

Tartalom

Elnöki gondolatok	3
A kötszerek felhasználása, besorolása, finanszírozása irányelve – konszenzus	4
Az MSKT VIII. Kongresszusának általános tájékoztatója	18
Orvostudomány és művészet II.	20
<i>Dr. Sugár István</i>	
Az égéskezelés története IV. – Égéskezelés Magyarországon	22
<i>Dr. Mészáros Gábor</i>	
Az MSKT VIII. Kongresszusának programja	44
A VIII. Kongresszus előadásainak összefoglalói	47



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

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

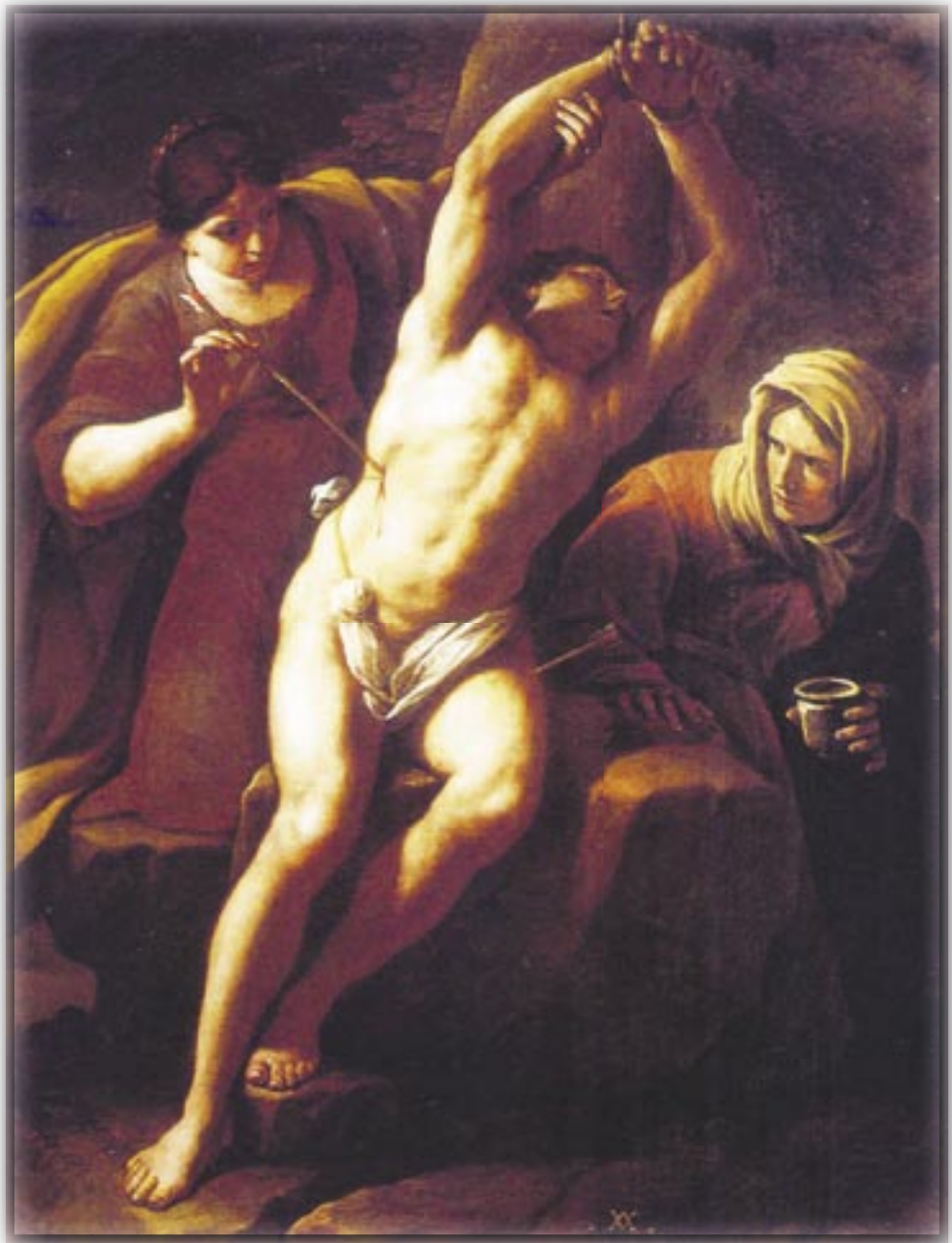


Sebkezelés-Sebgyógyulás szerkesztősége:
1096, Budapest, Nagyvárad tér 1.
(főszerkesztő: Dr. Mészáros Gábor)
<http://www.euuzlet.hu/mskt>

A borítón: Sebesült huszártiszt kezelése (Német mester a XVIII. századból)

IMPRESSZUM: Kiadja a Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT) 1125 Budapest, Kútvolgyi út. 4. ♦ Társelnökök: Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Sugár István, főszerkesztő: Dr. Mészáros Gábor. ♦ Szerkesztőbizottság tagjai: Dr. Juhász István, Dr. Molnár László ♦ Tipográfia és szerkesztés: Radó Kiadó és Szolgáltató[®]. ♦ Honlap: <http://radonyom.fw.hu> ♦ E-mail: radoistvan@t-online.hu. ♦ 3200 Gyöngyös Csomor K. u. 1. Tel/üzenetr.: 37/ 312-000 ♦ Nyomás: Garamond Kft. Eger





Andrea Vaccaro (1598–1670): „Iréne és szolgálónője megtalálják a lenyilazott Szent Sebestyént”

Kedves Barátaink, Tagtársaink, tisztelt Kollégák!

Elmúlt a nyár, elmúltak a perzselő napok, eldugultak az ég napokon át ömlő csatornái, a nyaralás és az áradás emlékeivel neki indulunk a dolgos mindennapoknak és készülünk immár a VIII. Kongresszusra. Tudományos Ülésünk hírverése már a májusi lapban megjelent. Felsoroltam azt az illusztris gárdát, akik levezetni hivatottak a szekciókat, tájékozódhattak a „top”-témákról. Ha némi késéssel is- mint rendesen -, de az előző évekhez hasonló számban izgalmasnak ígérkező előadásokat jelentettek be Tagjaink.

Az elmúlt hónapok legjelentősebb szakmai eseménye volt, hogy júniusban folytatódott az Egészségügyi Minisztériumban az áprilisban megkezdett kötszer-finanszírozási tárgyalás, melynek lényegében tételes jegyzőkönyvét van szerencsénk lapunkban megjelentetni.

A nyár „állóvizét” tudományos ülések, kongresszusok kiapadhatatlan sora kavarja fel a medicina minden területén. Szeptember és december között szinte balanszírozni kell a szervezőknek a megfelelő időpont kijelöléséért, hogy a társ- és konkurens szakmák összejövetelei ne tereljék az érdekelteket más irányba. Mi minden évben nagyon nehéz helyzetben vagyunk az időponttal. Multidiszciplináris társaság lévén a sebészet, belgyógyászat, bőrgyógyászat, gerontológia, traumatológia, plasztikai sebészet tudományos üléseinek útvesztőjében próbálunk olyan időpontot találni Kongresszusunknak, hogy a legkevesebb „vérveszteség” nélkül, - lehetőleg más elfoglaltsága lévén -senkit nem nélkülözve- tarthassuk meg ülésünket.

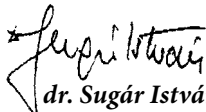
Gondolatébresztő jelentésemhez tartozik a tájékoztatás, miszerint Elnökünk dr. Hunyadi János professzor megbízást kapott az Országos Szakfelügyelői rendszer vezetésére a bőrgyógyászat profiljában. Ugyancsak a Professzor lett a tagja annak az Európai Unió csapatnak, amely az „ulcus crurissal kapcsolatos szakmai protokoll kidolgozására” szerveződött.

Társaságunk nemzetközi elismerésének első lépése, hogy az Európai Sebkezelő Társaság (EWMA) Tudományos Tanácsának tagja, Mrs. Deborah Hofman referátumot tart Kongresszusunkon, eleget téve annak a meghívásnak, melyet Vezetőségünk tagjai adtak át az EWMA soros elnökének szeptember 15-én Stuttgartban, az Európai Sebkezelő Társaság idei tudományos tanácskozáson.

Lapunk összeállítása megfelel hagyományainknak, amennyiben tartalmazza a Kongresszus programját, időbeosztását, a beküldött előadás összefoglalókat. Megtalálhatják a korábban említett Konszenzus meetingek anyagán kívül a Főszerkesztő - dr. Mészáros főorvos - érdekesítő sorozatának utolsó - IV.- részét az égéskezelésről, aki ezúttal a hazai gyógyítás meghatározó egyéniségeit mutatja be e témakörben. Ígéretünkhöz híven „Orvosudomány és művészet” címen folytatjuk a megkezdett sorozatot, ezzel is ápolva a lap és a medicina „történelmi” hagyományait.

A szponzorok segítségét újra és újra megköszönve, a kiállítók részvételét pedig majdani tevékenységünkkel honorálva kívánok a VIII. Kongresszusra minden résztvevőnek tartalmas, érdekesítő előadásokat, sok vitát valamennyiünk okulására és betegeink gyógyításának jobbitására.

Budapest, 2005. szeptember


dr. Sugár István

„A kötszerek felhasználása, besorolása, finanszírozása irányelve” c. munkaértekezleten az alábbi kérdésekben született konszenzus

Budapest, Egészségügyi Minisztérium, 2005. április 28. és június 16.

1. Milyen esetekben szükséges szabályozni a vényre felírható, a TB által támogatott modem kötszerek használatát?
2. Felírási jogosultság kérdései
3. A sebellátás, kötözés elrendelési protokollja, egységes dokumentációja (Dokumentumforma)
4. Hogyan épüljön fel a Sebkezelési - észlelési lap? (Dokumentum forma)
5. Kell-e időben limitálni a kötszerek használatát?
6. Kell-e irányelvben határt szabni a kötszerek mennyiségének?
7. Mikor kell ismételni a kötszerek elrendelését?
8. Milyen generikus fő- és alcsoportokat ajánlunk?
9. Mikor indokolt használni a megfelelő korszerű kötszert?
10. Az egy alkalomra felírható kötszer mennyisége
11. Mit nem kell a kötszerek közé besorolni?
12. A kötszerek generikus besorolása:
„klasszikus” alapkötszerek
modern, nedves sebkezelő kötszerek
fő és alcsoportjai.
13. A besorolás bővítési és szűkítési kérdései az érvényes jogszabályok szerint
14. Hogyan tovább?

* * *

1.) Milyen esetekben szükséges szabályozni a vényre felírható, TB-által támogatott korszerű kötszerek használatát?

Minden olyan esetben, amikor az elsődleges és/vagy a másodlagos kötszerekkel a sebtisztítás orvosiilag indokolt.

2.) Az elrendelő, a felírási jogosultság kérdése:

A TATB ülésen már elfogadott rendelésre jogosult szakorvosok körét javasolt kibővíteni a házi orvos, a geriáter-, az égési- és plasztikai szakorvosokkal.

3.) Szükséges a sebellátás, kötözés elrendeléséhez egységes dokumentáció

Javasolt az: 1. sz. melléklet szerinti dokumentum.

4.) Szükség van a Sebkezelési - észlelési lap alkalmazására is!

Javasolt a 2. sz. melléklet szerinti dokumentum.

5.) Kell-e időben limitálni a kötszerek használatát?

NEM! A modern kötszereket addig kell használni, amíg orvosiilag indokolt!

DE! Havonta kötelező a seb kiértékelése!

6.) Kell-e irányelvben határt szabni a kötszerek mennyiségi és gyakorisági használatának? NEM! DE! A gyártó előírásainak betartása kötelező!

7.) Mikor kell ismétetni a kötszerek elrendelését?

Ha: - új kötszert alkalmazunk,

- az eredeti kötszermennyiség nem elegendő
- szükség esetén minden 3. hónapban meg kell újítani az elrendelést

8.) Szükséges-e a generikus besorolás?

IGEN Európában 1995 óta

1999 óta hazánkban is (1. - II. Konszenzus konferencia)

9.) Mikor indokolt használni a megfelelő modern kötszert?

- 1. - II. - III. - IV. stádiumú decubitusban,
- minden olyan esetben, amikor a seb feltisztítására van szükség,
- artériás, vénás és kevert fekélyek esetén,
- nehezen gyógyuló sebek esetén,
- diabeteszes lábsebek esetén,
- tumoros elváltozásoknál,
- égések, fagyások esetén,
- krónikus sipolyoknál,
- sztómáknál sztóma körüli bőrvédelemre, a bőr gyógyítására,
- krónikus hólyagos bőrbetegség okozta hámphány esetén
- traumás sebek esetén, ha a seb feltisztítása szükséges

10.) Az egy alkalommal felírható modern kötszer mennyisége

1 havi mennyiség (De minden esetben a legkisebb kiszerezési egység elrendelésével, hogy a steril csomagolás ne sérülhessen!)

A sebek kiértékelését havonta el kell végezni!

11.) Mit nem kell a kötszerek közé besorolni?

- bőrpótló anyagokat
- sebtisztító, irrigáló folyadékokat, oldatokat
- géznedvesítő anyagokat (pl. fiz. NaCl)
- antiszeptikumokat, antibiotikumokat tartalmazó porokat, kenőcsöket
- enzimátikus sebtisztító anyagokat
- az alap (klasszikus kötszerek): mull alapú gézt és olyan egyéb kötszereket, melyeket fedésre, rögzítésre, ill. sebtisztításra használunk, mert önmagukban nem hoznak létre optimális sebgyógyító környezetet.

Amennyiben kompressziós harisnyát, pólyát, vagy egyéb kötészögzítőket használunk, vagy ezek terápiás funkciót töltenek be, vagy az elsődleges bőr védelmét szolgálják, azt egyértelműen tisztázni kell a sebről készült felmérésnek, dokumentációnak!

12.) Modern kötszerek generikus fő- és alcsoportjai

Főcsoportok:

- a) Polymerek,
- b) Film kötszerek,
- c) Hydrocolloidok
- d) Hydrogélek
- e) Hydrofiberek
- f) Kalcium-nátrium alginátok

- g) Habok
- h) Szagmegkötő - aktív szenes kötszerek
- i) Impregnált tüll, egyéb lapok
- j) Aktív kötözőszerek
- k) Szigetkötszerek

Alcsoportok:

vastagság,
speciális helyekre alkalmazhatóak,
lapok, szalagok, szegélyezetttek stb.

12/a) Polymerek

Általános tulajdonságaik:

Alacsony tapadású, ill. sebbe nem tapadó sebellenző anyagok.

Összekapcsolható szilikonnal is, így magas komfortot biztosító szilikon bontású hálót is alkot.

Hálózatos, nyitott struktúrájuk szabad átjárást biztosítanak a sebváladéknak.

Indikációi:

A kevés, közepes vagy sok exsudatumot tartalmazó sebekre.

Kontraindikáció:

Önmagában nem javasolt nagy kiterjedésű necrotikus sebre. Necrotikus sebre folyékony hidrogéllal együtt kell alkalmazni.

Fontos!

Mindig nedvesíteni kell a sebet, mielőtt kötéscserét végzünk.

12/b) Filmkötszerek

Általános tulajdonságaik:

Poliuretán, poliészter félig áteresztő lapok, amelyek a nedvességet és az oxigént átengedik, de távol tartják a mikroorganizmusokat.

Indikációi:

Felszínes sebekre, I. fokú decubitusra, donor területekre, postoperatív sebekre. A nyíróerők okozta sérülésekhez is gyakran használják.

Kontraindikációi:

Nem alkalmas mély, fertőzött, váladékozó sebekre.

Fontos! A seb környékének fokozottabb ellenőrzése.

A kötéscsere, ha nem kíméletesen végzik, traumát okozhat.

12/c) Hydrogélek

Általános tulajdonságaik:

Lap vagy gél formájában fordulnak elő.

Segíti a fiziológiás sebtisztulási folyamatokat (száraz necrotikus sebek rehidrációja), hűsítő hatásúak, géllé alakulnak.

Indikációi:

Jól alkalmazható decubitus, lábszárfekély, égés és donor területek gyógyítására. Tisztítják a necroticus, nedves elhalt sebeket, segítik az autolysist.

Kontraindikációi:

Ha ismert a beteg érzékenysége a kötszer összetevőire.

Fontos! A sebváladékozástól függően akár 7 napig is fenntarthatók. A folyékony gélek egyes típusai fertőzött sebekre is alkalmazhatók fokozott ellenőrzés mellett.

12/d) Hydrocolloidok

Általános tulajdonságuk:

Természetes eredetű anyagok keverékét tartalmazzák. Nagy mennyiségű sebváladékot képesek megkötni, biztosítják a nedves sebkörnyezetet, felszívják a felesleges váladékot.

Indikációi:

Tisztítják a necrotikus és az erősen váladékozó sebet, rehydratálják az elhalt szöveteket és segítik az autolysist. Decubitus, ulcus cruris, diabéteszes lábsebek, krónikus sipoly, tumoros fekélyek, égési sérülések, sztóma körüli bőrvédelem.

Kontraindikációi:

Okkluzív típusok, anaerob kórokozó esetén nem alkalmazhatók!

Fontos! Néhány közülük allergiás reakciót válthat ki.

Fertőzött sebeknél használhatók fokozott ellenőrzés mellett. Alkalmazhatók kompressziós terápiával együtt is! A sebváladékozástól függően akár 7 napig is fenntarthatók.

12/e) Hydrofiberek

Általános tulajdonságuk:

Fonott carboxymethylcellulózt tartalmazó rostanyagot tartalmaznak.

Magas abszorbens képességük: a nedvesség felszívása során elgélesednek. Exogén és endogén baktériummegkötő képességgel rendelkeznek. A szálak belsejébe szívják a váladékot, amely kompresszió hatására sem nyomódik ki!

Normál és antiszeptikus (Ag+) formája ismert.

Indikációi:

Minden típusú közepes és erősen váladékozó sebre (indikációra) alkalmasak. Az antiszeptikus formának nagy a jelentősége az égések, diabéteszes sebek és fertőzésnek kitett, vagy fertőzött sebek kezelésében.

Kontraindikációi:

Antiszeptikus forma: ezüst ionra érzékeny betegek esetén nem alkalmazható.

Fontos! A váladékozástól függően kell cserélni.

Fertőzött sebnél is használható fokozott ellenőrzés mellett. Kompressziós terápiával együtt is alkalmazhatók! Száraz sebek esetén a kötszert be kell nedvesíteni! Szalag formája üreges (kavitális) sebek kitöltésére alkalmas. Használatakor másodlagos kötszer alkalmazása szükséges (pl. hidrokolloid, polimer kötszer stb.) Alkalmazásukkal megelőzhetőek lehetnek a baktérium tenyésztéses vizsgálatok és csökkenthető a szisztémás antibiotikumok mennyisége.

A sebváladékozástól függően akár 7 napig is fenntarthatók. Antiszeptikus formája égési sérülés esetén 14 napig fenntartható!!!

12f) Alginát kötszerek

Általános tulajdonságuk:

Tengeri algából, jód kivonásával készített nedvszívó, rostos kötszerek, amelyek nedvesség hatására elgélesednek.

Indikációi:

Minden típusú közepesen és erősen váladékozó sebekre alkalmas. Vérzéscsillapító, mert Ca kationokat tartalmaz.

Kontraindikációi:

Száraz, enyhén váladékozó sebek, harmadfokú égési sérülések. Vérzéscsillapító sebészeti szivacsoként sem alkalmazhatók.

Fontos!!

Fertőzött sebeknél alkalmazható fokozott ellenőrzés mellett. Kavitális formái üregek kitöltésére javasolt.

Könnyebben eltávolíthatók a sebből fiziológiás sóoldattal történő irrigálással. A szűk üregeknél, diabeteses lábfejkélynél szükséges lehet a drénezés. Használatakor másodlagos kötszer alkalmazása szükséges (pl. hidrokolloid, polimer kötszer stb.) A sebváladékozástól függően akár 7 napig is fenntarthatók. A kötszert a sebbe bele kell szabni.

12g) Habkötszerek

Általános tulajdonságaik:

Hydrofil, nedvszívó polyurethan habot tartalmaznak. Több típusa van, van köztük víztaszító és baktériumtaszító is.

Indikáció:

Közepesen vagy erősen váladékozó sebekre.

Kontraindikáció:

Száraz sebre, fertőzött sebre nem ajánlottak.

Fontos!!

Különösen ügyelni kell a fertőzés jeleire!

12h) Szagmegkötő, aktív szenes kötszerek

Általános tulajdonságuk:

Aktív szenet tartalmaznak. Van köztük nemcsak szagmegkötő, hanem speciális nedvszívó képességgel is rendelkező aktív széntartalmú kötszer. Előfordul aktív széntartalmú, antiszeptikus hatású kötszer is a csoportban.

Indikációik:

Bűzös sebekre, bűzös gombás sebekre, tumorokra. Egyes típusai váladékozó sebekre is.

Kontraindikációk:

Érzékenység a kötszer összetevőire.

Fontos! Másodlagos kötszer vagy kötésrögzítő pólya szükséges rögzítésükhöz. Fertőzött sebeknél használhatók fokozott ellenőrzés mellett. Amennyiben a fertőzés jelei nem enyhülnek más antiszeptikus kötszer alkalmazása javasolt.

12/i) Impregnált lapok

Általános tulajdonságuk:

Polimer, antiszeptikus, avagy antiszeptikus és hámosító anyaggal átitatottak, vagy nedvszívó réteget tartalmaznak.

Indikációi:

Speciális hámosításra, égésre.

Kontraindikációi:

Az átitatott anyagokra való érzékenység miatt allergiás reakciót válthatnak ki!

Fontos!!

A gyártó által jelzett mellékhatások figyelemmel kísérése fokozottan!

12/j) Aktív kötszerek**Általános tulajdonságuk:**

Ezüstöt, antimikrobás barrier anyagot, vagy a proteázszintet szabályozó matrixot tartalmaznak. A seb enzimatis és mikrobiális környezetét befolyásolják.

Indikációi:

Proteázszintet szabályozó matrix: minden típusú váladékozó sebre.

Ezüst bevonatú, antimikrobás barrier kötszer: fertőzött sebekre.

Kontraindikációi:

Proteázszintet szabályozó matrix: száraz nekrotikus fertőzött sebekre nem alkalmazható önmagában. Ezüst bevonatú, antimikrobás barrier kötszer: ezüst ionra érzékeny betegek esetén nem alkalmazhatók.

Fontos! Ezüst bevonatú, antimikrobás barrier kötszer: alkalmazásukkal megelőzhetőek lehetnek a baktérium tenyésztéses vizsgálatok.

12/k) Szigetkötszerek**Általános tulajdonságuk:**

Nedvszívó sebpárna különböző alapanyagú hordozón (vászon, Sontara, film stb.), Csak a filmhátlapú nedves sebkezelő kötszer.

Indikációi:

Kevés exsudatumot tartalmazó, kis kiterjedésű sebekre. Epithelizációs szakaszban lévő sebekre.

Kontraindikációi:

Bőségesen váladékozó sebekre, nagy kiterjedésű sebekre nem ajánlott.

Fontos!

A seb környékét fokozottan kell ellenőrizni, a bőr lehetséges macerálódása miatt!

13) A besorolás bővítési és szűkítési kérdései

Az érvényes jogszabályok figyelembe vételével javasolt a besorolás évenkénti felülvizsgálata:

- a beérkezett támogatási kérelmek elbírálásához;
- a kezelési ajánlások,
- a terápiás hatásosság, költséghatékonyság és az életminőségre gyakorolt hatások komplex figyelembevételével,
- a dokumentációk rendszeres ellenőrzési tapasztalati és az azokból nyert adatok elemzése alapján.

14) Hogyan tovább?**További feladatok:**

- Az elfogadott generikus besorolás alapján a krónikus sebek ellátási protokolljainak elkészítése, majd folyamatos karbantartása.
- A különböző sebek ellátási protokolljainak valamint a sebellátási, kötözési ismeretek oktatásának megszervezése.
- A kompetenciák folyamatos karbantartása, fejlesztése.
- A kliens, a szakmaiság és a minőség komplex figyelembevétele a finanszírozási filozófiák kialakításánál:
 - betegség menedzselés (disease management), és / vagy
 - esetmenedzselés (care management) és / vagy
 - irányított gondozás (managed care) és / vagy
 - kritikus utak menedzselése (critical pathways)
(azonos betegségben szenvedők menedzselése)
- A szakmai részletek megváltoztatásához interdiszciplináris formális konszenzusok, ill. evidenciák beépítése.

Budapest, 2005. április 28.

A megbeszélés anyagát az alább felsorolt résztvevők írták alá:

2005. június 16.

Dr. Schvarcz Tibor, Magyar Országgyűlés, országgyűlési képviselő

Parlament Egészségügyi Bizottsága, elnök Budapest

Dr. Huszár András PhD, Belügyminisztérium

Egészségügyi Koordinációs Főosztály rendőrorvos ezredes Budapest

Mészáros Péter, MH Központi Honvédkórház, főgyógyszerész ezredes, Budapest

Nagy Zsolt, Pénzügyminisztérium Budapest

Dr. Rupnik Éva, Egészségügyi Minisztérium Budapest

Dr. Kiss Róbert, Egészségügyi Minisztérium Budapest

Dr. Pusztai Erzsébet (nem írta még alá),

Országos Egészségbiztosítási Pénztár szaktanácsadója Budapest

Dr. Daubner Mónika* Országos Egészségbiztosítási Pénztár

GySE és Gyógyfürdő Főosztály, főosztályvezető Budapest

Dr. Becka Éva, Országos Alapellátási Intézet, szakmai igazgató, Budapest

Prof. Dr. Nagy Attila, Sebészeti Szakmai Kollégium titkára,

Veszprém Megyei Csolnoky Ferenc Kórház

Általános Sebészet, osztályvezető főorvos, Veszprém

Dr. Böröcz István PhD, Ortopédiai Szakmai Kollégium delegáltja

SE Ortopédiai Klinika, egyetemi adjunktus, Budapest

Dr. Szabad Gábor, Bőr- és Nemibetegségek Szakmai Kollégium delegáltja

SZTE Bőrgyógyászati Klinika, tanársegéd, Szeged

Dr. Komáromi Zoltán

Háziorvostani Szakmai Kollégium delegáltja, háziorvos, Budapest

Prof. Dr. Fekete Károly

Traumatológiai Szakmai Kollégium elnöke, DEOEC ÁOK Traumatológiai és Kézsebészeti Tanszék tanszékvezető egyetemi tanár, Debrecen

Dr. Boga Bálint, Geriátriai Szakmai Kollégium delegáltja

Fővárosi Önkormányzat Károlyi Sándor Kórház, főorvos Budapest

Dr. Kertész Györgyi, Rehabilitációs Szakmai Kollégium elnöke

Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet

Paraplégia Rehabilitációs Osztály osztályvezető főorvosa Budapest

Dr. Szilágyi István, Sugárterápiás és Onkológiai Szakmai Kollégium delegáltja

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Dr. Tamás Róbert

Traumatológiai Szakmai Kollégium Plasztikai- és Égéssebészeti Szakcsoport elnöke

MH Központi Honvédkórház Budai Részlege, osztályvezető,

MH plasztikai fősebész Budapest

Dr. Med. Habil. Juhász István, Magyar Dermatológiai Társulat volt főtítkára

Magyar Égési Egyesület elnöke, Traumatológiai Szakmai Kollégium Plasztikai- Égési

Szakcsoport tagja, Magyar Sebkezelő Társaság vezetőségi tagja,

DEOEC Bőrklínika, egyetemi docens, Debrecen

Prof. Dr. Hunyadi János, Magyar Sebkezelő Társaság társelnöke,

Bőrgyógyászati Szakmai Kollégium volt elnöke

Debreceni Egyetem Bőrgyógyászati Klinika professzora, Debrecen

Dr. Med. Habil. Sugár István, Magyar Sebkezelő Társaság társelnöke,

SE Kútvolgyi Klinikai Tömb, egyetemi docens, Budapest

Dr. Molnár László, Magyar Sebkezelő Társaság elnökségi tagja

Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház-Rendelőintézet, igazgató-helyettese,

Bőrgyógyászat főorvosa, Budapest

Hanga Péter, Orvostechnikai Eszközök Gyártóinak és Forgalmazóinak Szövetsége

Kötszer Szekció elnöke, Budapest

Győri András, Orvostechnikai Eszközök Gyártóinak és Forgalmazóinak Szövetsége

Kötszer Szekció alelnök, Budapest

Balaton Ernőné, SEBINKO Szövetség elnöke, Tatabánya**Dr. Daubner Mónika** az alábbi megjegyzéssel írta alá:

A 2005. április 28-i és 2005. június 16-i konszenzus megbeszélésekhez az alábbi kiegészítést kívánom fűzni, jegyzőkönyv hiányában: A konszenzus megbeszélés szakmai tartalmát nem vitatva, az finanszírozási besorolásként nem fogadható el, mivel az egy referenciacsoportot képező kötszerek csoportszámát növelve az kassza többletkiáramlást okoz, továbbá a besorolás nem tartalmaz egymással helyettesíthető körében költséghatékonyági sorrendet. Kérem a konszenzus konferencia résztvevőit, hogy fogalmazzák meg szakmai ajánlásaikat a Kamarán keresztül a TÁTB felé, hogy milyen lehetséges csoportösszevonásokat tartanak racionálisnak a gyse-kötszer kassza szempontjait is figyelembe veendően. Ezt a 2005. szeptemberi konszenzus konferencián a szakmai becsoportosításokkal együtt célszerű megtenni, ellenkező esetben a konferencia anyaga finanszírozás alapját nem képezheti. A 2005. évi kötszer kassza jelenlegi várható túlköltése 0,5 Mrd Ft körüli. 2005. július 5. *Dr. Daubner Mónika*.

SEBGONDOZÁS ELRENDELÉSE

Dátum: _____

A beteg neve	
TAJ- száma	
Az elrendelő orvos neve	
Pecsétszáma	
Telefonszáma	
Fax-száma	
Diagnózis	
A seb helye	
Az elrendelt termék fő csoportja (<i>felsorolás az elfogadott besorolás szerint</i>)	
A termék neve	
A felhasználható / felhasználandó kötszer mennyiség 1-1 kötőcsereénél	
A kötőcsere gyakorisága	
Az elrendelés érvényességi ideje:	
nap	
hét	
hónap	

 aláírás

ORVOSI UTASÍTÁSOK A SEBGONDOZÁS IDEJÉRE

A sebgondozás során az alábbiakat tartsa szem előtt:

- ◆ Tartsa tisztán a seb környékét.
- ◆ Rendszeresen monitorozza a sebet:
 - méreteit, annak változásait,
 - a seb környékét, annak változásait,
 - a sebágy állapotát, annak változásait,
(progresszív változása: necrotikus ~ granulált ~ epitelizációs)
 - amennyiben a sebágy progresszív változásában problémát észlel,
azonnal jelentse!
 - hogyha drenált a seb, a drén telítettségét is monitorozza
- ◆ Folyamatosan monitorozza a fertőzésre utaló jeleket és tüneteket (ha ilyen észlel,
azonnal jelentse!)
- ◆ Ne nyomja semmi a sebet! Szükséges-e nyomáscsökkentő eszköz?
- ◆ Tartsa tisztán a sebet!
- ◆ Az első alkalommal mérje fel a beteg tápláltsági állapotát, ehhez használja a „MUST”^{*}
 - (*a MUST tápláltsági állapot felmérő szűrő módszer, amit 2004. márciusában az alultápláltság témakörében szervezett széles körű szakmai formális konszenzus elfogadott)
 - ha a súlyvesztés 10%<
 - ha 1/2 adag v. annál kevesebb az elfogyasztott táplálék
 - ha nyelési - rágási problémái vannak a betegnek
 - ha képtelen szájon át táplálkozni
 - ha hasmenése - hányása van a betegnek
 - azonnal jelentse
- ◆ Amennyiben a beteg inkontinens, jelezze azonnal
Elrendelés dátuma:

A gondozás kezdete:

(A gondozást végző aláírása)

(Elrendelő orvos aláírása)

Sebkezelési és észlelési lap

Név:	TAJ:	Konzultáció:	
Osztály:		Dietetikus:	Dátum:
Ágyszám:		Más:	Dátum:
Kezelőorvos:		Allergia:	
Sebtípus:		A seb helye:	

Év:	hó:	H	K	Sz	Cs	P	Sz	V
nap:								
A seb méretei cm ² - v. mm ²	hosszúság							
	mélység							
	szélesség							
	○ rajz v.							
	fotó							
A sebágy állapota								
%	fekete: necrosis							
Sérült-e:	sárga: lepedékes							
in	piros: granulált							
izom	rózsaszín: epithelizált							
csont	más:							
A seb környéki bőr	egészséges							
	hólyagos							
	száraz							
	hámoló							
	száraz/nedves ekcéma*							
	felmaródott/piros és meleg*							
más:								
Váladék színe jellege								
	serozus							
	véres							
	véres - savós							
gennyes								
Váladék mennyisége	nincs							
	kevés							
	közepes							
	sok							
Szaga	nincs							
	csak kötszercserénél							
	átható							
Sebfájdalom gyakorisága	nincs							
	csak kötéscserénél							
	változó							
	állandó							
Sebfájdalom a beteg észlelése alapján (fájd.skálával)								
Aláírás								

Év:	hó:	H	K	Sz	Cs	P	Sz	V
nap:								
Fertőzés (van/nincs)								
Fertőzöttség foka	kontaminált							
	kolonizált							
	kritikusan kolonizált							
	fertőzött							
Észlelte								
Sebtisztítást végezte								
+ dátum								
Eredmény	izolált organizmus vagy							
	megfelelően választott antiszeptikus kötszer							
Beavatkozás								
Aláírás								

Dátum	Alkalmazott kötszerek	Felhasznált mennyiség	Maximum használati idő	Aláírás

Megjegyzések

hetente: 1x

12 hét alatt: 3x

ill.

minden hónap végén kiértékelés

* A megfelelőt húzza alá

NEDVES SEBKEZELŐ KÖTSZEREK BESOROLÁSA

Kötszerek

Steril kötöző szerek
Filmkötszerek
Lapok
Bioclusive, Cutifilm, Suprasorb F, Mefilm, Kliniderm Film, OpSite Flexigrid, Tegaderm, Hydrofilm, Askina Derm, Curagard SP, Medisorb F
Spray
Opsite Spray
Polimer kötöző szerek
Speciális
Vékony
Mepilex Transfer, Mepilex Lite, Askina Thin, Tielle Borderless, Alleyn Thin, Alleyn Lite, Cutinova Hydro, Alleyn Compression, PermaFoam, Suprasorb M
Vastag
Mepilex, Askina Transorbent, Versiva, Alione non-adhesive, Alleyn Non-adhesive, Alleyn Tracheostomy, Tielle Plus, Suprasorb P, Medisorb P, Biatan non-adhesive
Üreges
Alleyn cavity, Alleyn Plus cavity
Háló
Mepitel, L-Mesitran net
Szegélyezett
Alleyn Adhesive, Mepilex Border, Tielle, Biatan adhesive, Alione adhesive
Szokrális
Kicsi (18x18cm-ig): Tielle Sacrum, Tielle Plus Sacrum
Nagy (18x18cm-től): Versiva, Ascina Transorbent Sacrum, Alleyn Sacrum
Könyök, sarok
Alleyn Heel, Versiva
Egyéb
Aldress
Habok
Vékony
Ligasano 0,5 cm, Syspur-derm, Lyofoam, Lyofoam C, Suprasorb P, Suprasorb M, Omiderm, Omiderm M, Medisorb P, PermaFoam, PermaFoam Comfort, Mepiform, Kliniderm Foam, Kliniderm Foam T
Vastag
Ligasano 1 cm-től, Alleyn Compression, Kliniderm Foam Extra
Hidrokolloidok
Vastag lap
Hydrocoll, Granuflex, Suprasorb H stnd., Comfeel Plus, Kliniderm Hydro Standard, Tegasorb, Askina Hydro, Comfeel Plus Kontur, Medisorb H
Vékony lap
Hydrocoll Thin, Granuflex Extra Thin, Tegasorb Thin, Kliniderm Hydro Thin, Suprasorb H, Comfeel Plus átlátszó
Szegélyezett
Granuflex Bordered, Kliniderm Hydro Border, Suprasorb H Border
Nyomáscsökkentő
Comfeel Plus nyomás csökkentő
Nedvszívó szigettel
CombiDerm
Paszták
Granuflex paszta, Comfeel paszta, Askina Biofilm Paste
Szokrális
Hydrocoll sacral, Suprasorb H Sacrum, Comfeel Plus Sacrum, Suprasorb H Sacrum, Kliniderm Hydro Border S
Könyök, sarok
Hydrocoll concave

NEDVES SEBKEZELŐ KÖTSZEREK BESOROLÁSA

Hidrogélek
Lapok
Hydrosorb, Intrasite Comformable, Suprasorb G, Elasto-Gel, Opragel, L Mesitran Hydro
Szegélyezett
Hydrosorb Comfort, L Mesitran Border
Folyékony
Normigel, Hypergel, Granugel hidrogél, Intrasite gel, Askina gel, Suprasorb G amorf gél
Folyékony algináttal
Nu-gel, Purilon gel
Alginátok
Lapok
Kaltostat, Melgisorb, Sorbalgon, Askina Sorb, Algisite M, Kliniderm Alginate, Tegagen HI, Suprasorb A, Medisorb A
Szalag
Kaltostat cavity, Melgisorb Cavity, Sorbalgon Tamponade, Askina Sorb, Kliniderm Alginate Cavity, Tegagen HI, Suprasorb A szalag
Impregnált lapok
Normál géz alapú
Jelonet, Grassolind, Lomatuell, Klinituell
Normál polimer alapú
Atrauman, NA-Dressing, Cuticerin, Adaptic
Antiszeptikummal bevont
Inadine, Bactigras, Atrauman Ag
Száraz nedvszívó fedőréteggel
Comprigel
Antiszeptikus hámosító
Metaline, Metalline Trachea
Aktív szenes kötözőszerek
Normál
Vivactiv, Medisorb C
Antiszeptikus
Actisorb Plus 25, Actisorb Silver 220
Speciális, nedvszívó
Carboflex, Carbonet,
Hydrofiber kötözőszerek
Normál: Aquacel
Lap
Szalag
Antiszeptikus: Aquacel Ag
Lap
Szalag
Aktív kötöző szerek
Proteázsint szabályozó mátrix: Promogran, Suprasorb C
Ezüst bevonatú antimikrobás barrier kötszer: Acticoat
Szigetkötszerek
Film
Tegaderm Plus, Opsite Post Op, Mepore pro, Hydrofilm Plus, Curapor transparent
Sontára
Cosmopor steril, Medipore plus pad, Kliniplast Border, Drop Collagene
Flisz
Mepore, Sanipore Steril Strip, Vivapore steril, Cutiplast, Cutiplast steril, Hansapor steril, Cicaplaie, Curapor, Curaplast, Fixopore S, Cosmomed Sensitive

4. melléklet

Kötésrögzítők
Ragtapaszkok
Vászon
Omniplast, Amidoplast, Saniplast, Leukoplast, Porofix, Plastovis
Selyem
Durapore, Omnisilk, Clinipore Silk, Amidosilk, Leukosilk, Silkafix, Plastosilk
Flisz
Mefix, Sanipore fix, Amidofix, Curafix, Plastofix
Műanyag
Transpore, Omnifilm, Clinipore, Leukofix, Plastofilm
Papír
Microapore, Omnipor, Sanipore, Amidopore, Leukopor, Polopor, Curatio, Plastopore
Elasztikus
Fixomull stretch, Omnifix Elastic, Medipore, Curafix H
Öntapadó kötésrögzítő pólyák
Peha-haft, Moll elast Haft, Coban, Elastomull Haft, Klinifix, Urba Haft, Self-fix
Matofix Cohesiv
Csőháló kötőszerek
Medifix, Ramofix, Interfix, Ramoflex, Coverflex
Nem steril, szegett pólya
Bella-Hungária, Hartmann-Rico, Interimport, Pharmico, Peha-crepp

A Magyar Sebkezelő Társaság VIII. Kongresszusa

Budapest, 2005. október 27–28.

ÁLTALÁNOS TÁJÉKOZTATÓ:

Szervező Iroda: É+L KONGRESSZUS- ÉS KIÁLLÍTÁSSZERVEZŐ KFT.

(1081 Budapest, Kiss József u. 4., 1364 Budapest 4., Pf. 354, Tel./Fax: 313-2027,

E-mail: eplusl@mail.datanet.hu)

HELYSZÍN: **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 szakkiállítás megtekintését, a kávészüneteket és az általános forgalmi adót.

Tagdíjat 2005. augusztus 31.

előtt befizetőik

Orvosok 14.000 Ft

Szakdolgozók 7.000 Ft

Tagdíjat nem

fizetőik

19.000 Ft

9.000 Ft

(A tagdíj 2005-re orvosoknak 3000 Ft, szakdolgozóknak 1000 Ft)

EBÉD: Ebédlehetőséget szervezeten a Kongresszus helyszínén biztosítunk: 3.900 Ft/fő/alkalom (tartalmazza az ÁFA-t).

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS:

A Szervező Bizottság ezúton fejezi ki köszönetét mindazon cégeknek, akik kiállítás, hirdetés vagy más formában támogatják rendezvényünket: **Replant-Cardo Kft. (Convatec) valamint B. Braun Medical Kft., Hartmann-Rico Kft., Medeco Mo. Kft., Salus Kft., Sorbion Mo. – Pharma-1 Kft.**

Segíthetünk?



*Kongresszusok, kapcsolódó kiállítások szervezése
Egészségügy + Üzlet tematikus portál
(www.euuzlet.hu) működtetése
Egészségügy + Üzlet HÍRlevél kiadása*

É+L Kongresszus- és Kiállításszervező Kft.



1081 Budapest, Kiss József u. 4.

1364 Budapest 4, Pf. 354

Tel./Fax: 313-2027, E-mail: eplusl@mail.datanet.hu

Orvostudomány és művészet II.

A sebgyógyítás művészete

Motto:

A sebészet tudás, kiművelt kézügyesség, emberiség és tapasztalat.

(Caius Burri)

Társaságunk Vezetőségének és a Lapszerkesztőnek apriori kötelessége - nomen est omen – foglalkozni a sebgyógyítás művészetével, ha már ezt a sorozatot útjára bocsájtottuk.

A híres orvoskarokon a XIII. század első éveitől már különváltan oktatják a sebészetet az általános orvoslástól, de ezekben a századokban a fördős és a borbély tevékenysége alig határolható el a sebeszorvosétól. A párizsi orvosi kar V. fakultását a XVI. században licenciátust adományozó joggal ruházzák fel, és a sebészet első tanára *Ambroise Pare* 1554-ben avanszál professzorrá.

Különös – talán kicsit arcpirító – aktualitása a bemutatandó három festménynek az áprilisi és júniusi kötszertámogatási tárgyalások – melyre olyan sokat hivatkozunk – hiszen ott is kötszerekről, sebtapaszokról esett szó.

A sebeszrendelő a németalföldi életképek állandó témája. A XVII. század közepén festette ifj. *David Teniers* „A borbélysebész műhelye” c. képet (2. ábra), mely akárcsak *Balthasar van den Bosche* néhány évtizeddel később készült festményén (1. ábra) a sebtapasz levételét és az új tapasz készítését mutatja.



1. ábra



2. ábra

A flamand *Adriaen Brouwer*, aki alig 30 évet élt a XVIII. század második felében, sok sebészi jelenetet festett. Egyik maradandó alkotása „A fájdalom” c. képe (3. ábra). Jól ábrázolja a tapasztcsere miatt szenvedő sérült eltorzult arcát, az egykedvű sebészt, és az aggódó asszisztens markáns figuráit.



3. ábra

Ugyancsak a XVII. században keletkezett a lapunk 2. oldalán látható *Andrea Vaccaro* picturája, ahol a keresztény mitológia és a kép alkotásakor korszerű sebellátás ötvöződik, „Iréne és szolgálónője megtalálják a lenyilazott Szent Sebestyént” c. képen. A nyílvesztő eltávolítása, a sérülés helyének fertőtlenítő kenőccsel való ellátása a középkor katonai sebészenek feladatai közé tartozott. Az már a történet esszenciális része, hogy a két keresztény nő ápolása megmenti a szentet, akit aztán később Diocletianus császár hitéért agyonveret.

dr. Sugár István

Az égési sérülések kezelésének története

IV. RÉSZ: ÉGÉSKEZELÉS MAGYARORSZÁGON

DR. MÉSZÁROS GÁBOR

SZENT ISTVÁN KÓRHÁZ, ÉGÉSI ÉS PLASZTIKAI SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

Mottó:

„Az égés kezelése gyakran az empirikus gyógyítás
legbizarrabb formáinak a tárgya volt”.
(Guillaume Dupuytren, 1839.)

Az égési sérülések kezelésének történetéről szóló sorozat első három részében csaknem 4 évezredet tekintettünk át a kezdeti bizzar kezelési próbálkozásoktól a XXI. század elejének komplex terápiáig. Nem tudhatjuk, hogy néhányszáz vagy egy-két ezer év múlva a jövő orvosai milyen szörnyűlködéssel fogják olvasni a mai ismeretekről szóló könyveket. (Feltéve, hogy lesznek könyvek és lesznek emberek, akik elolvassák, és hogy egyáltalán lesz-e Föld? – ezt persze remélhetőleg csak a szerző súlyos szkepticizmusa mondja).

Az orvostörténeti séta során nem beszéltünk a hazai égéskezelésről – pedig, ez is fontos! Itthoni emlékeink persze nem terjednek ki ilyen messzeségbe, hiszen – sajnos – fogalmunk sincs róla, hogy a honfoglaláskori táltos, hogyan kezelte az égéseket, de még arról sem, hogy akár Mátyás király idején mit tudtak elődeink Magyarföldön ezen tudományról, pedig ismeretes, hogy akkoriban már többen is látogattak külföldi egyetemeket.

17. Hazai emlékek a II. világháborúig

Amikor érdeklődésem szűken vett szakmám története felé fordult, nagyon sok mindent elolvastam, ahol égésről, plasztikai sebészetről lehetett szó. Nem nagyon kerültek viszont elélem a XIX. század előtti kisebb-nagyobb kiadványok, melyekben gyakran leírnak recepteket a különféle betegségekre, sérülésekre. Az általam fellelt legrégebbi égési emlék a XVII. század második fele híres orvosának, *Pápai Páriz Ferencnek* (1649-1716) a „Pax Corporis – az-az Az emberi test nyavalyáinak okairól, fészkeiről, s azoknak orvoslásának módgyáról való tracta” c. könyvében található (1). A szerző heidelbergi tanulmányok után Basel-ben szerezte meg orvosi diplomáját, hazatérte után néhány év múlva Apafi Mihály fejedelem udvari orvosa lett, miközben 1678-ban tanszéket kapott a nagyenyedi református Bethlen Kollégiumban. Számos könyve jelent meg, valamint leghíresebb régi latin-magyar szótárunknak is ő volt a szerzője. A Pax corporis (egyetlen orvosi tárgyú könyve) 1690-ben jelent meg először, majd 80 év alatt 8 újabb kiadást ért meg. A 8. könyv XI. része szól az égésről. Érdemes minden szavát idézni:

„Az égésben mindjárt hívesítőkkel kell élni, minémú kiváltképpen az ebszőlő vize, útifű vize, rózsa vize, vízi tők-víz, salátavíz; ezeket vagy együtt, vagy külön, amelyiket kaphatod, tyúkmony fejérvél köpüld öszve, s azzal kend bé az égett részt tolluval, nem hólyagzik fel, ha mindjárt érteted véle.

Azután egynéhány fejér lilium gyökerét süsd meg parázsa (zsarátnak) alatt, törd meg jól, mint a pépet, rózsaoajjat eresztvén közibe, s kösd bé véle. Vagy: tyúkmony székit köpülj öszve erősen rózsaoajjal vagy petz-olajjal, s kenegessék véle. Jó kenni popiummal is, mivel igen hí-

vesítő. Azután, ha száraztani akarod: Fenyőfának vagy nyárfának vagy tölgyfának aszú héját, gelétet, tömjént, mindeniket apró porrá törvén és szitálván, elegyítsed öszve, s hintsed véle. Jó azonvégre szúlisztal is hinteni. Jó a mézes víz is, ha véle mosod. Vagy: lenmagolajat, aprón tört meszet, tyúkmony fejéret, rózsavízben köpülj erősen öszve, s azzal kenjed. Jó a régi sarutalpat is hamuvá égetni, megtörni és véle hinteni.

Azon haszna vagon a megégetett káposztatorzsa hamvának. A juhganéj is igen jó, ha lenmagolajjal öszvetöröd, és egy kevés viaszat belé ersztvén öszveereszted a tűznél, s kened véle. Az égésben való fájdalmat pedig igen enyhíti, ha a saláta levét kifacsarod, és édes téjjel öszveelegyítvén kened véle. Jó a nyers káposzta kifacsart leve is azon módon.

Ha forró víztől vagy zsírtól esik az égés, mindjárt sózd meg, és azután kámforos vagy aprón tört büdöskövel elegyített rózsavízbe ruhát mártván, tedd reá, megújítván minden órában, mihelyt megszárad. Vagy pedig hamarjában csak hideg ecetes vízbe márts ruhát, s azzal nedvesítsed, reá borítván és gyakran újítván. Azután hintsed fenyőfa héjával, amint feljebb írtam, és a többi porokkal.

Az óhajat törd öszve téjfellet, jó akármicsoda égésben kenegetni véle, annál jobb, ha tyúkmony székit is törsz közibe, mind hívesít, s mind a fájdalmat enyhíti. Jó az asztalosok gyantájával kenegetni az égett részt, jó csak téntával is. A meghántott hársat főzd meg téjben erősen, s azzal mossák gyakorta. Főzd meg a rákot erősen, annak levébe eressz vaját, igen jó kenni, kiváltképp a puskapor-égette részt.

Az égés után amely var következik, nem kell erővel levájni, hanem vajas meleg borral kell gyakran mosni és nyomogatni, míg magától a var leesik”.

(Engedje meg az olvasó, hogy ne fűzzek szómagyarázatokat a régi szavak mellé, akit érdekel, megtalálja a Pax corporis végén) Ez volt Pápai Páriz Ferenc híres könyvének égésről szóló fejezete. A benne leírtak nyilván a szerző ismereteit tükrözték, ő nem sebész volt (csak összehasonlításként - Fabricius Hildanus, az első „égéssebész” – ld. I. fejezet – 1634-ben halt meg, 15 évvel Pápai Páriz születése előtt). Emiatt kissé furcsa a tyúkmony (tojás), juhganéj és társainak emlegetése.

A következő kétszáz évből nem találtam égésről szóló leírást. Ez az első ilyen szakmai emlék. 1857-ben megjelent az Orvosi Hetilap, és a 2. évfolyam 10. számában található Weszelowszky Károly tárcája (2), aki Árvaváraljáról írt, és ebben többek között arról értekezik, hogy égetési és fagyási bőrlobban „a 2-dik (dermatitis combustionis bullosa) és 3-dik (derm. comb. eschariatica) fokú égések” kezelésére kitűnő sikerrel alkalmazta a pokolkövet (vagyis lényegében a lápiszt), melynek lenolajjal készített oldatát naponta kétszer ecsetelésre alkalmazta (Rp. Arg. nitr.fusi partem 1.s.aquae d.s.q. et adde Olei lini partes 8–3), a szer kiváló fájdalomcsillapító és pörkképző hatását írja le, végül azzal fejezi be: „Csak az a kár, hogy a drága szer nem mindég alkalmazható szegényebbeknél”. Két évvel később szintén ő maga ír egy „tetemes” égési sérülés azonos, tehát pokolkövel történő kezeléséről (3).

1859-ben ugyancsak az Orvosi Hetilapban jelent meg Tormay Károly közleménye „A közegészségügy állapota Pesten” címmel (4), melyben adatok vannak az égési sérülések kórházi előfordulásáról. 23915 fekvőbetegről számol be, akik közül 69 volt égett, közülük mindössze 10 halt meg. (Nem tudhatjuk persze, hogy kit mikor, miért vettek fel akkoriban az egyetlen akkor működő pesti kórházba, a Rókusba, vagy annak valamelyik fiókkórházába).

Az Orvosi Hetilapban és az 1861-től ugyancsak hetilapként megjelenő Gyógyászatban évente több alkalommal is találhatók kisebb folyóirat-referátumok égési sérülések kezeléséről,

hazai szerző saját tapasztalatáról beszámoló közlemény viszont rendkívül ritka volt. 1885-ben *Pataki Jenő* égési sérülést követő duodenális perforációról (5), *Janny Gyula* contracturáról, és annak plasztikai megoldásáról számolt be (6).

A XIX. század végén a kor híres bőrgyógyászai (Schwimmer Ernő, Róna Sámuel, Török Lajos) írnak néhány égési sérült kezeléséről az osztályukon kezelt egyéb bőrgyógyászati esetek mellett, Kenyeres Balázs több közleményében kórbonctani leírásokat közöl égési sérülés miatt elhunytakról (7).

Wein Manó 1900-ban a Budapesti Királyi Orvosegyesületben számolt be égési sérülteknél alkalmazott eljárásáról (8). Az előadásban - mint mindenki által alkalmazott eljárásról - ír a tannin kezelésről, de ő maga a „nedves vérrög, fibrinalvadék alatti gyógyítást” preferálja, a felületen kiadós debridement-t végez, aztán sublimátos sebfertőtlenítést alkalmaz, végül a sebet befedi legvékonyabb kaucsukpapíros csíkokkal, melyet 5-6 nap múlva eltávolítva a sebet fibrinartalmú hártya borította, mely alatt a hámosodás gond nélkül megtörtént (Ím, a nedves sebkezelés akkori változata!).

Áram okozta sérülésről 1931-ben *Wietrich Antal* (9), 1933-ban szintén ő (10), valamint *Mészáros Károly* (11), 1934-ben *Milkó Vilmos* (12) számolt be, ilyen közlemények szaporodó számban jelentek meg abban az időben, nyilván a hazai elektromos szolgáltatás terjedésével párhuzamosan.

1937-ben jelent meg *Czirer László* közleménye (13), mely egy klinikai előadás írásos változata, ebben a lehetőségekhez képest röviden, de széleskörűen ír az égési sérültek kezeléséről. Sebkezelésként csak (és kizárólag) konzervatív sebkezelési módszerekről írt, elsősorban az akkor divatos Davidson-féle kezelési módszerről, vagyis a tannin (csersav)-kezelésről. Feltétlenül szükségesnek tartja a megfelelő fájdalomcsillapítást, melyre elsősorban a morfiumkezelést javasolja, a bő folyadékbevitelt elengedhetetlennek tartja, elsősorban intravénásan vagy subcutan adott konyhasó oldat formájában, hangsúlyozza, hogy szükség lehet gyakori vérátömlesztésekre. Még ugyanebben az évben a Magyar Sebésztársaság XXIII. Nagygyűlésén Hedri Endre tartott egy előadást az égési sérülések korszerű kezeléséről, aki arról számolt be, hogy a testfelszín egyharmadánál nagyobb égési sérülések esetén is esély lehet a túlélésre, amióta 1924-ben *Davidson* javasolta (a korábban már ismert és használt) csersav kezelést, mely a pörkképződés révén megakadályozza a toxaemia kialakulását (14). Osztályukon (OTI Sebészet) 1928 és 1936 között 552 égési sérültet kezeltek, ebből 4,1%-nál haladta meg a sérült felszín a 30%-ot. Az utolsó két évben, amióta csersavval kezelték a sebeket (62 betegnél), égési sérült nem hunyt el osztályukon, pedig háromnál meghaladta a sérülés a 30%-ot. (csak érdekességképpen jegyzem meg, hogy Hedri hivatkozik arra, hogy 1930-ban *Temesváry Ernő* tartott egy kiváló nagyreferátumot az égésről a Magyar Sebésztársaság ülésén, melyről az azt tárgyaló kötetben annyi áll, hogy kézirat nem érkezett. Sajnálhatjuk.)

Éppen *Hedri Endre* volt, aki jó tíz évvel később (már professzorként) azt javasolta egy fiatal, ambiciózus sebésznek, hogy foglalkozzon behatóbban az égési sérültekkel. Ezt a fiatalembert Frank Györgynek hívták, és vele kezdődött el a korszerű égéskezelés hazánkban.

18. A korszerű égéskezelés hazánkban (a XX. század második fele)

Mint a korábbi fejezetekből láthattuk, az égési sérülések kezelésében az igazi áttörést (mintegy a „második forradalmat”) a II. világháború jelentette. Ekkor még a konzervatív

sebkezelés volt az uralkodó, de már a kutatások és a sajnálatosan nagyszámú égési sérültnél szerzett tapasztalatok alapján kezdett megérlelődni a gondolat: valami mást, valami gyökeresen különbözőt kell csinálni az égési sérülteknél. Hogy ez hazánkban is így volt, arra álljon itt két példa, mindössze 4 év különbséggel.

Asbóth Andor a budapesti István Kórház bőrgyógyászati osztályáról jelentetett meg egy közleményt 1948-ban (15). A cikk és *Fejér Endre* egy 3 évvel későbbi szimpóziium hozzászólása alapján kijelenthetjük, hogy jelentős számú égési sérültet láttak el az osztályon (az összes bőrbeteg 10%-a volt égett!). Leírja osztályuk gyakorlatát, mely szerint a sebeket sterilen látták el hipermangános fürdetés után, a sebeket hármassal festékekkel ecsetelték. A debridement-t műszeresen végezték, fájdalomcsillapításra morfin használtak, a kezelésben jelentős része volt a koffeinnek és a tonogénnek. Műtéti kezelésről egyetlen szó sincs a cikkben (!). Megállapítja, hogy az első 48 órában még nem lehet megállapítani a sérülés súlyosságát, véleménye szerint minden 5% feletti égési sérülés feltétlenül kórházi ellátásra való, 30% felett igen nagyfokú égési sérülésről kell beszélni. Ismétlem, 1948-ban jelent meg a közlemény.

Hogy az égéskezelés körül valami történt a világban, az kiderült abból is, hogy 1951. októberben előbb a bőrgyógyász szakcsoport (akkor így hívták a társaságot!), majd néhány hét múlva a sebész szakcsoport tartott ülést. Egyed Béla tartott összefoglaló referátumot (16), melyhez többen szóltak hozzá,

többek között *Érczy Miklós* és *Fejér Endre*. Ki kell emelni *Érczy Miklós* véleményét, aki elmondta, hogy küzdeni kell az ellen a tévhit ellen, hogy a plasztika elvégzéséhez meg kell várni az égett terület feltisztulását, a sarjadzást, esetleg a „behámosodást”. Azt javasolta, hogy korai plasztikát kell végezni a 10–20. napon (sic!!!). A két szakcsoport közösen megfogalmazott állásfoglalásában azt írta, hogy shocktalanításra plazma és teljes vér adandó, helytelen az izotóniás krisztalloidok alkalmazása (!), kötelező a tetanusz prevenció, és korai plasztika javasolt a 20. nap körül. Legfőbb megállapítása: „Az égési sérülés sebészi betegség, sebészi osztályra való. Ezért javasoljuk az égettek részére külön kórházi osztály felállítását. Az égési osztály vezetését traumatológusra célszerű bízni.” Kifejtik, hogy külön osztályok felállítására azért van szükség, hogy az izolálás biztosítható legyen, az ápolási költségek magasak, különlegesen képzett orvos- és ápolószemélyzetre van szükség, és követelmény a különleges plasztikai ellátás. 1951-et írunk, mindössze 3 év telt el az előbb idézett közlemény megjelenése óta! (A szimpóziiumok anyaga az Orvosi Hetilapban jelent meg 1952-ben).



1. A magyar égéskezelés bölcsője: a Kun-utcai Kórház



2. Dr. Frank György

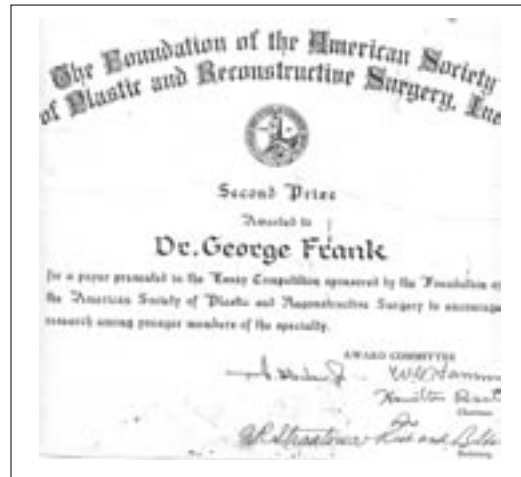
Az Egészségügyi Minisztérium a két szakcsoport ajánlását elfogadta, és elkezdte megszervezni az első magyar égési osztályt, melynek helyéül a Kun-utcai Kórházat (1. ábra) jelölte ki, az osztály vezetésére pedig Frank Györgyöt (2. ábra) nevezte ki.

Frank György (1911–1959) és az első magyar égési osztály (Kun utca)

Már említettem Frank György nevét, aki fiatal sebészként Hedri Endre javaslatára kezdett foglalkozni az égési sérülések különböző kérdéseivel, első ilyen közleményei 1949-ben jelentek meg az Orvosi Hetilapban, „Az égések újfajta kezelése fibrin-coagulatio módszerrel” (17) ill. „Az égési-hólyagtartalom véralvadási tényezőinek, valamint ion-koncentrációjának vizsgálata címmel” (18). Pályája ezután néhány évre másfelé kanyarodott, a Vas-utcai Kórház sebész-főorvosa, majd az Országos Vérellátó Intézet igazgatója, ezt követően Újpesten sebész-főorvos. És 1952 végén megkapja a megbízást az első magyar égési osztály felállítására, mely hivatalosan 1953. január

1-én lett alapítva, a betegellátás pedig ugyanezen év március 7-én indult meg (19). Nyugodtan dicsekedhetünk vele, az első magyar égési osztály Európában a negyedik volt! Igaz, hogy akkoriban sorban nyíltak meg az égési osztályok a különböző országokban, de hazánk egyike volt azoknak, ahol a legkorábban ismerték fel az égés, mint szakma önálló igényeit. Az osztályon két beosztott orvos volt (Balta Béla orvos és Csont Lajos segédorvos), kis létszámú nővér-gárda, hiányos felszerelés, és az eredetileg dologháznak (börtönnek) épült (akkor) csaknem 80 éves épület első emeletén két nagy kórterem, műtő a földszinten. Szinte minden ellene szólt, hogy ilyen körülmények között korszerű égéskezelés történjék ott. Pedig, ha elolvassuk azokat a közleményeket, melyeket Frank György megjelentetett, ha elolvassuk a halála után 1961-ben megjelent könyvét („Az égési sérülés műtéti kezelésének elmélete és gyakorlata”)(20) ki kell jelenteni, hogy rendkívül korszerű kezelés folyt a Kun utcában. Frank György rendkívül olvasott (könyve végén 26 oldalon keresztül sorolja az irodalmat, melyre a könyvben hivatkozik is!), széleslátókörű, és főleg igen vállalkozó szellemű orvos volt. Harmincnál több közleménye, brosrúái, könyvfejezetei jelentek meg, végül posthumus könyve. Öt évvel korábban még senki nem beszélt az égési sérültek műtéti kezeléséről, ő pedig kandidátusi disszertációt, könyvet készített munkásságából.

Bevezette a homoiograft alkalmazását (21), számos kötésttechnikai újítást alkalmazott, szintetikus műanyagok segítségével fedett sebeket (22) és végül, (de talán ez a legfontosabb) valóban korai műtéteket végzett (23), (emlékezzünk Érczy és a sebészeti szakcsoport javaslatáról a korai műtéttel kapcsolatban – 20. nap), Vég helyi Péterrel együtt közösen kidolgozták az égettek hibernációban való operálásának elméletét és gyakorlatát (24), és így mai szemmel nézve is heroikus műtéteket végeztek. Ha összehasonlítjuk a mai adatokkal – még nem operált



3. Frank díja a Plastic Reconstructive Surgery c. laptól

nagyon sokat, hiszen Kun utcai majdnem 7 éves pályafutása során 381 betegnél 505 műtétet végzett (köztük 50 elsődleges műtét, 31 gyorsított korai műtét, 209 halasztott korai műtét), de az akkori viszonyok és ismeretek között ez egy rendkívül agilis ember rendkívül agresszív sebkezelési taktikája volt. A könyv leírásai illetve az általa hihetetlen precízen vezetett műtéti napló alapján tudhatjuk, hogy az eltávolított szövetmennyiség sokszor 4-6 kg volt, a műtétek nem egyszer 5-6-7 órán keresztül tartottak, és van olyan leírása, mely egyértelműen a rétegesen (vagyis tangencionálisan) az épig végrehajtott necrectomiát írja le. Hadd büszkélkedjünk: a primer műtét stratégiáját Douglas Jackson 1960-ban írta le, a tangenciális necrectomiát pedig Zora Janzekovics nevéhez kötjük 1970-es cikke alapján. Természetesen nem akarom elvitatni elsőbbségüket, mindössze arra akarok rámutatni, hogy az 1950-es években volt itthon egy sebész, aki abszolút a pionírok, a korszerű égéskezelés kialakítói közé tartozott.

Frank György műtéti stratégiai rendszert állított össze (ez sokban hasonlít a ma is használatoshoz), mindezekről egy közleményben számolt be 1959-ben a *Plastic Reconstructive Surgery* c. szaklapban (25), melynek tudományos pályázatán második helyezést ért el (3. ábra), és ezzel egy amerikai ösztöndíj lehetőségét. Az utazás elé az akkori rendszer (1959-et írunk, 3 évvel a forradalom után!) számos akadályt gördített. Frank György P.K. 46 éves nőbetegnél 1959. október 3-án 6,5 órás műtétet végzett a sérülést követő napon, majd ugyanennél a sérültnél október 23-án (vagyis 3 hetes volt a sérülés!) végzett újabb 3 órás műtétet. Ezen műtét közben karja megsérült. A seb elfertőződött, bár november 6.-ig még végzett négy műtétet, utána eltűnik neve a műtéti naplóból. Szeptikus állapotba került, volt főnöke, Hedri professzor klinikáján mindent megpróbálnak, hazánkban még ismeretlen antibiotikumokat szereznek be Bécsből, hogy megmentsék az életét (egyes vélemények szerint talán pont az antibiotikumok hatásainak nem tökéletes ismerete volt a baj), de nem sikerült. Frank György 1959. december 9-én elhunyt. Mindössze 49 éves volt, az akkori háború utáni szegénység ellenére eredményei jobbakk voltak, mint a gazdagabb nyugati országok égési osztályainak legtöbbjén. Talán patetikus, de – azt hiszem – illenek ide Fortinbras szavai a Hamletből, melyeket a dán királyfi holtteste mellett mond a dráma végén: „ha megéri, nagy király vált volna még belőle”.

Frank György halála után alorvosa Hoffer András vezette az osztályt kb. 1 éven keresztül, majd az osztályvezető Máday Péter lett (4. ábra), aki 9 évig (1961-1970) vezette az égési osztályt. Bár mortalitási és morbiditási eredményei továbbra is jók voltak, szemlélete mégis más volt, a műtéti naplóból két-három év alatt eltűntek a necrectomiák, és már csak bőrátültetések találhatók, nyilván konzervatív necrosis-leválasztás, majd sebfeltisztítás után. Ez mindenestre visszalépésnek tűnik. Működése alatt vizsgálatokat folytatott az égett betegek táplálásával kapcsolatban, a lokális kezelésre



4. Dr. Máday Péter



5. Dr. Hoffer András



6. Dr. Ménesi László

speciális kenőcsöt alkotott. Máday 1970-ben elhagyta az országot (ahogy akkoriban mondták, disszidált Svájcba, ahol plasztikai sebészként dolgozott tovább. 2000-ben még beszéltem vele telefonon – haza látogatását tervezte, de nem találkoztunk). Az osztályt átmenetileg az ott akkor 1 éve dolgozó Szalai István orvos (1939-2001) vezette, gyakorlatilag egyedül dolgozva, míg 1971-ben érkezett, visszajött az osztályra *Hoffer András* (5. ábra), aki Máday Péter érkezésekor Miskolcra távozott. Ő 1974-ig volt osztályvezető, vezetése alatt kisebb kórtermeket alakítottak ki, őrzőt, fürdetőt, kötözőt építettek, központi fűtést vezettek be. A fehéjerdűs táplálkozás érdekében szójababból készült ételeket dolgozott ki. Egy furcsa történet végeredményeképpen Hoffer Andrást más munkakörbe helyezték, és az osztály vezetése ismét *Szalai István* „nyakába szakadt” fél évre. 1974 végén 1975 elején érkezett az osztályra *Ménesi László* (6. ábra), aki *Zoltán János* professzor adjunktusaként kiváló plasztikai sebészeti gyakorlattal, többek között az égett kezek rekonstrukciójának gyakorlatával felvértezve érkezett – és a mintegy másfél évtizedes állóvíz (vagy ne legyünk igazságtalanok – csendesen folydogáló víz) egy varázsütésre megpezsdült. 1975. januártól a Kun utcában új élet kezdődött.

Ménesi László és tanítványai

Hogy milyen örökséget vett át Ménesi, hadd mutassam be saját szavaival (26): „Kezdetben ketten voltunk orvosok Szalai doktossal, a börgyógyászok ügyeltek, mi pedig felváltva voltunk telefonügyeletesek, igen gyakori bejárással. A héttagú nővérgárdából csak a főnővér volt szakképzett. Ezen kívül egy gyógytornász és egy takarítónő tartozott még az osztályhoz, valamint két műtősnő, és egy műtősségédnő. Az intenzív osztály üresen tátongott, a fürdetőben két hatalmas fekete bevonatú kád, alig alkalmas beteg kezelésére. Az osztályt a lyukas középrész és a lépcsőház vágta ketté. A műszerek, a felszerelés minimális volt”. Ménesi egyszerre kezdte az infrastruktúra fejlesztését, a személyzet toborzását, és a szakmai megújulást. Az intenzív osztály megszervezésével *Szebeni Ágnes* belgyógyászt bízta meg, akit néhány év után *Kósa János* váltott. Én 5 évvel később érkeztem az osztályra, addigra már csak egy nagy kórtermünk volt, az intenzív osztály működött, a nővérlétszám duplája volt, az orvosok száma 7 volt, bár ebből 2–3 helyen rendszeresen cserélődtek az emberek. A felszerelésünk lényegesen javult az előbbiekhöz képest, Ménesi pedig belépése után szinte azonnal bevezette a tangencionális excíziót, műtéti számunk rohamosan emelkedett. Törekedtünk a korai necrectomiára, bár azért a régi és mai adatokat összehasonlítva láthatjuk, hogy ebben mennyit léptünk azóta is előre. 1982-ben elérte, hogy az osztály nevét és hivatalos profilját is „égési és plasztikai sebészeti” osztályra változtatták. Ez a profilbővítésen kívül még egy óriási előnnyel járt, fiatal, friss diplomás kollégák jöttek az osztályra, és maradtak is, azóta is az osztályon illetve szakmában dolgoznak. Nyugodtan ki merem jelenteni, 23 éves működése alapján *Ménesi László*



7. Ménesi és tanítványai (1989): hátul Dr. Csorba Éva, Dr. Ménesi László és Borsi Sándorné főműtősnő, elől Dr. Bene Ruzsena, Dr. Mészáros Gábor és Dr. Szalai István



8. Dr. Ménesi László 75. születésnapján az osztály dolgozói a Szent István Kórház égési osztálya előtt (2004): a kép bal szélén áll Dr. Mészáros Gábor, középen Dr. Csorba Éva és Dr. Ménesi László

iskolát teremtett szakmában (7. ábra), szemléletben, orvos-beteg kapcsolatban egyaránt. A Kun-utca adta a továbbiakban a győri, majd a Bethesda kórház égési osztályának vezetését, de a Honvéd Kórházban is dolgozik volt „Kun-utcai”. 400 körüli előadás, 100 körüli közlemény származik abból az időszakból. Az égett kéz kezelésének nem volt elismertebb ismerője hazánkban, fantasztikus türelemmel és fantáziával készített használható kezeket ronccsá dermedt, hegtömegbe zárt kezekből. A '70-es években jelentős szerepe volt a hazai lyophilizált sertésbőr, a Porciderm bevezetésében (27). Az osztály az élen járt a fasciocutan és musculocutan lebenyek alkalmazásában, melyek közül jónéhány első hazai alkalmazás Ménesi vagy Csorba Éva nevéhez kötődik (28). A '80-as évek elejétől (igaz, hogy többnyire valamilyen súlyos baleset miatt) fokozatosan korszerűsödtünk, 2 fluidizációs ágy, 2, majd később 3 lélegeztetőgép, vérgázanalizátor került az intenzív osztályra, megszüntettük az egyetlen nagy kórtermet, a műtöket szétválasztottuk, sőt később 3., ambuláns műtőt is kialakítottunk. Ménesi szakmai törekvéseiben tökéletes társat talált Csorba Éva személyében, aki az intenzív osztályon úttörő tevékenységet végzett a légúti égések kezelésben, sebési szemlélete az osztály szemléletét az egyre koraibb, agresszív necrectomiák irányába tolta. Ménesi első és utolsó osztályvezetői éveit összehasonlítva az évente felvett betegek száma 351-ről 680-ra, a műtéti szám 232-ről 1456-ra, az égési műtétek 90-ről 293-ra (ezen belül a necrectomiák száma 30-ről 221-re) emelkedett. Búcsúzása idejére „nagyüzemmé” váltunk.



9. Dr. Csorba Éva

Ménesi László 1997 végén nyugdíjba vonult (8. ábra). Ezúttal hadd idézzem saját magamat az osztály történetéről szóló közleményből (19): „Büszkén vállaljuk, hogy az osztály a Ménesi

László által hirdetett vagy néha csak hirdetetlenül képviselt emberi és szakmai tisztességen nőtt fel, és megkezdődött az osztály harmadik korszaka: a Ménesi tanítványok kora”.

Természetes dolog volt, hogy 1998-ban *Csorba Éva* (9. ábra) lett az osztály vezetője. A korábbiakban leírtakat következetesen képviselve vezette az osztályt, szinte kötelezővé vált, hogy a II/2 fokú égési sérülések nagy részét is be kellett metszeni, illetve amennyiben ettől nem javult kellőképpen a keringés, avagy nem sikerült megakadályozni a seb mélyülését, akkor ezeket a sérüléseket is meg kell operálni. A korai műtétek és gyors necrectomiák következtében csökkent a korrigálandó hegek száma, ez a tény a két osztályvezető munkájának közös gyümölcse. *Csorba Éva* vezetése alatt következett be az, amire az osztály legalább 20 éve várt: kész lett az új égési osztály, a Szent István Kórházban. A háromszintes épület egy más dimenzió - szakmailag. Szeparált boxok az intenzív osztályon, kétágyas komfortos betegszobák, 4 műtő, klimatizált intenzív és műtő-traktus, hazai viszonylatban jó műszerezettség, 8 sebész, 2 aneszteziológus, 5 műtősnő, ugyanannyi műtőssegéd, 20 feletti nővérgárda, 3–4 kötözős asszisztens, külön ambulancia és kötöző, szintben is elválasztott égési és plasztikai sebészet, emberi körülmények a dolgozók számára – ez fogadott bennünket a Szent István Kórházban. (Hasonlítsák össze a korábban leírtakkal). Az új épület ára 25%-os ágyszám-leépítés volt.

2001. elején *Csorba Évát* a kórház vezetése fegyelmi okokra hivatkozva elküldte, és helyére *Mészáros Gábort* (22. ábra) bízta meg, majd később nevezte ki. Ezek az évek már az egyre nehezebb pénzügyi helyzetről szóltak, igen nehéz volt törekedni a kompromisszum-mentes gyógyításra. 2005. elején az új kórházi vezetés a korábbi munkaügyi bírósági határozatnak megfelelően visszahelyezte *Csorba Évát* az osztályvezetői állásba (aki így jelenleg egyszerre irányítja a Szent István Kórház és a Bethesda gyermekkórház égési osztályait).

Ez volt az első osztály – most már több mint félévszázados – története, nézzük meg, hogy mi történt máshol Magyarországon?

Novák János és a második magyar égési osztály (Központi Katonai Kórház)

A Magyar Néphadsereg Egészségügyi Csoportfőnökének parancsára 1962-ben 16 ágygal létrehozta egy égési részleget a baleseti sebészeti osztályon. A részleg vezetésére *Novák János* (10. ábra) kapott megbízást, aki addigi traumatológusi pályáját hagyta ott az új szakmáért. Mellette 1 műtősasszisztens és 5 nővér dolgozott az osztályon. *Novák János* agilisan, szisztematikusan állt neki a munkának. Frankhoz hasonlóan rendkívül olvasott, a szakmán belül minden iránt érdeklődő vezető volt. Működése alatt az égési szakma vezetése, irányvonala fokozatosan a MHKKK égési osztálya felé tevődött át, a Róbert Károly körúton a rendkívül komoly szakmai munka folyt. Tudományos munkássága mind minőségre, mind mennyiségre kiemelkedő a hazai égéskezelésben (29, 30, 31, 32, 34). Előbb kandidátus, majd az orvostudomány doktora tudományos fokozatot ért el, de a hazai égéskezelésben a további két égéssel foglalkozó kandidátusi disszertáció is vezetése alatt a Katonai Kórházban született meg (*Szabó Kornél* az égési sérülés során bekövetkező kardiológiai vonatkozásokról, *Bernát Iván* az égési anaemia pathomechanizmusáról értekezett)(35). Kiemelkedő oktató és kutató mun-



10. Prof. Dr. Novák János

kája egyaránt, csakúgy mint szakmai termékenysége. Alapvető szerepe volt Zoltán János professzorral együtt abban, hogy 1979-ben ráépített szakvizsgaként a minisztérium engedélyezte a plasztikai és égési sebész szakorvosi vizsga letételét. Az osztály körülményei is fokozatosan javultak, 1972-ben önálló osztállyá alakult, „fénykorában” 16 ágygal működött, 28 fő dolgozóval. Működése alatt többször átépítették, illetve költözött. Nyugodtan kijelenthetjük, hogy Novák János professzor az 1960-80-as évek meghatározó személyisége volt a hazai égéskezelésben (36), ahogy a Honvéd Kórház jubileumi emlékkönyvében (37) írják: „neve a társszakmák felé egyet jelentett az égési osztállyal”. Megalakulása óta 20 orvos dolgozott az osztályon, ezen idő alatt viszont mindössze két főnövére, illetve két főműtősnője volt (!!! – Ez utóbbi tényre ki kell térni néhány mondatnál. Az égési sérültek ellátása szakmailag, fizikailag, pszichésen egyaránt rendkívül nehéz feladat. Nem véletlen, hogy nagyon sok országban van egy olyan szakmai specialitás, melynek neve: égési nővér. Hazánkban nincs. De mindannyian, akik égési osztályon dolgozunk, tudjuk, hogy osztályainkon kialakult a törzsgárda. Emberek, orvosok, nővérek, műtősnők, sokszor műtősnők is, akik megismerve ezt a speciális betegcsoportot, többé nem mennek el, évtizedekig, nyugdíjig az égett betegek ellátásáért dolgoznak.



11. Dr. Szűcs András

Más osztályok adataival nem szolgálhatok, de a Kun-utcai, majd Szent István Kórház égési osztályának eddigi 52 éves történetében hárman voltak, akik több mint 30 évet töltöttek el az osztályon, és további tizen, akik húsznál többet eddig, pedig az igazi fellendülés csak Ménesi főorvos 1975-ös érkezésével kezdődött, azaz 30 éve. És a Honvéd Kórház példája is tökéletesen igazolja azt: valamiért nagyon lehet ragaszkodni ehhez a szakmához, ezekhez a kollektívákhoz, ezekhez a betegekhez: 43 év alatt 2 főműtősnő és 2 főnővér összesen. Akik égési osztályokon dolgozunk, mindannyian érezzük ezt a kohéziós erőt, legfeljebb nem tudjuk pontosan megfogalmazni, hogy miért? Én sem. Lehetne sorolni sok mindent, de a pontos válasz valahol belül – két helyen, a szívben és az agyban – fészkel). Novák János nyugdíjba vonulása óta, 1989-től Szűcs András (11. ábra) vezeti az osztályt, melynek ágyai egy részét előbb leépítették, ennek következtében a baleseti sebészeti osztály részlegévé vált, majd 2003-ban összevonták a budai részlegben dolgozó plasztikai sebészettel, és jelenleg annak a részlege.

Felnőtt égett sérülteket ellátó vidéki centrumok

Nehéz sorrendet felállítani, hogy a jelenlegi égési osztályok, részlegek közül melyik volt időben a következő, hiszen mindenütt volt égésellátás, hol bőrgyógyászati osztályon, hol baleseti sebészeti osztályon. Kezdjük a kört talán Miskolcon.

Miskolc

A miskolci ún. Szentpéteri-Kapu Kórház (hivatalos nevén a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház) 1958-ban létesült, a baleseti sebészeti osztály 1959-ben indult, de akkoriban még, 1963-ig a bőrgyógyászati osztályon látták el a termikus sérülteket. A miskolci égésellátás kezdetei *Hoffer András* nevéhez köthetők, aki Frank tanítványaként került le Miskolcra, amikor a Kun-utcában Máday lett az osztályvezető, és a franki szemlélet alapján vezette be

az égéskezelést Miskolcon. Az alapokat ő tette le, a 60'-as évek végén már önálló részleget képeztek az égési sérülteknek a baleseti sebészeti osztály szervezeti keretein belül. Hoffer itteni munkáját 1971-ig folytatta, amikor visszatért a Kun-utcába. Utóda *Papp Tibor* lett, aki 1984-ig vezette a részleget, ekkor *Körmöczi Imre* vette át a vezetést, végül 1990-től *Tarr Sarolta* (12. ábra). Az osztály körülményei fokozatosan javultak, bár ezt elmondhatjuk minden égési centrumról. Ma már itt is fluidizációs ágy, lélegeztető gép, intenzív terápia, izolálási lehetőség, megfelelő műtőkapacitás áll rendelkezésre. Szerencsére a régi hatalmas kórterem időszeke lejárt. A vasgyár jelentőségének csökkenésével párhuzamosan tevékenységük is változott. (38)



12. Dr. Tarr Sarolta

Szeged

A szegedi égéskezelés története valahol 1961-ben kezdődik, amikor *Rávnay Tamás* bőrgyógyász professzor mintegy „kölcsonként” egy fiatal sebészt a sebészet professzorától, *Petri Gábertől*, mivel számos olyan kórképet láttak el a Bőrklubon, melyhez sebész kellett. Ez a fiatal sebész *Bertényi Camillo* (13. ábra) volt, akinek a vezetésével 1962-ben kezdték tervezni a munkát egy 4 ágyas kórteremmel és kezelőhelyiséggel, Bertényi 1963-ban került véglegesen át a klinikára. Ekkor még az égettek a bőrbetegek közt feküdtek. Az osztály lehetőségei fokozatosan bővültek. A nagy fellendülést az algyői olajmező

13. A kép bal szélén Dr. Kapitány Klára ,
a jobb szélén Dr. Bertényi Camillo

felfedezése (1965) hozta, három nagyobb tüzeset 1965. Algyő, 1966. Gumigyár, 1969. ismét Algyő után az olajvállalat vezetése támogatni kezdte az osztályt, számos létfontosságú műszer beszerzésével. A következő években számos kongresszust szerveztek Szegeden, az osztály neve 1979-től változik „égésplasztikai”-ra. Bertényi Camillo közben egyik hazai apostola lesz egy új szakmának, amit dermatochirurgiának nevezünk. Az osztályon történt az első hazai sikeres hámtenyészet-átültetés. Ekkor már három sebész dolgozik ott Bertényi mellett Tamás András és *Kapitány Klára* (13. ábra). Utóbbi 1995-től átvette a nyugdíjba vonuló Bertényi Camillo helyét. Vezetése alatt a többi osztályhoz hasonlóan a túlélésért folytatott harc folyik, a kritikán aluli finanszírozás sanyargat minden égéssel foglalkozó osztályt. Mindenesetre fiatal sebészek kerültek az osztályra, akik mindannyian már plasztikai sebész szakorvosok, így a szakmai utánpótlást képezhetik. (39)

Debrecen

A másik hazai helyszín, ahol az égési osztály a Bőrgyógyászati Klinikához kötődik. Adatok ugyan nincsenek, de az égettek ellátása már a 20'-as évektől ezen a klinikán történt a kordoku-

mentumok szerint. Érdekes elgondolásból a bőrgyógyászati nagykörtermek közepén alakították ki az égettek helyét, hogy a magatehetetlen sérültek ellátásában a többi beteg is részt tudjon venni. Ugyancsak egyedülálló érdekesség az, hogy *Skutta Árpád* professzor úgynevezett moulage-okat (14. ábra) készített, a különböző bőrbetegségek és az égési sérülések demonstrálására. Ezek ma is megtekinthetők a klinikán. A Bőrklínika igazgatója 1949-től 1974-ig Szodoray Lajos volt, aki a nedves sebkezelést alkalmazta, szemben az akkor divatos pörkösítéssel. Nevéhez fűződik a klorofilles kenőcs és az első hazai antibiotikum (a Primycin) vizes oldatával történő lokális kezelés alkalmazása. Az égési osztály kialakítása utóda, Nagy Endre vezetése alatt valósult meg 1975-től, ennek vezetője előbb Alföldi Gyula, majd 1982-től *Tamás András* (15. ábra) volt, aki Szegedről érkezett. Ő 1995-ig vezette az osztályt, akkor utóda *Juhász István* (16. ábra) lett. Az évek során ez az osztály is jelentős változáson ment át, átépítés, kisebb körtermek, új műtői traktus kialakítása történt. Az osztály profilja az égési sérültek ellátása mellett igen széles, bőrgyógyászat, sebészet, onkológia jelenti a klinikai hátteret, sebészeti tevékenységükbe a lézer-terápia, a bőrsébsészet, a kozmetológia, a plasztikai sebészet egyaránt beletartozik. Az osztálynak jelenleg hazánkban egyedülálló lehetőségei vannak a kutatásban, hiszen a klinika professzora Hunyadi János bőrgyógyász klinikus, ugyanakkor elméleti szakember, akinek szakterülete a keratinocyták biológiája, a '80-as években még Szegeden jelentős szerepe volt az első hazai keratinocytá-szuszpenzió alkalmazásában. Munkásságához az égési sérülések kiváló modellként szolgálnak. Csak remélhetjük a teljes hazai szakembergárda nevében, hogy ezek



14. Moulage a debreceni bőrklinikáról: égési sérülések



15. Dr. Tamás András

mentumok szerint. Érdekes elgondolásból a bőrgyógyászati nagykörtermek közepén alakították ki az égettek helyét, hogy a magatehetetlen sérültek ellátásában a többi beteg is részt tudjon venni. Ugyancsak egyedülálló érdekesség az, hogy *Skutta Árpád* professzor úgynevezett moulage-okat (14. ábra) készített, a különböző bőrbetegségek és az égési sérülések demonstrálására. Ezek ma is megtekinthetők a klinikán. A Bőrklínika igazgatója 1949-től 1974-ig Szodoray Lajos volt, aki a nedves sebkezelést alkalmazta, szemben az akkor divatos pörkösítéssel. Nevéhez fűződik a klorofilles kenőcs és az első hazai antibiotikum (a Primycin) vizes oldatával történő lokális kezelés alkalmazása. Az égési osztály kialakítása utóda, Nagy Endre vezetése alatt valósult meg 1975-től, ennek vezetője előbb Alföldi Gyula, majd 1982-től *Tamás András* (15. ábra) volt, aki Szegedről érkezett. Ő 1995-ig vezette az osztályt, akkor utóda *Juhász István* (16. ábra) lett. Az évek során ez az osztály is jelentős változáson ment át, átépítés, kisebb körtermek, új műtői traktus kialakítása történt. Az osztály profilja az égési sérültek ellátása mellett igen széles, bőrgyógyászat, sebészet, onkológia jelenti a klinikai hátteret, sebészeti tevékenységükbe a lézer-terápia, a bőrsébsészet, a kozmetológia, a plasztikai sebészet egyaránt beletartozik. Az osztálynak jelenleg hazánkban egyedülálló lehetőségei vannak a kutatásban, hiszen a klinika professzora Hunyadi János bőrgyógyász klinikus, ugyanakkor elméleti szakember, akinek szakterülete a keratinocyták biológiája, a '80-as években még Szegeden jelentős szerepe volt az első hazai keratinocytá-szuszpenzió alkalmazásában. Munkásságához az égési sérülések kiváló modellként szolgálnak. Csak remélhetjük a teljes hazai szakembergárda nevében, hogy ezek



16. A debreceni gárda, középen Dr. Juhász István (2003.)

a kutatási lehetőségek megmaradnak Debrecenben, hiszen hazánkban jelenleg csak ott van lehetőség erre. (40)

Pécs

1969 előtt itt is a Bőrgyógyászati Klinikán történt az égettek ellátása. A Magyar Néphadsereg Pécssett is létrehozott egy kórházat, és miután 1967-ben drámai bányarobbanás történt 20 halottal, ez felrázta a szakmai közvéleményt. *Lux Ottó* sebész adjunktus 1969-ben *Zoltán János* plasztikai sebészeti kurzusát végezte, onnan hazatérve találkozott *Török Zoltánnal*, akinek érdeklődése egy szakmai eset után szintén a plasztikai sebészet felé fordult. Ők plasztikai sebészeti osztályt akartak volna létrehozni, de a hadsereg fősebésze csak az égési osztály létrehozását támogatta, engedélyezte. 1969-re állt össze a szervezés, emberek kiképzése, mindössze 14 ágygal 3 kórteremben, egy-egy műtő-kötöző-fürdetőhelyiséggel elindult az osztály. Az osztály megnyitása után 1 hónappal ismét

súlyos robbanás történt Zobák-bányán 23 sérülttel. A korrekt ellátás következtében minden sérült túlélte az esetet, és a bánya felvetette, hogy elég-e a 14 ágy? A következő 14 évben 2500 beteget láttak el, néhány újabb tömeges baleset után 1984-re volt mód egy jelentősen kibővített alapterületű, 20 ágyas, komfortosabb osztály létrehozására külön izolált műtővel, mellette



17. A pécsi gárda *Lux Ottó* nyugdíjba vonulásakor (1986),
középen *Dr. Török Zoltán* és *Dr. Lux Ottó*

egy intenzív osztállyal, ami az égési sérülteket is ellátta. 1986-ban *Lux Ottó* nyugalomba vonult (17. ábra), helyét régi „harcostársa” *Török Zoltán* vette át, aki egészen nyugdíjba vonulásáig vezette az osztályt, szerencsére ott is egyre korszerűbb lehetőségekkel, fejlődő infrastruktúra háttérrel, személyi állománnyal. 2003-ban a Pécsi Egyetem átvette az osztályt, és a Sebészeti Klinika plasztikai sebészeti részlegével összevonva új osztályt hozott létre, ekkor már az égési részleget *Kulik Péter* (23. ábra) irányítja. (Apró szakmai kuriózummal fejezem be a pécsi osztály történetének ismertetését, *Török* főorvos Úr elmondta, hogy birtokában van az a kés, amellyel *Zora Janzekovics* az első tangencionális excíziót csinálta, személyesen ő adta a két pécsi kollégának 1974-ben, az első hazai nemzetközi részvételű égési konferencia (Harkányfürdő) után). (41)

Győr

Az 1970-es évek végén merült fel a katonai vezetésben, hogy még egy katonai kórházat kellene építeni, és erre a célra Győrt választották, a tervek között kezdettől szerepelt egy égési osztály létrehozása. A terveket *Novák János* elképzelései alapján alakították ki, majd az építkezés

előrehaladott stádiumában gyakorlatilag megállapodtak Kósa Jánossal (18. ábra), hogy a Kun-utcából átteszi tevékenysége színhelyét Győrbe, és ő lesz az első osztályvezető. Ekkortól Kósa szervezte a berendezés és a személyzet kialakítását. 1984. június 22-én avatták fel az új kórházat, és az új égési osztály - akkor irigyelten korszerű lehetőségekkel az orvosi szakmák különböző ágaiból összeverbuvált, de az égés iránt igen lelkes csapattal - elkezdte munkáját. Ahogy Jakabos Péter mondta, Kósa János hozta a Kun-utcai szemléletet, az orvosok közül Pajzs Tamásnak volt kevés égési gyakorlata ugyancsak a



18. A győri gárda : a kép bal szélén Dr. Kósa János, a jobb szélén Dr. Pajzs Tamás

Kun-utcából 1969 tájáról és Bartek Csabának a Honvéd Hórházból.. Mint említettem ez az osztály valóban nem a szokásos utat járta végig, itt korszerű körülményekkel indulhatott a csapat. 20 ágy, túlnyomásos klímával ellátott intenzív osztály, központi betegellátó monitor, saját fürdőkádak, pillangókád (ez utóbbiról itt is és Budapesten is kiderült, hogy égési sérültek ellátására alkalmatlan – rengeteg víz kell bele és betegenként fertőtleníteni kellene – így mindkét helyen egy-két alkalommal volt használatban, soha többé. Az utókezelésben már kiváló lehetőség persze), tornaterem, szóval valóban mindenki a győrieket irigyelte akkoriban. A csapat egyre gyakorlottabban látta el a – sajnos - szépszámú égési sérülteket. Itt is kialakult a törzsgárda. 1991-ben Kósa János távozott az osztályról, két évig Pajzs Tamás (18. ábra) volt a megbízott osztályvezető, majd Jakabos Péter (23. ábra) lett az utód, aki jelenleg is vezeti az osztályt. 1995-ben a hadsereg megszüntette a nem is túl régi katonai kórházat, és csaknem egyévi bizonytalanság után az osztályt átvette a Petz Aladár Megyei Kórház, melynek ára bizonyos területi, infrastrukturális leépítés volt, valamint az, hogy több kolléga elment, és Jakabos Péternek szinte előlről kellett kezdeni az „építkezést”. Az országban az évek során bekövetkezett változások alapján a Szent István Kórház égési és plasztikai sebészeti osztályán kívül jelenleg ez az egyetlen önálló égési osztály. (42)

Gyermekellátás

Baksa József (1934–2001) és a hazai gyermekégés-ellátás

A cím talán nagyon hangzatos, és igazságtalan is azokkal a kollégákkal szemben, akik Baksa Józseffel egyidőben, majd tanítványaiként, később követőiként tegnap és ma égett sérült kisgyermeket láttak és látnak el. Ugyanakkor igazságtalan lenne az is, ha nem emelnénk ki Baksa Józsefet (19. ábra). Kiemelkedő alakja volt ő a hazai égésellátásnak. Éveken keresztül, mint fiatal sebész (bár magam nem kezelek gyermekeket), mégis valami szent csodálattal figyeltem Baksa József megszállott harcát a gyermekégettek érdekében. Az egész ország tudta, hogyha valahol egy gyermek komolyabb égési sérülést szenvedett, akkor csak fel kell emelni a kagylót és Baksát kell tárcsázni. Az ő története Miskolcon kezdődik, ahol Dankó mellett kerül először kapcsolatba azzal a szörnyűséggel, hogy egy gyermek megég. 1968-ban már 10 éves anyagot ad-

tak ki (43). Útja Budapestre vezetett, ahol előbb a Madarász-utcai Gyermekkorházban adjunktusként tevékenykedett, aztán a Dél-Pesti Kórház gyermeksebészeti osztályának vezetője lett, végül ez az osztály mindenestől átköltözött Budára, a Szent János Kórházba 1990-ben, ahol lényegében egy új osztályt kellett kialakítania. Agilis, magával ragadó lendületű, rendkívüli munkabírási, mindig az újat kereső egyéniség volt Baksa József, valami egészen különleges elkötelezettséggel a gyermekégés ügye iránt. Hadd idézzek egy részletet Vértes László sorai-ból, melyeket a Sebkezelés Sebgyógyulás 2001. évi számában Baksa József halála alkalmából írt (44): „Megvallom sokszor azért látogattam osztályára, mert egész egyedülálló módon, valami kifejezhetetlen szeretettel közeledett a beteg gyerekekhez, ahogy beszélgetett velük, ahogy megsimogatta a többnyire (elmondása szerint 98%-ban) felelős szülők miatt szenvedő apróságokat – életem nagy élményei.” E sorok írójának módja volt négy hétig a Szent János Kórház gyermeksebészeti osztályán látni azt, amiről Vértes László írt. Valóban így volt. A céljai érdekében keményen harcoló vezető szinte átszellemült, ha a kisbetegekkel beszélgetett. És amellet, hogy vezette az osztályt, oktatott, gyakorlatilag ami a gyermekégésben két évtizeden keresztül történt, az az ő útmutatásai, oktatásai alapján történt. A '90-es évek elején bekapcsolódott az európai gyermekégés mozgalomba, megszervezte itthon a Gyermek Égési Klubot, az Égési Tábor, mely szerencsére ma is, halála után is működik. Szakmai útmutatásai



19. Dr. Baksa József



20. A nagy generáció tagjai Ráckeve-n (1995),
balról Dr. Ménesi László, Dr. Novák János és Dr. Baksa József

ma is irányt adnak. Közleményeiben a korai műtétek, új kezelési eljárások, a hegek kezelési módszerei egyaránt szerepelnek, úttörő szerepe volt pl. a hegek kompressziós ruhákkal történő kezelési lehetőségeinek hazai bevezetésében. És pályája vége felé további új területet is keresett magának, alapító elnöke lett a Magyar Sebkezelő Társaságnak, melynek lapja éppen ezeknek a soroknak ad teret. Nem túlzás, a hazai égéskezelés legnagyobbjainak egyike volt.

Gyermekcentrumok

Miskolc

Már említettem a kezdeteket, melyekben már Kiss Ákos is részt vett 1965-től. Ő már évek óta a miskolci gyermeksebészeti osztály vezetője, mely az 1976-ban megnyílt Germekegészségügyi Centrum keretében jelentős fejlődésen ment keresztül. Itt gyermekintenzív osztály áll rendelkezésre, az égési sérültek részére pedig elkülönített rész van. Az égési részleget nagy tapasztalattal és empátiával vezeti Papp Rózsa (23. ábra), aki vallja, hogy a szakmai irányvonalat ma is Baksa József diktálja. (45)

Budapest

Itt két ellátó helyről kell beszélni, a Szent János Kórházról, és a Bethesda Kórházról. Előbbiről már szóltam Baksa kapcsán, nyugdíjba vonulása után az égési aktivitás valamelyest csökkent, mely nem Baksa tanítványán, Győri Sándor (23. ábra) lelkesedésén múlik, hanem azon, hogy 2002-ben megnyílt a Bethesda Kórházban az új, Országos Gyermekégetteket Ellátó Centrum. Ennek létrejötté ismét szerencsétlen esetekhez kötődik, mint annyi égési osztályunk kialakulása, vagy fejlesztése. Az Egészségügyi Minisztérium döntése alapján itt hozták létre azt a centrumot, amely a legsúlyosabb hazai égési sérült gyermekek ellátására szakosodott. Létrejöttéhez kellett egy agilis, fiatal intenzív terápiás szakember, Velkey György, sok pénz, és egy nagy tapasztalatú égés sebész, Csorba Éva, aki 2001 óta „szabad” volt. Az osztály 3 év alatt is sokat tett a hazai égéskezelésben. Kiváló intenzív csapat és az István Kórházból elszármazott égési team (orvosok és főnővér) munkája láthatóan szépen egészíti ki egymást.

További vidéki gyermekcentrumok

Az a bizonyos egy héten belüli kettős gyermekbaleset 2001. végén, amely végül a Bethesda Kórház-beli centrum létrejöttéhez vezetett, előhozott bizonyos lehetőségeket, hogy Pécsen és Szegeden is alakuljon illetve fejlődjön ki egy-egy új gyermekégés-ellátó centrum. Talán nem ünneprontás, ha kijelentem, hogy ennek gyümölcsei még nem értek be. Esetleg olyan fanatikus gyermeksebészek hiányoznak hozzá, akik másutt eredményt értek el, talán bizonyos szemléletbeli nehézségek állnak az útba, amiért egyelőre még ezen két gyermekklinikát nem lehet a hazai égésellátás élvonalába sorolni. Nagyon remélem, hogy két nagyvárosunk is azonos színvonalra és platformra kerül rövidesen ezen a téren.

19. A szakma fejlődéséről, problémáiról

Nyugodtan kijelenthetjük, hogy - ahol elkezdtek hazai égéskezelési történelmünket - Frank idejében ott voltunk a legjobbak között. Korszerűtlen körülmények között nagyon korszerű

szemléletű gyógyítás folyt a Kun-utcai öreg falak között. Frank halála után a stafétabotot *Novák János* vette át, akinek tevékenysége komoly kapocs volt az európai égési szakma felé. Közleményei, tudományos tevékenysége ismeretek voltak mindenfelé. A '60-es évek közepére az Égési Szekció létrejöttével kb. egyidőben kialakultak azok a centrumok, melyek ugyan akkor még meglehetősen mostoha körülmények között, de nagyszerű vezetők irányítása alatt (Ménesi, Baksa, Bertényi, Lux) jó színvonalon tudtak gyógyítani.

Ez a „nagy generáció” (20. és 21. ábra) és a mögöttük jövő újabb

generáció (Török, Csorba, Kósa) agilisán haladt a nemzetközi „fősodorról”, átvettek minden szakmai újdonságot, saját osztályaikat pedig több-kevesebb nehézség árán, de folyamatosan fejlesztették, több osztály kifejezetten jó műszaki lehetőségek közé került. Gyakorlatilag minden osztályon megteremtődött az izolálás lehetősége, a nagy kórtermek, hodályok eltűntek, helyükön kisebb, a keresztfertőzések szempontjából kevésbé veszélyes kórtermek lettek kialakítva, mindenütt önálló műtő-traktust építettek, egyre több helyen volt lehetőség a korai gépi lélegeztetésre, gyakran önálló, vagy kifejezetten jó kooperációjú intenzív osztályok segítettek a súlyos égési sérültek ellátását. Fluidizációs ágyakat kaptak az égési osztályok. A '70-es évek közepétől a '90-es évek közepéig eltelt kb. 20 év a felfutás időszaka volt. Az osztályok a korábbi 1, maximum 2 orvos mellé fiatal, lelkes orvosokat, és ezek körül kialakuló szakdolgozói törzsgárdákat kaptak. A legtöbb helyen az ágyszámokat is fejlesztették. A '90-es évek közepére, második felére gyakorlatilag minden osztályon a következő generáció vette át a vezetést (Jakabos, Juhász, Kapitány, Szűcs, Tarr, Papp R., Győri) a „nagy generáció” tagjai nyugdíjba mentek, bár legtöbben ma is köztünk vannak, de már nem ők diktálják a tempót.

Ez a tíz év azonban – legkevésbé sem az utódok miatt – súlyos nehézségeket hozott. Ennek oka a magyar valóság megváltozása. A HBCS-rendszer bevezetése az égési osztályokat, és azokat az intézményeket, melyek működtetik azokat, szinte megoldhatatlan nehézségek elé állították. Az égési sérültek ellátásának finanszírozása itthon kirívóan alulfinanszírozott. Mindannyian tudjuk, hogy minden égési osztály súlyos milliókkal deficitese. Ez a szakma nagyon drága, a súlyos égettek gyógyítása milliókkal többbe kerül, mint amennyit az osztályok érte kapnak. (A Kun-utcaiak azóta is emlegetik azt a 85%-os túlélő esetüket, akinek 1992-ben csak a gyógyszerköltsége 3,5 millió Ft-ba került (! – ld. azóta az inflációt!), a győriek is egy esetüket emlegetik, ahol a külföldi állampolgár kezelésére 8–8,5 milliót bevételeztek, mert annyiba került. Minden osztály el tud mondani eseteket, ahol ilyen óriási a különbség a HBCS-bevétel és a kiadás között (hiszen jelenleg maximum 1,4 millió Ft körül kaphatunk egy-egy súlyos égettért a ráköltött 7–8, esetleg 10 millió Ft helyett. És akkor a szakember szinte meg sem mer szövelni)



21. A nagy generáció tagjai Ráckevén (1995), balról Dr. Török Zoltán, Dr. Bertényi Camillo, Dr. Csorba Éva (takarva) és Dr. Ménesi László

ni arról, hogy a nemzetközi szakirodalom, a kongresszusok anyaga jelentős mértékben arról szól, hogy ma a korszerű égéskezelés a korai (sőt extrém korai) necrectomia mellett (Csorba Éva számolt be saját tapasztalatáról a Linköping-i égési osztályról, ahol az első 24 órán belül egész napos műtéttel levették a sérült 97%-os necrosist, és a sebet Integrával, vagyis bőrpótló anyaggal fedték!) a bőrpótló anyagokkal való fedés és néhány hét múlva a tenyésztett saját keratinocytával való fedés. Szomorú kimondani, de ezekben (egy-egy szerencsés példát kivéve) nem reménykedhetünk.

Amikor magam is Linköpingben jártam, megkérdez-

tem, miként van mód ilyen óriási felszín necrectomizálására az első 24 órában: nagy – egymást váltó – team, és legalább annyi egység vér kell hozzá, amennyi % az eltávolítandó nekrozis! El tudja bármelyikünk is képzelni jelenleg, hogy mondjuk egy 80%-os égési sérült műtétére a 16. sérülés utáni órára összeálljon a csapat, ehhez 80 E választott vér álljon rendelkezésre, kb. 13000 négyzetcentiméter Integra vagy Alلودerm legyen ott a helyszínen, ugyanennyi fagyasztott disznóbőrrel, majd három hét múlva a saját keratinocyta felhasználható legyen?! És nem azért, mert amit elmondtam, az intenzív terápia egyéb szükséges „szereivel” együtt kb. 70–90 millió Ft-ba kerülne, amennyi pénz, ahogy szokták mondani, a „világon nincs”, legalábbis itthon – biztosan nincs. Egyszerűen azért, mert az országban egyszerre kb. 3–4000 négyzetcentiméter Alلودerm van összesen, mert egyetlen osztályon sincs egyszerre több, mint 10000 négyzetcentiméter disznóbőr, és legfőképpen, mert lehetetlen lenne 80E vért előkeríteni! Mi egy ilyen esetet egyszerűen nem kezelhetünk így! Pedig a világ így kezeli, így ad esélyt arra, hogy néhány héten belül gyógyulhasson, ezáltal a munkába, a környezetébe is könnyebben visszailleszkedhessen. (1999-ben láttam kongresszuson egy svájci esetet, ahol 92%-os égett beteg 6 hét után elhagyta a kórházat!). Nekünk erre nincs, vagy alig van esélyünk. Nem tudom van-e még szakma, melynél ennyire megnyílt az olló Magyarország és a világ között – mint az égéskezelés. Az osztályok ágyszámait mindenütt leépítették, fenntartásuk csak a plasztikai sebészeti jellegű tevékenység (dermatochirurgia, esztétikai sebészet helyenként) bevételeinek fokozatos növelésével lehetséges - nagy nehézségek között. Korábban újdonságként bevezetett hasznos kezelési eljárásokat kell leépíteni a pénzühiány miatt. Korábban teljes erővel törekedtünk arra, hogy az osztályokon plasztikai sebészek dolgozzanak, ez mára ellenünk fordul, mert



22. Az ABLS kurzus résztvevői Linköpingben (2005),
balról: állnak Dr. Jakabos Péter, Dr. Kostyál Erika és Dr. Győri Sándor,
ülnek: Dr. Mészáros Gábor, Dr. Kulik Péter,
Dr. Erdei Irén, Dr. Juhász István

a szakvizsgával a zsebben a kollégák elmennek maszekolni, pénzt keresni, sőt újak, fiatalok pedig alig jelentkeznek.

Persze vannak kis eredményeink itthon is. Az elmúlt év eredménye, hogy vannak minimumfeltételeink, van majdnem kollégiumi hatáskörrel működő égési és plasztikai sebészeti szakcsoport, 2004 óta a három évre felemelt plasztikai és égési sebészeti szakvizsga elengedhetetlen része a 6 hónapos égési gyakorlat, 2005-ben kinevezték a plasztikai és égési sebész szakfelügyelőket. Ezek mind eredmények, de ugyanakkor továbbra sincs tanszéke az égéskezelés és a plasztikai sebészet oktatásának, alighanem Európában az utolsók között vagyunk ezzel.

Feladatunk van bőven: elengedhetetlen a finanszírozás lehetőségeinek javítása, különben teljesen ellehetetlenül a szakma, konzerválódunk a '90-es évek eleji szakmai színvonalon; feltétlenül szükséges a protokollok megalkotása, katasztrófa-tervek megalkotása, a kapcsolatok javítása traumatológusokkal, sebészekkel. Ennek egyik lehetőség lehet az égésoktatás javítása, melynek alapja lehet pl. a Svédországban hét fő által elvégzett ABLS (Advanced Burn Life Support)-kurzus (22. ábra).

20. Az égéskezelés hazai szerveződése

Állítólag az ötlet Hoffer Andrástól származott, hogy úgynevezett Égési Klub-üléseket szervezzenek a '60-as évek végén, '70-es évek elején hazai, égési sérültekkel foglalkozó sebészek. Ezek az ülések még egész a közelmúltig fennmaradtak, kisebb fényű, kifejezetten a tudományra koncentráló, kongresszusoknál rövidebb összejöveteleket minden évben szerveztünk, többnyire nagy sikerrel és szakmai haszonnal. Valahol ezekből következett az, hogy 1974-ben a már említett nemzetközi részvételű harkányfűrdői konferencia létrejött. És az ott levők, megalakították a Magyar Traumatológus Társaság Égési Szekcióját. Az alapítók között volt többek között *Novák János*, *Baksa József*, *Lux Ottó*, *Ménesi László*, *Szalai István*, *Török Zoltán*, hogy csak néhány nevet említsek. A jelenlévők



23. A Magyar Égési Egyesület jelenlegi vezetősége, balról: (állnak): *Dr. Győri Sándor*, *Dr. Juhász István*, *Dr. Kulik Péter*, *Dr. Kapitány Klára*, *Dr. Mészáros Gábor* és *Dr. Jakabos Péter*, (ülnek) *Dr. Erdei Irén*, *Dr. Papp Rózsa* és *Kramcsák Mónika* (a képről hiányzik *Dr. Csorba Éva*)

Novák Jánost választották elnöknek, és *Baksa Józsefet* titkárnak. Utóbbi egészen 2000-ig betöltötte ezt a funkcióját, a közben már Egyesületté alakuló testületben is. *Novák János* 1988-ig volt elnök, akkor váltotta őt *Ménesi László*. A Szekció 1992-ben vált önállóvá, amikor *Leányfalun* megalakítottuk a Magyar Égési Egyesületet, ennek első elnöke *Török Zoltán* lett, 2000-ig, őt követte *Csorba Éva*, majd 2004-től *Juhász István* lett a szakma első embere, aki az előző négy



24. A Magyar Égési Egyesület és az European Burn Association vezetősége a Várban 2005. tavaszán

évben a titkári funkciót töltötte be Baksa után (23. ábra). A 2004-es közgyűlés a titkári funkció helyett alelnököt alakított ki, melyet azóta Mészáros Gábor tölt be. Az Egyesület belépett az EBA (European Burn Association), vagyis az Európai Égési Egyesület tagjai közé. Az új vezetőség máris sikert mutathat fel azzal, hogy 2007-re az EBA Budapestet választotta a XII. EBA-kongresszus megrendezésére (24. ábra), melyre nagy örömmel és izgalommal készülünk, hiszen nagy megtiszteltetés, nagy feladat, és a (valljuk be őszintén – európai szinten önmagát kevésbé felmutató) hazai égéskezelésnek nagy lehetőség, hogy megmutassuk a hazai égéskezelés színvonalát, eredményeit, múltját és jelenét – Európa felé.

21. Akikről és amiről feltétlenül szólni kell még

Ők azok a fanatikus örültek - nem tudok rá jobb szót - akik szabadidőt, családi programokat limitálva megszállottan dolgoznak az égési osztályokon. Ügyeletek, túlórák, és mégis csinálják, csináljuk. Mert – ezt szeretjük csinálni. Én nem tudhatom, hogy ki mit szeret ebben a különös, különleges szakmában, hiszen iszonyatos szenvedéseket látunk, gyakran tocsogunk a gennyben, sokszor szinte reménytelenül vágunk neki a sokadik transzplantációnak – és mégis csináljuk. Mindenütt megvannak a törzsgárdák, akik szinte házasságot kötöttek az égéskezeléssel. Én csak azt tudom elmondani, hogy én miért szeretem. Mert olyan kihívás, ami számomra könnyedén helyettesíti a mai kor adrenalin-özönét felszabadító divatos sportokat, bungee-jumpingot és társait. Az ideológiát számomra egy kivetített diakép jelenti, amit 1992-ben láttam Baksa József előadásában, Leányfaluban: a képen egy kötéltes lány billegett egy hosszú kötélén, valahol fenn a magasban – védőháló nélkül. Baksa egyszerűen rábökött a képre és kijelentette: Ez az égéskezelés! (25. ábra) Igaza volt. Elindulunk a kötélén, számtalanszor lezuhanunk, sajnos a beteggel együtt, hányszor fordult elő, hogy a beteg sebét gyakorlatilag néhány „pöttyöcske kivételével” meggyógyítottuk, és a beteg ... meghalt. Lezuhantunk – fél méterrel a kötél biztonságos túlsó vége előtt. Aki ezzel a szakmával foglalkozik, az minden ilyen kudarcot úgy él meg, hogy mindannyiszor (már bocsánat a kifejezésért) jól pofára esünk, sajnos gyűjtjük a kudarcainkat, de... Éppen ezért olyan nagy élmény, amikor elérjük a túlsó partot, amikor a

beteggel kézen fogva átérünk. Én ezért csinálom. A többiek meg magyarázzák meg maguknak, ahogy ők érzik.

Mindenesetre néhány szót muszáj szólni azokról a lányok-asszonyokról, ma már egyre gyakrabban fiúkról, akik mennek velünk együtt át a kötélre, akik segítenek nekünk és elmondhatatlan módon segítenek a betegeknek. Ők – szerény szóval – a szakdolgozók. Én azt hiszem, hogy hősök ők. 15–20–30 meg még több évet szánnak arra, hogy beteg felnőttek meg gyermekek életét segítsék, ápolnak, tornáztatnak, táborokat vezetnek. Eredetileg úgy terveztem, hogy felsorolok közülük néhányat, hiszen minden osztályvezető emlegetett néhány legendás nevet, nővéreket, műtősnőket, ismerje meg a világ a nevüket. De nem tehetem, mert megsérteném azokat, akiknek nem lenne ott a neve. Nem véletlen, hogy az égési szakmának, az Égési Szekciónak kezdettől teljes jogú tagjai ők, és remélem, hogy ez így lesz mindig. Így a nevek felsorolása helyett álljon itt csak egyetlen szó, melyet a magam nevében mondok (bár meggyőződésem, hogy a szakmában dolgozók maximálisan egyet értenek velem):



25. Égéskezelés = Kötéltánc

KÖSZÖNÖM

(És végül köszönet azoknak a főorvos kollégáknak, akik 2003-ban tartott előadásaik anyagát átengedték nekem, hogy összefoglalhassam a szakma hazai történetét. Köszönöm *Jakobos Péternek, Juhász Istvánnak, Juhász Zsuzsának, Kapitány Klárának, Papp Rózsának, Tarr Saroltának és Török Zoltánnak* ezt a segítséget.)

Irodalom:

1. Pápai Páriz Ferenc: Pax corporis. (Magyar Hírmondó-sorozat) Budapest, Magvető, 1984. 502 pp (Az égésről. In: Az orvoslás mesterségéről. Nyolcadik könyv. A külső nyavalyákról. XI.rész. 375-376.p)
2. Weszelowszky Károly: Fagyások és égetések gyógykezelése pokolkövel (Tárca). Orv. Hetil.2,10,145-154. 1858.
3. Weszelowszky Károly: Magángyakorlat – másodfokú tetemes égetési eset. Orv. Hetil. 4,12,229-231, 1860.
4. Tormay Károly: A közegészségügy állapota Pesten. Orv. Hetil. 3, különmell.,1-17, 1859.
5. Pataki Jenő: Combustio. Ulcus duodenale perforans. Orv. Hetil. 29,9,248-250, 1885.
6. Janny Gyula: Contractura égés után. (Bp.Kir.Orvosegylet, XVI.ülés, 1885.jún.6.) Orv. Hetil. 29,24,686-687, 1885. és Gyógyászat, 25,25, 387, 1885.
7. Kenyeres Balázs: Bonczlelet villamosság általi elszerencsétlenülésnél. Orv. Hetil., 38,12,136-137,1894.
8. Wein Manó: A II.fokú égési sebeknek újabb fajta gyógyítása fibrinalvadék lepel alatt. (Bp. Kir.Orvosegyesület IV.ülés, 1900.jan.25.) Orv. Hetil. 44,5,78, 1900. és Gyógyászat, 40,5,75, 1900.
9. Wietrich Antal: Különös villanyáram sérülés. Orv. Hetil. 75,8,188-189,1931.
10. Wietrich Antal: Villamosáramú háztartási készülékek okozta balesetek. Orv. Hetil. 77,1,16-17,1933.
11. Mészáros Károly: Villanyáram okozta sérülés. (Bp. Kir. Orvosegyesület 1933.márc.24.) Orv. Hetil. 77,13,272,1933. és Gyógyászat 73,15,237,1933.

12. Milkó Vilmos: Villanyáram okozta sérülések. Orv. Hetil. 78,25,555-558,1934.
13. Czirer László: Égési sebek kezelése. Orv. Hetil. 81,23,591-594,1937.
14. Hedri Endre: Az égési sérülések korszerű kezelése. Magyar Sebésztársaság Munkálatai, XXIII. Nagygyűlés (1937. május 7.) 105-108.
15. Asbóth Andor: Égés, fagyás. Orvosok Lapja, 4,34,1087-1090,1948.
16. Egyed Béla: A korszerű égéskezelés. Orv. Hetil. 93,6,173-186.,1952.
17. Frank György: Az égések újfajta kezelése fibrin-coagulációs módszerrel. Orv. Hetil. 90,7,209-210,1949.
18. Frank György, Borsódi Lóránt: Az égési-hólyagtartalom véralvadási tényezőinek, valamint ion-koncentrációjának vizsgálata. Orv. Hetil. 90,10,302-304,1949.
19. Mészáros Gábor: A Kun-utcai (Szent István Kórház) Égési Osztály 50 éves története. M.Traumat.Ortop.Kézseb. Plaszt.Seb. 47,4,300-319,2004.
20. Frank György: Az égési sérülés műtéti kezelésének elmélete és gyakorlata. Budapest, Medicina, 1961,259pp.
21. Frank György: A bőr homoiotransplantatioja égetteken és a bőr tárolása. Magyar Sebészet, 8,2,92-103,1955.
22. Frank György: Szintetikum műanyagok a sebfedés szolgálatában. Orv. Hetil. 97,18,496-499,1956.
23. Frank György: Az égési sérülés elsődleges és korai plasztikai műtétei. Orv. Hetil. 100,10,351-355,1959.
24. Frank György, Véghelyi Péter: Hypothermia és hibernatio V.: Új lépés nagyterjedésű mély égések kezelésében: azonnali szabad bőrátültetés. Orv. Hetil. 96,18,494-495,1955.
25. Frank György: Primary and „accelerated” early plastic surgery for burns. Plast. Rec. Surg. 23,313-330,1959.
26. Ménesi László: Reminiscenciák (előadás). Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.
27. Ménesi László: Nagyterjedésű sebfelszínnek fedése tartósított sertésbőrrel. A katonarvos-tudomány néhány kérdése. Budapest,31-37, 1978.
28. Csorba Éva, Mészáros Gábor: Fasciocutan lebenyek: 102 lebeny 10 év tapasztalatai. M. Traumat.Ortop.Kézseb. Plaszt.Seb. 42,97-102,1999.
29. Novák János: Ellátási elvek tömegesen előforduló égési sérülések esetén. Orv. Hetil. 105,45,2137-2140,1964.
30. János György, Novák János (szerk.): Égési sérülések (Tanulmánygyűjtemény). Eü.Min., 1966., Budapest, 222 pp.
31. Novák János: Égés; fagyás. Zrinyi Kiadó, 1967, Budapest,93 pp.
32. Novák János: Az égésbetegség intenzív terápiája. Orvosképzés,,53,5,323-340,1978.
33. Novák János: Az égési sérülés kezelése – önálló tudományág. M. Traumat.Orthop. 22,3-4,299-304,1979.
34. Novák János (szerk.): Égési sérülések ellátása katasztrófa körülmények között. Zrinyi Kiadó, 1982, Budapest,210 pp.
35. Bernát Iván: Az égési anaemia pathogenesis. Akadémiai Kiadó, 1971, Budapest, 238 pp.
36. Juhász Zsuzsanna: Gondolatok a Magyar Honvédség Központi Honvédkórháza égési osztályáról (Előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.
37. Honvédkórház Kórház-történet. 1899-1999. Jubileumi emlékkönyv. Égési osztály 114-116.p , Budapest, 1999. 250 pp.
38. Tarr Sarolta: Történeti áttekintés osztályunk égett sérültjeinek ellátásában. (Előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.
39. Kapitány Klára et al.: A szegedi égéskezelés története. (Előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003. szept.26., Budapest.
40. Juhász István, Erdei Irén: Az égéskezelés története a Debreceni Bőrklubján. (Előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.
41. Török Zoltán: A pécsi felnőtt égéskezelés három évtizede. (Előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.
42. Jakabos Péter, Horváth Péter: A győri égésplasztikai osztály 1984-1996-2003. (előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.
43. Baksa József, Dankó János, Lackó József: Égésbetegségben elhalt gyermek-sérültjeink klinikai tünetei a kórházi elváltozások tükrében. (10 éves anyag alapján). M. Traumat.Orthop. 11,3,198-207,1968.
44. Vértes László: Dr. Baksa József emlékére. Sebkezelés Sebgyógyulás, 4,1,3,2001.
45. Papp Rózsa, Kramcsák Mónika: Gyermekégettek kezelése Miskolcon. Múltunk, jelenünk. (Előadás) Magyar Égési Egyesület (MÉE) kongresszusa, 2003.szept.26., Budapest.

A Magyar Sebkezelő Társaság VIII. kongresszusa

BUDAPEST, 2005. OKTÓBER 27–28.

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

2005. október 27. (csütörtök)

8:00 – Regisztráció

9:30 – 9:40 Elnöki megnyitó

9:40 - 1. Szekció

A tapasztalaton alapuló orvostudomány (evidence based medicine) eredményei a korszerű sebkezelés vonatkozásában

Üléselnökök: *Prof. dr. Daróczy Judit, Salczerné dr. Hok Mária*

1. **Prof. Dr. Daróczy Judit** (Szent István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály, Budapest): *A tapasztalaton alapuló orvostudomány (evidence based medicine) érvényesülése és a guideline-ok alkalmazása a korszerű sebkezelésben*

2. **Salczerné Dr. Hok Mária** (Budapest): *Az ápolási evidenciáktól a bizonyítékokon alapuló ápolásig*

3. **Deborah Hofman** (EWMA)

4. **Dr. Muraközi Zoltán, Haraszti Sándor, Bartha Barna** (Berettyóújfalui Területi Kórház): *Sebellátás informatika segítségével*

10:45–11:10 Kávészünet

11:10 - 2. Szekció:

Fájdalom-menedzselés a sebkezelésben – egyebek

Üléselnökök: *Prof. dr. Iván László, dr. Iványi Zsolt*

5. **Prof. Dr. Iván László** (Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Gerontológiai Központ, Budapest): *Fájdalom-menedzselés időskorban*

6. **Dr. Iványi Zsolt**: (Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika): *Fájdalom-menedzselés a sebkezelésben*

7. **Dr. Gyurcsovics Klára** (Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest):

Neuropátia: csökkent Folsav és B12

8. **Dr. Sugár István** (Semmelweis Egyetem II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest):

Kulcs az élet kapujához

9. **Szűcs Péterné** (Magyar Honvédség Központi Honvédkórház, Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): *Költséghatékony sebkezelés a Bőrgyógyászati osztályon*

10. **Dr. Ébert Jenő** (Augsburg, Németország): *„Veszélyes orvoslás” – könyvismertető*

12:30 – 14:00 Ebéd

14:00 A Magyar Sebkezelő Társaság közgyűléseLevezető elnök: *Dr. Sugár István*

Napirendi pontok: 1. Elnöki beszámoló az MSKT tevékenységéről (Dr. Sugár István)

2. **Beszámoló** a Társaság gazdasági helyzetéről (Takler Gabriella)3. **Beszámoló** az MSKT Oktatási Alapítvány 2004/5 évi működéséről (Dr. Molnár László) (A közgyűlés a 2005. május 5-e a meghirdetett és határozatképtelenség miatt elmaradt ülés megismétlése, így a résztvevők számától függetlenül határozatképes lesz).**14:30 – 3. Szekció:***Az esztétikailag ideális sebgyógyulás – keloid-hajlam.*Üléselnökök: *dr. Csorba Éva, dr. Mészáros Gábor*11. **Dr. Csorba Éva** (MRE Bethesda Kórháza Gyermek Égés Központ, Főv. Szent István Kórház Égés és Plasztikai Sebészeti Osztály, Budapest): *Az égett sérülések után keletkezett hegek alakulása. – A heg korrekciójának optimális időpontja*12. **Dr. Kelemen Ottó, Dr. Kollár Lajos** (Baranya Megyei Kórház & Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, Pécs): *A kóros hegeképződések differenciáldiagnosztikája a klinikai gyakorlatban*13. **Dr. Kelemen Ottó, Dr. Kollár Lajos, Dr. Seress László*** (Baranya Megyei Kórház & Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, *PTE Elektronmikroszkópos Laboratórium, Pécs): *A hipertrófiás hegek intralézionális szteroid és polisziloxán-tapaszos kezelésének klinikai és elektronmikroszkópos összehasonlító vizsgálatai*14. **Dr. Kelemen Ottó, Dr. Kollár Lajos** (Baranya Megyei Kórház & Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, Pécs): *A kóros hegeképződések kezelésének és megelőzésének lehetőségei*

15:30–15:40 Szünet

15:40 – 4. Szekció**Új technológiák a sebkezelésben**Üléselnökök: *Győri András, Hanga Péter*15. **Dr. Nádor Zoltán** (Központi Honvédkórház, Budapest): *Az Aquacel Ag-val szerzett tapasztalataink*16. **Dr. Dallos Gábor, Szabó Józsefné** (Simmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest): *Aquacel segítségével gyógyított sebek kezelése immunszuprimált, transzplantált betegek esetében*17. **Dr. Kovács Matild** (Jahn Ferenc Kórház, Budapest): *Az ezüstion tartalmú kötszerrel szerzett tapasztalataink a krónikus sebellátásban*18. **Hanga Péter** (Replant-Cardo Kft., Sebkezelési üzletág): *Új technológiájú Aquacel® kötszer, megoldás minden típusú seb gyógyítására*17:00 *Koktélparti* a rendezvény színhelyén, a Grand Hotel Hungáriában – az Orvostechnikai Szövetség Kötszer Szekciója támogatásával**2005. október 28. (péntek)****9:30 – 5. Szekció**

Krónikus sebek 1.

Üléselnökök: Prof. Dr. Hunyadi János –Dr. Molnár László

19. **Prof. Dr. Hunyadi János, Dr. Török Zsolt*, Dr. Szabó Éva, Dr. Bereczky Zsuzsanna**, Dr. Katona Éva **, Dr. Muszbek László**** (DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen, *Jósa András Kórház, II. Sebészeti Osztály, Nyíregyháza, **DEOEC Klinikai Kutató Központ, Debrecen): *Az alvadási faktor szerepe az ulcus cruris kialakulásában*

20. **Dr. Molnár László** (Szent János Kórház, Bőrgyógyászat, Budapest) : *A lábszárfekély kezelésének algoritmusa a gyakorlatban*

21. **Dr. Vekerdy Márta** (Balesetsebészeti Szakrendelés, Szentes): *Elhanyagolt lábszárfekély kezelése Convatec kötszerekkel*

22. **Thomas-Jörg Hennig** (B. Braun Medical): *Prontosan®*

23. **Dr. Varga Ágnes** (Deltamed Kft., Balassagyarmat) *Krónikus sebek kezelése háziorvosi gyakorlatunkban*

24. **Dr. Szokoly Miklós, ifj. Dr. Szokoly Miklós** (Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Bp.): *Különböző típusú sebek ellátása napi gyakorlatunkban.*

25. **Dr. Mecseky László, Dr. Szabó Lajos, Dr. Dóka András** (Sebészeti Oktató Osztály, Diabétesz Láb Ambulancia Bugát Pál Kórház Gyöngyös): *RHENA TERM rögzítés előnyei a septicus lábsebészetben*

11:10 – 11:30 Kávészünet

11:30 **6. Szekció**

Krónikus sebek 2.

Üléselnökök: *Dr. Pusztai Erzsébet – Dr. Rozsos István*

26. **Dr. Pusztai Erzsébet, Balatoni Ernőné:** *A felfekvési fekélyek megelőzésének országos programja*

27. **Lengyel Gáborné** (Szent Imre Kórház, Budapest): *Összefüggések a nyomási fekélyek incidenciája és a nedves sebkötözők alkalmazása között intézetünkben*

28. **Rádonyiné Ősi Mária** (Szent Pantaleon Kórház, Dunaújváros): *Sikerek a hétköznapi viharában. Decubitusos beteg sikeres sebbekezelése*

29. **Dr. Vraukó Béla** (Jósa András Megyei Kórház I. Sebészeti Osztály, Nyíregyháza):

Biológiai debridement fertőzött sebek primer ellátása során – Esetismertetés

30. **Dr. Rozsos István*, Dr. Kasza Gábor, Dr. Sinay László, Dr. Kollár Lajos** (*Siklói Kórház Kht. Siklós, korábban- PTE-AOK-Baranya megyei Kórház, Sebészeti Tanszék):

Gyávák vagyunk bátrak lenni... (A krónikus sebek ellátásának buktatói)

31. **Dr. Rozsos István** (Siklós Kórház KHT, korábban PTE-AOK-Baranya Megyei Kórház, Sebészeti Tanszék): *15 évvel a St. Vincent-i elhatározásokat követően...*

12:50 A kongresszus zárása, elnöki zárszó

(Megjegyzés: A meghívott előadóknak, üléselnököknek 15–20 perces előadás, referátum tartására van lehetőség, a többi előadás időtartama 10 perc.)

A Magyar Sebkezelő Társaság VIII. Kongresszusa Budapest, 2005. október 27–28.

ELŐADÁS-ÖSSZEFOGLALÓK

(Az összefoglalókat nem az elhangzás sorrendjében, hanem az első szerzők szerinti ABC sorrendben közöljük – A név előtti szám a programban szereplő előadási sorszámot jelenti)

11. **Dr. Csorba Éva** (MRE Bethesda Kórháza Gyermek Égés Központ, Főv. Szent István Kórház Égés és Plasztikai Sebészeti Osztály, Budapest): *Az égett sérülések után keletkezett hegek alakulása. A heg korrekciójának optimális időpontja.* Az égési sérülések után fellépő hegképződés a gyógyulás elmaradhatatlan velejárója. A sérülés gyógyulása utáni közvetlen időszakban a spontán gyógyult, és az átültetett területek egyaránt laposak, színtelenek, az esztétikai eredmény szinte jónak mondható. A hegek átalakulásából kifolyólag egy-két hónap elteltével a hegek szinte burjánzásnak indulnak, vörösek, lilák, a bőrből előemelkedőkké, zsugorodókká válnak, az esztétikai eredmény a beteget és az orvost is elriasztja. A heg kezelésének konzervatív módját kell választani azokban az esetekben, amikor a heg funkciókárosodást nem okoznak. Jobb esztétikai eredmény eléréseért műtétet elvégezni az első hat hónapban nem ajánlatos. Hat hónap elteltével, megfelelő kompresszió alkalmazásával a hegek gyorsan elszíntelenednek, lelapulnak, az orvos és a beteg számára elfogadható esztétikai eredményt hoznak. Funkciót gátló hegeket bizonyos testrészeken (nyakon, kézen, hónaljban, térdhajlatban, könyökön) kell korán operálni. A hegek korrekciós műtétjeinél fontos az elvégzendő műtéti technika. A funkciót javító műtéteknél alkalmazható technika elvégzése nem feltétlenül optimális az esztétikai célból végzett műtétek során. A hegek alakulása a friss hegektől kezdődően 1-17 évvel a sérülés utáni állapotokig követhető. A Szent István Kórházban felnőtt égési sérülteknél, és a Bethesda Kórházban gyermek égett sérültek helyreállító műtétei utáni eredmények összegzése 22 év után.

16. **Dr. Dallos Gábor, Szabó Józsefné** (Simmelweis Egyetem Transzplantációs és Sebészeti Klinika, Budapest): *Aquacel segítségével gyógyított sebek kezelése immunszuprimált, transzplantált betegek esetében.* Az immunszupresszió és a krónikus veseelégtelenség során kialakuló metabolikus és egyéb szövődmények a betegek sebgyógyulását jelentősen rontják. Klinikánkon három beteg sebeit kezeltük hidrofiber, ezüsttel kezelt, kötszerrel. Az első betegnél a hosszas intenzív osztályon történő fekvésekor kialakult, közepes decubitusát kezeltük. A második beteg esetében, egy traumás, mély, már-már plasztikai beavatkozást igénylő defektusát gyógyítottuk sikerrel. A harmadik betegnél vasculáris talajon kialakult mély lábszárfejkélynél alkalmaztuk a kötszert, akinél már az amputáció is felmerült. Összességében elmondhatjuk hogy kezeléseink sikerrel jártak, az említett kötszer segítségével, és kitűnő eredményeket értünk el. A sebek egy esetben sem fertőzöttek, és a betegek számára is kényelmesebb volt a kezelés, mivel nem kellett naponta felkeresni klinikánkat.

1. **Prof. Dr. Daróczy Judit** (Szent István Kórház Bőrgyógyászati és Lymphológiai Osztály, Budapest): *A tapasztalaton alapuló orvostudomány (evidence based medicine) érvényesülése és a guideline-ok alkalmazása a korszerű sebkezelésben*

10. **Dr. Ébert Jenő** (Augsburg, Németország): „*Veszélyes orvoslás*” - könyvismertető. A Szerző elismert, nagy tapasztalatú homeopátiás szakember Németországban, de hazánkban is. Könyvek ezekben a hetekben jelenik meg Németországban, Magyarországon jelenleg fordítják.

7. **Dr. Gyurcsovics Klára** (Budai Irgalmasrendi Kórház, Budapest): *Neuropátia: csökkent Folsav és B12* A bőrgyógyászati gyakorlatban a neuropátiás szövödményeket a diabéteszes, az alkoholos, és egyre gyakrabban a Lyme-kórban szenvedő betegeknél látjuk. A tapintás, a hő és fájdalomérzet károsodása miatt gyakran alakulnak ki az alsó végtagokon oedemák, ulcusok, malum perforans a talpakon, ujjak talpi felszínén, a bőr berepedése a sarkakon, lábszéleken - melyek gyakran inficiálódnak, gangrénássá válnak és a következmény amputáció. Lehetőségünk volt a betegeknél a B vitaminok: Folsav és B12 meghatározására. Folsav norm. értékei: 5.3 - 14.4 mg/ml B12 norm. értékei: 188 - 1059 pg/ml Neuropátiában a Folsav: 1.5 - 4.2 mg/ml (egy esetben sem érte el a norm. alsó határát) Neuropátiában a B12: 80 - 370 pg/ml (nagy részét az alsó határértékek körül voltak). A kezelést prof. Kempler által leírt ajánlása szerint végeztük, Milgamma N vagy Neurobion forte 3x1 - 3 hétig, kiegészítve 5 mg Folsavval naponta. 3 hét után a Folsavat 2 hónapig folytattuk további, napi 2 db Vitamin B Complex (bioextra) kapszulával. A Folsav-szint ekkor a normál érték középszintjét érte el. Meglepően jó eredményeket értünk el, az oedema és a fájdalom csökkent vagy megszűnt, fekélyek folyamatosan gyógyultak, gangréna nem alakult ki.

18. **Hanga Péter** (Replant-Cardo Kft., Sebkezelési üzletág): *Új technológiájú Aquacel® kötszer, megoldás minden típusú seb gyógyítására.* A ConvaTec (A Bristol-Myers Squibb Co.) által kifejlesztett Aquacel® Hydrofiber® kötszer egyedülálló előnyöket nyújt mind a betegek, mind pedig a kötözést végző nővér és orvos számára. A kötszer kifejlesztéséért a ConvaTec az angol királynő technológiai újításokért járó díját kapta. Az előadás a kötszer felépítését és működését mutatja be akut és krónikus sebek ellátása során.

22. **Thomas-Jörg Hennig** (B. Braun Medical): *Prontosan®* The sterile Prontosan® Wound Irrigation solution and Prontosan® Wound Gel can routinely be applied on all kinds of wounds, no matter if infected or not, acute or chronic. The therapy of infected wounds is continued systemic with medical drugs and topical with wound antiseptics. Prontosan® contains a surfactant which improves the removal of the detritus. In vitro test proof a far better removal of bacterial biofilms than saline solutions such as 0.9% NaCl or Ringer. Only a clean wound can heal. (*Fordítása:* A steril Prontosan® sebkezelő oldat és a hasonló nevű gél rutinszerűen alkalmazható minden típusú seb kezelésére, akár steril vagy fertőzött sebről van szó, illetve akut és krónikus sebek esetében egyaránt. Fertőzött sebek esetében a lokális antiszeptikus sebkezelést szisztémás gyógyszeres kezeléssel együtt lehet alkalmazni. A Prontosan® felületaktív anyagot tartalmaz, mely az elhalt szövettörmeléseket eltávolítja. In vitro vizsgálatokban sokkal

jobb hatását találták a bakteriális réteg eltávolítására, mint a salina oldatoknak, akár a fiziológiás sóoldatnak vagy a Ringernek. Csak a tiszta seb képes a gyógyulásra!)

3. Deborah Hofman (European Wound Management Association – EWMA)

19. **Dr. Hunyadi János, Dr. Török Zsolt*, Dr. Szabó Éva, Dr. Bereczky Zsuzsanna**, Dr. Katona Éva**, Dr. Muszbek László**:** (DEOEC Bőr- és Nemikórtani Klinika, Debrecen, *Jósa András Kórház, II. Sebészeti Osztály, Nyíregyháza, **DEOEC Klinikai Kutató Központ, Debrecen): *Az alvadási faktor szerepe az ulcus cruris kialakulásában.* A krónikus vénás elégtelenség talaján létrejött ulcus cruris a gyakori betegségek közé tartozik. Kialakulásában számos tényező játszik szerepet, melyek közül a keringési rendellenességek és a mikrocirkuláció megváltozására vonatkozóak a legismertebbek. Számos adat ismert arra vonatkozóan is, hogy a lábszárfekélyes betegek egy részénél az alvadási rendszer kóros működése mutatható ki. Előadásunkban összefoglaljuk az ulcus crurissal kapcsolatosan közölt véralvadási rendellenességekre vonatkozó irodalmi adatokat és ismertetjük 60 krónikus vénás elégtelenség talaján kialakult ulcus crurisos beteg alvadási rendellenességek irányában végzett vizsgálataink eredményeit.

5. **Dr. Iván László** (Semmelweis Egyetem, Kútvölgyi Klinikai Tömb, Gerontológiai Központ, Budapest): *Fájdalom-menedzselés időskorban.* A fájdalom-incidencia 60 éves kor felett kétszer gyakoribb, mint alatta. Az idősök gyakrabban éreznek fájdalmat, mint amennyit panasznak. Ennek okai: félnek, hogy gondot okoznak a családtagoknak, vagy tisztelőiknek, -félnek szembesülni a fájdalommal, amely súlyos betegséghez, vagy akár halálhoz vezethet, -félnek a gyógyszeres kezelésektől és azt hiszik, el kell szenvedni a fájdalmat, mert az öregedés velejárója. Idős betegek fájdalom-menedzselése az orvoslás nagy próbatétele, ezerarcú problémája, mivel a többtényezős személyes öregedés és a többgyökerű fájdalom együttesének felismerését, ellátását kell biztosítani, -jelesen, a sebkezelés feladatkörében. Alapvető cél az oki ellátás, de az ellátásra szoruló idős beteg önmagában normál és kóros változásokkal, multimorbiditással ill. komorbiditással és sebeinek esély-kockázataival, az oki ellátás egyedi problémáját képezi. Az orvoslás minden fázisában, geriátriai rendszerszemléletű, de személyiségre szabott fájdalom és sebkezelési praxisra van szükség. Az idős beteg sebkeletkezését és szakvéleményezését a Hoff-féle patodinamikai elemzés során éppen az idősödés egyedi, „normál-kóros” megjelenési formái zavarják, leginkább adathiányosság, atípiá, polypragmasia, iatrogenia és geriátriai ismerethiány miatt. Időseknél egy okból többféle, több okból egyféle panasz és tünet keletkezhet és a korosodással ez a jellegzetesség fokozódik, ugyanakkor a fájdalom prevalenciája csökken. Akut és krónikus fájdalmak vonatkozásában fiatalok és idősök között különbségek vannak, kiváltó okok, megjelenés, tőrés, befolyásolhatóság vonatkozásában egyaránt. Időseknél az osteoartritikus és neuropátiás, különösen a posztherpeszes, trigeminális és periferiális fájdalmak gyakoribbak. Akut daganatos idősök egyharmada és a krónikusok kétharmada szenved fájdalmaktól, ily módon a daganatos betegségek kiemelt jelentőségűek. A fájdalomküszöb időskorban többnyire emelkedik: a miokardiális infarktuszok kevésbé járnak fájdalommal (néma infarktus). Három hipotézis ismert: 1. nociceptív ingerre csökkent fájdalomválasz, 2. a fájdalomkontroll jobb, analgetikus szerek hatékonyabbak és 3. fájdalomközlésük csökkent: növekvő sztoicizmusuk, lassult válaszuk fájdalomingerre és kog-

nitív deficitük miatt. Három fájdalom-típus ismert: szomatikus, viscerális és deafferenciációs. Patofiziológiájuk összetett és nehezen értelmezhető. Gyakori a háromféle fájdalom együttese, különböző arányokkal. A szomatikus és viscerális fájdalmak a gyakoribbak, a deafferenciációs fájdalom viszont a leginkább frusztráló a fájdalom-menedzselésben. A szimpatikotónia mindhárom típusnál, de leginkább a viscerális és deafferenciációs típusú fájdalomnál hangsúlyozott. Az idős betegek akut és krónikus fájdalom-folyamatai eltérőek, együttes előfordulásuk gyakori, diagnosztikus pontosításuk a fájdalom-menedzselés hatékonysága érdekében szükséges. Hogy mikor válik az akut fájdalom krónikussá, idős betegnél nagyon bizonytalan. Elfogadott a három hónapot elérő fájdalom krónikussá minősítése. Az időtartam növekedésével nő a komplikációk gyakorisága, sajátos geriátriai konzekvenciákkal. A Hoff-féle elemzés segíthet az eligazodásban. Ez sorvezető a fájdalom etiopatogenetikusan, -predisponáló, -preformáló, -patoplasztikus és provokáló tényezőinek feltáráshoz, fájdalom-menedzselő stratégiájához és programjához. Érdemes összekapcsolni a Geriátriai Állapotfelméréssel, ezen belül az idős beteg pszichoszociális-, személyiség-strukturális elemzésével. Figyelmet érdemel a pszichés státusz, mivel az időszedéssel gyakoribbá váló ún. larvált folyamatok, normál és kóros rejtett öregedési változások, kockázati triggererek, személyiség-markerek, megannyi meghatározói a sikeres, vagy eredményes fájdalom-menedzselésnek. Az időskori depressziók jelentőségével különösen számolni kell. Ezek elfedhetik a fájdalom lokalizációját, de okozhatnak is, nem besorolható és lokalizálható fájdalmakat, -valós fájdalomkeltő szomatikus patológiára rakódva! Az idős beteg fájdalom-menedzselése még kevésbé oldható meg protokoll sablonokkal, mégha szükséges is cost-benefit érdekből. Maga a sebkeletkezés, sebgyógyulás, sebkomplikáció szorosan összefügg a fájdalom-típussal, a személyiséggel és az ellátás specialitásával, nem utolsó sorban geriátriai szakmaiságával. Bizonyos szempontok és ajánlások azonban megfogalmazhatók és személyre szabhatók. Számos országban (USA, Nagy-Britannia, Svédország, Hollandia) Fájdalom Menedzselő Centrumok működnek, ezeken belül idősök részére speciális szolgáltatásokkal (Cleveland Clinic Foundation), alternatív fájdalom-menedzsmenttel és rádiós tájékoztatókkal. A hazai fájdalom-ambulanciák hálózati fejlesztése és a geriátriai konziliáriusi feltételek biztosítása mind az alapellátásban, mind a kórházi-klinikai szinteken sürgető feladatunk.

6. Dr. Iványi Zsolt (Semmelweis Egyetem Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, Budapest) : *Fájdalom-menedzselés a sebkezelésben*. Az akut (posztoperatív) fájdalom olyan kellemetlen szenzoros és emocionális élmény, mely valós vagy potenciális szöveti károsodáshoz társul. Annak ellenére, hogy a fájdalom illetve a fájdalomcsillapítás minősége, nemcsak a beteg műtétet követő közérzetét, hanem számtalan mechanizmuson keresztül a gyógyulási folyamatokat, sőt hosszútávon az életminőséget is meghatározhatja, e területen koránt sincs konszenzus. Sem a fájdalomcsillapítás indikációját, sem módját, sem optimális idejét tekintve nincs egyértelmű jól körülhatárolható ajánlás. A fájdalom több dimenziós érzet, melynek kialakulásában a direkt szenzoros érzet mellett fontos szerepet játszik az emocionális és kognitív funkció is, a fájdalom csillapítás gyakorlati megvalósulása során mégis szinte kizárólag csak a direkt szenzoros komponens modulációjára történnek kísérletek, holott mind az emocionális, mind a kognitív funkció befolyásolásával jelentős eredmények érhetőek el. A fájdalomcsillapítás fenn jelzett két

alternatív útjának kihasználása szervezési kérdéseken túl jelentős többlet költséget nem igényel, ugyanakkor hatékonyan javítja a fájdalomcsillapítás effektivitását. A fájdalomcsillapítás klinikai gyakorlatát nem segítette elő a WHO által a tumoros fájdalomcsillapításra bevezetett lépcsős stratégia, mely a kis fájdalom = nonsteroid gyulladáscsökkentő, közepes fájdalom = opiát, nagy fájdalom = kombinált terápia, sebészeti reflexet váltotta ki, a patofiziológiai megközelítés helyett, hiszen különböző eredetű fájdalom esetén más és más az effektíven alkalmazható gyógyszeres fájdalomcsillapítási technika. A fájdalom kiterjedt patofiziológiai eltéréseket indukál. Ennek megfelelően a fájdalom különböző anatómiai szinten történő blokkolása azonos fájdalomcsillapító hatás mellett is különböző élettani hatásokkal jár. Ennek figyelembe vételével a betegek aktuális igényének megfelelően választható meg az optimális fájdalomcsillapítási technika és annak ideje. A fenti három szempont sajnálatosan kívül esik a legtöbb gyakorlati ellátást végző osztály látókörén. A szekció célja a figyelem felkeltése és az igény felkeltése a jelentős anyagi erőforrásokat nem igénylő változtatások bevezetésére.

12. **Dr. Kelemen Ottó, Dr. Kollár Lajos** (Baranya Megyei Kórház & Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, Pécs): *A kóros hegeképződések differenciáldiagnosztikája a klinikai gyakorlatban.* A kóros hegeképződés kutatása három évszázadon átívelve, a XIX. század elejétől kezdődően, napjainkban is folyik. A már széles körben elterjedt, rutinszerűen alkalmazott és a különböző terápiás protokollokban is meghatározott, valamint az újabb, ígéretes terápiás módszerek klinikai eredményeinek tudományos értékű mérése céljából a világ vezető égési és plasztikai sebészeti centrumai úgynevezett „Burn Scar Index” továbbfejlesztésével, nemzetközi konszenzussal létrehozták a Vancouver-hegskálát. A hegek standard kvalitatív osztályozási módszerének alkalmazása megkönnyíti a differenciál diagnosztikát a klinikus számára, és a hozzá kapcsolódó pontozási rendszer lehetővé teszi a különféle hegkezelő módszerek effektivitásának objektív mérését és összehasonlíthatóságát is. A Vancouver-hegskála: - érett heg - éretlen heg - lineáris vagy „sebészi” hipertrófiás heg - kiterjedt vagy „égési” hipertrófiás heg - minor keloid - major keloid. A Vancouver-pontrendszer: az „MPHV-score”, amely kvantitatíve jelzi a hegek legfontosabb makroszkópikus tulajdonságainak változását, de nem helyettesíti a hegek tömegének mérésére szolgáló egyéb módszereket! A szerzők az 1995. november és a 2004. november közötti tíz éves időszakban, több mint 500, különféle kóros hegeképződésben szenvedő beteg komplex kezelésével szereztek tapasztalatot. Beteganyaguk bemutatásával illusztrálják a Vancouver-hegskálát és pontrendszert. Kiemelik a klinikumban a pontatlan nomenklátúra-használat okozta tévedések, és a differenciáldiagnosztikát megnehezítő spontán hegváltozások gyakori előfordulását.

13. **Dr. Kelemen Ottó, Dr. Kollár Lajos, Dr. Seress László*** (Baranya Megyei Kórház & Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, *PTE Elektronmikroszkópos Laboratórium, Pécs): *A hipertrófiás hegek intralézionális szteroid és polisziloxán-tapaszos kezelésének klinikai és elektronmikroszkópos összehasonlító vizsgálatai.* A hipertrófiás hegek a kóros hegeképződések leggyakoribb formái, mivel a különféle manuális szakmák növekvő számú műtéti beavatkozásai nyomán a lineáris vagy „sebészi” hipertrófiás hegeképződésben szenvedő betegek kezelése jelenti a legnagyobb feladatot a klinikus számára.

Két csoportban, egyaránt 12–12 lineáris hegképződésben szenvedő beteget kezeltek 3–3 hónapig. Az intralézionális szteroid kezelési protokoll: Inj. Triamcinolon acetát 10%-os oldatából 1 ml/cm² beadása történt hetente. Az ellenőrző vizsgálatokat 2 hetente végezték, és a változásokat digitális fotó dokumentációval és Vancouver-pontozással rögzítették. A polisziloxán-tapaszos kezelési protokoll: a páciensek megfelelő nagyságú, azaz a heg szélét minden irányban 2–2 centiméterrel meghaladó, meghatározott típusú tapaszt viseltek naponta 12 óráig. A kontroll vizsgálatok és az eredmények rögzítése a másik betegcsoportéval megegyező módon történtek. A kezeléseket követően az inaktív hegeket eltávolították, és elektronmikroszkópos vizsgálatokat is végeztek, összehasonlítva a két alapvető kezelési módszer hatását az extracelluláris mátrixra, és a fibroblasztok működésére. A különböző elektronmikroszkópos nagyításokat elemezve megállapítható volt, hogy hasonló strukturálódás ment végbe mindkét terápiás módszer hatására. Ez a folyamat az amorf és éretlen, azaz „nem hyalinizált” kollagénrost tömeg rendezett, az epidermisszel párhuzamos szerkezeti átalakulását mutatta. A fibroblasztok és a miofibroblasztok citoplazma és sejtmag változásai működésük nagyfokú csökkenését, szinte inaktivitásukat mutatta! Objektív elektronmikroszkópos mérési módszer hiányában is megállapítható volt, hogy a fenti változatok markánsabban jelentkeztek az intralézionális szteroiddal kezelt hegekben. Megegyezően a korábban végzett hisztopatológiai és immunhisztokémiai, valamint klinikai vizsgálatok eredményeivel, a két módszer effektívitasában szignifikáns különbség nem volt megállapítható. A celluláris elemek és az extracelluláris mátrix változásai hasonlóak voltak. A Vancouver-pontszámok azonban szignifikáns különbséget mutattak a hegek kezelés előtti és utáni állapotában mindkét betegcsoportban. Az eredmények alátámasztják a kezelési protokollok helyét a klinikai gyakorlatban. A polisziloxán-tapasz elsővonalbeli, míg az intralézionális szteroid másodvonalbeli kezelésként (azaz hatástalan polisziloxán-tapaszos kezelés vagy recidíva esetében) alkalmazandó.

14. **Dr. Kelemen Ottó, Dr. Kollár Lajos** (Baranya Megyei Kórház & Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék, Pécs): *A kóros hegképződések kezelésének és megelőzésének lehetőségei.* A kóros hegképződések problémakörének klinikai jelentősége az elmúlt évtizedek során sem csökkent. Az adekvát és atraumatikus, a dermiszt kímélő és a feszülésmentes sebegyesítő műtéteknikák alkalmazásának elterjedése ellenére sem. Klinikai tapasztalatok igazolták azt a felvetést, miszerint a kóros hegek kialakulásában mindig több tényező egyidejű és együttes hatása áll fenn. A keloidok etiológiája a mai napig ismeretlen, de a multifaktoriális eredet esetünkben is feltételezhető. A kóros hegképződések kezelésére és kialakulásuk megelőzésére ugyanazok a módszerek érhetőek el fegyvertárunkban. A szakirodalom megkülönbözteti a standard, azaz első- és másodvonalbeli protokollba sorolt, valamint az adjuváns, az alternatív, és az úgynevezett „egyéb”, valamint a még kutatás alatt álló terápiás eljárásokat. Az elfogadott műtéttípusok, és alkalmazásuk szabályainak ismerete elengedhetetlenül fontos minden manuális klinikai ág számára. A Vancouver-hegskála klasszifikációja alapján, a különféle hegtípusok szerint mutatják be a szerzők, egy-egy klinikai esettel szemléltetve, saját terápiás és profilaktikus protokolljaikat. Ismertetik és a tapasztalaton alapuló medicina elvei szerint értékelik az újabb, még protokollba nem sorolt módszereket (különféle lézer- és kriokezelések) is. A kóros hegképződések kezelésében manapság is a keloidok jelentik a legnagyobb kihívást. A jelentős és eredményes inter-

diszciplináris együttműködés ellenére sem állítható, hogy a problémakör a manuális szakmák és/vagy a klinikusok érdeklődésének középpontjában állna. A kezelést individuális szempontok és az ajánlott protokollok alapján kell meghatározni, és az észlelt terápiás válasznak megfelelően folytatni, szükség esetén változtatni, vagy más módszerrel, ill. módszerekkel kombinálni. Mivel a prevenció elvei sem érvényesültek sok esetben, a változatos heg panaszokkal jelentkező beteg száma sem csökkent! Az „evidence based” kezelési szemlélet elterjedése eredményezheti az értékelhető fejlődést a kóros hegképződések megelőzésében és kezelésében, míg az újabb módszerek kontrollált, és randomizált klinikai vizsgálatait, valamint a legújabb kutatások (genetikai és biokémiai) a protokollok bővülését. A kóros hegek kezelését centrumok, ill. megfelelő tapasztalattal bíró szakorvosok végezzék.

17. **Dr. Kovács Matild** (Jahn Ferenc Kórház, Budapest): *Az ezüstion tartalmú kötszerrel szerzett tapasztalataink a krónikus sebellátásban*

27. **Lengyel Gáborné** (Szent Imre Kórház, Budapest): *Összefüggések a nyomási fekélyek incidenciája és a nedves sebkötözők alkalmazása között intézetünkben*

25. **Dr. Mecseky László, Dr. Szabó Lajos, Dr. Dóka András** (Bugát Pál Kórház, Sebészeti Oktató Osztály, Diabétesz Láb Ambulancia, Gyöngyös): *RHENA TERM rögzítés előnyei a szeptikus lábsebészetben.* A szeptikus neuropátiás láb műtétei után gyakori igény a láb nyugalomba helyezése, a korrekt rögzítés. Nyitott sebkezelés közben azonban a hagyományos gipsz hamar szennyeződik, tisztítása nem megoldható, gyakori cseréjére van szükség. Tartós rögzítésre gyakorlatunkban levehető, tisztítható egyedi műanyag-rögzítőt kap a beteg, azonban ennek formázására csak a műtét után hetekkel, a lágyrész konzolidáció után kerülhet sor. Addig többször is szükség lehet a rögzítés módosítására, sokszor a váladék mennyiségéhez alkalmazkodó kötözési technikák változtatása miatt. A RHENA TERM hőre lágyuló gipszet magyarországi bemutatása óta 10 súlyos Charcot artropátiás szövődmény miatt operált betegünknel alkalmaztuk műtét után átlagosan 6 hétig. A betegek az új rögzítési metódust elfogadták, a gipsz otthoni tisztítását és fertőtlenítését gond nélkül elvégezték. 4 esetben a gipszet többször újraformáztuk, 2 esetben a beteg - javaslatunk ellenére a gipszszínben a terhelést is megkezdte. Sem az ismételt alkalmazott klórtartalmú fertőtlenítő szer, sem a túlzott mechanikus igénybevétel nem okozott a fizikai jellemzőkben lényeges változást. Az új anyag hiányt pótol, használata költségkímélő, nem igényel speciális ismeretet, gyakorlatot, alkalmazása más területen is ajánlható.

20. **Dr. Molnár László** (Szent János Kórház, Bőrgyógyászat, Budapest) : *A lábszárfekély kezelésének algoritmus a gyakorlatban.* A szerző az előadásban a saját tapasztalatait felhasználva a gyakorlat oldaláról tekinti át az ulcus cruris diagnosztikájának, kezelésének szempontjait. Sorra veszi azokat a problémákat, amelyekkel a gyakorló orvos találkozhat a diagnosztika és a terápia beállítása során. Foglalkozik az egyes sebtípusokkal és az azokra adható speciális gyógyszerekkel és a modern kötöző anyagokkal. Áttekinti a lehetséges buktatókat, melyek lassíthatják, illetve leállíthatják a gyógyulás folyamatát.

4. **Dr. Muraközi Zoltán, Haraszti Sándor, Bartha Barna:** (Berettyóújfalui Területi Kórház): *Sebellátás az informatika segítségével*

15. **Dr. Nádor Zoltán** (Központi Honvédkórház, Budapest): *Az Aquacel Ag-val szerzett tapasztalataink*

26. **Dr. Pusztai Erzsébet, Balatoni Ernőné:** *A felfekvési fekélyek megelőzésének országos programja.* Az előadó részletesen ismerteti a SEBINKO Szövetség szakembereivel közösen összeállított, átfogó, országos decubitus prevenció program javaslatát. A program tartalmaz minden olyan lépést, amelyek megtételével - a program megvalósításával - fokozatosan jelentős javulást lehetne elérni a betegeknek sok szenvedést, az egészségügyi dolgozóknak sok munkát, a biztosítóknak súlyos kiadásokat okozó felfekvési fekélyek kialakulásának megelőzésében.

28. **Rádonyiné Ősi Márta** (Szent Pantaleon Kórház, Dunaújváros): *Sikerek a bétköznapok viharában.* Decubitusos beteg sikeres sebkezelése

30. **Dr. Rozsos István*, Dr. Kasza Gábor, Dr. Sinay László, Dr. Kollár Lajos** (*Siklói Kórház Kht. Siklós, korábban- PTE-AOK-Baranya megyei Kórház, Sebészeti Tanszék): *Gyávák vagyunk bátrak lenni... (A krónikus sebek ellátásának buktatói).* Amikor félünk valamitől - mert nem ismerjük a működését, hatásait - úgy érezzük - nem vagyunk képesek befolyásolni... Vagy lusták vagyunk bátrak lenni... - mert megszerezhetőek az ismeretek, gyakorolható a bátorság... A sebek és ellátásuk az emberiséggel egyidős. Az évszázadok és a kultúrák változásaival lettek az ismeretek egyre bővebbek. Ennek ellenére az empiria napjainkban is szükségszerűen része a gyógyító gondolkodásnak. A kutatások minél mélyebbre jutottak, annál „érthetlenebbé” váltak az eredmények a beteget gyógyító orvosnak. El kell fogadnunk, hogy a vezető kutatóhelyeken végzett vizsgálatok üzeneteinek a legfontosabb célja, hogy csökkentse a félelmünket, hogy bátrabbak lehessünk- de ehhez meg kell értenünk, meg kell tanulnunk és meg kell tanítanunk. G. Rayman és munkatársai egy igen ötletes kísérletben bizonyították, hogy a neuropátia cukorbeteg sebgógyulási dinamikája nem különbözne az egészségesekétől, amennyiben nem fertőződik illetve a fertőzéssel járó változások nem alakulnának ki. E gondolatsor folytatásaként kívánom bemutatni az elmúlt 6 hónap alatt 6 beteggel szerzett tapasztalatainkat az ezüst tartalmú Acticoat és Aquacell Ag kötszerek felhasználásával. Előadásomban a betegtörténetek bemutatásával kívánom felhívni arra a figyelmet, hogy az „agresszív” sebellátás, a kötszerek ideális (még ha pazarlónak is tűnik - bátorság?!) kombinációja eredményezhet olyan miliót a cukorbeteg esetében mikor a siker akár prognosztizálható közelségbe kerülhet.

31. **Dr. Rozsos István** (Siklós Kórház KHT, korábban PTE-AOK-Baranya Megyei Kórház, Sebészeti Tanszék): *15 évvel a St. Vincent-i elhatározásokat követően...* St. Vincent-ben 1989-ben világméretű egészségpolitikai elhatározás született, amelyhez természetesen mi is csatlakoztunk és a „küldetést” elfogadtuk. Mi is volt ez az üzenet a jövőnek? - Felismerve a cukorbetegség járványszerű sokasodását az ezzel járó szövődményeket és az elégtelennek tűnő ellátást - ígéretet fogalmaztak meg: 5 év alatt a nagyvégtagi szintű amputációk számát 50%-val csökkentjük. Már

5 évvel később megjelentek az első beszámolók arról, hogy a világot egy egységként értelmezve - a fogadalom irreálisnak tűnhet, az időfaktor és a szükséges feltételek megvalósíthatósága közötti ellentmondások miatt. Azonban a magára valamit is adó egészségügygel rendelkező országokban felálló „rendszereknek” köszönhetően a fejlett világból már a teljesítés - esetenként a túlteljesítés adatait is olvashatjuk. Ezen beszámolókból egyértelműen kiviláglik, hogy a feladat komplexitása miatt nem lehet csak egészségzakmai szempontok szerint eredményt elérni - gyakorlatilag össztársadalmi összefogásra és a szándék tudatos végrehajtására van szükség. Ezeknek megvalósulása esetén az eredmény NEM marad el. A fentiek tükrében kívánom elemezni a magyarországi helyzetet 3x5 év múltával a saját szemszögemből az alábbi kérdésekben. Milyen ma a cukorbeteg szövődmények ellátó rendszere? Milyen fejlődésen mentek keresztül az orvostudomány ezen szegmensével foglalkozó ágazatai? A napi feladatok ellátásához miként járultak hozzá a gyógyszer és kötszergyártók? A magyarországi statisztikák megfelelnek-e a világszintű eredményeknek? A magyar cukorbeteg esélyei mely országok betegeihez hasonlatosak leginkább? Az edukáció lépést tart-e a minimálisan elvárhatóval? A finanszírozás támogatja-e a 15 évvel ezelőtt elfogadott célokat? Hol van a magyarországi vezérfonal? Ezt az előadást a Tatabányán rendezendő SEBINKO kongresszuson kezdem el, de befejezni csak akkor tudom (nem látok a jövőbe) mikor minden feltett kérdésre meglesz a válasz.

2. Salczerné Dr. Hok Mária (Budapest): *Az ápolási evidenciáktól a bizonyítékokon alapuló ápolásig.* A szerző a nehezen gyógyuló, krónikus sebek ápolása-gondozása mindennapi gyakorlatán keresztül mutatja be az ápolási evidenciákkal kapcsolatos legújabb kutatási eredményeket. Előadásában konkrét példákon vezeti végig a hallgatókat: Az alacsony és a magasabb szintű ápolási evidenciák közötti különbségek. Az ápolási evidenciákkal szembeni követelmények megismerése. Ismerteti az ápolási evidencia kutatás és fejlesztés folyamatát a gyakorlatban. Ismerteti azokat a törekvéseit, amiket ebben a témakörben az elmúlt évtizedben végzett. Felhívja a figyelmet azokra a fontos részletekre, amelyek akadályozzák a fejlesztő tevékenységet e témakörben.

8. Dr. Sugár István (Semmelweis Egyetem II. sz. Sebészeti Klinika, Budapest): *Kulcs az élet kapujához.* Az emberiség története nem csak forradalmak története (Marx), hanem járványoké, megbetegedéseké, amelyek megtizedelték az emberiséget. Pestis, kolera, vérhas, himlő, tífusz, tetanusz, diftéria, tuberkulózis, malária, szifilisz, gonorrhoea, AIDS, a rák és a felsorolás még korántsem teljes... Az orvostudomány általában századokkal később találta meg a valóban hatékony szert, vagy csak éppen most keresi. Anatómia, élettan, fizika, biológia, biokémia csak a XIX. század végén kezdett olyan szinten fejlődni, hogy felfedezhette az emberi test és az élet építőköveit - a sejteket - , igazolta baktériumok, vírusok, gombák létét és jelentőségét a különböző kórképek kialakulásában. A katasztrófákkal sújtott emberiség - önereje elégtelen lévén - mindig remélte és várta a csodákat. A Mindenható segítségéért fohászzkodott a földkerekség minden pontján az ember, bőrszínre és vallásra tekintet nélkül. A csodatévő és a csodára váró művészeti alkotásokban is kiteljesedett. Előadó ebből szeretne egy csokorra valót bemutatni, miközben bízik abban, hogy a XXI. század kiművelt, okos emberisége is tudatában van ismeretei végtelenségének és a világ titkainak kiismerhetetlenségében. Mottó: Ne higgy a csodákban, bízzál bennük (anonim)

24. **Dr. Szokoly Miklós, ifj. Dr. Szokoly Miklós** (Országos Baleseti és Sürgősségi Intézet, Bp.): *Különböző típusú sebek ellátása napi gyakorlatunkban*

9. **Szűcs Péterné:** (Magyar Honvédség Központi Honvédkórház, Bőrgyógyászati Osztály): *Költséghatékony sebkezelés a Bőrgyógyászati osztályon*

23. **Dr. Varga Ágnes:** (Deltamed Kft., Balassagyarmat): *Krónikus sebek kezelése háziiorvosi gyakorlatunkban.* Krónikus artériás ill. vénás keringészavar, nyirokoedema, diabetes talaján gyakran alakul ki lábszárfekély, visszatérő gondot jelentve a beteg és az ellátók számára is. Az elmúlt időszakban bekövetkezett szemléletváltás – a nedves sebkezelés elterjedése – áttörést hozott az ilyen sebek otthoni kezelésében. Ez a tevékenység az ismereteket és készségeket elsajátító háziiorvosi team feladatkörét bővíti. A betegek ellátása kórházon kívül, háziiorvosi rendelőben, vagy a beteg otthonában történhet, gyorsabb sebgyógyulással, javuló életminőséggel. Néhány eset bemutatása szemlélteti az elmondottakat.

21. **Dr. Vekerdy Márta** (Balesetsebészeti Szakrendelés, Szentes): *Elhanyagolt lábszárfekély kezelése Convatec-kötszerekkel*

29. **Dr. Vraukó Béla** (Jósa András Megyei Kórház I. Sebészeti Osztály, Nyíregyháza): *Biológiai debridement fertőzött sebek primer ellátása során – Esetismertetés.* Kórházunkban a műtéti leírásokon az ABC első négy betűjével jelöljük a higiénikus osztály számára a műtét tisztasági fokát, így megkönnyítjük számukra a nosocomiális illetve egyéb fertőzések elleni védekezést, a kórházi törzsek kialakulásának megakadályozását, empirikus antibiotikum protokollok megszerkesztését. Esetismertetésünkben a szervezet saját immun és nem immun védekezőképességeinek legjobb kihasználását mutatjuk be egy igen fertőzött, ún. „D” környezetű eset primer ellátása során. Idős férfi beteg halánték tumorát sokáig sugárkezeléssel próbálták gyógyítani, de a tumor terjedt, nagysága miatt és a besugárzástól is kifehélyesedett, környezete szintén kárt szenvedett, melyet a megtelepedő baktériumok még tovább fokoztak. Eltávolítása után keletkezett hiányt (eltávolításra került a járomcsont, a masseter jó része) nem lehetett fedni félvastag szabadon átültetett bőrrel, mert a sugárkárosodott sebalapon nem maradt volna életben, szomszédságból pedig nem lehetett megfelelő nagyságú nyeles lebenyt nyerni, így csak jó keringésű mikrovaszkuláris éranasztomózzal szabadon átültetett lebeny jöhetett szóba. *Előnyei:* Jó vérellátása miatt mechanikusan is elszállítja a szövettörmeléket, a krónikus fertőzés miatt már kialakult immunválasz mediátorait helyszínre hozza. Távolabbi adóhelyről származva nem sugárkárosodott. Egy műtét. Biztos, jó vérellátású szövet, gyors gyógyulás, rövidebb ápolási idő, sok adóhely, nincs rögzítés, adóhelyen jó kozmetikai eredmény. Jó kozmetikai és funkcionális eredmény. Komplex szövet-együttest lehet átültetni a bőrtől a csontig. *Hátrányai:* Hosszú műtéti idő. Speciális technikát igényel.

