonlítva a legutolsók közé tartozik.

1993-ban a születéskor várható élettartam:

	Férfiak	Nők
Nyugat-Európában	71	77
Magyarországon	64,5	73,8

A probléma főbb okai:

- a társadalom szerkezetének megváltozása: elöregedés,
- az elért életszínvonal fenntartása érdekében folytatott önkiszákmányolás,
- az egészségnek, mint értéknek háttérbe szorulása,
- a helytelen életmód előnybe helyezése.

A minőségbiztosítás fogalmának bevezetése óta fontos kérdés egy-egy betegség kezelési ideje és az ezzel járó költségek mértékének, valamint a gazdaságosság tényének vizsgálata.

A lábszárfekély népbetegség Magyarországon.

Kialakulásának főbb okai:

- a vénás betegségek késői vagy elégtelen kezelése,
- artériás érbetegségek (pl.: elzáródással járó megbetegedések, vasculitisek),
- anyagcsere-betegség (diabetes mellitus),
- neoplasma (papillomatosis cutis carcinoides talaján),
- fizikai (hő) és traumás ok.

A leggyakoribb az előfordulás a vénás rendszer megbetegedéseinél. Irodalmi adatok szerint a lakosság kb. 10%-a szenved vénás keringési zavarban, és ezek 90%-ánál alakul ki lábszárfekély.

A fekély kialakulásában meghatározó szerepe van:

- a keringési viszonyok megváltozásának, (a vénás hipertenzióknak, a pangásnak, az ödémának),
- a bőrrugalmasság csökkenésének.

A keringési viszonyok megváltozása miatti állandó vénás nyomásfokozódás ödémaképződéshez vezet. A meglassult keringés miatt az intersticiális térbe kilépő folyadék részben a kollagénrostokhoz kötődik, részben a kötőszöveti sztrómában szabadon helyezkedik el. A sejtek állandó külső környezete megváltozik, romlanak a diffúziós viszonyok. A keringés lelassulása következtében a vér besűrűsödik, a vörösvértestek torlódnak, a trombociták összecsapódnak, és a kiserek beállnak.

* Megjelent a *Magyar Egészség Piac* 1998. 1. számában

Az előbbi keringési zavarral együtt az ödéma, a bőr feszülése, az érpályából kilépett és szétesett vörösvértestek okozta haemosiderosis, a nyirokkeringési zavar, az arterio-venosusos shuntök megnyílása a nutritív keringés súlyos zavarát eredményezik, hosszú távon a lábszárfekély kialakulásához vezetnek.

Ez a betegség az életet közvetlenül kevésbé veszélyezteti, mint más szisztémás megbetegedés, de hosszú ideig tartó kezelést, sok problémát jelent a beteg, az egészségügy és a társadalom számára.

Az életminőségre és az ellátás költségeire gyakorolt hatása miatt összehasonlítottuk a hagyományos és az új kötőanyagok használatának eredményességét.

A bőrfekélyek minimális kórházi ápolási napja 2, a maximális 40 nap. Az átlagos normatív kórházi ápolási idő 10 nap. Hagyományos kötőanyagokkal a beteget 6–8 hétig kezelik az osztályon, naponta legalább kétszeri kötözéssel. A gyakori kötőcsere miatt a hámosodás lassú volt, mivel a kötszer a sebbe ragadt, az eltávolításakor a sarjszövet minden alkalommal sérült. A felülfertőzés miatt második, harmadik generációs antibiotikumok, valamint az intenzív fájdalom miatt fájdalomcsillapítók adása volt szükséges.

Jelenleg az előidézô ok lehetőség szerinti mûtéti megszüntetése után az alábbi kötözési sémát alkalmazzuk, melyet esetismertetéssel szeretnék bemutatni.

Középkorú enyhén obes nôbeteg. Felvételre hónapok óta fennálló, konzervatív kezelésre nem javuló lábszárfekély miatt volt szükség.

1. kép: Felvételtkor a bal láb belboka alatt 2x2 cm, felette 9x8 cm, 1,5 cm mély fekélyt, s körülötte pigmentációt találtunk. A beteg lokalizált intermittáló fájdalomról, viszketésről panaszkodott. Anamnézisében kiterjedt varikozitás és 4 mélyvénás trombózis szerepelt.

Alkalmazott kezelés: a szekunder varikozitáshoz kapcsolódó vénás elégtelenség miatt mûtéti beavatkozásra a



1. kép: Felvételtkor



2. kép: Mesaltos feltisztítás után

phlebographia alapján nem volt lehetőség, lokális kezelés mellett döntöttünk. A beteget lefektettük, lábát felpolcoltuk. A lokális sebkezelést a következő módon végeztük:

A sebet fiziológiás sóoldattal lemostuk, majd napi kötéscsere mellett 48 óráig Mesalt lappal a sebet tisztítottuk. A sós lap erős váladékozást indít meg, ezért a sótartalmú lap fölé erős nedvszívóképességű Ortisorb-lapot tettünk, és kötést Mefixszel rögzítettük.

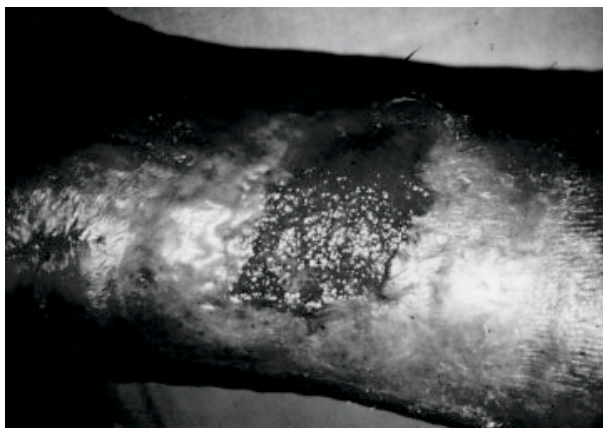
2. kép: A sebalap feltisztítása után a fekélyt Mercurochrom oldattal beecseteltük, a sebre védő és a sarjadzást elősegítő Mepitel hálót (**3. kép**) fölé ismét Ortisorb lapot helyeztünk. A nedvszívó lap felhelyezésére azért volt szükség, mert a Mesalt által megindított váladékozás a lap eltávolítása után még 2–3 napig fennáll. A váladékozás megszűnése után Ortisorb helyett Mesorb fedőlapot használtunk. A kötést itt is Mefixszel rögzítettük. Rugalmas pólya felhelyezése után a beteget mobilizáltuk. A szilikonháló 14 napig maradt a seben, a fedőkötést a háló felhelyezését követő napon, majd heti 2 alkalommal cseréltük. A kötéscserék során figyeltük a seb folyamatos granulációját. 10 nap alatt a háló lyukacsos részébe a sarjszövet benőtt, a sebszélek felől is megindult a hámosodás, és a 14. napra a seb majdnem teljesen feltelődött.

Ekkor a hálót eltávolítottuk, a sarjadó sebet fiziológiás sóoldattal leöblítettük, majd óvatos szárítás után, az epithelizáció elősegítésére hidrokolloid sebfedő lappal fedtük. A kompressziós kötést rugalmas pólyával továbbra is fenntartottuk.

A kórházi tartózkodás alatt a beteget kiiktattuk a helyes lábápolás és a rendszeresen végzett lábtorna jelentőségéről, megtanítottuk a rugalmas pólya szakzerű felhelyezésére, javasoltuk a teljes gyógyulást követően is a kompressziós harisnyanadrág viselését, majd a 20. ápolási napon (lakóhely távolsága miatt), epithelizálódó sebbel, hetenkénti kötéscserére visszarendelve, otthonába bocsátottuk (**4. kép**).



3. kép: Mepitel-háló alkalmazása



4. kép: A kezelés eredménye

Az új kötözési technika alkalmazásával csak az első napokban volt szükség fájdalomcsillapító adására, antibiotikum használatára nem került sor.

Az új technológia alkalmazása lehetővé teszi a kórházi ápolási idő lerövidítését, a beteg járóbetegként történő ellátását. A beteg a megszokott otthoni környezetében tartózkodhat, kevésbé veszélyezteti nozokómiális fertőzés, ill. egyéb szorongén ártalom. A krónikus betegségekkel együtt járó személyiségváltozás kevésbé, vagy egyáltalán nem alakul ki. Az ápolási idő lerövidülésével javul az ellátó osztály ágykihasználtsága, csökkenthető a gyógyszer- és kötszerköltség. A gyorsabb rehabilitáció miatt csökken a keresőképtelenség idejére kifizetett táppénz összege, a munkából kiesés ideje. A modern kötözőanyagok ára lehet, hogy egyszeri magasabb kifizetést igényel, de hosszú távon, globálisan nézve gyorsan megtérülő befektetés.

Hírek szakterületünkről

* A Magyar Sebkezelő Társaság 1998. szeptember 25–26-án, Budapesten a Grand Hotel Hungáriában rendezi I. kongresszusát és ez évi közgyűlését. A különböző témák szekcióit felkért előadók referátumai fogják megnyitni (Prof. Faller, Prof. Hunyadi, Prof. Iván, Prof. Kásler), további jól ismert előadók jelezték részvételüket (Dr. Gáspár, Dr. Mikola, Dr. Vértes stb.), cégek jelezték igényüket termékbemutató előadásra (Egis, Knoll, Mölnlycke, Pharmavit). A kongresszus fővédnöke Cser Ágnes, az OEP főigazgatója. Előadások bejelentésére még van lehetőség. A kongresszus támogatóinak hála, az egészségügyi szakdolgozók számára csökkentett részvételi díjat biztosítunk (2000 Ft). Várjuk az érdeklődők jelentkezését!

* Az MSKT felvette a kapcsolatot a nemzetközi társszervezetekkel. Finn Gottrup úr, a European Tissue Repair Society elnöke ígéretet tett arra, hogy az MSKT kongresszusára eljön.

* Az MSKT tervei szerint következő kongresszusát 1999. szeptemberében rendezné a Magyar Gerontológiai Társasággal, a Magyar Plasztikai, Helyreállító és Esztétikai Sebész Társasággal és a Magyar Égési Egyesülettel közös rendezésben, ennek fő témája a decubitus lenne.

* Az MSKT és a Szent János Kórház Egészségügyi Szakdolgozók Tudományos Bizottsága 1998. szeptember 30-án, október 7-én és 21-én egész napos, térítésmentes továbbképzést rendez eü. szakdolgozók számára. A tanfolyam címe: „Sebgyógyulás, korszerű sebzés és sebkezelés”. Előadó: Dr. Ereifej Samjirné, a Szent János Kórház Eü. Szakdolgozók Tud. Bizottság elnöke.

A továbbképzés helye: Szent János Kórház, előadóterem, Budapest 1125, Diósárok u. 1. A továbbképzésről a résztvevők minősítő oklevelet kapnak.

Jelentkezési határidők: a meghirdetett előadások előtt 3 héttel.

A rendezvényeket támogatják: Ethicon Johnson and Johnson Kft. (Horváth Zoltán keresk. képviselő), Mölnlycke Health Care Kft (Nádainé Fi Mária), és a +M Hungária Kft (Kleer Zsuzsanna keresk. képviselő).

Jelentkezés: Dr. Ereifej Samirnénél (Szent János Kórház Gyermekebészet) vagy a támogató cégek képviselőinél.

1997. szeptember 26-án megalakult a Magyar Sebkezelő Társaság

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

Mik a Társaság céljai, feladatai?

1. Társasági tagság toborzása.
 2. A Magyarországon előforduló seb-formák felmérése, csoportosítása, etiológiai felsorakoztatása.
 3. A Magyarországon kapható, beszerezhető sebkezelő anyagok (gyógyszerek, gyógynövények stb.), sebkezelő kötszerek és sebkezelő eljárások, technikák (konzervatív és műtéti; sebészi-, bőrgyógyászati-, angiológiai-, diabetológiai-, polározott fénykezelési-, lézer-sebészeti stb.) felmérése.
 4. A mindenkori legmodernebb, leghatékonyabb sebkezelő eljárások felismerése és országos bevezetése, elterjesztése.
 5. Konferenciák, tanfolyamok szervezése különböző rétegeknek (általános és szakorvosok, eü. szakdolgozók, laikusok stb.). Szponzor-támogatással országos hálózat kifejlesztése. Támogatást nyújtani a társasági tagok számára a sebkezelés terén és gondoskodni a megfelelő képzési körülmények biztosításáról.
 6. A sebkezelő anyagok előnyeinek és hátrányainak figyelembevételével korszerű technikák kidolgozása, azok klinikai vizsgálatának elősegítése, szigorú ellenőrzése kimunkált elvek alapján.
 7. Protokollok kidolgozása a különböző eredetű sebek kezelésére.
 8. Kapcsolatteremtés összekötő által – group representative – a nemzetközi (európai, nemzeti és USA) Wound Care Társaságokkal, a Wound Management és a Wounds c. folyóiratok szerkesztőségeivel.
 9. Támogatni (anyagilag is) a hazai sebkezelés – sebgyógyulás kutatómunkákat.
 10. Kapcsolatfelvétel az OGYI-val, az ORKI-val a sebkezelő anyagok (gyógyszer és kötszer), a sebkezelő eljárások értékelése, bevizsgálása érdekében.
 11. Kapcsolatteremtés az egészségügyi szakmai társaságokkal – az alapító tagok révén is!
 12. Kapcsolatkiépítés a gyógyszer- és kötszerelőállító és -forgalmazó cégekkel.
 13. Anyagi bázis megteremtése a Társaság folyamatos működésének biztosítására (nemzetközi társasági tagdíjak, külföldi folyóiratok, képzési program kivitelezése, tagok támogatása stb.).
 14. Lehetőséget kell teremteni a tagok számára, hogy kedvezményes áron (OEP, szponzor-tevékenység) juthassanak bizonyos gyógyszerekhez és kötszerekhez.
- A Cégbíróság a Magyar Sebkezelő Társaságot 1998. április 23-án 8068. sorszám alatt bejegyezte.

Az MSKT alapító tagjai:

Prof. Dr. Acsády György érsebész, SOTE Ér- és Szívsebészeti Klinika, egyetemi tanár

Prof. Dr. Arnold Csaba családorvos, Családorvosi Tanszék, tanszékvezető egyetemi tanár

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

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

Dr. Fodor Miklós háziorvos, Országos Háziorvosi Intézet, igazgató

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

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

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

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

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

Dr. Kerényi Zsuzsanna diabetológus, Szent Imre Kórház, Belgyógyászat, főorvos
Lászlóné Dezső Kornélia gyermek szakápoló, eü. szakoktató, Szent János Kórház, ápolási igazgató

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

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

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

Dr. Sugár István sebész, SOTE Sebészeti Tanszék, docens

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

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

Az MSKT vezetősége:

elnökök:

Dr. Baksa József ügyvezető

Prof. Dr. Faller József

Prof. Dr. Horváth Attila

pénztáros: Dr. Nagy Zsóka

(az Ellenőrző Bizottság megválasztása a közgyűlésen várható)

Fórumok vezetői: Képzés-továbbképzés: Dr. Molnár László

Szakápolói: Lászlóné Dezső Kornélia

Mészáros Gáborné
Klinikai: Dr. Juhász István
Kutatási: Prof. Dr. Furka István
Prof. Dr. Hunyadi János
Médiafelelős: Dr. Nagy Éva
Gerontológiai: Dr. Vértes László

Terveink között szerepel Protokoll Előkészítő Bizottság, továbbá Ad hoc Bizottság felállítása a sebkezelő gyógyszerek és kötszerekkel kapcsolatosan az OEP felé.

Orvostechnikai Bizottság – ORKI Szakmai Bizottság tagjai: Dr. Baksa József, Dr. Donáth Antal, Prof. Dr. Faller József, Prof. Dr. Horváth Attila, Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Molnár László, Szalóki Sándorné, Dr. Vértes László.

Az MSKT székhelye: Virányos Klinika, 1125, Budapest, Virányos út 23/D. Tel.: 1-275-0374, 1-275-0375. Fax: 1-275-0376.

A Magyar Sebkezelő Társaság alapszabálya

Az egyesületet megalapítani kívánó személyek észlelték azt, hogy az alábbiak miatt Magyarországon is célszerű lenne létrehozni egy olyan egyesületet, mely a sebek kezelésének problémájával hatékonyabban foglalkozik. Megállapították tehát, hogy:

- világszerte több millióra tehető, így Magyarországon is sok olyan beteg van, akinek „nem-gyógyuló” seb, fekély, felfekvés miatt kell szenvednie,
- bizonyos típusú sebek „népbetegség-szerűen” fordulnak elő: pl. ulcus cruris, varicositas (az USA-ban a lakosság körében 30%-os előfordulás), vénás eredetű lábszárfekély (USA-ban 1989-ben félmillió embert érintett!), diabetes lábszárfekély (USA-ban 1989-ban 3 millió ember érintett),
- időszerű emberek számának várható emelkedésével nőnek az őket érintő betegségek bőrelváltozásai (bőrrák, decubitus, ulcus stb.),
- az orvosok, betegápolók, egészségügyi szakdolgozók, gondozónők szakismerete e téren igen hiányosnak mondható (prevenció, diagnosztika és a terápia terén),
- szükséges a betegek felvilágosítása, a sebkezelés megismertetése,
- egyre több a sebkezelési gyógyszer, kötszer, fejlődnek az eljárások, ápolási technikák, melyeket megfelelő körben ismertetni kell,
- fel kell mérni a megelőzés lehetőségeit és ezeket ismertetni a szakdolgozókkal és az ápolókkal,
- indokolt sebkezelési, ápolási protokollok kidolgozása és ismertetése, bevezettetése,
- fontos a speciális gyógyászati segédeszközök felmérése és elterjesztése,

- szükség lenne olyan szakértő munkacsoportok létrehozására, amelyek segítséget nyújthatnak a hatóságoknak, intézményeknek,
- szükséges a figyelemfelkeltés, propaganda megfelelő megszervezése,
- a közelmúltban is alakultak, és jelenleg is alakulnak a környező országokban hasonló céllal, egyesületek, társaságok, melyekkel célszerű lenne kapcsolatot tartani.

A fentiekre tekintettel, 1997. szeptember 26-án a Virányos Klinika könyvtárában, 1125 Budapest, Virányos út 23/d. szám alatt megtartott alakuló közgyűlésről készült jegyzőkönyv mellékletében (jelenléti ív) megnevezett alapító tagok, az egyesülési jogról szóló 1989. évi II. törvény, valamint a Polgári Törvénykönyv rendelkezései alapján egyesületet – a továbbiakban: Egyesület – alapítanak az alábbiakban meghatározottak szerint:

1. Általános rendelkezések

(az egyesület neve, székhelye)

1.1. Az Egyesület neve:

- magyar nyelvű elnevezése: Magyar Sebkezelő Társaság
- angol nyelvű elnevezése: Hungarian Wound Care Society
- latin nyelvű elnevezése: Societas Vulno-terapeuta Hungariae

1.2. Az Egyesület rövidített elnevezése: MSKT

1.3. Az Egyesület székhelye: 1125 Budapest, Virányos út 23/d.

1.4. Az Egyesület önkormányzati elven működő, jogi személyiséggel rendelkező társadalmi szervezet, mely az itt meghatározott célra alakult, nyilvántartott tagsággal rendelkezik és céljainak elérésére szervezi tagjainak tevékenységét.

2. Az Egyesület célja

Az Egyesület alapvető célja a sebkezelés színvonalasabb, hatékonyabb ellátásának elősegítése, az ezzel kapcsolatos technikák, gyógyszerek, gyógyászati eljárások megismertetése szakmai körökben illetve a betegek megfelelő tájékoztatása. Ezen belül az Egyesület célja illetve feladata:

- a tagjai számára fórumot teremteni a sebkezelés klinikai gyakorlásában, a klinikai vizsgálatokban, a képzésben, továbbképzésben, a betegek számára nyújtott ismertetésekben, terjesztésben, a kutatásban és a nemzetközi kapcsolatokban,
- a Magyarországon előforduló seb-formátumok felmérése, csoportosítása (ulcusok, decubitusok, exulceratio stb.) aetiológiai felsorakoztatása,
- a Magyarországon kapható és beszerezhető sebkezelő anyagok (gyógyszerek, gyógynövények stb.), sebkezelő kötszerek és sebkezelő eljárások, technikák (konzervatív és műtéti sebészi-, bőrgyógyászati-, angiológiai-, diabetológiai-, polározott-fénykezelési, lézersebészeti stb.) felmérése,
- a mindenkor legmodernebb, leghatékonyabb sebkezelő eljárás felismerése és országos bevezetése, elterjesztése,
- a konferenciák, tanfolyamok szervezése különböző rétegeknek (általános-, szakorvos, egészségügyi szakdolgozó, laikus stb.), szponzor-támogatással országos hálózat kifejlesztése, támogatás nyújtása a társasági tagok számára a sebkezelésben, a megfelelő képzési körülmények biztosítása,
- a sebkezelő anyagok előnyeinek és hátrányainak figyelembevételével korszerű

technikák kidolgozása, azok klinikai vizsgálatának elősegítése, szigorú ellenőrzése, kimunkált elvek alapján,

- protokollok kidolgozása a különböző kórereditű sebek kezelésére,
- kapcsolat teremtése a nemzetközi, nemzeti hasonló célú és tevékenységű egyesületekkel, társaságokkal, szervezetekkel, valamint ilyen témájú folyóiratok szerkesztőségeivel,
- a hazai sebgyógyulással, sebkezeléssel foglalkozó kutatómunka támogatása,
- kapcsolatfelvétel az OGYI-val, az ORKI-val a sebkezelő anyagok (gyógyszer és kötszer), a sebkezelő eljárások értékelése, bevizsgálása érdekében,
- kapcsolatteremtés az egészségügyi szakmai társaságokkal,
- kapcsolat kiépítése a gyógyszer és kötszer előállító és forgalmazó cégekkel,
- anyagi bázis megteremtése az Egyesület folyamatos működésének biztosítására (nemzetközi társasági tagdíjak, külföldi folyóiratok, képzési program kivitelezése, a tagok támogatása stb.)
- lehetőséget biztosítása a tagok számára, hogy kedvezményes áron juthassanak bizonyos gyógyszerekhez és kötszerekhez.

3. Az Egyesületi tagság

A tagsági viszony

3.1. Az Egyesület tagsága:

Az Egyesület állandó,
ideiglenes,
pártoló és
tiszteletbeli tagokból áll.

Az Egyesület állandó tagja lehet elsősorban orvos, egészségügyi szakiskolát-főiskolát, egészségügyi tanfolyamot végzett egészségügyi dolgozó, gondozó, ápoló, szociális munkás, de mindenki más, a sebkezelésben érdekelt személy (aki a sebkezelésben, annak előrehaladásában érdekelt), illetve magánszemélyek, gyógyszer és kötszer előállító és forgalmazó cégek, vagy más jogi személyek, vagy jogi személyiséggel nem rendelkező társaságok, szervezetek, akik, illetve amelyek az Egyesület célkitűzéseit valamint az Egyesület Alapszabályát elfogadják.

Az Egyesület ideiglenes tagja lehet az a természetes személy, aki az Egyesület tagjának jelentkezik és jelentkezését az Elnökség elfogadja. Az ideiglenes tagokat az Egyesület közgyűlése bármikor állandó taggá fogadhatja.

Az Egyesület pártoló tagja az Egyesület működéséhez, tevékenységéhez anyagi, szakmai vagy egyéb támogatást nyújtó természetes illetve jogi személy, valamint jogi személyiséggel nem rendelkező más szervezet.

Az Egyesület tisztelőbeli tagja az a természetes vagy jogi személy, aki, vagy amely a sebkezelés terén kiemelkedő szerepet töltött be, vagy a szakma elismert művelője illetve támogatója, továbbá olyan személy, aki az Egyesület javára különleges szolgáltatást nyújtott.

3.2. Az Egyesület tagjai külföldiek is lehetnek.

3.3. A tagsági viszony keletkezése:

Az Egyesület tagjának felvétele írásbeli kérelem alapján történik, melyben a felvételt kérőnek nyilatkoznia kell az Egyesület célkitűzéseinek elfogadásáról és az Alapszabályban előírt kötelezettségek vállalásáról.

Az ideiglenes tag felvételéről az Elnökség egyszerű szótöbbséggel dönt. Elutasítás esetén az Egyesület legfőbb szervéhez, a Közgyűléshez lehet jogorvoslatért folyamodni.

Az állandó tagok felvételéről az Elnökség előterjesztése alapján a Közgyűlés dönt.

Az Egyesület tiszteletbeli tagjává választható az a természetes vagy jogi személy, akire vagy amelyre a Közgyűlés javaslatot tettek, és a Közgyűlés a javaslatot egyhangúlag elfogadta.

3.4. A tagsági viszony megszűnése:

A tagsági viszony megszűnik:

a kilépés írásbeli bejelentésével,

a tagsági díj tartós indokolatlan nem fizetésével (tartós nem fizetésnek minősül, ha a tag 6 hónapig elmulasztja a tagdíj megfizetését),

a tag halálával, illetve a jogi személy vagy jogi személyiséggel nem rendelkező szervezet megszűnésével, a tag kizárásával.

Az Egyesületből kizárható az a tag, aki az Alapszabályban meghatározott kötelezettségeit nem teljesíti, magatartása sérti vagy veszélyezteti az Egyesület működését, illetőleg méltatlanná vált az egyesületi tagságra, továbbá, ha a tagdíjfizetési határidő és írásbeli felszólítás után 3 hónapon belül tagdíjtartozását nem rendezi. A kizárásról a Közgyűlés 3/4-es szótöbbséges határozatával dönt.

3.5. A tagok jogai és kötelezettségei:

Az Egyesület tagja jogosult:

az Egyesület céljai és feladatai körébe tartozó kérdések megvitatását kezdeményezni,

javaslatokat előterjeszteni, észrevételeket tenni,

a döntésben (közgyűlésen) szavazati joggal részt venni,

az Egyesület által szervezett rendezvényeken tevékenyen részt venni.

Az Egyesület tagja köteles:

az egyesületi szervezetben tevékenyen részt venni,

tisztség betöltése esetén azt a legjobb képességei szerint ellátni,

az Egyesület által – a célkitűzések megvalósításához szükséges – rábízott feladatot maradéktalanul ellátni,

az Alapszabályban megállapított tagdíjfizetési kötelezettségének határidőben eleget tenni.

3.6. Az egyesületi választások:

Az Egyesület állandó és tiszteletbeli tagjai választhatnak és egyben választhatók, míg az ideiglenes és pártoló tagok csupán választhatnak az egyesületi választásokon.

3.7. A tagdíj:

Az Egyesület állandó és ideiglenes tagjai 1.000,-Ft (Egyezer forint) összegű tagdíj fizetésére kötelesek, melyet félévente előre kell befizetniük, minden év január 10-ig illetve július 10-ig. Az Egyesület pártoló és tiszteletbeli tagja tagdíj fizetésére nem köteles.

4. Az Egyesület szervezete és működése

Az Egyesület vezető szervei:

Az Egyesület vezető szervei a közgyűlés és az elnökség.

A közgyűlés esetenként, amennyiben a feladat jellege és nagysága indokolja, munka- vagy intézőbizottságot hozhat létre.

4.1. A Közgyűlés:

Az Egyesület legfőbb szerve a tagok összességéből álló közgyűlés, melynek kizárólagos hatáskörébe tartozik az alábbi kérdésekben való döntés:

az Alapszabály megállapítása és módosítása,

az évi költségvetés, az Egyesület céljai és feladatkörébe tartozó tevékenységek éves szinten történő meghatározása, az egyes feladatok határidőhöz kötése,

az elnökség éves beszámolójának, az éves költségvetésnek az elfogadása,

az Egyesület más szervezettel való egyesülésének vagy feloszlásának kimondása,

az elnökség tagjainak megválasztása,

az elnökség vagy az elnökség tagjának visszahívása, az egyes elnökségi tagok lemondásának tudomásul vétele,

végleges döntés a tag kizárásáról, illetve az elutasított tag felvételi kérelméről,

minden olyan kérdés megvitatása, melyet a tagok 1/4-e – írásban történt bejelentés alapján – közgyűlés keretében kíván megvitatni.

A közgyűlés összehívása:

A közgyűlést szükség szerint, de legalább évente egyszer az elnökség hívja össze.

A tagoknak a közgyűlésre szóló meghívót a napirend közlésével írásban kell megküldeni, a közgyűlés időpontját legalább 8 nappal megelőzően. A meghívóban közölni kell, hogy a határozatképtelenség esetén megismételt közgyűlés a jelenlévők számától függetlenül határozatképes.

A közgyűlést akkor is össze kell hívni, ha azt a szavazásra jogosult tagok legalább 1/4-e írásban kezdeményezi az ok és a cél megjelölésével.

A közgyűlés határozatképesége:

A közgyűlés határozatképes, ha azon a szavazásra jogosult tagok több mint a fele jelen van.

Határozatképtelenség esetén az elnökség új közgyűlést hív össze, mely a jelenlévő tagok számától függetlenül határozatképes az eredeti napirendi pontok tekintetében. Az eredeti és a határozatképtelenség esetén megismételt közgyűlés között legalább 3 napnak el kell telnie. A határozatképtelenség esetén megismételt közgyűlés időpontját az eredeti közgyűlési meghívóban már meg lehet állapítani.

A közgyűlés a határozatait – a jogszabály, vagy a jelen Alapszabály eltérő rendelkezése hiányában – egyszerű szótöbbséggel, nyílt szavazással hozza. Az

elnökség megválasztása titkos szavazással történik. Szavazategyenlőség esetén a közgyűlés elnökének szavazata dönt.

A közgyűlés elnöke:

A közgyűlés elnökének tisztségét az elnökség élén álló elnök tölti be. Amennyiben a közgyűlés az elnökség vagy annak tagjának megválasztásáról illetve visszahívásáról dönt, a közgyűlés az elnökét külön választja meg a tagok közül titkos szavazással, szavazattöbbséggel.

4.2. Az Elnökség

Az elnökség 3 tagból áll, amelyet a közgyűlés választ meg 5 év időtartamra. Az alakuló közgyűlés által megválasztott első elnökség tagjai a következők:

Dr. Baksa József elnök

Lakcíme: 1126 Budapest, Böszörményi út 3/b.

Prof. Dr. Horváth Attila elnökségi tag

Lakcíme: 1124 Budapest, Levendula u. 19.

Prof. Dr. Faller József elnökségi tag

Lakcíme: 1113 Budapest, Kökörös u. 9.

Az Elnökség kizárólagos hatáskörébe tartozik:

az Egyesület operatív tevékenységével kapcsolatos teendők ellátása,
az elnökségi ülések és a közgyűlés összehívása, azok napirendjének összeállítása,
javaslat az éves költségvetésre,
a közgyűlés által jóváhagyott költségvetés szerinti gazdálkodás,
a közgyűlés által hozott határozatok végrehajtása,
a tagokról készült nyilvántartás vezetése,
mindaz, ami nem tartozik a közgyűlés kizárólagos hatáskörébe.

Az elnökségi ülés:

Az elnökségi ülés összehívását a napirend megjelölésével az ülés előtt legalább 8 nappal írásban kell közölni az elnökség tagjaival. Rendkívüli elnökségi ülés összehívása rövid úton is történhet.

Az elnökségi ülés akkor határozatképes, ha azon mind a három tag jelen van. Az elnökség döntéseit egyszerű szótöbbséggel hozza.

5. Az Egyesület képvisellete

Az Egyesület képviselétére, az Egyesület jegyzésére az egyesület elnöke önállóan, illetve az elnökségi tagok együttesen jogosultak.

A munkáltatói jogokat az Egyesület alkalmazottai felett az elnök gyakorolja.

6. Az Egyesület gazdálkodása, vagyona

Az Egyesület tartozásaiért saját vagyonával felel. A tagok a tagdíj megfizetésén felül az Egyesület tartozásaiért saját vagyonukkal nem felelnek.

Az Egyesület vagyona elsősorban a tagdíjából, a tagok vagyoni felajánlásaiból, hozzájárulásaiból tevődik össze. A tagdíj összegének módosítása a közgyűlés kizárólagos hatáskörébe tartozik, és 3/4-es szótöbbséges határozattal állapíthatja meg a tagdíj új összegét.

A tagdíjat félévente előre, minden év január 10-ig és június 10-ig kötelesek a tagok az Egyesület pénztárába vagy az Egyesületnek pénzügyintézetnél vezetett folyószámlájára befizetni.

Az Egyesület céljai elérése érdekében gazdálkodó, vállalkozási tevékenységet is folytathat, amely azonban nem képezheti fő tevékenységét, az csak másodlagos maradhat. Az Egyesület gazdálkodásával kapcsolatos operatív feladatokat az elnökség, valamint az általa ideiglenesen vagy véglegesen megbízott tagok látják el. Az Egyesület tisztségviselői az Egyesület érdekében kifejtett munkájukért díjazásban részesülhetnek, az Egyesület működésével kapcsolatban felmerült szükséges költségeiket szabályos igazolás alapján az Egyesület megtéríti.

Az Egyesület induló vagyona 50.000,- Ft, azaz ötvenezer forint, mely összeg az alapító tagok által befizetett tagdíj-előlegekből áll. Az Egyesület induló vagyonát elkülönített bankszámlán kell elhelyezni.

7. Az Egyesület megszűnése

Az Egyesület megszűnik, ha
a közgyűlés kimondja a feloszlását,
a közgyűlés elhatározza más egyesülettel való egyesülését,
az arra jogosult szerv feloszlátja illetve megállapítja a megszűnését.

Az Egyesület megszűnése esetén az Egyesület tartozásait rendezni kell az Egyesület vagyonából, a fennmaradó vagyont pedig a jelen Alapszabályban meghatározott közérdekű célra kell fordítani.

8. Záró rendelkezések

Az Egyesületet kérelemre a Fővárosi Bíróság veszi nyilvántartásba. Az Egyesület a nyilvántartásba vétellel jön létre.

Az Alapszabály által nem szabályozott kérdésekben a Polgári Törvénykönyv és az Egyesülési jogról szóló 1989. évi II. törvény rendelkezései az irányadóak.

A jelen Alapszabály 8 (nyolc) oldalból áll, melyet az Egyesület 1997. szeptember 26-án megtartott alakuló közgyűlése fogadott el. Az elfogadást a közgyűlésről készült jegyzőkönyv aláírói a jelen Alapszabály aláírásával tanúsítják. A jelen Alapszabályt továbbá az elnökség tagjai is aláírják.

Budapest, 1997. szeptember 26.

DR. BAKSA JÓZSEF
elnök

DR. HORVÁTH ATTILA
elnökségi tag

DR. FALLER JÓZSEF
elnökségi tag

TÖVISKI BARBARA
Jegyzőkönyv-vezető

DR. NAGY ÉVA
jegyzőkönyv-hitelesítő
DR. GULYÁS GUSZTÁV
jegyzőkönyv-hitelesítő

Készítette és ellenjegyezte:
DR. BÁLINT ÉVA *ügyvéd*
1114 Budapest, Bocskai út 7. II/4.
Tel./Fax: 361-4180, 186-0924.

Tájékoztató szerzőinknek

A folyóirat célja: lehetőséget akarunk adni minden sebkezeléssel, optimális vagy kóros sebgyógyulással foglalkozó vizsgálat, tapasztalat közlésére, már meglévő kezelési protokollok bemutatására ugyanúgy, mint új elképzelések megvitatására. Folyóiratunk vitafórum akar lenni a sebekkel kapcsolatos bármely témában, a jövő lehetőségeire ugyanúgy nyitottak akarunk lenni, mint a múlt eredményeinek akár orvostörténeti jellegű bemutatására. A lényeg: a téma a sebek kezelése, gyógyulása legyen. Várjuk a gyakorló szakemberek közleményeit, éppúgy mint a kísérletes orvostudomány eredményeinek felmutatását, de a téma egyéb szempontból való megközelítését is (pl. egészségügyi közép-káderek, pszichológusok, szociológusok, forgalmazók stb.).

A kéziratokat két példányban kérjük a szerkesztőséghez eljuttatni. Az írógéppel vagy számítógéppel írt közlemények lehetőség szerint 30 soros (soronkénti 60 leütéssel) oldalakat tartalmaznak. A kézirat első oldalán a szerző(k) neve, munkahelye(i), a közlemény címe és a cikk összefoglalója szerepeljen (ez utóbbi legfeljebb 15 gépelt sor terjedelemben, harmadik személyben fogalmazva tartalmazza a közlemény fő célját, eredményeit és esetleges következtetéseit).

A közlemény szerkezete lehetőleg az általában elfogadottnak megfelelő legyen: bevezetés, anyag és módszer, eredmények, megbeszélés. Indokolt esetben az ettől eltérő szerkezetű közleményeket is elfogadjuk.

A nem magyar szavak és kifejezések írásmódjában a Fábián és a Magasi által szerkesztett Orvosi Helyesírási Szótár (1992) ajánlásaira támaszkodjanak szerzőink, de a közleményen belül mindenképpen egységes szemléletet kövessenek. A szerkesztőség fenntartja magának a jogot az írásmód egységesítésére. (Támogatjuk a köznyelv által is elfogadott orvosi kifejezések magyaros írásmódját).

A rövidítéseket első előfordulásukkor kérjük egészében kiírni, kivéve a köznyelv által is már rövidítve használt fogalmakat (pl. EKG, DNS stb.).

Csak jó minőségű fényképeket vagy ábrákat kérünk mellékelni a közleményekhez, ugyancsak két példányban, ezek hátoldalán kérjük feltüntetni a szerzők nevét, a cikk címét és a javasolt sorszámozást, az ábra szövegét, lehetőleg olyan módon, mely egyértelművé teszi a kép beillesztésének helyzetét. (Az ábrák szövegét egy összesítő oldalon is kérjük elküldeni).

Az irodalomjegyzékben csak a szövegben idézett hivatkozások szerepelhetnek, 15-nél több csak kivételes esetben forduljon elő. A hivatkozás a következőképpen írandó:

Folyóirat esetén: szerző(k) vezetékneve és a személynevek rövidítése, a cikk címe, a hivatkozott folyóirat neve (az Index Medicusban elfogadott rövidítés szerint), évfolyamának sorszáma, a cikk kezdő és végső oldalszáma kötőjellel, és az évszám.

Könyv esetén: Szerző(k) az előzőek szerint, cím, a kiadó és a kiadás helye, a hivatkozás oldalszáma(i) és a megjelenés éve.

Szerkesztett könyv esetén: a szerző(k), cím, In: a könyv címe, szerkesztő(k), kiadó, kiadás helye, hivatkozás oldalszáma(i), és a megjelenés éve.

A cikkek végén kérjük az első szerző levelezési címét megadni.

Kérjük, segítsék avval a szerkesztőség munkáját, hogy a fenti követelményeket betartják. Lektorálás után minél hamarabb kérjük az esetleges javításokat elvégezni, és a kéziratot a legrövidebb időn belül visszaküldeni. (A cikkírók közléseit nem kívánjuk megváltoztatni, vagyis lehetőség szerint leközzöljük az eredeti változatot, de szükség esetén a szerkesztőségi megjegyzés lehetőségével élni kívánunk. Ugyancsak teret adunk olvasóink hozzászólásainak a levelezési rovatban, ugyanakkor megadjuk a lehetőséget a megszólított szerzőknek a válaszádsra).

Ezután a szerzők még az oldallevonatot is megkapják javításra, kérjük, hogy a nyomdai korrekcióra általánosan használatos jeleivel (kék színű golyóstollal) gondosan javítsák ki. Ilyenkor az eredeti kéziratától jelentősen nagy mértékben eltérő javításokat már csak igen indokolt esetben fogadjunk el.

A kéziratokat az alábbi címen várjuk:

„**Sebkezelés-sebgyógyulás**” szerkesztősége, 1125 Budapest, Virányos út 23/d.

Köszönjük együttműködésüket!
A SZERKESZTŐSÉG