

Tartalomjegyzék

Főszerkesztői gondolatok	2
Az ulcus cruris szimptomatológiája	3
<i>PROF. DR. HUNYADI JÁNOS, DR. SÁPY MÓNKA, DR. KUHNYÁR ÁGNES, DR. MARKOVICS GYULA</i>	
Sebkezelés Magyarországon	12
<i>DR. SUGÁR ISTVÁN, JÓBAI ZSOLT</i>	
Általános tájékoztató	17
Tudományos program	17
A Magyar Sebkezelő Társaság VI. kongresszusa	19
A Magyar Sebkezelő Társaság VI. kongresszusa előadásainak összefoglalói	23

*Felhívjuk lapunk olvasóinak, leendő szerzőinek
és a Magyar Sebkezelő Társaság tagjainak figyelmét,
hogy a Társaság és a Sebkezelés - Sebgyógyulás folyóirat szerkesztőségének
címe megváltozott:*

Az új címek:

Magyar Sebkezelő Társaság: 1125, Budapest, Kútvölgyi-út 4.

Sebkezelés-Sebgyógyulás folyóirat szerkesztősége:
1096, Budapest, Nagyvárad-tér 1.

Főszerkesztő: Dr. Mészáros Gábor

IMPRESSZUM: Kiadja a **Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT)** 1125 Budapest, Kútvölgyi út. 4. *
Társelnökök: **Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Sugár István**, főszerkesztő: **Dr. Mészáros Gábor**. *
Szerkesztőbizottság tagjai: **Dr. Juhász István, Dr. Molnár László** * A Szerkesztőség címe: Szent István Kórház
1096 Budapest, Nagyvárad tér 1. (Dr. Mészáros Gábor). * Nyomdai munkák, expedálás: Radó Nyomda Kiadó és Szolgáltató
Kft. * www.agriacomputer.hu/radonyomda, E-mail: radonyom@mail.agria.hu. * 3300 Eger, Balassa u. 30. ☎ telefax/üzenetr.:
36/ 428-084 * 3200 Gyöngyös, Csomor K. u. 1. ☎ 37/312-000 * ügyv.: Radó István * radopista@freemail.hu.



Főszerkesztői gondolatok

Kedves Olvasó, kedves Kollégák!

Az őszi közeledtével egyre több feladat hárul a Társaság vezetőségére, hiszen már csak hetek választanak el bennünket az immár hagyományos októberi kongresszusunktól. A beérkezett (és rendkívül kíváncsún ígérkező) 35 előadás sikerében biztosak vagyunk. A Vezetőség feladata, hogy (akárcsak a korábbi években, most is) biztosítsa azokat a kiváló körülményeket, amelyek méltán elvárhatók tőle.

Nagyon jó érzés mindannyiunk számára, hogy az előadásra felkért prominens személyiségek rendre igent mondtak a felkérésre, és a szerény hírverés dacára lelkes előadók csatlakoztak a megadott témákhoz.

Két - reméljük érdekesnek tartható - közleményt is tartalmaz jelen lapszámunk. Hunyadi professzor a vénás keringészavar talaján kialakult lábszárfekély - tudományosan megalapozott, legkorszerűbb igényeket is kielégítő - kezelésével foglalkozik, míg az elnöktárs Sugár István (és Jóbai Zsolt) tollából áttekintő munka került ki. Az utóbbi közlemény statisztikai adatokból kiindulva világít rá a hazai sebellátás színvonalára, - ha úgy tetszik - hiányosságaira. Egyúttal visszatekint ez a munka az EPUAP VI. (budapesti) Kongresszusára, melynek még mindig vannak kiaknázatlan tanulságai.

Közgyűlésünk az elmúlt év bizonyítványát van hivatva kiállítani. Jól sáfárkodtunk-e azokkal a szerény anyagiakkal, amik a tagdíjakból és szponzorok jóvoltából kerültek a Társaság számlájára? Mindenesetre, az világosan látható, hogy a tagdíjak szerény emelése elkerülhetetlen. Hiszen a jelenleg befizetett összeg nem fedezi még - az évente kétszer megjelenő - lapunk költségét sem.

A Társaság Oktatási Alapítványa kitűnően széleszti országsszerte a legkorszerűbb elveket; eredményeikről, elvárásaikról is hallhatunk majd a Közgyűlésen.

Kellemes részvételt, szakmailag hasznos előadásokat és beszélgetéseket, új kapcsolatok kialakulását kívánok minden olvasónknak.



Dr. Mészáros Gábor
főszerkesztő

Az ulcus cruris szimptomatológiája

**PROF. DR. HUNYADI JÁNOS, DR. SÁPY MÓNICA,
DR. KUHNYÁR ÁGNES*, DR. MARKOVICS GYULA**

DEBRECENI EGYETEM, ORVOS- ÉS EGÉSZSÉGTUDOMÁNYI CENTRUM,
BŐR ÉS NEMIKÓRTANI KLINIKA, DEBRECEN;
*VÁROSI EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLAT,
BŐR ÉS NEMIBETEGGONDOZÓ INTÉZET, DEBRECEN;

Összefoglalás

Három dolgozatból álló cikksorozatunk az ulcus crurissal – ezzel a lerágott csonttal - foglalkozik. A dolgozat készítésekor a vezérmotívum a gyakorlatot támogató szemlélet sarokköveinek összefoglalása és egy diagnosztikus-terápiás út felvázolása volt. Ebben a dolgozatban a leggyakoribb ulcus típusokat ismertetjük az ulcus cruris venosum kivételével.

A lábszárfekély az alsó végtagon lévő nem – vagy lassan gyógyuló (> 4 hét) teljes hámszínyt jelent.

A megtévesztően monomorf klinikai kép hátterében kórélettanilag heterogén okok állnak. Az oly sokat emlegetett “ulcus cruris” tehát nem betegség, hanem tünet, vagy még inkább: szövődmény, diagnosztikája és sikeres terápiája összetett feladat.

Az idült seb biokémiájának paradoxona szerint magától csak az a fekély gyógyul meg, amely eleve ki sem alakulhatott volna. Vagyis egy fekély rossz gyógyulási hajlamának hátterében álló kiváltó és fenntartó ok legtöbbször (kb. 60%) a vénás keringési elégtelenség. A maradékot a komplex ill. ritka esetek adják. Ilyenkor a lábszárfekély átlagosan alkalmazott rutinszerű kezelése legfeljebb csak diagnosztikailag értékelhető eredményt hoz, mivel klinikai eredményre nem vezet.

A már kezdetől fogva alkalmazott oki kezeléssel elkerülhetjük a sikertelenséget. Az újabb és a hagyományos kezelési lehetőségekben lévő terápiás tartalékok azonban csak átgondolt bázisterápiára épülve kamatoztathatók. Ez viszont áttörést hozhat az eddig uralhatatlannak hitt esetekben is. Ilyen lehetőségeket kínál a különféle humorális faktorok (1, 2, 3) és makromolekuláris rendszerek (4) bázisterápiába integrálása. Ennél is messzebb vezethet szélsőséges helyzetekben is kiutat mutató dinamikus sejt kultúrák alkalmazása. Ilyen pl. a neonatális dermális fibroblaszt kultúra (Dermagraft®), vagy az in vitro előállított mesterséges bőr. Az élő rendszerek előnye abból fakad, hogy - a sejtállomány átmeneti pótlása mellett - dinamikusan képesek követni és felépíteni a helyileg minőségi és mennyiségi szempontból leginkább megfelelő citokin és makromolekuláris környezetet is (5, 6).

Cikksorozatunk - eddigi ismereteinket felhasználva - a problémákör szemléleti szintű integrálását tűzte ki célul. Olyan keretet próbálunk vázolni, ami a monomorf klinikai képet a heterogén kiváltó tényezőkkel közös nevezőre hozva nyújt a terápiás tennivalók szintjén konstruktív elgondolást a hagyományos és a modern lehetőségek szinergisztikus alkalmazására.

Bevezetés

A népbetegségek hatékony terápiájának társadalmi és szakmai igénye idővel mindig kialakítja a maga lehetőségeit tükröző gyakorlati standardjait. Ennek létrejöttéig azonban még számos hagyományos és ma modernnek hitt diagnosztikai és terápiás lehetőség fog polgárjogot nyerni vagy elvérezni a terápiás stratégia gyakorlati kivitelezésénél. A “lábszáron lévő teljes hámszínyt” felismerése - mint szaknyelvi sztereotípiá- ma még nem közvetít valódi terápiás útmutatást, pl. egy komplex kezelési protokoll iniciálását. A közeljövő feladata ennek létrehozása.

A civilizált társadalmakban gyakrabban előforduló számos betegség közül az “ulcus cruris” csak egy a sok közül. A betegség prevalenciája a felnőtt lakosságra vonatkoztatva 1%, míg 65 éves kor felett már 5% körüli (7, 8), hazánkra vonatkozó pontos adatok nem állnak rendelkezésre. A betegségben szenvedők számának növekedése

azonban nem pusztán a társadalmak elöregedésével függ össze. Az idős kor mellett - egyéb civilizációs jelenségekhez hasonlóan - valószínűleg itt is kockázati tényezőként merülhet fel a dohányzás, az elhízás, a cukorbetegség, a magasvérnyomás és a mozgásszegény életmód terjedése. Az ulcus crurisban szenvedők száma hazánkban is e rizikófaktorok előfordulásának megfelelően változik (7, 9, 10, 11, 12, 13, 14).

Ennél erősebb – közvetlen - az összefüggés a keringés bármely elemének (vénás, artériás, nyirok- és mikro-keringés) kifejezett elégtelensége esetén. A lábszárfekélyes betegek kb. 60%-ánál tisztán vénás elégtelenség, kb. 15%-ban artériás eredet, ill. 20%-ban diabetes mellitus tehető elsősorban felelőssé a fekély kialakulásáért. Természetesen az okok kombinálódhatnak is, ez az összes esetből hozzávetőleg 20%-ra tehető. (9, 10). Ez a statisztika, a gyakorlati életben azonban a szöveti keringést – és ezzel a sejtek közvetlen életfeltételeit – alapjaiban befolyásoló kézenfekvő tényezők mellett sosem feledkezhetünk meg a ritkább (pl.: infektív, immun, tumoros, traumás és anyagcsere) kiváltó okok feltételezéséről ill. kizárásuk igényéről sem.

Nehezen képzelhető el egy aktív fekély a lábon jelentős fájdalom nélkül. Ezen túlmenően a kórkép - talán kevésbé ismert módon - az egyénre és társadalomra is hatalmas szociális- ill. költségterhet ró.

Schonfeld és munkatársai szerint az USA-ban a súlyos, nehezen gyógyuló lábszárfekélyes beteg összköltsége elérheti a 27 500 \$ /beteg értéket (15).

A kevert és a ritka formák szakmai jelentősége épp ezért óriási. Ezek az esetek rutinmegoldásokkal nem uralhatók, a beteg végül teljesen elveszíti hitét az orvoslásban és bizalmát az orvosában. Lemond magáról és ezzel a társadalom és végül orvosa is lemond róla.

A háttérbetegségek célirányos kezelése nélkül a valódi gyógyulás teljesen reménytelen. A tünet újra és újra visszatér, a fekély megmarad, vagy kiújul. A sikeres kezelés egyéni szintű feltétele a kórélettani kiindulású diagnózis megalkotása és ezt követően a teljes prevenciót felölelő oki terápia, végül ezeknek a beteg egyéni adottságaihoz szabott finomhangolása. Szakmapolitikai szinten olyan protokollra, finanszírozásra és szervezeti felépítményre van szükség, amely a mindennapokban is támogatja a kórélettani kiindulású, hatékony terápiás gyakorlatot.

1. A lábszárfekély kialakulásában szerepet játszó tényezők

A kifekélyesedéshez és renyhe sebgyógyulási hajlamhoz vezető állapot kialakulását számos ok előidézheti, illetve fenntarthatja. A szisztémás, ill. lokális keringés elégtelen működése mellett az egyéb, ritkább tényezők is lábszárfekély kialakulásához vezethetnek.

1.1 Keringési problémák

1.1.1 Microangiopáthiák (diabetes)

1.1.1.1 Háttér:

Az ulcusok lényegét adó szöveti nekrozis a sejtek életfeltételeinek celluláris szinten már kompenzálhatatlan romlása miatt következik be. A szövetekben a sejtek életkörülményeit a mikrokörnyezeti feltételek, ezt pedig a mikrokeringés lokális státu-

szabja meg. A diabétes mellitus elsődlegesen mikroangiopáthiás keringési zavarral járó betegség, ezért lehet analógiáink jó példája és a magyarázatok prototípusa.

A diabéteszes betegek hozzávetőleg 60%-ban a neuropátia, 15%-ban a perifériás érbetegség, 20%-ban pedig mindkettő kimutatható (16). A diabéteszes betegek 15%-ánál alakul ki életük során legalább egyszer lábszárfekély, ill. éves szinten a betegek 2-3%-ánál kell *ulcus cruris* új fellépésével számolni (14, 17). A diabéteszes *ulcus cruris* felülfertőződése rendkívül gyakori. Ez részint a toxikusan magas cukorszintek közvetlen celluláris hatásaival, részint a károsodott lósejt funkcióval, ill. az adott szövetterülethez tartozó vaskulatura (makro és mikro) angiopáthiájával magyarázható (18, 19). Előzőeket tovább súlyosbítja a renyhe gyulladáshoz való reakció, a károsodott neovaszkularizáció, a letört kollagén szintézis és fibroblaszt proliferáció. Ezek után nem meglepő, hogy a kötőszövet sejtjeinek orientációjában jelentős szerepet játszó extracelluláris matrix makromolekuláris mintázata is jelentősen eltér a normálistól (20, 21, 22).

Nem árt tisztában lenni a költségvonzatokkal sem. *Apelqvist, Tennvall* és mások által közölt adatok szerint diabéteszben szenvedő betegeknek lábszárfekély kialakulása esetén 4730 – 10 930£ többlet kiadással kell számolni. Ez az összeg amputáció szükség esetén 20 800 – 31 800£-ot is elérhet (23, 24).

1.1.1.2 Szemléleti megfontolások:

Diabéteszben a konkrét kifeléyesedés pillanatnyi okának keresése félrevezet, és nem hoz gyakorlati előrelépést. Célszerűbb a fekély-tünetet a szöveti sejtek szintjén már kompenzálhatatlan belső eredetű szisztémás alaphajra ráakadó lokális elemi kórokok eredőjeként látni. A gyakran döbbenetes küllemű fekély viszonylag fájdalommentes! Amiloidosisban szenvedő betegeknek hasonló mikroangiopáthia észlelhető, azonban ez ritkán jár *ulcus cruris*sal. Ez azzal magyarázható, hogy az amiloidosis először a magas oxigén igényű szervekben (szív, vese, máj) hozza létre a keringés összeomlását.

1.1.1.3 Gyakorlati megfontolások:

A mindennapi terápiában a kielégítő szöveti keringés biztosítása a legfontosabb feladat. Ez teremti lehetőséget a seb gyógyulásához és a kiújulás elkerüléséhez. Elsődleges teendőnk ezért az alaphaj lehetőség szerinti teljes körű rendezése (cukorszint stabilizálása, mikroangiopáthia fékezése, mikrocirkuláció támogatása) és emellett a makrokeringés mechanikai obstrukciójának felszámolása (neuropátiával összefüggő összenyomattatásos komponens dekompressziós eliminációja, arteriosclerosis, ill. thrombosis műtéti megoldása, stb.).

Fontos továbbá a különféle fertőzések – főleg az osteomyelitis – megelőzése. A helyi és szisztémás körülmények, valamint a gyakran felbukkanó polirezisztens kórokozók miatt a prevenció nem könnyű feladat. Ennek sikertelensége esetén - ha szükséges - iv. antibiotikus kezelés alkalmazásától se riadjunk vissza. A „kíméletes” nekrectómia a diabéteszes betegeknek inkább merénylet, mint segítség. Ugyanakkor a rendszeres és alapos sebészi feltisztítás még a neuropátiás (összenyomattatásos) diabéteszes fekélyek hámosodását is elősegítheti (20).

1.1.2 Összenyomattatásos-ischaemiás ulcusok (*decubitus*)

1.1.2.1 Háttér

A *decubitus* általános és felületes megközelítésben a könnyen megelőzhető-kezelhető szövődmények közé tartozik. Konkrét esetben ez sajnos még sincs mindig így (pl. a beteg a primer betegség miatt nem mozgatható, stb.). Ilyenkor a *decubitus* valójában a legnehezebben kezelhető betegségek közé kell sorolnunk! A fejezet ezt a kettősséget próbálja feloldani.

A szövetek és a bennük futó kisebb-nagyobb erek elhúzódó összenyomattatása nyomási ulcus - más néven *decubitus* - kifejlődéséhez vezet. Ebben az értelemben a *decubitus* kórélettanilag – a nyilvánvaló különbségek mellett – a lokális makro - (elsősorban vénás) és mikrokeringést (elsősorban postcapilláris venulát) ért ischaemiás-reperfúziós károsodás speciális (határozott tolulások komponensű) eseteként fogható fel.

A *decubitus* kialakulásának valószínűségét szisztémás (anesztézia, szédült állapotok, kóma, legyengült szervezet, vírusfertőzés, immunzavar, láz, diabetesz, idős kor stb.) és lokális okok (parézis, gyöki károsodás, traumák-törések, inkontinencia, perifériás artériás betegségek, stb) egyaránt növelhetik (25, 26).

A kulcsmomentum itt mégis az, hogy az összenyomattatásos fekély az arra hajlamos szervezetben is csak ott alakul ki, ahol a viszonylag gyengébb ellenálló képességű szövetek feletti bőr, igen kis felszínen, relatíve nagy tömeg ránehezését kénytelen, tűrhetetlenül hosszú időn át elviselni.

A „tűrhetetlen elhúzódó elviselés” viszonylagossága nem stilisztikai fogalom, hanem diagnosztikus és terápiás iránymutatás: a *decubitus* egy egyszerű külső ártalommal szemben tanúsított figyelmetlenség miatt kiszámítható módon alakul ki!

Elvileg bármelyik komponens háttérbe szorítása csökkentheti a kialakulás veszélyét, de a fizikai összenyomattatás kiiktatása nélkül az esély a megelőzésre illetve a gyógyulásra (pl. egy paretikus, incontinens betegnél) gyakorlatilag nulla! A helyi és az általános szövődmények ilyenkor extrém súlyosak, a *secunder* infekciók többnyire már uralhatatlanok, kialakul az osteomyelitis, végül fellép a szepszis és a beteg, a primer betegségének aktuális állapotától függetlenül, menthetetlenül belehal a *decubitus*ba.

1.1.2.2 Szemléleti megfontolások:

Hasonlóan a diabeteszhez, itt is sok komponens eredőjének következménye a fekély-tünet kialakulása és itt is a megelőzés kecsegtet a legnagyobb „terápiás sikerrel”. Mégis meghatározó a különbség: itt nem a belső, hanem elsősorban a külső körülmények szabják meg a predilekciós helyeket (sacrum, trochanter, stb.), a súlyosságot és a végkimenetelt. A *decubitus* csak olyan esetekben alakul ki, amikor a beteg hosszú ideig nem képes fekvési pozícióján kellő gyakorisággal változtatni és a kórházi személyzet ezt figyelmen kívül hagyja. Azt is mondhatjuk, hogy egy banális és bosszantóan gyakori iatrogén ártalomról van szó.

1.1.2.3 Gyakorlati megfontolások:

A decubitus kezelése a rizikó felméréssel (pl. Norton, ill. Braden-skálák segítségével) kezdődik. Az eredménytől függő rizikócsoporthoz sorolás valóban segít annak felmérésében, hogy az adott beteg milyen mérvű fenyegettetésnek van kitéve a decubitus vonatkozásában és milyen mértékű extra odafigyelést igényel ennek a szövődésnek az elkerülése - elhárítása.

Az előidéző okokat ismerve különös jelentőséget nyer a megelőzés. Ennek kapcsán a rendszeresen végzett masszázis, a felfekvő terület megnövelése, a beteg fekvési pozíciójának gyakori változtatása, valamint a speciális nyomásáthelyező-elosztó ágyak alkalmazása kiemelt jelentőséggel bír (26).

A decubitust - az égéshez hasonlóan - négy stádiumra osztjuk (27).

- I. Nyomásra nem halványuló, maradandó erythema
- II. részleges bőrkárosodás, erózió, vesicula
- III. teljes vastagságú -bőnyét is elérő- decubitus
- IV. bőnyéket is áttörő decubitus

A stádiumokra való felosztás nem öncélú: a terápia minőségbiztosítását szolgálja. A decubitus prevenció és ellátási előírásaira vonatkozó protokoll iránti általános igény hívta létre 2003-ban Lillafüreden a II. Konszenzus Konferencia ajánlásait (28).

A decubitus kezelése során első feladat az ok (a nyomás) kiküszöbölése, e nélkül a gyógyulás teljességgel reménytelen. Ezen túlmenően a mikrocirkuláció szisztémás támogatása, valamint a hypoxiás eredetű granulocita aktiváció fékezése a további cél. A későbbi gyakorlati lépések - ha kell akár szisztémás antibiotikus védelemben - a sebészi necrectómia, majd granulációs szövet létrehozása, ill. a hámosodás serkentése. A szövethiány megszüntetése céljából szükség lehet fascio, ill. miokután lebonyolítása is (29).

1.1.3 A szöveti keringés artériás oldali zavara (artériás-ischaemiás eredet)

1.1.3.1 Háttér

Hazánkban rövid idő alatt megnégyszereződött a perifériás érbetegségben szenvedő betegek száma. Ez a tendencia világszerte megfigyelhető, és azzal áll kapcsolatban, hogy az arterioszklerózis érelzáródást elősegítő – alapvetően az életmóddal összefüggő – rizikófaktorok előfordulása a fejlett társadalmakban mind gyakoribb.

Úgy tűnik a kényelmes-kellemes élet délibábja csak látszat, amelynek fenntartása drága mulatság. Meghosszabbodott életünk és az újfajta élmények, újfajta nyavalyák beszerzését eredményezik. A legfontosabb rizikófaktorok – túltápláltság, mozgásszegény életmód, dohányzás, hiperlipidémia, hypertenzió, – előfordulási gyakoriságát az ismeretterjesztő előadások vélhetően képesek mérsékelni. A már meglévő – és nem visszafordítható rizikó faktorok kockázati kihatásait azonban már győgszerűen kell csökkenteni (12, 13, 30).

Az arterioszklerotikus elzáródás döntően a femoropopliteális terület ereit sújtja. Az arteria peronea, tibialis ant., ill. tibialis post. károsodása nagykiterjedésű szövet-

pusztulást hozhat létre. Elvileg a prognózis jobb, ha az érelváltozás a kisebb erek területében történik, azonban a gyakorlatban ez nem feltétlenül van így. Ennek oka az, hogy az enyhébb fájdalom negligálása miatt a betegek megkésve fordulnak orvoshoz, ill. az orvos késedelmesen gondol artériás elzáródásra (elgondolkodtatóan sok reumatológiai beutaló születik így!). Előzőek miatt a kiserek érintettségének viszonylagos jobb prognózisa nem mindig érvényesül.

1.1.3.2 Szemléleti megfontolások:

A perifériás artériás érelzáródást – a kevés, pl. traumás eredetű kivételtől eltekintve – egy súlyos szisztémás probléma adott érszakaszon történő hirtelen manifesztációjaként célszerű felfognunk. A terápiás gondolkodás fókuszpontjába olyan átfogó segítségnyújtást kell állítani, melynek elsődleges célja a végtag megmentése, másodlagos feladat a recidíva megelőzése. A perifériás artériás áramlás nehezítését eredményező bármely beavatkozás – érthető okból a kompressziós pólya oedema csökkentő célzatú alkalmazása is – kerülendő!

1.1.3.3 Gyakorlati megfontolások:

A hirtelen jelentkező, megsemmisítő erejű lokalizált fájdalom egyrészt diagnosztikai szempontból útba igazít, másrészt előrevetíti a jellegzetesen rapid, éles határú, száraz bőrcroczis kialakulását. A gyors (doppleres) diagnosztika után mielőbb célzott revaszkularizációs beavatkozásra van szükség. Az idejében végzett beavatkozások –érbeültetéses bypass, ballonos tágítás, thrombolízis, stent felhelyezés, stb. (31) – megmenthetik a végtagot. A megkéssett esetekben a cél már csak a palliatív amputáció lehet.

Az érelzáródás felszámolását követően a meglevő százaz gangraenás (és nem nedvedző-viszkető!) ulcus zárása célszerűen fascio, vagy miokután lebeny megfelelően előkészített átültetésével kezdődik. A szakszerű konzervatív sebellátás természetesen itt is alapvető fontosságú.

Az elzáródás kezelését a gyógyszeres terápia csak kiegészíti. Az elvi lehetőségek (prosztaciklin származékok, flavonoidok, ASA, stb élethosszig történő adása) ugyan széles skálán mozognak, de a betegségrcsoportra vonatkozó statisztikailag szignifikáns jó terápiás eredmények az egyén szintjén gyakran szerények. Ennek elsődleges oka, hogy a betegek életmódjukon csak a legkritikább esetben - és megkésve - szoktak kellően radikális módon változtatni. Mivel az eredendő kórokok – a civilizációs ártalmak – valójában nem kiiktathatóak, számítanunk kell ismételt elzáródására, a graftok kiölkődésére, stb.

A jövőben áttörést hozhatnak a kollaterális neovaszkularizáció elvén működő - vasculáris endotheliális faktort (32), ill. saját csontvelői őssejtet (33) alkalmazó- kísérleti modellek.

1.1.4 Hipertenziós ulcus

1.1.4.1 Háttér

A hosszan fennálló, rosszul beállított, súlyos hipertóniás betegeknél kialakult Martorell ulcus általában a boka fölötti területen, másodlagosan jön létre, fájdalmas,

nekrotikus (34). A diagnózis kizárásos jellegű, amelyet szövettani vizsgálattal megerősíthetünk. Ilyenkor a rezisztencia erek intimájának és médiájának hagymahéj-szerű, koncentrikus, gyakran hyalinizált megvastagodása látható.

A magas vérnyomás - a La Place és Bernoulli-törvényekkel összhangban - nyíróerő és falfeszülés formájában az egész érrendszer belhártyának (az endothelnek) aktuális életkörülményeit alapvetően és közvetlenül (kémiai átvivők, pl. epinefrin nélkül is) befolyásolja.

Az endothel a nyíróerő finom elváltozásaira is meglepően gyorsan ad transzkripció szintű választ. A rezisztencia erek perivasculáris terében ez végül fibrocita és simaizomsejt proliferációt -mandzsetta képződést- idéz elő. Voltaképpen egy, a precapilláris erek szintjén megvalósuló, adaptációs-kompenzáló mechanizmusról van szó. A fibrózis érmandzsetta az adott érszegmens mögötti szövetterületen próbálja a szisztémás keringésben megnőtt nyomás közvetlen kapilláris szintű áttevődését kivédeni. Ilyen körülmények közt az érbelhártya kifeléyesedése-meszesedése idővel könnyörtelenül bekövetkezik.

A képet összefoglalóan arterio-, arteriolo-, ill. athero-sclerosis nevekkel szokás illetni. Ez az előzőekben vázolt folyamat végstádiuma, a teljes elzáródást közvetlenül megelőző jelenség.

1.1.4.2 Szemléleti megfontolások:

A magas vérnyomás az arteriás oldali érelzáródás ismert rizikó tényezője. A Martorell-ulcus közvetlen oka mégsem a hipertónia, és az érlemeszesedés-érelzáródás. A közvetlen ok a szöveti perfúzió átmeneti, relatív elégtelensége, amely a rosszul beállított, és ezért ingadozó artériás középnyomás miatt alakul ki. A kórkép tehát az ischaemiás-reperfúziós károsodás olyan speciális eseteként fogható fel, ahol a mikro-keringés szintjén jelentkező ellátási hiány a meghatározó. A fekély kialakulása tehát alapvetően nutritív zavar eredménye, amit a terápiának is tükröznie kell.

1.1.4.3 Gyakorlati megfontolások

A seb gondozása csak akkor vezethet eredményre, ha a beteg vérnyomása stabilizálódik. A Martorell-ulcus kialakulása kapcsán megfigyelték, hogy béta-blokkolót szedők közt gyakrabban fordult elő. Ennek oka az adott farmakon receptor szintű kevert hatása (akár vasoconstriktiót is okozhat), ill. az antiproliferatív hatás hiánya – ezt ACE inhibitorokkal, Ca-csatorna bénítókkal kapcsolatban gyakran említik. Terápiás szempontból fontos a fájdalomcsillapítás, a sebkezelés, a béta-blokkolók elhagyása, a vérnyomás stabilizálása és a hypoxiás eredetű granulocita aktiváció visszaszorítása, mely szisztémás flavonoid terápiával elősegíthető.

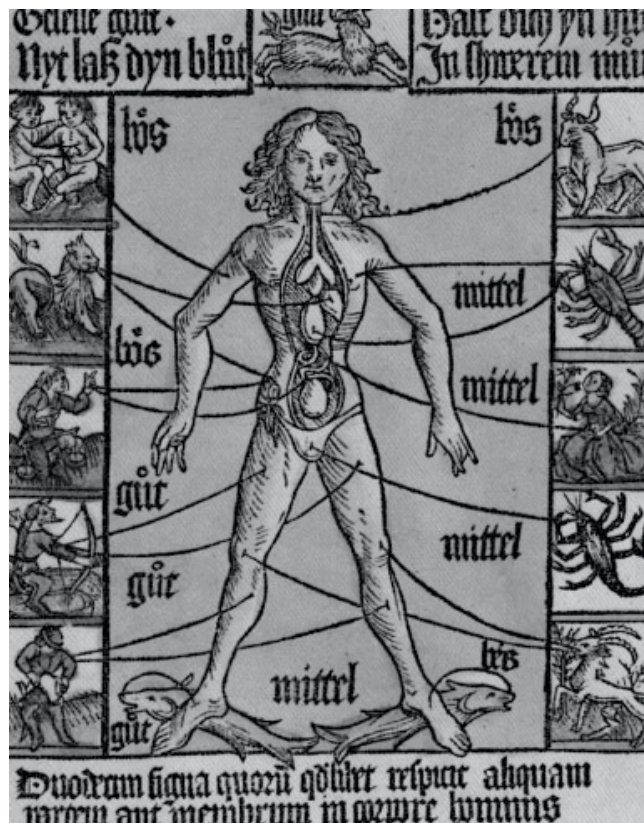
Három dolgozatból álló cikksorozatunk elsődleges célja a gyakorlatot támogató szemlélet sarokköveinek összefoglalása és egy diagnosztikus-terápiás út felvázolása. Ebben a dolgozatban a leggyakoribb ulcus típusokat ismertettük az ulcus cruris venosum kivételével. Az „ulcus cruris” nem betegség, hanem tünet, vagy szövődmény; diagnosztikája és sikeres terápiája összetett feladat. A lábszárfekély kialakulásához vezető okok ismerete alapján a rendelkezésünkre álló diagnosztikai háttér lehetővé teszi az etiológiai megközelítésű diagnózis felállítását. Ennek birtokában, a modern

sebkezelési gyógyszerek, műtéti és biotechnológiai eljárások alkalmazásával lehetőség nyílik ulcus crurisos betegeink sikeres kezelésére, a fekély behámosítására és a tünetmentesség hosszú időn keresztül biztosítására

Irodalom

1. Horch RE, Munster AM, Achauer BM. Cultured Human Keratinocytes and Tissue Engineered Substitutes. Stuttgart: George Thieme Verlag. 2001.
2. Steed DL. Clinical evaluation of recombinant human platelet-derived growth factor for the treatment of lower extremity diabetic ulcers. Diabetic Ulcer Study Group. J Vasc Surg 1995; 21: 71-8.
3. Cough A, Clapperton M, Rolando N et al. Randomised placebo-controlled trial of granulocyte-colony stimulating factor in diabetic foot infection. Lancet 1997; 350: 855-9.
4. Caputo GM, Cavanagh PR, Ulbrecht JS et al. Assessment and management of foot disease in patients with diabetes. N Engl J Med 1994; 331:854-60.
5. Gentzkow GD, Iwasaki SD, Hershon KS et al. Use of Dermagraft, a cultured human dermis, to treat diabetic foot ulcers. Diabetes Care 1996; 19: 350-4.
6. Hunyadi J, Farkas B, Bertényi C, Oláh J, Dobozy A. Keratinocyte grafting: A new means of transplantation for full thickness wounds. J Dermatol Sur Oncol 1988; 4 75-78
7. Ryan TJ. The epidemiology of leg ulcers. In. Leg Ulcers: Diagnosis and Treatment (Westerhof W, ed.). Amsterdam: Elsevier Science Publishers BV, 1993: 19-27.
8. Baker SR, Stacey MC, Jopp-McKay AG et al. Epidemiology of chronic venous ulcers. Br J Surg 1991; 78: 864-7.
9. Liedberg E, Persson BM. Increased incidence of lower limb amputation for arterial occlusive disease. Acta Orthop Scand 1983; 54: 230-4.
10. Bello YM, Phillips TJ. Management of venous ulcers. J Cutan Med Surg 1998; 3: 6-12.
11. Valencia IC, Falabella A, Kirsner RS, Eaglstein WH. Chronic venous insufficiency and venous leg ulceration. J Am Acad Dermatol 2001; 44: 401-21.
12. Leng GC, Davis M, Baker D. Bypass surgery for lower leg ischemia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library. Issue 1. Oxford: Update Software, 2001.
13. Shaw JE, Boulton AJ. The pathogenesis of diabetic foot problems: an overview. Diabetes 1997; 46 (Suppl. 2): 58-61.
14. Frykberg RG. Epidemiology of the diabetic foot: ulcerations and amputations. Adv Wound Care 1999; 12: 139-41.
15. Schonfeld WH, Villa KF, Fastenau JM et al. An economic assessment of Apligraf (Graftskin) for the treatment of hard-to-heal venous leg ulcers. Wound Repair Regen 2000; 8: 251-7.
16. Pecaro RE, Reiber GE, Burgess EM. Pathways to diabetic limb amputation: basis for prevention. Diabetes Care 1990; 13: 513-21.
17. Reiber GE, Lipsky BA, Gibbons GW. The burden of diabetic foot ulcers. Am J Surg 1998; 176 (Suppl. 2A): 5-10.
18. Singer AJ, Clark RAF. Cutaneous wound healing. N Engl J Med 1999; 341: 738 - 46.
19. Kolossváry E, Farkas K, Stella P, Farsang Cs A bőr mikrokeringésének vizsgálata diabetes mellitusban, lézer-Doppler-vizsgálóeljárással. LAM 2003 13 282-287.
20. Steed DL, Donohoe D, Webster MW, Lindsley L. Effect of extensive debridement and treatment on the healing of diabetic foot ulcers. Diabetic Ulcer Study Group. J Am Coll Surg 1996; 183: 61-4.
21. Garcia Soriano F, Virag L, Jagtap P, Szabo E, Mabley JC, Liaudet L, Marton A, Hoyt DG, Murthy KG, Salzman AL, Southan GJ, Szabo C. Diabetic endothelial dysfunction: the role of poly(ADP-ribose) polymerase activation. Nat Med. 2001 7:108-13
22. Loots MAM, Lamme EN, Zeegelaar JE et al. Differences in cellular infiltrate and extracellular matrix of chronic diabetic and venous ulcers versus acute wounds. J Invest Dermatol 1998; 111: 850-7.
23. Apelqvist J, Tennvall GR, Persson U, Larsson J. Diabetic foot ulcers in a multidisciplinary setting: an economic analysis of primary healing and healing without amputation. J Int Med 1994; 235:463-71.

24. Tennvall GR, Apelqvist J, Eneroth M. Costs of deep foot infections in patients with diabetes mellitus. *Pharmacoeconomics* 2000; 18: 225-38.
25. Bergquist S, Frantz R. Pressure ulcers in community-based older adults receiving home health care. Prevalence, incidence, and associated risk factors. *Adv Wound Care* 1999; 12: 339-51.
26. EPUAP. Guidelines, on the Prevention and Treatment of Pressure Ulcers. Oxford: European Pressure Ulcer Advisory Panel, 1998.
27. Phillips TJ. Chronic cutaneous ulcers: etiology and epidemiology. *J Invest Dermatol* 1994; 102 (Suppl.): 38-41.
28. II. Szakmai konszenzus konferencia az EPUAP irányelvei alapján, Lillafüred, 2003. április 03-04. Sebkezelés, Sebgyógyulás, 6: 2003: 4-12.
29. Schryvers OI, Stranc ME, Nance PW. Surgical treatment of pressure ulcers: 20-year experience. *Arch Phys Med Rehabil.* 2000 Dec;81(12):1556-62
30. London NJ, Donnelly R. ABC of arterial and venous disease. Ulcerated lower limb. *Br Med J* 2000; 320: 1589-91.
31. Cleveland TJ, Gaines P. Stenting in peripheral vascular disease. *Hosp Med* 1999; 60: 630-2.
32. Turunen MP, Hiltunen MO, Yla-Herttua S. Gene therapy for angiogenesis, restenosis, and related diseases. *Exp Gerontol* 1999; 34: 567-74.
33. Li TS, Hamano K, Nishida M, Hayashi M, Ito H, Mikamo A, Matsuzaki M. CD117+ stem cells play a key role in therapeutic angiogenesis induced by bone marrow cell implantation. *Am J Physiol Heart Circ Physiol.* 2003; 285:H931-7.
34. Graves JW, Morris JC. Martorell's hypertensive leg ulcer: case report and concise review of the literature. *J Hum Hypertens* 2001; 15: 279-83.



Érvágások
helyeinek
bemutatórajza
a XV. századból

Mottó: „SALUS AEGROTI SUPREMA LEX ESTO”

Sebkezelés Magyarországon

DR. SUGÁR ISTVÁN

(MAGYAR SEBKEZELŐ TÁRSASÁG),

JÓBAI ZSOLT

(ORVOSTECHNIKAI SZÖVETSÉG)

A Magyar Sebkezelő Társaság a napokban ünnepli fennállásának 6. évfordulóját. Történelmi léptékben egy villanásnyi idő ugyan, de a Társaság mindenkori vezetői – élükön az igaztalanul korán elhunyt Alapítóval – *Dr. Baksa József* főorvossal – legfőbb teendőiknek tekintették – nomen est omen – a sebkezelés korszerűsítését, jobbítását hazánkban.

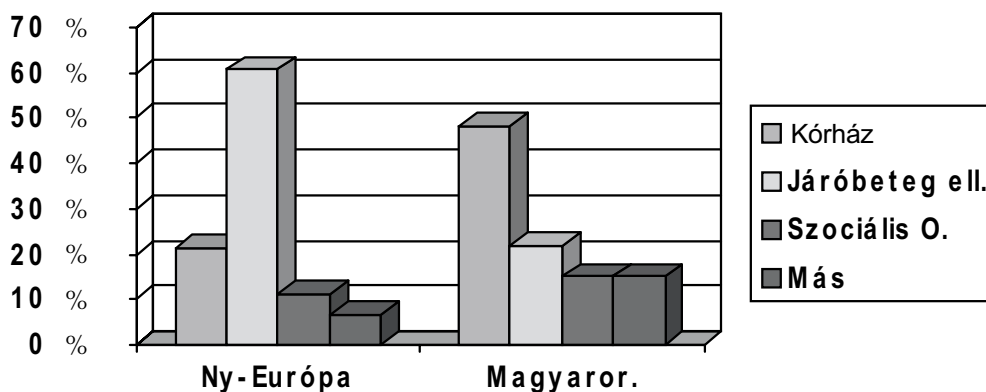
Az évente – mostanság - kétszer megjelenő újságunkban a sebkezelés történetével már foglalkoztunk. Görögök, perzsák, a Római Birodalom orvosai, sebész-borbélyai, a középkor és a felvilágosodás doktorai a tudomány fejlődésének rögzös és hosszú útján jutottak századok alatt azoknak az alapvető sebkezelési elveknek a felismeréséig, amelyek az utolsó száz esztendő során alapelveikben – hangsúlyozzuk alapelveikben – nem változtak. Az alapelvek változatlansága, „örök érvényessége” sem igaz természetesen, de azoknak az anyagoknak, eszközöknek a fejlődése, amelyek az élő természet gyógyhajlamát kiaknázva segítik a gyógyulás mielőbbi kialakulását – a sebgyógyulásra fókuszálva – felgyorsult, sokat változott az utolsó évtizedben. Országos - és kontinensnyi méretű társaságok alakultak ez alatt az idő alatt a kérdés beható vizsgálatára, a finanszírozhatóság megtalálására. Értelemszerűen kerültek előtérbe az ún. nehezen gyógyuló krónikus sebek, mint a nyomási fekélyek, keringési zavarok következtében alig, vagy elhúzódóan szanálódó sebek. A kutató – élettanász, - kórtanász, a praktizáló bőrgyógyász, belgyógyász, sebész, plasztikus, családorvos, diplomás, és ápoló – kórházban, rendelőben és a beteg otthonában a nap minden órájában és percében találkozik a problémával. A természet által feladott sokszor bonyolult kérdésre jó választ kell adni. Jó választ, hasznos gyógyírt vár a szenvedő, amikor a mielőbbi gyógyulásban reménykedik.

Hol tartunk a sebkezelésben, hol tart Európa? Harcot hirdetünk pénztelenséggel, konzervatívizmussal szemben, amikor egyúttal az utat is szeretnénk megmutatni, amelyen haladni kell. Minisztérium, Szakmai Kollégiumok, cégek, SEBINKO Szövetség partnereink ebben a munkában. Az összefogás, tenni akarás meghozza gyümölcsét! Zárkózzunk fel Európához, a Világhoz!

A Központi Statisztikai Hivatal adatbázisa szerint az éves orvos-beteg találkozó sok száma megközelíti a 9 milliót az országban, melyből több, mint 8 millió az alapellátásban történik. Ezáltal a családorvos szerepe kerül a piedesztálra. Meg kell ítélnie, hogy ismeretei, technikai körülményei, a betegtől elvárható kooperáció révén

alkalmas-e a beteg gyógyítására, vagy rendelőintézetbe, kórházba irányítást tart indokoltnak. A számok ismeretében elmondható, hogy a családorvos tevékenysége meghatározó az egészségügy hatásfokának kialakulásában.

Az 1. táblázat a sebkezelés helyszínét mutatja. A korábbi évek aránytalansága az európai standardhoz képest mérséklődik. Hazánkban a 90-es évek közepén a sebellátás közel 70 %-a történt kórházakban, napjainkban ez az arány 50 % alá esett vissza és a rendelőintézetek 5 % körüli részvételi aránya 20 % fölé emelkedett. Ez biztosítja a rentábilisabb kórházi ellátást és kihasználja a jól kiépített rendelői hálózat kapacitását. Az európai normához képest még mindig szembetűnő differencia feltehetően az “egy napos sebészet” kiszélesedésében rejlik, mert ennek adata, mint “outpatient” ellátás jelenik meg az európai statisztikában.



A 2. táblázat a kötszerhasználatot mutatja. A nedves sebkezelésben még ma is van lemaradás, de a helyzet igen sokat javult az utóbbi 4-5 évben. Ezzel szemben a különböző nedves sebkezelő anyagok használatának aránya hasonló hazánkban, mint Európában. A hidrokolloidok, gélek, alginátok kb. 20-25 %-ban kerülnek felhasználásra, míg a filmkötszereket és a karboaktív anyagokat tartalmazók 10-15 %-ban. A nedves sebkötözők és impregnált lapok OEP befogadása és optimális támogatása rendezés alatt áll. Nem csak a kezelést végző “fejében” kell helyre tenni ezeknek a kötszereknek a jogosultságát, de az intézmény és a beteg számára megfizethetővé kell “varázsolni” az árakat, ami már szakmai, politikai, mediko-financiális kérdés.

	Ny-Európa		Magyarország	
	1999.	2002.	1999.	2002.
Nedves sebkezelés	41 %	57 %	13 %	42 %
Hagyományos sebkezelés	58 %	41 %	86 %	57 %
Impregnált lapok	1 %	2 %	1 %	1 %

A 3. táblázat a sebészeti beavatkozást indikáló sebek eredetének megoszlását mutatja. A “pressure ulcer”-ek aránya diszkrétebb Európában, ami a gondosabb, jobb, magasabb színvonalú ápolást igazolja. A diabéteszes lábszárfekélyek országosan magasabb aránya lényegében megegyezik a diabéteszes betegek arányának különbözőségével itthon és a kontinensen. A sebgennyedések kissé magasabb honi aránya multifaktoriális okokra vezethető vissza. Kórházhigiéné, egyszer használatos anyagok igénybevételének lehetősége, varróanyagok szerepe mellett az egyéb szociális körülmények sem elhanyagolhatók. Az égési sérülések hazai alacsonyabb aránya talán a technikai körülményekkel magyarázható, míg a bőrgyógyászati elváltozások hasonló tendenciájára a kevésbé igényes önvizsgálat, - tehát ezen okból a bőrgyógyász szórványosabb felkeresése – adhat magyarázatot.

	Ny-Európa	Magyarország
Ulcus Cruris	26 %	27%
Egyéb ulcusok	17 %	23%
Diabéteszes láb fekélyei	8 %	10 %
Sebgennyedés	13 %	15 %
Égési sérülés	9 %	5 %
Bőrgyógy. megbetegedés	24 %	17 %
Onkológia	3 %	3 %

A 3. táblázatból egyértelműen kiderül, hogy a krónikus sebek ellátása az egyik legizgalmasabb kérdés.

A krónikus sebek ápolásának, kezelésének színes palettáját mutatja a 4. táblázat.

<p>a. Hagyományos kezelés (nyitott módszer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Géz, impregnált géz <p>b. Modern kezelés (zárt-nedves módszer)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrokolloid, hidrogél, hab, alginát <p>c. Fizikális behatás</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vákuum, oxigén terápia, hőhatás <p>d. Regenerálás</p> <ul style="list-style-type: none"> • Humán-bőr ekvivalensek, növekedési faktorok <p>e. Farmakológiai hatás</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antimikrobiális, enzimes <p>f. Megelőzés, ápolás</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kompresszió, tehermentesítés, specifikus táplálkozás, egyéb bőrvédelem

Ha a sebkezelés jövőjét kívánjuk felvázolni, feltétlen irányadónak tekinthetők az EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) VI. budapesti kongresszusán elhangzottak. Ez az oxfordi székhelyű, jelenleg az olasz *Marco Romanelli* professzor elnöklétével működő, alig 10 éves múltra visszatekintő társaság Európa legnevesebb szakembereit kooptálta elnökségébe, és kapcsolatai révén kiterjeszti tevékenységét a kontinensen túlra is. Idén a finnországi Tamperében volt a VII. Advisory Meeting szeptember elején. A sebkezelés kérdése nem szűkíthető le a nyomási fekélyek problémájára, még ha a Társaság neve erre „rímél” is. Kétségtelen, hogy ez az egyik legproblémásabb terület, de nyilván nem az egyetlen, ahol megoldandó kérdések vannak. Ezért a VI. kongresszus tudományos bizottsága készséggel fogadott el más, a sebkezeléssel kapcsolatos előadást és posztert is. Közel 80 előadás és ugyanennyi poszter meghallgatására ill. megtekintésére nyílt lehetőség a 3 nap alatt a Hilton Szálloda termeiben. A szervezők széles látókörűségét bizonyítja, hogy az EPUAP nemzetközi nyitánya előtt „Magyar Napot” szerveztek, melyen a nagyszámú részvétel igazolta, hogy az aktuális kérdésekkel milyen sokan foglalkoznak idehaza. A hivatalos kongresszus nyitását megelőző protokolláris délutánt az EWMA (European Wound Management Association) – Education Seminar – tagjainak előadása, beszámolója színesítette. Ők járják Európát és a világot, szisztematikusan oktatják a sebkezelést, megismertetik a legújabb módszereket. A nemzeti társaságoknak ezt a „stafétabotot” kell átvenniük, és magukra vállalni a hazai oktatást, úgy ahogy ezt a feladatot igyekeznek ellátni az MSKT is Magyarországon.

Ha túl a statisztikai adatokon és a kötelező „penzumokon”, ki akarunk tekinteni a világra, érdemes újra kézbe venni a Tanácsadó Testület 2002. évi kongresszusának előadás – és poszter összefoglaló füzetét. Ebben megtalálható, hogy hol tart a világ. Japán, amerikai, közel-keleti előadók sorjázhatnak sok-sok európai között, akiket nem jelentéktelen számban képviselnek a hazaiak is.

Volt már „konszenzus meeting” áprilisban Lillafüreden az EPUAP ajánlások alapján – melyet legutóbbi számunkban közöltünk -, de az csak a nyomási fekélyek ajánlásával foglalkozott. Ha azonban a VI. EPUAP kongresszust teljes keresztmetszetében kívánjuk szemlélni, ettől többet kapunk. A legautentikusabbak és követőik előadásaiból a jövő lehetőségeit, a felépítendő út kockaköveit, mely új szemlélet kialakítása felé vezet és új célok elérését teszi lehetővé.

Milyen súlyt kap a sebkezelés a medicinában? Hogyan befolyásolja a napjainkban állandó vizsgálat tárgyát képező Quality of Life-ot (QL), a beteg pszichéjét, társadalmi megítélését a krónikus seb? Milyen szerep jut a megelőzésben orvosnak, ápolónak, gazdasági szakembernek? Erről tartott referátumot Romanelli elnök.

Az első nemzeti sebkezelő társaság az USA-ban alakult 1987-ben. Képviselőik az antibakteriális kezelés lokális-szisztémás formáit boncolgatták Budapesten. A több, mint 2000 taggal rendelkező Japán Társaság prominens tagjai ismertették azt a munkát, ami Sapporóban a Wound Healing Research Center-ben folyik. A világhírű Karolinska Egyetem munkatársa azoknak a felismeréseknek az eredményeit mutatta be, melyeket Pan European Pressure Ulcer Study – PEPUS – információi alapján nyertek. A kongresszuson közkézen forgott a New Dutch Pressure Ulcer Guidelines kézikönyve, melyet 2001-ben Amsterdamban bocsátottak útjára. Ebből kiderült, hogy a volt

Németalföld kormánya az egészségügyre fordított pénzösszeg 1,3 %-át a krónikus sebek kezelésébe investálja. (Nincs adatunk, hogy hazánkban milyen ez az arány, de tartunk tőle, hogy a ráfordítás lényegesen szerényebb.)

A csatlakozó előadásokban, posztterekben a diagnosztika új területeit és eszközeit ismertették, melyek révén a krónikus sebek kialakulását elősegítő újabb tényezőket ismerhetünk meg. Ilyen pl. az ultrahanggal működő Doppler készülék, mely a bőr mikrocirkulációját térképezi fel, vagy a speciálisan vezetett MRI, mellyel a bőr állapota vizsgálható. A szérum – albumin -, vas, - kalcium hiánya is bizonyítottan predispozíciót jelent.

A torontói International Interdisciplinary Wound Care Course egyik hallgatója a sebkezelés újabb lehetőségeit ismertette. A seb környezetében a mikroklíma biztosítása megfelelő nedvességtartalmú levegő cirkulációjával, 37 fokos hiperoxigenizált zsírsavakkal dúsított vízfürdővel, szignifikánsan fokozza a gyógyhajlamot.

A Haifai (Izrael) Rambam Egyetem Wound Care koordinátora a kollagén sejtherápia, bőr-szubsztitúció eredményeit taglalta. Ebben a kérdésben az MSKT vezetőségének tagja - Juhász doktor - is nemzetközileg elismert „fáklyavivő”.

Miután őszi újságunk megjelenését a kongresszusra időzítjük, a közlemény társszerzője a társaság ügyvezető elnökeként, a vezetőség tagjaként is szeretne néhány gondolattal csatlakozni a korábbiakhoz.

Nem tudjuk miként minősíthető 6. kongresszusunk hírverése, nem tudjuk jól választotta-e meg a vezetőség kora tavasszal, vagy talán még a télutón a főtémákat, de azt kijelenthetjük, hogy a személyesen felkeresett „illusztris” orvosdoktorok készséggel fogadták a meghívást. Minisztérium és OEP, az Alapellátási Intézet, Magatartástudományi Intézet, Családorvosi- és Geriátriai Tanszék, SEBINKO Szövetség, ORKI, és az Orvostechikai Eszközök Gyártóinak és Forgalmazóinak Szövetségében lévő cégek aktív közreműködést vállaltak. Nem beszélve nagytiszteletű barátokról és kollégákról, akik kérésünkre a pódiumra állnak és referátumuk, előadásuk magas színvonala emeli a kongresszus fényét, öregbíti hírnevünket. Működő Alapítványunk országszerte végzi oktató tevékenységét, melynek motorja *Dr. Molnár László* főorvos. Nyitott kapukat döngöztünk, és befogadó, nyitott lelkeket találunk. Mindezek ismeretében és szellemében a 6. kongresszusunk sikerét és a sebkezelés hazai fejlődését bizvást reméljük.

Epilógus:

*“Coming together is a beginning
Keeping together is a progress,
Working together is success”*

Henry Ford

Általános tájékoztató

A Magyar Sebkezelő Társaság VI. Kongresszusa

Budapest, 2003. október 9-10.

MEGHÍVÓ

Tisztelt Kolléganő! Kolléga Úr!

Tisztelettel meghívjuk Önt és munkatársait a Magyar Sebkezelő Társaság VI. Kongresszusára.

Meggyőződésünk, hogy a tudományos program és a kötetlen eszmecserék alkalmasak nemcsak a szakmai tudás elmélyítésére, mások tapasztalatainak megismerésére, hanem az emberi, baráti kapcsolatok erősítésére is.

*Tisztelettel a rendezők:
Magyar Sebkezelő Társaság
Orvostechnikai Szövetség Kötszer Szekciója*

TUDOMÁNYOS PROGRAM

Szervező Bizottság:

**Balaton Ernőné, Hanga Péter, Jóbai Zsolt, Dr. Hunyadi János,
Dr. Mészáros Gábor, Dr. Molnár László, Rising Károlyné,
Salczerné Hok Mária, Dr. Sugár István**

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ

A Magyar Sebkezelő Társaság és a Kongresszus honlapja:

<http://www.tar.hu/mskt>

SZERVEZŐ IRODA: É+L Kongresszus- és Kiállításszervező Kft. (Várhegyi László ügyv. ig., 1081 Budapest, Kiss József u. 4., 1364 Budapest 4., Pf. 354, Tel./Fax: 313-2027, E-mail: eplusl@mail.datanet.hu, Internet: Egészségügy + Üzlet tematikus portál - <http://www.euuzlet.hu>)

HELYSZÍNE: Grand Hotel Hungária (1074 Budapest, Rákóczi út 90.)

REGISZTRÁCIÓS DÍJAK: A részvételi díj magában foglalja a szakmai programokon való részvételt, a kongresszusi anyagok biztosítását, a szakkiallítás megtekintését, a kávészüneteket és a 2003. január 1-től kötelezően felszámítandó ÁFA-t is.

a helyszínen

MSKT-tag orvosok	15.000 Ft
MSKT-tag szakdolgozók	8.000 Ft
nem tag orvosok	17.000 Ft
nem tag szakdolgozók	9.000 Ft

Az MSKT tagjai a kedvezményt csak rendezett tagdíjjal vehetik igénybe. A különböző programokra való belépés kizárólag névkitűzővel lesz lehetséges!

EBÉD

Ebédlehetőséget szervezeten a Kongresszus helyszínén biztosítunk: 3.700 Ft/fő/alkalom. (Tartalmazza az ÁFA-t)

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

A Szervező Bizottság ezúton mond köszönetet mindazon cégeknek, akik kiállítás, hirdetés vagy más formában támogatták a rendezvényt:

**Beiersdorf Kft.,
Coloplast A/S Képviselő,
Hartmann-Rico Kft.,
Laseuropa Kft.,
Medeco Magyarország Kft.,
Mölnlycke Health Care Kft.,**

**NAGÉV Kft., Ortoprofil Kft.,
Premed Pharma Kft.,
Replant-Cardo Kft.,
Richter Gedeon Rt.,
Salus Kft.,
Zepter International Kft.**



Johannita szerzetesnő a XII. századból - e szerzetesrend volt az első gyógyító rend, mely a Szentföldön alakult a kereszteslovagok ápolására

*A Magyar Sebkezelő Társaság
2003. október 2-án, csütörtökön 17 órakor tartja
éves közgyűlését a Kútvölgyi Klinikai Tömb
földszinti előadótermében*

A közgyűlés napirendje:

1. Elnöki beszámoló az MSKT tevékenységéről (Dr. Sugár István)
 2. Beszámoló a Társaság gazdasági helyzetéről (Takler Gabriella)
 3. Beszámoló a Magyar Sebkezelő Társaság Oktatási Alapítványának 2003.évi munkájáról (Dr. Molnár László)
 4. Javaslat a tagdíj módosítására (Dr. Sugár István)
 5. Vezetőség választás (levezető elnök: Dr. Mészáros Gábor)
- (A közgyűlés törvényességét Dr. Bálint Éva ügyvéd felügyeli)

A közgyűlés szavazatképtelensége, eredménytelensége esetén a megismételt közgyűlés időpontja : 2003. október 9. (csütörtök) 15 óra a Grand Hotel Hungáriában (1074, Budapest, Rákóczi-út 90.). A megismételt közgyűlés a részt vevők számától függetlenül érvényes.

A Magyar Sebkezelő Társaság VI. kongresszusa

Budapest, 2003.október 9-10.

Helyszín: **Grand Hotel Hungária** (1074, Budapest, Rákóczi-út 90.)

Elnök: **Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Sugár István**

Szervező Bizottság: **Balatoni Ernőné** (SEBINKO Szövetség), **Hanga Péter** (Replant **Cardo Kft.**, Convatec), **Prof. Dr. Hunyadi János, Jóbai Zsolt** (Replant **Cardo Kft.**, Convatec), **Dr. Mészáros Gábor, Dr. Molnár László, Rising Károlyné** (Mölnlycke Kft.), **Salczerné Dr. Hok Mária, Dr. Sugár István**

Szervező Iroda: **É+L Kongresszus és Kiállításszervező Kft.** (Várhegyi László ügyv.igazgató, 1081, Budapest, Kiss József-u.4., 1364, Budapest 4., Pf.354., Tel/fax: 313-2027, E-mail: eplusl@mail.datanet.hu. Internet: Egészségügy + Üzlet tematikus portál – <http://www.euuzlet.hu>)

2003. október 9. (csütörtök)

8:00-9:00 Regisztráció

9:00-9:15 Elnöki megnyitó

9:5- Szekció 1.

Üléselnökök: Dr. Mester Ádám, Dr. Mester András

1. Prof. Jakab Ferenc (Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti Osztály, Budapest): *Mester Endre, az „európai” oktató (15 perc)*

2. Mester András (fül-orr-gége szakorvos, Santa Barbara, California, USA): *Amerikából jöttem - mesterségem címere: „Pontosan és szépen, ahogy a csillag megy az égen, csak úgy érdemes.” Emlékezés édesapámra, Mester Endre sebészprofesszorra*

3. Mester Ádám, Mester A., Kákósy Z., Szaller K., Tóth J., Tóthné M., Csikiné Gy. (Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Országos Feladatokat Ellátó Laser Labor, Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest): *A laser sugárbiológiai hatásai (15 perc)*

4. Kuhnyár Ágnes (Városi Egészségügyi Szolgálat, Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet, Debrecen): *A laser kezelés bőrgyógyászati alkalmazása*

5. Tóth Tihamér, Sterlik Gábor (Semmelweis Egyetem III. sz. Sebészeti Klinika, Budapest): *Nagyteljesítményű laserek sebészi alkalmazása (15 perc)*

6. Török Attila (Szent Rókus Kórház Gastroenterológia, Budapest): *Az emésztő rendszer hámihiányainak laser kezelése (Változások, lehetőségek 1980 óta) 15 perc*

7. Horváth Judit (Budapest): *Lágylézerrel támogatott sebkezelés egy budapesti háziorvosi praxisban*

11:00-11:15 Kávészünet

11:15- Szekció 2.

Üléselnökök: Prof. Dr. Iván László – Dr. Mészáros Gábor

8. Dr. Hok Mária (független tanácsadó), **Balaton Ernőné** (SEBINKO): *Beszámoló az EPUAP VII. Kongresszusáról. Tampere, Finnország 2003. szeptember*

9. Prof. Iván László (Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Gerontológiai Központ, Budapest): *A geriátriai szemlélet jelentősége az időskori sebek megelőzésében és ellátásában (15 perc)*

10. Sugár István, Vártok Józsefné¹ (Semmelweis Egyetem II. Sebészeti Klinika, ¹Kútvölgyi Klinikai Tömb Ápolási Igazgatóság, Budapest): *Az ápolás története a művészetben (Az ápolás művészete)*

11. Mészáros Gábor (Szent István Kórház, Égési és Plasztikai Sebészeti Osztály, Budapest): *Szemelvények az égési sérülések kezelésének történetéből*

12. Csorba Éva (MRE Bethesda Kórháza Égésérült Gyermeket Gyógyító Országos Központ, Budapest): *Nagyüzületi kontraktúrák megelőzése, előfordulása és rekonstrukciója tenyésztett dermisz alkalmazásával*

13. Lázár Imre (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest): *A sebgyógyulás pszichoneuroimmunológiája*

14. Gyeginszky Tünde (Premed Pharma Kft., Budapest): Hatékonyan a dekubitusz ellen – viszkoelasztikus matracok

15. Szekeres Ferenc (Zepter Kft., Budapest): *Bioptron fényterápia a sebkezelésben*

13:00-14:30 Ebéd

15:00-16:15 **A Magyar Sebkezelő Társaság közgyűlése**

(amennyiben az október 2.-i közgyűlés eredménytelen volt)

16:15-16:30 Kávészünet

16:30- Szekció 3.

Üléselnökök: Prof. Dr. Hunyadi János – Dr. Juhász István

16. Prof. Hunyadi János, Galuska László* (Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika, Nukleáris Medicina Tanszék*, Debrecen): *A vénás keringési elégtelenség talaján létrejött ulcus cruris patológiája*

17. Kökény Zoltán (Szent Imre Kórház Általános Sebészeti Osztály, Budapest): *A krónikus vénás elégtelenség komplex kezelése*

18. Farkas Péter, Boda Andor (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szeptikus és Tbc-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Budapest): *Diabetesz fekélyek konzervatív kezelésének eredményei*

19. Szabó Szilárd, Seffer István¹ (PTE/ÁOK OEC – Baranya megyei Kórház Sebészeti Tanszék, Pécs, ¹Seffer & Renner Magánklinika, Kaposvár): *Polisziloxán használata a hipertrófiás heg és a keloid kialakulásának megelőzésében és kezelésében*

20. Detre Zoltán (Szt. János Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest): *Végtag trauma - lágyrész, vagy csontsebészet?*

21. Pécsi Balázs, Szabó Gyuláné, Balogh Gábor (Kaposi Mór Megyei Kórház, Mellkassebészeti Osztály, Kaposvár): *A modern sebkezelés szerepe a nyitott mellkas ellátásában*

22. Szerafin Tamás, Vaszily Miklós, Galajda Zoltán, Horváth Ambrus, Horváth Géza, Prof. Péterffy Árpád (DEOEC Kardiológiai Intézet Szívsebészeti Centrum, Debrecen): *A vákuum asszisztált sebkezelés szerepe a szívűtéteket követő sternum mediastinitisek kezelésében*

19:00 **Koktél-parti** - az Orvostechikai Szövetség Kötszer Szekciója támogatásával

2003. október 10. (péntek)

9:15- Szekció 4.

Üléselnökök: Prof. Dr. Daróczy Judit, Dr. Szitkay Sándor

23. Prof. Daróczy Judit (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Sebképződés és sebgyógyulás nyirokódémában (20 perc)*

24. Szitkay Sándor (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Krónikus sebek és kezelésük amputációs csonkon*

25. Buczkó Mónika (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Szövetcsökkentő műtétek (elephantiasis kezelése) veszélyei*

26. Kiss Anikó (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Elephantiasis, lipödéma, krónikus vénás elégtelenség, ulcus cruris*

27. Gyetván János*, Szabó Gábor*, Szitkay Sándor**** (Szent István Kórház *Égési és Plasztikai Sebészeti Osztály, **Bőrgyógyászati Osztály, Budapest, ***Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest): *Ulcus cruris arteriosum eredményes gyógyítása több szakma bevonásával*

10:45-11:00

Kávészünet

11:00- Szekció 5.

Üléselnökök: Dr. Molnár László – Hanga Péter

28. Erős András (Országos Alapellátási Intézet, Budapest): *Háziorvosok szerepe a sebkezelésben (15 perc)*

29. Széchy Miklós (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest): *Gyógyászati segédesszközök támogatási rendszere, változásainak lehetséges szempontja az Uniós csatlakozás küszöbén (15 perc)*

30. Molnár László (Szent János Kórház, Bőr- és Nemibeteg gondozó, Budapest): *A krónikus sebkezelés filozófiája*

31. Hanga Péter (Replant-Cardo Kft. - ConvaTec): *CombiDERM hidrokolloid szigetkötszer használata a krónikus sebkezelésben*

32. Garamvölgyi Edit (Fővárosi Önk. Károlyi Sándor Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Budapest): *Gyakorlati tapasztalatok a másodlagosan gyógyuló sebek kezelésében nedves sebkezelőkkel - esettanulmány ismertetés*

33. Rozsos István, Forgács Sándor, Kollár Lajos (PTE/ÁOK OEC – Baranya megyei Kórház Sebészeti Tanszék, Pécs) *A sebkezelések során alkalmazható kötszer-kombinációkról - a LIGASANO habkötszer mint megbízható „csapattag”*

34. Mecsek László, Dóka András, Szabó Lajos (Bugát Pál Kórház, Sebészeti Oktató Osztály /Diabéteszláb Ambulancia/, Gyöngyös): *A neuropathiás lábsebek kezelésének gyakorlata osztályunkon és ambulanciánkon*

35. Richterné Tóth Andrea, Romváriné Novák Piroska (Miskolc MJV Önk. Semmelweis Kórháza, Miskolc): *A decubitus prevencióval és kezeléssel kapcsolatos kórházi Szigetoktatási Program jelentősége és tanulságai*

12:45

A kongresszus zárása, elnöki zárszó

13:00 Ebéd

(A programban időmegjelöléssel külön nem jelölt előadások időtartama 10 perc)

A Magyar Sebkezelő Társaság VI. kongresszusa előadásainak összefoglalói

Az összefoglalókat az első szerzők (az előadók) nevének ABC sorrendjében közöljük, a szerzők neve előtti szám az előadások sorrendjét jelöli

25. Dr. Buczkó Mónika (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Szövetcsökkentő műtétek (elephantiasis kezelése) veszélyei*

A szövetcsökkentő műtétek azt a célt szolgálták, hogy a krónikus nyiroködémában kialakult fibrotikus kötőszövetet és acanthotikus hámot eltávolítva csökkentsek a végtag térfogatát. A műtétek sokszor eltávolították a még részlegesen működő nyirokereket is, és ezáltal fokozódott a nyirokpangás. A műtéti szövődmények között szerepel: nem gyógyuló sebek, nyirokfolyás, angiomák kialakulása, papillomatosis. A szövődmények kezelése kizárólag konzervatív ödémacsökkentő fizioterápiával lehetséges.

12. Dr. Csorba Éva (MRE Bethesda Kórháza Égésérült Gyermekeket Gyógyító Országos Központ, Budapest): *Nagyízületi kontraktúrák megelőzése, előfordulása és rekonstrukciója tenyésztett dermisz alkalmazásával*

Égési sérülések után a könyök-, a térdízületek hajlító felszínein, a nyakon, az axilláris régióban, a kéz és a láb feszítő felszínein a korrekt sebészeti eljárás és aktív fizioterápiás kezelés ellenére is kialakulhat ízületi kontraktúra. Kiterjedt lángégést követően a defektus fedését igen vékony félvastag bőrrel végezzük. Minél vékonyabb az átültetett sajátbőr, annál inkább számíthatunk zsugorodó hegre. A hegképződést fokozza a seb kontaminációja következtében létrejövő elhúzódó sebgyógyulás. A hegzsugorodás fékezhető a dermisz pótlásával, amit égett betegeinknél tenyésztett dermisszel pótolunk. Elsődleges nekrectomia után a kimetszett felületre Allodermet helyezünk, és a mesterséges dermiszt fedjük igen vékony sajátbőrrel. A már kialakult húzó hegek korrekciós műtéteinél a bőrhiányt hasonló módon fedjük. A Bethesda Kórház Égés Centrumában a fenti módon kezelt gyermekek műtét utáni eredményeit mutatjuk be.

23. Prof. Dr. Daróczy Judit (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Sebképződés és sebgyógyulás nyiroködémában*

A sebképződés nyiroködémában ritka, mert a mikrocirkuláció jól fejlett, gyakori a shunt-képződés. Kialakulása esetén azonban súlyos szövődmény. Kevés figyelmet kap a kérdés, a kezelés nem megoldott. Az előadásban a sebek kialakulásának patomechanizmusát, a bőr mikrocirkulációját és a rizikó-faktorokat vizsgáltuk.

Anyag és módszer: 465 primer nyiroködémás betegből (1998-2001) 34 esetben alakult ki lábszárfekély, Laser-Doppler módszerrel (Periflux System 5000 – Perimed AG, Stockholm) vizsgáltuk a bőr mikrocirkulációját jellemző értékeket: RF és ST (resting/standing flow), VAR (venoarteriás reflex), RH (reaktív hiperémiás reakció) TSR (termostimuláció). Szövetteni és immunhisztokémiai vizsgálattal a gyulladáshoz vezető reakciót értékeltük.

Eredmények: A fekély kialakulásának leggyakoribb oka a lymphangiectasiák sérülése, nyirokcsorgás, gyulladás, infekciók, társuló krónikus vénás elégtelenség. A gyulladásos sejt markerek (CD68) mennyisége nem csökkent a seb környékén. Az anti-inflammatorikus cytokin (IL-10) csökkent - összehasonlítva a vénás sebekben talált értékekkel. A venoarterialis reflex (VAR) szignifikáns csökkenést mutatott a perimalleolaris régióban (4-20%), szemben a normál esetekben mért 32-56%-al ($p < 0,001$).

Összefoglalás: Nyiroködémában mikroangiopathia bizonyítható (VAR csökkenés) azokban az esetekben, amikor fekélyképződés van. A korszerű sebkezelés és a komplex ödémamentesítő kezelés ismerete szükséges a sikeres kezeléshez.

20. Dr. Detre Zoltán (Szt. János Kórház, Traumatológiai Osztály, Budapest): *Végtag trauma - lágyrész, vagy csontsebészet?*

A nagyobb energiájú traumák gyakoribbá válása következtében gyakoribbak a nyílt sérülések is. A korábbi csonttörés-kezelésre koncentrált figyelem helyét fokozatosan átvette az a szemlélet, amely a lágyrészköpeny integritását és jó állapotát éppen olyan fontosnak tekinti, mint magát a csontot. Megfelelő vérellátású, rendezett lágyrészköpeny a legmegbízhatóbb feltétele a nyílt sérülést követő infekció és csontgyógyulási zavar elkerülésének.

A komplex végtagsérülések ellátásakor mérlegelendő egyáltalában a végtag megtartása. A végtagmentő első ellátás után rekonstrukciós műtétek sorozata eredményezheti az eredeti funkció visszanyerését. Külön említendő a decollement problémaköre, amelyet a mai napig sem kezelnek jelentőségének megfelelő odafigyeléssel.

A végtagsérülésekkel járó sebek korszerű, igényes kezelése nem csak a törések eredményes ellátását, a gyorsabb rehabilitációt, de a kezelési költségeket, a kórházi tartózkodás tartamát is jelentősen befolyásolja.

28. Dr. Erős András (Országos Alapellátási Intézet, Budapest): *Háziorvosok szerepe a sebkezelésben*

A háziiorvoslás rendszerének átalakítása (azaz az elmúlt tíz év alatt) folyamatosan erősödött a háziiorvos gate-keeper szerepe. Ennek egyik állomása a definitív ellátások között a sebkezelés. A háziiorvosok képzettsége azonban nem megfelelő, jelentős számban nem ismerik még a sebkezelés modern elméletét, illetve a modern sebkezelő anyagokat. A szerző saját tapasztalatai, valamint az intézet által kidolgozott kérdőíves rendszer alapján tekinti át a háziiorvosok felkészültségét. Beszámol azokról a tanfolyamokról, amelyeken eddig a háziiorvosok mintegy egyharmada részt vett. A téma összefoglalójában igyekszik meghatározni az uniós csatlakozás által kívánt jövőt.

18. Dr. Farkas Péter, Dr. Boda Andor (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szeptikus és Tbc-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Budapest): *Diabéteszes fekélyek konzervatív kezelésének eredményei*

A diabétesz egyik legkomolyabb szövődménye a láb csontjainak súlyos osteoarthropathiás elváltozása, mely gyakran jelentkezik talpi fekély kialakulásával

együtt. A csontanyagcsere elégtelensége miatt a csontállomány „felszívódása”, osteolysis alakul ki. A láb deformálódik, a csontokban és ízületekben destrukció, súlyosabb esetekben teljes dezorganizáció alakul ki. A teherviselő pontok áthelyeződésének következtében a fokozott nyomásnak kitett bőrterületen callus alakul ki, mely gyakran mélyen bereped, illetve kifekélyesedik.

A szerzők súlyos osteoarthropathiás esetek kezelését mutatják be. Minden esetben törekedtek a konzervatív kezelési módok alkalmazására és csak ezek eredménytelensége esetén végeztek amputációt. A végtag teljes tehermentesítése, az első napokban teljes ágynyugalom, hűtőborogatások és párakötések, az esetleges tályogok megnyitása, szeptikus állapot esetén antibiotikum adása, később pedig a bokaízület megtámasztását, a láb sínezését biztosító ortézisek alkalmazásának, a végtag fokozatos terhelésének eredményeként következett be a gyulladásos folyamat regressziója, hónapok múlva pedig a csontos átépülés, mely végül terhelhető végtagot eredményez.

Ha a konzervatív kezelés nem vezet eredményre, a gyulladásos folyamat progrediál és az életet is veszélyeztető szeptikus állapot alakul ki, akkor sajnos elkerülhetetlen a végtag amputációja.

32. Dr. Garamvölgyi Edit (Fővárosi Önk. Károlyi Sándor Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Budapest): *Gyakorlati tapasztalatok a másodlagosan gyógyuló sebek kezelésében nedves sebkezelőkkel - esettanulmány ismertetés*

A másodlagosan gyógyuló sebek kezelése igen nagy kihívás napjainkban, mind a beteg, mind az egészségügyi szakszemélyzet számára. Kórházunk krónikus belgyógyászati osztályán ez igen nagy problémát okoz. Ezt, illetve az eddig alkalmazott hagyományos kezelési eljárásainkat alapul véve osztályunk kezdeményezte a nedves sebkezelő termékek kipróbálását. Célunk, hogy a már információ formájában rendelkezésünkre álló modern sebkezelő anyagokat megismerve a betegek gyógyulását eredményesebbé tegyük, és mindezt rövidebb idő alatt és kevesebb fájdalom mellett érjük el. A használt kötöző anyagokat elsősorban a Cutinova és Allewyn termékcsaládból választottuk. A kötőzéseket az osztályon kiválasztott szakszemélyzet, szaktanácsadóval folytatott konzultáció segítségével végezte. Az eredményeket vezetett dokumentációval és készített képanyaggal igazoljuk, eredményét esettanulmányon keresztül ismertetjük.

14. Gyeginszky Tünde (Premed Pharma Kft., Budapest): *Hatékonyan a dekubitusz ellen - viszkoelasztikus matracok*

A Premed Pharma Kft. gyógyászati segédeszközök, elsősorban ápolási és szemészeti termékek forgalmazásával és ezekhez kapcsolódó egyedi, kiegészítő szolgáltatások nyújtásával foglalkozik. Küldetésünk az egészségügyi ellátás kultúrájának fejlesztése korszerű termékek és technológiák bevezetésével, az egészségügyi tudás fejlesztésével, terjesztésével és példamutató szolgáltatásokkal. A Premed Pharma Kft működésének központjába piacvezető vállalatok kiváló minőségű termékeinek forgalmazását és partnereinek magas színvonalon történő kiszolgálását állítottuk.

Vállalatunk 1992-ben indította tevékenységét. Működését innovatív, dinamikus

fejlődés, folyamatos bővülés jellemzi. Ez alatt az idő alatt komoly tapasztalatokra tettünk szert a felhasználók, partnerek valós igényei, elvárásai, valamint a termékek, technológiák jellemzőinek megismerésében. Az Ápolás Üzletág egyik kiemelkedő beszállítója a piacvezető ABENA vállalat.

Előadásunkban egy forradalmian új termékeket szeretnénk bemutatni az ABENA antidekubitusz matracokat. Az antidekubitusz matracok viszkoelasztikus Celsius töltőanyaggal készültek, amely kényelmet és a testre ható nyomás egyenletes elosztását biztosít. A matrac felveszi a használójára jellemző anatómiai formát, optimalizálja a testre ható nyomást, ami az egész testen egyenletesen oszlik el, reagál a test melegére és a nyomásnak kitett helyeken puhábbá válik. Speciális sejtszerkezetéből adódóan az anyag szellőzésre is képes.

27. Dr. Gyetván János*, **Dr. Szabó Gábor*****, **Dr. Szitkay Sándor**** (Szent István Kórház *Égési és Plasztikai Sebészeti Osztály, **Bőrgyógyászati Osztály, Budapest, ***Semmelweis Egyetem Ér- és Szívsebészeti Klinika, Budapest): *Ulcus cruris arteriosum eredményes gyógyítása több szakma bevonásával*

48 éves nőbeteg évek óta szenved bal lábszár súlyos fekélyével, amely főként artériás eredetű. Rendszeres bőrgyógyászati kezeléssel a sebalap feltisztult, eltűntek a nekrotikus szövetek. Ezt követően a beteg aorto-bifemorális bypass műtéten esett át, amely rendezte az alsó végtagok keringését. Ismételt bőrgyógyászati előkezelés, majd a seb plasztikai fedése következett. A helyes kezelési sorrendnek köszönhetően az addig reménytelennek tartott seb 100%-ban begyógyult.

31. Hanga Péter (Replant-Cardo Kft. - ConvaTec): *CombiDERM hidrokolloid szigetkötszer használata a krónikus sebkezelésben*

A CombiDERM nedvszívó hidrokolloid szigetkötszer hatékonyan egyesíti a magas nedvszívó képességet és a váladék visszatartását. Alkalmas mind akut, mind pedig krónikus erősen váladékozó sebek kezelésére. A sebgyógyulás folyamatát az okkluzív kötszerek, így a CombiDERM is elősegíti és gyorsítja. Az előadás bemutatja a kötszer tulajdonságait és alkalmazásának lehetőségeit.

8. Dr. Hok Mária (független tanácsadó), **Balatoni Ernőné** (SEBINKO): *Beszámoló az EPUAP VII. Kongresszusáról. Tampere, Finnország 2003. szeptember*

7. Dr. Horváth Judit (Budapest): *Lágylézerrel támogatott sebkezelés egy budapesti háziiorvosi praxisban*

A lágylézerek hatása a sebgyógyulásra: lehetséges mechanizmusok és azok klinikai következményei. Fájdalomcsillapítás: a mechanizmus lehetséges magyarázata és a fájdalomcsillapítás fontossága a praxisban.

A lágylézer kezelése alkalmazási lehetőségei a háziiorvosi praxisban, különös tekintettel a sebkezelésekre: 10 év kezeléseinek áttekintése.

A HO praxis beteganyagában előforduló krónikus sebek fajtái és kezelési protokollja néhány konkrét eset bemutatásával illusztrálva.

16. Prof. Dr. Hunyadi János, Galuska László* (Debreceni Egyetem OEC, Bőrgyógyászati Klinika, * Nukleáris Medicina Tanszék, Debrecen)

A vénás keringési elégtelenség talaján létrejött ulcus cruris patológiája

A lábszárfekély Magyarországon a gyakran előforduló betegségek közé tartozik, 65 éves kor felett a kórkép prevalenciája 3-5%. A betegségben szenvedők száma fokozatosan emelkedik, amely a növekvő életkorral, valamint az arterioszklerózist elősegítő kockázati tényezők – dohányzás, elhízás, cukorbetegség – fokozódásával függ össze. A lábszárfekély lassú gyógyulási tendenciát mutató, mély, teljes vastagságú seb. A rossz gyógyulási hajlam kialakulását a vénás keringés elégtelen, kóros működése, artériás keringési zavar, diabetesz és ritkábban előforduló betegségek (infekció, vasculitisek, bőrtumorok, kifeléyesedő bőrbetegségek) idézik elő.

Az előadás a vénás keringési elégtelenség talaján létrejött ulcus cruris háttérében álló történésekkel foglalkozik. Jelzett granulociták in vivo alkalmazásával nyert eredmények alapján rámutat a keringésből kilépő neutrofil granulociták patológiai jelentőségére.

9. Prof. Dr. Iván László (Semmelweis Egyetem Kútvölgyi Klinikai Tömb Gerontológiai Központ, Budapest): *A geriátriai szemlélet jelentősége az időskori sebek megelőzésében és ellátásában*

A demográfiai adatok bizonyítják, hogy globális népességrobbanás, és ezen belül hosszabbélettűség jellemzi a századfordulót, különösen a fejlett országokban. Ennek politikai, gazdasági, egészségügyi és szociális következményeire sürgős és hatékony választ kell adniuk a mindenkori kormányoknak, nemzetközi intézményeknek, valamint szervezeteknek. ENSZ-, WHO- és EU-Deklarációk, Charták hívják fel a figyelmet, hogy biztosítani kell az élettartamon belül a kielégítő egészséget, az életminőséget és a személyes élet biztonságát, a hosszabbélettűség mellett is. Az idősödés folyamatainak kutatási eredményei igazolják a gerontológia és a geriátria fontosságát, szemléleti szükségességét.

Megfogalmazható, hogy az életfolyamatok és az élettartamok fajkapacitása genetikailag meghatározott, így az ember maximális életkapacitása már 135-140 év lehet. Ugyanakkor az átlagos élettartamot és az ún. fenntartható egészséget és életminőséget mintegy 40%-ban életmódunk határozza meg, személyiségünk egyediségével, a mindenkori egészségügy szintje és a környezeti hatások mellett. A gerontológia bevonásával a medicina újabb szakága alakult ki, a geriátria. Ezzel paradigmaváltás is bekövetkezett. Szemléletileg és gyakorlatilag egyaránt szakmai „sorvezetővé” vált, hogy nem a naptári évek szerint és nem egyformán idősödünk, és minél inkább idősödünk, annál inkább különbözünk egymástól, tehát nincs ún. uniformizálható idősödés. Az ember személyes élete, idősödésével együtt „esély-kockázati aránya” szerint zajlik, sikeres vagy sikertelen, egészséges vagy beteges, rövid vagy hosszabb.

Mind a prevenció, mind a gyógyítás, mind a rehabilitáció és tartós szakápolás, -gondozás hatékonyságát meghatározza a geriátriai rendszerszemlélet személyreszabott gyakorlata. Ennek megvalósításához szükséges megállapítani az egyén „normál öregedésének jellegzetességeit”, és minél korábban a „kockázati markereket és patológiás történéseket”. Ezek kombinációja is egyedi, de éppen ez indo-

kolja a geriátriai szemlélet szükségességét. Hangsúlyozható, hogy a „korral gyakoribbá váló normál és kóros elváltozások” „ok-okozati” jelleggel egyaránt jelentkeznek a „nano- és makroműködésekben”, érintve az alapvető élettani folyamatok homeosztázisát.

Az idősődéssel a sebek kialakulását elősegítő tényezők, mintegy a szöveti trophica kockázatai: a táplálkozási és metabolikus zavarok, elégtelenségek, az oxigénforgalom romlása, a celluláris és szöveti immunitás romlása, egyes neuroendokrin működések diszfunkcionálása, endo- és exogenetikus toxicitások, valamennyi kötőszöveti ártalom, amely a fibroblaszt és kollagén minőségét érinti, a vele kapcsolatos aminosavak és enzimek módosulásai és nem utolsósorban pszichoszomatikusan indukált oxidációs stresszhatások, „személyiségstrukturálisan mérhető kockázati markerekkel” is követhetően. A gerontológiailag alkalmazható ismeretek személyre szabható rendszerszemléletével, az esély-kockázati elemzéssel, a „repaire-kapacitás” befolyásolásával az idősödők és időskorúak sebkeletkezése, sebkimenete, sebgyógyítása és sebmegelőzése újabb szakirányú megközelítést nyerhet. Ennek „hasznát” az egyén, a környezete és a szociál-egészségügy egyaránt tapasztalhatja.

1. Dr. Jakab Ferenc (Uzsoki Utcai Kórház Sebészeti Osztály, Budapest): *Mester Endre, az „európai” oktató*

Mester Endre sebészprofesszori, gyógyító orvosi tevékenységét sok ezer gyógyult, hálás betege igazolja. Szakmai elismertségének bizonyítéka a pályafutása.

Az előadó büszkén vallja magát tanítványának. Előadásában arról kíván beszélni, hogy mit adott Mester professzor oktató-nevelő tevékenysége során a keze alatt felnövekvő generációknak, medikusoknak és a fiatal orvos-nemzedéknek.

26. Dr. Kiss Anikó (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Elephantiasis, lipödéma, krónikus vénás elégtelenség, ulcus cruris*

A fel nem ismert és kezeletlen nyiroködéma progrediáló állapot. A leggyakoribb szövődmények: papillomatosis, acanthosis, hyperkeratosis, nyirokfolyás. Társuló lipödéma rontja a tüneteket. A fekély pathogenesisében a meghatározó folyamat a nyirokcsorgás a bőr macerációja, infekciók társulása. M. J. 64 éves nőbeteg esetének bemutatásával a súlyos szövődmények és a fekély kialakulása arra vezethető vissza, hogy a primer nyiroködémát nem diagnosztizálták.

17. Dr. Kökény Zoltán (Szent Imre Kórház Általános Sebészeti Osztály, Budapest): *A krónikus vénás elégtelenség komplex kezelése*

A krónikus vénás elégtelenség és a következményes lábszárfekély népbetegségnek számít. Gyakorta idős, rossz compliance-ű, nehezen kezelhető betegek, akiket sok szakrendelésen inkább kelleetlenül megtűrnek, mintsem szívesen látnának.

Az előadás során részletezett komplex kezelésükkel (kompressziós kezelés, nedves sebkezelés, gyógyszeres terápia, esetenként sebészeti megoldás) azonban gyakran látványos eredmények érhetők el. A szerző ezt esetismertetéssel szemlélteti.

4. Dr. Kuhnyár Ágnes (Városi Egészségügyi Szolgálat, Bőr- és Nemibeteg gondozó Intézet, Debrecen) *A laser kezelés bőrgyógyászati alkalmazása*

A LASER kezelés orvosi alkalmazása számos betegség terén nyitott teljesen új terápiás lehetőséget. Ennek megfelelően a LASER eszközök bőrgyógyászati alkalmazása is lényeges előrelépést eredményezett. Az előadás a bőrgyógyászati indikációk alapján használt LASER készülékekről és az azokkal elérhető eredményekről ad összefoglaló képet. A legfontosabb indikációs területek ismertetésén túl rámutat a kontraindikációkra vonatkozó pontos ismeretek gyakorlati jelentőségére, valamint a leggyakrabban előforduló mellékhatásokra.

13. Dr. Lázár Imre (Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézet, Budapest): *A sebgyógyulás pszichoneuroimmunológiája*

Selye János kutatásai, az Általános Adaptációs Szindróma kórtani logikája már a kezdetektől világossá tették, hogy a stressz endokrin folyamatai immunológiai következményekkel járnak. Lazarus, Rotter, Steptoe és mások a stressz lélektani folyamatainak feltárásával a magatartástudományi értelmezés középpontjába a kontrollérzetet, a tehetetlenséget, illetve a társas támogatás pszichofiziológiai következményeit helyezték. Az emberi test fölötti rendelkezés átengedése, a műtét kimenetelét illető aggodalmak, a változó bizalom komoly stresszteli megterhelést jelent, amelynél mind a kontrollérzet mind a szociális támogatás kitüntetett jelentőségű. A stressz, depresszió és a szorongás a kockázatot fokozza. A műtéti beavatkozás előtti nagyobb félelem, distressz lassúbb sebgyógyulással és több szövődmény előfordulásával társul.

A krónikus distressz miatt mintegy 24%-kal megnyúló (Kiecolt-Glaser és mtsai, 1995), illetve kísérletes körülmények között akár 40%-os elhúzódot mutató sebgyógyulás (Marcuha és mtsai, 1998) hátterében a distressz immunszuppresszív hatása miatt észlelt 68%-os IL-1 mRNS csökkenés jelzi, hogy a monocita rekrutáló funkció gyengülése miatt az apoptotikus sejtek eltávolítása, növekedési faktor indukció csökkenése, a szövetregeneratív folyamatok gyengülnek. A jelen előadás a pszichofiziológiai közvetítő mechanizmusokat tárja fel a PNI kutatások fényében és a magatartás szempontjait érvényesítő betegellátás preventív és kockázatcsökkentő lehetőségeit vizsgálja.

34. Dr. Mecsek László, Dr. Dóka András, Dr. Szabó Lajos (Bugát Pál Kórház, Sebészeti Oktató Osztály /Diabéteszláb Ambulancia/, Gyöngyös): *A neuropathiás lábsebek kezelésének gyakorlata osztályunkon és ambulanciánkon*

A neuropathiás/diabéteszes beteg lábsebeinek lassú gyógyulása közismert, ellátása sok szempontból eltér az általános sebészeti gyakorlattól. Az ok a speciális artériás és vénás keringési viszonyokban, a nehezen felfedezhető compartment szindrómában, a polimikrobás, igen gyakran gombás infekcióban, a fokozott trombozishajlamban és a láb lágyrészeinek megváltozott terhelési viszonyaiban keresendő. Már a sebek/fekélyek keletkezésének folyamata is különleges, az ún. malum perforans ezért az általános sebészeti elvekkal folytatott kezelésekre általában rezisztens.

A sebészeti beavatkozások körülményei is nagy fokban különböznek a mindennapi

gyakorlattól, sokszor érzéstelenítés nélkül lehet operálni a szenzoros neuropathia miatt, máskor a kis feltárásokhoz is narkózisra, vagy spinális anesztéziára van szükség, mert a helyi érzéstelenítés kockázatos. A per secundam sebgyógyulás hosszadalmas ugyan, mégsem érdemes a biztonságos nyitott sebkezeléstől eltérni, csupán a beteg mobilizálását, az otthoni sebkezelés körülményeit kell korrekt módon megszervezni. Ehhez számos társadalombiztosítás által támogatott segédeszköz, modern kötszerek állnak rendelkezésre. A betegek gondozására a finanszírozási nehézségek miatt csak lassan szaporodó diabétesz-láb rendelések lennének alkalmasak. A neuropathiás/diabéteszes láb kezelése ugyanis speciális sebészeti, mozgásszervi és rehabilitációs ismereteket, nem szokványos eszközöket, nagyon sok türelmet és - a betegek edukációja miatt- nagyon sok időt igényel.

A szerzők 6 éve folytatott gyakorlatuk helyességét, hatásosságát statisztikájukkal igazolva látják. 500 gondozott betegük reoperációs gyakorisága a fejlett egészségüggyel rendelkező országok összehasonlításában is alacsony. Évente 40-70 beteget operáltak, magas amputációt kizárólag csak súlyos érszűkülettel szövődött esetekben végeztek. Meggyőződésük, hogy a betegek kellő menedzselése kulcsfontosságú, enélkül az országosan még mindig megengedhetlenül magas végtag-amputációs arány a diabétesz terjedése miatt csak növekedni fog.

2. Dr. Mester András (Santa Barbara, California, USA): *Amerikából jöttem - mesterségem címe: „Pontosan és szépen, ahogy a csillag megy az égen, csak úgy érdemes.” Emlekezés édesapámra, Dr. Mester Endre sebészprofesszorra*

Tizenhét éve, hogy eljöttem Magyarországról, és új életet kezdtem az Egyesült Államokban. Megismertem egy új kultúrát, tanulmányoztam az orvosi kutatómunka titkait, és új felfedezéseket az orvostudományban. Végeztem önálló kísérleti munkát, levizsgáztam az orvosi alaptudományokból, klinikai tudományokból, és újra végcsináltam a szakvizsga jelölt programot (cselédkönyvességet). Több, mint hat éve már, hogy Kalifornia egyik legnevesebb gyógyító intézményében sikeresen és boldogan dolgozom, mint fül-orr-gége szakorvos. Újra tanultam a medicinát amerikaiul, és nincsen olyan nap, hogy ne gondoljak arra, amit apámtól és anyámtól tanultam.

Ezt a különleges alkalmat szeretném felhasználni arra, hogy megosszam gondolataimat a tisztelt hallgatósággal, akiknek egy része személyesen ismerte és tanárának/ barátjának érezte a szüleimet.

Mire tanított apám az orvoslásról?

„Az egész életen át tartó tanulás nélkülözhetetlen.

Hinni kell abban, amit csinálunk: humánus, emberszeretetet és gyógyítási akarás.”

3. Dr. Mester Ádám, Mester A., Kákosy Z., Szaller K., Tóth J., Tóthné M., Csikiné Gy. (Semmelweis Egyetem Radiológiai és Onkoterápiás Klinika, Országos Feladatokat Ellátó Laser Labor, Péterfy Sándor Utcai Kórház-Rendelőintézet, Budapest): *A laser sugárbiológiai hatásai*

A laser, mint optimális fototerápiás eljárás - Mester Endre professzor úttörő felismerése óta 37 éves fejlődés után ma már - széles körben alkalmazott, kísérletes bizonyítékokon alapuló sebgyógyulást serkentő módszer.

Bizonyítható a pontos dozimetria fontossága. A klinikai gyakorlatban 5 mW teljesítmény alatt és/vagy 1 Joule/cm² energia alatt nincs biológiai hatás. A maximális, még serkentő hatású teljesítmény párhuzamos nyaláb esetében 50 mW, ennél nagyobb teljesítmény esetében divergáló sugárnyalábbal kontrollálható a dózis-teljesítmény. Ez utóbbi távbesugárzási módon 0,5-1 Watt alkalmazása esetében sem nő gátlási értéke a fényintenzitás. A besugárzási energia maximuma 4 Joule/cm², ennél nagyobb energiatarományban gátló hatások lépnek fel. Gátló hatású lehet a túl sűrűn ismételt sugárhatás is (kumuláció), ezért általában hetente két kezelésnél gyakrabban csak rövid lökéskezelések adhatók, legfeljebb 2 héten át.

A laser minden olyan tulajdonsága, amely eltér a mindennapi fénytől, serkentő hatású. Kísérletes körülmények között önmagában a polárosság, önmagában a monokromatik mivolta, önmagában a koherencia és önmagában (a látható tartományban!) a Nap sugárzásánál intenzívebb fényhatás egyaránt sejtmembrán és mitochondrium hatások - ennek nyomán kísérletesen kimutatható polipeptid képződéseket is okoznak. A laser esetében a komplex hatás jelentős mértékben felülmúlja a kellő mértékben poláros lámpák és kellően intenzív LED (light emitting diode) fényforrások gyógyhatását. A klinikai gyakorlatban a hatás különbsége egyértelmű. Megfelelő LED és megfelelő poláros fény esetében a vény nélkül kapható gyógyhatású anyagokhoz, míg a laser esete a vényre írható erős hatású gyógyszerekhez hasonlítható.

11. Dr. Mészáros Gábor (Szent István Kórház, Égési és Plasztikai Sebészeti Osztály, Budapest): *Szemelvények az égési sérülések kezelésének történetéből*

Az égési sérülteket ma speciális osztályokon, égéssebészeti osztályokon kezelik. Ez kb. fél évszázada van így. Hazánkban is pontosan 50 évvel ezelőtt: 1953. január 1-én alapították meg az első égési osztályt, Budapesten, a Kun-utcai Kórházban, Európában ez volt a 4. égési osztály. Ezen osztály ma a Szent István Kórházban kezeli az égetteket. Az égési sérültek kezelése az ezt megelőző időkben általános kórházakban, majd a XIX. század végétől – a XX. század elejétől általában bőrgyógyászati osztályokon történt (hiszen a bőrt érte a sérülés – gondolták talán akkoriban). A II. világháború és a koreai háború tapasztalatai, valamint a plasztikai sebészet fejlődő lehetőségei mutattak rá, hogy az égés kezelése önálló, speciális osztályokat, szakembereket kíván. Az égési sérülések kezeléséről való első említés az egyiptomi Ebers-papíruszokban található. Az azóta eltelt évezredek alatt számtalan szerrel kísérelték meg a gyógyítást. Ahogy Guillaume Dupuytren, a XIX. század első felének híres sebésze fogalmazott: „Az égés az évszázadok alatt az empirikus gyógyítás legbizarrabb tárgya volt.” A szerző ebből a sokszínűségből mutat be néhányat az Ebers-papírustól a XXI. századig.

30. Dr. Molnár László (Szent János Kórház, Bőr- és Nemibeteg gondozó, Budapest): *A krónikus sebkezelés filozófiája*

21. Dr. Pécsi Balázs, Szabó Gyuláné, Dr. Balogh Gábor (Kaposi Mór Megyei Kórház, Mellkassebészeti Osztály, Kaposvár): *A modern sebkezelés szerepe a nyitott mellkas ellátásában*

A mellüri folyadékgyülemeknek és mellkasi műtéteknek nem ritka szövődménye a gennymell, amelynek ellátása a modern műtéti, sebkezelési és gyógyszeres lehetőségek ellenére mindmáig jelentős terhelést ró mind a betegre, mind az ellátóra, magas a mortalitása. Az egyéb módon nem szanálható gennyesedések megoldása a mellkas fenesztrációjára, az érintett folyamat nyíltá tétele. Az így nyert, akár 2.000 ml térfogatot is elérő, bakteriálisan fertőzött, exszudáló, vérzékeny fallal bíró, érzékeny szervekkel határolt üreg folyamatos ellátása a szakma legnagyobb kihívásai között szerepel.

A cél, hogy a fertőzöttség és váladékózás megszűnésével az üreg saját izom felhasználásával „zárható” legyen, ez az ún. torakoplasztika. Az előadás célja, hogy a gennymell okai és korai fázis ellátásának lehetőségeinek bemutatása után a szerzők osztályán kidolgozott krónikus, kombinált sebkezelési módszer bemutatására kerüljön, amelyben részt kapnak a nedvszívó alginátok, az antiszeptikus kötszerek és a vitatott, helyi antibiotikus kezelés is. A hagyományos módszerhez képest hamarabb, kevesebb fájdalommal és szövődménnyel, összességében nagyobb hatékonysággal érhetők el a zárás feltételei. Végezetül röviden bemutatásra kerülnek a mellkasi üreg megszüntetésének lehetőségei is. Ennek a speciális problémának ellátási módját annak nehézségei és tanulságai miatt tartják a szerzők bemutatásra érdemesnek.

35. Richterné Tóth Andrea, Dr. Romváriné Novák Piroska (Miskolc MJV Önk. Semmelweis Kórháza, Miskolc): *A decubitus prevencióval és kezeléssel kapcsolatos kórházi Szigetoktatási Program jelentősége és tanulságai*

A miskolci Semmelweis Kórházban 2003. januárjában Szigetoktatási Programot állított össze az Intézeti Rizikó Bizottság koordinátora. A program az „Ápolásszakmai eljárásrend a nyomási fekély (decubitus) megelőzésére, kezelésére” című szakmai anyagra épült, a magyarországi Decubitus Konszenzus Konferenciák, és az EPUAP (European Pressure Ulcer Advisory Panel) nemzetközi irányelvein alapult, valamint tartalmazta a legújabb sebkezeléssel kapcsolatos, gyakorlatban hatékonyan alkalmazható ismereteket. Az oktatási időszak 2003. februártól júniusig tartott, a célcsoportokat ápolók és gyógytornászok képezték, egy oktatási periódus 3 órás időtartamot foglalt magába. A programot az Intézeti Rizikó Bizottság koordinátora vezette, társelőadója a kórház által évek óta alkalmazott hidroaktív kötszercsaládot forgalmazó cég szakkonzulense volt. A hallgatók az oktatási nap kezdetén és végén tesztet (I.-II. teszt) írtak, amelynek kérdéssora az oktatási anyagra épült. Az oktatási célok az alábbiak voltak.

1. Az intézet valamennyi ápolója vegyen részt a programban.
2. A decubitus prevencióval, kezeléssel kapcsolatos egyéni, illetve osztályos tudás felmérése az I. teszt alapján.
3. A decubitus prevencióról, illetve kezeléssel megszerzett ismeretek felfrissítése, ill. kiegészítése az új irányelvek, szakmai információk, kutatási eredmények alapján.
4. Az oktatási program hatékonyságának felmérése a II. teszt alapján.
5. Az említett ellátási terület 2003. évi új minőségfejlesztési ciklusának megvalósítása.

Az előadás a program bemutatásán kívül a már kiértékelt és alaposan kielemezett

teszteredmények ismertetését is tartalmazza, rávilágítva az oktatási program értékeire, tanulságaira.

33. Dr. Rozsos István, Dr. Forgács Sándor, Dr. Kollár Lajos (PTE/ÁOK OEC – Baranya megyei Kórház Sebészeti Tanszék, Pécs) *A sebkezelések során alkalmazható kötszer-kombinációkról - a LIGASANO habkötszer mint megbízható "csapattag"*

A háziorvosi gyakorlatban is gyakorta szükséges a krónikus sebek megfelelő „menedzselése”. A klinikai gyakorlatban számos kötszerfajta és kötözési eljárás kipróbálását követően különböző helyekről más - más elvek szerinti kezeléseket kell folytatni. A sebkezelési alapelvek lassú letisztulása mellett is számos esetben a sajátos szokások nehezen követhető rendszerével találja magát szembe az emittált beteg háziorvosa.

Előadásunkban a Ligasano habkötszer klinikai gyakorlatban kialakított rendszerét mutatjuk be, azzal a cézzal, hogy mintegy megkonzultálhassuk az ismeretek szétáramoltatásának lehetőségeit és taktikáját.

Az előadásban esetelemzések kapcsán bemutatjuk a szokványos felhasználási módok mellett a kombinációs lehetőségeket is.

Az előadás fontosságát mi sem erősíti jobban, mint az, hogy az Internetes keresés során a Ligasano címszóra nem érkezik válasz, mely annyit jelent, hogy e jó eredményeket biztosító kötőmód megismerésére szűkített lehetőségek adódnak csak, így e kötéstípus ajánlásával hazavitt betegeknek a háziorvosa bizonytalan helyzetbe kerülhet.

10. Dr. Sugár István, Vártok Józsefné¹ (Semmelweis Egyetem II. Sebészeti Klinika, ¹Kútvolgyi Klinikai Tömb Ápolási Igazgatóság, Budapest): *Az ápolás története a művészetben (Az ápolás művészete)*

Nem lehet aktuálisabb – ha úgy tetszik - „öröközöldebb” téma az MSKT Kongresszusán, mint az ápolás. A sebkezelés, a sebgyógyulás, a beteg felépülése csak részben orvosi feladat. Az ápoló munkája immár a hivatalos nemzetközi normatívák szerint is „primus inter pares” a gyógyítás komplexitásában.

Az előadók örökérvényű, látványos művészeti alkotások csokorba gyűjtésével kívánják demonstrálni az ápolás történetét. Szobrok, rajzok festmények, fényképek örökítik meg századok múlását és a jólélők s elhivatott emberek tevékenységét, akik a kor aktuális ismeretei és lehetőségei között enyhíteni kívánták a szenvedést, harcoltak a betegek gyógyulásáért.

19. Dr. Szabó Szilárd, Dr. Seffer István¹ (PTE/ÁOK OEC – Baranya megyei Kórház Sebészeti Tanszék, Pécs, ¹Seffer & Renner Magánklinika, Kaposvár): *Polisziloxán használata a hipertrófiás heg és a keloid kialakulásának megelőzésében és kezelésében*

A hipertrófiás heg és a keloid kialakulásának patomechanizmusa nagyrésztben ismert folyamatok eredménye, azonban az, hogy mikor milyen minőségű heg alakul ki, a mai napig sem tisztázott teljesen. A sebgyógyulás a sebkezelésen kívül nagymértékben függ az érintett területtől, a kortól, nemtől, sőt a bőrtípustól is.

7 éve alkalmazzuk a kóros betegek és a keloid kezelésére és megelőzésére a

polisziloxánt. Bár a kezelés eredménye az időfaktorok és az ismeretlen spontán gyógyhajlam miatt nehezen megítélhető, eredményesnek találtuk elsősorban az arcon és a kézen végzett beavatkozások után, illetve az itt található hipertrófiás hegek kezelésében és műtéti előkészítésében. Indokoltnak találtuk a kezelés megkezdését prevencióssal a hipertrófiás heg kezdeti tüneteinek jelentkezésekor. Tapasztalataink szerint az alkalmazott polisziloxán gél vagy tapasz allergiás reakciót nem vált ki, jelentősen lerövidíti a hipervaszakulizációs időt, ami különösen fontos az arcon történt beavatkozások után.

15. Dr. Szekeres Ferenc (Zepter Kft., Budapest): *Bioptron fényterápia a sebkezelésben*

22. Dr. Szerafin Tamás, Dr. Vaszily Miklós, Dr. Galajda Zoltán, Dr. Horváth Ambrus, Dr. Horváth Géza, Prof. Dr. Péterffy Árpád (DEOEC Kardiológiai Intézet Szívsebészeti Centrum, Debrecen): *A vákuum asszisztált sebkezelés szerepe a szívűtéteket követő sternum mediastinitisek kezelésében*

A median sternotomiás sebek mélyre terjedő fertőzése ritka, de súlyos szövődménye a szívsebészeti beavatkozásoknak, mely hosszas és költséges kórházi ápolással, magas morbiditással és mortalitással jár. A fertőzött sternotomiás sebek kezelésére számos módszert alkalmaznak, azonban valamennyi eljárás első lépése a seb feltárása, debridement-je és feltisztítása. A vákuum asszisztált sebkezelés (V.A.C.) egy viszonylag új eljárás, mely elősegíti a seb feltisztulását és a granulációs szövet képződését. A szerzők ismertetik a módszer elvét, alkalmazását és a vele szerzett tapasztalatokat. 2002 szeptembere és 2003 júliusa között 14 betegen (12 férfi, 2 nő, átlagéletkor: 61,8 év) alkalmazták az eljárást. Valamennyi esetben a seb gyors feltisztulását és a sarjszövet képződés megindulását észlelték, mely néhány napos kezelés után lehetővé tette a seb másodlagos zárását, vagy lágyrész lebennyel történő rekonstrukcióját. A V.A.C. kezelés jelentősen csökkentette a betegek és az ápoló személyzet megterhelését, lerövidítette a hospitalizációs időt. A korábban alkalmazott hagyományos kötőcsereknél higiénikusabb, mivel a sebváladék folyamatosan elszívásra kerül és a zárt rendszer miatt csökken a kontamináció veszélye. Mindezen előnyök és eddigi tapasztalataink alapján a szerzők javasolják a V.A.C. sebkezelési rendszer széleskörű alkalmazását a szívűtéteket követő fertőzött sternotomiás sebek kezelésére.

29. Dr. Széchy Miklós (Országos Egészségbiztosítási Pénztár, Budapest): *Gyógyászati segédesszközök támogatási rendszere, változásainak lehetséges szempontja az Unió csatlakozás küszöbén*

24. Dr. Sztikay Sándor (Szent István Kórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Krónikus sebek és kezelésük amputációs csonkon*

Amputáció után a csonkon nem gyógyuló sebek kialakulásának oka lehet a csonkolás és a sebkezelés technikája, a protézis milyensége, az alapbetegség, valamint a szövődmények megjelenése. A sebkezelésben résztvevő bőrgyógyász feladata az adott helyzetnek megfelelő sebkezelési technika megválasztása és a szövődmények keze-

lése, visszajelzés a sebész és a protetikus felé, mindezzel a beteg teljeskörű és - szintű rehabilitálása. Erre szeretnénk felhívni a figyelmet eseteink bemutatásával.

5. Dr. Tóth Tihamér, Dr. Sterlik Gábor (Semmelweis Egyetem III. sz. Sebészeti Klinika, Budapest): *Nagyteljesítményű laserek sebészi alkalmazása*

A laserek orvosi alkalmazásában magyar orvosok és kutatók is jelentős szerepet játszottak, elegendő Mester Endre professzor laserekkel kapcsolatos úttörő munkásságára utalnunk.

Mester Endre professzor munkatársaként figyelemmel kísérhettem munkásságát, és 1986-ban elkezdtem a nagyteljesítményű (CO₂ és Nd:YAG) laserek alkalmazását és hazai kipróbálását a hazai sebészetben, a szeptikus-, gastrointestinalis-, parenchymás szervek-, a tüdő és a mediastinum-, az ambuláns-, gyermek-, a mell- a perianális tájék- és a minimál invazív sebészetben.

6. Dr. Török Attila (Szent Rókus Kórház Gastroenterológia, Budapest): *Az emésztő rendszer hámsiányainak laser kezelése (Változások, lehetősége 1980 óta)*

Bevezető: A laser-sugár biostimulációs hatását Mester figyelte meg elsőként. Eredményes sebkezelésről később gynecologusok, szájszabészek is beszámoltak.

Célkitűzés:

1. A nehezen gyógyuló, vagy gyógyulási hajlamot nem mutató emésztőszervi fekélyek hámosodását elősegíteni.

2. A terápiás protokollok számos mellékhatást okozó gyógyszereitől a beteget megkímélni.

Beteganyag és módszer: A laserfény emésztőszervi fekélyes megbetegedésekre való terápiás hatásának megítélésére két betegcsoportot választottunk ki:

- perzisztáló, terápia-rezisztens peptikus fekélybetegek
- krónikus kontinuus stádiumban lévő colitis ulcerosás betegek csoportját.

A kezeléseket mindkét csoportnál Spectra Physics Ar. Laser készülékével, 5-10 W teljesítménnyel 2-4 J/cm² energiával végeztük.

A laser fényt minden esetben az endoszkóp manipulációs csatornáján átvezetett fényvezető szálon juttattuk a kezelendő területre. A kezelést hetente, a hámsiányok megszűntéig végeztük.

Eredmény:

- Peptikus fekélyek eseteiben a fekélyek gyógyulásának átlagos ideje 4 hét volt.
- Az 5 éves utánvizsgálat során megállapítottuk, hogy a laser-kezelt betegeink:
 - 1/3 részénél recidíva nem fordult elő
 - 1/3 részénél recidíva előfordult, de a fekély laser- vagy gyógyszeres kezelés mellett gyorsan behámosodott
 - 1/3 részük pedig műtétre került.
- Colitis ulcerosás betegcsoportunknál az alapbetegség 6 hét múlva remisszióba került.

Megbeszélés: A laserfény sebgyógyulást elősegítő hatását különböző szakterületeken számosan bebizonyították. Magunk az emésztőrendszer hámsiányát kezeltük sikeresen.

- A peptikus fekélyek aetiológiájának tisztázását követően azok laser kezelését ma már nem alkalmazzuk.

- Colitis ulcerosa eseteiben a mai napig is hiányos oki terápia miatt fontos adjuváns kezelésként alkalmazzuk.

- Az utóbbi évek tapasztalatai alapján a kis teljesítményű laser mono- vagy adjuváns kezelésként hatásosan alkalmazható különböző proctitisek, ill. inflammált nodusok kezelésére.

- Biztató eredményeink vannak Crohn-colitis ill. perianalis fisztulák laser kezelésével.

Összefoglalás: Az emésztőtraktus fekélyes megbetegedéseinek eseteiben a laser - hámosodás elősegítő és gyulladást csökkentő hatása miatt - számos emésztőszervi megbetegedés kezelésénél terápiás tárházunk fontos eszközévé vált az eltelt két évtized alatt.

