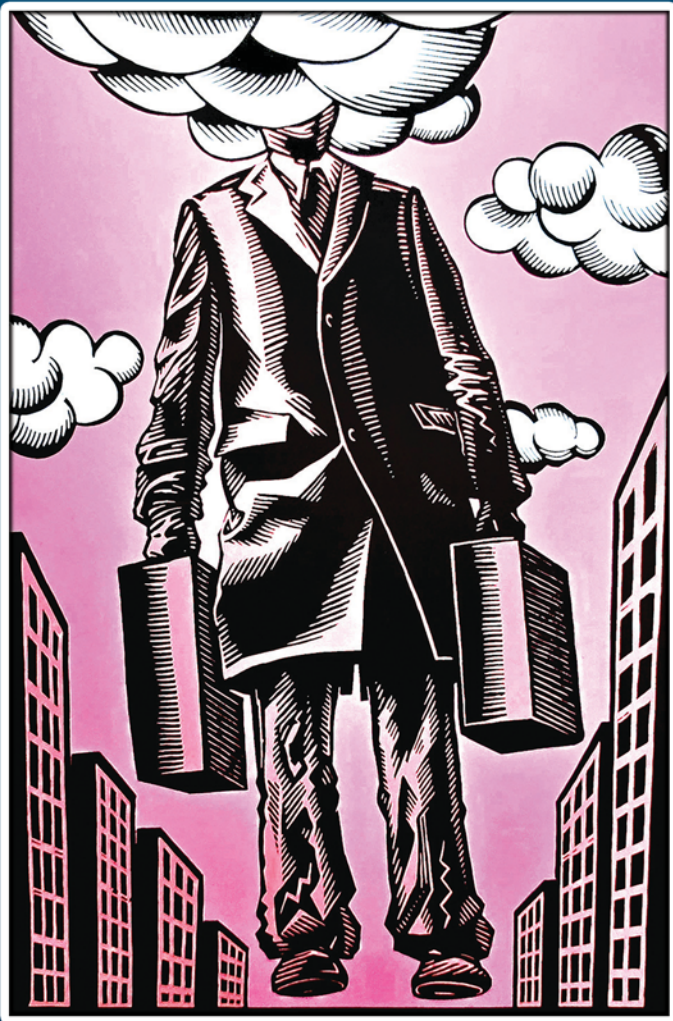


ÉRBE TE GSÉGEK

orvostudományi szakfolyóirat

2025/2.



*Dr. Dzsinih Csaba
A mellkasi aorta penetráló
atheromás ulcusa
– kezelési lehetőségek*

*Balogh Andrea Johanna
Orvos-beteg találkozások
a kommunikáció tükrében*

*Dr. Bihari Imre és Dr. Bartos Gábor †
Kivándorolt és itthon maradt
kollégáink sikerei I. rész*

*Nekrológ -
Dr. Meskó Éva
(1937-2025)*

Kongresszusok – rendezvények



Magyar Angiológiai és Érbetegségek Társaság
Magyar Cardiovascularis és Intervenció 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 – IQVIA Analytics Link Mozgó Éves Összesítés (MAT) Q3 2024 időszakra értékben és dobozszámban 77 ország adatai alapján a C5C ATC 3 osztályban (C5C – capillar-stabilizáló szerek)

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

Mellékhatás / nemkívánatos esemény előfordulása esetén kérem jelezze a DrugSafety-Hungary@servier.com e-mail címen, minőségi probléma és orvosszakmai kérdés esetén keressen minket a minosegikifogas@servier.com e-mail címen.

A gyógyszer használatával kapcsolatos további információért keresse:

Servier Hungária Kft. | 1117 Budapest, Dombóvári út 25., 3. em. | Telefon: 1-238-7799 | www.servier.hu

SERVIER

Postázás

Kedves Kolléganők és Kollégák, lapunk olvasói!
Tisztelettel kérjük minden kedves olvasónkat
gondolkozzon el, milyen módon szeretné
megkapni folyóiratunkat - postai úton vagy
emailben. Az e-mailes 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 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. XXXII. No. 2. 2025.

Papers

Csaba Dzsinič

PENETRATING ATHEROMATOUS ULCER
OF THE THORACIC AORTA
– TREATMENT OPTIONS41

Andrea Johanna Balogh

DOCTOR-PATIENT MEETINGS FROM
A COMMUNICATION PERSPECTIVE.....47

Imre Bihari, Gabor Bartos †

SUCCESSES OF EMIGRATED AND AT HOME
STAYED COLLEAGUES – PART I.53

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. Dzsinič Csaba, dr. Jámbor Gyula,
dr. Lázár István, dr. Mátyás Lajos, dr. Nagy Endre

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/>

CILOSZTAZOL NOCLAUD[®]

Hogy ne kelljen megállnia

Normatív
55% támogatás²

EGIS saját fejlesztésű
cilosztazol¹

Közgyógyellátás²

Bővebb információért olvassa
el a gyógyszer alkalmazási előírását!



Noclaud[®]

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:

www.neak.gov.hu, Publikus Gyógyszertörzs, Közzététel dátuma: 2025. július 01.

Noclaud[®] 50 mg 56x: fogy. ár: 4 428 Ft, TB tám.: 2 435 Ft, térítési díj: **1 993 Ft;**

Noclaud[®] 100 mg 56x: fogy. ár: 2 713 Ft, TB tám.: 1 492 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.

A mellkasi aorta penetráló atheromás ulcusa – kezelési lehetőségek

DR. DZSINICH CSABA

Összefoglalás

Az arteriosclerosis generalizált érbetegség, de egyes verőérszakaszokon eltérő súlyossággal jelentkezhet. Speciális, ritka megjelenési formája az aorta atheromás fekélyképződése, ami hajlamosít subintimalis bevérzésre, dissectiora, álaneurysma képződésre és rupturára (Acut Aorta Syndroma). 10 212 szív-érrendszeri betegség miatt operált betegünk közül 18 esetben találtunk penetráló ulcust a thoracalis aorta különböző szakaszain: az aorta ascendensen, az aorta íven, az aorta descendensen és a thoracoabdominalis aortán. A kialakult elváltozásokat több esetben egyéb társbetegségek súlyosbították. 8 beteg tünetekkel, 10 tünetmentes állapotban került felfedezésre. A lokalizációtól függően megválasztott nyitott (4), hybrid (7) és endovascularis (7) beavatkozásokat végeztünk. A korai postoperatív szakban egy beteget veszítettünk el. Két betegünk esetében az aneurysma zsák endograft körüli telődése miatt nyitott műtét vált szükségessé, amelyek után a betegek zavartalanul gyógyultak. Tapasztalataink szerint e veszélyes kórkép időben felfedezve a rendelkezésre álló technikai lehetőségekkel jó eredménnyel kezelhető.

Kulcsszavak: arteriosclerosis, aorta, ulcus, perforatio

Bevezetés

Az acut aorta syndromát több kórforma okozhatja. A mellkasi, háti fájdalommal járó tünetegyüttes hátterében a mellkasi aorta aneurysma expansioja, rupturája, subintimalis bevérzése, dissectioja és penetráló atheromás ulcusának progressioja állhat. Penetráló atheromás fekély az aortafalon saccularis álaneurysma képződéshez vezet, ami sokáig tünetmentes lehet de a környezet compressioja, usuratioja vagy az aortafal megrepedése révén tünetet okozhat (AAS). Utóbbi gyors beavatkozás nélkül halálhoz vezethet. E ritka, súlyos kórkép kezelésével szerzett tapasztalatainkat ismertetjük (1. ábra).

Rövidítések jegyzéke: AAS=acut aorta syndroma, CTA= CT angiographia, DSA=digitalis subtractio angiographia, IVUS=intravenás ultrahang, MR=mágneses rezonancia, PAU=penetráló aorta ulcus, TEE=tranoesophagealis echocardiographia

PENETRATING ATHEROMATOUS ULCER OF THE THORACIC AORTA - TREATMENT OPTIONS

Summary

Atherosclerosis is a generalized degenerative disease of arteries. Its rare manifestation is the penetrating atheromatous ulceration (PAU) of the aortic wall which may be complicated by subintimal hematoma, dissection, false aneurysm and rupture (Acute Aortic Syndrome). At our department 10 212 patients underwent surgery treating cardiovascular diseases. In this material we have registered 18 patients with PAU at the thoracic aorta: ascending aorta 2, aortic arch 8, descending 6 and thoracoabdominal 2. Severe comorbidities were present in the majority of patients. Depending on localisation we have used various treatment options like open surgery (4), hybrid techniques (7) and pure endografting (7). One patient died at the 3rd postoperative day. Two patients had late complications due to endoleaks treated successfully by open surgery. Authors emphasize this dangerous pathology diagnosed in time the given wide variety of open, hybrid and endovascular methods can be treated with good results.

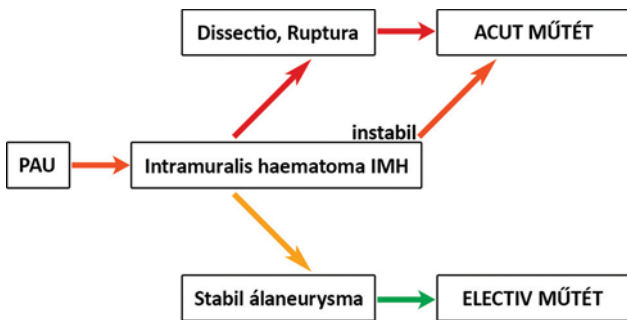
Keywords: arteriosclerosis, aorta, ulcer, perforation

Beteganyag

Osztályunk megalakítása, 2007 július 1. és 2012 október 31. között 10 212 műtétet végeztünk a szív és érrendszeren. E beavatkozások között 584 beteget operáltunk aneurysma miatt, 254 esetben az aorta thoracalis, thoracoabdominalis szakaszán. 146 esetben dissectio adta a műtéti javallatot.

E beteganyagban 18 esetben észleltünk penetráló atheromás ulcust a thoracalis aortán.

A 18 betegből 6 nő és 12 férfi volt. Az életkor 24 és 75 év között váltakozott, a medián érték 65,7 év volt. A penetráló ulcus 10 esetben tünetmentes volt, véletlenszerűen került felfedezésre rutin mellkas



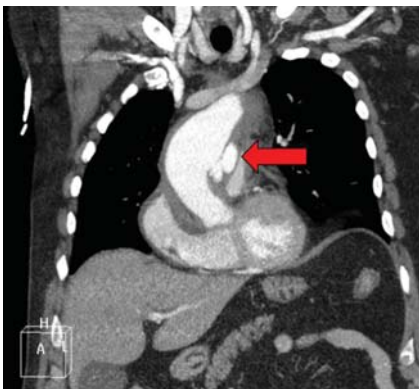
1. ábra. A penetráló aorta fekély (PAU) pathologiái következményei.

PAU - Penetráló aorta ulcus. IMH - Intramuralis haematoma.

röntgenvizsgálat során. 8 beteg mellkasi, 3 háti, 2 felhási fájdalom, 3 lázas állapot miatt került részletes vizsgálatra. A kórkép pontos diagnosizálásánál felállításában minden esetben CT angiographiát (CTA) és öt betegnél digitális subtractió angiographiát (DSA) is végeztünk a mellékágak morfológiai viszonyainak pontosítására (1. Táblázat).

Egy férfibetegünk 6 évvel korábban hasi aorta aneurysma miatt esett át műtéten, és 2 éve masszív tüdőembolia miatt kezelték, légzésfunkciója jelentősen beszűkült. Egy betegnél a PAU mellett nem stenotizáló colon carcinomát találtunk. Mindkét beteg fedett ruptura állapotában került osztályunkra. Egy nőbetegünk Hepatitis B vírus hordozó volt. A PAU okozta áaneurysma 13 betegünkben singularis, 5 esetünkben multiplex elváltozásként jelentkezett.

Az aorta ascendensen lévő PAU esetében az ascendens pótlását nyitott aorto-aorticus interpositioval oldottuk meg (2. ábra). Az aortaív hybrid műtéteinél az aortaív görbületét jól követő Gore Tag® graftot alkalmaztunk. 2 esetben a proximális rögzítési zóna az aorta ascendens (landing zone 0), 2 esetben az anonyma és a bal carotis communis között (landing zone I) és 4 további betegnél a bal a. carotis communis és bal a. subclavia között (landing zone II) volt. Egy esetben a bal a. subclavia szájadékat transpositio nélkül lefedtük, amit a jó jobb oldali vertebralis keringés tett lehetővé. A postoperatív szakban a bal karon funkcionális panaszok nem jelentkeztek. A thoracalis aortán a proximális rögzítési (landing) zónákat 4. Táblázatunk mutatja. Az aorta



2. ábra. PAU az aorta ascendensen.



3. ábra. PAU a proximális aortaív hátsó felszínén.



4. ábra. PAU az aortaíven.

descendens áaneurysmáit transfemorálisan [6] illetve az a. iliaca communison [1] át felvezetett Medtronic Valiant Captivia® endografftal fedtük le. A distalis aorta descendens, thoracoabdominalis szakaszán egy esetben folt plasticát, egyben inlay interpositiót végeztünk nyitott beavatkozásként. Műtéti megoldásainkat a 2. Táblázatunkon foglaltuk össze.

Eredmények

A korai postoperatív szakban, a tünetekkel felvettek közül 1 beteget veszítettünk el. A tüdőtályoggal, chronicus pancreatitissal kezelt, leromlott beteg fedett thoracalis aorta ruptura stentgraft kezelése után 3 nappal gyomor perforatio következtében halt meg. Egy betegünkönél teljes debranching után a stentgraft zero ponton történt rögzítése során mikroembolisatio keletkezett a jobb a. cerebri media területén, akinek átmeneti neurológiai tünetei maradéktalanul megszűntek. Egy betegnél bal subclaviocaroticus transpositio után végeztük a stentgraft implantációt centralisan a II. rögzítési zónában, a mellkasfalon csaknem áttört distalis aortaív áaneurysma miatt. Az aortaív belfelszínét vékony alvadékréteg fedte. A betegnél az implantatio során maradandó, csak részben oldódó vakság alakult ki a jobb szemén az occipitalis lebeny hypoperfusioja miatt. Átmeneti tenebrosítása mintegy 2 hét alatt szűnt meg.

Betegeinket egy héttel, 3 hónappal, 6 hónappal majd évente, fizikális vizsgálattal és CT angiographiával utánköveztük.

A késői eredmények 12 és 68 hónap között, átlagosan 38 hónap után kerültek felmérésre.

Az egyik szemére megvakult nőbetegnél extraperitonealis iliaca feltárás hegében hasfali sérv képződött, ami hasfali reconstructiót igényelt. A hepatitis vírus hordozó nőbetegnél 18 hónappal a stentgraft beültetése után az aneurysma zsák lassú, kisméretű növekedését észleltük, benne kis kontrasztanyag halmozódással. A thrombocytá aggregatio megszüntetése után 3 hónappal nyitott intercostalis ágakból további telődést „endoleak”-et, lassú, további expansiót igazoltunk. Ismételt CTA után döntöttünk újabb, nyitott beavatkozásról. Egy férfibeteg 90 mm átmérőjű distalis aortaív áaneurysma miatt került bal a.

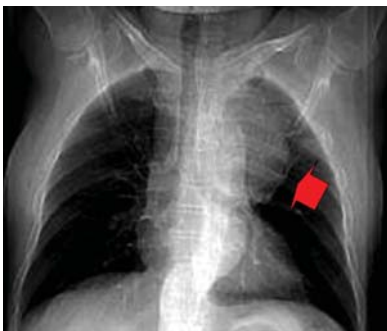
Localisatio	Betegszám	Tünetek	Diagnosztika	Morfológia
aorta ascendens	2 (2. ábra)	mellkasi fájdalom	rtg, CTA	solitaer
Ascendens + prox. aortaív	2 (3. ábra)	Láz	rtg, CTA	solitaer
kp. aortaív	2 (5. ábra)	subfebrilitas, fájdalom	rtg, DSA, CTA	multiplex
kp. aortaív	2	tünetmentes	rtg, CTA, DSA	solitaer
dist. aortaív	3	dyspnoe	rtg, CTA, DSA	solitaer
dist. aortaív	2	dyspnoe, fájdalom	rtg, DSA, CTA	solitaer
aorta descendens	5	hátfájdalom	CTA	solitaer

1. Táblázat. Penetráló arterioscleroticus aorta fekélyvel (PAU) diagnosztizált betegeink.

subclavia transpositiora, illetve stentgraft beültetésre. A beültetés során az aortaív durva mészfelrakódása ék alakú benyomatot képezett a grafton, ami ballonos tágítást tett szükségessé. A friss angiographia nem mutatott endoleakot. A sorozatos CTA ellenőrzés 8 hónappal a beültetés után az aneurysma lassú növekedését mutatta és az említett meszes carina szintjén kicsiny, II-es típusú áteresztést igazolt. A vizsgálat a graft fémvázának törését mutatta. A beteg thrombocytá aggregatio gátló kezelését megszüntettük, remélve az endoleak spontán záródását. A beteget újabb ellenőrzésre visszarendeltük, de nem jelentkezett. 3 hónap múlva a nyak bal oldalán áttört, alvadékkal elzárt sipollyal került ismét látóterünkbe, ami a friss CTA szerint a jelentősen megnövekedett, mintegy 12 cm átmérőjű álaneurysmára vezetett. Azonnal műtetre vittük, amelynek során a femoro-femorális bypass és moderalt hypothermia védelmében az endograftot eltávolítottuk, a hatalmas alvadék tömeget kiemeltük és aorto-aorticus graft interpositiót végeztük. A beteg zavartalanul gyógyult, nyaki sipolya záródott. Ismételt ellenőrzésre 5 hónap múlva panaszmentesen jelentkezett.

Megbeszélés

A penetráló atheroscleroticus fekély (PAU) első leírása 1920-ból, *Krukenberg*től származik, aki boncolás során észlelte azt [1]. Az elváltozás az aortafal focalis atheroscleroticus plaque okozta intima, membrana elastica interna, továbbá media átfűrődése miatt alakul ki, először intramuralis haematómát esetleg dissectiót okoz. A folyamat elérve az adventitiát álaneurysma képződéshez, majd ruptúrához vezet. A PAU tüneteket okozó következményei az



6. ábra. III típusú endoleak miatt kialakult hatalmas álaneurysma az aortaívben.

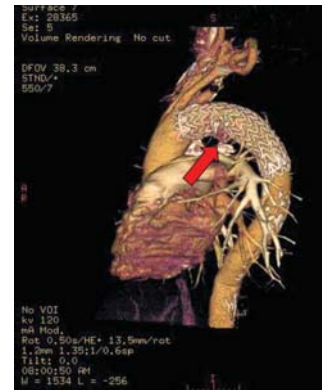
acut aorta syndroma (AAS) klinikai képét alkotják [2].

A betegség elsősorban az *idősebb korosztályt* érinti (> 60 év) - túlnyomóan *férfiakon* fordul elő. Predisponáló és kísérő tényezők: hypertonia (85%), dohányzás (72%), coronaria betegség (61%), hyperlipoproteinaemia (35%) diabetes mellitus (31%) és renalis elégtelenség (31%). Gyakori társbetegség a peripheriás verőérbetegség (17%), mellkasi és/ vagy hasi aneurysma (53%) [3].

Localisatio tekintetében az esetek túlnyomó többsége a mellkasi aortán jelentkezik (80%), főként az aorta descendensen. Az aorta ascendensen a PAU ritka, az aortaívben a mellkasi esetek 13.3%-ában fordult elő [4]. A diagnosztika folyamatos javulása mellett az aorta abdominalison is egyre több eset kerül felismerésre [2,5].

A PAU *pathologiai manifestatioja* tünetmentes állapotban az aorta rövid szakaszát érintő, kis intramuralis haematoma, intramuralis kontrasztanyag depo vagy kis saccularis pseudoaneurysma formájában - többnyire véletlenszerűen, mellékleletként kerül felismerésre.

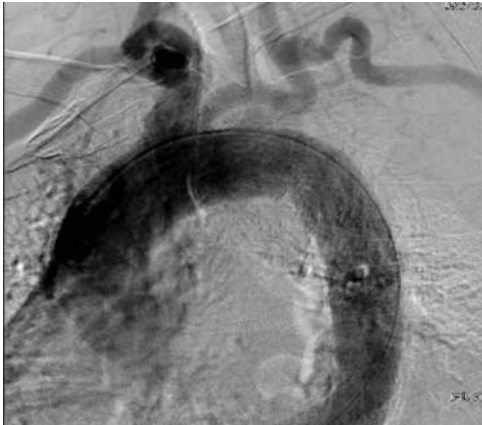
Lehman és mtsai 395 beteget kiértékelő multicentrikus tanulmányában a véletlenszerűen felismert esetek számát 177 (44.8%)-ben állapították meg [6]. Az acut aorta syndroma (AAS) háttérben mintegy 10-15 százalékban PAU áll. Ennek pathologiai formái az acut intramuralis haematoma, feszülő álaneurysma, dissectio illetve ruptura. Klinikai tünetei a mellkasi- illetve hátfájdalom, esetleg láz. Ruptúra esetén a vérzés betörhet a mellüregbe, a nyelőcsőbe vagy a tracheobronchialis rendszerbe [2,7].



5. ábra. Aortaív stentgraft váztörés okozta endoleak.

Műtéti megoldások	Betegszám
Aorta ascendens pótlás EC bypass	2
Hybrid műtét	6
Sternotomia, teljes debranching + aortaív stentgraft implantatio	2
Thoracoabdominalis aorta aneurysma resectio + a. iliaca comm. TEA	1
Intercaroticus bypass + aortaív stentgraft implantatio	1
Subclavio-caroticus transpositio+aortaív stentgraft implantatio (7, 9, 10, 12. ábra)	3
Aorta descendens stentgraft implantatio (11. ábra)	7
Thoracoabdominalis aneurysma resectio, visceralis arteria replantatio (13, 14. ábra)	2
Thoracoabdominalis álaneurysma evacuatio, aorta folt plastica	1

2. Táblázat. Műtéti megoldásaink.



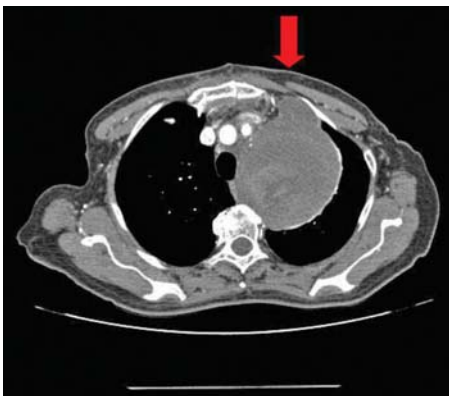
7. ábra. III típusú endoleak után kialakult ál-aneurysma miatt nyitott stentgraft altávoltítás és aorto-aorticus graft interpositio utáni kontroll angiogram. Jól látható a bal subclavio-caroticus transpositio.

A kórkép felismerése tünetmentes állapotban véletlenszerű, jelenlétére mellkas átvilágítás során a mediastinum kiszélesedése, egyenetlen kontúrja hívja fel a figyelmet. Lényegesen nagyobb találati biztonsággal ad információt a sokszeketes CT vagy MR, esetleg DSA. Egyes esetekben a transoesophagealis echocardiographia (TEE) illetve IVUS (intravasculáris ultrahang) szolgáltatja a diagnózist. A DSA változatlanul értékes eszköz a mellékágak morfológiai viszonyainak tisztázásában [3,4,8].

A PAU okozta *elváltozások többnyire többszörösek*, de a tünetképző vagy megrepedt elváltozás rendszerint singularis. Gyakorta elongált aortán figyelhető meg, amelynek egyenetlen belfelszínét kiterjedt szakaszon körkörös alvadék köpeny fedi (shaggy aorta).

A PAU talaján kialakuló dissectio ritkábban terjed a nagy mellékágak szájadékára, mint más eredetű, vagyis scleroticus, vagy geneticus érfalgyengeség okozta dissectioknál.

A *kórkép kezelését* jelentősen befolyásolja a klinikai kép, a lokalizáció és a morfológiai megjelenés. Tünetmentes



8. ábra. PAU a distalis aortaívén. Az álaneurysma csaknem perforálja a mellkasfalat.

Korai szövődmények		
Leírás	No	Eredmény
Minor cerebraalis embolisatio	1	teljes remissio
Amaurosis a jobb szemén	1	részleges remissio
Gyomor repedés	1	meghalt

Késői szövődmények		
Leírás	Esetszám	Beavatkozás
hasfali hernia	1	hasfali reconstructio
II-es típusú endoleak	1	observatio, műtét
III-as típusú endoleak, feszülő álaneurysma	1	acut műtét
aorto-aorticus graft interpositio	1 (4,5,6 kép)	
aneurysma resectio, intercost. art. sutura	1	

3. Táblázat. Szövődményeink.

esetben véletlenszerűen felfedezett elváltozás nem feltétlenül indokol azonnali sebészi beavatkozást. Tensio beállítás, thrombocytá aggregatio gátlás mellett megnyújtható a tünetmentes állapot, illetve rendszeres képalkotó diagnosztika segítségével még az AAS megjelenése előtt, időben felismerhető a betegség progressziója [3,9,10]. Tünetek kialakulása, azok fenyegető dinamizmusa gyors diagnosztikát és kezelést tesz szükségessé. Mivel az aortafal defektusa PAU esetében rövid szakaszra terjed, az új technikák, az endograft kezelés folyamatos térhódítása figyelhető meg [4,11].

Az *aorta ascendensen* kialakult PAU a billentyű felfüggesztés, illetve a coronaria szájadékok közelsége

0 rögzítési zóna (landing zone)	aorta ascendensen
1	a.anonyma és bal a. carotis communis eredése között
2	bal a.carotis communis és bal a.subclavia között
3	közvetlenül a bal a. subclavia eredés után
4	az aorta descendensen

4. Táblázat. Endograft proximális rögzítési zónák a thoracalis aortán (Ishimaru).



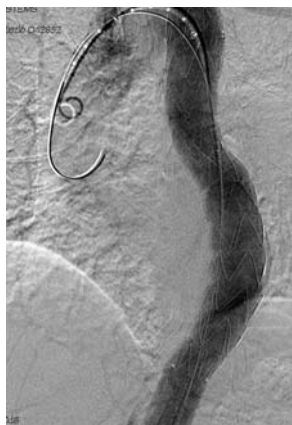
9. ábra. A 7. képen látható eset angiogramja.



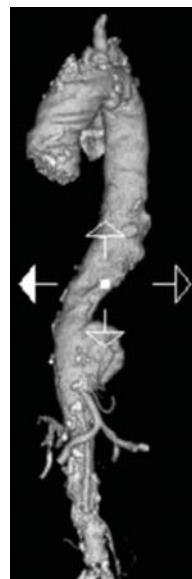
10. ábra. A 7. és 8. képen látható elváltozás stentgraft beültetése.



11. ábra. Kettős PAU okozta aneurysma az aorta descendensen.



12. ábra. A 10. képen látható elváltozás stentgraft behelyezés utáni kontroll angiogramja.

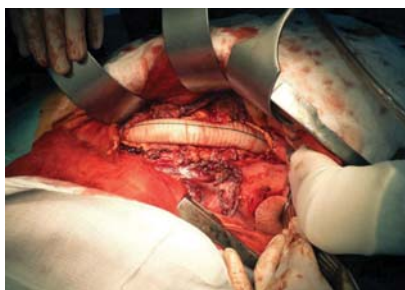


13. ábra. PAU a thoraco-abdominalis aortán a visceralis arteriák felett.

miatt, az estek többségében hagyományos nyitott graft interpositiot tesz szükségessé, cardiopulmonalis bypass és hypothermia alkalmazásával, miként azt 2 esetünkben végeztük. Egyes esetekben - ha a penetratio a sinotubularis junctio felett, kellő hosszúságú rögzítési szakaszt (landing zónát) kínál - endograft behelyezése transfemorális, transapicalis vagy transcaroticus úton is elvégezhető [12].

Az aortaív PAU okozta elváltozásai az Ishimaru által meghatározott landing zónák (4. Táblázat) szerint, elhelyezkedéstől függően más és más kiterjedésben, a supraaorticus ágak áthelyezését (debranching) indokolják endograft behelyezése előtt [12,13]. A nyitott sebészi és endovascularis beavatkozások kombinációit hybrid műtéteknek nevezzük, amelyek egy ülésben illetve külön végezhetők. Gyakorlatunkban az utóbbi megoldást részesítjük előnyben.

A proximalis aortaív átépítése, az arteria anonyma és bal carotis communis pótlása, korábban transsternalisan, az aorta ascendensről induló elágazó graft beültetését indokolta, manapság azonban a sandwich technikák tisztán endovascularis reconstructiot is lehetővé tesznek [14,15]. Az aortaív középső és distalis ágainak átépítése extrathoracalis úton - intercaroticus áthidalással, vagy subclavio-caroticus transpositioval megoldható, megfelelő rögzítési zóna kialakítására. Az extrathoracalis áthidalás a bal a. subclaviáról indítva retrograd áramlás



14. ábra. Intraoperatív fotó. Nyitott thoracalis aorto-aorticus graft implantatio.

A distalis anastomosis magába foglalja a zsigeri arteriák szájadékát.

biztosításával lehetővé teszi a 0 zónában az endograft rögzítését [16,17]. A bal arteria subclavia kiváltása a II-es és III-as rögzítési zóna biztosítására opcionális. Nem elkerülhető, ha a jobb arteria vertebralis hypoplasiás, szűkült vagy elzáródott. A bal a. subclavia lefedése ritkán okozhat kar vagy gerincvelő keringési zavart, ami az a. vertebralis keringésének gondos kiértékelésével elkerülhető [18]. Az aortaívet érintő eseteinkben ezen elvek alapján került sor az aortaív ágainak átépítésére.

Az aortaíven végzett hybrid műtéteknél ismert szövődmények az aneurysmazsák további telődése, az ún. endoleak (áteresztés) különböző típusai révén, a dissectio a rögzítési zónáktól proximalisan vagy distalisan, a gerincvelő ischaemia és az embolisatio. Anyagunkban 2 esetben észleltünk az endograft felvezetése során embolisatiót, ami a belfelszín thromboticus, kásás felrakódásából származott. Az egyik esetben minor jobb cerebri media területi átmeneti tüneteket észleltünk, a másik esetben indirect módon occipitalis lebenyt érintő ischemia miatt látászavar keletkezett, ami némi residuummal gyógyult. Cerebralis embolisatio előfordulása ezen beavatkozások során kevésbé vizsgált szövődmény, bár transcranialis Doppler vizsgálattal ezek aránya PAU esetében elérheti a 33 %-ot is, amelyek zöme klinikailag néma marad [19].

Az aorta descendens penetráló fekélye tisztán endovascularis úton is sikerrel kezelhető. Nyitott sebészi beavatkozások száma az endovascularis technikák és graftok folyamatos fejlődésével egyre ritkábban kerül sor, azonban szerepe nem elhanyagolható aorta ruptura, illetve endograft beültetés utáni korai időszakban, vagy szövődmény jelentkezése esetén [2,20].

Az aneurysmazsák telődése (endoleak) az endograft behelyezése után ugyancsak megoldásra váró problémát jelenthet. Típusait 5. Táblázatunk mutatja. Két esetünkben tartósan fennálló aneurysmazsák telődés miatt nyitott műtétet végeztünk. Az endoleak kezelése nyitott mellékágak (II-es típus) okozta esetekben katéter technikával is lehetséges. A nyitva maradt mellékágak ritkán spontán is záródhatnak az anticoagulansok

I.	nem kielégítő graft illeszkedés a proximalis rögzítési zónában
II.	az aneurysma zsák telődése a graft körül nyitott mellékágakból vagy a graft porosításán át
III.	Telődés a graft sérülésén át
IV.	Nem kielégítő rögzítés az endograft distalis rögzítési pontján
V.	Nem meghatározható telődési forrás

5. Táblázat. Endograft beültetése után jelentkező endoleak (áteresztés) típusok

megvonása után. A beavatkozást követően, a késői fázisban is kialakulhat endoleak és az aneurysmazsák feszülését, akár megrepedését is okozhatja, mint azt egyik estünkben észleltük. A graft fal, illetve rögzítési zónák átérésztése (I, III, IV típus) többnyire közvetlenül a beültetés után jelentkezik, kezelése újabb endograft fedéssel lehetséges [21, 22]. Dissectio, illetve gerincvelő károsodás beteganyagunkban nem fordult elő.

A penetráló aorta fekély tehát *ritka*, potenciálisan *életveszélyes* kórkép. Az acut aorta syndroma kialakulása magas korai és késői halálozással jár, ami meghaladhatja a 45 %-ot [23]. Konzervatív, hypotenzív kezelés csak tünetmentes esetekben, szoros utánkötés mellett mérlegelendő. A hybrid és endovascularis kezelés jelentősen csökkentette a mortalitást és magas kockázatú betegek esetében is megoldást kínál. A penetráló aorta fekély kezelési nehézségét nemcsak az arteriosclerosis többgócú megjelenése, de gyakorta más kísérő betegségekkel történő társulása is nehezíti. Fontos korai felismerése, melynek segítségével, a mai lehetőségek birtokában, jó eredménnyel kezelhető.

Irodalom

1. *Krukenberg E*: Beitrage zur Frage des Aneurysma dissecans. Beitr Pathol Anat Allg Pathol 1920, 67:329-351
2. *Nathan DP, Boon W, Lai E, et al.*: Presentation, complications and natural history of penetrating atherosclerotic ulcer disease. J Vasc Surg 2012 Jan 55 (1) 10-5
3. *von Kodolits Y, Nienaber CA*: Ulcer of the thoracic aorta: diagnosis, therapy and prognosis Z Kardiol, 1998 Dec 87(12): 917-27
4. *Coady MA, Rizzo JA, Hammond GL, Pierce JG, Kopf GS, Elefteriades JA*: Penetrating ulcer of the thoracic aorta-What it is? How do we recognize? How to manage it? J Vasc Surg 1998 (27 June(6) :1006-16
5. *Dalainas I*: Penetrating Aortic Ulcer of the Abdominal Aorta: An Increasingly Frequent Finding. J Endovasc Ther 2010, 17: 515.516
6. *Lehman SJ, Abbata S, Cury RC, et al.*: Significance of Cardiac Computed Tomography Incidental findings in Acute Chest Pain. Am J Med 2009, 22: 543-9
7. *Romero J, Shah A, Korniyenko A*: A Blind Spot in the Eye of Imaging Technology: Penetrating Atheromatous Ulcer, Hellenic J Cardiol , 2013, 54: 322-325
8. *Jánosi RA, Erbel R, Konorza TF*: Recent advances in the diagnosis of acute aortic syndromes, Expert Opin Med Diagn , 2012 ,6: 529-540
9. *Zhang G, Feng Q, Zheng D, et al.*: Early aggressive medical treatment associated with selective prophylactic aortic stent-grafting for aortic intramural hematoma. 2011 Sep;59(6):342-8. doi: 10.1055/s- 0030-1270761. Epub 2011 Mar 22.
10. *Akin I, Kische S, Ince H, et al.*: Penetrating aortic ulcer, intramural hematoma, acute aortic syndrome: when to do what. J Cardiovasc Surg (Torino) 2012, 53: 83-90
11. *Canaud L, Hireche K, Berthet JP, et al.*: Endovascular repair of aortic arch lesions in high-risk patients or after previous aortic surgery: midterm results. J Thorac Cardiovasc Surg , 2010 ,140 52-8
12. *Yuri K, Yamaguchi A, Hori D, et al.*: A fenestrated stent graft for endovascular repair of an ascending aortic pseudoaneurysm Ann Vasc Dis. 210 ?3 :228-31
13. *Ishimaru S.*: Endografting of the Aortic Arch. Journal of Endovascular Therapy: 2004, 11, No. SupplementII, pp. II-62-II-71.
14. *De Rango P, Cao P, Ferrer C, et al.*: Aortic arch debranching and thoracic endovascular repair. 2013 Aug 31. pii: S0741-5214(13)01320-7.
15. *Uchida N, Katayama K, Takahashi S, Sueda T*: Total arch repair using supra-aortic debranching technique with banding of the ascending aorta for endovascular stent graft fixation. 2013; 27(3):354.e5-8.
16. *JA, AH, CG, et al.*: Thoracic Aortic Endografting Is the Treatment of Choice for Elderly Patients With Thoracic Aortic Disease,
17. *Milewski RK, Szeto WY, Pochettino A, et al.*: Have hybrid procedures replaced open aortic arch reconstruction in high-risk patients? A comparative study of elective open arch debranching with endovascular stent graft placement and conventional elective open total and distal aortic arch reconstruction. J Thorac Cardiovasc Surg. 2010;140:590–7
18. *Holt PJ, Johnson C, Hinchliffe RJ, et al.*: Outcomes of the endovascular management of aortic arch aneurysm: implications for management of the left subclavian artery. J Vasc Surg. 2010;51:1329–38
19. *Bismuth J, Garami Z, Anaya-Ayala JE, et al.*: Transcranial Doppler findings during thoracic endovascular aortic repair . 2011,54: 364-369
20. *Szeto WY, Desai ND, Moeller P, et al.*: Reintervention for endograft failures after thoracic endovascular repair. 2013 Mar;145(3 Suppl):S165-70
21. *Aziz A, Menias CO, Sanchez LA, et al.*: Outcomes of percutaneous endovascular intervention for II with aneurysm expansion. J Vasc Surg ,2012;55(5):1263-7.
22. *Ozdemir BA, Chung R, Benson RA, et al.*: Embolisation of 2 after endovascular aneurysm repair. J Cardiovasc Surg (Torino) 2013 Aug; 54(4):485-90.
23. *Patel HJ, Sood V, Williams DM, et al.*: Late outcomes with repair of penetrating aortic ulcers: the merits of an endovascular approach. Ann Thorac Surg. 2012 :94: 516-22

Prof. Dr. Dzsiniich Csaba
e-mail: csaba@dzsiniich.com

Orvos-beteg találkozások a kommunikáció tükrében

BALOGH ANDREA JOHANNA

Összefoglalás

A kommunikáció meghatározó módon kíséri az orvos-beteg találkozásokat a felismerési, kezelési-, gyógyítási folyamatban, a rehabilitáció ideje alatt és az utánkövetés időszakában is. A megfelelő kommunikáció szükséges velejárója a legmagasabb szintű szakmai ellátásnak is, hiszen, ha a beteg nem érti meg a diagnózis közlésekor, vagy a kezelése ideje alatt, hogy mi miért történik, hogyan kell együttműködni az orvossal és az őt kezelő egészségügyi személyzettel, miként kell követnie az orvosi útmutatást, akkor az orvos-beteg kapcsolatban akadályok léphetnek fel. Az egyénre szabott, célzott kezelése mellett, a kommunikációt sem lehet sablonok szerint folytatni, hiszen minden esetben más és más helyzettel áll szembe az orvos és a beteg. Kommunikációs technikák segíthetik a tájékoztatás és együttműködés kommunikációjának megfelelő mederben történő áramlását. Az orvos-beteg kapcsolatban elengedhetetlen feltétel a közös nyelv, amelynek jelentéstartalma és szabályai is azonosak kell, hogy legyenek. A gyógyító munka alatt a szakember személyre szabott kommunikációs stratégiákat valósít meg, amelyek az interakciót minden más helyzettől megkülönböztetik. Jelen cikk a vezető halálokok aspektusában foglalkozik az orvos-beteg kapcsolat kommunikációs és a tájékoztatást kísérő jogi környezet témaköreivel is, fókuszba helyezve a kezelés szempontjából hatékony interakció, kommunikáció szükségességét.

A betegek és az őket kezelő orvosok együttműködése a különböző korokban, a tapasztalás, tudás megítélésében és a tájékoztatás jogi kontextusában.

Hogyan fogalmazták meg száz évvel ezelőtt a megelőzés szükségességét, miként buzdították a lakosságot az egészséges életmódra? Idézet: „*De vajon az egyén megteszi-e azt, amit tehetségéhez képest megtesz a társadalom? Úgy él-e az ember, ahogy korunk műveltsége, tudományunk színvonala megkívánja? Megteszi-e azt, aminek jó és előnyös voltát a tudomány bebizonyította, s kerüli-e a károkat, az ártalmak forrásait, az egészség ellenségeit? Valljuk meg őszintén, hogy nem. Egyikünk sem*” (1).

Iránymutatást kaptak annak idején az olvasók az idézett könyvből, amely az egészséges életmód szükségességét állítja fókuszba és kiemelte azokat a tényezőket, amelyeket ma is be kell építeni a mindennapokba ahhoz, hogy a betegségeket megelőzhessük. Már akkor is kutatták, hogy miként is lehet meghosszabbítani az egészségben töltött évek számát, hogyan lehet tovább, egészségben élni? Idézet a könyvből: „*Hogyan élünk? A hosszúéletű emberek csaknem kivétel nélkül: magas kort élő szülőktől származnak; falun, vidéken, egyszóval a szabad természetben, vagy ahhoz közel éltek; szabad levegőn dolgozó emberek voltak (földműves, napszámos, vadász, halász, erdész, pásztor, stb.); munkájuk nem volt túlterhelő, kellő pihenésre mindig volt idő; nem aludtak túlságos sokat, korán kelő emberek voltak; szelíd, békességes, más szóval nyugodt kedélyű emberek voltak; igen mérsékletesen éltek, különösen a szeszféltől tartózkodtak. (Néhány kivétel van, például a téti Nemes Kis György, ki 103 évet élt, pedig mindenkor jól evett, s ami különös, az erős italért és pipáért szinte reszketett. 1822); házasemberek voltak; sohasem voltak betegek*” (1).

A tudományterületek folyamatos fejlődésével minden nap új információkkal gazdagodunk, s ezáltal az egészségügyi kommunikációban is bővítjük tapasztalataink tárházát. Az orvos-beteg kapcsolat esetében, ha abból indulunk ki, hogy minden ember más, a megbetegedések lefolyása különböző, minden emberi reakció más, akkor az orvos is újabb ismereteket szerez az esetek többfélesége által, a beteg pedig a megváltozott életének sajátosságaival találkozik, amelyek más és más tapasztalatokat eredményeznek.

Az orvosok és a betegek személyisége, temperamentuma, mentalitása is eltérő. Ha *Hippokratészra*, *Galénoszra*, *Jungra* utalunk, a kommunikációban kiemelt szerepe van a személyiség típusoknak is (2,3). Az orvos és beteg közötti kapcsolatban a kiindulóponttól, az első beszélgetéstől kezdve a két fél habitusa, természete, vérmérséklete találkozik. Minden törekvésük ellenére adódhat olyan szituáció, amelynek során akadályba ütközhet a párbeszéd. Ezt az esetlegesen kialakuló konfliktust fel kell oldani a kommunikáció kapcsán, hiszen a közös cél érdekében, hosszabb ideig, akár élethosszig is együtt kell működniük a feleknek.

Magyarországon a szív- és érrendszeri betegségek, valamint a rosszindulatú daganatos megbetegedések a vezető halálokok közé tartoznak. Szűrésük, kezelésük, rehabilitációjuk ideje alatt gyakoriak az orvos-beteg találkozások. Kezdjük az első találkozásnál, például a kardiológussal, az onkológussal, a sebésszel. A kommunikáció az alapokról indul. Az új információk, a tapasztalás, a szakmai tudás és élettapasztalat előhívható ismeretei töltik meg azt a képzeletbeli üres lapot, amelynek üzenetei, javaslatai, utasításai követendő szakmai iránymutatássá válnak a beteg számára.

John Locke, angol empirikus filozófus, orvos, gondolatébresztő véleményeket ír le arra vonatkozólag, hogy mi a tapasztalás, a tudás értelme. Szerinte: „*Tegyük fel tehát, hogy az elme, ahogyan mi mondjuk, fehér lap, amelyre semmi sincs felírva, ideák nélkül való. Hogyan telik meg? Hogyan válik birtokosává annak az óriási tárháznak, amellyel az ember szorgos és korlátlan képzelete ajándékozza meg majdnem végnélküli változatosságban? Honnan veszi mindehhez az észnek és a tudásnak anyagát? Erre egyetlen szóval felelek: tapasztalásból; ezen alapul minden tudásunk; és végeredményben ebből is származik. Külső, érzékelhető tárgyakra vagy elménk belső műveleteire irányított megfigyelésünk saját percepcióink és reflexióink révén látja el értelmünket a gondolkodás mindezen anyagával. Ez tudásunk két forrása*” (4).

A betegekkel és orvosokkal egyaránt történt beszélgetéseim alapján megállapítható, hogy a betegségek rövidebb-hosszabb ideig tartó kezelése alatt az életút átértékelése, válaszkérés történik az adott helyzetre, egy olyan önmegismerési folyamat zajlik, amelynek során az egyén személyisége akár változáson mehet keresztül. Erre utal *Thomas Hobbes*, angol filozófus is a következő sorokkal: „*De az bizonyos, hogy amennyivel több tapasztalata van valakinek a múltbeli dolgokban, annyival okosabb másoknál, és várározásaiban annál ritkábban fog csalatkozni. A jelen csak a természetben létezik, a múlt pedig csak az emlékezetben, de az eljövendő dolgok egyáltalán nem léteznek, a jövő csupán elménk elképzelése, amely a múltbeli cselekedetek egymásutánját a jelen cselekedeteire alkalmazza. És ezt a legnagyobb biztonsággal az olyan ember teheti meg, akinek a legtöbb tapasztalata van, de elégséges biztonsággal még ő sem*” (5). Vagy ahogyan *Franz Brentano* fogalmazott: „*Álláspontom a pszichológiában empirista: egyetlen tanárom a tapasztalás. Másokkal együtt azonban az a véleményem, hogy az ilyen felfogás összeegyeztethető egy bizonyos idealista állásponttal*” (6).

A XX. század elejéről is maradtak meg források, amelyek hangsúlyozták, hogy az ember önmaga milyen sokat tehet annak érdekében, hogy egészségét megőrizze és megelőzze a betegségeket. A testi-lelki egészséget együtt említették, ugyanúgy, ahogyan mi is tesszük ma, azzal a különbséggel, hogy jelenünkben a betegellátás eszközei jóval szélesebb körű lehetőségeket adnak a gyógyuláshoz, mint akkor. Mindemellett számunkra is elgondolkodtató az

akkoriban megfogalmazott jó tanács: „*A mindennapi tapasztalás is mutatja, hogy a kedély nyugalma a testi-lelki egészségérzet legfőbb feltétele, míg a gond, izgalom és mérgeződés önmagában is betegség. Már a salernói iskola verse is azt mondja: Si tibi deficient medici, medici tibi fiant, Haec tria: mens laeta, requies, moderata diaeta. (Ha nincsenek orvosaid, legyen orvosod ez a három: vidám kedv, nyugalom, mérsékletes élet.) Nem új dolog tehát, hanem kipróbált, régi jó tanács, hogy az embernek igyekeznie kell kedélyvilágát egyensúlyban tartani*” (1).

Amíg régebben nemhogy nem volt illendő, hanem nem volt szabad beszélni például a rákos-, vagy akár súlyos vaszkuláris betegségekről, addig ma már kötelező a beteg tájékoztatása és a hozzátartozók informálása is. *Homicskó Árpád Olivér* az Egészségügyi jogi ismeretek c. könyvében a következőket írja: „*A kezelőorvos a beteg állapota által indokolt rendszerességgel, a tőle elvárható ismereteknek megfelelően és legjobb tudása szerint tájékoztatja a beteget annak egészségi állapotáról*” (7). A diagnózis közlésére az orvosnak megfelelő időt kell szánnia, hogy a beteg úgy távozzon tőle, hogy megértette az elhangzott információkat. A legnagyobb igyekezet ellenére is maradnak kérdések a betegben, félreértések, amelyek akár éppen a módosult tudatállapottal magyarázhatók. *Homicskó* ekképpen folytatja: „*A szóbeli tájékoztatás nem helyettesíthető az előre elkészített általános ismertető segédanyagok átadásával. A kezelőorvos a beteg tájékoztatását körültekintően, szükség szerint, fokozatosan, a beteg állapotára és körülményeire tekintettel végzi. A beteg tájékoztatása során kiemelt figyelmet kell fordítani a kezelés általánosan ismert, jelentős mellékhatásaira, az esetleges szövődményekre és a beavatkozások lehetséges következményeire, azok előfordulási gyakoriságára. Meg kell győződni arról, hogy a beteg a tájékoztatást megértette, továbbá szükség esetén gondoskodni kell a tájékoztatott lelki gondozásáról*” (7).

A kommunikációnak rendkívüli szerepe van az orvos-beteg kapcsolat felépítésében, a gyógyítási folyamatban és a rehabilitációban is. A megfelelő kommunikáció nélkül a legmagasabb szintű szakmai ismeret sem teljes, hiszen, ha a beteg nem érti meg az elhangzottakat, akár a diagnózis közlésekor, akár a kezelése ideje alatt, akkor azt sem érti meg, hogy mi miért történik. Mire készüljön fel? Hogyan kell együttműködni az orvossal és az őt kezelő egészségügyi személyzettel, miként kell követnie az orvosi útmutatást? Ha a kommunikáció kapcsán sérül a megértési folyamat, akkor nem lehet elvárni a hatékony együttműködést. Itt kell utalni a hozzátartozókkal történő megfelelő kommunikációra is, az adott jogi kereteken belül, hiszen az orvos-beteg kapcsolat eredményességén környezete sokat tud segíteni, de rontani is.

Az orvos–beteg kommunikációban a tájékoztatáshoz való jog vonatkozásai a test és a lélek gondozásának aspektusában.

Az orvos-beteg kommunikációhoz elengedhetetlen feltétel a „közös nyelv”, amelynek jelentéstartalmában és szabályaiban egyetértésnek kell lenni. Ugyanazt kell jelenteni a szavaknak az adott szövegkörnyezetben az orvos és a beteg számára egyaránt. A gyógyító munka alatt a viselkedéssel, a kommunikációval is személyre szabott stratégiák valósulnak meg, amelyek az interakciót más helyzetektől megkülönböztetik. Minden esetben arra kell törekedni, hogy a beteg számára az orvos üzenetei egyértelműek és a megértésre, adott helyzetben a megnyugtatóra alkalmasak legyenek. Nem csak kommunikációs szempontból, de érzelmileg is megterhelő feladat a beteg, a hozzátartozók és az orvos számára a rossz hírt tartalmazó diagnózis közlése.

Az Orvosi Hetilapban 1991 szeptemberében *Adatok az alsóvégtag amputáltak rehabilitációs lehetőségeihez.* címmel megjelent cikk szerzői – Dr. Rozsos István, Dr. Kollár Lajos, Dr. Kiss Tamás, Dr. Tantó Zsuzsanna, Dr. Molnár Lajos – azt vizsgálták, hogyan lehetne javítani a rehabilitáció eredményeit a klinikai gyakorlat során. A vizsgált időszakban 136 betegen végeztek amputációt, és 50 beteget láttak el ideiglenes protézisekkel. 50-ből 38 beteg válaszolt kérdőívükre, melynek elemzése után a szerzők összefoglalták a hosszan tartó mobilizáció és rehabilitációs eredmények javításának lehetőségeit. Ez a program hangsúlyozta a korai mobilizáció-járástanítást, valamint a test és a lélek gondozásának szükségességét (8).

Egyes tanulmányok pszichológiai, pszichiátriai konzultációt javasolnak például a vaszkuláris betegek végtag amputációja előtt és után. A szakirodalom is sugallja, hogy fokozott odafigyelés, rendszeres kommunikáció szükséges az amputált beteg és egészségügyi dolgozó között. A műtét előtt a részletes tájékoztatás kiemelt fontosságú, hogy a beteg fel tudjon készülni az új helyzetre, a műtét utáni időszak nehézségeinek elfogadására. Ugyanis a betegek esetenként a módosult tudatállapot miatt nem érthetik teljesen pontosan betegségük, kezelésük szakaszait, annak folyamatát. „*A betegek gyakran az empátia és a kommunikáció hiányáról számolnak be az egészségügyi szolgáltatók részéről. A posztoperatív ápolási utasítások nem szabványosíthatók, ami nagy zavart és növekvő szorongást okoz mind a beteg, mind a gondozók számára. A végtagamputáción átesett egyének fokozott depressziót és testképzavart, valamint társadalmi zavart fejeznek ki az amputáció után.*” Ezek a gondolatok olvashatók a Yale Egyetemen dolgozó *Jasmiry Bennet* 2016. évi írásában (9).

„*Az egyének többszörös változásokat tapasztalnak az amputáció következtében. Ezek a változások nemcsak fizikai jellegűek, hanem pszichológiai, pénzügyi és kényelmi változásokat is magukban foglalhatnak az egyén életének spektrumában. Fontos felmérni azokat az érzelmi reakciókat, amelyeket az egyén a műtét után és a*

rehabilitációs folyamat során tapasztalhat. A gyász természetes és normális érzelmi reakció az amputáció után. A gyászmegoldás az egyik elsődleges fókuszterület az amputáltak tanácsadásában.” A denveri *Howard P. Belon* klinikai pszichológus és *Diane F. Vigoda* szociális gondozó specialista, *Emotional adaptation to limb loss* című korábbi, 2013. évi cikke az érzelmi alkalmazkodást vizsgálja, amely a végtagvesztés során zajlik a betegben. Az amputációból való felépülés során alkalmazott különféle tényezőket és stratégiákat veszi górcső alá. A megfelelő kommunikáció nélkülözhetetlen a végtagvesztéssel élő betegekkel való kapcsolattartásban is (10).

Riskó Ágnes onkopszichológus a következőket emeli ki egyik jegyzetében: „*Magát a »rák«, »rákbetegség«, »rosszindulatú daganatos betegség« szavakat is nehezen ejtjük ki hazánkban, mert tartunk jelentésétől, stigmatizáló, identitást »beszenyező« hatásától. Még mindig nem terjedt el a köztudatban, hogy az idejében felismert és megfelelően kezelt daganatos betegek nagy százalékban meggyógyulnak és más esetekben is a daganatos betegségek sokkal inkább krónikus, mint gyors, fájdalmas halálhoz vezető betegségek. A kommunikációt, az emberek közötti kapcsolatot befolyásoló szempont a diagnózisközlés, a kezelések és a rehabilitáció során az orvos (a nővér, az asszisztens, a pszichológus, a gyógytornász, stb.) tudattalan attitűdje a daganatos beteg, illetve betegsége iránt. Ezt a nem tudatos viselkedést számtalan tényező alakítja. A fontosabbak: személyiség-tényezők, tudattalan pályaválasztási motiváció, az autoriter (tekintélyt parancsoló) szerephez való viszony, és az úgynevezett kiégési szindróma hiánya vagy megléte*” (11).

A Yale egyetem munkatársai *Matthew S. Ellman*, és *Auguste H. Fortin*, a Yale School of Medicine 2012 júniusában megjelent *Benefits of teaching medical students how to communicate with patients having serious illness: comparison of two approaches to experiential, skill-based, and self-reflective learning* című cikkben innovatív megközelítéseket javasolnak ahhoz, hogy az orvostanhallgatók számára hatékony és együttérző kommunikációt tanítsanak a súlyos betegekkel való hatékony kommunikációra. A Yale Medical School tantervében a harmadéves orvostanhallgatók számára a közös oktatási jellemzők a következők voltak: tapasztalati tanulás, biopszichoszociális modell, betegközpontú kommunikáció, klinikai hivatalokba való integráció, strukturált készségalapú tanulás, önreflexió és az öngondoskodás. Ezeket a tanulmány feltárja, hogy szemléltesse az orvostanhallgatók képzésének és a megvalósításnak kulcsfontosságú kérdéseit (12).

Az orvos és beteg kapcsolata nagy változásokon ment keresztül az elmúlt évtizedben. A XXI. században a hangsúly a személyközi kommunikáció megfelelőségében rejlik. Az együttműködés egyik feltétele, hogy az orvos kommunikációs képességeivel, technikájával partnerévé teszi a beteget, aki ezáltal – jó esetben – ezzel a bizalomteljes orvos-beteg kapcsolattal is ösztönözve lesz a gyógyulás folyamatában. A középpontban mindig a beteg

áll, aki azt igényli, hogy a szakemberek ne csak megértsék nehézségeiket, hanem át is vállalják problémáikat, oldják meg azokat. Közösen lehet azonban csak hathatósan könnyíteni az esetlegesen kritikus helyzeten. A kezelés során a betegnek is feladata van abban, hogy jó kapcsolatot építsen ki az orvos és a páciens. Alkalmazkodnia szükséges az új élethelyzethez. Az együttműködés egy cél érdekében történik: a beteg gyógyulásáért, felépüléséért, és/vagy állapotának javításáért.

A beteg visszakérdezhet a kommunikáció során, és vissza is kell kérdeznie, ha valamit nem ért, vagy hiányosnak érezte a tájékoztatást. El kell mondania aggodalmait, kételyeit, folyamatosan kell tájékoztatnia az orvost a kezelésekre eseteleges mellékhatásairól. Fontos a párbeszéd, az őszinteségre épülő kommunikáció, az információk átadása. A betegeket nem ugyanazon tételek érdekelhetik, mint amiket az orvosok feltételeznek, ezért a megbeszélések alatt ki kell, hogy derüljön, hogy a betegnek milyen egyéni információigénye van. Mely kérdéseire nem kapott még válaszokat? Milyen információ támogatná a hatékonyabb együttműködést?

Ma a beteg elvárja az orvostól a teljes tájékoztatást, alternatívák felvetését, és saját részvételének lehetőségét a döntéshozatalban. A kezelése ideje alatt az egyénre szabott, célzott gyógyítás, az előírt protokoll betartásával tervezetten folyik és az orvos és betegének együttműködése kihatással van a költséghatékonyságra is. Az együttműködés hiánya a gyógyulás elhúzódását, állapotromlást, a szövődmények kialakulását is eredményezheti, amelyek új kihívásokat idéznek elő. Az utasítások be nem tartása, amellett, hogy káros, költséges is, amit az alábbi példa is igazol.

A Nagy-Britanniai Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS) felmérése szerint 2018-ban a páciensek összesen 15,4 millió alkalommal nem jelentek meg a számukra lefoglalt vagy felírt orvosi kezelésen vagy vizsgálaton (ez az összes kezelés 5%-a), ez pedig összesen 216 millió font plusz kiadást jelentett, valamint, 1,2 millió elvesztegetett órát az orvosok idejéből (13). Ehhez hozzá kell tennünk, hogy nem ismert okokból a vizsgálatok további 5%-a maradt el, és valószínűleg ezek is túlnyomórészt a páciensek hibájából (14). Ugyanakkor aggasztóbbak azok a hibák, amelyek részben mindkét félt terhelik, és visszavezethetők a nem megfelelő orvos–beteg kommunikációra. Egy 2014-es felmérés alapján az elkerülhető orvosi hibák költsége évente legalább 1 milliárd font, de mindent összevetve, számolva a következményekkel, elérheti a 2,5 milliárd fontot. Az ilyen hibák közül első helyen a nem megfelelő gyógyszerelés áll. Az elkerülhető kórházi kezelések 5–8%-ának oka, hogy a betegek egyáltalán nem szedték be a nekik felírt gyógyszereket, mivel nem kaptak megfelelő utasításokat – ök pedig nem kértek vissza (15).

Ennél még nagyobb akadályt jelent az, ha a beteg nem működik együtt az orvossal. A beteg önrendelkezési joga alapján, miután tájékoztatást kapott betegségéről és a várható kezelésekről, akár élhet az ellátás visszautasításának jogával is, amely nem egyenlő az

eutanáziával. *Homiczkó* tanulmányában a következők olvashatók: „Minden beteget megillet az önrendelés joga az egészségügyi ellátás igénybevétele során, az önrendelési jogot kizárólag csak törvényben meghatározott esetekben és módon lehet korlátozni. Az önrendelési jog gyakorlása keretében a beteg szabadon döntheti el, hogy kíván-e egészségügyi ellátást igénybe venni, illetve annak során mely beavatkozások elvégzésébe egyezik bele, illetve melyeket utasít vissza. Az önrendelési jog esetében az ellátás visszautasításának joga már önálló betegjogként kerül kiemelésre és szabályozásra, ezzel is jelezve a fontosságát” (16).

Hogy a beteg megkapja a számára megfelelő ellátást, kezelést, fontos tehát, hogy a szakmai alapokra helyezett üzenetet fogadja be és kövesse az orvosi útmutatást. Ebben az orvos–beteg kapcsolatban a kommunikáció megfelelő módszerének kiválasztása, tartalma segít. Elvárás, hogy az orvos–beteg kommunikációban a közlés közérthető, tagolt, részletes, pontos, empatikus, szakmailag és emberileg is hiteles legyen. Ugyanakkor alkalmazkodjon a beteg műveltségéhez, szocializációjához, szóhasználatához, a betegséghez fűződő tájékozottságához. A diagnózis közlésekor adott reakció a betegnél nem feltétlen az iskolai végzettségtől függ, hanem egyéb körülmények is meghatározók lehetnek. Hiszen van olyan eset, amikor felsőfokú végzettségű beteg a szívbetege, vagy a vaszkuláris probléma, akár a rosszindulatú daganatos betegség hallatán olyan nem várt reakciót mutat, ami nem azonosítható iskolázottságával, hanem ekkor az adott helyzet sokkhatása érvényesül. Nagyon különbözőek vagyunk és nagyon változatos reakciókra vagyunk képesek. Nem mindenkinél alkalmazható ugyanaz a stílus, ugyanaz a szótár. Az is leszögezhető, hogy a reggeli, vagy éppen műszak kezdési friss türelem nem egyezik meg a késő délutáni, műszak végi toleranciával. Az ötvenedik beteg után nem mindig valószínűsíthető meg az a törekvés, hogy a kommunikáció higgadt maradjon, bármennyire is ez az elvárás a soron következőtől.

A megfelelő kapcsolat kialakításához, fenntartásához különféle kommunikációs technikák adnak segítséget, amelyekkel áthidalhatók az egyéni problémák, hiányosságok. Kommunikációs továbbképzések, tréningek, bővülő szakirodalom áll rendelkezésére annak, aki fejleszteni szeretné magát, amellett, hogy az orvosi egyetemeken tantárgyként is szerepel az egészségügyben használatos kommunikáció.

A valós, vagy vélt szóbeli tévedések, a nem megfelelő testbeszéd nemtetszést válthatnak ki. Ilyen helyzetekben is meghatározó szerepe van az első találkozáskor szerzett benyomásnak. Gondoljunk például *Nalini Ambady* szociálpszichológus kutatására, amely az első találkozáskor történt benyomás jelentőségét vizsgálta! Ha az orvosnak sikerül a beteg bizalmát megnyernie és kommunikációjában is sikeres, akkor kikerülhetők a konfliktusok, akár a műhibaperek is (17).

Sérül a kommunikáció, ha nem elegendő a tájékoztatás, ha nem pontos a közlés, ha nem érhető a beteg számára, ha nincs mód a félreértések tisztázására, s ha nem megfelelő stílusban történik. Érzékeny kommunikációs területek többek között a diagnózis (diagnózisok) közlése, a hosszan elhúzódó kezelés alatti tájékoztatások, a műtét alatt kialakult kedvezőtlen helyzet közlése, a szövődmények keletkezéséről, halálesetről való értesítés, és nem utolsósorban, ha gyermekkel, vagy éppen magzattal történik baj, vagy állapotromlás.

A beteg – gyermekek esetében a kijelölt hozzátartozó - tájékoztatása során a visszajelzésnek üzenete van. Az elhangzottak kontrollja lehetővé teszi, hogy az esetleges kommunikációs hibák miatt torzult ismeretanyagot javítsuk. A beteggel való kommunikáció során a verbális kommunikációt kísérő nonverbális kommunikáció megnyilvánulásai is jelezhetik a megértés zavarát. „A kommunikáció eloszlása a kutatások eredményeként úgy alakul, hogy 65%-ban a nonverbális jelek mutatkoznak meg a párbeszéd alatt, és mindössze 35%-ban a verbális jelek. Tehát hangsúlyos az üzenet hiteles tartalma mellett, hogy a nonverbális jelek is a hitelességről árulkodjanak” (18).

Az orvos–beteg kommunikációhoz segítséget nyújtanak és erősítik az üzeneteket a beteg-tájékoztató kiadványok, a betegségekről szóló ismertető, a diagnosztikai eljárásokról szóló leírások, a műtéti beavatkozások összefoglalói és nem utolsósorban a jogi vonatkozásokról szóló tájékoztatók. A megfelelő stílus megválasztása, alkalmazása pedig nem csak a másik ember tiszteletére irányul, hanem a kommunikáció hatékonyságában is nagy szerepe van.

Kiemelendő a kommunikáció során a megfelelő környezet biztosítása, továbbá, hogy megfelelő időt kell szánni a betegre. A nem verbális csatornák közül akár a szemkontaktus, testbeszéd, a vokális csatornák, például a hangszín, hanglejtés, hangerő is része a kommunikációnak. A közlés minősége meghatározó, a tagoltság és a közérthetőség is. A természetesnek tűnő tulajdonságoknak is érezhetőnek kell lennie a közlés során, mint például az őszinteség, az empátia, a nyitottság, és megfelelően időzítettnek, aktuálisnak kell lennie az esetleges érintési gesztusoknak, az érintésnek.

A kommunikációs készség a veleszületett adottságokon túl fejleszthető, tanulható és kiemelendő, hogy az egészségügyi kommunikáció során nem lehet sablonokban gondolkodni, hiszen minden esetben egy más helyzettel, más személyiséggel áll szemben az orvos. Ez a kommunikációs helyzet, érzékenysége, összetettsége, sebezhetősége miatt is kiemelt figyelmet kell, hogy kapjon, hiszen egy olyan együttműködésről van szó, amely túlmutat a tudományon, a szakmai ismereteken. Emberi sorsokról, életről szól, a beteg élete válságba, veszélybe került, s ez a helyzet megoldásra vár.

Irodalomjegyzék

1. *Alexander B, Lenhossék M*: Az ember. Testi és lelki élete, egyéni és faji sajátosságai. Athenaeum, Budapest, 1907. 583.
2. *Benedek I*: Hügieia. Az európai orvostudomány története jelesebb doktorok életrajzával. Gondolat, Budapest, 1990. 34–40.
3. *Jacobi J*: C. G. Jung pszichológiája. Animus, Budapest, 2009.
4. *Locke J*: Értekezés az emberi értelemről. I. kötet. Akadémiai, Budapest, 1979. Második könyv, I. fejezet, 2.§
5. *Hobbes Th*: Leviatán. Vagy az egyházi és világi állam formája és hatalma. Kossuth, Budapest, 1999. 83–87.
6. *Pléh Cs*: A lélektan története. Osiris, Budapest, 2010. 292–293.
7. *Homicskó Á O*: Egészségügyi jogi ismeretek, Patrocinium Kiadó Budapest, 2020. 116/4.
8. *Rozsos I, Kollár L, Kiss T, Tantó Zs, Molnár L*: Adatok az alsóvégtag amputáltak rehabilitációs lehetőségeihez. Orv Hetil, 132(37):2045-8. (1991)
9. *Jasmiry B*: Limb loss: The unspoken psychological aspect. J Vasc Nurs, 2016 Dec;34(4):128-130. doi: 10.1016/j.jvn.2016.06.001.
10. *Belon P. H, Vigoda D.F*: Emotional adaptation to limb loss. Phys Med Rehabil Clin N Am 2014 Feb;25(1):53-74. doi: 10.1016/j.pmr.2013.09.010.
11. *Riskó Á*: Bevezetés az onkopszichológiába. Jegyzet. MEK, h. n., é. n. 33. 2019.
12. *Ellman M. S, Fortin A.H*: Benefits of teaching medical students how to communicate with patients having serious illness: comparison of two approaches to experiential, skill-based, and self-reflective learning, Yale J Biol Med 2012 Jun;85(2):261-70. Epub 2012 Jun 25.
13. <https://www.england.nhs.uk/2019/01/missed-gp-appointments-costing-nhs-millions/>
14. [https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/appointments-in-general-practice/december-2018,](https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/appointments-in-general-practice/december-2018)
15. *Torjesen I*: Medication errors cost the NHS up to £2,5bn a year. The Pharmaceutical Journal, Volume 293. (2014) No 7834. <https://www.pharmaceutical-journal.com/news-and-analysis/medication-errors-cost-the-nhs-up-to-25bn-a-year/20066893.article?firstPass=false>
16. *Homicskó Á. O*: Az egészségügyi ellátás visszautasításának jogának vizsgálata a magyar egészségügyi ellátásban (GI, 2022/3-4., 155-165. o.) | Szakcikk Adatbázis (szakcikkadatbazis.hu)
17. *Nalini A, Skowronski J.J*, eds. First Impressions. New York: Guilford, 2008. Print.
18. *Forgó S*: A kommunikációelmélet alapjai. EKF, Eger, 2011. 128.

Balogh Andrea Johanna
balogh.andrea.johanna@gmail.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**

Kivándorolt és itthon maradt kollégáink sikerei

I. rész

BIHARI IMRE, BARTOS GÁBOR†

*Élni annyi, mint bizonyos lehetőségek között habozni,
élni annyi, mint végzetesen erősnek érezni
magunkat a szabadság gyakorlására,
élni annyi, mint megválasztani, hogy mivé legyünk a világban...*

*Eszterházy Péter
(író, 1950-2016)*

Bevezetés

Külföldre szakadt hazánkfiak c. cikkünk (1), valamint korábbi közléseink (2-9) összevetésével azt vesszük észre, hogy több külföldre kivándorolt magyar kolléga, olyan szakmai világsikert és nemzetközi megbecsülést ért el, amelyet itthonról szinte lehetetlen elérni vagy akár csak megközelíteni is. *Bartos Gábor* nevével fémjelzett történeti munkáink azonban éppen azt mutatták, mennyire magas szintű, innovatív betegellátó és tudományos tevékenységet folytattak elődeink itt, Magyarországon (2-9). Vagyis az itthon maradtak hasonló erőfeszítése és innovatív munkája kisebb eredményt hozott és kevesebb visszhangot váltott ki, mint a kivándoroltaké. Ez persze nem mindenkire vonatkozik.

Felkeltette érdeklődésünket, mi az ami más, kedvezőbb, vagy éppen hátrányosabb a külföldön alkotó, angiológiával és érsebészettel foglalkozó klinikusok és tudósok számára, mint itthon. Melyek a lényeges, vagy csak érdekes eltérések, vagy ellentmondások, egyáltalán milyen gondolatok merülnek fel ezzel kapcsolatban - ezeket igyekeztünk az alábbiakban összegyűjteni és elemezni.

Tudjuk, hogy a magyar nép számos tekintetben nagyon tehetséges, ennek ékes bizonyítéka számos, idegenbe szakadt hazánkfiának kiemelkedő sikere. A külföldön és itthon dolgozó kollégák tevékenységének és eredményeinek összevetése, a *kiegészés és a rendszerváltás* közötti időszak kivándorlásának főbb *mozgatórugói és tapasztalatai* lesznek tehát jelen dolgozatunk témái. Mi készítetett egyes kollégákat, hogy ezt a gyönyörű, a földrés egyik legszebb részén fekvő, kellemes éghajlatú, barátságos embereket összegyűjtő országot elhagyják? Megérte-e és miért?

Jól jellemzi a jelen munka alap gondolatát az a történet, amelyet még jóval a rendszerváltás előtt élt át az egyik szerző. Egy atomfizikai témájú doktori disszertáció védésén hangzott el az egyik opponens véleménye, mely a jelenségre kitűnő magyarázatot ad: az adott disszertáció nem egyetlen dolgozat, hanem kettő. Az eredmények jelentős tudományos értékűek, de ezek eléréséhez a jelöltnek az ehhez szükséges *műszereket is meg kellett alkotnia*, ami szintén doktori disszertáció értékű. Amint ez a hazai érsebészeti történetét feldolgozó könyv számos fejezetében olvasható, érsebészeti fejlődésében ez hasonlóan történt. Angiológiával és érsebészettel foglalkozó elődeinknek nem csak a hazai érprotézis ismételt kidolgozása, hanem egyéb eszközök újra alkotása is feladata volt.



1. ábra. Egy évszázaddal ezelőtti kelet-európai kivándorlók megérkeznek Amerikába.

Szaktudományunk orvos-tudósainak rendszerváltás előtti több mint száz éves munkássága, a magyarok tehetségének értékelése jelen közlésünk tárgya, csakúgy, mint *Czeizel Endre* (1935-2015) tudományos elemzéseinek (10-13). Azért követjük a czeizeli gondolatokat, mert az ő munkásságából, írásaiból árad a magyarság szellemi értékeinek legnagyobb megbecsülése, sajnálatos módon erőteljesebben, mint legtöbb politikusunk tevékenységéből. A továbbiakban tehát elsősorban, de nem kizárólag a *Czeizel* által értékelt szempontok szerint elemezzük ezeket az alig körül határolt csoportoknak, vagyis a kivándoroltaknak és itthon alkotóknak az életét és tudományos teljesítményét. Van ugyanis néhány körülmény, amelyeket *Czeizel* idézett munkáiban kimerítően leírt, azonban értékelésünkben kimaradtak, mivel nem minden vonatkozásban álltak rendelkezésre adatok a szélesebb körű elemzéshez.

Értékelésünk tárgya tehát két olyan csoport, amelyek korábbi munkáinkban szerepeltek, akkor még nem is sejtve, hogy később egy összehasonlító feldolgozás alanyai lesznek. A külföldiek csoportját, a korábban ezzel foglalkozó cikkünk alapján állítottuk össze (1), kiegészítve a nemrég elhunyt *Robicsek Ferenc*cel, akinek az extracranialis vascularis kórképekről írt és szerkesztett könyve képezi a bevilágítás alapját (14). Rajta kívül még *Ullmann Imre* került be, aki a Nobel-díjas *Alexis Carel*t megelőzően végzett úttörő szervátültetési kísérleteket, melynek során, első magyarként magnézium gyűrűs éranastomosist alkalmazott (15). A külföldön dolgozók névsora végül, gyakrabban használt nevük szerint, a következő képpen alakult: *Peter Conrad, Déri György, John Dormándy, Főrizs Zoltán, Földi Mihály, Gloviczki Péter, Keresztury Gábor, Pedro-Pablo Komlós, Kubik István, Löblovics Iván, Gabor Nobl, Robicsek Ferenc, Sömjén György, Szentgyörgyi Albert, Emerick Szilágyi, Géza de Takats, Ullmann Imre, Várady Zoltán és Várnagy Róbert*. Az itthon sikeres kollégák nevét vonatkozó közleményeinkben találják (2-9).

Általános tapasztalatok

A kivándorlás gondolata, a jobb élet reményében, a Kiegyezést követően épült be a magyar, de mondhatjuk a Kelet-Európai köztudatba (1. ábra). A századfordulót követően íródott Csárdáskirálynő c. operettben a következő dalt hallhatjuk: *‘Túl az Óperencián boldogok leszünk, / Túl az Óperencián csókra éhezünk, / Túl az Óperencián lesz mesés tanyánk, / Túl az Óperencián fészek vár reánk!’* (Kálmán Imre, Gábor Andor, Kellér Dezső). Ez az álom azóta is kísért minket.

A valóság azonban nem ennyire mesés. Kezdeti nehézségekkel minden kivándorlónak szembe kell néznie. Rendszerint lakás, jövedelem, helyi ismeretek nélkül érkeznek. Otthon hagytak rokonokat, állást, munkatársakat és gondokat. Amíg a környezetet, szomszédokat nem ismerik, elszigetelten élnek. Jól előkészített esetben egy rokon, barát vagy ismerős ad útbaigazítást. A nyelvet olyan szinten és tájszólásban kell elsajátítani, hogy az a

kommunikációra alkalmas legyen. Mások a szokások és a viselkedési elvárások. Az orvosi munkakör folytatása szerencsés esetben csak iratok bemutatását igényli, de több EU-n kívüli országban további tanulmányokat és újabb vizsgákat követelnek. Új gyógyszerneveket és eljárásokat, kezelési szokásokat kell megtanulni. Gyakori, hogy egy már tanulmányúton megismert környezetbe kerül a kivándorló, ami kiemelkedő segítséget jelent (16, 17, 18).

A kérdés tehát egyrészt az, melyek a nyugati világ titkai, másrészt, hogyan hatottak ezek külföldre szakadt hazánkfiakra? Csak a pénzről lenne szó? Nem igazán tudományos szintű értékelésünket és összehasonlításainkat a következő, egymással csak lazán összefüggő témákban tettük.

Ki, milyen életkorban vándorolt ki?

A kivándorló életkora meghatározó. Erről általában azt lehet mondani, minél hamarabb történik, annál kevesebb nehézséggel kell szembenézni. *Popper* szerint az ember komoly lelki sérülés nélkül nem átültethető, vagy talán még serdülő kor előtt (19). *Czeizel* a kivándorlás ideális időpontját közvetlenül a középiskola befejezése utánra teszi. Véleménye szerint a hazai középiskolák kiemelkedően jók voltak (10). A középiskolai rendszer alapjait *Kármán Mór* vetette meg, még a XIX. század második felében. *Klébelsberg* az általános iskolák kiterjedt építésében és az analfabetizmus elleni küzdelemben volt sikeres. Az egyetemi oktatás színvonalának emelése érdekében ugyancsak rendkívül sokat tett.

A hazai középiskolák előnyeinek kihasználása után, az időben kivándoroltak egyetemi éveit, akarva-akaratlanul a kapcsolatépítés jegyében telnek. Elsősorban a kollégák irányába, de ugyanúgy az intézetek és klinikák oktatói felé is. Ennek hiányát nehéz ledolgozni, hiszen emberi tulajdonságunk, hogy az ismert kollégával szívesebben dolgozunk együtt, mint egy ismeretlen, esetleg más kultúrából érkezettel. Mondhatjuk, hogy az egyetemi időszakot tekinthetjük fordulópontnak, vagyis ezt követően a beilleszkedés, az életkor előre haladtával egyre nehezebb és embert próbálóbb. Természetesen a már megszerzett diplomával érkezőnek bizonyos tekintetben jobb a pozíciója, ez a választás is előnyös. A következő lépcsőfok, ha a kivándorló a szakvizsgát is itthon szerzi meg, ennek is meg lehetnek az előnyei.

Kivándorlóink közül *Nobl Gábort, Ullmann Imrét* és *Emerick Szilágyit* találtuk, akiknek kivándorlási ideje, a czeizeli kritérium szerinti ideális időpontra tehető. Meglepően sokan, összesen az említett 19 név közül 12-en, több-kevesebb időt az itthoni egészségügyben töltöttek el, szerezték meg gyakorlatukat, vagy jutottak a ranglétra magas fokára. Nemcsak *Szentgyörgyi*, de *Földi* is már tanszékvezető egyetemi tanárként távozott, *Keresztury* és *Löblovics* kórházi osztályvezető főorvos volt, *Gloviczki* és *Robicsek* az ország egyik legjobb egyetemi klinikáján dolgoztak. A többség tehát már kiképzett szakorvosként vagy vezetőként távozott. Ez a leginkább *elgondolkoztató és meglepő*. Négyen vannak, akik tanulmányaikat kezdettől kint végezték, ők csak a képességeket vitték magukkal.

A távozás oka

Ezt pontosan nem ismerjük, de általánosságban elmondható, hogy *vonzó és taszító erők* játszanak ebben szerepet (16). A nyugati világ magasabb életszínvonala, a jobb munkalehetőségek mindig csábítóak voltak, de csak kevesen döntöttek ennek hatására: *Géza de Takats-ot* körülményeinek ellehetetlenülése készítetett arra, hogy új hazát keressen (1), *Gloviczkit* a Mayo Klinika vonzotta (17), *Szentgyörgyi* a megfelelő kutatási lehetőségek miatt távozott külföldi tudományos műhelyekbe (20). A kutatók szívesen vándorolnak jelentős tudományos eredményeket felmutató intézményekbe, gyakran csak átmenetileg, és azután tovább, újabb kutató helyekre. Ez azonban ritkán elegendő hajtóerő a haza végleges elhagyására. A *taszító erőkben* mi bővelkedtünk, hiszen országunkban az utóbbi, több mint száz esztendő az emberi tragédiákkal átszőtt rendszerváltások időszaka volt, amelyek általánosságban a munkaképes és tanult emberek elvándorlását, az ország szellemi és szakember színvonalának hol pótolható, máskor jelentős űrt hagyó elszegényedését vonták maguk után (18). Ez a távozás, esetenként tömeges, több százezres kivándorlási hullámot jelentett (2. ábra). *Ady* ezt így fogalmazta meg: *Még magasról nézvést / Megvolna az ország, / Werbőczy-utódok / Foldozzák, toldozzák. / A Föld nem tud futni, / Csak a Földnek népe / S ezer Kinizsi sem / Térülhet elébe* (Úlj törvényt Werbőczy, részlet, 1914). A taszító erő, a távozás kényszere, esetenként olyan erős és visszavonhatatlan volt, hogy rosszabb kinti körülmények esetén is vállalni kényszerültek.

Szerencse vagy megfontolt döntés?

Szinte megszámlálhatatlan döntési helyzet adódik egy életben. Egyszer mi döntünk, máskor sodródunk, vagy adódik a megoldás, vagyis vannak tőlünk független folyamatok is, tehát nem tudunk mindent befolyásolni. Meghatározóak a *gének*, azonban ezek is véletlenszerűen, egyes tulajdonságokat tekintve inkább az apaiak, másokat tekintve pedig az anyaiak dominálnak, vagy korábbi ősök tulajdonságai kerülnek felszínre.

Fontos az *oktatás*, amelyet gyerekként még nem mi, hanem szüleink jelölnek ki. A gimnázium megválasztásában is jelentős szerepük van. Az *egyetem* kiválasztása már rendszerint a mi döntésünk. Érdekes az *első munkahely* véletlenszerűsége, majd meghatározó szerepe. *Semmelweis* azért lett szülész, mert a belgyógyászati klinikán nem volt üres állás. *Békésy György* egyetem utáni álláskérélmét előbb a Zeiss, majd az Egyesült Izzó utasította el, így került a Posta Kísérleti Állomására, ahol a telefonvonalak témakörében dolgozott. Így került kapcsolatba a hallás kutatásával, amelyért 1961-ben orvosi Nobel-díjjal tüntették ki.



2. ábra. Tömeges kivándorlás 1956-ban.

Természetesen a túlélés alapvetően fontos a sikerhez. *Békássy Ferenc*, a magyar irodalom legnagyobb reménysége 22 évesen, sokat ígérő alkotások után, az I. Világháborúban vesztette életét (10, 21). *Szentgyörgyi* több alkalommal volt életveszélyben és csak a szerencsének köszönhető, hogy életben maradt (20). *Kuffler István* a két világháború között kényszerült hazáját elhagyni, előbb Angliába, majd Ausztráliába, később az Egyesült Államokba ment. Témája az agy kutatás, ezen belül a látás létrejöttének idegi háttere volt. Ez a munkásság alapvetően változtatta meg ismereteinket, ezért 1981-ben az eredmény ki is érdemelte a Nobel-díjat. Sajnálatos módon azonban *Kuffler* 1980-ban szívrohamban meghalt, a díjat két tanítványa vehette át (22).

Vagyis nem könnyű megfogalmazni, mit nevezünk szerencsének. Vajon szerencse-e az atombomba megalkotása, amely néhány Amerikában dolgozó tudósunk karrerjének része. Vagy említhetnénk *Karikó Katalin* Nobel-díja szempontjából a Covidot, amely végül a világhírnevet hozta meg számára, de ő erre csak ennyit mondott: bárcsak ne lett volna!

Kivándorolt kollégáink neme

Idézett cikkünkben (1) minden külföldön sikeres kollégánk férfi. Nem valószínű, hogy ennek általában a női nem alacsonyabb képzettsége vagy szellemi színvonala lenne a magyarázata, hiszen számos országban, így hazánkban is az orvosok fele nő (23). Itthon vezető szerepet visznek az orvosnők, szakmánkban kiemelkedően pl. *Daróczy Judit*, *Farkas Katalin*, *Meskö Éva*, *Dósa Edit*, *Varga Eszter* és *Riba Mária*. A tudósokat nézve, *Czeizel* könyvének mind a 26 tudósa férfi (12). A mintegy 52 kivándorolt kiválóságunk sorsát bemutató, *Hargittai István* és *Hargittai Balázs* által írott könyvben csak 7 nő szerepel (22). Ezt az arányt most *Karikó Katalin* Nobel-díja jelentősen javítja.

A nők közismerten többszörös terhei tudatában tiszteletre méltó az orvosi hivatás választása. Az ókori feljegyzések tanuskodnak női orvosokról. A középkorban azonban ezt a nők számára kézenfekvő hivatást nem engedték gyakorolni. A liberális nyugati szellem csak lassan tört be hazánkba. Előbb a külföldi diplomát ismerték

el (*Hugonnai Vilma*), majd 1900-ban felavatták *Steinberger Sárát*, az első, hazánkban, budapesten végzett orvosnőt. Az első a szülészet-nőgyógyászat gyakorlását választották. Érdekes, hogy a nők gyengébb fizikai és szellemi képességére hivatkozva *Madách Imre* volt a konzervatív álláspont egyik fő képviselője (24).

Kutatók esetében ugyancsak számításba kell venni a fenti szempontokat. Ezen kívül még azt is, hogy az eredményes kutató álhatatos, önkritikus, célorientált, stressz-tűrő és önfeláldozó. Mindezen tulajdonságokat megtaláljuk a nőkben is, mégis a társadalom inkább a férfiakra jellemzőeknek tartja. Ez talán egyeseket ösztönösen is visszafog a kutatói pályától (25)

Életkor

A külföldön sikeres kollégák jelentősen hosszabb életet éltek, mint az itthon sikeresek. *Géza de Takats* és *Szentgyörgyi* 93, *Robiczek* 95, *Földi* 98, *Szilágyi* 99 évet élt. Kiszámoltuk a külföldön sikeres kollégáink közül elhunytak átlagos élettartamát. Vagyis annak a 10 főnek, akik ide tartoznak, élettartamuk átlaga 87,8 évnél bizonyult. Másik cikkünk, a "Kik rakták le a magyarországi klinikai ütőeres sebészet alapjait?" c. dolgozat alapján, a hasonló időszakban született, itthon sikeres kollégák életkorának átlagát számítottuk ki, ugyancsak 10 elhunyt alapján. Az ő életkori átlaguk 71.2 év. A 80 évet csak ketten, míg a külföldiek közül a 90-et 5-en is megélték. Az ennek alapján kiszámolt 16,6 éves különbségnek valódi okát nem tudjuk. A jelentős eltérés esetleges beavogatási hibáját korrigálandó, további történeti munkáinkban szereplő neveket kerestünk. Következő hasonló témájú, hazai sikeres érsebészeket bemutató cikkünk a nagy elődök utáni időszakot és egyéniségeket öleli fel (3), akik közül egyedül *Nemes Attilát* (81 év) vesztítettük el és vettük bele a feldolgozásba. A belgyógyász angiológusok közül *Bugár-Mészáros Károly* (89 év), a phlebológusok közül *Radó György* (80 év), *Monos Emil* (84 év) és *Tasnádi Géza* (82 év) életkorát tudtuk feldolgozni. Ezzel a kiegészítéssel az átlag életkor 74,7 év, a különbség csak (!) 13,1 év.

Czeizel hasonló megfigyelést tett a külföldön és itthon elhunyt, más témakörben dolgozó tudósok élettartama közötti különbséggel kapcsolatban. Felmérésében ez 19,1 év volt (12).

Az okok vonatkozásában csak feltételezések vannak, hiszen mind az itthoniak mind a külföldön dolgozók egészségtudatosan éltek. Vagyis a kérdés két oldalát lehet megvizsgálni, mit tettek ennek érdekében és mit nem tettek a káros hatások elkerülésére. Kevesen dohányoztak, kerültek a mértéktelen alkohol fogyasztást. Fontos lehetett azonban a stresszesebb itthoni életmód, amelyet nehéz mérni és meghatározni. Nem tudjuk mennyiben figyeltek oda a testsúlyukra, amelynek ugyancsak jelentős befolyása van az életkilátásokra. A legexponáltabb évtizedek az itthoni szocializmus időszakára esnek, amikor az egészségügy magas színvonalú és könnyen elérhető volt,

de a legújabb kardio-vaszkuláris szemléletek és gyógyszerek a vasfüggönyön csak lassan jutottak át. *Czeizel* feltételezése szerint az igazán kiemelkedőek kivételes kinti, egészségügyi ellátása adja a különbséget (12). A hazai egészségügy azonban sohasem büszkélkedhetett hosszú életkilátásokkal. *Fodor József* a Tudományos Akadémia 1885. évi közgyűlésén ismertette, hogy az orvosok élettartama átlag 55,0 év, míg Franciaországban ugyanez 19.1 évvel több. A magyar tudósok akkor átlag 51.5 évig, míg a legtovább a főpapok 67,2 évig éltek. Talán *Ady* sorai érvényesek: *Ki magyar tájon nagy sorsra vágyik, / Lalla lalla / Rokkanva ér el az éjszakáig* (Ének a porban, részlet, 1906)

Hová mentek?

Érdemes néhány szót szólni arról, hogy az emigránsok merre indultak és hol kötöttek ki. Ez különösen abban az összehasonlításban érdekes, hogy a műszaki érdeklődésűek más útvonalon indultak, mint azok, akiket az orvosi-biológiai téma érdekelt. Természetesen a különböző időszakok kivándorlási hullámai ebben a vonatkozásban eltérőek voltak.

Az orvosok többnyire azonnal egy adott országba mentek és ott is maradtak. Németországba 5, USA-ba 4, Ausztriába 3, Ausztráliába 2, Angliába 1, Braziliába 1, Venezuelába 1, Svájcba 1 koléga ment a fent felsoroltak közül.

Ami érdekes és meglepő, hogy a vesztes I. Világháború után kivándorló, műszaki érdeklődésűek többsége egy más, speciális útvonalat járt be. Ők általában a Numerus clausus miatt, tanulási lehetőséget keresve vándoroltak ki, és elsősorban Németországba mentek (*Gábor Dénes, Jánossy Lajos, Kármán Tódor, Lánzos Kornél, Neumann János, Szilárd Leo, Teller Ede, Wigner Jenő stb.*). Abban az időben ugyanis a német egyetemeken kiemelkedően magas színvonalú oktatást és szabad szellemet nyújtottak. Ugyanakkor ott a közelgő fasizmusnak még érezhető hatása nem volt, míg Magyarországon a Fehér terror és a Numerus clausus képében már vészjóslóan megjelent. Jóval később, amikor *Hitler* hatalomra került (1933) akkor kényszerültek tovább vándorolni, hazájukat többségük végleg elhagyta, és elsősorban az Egyesült Államokba vagy Angliába emigráltak.

Magyarországon élők génjei

Czeizel szerint a Magyarországon élők génjei nagyon gyakran kitűnő képességeket rejtnek. Véleménye szerint az utóbbi évszázadok során nálunk 10 tehetséges emberből 9 elkallódott (10). Ez nyilván igaz, ha arra gondolunk, mennyi, itthonról kivándorolt honfitársunk lett kedvezőbb körülmények között nemzetközileg elismert és sikeres, akár a tudományos életben, az iparban, a művészetekben vagy a gazdaságban. A Nobel-díj nyertesek vonatkozásában Magyarország a 4. legnagyobb exportőr, míg az Egyesült Államok a legnagyobb importőr (26).

Mindezek alapján úgy tűnik, hogy az *anyagi lehetőségeknek* legalább akkora jelentősége van, mint a magunkkal hozott képességeknek, az oktatásnak és a szorgalomnak együtt. Illusztrációként hadd álljon itt egy orvosok körében kevésbé ismert életrajz, *Andrew Grove-é*, aki 1956-ban *Gróf András* néven, egy fillér és nyelvtudás nélkül vándorolt ki az Egyesült Államokba. Ott évfolyam elsőként kémikus lett és félévezetőkkel kezdett foglalkozni. Az *Intel* vezérigazgatója és az egész félévezető iparág egyik megalapítója, a szilíciumvölgy egyik legnagyobb alakja lett. Mind *Steve Jobs*, mind *Bill Gates* egyik mesterének tartotta. Nem valószínű, hogy ekkora nemzetközi sikert itthonról elérhetett volna. Tehát a génekben rejlő adottságok, csak megfelelő lehetőségek esetén mutatják meg magukat (27).



3. ábra. Akit megszárdított a nyugat vonzása (Orosz István grafikája a művész engedélyével)

Melyek a külföldi előnyök

Nyilván ide tartozik a magasabb fizetés, a színvonalasabb munka körülmények és a paraszolvencia szükségtelensége, de legfőképpen a kutató munkához elengedhetetlen anyagi, tárgyi és mentorálási lehetőségek megléte. Ezek a tényezők itthon is változtak. Egyelőre azonban marad a kinti jobb felszereltség, a jelentős egészségügyi költségvetés, a több segítő asszisztens, a nagyobb megbecsülés és a munkahelyi, a költségvetési, valamint a politikai stabilitás és kiszámíthatóság. Ezen kívül jó esetben egy jól együttműködő, segítő, nagy hírű vezető és team, valamint az adott ország vagy szakmai társaság nagyobb respektje, amelyek a könnyebb közlés és nemzetközi előrelépés feltételei (3. ábra). Míg egy szegényebb országban a szűkebb kutatási költségvetés miatt a rivalizálás, egymás, vagy a tehetségesebb beosztott előrelépésének nehezítése is gyakoribb. *Ady* ezt így fogalmazta meg: *Mocsaras rónán bércekre vágvtam / Egy kis halomig hozott a lábam* (Ének a porban, 1906). Ugyanakkor érdemes hangsúlyozni, hogy a nyugati világban is embert próbáló versengés van, de van miért (25, 28).

Egyik korábbi cikkünk a hazai eredményeket nemzetközi összehasonlításba helyezte és bemutatta milyen sokan lettek volna érdemesek nagyobb nemzetközi elismerésre (7, 8). Mondhatjuk úgy is *Barabási Albert László* szellemében, hogy más a hálózat kint, mint itthon (29).

Társadalmi megbecsülés

Az orvosok és az egészségügy társadalmi megbecsülése itthon kimagaslóan jó. Sokkal jobb, mint egy évszázaddal korábban, és jobb mint a szakma politikai megbecsülése. Amikor az orvosok jövedelme nem volt arányban teljesítményükkel, akkor azt a társadalom, vagyis a betegek

pótolták. Azonban a kutatóknak sem társadalmi, sem politikai, sem anyagi megbecsülése nem volt megfelelő. Ők profitáltak a legtöbbet Magyarország elhagyásából. Néhány orvos vagy orvos-tudós itthon is jelentős eredményeket és pozíciókat ért el, és komoly hírnévre tett szert, azonban a *kutatók kinti teljesítménye* és elismertsége ezt messze meghaladta. A különböző orvosi szakokon belül is voltak különbségek az emigrációból származó előnyöket tekintve. Különösen a tudományos feldolgozásokban, publikációkban résztvevők váltak elismertté.

A társadalmi megbecsülés elsősorban az alapkutatásokhoz szükséges, amelyek céljait a nagyközönség első látásra, sőt gyakran még később sem érti (18, 26). Hiszen hányan tudják azt mit is jelent az mRNS? Vagy ki törli a fejét napi munkája közben azon, hogy hogyan telne az idő, ha ő éppen egy 300 000 km/sec sebességű vonaton ülne?

Sajnálatos, hogy hazánkban a kisebb társadalmi megbecsülés jele volt és maradt az oktatásra és az egészségügyi kutatásra fordított szűkös anyagi háttér. Ennek következménye, hogy számos kiváló, tanult honfitársunk hazát váltott és ennek segítségével lett sikeres. Gondolhatunk akár új Nobel-díjasainkra *Karikó Katalinra* és *Krausz Ferenc*re is.

Az utóbbi mintegy százötven évet áttekintve kevés olyan korszak volt, amelyek segítették a kiváló képességű embereket. Visszatekintve jól látható, hogy a Kiegyezés és az I. Világháború közötti időszak volt ennek az időszaknak a legsikeresebb periódusa. Ekkor épült fel a mai Budapest és ekkor születtek és eszméltek azok az emberek, akik a legtöbb dicsőséget hozták ennek a nemzetnek (30). Sajnálatos, hogy a siker beteljesülése a nyugati országokban jött létre.

Az I. Világháborút már rendre olyan politikai korszakok követték, ahol a párthűség fontosabb volt, mint a tehetség és a tudás.

Szorgalom

Ha a különböző tényezők jelen vannak, a magasabb szintek elérése a befektetett energián, ezzel együtt számos lemondáson és a szorgalmon múlt (17, 25, 31). Erre különben éppúgy szükség van, mint itthon. Sőt, úgy tűnik Nyugaton sokkal inkább a teljesítmény számít, mint a munkaóra. Az a kevés aktív korú visszavándorló, aki inkább az itthoni életet választotta, szempontként említette, hogy elsősorban az USA -ban, nincs az embereknek szabadideje, állandóan dolgozniuk kell (28).

Mindazok, akik sikeresek lettek, nagyon fontosnak tekintették kutató-gyógyító munkájukat - szinte megszállottként dolgoztak. Rendszerint többet, mint munkatársaik.

Robicsék úgy fogalmazott, az alkalmasság legegyszerűbb demonstrálása, ha háromszor annyit dolgozik valaki, mint a munkatársai. Ezt tette *Gloviczki* is, aki 15 év sebész-képzést csinált végig (17). A kivándorlók mind bizonyítani akartak.

Az USA légierőjének főkonstruktőréről, *Kármán Tódorról*, teljesítményei alapján úgy vélték mintha naponta több mint 24 órát dolgozott volna. Ami viszont hihető, hogy *Neumann János*, többek között a számítógép, a kvantumelmélet és az atombomba matematikai hátterének kidolgozója, éjjel 2 és hajnali 6 között, tehát mindössze 4 órát aludt, a nap többi részében dolgozott (12). A következő generációk már bennszülöttnek tekintették magukat, ritkán voltak olyan szorgalmasak, mint szüleik, nekik már nem kellett bizonyítaniuk (32).

A tudósok házassági és gyermekvállalási hajlandósága az átlag népesség alatt maradt. Az ő szerelmük a tudomány volt, magánéletük háttérbe szorult (10). Az orvosok esetében ez nem volt ennyire szélsőséges. Az általunk áttekintett, kivándorolt orvosok közül nem mindenkiről áll rendelkezésre megfelelő információ, csak egyről tudjuk biztosan, hogy agglegény maradt és nincs gyermeke.

A team

Ne felejtjük el, hogy mind a tudományos kutatás, mind a gyógyítás *ma már csapatmunka*. Magyarország egy kis ország, ahol egy-egy szűk, tudományos témakörben nem tud összejönni egy megfelelő színvonalú team. Az eredményes kutatás tehát nagy országot, ennek megfelelően nagy költségvetést és sok kutató összedolgozását igényli. Egy nagy, sok kutatót foglalkoztató projektnek a hatása is nagy lesz, gondoljunk pl. a Human Genom projektre. Ez a csapatmunka az *internet világában* már nem ismer határokat, bármelyik országból be lehet csatlakozni. Ennek persze van egy olyan hatása is, hogy az adott kutató, aki a magasabb fizetésért, jobb körülmények között dolgozó kollégájával azonos színvonalon vesz részt a projektben, úgy gondolja, miért ne élhetne és kutathatna, gyógyíthatna ő is azon a színvonalon, magasabb szintű tudományos atmoszférában. Ennek következménye, hogy ő is változtat, és külföldön folytatja eddigi munkáját. Tehát úgy tűnik, ez a fajta team munka inkább előmozdítja az un. agyelszívás jelenségét, mintsem, hogy itthon tartaná a kutatókat (29, 33).

Az érbetegek ellátása is belgyógyász-sebész-invazív radiológus együttműködését igényli. Tehát a beteg már nem egy nagy hírű orvos tudása által, hanem egy jól működő team megfelelő együttműködése révén tud a leghatékonyabban meggyógyulni. A jelenleg hazánkban népszerű magánrendelések és magánklinikák teljesítőképességének éppen a teamek hiánya szab határt.

A siker szintjei

A siker *magasabb szintjének* reális elérése azonban, valóban csak fejlett nyugati országokból reális. Erre utal az is, hogy mindazok, akik kivándoroltak, *itthon már jelentős*

sikereket mondhattak magukénak, vagyis eljutottak addig, ameddig itthonról lehetséges, tovább lépni azonban már csak külföldön tudtak. *Földi* már tanszékvezető egyetemi tanár volt, amikor kivándorolt és lett szakmájának legelismertebb képviselője. *Czeizel* szintén elért mindent, amit itthon el lehetett érni, aki ennél többre vágyik, annak tényleg ki kell vándorolnia, ezt fejtegette ő is.

Itthon számos olyan kolléga van, akik egy-egy előadás kapcsán a világ számos városában megfordultak, elismerésben részesültek, sikeres nemzetközi kongresszusokat szerveztek és vezettek. Azonban olyan meghatározó pozíciót Magyarországról nem lehet elérni, mint amelyet néhány kivándorolt kollégánk elért. Hiszen a már említett *Földi Mihály* lett a lymphológia legfőbb tekintélye, a vonatkozó társaság és a kongresszusok rendszeres elnöke vagy tiszteletbeli meghívottja, akinek szavát nem volt ki megfellebbeznie. Hasonló pozíciót ért el *Gábor Nobl*, *Géza de Takáts*, *Szentgyörgyi Albert*, *Emerick Szilágyi*, *John Dormándy* és végül, de nem utolsó sorban *Gloviczki Péter*. Olyan magasságokba emelkedtek, amelyekbe csak tehetséggel, kitartó, kemény munkával, stabil, alkotói légkörben és megfelelő, tekintélyes, kinti kollégák és teamek támogatásával lehet eljutni (29). A képesség itthon is meg lenne, de az nem elég! Úgy tűnik tehát, hogy csak külföldről lehet olyan szintű, országokon átívelő sikereket elérni, amelyekről az igazán ambiciózus emberek álmodnak. Ezzel szemben persze nem mindenkinek célja, hogy szülőföldjét elhagyja és életét valamely szűk téma fejlesztésére tegye fel, és az sem biztos, hogy a számos tekintetben lemondást igénylő munka mindenki számára célt és egy boldogabb életet jelent, és végül a kívánt eredményt valóban meghozza.

Vége az első résznek
(Irodalomjegyzék a 2. rész végén)

A következő rész bekezdés címeiből:

Hiányzik-e az országból az, aki kiment? A magyar nyelv használata. Visszatelepedés. Származás. Tanulmányút. Tanulságok.

A WLB Service Kft. 2025 őszén az alábbi

Akkreditált, pontszerző szkleroterápiás képzéseket szervezi

A képzések tanfolyamnak minősülnek, elméleti és gyakorlati jellegűek, ahol bemutató kezelés is megrendezésre kerül.

Mikroszkleroterápiás tanfolyam (alapképzés):

Tanfolyam címe: A pókvénák, seprűvénák, retikuláris erek hatékony kezelési formái - mikroszkleroterápia

Helyszín: Á+B Klinikák

1081 Budapest, Népszínház u 46

Dátum: **2025. november 15 (szombat)** – OFTEX-kódszám: SE-SZTOK/2025.II/00261
(a kurzus az OFTEX portálon 2025 október 25-re van meghirdetve!)

Akkreditációs pont: 16

Szakképesítések: Sebészet, érsebészet, bőrgyógyászat, angiológia, plasztikai sebészet

Díjak: 50.000 Ft / képzés



Habszkleroterápiás képzés (haladó):

Képzés címe: A vénás betegségek kezelése a legkorszerűbb szkleroterápiás módszerekkel (ultrahangvezérelt habszkleroterápia, felülúszó hab, kombinációs kezelések)

Képzés helye: Theta Pest Rendelő 1091 Budapest Vaskapu u. 1

Dátum: **2025. november 8 (szombat)**

Oftex kódszám: SE-SZTOK/2025.II/00295

Szakképesítések: Sebészet, érsebészet, bőrgyógyászat, plasztikai sebészet, angiológia

A képzés díja: 60.000 Ft.

Akkreditációs pont: 16

Jelentkezés illetve további információkért kérjük vegye fel a kapcsolatot **az alábbi kontaktok** valamelyikével, vagy látogasson el az **oftex.hu** weboldalra, ahol megtalálja a képzéseket:

Szmolár Mária: ☎ + 36 20 949 4150

✉ szkleroterapiaskepzes@gmail.com

Labancz Attila: ☎ + 36 30 960 4985

✉ attila.labancz@wlb-service.hu

Az endoluminális visszér kezelés jövője

ELVeS Radial 2ring™ a biolitec®-től

A biolitec® egyedülálló
FUSION® technológiája

Az üvegszál feje vég nem csupán
ragasztva, hanem anyagában
összedolgozva kerül rögzítésre.

Ez a kezelés alatti maximális
biztonságot garantálja.



Az új ELVeS Radial™
lézerszálak:
ELVeS Radial 2ring™
ELVeS Radial slim™



LEONARDO®

Az új high-tech lézer a
minimál invazív kezelésekhez

- BIZTONSÁGOS
- GYENGÉD
- FÁJDALOMMENTES
- HATÉKONY

**biolitec biomedical
technology GmbH**

Otto-Schott-Str. 15
07745 Jena, Germany

További információk:

Tel.: +36 30 660 9450

E-Mail: istvan.patkos@biolitec.com

www.biolitec.com

biolitec®, LEONARDO®, FUSION® and ELVeS® are registered trademarks owned by biolitec.

**bio
LITEC**®
biomedical technology

Dr. Meskó Éva

(1937-2025)

Meskó Éva főorvosnő egyetemi tanulmányait a Budapesti Orvostudományi Egyetemen végezte. 1967-ben belgyógyász, 1983-ban kardiológus szakvizsgát tett, 1998-ban honoris causa angiológus minősítést nyert. 2012-ben elsőként szerezte meg az Európai Angiológiai Szakvizsgát (UEMS/CESMA). A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság mellett számos más társaság alapító vagy vezetőségi tagja. Munkásságát többek között Markuszovszky, Bugár-Mészáros és Pro sanitate díjjal értékelték.

1978-ban nyerte el az orvostudományok kandidátusa minősítést, Magyarországon elsőként kidolgozva a carotis keringési zavarok számítógépes diagnosztikáját.

Orvosi munkáját belgyógyászként az Ózdi Városi kórházban kezdte, majd a Budapesti Róbert Károly körüti kórházban, *Braun Pál* főorvos vezetésével dolgozott, aki hosszú éveket az Orvosi Hetilap szerkesztője is volt és akit, mint tanítómesterét mindig nagy szeretettel emlegetett. Érdeklődése az érbetegellátás felé fordult, és többek között olyan szakemberektől tanult, akik az érbetegségek kezelésének hazai alapítói: *Bugár-Mészáros Károly*, *Soltész Lajos* és *Urai László*.

1979-től 2000-ig a Pest megyei Flór Ferenc kórház Angiológia-kardiológiai profilú belosztályának vezetője. Munkája során, a Pest megyei szakorvosok számára tanfolyamokat szervezett, kialakítva így egy komoly angiológiai hálózatot. Ezzel az országban elsőként szervezte meg egy megye érbetegellátási rendszerét, mely példatértékűvé és követendővé vált az ország egyéb részein dolgozó kollegák számára.

Munkájának fontos részét adta az oktatás. Rendszeres résztvevője volt a *Szegedi János tanár úr* vezette Belgyógyászati Szakmai Kollégium Angiológiai munkacsoportjának (*Ballagi Farkas*, *Farkas Katalin*, *Landi Anna*, *Nádas Iván*, *Járai Zoltán*, *Pécsvárady Zsolt*, *Váczy István*), mely az ország különböző pontjain tartott továbbképzéseket. Több éven keresztül, hétvégeken az országot járva tanították háziorvosok és belgyógyászok számára az akkor még egyetemi oktatás részét nem képező érbetegellátás módszereit.

Az 1990-es évek közepén a Belgyógyászati Szakmai Kollégium létrehozta a „Belgyógyász Angiológia Minősített Orvosa” címet. A vizsgára történő felkészülést segítő, az ország legjobb szakembereit összegyűjtve, hosszú éveken keresztül 1 hetes, nagy sikerű angiológiai előkészítő tanfolyamot szervezett a kistarcsai Flór Ferenc kórházban. Örömmel élte meg, bár csak nyugdíjba vonulása után vált

valóra, hogy szeretett témája, mely kezdetben belgyógyászatra épülő második szakvizsga volt, 2017-ben primer szakvizsga lett.

2000-től a Flór Ferenc Kórház tudományos orvosi igazgatójaként, az országban elsőként, a kórház fiatal orvosai számára rezidens iskolát hozott létre.

Szervezésében kezdődött meg az angiológus szakasszisztens képzés, melynek tankönyvét is szerkesztette.

Számos további, angiológiai tárgyú szakkönyv írója, szerkesztője (Belgyógyászati Angiológia, Vaszkuláris Medicina, Érbetegségekről Mindenkinek, Angiológia), ezek mind a mai napig haszonnal forgathatók.

Munkája volt az élete, nagy energiával, lelkesedéssel végezte, nem ismert lehetetlent. Az angiológia hazai fejlődésének elősegítése volt a fő életcélja. Szorgalma, ügyszeretete mind a betegellátásban, mind az angiológia szervezésében példamutató volt.

Tevékenységének eredményeit, humánumát nem feledjük, szemléletét számos munkatársra, tanítványra, kollégájára viszi tovább.

A Magyar Angiológiai és Érsebészeti Társaság nevében

Dr. Pécsvárady Zsolt



Kongresszusok – rendezvények

Véna és Nyirok Csúcstalálkozó.

2025. szeptember 3-6. Róma, Olaszország

Honlap: www.vwinfoundation.com

ESVS 39. Éves Kongresszusa.

2025. szeptember 23-26. Isztambul, Törökország

Honlap: www.esvs.org

Német Phlebologiai és Lymphlogiai Társaság Éves Kongresszusa.

2025. szeptember 24-27. Salzburg, Ausztria

Honlap: www.dgpl-jahrestagung.de

Európai Vénás Fórum

Gyakorlati Továbbképző Kurzusa (EVF How).

2025. október 2-4. Baden, Svájc

Honlap: www.europeanvenousforum.org

20. Phlebológiai Világkongresszus.

2025. október 8-11. Buenos Aires, Argentína

Honlap: www.uip-phlebology.org

30. Lymphológiai Világkongresszus (ISL).

2025. október 15-19. Antalya Törökország

Honlap: www.isl2025lymphology.org

European College of Phlebology (ECoP) Konferencia.

2025. október 23-25. Belgrád, Szerbia

Honlap: www.ecop2025.org

18. Szentpétervári Vénás Fórum.

2025 november 26-28. Szentpétervár, Moszkovszkije Vorota Hotel, Oroszország

Honlap: www.venousforumspb.org

4. Aténi Kardio-Vasculáris Szimpózium.

2025. november 28-29. Atén, Divani Caravel Hotel, Görögország

Honlap: www.athenscardiovascular.gr

22. Európai Angiológiai Napok (VAS).

2025. november 28-30.

Honlap: www.vas-int.net

14. Münchener Vasculáris Kongresszus.

2025. december 4-5. München Németország

Honlap: www.mac-conference.com

Szkleroterápia és Vénás Abláció kongresszusa.

2026. március 13-14. Bolonya, Olaszország

Honlap: www.sclerotherapy.it

Vénákról Velencében.

2026. április 10-11. NH Laguna Palace Hotel, Venezia, Mestre, Olaszország

Honlap: www.veininvenice.com

Charing Cross Symposium.

2026. április 21-23. London, Egyesült Királyság.

Honlap: www.cxsymposium.com

Ausztrál-Ázsiai Phlebológiai társaság

Tudományos Kongresszusa.

2026. április 24-27. Melbourne, Grand Hyatt Hotel, Ausztrália

Honlap: www.phlebology.com.au

Advanced Vascular Conference.

2026. május 11-13. Frankfurt, Németország, Steingenberg Airport Hotel.

Honlap: www.ave-vasc.com

Nemzetközi Angiológiai Unió (IUA)

32. Világkongresszusa.

2026. május 14-16. Cartagena, Colombia.

Honlap: www.angiology.org

Európai Vénás Fórum 26. Évenkénti Kongresszusa.

2026. június 25-27. Versailles, Franciaország

Honlap: www.europeanvenousforum.org

A Sigvaris Semitransparent 2023-2025 évi divatszíneiben

hot chili



fresh basil



valamennyi
modell
rendelhető.

Várjuk
megrendeléseiket!

salted
caramel



blueberry
dream



Compri-Med Kft.

1062 Budapest, Aradi u. 41.

Nyitva H-Sz-P 10-16 óra között

batka22@t-online.hu

ZORRATEN[®]
EDOXABAN



Az áramlás, ami mozgásban tart.



RICHTER GEDEON

Richter Gedeon Nyrt., székhely: 1103 Budapest, Gyömrői út 19-21., www.gedeonrichter.com

Bővebb információért olvassa el a gyógyszerek alkalmazási előírását!

Mellékhatás / nemkívánatos esemény bejelentése és orvosszakmai kérdés esetén elérhetőség: +36 1 505 7032; medinfo@richter.hu.

Document ID: KEDP/DAFQAL, Lezárás dátuma: 2025.07.01.



Zorraten[®] 30 mg filmtabletta

https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=243308

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2025.03.14.

Teljes ár/ Emelt TB támogatás/Térítési díj: 8892 Ft/6224 Ft/2668 Ft



Zorraten[®] 60 mg filmtabletta

https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis?action=show_details&item=243310

A szöveg ellenőrzésének dátuma: 2025.03.14.

Teljes ár/ Emelt TB támogatás/Térítési díj: 8892 Ft/6224 Ft/2668 Ft