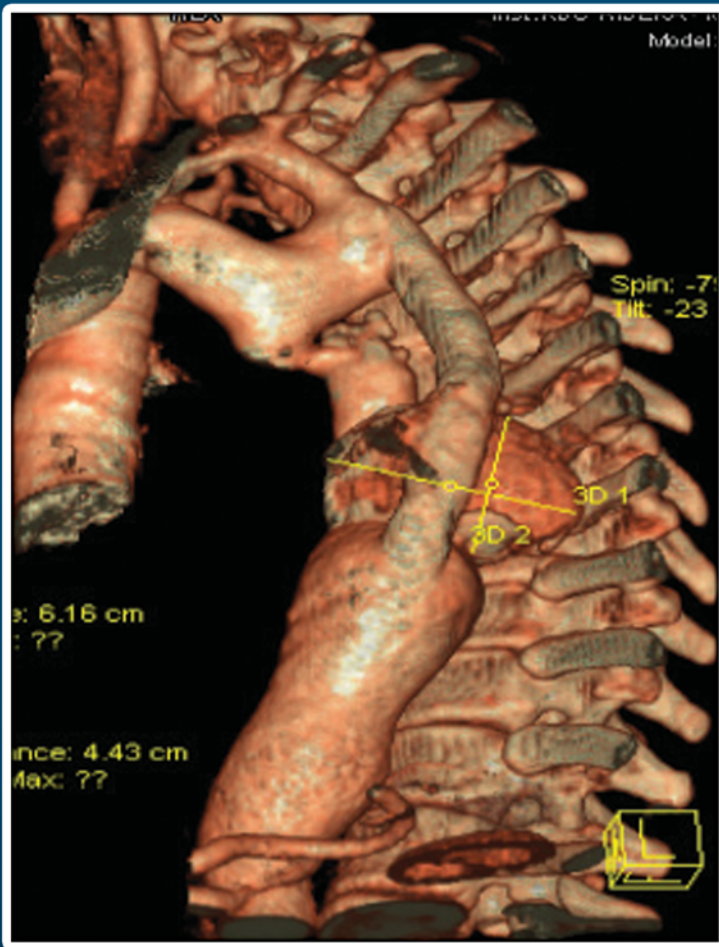


ÉRBE TE GSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2023/2.



*Dr. Dzsini Csaba
Aorta coarctatio
késői reoperációja*

*Dr. Bartos Gábor és Mtsai.
A háborús érsérülések
ellátásának történetéről II.*

*Dr. Bihari Imre
Littmann és a műtétan könyvek*

Nekrológ

Kongresszusok – rendezvények



Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenciós Radiológiai Társaság





Világszerte elismert hatékonyságú flavonoid komplex¹⁻⁶

krónikus vénás betegség és
az aranyérbetegség kezelésére

MPFF

Legmagasabb szintű
evidenciával ajánlott
hatóanyag a magyar
irányelv szerint¹

#1

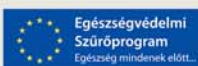
VILÁGELSŐ
VÉNAERŐSÍTŐ⁷

1A ERŐS AJÁNLÁS¹⁻²



1 – Az Emberi Erőforrások Minisztériuma egészségügyi szakmai irányelve a krónikus vénás betegség ellátásáról, 2021. 2 – Nicolaides AN, et al. Int Angiol. 2018; 37 (3): 181-254. 3 – Agarwal N, Kumkum Singh K. et al. Ind J Surg. 2017.01.09. DOI 10.1007/s12262-016-1578-7. 4 – Godeberge P, et al. J Comp Eff Res 2021; 10(10):801-813. 5 – Paysant J, Sansilvestri-Morel P, Bouskela E, Verbeuren TJ. Int Angiol. 2008;27(1):81-85. 6 – Garner RC, et al. Pharm Sci. 2002;91:32-40. 7 – A Servier International belső elemzése alapján, a következő forrásból származó adatok felhasználásával: Analytix Link a 2022. második negyedévi időszakra vonatkozóan mozgó éves össz mennyiség (MAT) 75 országban, amely a valós tevékenység tükröző becslése. IQVIA, minden jog fenntartva

Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!
ogyei.gov.hu/kiseroirat/ah/ah_0000012917_20230119152331.doc



Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjának Főtámogatója
A gyógyszer használatával kapcsolatos további információért keresse:
Servier Hungária Kft. | 1062 Budapest, Váci út 1-3. | Telefon: 1-238-7799 | www.servier.hu



Postázás

Kedves Kollégánők és Kollégák, lapunk olvasói!
Tisztelettel kérjük minden kedves olvasónkat
gondolkozzon el, milyen módon szeretné
megkapni folyóiratunkat - postai úton vagy
emailben. Az e-mailés változat mellett szól a
helyigény nélküli tárolás, a könnyebb
visszakeresés, a tetszőleges méretű betűvel
történő olvasás és a gyorsabb kézbesítés.

A kiküldött email formátuma hasonló, mint a
www.erbetegsegek.com honlapon található,
korábbi lapszámoké. Számunkra a jelentősen
megdrágult postaköltségek kikerülése indo-
kolja ezt az ajánlatot.

Kérjük küldje el email címét:

bihari@erbetegsegek.com

vagy az

imre.bihari.dr@gmail.com címre.

The Hungarian Journal of Vascular Diseases

**Scientific Journal of the Hungarian Society
for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular
and Interventional Radiological Society
of Hungary**

Contents

Vol. XXX. No. 2. 2023.

Papers

Csaba Dzsiniich

LATE REDO SURGERIES

FOR AORTIC COARCTATIONS.37

Gabor Bartos, Veronika Martos, Imre Bihari

HISTORY OF THE CARE OF

WARTIME VASCULAR INJURIES II.43

Peter Sotonyi, Zoltan Szeberin

NECROLOG OF LASZLO ENTZ.50

Imre Bihari

LITTMANN AND HIS SURGICAL

TECHNIQUE BOOKS55

ÉRBETEGSÉGEK • THE HUNGARIAN JOURNAL OF VASCULAR DISEASES

**A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság, valamint a Magyar Cardiovascularis
és Intervenciós Radiológiai Társaság tudományos folyóirata**

**Scientific Journal of the Hungarian Society for Angiology and Vascular Surgery
and of the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Hungary**

FŐSZERKESZTŐ: DR. BIHARI IMRE • ISSN 1218-36-36

Szerkesztőbizottság: dr. Acsády György, dr. Dzsiniich Csaba, dr. Jámbor Gyula,
dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre, dr. Entz László

Rovatvezetők: Vénák: dr. Menyhei Gábor • Endovascularis beavatkozások: dr. Kollár Lajos
Haemorheológia: dr. Pécsváradai Zsolt • Belgyógyászat: dr. Meskó Éva
Radiológia: dr. Battyáni István • Historia: dr. Bartos Gábor

Kiadja az Ádám és Bihari Kft. Felelős kiadó: az Ádám és Bihari Kft. ügyvezető igazgatója.

Szerkesztőség címe: 1081 Budapest, Népszínház u. 42-44. Tel./Fax: +36-1- 3345-468.

Tervezőszerkesztő: Kincses Gábor • Nyomdai munkák: Szó-Kép Nyomdaipari Kft.

Honlap: <http://www.erbetegsegek.com/>

Dr. TEX_{STAND}®

Kompressziós orvosi gyógyharisnyák



Kapható gyógyászati segédeszköz boltokban és gyógyszerárakban.
Kockázatokról olvassa el a használati útmutatót vagy kérdezze meg szakorvosát!

Dr. Tex, vénák gyógyítója

A Dr. Tex-Stand II. kompressziós fokozatú orvosi gyógyharisnyák a láb vénás és nyirokrendszeri betegségeinek kezelése során **nélkülözhetetlenek.**

Az elasztan szálak **fáradhatatlan és kellemes rugalmasságot** biztosítanak az orvosi előírásoknak megfelelő kompressziós értékek elérésében, és így **segítik a láb ereiben a vérkeringést.**

A Dr. Tex-Stand kompressziós orvosi gyógyharisnya ajánlható lábdagadással járó kifejezett visszértágulatok esetére, vénás elégtelenség kezelésére, terhesség ideje alatt és szakorvosi javaslatra.

A DR. TEX-STAND lábharisnyák OEP által támogatott termékek, melyek a rászorulóknak számára az OEP lista legkedvezőbb térítési díján érhetőek el. KÖZGYÓGY jogosultsággal rendelkezők részére is felírhatóak!

Elérhetőségek:

Web: www.medicaltex.eu

www.gyogyharisnya.com

Email: info@medicaltex.eu

Gyártja és forgalmazza:

Medicaltex Kft

1025. Budapest,

Csatárka u. 37/E



Az egészséges lábakért!



ELASTOMED®

KOMPRESSZIÓS GYÓGYHARISNYA ÉS
HARISNYANADRÁG TERMÉKCSALÁD

A II. kompressziós fokozatú standard és egyedi méretre készülő **ELASTOMED KOMFORT** és **ELASTOMED STRETCH** lábharisnyák, valamint az **ELASTOMED S** síkkötött karharisnyák a vénás és nyirokrendszeri betegségek kezelése során nélkülözhetetlenek. Használatuk széles körben elterjedt, a lábra és a karra az ideális eloszlásban fejtik ki a nyomást.

Az **ELASTOMED KOMFORT** és **ELASTOMED STRETCH** lábharisnyák, továbbá az **ELASTOMED S** karharisnyák szakorvosok által felírható, az OEP által támogatott termékek.

Az **ELASTOMED** kompressziós térdzoknik, harisnyák, harisnyanadrágok, karharisnyák és ízületi támaszok magyar termékek.

Kapható a gyógyászati segédeszköz boltokban és a gyógyszerárakban.
Méretvételhez és rendeléshez méretvételi lap igényelhető.

A kockázatokról olvassa el a használati útmutatót, vagy kérdezze meg kezelőorvosát!



Gyártja és forgalmazza: Pharmatextil Kft
1116 Budapest, Fonyód u. 2.
Tel / fax: (+36-1)2080 195, Fax: (+36-1)2080 197
Web: www.gyogyharisnya.hu, www.pharmatextil.hu
E-mail: info@pharmatextil.hu

 **Pharmatextil**

Aorta coarctatiók késői reoperációja

DR. DZSINICH CSABA

Összefoglalás

Az aorta coarctatio előfordulása 10.000 élveszülött gyermeknél 4 esetben várható. Isthmicus és atípusos – az aorta bármely szakaszán kialakuló- változatait ismerjük. Számos sebészi és endovascularis megoldás ismert. Mindkét megoldás után késői szövődmények jelentkezhetnek, mint recoarctatio, vagy aneurysma képződés. 1990-2014 között 32 esetben került sor a gyermekkorban végzett coarctatio műtét szövődményének ellátására 8-42 évvel a műtét után. Foltplastica leszakadása okozott álaneurysmát (28), 2 esetben aortobronchialis fistulát, 2 betegnél anastomosis disruptiót, 2 esetben graft stenosis és recurráló hipertóniát észleltünk. A distalis aortaív hybrid műtétét végeztük 23, aorto-aorticus isthmicus graft interpositiot 5, új aorto-aorticus bypassst 2, új subclavio-aorticus bypassst, graft foltplasticát és iliorenalis bypassst 1-1 esetben. Egy esetben intraoperatív vérzést kellett elhárítanunk és egy betegnél emphysemás bulla ruptura miatt kétszer kényszerültük thoracotomiára. A betegek évenkénti ellenőrzését rendkívül fontosnak tartjuk. A késői elváltozások kezelésében egyre inkább a hybrid műtétek kerülnek előtérbe, de egyes súlyos esetekben továbbra is nyitott műtét jelenti a megfelelő megoldást.

Kulcsszavak: aorta, coarctatio, szövődmények, megoldások

Summary

LATE REDO SURGERIES FOR AORTIC COARCTATIONS
Csaba Dzsiniich MD

The aortic coarctation is a congenital malformation. Its prevalence is 4 in 10.000 live birth cases. The typical location is at the aortic isthmus, but may occur at atypical sites. Surgery and endovascular solutions can be performed. Late complications, recoarctation or aneurysm formation may develop. Between 1980 -2012 we have treated 32 patients having late complications 8-42 years after surgical treatment: aneurysm formation after isthmic patch plasty (28), aortobronchial fistula, false aneurysms after aorto-aortic bypass, two graft stenosis with recurrent hypertension each in 2 cases. In 26 patients hybrid solution, isthmic aorto-aortic inlay interposition graft (2), aorto aortic and subclavio-aortic bypasses, graft patch plasty (1) and ilio-renal bypass (1) were undertaken. Early complications: one severe intraoperative bleeding, one pneumothorax but no early or late mortality occurred. Life long control is mandatory in order to detect late complications.

Keywords: aortia, coarctation, complications, treatment

Bevezetés

A gyermek kardiologiai szűrővizsgálatok hazánkban rendkívül hatékonyan működnek, így a szív- és érfejlődési rendellenességek szinte kivétel nélkül korán felismerésre kerülnek. A malformatiók túlnyomó többségét pediátriai intézetekben korrigálják, csupán néhány, speciális, ritka kórkép hárul felnőttkori ellátásra. Az újszülött,

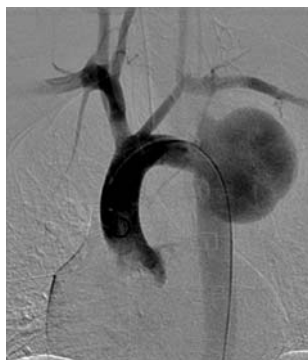
csecsemő és gyermekkorban végzett beavatkozások nyomkövetése, a serdülőkor után, kikerülve a pediátriai rendszerből, mint késői szövődmények, a felnőttkori ellátás kereteiben kerülnek felfedezésre. Jelen közleményünkben az aorta coarctatiók késői szövődményeivel és azok megoldási lehetőségeivel foglalkozunk.

Beteganyag

Az elmúlt 25 évben 32 beteg került látóterünkbe gyermekkorban végzett coarctatio műtétek után kialakult késői szövődménnyel. Közülük 5 nő és 27 férfi volt, életkoruk 16 és 52 év közötti, átlagosan 24 év volt. A primer műtét után eltelt időszak 5 és 42 év között változott, átlagosan 18 év volt. Az első beavatkozást 2-től 12 éves korig végezték, azaz újszülött vagy csecsemőkorban végzett beavatkozások után kialakult szövődményt gyakorlatunkban nem észleltünk. Azok a betegek feltehetően pediátriai ellátásra kerültek. Késői szövődményt 28 esetben, típusos coarctatio korrekció után észleltük, 4 betegben atípusos változat sebészi megoldása után kényszerültünk reintentiora (1. táblázat).

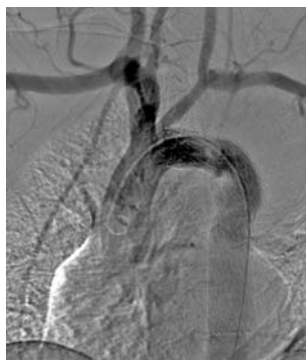
	Betegszám	Nem	Első műtét	Szövődmény jeletkezése
típusos coarctatio	28	3 nő, 25 férfi	2-5 év	16-42 év
atípusos coarctatio	4	1 nő, 3 férfi	2-11 év	6-22 év

1. táblázat. Demográfiai adatok.



1. ábra. DSA angiogram.

26 évvel típusos aorta coarctatio folt plastica után kialakult 10 cm átmérőjű álaneurysma képe.



2. ábra. Az 1. képen

bemutatott álaneurysma DSA angiogrammja stentgraft beültetés után. A hatalmas álaneurysmát a stentgraft teljesen kizárta a keringésből.

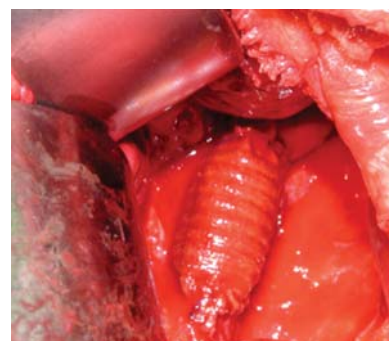
A leggyakoribb késői szövődmény az isthmicus folt plastica után, a folt leszakadása következtében kialakult álaneurysma képződés volt (1, 2. ábra), amit 28 esetben



3. ábra. Kontrasztanyaggal dúsított CT angiogrammon jól látható a nyíllal jelzett aortobronchialis fistula, ami 42 évvel foltplasticával megoldott coarctatio műtét után alakult ki.



4. ábra. Intraoperatív foto. Az aortobronchialis fistula miatt resecalt aorta részlet. A sipoly bejárata a lumen felől látható.



5. ábra. Intraoperatív foto. Az aorto-bronchialis fistula miatt resecalt aortaszakaszt Dacron graft interpositummal pótoltuk.

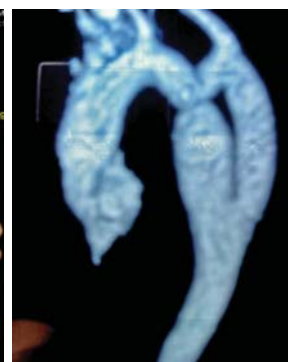
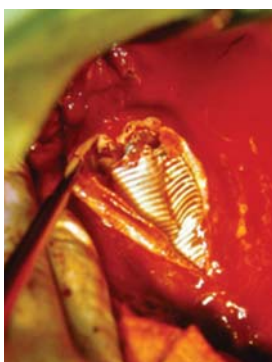
találtunk. Ezek között 2 betegnél véres köpettel, lázzal járó aortobronchialis fistula (3, 4, 5, 6. ábra) hívta fel a figyelmet a betegségre. Atípusos coarctatio sebészi korrekciója után 2 esetben álaneurysma alakult ki. Egy nőbetegnél graft interpositio után mindkét anastomosis leszakadás, az álaneurysma kialakulás és az üregében képződött thrombus fragmentatioja distalisán vese és alsó végtagi emboliát okozott. A nőbeteg a primer műtét után 45 cm-t növekedett. Másik betegünk 5 éves korában esett át subclavio –aorticus bypass műtéten. 25 éves korában 50 cm hossznövekedés után a distalis, supradiaphragmaticus anastomosis leszakadása miatt alakult ki álaneurysma.

Két esetben visszatérő súlyos hypertonia keletkezett.

Egy betegnél 6 éves korban thoracoabdominalis bypass és a renalis arteriák implantatioja után 16 éves korban a graft stenosisát találtuk.

A másik betegnél aorta angusta miatt a bal subclavia eredéstől az aorta bifurcatioig végeztünk áthidalást 11 éves korban. A graftba beültettük a zsigeri és renalis arteriákat. Az 50 centit nőtt betegnél 16 éves korban a recurrens hypertonia háttérében a jobb a renalis occlusióját találtuk.

Betegeink között 14-en igényeltek antihypertenzív kezelést. A veseemboliát szenvedett nőbetegnél és a 2 atípusos coarctatio műtéte után fellépő recurrens hypertonia miatt kombinált gyógyszerelés volt szükséges. A globális vese-funkció valamennyi betegünkönél a normál tartományban volt. A diagnosztika alapját a rutin kivizsgálás részeként mellkas röntgen felvétel adta. 24 betegnél CTA illetve 18 esetben DSA vizsgálatra is szükség volt, 10-nél mindkét módszer bevetésre került. Az isthmicus álaneurysmák mérete 6 és 12cm között váltakozott. 6 betegünk panaszkodott rekedtségről, 2 betegünk aortobronchialis fistula miatt lázas volt és haemoptysis miatt enyhén anaemizálódott. Egy betegnél bullosus emphysemát, beszűkült légzésfunkciót regisztráltunk. Az elváltozás környezetében 5 esetben találtunk súlyos calcificatiót. Subacut beavatkozásra 4 esetben került sor, 2 esetben haemoptoe és 2 esetben feszülő álaneurysma miatt (2. táblázat).



7. ábra. Atypusos coarctatio miatt 16 évvel korábban az aorta descendens graft interpositioja történt. A fiatal nőbeteg 45 cm-t nőtt. Az interpositum mindkét anastomosisa leszakadt és 8 cm átmérőjű álaneurysma képződött. Üregéből renalis és alsó végtagi embolisatio történt.

8. ábra. A 7. képen bemutatott eset intraoperatív felvétele. Az álaneurysma megnyitása után a foto a leszakadt felső anastomosisot mutatja.

9. ábra. A 7. és 8. képen bemutatott eset nyitott sebészi megoldása egy kellő hosszúságú 16 mm átmérőjű új Dacron interpositum beültetése volt.

11. ábra. A sürgősséggel műtetre került beteg leszakadt, rövidde vált 8 mm-es subclavio-aorticus graftját 16 mm átmérőjű, megfelelő hosszúságú áthidaló graftra cseréltük. A DSA a postoperatív helyzetet ábrázolja.

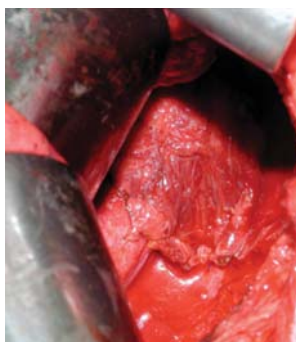
10. ábra. 26 éves fiatal férfi 5 éves korában coarctatio miatt a bal a. subclaviáról az aorta descendensre vezetett áthidaláson esett át. A graft distalis anastomosisa leszakadt, és hatalmas álaneurysmája alakult ki, amit 3D színes CTA felvételünk mutat. A beteg a beültetés után 55cm-t növekedett.

	primaer műtét előtt	szövődmény jelentkezéskor
typusos coarctatio	hypertonia 28	22
atypusos coarctatio	hypertonia 4 with card decomp.2	4

2. táblázat. Klinikai tünetek.

Műtéti megoldások

23 betegnél endograft beültetést végeztünk (2. ábra). Közöttük 20 esetben a bal artéria subclaviát a bal carotis communisba ültetettük át a stentgraft beültetése előtt, 3 esetben a distalis aortaívet a subclavia szájadékkal együtt fedtük le. Ezen esetekben Gore Tag graftot[®] alkalmaztunk. Nyitott graft interpositiot végeztünk a korábbi isthmicus foltplastica után keletkezett álaneurysmák esetében. 2 betegnél aortobronchialis fistula (3. ábra) miatt a septicus aorta szakaszt ressectáltuk (4. ábra) és az interpositumot a fali pleura lemezzel fedtük (5, 6. ábra). A tüdő elvarrásra került. Egy esetben az aortaív angulatioja és körkörös durva meszesedése, egy másik esetben a beáramlási és kiáramlási aortaszakasz közötti méretkülönbség indokolta a nyitott graft interpositiot (3. táblázat).



6. ábra. Az interpositumot fali pleuralemezzel borítottuk be amellyel separáltuk a tüdőtől.

Egy betegnél az atipusos coarctatiót késői szövődményei és a korábbi interpositum mindkét anastomosisának leszakadása miatt új, a testméret 45 cm-es hosszváltozásának megfelelő aorto-aorticus, 14 mm átmérőjű prothesis implantatioval oldottuk meg. A leszakadt 8 mm átmérőjű subclavio-aorticus graft helyett új, méretarányos 14 mm-es graftot ültettünk be azonos positioba (7, 8, 9. ábra). A subclavio-aorticus áthidalás distalis anastomosisának disruptioja miatt a korábbi graftot meghosszabbító interpositumot ültettünk be a korábbi graft proximalis szakaszának meghagyása mellett, subcut körülmények között (10, 11. ábra) (4. táblázat).

Az 5 éves korban beültetett thoracoabdominalis graft suprarenalis szűkületét dacron folttal tágítottuk meg. Az aorta angusta esetében a hosszú, aorto-aorticus ívelt graft beültetése után a jobb veseartéria elzáródása miatt ismét hypertoniássá vált fiatalembernél jobb oldali iliorenalis bypassot készítettünk 6 mm-es Gore tex[®] graft beültetéssel (5. táblázat).

	Betegszám	Primaer műtét	Szövődmény
typusos coarctatio	28	isthmicus foltplastica	isthmicus álaneurysma 28 aorto-brochialis fistula 2
atypusos coarctatio	4	aorta interpositio subcl-aorticus bypass Thoracoabd.bypass Thoracoabd bypass	álaneurysma+embolisatio 1 álaneurysma(dist.anast.) 1 graft stenosis 1 jobb a renalis occlusio 1

3. táblázat. Primaer műtéti megoldások.

Eredmények

Egy intraoperatív szövődményünk volt. Az aneurysmából eredő rendkívül vékony falú, tágult a. subclavia transpositioja során a centralis arteria csonk ligaturája átvágott. A fulmináns vérzést az első bordaközben végzett thoracotomia segítségével ujj kompresszió mellett végzett elvarrással oldottuk meg. Egy férfibetegünk a korai postoperatív szakban graft interpositio után emphysemás bulla megrepedése okozta ptx miatt két alkalommal került reoperatióra, végül atípusos tüdőcsúcs resectiora kényszerültünk. Többi betegünk eseménytelenül gyógyult. Betegeinket kontroll CT vizsgálat után bocsátottuk el. Sebészi ellenőrzésre 6 hét, 3 hó és 6 hónap után majd évente került sor. Az utánkövetés időtartama 4 és 24 év között változott, átlagosan 23 év volt. 3 beteg került ki látóterünkől. A morfológiai állapot mellett a vesefunkció és a vérnyomás rendszeres ellenőrzését végeztük. A viszonylag fiatal beteganyagban késői halálozás nem fordult elő és újabb beavatkozásra sem került sor. 8 beteg szorul mérsékelt hypertonia miatt kezelésre. A vesefunkció minden esetben normális határokon belül maradt (6. táblázat).

Megbeszélés

Az aorta coarctatio az egyik leggyakoribb cardiovascularis fejlődési rendellenesség, prevalenciája 4/10000. A szív-érrendszeri malformatiok között 6-10 %-ban fordul elő. Gyakorta kísérik congenitális szívelváltozások, mint bicuspidalis aorta billentyű, pitvari vagy kamrai septum defectus, nagyér transpositio, supra-avalvaris aorta stenosis, aneurysma stb. Ezek az elváltozások monozygota ikrekben gyakrabban fordulnak elő (1,2).

Az aorta szűkülete típusos helyen az isthmus területén alakul ki, prae- és postductalis változatait ismerjük. Az estek 2 %-ában atípusos coarctatio jelentkezhet az aortaíven, az aorta descendensen, a thoracoabdominalis és abdominalis szakaszon is. A szűkület mértéke az enyhe kaliber csökkenéstől a teljes interruptioig számos változatban lehetséges, kiterjedése a rövid segmentalis formától a hosszúszakaszú változatokig fordul elő.

	localisatio	mérete
typusos coarctatio	aorta isthmus	28 6-12
atypusos coarctatio	aorta desc. kp.	1 8
	supradiaphr.	1 8

4. táblázat. Késői szövődmény: aneurysma.

	Hybrid műtét	nyitott műtét
typusos coarctatio	23 subclavia transpositioval 20	5
atypusos coarctatio		thoracoabd.bypass graft folt plastica 1
		aorta descendens graft csere 1
		Subclaviaorticus bypass graft csere 1
		jo.iliorenalis bypass 1

5. táblázat. Szövődmény megoldása.

Az aorta coarctatio a csecsemő- és kisgyermekkori hypertonia elsősorú oka. A hypertonia mértéke, egyes esetekben kardiális túlterhelés és a kombinált malformatiok a születés után egy hónapon vagy egy éven belül teszik szükségessé az aorta szűkületének megoldását, míg mások kisgyermek korban, vagy még később, sőt néhányan felnőttként kerülnek műtéti vagy endovascularis megoldásra (3,4,5,6).

A coarctatiót gyakran kíséri posstenoticus aneurysma kialakulása, illetve tartós fennállás esetén calcificatio. Egyes esetekben másodlagos gyulladással járó érfa jelenségek jelentkezhetnek a pathológiai háttér azonosítását nehezítve (6). Két atípusos coarctatio miatt operált betegünkben merült fel az elváltozás gyulladással járó eredete illetve következménye (7,8).

A magukra hagyott eseteknél a hypertonia következményei, kardiális túlterhelés és cerebralis szövődmények az életkilátást jelentősen korlátozzák, átlagosan 34-35 évre, de egyes esetekben a coarctatio felismerésére az 5-6. dekádban kerül sor. Az atípusos elváltozások felismerése nehezebb, így azok a várható élettartamot beavatkozás nélkül tovább rontják. A hypertonia annál nehezebben kezelhető, minél nagyobb a szűkület mértéke, vagyis a gradiens, és- tapasztalatunk szerint minél közelebb van a vesearteriák szájadékához (9,10,11).

A típusos coarctatio esetében szóbajövő sebészi módszerek az end to end resectio, a folt plastica, a subclavia lebeny alkalmazása (Vossschulte plastika), graft interpositio, subclavia lehajtás a posstenoticus aortára. Az atípusos coarctatio számos változata egyéni megoldásokat indokol, egyes esetek foltplasticával, mások aorto-aorticus vagy extraanatomicus áthidalásokkal oldhatók meg (1,12).

A primer beavatkozások alacsony szövődmény százalékkal végezhetőek, és a hypertoniát csökkentik, de az esetek többségében nem szüntetik meg maradéktalanul. Csecsemő- vagy kisgyermekkorban végzett beavatkozások eredményeit késői szövődmények ronthatják. Míg a 3 éves kor előtt operált betegeknek a reoperatio aránya elérheti a 38 %-ot, addig a 3 éves kor után operáltaknál ez az arány jelentősen, 1.5%-ra csökken (12). Recoarctatio, illetve a rekonstruált területen kialakuló varratelégtelenség okozta álaneurysma, a környezetre gyakorolt compressio, a szomszédos szervekbe- tüdő, bronchus, oesophagus- történő perforatio vagy mellüregi szabad ruptura magas morbiditással és mortalitással járó szövődmények. Az utóbbi időben a légutakba vagy nyelőcsőbe perforáló

eseteket is stentgraft beültetéssel próbálták kezelni kétséges eredményekkel, hiszen a fertőzött környezetbe ültetett endografit legfeljebb áthidaló megoldás néhány szerencsés eset kivételével. Mindkét esetünket nyitott módszerrel oldottuk meg tartósan jó eredménnyel

(13,14,15). Az áthidaló megoldások után a korábban alkalmazott graft méretének relatív elégtelensége ismét súlyosbodó hypertoniát, vagy a graft leszakadás okozta álaneurysma képződést, mint atypusos esetekben láttuk. Beteganyagunkban dilatatív szövődményt kizárólag a gyermekkorban végzett foltplastica után észleltünk, az újszülött és csecsmőkori megoldások késő szövődményei feltehetően pediatricai ellátásra kerültek. Autológ megoldások, illetve endovascularis műtétek után aneurysma képződéssel illetve restenosisal látóterünkbe nem került beteg. Az irodalomban néhány esetben álaneurysma képződést Vosschulte plastica ill. subclavia lebennyel történt megoldás vagy endovascularis beavatkozás után is leírtak (16,17). Az atypusos megoldások késői következményei a növekedéssel párhuzamosan jelentkező testhossz változással és/vagy graft átmérő relatív elégtelenné válásával álltak kapcsolatban. A növekedés szerepét a késői szövődmények kialakulásában más szerzők is megfigyelték (18).

A coarctatio műtétek után akár több évtizeddel jelentkező szövődmények mintegy 70 % -a a rekonstruált területen kialakuló álaneurysma (19,20,21,22).

A modern technikák birtokában a sebészi terhelést jelentősen csökkentő hybrid megoldásokkal érhetjük el az optimális eredményt, mint azt eseteink többségében is sikerrel alkalmaztuk (23,24,25, 26). A distalis aortaív átépítése egyes esetekben az új endovascularis „periscope” módszerrel további új lehetőséget kínál a műtéti kockázat csökkentésére. Ez a technika kiváltja az a. subclavia átültetését a bal carotis communisba az átáramlás megtartásával és megfelelő proximalis rögzítési zóna biztosításával (28).

Következtetés

Tapasztalataink alapján megállapíthatjuk, hogy korai életkorban coarctatio miatt végzett műtétek után évekkel vagy évtizedekkel ritkán, ámbar veszélyes dilatatív vagy restenoticus szövődmények fordulhatnak elő. Ezek elsősorban a műanyag foltplasztikák után várhatóak. Az atypusos esetekben a növekedés okozhat a feszülés miatt varratelégtelenséget, anastomosis leszakadást, illetve relatív graft méret elégtelenséget. Utóbbi esetekben a recidív hypertonia hátterében gyulladással komponensek szerepe sem kizárható.

Fontosabbnak tartjuk hangsúlyozni, hogy a coarctatio miatt operált betegek élethosszig tartó ellenőrzésének gördülékeny átvitele a felnőtt ellátás területére e potenciálisan életet fenyegető késő szövődmények felismerése és megoldása érdekében rendkívül fontos. A jelenleg adott széleskörű technikai lehetőségek –nyitott sebészi és hybrid beavatkozások - individuális megválasztásával ezek a szövődmények igen jó és tartós eredménnyel kezelhetők.

	korai szövődmények	késő szövődmények (4-24 év)
típusos coarctatio	intraop. vérzés 1 (hybrid) ptx (2x) 1 nyitott	0
atípusos coarctatio	0	0

6. táblázat. Secundaer műtéteink eredményei.

Irodalom

1. *R Jaszewski, K Bartzak*: Surgical treatment of aortic coarctation in adults: Still an open question? *Cardiology Journal* 15, 491-492, 2008.
2. *Herskind AM, Almind Pedersen D, Christensen K.*: Increased prevalence of congenital heart defects in monozygotic and dizygotic twins. *128(11):1182-8*, 2013.
3. *Walhout RJ, Lekkerkerker JC, Ernst SMK, Hutter PA, Plokker TH, Meijboom EJ*: Angioplasty for coarctation in different aged patients, *AmHeart J* 144(1)? 180-186, 2002.
4. *Wong D, Benson LN, Van Arsdell GS, Karamlou T, McCrindle BW*: Balloon angioplasty is preferred to surgery for aortic coarctation. *Cardiol Young* 18(1): 79-88, 2008.
5. *Pádua LM, Garcia LC, Rubira CJ, de Oliveira Carvalho PE*: Stent placement versus surgery for coarctation of the thoracic aorta. *Cochrane Database Syst Rev* 16,5 2012.
6. *Kook H, Rha SW, Kim W, Kim DH, Lee S, Oh SK, Ahn TH, Shim WH*. *Korean Circ J*. 43(4):269-72, 2013.
7. *Parent JJ, Bendaly EA, Hurwitz RA*: Abdominal coarctation and associated comorbidities in children. *9(1):69-74.*, 2014.
8. *Price TP, Whisenhunt AK, Policha A, Ayad MT, Gardiner GA Jr, Abai B, Dimuzio PJ, Salvatore DM.*: Middle Aortic Coarctation. *10.1016.*, 2013.
9. *Hager A*: Hypertension in aortic coarctation. *57(6):733-42*. 2009.
10. *Scott HW Jr, Bahnson HT*. Evidence for a renal factor in the hypertension of experimental coarctation of the aorta. *Surgery*;30(1):206-17, 1951.
11. *Alpert BS, Bain HH, Balfe JW, Kidd BS, Olley PM*. Role of the renin-angiotensin-aldosterone system in hypertensive children with coarctation of the aorta. *Am J Cardiol* 43(4):828-34. 1979.
12. *Beekman RH, Rocchini AP, Behrendt DM, Rosenthal A*: Reoperation for coarctation of the aorta *Am J Cardiol* 48, 1108-1114, 1981.
13. *O' Sullivan KE, Bolster F, Lawler LP, Hurley J*. Endovascular management of an acquired aortobronchial fistula following aortic bypass for coarctation. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* 8(1):131-133, 2014.
14. *Eldien AS, Deo S, Nichols FC 3rd, Greason KL*. A bad experience with endovascular treatment of an aortobronchial fistula. *Ann Thorac Surg* 93(2): 650-651, 2012.
15. *Rodríguez-Caulo EA, Velázquez CJ, Barguero JM, García-Borbolla M*. Atypical chest pain and hemoptysis 27 years after aortic coarctation surgery: aortobronchial fistula, management and endovascular treatment. *Rev Esp Cardiol* 64(8): 726-727, 2011.

16. *Kino K, Sugawara E, Kohmoto T, Kamada M*: Late aneurysm after subclavian flap aortoplasty for coarctation of the aorta, *Ann Thorac Surg* 61(4): 1262-1264, 1996.
17. *Scholz TD, Sato Y, Bolinger L*: Aortic aneurysm following subclavian flap repair: diagnosis by magnetic resonance imaging. *Pediatr Cardiol* 22(2), 153-155, 2001.
18. *Lee SH, Kim JB, Park NH, Keum DY, Choi SY*: Extraanatomic reconstruction for isolated aorta coarctation in an adult patient *Vasc Endovascular Surg*.46(7):582-4, 2012.
19. *Stewart AB, AHMED r, Travill CM, Newman CG*, Coarctation of the aorta life and health 20-44 years after surgical repair, *Br J Heart* 69(1): 65-70, 1993.
20. *Hu ZP, Wang ZW, Dai XE, Zhan BT, Ren W, Li LC, Zhang H, Ren ZL*: Outcomes of Surgical versus Balloon Angioplasty Treatment for Native Coarctation of the Aorta: A Meta-Analysis *Ann Vasc Surg* Epub 2013 Nov 4.
21. *Troost E, Gewillig M, Daenen W Meyns B, Bogaert J, Van Deyk K, Budts W*: Behaviour of polyester graft sin adult patients with repaired coarctation of the aorta *Eur Heart J*: 30(9), 1136-1141, 2009.
22. *Yuan SM, Raanani E*: Late complications of coarctation of the aorta *Cardiol J* 15(6): 517-524, 2008.
23. *Roselli EE, Qureshi A, Idrees J, Lima B Greenberg RK, Svensson LG, Petterson G*: Open, Hybrid, and endovascular treatment for aortic coarctation and postrepair aneurysm in adolescents and adults, *Ann Thorac Surg* Epub 2012.
24. *von Kodolitsch Y, Aydin AM, Bernhardt AM, Habermann C, Treede H, Reichensperner H, Meinertz T, Dodge-Khatami A*: Aortic aneurysms after correction of aortic coarctation: a systematic review. *Vasa* 39(1) .3-16, 2010.
25. *Khavand A, Bentham J, Marlais M, Martin RP, Morgan GJ, Parry AJ, Brooks MJ, Manghat NE, Hamilton MC, Baumbach A, McPherson S, Thomson JD, Turner MS*.: Transcatheter and endovascular stent graft management of coarctation-related pseudoaneurysms. *Heart* 99(17): 1275-1281, 2013.
26. *Cazavet A, Blot Souletie N, Rousseau H, Leobon B*.: Endovascular repair of a late pseudoaneurysm after an extra-anatomic bypass for aortic coarctation. *Eur J Cardiothorac Surg* 44(2):389, 2013.
27. *Taurino M, Fantozzi C, Nazzareno S, Rizzo L*.: Hybrid treatment of anastomotic pseudoaneurysm of the isthmus portion of the thoracic aorta *J Vasc Surg* 58 (4):1088,2013.
28. *Hashizume K, Shimizu H, Koizumi K, Inoue S*.: Endovascular aneurysm repair using the periscope graft technique for thoracic aortic anastomotic pseudoaneurysm. *Interact Cardiovasc Thorac Surg* (4):553-5. 2013.

A háborús érsérülések ellátásának történetéről II.

(A koreai háború)

BARTOS GÁBOR, MARTOS VERONIKA, BIHARI IMRE

1945. május 9-ét tekintjük a II. Világháború befejező napjának. Azóta béke van. De ez csak abból a szempontból igaz, hogy nincs újabb világháború. Valójában, a közben eltelt 77 év egyetlen napja sem múlt el úgy, hogy a Földön valahol ne lett volna háború. Munkánk további részében e lokális háborúk közül vizsgálunk meg néhányat az érsérülések háborús ellátása szempontjából.

Jelen cikkünk a koreai háborúról szól (1950-1953). A koreai félszigetet Japán 1910-ben foglalta el és 1945-ig tartotta hatalmában. A II. Világháború végén a szovjet csapatok, előzetes megállapodás szerint, elfoglalták a félsziget északi felét a 38. szélességi fokig. A déli országrészt az amerikaiak szállták meg. Mindezek következtében, akárcsak Európában, Koreában is, két homlokegyenest ellenkező társadalmi rend jött létre. Mindkét országrész vezetői magukat tartották az egész félsziget törvényes birtokosának.

1950. június 25-én a *Kim Ir Szen* vezette kommunista Észak-Korea, hadüzenet nélkül megtámadta Dél-Koreát. Az ENSZ erre azonnal nemzetközi haderő kiküldésével reagált, amelyben az amerikai csapatok voltak többségben, s támogatást nyújtottak a megtámadott félnek (1, 2, 3. ábrák). Az északiakat a háttérből a Szovjetunió és Kína támogatta.



1. ábra. Visszavonuló dél koreai katonák.

Ebben a háborúban jelentek meg az ún. „lökújítós” repülőgépek, s a háború elején közvetlen harcban is bevetették a szovjet és az amerikai harci repülőket (4., 5. ábra). Ugyancsak a koreai háborúban vetették be először a helikoptereket (6. ábra), amelyeknek mind a mai napig, a tábori sebészetben is döntő szerepük van.

A háború 1953-ig tartott, váltakozó hadi szerencsével. Ez volt az egyik legvéresebb háború, amelynek során három millió ember halt meg. (A harci helyzet változásai a 7. ábrán jól követhetők.) Ennek során, kezdetben az északiak elfoglalták majdnem egész Dél-Koreát. Ekkor az amerikaiak, messze a front mögött, *Inchonnál* partra szállva, hátról támadták az északiakat (8. ábra). Erre az északi hadsereg összeomlott. Nemcsak az ország déli feléről vonultak vissza menekülésszerűen, de az ENSZ csapatok 1950. november vége felé már csaknem az egész északi országrészt, közel a kínai határig előrenyomulva, elfoglalták.

Ekkor azonban, nem hivatalosan, beavatkozott a háborúba Kína. Az ún. „kínai önkéntesek” szálltak harcban az északiak mellett. A rosszul felszerelt, de sok tízezres, de lehet, hogy százezres, egyesek szerint közel egymillió létszámú gyalogsági haderő, két év és nyolc hónapos harcban, óriási vérvesztés árán, visszanyomta az amerikaiakat és szövetségeseiket az eredeti országhatár



2. ábra. Harcoló amerikaiak.



3. ábra. Szöulba bevonuló északiak.

közelébe. Ekkor, 1953. július 27-én kötötték meg a fegyverszünetet *Panmindzsonban* (9. ábra). A két ország között azóta sincs békeszerződés.

A hadviselő felek érsebészeti ellátásáról

A két koreai hadsereg tábori sebészete

Sem az észak-, sem a dél-koreai hadsereg, sem pedig a „kínai önkéntesek” tábori egészségügyi szolgálatáról nem tudunk megbízható adatokat gyűjteni. Feltehetően az északiak, de kínaiak is, a II. világháborús szovjet, a déli hadsereg pedig az amerikaihoz hasonló szervezésben működött, csak valószínűleg sokkal szegényesebb formában.

A koreai háborúban a magyarok is ott voltak (1-3). Az akkori magyar kormány ugyanis önként jelentkezett személyzettel tábori kórházat küldött az északiak megsegítésre. E kórházat *Rákosi Mátyásról* nevezték el.



4. ábra. MIG-15 szovjet vadászgép.



5. ábra. F-86 SABRE amerikai vadászgép.



6. ábra. Amerikai csapatszállító helikopter a koreai háborúban.

A háború befejezéséig hadi- utána pedig polgári kórházként működött. Fél-egyéves váltásokban, nyolc csoportban, 225 mindkét nembeli orvos és egészségügyi szakdolgozó szolgált ebben a kórházban, amelyet 1957-ben átadtak a helyieknek. Ma is működik *Szarivonban* tartományi kórházként és emlékoszlop őrzi a magyar elődök emlékét. A továbbiakban e kórház háborús történetét ismertetjük (4,5).

Az első magyar csoport 1950. július 20-án repülőgéppel indult Koreába. A kórházat, amely akkor 400 ágyas volt, a *Phenjantól* kb. 25 km-re fekvő *Csunvai* nevű helységben, egy kiürített iskolaépületben állították fel (10. ábra). Elhelyezése elég szerencsétlen volt, mert a vasút, ill. katonai szempontból fontos objektumok közelébe települt, ezáltal a légitámadás veszélyének fokozottan ki volt téve.

Augusztus 10-én érkeztek az első sebesültek. Mindjárt, működésük legelején, augusztus 29-én, amerikai légitámadás pusztította el intézményüket. A kórházat az amerikai repülők annak ellenére megtámadták, hogy udvarán, jól látható, hatalmas vörös keresztet helyeztek el. Számos halott és sebesült volt. Szerencsére a magyarok közül senkinek nem esett baja.

Valamivel később, *Jandokban* újjászervezték a magyar kórházat, ekkor már 1200 ágygal, amelyet valamivel később 2500 ágyásra bővítettek. Több száz műtétet, rengeteg gipszelést és sok ezer kötözést végeztek. Októberben tovább települtek *Mampába*.

Az amerikaiak sikeres ellentámadása idején menekülés-szerű visszavonulásban voltak ők is. Sőt az év vége felé kimenekültek Koreából, s a *Jalu* határfolyó túloldalán, a mandzsúriai határmenti, kínai *Ziánban* állapodtak meg, majd még távolabb, *Mukdenbe* vonultak vissza. Itt ismét súlyos légitámadás érte őket, a magyar kórházat másodszor is megsemmisítve. 1950 végén Magyarország ismét újabb teljes kórházi felszerelést küldött ki. A súlyos harcok idején a koreaiak számos kitüntetésben részesítették a bátor helytállást mutató magyar egészségügyieket.

A második orvos-egészségügyi csoport 1951 februárban ment ki, s a kínai *Csang Csungban* dolgoztak. A nagy kínai támadás nyomán, 1951 júniusában, mintegy 1000 ágyas



7. ábra. A harctéri helyzet változásai a koreai háborúban.

kórházukkal tértek vissza Koreába. Az állandó légitámadások miatt a kórházat széttelepítve decentralizálták (11. ábra), egyben igyekeztek szakosítani az egyes részeket a sérülések fajtái szerint.

A specializáció során ún. shockszobát is létesítettek, mintegy a később általánossá lett intenzív részlegek elődjeként. Ebben az időben a katonák mellett nagyon sok polgári sérültet is gyógyítottak. A kórházi munka mellett területi higiénés és járványügyi munkával is segítették a lakosságot.

A harmadik magyar csoport 1952 januárban érkezett ki. Munkájukat három súlyos légitámadás zavarta meg május 4-én, június 2-án, ill. július 6-án. Az amerikaiak bevetették a napalm bombákat is. Ez a gyújtóbomba súlyos sérülések mellett nagy psychés csapást is jelentett. Bár sokan meghaltak, a magyarok ezúttal is sértetlenek maradtak, de jó néhányan idegileg összeomlottak, s ebből számos gondjuk támadt. Ez idő tájt a kórház ismét 1000 ágyas volt.

Az állandó életveszély és a rendkívül mostoha viszonyok ellenére a személyzet koreai és magyar tagjai igazi bajtársi, jó baráti kapcsolatban dolgoztak együtt (12. ábra). Munka közben szervezetileg is tovább fejlődtek. Transzfúziós szobát, készenléti műtöt rendeztek be és sziklabarlangi műtöket létesítettek. A háború vége felé 500 ágyas mobil kórházat szerveztek, amelyik az amerikai M.A.S.H.-hoz hasonló lehetett.

A negyedik csoport 1952 szeptemberben utazott ki. A nyomasztó amerikai légi főlény miatt, akárcsak elődeik, ők is állandó légi- és életveszélyben dolgoztak. Októberben ismét nagy légitámadás okozott hatalmas károkat és áldozatokat a magyar kórháznak. A légi csapás kíméletlenségére jellemző, hogy az említett 1952. október 31-én a kórházat ért súlyos támadásban 260 beteg halt meg.

1953. februárban az előrenyomulás során, a közép-koreai *Szongmingbe* kerültek. Itt ért véget számukra is a háború. A magyar kórház további, a fegyverszünet megkötése utáni sorsával e munkánkban nem foglalkozunk.

Ide illesztjük a harci cselekmények idején szolgálatot teljesítő, rendelkezésre álló adatok alapján megismert magyarok névsorát:



8. ábra. Az inchoi amerikai patraszállás, amely gyökeresen megfordította a háború menetét.

1. csoport

Csoportvezető: dr. Diner Ottó

A csoport tagjai: dr. Bálint Pál, dr. Fodor Sándor, dr. László András, dr. Meggyesi Zoltán, dr. Rácz György, dr. Remete Tibor, dr. Soóky László, dr. Vas György, Bereczki Istvánné, dr. Karádi Györgyné, Gacsány Anna, Hauer Anna, Heltai Tibor, Kertész László, Nemes Aurél, Németh Erzsébet, Söjtöri Géza, Szetei Sándor.

2. csoport

Csoportvezető: dr. Sörös Bálint

A csoport tagjai: dr. Brüll Ottó, dr. Dénes János, dr. Herczeg Miklós, dr. Major János, dr. Padányi Alajos, dr. Pásztor Emil, dr. Wittmann István, dr. Zoltán János, Csákány Eszter, Farkas Erzsébet, Hartmann Adél, Heltai Tibor, Horváth Anna, Kárpáti József, Miskolczi Ferenc, Teschmajer Erzsébet, Tóth Ferenc, Tóth Lajos, Tözsér József.

3. csoport

Csoportvezető: dr. János György

A csoport tagjai: dr. Adorján József, dr. Bálint György, dr. Bonta János, dr. Frankl Zoltán, dr. Galambos József, dr. Lévai Károly, dr. Loványi István, dr. Sándor Lajos, dr. Siklós István, dr. Török István, Borsos János, Buda Ferenc, Csonka Mária, Csösz Jenő, Habinay Rózsa, Hollander Ferenc, Kovács Imre, Mayer Józsefné, Nagy Mária.

4. csoport

Csoportvezető: dr. Mincsev Mihály

A csoport tagjai: dr. Budai István, dr. Gegely Rezső, dr. Gonda András, dr. Hermann István, dr. Karádi György, dr. Kertész Jenő, dr. Lendranics István, dr. Márton Anna, dr. Nádas Antal, dr. Peer Gyula, dr. Sallai Márta, dr. Szemancsik Jenő, dr. Várterész Vilmos, Alaxai Márta, Árpás Antal, Bíró Endre, Csöge József, Fazekas Éva, Gera László, Kaun Józsefné, Németh Lajos, Szabó Erzsébet, Töke István.



9. ábra. A fegyverszünet megkötése Panmindzsonban 1953. júl. 27.

A kórházat két koreai orvos tiszt vezette igazgatóként és helyetteseként. A gazdasági igazgató, aki a magyarországi beszerzéseket és az utánpótlást is szervezte *Heltai Tibor* volt. Mivel a magyarok többsége orvos és műtősnő volt, a többi szükséges munkakört koreaiak töltötték be. A magyarok valamennyien beszéltek idegen nyelveket, angolt, németet, oroszot. A helyiek többsége csak koreai nyelven tudott beszélni, kivéve néhány oroszul, ill. németül tudó orvost. Más-más volt az orvosi és személyi kultúrájuk is. A kezdeti nehézségeket leszámítva azonban igen gyorsan jó, sőt remek szakmai együttműködés alakult ki közöttük. A koreaiak nagyon segítőkészek és szorgalmasak voltak, s igen tanulékonyak. Számosan többé-kevésbé jól megtanultak magyarul is. Így pl. a kórház koreai igazgatóhelyettese is jól beszélt és írt magyar nyelven (40). A munkakapcsolatok mellett őszinte barátságok, sőt szerelmi viszonyok is kialakultak, bár ezt a szabályok szigorúan tiltották. Három magyar orvos ennek ellenére megnősült, némi diplomáciai bonyodalmat okozva a koreai hatóságoknak.

Több, jó nevű magyar orvos szolgált e kórházban. Leghíresebb *Kulka Frigyes*, későbbi szegedi majd budapesti sebész professzor volt (133. ábra), aki két alkalommal is járt Koreában. Első ízben, 1951-ben, a második csoporttal érkezett ki, amikor frontkörülmények között dolgozott a hadi kórházban, ahová a vizet messziről, bivaly-szekérrel szállították, s az áramot a műtőben és a rtg gépéhez is, emberi erővel hajtott biciklis generátorral szolgáltatták. A második kiküldetése már a fegyverszünet utáni időben történt. *Kulka* nemzetközi hírű mellkas sebész lett. Számos olyan műtéti megoldás származik tőle, amelyeket koreai tapasztalatai alapján dolgozott ki. Állítólag ő végezte az első mellkas sebészeti műtétet Koreában.

A másik kiválóság *Zoltán János* orvos őrnagy volt, aki a második csoportban teljesített szolgálatot. Hazatérve, 1953-ban, a harmadik csoportban dolgozó *Galambos József* orvos alezredessel a Honvédorvos című katona-egészségügyi szaklapban, cikksorozatban írták le koreai rekonstrukciós sebészeti tapasztalataikat (6-16). Külön megemlítendő, hogy *Zoltán János* megtanult beszélni és írni koreai nyelven. Ő professzori rangban egyike lett a hazai plasztikai és rekonstrukciós sebészet megalapítóinak. Szépirodalmi

műben is megörökítette háborús emlékeit. Szerzőtársa, *Galambos József* lett a Kun utcai, később a Szövetség u. Kórház osztályvezető plasztikai sebész főorvosa. *Gergely Rezső*, a János Kórház későbbi o.v. sebész főorvosa szintén e témában ismertette koreai tapasztalatait. A negyedik csoportban volt *Peer Gyula* neves kézsebész is. Talán nem túlzás, ha azt állítjuk, hogy a magyar rekonstrukciós plasztikai sebészet, az ötvenes években, a koreai háborús tapasztalatok nyomán virágzott fel.

A magyar hadikórház a háború három éve alatt 120 ezer sebesültet, ill. beteget látott el és mintegy 7000 komoly műtétet végzett. Betegeik többsége természetesen az északi katonák közül került ki, de mint korábban említettük, ápoltak polgári lakosokat is, köztük helyi, sőt országos neveségeket, így például *Kim Ir Szen* rokonát is. Gyógyítottak dél koreai katonákat is, akik hadifoglyok voltak, de állítólag voltak olyan dél-koreai betegek is, akik a túldalról szöktek át, mert a magyar orvosok híre eljutott oda is és velük akarták meggyógyíttatni magukat.

Itt említjük meg, hogy az észak-koreai hadsereg egészségügyi vezetőinek véleménye szerint a magyar kórház munkája és eredményei felülmúlták mind a koreaiakét, mind a kínaiakét, sőt más szocialista országokból érkezett kórházakét is. Ez részben amiatt lehetett, mert minden magyar csoportban, dacára az igen nehéz körülményeknek, részletes, szakszerű dokumentálást végeztek és folyamatosan nagy súlyt helyeztek a kórházi személyzet képzésére és továbbképzésére.

A harctéri munka mellett szakmai, tudományos kapcsolatot létesítettek a szintén Koreában dolgozó, lengyel, román, csehszlovák és kínai kórházak orvosaival. Sok, magas rangú koreai orvos látogatójuk is volt. A magyar orvosok, a többi szocialista országból érkezett kollégáikkal, nemzetközi tudományos konferenciát is szerveztek tapasztalatcsere céljából. E tanácskozáson természetesen részt vettek a koreaiak is. A magyarok szintén jelen voltak a Koreai Sebészkongresszuson, ahol hét előadást tartottak.

Szólni kell a magyarok emberi kapcsolatairól. A kint dolgozó magyar egészségügyieket mélyen megindította a koreai emberek szenvedése, a sok nélkülözés, pusztulás, halál. Őszinte együttérzés, részvét, barátság alakult ki



10. ábra. Magyar orvos, koreai betegek.

bennük. Mindent megtettek, hogy segíthessenek. A magyar személyzet áldozatkészségére jellemző, hogy kemény és veszélyes munkájuk mellett nem egyszer saját vérüket is adták a koreai sebesülteknek. Emlékük minden elismerésünket megérdemli.

Itt említem meg, hogy kórházunk személyzete működésük során mindvégig és minden helyen érezte a betegek, a lakosság és a hatóságok jóindulatát, segítségét és háláját. Jó kapcsolatban voltak a „kínai önkéntesekkel” is.

A magyarok, bárhol is tartózkodtak az országban, részt vettek a helyiek kulturális és társadalmi életében, megjelentek rendezvényeiken, ünnepségeiken, de azt a koreai emberek el is várták tőlük és baráti szeretettel vették körül őket.

Többször említettük, hogy dacára a sok légi támadásnak, a magyarok nem sérültek meg. Tudomásunk szerint, két kivétel volt. *Frankl Zoltán* szájsebész, ill. az egyik nem orvos férfi dolgozó, akiket sérülésük miatt haza kellett hozni. Volt egy halálos áldozata is a koreai missziónak: *Magyar Miklós* főorvos ott szerzett betegsége miatt halt meg. *Karádi Györgynét* ugyancsak ott kapott súlyos betegsége miatt kellett hazaszállítani.

A magyar kórház jelentős hadisebészeti tevékenységében szükségszerűen sok érsérült ellátásának is szerepelnie kellett. Ezt kutatva átnéztük a szóba jöhető, akkori hazai tudományos szaklapokat (Magyar Sebészet, Orvosi Hetilap 1951-1956 évfolyamok), továbbá a vonatkozó levéltári anyagot is (17-20). Azonban, sajnálatos módon erről egyetlen forrást sem találtunk, holott munkánk jellege szempontjából ez a téma lett volna a legfontosabb. Ennek valószínű oka az, hogy a magyar személyzet tagjai között nem volt érsebész, de nem is lehetett. A koreai háború idején ugyanis Magyarországon még nem volt specializálódott érsebészeti szakág. A hazai érsebészet majdani fellegvára, a Városmajori Klinika 1951-ben alakult meg *Littmann Imre* professzor vezetésével az államosított János Szanatóriumából. Első neve Sebésztovábbképző, majd BOTE IV. sz. Sebészeti Klinika volt. Ezt a klinikát eleve katonatorvosi képzés céljából hozták létre, de szolgálta az általános orvoscélt is. Hamarosan oda került *Soltész Lajos* és más, alapító érsebészek. Nyilván már akkor



11. ábra. A magyar kórház egyik decentralizált részlege.



12. ábra. Koreai-magyar kórházi személyzet.

megindultak az érsebészeti kezdeményezések, de hazánk első érsebészeti osztályát csak 1953-ban, szinte a koreai háború fegyverszünetével egyidőben szervezték meg a klinikán. A koreai háborúban szolgáló magyar sebészek elvben ugyan biztosan ismerték az érvarratot és alkalmazták is, de nyilván kevesebb tapasztalattal rendelkeztek ezen a téren.

A fentiekből következik, hogy bár az első négy orvos csoportban voltak néhányan a városmajori klinikáról is (pl. *Vas György*, *Padányi János*), de ennek hatása az érsebészeti gyakorlat, az ellátás minősége vonatkozásában még nem mutatkozott meg. A koreai háború és a szembeálló felek harci módszereiből, a sebesültek kiürítési lehetőségeiből arra következtethetünk, hogy az érsebészeti ellátásra szorulóknak döntő többsége végtagsérült lehetett, ezek között is az alsó végtag sérültjei lehettek többségben.

Valószínűleg az érlekötés volt a domináns módszer. Ennek megfelelően a más helyekről ismert statisztikák alapján a ligatúrát követő amputációk elsősorban az artéria poplitea lekötése után váltak szükségessé. Feltehetően, amikor a harcéri körülmények megengedték, végeztek ér-oldalvarratot és készítették ér-anasztomozisokat is, bár nem ismerjük az ehhez szükséges műszer-ellátottságot és atraumatikus varróanyag-ellátást. Azt tudjuk, hogy a kora ötvenes években, a vasfüggöny idején, a szocialista országokban, akárcsak manapság, nem gyártottak atraumatikus varróanyagot. Ezt Nyugatról hozták be, de nyilván korlátozott mennyiségben. Nincs adatunk arra, milyen esetleges importkorlátozások lehettek a politikai és a katonai szembenállás miatt. A szocialista országokban először az NDK-ban gyártottak atrumaticus tüvel ellátott érvarróanyagot, nem sterilizált kiserelésben. Később már volt MEDICOR márkájú magyar varróanyag is, de idővel megszüntették gyártását. Mindez azonban, tudomásunk szerint, már jóval a koreai harcok befejezése után történt. (A szerző személyes tapasztalatai szerint, mind a kelet-német, mind a



13. ábra. Kulka Frigyes a koreai háború idején.



14. ábra. Műtő a M.A.S.H.-ben.

magyar atraumatikus varróanyag egyébként jól használható volt.)

A koreai háborús magyar érsebészeti tapasztalatokról szóló információink tehát sajnos, hiányosak.

Az amerikai tábori sebészet

A koreai háborúban elért legnagyobb eredményét *Hughes C. W.* közleményéből vett idézettel jellemezhetjük: „Probably the most important advances made in surgery as a result of the Korean War were those made in the repair of acute arterial injuries.” Tehát az akut érsérülések helyreállító sebészetében elért haladásról van szó. Mindezt a továbbiakban történeti keretbe ágyazva ismertetjük (21, 23). A haladás legfőbb oka két külső tényező, az egyik a II. Világháborúban létrejött Mobil Tábori Sebészeti Kórháznak, a M.A.S.H rendszernek köszönhető, a másik ok a mentőhelikopterek megjelenése volt. Következésképpen a sérülés és az első szakellátás közötti időt jelentősen csökkenteni tudták. (14., 15. ábra). Érdekes ma megnézni ezeket a viszonylag még primitív, de igen hatékony kis légi járműveket, amelyek a gép két oldalára erősített koporsószerű, átlátszó műanyag dobozban szállították a sebesülteket.

A tárgyi feltételek jelentős változása mellett az igazi fordulatot a tábori kórházak orvosainak szemléletváltozása indította el és bontakoztatta ki (21-23). A háború kezdetén még a II. Világháború tapasztalataira alapított, *Michael. E. DeBakey* nevével jelzett, egyértelműen konzervatív nézet uralkodott: nevezetesen, az érsérülések akut ellátásában a sérült ereket az esetek döntő többségében le kell kötni, s csak elvétve van lehetőség a helyreállító érsebészetre. Ez a doktrína annyira uralkodó volt, hogy szinte dogmává merevedett. A témát nem, vagy kevéssé ismerő harctéri orvosok úgy érezhették, büntetésre kell számítaniuk, ha eltérnek ezektől a dogmáktól. Megjegyzendő, hogy már a II. Világháború utolsó hónapjaiban több hadisebész mégiscsak eltért ezektől a megrögzött elvektől és eredményesen rekonstruált ereket, sok sebesült végtagját és életét megmentve, de mindez a hadi sebészeti közvéleményben még nem került felszínre.

A koreai háború kitörésekor nagyszámú tapasztalatlan, vagy kevés tapasztalattal rendelkező sebész került a tábori kórházakba, akik a már említett doktrínát eleinte betartották. Ugyanakkor a rossz eredmények ellen lázadva hatékonyabb eljárásokat kerestek. Sokan a végtagi akut érsérülések ellátásában, ösztönösen, jó néhányan az idősebb sebészek támogatásával, tudatosan a rekonstruktív érműtétek felé kezdtek fordulni. Ez a fordulat 1952-ben már igen jelentős volt.

Akkor az is kiderült, hogy elégtelen, vagy hiányzik a szükséges műszertár és varróanyag. Alig volt atraumatikus érleszorító vagy túfógó. Nem volt, vagy csak kevés az 5/0-ás varrófonal. Ezt nehéz volt gyorsan pótolni. Ekkor kezdték el az ereket kevésbé traumatizáló, gumidraines leszorítást. Többen, nem hivatalos úton koreai, vagy japán ezüstművesekkel készítették klammereket. Keresték a megfelelő varróanyag-forrásokat is.

Igyekezetük nem volt hiábavaló. Az eredmények kezdtek javulni. Azonban a korábbi dogma szigorúságától való félelemre jellemző, hogy a kezdeti jó eredményeket nem siettek közölni. Az, az orvoslásban szokatlan és etikailag is vitatható gyakorlat jelent meg, hogy néhány kolléga az új rekonstrukciós műtétet először ellenséges, észak-koreai, ill. kínai sebesülteken gyakorolta be. Látva a sikert, az egészségügyi vezetés engedélyezte, sőt igyekezett elősegíteni az új irányzatot. Elrendelték például a Potts-féle érleszorító soron kívüli tömeggyártását. *Carl. W. Hughes* kutyakisérleteket szervezett az érvarrat megtanítására.

Az új irányzatnak számos neves képviselője volt, akik közül néhányat név szerint is megemlítenk: *Edward W. Jahnke, Sam Seeley, John Howard, Haskell Ziperman, Frank C. John Coleman, Otto Apel, Frank C. Spencer, Carl W. Hughes* (16. ábra). (24-26).

Példaként említhető, hogy *Jahnke* 34 rekonstrukciós nagyér-műtete után az amputációs ráta csak 8,8% volt, és 43 kisarteriás helyreállító műtete után is mindössze 11,6% (27). *Inui* 75 artériás sérülés rekonstrukciós ellátása során csak 5 amputációt végzett. *Hughes* által közölt szériában 304 nagy artéria sérülésből 268 esetben végeztek rekonstrukciót (érvarrat, anastomosis, autolog vénaátültetés, ill. a harctéren nyert artériákból konzerváló oldatban tárolt homograft), s csak 35 esetben végeztek érlekötést. A helyreállító műtétek után 13%-ban kellett amputálni, míg



15. ábra. Sioux-I. mentőhelikopter.



16. ábra. Carl W. Hughes. Ez utóbbiak nem váltak be igazán. Már a korai postoperatív fázisban sok volt velük a szövödmény és a kudarc. Hosszú távon nem voltak jók az eredmények.

Hughes három tanulmányt is közzétett érrekonstrukciós sorozataiból. A harmadik tanulmányban 181 érsérülés helyreállító műtéteinek eredményeit adta meg. 79 nagyartéria, 31 kisartéria sérülés, ill. 71 nagyvéna sérülésének helyreállítási eredményeként 89%-ban sikeres volt a végtagmentés kísérlete, s csak 11% volt az amputációs ráta (25, 28, 29).

Az amerikai érsebészek sikeres működése következtében a háború elején észlelt 48- 62%-os amputációs arány a háború végére, 1953-ra, 7%-ra zuhant, a sikeres rekonstrukcióknak köszönhetően. Ez volt a háború eddigi történetében a végtagi érsérülések ellátásának legjobb eredménye.

Mindebből kitűnik, hogy a koreai háborús érsebészet, az amerikaiak jóvoltából, igazi fordulatot hozott a hadi érsérültek ellátásában.

Irodalom

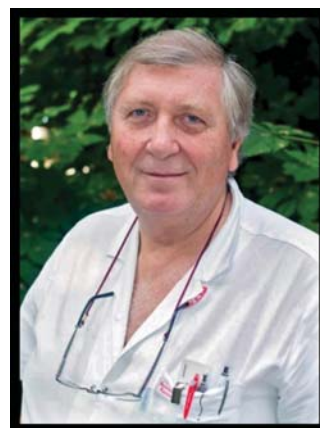
1. *Kocsis P.*: A Rákosi Mátyás hadikórház. Magyar orvosok Koreában 1950-1957. Rubicon. Tört. Mag. 2019. 30. 2-3. 92-97.
2. *Csoma M.*: Rákosi Mátyás Kórház. Észak-Korea. Ludovika Egyet. Kiad. 2021.
3. *Szerk. biz.+szerzőcsop.*: A Városmajori Klinika első 100 éve. Semmelweis Kiadó 2012.
4. *Nagy I.*: Az érsérülések ellátásának fejlődése napjainkig. Orv. Hetil. 2019; 160: 1112-1119.
5. *Bartos G., Bihari I., Markovics G.*: A hazai érvarrat története. Érbetegségek. 2010; 17: 41-49.
6. *Gergely R.*: Háborús kézsérülés korai nyeles lebeny plasztikája. Honvédorvos. 1955; 5: 421-424.
7. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet I. A Háborús plasztikai sebészet alapelemei. Honvédorvos. 1953; 3: 540-548.
8. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet. II. A szövethiányok pótlásának módszerei. Honvédorvos; 1953; 3: 669-662.
9. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet V. Koponyacsontok hiányainak pótlása. Honvédorvos. 1953; 2: 971-986.

10. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet. VI. Nem áthatoló arcsérülések plasztikai műtétei 1953; 2: 1143-1153.
11. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet. VII. A szemhéj háborús sérüléseinek plasztikai sebészete. Honvédorvos. 1953; 3: 1330-1343.
12. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet. VIII. Filatov hengerlebeny plasztikája. Honvédorvos. 1953; 3: 750-7545.
13. *Zoltán J., Galambos J.*: Háborús plasztikai sebészet. IX. Ajakhiányok pótlása a környező szövetek felhasználásával. Honvédorvos. 1954. 4: 136-138,
14. *Gergely R., Hermann I.*: Tapasztalataink a másodlagos sebzárással háborús sérülések kezelésében. Katonaorvosi Szemle. 1954; 6: 817-823.
15. *Zoltán J.*: A kéz lőtt sérülései. (III. Befejező rész) Honvédorvos. 1951; 1:757-762.
16. *Zoltán J.*: A láb bőrhiányaiak pótlása keresztezett végtaglebennyel. Honvédorvosi Szemle. 1954; 802-817.
17. A 47- sz. hadikórház igazgatójának beszámolója az I. csoport koreai egészségügyi munkájáról. É. n. (magyar gépirat). Semmelweis Orvostudományi Múzeum Könyvtári Levéltár
18. *Dr. Sörös Bálint*, a II. csoport vezetőjének jelentése a csoport tevékenységéről. É. n. (magyar fénymásolat) Semmelweis Orvostudományi Múzeum Könyvtári Levéltár
19. *Dr. János György* őrnagy, a III. csoport vezetőjének jelentése a csoport tevékenységéről. É. n. (magyar fénymásolat, Semmelweis Orvostudományi Múzeum Könyvtári Levéltár
20. *Dr. Minczer Mihály*, a IV. csoport vezetőjének jelentése a csoport tevékenységéről. É. n. (magyar gépirat. , Semmelweis Orvostudományi Múzeum Könyvtári Levéltár
21. *Ascensio J. A., Petrone P. Alonso A. P., Verde J. M., Martin M. J. Sanchez W., Smith S., Marini c. P.*: Contemporary wars and their contributions to vascular injury. Eur. J. Trauma Emerg. Surg. 2015; 41: 2.
22. *Friedman S.G.*: Korea M.A.S.H an accidental pioneers of vasculat surgery. Historical vignettes in vacular surgery Elsevier Inc. 2017.
23. *Baker M. S.*: Lead, follow, on get out way-how bold young surgeons brought vascular surgery into clinical practice from the Korean battlefield. Ann. Surg. 2016; 3: 258-262.
24. *Spencer F. D., C., Grew R. V.*: Manegement of arterial injuries in battle casualties. Ann. Surg. 1955; 141: 304-313.
25. *Hughes C. W.*: Arterial repair in Korean War. Ann. Surg. 1958; 147: 555-561.
26. *Grant R. N.*: Front line in Korea. Mil. Med. 1954; 4: 266-269.
27. *Jahnke E., Howard J.M.*: Primary repair of major arterial injuries. Arch. Surg. 1953; 66: 646.
28. *Hughes C.W.*: Acute vascular trauma in Korean war casualties. Surg. Gynec. Obstet. 1954; 99: 91.
29. *Hughes C. W.*: The primary repair wounds of major arteries. Ann.Surg. 1955; 141:297-303.

Prof. Dr. Entz László (1951-2023)

*„Az eltűnt bajtársat nem pótolhatja soha semmi.
Öreg bajtársak nem könnyen teremnek.
Mi érhet föl a közös emlékek, együtt átélt nehéz órák, viták,
megbékülések, érzelmek kincsével!”*

(Antoine de Saint-Exupéry)



Életének 72. évében tragikus hirtelenséggel elhunyt Dr. Entz László, a Városmajori Szív- és Érgyógyászati Klinika Érsebészeti és Endovaszkuláris Tanszékének nyugalmazott tanszékvezető egyetemi tanára, professor emeritus.

Dr. Entz László 1951. november 16-án született Budapesten. A Semmelweis Orvostudományi Egyetem Általános Orvostudományi Karán 1976-ban szerzett orvosi diplomát, és még abban az évben a Semmelweis Orvostudományi Egyetem IV. számú Sebészeti Klinikájára került radiológus gyakornokként. Azóta megszakítás nélkül a Városmajorban dolgozott. 1981-ben radiológiából, 1985-ben általános sebészetből, 1987-ben érsebészetből – Soltész Lajos utolsó tanítványaként – kiváló minősítéssel szakvizsgázott. 1995-ben kandidátusi fokozatot szerzett, majd 2006-ban a Semmelweis Egyetemen habilitált, 2008-ban egyetemi tanárrá nevezték ki. Az Ér- és Szívsebészeti Klinika igazgatóhelyettese, majd 2012-től az Érsebészeti Klinika igazgatója, azt követően 2016-ig az Érsebészeti Tanszék tanszékvezetője volt. A graduális és postgraduális oktatásban és vizsgáztatásban is jelentős szerepet vállalt magyar, angol és német nyelven. 2012-től Dr. Nemes Attila professzortól vette át a Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem Villamosmérnöki és Informatikai Karával közös Egészségügyi Mérnök MSc képzés keretében a „Klinikai műszeres diagnosztika és terápia” című tantárgyat. Ph.D. téma- és alprogramvezetői feladatokat is ellátott. Számos hazai és nemzetközi orvostársaság tagja, 2003-tól a Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság vezetőségi tagja, 2005-2011-ig főtitkára volt. Életműve elismeréseként a társaság a Soltész Lajos emlékermet adományozta neki. A Román Érsebészeti Társaság tiszteletbeli, az Osztrák Érsebészeti Társaság levelező tagságával tüntették ki. 2001-től az Érsebészeti Szakmai Grémium tagjaként, majd elnökeként tevékenykedett. 2011-től 2021-ig az Egészségügyi Szakmai Kollégium Érsebészeti és Angiológiai Tagozatának elnöki feladatait látta el. 2014-től 2019-ig köztisztviselői képviselő volt az MTA V. Orvostudományi Osztályán. 2021-ben a

Magyar Érdemrend lovagkeresztjével tüntették ki önzetlen gyógyító munkájáért, valamint több évtizedes oktatói és kutatói tevékenységéért.

Az 1990-ben Nürnbergben töltött egy éve alapvetően meghatározta későbbi pályafutását. A dialysis shuntképzés mellett elsajátította és hazahozta az akkor úttörő technikának számító carotis everziós endarterectomia módszerét. Ezek az ismeretek nem csak a klinikai, hanem tudományos munkásságát is megalapozták. Radiológus előlétele, intervenciók képzettsége miatt már a kezdetekkor felismerte az endovaszkuláris érsebészeti megoldások kiemelkedő szerepét a mindennapi érsebészeti gyakorlatban.

Vezetőként mindig teret engedett fiatalabb kollégáinak. Megnyitotta az utat az új módszerek, kutatási eredmények, klinikai irányelvek megismeréséhez. Lehetővé tette kongresszusokon, továbbképzéseken, speciális tréningeken való részvételünket. Sokunk számára az ő segítségének is köszönhetően kinyílt a világ, megismerhettük az érsebészet főbb fejlődési irányait. Vezetési stílusára a megértés, a párbeszéd és konszenzuson alapuló megoldás keresése volt jellemző. Nem szívlelte a konfliktusokat és konfrontációkat sem a klinikán belül, sem azon kívül. Tisztelettel fordult más intézményben dolgozó kollégái felé.

A hivatalos életrajz mögött egy nagyon sokrétű egyéniséget találunk. Igazi reneszánsz embert, aki saját példájával mutatta meg nekünk, hogy a „klinikán kívül is van élet”. A dunaalmási Öregmalom Színtársulat amatőr előadásain több emlékezetes alakítását láthattuk. Halála előtt is éppen Molnár Ferenc Szívjáték című darabjának ősbemutatójára készült, melyet rendezett és amelyben Vincent Reid berepülő pilótát alakította volna. Élmény volt vele minden beszélgetés a zenéről, az irodalomról, a művészettörténetről, történelemtől vagy akár az aktuális nemzetközi helyzetről. Klasszikus műveltsége nagy tiszteletet ébresztett még azokban is, akik talán máshogy látták a világot mint ő. Angolul, németül, franciául is beszélt. A rendszeres bridzs és a főzés is fontos részét

képezte életének. Szakmai előmenetelénél mindig is fontosabbnak tartotta családját. Sárrika szerető férje, négy csodálatos gyermek (Sarolta, László, Domokos és Zsófia) büszke édesapja és tizenöt unoka boldog nagypapája volt. A titkárságon kávézva mindig róluk mesélt, és tervezgette a közös programokat. A Szuverén Máltai Lovagrend III. rendi magisztrális lovagjaként számos elfoglaltsága mellett is segítette a rászorulókat, szegényeket és betegeket.

Családi életével, emberségével, tudásával, szerénységével és mély hitével sokunk számára adott példát és mutatta meg, hogy mi is a legfontosabb az életünkben.

Entz professzorra emlékezve a referáló előtt levetítették egy közelmúltban a Tükör-Képek televíziós magazinban készült riportot. A film minden pillanata élmény, mert élénk tárul egy igazi orvos és polihisztor története, aki a hivatásáról beszélve azt tanácsolja nekünk, hogy orvosként próbáljunk meg kicsit a beteg bőrébe belebújni és onnan szemlélni az eseményeket és megérteni a problémáját. Azt hiszem az életének utolsó kétnapjában ezt a tanítását is megérthettük.

Nagyon fog hiányozni a mosolyod, megnyugtató hangod, vicces történeteid, a baráti beszélgetések, a tanácsaid és biztatásaid. Nyugodj békében Laci!

*„Legszebb emlék a szeretet,
melyet mások szívében hagyunk magunk után.”*

(Marcus Tullius Cicero)

*Sótonyi Péter és Szeberin Zoltán
az Érsebészeti és Endovaszkuláris Tanszék
minden munkatársa nevében.*

MOZAIKOK A MAGYAR ÉRSEBÉSZET TÖRTÉNETÉBŐL

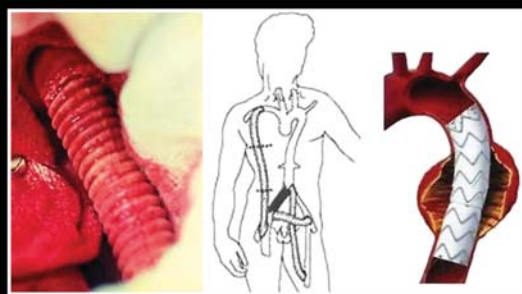
Örömmel értesítjük kedves kollégáinkat, hogy a Bartos dr. által több, mint egy évtizede rendszeresen közölt szakmatörténeti cikkekből könyvet adunk ki. A könyv elsősorban az érsebészet hazai fejlődéséről és annak nemzetközi összehasonlításáról szól.

A megjelenő kötetet igyekszünk minél több érintetthez eljuttatni. Szeretnénk, ha Ön sem maradna ki a címzettek közül. Kérjük, amennyiben ez a díjmentes küldemény érdekli, írja meg postai címét a szerzőnek a bartos.dr.medister@gmail.com címre. A könyv nem kerül kereskedelmi forgalomba és korlátozott példányszámban áll rendelkezésre.

A Mozaikok a magyar érsebészet történetéből olyan szerzők írásműve, akik egy kivételével, mint kutató és klinikai orvosok, maguk is aktívan részt vettek érsebészetünk felépítésben. Az előszót Prof. dr. Gloviczki Péter, az USA-ban élő, a világon eddig legismertebb és legsikeresebb magyar származású érsebész írta. A könyv alapját az Érbetegségekben, az elmúlt húsz évben megjelent közlemények, és a MAÉT megalakulásának 50. évfordulójára, 2016-ban világot látott kiadvány képezik. A munka komplex áttekintést nyújt a modern hazai érsebészet első, bő hatvan évéről, ill. az azt megelőző korok magyarországi érműtéiről. A kézirat tulajdonképpen két könyv, „könyv a könyvben”. Az I. fejezet ugyanis teljesen önálló egység. Benne van röviden a világ érsebészetének története a magyar vonatkozásokkal. A második fejezettel leírja a magyar érsebészet történetét a távoli kezdetektől közel a 2020-as évekig. Ismertetésre kerülnek az itthon és a külföldön dolgozó legnevesebb, vezető érsebészeink, mellettük sok-sok lelkes, szorgalmas, eredményes munkatársuk rengeteg fényképpel. Benne van a történet intézményeinkben megalakult munkacsoportonként, több mint negyven team ismertetésével. Le van írva a történet szakáganként (artériás-, vénás-, nyirokér-, éranomáliák sebészete). Komplex módon ismerteti a hazai éregyesítés történetét (az érvarrat, a mikrovascularis varrat, a kapcsos, a gépi és a ragasztós éregyesítés). Ugyancsak részletesen leírja a magyarországi ér pótlások (homolog, heterolog és alopaszticus értranszplantációk, a minimal invazív, intervenció radio-chirurgia, a PTA, az ITA, a stent, s a stentgraft) történetét. Tartalmazza a legnevesebb magyar érsebészek válogatott kép-galériáját. Részletesen le vannak írva benne a hazai prioritások. Értékeli a magyar érsebészetet nemzetközi összehasonlításban leírva az önálló, a magyaroktól származó nemzetközi prioritásokat. Bemutatja a Soltész emlékérmeseket.

MOZAIKOK A MAGYAR
ÉRSEBÉSZET TÖRTÉNETÉBŐL

MOZAIKOK A MAGYAR ÉRSEBÉSZET TÖRTÉNETÉBŐL



SZERKESZTETTE:
BARTOS GÁBOR ÉS BIHARI IMRE

SZERZŐK:

BARTOS GÁBOR • BIHARI IMRE • JÁMBOR GYULA • LANDI ANNA
• MARKOVICS GABRIELLA • MARTOS VERONIKA • MESKÓ ÉVA
• NEMES ATTILA • SÁNDOR TAMÁS • TASNÁDI GÉZA

Á+B KIADÓ

Tartalom

Előszó	5
Szerzői előszó	7
Bevezető összefoglalás	9
I. FEJEZET	
A magyar érsebészet története a nemzetközi vascularis chirurgia részeként	17
II. FEJEZET	
A modern érsebészeti éra előtti időszak története	101
III. FEJEZET	
Kik rakták le a magyar érsebészet alapjait, kik indították el a modern hazai érsebészetet?	143
IV. FEJEZET	
Külföldön élő, magyar származású érsebészeti kutatók és klinikusok	181
V. FEJEZET	
Korai érsebészeti műhelyek Magyarországon	205
VI. FEJEZET	
A magyar érsebészek válogatott arcképcsarnoka	357
VII. FEJEZET	
Az éregyesítés hazai története	381
VIII. FEJEZET	
A hazai ér pótlás története	397
IX. FEJEZET	
A phlebológia kialakulása Magyarországon	431
X. FEJEZET	
A magyarországi kísérletes és klinikai nyirok-érsebészet története a XX. század második felében	449
XI. FEJEZET	
A magyarországi gyermek érsebészet és az érmalformatiok sebészetének története	465
XII. FEJEZET	
„Hazai elsők”	479
XIII. FEJEZET	
A magyarországi érsebészeti kutatások és a klinikai érsebészet értéke nemzetközi összehasonlításban	507
XIV. FEJEZET	
A belgyógyászati angiológia hazai története	539
XV. FEJEZET	
Soltész emlékérmesek	549
Névmutató	

Kongresszusok – rendezvények

29. Lymphológiai Világkongresszus.

2023. szeptember 11-15. Genova, Olaszország

Honlap: www.isl2023lymphology.com

20. Phlebológiai Világkongresszus.

2023. szeptember 17-21. Miami Beach, FL, USA

Honlap: www.uip.org

CIRSE 2023.

2023. szeptember 9-13. Koppenhága, Dánia

Honlap: www.enago.com/cirse/

ESVS 37. éves kongresszusa.

2023. szeptember 26-29. Belfast, Észak-Irország.

Honlap: www.esvs.org

Magyar Sebész Társaság Kongresszusa.

2023. október 5-8. Siófok.

Honlap: www.mst.hu

A vénás betegségek kezelésének

11. gyakorlati továbbképzése.

2023. október 5-7. Portó, Portugália.

Honlap: www.europeanvenousforum.org

A vénás betegségek kezelésének gyakorlati képzése kezdők részére. Amerikai Vénás Fórum kurzusa.

2023. október 13-14. Englewood New Jersey, USA

Honlap: www.venusforum.org

Balkán Vénás Fórum Éves Kongresszusa.

2023. október 13-14. Ljubljana, Szlovénia

Honlap: www.bvf2023.com

Magyar Sebkezelő Társaság

XXV. (jubileumi) Kongresszusa.

2023. október 26-27. Budapest, Hotel Benczúr

Honlap: www.mskt.hu

39. Nemzetközi Várady Phlebológiai és Lymphológiai Kongresszus.

2023. november 9-11. Prága. Cseh Köztársaság

Információ: profvarady@aol.com

50. Veith Szimpózium.

2023. november 14-18. New York, NY, USA

Honlap: www.veithsymposium.org

Magyar Dermatológiai Társulat 96. Nagygyűlése.

2023. november 16-18. Siófok.

Honlap: www.derma.hu

21. Európai Angiológiai Napok.

A Vascularis Medicina Éves Nemzetközi Kongresszusa.

2023. december 1-3. Webinar

Honlap: www.europeanangiologysdays.net

Amerikai Vénás Fórum Éves Kongresszusa.

2024. március 3-6. Tampa FL, USA

Honlap: www.venousforum.org

Charing Cross Symposium.

2024. április 23-25. London, Egyesült Királyság.

Honlap: www.cxsymposium.com

Grúz Angiológiai és Érsebészeti Társaság

20. Jubileumi Kongresszus, nemzetközi részvétellel.

2024. május 16-18. Tbilisi, Grúzia

Email: info@gaavs.org.ge

Nemzetközi Angiológiai Unio (IUA)

31. Világkongresszusa.

2024. június 13-15. Porto, Portugália.

Honlap: www.angiology.org

Európai Vénás Fórum 24. Évenkénti Kongresszusa.

2024. június 20-22. Versailles, Franciaország

Honlap: www.europeanvenousforum.org

Littmann és a mütétan könyvek

BIHARI IMRE

A sebész öt legfontosabb feladata: kivenni ami felesleges, helyre tenni ami elmozdult, szétválasztani ami összetapadt, összeilleszteni ami különvált és végül, de nem utolsó sorban helyrehozni amit a természet elrontott.

Ambroise Paré (1510-1590)

Különleges öröm egy jó könyvről jókat írni. Csaknem 10 éve jelent meg utoljára átfogó sebészeti mütétan könyv, tehát a jelen kiadás biztos siker (*1. ábra*) (1). De kezdjük az elején. Az Érbetegségek folyóiratban számos alkalommal találkozhattak *Littmann professzor* nevével, ezért talán nem meglepő, hogy most megjelent mütétan könyv sorozatának, már követői által átdolgozott kötetéről olvashatnak. Tudjuk, hogy ez a könyv csak nagyon kis részben foglalkozik érsebészettel, nagyobb részben az általános sebészetet tárgyalja, de vannak benne jelentős, minden sebészt érintő kérdések is. Továbbá egy jó alkalom hazánk, nemzetközi szinten is egyik legelismertebb, a hazai szív- és érsebészet megteremtésében elvülhetetlen érdemeket szerző sebészéről történő megemlékezésre.

Hozzám ez a könyv azért is közel áll, mert *Littmann* volt első tanítómesterem és mindazok akik őt követték és főnökeim lettek, ugyancsak őt tekintették mesterüknek és példaképüknek. A sebészeti szakvizsga anyagot átfogó mütétani könyv 1977-ben jelent meg, amikor én éppen szakvizsgára készültem (*2. ábra*) (2). Egy alkalommal valamely vitás kérdés eldöntésére *Littmann* bizonyítékként saját könyvéből akart idézni, kérte, valaki hozza ide "a könyvet". Kiderült senki sem tartotta azt a munkahelyén, én meg szégyelltem az aláhúzásokkal, kiemelésekkel és megjegyzésekkel tarkított kötetet előhozni. Végül sűrű szabadkozások közepette már nem volt más választásom. Meglepett, hogy nagyon komoly dicséretet kaptam: látjátok így kell kinéznie egy tankönyvnek!

Először a könyvet fémjelző kiváló sebészről, *Littmannról*, aki itthoni teljesítményei alapján érte el nemzetközi hírnevét. Alig van ugyanis olyan, *magyarországon dolgozó* sebész, akinek neve, halála után, nemzetközi szinten fennmaradt volna.



1. ábra. Littmann mütétan (2023) címlapja lényegében azonos az előző kiadásával.



2. ábra. Littmann mütétan (1977).

Neki ez sikerült és ebben mütétan könyveinek van kiemelkedő szerepe. Persze lehetne a Városmajori Klinikát Littmann-klinikának hívni, hiszen ő szemelte ki az épületet, rendezte be és alapította az intézményt, de a név nem maradt meg, távozásával, ahogy az lenni szokott, a név is megváltozott (3). Ugyanakkor elvülhetetlen érdeme, hogy az ő keze alatt létesültek *az ország első, rendszeresen operáló szívsebészeti és érsebészeti osztályai*, melyek vezetésére *Robicseket* és *Soltészt* jelölte ki. Vagyis, ma már csak azok az osztályok működnek, a korábban, a sebészet széles palettáját művelő és azt továbbképzés szintjén oktató épületben, amelyeket ő alapított. Létrehozta az első szívsebészeti katéteres laboratóriumot, és az önálló szívsebészeti anaesztéziát. Ne felejtjük el,

ő végezte az első intratrachealis narcosist Magyarországon. Hazánkban elsőként ő alkalmazott főállású aneszteszteziológust és őt is a Városmajorban (4). Oroszlánrésze volt abban, hogy akkor, számos nyugati országot megelőzve, kimagasló teljesítményével a magyar szívsebészet már európai színvonalú volt. Több Kelet-Európai országból ide küldték a betegeket szívműtetre (5). Szenvedélyesen szeretett és különlegesen jól, didaktikusan tudott előadni és a gyakorlatban oktatni (6). Jól ismerte a magyar nyelvet, kitűnő szakíró volt, amelyre nemcsak közvetlen munkatársait, hanem könyv-szerkesztő munkája során elismert szakembereket is megtanított. Nyilván ennek terméke a számos cikk és 15, részben szerkesztett könyv, amelyek közül többet németre és oroszra is lefordítottak. Érthető tehát, hogy szellemiségét nem hagyjuk elveszni. *Littmann* emlékét őrzi a negyedszázada, a Magyar Szívsebészeti Társaság által, a legjobb tudományos tevékenységet végző fiatal szívsebész részére odaítélhető *Littmann-díj* is (7).

Helyénvaló egyéb érdemeit is megemlíteni. Ő vezette be a szív- és érsebészetet az Orvostovábbképző Intézetben és tanítványai más intézetekben, pl. a Gottsegen által alapított, akkor Országos Kardiológiai Intézet néven ismert klinikán. Számos kollégát indított el ebben a témakörben, továbbá a keze alatt dolgozó *Soltész professzor*on keresztül, szinte minden szív- és érsebész szakmai családfájának a feje. Ezen kívül sokakat irányított egyéb speciális területek felé, mint pl. *Keszler Pált* és *Pintér Endrét* a mellkas sebészet (6), *Kiss Jánost* és *Vörös Attilát* a nyelőcsősebészet irányába, ami az Orvostovábbképző, később Haynal Imre Egyetemen kiemelt profil lett, vagy *Bihari Imrét* a phlebológia felé, hogy csak néhány nevet említsünk a keze alatt indult, a ranglétra magasabb fokára, vagy vezető pozícióba került számos beosztottja közül.

Elgondolkodtató és megválaszolatlan kérdés, miért vándorolt ki és miért települt vissza. A rendszerváltás előtti időszakban szemérmesen kerültük ezt a kérdést, pedig az '56-os forradalom nemcsak az ő, hanem sokak, sőt az egész ország életét megváltoztatta. Ma már a külföldi munkavállalás, vagy akár a kitelepülés mindennapos egyéni döntés. Abban az időben a lezárt határok és a politikai rendszerek közötti éles szembenállás jogi szankciókkal fenyegette a szocialista blokk elhagyását. Döntése nehezen magyarázható, hiszen *Littmann* irányítása alatt az intézmény példásan működött, klinikája kiváló eredményeket ért el (3). Az egyetem és az ország maximálisan elismerte érdemeit, hiszen megvédte akadémiai doktori disszertációját és Kossuth-díjat kapott (7). Valószínűleg az '56-os forradalom nélkül itt maradt volna és kiváló képességei, szorgalma és ambíciója beláthatatlan magas karrier felé viszik. De nem így történt. Visszatekintve és *Robics*ekkel egyetértve, érthetetlennek tűnik távozása (5).

A kivándorlóknál kereshetjük a kinti vonzó és az itthoni taszító erőket. Az egyik ilyen lehetett, hogy akkor még nem tudhatta senki, milyen végkimenetelre lesz a szocialista-kommunista rendszer elleni felkelésnek, és időközben még milyen véráldozatok lehetnek. Kérdéses, hogy talán a becsvágy, a korábbi útjain megismert nyugati lehetőségek hívogatták, vagy feljegyzett borúlátása (6) háttérben a forradalomban előkerült szélsőséges nézetek, a két háború között átélt időszak fasizmusának és népi-irtásának ijesztő képét idézték fel? Nem tudjuk, ahogy visszajövetelének mikéntjét sem. Szerencse, hogy a visszaérkezőkkel szemben akkor megnyilvánult politikai ellenszenv az ő esetében nem akadályozta



3. ábra. Littmann műtétan (1953).

meg, csak nehezítette visszailleszkedését. Valószínűleg ebben a kivételezésben az is szerepet játszott, hogy amikor ő volt pozícióban nagyon sokaknak segített. Az az árnyék azonban, ami disszidálása miatt vetült rá, még mindig érezhető, sem képletesen sem valójában nem kapta meg azokat a márványtáblákat, amelyek őt kiemelkedő szakmai és egészségügyi szervezői teljesítménye alapján megilletnék. Jóllehet a Városmajori Klinika léte és megőrzése, önmagában is az. Ez a kis bekezdés arra kívánja felhívni a figyelmet, hogy itt az ideje ezt a karrierjét megtörő lépést átértékelni, hiszen azok az idők már jócskán elmúltak.

A névadó személye után vissza a műtétani könyvekhez. Ezek történetéről a most megjelent kötetben több előszó is megemlékezik (1). Első könyve a *Fonó Renével* együtt írt és 1951-ben megjelent *A szív és a nagyerek veleszületett fejlődési rendellenességei* c. monográfia (8). Ez annyira sikeres volt, hogy később német nyelvre is lefordították. Itt mutatkozott meg a szakma szélesebb közönsége számára, kivételes szakírói tehetsége. Az első műtétan könyvet 1953-ban, még *Petrovskij* támogatásával írta (3. ábra) (9). Ez egy magyar nyelven megjelent, egykötetes, a sebészet szinte minden ágát, már a mellkason belüli beavatkozásokat is felölelő, korszerű műtéti technikát oktató egyetemi tankönyv. Ez időszzerű volt, hiszen az ezt megelőző, két kiadást is megért egyetemi tankönyvet *Steiner Pál* 1915-ben írta, aki munkáját részletes táj-anatómiai ismertetéssel együtt állította össze (10).

A sebészeti műtétan fontos volt a harmadik világháborútól tartó, arra készülő ország számára. Minden medikust meg akartak tanítani a sérültek ellátására és az alapvető műtéti technikákra. Ebbe kitűnően illeszkedett *Littmann* felfogása, aki azt vallotta, hogy mindenkit meg lehet tanítani a sebészetre. Ennek a szemléletnek köszönhette létrejöttét a városmajori, Sebésztovábbképző néven kialakított klinika, ahol az elméleti-, valamint az egyetemek műtétani intézetei, ahol az alaptermék gyakorlati oktatása folyt (6). A későbbiekben, amikor a hidegháború elcsitult, az egyetemeken a manuális tárgyak rovására a belgyógyászat kapott nagyobb hangsúlyt, ezért a műtétani intézeteket vagy megszüntették, vagy kutató intézetek lettek belőlük (11). A Városmajori Klinika, bár az egyetemi telephelyből kiszakítva, a Duna másik partján, de kiválóan, a kezdeti, littmanni lendületet fel nem adva, töretlenül folytatja munkáját.

Littmann úgy operált, hogy a műtét bármelyik pillanatában arról műtétani ábrát



4. ábra. Littmann műtétan (1968).

lehetett készíteni: megfontolt stratégiával, egyértelmű mozdulatokkal, minden résztvevő számára világos szándékkal, nyugodtan és nyugalmat sugározva. Nem meglepő, hogy ezt a tudást és képességet közkinccsé kellett tenni, és megírta következő, hasi sebészettel foglalkozó műtéttani könyvét, amelyik először németül, majd 1968-ban magyarul (4. ábra)(12), később oroszul (5. ábra) jelent meg. Ezt követően egy, szinte minden műtéti területet átfogó újabb könyvet írt és szerkesztett, amelyik 1974-ben került kiadásra először német (6. ábra), majd magyar (2), később orosz nyelven. Tehát azt lehetett mondani, hogy *Littmann* szerint operáltak a Rajnától a Csendes-óceánig.

Egy egykötetes, szinte mindent felölelő műtéttan könyv több, mint a számos kitűnő szerző munkájának egyszerű összegzése. Ez, egy nagyságrendi ugrás, egy kategóriával értékesebb munka. Nem egyszerűen tanul belőle valaki, vagy időnként felkeres benne valamit, hanem minden, esetleges problémás helyzet elkerülésére, amikor csak szükség lehet rá, magával viszi. Ennek jelen kell lennie, rendelkezésre kell állnia, biztonságot kell nyújtania. Gondolhatunk egy sürgősségi osztályra, vagy egy világtól elzárt, távoli település orvosi rendelőjére, egy hajóorvosi ellátó helyre vagy ne legyen soha szükség rá, de háborús körülmények közötti helyzetre, ennek a típusú, korszerű műtéttan könyvnek ott a helye. Tehát egy alpmű, amelynek rendszeres megújítása feltétlenül indokolt.

Annak idején a különböző subspecialitások még nem határolódtak el ennyire mint jelenleg. Akkor még nem alakultak ki egy-egy szervrendszerre vagy eszközre szorító, túl specializált teamek és lehetett a más területen alkalmazott műszerek jelentős részét, attól eltérő szervrendszereken is használni. Ma már egyre több a specialis, csak egyetlen adott műtéthez, vagy szervrendszer vizsgálathoz alkalmazott műszer. A teamek túl specializálódtak, pl. a transzplantációhoz szükséges immunológiai vizsgálat a műtéti beavatkozás része, csakúgy, mint a szervkivétel, vagy a donor halálának megállapítása. Túl specializált a gyermeksebészet is, hiszen mások a gyerek tünetei, mások a laboratóriumi normál értékek, kisebbek a műszerek, mint a felnőttél alkalmazottak. Ma már szinte minden terület túl specializált, nagyon nehéz feladat, de nem lehetetlen, egyetlen kötetben összefogni ezeket (13).

Öröndetes, hogy egy ilyen érték, mint az egykötetes sebészeti műtéttani könyvtankönyv koncepciója és a szerző nevének nemzetközi értéke, nem veszték el. Erre az



5. ábra. Littmann műtéttan orosz kiadás.

ismeretre a szerkesztő halála után, az idő múlásával egyre nagyobb igény mutatkozott. Az átdolgozott újabb kiadás 1988-ban, *Littmann* halála után jelent meg, amikor a könyv összeállításának stafétabotját *Berentey György* vette át, de *Littmann* meghatározó neve hirdette az alapkoncepciót és adott hitelt a munkának (7. ábra)(14). Majd a következő *Littmann*-műtéttan könyv 2014-ben, az akkor már szintén elhunyt *Kiss János* professzor rendkívüli aktivitásának köszönhetően jelenhetett meg, és ismét sikeres volt (15).

A jelen kiadás idén márciusban követte az előzőeket (1). Sokban hasonlít azokhoz, de különbözik is, hiszen időközben a sebészet is megváltozott. A kötet bővült-szűkült és számos tekintetben, úgy kiállítását mind tartalmát illetően is

átalakult, oldalszáma is kisebb lett. Kiemelendő a minimál invazív beavatkozások térnyerése, amelyek kellő részletességgel kerültek megírásra, ugyanakkor a klasszikus műtétek ismertetése is kiváló minőségben megtalálható. Öröndetes a jövőbe tekintés, a ma még kivételes műszerezettség igénylő robotsebészet lényeges elemeinek leírása, amely téma szintén megtalálható a kötetben. Egy kedves gesztus lett volna, ha az első kiadás *Littmann* által írt előszava is megjelenik benne, vagy egy másik, az eredeti szerzőszerkesztő által megírt rész, pl. annak kitűnően összeállított, rövid történeti bevezetője, hogy azután a *Sándor* professzor által magas szinten összegezett, részletes történeti rész korszerűsítse és emelje tovább a fejezet és a könyv értékét.

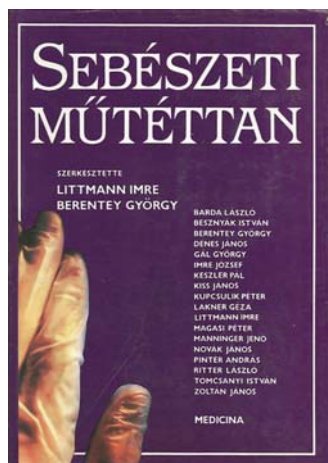
Mi minden változott az évek során, milyen átalakulások tanúi ezek a kiváló könyvek? Elsősorban a műszerek, a technikai lehetőségek alakultak át, gondolok a különféle scopokra. Ezáltal megváltozott a behatolás módja és a műtéti taktika. A klasszikus, nagy műtétek köre szűkül, helyettük a minimál invazív, esetenként különbözően képzett teamek által végzett beavatkozások kerülnek

előtérbe. Néhol a műtét lényegi lépése is más lett pl. a háló beültetés sérv esetén. Megváltoztak a műtetre kerülő betegségek pl. megszűntek vagy jelentősen lecsökkentek a gyomor műtétek. Új eszközök kerültek bevezetésre és hódítottak teret, gondolok a stentekre, vagy a speciális katéterekre. Szorosabb az együttműködés a belgyógyászati ágakkal vagy az invazív beavatkozást végző endoscopyosokkal ill. radiológusokkal.

Megítélésem szerint a jó szemmel kiválasztott szakírók szinte mind személyes tapasztalatuk és hosszú sebészi pályájuk alapján írták meg fejezetüket, egy-egy pontosító szóból vagy mozdulat leírásából ill. méret jelölésből érezni a mindennapi rutint, a műtő levegőjét. Általában



6. ábra. Littmann műtéttan németül.



7. ábra. Littmann-Berentey műtétan (1988).

Fontos kérdés, vajon érdemes-e magyar nyelven szakkönyvet kiadni? Ebben megoszlanak a vélemények. Egyrészt nagy hagyományai vannak a hazai orvostudományoknak és továbbképzésnek, másrészt a magyar orvosi szaknyelv fontos, hogy megfelelően tudjunk kommunikálni a kollégákkal, szakdolgozókkal és a betegekkel. Ezzel szemben a továbblépést jelentő szakfolyóiratok és legmodernebb szakkönyvek mind angol nyelven férhetők hozzá. Melyik az a szint, amit még érdemes magyarul, könyvben megjelentetni? Egyetértve a hazai gyakorlattal, a medikus és a szakorvos-jelölti szintet talán megfelelőnek. A jelen munka egyes vonatkozásai és részei néhol alatta maradnak ennek, máskor túllépnak azon. Ez a kötet, mint az előszó írja, elsősorban szakorvosok számára készült. Mit is jelent ez? Tehát alkalmas a fiatal olvasók szakvizsgára történő felkészülésére, a sebészeti teambe beilleszkedésére, vagyis ott az operátor segítségére. Ezen túlmenően azok az ún. kisműtétek elvégzésére, amelyeket egy szakorvos jelöltre vagy friss szakorvosra akár felügyelet nélkül rábíznak. Ezért öröndetes az ambuláns és egynapos sebészeti fejezet beillesztése. Talán a részletek iránt érdeklődőknek, a fejezetek végén, néhány ajánlott, korszerű irodalom megjelölése előnyös lehetett volna. Az irodalmi hivatkozások fokozzák a bizalmat a könyv iránt és ha az adott fejezet szerzőjét is idézi, akkor ő írta is.

A szerzők bőkezűen bántak a felületekkel, az ábrák esetenként feltűnően nagyok. A betűméret is túllépi a megszokottat. Az apróbetű lehetőségét a szerzők figyelmen kívül hagyták. Talán ezek átférfálásából adódó területek kihasználásával, és a kötet korábbi méretre, kb. 2-300 oldallal történő bővítésével a hiányzó fejezetek is teret kaphattak volna. Ezáltal, a jelenlegi Sebészeti műtétan könyv partnerségével, kerek oktatási egységet képezhettek volna (13). Kitérő ötlet azonban a kármentő, a nőgyógyászati és urológiai vonatkozású fejezetek beillesztése. Több olyan rész van a kötetben, amelyek olvasmányosak és tanulságosak, pl. a történet, a jogi vonatkozások vagy a műtéti stratégia ismertetése.

A könyv korszerű, modern, haladó. A szerzők a legújabb eredményeket sűrítették e munkába. A kötet megjelenése egy újabb lépés a hazai sebészet modernizálása és fejlesztése terén.

Irodalom

1. Horváth Ö, Oláh A, Szijártó A, Vereczkei A, Kiss J (szerk.): Littmann Sebészeti Műtétan, 2. kiadás, Medicina, Budapest, 2023.
2. Littmann I (szerk.): Sebészeti műtétan. Medicina, Budapest, 1977
3. László Gy: A János Szanatóriumtól az Ér és Szívsebészeti Klinikáig. Budapest, 1998
4. Kroó M, Mészáros R: A magyar szívsebészeti anaeszteziológia rövid története. In: Tomcsányi I (szerk.): A Magyar Szívsebészeti Társaság jubileumi évkönyve. Budapest, 55-63. 2003
5. Robiczsek F: Visszaemlékezés. In: Tomcsányi I (szerk.): A Magyar Szívsebészeti Társaság jubileumi évkönyve. Budapest, 26-30. 2003
6. Dobozi P: A városmajori Klinika első 100 éve. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2012
7. Tomcsányi I (szerk.): A Magyar Szívsebészeti Társaság jubileumi évkönyve. Budapest, 203-206. 2003
8. Fonó R, Littmann I: A szív és a nagyerek veleszületett fejlődési rendellenességei. Egészségügyi Kiadó, Budapest, 1951.
9. Littmann I: Sebészeti műtétan, egyetemi tankönyv. Egészségügyi kiadó, Budapest, 1953.
10. Steiner P: Sebészeti műtétan. Franklin-társulat kiadása. Budapest, 1915
11. Wéber Gy, Bartos G, Lantos J, Takács I: Volt egyszer egy Műtétan Pécsen... Semmelweis kiadó, Budapest, 2023
12. Littmann I: Sebészeti műtétan. Medicina, Budapest, 1968
13. Gál Cs. (szerk.): Sebészeti műtétan. 11. kiadás. Medicina, Budapest, 2021
14. Littmann I, Berentey Gy (szerk.): Sebészeti műtétan. Medicina, Budapest, 1988.
15. Horváth Ö, Kiss J (szerk.): Sebészeti műtétan. Medicina, Budapest, 2014

Új készülék a Lympa-press családban a Lympa-press Optimal Plus 912

A Mego Afek legújabb, főleg klinikai, professzionális felhasználásra készült nyirokmasszírozó készüléke az Optimal Plus 912.

Beállítható masszázsciklusok:

- **Előkezelés.** (A mandzsetták felső három cellájában induló, alulról felfelé irányuló hullám-ciklus, mely kétszer ismétlődik, majd eggyel lejjebb lévő cellából indul ismét felfelé, amíg mind a 12 cella sorra nem kerül) Célja a nyirokutak kíméletes megnyitása, ebben a ciklusban a maximális nyomásérték 40 Hgmm.
- **Nyirok-drenázs.** (A mandzsetták legalsó cellájából induló – drenázs jellegű masszázsciklus, a mandzsetta celláit sorra tölti fel a meghatározott nyomású levegővel, majd egyszerre leereszti őket, és a ciklus újra indul) Célja a felgyülemlett nyirokfolyadék felfelé kényszerítése.
- **Hullám-masszázs.** (A mandzsetták alsó celláiból indul, egyidejűleg mindig csak két egymás melletti cella van felfújott állapotban. Ahogy a feljebb lévő cellák telődnek, az alsó cellákban a nyomás megszűnik, így a kézi masszázshoz hasonlító masszázsciklus keletkezik) Célja a bőr alatti keringés serkentése, az akupresszúrás pontok stimulálása, a végtag keringésének fokozása.
- **Utókezelés.** (Három zóna közül választhatjuk ki azt, amely egy kevés további kezelést igényel. Szintén hullám-jellegű masszázs)

A mandzsettákban a felfelé csökkenő nyomás cellánként, vagy zónánként is állítható, a készülék számítógépen, vagy akár okos telefonon is programozható, és bluetooth kapcsolaton keresztül is irányítható.

Minden korábbi 12 cellás mandzsettával kompatibilis.



H – 1062 Budapest
Aradi utca 41.
Tel./Fax: (+36-1) 311-1883
E-mail: info@compri-med.hu
www.compri-med.hu

NOCLAUD[®]

Hogy ne kelljen megállnia

Normatív
55% támogatás²
EGIS saját fejlesztésű
cilosztazol¹
Közgyógyellátás²

Bővebb információért olvassa
el a gyógyszer alkalmazási előírását!



Noclud[®]

https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=89826

1. OGYÉI alkalmazási előírás: OGYEI/14835/2018, OGYEI/14837/2018.
2. www.neak.gov.hu

Árinformáció - PUPHA: Publikus Gyógyszertörzs közzététel dátuma: 2023. 03. 01.

Noclud[®] 50 mg 56x: fogyasztói ár: 4 428 Ft, TB támogatás: 2 435 Ft, térítési díj: **1 993 Ft**;

Noclud[®] 100 mg 56x: fogyasztói ár: 2 713 Ft, TB támogatás: 1 493 Ft, térítési díj: **1 221 Ft**.

Ez a tájékoztató anyag orvosok és gyógyszerészek számára készült. Az Egis Gyógyszergyár Zrt. nem vállal felelősséget a közölt információk illetéktelen felhasználásából eredő következményekért. Termékeink árváltozásával és rendelkezésével kapcsolatos információkért forduljon orvoslátogató kollégáinkhoz / key account manager kollégáinkhoz, illetve ezekről tájékozódhat a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő honlapján: www.neak.gov.hu. Amennyiben termékeink alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a pharmacovigilance@egis.hu e-mail címen vagy a +36-1-803-22-22-es telefonszámon.