

Tartalomjegyzék

Tisztelt Olvasó (és remélhetőleg leendő Szerző)	2
A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése	3
<i>DR. MAYER ÁKOS</i>	
Új sebkezelőszer: Ialugen Plus	7
<i>DR. BAKSA JÓZSEF</i>	
A Curiosin® (cink hyaluronát) szerepe a sebgyógyulásban	10
<i>DR. MAJERCSIK ÉSZTER</i>	
Geriatriciara osztályra utaltak	15
<i>DR. KOCZOR ANDREA, DR. GYÓRFI MELINDA, DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
A Martorell-szindróma (ulcus cruris hypertonicum)	17
<i>DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
Dr. Schächter Miksa, a helkologia, a sebkezelés világon (☺) és Magyarországon első magántanára születése 140. évfordulójára	19
<i>DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
A „felfekvés”-ről a házi betegápolásban	24
<i>DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
A Magyar Sebkezelő Társaság II. Kongresszusa Budapest, 1999. október 21—23.	26
A Magyar Sebkezelő Társaság továbbképzési tervezete	37
<i>DR. MOLNÁR LÁSZLÓ</i>	
Felhívás a Magyar Sebkezelő Társaság III. kongresszusára	40



Tisztelt Olvasó (és remélhetőleg leendő Szerző)

Elnézést kérek, hogy az itt következő néhány sorral vagyok kénytelen kezdeni ezt a lapszámot.

Három évvel ezelőtt alakult meg a Magyar Sebkezelő Társaság. A Társaság céljait világosan megfogalmazta, ezeket a Sebkezelés — Sebgyógyulás címmel útjára indított lap 1. számában le is közöltük. Az azóta eltelt idő alatt két - úgy gondolom - sikeres kongresszust rendezett a Társaság Budapesten. Mindkét alkalommal 200 körüli vagy azt meghaladó résztvevőt regisztrálhattunk, ami komoly érdeklődésre utal. Részt vettek orvosok és szakdolgozók, magyarok és külföldiek, a betegség mellett állók és az egészségügy szervezési vagy finanszírozási kérdéseivel foglalkozók egyaránt. Elhangzott 31 illetve 49 előadás. Volt közöttük számos érdekes, szakmailag kiváló, vagy egyszerűen csak megható. És most kénytelen vagyok panaszkodni. Úgy látszik, az előadók nagy része nem tartja fontosnak, hogy az általa elmondottak, vagy egyéb más tapasztalataik) írásban is megjelenjenek, ezáltal is segítve mások munkáját illetve a betegek gyógyulását.

A Társaság eredetileg évente legalább két lapszám megjelenítését tervezte, ebből sajnos csak évi egy lett eddig - elsősorban anyagihiány miatt. Bevallom, hogy igen közel áll a szívemhez az orvostörténelem bemutatása, de e lap elsőrendű célja mégis a Társaság nevében és a lap elnevezésében is felvállalt sebkezelési módok, eljárások, problémák bemutatása. Ezen témakörben pedig rendkívül kevés közleményt kaptunk, így megbomlott az egyensúly múlt és jelen, sőt a jövő között. A Társaság továbbra is fontosnak tartja a publikációs fórum fenntartását, ennek érdekében vállalja ennek anyagi terheit is. De egy lap fennmaradásához közlemények kellene!

Kérek mindenkit, aki fontosnak tartja sebkezelési tapasztalatait, hogy ossza meg azokat másokkal is. Édes teher lenne számomra, ha annyi cikkel árasztanának el, melyek sokszorosára növelnék a szerkesztési munkát. Állok elébe - persze, ha a Társaság vezetősége továbbra is megbíz ezzel a feladattal -, csak legyen mi-ből válogatni. Ennek reményében várom közleményeiket.

Dr. Mészáros Gábor

A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése

2. rész:

A középkori, a reneszánsz és a barokk medicina sebkezelése

DR. MAYER ÁKOS

SZENT IMRE KÓRHÁZ, SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

Bevezetés:

Ezen többrészes közlemény első részében az őskori sebgyógyítást és az ókori kultúrák sebkezelési szokásait, eljárásait tekintettük át. Most folytatólagosan a középkori orvoslás sebellátását ismertetjük, természetesen - már csak terjedelme miatt is - a teljesség igénye nélkül, hiszen ez az időszak a sebkezelés fejlődésében és annak ismertetésében igen nagy jelentőséggel bír.

Sebgyógyítás a középkorban

Az i. sz.. V. századot követő ezer esztendő a középkori medicina ideje Európában, mely a keresztény vallásból, a pusztuló római impérium klasszikus orvostanából és a benyomuló barbár szokásokból táplálkozott. Ez utóbbival kapcsolatban említendők az ősmagyarok primitív gyógyítási szokásai. A sebek ellátását a táltosok végezték, különböző gyógynövényeket, pólyakötést alkalmaztak, a trepanációs nyílást ezüstlemezzel fedték. (*Nyelvtörténeti és orvostörténeti emlékek az olyan nyelvi kifejezések, mint „agyafúrt” vagy „minden hájjal megkent”, melyek a kezdetleges sebkezelési eljárásokra utalnak.*)

A korai középkorban, a középkori orvostan első nagy korszakában indult meg az a gyakorlat, mely szerint a tradicionális, magas szintű tudást tartalmazó klasszikus szövegeket összegyűjtötték, másolták, magyarázták, tanították és többé-kevésbé alkalmazták. Ezzel kezdődött a szerzetesi medicina kora. Egymás után alapították a kolostorokat Európában, a szerzeteseknek uralkodó szerepe volt az orvoslás gyakorlatában. Ez — az antik orvosi eredmények megőrzésében játszott jelentős szerep — amit az orvostudománynak tettek-felbecsülhetetlen, mégsem szabad a kolostori, monasztikus medicina szerepét a fejlődést illetően túlértékelni, mivel újat nem alkotott. A papi orvosok mellett természetesen laikusok is működtek. Ők a középkor kezdetén többnyire a koproterápia hívei voltak, a fekélyeket földigilisztával, az orrvérzést sertésürülékkel, a friss sebeket pókháló, égetett ruha hamuja és tehénürülék keverékével kezelték. Vérzéscsillapításra vizelettel átitatott ruhát használtak.

A szerzetesi medicina végét egyrészt az 1150-es clermonti zsinat jelentette, ahol a szerzeteseknek az orvoslást megtiltották, másrészt az arabizmus térhódítása, mely az orvostan fejlődésének nemcsak tempóját, de részben az irányát is megváltoztatta. A sebészet és sebkezelés fejlődésében az araboknak a keresztény középkorban nagy szerepük volt. Legjelentősebb képviselőjük II. Hakam kalifa udvari orvosa, Abulcasis

(936-1013) volt, akinek „Chirurgia”-ja a középkor legjobbnak tartott sebészeti témájú tankönyve volt és még a XVIII. század végén is kiadták! Gazdag műszertárat, vérzések csillapítására pokolkövet (*lapis infernalis*) használt, írt a fistulák, a phlegmonék és a carbunculusok kezeléséről.

Európában a X. századtól a kolostorok mellett káptalani iskolák is megjelentek, mint az egyházi és világi művelődés nem szerzetesi központjai, ahol az orvosi irodalom és tanítás helyet kapott. (*Az első ilyen iskola 1010-ben Chartresban, Magyarországon 1200 körül Veszprémben létesült.*) A fokozatosan szaporodó és virágzó orvosi centrumok közül a salernói, a bolognai és a paduai emelendő ki. Az 1170-es években a salernói Frugardi „*Practica chirurgiae*” című könyvében a sebek kezelését részletezi. Seb-tisztítás céljából bort és aromatisztott anyagokat használt, a vérző sebekre tollal töltött kispárnákat (*plumasseau*) tett, a véralvadást serkentő szereket nyúlzsírral keverte a jobb tapadás érdekében. Lisztből és tojásfehérjéből készült stabil rögzítőköteket szerkesztett. melyeken nyílt törés esetén a sebek kezelésére ablakot vágott. A bolognai iskola 1156-ban létesített orvosi fakultásának volt jelentős tagja Borgognoni, aki a sebek jobb gyógyulása érdekében alkoholos borogatásokat alkalmazott. (*Fia 1260-ban jelentette meg sebllátással is foglalkozó „Cyrurgia” című könyvét.*) Saliceto de Bologna (1201-1277.) az arab cauterisatioval szemben a sebek késsel történő kimetszésének híve volt. A paduai centrumban Longoburgo 1252-ben írt „*Chirurgia Magna*” című munkájában a sebtisztításra és sebvarrásra helyezett nagy hangsúlyt. A varratsorra 8 napig szárítóporokat szórt a gyorsabb és tisztább gyógyulás érdekében. Vizsgálta a sebgyógyulás folyamatát is, tőle származik a „per primam” és a „per secundam” kifejezés.

A középkor második felének skolasztikus medicinája a fenti felfedezések és vívmányok ellenére jórészt a görög megfigyelések, elméletek és eljárások ismétlésére támaszkodott, melyek spekulatív viták és magyarázatok tükrében jelentek meg. Ebben az időszakban a sebkezeléssel vándorsebészek, (*leggyakrabban végzett beavatkozásuk a castratio volt*) céhekbe tömörülő borbélyok, fürdőmesterek, valamint kuruzslók, sőt hóhérok is foglalkoztak, azonban szerepük a sebllátás fejlődésében jelentéktelen volt. A vágott és metszett sebeket pókhálós kenyérral fedték, a perianalis fistulákat olajjal és tojássárgájával kezelték. Bár a középkori sebészet mélypontján, 1163-ban a toursi zsinat (*Magyarországon az 1279. évi budai zsinat*) megtiltotta a papok sebészeti tevékenységét, a laikus iskolákban a sebllátás — ha nem is fejlődött —, de fennmaradt. A XII. századtól az egyetemek orvosi karai kezdték azt a szerepet átvenni, amit addig az orvosi iskolák láttak el, az egyetemek működése biztosította a rendszerezett és szabályozott orvosképzést. A X. században alapított montpellieri iskola a XIII. században élte virágkorát, legjelentősebb tanítványa a katalán Arnoldus de Villanova (1235-1312.) több helyes megállapítást tett a sebllátással, sebgyógyulással kapcsolatban. E korszak másik nagy sebésze, Guy de Chauliac (1300-1370) volt, aki sebekről írt könyvében a sebtisztítás, a kötözés, a sebvarrás és -drainálás mellett az elsők között tartotta fontosnak a hegek kezelését. A kimetszést, a leégetést és gyanúval, valamint szárnyasok zsírjával történő ápolást tartotta elfogadhatónak, ismer- te a keloid-kezelés nehézségeit.

A reneszánsz és a barokk kor sebkezelése

A középkor végén, a XV. század második felében hirtelen gyorsuló szellemi áramlatok, új felfedezések és ezekből fakadó szemléleti változások jelentkeztek, melyek a nyugati kultúrát és orvostant átalakították. A hagyományokat megőrizték, a régi ismereteket újabbakkal egészítették ki, a világot új szellemben vizsgálták. A görög és általában az antik tudomány újjászületését meggyorsították a Konstantinápoly török megszállása után (1435.) Európába menekült görög tudósok, mivel általuk lehetőség nyílt az arab szövegek eredeti görög leírásokkal való egybevetésére, következményes korrekciójára. A paduai *Leoniceus* (1428-1524.) a *Corpus Hippocraticum* új, javított latin fordítását készítette el. A szintén paduai *Andreas Vesalius* (1514-1564.), a modern anatómia atyja "De Humani Corporis Fabrica Libri Septem" című könyvében rámutatott a medicina és a chirurgia szétválásának a tudományt illető végzetes következményeire, arra, hogy az egyetemi képzettségű orvos minden manuális munkát lebecsülő tekintélyföltése milyen kárt okozott az orvostudománynak, miként gátolta a fejlődést többek között az a tény, hogy nem boncoltak. A tekintélyek némi csökkenése, a sebészek működése iránt megnövekedett szükséglet, a velük szembeni nagyobb igényesség világossá tette azokat a sebészeti kérdéseket, melyekre választ sem az alacsony képzettségű borbélyok, sem a humanista-filológus orvosok egyedül nem adhattak. Megjelentek a nagy tapasztalaton alapuló képzettséggel rendelkező és sok szellemes sebészi eljárással tevékenykedő tábori orvosok.

A puskaporos lőfegyver felfedezésével és elterjedésével (először 1346-ban a Crécy-i ütközetben használták) megnőtt a lőtt sebek ellátásának jelentősége. A harctereken kis kályhák jelentek meg, amelyekben a hadsereg sebészei égetővasukat felizzítva, a lőtt sebeket kiégették. *Brunschwig* (1497-1530) "Buch der Wundarztney" című kötetében részletesen tárgyalta a lőtt és lövés által roncsolt sebek ellátását, a sebek langyos olajjal való kimosását javasolta. A német *Pfolspeundt* 1460-ban megjelent művében ("Bündth-Arztney") a vérzés csillapítására ugyan még számár- és disznóürüléket, belsőleg sebgyógyító csodaitalokat ajánlott, azonban a sebeket már selyemfonallal varrta, a varratokat a 7. napon eltávolította. A XV. század végén *Hans von Gersdorff* németül írt könyvében a sebvérzéseket leszorításokkal szüntette, sebvarrásra a már bevált selyemfonal mellett lenfonalat és bélhúrt is használt. A kor legnevezetesebb sebésze, *Ambroise Paré* (1510-1590.) első eredményeit maga is tábori sebészként érte el. Négy francia király hadseregének volt fősebésze, összesen 20 hadjáratban vett részt. Az ő koráig a lőtt sebeket kiégetéssel, forró olajjal kezelték, mivel a mérgezőnek vélt puskaport így akarták semlegesíteni. Az egyik csatában csak a tisztikarnak jutott forró olaj, a sorkatonák sebeit kénytelen volt Paré-rózsavízzel, terpentinnel és kútvízzel tisztítani. Másnap meglepetten tapasztalta, hogy az olajjal kezelt tiszték belázasodtak, rosszabb állapotban voltak, mint az egyéb módon ellátott katonák. Paré az összefüggéseket felismerve a továbbiakban a forró olaj alkalmazását elvetette, sőt más hadorvosoknak is ezt javasolta. Másik, a sebkezelésben nagy jelentőségű újítása az érelkötés újrafelfedezése volt. A forró vassal történő kiégetés helyett a Paré által alkalmazott ligatúrákkal komolyabb beavatkozások (pl.: sikeres amputációk) végzésére is lehetőség nyílt. Említésre méltó tevékenysége a protetika területén is, többféle

művétagot tervezett, továbbá az egyszarvúról és a múmiaporról írt 1582-es tanulmánya, melyben a kor igen divatos „csodaszereinek” hatástalanságát írta meg. A XVI. századi sebészet fejlődésének Paré mellett nagy alakja volt az olasz *Tagliacozzi* (1549-1599.), aki a helyreállító sebgyógyítás területén tevékenykedett, az orrplasztika régi indiai sebészeti kezelését módosítva.

A XVII. században, a késői reneszánsz idején a természettudományokban egy nagyobb mozgalmasságra törekvő stílus alakult ki, nem csoda tehát, hogy ennek a századnak az orvosi tevékenysége is kiemelkedő. A medicina mindazon ágai, melyeknek fejlődése a XVI. században megindult és felgyorsult, a XVII. században tovább fejlődtek. Az előző korok passzív megfigyeléseit aktív kísérletezés, a funkciók magyarázatára irányuló törekvés egészítette ki. Mindazonáltal, míg más disciplinák fejlődtek, a barokk kor sebészete kevés újat produkált (*szemlencse- és belsőfül-műtétek*), sőt bizonyos értelemben még visszalépés is észlelhető volt. A sok, valóban nagy jelentőségű természettudományos és orvosi felfedezés ellenére a század tele volt babonával és kuzuzslással. A sebek ellátására gyakran a magnetoterápiát és varázserejű italokat alkalmaztak, a híres angol alkemista, *Sir Digby* titokzatos pora pedig a sebet „meggyógyította”, ha sikerült rászórni arra a fegyverre, mely a sérülést okozta...

Folytatás a következő számban:

3. rész:

A XVIII-XIX. századi sebgyógyítástól napjaink sebkezeléséig

Új sebkezelőszer: Ialugen Plus

DR. BAKSA JÓZSEF

SZENT JÁNOS KÓRHÁZ, GYERMEKSEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

Összefoglalás:

Az IBSA Pharma által forgalmazott Ialugen Plus sebkezelőszer hatóanyaga a nátrium-hialuronát és az ezüst-szulfadiazin.

A hialuronsav a bőr alapállományának nagy részét képezi. Gyulladásgátló, fokozza a sarjszövet kialakulását, kedvező hatással bír a hámosodásra és a hegesedés folyamatára. Az ezüst-szulfadiazin antibakteriális hatású, gombaellenes, alapvető égési sebkezelőszer. A hatóanyagok kombinációja elősegíti a sebgyógyulást és véd a másodlagos infekció ellen. Szerző a Ialugen Plus krémet és gézpárnát gyermeksebészeti osztályon 50 betegen alkalmazta: égési sebekre, traumás és posztoperatív hámszűnyekre, enyhén fertőzött sebekre, decubitusokra és bőrvételi (u.n.donor) sebfelületekre. A klinikai eredmények alapján javasolja a Ialugen Plus krém és gézpárna használatát általános és speciális sebek kezelésére.

A Ialugen Plus krém és gézpárna (IBSA Pharma) hatóanyaga a nátrium-hialuronát és az ezüst-szulfadiazin. A hatóanyagok kombinációja elősegíti a sebgyógyulást és védelmet nyújt a másodlagos infekció ellen. Mindkét sebkezelő anyag különállóan is forgalomban van. Jólismert és sikeresen alkalmazott. A Curiosin (Richter Gedeon Rt) alapanyaga a cink-hialuronát, míg a hazánkban alkalmazott Dermazin (Lek Pharma Chem.Comp. LTD) ezüst-szulfadiazin (AgSD) hatóanyagú.

A Szt. János Kórház Gyermeksebészeti Osztály és Égési Részleg fekvő- és járóbetegein 50 esetben alkalmaztuk a Ialugen Plus krémet és gézpárnát, égési sebekre, traumás és posztoperatív hámszűnyekre, enyhén fertőzött sebekre, decubitusokra és bőradó helyekre (u.n. donor-sebfelületre).

Beteganyag, alkalmazás módja

A vizsgálatban résztvevő gyermekek életkora 2 hét és 19 év között volt.

A betegek megoszlása az indikáció alapján:

1. Felületes égési sebre (1% és 5%) közötti kiterjedésben:	28 eset
2. Mély II. fokú égési sebre (1-5%)	10 "
3. Bőráttűtetés után visszamaradt, kiskiterjedésű, hámszűnyos sebfelületre	6 "
4. Bőrvétel adóhelyére (donor-sebfelület)	3 "
5. Decubitusra	3 "
6. Horzsolt sebre	4 "
7. Enyhén fertőzött sebfelületre	5 "
8. Elhalt bőr, átmeneti fedésére	1 "

Alkalmazás

Az előzőleg megtisztított sebfelületre helyezzük a gyógyszerrel impregnált gézpárnát, majd fedőkötést alkalmazunk.

A krémet 2-3 mm vastagságban visszük fel a sebfelületre és a sebet bekötjük, akár gézzel.

Több esetben 3-5 napig is a seben hagytuk a gézpárnát,

és az esedékes, 1-2 napos kötőcserekor csak krémet helyeztünk fel a gézpárnára. A sebbe tapadt gézpárnát a megkezdődött hámosodás védelmében, nem távolítottuk el. Így, fájdalmat, vérzést, hámkárosodást sem okoztunk!

A sebgyógyulási idő változó volt, attól függően, milyen mélységű és inficiált volt-e a seb. Tekintve a sebek különböző típusait, jellegüket, csak általános értékelés lehetséges.

A felületes traumás hámphányok 8-10 napon belül, a felületes égési sebek 10-14 nap alatt, a bőrpótló műtétek után visszamaradt hámphányok átlagosan 14 napon belül gyógyultak meg.

A mély II. fokú égési sebek egy része (8 gyermek) műtetre került (nekrektómia és bőrpótlás 4 esetben és a nekrektómia után biológiai sebkötszer-mélyhűtött sertésbőr-preparátum 4 esetben-)

Megbeszélés

Hialuronsav: A kötőszöveti alapállomány, a kollagénrostok között glikoproteineket (pectin, fibronectin, laminin), glikózaminoglikánokat (GAG) és proteoglikánokat (PG) tartalmaz.

A GAG legfontosabb előfordulási helye az embrionális kötőszövet, a bőr, a porc-szövet. A hialuronsav a porc-, a csont- és a bőrszövetben van. A GAG, a hialuronsav kivételével fehérjéhez kötve, mint proteoglikánok vannak jelen a szövetekben. Az erősen hidratált kollagénrostok között a proteoglikánok biztosítják a szövetek rugalmasságát. A sebgyógyulásban is igen fontos a hialuronsav szerepe, a seb-matrix fő komponense. Egyébként, a hialuronsav szöveti tartalma az életkorral csökken.

Ezüst-szulfadiazin: Az égési sebek kezelésében az egyik leggyakrabban alkalmazott antibakteriális sebkezelőszert 0,5% és 1% AgSD tartalmu krémként kerül forgalomba (Dermazin, Flammazin, stb.). Fox, 1968 (S) Cériumnitráttal kombinálva is használják (Monafo és mtsai /3/ 1976.)

További égési sebkezelőszerek a 0,5%-os ezüstnitrát vizes oldata /Moyer és mtsai, 1965. /3/ és a Betadine oldat és kenőcs (Garnes és mtsai, 1959. (3)).

Ma már ritkábban alkalmazzák a Sulfamylon krémet (10 % Mafenid acetát). Újabbban 5%-os vizes oldatát is forgalmazzák.

A Ialugen Plus hatáserősségét az ezüst-szulfadiazin és a hialuronsav kombináció határozza meg.

Minden sebkezelőszernak van előnye és hátránya.

A hialuronsav nem allergizál, káros mellékhatás nem ismert!

Az AgSD tromboticopéniát, leukopéniát, bőrexanthemákat okozhat. A szisztémás

hatás, általában nagykiterjedésű sebfelületen alkalmazáskor keletkezhet, máj- és vesekárosodást okozva.

Figyelemmel kell lenni a gyógyszer-kölcsönhatásra is: proteolitikus enzimek alkalmazását mellőzni kell, mert az ezüst hatástalanítja az enzimeket.

A hatóanyagok felszívódása csekély. Az AgSD-ből a sejtmedvek hatására ezüst és szulfadiazin szabadul fel. A szulfadiazinnak kevesebb, mint 10%-a, az ezüstnek kb. 1%-a szívódik fel.

A Ialugen Plus ellenjavallatai: a gyógyszer iránti túlérzékenység, a terhesség, a szoptatás. Koraszülött korban és 6 hónapos kor alatt alkalmazását nem ajánlják.

A Ialugen Plus hatékonyságát, minősítését, a sebgyógyulási idő alapján jónak tartjuk. A felületes égési seb gyógyulási ideje 14 nap, ez az alapidő, jónak fogható fel. Mély II. fokú égés gyógyulási ideje 28-35 nap, ugyancsak jó alapidő.

Tapasztalataink alapján, a gyártó és forgalmazó cég által megadott indikációs körben a Ialugen Plus krém és gézpárna eredményesen alkalmazható.

Irodalomjegyzék

1. Agneter E.: Zusammenfassung mit wissenschaftlicher Kommentierung und Bewertung der nichtklinischen Daten zu IALUGEN Plus. IBSA Pharma. 1996. Wien.
2. Bajor K., Ligeti J.: A Curiosin (cink-hyaluronat) szerepe a sebgyógyulásban. MSKT I. kongresszuson elhangzott előadás és kivonata. Sebkezelés-Sebgyógyulás. 1999. 2. 1:32.
3. Baksa J.: Égési sérülések. In: Dénes J., Pintér A. (Szerk) Gyermeksebészet és határterületei. Medicina. 1987. 621-633.
4. Baksa J.: Új sebkezelőszerek. Előadás, MSKT-kongresszus. 1998. IX. 25. Budapest
5. Fox C.L.: Arch. Surg. 1968.96:184.
6. Nagy I., Berta M., Szentléleki K.: Lumbális sympathectomia és Curiosin együttes alkalmazása krónikus obliteratív érbetegségben szenvedőknél. Sebkezelés-Sebgyógyulás. 1999. II. 1:27.
7. Pollack S.V.: Some newer dermal filling materials: Artecoll and hyaluronic acid gels. MDT Dermatochirurgiai Sectio ülés. Budapest. 1999. IX. 19.

A Curiosin® (cink hyaluronát) szerepe a sebgyógyulásban

DR. MAJERCSIK ÉSZTER

SZENT MARGIT KÓRHÁZ, GERIÁTRIAI OSZTÁLY, BUDAPEST

Összefoglalás

A szerző által vezetett Geriatriai Osztályon másfél év alatt 36 beteget, összesen 39 sebet kezelték Curiosinnal. Adatlapon rögzítették a hámphány helyét, kiterjedését, a kezelés időtartamát, eredményét, valamint a társbetegségek fennállását. A kezelt betegek átlag életkora 82 év, a medián 81,5 év volt. A kezelés négy hetes ciklusban történt, hetenként regisztrálták a változást. Sebtípustól függetlenül, nem célzott eredményként elmondható, hogy az esetek 56 %-ában a seb állapota kedvezően változott (gyógyult vagy javult). A 39 seb közül 16 gyógyult meg (41 %).

Bevezetés

A kezelt sebek:

Az általunk vizsgált sebek oki megközelítésben két csoportra oszthatók.

A decubitus keletkezésének fő rizikófaktora az immobilitás. A nyomásnak kitett területeken rövid idő alatt felfekvés keletkezik. Az azonnali hatásos kezelés elmulasztása esetén a fekély progressziója igen gyors, és az ellátási költségek is rohamosan növekszenek.

Az ulcus cruris elsősorban a vénás elfolyási akadály következménye. Keletkezésében örökletes tényezők, keringési zavar, fertőzés, társbetegség állhat. Előfordulása a magyar lakosság körében 1-3 % körüli. A kialakult seb kezelése nehéz és hosszú időt vesz igénybe.

Mindkét betegség elsősorban az idős, immobilis, rossz általános állapotú betegek esetén fordul elő.

Jelen munka a Curiosin-terápiával kapcsolatos kezelési eredményeket foglalja össze.

Anyag és módszer

A 76 ágyas geriatriai osztályunkon közel másfél év alatt 36 beteget, összesen 39 sebet kezeltünk Curiosinnal. Adatlapon rögzítettük a hámphány helyét, nagyságát, fennállásának idejét, valamint a társbetegségeket. A kezelést négyhetes ciklusban végeztük, hetenként regisztrálva a változást.

Az adatlapok feldolgozásánál az volt a célkitűzés, hogy általánosítható következtetéseket vonjunk le a Curiosin-kezeléssel kapcsolatban időskorú betegeknél.

A kezelt betegek átlagéletkora 82 év, a medián 81,5 év volt. A nemek szerinti megoszlás: 30 nő és 9 férfi.

A sebek kiterjedését mm²-ben adtuk meg, súlyosságuk szerint 3 csoportot képeztünk:

hámphányos, mély, váladékozó sebek szerint. A hámphány helye szerint a sebek két

csoportba tartoztak: sacralis területen észlelt nyomási fekélyek (decubitusok) és az alsó végtagon regisztrált (ulcus cruris) elváltozások.

Eredmények

A négyhetes vizsgálat végén a 39 kezelt seb közül:

16 gyógyult	(41%)
6 javult	(15%)
5 nem változott	(13%)
12 romlott	(31%)

Összesítve megállapítható, hogy a seb típusától függetlenül az esetek 56 %-ában a seb állapota kedvezően változott, 41 %-ában pedig meg is gyógyult!

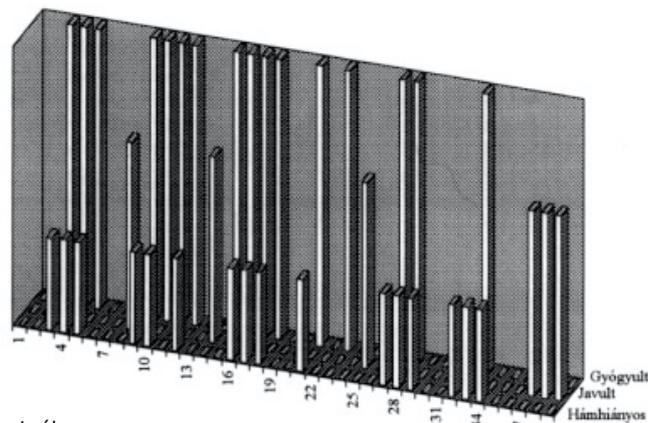
1. Az egyes tényezők hatásának különválasztása

Először azt elemeztük, hogy milyen összefüggés áll fenn a kezelés előtti állapot, azaz a seb típusa (hámhiányos, mély, váladékozó) valamint a gyógyult, illetve a javult seb és a Curiosin-kezelés között.

A vizsgált 39 seb közül 16 volt hámhiányos (41%). A kezelés után gyógyult sebek száma is 16 volt (41%), de nyilvánvaló, hogy ez nem mind a hámhiányos sebek közül került ki. Ezen túlmenően még 6 sebnél (15 %) értünk el javulást. A tényezővizsgálat keretében kerestük a kapcsolat szorosságát a kezelés, a sebgyógyulás ill. javulás között, hámhiányos esetekre vonatkoztatva.

A következő ábrákon grafikusan szemléltetjük sorszám segítségével mind a 39 kezelt sebet, illetve a sorszám mögé felsorakoztatott oszlopok segítségével az adott sorszámú sebhöz tartozó jellemzők közül az éppen aktuális elemzés céljára kiválasztottakat.

A 1. ábrán az első sorban azon sorszámú sebekhez rendeltünk hozzá oszlopokat, amelyek hámhiányosak voltak. A második sorban magasabb oszlopokat rendeltünk azon sebekhez, amelyek a kezelés során javulást mutattak. A harmadik sorban pedig a legmagasabb oszlopokat azon sorszámú sebekhez rendeltük hozzá, amelyek meggyógyultak. Az oszlopok magasságbeli különbségének csak annyi a jelentősége, hogy egymástól jól megkülönböztethetőek legyenek az egy sorba tartozó oszlopok, és térben áttekinthető legyen az ábra. Az adott sorszámú helyhez rendelt oszlop jelzi a sorához tartozó tulajdonság vagy jellem-



1. ábra

ző meglétét, fennállását. Ahol nem jelenik meg oszlop, annál a sorszámú sebnél hiányzik a sorhoz tartozó tulajdonság, vagy jellemző. (A 1. ábrán az egyes sorok azt jelzik, hogy a seb hámszámos, javult vagy gyógyult.)

Jól látható, hogy a hámszámos sebek sorában feltüntetett oszlopok és a gyógyult sebek sorában feltüntetett oszlopok között 3 seb kivételével együttállás, egybeesés van. Vagyis a meggyógyult 16 seb közül 13 seb (81,2%) a kezelés megkezdésekor a hámszámos kategóriába tartozott. Ugyanakkor a javult sebek sorában nincs együttállás, vagyis a seb vagy meggyógyult, vagy nem is javult.

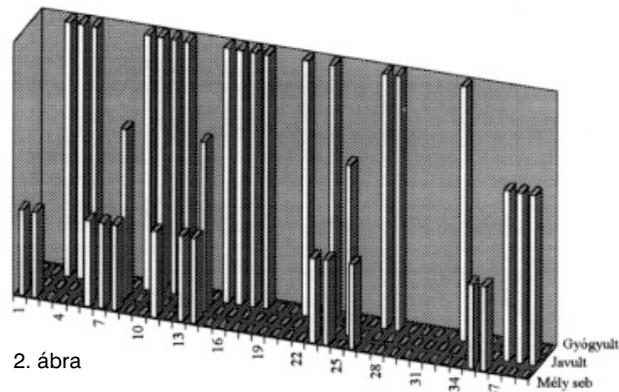
Megnéztük grafikusán az összefüggést a mély sebek valamint a gyógyult ill. javult sebek között is, hasonló módon, csak most az első sorban a megfelelő sorszámú sebnél a mély sebeket szerepeltettük.

A kiinduló 39 seb között 13 mély seb volt. Tudjuk, hogy a kezelés után a 39 sebből 16 seb meggyógyult. A kérdés az, hogy hány volt közülük a kezelés előtt mély seb.

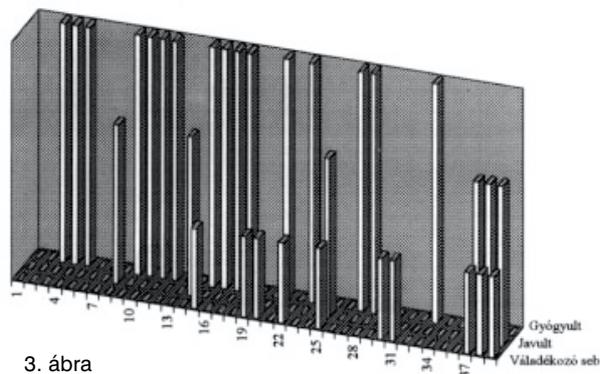
A grafikonból látszik, hogy a gyógyult sebek közül csak 2 együttállás, egybeesés van a 13 mély seb valamelyikével. Javulást 2 sebnél figyeltünk meg. Tehát a kiinduló mély sebek és a kezelés következtében beálló sebgyógyulás között nagyon kicsi a korreláció. Azt is mondhatjuk, hogy a mély sebek a kezelés következtében alig gyógyultak meg.

Ezután megnéztük a kapcsolatot a váladékozó sebek és a Curiosin-kezelés mellett bekövetkező sebgyógyulás között is.

Jóllehet a 39 kiinduló seb között 10 db váladékozó volt, de a kezelés eredményeként meggyógyult 16 seb közül csak 1 került ki a váladékozókból. A javultak között 4 db tartozott a váladékozó kategóriába.



2. ábra

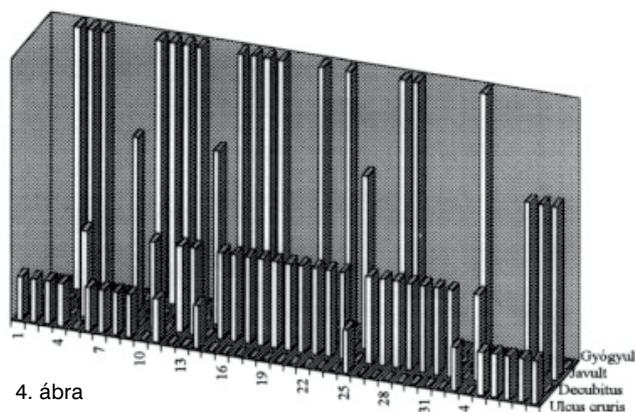


3. ábra

2. A sebek oki szétválasztása

A következőkben a sebek keletkezésének oki distinctioja alapján megvizsgáltuk, hogyan reagál a decubitus illetve az ulcus cruris a Curiosin-kezelésre.

Az elemzéshez ismét grafikus ábrázolást hívtunk segítségül:



4. ábra

A 22 decubitus esetből a Curiosin kezelés után 11 esik egybe a 16 gyógyult seb valamelyikével. Ez 50 %-os egybeesést jelent. Javulás kategóriában azonban nincs egyáltalán egybeesés.

A 17 ulcus cruris esetből a Curiosin-kezelés után 5 esett egybe a 16 gyógyult seb valamelyikével (29 %). Ez adódik abból, hogy összesen 16 gyógyult seb volt és az vagy decubitus vagy ulcus cruris lehetett csak. A javulás kategóriánál az egybeesések száma 6.

Táblázatosan összefoglalva:

Sebek száma okozati bontásban	Ténylegesen gyógyult sebek száma	%	Ténylegesen javult sebek száma	%	Standardizált gyógyult sebszám	%	Standardizált javult sebszám	%
22 decubitus	11	28,2	0	0	11,00	25,0	0,00	0,0
17 ulcus cruris	5	12,8	6	15,6	6,47	14,7	7,76	17,6

Látható, hogy az eloszlásbelili különbség a végeredményt - ha nem is lényegesen - de befolyásolja. Az alapállást azonban nem borítja fel. Levonható a következtetés - a kis elemű mintára vonatkozó fenntartásokkal, - hogy a Curiosin-kezelés a decubitust - tapasztalatunk szerint - valamivel jobban gyógyítja, mint az ulcus crurist. Ha a gyógyulást és a javulást összesítjük, akkor az eredmény mindkettőnél közel egyforma.

3. Társbetegségek

Ezután megvizsgáltuk a dokumentált társbetegségek (obliteráló érbetegség, diabetes, erysipelas, thrombosis) hatását a gyógyulásra, táblázatosan összefoglalva:

Társbetegség	Gyógyult	%	Javult	%
Obliteráló érbetegség	5	12,8	1	2,5
Diabetes	3	7,6	0	0
Erysipelas	1	2,5	4	10,2
Thrombosis	3	7,6	2	5,1
Társbetegségtől mentes	6	15,3	1	2,5

Megállapíthatjuk, hogy társbetegség rontja a gyógyulási esélyt. Ezt támasztja alá a tény, hogy a társbetegség(ek)től mentes sebeknél a legmagasabb az elért gyógyulás (15,3 %).

4. A sebek méretének hatása a gyógyulásra

A gyógyult sebek kezelés előtti területének az átlaga 625 mm², mediánja 500 mm² volt. A nem gyógyult sebek kezelés előtti területének átlaga 1182 mm², Mediánja 900 mm² volt. Ebből az az általánosítható következtetés vonható le, hogy a Curiosin inkább a kisebb kiterjedésű sebek kezelésében hatásos.

5. Szubjektív vélemény

Végül nem hanyagolhatjuk el a szubjektív véleményt sem, amit a betegek mondtak a kezeléssel kapcsolatban:

Vélemény	Betegek száma	%
Pozitív	23	58,9
Semleges	1	2,5
Negatív	15	38,4

Önmagában már az is elegendő, ha tudjuk, hogy csak 16 seb gyógyult meg, de ennél jóval több beteg nyilatkozott úgy, hogy számára a Curiosin kezelés jót tett.

Összefoglalás

A nehezen gyógyuló sebek kezelésére a legeredményesebb módszer továbbra is a megelőzés. Ha nem sikerül a seb kialakulását megelőzni, akkor jó segítséget jelenthet a kezelésben a Curiosin. Tapasztalataink szerint jó eredményre számíthatunk a hámphányos és a kisebb kiterjedésű sebeknél.

A hámphányos sebeknél 81,2 %-os volt a gyógyulás. Nem tudtunk azonban kellő eredményt felmutatni a mély és a váladékozó sebeknél. A mély sebeknél 12,5 %, a váladékozó sebeknél 6,2 % volt a kimutatható gyógyulás. A decubitus kezelésében kedvezőbb tapasztalatokat szereztünk, mint az ulcus crurisnál. A Curiosin nedves környezetet biztosít a sebgyógyuláshoz, kedvezően hat a sebtisztulásra, a granulációra és az epitelizációra. Az atraumatikus kötőcsere révén védi a friss, hámosodó szövetet. Curiosinnal kezelt betegeknek a másodlagos fertőzések ritkábbak voltak, ez antibakterialis hatását bizonyítja. A bőr jól tűri. Használata mind a páciensnek, mind a kezelőnek egyszerű, otthoni alkalmazásra könnyen megtanulható. Célzott használata orvosi, gazdaságossági és a beteg elégedettsége szempontjából is kedvezőnek bizonyul, így a lokális sebkezelés jó eszköze.

Irodalom

1. Allbaugh, B. Gettrust, K. V. Belgyógyászati ápolástan, Medicina Budapest, 1997
2. Bíró L. Decubitus, Golden Book Kft., 1993.
3. Iván L. (főszerk.) Geriátriai Kézikönyv, Budapest, 1997.
4. Merck & Co. Inc. MSD Geriátriai Kézikönyv, Melania Kiadó Kft. Budapest 1997.
5. Szabó R Geriátria idősgyógyászat, Posonyi Ignác Egészségügyi Intézményfejlesztő és Kult. Alap. Szeged, 1996.

Levelezési cím:

Dr. Majercsik Eszter, Szent Margit Kórház, Geriátriai Osztály
1032 Budapest, Bécsi út 132.

Geriatricai osztályra utaltak

Krónikus sebek a diagnózisban, az epicrisisben és a valóságban

DR. KOCZOR ANDREA, DR. GYÓRFI MELINDA,
DR. VÉRTES LÁSZLÓ

PÉTERFY SÁNDOR UTCAI KÓRHÁZ-RENDELŐINTÉZET,
II. KRÓNIKUS BELGYÓGYÁSZATI ÉS GERIATRIAI OSZTÁLY, BUDAPEST

Számunkra a világ legszebb hivatása az orvosi pálya. Évezredek óta a beteg érdeke az első. Ennek mindennapi megnyilvánulása azonban nem egyértelmű. Nemcsak a beteget kell ellátnunk jó szívvel, szakmai tudással, érzelmi elkötelezettséggel, hanem gondosan törődnünk kell a dokumentációval is. Éppen a beteg érdekében!

A geriatricai osztály munkatársainak — sajnos — gyakori tapasztalata a beutalók tartalmi és formai hiányossága, illetve szabványos sztereotípiája. Feltűnik, sok-sok kollégával történt beszélgetés alapján másoknak is, hogy többnyire egyetlen diagnózist tüntetnek fel, a multimorbiditasban szenvedő idős beteg esetén, azt is rövidítve: „art. scler.” Ismerjük ugyan, mennyire túlzott, indokolatlan adminisztrációra kényszerülünk, de embert, beteget ennyire sablonosan „elintézni”, súlyos etikátlanságnak, a szakmai alapszabályok teljes megszegésének tartjuk.

Ez alkalommal nem feladatunk részletezni, hogy milyen sokszor mellőzik tisztelt kollégáink azon kórismék feljegyzését is, amelyeknek sürgősségi vonzatai lehetnek, például hipertónia, diabetes mellitus.

Évek óta tapasztaljuk, hogy a különböző lokalizációjú sebeket sem a beutalón, sem a kórházi zárójelentésben a diagnosisok között, az epicrisisben sem írják meg. Ez megdöbbentő, legyünk diplomatikusak, elszomorító. A beteget az Országos Mentőszolgálat hozza osztályunkra, a felvételkor észleljük a decubitust - az okmányokon ezeknek nincs nyoma. Titkolják? Elfelejtették? Nem tartották fontosnak? Nem becsülik a beteget? Nem tartják embernek a kollégákat? Az utóbbi években szerencsére mind többször találkozunk a hazai szakirodalomban is a sebek kérdésével. Óriási jelentőségűnek tartjuk, tisztelettel köszönjük Dr. Baksa József osztályvezető főorvos úrnak a Magyar Sebkezelő Társaság megalapítását. Elnökletével a témakör máris kiemelten fókuszba került. Szeretnők hangsúlyozni, hogy összeállításunk célja kizárólag a beteg, a gyógyítás érdeke. Senkit, egyetlen kollégát sem kívánunk, megint diplomáciával élve, kevésbé pozitív szinten feltüntetni. Megfigyeltük azonban azt is, hogy mint ha a traumatológiai osztályról érkező betegek írásos anyagai lennének nem túlzottan bőbeszédűek témánkat illetően.

Konkrét adatgyűjtéssel hívjuk fel a figyelmet, ha úgy tetszik, rázzuk fel az orvosszakmai közvéleményt a tényekre. Táblázatot - „Decubitus-szal érkezett nő/férfi betegek adatlapját” - állítottunk össze a következő rovatokkal: A beteg monogramja, életkor (év), Az elhelyező (szakosztály, házi orvos, A decubitus helye(i), említése diagnózisban, epicrisisben.

Az új betegek érkezésekor sebet látva, a felvétel, az ellátás után gyűjtöttük össze a válaszokat.

Hat hónap anyagát tekintettük át, 1999. április 1-től szeptember 30.-ig. Ezen időszak alatt 10 férfi beteg érkezett, mindegyik sebnélkül. A nőbetegek adatait a táblázat tünteti fel. 53 nőbeteget utaltak osztályunkra, közülük 9-en szenvedtek decubitus miatt. Az életkor szerinti nemzetközi demográfiai beosztás alapján idősödő (60-74 éves) 1, idős (75-89 éves) 5, aggkorú (90-x éves) 3. Gyakorlatilag tehát minden hatodik nőbeteg kórlefollyását jellemezte seb. 4 nőbeteget traumatológiai osztály küldött, azaz a sebbel érkezettek csaknem felét. A 9 nőbeteg közül

össze egyetlenegy zárójelentésének epicrisisében tüntették fel a decubitust.

Látható: geriatricai osztályunkra helyeztek betegeket, újból és újból kiemeljük, hogy embereket, alapvető adatok közlését mellőzve. Valamiféle „következetesség” kétségkívül regisztrálható: sem a seb tényét, sem elhelyezkedését nem méltatták feltüntetésre érdemesnek.

A helyzet elkeserítő, betegellenes, emberellenes. Reméljük, hogy tanulmányunk és a Magyar Sebkezelő Társaság további működése elősegíti a változást és — legyünk optimisták — máskor nem lesz okunk ilyen témával foglalkozni.

Évezredek óta hirdetik, hogy a legfőbb érdek a beteg érdeke. Az újabb ezredfordulón talán elérjük megvalósulását.

A beteg monogramja	Eltel. évek	Az elhelyező /szakosztály, háziorvos/	A decubitus	
			helye/i/	emléke dg.- ban epicrisis- ben
Gy. A.	85	traumatológia	sarok, kölboka	— igen
B.F.-né	93	házi orvos	sacralisan	— —
S.A.-né	89	belgyógyászat	kölboka	— —
N.L.-né	80	belgyógyászat	glutealisra	— —
S.J.-né	91	neurologia	sarok, sacralisan	— —
K.J.	92	belgyógyászat	sarok, sacralisan	— —
P.L.-né	86	traumatológia	sacralisan	— —
P.S.-né	88	traumatológia	sacralisan	— —
P.A.-né	72	traumatológia	sacralisan	— —

A Martorell-szindróma (ulcus cruris hypertonicum)

DR. VÉRTES LÁSZLÓ

Dr. Hun Nándor főigazgató főorvos, az orvostudomány kandidátusa, a Magyar Gerontológiai Társaság főtájkára emlékére, születése 80. évfordulója tiszteletére

A ritka szindrómák közé tartozó együttesről foglaljuk össze az ismereteket.

Józsa László „Névvel jelölt szindrómák” című értékes összeállítása immár két kiadást ért meg (1986., 1994.), közlése szerint: „Martorell I.- szindróma. Hipertóniás betegeken keletkező ulcus cruris trophicum.”

Unghváry László „Betegség-szindrómák zsebkönyve” magyar és német nyelven is megjelent (1962., 1966.). A szerző az elmúlt évtizedek egyik legkiemelkedőbb kardiológusa, 1904-1972-ig élt. Megfogalmazása: „Martorell-szindróma” (ulcus cruris hypertonicum). Oka az atherosclerotikus hypertonia miatt kifejlődő localis ischaemia. A szindrómára jellemző a magas vérnyomás annak minden (vese-, szem-, szív tünetével, valamint az alsóvégtag elülső oldalán keletkező, többnyire szimmetrikus pigmentatio és ulceratio.”

A magyar orvosi szakirodalomban három esetközlés olvasható (a legutóbbi szerzője e sorok írója, 1978-ban ismertette 1904-ben született nőbetege kórtörténetét). A bibliográfiai adatokat *Czier Zsuzsával és Gyárfás Agnessel* összeállított Szindrómák című könyvünkben foglaltuk össze:

Cseh János, Ránky László: Ulcus cruris hypertonicum (Martorell-szindróma). Orvosi Hetilap, 1967. 108. 1899. *Tóth Csaba, Kovács Terézia*: Ulcus cruris hypertonicum. Bőrgyógyászati és Venerológiai Szemle, 1989. 45. 276. *Vértés László*: A Martorell-szindrómáról. Medicus Universalis, 1978. XI. 201.

Tóth és Kovács kazuisztikája 48 éves nőbetegről, *Cseh és Ránky* közleménye 61 éves nőbetegről íródott.

Történelem

Fernando Martorell spanyol orvos 1945-ben írta le a kórképet, 4 nőbeteget észlelése alapján. *Hines és Farber* 1946-ban 11 nőbeteget figyelt meg, „hypertóniás-ischaemiás ulcus” megjelölést alkalmaztak. *Vales-Serra* 1946-ban találta az első férfibeteget, Az 1952-ben tartott phlebologiai kongresszus javasolta a Martorell-szindróma megnevezést.

Előfordulás

A Martorell-szindróma elsősorban a nők betegsége az életkori praedispositio: 50—70 év.

A klinikai kép

A Martorell-szindróma alapvető sajátossága, hogy hipertóniás betegeken alakul ki.

A boka külső oldalán, néha a lábszár elülső felszínén, az alsó és a középső harmad határán spontán vagy kis trauma hatására kékes vérbő foltok, majd véres hólyagok keletkeznek, s kifekélyesednek, Fájdalom jön létre. A fekélyek méretét 1-10 cm-ben adják meg. Kezelés nélkül a spontán gyógyulás 1-13, más közlés szerint 6-9 hónap alatt következik be. A fekély lehet egyoldali, de gyakori, hogy mindkét lábszáron előfordul. A lábszáron egyébként az arteriás és venás keringés ép.

Elsődleges a vérnyomás kezelése, normális szinten tartása. A vérnyomás ezután is gondosan ellenőrzendő. Emellett lokális kezelést is alkalmazhatunk.

Összefoglalás

A szerző áttekintést ad a hipertonia talaján keletkező lábszárfekélyről. A ritka előfordulású szindróma az alapbetegség kezelésével megoldható.

Irodalom

- 1 Felkai Béla: A szív, az érrendszer és a keringés syndromái. In Purjesz Béla: A belgyógyász és határterületeinek syndromái; Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1965. 102. oldal
- 2 Hinc, F. A.: Circulation, 1963. 27, 989.
- 3 Horváth György: Győr—Sopron megyei Kórházak Közleményei,, 1959/1960. II. 164.
- 4 Józsa László: Névvvel jelölt szindrómák. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1986. 212. oldal
- 5 Józsa László: Névvvel jelölt szindrómák. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1994. 176. oldal
- 6 Mikó Péter: Egy elfelejtett kardiologus emlékére. Ungváry László 1904—1972. Orvosi Hetilap, 1993. 134. 83.
- 7 Pastinszky István, Rácz István: Belbetegségek kórtünetei. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1959. 70. oldal
- 8 Rávnay Tamás: A bőrgyógyászat határterületét érintő syndromák. In Purjesz Béla: A belgyógyászat és határterületeinek syndromái. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1965. 655. oldal
- 9 Ungváry László: Betegség-syndromák zsebkönyve. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1962, 158. oldal
- 10 Ungváry László: Taschenbuch der Krankheitsyndrome. Gustav Fischer Verlag, Jena, 1966. 185. oldal
- 11 Vértes László, Czier Zsuzsa, Gyárfás Ágnes: Syndromák. Könyvtári Tájékoztató, 15. Központi Orvosi Könyvtár, Miskolc, 1981. 156. oldal

Dr. Schächter Miksa, a helkologia, a sebkezelés világon (?) és Magyarországon első magántanára születése 140. évfordulójára

DR. VÉRTES LÁSZLÓ

MAGYAR ORVOSTÖRTÉNELMI TÁRSASÁG, BUDAPEST

Megtisztelő feladatnak érzem, hogy a XIX. század második, a XX. század első felében élt jeles elődünknek emléket állítsak.

Hadd oldjam fel a címben írt kérdőjelet. Gyűjtve az orvostörténelmi adatokat, a XIX. századról is lévén szó, Hőgyes Endre rendkívül értékes kötetét nyitottam fel. Schächter Miksa neve után érdekes mondatra bukkantam: „1889/90-ben a helkologia és a sebkezelés magántanárává képesítettetett is mint ilyen heti 3 órában tartja előadásait az I. sebklubján a klinika beteganyagának felhasználásában.” Szabadjon említenem, hogy a legapróbb gyermekkoromtól orvosnak készülve, tanultam a latin nyelvet - a „helkologia” szó, sajnos, nem rémlett tudatomban. A rendelkezésemre álló latin (illetve görög) szótárakban nem találtam meg a fogalmat. Az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Latin Nyelvi Tanszékéhez fordultam. Kiderült, „konzíliumot” tartottak és közölték az eredményt: az eredetileg görög „helkosz” - seb - szóból eredő tudományágról van szó, a sebészetnek a fekélyekkel foglalkozó ága. A magyar orvostörténelemben egyértelműnek tűnik, hogy Schächter Miksa a témakör első magántanárának tekinthető. Az egyetemes orvostörténelem tekintetében nem tudok ugyan más ilyen képesítésről, a biztonság kedvéért alkalmaztam a kérdőjelet.



A „Sebkezelés, Sebgyógyulás” című szakfolyóiratban szinte kedves erkölcsi kötelemnek érzem eme szép szakprofil kitűnő korabeli képviselőjének bemutatását.

Térjünk vissza Hőgyes Endre könyvére. Eszerint Schächter Miksa Vácott született, 1859. augusztus 20.-án, azaz 140 éve. A budapesti Tudomány Egyetemen folytatta orvosi tanulmányait, 1881-ben avatták fel orvosdoktorrá. Az említett Egyetem I. Sebészeti Klinikáján 1882-től 1885-ig ösztöndíjas műtőnövédként tevékenykedett. Már utaltunk magántanárként való felkészítésére. A „Gyógyászat” című szakfolyóirat szerkesztője, 1886-tól, a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűlése-

inek központi titkára, a kiadott „munkálatok” közül a XXIII-XXVI. szerkesztője, az Igazságügyi Orvosi Tanács jegyzője.

Hógyes Endre idézi azokat az „irodalmi dolgozatokat”, amelyeket Schächter Miksa a kötet készültéig, 1896-ig megjelentetett. E művek foglalkoznak a mozgásszervi elváltozásokkal (például a térd betegségei) az antisepsissel, az orvosi műhibákkal, az orvosi bizonyítványokkal, a végbél betegségeivel. Érdekes az egyik tanulmánya: „Az emberi akarat szabadságáról” (Budapest, 1889.). Kiemeljük a témakörünkbe vágó műveket:

A fertőtlenítőszeres értéke a sebkezelésben. Gyógyászat, 1885.

A sebek gyógyulása és a sebkezelés. Budapest, 1886. Anleitung zur Wundbehandlung. Wiesbaden, 1887. Sebkezelés a budapesti egyetem I. sebészi kórodáján. Gyógyászat, 1886.

Az antiseptikus sebkezelés kérdésének jelen állásáról. Gyógyászat, 1886.

A sebkezelés jelen állása. Gyógyászat, különböző évfolyamok.

1891-ben kiadott kötet: Földrajzi közlemények. Recenziót találunk szép anyagról: „A magyar orvosok és természetvizsgálók 1890. augusztus 16-20-ig Nagyváradon tartott XXV. vándorgyűlésének történeti vázlata és munkálatai. A központi választmány megbízásából szerkesztette dr. Schächter Miksa, a központi választmány titkára. Budapest, Franklin-Társulat nyomdája, 1891.”

Győry Tibor 1900-ban kiadott bibliográfiájában közli Schächter Miksa munkáit is. Budapest, 1886-ban jelent meg a kötet: „A sebek gyógyulása s a sebkezelés különös tekintettel a fertőtlenítőszeres értékre a sebkezelésben”.

1906 -ban jelent meg az a kötet - Az Igazságügyi Orvosi Tanács Munkálatai -, amelynek szerkesztői mind fénylő csillagok az egyetemes orvostörténelem egén: Dr. Korányi Frigyes, Dr. Réczey Imre, Dr. Balogh Jenő, Dr. Genersich Antal, Dr. Moravcsik Emil, Dr. Schächter Miksa.

A Budapesti Orvosegyesület Jubiláris Évkönyve az elhunyt „rendes tagok” sorában említi Schächter Miksát - 1917 - és a rendes tagság keletkezési évét is: 1884. A Magyar Életrajzi Lexikon 1969-ben meglehetősen rövid cikkszót ad:

„Schächter Miksa, (Vác, 1859. augusztus 20. — Budapest, 1917. április 30.): orvos, igazságügyi orvosszakértő, szakíró. Hazai tanulmányok és gyakorlat után 1889-ben a budapesti egyetemen magántanár. 1917-től rendkívüli tanár, 1902-től a budapesti állami gyermekmenhely sebészfőorvosa. Mint igazságügyi orvosszakértő működött, irodalmi tevékenysége részben ehhez kapcsolódik. 1886-tól a Gyógyászat című orvosi szaklap szerkesztője, az Igazságügyi Orvosi Tanács jegyzője volt. - Fő művei: A sebek gyógyulása ... (Budapest, 1886), Az igazságügyi orvosi tanácsról (Budapest, 1897.), Az orvosszakértőhöz intézendő kérdések (Budapest, 1899. - Irodalom: Gyógyászat 1917. 17. külön szám).”

(Bizony, örülnénk, ha az Orvosi Lexikon is emlékezne, sajnos, eléggé nem bírálható módon mellőzi Schächter Miksát...).

Az 1970-ben megjelent Józsefvárosi Lexikon összesen három mondatban méltat: „igazságügyi orvosszakértő, szakíró. 1889-ben a budapesti egyetemen magántanár. 1917-től rendkívüli tanár, 1902-től a budapesti Állami Gyermekmenhely sebész főorvosa.” (E helyen említjük meg, hogy az Állami Gyermekmenhely 1907-től az Üllői út

86. szám alatt működött, épületei Ybl János tervei alapján készültek. A mai név: Heim Pál Gyermekkorház.)

A hazai egészségnevelés kiemelkedő tudora, Füsti Molnár Sándor sem feledkezett meg Schächter Miksáról: hézagpótló, 1883-ban kiadott egészségvédelem-történelmi áttekintéséből idézünk: „Gyógyászat - a szerkesztést 1886-tól Schächter Miksa igazságügyi orvosszakértő vette át.” (Megtudjuk azt is, hogy a Gyógyászat 1861. január 5.-én jelent meg először és 1944-ben szűnt meg.)

Néhány numizmatikai adat. Két kiemelkedő szaktekintély munkáira hivatkozunk. 1985-ben Varannai Gyula a Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseinek Jutalom Érmeiről írt. Kovács József emlékelőadást tartott és jutalomérmet nyert el Pozsonyban, a XXXIV. Vándorgyűlésen (1907. augusztus 25—30.) Schächter Miksa: „Haladás és konservatizmus az orvostudományban”. Beck Mihály szintén a Vándorgyűlések emlékérmeit, jutalomérmeit tárja elénk. Kiemeli azt is, hogy „A Vándorgyűlések történetéről két könyvet is kiadtak. Chyzer Kornél könyve 1890-ig, Schächter Miksáé pedig 1890-től 1910-ig ismerteti a gyűlések történetét.” Szintén megtudhatjuk, hogy a XXXIV. Vándorgyűlésen, amely 1907-ben Pozsonyban zajlott, Schächter Miksa kapta meg a Kovács József-emlékérmet.

Megkíséreltük a hazai orvostörténelmi irodalomban fellelni azokat a műveket, amelyek emléket állítanak Schächter Miksának. Csupán kettőt találtunk, érdekesség azonban, hogy ugyanazon folyóirat (Orvosi Hetilap) egymást követő évfolyamában láttak napvilágot. Mindkét cikk szerzője legnagyobb orvostörténészeink közé tartozik. 1976-ban Szállási Árpád közöl bőséges áttekintést, elemzést, életpálya-értékelést. 1977-ben Kapronczay Károly 1 oldalon át vázolja a fontosabb tudnivalókat Schächter Miksáról.

Befejezésül engedjék meg az utóbb említett két ragyogó tanulmány befejező gondolatait idéznünk. Méltó emléket állítanak ugyanis Schächter Miksának.

Szállási Árpád gondolatai:

„Schächter a kortársai szerint rendkívül mértékletes volt... 1917. tavaszán kísért a fiatalkori betegség: az újra megjelenő haemoptoe már egy ellenállásképtelen szervezetből jön, április utolsó napján árván maradt a helyőrségi kórház, a család és a Gyógyászat. Külön számban búcsúztatják, Prochnow József és Verebely Tibor a sebészt, Moravcsik Ernő Emil, Ritoók Zsigmond és Vámbéry Rusztem az Igazságügyi Orvosi Tanács tagját, ... Orvosi méltatás-történetünk alig tud hasonlót, akinél a homo ethikus ennyire előtérben állott volna. Maradandó műve az 1886-1917 közötti Gyógyászat pedig méltó társa tudott lenni az Orvosi Hetilapnak.”

Kapronczay Károly sorai:

„A sokoldalúan elfoglalt Schächter Miksa soha nem volt egészséges. Még 1884-ben — katonai szolgálata idején — súlyos balesetet szenvedett, később tuberkulózisban betegedett meg. Az I. világháború alatt a 16. sz. helyőrségi kórház sebész főorvosaként megerőltető munkát végzett, betegsége kiújult, amit diabeteese súlyosbított. 1917. április 30-án hunyt el Budapesten.”

Kérés és javaslat a hálás utókorhoz: Schächter Miksa érdemei alapján kérjük és

javasoljuk, hogy Vác városa és Budapesten a Heim Pál Kórház helyezzen el emléktáblát. A 140. születésnapjára évforduló időszerező alkalmat ad. Nagyon köszönjük!

Összefoglalás

A szerző emléket állít Dr. Schächter Miksának, 140. születésnapja alkalmából. Dr. Schächter Miksa a XIX. és a XX. század fordulójának kiemelkedő sebésze, orvostudora, igazságügyi szaktekintélye, orvostörténésze, szakfolyóirat-szerkesztője. Munkásságában orvostörténelmünkben először áll középpontban a helkologia, a sebek tana.

Köszönetnyilvánítás

A szerző ezúton is köszöni forrásmunkák rendelkezésre bocsájtását Prof. Dr. Sótonyi Péter tanszékvezető egyetemi tanárnak, intézeti igazgatónak, az orvostudomány doktorának, Dr. Baksa József osztályvezető főorvosnak, elnöknek, Kiss Jánosné osztályvezető főnővérnek és Mehesán Emma könyvtárvezetőnek.

Irodalom

1. Beck Mihály: A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Emlékérmei. Orvostörténeti Közlemények, 1987. 117-120. 309.
2. Berecz Antal (szerk.): Földrajzi közlemények. Magyar Földrajzi Társaság, Budapest, XV kötet, 1891. 110. o.
3. Füsti Molnár Sándor: Egészségünk útja. A hazai egészségkultúráltság alakulása a XVIII. század végétől a kiegészítésig. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1983. 195. o.
4. Györy Tibor: Magyarország orvosi bibliographiája, 1472-1899. A Magyarországon és hazánkra vonatkozólag a külföldön megjelent orvosi könyveknek kimutatása. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, LXXXIII. kötet, 1900. 114., 174., 177., 207. o.
5. Hógyes Endre: Emlékkönyv a budapesti királyi magyar Tudomány Egyetem Orvosi Karának múltjáról és jelenéről. Magyar Orvosi Könyvkiadó Társulat, Budapest, LXXIV. kötet, 1896. 8. o.
6. Kapronczay Károly: Schächter. Orvosi Hetilap, 1977. 118. 2664.
7. Salacz Pál szerk. In: A Budapesti Királyi Orvos Egyesület Jubiláris Évkönyve, 1837-1937. Budapest, 1938. 52.
8. Schächter Miksa, In: Józsefvárosi Lexikon, Budapest, 1970. 229. o.
9. Schächter Miksa, In: Magyar Életrajzi Lexikon, Akadémiai Kiadó, Budapest, II. kötet, 1969. 582. o.
10. Szállási Árpád: Schächter Miksa. Orvosi Hetilap, 1976. 117. 1235.
11. Varannai Gyula: A Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűléseinek Jutalomérmei. Orvosi Hetilap, 1985. 126. 861.

A szerkesztő megjegyzése:

Úgy gondolom, nem csökkenti sem Vértes László rendkívül értékes orvostörténeti munkásságának értékét, sem a közlemény főszereplőjének, Schächter Miksának a szerepét a magyar orvostörténelemben, ha kénytelen vagyok a sebkezelés magántanárságának magyar elsőségét is elvitatni Schächter Miksától. A helkologia kifejezés előttem sem volt ismertebb, mint a szerző előtt, így elfogadván az ő nyomozásának eredményét, vagyis hogy a helkológia a fekélyekkel foglalkozó sebészeti ág, ezen elsőséget nem tudom, és nem is akarom kétségbe vonni. Azonban a szerző által is hivatkozott Hógyes Endre Emlékkönyvben olvasható, hogy 1880-ban, vagyis Schächter Miksa előtt csaknem 10 évvel „a sebkezelés és a sebész első teendői” című tanból ma-

gántanári képesítést nyert Puky Ákos. Ennek előzményeként az Orvosi Hetilap 1878-1879-ben megjelent számaiban több folytatásban jelent meg Puky közleménysorozata „A sebkezelésről különös tekintettel Lister módszerére és az asepsis útján módosult és alakult sebészi fogásokra”. Ismétlem, Schächter Miksa a magyar orvostörténelem kiváló alakja volt, és a szerző minden egyéb megállapításával teljes mértékben egyetértek, de a sebkezelés első magyar magántanára - tudomásom szerint - Puky Ákos volt. Úgy gondolom az ő tevékenysége is megérdemel majd egy hasonló méltatást valamelyik következő lapszámomban. Végül még egy irodalmi hivatkozás mely Schächter Miksával és tevékenységével foglalkozik: Szállási Árpád: Rekvém a „Gyógyászat”-ért Schächter Miksa szerkesztése ürügyén. Orv. hetilap. 1980, 121, 3073-3076.

A „felfekvés”-ről a házi betegápolásban (Hajdanvolt könyvfejezetek)

DR. VÉRTES LÁSZLÓ

„Házi betegápolás” címmel két, csaknem teljesen azonos szövegű kötet jelent meg Budapesten, az első 1934-ben, a második 1941-ben. A korábbi könyv címloldalán olvashatjuk: A Magyar Ifjúsági Vöröskereszt házi betegápolási tanfolyamának kézikönyve, írta *Ibrányi Alice*, a Magyar Vöröskereszt Egylet Ápolónői Intézetének főnökasszonya, a kiadó: a Magyar Ifjúsági Vöröskereszt. Az 1941-es kiadás címloldalán áll: A Magyar Vöröskereszt házi betegápolási tanfolyamának kézikönyve, írta *Ibrányi Alice*, a Magyar Vöröskereszt Egylet ápolónői főnökasszonya.

A III. fejezet címe: „Felfekvés”. A korabeli szöveges részt idézzük.

1. Mi a felfekvés és hol szokott leggyakrabban elő fordulni? 2. Milyen az egyszerű felfekvés? 3. Milyen az üszkös felfekvés? 4. Megelőzhető-e a felfekvés keletkezése? 5. Mit tegyen az ápolónő, ha minden elővigyázatának ellenére a felfekvés jelei mutatkoznak? 6. Mi célból és hogyan alkalmazzuk a vízpárnát?

1. A felfekvés a bőr és bőralatti szövetek megbetegedése, amelyet a hosszadalmas fekvés és a célszerűtlen fekvőhely, esetleg valamely kötés nyomása idéz elő. Felfekvés főleg a keresztcsonton, a lapockákon, könyökökön, sarkakon, oldalt fekvő betegnél a tomporokon szokott keletkezni. A bőr ezen megbetegedését elősegítik a lepedő ráncai, az ágyba jutott morzsák és az öntudatlan betegek maguk alá eresztett ürülékei. Ezért a felfekvés töbnyire, de nem mindig az ápolónő hibája. Ismerünk egyszerű és üszkös felfekvést.

2. Egyszerű felfekvés keletkezésénél a beteg eleinte csak égetést érez azon a helyen, ahol a felfekvés képződik. Ezt az ápoló a kezelőorvosnak haladéktalanul jelentse. Később ezen a helyen a bőr rózsavörös lesz. Ez a vörös folt ujjnyomásra eltűnik, de csakhamar visszatér. Ha ezt a helyet kezelés alá nem vesszük, az rövid időn belül kisebesedik. Hogy a felfekvés helyét a nyomástól megkíméljük, a beteget külön e célra szolgáló légpárnára fektetjük.

3. Azon a helyen, ahol üszkös felfekvés keletkezik a bőrön, eleinte sötétkék folt jelenik meg, mely ujjnyomásra nem tűnik el. A sötétkék folt később barnásfekete színű lesz és körülötte élénkpiros szegély képződik. A felfekvés a fekete és vörös szín határán nedvezni, majd gennyedni kezd és a fekete színű bőr cafatokban leválik. Ha az elhalt bőrcafatok leváltak vagy azokat az orvos levágta, az egész gennyedő sebbé alakul át, melyet a sebészet szabályai szerint fogja az orvos kezelni vagy kezeltetni.

4. A felfekvés keletkezését a gondos ápolónő azzal akadályozza meg, hogy a beteg fekvőhelyzetét gyakran változtatja, figyelve arra, hogy a felfekvésre leghajlamosabb testrészek a nyomástól mentesítve legyenek, ez azonban csak akkor lehetséges, ha a beteg erőbeli állapota megengedi és mozdítását az orvos nem tiltja. Rendkívül kell vigyázni, hogy a lepedő mindig simára legyen kihúzva és hogy a beteg inge se vessen

ráncot. Gyakran kell ágyazni, tiszta fehérneműt adni. Egyáltalában a legnagyobb tisztaságra és arra kell ügyelni, hogy a beteg mindig szárazon fekdjék. Az átnedvesedett vagy bepiszkított ágyneműt azonnal ki kell cserélni és a beteget megtisztítani. Öntudatlan betegnél gyakran meg kell nézni, hogy a beteg ürülékeit nem bocsátotta-e maga alá. Ezenkívül tanácsos, ha orvosilag tiltva nincs, naponta egy- vagy kétszer a beteg hátát s különösen a keresztcsont tájékát szappanhabbal, egész tenyérrel, körkörös mozgással addig dörzsölni, míg a bőr a szappanhabot teljesen magába vette. Ilyen érzékeny helyeken a bőrt csak puha ruhával, nem simító, de inkább tapogató mozgással lehet letörölni.

5. Amint a felfekvés első jelei mutatkoznak, ezt az ápolónő haladéktalanul jelentse az orvosnak. Addig is, míg a gyógykezelő orvos a felfekvést megtekintheti, gondoskodni kell arról, hogy a nyomás, mely a felfekvést előidézte, megszűnjék. A beteg bőrrészletet a fekvés által okozott nyomástól legbiztosabban kíméli a köralakú légpárna, amelyre a beteg úgy fekdjék, hogy a beteg bőr a légpárna üres része fölé kerüljön és így minden nyomástól mentes legyen. Ha légpárna nincs, lószőrből készült körpárna is jó. De készíthetünk légpárna mintájára fehér puha anyaggal, egyenletesen töltött párnát is. Harisnyaszárat is fel lehet használni, melyet kitömve, koszorúalakban illesztünk össze.

A gumi-légpárnát mindig borítsuk be fehér vászonanyaggal, mielőtt a beteget ráhelyezzük; ennek levegővel való megtöltése úgy történik, hogy a csavarját kicsavarjuk, a nyílást gaze-zel fedve, szájunkhoz illesztjük és addig fújunk bele levegőt, míg megtelik, de sohasem feszülésig. Mikor megtelt, a nyílást jól zárjuk el a csavarral, hogy a levegő ki ne jöhessen.

6. A légpárna célját tökéletesen szolgálja a vízpárna. A vízpárna gumianyagból készült, az ágyat szélességben csaknem fedő, négyszögletes párna, melyet egyik oldalán lévő, elzárható csövön át langyos vízzel megtöltünk. A vízpárnát töltéskor vagy asztalra vagy földre, lepedőre helyezzük. Csak annyi langyosvízzel töltjük meg, hogy amikor két sarkánál fogva megemljük, a vizet a párna egyik felére annyira hajtsuk vissza, hogy másik üres felét erre ráboríthassuk. Ezután a párnát laposra fektetve, a csövet más egyén igénybevételeivel magasra emeljük, hogy a víz ki ne csurogjon, majd két kézzel, gömbölyű fával (például seprőnyél, nyújtófa), lassú, egyenletes, ki nem hagyó hengereléssel, hajtsuk ki a vízben rekedt levegőt. Mikor a hengereléssel a nyílást — amennyire lehet — megközelítettük, a magasan tartott csövet leengedjük addig, míg a nyíláson a víz látható lesz. A levegőt teljesen kihajtani csak gyakorlott egyénnek sikerül, de legalább annyit feltétlenül érjünk el, hogy a víz a párnában, miután azt lezártuk, ne locsogjon és a párna a levegőtől puffadt ne legyen, mert mindez a betegnek nagyon kellemetlen. Vízpárna beszerzése költséges, de ezt más tárggyal pótolni alig lehet.

Gyakorlat: Légpárna megtöltése. Körpárna készítése (szabás, varrás). Elhelyezésük. Vízpárna töltése. Gyakorlati bemutatáshoz szükséges tárgyak: Légpárna. Vászon. Harisnya. Olló. Tű. Cérna. Varrógép. Vízpárna. Víz. Kiöntőveder. Korsó. Tölcsér. Rúd (lehet seprőnyél).

1934-ben, 1941-ben közölte Ibrányi Alice a házi betegápolás tudnivalóit: több mint félévszázaddal ezelőtt. Elődünk anyagát a múlt iránti tisztelettel elevenítettük fel.

A Magyar Sebkezelő Társaság II. Kongresszusa Budapest, 1999. október 21-23.

1999. októberében nagy érdeklődés mellett rendezte meg a Magyar Sebkezelő Társaság II. kongresszusát a Kötszergyártók és Forgalmazók Országos Szövetsége támogatásával. A helyszín ismét a Grand Hotel Hungária volt, mint az I. kongresszus esetében is. Az alábbiakban ismertetjük az elhangzott programot, illetve azon előadások összefoglalóit, amelyeket megkaptunk a szerzőktől. (Az előadásokat nem az elhangzás sorrendjében közöljük, hanem az első szerzők ABC sorrendjében !)

1. BAKSA JÓZSEF (Szent János Kórház, Budapest): A kötszerválasztás jelentősége, stratégiája

2. BAKSA JÓZSEF (Szent János Kórház, Budapest): „Újabb” sebkezelő anyag, az Actovegin

3. CHEN J.W.Y. (ConvaTec Wound Healing Research Institute, Anglia): *New approaches in wound healing-development, new dressings based on innovative technologies*

4. CHEN J.W.Y. (ConvaTec Wound healing Research Institute, Anglia): *Wound biology and wound healing - Chronic wound pathology and the need for integrated treatment approach*

5. CSORBA ÉVA (Szent István Kórház, Budapest): A krónikus égési seb

6. CZALBERT HALASI J. (Hartmann-Rico Hungária Kft.): *Nedves sebkezelés korszerű klinikai szemlélete a négyes fázisú vizsgálatok tapasztalatai alapján*

7. DARÓCZY JUDIT (Szent István Kórház - Salus): A komplex sebkezelés Lohmann kötszerekkel

8. DÜRGŐ A. (3M Hungária Kft.): *Tegaderm szemipermeábilis filmkötszer alkalmazási területei. A decubitus megelőzése és kezelése. Nedves sebkezelés.*

9. ERDEI IRÉN, JUHÁSZ ISTVÁN

(DOTE Bőrgyógyászati Klinika Égéssebészeti Osztály, Debrecen)

A krónikus seb kialakulásának okai súlyos égési sérülteknél

A súlyos és kiterjedt égési sérülteknél kialakuló égésbetegség a szervezet folyadék-háztartását, keringési és energia viszonyait, immunológiai és hormonális rendszerek egészét érintő betegség. Az előadó ezen változások elemzése alapján mutat rá, hogy melyek azok a tényezők, amelyek okai lehetnek egy-egy seb krónikussá válásának. Kiemeli az égés immunszuppresszív hatását, és ezek terápiás lehetőségeit. Mindezek mellett hangsúlyozva a minél korábbi és agresszív sebészeti kezeléseket is lehetséges maximális sterilitás betartásával.

10. ERTINGER IMRÉNÉ (Országos Baleseti Intézet, Budapest)

Decubitus megelőzése, terápiája Confeel-kötszerekkel

A korszerű ápolás és gyógyításnál nagy jelentősége van a Confeel-termékcsaládnak. Nem kell naponta kötést cserélni, nem okoz allergiát, megkönnyíti az ellátó személy munkáját. Fájdalommentesen felhelyezhető és eltávolítható. Rugalmas, követi a test mozgását, jobb komfortérzést biztosít. A betegek mozgásképesek maradnak, munkájukat és önmagukat el tudják látni. Ambulanter kezeléssel kórházi ágyakat

válthat ki. Házi ápolási rendszerben is történhet a beteg ellátása. Széles körű alkalmazása lerövidíti a sebgyógyulást. A hagyományos kötszerekkel összehasonlítva lényegesen olcsóbb és jelentős költségmegtakarítást eredményez.

11. FENYVESI ÁKOS ATTILÁNÉ, GREGUSS ANIKÓ, BILLONÉ JENEI ANNA
(Városi Kórház, Baja)

Az életminőség javításának kardinális pontja, a korszerű sebellátási technika alkalmazása

A 41 ágyas Krónikus Belgyógyászati Osztályunkon átlagban 8-10 különböző nagyságú és súlyosságú sebekkel rendelkező beteget ápolunk.

A decubitusokkal érkező betegek ellátása igen komoly nehézséget okoz, súlyosabbak, sokszor elhanyagoltak. Az ellátottak 25%-ánál viszont a gondos ápolás, a szakszerű betegforgatás, massage, kényelmi eszközök alkalmazása ellenére is felfekvések alakulnak ki, de ezek az időben történő kezelés és a gondos prevenció miatt jobban gyógyulnak. Előadásunkban a súlyos nedvező decubitusok, krónikus lábszárfekélyek ápolása során a Cutinova termékcsaláddal elért eredményeinkről számolunk be. A kezelési technikát előre meghatározott program szerint indítottuk el, a nővéreket megtanítottuk a kötszerek alkalmazására, begyakoroltattuk a különböző stádiumban levő sebek felismerését, hisz ez garantálta, hogy a megfelelő időben, a megfelelő kötszert alkalmazza. A program jelenleg is folyik és felmérést végzünk az ápolók körében az eredményességről.

Kérdőíveket készítettünk a nővérek részére, amely az alábbi kérdésekből tevődött össze: Hogyan fogadták az ápolónők az újonnan bevezetett eljárást? Követték-e az eljárás leírását a begyakorlás idején? Betartották-e az utasításokat a szoros kontroll megszűnése után?

12. GÁL I. (ConvaTec): *A decubitus-kezelés múltja és jövője*

13. HARDICSAY KLÁRA, LIGETI JUDIT

(Tolna Megyei Önkormányzat Kórháza, Bőr- és Nemibeteg gondozó, Szekszárd)

Hydrocoll és Hydrosorb kötszerek alkalmazásával szerzett tapasztalataink vénás eredetű ulcus cruris kezelésében

Az ulcus cruris kialakulásához többféle ok vezethet. Minden lábszárfekély kezelésében fontos a kiváltó ok megszüntetése, így vénás eredetű ulcusnál a végtag haemodinamikai viszonyainak helyreállítása, illetve javítása kompressziós pólya alkalmazásával. A fekélyek helyi terápiáját mindig azok aktuális állapota szabja meg. Napjainkban egyre inkább előtérbe kerül az úgynevezett nedves sebkezelés.

A szekszárdi megyei Bőr- és Nemibeteg gondozóban 1998. augusztustól november végéig négy hónap alatt 84 ulcusos beteget kezeltünk a Hartmann cég Hydrocoll és Hydrosorb kötszereivel. A kezelés során nyert tapasztalatainkról, a Hydrocoll és Hydrosorb kötszerek használatának előnyeiről számolunk be.

14. HORVÁTH ATTILA (SOTE Bőrgyógyászati Klinika, Budapest) *Krónikus Sebek problémaorientált kezelése*

15. HUNYADI JÁNOS

(Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A sebgyógyulás vizsgálatára szolgáló in vitro kísérleti módszerek

A szövettanyésztes technológiai fejlődésének köszönhetően mára a bőr csaknem valamennyi sejtes elemének laboratóriumi expanziója lehetségessé vált. Szerző azokat a kísérletes vizsgálmódszereket veszi számba, amelyek a sebgyógyulás egyes fázisainak modellezésében használatosak.

16. JÓSVAY JÁNOS, DONÁTH ANTAL

(Magyar Honvédség Központi Honvédkórház Plasztikai Sebészet, Budapest)

Újszerű műtéti eljárások a medencetájéki decubitusok kezelésében

A szerzők 13 éve foglalkoznak a medencetájéki decubitusok műtéti kezelésével. Ezalatt csaknem 60 beteget operáltak, valamennyien meggyógyultak. 3 esetben fordult elő ülőgumó decubitusnál elhúzódó sebgyógyulás, 1 esetben késői recidiva alakult ki.

A sacralis, a tomportájéki és az ülőgumó feletti decubitusok radikális kimetszése után keletkezett bőr- és lágyszövethiányt musculocutan lebennnyel fedik. A szakirodalomban közölt műtéti eljárásokat évek során módosították: a sacralis decubitusra gluteus maximus, az ülőgumó decubitusra biceps femoris musculocutan fokos lebenyt alkalmaznak. Módszerük előnyei: csökken a vérvesztés, rövidebb a műtéti idő, biztonságosabb a lebeny keringése, ugyanakkor nem csökken a lebeny mobilitása. Eredményeiket hazai és külföldi szaklapokban publikálják.

17. JUHÁSZ ISTVÁN (Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen): *Az Inadine kötszer használatának lehetőségei a bőrsebészetben*

18. JUHÁSZ ISTVÁN

(Debreceni Orvostudományi Egyetem Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

A sebgyógyulás in vivo kísérletes vizsgálati lehetőségei. A SCID egerekre ültetett teljes vastagságú humán bőr sebgyógyulás modell

Szerző ismerteti a sebgyógyulás kísérletes vizsgálatára alkalmas állatmodelleket. Kitér ezek gyakorlati jelentőségére, rámutat az általuk nyerhető információ korlátaira, majd az önkénteseken végzett humán kísérletek lehetőségeit veszi számba. Ismerteti az általa kidolgozott humán bőr transzplantációján alapuló kísérleti modell nyújtotta eddigi eredményeket, és a jövőbeni vizsgálódások tárgyát.

19. JUNG KATALIN, BARCSA CSABA

(Szent Pantaleon Kórház, Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Dunaújváros)

Melyiket válasszam? - A decubitus kezelés költséghatékonyságának összehasonlítása

A dunaújvárosi Szent Pantaleon Kórház Mozgásszervi Rehabilitációs Osztályán dolgozunk, mint osztályvezető főorvos és osztályvezető főnővér. A vezetőknek kötelességük a rendelkezésre álló erőforrások figyelembe vételével biztonságos, szakmailag magas szintű és hatékony ellátást nyújtaniuk. Az egészségügy piacosodásával és az új finanszírozási rendszer bevezetésével (endofinanszírozás) keressük az olyan

szolgáltatásokat, amelyek jobb minőségű ellátást nyújtanak, ugyanakkor gazdaságosabb és hatékonyabb. Osztályunkon az elmúlt év során 17 más osztályról átvett decubitusos beteget ápoltunk.

Dolgozatunk témája a hagyományos protokoll nélküli decubitusos kezelés összehasonlítása a mai modern II. generációs hidrokolloid kötszer protokollal a költség, az erőforrás és a hatékonyság figyelembe vételével.

20. KOCZOR ANDREA, GYŐRFI MELINDA, VÉRTES LÁSZLÓ: *Geriatrici osz-
tályra utaltak - chronikus sebek a diagnózisban, az epicrisisben és a valóságban...*

A szerzők mindennapi tapasztalata, hogy a geriatrici osztályra utalt idős betegek esetén nem tüntetik fel a decubitus, a lábszárfekélyt. A betegek más kórházi osztályokról és a területről (házi orvosi beutalóval) érkeznek. A diagnózisok és az epicrisisek mellőzik az alapvető tények rögzítését. A szerzők osztályukon statisztikai adatgyűjtést végeztek. Az eredmények szomorúak szakmai és etikai szempontokból is. Szubminimális azon beutaló okmányok, zárójelentések száma, amelyek tartalmazzák a decubitus, a lábszárfekély létét. Azon kevés esetben, amikor szerepelnek az említettek, elenyésző arányban olvasható a lokalizáció. A vázolt helyzet alapvető megváltoztatása elengedhetetlen, a beteg észlelése, a status rögzítése sine qua nonja az orvoslásnak.

21. LÁNYI É.: *A mucopolysaccharid-tartalmú gél és kenőcs (Hirudoid) tág felhasználási lehetőségei*

22. LEHEL FRIGYES, NAGY ERZSÉBET*, FODOR ELEONÓRA*, ERDŐSI TÍMEA, OROSI PIROSKA***, FARKAS BENJÁMIN**

(Jósa András Megyei Kórház, Nyíregyháza, *Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Egyetem, Szeged **Johan Béla Országos Epidemiológiai Központ, Budapest, ***Kenézy Gyula Kórház, Debrecen)

Staphylococcus aureus fertőzések epidemiológiájának vizsgálata Szeptikus Sebészeti Osztályunkon

A szerzők Kórházuk Szeptikus Sebészeti Osztályán 1992. évtől kezdődően rendszeresen vizsgálták a tartósan kórházi kezelést igénylő betegek S. aureus fertőzéseit.

336 beteg vizsgálati anyagaiból 305 esetben S. aureus baktérium tenyésztett ki. A betegek sebváladékaiban, orrában, kezén, valamint a gyógyító-ápoló személyzet orrában zömmel a II-es és III-as fágcsoportba tartozó, a használatos antibiotikumra érzékeny S. aureus baktériumok voltak találhatóak.

- A betegek vizsgálati anyagaiból 17 Methicillin rezisztens S. aureust (MRSA) tudtak izolálni.

- A gyógyító-ápoló személyzet körében nem találtak MRSA hordozó személyeket.

MRSA fertőzések gyakorisága a vizsgált időszakban nem nőtt, keresztfertőzések előfordultak a betegek körében, de járványok nem alakultak ki. A keresztfertőzéseket okozó S. aureus törzsek pontos azonosítását a feltárt sejtek DNS fragmentumainak elektroforetikus vizsgálatával végezték el.

Vizsgálataik eredményeire alapozva megállapításaikat a következőkben foglalják össze:

- a nosocomialis fertőzések definíciója magában kell, hogy foglalja a fertőzések mikrobiológiai vizsgálatokkal történő alátámasztását
- a kórokozók azonosításához a hagyományos módszerek mellett a molekulár-biológiai vizsgálatok is szükségesek
- az MRSA fertőzések gyakorisága nem nőtt, járványokat nem okozott, a fertőzések forrásai a tartósan kórházban kezelt betegek
- a nosocomialis fertőzések egyes osztályokra kialakított célzott felügyelete mindeképpen a fertőzések megelőzésének az egyik fontos eszköze

23. LEJTÉNYI GÁBORNÉ, FARKAS PÉTER

(Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szeptikus és Tbc-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály)

Krónikus sebek kezelésével szerzett tapasztalataink (poszter)

Szerzők összegzik a sebkezeléssel szerzett tapasztalataikat, meghatározzák az egyes betegcsoportokban követendő kezelési stratégiát. Hangsúlyozzák, hogy az eredményes sebkezeléshez alapvető követelmény a diagnózis korrekt és pontos felállítása, az alapbetegségnek megfelelő adekvát kezelés és ezzel összefüggésben a seb szakszerű és korszerű ellátása. Csak ezen kritériumok pontos betartásával lehet sikerre számítani, mert ha a seb kezelése nem korrelál az alapbetegség kezelésével, az esetleges eredmény is csak átmeneti lehet.

Három esetet ismertetnek részletesen. Az első esetben egy diabeteses osteoarthropathiás láb műtéti majd konzervatív kezelését, második esetként vénás keringési zavar részeként kialakult, terápia-rezisztens lábszárfekély ellátási taktikáját, harmadik esetként az osztályukon relative gyakran előforduló decubitus kezelési módszerét mutatják be. Kihangsúlyozzák a beteg együttműködési készségének fontosságát (compliance), a team munka szükségességét, a beteg minél jobb életminőségének szem előtt tartását.

24. LOHMANN M.: (Copenhagen Wound Healing Center, Dánia — Coloplast) Establishment of Copenhagen Wound Healing Center.

Treatment of diabetic foot ulcers with moist wound healing

25. MACZIKA RÉKA

(Erzsébet Kórház, Kardiológiai Osztály, Budapest)

A mobilizáció, mint a decubitus megelőzésének legjobb módszere

A gyógytornászok és nővérek közös feladata a betegek megfelelő fektetése, mobilizálása annak érdekében, hogy szövödményként ne alakuljon ki hosszú ágynyugalom ellenére sem a decubitus. A helyes technikák megválasztása, a jó együttműködés a beteg érdekét szolgálják, legfőképpen a prevenció esetében.

26. MESTER ÁDÁM (SOTE Lézer Laboratórium, Bp.)

A lézersugár fotobiológiai alkalmazása krónikus sebek kezelésében

27. MISKOLCZI Z. (Convatec)

A sebgyógyulás ütemének kvantitatív mérése hidrokolloid kötszer alkalmazásával

28. NAGY IMRE, BERTA MIHÁLY, SZENTLÉLEKI KÁROLY

(Jávorszky Ödön Kórház Sebészeti Osztály és Érsebészeti Részleg, Vác)

Szemléletváltás az ulcus cruris terápiájában idős korban

Forradalmi változáson ment át az ulcus cruris kezelése az elmúlt évtizedben. Míg korábban a lábszárfekélyes betegek gyógykezelése hosszú heteket, sőt hónapokat tett ki különböző ispotályokban, addig az újabb trendek mindinkább a pontos aetiológiai tényezők tisztázása után az adekvát terápia időben történő elkezdését feltételezik. A hosszú kórházi kezeléseket felváltotta az időben elvégzett érsebészeti vizsgálat, vagy konzílium, illetve az ezt követő célzott kezelés. A betegek ambuláns kezelése még időskorban is kivitelezhető, a kötözési technika betegnek, vagy családtagjának is könnyen elsajátítható. A nedves kezelés bevezetésének következtében nemcsak a kezelés könnyű volta, a ritkább kötéstváltások, hanem a gazdaságosság is fontos tényezővé lépett elő.

29. NAGYNÉ DOBI DÓRA, SZABÓ ÉVA, PÁLDEÁK LÁSZLÓ

(DOTE (DOTE Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen))

Nedves kötéssel szerzett tapasztalataink ulcus cruris kezelésében

Szerzők nedves kötéssel szerzett tapasztalataikról számolnak be, 15 krónikus vénás keringési elégtelenség talaján kialakult ulcus crurisos beteg kapcsán. A kezelések során a nedves kötszerek többféle formáját használták, amelyek jól alkalmazhatók az ulcus feltisztító és hámosító kezelésében is.

30. ÓVÁRI ATTILA, Farkas R. (Szent György Kórház, Székesfehérvár, Állatorvostudományi Egyetem)

Lárva-terápia a krónikus sebkezelésben

31. PETŐ KATALIN, MIKÓ IRÉN, HAUCK MÁTYÁS, FURKA ISTVÁN

(Debreceni Orvostudományi Egyetem, Kísérletes Sebészeti Intézet, Debrecen)

Felszívódó varróanyagok által okozott microcirculációs változások. Kísérleti modell

A sebészi varróanyagok fontos szerepet játszanak a sebészi beavatkozások biztonságos végrehajtásában. Kísérleteink során azt vizsgáltuk, hogy milyen microcirculációs változásokat idéz elő a fonal áthúzása kutyák duodenumába helyezett öltések során. Kísérleteinket négy általánosan használt felszívódó varróanyaggal, Catgut-tel, Dexonnal, PDS-szel és a nemrégiben forgalomba került Biosyn-nal végeztük, összesen 20 kísérleti állaton, i.m. anesztéziában. A méréshez a termodilúció elvén működő Experimetria TF-01 szöveti áramlásmérő készüléket használtuk. Laparotomiát követően izoláltuk a duodenumot és a pylorustól számított konstans távolságra két érzékelőfejet öltöttünk be, az egyiket mesenterialisán, a másikat antimesenterialisán. A kettő között a felsorolt négy varróanyaggal Lambert-öltést helyeztünk be átlagos sebességű fonaláthúzást alkalmazva, csomózás nélkül. Minden kísérletnél azonos tűt és azonos hosszúságú fonalat használtunk. Ezt követően

60 percen át mértük a bekövetkező szöveti áramlás-változást. Az adatokat koordináta-rendszerben ábráztuk az idő függvényében.

A Catgut esetében az antimesenterialis és mesenterialis oldalon egyaránt folyamatosan emelkedő görbét kaptunk, a mért legnagyobb változás 20,4%-os volt. A Dexon esetében a szöveti áramlás-változás maximuma a 35. percre esett - 19,5% volt. A PDS esetében a csúcs szintén a 35. percben 11,8% volt. A legkisebb változást a Biosyn okozta, amelynél mindössze 7,3%-os változást tapasztaltunk. Ezek az eredmények összhangban állnak ugyanezen varróanyagok reakció-index értékeivel, amely szerint minél közelebb áll a reakció-index az 1-hez, annál jobban megközelíti az „ideális varróanyag” fogalmát, ami többek között elhanyagolható mértékű szöveti reakciót jelent.

Bár kísérleteink a gastrointestinalis traktusra korlátozódtak, általános következtések is levonhatók. Eredményeink újabb karakterisztikummal járulhatnak hozzá a varróanyagok jellemzéséhez.

32. PINTÉR ÁGNES

(Városi Kórház, Krónikus Belgyógyászat és Rehabilitációs Osztály, Keszthely)

A decubitus az nem betegség?

Osztályunkra sorban egymás után felvett (válogatás nélküli), már felvételekor is decubitus-sal rendelkező 100 betegnél megnéztük, hogy hány esetben szerepelt az átadó osztály zárójelentésén a diagnózisok között vagy az epikrízisben a decubitus ténye. Vizsgálatunk kiterjedt arra is, hogy mely osztályok azok, amelyek elfelejtik megemlíteni a beteg decubitusát.

33. PLETSCHING K. (Hartmann-Rico Hungária Kft.)

The new way of treatment of chronic wound dressing as essential part of the whole therapy concept

34. RICHTERNÉ TÓTH ANDREA, NOVÁK PIROSKA

(Simmelweis Kórház, Miskolc)

A nyomási fekély/decubitus felmérésével, kezelésével kapcsolatos szakmai tevékenységek és dokumentációs feladatok minőségi indikátorai

A szerzők több témakörben szerzett tapasztalataikat összegezik: a sebfelmérés-sel és sebkezeléssel kapcsolatos gyakorlati és dokumentációs hiányosságok feltárása minőségi indikátorokkal, indikátor-anyaggyűjtési rendszerek a decubitus megelőzésével, kezelésével összefüggő ápolási tevékenységek minőségi indikátorai.

35. ROWAN S. (Smith-Nephew, Interimport Kft.)

A nedves sebgyógyulás előnyei, annak bizonyítékai és a sebek kezelése

36. ROZSOS ISTVÁN, FORGÁCS SÁNDOR, KOLLÁR LAJOS

(Baranya Megyei Kórház, Pécsi Orvostudományi Egyetem Sebészeti Tanszék, Érsebészeti Osztály, Pécs)

A diabetes mellitus trophicus lábszövődményeinek kezelése korszerű sebkezelő- és kötőanyagokkal

A diabetes mellitus következtében kialakuló angio és neuropathia talaján gyakorta alakul ki nehezen gyógyuló sebzés az alsó végtagokon. E folyamatok súlyos esetekben végtagvesztést is eredményezhetnek.

A betegek hosszantartó kezelést igényelnek, ami a jelenlegi finanszírozási rendszer mellett kórházi körülmények között nem megvalósítható. A családtagok és a házi ápolási rendszer bevonásával eredményesen oldottuk meg e betegcsoport tartós otthoni kezelését. A házi kötőcsereket bevezetéséhez kerestük a legmegfelelőbb kötőanyagokat, amelyek könnyen kezelhetők, a steril sebkezelést lehetővé teszik nem szakember felhasználó esetén is, és a beteg állapotjavulását nem kockáztatja.

Előadásunkban a különböző korszerű kötszerekkel nyert tapasztalatainkat mutatjuk be a háziápolás szempontjai szerint. Tapasztalataink alapján több cég készítményei is megfelelő alapot biztosítanak a fenti elvárások kielégítésére a legpozitívabb felhasználhatóságot a jól sarjadó, nagyméretű sebek kezelésében a speciálisan ritka hálószerkezetű Grassolind neutral kötszerrel nyertük.

37. SALCZERNÉ HOK MÁRIA

(Budapest):

A decubitus megelőzés és kezelés ápolási alapelveiről

38. SASVÁRI FERENC, HORVÁTH KATALIN

(Homart Bt., Budapest)

Homeopátia - a sebkezelés alternatív lehetősége

I. Mi a homeopátia?

A homeopátia gyógyszerekkel gyógyító önálló orvostudományi rendszer. A homeopátia az alternatív medicina egyik ágazata. A homeopátia az európai újkorban rendszerbe foglalt és a hasonlóság természeti törvényét felhasználó gyógyító eljárás. A homeopátia a 21. század orvostudománya. A homeopátia gyógyító művészet.

II. Mennyiben jelenthet alternatívát a homeopátia a hagyományos kezelési eljárások mellett?

1. A homeopátia mint a személyiség medicinája, az alkat, a reakcióképesség és a fogékonyság jellemzőinek figyelembevételével az (időskori) nehezen gyógyuló sebek esetében képes arra, hogy a jól kiválasztott, egyéni homeopátiás szer segítségével megállítsa és visszafordítsa azokat a folyamatokat, amelyek egy kóros szabályozás eredményeképpen produkáltak. A nehezen gyógyuló sebek a legtöbbször az ilyen hibás szabályozás, illetve a saját, meglevő gyógyító rendszerek blokkolásának eredményei.

2. A homeopátiás gyógyszerek a természet produktumai, sem mellékhatásuk, sem túladagolásuk nem gyakori. Ma, amikor már a gyermekkorban elkezdett gyógyszerabúzus vált a felnőttkori és időskori betegségek egyik fő okává, elkerülhetetlen, hogy beépüljön a terápiába ez a hatékony, emberi és olcsó gyógy mód.

3. A homeopátiás szerek mind lokálisan, mind pedig szájon át adagolva szisztémásan igen hatásosan vehetők be mind önállóan, mind pedig kiegészítésként nehezen gyógyuló sebek terápiájában.

39. SUGÁR ISTVÁN, ONDREJKA PÁL, FALLER JÓZSEF

(Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. Sebészeti Klinika, Budapest)

Krónikus sebek előfordulása, gyakorisága és azok kezelése klinikánkon

Az általános sebészeti tevékenységet folytató osztályok munkáját is sokszor nehezíti, a hospitalizációs időt jelentősen meghosszabbítja a krónikus sebek gyógykezelése. Előadásunkban ismertetjük az elmúlt évek adatait a sebgyógyulás szövődményeiről, előfordulásuk gyakoriságát acut- és elektív, valamint septikus- és ún. steril műtétek után. Érdekes eseteink bemutatása és kezelési taktikánk ismertetése is része referátumunknak.

40. SZABÓ TAMÁS

(Varix Klinika Kft., Szeged)

Flebológiai keringésvitató műtétek aggkorban

Betegek és orvosok egyaránt hajlamosak arra, hogy az alsó végtag varikozitását kozmetikai problémának tekintsék, ennek megfelelően nyolcvan éves kor felett általában nem szokott sor kerülni a varikozitás műtéti kezelésére. A preoperatív diagnosztika és a szövetkímélő, szelektív műtéti technika fejlődésével álláspontunkat módosítani szükséges, és az aggkorú betegek kategórikus elutasítása helyett bizonyos esetekben korhatár nélkül el kell végezni a megfelelő műtétet. A varikozitás hátterében ugyanis mindig vénás keringési zavar áll, a visszeresség csak egy a keringési zavar lehetséges tünetei között.

A szerző 1997 óta négy esetben végzett aggkorú betegen vena saphena magna crosssectomia-stripping-varicectomy műtétet. Az indikáció két esetben súlyos pangásos fájdalom, egy ízben ismétlődő vérzés, egy esetben krónikus lábszárfekély volt. A legidősebb beteg 87 éves volt a műtét idején. Az összefoglaló írásakor még mind a négy beteg életben volt, és a műtét eredményét szubjektíve igen jónak értékelték.

A pangásos ekzema, a lábszárfekély, az ismétlődő varix-vérzés, de a fájdalmas végtagfeszülés is jelentősen ronthatja az érintettek életminőségét, és semmi okunk arra, hogy pusztán életkoruk miatt megtagadjuk tőlük a teljes gyógyulást eredményező műtétet. A keringési zavar súlyosságával összevetve mérlegelni kell az általános állapot mellett elsősorban a beteg szokásos életvitelét és fizikai aktivitását. Műtétet kizáró oknak csak az ASA III/b. vagy súlyosabb általános állapotot (az American Society of Anesthesiologists által javasolt kategorizálás), illetve az állandó ágyhozakötöttséget kell tekinteni.

41. SZÉVER KRISZTINA (Szent István Kórház, Budapest)*A „Johnson and Johnson fejlett sebellátás kötszercsalád” alkalmazása lábszárfekélyes betegeken***42. TOMASOVSKYNÉ VÉCSEI IBOLYA**

(DOTE Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen)

Nehezen gyógyuló, mély égési sérülések hidrokolloid kezelésével szerzett tapasztalatok

A korszerű sebkezelés az utóbbi évek irodalmi adatai és kedvező gyakorlati tapasztalatai alapján a nedves sebkezelési formákat részesíti előnyben. Ennek egyik formá-

ja a hidrokolloid kötőanyagok használata, amelyek a krónikussá váló nehezen gyógyuló sebek feltisztítására és keringésjavításra alkalmasak. A hidrokolloid szívóhatást gyakorolva a sebre — magába gyűjti a sebváladékot, javítja a seb és a seb környékének mikrocirkulációját és jó biológiai körülményeket biztosít a granulációs szövetképződéshez. A hidrokolloidos sebkezelési sérüléseknél az exponálódott csontok és inak környékén elhelyezkedő sebek feltisztítása nehéz feladat, mert gyakran heges területek vesznek körül. A hetek óta meglevő váladékos sebek kezelésére a hidrokolloid kötőanyagokat 3 naponkénti kötéscserékkel alkalmazzuk, előzetes polymyxines ecsetelés után. Átlagosan 5-6 kötésváltás alkalmassá teszi ezeket a krónikus sebeket a bőrtranszplantációra. A szerző néhány beteg kapcsán bemutatja a hidrokolloiddal szerzett tapasztalatait.

43. TÓTH MARGIT, SZITTYAI BORBÁLA, CSÁSZÁR TAMÁS

(Zala Megyei Kórház, Krónikus Belgyógyászat, Zalaegerszeg)

Az immobilizációs szindrómáról néhány eset kapcsán

Hosszan tartó ágynyugalom következtében az egész szervezetet érintő káros következmények alakulhatnak ki, amelyet összefoglaló néven immobilizációs szindrómának nevezünk. Szerzők az immobilizáció okozta legfontosabb szervrendszeri elváltozások tüneteinek, kezelésének, prevenciójának ismertetése után néhány típusos esetet mutatnak be, amelyekben jól követhető az immobilizációs szindróma lényege. Következtetés: Az ágyban fekvés idejének csökkentésével, gondos ápolással, gyógytornával és korai mobilizálással a károsodások jelentős részének kialakulása megelőzhető, az immobilizációs szindróma tüneteinek progressziója csökkenthető.

44. VANDEPUTTE J.: (Medincom Kft.)

General application of ElastoGel

45. VARGA CSILLA, MOLNÁR JÁNOSNÉ., VIRÁG JÁNOSNÉ

(Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Önk. Pszichiátriai Szakkórháza, Nagykálló)

Ápolási hiba-e a decubitus?

A felfekvés, vagyis a decubitus - nyomás hatására létrejött, körülírt szövetelhalás. Ez a meghatározása annak a kísértőbetegségnek, amely a már klasszikusan ismertté vált rizikó-tényezők fennállásakor bekövetkezhet. Az orvos-nővér együttműködő munkája, hivatása iránti elkötelezettsége azonban mindenre képes. Az egészségügyi team a kliensét - multidimenzionális - ellátásban részesíti. Ezáltal nem csak biológiai szükségleteit, hanem a pszichés támogatást is megkapja. Esettanulmányunk bemutatásával rámutatunk arra, hogy mennyire fontos a gyógyuláshoz, a sebgyógyuláshoz ez a fajta megközelítés a komplex gyógyítói-ápolási munka keretében.

46. VÁRKONYI VIKTÓRIA (SOTE Bőgyógyászati Klinika, Bp.)

A lábszárfekély differenciál-diagnosztikai problémái

47. VÉRTES LÁSZLÓ (Magyar Orvostörténeti Társaság)

Dr. Bugyi István az idült lábszárfekélyről, 1932-ben (a sebészprofesszor 100. születésnapjára)

Dr. Bugyi István az egyetemes orvostörténelem egyik legkiemelkedőbb sebészprofesszora. Munkássága a sebészet és határterületei teljességére terjedt. A közelmúltban emlékeztünk személyiségére, életművére, 100. születésnapja tiszteletére. 1932-ben - akkor már a Csongrád vármegyei Közkórház Sebészeti Osztályának vezető főorvosaként, Szentesen - értékes tanulmányt jelentetett meg „Az idült lábszárfekélyek orvoslása” címmel. A nagy tudósra jellemzően ma is érvényes gondolatokat közölt. Előbb áttekintette a lábszárfekély pathogenesisét, majd a kezelés tapasztalatait összegezte. Eredményes volt a rugalmas ragtapaszpólya, a ragasztótapasz nyomókötések alkalmazása. A jó tanítvány szellemében idézi mesterét, Dr. Manningert professzort is.

48. WEINHARDT K.

(Beiersdorf Kft.)

Cutinova-terápia

49. WILHELMSSEN F.

(Coloplast A/S)

Clinical evaluations of Comfeel hydrocolloids and Purilon hydrogel

A Magyar Sebkezelő Társaság továbbképzési tervezete

DR. MOLNÁR LÁSZLÓ
SZT. JÁNOS KÓRHÁZ, BUDAPEST

A Magyar Sebkezelő Társaság Vezetősége az 1990. évi nagygyűlés után elhatározta, hogy beindít egy országos továbbképző hálózatot, amely a krónikus sebek megfelelő, modern kezelési eljárásaival, valamint a lehetséges megelőzés lehetőségeivel foglalkozik. Véleményünk szerint a krónikus sebek, az *ulcus cruris*, a poszt-trombotikus szindróma ellátása országos szinten nem mindig a legmegfelelőbbben történik. Házi orvosaink, szakorvosaink szinte eltévednek a számos sebgyógyítási lehetőség és kötöző anyag alkalmazása közben. Ez káros a betegeknek, de káros a finanszírozásnak is, mivel nem mindig a legmegfelelőbb és a leggazdaságosabb kezelési módszerrel kezeljük betegeinket.

Interdiszciplináris, a társszakmákat összekötő Társaságunk föl vállalja a képző, továbbképző program megszervezését, lebonyolítását országos szinten.

A továbbképző program megszervezésével és beindításával az MSKT engem bízott meg, mint az Oktatási és Továbbképzési Bizottság titkárát. A továbbképzés célja a különböző megbetegedések következményeként kialakuló krónikus sebek legmegfelelőbb módszereinek oktatása megyei szinten a házi orvosi hálózat orvosai, asszisztensei valamint regionális szinten a bőrgyógyász, érsebész, sebész, belgyógyász szakorvosok részére.

Célja még az adatszolgáltatás, protokollok kidolgozásához javaslatok, konszenzus előkészítése, konzultáció kiépítése egymással, házi orvosokkal, szakorvosokkal.

Oktató centrumok:

- A. Megyénként egy: Feladata a házi orvosok, és asszisztenseinek továbbképzése. Délelőtt 5-6 elméleti előadás, délután gyakorlati képzés.
- B. Regionális Oktatási Centrumok: feladata szakorvosok, bőrgyógyászok, sebészek, angiológusok, belgyógyászok képzése, továbbképzése.
Orvosegyetemenként egy centrum: például: Budapest, Szeged, Debrecen, Pécs.

Az oktatás frekvenciája:

Megyei Centrumok: 4. havonta egy napos továbbképzéseket tartanak házi orvosoknak, asszisztenseknek, házi ápolóknak.

Regionális Oktatási Centrumok: fél évente egy napos továbbképzések szakorvosoknak.

A továbbképzések pontszerzők lesznek mind a házi orvosoknak, mind asszisztenseik részére.

A továbbképzések tematika-tervezete:

A megyei oktatási centrumok számára a továbbképzési anyagot, szemléltetést (diák, vagy számítógépes kivetítés) a Magyar Sebkezelő Társaság oktatási bizottsága szerkeszti, illetve készíti el. Így biztosított, hogy országos szinten azonos szakmai színvonalú és szemléletű oktatási anyag kerüljön felhasználásra.

Az oktatási bizottság három éves ciklusokban gondolkodva készíti el továbbképzési javaslatait. Egy évben kétszer hangzana el ugyanaz az anyag (természetesen más-más hallgatóságnak), a következő évben tovább lépve más témakörök kerülnek oktatásra.

MSKT oktatási bizottságának tagjai:

Titkár: **Dr. Molnár Iászló** bőrgyógyász főorvos (Bp. Szt. János Kórház). MSKT **Dr. Juhász István** egyetemi docens (Debrecen, Bőrclinika). *Dermatológiai Társulat:* **Dr. Várkonyi Viktória** OBNI Igazgatóhelyettes (Budapest, Bőrclinika). *Magyar Sebész Társaság:* **Dr. Sugár István** egyetemi docens (Budapest Semmelweis Orvosegyetem II. Seb. Klinika). *Égési és Plasztikai Sebész Társaság:* **Dr. Mészáros Gábor** főorvos (Szent István Kórház), *Magyar Angiológus-Sebész Társaság:* **Dr. Nagy Imre** (Vác Megyei Kórház). *Diabetes Társaság:* **Dr. Rozsos István** főorvos (Pécs Megyei Kórház). **Jóbai Zsolt** (Budapest, Kötszergyártók és Forgalmazók Szövetsége).

Szakdolgozók: **Richterné Tóth Andrea** (Miskolc Semmelweis Kórház). **Salczerné Hok Mária** (Budapest Ápolási Tanácsadó). **Balaton Ernőné** (Tatabányai Kórház).
Oktatási tervezet (az első előadásorozatra) anyag Megyei Centrumok részére:

1. A poszttrombotikus szindróma és a vénás eredetű lábszárfekélyek kialakulásának patomechanizmusa.
2. A vénás eredetű lábszárfekélyek kezelési lehetőségei, nedves sebkezelés.
3. Az artériás és trofikus fekélyek, diabateses láb modern kezelése.
4. Az ulcus cruris műtéti megoldásának lehetőségei.
5. Az ulcus cruris és az alkalmazott terápia szövődményei.
6. Ápolás, Sebkezelés (Kórház, rendelőintézet, alapellátás).

Oktatási tervezetet (az első előadásorozatra) anyag a Regionális Centrumok részére:

1. A sebellátás modern módszerei (nedves sebkezelés).
2. Az angiológus modern vizsgálómódszerei.
3. Az angiológus-sebész ulcus cruris kezelési lehetőségei.
4. Doppler-vizsgálati technika magas fokon
5. A kötszerválasztás jelentősége, stratégiája.

A továbbképzés szakmai támogatói:

Magyar Sebkezelő Társaság
Magyar Dermatológiai Társulat

Magyar Angiológus-Sebész Társaság
Magyar Égési Egyesület
Magyar Plasztikai, Helyreállító és Esztétikai Sebész Társaság
Magyar Ápolási Egyesület
Kötszergyártók és Forgalmazók Szövetsége

A Megyei Oktatási Centrumok kiépítése

A Bristol Myers Squibb Company Convatec Divíziója épített ki és támogat megyénként egy Ulcus cruris Centrumot.

Ezekre a centrumokra épül az MSKT oktatási hálózata. A centrumok számítógéppel ellátottak és alkalmasak megfelelő szoftver alkalmazásával arra, hogy országos hálózatot alkotva adatokat szolgáltatson a továbbképző hálózat kapcsolat rendszerét biztosítsa (pl. központilag tesztek küldése és javítása, továbbképző anyag küldése, konzultáció, havi jelentések küldése stb.)

A *regionális Oktatási Centrumok* a négy Orvosegyetemre épülve hasonló módon működnek.

Szponzorok

Az oktatóhálózat beindulását, a megfelelő oktatási anyag elkészítését, az előadók honoráriumát, támogató szponzorokkal kívánjuk biztosítani. A támogatási rendszer lebonyolítására Alapítványt létesítünk.

Tudományos fórum

Az oktatás és a hálózat adatgyűjtési tapasztalatairól évente egyszer szeretnénk beszámolni a Sebkezelő Társaság, Dermatológiai, Angiológus, Sebész Társaságok éves nagygyűlésén (minden évben másik Tudományos Társaság rendezvényén).

Előadók

Regionális Egyetemi Centrumokban: országos szaktekintélyek. Megyei Centrumokban: helyi, megyei szakemberek, bőrgyógyászok, érsebészek, angiológusok.

Továbbképzés indulása

Úgy tervezzük, hogy az első megyei sorozatot május hó folyamán elindítjuk. Az ősz folyamán még egy megyei továbbképzést tervezünk.

Felhívás a Magyar Sebkezelő Társaság III. kongresszusára

Tisztelt tagtársak és érdeklődők!

A Magyar Sebkezelő Társaság **2000. október 19-21-én** megrendezi **III. kongresszusát**. A tudományos ülés helyszíne az előző két alkalommal már jól bevált **Grand Hotel Hungária lesz Budapesten**. A szervezésre ismét több társaság illetve cég fogott össze, így ezúttal a Magyar Sebkezelő Társaságon kívül a Magyar Dermatológiai Társaság, a SEBINKO Szövetség, a Kötszergyártók és Forgalmazók Országos Szövetsége és a Mölnlycke Kft.

A kongresszus fővédnökei: *Dr. Mikola István*, az Országos Vérellátó Szolgálat főigazgatója valamint *Dr. Kőrössy Péter*, az Országos Egészségpénztár gyógyszerügyi, gyógyászati segédeszköz és gyógyfürdő főosztály vezetője.

A kongresszus fő témái:

- 1. Az alsó végtag krónikus sebeinek diagnosztikája és kezelése**
- 2. A sebfertőzés megelőzése és kezelése krónikus sebeknél**
- 3. Korszerű kötszerek és újabb sebkezelő technológiák**

A kongresszusi részvétel várhatóan kredit-pontokat jelent a résztvevők számára.

Szálláslehetőség szervezett formában a Grand Hotel Hungáriában illetve a Hotel Platanusban van. A részvételi díj a Társaság tagjai számára 6000 Ft (orvosok) illetve 4000 Ft (szakdolgozók) lesz előzetes befizetés esetén. Akik nem tagjai a Magyar Sebkezelő Társaságnak, azok számára 8000 Ft ill. 6000 Ft a részvételi díj ugyancsak előzetes befizetés esetén. A helyszínen jelentkezők és befizetőik a jelzett összegekhez képest 2000 Ft-tal megemelt összeg ellenében lehetnek kongresszusi résztvevők.

Kérünk ezért minden érdeklődőt, hogy jelentkezési lapját minél hamarabb küldje vissza az **É+L Kft címére (1081 Bp. Kiss József u. 4.) Tel/fax: (1)-313-2027.**, és a részvételi díjat legkésőbb szeptember 19-ig fizesse be.

Reméljük, hogy a III. Kongresszuson az előző kettőhöz hasonló nagyszámú résztvevőt üdvözölhetünk és magas színvonalú előadásokat hallgathatunk majd.

A Szervező Bizottság