

ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓK
EMLÉKKÖNYV
XXII–XXIII.

Szár, 2023. szeptember 02. és 2024. augusztus 31.

ISBN: ISBN 978-615-02-4052-7

Összeállította: Krupánszki Mihályné

Kiadja:
Szár Községért Baráti Kör
Szár, 2025

A könyv megjelenésének fő támogatói:



ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓK
EMLÉKKÖNYV

XXII.

Az előadásokat összegyűjtötte:

Montz Ferencné

A kötet szerzői:

Kellermayer Miklós

Kajtár Edvárd

Gógl Árpád

Zámolyi Károly

Moderátor:

Temesvári István Péter

A XXII. ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓ ELŐADÁSAI

Kellermayer Miklós, emeritus professzor

„Új helyzet van!”

Kajtár Edvárd, teológianár

„Egyház és világ”

Gógl Árpád, főorvos, volt egészségügyi miniszter

„Gógl maga csak két labdát kap” Romhányi 1960

Zámolyi Károly, PhD, FESC kardiológus főorvos

„Atherosclerosis új szemlélete (Elmélet és klinikum)”

Moderátor:

Temesvári István Péter,

med. habil. (SOTE), egyetemi magántanár

A XXII. Romhányi Orvostalálkozó programjának moderátori szövege 2023. szeptember 02.

Dr. Temesvári István Péter,
med. habil. (SOTE), egyetemi magántanár

Szár hűségesen őrzi nagy szülöttjének, Romhányi Professzornak emlékét, valamint német nemzetiségi gyökereit. Németh Norbert polgármester úr sem tagadja meg sváb felmenőit. A magyarországi németeket úgy ismerjük, hogy Ők összefogva remekül tudnak tervezni, szervezni, példamutatóan megvalósítani. Ma például újdonság, hogy az idei program különleges zenei élményt is ígér a helyi lakosoknak és az ide sereglő orvosoknak, vendégeknek, s szokatlan módon a templom terében feltűnik egy zongora is. Száron ilyen és hasonló különleges feladatokat kellett korábban is megoldani. Vendéglátóinknak sikerült mindig hibátlanul, emlékezetesen megszervezni találkozóinkat, uralni a felmerülő nehézségeket. Egészeben a szári kisebbségi, német nemzetiségi közösség tevékenységét példa értékűnek minősíthetjük minden közösség, az egész ország közössége számára. Eszembe jut erről egy Budakeszin született büszke mondás: „Mi svábok, mindig is jó magyarok voltunk!”

Hagyományainknak megfelelően Németh Norbert polgármester úr üdvözlő összejevetelünket.

Kellermayer Miklós, emeritus professzor megnyitó előadását mindig nagy érdeklődéssel várjuk, mert sokan megtapasztalhatták már, hogy Ő előadóként milyen élnék figyelmet tud kelteni. Számomra az is kiderült egy erdélyi orvosi konferencia alkalmából, amikor egy előadó nem érkezett meg időben, hogy Kellermayer professzor percek alatt képes rögtönözni és fejből előadni egy emlékezetes, igényes tudományos előadást. Akkor éppen az ő egyik kedvelt témakörében, Darwin szándékosan elferdített és tudatosan ekként terjesztett tanairól értekezett, tudományos megközelítéssel. Mai témájának címe: „Új helyzet van!”

Főtisztelendő **Dr. Kajtár Edvárd** atya, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem tanszékvezető Professzora.

Edvárd Atya elismerésre méltó, igen fontos posztokon szolgált és szolgál. Hittudományi képzése két évig a pécsi püspöki szemináriumban, hat évig Rómában, a Pápai Nagyszemináriumban történt. Országunk egyik büszkeségének, a pécsi székesegyháznak plébánosa volt. Ezüstmiséjét a Pécs- Gyárvárosi Templomban tartotta. 2001-ben Rómában nyert fokozatot a liturgia tudományában, 2010-ben pedig PhD fokozatot a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Hittudományi Karán. 2000-től Pécssett a Hittudományi Főiskolán, 2011-től napjainkig a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Hittudományi Karán oktat. Egy könyv, számos könyvrészlet szerzője, hitéleti folyóirat alapító szerkesztője. 2021 óta a Pázmány Péter Katolikus Egyetemen Ő a lelkipásztorok tanának tanszékvezetője. Cserkészműltjára visszatekintve kiemelte nagy élményét, találkozását 70- 80 éves öregcserkészekkel, akik megjárták a II. világháborút, a hadifogságot. Hogy mindezt kibírták, azt a cserkészetnek köszönhatték. Edvárd Atya előadásának címe: „Egyház és világ”.

Következő előadónk, **Baráz Alisa és Baráz Ádám**. A japán- magyar házaspár 2016 óta alkot zongora-duót. Alisa 4 éves kora óta zongorázik, 2012-ben nemzetközi zenei versenyt nyert meg. Ádám zeneszerző, 120 művet írt. Rendszeresen hangversenyeznek Európa sok országában és Japánban, repertoárjuk igen gazdag és változatos. Kettőjük együttes muzsikálása egy különleges templomi helyszínen, egy orvosi találkozó alkalmából igazi kuriózumnak számíthat.

Dr. Gógl Árpád vezető orvos, szakpolitikus, hivatásos politikus, volt egészségügyi miniszter és a Magyar Orvosi Kamara elnöke. A szári lakosok emlékezhetnek arra, hogy községükbe Ő hozta el a Millecentenáriumi zászlót, melyet napjainkban is ezen a helyszínen, a templomi zászlók között őriznek.

dr. Gógl Árpád változatos, mozgalmas és mindig felelősségteljes, eredményes pályát futott be. Nem könnyű terület kiemelkedő orvosa Ő. A kiváló székesfehérvári egyetemi oktatókórházban belgyógyász, klinikai farmakológus, gasztro-enterológus, a Magyar Tudományos Akadémia veszprémi Akadémiai Bizottságában a hematológiai- onkológiai munkabizottság elnöke. Gyakorlati munkájával párhuzamosan példamutatóan tevékenykedett az Or-

vosi Kamara élén. 1998-tól egészségügyi miniszter, fontos újítások megalkotója. Később több cikluson át parlamenti képviselő, az Országgyűlés külügyi bizottságának, majd több parlamenti bizottságnak tagja, politikusi, egészségpolitikai szerepben. Megkapta a legjobb Fejér megyei orvosok dr. Romhányi György díját – még a díj neve is milyen szép -, továbbá az igen rangos kitüntetésnek számító Magyar Érdemrendet, de például a Massachusetts-i Egyetem díszdoktori oklevelét is. És amiért mindnyájan végtelenül irigyeljük Őt: azon kevés orvostanhallgató közé tartozik, akit Romhányi professzor úr kitüntetésként nevéen szólított. Ezt árulja el előadásának címe: „Gógl, maga csak két labdát kap!”.

Dr. Zámolyi Károly tanár úr, osztályvezető főorvos, a Magyar Kardiológusok Társaságának volt elnöke.

1973-ban végzett a pécsi Orvostudományi Egyetemen. Azóta óriási gyakorlati tapasztalatokkal rendelkező belgyógyász, kardiológus, az egyik legfontosabb kardiológiai irányultságú fővárosi belgyógyászati osztályon. Kiemelten foglalkozik a szív ritmuszavarairaival, azok gyógyításával. Úttörő volt a katéteres ablatio végzésében, erről szól PhD- értekezése. Fontos könyve jelent meg a szív ritmuszavarairól, egyéb jelentős publikációkban vett részt társszerzőként. A Kardiológiai Társaság Emlékérmének tulajdonosa. Témája az érlemeszesedés. Egyre többet hallani arról, hogy ennek a kórfolyamatnak alaposabb megismerése egyéb kórállapotok, így a gyulladáisos jelenségek, továbbá a rák jobb megértését is elősegíti. És amiért valószínűleg Őt is nagyon sokan irigyeljük: tudományos önéletrajza szerint medikusként a pécsi kórbonctani intézetben dolgozott, Romhányi Professzor idejében.

Előadásának címe: „Atherosclerosis új szemlélete

ELŐADÁSOK

Kellermayer Miklós,
egyetemi tanár, emeritus professzor

Új helyzet van!

Ebben az évben, 2023. szeptember 2-án itt Száron, a XXII. Lelkigyakorlat (manreza) orvosoknak találkozózn a 30 perces Megnyitó keretében a szokásosnál több (7) diapozitívet vetítettem. A megengedett 6-10 perces keretet azonban nem léptem túl. Valóban „új helyzet van”! Mostanra ugyanis teljességgel bizonyos, hogy mi – minden egyes emberi személy – teremtett, istenfüggő élőlények vagyunk, akik Krisztus nélkül, Krisztus megváltói tette, az Óbenne élés nélkül, csak bálványistenfüggők lehetünk. A Földre jötte előtt az is volt minden őszünk és nélküle ma is az minden ember. Ez az állítás, bármennyire is sokaknak úgy tűnik, nem vallási ügy. Nem a katolikusok magánügye, hanem a ránk egyedüli emberi személyekre vonatkozó legdöntőbb igazság, a legmagasabb tudás, a tudomány csúcsa, az életünk lényege! Krisztus maga mondta: „*Én vagyok az Út, az Igazság és az Élet*” – „*Senki sem juthat el az Atyához, csak általam.*”(Jn 14, 6). Eljött az ideje, hogy véget vessünk a sok évszázados félrevezettségnek. Krisztus nem vallásalapító, nem egy a vallásalapítók közül! A tanítása, a parancsainak betartása nem egy vallás gyakorlása, hanem az élet egyedüli biztosítója. Az Őáltala alapított intézmény, az Egyház, nem vallási intézmény, hanem az egyedüli igaz gyógyító intézmény. Csak itt lehet a „*halhatatlanság orvosságához, a halál elleni gyógyszerhez*” hozzá jutni. (Antiochiai Szent Ignác 30-107 meghatározása). A baj súlyossága miatt, amibe az emberiség mostanra belesodródott, Jézus Krisztust több, mint 1.700 év eltelté után (a „Milánói (Mediolánumi) Edictum” kihirdetése, 313 óta eltelt idő) ki kell szabadítani a „vallásretorból”! Jáki Szaniszló (1924-2009) meghatározásának: „*Krisztusban, Krisztus által élve született a tudomány*” végre érvényt kell szerezni! Az Igazságot mindenkor ismerni kell, fel kell tární és utána a szeretetben késedelem nélkül cselekedni kell! Lényegileg ez a gyógyításnak, az életmentésnek, Krisztus tanításának a lényege.

XVI. Benedek pápa (1927-2022; pápa:2005-2013) utolsó enciklikája: „Caritas in Veritate”- „Szeretet az Igazságban” kezdetű, lényegileg az itt felvázolt ténnyel foglalkozik: „új helyzet van!” Meghökkenítő, amikor a Szentatya azt írja: „*Ne adományozz a sajátodból a szegényeknek, a szegény népeknek addig, amíg meg nem adod nekik azt, ami az övék!* Mégis mit üzen ezzel a kijelentésével a nagy bajba jutott emberiségnek most a 3. évezred kezdetén? Nyilvánvalóan azt, hogy először tisztázd, érvényesítsd az igazságot és csak utána gyakorold a szeretetet. Melyik az az igazság, amit az egész emberiség nem ismer, nem él meg? Teljesen bizonyos, hogy ez: *A Föld, minden talpalatnyi föld tulajdonosa a Teremtő Szentháromság Egy Isten!* Mi, teremtett emberi személy csak bérlők lehetünk, és valóban azok is vagyunk. A Teremtő Szentháromság Egy Isten maga az Igazság, ami azt jelenti, hogy minden újszülött egyenlő „bérleti joggal” születik. Ha elosztjuk a Föld felszínét 8 milliárddal (nagyjából az emberiség jelenlegi számával) kiderül, hogy durván 7 hektárnyi terület (2/3 vízfelület, 1/3 szárazföld) bérleti joga van a Tulajdonostól minden újszülöttnak, jöjjön a világra bárhol a Földön. A Világbank rendszernek csak egyetlen feladata van, hogy az egyenlően kapott bérleti jog fejében, azt a létminimumnak megállapított összeget, amit a leggazdagabb országban állapítottak meg, egyenlően folyósítsa az élete végéig mindenkinek éljen bárhol a világban. Nem csak ezen igazság felismerését, hanem a végrehajtását is könnyen biztosíthatja az emberiség a mai technikai fejlettségének birtoklásában. Fontos megjegyezni, hogy ez az egyetlen módja, hogy a rohamosan növekvő, az egyes társadalmi rendek teljes összeomlását elénk vizionáló migrációnak véget vessünk, illetve örök érvénnyel elejét vegyük.

Azt sem feledhetjük, hogy Krisztus a három éves nyilvános működése alatt állandóan gyógyított. Ebből is és a sok bajból, a természetben és egymásban ejtett sok, sok sebzésből is következik, hogy a kijelentés: „új helyzet van”, azt is jelenti, hogy a kizsákmányolás világrendjét végre a „gyógyítás világrendjévé” kell átváltanunk, ami valójában a „caritas in veritate” fordítottja: „veritas is caritate”, az igazság érvényesítése a szeretetben.

Dr. Kajtár Edvárd,
a Pázmány Péter Katolikus Egyetem
tanszékvezető Professzora.

Egyház és világ

Kedves Testvéreim!

Orvostalálkozóra jöttünk össze, így arra gondoltam, hogy nem a mai evangéliumról fogok önöknek ebben a szentmisében prédikálni, hanem megosztok Önökkel pár gondolatot arról, hogy Jézus miként viszonyult a gyógyításhoz.

Először is vizsgáljuk meg, hogy amikor Jézushoz beteg embereket visznek, vagy beteg emberek mennek hozzá segítséget, gyógyulást kérni, akkor Jézus hogyan segít rajtuk? Hogyan gyógyítja őket? Azért is érdemes erről elmélkedjünk, gondolkodjunk, mert az ókorban az egyik kedvelt megszólítása volt Jézusnak az „orvos”. Az ókori Jézus címei, Jézus megszólítások között találjuk ezt a kifejezést: „Jézus, az ember orvosa”. Hogyan gyógyít tehát minket isteni orvosunk? Arra hívom önöket, hogy erről elmélkedjünk röviden, amennyit ennek a szentmisének a keretei megengednek. Nyilván a téma hatalmas, akár előadásokat is lehet belőle tartani, ezért én csak egy pár dolgot csipegettem össze az evangéliumokból, egészen pontosan öt elemet, gondolatot hoztam.

Az első gondolat: Jézus egyszer a Betesda-fürdőnél jár, ez egy ilyen termálvízű fürdő és ott találkozik egy emberrel, aki ott fekszik a fürdőmedence partján, ágyhoz kötött, béna emberként, azt várva, hogy valaki beviszi majd őt az időnként felkavarodó gyógyító vízbe (a szöveg: Jn 5, 1-9). Amikor Jézus megtudja, hogy ez az ember már évtizedek óta beteg, és látja rajta az elesettségét, megkérdezi, hogy „Mi a baj?” A beteg válasza: „Nincs emberem, aki bevigyen engem a vízbe, hogy amikor az felkavarodik annak a gyógyító hatásából én részesülhessek.” Önök bizonytal ismerik a folytatást,

Jézus nem viszi be a beteget a gyógyvízbe, hanem a szavával gyógyítja meg őt: „Kelj fel, fogd az ágyadat, menj haza.” Jézus lett az ő embere. Az első szemlélődő gondolat vagy igazság Jézus gyógyító tevékenységében az, hogy amikor ő gyógyítani akar, akkor azt a beteg embert egy közösségbe hívja meg. „Nincs emberem” – mondja a beteg, vagyis: „Magányos vagyok.” Jézus ezt a magányt karolja fel azzal, hogy ő lesz az embere ennek a betegnek, aki ott van a medence partján, gyógyulást várva. Ez a mai korunkban különösen is egy erős kihívás, amikor az emberek izolálódnak egymástól. Ez nem csak azt jelenti, hogy az idős szülők magukra maradnak, mert a gyerekeik messze laknak, dolgoznak, nem érnek rá az időséssel foglalkozni. Az embereket izolálják egymástól a tömegkommunikációs eszközök is, jelesül az okostelefon. Gyerekek úgy játszanak egymással az iskolában, meg egymás között is, hogy az üveglapon keresztül: azon kommunikálnak, játszanak egymással, vagyis mintegy bezárkóznak abba, vagyis végsősoron saját magukba, így egyedül maradnak. Jézusnál a gyógyító tevékenységnek a része az is, hogy az embert visszavezesse egy közösségbe, mégpedig mindenek előtt egy „függőleges közösségbe”, az Istennel való kapcsolatba (Jézus lesz az embere ennek a magányos betegnek), és aztán nyilván visszatér majd övéi közé is ez a beteg ember és talán újra felfedezi a „vertikális” közösséget is, aminek eddig ki volt szolgáltatva, rájuk volt szorulva, nem tudott aktív tagja lenni. Gyógyítani azt jelenti, hogy visszavezetem az embert a közösségébe, ahol másokkal együtt önmagává válhat, meggyógyulhat.

A második gondolat: Vissza-visszatérő mondata Jézusnak, amikor meggyógyít valakit: „Menj, de többé ne vétezzél!” (Ezt itt, a Beteszda-fürdőnél tett gyógyításánál is elmondja a betegnek.) Ezzel Jézus azt mondja, hogy a betegségnek, nyomorúságnak, bénaságnak forrása egy bűn, egy eltört kapcsolat Isten és az ember között, és/vagy a beteg és a többi ember között, és ennek következtében a saját magával való kapcsolata is torzult vagy eltört. Jézusnál a gyógyításhoz tehát hozzá tartozik a meghívás a megtérésre („váltottass az erkölcsöiden, hogy építsd újjá a kapcsolatodat az Istennel, a másik emberrel és saját magaddal”), mégpedig annak az igazságnak a mentén, amely szerint Isten megállapította, hogy mi helyes és mi helytelen. Engedjenek meg a testvérek egy kitekintést. Egy ideje szeretem úgy nézni a Tízparancsolatot, amit Mózesen keresztül ad az Isten az ő népének, mint egy termékhez csatolt használati útmutatót. Vásárlunk egy berendezést, porszí-

vót, egy kenyérpírtót, egy fűrógépet, egy bármilyen műszaki berendezést, és mellékelnek hozzá egy használati útmutatót, hogyan kell azt használni, karbantartani, úgy használni, hogy ne romoljon el és így tovább. Az emberhez a Jóisten mellékel egy használati útmutatót, hogy az ember ne romoljon el, ami karbantartja az embert, és így önmaga maradhat az ember, ez a Tízparancsolat. Amikor Jézus azt mondja egy betegnek, hogy „Menj, de többé ne vétkezzél”, akkor azt mondja, hogy a te betegségednek az oka az volt, hogy nem megfelelően használtad a „készüléket”, és ez kihat a fizikádra, a testedre, a biológiádra. Az ember egység. Ez is egy ilyen gyönyörű gondolata az evangéliumnak, hogy Jézus mindig egységben nézi az embert, nem külön a lelkét, külön a testét, külön a kultúráját, külön a nemzetiségét, külön a politikai hovatartozását, az ember egy Jézusnál.

A harmadik gondolat: Jézus egyszer odamegy egy vakon született emberhez (Jn 9, 1-41), megkeni a szemét sárral, majd azt mondja neki: „Most kelj fel, menj el a Siloe-tavához és mosakodjál meg!” És magunk elé képzelhetjük, hogy ez a vak botorkálva odamegy, megmosakszik a tó vizében, és látni kezd. Ebben a történetben a szemlélendő jézusi gyógyítási módszermechanizmus nagyon érdekes. Nem ő fejezi be a tevékenységet. Ő elmondja, hogy mit kell csinálnia a betegnek: „szedd be ezt a gyógyszert, menj el gyógyterápiára, gyógytornára, ilyen-olyan kezelésekre és akkor bekövetkezik a gyógyulásod”. Ha a vak nem megy el a Siloe-tavához, nem mossa meg a szemét, nem következik be a gyógyulás. Nagy kísértés az embernek minden korban, minden kultúrában, hogy az Istent automatának értékeljük, tartjuk: „ő intézze el a dolgainkat” (mint egy kávéautomata: mi bedobjuk a pénzt, megnyomjuk a gombot, kijön alul a meleg kávé). Odamegyek a betegséggel, a nyomorommal az Istenhez, aztán oldja meg. De Jézus csak félig oldja meg. Összekente a vak szemét sárral és most rajta a sor: vakként, biztos nem lehetett mindez egy egyszerű mutató, meg hát ott a félelem is, hogy vak emberként, ha belebukik a tóba bele is fulladhat. Meg kell tennie a maga részét. A keresztény karitatív tevékenységnél szoktuk hangsúlyozni, hogy a segítő szeretet mindig két elemből áll. Az egyik a szolidaritás, vagyis közösségvállalás a beteggel, az őszinte érdeklődő figyelem, a nyitottság. A másik az úgynevezett szubszidiaritás, egyszerűen mondva: csak annyiban segíték neki, hogy ő tudjon magán segíteni. Nem én csinálom meg mindent, én csak elindítom őt (adok neki energiát, lendületet, ötletet, eszközt), hogy aztán ő

segíthessen magán. Szokták is mondani, nem elég egy éhes embernek csak halat adni, tanítsuk meg őt horgászni is, hogy gondoskodni tudjon magán. A gyógyításhoz ez is hozzá tartozik: kapacitálni a beteget, hogy tegye meg ami az ő dolga és így lesz teljesség a gyógyulása. Jézus is így segít. („Segíts magadon, és az Isten is megsegít!”)

A negyedik gondolat: Jézus ballag Jericho és Jeruzsálem között az úton, és megpillant az út szélén egy ott ücsörgő vak embert, aki így kiáltozik hozzá: „Jézus, Dávid fia, könyörülj rajtam!” (a teljes történet: Mk 10, 46-52). Jézus tanítványai ekkor csitítgatni akarják, de ő tovább kiabál „Jézus, Dávid fia, könyörülj rajtam!” Jézus odafordul hozzá: „Mit szeretnél?”. Fura ez a kérdés, ő vak, ezért nyilván látni szeretne. „Uram, hogy lássak” – válaszolja is a vak. Ekkor Jézus azt mondta: „Láss!” , mire ő látni kezd. A gyógyuláshoz tehát az is kell, hogy az ember ezt kérje az Istentől. A teljes gyógyulása az embernek abban áll, hogy bensőséges kapcsolatba került azzal az Istennel, aki maga a gyógyulás, aki az ember egészségét adja. Szép ez a magyar szó: amikor nem vagyunk betegek, akkor EGÉSZSÉGESEK vagyunk, tehát EGÉSZEK, keresztényként pedig meggyőződéssel hisszük, hogy EGÉSSZÉ az embert csak az Isten tudja tenni. Gondoljanak Ádám és Éva történetére, Ádám hiányosnak élte meg magát a paradicsomban (Isten maga kimondja: „nem jó az embernek egyedül lennie” – Ter 2, 18), ezért Isten megteremti Évát, hogy az ember egészé váljék egy másik ember által. Jézus beszélgetést kezdeményez a beteggel, kapcsolatot épít vele. Fontos, hogy a beteg ember imádkozzon, vagyis tárja fel az Isten előtt, hogy mi a baja, ossza meg vele. Sokszor mondják, hogy minek imádkozni, hiszen Isten úgyis tudja, mi a bajom, viszont ő nem tudni akarja, hanem tőlem hallani, mert amikor beszélgetünk akkor nemcsak közlünk dolgokat a beszélgetőpartnerünkkel, hanem kapcsolatot építünk vele, a kapcsolat pedig mindig személyesség, és így út lehet a szeretethez. Beszéljess istennel, hogy gyógyulj. A gyógyításhoz tehát az is hozzátartozik, hogy segíték az embernek, a betegnek visszatalálni a saját Isten kapcsolatához.

Az ötödik, utolsó gondolat: Egyszer odament Jézushoz egy leprás ember, és ezt mondta neki „Uram, ha akarod, megtisztíthatasz engem” (a teljes történet: Mt 8, 2-4). Az egyik legnagyobb kijelentés, Jézus valaha hallhatott a Szentföldön a tevékenysége során! E leprás ember a mondatában az is ott

van ugyanis, hogy ha Jézus nem akarja, akkor ő nem gyógyul meg. Ez a szenvedő ember szabad volt a betegségétől. Akart tőle szabadulni? Nyilván ezért keresi fel Jézust, hiszen rettenetesen kellemetlen lehetett úgy élni, hogy mindene fáj és viszket, és tehetetlenül látni hogy ő tulajdonképpen egy elevenen lebomló ember. „Ha akarod meggyógyítasz, ha akarod nem, én szabad vagyok.” Meggyőződésem, hogy az egyik legnagyobb kihívása az orvosnak, az egészségügyi dolgozónak, a beteget látogató papnak, erre a szabadságra elvezetni az embert. Mert hát mi van akkor, ha nem gyógyul meg? Mi van akkor, ha nem sikerül a műtét? Ha nem lehet rajta segíteni? Ha például olyan stádiumban van a rák, hogy nem lehet már megmenteni: Mi van akkor? Tud-e a beteg annyira szabad lenni, hogy ezt el tudja fogadni? Mi kell ehhez az elfogadáshoz? Mindenek előtt annak az igazságnak a felismerése, hogy az ember nem azonos a bajával, ő több, mint a betegsége. Ez hozzá tartozik, valamiért ilyen lett, de ő ettől több, az élete sokkal magasabb rendű ennél, ő sokkal több, mint egy „beteg”, egy egészségében hiányos ember. Ebből a tudatból fakad ez a szabadság, ezért nem kell e betegségtudat nyomorában élni nap mint nap. Szabadnak lenni. Erre a szabadságra elsegíteni az embert, ez a gyógyulás, hiszen ennek a leprásnak mondhatta volna Jézus azt is, hogy nem akarja a gyógyulását, és lehet, hogy ő számított is talán erre. „Ha akarod, meggyógyítasz, ha akarod, nem.” Jézus pedig akarta ezt, és így ő meggyógyult.

Orvosok, ápolók, papok: mindnyájan az ember egészségét szolgáljuk, azt az EGÉSZSÉGET, amelyet csak a Teremtő adhat meg és így a Teremtő asszisztensének lenni, és most szándékosan használtam ezt a szót, megtisztelő feladat. Meggyőződésem, hogy attól függetlenül is az, hogy valaki mennyire mélyen éli a hitéletét, mennyire vallásos. Nem egy orvossal beszélgettem már, akik talán nem is voltak hívő emberek, mégis elmondták, hogy az ember valójában nagyon hasonlít az Istenre, hiszen olyan megfoghatatlan, titokzatos, gazdag mélysége van az emberi testnek, amely mindig csodálattal tölti el az igazi szakembert, attól függetlenül, hogy vallásos vagy sem. Mi meghívást kaptunk arra, hogy ebben a „csodában” felfedezzük az Isten jelenlétét és munkáját.

Áldjon meg ebben bennünket a Jóisten!

Baráz Yajima Alisa, zongoraművész és **Baráz Ádám**, zeneszerző,
zongoraművész

„**Négy kéz, egy lélek- az AlisAdam PianoDuo négykezes
zongorahangversenye**” című előadásból nem készült írásos anyag.

Dr. Gógl Árpád,
főorvos, volt egészségügyi miniszter

„Gógl maga csak két labdát kap” Romhányi 1960 Emlékelőadás, Szár 2023. szeptember

Köszönöm a szervezőknek, hogy itt Száron megemlékezhetek Romhányi Györgyről, generációk mesteréről, aki 25 évig volt tanszék vezetője a Pécsi Orvostudományi Egyetemnek.

Romhányi Professzor abban az időszakban volt a Pécsi Tudományegyetem kiemelkedő korboncnoka, amikor a pécsi egyetem Európa legjobb orvosi egyeteme volt.

1957-ben léptem be az egyetem kapuján.

Cholnoly, Ernst, Lissák, Szentágotai, Környei, Donhoffer, Kerpel-Fronius világhírűek voltak. Közülük is kiemelkedett Romhányi György. Tőlük megtanultunk mindent, amit az orvoslásról meg kell tanulni. Azt, hogy ez önzetlen szolgálat, folyamatos tanulás. Hiszen minden nappal egy fokkal okosabbak, - és ahogy Ő mondta – két fokkal szerényebbek is legyünk,

Egyetemünknek a tanárai megtanítottak arra, hogyan tanuljunk, és szerezzük meg az ismereteket, fejlesszük készségeinket, hogy hasznára lehessünk a betegeinknek.

Az ő elveik még a „nil nocere suprema lex esto” -ból eredtek, tehát: nem ártani.

A mai mise liturgiájában is hallottuk, hogy hogyan lehet bűnt elkövetni: Bűnt elkövetni mulasztással is lehet. A legnagyobb bűn egy orvosnál, ha nem kepezi magát, ha nem készül fel jól a pályájára.

A Professzor úr harmad évben tanított, 1959/60-ban hallgattam a patológiát

és a tárgy, és Romhányi Professzor elvarázsolt. Amikor lejárt az év, Tudományos Diákkörösnek jelentkeztem, szeptemberben megjelentünk harmadmagammal az intézetben. Ő épp lenn volt a boncteremben, és fogadott minket.

Első kérdése: „tudják, hogy hová kerültek?” Ötöltünk, hatoltunk, mire azt mondta: „a tudomány fellegvárába!” ... „és tudják, mit fognak itt csinálni?” ...” futballozni fognak!” na, gondoltuk, futballozunk itt? „tudják, hogy mi a jellemző a fellegvár futballpályájára?” ...persze nem tudtuk....

”Ha elrúgják a labdát, az lekerül a völgybe, - ott az ellenség, nincs labdájuk, nem tudnak játszani. Én gondoltam erre, úgyszólván kapnak három labdát. Ha hibáznak, elrúgnak egyet, vagy kettőt, még mindig ott marad a harmadik. Gógl, maga csak két labdát kap”

Ennek előzménye, hogy a szigorlatnál - akik vizsgáztak nála, azok tudják, hogy a metszeteket ránézésre megismertük. Tudtuk azt, hogy a Balaton alakú, az a gége karcinóma. A mellettem ülő barátomnak nehézséget okozott ez, én odasúgtam Neki. Nem vettem észre, hogy ott áll mögöttem a Professzor Úr, aki rögtön kiküldött a vizsgáról. A csoportvezetőm jött utánam, hogy ne menjek el, mert úgyszólván vissza fog hívni. Így is lett, és attól kezdve minden kérdésre, amit valaki nem tudott, nekem kellett megadnom a választ. Ezek szerint elég jó válaszokat adhattam, mert két labdával befogadott az intézetébe.

Az intézetben három év alatt sokszor megjelent a Professzor Úr a folyosón, hogy „csodát láttam”- és bemehettünk, és belenézhattunk a polarizációs mikroszkópjába, a „színes kaleidoszkópba”, és láttuk az izotrop - anizotrop rendszereket.

Három évem telt ott, eredménye: egy dolgozat, egy rektori díjas pályamunka és egy új parafin égető kamra.

Ennek a története annyi, hogy dolgoztam egész nap a patkány könnymirigy szerkezet lipidjeinek kioldásával. Ehhez acetone, éter, alkohol, kloroform szükséges. Gyúlékony és robbanékony anyagok. Este ki akartam önteni a metszéshez a blokkokat. Feltettem a kiöntő parafin fazekat a gázégőre, és elindultam desztillált vízzel. Összefutottam Farkas adjunktussal, aki viccet kezdett mesélni. Egyszer csak észbe kaptam, hogy fenn van a melegedő

parafinom. Mire felértem, már égett. Elkövettem azt, amit nem szabad: beleöntöttem a desztillált vizet. Kilobbant, és felrobbant a laboratórium.

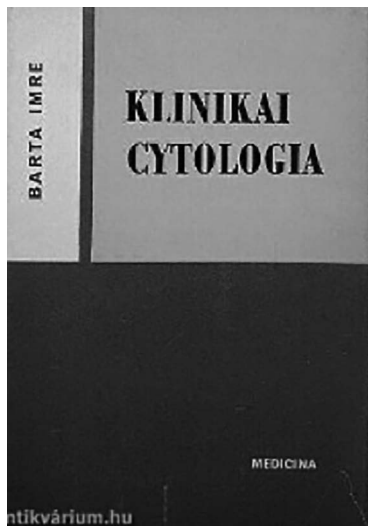
A tüzet eloltották, a Professor úr gondos apa módjára észlelt a könyvtárban, majd haza kísértetett. Éjszaka felhívta a szüleimet, hogy nincs-e hasi panaszom, nem vagyok-e sápadt. Rögzítette bennem a kétszakaszos lép-ruptura lehetőségét és tüneteit. Egy hét után, amikor újra találkoztunk az intézetben, már összevont szemöldökkel közölte „maga nagy ember, egy pillanat alatt elintézte azt, amire a munkatársaim és magam 5 éve nem voltunk képesek. Építik az udvaron a parafin égető kamrát. A „lép-ruptura” is meghozta a hasznát. Tekeres Miklós barátommal egy éjszaka ügyeletben – akkor még nem volt ultrahang, de tudtunk lépet kopogtatni-regisztrálva a tompulat hiányát, majd has punkciónál vért találtunk a hasüregben, a hasi traumás beteget megoperálta- megmentve életét.

1963 szeptemberében avattak. Az I. számú Belklinikára kerültem.



Romhányi György, Barta Imre, Donhoffer Szilárd (háttérben)

A képen az a pillanat látszik, ahol az aktuális és a leendő professzorom együtt tárgyalnak. Talán itt dőlt el a sorsom, klinikus lettem Barta Imre professzornál. A képen a háttérben Donhoffér professzor, akitől sokszor hallottuk „ceteris paribus”. Ez azt jelenti, hogy egy kísérlet sorozatot megismétlünk, egyetlen tényező változtatásával. Az eredményt lemérve tudjuk, hogy ez hogyan hatott: serkentett, gátolt, vagy nem volt hatással.



A Korbonctani Intézet metszet és egyéb gyűjteményét, valamint Barta professzor vér- és csontvelő készítményeit Patakfalvi adjunktussal dolgoztuk fel. Az 1965-ben megjelent kötetben méltánytalanul nekem köszönte meg Barta professzor az ábra anyagot. Köszönöm nekem volt mit, hiszen az anyag válogatásánál, szerkesztésénél nagyon sokat tanultam, és hematológussá váltam. A későbbi kiadásokat Kelényi professzor úr szerkesztette, a következő kötet a lép belgyógyászata volt, mely németül és oroszul is megjelent. Nekem, túl azon, hogy gyakorlatot és jártasságot szereztem, végül egy lakás befizetési alapját is adta. Akkor a szerkesztést és az ábrákat még ennyire megfizették.

Úgy tűnt, hogy hematológus és belgyógyász leszek, amikor a 67-es izraeli háborúban Bartha professzor felajánlotta a Fercupar jogdíját az izraeli hadsereg javára, ezért őt nyugdíjazták.



Hámori Artúr
Pécsi OTE II. Belklinika
1951–1979

Egy évig Hámori professzor volt a felügyelő tanárom, nála is szakvizsgáztam. „Varázsló”-nak tartottuk. Eppinger tanítvány volt, a bécsi belgyógyász iskola klasszikusának tanítványa. Tőle tudjuk, hogy a ritka betegségeknek van egy tulajdonságuk, „ritkán fordulnak elő” és két ritka betegség egy páciensben szinte soha. Ezt a matematikusok úgy mondják, hogy a független valószínűségek összeszorzódnak. Így már érthető, hogy ha egy betegség minden tízezredik betegben fordul elő, ez tíz a mínusz negyediken valószínűségű. Ha a másik betegségnek is ennyi a valószínűsége, akkor az együttes valószínűségük tíz a mínusz nyolcadikon, azaz száz millióból egy. Belátható, hogy ennek gyakorlati lehetősége szinte nulla. 1968-ban jelent meg az első önálló dolgozatom egy kazuisztika, a BSP túlérzékenység esetéről.

Akkor nem gondoltam, hogy munkásságom nagy részét az anion festékek kiválasztásával fogom tölteni.



Prof. Jávor Tibor
Pécsi OTE I. Belklinika
1968–1993

Elment Barta professzor úr, jött Jávor Tibor, aki elmondta, hogy itt hematológus a Burger tanár, Nagy Ibolya adjunktus és Patakfalvi adjunktus. Utána jövök én, mint friss szakorvos. Ennyi hematológusra nincs szükség, találjak valami új területet a gasztroenterológiában, mert ez a klinikai terület és a klinikai farmakológia lesz intézetünk fő profilja. Paár Alajossal ketten kaptuk a májat, mint szervet. Paár Alajos a gyulladáisos betegségeket, én az anyagcserét választottam.

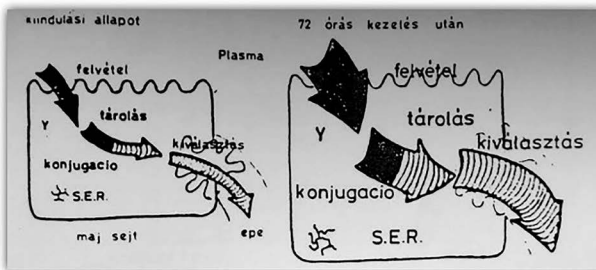
A máj anyagcseréjének és működésének a vizsgálata módszertanilag nem könnyű, vizsgálatához módszereket kell keresni és találni. Hányszor hallottuk Romhányi Professzor úrtól a Wirchow-i mondatot: „Alles ist method”.

A cholestasis tünettana

Panaszok, tünetek	Az anyag
Sárgaság, bilirubinuria	Bilirubin
Viszketés, zsírszék	Epesók
Csillag-naevus, tenyérpír, amenorrhoea, here-atrophia, gynecomastia	Ösztrogének
Nem telődő epehólyag	Kontrasztanyag
Kóros brómszulfalein-retenció	Szulfobromoftalein (BSP)
Csökkent felvétel/kiválasztás a májban	J-131 bengálvörös

Az ábrán látható területet kellett feldolgoznom és kerestem olyan módszereket, amelyekkel mérni tudjuk a cholestasist, amely leképezése a máj működésének, hiszen egy anyag a vérből felszívódik, bekerül a májba, ott transzformálódik, konjugálódik, majd kiválasztódik.

E folyamatban vagy a polaritása, vagy a molekulásúlya növekszik a kérdéses anyagnak. Ha a polaritása nő, akkor kiválasztódik a vesével. Ha a molekulásúlya eléri a 800 Daltont, akkor az epével választódik ki. Van még egy érdekes része az epében történő kiválasztásnak: van egy vízben oldhatatlan anyag, a koleszterin, ami mégis kiválasztódik az epében. Igaz, hogy ott sokszor kicsapódik, és epekő lesz. Ez a jelenség külön vizsgálatot érdemelt. Ennek a folyamatnak érdekessége, hogy indukálható.

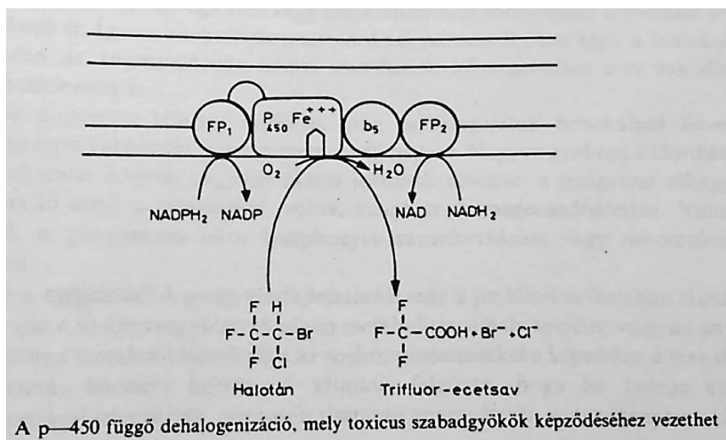


A máj kiválasztó működésének indukciója

Klinikai farmakológiai jelentőségű az indukálhatósága a felvételnél, az intracelluláris metabolizációnak, a konjugációnak, és a kiválasztásnak is.

Elindultunk, hogy módszert keressünk a mérésre, és megtaláljuk a felhasználási területeket is.

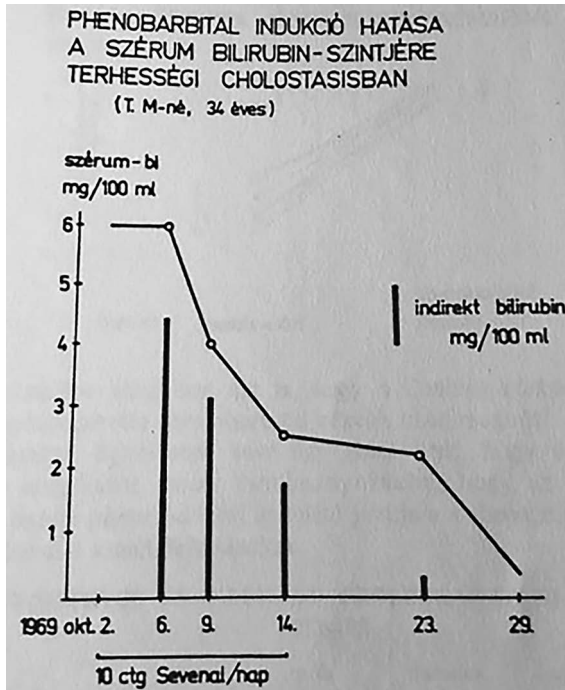
Kitűnő munkatársaim voltak, és tanulmányutak is segítettek, így jutottam el Jénába és Tübingenbe is.



A nem specifikus oxidáz rendszer indukcióinak első leírása, ami már klinikailag is releváns volt, az a Halotan hepatitis volt. Amerikában egy tüdőosztály több száz betegénél, akik Rifampicint szedtek, hepatitis alakult ki altatás után, melynek oka az indukció miatt nagy mennyiségben felszabaduló halogén szabadgyök volt. Erre a jelenségre műtét előtti gyógyszerelésnél oda kell figyelni.

Friss szakvizsgásként a szülészetre kerültem konziliárusként. Egy terhességi cholestasishoz hívtak.

Az irodalomból tudtam egy chilei közlemény alapján, hogy a sárgasággal és viszketéssel járó állapotot, mely a harmadik trimeszterben jelentkezik, enziminduktorokkal kezelni lehet. A gondot az jelentette, hogy az akkor elfogadott enziminduktor, a Sevenal (phenobarbitál) adása a harmadik trimeszterben jelentős kockázatú. Kérésemre a szülészeti klinika vezetése hozzájárult, és mindkét betegnél gyors klinikai és laboratóriumi javulás következett be.



Erről 1970-ben Turkuban számoltam be. A POTE I. Belklinika Klinikafarmakológiai Csoportja ezzel került be az európai élvonalba.

Volt még egy hasznosítható eleme a megfigyeléseinknek: nem csak az endogén bilirubin, de az exogén kontrasztanyag kiválasztást is növelni tudtuk. Ma már ez nem hasznosítható, hiszen az ultrahang miatt a cholegráfia elvesztette a jelentőségét. Az összes tevékenységünk, ami e területen végeztünk, két monográfiában jelent meg angolul.

A HAGYOMÁNYOS ÉS INDUKÁLT CHOLEGRAPHIA STATISZTIKÁJA
1971–78

	i. v.	p. o.	infusios	összesen
Hagyományos	6284	162	52	6498
Indukált	714	–	–	714
Eredményes				
	hagyományos	5410 (83%)		
	indukált	647 (91%)		
Szövődményes				
	halálos	–		
	súlyos allergiás	14		
	enyhe allergiás	57		
	toxikus (collapsus)	161		
Életkor intervallum	16–81 év			
Nemek aránya	1 : 9 = ffi : nő			

Magyarország klinikai farmakológiai központja lettünk, jó magam tudományos főmunkatársként vezettem ezt a részleget.

Az epekő betegség első lépéseként a patológiai intézettel közösen, Molnár Lenkével feldolgoztuk két év boncolt anyagát, ezt követték a klinikai vizsgálatok.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem Kórbonctani Intézetének két évi (1970, 1975) anyagát tanulmányoztuk, 1115 illetve 1406 boncolási jegyzőkönyvet feldolgozva.

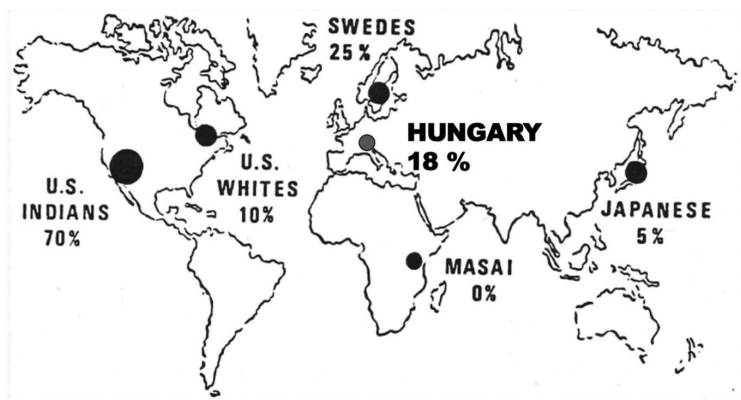
- Az epekővesség átlagos előfordulása 20 % alatti: a nőknél 24,3-25,2, míg a férfiaknál 16,5-18,0 %.
- Az obesitást és a diabetest, mint hajlamosító tényezőt jelentősen gyakoribbnak találtuk. A diabetes frekvencia a normál populatio ötszöröse az epeköves nőkben.

A boncoláskor talált epekővességre visszavezethető komplikáció előfordulása 20,3 %.

A pathológiai, klinikai és prospektív vizsgálatok adatai alapján megállapítottuk:

- az epekő előfordulás Magyarországon a skandináv országokéhoz hasonlóan magas,
- a kövek fele nem okozott panaszt,
- az étkezési szokások jelentősége kiemelhető,
- a cukorbetegség előfordulása többszörös.
- a kóros koleszterin- és triglycerid-szint a kövességnél jelentősen emelkedett.

1976-ban az Európai Gasztroenterológiai Kongresszus epekő szekciójának társelnöke lehettem, és itt fel tudtuk vinni a térképre a magyarországi adatokat.



Látjuk, hogy a skandináv arányokkal szinte azonos a magyarországi előfordulás. Dowling Professzortól kaptam egy kétéves ösztöndíjat. Ekkor úgy tűnt, hogy a klinikán és a saját munkacsoportomon belül minden rendben van.

Jávor Tibor Professzort meghívták Budapestre tanszéket vezetni. Az ösztöndíjhoz a kiutazási engedélyt nem kaptam meg.

El kellett döntenem, hogy egy új professzor mellett, 40 évesen hozzákezek-e beilleszkedni, esetleg profilt váltani, vagy vállalom az önállóságot valahol osztályvezető főorvosként. Than Zoltán barátom tudott dilemmámról, és ajánlotta, hogy menjek Székesfehérvárra, ahol épül egy új kórház korszerű lehetőségekkel. Úgy döntöttem, elmegyek és megkezdem önálló működésemet. Vonzott, hogy visszakerülök a betegágy mellé, ami ugyan sok küzdelemmel jár, de mint Romhányi Professzor mondani szokta: „Fele részben játék, fele részben győtrelem”. A játékhoz adva volt 320.000 lakoson szereshető klinikai tapasztalat, de ott volt a felelősség és a győtrelem, hiszen meg kellett oldani a jó bajmegállapítás és gyógyítás feltételeinek megteremtése.

Amikor megpályáztam Székesfehérvárt, úgy tudtam, hogy 3-4 éven belül egy új kórház épül jó technikával. Ezt működtető csapatot kell szervezni. Ehhez meghívtam Simon Kornél barátomat, hogy jöjjön Fehérvárra. Volt két ajánlkozó, Solt István és Törő Magdolna. Helyben dolgozott Szabó Tamás barátom, akit meginvitáltam, és úgy tűnt, hogy összeállt a csapat gerince. Ahhoz, hogy ezt a nagy számú beteget jól lássuk el, további kollégákra is szükség van. Ezért a rendszer építését úgy gondoltam, hogy kialakítok egy elkötelezett csoportot, kvázi egy Romhányi szemléletű belgyógyászatot. Professzor úr szerint két féle medikus van, azaz orvos is: „pécsi és nem pécsi”. Eszerint válogattam az üres állásokra a jelentkezőket. Összeraktuk a 180 ágyon működő csapatot. Minden részlegvezető naponta vizitelt, magam hetente egyszer minden részlegre eljutottam. Létrehoztuk a közös ambulanciát, szakrendeléseket, és az osztályhoz szerveztem egy kiegészítő laboratóriumot. Ehhez kaptam kitűnő segítséget egy nem pécsi, de ugyanolyan jó szemléletű munkatársat, a Hetényi-Varró Iskolából Gervain Juditot.

A kollegák mindegyike aktívan képezte magát, hetente referálót tartottunk. A szakvizsgáig írniuk kellett egy kazuisztikai közleményt, előadást tartottak a Dunántúli Belgyógyász Kongresszuson. Bekapcsolódtunk a Veszprémi Akadémiai Bizottság munkájába. A Fehér János vezette Semmelweis OTE II. Belklinika oktatási és tudományos munkájához csatlakoztunk. Kineveztek ugyanide címzetes docensnek. Úgy tűnt, hogy kialakult a rendszerünk. Simon Kornél kapta az intenzívet, kardiológiát és diabetest, Solt István az endoszkópiát, Törő Magdolna a klasszikus kardiológiát, Takácsi József az ápolási osztályt, magam visszatértem a haematológiához és hepato-

pankretológiához. A kifejezett malignitású lymphomák országos koordinátora lettem. Ehhez kaptam segítséget a Romhányi Intézetben csiszolódott Pál Katalin személyében. Ő szervezte meg a cytokémiai laboratóriumot. A máj-pankreasz diagnosztikai laboratóriumot Gervain Judit vezette.

Az együtt gondolkozó csapat kialakításához az ismeret- és készségfejlesztésen túl, az egységes szemlélet is szükséges. Úgy gondoltam, hogy az értelmiséggé válás kialakításához létrehozunk egy klubbot, ahol meghívott hozzáértőkkel eszmét cserélünk. Erre jött el elsőként Romhányi Professzor. Többször volt vendégünk, ilyenkor megnézte az osztályunkat, és nagy tanácsaival segítette a rendszer finomítását. Eljött István Lajos is, és a Lakiteleki Találkozót követő szerdán már tudtuk, hogy 1956 nem ellenforradalom, hanem forradalom volt. De eljött a tanatológiával foglalkozó Blasszauer Béla is: az eutanáziával már ekkor foglalkoztunk.



A fényképen látják találkozásunkat Romhányi Professzossal, a képen Than Zoltán, Illés Iván, Horváth Endre, jómagam, és a többi pécsi tanítvány. Mi, mint tanítványok „visszhangot akartunk teremteni”, visszajeleztük, hogy hogyan hasznosítjuk az ő tanácsait. Viszonozni annyit tudtunk, hogy a gimnázium, ahova a Professor úr járt, képét adtuk emlékül. Ezzel talán örömet is szereztünk.



Valamikor 1986-ban nálunk volt a Professzor úr, és itt hangzott el, hogy „Maguk egész jól futballoznak itt Fehérváron”. Ez nagy megtiszteltetés volt abban az időben, különösen, hiszen a Videoton akkor verte meg a Real Madridot, és talán ő is gondolta, hogy mi is egész jól teljesítünk Fehérváron.

Kész lett a csapat.



Derényi Gábor, Szabó Tamás, Székely Iván, Szépvölgyi Anikó, Székely András, Bakos Júlia, Galánfi Erzsébet, Szelier András, Solt István, Simon Kornél, Szentesi Mária, Pál Katalin, Sereg Mátyás, Bernáth Imre, Gógl Árpád, Takácsy-Nagy József, Tompa Ágnes, Brasch Hilda, Altorjay András, Gervain Judit, Dési Éva, Szabó Péter, Horváth Andrea, Rikker Csaba, Lózsa Ágnes, Végh Gizella, Turi Tibor, Cornides Ágnes, Arányi Annamária, Nádasy Tamás, Szilágyi Csilla, Nikolényi Gábor, Reiber István, Linder Klára, Tóth András, Baltás Erzsébet, Várnai Gábor, Czeglédi Béla.

Ez a csapat megélte, hogy átadtak 200 többlet ágyat, új épületben, négy szinten. Ezzel 320 ágyra bővült a belgyógyászat. Ez már nyilvánvalóan nem volt együtt tartható. Részlegekre bontottuk, és mindenki megtartotta a működési területét. Azt gondolom, hogy Magyarország egyik legjobb belgyógyászataivá váltunk. A közel 40 szakorvos, a kettős szakorvosok, a tudományos minősítést szerzettek, olyan személyi állomány, mely a teljes belgyógyászatot lefedi. Sajnos a csapathoz a „stadion” az ígéretek ellenére sem épült meg.



Az elkészült a „stadion” is, sajnos addigra szövetségi kapitányunk, Romhányi Professor úr már nem volt közöttünk. Megemlékeztünk róla úgy, hogy az első klinikai tömbben a tantermet róla neveztük el, hiszen ő volt a tanítómesterünk.



A tantermen túl a ciszterci gimnázium falán, hogy ott járt ezt feltüntető táblát helyzetünk el Derényi Gábor és a Magyar Orvosi Kamara javaslatára.



Ide járt Semmelweis Ignác is. Ezt a táblát a Magyar Orvosi Kamara szervezete és a tanítványok minden évben megkoszorúzzuk, és emlékelőadást tartó kollegát a Romhányi Emlékéremmel díjazzuk.



A fellegvárban két labdát kaptam, az egyiket próbáltam megjátszani több-kevesebb sikerrel. A másik labdával a mostani fellegvárban, a Szent György Kórházban, Bucsi László főigazgató és Izbéki Ferenc professor játszik.

Köszönöm a figyelmet!



„Mit tanítottam neked, mi az igazi visszhang? Tudod???”
(Romhányi György)

Dr. Zámolyi Károly

PhD, FESC kardiológus főorvos

Bajcsy-Zsilinszky Kórház, Budapest

Atherosclerosis új szemlélete (elmélet és klinikum)

Nagy megtiszteltetés számomra, hogy 2023-ban a Professor Romhányi György emlékelőadást egykori tanítványaként én tarthattam. Az előadás mottójául a munkásságához illő mondatot választottam: „Tanuljatok tőlem, mert szelíd vagyok és alázatos szívű” (Mt 11,29) A Professor Úrtól megtanultuk, hogy az orvos munkájában a két legfontosabb tényező a felkészültség és az alázat. Ezért Pilinszky János mondatait idézem az alázatról:

„ Az alázat, az igazi tudás és az igaz megismerés kapuja. Minden nagy tett, minden valódi erkölcsi és szellemi erőfeszítés előfeltétele. Alázat nélkül nincsen alkotó”

„ Az alázat és a tapintat erénye nélkül hiú ábránd az ember bármiféle tökéletesedése. Ez előbb vagy utóbb csakis a gőg, a civakodás, az ítékezés szülője lehet, párosulva a képmutatás vakságával”

Arany János Széchenyiről írott sorai illenek talán Romhányi Professorra a legjobban:

„ Nem hal meg az, ki milliókra költi
Dús élte kincsét, ámbár napja múlt;
Hanem lerázván, ami benne földi,
Egy éltető eszmévé finomul,
Mely fennmarad s nőttön nő tiszta fénye,
Amint időben, térben távozik;
Melyhez tekint fel az utód erénye:
Óhajt, remél, hisz és imádkozik.”

Előadásom témájául a népbetegségnek számító atherosclerosist választottam. Hetényi Géza a Részletes belgyógyászat, Egyetemi tankönyben 1958-ban a máig érvényes megfogalmazását adta ennek a betegségnek:”

A leggyakoribb, legfontosabb és leghomályosabb arteriális betegség. Az arteriosclerosis gyűjtőfogalmának egyik részjelensége.”

Az atherogenesis teóriái a következők (Harrison's: Principles of Internal Medicine, 1980):

- Reaction to injury
 - kémiai sértés: hypercholesterinaemia, homocystinaemia
 - mechanikai: hypertonia
 - immunológiai: szervtranszplantáció után
- Monoclonális hypothesis: benignus tumorról van szó egy simaizpm sejt proliferáló faktor révén
- Lysosomális teória: a lysosomális cholesterol ester hydrolase aktivitásának relatív hiánya elősegíti a lipid akkumulációt

A mai felfogásunk szerint az atherosclerosis egy alacsony fokozatú gyulladás. Az autoimmun teóriára is sok evidencia van.

Az igényeket meghaladó energiabevitel dysbacteriosist okoz. A bakteriális termékek a bél falon átjutva fenotípus váltásra készítetik az abdominális zsírsejteket, amelyek gyulladásos cytokineket termelnek. Ez utóbbiak a keringésben szubklinikus gyulladást okoznak, amely intracelluláris oxidatív stresszt kelt minden sejtben. A végeredmény atherosclerosis, diabetes és krónikus vesebetegség lesz.

Több pro-és antiinflammatorikus cytokint ismerünk, bár nem mindegyik szerepe tisztázott. Az atherogenesisist suppressáló cytokinek a következők: IL-5, IL-10, IL-13, IL-19, IL-276, IL-33, IL-35, IL-376 és a TGF- β . Az atherogenesisist elősegítő interleukinek a következők: IL-1 β , IL-4, IL-6, IL-8, IL-12, IL-15, IL-18, IL-20, IL-21, IL-23, IL-32, TNF- α , GM-CSF, oncostatin M, MCP-1.

A gyulladási folyamatban a kulcsszereplő az inflammasoma (NLR nucleotide-binding oligomerization and leucine-rich repeat-containing receptor), amit a következő tényezők aktiválnak: koleszterol kristályok, neutrophil extracelluláris anyagok, atherosclerosis elősegítő áramlás és a hypoxia. Az aktiváció során IL-1 β -ből IL-6 keletkezik, amelynek hatására a májban CRP, fibrinogén és PAI-1 keletkezik. A végeredmény vaszkuláris inflammáció, endothel dysfunkció és atherosclerosis lesz. Az érfalban megjelenő zsíros csík kialakulásában az immunrendszer is szerepet játszik. A plakkok stabilitását, instabilitását több tényező határozza meg, ezek között a pro-inflammatorikus cytokineknek van elsősorban szerepe. Ezek up-regulálják az OPG-t (osteoprotegerin a TNF családba tartozó cytokin), amelynek hatására az endothel sejt adhesions molekulák expressziója megnő, amelyek segítik a monocyták és lymphocyták bejutását az intimába. A következő lépés a RANKL (receptor activator on nuclear factor kappaB) expressziója, amely megnöveli a matrix metalloproteinase aktivitást. Ennek végeredménye a plakk fibroticus sapkájának a csökkenése, a plakk instabillá válása. Infarctus, azaz trombus képződéskor a szimpatikus idegrendszer aktiválódik, aminek következtében a monocyták kiáramlása a lúpból fokozódik, ami az érfalba visszajutva a lézió akcelerált progresszióját eredményezi. A folyamat kétirányú, mert a monocyták résztvesznek a szívizom sejtek reparálásában is.

A koszorúerek gyulladási folyamatát a perivascularis zsírszövet felszaporodása korán jelezheti, ami a klinikumban CT vizsgálattal követhető.

A koronária atherosclerosis okozta stenosis kimutatása megtévesztő lehet az ér remodeláció jelentkezése miatt, ami azt jelenti, hogy a plakk a lumen helyett inkább a falban növekszik, ami fals negatív coronaria angiogramot eredményezhet. Ezért van jelentősége az intracoronariás ultrahang vizsgálatoknak (IVUS) A másik probléma, hogy a vékony sapkával rendelkező fibroatheromas plakkok mindössze 5%-a okoz koronária eseményt 3.4 éves utánkövetés során (PROSPECT study). Az acut coronaria syndroma (ACS) klinikuma változóban van, az NSTEMI gyakoribbá vált a STEMI-hez képest, ami azt feltételezi, hogy több a plakk erosio, mint a hagyományos ruptura. A rupturált plakk vékony fibroticus sapkával bír, nagy lipid magja van, sok benne a macrophag és fibrin gazdag trombus képződik. Az

erodált plakk proteoglycanban gazdag, kevés lipid magja van, sok simaizom sejtet tartalmaz és trombocytában gazdag fehér trombus képződik. A plakk fissura jelenlétét a szisztémás gyulladással markerek (CRP) is jelzik. Máskor a plakk fissurát csak alacsony szisztémás gyulladás kíséri. ACS létrejöhet trombus nélkül is epicardiális vagy microvascularis spasmus következtében. A klinikumban a CRP-nek mint gyulladással markernek a szerepe jelentősen megnőtt.

Kezelés

A koronária atherosclerosis folyamatában kétféle plakk képződik. Az egyik egy nagy fibroatheroma, ami lumen szűkületet okoz és a beteg terheléskor mellkasi fájdalmat jelez. A másik típusú plakk kicsi és gyulladt. Nem okoz lumen szűkületet, viszont ez fog megpedni és infarktust okozni. Ezért a diagnosztikában is a plakk karakterisztika megállapítása fontosabb, mint a stenosis mértéke.

A kezelésnek két vonala lehetséges. A legfontosabb az ischémiás szívbetegség optimális gyógyszeres kezelése, a másik a invazív stratégia, ami a gyógyszeres kezelés mellett katéteres koronária intervenciót jelent. Emellett koronária bypass műtét is lehetőségünkre áll. Az ISCHEMIA studyban a két stratégia összehasonlításra került. 5 év alatt a két stratégia között kardio-vaszkuláris kemény végpontokat illetően különbség nem mutatkozott. Ebből és még sok más egyéb vizsgálatból az a következtetés vonható le, hogy stabil anginás betegeken – újabban ezt a kórképet krónikus koronária szindrómának nevezzük – az optimális gyógyszeres kezelés a döntő. Intervencióra progresszivitás, instabilitás, szívelégtelenség, malignus ritmuszavarok jelentkezésekor kell gondolni.

Az evidence-based alapján történő kezelés ellenére az atheroscleroticus esemény reziduális rizikója fennáll. Ezek a rizikók a következők: koleszterin rizikó, gyulladással rizikó, trombotikus rizikó, triglycerid rizikó, Lp(a) rizikó, és diabetes rizikó. A koleszterin rizikó további csökkentésére rendelkezésünkre állnak a statinon kívül egyéb szerek is: PCSK9 gátlók, colchicin, bempidon sav, inclisiran. Újabban a figyelem a colchicin felé

fordult. A LoDoCo 2 Trial-ban a napi 0.5 mg colchicin a kardiovaszkuláris halál, infarctus, stroke vagy koronária revaszkularizáció összetett végpontját szignifikánsan csökkentette a placeboval szemben. A reziduális trombotikus rizikót kis dózisu (2.5 mg) rivaroxaban hozzáadásával csökkenthetjük. A triglycerid szerepe is felértékelődött. Icosapent Ethyl adásával a klinikai előny is megmutatkozott a Reduce-it vizsgálatban. Az inclisiran egy hosszú hatású, szintetikus siRNA (small interfering RNA), amely az LDL csökkentő hatását illetően nagyon kedvezőnek mutatkozott az OIRION-11 vizsgálatban.

A diabeteses rizikó csökkentésében a nagyon kedvező kardiovaszkuláris hatásokat mutató SGLT2 gátlók jelentek meg. A diffúz koronária atherosclerosis (triglycerid deposit cardiomyovasculopathy) kezelésében a Tricaprin (decanoic sav precursora) áll rendelkezésünkre, amely a PPAR receptorokat aktiválja, ezáltal növeli az insulin érzékenységet és csökkenti az androgén termelést.

Köszönöm a megtisztelő figyelmüket.

„Megint egy kissé okosabbak, s ezáltal egy kissé szerényebbek lettünk”

ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓK
EMLÉKKÖNYV

XXIII.

Az előadásokat összegyűjtötte:

Montz Ferencné

A kötet szerzői:

Kellermayer Miklós

Szatyor Győző

Thán Zoltán

Temesvári Péter Zoltán

Nagy Ferenc

Nagy Csaba Balázs

Moderátor:

Temesvári István Péter

A XXIII. ROMHÁNYI ORVOSTALÁLKOZÓ ELŐADÁSAI

Kellermayer Miklós, emeritus professzor
„Ernst Jenő professzor Romhányi György professzor úrnak is
védelmezője volt”

Szatyor Győző, képzőművész, akadémikus
„A hit és a művészet”

Thán Zoltán, radiológus, osztályvezető főorvos, főiskolai docens
„Amikor a radiológus visszakapta a kezét...”

Temesvári Péter Zoltán, mentőorvos
„Mentés és légimentés, a súlyos sérült helyszíni ellátása...”

Nagy Ferenc, PhD., habilitált doktor, neurológus főorvos
„Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát...” – a neurológus
szemével

Nagy Csaba Balázs, PhD., neurológus, radiológus szakorvos
„Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát” ...a radiológus
szemével.

Moderátor:
Temesvári István Péter,
PhD., egyetemi magántanár

A XXIII. Romhányi Orvostalálkozó programjának moderátori szövege 2024. augusztus 31.

Temesvári I. Péter,
med. habil. (SOTE), egyetemi magántanár

Ma a huszonharmadik alkalommal emlékezünk meg Romhányi professzor urunkról, az Ő emlékét hűséggel őrző falujában. Nagyon köszönjük a lehetőséget Németh Norbert polgármester úrnak, a helyi szervezőknek és a község lakosainak, hogy ismét Száron találkozhatunk. Hagyományainknak megfelelően elsőként polgármester úr képviselőjében Szoboszlai Zoltán alpolgármester urat kérem, üdvözölje vendégeinket. Köszönöm!

Dr. Kellermayer Miklós, emeritus professzor találkozóinkon igen komoly tudományos, hitéleti, világnézeti kérdésekről szokott beszélni, mégpedig mindenki számára érthető módon. Mai előadásának címe a következő: „Ernst Jenő professzor Romhányi György professzor úrnak is védelmezője volt.” Ez a cím ezúttal egy nehéz történelmi, politikai, társadalmi helyzetre utal. Magam 1958-1960 között voltam pécsi medikus, ismertem a kort, a problémáit és a szereplőket, ezért különös érdeklődéssel várom az előadást. Kedves Miklós! Kérlek, beszélj nekünk mai témáról - Köszönöm! Sine ira et studio. Azaz: harag és elfogultság, részrehajlás nélkül. A pécsi Egyetem történetével foglalkozó könyvből tényeket tudhatunk meg, így egy különös esetet is. Eszerint 1957 januárjában az első tanítási napon Szentágothai, Kerpel-Frónius és Romhányi professzorok feketébe öltöztek. Továbbá Lissák professzor, aki dékánként megnyitott egy ülést, a hallgatóságtól egy perces néma felállást kért. Nagy professzoraink így álltak ki 1956 emléke mellett, s ez akkor számukra nem volt veszélytelen tett. Mert az említett könyvből is kiderül: egy II. éves hallgató kötelességének érezte, hogy említett nagy professzorainkat feljelentse. Így ők is rászorulhattak a védelemre.

Mindnyájunk nevében nagyon köszönöm **Felföldi László** püspök atyának, hogy eljött közénk. Főtisztelendő úr három éve a Pécsi Egyházmegye főpásztora. Korábban szűkebb hazájában szolgált és a hírek szerint hívei nehezen

engedték el Őt. Azt is hallottam, hogy Ő Pécssett máris igen népszerű. Lelkipásztori hivatásában rendkívül tevékeny, zarándokutat és körmenetet szervez és vezet, előadásokat vállal egyházmegyéjén kívül is. A Felvidéken, Nyitrán is misézett, idén pedig Ő volt a főcelebráns a Csíksomlyón a pünkösdi zarándok-találkozón, majd pedig Czechstohowa-ban, Lengyelországban. Lelkes visszhangja volt újításainak, például amikor megszervezte a férfiak találkozójának rendezvénysorozatát. Avagy KOVÁSZ címmel találkozók sorozatát indította el, a családok, közösségek, egyházi közösségek erősítése céljából. Ehhez megnyitotta a püspöki palotát, az egyházmegyei könyvtárat és levéltárat, a szépen felújított Rózsakertet a közönség számára. Utakat szervez, amelyen apák fiaikkal együtt zarándokolnak. A szépséges pécsi székesegyház tőszomszédságában helyi termelői piacot létesített. Mindenkinek példát mutat, amikor véradáson vesz részt. Ökumenikus ima-órára hívta meg a város politikusait, felekezeti hovatartozástól és világnézeti meggyőződéstől függetlenül. Vállalta, hogy fiatalok kényes kérdésekkel, mai nyelven „beszólásaikkal” szembesíthetik őt. A gyógyítás lényegét a kapcsolatban, a párbeszédben látja: a beteg a saját betegségével, továbbá az orvosával, az orvos pedig betegével folytat párbeszédet. A pécsi Egyetem szőlőbirtokán az új szőlő köszöntésekor Isten áldását kérte, a jó bortertermés érdekében. Egy pesti előadásán fogalmazott meg egy emlékezetes szólást, amely szerintem bármelyikünknek, sőt országunknak jelmondata is lehetne: „Ha krízisben vagy, Isten azt mondja: „Dobbants!” Mai előadásának címe: „Test, lélek, elme”. Ez a hármas fogalom és kölcsönös összefüggésük az orvosi hivatásban is alapvető. Kérem Főtisztelendő Püspök Atyát, tartsa meg előadását! Nagyon köszönöm!

Közel negyven éve egy lenyűgöző könyvhöz jutottam hozzá, címe Faművesség, szerzője **Szatyor Győző**. Arról szól, hogy az emberi elme és kéz fából milyen csodálatos dolgokat képes létrehozni. De jó lenne találkozni a szerzővel, gondoltam. Ez az óhajom csupán ma valósult meg. Pedig régóta a szerző nyomában jártam, s kiderült, hogy országunk valószínűleg legsokoldalúbb alkotóját követtem. Ő a Népművészet Mestere, tanár, faműves népi iparművész, kitüntetett grafikus, továbbá szobrász, festő, költő, imák szerzője, a szőlőtermesztés és bor értője, szülőfalujának polgármestere, alkotótáborok alapítója és vezetője. Eddigi munkásságát több mint 10 könyvben foglal-

ta össze. Számos kitüntetés birtokosa, Finnországban is díjazott művész, a Magyar Művészeti Akadémia tagja. Faművei a Kárpát-medence sok helyén lelhetők fel, köztereken, temetőkben, gyermekek játszóterén. Nagy öröm volt számomra elzarándokolni szülőfalujába, az ormánsági Bogdására. Jó volna, ha például gyermekeink minél gyakrabban találkozhatnának igényes, főleg fából készült szobraival, építményeivel. Azok igen magas tárgyalkotó művészi színvonalat képviselnek és olyan ősi formakincseket örökítenek meg, úgy gyönyörködtetnek, hogy közben a nézőkben identitásunkat, önazonosság-tudatunkat ébresztgetik. Előadásának címe: „A hit és a művészet”. Kedves Mester, várjuk előadását.

–Köszönöm!

Madarassy István nemzetközi hírű, Kossuth díjas szobrász és ötvösművész, festő, grafikus, az Európai Tudományos és Művészeti Akadémia tagja, Olaszországban is díjazott, ünnepezt művész. Vallásos, történelmi és nem utolsó sorban orvosi témákat dolgoz fel, legutóbb éppen a korona-vírus járványát örökítette meg. A budapesti Semmelweis szülőházban, az Orvostörténeti Múzeumban nézhetünk szembe ezen újabb ellenségünk művészi megjelenítésével. A vírus olyan, mint egy megformálásában gyönyörű, de fenyegető és veszélyes vízi bomba. Reméljük, egyre több alkotását csodálhatjuk meg közterületeinken. Még csak annyit, hogy van egy olyan, minden bizonnyal az egész világon egyedül álló, általa kidolgozott alkotói módszer, amely mások nem tudnak utánozni. Ez az Ő „tűzecsetje”: tűzzel fest, színez, ezáltal másképpen megvalósíthatatlan, színpompás alkotásokat hoz létre. Kedves Mester, várjuk előadását, melynek címe: „A szent és a profán.”

Thán Zoltán tanár úr évfolyamunkon azzal tűnt ki, hogy már medikus-ként belépett a kutatómunkába, ráadásul mindjárt két komoly intézetben, a Biológia és a Mikrobiológia tanszékén. 60 éve kötelezte el magát a Röntgen-vizsgálatok, a radiológia mellett. A mai napig, tehát 60 éve folyamatosan magas színvonalú, nélkülözhetetlen gyakorlati munkát végez. Elsősorban az érrendszer vizsgálata, az érfestés érdekli. Tárgyilagos külső megítélés szerint az angiológia úttörői, mesterei között tarthatjuk számon. Munkájával, tudásával megállta a helyét külföldön is, Németországban, a Közel- Keleten pedig Jemen fővárosában, az egyetemi központban. Szakmai és igen hatékony

szervező munkája is szerepet játszott abban, hogy munkahelye, a Székesfehérvári Kórház kiemelkedő egyetemi oktatókórházzá vált. Példás, lelkes oktatómunkát végez, elsősorban szakdolgozók képzésében, ezért kapott főiskolai docensi címet, továbbá számos rangos kitüntetést. Hiteles és mérvadó szemtanú, Gógl Árpád volt egészségügyi miniszter úr szerint Thán Zoltán szűkebb szakmai területén kis hazánkban a legjobb szakember.

Thán Zoltán előadásának címe: „Amikor a radiológus visszakapta a kezét...”
Köszönöm!

Következő előadónk **Temesvári Péter Zoltán**. Az illendőség úgy kívánja, hogy fiamat visszafogottan, tárgyyszerűen vezessem be. Ő 30 éve kötelezte el magát a mentés és szenvedélyesen a légi mentés mellett. A mentőorvoslás és a sürgősségi betegellátás szakorvosa. Mindennapi munkája itthon, valamint külföldön is a terepen végzett mentés, valamint a következő lépcső, a kórházi osztályon végzett sürgősségi betegellátás. Ezen nehéz munka után ő is a megérdemelt pihenőjére tér, de úgy, hogy maga mellé teszi a bekapcsolt telefont. Hívás esetén pedig azonnal indul. Ő ugyanis szabad idejében önkéntesként – minő meglepetés - mentést végez, különleges helyzetekben, barlangban, víz alatt, magas hegyen, földrengés, árvíz, tenger alatti földrengés, vagyis a cunami esetén. Így aztán kitüntetései sokasodnak, családja pedig aggodva várja Őt haza.

Megesett, hogy Romhányi professzor rangos, kétszáz orvos részvételével zajló komoly tudományos kongresszuson vett részt. Az egyik kolléga rosszul lett, az ülésterem hangyabollyá változott. Rövidesen Romhányi megszólalt: „Kollégák, nem kéne egy orvost hívnunk?” Hát ugye egy mentőorvos jól jön, ha baj van. Temesvári dr. előadásának címe: „Mentés és légi mentés, a súlyos sérült helyszíni ellátása.” Még annyit: az előadó nagyon kérte, hogy a programban neve után csak a „mentőorvos” megjelölés szerepeljen, rangok és címek nélkül. Mintha ő is hallgatta volna Romhányi professzor urunkat. Aki egyszer megkérdezte tőlünk:

”Mi a legmagasabb rang a világon?” Tudálékos találgatásaink után megadta a választ. A legmagasabb rang az, hogy orvos, így, egyszerűen. –Köszönöm az előadást!

Még valamit elmondanék. 1972-ben nagyszerű főnökünk, Bozsóky Professor kiharcolta, hogy reumatológus feleségemmel együtt a svájci, genfi egyetemi klinikán dolgozhassunk. A belügy megengedte, hogy 8 éves lányunk is velünk jöhessen, de akkor három éves fiamat itthon kellett hagynunk, nehogy mi hárman végleg Nyugatra szökjünk. Másfél év után láttam viszont fiamat, amikor is engem nem ismert meg, nagyszüleihez bújtt előlem. Ilyen időket kellett megélnünk.

Nagy Ferenc professzor úr neurológus, elektrofiziológus, továbbá a szenvedélybetegségek specialistája. Habilitált doktor, egyetemi magántanár, 2004 és 2009 között a híres pécsi, egykor Környei professzor vezette idegklinika igazgatóhelyettese volt. A mi szemünkben ez óriási rang, mert mi kezdő medikusként bizony arról álmodtunk, hogy amikor majd ötödéves korunkban a szigorlaton Környei professzor elé kerülünk, nagy szerencsével a hallgatóknak azon kisebbségéhez, egyharmadához tartozunk majd, akik nem buknak meg elsőre. Mert a többség sajnos, elvérzett. Aki pedig a klinika munkatársa lett, az mindenhol boldogult pályáján. Nagy Ferenc kolléga éveken dolgozott külföldön, az Egyesült Államokban, továbbá Angliában Cambridge-ben, Németországban, Olaszországban. Szép kitüntetésekert kapott, s az egyik legbecsesebb, hogy 2005-ben, 2006-ban, 2009-ben a pécsi egyetemen az „Év oktatója” címet nyerte el. Számomra sokat ígér előadásának címe: „Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát... - a neurológus szemével.” Professor Úr, kedves Ferenc, kíváncsian hallgatunk.
Köszönöm!

Nagy Csaba Balázs, PhD tudományos fokozattal rendelkező neurológus és radiológus szakorvos. Mind a neurológia, mind a radiológia nagyon fajsúlyos orvosi szakágazat, nem lehetett könnyű ilyen komoly és óriási területben elmélyedni. Magam korábban még nem találkoztam olyan orvossal, aki erre vállalkozott volna. Másrészt azonban ilyen kombinált tudás és gyakorlat óriási előnyt jelenthet az idegrendszer vizsgálatában, kutatásában, oktatásában. Előadásának címe sok mindent előre vetít, az így hangzik: „Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát... - a radiológus szemével.” Kedves Kollégám, érdeklődéssel várjuk előadásodat! (Távollétében Nagy Ferenc professzor úr adta elő.)
Köszönöm!

Kedves Kollégák!

Engedjenek meg nekem egy záró gondolatot. Ma is nagyon gyakran bírálják az egészségügyet. Bizonyosan akad javítani való a munkánkban. Azért hangsúlyoznék egy egyszerű tényt. Orvosaink, valamint szakdolgozóink, tehát nővéreink, asszisztenseink képesek sikeresen dolgozni a világ bármely helyén. Ez azt bizonyítja, hogy képzésünk, oktatásunk a gondok ellenére is működik. Éppen ezért hálával gondolhatunk tanítóinkra, tanárainkra, professzorainkra, közöttük olyan nagyságokra, mint amilyen a mi felejthetetlen Romhányi professzorunk. Mindenkinek köszönöm a megjelenést, szerencsés hazatérést kívánok!

Kellermayer Miklós,
emeritus professzor

Ernst Jenő professzor Romhányi György professzornak is védelmezője volt

Az időpont, amikor Romhányi György professzor Pécsre érkezett és elfoglalta az Egyetem Kórbonctani Intézetének vezető professzori állását 1951 ősze volt. (Pontosan: 1951. október 16). Ebben az évben (1951. februárban) lett önálló egyetem a Pécsi Orvostudományi Egyetem, a POTE. Így rövidítve is szokták emlegetni. Elképesztő, hogy ez a kis önálló orvostudományi egyetem az alatt a 25 év alatt, amíg Romhányi György professzor itt dolgozott, kutatott, tanított, a boncteremben és a mikroszkóp mellett diagnosztizált, tehát indirekt módon gyógyított - vezette a Kórbonctani Intézetet – világraszólóan is fényes szellemi központként tündökölt itthon és külföldön is. „*Little Hungarian Heidelberg*” vagy „*Little Hungarian Oxford*” néven emlegették! Nyilvánvaló, hogy a professzori kara miatt volt ez így! Örök igazság ugyanis, hogy egy egyetemet nagygyá a professzori kara, az ott dolgozó tanárok, kutatók tesznek. Ekkor Magyarország, ahogy a többi volt szocialista ország is a szovjet hadsereg által megszállt, a kommunizmus megvalósításán munkálkodó ország volt. Az igazság persze az, hogy ezekben az országokban az államrend diktatúra volt, „proletár-diktatúra”, vagy más néven a „kommunista-diktatúra” valamelyik változata. A diktatúra vezetője Magyarországon kezdetben - a II. Világháborút követően 1956 tavaszáig - Rákosi Mátyás volt. A második vezető az 1956-os forradalom és szabadságharc leverése után, Kádár János.

A Pécsi Orvostudományi Egyetem hírnevét megteremtő professzori karban - nagy bizonyossággal kijelenthető – talán egy, két kivételtől eltekintve, nem volt senki, aki híve lett volna a kommunista diktatórikus államrendnek. A nagy kérdés: hogyan működhetett így mégis ez az egyetem? Ugyanis mindenhol, kezdve az elemi iskoláktól, a középiskolákon át a felsőfokú intézményekig - valójában minden más intézményben is, de az oktató intézményekben, az egyetemeken különösen is - a vezető pozíciókba kötelező módon „megbízható” kádereket tett a Párt. A „megbízható” káderek aztán ki-

ERNST JENŐ, A „POTE VÉDELMEZŐJE”

A Pécsi Orvostudományi Egyetem, a „Lilite Heidelberg”, másik nevén
a „Magyar Oxford” védelmezője 1951 és 1981 között

Írta és szerkesztette:

KELLERMAYER MIKLÓS



Pécsi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar

Pécs, 2024

szolgálták a diktatúrát. Ebből fakadt, hogy nyomasztóvá, rettegést, szorongást, félelmet parancsolóvá tették így a légkört mindenütt. Az egyik kivétel a Pécsi Orvostudományi Egyetem volt! Itt a szellemi légkör, a „genius loci” gondolkozásra, alkotásra, a tehetség kiművelés hatékonyra tételére buzdító volt. Erre emlékszünk mindannyian, akik 1952-1977 közti 25 évben orvostanhallgatók voltunk itt. Akkor itt minden hallgató lelkesen járt az órákra. A Központi Épület, a Rákóczi u. 80 és a Dischka Győző u. 5 (Anatómia, Kórbonctan és Törvényszéki Intézet) közti nagyjából 1 km távolságot futva vagy kerékpáron tettük meg, hogy legyen

helyünk, hogy jó helyünk legyen az előadóban. A professzori kar tehát védett volt a POTE-n és ez valóban rejtély. A rejtély - minden kétséget kizáróan – egy személy, egy professzor volt: Ernst Jenő (professzor elvtárs - amikor más is hallotta, így kellett hívni) a Biofizikai Intézet igazgatója volt. Ebben az időben ő egy nagy-hatalmú ember volt. A II. Világháború befejezésétől, pontosabban a kommunista hatalom átvételének kezdetétől tudományos kutatásokkal kapcsolatos kérdésekben közvetlenül a vezér, Rákosi Mátyás tanácsadója volt. Az élete, a kutatása, a tudományos eredményei mind, mind kiemelkedők voltak, feltétlenül érdemesek arra, hogy minél pontosabban megismerjük Őt. Ez a könyv született öröla:

Két évvel ezelőtt, itt Száron – a XXI. találkozónkon – a szokásos rövid bevezető üzenetemet: „*Könyv született Romhányi György professzor úrról*” címmel tartottam. Úgy intéztük, hogy ekkor a jelenlevők jelentős hányada

hozzá is tudott ehhez a könyvhöz jutni. Remek kezdeményezés van itt Pécssett: „Híres pécsi professzorok” címmel könyvsorozat kiadása indult az Egyetemünk Orvos Karán Nyitrai Miklós dékán és Tényi Tamás dékánhelyettes vezetésével. A Romhányi professzor úrról írt könyv a sorozat 2. könyve volt. Ez, az Ernst Jenőről írt könyv a 3. a sorozatban. Néhány nappal ezelőtt jött ki a nyomdából. Csak ezt az egy példányt hoztam magammal, de hamarosan beszerezhető lesz Pécssett a Dékáni Hivatal mellett működő könyvesboltban.

Itt most csak néhány adatot, részletet ismertetek ebből a könyvből. Ernst Jenő, mint orvostanhallgató önkéntesen vett részt az I. Világháborúban. Hadba vonulása után azonnal a hadszíntérre vitték és hamar - 1915-ben - orosz fogságba is került. A fogságából csak 5 év múltával, 1920-ban tudott haza térni. Az 5 éves hadifogsága alatt megismerkedett és magáév is tette - egész életére kihatóan önmaga számára idealizáltan - a kommunista eszméket. Amikor Pécssett az egyetemi orvosképzés beindult Pestről Pécsre jött. Az orvosi diplomáját az első Pécssett orvosi diplomát kapókkal együtt itt szerezte meg 1923-ban. Díjtalan kutató orvosként Mansfeld Géza intézetében kezdte el a számára hamarosan világhírnevet eredményező izom kutatásait. Sajnos a zsidó-törvények miatt 1939-ben el kellett hagynia a Pécsi Egyetemet. Szent-Györgyi Albert fogadta be 3 évre az intézetébe Szegedre, ahol folytathatta az izom kutatásait. A nyilas hatalom átvételekor munkaszolgálatra hívták be, ahonnan megszökött. Hála Istennek minden ádáz keresés ellenére nem tudták megtalálni, túlélte a kivégzését, a biztos halált.

A háború után nem volt benne harag az igazságtalan üldöztetéséért, az elbocsajtásáért az egyetemről, ellenkezőleg el kezdte védeni a professzor társait, minden professzor társát függetlenül attól mik lehettek azok belső gondolatai, érzelmei. Aktívan kutatott, tanított nyugállományba vonulásáig, s bár átadta a Biofizikai Intézet vezetését Tigyi József professzornak, élete végéig, 1981. február 27-én bekövetkezett haláláig dolgozott, benn élt az intézetben. Hogy az állításom a POTE professzori kara védelméről, a professzorok kiválóságáról, és arról, hogy a professzorok közülük kevés volt vádolható megszállott kommunista voltával, a könyvben felsoroltam egy kiválasztott tanév, jelesül az 1955/56-os tanévben a POTE Évkönyv alapján az intézetek és a klinikák neveit a vezetőikkel. Fontosnak ítélem, hogy itt is megtegyem.

Intézetek:

Anatómiai, Szövetani és Fejlődéstani Intézet: Prof. Dr. Szentágothai János, ig.
Biofizikai Intézet: Prof. Dr. Ernst Jenő, ig.
Biológiai Intézet: Prof. Dr. Lissák Kálmán, ig.
Élettani Intézet: Prof. Dr. Lissák Kálmán, ig.
Gyógyszertani Intézet: Prof. Dr. Méhes Gyula, ig.
Igazságügyi Orvostani Intézet: Prof. Dr. Beöthy Konrád, ig.
Kórélettani Intézet: Prof. Dr. Donhoffer Szilárd, ig.
Közegészségtani Intézet: Prof. Dr. Kun Lajos, ig.
Mikrobiológiai Intézet: Prof. Dr. Rauss Károly, ig.
Sebészeti Anatómiai Műtéttani Int.: Prof. Dr. Karlinger Gy. Tihamér, ig.
Marxizmus-Leninizmus Intézet (nincs professzor igazgató)
Gyalogos és egészségügyi katonai tanszék: (nincs professzor igazgató)
Idegen nyelvi lektorátus: Cser László lektor vezető

Klinikák:

Belgyógyászati Klinika, I. sz.: Prof. Dr. Ángyán János, ig.
Belgyógyászati Klinika, II. sz.: Prof. Dr. Hámori Artur, ig.
Bőrgyógyászati Klinika: Prof. Dr. Melczer Miklós, ig.
Fül-orr-gégegyógyászati Klinika: Dr. Szekér Jenő docens, m.ig.
Gyermekegyógyászati Klinika: Prof. Dr. Kerpel-Fronius Ödön, ig.
Ideg-elmegyógyászati Klinika: Prof. Dr. Környey István, ig.
Sebészeti Klinika, I. sz.: Prof. Dr. Schmidt Lajos, ig.
Sebészeti Klinika, II. sz.: Prof. Dr. Kudász József, ig.
Stomatológiai Klinika: Prof. Dr. Oravec Pál, ig.
Szemészeti Klinika: Prof. Dr. Boros Béla, ig.
Szülészeti Klinika: Prof. Dr. Lajos László, ig.
Urológiai Klinika: Prof. Dr. Huth Tivadar, ig.

Felföldi László, a Pécsi Egyházmegye püspöke, **Test, lélek, elme**,
valamint **Madarassy István**, Kossuth díjas szobrász és ötvösművész,
az Európai Tudományos és Művészeti Akadémia tagja,
A szent és a profán című előadásáról írásos anyag nem készült.

Szatyor Győző,

népi iparművész, a Magyar Művészeti Akadémia tagja

„**A hit és a művészet**” című előadásról nem készült írásos anyag, de a szerző engedélyével egy válogatást közlünk az: Elvesztett, elvesztett szavak című kötetéből.

Hála

Hálát adok az Istennek, hogy engem e világra teremtett!

Hálát adok azért, hogy az Ő nagy munkálkodásában részt vehetek: mint rajzoló, festő, tollal és ecsettel, s mint szobrász, vésővel és kalapáccsal s teremő fantáziával: Istennek és embernek tetsző dolgokat alkothatok.

Köszönöm Uram, hogy tehetséget adtál, s lehetőséget, hogy próbára tegyem magam.

Köszönöm, hogy megmutattad azt az utat, amelyet életem során jártam s akaratomtól függően járhatom még tovább.

Hálát adok Neked azért, hogy visszavezettél oda, ahol születtem, ahonnan szeretett szüleim jóvoltából ifjúként elindultam, ahol megismerhettem a mesterségbeli tudást és megtapasztalhattam a szülőföld, az Ormánság szeretetét.

Köszönöm, hogy tisztességre, becsületre nevelhettek szüleim, tudást adhattak tanítóim, s magam is tanítónak, alkotó emberré válva taníthatom szeretett népem, és én magam is tanulhatok még, legtöbbet ez által.

Arra kérlek Uram, adj erőt továbbra is, hogy most már együttesen, szülőföldem népével és alkotótársaimmal közösen munkálkodhassunk a te dicsőségedre, a mi hasznunkra és boldogságunkra!

Amen



Konok kikelet (tus)

Így akarok élni

Magamban érzem
őseim erejét,
konok hittel
tenni akaró vágyát,
hisz rám testálták
dolgos két kezük
fáradhatatlanságát,
arcuk gondráncait,
szívük melegét,
s álmaik tisztaságát.

Így akarok élni
erős hittel,
tisztá lélekkal.
igaz őszinte emberként,
s tenni naponta
aktív cselekvéssel
nehéz hosszú éveken
mindenki életéért,
hogy az szebb
és jobb legyen.

Ha...

Ha igazán tudnám leírni,
ahogyan érzem és gondolom,
poéta lennék én e világon.

Ha színekkel idézném meg
a szenvedést, bizonyára
festő lennék.

S ha a fájdalmat szoborba
tudnám önteni,
szobrász lennék én.

S ha a jót, a szépet, a
mindenható szeretetet
tudnám adni mindenkinek
Istennek tetsző módon,
igaz ember lehetnék

Én is olyan vagyok

Úgy tudod, bár igazán nem ismeresz,
s csak hiszed, vagy tán érzed, hogy
másokban is – mindenkiben – küzd
a lélek, a mindennapok
gyarló óráit megélve.

„Aranyásóként”, sáros kavicsokat
tisztára mosva reméljük, és
lessük az arany csillogását,
mert ezt tesszük, tették
fontossá nekünk...,
miközben szenved a lélek,
mert hiszen másra teremtetett
Isten tenyeréből, a test
törékeny börtönébe zárva.

Én is olyan vagyok, mint
a többi, mint Te, aki
kételkedik a világban, de
hisz a csillagokban, hogy
egyszer eljutva oda, fényvé
válva olvadunk szét a
mindenség parányi részeként.

Minden nap próbálok szabadulni
e világ embertelen börtönéből.
Kínlódva oldozom a csomót
megkötözött szárnyaimról,
s repülnék végre az áhított
csillagokhoz, de lábamat
lehúzza a sár, s földhöz ragad.
Porból vétettem, segítségre
szorulok, szeretetre vágyom!

Adj Uram!

Adj hitet nekünk
Uram, hitet adj,
hogy higgyünk Benned
S általad önmagunkban.

Adj erőt nekünk
Uram, erőt adj,
hogy tudjuk végigjárni
kijelölt utunkat.

Adj szeretetet nekünk
Uram, szeretetet adj,
hogy tiszta szívvel
tudjunk szeretni másokat.

Munkát adj Uram,
adj munkát nekünk,
hogy ne maradjon
tétlen dolgos két kezünk.

Hogy épüljön tovább világod,
az általad teremtett,
a mi javunkra,
s a te dicsőségedre.
Amen

Mindig szerettem volna...

Én mindig szerettem volna
hegedűn játszani.
Gyerekkori vágyam
ma is elkísér.
Egy cigányprímás tanított volna,
de szegény apámnak
nem volt száz forintja.
A jó Isten nekem is
tehetséget adott;
írok, rajzolok, fából
formákat faragok, s a
szemnek teremthetek
szép harmóniát.
Hangszereket is készítettem:
ütőgardont, kisbögőt
és sok-sok citerát.
De a hegedű volt mindig
az álmom, hogy
kezeim által fakadjon
egyszer majd a dal.
Mert én mindig szerettem
volna hegedűn játszani,
a törékeny, karcsú hangszer
húrjain zenét muzsikálni,
zenét, lélekzenét, amely
nemcsak nekem szól.
Önfeledten játszanék s
szállnék a zene szárnyain,
mindenkihez szólnék
szívből fakadó dalokkal.
Hegedűszóval hirdetném
az isteni teremtő csodát
az embereknek: lélektől-
lélekig!

Néha gyermeknek kell lenni...

Felnőtt módon nehéz élni.
Néha gyermeknek kell lenni.
Vágyódni a szabadságra,
gyermekkori boldogságra.

Sodornak a gondolatok,
régi nyarakat rajzolok,
emléksorok sűrűsödnek,
fehér papíron szövődnek.

Régi kedves jóbarátok,
számtalan vidám nappalok,
titkokat rejtő éjszakák,
tűzgyújtó mesék, balladák.

Messze eltűnt régi nyarak,
gyermekálmok, mint madarak,
elrepültek már örökre,
felejtődő emlékekre.

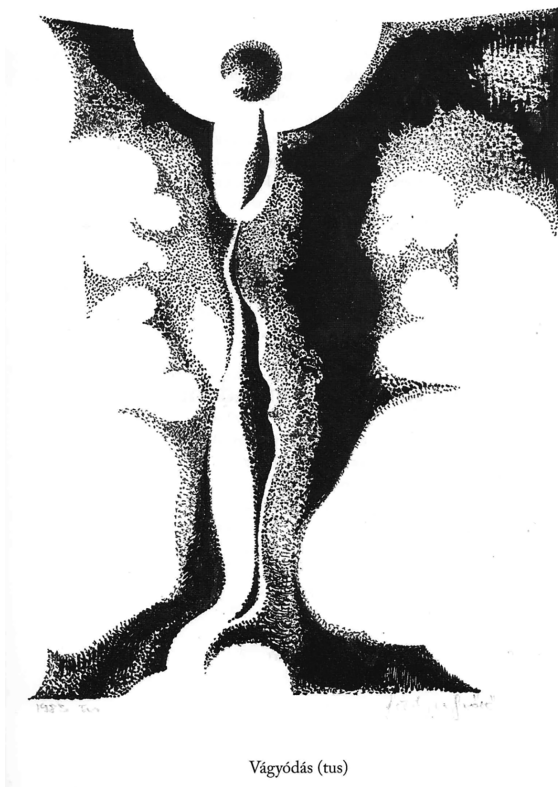
Szomorú látomás

Véres koronával, hajnali szelekkel,
veres arcú nap kél villódzó fényével.
Megvilágítja a megfagyott földet,
szerte kergeti a komor fellegeket.
Hideg némaság mindenütt...
és ott áll egy fáradt, vénülő ember.
Ott áll egyedül téli látomásként,
cibálja a szél lobogó ősz haját,
fagy hasogatja fájó csontjait.
A magány fájó és reménytelen...
Feltekint ő dacolva és megdermed,
majd körbenéz a tájon meggörnyedve.
Mégfagyott könnyek csordulnak szeméből
és gyöngyként hullanak kérges tenyerébe.
Szomorú látomás...
A fák meghalnak életük-teljében,
törzsüket a fagy hasítja szét.
Ordít a tél, a világ összerezzen,
jajongva felsikít,
fájdalom nyilallik összetört testébe.

Kérés

Uram! Taníts minket imádkozni,
hogy igéid által oldódjanak
gyötrő félelmeink,
tanítónk legyen a leírt szó
vezérlő csillag, útmutató
mert a Te igéd igazság!

Uram! Taníts minket arra is,
hogy átélni tudjuk
a szétáradó szeretet erejét
a Te általad teremtett
szépséget és tisztaságot,
s a lényedből fakadó
jóságot és nyugalmat.



Vágyódás (tus)

Vágyódás

Egyedül vagyok az esti ég alatt
a mélyen hallgató csend közepén.
Fenn szikrázó fényű csillagok.
Börtönében vívódik a lélek,
magányosan én is hallgatok.
Érzem a lelke vágyódását
a tiszta magasság felé, hol
a végső idő után, ismét
a kezdetekről álmodom.

Thán Zoltán,
radiológus, osztályvezető főorvos, főiskolai docens

„Amikor a radiológus visszakapta a kezét....”

Ha visszagondolunk a 60 évvel ezelőtti „röntgenes” tevékenységére, valószínűleg ez a kép merül fel emlékezetünkben:



1.ábra

Vagyis: **sötétben** mellkas átvilágítást (1. ábra), natív-has átvilágítást esetleg irrigoszkópiát végez és röntgenfilmeket leletez.

Milyen volt presztízse, megbecsültsége, pozíciója a szakmai hierarchiában? Mennyire hiányzott neki a **gyógyítás közvetlen élménye**? Még ha adott esetben nyilvánvalóan az **ő helyes diagnózisa** volt is az eredményes kezelés alapja, csak csendes nosztalgiával szemlélhette a „klinikus”terápiás tevékenységét, közvetlen kapcsolatát a beteggel.

Esetleges **kreativitásának nem is volt tere**, mert akkor még nem volt ultrahang-diagnosztika, CT, MR.

Ebben az időben a lényegében már évtizedekkel korábban kialakult osteológiai, gastroente-rológiai röntgendiagnosztikához képest

- az erek noninvazív megközelítésének hiányában,
 - a gyors leképezés hiányában,
 - a quasi műtői vizsgálati körülmények hiányában (lásd sötét átvilágító)
- viszonylag elmaradt a cardiovascularis röntgendiagnosztika.**

Az 50-es évek végén, a 60-as évek elején **forradalmi változás** történt a cardiovascularis diagnosztikában: megjelent

- a gyors lapfilmváltó,
- a képerősítő-TV, így az „angiográfias műtő” lehetősége,
- az ún. Seldinger katétertechnika, mint az erek noninvazív megközelítésének módja az angiográfiánál (2. ábra).

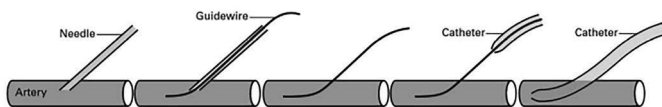


Fig. 17.1 Seldinger technique for catheterizing blood vessels. The femoral artery or vein are the usual vessels used. (a) A needle is inserted through the skin into the blood vessel. (b) A guidewire is passed through the needle into the lumen of the vessel. (c) The needle is withdrawn, leaving the guidewire in the lumen of the vessel. (d) A catheter is threaded over the guidewire and passed into the lumen of the vessel. (e) The guidewire is withdrawn, leaving the catheter in position in the lumen of the vessel.

2. ábra

Elkezdődött a **diagnosztikus angiográfiák** korszaka:

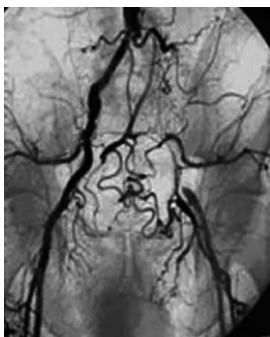
- a radiológus a saját műtőjében **manuális** munkát folytatott,
- képes lett (és egyedül ő!) olyan elváltozásokat kimutatni, amelyek azelőtt egyáltalán nem voltak ábrázolhatók,
- a klinikus nélkülözhetetlen partnere lett bizonyos feladatokban.

Elkezdődtek a **perifériás angiográfiák** (occlusiók, stenosisok, érmalformatiók vizsgálata)

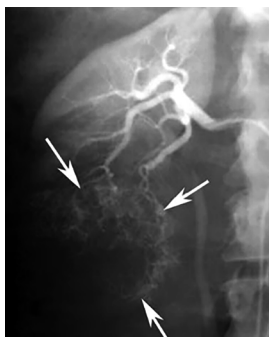
Lehetővé váltak a **kardiológiai leképező vizsgálatok**, a ventrikulográfiák, koronarográfiák.

Jelentősen fejlődött a **daganat diagnosztika** a vesetumorok (4. ábra) és egyéb szervek tumorainak daganatos neovascularisatioja alapján.

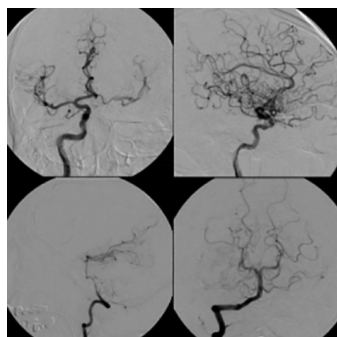
Lehetővé vált az **agyi léziók** részletesebb vizsgálata (5.ábra).



3.ábra



4. ábra



5.ábra

Mindezekkel párhuzamosan megjelent a **limfográfia** (6. ábra) a radiológus minuciózus preparatív munkájával:



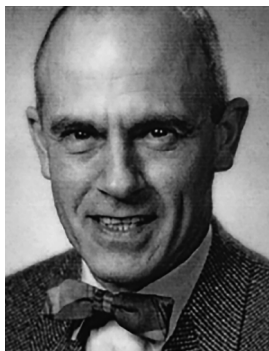
6.ábra

A POTE Radiológiai Klinikáján az országban a legelsők között kezdődött az angiográfias diagnosztika, miután **Dr. Benkó György** professzor (7.ábra) Svédországban Seldingernél elsajátította a módszert.



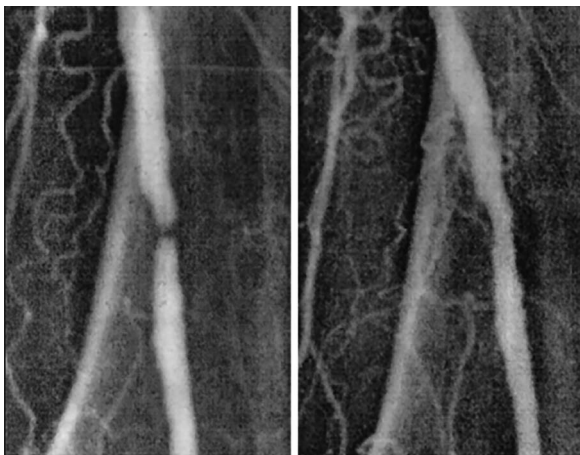
7. ábra

Ez még nem volt igazán a tárgyalandó **intervenciós radiológia** korszaka, mígnem Amerikában egy érdekes esemény történt: Portlandben **Charles Dotter** (8. ábra) egy diagnosztikus angiográfia során véletlenül átfúrta az arteria iliaca elzáródását. Miután ijedten visszahúzta a katétert és elvégezte a kontrollangiográfiát, meglepetten látta, hogy a katéter által kialakított csatorna nyitva maradt. Revelációként ismerte fel, hogy ez egy **új terápiás lehetőség**: „the angiographic catheter can be more than a tool for passive means for diagnostic observation, used with imagination, it can become an important surgical instrument”.



8. ábra

Hamarosan elvégezte az első katéteres angioplasztikát (9. ábra).



9. ábra

1964. január 16-án egy 82 éves gangrénás lábú hölgnél, aki visszautasította az érsebészek által indikált amputációt, az arteria femoralis superficialis szűkületét coaxiális teflon katéterekkel feltágította. A szkeptikus érsebészek több hétig tartották a beteget az osztályon, kajánul arra várva, hogy a kezelt ér bethrombotizál. Ehelyett a hölgy fájdalmai megszűntek, járni kezdett és saját lábán hagyta el a kórházat. A tágitott arteria nyitva maradt egészen a 2,5 év múlva pneumonia miatt bekövetkezett haláláig.

Eredményes beavatkozások sorozatát neves lapokban (pl. Circulation) közölte, intenzív mediakampányt folytatott, rádió- és TV-interjúkat adott, egy látványos filmet is forgatott. Ennek alapján azt hihetnénk, hogy módszere gyorsan elterjedt. Ellenkezőleg, az USA-ban évekig egyetlen beavatkozást sem végeztek más intézetben, sőt az érsebészekből a „Crazy Charlie” címet is megkapta.

Európa, mindenekelőtt Kelet-Európa másképp reagált. A Csehszlovák Radiológus Kongresszuson Karlovy Vary-ban 300 résztvevő standing ovationnal honorálta ismertetőjét.

A kelet-berlini Charité Kardiiovaszkuláris Diagnosztikai Intézetében, **Porstmann** , Prágában **Belán**, Moszkvában **Rabkin** azonnal alkalmazni

kezdte a módszert. Ezt követte **Zeitler** Nürnbergben, hozzájuk hamarosan csatlakozott **Olbert** Bécsben és **Horváth** Pécssett (10. ábra).



Porstmann

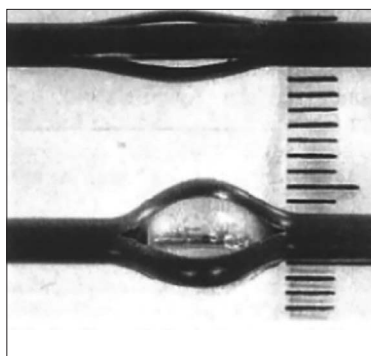
Olbert

Horváth

10. ábra

Rövidesen nyilvánvalóvá vált, hogy a bougieozás (egyre nagyobb átmérőjű katéterrel való tágítás) holtvágány, mivel a behatolási kapuként szereplő artérián (akkoriban többnyire az arteria femoralison) is egyre nagyobb lyukat okoz. Keresni kellett egy olyan eszközt, amellyel kis méretű állapotában behatolva az artérián belül lehet az átmérőt növelni, pl. valamilyen kosár- vagy ballonszerű formával lehet az eret tágítani és az átmérőt ismét csökkentve a behatolási kapun kijönni.

Porstmann ilyen korzett-ballonkatéterrel próbálkozott, a katétert négy oldalról bevágva, majd Fogarty-ballonkatéterrel tágítva az eret (11. ábra).



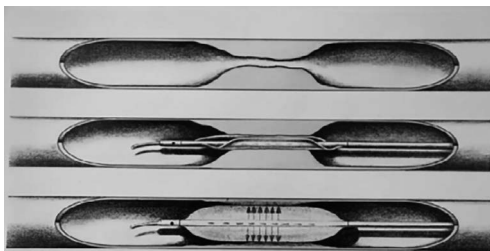
11. ábra

Egy fiatal németradiológus, **Andreas Grüntzig**, Zürichben a Kantonspitalban dolgozva kereste a megoldást egy igazi elasztikus ballonkatéter formájában (12. ábra).



12. ábra

Lakásának konyhaasztalán dolgozva kereste asszisztensnője segítségével a megfelelően formázható anyagot. Egy közeli kábelgyártól kapott PVC-t, amit ellentétben a gumival ill. a latex-szel banán- vagy virsliformára tudott alakítani (13. ábra).



13. ábra

Ezzel az eszközzel számos **perifériás érrekonstrukciót** tudott végezni és 1977. szeptember 16-án végrehajtotta az első **coronaria ballondilatációt is**. Ellentétben Dotter érsebész kollégáival, szívsebész kollégája, Ake Senning biztosította őt támogatásáról, ígérve, hogy készenlétben áll és szövődmény esetén megoperálja a beteget. A beavatkozás eredményes volt, a beteg 45 évvel élte túl a coronaria-tágítást.

Annak érdekében, hogy a tágított ér mindig tartósan nyitva is maradjon, szükség volt valamilyen katéteren keresztül bevihető, a kérdéses területen

kinyitható stabil eszközre, ezért fejlesztették ki a **stenteket**. Kezdetben ballonnal nyithatókat (**Palmaz, 14.ábra**), később öntágulókat.



14. ábra

A **revascularisációs** módszerek mellett kifejlődtek az **occlusiós módszerek** is: a-v shuntök occlusioja, vérző szervek érelzárása, daganatér occlusiók (az első hazai preoperatív vesetu-mor elzárást 1976 őszén végeztem és 1977-ben közöltem az Orvosi Hetilapban), chemoembolizációk.

Egyidőben jelentek meg a **nonvasculáris intervenciók**: epeúti beavatkozások (PTC, PTD), ultrahang- vagy CT- vezérelt biopsziák, percutan abscessus drenázsok stb.

A radiológusok által végzett **manuális módszerek** egyre bővültek, fejlődtek. Lassan átment az orvosi köztudatba az **intervenciós radiológia** fogalma, mint egy **invazív radiológiai szubspecialitás**.

Ennek **hazai úttörői** közt említeni szokták (a teljesség igénye nélkül):



Ez az **újfajta radiológiai tevékenység újfajta radiológust** igényelt, aki

- technikailag felkészült,
- kreatív,
- spontán döntésképes,
- bátor,
- józan ítélőképes (lásd: a módszerek korlátai, néha irreális elvárások).

Mit kapott a medicina az intervenciós radiológiától?

- „minimal invazív” módszereket,
- az ápolási idő csökkentését,
- ezáltal növelve az ágykapacitást,
- növelve az intézmények műtőkapacitását.

Mit kapott a radiológus az intervenciós radiológiától?

- sikerélményeket,
- elismerést,
- önbizalmat,
- a korábban csupán diagnosztából terapeuta is lett.

Végül is ez a történet **számomra nem egy szubdisciplina kialakulásának története!** Sokkal inkább a szubjektum, **a radiológus életélménye.**

Temesvári Péter Zoltán,
mentőorvos

„MENTÉS ÉS LÉGIMENTÉS A SÚLYOS SÉRÜLT HELYSZÍNI ELLÁTÁSA”

című előadás vázlatos leírása:

Az előadás az előadó pályájának néhány fontos mozzanatával kezdődik. Mintegy köszönetnyilvánításként azon kollégák kerülnek megemlítésre, akik az előadó munkásságát szakmai példaképként, mentorként segítették:

Dr. Kisida Elek Tanár úr, aki sebész tanárként kulcs szerepet játszott a pályakezdő előadó hivatástudatának, szakmai hozzáállásának, emberségének alakításához. Közben a sebészet, mint hivatás megismertetése is az ő nevéhez fűződött.

Dr. Göbl Gábor, a mentés legendás alakja, az Országos Mentőszolgálat korábbi Főigazgatója, az oxyológia szakma tanítója. Az előadó szakmai pályáját végigkísérő mentor, példakép.

dr. Gareth Davies, a londoni légimentők (LONDON HEMS) 25 éven át működő orvos igazgatója, a legendás szervezet érdemi megalkotója, számtalan prehospitalis eljárásrend atyja, számtalan külföldi szakember (így az előadó) képzésében és szemléletváltásában kulcs szerepet játszó szakember. Az előadó Angliai pályafutását (1,5 év teljes munkaidő, további 9 év részmunkaidő) végigkísérő szakmai mentor, példakép.

Az előadás további részében bemutatásra kerül a prehospitalis intubáció, mint eljárás, ennek korábbi nehézségei, buktatói. Kirajzolódik az a történet, amelyben az előadó a problémákra olyan egyszerű és hatékony megoldásokat talált a londoni légimentőknél, amelynek honosítása ettől kezdve küldetésévé vált. Az RSI néven ismert eljárás szabványos eljárásrendje és oktatása mára a magyar légimentők és földi mentők tekintetében is egy sikertörténet, az elmúlt 13 évben országosan és napi szinten sikerrel alkalmazott módszer.

Az RSI eljárás nem egy önmagában működő módszer, a szintén Angliából importált Clinical Governance szakmai minőségfejlesztési keretrendszerbe illeszkedik, amelynek számos eleme van a szabványos eljárásoktól, az oktatáson keresztül a klinikai auditok folyamatáig és amelyek honosításáért szintén sokat dolgozott az előadó.

Az előadás további része a súlyos sérült helyszíni ellátásával foglalkozik. A sürgősségi ellátás alapelveinek megfelelően ABCDE szerint veszi végig a sérültek ellátásának nehézségeit, bukatatóit, a javasolt megoldásokat és a kerülendő eljárásokat. Az előadás érinti a tudományos evidenciák hiányát és korlátait a mentőmunkában, azt, hogy hogyan tudja segíteni a munkánkat a technológia és az innováció és azt, hogy általában a súlyos sérült ellátása milyen pathofiziológiai prioritások és ellátási szükségletek mentén zajlik.

Az előadás zárása ismét a köszönetnyilvánításé, az előadó a korábban példaképeket természetesen kiegészíti édesapjával, dr. Temesvári István Péterrel, aki a közönség számára jól ismert. Édesapja volt az, aki mindenkinél többet adott az előadónak a szakma és a tudomány szeretetéből, emberségből, alázatból a legtöbbet tőle tanulta az előadó.

Nagy Ferenc,

PhD., habilitált doktor, neurológus főorvos

„Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát...”

– a neurológus szemével
című előadásból készült összefoglaló

A „más szemében a szálkát, a magadéban a gerendát sem veszed észre” szólás az álszentségre, képmutatásra és ítélkezésre utal. A mondás eredeti szövege „Miért nézed a szálkát testvéred szemében, a magad szemében pedig nem veszed észre a gerendát?” Jézus tanításaként a Bibliából származik (Újszövetség, Máté evangéliuma 7:3–5) és arra figyelmeztet, hogy mielőtt másokat kritizálunk, nézzünk szembe saját hibáinkkal. A szálka kicsi, alig észrevehető hiba, míg a gerenda óriási – vagyis gyakran mások apró vétkeit kritizáljuk, miközben a saját sokkal súlyosabb hibáinkat figyelmen kívül hagyjuk.

Az idézet üzenete az orvosi gyakorlatra is vonatkoztatható: **az önreflexióra, az alázatra, a bírálat mértékletességére és a saját hibák felismerésére** hívja fel a figyelmet. Egy jó orvos nemcsak másokat értékel kritikusan, hanem **saját magát is ugyanazzal a mércével méri.**

Ez fejezet a szerző saját közlemények elemzésével az orvostudomány méltatlanul elhanyagolt eredményeire hívja fel a figyelmet.

A *NeuroImage* folyóiratban 2001-ben megjelent tanulmányban (1) tíz, romániai állami gondozásból örökbefogadott gyermek agyi működését vizsgáltuk. A kutatás célja az volt, hogy feltárja árva gyermekek intézeti elhanyagolásának hosszú távú hatásait az agy működésére és a viselkedésre. A vizsgálatban szereplő gyermekek tartósan éltek család nélkül, a nevelőintézetből örökbe fogadásuk után észlelhetők a szokásostól eltérő viselkedésüket.

A közleményből az egyik leggyakrabban idézett humán „neuroimaging” tanulmány lett mivel az elsők között hívta fel a figyelmet arra, hogy a

biztonságos környezet hiánya és az elhanyagolás az agy fejlődésére, működésére és a szerkezetére is hatással van.

A tanulmány romániai árvaházakból adoptált gyermekek agyi funkcióit funkcionális képalkotással, pozitron emissziós tomográfiával (PET) vizsgálta. A gyermekek közös jellemzője a súlyos és a korai elhanyagolás volt, átlagosan 38 hónapot töltöttek romániai árvaházakban, majd amerikai családok fogadták örökbe őket. Az elhanyagolás elsősorban az érzelmi és szociális ingerek hiányából és a minimális egyéni törődésből állt. A vizsgálat elsődleges célja az volt, hogy feltérképezésre kerüljenek az elhanyagolás korai hatásai. A PET vizsgálat az agy glükóz-felhasználását, azaz direkt módon agyi aktivitást azonosítja, mértéke, illetve a normálistól eltérő nagysága az adott terület funkciójának pontos indikátora. Kontrollként azonos korú nem elhanyagolt epilepsziás gyermekek egészséges agyterületeinek PET értékeit használtuk.

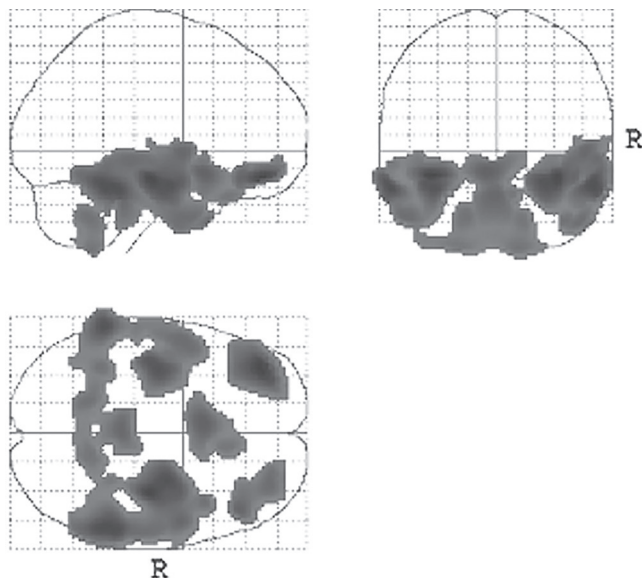
A tanulmány megállapítja, hogy a korai elhanyagolást átélt gyermekeknél csökkent agyi aktivitás az agy több területén: az orbitofrontális kéreg, dorsolaterális prefrontális kéreg, laterális temporális lebeny, amygdala, hippocampus és a cerebellum területein. A legnagyobb csökkenés a prefrontális régióban volt. Ez a terület kulcsfontosságú a figyelemben, az affektusszabályozásban, az impulzuskontrollban, valamint a szociális viselkedésben.

A gyermekeknél a neuropszichológiai felmérés során gyakori volt a figyelemzavar, impulzivitás, kötődési zavar, tanulási nehézségek és viselkedési problémák – összhangban az érintett agyterületek funkcióival.

A tanulmány elsőként mutatta ki embereknél, hogy a korai súlyos pszichoszociális depriváció tartós funkcionális változásokat okoz az agy fejlődő hálózataiban. Ezek a változások nem csak átmenetiek, hanem strukturális és funkcionális károsodásokat is okozhatnak, amelyek hatással vannak a későbbi pszichés és kognitív fejlődésre.

Ez a tanulmány mérföldkő volt abban is, hogy kimutatta a pszichoszociális elhanyagolás hatásait neurobiológiai szinten. Klinikai és

tudományos körökben gyakran idézik bizonyítékként arra, hogy a gyermekek fejlődő agya érzékenyen reagál a környezeti hiányosságokra.



1. ábra. Összefoglaló ábra, amely a román árvák csoportjában a csökkent glükóz metabolizmus régióit mutatja be a kontrollcsoporthoz képest. Az úgy vannak megjelenítve, mintha egy „üveg agy”-ban látnánk őket, keresztmetszeti, koronális és sagittális nézetekkel. R, jobb oldal.

A fenti tanulmányban a „szálka”, hogy bár tudatában vagyunk a gyermekek megfelelő gondozásának jelentőségével, vajon mindent megteszünk-e a környezetünkben élő gyermekek szeretetteljes környezetének kialakításáért, annak érdekében, hogy a későbbi neurobiológiai károsodásukat elkerüljük?

Második tanulmányunk (2) ismertetésének célja az akut ischaemiás stroke neurointervenciós kezelésének Kaposváron szerzett klinikai tapasztalatainak bemutatása volt. A közlemény szerzői a mechanikus trombektómia alkalmazásának

zását vizsgálták a stroke kezelésében, különösen azokon a betegeken, akiknél az intravénás trombolízis nem volt elvégezhető, vagy nem volt hatékony.

A vizsgálat során a szerzők az akut ischaemiás stroke kezelésében alkalmazott endovaszkuláris módszereket értékelték, beleértve a különböző típusú eszközöket és technikákat (pl. stent-retrievereket). A kaposvári neurointervenciós centrum tapasztalataira alapozva elemeztük az eljárások eredményességét, a betegek funkcionális állapotának alakulását, valamint a beavatkozással kapcsolatos komplikációk előfordulását.

A közlemény rávilágított arra, hogy a neurointervenciós kezelés jelentős előnyt nyújt az akut ischaemiás stroke akut szakaszában, javítva a betegek túlélési esélyeit és funkcionális kimenetelét. Hangsúlyoztuk, hogy a gyors diagnózis és a mielőbbi kezelési beavatkozás kulcsfontosságú a stroke kezelésében.

A vizsgálat fontosabb szempontjai és eredményei:

Betegek száma és kezelési módszerek:

A kaposvári neurointervenciós centrumban végzett vizsgálat során akut ischaemiás stroke-ban szenvedő betegeket kezeltek mechanikus trombektómiával, akiknél az intravenás trombolízis nem volt elegendő vagy kontraindikált volt.

- **Rekanalizációs arány:**

A mechanikus trombektómia során a nagyereket sikerült hatékonyan megnyitni, a reperfúzió aránya (az ér újrányításának sikere) jelentős volt, ami fontos előfeltétele a kedvező klinikai kimenetelnek.

- **Funkcionális állapot javulása:**

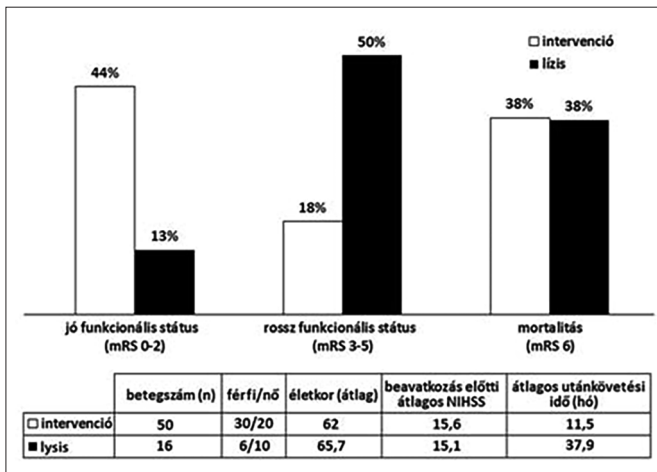
A betegek jelentős része a beavatkozás után javulást mutatott a neurológiai állapotban, amelyet az NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) skála és a módosított Rankin-skála (mRS) segítségével értékeltünk. A funkcionális javulás lehetővé tette a mindennapi életvitelhez való jobb visszatérést.

- **Komplikációk:**

A beavatkozások során előfordultak komplikációk, de ezek aránya elfogadható volt és a beavatkozás előnyei messze meghaladták a kockázatokat. Komplikációként elsősorban vérzéses szövődmények és érkárosodás jelentkezhettek, de ezek ritkán voltak súlyosak.

- **Halálozás és hosszú távú kimenetel:**

A korai beavatkozás csökkentette a stroke okozta halálozást és javította a hosszú távú túlélést. A közlweményben kiemeltük, hogy a mielőbbi neurointervenció kulcsfontosságú az életminőség és a funkcionális kimenetel szempontjából.



2. ábra. Hatvanhat, súlyos fokú ischaemiás stroke-kal kezelt beteg hosszú távú funkcionális státusának összehasonlítása neurointervenció, illetve intravénás lysisel történő kezelést követően. A jó és rossz funkcionális státust a módosított Rankin-skála (mRS) alapján soroltuk be, a jó funkcionális állapotot, azaz legalább önellátásra képes beteget a skála 0–2 értékei, a rossz funkcionális kimenetelt, azaz valamilyen fokban segítségre, ápolásra szoruló beteget a 3–5-ös értékek alapján definiáljuk. Az egyes csoportok demográfiai és klinikai adatait a grafikon alatti táblázatban adtuk meg. A mortalitási adatok mindkét csoportban egyéves követési időszakra vonatkoznak

Ebben a tanulmányban a „szálka”, hogy már több mint 10 éve évente több ezer beteg elvégezhető volna a stroke-ot visszafordító intervenciós beavatkozás, a szakma és a betegek ismereteinek hiánya és az ellátás hiányosságainak következtében a betegek csak kisebb csoportja részesül még ebben a modern ellátásban. A beszámoló előadás elhangzása idejében ez az egyetlen összegzés Magyarországon az alkalmazott beavatkozás hatékonyságáról.

- 1. Chugani, H. T., Behen, M. E., Muzik, O., Juhász, C., Nagy, F., & Chugani, D. C. (2001). “Local brain functional activity following early deprivation: a study of postinstitutionalized Romanian orphans.” *NeuroImage*, 14(6), 1290–1301. PMID: 11707085**
- 2. Ideggyogy Sz. 2015 Jul 30;68(7-8):252-7. Hungarian. PMID: 26380419. Radnai P, Szóts M, Rádai F, Horváth G, Varga C, Fogas J, Szörényi P, Horváth Z, Bajzik G, Moizs M, Repa I, Nagy F, Vajda Z. Az akut ischaemiás stroke neurointervenciós kezelésével szerzett kaposvári tapasztalataink (Ideggyogy Sz. 2015 Jul 30;68(7-8):252-7. Hungarian. PMID: 26380419)*

Nagy Csaba Balázs,
PhD., neurológus, radiológus szakorvos

„Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát” ...a radiológus szemével.

BEVEZETÉS

Az akut ischaemiás stroke (AIS) olyan cerebrovaszkuláris esemény, amely elégtelen fokális agyi véráramlásból ered. Az elzáródás csökkenti az agy alapvető oxigén- és glükózellátását, ami az agysejtek károsodásához vagy elhalásához vezet. Ha a keringés nem áll helyre időben, az agykárosodás elkerülhetetlen. A betegség jelentősége abban áll, hogy kiemelkedően nagy szociális és gazdasági terhet ró a társadalomra, a magas morbiditási mutatók miatt, hiszen tartós rokkantsággal és halálozással kell számolnunk. Világviszonylatban a stroke a második vezető halálozási ok, továbbá a súlyos, hosszú távú rokkantság egyik legfőbb oka. Az artériás elzáródás gyors rekanalizációja és a véráramlás helyreállítása megelőzheti a rokkantságot és életeket menthet. Az elülső keringési területet érintő ischaemiás stroke a leggyakoribb az összes ischaemiás stroke közül, az esetek mintegy 70%-ért felelős. A betegség fő oka az elülső keringés valamelyik nagy artériájának vagy a kis perforátor artériáknak az elzáródása. A nagy agyi artériákat érintő artériás elzáródást okozó vérrög forrása lehet az artéria carotis communis (ACC) elágazásánál vagy az artéria carotis interna (ACI) eredésénél levő ateroszklerotikus szűkület, a szív, illetve az aortaív ateroszklerotikus felrakódása. A tünetek típusa és súlyossága az elzáródás magasságától és kiterjedésétől függ. Az ACI elzáródása néma maradhat, abban az esetben, ha a kollaterálisok megnyílnak, illetve ha az elzáródás lassan, fokozatosan következik be. Az elülső keringési területet érintő ischaemiás stroke egy speciális formája az ACI tandem elzáródása. Ebben az esetben az ACI proximális elzáródása egyidejűleg a terminális szakasznak és/vagy az artéria cerebri media főtörzsének (ACM M1 szakasz) embólizáció következtében kialakuló elzáródását is eredményezi. A proximális elzáródás kialakulhat egy instabil ateroszklerotikus plakk akut

trombózisa vagy az ér disszekciója következtében. A gyors neurovaszkuláris képalkotás kritikus fontosságú az endovaszkuláris terápiára alkalmas betegek azonosításában. A neurovaszkuláris képalkotás legújabb innovációi lehetővé tették az endovaszkuláris terápia kockázatainak/előnyeinek jobb értékelését és a betegek megfelelő triázsolását. Az elsődleges és legköltséghatékonyabb eszköz akut stroke gyanúja esetén a kontraszt nélküli koponya computer tomográfia (CT). Fejlettebb nem invazív képalkotó technikák a CT angiográfia (CTA) perfúziós vizsgálattal (CTP) kiegészítve, illetve a mágneses rezonancia képalkotás (MR/MRI) különböző szekvenciákkal, beleértve az angiográfiát (MRA). A CT olyan eszköz, amely alkalmas az ischaemiás és a haemorrhagiás stroke megkülönböztetésére, valamint képes az elzáródás pontos helyének meghatározására idő- és költséghatékony módon. A CTA eredménye a stroke-betegeknél meghatározza a triázs besorolásukat és szerepet játszik a korai előjelek (pl. szűkület) felismerésén keresztül más pácienseknél a lehetséges stroke megelőzésében a megfelelő terápia kiválasztásán keresztül. A neurológiai tünetekért felelős szupraaortikus nagyér szűkület vagy elzáródás diagnosztizálása alapvető fontosságú, hogy az akut stroke-betegek számára megfelelő kezelési opciót választhassunk. A speciális CT, különösen a perfúziós vizsgálatok és az MR elsősorban az eredményes kezelés esélyét lehetővé tevő időablak kiterjesztését és a terápiás lehetőségek közti megfelelő választást segítik. A perfúziós CT vizsgálat (CTP) lehetővé teszi, hogy valós idejű élettani paramétereket nyerjünk az agyparenchimáról. Randomizált, kontrollált vizsgálatok (RCT) igazolták, hogy az elülső keringési területet érintő, nagyér elzáródással járó, akut ischaemiás stroke-ban szenvedő betegeknél az endovaszkuláris kezelés abban az esetben előnyös, ha az intraarteriális kezelést a stroke kezdetét követő 6 órán belül végzik el. Két későbbi tanulmány azonban bizonyította, hogy a betegek bizonyos alcsoportjai a stroke kezdetétől számított 16 vagy akár 24 óra elteltével is profitálhatnak a reperfüziós terápiából. Az akut ischaemiás stroke-ban a nagyér elzáródás rekanalizációjára az intravénás trombolitikus terápia mellett az endovaszkuláris, mechanikus rögteltávolítás szolgál. Az akut ischaemiás stroke-ban a fő cél a minél gyorsabb és technikailag egyszerű rekanalizáció. A mechanikus trombektómia során a vérrög fizikailag eltávolításra kerül az artériából, megelőzve a további károsodást a penumbraán belül. A trombektómiaira alkalmasnak értékelt stroke-betegek száma egyre

nő, mivel a gyarapodó evidencia és a bővülő irányelvek egyre több beteg hatékony, és alacsony kockázatú kezelését teszik lehetővé. Az ACI tandem okklúziója (TO) az AIS-ek akár 20%-ában is igazolható, ebben az esetben az ACI extrakraniális szakaszának elzáródásával egyidejűleg az elülső keringési terület, azonos oldali intrakraniális nagyér elzáródása is fennáll. Bár az AIS-ben a TO endovaszkuláris kezelésével kapcsolatos irodalom gyorsan bővül, az elzáródást okozó ACI plakk rekanalizációjának biztonságos és hatékony manővereiről azonban még mindig kevés az adat.

Az előadásban bemutattunk egy új módszert, a ballon asszisztált trekking technikát (BAT) a tandem ACI elzáródások kezelésében AIS-es esetekben. Ezen esetek az AIS-es betegek akár 20% -ért is felelősek lehetnek és rossz prognózissal járnak, amennyiben nem sikerül teljes rekanalizációt elérni. Célunk az volt, hogy részletesen ismertessük a technikát, és bemutassuk a BAT technikával szerzett tapasztalatainkat a TO-val járó léziók endovaszkuláris rekanalizációjában, bemutatva annak alkalmazhatóságát, megvalósíthatóságát, biztonságosságát és hatékonyságát, mivel az ACI eredésében lévő elzáródás biztonságos endovaszkuláris rekanalizációja kihívást jelenthet az operatőr számára.

Az ACI tandem okklúziója (TO) felelős az AIS esetek akár egyötödéért. A magas incidencia és a jelentős klinikai hatás ellenére az AIS-ben kialakuló nagyér elzáródás endovaszkuláris kezelésének (EVT) hatékonyságát bemutató kezdeti, nagy esetszámú, randomizált vizsgálatok vagy nem közöltek kulcsfontosságú technikai és klinikai eredményeket erről az alcsoportról, vagy teljesen kizárták ezeket a betegeket az analízisből. Bár az AIS-ben a TO endovaszkuláris kezelésével kapcsolatos irodalom gyorsan bővül, az elzáródott ACI rekanalizációjának biztonságos és hatékony manővereire vonatkozó adatok még mindig korlátozottan állnak rendelkezésre. A BAT technikát, amelynek során a részben leeresztett ballon tölti ki a hézagot a drót és a katéter fala között, megkönnyítve a katéter áthaladását a beszűkült vagy spasztikus artéria szakaszokon, az intervenció kardiológusok vezették be. A közelmúltban készült esettanulmányok a technika neurointervenció alkalmazhatóságát is felvetették. Részletesen bemutatjuk ezen eljárás technikai vonatkozásait, amelyet több, mint 100 betegnél alkalmaztunk és amely intézetünkben a tandem elzáródások kezelésének jól bevált módszere. Ta-

nulmányunkban beszámolunk a BAT technikával szerzett részletes tapasztalatainkról.

A femorális artéria punkcióját követően 8 French-es bevezetőn keresztül egy 8 French-es vezető katétert helyeztünk az érintett oldali artéria carotis communisba (ACC). Az elzáródott ACI rekanalizációját a vezető katéteren keresztül végeztük el egy enyhén formázott, 0,014” méretű hidrofil mikrovezetődróttal segítségével, amelyet egy alacsony profilú, 4 mm-es ballonkatéter támogatott. A drótot óvatosan vezettük előre az elzáródott szakaszon, különös figyelmet fordítva arra, hogy a drótot a valódi lumenben tartsuk. Ezt követte a ballonos tágítás egy alulméretezett, 4 mm-es ballonkatéterrel, szükség esetén atropin intravénás beadását követően. Az angioplasztika után a ballont részben leeresztettük, és a vezető katétert úgy toltuk előre óvatosan, hogy a katéter részben fedje a félig leeresztett ballont mely túlért a katéter végén. A ballon és a katétere együttesen egy simafelszínnű, átmenet nélküli struktúrát alkottak. Ennek célja, hogy a katéter pereme ne okozhasson sérülést a szabálytalan felszínű plakkon. A vezető katétert óvatosan előretoltuk úgy, hogy a félig felfújtt ballon „stylet”-ként szolgált az ACI elzáródott nyaki szakaszán kivédve a vezető katéter peremének borotvahatását. Ezután a ballont lassan leeresztettük, és a mikrovezetődróttal együtt eltávolítottuk. A 8 French-es vezetőkatéterről leválasztottuk a hemosztatikus szelepet, majd a katéterre egy 50 ml-es fecskendőt csatlakoztattunk. A katétert óvatosan előre és hátra mozgattuk és forgattuk, diszkrét kézi szívás mellett, eltávolítva ezáltal a trombotikus anyagot az ACI nyaki szakaszából. E lépés során különös gondot fordítottunk arra, hogy a katéter hegye ne szívja be az érfalat, hogy megelőzzük a disszekciót. Ezután a hemosztatikus szelepet visszahelyeztük és a szokásos technikával az ACI terminális vagy az ACM M1 szakaszának stent-retrieveres vagy direkt aspirációs trombektómiáját végeztük el. A disztális trombektómia során a vezető katétert az korábban megnyitott ACI-ban tartottuk, ami áramlásmegállást okozott és tágítóként működött. A BAT manőver sematikus ábrája az 1. ábrán látható. 107 AIS-beteget vizsgáltunk tandem elzáródással. Az adatokat retrospektív módon gyűjtöttük és elemeztük. A vizsgálat a stroke-betegek ezen alcsoportjának kezelésében alkalmazott módszer biztonságosságának és hatékonyságának kimutatására irányult. A felvett kiindulási adatok között szerepelt az életkor, a nem, a kórelőzményben szereplő magas vérnyomás betegség, pitvarfibrilláció, cu-

korbetegség és iszlipidémia. A felvételi klinikai paraméterek, mint például a CT ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT Score) pontszám, NIHSS (National Institute of Health Stroke Scale) pontszám, a tünetek megjelenése és a kezelés között eltelt idő, az elzáródás helye, az intravénás trombolitikus kezelés (iv. rtPA) alkalmazása szintén lekérdezésre kerültek. A CT képeket minden esetben az ügyeletes radiológus és a kezelést végző intervenció orvos tekintette át és az ASPECTS-értékeket konszenzussal határoztuk meg. A folytonos változókat mediánként és tartományként, a kategorikus változókat pedig számként és százalékban adtuk meg. A kategorikus változókat χ^2 -teszt vagy a Fisher-féle egzakt teszt segítségével hasonlítottuk össze, a 0,05-nél kisebb p-értékeket statisztikailag szignifikánsnak tekintettük. Az elemzéseket az SPSS, 26.0 verzió (IBM, Armonk, NY, USA) segítségével végeztük.

2013 júniusa és 2020 decembere között 592 akut ischaemiás stroke-ban szenvedő beteget kezeltünk endovaszkuláris rekanalizációval intézményünkben (Neurovaszkuláris és Intervenció Egység, Somogy Megyei Kaposi Mór Oktató Kórház) Kaposváron. Az ACI és az ACM tandem elzáródás 113 (19%) esetben volt az elsődleges patomechanizmus. Ezek közül 6 (5%) beteget kizártunk az elemzésből, mert ACI disszekció volt az extrakraniális elzáródás oka. A fennmaradó 107 (77, 72% férfi, medián életkor 66 év, tartomány 45-87 év) ateroszklerotikus eredetű esetet vontuk be a vizsgálatba. Az ASPECTS és a NIHSS mediánja (IQR, tartomány) a felvételtkor 8 (2, 3-10), illetve 14 (6, 3-22) volt. A nyaki ACI sikeres rekanalizációját 100 (93%) esetben sikerült elérni. A sikertelen 7 (7%) eset részletei a következők voltak: két betegnél (2%) az elzáródott ACI plakkon többszöri próbálkozás után sem sikerült átjutni; egy betegnél (1%) a nyaki ACI középső szakaszát illetve egy betegnél (1%) az ACI terminális szakaszát vezetődróttal perforálta az operátor és az aktív extravazációt nem tudtuk ballonnal lezárni, ezért az ACI-t spirálokkal el kellett zárni; három esetben (3%) a mikrovezetődrót az ACI rekanalizációs kísérlete során behatolt a szubintimális térbe, és többszöri próbálkozás után sem sikerült a valódi lumenbe visszajutni. Sikeres intrakraniális rekanalizációt, amelyet TICI2b-3-ként definiáltunk, 88 (82%) betegnél értünk el, ebből TICI2b-t 50 (46,7%) és TICI3-t 38 (35,5%) esetben. A nyaki ACI sikeres rekanalizációját követő az intrakraniális revaszkularizációs kísérlet 12 (11%) betegnél nem sikerült, ami 1 (1%) esetben TICI0-t, 11 (10%) esetben pedig TICI2a eredményt

jelentett. Intraprocedurális stentbeültetést az ACI eredésébe és ezt követően ballonos tágítást 40 (37%) betegnél végeztünk. A stent beültetés oka az angioplasztikának ellenálló, magas fokú (>70%) reziduális szűkület, áramláskorlátozó disszekció és/vagy a rekanalizált ACI plakkján látható lebegő trombus volt. Az akután beültetett stent késői okklúziója 1 esetben (2%) történt meg, tünetmentesen. A 42 (70%) beteg közül, akiknél a rekanalizált ACI rendszeres UH utánkövetéses vizsgálatát végeztük, 6 (10%) újonnan kialakult neurológiai deficit nélkül záródott el. 21 (35%) betegnél tünetmentes, de progresszív, magas fokú szűkület (>70%) miatt egy második ülésben stentbeültetés történt. A reokklúzió és a késői revaszkularizáció együttes aránya 45% (27/60) volt. Intraprocedurális szövődmények 9 (8%) betegnél fordultak elő: Fisher skála szerinti 1. fokú szubarachnoideális vérzés 7 (6%) esetben, Fisher skála szerinti 4. fokú szubarachnoideális vérzést eredményező intrakraniális érperforáció 1 (1%) esetben és az eljárás megszakítása extrakraniális érperforáció miatt 1 (1%) esetben történt. A szövődmények egyike sem kapcsolódott a BAT technikához. Nem szignifikáns tendencia volt megfigyelhető a sürgősségi stentbeültetés és az ezt követő intrakraniális vérzés (ICH) kialakulása között ($p=0,407$, $OR=3,15$, $95\% CI=0,35-27,94$). Jó funkcionális kimenetelt (mRS 0-2) 3 hónap után 54 (50%) betegnél észleltünk, 27 (25%) betegnél még 3 hónap után is súlyos rokkantság állt fenn (mRS 3-5), továbbá 26 (24%) beteg hunyt el (mRS 6) a 3 hónapos kontroll előtt. A sikeres intrakraniális rekanalizáció szignifikáns összefüggést mutatott a jó klinikai kimenetellel (mRS 0-2): 59% (52/88) a TICI2b-3 csoportban, szemben a TICI0-2a csoport 11%-ával (2/19) ($p<0,001$, $OR=12,28$, $95\% CI=2,67-56,45$). A sürgősségi stentelés az angioplasztikával szemben nem befolyásolta szignifikánsan a kedvező klinikai eredmények arányát, bár a stentelt csoportban tendencia mutatkozott a jó klinikai kimenetel felé (mRS 0-2 a sürgősségi stenteléses csoportban: 58%, 23/40; mRS 0-2 a „csak angioplasztika” csoportban 52%, 31/60; $p=0,261$, $OR=1,57$, $95\% CI=0,71-3,46$). A halálózást nem befolyásolta a sürgősségi stentelés ($p=0,737$, $OR=1,17$, $95\% CI=0,46-2,95$). A demográfiai, neurológiai, képalkotó, műtéti és nyomonkövetési adatok összefoglalása az 1. táblázatban található.

Bár az AIS-ben a tandem elzáródások kezelésével kapcsolatos irodalom az utóbbi időben gyorsan bővült, a legfontosabb szempontok, köztük a disztális-proximális versus proximális-disztális rekanalizációs megközelítés, a stent

behelyezése akut esetben, a perioperatív és posztoperatív antitrombotikus gyógyszeres kezelés és az embóliavédő eszközök szerepe még mindig vitatott. A betegség patofiziológiája több különböző vaszkuláris és hemosztatikus patológia kombinációja: aterotrombózis és artériás tromboembólia és ritkábban disszekció. A rekanalizáció legfontosabb lépései az ACI elzáródáson történő biztonságos áthaladás egy mikrodrót segítségével, elkerülve a perforációt és a disszekciót, valamint a nyaki ACI szakasz elérése nagy lumenű katéterrel az aspiráció és a további intrakraniális rekanalizáció céljából. Véleményünk szerint a stent sürgős beültetése az ACI eredésébe a nyaki és intrakraniális szakaszhoz való hozzáférés megkönnyítése érdekében, mielőtt a trombotikus anyag nagy részét eltávolítanánk a nyaki ACI-ból kontraproduktív lehet. Erősen meszesedett plakkok és/vagy kiterjedt szupraaortikus elongáció esetén a részben falhoz fekvő stent szálai ténylegesen akadályozhatják az ACI-hoz való hozzáférést, és komoly nehézségeket okozhatnak az intrakraniális rekanalizáció során a stent-retriever visszahúzásakor. A szakirodalomban nincs konszenzus, hogy az extrakraniális vagy intrakraniális megközelítés elsőbbségét illetően. Jelen munkában a BAT technika minden betegnél lehetővé tette az extrakraniális szakasz ellátását a disztális lézió megközelítése előtt, mindezt 51 perces medián teljes műtéti idővel és 50%-os jó klinikai eredményességgel. A jelen sorozatban a nagy lumenű vezető katétert a BAT technika alkalmazásával minden esetben biztonságosan be lehetett vezetni az ACI elzáródott nyaki szakaszába a ateroszklerotikus plakk felett, anélkül, hogy stent beültetésére lett volna szükség. Az ACI plakk primer tágítása egy 4 mm-es ballonnal történik, amely csak kicsivel nagyobb, mint a katéter, ami a plakk és a proximális ACI azonnali visszaszűkülését ("recoil jelenség") eredményezi a katéter körül. A következményes áramlásmegállás az intrakraniális trombektómia során embolizáció elleni védelmet biztosít, kiküszöbölve ezzel az embóliavédő eszköz szükségességét. A BAT technikát alkalmazva csak 2 betegnél észleltünk embóliát új területeken, de mindkettőjükönél jó klinikai kimenetelt (mRS 0-1) regisztráltunk a 3 hónapos klinikai követés alkalmával. A BAT technikának tulajdonítható szövődmény nem fordult elő a jelen vizsgálat során. Meg kell azonban jegyezni a BAT technika lehetséges hátrányait. A ballonos tágítást megelőzően az operátor által nem észlelt plakkdisszekció esetén a ballon felfújása az intimaszakadás progressziójához vezethet, ami lehetetlenné teszi a további rekanalizációs kísérle-

teket, szélsőséges esetben pedig érperforációhoz és súlyos extraváziohoz vezethet. Tapasztalataink szerint a technika rövid tanulási görbével könnyen elsajátítható, kiküszöbölve a fent említett lehetséges hátrányokat. Ennek a retrospektív elemzésnek vannak bizonyos korlátai. A megfigyeléses és nem randomizált tervezés ki van téve az ilyen típusú vizsgálatokban rejlő módszertani és szelektív torzításoknak. A képalkotó leleteket nem igazoltuk „core lab” használatával. A retrospektív adathalmazban a követésből kimaradt betegek és a hiányzó adatok miatt torzítás léphet fel.

ÚJ EREDMÉNYEK ÖSSZEFOGLALÁSA

Az akut ischaemiás stroke esetén az ACI tandem elzáródásának endovaszkuláris rekanalizációjában a ballon asszisztált trekking (BAT) technika néven ismert új rekanalizációs eljárás alkalmazhatóságát, megvalósíthatóságát, hatékonyságát és biztonságosságát egy nagyobb betegcsoporton mutattuk be, és ennek az új rekanalizációs technikának a részletes leírását adtuk egy olyan betegcsoportban, ahol a kezelésre vonatkozó ellátás megelőzően ellentmondásos volt.

TARTALOMJEGYZÉK

XXII. Orvostalálkozó

Temesvári István Péter

Moderátori szövege5

Kellermayer Miklós

Új helyzet van!8

Kajtár Edvárd

Egyház és világ10

Gógl Árpád, főorvos, volt egészségügyi miniszter

Gógl maga csak két labdát kap - Romhányi 196016

Zámolyi Károly, PhD, FESC kardiológus főorvos

Atherosclerosis új szemlélete (Elmélet és klinikum).....33

XXIII. Orvostalálkozó

Temesvári István Péter

Moderátori szövege40

Kellermayer Miklós

Ernst Jenő professzor Romhányi György professzor úrnak
is védelmezője volt46

Szatyor Győző

Válogatás az Elvesztett, elvesztett szavak c. kötetéből.....51

Thán Zoltán

Amikor a radiológus visszakapta a kezét.....57

Temesvári Péter Zoltán, mentőorvos

Mentés és légimentés, a súlyos sérült helyszíni ellátása...66

Nagy Ferenc

Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát...
– a neurológus szemével68

Nagy Csaba Balázs

Más szemében a szálkát, sajátjában a gerendát...
– a radiológus szemével74

