

PATTANÁSOS BŐR? HAJHULLÁS? LASSÚ SEBGYÓGYULÁS?

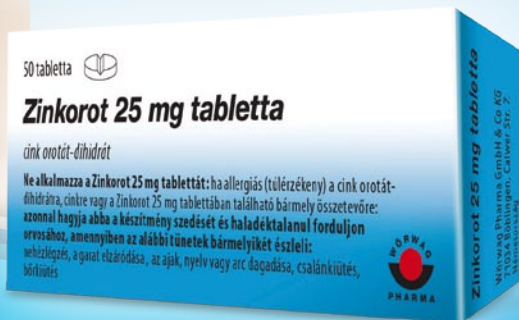
A CINK- PÓTLÁS SEGÍTHET!

Zinkorot 25 mg tabletta

Cinkhiány kezelésére alkalmas
vény nélküli gyógyszer

Napi 1 tabletta

Kapható a patikákban!



WÖRWAG PHARMA KFT. 1021 Budapest, Húvösvölgyi út 54.
Tel.: (1) 345-7350 Fax: (1) 345-7353
info@woerwagpharma.hu www.woerwagpharma.hu

Rövidített alkalmazási előírás: Tablettánként 157,36 mg cink orotát-dihidrátot tartalmaz, ami 25 mg cinknek felel meg. **Terápiás javallatok:** Igazolt cinkhiány kezelésére amennyiben ez normál táplálkozással nem megoldható. Ez a gyógyszer felnőttek számára javallott. **Adagolás és alkalmazás:** Felnőttek: Az ajánlott adag napi 12,5 - 25 mg cink (1/2 - 1 Zinkorot 25 mg tabletta). A Cink 25 mg tablettát elegendő mennyiségű folyadékkal (például egy pohár víz) kell bevenni, étkezésektől jól elkülönítve. Az alkalmazási időtartama ált. 5-10 nap (maximum 14 nap). A kezelés időtartama a hiány okától és a kezelés sikerességétől függ. Bővebb információért kérjük, olvassa el a termék alkalmazási előírát! Az SPC ellenőrzésének dátuma: 2012.09.01.

SEBKEZELÉS XVII. évfolyam 2014. 1. sz. SEBGYÓGYULÁS

A Magyar Sebkezelő Társaság folyóirata



TARTALOMJEGYZÉK:

Elnöki köszöntő ♦ 200 éve született Balassa János (1814–1868) ♦ Hol tart a krónikus sebek kezelése 2014-ben? *Dr. Sugár István, Prof. Dr. Hunyadi János* ♦ Lábszárfelekérek differenciáldiagnosztikája – malignus alsó végtagi fekélyek *Dr. Kovács L. András* ♦ Végtagmentés vö. daganatsebészet *Dr. Mecsek László* ♦ A szénsavas ködfürdő jelentősége az értegek rehabilitálásában *Dr. Ballagi Farkas* ♦ Két szakma bölcsője a Kuntutcai Kórház, és a két szakma alapító főorvosai: Érczy Miklós és Frank György, *Dr. Vértés László, Dr. Mészáros Gábor, Dr. Horváth Imre* ♦ Közgyűlési meghívó ♦ Kongresszusi meghívó



Tartalom

Elnöki köszöntő	2
200 éve született Balassa János (1814–1868).....	4
Hol tart a krónikus sebek kezelése 2014-ben?	5
<i>Dr. Sugár István, Prof. Dr. Hunyadi János</i>	
Lábszárfekélyek differenciáldiagnosztikája – malignus alsó végtagi fekélyek.....	11
<i>Dr. Kovács L. András, Dr. Kádár Zsolt, Dr. Varga Éva, Dr. Várszegi Dalma, Dr. Kálmán Endre, Dr. Gyulai Rolland</i>	
Végtagmentés vö. daganatsebészet	19
<i>Dr. Mecsek László</i>	
A szénsavas ködfürdő jelentősége az ér betegek rehabilitálásában	30
<i>Dr. Ballagi Farkas</i>	
Két szakma bölcsője a Kun-utcai Kórház, és a két szakma alapító főorvosai: Érczy Miklós és Frank György	38
<i>Dr. Vértés László, Dr. Mészáros Gábor, Dr. Horváth Imre</i>	
Meghívó az MSKT XVII. Kongresszusára (2014. október 16–17.).....	47
Közgyűlési meghívó	48

A címlapon:

Balassa János 1814–1868. Kovács Mihály olajfestménye 1851. (Simmelweis Orvostörténeti Múzeum)

A Társaság címe:

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



Sebkezelés-Sebgyógyulás folyóirat szerkesztősége: 1096 Budapest, Nagyvárad tér 1.
(főszerkesztő: Dr. Mészáros Gábor – e-mail: meszaga@freemail.hu)

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



Tisztelt kollégák, kedves barátaink!

A megelégedettség hangját hallathatja az elnök, amidőn az elmúlt hónapok számadását ismerteti Önökkel. Amikor a múlt tavaszon eldöntöttük, hogy anyagi okokból elhagyni kényszerülünk az „átkosban” Szabadság névre hallgató Hotel Best Western Hungária szállodát (mely 15 éven át biztosított ragyogó helyszínt kongresszusainknak) még csak a remény bízathatott bennünket, hogy a Duna másik partján álló, külsőségekben szerényebb, de megfizethető Griff szálloda megfelelő partnere és „otthona” lesz a XVI. Kongresszusunknak. Ismerve a végső számadást megfogalmazható az, hogy a Vezetőség döntése jó volt. Valamivel szűkösebb körülmények között, de szakmai szempontból kiválóan sikerült kongresszust tudhat maga mögött a társaság. A 160 résztvevő és a 10 kiállító cég kiváló millióben töltötte el a másfél napot októberben, és a kasszában is maradt annyi, ami egy kongresszus után kötelező, hogy a társaság működése biztosítható legyen az elkövetkező években.

Az elmúlt néhány hónap kronológiájához tartozik, hogy a Semmelweis Egyetem GYTK organizációjában a Gyógyszerészeti Szakmai Kollégium tagozatának elnöke, dr. Télessy István tanár úr „road-show”-t szervezett, mely során januártól májusig havonta egy alkalommal a krónikus sebek gyógyításáról tart előadást egy kis csapat – gyógyszerészeknek - az egyetemi városokban. Daróczy professzor asszony Budapestről, Szolnoki Győző a szegedi bőrklinika adjunktusa, Móricz János a Hartmann cég kulcsmbere, a szervező Télessy dr. és jómagam egy-egy szombatot „feláldozva” járjuk az országot és mindenütt lelkes gyógyszerészek tucatjait tájékoztatjuk a kezelés lehetőségeiről, gyógyszerekről, kötszerekről, egyéb terápiákról, miután a krónikus sebek kialakulásának etiológiájáról kaptak ismertetést.

Február 27-én a Biomedica Hungaria Kft. a vákuum-kezelés perspektíváiról tartott szimpóziumot a Duna-parti „art” otel budapest” szállodában, ahol a KCI munkatársai a legújabb lehetőségeket tárták a meghívottak elé. A gondos szervezők, Irházi Zsuzsa és Káldy-Nagy Éva kiegészítésként szervírozott nagyszerű vacsorája biztosította a baráti beszélgetést és a tapasztalatok átadását is a tudományos programot követően. Lassan 10 esztendeje annak, hogy a negatív nyomásterápia elindult „világhódító” útjára és a szövődményes sebek kezelésének egyik meghatározó lehetőségévé vált. A fejlesztők előbb a VeraFlow kezeléssel egészítették ki a standard technikát, - amikor a seb gyógyítását öblítő folyadék átáramoltatása segíti -, majd jelenleg arról a módosításról hallottunk, amikor a két módszer váltakozva biztosítja a leoptimálisabbnak vélt kezelést, ez az ún. V.A.C.Ultra terápia.

Újságunkat ajánlva, hadd hívjam fel a kedves Olvasó szíves figyelmét arra az évfordulóra, miszerint Balassa János az újkori, hazai sebészet „atyja” 200 éve született. Megemlékezni róla lapunkban és majdán őszi kongresszusunkon nemes kötelességünk, akárcsak Baksa József főorvos úr 80. „születésnapjáról”, aki Társaságunkat 1997-ben alapította, és oly korán itt hagyott bennünket.

Szabadjon szíves figyelmükbe ajánlanom azt az öt közleményt, mely remélem nem okoz csalódást annak az Olvasónak sem, aki ismereteinek bővítését várja el lapunktól. Ballagi Far-

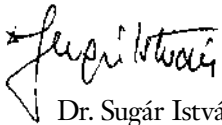
kas főorvos beszámol a kapuvári kórházban megvalósított kezelésről, mely szénsavas köd-fürdőben, annak értágító effektusa révén gyógyítja a krónikus végtagsebeket, fekélyeket. Mecseky főorvos, a Diabétesz Lábszövetség elnöke – tanulságos, figyelemfelkeltő munkájában azt az évente hazánkban feleslegesen elvesztett 1500 végtagot és hordozóikat „siratja”, melyet a megfelelő szakellátás megmenthetett volna. A pécsi egyetem Bőrklínikájának fiatal, tehetséges adjunktusa Kovács András munkatársaival a malignus alsó végtagi fekélyek kezeléséről írt sok képpel dokumentált cikket, míg társelnök társammal magam egy összefoglaló munkában igyekeztünk képet adni – madártávlatból – a krónikus sebek kezeléséről, a lehetőségekről napjainkban. Természetesen ebben a lapszámban is megemlékezünk a sebkezelés orvostörténeti előzményeiről, ezúttal Vértes és Mészáros főorvosok írtak közleményt egy ma már nem létező kórház történelméről, mely pedig két (1953 előtt még nem –, azóta már létező) szakma bölcsőjét „ringatta”, a plasztikai – és az égéssebészet hazai úttörőit bemutatva.

Kongresszusunkat, ezúttal a XVII.-et október 16–17-én tartjuk, természetesen Újbudai Griff szállodájában, változatlan regisztrációs díjak mellett. Terveink között szerepel egy szekció, mely rezidens kollégák továbbképzését szolgálja, és akiknek a részvételi díját egy jelképes összegben kívánjuk megállapítani. Szeretnénk megnyerni néhány céget, hogy termékeiket előadás, esetleg workshop formájában mutassák be. Amúgy továbbra is örömmel adunk helyt minden sebkezelés témakörébe tartozó előadásnak. Kongresszusunkat tesztírással kívánjuk befejezni, ami a jelenleg érvényben lévő szabályzatok szerint akkreditációnkat magasabb minősítésre emelheti.

Kívánok Mindnyájuknak további jó munkát, toleranciát a finansziális nehézségek elviseléséhez, bölcsességet, türelmet és sok szerencsét a gyógyításban!

Találkozunk októberben, a Griff Szállodában!

2014. március



Dr. Sugár István

200 éve született Balassa János (1814-1868)



Balassa János a modern kori magyar sebészet szülőatyja. 1814. május 5-én született Sárszentlőrincen. Pesten megkezdett egyetemi tanulmányait Bécsben fejezi be 1838-ban. A császárvárosban kap három évvel később osztályvezetői állást, majd katedrát a pesti egyetemen 1843-ban, melyet rövid megszakítással - amit forradalmi tevékenységével „érdemelt ki” a megtorlás éveiben - haláláig vezet. A minden újdonságra rendkívül fogékony Balassa már éternarkózisban operál. Sokat publikál, könyvet ír a „Hassérvekről”, és plasztikai tevékenységéről „Képzőműtétek” címmel. Markusovszky Lajossal útjára indítja az Orvosi Hetilapot. A Magyar Tudományos Akadémia tiszteletbeli tagjává választja. Negyedszázados tanári pályafutásának ünneplésére készül az ország, amikor perforált féregnyúlvány-lob okozta hashártyagyulladásban meghal.

A halálát követő években fedezi fel Pasteur a baktériumokat, ennek nyomán Lister megalkotja a sterilitás fogalmát, aminek egyenes következménye, hogy a sebészet a XIX. szd. utolsó negyedében óriási lendületet vesz. Mc Burney elvégzi az első appendectomiát, Langenbuch az epehólyag eltávolításával, Theodor Billroth a gyomor-resectiójával írja be nevét arany betűvel a sebészet történetébe. Ha Balassához kegyes a sors és megajándékozta még két évtizeddel, neve bizonyára a legnagyobbak között ragyoghatna.

Munkássága elismerésére emlékérmét alapított a magyar orvostársadalom, melyet az arra érdemesített személy emlékelőadás tartását követően vehet át a Magyar Sebésztársaság Elnökétől. 1906-1943 között nem csak sebészek részesültek a kitüntetésben, de patológus, szemész, nőgyógyász, belgyógyász, gyermekgyógyász is vehetett át Balassa-emlékérmét. A háború után amikor a politikai enyhülés szele lehetővé tette a Sebésztársaság ismételt megalakulását - 1960-ban -, újból megindultak az előadások, évi rendszerességgel, de ezúttal már csak chirurgus lehetett a kitüntetett. Az emlékelőadás helyszíne a Tudományos Akadémia díszterme, maga az esemény a magyar sebésztársadalom nagy ünnepe. Az utóbbi években Acsády György, Ondrejka Pál, Verebélyi Tibor előadásait élvezhettük. Idén májusban - 92. alkalommal - Sándor József professzor lesz a kitüntetett.

Balassa emlékének ápolása társaságunk kötelessége, - bár a sebkezelés múltja hosszú történet -, de a mérföldkövek nem kerülhetőek ki. Balassa munkássága ezen kövek egyike.

Hol tart a krónikus sebek kezelése 2014-ben?

Dr. Sugár István, prof. Dr. Hunyadi János

SEMMEIWEIS EGYETEM II. SZ. SEBÉSZETI KLINIKA, DEOEC BÓRGYÓGYÁSZATI KLINIKA

„A bajok orvossága a jobb jövő reménye.”

(Caecilius Balbus)

A krónikus, vagy nehezen gyógyuló sebek ellátása a sebkezelés legrögösebb útja, a gyógyítás leghálátlanabb feladatai közé tartozik. Az a kórkép, melynek szanálása csak annak a nézőpontnak az elfogadása révén lehetséges, mely tudomásul veszi azt, hogy az eredményes kezelés „csapatmunka”, ahol a gyógyító teamben mindenki első és legfontosabb az egyenlők között. Speciális felkészülést igényel a kezelőktől és hallatlanul sok türelmet a betegtől és hozzátartozóiktól. Kizárólag az orvoslás különböző kérdéseiben járatos szakemberek összehangolt munkája és a beteg aktív közreműködése révén van remény a gyógyulásra. Az egészségügy szerteágazó rendszerében a jövő a sebkezelő centrumok létrehozását követeli, mert az emlegetett felkészülés-, tudásanyag-, és a hozzáértés hiánya a beteget reménytelen helyzetbe-, a finanszírozót pedig felesleges kiadásokba kényszeríti. Az alábbiakban „madártávlatból” próbálunk képet adni az Olvasónak, hogy hol tart ma – 2014-ben – a krónikus sebkezelés, melyik az a „fegyver-arszenál”, mely bevethető a gyógyításban, ha adottak azok a személyi feltételek, amelyekre a fentiekben hivatkoztunk.

A kérdés részletes feldolgozása folyóiratunk hasábjain nyilvánvalóan lehetetlen, hiszen az elmúlt néhány évtizedben könyvtárnyi anyag gyűlt össze e rendkívül szerteágazó témában, továbbá a magunk mögött hagyott hónapokban kiváló szakemberek foglalkoztak bizonyos részletkérdések tárgyalásával – különböző szakmai folyóiratokban –, melyek ismétlése természetesen indokolatlan. Az elmúlt közel két évtizedben a SEBINKO Szövetség és társaságunk igyekezett a zászlóvivője lenni annak a ma már egyre több szakembert foglalkoztató csapatnak, akik felvállalják a krónikus sebek által szenvedők kezelését, követik, és meg kívánják valósítani a legfrissebb tudományos eredményeket – e kérdésben –, harcolnak a finanszírozókkal a korszerű kötszerek, megfelelő technikai eszközök biztosításáért, és azok elérhetővé tételéért minden beteg számára. Ennek a munkának fontos része az említett társaságok szakmai folyóiratainak, kongresszusainak, konszenzus konferenciáinak szerkesztése, szervezése, irányelvek kidolgozása, (1,2) tagjainak aktív részvétele a hasonló ügyekben tevékenykedő nemzetközi társaságok (WUWHS-World Union of Wound Healing Societies, EWMA-European Wound Management Association, EPUAP-European Pressure Ulcer Advisory Panel, hogy csak a legkiemelkedőbbeket említsük) munkájában.

A krónikus, vagy nehezen gyógyuló seb definíciója sem könnyű. Talán akkor járunk legközelebb az igazsághoz, ha azt mondjuk, hogy az akut, eseménytelen sebgyógyulás négy

fázisa (haemostasis, gyulladás, sarjadás, hámosodás) – különböző okok miatt – felbomlik és a seb 10-12 hét alatt sem gyógyul be. (3) Természetesen a vulnus kialakulását kiváltó ok – az alapbetegség – kezelése nélkül önmagában a seb ellátása nem lehet eredményes, ezért az oki terápiákkal érintőleges foglalkozni- e munkában – elkerülhetetlen.

A svájci Winter (4) több mint 5 évtizede vetette papírra a nedves sebkezelés alapelveit, melyet a világ különböző pontjain változó gyorsasággal tettek magukévá a krónikus sebek kezelői. Winter „kergette el” legelébb a sebváladék hamis mítoszát, mely felesleges rossznak képzelte azt-, és mutatott rá arra, hogy a megfelelő váladék kezelés a sebgyógyulás meggyorsításának alapja. (5) Hazánk ezen dekrétumok mielőbbi elfogadásában nem jeleskedett, hiszen lényegében az MSKT és a SEBINKO Szövetség megalakulásáig – a 90-es évek közepéig – ezzel a kérdéssel szervezett formában senki nem foglalkozott. Ezt követően – társaságaink által menedzselte – Konszenzus Konferenciák visszhangjaként egyre több lelkes támogató-, kötszergyártó cégek arzenálja – állt a kérdés mellé.

Az ideális, a megfelelő kötszer „megalkotásával” – mely természetesen nem az említett társaságok érdeme, hanem számtalan szakemberé világszerte – vált lehetővé a nedves sebkezelés. Fel kell tenni a kérdést, milyen kritériumoknak feleljen meg a kötszer? (6) Nos, tartsa nedvesen a sebet, biztosítson megfelelő váladékgyensúlyt, valamint őrizze meg a sebben az oxigén parciális nyomását. Biztosítsa a seb testhőmérsékletét, alakítsa ki és védje meg a mikrobiális balanszt, óvjon a mechanikus külső környezeti hatásoktól, és támogassa a természetes gyógyulást.

Fentebb emlegetett alapvető elvárásokon túl a kötszer „tupírozása” bizonyos anyagokkal tovább javíthatja a gyógyulás esélyeit. Gondolok itt a másfél évtized után ismét „renewanszát élő” cink-hyaluronátra, (7, 8, 9) avagy a kellemetlen szagokat elimináló, szén-vegyületet tartalmazó-, vagy a speciális dezinficiáló képességgel bíró ezüst, vagy jódtartalmú kötszerekre. (10) Szerény jelentőséggel bír az antibiotikum lokális használata, de alkalmazása bizonyos esetekben elfogadható. Napjainkban számos publikációban számolnak be – az érdemtelenül elfeledett – kristálycukor jótékony hatásáról, melynek alkalmazása 3000 évre nyúlik vissza. (11) A méz sebgyógyító hatását az ókorban fedezték fel. A méz tartalmú sebfedők 2009-ben jelentek meg hazánkban. Az újjélandi manuka – virág mézének antibakteriális hatása – különösen jelentős az antibiotikum-rezisztencia kialakulásának ismeretében 1979-ben vált publikussá egy Dustmann nevű kutató eredményei révén. (12)

A krónikus sebeket borító, elhalt szövetek eltávolítása – az ún. debridement – az első fontos lépés a sebkezelésben. Ennek klasszikus módja – a meglehetősen fájdalmas – sebészi necrectomia. Ismert az enzimatisz folyamatok révén létrejövő necrolysis, amikor a trypsin, collagenase helyettesíti a sebész szikéjét. (13) A korszerű biosebészet az utolsó évtizedben ismét preferálja a XVI. század óta ismert, azóta időnként újból és újból „elővett”, majd az antibiotikum éra kezdetétől „az asztal alá söpört” lárvá (vagy maggot)-terápiát. A *Lucilia sericata* légy sterilen tenyésztett lárvái kerülnek „bevetésre”, melyek csak az elhalt szöveteket fogyasztják, az élő, ép részeket nem károsítják, továbbá csökkentik a sebben a káros mikroorganizmusok számát, és mozgásukkal – mechanikus inger révén – serkentik a sebgyógyulást. (14) Az örvénylő vízsugárral történő sebtisztítás egy korszerű lehetőség a keze-

Sebkezelés negatív nyomás terápiával



**VIVANO - AZONNALI MEGOLDÁS
A SEBKEZELÉSBEN.**

INDIKÁCIÓK

- Nyitott has kezelés
- Égés és bőrtranszplantációk
- Traumás eredetű sebek
- Nehezen gyógyuló műtéti sebek
- Krónikus, nem gyógyuló sebek



lésben. A hydrosurgery nagy sebességű – a sugárhajtású repülőmotorokkal azonos gyorsaságú – fiziológiás sóoldat kiáramoltatását jelenti egy speciális készülékből, mely „szétlövi” az elhalt szöveteket. A beavatkozás lokális fájdalomcsillapítás mellett elvégezhető. (15)

A krónikus seb gyógyításának elősegítését, a sejtregeneráció támogatását számos korszerű fizikai eszközzel végezhetjük, – egyike a fentebb emlegetett hydrosurgery – melyekről az Olvasó Herpai és Szokolay doktorok tollából tájékozódhatott újságunk legutóbbi számában. (16) Ezért jelenleg csak ezeknek a lehetőségeknek a felsorolására törekszünk.

Az erősen váladékozó sebek kezelésére alkalmazható a – magyarul kissé furcsán hangzó – negatív nyomásterápia (NPWT, negative pressure wound therapy), melynek legújabb változata a váladékelzívás mellett a fertőzött seb antibiotikus oldattal, sz. sz. fájdalomcsillapítóval való folyamatos öblítését is biztosítja. (17,18) A kisdózisú lézer sugár, a polarizált fény biostimuláló hatása – mely évtizedek óta ismert – újból előtérbe került. (19, 20) A természetben található lökeshullámok tárházát ha egy speciális eszközzel egy pontra fókuszáljuk, azok energiái összegződnek, és a szövetek lágyrészein áthaladva – károsító hatás nélkül – elősegítik a sebek gyógyulásához szükséges faktorok felszabadítását, különböző citokinek termelését és a sebgyógyulását késleltető biofilmek integritásának megbontását. Ez az un. extracorporalis lökeshullám-terápia, vagy angol mozaik szóval ESWT/extracorporal shock-wave therapy (21). Számos sejtfunkciót előnyösen befolyásol a nitrogén-monoxid (NO) kezelés, mely egy Plason nevű orvostechikai eszközzel a levegőből állítható elő. A gáz – a sebre fújva – különösen vénás eredetű, és érszűkület okozta fekélyek kezelésére tűnik alkalmasnak. (22) Az orvoslás történetében bűvarkodva a „túlnyomásos-orvoslás”-ról már a XVII. sz.-ban keletkezett művekben olvashatunk, de a mai értelemben vett hyperbárikus oxigén terápia (HBO) csak a múlt század 80-90-es éveiben került fel a sebkezelés palettájára. A vörösvértestek oxigén szállító kapacitásának károsodása esetén (Pl: érszűkület, diabétesz) a légköri nyomás növekedése javítja az oxigén szövetekbe történő diffúzióját. (23) A szénsavas ködfürdő kúraszerű alkalmazása valami hasonló mechanizmus révén javítja a mikrocirkulációt. (24)

A biotechnológiai bőrhelyettesítés mellett – mely szinte önálló iparágga fejlődött és leginkább a kiterjedt súlyos égések okozta bőrhiány pótlásában van szerepe (3) – a kutatások kimutatták, hogy a sebalapot képező extracelluláris mátrix – melyből a regeneráció elindul – a krónikus sebben a fagocyták áldozatául esik, ezért ennek pótlása szükséges. Számos anyag (vitaminok, nyomelemek, makromolekulák) megfelel a mátrix pótlására, de legújabbban a vérlemezke növekedési faktor, a saját hámsejtek, valamint az őssejt-terápia alkalmazása áll a kutatások előtérében. (25, 13)

A tápláltsági állapot és a sebgyógyulás összefüggése nyilvánvaló. Ideális, élettani tápláltság esetén a sebgyógyulás valamennyi fázisában biztosított a mennyiségi és minőségi szubsztrát ellátás. A traumát szenvedett szervezet, a műtéti vagy a krónikus seb gyógyulása – az oki terápia mellett – speciális metabolikus követelmények kielégítését is igényli. Megnő a szervezet folyadék-, energia- (glukóz, zsír) és fehérjeigénye is kb. 50%-al. Ezért a korszerű táplálás terápia bevezetése a sebgyógyulásban a kezelés kikerülhetetlen része. (26)

A krónikus seb ellátása, a kötözés során intenzív fájdalom jelentkezhethet, ami „színesíti” a beteg – esetleg egyébként is – meglévő fájdalmát. A sebkezelés fájdalom erősítő hatása objektív, de olyan tényezők is befolyásolják, mint a szorongás, vagy a depresszió. A megfelelő minőségű kötszer mellett akár szükség esetén az ópiát tartalmú fájdalomcsillapítók is szóba jönnek, továbbá adjuváns terápiaként az antidepresszánsok, antiepileptikumok, valamint egyéb stressz csökkentő módszerek, mint a magatartás- és kognitív terápia. (27, 28)

A fentiekben megfogalmazottak mellett, azt is kijelenthetjük, hogy leginkább az elementáris oki kezelés esetén remélhető a teljes gyógyulás. Kétségtelen, hogy a krónikus seb önálló entitás, gyógyítása csak azzal a holisztikus szemlélettel lehetséges, mely a különböző képzettségű szakemberek arzenálját állítja csatasorba a szanalás érdekében. Az azonban meghatározó, hogy a vénás eredetű fekély kezelése a varicectomiát-, az arteriásé az érpálya helyreállítását igényli. Az immunbetegségek, vagy a haematológiai kórképek, malignomák bőrelváltozásainak kezelése akkor reménykeltő, ha a kiváltó ok megszüntethető. A nyirokkeringés zavarainak ellátása, következményeinek megoldása speciális felkészülést igényel. (29) Rendkívül összetett kérdés a diabetes-láb kezelése amikor diabetológus, sebész, érsebész, orthopaedus, podiáter, gyógytornász együttes összefogása mentheti csak meg a beteget az amputációtól. A nyomási fekélyek kialakulása általában az ápolás elégtelenségének bizonyítéka, megelőzése sokkal egyszerűbb, mint gyógyítása. (13, 30, 31, 32)

Epilógus

Fentiek, a nehezen gyógyuló, krónikus sebek kezelhetőségének szerteágazó útvesztőjébe csak bepillantást nyújthatnak, semmiféleképpen nem adhatnak olyan mankót, melyre nyugodtan támaszkodhatunk. Szerzők csak azt a rendkívül sokszínű palettát kívánták bemutatni, mely a lehetőségeket rejti, és kínálja fel a gyógyításban. „Many roads lead to Rome”, Rómába sok út vezet, de, hogy eljutunk-e rajta az álmok városába az korántsem biztos. Valahogy így vagyunk ezzel a krónikus sebek kezelésében is.

Irodalom

1. Hok M. és mtsai: A nehezen gyógyuló krónikus sebek helyi, tüneti kezelési protokollja. Sebkezelés, sebgyógyulás 2012.1.10-24.
2. Daróczy J. és mtsai: A nem gyógyuló/krónikus/ bőrbekék ellátása irányelvének tervezete. Sebkezelés...2013.1.11-47.
3. Juhász I.:A krónikus sebek pathofiziológiája. Sebkezelés...2003.1.21-28.
4. Winter G.D.: Nature 1962.193. 293-294.
5. Kókény Z., Karap Zs., Hanga P.: A sebváladék és a kötszerek szerepe. Sebkezelés... 2008.1.9-16.
6. Sugár I.: Konszenzus Konferencia 2005.04.28. Bp. Sebkezelés... 2005.2.30-31.
7. Tóth I., Dér M.: Nyomási fekélyek kezelése cink-hyaluronáttal. Sebkezelés..1998.14-18.
8. Rozsos I.:A krónikus sebek és a sebkörnyék kezelésének lehetősége Curiosa géllal. Sebkezelés...2011.2.6-12.

9. Juhász I., Péter Z., Erdei I.: Részleges mélységű - másodfokú- égési sérülések kezelése Curiosa géllal. Sebkezelés...2012.2.5-12.
10. Hegyi K.: Sebtípusokról, kötszerekről másként. Sebkezelés...2008.1.17-19.
11. Bázsó T., Kiss L., Szeverényi Cs., Csernátóy Z.: Kristálycukor helye és szerepe a sebkezelésben. Sebkezelés...2009.2.5-13.
12. Szabó É.: Orvosi méz alkalmazása postthrombotikus szindróma talaján kialakult ulcus kezelésében. Sebkezelés...2010.1.18-21.
13. Hunyadi J., Hok M., Sugár I.: A krónikus nehezen gyógyuló seb fogalma, okai, kritériumai, kezelésének alapelvei. Sebkezelés...2008.2.4-8.
14. Szabad G., Vasas J., Sánta Cs., Kemény L.: Modern sebkezelés, avagy lárvaterápiától a lökéshullámokig. Sebkezelés...2009.1.6-10.
15. Baló-Banga J.M.: Az ulcus cruris hydrochirurgiai kezelésének lehetősége. Sebkezelés... 2010.2.4-11.
16. Herpai V., Szokolay M.: Korszerű, fizikai elvek alapján működő eszközökkel és kötszerekkel végzett sebkezelés. Sebkezelés...2013.2.15-26.
17. Tóth A.: Vákuummal segített sebzáras. Sebkezelés...2006.2.5-14.
18. Sugár I.: KCI Szimpózium Bad Waltersdorfbán 2012.11.22-23. Sebkezelés...2013.1.7-10.
19. Mester E.: A lézer-sugár biomedikális hatására vonatkozó vizsgálatok. Doktori Értekezés. Budapest 1971. MTA.
20. Vastag A.: A sebgyógyítás és a polarizált fény. Sebkezelés...2010.2.12-13.
21. Vasas J., Meszes A., Nagy N., Sánta Cs., Kemény L., Szabad G.: Lökéshullám terápia hatása a sebgyógyulásra. Sebgyógyulás...2012.1.4-9.
22. Daróczy J., Kulin S.: Nitrogen-monoxid /NO/ alkalmazása a nem gyógyuló sebek kezelésében. Sebkezelés...2011.1.5-11.
23. Göbl A.: Régi-új módszer: a hyperbarikus oxigén terápia története, hatásmechanizmusa, szerepe és lehetőségei. Sebkezelés...2010.1.8-17.
24. Ballagi F.: A szénsavas ködfürdő jelentősége az érbetegek rehabilitálásában. MSKT. XVI. Kongresszus. 2013. okt. Budapest. Összefoglalók. Sebkezelés...2013.2.39.
25. Vanscheidt W, Ukat A, Horak V, Bruning H, Hunyadi J, Pavlicek R, Emter M, Hartmann A, Bende J, Zwingers T, Ermuth T, Eberhardt R.: Treatment of recalcitrant venous leg ulcers with autologous keratinocytes in fibrin sealant: a multinational randomized controlled clinical trial. Wound Repair Regen. 2007 May-Jun;15(3):308-15.
26. Harsányi L.: A tápláltsági állapot illetve a korszerű táplálésterápia befolyása a különféle sebtípusok gyógyhajlamára. Sebkezelés...2005.1.14-19.
27. Iványi Zs.: Fájdalom menedzselés a sebkezelésben. Sebkezelés...2006.1.5-6.
28. Hok M., Sugár I.: Fájdalomnyhító stratégiák bevezetése a sebkötözés során. Sebkezelés...2009.2.15-18.
29. Daróczy J., Sztikay S.: Szövődményes sebek nyirokódombában, életet veszélyeztető infekciók. Sebkezelés...2009.1.11-18.
30. Rozsos I., Forgács S., Kasza G., Molnár V., Kollár L.: A diabétes mellitus végtag szövődményei és a trophicus zavarok ellátása. Sebkezelés...2002.1.27-34.
31. Sugár I.: Szimpózium a diabéteszes lábszövődmények kezeléséről. Egerszalók 2013.04.4-6. Sebkezelés...2013.1.5-6.
32. Daróczy J.: Nem gyógyuló lábszársebek, krónikus gyulladás, antibiotikum kezelés. IME 2013.10.20-25.

Lábszárfekélyek differenciáldiagnosztikája – malignus alsó végtagi fekélyek

*Dr. Kovács L. András¹, Dr. Kádár Zsolt¹, Dr. Varga Éva¹,
Dr. Várszegi Dalma¹, Dr. Kálmán Endre², Dr. Gyulai Rolland¹*

PTE KK ¹ BŐR-, NEMIKÓRTANI ÉS ONKODERMATOLÓGIAI KLINIKA, ²PATHOLÓGIAI INTÉZET, PÉCS

A krónikus, gyógyhajlamot nem mutató lábszárfekélyek komoly népegészségügyi és szocioökonómiai problémát jelentenek, az általuk okozott betegségteher csak becsülhető. A sebkezelés hatékonyságát, a sebgyógyulás idejét meghatározza a megfelelő diagnózis mielőbbi felállítása. A szerzők a Pécsi Bőrgyógyászati Klinikára 2012-ben beutalt lábszárfekélyes esetek közül 3 esetet – 2 ulcerálódott malignus bőrtumort és 1 malignusan transzformált ulcust – mutatnak be, hangsúlyozva a differenciáldiagnosztika, az atípusos sebekből diagnosztikai célzatú szövettani vizsgálat elvégzésének jelentőségét.

Betegek és módszerek

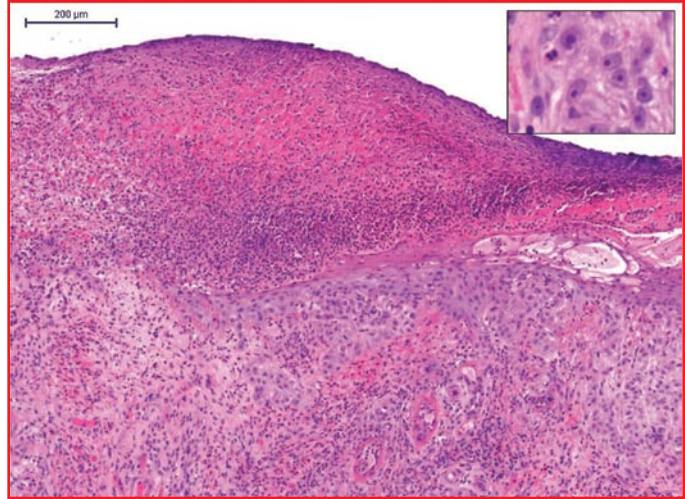
1. beteg

A 82 éves nőbeteg kb. 3 éve fennálló, konzervatív kezelésre (impregnált lap, hidrokolloid kötszer, venotonikumok, kompressziós terápia) gyógyhajlamot nem mutató, a jobb lábszár alsó harmadában a dorsolateralis felszínre lokalizálódó kb. 3 x 2 cm-es fekélytel jelentkezett klinikánkon (1. ábra). Anamnézisében hipertonia, ischaemiás szívbetegség, cataracta, glaucoma, cholecystolithiasis, továbbá colon transversum rosszindulatú daganata (adenocarcinoma partim mucinosum coli - high grade) miatt műtét és citosztatikus kezelés, onkológiai gondozás szerepel.

Egy évvel korábban lábujjak, lábfejek zsibbadása miatt angiológiai vizsgálat történt: jelentősebb alsó végtagi ütőérszűkületet nem valószínűsítettek, a panaszai háttérben mindkét oldalon krónikus vénás elégtelenséget vélelmeztek jobb oldali dominanciával (mindkét lábszáron kifejezett varicositas, doppler Uh-vizsgálattal a vena popliteában reflux). A terápiarezisztens, atípusos seb háttérben felmerült malignus bőrdaganat lehetősége, emiatt szövettani vizsgálat céljából a fekély széléből próbaexcíziót végeztünk, amely basalsejtes carcinoma metaplasztikus szubtypusát vélelmezte (2. ábra). Az ulcerált tumor exstirpációját végeztük, a defektust részvastagságú bőrtranszplantátummal fedtük. A beteg „fekélye” gyógyult, bőrgyógyászati onkológiai gondozás alatt áll (3. ábra).

**1. ábra**

A jobb lábszáron kb. 3x2 cm-es atipusos fekély: kiemelkedő szegélyű, gyöngyházfényű ulcerálódott bőrtumor

**2. ábra**

A porkkal fedett basocellularis carcinoma - metaplasztikus szubtypus (7x HE) A porkkal fedett „fekélyt” övező hámból kiindulva fészkekben infiltráló hámdaganat látható. A sejtek nem palisádák, magjuk vesiculált, centrális nucleolus mutatkozik, a cytoplasma finoman vakuolizált, köbös (insert kép).

2. beteg

A 91 éves nőbeteget kb. 3 éve fennálló, terápiarezisztens (mupirocin, cink-hialuronát, ezüst szulfadiazin/natrium-hialuronát), artériás háttérűnek tartott lábszárfekélyek és kb. fél éve fennálló, az orr területére lokalizálódó nem gyógyuló, kisebesedő tumorok miatt irányították klinikánkra. Kórtörténetében hipertonia, ischaemiás szívbetegség, varicectomia, továbbá cataracta és glaucoma miatt műtét szerepel. A beteg homlokáról, jobb temporalis régiójából, bal oldali nasolabialis redőjéből és mellkasáról korábban basaliomák eltávolítása történt. A bal lábszár medialis felszínén a középső harmadban kb. 3x2 cm-es, az alsó harmadban kb. 3,5 x 4 cm-es sáncszerűen kiemelkedő széli fekélyt, továbbá az arcán, mellkasán és a kézhátakon solaris keratozisokat, az orrcsúcson kb. 1 cm-es exulcerált és a jobb orrszárnyon kb. 1 cm-es erezett, előemelkedő, klinikailag basaliomának megfelelő tumort észleltünk (4. ábra).

A solarisan károsodott bőrű beteg nem gyógyuló, atipusos lábszársebeinek háttérben felmerült kifeléyesedő malignus bőrdaganat valószínűsége, emiatt a lábszárfekélyek széli részéből szövettani vizsgálat céljából próbaexcíziót végeztünk. A hisztológiai vizsgálattal a kifeléyesedés területében basalsejtes carcinoma burjánzása mutatkozott, helyenként keratinizáló metatypicus jelleggel (5., 6. ábra). Narkózisban együlésben exstirpáltuk a lábszár-

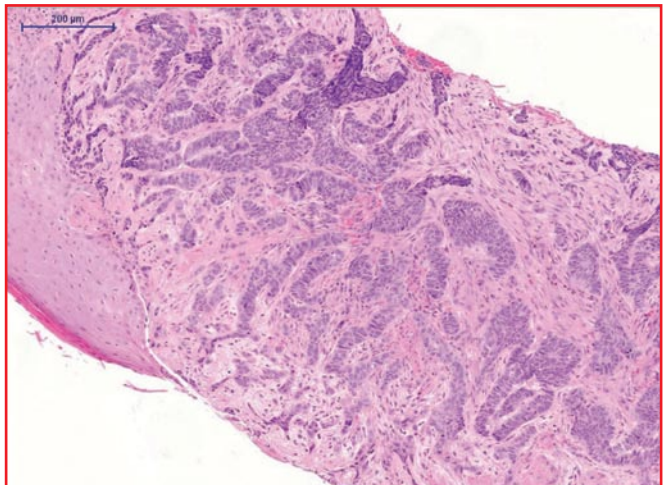
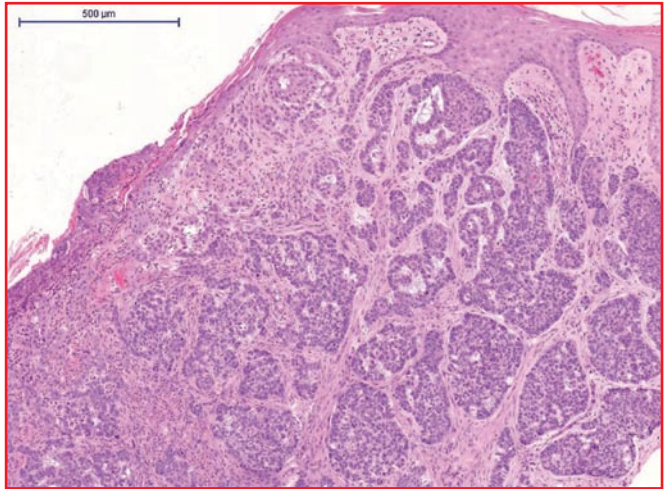
**3. ábra**

Tumor exstirpációt követően fél évvel a transzplantált terület, gyógyult fekély



4. ábra

Bal lábszáron exulcerált,
kiemelkedő szélű tumorok



5., 6. ábra →

Próbaexcízió szövettana (HE festés):
jellegetes ulceratív basocellularis
carcinoma

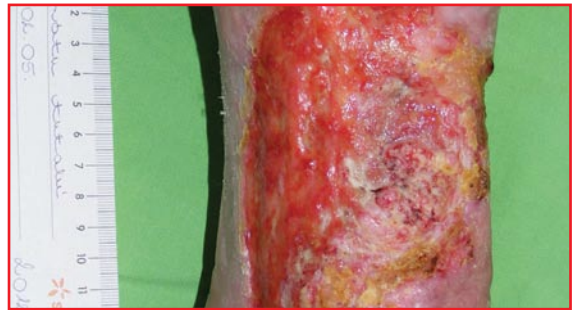
5. (proximalis fekély):
nodulocysticus, 6. (distalis fekély)
infiltratív típusú basalioma

ri kifekélyesedett basaliomákat, valamint egyben kimetszettük a jobb orrszárnyon lévő és a hozzá szinte hegesen tapadó, az orrcsúcon elhelyezkedő exulcerált tumorokat. Az orron a defektust combról vett teljes vastagságú bőrtranszplantátummal fedtük, a lábszáron a defektusok szabadon hagyva secunder módon gyógyultak. A beteget bőrgyógyászati onkológiai gondozásba vettük.

3. beteg.

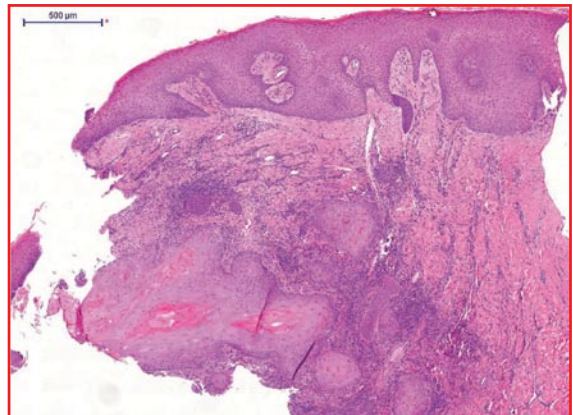
A 71 éves nőbeteget krónikus vénás elégtelenséghez (CVI) társuló recidív lábszárfekélyben kialakult exophyticus, tömött szövetszaporulat miatt irányították klinikánkra. Anamnézisében tonsillectomia, myocarditis, a bal alsó végtagon mélyvénás trombózis, tüdőembolia, 3 alkalommal végzett varicectomia szerepel. A bal belboka felett az 1980-as évektől fennálló, krónikus, terápiarezisztens ulcer bőrtranszplantációja történt 2 alkalommal az 1990-es években, a második bőrátültetést (1998) követően fekélye gyógyult. 2009-ben ulcusa kiújult

a bal belboka felett, amely konzervatív kezelésre (octenidin, impregnált lapok, habkötszerek, polimer kötszer, ezüst-szulfadiazin, fibrinolizin/dezoxiribonukleáz, lokális és szisztémás antibiotikum terápia) gyógyhajlamot nem mutatott. Kb. 2,5 évvel az ulcus recidívája után jelent meg a fekélyben egy hyperkeratotikus, verrucosus terület. A bal lábszár közép-ső - alsó harmadában a medialis felszínre lokalizálódó, a lábszár ventralis felszínére terjedő kb. 18 x 15 cm-es torpid, odorosus ulcus tibia feletti részén egy kb. 6 x 4 cm-es karfiolszerű, exophyticus szövetszaporulatot észleltünk (7., 8. ábra). A klinikai kép felvetette a vénás eredetű krónikus fekélyben malignus transzformáció valószínűségét, emiatt a hyperkeratotikus szövetszaporulatból szövettani vizsgálat céljából próbaexcíziót végeztünk. A hiszto-



← 7., 8. ábra ↑

Kiterjedt fekély tibialis részén exophyticus szövetszaporulat, CVI jelei, varicectomia hegei



9. ábra →

A fekélyalapnak megfelelően jól differenciált laphámcarcinoma látható

lógia laphámrákot (carcinoma planocellulare partim keratosum invasivum cutis, Grade 2.) igazolt (9. ábra).

Spinalis anesztéziában a tumort a fekélyvel együtt extirpáltuk, a defektust szabadon hagytuk, a széli részeken körkörösén lévő többszörös 5-10 mm-es tág varicosus vénákat ligáltuk. A szövettani vizsgálat a tumor komplett excízióját véleményezte. A beteget onko-

lógiai gondozásba vettük. 4 hónappal a műtét után a defektus középső részében megjelent túlszart területből tumorrecidíva gyanúja miatt újabb próbaexcízió történt. A hisztológiai vizsgálat carcinoma planocellularis igazolt. Staging vizsgálat (hasi, kismedencei, mellkas CT-vizsgálat) tumorpropagációt nem igazolt, rtg vizsgálat csontérintettséget nem mutatott ki. Onkoteam véleménye alapján radikális tumorextirpáció sebészeti szempontból nem volt kivitelezhető. Az inoperabilis laphámrák miatt 6 alkalommal az arteria iliaca externába szuperszelektív citosztatikus kezelésben (mitomycin, epirubicin, cisplatin), valamint a tumoros területre 50 Gy sugárterápiában részesült a beteg. Nyirokcsomó és belszervi metasztázis továbbra sem jelentkezett, azonban a tumor kifejezett progressziója és az állandó fájdalom miatt femorális amputációra került sor klinikánkon.

Összefoglalás:

A modern sebkezelésben elsődleges cél a lábszárfekély hátterében álló, a sebgyógyulási zavart előidéző betegség megállapítása, kezelése, vagyis az oki terápia. A lábszárfekély prevalenciája Magyarországon a felnőtt lakosságra vonatkoztatva 1%, 65 év felett már 5% körüli. Legtöbbször vénás elégtelenség talaján alakul ki ulcus, ez mintegy 65%-ban szerepel a betegség hátterében, míg artériás eredet kb. 15%-ban, diabetes mellitus 20 %-ban, egyéb ritka kórokok néhány százalékban tehetősek felelőssé kialakulásáért. Az összes esetnek hozzávetőleg 25%-a kombinált eredetű (1. táblázat) (1, 2, 3, 4).

1. táblázat **Lábszárfekély okai**

- ♦ érbetegségek: vénás elégtelenség, érszűkület- artériás eredet
- ♦ metabolikus fekélyek, diabetes mellitus
- ♦ krónikus nyiroködéma
- ♦ neuropátiás fekély
- ♦ vasculitis
- ♦ pyoderma gangraenosum
- ♦ haemostasis zavarai, coagulopathia
- ♦ haematológiai kórképek
- ♦ fizikai és kémiai okok
(nyomási fekély, égés, fagyás, röntgenfekély, arteficiális sebek, savak, lúgok, stranguláció)
- ♦ malignus ulcus: ulcerálódott malignus bőrtumorok,
lábszárfekélyben kialakult tumorok, cutan metasztázisok
- ♦ infekciók (mycotikus, bakteriális eredet)
- ♦ necrobiosis lipoidica
- ♦ calciphylaxis, rheumatoid arthritishez társuló fekély, scleroderma, erythema ab igne, cutis laxa
- ♦ iv. drog használat (heroin injicálás) miatt keletkezett ulcus
- ♦ gyógyszer mellékhatás (hydroxyurea)

Malignus ulcus két módon alakulhat ki: 1. meglévő tumor kifekélyesedése; 2. évek óta fennálló krónikus sebalap rosszindulatú elfajulása révén.

Bizonytalan ideje fennálló, ismeretlen eredetű lábszárfekély hátterében állhat rosszindulatú daganat. Kifekélyesedő bőrtumorok ritkán fordulnak elő az alsó végtagokon. A primer

daganatok is kifekélyesedhetnek, de cutan metasztázis is okozhat nem gyógyuló sebet. A klinikai képre vérezékeny, lepedékes sebalap, ulcerálódott livid-vörös csomó jellemző (1, 3).

A basalioma és a spinalioma a lábszáron vénás fekélyt utánozhat, továbbá a ritkább előfordulású rosszabb indulatú melanoma malignum, valamint a primer cutan diffúz nagy B-sejtes lymphoma- leg type (PCDBL-LT), lágyrésztumor, angiosarcoma, Kaposi sarcoma is differenciáldiagnosztikai problémát jelenthet (1, 5, 10, 11).

A krónikusan fennálló, gyógyhajlamot nem mutató ulcusok rosszindulatú elfajulása szintén ritka, irodalmi adatok alapján lábszárfekély és tumor társulása mintegy 2-4 ezrelék (tumoros lábszárfekélyes beteg/év) (6). A pontos mechanizmus nem ismert: a krónikus sebekben összehasonlítva az akut sebekkel emelkedett a protoonkogének expressziója, ami fokozza a sejtproliferációt és növeli a malignus átalakulásra való hajlamot (12). A vénás lábszárfekélyek malignus transzformációja laphámrákba jól ismert tény, de gyakran nem kerül felismerésre. Krónikus lábszárfekélyben, vagy hegekben keletkező laphámrákot Marjolin ulcusnak nevezik. 10 913 lábszárfekélyes beteg adatait feldolgozó svéd epidemiológiai tanulmány alapján vénás eredetű ulcusban az SCC kialakulásának a relatív rizikója 5,8x nagyobb összehasonlítva az alsó végtagi SCC „normál” (lábszárfekély nélküli) populációbeli előfordulásához képest. A fekély fennállásának átlagos időtartalma a spinalioma diagnosztizálásakor kb. 25 év, a betegek átlagéletkora kb. 75 év, női predomanciával. A malignus transzformációt mutató fekélyek 90%-a vénás hátterű, vagy kevert eredetű vénás dominanciával (8, 12).

Évekig nem gyógyuló fekélyek malignus átalakulására gondolni kell a fekély klinikai képének megváltozása (ulcusban exophyticus tömött szövetszaporulat megjelenése a sebalapon vagy a sebszélien), egyéb okkal nem magyarázható fokozódó fájdalom, vagy vérzés, továbbá regionális nyirokcsomó tömött tapintatú megnagyobbodása esetén, ill. ha a fekély hátterében nem találunk vérkeringési eltérést (2. táblázat) (1).

2. táblázat

Lábszárfekély malignus transzformálódására utaló jelek

fekélyalap és fekélyszél megváltozása <ul style="list-style-type: none"> ♦ hyperkeratosis ♦ sáncszerű "rágott" fekélyszél ♦ abnormális fekélyalapi granuláció ♦ sebszélien túlsarjadt granulációs szövet terápiarezisztencia vérzés szokatlan fájdalom szomszédos lágyrészek és csont állapota lymphadenomegalia

Vénás eredetű fekélyben általában több mint 3 éves fennállás után alakul ki neoplasma: laphámcarcinoma, ritkán basalsejtes carcinoma (7). Vénás ulcusok malignus transzformációja rendszerint jól differenciált laphámrákot eredményez, amelyet szövettanilag nehezen lehet megkülönböztetni a benignus pseudo-epitheliomatous hyperplasiától. Combemale és mtsai 85 malignusan transzformált vascularis hátterű lábszárfekélyes eset retrospektív elem-

zése során az ulcusokban mintegy 98 %-ban SCC kialakulását észlelték, amelynek 82 %-a szövettanilag jól differenciált típusú volt (6).

A krónikus vénás fekélyből eredő SCC rosszabb prognózisú, mint a de novo alsó végtagi SCC-k, mivel az esetek 30-34 %-ban már metasztatikus stádiumban kerülnek felismerésre. Baldurson és mtsai 1 éves átlagos túlélési időt írtak le. Francia tanulmányban a halálozási arány eléri a 70 %-ot nyirokcsomóérintettség és a 83 %-ot viscerális metasztázis esetén (9). Az MRI vizsgálat jó tájékoztatást nyújt a csont és a környező lágyrész szöveti infiltrációról.

3. táblázat

Hisztológiai vizsgálat indikációi

fekély:

- etiológiája ismeretlen;
- és/vagy rövid anamnézisé;
- és/vagy atípusos lokalizációjú;

ismert anamnézisé, ill. típusos lokalizációjú

fekély klinikai képe megváltozik

Atípusos sebek, atípusos kórtörténet esetén a fekélyből, fekélyszélből (differenciál) diagnosztikai célból szövettani vizsgálat – próbaexcízió elvégzése indokolt (3. táblázat) (3, 7, 9). Ennek szükségessége felmerül, ha a fekély háttérben nem találunk vérkeringési eltérést, szokatlan a megjelenése, továbbá nem reagál adekvát kezelésre (2, 6). Vagyis, ha bármely okból gyanú ébred a sebben malignus folyamat lehetőségére, akkor szövettani vizsgálatot kell végezni. A definitív diagnózis fellállításához több, ill. ismételt biopsziára lehet szükség a sebalapból és sebszélből.

A szövettani diagnózis meghatározza a daganat természetét (primer tumor vagy metasztázis). Kifekélyesedő malignus bőrtumorok, ill. malignusan transzformált lábszárfekélyek esetén in toto sebészeti excízió, a tumor extirpációja, a daganat szövettani típusától, stágíngtól függően radioterápia, szisztémás kezelés (kemoterápia, retinoidok, immunterápia), nyirokcsomó blokkdisszekció jön szóba. A jól differenciált (grade I) és lokalizált SCC esetén csontérintettség hiányában a végtag amputációja elkerülhető (9). Inoperábilis ulcerálódott tumorok esetén a sebfelszínről folyamatos necrectomia végzése, dezinficiens ecsetelők, antimikrobás- ezüsttartalmú kötszerek, odort csökkentő, ill nedvszívó sebfedők alkalmazása, sebkörnyék védelme, szsz. kapilláris vérzés csillapítása ajánlott. A betegek onkológiai gondozása szükséges (3).

Eseteink felhívják a figyelmet a nem gyógyuló lábszárfekélyek háttérben alkalmanként megbúvó malignomákra, krónikus ulcusokban megjelenő szövetszaporulat esetén malignus transzformáció lehetőségére, továbbá a kórszövettani vizsgálat jelentőségére.

Irodalom

1. Kárpáti S., Kemény L., Remenyik É.: Bőrgyógyászat és venerológia. (2013) ISBN: 978-963-226-392-2
2. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine. 7 th ed. (2007) ISBN: 978-0-07-146690-5.

3. Daróczy J.: Nem gyógyuló sebek ellátása. A diagnózis és a kezelés irányelvei. Klinikai Irányelvek Kézikönyve 2011. 43-62.
4. Hunyadi J. és mtsai: Krónikus vénás elégtelenség és ulcus cruris. *Érbetegségek*, 11, 123-133, 2004
5. Várkonyi V.: Exulzerierendes Basaliom unter dem klinischen Bild eines Ulcus cruris. *Der Hautarzt*, 39,56, 1988
6. Combemale és mtsai.: Malignant transformation of leg ulcers: a retrospective study of 85 cases. *JEADV* 21 (7), 935-41, 2007
7. Granel F. és mtsai: Basal and squamous cell carcinoma associated with chronic venous leg ulcer. *Int. J. Dermatol.* 40 (8), 539-40, 2001
8. Baldursson BT., Sigurgeirsson B., Lindelöf B.: Venous leg ulcers and squamous cell carcinoma: a largescale epidemiological study. *Br J Dermatol.* 133, 571-574, 1995
9. Baldursson BT., Hedblad MA, Beitner H, Lindelöf B.: Squamous cell carcinoma complicating chronic venous leg ulceration: a study of the histopathology, course and survival in 25 patients. *Br. J. Dermatol.* 140 (6), 1148-52, 1999
10. Zubonyai C., Battyáni Z., Kollár ., Egyed M.: Primer cutan diffúz nagy B-sejtes lymphoma, leg type. *Bőrgy. Vener Szemle* 89 (4), 109-113, 2013
11. Brogan B.L., Zic J.A., Kinney M.C et al: Large B-cell lymphoma of the leg: clinical and pathologic characteristics in a North American series. *J. Am Acad Dermatol.* 49 (2), 223-228, 2003.
12. Malignant transformation of venous leg ulcers: a review. www.veinews.com 2011.10.11.

Végtagmentés vö. daganatsebészet

Dr. Mecseky László

MEDI-DHORO KFT., DIABÉTESZ-LÁB AMBULANCIA
BALASSAGYARMAT, BUDAPEST, DEBRECEN, MISKOLC

Mottó:

*A szegénység objektív körülmény –
az esélyegyenlőtlenség, az aránytalanság nem...*

Szomorú tény, hogy Magyarországon havonta legalább 100-150 felesleges végtagampu-
táció történik diabéteszes neuropátiás betegeken, holott közel 100%-os végtagmegtartás len-
ne lehetséges, az egész egészségügyre jellemző forráshiány ellenére.

Ez a szám nemcsak nemzetközi összehasonlításban szégyenletes, hanem hazánk egész-
ségügyének általános színvonalához is méltatlan. Alábbiakban esetbemutatókkal szemlél-
tetve keresem az amputációkhoz vezető okokat, vázolom a mindennapi végtagmentés leg-
súlyosabb gátjait, a legnagyobb hibákat összehasonlítva a daganatkezeléssel, annak országos
szervezettségével, és általános elfogadottságával. Előre kell bocsátani, hogy már a diabéteszes
lábszövődmények alapmegítelésében is vannak félreértések. Túl gyakran beszélünk üszkös-
södésről, holott a végtagvesztésért felelős folyamatok aránya:

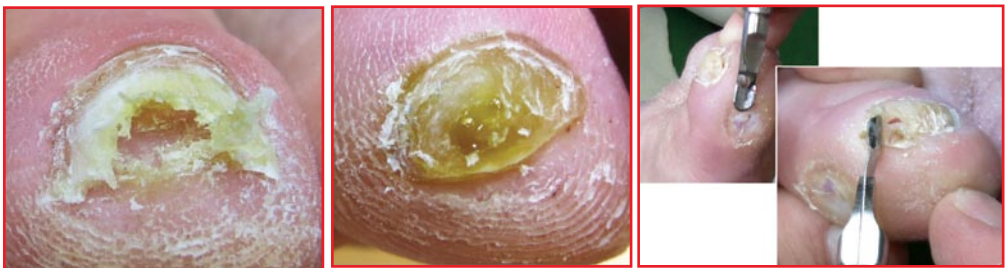
*Kritikus végtagi ischaemia 10-15%, szeptikus szövődmények 85-90% (neuropátia talaján). A
betegeknél ugyan a PAD, a perifériás éranomáliák tetten érhetők, ezek szeptikus szövődmény nél-
kül azonban soha nem veszélyeztetik a végtagot.*

Alábbiakban az esetek túlnyomó többségéről lesz szó, nem lebecsülve és nem hanyá-
golva a kritikus keringési zavar igazolására és megoldására irányuló törekvéseket (pl. inva-
zív radiológia).

A felesleges amputációk vezető okai:

1. Későn felfedezett, elbagatelizált szeptikus góccok

1. ábrák A szeptikus lábélváltozások túlnyomó többsége a körmök körül/alatt, a lábujjak csúcsán, a talp túlterhelési
pontjain kialakult keratosisok alatt, illetve mikrotraumák, nyírásos sérülések kapcsán kezdődik.





ÖN KÉRDEZ, A RICHTER VÁLASZOL!

Mit tehetnék a fekélyes sebeim gyógyulásáért?!



Hatékony megoldásunk a



A Curiosa® sebkezelő gél fő összetevője, a cink-hialuronát elősegíti a sebgyógyulásban nélkülözhetetlen komponensek működését, megakadályozza a seb elfertőződését.

Így könnyebben kezelhető:

- ✓ a lábszárfekély
- ✓ a talpi fekély
- ✓ a felfekvés
- ✓ az égési és műteti sebek
- ✓ egyéb nehezen gyógyuló sebek

Cink-hialuronát tartalmú orvostechnikai eszköz. Egészségpénztári kártyára is vásárolható.
Gyógyszerbiztonsági Osztály: +361-505-7032, drugsafety@richter.hu
Gyártó: Richter Gedeon Nyrt., 1103 Budapest, Gyömrői út 19/21.

RG278541.HU

RICHTER GEDEON – RÓLUNK GONDOSKODIK

A KOCKÁZATOKRÓL OLVASSA EL A HASZNÁLATI ÚTMUTATÓT, VAGY KÉRDEZZE MEG KEZELŐORVOSÁT!



1. ábrák (folytatás)



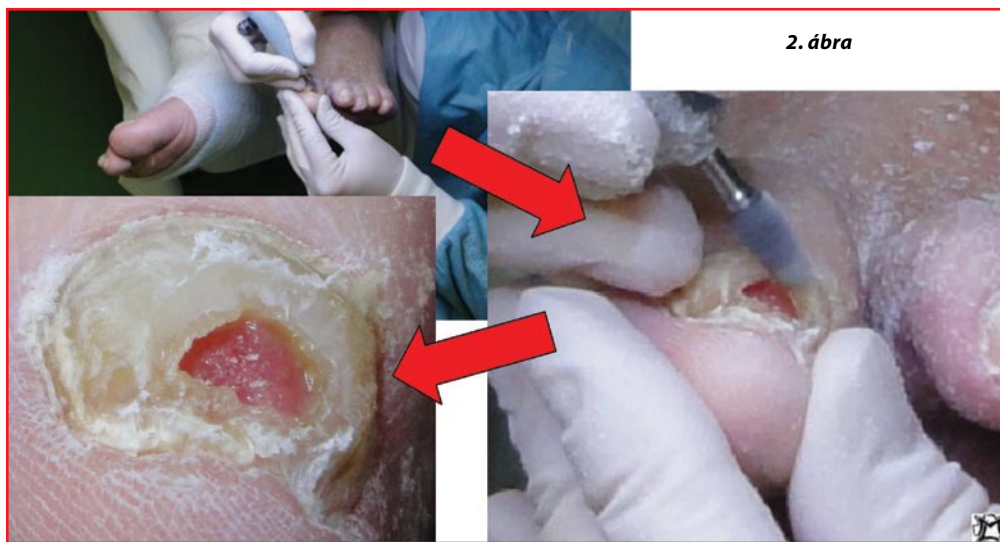
2. Elkésett tehermentesítés

Ebben a stádiumban a nem gondozott (nem edukált) beteg gyanútlanul teljes terheléssel jár a lábán, mert semmit sem érez, még nincs betegségtudata. Ha a gennyes folyamat eközben a mélyebb szöveteket is eléri, a beteg minden lépéssel közelebb kerül az amputációhoz, de a lesújtó világstatisztikák szerint a koporsóhoz is (a magas amputáltak 60%-a 5 év múlva halott).

Az már kevésbé érthető, hogy ebben a gyorsan progrediáló folyamatban a családorvos, de még a szakorvos is „bűnrészes”, mert nem gondol a tehermentesítésre, nem ír fel a betegnek mankót, járókeretet, (a családorvos mentségére szóljon, hogy érthetetlen módon járókeretet sem írhat fel) hanem saját lábán küldi a bőrgyógyászatra, vagy sebészetre, (mert speciális szakrendelés - Diabétesz-Láb Ambulancia hivatalosan nem létezik a járóbetegellátás rendszerében)

„Ha a terápia csak az általános szeptikus tünetek kialakulásakor kezdődik, hasonlóképpen az általános tumortünetekhez, az optimális terápia elkésett “

Hiányzik a speciális lábszűrés, mely a fenti rendellenességeket időben felfedezhetné, későn történik meg és nehezebb a tehermentesítő cipő és ortézis ellátás is, mellyel a talpi túlnyomások kiegyenlíthetőek, a szeptikus folyamat nagy része megelőzhető.



Hiányzik a rendszerből az orvosi lábápolás is. (2. ábra) Több helyszínen működik ugyan, de támogatottsága, finanszírozása nincs, emiatt a szakemberképzés is bizonytalan. A distalis „góctalanítással” a végtagot veszélyeztető folyamatok méregfogát ki lehetne húzni. Ha a szeptikus folyamatot csak a boka fölött vesszük észre – sokszor késő.

„A rákszűrés nagyrészt finanszírozott, a lábszűrés nem, pedig a lábmentéssel még több élhető évet nyerhetne a beteg “

3. Bátortalan sebészi feltárások.

A diabétesz-láb szeptikus szövődményeinél a sebészek a feltárásokban bátortalanok, az amputáció indikációjában pedig meggondolatlanok! A kialakult mélyszöveti phlegmone (compartment szindróma), kezdődő felszálló infekció esetén a sebészi aktivitás aránytalanul lanya a széles feltárás vonatkozásában, de gondolkodás nélkül történnek csonkolások, mindez büntetlenül. Míg a világ az MR-t ajánlja egy láb osteomyelitis diagnosztikájára is, a hazai sebészek rendszerint az egyébként gyenge diagnosztikus értékű rgt. felvételt se tekintik meg egy mikroamputáció előtt. A “levágott ujjakból nem lehet baj” gondolják – rosszul - mert a probléma a lábujj amputációjakor már többnyire sokkal proximálisabban és alattomosabban van jelen.

„Ha sebészeink a daganatsebészetben is ilyen bátortalanok volnának, vagy pl. a total gastrectomiát a legfiatalabb kollégákra bízják, az eredmények basonlóan siralmasak lennének”

„A mély talpi phlegmone (rekesz/compartment-szindróma) széles feltárásának elmaradása olyan durva sebészi hiba, mintha a daganatsebészetben nem törődne a szervén kívüli terjedéssel, a nyirokcsomókkal, metasztázisokkal”



3. ábra

A gangraenás lábujj, a "jéghegy csúcsa", ez ambulanter eltávolításra került, a "jéghegy" érintetlenül hagyásával. A beteg szerencséje, hogy a mély szöveti phlegmone (compartment/rekesz-szindróma), nem a beteg életére, hanem a felszínre tört a talpi vaszkos rétegeken át. A felesleges amputációk legalább 40%-a az elnézett compartment-szindrómára vezethető vissza.



4. ábra

A sebésznek jó kezdet, hosszanti incisio után elfogyott a bátorsága – olyan, mintha indokolatlanul palliatív resectiora tért volna át! Mivel a szepszikus szövödmény progrediált, magas amputációs indikációt állított fel.

A felvételeken jól látható a szepszikus folyamat valódi oka is, az onychomycosis/onychogryphosis, melyet atraumatikusan se a bőrgyógyászat, se a sebészet jelen fegyvertárával nem lehet megoldani! Erre csak a modern podológia módszerei és lábápolási eszközei alkalmasak. A beteg szerencséjére az amputációba nem egyezett bele.

5. ábra

A lebenyeket hagyó széles szagittális feltárásokkal, a compartment-szindróma terápiájának azonnali alkalmazásával elejét lehet venni a további progressiónak, a fasciitis necrotisans kialakulásának, a felesleges amputációknak.

**4. A septicus patológia felületessége**

Az amputált végtag patológiai vizsgálata inkább csak az erekre szorítkozik. Atherosclerosis valamilyen megjelenése nem perdöntő, mindannyiunknál igazolható lenne. A felesleges amputációra, a sebészi beavatkozás hibáira ritkán derül fény.

„Ha a daganatsebészetben rutinszerűen alkalmazott precíz patológia az amputált végtagokat is hasonló gondos vizsgálódás tárgyává tenné, a feltáratlan septicus rekeszek vonatkozásában, durva hiányosságokra derülhetne fény”

5. A sebkezelés korszerűtlensége

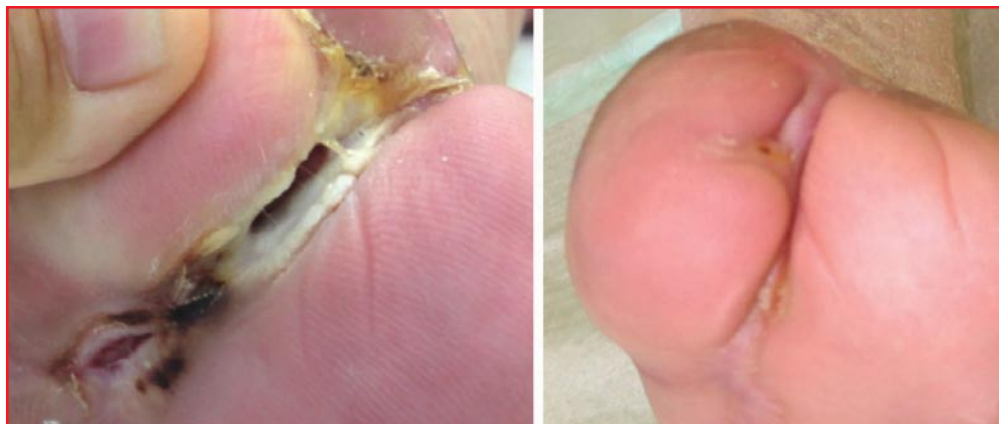
A septicus sebeket nyitva kell kezelni, a korszerű sebkezelési elvek szerint.

Sajnos citotoxicus fertőtlenítő szerekkel és mull-alapú kötszerekkel ma is tele vannak a kórházi kötözőkocsik, a korszerű kötszerekről pedig keveset tud az egyébként briliáns technikájú chirurgus. Ezért kell minél előbb krónikus sebkezelő centrumokat létrehozni, mert nem várható el a sem a sebésztől, sem az érsebésztől, hogy a sebkezelés high tech technikájában is ugyanúgy otthon legyen, mint a saját szakterületén. A polihisztorok kora lejárt!

6. ábra

A hosszanti bator (brutális) feltárások gyógyulásától nem kell félni, a késői eredmény az alábbi feltételek mellett jó





7. ábra

Cink-hyaluronattal a cukorbetegeken gyakran előforduló elhúzódó sebgyógyulás, - amikor a műtéti heg bereped-kiküszöbölhető, jól gyógyítható.

A hegek megfelelő hegkezeléssel (cink-hyaluronat) igen hamar terhelhetőek, „megérésük” gyorsabb, a járóképesség visszaáll, amennyiben a tehermentesítés korszerű eszközeihez is hozzáfér a beteg. (C-5 cipő, J-10 ortézis)

A hyaluronat-szint a bőrben, mely a cukorbetegéknél csaknem 0, nem csak a hegek szempontjából jelentős, pótlásával a bőr ellenállóképessége is fokozható, a fekély recidívák száma jelentősen csökken. Mindezekhez persze az is kell, hogy a beteget kellő felvilágosítással a jó útra tudjuk terelni, rá tudjuk venni az együttműködésre, mert a fájdalom típusos hiánya folyamatosan ellenünk dolgozik.

„Ez a legnagyobb hasonlóság a rákkal, mert kezdetben ott is a fájdalom biánya felelős az elkésett terápiáért, a beteg együttműködésének bizonytalanságaiért”.

A rövid lábcsonkok képzése diabéteszben nem ajánlott (László Gergely), ezt a ma Magyarországon hozzáférhető technikákkal nehéz jól ellátni segédeszközzel. A komplex kezelés elmaradásakor a fekélyek a talpon ismét jelentkeznek, tapasztalatom szerint gyakrabban, mint megtartott lábujjak mellett.

„A láb súlyos, progreáláló széptikus folyamata esetén szintén fellelhető hasonlóság, de különbözőség is a daganatsebészetben: ugyanúgy a gyökeres megoldás kell, hogy a sebész szeme előtt lebegjen, mint a daganatsebészetben, de legyen a rehabilitálhatóság is fontos szempont. A daganatsebészetben a radikális még talán ma is felülírja a rekonstrukciós szempontokat”.

6. Rossz finanszírozási, illetve ellenőrzési gyakorlat: az adekvát terápia korlátozása

Ha a fenti csapdák ellenére a beteg megtalálta orvosát, az orvosa pedig a legmegfelelőbb terápiát, akkor még számos átgondolatlan, a beteg életét is veszélyeztető, alkotmányossági aggályokat is felvető jogszabályokkal kell megküzdeni. *Esküünkkel ellenkezik a jogszabály, mely két hónap után akkor is kötszerváltásra kényszerít, amikor a beteg szépen gyógyul.*

A jogszabály nem tesz különbséget se a betegség kockázata, se az orvos szaktudása, tapasztalata szerint, és azt sugallja, hogy mindegy, milyen eredménnyel gyógyítunk, csak jogszabály követőek legyünk. (Lehet, hogy az egyetemeken hamarabb fognak jogot oktat-

8. ábra

Ilyen körülmények között a diabetes lábszövődmények gyógyítása felér egy gátfutással.



ni, mint diabéteszes végtagmentést, ezzel túlszabályozott világunkban biztos jobban lehet boldogulni, a gyógyítás viszont sekélyesebb lesz.) Négy hónap után pedig teljesen korszerűtlen papíralapú dokumentációban ellenjegyzést kell kérni az illetékes MEP-től. A szakorvos méltánytalan helyzetbe kerül, amikor egy szakmailag inkompetens orvos döntései szerint, de saját felelősségére kell folytatnia a gyógyítást.

„Elég elképzelhetetlen lenne, hogy egy daganatos beteg kemoterápiáját, vagy a sugárterápiáját egy szakmailag inkompetens szakorvos felelőség nélküli döntése nyomán felfüggesztenék, a gyógyulás legkritikusabb szakaszában veszélyeztetve a túlélést”

Ha ilyen megtörténne, hatalmas nyilvánosságot kapna, a felesleges végtag amputációk okai mindezekig nem, pedig előfordultak amputációval, de halálessel végződő esetek is.

7. Felelőség-vállalás egyenlőtlensége

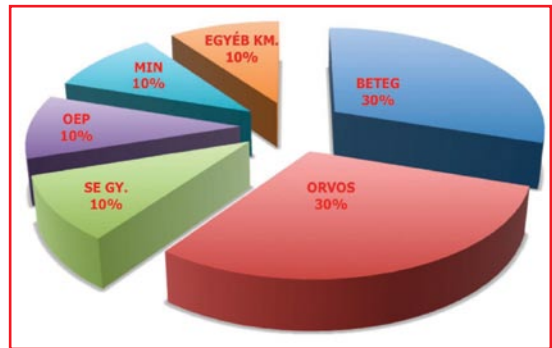
„Tarthatatlan aránytalanság, hogy az egészségügy minden hibájáért mindig az orvosnak kell tartania a vállát, akár a finanszírozó elégedetlen, akár a beteg, akár a társadalom”.

Egy - a MEP számítógépében kiszűrt - négy hónapon túli kötszerellátás büntetéssel végződött konkrét esete:

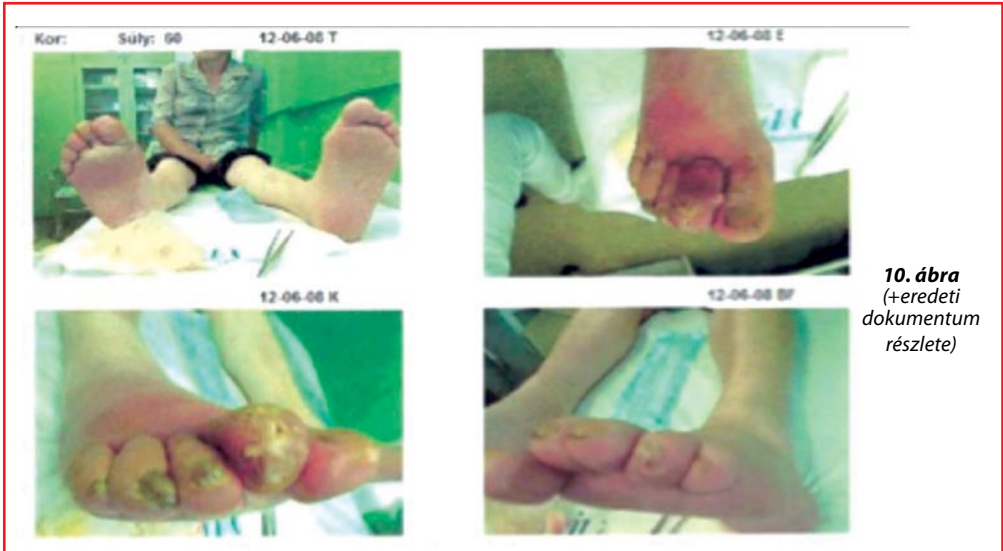
A 63 éves nőbeteg végtagamputáció elől menekült rendelésünkre az alábbi státusszal. (lásd I. és II. ábra)

Az ellenjegyzési gyakorlat területen-

kénti különbözősége is rontja az esélyegyenlőséget. Előfordult, hogy az ellenjegyzés **felülbírálat**, mind a kötszer mennyisége, mind a méretek, mind az ÁR (!) vonatkozásában. És hiába esküt tett orvos az illetékes bürokrata, a betegség súlyossága, a fotóval is szemléltetett kockázat deklaráltan nem szempont. Helytelen gyakorlat, hogy digitális képekkel nem lehet kiváltani egy jól megfogalmazott, pontos méreteket tartalmazó – de lehet, hogy hazug - dokumentumot. Az ellenőrző hatóság nyilván nem ismeri a világ gyakorlatát, miszerint egy randomizált, kettős vak tanulmány a sebkezelés területén elképzelhetetlen naplózott digitális fotók készítése nélkül.

**9. ábra**

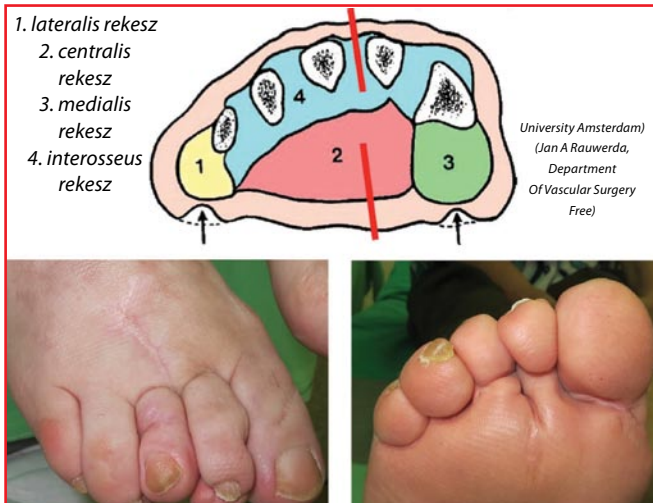
a felelőség megoszlásának valahol a fenti arányokról kellene szólnia.



10. ábra
(+eredeti dokumentum részlete)

Terápia: Széles harántirányú metszésből elvégzett feltárás a kérdéses ujon, csont sequesterek eltávolításával. Hyperkeratosis kimetszés. Sebtoilette-debridement. Atraum Ag tampon.

2012.06.12. 10:32 Feltárását követően nem a javaslatunk szerint kötötték illetékes sebészeten. Betadinnal átitatott Mull lap került a sebre, mely így együtt megkeményedett, akadályozta a váladék szabad ürülését. Ennek nyomán sajnos Compartment syndroma tünetei is jelentkeztek. Rtg:a kérdéses sugárban osteomyelitis sem kizárt. A rekesz syndroma ill. a második interdig. redő vonalában jelentkező sipoly miatt sagittalis széles feltárást végzünk. Mind az interosseus, mind a centralis compartment feltárára kerül.



11. ábra

MEP kifogások:

nem történt négy hónap után ellenjegyzés nincs leírva a sebméret és nincs sebleírás

Ellenérvünk:

digitális fotók készültek időközben több beavatkozás történt, új sebet kezeltünk

Pedig a múltban arra is volt példa hogy az OEP fotókat követelt, és azt néhány német ponttal finanszírozta is. A visszaélések megelőzésének legjobb módszere lehetne! Hatalmas hiba az is, hogy az amputációnak és a protéziseknek magasabb az anyagi támogatottsága a megelőző ortéziseknél, illetve a végtagmentő tevékenységénél.

2012.10.19. 17:09 jobb III-as ujj felfujodott, lateriálisan tulsarjadó fekély, tulsarjadó bőrlaezio észlelhető. A csont érintettség egyértelmű, sequestrotomia. Kötszer vénnel ellátjuk, használatára kioktatjuk. 10.26-án 10 óra kontroll. Rtg?

2012.11.20. 17:21IV-es ujj lat. felszínén kis tulsarjadás észlelhető, mély infekcióra utaló jelek nincsenek, keratotomia, lápisz, ecsetelés, ill. kötszer vénnel ellátjuk, használatára kioktatjuk.

12. ábra

A gyógyulás is sokkal lassabban következik be, gyakori a fél éven túli küzdelem az eredményért. A modern kötszerek és kiegészítők nélkül esély se lenne a diabéteszes lábszövődmények gyógyítására, ezek teszik elviselhetővé, élhetővé a talpi fekélyes betegek életét.

**8. A cukorbeteg talpi seb eltérő kockázata**

A diabéteszes beteg boka alatti sebei, fekélyei sok szempontból eltérnek a test más felszínén kialakult sebektől, fekélyektől – itt a kezelési hiba végtag – illetve életvesztéshez vezethet! A kötőscserék frekvenciája is más, általában naponta szükséges a csere, különösen a dolgozó betegeknél (a jogszabály ebben sem tesz különbséget, amikor egy járulékot fizető beteg munkaképességének megtartása történik). Sok kötszer csak jelentősen nagyobb méretben fedti biztonságosan a talpi sebet, különben elcsúszik és haszontalan, súlyos, életveszélyes infekcióknak nyitva kaput.

„az intelligens kötszerek ugyanúgy nélkülözhetetlenek a septicus láb „túléléséhez”, mint az adjuváns kezelés a rákos beteg további esélyeibe”

Összefoglalás: kérdések, tanulságok, végtagmentő megoldások...

- A végtagmentő módszerek ismertek, néhány diabétesz-láb ambulancián gyakorlat. Az eddig spontán szerveződött centrumok végre megkaphatnák a méltán kiérdemelt bizalmat és támogatottságot (ágazati kód), hogy számuk nőhessen.

- A korai tehermentesítést és a preventív orvosi lábápolás fontosságát hangsúlyozó szűrővizsgálat ajánlása az Országos Tisztiorvosi Hivatalban a Diabétesz-Láb Szövetség szakmai vezetőségének közreműködésével 2008-ban elkészült, alkalmazása azonban nem történt meg.

- Érthetetlen, hogy a lakosság 10%-át veszélyeztető betegség, mely nemcsak életet tör derékba, de tízmilliárdokat is emészt, miért nem kap nagyobb figyelmet a döntéshozók részéről (10 milliárdokat lehetne megtakarítani évente)

- Máig nem készültek költséghatékonysági vizsgálatok, a rossz kezelés következményei – ahogy a jó se – nem tűnnek fel a finanszírozó számítógépes rendszereiben.

- A finanszírozó hatalmas, orvosokat foglalkoztató és orvosokat ellenőrző apparátusa gyakran csak félresikerült jogszabályok megfeleléségét vizsgálja – a gyógyítás sikeréért érzett empátia, felelősség nélkül.

- Mindebben a legnagyobb hiba a közreműködők minden tagjára érvényes felelősség hiánya.

„Ha a daganatsebészet finanszírozási gyakorlata, azaz az időben történő anyagi ráfordítás a végtagmentésben is hasonlóképpen működne, sokkal több élhető évet lehetne megnyerni”

A cukorbetegeknek is joga van az esélyegyenlőségre!

Ajánlott irodalom:

1. Fassil W. Gemechu, MD₁ Fnu Seemant, MD₂ Catherine A. Curley, MD₁ DIABETIC FOOT INFECTIONS
• VOL 88(NO 3) AUGUST 1, 2013 / AMERICAN FAMILY PHYSICIAN (Orvostovábbképző Szemle XXI. évf. 1-2. szám (2014. január-február) 51-61. (2003. évi CXXV. törvény: Az egyenlő bánásmódról és az esélyegyenlőség előmozdításáról)
Jan A. Rauwerda: Foot debridement: anatomic knowledge is mandatory
Diabetes/Metabolism research and Reviews 2000:16 (Suppl. 1) S 23-S26
Mubarak SJ, HArgens AR. Compartments Syndromes and Volkmann's Contracture. Philadelphia, PA: WB Saunders, 1981
1. Singh N, Armstrong DG, Lipsky BA. Preventing foot ulcers in patients with diabetes. JAMA 2005;293: 217–28.
2. Robert G Frykberg (Editor). The High Risk Foot in Diabetes Mellitus, 1st Edition. Churchill Livingstone Inc., 1991. ISBN 0-443-08665-6
3. Boulton A.J.M., F.A. Gries, J.A. Jervell: Guidelines for diagnosis and outpatient management of diabetic peripheral neuropathy., Diabet Med, (June 1998), Vol.15, Nr.6, 508-514
4. László G.: A diabetes láb. Amputatio. In: Halmos T. Jermendy Gy.: Diabetes mellitus. Bp. Medicina. 1997. 437-438
5. Rozsos István: Diabetes-láb. Lábjegyzet 3.

A szénsavas ködfürdő jelentősége az érbetegek rehabilitálásában

Dr. Ballagi Farkas

LUMNICZER SÁNDOR KÓRHÁZ, KAPUVÁR

Hazánkban kevésbé elterjedt, de a természetes CO₂ gázforrásokkal rendelkező országokban nagy hagyománya van a CO₂ gázfürdőnek, melynek lényege, hogy a gázalakú CO₂-t vízfürdővel való egybekapcsolás nélkül használják fel és a fej kivételével a beteg egész teste vagy kezelendő testrésze széndioxiddal telt gáztérbe kerül. Hediger és Winterschnitz kísérletileg igazolták, hogy az epidermis a CO₂ számára a diffúzió törvényei szerint átjárható. Ebből adódóan 90 vol% feletti CO₂ koncentrációnál 60 vol% feletti relatív páratartalomnál, 10-30 ml/perc/testfelületm² CO₂ szívódik fel. A felszívódó gáznak lokális és általános kemospecifikus élettani hatásai vannak (lásd 1. és 2. táblázat).

A vizes fürdővel szemben a gázfürdő előnyei közé tartozik, hogy magas CO₂ koncentráció érhető el, a hidromechanikai terhelés nem érvényesül és bőrkímélő, hámphány esetén is igénybe vehető.

1. táblázat

A SZÉNDIOXID GÁZFÜRDŐ KEMOSPECIFIKUS ÉLETTANI HATÁSAI

1. Helyi hatások

1. A bőrerek kitágulnak, a kapilláris és plexus subpapillaris keringése fokozódik:

- a bőr vérellátása az édesvízű fürdő 50 szeresére nő,
- bőrhypaemia élesen elhatárolt, különbözik a melegvíz által kiváltott termikus bőrvörösségtől,
- bőrhőmérséklet nő.

2. oxihemoglobin disszociációja nő (Bohr effektus) :

- oxigén parciális nyomása nő (Hartman),
- szövetek oxigén utilizációja javul (Blinova, Aminev).

3. A bőr melegérző receptorainak ingerlékenysége nő (Weigmann):

Indifferens hőmérséklet:	édes víz esetében	35 °C ,
	szénsavas víz esetében	32 °C ,
	CO ₂ gáz esetében	30 °C.

4. Verejtékmirigyek szekréciója fokozódik.

2. táblázat

A SZÉNDIOXID GÁZFÜRDŐ KEMOSPECIFIKUS ÉLETTANI HATÁSAI	
II. Általános hatások	
A CO ₂ a légző és vazomotor központ élettani ingere.	
1. A szervezet vérelosztása megváltozik:	<ul style="list-style-type: none"> - arteriolák dilatálódnak, perifériás ellenállás csökken, - preformált kollaterálisok nyílnak meg, - vénás visszafolyás fokozódik, vénás töltőnyomás nő, - splanchnikus terület vérraktárai kiürülnek, - a keringő vérmennyiség 250-1300 ml-rel nő (Vogt), - a szív verő- és percértéfogata 30 %-al nő (Gollwitzer), - koronáriák kitágulnak, - pulzusszám csökken, - vérnyomás 20-25 Hgmm-rel csökken.
2. Agyi vérkeringés fokozódik.	
3. Veseartériák kitágulnak, diurézis fokozódik (Frank).	
4. Légzés mélyül, percvolumen nő:	<ul style="list-style-type: none"> - kilégzett p CO₂ nő (Horváth), - respirációs kvóciens nő (0,8-1,0), - oxigénszükséglet 8-14 %-al nő.
5. Alkál tartalék nő (Horváth).	
6. Több enzim aktivitása átmenetileg csökken pl. aldozáz, laktátdehidrogenáz, acetilkolinesteráz (Keller).	
7. Kedvező centrális idegrendszeri hatás:	<ul style="list-style-type: none"> - érző és motoros rostok chronaxia ideje megnő, - vegetatív tónus paraszimpatikus irányba tolódik.

Módszer

A kapuvári kórházban intézményesen a CO₂ gázfürdő speciális formáját, a szénsavas ködfürdőt 1967-ben Schwartz vezette be, mely balneotechnikát továbbfejlesztve jelenleg is alkalmazzuk.

A ködfürdő létrehozása egyszerű, a szénsavhó (szárazjég) azon fizikai tulajdonságán alapszik, hogy forráspontja alacsonyabb hőmérsékleten, -78,9 C°-on van, mint olvadáspontja, amely -56,6C° és így megolvadás nélkül CO₂ gáz formájában elpárolog.

Ez a folyamat a szénsavhóra engedett 70 C°-os meleg vízzel szinte expozív módon felgyorsítható, pár másodperc alatt tejfehér szénsavas köd képződik és mivel nehezebb a levegőnél, alulról felfele tölti ki a kezelőteret. A víz adagolásával szabályozható a szénsavas köd nívója, így részfürdő is elvégezhető.

A megfelelő gáztér létrehozásához, ugyanakkor a kóros inhaláció megakadályozására mintaoltalom alatt álló speciális kezelőkádat alakítottunk ki, melyben az optimális paramétereknek megfelelő szénsavas köd „in statu nascendi” állítható elő. Ebben a szénsavas közegben a betegek naponta 20 percet töltenek el. A kezeléstechnikai előírások pontos betartása mellett káros mennyiségű CO₂ gáz inhalációjára nem kerülhet sor, több évtizedes tapasztalatunk alapján ez egy alkalommal sem következett be.

A fürdőkezelés csak angiológiai jártasságú szakorvos javaslata alapján balneoterápiás szakaszszisztens felügyelete mellett végezhető.

Az irodalmi adatok és a saját több évtizedes tapasztalataink alapján a szénsavas ködfürdő javallatait a 3. táblázat tartalmazza.

A fürdőkezelésnek kímélő jellege ellenére is vannak ellenjavallatait, lásd 4. táblázatot.

Betegek

Az Angiológiai Rehabilitációs Osztályra 1975-2006 között belgyógyász angiológus vagy érsebész által beutalt 25726 páciens részesült komplex rehabilitációs kúrában.

Az érbetegek diagnózis szerinti megoszlását az 5. táblázat mutatja be.

A továbbiakban az érbetegek 91 %-át képező 23411 krónikus obliteratív verőérbetegen keresztül szeretném bemutatni tevékenységünket, eredményeinket.



1. kép

A SZÉNDIOXID GÁZFÜRDŐ JAVALLATAI

1. Az alsó végtagok idült obliteratív verőérbetegsége
 - helyreállító érműtét után,
 - sympathectomia után,
 - katéteres értágítás után,
 - műtétre nem alkalmas esetekben.
2. Angiopathia diabetica.
3. Raynaud syndroma.
4. Thoracic outlet syndroma.
5. Angioneuropathia.
6. CVI, postthromboticus syndroma.
7. I.-II. fokú fagyás.
8. PSS.
9. Perifériás keringésszavarral járó mozgásszervi betegségek.
10. Trauma utáni szövődmények:
 - renyhe callus képződés,
 - Sudeck syndroma.
11. Renyhén gyógyuló fekélyek.

3. táblázat

A SZÉNDIOXID GÁZFÜRDŐ ellenjavallatai

1. Cardialis elégtelenség:
 - kis-és nagyvérkőri pangás,
 - súlyos szívritmus zavar,
 - gyakori angina pectoris,
 - myocardialis infarctus után 6 hónapig.
2. Súlyos hypertonia:
 - 200/100 Hgmm tenzió felett,
 - súlyos renális szövődmények esetén,
 - súlyos szemfenékelváltozás esetén.
3. Cerebrovascularis insultus után 6 hónapig.
4. Thrombophlebitis, embolia után 6 hónapig.
5. Súlyos légzési elégtelenség.
6. Acidózissal járó anyagcserezavar.
7. Nagyfokú vérszegénység.
8. Tetania.
9. Súlyos Basedow kór.
10. Heveny gyulladásos betegségek.
11. Rosszindulatú daganatok.
12. Esméletvesztéssel járó betegségek.
13. Együtműködési készség hiánya.

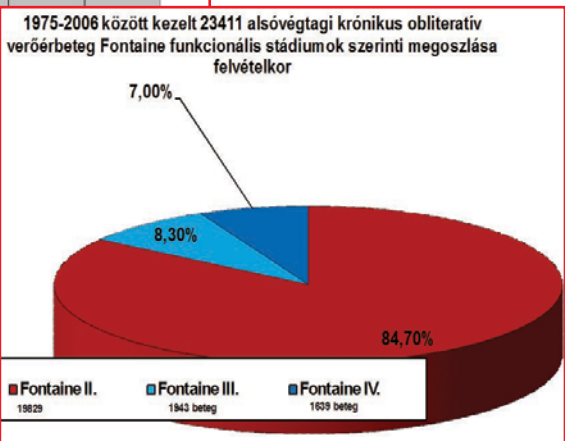
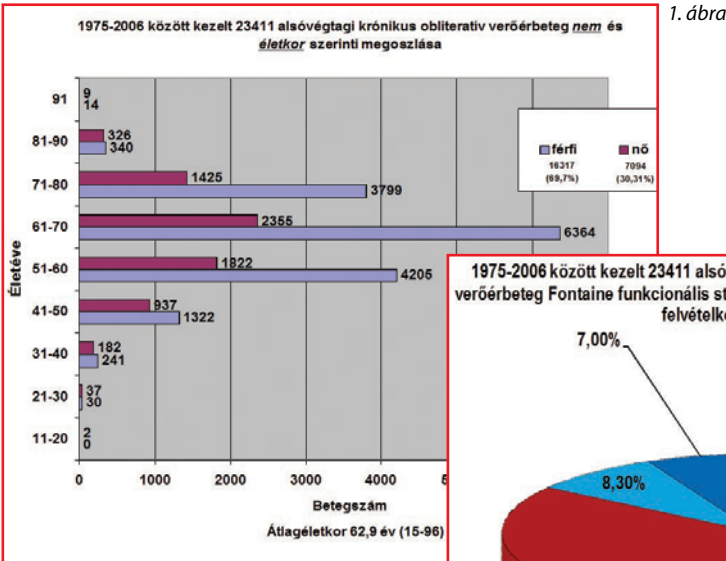
4. táblázat

5. tábl. Az osztályon 1975-2006 között ellátott érbetegek diagnózis szerinti megoszlása

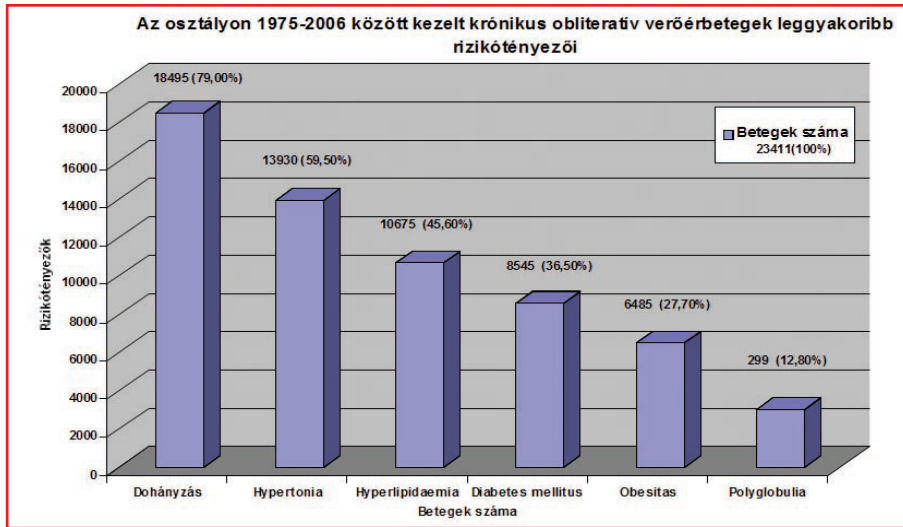
Diagnózis	Betegszám	Százalék
Krónikus obliteratív verőérbetegség	23411	91,0%
Vazostapsztikus körképek	926	3,6%
Krónikus vénás elégtelenség	1389	5,4%
Összesen:	25726	100,0%

Ezen betegek nem és életkor szerinti megoszlását az 1. ábra tartalmazza, mely alapján megállapítható hogy a páciensek közel kétharmada férfi és az átlagos életkor 62,9 év. Az indikáció pontos betartása mellett életkori korlát nincs.

A Fontaine szerinti funkcionális megoszlást a 2. ábra mutatja. A betegek 84,7%-a (19829 fő) a claudicatiós panaszokat jelentő Fontaine II. stádiumban tartozott, de figyelemre méltó a 7%-nyi, trofikus zavart jelentő Fontaine IV-es stádiumúak csoportja, azaz 1639 beteg. A verőérbetegeknél leggyakrabban előforduló rizikótényezőket a 3. ábra tartalmazza. A páciensek 79 %-nál, 18495 főnél a dohányzás, mint leggyakoribb rizikófaktor szerepel.



2. ábra



3. ábra

1975-2006 között kezelt 23411 alsóvégtagi krónikus obliteratív verőérbeteg anamnézisében szereplő

egyéb érlokalisáció:

Coronariasclerosis	7702 esetben (32,9%)
Myocardialis infarctus	3558 esetben (15,2%)
Carotis stenosis	7960 esetben (34,0%)
Cerebrovascularis inzultus	1920 esetben (8,2%)
Krónikus vénás elégtelenség	2790 esetben (11,9%)

Leggyakoribb kísérő betegségek:

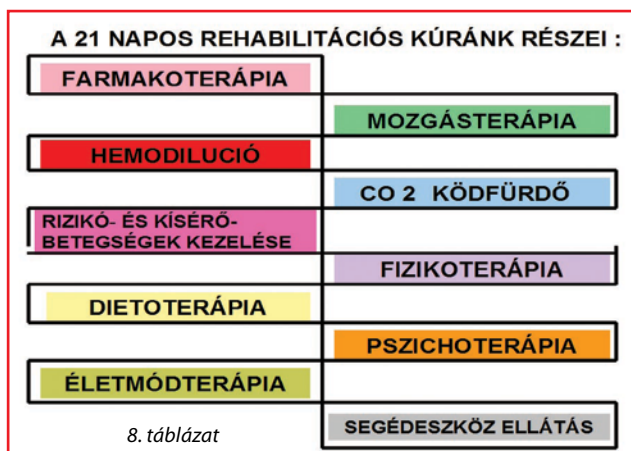
Neuropathia	4448 esetben (19,0%)
Spondylarthrosis, discopathia	4401 esetben (18,8%)
Arthrosis	2599 esetben (11,1%)
Nephropathia	467 esetben (1,9%)

←6. táblázat

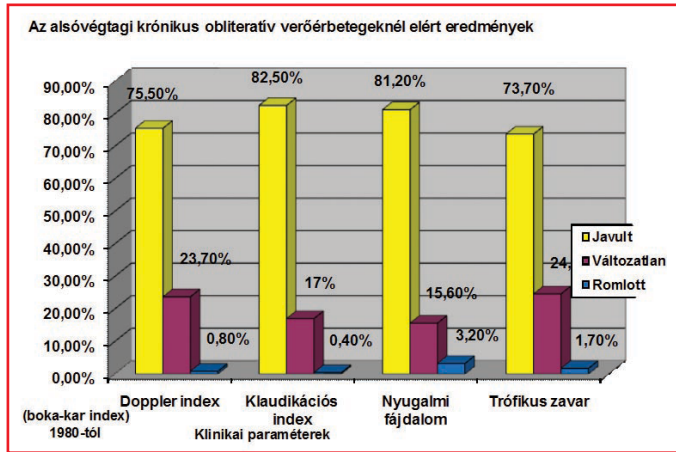
1975-2000 között kezelt 23411 alsóvégtagi krónikus obliteratív verőérbeteg anamnézisében szereplő invazív beavatkozások

Interpositio (bypass)	7702 esetben (32,9%)
THREA	4589 esetben (19,6%)
Lumbalis sympathectomia	6298 esetben (26,9%)
PTA (1984-től)	1826 esetben (7,8%)
Stent implantatio (2003-től)	75 esetben (0,3%)
Amputatio	4475 esetben (19,1%)

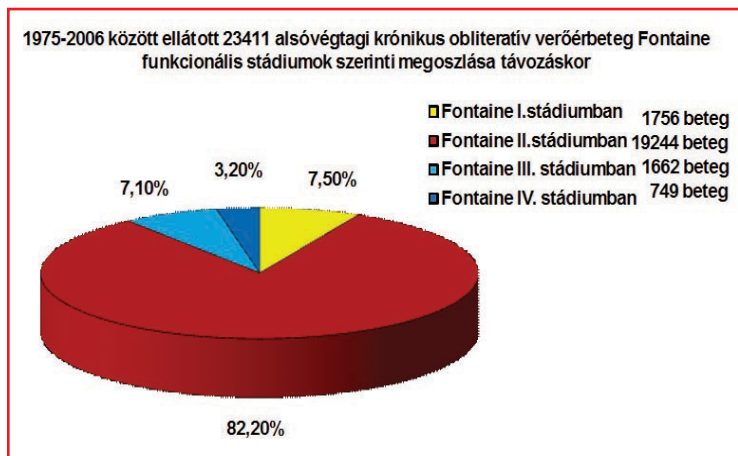
7. táblázat



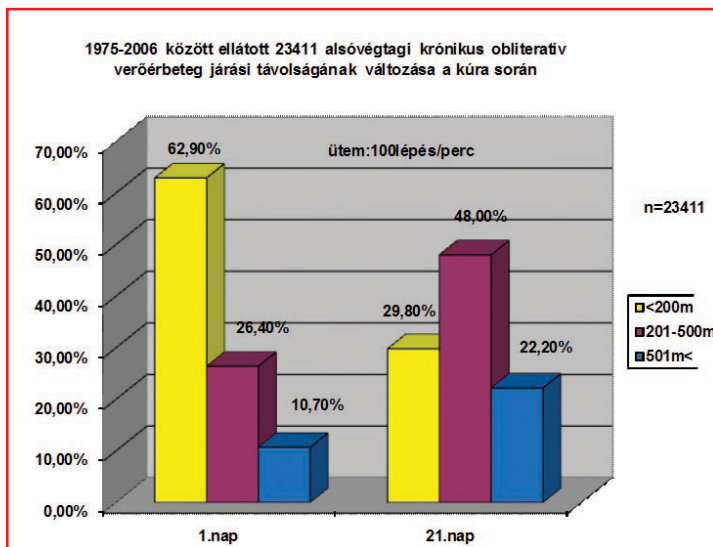
8. táblázat



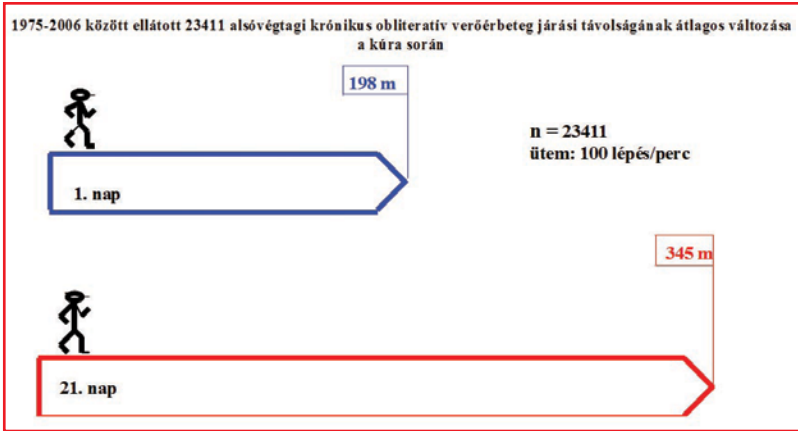
4. ábra



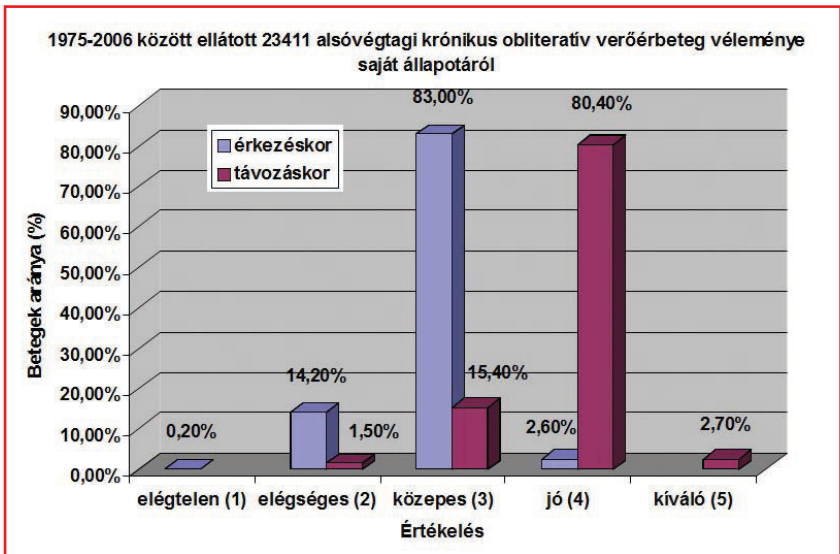
5. ábra



6. ábra



7. ábra



8. ábra

A betegek anamnézisében szereplő egyéb érlokaliszációt és a leggyakoribb kísérőbetegségeket a 6. táblázat, az elvégzett invazív beavatkozásokat, illetve az amputációt a 7. táblázat mutatja be.

Az anamnesztikus adatok azt jelzik, hogy a multimorbid, generalizált ér betegek komplex rehabilitációra szorulnak.

A 3 hetes rehabilitációs kúránk mindenre kiterjedő, holisztikus jellegű, melynek fontos része a szénsavas ködfürdő (8. táblázat).

Eredmények

A szénsavas ködfürdőt magában foglaló komplex kúránk hatását a felvételi és hazabocsátási státusz, a funkcionális és a műszeres vizsgálati eredmények összehasonlításával mértük (4. ábra). A végtagartériák perfúzióját jelző, a boka, kar szisztolés vérnyomás hánya-

dosának (boka-kar index, régebben Doppler index) értéke a betegek 76,5%-nál (17909 fő) legalább 0,2-es javulást mutatott.

A Fontaine II. stádiumú verőérbetegek 82,5 %-nál (19314 fő) a claudicatiós index több, mint egyharmadával nőtt. Nem elhanyagolható a Fontaine III. stádiumú betegek 81,2 %-nál (19010 fő) a nyugalmi fájdalom csökkenése illetve megszűnése.

A dekompenzálódott keringésű végtag kis kiterjedésű trofikus elváltozásainál 73,7 %-ban (17254 fő) lényeges javulást, szerencsés esetben gyógyulást tapasztaltunk.

Ebben a stádiumban természetesen csak utolsó lehetőségként, az idővesztés veszélyének mérlegelésével kísérelhető meg a konzervatív kezelés. Itt jegyzem meg, hogy vénás eredetű lábszárfekélyek komplex ellátásában is kedvező hatása a szénsavas ködfürdő alkalmazása.

Az 5. *ábra* mutatja be, hogy a Fontaine stádiumok szerinti megoszlás is kedvező irányba tolódott. Távozáskor teljesen panaszmentes (Fontaine I) csoport is 7,5 %-ban (1756 fő) megjelent és a Fontaine IV. stádiumú beteg arány is 3,2 %-ra (749 fő) csökkent.

A fájdalommentes járástávolság a kúra végére a pácienseknél lényegesen megnőtt (6. *ábra*). Az átlagos járástávolság 100 lépés/perc kontrollált ütemnél a felvételi 198 méterről a kúra végére 345 méterre nőtt. (7. *ábra*)

Végezetül felmértük a betegek véleményét saját állapotuk változásáról.

Érkezéskor a betegek 83 %-a (19431 fő) közepesnek, távozáskor 80,4 % (18822 fő) jónak, sőt 2,7 % (623 fő) kiválónak értékelte egészségi állapotát (8. *ábra*).

Megbeszélés

Nagy betegcsoporton szerzett több évtizedes tapasztalatainkat és az elért objektív eredményeket összegezve megállapítható, hogy a szénsavas ködfürdő könnyen kivitelezhető, egyénileg is jól dozírozható kedvező hemodinamikai hatású balneoterápiás eljárás, mely az indikációs terület pontos betartása mellett az idült végtagkeringési zavarban szenvedő betegek komplex konzervatív kezelésének, illetve keringésjavító érműtéten, invazív beavatkozáson átesett betegek rehabilitációs programjának hasznos kiegészítője. A kezelés célja a lehető legjobb funkcióképesség elérése, és nem utolsó sorban az életminőség javítása.

Irodalom

1. Ballagi, F., Horváth, I.: Széndioxidgázfürdő kezelés szénsavhó felhasználásával. Balneo., Rehab., Gyógyf., 1981. II/1; 29-31.
2. Ballagi, F.: A szénsavgázfürdőről. Balneo., Gyógyf., Gyógyindegénf., 1997. XVIII/3-4; 16-30.
3. Meskó, É. (szerk.): Vascularis medicina. Bp., Therapia K.; 2004

* * *

A cikk a Magyar Sebkezelő Társaság XVI. Kongresszusán elhangzott előadás alapján készült.

Két szakma bölcsője a Kun-utcai Kórház, és a két szakma alapító főorvosai: Érczy Miklós és Frank György

Dr. Vértés László, Dr. Mészáros Gábor, Dr. Horváth Imre

A szerzőkről:

Dr. Vértés László belgyógyász, gerontológusként osztályvezető volt a Kun-utcai kórházban, illetve kórházvezető főorvos – ebben a funkciójában Érczy Miklós kései utódja,

Dr. Mészáros Gábor 1980-ban került az égési osztályra, és ott dolgozott nyugdíjba vonulásáig – közben négy évig Frank György utódja volt osztályvezetőként,

Dr. Horváth Imre a Magyar Orvostörténeti Társaság tagja

A XIX. században, a kiegyezés idején Pest-Budán még csak egy állandó kórház működött, a Rókus Kórház, mely egyben több egyetemi tanszéknek is helyt adott. Akkoriban még gyakran törtek ki járványok (kolera, himlő, diftéria), ezek ellátására a Rókus Kórház helyei nem bizonyultak elegendőnek. Ezért ilyenkor úgynevezett fiókkórházakat vettek igénybe. Az egyik ilyen fiókkórház a Dologházi-fiókkórház volt (egész pontosan az Új-Dologházi fiókkórház, hiszen a Régi Dologház is működött alkalmanként mentesítő kórházként). A Dologházba a rendőrség a kisebb bűnök elkövetőit (tolvajokat, koldusokat, csavargókat) zárta be. A zsúfoltság miatt volt szükség az Új-Dologházra, mely akkor a város szélé közelében épült fel 1874-ben (hiszen a Kerepesi-temető már a város szélén volt). A dologházi funkció megszüntetése után 1881-ben már csak fiókkórházként működött, majd ez lett a Kun-utcai fiókkórház 1917-től.

Rózsay József intézeti főorvos jelentéséből idézünk, mely a „Budapest főváros kényszerdologházában 1874-ben ápoltaikról szóló jelentés” címet viseli. (11) (Rózsay József egyébként nagyrészt saját pénzén alapította az Elizabethanum agg-gyámoldát, vagyis az Erzsébet-Kórházat). A jelentésben pontos leírását adja a dologháznak: „Az 1874-ki sept. 1-én közhasználatnak átadott, a városi világító szeszgyár szomszédságában fekvő, 2 emeletes új épület áll egy keresztalakú építményből, melynek keresztoszalai egy-egy pavillonnak felelnek meg. Alkatrészei: Tizennégy hálóterem, négy terem a szabók számára, egy asztalos és cipész műhely, egy női munkaterem, egy terem a szákvarrók számára, egy raktár, egy kenyérkamra, egy őrszoba, egy mosókonyha, egy halottas kamra, négy szoba, férfi és nőbetegek számára 6-8 ágygyal, egy orvosi rendelő szoba, egy fürdőszoba négy káddal, egy sötét börtön, egy kath. templom, mely egyszersmind iskolául is szolgál. Ezen leírt helyiségek valamennyien igen tágasak, magasak, kellő világítással és szellőzéssel ellátvák. A keresztoszalakat összekötő központban egy körönd van, mely télen és rossz időjárás esetében sétahelyül szolgál és feléle, a szellőzés fenntartására szolgáló kupolával bír. Ezen leírt épülettől egészen külön



1. kép Az egykori Kun-utcai Kórház az 1950-es évek legelején (a falon Rákosi, Lenin és Sztálin képével) illetve az 1990-es évek végén (2. kép), pár évvel lebontása előtt

áll a hivatalnokok számára rendelt ház utcára néző homlokzattal... A egész intézet egy 9 láb magas kőfallal van kerítve szökések elkerülése végett.”

Aki járt a Kun-utcai Kórházban a XX. század végén, tanúsíthatja, nem sokat változott, csupán a körönd közepét építették be minden szinten, és a termeket szabták át valamelyest.

A járványok megszűntével a fiókkórházban két vegyes osztályt, az ún. X. és XI. orvosi osztályt hozták létre, belgyógyászati, sebészeti és bujakóros betegek részére. A XIX. század fordulóján, a XX. század első felében neves orvosok, későbbi professzorok dolgoztak itt, a teljesség igénye nélkül csak néhány név: az orr-gégész Morelli Károly, a belgyógyász Ángyán Béla, a bőrgyógyász Róna Sámuel, Nékám Lajos és a sebész Ádám Lajos. 1933-ban létrehozták az Alföldi-utcai részt, itt szülő- és nőbeteg osztály jött létre, mely 1952. augusztus végéig működött, a kórház pedig 1951 végén önállóvá vált. (9)

Ezután rövidesen két szakma bölcsőjévé vált. 1952 végén előbb plasztikai sebészeti osztályt hoztak létre Érczy Miklós, majd 1953 elején égés-sérülési osztályt Frank György vezetésével. Két olyan szakma kapott osztályt, melyek addig hazánkban nem léteztek. Plasztikai sebészettel foglalkozó orvosok voltak már korábban is a különböző manuális szakmák képviselői között (hogyan csak néhány nevet említsünk: Balassa János, Pólya Jenő, ifj. Imre József, Blaskovics László, Verebélyi Tibor) az égési sérültek ellátása viszont a bőrgyógyászati osztályokra várt. Ekkor két önálló szakma keletkezett, a két szakma végül 1979-ben közös szakvizsgaként kapott teljes elismerést. (bár egyetemi tanszéke ma sincs egyiknek sem, sem külön, sem közösen). (1., 2.kép)

A plasztikai sebészeti osztály a 60-as években tovább költözött, előbb a Bakáts-térre, majd a Szövetség utcába, végül a Korányi Kórházba, és még az ezredforduló előtt ott szűnt meg. Az égési osztály viszont 2000. januárig a Kun-utcában működött, majd akkor költözött át a Szent István Kórházba, jelenlegi helyére (1982 óta viszont már égési és plasztikai sebészeti osztályként működve).

A két szakma bölcsője helyén ma már lakópark áll, a kórházépületet lebontották. Lehet, hogy egy emléktábla méltóképpen értékelné két szakma létrejöttét. A két alapító főorvos viszont megérdemli, hogy tevékenységüket bemutassuk.



3. kép Érczy Miklós

Dr. Érczy Miklós (1891–1962)

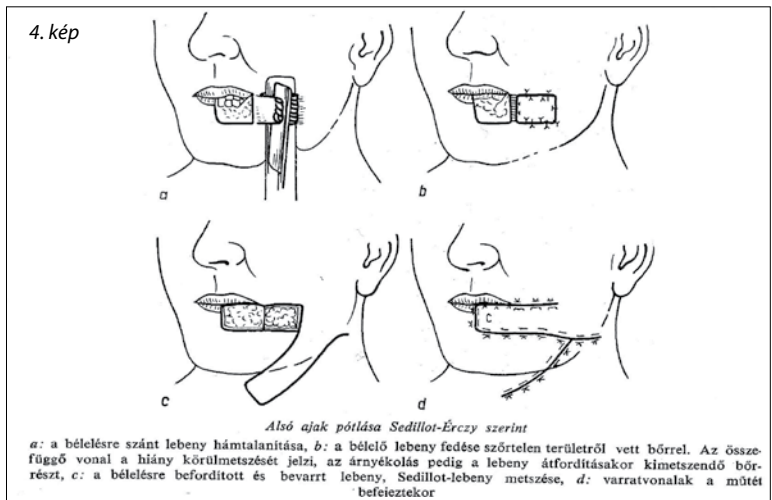
Érczy Miklós 1891. március 30-án született Hajdú vármegye központi járásában, Mikepércs községben. 1916-ban Budapesten orvosi diplomát szerzett. Az I. világháborúban harcolt. 1920-tól Csehszlovákiában a dolhai Munkásbiztosító Intézet orvosa lett. 1922-től a budapesti Szent Rókus Kórház fülgyógyászati osztályán lett gyakornok. (Korábban külön osztályokon voltak a fül-, külön az orr-gégebetegek) 1922-től 1934-ig a fővárosi egyetemi I. számú bujakóros osztályon, egyidejűleg 1927–29-ben a Budai Ambulancia Egyesület főorvosaként dolgozott. 1938–1944-ben a budapesti Uzsoki-utcai Kórház orr-gége osztályán, 1945-ben a Szent István körüti Rendelőintézetben, 1945–1947-ben a Szent Rókus Kórház Sebészeti osztályán, 1946–1949-ben a Csengegy-utcai Rendelőintézetben főorvos. (Vértés László ezen utóbbi intézményben dolgozva történeti adatokat gyűjtött, de Érczy Miklós nevével nem találkozott). 1947-től a budapesti egyetemi III. Sebészeti Klinikán tanársegéd, 1949–1952-ben plasztikai sebész.

1952-ben kinevezik a Józsefvárosban lévő Kun-utcai Kórházba igazgatónak és az első magyar plasztikai sebészeti osztály osztályvezető főorvosává, és itt tevékenykedik 1962. június 20-án bekövetkezett haláláig. Az osztály 1953-tól működött, a '60-as évek végén előbb a Bakáts-téri Kórházba, majd a Szövetség utcába költözött, végül az Alsóerdősorban, a Korányi Kórházban „fejzte be” tevékenységét az 1990-es években.

(Az életrajzi adatok a 2001-ben kiadott Új Magyar Életrajzi Lexikonból származnak (13). Ott szerepel a következő méltatás is: „Az orr plasztikai műtéteivel, az orr vezetékes érzéstenítésével, szemhéjplasztikával, a szájpadhasadék és a szájpadsipolyok műtéti gyógyításával foglalkozott”). A Kun-utcai Kórházban nem leltünk életrajzi adatot.

Az Orvosi Lexikonban (10) két helyen fordul elő Érczy Miklós neve. Egyrészt Charles Emmanuel Sedillot (1804–1883) francia sebész nevénel, ahol illusztrációként az alsó ajak

pótlására készített Sedillot lebeny Érczy szerinti módosítása látható (4. kép) (Sedillot strasbourg-i egyetemi tanár volt, aki 1849-ben az első gastrostomiát végezte cc. oesophagei miatt – a beteg a műtétet nem bírta ki, másrészt ő vezette be 1878-ban Pasteur hatására a



microba kifejezést). Ezenkívül a „mellbimbóképzés” cím-szónál szerepel Érczy Miklós, ahol a különböző műtéti lehetőségek között van feltüntetve a neve lebnyelforgató módszer kapcsán.

1957-ben „az orvostudományok kandidátusa” tudományos fokozatot szerzett „A női emlő torzulásainak okai, létrejöttének mechanizmusa és megszüntetésének új módszere” címmel.

Szakírói munkássága:

1935-ben Budapesten, az Eggenberger-féle könyvkereskedés adta ki a „Sebészet a szépség szolgálatában” című 71 oldalas, 105 fehér-fekete képpel, 6 rajzzal illusztrált könyvét. Az előszót az alábbi mondattal kezdte: „Kollégáim és pacienseim gyakran fordultak hozzám a kéréssel, hogy a kozmetikai sebészet mai állásáról és lehetőségeiről adjak számot a szakörök és a nagyközönség felvilágosítására”. A könyv az első (vagy az egyik első) esztétikai sebészettel foglalkozó munka, mely kis terjedelme miatt is elsősorban ismeretterjesztő jellegű, mint tudományos munka. (5. kép)

1954-ben adta ki az Egészségügyi Kiadó Budapesten a legendássá vált *Plasztikai Sebészet és műtéttan* c. könyvet (2), Érczy Miklós és Zoltán János munkáját (226 oldal, 8 és fél oldalas irodalomjegyzékkel, név és tárgymutatóval, III, részben színes ábrával, rajzokkal, fényképekkel). (6. kép) A szerkesztő a sebészet egyik legnagyobb tudora, Milkó Vilmos. 21 fejezet tekinti át a tudnivalókat. Tárgyalja a históriát is, kiemelve Balassa Jánost, másrészt téma a lelki vezetés is. A szöveg utal a műtéti előkészítés és utókezelés fontosságára. A betegcentrikusság példamutató.

Néhány kiemelés: a varratvonalat behúzó öltés Érczy szerint (47. o.), az Érczy féle szendvics-kötés és szelepes kötés (53. o.), a hegek tulajdonságairól Érczy véleménye (63. o.)

Az irodalmi adatok sorában számos adat szerepel Érczy és munkatársai tollából (pl. röntgenfekély, társadalombiztosítás, lebnyplasztikák, kozmetikai műtétek, végtagplasztika, lágyrészhányok)

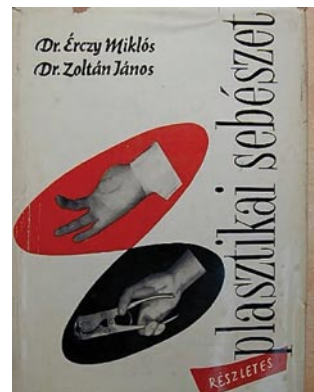
1958-ban jelent meg az Érczy-Zoltán könyv folytatása a *Részletes plasztikai sebészet* (3) a Medicina Egészségügyi Könyvkiadónál, 796 oldalon, 15 fejezetben, 647 – részben színes – ábrával, a lektor ismét Milkó Vilmos professzor. Iroda-



5. kép



6. kép



7. kép

lom a fejezetek végén, de a kötet végén is 13 oldalon, 5 és fél oldalas tárgymutató, 3 és negyed oldalas névmutató. (Érczy Miklósról 31 utalás)

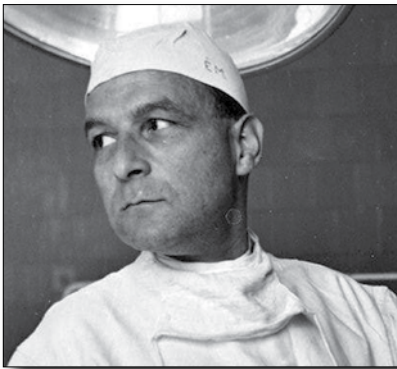
Magasrendű etikai bizonyíték a „Bevezető” vége a szerzők „aláírásával”:

„Könyvünk megjelenésekor kegyelettel és mély hálával emlékezünk meg ezen a helyen is Milkó Vilmos professzorról, a kristálytisza magyar orvosi nyelv mesteréről, könyvünk lektoráról, akiben a magyar sebésztársadalommal együtt fáradhatatlan tanítónkat gyászoljuk.”

Tanulságos szakasz foglalkozik az okokkal, amelyek miatt több év telt el a két kötet megjelenése között. Az olvasó jól összeállított, logikus felépítésű, érthető, kitűnően dokumentált anyagot kap. A szerzők elméleti és gyakorlati felkészültsége mintaszerű.

1951. A helyreállító sebészet c. kötet (Egészségügyi Kiadó, Budapest) szerkesztője Érczy Miklós. Félvázson kötésben 184 oldal.

1952. A traumatológia alapelvei I–V. kötet, „A gyakorló orvos könyvtára” sorozatban, Budapest, Egészségügyi Kiadó, ragasztott papírkötés. Az egyik szerző Érczy Miklós, témái: A mesterséges szövettóplás módjai. A mozaik-plasztika javallatai a típusos sérüléseknél. A mozaik-plasztika ellenjavallatai. Nyeles lebenyek. Filatov hengerlebenye. A szabadátültetések fajtái. (7). A plasztikai sebészet igen nagy mértékben fejlődött az évtizedek során. Az egyik legjelentősebb kreatív alkotója Érczy Miklós volt, akit a magyar plasztikai sebészek legjelentősebb képviselője, Zoltán János professzor is tanítómesterének tekintett.



8. kép Frank György

Dr. Frank György (1910–1959)

Frank György az égési sebek kezelésében az egyik legjelentősebb szaktekintélyünk. Kiváló elméleti és gyakorlati orvos volt. Erkölcsei kötelességünk az emlékezés.

Frank György 1910. augusztus 2-án született Kiskunfélegyházán (akkoriban Pest-Pilis-Solt-Kiskun megyében), ott végezte alsó- és középiskoláit is. Felvételt nyert a Pázmány Péter Tudományegyetemre, ahol 1933-ban szerezte meg orvosdoktori diplomáját. Már medikus korában pályadíjat nyert az egyetemi Bőrklubnál, majd dolgozott a Korányi,

az Ádám-Klinikán, és Zinner professzor intézetében. Az üldöztetés éve alatt sok nehézség között is bátran helytállt. A világháború után Hedri majd Petrovskij professzor klinikáján dolgozott. 1950–52-ig az Országos Vérellátó Szolgálat igazgató-főorvosa, majd az Újpesti Kórház sebész főorvosa. (6)

Még Hedri professzor ajánlására kezdett foglalkozni az égési sérültek kezelésével (közleményeiben az égési sérülések, illetve az égési shock elméleti és gyakorlati kérdéseivel foglalkozott), ennek is köszönhető, hogy amikor 1953-ban az Egészségügyi Minisztérium a Bőrgyógyászati és a Sebészeti Szakcsoport ajánlására létrehozta a Kun-utcai Kórházban az első

magyar égési osztályt, Frank Györgyöt nevezték ki osztályvezetőnek, itt dolgozott haláláig.

A osztály vezetőjeként munkássága nemzetközi téren is úttörő jellegű volt. Mai szemmel nézve osztálya (mely sorrendben a 4. ilyen profilú osztály volt Európában!) rendkívül nehéz körülmények között dolgozott, kevés munkatárssal (két beosztott orvos, némi műtőszemélyzet, igen alacsony nővérlétszám) és már akkor sem korszerűnek tekinthető építészeti adottságokkal és felszereltséggel (pl. a nagy kórtermeket vaskályhával fűtötték) (1)

A világháború és a koreai háború tapasztalatai alapján mindenütt sorban alakultak az égési osztályok, mert az egészségügyi vezetés mindenhol belátta, hogy az égési sérültek ellátása speciális szakképzettséget, és a korábbihoz képest teljes mértékben eltérő kezelési stratégiát igényel. Ebben a megváltozott szakmai környezetben Frank György egyike volt világszerte azon sebészeknek, akik rájöttek, hogy a sérültek gyógyításában alapvető a kialakuló shock helyes kezelése, valamint a minél korábbi teljes necrectomia, és bőrpótlás. Ennek megfelelően dolgozta ki Frank György műtési rendszerét, melyet a Plastic and Reconstructive Surgery c. szaklapban közölt és az Amerikai Plasztikai Sebészeti Társaság 1958. évi pályázatán II. díjat nyert. (5)

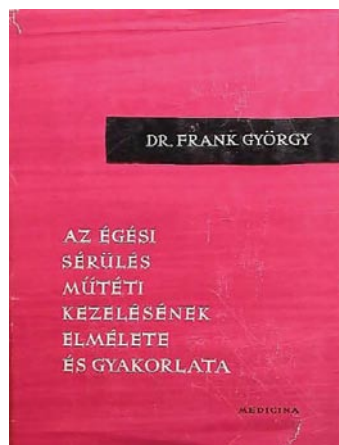
Az égett betegek műtési kezelésének olyan időbeli rendszerét dolgozta ki, mely akkor egyike volt a legkorszerűbbeknek. Nagy kiterjedésű, súlyos égették hibernálásával és korai műtétével messze megelőzte korát. Idézzük Szappanos Mihály neves gyermeksebész közleményét: „Nemrégiben az 1955. évi égési anketon, a legújabb ismeretek birtokában Frank, az 1953-ban felállított égési osztály vezetője számolt be a legjobban bevált gyógyeljárásairól. A hibernatiót és hypothermiát először Frank és Véghelyi alkalmazták a kiterjedt, mély égések elsődleges kimetszésekor.” (12). Több kötéstechnikai újítást vezetett be.

Szakírói tevékenysége:

Számos előadást tartott, rendszerint jelentetett meg közleményeket, több könyvnek volt szerzője vagy társszerzője. (7, 8) (Könyvének irodalomjegyzékében 26 saját közleményt idéz). Széleskörű oktató tevékenységet fejtett ki.

Munkájáról az osztály fennmaradt vendégkönyvében számos neves külföldi és hazai sebész elismerő bejegyzését olvashatjuk. Az osztályon eltöltött 6 év alatt hatalmas - szakmájában úttörő jellegű - munkát végzett. A már említett műtési rendszer kidolgozásával elnyerte a kandidátusi fokozatot („Az égési sérülés műtési kezelése” 1958.), az anyagot monográfiába rendezte, de „Az égési sérülés műtési kezelésének elmélete és gyakorlata” c. műve már csak posthumus műként jelent meg 1961-ben. (4) (9. kép)

A könyv kezdő oldalán megkapó ajánlás: „Szüleim emlékének és feleségemnek”. A kötet 260 oldalas, a szövegben számos kitűnő ábra, táblázat, színes és fekete-fe-



9. kép

hér fénykép. Jellemző a gondos, alapos munkára a világirodalmi tájékozottság: 25 és negyed oldalas irodalomjegyzék, 6 oldalas névmutató, 4 oldalas tárgymutató. Néhány mondat a bevezetőből:

„Tapasztalatainkat a Fővárosi Kun-utcai Kórház égés-sérülési osztályán (1953-1959) kerekén 2000 égési sérült kezelése és megfigyelése során szereztük,... 381 betegen 505 sebgyógyító transplantációs műtétet végeztünk, de az előkészítő műtétek és a szövődmények operatív gyógyítása ennél jóval nagyobb számú. A szövegben kiterjedten használjuk az „ojtvány”, „bőrojtvány”, „ojtás” szavakat (Frank, 1958) és ezzel megfelelő magyar szavakat alkotunk a transplantatum, transplantatio számára. Kórtani különbséget teszünk továbbá a „pörk” és a „var” szavak között.”

A könyv 8 fejezetet ölel át, a szerző mindenütt logikus, közérthető, betegcentrikus, és jó stílusú. Az említett tudományos cikkek széleskörűek. Néhány tárgykör: fibrin-coagulatio, a hólyagtartalom véralvadási tényezői, égési osztályok szervezési alapjai, kéz-égés, rehabilitáció, hibernatio-hypothermia, műanyag sebfedés, a forrázás és vegyi marás kezelése, szeptikus szak, decubitus.

Természetesen az azóta eltelt fél évszázad alatt a tudomány, az égési sérültek kezelése is nagyon sokat fejlődött, de könyvét olvasva ma is megállapítható, hogy a sérültek kezelésének általa javasolt akkori szemlélete ma is egyértelműen korszerűnek nevezhető.

A már említett amerikai közlemény és az azzal megnyert II. díj mellé egy amerikai ösztöndíj is járt volna, az akkori időben (1956 után vagyunk!) ennek megszervezése rendkívül nehézkesen ment, Frank György nem is érte meg. 1959. novemberében egy égési sérülten végzett műtét során megsérült, a seb elfertőződött, szepszis alakult ki, és bár egykori főnöke, Hedri professzor klinikáján mindent elkövettek, hogy megmentsek az életét, 1959. december 9-én, 49 évesen elhunyt.

Az általa kialakított osztály mai is működik (már a Szent István Kórházban), utódai mindig is büszkéek voltak az alapító főorvosra. Javaslatukra a Magyar Égési Egyesület által alapított (gyakorlatilag) Életmű-díjat róla nevezték el, így ma a szakma legkiválóbbjai a Frank György-émlékplakettet kapják meg. Eddig négyen vehették át, közülük ketten (Ménesi László és Csorba Éva) a Frank által vezetett szakma-alapító osztály vezetői, Frank utódai voltak sok éven keresztül.

Köszönetnyilvánítás:

Adatok, szakirodalmi közlések szíves rendelkezésre bocsátását köszönjük Garay Juditnak (MTA könyvtára osztályvezető) és Bujdosó Lászlónak (Fővárosi Szent István Kórház, könyvtárvezető).

Irodalom:

1. Az égési osztály története. Kézirat a Kun-utcai Kórház irattárában. Év nélkül
2. Érczy M., Zoltán J.: Plasztikai sebészet és mûtéttan. I.kötet. Bp. Egészségügyi Kiadó, 1954. 226p

3. Érczy M., Zoltán J.: Részletes plasztikai sebészet. bp. Medicina, 1958.796p
4. Frank Gy.: Az égési sérülés műtéti kezelésének elmélete és gyakorlata. Bp., Medicina, 1961., 259p.
5. Frank Gy.: Primary and „accelerated” early plastic surgery for burns. *Plast.Rec.Surg.* 1959, 23, 313-330.
6. Frank György dr. (1910-1959). Szerkesztőségi Közlemény. *Orv.Hetil.* 101,143, 1960.
7. Magyar orvosi könyvek bibliográfiája 1945-1960. Országos Orvostudományi Könyvtár és Dokumentációs Központ, Budapest, 1960.
8. Magyar orvostörténeti bibliográfia 1945-1960. Összeállította: Dörnyei Sándor. Budapest, 1961,
9. Mészáros G.: A Kun-utcai (Szent István Kórház) égési osztály 50 éves története. *Traum. Ortop. Kézseb.Pl.Seb.* 2004, 47, 4, 300-319.
10. Orvosi Lexikon, Akadémiai Kiadó, Budapest, 1972. III. kötet 414.-415. oldal és IV.kötet 248-249.oldal
11. Rózsay J.: Budapest főváros kényszerdologházában 1874-ben ápoltakról szóló jelentés. *Gyógyászat*, 1875, 15, 34, 513-516.
12. Szappanos Mihály és mtsai: A gyermekkori égési sérülésekről. *Orv.Hetil.* 1957, 98,348
13. Új Magyar Életrajzi Lexikon.II. Magyar Könyvklub, Budapest, 2001. 377.oldal.

24th Conference of the European Wound Management Association

X Simposio Nacional sobre Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

EWMA-GNEAUPP

Bilingual
English & Spanish

14-16 May 2014 **2014**

Madrid · Spain · España

Organizers



European Wound Management Association
Asociación Europea para el manejo de las heridas



Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

Spanish Group for the study and advice on pressure ulcers and chronic wounds

Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas



Fundación Sergio Juan Jordán para la Investigación y el Estudio de las Heridas Crónicas

Sergio Juan Jordán Foundation for investigation and study on chronic wounds

Fundación Sergio Juan Jordán para la Investigación y el Estudio de las Heridas Crónicas



Innovation, know-how and technology in wound care
Innovación, experiencia y tecnología en el cuidado de heridas



Secretariat

Nordre Fasanvej 113, 2nd floor
2000 Frederiksberg C, Denmark
T. +45 70 20 03 05 • F. +45 70 20 03 15
ewma@ewma.org



Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas

plaça gal·la placidia 1, 9^o 2^o esc. A • 08006 barcelona, spain
tel. +34 934 161 220 • fax +34 934 158 466
gneaupp2014ewma@bocentium.com

Technical Secretariat

bocentium
congresses|events|meetings



www.ewma.org



www.gneaupp.org

Kongresszusi meghívó

A Magyar Sebkezelő Társaság XVII. Kongresszusát 2014. október 16–17-én rendezi meg Budapesten, a tavaly már bevált helyszínén, a Hunguest Hotel Griffben (1113 Budapest, Bartók Béla út 152.).

A kongresszus tudnivalóiról a szokásos ismertetőt kapják majd meg a rendező irodától (É+L Kongresszus és Kiállítás szervező Kft. ügyv. ig: Várhegyi László).

Tájékoztatjuk tagjainkat, hogy a tagdíjfizetési fegyelmet is erősítendő (a tagdíjak: orvosoknak 3000 Ft, szakdolgozóknak 1000 Ft), a kongresszusi részvételi díjak a következők (több éve nem változtak):

Tagdíjat 2014. aug. 31. előtt befizetők

Tagdíjat nem, vagy később fizetők

Orvosok	11.000	16.000
Orvosok (30 év alatt)	7.000	11.000
Szakdolgozók	3.000	5.000

Felhívjuk a figyelmet, hogy első szerzőként és előadóként szereplő szakdolgozók a kongresszuson részvételi díj nélkül vehetnek részt!

A részvételi díj magában foglalja a szakmai programokon való részvételt, a kongresszusi anyagok biztosítását, a szakkiállítás megtekintését, a kávészüneteket és az általános forgalmi adót.

A kongresszusra várjuk minden érdeklődő jelentkezését.

2014. április

Az MSKT vezetősége

Közgyűlési meghívó

A Magyar Sebkezelő Társaság tagjait meghívjuk a Társaság 2014.évi közgyűlésére 2014. április 25-én 14 órára a Semmelweis Egyetem Kútvolgyi Tömb előadótermébe. (1125, Budapest, Kútvolgyi út 4.)

Napirendi pontok:

1. Elnöki beszámoló (Dr. Sugár István)
2. Pénzügyi beszámoló (Takler Gabriella)
3. Egyebek

A közgyűlés határozatképességéhez a tagok 50%-a plusz 1 fő jelenléte szükséges. Amennyiben a közgyűlés határozatképtelen, azt az őszi XVII. MSKT kongresszus keretén belül tartjuk meg október 16-án, változatlan napirendi pontokkal.

Budapest, 2014. április 4.

Az MSKT Vezetősége