

Tartalomjegyzék

In memoriam dr. Baksa József (1934–2001.)	2
Dr. Baksa József emlékére	3
DECUBITUS	4
<i>DR. BAKSA JÓZSEF</i>	
Az orvosi szociológia szerepe az égési balesetet szenvedett gyermekek gyógyításában, rehabilitációjában	10
<i>DR. TARJÁN IMRE</i>	
Az MTA rendezvénye, <i>Betű- és szóvetés a magyar orvosi irodalomban</i>	21
A szakmákat átfogó együttműködés jelentősége a krónikus sebek gondozásánál és ellátásánál	22
<i>SASTINNÉ ARANY IDA</i>	
A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése (3. rész)	27
<i>DR. MAYER ÁKOS</i>	
Reverdin, a plasztikai sebészet jeles tudora	34
<i>DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
Németh László a geriatriáról, decubitusról	37
<i>DR. VÉRTES LÁSZLÓ</i>	
Dr. Bakay Lajos sebész: A fürdők jelentőségéről a sebkezelésben	40
A fürdők jelentősége a sebkezelésben: Írta: Bakay Lajos egyetemi ny. r. tanár 1943. (részlet)	40
Dr. Manninger Vilmos a sebgyógyulásról	41
A sebészet diadalútja: Írta: Manninger Vilmos (részlet)	41
Dr. Orient Gyula a kötőszerek vizsgálatáról, 100 évvel ezelőtt	42
A hivatalos kötőszerek vizsgálata: Dr. Orient Gyula, Kolozsvár 1903. (részlet)	42
Könyvismertetés	43
A Magyar Sebkezelő Társaság III. Kongresszusa (Összefoglalók)	44
A Magyar Sebkezelő Társaság IV. kongresszusa (Összefoglalók)	53
Az Orvos- és Kórháztechnikai Intézet szervezete és feladata	63
<i>NAGY CSABA</i>	



IMPRESSZUM: Kiadja a **Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT)** 1125 Budapest, Kútvölgyi u. 4.,
főszerkesztő: **Dr. Mészáros Gábor**. * Szerkesztőbizottság tagjai: † **Dr. Baksa József**, **Prof. Dr. Fallér
József**, **Prof. Dr. Furka István**, **Prof. Dr. Horváth Attila**, **Dr. Juhász István** * A Szerkesztőség címe:
Dr. Mészáros Gábor, 1096 Budapest, Nagyvárad tér 1. * Oldalkészítés, tipográfia, postai expedálás a
Radó Nyomda Kiadó és Szolgáltató Kft. munkája, 3300 Eger, Balassa u. 30. ☎ telefax/üzenetrögzítő:
36/ 428-084, ügyv.: Radó István. E-mail: radonyom@mail.agria.hu, nyomás: 4Pont Nyomda Kft., Eger

In memoriam dr. Baksa József (1934–2001)

Nagykanizsán született, diplomáját a Budapesti Orvostudományi Egyetemen szerezte *Cum laude* minősítéssel 1959-ben. Első munkahelye Miskolcon volt, majd a Madarász utcai Kórház Gyermeksebészetére került, ahonnan főorvosként, mint a Kórház igazgató-helyettese távozott 1990-ben. Időközben szakvizsgát szerzett sebészetből, gyermeksebészetből, valamint kandidátusi fokozatot nyert el.

1990-ben került a Szt. János Kórházba, ahol a működő Gyermekosztály mellett megalapította Buda egyetlen Gyermeksebészeti Osztályát. Rendkívül széles szakmai profilt alakított ki, különös affinitással vonzódott az égési sérültek ellátásához. Ez utóbbi inspirálta az Égett Gyermekekért Alapítvány létrehozásában az 1990-es évek elején, majd a Magyar Sebkezelő Társaság megalakításában 1997-ben.

Publikációinak és előadásainak száma – melyet szerte a világon különböző szakmai fórumokon ismertetett – eléri a 400-at. Tudományos tevékenységét a szakma nagy tisztelettel ismerte el itthon és külföldön egyaránt. Legutolsó irodalmi tevékenységként megírta a megjelenés alatt álló Gyermektraumatológia Tankönyvben az „Égés és Fagyás” c. fejezetet.

Két alkalommal kapott Markusovszky-díjat. Előbb 1978-ban a gyermekművelés ellátásáért, majd 1986-ban a lépmegtartó műtétek kidolgozásáért, és annak hazai elterjesztéséért. Budapest '99 emlékéremmel tüntették ki nyugdíjba vonulásának évében, tisztelegve ezzel egy dolgozó élet eredményei előtt.

Ezek a pusztá tények krónikái.

Az általa megalakított Társaság Vezetőségének tagjai jobbára csak élete utolsó évtizedében ismerték meg Őt baráti közelségben. akkor ismerhették meg munkáját, terveit álmait. Szerény, halk, de mindig célratörő személyisége – mindannyiunk csodálatára – teljes korszerűséggel felszerelt osztályt teremtett a nehéz gazdasági körülmények között. Tisztelték és szerették munkatársai, amit tudásával, sebészi kvalitásaival vívott ki. Odatalált a gyermeklelkekhez, kedvessége átsegítette kis pacienseit azokon a nehézségeken, melyeknek elviselése még felnőtt fejjel is nagy próbatétel. Példát mutatott munkatársainak emberségből, türelemből és olyan baráti légkört varázsolt osztályára mely kivívta orvosnak, nővérnek megbecsülését egyaránt.

Családszerető, kiváló apa és férj volt. A betegség, a halálos kór tudata nem törte meg lendületét, tenniakarását. Az utolsó hónapokban is emelt fővel várta az elkerülhetlent. Életvitele soha nem sugallta az általa is tudott reménytelen és kilátástalan helyzetét. Mindent elrendezett, mindent átadott. Az Alapítvány, az Ő általa „megszületett” Társaság működik és szolgálják azt a célt melyre Ő megálmodta. A mi feladatunk megkísérelni folytatni az Ő munkáját, ezzel adva meg a legnagyobb tiszteséget emlékének.

A halkszavú, szerény eminenciás elment. Hátrahagyott egy fájó szívű családot, és sok-sok boldog gyermeket, akiket meggyógyított, és visszaadott az életnek, hogy még évtizedeken át hirdethessék pusztá létükkel is a gyógyító sebész, az orvos továbbélését a földi létben és az Égi Hazában.

*A Magyar Sebkezelő Társaság Vezetősége
Budapest, 2001. szeptember*

Dr. Baksa József emlékére

Életünk egyik legszomorúbb eseménye, amikor nagyon szeretett, igazi jó barátira emlékezünk. Távozott körünkből **Dr. Baksa József**, a gyermeksebészet nemzetközileg kiemelkedő személyisége. Régóta ismerem, kezdettől a legszívélyesebb barátságban voltunk, immár múlt időben. Csodálatos **Emberr** ismerhettem meg. Sokszor látogattuk meg egymást, elbeszélve szakmai és egyéni utazásainkat, szó esett külföldi intézményekről. Megvallom, sokszor azért látogattam osztályára, mert egész egyedülálló módon, valami kifejezhetetlen szeretettel közeledett a beteg gyermekekhez, ahogy beszélgetett velük, ahogy megsimogatta a többnyire (elmondása szerint 98%-ban!) felelős szülők miatt szenvedő apróságokat – életem nagy élményei. Sok-sok égési sérült kisgyermeken segített. Az utóbbi években bővült kapcsolatunk. Megalkotta, igen, ez a helyes kifejezés, a **Magyar Sebkezelő Társaságot**. Engem is bevont, eljött és azt mondta, hogy a geriátriában is óriási jelentősége van a sebkezelésnek, működünk tovább együtt. Alapító elnök lett és létrehozta szakfolyóiratunkat is. Mindig gondosan készült az őszi országos kongresszusra, szervezett, üléselelnök volt, előadott, a reá jellemző rendkívüli szívvel-lélekkel törődött mindennel. Gondja volt a szakmai részekhez csatlakozó művészi, történelmi programokra is.

Több alkalommal beszélt súlyos betegségről, tudta a részleteket, a lehetséges következményeket. Gondoskodott a fontos okmányok, dokumentumok átadásáról a Társaságbeli vezető munkatársak számára.

Nagyon örült amikor megjelent – hazánkban első alkalommal – a gyermektraumatológiával foglalkozó kézikönyv, abban írhatott az égéssérültek ellátásáról. Alkalmam volt megmutatni az **Orvosi Hetilapban** megjelent hirdetményt ez évi kongresszusunkról.

A **Szent János Kórház Centenárium** **Évkönyvében**, 1995-ben összegezte a **Gyermeksebészeti Osztály** történetét. 1990. január 15-étől vezette ezen Osztályt. Alapszemélyiségére jellemzően igen szerény az összeállítás, pedig hatalmas munkát végzett mind a szervezésben, mind a gyógyításban.

Dr. Baksa József 2001. augusztus 21-én, 23 órakor, **Budapesten** elhunyt. Köszönöm, hogy barátja lehettem, köszönöm, hogy itt élt a gyermekek, a betegek érdekében, hogy gyógyított.

Dr. Vértés László

(A szerkesztő szomorú kötelessége, hogy több, mint 20 éves ismeretség után Dr. Baksa József munkássága előtt a következő (alighanem utolsó, nyomtatásban megjelenő) kézirat közreadásával tisztelegjen.)

DECUBITUS

DR. BAKSA JÓZSEF †

*„Az Európai Decubitus Tanácsadó Testület tiszteletére,
a 2002-ben hazánkban szervezendő kongresszus elé”.*

A decubitus témája - elsősorban a népegészségügyi probléma miatt - folyamatosan gyakran kell, hogy szerepeljen a szaklapokban, de a laikusok által olvasott médiában is ! A decubitus világhíresség. Áldozatai főként a 60 éves kor feletti betegek, sérültek közül kerülnek ki. A fejlett világ országaiban az általános életkor növekszik s ez is szerepet játszik a decubitus létrejöttében. Az idős kor az egyik rizikó –faktor (kockázat).

1996-ban megalakult az Európai Decubitus Tanácsadó Bizottság (European Pressure Ulcer Advisory Panel – EPUAP), melyet nemzetközi szakemberek hoztak létre. Azzal a céllal, hogy Európában együttműködve a szakemberekkel, olyan protokollokat készítsenek és alkalmazzanak minden országban, amelyekkel megfelelő decubitus prevenció és hatékony terápia váljék lehetővé minden ember számára !

Az EPUAP tanácsokat ad, javaslatokat tesz, szaklapjában („epuap Review”) és kongresszusain lehetőséget biztosít az eszmecsere, a decubitus patofiziológiai-, klinikai kutatásra és újabb ismeretek ismertetésére, elterjesztésére.

1997-ben a Bizottság kidolgozta és közzétette a decubitus megelőzésére, majd 1998-ban a terápiára vonatkozó irányelveit, ajánlásait.

A Bizottság tagjai rendkívül aktívak. 2000.júniusában (jún. 23-24.) New Yorkban rendeztek egy konferenciát az US National Pressure Ulcer Advisory Panel és a Japán Decubitus Társaság részvételével. A főbb témák : a rizikó meghatározások, az ágybetétek megfelelő felületének kialakítására teendő irányelvek, a táplálás problémái, debridálási technológiák, a sebfeltisztítás, a kötszerek, stb. voltak.

Ha csak a fenti témákat vesszük figyelembe, akkor is nyilvánvaló, hogy a decubitus probléma milyen összetett. Szinte felöleli a sebgyógyulás kutató-laboratóriumi vizsgálataitól, a klinikopatológiai elemzéseken át a prevenció és terápiás eszközökig az elvi és gyakorlati megállapításokat.

Az EPUAP 4. Kongresszusán (2000. szept. 28-30., Pisa) elfogadták 2000-2003-ra decubitus programjukat, miszerint a legfontosabb célok:

- figyelemfelkeltés a decubitus népegészségügyi jelentőségére,
- egységes definíciók, adatgyűjtési protokollok és alapadatok kialakítása és nemzetközi használata,

— tudományosan megalapozott és költség-hatékony decubitus prevenció és terápiás módszerek kialakítása, az európai ajánlások és standardok létrehozása és elterjesztése. (Erről Gulácsi László számolt be a MSKT 3. Kongresszusán, 2000.október 19-21, Budapest) (9)

A hazai szaksajtóban, a MSKT (1997) és SEBINKO SZÖVETSÉG (Szövetség a Krónikus Seb- és Inkontinencia – ellátás Javítására, 1996.) kongresszusain a decubitus állandó téma. Jelen dolgozat is ezt a célt szolgálja.

Fontos a fogalmak pontos és szakszerű meghatározása, valamint a nemzetközi irodalomban már elfogadott és használt kifejezések alkalmazása (pl. epidemiológiai fogalmak: prevalencia, incidencia, prospektív- és retrospektív klinikai vizsgálatok, stb.), illetve a nemzetközi együttműködéssel kialakított protokollok, standardok elfogadása, felhasználása, továbbfejlesztése, a folyamatos adatgyűjtés, felmérések végzése.

A különböző prevenció és terápiás módszereket, a tudományos alapú eljárásokat a lehetőségeken belül közelíteni, egységesíteni kell, mert csak azonos elveket és gyakorlatot lehet összehasonlítani. (A többféle rizikó-skála közül, a Braden féle rizikó-skála használatát javasolják, mert a szakirodalomban 80-90 % -ban ezt alkalmazzák.)

A decubitus oka

A decubitus oka a tartós nyomás, a súrlódó és nyíró erők összessége, aminek következménye a szöveti deformáció, a vérerek sérülése, a keringés romlása-okklúzió, reperfüzió- a szövetkárosodás. Ugyanakkor, mindezen hatásokkal szemben áll(hat) az egyéni, szöveti tolerancia.

Előfordulása: (lokalizáció)

Főleg a kiemelkedő csontok feletti tájékok (sacrum, ülőgumók, tomportájék, sarok, könyök, stb.)

Gyakorisága:

Országonként, kórházanként, egészségügyi intézményekenként, betegség csoportonként változó az incidencia: 1,5 – 13 %, a prevalencia érték : 3-60 %. Hazánkban a SEBINKO felmérések alapján a decubitusok száma megközelíti a 100 ezer főt ! (becsült adat) (9)

Az európai kórházak több, mint 60 %-ában használnak decubitus prevenció és terápiás irányelveket. (8)

A hatékony prevenciót a standardizált adatgyűjtés, rizikó-felmérés, monitorozás és megfelelő irányelvek használata alapozza meg.

Hazánkban úttörő munkát végeztek egyes kórházak ápolási egységei, majd a SEBINKO Szövetség (5)

A decubitus kialakulására hajlamosító tényezők (rizikó) száma sok.

A külső (a) és belső (b) tényezők száma százra tehető !

a./ nyomás, hőmérséklet, matrac, ágynemű,

b./ életkor, általános állapot, betegség, tápláltság, stb.

A veszélyeztetettség (kockázati tényezők):

Ennek megállapítására többféle skálát dolgoztak ki (Norton, kibővített Norton, Knoll, Waterlow, Braden, stb.)

Az EPUAP ajánlására a többségi felhasználás és összehasonlítási lehetőség miatt, a Braden-skálát ismertetjük.

Braden skála táblázata (1)

A skála maximális értéke 23 pont, ami nem jelent kockázatot, illetve mérsékelt decubitus kockázattal jár. A 16 pont és az ez alatti pontérték már kockázatot jelent. 9 pont alatt a kockázat magas !

A kiszámított skála-értékek határozzák meg, hogy kell-e, illetve mit kell tenni az eredményes prevenció érdekében.

Külön kockázat a műtétre kerülő beteg. Az életkor — éretlenség vagy a hanyatló állapot miatt — nagyobb a kockázat, a nagyon fiatal és az idős betegek között. A kockázati tényezőket külön is meg kell határozni az újszülöttekre és a gyermekekre !

A kockázati tényezők figyelembe vételével, protokollok alapján, meghatározott eszközökkel és módon végzett ápolással eredményes a prevenció !

A megelőzés hatásfoka

Randomizált, kontrollált klinikai vizsgálatok bizonyítják, hogy a decubitus megfelelő prevencióval megelőzhető, illetve kialakulása, lényegesen csökkenthető (Pl. egy holland oktató kórház belgyógyászatán a decubitus prevalencia 11,2 % (5,7 % az I. stádium nélkül) szemben egy nem oktató kórház belgyógyászati osztályával, ahol 21,5% (10,6 % az I. stádium nélkül) (6)

Az utóbbi években több vizsgálat történt annak megállapítására is, hogy megfelelő prevenció és terápiás protokoll alkalmazása mellett milyen incidenciacsökkentés és prevalencia érték fogadható el, engedhető meg.

Az EPUAP decubitus prevenció irányelvei (rövid, összefoglaló összeállításban)

Mindenek előtt a beavatkozások és a decubitus alakulását folyamatosan és pontosan kell észlelni és dokumentálni, lehetőség szerint fényképeket is készítve!

Rizikó – felmérés, rizikó-faktorok

1. Célja a prevencióhoz szükséges egyéni rizikó megállapítása és a szükséges speciális elemek beépítése.
2. A sérülés megelőzése, a decubitus elleni szöveti tolerancia megőrzése és elősegítése.

Külső nyomás és fekvőfelületek

3. A külső mechanikai erők (nyomás, nyíró erők, súrlódás) adverz hatásai ellen védekezni.

Oktatás, képzés

4. Célja a kiképzési programmal javítani a nyomási károsodás rizikóinak kiszűrését, csökkentését. (13)

Az EPUAP decubitus terápiás irányelvei.**Osztályozás** (stádiumok):**Osztályozás táblázata (2)****Decubitus felmérés**

A decubitus felmérése a lokalizáció, a stádium, a méret, a sebágy, az exsudatum, a fájdalom és a fekély körüli bőr állapota alapján, figyelemmel a sinuskepződésre és a sebüregre.

Naponkénti vagy hetenkénti újrafelmérés, illetve a kezelési terv szükségszerű megváltoztatása, komplex anamnézis és fizikális vizsgálat mellett.

Szövődmények felismerése

A tápláltság felbecsülése és kezelése (óhaj-diéta, egyénre szabott kalórizálás)

A fájdalom felmérése és kezelése.

Pszichoszociális állapot felbecsülése és kezelése.

A szöveti terhelés kezelése (helyváltoztatás kézzel, eszközzel).

A decubitus megelőzéséhez alkalmazandó eszközök használata, nemzetközi és európai standardok kifejlesztése.

Sebkezelés, kötszerválasztás

Debridálás,

sebfeltisztítás,

kötéscserék

A kötszer megválasztásához több szempontot kell figyelembe venni: a decubitus stádiuma, a sebágy minősége, fertőzöttsége, az exsudatum nagysága, a fájdalom, a decubitus elhelyezkedése, a beteg igénye, stb. (4)

A kötszer alkalmazásakor mindig figyelemmel kell lenni a gyártó cég előírásaira (indikáció, az alkalmazás módja, stb.)

Bakteriális kolonizáció és infekció kezelése

A kézmosás, a sebtisztítás és debridálás elősegíti a seb gyógyulását és csökkenti az infekció rizikóját.

Aszeptiszis és antiszeptiszis folyamatos biztosítása a kezelése során!

(steril kesztyű, eszközök)

A decubitus prevenció és terápia részleteiben megtalálható, könnyen hozzáférhető a hazai irodalomban is (ld. irodalom jegyzékét: 1 – 13.)

A hazai egészségügyi intézmények orvosai, ápolói felkészülten várják a protokollok bevezetését és alkalmazását, Úgy vélem, ezek bevezetésének hiánya alapvetően a finanszírozás elégtelenségén múlik!

A megfelelő kötszerek alkalmazásával kapcsolatban néhány megfontolásra méltó adatot szeretnék ismertetni, Jóbai Zsolt a Kötszer Szövetség elnöke előadásából (11). Hazánkban több, mint 380 féle kötszert tartanak nyilván. Az európai gyakorlatban 58,2 %-ban alkalmaznak hagyományos kötszereket és 40,6 %-ban korszerű, nedves

sebkezelést, szemben hazánkkal, ahol 85,5 %-ban hagyományos kötszert használnak és mindössze 13,2 %-ban a nedves sebkezeléshez szükséges kötszereket.

Az alapellátásban 86 %-ban hagyományos kötszereket használnak !

A korszerű, nedves sebkörülményeket biztosító kötszerekből mindössze 6 %-ot ! (11) (Ennek oka lehet a hagyományos kötszerekhez való megszokottság és a nem megfelelő ismeretterjesztés.)

Amíg ezek a különbségek fennállnak, addig fennáll a lehetőség arra, hogy egy Geriátriai és Rehabilitációs osztályra felvett 79 beteg közül csak háromnak nem volt decubitus !!! (1999-ban !) (12)

1. táblázat **BRADEN-skála**

VIZSGÁLANDÓ	P O N T É R T É K			
	1	2	3	4
Mentális állapot	Öntudatlan	zavart	fásult	éber
Bőrmedvesség	állandóan	gyakori	alkalmanként	ritkán
Aktivitás	ágyhoz kötött	szélhez kötött	segítséggel jár	járóképes
Mozgékonyosság	mozdulatlan	nagyon korlátozott	enyhén korlátozott	nincs korlátozottság
Inkontinencia	nincs	alkalmanként	gyakran	teljes vizelet és széklet inkontinencia
Tápláltság			vizelet-inkontinencia	
(folyadékbevitel)	nagyon rossz	elégtelen	megfelelő	kitűnő
Dörzsölés, surlódás	problémás	potenciálisan	nincs probléma	problémamentes

Értékelés: A maximális érték:
23 pont: Nincs vagy csak kis kockázat.
16 alatt: Kockázatot jelent
9 alatt: Magas kockázat

2. táblázat **A decubitus osztályozása**

- I. stádium: Ép bőrön nem elfehéredő vörös- vagy lila folt (erythema) A bőr elszíneződik, meleg oedemás, indurációja, megkeményedése indikátorként szolgál sötétebb bőrűeken.
- II. stádium: Részleges bőrhíány, hámhíány. A károsodás a hámot, az irhát vagy mindkettőt magában foglalja. A fekély felületes és klinikailag abrasio vagy bulla. Hámfosztottságban a sebalap véresen beivódott.
- III. stádium: Teljes vastagságú bőrhíány, bőralatti szövetelhalással. Az elhalás, a nekrozis a mélybe terjedhet, de a fascia alá nem! Kráter alakulhat ki, a sebszélek alávájtak.
- IV. stádium: Kiterjedt szövetelhalás, teljes vastagságú bőrhíánnyal. A károsodás az izomzatra, csontokra vagy támasztó struktúrára terjed ki.

IRODALOM

1. *Baksa J.*: Felfekvés (Decubitus) Több tízezer beteg évente. Egészségpiac, 1998, 1, 1, 6 – 11.
2. *Baksa J.*: A decubitusról – a megelőzéstől a terápiáig. Kórház, 1999, 6, 2, 16 – 18.
3. *Baksa J.*: A decubitus klinikuma és korszerű terápiája. Kórház., 2000, 7, 6 – 7., 21 – 24.

4. *Baksa J.*: Kötszerválasztás. Orvosi Hetilap. 2000. megjelenés alatt.
5. *Balaton E.*: A decubitus protokoll jelentősége. Magyar Sebkezelő Társaság (MSKT) 3.kongresszus, előadás. 2000. okt. 19 – 21. Budapest.
6. *Bours G.J.J.W. és mtsai* „ in epuap Review „ – comment – 2000.vol. 2. issue 3., 73.p.
7. *Gulácsi L.*: Klinikai kiválóság. Technológiaelemzés az egészségügyben, Springer, Budapest, 1999.
8. *Gulácsi L.*: Decubitus prevenció és-terápia, ápolásminőség. In Gulácsi L. / szerk./ : Minőségfejlesztés az egészségügyben. Medicina, Budapest , 2000.
9. *Gulácsi L.*: Az „ European Pressure Ulcer Advisory Panel / EPUAP / „ decubitus programja, 2000–2003. Előadás, MSKT. 3. Kongresszus. 2000.
10. *Haalboom J.R.E.*: Some remarks about overlays in the prevention and in the treatment of pressure ulcers. „epuap Review” 2000. vol. 2. issue 3., 66-72. Abstracts from „State of Pressure Ulcers” New York meeting.
11. *Jóbai Zs.*: Elvek és gyakorlat a kötszerpiacon. Előadás, MSKT 3. Kongresszus. 2000.
12. *Kozma A.*: A Cutinova hidroaktív termékcsalád alkalmazása a Baranya Megyei Kórház Geriatriai és Rehabilitációs Osztályán. Előadás. MSKT 3. Kongresszus. 2000.
13. *Salczerné Hok M.*: A decubitus programok egészségügyi intézményekben szakmai, oktatási és minőségfejlesztési alapon. MSKT. 3. Kongresszus. Előadás.

Az orvosi szociológia szerepe az égési balesetet szenvedett gyermekek gyógyításában, rehabilitációjában

DR. TARJÁN IMRE

Preambulum

Az orvosi szociológia, a gyógyításban alkalmazott ágának (Sociology in Medicine), (Molnár, 1989:15) beépítését, aktualitását és szükségességét az égési balesetet szenvedett gyermekek gyógyításának, rehabilitációjának, utógondozásának segítésére, talán azzal is indokolni lehet, hogy évente több százan szenvednek égési sérülést, és már epidemiológia jellegű öltének. Az alant közölt adatok évek óta közel azonos előfordulást mutatnak (A táblázatokban csak a kórházi ápolásra szorultak szerepelnek, az ambuláns kezeltekről és azokról, akik nem jelentkeztek gyógykezelésre, nincs adat)

1. sz. táblázat

1995–1999. között előfordult égési balesetek megoszlása Magyarországon

Év	Férfi 18 évesig	Férfi 18 év felett	Nő 18 évesig	Nő 18 év felett	Összesen
1995	813	1751	502	1166	4232
1996	834	1657	549	1118	4158
1997	846	1582	561	1059	4048
1998	800	1654	511	1106	4071
1999	521	1180	378	767	2846
Összesen	3814	7824	2501	5216	19355

Forrás: Gyógyinfok 1999. Szekszárd

A jelzett időszakban előforduló égési balesetnek mintegy 33%-a (6315 fő) gyermekkel fordult elő, százalékos megoszlása az alábbiak:

2. sz. táblázat

1995–1999. között előforduló gyermek égési balesetek (18 éves korig) százalékos megoszlása N=6315

	Fiú	Lány	Összesen
1995	12,9	7,9	20,8
1996	13,2	8,7	21,9
1997	13,4	8,9	22,3
1998	12,7	8,1	20,8
1999	8,3	6,0	14,2
Összesen	60,4	39,6	100,0%

Az előzőekben bemutatott adatok önmaguktól beszélnek, de ami ennél is szomorúbb, hogy sokan halnak meg az égésbetegségben. Az alábbiakban, tájékoztató adatként vázoljuk az előforduló gyermek balesetek fajtáinak megoszlását:

3. sz. táblázat

Az előforduló égésfajták megoszlása 1995–1999. között százalékos megoszlásban

N=6315

Égés fajtái	Férfi	Nő	Összesen
Egyéb	13,3	8,9	22,2
Elektromosság	5,3	4,4	9,7
Láng	5,8	3,8	9,6
Forró levegő, gázok	0	0	0
Forró tárgyak	7,6	6,0	13,6
Villám	3,0	2,9	5,9
Sugárzás	3,0	0	3,0
Kémiai égés	0	0	0
Forrázás	19,5	16,5	36,0
Összesen	57,5	42,5	100,0%

Forrás: Gyógyinfok 1999. Szekszárd módosított formában

Az égés egész életre maradandó nyomokat hagy a testen. Az égésből adódó balesetek döntő többsége (41,6%) „szerencsére” a testfelület kevesebb mint 10%-át érintette. Komolyabb égés, amely a testfelület 10–29%-át érintette 46,5%, a testfelület 30–59%-át 11,7%, amely ennél nagyobb testfelületet érintett 1,2% (ezek közül kerültek ki azok, akiket elvesztettünk). (Gyógyinfok 1999.). Sajnos nem ritka, főleg elektromos áram okozta égés esetén az égett testrész részleges csonkolása, súlyosabb esetben amputálása. A gyermek szörnyű szenvedésén túl, nem elhanyagolható az a tény sem, hogy az egészségügynek egy súlyosan égett gyermek „talpra állítása” – szövődmény nélküli esetben is – több millió forintjába kerül. Szomorú tény, hogy míg a gyermek fejlődése kb. 22-25 éves korra befejeződik, addig még számtalan korrekciós plasztikai műtétre van szükség. Ehhez járul **maradandó és sokszor el nem takarható égési hegek miatt – az emberi szenvedéseken, a pszichés és szociális problémákon kívül – az életkori sajátosságoktól függően a beszűkült életlehetőség, amit gyermekek és sokszor sajnos a szülők is nehezen tolerálnak. Az égés balesetet szenvedett gyermekek döntő többsége is a tartós egészségkárosodottak csoportjába tartozik.**

Az orvosi szociológia feladatai az égett gyermekek gyógyításának folyamatában

A gyógyítást segítő tevékenysége abból a hipotézisből indul ki, hogy *a beteg primer medicinális ellátásán kívül számos szociális, magatartás- és életmód reform megvalósítást elősegítő kérdés is megoldásra vár.* A leggondosabb orvosi ellátás, gyógykezelés, gyógygye-

relés hatékonysága nagymértékben csökken, ha a felgyógyult egyén nem hajtja végre azt az életmód reformot, amelyet állapota fenntartása megkövetel. Ehhez szakszerű segítséget adhat az orvosi szociológia.

Napjainkban egyre több szó esik arról, hogy az elsődleges és másodlagos prevenció egyik lényeges eleme az egészséges életmód, illetve a betegség utáni állapot megtartását segítő helyes életmód kialakítása. Az egészségmegtartás vonatkozásában is az „életmód” fontos kockázati tényező, melynek befolyásolása révén a betegség megelőzésére, a felgyógyulás után az állapot megtartására, a recidiva kivédésére számos lehetőség nyílik. A kórházi elbocsátó epikrízisekben számos esetben szerepel az életmódra utaló utasítás, hogy: „*kímélő életmód*” kialakítása szükséges. Az, hogy e fogalom alatt mit kell értenie a betegnek, nem mindig egyértelmű. Ehhez is segítséget adhat az orvosi szociológia, mert ismerve a beteg szociális körülményeit, állapotát, a betegség jellegét, a korábbi életmód jellemzőit, tanácsokat tud adni a szükséges életmód reform végrehajtásához.

A „*kímélő életmód*” javaslat általában súlyosabb betegség után – és ilyen az égésbetegség is – az állapotmegtartás a további gyógyulás elősegítése, illetve a recidivától való megóvás érdekében történik. Az esetek többségében a „*kímélő életmód*” megvalósítása életmód reformot igényel. Az életmód reform nem jelent kopernikuszi fordulatot az eddigi életmódban, csupán azokat az életmód elemeket kell kiiktatni, illetve bevinni, amelyek az egyén állapotára befolyással vannak. Az égést szenvedettek esetében ez döntő jelentőségű, hiszen a hegek a nem megfelelő magatartás és tevékenység esetén súlyos problémákat okozhatnak. Az életmód reformnak ki kell terjednie az orvos által előírt terápiára, gyógyszer szedésre, valamint az állapotot negatív vagy pozitív irányba befolyásoló életmód elemekre, mint a kívánt állapotot elősegítő háttérre. *A „kímélő életmód” összességében egy olyan életmód reform után kialakított életrend, amely a betegnek a gyógyulás utáni állapototartását hivatott segíteni.*

A „*kímélő életmód*” tartalmi elemei a következők:

1. Harmonikus kiegyensúlyozott életrend
 - jó családi légkör,
 - aktív tevékenység, pihenés, szórakozás ideális egysége
2. Fizikailag, szellemileg nem megerőltető, az egészségi állapotnak megfelelő munka
3. Kiegyensúlyozott magatartás (ehhez általában gyermekeknél szülői segítség szükséges):
 - stresszhelyzetek kerülése
 - jó betegségtudat, (a hegek elfogadása)
 - helyes helyzetértékelés
 - megfelelő viselkedési, öltözködési szokások kialakítása.

A több éves tapasztalatok azt igazolták, hogy a betegek folyamatos medicinális ellátása mellett az égési sérülésekből eredően, számtalan társadalmi, szociális és pszichológiai problémájuk is megoldásra vár. A hegesedésből adódó stigma az égésbetegségből felgyógyultaknál komplex utóhatásként majd egész életük folyamán jelentke-

zik. Nem lehet elvárni, és nem lehet az orvos kompetenciája, hogy a beteggel a medicinális problémákon túl egyéb problémákkal is foglalkozzon, erre a legtöbb esetben sem energiája, sem ideje/képzettsége nincs. A korábban felvett szociális anamnézis alapján az orvosi szociológus részletes választ tud adni a problémákra.

A gyógyítás hosszú és bonyolult folyamatában, míg az orvosnak az égési sebek gyógyítása a szövődmények elhárítása a primer feladata, addig a betegágy mellett az orvosi munkát segítő orvosi szociológus a kritikus akut fázisban kezdi a munkáját, majd a konvaleszcens és posztkonvaleszcens fázisban, a gyógyulás utáni magatartás, az életmód, a deviáns zavarok megoldására és megoldásának segítésére készül fel. A gyermekek vonatkozásában ez problematikusabb, többirányú, hosszú távú – lényegében a testi fejlődésük végleges kialakulásáig tartó – segítségnyújtást igényel. A szülők és a gyermekek folyamatos segítése, problémájuk megoldásában együttesen jelenik meg.

Az orvosi szociológia elfogadásának problémája

Sajnos a gyógyítást segítő, úgymond „betegágy melletti” munkába, illetve a prevenciós, rehabilitációs tevékenységbe bekapcsolható orvosi szociológia hazánk orvosi társadalmában még nem egyértelműen elfogadott. A gyógyításban alkalmazott szociológia hazai alapproblémája, hogy a külföldi kutatási eredmények bemutatására koncentrálna, azok hazai adaptációját eddig még csak részben végezték el empirikus kutatások alapján. Figyelembe kell venni, hogy a kutatási eredmények nem azonnal mennek át a gyógyító munka gyakorlatába. Különösen nehezen valósul meg olyan kutatási eredmények esetében, amelynek elméleti alapjai – az orvosi szociológia – sem integrálódott a hazai orvostudományban (*Molnár, 1986:33*). A sok esetben még tapasztalható idegenkedés az orvosi szociológiától, abból is eredhet, hogy kevés, vagy – sok esetben semmi — ismerettel nem rendelkezik arról az orvosok nagy része. Továbbá, még sokan nem tudták elhelyezni, beépíteni a gyógyítás folyamatába. Erre utal dr. Buda Béla orvos pszichiáter véleménye, miszerint: „az orvosi szociológia ma már ismert és az orvosegyetemi oktatásban és az egészségüggyel kapcsolatos tudományos kutatásban kellően képviselt diszciplína. Vannak tankönyvei, jelentős szakirodalma. Mégis elégtelennek tűnik az a mérték, amennyiben az orvosi köztudatban és az orvosi gyakorlatban szerepelnek koncepciói és ismeretei. Pedig a szociológiai nézőpont nagyon fontos, mint a betegségek és a gyógyítás társadalmi összefüggéseinek megértése, mind pedig a mindennapi orvosi munka szempontjából” (*Buda, 1994:5*). Tény, hogy az életmód és életvitel kérdéseinek nagy része – amely szomatikus orvosi beavatkozással hatékonyan nem befolyásolható – kívül esik az orvostudomány és az egészségügy látókörén.

Martin Heidegger német filozófustól (*Suki, 1976*) kölcsönöztem két fogalmat annak illusztrálására, hogy bemutassam, hol helyezhető el legjobban az orvosi szociológia a gyógyításban. Heideggernél az egyéni lét (*Sein*) és létezés (*Dasein*) két különböző fogalom. Felhasználva gyakorlatunkban ez annyit jelent, hogy a betegség akut fázisában, amikor még nem dőlt el a beteg sorsa, a gyógyító orvos fő feladata a létért (*Sein*), az életben maradásért folyó küzdelem, a halálfélelem az égést szenved-

dett „nagyobb” gyermekek esetében gyakori. Ennek oka, hogy „A haláltól való félelem életünk, identitásunk megsemmisülésére vonatkozik; arra, hogy a halál ténye visszavonhatatlanul megfoszt bennünket a világ további megfigyelésének, valamint a cselekvésnek a lehetőségétől” (K. Busser: 91). Ebben az időszakban a fő segítő a pszichológus, aki a beteg halálfélelmét, depresszióját, a sokszor megjelenő égési sokk feloldását, betegség elviselését és az egyéb pszichikus problémákat kell hogy megoldja. Készíti a beteget, hogy „ne adja fel”, akarjon meggyógyulni, nyugtatja a hozzátartozókat. Már ebben az időszakban is – amikor a pszichoszomatikus tevékenység kap prioritást – segít az orvosi szociológus a szociális anamnézis kezdeti felvételével, mely sok segítséget adhat az orvosnak (ha ezt igényli), a pszichológusnak, illetve beteg hozzátartozóinak.

Az akut fázis után, a konvaleszcens időszakban már a további létezés (*Dasein*) előkészítésével foglalkozik az orvos. Olyan állapotba hozásért, amely a mindennapi életbe való visszavezetést alapozza meg. Itt már megjelennek az orvosi szociológia tárgykörébe tartozó fogalmak, mint az „életmód”, „életforma”, „életminőség”, „magatartás” és a mindennél fontosabb „hogyan tovább” kérdései.

Az égést szenvedett gyermekekkel való foglalkozás során nyert tapasztalatok arra utalnak, hogy a gyógyítás, a rehabilitáció folyamán készült „medicinális anamnézis” mellett még (sok esetben) eléggé elhanyagoltan jelenik meg a „szociális anamnézis”, melynek feladata a gyógyítást segítő szociális háttér feltérképezése. E feladatot hivatott megoldani a „szociális terápia”, mely magába foglalja az orvosi tevékenységet kiegészítő és segítő mindazon ténykedést, amely az egyén egészségkárosodásából adódó szociális és társadalmi problémáinak feltárására és megoldásának segítésére irányul a prevenció, a konvaleszcens, a posztkonvaleszcens, valamint a rehabilitáció és az utógondozás időszakában.

A szociális terápia eredményes megvalósításának egyik záloga a szociológia módszereinek helyes alkalmazása. A legfontosabb, hogy az orvosi szociológia technikája, módszerei alkalmasak legyenek a beteg teljes szociális hátterének feltárására, problémáinak megismerésére. A leggyakrabban alkalmazott és eredményesnek ítélt módszer a különböző szintű olyan interjúk készítése, mely során az interjúalany (gyermek, vagy hozzátartozó) megbízható, érvényes, értékelhető feleleteket ad.

Ilyen interjú a szociális anamnézis elkészítése, mely kettős célt szolgál:

1. a személyre koncentrálva a szociális diagnózis kialakítására ad lehetőséget;
2. a személyről nyert adatok feldolgozásával könnyebben alakítható ki a szükséges és lehetséges terápia, rehabilitáció, utógondozás.

A szociális anamnézisnek ki kell terjednie: a betegséget kiváltó szociális, magatartásbeli tényezőkre, a betegség előtt követett életmód jellemzőkre, a várható betegségtudat szintjére, a gyógyulás után megvalósítani akaró célokra.

A balesetet kiváltható szociális tényezők közül elsősorban figyelmet érdemelnek a beteg társadalmi háttere, szociális életkörülményei. Ebben a körben lényegében a „honnan jött” kérdésre keresendő a válasz. A beteg rehabilitációja szempontjából lényeges elem, hogy milyen jellegű a település, ahol lakik, milyen a család szociális helyzete. A szociális életkörülmények befolyásolják a gyermek életlehetőségeit. Nem mindegy, hogy a gyermekben mennyire tudatosult (kisgyermek esetében a hozzátartozókban) állapota, milyen mértékű a gyógyulni akarása, az orvossal való együttmű-

ködés készsége. Mennyiben tudja megtanulni az állapotával való együttélést, mennyiben fogadja el, hogy érdekében szükséges lehet további korrekciós plasztikai műtét, milyen mértékben hajlandó további élete során a szükséges életmód reformokra. A tapasztalatok arra utalnak, hogy a gyógyulni akarás és a gyógyulásba vetett hit egyik nagyon pozitív megjelenési formája – természetesen ez csak az idősebb gyermekek-nél tapasztalható – az, ha a beteg megvalósítandó távlati célokat tűz maga elé, és tervezi az állapotának megfelelő élettevékenységet.

Köztudott tény, hogy a betegség és annak következményei elviselésében mind nagyobb súllyal jelentkezik az egyén mentalitásából, szociális helyzetéből, magán-életének körülményeiből kialakult életmódja és életformája, ezért célszerű megismerni azt a mikró- és makró közösséget és környezetet, amelyben az egyén él.

Problémák az égésbetegségből való felgyógyulás után

A bőrnek, mint szervnek a működését zavaró, súlyos égési sérülés égésbetegséget, „bőrhiány-szindrómát” okoz. Az egész szervezetet érintő, súlyos kórállapot keletkezik. Csaknem minden szerv működése zavart szenved, amelyet mélyreható anyagcsereszavar kísér. Az égés súlyossága a sebfelület kiterjedésétől, mélységétől függ. az égett beteg állapotát, égésbetegségének súlyosságát életkora, általános állapota, az egyes szervek károsodásának foka és az égés nagysága határozza meg” (Baksa, 1980:531). Az égést szenvedett heges bőrrész a gyermekkel nem nő együtt, úgymond időnként „szűk lesz a bőrük” és egyéb műtétet igénylő problémák merülnek fel, ezért időszakonként szükséges a korrekciós műtét, mely során nem ritka a bőr transzplantáció alkalmazása. E műtétek is nagyon igénybeveszik a gyerekeket. Egyrészt újból átélnek korábbi égésbetegségük borzalmait, másrészt az újabb műtét és annak a tudata, hogy még több hasonló előtt állnak, sokszor sokkolóan hat. Az emlékek maradandóságát igazolják azon vizsgálati adataink is, miszerint döntő többségük (62%) több hónapot töltött kórházban és a „gyógyulás után” mintegy 40%-a eddig már egy vagy több korrekciós műtéten esett át.

Az égési sérülés utóhatásaként és a sokszor látható, maradandóan jelentkező hegek a gyermekekben (életkoruknak és társadalmi helyzetüknek megfelelően) számos esetben súlyos, önmaguk által megoldhatatlannak ítélt problémákat vetnek fel. A gyermekek esetében (a felnőttektől eltérően) e kérdések halmozottabban jelennek meg. Főleg a kislányok esetében jelent ez nagyobb problémát, mert nehezebben törődnek bele látható hegeikbe. Tragikus epizód amikor tükröt kérnek, hogy megnézzék magukat, milyen torzulást okozott testükön az égési sérülés. Számtalan esetben tapasztalható volt, hogy a mások elől kellően el nem takarható, egész életre maradandó hegek egyfelelől kisebbségi érzést, gátlásosságot, elzárkózottságot, emberi értékcsökkenés érzetet, énkép-zavarokat, stb. okoztak. Másfelől, sajnos a környezete részéről tapasztalt „másság” elutasítása a gyermeket a társadalom normális vérkeringéséből a perifériára taszította, szélsőséges esetekben a suicidium gondolata is felmerült. További probléma, hogy az iskolában ragadvány nevekkel (smirgli bőű, foltoska, stb.) illetik őket. A pályaválasztásukban is korlátozottak és gondok merülnek fel a párválasztás során is. Sajnos egész életükben kísérik őket balesetük konzekvenciái.

Az égett gyermekek esetében a „tovább létezés” kérdése kiemelkedő jelentőséggel bír, mert többségüknél életkorukból adódóan önálló döntés képességgel még nem igen rendelkeznek, így a szülők hozzáállása, segítségük tartalma és formája döntő lehet egész életükre. A tapasztalatok és ez irányú vizsgálataink azt igazolták, hogy az akut fázis utáni konvaleszcens idő – főleg a kórházból való távozás után – a beteg és közvetlen környezete számára mentálisan és emocionálisan is a legnehezebb. Ekkor merül fel a szülőknél, de sok esetben a gyermekekben is legélesebben a „hogyan tovább, mi lesz velem” kérdése. A szülők többsége félve viszik ki gyermeküket a kórház egészségügyi „védőhálója” alól. A felmerülő életviteli gondokkal egyedül, segítség nélkül nem mindig tudnak megbirkózni. Figyelemreméltó, hogy a szülők és a gyermekek részéről is a kialakult állapot, a hegek és az esetenkénti mozgáskorlátozottság elfogadása sem megy automatikusan, ehhez is segítségre van szükségük. Nehezen jutnak el annak elfogadásához, hogy számolniuk kell egy életreform megvalósításával, mert az égési hegek – még ha az esélyegyenlőség hazánkban megvalósul is – korlátokat emelhetnek korábbi kitűzött életcéljaik elérése elé. Ezen jelenségek általánosságára utal, hogy más vizsgálatok is azt a következtetést vonták le, hogy: a gyermekek viselkedésváltozásának fő okai az égési balesetből adódó következmények, mivel a hegesedés jelentősége nő az életkor előrehaladásával az életkor különböző életszakaszaiban, továbbá a szociális helyzet és a fejlődésük változásaival (S. Mason, 1993:501–506).

Az orvosi szociológia feladatai a gyógyulás után, a rehabilitáció fázisában

Az égésbetegségből adódó maradandó egészségkárosodás felveti annak szükségességét, hogy a gyermek életmódját állapotának megfelelően szükséges kialakítani. E feladat végrehajtása kisgyermek esetében a szülőkre hárul, ifjúkorban a szülő segítségére kell, majd érett korban (a szűkebb környezete segítségével) az érintett feladata lesz. A gyermekek esetében a problémák még kiegészülnek a szülők körében a lelkiismeretfurdalásból eredő dilemmákkal, főleg azokban az esetekben, amikor a szülőt terheli a felelősség a gyermekét ért balesetért. Legjellemzőbb e téren a „túltörődés”, ami nevelés szempontjából is kifogásolható, illetve ebből fakadóan a helytelen betegségtudat kialakulása a gyermekben. E problémák megoldásában a szülőknél és a gyermekeknek is szükségük van segítségre.

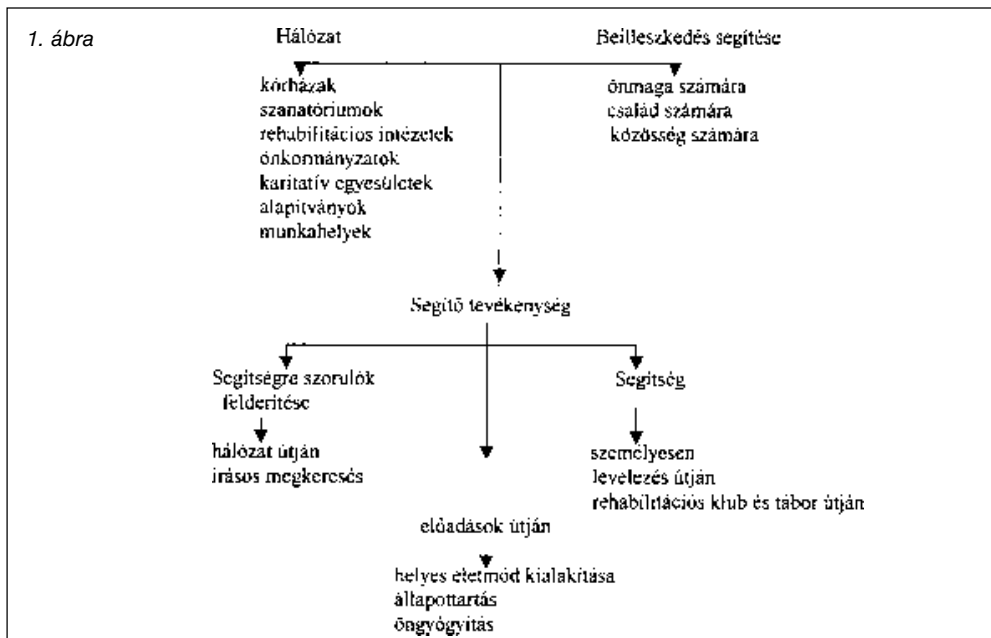
Az előzőekben felvillantott jelzések is talán már körvonalazzák, hogy a rehabilitáció eredményességének fokozása érdekében – mint egy lehetőség – célszerű az orvosi szociológia felhasználása, mivel az életmód és ennek minden járulékos eleme elsődlegesen a szociológia tárgykörébe tartozik. Szerencsére kezd kismértékben terjedni az a nézet, miszerint a betegségek előfordulásának gyakorisága, a recidiva lehetőségének elkerülése, a rehabilitáció mint másodlagos prevenció nem lehet csak szűken vett medicinális kérdés, hanem az rendkívül összetett társadalmi problémákat is magában foglal, s amire feleletet legjobban az orvosi szociológia tud adni. Elfogadott álláspont, hogy az „orvosi rehabilitáció – amely sosem választható el a szociális szférától – tehát az orvoslás és az orvosi kutatás szerves része” (Katona, 1991:9).

Az orvosi szociológia a célorientált rehabilitációt és utógondozást – az égett gyer-

mekek számára kiemelkedő jelentőséggel bírón – tartja a legeredményesebbnek életkortól függetlenül. Ezen azt érti, hogy a beteg egészségi állapotát, betegségének jellegét, az egészségkárosodás mértékét és tartósságát, szociális és családi körülményeit, képzettségét, életkorát, a szükséges mértékű rehabilitációt elősegítő és gátló körülményeket figyelembe véve, olyan konkrét, aktív életmódra készítse fel, amely képesé teszi arra, hogy további életében egészségkárosodása mértékének figyelembevételével mindenben maradéktalanul helyt tudjon állni. Legyen képes fizikailag, szellemileg, érzelmileg stabilan és helyes állapot tudattal élni, tanulni, dolgozni. A fiatalok vonatkozásában nagyon fontos, hogy tisztázódjon, mennyiben tudja elfogadni állapotát, a sokszor „megszólaló” hegeket. Milyen gyógyulni akarása és az orvossal, segítőkkel való együttműködés készsége, milyen a stigmatizáltság mértéke, mennyiben vállalja a későbbi évek során a szükségesnek ítélt korrekciós vagy plasztikai műtéteket. Mennyiben tanulta meg a hegekkel való együttélést és milyen mértékben hajlandó a szükséges, elkerülhetetlen életmódreformra. Lényeges, hogy e kérdésekben mennyire támaszkodhat szülei, barátai, tanárai stb. segítségére. Lényeges, hogy milyen mértékben tervezi a családi és társadalmi életbe való újbóli beilleszkedését, mennyire tudja tolerálni, ha a látható hegek miatt gúnyolják.

Tekintettel arra, hogy az egészségügy az égett gyermekek rehabilitációját és az utógondozást főleg csak medicinális, fizioterápiás, szomatikus szinten, szükség szerinti gyógyszerelés vonatkozásban tudja végrehajtani és a gyógyító intézetekben csak elvétve található orvosi szociológus, így a nem medicinális tevékenység főleg önkéntes segítők munkájával valósul meg egyes karitatív egyesületekben, alapítványokban.

Napjainkban e feladatot országos szinten az „Alapítvány az Égett Gyermekek Javára” munkatársai végzik a kidolgozásra került és alant bemutatott társadalmi beilleszkedés elvi vázlat alapján (1. ábra):



Az „Alapítvány az Égett Gyermek Javára” felismerte annak szükségességét, hogy a kórházból kilépő, égést szenvedett gyermekeket ne hagyja sorsukra. Megteremtette annak lehetőségét, hogy segítse életük során. A cél megvalósítása érdekében először felmérés történt (1994-ben) az égés balesetet szenvedett gyermekek szülei körében, hogy milyen problémákkal küszködnek, kérnek-e valamilyen segítséget és részt vennének-e mozgalmunkban, szükségesnek tartanák-e egy rehabilitációt végző klub működését, illetve rehabilitációs tábor szervezését.

A vizsgálat eredményei, (melyek alapul szolgáltak a rehabilitáció módszereinek kialakításában, a klub és rehabilitációs tábor megszervezésében) az alábbiakban foglalhatók össze:

Az égés balesetet szenvedett gyermekek többsége az 1–16 éves korosztályból tevődött össze, ezért fontos kérdés volt, hogy a szülők mennyire tudják a gyermekük állapotának megfelelő életkörülményeket biztosítani. Megnyugtató adat, hogy a balesetet szenvedett gyermekek számára a családban, mintegy 80%-ban biztosított a megfelelő életkörülmény és csak 20% jelezte, hogy ez csak részben biztosított. A közösségi életbe való visszavezetéshez is szülői segítség kellett. Teljes mértékben tudta segíteni gyermekét a szűkebb és tágabb közösségbe való visszatérésben 72%, részben 26% és elenyésző azok száma (2%), akik ezt megoldani nem tudták.

A rehabilitáció szempontjából fontos kérdésnek tekintettük, hogy az égési hegek mennyiben okoznak problémát a gyermeknek. Úgy tűnik, hogy e téren van a legtöbb feladata a rehabilitációs munkának, hiszen csak 12%-nál nem tapasztalható probléma. Súlyosnak ítéltető meg, hogy a gyermekek (a baleset óta) 24%-a ideges, ingerlékeny, 22%-a gátlásos, 20%-a rendkívül érzékeny, 16%-a fizikailag gyöngébb és 6%-a érzelmileg zavart. E problémák feloldásához kérik a szülők a legtöbb segítséget. Az égés balesetből felgyógyult gyermekeknél nagyon fontos tényező, hogy mennyire tudta elfogadni állapotát. Ennek segítése már a kórházban elkezdődik és talán ennek is tudható be, hogy 50% elfogadta állapotát, részben 34% és kevés (16%) aki nem. A tapasztalatok azt igazolták, hogy a fiúk hamarabb túlteszik magukat a baleset következményein, és a lányok azok, akik nem tudnak egykönnyen belenyugodni látható hegeikbe. A gyermekeknél (akiket pszichésen is sokkolt a baleset) nagyon lényeges a hangulati állapot. A vizsgálat szerint a hangulati állapotuk: 40% felszabadult, 42% többször jó, mint rossz; 16% szorongó lehangolt és 2% rossz). Hasonlók a lelki egyensúly adatai is, miszerint 20% kitűnő, 50% jó; 20% közepes és 10% tűrhető.

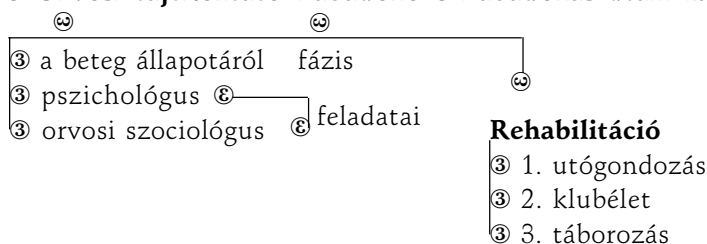
Az égés balesetet szenvedett gyermekek és szülei számára az életvitel segítése, a problémák megoldásához (pl. továbbtanulás, pályaválasztás, párválasztás, stb.) nyújtandó tanácsadás szükségesnek tűnt. A segítséget szükségesnek ítélte meg 60%, nem tartotta szükségesnek 20% és nem tudott véleményt mondani 20%. E véleményeket mutatja az is, miszerint 50% nem tudja, milyen pályára tervezze gyermekét. Azok a szülők, akik felismerték a baleset konzekvenciáit 30%-a fizikai szakmunkásnak, 10%-a szellemi foglalkozásra tervezik irányítani gyermekeiket. Csupán 10% fogalmazott úgy, hogy olyan pályára menjen gyermeke „ahol a balesetben szerzett hegek nem hátrányosak”. A segítség igényeket támasztották alá azon vélemények is, hogy a klub munkában 60% kíván részt venni, 34% nem tudta eldönteni (főleg a csecsemőkorú és 1–5 év közötti gyermekek szülei) és csak 6% utasította el a részvételt. Hasonló

vélemények alakultak ki a rehabilitációs táborban való részvétellel kapcsolatban is: 66%-a elengedi gyermekét a táborba és 34%, aki nem (döntően a 6 év alattiak szülei).

A gyermekek szempontjából pozitívnak tekinthető, hogy 88% családban él és csak 12% nevelkedik csonka családban. Regionális megoszlásuk: 30% főváros; 12% nagyváros; 58% kisváros, község, stb. A vizsgált populáció: 100 fő, mely megfelelően reprezentálta a teljes populációt. A későbbi kontrollvizsgálatok is hasonló eredményt mutattak. Az évek során ezek az arányok változtak és egyre többen fordulnak segítségért gyermekük ügyében Alapítványunkhoz, vesznek részt a klubmozgalomban és a nyári táborban. A vizsgálat eredményei és egyéb úton való tájékozódás is megerősítette az Alapítvány Kuratóriumát, hogy szükséges egy (hosszabb távon ható) komplex rehabilitációs program kidolgozása.

Egy háromlépcsős, egymásra épülő, egyéni és csoport rehabilitációs és utógondozó programot dolgoztunk ki. E program évek óta eredményesen működik, hazai és nemzetközi elismeréssel. Az Alapítvány az égett gyermekek pszichoszociális rehabilitációját és utógondozását az alanti modell szerint végzi:

Akut fázis ③ Orvosi tájékoztató Lábadozó ③ Lábadozás utáni fázis



Az „Alapítvány az Égett Gyermekek Javára” tevékenysége

1. Kórházban végzett tevékenység során az akut fázis időszakában és utána szociális anamnézis felvétele, melynek alapján foglalkozás a szülőkkel, gyerekekkel a „hogyan tovább” kérdéseiről. Továbbá a több éven keresztül folyamatosan kontroll, illetve ambuláns vizsgálatra érkezők részére szociológiai, pszichológiai tanácsadás igény szerint.

2. Megalakult 1994-ben az Égett Gyermekek Klubja, ahol évente több összejevővel foglalkoznak a szülők és gyermekek problémáival. A Klub elsődleges feladata, hogy az országban minden égést szenvedett gyermeknek segítséget nyújtson életük töretlen folytatásához, értelmes, állapotuknak megfelelő, elérhető célok megfogalmazásához, megvalósításához. Az egyéni foglalkozásokon kívül, mindenkor a mindenkire érintő kérdésekben (pl. tanulmányi, pályaválasztási, gyógy-kozmetikai, tini problémák, stb.) szakképzett előadók tartanak előadást. A klubban orvos, pszichológus, orvosi szociológus, gyógypedagógus áll a szülők rendelkezésére. Természetesen lehetőség van arra is, hogy a szülők és a gyermekek a klub foglalkozásokon átadják egymásnak tapasztalataikat. A klub foglalkozásokra nem égett gyermekek is meghívást kapnak, hogy az égést szenvedettek érezzék, hogy ugyanolyan gyermekek ők is mint a nem égették. Nagyon sok barátság alakult a klubtagok között. A klub eredményesen működik, az ország minden tájáról jönnek a szülők és gyerekek, igényelve a segít-

séget. Ezen túl levélben, telefonon is megkereshető a Klub vezetése. A klubtagság ingyenes.

3. Az Alapítvány biztosította, hogy a Gánt-Bánya-telep községben lévő handicapes gyermekek részére épült Fecskepalota üdülőben, súlyosan égett, 6–18 életév közötti gyermekek rehabilitációs céllal egy hetet töltsenek el. A rehabilitációs tábor célja, hogy a gyermekek megszokják a közösséget, megszabaduljanak befelé forduló, gátlásos magatartásuktól. Ebben nagy segítségre van, a velük együtt

üdülő nem égett gyermekek nagyon pozitív hozzáállása. A táborban rávezetjük Őket, hogy képesek teljes értékű életet élni. A rehabilitációs feladatok közül kiemelten a felszabadult, önfelelt játékos élet megteremtésére fordítjuk a legtöbb gondot. Az egy hét alatt többségük rájön, hogy nem kell szégyenkezni, visszahúzódnia a látható hegek miatt. Tudatában vagyunk annak, hogy a szülői gondoskodást és a gyermeket körülvevő szülői szeretetet nem tudjuk helyettesíteni semmivel, de segítségünkkel talán a gyermekek életének egyengetését megkönnyíthetjük. Több évi gyakorlati munka során igazolást nyert, hogy az orvosi szociológia az égési balesetet szenvedett gyermekek gyógyulását, rehabilitációját eredményesen tudja segíteni!

Irodalom:

- Baksa József: Az égésbetegség és komplex kezelése. Gyermekgyógyászat. 1980. 31.
 Buda Béla: Fejezetek az orvosi szociológia és társaslélektan tárgyköréből. TÁMASZ Kiadó Bp., 1994.
 Katona Ferenc: Mi az orvosi rehabilitáció? Rehabilitáció. 1994. 1., 2.
 Buser K., Kaul-Hecker, U: Orvosi pszichológia, orvosi szociológia. Medicina Bp., 1998.
 Mason S., Hiller V. F.: Young, scarred children and their mother – a shortterm investigation into the practical, psychological and social implications of thermal injury to the preschool child. Burns. 1993. 19. 6. 501–506.
 Molnár László: Az orvosi szociológia fejlődésének alternatívái. Demográfia. 1986. 1. 33.
 Molnár László: Az orvosi szociológia mai státusza. Orvosi szociológia. Medicina K. Bp., 1989.
 Suki Béla: Heidegger filozófiájának alapkérdései. Gondolat Kiadó. 1976.

(Bár a közlemény nem említi név szerint, de közlésével szintén Baksa József emléke előtt tisztelgünk, hiszen az Alapítvány az Égett Gyermekek Javára és az Égett Gyermekek Klubja létrehozása szintén az ő műve. A szerk.)



M E G H Í V Ó

BETŰ- ÉS SZÓVETÉS

A MAGYAR ORVOSI IRODALOMBAN

Orvosi nyelvi tudományos rendezvény a MTA Orvostudományi Osztálya, az MTA Nyelv- és Irodalom Tudományok Osztálya, a Magyar Orvosi Kamara, az Európai Nőgyógyászati Rák Akadémia, az MTA Nyelvtudományi Intézete, a MTA Magyar Nyelvi Bizottsága, a Magyar Szakírók Szövetsége a Magyar Nőgyógyász Onkológusok Társasága közös szervezésében

MAGYAR TUDOMÁNYOS AKADÉMIA, Budapest, 2001. december 7.

ELNÖKÖK: Bósze Péter, Fábíán Pál

VÉDNÖKÖK: Kupcsulik Péter, Sótonyi Péter, Telegdy Gyula

Az orvosi irodalomban a közös nyelv (az angol) és a közös értelmezés a határok nélküli kutatás és orvosi gyakorlat elengedhetetlen része.

Ez azokban semmilyen körülmények között nem vezethet a magyar nyelv elsorvadásához.

PROGRAM :

MEGNYITÓ ÜNNEPSÉG, elnök: *Gáti István*

· Megnyitó beszédek

Kupcsulik Péter, Sótonyi Péter, Telegdy Gyula

Orvosok a magyar nyelv műveléséért: *Vizi E. Szilveszter*

A rendezvény célkitűzései: *Bósze Péter*

Globalizáció és anyanyelv: *Grétsy László*

Van-e az Európai Közösségnek nyelvpolitikája?: *Kiefer Ferenc*

Nem magyarkodunk, hanem magyarul beszélünk: *Gyórfy Sándor*

FONTOS-E A MAGYAR ORVOSI NYELV?

A gyökerek; a magyar orvosi kifejezések eredete: *Keszler Borbála*

Lehet-e még ma is magyarul beszélni és írni?: *Bertók Lóránd*

Fontos-e a magyar orvosi nyelv? - Ahogy a nyelvtudós látja: *Fábíán Pál*

Ahogy az orvos látja: *Ádám György*

Én így látom: hozzászólások

· Megfelelős a szaknyelvek (orvostudomány) szókészlet a számítógépek világának: *Prószéky Gábor*

· A hazai oktatás és kutatások értéke (Kinek szól az eredmény?)

Milyen nyelven közöljük): *Michelberger Pál*

A Magyar Szakírók Szövetsége és az MTA nyelvtudományi bizottságainak tervbe vett, összehangolt munkája ?magyar szaknyelvek fejlesztésére: *Szabó István Mihály*

· Miéit szükséges a magyar nyelvű közlés?: *FehérJános*

Én így látom: *Ungár László*

AZ ORVOSI SZAVAK ÍRÁSA, ORVOSI FOGALMAZÁSOK, MAGYARITÁS, Elnök: *Eckhard Sándor*

· Az orvosi szavak írásának általános szempontjai és lehetőségei: *Grétsy Zsombor*

· Gondolatok a magyar anatómiai nevezéktanról: *Donáth Tibor*

Híd a szerző és az olvasó között: a szaklapszerkesztő nyelvi felelőssége, kétélyei és teendői:

Varga Zoltán

· A magyar orvosi nyelv a bőrgyógyászati gyakorlatban: *Horváth Attila*

Én így látom: hozzászólások

A RENDEZVÉNY BEZÁRÁSA · A jövő feladatai: *Grétsy Zsombor, Bósze Péter*

Jelentkezés: Részvétet díj nincs, előzetes jelentkezés szükséges

Cím: Prof. Dr. Bósze Péter, 1301 Budapest, PF. 46. (Primed-X. Kft)

Távmásoló (361) 429-0318. E-mail@primed-x.hu

Hartmann Ápolói Díj 2000.

A szakmákat átfogó együttműködés jelentősége a krónikus sebek gondozásánál és ellátásánál

SASTINNÉ ARANY IDA

diplomás ápoló

ERZSÉBET KÓRHÁZ, HÓDMEZŐVÁSÁRHELY

A pályázati felhívás fontos problémát vet fel, hiszen az utóbbi tíz év jelentős változást hozott Magyarországon is a krónikus sebek kezelésében. A terápiás eszköztár jelentősen bővült a sebgyógyulási folyamat optimális lehetőségeinek megteremtésével. Számos új kötözési rendszer került bevezetésre, melyek a nedves sebkezelés elveire épülnek. A sebkezelés szárnyakat kapott, – vagy kapott volna – ha nem ütközik bizonyos területeken az elszigeteltség korlátaiba. Ezek a korlátok lehetnek szakmai jellegűek, pénzügyiek, vagy irreguláris működés következményei.

Jól ismerjük azokat a helyzeteket, amikor ismeret hiányában a kollégák gátolják az új metódusok bevezetését, vagy azt, amikor nincs pénzügyi háttér a megfelelő kezelési rendszer beszerzéséhez. Gondot jelenthet a munka összehangolásának hiánya, vagy a kompetenciahatárok tisztázatlansága is. Probléma, hogy a kórházak szűkös anyagi lehetőségeik miatt nem tudják megvásárolni a legmodernebb és leggyorsabb gyógyulást biztosító kötszereket, és emiatt a beteget haza kell küldeni, még akkor is, ha állapota kórházi kezelést indokolna, hiszen járóbetegként felírható a megfelelő kötszer és társadalombiztosítási támogatással meg tudja venni a beteg. Így a kórház – ahol a legmagasabb szintű szakellátást kellene nyújtani – nem tudja betölteni e funkcióját. Azon túl jelentős tételt képvisel a mentőszállítás költsége, amely biztosítja a gyakran nagyon rossz állapotú betegek kötéscserékre való eljuttatását.

Egészségügyi rendszerünk hiányosságai, és bizonyos területek elavult szabályozása gyakran teremt olyan helyzeteket, melyben a beteg érdekét csak úgy tudjuk szolgálani, ha új utakat keresünk.

Sebészeti nővérként sztómatériáival és krónikus sebek kezelésével foglalkozva gyakran kerültem olyan helyzetbe, amikor látva a rendszer hiányosságait, megoldásokat kellett keresni.

A következő eset inspirált arra a gondolatra, hogy az ellátási rendszert rugalmasabbá lehetne tenni.

A városunkban működő otthoni szakápolási szolgálat vezetője keresett meg segítséget kérve egyik betege ügyében. Szakmai ismeretségünk révén tudta, hogy kolléganőmmel együtt a kórházunk más osztályaira is átjárunk az olyan krónikus sebeket, decubitusokat és sztóákat kezelni, ahol nehézségekbe ütközik a betegek sebészetre történő szállítása. A betegnél otthoni sebellátást, és kötszerfelírást kellett végezni, mivel intézménybe történő szállításától teljesen elzárkózott. A páciens, (aki-

nél ápolási viziteket teljesítettek) terminális állapotban lévő daganatos beteg volt, testszerte elhelyezkedő decubitusokkal. A sors iróniája, hogy az 51 éves nőbeteg néhány évvel ezelőtt aktív egészségügyi dolgozóként tevékenykedett. Kórházba szállításától makacsul elzárkózott, még szenvedéseinek jobb hatásfokú enyhítése érdekében sem lehetett erre bírni. A mentőszállítás nagy megterhelést jelentett számára a gyakori utazás, hosszú várakozások és zötykölődés miatt.

Így kerültem kapcsolatba a beteggel. Mivel nem vagyok az otthonápolási szolgálat tagja, így bár szabálytalanul, de bekapcsolódtam ellátásába. Munka után kijártam a beteghez, sebeit kezeltem, gondoskodtam speciális kötszerek felírásáról.

Ez az eset döbrentett rá arra, hogy a kezünkben van a kulcs, ami megoldást jelenthetne a szakmai együttműködés terén. Kevés változtatással legalizálhatnánk és hatékonyabbá tehetnénk ezt a tevékenységet. Jelen egészségügyi rendszerünkben jól körülhatárolhatók az alapellátás és a szakellátás funkciói, de ezeket át lehetne alakítani, rugalmasabb rendszerbe foglalva.

A megoldást a következőképpen képzelem el:

A megfelelő mobil szakember

Kulcsfigura egy olyan megfelelően képzett szakember – egy sebkezelésre kiképzett specialista nővér – akinek magasszintű tudásanyag van birtokában a sebekkel kapcsolatos minden tudományterületről. Orvos által indikált kezeléseket végez a kórházi osztályokon és a körzetekben, a beteg otthonában.

A specialista feladatai saját hatáskörben:

- állapotfelmérés, ápolási anamnézis felvétele
- kezelési, gondozási terv felállítása, javaslattétel
- a szakorvos által jóváhagyott kezelési terv végrehajtása
- személyre szabott ápolás biztosítása
- pontos dokumentáció végzése az ápolási folyamatnak megfelelően
- javaslattétel a megfelelő kötszer kiválasztásához a szakorvos felé
- folyamatos információszolgáltatás és beszámolási kötelezettség
- betegoktatás
- kapcsolattartás
- minőségbiztosítási feladatok

Képzettsége:

- egészségügyi főiskola – diplomás ápoló szak
- modul rendszerű sebkezelési specializáció
- minimum 5 éves sebészeti, és/vagy bőrgyógyászati gyakorlat

A szakmai képzési rendszer (folyamatban lévő) átalakulása megfelelő alkalmat teremthet. A modulrendszerű képzések beindultak hazánkban is. Jelenleg is zajlik (az ETI által) a különböző szakmaterületek bevonása ebbe a rendszerbe, amely átjárhatóságot, folyamatos szakmai fejlődési lehetőséget és színvonalas képzést biztosít.

Ahhoz, hogy a klinikai szakmák orvos képviselői partnerként fogadják el a „sebkezelő nővér” kompetenciájának kiterjesztését, szakmai garanciát kell biztosítani, mely a megfelelő képzéssel biztosítható.

A főiskola a személyközpontú ápolási modellek alkalmazásán kívül ismereteket nyújt az összes klinikai tárgy köréből az anatómiától a specifikumokig. A nővérnek ismernie kell a sejtani működéseket, funkciókat, a sebgyógyulás folyamatának helyi és általános összetevőit. A szervezet reakcióit és lehetőségeit, mellyel integritásának helyreállítására törekszik. Nagy jártassággal kell rendelkeznie a sebek kezelésében. Szükséges a jó manualitás és biztos szakmai döntőképesség. Naprakész ismeretekkel kell rendelkeznie a kötszerek, kezelési eljárások, kiegészítő terápiák és kötszer felírhatóság kérdéseiben. Emberi tulajdonságaiban az empátiás- és jó kommunikációs készség, a pontosság és megbízhatóság ugyanolyan fontos, mint a beteg ember tisztelete és a holisztikus szemléletmód. Munkája végzése során erkölcsi, szakmai és anyagi felelősség terheli.

Finanszírozás

A sebkezelő nővér a sebészethez vagy bőrgyógyászathoz tartozóan működne. Konzílium jellegűen végezné munkáját a kórházi osztályokon, és a körzetekben az otthoni ápolásoknál. Jogviszonyát tekintve szellemi szabadfoglalkozásúként, egészségügyi vállalkozóként működne, tevékenységét az OEP vizitszám alapján finanszírozná (ahogyan az otthonápolásban). Indokolttá válna a korlátozott vizitszámok revíziója az OEP részéről.

Szakmai felügyelete:

A klinikai szakmák főorvosaihoz tartozna (sebész, bőrgyógyász). A kezelés szükségességét a beteg szakorvosa, ill. háziorvosa rendelné el. A betegellátás folyamán ápolási, kezelési dokumentációt kellene vezetnie, mely személyközpontú ápolási modellre épül, és tartalmazza az állapotfelmérést, kezelési tervet, a végrehajtás lépéseit, ellenőrzési pontjait, eredményeit.

Beszámolási kötelezettségnek kell eleget tennie minden beteg esetében:

- szakorvos felé
- ellátást elrendelő orvos felé
- háziorvos felé
- ÁNTSZ felé

A kezeléseket a szakorvos által jóváhagyott kezelési terv szerint végezné, mely nemcsak a sebellátásra terjed ki, hanem magába foglalja a rehabilitációs intézkedéseket, a beteg és családja oktatását is. Ezen tevékenységeivel nagy úrt hidalna át, melyet a rövid kórházi tartózkodás és a körzeti nővérek speciális ismereteinek hiánya okoz.

Korrekt kétirányú információáramlást biztosítana. Rendelkezne a sebkezeléshez szükséges alap eszközállománnyal. Javaslattételi joggal rendelkezne a megfelelő kötszer és kezelési eljárás kiválasztásához. Eljárna a receptek felírásában, beszerzésében, együttműködve a közösségi ápolóval. A kórházi ellátásban az eszközöket és felszere-

léseket az intézménynek kellene biztosítania, de ezen anyagi terheken jelentősen csökkentene a beteg otthonában nyújtott klinikai szintű ellátás biztosítása. Ezentúl rendelkezne a nővér bizonyos báziskészlettel, hiszen képződik tartalék a fel nem használt kötszerekből, melyeket optimálisan tudna hasznosítani.

Team munka:

Az egészségügyi teambe való beépülése törvényszerű, hiszen napi kapcsolatban volna az osztályokon dolgozó nővérekkel, orvosokkal, a háziorvosi team-mel, a segédeszköz- és kötszerforgalmazókkal. Beilleszkedésének alapfeltétele, hogy ne sértsen se szakmai, se anyagi érdekeket és működése hatékony és gazdaságos legyen.

Kapcsolatrendszere



Gazdaságos működés

Mivel ismeri a különböző kötszerek tulajdonságait, előnyeit, hátrányait, azokat a legszakszerűbben és leggazdaságosabban tudná alkalmazni. Kórház ápolást válthatna ki, olyan esetekben amikor az általános képesítésű nővérek kompetenciáját meghaladó kezeléseket kell végezni. Az intézmények egyre több költségkímélő megoldás alkalmazására kényszerülnek. A májusban bevezetésre kerülő 4.1 HBCS verzió jelentős bevételcsökkenést generál, mind a járó- mind a fekvőbeteg-ellátás területén, melyet tovább fokoz a verzióváltást követő kódolási bizonytalanság, amely növeli a hibás – így nem finanszírozott – esetek számát. (A közlemény még 2000-ben készült. A szerk.)

A sebgyógyítás rövid történeti áttekintése

3. rész: Sebgyógyítás a XVIII. századtól napjainkig

DR. MAYER ÁKOS

SZENT IMRE KÓRHÁZ, SEBÉSZETI OSZTÁLY, BUDAPEST

Sebgyógyítás és új felfedezések a XVIII-XIX. században

A XVIII. században az egész orvostudomány és vele együtt a sebészet, sebkezelés is további, az eddigieknél is jelentősebb fejlődésen ment keresztül. A korabeli chirurgia színvonala és (főleg) társadalmi megbecsülése emelkedőben volt, a szakma jelentősége felértékelődött. Az elavult egyetemek feloszlása után létrejött egészségügyi iskolák tanrendjében a sebészet is a teljesjogú tárgyak közé került, a medicina „chirurgizálása” befejezett tényné vált. Párizsban 1731-ben megalakult az Academia Royale de Chirurgie (*Királyi Sebészeti akadémia*), amely tartósan magasabbra emelte a sebészképzés szintjét. Ennek az akadémiának volt tagja a század kiemelkedő sebésze, *Pierre Desault (1744–1795)*, aki a törések és ficamok kezelésében (Desault-kötés), valamint a sebek ellátásában hozott több hasznos újítást. Hatalmas érdemei vannak a sebészet tudománnyá alakításában és a sebllátás fejlődésében a skót *John Hunternek (1728–1793)*. Gazdag és szerteágazó tudományos életművének középpontjában azok a kísérleti élettani vizsgálatok álltak, amelyeket a gyulladáshoz vezető elváltozások, sebgyulladások mibenlétének felderítésére végzett. Különbséget tett elsődleges és másodlagos sebgyógyulás között, vizsgálta a granulációs szövet szerepét a sebek gyógyulásában, foglalkozott a szervátültetés (*bőrátültetés*) gondolatával.

A XVIII. század második felében az orvosi alap kutatások új hulláma indult el, melyben már érlelődtek a következő században kifarort tudományos munkamódszerek. Nevezetesen a kísérleti élettanról, a dinamikus fejlődő fizika és kémia eredményeinek orvostani alkalmazásáról van szó, melyek újfajta szemléleten alapultak. Több kutatónak is köszönhetően eljutottak az oxigén felfedezéséhez, *Lavoisier (1743–1794)* kimutatta, hogy az oxigén a lélegzés nélkülözhetetlen feltétele. Ugyancsak a fejlődés döntő előmozdítója lett a kórbontani szemlélet és kutatások térhódítása, mely elsősorban az olasz *Giovanni Morgagni (1682–1771)* tudományos munkásságának köszönhető. A XIX. században a tudományos orvostan fejlődése, korszerűsödése tovább gyorsult és szélesedett. Az előrelépés egyik alapfeltétele az addig spekulatív rendszeralkotások terméketlenségének megelégelése volt, mind tudatosabban tértek át az induktív jellegű, tárgyszerű részkutatásokra. A vegyész *Justus Liebig (1803–1873)* meghatározta a táplálékok alapelemeit (*zsír, szénhidrát, fehérje*), *Theodor Schwann (1809–1885)* felismerte és demonstrálta, hogy az élő szervezetek strukturális eleme a sejt. Ebben az évszázadban élt és tevékenykedett a magyar *Semmelweis Ignác (1818–1865)*, aki forradalmi felfedezésével jelentősen hozzájárult a sebkezelés, az asepsis fejlődéséhez.

(A közlemény 1. és 2. része 1999-ben és 2000-ben jelent meg a *Sebkezelés-sebgyógyulás* számaiban, az irodalomjegyzék a három részre együttesen jelent meg ezúttal. A szerk.)

séhez. Egyik kollégája, a boncolási sérülés következtében elhunyt *Kolletschka* professzor sectiós jegyzőkönyvének olvasásakor eljutott ahhoz a döntő felismeréshez, hogy a leírt szепtikus kép és a gyermekágyi láz tünetcsoportja kórbonctanilag azonos kórforma, amely kontakt úton terjed. Osztályán elrendelte a szülészeti beavatkozások előtti, klórvízzel (*klórgáz 0,5%-os vizes oldatával*) történő kézmosást, melynek eredményeként néhány hónap alatt a gyermekágyi láz halálozása tizedére csökkent. Nagyjelentőségű tanait az 1861-ben megjelent „Die Aetiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers” (*A gyermekágyi láz etiológiája, fogalma és megelőzése*) című könyvében fejtette ki.

A sejttan és a medicina közelítését, tudatos és átfogó szintetizálását Rudolf Virchow (1821–1902) végezte el, aki az új doktrínát, a sejt-kórtant megalkotta. 1858-ban kiadott „Die Cellularpathologie in ihrer Gründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre” (*A fiziológiás és patológias szövettanra alapozott sejt-kórtan*) című munkájában a sebgyógyulás sejt szintű folyamatával is foglalkozott. Leírta a degeneratív és gyulladásos folyamatokra jellemző mikroszkópos elváltozásokat, sokat foglalkozott a fehérvérsejtek viselkedésével, tanulmányozta a szövetszaporulatok kialakulásának mikéntjét. Egzakt kutatási és bizonyítási módszerek kidolgozásával, és az eredmények gyakorlati alkalmazásával a bakteriológia is elfogadott tudománnyá vált, melyben *Louis Pasteurnak* (1822–1895) és *Robert Kochnak* (1843–1910) kiemelkedő szerepe volt. Jelentős felfedezés volt az is, hogy a kórokozók jelenléte önmagában még nem egyenlő a definitív betegséggel. Megindultak a kutatások az endogén és exogén kóroktani faktorok felkutatására, a magasabbrendű élő szervezetek kórokozókkal szembeni reakcióinak megismerésére. Az orosz *Elie Mecsnyikov* (1845–1916) írta le a phagocytosis jelenségét és az immunrendszer humorális faktorait, ezzel jelentősen hozzájárult a sebgyógyulás molekuláris folyamatainak megismeréséhez.

A XIX. századi orvostan ágainak rohamos fejlődésén belül is leglátványosabb a sebészeté, mely a század végére a közgondolkodásban a leghatékonyabb terápiás diszciplína rangjára emelkedett. Tökéletesedett az érelkötés és ezzel a vérzéscsillapítás technikája, varrásra finom fémszálakat kezdtek alkalmazni. A nagyhírű sebész, *Dupuytren* tanítványa és munkatársa volt *Francois Lambert* (1802–1851), aki a sebgyógyulást kutatva írta le a fibrin szerepét.

Ezen nagyszerű sebészeti technikák és kutatási eredmények alkalmazása ellenére a korabeli kórházi osztályokon egészen addig mindennaposak voltak a szövődmények (*gyulladás, sebgyógyulási zavar*), míg a sebkezelés módszertanában a modern bakteriológia eredményeit nem érvényesítették. Az első lépést *Joseph Lister* (1827–1912) tette meg új típusú antiszeptikus eljárásával. A glasgowi, edinburghi, majd 1877-től londoni sebész-tanár 1867-ben a *Lancet* hasábjain számolt be először a sebek új gyógymódjáról (*első esete egy fiatal vasmunkás nyílt lábszártörése volt*). Glasgowban figyelte meg, hogy egy kémiai üzem folyóba ömlő vegyihulladéka hatására a folyó vize tisztább lett, szemben azzal a területtel, ahová a vegyianyag nem jutott el. Később megtudta, hogy a folyóba jutott vegyianyag fenol volt, valamint azt, hogy a fenoltartalmú szurkot már évszázadok óta használják sebkezelésre. Ezeket a tényeket figyelembe véve dolgozta ki és vezette be fertőtlenítő eljárását. Számos vegyszer baktericid hatását ki-

próbálta, végül is a patogén csírák elpusztítása érdekében a sebet – a mezőgazdaságban már bevált – 2,5–3%-os karbolsavoldattal öblítette, ezen oldattal átáztatott kötéstel fedte, műtét közben karbolsavat permetezett a légtérbe. Emellett sokat foglalkozott a sebvarró anyagokkal, jó felszívódási képességei miatt a catgutot propagálta, bakteriológiai vizsgálatokkal behatóan tanulmányozta a sebgyógyulás folyamatát. Lister tevékenységével párhuzamosan fejlődtek az aseptikus eljárások: a műtő és a ruházat tisztántartása, kötszerek és műszerek sterilizálása, kézmosás és védőmaszk bevezetése, melyben nagy érdemei vannak Kurt Schimmelbuschnak (1860–1895). (A magyar Fodor József 1885-ben számolt be arról, hogy a vér és a szövetek fiziológiás körülmények között antibakterialis tulajdonságokkal rendelkeznek, melyek a vegyszerek hatására megszűnnek. Ennek alapján Schimmelbusch mellőzte a seb közvetlen fertőtlenítését a baktericid képesség megőrzése érdekében. Az antisepsis és asepsis ilyen éles szembeállítását csupán elméleti volt, hiszen később a gyakorlat igazolta, hogy mindkét elvnek létjogosultsága van.)

Nyikolaj Pirogov (1810–1881), orosz sebész a krími háborúban szerzett tapasztalatai alapján háborús sérülések racionális ellátását, a vérzéscsillapítás elveit dolgozta ki. A krónikus sebek kezelését és a bőrátültetések műtéttanát, az ősi indiai medicina és a korábban már említett John Hunter eredményeinek figyelembevételével Jacques Reverdin (1842–1918) és Karl Thiersch (1822–1895) számottevően fejlesztette. Thiersch a keringési zavarok miatt kialakult fekélyek kimetszését és a friss seb transplantatummal való fedését javasolta a konzervatív eljárásokkal (Unna-féle cink-enyv, kamillatea, bizmut) szemben. A végleges sebellátás, sebtisztítás szempontjából korszakalkotó volt a greifswaldi sebész, Paul Leopold Friedrich (1864–1916) munkássága. Az általa kidolgozott eljárás („débridement”), a sérült és valószínűleg kontaminált szövetrészek kimetszése már előző korok medicinájában is felbukkant, sőt a XIX. században Langenbeck is alkalmazta, azonban általánossá csak Friedrich leírása nyomán, 1898 után vált. Sebtisztításra Rivanol-oldatot, 1-2%-os chloramint és 3%-os hyperolt használt. A szőrzetet leborotválta, a seb környékét benzinnel és jóddal újra lemosva novocain érzéstelenítésben a roncsolt szövetrészeket 1-2 mm-re az épből kimetszette. Bevezette a sebek csoportosítását (lőtt, zúzott, metszett, stb.) és a másodlagos varrat fogalmát, kísérletileg tanulmányozta a sebbe került baktériumok szervezethez való alkalmazkodását is.

Mint a fentiekből is látható, a XVIII-XIX. században kialakult a modern medicina szerkezete. Az orvosi alaptudományokban elért eredmények jelentős hatással voltak a klinikai szakágazatokra, megindult a korszerű orvosi specializálódás folyamata. A sebészeti terápia hatékonyságának fokozódása, a fejlődő műtéti technika és az asepsis-antisepsis elveinek elfogadása és elterjedése mellett ebben a korszakban is voltak a sebkezelés fejlődésének „tévútjai”. Réczey 1890-ben gennyes sebek esetében a drainálás teljes elhagyását javasolta, Neuber a drainezést „a szükséges rossznak” nevezte.

Vérzéscsillapításra gyakran használták az angiotripsziát, az erek mechanikus roncsolását, az égési sebeket gyakran olajjal, vagy meszes vízzel kezelték. A sebek ellátás utáni nyugalomban hagyását nemegyszer annyira szó szerint vették, hogy a sebek revíziója csak 8-10 nap elteltével történt, addig az átnedvesedett kötésnek csak a felső rétegét cserélték.

A sebkezelés és sebtisztítás fejlődése napjainkban

Századunk első felében az előző évtizedekben felvetődött orvostudományi kérdések elemzése és (tényekkel, adatokkal alátámasztott) megválaszolása folytatódott. Mivel a kutatási és klinikai eredmények bősége alig áttekinthető, a sebkezelés további fejlődését, a sebellátás korszerűsödését – figyelembe véve a közlemény terjedelmét is – csupán főbb tendenciáiban és néhány jelentősebb adat leírásával foglalom össze.

A XX. század elején a gennyes sebek kezelésében több irányzat is kialakult. *Wagner* illóolajokat, jód-, cink-, és higanytartalmú készítményeket ajánlott, *Löwenmarburgi* sebész 1923-ban a gennyes sebeket a beteg saját vérével öblítette, *Löhr* a sebüregekbe A-vitaminban gazdag csukamájolajat öntött. *Klapp* a „szöveti antisepsis” módszerét dolgozta ki, a seb környezetét dezinficienssekkel (*Rivanol-oldat*) fecskendezte be. A gennyes sebek műtéti kimetszése mellett igen nagy népszerűségnek örvendett *August Bier* (1861–1949) hyperaemizáló kezelése. A sebek környezetében leszorításokkal, vagy kémiai ingerekkel mesterséges vérbőséget idézett elő, mivel a sebzéseket övező hyperaemiás régiókat a természetes védekezés megnyilvánulásaként értelmezte. *Alexis Carrel* (1873–1944), a francia hadsereg orvos-őrnagya az I. világháborúban alkalmazta először a később széles körben elterjedt Carrel-Dakin-oldatot (*Nahyperchlorid*). *Führbringer* és *Ahlfeld* kidolgozta sebészi bemosakodás módját, foglalkoztak a ruhaneműk és varrófonalak sterilizálásának megoldásával is.

A klinikai kutatások a különböző hőhatások következményeinek terápiás lehetőségeit is vizsgálták. Az égési sebek hűsítő kenőcsökkel való kezelése mellett *Davidson* 1925-ben a 4%-os csersav használatát vezette be. Később *Frank* a thrombinos ecsetelést javasolta abból az elgondolásból, hogy az a sebfelületen természetes védőréteget képez. A fagyási sérülések terápiájában szerepet kapott a rövidhullám, az UV-sugárzás, de a fagydagاناتok excíziója, a Visnyevszkij-féle olajos balzsam és a Lassar-paszt is. A vérzéscsillapítási eljárások ugyancsak sokat fejlődtek, a meleg paraffin, forró konyhasó, valamint az Esmarck-pólya használata mellett gyógyszeres vérzéscsillapító módszereket (*fibrinfilm, thrombinpor, hydrogen-hyperoxid*) is alkalmazni kezdtek.

A XX. században készültek az első, sebgyógyítással összefüggő, később már multacentrikus tanulmányok, melyek vitathatatlanul hozzájárultak a sebellátás fejlődéséhez. A század elején *Knoll* és *Thompson* a különböző varróanyagok sterilizációját vizsgálta (*a catgutot Knoll 80%-ban fertőzöttnek találta!*), *Babcock* tanulmányában a varróanyagfajtákat (*catgut, chrom-catgut, lószőr, acéldrót, ezüstsál*) hasonlította össze. *Young* és *Hill* 265 vegyszer dezinficiáló hatását vizsgálta meg, kimutatások, értékelések készültek a kor nagy sebészeinek (*Bergmann, Sauerbruch, Kocher*) tevékenységéről, eredményességéről.

Az 1930-as évektől kezdődően a kutatásokban mind nagyobb szerepet kapott a normális sebgyógyulási folyamatok mellett a sebgyógyulási zavarok mikéntjének, esetleges terápiás lehetőségeinek megismerésére való törekvés. A nehezen gyógyuló sebekre, krónikus fekélyekre azért is terelődött a figyelem, mert a 40-es évektől az orvosi ellátásban a pénzügyi terhekkel kapcsolatos kérdések egyre jelentősebbé váltak, és a korabeli kimutatások szerint a sebgyógyulási zavarok kezelése már a század elején is komoly kiadásokkal járt. *Robinson* 1936-os tanulmányában a krónikus sebek kezelésére, elsősorban sebtisztítás céljára a nagy allantoin-tartalmú emberi vizeletet

ajánlotta, mivel kutatásai és megfigyelései szerint a légyálca már ismert, sebalap-tisztító hatását a magas allantoin-koncentráció magyarázza. A század közepén elterjedt volt a *Ladányi-Pongrácz*-féle vérlepény-kezelés, melynél penicillinnel és a páciens vérével átitatott gézlappal fedték a krónikus sebeket.

Már régóta nyilvánvaló volt, hogy a krónikus sebek gyógyulásának elősegítése céljából az elhalt szövetek eltávolítása alapvető fontosságú, hiszen ezek nemcsak a sebgyógyulást akadályozzák, hanem a kórokozóknak táptalajt is teremtenek. Új volt azonban az az irányzat, mely a débridementet a sebészeti eljárással szemben konzervatív úton (*enzimatis aktivitású készítményekkel*) kívánta kivitelezni. Howes 1959-ben kimutatta, hogy a nekrotikus szövetet kollagénszálak rögzítik a sebhez, melyek proteolysissal eltávolíthatók, így a sebalap tisztítható. 1961-ben Mandl és munkatársai igazolták, hogy a *Clostridium hystolyticum*-ból előállított specifikus kollagenáz, a „*Clostridiopeptidase A*” képes szelektív nekrolízist megvalósítani, hiszen sem a granulációs szövetet, sem a hámszövetet nem károsítja, bőrfekélyek decubitusok, égési sérülések terápiájában hasznosítható. (*A kollagén sebgyógyulásban betöltött szerepének, degradációs produktumainak, valamint a kollagenáz-enzimek sajátosságainak kutatása miatt Gross, Seltzer, Etherington és Werb neve érdemel említést.*)

A sebkezelés és különösen az enzimatis sebtisztítás területén a kutatások napjainkban is folynak. A bolgár Trosev 1993-ban égési sérülések kezelésében a Neprolyzin nevű enzimpreparátumot vizsgálta, orosz kémikusok (*Szaharov és társai*) pedig felfedezték hogy a *Paralithodes camtschatica* nevű királyrák hepatopancreasában termelt proteázok izozym C frakciója specifikus kollagenolitikus aktivitással rendelkezik. Durham és kollégái ugyanezen évben egy tengeri mikroorganizmus, a *Vibrio proteolyticus* fehérjebontó enzimjét, a vibrolysin-t értékelték ki, a francia Laidet és Letourneur a papain ilyen jellegű tulajdonságait és szerepét vizsgálta. Soroff és Sasváry égési sebeknél a kollagenáz-polymyxin-bacitracin kombináció gyógyhatását jobbnak találta, mint a sulfadiazin egyedüli alkalmazása esetén. Aubock 1994-es tanulmányában a nekrotikus szövetek enzimatis eltávolítása mellett a sebészi, mechanikus, ozmotikus és autolitikus utat is vizsgálta, Shafer 1993-ban débridement céljára hiperbárikus oxigént használt. Sinclair és Ryan az enzimatis débridement kutatásakor a kollagenáz mellett a pankreatopeptidáz és a peptid-hidroláz sebgyógyulásban betöltött szerepét is tárgyalta. Orgill és munkatársai 1996-ban egy ananain alapú, cysteinproteáz készítmény (*egyelőre csak állatkísérletekben igazolt*) effektivitását és alkalmazási lehetőségeit írták le. Szintén 1996-ban Martin és társai randomizált, összehasonlító vizsgálatsorozattal a streptokináz és streptodornáz sebtisztításbeli jelentőségét tanulmányozta.

Az enzimatis débridement természetesen csak egyik, igen kiemelt fontosságú részterülete a sebek gyógyításának, így érthető, hogy a XX. század sebkezelésének fejlődése más – szintén nagy jelentőségű – részterületeket is érint. Napjaink kutatásai többek között a sebgyógyulási zavaroknak diétás szokásokkal, életkorral, stresszhelyzetekkel, citotoxicus terápiával, szisztémás megbetegedésekkel, menopausával való összefüggését vizsgálják. Több szerző is foglalkozik a sebgyógyulás és helyi ágenszek vizsgálatával, Trengove és társai 1996-ban a krónikus fekélyek kvalitatív bakteriológiai vizsgálatáról számoltak be. A sebek gyógyulásának immunológiai és moleku-

láris aspektusait is tovább kutatták, Robson és munkatársai 1994-ben a granulocita-makrofág kolonizáló faktor jelentőségéről, Dawson két évvel később (egy összehasonlító vizsgálat során) a cukor sebgyógyulásbeli szerepéről írt. Turcic és kollegáinak közleménye, mely a délszláv háborúban szerzett tapasztalatok alapján a Thiersch szerint plasztikázott sebek ózonnal való kezeléséről számol be, bizonyítja, hogy a sebkezelések fejlődése, az ezzel kapcsolatos kutatások a XX. század végén is folytatódhatnak. Az orvosi használatban új terápiás eljárások, módszerek és készítmények jelennek meg, igazolva azt a tényt, hogy a sebek kezelése más természettudományi ágazatokra és orvosi diszciplínákra épülő, de önálló, dinamikusan fejlődő tudományággá vált.

Felhasznált forrásmunkák:

1. *Ackerknecht H. A.*: Geschichte der Medizin. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1989.
2. *Acsády Gy., Laczkó A., Turbók E., Nemes A.*: Iruxol monoval szerzett klinikai tapasztalatok a krónikus sebek kezelésében. Érbetegségek, 1995. 2. 4.
3. *Aubock J.*: Lokalthérapie der Ulcus cruris. Wien. Med. Wochenschr. 1994. 273–276.
4. *Bartucz L.*: A praehistorikus trepanáció és orvostörténeti vonatkozású sírleletek. Medicina, Budapest, 1966.
5. *Birtalan Gy.*: Óriáslépések az orvostudományban. Móra, 1989.
6. *Bolton L., Fattu A. J.*: Topical agents and wound healing. Clin. Dermatol. 1994. Jan-Mar., 95–120.
7. *Cohen I. K., Diegelmann R. F., Lindblad W. J.*: Wound healing (biochemical & clinical aspects). Saunders, 1992.
8. *Cornell K., Waters D. J.*: Impaired wound healing in the cancer patient: effects of cytotoxic therapy and pharmacologic modulation by growth factors. Vet. Clin. North. Am. Small. Anim. Pract. 1995. Jan. 111–131.
9. *Dawson J. S.*: Preiskel Elective Prize. The role of sugar in wound healing. A comparative trial of the healing of infected wounds using traditional gauze/antiseptic packing and granulated sugar, undertaken during an elective period at Kagando Hospital, Uganda. Ann. R. Coll. Surg. Engl. 1996. Mar. 82–85.
10. *Durham D. R., Fortney D. Y., Manney-L. B.*: Preliminary evaluation of vibriolysin, a novel proteolytic enzyme composition suitable for the debridement of burn wound eschar. J. Burn. Care. Rehabil. 1993. Sep-Oct. 545–551.
11. *Echtenacher B.*: Immunologische Aspekte der normalen und gestörten Wundheilung. Zentralbl. Chir. 1996. 18–19.
12. *Farkaslaki Hintsch E.*: Az őskori orvostudomány. Eggenberg-féle Könyvkereskedés, 1939.
13. *Farkaslaki Hintsch E.*: A középkori orvostudomány. Eggenberg-féle Könyvkereskedés, 1939.
14. *Glynn L. E.*: Tissue repair and regeneration. Elsevier-Biomedical Press. 1981.
15. *Gniadecki R., Wyrwas B., Kabala A., Matecka J.*: Impairment of granulation tissue formation after menopause. J. Endocrinol. Invest. 1996. Apr. 215–218.
16. *Helaly P., Vogt E., Schneider G.*: Wound healing impairment and topical enzymatic therapy: a multicentre double-blind study. Swiss. Med. J. (Praxis). 1988. 77. 52.
17. *Higgins K. R., Ashry H. R.*: Wound dressing and topical agents. Clin. Podiatr. Med. Surg. 1995. Jan. 31–40.
18. *Holzheimer R. G., Steinmetz W. G., Thiede A.*: Lokale und systematische immunologische Aspekte der gestörten Wundheilung in Klinik und Experiment. Zentralbl. Chir. 1996. 31–32.
19. *Karski J.*: The use of vegetable proteolytic enzymes in the treatment of surgical disease. Ann. Univ. Mariae Curie Sklodowska Med. 1994. 125–128.
20. *Ladányi J.*: Gyakorlati sebellátás. Medicina, 1957.
21. *Laidet B., Letourneur M.*: Detersion enzymatique des ulcères de jambe par la papaine. Ann. Dermatol. Venereol. 1993. 248.
22. *Martin S. J., Corrado O. J., Kay E. A.*: Enzymatic debridement for necrotic wounds. J. Wound. Care. 1996. Júl. 310–311.

23. Metzger P.: Sebekről In: Gaál CS.: Sebészet, Novotrade-Typoart, 1991.
24. Novák E.: Sebgyógyulás-sebfertőzés. Kir. Magyar Egyetemi Nyomda, Bp., 1940.
25. Novák M.: A sebkezelés alapvonalai. Eggenberg-féle Könyvkereskedés, 1925.
26. Rackett S. C., Rothe M. J., Grant-Kels J. M.: Diet and dermatology. The role of dietary manipulation in the prevention and treatment of cutaneous disorders. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1993. Sep. 447–461.
27. Robson M.: Effects of granulocyte-macrophage colony-stimulating factor on wound contraction. *Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis.* 1994. 41–46.
28. Rudolph R., Noe J. N.: Chronic problem wound. Little Brown & Co., Boston, 1983.
29. Salamon A.: A sebgyógyulás biológiája. Savaria University Press, 1995.
30. Schultheisz E.: Orvostörténelem (egyetemi jegyzet). SOTE Házinyomda, 1992.
31. Shafer M. R.: Use of hyperbaric oxygen as adjunct therapy to surgical debridement of complicated wounds. *Semin. Perioper. Nurs.*, 1993. Oct. 256–262.
32. Sinclair R. D., Ryan T. J.: Proteolytic enzymes in wound healing: the role of enzymatic debridement. *Australas J. Dermatol.*, 1994. 35–41.
33. Stotts N. A., Wipke-Tevis D.: Co-factors in impaired wound healing. *Ostomy Wound Manage*, 1996. Mar. 44–46, 48, 50–54.
34. Szumowski U.: Az orvostudomány története bölcsészeti szempontból nézve. Magyar Orv. Könyvkiadó, 1939.
35. Turcic J.: Effects of ozone on how well split-thickness skin grafts according to Thiersch take in war wounds. Result of prospective study. *Langenbecks Arch. Chir.*, 1995. 144–148.
36. Van Eimeren W., Biehl G., Tuluwiet K.: Therapie traumatisch verursachten Schwellungen. thieme Verlag, 1994.
37. Westerhof W., Vanscheidt W.: Proteolytic enzymes and wound healing. Springer Verlag, 1994.
38. Wullstein-Willms: A sebészet tankönyve (I. kötet). Franklin-Társulat, Budapest, 1911.

Reverdin, a plasztikai sebészet jeles tudora

DR. VÉRTES LÁSZLÓ

MAGYAR ORVOSTÖRTÉNELMI TÁRSASÁG, BUDAPEST

Svájc orvostörténelmében olyan kiemelkedő személyiségeket találunk, akik beír-
ták nevüket az egyetemes história fényes lapjaira. Hadd emeljünk ki három óriást:

Emil Theodor Kocher (1841–1917), sebész professor, Bernben működött, 1909-ben Nobel-díjjal tüntették ki. *Jules Gonin* (1870–1935), szemész professor, Lausannében tevékenykedett. És *Jacques Louis Reverdin*! Genfben, 1842. augusztus 28-án született, 1929. január 9-én halt meg, 87 éves korában.

Reverdin életével, működésével Berndorfer Alfréd (3) foglalkozott előadásában. Az életpályáról összefoglaló tanulmányt nem találtunk, e helyen kíséreljük meg a jeles előd csodálatos alkotásának bemutatását.

1908-ban Albert (1) életrajzi lexikonában néhány adatot közöl. Reverdin Genfben és Párizsban tanult, az utóbbi városban nyerte el orvosi diplomáját 1870-ben. 1876-tól Genfben egyetemi tanár, többek között tagja a Párizsi Nemzeti Sebésztársaságnak, Párizsban az Orvostudományi Akadémia levelező tagja. Tudományos közleményeket írt például az urethrotómiáról, a sérvek műtéteiről, a heresérvről, a plasztikai műtétek varratáról.

Mayer Ferenc Kolos, egyik legjelentősebb orvostörténészünk (5) 1927-ben megjelent kitűnő könyvében említi, hogy „vértelenül végeztek operációkat Friedrich von Esmarch, Reverdin, Thiersch, Krause, Filatov, Rehn, Kirschner, Demichow és Narnard”.

A Richter Gedeon Vegyészeti Gyár kötetében (11) a pajzsmirigy készítményekkel foglalkozó fejezet említi: „*Kocher*-nek, a nagy berni sebésznek és *Reverdin*-nek nevéhez fűződnek a pajzsmirigy működéséről való első exact ismeretek”.

Reverdin Magyarországgal is kapcsolatba került, az orvostudományban betöltött szerepét felismerték korabeli hazai tudoraink. Orvosegyesületünk 1909-ben a külföldi levelező tagok körébe hívta meg (12).

Manninger Vilmos a sebészet tudományának egyik óriása, történelmi kötetében (6) írja: „Tudományos alapon a szabad átültetés gondolata az irodalomban 1869-ben jelenik meg, amikor a genfi *Reverdin* és a kielii *Thiersch* jóformán egyidőben alkalmazzák vékony bőrlebenyekék átültetését sarjadzó sebfelületek gyors behámosítására”.

Pólya Jenő ugyancsak a sebészet egyetemes históriájának géniusza. Tragikus magyar sors, a II. világháború éveiben megölték. Hatalmas ívű orvostörténelmi kézikönyvéből (7) idézünk: „*Kocher Tivadar* 1874-ben 11 éves lányon, a pajzsmirigy kiirtása után súlyos psychés zavarokat látott, melyekről először nem tudta, vajon a golyvakiirtásnak tulajdonítandók-e vagy sem, későbbi megfigyelései azonban meggyőzték arról, hogy igen és 1883-ban közölte klasszikus leírását a pajzsmirigy kiirtása által létrehozott kórképről, melyet cachexia strumipriva-nak (golyvakiirtás által okozott senyvedés) nevezett el. *Jacques Louis Reverdin*, genfi professor, szintén igen kiváló sebész, már az előző évben leírta e kórképet myxoedeme operatoire (műtéti vizenyő) név alatt.”

Orvostörténelmünk nagytudású alkotója, *Regöly-Mérei Gyula* gondosan összeállí-

tott kötetében (8) rögzíti a tényeket: „Alapjában véve Jacques Reverdin (1869), illetőleg *Karl Thiersch* (1886) gondolata valósult meg, akik hámból álló felszínes réteget használtak átültetésre, és nem a megtapadás, hanem a bőr újraképződése jelentette a célt.”

Az Orvosi Lexikon 1973-ban megjelent kötete (10) rövid cikkszt szentel Reverdinnek: „svájci sebész, genfi egyetemi tanár. A bőr sérüléseinek sebészi ellátását lebenyes plasztikai eljárással gazdagította (1869–1870). 1882-ben hírt adott arról, hogy a pajzsmirigy totalexstirpációjára myxoedemát okoz, a következő évben unokaöccsével (Auguste Reverdin, 1848–1908) együtt újabb ilyen esetekről számolt be, ezt követte *Theodor Kocher* hasonló tapasztalata („kachexia thyreopriva”). Ez a felismerés nemcsak a pajzsmirigyműtét korrekciójához vezetett, hanem az endokrinológia új szemléletéhez és a substitúciós terapiához is. A Reverdin-féle nyeles sebészi tűt fia szerkesztette, Albert Reverdin (1881–1929), jeles svájci sebész.” A továbbiakban néhány sor foglalkozik a Reverdin-lebenyekkel és a Reverdin-transzplantációval, ábrát is mutatva.

Birtalan Győző, a kitűnő orvostörténész az európai orvoslás újkori áttekintését jelentette meg (4). Néhány sorát kiemeljük: „A testszövet transzplantáció műtéttanának első teljesítményeként értékelhetjük Jacques Louis Reverdin (1842–1908)(?!)* és *Karl Thiersch* bőrpótló eljárását. Reverdin megfigyelte, hogy a természetes regeneráció során kis szigetektől indult ki a hámosodás. Ezért a sérült felületre a test egyéb részeiről kivágott apró bőrdarabokat ültetett rá, majd a felületet laza kötéssel fedte.” Olvashatunk arról is, hogy Reverdin írta le azt a kórformát, amit myxoedeme operatoire-nak nevezett el.

A Pécsen munkálkodó jeles orvostörténész *Benke József*, tudománytörténeti egyetemi jegyzetében (2) kitér arra, hogy „a pajzsmirigyműtét technikájához alkotóan járult hozzá a francia Jacques Louis Reverdin (1842–1918)(?!)*, aki emellett kitűnt a bőrátültetés műtéttanában.”

Reverdin személyével foglalkozva a genfi egyetemhez fordultunk és anyagokat kértünk. Részletes tájékoztatót küldtek, amelyből idézünk (9), egyúttal hálás köszönetünket is tolmácsoljuk. Reverdin régi genfi családból származott, a gimnázium elvégzése után, 1862-ben iratkozott a tudományegyetemre – irodalomtudományi diplomát és művészeti doktorátust szerzett. Párizsba indult, hogy ott orvosi tanulmányokat folytasson. Később sebészetre specializálódott. 1868-ban már kitüntették, 1869-ben aranyérmert nyert el. 1870-ben szerzett doktorátust „Tanulmány a belső urethromiáról” című dolgozatával. Ezzel elnyerte Párizsban az egyetem bronz érmét, valamint az Orvosi Akadémia nagydíját is. 1870-ben kitört a francia-német háború, a svájciak mentőszolgálatot hoztak létre, vezetésével Reverdint bízták meg. A párizsi mesterek marasztalása ellenére 1872-ben tanulmányútra indult Ausztriába, Németországba, Dániába, Angliába, Olaszországba, majd Genfben telepedett le. 1874-ben helyettes sebész, 1878-tól a kanton kórházában vezető sebész. Az orvosi fakultás megalapítása után 1876. február 18-án professzorral neveztek ki.

Reverdin 1869-ben Párizsban kezdte tanulmányait a bőrátültetésekkel kapcsolat-

* A kézirat adatainak ellenőrzésekor derült ki, hogy Jacques Louis Reverdin halálának évszáma hibásan szerepel az orvosi lexikonban és az idézett két munkában: *Birtalan* és *Benke* művében. A Szerk.

ban, új utakat nyitva a biológiában, az orvoslásban. E témában írt és 1872-ben megjelent munkáiért az Orvosi Akadémiától díjat kapott. 1883-ban unokatestvérével először publikálta a pajzsmirigy részleges vagy teljes eltávolításával összefüggő myxoedemáról szóló tanulmányt.

1897-ben Párizsban az Orvosi Akadémia külföldi levelező tagjává választották, e címet később külföldi tagra változtatták. 1910-ben 224 oldalas művet írt: „Leckék háborús sebészetről: golyó lőtte sebek”. A hadműveletekben működő orvosoknak előadásokat tartott. 1881-ben két kollégájával (Prevost és Picot) megalapította Francia-Svájc orvosi folyóiratát. 1910-ben, 68 évesen Reverdin visszaadta professzori megbízatását, abbahagyta sebészi tevékenységét. Ebben közrejátszott, hogy hallása mind jobban gyengült. 1910. május 16-án tiszteletbeli tanárrá nevezték ki. 34 éven át tanított, hallgatói „az összehasonlíthatatlanul jóindulatú és végtelen türelmű” tanár képét őrizték meg. Az napon a svájci illetékesek, egyetemi képviselők tisztelegtek munkássága előtt és a képmásával díszített plakettet nyújtották át. Köszöntötték a Párizsi Orvosi Akadémia és más tudós társaságok képviselői.

Reverdin mindig lelkes csodálója volt a természetnek. 1881-től különösen a lepkék iránt kezdett érdeklődni, szenvedélyes gyűjtővé vált. 1905-ben az egyik megalapítója a „Lepkekutatási Társaság”-nak, 1924-ben tiszteletbeli elnök lett. A *Hesperia* fajról monográfiát jelentetett meg. 1908-ban a röntgensugarak hatását vizsgálta a lepkébábokon, 1911-ben pedig a rádiumét a besugárzott bábokból előbújt pillangók színeződésére. Ez irányú működését annyira elismerték, hogy 1928-ban a londoni Entomológiai Társaság levelező tagjává választották. A genfi egyetem a megemlékezést azzal zárja, hogy Reverdin „hosszú és termékeny munkásságot hagyott maga után, amit fél évszázadon át sebészi munkásságának, húsz évig pedig természettudósi alkotásnak szentelt”.

Reverdin helye egyértelmű az orvostudományban, az egyetemes történelemben. Alkotása fennmaradt, neve ma is élő. Erkölcsei kötelemnek éreztük, hogy a jeles elődöt bemutassuk, emlékezzünk reá és példaként állítsuk minden kor orvosai elé.

Irodalom

1. *Albert, H.*: Medizinisches Literatur- und Schriftsteller-Vademecum, 1907/08. Hamburg, 1908. 302 p.
2. *Benke József*: Az orvostudomány története. Pécs, 1994. 111. oldal.
3. *Berndorfer Alfréd*: Néhány szemelvény a magyarországi plasztikai sebészet történetéből. A Magyar Orvostörténelmi Társaság tudományos ülése, Budapest, 1966. november 26.
4. *Birtalan Győző*: Európai orvoslás az újkorban. Orvostörténelmi Közlemények, Supplementum 15-16. Budapest, 1988. 124–125. oldal.
5. *Mayer Ferenc Kolos*: Az orvostudomány története. Budapest, 1927. 324. oldal.
6. *Manninger Vilmos*: A sebészet diadalútja. Budapest, 1938. 93. oldal.
7. *Pólya Jenő*: Az orvostudomány regénye. Budapest, 1941. 438., 544. oldal.
8. *Regöly-Mérei Gyula*: Akik legyőzték a betegségeket. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 1966. 198. oldal.
9. *Reverdin*: In *Historique des facultés et instituts 1914–1956*. Université de Genève, Genève, 1959. 35. oldal.
10. *Reverdin*: In *Orvosi Lexikon, IV. kötet*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1973. 123. oldal.
11. *Reverdin*: In *Richter Gedeon Vegyészeti Gyár, 1901–1927*. Budapest, 17. oldal.
12. *Salacz Pál* (szerk): A budapesti Királyi Orvosegyesület jubiláris évkönyve, 1837–1937. Budapest, 1938. 43. oldal.

Németh László a geriatriáról, decubitusról

Az orvos-író születése 100. évfordulójára

DR. VÉRTES LÁSZLÓ

NÉMETH LÁSZLÓ TÁRSASÁG, MAGYAR GERONTOLÓGIAI TÁRSASÁG, BUDAPEST

2001. – Német László születésének 100. évfordulója. Úgy vélem, hogy az orvos-író-géniusz emlékének idézése minden orvosi szakfolyóirat kedves erkölcsi kötelme. Köszönöm **Dr. Baksa József elnök úrnak és Dr. Mészáros Gábor főszerkesztő úrnak, hogy lehetővé teszik – a kedves mindkettőjükhöz kötő hosszú munkatársi és baráti kapcsolat alapján is – soraim megjelenését.**

Érdekes a helyzet: *Németh László* írt olyan regényt, amely éppen két szűkebb érdeklődési körömet érint. „*Irgalom*” – a csodálatos alkotás címe, a *gerontologia* talán legértékesebb és művészileg legsebb szépirodalmi elemzése. *Kertész Ágnes* a hősnő, harmadéves medika, éppen elkezdte a klinikum tanulását. A mindennapi élet és küzdelem – ismerője, szenvedője: édesanyja ápolónő volt, édesapja 7 éven át tartó hadifogságból tért haza (a mű az 1920-as években játszódik). *Ágnes* idősek osztályán vállal ügyeleti munkát. *Németh László* hatalmas tapasztalatok birtokában reális képet fest a betegekről, az ápolókról, az orvosokról – és a hozzátartozókról. A „Hatodik rész” pedig – az imént említettek alapján – a „sebek” előfordulását tárgyalja, konkrétan a *decubitus* tökéletes orvosi leírásával. Érdemes idéznünk *Németh Lászlót*:

„*Ágnes* közben megnézte az átutaló lapon a nevet. Finta, a Nemzetinek csakugyan volt ilyen színésze. *Ágnes* az átvezethetőt átvezette a kórlapra, csak a maradék kérdéseivel ült oda a beteg mellé. – Nem fárasztom, ha kikérdezem? – Nem fárasztom, felelte a beteg, a gépiesség vagy távollét jeleként a ragot is megismételve a szóval. A válaszai azonban, bár távolról, ép eszméletből jöttek. Közben *Viktória* nővér is odaállt a lavórral, szivaccsal az ágyukhoz. A betegnek már a szaga is elárulta, hogy nem ura a záróizmának. De ahogy *Viktória* nővér óvatosan, nagy sziszegések, jajdulások közt oldalra fordította, s kibontotta, a szivacs a szétkent bélsár alól élénkpiros, hámfosztott sebeket hozott elő. – Nem tudja tartani? – kérdezte *Viktória*, s a fegyelmezett apácaarcon a kelletlen munka undora jelent meg (mert bár a csecsemőket majd minden nő szívesen teszi tisztába, a csecsemővé visszahullt öregtől a legedzettebb ápolónő is undorodik), majd rajtakapva magát a hangjában rezgő nyerseségen – Fáj, ugye? – tette hozzá a szokottnál gyöngédebben. Tessék ezt megnézni, mutatta az odahajló *Ágnes*nek a keresztcsonton levő tenyérszerű fölfekvést, s ingerültsége most már a beteg előző ápolói ellen fordult, akik így küldték át neki. – A bejáróné, az na-



gyon szépen tartott, jegyezte meg váratlanul az arccal az ablak felé fordított beteg, mintha a hátán járó ujjak felháborodásával vitatkozott volna. A bejáróné nyilván az emberi jószág utolsó szeglete volt, melytől a kórházba vitellel elszakadt, s bár a halál ellen közönyössé vált már, igazságérzete őt még védeni akarta. Csak nem bírt már emelni, magyarázta meg a leöblítés s a kenőcs odahozása közt, a fájdalom szünetében. – Na, itt majd megint szépen tartjuk, jegyezte meg Viktória nővér, aki miközben ujjai a púderrel, kenőccsel működtek, Ágnes kérdéseinél is pontosabban állította össze a keze alatt levő test történetét, a jó módú hozzátartozókat, akik mintsem magukhoz vennék, a bejáróné gondjaira bízzák a tisztátalant, s a bejáróné s a színész vagy meny párbeszédét, hogy ezt már ő sem bírja, a mentők érkezését, a búcsút a Roth néniéhez hasonló özvegyi lakásocskából, a kórházi ápolónők, betegek fintorgását, a sürgetést, hogy tegyék ki Cinkotára. – Hány napot töltött a kórházban? – kérdezte még, ahogy újabb jajdulások között ingét lehúzva a hátára fordította. Ágnes azt hitte, a megbolygatás fájdalmai közt nem is értette a kérdést, de kiderült, hogy számolt, a rettenetes órák sorába próbált az éjszakák számával rendet vinni. – Hármát töltöttem, mondta a száraz, iskolás hang. Addigra Ágnes is kiszámította a kísérőlapról: valóban hármát.

A beteg fájdalmai azonban, a gondozás ellenére, egyre növekedtek. A csontburjánzás, melyről a röntgenlelet beszélt, az odábbmozdítást tette keservessé, a lepedő s a csontok közé szorult, továbbsebesedő bőr a rajta fekvést. Ágnes, aki kedves helyén, a virrasztóasztalnál készült a kórbonctan-kollokviumára, hallotta a csendes nyögdecselest. A betegek egy része aludt már, mások a nyögéseket figyelték. – „Mért nem adnak valamit neki?” – „Kapott kevert port.” – „Mit ér az a vacak?” – „Emmo kell ennek”, vált ki, úgy, hogy ő is hallja, a Schwartzerné hangja.

Ágnes maga is azt érezte, hogy csakugyan kell valamit tenni. De Balla nem látta még a beteget, s gyógyszert csak ő rendelhetett – legföllebb Füredi. – Doktorkisasszony! – szóltak át most már, de nem Schwartzerné, a nagyteremből. Mért nem adnak ennek a szegénynek valamit? Ágnes letette a könyvet, s átment; s lehúzott lámpa fényében fantasztikus árnyat sétáltatva a falakon. – Nagyon fáj? – hajolt az új betegre. – Nagyon fáj, ismételte az, s a száraz hang fölött csak a szemében válaszolt, az odatartott lámpafénynek, a bódult fájdalom. De az apáca ajtaját nem írta már körül a megszokott fénysáv, a férfiterelem adta orvosban s ápolónőben az ügyeletet. Füredi ajtajához ment; az, úgy látszik, még fenn volt, valami vataatás hallatszott belülről. – Vajon mit csinálhat egy ilyen ember, mint Füredi, ha egyedül van? Olvas, a gondolkáját pengeti, gondolkodik? Mind összeegyeztethetetlen volt a kinn megismert képpel. De akármit csinált is, éber volt, meghallotta a járáskelést, az ajtaja előtt megállt lépést, a habozó fapadló reccsenését. – Ki az? – szólt ki félig ijedten, félig ingerülten. Ágnes csak most kopogtatott be. – Én vagyok, mondta halkán, Kertész Ágnes. Tanácsot szeretnék kérni. A félénk hang, a szokatlan „tanácsot szeretnék kérni”, melynek nem is kellett okvetlen orvosi dologra vonatkoznia, az ajtó mögött széktolást, néhány gyors lépést váltott ki. – Tessék, parancsoljon, jelent meg a folyosó fényében Füredi arca.

– Egy beteget hoztak be délután, Balla doktor úr nem látta még, de rettenetes fájdalmai vannak. A lelet szerint Paget-kórja van. Az orvos kutatón nézett Ágnesre, hogy

csakugyan egy beteg fájdalma miatt szólította-e ki (ő valami meglepőbbre készült), s megindult szótlán a nőosztály felé. Fintának, a színésznek az édesanyja, mondta Ágnes mögötte lépdelve; ezzel a betegnek kért a társadalmi összeköttetéseire hivatkozó orvostól egy kis kíméletet. – Melyik az a beteg? – kérdezte Füredi jó hangosan, ahogy a terembe lépett. Az, hogy mint a Tudás és Elhatározás lépjen a tanácstalan kis kollégával az idegen terembe, felvillanyozta. – Csúnya felfekvései vannak, magyarázta Ágnes, s odahozta az átutaló lapot, Füredi fontos arccal tanulmányozta.–

Mutassa a hátát, szólt oda a betegnek, mintha az csapágyon forogna. A parancsoló hang azonban, mely hajdani orvosi segítségek emlékét ébreszthette, hatott: Ágnesnek alig kellett a testet átfordulás közben támogatnia. Füredi a felfeküdt hátra nézett (amely délután óta is szemmel láthatólag tovább sebesedett: a nyers, vérzések hús kékespirosa ütött át a sárga kenőcsön) – s füttyentett egyet. A gumilepedő megint lucskos volt, maszatos. – No, majd adunk valamit, amitől aludni fog, mondta a betegnek. Mit akar azzal? – kérdezte aztán szinte gorombán Ágnestől, aki egy pelenkát hozott, hogy a lepedőt letörölje, s visszadobva az oldalán fekvő testre a takarót, a betegre bízta, hogy mint talál vissza a helyére. – A morfiumot keresi? – kérdezte Ágnes a műszerszekrényben matató orvostól. – Ahogy mondani méltóztatott, mondta ő, miután a két ampulla közül az egyiket a lámpa fölé tartva a kétköbcentis fecskendőbe szívta. Aztán még egy ampullát húzott föl. Ágnes kezébe vette, s megnézte a letört üveget. Az is morfium volt, nem is egy, két százalékos. A Vámosy Gyógyszertár, nyílt fel az emlékezetében, az adag mellett a felkiáltójel. – Négy centigramm, nem sok az? kérdezte meghökkenten az orvost. – Elég, felelte Füredi nyomatékmal és sajtósággal, szinte diadalmas pillantást vetett Ágnesre, mint aki nem mindenkinek hozzáférhető határokon lép át, s ugyanakkor mint ötletes ember, a szót is megtalálta magyarázatul. Ágnes pillantásában azonban lehetett valami (a betegágyhoz sem ment oda, csak a másik szoba részéből figyelte az injekció beadását), ami miatt nem akarta ezzel a szellemes „eléggel” befejezni az együttlétüket. – Nem jön ki egy cigarettára? – mondta, miután a fecskendőt a Petri-csészébe visszatette.”

...

Amikor – sok esztendővel ezelőtt – először olvastam az „Irgalom” feszültséggel telt oldalait, megdöbbenett: hogy ötvözi Németh László az orvos és az író kreativitását. Újból tanulmányozva a regényt, immár a Magyar Sebkezelő Társaság tagjaként, rájöttem: a vonatkozó sorokat kedves Tagtársaim elé kell tárnom. *Geriatrics és decubitus*. Ahogy az 1920-as években zajlottak az események. Ahogy az 1964-ben napvilágot látott kötet leírást ad.

Költői kérdés: hogyan ábrázolhatná a mai geriatricai-sebellátási magyar valóságot az író, az orvos, ha megérte volna 100. születésnapját.

*Dr. Vértés László:
Dr. Bakay Lajos sebész:
A fürdők jelentőségéről a sebkezelésben
(a professzor születésének 120., halálának 40. évfordulójára)*

Bakay Lajos (Hódmezővásárhely, 1880. jún. 5.–Bp., 1959. nov. 26.): sebészorvos, egyetemi tanár. Budapesten végezte egy.-i tanulmányait. 1903–04-ben tanársegéd az anatómiai intézetben, majd a sebészeti klinikán működött 1908-ig. Dollinger Gyula tanítványa. 1914-től magántanár. Előbb a Fehér Kereszt Gyermekkórházban sebész-főorvos: 1918-tól a pozsonyi, majd a pécsi egy. sebészeti tanszékének tanára. 1926-tól 1945-ig a bp.-i egy. tanára és a II. sz. Sebészeti Klinika ig.-ja. 1925–26-ban a pécsi, 1942–43-ban pedig a bp.-i egy. rektora. Az 50-es évektől kezdve a fővárosi kórházaknál sebészkonziliárius és a klinikopatológiai anyag kiértékelését végezte. 1939-től a Felsőház tagja. Felozlatásáig az Orsz. Orvosi Kamara elnöke. Tudományos munkássága a nyelőcsőszűkületek plasztikai megoldásával, a csonttuberkulózis gyógyításával, csontsérülésekkel és a vegetatív idegrendszer sebészetével kapcsolatos. Ezekkel foglalkozó munkái hazai és külföldi szaklapokban jelentek meg.

*A fürdők jelentősége a sebkezelésben
Írta: Bakay Lajos egyetemi ny. r. tanár 1943. (részlet)*

„A sors úgy hozta magával, hogy két egyetemi állomásom olyan városokban volt, melyeknek közelében kénes hőforrások voltak s hova a környék lakossága évszázadok óta sebes testrészeinek gyógyítása végett sereglett. Meggyőződtem róla, hogy titokban szigorú tilalom dacára is idejártak sipolyos gümős sebeikkel az utóbbi évtizedekben is, sőt azt is megfigyeltem, hogy sokan közülük itt meg is gyógyultak.

Ezen az alapon elindulva kezdtem meg az ilyen sebek fürdetését Pozsonyban a póstyéni s Pécsen a harkányi vízzel. A kísérleteket főleg olyan esetekkel kezdtem, ahol a súlyos előrehaladt elhanyagolt, nyitott csont- és ízületi gümős folyamat miatt a végtag amputációját határozták el. Első időben csak fürdettem a beteg végtagot, majd később a fürdetés közben naponta a forrásvízzel erőteljesen átfecskendeztem a sipolyjáratokat. Még később a sterilen vett forrásvízzel, mint a Schleich-féle anaesthesiánál szokás, infiltráltam a gümős szöveteket, végül a hidegtályogokat punctio útján kiürítettem s forrásvízzel átmostam. Majd a gümős nyirokcsomókat is hasonlóan pungáltam s átmostam. Az eredmény sokszor annyira meglepő volt, hogy egy-egy eset fejthetetlenül bevésődött az emlékezetembe. Nem egy, minden szakértő által amputációra ítélt végtagot sikerült életben megtartani, sok javíthatatlannak hitt gümős sebet meggyógyítani. Sokat gondolkoztam rajta, s megfigyeléseimmel kideríteni iparkodtam a hatás módját, lényegét, amelynek ezt az eredményt köszönhetjük. Ez nem sikerült kielégítő módon. Az bizonyos, hogy a secundaer fertőzés következményeinek a kiküszöböléséhez éppúgy hozzájárult a kezelésnek ez a módja, mint a nem gümős sebeknél, de hogy a specifikus folyamatot milyen tényező befolyásolja hatásosan, azt nehéz megállapítani.

Az összes felsorakoztatott lehetőségeket számbavéve, benyomásom sok esztendőre visszatekintő tapasztalataim alapján az, hogy a hatásmechanizmus teljes ismeretéhez hiányzik még egy vagy több láncszem, amely nélkül az empiria eredményeit tudományos alapon még nem tudjuk felmérni.”

Dr. Vértés László:

Dr. Manninger Vilmos a sebgyógyulásról

(a sebészprofesszor születésének 125., halálának 55. évfordulójára)

Manninger Vilmos (Sopron, 1876. szept. 30.–Sopron, 1945. máj. 2.): sebész.

1898-ban avatták Bp.-en orvosdoktorrá, 1902–1906-ban gyakornok, 1907-ben rendelő orvos a János Kórházban, egy.-i magántanár a sebészeti propedeutikából, majd 1908-tól a Margit Kórház főorvosa. 1914-től 1936-ig a János Kórház sebész főorvosa. 1926-ban rk. tanár, az Eötvös Loránd Rádium és Röntgen Intézet főorvosa. 1936-ban kórházügyi előadó a belügymin.-ban. Jelentősek az aszepszisre vonatkozó tanulmányai. A rák elleni küzdelem, a mo.-i rákstatistika egyik első megszervezője. *Borszéky* Károllyal együtt szerk. *A Magyar Sebésztársaság munkálatait* (Bp., 1913).

A sebészet diadalútja

ÍRTA: MANNINGER VILMOS
(részlet)

„*A sebgyógyulás.* HIPPOKRATES gyűjteményében világosan megtaláljuk a sebgyógyulás két alakjának elkülönítését. Az egyiket, amelyet sebösszeforrásnak (sanatio per primam intentionem) nevezhetünk, oly sebekben tapasztalták, amelyeket éles eszközzel ejtettek. A másikat, amelyet sebkitelődésnek (s. per secundam intentionem) hívtak a görög orvosok nyomán a római compilerok (CELSUS és GALENOS), ott látták, ahol tompa eszköz hatására roncsolódott a szövet. Az ilyen seb csak úgy gyógyulhatott, ha előbb az elhalt szövet elvált az egészségestől, ellökődött, kigennyedt. Az ellökődést az egészséges hús, a ma sarjadzásnak hívott új szövet eszközli, amely lassanként kitölti a hiányt, amíg a frissen képződött sarjszövet a bőr szintjét el nem érte. Ilyenkor a szomszédos bőr felől újból behámosodik a sarjadzó seb felülete és végül a hiányt hegyszövet pótolja.

Ennél az egyszerű leírásnál sokkal többet ma sem tudunk a sebgyógyulásról, csak finomodottabb vizsgáló eszközeinkkel ennek a csodálatos életfolyamatnak részleteit ismertük meg közelebről. Vizsgálatok végső eredménye az, hogy a sebgyógyulás, a regeneráció az életkor emelkedésével párhuzamosan csökken. Ez az öregedéssel járó gyengülő megújuló képesség matematikailag pontos függvénye az életkornak.

Ebből csak egy következtetés vonható le. Ne várjunk oly műtétekkel, amelyek az egészség biztosítására szükségesek, amíg a hajlottabb életkor a szervezet ellenálló és megújító képességét csökkenti.”

*Dr. Vértés László:
Dr. Orient Gyula a kötőszerek vizsgálatáról,
100 évvel ezelőtt*

(az orvosprofesszor és gyógyszerész halálának 60. évfordulójára)

1869. október 21-én született Nagybocksón, Máramaros megyében, görög katolikus lelkész fiaként. Gyermekkorára nagy hatással volt e kicsiny falu különböző nemzetiségű lakosainak mély tisztelete édesapja és egész családja iránt. Az első négy osztályt a faluban végezte, majd 1881-től az alig 7 km-re levő Máramarossziget algimnáziumába írták be. Kitűnő eredménnyel végzett. Tanulmányait azonban nem folytathatta édesapja halála miatt. Gyógyszerész nagybátyja révén gyógyszerész-gyakornokként Bácskába került. A gyakornoki vizsgát kitűnő minősítéssel tette le Budapesten anélkül, hogy tanfolyamot végzett volna. 1889-ben iratkozott be a budapesti egyetemre. Tanárai – többek között a híres Eötvös Lóránd, Than Károly – valamennyien felismerték tehetségét, Gyógyszerész oklevelét 1891-ben kapta meg.

Elkészítette gyógyszerész-doktori értekezését Fabinyi Rudolf professzor irányítása mellett. Egytemi feladatainak példás ellátása sem elégítette ki ambícióját, és ezért beiratkozott az orvosi karra. Óriási erőfeszítéssel, reggeltől estig tartó munkával szerezte meg 1906-ban orvosi diplomáját, majd újabb vizsga után 1909-ben tisztiorvosi képesítést nyert. 71 éves korában, 1940. október 9-én hunyt el Kolozsvárott, a Házsongárdi temetőben temették el.

A hivatalos kötőszerek vizsgálata

Dr. Orient Gyula

Kolozsvárt, Ny. Gámán J. Örököse Könyvnyomdájában 1903. (részlet)

„A sebészi célokra szánt kötőszerek, hatóanyag és bacterium tartalma vizsgálatával, nagynevű tanárom Fodor József egyetemi közegészségtan tanár vezetése mellett 1891-ben foglalkozva, arra az eredményre jutottam, hogy a sebészi célokra akkor kiszolgáltatót kötőszerek nem feleltek meg a modern chirurgia minden követelményeinek.

Hogy a gyógyszerek, s így a sebészi kötőszerek helyes kiszolgáltatása körül e tekintetben is elég legyen téve, a néhány évvel később megjelent II-ik kiadású Magyar Gyógyszerkönyv függeléke, a sebészi célokra kiszolgáltatót kötőszerekre nézve elrendeli, hogy azok „steril és antiseptikusak” legyenek, sőt azok mikénti eltartásáról is gondoskodik, és megállapítja az imprágnált kötőszerek hatórész százalék tartalmát.

A mióta bizonyossá vált, hogy a genynyedésnek, pokolvarnak, orbáncznak stb. s mondhatni majdnem minden bajnak, mely az operációt súlyosbítja, s a gyógyulást nehezíti, az úgynevezett mikroorganizmusok – apró gombák – az okozói, melyeknek csírái milliónyi mennyiségben a környező tárgyakon és a levegőben vannak: sebbel érintkezve, hozzák létre az úgynevezett fertőzést – sepsist, – élő szöveteknek bomlását, rothadását; azóta ezek ellen a küzdelmet fölvéve, minden lehető elkövettek,

hogy ezen apró lények életképességét megakadályozzák, azokat, hacsak lehet, elpusztítsák, tönkre tegyék.

Lister az első s úttörő e téren; neki s vele együtt az orvosi tudománynak legszebb, legnagyobb vívmánya volt az, hogy az aseptikus eljárás feladatát megoldotta, mi által a fertőző betegségek lényegét felderítette, s megmutatta azt a módot, a melylyel ezek ellen sikerrel lehet küzdeni, védekezni.

Tisztaság, mely az első főfeltétel a sebkezelésnél, magában véve nem nyújt mindig elég biztosítékot arra nézve, hogy a seb nem e fertőzött, mert a seb bármily gondal is legyen tisztán tartva, soha sem lehetünk biztosak abban, hogy a gondosan és tisztán tartott seben nincs e láthatatlan fertőző anyag, mely e sebet sepsissé tenné. A sebkezelésnél alkalmazni szokott antiseptikus eljárás lényege – mint most már általánosságban tudva van – nemcsak abban rejlik, hogy a sebbel érintkező orvos kezei, az eszközök, a sebtisztításra s a vér letörlésére szolgáló anyagok (szivacs, gyapot) tiszták legyenek, hanem kell, hogy a kötöző anyagok is az antisepsis minden követelményeinek megfeleljenek.”

K ö n y v i s m e r t e t é s

*Jürg Hafner, Albert-Adrien Ramelet, Wilfried Schmeller, Urs V. Brunner (szerkesztette):
Management of Leg Ulcers. Karger, Basel. 1999. 294 oldal*

A bőrgyógyászat kiemelt problémáival foglalkozó sorozat 27. köteteként jelent meg a legújabb könyv. Igen időszerű, a mindennapi gyakorlatban gyakori elváltozással, a lábszárfekélyrel foglalkozik. A fejezetek fő témái: a lábszárfekély ellátásának fő kérdései, az idült sebek molekuláris biológiája, a citokinek szerepe az idült vénás elégtelenségben, baktérium vizsgálatok, különböző szintetikus anyagok a sebek ellátásában, a különböző egyéb kezelési módszerek, a lábszárfekély előfordulási gyakorisága, a posztrombotikus szindróma, az idült vénás elégtelenség különböző típusai, diagnosztikai lehetőségek, a kórfejlődés lényege, a kompressziós terápia, a fizikális eljárások, a limfatikus drainage, a napjainkban használatos gyógyszerek, kísérő bőrgyógyászati elváltozások, szövődmények, sebészi beavatkozások, a környéki verőerek elzáródásos betegségei, a rekonstruktív verőér-sebészet, konzervatív kezelés cukorbetegség esetén, ortopédiai vonatkozások, fertőzések, elkülönítő vizsgálatok, kapcsolódás reumatológiai kórfolyamatokkal.

Az előbbiekből látható, hogy gyakorlatilag a tárgykör teljes feldolgozását végezték el a szerzők. Minden fejezet korszerű, didaktikus, alfejezetekkel jól tagolt. Táblázatok, ábrák és színes fényképek jól egészítik ki a mondanivalót. Bőséges irodalomjegyzékeket találunk.

Természetszerűleg több szakterület képviselőinek érdeklődési területe a könyv anyaga, szívesen ajánljuk, tanulmányozásra.

Dr. Vértés László

A Magyar Sebkezelő Társaság III. Kongresszusa nemzetközi részvétellel Budapest, 2000. október 19–21.

(Azon összefoglalók, melyeket az előadók beküldtek)

Dr. Daróczy Judit, **dr. Kondorosi I. (Főv. Önkorm. Szent István Kórház II. Bőrgyógyászati Osztály, Budapest): Neuropathia/angiopathia szerepe az idős ember láb- és talpi sebeinek kialakulásában**

Az idős embereknél a lábon gyakoriak a statikai rendellenességek (kalapácsujj, pes planus, hallux valgus) és a kóros nyomáspontok miatt fekélyek kialakulása. A sebek, amelyek az ujjakon, a talpon (malum perforans pedis) alakulnak ki, nem vagy nehezen gyógyulnak, nem ritka a szövődményes osteomyelitis. A gyógyítás költséges (kórházi kezelés, antibiotikum, sebkezelés), szenvedést okoz és rontja az életminőséget (bűzös seb, fájdalom, kiszolgáltatottság) és veszélyezteti a beteg életét (szepszis, amputáció).

20 beteget vizsgáltunk (70–90 év) a lábon és a talpon kialakult krónikus fekélyek miatt. Vizsgálati módszerek: Doppler vizsgálat, laser-doppler, 128 Hz-es kalibrált hangvilla, electromyographia, neurographia. Kezelés: A sebkezelést kórházi osztályon kezdtük meg: necrectomia, bakteriológiai vizsgálat, rezisztencia meghatározás, osteomyelitis esetén antibiotikum kezelés, a végtag tehermentesítése, interaktív kötszerekkel sebkezelés. Eredmény: A lábon, talpon kialakuló nehezen gyógyuló fekélyek esetében neuropathia észlelhető, amelynek oka összetett, elsősorban a korral összefüggésbe hozható anyagcserezavar (hiánybetegség). A súlyos, nem gyógyuló fekélyes esetekben súlyos microangiopathiát (laser-doppler) is találtunk.

Összefoglalóan megállapítható, hogy idős betegek nem gyógyuló talpi fekélyeit elsősorban neuropathia okozza. Microangiopathia fennállása esetén súlyosabbak a szövődmények. A kezelésben fontos szerepe van a védőcipőnek, a korszerű sebkezelésnek, a hiánybetegség kezelésének (Mg, Zn), benfotiamin jó hatású.

Dr. Baksa József (**Szt. János Kórház, Gyermeksebészet, Budapest**): **„Rádiósebészet”, rádió-hullámú sebészkés. (alkalmazásának tapasztalatai)**

A rádiósebészet ultramagas hullámú (4 MHz) frekvenciával működő készülékkel végezhető sebészeti módszer, ami lehetővé teszi az atraumatikus, finom szövetszétválasztást s alkalmas a bőr és lágyrészek vágására és koagulálására.

A készülék működtetésének rövid ismertetését követően a szerző beszámol eddigi tapasztalatairól, amelyeket gyermeksebészeti műtétek során szerzett. Megállapítja, hogy a különböző elektródákkal igen széleskörű az alkalmazás lehetősége: a felületes bőrelváltozások tangenciális kimetszésétől, az idegsebészeti-, plasztikai sebészeti műtétekig terjedően.

A bőr bemetszését minimális vérzés kíséri, a lágyrészek vágása, preparálása könnyű,

kevés vérzés kíséri a beavatkozást. A koagulálás egészen minimális nekrozissal jár. A sebgyógyulás szövődménymentes, gyors. A közvetlen posztoperatív hegek fiziológiásak. Utánvizsgálatokkal mutatható majd ki a hegesedés minősége.

Nem lényegtelen a készülék azon további előnye, hogy nincs szükség elektrokauter készülékre!

Dr. Erdei Irén, **dr. Juhász István (Debreceni Egyetem Orvos- Egészségtudományi Centrum Bőrgyógyászati Klinika, Debrecen): Glutamin szubsztitúció súlyos égési sérülteknél**

A glutamin egy fontos metabolikus szubsztrátum a sejtproliferációban, befolyásolja a sejt hidratáltságát és többszörös hatása van az immunrendszerre. Pary-Billings adatai a nagy égési sérülteknél a szérum glutamin szint 58%-os csökkenéséről számolnak be a normál kontrollcsoporthoz viszonyítva.

Az előadó két, 75% és 65% testfelszínre kiterjedő mély, égési sérült gyerekeknél alkalmazott glutamin (Dipeptiven Fresenius) szubsztitúcióról számol be. A 2-3 napoként végzett általános anaesthesiat igénylő beavatkozások az enterális táplálást bizonyos mértékig korlátozzák. A kiterjedt súlyos égett betegeknél rutinszerűen alkalmazott enterális táplálás mellett az „All in One” parenterális tápoldatot jelen esetben Dipeptivennel egészítették ki. A szubsztitúciót az első esetben a hetedik napon, a második betegnél a harmadik napon kezdték és 6 hétig, ill. 3 hétig folytatták. Az égési sérülés teljes gyógyulási ideje alatt a testsúly megőrzése mellett a sebfertőzésen kívül sem pneumoniát, sem szepszist nem észleltek. Az előadó fontosnak tartja a táplálási terápia részeként alkalmazni a Dipeptivent, súlyos égettéknél.

Dr. Gulácsi László **elnökségi tag, EPUAP, elnök, SEBINKO,**
Igulacsi@mail.datanet.hu

A decubitus prevenciójával és terápiájával foglalkozó európai tudományos szervezet, az EPUAP, 1996-ban alakult meg széles körű európai együttműködés keretében. Az EPUAP célja európai együttműködés és konszenzus kialakítása a decubitus megelőzése és gyógyítása területén, a rizikófelmérés módszereinek fejlesztése és standardizálása, valamint európai ápolási standard javaslatok kidolgozása és terjesztése. Az EPUAP 1997-ben tette közzé első ajánlásait a rizikó felméréséről, valamint a prevenció alapelveiről (Policy statement on the prevention of pressure ulcers from the European Pressure Ulcer Advisory Panel), 1998-ban publikálta a decubitus prevenciójának irányelveit (Pressure Ulcer Prevention Guidelines) és 1999-ben tette közzé a decubitus terápiájának irányelveit (Pressure Ulcer Treatment Guidelines). (Gulácsi, 2000; www.epuap.com). szakmai anyag nemzetközi együttműködés eredményeként született meg és számos európai országban hivatalosan elfogadásra került.

Az EPUAP szakértői csoportja az elmúlt két év során európai decubitus prevenció és terápiás programot készített elő, amelyet az EPUAP 2000. szeptember 28–30. között, Pisaban megtartott konferenciáján fogadtak el.

A várhatóan 2003-ig tartó program céljai közül talán a legfontosabbak:

- a figyelem felhívása a decubitus népegészségügyi jelentőségére (a fejlett or-

szágokban a decubitus direkt költsége meghaladja az egészségügy teljes költségvetésének 1%-át),

– egységes definíciók, adatgyűjtési protokollok és alapadatok (basic data set) kialakítása és használata az európai országokban (jelenleg például még arról sincs megállapodás, hogy a Stádium I. decubitusra kiterjedjen-e az adatgyűjtés vagy sem, vannak olyan országok, ahol ezt beleveszik a statisztikákba és vannak, ahol ettől eltekintenek.),

– tudományos alapú és költség-hatékony prevenciók és terápiás módszerek kialakítása, európai ajánlások és standardok létrehozása és elterjesztése.

Az első nagy és átfogó európai decubitus program a szakmai fejlődés érdekében előtérbe helyezi a tudományos alapokon nyugvó eljárásokat a szokásokon alapulókkal szemben és erőteljesen törekszik a módszerek egységesítésére, hiszen a minőség fejlesztésének alapja a korrekt összehasonlíthatóság. Ennek jegyében például az Európai Decubitus Tanácsadó Bizottság 2000 januárjában hozott döntése alapján a Braden Skála egységes használatát javasolja Európában. A Bizottság ezzel a javaslatával csatlakozott az Észak-Amerikai ajánláshoz és állásfoglalása tükrözi azt az európai tendenciát, amely az elmúlt években jelentős elmozdulást mutat az egyéb skáláktól a Braden Skála használata felé. A nemzetközi szakirodalom 80-90%-a a Braden Skálával kapcsolatos eredményekről számol be.

Európa országaiban nagy kihívás a megfelelő benchmarking (A decubitus hány százaléka előzhető meg, hogyan és mennyiből az adott intézményben?) kialakítása és a költséghatékonyság egyre erőteljesebb követelményeinek való megfelelés.

Az előadó, aki részt vett a program módszertanának a kialakításában, előadásában a decubitus prevenció és terápia minősége költség-hatékony fejlesztésének lehetőségeit foglalja össze.

Dr. Gyurkó György (Salgótarján): Egyszerű módszer a sebüreg nagyságának mérésére

A szerző egyszerű módszert dolgozott ki a sebüreg volumenének meghatározására, amely az esetek döntő többségében alkalmazható. A szabályos időközönként végzett mérésekkel quantitative követhető a sebgyógyulás folyamata. A módszer alkalmas lehet a gyógyulást befolyásoló tényezők vizsgálatára is.

Jancsovcics Brigitta, Lejtényi Gáborné, dr. Farkas Péter (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet Szeptikus és TBC-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály, Budapest): Krónikus sebek kezelése osztályunkon Ligasano kötőzszerekkel

Szerzők előadásukban összegzik az osztályukon egy éve alkalmazott Ligasano kötőzszernyaggal szerzett tapasztalataikat. A nagy nedvfelszívó képességű, mechanikus hatást gyakorló, nyomáselosztás révén tehermentesítő kötőzszert decubitusok, valamint diabeteses lábélváltozások kezelésére alkalmazták eredményesen. Két esetet mutatnak be, az egyikben mély sacralis és trochantertáji decubitus gyógyulási folyamata, a másikban diabeteses osteoarthropathia talaján kialakult osteomyelitis miatt végzett Strahl-resectiot követő elégtelen sebgyógyulás kezelése látható. Kötő-

zésekor első lépésben a seb környezetét alkoholos folyadékkal fertőtlenítik, a sebfelületet hidrogén-peroxyddal tisztítják, fiziológias sóoldattal lemossák, majd a méretre vágott poliészter habot a sebbe helyezik, és megfelelő módon leragasztják. A szivacsos anyagú kötözőszer a nekrotikus szövetrészeket mechanikus hatása révén finoman eltávolítja, a sebet kitölti. Decubitusok esetén elosztja a sebre nehezedő nyomást, nedvfelszívó képességével a váladéktorlódást megakadályozza. A sebalapon elősegíti a granulációs szövet képződését, a hámosodás folyamatát.

Későbbiekben tervezik a módszer alkalmazását lábszárfekélyek kezelésére is.

Dr. Juhász István, **dr. Erdei Irén, dr. Péter Zoltán, dr. Wikonkál Norbert, dr. Hunyadi János (Debreceni Egyetem Orvos-Egészségtudományi Centrum Bőrklínika, Debrecen): (V.A.C) terápia – új, hatékony lehetőség a krónikus sebek kezelésében**

Szerzők egy néhány éve az amerikai Egyesült Államokban kifejlesztett eszközzel szerzett tapasztalataikról számolnak be, melyet hatékonynak találtak krónikus, nehezen gyógyuló sebek gyógykezelésében. A vákuum és a sebbel érintkező poliuretán vagy PVC szivacs együtt fejtik ki komplex biológiai hatásukat. A szükséges 75–200 Hgmm-es negatív nyomást egy vákuumpumpa és egy szemi-permeábilis membrán fedőréteg biztosítja. A sebváladék a mobilis vagy telepített készülékben elhelyezett folyadékcsapdába kerül. A váladék elszívása csökkenti az ödémát és a gyulladást, javítva ezzel az ulcus környéki szövetek mikrocirkulációját. A sebalap bőrtranszplantációra való előkészítésével szerzett kezdeti eredményeiket mutatják be.

Dr. Kocsis Attila (**Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórház, Miskolc): Szívószivacs használata a traumatológiai gyakorlatban, sebkezelés céljából**

Előadásában a szerző összefoglalja a szívószivacs alkalmazási lehetőségeit osztálygyakorlatában, elemelve a szerzett tapasztalatokat, illetve kiemeli a módszer előnyeit.

Dr. Menyhei Gábor (**Baranya Megyei Kórház, PTE ÁOK Sebészeti Tanszék, Pécs): Ulcus cruris venosum kezelésére alkalmazott endoszkópos perforáns disszekció eredményei**

Cél: Endoszkópos perforáns disszekció klinikai eredményeinek értékelése súlyos, ulcus crurissal járó vénás elégtelenségben szenvedő betegeken, valamint a vénás izompumpa-funkció változásainak fotopletizmográffal történő vizsgálata.

Beteganyag és módszer: 25 súlyos vénás elégtelenségben szenvedő betegen végeztünk endoszkópos perforáns disszekciót, akik közül 19 betegnél hosszú idő óta ulcus cruris állt fenn. A medialis lábszári perforánsok elégtelenségét eseteink többségénél műtét előtt phlebographiával igazoltuk. Valamennyi betegünkönél végeztünk preoperatív Duplex scan vizsgálatot a mélyvénás elégtelenség tisztázására. Műtét előtt és után 21 betegen tudtunk értékelhető fotopletizmográfiás vizsgálatot végezni, amely során a vénás újratelítődési időt mértük. Emellett értékeltük a klinikai eredményeket: az ulcus gyógyulásának arányát, időtartamát, a betegek panaszainak és tüneteinek műtét utáni változását.

Eredmények: a 25 beteg közül 18 beteg tünete javultak a műtét után. a 19 ulcus cruris közül 15 gyógyult legkésőbb hat hónappal a műtét után. Posztrombotikus mélyvéna reflux mellett végzett perforans dissectio eredményei kevésbé bizonyultak jónak, mint az enélküli esetek. A fotopletizmográffal mért átlagos vénás telődési idő összességében szignifikáns növekedést mutatott a műtét után (12,5 sec-ról 14,6 sec-ra nőtt, $p > 0,05$). Posztrombotikus mélyvéna reflux esetén nem volt észlelhető szignifikáns javulás a vénás telítődési időben.

Konklúzió: 1. Az endoszkópos perforans disszekció hatásos módszer mediális perforans elégtelenség okozta súlyos vénás elégtelenség kezelésében 2. Törzsvéna és perforans elégtelenség műtéti megszüntetése az izompumpa-funkció szignifikáns javulását hozta létre. 3. Mélyvéna elégtelenség esetén végzett perforans disszekció után szignifikáns izompumpa-funkció javulás nem volt igazolható.

Dr. Molnár Zsuzsanna, **dr. Nagy Kamilla, Törökné Aszódi Ildikó (Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Kórházhigiénés Osztály, Szeged): Matracok és védőhuzatok fertőzésterjesztő szerepe a kórházi gyakorlatban**

A kórházi fertőzések kialakulásában, terjesztésében sok tényező kóroki szerepét már igazolták, illetve feltételezték. A betegekkel közvetlenül és hosszú időre kapcsolatba kerülő tárgyak, felületek közül a matracokról és azok védőhuzatáról, mint potenciális fertőzés terjesztő tényezőről kevés adat áll rendelkezésre. A betegek krónikus sebei, mint a decubitus, a lábszárfekély, váladékukkal szennyezhetik a kórházi ágyakat, de ugyanezen úton a krónikus sebek is inficiálódhatnak és ebben fontos szerepe van az ágy és az ágynemű higiéniájának.

A szerzők a kórházi matracokon végzett mikrobiológiai vizsgálatok eredményeit mutatják be intézményükből származó adatok alapján.

Raskovicsné Csernus Mariann, **Jámbor Sándorné, Hoffman Ferencné (Békés Megyei Képviselőtestület Pándy Kálmán Kórháza, Gyula): Posztoperatív seb-ellátási módszerek alkalmazása kórházunkban**

Kutatási munkánk során azt kívánjuk felderíteni, hogy a gyulai Pándy Kálmán Kórház sebészeti jellegű osztályain milyen sebkötöző anyagokat használnak, milyen mértékben terjedt el a steril készkötések alkalmazása és milyen ezekkel kapcsolatosan a dolgozók elégedettsége.

Hipotézisek:

1. A készkötésekkel kapcsolatos szakmai elégedettség elősegíti a gyakorlati alkalmazás elterjedését.

2. Feltételezzük, hogy a gazdasági okok hátráltatják az újfajta sebkezelési eljárások alkalmazását.

A hipotézisek megválaszolására kutatási módszerként kérdőíves felmérést végeztünk, amelyeket főnővéreknek, orvosoknak és sebellátást végző kolléganőknek (ápolók, műtősök, asszisztensek) juttattunk el.

A kérdőívek elemzése során azt tapasztaltuk, hogy a felállított hipotézisek igazolódtak: a válaszadó kollégák, kolléganők 100%-a elégedett a készkötésekkel, azonban csak közel 30%-a használja rendszeresen azokat. A dolgozók jelentős része ismeri a

készítések, azok előnyös tulajdonságait. 80%-uk úgy gondolja, hogy anyagi okok miatt nem jut hozzá rendszeresen.

Richterné Tóth Andrea, Novák Piroska (Miskolc MJV Önkormányzata Semelweis Kórháza, Miskolc): A Rizikó Bizottság működésének jelentősége az ápolási szövődmények megelőzése és a krónikus sebek kezelése kapcsán

Az egészségügyi ellátást nyújtó intézetekben szükség van olyan szervezetek működésére, amely multidiszciplináris tagösszetétele révén összehangolt teammunkával rávilágít az intézet ellátási problémáira, kiemelve a jelentős és nagy költségvonzattal járó ápolási szövődményeket (decubitus, betegbaleset).

A Rizikó Bizottság feladata a problémafeltárás, a megoldáskeresés, a problémák megoldására tett szakmai javaslat, döntés-előkészítés, szakmai tanácsadás, oktatás, kutatás, adatbázis létrehozása, kezelése, elemzése.

Az előadás bemutatja e szervezet működését, feladatait, az összehangolt tevékenységek hatását a krónikus sebek ellátása folyamán, amely magába foglalja a prevenció tevékenységeket (pl. nosocomialis infekciók kivédése, újabb decubitus kialakulása) hatékony és gazdaságos megvalósítását, a sebgyógyulás fázisainak megfelelő kötszerek kiválasztását.

Dr. Rozsos István, dr. Gázsó Imre*, dr. Forgács Sándor, dr. Kollár Lajos (Baranya megyei Kórház–Pécsi Tudományegyetem ÁOK Sebészeti Tanszék Érsebészeti Osztály, *PTE ÁOK Orthopaediai Klinika): A cukorbetegség következtében kialakult calcaneus területi trophicus elváltozások ellátásának lehetőségei

A magyarországi lakosság 5%-a ismert cukorbeteg. A cukorbeteg 15-20%-nál a betegség folyamán biztosan kialakul trophicus elváltozás. A diabeteses angiopathia és neuropathia talaján kialakuló lábélváltozások jelentősen rontják a betegek életminőségét és igen nagy terhet jelentenek az egészségügyi költségvetésnek is. E trophicus elváltozások közül is kiemelhető az anatómiailag a calcaneus területére lokalizálódó elváltozások. Elődeink „klasszikus” gondolkodása szerint ezen a területen kialakult nehezen gyógyuló sebek egyet jelentettek a lábszári amputáció szükségességével. Azonban a major amputáció igen gyakran a cukorbeteg állapotának további romlását eredményezi és a túlélési időt csökkenti. A diagnosztika és a terápiás lehetőségek finomodásával e területi trophicus elváltozások is eredményesen kezelhetők, ezzel a betegek testkontúr változás nélkül tarthatják meg mozgásképességüket. Az alapbetegség szoros ellenőrzése, a megfelelő gondozási protokollok alkalmazása ezzel az elváltozások megelőzése a legolcsóbb. A trophicus elváltozás kialakulása esetén a korai észlelés, a megfelelő kivizsgálás elengedhetetlen. A cukorbeteg esetében szükséges tisztázni a domináns tényezőket, és annak alapján végezni a terápiát. Amennyiben a folyamat már csontos területet is involvál, intézeti ellátása javasolt. Ha neuropathia domináns diabetes-láb talaján alakult ki az elváltozás, megfelelő vasculáris paraméterek mellett akár radikális plasztikai megoldások is szóba jönnek és a részleges calcaneus resectio is végezhető. Az angiopathia domináns esetekben – mikroangiopathia esetén a lumbalis sympatectomia javasolható a lokális sebkezelés-

sek mellett. Kompenzált keringési állapotban a sebészeti korrekciók elvégezhetőek. Macroangiopathia esetén az érhelyreállító műtét szorgalmazandó, amennyiben a feltételei adottak. A distalis területek revascularisatioja – általában saphena áthidalással – jó eredményeket biztosít a krónikus sebek szanálásához.

A nehezen gyógyuló krónikus sebek ellátása nagy türelmet követel orvostól, betegtől egyaránt. Ha a folyamatokat időben észleljük, és a calcaneus területén kialakuló hyperkeratosisek és rhagadok ellátását komolyabban vesszük, el tudjuk fogadtatni betegeinkkel, hogy a gyógyszerek szedése nem luxus, hanem egy sokkal súlyosabb állapot megelőzését szolgálja akkor, az e területen kialakuló trophicus elváltozások számának csökkenésével a lábszári amputáció száma is csökkenni fog, még akkor is, ha nem ismerjük, és nem alkalmazzuk a calcaneus resectiós megoldásokat.

Dr. Szalay Zoltán, **dr. Ribiczey Pál, dr. Vattay Péter, dr. Bódis István (Gon-
dozási Központ Sebészeti Szakrendelés, Sümeg): *Postdischarge Surveillance***

A szerzők olyan sebészeti szakrendelések (Lenti Rendelőintézet, Sümeg Rendelőintézet, Zalaszentgrót Rendelőintézet, háziiorvosi praxis – dr. Bódis István – Egervár) azon betegeit vizsgálták, akik 1998 novemberétől a jelen időpontig a zalaegerszegi kórház sebészeti-traumatológiai-nőgyógyászati-urológiai-ortopédiai osztályának betegei voltak, a kórházi ellátás után a fenti sebészeti, illetve háziiorvosi ellátást igénybe vették.

A nemzetközi adatok tükrében azt vizsgálták, hogy a kórházi háttérrel nem rendelkező sebészeti szakrendelésen, illetve háziiorvosi praxisban a korábban a zalaegerszegi kórházban operáltak közül milyen arányban jelentek meg sebgyógyulási zavarok, sebfertőzések. A nemzetközileg elfogadott precíz fogalmak felhasználásával rögzítették azon betegeket, akiknél a kórházi távozás után – postdischarge surveillance-szel – igazolódott az SSI (surgical site infection).

A nemzetközi adatok alapján felhívjuk a figyelmet arra, hogy a sebfertőzések 1/3-a jobb odafigyeléssel elkerülhető, a korrekt adatok alapján történő visszajelzés a sebéss felé, a jobb betegellátást biztosítja.

Dr. Széll András (**Magyar Imre Kórház, Ajka): *Curiosin alkalmazásával szer-
zett tapasztalatok ulcus cruris varicosum, gangraena diabetica és malum perforans
eseteiben***

A vizsgálat célja: bizonyítani, hogy a Curiosin használata során a sebgyógyulás folyamata egyenletes, vénás ulcusok esetében a korrekt kompressziós terápiával kiegészítve önmagában elégséges a fekély gyógyulásához. Arteriás obliteratív betegség során effektív adjuvans terápia.

Módszer: 16 beteg esetében 21 ulcus kapcsán vizsgáltuk a Curiosin sebgyógyulásra kifejtett hatását. 10 férfi és 6 nő hetente történő követése során a sebtisztulás, a sarjadzás, a szubjektív panaszok alakulását figyeltük, az eseményeket digitális fényképekkel dokumentáltuk. Kerestük az összefüggést a beteg kórtörténetében szereplő rizikó tényezők, a rendszeresen szedett gyógyszerek, az eddig alkalmazott kezelési módszerek és a megelőzően végzett keringésvédő műtétek sebgyógyulásra gyakorolt hatása között. A beteg kiválasztás során a kooperációs készséget tekintettük elsődle-

gesnek. Kontrollcsoportot etikai megfontolások alapján nem rendeltünk betegeink mellé. Nem törekedtünk az ulcus méreteinek számszerű adatokkal történő kifejezésére, helyette a képeken dokumentált gyógyulási folyamat és a betegek által leírt panaszok változása volt a döntő.

Következtetés-eredmények: A fekélyeken észlelhető elváltozások már egy hét elteltével dokumentálhatókká váltak. Állapotromlást egy betegnél sem észleltünk. Életminőségbeli javulást minden esetben igazoltak a betegek. Szuperinfekciót a vizsgálat időtartama alatt nem tapasztaltunk. A sebgyógyulás folyamatát 2 esetben műtéti beavatkozással, a keringési viszonyok javításával gyorsítottuk.

A vizsgálat nem lezárt – a betegszám folyamatos növekedése észlelhető. Az eddigi eredmények a betegek felől egyértelműen pozitívak. Egyszerű alkalmazása mind a háziorvosi, mind a klinikai gyakorlatban széles körű felhasználását teszi lehetővé.

Turcsán Pálné (Szent Lázár Megyei Kórház Általános Sebészeti Osztály, Salgótarján): *Ulcus cruris korszerű kezelése (esetbemutató)*

A beteg 1999. október 25-én jelentkezett osztályunkon: évek óta fennálló érszűkület, több éve kimutatott diabetes mellitus, nyolc éve tumor miatti emlő amputáció szerepel a kórtörténetében. Widmer-szerinti III. stádiumú állapot: a jobb lábon a boka mindkét oldalán elhelyezkedő, a külső oldalon 6x3 cm-es, a belső oldalon 2 db 2,5x2 cm-es, váladékozó, lepedékes fekély, bokától térdig terjedő erysipelással. Comfeel-lappal történő kezelés mellett döntöttünk.

Indokaink: A beteg nem egyezett bele a kórházi kezelésbe. Mivel a Comfeel-kötyszer visszatartja a váladékozó seb jellegzetes szagát, kényelmes viselet, a váladék nem folyik szét, így a beteg közösségbe mehet. A kötszer cserélése egyszerű, így a beteg otthonában is történhet. A Comfeel kötszer költséghatékony, mivel otthonápolásban is kiváló, a gyógyulási időt lényegesen lerövidíti, nem igényel szaktudást, nem igényel kötszerkiegészítést. Véd a felülfertőzés ellen. Felhelyezése után fájdalomcsillapító hatása van.

A beteget októbertől januárig kezeltük a Comfeel-lappal, heti egy alkalommal ambuláner, heti egy alkalommal pedig otthonában történő kezeléssel. Kezelése folyamán elhasználtunk 20 db Comfeel-lapot, 1 doboz Comfeel-port, 2 doboz Iriclens spray-t. Az esetet heti egyszeri fotózással dokumentáltuk.

Dr. Varga János, Hrenkóné Kovács Magdolna, Kapusné Maár Éva (P.M.Ö. Flór Ferenc Kórház Sebészeti Osztály (sebészet és érsebészet), Kistarcsa): *Az alsó végtagok krónikus sebeinek diagnosztikus és terápiás algoritmusa sebészeti osztályunkon*

1. Rövid statisztikával mutatjuk be elmúlt 30 hónapos, krónikus alsó végtagsebes beteganyagunkat.

2. Első feladat a sürgősség mértékének felmérése, első ellátás
3. A beteg végtag érstatusának meghatározása
4. A diabetes feltárása, beállítása
5. Antibiotikus terápia, lehetőleg célzottan
6. Az esetleges csontfolyamatok kimutatása

7. Helyi sebkezelés a feltisztulás fokához adaptált kötszer fajtával
8. Lokális sebészi megoldások
9. Érsebészeti vonatkozások
10. Otthoni gondozás, kötések

Dr. Virág Balázs, **dr. Helembai László, dr. Bende János (Péterfy Sándor Utcai Kórház Sebészeti Osztály, Budapest): Krónikus lábszárfekély kezelése elégtelen perforáns vénák subfasciális endoszkópos ligatúrájával**

Az elégtelen perforáns vénák következtében kialakuló lábszárfekélyek és trophicus bőrelváltozások leghatékonyabb kezelési módszere a subfasciális endoszkópos perforáns ligatura (SEPL).

A SEPL során a mediális condylus alatt ejtett metszéssel keresztül a subfasciális térbe vezetett endoszkóp látóterében történik a perforánsok megszakítása.

1997 januárja és 1999 decembere között 57 esetben végeztünk SEPL-t. 40 betegünknek persistáló lábszárfekélye volt a műtét idején. Többi betegünknek típusos helyen kialakult dermatoliposclerosis volt. Műtét után összes betegünkknél mérséklődtek a krónikus vénás elégtelenség tünetei. Műtétet követő 3 hónapon belül 35 esetben a fekély gyógyulását észleltük.

A SEPL egy minimálisan invazív, alacsony morbiditású és jó korai eredményt adó, viszonylag egyszerű műtéti eljárás.

Dr. Vitályos Tibor, **dr. Sesztakov R., dr. Szirányi E. (Szent Imre Kórház, Sebészeti osztály és diabeteses láb ambulancia, Budapest): Tapasztalataink cink-hyaluronat (Curiosin®) posztoperatív használatával diabeteses láb szindrómás betegeinknél**

Sebészeti osztályunkon évről évre nő a diabeteses láb-laesio miatt végzett műtéti beavatkozások száma. Az általunk operált betegeket 1999 április óta Diabeteses láb ambulanciánkon is gondozzuk. Így szeretnénk fokozatosan megvalósítani ezen betegek komplex kezelését és posztoperatív gondozását.

Az elmúlt öt évben 95 minor beavatkozást végeztünk diabeteses láb laesio miatt. A beavatkozások egy részénél csak másodlagos sebgyógyulásra lehetett törekedni, s ezen betegeknél a sebgyógyulás megfelelő fázisában alkalmazva a Curiosint, tapasztalatokat szerezhettünk a szer hatásával, sebgyógyításban betöltött szerepével kapcsolatban, melyről ezen előadásban szeretnénk beszámolni.

A Magyar Sebkezelő Társaság IV. kongresszusa *Budapest, 2001. október 18–20.*

Előadás-összefoglalók

Dr. Arnold Csaba (**Semmelweis Egyetem Általános Orvosi Kar, Budapest, Családorvosi Tanszék**): *Decubitus megelőzés és kezelése az alapellátásban*

Nyomásos fekély, decubitus elsősorban az idős, súlyos betegségekben szenvedő, idős betegekben kialakuló, nehezen gyógyítható, esetenként megelőzhető szövődményes állapota. A családorvos által otthonukban gondozott betegek ellátásának egyik nehezen megoldható feladata. Egyes betegségi állapotokban, ha valaki tartósan mozgásképtelenné válik, kialakulása nem megfelelő gondoskodással, az ápolási elvek betartásával az állapot megelőzhető. Nagyobb kockázatot jelent, és az észlelhető, a szenzoros érzékelés zavara, a nedvesség, az aktivitás csökkenése, vagy megszűnése, a mozgásképeség megváltozása, a táplálkozás, a súrlódás és a húzódás. Ismerve a beteget, a betegségét, a szövődményeket, a kockázat mértéke, a veszélytetettség, algoritmus alkalmazásával egyszerűen megállapítható. Erre alapozva lehet megelőzési stratégiát kidolgozni.

Ha a decubitus kialakulóban van, vagy már kialakult, komplex megközelítéssel kell a beteg állapotát felmérni, és a kezelési tervet elkészíteni. A beteg állapotának felméréssel kell mérlegelni, amelyek a decubitus kialakulásában szerepet játszanak, a benuulást, az érzéscsökkenést, a keringési betegséget, a beszűkült tudatállapotot, a tápláltságot, a fertőzést, az életkort, a meglévő nyomási fekélyt, stb. észlelni kell a bőr állapotát, színét, a bőrfelszín állagát. Különös figyelmet kell fordítani a nyomásnak kitett helyek vizsgálatára, a testhelyzetre, a mozgáskészségre. Egyénenként kell értékelni a bőr állapotát, gondozásának szükségességét és módját. Erre alapozva pontosítható az ápolásra vonatkoztatott diagnózis, ami meghatározza a további teendőket.

A veszélyeztetettség és az aktuális állapot függvényében kell dönteni a helyi kezelés formájáról, hogy milyen eszközöket lehet és kell igénybe venni, melyek azok használatának előnyei és hátrányai, milyen a költségvonzatuk. Foglalkozni kell a hozzátartozók ismereteivel, és őket valamint a beteget is meg kell tanítani a segéd-eszközök használatára. A kezelést végzőknek ismerni kell, hogy milyen kezelési gyakorlatot kell folytatni a különböző helyen és súlyossággal megjelenő fekélyek kezelésében. Biztosítani kell, hogy a beteg, a hozzátartozó, az ápolást végző személyek és a családorvos azonos elveken alapuló összehangolt tevékenységet folytasson amely a megelőzést és a gyógyítást egyaránt szolgálja.

A családorvos gyakorlatában megvalósított komplex gondozás, amely a nyomási fekély megelőzését és kezelését szolgálja, az egyik leginkább költség-hatékony orvosi tevékenység. Intézeti kezelést vált ki, a beteg és a család érdekét szolgálja, racionális

végzése látványos eredményt hoz, ugyanakkor idő- és munkaigényes, de eredményében látványos, és a súlyos beteg számára biztosítja az emberi létet. A nyomási fekély a krónikus betegek ápolásának állandó és potenciális problémája. A súlyos, vagy a gyógyíthatatlan beteg panaszait súlyosbítja. Jelentős többletmunkát ró az ápolást végzőkre, különösen a családra. A látvány, az ellátás nehézsége a gondozó számára plusz lelki és testi teher. Az ápolás szokásos tevékenységei mellé a decubitus gondozása ismereteket, jártasságot és motivációt kíván meg.

Dr. Baló-Banga J. Mátyás, dr. Bagó Andrea*, dr. Juhász Zsuzsa* (MH Központi Honvédkórház, Budapest, Bőrgyógyászati és *Égés-Plasztikai Osztály): A különböző aetiológiájú lábszárfekélyek recidíváinak gyakoriságát befolyásoló tényezők

A lábszárfekély különböző, elsősorban nyugat-európai adatok szerint a vizsgált populáció 5%-át érinti. Magyarországon a gyakoriságot 2-3%-ra tehetjük. A lábszárfekély betegséggel kapcsolatos költségek rendkívül magasak, ezek részben a kezeléssel, részben a rokkantsággal és a rokkantnyugdíjjal kapcsolatosak. A referátum a MH Központi Honvédkórház bőrgyógyászati és fekvőbeteg osztályán 1998. november és 2001. február között ulcus cruris dg-sal ápoltságos betegek anyagát dolgozza fel. Megfigyeléseik során a középpontba helyezik a recidívára hajlamosító tényezők – aetiologia, alapbetegségek – szempontjait, amelyekre gyakran egyszerűen a sebmorfológia, az oldaliság alapján következtethetünk. Néhány ritka alapbetegségre visszavezethető lábszárfekélyes beteg történetét részletesen ismertetik az esetek tanulsága miatt. A bőrgyógyászat központi szerepét hangsúlyozzák a fekélyes állapotok tisztázására és a kollaboráló szakmák segítségével az adekvát terápia beállítására, továbbá a betegek folyamatos gondozására.

Közleményük a 15. Frankfurti Phlebológiai Workshop-on 2001. március 24-én elhangzott referátum alapján készült.

Dr. Gulácsi László (European Pressure Ulcer Advisory Panel és Budapesti Közgazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem, Budapest, Egészségügyi Közgazdaságtani Munkacsoport): Mennyi a megfelelő prevencióval elérhető decubitus incidenciája és prevalenciája elfogadható minimuma?

Hagisawa és Barbenel (1999) kiváló cikke arra kereste a választ, hogy megfelelő decubitus prevenció alkalmazásával milyen eredmények érhetők el, mekkora %-os érték tekinthető a decubitus tovább már nem csökkenthető, elfogadható incidenciájának és prevalenciájának. (Hagisawa S., Barbenel J.: The Limits of Pressure Sore Prevention, Journal of the Royal Society of Medicine, 92. 576–578.)

A szerzők felmérése az EPUAP-on belül (is) igen izgalmas szakmai vitát váltott ki a tanulmány megjelenése eltelt időszakban az orvosok, nővérek, epidemiológusok és egészségügyi közgazdászok körében egyaránt. Ez érthető is, hiszen eddig nagyon sokan azt vallották, hogy megfelelő prevenció mellett minden decubitus megelőzhető, az elfogadható incidenciája és prevalenciája a zéró érték. A szerzők által kifejtett felfogás szerint, ezzel szemben, egy bizonyos százalék előfordulás természetesnek tekinthető, azaz van a prevenció célzatú tevékenységnek (erőforrás felhasználásnak) egy

bizonyos optimuma, ezen optimum felett további erőforrás (munkaidő, pénz) ráfordítás értelmetlen.

A felmerülő kérdések tisztázása érdekében az EPUAP multidiszciplináris szakértői team-eket hozott létre (a szerző az egészségügyi közgazdaságtani és életminőség munkacsoport tagja), amelyek szisztematikusan áttekintették a decubitus epidemiológiájára, a használatos rizikó skálákra, a prevencióra és terápiára vonatkozó tudományos bizonyítékokra és a költségekre vonatkozó szakirodalmat, és összegezték az így kapott eredményeket.

Az eredmények elemzése során levont következtetések több esetben lényegesen ellentmondani látszanak a jelenlegi felfogásnak, és a napi rutin gyakorlatnak. Az előadásban ezek közül az előadó azokat az eredményeket és következtetéseket ismerteti, amelyeket az eredményes, hatékony és költség-hatékony decubitus prevenció és terápia érdekében célszerű az eddiginél sokkal nagyobb mértékben figyelembe venni.

Dr. Horváth István, dr. Vértes László* (Országos Bőr- és Nemikórtani Intézet, Budapest, * Péterfy Sándor Utcai Kórház, Budapest, II. Belgy. és Gerontol. Oszt.): *Antidecubitus ágy használatával szerzett tapasztalatok a decubitus megelőzésében és kezelésében*

A decubitus megítélésében az utóbbi időben teret nyert az a szemlélet, hogy a decubitus kialakulása a szervezet fiziológiás állapotának külső megnyilvánulása. A megelőzéséhez szükséges ápolás, a beteg gyakori kiültetése, forgatása az ápoló személyzet élmunka-igénye miatt megoldhatatlan problémát jelent az egészségügy számára. A szerzők az antidecubitus ágy alkalmazásával szerzett tapasztalatokról számolnak be. Az ápolásban az élmunka jelentős csökkentése mellett a beteg lelki gondozásával és a modern sebkezelésre szorítókozó ápolással kivédtek, illetve gyógyították a decubitust. Az antidecubitus ágy alkalmazásával csökkent az ápoló személyzet terhelése, mindenek előtt fizikai igénybevétele és hatékonyabbá vált a gyógyító tevékenység.

Dr. Jószyai János, dr. Donáth Antal (Magyar Honvédség Központi Honvédkórház, Budapest, Plasztikai Sebészet): *15 éves tapasztalataink a medencetájéki decubitusok műtéti kezelésében*

A szerzők 15 éve foglalkoznak a medencetájéki decubitusok műtéti kezelésével. Régióként bemutatják az általuk preferált és nagyon jól bevált műtéti eljárásokat (sacralis decubitusra gluteus maximus musclocutan lebeny V-Y elcsúsztatása, tomportájéki decubitusra tensor fasciae latae musculofasciocutan transzpozíciós lebeny, ülőgumó decubitusra biceps femoris musclocutan lebeny V-Y elcsúsztatása). Az évek során szakirodalomban közölt eljárásokat módosították és az utóbbi években az általuk kidolgozott eljárásokat alkalmazzák. 105 esetben végeztek műtétet, 3 betegen alakult ki recidíva.

Lejtényi Gáborné, Lerner Julianna, dr. Farkas Péter (Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet, Budapest, Szeptikus és Tbc-s Mozgásszervi Rehabilitációs Osztály): *Kezelési lehetőségek a diabéteses láb gyógyításában*

Szerzők a diabeteses láb kezelésének különböző lehetőségeit ismertetik. Három különböző esetet mutatnak be, amelyek a diabeteses láb szövődményeinek tekintetében különböznek egymástól. Az egyes szövődmények eltérő kezelési technikát és taktikát igényelnek, az előadók ezekre mutatnak be példákat. A maximális konzervatívizmusra törekvő kezelés, valamint a különböző sebészeti beavatkozások között számos terápiás lehetőség adódik, amelyeket a pontos állapotfelmérés és gondos mérlegelés után lehet egyénre szabottan alkalmazni.

Első esetben a diabeteses osteoarthropathia talaján kialakult csontatrophia miatt a bal láb öregujj phalanx fracturája és „osteomyelitisre” gyanús radiomorphológiai elváltozások láthatók. Frakcionált inzulin terápia beállítása, vasoactív értágító infúziós kúra megkezdése, valamint a végtag igen szigorú tehermentesítésén, majd bokarögzítő ortézisben való mobilizálás után a gyulladással járó tünetek regrediáltak, a törés csontos konszolidációja megindult.

Második esetként 10 éve inzulinnal kezelt beteg kerül bemutatásra, a láb deformált, a bokáját jellegzetesen „felfújt”, a bokaízületben nagyfokú instabilitás. A röntgenképek diabeteses osteoarthropathia jellegzetes képét mutatták, a láb és a bokaízület csontjainak súlyos dezorganizációjával. Teljes tehermentesítés, sebkezelés eredményeként a láb duzzanata csökkent, a beteg lázmentes lett. Ezt követően erős műanyag ortézisben kezdődött mobilizálása. A rögzítő viselése a destruált lábcsontok teljes összecsontosodásáig szükséges.

Harmadik esetben a lábcsontok destrukciója mellett a talpon trophicus fekély alakult ki, az ujjak csontjainak osteomyelitises folyamata mellett, ezért korábban transmetatarsalis amputáció történt. A lábcsont duzzanata, váladékozó talpi recidív fekély miatt került sor kezelésére. Sebkezelés, a vércukor-háztartás egyensúlyban tartása, a fekélyt megfelelő módon tehermentesítő ortézis, később ún. neuropátiás cipő viselése mellett a gyulladással járó tünetek fokozatosan csökkentek, a seb sarjadása megindult. A fenti esetek bemutatásával a diabeteses láb szövődményeinek sokszínűségére kívánunk a szerzők rámutatni, kiemelve a differenciáldiagnosztika fontosságát, a szakszerű sebkezelés, valamint a diabetológiai gondozás jelentőségét.

Maczika Réka, Weinberger Éva (**Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest, Péterfy Sándor Utcai Kórház, Budapest**): *Mit tehet egy gyógytornász a decubitus megelőzéséért a különböző osztályokon?*

Minden kórházban több osztályon is alkalmaznak gyógytornászokat, mert a mobilizáció rendkívül fontos a fekvő betegek számára. A decubitus megelőzése összetett feladat, sem a nővérek, sem a gyógytornászok nem vállalhatják fel külön-külön, ez team munka.

Cél: A betegek életkilátásait, életminőségét megpróbáljuk javítani a folyamatos mobilizálással, és a társszakmákkal való szoros együttműködéssel.

Módszer: Azokhoz a betegekhez, akik nehezen mozognak, illetve diagnózisainak megfelelően nem tudnak mozogni, lehetőség szerint naponta többször visszamegyünk átmozgatni és forgatni.

Beteganyag: Minden beteg, aki a különböző osztályon gyógytornász közreműködését igényli rehabilitációjához.

Következtetések: Az elmúlt évek figyelemfelkeltő felhívásai meghozták mára az eredményt. Jelentős javulás mutatkozik a társszakmák együttműködésében, és ez a decubitus előfordulásának csökkenéséhez, illetve gyorsabb gyógyuláshoz vezetett.

Mezei Zoltán (**Gyógyászati Segédeszközök Forgalmazóinak Országos Szövetsége, Budapest**): *Sebkezelés a gyógyászati segédeszközöket forgalmazók szemszögéből*

- Krónikus sebek korszerű kötőanyagokkal történő ellátásának fontossága az alapellátásban
- Decubitus megelőzése és kiegészítő kezelése a rendelkezésre álló prevenció és sebgyógyulást támogató eszközökkel
- A sebellátás és a kötőanyagokhoz jutás koncepciója az orvos, a beteg, a finanszírozó és a forgalmazó szemszögéből
- Az elérendő cél megvalósulásának nyomonkövetése és ellenőrzése-hatása a terápiás eljárásra
- Egészségügyi szakterületek közötti együttműködés a sebellátásban – szakmai team-ek szereplői és fontossága
- A forgalmazók szerepe az alapellátásban és a kötszerek széles körű terjesztésében – elvárások a gyógyászati segédeszköz forgalmazókkal szemben.

Dr. Molnár László (**Szent János Kórház, Budapest**): *A decubitusok pathomechanizmusának, felosztásának, megelőzésének és terápiájának elvi lehetőségei*

Az előadás a decubitus pontos definiálása után foglalkozik az előfordulás gyakoriságával, nemzetgazdasági jelentőségével. Áttekinti a kialakulásának súlyosbító tényezőit, a kialakult ischaemiás szövetszövetkárosodás fokozatait. Tárgyalja a kockázati tényező előfordulásának csoportosítását (Braden skála), és foglalkozik azok megszüntetésének lehetőségeivel. Áttekinti a decubitus terápiáját megszabó sebtípusokat. Ismerteti a decubitusok osztályozásának lehetőségeit, és cselekvési algoritmust ismertet a kezelést, ill. a megelőzést illetően. Foglalkozik a kezelés elvi lehetőségeivel, áttekinti a hagyományos és száraz sebkezelés, és az utóbbi évtizedben megismert és alkalmazott nedves sebkezelés módszereit, előtérbe helyezve a különböző sebtípusok jelentőségét a modern kötszerválasztást illetően.

Dr. Molnár László (**Szent János Kórház, Budapest**): *Beszámoló a Magyar Sebkezelő Társaság Oktatási Alapítványának munkájáról*

Az 1999. év MSKT nagygyűlés utáni vezetőségi ülésen a Társaság elhatározta egy sebkezelést oktató, kezelési protokollokat kidolgozó Oktatási Bizottság felállítását. A 7 tagú, minden szakmát reprezentáló Oktatási Bizottság azonnal megkezdte munkáját, és létrehozta az MSKT Oktatási Alapítványát, amely a továbbiakban az oktatási munkát koordinálja, illetve végzi. Országos továbbképző hálózatot építettünk ki, megyénként egy-egy centrummal. Ezek a centrumok végzik megyei szinten a háziorvos képzés gyakorlati lebonyolítását. Az oktatás költségeit szponzorok finanszírozzák. 2000. szeptember és 2001 június között 23 városban, 1.420 háziorvos vett részt

10-10 kredit pontot érő továbbképző előadássorozaton. A beszámoló a továbbiakban értékeli az eddigi munkát, és ismerteti a jövőt illető elképzeléseket, terveket.

Nagy Csaba (**Orvos- és Kórháztechnikai Intézet, Budapest**): *A PECA-egyezmény és az „új” orvostechnikai rendelet*

Az Európai Unió nagy figyelmet fordít arra, hogy az új közelítésű (New Approach) direktívák mind teljesebb körben váljanak az EU tagországokban iránymutatóvá, illetve a tagországok jogrendjébe történő bevezetés után kötelezővé. Az Egészségügyi Minisztérium az európai direktívák figyelembevételével – azzal összhangban – adta ki a 47/1999. (X. 6.) orvostechnikai rendeletet, amely alapján eljárva mind a magyar gyártók, mind a magyar kijelölt szervezet(ek) teljesíti(k) az európai elvárásokat.

Az Európai Unió és Magyarország a tárgyalások befejeztével aláírta a PECA-egyezményt, amely azokra a termékekre vonatkozik, amelyeket az Európai Közösségek tagországaiban, illetve Magyarországon gyártanak/gyártottak. Ilyenformán elismerik a PECA hatálya alá tartozó országok egymás megfelelésség értékelési eljárását, illetve ilyen módon adott a lehetőség a „CE”-jelöléssel ellátott termékek szabad áramlására. Értelemszerűen a PECA hatálya nem terjed ki azon országokra, amelyek nem tagjai az EU-nak, így pl. nem terjed ki az USA-ra, Japánra, Svájcra stb.

Így a magyar kijelölt szervezet (jelen esetben az orvostechnikai eszközök területén az ORKI) a magyar és az EU-s gyártókat – notified body-ként tanúsítva termékeit – „CE”-jelölés felhelyezésére jogosítja fel (CE 1011), míg az EU-n kívüli országok esetében a magyarországi forgalomba hozáshoz szükséges elvégeztetni – a kijelölt szervezet bevonásával – a „H”-jelölés felhelyezésére szolgáló tanúsítást (H EÜ01). Ez alól kivételek az I. kockázati osztályba tartozó orvostechnikai eszközök, amelyekre – ha nem sterilek, illetve nem rendelkeznek mérőfunkcióval – a gyártó önmaga felhelyezheti a „CE”-jelölést, természetesen akkor, ha az alapvető követelményeket teljesítik.

Az „új” orvostechnikai rendelet 2000. április 1-én, a PECA 2001. június 1-én lépett hatályba. Az ezzel kapcsolatos tudnivalókat igyekszik az előadás ismertetni.

Dr. Nagy Imre, dr. Berta Mihály, dr. Szentléleki Károly (**Jávorszky Ödön Városi Kórház, Vác, Sebészeti Osztály és Érsebészeti Részleg**): *Az *ulcus cruris* műtéti kezelésével szerzett tapasztalataink*

Szerzők ismertetik a lábszárfekély aetiológiai felosztását, az utóbbi évek érsebészeti statisztikáit, valamint sebészeti osztályuk érsebészeti részlegén 1994–2000. között kezelt lábszárfekélyes anyagukat. Külön kitérnek ezen beteganyag konzervatív és műtéti kezelésére. Ismertetik a műtéti megoldásokat.

Raskovicsné Csernus Mariann (**BMKT Pándy Kálmán Kórház, Gyula, Általános Sebészet**): *Speciális ágy alkalmazásának jelentősége a decubitus-ellátás során*

A speciális nyomáscsökkentő és tehermentesítő eszközöknek, matracoknak, ágyaknak nagy jelentőségük van a decubitus prevenció során. A tehermentesítő eszközök

hatásosabbak a prevencióban, mint a nyomáscsökkentő eszközök, ugyanakkor a már kialakult felfekvés kiegészítőjeként is eredményesen alkalmazhatók.

Ezen állítás valóságától saját szemünkkel is megbizonyosodtunk: azonos időpontban, hasonló általános státuszú, hasonló, II. fokú sacralis decubitussal rendelkező férfi betegek esetében, akik közül az egyiknél speciális ágyat alkalmaztunk. A decubitus ellátást ugyanazon cég termékeivel végeztük. A tapasztaltakat összehasonlító, retrospektív elemzés és esetismertetés során mutatjuk be.

Richterné Tóth Andrea, Novák Piroska (Simmelweis Kórház, Miskolc): A decubitus megelőzése és kezelése

A nyomási fekély prevenciója valamennyi egészségügyi szolgáltató számára nagy kihívást jelent, hiszen már egyetlen egy decubitus kialakulásának megelőzése is jelentős megtakarítást, illetve nyereséget eredményezhet. Ez a nyereség nemcsak anyagi vonatkozású, mivel egyaránt befolyásolja a beteg életminőségét, valamint az adott intézet statisztikai mutatóit, presztízsét. A decubitus-megelőzést intézeti szempontból elősegíti a szakképzett humán erőforrás fejlesztés, a betegek egyéni igényei szerint megtervezett ápolási tevékenységek végrehajtása, a modern, speciális ápolástechnikai eszközök alkalmazása, valamint a rendelkezésre álló prevenciók eszközök ésszerű allokációja.

Magyarországon – többnyire a finanszírozás elégtelensége, valamint a témával kapcsolatos általános tájékoztatatlansága miatt – kevés azoknak az egészségügyi szolgáltatóknak a száma, ahol a betegek decubitus prevenciók ápolását speciális matracok, ágyak alkalmazásával próbálják hatékonyabbá tenni. A modern antidecubitor berendezésekkel „felszerelt” egészségügyi szervezetekre jellemző, hogy csak a felmerülő igények töredékét tudják kielégíteni, mivel az eszközbeszerzés mértéke nem fedi a valós igényeket. Az elégtelen beszerzés elsősorban az eszközök magas árával magyarázható, másodsorban pedig azzal, hogy gyakran az adott egészségügyi szolgáltatók sem tudják pontosan meghatározni, milyen igényeket támaszthatnak a gyártók/forgalmazók, vagy akár önmaguk felé.

A „vásárlóképes” intézmények számára nagy nehézséget jelent az azonos indikációjú, de különböző tudásszintű eszközök közül a legmegfelelőbb, legjobb minőségű, hosszú távon a leggazdaságosabbnak remélt termék kiválasztása.

A szerzők az előadás folyamán bemutatják azt az általuk kidolgozott szempontrendszert, amelyet a gyakorlatban is alkalmaztak a speciális prevenciók matracok szakmai, minőségi értékelésére, több termék ennek alapján történő összehasonlítására. Az előadás a betegek speciális eszközökkel támasztott igényei mellett erősen kihangsúlyozza az egészségügyi intézmények lehetséges igényeit is, megpróbálva ezzel visszaállítani azt az egészséges piaci egyensúlyt, amely a hazai egészségügyi üzleti életet sajnálatos módon legtöbb esetben nem jellemzi.

Dr. Rozsos István, Dr. Forgács Sándor, Dr. Kollár Lajos (Pécsi Tudományegyetem/ÁOK–Baranya Megyei Kórház Sebészeti Tanszék Érsebészeti Osztály): Tapasztalataink sebkezelési szokások változásairól – cukorbeteg populáción – a háziorsos gyakorlatban

Előadásunkban az elmúlt 5 év tapasztalatait foglaljuk össze. A klinikai gyakorlatot és a sebkezelés hatékonyságát alapjaiban befolyásolják a háziorvosok tevékenysége. Ennek alapján elemezzük a beteg beutalási gyakorlatot, a kivizsgálási és sebkezelési taktikát. Az eredményesség tekintetében irányadó az ablációra, amputációra kerülő betegek aránya, a primer amputációt szükségessé tévő állapotok előfordulási gyakorisága.

A vizsgált periódusban speciális diabetes-láb ambulanciát működtettünk és ezen időszakban jelentettük meg az elsősorban háziorvosoknak és az alapellátásban dolgozóknak készített posztgraduális kiadványt, ami a diabetes mellitus végtagi szövődményeit és az ellátásra vonatkozó javaslatokat tartalmazta. Tapasztalataink alapján megállapíthatjuk, hogy az alapellátásban dolgozók az ismeretek birtokában kedvezőbben ítélik meg e betegcsoport gyógyulási esélyeit és ezt a kooperációk javulásával még tovább javíthatónak tartják. Szólni kell azonban a kedvező hatásokat beárnyékoló körülményekről is melyekre még ezen előadás keretein belül sem találhatunk teljes megoldást.

Salczerné dr. Hok Mária **(Budapest): Az életminőség javítása, a partneri viszonyok és a minőség összefüggései a nehezen gyógyuló sebek menedzselése során**

Az előadás kulcsfogalmai: a sebek menedzselése, a partneri viszonyok azonosságai és különbözőségei a betegség menedzselésén, az eset menedzselésén, a menedzselte gondozáson és a kritikus pontok menedzselésén alapuló krónikus sebellátási szervezési formákban. Az előadás bemutatja ezekben a minőségi ápolás elvárt és elvárható eredményeként a kliensek életminőségének a javulását.

Dr. Slavei Krisztina, dr. Pénzes István, dr. Ondrejka Pál*, dr. Sugár István* **(Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest, Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika, *II. sz. Sebészeti Klinika): Invazív kórokozók által okozott súlyos lágyrész nekrozisok problémája az intenzív osztályon**

Az invazív kórokozók (A csoportú Streptococcus, Staphylococcus) által okozott fertőzés morbiditása és mortalitása az 1980-as évektől kezdve emelkedő tendenciát mutat. A kórkép gyakran a legsúlyosabb invazív infekció (shock syndroma, fasciitis necrotisans) formájában jelenik meg, amelynek vezető tünete az érintett terület lokális tovakúszó rapid inflammációja és destrukciója, valamint súlyos septicus shock, illetve többszervi elégtelenség. A nemzetközi irodalmi adatok szerint a megbetegedés mortalitása 70-80%, a túlélők átlagéletkora 35 év.

Az A csoportú Streptococcus expozíciót követően az exotoxinok kiáramlása következtében jön létre az erythema, a fájdalom, a konfluáló suffusio és nekrozis, amely a bőr, a subcutan szövetek és a fascia elhalásához vezet, és ezzel mind az akut, mind pedig a krónikus szakban jelentős nyílt sebfelületet képez a test felszínén. A septicus shock, a progresszív lokális és szisztémás invázió megakadályozásának szempontjából fontos tényező az időfaktor, ezért szükséges az azonnali sebészeti ellátás, antibiotikum adása, szupportív terápia, fájdalomcsillapítás. Az ilyen jellegű lágyrész fertőzések jól felszerelt, sebészeti háttérrel rendelkező intenzív osztályt, jelentős mértékű ápolási kapacitást, személyzetet, pénzügyi ráfordítást igényel. A fertőzés során

az akut életet veszélyeztető keringési és légzési elégtelenség rendezését követően a továbbiakban a sebészet, plasztikai sebészet számára további kihívást jelent a hatalmas septicus lágyrész hiány pótlása.

Dr. Sugár István, dr. Ondrejka Pál, dr. Slavei Krisztina*, dr. Pénzes István* (**Semmelweis Egyetem ÁOK, Budapest, II. sz. Sebészeti Klinika, *Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás Klinika**): *Invazív kórokozók által okozott súlyos lágyrész nekrotikus problémája a sebészeti ellátásban*

Az invazív kórokozók által előidézett, az életet súlyosan veszélyeztető lágyrész nekrotikus kezelése komplex feladat. A rendkívül agresszívnek mondható sebészeti tevékenység elengedhetetlen feltétele a gyógyulásnak. Az igen széles feltárás, debridement, drenázs, lávázs, nyitott kezelés alapfeltétele annak a teljes körű, intenzív ellátást igénylő tevékenységnek, amellyel a septicus shock kezelhető, és a biztosan halálhoz vezető többszervi elégtelenség kialakulása megakadályozható.

Belgyógyász-intenzivológus, infektológus-mikrobiológus és a társ-szakmák szakembereinek együttes tevékenysége révén remélhető ezeknek a betegeknek a gyógyulása. Bemutatandó közös munkánk, sikereink, kudaraink tanulságul szolgálhatnak leendő betegeink gyógykezeléséhez. Nem feledhető, hogy az elkövetkezendő évtizedben az ilyen fertőzések számának – minden hozzáférhető statisztika szerint – növekedése várható.

Dr. Szili Magdona (**Magyar Honvédség Kecskeméti Repülőkórház, Kecskemét**): *Diabetes mellitus szövődményeként kialakult trofikus fekélyek lokális, kombinált kezelése Curiosin-R oldat és Hydrosorb comfort kötés alkalmazásával*

A cukorbeteg 15-20%-ét érintő diabeteses lábon kifejlődő trofikus fekélyek oka komplex, heteropathologiai. Kezelésében a jól megválasztott lokális készítményeknek és kötszereknek nagy szerepe van. Bőrgyógyászati rendelésünkön 10 trofikus fekélyben szenvedő beteget kezeltünk Curiosin oldattal, amelyet Hydrosorb comfort öntapadós kötszerrel rögzítettünk.

A kezelési eredmények több szempontból kedvezőbbek. A Curiosin oldat – a hyaluronsav és zink asszociátuma – sebgyógyulásban játszott szerepe ismert. A sebbe csepegtetve azonban a hagyományos kötszerek részben felszívják azt. A Hydrosorb comfort öntapadós kötszerrel rögzítve a fekélyre a Curiosin oldatot, a hámosító hatása jobban érvényesül. Ugyanakkor a kötszer előnyös tulajdonságai révén – kiemelve a párnázó hatását – a nyomásnak kitett helyeken a seb védelmét és a nedves sebmiliót biztosítja.

Szoboszlainé Sánta Györgyi, Tarjányiné Márton Tímea (**Főv. Szent István Kórház, Budapest, II. Bőrgyógyászati Osztály**): *Krónikus lábszársebek kezelése team-munkában*

A krónikus lábszársebek kezelése team munka, amely az egészségügyi dolgozók egybehangolt munkáját igényli. Ezt a csoportot a belgyógyász, érsebész, ortopédus, bőrgyógyász, pszichológus, gyógytornász, ápolónő, háziápoló alkotja. Nagyon fontos a beteg és a környezetének – család, hozzátartozó – bevonása az ápolásba. Előadásunk-

ban osztályunkon lévő betegek komplex kezelését mutatjuk be, megemlítve még a sebkezelés gazdasági, anyagi vonatkozását, a gyógyászati segédeszközök megfelelő használatát.

Dr. Vértes László (**Péterfy Sándor Utcai Kórház, Budapest, II. Belgy. és Gerontol. Oszt.**): **A gerontológia – „A lelki egészség éve” – krónikus sebek**

Dr. Baksa József főorvos, a Magyar Sebkezelő Társaság elnöke kongresszusi előkészítő megbeszélésünkön hívta fel a figyelmünket, hogy 2001 „A lelki egészség éve”.

Szeretnénk ennek megfelelően foglalkozni azokkal az idősödőkkel, idősekkel, akik krónikus seb(ek) miatt – is – szenvednek. Érdeklődtünk, hogyan élik át multimorbiditásuk mellett a decubitust, a lábszárfekélyt. Az idősekre hazánkban sajnálatos módon nemcsak az egyedüllét, hanem a magány is jellemző. Sokszor jelent gondot, hogy diétájuk, gyógyszereik biztosítására nem rendelkeznek elegendő anyagiakkal.

A szüleink, nagyszüleink nemzedékéhez tartozók szomorúan és általában kilátástalanul értékelték a krónikus seb(ek) meglétét. Bizonytalanok a javulásban, a teljes gyógyulásban, mindezek miatt nem ritka a reaktív depresszió. „A lelki egészség éve” a téma köré irányítja figyelmünket, hangsúlyozva, hogy különösen a tárgyalt életszakaszokban csak három dimenzióban, a testi, a lelki és a szociális vonatkozásokban végezhetünk etikailag helyes ellátást, gondozást.

Dr. Vitályos Tibor, dr. Sesztakov R., dr. Szirányi E. (**Főv. Önk. Szent Imre Kórház, Budapest, Sebészeti Osztály, Diabeteses láb ambulancia**): **Diabeteses láb gondozás az ezredfordulón Magyarországon**

A diabeteses láb syndroma – mint jól tudjuk – sokféle lábelváltozás összefoglaló elnevezése, s a beteg a különféle panaszok, tünetek kifejlődésének, súlyosságának függvényében számtalan szakellátóhelyre kerülhet sürgősséggel, vagy akár választott időben. Ahogy a diabetes-gondozás, úgy a diabeteses láb gondozás is összetett feladatot jelent, amelynek az a célja, hogy a kialakult aetiológiai tényezők mellett elkerüljük valamilyen laesio kialakulását, illetve a már kialakult laesio esetén minél kisebb „veszteséggel” gyógyítsuk a beteget, megfelelően a St. Vincent-i deklarációnak. Ahhoz, hogy ennek a feladatnak meg tudjunk felelni, jól szervezett és jól működő komplex gondozói hálózatra van szükség. Előadásomban megpróbálok a rendelkezésre álló adatok alapján átfogó képet adni a magyarországi helyzetről, és a nemzetközi irodalomban ismert elvárások és javaslatok alapján rávilágítani a még fejlesztésre váró kérdésekre is, valamint röviden kitérnék a gondozás költség-hatékonyságára is. Megállapításainkat részben saját 2 és fél éves gondozói múltunk, illetve a hasonló területen tevékenykedő kollégáink tapasztalataiból merítjük. Köszönetet mondunk ezért minden értékes információért, amely ezen a nehéz területen az előrelépést segíti.

Az Orvos- és Kórháztechnikai Intézet szervezete és feladata

NAGY CSABA FŐIGAZGATÓ (ORKI)

*Mottó: „Az orvostechnikai eszközöknél kell az összekötő híd
(szakértelem) az orvosi és a műszaki területek között!”*

Európában az ún. **direktívák (irányelvek)** töltik be azt a szerepet, hogy **irányelveket nyújtsanak a tagországok számára egy-egy adott témakörben**: pl. Kisfeszültségű Direktíva, Orvostechnikai Eszközök Direktíva (MDD), Aktív Beültethető Eszközök Direktíva (AIMD), Gépek Direktíva, stb. Az irányelvek elsősorban arra vonatkoznak, hogy **az abban foglaltak teljesítése után a CE-jelölés elhelyezhető a terméken**, ezzel megteremtve az európai forgalmazás lehetőségét. Ugyanis **ha egy Direktíva életbe lép** (általában 3-5 éves átmenet után!), utána **csak ennek megfelelő, azaz az Alapvető Követelményeket kielégítő termék** hozható forgalomba, a terméken feltüntetve a CE-jelölést, amely arra utal a terméken, hogy a rá vonatkozó összes direktíva követelményének megfelel. A direktívákat csak abban az esetben kell az adott országban kötelező jelleggel használni, ha **a direktívát hazai jogszabály „honosítja”**. Általában a törvényi szabályozás szokásos Európában, de **Magyarországon rendeleti szabályozás léptette életbe**.


Korábban az **Orvos- és Kórháztechnikai Intézet (ORKI)** (régi nevén: Országos Kórház- és Orvostechnikai Intézet) **végezte** Magyarországon a **kórház- és orvostechnikai eszközök/termékek minősítését, a 14/1990. (IV.17.) SZEM rendelet alapján. A rendelet értelmében az egészségügyben csak olyan termékek (voltak) használhatók, amelyeket az ORKI minősített és/vagy amely Minősítő Határozattal rendelkeznek**. Ez a rendelet 2000. március 31-ig volt hatályban, ezt követően a módosított 14/1990. rendelet csak az in-vitro eszközökre vonatkozik.

2000. április 1-től életbe lépett a 47/1999. (X.6.) EüM orvostechnikai eszköz rendelet, amely honosítja az orvostechnikai eszközökre és az aktív implantátumokra (beültethető eszközökre) vonatkozó európai direktívákat.

Magyarországon **2000. április 1-től csak akkor lettek volna forgalmazhatók szabadon az Európából származó, vagy Európában a magyar gyártású orvostechnikai eszközök, ha aláírásra került volna a PECA egyezmény** (Protocol on European Conformity Assessment) Brüsszel és Magyarország között. Mivel azonban **nem történt meg az egyezmény aláírása, ezért** a magyarországi forgalmazáshoz **szükség van a „H”-jelölés megszerzésére**, amely a magyarországi kijelölt szervezet(ek)nél szerezhető meg. (Ez alól csak az **I. kockázati osztályba sorolt, nem steril és nem mérőfunkciójú orvostechnikai eszközök** jelentenek kivételt, mert ezekre a „CE”-jelölés – kormányrendelet alapján – felhelyezhető!) Így előfordulhat, hogy a CE-jelölés és a „H”-jelölés együtt szerepel egy terméken! Amennyiben a PECA hatályba lép, a CE-jelöléssel ellátott termék szabadon forgalmazható a közösség bármely tagállamában, illetve Magyarországon is. **A CE-jelölés („H”) feltüntetése a terméken azt a feltételezést takarja, hogy a termék megfelel a direktívák lényegi követelményeinek**, így csak indokolt esetben lehet megkérdőjelezni a CE jelölést („H”). Természetesen **az egyezmény csak az európai eredetű és a magyar termékekre vonatkozik**, tehát az amerikai, japán, távol-keleti, stb. gyártókra nem!

Az **egészségügyi miniszter a 0001/2000 számú** (2000. március 28-án kelt) **KIJELÖLÉSI OKIRAT** átadásával kijelölte az **Orvos- és Kórháztechnikai Intézetet (ORKI-t)** - kijelölt szervezetként - a **47/1999. (X.6.) EüM rendelet** szerinti tanúsításokra. Az **ORKI -**

mint kijelölt szervezet - azonosító száma EÜ01, amelyet a "H"-jelzés mellett fel kell tüntetnie a gyártónak! Így az **ORKI 2000. április 1-től kijelölt szervezetként működik**, mint önállóan gazdálkodó költségvetési szerv.

Az  alaptevékenysége (illetve azzal összefüggő tevékenységei) keretében az alábbiakra vállalkozik:

1. Típus tanúsítás:

* a 47/1999. (X.6.) EüM rendelet 3.sz. Melléklete szerint

* a 47/1999. (X.6.) EüM rendelettel **módosított 14/1990. (IV.17.) SZEM r.**

szerint * a **14/1990. (IV.17.) SZEM rendelet** szerint (Csak a 2000. március 31-ig beadott igényekre)

2. Rendszertanúsítás:

* a 47/1999. (X.6.) EüM rendelet 2.sz. Melléklete szerint

* a 47/1999. (X.6.) EüM rendelet 5.sz. Melléklete szerint

* a 47/1999. (X.6.) EüM rendelet 6.sz. Melléklete szerint

* az **MSZ EN ISO 9001 és MSZ EN 46001** szerint

* az **MSZ EN ISO 9002 és MSZ EN 46002** szerint

* a **gyógyászati segédeszköz gyártók** gyártóhelyeinek **tanúsítása/felügyeleti ellenőrzése**

3. Laboratóriumi tanúsítás (vizsgálatok az ORKI akkreditált laboratóriumaiiban (**MSZ EN ISO, MSZ EN, EN, ISO, vagy egyéb szabvány, illetve mérési utasítás szerint**):

1. Villamos Készülék Laboratórium
2. Légzésfunkciós Laboratórium
3. Inkubátor/Dializátor Laboratórium
4. Audiológiai Laboratórium
5. Optikai Laboratórium
6. Infúzió Adagoló Készülék Laboratórium
7. Elektrofiziológiai Laboratórium
8. Labortechnikai Eszközök Laboratórium
9. Mechanikai Laboratórium
10. Kórháztechnikai Laboratórium

4. Egyéb tevékenységek:

- **Orvostechnikai eszközök időszakos felülvizsgálata kijelölt szervezetként**
 - **Kórháztechnikai eszközök/termékek tanúsítása/szakvéleményezése**
 - **Informatikai szolgáltatások** végzése
 - A piac-felügyeleti hatóságok által **ellenőrzésre átadott termékek vizsgálata és szakvéleményezése**

- A 47/1999. (X. 6.) EüM rendeletben az I. kockázati osztályba tartozó orvostechnikai eszközökre előírt **műszaki dokumentáció** összeállításában **konzultáció** - A 47/1999. (X.6.) EüM rendelet 9. sz. Mellékletében előírt **kockázati osztálybasorolási** problémák kérdésében **konzultáció**

- **Orvos- és kórháztechnikai tanácsadás/szakértői** munka végzése

- Orvos- és kórháztechnikai témakörökben – felkérésre – **oktatások megszervezése megtartása**

- Az **ORVOS- ÉS KÓRHÁZTECHNIKA c.** folyóirat megjelentetése

Cím: 1125 Budapest, Diós árok 3. Levélcím: 1525 Budapest 114, Pf. 32. Tel.: 356-1522, Fax: 375-7253 E-mail: orki@orki.hu H onlap: <http://www.orki.hu>